

24-letnia pacjentka z bólem brzucha i chorobą wrzodową dwunastnicy w wywiadzie

lek. Paweł Rogalski

dr hab. med. Grażyna Jurkowska

Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny, Białystok

Medycyna po Dyplomie 2011;(20); 3(180): 76-80

Opis przypadku:

24-letnia pacjentka z kilkuletnim wywiadem choroby wrzodowej dwunastnicy, leczona ambulatoryjnie inhibitorem pompy protonowej (PPI – *proton pump inhibitor*) i okresowo doustnymi preparatami żelaza ze względu na niedokrwistość niedobarwliwą, zgłosiła się do lekarza z powodu bólów zlokalizowanych w nadbrzuszu i środkowym śródbrzuszu. Bóle nie miały związku z przyjmowaniem pokarmów, nie towarzyszyły im nudności, wymioty, zaparcia, biegunki czy patologiczne domieszki w stolcu. Wywiad w kierunku chorób zakaźnych wieku dziecięcego był ujemny. Od kilku lat skarżyła się na okresowe występowanie bólów o podobnym charakterze i lokalizacji, ale o mniejszym nasileniu. W tym czasie przyjmowała również niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ). Ostatnie badanie ginekologiczne przeprowadzone przed 2 miesiącami nie wykazało nieprawidłowości ze strony narządu rodowego; miesiączki były regularne, niezbyt obfite.

W gastroskopii wykonanej 3 lata wcześniej stwierdzono owróżdzenie opuszki dwunastnicy obejmujące 1/3 obwodu światła, cechy gastropatii nadżerkowej; test ureazowy był dodatni. Przeprowadzono wówczas terapię eradycyjną *Helicobacter pylori*, po której kontynuowano leczenie PPI. Ze względu na utrzymującą się niedokrwistość niedobarwliwą chora pozostawała w tym czasie pod opieką poradni hematologicznej. W kontrolnych badaniach morfologii krwi obserwowano wartości hemoglobiny w zakresie 9,2-13,9 g/dl. Pomimo stosowanego leczenia bóle brzucha nawracały, dlatego 2 miesiące przed zgłoszeniem się pacjentki wykonano ponowną gastroskopię, uwidaczniając mozaikowate zaczerwienienie błony śluzowej żołądka, niszę wrzodową o średnicy 6 mm na tylnej ścianie zniekształconej opuszki dwunastnicy, o dnie pokrytym włóknikiem. Po badaniu włączono kolejną terapię eradycyjną *H. pylori*, a następnie kontynuowano leczenie PPI. Mimo to dolegliwości utrzymywały się.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono dobry stan ogólny pacjentki (tętno 60/min, liczba oddechów 16/min, RR 120/60, temperatura ciała 36,7°C). Zwracała uwagę błądź skóry i śluzówek. W badaniu palpacyjnym brzuch był miękki, niebolesny; objawy otrzewnowe oraz objawy Murphy'ego, Chełmońskiego i Goldflama były ujemne. W jamie brzusznej nie stwierdzono hepatosplenomegalii, wodobrzusza i patologicznych oporów, osłu-

chowo perystaltyka była prawidłowa. W badaniu *per rectum* nie stwierdzono oporów patologicznych, stwierdzono ślad brązowego stolca.

