

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Crohn's Disease (CD)



Czech



European
Crohn's and Colitis
Organisation



United We Stand

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Doporučení ECCO-EFCCA pro pacienty s Crohnovou chorobou (CD)

Marc Dudley*¹, Martin Kojinkov*², Dusan Baraga³, Xavier Donnet⁴, Evelyn Groß⁵, Sofia Lantzanaki⁶, Tineke Markus de Kwaadsteniet⁷, Tricia McArdle⁸, Malgorzata Mossakowska⁹, Marko Perovic¹⁰, Cornelia Sander¹¹, Helen Ludlow¹², Gerassimos J Mantzaris¹³, Axel Dignass**¹⁴, Francisca Murciano**¹⁵

* Tito autoři přispěli stejně jako první autoři

** Tito autoři přispěli stejně jako poslední autoři

¹LMF – Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, Postboks 808 Sentrum, 0104 Oslo, Norsko; ²Bulgarian Crohn's and Ulcerative Colitis Association, Druzba 2, bl. 212, entr. V, apt. 66 Sofie, 1582 Bulharsko; ³KVCB – Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen, Ljubljanska ulica 5, p.p. 640, 2000 Maribor, Slovinsko; ⁴A.S.B.L Association Crohn-RCUH, Rue de la Forêt de Soignes 17, 1410 Waterloo, Belgie; ⁵ÖMCCV – Österreichische Morbus Crohn – Colitis ulcerosa Vereinigung, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Vídeň, Rakousko; ⁶HELLESCC – Hellenic Society of Crohn's Disease's and Ulcerative Colitis' Patients, Filis 232, Atény, Řecko; ⁷CCUVN – Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland, Houttuinlaan 4b, 3447 GM Woerden, Holandsko; ⁸ISCC – Irish Society for Colitis and Crohn's Disease, Carmichael Centre for Voluntary Groups, North Brunswick Street, Dublin 7, Irsko; ⁹Polish Association Supporting People with Inflammatory Bowel Disease "J-elita", ul. Ks. Trojdena 4, 02 109 Varšava, Polsko; ¹⁰UKUKS – Udruzenje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije, Pere Cetkovicova 23, 11060 Bělehrad, Srbsko; ¹¹DCCV e.V. – Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, Inselstraße 1, 10179 Berlín, Německo; ¹²University Hospital Llandough, Penlan Road, Llandough, South Wales, CF64 2XX, Wales; ¹³Evangelismos Hospital, Department of Gastroenterology, 45-47 Ypsilandou Street, 10676 Atény, Řecko; ¹⁴Department of Medicine I Gastroenterology, Hepatology, Oncology and Nutrition, Agaplesion Markus Hospital, Goethe University, DE 60431 Frankfurt, Německo; ¹⁵Hospital del Mar, Department of Gastroenterology, Passeig Maritim 25-29, 08003 Barcelona, Španělsko

Pořadající společnosti, adresy pro korespondenci: European Crohn's and Colitis Organisation, Ungargasse 6/13, 1030 Vídeň, Rakousko; European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, Rue Des Chartreux, 33-35 Brusel B 1000 Belgie

Poděkování

ECCO a EFCCA děkují všem, kteří přispěli k tvorbě Doporučení ECCO-EFCCA pro pacienty. ECCO a EFCCA zvláště oceňují práci lékařů, Sanny Lonnfors a Andrewa McCombie, kteří se významně podíleli na tvorbě Doporučení ECCO-EFCCA pro pacienty.

Distribuce

Doporučení ECCO-EFCCA pro pacienty byla vytvořena na základě klinických doporučení ECCO pro léčbu Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy. Klinická doporučení ECCO jsou k dispozici na následujícím odkazu: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

Rozšiřování Doporučení ECCO-EFCCA pro pacienty není trestné. Upozorňujeme, že

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



jakýkoliv překlad Doporučení ECCO-EFCCA pro pacienty podléhá schválení ze strany ECCO a EFCCA.

Vyloučení odpovědnosti

Doporučení ECCO-EFCCA pro pacienty by mělo usnadnit vzdělávání pacientů a posílit jejich postavení v systému péče a je určeno k tomu, aby sloužilo jako směrnice týkající se osvědčených postupů na evropské úrovni. Doporučení pro pacienty se na vnitrostátní úrovni mohou lišit, protože léčba, která je v jednotlivých zemích poskytována, je odlišná. Veškerá rozhodnutí o léčbě jsou v kompetenci konkrétních klinických pracovníků a neměla by být založena výhradně na obsahu Doporučení ECCO-EFCCA pro pacienty. Evropská organizace pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu, Evropská federace pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu ani žádný z jejich zaměstnanců ani žádný přispěvatel do Doporučení nemůže být činěn odpovědným za jakékoliv informace zveřejněné v dobré víře v Doporučení ECCO-EFCCA pro pacienty.

Zásady vylučující střet zájmů ECCO

ECCO striktně dodržuje zásady požadující zveřejňování možných střetů zájmů (CoI). Prohlášení o střetu zájmů je založeno na formě používané Mezinárodním výborem editorů lékařských časopisů (ICMJE). Prohlášení o střetu zájmů je uchováno nejen v sídle ECCO a v redakci Journal of Crohn's and Colitis, ale je také přístupno veřejné kontrole na internetových stránkách ECCO (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>) nabízejících komplexní přehled možných střetů zájmů autorů.

Úvod

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida (zkráceně CD a UC), patří do skupiny chronických zánětlivých onemocnění střeva, nazývaných souhrnně idiopatické střevní záněty (Inflammatory Bowel Diseases, IBD). IBD jsou imunitně zprostředkovaná onemocnění, která se rozvinou u pacientů s genetickou predispozicí, kteří jsou vystaveni vlivu konkrétních, dosud neidentifikovaných faktorů životního prostředí.

Toto doporučení se týká diagnózy a léčby Crohnovy choroby (CD). V tomto doporučení je pro Crohnovu chorobu použita zkratka CD. Toto doporučení bylo vypracováno na základě mezinárodních doporučení k léčbě Crohnovy choroby, která byla vytvořena předními evropskými odborníky, kteří posuzují veškeré aktuální znalosti o CD, tak aby mohla být zajištěna co nejlepší diagnostika a léčba. Některé pojmy jsou podtrženy; tyto pojmy se objevují ve Slovníku výrazů, který vám pomůže lépe porozumět informacím obsaženým v tomto doporučení. Informace ohledně ulcerózní kolitidy (UC) můžete najít v jiném doporučení pro pacienta, které je vydáváno současně s tímto doporučením.

CD je onemocnění, které postihuje tenké i tlusté střevo a méně často jiné části trávicího traktu. Onemocnění může postihnout také jiné orgány a tkáně kromě střeva, nejčastěji kůži, klouby a oči.

CD nejčastěji postihuje konec tenkého střeva a tlusté střevo. CD ale může postihnout kteroukoli část celého trávicího traktu, počínaje ústy a konče análním otvorem. Zánět střeva je obvykle diskontinuální (nespojité) a oblasti zánětu („úseky nemocného střeva“) se střídají s normálními oblastmi střev („přeskočené léze“). V závislosti na závažnosti



zánětu sliznice, tedy nejvnitřnější části výstelky střevní stěny („mukózy“), se objevují oblasti, které jsou červené („erytematózní“) a oteklé („edematózní“) s vředy různé velikosti a tvaru (ve formě aftů, povrchových, hlubokých či podélných vředů) a sliznice se pak může jevit jako cesta krytá dlažebními kostkami („cobblestone“). Tyto změny mohou ovlivnit tloušťku střevní stěny a vedou ke komplikacím, jako je například zúžení průsvitu a/nebo k proděravění (penetraci), které vede k tvorbě abscesů (dutin obsahujících hnis) nebo píštělí (patologická komunikace a pronikání obsahu mezi střevem a kůží, okolními orgány, jako je močový měchýř, nebo jinou střevní kličkou). U značné části pacientů s CD může dojít k postižení jiných orgánů kromě střeva, nejčastěji kůže, kloubů a očí. Tyto mimostřevní projevy se mohou objevit ještě před rozvojem typických střevních příznaků CD (viz dále) a někdy jsou problematictější a obtížněji léčitelné, než příznaky střevní. Vzhledem k tomu, že projevy CD jsou mnohotvárné, diagnostika choroby vyžaduje vhodné testy, které stanoví rozsah a závažnost onemocnění. CD je celoživotní onemocnění, a jelikož v tuto chvíli nemáme k dispozici lék, který je schopen onemocnění zcela vyléčit, cílem léčby je zmírnění zánětu ve střevě a v místech mimo střevo (pokud je přítomen), zachování funkce střeva a zabránění komplikacím, což pacientům umožní normální kvalitu osobního, profesního a společenského života. Léčebné postupy zahrnují ukončení kouření, dietní opatření a podávání celé řady léků, které jsou používány samostatně nebo v kombinacích v závislosti na lokalizaci a závažnosti onemocnění.

Diagnostika Crohnovy choroby (CD)

Příznaky CD

Příznaky CD mohou být různorodé. Často se objevují bolesti břicha, hubnutí a průjem trvající déle než čtyři týdny. Objeví-li se tyto příznaky zejména u mladých pacientů, lékař by měl pomýšlet na možnou diagnózu CD. Mezi časté příznaky též patří pocity všeobecného nepohodlí, únava, ztráta chuti k jídlu nebo horečka.

Příznaky se mohou objevit náhle a v těchto případech může být CD zaměněna za akutní zánět slepého střeva. Podobné příznaky se také objevují u syndromu dráždivého tračníku (Irritable Bowel Syndrome, IBS). Většina pacientů trpí před stanovením diagnózy bolestmi břicha a ztrátou tělesné hmotnosti. Krev a hlen ve stolici se objevuje méně často než u pacientů s ulcerózní kolitidou (UC). Mimostřevní příznaky v souvislosti s CD se objevují nejčastěji v kloubech, často dříve, než příznaky střevní.

Diagnostické testy

Projevy CD závisí na věku pacienta v době diagnózy, na lokalizaci onemocnění ve střevě a na průběhu samotného onemocnění.

Neexistuje jediný test pro specifickou diagnostiku CD. Diagnóza je stanovena na základě kombinace hodnocení klinických příznaků, krevních testů, zobrazovacích metod, endoskopie a histologického vyšetření biopsií ze střeva (viz Slovník výrazů). Genetické testy nejsou pro rutinní diagnostiku CD vhodné.



Anamnéza pacienta

Lékař vám položí mnoho podrobných otázek, jako např. kdy vaše příznaky začaly, zda jste v poslední době cestoval, zda máte potravinovou nesnášenlivost, zda užíváte (nebo jste dříve užíval) léky (vč. antibiotik, NSAID, protizánětlivých léků a léků proti bolesti jako např. aspirin, ibuprofen nebo diclofenac), nebo zda jste nepodstoupil apendektomii. Zvláštní pozornost by měl lékař věnovat známým rizikovým faktorům CD, jako je kouření, výskyt CD u rodinných příslušníků a nedávno prodělané infekce v trávicím traktu.

