

\*SŁAWOMIR GLINKOWSKI, DARIA MARCINKOWSKA

# Leczenie chirurgiczne w gwałtownie postępującej aktywnej postaci wrzodziejącego zapalenia jelita grubego – opis przypadku

Surgical treatment of rapidly advancing active ulcerative colitis: a case report

Department of General and Oncological Surgery, Health Centre in Tomaszów Mazowiecki  
Head of Department: Włodzimierz Koptas, MD, PhD

## Streszczenie

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego należy do nieswoistych chorób zapalnych jelit o różnorodnym obrazie klinicznym. Ze względu na zaburzoną odpowiedź immunologiczną w obrębie tkanki jelitowej dochodzi do powstania rozlanego zapalenia, co prowadzi do występowania krwawień oraz biegunek. Podstawą rozpoznania jest obraz kliniczny oraz wynik badania kolonoskopowego, które potwierdza zapalne zmiany w obrębie jelita grubego.

Autorzy prezentują przypadek pacjenta przyjętego do oddziału po dwóch hospitalizacjach w innych ośrodkach, cierpiącego na aktywną postać wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Po wykluczeniu etiologii bakteryjnej oraz próbie leczenia zachowawczego na Oddziale Gastroenterologii pacjenta skierowano do Oddziału Chirurgicznego. W kolonoskopii wykonanej w trakcie poprzedniej hospitalizacji opisywano zmianę w okolicy zagięcia śledzionowego uniemożliwiającą uwidocznienie dalszego odcinka jelita grubego. Kolonoskopia wykonana na Oddziale nie potwierdziła występowania tej zmiany, a uwidoczniała liczne pseudopolipy. Z uwagi na gwałtownie postępujące wyniszczenie oraz anemizację, a także ze względu na brak poprawy po próbie leczenia farmakologicznego zdecydowano o wykonaniu pilnej kolektomii z wytworzeniem ileostomii końcowej. Po tygodniowym przygotowaniu pacjenta (żywienie pozajelitowe, przetoczenie KKCz) wykonano pankolektomię. Badanie histopatologiczne potwierdziło ostrą fazę wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. W przebiegu pooperacyjnym doszło do masywnego zakażenia rany, które było leczone przez 14 dni terapią podciśnieniową (VAC). Pacjent na Oddziale Chirurgicznym był leczony 30 dni. W stanie ogólnym dobrym został wypisany do domu z zaleceniem dalszej opieki ambulatoryjnej.

## Słowa kluczowe

wrzodziejące zapalenie jelita grubego,  
kolektomia, ileostomia końcowa

## Summary

Ulcerative colitis is an inflammatory bowel disease with various clinical presentation. Due to an impaired immune response, diffuse inflammation develops in the intestinal tissue, which leads to bleeding and diarrhoea. The basis for diagnosis is the clinical presentation and the result of colonoscopy which confirms the presence of inflammatory lesions in the colon.

The authors present the case of a patient admitted to their department following two previous hospitalisations at other centres who was suffering from active ulcerative colitis. After bacterial aetiology of the disease was excluded and conservative treatment was attempted at a gastroenterology ward, the patient was referred to a surgical department. During the previous hospitalisation colonoscopy was performed in which a lesion was observed in the splenic flexure, which precluded the visualisation of the further part of the colon. A colonoscopy performed at the surgical department

## Keywords

ulcerative colitis, colectomy,  
end ileostomy

did not confirm the presence of that lesion; however, it did reveal multiple pseudopolyps. Due to rapidly progressing cachexia and anaemia and a lack of improvement following attempted pharmacological treatment, a decision was made to perform an urgent colectomy with end ileostomy. After a week-long preparation of the patient (parenteral nutrition, packed red blood cells transfusion), pancolectomy was performed. Histopathological examination confirmed acute phase ulcerative colitis. In the postoperative period massive wound infection developed, which was treated for 14 days with vacuum therapy (VAC). The patient was treated for 30 days at the surgical department. He was discharged in a good general condition and instructed to report to his outpatient care centre.

## WPROWADZENIE

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego należy do nieswoistych chorób zapalnych jelit. Jest to choroba o wieloczynnikowej etiologii oraz różnorodnym obrazie klinicznym. Choroba występuje na całym świecie, ale największą zachorowalność obserwuje się wśród rasy białej, głównie w krajach Europy (WZJG: 505/100 000 w Norwegii; CD: 322/100 000 w Niemczech) i Ameryki Północnej (WZJG: 286/100 000 w USA; CD: 319/100 000 w Kanadzie). Zapadalność w Europie wynosi ok. 10/100 000 populacji. Rozpowszechnienie nieswoistych chorób zapalnych jelit przekroczyło 0,3% w Ameryce Północnej, Oceanii i wielu krajach Europy (1). Największą zapadalność obserwuje się pomiędzy 20. a 40. rokiem życia, jednak choroba może wystąpić zarówno u dzieci, jak i u osób starszych. Obserwowana jest podobna zachorowalność wśród kobiet i mężczyzn, w przeciwieństwie do choroby Leśniowskiego-Crohna, na którą częściej cierpią kobiety (2). Choroby zapalne jelit częściej występują u osób zamieszkałych w mieście oraz wykonujących pracę biurową (3).

W zależności od zajętego obszaru jelita pacjenci mogą zgłaszać różne objawy. Pierwszym objawem mogącym nakierować lekarza na rozpoznanie WZJG najczęściej jest biegunka (zwykle utrzymująca się powyżej 6 tygodni) z domieszką krwi w stolcu. Liczba wypróżnień może wynosić nawet 20 na dobę. W przypadku gdy zmiany nie przekraczają odbytnicy, rytm wypróżnień może być niezaburzony, a jedynym występującym objawem mogą być zaparcia z domieszką krwi, a niekiedy również towarzyszącym bólem brzucha. Przebieg choroby jest przewlekły, występują okresy zaostrzeń i remisji.

Podstawowym badaniem, zarówno w celu rozpoznania choroby, jak i monitorowania jej przebiegu oraz nadzoru onkologicznego, jest kolonoskopia.

Podział kliniczny postaci WZJG wynika z potrzeby określenia granicy prowadzenia leczenia miejscowego, po przekroczeniu której konieczne jest włączenie leczenia systemowego. W 2005 roku w Montrealu podczas Światowego Kongresu Gastroenterologii zaproponowano klasyfikację WZJG opartą na rozległości zmian w jelicie grubym (4).

Według tej klasyfikacji wyróżniamy:

- E1 (ang. *proctitis*) – zapalenie odbytnicy, gdy zmiany w błonie śluzowej nie wykraczają poza odbytnicę (proksymalna granica zmian nie przekracza zagięcia odbytniczo-esiczego). W tej postaci dominującą skargą pacjentów jest uczucie gwałtownego parcia na stolec, krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, możliwe jest występowanie zaparć,

## INTRODUCTION

Ulcerative colitis (UC) belongs to the group of inflammatory bowel diseases (IBD). It has a multifactor aetiology and various clinical presentation. UC occurs everywhere in the world; however, the highest incidence is observed in the Caucasian population, particularly in Europe (UC: 505/100,000 in Norway; Crohn's disease: 322/100,000 in Germany) and North America (UC: 286/100,000 in the USA; Crohn's disease: 319/100,000 in Canada). UC incidence in Europe is approximately 10/100,000. The prevalence of inflammatory bowel diseases has exceeded 0.3% in North America, Oceania and many European countries (1). The highest incidence of UC is observed between 20 and 40 years of age; however, the disease can occur both in children and in the elderly as well. Women and men are affected by UC at a similar rate, unlike Crohn's disease, which is more common in women (2). Inflammatory bowel diseases are more common in individuals living in the city and performing office work (3).

