

ДІАГНОСТИКА СЕГМЕНТАРНОГО КОЛІТУ, АСОЦІЙОВАНОГО З ДИВЕРТИКУЛЬОЗОМ: ЕНДОСКОПІЧНОГО ОГЛЯДУ НЕДОСТАТНЬО

Переклала й адаптувала канд. мед. наук Ольга Корольук

Поширеність сегментарного коліту, асоційованого з дивертикульозом (СКАД), становить близько 2% від усіх пацієнтів із дивертикульозом товстої кишки. Застосування винятково ендоскопічних критеріїв призводить до гіпердіагностики. Ендоскопічні ознаки СКАД (ураження слизової оболонки між дивертикулами з відсутністю змін у дивертикулах і прямій кишці) можливі в пацієнтів з іншими станами. Публікація описує п'ять клінічних випадків з ендоскопічними ознаками СКАД і спростуванням діагнозу після біопсії та лабораторних досліджень. Остаточними діагнозами були ятрогенний коліт унаслідок імунотерапії, еозинофільний коліт, інфекційний коліт, невизначена запальна хвороба кишківника та хвороба Крона. Тож ураження міждивертикулярної слизової оболонки з відсутністю ураження дивертикулів і прямої кишки не є специфічним для СКАД. Вирішальне значення для встановлення правильного діагнозу мають гістологія та лабораторні тести.

Дивертикульоз є найчастішою анатомічною зміною, яку можна виявити в товстій кишці. Переважна більшість людей із дивертикульозом не мають симптомів упродовж життя. В осіб, які мають пов'язані з дивертикулами симптоми, можливий «гострий дивертикуліт» – гостре запалення дивертикулу та/або «симптоматична неускладнена дивертикулярна хвороба», якій притаманні незначне запалення, тривалий біль у лівому та нижньому квадрантах живота й помірне підвищення фекального кальпротектину. У незначного відсотка пацієнтів із дивертикульозом виникає хронічний коліт – СКАД – хронічне запалення, що вражає лівий відділ товстої кишки, містить дивертикули та характеризується ендоскопічним і гістологічним запаленням слизової між дивертикулами. Ендоскопічне й гістологічне запалення в цій підгрупі не поширюється на пряму кишку та проксимальний відділ товстої кишки. За даними сучасної літератури, поширеність СКАД становить приблизно 2% від усіх пацієнтів із дивертикульозом. Основними для підтвердження діагнозу вважалися ендоскопічні зміни. Для оцінювання ендоскопічних уражень у разі СКАД запропоновано ендоскопічну класифікацію A. Tursi та співавт. (2010). Проте для правильної діагностики СКАД недостатньо лише ендоскопічних змін. Причина полягає в тому, що за відсутності гістологічної оцінки СКАД діагностується помилково. Ця публікація описує серію випадків, у яких комбінація гістології та лабораторних досліджень дала змогу встановити інший діагноз.

СЕРІЯ ВИПАДКІВ

Серія випадків включає 5 дорослих пацієнтів, яким встановлено діагноз у лікарні Л. Боломо на базі медичної школи Католицького університету в Римі за період від січня 2019 р. до серпня 2023 р. В усіх випадках первинний діагноз СКАД, встановлений за ендоскопічними критеріями, суперечив гістології та/або результатам лабораторних тестів, що змінювало остаточний діагноз. Усі виконані процедури відповідали етичним стандартам інституційного та/або національного дослідницького комітету, а також Гельсінкській декларації 1964 р. та її пізнішим поправкам. Усі пацієнти надали письмову інформовану згоду на проведення колоноскопії й обробку персональних даних.