Kouření, rodinná anamnéza IBD a provedení apendektomie v raném věku jsou rizikovými faktory pro CD. Bakteriální nebo virová infekce v žaludku nebo ve střevě zvyšuje riziko vzniku CD. Studie, které měly prokázat, že užívání NSAID je rizikový faktor, zatím nemají přesvědčivé výsledky.

Příznaky CD nesouvisející se střevem (extraintestinální příznaky)

Existuje mnoho příznaků, které se objeví při CD, ale ne všechny z nich se týkají samotného střeva. Jak již bylo uvedeno, CD může postihnout různé mimostřevní orgány a tkáně.

Lékař by měl zjistit, zda se některé příznaky neobjevují v noci, případně zda se nevyskytují mimostřevní příznaky (například postižení úst, kůže, očí nebo kloubů), zda nemáte v okolí řitního otvoru abscesy nebo anální fissuru (tj. trhlinu v kůži). Vyšetření by mělo zahrnovat:

- celkové posouzení stavu
- stanovení tepové frekvence
- vyšetření krevního tlaku
- vyšetření tělesné teploty
- vyšetření bolestivosti nebo vzedmutí břicha
- vyšetření hmatných bulek v oblasti břicha
- vyšetření dutiny ústní a perinea (hráze), tj. oblasti mezi konečníkem a genitáliemi
- vyšetření rekta (konečníku) s použitím prstu
- stanovení BMI (body mass indexu)

Fyzikální vyšetření a laboratorní testy

Váš lékař by měl pátrat po příznacích akutního, případně chronického zánětu, anemie, dehydratace a po známkách malnutrice nebo malabsorpce. Mezi časně laboratorní kontroly by mělo patřit vyšetření CRP a vyšetření kompletního krevního obrazu. Dále mohou být vyšetřeny jiné markery zánětu, jako jsou například hladiny fekálního kalprotektinu nebo ESR. V některých situacích lékař provádí testování ke zjištění původce infekčního průjmu, včetně Clostridium difficile. V případech cestování do zahraničí je třeba dalšího testování stolice.

Anemie a trombocytóza (situace, kdy je v organismu produkováno příliš mnoho trombocytů neboli krevních destiček) jsou nejčastější nálezy v krvi u CD. CRP a ESR ukazují, zda je v těle přítomen zánět; CRP obecně koreluje s aktivitou onemocnění, ESR je méně přesné. Hladiny fekálního kalprotektinu dobře korelují s aktivitou onemocnění ve střevě.

Žádný z těchto testů však není dostatečně specifický pro diagnostiku CD a její odlišení od UC.



Endoskopie

Pokud se Váš lékař domnívá, že můžete mít CD, provedení ileokoloskopie a biopsie z koncové části tenkého střeva a z každé části tlustého střeva k provedení mikroskopického vyšetření je nezbytné k určení diagnózy CD. Bez ohledu na výsledky těchto vyšetření se doporučuje provedení dalších testů k určení místa a rozsahu CD v tenkém střevě. Není zřejmé, zda endoskopie horní části trávicího traktu (gastroskopie) má být rutinní metodou u dospělých pacientů, kteří nemají žádné příznaky.

Koloskopie a biotické vyšetření je metodou první volby pro diagnostiku zánětlivého postižení tlustého střeva. U většiny koloskopických vyšetření se biopsie odebírají také z tenkého střeva. Mezi endoskopické projevy CD patří diskontinuální, nerovnoměrně umístěná zánětlivá ložiska (jakoby ve formě „záplat“), anální léze a struktury střevní stěny, která je pak podobná cestě vydlážděné dlažebními kostkami. Závažnost projevů CD v tlustém střevě může být hodnocena pomocí koloskopie, ale v případě CD postihující konec tenkého střeva je pro diagnostiku přínosnější ileoskopie v kombinaci se zobrazovacími technikami. Samostatně provedené zobrazovací techniky jako ultrasonografie, CT nebo MRI nemohou sloužit k diagnostice CD.

Zobrazovací techniky

Zobrazovací techniky střeva (MRI a CT) a ultrazvukové vyšetření břicha přinášejí k nálezům získaným endoskopií další informace. Pomáhají k detekci a určení rozsahu zánětu, obstrukcí a píštělí způsobených CD. Expozice rentgenovému záření by měla být vzata do úvahy zejména v případě, kdy se vyšetření používá k monitorování průběhu onemocnění. Konvenční radiologická vyšetření s použitím barya (jako kontrastní látky) vykazují nižší kvalitu i přes významnou radiační zátěž, proto by měly být zvoleny jiné metody, pokud jsou k dispozici.

CT a MRI patří mezi standardní metody k vyšetření tenkého střeva. Obě vyšetření mohou ukázat rozsah a aktivitu CD na základě vyhodnocení tloušťky střevní stěny, přítomnosti otoků a vředů. Obě vyšetření jsou podobně přesná, ale CT je na rozdíl od MRI dostupnější a méně časově náročné. Vzhledem k tomu, že CT používá rentgenové záření, je při dostupnosti MRI nutné zvážit jeho provedení.

Ultrazvukové vyšetření může poskytnout informace o rozsahu a aktivitě onemocnění zejména v tenkém střevě. Kromě toho, že je toto vyšetření levné a všeobecně dostupné, nevystavuje také pacienta radiaci. Vyšetření ale může být obtížné k zobrazení hlouběji uložených částí střeva, různá vyšetřující se také mohou lišit v názoru na to, co vlastně vidí.

Endoskopie tenkého střeva

O provedení kapslové endoskopie tenkého střeva (Small Bowel Capsule Endoscopy, SBCE) uvažujeme pouze v případech, kdy jsou ileokoloskopie i zobrazovací metody negativní, ale váš lékař má stále velké podezření na CD. V takových případech vyšetření SBCE může vyloučit diagnózu CD. Při nutnosti provedení biopsie se provádí asistovaná enteroskopie. Tato metoda se také používá při nutnosti endoskopických zákroků, jako je např. dilatace (rozšíření průsvitu) střevních striktur, vyjmutí zaklíněné kapsle nebo při léčbě krvácení.

SBCE je moderní metoda, která umožňuje lékaři přímo prohlédnout tenké střevo a odhalit změny, které nemusí být patrné při koloskopickém vyšetření nebo při použití zobrazovacích metod. Je to účinný diagnostický nástroj k odhalení přítomnosti CD v tenkém střevě, nemůže být ale použit v případech, kdy má



pacient ve střevě přítomny obstrukce, striktury nebo píštěle, implantováno elektromedicinální zařízení (například kardiostimulátor) nebo má poruchy polykání.

Endoskopické biopsie

Pro spolehlivé stanovení diagnózy CD, je třeba odebrat biopsie. Provádí se alespoň dvě biopsie z pěti míst po délce tlustého střeva (včetně konečníku) a z koncové části tenkého střeva.

Analýzou série biopsií z celého tlustého střeva můžeme dojít k nejspolehlivější diagnóze CD. Bioptické vzorky by se měly odebírat jak z oblastí postižených, tak i nepostižených touto chorobou. V navazujících vyšetřeních postačí k potvrzení diagnózy menší počet biopsií; v následném sledování pacienta po operačním zákroku je třeba odebrat biopsie v případech podezření na recidivu onemocnění. U pacientů s rezervoárem J-pouch je při podezření na CD potřeba odebrat bioptické vzorky z aferentní střevní kličky (tj. z části tenkého střeva, která končí v rezervoáru). Četné biopsie by měly být odebrány při podezření na časná stádia rakoviny.

Predikce průběhu nemoci

Klinický nález při stanovení diagnózy, případně endoskopické nálezy, mohou předpovědět průběh CD. To je třeba vzít v úvahu při rozhodování o způsobech léčby.

Klinické studie ukazují, že následující faktory předpovídají vážnější průběh onemocnění během pěti let od stanovení diagnózy:

- perianální léze,
- onemocnění koncové části tenkého střeva a začátku tlustého střeva,
- nízký věk při stanovení diagnózy a/nebo
- potřeba léčby kortikoidy při prvním vzplanutí choroby.

Přibývá důkazů, že časná intenzivní terapie imunomodulátory a/nebo biologickými léčivy indukuje zhojení sliznice a dosažení dlouhodobé remise (klidového stadia) choroby bez použití steroidů. Časná intenzivní terapie by však měla být z důvodů rizika imunoprese zvažována pouze v závažných případech choroby.

Následné sledování aktivity onemocnění a úspěšnosti léčby

CRP a markery přítomné ve stolici (například fekální kalprotektin nebo laktoferin) mohou být používány jako vodítka pro terapii. Také slouží pro sledování choroby v krátkodobém horizontu a mohou předpovídat relaps onemocnění. Hladiny fekálního kalprotektinu také mohou pomoci rozlišit, zda máte CD nebo syndrom dráždivého tračníku (IBS).

I přes svoji invazivnost a nákladnost je endoskopie stále považována za standardní způsob vyhodnocení léčebných účinků ve střevě. Stanovení hladin fekálního kalprotektinu a laktoferinu je snadné. Oba testy ukazují na střevní zánět v důsledku jakékoli příčiny, velmi dobře korelují s aktivní CD a pro posuzování zánětu ve střevě jsou specifitější než hladiny CRP.

Léčba aktivní Crohnovy choroby, včetně alternativních postupů

Obecné poznámky

Přítomnost aktivního zánětu způsobeného CD by měla být potvrzena před zahájením nebo změnou léčby.



Při stanovení léčebného plánu CD by měla být brána do úvahy aktivita onemocnění, její lokalizace a průběh a plán by měl být vždy projednán s pacientem. Zejména v závažných případech je rozhodnuto o léčbě i bez znalosti rozsahu onemocnění. Lékař není vždy schopen posoudit aktivitu onemocnění, a proto by před zahájením nebo změnou terapie měly být vyšetřeny objektivní markery choroby (např. biopsie, určení hladin fekálního kalprotektinu).

Při rozhodování o vhodné terapii je třeba dosažení rovnováhy mezi účinností léčiva, potenciálními vedlejšími účinky, předchozí odpovědí na léčbu a možnými komplikacemi nebo mimostřevními příznaky.

Crohnova choroba – střední aktivita onemocnění

Středně aktivní CD, která je lokalizována na konci tenkého střeva a začátku střeva tlustého by měla být léčena budenosidem nebo systémovými kortikoidy jako je prednisolon nebo metylprednisolon. Léčba anti-TNF je vyhrazena pro pacienty, kteří v minulosti neměli léčebnou odpověď na steroidy nebo je netolerovali. U pacientů, jejichž choroba relabuje zřídka, může být vhodné znovunasazení steroidů společně s imunosupresivy. Vedolizumab je vhodným lékem pro pacienty, kteří neměli léčebnou odpověď na steroidy ani na anti-TNF.