Depending on the affected portion of the bowel patients can report different symptoms. The first symptom which may raise the suspicion of ulcerative colitis is most often diarrhoea (lasting usually over 6 weeks) with traces of blood. The number of bowel movements can be as high as 20 daily. When lesions do not extend beyond the rectum, the rate of bowel movements can be unaffected and the only symptom present can be constipation with traces of blood and sometimes abdominal pain as well. The disease is chronic, with periods of exacerbations and remissions.

The main procedure performed to diagnose the disease, monitor its course and conduct oncological surveillance is colonoscopy.

A clinical division of UC types is necessary to determine the point when local treatment is insufficient and systemic treatment needs to be introduced. In 2005, during the World Congress of Gastroenterology in Montreal a classification of UC based on the extensiveness of lesions in the colon was proposed (4).

This scale differentiates between:

- E1: proctitis, in which the disease is limited to the rectum (the proximal extent of inflammation is distal to the rectosigmoid junction). In this form of the disease the patients mainly complain of urgency to defecate, lower gastrointestinal tract bleeding and sometimes constipation,

- E2 – postać dystalną/lewostronną, w której zmieniony jest dalszy odcinek jelita grubego, ale zmiany nie przekraczają zagięcia śledzionowego okrężnicy,
- E3 – postać rozległą, w której zmiany sięgają proksymalnie poza zagięcie śledzionowe okrężnicy, czasem obejmując nawet całe jelito grube (ang. *pancolitis*), a niekiedy mogą sięgać dalszego odcinka jelita krętego.

W przypadku postaci rozległej objawy są bardziej nasilone, może występować krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Obecne jest gwałtowne uczucie parcia na stolec, w kale może pojawić się domieszka treści śluzowo-ropnej, pacjenci skarżą się na nocne wypróżnienia oraz opisują bóle brzucha, często zlokalizowane w okolicy lewego dołu biodrowego, nasilające się bezpośrednio przed wypróżnieniem i ustępujące po wypróżnieniu.

Obraz kliniczny pacjentów chorujących na WZJG bywa bardzo zróżnicowany. Autorzy przedstawiają przypadek 61-letniego mężczyzny, u którego choroba miała krótkotrwały i bardzo gwałtowny przebieg zmuszający do podjęcia agresywnego leczenia.

## OPIS PRZYPADKU

Pacjent, lat 61, został przyjęty na Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Tomaszowskiego Centrum Zdrowia w Tomaszowie Mazowieckim z rozpoznaniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG) oraz opisanym w kolonoskopii zwężeniem jelita w okolicy zagięcia śledzionowego (podejrzenie zmiany rozrostowej), celem rozszerzenia diagnostyki oraz ewentualnego leczenia operacyjnego. W wywiadzie zgłaszał znaczne osłabienie, utratę ok. 20 kg masy ciała w przeciągu 2 miesięcy oraz utrzymujące się od 3 miesięcy biegunki z domieszką krwi, nawet do 9 na dobę. Negował ból brzucha oraz wymioty, kilkakrotnie wystąpiły epizody nudności.

Chory 3 lata wcześniej z powodu bloku przedsionkowo-komorowego II stopnia z zespołem pre-MAS miał wszczepiony kardiowerter-defibrylator. W wywiadzie cukrzyca insulinozależna oraz stan po cholecystektomii.

Miesiąc wcześniej, z powodu utrzymującej się od kilkunastu dni krwistej biegunki, pacjent był hospitalizowany na Oddziale Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Pasożytniczych Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii. Na podstawie wykonanych badań wykluczono etiologię zakaźną biegunki. W wykonanym badaniu TK jamy brzusznej stwierdzono: „okolica zagięcia śledzionowego o nieregularnie pogrubiałych ścianach i nieregularnym świetle, odcinek nie wykazuje perystaltyki – podejrzenie procesu rozrostowego. Widoczne jest zgrubienie ścian jelita grubego, na całym odcinku, z cechami zmian zapalnych”. Wniosek z badania: „nie można wykluczyć zmian rozrostowych w obrębie przewodu pokarmowego”. Pacjenta zakwalifikowano do powtórnej kolonoskopii celem pobrania wycinka błony śluzowej do badania histopatologicznego. Z uwagi na złe przygotowanie pacjenta do badania, aparat wprowadzono jedynie do 55 cm jelita. W obrazie endoskopowym jelito było sztywne, błona śluzowa zstępnicy, esicy i częściowo odbytnicy silnie przekrwiona, zaczerwieniona, krucha, krwawiąca przy dotyku aparatem. Widoczne były liczne polipy w esicy, średnicy 2-5 mm. W esicy stwierdzono także liczne, płytkie uchyłki.

- E2: distal/left-sided UC, in which the disease is limited to a proportion of the colorectum distal to the splenic flexure,
- E3: extensive UC, in which the disease extends proximally to the splenic flexure, sometimes involving even the whole colon (*pancolitis*) and sometimes reaching the distal part of the ileum.

In the case of extensive UC, the manifestations of the disease are more severe and lower gastrointestinal tract bleeding can occur. Patients experience urgency to defecate and traces of mucus and pus can occur in the stool. Patients also complain of nocturnal defecation and girdle abdominal pain, often located in the left iliac fossa, intensifying directly before and subsiding after defecation.

The clinical presentation of UC patients can be various. The authors present the case of a 61-year-old man in whom the disease had a short and very rapid course requiring aggressive treatment.

## CASE REPORT

A 61-year-old patient was admitted to the Department of General and Oncological Surgery, Health Centre in Tomaszów Mazowiecki, Poland, with a diagnosed ulcerative colitis and colonic stricture in the splenic flexure reported on colonoscopy (suspected proliferative lesion) for further diagnostic investigation and possible surgical treatment. The patient complained of significant weakness, the loss of approximately 20 kilograms over two months and persistent diarrhoea with traces of blood lasting already three months with sometimes as many as 9 bowel movements a day. He denied any abdominal pain and vomiting, but did report a few episodes of nausea.

The patient underwent a cardioverter-defibrillator implantation surgery three years earlier due to second-degree atrioventricular block with pre-MAS syndrome. The patient also had a history of type 1 diabetes and cholecystectomy.

