

cella, pector, udy, epi, epi, tioló, emyo, ziv, ves, ♀, ♂, 65v, i.r., auló, 2u, 1u

Bajtai Attila

A nyelőcső és a gyomor pathológiája

A nyelőcső pathológiája



A nyelőcső szerkezete és funkciója

38-40 cm!

A nyelőcső felnőttben mintegy 25 cm hosszúságú, izmos falú, csőszerű szerv, amely az ún. cricopharyngealis átmenettől a gyomor cardiajáig tart. A nyelőcső egyes betegségeinek pontos lokalizációját, ill. kiterjedését ma már a modern endoszkópos vizsgálatok korszakában a metszőfogaktól mért távolságban adjuk meg. Ezt az eszközhöz kívül feltüntetett cm-es beosztás teszi lehetővé. Ennek alapján a cardia normális helye a fogsortól számítottan 38-40 cm-re van. A cardia helyének vagy az egyes nyelőcsőbetegségek pontos lokalizációjának megadása a pathológiai vizsgálatot végző szakember számára kötelező!

Szövettanilag a nyelőcsőben nyálkahártyát (*tunica mucosa*), izomréteget (*tunica muscularis propria*) és a kettőt összekapcsoló, laza rostos kötőszövetből felépülő *tunica submucosát* különítünk el. Kívülről serosaboritást nem találunk, helyette egy adventitiaként értékelhető laza rostos kötőszöveti réteg figyelhető meg. A nyálkahártyát el nem szárusodó lapfám fedi. A submucosában elszórtan kisebb nyálmirigyecsoportok találhatóak. Az izomréteg egy belső circularis és külső longitudinalis rétegből épül fel. Oralis felében az izomréteg harántsíkkolt elemekből áll, amit az aboralis simaiizomrostok váltanak fel. Ezek a gyomorban egyes helyeken majdnem az antrumig nyomon követhetők.

A táplálék bolusok formájában kerül a szájüregből a gyomorba. Ezeket a nyelőcső perisztaltikus összehúzódása továbbítja a nyelés

után, az autonóm idegrendszer irányítása mellett. A cardia sphincterszerű működése gátolja meg, hogy a táplálék regurgitációja normális körülmények között létrejöhessen.

Congenitalis rendellenességek és motilitási zavarok

Heterotop nyálkahártyaszigetek. Eltévedt gyomornyálkahártya-szigeteket leggyakrabban a nyelőcső distalis felében, a cardia feletti régióban figyelhetünk meg. Ezek sokkal inkább veleszületett elváltozások, mint szerzetek. Ezekben a heterotop nyálkahártyaszigetekben emésztéses fekélyek, majd ezek gyógyulása után esetenként stricturák maradhatnak vissza.

Atresia. A lumenképződés embrionális szakaszban történő elmaradása eredményezi a nyelőcső veleszületett elzáródását, ami a teljes hosszra kiterjedő lumenhiánytól a rövid szakaszra szorító elzáródásig terjedhet, igen változatos formában. Társulhat hasonlóképpen veleszületett oesophagotrachealis fistulával. Eme egyszeri vagy komplex fejlődési zavarok súlyos nyelésképtelenség lesz a következménye, nemritkán a lenyelt táplálék regurgitációját és sokszor aspirációs bronchopneumoniát okozva. Ma már ezeket a fejlődési hibákat is kellő időben fel lehet ismerni endoszkópos vizsgálattal, majd eredményesen lehet gyógyítani műtéti úton.

MCS DISTALIS
← CARDIA
← FEKÉLYEK
EMÉSZTÉS
FEKÉLYEK
STRICTURÁK

antra bolusok
30-35 cm

Urophi. juven. - Zuck. pulsio divert.
epiphrenalis div.