Budenosid a prednisolon jsou vhodnými léčivy pro úvodní léčbu středně aktivní CD. Prednisolon je velmi účinný a méně nákladný, ale obvykle způsobuje více vedlejších účinků než budenosid. Použití kortikosteroidů by mělo být v léčbě CD minimalizováno, neboť nejsou efektivní v udržení remise onemocnění.

Terapie steroidy může být účinně minimalizována časným zahájením léčby anti-TNF. Určité skupiny pacientů (ti pacienti, kteří jsou závislí na kortikoidech nebo na ně nemají léčebnou odpověď) mají větší prospěch z léčby anti-TNF.

U pacientů v časných stádiích choroby je v dosažení a udržení remise účinnější léčba kombinací infliximabu a azathioprinu než podávání samotného infliximabu.

Crohnova choroba – vysoká aktivita onemocnění

První volbou v léčbě vysoce aktivní CD lokalizované na konec tenkého střeva a začátek střeva tlustého jsou systémově podávané kortikosteroidy. Léčba anti-TNF je vhodná pro pacienty v relapsu onemocnění. Vedolizumab je vhodným lékem pro pacienty, kteří neměli léčebnou odpověď na steroidy ani na anti-TNF. U pacientů, jejichž choroba relabuje zřídka, může být vhodné opakované nasazení steroidů společně s imunosupresivy. U pacientů, kteří na konvenční léčbu nereagují, zvažujeme chirurgickou léčbu.

Ačkoliv podání prednisolonu nebo intravenózního hydrokortizonu je stále používáno v iniciální léčbě vysoce aktivní CD na konci tenkého střeva, v posledních letech přibývá pacientů se špatnou prognózou, kteří léčbu začínají podáváním anti-TNF. Studie potvrzují, že kontinuální podávání léků ze skupiny anti-TNF (infliximab nebo adalimumab) snižuje u CD riziko hospitalizace a nutnost chirurgického zákroku.

Terapie anti-TNF je často používána u pacientů, kteří neodpovídají na úvodní léčbu a kteří nejsou vhodní pro chirurgický zákrok. K chirurgické léčbě jsou indikováni hlavně pacienti s CD lokalizovanou v oblasti konce tenkého střeva a začátku střeva tlustého, neboť rozsáhlé nebo opakované ztráty tenkého střeva mohou způsobit malnutrici (poruchu výživy). Někteří odborníci preferují v této lokalizaci provedení chirurgického zákroku před léčbou anti-TNF, jiní k němu přistupují až v případě, že léčba anti-TNF nemá dostatečně rychlé účinky nebo má nesnesitelné vedlejší účinky.



Kolitická forma CD

Aktivní forma CD v tlustém střevě (kolon) by měla být léčena systémovými kortikosteroidy. Pro relabující pacienty je vhodnou volbou podání thiopurinů, léčba anti-TNF preparáty nebo vedolizumabem. Pro pacienty, kteří nemají léčebnou odpověď na léčbu anti-TNF, je vhodný vedolizumab.

Těžké formy CD lokalizované v tlustém střevě jsou diagnostikovány dříve a snadněji než CD ve střevě tenkém. To může být důvodem, proč je na léčbu anti-TNF u pacientů s postižením tlustého střeva lepší odpověď než u pacientů s postižením střeva tenkého. Systémové kortikoidy, jako např. prednisolon, jsou účinné, ale budenosid v léčbě kolické formy CD není účinný.

U pacientů, kteří neodpovídají na léčbu anti-TNF nebo vedolizumabem, nebo u nichž tato léčba přestala účinkovat, je zvažována chirurgická léčba. Ta by měla být zvažována pokaždé při zahájení či změně imunosupresivní terapie.

Extenzivní forma CD

Léčba extenzivní (rozsáhlé) formy CD v tenkém střevě by měla být zahájena systémovými kortikoidy. Zvažována by měla být též časná léčba anti-TNF. Pro pacienty s těžkým průběhem nemoci je při relapsu vhodná léčba přípravky ze skupiny anti-TNF.

Následky dlouhodobé zánětlivé infiltrace střeva, mezi něž patří špatná výživa, rozvoj střevních striktur a obstrukcí, jsou u extenzivní formy CD větší než u formy lokalizované na menší část tenkého střeva. Proto je u těchto pacientů vhodné podávání steroidů s časným zahájením léčby imunosupresivou.

Imunosupresivní léčba

Časné zahájení léčby imunosupresivou je nejlepší u pacientů s příznaky, které ukazují na špatný průběh nemoci. Časné zahájení léčby anti-TNF je vhodné u pacientů se známkami aktivní choroby a s příznaky, které ukazují na špatný průběh nemoci.

Četné studie prokázaly, že anti-TNF léčba je účinnější, pokud je zahájena brzy, zvláště u pacientů s rizikovými faktory pro špatný průběh. Mezi tyto rizikové faktory patří známky extenzivní choroby, mladý věk v době diagnózy, potřeba iniciační terapie steroidy a perianální lokalizace choroby.

Všechna léčiva ze skupiny anti-TNF, která jsou v současnosti dostupná, mají v léčbě střevní formy CD srovnatelný účinek. Mají také podobné vedlejší účinky. Volba léku závisí na jeho dostupnosti, distribuci, preferenci pacienta a ceně.

Primární nedostatečná odpověď na léky ze skupiny anti-TNF by měla být stanovena do 12 týdnů.

Po 12 týdnech neúspěšné léčby je nepravděpodobné dosažení příznivé terapeutické odpovědi a pacient by měl být převeden na jiný léčebný režim, který bude schopen navodit remisi onemocnění.

Při léčbě imunosupresivou, nebo anti-TNF, existuje riziko vážných infekčních komplikací. Toto riziko by mělo být bráno do úvahy při rozhodnutí o léčbě.

Všechny imunosupresivně působící léky, vč. steroidů, thiopurinů, methotrexátu a anti-



TNF, snižují aktivitu a výkonnost imunitního systému. To může zvyšovat riziko získaných infekcí, které mohou způsobovat těžké až smrtelné komplikace. Současné podávání více než jednoho imunosupresiva zvyšuje riziko infekcí. Z těchto důvodů se snažíme dlouhodobé kombinované terapii imunosupresivy vyhnout. Na druhé straně je kombinovaná imunosupresivní terapie zvláště u těžkých forem nemoci účinnější.

Komplementární a alternativní formy léčby

Lékař by se vás měl zeptat, zda v léčbě používáte produkty komplementární (doplňkové) a alternativní medicíny. Neexistují vědecké důkazy, že tato léčba je účinná, produktů existuje velmi mnoho a některé mohou být nákladné. Pokud se rozhodnete je vyzkoušet, měli byste to předem prodiskutovat s lékařem.

Užívání komplementární a alternativní léčby (Complementary and Alternative Medicine, CAM) je u pacientů s IBD časté. Komplementární léčba se užívá jako doplněk ke konvenční léčbě, zatímco alternativní léčba léčbu konvenční nahrazuje. Vzhledem k nedostatku objektivních informací o účinnosti a bezpečnosti léčby CAM může být pro gastroenterologa těžké o ní adekvátně informovat pacienty. Kromě toho existuje takových produktů mnoho a některé z nich mohou být nákladné. Z těchto důvodů byste se před tím, než zkusíte léčbu CAM, případně se zcela vyhnete konvenční léčbě, měli poradit se svým lékařem. Pacienti s IBD často trpí malnutricí (podvýživou), výživa je proto považována za základ komplementární terapie.

Udržovací léčba v remisi onemocnění

Obecné poznámky

Jestliže při léčbě systémovými kortikoidy dosáhnete bezpříznakového stavu nemoci (tzv. remise), zvažuje se následná léčba s thiopuriny nebo methotrexátem. Výjimečně někteří pacienti udrží remisi bez jakékoli léčby.

Protože si někteří pacienti udrží remisi bez jakékoli léčby, je pro ně „žádná léčba“ volbou. **Steroidy by neměly být používány k udržení remise**, protože v tolerovatelných dávkách nemají tuto účinnost a zároveň mají četné vedlejší účinky.

Existují pouze omezené důkazy pro to, že mesalazin může být účinný v udržení léky navozené remise CD. Někteří při prvním vzplanutí choroby nepovažují udržovací terapii za potřebnou. Vzhledem k vysokému riziku relapsu a závislosti na steroidech a vzhledem k vyšší míře úspěšnosti při časném nasazení, je v případě, že bylo remise dosaženo systémovými steroidy, upřednostňováno časně nasazení azathioprinu. Merkaptopurin je podáván pacientům s nesnášenlivostí azathioprinu, s výjimkou těch, kteří prodělali pankreatitidu nebo mají cytopenii (tj. snížení počtu krevních buněk). Může být podáván také methotrexát, a to zejména u pacientů s nesnášenlivostí thiopurinů.

Při relapsu onemocnění by mělo být zvažováno zvýšení udržovací léčby k zabránění zhoršení stavu. Operační léčbu je vždy nutné zvážit u pacientů s lokalizovaným onemocněním.

Dojde-li k relapsu, je třeba zvážit léčbu azathioprinem. Kortikosteroidy (včetně budesonidu) nejsou účinné ani vhodné pro udržení remise onemocnění a dlouhodobé užívání kortikosteroidů má často nežádoucí vedlejší účinky, zejména osteoporózu (tj. úbytek kostní hmoty) a s ní související zlomeniny, ale také šedý a zelený zákal.



Udržovací léčba u extenzivní formy CD

Při extenzivní formě onemocnění může podávání thiopurinů zastavit zhoršování nemoci. V případě těžkého či agresivního průběhu onemocnění nebo v případě špatné prognózy onemocnění je zvažována léčba anti-TNF.

Vzhledem k vysokému riziku relapsu a k vyšší míře úspěšnosti při časném nasazení je v případě extenzivní formy CD doporučována časná léčba azathioprinem.

Na steroidech závislá forma CD

Pacienty, kteří dosud nebyli léčeni imunosupresivy a kteří k udržení bezpříznakového stavu (tj. remise) choroby potřebují kortikosteroidy, je třeba léčit thiopuriny, methotrexátem nebo anti-TNF léčivy. Operační léčba by měla být také předmětem diskuse.

Imunosupresiva (azathioprin/merkaptopurin, methotrexát) jsou účinná při léčbě na steroidech závislé CD. Alternativou pro některé pacienty s lokalizovanou formou onemocnění je resekce ilea. Velmi efektivní přístup v prevenci závislosti na steroidech je časná léčba anti-TNF. Pacienti závislí na steroidech také mohou profitovat z časně nasazení anti-TNF. Je potvrzeno, že kombinovaná léčba infliximabem a azathioprinem je v udržovací léčbě remise bez steroidů v časných stadiích nemoci účinnější, než samotná léčba infliximabem. U těchto pacientů se může podávat také vedolizumab.