One month earlier, due to persistent bloody diarrhoea lasting over ten days the patient was hospitalised at the Department of Infectious, Tropical and Parasitic Diseases of the Department of Infectious Diseases and Hepatology. Based on tests infectious aetiology of the diarrhoea was excluded. An abdominal CT scan revealed the following: “The splenic flexure with irregularly thickened walls and irregular lumen, no peristalsis observed in this segment: a proliferative process suspected. Colonic wall thickening along the whole segment is visible with signs of inflammation”. Conclusion from the examination: “proliferative lesions in the gastrointestinal tract cannot be excluded”. A decision was made to perform another colonoscopy in order to collect a sample of the mucosa for histopathological examination. Due to poor preparation the colonoscope was inserted only up to 55 cm. Upon endoscopy, the colon was stiff and the mucosa of the descending and sigmoid colon and partly of the rectum was highly hyperaemic, reddened, friable and prone to bleeding upon contact with the examination device. Multiple sigmoid polyps of 2-5 mm in diameter could be seen. Multiple shallow diverticula

W wyniku badania histopatologicznego wycinków z esicy, zstępnicy i odbytnicy zaobserwowano zmiany charakterystyczne dla *colitis ulcerosa* w okresie aktywnym. Zastosowano wstępne leczenie zachowawcze: sulfadiazynę oraz sterydy. Ze względu na anemię przetoczono 2 j. KKCz. W badaniach laboratoryjnych uwagę zwracała podwyższona wartość antygenu karcinoembrionalnego (CEA): 8,88 ng/ml (n: 0,00-3,40). Pacjent po zastosowanym leczeniu został przeniesiony do dalszej diagnostyki do Kliniki Gastroenterologii.

W Klinice Gastroenterologii ponownie wykonano kolonoskopię, w której uwidoczniło błonę śluzową odbytnicy, esicy i zstępnicy obrzękniętą na całej powierzchni, o nierównej, brukowanej powierzchni, z obecnością licznych owrzodzeń średnicy do 5-6 mm, pokrytych włóknikiem, miejscami krwawiącą kontaktowo. W okolicy zagięcia śledzionowego błona śluzowa była silnie obrzęknięta – przejście kolonoskopem było niemożliwe. Po zmianie endoskopu na aparat o mniejszej średnicy dotarto do proksymalnego odcinka poprzecznicy, uwidaczniając podobne zmiany. Wynik badania histopatologicznego wycinków pobranych do badania potwierdził rozpoznanie aktywnej fazy wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Pacjentowi włączono terapię farmakologiczną – mesalazynę doustnie oraz w postaci wlewków doodbytniczych, azatioprynę doustnie, metronidazol, albuminy, suplementację żelaza, produkt wysokobiałkowy jako uzupełnienie diety oraz preparat zawierający szczepy bakterii jelitowych. Kontynuowano terapię glikokortykosteroidami (Encorton 30-20-0 mg). Pacjenta wypisano do domu, następnego dnia zgłosił się na leczenie na Oddział Chirurgii Ogólnej.

Na Oddziale Chirurgicznym, po uprzednim przygotowaniu jelita grubego, pacjenta ponownie zakwalifikowano do kolonoskopii, która uwidoczniła zmiany charakterystyczne dla aktywnej postaci wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Endoskopista bez problemu przeszedł przez okolicę zagięcia śledzionowego, nie stwierdzając znaczącego przewężenia, które uniemożliwiło wykonanie pełnej kolonoskopii przy poprzednim badaniu (ryc. 1, 2).

W dodatkowo wykonanych badaniach uwagę zwracały: WBC = 3,1 tys./mm<sup>3</sup>, RBC = 2,67 mln/mm<sup>3</sup>, Hgb = 8,0 g/dl, potas = 2,9 mmol/l. Poziom białka całkowitego w surowicy wynosił

were also found in the sigmoid colon. Histopathological examination of samples taken from the sigmoid colon, the descending colon and the rectum revealed lesions characteristic for active ulcerative colitis. Preliminary conservative treatment was applied: sulphadiazine and steroids. Due to anaemia 2 units of packed red blood cells were administered. Remarkable laboratory findings included an elevated level of carcinoembryonic antigen (CEA): 8.88 ng/ml (n: 0.00-3.40). After the treatment the patient was transferred to a gastroenterology department for further diagnostic investigation.

There, the patient underwent another colonoscopy in which the mucosa of the rectum, sigmoid and descending colon was oedematous on the whole surface, which was uneven and cobblestone-like and had numerous ulcerations of 5-6 mm in diameter, covered with fibrin and prone to bleeding upon contact at some spots. The mucosa in the splenic flexure was highly oedematous; for this reason, it was impossible to pass the colonoscope through. Once a smaller-diameter device was used, the proximal part of the transverse colon was reached and similar lesions were revealed. Samples were collected for histopathological examination, which confirmed the diagnosis of active-phase ulcerative colitis. Pharmacological therapy was introduced: oral and enema mesalazine, oral azathioprine, metronidazol, albumins, iron supplementation, a high-protein product to supplement the diet and an intestinal bacteria formulation. Glucocorticosteroid therapy was continued (Encorton 30-20-0 mg). The patient was discharged from hospital and he reported the next day to a surgical department for treatment.

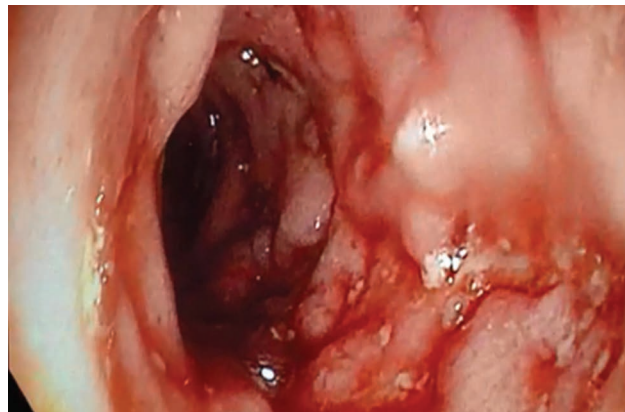
There, following bowel preparation, the patient underwent another colonoscopy which revealed lesions characteristic for active ulcerative colitis. The endoscopy technician passed the device through the splenic flexure without problems, finding no significant stricture that made it impossible to perform full colonoscopy on the previous occasion (fig. 1, 2).

Additional tests revealed the following remarkable findings: WBC = 3.1 x 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>, RBC = 2.67 x 10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup>, HGB = 8.0 g/dl,



Ryc. 1. Obraz z kolonoskopii

Fig. 1. Colonoscopy image



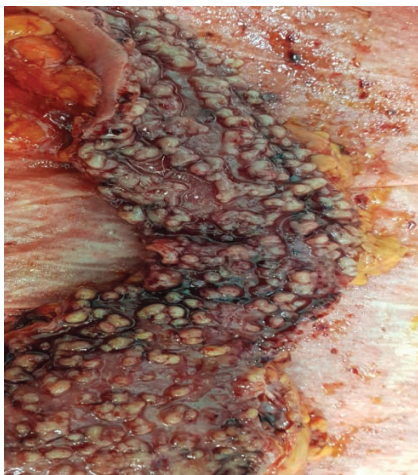
Ryc. 2. Obraz z kolonoskopii (okolica zagięcia śledzionowego)

Fig. 2. Colonoscopy image (splenic flexure)

