

Krzysztof Bielecki, *Lech Baczuk

Nawroty w chorobie Leśniowskiego-Crohna w zależności od czasu operacji, lokalizacji zmian, fenotypu choroby i wieku operowanych pacjentów. Materiał własny

Reccurrences of Leśniowski-Crohn disease related to localization of the changes, a type of disease and the patients's age. Own experience

Klinika Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie
Kierownik Kliniki: prof. dr. hab. med. Krzysztof Bielecki

Streszczenie

Autorzy poddali retrospektywnej ocenie grupę 94 chorych (50 mężczyzn i 44 kobiety), operowanych z powodu choroby Leśniowskiego-Crohna w latach 1987-2005. Pacjentów podzielono na dwie grupy: grupę **A** – 52 chorych (operowanych w latach 1987-2001) i grupę **B** – 42 chorych (operowanych w latach 2002-2005). W obu tych grupach porównano okres leczenia farmakologicznego przed pierwszą operacją oraz liczbę nawrotów chirurgicznych choroby. W grupie **A** porównano liczbę nawrotów chirurgicznych choroby w zależności od lokalizacji zmian pierwotnych (j. cienkie, okolica krętniczo-kątnicza oraz j. grube), fenotypu choroby (**a** – nie powodujący zwężeń ani przetok, **b** – powodujący zwężenia, **c** – powodujący przetoki) oraz wieku chorych w chwili pierwszej operacji (do 30 r.ż. i powyżej 31 r.ż.). Wyniki oceniano w okresie 5, 10 i 15 lat od pierwotnej operacji.

Porównanie chorych z grupy **A** i **B** wykazało znaczną różnicę w czasie pomiędzy rozpoznaniem choroby a skierowaniem pacjentów na leczenie operacyjne (7,5 vs. 2,5 roku). Liczba nawrotów chirurgicznych w grupie **A** po 5, 10 i 15 latach obserwacji wynosiła odpowiednio: 63,5%, 70,8% oraz 73,3%. Dla pacjentów z grupy **B** (okres obserwacji 1-4 lat) dotychczasowa liczba nawrotów wynosiła 16,2%.

Najmniejszą liczbę nawrotów stwierdzono w przypadku lokalizacji krętniczo-kątnicznej choroby – 28,1% po 5 i 38,5% po 10 latach obserwacji. Analogiczne dane dla lokalizacji w jelicie cienkim wynosiły 83,3% i 100%, oraz 71,4% i 77,8% w jelicie grubym.

W zależności od fenotypu choroby Leśniowskiego-Crohna, najmniejszą liczbę nawrotów stwierdzono w typie **a**, średnią w typie **b**, zaś największą w typie **c**, we wszystkich okresach obserwacji – odpowiednio: 25% vs. 33,3% vs. 60% po 5 latach, 50% vs. 50% vs. 100% po 10 latach, oraz 50% vs. 100% vs. 100% po 15 latach.

Porównanie wyników w dwu grupach wiekowych (do 30 r.ż. oraz powyżej 31 r.ż.) wykazało większą częstość nawrotów u młodszych chorych: odpowiednio – 44,4% vs. 36,0% po 5 latach, 75,0% vs. 50,0% po 10 latach, oraz 100% vs. 87,5% po 15 latach od pierwszej operacji.

Wniosek: Wczesne leczenie operacyjne wpływa na obniżenie liczby nawrotów w Chorobie Leśniowskiego-Crohna. Nie powinno się z nim zwlekać do chwili wystąpienia ciężkich powikłań choroby.

Słowa kluczowe: choroba Leśniowskiego-Crohna, nawroty, czynniki ryzyka

Summary

Authors retrospectively reviewed the group of 94 patients (50 men and 44 women) with Crohn's disease, operated in 1987-2005. Patients were divided in two groups: group **A** – 52 patients operated in 1987-2001, and group **B** – 42 patients operated in 2002-2005. In both groups we compared the period of pharmacological treatment before the first operation and the rate of surgical recurrences of the disease.

In the group **A** we evaluated the number of the surgical recurrences of Crohn's disease depending on the first localization of lesions (small bowel, ileo-colic region, large bowel), on phenotype of the disease (**a** – non b, non c, **b** – stricturing, **c** – penetrating), and on the age of the patients at the first operation (less or more than 30 years).