Випадок 1. Жінка віком 41 рік із метастатичним раком молочної залози під час лікування трастузумабом упродовж 6 місяців пройшла колоноскопію через рецидив ректальної кровотечі без болю в животі через 3 місяці після початку лікування трастузумабом. Колоноскопія показала дивертикульоз сигмоподібної кишки – плямисті червоні ділянки з ерозіями, без запалення в дивертикулах (рис. 1А) та без ураження проксимального відділу товстої кишки та прямої кишки. Ендоскопічна картина відповідала СКАД типу В за класифікацією A. Tursi та співавт. (2010). Гістологія сигмоподібної кишки (рис. 1В) та прямої кишки (рис. 1С) показала помірне активне запалення без архітектурних змін. Бактерійний і паразитарний аналізи калу негативні. Отже, діагноз СКАД спростовано; встановлено

остаточний діагноз «Гострий коліт унаслідок імунотерапії». Пацієнтка успішно пролікована поєднанням месалазину та беклометазону дипропіонату.

Випадок 2. Чоловік віком 59 років із гіперчутливістю до харчових алергенів (арахіс), інгалаційних алергенів (трави) та кетопрофену пройшов колоноскопію через повторні епізоди діареї (до 6 випорожнень на день) без болю в животі або ректальної кровотечі. Повне лабораторне дослідження не виявило жодних відхилень, кількість еозинофілів у нормі (170 клітин/мкл). Колоноскопія виявила дивертикульоз сигмоподібної кишки та низхідної ободової кишки без ознак запалення в дивертикулах, червоні плями розміром 0,5-1 см у низхідній і сигмоподібній кишках (рис. 1D). Запальних змін в інших відділах товстої кишки не виявлено. Ендоскопічна картина відповідала СКАД типу А за класифікацією A. Tursi та співавт. (2010). Гістологія сигмоподібної кишки виявила незначний хронічний запальний інфільтрат (рис. 1E: 20 клітин у полі зору (ПЗ); 1 ПЗ = 0,196 мм²); у прямій кишці спостерігалася легке гостре-хронічне запалення з еозинофільною інфільтрацією й еозинофільним криптитом без архітектурних змін (рис. 1F; 43 клітини в ПЗ; 1 ПЗ = 0,196 мм²). Бактерійний

і паразитарний аналізи калу негативні. Діагноз СКАД спростовано; остаточний діагноз – еозинофільний коліт. Пацієнт успішно пролікований комбінацією будесоніду та левоцетиризину.

Випадок 3. Чоловік віком 37 років госпіталізований із підвищенням температури тіла до 38 °С, болем у животі, діареєю (до 10 дефекацій на добу), часто з кровотечею. Дані лабораторних тестів: лейкоцитоз (лейкоцити – 11 250/мкл), С-реактивний протеїн (СРП) – 29,3 мг/дл, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) – 82 мм/год, фекальний кальпротектин – 797 мкг. При колоноскопії виявлено дивертикульоз сигмоподібної кишки без ознак запалення в дивертикулах, але з дифузним набряком складок товстої кишки й ерозіями (рис. 1G). В інших відділах товстої кишки спостерігалася дифузна гіперемія без ерозій, особливо в прямій кишці. Ендоскопічні ознаки відповідали СКАД типу D за класифікацією A. Tursi та співавт. (2010). Гістологія сигмоподібної кишки (рис. 1H) та прямої кишки (рис. 1I) показала дифузне активне запалення з криптитом і абсцесами в криптах без архітектурних змін. Діагноз СКАД відхилено, запідозрено виразковий коліт. Проте бактерійний аналіз калу виявив інфекцію *Salmonella typhi*, підтверджену серодіагностикою Widal-Wright

