

Pregledni prispevek/Review article

VLOGA KOLONOSKOPSKE PREISKAVE PRI KRONIČNI VNETNI ČREVESNI BOLEZNI (KVČB)

THE ROLE OF A COLONOSCOPY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE (IBD)

Davorin Dajčman

Oddelek za gastroenterologijo, Klinični oddelek za interno medicino, Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor

Izvleček

Izhodišča

Gastrointestinalna endoskopija omogoča pregled površine sluznice prebavne cevi, kar omogoča, da z njo odkrivamo spremembe prebavil. Kljub našemu modernemu razumevanju kronične vnetne črevesne bolezni vloga gastrointestinalne endoskopije pri odkrivanju, zdravljenju in sledenju bolnikov še zmeraj ni natančno določena. Seveda ima ključno vlogo pri obravnavi bolnikov, saj so indikacije za preiskavo pri teh bolnikih zelo široke. Še posebej priporočene pa pri bolnikih, pri katerih pomislimo na raka debelega črevesa. Zaradi neprijetnosti, stroškov in dejavnikov tveganja na drugi strani pa morajo endoskopske preiskave biti odrezane le tistim bolnikom, pri katerih lahko na podlagi njihovih izsledkov pomembno vplivamo na spremembo zdravljenja. V pričujočem članku avtor razpravlja o pomenu in koristi gastrointestinalne endoskopije pri različnih kliničnih stanjih kronične vnetne črevesne bolezni. Kolonoskopija ima zelo veliko napovedno vrednost pri obeh oblikah kronične vnetne črevesne bolezni, tako pri ulceroznem kolitisu kot pri Crohnovi bolezni. Še posebej pomembna je endoskopska ocena sluzničnih okvar po zaključku ciljnega zdravljenja Crohnove bolezni.

Zaključki

Avtor poudari, da redne endoskopske preiskave za oceno aktivnosti bolezni niso potrebne pri bolnikih, ki nimajo težav oziroma je bolezen v remisiji. V članku je prikazanih tudi 10 uporabnih nasvetov, kako vključiti endoskopijo v obravnavo bolnika s kronično vnetno črevesno boleznijo, in kakšna je njena vloga pri bolnikih s krvavimi driskami, za endoskopsko razlikovanje med ulceroznim kolitisom in Crohnovo boleznijo, nekrvavečimi kroničnimi driskami ter kakšna je vloga endoskopije pri zgodnjem odkrivanju raka debelega črevesa ob prisotnosti kronične vnetne črevesne bolezni.

Ključne besede

kronična vnetna črevesna bolezen; ulcerozni kolitis; Crohnova bolezen; gastrointestinalna endoskopija; kolonoskopija

Abstract

Background

Gastrointestinal endoscopy provides details of the surface of the gastrointestinal tract, which has made it possible to examine it. Despite significant advances in our understanding and treatment of inflammatory bowel disease, the role of gastrointestinal endoscopy in diagnosis, surveillance and therapy of inflammatory bowel disease patients is still controversial. Of course, endoscopy plays a key role in the management of inflammatory bowel disease. Indication for endoscopy in patients with inflammatory bowel disease are diverse and commonly prompted by acute events on the need for colorectal cancer screening. However dyscomfort, potential risks and costs associated to endoscopic examination should contribute to the narrowing of indication to those cases in which the results of endoscopy is essential to determine a variation in the management strategy. In this article author provides a critical review of the value and yield of an endoscopy in various clinical scenarios where an endoscopy is commonly entertained in patients with inflammatory bowel disease. Colonoscopy has a prognostic role during severe flare of inflammatory bowel disease, both in ulcerative colitis and Chron's disease; moreover in Crohn's disease the evaluation of recurrent lesions after curative treatment has a strong prognostic role.