Wyniki badań laboratoryjnych były następujące (w nawiasach podano zakresy wartości referencyjnych): hemoglobina 7,2 g/dl (12-16 g/dl), hematokryt 24,8% (37-47%), MCV 67,5 fl (81-99 fl), retikulocyty 1,4% (0,5-2,5%), leukocyty 4,4 tys./ μ l (4-10 tys./ μ l), płytki 344 tys./ μ l (130-350 tys./ μ l), saturacja hemoglobiny we krwi tętniczej 98% (bez tlenoterapii), CRP <5 mg/l (0-10 mg/l), glukoza 72 mg/dl, białko całkowite 6,2 g/dl (6-8 g/dl), INR 1,07, PT 90% (80-120%), kreatynina 0,69 mg/dl (0,6-0,9 mg/dl), moczownik 31 mg/dl (10-50 mg/dl), Na 137 mmol/l (135-148 mmol/l), K 4,27 mmol/l (3,7-5,3 mmol/l), Fe 6 μ g/dl (40-140 μ g/dl), TIBC 349 μ g/dl (250-350 μ g/dl), ferrytyna 36 ng/ml (6,9-282,5 ng/ml), AspAT 17 IU/l (5-50 IU/l), AlAT <6 IU/l (5-50 IU/l), amylaza w surowicy 53 IU/l (0-90 IU/l), amylaza w moczu 103 IU/l (0-480 IU/L), bilirubina 0,42 mg/dl (0,2-1,2 mg/dl).

W badaniu ultrasonograficznym nie wykazano zmian patologicznych w obrębie narządów jamy brzusznej.

1. Które rozpoznanie jest najbardziej prawdopodobne?

- Choroba wrzodowa dwunastnicy
- Choroba trzewna
- Choroba Leśniowskiego-Crohna
- Zespół Zollingera-Ellisona
- Histoplazmoza przewodu pokarmowego

Podstawowym objawem choroby wrzodowej dwunastnicy jest tępy ból zlokalizowany w środkowym nadbrzuszu, nasilający się na czczo bądź 1-2 h po jedzeniu, a zmniejszający się bezpośrednio po posiłku. Choroba rozwija się najczęściej u osób między 20. a 30. r.ż. W jej rozpoznaniu podstawowe znaczenie ma gastroskopia z oceną obecności *H. pylori*. O ile w przypadku wrzodu żołądka konieczne jest pobranie wycinków z brzegów owróżdzenia (w celu wykluczenia obecności raka), to w przypadku rozpoznanych *de novo* owróżdzeń dwunastnicy pobieranie biopatów nie jest konieczne. Uważa się, że 92% wrzodów dwunastnicy ma etiologię związaną z zakażeniem *H. pylori*, 5% spowodowanych jest przez NLPZ, a 3% ma inne przyczyny. Po zastosowaniu odpo-

wiedniego leczenia czas wygojenia wrzodu trawiennego nie powinien przekraczać 3 miesięcy.^{1,2} Młody wiek pacjentki, stosowanie NLPZ oraz potwierdzone wcześniej zakażenie *H. pylori* wskazywały na możliwość nawrotu choroby wrzodowej dwunastnicy. Obecność owrzodzenia, pomimo stosowanego przewlekłego leczenia PPI oraz przebytych terapii eradycznych *H. pylori*, a także nietypowy dla choroby wrzodowej dwunastnicy charakter bólu przemawiały przeciwko temu rozpoznaniu.

Choroba trzewna (celiakia) zaliczana jest do chorób autoimmunologicznych, jej objawy występują u osób genetycznie predysponowanych i wiążą się ze spożywaniem glutenu. Najczęściej przebiega pod postacią zespołu złego wchłaniania z towarzyszącymi bólami brzucha, wzdęciami i biegunką. U pacjentów z celiakią w badaniach laboratoryjnych można stwierdzić niedokrwistość niedobarwliwą, niskie stężenie żelaza, wapnia, kwasu foliowego, witaminy D i albuminy we krwi, zaś w badaniu endoskopowym wygładzoną powierzchnię błony śluzowej dwunastnicy z widocznymi prześwitującymi naczyniami krwionośnymi. Podstawą do rozpoznania choroby trzewnej jest jednak wynik badania histopatologicznego wycinków błony śluzowej dwunastnicy.^{1,2,3} Nieswoiste dolegliwości bólowe w jamie brzusznej i obecność niedokrwistości z niedoboru żelaza mogą sugerować rozpoznanie celiakii. Obraz endoskopowy nie jest charakterystyczny dla choroby trzewnej, ale należy pamiętać, że obecność owrzodzenia dwunastnicy nie wyklucza celiakii.