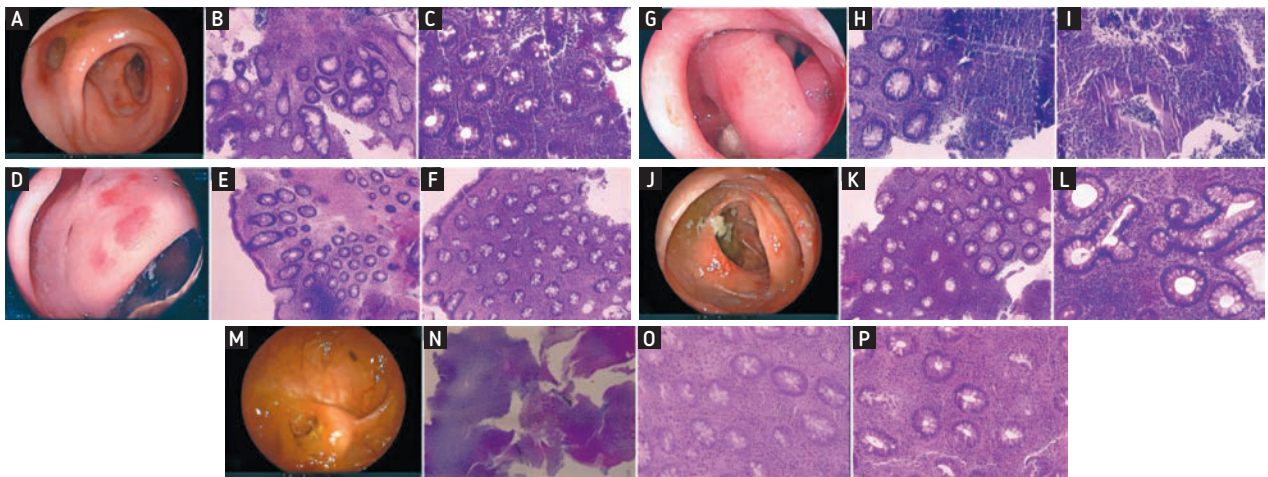


Рис. 1. Ендоскопічні та гістологічні дані пацієнтів

Пацієнт 1. Червоні плями з ерозіями на складках товстої кишки, що не поширюються на дивертикули в сигмоподібній кишці (A). Гістологічно легке активне запалення в сигмоподібній кишці (B) та прямій кишці (C). Остаточний діагноз: ятрогенний коліт.

Пацієнт 2. Червоні плями на складках товстої кишки, зони дивертикулів у сигмоподібній кишці інтактні (D). Гістологічно хронічне запалення в сигмоподібній кишці (E); в прямій кишці легке гостре-хронічне запалення з еозинофілами та криптитом (F). Остаточний діагноз: еозинофільний коліт.

Пацієнт 3. Дифузний набряк складок товстої кишки й ерозії в сигмоподібній кишці (G). Гістологія сигмоподібної кишки (H) та прямої кишки (I): дифузне активне запалення з криптитом і абсцесами в криптах без архітектурних змін. Остаточний діагноз: інфекційний коліт.

Пацієнт 4. Гіперемія й ерозії на верхівці товстокишкової складки в низхідній ободовій кишці (J). Гістологія сигмоподібної кишки (K) та прямої кишки (L): активне запалення без криптиду з деформацією залоз і дефіцитом муцину. Остаточний діагноз: невизначена запальна хвороба кишківника.

Пацієнт 5. Ізольовані афти на слизовій між дивертикулами в місці переходу низхідної кишки в сигмоподібну (M). Гістологія клубової кишки: значна інфільтрація з деструкцією залоз (N), у сигмоподібній кишці (O) та прямій кишці (P) активне запалення з криптитом і абсцесами в криптах без деформації залоз та/або виснаження муцину. Остаточний діагноз: хвороба Крона клубової кишки та дистальної товстої кишки.

(антиген O і антиген H >1:160). Остаточний діагноз – інфекційний коліт. Пацієнт успішно пролікований триметопримом/сульфаметоксазолом.

Випадок 4. Чоловіку 66 років проведено колоноскопію через біль у животі, діарею (до 8 дефекацій на добу) й ректальні кровотечі протягом 3 місяців. Виявлено дивертикульоз сигмоподібної та низхідної кишок без ознак запалення в дивертикулах, але з ерозіями у верхній частині складок товстої кишки (рис. 1J). Ендоскопічні прояви відповідали СКАД типу В за класифікацією A. Tursi та співавт. (2010). Гістологія сигмоподібної кишки (рис. 1K) та прямої кишки (рис. 1L) виявила активне запалення з деформацією залоз і дефіцитом муцину. Діагноз СКАД відхилено. Пошук бактерій і паразитів у калі виявився негативним. Установлено остаточний діагноз невизначеної запальної хвороби кишківника. Пацієнт успішно пролікований поєднанням месалазину й беклометазону дипропіонату.