Conclusions

The author emphasizes that an endoscopy should not routinely be used to evaluate disease activity in patients who are doing well and are in remission. The article provides 10 valuable tips about how to integrate an endoscopy into the management of patients with inflammatory bowel disease and reviews the role endoscopy plays in patient with bloody diarrhea, distinguishing Crohn's disease from ulcerative colitis at an endoscopy, in patient with chronic nonbloody diarrhea and cancer surveillance in patients with inflammatory bowel disease.

Key words

inflammatory bowel disease; ulcerative colitis; Chron's disease; gastrointestinal endoscopy; colonoscopy

Uvod

V diagnostiki in zdravljenju kronične vnetne črevesne bolezni (KVČB) imajo gastrointestinalne endoskopske preiskave ključno vlogo. Četudi se pri obravnavi bolnikov s KVČB pogosto dopolnjujejo z radiološkimi preiskavami prebavil, so bistveno bolj natančne pri ocenjevanju sprememb sluznice prebavne cevi in omogočajo odvzem sluzničnega tkiva za histološko analizo.¹ Prav tako omogočajo zelo natančno oceniti resnost bolezni in njeno porazdelitev v prebavni cevi, na podlagi česar vplivajo na lažje določanje načrta zdravljenja bolnikov. Še posebej pomembna je endoskopija prebavil pri nastanku zapletov KVČB, kot sta krvavitev iz črevesa ali zožitve črevesa. Kolonoskopija se je pokazala kot metoda izbire za sledenje bolezni in zgodnje odkrivanje raka debelega črevesa pri bolnikih s KVČB.² Članek prikazuje 10 nasvetov glede vloge gastrointestinalne endoskopije pri obravnavi bolnika s KVČB in endoskopska priporočila pri bolnikih s krvavimi driskami, endoskopskem razlikovanju med ulceroznim kolitisom in Crohnovo boleznijo, nekrvavečimi kroničnimi driskami ter kakšna je vloga gastrointestinalne endoskopije pri zgodnjem odkrivanju raka debelega črevesa pri bolnikih s kronično vnetno črevesno boleznijo.³⁻⁵

Bolnik z driskami in primesjo krvi v blatu

Pri bolniku s krvavečimi driskami moramo v diagnostičnem procesu zelo zgodaj pomisliti na KVČB. Seveda so možne druge bolezni ali pa so za krvavitve krivi zgolj hemoroidi, vendar je potrebno KVČB izključiti v vsakem primeru. Izbrani zdravnik, ki bolnika sreča prvi, mora že na začetku preučiti, ali so simptomi akutni ali kronični. O akutni krvavitvi govorimo, če simptomi krvavečih drisk trajajo manj kot 4 tedne, medtem ko je presežanje omenjenega trajanja že znak kroničnih težav. Med ključne podatke spadajo še pogostost težav, prisotnost dejavnikov tveganja za nastanek različnih oblik kolitisa (antibiotično zdravljenje, obsevanje organov v medenici ali družinska obremenitev). Zelo značilna sta tudi boleč trebuh ali prisotnost sveže krvi na rokavici med rektalnim pregledom. Bolnikom, ki navajajo omenjene težave, je potrebno opraviti krvne preiskave s poudarkom na rdeči krvni sliki, določitvi krvi v blatu ter izključiti morebitne črevesne okužbe (hematest in koprokulturo), še posebej *Clostridium difficile* (*C.difficile*).¹⁻⁶ Nasled-

nji korak v diagnostičnem načrtu bolnikov z dokazano prisotnostjo krvi v blatu je kolonoskopija. Bolnikom s prisotnostjo toksina bakterije *C. difficile* v blatu je potrebno uvesti antibiotično zdravljenje, kolonoskopije pa ne potrebujejo. Ta pride v poštev le v primeru, da se klinične težave ponavljajo tudi po zaključku zdravljenja.^{1,3}

