



Recenzja

rozprawy doktorskiej lek. med. Łukasza Salomona

pt. " Propozycja algorytmu diagnostycznego w chorobach jelita cienkiego na podstawie badań własnych u 235 pacjentów"

Diagnostyka chorób jelita cienkiego należy do trudnych zadań klinicystów. Przez długie lata opierała się głównie na badaniach radiologicznych, które nie cechują się wysoką czułością. Dopiero w ostatnich dekadach nastąpił rozwój nowoczesnej techniki medycznej umożliwiające pośrednią i bezpośrednią ocenę stanu morfologicznego tej części przewodu pokarmowego. Do nich należą m.in. metody endoskopowe, tj. enteroskopia oraz endoskopia kapsułkowa.

Bardzo przydatne do tego celu są metody obrazowania z użyciem tomografii komputerowej, pozytonowej tomografii emisyjnej i rezonansu magnetycznego. Metody te różnią się nie tylko elementami techniki, ale także wydolnością diagnostyczną oraz stopniem obciążenia dla badanego. Nie ma potrzeby, aby w każdym przypadku wykonywać różne badania, ale należy użyć metody optymalnej, zapewniającej wiarygodność diagnostyczną. Oprócz ogólnej wiedzy z tego zakresu, ważne jest własne doświadczenie kliniczne. Praktyczną wiedzę można osiągnąć w ośrodku, w którym dostępne są wszystkie wymienione metody diagnostyczne. Taką możliwość posiada Klinika Gastroenterologii i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i z niej korzystał Doktorant podejmując badania własne.

Ich celem była ocena skuteczności diagnostycznej metod obrazowania i metod endoskopowych w chorobach jelita cienkiego.

We wstępie dysertacji Doktorant obszernie przedstawił anatomie czynnościową przewodu pokarmowego oraz omówił najważniejsze choroby jelita cienkiego. W tej części także szczegółowo opisał nowoczesne metody radiologiczne i endoskopowe, z uwzględnieniem wskazań i przeciwwskazań do ich wykonywania. Całość tego podrozdziału stanowi wartościowe wprowadzenie do dalszej pracy i uzasadnienie do postawionych celów badawczych.

Głównym celem pracy było:

- ustalenie objawów patognomicznych dla wybranej choroby poprzez utworzenie modelu regresji logistycznej
- ocena poprawności badań diagnostycznych w określonej jednostce chorobowej
- opracowanie algorytmu diagnostycznego dla chorób jelita cienkiego

Analizie retrospektywnej poddał 235 historii chorób z rozpoznaniem schorzeń jelita cienkiego hospitalizowanych w Klinice Gastroenterologii UM we Wrocławiu w latach 2008 – 2011.

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z chorobą Leśniowskiego-Crohna (63.8%), a następnie z chorobą trzewną (22.9%). Pozostałe 13.3% stanowili pacjenci z angiodyspłazją, nowotworami, polipami i uchyłkami.

Do najczęstszych objawów choroby Leśniowskiego-Crohna należały: bóle brzucha(89%), biegunka(51%), wzdęcia brzucha (36%) utrata masy ciała (23%), stany podgorączkowe (21%).

W badaniach laboratoryjnych w porównaniu z innymi chorobami w tej grupie wyższy był średni poziom erytrocytów, leukocytów, trombocytów, triglicerydów oraz kwasu foliowego.

W tej chorobie najczęściej wykonywane były: enterokliza TK (33.3%), pasaż (20.0%) i tomografia komputerowa (18.0%), rzadziej enterografia MR (2.0%) i endoskopia kapsułkowa (1.3%).

Do najczęściej rozpoznawanych zmian w badaniu TK i enteroklizie TK należały pogrubienie ściany i przewężenie światła jelita cienkiego (35-76%).Zwężenie jelita cienkiego metodą pasażowania stwierdzono u 47% badanych.

Endoskopię kapsułkową częściej stosowano u osób z innymi chorobami jelita(16.5%). Enteroskopii nie uwzględniono w opracowaniu - bo wykonano ją tylko 3-krotnie.

W wykonanych badaniach endoskopowych stwierdzono zmiany o różnym charakterze w górnym odcinku przewodu pokarmowego u 79%, w odcinku dolnym u 17% badanych.

Z przeprowadzonej analizy dyskryminacyjnej wynika, że badania obrazowe (TK, enterokliza TK) dają większą szansę wykrycia choroby Leśniowskiego-Crohna niż badania endoskopowe.