Випадок 5. Жінці 30 років проведено колоноскопію через біль у животі, діарею (до 5 дефекацій на добу), ректальні кровотечі впродовж 6 місяців. Лабораторні тести показали лейкоцитоз (лейкоцити – 10 990/мкл), СРП – 19,7 мг/дл, ШОЕ – 46 мм/год, фекальний кальпротектин – 993 мкг/г. Колоноскопія виявила дивертикульоз сигмоподібної та низхідної кишок без ознак дивертикулярного запалення з афтозним ураженням слизової між дивертикулами (рис. 1M). Ендоскопічна картина відповідала СКАД типу С за класифікацією A. Tursi та співавт. (2010). Проте гістологія клубової кишки (рис. 1N), сигмоподібної кишки (рис. 1O) та прямої кишки (рис. 1P) продемонструвала значне активне запалення (в клубовій кишці трансмуральне) з криптитом і абсцесами в криптах, без деформації залози й дефіциту муцину. Діагноз СКАД спростовано. Встановлено остаточний діагноз хвороби Крона з ураженням термінального відділу клубової кишки та дистального відділу товстої кишки. Пацієнт успішно пролікований будесонідом перорально та месалазином місцево.

ОБГОВОРЕННЯ

Хоча запропоновано чіткі діагностичні критерії СКАД, іноді ендоскопічні критерії застосовуються неправильно. Наприклад, на рисунку 2 показано випадок помірного ураження сигмоподібної



Рис. 2. Невеликі ізольовані червонуваті ураження у верхній частині складок сигмоподібної кишки під час колоноскопії

Примітка. Такі ураження часто помилково вважають легким СКАД – тип А за класифікацією A. Tursi та співавт. (2010). Проте це неспецифічне ураження, спричинене очищенням кишківника чи проходженням ендоскопа, що вказує на важливість не лише ендоскопічної оцінки, а й гістології та лабораторних тестів для встановлення правильного діагнозу.

кишки, котре часто виявляється під час колоноскопії та помилково визначається як СКАД.

Це призводить до гіпердіагностики СКАД, а отже, переоцінки поширеності та неправильного лікування. Здебільшого ризик помилки можливий у випадках, коли діагноз ґрунтується винятково на ендоскопічних ознаках і не проводиться гістологія прямої кишки, особливо за відсутності ендоскопічних ознак запалення. Насправді подібні ендоскопічні ознаки притаманні іншим станам, як-от запальні хвороби кишківника, інфекційний та еозинофільний коліт. Особливо актуально діагностувати інфекційний та еозинофільний коліт, оскільки неправильний діагноз призводить до неправильного лікування з реальним ризиком загострення симптомів.

ВИСНОВКИ

СКАД – рідкісна хронічна хвороба, що вражає слизову оболонку лівого відділу товстої кишки між дивертикулами. Діагноз устанавлюється за ендоскопічними та гістологічними критеріями. Лікування зазвичай ґрунтується на протизапальних препаратах. Деякі хвороби товстої кишки можуть імітувати ендоскопічну картину СКАД. Біопсія клубово-ободової кишки та лабораторні дослідження допомагають установити правильний альтернативний діагноз. Щоб уникнути помилки, потрібно провести повну ендоскопічну оцінку та біопсію.

Література

Tursi A., Nenna R. Endoscopic appearance is not sufficient for a diagnosis of segmental colitis associated with diverticulosis. Ann. Gastroenterol. 2024 May-Jun; 37 (3): 377-380. doi: 10.20524/aog.2024.0875.