Ali je dovolj, da bolniku opravimo le fleksibilno sigmoidoskopijo ali celotno kolonoskopijo, ostaja v stroki odprto vprašanje vse do danes. Če bolniki niso preveč prizadeti in izčrpani, se priporoča celotna kolonoskopija, saj omogoča pregled celotnega debelega črevesa in terminalnega ileuma, kar je še posebej koristno pri bolnikih z zdravim debelim črevesom. Če med kolonoskopsko preiskavo potrdimo endoskopske znake kolitisa ali Crohnove bolezni v debelom črevesu, je preiskava terminalnega ileuma nujna. Sigmoidoskopija zadošča le pri tistih bolnikih, ki imajo spremembe, značilne za ulcerozni kolitis (tako njihov endoskopski izgled kot razporeditev v končnem delu debelega črevesa) in so v slabem splošnem stanju. Poleg natančnega pregleda sluznice debelega črevesa z endoskopsko preiskavo tudi lahko odščipnemo sluznico za histološko preiskavo in posrkamo črevesno vsebino za mikrobiološki pregled. Ob koncu preiskave kolonoskopski aparat omogoča tudi retrofleksijo oziroma pogled predela analnega zažemka proksimalno nad njim iz danke (od zgoraj).^{1,3,5} Takšen pogled v praksi imenujemo pregled zadnjikovega zažemka s področjem 2–3 cm nad njim v inverziji. Omogoča natančno oceno prisotnosti, napredovalosti in razširjenosti notranjih hemoroidov ter morebitno krvavitve iz njih. Na ta način se lahko pri bolniku izključi radiacijski proktitis (vnetje danke zaradi obsevanja) in ulcerozni proktitis (najzgodnejše spremembe danke v sklopu ulceroznega kolitisa). Endoskopist lahko na podlagi kolonoskopskega opazovanja sluznice črevesa opiše izgled sprememb, njihov položaj, morebitno zlivanje ali bočenje v svetlino črevesa, oceni njihovo ranljivost, nagnjenost h krvavitvi, opazuje spremembe sluzničnega ožilja in presodi jakost sekrecije in eksudacije (edem sluznice). Ne glede na spremembe se moramo jasno zavedati, da so spremembe sluznice neznačilne, oziroma so nespecifične pri različnih vzrokih okvare. Pogosto ni mogoče ločiti Crohnove bolezni brez prizadetosti proksimalnega dela debelega črevesa in terminalnega ileitisa samo na podlagi kolonoskopskega izvida od ulceroznega kolitisa ali celo infekcijskega kolitisa. Odščip (biopsija) sluznice in histološka analiza spre-

memb je v številnih primerih ključna dopolnilna preiskava. Endoskopsko odkritje psevdomembranskih sprememb je sicer zelo značilno za kolitis zaradi okužbe s *C. difficile*, kar pa pogosto odkrijemo tudi pri KVČB.¹⁻⁷

Možnosti endoskopskega razlikovanja med Crohnovo boleznijo in ulceroznim kolitisom

Že med pregledom perianalnega področja pred pričetkom kolonoskopije se lahko pokažejo za Crohnovo bolezen značilne spremembe: perianalno vnetje, stenoza analnega kanala ali perianalne fistule. Če ob tem kolonoskopist odkrije še značilne vnetne spremembe v terminalnem ileumu, lahko z veliko zanesljivostjo potrdi Crohnovo bolezen. Za njo so značilne podolgovate in globoke razjede; aftam podobne spremembe in tlakovanju podobna sluznična okvara pa se pojavljata tako pri Crohnovi bolezni kot pri ulceroznem kolitisu. Značilno za ulcerozni kolitis je izguba sijaja sluznice, zabrisanje presevanja drobnega žilja, drobne pikčaste razjede in oster prehod v zdravo sluznico. Naj poudarim, da tako prizadetost ali ohranjenost sluznice danke ne izključujeta nobene oblike KVČB, kakor za nobeno od obeh oblik ni patognomična pogosta rdečina v okolici ustja slepega dela črevesa (cekumu) v primerih, ko večina ostalega debelega črevesa ni prizadeta. Sicer se pogosteje pojavlja pri ulceroznem kolitisu in nima značilnosti žariščnosti sprememb, kar nakazuje prisotnost Crohnove bolezni.^{5,8}