The time from diagnosis to surgical treatment was shorter in the group **B** comparing to patients from the group **A** (2.5 vs. 7.5 years). The surgical recurrences in group **A** were 63.5%, 70.8% and 73.3% after 5, 10 and 15 years of observation respectively. In group **B** (observation period 1-4 years) the recurrence rate was 16.2% till now.

The lowest recurrence rate was noted in primary localization of the disease in ileo-colic region – 28.1% and 38.5% after 5 and 10 years of the observation respectively. The incidence of recurrences in primary localization in small bowel was 83.3% and 100.0%, and 71.4% and 77.8% in large bowel, after 5 and 10 years of follow-up, respectively.

Depending on phenotype of the Crohn's disease, the lowest recurrence rate we noted in type **a**, medium in type **b**, and the highest in type **c**, in all periods of the observation: 25.0% vs. 33.3% vs. 60.0% after 5 years, 50.0% vs. 50.0% vs. 100.0% after 10 years, and 50.0% vs. 100.0% vs. 100.0% after 15 years of the observation respectively.

The comparison between groups of younger (below 30 years) and older patients (above 30 years) showed higher recurrence rate in the first group – 44.4% vs. 36.0% after 5 years, 75.0% vs. 50.0% after 10 years 100.0% vs. 87.5% after 15 years from the first operation.

Conclusion. Early operation reduces the recurrence rate in Crohn's disease, and surgery shouldn't be delayed till severe complications occur.

Key words: Leśniowski-Crohn disease, recurrences, risk factors

Nawrotowość jest nieodłączną cechą choroby Leśniowskiego-Crohna. Mimo stałego postępu w leczeniu farmakologicznym, podtrzymywanie okresów remisji jest zwykle krótkotrwałe i nie zapobiega wystąpieniu nawrotów ani ciężkich powikłań choroby. Ocenia się, że 75% pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna wymaga leczenia operacyjnego w okresie pięciu lat od zachorowania, a 50% z nich będzie miało kolejny tzw. nawrót chirurgiczny choroby w ciągu 10 lat od pierwotnej operacji (9, 16, 24). Identyfikacja pacjentów ze zwiększonym ryzykiem nawrotu choroby oraz wybór odpowiedniej terapii podtrzymującej remisję są trudne. Postępowanie chirurgiczne w chorobie Leśniowskiego-Crohna sprowadza się najczęściej do leczenia powikłań, z reguły wymagającego wycięcia zmienionego odcinka jelita. Ze względu na ryzyko powstania zespołu krótkiego jelita w trakcie kolejnych operacji resekcyjnych, kiedy tylko jest to możliwe, wykonuje się zabiegi oszczędzające jelito (plastyka zwężeń). Nowe metody leczenia farmakologicznego niewątpliwie wydłużają okresy remisji choroby, ale nie jest pewne czy mają one wpływ na ostateczne wyniki leczenia. Zwiększa się znaczenie leczenia biologicznego. Jaki wpływ na historię naturalną choroby mają takie cechy choroby takie jak jej lokalizacja, skłonność do powstawania przetok lub zwężeń oraz wczesny początek? Celem artykułu jest próba znalezienia odpowiedzi na te, nie do końca wyjaśnione pytania, na podstawie analizy grupy pacjentów leczonych w naszej Klinice.

MATERIAŁ I METODY

Retrospektywnej ocenie poddano grupę 94 chorych (50 mężczyzn i 44 kobiet, śr. wiek – 33,25 lat), operowanych w tutejszej Klinice z powodu choroby Leśniowskiego-Crohna w latach 1987-2005. Pacjentów podzielono na dwie grupy:

– **grupa A** – 52 chorych operowanych w latach 1987-2001 (okres obserwacji pooperacyjnej powyżej pięciu lat),
 – **grupa B** – 42 chorych operowanych w latach 2002-2005 (okres obserwacji od 1 do 4 lat – do końca 2006 r.).
 Dokładne dane o liczbie chorych zawiera tabela 1.

W obu tych grupach porównano okres leczenia farmakologicznego przed pierwszą operacją oraz liczbę nawrotów chirurgicznych choroby. Pojęciem nawrotu chirurgicznego określano konieczność powtórnej operacji, spowodowaną powikłaniami choroby Leśniowskiego-Crohna lub niepowodzeniem leczenia farmakologicznego.