32

15

Motilitas - axialis
↓
GORD
pepticus fekély
strictura
nyelőső és a gyomor patológiája
paraesophagealis

A nyelvőcső diverticulumai. A diverticulum általánosságban egy üreges szerv falának körülrít, zsákszerű kiöblösödését jelenti. Falában megtalálható a szerv falának valamennyi rétege, így az izomréteg is. Lehetséges azonban, hogy csak a nyálkahártya és vele együtt a vékony submucosa türemkedik elő a meggyengült izomzat rostjai között. Ezek a veszedelmesebbek, mivel kiürülésre képtelenek. Egyes felfogások szerint a szerzett diverticulumok falában nem található meg az izomréteg. Az oesophágusban igen különböző nagyságú diverticulumok fejlődhetnek ki a cricopharyngealis junctio helyén (Zenker-féle pulsio diverticulum) vagy közvetlenül a rekesz felett (epiphrenalis diverticulum). A környező szervek gyulladásos folyamatai, így pl. régebben a tüdőhilusi nyirokcsomók tuberculotikus megbetegedése következtében kialakult összenövések a nyelvőcső falában, majd ezek zsugorodása és retrakciója az oesophagus falának röntgenképen igen jellegzetes sátorzerű kihúzottságát hozza létre. Ezeket a diverticulumokat nevezte Ribbert ún. tractiós diverticulumoknak. Ebben a típusban a fal minden rétege megtalálható. Részben ezért, részben már alakjánál fogva sem alakul ki benne táplálékpingás, aminek következménye hosszabb-rövidebb fennállás után mindig gyulladás lesz. Az idült gyulladás (diverticulitis) azután a fal meggyengülése miatt átfűrődhat (perforatio) vagy a lobos folyamat talaján nyálkahártyahiány (ulcus, exulceratio) támad, ami viszont a kífekélyesedés pathológiai alapját jelentő elhalás (necrosis) következtében a kisebb-nagyobb erek megnyílásához vezet. Ezekből az erekből azután változó súlyosságú vérzés támadhat.

Hiatushernia. A nyelvőcső mechanikai rendelkezései közül a legfontosabb. Ilyenkor a gyomor egy része a rekesz felett a mellkasba nyomul a hiatus oesophageusként ismert, különben fiziológias, ill. anatómiai képleten keresztül. Korábban azt feltételezték, hogy ez a folyamat jórészt veleszületett elváltozás, aminek oka a nyelvőcső ugyancsak congenitalis megrövidülése, a brachyoesophagus. Ilyenkor a szokottnál rövidebb nyelvőcső mintegy „felhúzza maga után” a gyomor proximalis részét a mellüregbe. Ma inkább az a nézet a valósághoz közelebb álló, hogy a meg-

növekedett hasúri nyomás (pl. elhízott, főleg ülő foglalkozású egyénekben) következtében jut a gyomor orális része a mellkasba.

A hiatusherniának alapvetően két formája ismert: a) ún. axialis vagy csuszamlásos (sliding) és a b) a paraesophagealis („rolling”) típusú. Főleg a csuszamlásos forma, de kisebb arányban a paraesophagealis sérv is gyakori gastrooesophagealis refluxhoz, majd ilyen jellegű betegséghez vezethet. Ennek eredménye ugyancsak pepticus fekély, majd ennek gyógyulása után szűkület (pepticus strictura). Másik fontos késői szövődménye lehet az ún. Barrett-anómália (l. később).

Ma már sokkal inkább az a nézet uralkodik, hogy a hiatushernia szerzett elváltozás, oka egyrészt a fokozott nyomás, másrészt a nyelvőcsőnek a korral csökkenő tónusa. A következmény a gastrooesophagealis refluxbetegség (GORD), aminek talaján hosszú fennállás után pepticus fekély, majd strictura alakul ki a nyelvőcsőben.