Na podlagi številnih diagnostičnih kolonoskopij z multiplimi biopsijami so patologi prišli do spoznanja, da se povečana vnetna infiltracija sluznice pogosto pojavi v padajočem (descendentnem) oziroma desnem delu debelega črevesa tudi pri zdravih osebah. Endoskopski izvid omenjenega dela sluznice je pri teh osebah večinoma brez posebnosti, histološki izvid pa potrjuje »nespecifično vnetje«. Vzrok od danes še ni znan, zdravljenja pa ne potrebuje. Priporočeno je, da takšne histološke vzorce pregledajo tudi histopatologi z veliko izkušnjami na področju KVČB, kajti v nekaterih primerih pa je desnostranska vnetna infiltracija vendarle znanilec Crohnove bolezni.^{1,3}

Pogosto na podlagi diagnostičnih izsledkov, ki kažejo zanesljive endoskopske in histološke znake vnetne okvare sluznice debelega črevesa, ni mogoče jasno opredeliti, ali ima bolnik Crohnovo bolezen ali ulcerozni kolitis. Pri teh bolnikih je vpeljan pojem »intermediarnega kolitisa«, njegovo zdravljenje pa prav tako vključuje 5-aminosalicilate, kortikosteroide, azathioprin ali infliximab ter adalimumab. Takšno poimenovanje je nastalo na podlagi pregleda številnih resektatov debelega črevesa po operativnem zdravljenju težkih oblik obeh tipov KVČB. Ponovno so to preučevali na zadnjem svetovnem gastroenterološkem kongresu v Montrealu leta 2005. Od takrat je na podlagi t. i. Montrealske klasifikacije vpeljan pojem »nerazvrščene oblike KVČB debelega črevesa«, ki se uporablja za vse tiste oblike KVČB, pri katerih dokončna diagnoza Crohnove bolezni ali ulceroznega kolitisa ni mogoča.⁷ Razpredelnica 1 prikazuje 10 najbolj po-