Wśród pacjentów z grupy **A** porównano liczbę nawrotów chirurgicznych choroby Leśniowskiego-Crohna w zależności od lokalizacji zmian pierwotnych (j. cienkie, okolica krętniczno-kątnicza oraz j. grube), fenotypu choroby (**a** – nie powodujący zwężeń ani przetok, **b** – powodujący zwężenia, **c** – powodujący przetoki) oraz wieku chorych w chwili pierwszej operacji (do 30 r.ż. i powyżej 31 r.ż.). Wyniki oceniano w okresie 5, 10 i 15 lat od pierwotnej operacji. Dane analizowano przy pomocy testu Chi² (program Web Chi Square Calculator), przyjmując poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

WYNIKI

Porównanie chorych z grupy **A** i **B** wykazało znaczną różnicę w czasie pomiędzy rozpoznaniem choroby a skierowaniem pacjentów na leczenie operacyjne odpowiednio średnio 7,5 vs. 2,5 roku. W grupie **B** 59,5% pacjentów operowano w okresie do dwu lat od rozpoznania choroby, w porównaniu do 38,5% chorych operowanych w analogicznym okresie w latach wcześniejszych. Różnica była znamienna statystycznie; $p \leq 0,025$ (tab. 2).

Liczba nawrotów chirurgicznych w grupie **A** po 5, 10 i 15 latach obserwacji wynosiła odpowiednio: 63,5%, 70, 8% oraz 73,3%. O ile wśród chorych leczonych przez

Tabela 1. Liczba chorych operowanych (po raz pierwszy) w kolejnych 5-leciach między 1987 a 2005 rokiem.

	1987-1991	1992-1996	1997-2001	2002-2005	Razem
J. cienkie	–	1	5	7	13
Odcinek krętniczno-kątniczny	8	4	18	27	57
J. grube	7	4	5	8	24
Razem	15	9	28	42	94

Tabela 2. Czas między rozpoznaniem choroby Leśniowskiego-Crohna a pierwszą operacją.

	do 2 lat	do 5 lat	powyżej 5 lat
Grupa A, 52 chorych, 1987-2001	38,5% (20 chorych)	75,0% (39 chorych)	25,0% (13 chorych)
Grupa B, 42 chorych, 2002-2005	59,5% (25 chorych)	83,3% (35 chorych)	16,7% (7 chorych)

nas w najwcześniejszym okresie zdarzały się przypadki nie w pełni zdiagnozowane lub leczone zachowawczo w sposób chaotyczny, to w ostatnich latach (dotyczy to zwłaszcza pacjentów grupy **B**) procesy diagnostyczne i lecznicze w okresie poprzedzającym operację odpowiadały współczesnym standardom. Pacjenci ci byli z reguły kierowani na zabieg przez Kliniki Gastroenterologiczne, specjalizujące się w leczeniu nieswoistych chorób zapalnych jelit. Chorzy z reguły byli w lepszym stanie ogólnym, a powikłania choroby podstawowej były mniej zaawansowane. Dla pacjentów z grupy **B** okres obserwacji przed operacją trwał od 1 do 4 lat, a dotychczasowa liczba nawrotów wyniosła 16,2% (u 7/42 operowanych). Różnica statystycznie znamienna; $p \leq 0,001$ (tab. 3). Ponadto wśród 12 chorych z grupy **B**, którzy są już 4 lata po pierwszej operacji, tylko u jednego stwierdzono nawrót chirurgiczny choroby (8,3% nawrotów!).

W wyodrębnionych trzech podstawowych odcinkach lokalizacji zmian pierwotnych w przewodzie pokarmowym – w jelicie cienkim, odcinku krętniczo-kątniczym oraz w jelicie grubym, liczba nawrotów wynosiła odpowiednio 83,3% vs. 28,1% vs. 71,4% po 5 latach (różnice znamienne statystycznie; $p < 0,05$), oraz 100% vs. 38,5% vs. 77,8% po 10 latach obserwacji. Po 15 latach od pierwotnej operacji, nawrót wymagający leczenia chirurgicznego odnotowano u wszystkich pacjentów z pierwotnym umiejscowieniem choroby w jelicie grubym, oraz w 44,4% przypadków o lokalizacji krętniczo-kątniczej (tab. 4).