Vérkeringési zavarok a nyelvőcsőben. Az arteriás keringés zavarai a nyelvőcső sajátos vérrellátása és a bőséges intramuralis anastomosisok következtében nem jelentősek. Ezzel szemben igen fontosak a vénás keringés zavarai, amelyek elsősorban idült májbetegségek okozta ún. prae-, intra- és posthepaticus blokkok eredményeként alakulnak ki a nyelvőcső sajátos vénás vérrellátásának következtében. Mint ismeretes, a v. cava inferior és superior, ill. a v. portae rendszere közötti lehetséges 4-5 anastomosissisztéma közül az egyik legfontosabb a nyelvőcső falában futó fel-színes és mély visszeres rendszer. Májbetegségek esetében a csökkent májátáramlás következtében a nyelvőcső vezet el a porta területének pangó vérét. Ez viszont az előbbi vénák kitágulásához vezet, ami nemritkán halálhoz vezető vérzések forrása lehet.

A nyelvőcső motilitási zavarai. A motilitási zavarok a klinikai gyakorlatban igen gyakran észlelhetők, sok panaszt okoznak. Ugyanakkor pathológiai leleteik igen szegényesek. Az egyik legismertebb formájuk az achalasia; ilyenkor a nyelvőcső folyamatában elmarad a nyelvőcső fiziológias relaxációja. Az oesophaguson szűkület támad, felette a nyelvőcső kitágul, fala megvastagodhat. Mikroszkóposan

jellemző a plexus myentericus dúcsejtjeinek csökkent jelenléte, valamint a nyelőcső falán kívül a vagusrostok Waller-féle degenerációja. A kötőszöveti rostok rendszerbetegségét jelentő progresszív szisztémás sclerosis viszont már sokszor jól megfogható elváltozásokat, nevezetesen fibrosist, a simaizomrostok következményes atrophiját, valamint az intramuralis idegelemek destrukcióját okozza és így vezet a nyelőcső súlyos motilitási zavaraihoz. Említést érdemel egy, a tájainkon ritka fertőző betegség, a Dél-Amerikában honos tripanosomiasis (Chagas-betegség). Ebben a kórformában érintett lehet az oesophagus is; súlyos működési zavara tapasztalható.

Tripanosomiasis!

A nyelőcső gyulladásai

Mint bármely szervünkben vagy szövetünkben, így a nyelőcsőben is keletkezhetnek gyulladások. Ezek az oesophagitisek, melyeknek elkülöníthetjük akut és krónikus formáját. Külön entitás e csoporton belül az ún. reflux-oesophagitis, a korábbiakban már említett refluxbetegség morfológiailag is jól jellemezhető substratuma. = *reflux*

Akut oesophagitisek. Általában a szájból vagy a garatból terjedhetnek le a nyelőcsőre bakteriális fertőzések, de ezek jelentősége viszonylag csekély. Sokkal fontosabbak a gombák okozta gyulladások, amelyek közül legfontosabb a Candida albicans vagy a monilia okozta oesophagitis mycotica. A nyelőcső ilyenkor könnyen ledörzsölhető fehér lepedékekkel borított. A betegség endoszkópos vizsgálattal és egyszerű kenetkészítéssel, PAS-festéssel könnyen diagnosztizálható. Leromlással járó betegségekben esetleg tartós szteroid- vagy citosztatikus kezelés kapcsán léphet fel szövődményként.

Újabban főleg az AIDS, ill. más, tartós immundepresszióval járó állapotokban nőtt meg a vírusok szerepe az akut nyelőcsőgyulladások aetiopathogenesisében. Közülük is első sorban a herpeszvírus és a cytomegalovírus érdemel említést. Utóbbi már egyszerű hematoxilin-eozin festett metszetekben, biopsziás szövetmintákban is jól felismerhető a sejt-

magvakban található jellegzetes intranuclearis magzárványokról.

Necrosissal és fekélyképződéssel járó súlyos heveny oesophagitist okozhatnak a nyelőcsőbe véletlen baleset vagy öngyilkossági szándék következtében jutott maró anyagok (savak, lúgok). Ezek az ún. corrosiv oesophagitisek, amelyek gyorsan vezethetnek perforációhoz és következményes mediastinitis révén halálhoz. *mediastinitis*

Tub. Crohn

Krónikus oesophagitisek. Az idült gyulladások a nyelőcsőben lehetnek specifikusak és nem specifikusak. Az előbbieket közül említést érdemel a tuberculosis. Ritka betegség, ami makroszkóposan daganatot utánozhat, annál is inkább, mivel a nyelőcső laphámrákjaihoz hasonlóan a regionális nyirokcsomókban (gyulladásos) áttéti góccok támadhatnak. A nem specifikus folyamatok közül megemlítenő a napjainkban is ismeretlen etiológiájú Crohn-betegség nyelőcsőben történő megjelenése. Szerencsés esetben már biopsziás mintában is fel lehet ismerni a sajátságos granulomák jelenléte alapján.