Choroba Leśniowskiego-Crohna jest chorobą zapalną przewodu pokarmowego. Charakteryzuje się obecnością ogniskowego, pełnościennego, niekiedy ziarniniakowego zapalenia. Rozpoczyna się najczęściej w drugiej lub trzeciej dekadzie życia. Z zajęcie dwunastnicy objawia się bólem w nadbrzuszu, nudnościami oraz wymiotami.^{4,5} Niedokrwistość w przebiegu tej choroby jest najczęściej związana z niedoborem żelaza (tzw. niedokrwistość chorób przewlekłych).⁶ Młody wiek pacjentki, przewlekły charakter choroby, brak odpowiedzi na typowe leczenie farmakologiczne choroby wrzodowej wskazują na chorobę Leśniowskiego-Crohna jako najbardziej prawdopodobne rozpoznanie.

Zespół Zollingera-Ellisona jest rzadką chorobą będącą następstwem nadmiernego wydzielania gastryny przez guz zlokalizowany najczęściej w trzustce lub dwunastnicy (*gastrinoma*). Może objawiać się mnogimi, opornymi na leczenie owrzodzeniami żołądka, dwunastnicy i jelita cienkiego. Obecność pojedynczego owrzodzenia dwunastnicy bez towarzyszących objawów zespołu Zollingera-Ellisona (biegunka, objawy choroby refluksowej przełyku) oraz brak uchwytanych zmian ogniskowych w obrębie narządów jamy brzusznej w badaniu USG i w gastroskopii przemawiają przeciwko temu rozpoznaniu.^{1,2}

Histoplazmozę wywołują grzyby z rodzaju *Histoplasma capsulatum*. Występują one endemicznie w krajach Ameryki Łacińskiej i Północnej. U osób immunokompetentnych choroba najczęściej przebiega pod postacią samoograniczającego się zapalenia płuc. Przewód pokarmowy stanowi rzadką lokalizację tej grzybicy. Zmiany patologiczne w przebiegu histoplazmozy to mnogie owrzodzenia z ogniskami martwicy, rzadziej zmiany polipowate.

Rozpoznanie potwierdza badanie histopatologiczne biopsji pobranych w czasie endoskopii.^{1,2} Brak danych wskazujących na obecność zaburzeń układu immunologicznego oraz informacji o wcześniejszych wyjazdach do rejonów występowania histoplazmozy przemawia przeciwko temu rozpoznaniu.

U pacjentki wykonano gastroskopię, w której uwidoczniono płaską nadżerkę (4-5 mm) w okolicy kąta żołądka i owrzodzenie (6-8 mm) o dnie pokrytym włóknikiem w obrębie zniekształconej opuszki dwunastnicy.

2. Które z badań jest najważniejszym kolejnym krokiem diagnostycznym?

- Ocena endoskopowa żołądka i dwunastnicy z pobraniem wycinka z błony śluzowej żołądka do testu ureazowego
- Ocena endoskopowa żołądka i dwunastnicy z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego z: brzegów owrzodzenia w dwunastnicy, błony śluzowej części D2 dwunastnicy oraz błony śluzowej żołądka wg protokołu z Sydney
- Ocena endoskopowa żołądka i dwunastnicy z pobraniem wymazu z dwunastnicy do badania mikrobiologicznego
- Oznaczenie przeciwciał przeciwko transglutaminazie tkankowej (tTGA) i endomyzjum mięśni gładkich (EMA) w surowicy
- Oznaczenie stężenia gastryny w surowicy

Zapalenie błony śluzowej żołądka ze współistniejącą infekcją *H. pylori* może być przyczyną niedokrwistości z niedoboru żelaza. Gastroskopia z wykonaniem tylko testu ureazowego nie pozwala jednak na wykluczenie innych przyczyn odchyłań stwierdzanych u chorej.