membnih priporočil o pomenu kolonoskopije pri bolnikih s KVČB.⁷⁻¹¹

Razpr. 1. Deset priporočil o pomenu kolonoskopije pri bolnikih s KVČB.⁷⁻¹¹

Table 1. Ten tips about colonoscopy in inflammatory bowel disease.⁷⁻¹¹

1. Prisotnost krvi v blatu je posledica kolitisa, dokler ne dokažemo drugače.
Nujne so preiskave krvne slike in blata, večina bolnikov potrebuje kolonoskopijo.
Bloody diarrhea is colitis until proven otherwise and although blood work and stool tests are important, most patients will require a colonoscopy.
2. Pri driskah s primesjo krvi je potrebno opraviti mikrobiološke preiskave blata, še posebej testiranje na *Clostridium difficile*. Pri pozitivnem rezultatu kolonoskopija ni potrebna, razen ob neodzivnosti na protimikrobno zdravljenje.
Stool tests for *Clostridium difficile* and bacterial culture should be undertaken in all subjects with acute bloody diarrhea. In the setting of a positive *Clostridium difficile* an colonoscopy is not necessary.
3. Kljub značilnemu kolonoskopskemu videzu za kolitis je dokončno diagnozo možno potrditi le ob pomoči kliničnega pregleda, preiskav blata in krvi ter histološke analize biopsičnih vzorcev.
Although colonoscopic appearances of colitis might suggest a specific diagnosis, a combination of clinical history, blood and stool testing and endoscopic biopsies will help lead to a working clinical diagnosis.
4. Pri bolniku s kronično drisko ne glede na prisotnost krvi v blatu je kolonoskopija nujna.
A patient with chronic diarrhea, including nonbloody diarrhea, warrants a colonoscopy biopsies.
5. Pri bolniku z znano KVČB se kontrolna kolonoskopija zelo priporoča v primeru hujšega zagona bolezni ali slabe odzivnosti na zdravljenje.
In a patient with known Inflammatory bowel disease (IBD), a colonoscopy may be warranted if the patient is having a flare-up of symptoms that are not easily controlled.
6. Pri bolniku z znano KVČB v remisiji kontrolna kolonoskopija ni potrebna, dokler ni del presejalnega sledenja bolnika zaradi raka debelega črevesa in danke.
In a patient with known IBD in complete remission, a routine colonoscopy is not warranted unless it is a part of a cancer surveillance strategy.
7. Kolonoskopija z balonsko dilatacijo se priporoča pri bolnikih s Crohnovo boleznijo in razvojem stenozе v predelu debelega črevesa, Bauchinijeve valvule ali pooperativne anastomoze med posameznimi deli črevesa.
A patient with Crohn's disease and obstructive symptoms may have a stricture that is amenable to endoscopic dilatation, if present at the pylorus, duodenum, ileocolon anastomosis or in the colon.
8. Pri bolnikih z znano KVČB se kolonoskopija priporoča zaradi izključevanja displastičnih sprememb sluznice.
A dysplasia surveillance colonoscopy should be pursued in all patients with ulcerative colitis or Crohn's disease (with at least a third of the colon involved).
9. Priporočeno kolonoskopsko sledenje bolnikov z znano KVČB zaradi raka debelega črevesa in danke se prične po 8 letih od postavitve diagnoze in vključuje ponovitev preiskave enkrat letno, po 20 letih od odkritja bolezni pa še pogosteje, saj se v tem obdobju tveganje za nastanek raka debelega črevesa in danke pri teh bolnikih še dodatno zveča.
A standard approach to dysplasia surveillance is to begin after 8 years of disease and continue once per year until 20 years. After 20 years of disease, when the incidence of dysplasia or cancer increases, still more frequently.
10. Displastične spremembe in adenomi (polipi) znotraj prizadete sluznice v sklopu KVČB se lahko odstranjujejo s kolonoskopsko polipektomijo tako dolgo, dokler je bolnik voljan prihajati na kontrolne preiskave in dodatne biopsije (potrebna je čim večja motivacija bolnikov).
Dysplastic masses that appear as routine adenomas within colitis mucosa can be removed with polypectomy, as long as the patient will return consistently for a follow-up colonoscopy plus biopsies.

Bolnik z driskami brez prisotnosti krvi

Driska ali čezmerno odvajanje tekočega blata lahko nastopi akutno ob zastrupitvi s hrano, okužbi s patogenimi črevesnimi mikrobi, nenadzorovani uporabi zdravil, ki vplivajo na sekrecijo črevesne sluznice ali črevesno peristaltiko, zaradi psihogenih vzrokov in številnih kroničnih okvarah. Če čezmerno odvajanje traja več kot štiri tedne, govorimo o kronični driski. Pri bolnikih z drisko je potrebno pregledati vzorce blata na prisotnost bakterij, parazitov in toksin bakterije *C. difficile*.^{1,3,5} Ob tem je nujno oceniti prizadetost bolnika zaradi kroničnega čezmernega odvajanja blata, ki vključuje klinični pregled, določitev krvne slike, koncentracije albuminov, testiranje na celiakijo ter določitev protiteles proti bakteriji *Saccharomyces cerevisiae*, katerih prisotnost se pomembno povezuje s prisotnostjo Crohnove bolezni. V primeru prisotnosti protiteles je bolniku potrebno svetovati kolonoskopijo, še posebej ob povečani aktivnosti C-reaktivnega proteina (CRP) v serumu. Pri bolnikih s prisotnostjo protiteles, značilnih za celiakijo, kolonoskopija ni nujna, za dokončno potrditev diagnoze pa je potrebna globoka ezofagogastroduodenoskopija (EGDS) z odščipom sluznice dvanajstnika in histološko analizo vzorcev.^{1,4} V primeru normalnih izvidov krvi in blata je potrebno opraviti celotno kolonoskopijo, ki ima tudi pri takih bolnikih bistveno prednost pred sigmoidoskopijo zaradi pregleda ascendentnega debelega črevesa (desnega) in terminalnega ileuma. Če je bolezenska zožitev skozi Bauchinijevo valvulo na meji med tankim in debelim črevesom zaradi bolezenskih sprememb neprehodna za endoskopsko napravo, lahko z bioptičnimi kleščicami iz cekuma tudi odščipnemo sluznico terminalnega ileuma kar skozi valvulo na slepo. Celo za bioptične kleščice neprehodna in poleg tega makroskopsko spremenjena Bauchinijeva valvula nakazuje prisotnost Crohnove bolezni. Normalen izgled sluznice debelega črevesa in terminalnega ileuma pa ne izključujeta neinfekcijske bolezni tega dela prebavne cevi. Pri bolnikih s klinično sliko kroničnih drisk in endoskopsko normalno sluznico mora endoskopist odvzeti številne bioptične vzorce na različnih mestih, histopatologa pa opozoriti na možnost prisotnosti mikroskopskega kolitisa, med katere spadajo limfocitni in kolagenozni kolitis, amiloidoza ter mikroskopska oblika KVČB. Ker so omenjene bolezenske spremembe lahko prisotne kljub normalni endoskopski podobi sluznice, velja kolonoskopija brez biopsije pri bolnikih s kronično neinfekcijsko drisko za nepopolno preiskavo.^{1,3,5-8}

