



Atlas

kliniczno-patologiczny
nieswoistych chorób zapalnych jelit

☆

pod redakcją Jarosława Wejmana i Witolda Bartnika

☆

Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit

pod redakcją
Jarosława Wejmana i Witolda Bartnika

Poznań 2011

Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit
pod redakcją Jarosława Wejmana i Witolda Bartnika

©Copyright by Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2011

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Żaden z fragmentów książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy.
Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz nagrywania, a także rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Termedia Wydawnictwa Medyczne
ul. Kleeberga 2
61-615 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81
e-mail: termedia@termedia.pl
<http://www.termedia.pl>

termedia

Termedia Wydawnictwa Medyczne
Poznań 2011
Wydanie I

Projekt okładki: Olga Reszelska

ISBN: 978-83-62138-62-3

Wydawca dołożył wszelkich starań, aby cytowane w podręczniku nazwy leków, ich dawki oraz inne informacje były prawidłowe. Wydawca ani autor nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Każdy produkt, o którym mowa w książce, powinien być stosowany zgodnie z odpowiednimi informacjami podanymi przez producenta. Ostateczną odpowiedzialność ponosi lekarz prowadzący.

Spis treści

Podziękowania	7
Zespół autorów	9
Wykaz wybranych skrótów użytych w książce	11
Wstęp	13
Jarosław Wejman, Witold Bartnik	
Epidemiologia nieswoistych chorób zapalnych jelit	15
Witold Bartnik	
Etiopatogeneza nieswoistych chorób zapalnych jelit	17
Witold Bartnik, Jarosław Wejman	
Obraz kliniczny wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Leśniowskiego-Crohna	23
Edyta Zagórowicz, Witold Bartnik	
Badania endoskopowe w nieswoistych chorobach zapalnych jelit	53
Jacek Pachlewski, Witold Bartnik	
Zmiany mikroskopowe wycinków biopsyjnych	65
Dorota Jarosz	

Leczenie zachowawcze	97
Witold Bartnik, Edyta Zagórowicz	
Leczenie chirurgiczne	111
Krzysztof Bielecki	
Patomorfologia materiału operacyjnego	129
Jarosław Wejman	
Zasady dobrej współpracy klinicysty z patologiem	151
Jarosław Wejman	
Przegląd przypadków wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Leśniowskiego-Crohna	155
Edyta Zagórowicz, Witold Bartnik, Jacek Pachlewski, Krzysztof Bielecki, Dorota Jarosz, Jarosław Wejman	

Podziękowania

Autorzy dziękują **dr. Jakubowi Pałuckiemu** za dobór i interpretację zdjęć z tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, pochodzących z Zakładu Radiodiagnostyki i Samodzielnej Pracowni Rezonansu Magnetycznego Centrum Onkologii w Warszawie, oraz **dr. Ireneuszowi Gierblińskiemu** za udostępnienie zdjęć ultrasonograficznych jamy brzusznej.

Zespół autorów

prof. dr hab. n. med. Witold Bartnik

Klinika Gastroenterologii i Hepatologii,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Bielecki

Klinika Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

dr n. med. Dorota Jarosz

Klinika Gastroenterologii i Hepatologii,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

dr n. med. Jacek Pachlewski

Klinika Gastroenterologii i Hepatologii,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

dr n. med. Jarosław Wejman

Zakład Patomorfologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

dr n. med. Edyta Zagórowicz

Klinika Gastroenterologii i Hepatologii,
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Wykaz wybranych skrótów użytych w książce

BMI	wskaźnik masy ciała (ang. <i>body mass index</i>)
CDAI	wskaźnik aktywności choroby Leśniowskiego-Crohna (ang. <i>Crohn's disease activity index</i>)
ChLC	choroba Leśniowskiego-Crohna
CMV	wirus cytomegalii
ECCO	Europejska Organizacja Choroby Crohna i <i>Colitis Ulcerosa</i> (ang. <i>European Crohn's and Colitis Organization</i>)
NChZJ	nieswoiste choroby zapalne jelit
NLPZ	niesteroidowe leki przeciwzapalne
PSC	pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych (ang. <i>primary sclerosing cholangitis</i>)
RM	obrazowanie techniką rezonansu magnetycznego
TNF-α	czynnik martwicy nowotworów alfa (ang. <i>tumor necrosis factor alpha</i>)
TK	tomografia komputerowa
WZJG	wrzodziejące zapalenie jelita grubego (łac. <i>colitis ulcerosa</i>)