5,2 g/dl, dlatego, z uwagi na wyniszczenie pacjenta, zdecydowano o włączeniu preparatu do żywienia pozajelitowego. Poziom białka C-reaktywnego (CRP) wynosił 62,1 mg/l (n: 0,0-9,0). Ze względu na zmianę opisaną w TK pobrano również próbkę krwi na badanie poziomu CA 19-9: 34,28 IU/ml (n: 0,00-37,00), CEA: 0,9 ng/ml (0-2,5 ng/ml), jednak obie były w granicach normy. Uwzględniając wyniki badań oraz znaczne nasilenie dolegliwości prowadzące do szybkiej utraty masy ciała i postępującego wyniszczenia, pacjenta zakwalifikowano do pilnej kolektomii z wytworzeniem ileostomii końcowej. Ze względu na osłabienie pacjenta, operację wykonano po uprzednim przygotowaniu chorego oraz tygodniowym całkowitym żywieniu pozajelitowym. Przed operacją wartość WBC wynosiła  $3,6 \text{ tys./mm}^3$ , RBC =  $3,43 \text{ mln/mm}^3$ , HGB = 10,6 g/dl, poziom białka całkowitego wzrósł do 5,4 g/dl. Przed operacją pacjentowi przetoczono łącznie 4 j. KKCz.

W trakcie operacji wycięto jelito grube, które od odbytnicy do zagięcia wątrobowego było pogrubiałe, twarde, w nacieku zapalnym. Okrężnica była pokryta bardzo licznymi, drobnymi polipami. Pozostawiono około 13 cm kikuta odbytnicy. Następnie w odległości około 8 cm od kątnicy odcięto jelito kręte, wytwarzając w prawym podbrzuszu ileostomię końcową. Całość jelita grubego przekazano do badania histopatologicznego. Wynik badania potwierdził rozpoznanie fazy ostrej *colitis ulcerosa*. Mikroskopowo okrężnica była obficie nacieczona zapalnie, z widocznymi licznymi, płytkimi owrzodzeniami, u podstawy z naciekami granulocytarnymi, dodatkowo bardzo licznie występowały pseudopolipy zapalne. Zmiany obejmowały całą okrężnicę, krezka i sieć były w stanie intensywnego przekrwienia (ryc. 3, 4).

W jamie otrzewnej znajdowała się niewielka ilość mętnego płynu – pobrano dwa posiewy w celu ustalenia antybiotykowrażliwości i włączenia leczenia celowanego. Przed otrzymaniem wyniku kontynuowano antybiotykoterapię empiryczną – pacjent otrzymywał dożylnie ceftriakson w dawce  $2 \times 1,0 \text{ g}$ .



**Ryc. 3.** Śródoperacyjne zdjęcie jelita grubego – materiał przesłany do badania histopatologicznego

**Fig. 3.** Intraoperative photograph of the colon: material sent for histopathological examination

potassium = 2.9 mmol/l. The total serum protein level was 5.2 g/dl, therefore, due to cachexia, parenteral nutrition was included. The level of C-reactive protein (CRP) was 62.1 mg/l (n: 0.0-9.0). Due to the lesion reported in CT examination, a blood sample was also taken to check the level of CA 19-9: 34.28 IU/ml (n: 0.00-37.00) and CEA: 0.9 ng/ml (0-2.5 ng/ml); however, both were within the normal range. Based on the examination results and the severity of the patient's complaints leading to rapid weight loss and progressing cachexia, a decision was made to perform urgent colectomy with end ileostomy. Due to the patient's asthenia, the surgery was performed following patient preparation and a week-long total parenteral nutrition. Before surgery, the WBC level was  $3.6 \times 10^3/\text{mm}^3$ ; RBC was  $3.43 \times 10^6/\text{mm}^3$ ; HGB was 10.6 g/dl and the total protein level rose to 5.4 g/dl. A total of 4 units of packed red blood cells were administered to the patient before the operation.

During the operation the colon, which was thickened from the rectum up to the hepatic flexure, hard and inflamed, was excised. The colon was covered with multiple fine polyps. A 13 cm long rectal stump was left in place. Subsequently, the ileum was cut off approximately 8 cm from the caecum and end ileostomy was formed in the right lower abdomen. The whole colon was sent for histopathological examination. The examination confirmed acute phase ulcerative colitis. On microscopic inspection, the colon was profusely inflamed and multiple shallow ulcerations with granulocytic infiltration at the base were seen; in addition, very numerous inflammatory pseudopolyps were found. The lesions covered the whole colon and the mesentery and omentum were intensely hyperaemic (fig. 3, 4).



**Ryc. 4.** Śródoperacyjne zdjęcie jelita grubego – materiał przesłany do badania histopatologicznego

**Fig. 4.** Intraoperative photograph of the colon: material sent for histopathological examination

W 4. dobie po operacji stwierdzono zakażenie rany. Z próbki pobranej śródoperacyjnie wyhodowano dwie bakterie: *Escherichia coli* (AL PAT) oraz *Escherichia fergusonii*, włączono antybiotykoterapię zgodną z wrażliwością patogenów – cyprofloksacynę. W 7. dobie po operacji, ze względu na utrzymujące się zakażenie rany, zdecydowano o zastosowaniu terapii podciśnieniowej VAC. Antybiotykoterapię celowaną kontynuowano przez cały czas hospitalizacji, uzyskano poprawę stanu miejscowego. Pacjentowi w 2. dobie po operacji włączono doustnie płynnoterapię, w 3. dobie dołączono płynną dietę, a od 4. doby wspomaganą dietę wysokoenergetycznym preparatem odżywczym do picia 3 x dz. po 125 ml, jednocześnie cały czas kontynuując podaż preparatu do żywienia pozajelitowego. W 1. dobie po operacji poziom HGB wyniósł 9,9 g/dl. Ze względu na wynik morfologii oraz znaczne osłabienie pacjenta zdecydowano o przetoczeniu dwóch kolejnych jednostek KKCz. Terapię podciśnieniową VAC utrzymano przez 14 dni, co pozwoliło na powstanie ziarniny właściwej w stosunku do czasu gojenia rany. W trakcie drugiego tygodnia terapii podciśnieniowej ze względu na ustąpienie cech zakażenia rany zdecydowano o odstawieniu antybiotykoterapii. Pacjent w stanie ogólnym znacznie lepszym niż przy przyjęciu oraz z prawidłowo gojącą się raną został wypisany do domu w 30. dobie, w 3 tygodnie po wykonaniu kolektomii. Aktualnie pozostaje pod stałą opieką lekarza POZ, a także regularnie zgłasza się na wizyty do chirurga. Kontrolne wyniki badań wskazują na znaczną poprawę parametrów krwi, wzrost poziomu hemoglobiny, a pacjent zgłasza dużą poprawę swojego stanu ogólnego.