Indikacija za ponovno kolonoskopijo pri bolnikih s KVČB, če je že potrjena diagnoza

Bolniki brez znakov bolezni, ki so aktivni in se dobro počutijo, ne potrebujejo kontrolnih kolonoskopskih preiskav, še posebej ne zaradi opazovanja »endoskopske aktivnosti bolezni«.^{5,7,9} Večina gastroenterologov ne podaljšuje vzdrževalnega zdravljenja do popolne

ga izginotja vseh endoskopsko vidnih sprememb, vendar je v zadnjem času prav vloga zdravljenja do popolnega okrevanja sluznice črevesa predmet številnih strokovnih razprav. Pri bolnikih z zagonom bolezenskih znakov, ki v preteklosti dalj časa niso imeli opravljene kolonoskopije, je primerna kontrolna preiskava zaradi ocene povezanosti klinične slike z razvojem sluznične okvare, še posebej pri bolnikih s Crohnovo boleznijo, pri katerih je možnost nastanka stenoz in striktur velika. Pri bolnikih z ulceroznim kolitisom in neodzivnostjo na vse oblike zdravljenja pa kontrolna kolonoskopija omogoča ponovno biopsijo sluznice in izključitev morebitne okužbe s citomegalovirusom.¹⁰ Vse bolj popularna je tudi ponovna kolonoskopija pri bolnikih z opravljeno resekcijo ileuma ali ileokolona zaradi zapletov Crohnove bolezni. Običajno je priporočena po enem letu od operacije, odsotnost dodatnih okvar sluznice pa lahko leččega zdravnika opogumi, da ublaži intenzivno zdravljenje z zdravili in privaja bolnika na vzdrževalno zdravljenje. Kar pa ne izključuje ponovnega uvajanja intenzivnejšega zdravljenja v primeru zagona bolezni v prihodnosti.^{1,3,6,7-9}