Neúčinná udržovací léčba thiopuriny (thiopurin-refrakterní CD)

Pokud při léčbě thiopuriny dojde k relapsu, lékař musí posoudit, zda byl pacientem dodržen dohodnutý léčebný plán. Dále je nutno pátrat po příznacích zánětu. Optimalizace dávky léčiva může zlepšit léčebnou odpověď. Pokud je to možné, měla by být léčba změněna na léčbu methotrexátem nebo anti-TNF. Chirurgické řešení je vždy nutné zvážit jako léčebnou možnost při lokalizovaném rozsahu onemocnění.

U pacientů užívajících azathioprin nebo merkaptopurin, u kterých došlo k relapsu na běžných udržovacích dávkách, se můžeme pokusit dávku navýšit do té míry, dokud nedojde k poklesu bílých krvinek nebo k adekvátnímu zvýšení hladin 6-TGN (metabolit thiopurinů, který lze stanovit v krvi – prozatím nedostupné v ČR). Také zde můžeme použít methotrexát, anti-TNF léčiva nebo vedolizumab.

Pokračování udržovací léčby

Jestliže pacient před dosažením remise kombinací anti-TNF a thiopurinů nedostával jinou léčbu, stejná medikace je doporučována pro udržovací léčbu. Pro některé pacienty je vhodná léčba pouze thiopuriny. V případě, že bylo dosaženo remise pouze léčbou anti-TNF, toto léčivo můžeme podávat i v udržovací léčbě. V případě, že bylo dosaženo remise pouze léčbou vedolizumabem, toto léčivo můžeme podávat i v udržovací léčbě.

Délka udržovací léčby

U pacientů v dlouhodobé remisi na udržovací léčbě thiopuriny, u kterých nejsou žádné známky zánětu, zvažujeme ukončení léčby. Pro trvání léčby methotrexátem neexistují žádná doporučení. V případě potřeby lze uvažovat o dlouhodobém užívání anti-TNF léčby.

CD je obvykle celoživotní onemocnění se střídajícími se obdobími různého stupně aktivity a obdobími remise. Cílem léčby je dosáhnout a udržet dlouhé období remise. Neexistuje žádná obecná shoda, co je míněno dlouhodobou remisí, a existují



pouze omezená data, podle kterých lze doporučit, kdy změnit nebo ukončit léčbu, neboť ve většině kontrolovaných klinických studiích nesledují pacienti déle než 1–3 roky.

V jedné studii bylo zjištěno, že ukončení léčby azathioprinem po více než tříapůlletém užívání zvýšilo pravděpodobnost relapsu onemocnění do 18 měsíců od vysazení ve srovnání s těmi, kteří pokračovali v jeho užívání (riziko relapsu bylo 21 % resp. 8 %). Ve stejné studii bylo pokračováno v dlouhodobém sledování pacientů a zjistilo se, že u pacientů u kterých byla ukončena léčba azathioprinem, 53 % zrelabovalo po 3 letech a 63 % pacientů zrelabovalo po 5 letech. Naštěstí ale z 23 pacientů, kteří poté opět začali užívat azathioprin, všichni až na jednoho dosáhli opakované remise (tj. 95,7 % dosáhlo s azathioprinem znovu remise).

Ztráta léčebné odpovědi na anti-TNF terapii

Pokud pacient ztratí odpověď na anti-TNF léčbu, lékař by se měl nejdříve pokusit optimalizovat dávku. Zvýšení dávky může být stejně účinné jako zkrácení intervalu mezi dávkami. Pokud optimalizace dávky nepomůže, je doporučeno zahájení léčby jiným léčivem ze skupiny anti-TNF. Je-li možné vyšetření hladin anti-TNF před podáním následující dávky resp. protilátek proti léčivu, pak tato vyšetření mohou pomoci v optimalizaci léčby.

Rizika neoplazií u imunosupresivní léčby

Pacienti, kteří jsou léčeni thiopuriny, mají zvýšené riziko vzniku lymfomu, rakoviny kůže a cervikální dysplazie. Pacienti, kteří jsou léčeni anti-TNF mají vyšší riziko vzniku rakoviny kůže. V tuto chvíli není známo, zda pacienti, kteří jsou léčeni pouze léky ze skupiny anti-TNF, mají vyšší riziko vzniku lymfoproliferativního onemocnění nebo solidního nádoru, ale kombinace anti-TNF a thiopurinů riziko lymfoproliferativních chorob zvyšuje. I přes zvýšené riziko výskytu rakoviny je incidence rakoviny stále velmi nízká. Rizika by měla být vždy pečlivě porovnána s přínosy léčby a projednána s ošetřujícím lékařem.

Léčba azathioprinem je prokazatelně účinná, ale je spojena s mírně vyšším rizikem non-Hodgkinova lymfomu, což je nebezpečný typ rakoviny imunitního systému. Proto musí být zvažovány přínosy a rizika jeho použití. Nicméně studie analyzující rizika (včetně rakoviny) a přínosy (včetně snížení výskytu příznaků nemoci) podávání azathioprinu vedly k závěru, že výhody vysoce převažují nad riziky, a to i v případech, kdy je riziko non-Hodgkinova lymfomu nadhodnoceno; to platí zejména u mladých lidí, u kterých je výskyt lymfomů nízký. U pacientů léčených anti-TNF byl pozorován výskyt jiných nádorových onemocnění, jako je např. rakovina kůže a cervikální dysplazie u žen. Pečlivé sledování všech pacientů (tzv. surveillance) podstupujících tuto terapii je proto povinné.

Chirurgická léčba CD

Obstrukční ileocekální CD

Chirurgická léčba je metodou volby u CD lokalizované na konci tenkého střeva a začátku střeva tlustého s obstrukčními příznaky, ale bez významných známek aktivního zánětu.

Pacienti (a) s CD limitovanou na konec tenkého střeva a začátek kolonu, (b) nereagující na léčbu steroidy a (c) s přetrvávajícími obstrukčními příznaky by měli podstoupit chirurgický zákrok. Pacienti s projevy obstrukce bez známek zánětu (tedy např. s normálními hladinami CRP) mohou být také léčeni chirurgicky. Pokud však pacient již absolvoval ileocekální resekci a objevila se u něj stenóza v anastomóze (tj. zúžení



připojené části střeva), před provedením resekce by se měla nejdříve provést endoskopická dilatace (tj. roztažení zúženého místa).

Břišní absces

Aktivně probíhající CD v tenkém střevě může být doprovázena rozvojem břišního abscesu. Léčí se hlavně s pomocí antibiotik, chirurgickou drenáží nebo punkcí. Pokud je to nutné, může po zhojení abscesu následovat resekce.

Na to, zda by po drenáži měla vždy následovat resekce, se názory liší.

Prognostické faktory pro zvýšené riziko nutnosti první nebo následné operační léčby u CD

Některé faktory zvyšují riziko chirurgického zákroku u CD. Patří sem:

- současné kuřáctví
- tendence k tvorbě píštělí a striktur
- časně zahájení léčby steroidy (potřeba steroidů pro léčbu prvního vzplanutí choroby)
- onemocnění koncové části tenkého střeva (tzv. ilea)
- onemocnění střední části tenkého střeva (tzv. jejunum) a
- nízký věk v době diagnózy.

Několik studií zkoumalo možné rizikové faktory pro vznik recidivy (návratu choroby) po operační léčbě CD. Kouření, předchozí chirurgické zákroky na střevě (včetně apendektomie), penetrující onemocnění, perianální lokalizace nemoci a provedení rozsáhlé resekce tenkého střeva jsou ve většině studií prokazatelnými rizikovými faktory pooperační rekurence (návratu choroby). Účinek udržovací terapie byl prokázán v několika studiích. Není známo, zda na riziko rekurence má vliv i věk v době nástupu onemocnění, pohlaví, doba trvání nemoci, rozsah provedené resekce nebo typ operačního zákroku. Dosud neexistuje žádný systém rozdělení pacientů do kategorií s nízkým, středním a vysokým rizikem, přestože by byl velmi užitečný.

Léčebné snižování rizika chirurgické léčby

U pacientů časně léčených thiopuriny je pravděpodobnost nutnosti operační léčby menší. Riziko operační léčby také snižuje medikace anti-TNF.

Sledování po chirurgické léčbě

Ileokoloskopie je nejlepší metoda k diagnostice návratu onemocnění po provedené operaci. Pomáhá určit, zda se onemocnění objevilo znovu a v jakém rozsahu, a může předpovědět i jeho klinický průběh. Měla by být provedena během prvního roku po operaci, kdy může ovlivnit rozhodnutí o léčbě.

Ileokoloskopie by měla být provedena během prvního roku po operaci, kdy může ovlivnit rozhodnutí o léčbě. Několik studií totiž prokázalo, že koloskopie je nejcitlivější metoda pro odhalení recidivy onemocnění. Relaps onemocnění může být zjištěn pomocí koloskopie s odebráním biopsie během několika týdnů až měsíců po operaci a měla by být vždy provedena nejpozději do jednoho roku po operaci. Relaps onemocnění je obvykle patrný v koloskopickém vyšetření dříve než se u pacienta objeví klinické příznaky. V případě, že jsou nálezy během koloskopie závažné, měla by být zintenzivněna léčba, aby se zabránilo rozvoji časných pooperačních komplikací, jako jsou abscesy nebo rozvoj obstrukcí.



V současné době jsou k dispozici méně invazivní diagnostické metody, které pomáhají při identifikaci návratu onemocnění po operaci. Mezi tyto metody patří vyšetření hladin fekálního kalprotektinu, břišní ultrazvuk, MR enterografie s kontrastní látkou a kapslová endoskopie tenkého střeva (SBCE).

Radiologie a zobrazovací techniky (ultrasonografie, magnetická rezonance a počítačová tomografie) slouží jako nezávislé diagnostické metody pro vyšetřování pooperační recidivy. Kapslová endoskopie tenkého střeva provedená 6 až 12 měsíců po operačním zákroku vykazuje v diagnostice pooperační rekurence srovnatelnou přesnost jakou má ileokoloskopie. Není však jasné, zda jsou MRI, CT enterografie nebo kapslová endoskopie tenkého střeva schopny diagnostikovat relaps choroby v ileu nebo jejunu.