## DYSKUSJA

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG, łac. *colitis ulcerosa* – CU, ang. *ulcerative colitis* – UC), obok choroby Leśniowskiego-Crohna (ang. *Crohn's disease* – CD) oraz nieokreślonego zapalenia okrężnicy należy do nieswoistych chorób zapalnych jelit (NChZJ). Jest to choroba charakteryzująca się rozlanym zapaleniem błony śluzowej okrężnicy lub okrężnicy i odbytnicy, w przebiegu której dochodzi do powstawania owrzodzeń oraz występowania krwawień z kruchej błony śluzowej jelita. Wśród skarg zgłaszanych przez pacjentów dominują: ból brzucha, biegunka i obecność świeżej krwi w kale (5). Utrzymujące się objawy mogą prowadzić do utraty masy ciała oraz osłabienia, które wraz z krwistymi biegunkami były głównymi dolegliwościami obniżającymi jakość życia pacjenta. Ze względu na możliwe bardzo duże nasilenie biegunek niezwykle ważne jest wykluczenie zakaźnego charakteru dolegliwości, jak to miało miejsce w opisanym przypadku. Pacjent początkowo był hospitalizowany na Oddziale Chorób Zakaźnych szpitala specjalizującego się w rozpoznawaniu i leczeniu chorób zakaźnych i tropikalnych, gdzie wykluczono m.in. wirusowe zapalenia wątroby. Po wykluczeniu zakaźnego charakteru dolegliwości skierowano pacjenta na Oddział Gastroenterologii, jednak z uwagi na szybko postępującą anemizację oraz wyniszczenie został przesłany na Oddział Chirurgiczny celem radykalnego leczenia. Stan zdrowia pacjenta nie pozwalał na rozpoczęcie terapii od leczenia farmakologicznego, konieczna była interwencja chirurgiczna. Z wywiadu uzyskanego od pacjenta wiadomo było, że 3 lata wcześniej wystąpiło u niego kilka

There was a small amount of clouded fluid in the peritoneal cavity: 2 culture samples were collected in order to establish antibiotic sensitivity and introduce targeted treatment. Before the result came back an empirical antibiotic therapy was continued: the patient received intravenous ceftriaxone 2 x 1.0 g. On day 4 after the operation wound infection developed. Two bacterial strains grew in a sample obtained intraoperatively: *Escherichia coli* (AL PAT) and *Escherichia fergusonii*. Based on antibiotic sensitivity testing ciprofloxacin therapy was started. On day 7 after the operation, due to persistent wound infection, a decision was made to apply the VAC vacuum therapy. Targeted antibiotic therapy was continued for the whole hospitalisation time and the patient's local condition improved. On day 2 after the operation oral fluid therapy was started, on day 3 liquid diet was added and from day 4 onwards the diet was supported with a high-energy nutritional drink of 125 ml 3 times daily. For the whole time the parenteral formulation was administered as well. On day 1 after the operation the HGB level was 9.9 g/dl. Due to the patient's blood count and significant asthenia, 2 more units of packed red blood cells were administered. The VAC vacuum therapy was continued for 14 days, which allowed for granulation to develop which was consistent with the duration of healing. On week 2 of the vacuum therapy antibiotic therapy was discontinued due the fact that the signs of wound infection had subsided. On day 30, three weeks after colectomy, when the patient was in a much better general condition than that upon admission and had a properly healing wound, he was discharged from hospital. Currently, the patient remains under the care of his primary care physician and reports to a surgeon on a regular basis. The results of follow-up tests show a significant improvement in blood parameters, including increased haemoglobin levels and the patient reports a much improved general health.

## DISCUSSION

Ulcerative colitis (lat. *colitis ulcerosa* – CU), alongside Crohn's disease (CD) and indeterminate colitis, belongs to the group of inflammatory bowel diseases (IBD). Ulcerative colitis is characterised by diffuse inflammation of the mucosa of the colon or of the colon as well as the rectum, which leads to the development of ulceration and haemorrhage from a friable intestinal mucosa. The complaints reported by patients primarily include abdominal pain, diarrhoea and the presence of fresh blood in the stool (5). Persistent symptoms can lead to weight loss and asthenia, which, alongside bloody diarrhoea, was the primary complaint reducing the quality of life in the present patient. Due to the possible very high severity of diarrhoea, it is very important to exclude an infectious nature of the complaints, as was done in the case of the present patient. The patient was initially hospitalised at an infectious diseases ward of a hospital specialising in the diagnosis and treatment of infectious and tropical diseases, where viral hepatitis was excluded, among other conditions. After an infectious nature of the patient's complaints was excluded,

incydentów krwistych biegunek, które samodzielnie leczył loperamidem oraz węglem aktywnym. Miał wtedy wykonaną kolonoskopię, podczas której nie uwidoczniło się odchyłań od normy. Nie zaobserwowano również pseudopolipów, które licznie stwierdzono podczas ostatniego badania. Z tego względu pacjent nie miał nigdy postawionego rozpoznania choroby zapalnej jelit, nie włączono również leków do regularnego zażywania, a wystąpienie opisanych dolegliwości zmuszało do wykonania pełnej diagnostyki chorób przewodu pokarmowego. Brak wywiadu chorób jelit, a także bardzo gwałtowny przebieg choroby i szybko postępujące zmiany początkowo przemawiały za podłożem bakteryjnym choroby. Duże nasilenie biegunek, poza wyniszczeniem pacjenta, stwarzało zagrożenie odwodnienia, przez co niezwykle ważne w postępowaniu leczniczym było odpowiednie nawodnienie pacjenta i zapewnienie prawidłowej płynoterapii, prowadzonej pod kontrolą diurezy oraz parametrów nerkowych. Szybko postępujące pogorszenie stanu ogólnego pacjenta uniemożliwiało rozpoczęcie leczenia według ogólnie przyjętych standardów od leczenia farmakologicznego.

W terapii farmakologicznej powszechnie stosowane są preparaty kwasu 5-aminosalicylowego (5-ASA), takie jak mesalazyna czy sulfasalazyna. Mają one dobre wyniki w leczeniu łagodnych i średnio ciężkich epizodów choroby, a dodatkową zaletą jest możliwość stosowania ich także w postaci wlewek czy czopków doodbytniczych (6).

Sulfasalazyna jest lekiem z wyboru do stosowania w przebiegu WZJG – zarówno w czasie rzutów choroby, jak i remisji. Wykazuje ona działanie bakteriostatyczne, przeciwzapalne i immunosupresyjne. Dowiedziono, że wpływa na skład flory bakteryjnej jelita, hamuje syntezę prostaglandyn, leukotrienów oraz IgA i IgG w obrębie przewodu pokarmowego. W przypadku mesalazyny nie jest znany dokładny mechanizm jej działania. Wiadomo, że hamuje syntezę eikozanoidów, przez co zmniejsza nasilenie stanu zapalnego w obrębie przewodu pokarmowego.

Inną grupą leków są glikokortykosteroidy stosowane doustnie. Wykazują one silne działanie przeciwzapalne, przeciwalergiczne i immunosupresyjne (7). Jako leki hormonalnie czynne, oddziałują na cały organizm, często wywołując również działania niepożądane. W opisywanym przypadku, ze względu na duże ilości sterydów przyjmowanych przez pacjenta, zakażenie rany, do którego doszło w trakcie hospitalizacji, mogło być związane z wywołaną leczeniem supresją układu odpornościowego.