GORD.

Refluxoesophagitis. A nemritkán epés duodenumtartalommal kevert gyomorbennék visszaömlése a nyelőcső lumenébe a refluxbetegség. Ez a folyamat károsítja az oesophagus nyálkahártyáját, a korai szakban gyulladást okozva, ami azután a nyálkahártya hámján először csak felszínes erosiók keletkezéséhez vezet. A későbbiekben - ha a károsító noxa hatása megmarad - változatos mélységű fekélyek alakulnak ki. Korai szakban a hám lobbsejtek, főleg neutrophil leukocyták, de nem kis számban eosinophil granulocyták is bevándorolnak. A későbbiekben a submucosában is megjelenik a gyulladásra jellemző kerek sejtes beszűrődés, ami már főként lymphocytákból és plasmasejtekből áll. A laphám papillái ugyanakkor tetemesen megnyúltak, bennük jelentős fokú sejtproliferáció tapasztalható. A felszínen ugyanakkor erősen fokozódik a sejtek leválása, a sejtdesquamatio. A papillák megnyúlását a bennük folyó fokozott sejttújraképződés okozza, amit viszont erőteljes felszíni sejtleválás idéz elő.

A klinikai panaszok, az endoszkópos kép és a kórszövetani elváltozások között azonban nincs semmiféle korreláció. Ha azonban

a morfológiai lelet refluxbetegségre enged következtetni, úgy a csekély klinikai panaszok, ill. a negatív endoszkópos lelet ellenére is felállítható a refluxoesophagitis kórisméje.

Ha a fekély létrejött, úgy ez magában hordozza a vérzés és a perforatio lehetőségét. Az ulceratív fázisban a gyógyulás már hegesedéssel zajlik, ami a későbbiekben súlyos fokú stenosishoz vagy akár teljes elzáródáshoz vezethet. A gyógyulás jeleként a laphám teljes regenerációja bekövetkezhet, ennek ellenére a szűkület változatlanul fennáll. Nagy inkongruencia áll tehát fenn a felszínes nyálkahártyakép, a nyelőcső egészének makroszkópos megjelenése és a klinikai kép között.

A portio vaginalis uterin keletkező erosiók gyógyulásakor előfordulhat, hogy az eredeti laphám helyén cervicalis jellegű hengerhám jelenik meg. Hasonló folyamat létrejöhet a nyelőcsőben, a refluxoesophagitis gyógyulása során is. Ilyenkor gyomor vagy bél típusú nyálkahártya helyettesíti a nyelőcső laphámját (columnaris metaplasia vagy Barrett-anomália).

gyomor/bél

Barrett-anomália. Ebben az esetben a nyelőcső szokott nyálkahártyája helyén gyomor vagy bél típusú nyálkahártyát találunk. Erről az anomáliáról azonban csak akkor beszélhetünk, ha ezt a képet a fogsortól számított 38 cm-re vagy ezen távolságon belül észleljük.

Szövettanilag alapvetően kétféle típusú nyálkahártyát láthatunk:

1. a gyomor corpusában, ill. fornixában található mucosához hasonló szerkezetet, változó mérvű atrophiaival keverten vagy
2. vegyes szerkezetű gyomornyálkahártyát, amelyben intestinalis metaplasia jeleit azonosíthatjuk.