Prevence následné operace po ileokolické resekcí

Pro pacienty s alespoň jedním rizikovým faktorem pro recidivu nemoci se po ileokolické resekcí (tj. odstranění konce tenkého střeva a začáteční části střeva tlustého) doporučuje preventivní léčba. Nejlepšími přípravky pro preventivní léčbu jsou thiopuriny nebo anti-TNF. Vysoké dávky mesalazinu jsou určeny pro pacienty, kterým byla provedena pouze resekce konce tenkého střeva. Antibiotika jsou účinná po ileokolické resekcí, ale nejsou tak dobře tolerována.

Všichni pacienti s CD by měli být informováni o rizicích spojených s kouřením. Odvykání kouření by mělo být podporováno.

Kouření je jedním z největších rizikových faktorů pro relaps a zvýšenou potřebu chirurgických resekcí u Crohnovy choroby. Proto by všichni pacienti s Crohnovou chorobou měli dělat vše pro to, aby přestali kouřit.

Léčba CD s perianálními píštělemi

Diagnostické strategie

MRI pánevní oblasti je metodou volby pro diagnostiku perianální píštěle u CD. Je-li vyloučena rektální striktura (tj. zúžení konečníku), je také vhodné endoskopické ultrazvukové vyšetření konečníku. Důležité je rovněž vyšetření řiti a konečníku v celkové anestezii (EUA). Provádění fistulografie se nedoporučuje. Pokud je nalezena píštěl v anální oblasti, metodou volby je EUA prováděné zkušeným chirurgem.

Je-li dostupné vyšetření MRI, mělo by být provedeno, protože vykazuje přesnost v rozmezí 76–100 %. Nicméně pokud MRI není možné provést okamžitě, vyšetření za použití anestetik (EUA) s drenáží abscesu nebo píštěle by mělo být provedeno co nejdříve, aby se zabránilo nebezpečí nedrenované infekce; vyšetření v anestezii je na 90 % přesné a umožňuje chirurgovi drenovat absces již v době provádění vyšetření.

Chirurgická léčba nekomplikované perianální píštěle

V případě nekomplikované nízké anální píštěle se provádí jednoduchá fistulotomie. Je nutné vyloučit absces v anální oblasti a je-li přítomen, měl by být drenován.

V případě nekomplikované nízké anální píštěle se provádí fistulotomie (tj. chirurgické otevření píštěle). Fistulotomie by měla být provedena velmi selektivně z důvodu vzniku inkontinence v důsledku fistulotomie. Absces (tj. hnisavá dutina) v anální oblasti je třeba



drenovat a vhodně léčit, protože neléčené abscesy mohou mít nepříznivý dopad na tkáň obklopující perianální striktury, včetně svalů, které ovládají funkci svěrače.

Léčba jednoduché píštěle

Jednoduché (tj. nevětvící se) píštěle v anální oblasti, které způsobují potíže, vyžadují léčbu. Metodou volby je drenáž píštěle (tj. zavedení hedvábného nebo latexového drenu) společně s podáním antibiotik (metronidazol a/nebo ciprofloxacin). Pokud je v případě fistulizující choroby opakovaná tvorba píštělí a píštěle nereagují na léčbu antibiotiky, v druhé linii léčby se používají thiopuriny nebo léky ze skupiny anti-TNF.

Jednoduché (tj. nevětvící se) perianální píštěle, které nezpůsobují potíže, léčbu nevyžadují. V případě, že se příznaky objeví, preferuje se léčba kombinací podávání léčiv a chirurgické intervence; podávají se antibiotika, provádí se drenáž abscesu a léčba seton technikou.

V případě opakované tvorby píštělí a píštělí nereagujících na léčbu antibiotiky se v druhé linii léčby používají thiopuriny nebo léky ze skupiny anti-TNF. Výsledky z pěti studií prokázaly, že pro uzávěr píštělí a udržení tohoto stavu je účinné podávání thiopurinů. Další studie mezitím prokázaly, že srovnatelné účinky vykazuje také podávání infliximabu, který následně snižuje i nutnost hospitalizací a chirurgických intervencí.

Léčba komplexních perianálních píštělí

Pokud se u pacienta s CD vytvářejí v anální oblasti komplexní (tj. větvící se) píštěle, je metodou první volby podávání infliximabu, (na dalším místě je adalimumab), které se zahajuje zpravidla po chirurgické drenáži píštěle (byla-li indikována). Léčba kombinací ciprofloxacinu a léků ze skupiny anti-TNF zlepšuje krátkodobé výsledky.

Pro zlepšení účinku anti-TNF léčby u CD s tvorbou komplexních (tj. větvících se) píštělí je možné podávat anti-TNF v kombinaci s thiopuriny.

Udržovací léčba CD s perianálními píštělemi

V udržovací léčbě jsou podávány thiopuriny, infliximab nebo adalimumab, provádí se drenáž seton technikou (tj. s použitím hedvábného nebo latexového drenu) nebo je zvolena kombinace těchto postupů.

Neexistují data o významu podávání thiopurinů coby udržovací terapie píštělí po indukci infliximabem nebo během udržovací terapie infliximabem. Pouze u udržovací terapie infliximabem bylo prokázáno, že snižuje nutnost hospitalizací a chirurgických zákroků. Adalimumab je účinný v udržení uzavřených píštělí, ale není známo, zda také snižuje nutnost hospitalizací a chirurgických zákroků.

Více než 90 % gastroenterologů souhlasí s tím, že udržovací terapie po úspěšné chirurgické léčbě píštěle je nezbytná. S výhodou zde používáme thiopuriny nebo anti-TNF léky, které se podávají po dobu nejméně jednoho roku.



Extraintestinální (mimostřevní) projevy CD

Kloubní postižení

Diagnóza onemocnění kloubů, která souvisí s IBD, je stanovena na základě klinických pozorování, založených na výskytu typických příznaků a vyloučení jiných specifických forem artritidy.

Existují dvě obecné skupiny onemocnění kloubů spojené s IBD, a to periferní a axiální artropatie. Periferní artritidu můžeme rozdělit do dvou typů, na typ 1 a typ 2. Typ 1 postihuje velké klouby (např. kolena, lokty a ramena), projevuje se současně se zánětem ve střevě a vyskytuje se u 4–17 % pacientů s CD. Na druhou stranu, typ 2 postihuje malé klouby (např. na ruce) a vyskytuje se pouze u 2,5 % pacientů s CD.

Diagnóza artritidy je stanovena na základě nálezu bolestivých oteklých kloubů po vyloučení nemocí jako jsou osteoartritida, revmatoidní artritida a artritidy související s onemocněním pojivové tkáně (např. lupus). Dále je třeba vyloučit postižení kloubů, která jsou zapříčiněna léky, jako např. artralgie (tj. bolest kloubů) způsobená vysazením steroidů, osteonekrózy (která je způsobena snížením průtoku krve do kloubů) způsobené steroidy a infliximabem vyvolaný lupus.

Mezi axiální artropatie patří sakroiliitida (která se vyskytuje u 25–50 % pacientů s CD) a spondylitida (která se vyskytuje v 4–10 %). Ankylozující spondylitida je charakterizována chronickou bolestí zad, ranní ztuhlostí, omezenou schopností ohýbat páteř a v pozdějších fázích snížením možnosti rozepětí hrudního koše. Zlatým standardem pro diagnózu ankylozující spondylitidy je MRI, která může odhalit zánět dříve, než dojde ke vzniku kostních lézí.

Periferní artritida obvykle postihuje velké klouby končetin. Léčí se za pomoci fyzioterapie, krátkodobým podáváním NSAID a lokální injekcí steroidů. Důraz by měl být kladen na léčbu základní diagnózy CD. Sulfasalazin může být účinný při léčbě periferní artritidy.

Doporučení pro léčbu artropatií (tj. onemocnění kloubů) souvisejících s CD jsou založena na studiích posuzujících léčbu spondyloartropatií, a to převážně ankylozující spondylitidy (tj. artritidy páteřních skloubení). Zatím nebyly provedeny žádné vhodně navržené studie týkající se kloubní problematiky u IBD, a proto jsou doporučení v této oblasti odvozena od jiných nemocí.

Léčba základního onemocnění CD podáváním kortikosteroidů, imunosupresiv a léků ze skupiny anti-TNF by také měla zmírnit příznaky periferní artritidy. Pokud léčba základního onemocnění CD nevede ke zmírnění bolesti kloubů, pak u pacienta zvažujeme krátkodobé podávání NSAID; NSAID může potenciálně zhoršit průběh základního onemocnění CD, toto riziko se ale zdá být nízké. Úlevu od příznaků může poskytnout odpočinek a rehabilitace. Vzhledem k nižšímu riziku vzplanutí je použití inhibitorů COX-2 (např. etoricoxibu a celecoxibu) bezpečnější než konvenční léčba NSAID. Sulfasalazin může být prospěšný v léčbě artropatií velkých kloubů. A také infliximab může velmi příznivě ovlivnit periferní artritidy.

Axiální artritida způsobuje bolest a ztuhlost v kloubech v dolní části zad. V léčbě se využívá intenzivní rehabilitace a podávání NSAID, ale dlouhodobému podávání NSAID je třeba se vyhnout z bezpečnostních důvodů. V případě, že pacient netoleruje NSAID nebo je tato léčba neúčinná, je pro léčbu ankylozující spondylitidy výhodné podávání anti-TNF. Sulfasalazin, methotrexát a thiopuriny jsou neúčinné.

Doporučení pro léčbu axiální artritidy související s CD jsou založena na studiích posuzujících léčbu ankylozující spondylitidy (tj. artritidy páteřních skloubení). V léčbě se



využívá intenzivní rehabilitace a podávání NSAID, ale jejich dlouhodobému podávání je třeba se vyhnout. Je možné zvážit lokální aplikaci kortikosteroidů. Sulfasalazin, methotrexát a azathioprin nejsou účinné v léčbě axiálních příznaků u ankylozující spondylitidy. U pacientů s aktivní ankylozující spondylitidou, kteří nereagují na léčbu nebo netolerují NSAID, se doporučuje podávání anti-TNF. Léčba jak adalimumabem, tak infliximabem je dostatečně bezpečná a účinná v terapii ankylozující spondylitidy.

Postižení kostí

Pacienti, kteří užívají kortikosteroidy nebo kteří mají sníženou hustotu kostí, by měli dostávat vápník a vitamín D. Užitečný je také silový svalový trénink a odvykání kouření. Pacienti se zlomeninami by měli být léčeni bisfosfonáty, i když jejich schopnost zabránit zlomeninám není prokázána. Rutinní podávání hormonů u žen po menopauze se nedoporučuje vzhledem k riziku vedlejších účinků. Muži s nízkou hladinou testosteronu mohou mít prospěch z jeho podávání ve formě léčiva.