Oczywiście, istnieją także inne możliwe przyczyny zakażenia rany. Z wyniku posiewu pobranego w trakcie operacji wiadomo, że zakażenie rany mogło mieć również swoją przyczynę w obecności patogennych szczepów *E. coli* w obrębie jamy otrzewnej. Świadczyć to może o zmianach zapalnych w obrębie jelita, które spowodowały utratę ciągłości błony śluzowej, powodując przedostawanie się mikroflory bakteryjnej jelita poza światło jelita.

Glikokortykosteroidy, ze względu na cukrzycę występującą u pacjenta, powodowały również dysregulację poziomu glikemii, jednak w ostrej fazie choroby ich stosowanie było konieczne (8).

he was referred to a gastroenterology ward; however, due to rapidly progressing anaemia and wasting, the patient was transferred to a surgical department for radical treatment. The patient's general health did not allow for starting the treatment with pharmacotherapy: surgical intervention was necessary. The patient reported that three years earlier he had a few episodes of bloody diarrhoea which he treated himself with loperamide and activated charcoal. At the time, he underwent a colonoscopy, but no abnormalities were revealed. No pseudopolyps were observed either, high numbers of which were revealed during the last examination. Therefore, the patient had not ever had a diagnosis of an inflammatory bowel disease and no regular medication was prescribed to him. The reported complaints required a full diagnostic investigation in terms of gastrointestinal tract diseases. No history of bowel diseases, a very rapid course of the disease and quick progression of the lesions initially supported a bacterial cause of the condition. Apart from cachexia, severe diarrhoea created a threat of dehydration; therefore, ensuring appropriate hydration by using appropriate fluid therapy with diuresis and renal parameter monitoring was very important. Rapidly progressing deterioration of the patient's general health precluded starting the treatment with pharmacotherapy in line with the generally accepted standards.

The commonly used medication to this end are 5-aminosalicylic acid (5-ASA) formulations, such as mesalazine or sulphasalazine. They bring good results in the treatment of mild and moderate-severe episodes of the disease; their additional advantage is that they can also be administered as enema or rectal suppositories (6).

Sulphasalazine is a drug of choice for ulcerative colitis, both for disease episodes and periods of remission. It is characterised by bacteriostatic, anti-inflammatory and immunosuppressant action. It has been demonstrated that sulphasalazine affects the composition of the intestinal bacterial flora and inhibits the synthesis of prostaglandins, leukotriens as well as IgA and IgG in the gastrointestinal tract. The mechanism of action of mesalazine is not fully known. It is known that it inhibits the synthesis of eicosanoids, which reduces inflammation in the gastrointestinal tract.

Another group of medicines used in UC are glucocorticosteroids. They are characterised by a strong anti-inflammatory, anti-allergic and immunosuppressant action (7). As hormonally active drugs, they affect the whole body, sometimes causing adverse effects. In the presented case, due to a large amount of steroids taken by the patient, the wound infection that occurred during the hospitalisation could have been associated with drug-induced immunosuppression.

Obviously, there are other possible reasons for wound infection. The culture test on the sample taken during the operation shows that the wound infection could also have been caused by the presence of pathogenic strains of *E. coli* in the peritoneal cavity. This may indicate the presence

W przypadku oporności na podstawowe grupy leków lub zaobserwowania niepożądanych efektów przyjmowania dużych dawek glikokortykosteroidów, możliwe jest stosowanie leków immunosupresyjnych, takich jak: azatiopryna, merkaptopuryna, cyklosporyna, takrolimus, czy przeciwciała monoklonalne skierowane przeciwko TNF- $\alpha$  – infliksimabu. Są to leki zarezerwowane do leczenia szczególnie ciężkich rzutów choroby i przypadków opornych na podstawowe leki, gdyż w praktyce stanowią ostatni rzut leczenia zachowawczego pacjentów z WZJG (9).

W opisywanym przypadku, w wyniku leczenia farmakologicznego włączonego w trakcie dwóch poprzednich hospitalizacji, w tym również terapii azatiopryną, u pacjenta doszło jedynie do częściowego zmniejszenia nasilenia dolegliwości. Nadal utrzymywały się krwiste biegunki oraz obserwowano postępującą anemię i wyniszczenie. Pacjent zgłaszał postępujące osłabienie i spędzał całe dni w łóżku, nie mając sił na jakąkolwiek aktywność. Doszło jedynie do zaniku guzowatego nacieku zapalnego w obrębie zagięcia śledzionowego, początkowo rozważanego jako złośliwa forma rozrostu nowotworowego. Może być to związane ze zmniejszeniem stanu zapalnego toczącego się w obrębie śluzówki przewodu pokarmowego. W wyniku zahamowania reakcji zapalnych mogło dojść do zmniejszenia nagromadzenia mediatorów zapalnych gromadzących się w ścianie jelita grubego, co spowodowało „wchłonięcie” zmiany i możliwość wykonania pełnej kolonoskopii w trakcie hospitalizacji na Oddziale.

Inną możliwością leczenia, gdy zawiedzie postępowanie farmakologiczne, jest leczenie operacyjne (10). Niezwykle rzadko jest ono elementem leczenia pierwszego rzutu, jednak interwencja chirurgiczna jest oceniana jako konieczna w przebiegu choroby u co trzeciego chorego. Niestety, pacjenci ci często zbyt późno trafiają do chirurga celem wprowadzenia leczenia operacyjnego. Zbyt długo prowadzone jest leczenie zachowawcze przed skierowaniem pacjenta do poradni chirurgicznej. Odwlekanie decyzji w przypadku nieskuteczności prowadzonej farmakoterapii może zwiększyć rozległość koniecznej do przeprowadzenia operacji oraz spowodować pogorszenie stanu ogólnego chorego, a w konsekwencji dłuższy czas rekonwalescencji po operacji.

Wskazaniami do operacji są:

- utrzymywanie się objawów WZJG pomimo optymalnego leczenia zachowawczego (w ciężkich rzutach, które w ciągu 3 dni nie poddają się intensywnemu leczeniu GKS i dalszemu 4-7-dniowemu leczeniu drugiego wyboru) – operacja przeprowadzana w trybie pilnym,
- rak lub zmiana przedrakowa w jelicie grubym,
- zahamowanie wzrastania z opóźnieniem dojrzewania płciowego u dzieci,
- powikłania długotrwałej korytkoterapii,
- niektóre powikłania miejscowe (zwężenie okrężnicy, przetoka odbytniczo-pochwowa), ewentualnie powikłania pozajelitowe (zgorzelińskie zapalenie skóry).

W zależności od nasilenia dolegliwości oraz zajętego obszaru pacjenta należy zakwalifikować do odpowiedniego typu operacji (11). W przypadku nasilenia zmian na ograniczonym obszarze, z niewielkimi zmianami w okolicy odbytnicy, możliwe jest

of inflammatory lesions in the intestine which affected the integrity of the mucosa causing a leakage of the bacterial microflora out of the intestinal lumen.

Due to the patient's diabetes, glucocorticosteroids also caused a dysregulation of blood glucose levels; however, they were necessary in the acute phase of the disease (8).