Analogiczna analiza przeprowadzona w trzech podgrupach fenotypowych choroby Leśniowskiego-Crohna: **a)** – w której wskazaniem do leczenia chirurgicznego było zaostrzenie objawów brzusznych nie poddające się leczeniu farmakologicznemu, przy braku cech przetok lub zaburzeń drożności przewodu pokarmowego, **b)** – charakteryzującej się skłonnością do powstawania zwię-

Tabela 3. Porównanie liczby nawrotów w grupie A (okresy 5, 10 i 15 letniej obserwacji) oraz w grupie B (okres obserwacji min. 1 rok, max. 4 lata).

Okres obserwacji pooperacyjnej	Liczba nawrotów/liczba operowanych pacjentów	Odsetek nawrotów
Grupa A: do 5 lat	33/52	63,5%
do 10 lat	17/24	70,8%
do 15 lat	11/15	73,3%
Grupa B:	7/42	16,2%

żeń i niedrożności jelit, oraz **c)** – z obecnością przetok wewnętrznych lub zewnętrznych, wykazała liczbę nawrotów odpowiednio: 25% vs. 33,3% vs. 60% po 5 latach, 50% vs. 50% vs. 100% po 10 latach, oraz 50% vs. 100% vs. 100% po 15 latach obserwacji. Różnice nie były statystycznie znamienne (tab. 5.).

Zbadano również liczbę nawrotów choroby w zależności od wieku pacjentów w chwili pierwszej operacji. Porównanie wyników w dwu grupach wiekowych (do 30 r.ż. oraz powyżej 31 r.ż.) wykazało większą częstość nawrotów u młodszych chorych: odpowiednio – 44,4% vs. 36,0% po 5 latach, 75,0% vs. 50,0% po 10 latach, oraz 100% vs. 87,5% po 15 latach. Nie wykazano jednak znamienności statystycznej wyników (tab. 6).

DYSKUSJA

Pomimo postępu w dziedzinie farmakologii, a zwłaszcza tzw. leczenia biologicznego, a także coraz doskonalszej techniki chirurgicznej, nadal nie ma pewnych metod zapobiegania nawrotom choroby Leśniowskiego-Crohna. W okresie ostatnich dziesięciu lat obserwujemy stały wzrost liczby leczonych przez nas pacjentów. Coraz częściej też choroba dotyczy osób bardzo młodych – poniżej dwudziestego roku życia. Trudno ocenić w jakim stopniu zjawisko to wynika z lepszej diagnostyki choroby Leśniowskiego-Crohna, a w jakim z częstszego kierowania tych chorych

Tabela 4. Nawroty w chorobie Leśniowskiego-Crohna w zależności od lokalizacji zmian pierwotnych.

Grupa A	5 lat	10 lat	15 lat
J. cienkie (6 chorych)	5/6 chorych 83,3%	1/1 chorych 100,0%	–
Odcinek krętniczo-kątniczy (32 chorych)	9/32 chorych 28,1%	5/13 chorych 38,5%	4/9 chorych 44,4%
J. grube (14 chorych)	10/14 chorych 71,4%	7/9 chorych 77,8%	5/5 chorych 100,0%

Tabela 5. Nawroty w chorobie Leśniowskiego-Crohna w zależności od fenotypu choroby.

Grupa A	5 lat	10 lat	15 lat
a) nie, b) nie, c) 12 chorych	3/12 25,0%	2/4 50,0%	1/2 50,0%
b) zwięźenie/ /niedrożność 15 chorych	5/15 33,3%	2/4 50,0%	2/2 100,0%
c) przetoka 25 chorych	15/25 60,0%	6/6 100,0%	6/6 100,0%

Tabela 6. Nawroty w chorobie Leśniowskiego-Crohna w zależności od wieku pacjenta w czasie pierwszej operacji.

