

# Rozpoznawanie dysplazji jelita grubego i ich leczenie u pacjentów z chorobami zapalnymi jelit – wytyczne AGA



dr n. med. Edyta Zagórowicz  
Klinika Gastroenterologii i Hepatologii  
CMKP, Centrum Onkologii, Warszawa

**W**ytyczne American Gastroenterology Association (AGA) dotyczące rozpoznawania zmian przedrakowych (dysplazji) jelita grubego i ich leczenia u pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit<sup>1</sup> stanowią podsumowanie aktualnej wiedzy na ten temat, którą zebrano w osobnym artykule.<sup>2</sup> Zespół złożony z gastroenterologów, chirurgów endoskopistów i patomorfologów najpierw sformułował pytania i problemy, które pojawiają się w trakcie opieki nad pacjentami z długotrwałymi nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit, a następnie próbował na nie odpowiedzieć zgodnie z dowodami naukowymi. W przypadku braku dowodów wytyczne sformułowano na podstawie opinii ekspertów.

Długotrwała nieswoista choroba zapalna jelit zwiększa ryzyko zachorowania na raka jelita grubego. Eaden i wsp. w metaanalizie 116 publikacji<sup>3</sup> wykazali, że skumulowane ryzyko raka we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego wynosi 2% po 10 latach trwania choroby, 8% po 20 latach i 18% po 30 latach. Późniejsze analizy pochodzące z różnych regionów świata były już mniej alarmujące. W 30-letniej obserwacji prowadzonej w szpitalu św. Marka w Londynie skumulowane ryzyko po 20, 30 i 40 latach trwania choroby wynosiło odpowiednio 2,5%, 7,6% i 10,8%. Wyniki badań prowadzonych w najlepszych ośrodkach amerykańskich i skandynawskich są nawet bardziej optymistyczne. W ostatnich dziesięcioleciach zachorowalność na raka jelita grubego w tej grupie chorych zmniejsza się dzięki lepszemu opiece medycznej. Opiera się ona na skuteczniejszym leczeniu przeciwzapalnym, endoskopii, wczesnym wykrywaniu zmian przedrakowych i pla-

nowym wykonywaniu kolektomii, a także prawdopodobnie chemoprewencyjnym działaniu aminosalicylanów.

U pacjentów z wieloletnim nieswoistym zapaleniem jelita grubego zaleca się nadzór endoskopowy z pobieraniem licznych wycinków w celu wczesnego wykrycia zmian przedrakowych lub raka. Nie ma bezpośrednich dowodów, że takie postępowanie zmniejsza umieralność z powodu raka jelita grubego, pozwala ono jednak wykryć nowotwór we wcześniejszych stadiach zaawansowania i, co za tym idzie, poprawia rokowanie.

W komentowanych wytycznych podano szczegółowe zasady nadzoru i interwencji w przypadku wykrycia zmian przedrakowych. Najważniejsze informacje dotyczą:

## 1. Podgrupy pacjentów o szczególnie zwiększonym ryzyku wystąpienia raka jelita grubego.

Ryzyko zachorowania na raka jelita grubego jest zwiększone u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego lub chorobą Leśniowskiego-Crohna. Stopień tego ryzyka zależy od długości zajętego odcinka jelita, czasu trwania choroby i ciężkości zapalenia. Wśród czynników ryzyka wymieniono również zmiany pozapalne w jelicie grubym widoczne w badaniu endoskopowym, takie jak zwężenia, skrócenie jelita i obecność licznych polipów zapalnych, świadczące o dużej aktywności procesu zapalnego. Ważnym czynnikiem ryzyka jest też współistnienie pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych i sporadyczne występowanie raka jelita grubego u krewnych pierwszego stopnia. U większości pacjentów rozwój raka poprzedza dysplazja w nabłonku jelita grubego. Pozostaje ona najlepszym wskaźnikiem ryzyka raka jelita grubego w nieswoistych chorobach zapalnych jelit.