In the case of resistance to the basic groups of medicines or adverse effects of large doses of glucocorticosteroids, it is possible to use immunosuppressants such as azathioprine, mercaptopurine, cyclosporine, tacrolimus and infliximab, a monoclonal antibody against TNF- $\alpha$ . These medicines are reserved for the treatment of particularly severe episodes of the disease and for cases of resistance to the basic drugs, since in practice they represent the last line of conservative treatment for UC patients (9).

In the present case, the patient's complaints were reduced only partly by pharmacotherapy applied during the previous two hospitalisations, including azathioprine therapy. Bloody diarrhoea was persistent and progressing anaemia and cachexia were observed. The patient reported progressing weakness and spent whole days in bed, being unable to pursue any activity. It was only the nodular inflammatory infiltration in the splenic flexure that disappeared, which had initially been suspected of being a malignant proliferative lesion. This may be associated with the reduction of the inflammation present in the gastrointestinal mucosa. As a result of inhibition of inflammatory responses, inflammatory mediators accumulating in the wall of the colon may have been reduced, which resulted in the absorption of the lesion and the possibility to conduct a full colonoscopy during the hospitalisation at the surgical department.

Another possibility, which is applied after pharmacological treatment has failed, is surgical intervention (10). It is very rarely part of first-line treatment, however, it is deemed necessary in every third UC patient. Unfortunately, these patients often receive surgical treatment too late. Conservative treatment is applied for too long before the patient is referred to a surgical clinic. Delayed surgical intervention when pharmacotherapy has been ineffective can lead to the need for a more extensive operation and cause deterioration in the general condition of the patient, and, subsequently, a longer recovery time after surgery.

The indications for surgery include:

- persistent UC symptoms despite optimal conservative treatment (in severe episodes which do not respond to intensive glucocorticosteroid treatment within 3 days and further second-line treatment lasting 4-7 days): urgent surgery,
- cancer or a pre-cancerous lesion in the colon,
- growth inhibition with delayed puberty in children,
- complications from long-term corticoid therapy,
- some local complications (colon stricture, rectovaginal fistula), possible extraintestinal complications (pyoderma gangrenosum).



usunięcie jedynie okrężnicy i wytworzenie zespolenia krętniczko-odbytniczego pomiędzy jelitem krętym a odbytnicą. Operacje te zwykle są skuteczne, jednak istnieje ryzyko nawrotu dolegliwości i konieczności ponownej operacji z wytworzeniem ileostomii. W przypadku zajęcia całego jelita grubego niezbędne jest jego usunięcie. Jeżeli nie towarzyszą temu uszkodzenia okolicy odbytu czy aparatu zwieraczowego, chirurg może zdecydować się na proktokolektomię odtwórczą – usuwa okrężnicę wraz z odbytnicą, wytwarzając za pomocą staplera zbiornik („pouch”) z końcowego odcinka jelita krętego – tzw. neorectum, po czym łączy zbiornik z kanałem odbytu. Na kilka miesięcy zakładana jest ileostomia protekcyjna umożliwiająca prawidłowe gojenie się zespolenia, jest to więc operacja dwuetapowa. Inną możliwością jest proktokolektomia z wytworzeniem ileostomii końcowej, która zapewnia trwały efekt kliniczny. W przypadku decyzji o pozostawieniu odbytnicy możliwe jest wykonanie kolektomii z wytworzeniem zespolenia krętniczko-odbytniczego lub kolektomii z ileostomią. Ten ostatni typ operacji, ze względu na znaczne nasilenie dolegliwości u pacjenta, został wykonany w opisywanym przypadku.

Populacja pacjentów chorujących na nieswoiste choroby zapalne jelit stanowi specyficzną grupę pacjentów chirurgicznych. Występuje u nich zwiększone ryzyko powikłań po każdej operacji, a po wykonanej kolektomii szczególnie narażeni są na zakażenia w obrębie jamy brzusznej czy rany lub miejsca wyłonienia stomii. Najważniejszym czynnikiem zwiększającym ryzyko powikłań pooperacyjnych jest wywiad chorób sercowo-naczyniowych. Jest to szczególnie ważne, ponieważ pacjenci z chorobami zapalnymi jelit mają zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Występuje tu więc zjawisko „błędnego koła” – pacjenci dużo częściej zapadają na choroby układu krążenia, a jednocześnie jest to jeden z najistotniejszych czynników zwiększających ryzyko powikłań pooperacyjnych u tych pacjentów. Ryzyko powikłań pooperacyjnych wzrasta wraz z wiekiem. Również wielochorobowość – chorowanie na dwie lub więcej chorób – zwiększa ryzyko powikłań. W badaniach wykazano zwiększoną częstość występowania niepożądanych zjawisk pooperacyjnych związaną z przedłużonym czasem pomiędzy przyjęciem na oddział a wykonaniem operacji. W opisywanym przypadku czas ten wynosił 8 dni, które były niezbędne, aby poprawić parametry krwi pacjenta oraz odżywić go, włączając żywienie pozajelitowe. Z uwagi na możliwość przyjmowania przez pacjenta pokarmów oraz płynów nie włączono całkowitego żywienia pozajelitowego. Znaczna część pacjentów z WZJG przyjmuje terapię glikokortykosteroidami, które wpływają na obniżenie odporności oraz zwiększone ryzyko zakażeń – w przebiegu pooperacyjnym odgrywa to niezwykle istotną rolę w prawidłowym gojeniu rany i niedopuszczeniu do jej zakażenia. W opisywanym przypadku pacjent przyjmował znaczne ilości glikokortykosteroidów – początkowo otrzymywał 60 mg prednisonu na dobę, od momentu przyjęcia na Oddział Chirurgii dostawał w przeliczeniu 75 mg prednisonu na dobę. Od dnia operacji zdecydowano o stopniowym zmniejszaniu dawki sterydów.

Biorąc pod uwagę specyficzność grupy pacjentów cierpiących na nieswoiste choroby zapalne jelit, niezwykle ważny jest właściwy dobór pacjentów kwalifikowanych do operacji.

Depending on the severity of complaints and the affected area, the patient needs to undergo an appropriate type of surgery (11). For lesions present in a limited area, with small lesions in the rectum, it is possible to remove the colon only and create an ileorectal anastomosis between the ileum and the rectum. Such operations are usually effective, but there is a risk of relapse and the need for another surgery involving ileostomy. If the whole colon is affected, it must be removed. If the anus and the sphincter system are not affected, the so-called restorative proctocolectomy can be performed: the colon and the rectum are removed and a pouch is created from the terminal part of the ileum (“neorectum”), which is then connected to the anal canal. A protective ileostomy is formed to be used for a few months, which allows the anastomosis to heal properly; thus, this surgery is a two-stage procedure. Another possibility is proctocolectomy with end ileostomy, which ensures a sustained clinical effect. If a decision is made to preserve the rectum, it is possible to perform colectomy with an ileorectal anastomosis or colectomy with ileostomy. The latter type of operation was performed in the present case due to the high severity of complaints.