Badanie endoskopowe przewodu pokarmowego odgrywa główną rolę w rozpoznawaniu nieswoistych chorób zapalnych jelit (IBD – *inflammatory bowel disease*) oraz określaniu lokalizacji zmian chorobowych, umożliwia również pobranie materiału do badania histopatologicznego. Biopsja endoskopowa umożliwia potwierdzenie rozpoznania, a także może wykazać obecność dysplazji, gruczolakoraka lub chłoniaka.⁷ Protokół z Sydney określa zasady pobierania i oceny wycinków błony śluzowej żołądka u pacjentów z podejrzeniem przewlekłego zapalenia błony śluzowej żołądka i zakażenia *H. pylori*. Zgodnie z nim u pacjentów bez meta-plazji jelitowej lub dysplazji w wywiadzie w celu wiarygodnej oceny obecności zakażenia *H. pylori* i przewlekłego zapalenia błony śluzowej żołądka należy pobrać 5 wycinków śluzówkowych: z *antrum* (2 wycinki), trzonu (2) i kąta (1). U pacjentów z nieokreślonym zapaleniem jelita grubego biopsje z błony śluzowej żołądka wykazujące ogniskowe zapalenie przy braku zakażenia *H. pylori* mogą być ponadto pomocne w rozpoznaniu choroby Leśniowskiego-Crohna. Podstawą rozpoznania celiakii jest stwierdzenie zaniku kosmków, rozrostu krypt, a w aktywnej postaci choroby wzrostu liczby śród nabłonkowych limfocytów w wycinkach pobranych z błony śluzowej dwunastnicy.^{3,7} Ze względu na obecność opornego na leczenie owrzodzenia dwunastnicy należy wykonać gastroskopię z pobraniem wycinków z brzegów owrzodzenia w celu oceny jego charakteru, wycinków z błony śluzowej

żołądka w celu oceny skuteczności terapii eradykacyjnej *H. pylori* oraz wycinków z części D2 dwunastnicy w celu wykluczenia współistniejącej celiakii.

Czynniki infekcyjne, m.in. *Histoplasma capsulatum*, *Mycobacterium avium*, *Enterocytozoon bieneusi*, *Cytomegalovirus* (CMV) mogą wywoływać zmiany zapalne w obrębie błony śluzowej dwunastnicy.¹ Wykonanie gastrokopii z pobraniem materiału do badania mikrobiologicznego z dwunastnicy umożliwia rozpoznanie zakażenia, lecz nie wyklucza jednoznacznie innych przyczyn stwierdzanych odchyłań.

Badania serologiczne wykrywające przeciwciała skierowane przeciwko autoantygonom – transglutaminazie tkankowej (tTGA – *tissue transglutaminase antibody*) i endomyszium mięśni gładkich (EMA – *endomysial antibody*) – są stosowane w diagnostyce choroby trzewnej.^{1,3} Czułość i swoistość tych przeciwciał w wykrywaniu choroby trzewnej wynosi, odpowiednio, dla tTGA 93% i 95%, dla EMA 90% i 99%.¹ Dodatni wynik sugeruje chorobę trzewną, ale nie jest jednoznaczny z jej rozpoznaniem oraz nie wyklucza innych przyczyn nieprawidłowości stwierdzanych u pacjentki.

Hipergastrynemia w przebiegu zespołu Zollingera-Ellisona może być przyczyną powstawania owrzodzeń dwunastnicy, jednak wykazanie podwyższonego stężenia gastryny nie wyklucza innych chorób.

Badanie histopatologiczne wycinków pobranych z brzegów owrzodzenia wykazało obecność zmian sugerujących chorobę Leśniowskiego-Crohna, w wycinkach pobranych z błony śluzowej żołądka nie wykazano zakażenia *H. pylori*, a w biopatach pobranych z części D2 dwunastnicy stwierdzono prawidłowy obraz komórek jelitowych.