Pri bolnikih s Crohnovo boleznijo in odkritimi stenozami ali strikturami obstajata vsaj dva razloga, da se videno čimprej razreši. Prvi je zanesljivo preprečevanje pasajnih ovir in možnosti razvoja črevesne zapore oziroma ileusa, drugi pa potreba po sprotnem izključevanju nastanka raka debelega črevesa (sledenje bolnikov), katerega pogostnost je pri bolnikih s KVČB zvečana. S kolonoskopsko balonsko dilatacijo pod nadzorom diaskopske rentgenske preiskave je možno dilatirati le kratke stenoze, kajti s trajanjem preiskave se med takim posegom večja verjetnost njihove perforacije. Zelo primerne za balonsko dilatacijo so zožitve v predelu pooperativnih ileocekalnih anastomoz, medtem ko so z jejunoileografijo (rentgensko kontrastno slikanje tankega črevesa z barijem) pogosto odkrite stenoze tankega črevesa načeloma endoskopskim balonskim posegom nedosegljive. Pri bolnikih s Crohnovo boleznijo in nastankom zožitev v področju želodca in dvanajstnika je možna balonska dilatacija s pomočjo EGDS.^{1,3,7-9}

Posebno pomembna je preudarna odločitev o smiselnosti kolonoskopije pri bolnikih s hudo akutno sliko KVČB ali fulminantnim kolitisom. Zanesljivo se zgodnja kolonoskopija priporoča pri vseh tistih, ki preiskave še niso imeli ali komaj pred več leti, saj omogoči izključiti kolitis, povzročen s citomegalovirusom na eni strani in ločevanje med Crohnovo boleznijo in ulceroznim kolitisom na drugi strani. Izsledki kolonoskopije v takšnih razmerah pripomorejo tudi k lažji presoji o morebitnem kirurškem zdravljenju akutno ogroženega bolnika. Kolonoskopistova naloga je, da med samo preiskavo presodi, ali je potrebno opraviti celotno preiskavo, ali pa že delna preiskava prinaša dovolj podatkov za lažje načrtovanje nujnega zdravljenja. Če se pri bolniku razvija megakolon, kolonoskopija zaradi velike možnosti perforacije črevesa ne pride v poštev, posebnega vpliva na potek zdravljenja pa nima tudi pri hudih septičnih stanjih bolnikov z zagonom KVČB.^{3,6,8,9}

Presejanje in sledenje bolnikov s KVČB zaradi raka debelega črevesa in danke

Kljub nepotrjenosti, da kolonoskopsko sledenje bolnikov s KVČB zaradi zgodnjega odkrivanja raka debelega črevesa in danke rešuje življenja, preiskavo zanesljivo priporočamo, saj je strah pred tem rakom pri omenjenih bolnikih povsem upravičen.^{11, 12} Histološko potrjena displazija sluznice ob že znani KVČB nakazuje možnost prisotnosti zgodnje oblike raka ali pomembno zvečano verjetnost njegovega nastanka v bližnji prihodnosti. Zaradi tega se je v zadnjih letih stališče do kolonoskopskega sledenja bolnikov z znano KVČB močno spremenilo.^{1, 3, 12} Adenomi, ki se nahajajo v predelu sluznice, prizadete s kolitičnimi spremembami, se lahko odstranijo s kolonoskopsko polipektomijo, iz njihove okolice pa je potrebno odvzeti še številne biopsije zaradi izključitve ploščatih displazij v sluznici. Načrt večjega števila polipektomij pri multiplih polipih je potrebno skrbno pripraviti in pojasniti bolniku, ki se mora strinjati s ponovitvijo kolonoskopske polipektomije v bližnji prihodnosti. Natančno sledenje takšnih bolnikov je namreč nujno za zanesljivo preprečevanje nastanka raka spodnjih prebavil.^{3, 12-14} Med novejšo oblike kolonoskopskih preiskav za sledenje bolnikov s povečanim tveganjem za nastanek raka debelega črevesa in danke pa spadajo še kolonoskopija z možnostjo povečave ali brez ob uporabi metilenskega modrila kot barvila, kromoskopska endomikroskopija in konfokalna endomikroskopija.¹³ Slednjih metod v Sloveniji rutinsko še ne uporabljamo, zanesljivo pa jih bomo uvajali v bližnji prihodnosti v sklopu presejalnega programa za raka debelega črevesa in danke. Pričetek kolonoskopskega izključevanja raka debelega črevesa pri bolnikih s KVČB se priporoča po osmih letih od odkritja bolezni, zanesljivo pa ga je potrebno poostri po dvajsetih letih prisotnosti bolezni. Še zmeraj ni jasno, ali lahko pogostnost presejalne kolonoskopije zmanjšamo pri bolnikih z minimalnimi vnetnimi spremembami sluznice na predhodnih kolonoskopijah oziroma pri tistih, pri katerih v več zaporednih kolonoskopijah niso odkrili displastičnih sprememb.^{1, 11, 12, 14-16}