Nieswoiste choroby zapalne jelit (NChZJ; ang. *inflammatory bowel disease* – IBD) obejmują cztery jednostki chorobowe: wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG; łac. *colitis ulcerosa* – CU), chorobę Leśniowskiego-Crohna (ChLC), zapalenie nieokreślone (ang. *indeterminate colitis* – IC) oraz zapalenie mikroskopowe. W anglojęzycznym piśmiennictwie powszechnie przyjęta nazwa choroby Crohna pochodzi od nazwiska pierwszego z autorów, którzy w 1932 r. opisali ją jako nową jednostkę chorobową [1]. Morson i Dawson [2] uważają, że jeszcze wcześniej, bo w 1913 r. chorobę tę opisał szkocki chirurg Dalziel [3]. W Polsce przyjęta jest nazwa choroby Leśniowskiego-Crohna, ponieważ autorem opisu pierwszego przypadku tej choroby był w 1904 r. chirurg z Warszawy, prof. Antoni Leśniowski [4]. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego po raz pierwszy opisano w 1875 r. Wilks i Moxon zwrócili wtedy uwagę, że jest możliwe istnienie zmian zapalnych w jelicie niezwiązanych z etiologią zakaźną.

Po ponad 100 latach od opisania NChZJ nadal nie wiadomo, co jest bezpośrednią przyczyną ich powstawania, chociaż przeprowadzono dokładne badania epidemiologiczne i opisano patomechanizmy zmian występujących we WZJG i ChLC. Prawidłowe i wczesne rozpoznanie tych chorób ma duże znaczenie dla dalszego postępowania z chorym, prognozy, a także dla komfortu życia pacjentów. Należy zaznaczyć, że NChZJ zwykle dotyczą osób młodych, często w 2. i 3. dekadzie życia, dla których dolegliwości w ich przebiegu, a także konsekwencje działań chirurgicznych stanowią poważny problem socjologiczny.

Celem naszego „Atlasu” jest przybliżenie Czytelnikowi zagadnień dotyczących NChZJ, w tym obrazów zmian morfologicznych występujących w przebiegu tych chorób. Informacje w nim zawarte są owocem kilkudziesięciu lat doświadczeń nabytych przez autorów (w zakresie ich specjalności) w czasie zajmowania się nieswoistymi zapaleniami jelit.

W rozdziałach I i II przedstawiono podstawowe dane epidemiologiczne i etiopatogenezę nieswoistych zapaleń jelit. Rozdział III poświęcono części klinicznej NChZJ wraz z opisem objawów i części badań dodatkowych. W rozdziale IV omówiono badania endoskopowe u chorych na WZJG i ChLC. Czytelnik znajdzie tam unikalny zestaw obrazów zmian stwierdzanych kolonoskopowo.

Rozdział V zawiera opisy zmian mikroskopowych w wycinkach pobranych podczas badań endoskopowych jelit. Patomorfolog interpretujący zmiany w nadesłanych wycinkach znajdzie tam klasyczne obrazy histopatologiczne w przebiegu NChZJ oraz rzadziej występujących chorób. W rozdziale tym zawarto również wskazówki do mikroskopowego różnicowania NChZJ z innymi zmianami zapalnymi w jelicach, przypominającymi WZJG lub ChLC. Opisy zmian są poparte bogatą kolekcją obrazów mikroskopowych NChZJ i chorób do różnicowania.

W rozdziale VI przedstawiono zagadnienia leczenia zachowawczego chorych na nieswoiste zapalenie jelit. Dużo miejsca w tym rozdziale poświęcono lekom immunosupresyjnym i biologicznym. Po niepowodzeniu leczenia zachowawczego oraz w zagrożeniu nowotworem istnieje konieczność leczenia operacyjnego. Opisy technik operacyjnych w chorobach zapalnych jelit, a także schematy postępowania chirurgicznego – w zależności od lokalizacji zmian w ChLC – omówiono w rozdziale VII. Podano również użyteczne dla chirurgów algorytmy postępowania w różnych sytuacjach klinicznych.

Rozdział VIII poświęcony jest zmianom w materiale operacyjnym. Czytelnik znajdzie tu kolekcję obrazów makroskopowych usuniętych jelit i ich fragmentów, a także wybrane zdjęcia preparatów z badań histopatologicznych wycinków pobranych z usuniętych jelit. Dla patomorfologów przeznaczone są uwagi dotyczące makroskopowego opracowywania materiałów operacyjnych oraz sposobu interpretacji obrazów mikroskopowych.

W rozdziale IX zwrócono uwagę na konieczność dobrej współpracy lekarza klinicysty (gastroenterologa) z patologiem podczas diagnozowania zmian w przebiegu NChZJ. Podano, jakie informacje kliniczne są niezbędne dla patologa, aby właściwie interpretować nadesłane wycinki, oraz czego klinicysta powinien od patologa oczekiwać. Przedstawiono również propozycję formularzy, które powinny być załącznikami do skierowań do badania wycinków pobranych podczas kolonoskopii, a także do badania jelit resekowanych z powodu NChZJ.

Na koniec, w rozdziale X, omówiono 10 przypadków chorych na WZJG i ChLC – począwszy od zebrania wywiadów i ustalenia rozpoznania klinicznego, poprzez leczenie zachowawcze i chirurgiczne, do badań patomorfologicznych (makroskopowych i mikroskopowych) z postawieniem ostatecznej diagnozy.