3. Która metoda postępowania jest najważniejszym kolejnym krokiem?

- Wykonanie kolonoskopii i enteroklizy TK, a następnie rozpoczęcie leczenia w oparciu o lokalizację zmian i aktywność choroby
- Przewlekłe leczenie doustnymi glikokortykosteroidami
- Leczenie biologiczne z zastosowaniem np. infliksymabu
- Wykonanie endoskopii kapsułkowej (VCE – *video capsule endoscopy*) w celu dokładnej oceny lokalizacji zmian chorobowych, a następnie rozpoczęcie leczenia dostosowanego do lokalizacji zmian i aktywności choroby
- Leczenie chirurgiczne

U 40% pacjentów choroba Leśniowskiego-Crohna lokalizuje się w jelicie cienkim i kątnicy, u 30% w jelicie cienkim, zaś u 25% wyłącznie w jelicie grubym. Rzadziej dotyczy górnego odcinka przewodu pokarmowego.¹ Kolonoskopia umożliwia ocenę jelita grubego i końcowego odcinka jelita krętego. Do oceny jelita cienkiego wykorzystuje się enteroklizę z wykorzystaniem tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR) bądź endoskopię kapsułkową.⁴ Postępowanie terapeutyczne uzależnione jest od aktywności choroby, jej lokalizacji, obecności powikłań, uzyskanej odpowiedzi klinicznej i tolerancji leczenia. Uważa się, że leczenie należy prowadzić sekwencyjnie: leczyć zaostrzenie choroby (indukować klinicz-

ną remisję), a następnie podtrzymać odpowiedź. Reakcja na początkową terapię powinna nastąpić w ciągu kilku tygodni; w tym czasie należy monitorować pacjentów pod kątem występowania objawów niepożądanych. Poprawa kliniczna u pacjentów leczonych z powodu zaostrzenia choroby powinna być ewidentna w 2.-4. tygodniu, a maksymalna powinna wystąpić w 12.-16. tygodniu terapii. Gdy aktywność choroby jest mała, powszechnie stosuje się doustną mesalazynę (5-ASA) w dawce 3-4 g/24h lub sulfasalazynę w dawce 3-6 g/24h (wyniki niedawno przeprowadzonych badań sugerują jednak, że stosowanie tych leków jest tylko nieznacznie skuteczniejsze niż placebo).⁴ Wybór leku uzależniony jest od lokalizacji choroby, np. przy lokalizacji wyłącznie w jelicie grubym stosuje się sulfasalazynę. U pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna o przebiegu łagodnym lub średnio ciężkim, ograniczoną do jelita krętego lub prawej połowy okrężnicy, skutecznym lekiem jest budezonid o kontrolowanym uwalnianiu w jelicie. W przebiegu średnio ciężkim lub ciężkim powinno się stosować prednizon w dawce 40-60 mg/24h aż do ustąpienia objawów i rozpoczęcia zwiększania masy ciała (zazwyczaj 7-28 dni). Obecność zakażenia lub ropnia wymaga zastosowania antybiotykoterapii lub drenażu chirurgicznego. W leczeniu podtrzymującym u chorych z remisją indukowaną glikokortykosteroidami stosuje się azatioprynę lub 6-merkaptopurynę. W przypadku steroidozależnej lub steroidoopornej choroby Leśniowskiego-Crohna skutecznym lekiem jest również metotreksat podawany parenteralnie.^{4,5} Glikokortykosteroidy nie powinny być stosowane długoterminowo w celu utrzymania remisji.^{4,5}

Wskazaniami do stosowania leków biologicznych w chorobie Leśniowskiego-Crohna są:

- ciężka czynna postać choroby
- obecność przetok okołoodbytowych, które nie zagoiły się pod wpływem antybiotyków i leczenia chirurgicznego w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym
- znaczna utrata masy ciała
- obecność czynników prognostycznych przemawiających za ciężkim przebiegiem choroby, takich jak: wczesne pojawienie się przetok, zapalenie naczyń, naczyniówki oka, stawów, wtórna skrobiawica
- wysokie stężenie CRP
- brak reakcji na dotychczasowe leczenie lub przeciwwskazania do dotychczasowego leczenia albo leczenia chirurgicznego.

