

Diferenciální diagnostika nenádorových onemocnění žaludku

Ondřej Daum^{1,2}, Magdaléna Daumová^{1,2}, Marián Švajdler^{1,2}

¹ Šiklův ústav patologie LF UK a FN Plzeň

² Bioptická laboratoř s.r.o., Plzeň

SOUHRN

Histologické vyšetření nenádorových biopsií žaludku patří mezi rutinní činnosti patologa. Většinu těchto biopsií představují gastritidy a gastropatie. Ačkoli základním klinickým požadavkem je dosud v těchto případech potvrzení či vyloučení přítomnosti helicobacterové infekce, patolog musí mít na paměti celé spektrum příčin a asociovaných morfoloických obrazů. Ty sestávají z kombinací zánětlivé infiltrace různého charakteru, alterace a reaktivních změn epitelové komponenty, odpovědi vaskulárního aparátu a odlišností ve složení slizničního stromatu. Asociaci histopatologického obrazu s předpokládanou příčinou změn lze někdy podpořit i přímým průkazem etiologického agens ve vyšetřovaném endoskopickém vzorku.

Klíčová slova: žaludek – gastritida – gastropatie – endoskopie – biopsie – histologický obraz

Pattern-based approach to gastritis and gastropathy

SUMMARY

Histological investigation of non-neoplastic endoscopic biopsies of gastric mucosa is one of the most common tasks most pathologists have to face on daily basis. Although the most common clinical question is still being whether *Helicobacter* organisms are found, pathologists have to bear in mind the whole spectrum of causes and associated morphological patterns of gastritides and gastropathies, governed by characteristic combinations of various types of inflammatory infiltrate, alterative and reactive changes of epithelial component, vascular response, and variability of stromal composition. The association of histopathologic pattern with supposed etiology can be sometimes proved by direct detection of the cause of morphologic changes in the investigated endoscopic sample.

Keywords: stomach – gastritis – gastropathy – endoscopy – biopsy – pattern

Cesk Patol 2022; 58(2): 77–87

PRAKTICKÝ PŘÍSTUP K HODNOCENÍ NENÁDOROVÝCH BIOPSIÍ ŽALUDKU

Základem mikroskopického vyšetření endoskopických biopsií žaludeční sliznice je (jako ostatně v celé histopatologické diagnostice) postupné „ponořování se“ do vzorku, *od malého zvětšení*, informujícího nás o hrubých abnormalitách sliznice a jejich fokální nebo difúzní distribuci, *po střední až velké zvětšení*, které umožňuje analyzovat typ zánětlivého infiltrátu, jeho topiku, poškozování a reaktivní změny epitelu, depozici různých substancí ve sliznici, případně i detekovat příčinu změn (obr. 1).

Jedním z nejdůležitějších znaků hodnocených při vyšetřování nenádorových endoskopických biopsií žaludku je zánětlivý infiltrát. Kromě prosté konstatace přítomnosti / absence zánětlivé infiltrace má význam její distribuce v rámci vyšetřovaného vzorku (fokální / difúzní), vertikální lokalizace (superficiální / hluboká) a buněčné složení infiltrátu.

1. DOMINUJÍCÍ LYMFOPLAZMOCYTÁRNÍ INFILTRÁT

a. Difúzní lymfoplazmocytární zánětlivý infiltrát

Jedná se o nejčastější typ zánětlivého infiltrátu u gastritid. Často bývá doprovázen další minoritní buněčnou komponentou,

ktou, která může blíže poukazovat na pravděpodobnou etiologii zánětu.

Helicobacterová gastritida

Prototypem gastritidy s dominujícím lymfoplazmocelulárním infiltrátem je helicobacterová gastritida. Jejím charakteristickým histologickým obrazem bývá antrální superficiální aktivní chronická gastritida, často s tvorbou lymfoidních folikulů v hlubší vrstvě sliznice. Přítomnost plazmatických buněk je znakem chronicity zánětu, příměs neutrofilních granulocytů je markerem jeho aktivity (obr. 2). Vzhledem k tomu, že jde o obecně dobře známý typ gastritidy popsaný v mnoha obecných literárních zdrojích, včetně současně celostátní učebnice (1), zaměříme se v dalším textu pouze na diagnostická úskalí a sporné otázky týkající se diagnostiky a managementu helicobacterové gastritidy.

Negativní průkaz *Helicobacter* v terénu „histologicky jasného obrazu helicobacterové gastritidy“ může mít (v případě „skutečné“ helicobacterové gastritidy) několik příčin. V prvé řadě je nutné vyloučit možnost *selhání použité barvicí techniky*. Podobně jako tento „staining error“ může být příčinou falešné negativity i „*sampling error*“. Kolonizace sliznice *Helicobacterem* samozřejmě nemusí být kontinuálně difúzní, což při běžné gastroenterologické praxi odběru jediného vzorku během gastroscopie snižuje pravděpodobnost jeho detekce (2,3). V *okolí erozí a ulcerací*, podobně jako v případech, kdy je již onemocnění ve fázi *atrofie a intestinální metaplazie* sliznice, je v postižených oblastech absence *Helicobacter* běžná, jelikož takto alterovaná sliznice pro něj představuje nepříznivé mikroprostředí a vede k jeho migraci do zachovalejších oblastí antrální sliznice, případně i do těla a fundu žaludku, které jsou gastroenterology bohužel při biopsii

✉ **Adresa pro korespondenci:**

prof. MUDr. Ondřej Daum, Ph.D.

Šiklův ústav patologie LF UK a FN Plzeň

Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň

tel.: 377 402 523

fax.: 377 402 634

email: DAUM@fnplzen.cz