Grupa A	5 lat	10 lat	15 lat
Poniżej 30 r.ż. (27 chorych)	12/27 44,4%	3/4 75,0%	5/5 100,0%
Powyżej 30 r.ż. (25 chorych)	9/25 36,0%	3/6 50,0%	7/8 87,5%

do ośrodków referencyjnych, do których zalicza się również nasza Klinika. Niemal wszyscy nasi pacjenci byli wcześniej diagnozowani i leczeni zachowawczo w specjalistycznych Klinikach Gastroenterologicznych. Dzięki szybkiej i kompetentnej diagnostyce, wcześniej otrzymywali odpowiednie leczenie. Niestety, w ich przypadku, nie przynosiło ono poprawy lub pomimo jego stosowania – nie uchroniło ich przed powikłaniami choroby.

Ostatnie doniesienia w literaturze źle oceniają skuteczność w podtrzymywaniu remisji większości stosowanych obecnie leków. Jedynie azathiopryna podawana przez minimum pięć lat, oraz Infliximab w dużych dawkach (niektórzy autorzy sugerują, że przez całe życie!) mają istotny wpływ na obniżenie liczby nawrotów choroby Leśniowskiego-Crohna. Jednak tak długotrwałe leczenie jest obciążone poważnymi skutkami ubocznymi i jest bardzo kosztowne (8, 9, 19, 20, 25). Leczenie farmakologiczne ma niewielki wpływ na naturalny przebieg choroby. Bardziej istotne znaczenie, u niektórych pacjentów (zwłaszcza u kobiet), ma wyeliminowanie szkodliwego wpływu nikotyny. Yamamoto i wsp. w okresie pięcioletniej obserwacji stwierdzili dwukrotnie więcej nawrotów choroby u palaczy, w porównaniu do osób niepalących (35, 36).

Naturalna obawa przed skutkami leczenia chirurgicznego oraz wypróbowywanie kolejnych metod leczenia zachowawczego mogą mieć niekiedy wpływ na opóźnienie w kwalifikowaniu chorych do operacji. Czy jednak, w konsekwencji, powikłania choroby nie są cięższe, a zakres koniecznej resekcji jelit nie jest większy? Głównym celem leczenia chirurgicznego jest likwidacja powikłań choroby Leśniowskiego-Crohna (niedrożność, przetoka, ropień), przy jednoczesnym oszczędzaniu zdrowych odcinków jelita. Osiągnięcie tego celu bywa jednak trudne w przypadkach całkowitego zniszczenia jelita przez długotrwały proces chorobowy (11, 14, 21, 30).

Porównując okres leczenia farmakologicznego u naszych pacjentów stwierdziliśmy, że w ostatnich latach uległ on znacznemu skróceniu (z 7,5 r. w grupie **A** do 2,5 r. w grupie **B**). Ponadto w grupie **B** aż 59,5% pacjentów operowano w okresie do dwu lat od rozpoznania choroby, w porównaniu do 38,5% chorych z grupy **A**, operowanych w analogicznym okresie. Wprawdzie nie upłynął jeszcze pięcioletni okres obserwacji dla pacjentów z grupy **B**, jednak dotychczasowa liczba nawrotów – 16,2%, w porównaniu do 63,5% nawrotów 5-letnich w grupie **A**, zapowiada znaczną poprawę wyników leczenia chirurgicznego. Analizując wyniki swoich chorych, Lautenbach i wsp. również doszli do wniosku, że im dłużej zwleka się z pierwszą operacją, tym wcześniej dochodzi do wznowy procesu chorobowego (18).

Nie ma operacji skutecznie zabezpieczającej przed nawrotami choroby Leśniowskiego-Crohna. W przeważającej większości przypadków sama natura choroby, a zwłaszcza rodzaj powikłań determinują wybór postępowania chirurgicznego. Jedynym istotnym czynnikiem, na który ma wpływ operator, jest szerokość wykonanego zespolenia jelitowego – do nawrotów dochodzi częściej powyżej

zwązonych (lub zbyt wąskich od początku) zespolień. Z tego powodu preferuje się zespolenia bok do boku oraz zespolenia wykonywane staplerowo, dające niejako w naturalny sposób możliwość wykonania szerszego połączenia (3, 11, 17, 21, 23, 30). Ponadto stwierdzono, że pacjenci leczeni chirurgicznie w czasie pierwszego rzutu choroby, rzadziej wymagają leczenia sterydami i lekami immunomodulującymi w późniejszym okresie (10).