Przeciwwskazaniami do leczenia biologicznego są:

- nadwrażliwość na te leki
- ciężkie zakażenia
- niestabilna choroba wieńcowa
- niewydolność serca, oddechowa, nerek, wątroby
- zespół demielinizacyjny
- nowotwory złośliwe.^{4,5}

U pacjentki, biorąc pod uwagę małą aktywność choroby oraz jej postać (brak przetok, możliwość zwężenia organicznego w końcowym odcinku jelita krętego), a także fakt, że wcześniej nie podejmowano prób leczenia, należy uznać, że nie ma obecnie wskazań do leczenia biologicznego.

Zwężenia jelita cienkiego, które często stwierdza się u osób z rozpoznaną chorobą Leśniowskiego-Crohna, są uważane za przeciwwskazanie do endoskopii kapsułkowej (VCE) ze względu na ryzyko zatrzymania się kapsułki i związaną z tym konieczność interwencji chirurgicznej. Aktualnie zaleca się, aby u pacjentów z tą chorobą wykonać przed planowaną VCE badania radiologiczne (pasaż jelitowy, enterokliza TK, enterokliza MR) w celu oceny obecności zwężeń jelita cienkiego. W badaniach oceniających przydatność VCE w diagnostyce zaburzeń przewodu pokarmowego wykazano jej przewagę nad badaniami kontrastowymi i TK w wykrywaniu małych zmian zlokalizowanych w obrębie jelita cienkiego. VCE nie pozwala jednak na określenie, czy owrzodzenia uwidocznione w ten sposób są typowe dla choroby Leśniowskiego-Crohna.⁴

Leczenie chirurgiczne w chorobie Leśniowskiego-Crohna zalecane jest najczęściej w przypadku obecności zmian nowotworowych lub przednowotworowych, zwężeń powodujących niedrożność przewodu pokarmowego, powikłań ropnych lub choroby odpornej na terapię farmakologiczną. Gdy choroba ma małą aktywność i nie powoduje takich powikłań, nie ma wskazań do leczenia chirurgicznego.^{4,5}

U pacjentki wykonano kolonoskopię, a następnie enteroklizę TK. Badanie kolonoskopowe ujawniło obecność płaskich nadżerek na zastawce krętniczo-kątniczej oraz brukowaną, usztywnioną, odcinkowo pokrytą włóknikiem błonę śluzową jelita krętego w odległości

5 cm za zastawką. W badaniu TK jamy brzusznej z enteroklizą uwidoczono pogrubienie ściany i przewężenie światła końcowej pętli jelita krętego, mogące odpowiadać zmianom w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna, poza tym nie stwierdzono zmian patologicznych w obrębie narządów jamy brzusznej. Na podstawie obrazu klinicznego (brak objawów niedrożności przewodu pokarmowego) i wyników badań rozpoznano chorobę Leśniowskiego-Crohna o małej aktywności, zlokalizowaną w górnym odcinku przewodu pokarmowego oraz jelicie krętym i jelicie grubym. Na tej podstawie włączono leczenie mesalazyną (5-ASA) w dawce 4g/24h.

