

Andrzej Mróz

Pracownia Histopatologii, Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Komentarz do artykułu R.K. Yantiss i R.D. Odze

Możliwości i zakres współczesnej endoskopii podlegają stałemu rozwojowi. W większości przypadków rozpoznanie choroby i decyzja o leczeniu są stawiane na podstawie wyniku badania histopatologicznego wycinków błony śluzowej pobranych w trakcie badania endoskopowego. Naturalne jest więc dążenie klinicysty do zapewnienia patologowi właściwego materiału diagnostycznego, na podstawie którego będzie on mógł udzielić odpowiedzi na zadawane mu pytania. Z drugiej strony, należy pamiętać, że większość chorób przewodu pokarmowego ma charakter odcinkowy bądź ogniskowy, są też takie, które z definicji nie wykazują zmian makroskopowych i ich rozpoznanie zależy od analizy obrazu mikroskopowego. Klinicysta powinien zatem wiedzieć, ile wycinków i z jakich lokalizacji powinien pobrać w zależności od obrazu klinicznego i endoskopowego, aby uzyskać możliwie wiarygodny i kompletny wynik badania histopatologicznego.

Próbą odpowiedzi na to pytanie i jednocześnie usystematyzowania dostępnej wiedzy jest artykuł Yantiss i Odze'go opublikowany w *American Journal of Gastroenterology* w marcu 2009 roku. Autorzy dokonują przeglądu częstszych i rzadszych chorób przewodu pokarmowego, w których prawidłowa interpretacja biopsji endoskopowych warunkuje rozpoznanie, a także leczenie. Omawiają oni zagadnienia związane z eozynofilowym zapaleniem przełyku, przełykiem Barretta, przewlekłym zapaleniem żołądka i zakażeniem *H. pylori*, chorobą trzewną, mikroskopowym zapaleniem jelita oraz rozpoznawaniem dysplazji i nadzorem endoskopowym u pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit.

Niewątpliwą zaletą pracy, oprócz przeglądu dostępnych opinii, jest przedstawienie stosunkowo jasnych propozycji dotyczących liczby oraz miejsca, z którego należy pobrać wycinki do badania morfologicznego w zależności od

konkretnej patologii. I tak, na przykład, autorzy podkreślają znaczenie pobierania wycinków z różnych odcinków przełyku przy podejrzeniu zapalenia eozynofilowego, mimo braku lub ogniskowości zmian endoskopowych. Świadomość ta wydaje się być kluczowa dla klinicysty i zapobiega niepotrzebnemu powtarzaniu badań endoskopowych. Niezmiernie istotne, według mojej oceny, jest także potwierdzenie użyteczności stosowania systemu z Sydney w diagnostyce zapaleń błony śluzowej żołądka. Jest to ważny głos w dyskusji oraz praktyczna wskazówka dla lekarzy zwłaszcza w dobie licznych propozycji wprowadzania nowych podziałów zapaleń opartych na nieco innych kryteriach (np. system OLGA, *Operative Link on Gastritis Assessments*). Według autorów system z Sydney, mimo że zaproponowano go prawie dwie dekady temu, nadal pozostaje najważniejszą i najbardziej powtarzalną, także z punktu widzenia diagnozy patomorfologicznej, klasyfikacją zapaleń błony śluzowej żołądka.

Uwagę zwraca nieznaczna zmiana poglądów dotyczących właściwego miejsca pobrania wycinków u chorych z podejrzeniem choroby trzewnej. W ostatnich latach dominował pogląd, że najlepsze szanse na rozpoznanie dawały wycinki pobrane z jak najbardziej dystalnej części dwunastnicy. Jednak przegląd literatury oraz doświadczenie własne autorów wskazują, że wartość wycinków pobranych z opuszki dwunastnicy jest także bardzo duża, a uzyskanie dużych fragmentów tkankowych z tej lokalizacji łatwiejsze. Należy zwłaszcza pamiętać o populacji dziecięcej, w której lokalizacja opuszkowa może się okazać wręcz jedyną i najbardziej właściwą do rozpoznania choroby trzewnej.

Uważam, że podjęcie ważnego zagadnienia właściwej liczby wycinków pobieranych u pacjentów poddawanych „mapowaniu dysplazji” w przewlekłym wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego oraz chorobie Crohna stanowi

bardzo cenny element przedstawianej publikacji. Autorzy po raz kolejny podkreślają wagę właściwego pobierania i oznaczania licznych wycinków, dając jasne wskazówki praktyczne w tym względzie. Patolog, mimo związanej z tym dodatkowej pracy, zawsze będzie optował za pobraniem bardzo licznych wycinków, bo wzrasta wówczas szansa wykrycia dysplazji w nieswoistej chorobie zapalnej jelita. Jednak nieuniknione jest wyznaczenie górnej granicy i opracowanie algorytmu, co też czynią autorzy. W uzupełnieniu, bardzo istotne wydaje mi

się również przypomnienie, że wycinki powinny być pobierane w miarę możliwości w zaciśnięciu choroby, co zwiększa szansę na prawidłową diagnozę, a ryzyko pomylenia zmian regeneracyjnych z prawdziwą dysplazją nabłonka gruczołowego jest mniejsze.

W podsumowaniu należy podkreślić, że forma artykułu i bardzo przejrzyste, systematyczne omówienie problemu pozwala na potraktowanie go jako swoistego kompendium dla endoskopisty, które niewątpliwie przyczyni się także do ułatwienia pracy patomorfologa.