U pacjentów z długim okresem obserwacji pooperacyjnej (grupa **A**) ocenialiśmy pod kątem nawrotów pewne naturalne cechy choroby Leśniowskiego-Crohna. Liczne doniesienia w literaturze wskazują na gorsze rokowanie w przypadku krętniczo-kątniczej lokalizacji pierwotnego ogniska choroby (9, 15, 28, 33, 34). Nie znalazło to potwierdzenia w naszym materiale. Po 5-letnim okresie obserwacji najgorsze wyniki odnotowaliśmy u pacjentów, u których zmiany zapalne ujawniły się początkowo w jelicie cienkim (83,3% nawrotów) oraz w jelicie grubym (71,4% nawrotów). Gdy zmiany zajmowały typowy, krętniczo-kątniczy odcinek jelita, stwierdziliśmy jedynie 28,1% nawrotów. Podobnie przedstawiały się wyniki u chorych obserwowanych przez okres 10 lat od pierwszego zabiegu; konieczność wykonania kolejnej operacji wystąpiła u wszystkich pacjentów z ogniskiem pierwotnym w jelicie cienkim i u 77,8% chorych z ogniskiem w jelicie grubym, podczas gdy tylko u 38,5% pacjentów z pierwotną krętniczo-kątniczą lokalizacją choroby. Analogiczna tendencja utrzymywała się po 15 latach obserwacji – 100% nawrotów w przypadku lokalizacji w jelicie grubym i tylko 44,4% nawrotów w lokalizacji krętniczo-kątniczej (tab. 4). Niektórzy autorzy obserwowali, podobną jak w naszym materiale, większą częstość nawrotów choroby przy jej pierwotnej lokalizacji w jelicie cienkim (7, 14, 28). W wielu publikacjach podkreśla się natomiast zwiększoną skłonność do nawrotów choroby Leśniowskiego-Crohna w tych przypadkach, gdy jej pierwotne objawy manifestują się w postaci zmian okołoodbytniczych (2, 4, 9, 12, 15, 21, 27, 31, 37). Biorąc pod uwagę fakt, że liczącą się grupę wśród naszych pacjentów z pierwotną lokalizacją choroby w jelicie grubym, stanowili właśnie chorzy z przetokami okołoodbytniczymi – złe wyniki w tej grupie nie są zaskoczeniem.

Zgodnie z Klasyfikacją Wiedeńską wyróżnia się trzy grupy fenotypowe choroby Leśniowskiego-Crohna. Typ pierwszy to choroba nie powikłana, typ drugi – powodująca zwężenia jelit, prowadzące do ich niedrożności, oraz typ trzeci – charakteryzujący się powstawaniem przetok wewnętrznych i zewnętrznych (29). W ocenie większości autorów, typ trzeci jest najbardziej agresywną i najczęściej nawracającą postacią choroby Leśniowskiego-Crohna, podczas gdy w typie pierwszym i drugim rokowanie jest lepsze (1, 18). Potwierdzają to również nasze dane. Liczba nawrotów chirurgicznych w 5-letnim okresie obserwacji wynosiła odpowiednio 25,0% vs. 33,3% vs. 60,0%. Podobna tendencja utrzymywała się również po dłuższym okresie obserwacji, choć ze względu na małą liczbę chorych, wyniki mogą nie być miarodajne. Należy jednak podkreślić, że w ciągu 10 lat od pierwotnej

Tabela 7. Nawroty w chorobie Leśniowskiego-Crohna. Przegląd literatury.

	5 lat	10 lat	15 lat
Wettergren (1991)	38%	52%	79%
Nordgren (1994)	32%	42%	46%
Raab (1996)	28%	51%	60%
Bielecki (2002)	63%	71%	73%
Borley (2002)	33%	57%	71%
Bielecki (2006)	16% (?)	–	–

operacji wszyscy chorzy z przetokami musieli być powtórnie operowani, podczas gdy w przypadku choroby nie powikłanej oraz powodującej zwężenia jelit, konieczność reoperacji z powodu nawrotu wystąpiła jedynie u połowy pacjentów (tab. 5).