4. Które stwierdzenie najlepiej opisuje odległe rokowanie w tym przypadku?

- Ryzyko rozwoju raka jelita grubego w przebiegu tej choroby jest takie samo jak w populacji ogólnej
 - U większości pacjentów w przebiegu choroby dochodzi do powstawania przetok
 - Pacjentka ma 50% szans na remisję w ciągu następnych 3 lat
 - U około połowy pacjentów choroba jest stale aktywna
 - Większość przetok powstających w przebiegu tej choroby goi się samoistnie i nie wymaga leczenia
- U pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna ryzyko rozwoju gruczolakoraka przewodu pokarmowego jest mniejsze niż

u chorych z wrzodzącym zapaleniem jelit (*colitis ulcerosa*), jednak w przypadku dłużej trwającego przebiegu choroby ryzyko rozwoju neoplazji jest 2-3-krotnie większe niż w populacji ogólnej.^{4,5}

Choroba Leśniowskiego-Crohna ma przewlekły nawracający przebieg. U pacjenta z chorobą ograniczoną do światła przewodu pokarmowego, aktywną w ciągu ostatniego roku, prawdopodobieństwo, że pozostanie ona aktywna w kolejnym roku wynosi 70%, a prawdopodobieństwo remisji w ciągu następnych 3 lat wynosi 50%. Tylko u <5% pacjentów choroba będzie stale aktywna, a u 13% pacjentów nigdy nie powróci po wejściu w fazę remisji. Ryzyko wytworzenia przetoki wynosi 20-40% w ciągu całego życia. Przebieg kliniczny z tworzeniem przetok jest zróżnicowany i zależy od ich lokalizacji oraz obecności powikłań. Najczęściej stwierdza się przetoki zewnętrzne jelitowo-skinne, rzadziej przetoki wewnętrzne jelitowo-jelitowe lub jelitowo-pęcherzowe. Przetoki rzadko goją się samoistnie. Zamknięcie przetok wewnętrznych trudniej uzyskać, stosując wyłącznie leczenie farmakologiczne. Częstość nawrotów przetok po leczeniu farmakologicznym i chirurgicznym wynosi 59-82%.⁴

Omówienie

U kobiet przed menopauzą częstą przyczyną niedokrwistości jest utrata krwi w czasie menstruacji lub niedobór żelaza w diecie, ale należy także wziąć pod uwagę inną przyczynę – zmiany patologiczne w obrębie przewodu pokarmowego. Najczęściej występujące zmiany patologiczne zlokalizowane w górnej części przewodu pokarmowego, będące przyczyną niedokrwistości, to: wrzody trawienne, rak żołądka, żołądek arburowaty, nadżerkowe zapalenie błony śluzowej żołądka i przełyku, przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka wywołane przez *H. pylori*, zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka, zmiany występujące w chorobie trzewnej. Przyczyną niedokrwistości mogą być także przebyte zabiegi chirurgiczne żołądka. Najbardziej prawdopodobne źródła utajonego krwawienia z przewodu pokarmowego u pacjentów <40. r.ż. to: guzy jelita cienkiego (np. chłoniaki, rakowiaki, gruczolakoraki), uchyłek Meckela, zmiany typu Dieulafoya oraz choroba Leśniowskiego-Crohna. U pacjentów >40. r.ż. istnieje zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia zmian naczyń i zaburzeń przewodu pokarmowego związanych ze stosowaniem NLPZ; one również mogą być przyczyną utraty krwi.⁶

Nawrót wrzodów dwunastnicy bądź utrzymywanie się owrzodzenia pomimo właściwego leczenia zachowawczego wymaga poszerzenia diagnostyki. Głównymi czynnikami etiologicznymi wrzodów dwunastnicy są *H. pylori* i stosowanie NLPZ. Inne przyczyny to choroba Leśniowskiego-Crohna, nowotwory dwunastnicy, zakażenia (grzybicze, bakteryjne, wirusowe), hipergastrynemia w przebiegu zespołu Zollingera-Ellisona.^{1,2}

Piśmiennictwo:

1. Yamada T, Hasler WL, Inadomi JM, et al. Handbook of Gastroenterology, Second Edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Philadelphia 2003.
2. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 7th ed. (red.) Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. Elsevier Science, Philadelphia 2002.
3. Rubio-Tapia A, Murray JA. Celiac disease. Curr Opin Gastroenterol. 2010 Mar;26(2):116-22.
4. Lichtenstein GR, Hanauer SB, Sandborn WJ. Practice Parameters Committee of American College of Gastroenterology. Management of Crohn's disease in adults. Am J Gastroenterol 2009 Feb;104(2):465-83.