## 2. Ujednolicenia schematu nadzoru endoskopowego.

Wcześniej zalecano, aby u pacjentów z lewostronnym zapaleniem jelita grubego nadzór zaczynać po 15 latach trwania choroby, czyli później niż u pacjentów z rozleglejszym zapaleniem jelita grubego, w którego przypadku początek nadzoru rekomendowano po 8-10 latach występowania choroby. Obecnie zaleca się „wskaźnikową” kolonoskopię po 8-10 latach u wszystkich pacjentów z pobraniem lic-

nych (kilkudziesięciu) wycinków z całego jelita grubego w celu określenia nie tylko makroskopowego, ale także mikroskopowego zasięgu zmian zapalnych. U pacjentów z rozległym zapaleniem jelita grubego lub zajęciem lewostronnym należy rozpocząć odpowiedni nadzór endoskopowy (kolonoskopia z pobraniem wycinków co rok – 3 lata, w zależności od wyników badania), a u pozostałych osób wykonywać badania przesiewowe tak jak w populacji ogólnej.

### **3. Polipektomii zmian z dysplazją przypominających sporadyczne gruczolaki, występujących w obrębie zmian zapalnych.**

Jeżeli nie stwierdza się dysplazji w płaskiej błonie śluzowej w jakimkolwiek odcinku jelita, polipy z dysplazją o wyglądzie sporadycznych gruczolaków można leczyć endoskopowo, a pacjenci po zabiegu powinni pozostać pod nadzorem endoskopowym.

### **4. Postępowania w przypadku dysplazji w płaskiej błonie śluzowej.**

Dysplazja dużego stopnia jest pewnym wskazaniem do kolektomii, ponieważ ryzyko współistnienia raka lub jego rozwoju w najbliższych latach jest wyjątkowo duże. Wciąż trudno ocenić, na ile słuszne jest zalecanie kolektomii w przypadku dysplazji niskiego stopnia.

### **5. Roli nowych technik endoskopowych w prowadzeniu nadzoru u pacjentów z nieswoistą chorobą zapalną jelit.**

#### **Piśmiennictwo:**

1. Farraye FA, Odze RD, Eaden J, Itzkowitz SH. AGA technical review on the diagnosis and management of colorectal neoplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2010;138(2):746-74.
2. Farraye FA, Odze RD, Eaden J, et al.; AGA Institute Medical Position Panel on Diagnosis and Management of Colorectal Neoplasia in Inflammatory Bowel Disease. AGA medical

W wytycznych stwierdzono, że chromoendoskopia (endoskopia z barwieniem błony śluzowej) w porównaniu z klasyczną kolonoskopią pozwala lepiej uwidocznic nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej i wykryć dysplazję u większego odsetka pacjentów. Nie ma jednak pewności, że wykryta w ten sposób dysplazja oznacza takie samo ryzyko raka jelita grubego jak dysplazja wykryta w pobranych „na ślepo” wycinkach z płaskiej błony śluzowej. Chromoendoskopia z pobraniem wycinków z samych tylko zmienionych miejsc może zastąpić klasyczne badanie, pod warunkiem że wykonuje je odpowiednio wyszkolony i doświadczony endoskopista.

### **6. Chemoprewencji raka jelita grubego.**

O ile badania wskazują na chemoprewencyjny efekt długotrwałego przyjmowania aminosalicylanów i kwasu ursodezoksycholowego (u pacjentów ze współistniejącym stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych), o tyle nie ma dowodów, że takie działanie mają inne leki stosowane w celu opanowania stanu zapalnego (kortykosteroidy, analogi purynowe) lub jakiegokolwiek inne leki (kwas foliowy, statyny, preparaty wapnia).

Wskazówki co do postępowania u pacjentów z trwającymi od wielu lat nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit będą przydatne nie tylko gastroenterologom, ale także innym specjalistom zaangażowanym w opiekę nad tą grupą pacjentów.

position statement on the diagnosis and management of colorectal neoplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2010;138(2):738-45.

3. Eaden JA, Abrams KR, Mayberry JF. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis. *Gut* 2001;48(4):526-35. PubMed PMID: 11247898; PubMed Central PMCID: PMC1728259.