Wczesny początek choroby Leśniowskiego-Crohna może wskazywać na większą skłonność genetyczną lub na większą ekspozycję nieznanego czynnika etiologicznego, co wiąże się z częstszymi nawrotami i cięższym przebiegiem choroby (13, 26). Obserwacja ta znajduje potwierdzenie również w naszym materiale i powtarza się w 5-, 10- i 15-letnim okresie obserwacji – 44,4%, 75,0% i 100,0% nawrotów u pacjentów operowanych do 30 roku życia vs. 36,0%, 50,0% i 87,5% nawrotów w grupie starszych chorych (tab. 6).

Porównując nasze wcześniejsze wyniki leczenia (do 2001 roku) do danych przedstawianych w piśmiennictwie stwierdziliśmy, że choć niekorzystnie odbiegają one od doniesień światowych w okresie pierwszych 5 lat od zabiegu chirurgicznego, to wyrównują się z nimi po dłuższym okresie obserwacji (tab. 7) (5-7, 22, 28, 32). Najistotniejszą zmianą w naszym postępowaniu u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna w latach 2002-2005 było wcześniejsze kwalifikowanie tych chorych do zabiegów operacyjnych. Wstępne dane dają nadzieję na poprawę wyników leczenia chirurgicznego u chorych na chorobę Leśniowskiego-Crohna.

WNIOSKI

1. Wczesne leczenie operacyjne wpływa na obniżenie ryzyka liczby nawrotów w chorobie Leśniowskiego-Crohna.

2. Leczenie chirurgiczne powinno być wdrożone przed wystąpieniem ciężkich powikłań choroby.

3. Rekomendujemy wielospecjalistyczne leczenie tych chorych, z uwzględnieniem wczesnej konsultacji chirurgicznej.

PIŚMIENICTWO

- Aeberhard P, et al.: Surgical recurrence of perforating and nonperforating Crohn's disease: a study of 101 surgically treated patients. *Dis. Colon. Rectum.*, 1996, 39, 1; 80-87.
- Anderson P, et al.: Segmental Resection or Subtotal Colectomy in Crohn's Colitis? *Dis. Colon. Rectum.*, 2002, 45, 1; 47-53.
- Anderson P, Sjødahl R: Controversies in Surgical Treatment of Inflammatory Bowel Disease.: *Eur. J. Surg.*, 2001, 167, Suppl. 586; 73-77.
- Bernell O, et al.: Recurrence after colectomy in Crohn's colitis. *Dis. Colon. Rectum.*, 2001, 44, 5; 647-654.
- Bielecki K, Baczuk L: Odległe wyniki leczenia chirurgicznego w chorobie Crohna – doświadczenia własne. *Gastroenterologia Polska*, 2002, 9, Supl. 1; 89, B 18.