A Barrett-anomáliát ún. praecancerosus állapotként tartjuk számon. A carcinoma kialakulásának veszélye 10-szer nagyobb, mint az átlagpopulációban. A refluxoesophagitisben szenvedő betegek 2-11%-ában fejlődik ki Barrett-anomália a betegség többéves vagy évtizedes fennállása után. Annak a valószínűsége, hogy a Barrett-anomália talaján a nyelőcsőben adenocarcinoma alakul ki, 0-10%-ra tehető. Az összes nyelőcsőrák 2,4-4%-a fejlődik ki ezen elváltozás talaján. Nagyon fontos,

hogy ezekben a betegekben kellő időben ismerjük fel a praecancerosus hámlésváltozásként számon tartott súlyos dysplasiát az újonnan képződött mirigyhámban.

A Barrett-anomália létrejöttét magyarázzák egyrészt a cardiatáji nyálkahártyának a hámosított területre való ráterjedésével, esetleg a nyelőcső submucosájában található mirigyek kivezetőcsöveinek hámjából származtatják, de nem zárható ki a nyálkahártya speciális őssejtjeiből történő újraképződés sem. Éppen ezért az ilyen elváltozást mutató betegeket rendszeresen ellenőrizni kell, akár évenként ismételt endoszkópos vizsgálattal és ezzel egybekötött többlépcsős, célzott biopsziás mintavétellel.

ellenőrzés!

A nyelőcső daganatai

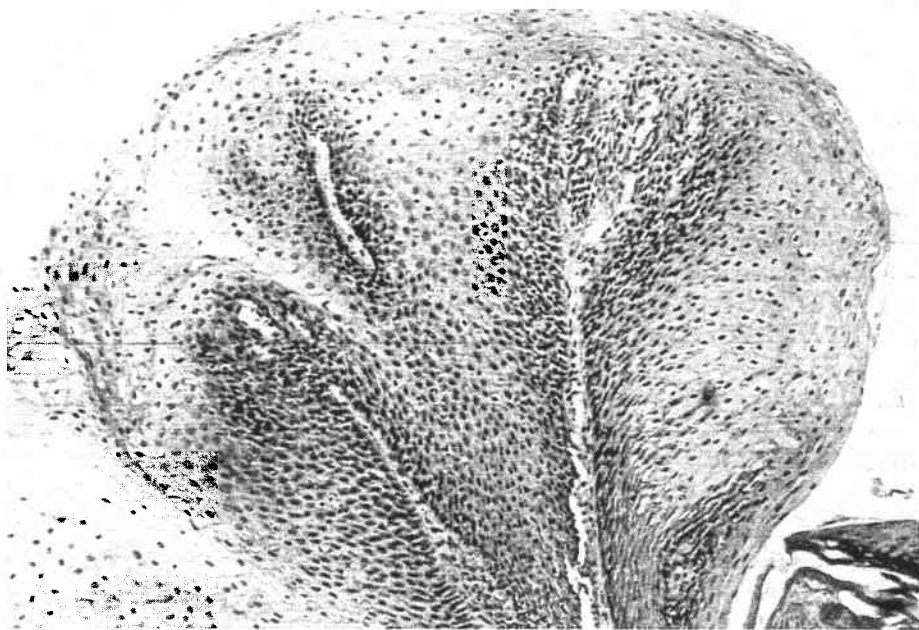
Mint általában bármely más szerv vagy szövet esetében, a nyelőcső daganatainak tárgyalásakor is meg kell különböztetnünk – klinikai és patológiai viselkedésük alapján – benignus és malignus daganatokat, eredetük szerint viszont hám-, ill. kötőszöveti kiindulású tumorokat.

epihelialis

A nyelőcső benignus daganatai. Ezek a daganatok rendkívül ritkák; a modern száloptikás endoszkópos vizsgálatok irányították a figyelmet rájuk. Nemritkán ugyanis a felső panendoszkópos vizsgálatok alkalmával mintegy mellékleletként derült rájuk fény. Korábban legfeljebb csupán boncolási leletként találták meg őket. Legismertebb formájuk a laphám-ból kiinduló papilloma. Ez a daganat általában piciny, félgömbszerűen előemelkedő, széles alapon ülő elváltozás. Felszíne vagy simá vagy szemölcsös, verrucosus jellegű. Mikroszkóposan jellemző rá a laphám tetemes burjánzása (15.1 ábra). A kép nagyban emlékeztet a bőr szokványos szemölcsére, a verruca vulgarisra. Nemritkán a hámban sajátságos sejtformákat láthatunk, az ún. kollocyták. Ezek a vakuolizált cytoplasmával bíró sejtformák kapcsolatba hozhatók a human papillomavirus (HPV) okozta fertőzéssel.