Podávání vápníku v dávce 500–1000 mg/den a vitamínu D (800–1000 IU/den) zvyšuje u pacientů s IBD hustotu kostí, i když není zřejmé, zda je tato dávka účinná v prevenci zlomenin u pacientů s IBD. Z tohoto důvodu není možné obecně doporučit léčbu bisfosfonáty jen na základě snížení hustoty kostí. Jak již bylo řečeno, jejich podávání může být prospěšné u žen po menopauze nebo u pacientů se steroidy indukovanou osteoporózou. U každého pacienta s nízkou hustotou kostní hmoty a dalšími rizikovými faktory je třeba zvážit léčbu.

Pacienti s chronickým aktivním onemocněním by měli být léčeni imunosupresivy, jako je azathioprin a anti-TNF, čímž se vyhnou léčbě steroidy a negativním dopadům účinku steroidů na hustotu kostí; bylo prokázáno, že mnoho pacientů s CD může mít po třech letech trvání remise normální hustotu kostí.

Kožní manifestace

Léčba erythema nodosum je obvykle založena na léčbě základní diagnózy CD. Obvykle je nutné podávání systémových steroidů. Pyoderma gangrenosum je v první linii léčena systémovými steroidy, anti-TNF nebo inhibitory kalcineurinu.

Nodózní erytém (tj. červené boule na kůži holeně, stehna nebo předloktí) je obvykle nápadný a vyskytuje asi u 5–10 % pacientů s CD. Objevuje se zpravidla u aktivních forem CD. Diagnóza je obvykle potvrzena i bez nutnosti odběru biopsie. Obvykle je nutné léčení základního onemocnění perorálními steroidy a v případě, že jsou steroidy neúčinné, nebo při nich dojde k relapsu, je do léčby možné přidat azathioprin a/nebo infliximab; nutnost léčby azathioprinem nebo infliximabem je velmi vzácná.

Pyoderma gangrenosum (tj. bolestivé vředy na kůži) se mohou objevit kdekoli na těle, včetně genitálií, ale nejčastějšími místy výskytu jsou holeně a okolí stomíí. Zpočátku jsou vředy povrchové, ale později pronikají do hloubky. Vyskytují se u 0,6 % až 2,1 % pacientů s CD, jejich výskyt může, ale nemusí korelovat s aktivitou CD. Pyoderma gangrenosum je diagnostikováno per exclusionem, což znamená, že je vyloučeno jiné kožní onemocnění; biopsie může pomoci při stanovení diagnózy. Cílem léčby je rychlé zhojení kožních změn. Kortikosteroidy by měly být použity před zahájením léčby inhibitory kalcineurinu. Nejčastěji je ale dnes používán infliximab, neboť jeho účinnost byla prokázána v jedné velké studii a ve dvou malých případových studiích. Dosud žádná studie neporovnávala systémové steroidy, anti-TNF a inhibitory kalcineurinu vzájemně mezi sebou. Podobně jako u jiných kožních vředů je nutné vyhnout se chirurgické intervenci.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Trombembolické komplikace

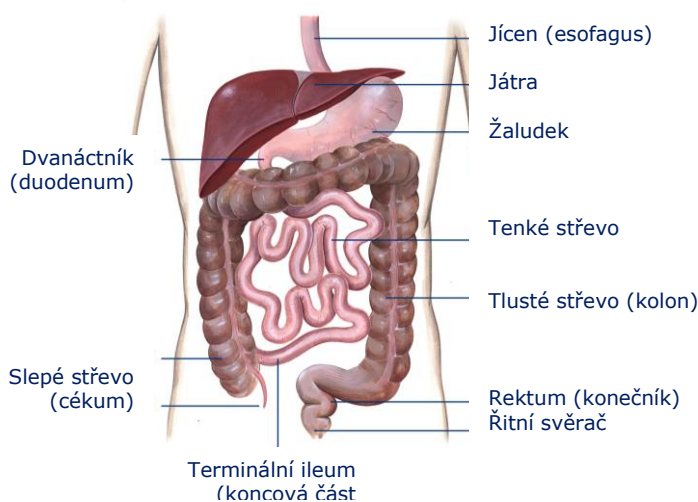
Prevence trombózy (tj. tvorby krevních sraženin) by měla být zvažována u všech hospitalizovaných a ambulantních pacientů s vysoce aktivním onemocněním. Rozvoj trombembolické nemoci (tj. výskytu krevní sraženiny v žíle) u pacientů s IBD vyžaduje obvyklou medikamentózní terapii.

Pacienti s CD jsou vystaveni zvýšenému riziku tvorby krevních sraženin v žilách (tzv. žilní tromboembolické nemoci); důvody nejsou z velké části známé. Tyto faktory jsou důležité pro prevenci a léčbu, protože mohou vést ke komplikacím nebo dokonce k úmrtí. Vznik krevních sraženin může být diagnostikován pomocí vhodných zobrazovacích technik jako je například ultrazvuk a venografie.

V léčbě a prevenci krevních sraženin se používají léky na ředění krve (tzv. antikoagulační). U pacienta s druhou epizodou výskytu krevních sraženin zvažujeme dlouhodobou léčbu. Pacienti s IBD nemají více krvácivých komplikací způsobených léky na ředění krve než lidé bez této nemoci. Pacienti s CD by se měli vyvarovat cestování na velké vzdálenosti jakož i užívání orální antikoncepce, protože tyto faktory mohou dále zvyšovat riziko vzniku krevních sraženin, a u těchto pacientů by mělo být zvaženo podávání preventivní antikoagulační terapie.

Slovník výrazů

Anatomické zobrazení trávicího traktu



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Pojem	K čemu se pojem vztahuje	Definice
5-ASA nebo 5-aminosalicylová kyselina nebo mesalazin	Léky	Důležité léčivo používané v léčbě idiopatických střevních zánětů (IBD), přednostně u ulcerózní kolitidy (UC) a za jistých podmínek také u Crohnovy choroby (CD). Známý též pod názvem mesalazin, podává se perorálně (tablety) nebo rektálně ve formě nálevu, pěny nebo čípku.
6-TGN	Léky	Aktivní metabolit azathioprinu nebo merkaptopurinu (6-thioguanin nukleotid).
Absces	Komplikace Crohnovy choroby	Absces je uzavřené ložisko zkapalněné tkáně (známé pod názvem hnis) kdekoli v lidském těle. Je to výsledek obranné reakce těla na cizí materiál a infekci.
Adalimumab	Léky	Anti-TNF protilátka, často používané léčivo v léčbě IBD, patří do skupiny biologických léků (vyráběných s použitím biotechnologických metod). Aplikuje se injekcí pod kůži (subkutánně); aplikaci provádí zdravotní sestra nebo sám pacient.
Adheze	Komplikace chirurgické léčby	Slepení částí střeva zánětlivou reakcí. Může způsobit neprůchodnost a bolest.
Aminosalicyláty	Léky	Léky používané v léčbě IBD, nazývané také 5-ASA.
Anemie	Nemoc	Stav, kdy je sníženo množství hemoglobinu – červeného krevního barviva. Anemie může

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		způsobovat únavu a slabost.
Anemie chronických chorob	Nemoci v souvislosti s IBD nebo se zánětem	Anemie provázející chronická onemocnění jako např. IBD nebo jiné zánětlivé procesy.
Anemie z deficitu železa	Nemoc	Stav, při kterém je v důsledku nedostatku železa snížena hladina hemoglobinu.
Ankylozující spondylitida	Nemoci v souvislosti s IBD	Forma artritidy, charakterizovaná chronickým zánětem postihujícím primárně páteř, způsobujícím bolestivost a ztuhlost v zádech, dále postupující i na hrudník a krk.
Antibiotika	Léky	Léčiva používaná k léčbě bakteriálních infekcí. Neúčinkují proti virům.
Antidiarhoika	Léky	Léčiva proti průjmům. Nejčastěji se používá loperamid.
Anti-TNF léčiva, též anti-TNF protilátky	Léky	Biologické léky (vyráběné s použitím biotechnologických metod) často používané v léčbě zánětlivého onemocnění střev (IBD). V ČR jsou registrovány infliximab, adalimumab a golimumab.
Apendektomie	Chirurgická léčba	Odstranění appendixu chirurgem. Obvykle se provádí v případě zánětu – apendicitidy.
Apendicitida	Nemoc	Zánět appendixu, který může přejít až na tlusté střevo. Apendicitida může mimo jiné způsobit bolest, ztrátu chuti k jídlu, horečku nebo proděravění střeva.
Artritida	Nemoci v souvislosti s IBD	Zánětlivé poškození jednoho či více kloubů, způsobující jejich bolest a otok.
Artropatie		Jakýkoli abnormální stav nebo nemoc postihující kloub.
Enteroskopie	Test	Vyšetření tenkého střeva za pomoci speciálního endoskopu.
Autoimunitní	Nemoci – klíčová slova	Autoimunitní nemoci jsou nemoci, při kterých imunitní systém napadá zdravé buňky v organismu.
Axiální forma artritidy	Nemoci v souvislosti s IBD	Onemocnění kloubů, postihující páteřní a kyčelní skloubení.
Azathioprin	Léky	Viz thiopuriny
Baryum (kontrastní látka)	Diagnostický test	Látka používaná u některých radiologických vyšetření, sloužící ke zviditelnění anatomických struktur.
Biologická léčiva	Léky	Proteiny, obvykle imunoglobuliny (Ig), které jsou získávány z geneticky modifikovaných buněk, např. skupina anti-TNF léčiv, vedolizumab nebo ustekinumab.
Biopsie	Diagnostický test	Biopsie je vzorek tkáně, odebraný z určité části těla s cílem jeho podrobného vyšetření. Biopsie se odebírá ze střešní stěny během koloskopie.
Bisfosfonáty	Léky	Sloučeniny, které zpomalují řídnutí kostí a zvyšují