- Bielecki K, Baczuk L: Recurrences in Crohn's Disease – own experience. 20th. World Congress of International Society for Digestive Surgery, Rome 2006; 97.
- Borley NR, et al.: Recurrence After Abdominal Surgery for Crohn's Disease. Relationship to Disease Site and Surgical Procedure. *Dis. Colon. Rectum.*, 2002, 45, 3; 377-383.
- Brzezinski A: Progress in Treatment for Crohn's Disease. *Am. J. Gastroenterol.*, 2001, 96, 3; 626-627.
- Chang P, Schwartz RW: Crohn's Disease: Current Concepts in Diagnosis and Treatment. *Current Surgery*, 2001, 58, 3; 288-292.
- Cocco A, et al.: Surgery at first acute attack of Crohn's disease is associated with a lower need for steroids and immunomodulators. *Gut*, 2006, 55 (Suppl. V); A134.
- Delaney CP, Fazio VW: Crohn's Disease of the Small Bowel. *Surg. Clin. North. Am.*, 2001, 81, 1; 137-158.
- Fazio VW, Wu JS.: Surgical therapy for Crohn's disease of the colon and rectum. *Surg. Clin. North. Am.*, 1997, 77, 1; 197-210.
- Fearnhead NS, et al.: Long-term follow-up of stricturoplasty for Crohn's disease. *Br. J. Surg.*, 2006, 93, 4; 475-482.
- Fichera A, et al.: Patterns and operative treatment of recurrent Crohn's disease: a prospective longitudinal study. *Surgery*, 2006, 140, 4; 649-654.
- Guy TS, et al.: Crohn's Disease of the Colon. *Surg. Clin. North Am.*, 2001, 81, 1; 159-168.
- Hancock L., et al.: Inflammatory bowel disease: the view of surgeon. *Colorectal Disease*, 2006, 8 (Suppl. 1); 10-14.
- Hashemi M, et al.: Side-to-side stapled anastomosis may delay recurrence in Crohn's disease. *Dis. Colon. Rectum.*, 1998, 41, 10: 1293-1296.
- Lautenbach E, et al.: Risk factors for early postoperative recurrence of Crohn's disease. *Gastroenterology*. 1998, 115, 2: 259-267.
- Lichtenstein GR: Infliximab: Lifetime use for maintenance is appropriate in Crohn's disease. PRO: Maintenance therapy is superior to episodic therapy. *Am. J. Gastroenterol.*, 2005, 100, 7; 1433-1435.
- Loftus EV: CON: Lifetime use is an awfully long time. *Am. J. Gastroenterol.*, 2005, 100, 7; 1435-1438.
- Murray JJ: Controversies in Crohn's disease. *Bailliere's Clin. Gastroenterol.*, 1998, 12, 1; 133-155.
- Nordgren SR, et al.: Long-term follow-up in Crohn' disease. Mortality, morbidity, and functional status. *Scand. J. Gastroenterol.*, 1994, 29, 12; 1122-1128.
- Ozuner G, et al.: Reoperative rates for Crohn's disease following stricturoplasty: long-term analysis. *Dis. Colon. Rectum.*, 1996, 39, 11; 1199-1203.
- Penner RM, et al.: Postoperative Crohn's Disease. *Inflamm. Bowel Dis.*, 2005, 11, 8; 765-777.
- Podolsky DK: Inflammatory Bowel Disease. *N. Engl. J. Med.*, 2002, 347, 6; 417-429.
- Post S, et al.: The impact of disease pattern, surgical management, and individual surgeons on the risk for relaparotomy for recurrent Crohn's disease. *Ann. Surg.*, 1996, 223, 3; 253-260.
- Prabhakar LP, et al.: Avoiding a stoma. Role for segmental or abdominal colectomy in Crohn's colitis. *Dis. Colon. Rectum.*, 1997, 40, 1; 71-78.
- Raab Y, et al.: Factors influencing recurrence in Crohn's disease: an analysis of a consecutive series of 353 patients treated with primary surgery. *Dis. Colon. Rectum.*, 1996, 39, 8; 918-925.
- Rentsch M, et al.: Crohn's Disease Activity Index and Vienna Classification – Is It Worthwhile to Calculate before Surgery? *Dig. Surg.*, 2006, 23; 241-249.
- Stebbing JF, et al.: Long-term results of recurrence and reoperation after stricturoplasty for obstructive Crohn's disease. *Br. J. Surg.*, 1995, 82, 11; 1471-1474.
- Tekkis PP, et al.: A comparison of segmental vs subtotal/total colectomy for colonic Crohn's disease: a meta-analysis. *Colorectal Disease*, 2006, 8, 2; 82-90.
- Wettergren A, Christiansen J: Risk of recurrence and reoperation after resection for ileocolic Crohn's disease. *Scand. J. Gastroenterol.*, 1991, 26, 12; 1319-1322.
- Williams JG, et al.: Recurrence of Crohn's disease after resection. *Br. J. Surg.*, 1991, 78, 1; 10-19.

34. Wolff B: Factors determining recurrence following surgery for Crohn's disease. *World J. Surg.*, 1998, 22, 4; 364-369.
35. Yamamoto T: Factors affecting recurrence after surgery for Crohn's disease. *World J. Gastroenterol.*, 2005, 11, 26; 3971-3979.
36. Yamamoto T, Keighley MR: Smoking and disease recurrence after operation for Crohn's disease. *Br. J. Surg.*, 2000, 87, 4; 398-404.
37. Yamamoto T, Keighley MR: Fate of the rectum and ileal recurrence rates after total colectomy for Crohn's disease. *World J. Surg.*, 2000, 24, 1: 125-129.

otrzymano/received 10.02.2019

zaakceptowano/accepted 27.02.2019

* Lech Baczuk

Klinika Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego CMKP

ul. Marymoncka 99, 01-813 Warszawa

tel.: (0-22) 621-71-73

e-mail: baczuk@poczta.onet.pl