Chorobę Leśniowskiego-Crohna cechuje przewlekłe nawracający przebieg. Rozpoznanie może być trudne ze względu na różnorodność objawów, często skryty początek, obecność objawów nakładających się na objawy innych chorób zapalnych jelit oraz możliwość przebiegu choroby bez objawów ze strony przewodu pokarmowego. Do objawów związanych z zapaleniem jelit należą: przewlekła biegunka, gorączka, utrata masy ciała, krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Inne objawy to bledność skóry i śluzówek, kacheksja, obecność oporu i tklwość w badaniu brzucha, występowanie przetoki, ropnia czy szczeliny okołodbytniczej. Do objawów pozajelitowych należą między innymi zapalenie stawów i zmiany skórne.^{1,2,4,5}

Postępowanie uzależnione jest od aktywności choroby, lokalizacji zmian oraz tolerancji leczenia. Wylczenie wskaźnika aktywności choroby Leśniowskiego-Crohna (CDAI – *Crohn's Disease Activity Index*) jest trudne, dlatego w ostatnich latach proponuje się zastąpienie go oceną podstawowych objawów klinicznych. O małej aktywności choroby (CDAI 150-219 punktów) mówi się, gdy pacjent jest w dobrym stanie ogólnym i nie występują u niego takie objawy, jak odwodnienie, guz w jamie brzusznej, niedrożność czy ubytek masy ciała >10%; chorzy ci najczęściej leczeni są ambulatoryjnie. W przypadku średniej lub dużej aktywności choroby (CDAI 220-450 punktów) występują: gorączka, bóle brzucha, wyraźny ubytek masy ciała (>10%) i niedokrwistość. W ciężkiej (piorunującej) postaci choroby (CDAI >450 punktów) występują: wysoka gorączka, objawy niedrożności, ropnie w jamie brzusznej lub cechy wyniszczenia. Objawy w tej postaci utrzymują się mimo leczenia glikokortykosteroidami i lekami biologicznymi.^{4,5}

Najważniejsze informacje do zapamiętania

- Utrzymywanie się dolegliwości związanych z chorobą wrzodową dwunastnicy powyżej 8-12 tygodni od włączenia właściwego leczenia powinno skłaniać do pogłębienia diagnostyki.
- Przyczyną niedokrwistości niedobarwliwej u młodych kobiet mogą być choroby przewodu pokarmowego powodujące przewlekłą utajoną utratę krwi lub zaburzenia wchłaniania.
- Choroba Leśniowskiego-Crohna ma często skryty początek i towarzyszą jej objawy charakterystyczne także dla innych chorób przewodu pokarmowego.
- Podstawą leczenia lekkich postaci choroby Leśniowskiego-Crohna są preparaty zawierające mesalazynę (5-ASA).

Prawidłowe odpowiedzi: 1c, 2b, 3a, 4c

Adres do korespondencji: lek. Paweł Rogalski, Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytet Medyczny w Białymstoku ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a, 15-276 Białystok. Tel: (85) 746 82 34, fax. (+ 48 85) 746 85 06. E-mail: progalsky@gmail.com

© 2011 Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

5. Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, et al. European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. J Crohns Colitis. 2010 Feb;4(1):63-101.
6. Zhu A, Kaneshiro M, Kaunitz JD. Evaluation and treatment of iron deficiency anemia: a gastroenterological perspective. Dig Dis Sci. 2010 Mar;55(3):548-59.
7. Yantiss RK, Odze RD. Optimal approach to obtaining mucosal biopsies for assessment of inflammatory disorders of the gastrointestinal tract. Am J Gastroenterol 2009 Mar;104(3):774-83.