The population of patients with inflammatory bowel diseases is a specific group of surgical patients. There is an increased risk of complications after every surgery; after colectomy, they are particularly prone to infections in the peritoneal cavity, the wound or the site of stoma. The most important factor increasing the risk of postoperative complications is a history of cardiovascular diseases. It is of particular significance since patients with inflammatory bowel diseases have an increased risk of cardiovascular diseases. Thus, there is a vicious circle in that such patients have a much higher risk of cardiovascular disease and cardiovascular disease is one of the most important risk factors contributing to postoperative complications in these patients. The risk of postoperative complications increases with age. In addition, multimorbidity also increases the risk of complications. Research has demonstrated an increased rate of postoperative adverse events associated with a prolonged time between admission and surgery. In the present case this time was 8 days, which was necessary to improve the patient's blood parameters and feed him by including parenteral nutrition. Due to the fact that the patient was able to ingest food and fluids, total parenteral nutrition was not applied. A substantial proportion of patients with UC receive glucocorticosteroid therapy, which decreases their immunity and increases their risk of infections; in the postoperative period this plays a very important role in the proper healing of the wound and in preventing it from becoming infected. In the present case the patient received substantial amounts of glucocorticosteroids: he initially took 60 mg of prednisone daily and since he was admitted to the surgical department he received an equivalent of 75 mg of prednisone daily. A decision was made to gradually reduce the dose of steroids from the day of the surgery onwards.

Nasz pacjent poza wiekiem (61 lat) prezentował również historię chorób sercowo-naczyniowych – zespół pre-MAS, wszczepienie kardiowertera-defibrylatora 3 lata wcześniej, jednak z uwagi na stopień nasilenia dolegliwości został zakwalifikowany do operacji, która przebiegła bez powikłań.

## WNIOSKI

1. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest chorobą o różnorodnym obrazie klinicznym, w przebiegu której występują okresy zaostrzeń oraz remisji. W niektórych przypadkach może wystąpić pojedynczy rzut choroby przebiegający bardzo agresywnie, co zmusza do podjęcia intensywnego leczenia, którego pierwszym elementem może być postępowanie chirurgiczne.
2. Ze względu na wyniszczający charakter choroby terapia żywieniowa oraz płynoterapia stanowią element leczenia równie ważny jak farmakoterapia. Wyniszczenie pacjenta i anemia zwiększały ryzyko powikłań pooperacyjnych oraz trudności w gojeniu rany. Pacjent poza żywieniem pozajelitowym, otrzymywał również produkty wysoko-białkowe oraz kontrolowaną płynoterapię, co pozwoliło na prawidłowe wygojenie rany i poprawę stanu ogólnego.
3. Postępowanie chirurgiczne rzadko jest stosowane jako leczenie pierwszego rzutu, jednak w niektórych przypadkach jest niezbędne do zapewnienia właściwego komfortu życia pacjenta. Możliwe jest przeprowadzenie operacji dwuetapowych z wyłonieniem czasowej ileostomii protekcyjnej lub operacji radykalnych z ileostomią końcową. Wykonanie kolektomii oraz ileostomii końcowej spowodowało ustąpienie dolegliwości pacjenta oraz znaczącą poprawę stanu klinicznego.
4. Wyniki leczenia pacjentów chorujących na wrzodziejące zapalenie jelita grubego w dużym stopniu zależne są od właściwej współpracy pomiędzy chirurgiem, gastroenterologiem i lekarzem medycyny rodzinnej. Jedynie wspólnie połączone wysiłki oraz wzajemne uzupełnianie się specjalistów różnych dziedzin może sprawić, że stan pacjenta znajdującego się pod ich opieką ulegnie poprawie do możliwie najlepszego stanu, a dolegliwości staną się jak najmniej uporczywe.

Considering the specific nature of patients suffering from inflammatory bowel diseases it is very important to appropriately select the patients assessed for surgery. Apart from age (61), our patient also had a history of cardiovascular diseases: pre-MAS and cardioverter-defibrillator implantation three years earlier; however, due to the severity of the complaints, he underwent surgery, which was uncomplicated.

## CONCLUSIONS

1. Ulcerative colitis is a disease with various clinical presentation, with periods of exacerbations and remissions. In some cases there may be a single, very aggressive episode of the disease requiring intensive treatment that may start with surgical intervention.
2. Due to the wasting associated with the disease nutritional and fluid therapy are equally important as pharmacotherapy. Cachexia and anaemia increased the risk of postoperative complications and difficult wound healing. Apart from parenteral nutrition, the patient also received high-protein products and a controlled fluid therapy, which allowed for normal wound healing and improvement of the patient's general condition.
3. Surgical intervention is rarely used as first-line treatment, however, in some cases it is indispensable for ensuring appropriate quality of life for the patient. It is possible to conduct two-stage operations with the formation of temporary protective ileostomy or radical operations with end ileostomy. Colectomy and end ileostomy resulted in the resolution of the patient's complaints and a significant improvement in his clinical condition.
4. The treatment results of patients with ulcerative colitis are dependent to a large extent on the appropriate cooperation between the surgeon, gastroenterologist and family physician. It is only combined effort and complementary support of specialists in different areas that can cause the patient's condition to improve and the complaints to become less persistent as much as possible.

## Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów  
None

## Piśmiennictwo/References

1. Ng S, Shi H, Hamidi N et al.: Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21<sup>st</sup> century: a systematic review of population-based studies. *Lancet* 2018; 390: 2769-2778.
2. Adams SM, Bornemann PH: Ulcerative colitis. *Am Fam Physician* 2013; 87(10): 699-705.
3. Wejman J, Bartnik W: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit. Termedia, Poznań 2011.
4. Kucharski A: Ocena przydatności skal endoskopowych do określania aktywności choroby u pacjentów z nieswoistymi zapalnymi chorobami jelit. *Klinika Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu* 2012.

**Adres do korespondencji**  
**Correspondence**

\*Sławomir Glinkowski  
Oddział Chirurgii Ogólnej  
i Onkologicznej  
Tomaszowskie Centrum Zdrowia  
ul. Jana Pawła II 35  
97-200 Tomaszów Mazowiecki  
tel.: +48 608-177-914  
drsg@wp.pl

**nadesłano/submitted:**

6.07.2018

**zaakceptowano do druku/accepted:**

27.07.2018

5. Langholz E: Current trends in inflammatory bowel disease: the natural history. *Therap Adv Gastroenterol* 2010; 3(2): 77-86.
6. Bartnik W: Farmakoterapia colitis ulcerosa w fazie zaostrzenia i remisji – drugi konsensus europejski. *Gastroenterol Klin* 2013; 5(1): 1-4.
7. Truelove SC, Witts LJ: Cortisone in ulcerative colitis – final report on a therapeutic trial. *Br Med J* 1955; 2(4947): 1041-1048.
8. Prantera C, Marconi S: Glucocorticosteroids in the treatment of inflammatory bowel disease and approaches to minimizing systemic activity. *Therap Adv Gastroenterol* 2013; 6(2): 137-156.
9. Lichtiger S: Preliminary report: cyclosporin in treatment of severe active ulcerative colitis. *The Lancet* 1990; 336: 16-19.
10. Becker JM: Surgical therapy for ulcerative colitis and crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 1999; 28: 371-390.
11. Andersson P, Söderholm JD: Surgery in ulcerative colitis: indication and timing. *Dig Dis* 2009; 27: 335-340.