Literatura

- Daperno M, Sostegni R, Lavagna A, Crocellà L, Ercole E, Rigazio C, et al. The role of endoscopy in inflammatory bowel disease. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2004; 8: 209-14.
- Bernstein CN, Shanahan F, Anton PA, Weinstein WM. Patchiness of mucosal inflammation in treated ulcerative colitis: a prospective study. *Gastrointest Endosc* 1995; 42: 232-7.
- Lee SD, Cohen RD. Endoscopy in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am* 2002; 31: 119-32.
- D'Haens G, Geboes K, Peeters M, Baert F, Ectors N, Rutgeerts P. Patchy cecal inflammation associated with distal ulcerative colitis: a prospective endoscopic study. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1275-9.
- Paski SC, Wightman R, Robert ME, Bernstein CN. The importance of recognizing increased cecal inflammation in health and avoiding the misdiagnosis of nonspecific colitis. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 2294.
- North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; Colitis Foundation of America. Bousvaros A, Antonioli DA, Colletti RB, Dubinsky MC, Glickman JN, Gold BD, Griffiths AM, et al. Differentiating ulcerative colitis from Crohn disease in children and young adults: report of a working group of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the Crohn's and Colitis Foundation of America. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007; 44: 653-74.
- Silverberg M, Satsangi J, Ahmad T, Arnod ID, Bernstein CN, Brant SR, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol* 2005; 19 Suppl A: 1-32.
- Odze RD. Pathology of indeterminate colitis. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38 Suppl: 36-40.
- Henriksen M, Jahnsen J, Lygren I, Sauar J, Schulz T, Stray N, et al. Ibsen Study Group. Change of diagnosis during the first five years after onset of inflammatory bowel disease: results of a prospective follow-up study (the IBSen Study). *Scand J Gastroenterol* 2006; 41: 1037-43.
- Cottone M, Pietrosi G, Martorana G, Casà A, Pecoraro G, Oliva L, et al. Prevalence of cytomegalovirus infection in severe refractory ulcerative and Crohn's colitis. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 773-5.
- Bernstein CN, Blanchar JF, Kliewer E, Wajda A. Cancer risk in patients with inflammatory bowel disease: a population-based study. *Cancer* 2001; 91: 854-62.
- Bernstein CN. Neoplasia in IBD: surveillance and management strategies. *Curr Gastroenterol Rep* 2006; 8: 513-8.
- Matsumoto T, Kudo T, Jo Y, Esaki M, Yao T, Ilida M. Magnifying colonoscopy with narrow band imaging system for the diagnosis of dysplasia in ulcerative colitis: a pilot study. *Gastrointest Endosc* 2007; 66: 957-65.
- Hurlstone DP, Thompson M, Brown S, Tiffin N, Cross SS, Hunter MD. Confocal endomicroscopy in ulcerative colitis: differentiating dysplasia-associated lesion mass and adenoma-like mass. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 1235-41.
- Kiesslich R, Goetz M, Lammersdorf K, Schneider C, Burg J, Stolte M, et al. Chromoscopy-guided endomicroscopy increases the diagnostic yield of intraepithelial neoplasia in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2007; 132: 874-82.
- Friedman S, Rubin PH, Bodian C, Goldstein E, Harpaz N, Present DH. Screening and surveillance colonoscopy in chronic Crohn's colitis. *Gastroenterology* 2001; 120: 820-6.

Prispelo 2008-05-09, sprejeto 2008-07-24