Życzymy udanej lektury i liczymy na Państwa uwagi.

Redaktorzy
dr n. med. Jarosław Wejman
prof. dr hab. n. med. Witold Bartnik

Piśmiennictwo

1. Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD. Regional ileitis: a pathologic and clinical entity. JAMA 1932; 99: 1323-1329.
2. Morson BC, Dawson IM. Gastrointestinal Pathology. Wyd. 2. Blackwell Scientific Publications. Oxford, London, Edinburgh, Melbourne 1979.
3. Dalziel TK. Chronic interstitial enteritis. BMJ 1913; 2: 1068-1070.
4. Leśniowski A. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1904; 100: 630-631.
5. Wilks S, Moxon W. Lectures on Pathological Anatomy. Wyd. 2. Churchill, London 1875.

Epidemiologia nieswoistych chorób zapalnych jelit

Witold Bartnik

W ostatnich kilkudziesięciu latach epidemiologia nieswoistych chorób zapalnych jelit (NChZJ) ulegała zmianom, które stały się ważną przesłanką do wyciągania wniosków etiologicznych. Zachorowalność na NChZJ jest największa w krajach skandynawskich, Wielkiej Brytanii i Ameryce Północnej, mniejsza w Europie Środkowej i najmniejsza w Azji oraz Afryce. W większości krajów wskaźnik nowych zachorowań w latach 80. i 90. ubiegłego wieku wahał się od 2 do 15 na 100 000 ludności [1]. Wskaźnik chorobowości w tych samych krajach i w tym okresie wynosił 30–120 na 100 000 ludności.

Podczas gdy zachorowalność na wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) jest mniej więcej stała, liczba nowych przypadków choroby Leśniowskiego-Crohna (ChLC) w drugiej połowie ubiegłego wieku stale wzrastała, zrównując się z liczbą nowych przypadków WZJG lub nawet ją przewyższając. Nieswoiste choroby zapalne jelit dotyczą przeważnie ludzi młodych, w wieku 20–40 lat. Drugi szczyt zapadalności obserwuje się po 60. r.ż. Przyczyna tego wzrostu nie została do tej pory wyjaśniona. Wprawdzie zachorowalność na NChZJ u rasy czarnej żyjącej w Afryce jest znacznie mniejsza niż u rasy białej w Europie i Ameryce Północnej, ale różnic międzyrasowych nie obserwuje się wśród ludności Stanów Zjednoczonych. Nieswoiste choroby zapalne jelit występują częściej u osób zamieszkałych w miastach i zatrudnionych przy siedzącej pracy biurowej. Innymi czynnikami ryzyka są doustne środki antykoncepcyjne, niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), a w chorobie Leśniowskiego-Crohna – palenie papierosów.

W Polsce nie było do tej pory precyzyjnych badań epidemiologicznych. Własna ocena zachorowalności oparta na ogólnokrajowych rejestrach szpitalnych wykazała, że w roku 2007 stwierdzono 4,2 nowych przypadków ChLC i 12,8 nowych przypadków WZJG na 100 000 ludności. W latach 2004–2007 liczba nowych hospitalizowanych przypadków ChLC znamienne wzrosła, zwłaszcza w najmłodszych grupach wiekowych ($p = 0,02$). Zmniejszyła się natomiast liczba nowych przypadków WZJG, przede wszystkim w starszych grupach wiekowych ($p < 0,001$) [2].

Umieralność chorych na NChZJ jest większa w porównaniu z populacją ogólną. Według danych ze Szwecji, standaryzowane wskaźniki umieralności wśród osób, które zachorowały w latach 1955–1984, wynosiły 1,51 dla ChLC i 1,37 dla WZJG [1]. W Walii w podobnym okresie umieralność chorych na ChLC dwukrotnie przekraczała umieralność obserwowaną w populacji ogólnej. Metaanaliza dziewięciu badań opartych na danych populacyjnych opublikowana

w 2010 r. wykazała, że łączny standaryzowany wskaźnik umieralności w tej chorobie wynosił 1,37 (95% CI: 1,30–1,49) [3].

Piśmiennictwo

1. Sandler RS, Eisen GM. Epidemiology of inflammatory bowel disease. W: Kirsner JB (red.). Inflammatory Bowel Disease. Wyd. 5. W.B. Saunders Company, Philadelphia-London-Toronto-Sydney 2000; 89-112.
2. Jakubowski A, Bartnik W, Kraszewska E i wsp. Trendy hospitalizacji z powodu nieswoistych chorób zapalnych jelit w Polsce. Gastroenterologia Polska 2010; 17: 50.
3. Duricova D, Pedersen N, Elkjaer M i wsp. Overall and cause-specific mortality in Crohn's disease: a meta-analysis of population-based studies. Inflamm Bowel Dis 2010; 16: 347-353.

