

Streszczenie

Uchyłkowatość okrężnicy jest jednym z najczęściej rozpoznawanych schorzeń jelita grubego, jednak tylko niewielki odsetek osób u których wykryto uchyłki rozwinię objawy wymagające leczenia. Do tej pory nie istnieje skala oceny ryzyka wystąpienia objawów i powikłań, od której zależałoby planowane postępowanie. Niedawno opracowano pierwszą endoskopową skalę choroby uchyłkowej okrężnicy, tzw. skalę DICA (ang.: Diverticular Inflammation and Complication Assessment) oceniającą lokalizację i liczbę uchyłków, cechy zapalenia i powikłania widoczne w trakcie badania. W badaniach retrospektywnych wykazano, że nasilenie zmian endoskopowych (wyższy stopień w skali) przekłada się na ryzyko zapalenia, nawrotu zapalenia bądź konieczności interwencji chirurgicznej. Celem pracy było przeprowadzenie badania prospektywnego na reprezentatywnej próbkę populacji i określenie skuteczności skali DICA w przewidywaniu przebiegu klinicznego choroby u osób poddanych badaniu kolonoskopowemu z różnych wskazań, czyli walidacja skali.

Metody: Do badania włączono wszystkie osoby (program badań przesiewowych, ambulatorium, hospitalizowani), które miały wykonaną kolonoskopię między 1 lutego a 31 lipca 2017 r. (kolejne 6 m-cy) w Centrum Onkologii Instytucie i u których w trakcie badania wykryto uchyłki, a które wyraziły zgodę na udział w badaniu. Dane demograficzne, epidemiologiczne i medyczne zebrane od uczestników oraz wynik badania endoskopowego zostały wprowadzone do specjalnie przygotowanej bazy. Ocena przebiegu klinicznego i jego korelacji ze zmianami endoskopowymi miała miejsce po 12 m-cach obserwacji. Dane uzyskano na podstawie przeprowadzonej rozmowy telefonicznej i zebranych szczegółowych wywiadów w celu oceny przebiegu choroby. Badanie uzyskało zgodę komisji bioetycznej.

Wyniki: Do badania włączono 1167 osób, z czego po rocznej obserwacji i kontakcie telefonicznym wyodrębniono grupę zbadaną 1059 osób. Najczęstszą kategorią w skali DICA w zbadanej populacji był stopień 1, stwierdzony u 83% pacjentów. Stopień 2 i 3 u odpowiednio 14,5% i 4,8% pacjentów. Najpopularniejszym objawem było wzdęcie, które występowało u 439 osób (41,5%). Najczęściej towarzyszył mu ból (204 osoby, 19,3%), będący drugim najczęstszym objawem (263 osoby; 24,8%). Badane dolegliwości występowały równie często i z podobnym nasileniem we wszystkich grupach, niezależnie od rozpoznania w skali DICA. W grupie zbadanej rozpoznano łącznie 18 zapaleń uchyłków, w tym w grupie: DICA1 u trzynastu osób (1,5%), DICA2 u czterech osób (2,9%) oraz w DICA3 u jednej osoby (2,4%). Nie stwierdzono różnic odnośnie wskazania do badania, wieku, płci, masy ciała czy palenia między

pacjentami z zapaleniem uchyłków i bez. Pacjenci z rozpoznany zapaleniem uchyłków w porównaniu z chorymi z uchyłkami, a bez przebytego zapalenia istotnie częściej przechodzili appendektomię. Jedynym objawem występującym częściej u pacjentów z zapaleniem był ból ($p<0,001$). Inne objawy występowały porównywalnie często obu grupach.

Wnioski: W naszej kohorcie nasilenie zmian w skali DICA nie przełożyło się na częstość występowania zapalenia uchyłków oraz na konieczność hospitalizacji z powodu zapalenia bądź powikłań zapalenia, zarówno u pacjentów objawowych jak i bezobjawowych. Nasilenie zmian w skali DICA nie okazało się czynnikiem prognostycznym, pozwalającym używać skali jako narzędzia do przewidywania częstości ani ciężkości zapalenia uchyłków. W naszym badaniu skala została zwalidowana negatywnie. Za kliniczny czynnik ryzyka wystąpienia choroby należy uznać jej bólową postać, nasilenie objawu decyduje o przebiegu. Kolejnym czynnikiem ryzyka wystąpienia zapalenia w naszej kohorcie była przebyta wcześniej laparotomia, niezależnie od jej przyczyny oraz appendektomia.

Słowa kluczowe: choroba uchyłkowa, zapalenie uchyłków, kolonoskopia, klasyfikacja endoskopowa, przewidywanie przebiegu klinicznego