		jejich pevnost.
Budesonid	Léky	Lék patřící do skupiny topických kortikosteroidů. Budesonid má protizánětlivé účinky a používá se při akutním vzplanutí choroby u pacientů s ileocekální formou CD a u pacientů s UC s postižením koncových úseků tlustého střeva ve formě nálevů. Kortikosteroidy jsou hormony, které jsou normálně také produkovány v našem těle nadledvinami.
Cervikální dysplazie	Nemoc	Přítomnost abnormální tkáně v děložním čípku.
Ciprofloxacin	Léky	Antibiotikum používané také v léčbě IBD a pouchitidy (zánět vaku – neorekta).
Clostridium difficile	Nemoc	Bakterie, která může způsobit těžký zánět tlustého střeva. Obvykle se přemnoží v důsledku předcházející léčby antibiotiky
COX-2 inhibitory	Léky	Specifické protizánětlivé léky (NSAID), s mírnějšími vedlejšími účinky a s lepší tolerancí u IBD pacientů.
Crohnova choroba (Crohn's Disease, CD)	Nemoci – klíčová slova	Zánětlivé onemocnění střeva. Crohnova choroba může postihnout všechny části trávicího traktu, často včetně postižení tenkého střeva (na rozdíl od UC).
CRP (C-reaktivní protein)	Test	Krevní test ke stanovení zánětu v organismu. Je užitečný pro zjištění zánětu v lidském těle, ačkoliv vysoké hladiny CRP neznamenaí nutně, že zánět probíhá ve střevě. Proto je potřeba provést i jiné testy, aby bylo zřejmé, že ložisko zánětu je u pacientů s IBD ve střevě.
CT (počítačová tomografie)	Test	Druh vyšetření rentgenovými paprsky, prováděný skenovacím zařízením.
Cyklosporin	Léky v souvislosti s UC	Lék ze skupiny inhibitorů kalcineurinu, který zpomaluje odpověď imunitního systému, a proto se může použít k léčbě UC.
Deficit železa	Nemoc	Je stav, při kterém je v krvi nedostatek železa.
Deficit železa bez anemie	Nemoc	Je stav, při kterém je v krvi nedostatek železa, ale ne v takové míře, která by způsobila anemii.
Dvojkontrastní baryový nálev	Test	Vyšetření tlustého střeva a konečníku, které se provádí rentgenovými paprsky po rektální aplikaci nálevu obsahujícím baryum. Baryum při rentgenovém vyšetření zvýrazní tlusté střevo a konečník a pomůže ukázat abnormality. Dnes se prakticky neprovádí.
Elektrolyty	Test	Minerály (např. sodík, draslík a chloridy) v krvi a jiných tělesných tekutinách, které nesou elektrický náboj. IBD mohou způsobovat abnormální hladiny elektrolytů (nejčastěji jako následek průjmu a zvracení).
Endoskopická intubace	Test	Je umístění trubičky do těla za pomoci endoskopu.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Endoskopický	Test	Přídavné jméno ze slova endoskopie.
Endoskopie	Test	Procedura, při které je do těla zavedena dlouhá trubice s kamerou na jejím konci, která umožní přímé prohlížení vyšetřovaného orgánu. Nejčastěji používaná endoskopie u pacientů s IBD je (ileo)koloskopie.
Erythema nodosum	Nemoci v souvislosti s IBD	Zánětlivé postižení kůže.
Extenzivní kolitida	Nemoci – klíčová slova	Ulcerózní kolitida postihující celé tlusté střevo.
Fekální kalprotektin (kalprotektin ve stolici)	Test	Protein, který je uvolňován do střeva postiženého zánětem. Hladiny fekálního kalprotektinu se zvyšují pouze při zánětlivém postižení střeva, proto je tento test k posouzení zánětu lepší než CRP nebo sedimentace. Není specifický pro IBD. K měření musí pacient poskytnout vzorek stolice.
Fertilní	Ostatní	Fertilní osoba je osoba, která je fyzicky schopná počít dítě.
Fistula, fistulae (píštěl, píštěle)	Komplikace Crohnovy choroby	Abnormální komunikace mezi stěvem a jiným orgánem (jinou střevní kličkou, močovým měchýřem, apod.) Perianální píštěl ústí na kůži v blízkosti řitního otvoru.
Fistulografie	Test	Rentgenové vyšetření píštěle, u IBD pacientů se nedoporučuje.
Fistulotomie	Chirurgická léčba	Chirurgické otevření píštěle.
Fraktura	Ostatní	Zlomenina kosti.
Gastroenterolog	Ostatní	Lékař, který se specializuje na léčení onemocnění trávicího traktu, např. IBD.
Histologický	Test	Histologické vyšetření je vyšetření vzorků tkání získaných biopsií pomocí mikroskopu.
Hladina hemoglobinu	Test	Toto vyšetření ukazuje, kolik hemoglobinu je ve vaší krvi. Hemoglobin v krvi funguje jako přenašeč kyslíku. Nízké hladiny ukazují na anemii.
Chronické onemocnění	Nemoci – klíčová slova	Onemocnění, kterým trpí člověk po dlouhou dobu, často po celý život. IBD patří mezi chronická onemocnění.
IBD	Nemoc	Zkratka pro idiopatické střevní záněty (Inflammatory Bowel Disease), společný pojem pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu.
IBDU (neklasifikovatelné IBD)	Nemoci – klíčová slova	Pokud po všech provedených testech není možné určit, zda se jedná o CD nebo UC, používá se pojem neklasifikovatelné IBD (IBDU).
Ileokoloskopie	Test	Endoskopické vyšetření tlustého střeva a konečné části tenkého střeva (ilea).
Ileorektální anastomóza	Chirurgická léčba	Chirurgický zákrok, při kterém je odstraněna větší část tlustého střeva, je zachován konečník (rektum), a tenké střevo (ileum) je napojeno na rektum. V případě ileo-pouch-anální anastomózy

		(IPAA) není konečník zachován, je nahrazen vakem z ilea (pouch).
Ileoskopie	Test	Endoskopické vyšetření ilea, což je poslední úsek tenkého střeva.
Imunizace	Ostatní	Osoba je imunizována, pokud je vyvinouta imunitní odpověď, nejčastěji proti infekci. Uměle navozená imunizace je podstatou očkování (např. proti spalničkám, příušnicím, tetanu, chřipce apod.)
Imunomodulátor	Léky	Obecný termín pro látku ovlivňující funkci imunitního systému. Někdy se nesprávně užívá ve významu slova imunosupresivum. V širším významu sem patří kortikoidy, imunosupresiva a biologické léky.
Imunosupresiva	Léky	Skupina léků, používaná k utlumení imunitního systému, zahrnující thiopuriny a methotrexát. Protože IBD může být způsobena zvýšenou aktivitou imunitního systému, imunosupresiva mohou být v léčbě užitečná.
Infliximab	Léky	Biologické léčivo ze skupiny anti-TNF používané v léčbě IBD. Je podáváno formou infuze do žíly.
Inhibitory kalcineurinu	Léky	Imunosupresivní látky používané v léčbě IBD a při prevenci odhojení transplantovaného orgánu u transplantovaných pacientů (např. cyklosporin)
IPAA (ileo-pouch-anální anastomóza)	Chirurgická léčba	Chirurgický zákrok prováděný obvykle pacientům s UC, při kterém je koncová část tenkého střeva přeměněna na vak („pouch“), který pak přebírá funkci tlustého střeva, které je celé chirurgicky odstraněno.
Kapslová endoskopie tenkého střeva (Small Bowel Capsule Endoscopy, SBCE)	Test	Vyšetření při kterém pacient spolkne kapsli, která obsahuje malou kameru. Kamera snímá obrazy trávicího traktu a bezdrátově je přenáší do procesoru připevněném na těle pacienta.
Keratolytické látky	Léky	Jsou léčiva používaná k odstranění bradavic a jiných kožních lézí.
Kolektomie	Chirurgická léčba	Odstranění tlustého střeva chirurgem. U pacientů s UC tento výkon předchází provedení IPAA.
Kolon (viz obrázek)	Část těla	Tlusté střevo (mimo rektum).
Kolografie	Test	Provádí se za pomoci přístroje CT nebo MRI. Metoda umožňující pohled dovnitř tlustého střeva bez použití endoskopu.
Kolorektální chirurg	Ostatní	Chirurg, který se specializuje na zákroky v oblasti konečníku, řitního otvoru a tlustého střeva.
Koloskopie	Test	Vyšetření, při kterém je konečníkem do tlustého střeva zaveden optický přístroj s kamerou (endoskop) a které umožní stanovení aktivity nemoci a provedení biopsií.
Koncová	Chirurgická	Je postup, při kterém je konec tenkého střeva