A nyelőcső benignus mesenchymalis tumorai. Ebben a csoportban lényegében olyan da-

15.1 ábra: Nyelöcső-pacilloma mikroszkópos képe: a laphám túlteng, erősen kiszélesedett, mélybe nyúló csoportok formái



*fibrosarcoma-tumor = myoblast
neurogen eredetű myoma
= musculus daganat*

ganatok találhatók, amelyek alapszövetei normális alkotóelemei a nyelöcső falának. Ennek megfelelően az egyik leggyakoribb daganat a simaizomelemekből kiinduló leiomyoma. Általában ép nyálkahártyával fedett, ill. a mucosa felette elmozgatható. Metszészlapja szürkésfehér, tapintata tömött. Mikroszkóposan szabályos szerkezetű simaizomnyalábokból épül fel. Jelentőségét az adja, hogy esetenként tetemes nagyságot elérve súlyos nyelési akadályt okoz. Részben a táplálék irritatív hatása, részben – bizonyos nagyság elérése esetén – a nyálkahártyára alulról kifejtett nyomás következtében a mucosa kifekélyesedhet, ami azután vérzések forrása lehet.

Egyéb jóindulatú kötőszöveti daganatok lehetnek még a nyelöcsőben a fibromák, lipomák és a leiomyomákhoz a mikroszkópos szerkezetben nagyon hasonló neurogen (idegi eredetű) daganatok.

A nyelöcső jóindulatú mesenchymalis daganatai közül említést érdemel egy sajátságos tumor, amely általában nem nő nagyra, de polypoid megjelenésű, és mint ilyen, igen alkalmas endoszkópos polypectomia útján történő eltávolításra. Ez a daganat az ún. Abrikosztumor vagy eredeti nevén a myoblasti myoma. Leírásakor izom eredetű daganatnak vélték és innen az elnevezés. Elektronmikroszkópos és

immuncitokémiai vizsgálatok egyértelműen bizonyították, hogy a daganat neurogen eredetű. Manapság a világosan festődő sejtek cytoplasmájában található szemcsék alapján szemcséses daganatként tartjuk számon.

A nyelöcső malignus epithelialis daganatai.

Ebbe a csoportba sorolhatjuk az oesophagus rákjait, amelyek szövettani szerkezetük alapján alapvetően a laphámól vagy ritkább esetben a mirigyek hámjából kiinduló daganatok lehetnek.

A nyelöcső carcinomái a ritkábban előforduló rákok közé tartoznak. Gyakoriságuk az összes carcinomás halálesetek 1%-ára tehető. Elgondolkodtató, hogy a halálozási arány és a daganat incidenciája gyakorlatilag azonos szinten van a kezelt és nem kezelt betegekben, mivel a túlélési arányok terén az eredmények meglehetősen rosszak mindkét csoportban.

A nyelöcsőrák incidenciája igen nagy eltéréseket mutat. Ennek alapján az egyes országokat vagy földrajzi tájegységeket alacsony, mérsékelt vagy magas veszélyeztettségű csoportokba sorolhatjuk. Az első csoportban a nyelöcsőrák incidenciája 2–8/100 000 lakos, míg a középsőben 15–35/100 000 lakos évente. A harmadik csoportban az incidencia meghaladja a 35/100 000 főt évente. Idetartozik Kí-

fibrosarcoma

lipoma

myoma

INCIDEN
1. ALACSONY
2. MÉRSÉKELT
3. MAGAS

nyelöcső eredetű mesenchymalis daganat