Przy lokalizacji zmian w jelicie cienkim najbardziej przydatne diagnostycznie jest połączenie kolonoskopii i enteroklizey TK.

Spośród objawów klinicznych stany podgorączkowe najbardziej sugerują występowanie tej choroby.

Drugą liczną grupę badanych stanowili pacjenci z celiakią. Do najczęstszych objawów tej choroby należały: biegunka(70%), bóle brzucha(63%), wzdęcia(39%) i utrata masy ciała(39%). W porównaniu z innymi chorobami jedynie biegunka istotnie występowała częściej.

W badaniach laboratoryjnych osób z celiakią stwierdzono natomiast statystycznie niższe wartości krwinek czerwonych i białych, protrombiny, białka całkowitego, albumin, triglicerydów, kwasu foliowego i witaminy B12.

Badania obrazowe (TK, enterokliza TK, pasaż) wykonano tylko u 8 pacjentów, co uniemożliwiło przeprowadzenie analizy statystycznej. Częściej wykonywane były badania endoskopowe – gastroskopia (89%), kolonoskopia (50%), endoskopia kapsułkowa(1.9%). Najczęściej stwierdzano zmiany w dwunastnicy – zmiany zapalne (35%), wygładzenie fałdów lub granulowanie śluzówki (10%), ścieńczenie błony śluzowej (17%). W jelicie grubym zmiany o różnym charakterze stwierdzono u 26% badanych.

Zmiany nowotworowe w jelicie cienkim stwierdzono u 8 chorych; dominującymi objawami były bóle brzucha, osłabienie i utrata masy ciała, a w badaniach laboratoryjnych - niedokrwistość. Rozpoznanie potwierdzono w badaniach obrazowych (TK, enterokliza TK, EUS, endoskopia kapsułkowa).

Z uzyskanych wyników Doktorant wyciągnął 12 wniosków, które de facto są streszczeniem pracy i mogłyby być skrócone, a niektóre pominięte (np.7, 8, 12).

Do najważniejszych z nich zaliczam:

- w chorobach jelita cienkiego badania obrazowe mają większą wartość diagnostyczną niż badania endoskopowe
- enterokliza TK jest cenną metodą w diagnostyce tych chorób
- badania obrazowe powinny być poprzedzone endoskopową oceną górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego
- w chorobie Leśniowskiego-Crohna istotną wartość diagnostyczną mają objawy kliniczne (w tym bóle brzucha i stany podgorączkowe), a dla choroby trzewnej biegunki i niedobór białka całkowitego, albumin, kwasu foliowego)

Uwagę zwraca brak istotnych odchyleń od normy w wynikach badań laboratoryjnych u osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna. Są to jednak badania wykonywane rutynowo, dlatego w opracowaniu ostatecznym powinno się uwzględnić inne badania, jak białko ostrej fazy czy kalprotektynę.

Podobnie u osób z chorobą trzewną nie uwzględniono badań przeciwciał przeciw transglutaminazie tkankowej, gliadynie czy endomysium, które mają istotną wartość diagnostyczną.

W takim rozumieniu opracowane przez Doktoranta algorytmy postępowania diagnostycznego dotyczą głównie badań endoskopowych i obrazowych, bez których trudno postawić rozpoznanie choroby jelita cienkiego. Jednak dokładne ustalenie ich czułości i specyficzności często jest możliwe po badaniach śród- i pooperacyjnych. W badanym materiale chorzy pozostawali pod długą obserwacją lekarzy, byli wielokrotnie hospitalizowani, stąd nie ma wątpliwości co do wiarygodności rozpoznań.

Przedstawiona do recenzji praca stanowi ważne studium kliniczne, dotyczące chorób jelita cienkiego, samodzielnie opracowane przez Doktoranta. Posiada istotne wartości poznawcze, a przede wszystkim praktyczne.

Praca zawiera 116 stron maszynopisu, 88 tabel, 8 rycin i 137 pozycji piśmiennictwa, właściwie wyselekcjonowanych i wykorzystanych w jej treści. Jest dobrze opracowana pod względem statystycznym i technicznym. Wyróżnia się poprawnością językową i jasnością omawianych zagadnień.

W podsumowaniu stwierdzam, że praca spełnia warunki stawiane dysertacjom na stopień doktora nauk medycznych. Mam więc zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu wniosek o dopuszczenie lek. Łukasza Salomona do dalszych etapów przewodu doktorskiego

Łódź, 22.07.2015


prof. dr hab. med. Jan Chojnacki