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



ileostomie	léčba	přetnut a vyveden ven z dutiny břišní, kde je přišit ke kůži a tvoří vývod. Pacienti s koncovou ileostomií nosí na břicho vak, ve kterém se shromažďuje střevní obsah.
Kortikosteroidy (nebo steroidy)	Léky	Skupina léčiv, které mají obdobné účinky jako hormony přirozeně produkované nadledvinami, působící protizánětlivě. V léčbě IBD se nejčastěji používají hydrocortison a prednisolon a metylprednisolon.
Kreatinin	Test	Vyšetření kreatininu v krvi pomáhá určit, jak fungují ledviny.
Kyselina ursodeoxycholová	Léčba	Orální léčivo, které je podáváno pacientům s PSC (primární sklerozující cholangitidou, což je chronické onemocnění jater charakterizované zánětem a fibrózou žlučových cest uvnitř i vně jater). Chrání játra a v nízké dávce účinkuje i v prevenci rakoviny tlustého střeva.
Laktoferrin	Test	Protein, který je uvolňován do střeva postiženého zánětem. K měření musí pacient poskytnout vzorek stolice.
Laparoskopický	Chirurgická léčba	Laparoskopická chirurgie je zákrok, při němž se pomocí malých narezů vpraví do těla kamery, kterými je vidět na operované místo. Vzhledem k malým narezům dochází k rychlejšímu hojení ran než u běžné chirurgie.
Levostranná kolitida	Nemoci – klíčová slova	UC která postihuje výhradně levostrannou část tlustého střeva a může být efektivně léčena lokální léčbou.
Lokalizovaná choroba	Nemoci – klíčová slova	Choroba postihující jeden orgán nebo omezený úsek střeva.
Loperamid	Léky	Protiprůjmový lék, viz antidiarhoika.
Lymfoproliferativní onemocnění (LPD)	Nemoc	Skupina onemocnění, při kterých jsou ve zvýšené míře produkovány lymfocyty (bílé krvinky). Do skupiny lymfoproliferativních onemocnění patří leukémie a lymfomy.
Magnetická rezonance (Magnetic Resonance Imaging, MRI)	Test	Metoda, využívající magnetické vlny k zobrazení různých částí lidského těla. Není využito rentgenové záření.
Malabsorpce	Komplikace Crohnovy choroby	Porucha vstřebávání živin ze stravy v trávicím traktu.
Malnutrice	Komplikace Crohnovy choroby	Podvýživa vyplývající např. z nedostatečného příjmu potravy, z nedostatečného příjmu některých složek nebo z malabsorpce (viz malabsorpce).
Mesalazin	Léky	Lék používaný k léčbě IBD. Podává se perorálně nebo rektálně.
Methotrexát	Léky	Léčivo, patřící do skupiny imunosupresiv, běžně používané v léčbě CD. V léčbě ulcerózní kolitidy není tak účinný.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Metronidazol	Léky	Antibiotikum, běžně používané v léčbě zánětu vaku (pouchitis) a fistulizující CD.
MRCP, cholangiografie prováděna magnetickou rezonancí	Test	Speciální vyšetření využívající magnetickou rezonanci k vyšetření žlučových cest a slinivkového vývodu
MRE, enterografie prováděna magnetickou rezonancí	Test	Metoda využívající magnetické vlny k zobrazení tenkého střeva s pomocí ústy podaného kontrastního barviva. Není využito rentgenové záření.
Na pacienta orientovaná péče	Ostatní	Na pacienty orientovaná péče zajišťuje respektování a naplňování individuálních potřeb pacienta, kterými se také řídí všechna klinická rozhodnutí.
Nálev (klystýr)	Léky	Je tekutina aplikovaná do dolních částí střeva konečníkem. Provádí se při některých zobrazovacích vyšetřeních nebo se tímto způsobem aplikují léčiva.
Nesteroidní protizánětlivé léky (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAID)	Léky	Tyto léky poskytují úlevu od bolesti, snižují horečku a mimo střevo tlumí zánětlivé projevy. Mezi nejčastěji používané patří ibuprofen a aspirin, kterým by se měli pacienti s IBD zcela vyhnout, neboť zvyšují riziko vzplanutí choroby.
Neurčitá kolitida (Indeterminate Colitis, IC)	Nemoci – klíčová slova	V případech, kdy není možné říci, zda pacient trpí CD nebo UC, může být použit pojem neurčitá kolitida (IC). Pojem IC se používá pouze při popisu vzorků z resekce.
Nitrožilní (intravenózní, IV)	Léky	Je forma podání léčiv žilou do krevního řečiště.
Nízkomolekulární heparin (Low Molecular Weight Heparin, LMWH)	Léky	Léčivo, používané k prevenci krevních sraženin.
Obstrukce, obstruktivní	Komplikace Crohnovy choroby	Obstrukce může vzniknout u CD (vzácně u UC), když dojde v důsledku zánětu ke ztluštění střevní stěny, které vede ke zúžení průsvitu střeva, nebo v důsledku srůstů dojde k zablokování průchodu střevního obsahu.
Orální	Léky	Orální léčiva jsou léčiva podávaná ústy.
Osteopenie	Nemoc	Řídnutí kostí, předstupeň osteoporózy.
Osteoporóza	Nemoc	Patologický stav, při němž dochází k zeslabení kostí, které u pacienta vede ke zvýšenému riziku zlomenin.
p-ANCA	Test	Je zkratka pro perinukleární protilátky proti cytoplazmě neutrofilů. Jsou detekovány v krvi, častěji u UC.
Periferní artritida	Nemoc	Záněť kloubu obvykle postihující velké klouby končetin.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Pouchitis (zánět vaku)	Komplikace	Zánětlivé postižení ileálního vaku (vit IPAA).
Přípravek s erythropoetickou aktivitou	Léky	Léčivo, které stimuluje produkci červených krvinek.
Pyoderma gangrenosum	Nemoc	Zánětlivé onemocnění kůže s tvorbou bolestivých vředů způsobené neinfekčními autoimunitními mechanismy vyskytující se u pacientů s IBD.
Rakovina střeva	Nemoci v souvislosti s CD/UC nebo jejich léčbou	Nazývá se také kolorektální karcinom. Vyššímu riziku této rakoviny jsou vystaveni pacienti s IBD. Mezi jinými může způsobovat příznaky jako je krev ve stolici, jiné neobvyklé střevní projevy, bolesti břicha, hmatné bulky v břiše a ztráta hmotnosti.
Rektální	Část těla	Vztahující se ke konečníku (rektu)
Rektum (konečník)	Část těla	Koncová část tlustého střeva. Je zakončena řitním otvorem (anus).
Relaps	Nemoci – klíčová slova	Znovuobjevení se (reaktivace) nemoci.
Remise	Nemoci – klíčová slova	Klidová fáze nemoci, nejsou přítomny známky aktivity zánětu.
Resekce	Chirurgická léčba	Chirurgické odstranění orgánu nebo jeho části nebo jiné části těla.
Rozsah choroby	Nemoci – klíčová slova	Míra postižení střeva. Nemá se zaměřovat se závažností onemocnění, která ukazuje jak hloubku, tak i rozsah zánětlivých změn. Rozsah choroby pomůže rozdělit pacienty s UC na skupinu pacientů s proktitidou, levostrannou kolitidou a extenzivní kolitidou, podobně jako pacienty s CD na skupiny s postižením tenkého střeva, tlustého střeva a postižením horního trávicího traktu.
Rozsah nemoci	Nemoci – klíčová slova	Rozsah nemoci ukazuje, do jaké míry je při IBD postiženo střevo.
Sakroileitida	Nemoc	Zánětlivé postižení skloubení mezi kostí křížovou a pánevními kostmi.
Saturace transferinu	Test	Je test, který ukazuje míru vazebné kapacity železa v těle, přičemž hladiny nižší než 16 % ukazují na nedostatek železa.
Sedimentace červených krvinek (ESR)	Test	Krevní test ke stanovení stupně zánětlivé reakce v organismu, podobně jako CRP.
Serologický	Test	Průkaz látky v krevním séru (např. přítomnost protilátek nebo hladin léku)
Sérologie	Test	Je testování séra nebo jiných tělesných tekutin.
Sérové hladiny ferritinu	Test	Test, který změří množství zásob železa v lidském těle.
Sérové hladiny urey	Test	Urea je látka, která je z krve vylučována ledvinami do moče. Testování sérové hladiny urey je důležité, protože abnormální hodnoty mohou ukazovat na postižení ledvin nebo na dehydrataci pacienta.
Seton	Chirurgická	Nevstřebatelné vlákno, které se zavádí do píštěle,

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	léčba	udržuje ji otevřenou a zabraňuje shromažďování hnisu v abscesu.
Sigmoidoskopie	Test	Je vyšetření podobné koloskopii s tím rozdílem, že se neprohlíží celé tlusté střevo, ale jen jeho koncová část.
Stenóza	Nemoc	Zúžení střeva, většinou působí bolesti a křeče v břiše.
Steroidy	Léky	Viz kortikosteroidy.
Stolice	Ostatní	Konečná podoba střevního obsahu opouštějící tělo řitním otvorem (nebo stomií).
Striktura	Nemoci související s CD	Viz stenóza, většinou jde o krátkou stenózu.
Subtotální kolektomie	Chirurgická léčba	Na rozdíl od kolektomie, při které je odstraněno celé tlusté střevo, je odstraněna pouze jeho část, ponecháno je obvykle rektum.
Sulfasalazin	Léky	Sulfasalazin je lék používaný k léčbě IBD. Sulfasalazin se skládá ze dvou částí, z aktivní, obsahující 5-ASA, a z antibiotické, obsahující sulfapyridin. Sulfasalazin je střevními bakteriemi rozštěpen a uvolňuje účinnou látku 5-ASA.
Suppositoria	Léky	Čípky
Surveillance	Test	Surveillance (z francouzštiny „dozor“), je takový postup, kdy lékař pravidelně kontroluje pacienta s IBD endoskopicky, aby se zjistilo, zda se u něj nerozvinula rakovina (např. tlustého střeva). Surveillance je důležitá, protože pacienti s IBD mají zvýšené riziko vzniku rakoviny tlustého střeva.
Syndrom dráždivého střeva (Irritable Bowel Syndrome, IBS)	Nemoc	Stav, při kterém se objevují podobné příznaky jako u IBD, ale neprobíhá zároveň zánět.
Systémový	Léky	Systémové léčivo je léčivo, které působí v celém organismu. Na rozdíl od topických (lokálních) léčiv, která působí pouze místně.
Tacrolimus	Léky	Je imunosupresivní látka, podobná cyklosporinu, která se užívá perorálně v léčbě UC.
Tenezmy	Nemoci – klíčová slova	Bolestivé napětí nebo křeče v konečníku/v oblasti řitního otvoru, obvykle doprovázené nucením na stolici, přestože střevo žádnou stolici neobsahuje.
Thiopuriny	Léky	Imunosupresivní léky. Azathioprin a merkaptopurin jsou léčiva běžně používaná v léčbě IBD.
Topický	Léky	Topické (místní) léčivo je lék, který může léčit zánět přímo, aniž by byl předtím absorbován do těla.
Trombocytóza	Test	Zvýšený počet krevních destiček (trombocytů).
T-skóre	Test	T-skóre je hodnocením míry hustoty kostí.
Tuberkulóza	Nemoc	Je infekční onemocnění způsobené Mycobacterium tuberculosis, které postihuje plíce i jiné části těla.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



UC, ulcerózní kolitida	Nemoci – klíčová slova	UC je jedno ze zánětlivých nemocí střev (IBD). Zánět postihuje pouze tlusté střevo.
Udržovací terapie	Léky	Je to léčba, která udržuje pacienta v remisi onemocnění.
Ukazatelé závažnosti onemocnění	Test	Index závažnosti onemocnění je způsob měření závažnosti onemocnění, stanovený na základě příznaků pacienta a určitých testů (např. jak vypadá střevo při endoskopickém vyšetření). Vyšší hodnoty indexu obvykle ukazují na těžší průběh onemocnění. Příklady takovýchto indexů jsou Index aktivity nemoci u ulcerózní kolitidy (UCDAI) nebo Index aktivity Crohnovy choroby (CAI).
Ultrasonografie	Test	Zobrazovací metoda, která využívá zvukových vln k zobrazení orgánů v těle.
Uveitida	Nemoc	Je zánět žilnatky (uvey) v oku.
Validovaný	Test	Pokud je test validovaný, znamená to, že je prokázáno, že je přesným ukazatelem toho, co je měřeno. Například index závažnosti onemocnění je validovaný, jakmile je prokázáno, že měří závažnost onemocnění přesně.
Vedlejší účinky	Léky	Nežádoucí (zdraví škodlivé) účinky léků nebo lékařského zákroku.
Vedolizumab	Léky	Biologický lék (vyráběný s použitím biotechnologických metod) používaný k léčbě IBD. Je podáváno formou infuze do žíly.
VSL#3	Léky	Jedná se o probiotikum (živé mikroorganismy, které po podání v přiměřeném množství znamenají zdravotní přínos v hostitelském organismu), které má prokázané účinky v léčbě pouchitidy.
Vzplanutí nebo relaps	Nemoci – klíčová slova	Je stav, kdy je nemoc aktivní, a je opačný stavu, kdy je nemoc v remisi. Osoba ve stavu vzplanutí choroby má příznaky nemoci a probíhá u ní zánět.
Weaning (odvykání)	Léky	Léčivo je vysazováno postupně, nikoliv najednou. Weaning se provádí například při ukončování léčby steroidy, protože náhlé vysazení steroidů může způsobit vážné vedlejší účinky.
Záchranná léčba	Léčba	Záchranná léčba se používá v situaci, kdy konvenční léčba selhala ve snaze dostat nemoc pod kontrolu.
Zobrazovací metody	Test	Zobrazení části těla za použití různých technik jako např. rentgenové vyšetření, ultrazvukové vyšetření, CT nebo MRI. Obvykle se používají ke stanovení oblasti, která je postižena IBD.