

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Ulcerative Colitis (UC)



Czech



European  
Crohn's and Colitis  
Organisation



United We Stand

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## Doporučení ECCO-EFCCA pro pacienty s ulcerózní kolitidou (UC)

Salvatore Leone\*<sup>1</sup>, Alejandro Samhan-Arias\*<sup>2</sup>, Itamar Ben-Shachar<sup>3</sup>, Marc Derieppe<sup>4</sup>, Filiz Dinc<sup>5</sup>, Isabella Grosu<sup>6</sup>, Charlotte Guinea<sup>7</sup>, Jarkko Lignell<sup>8</sup>, Gediminas Smailys<sup>9</sup>, Sigurborg Sturludóttir<sup>10</sup>, Seth Squires<sup>11</sup>, Paolo Gionchetti<sup>12</sup>, Rami Eliakim\*\*<sup>13</sup>, Janette Gaarenstroom\*\*<sup>14</sup>

\* Tito autoři přispěli stejně jako první autoři

\*\* Tito autoři přispěli stejně jako poslední autoři

<sup>1</sup>AMICI Onlus – Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Milán, Itálie; <sup>2</sup>ACCU ESPAÑA – Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. C/ Enrique Trompeta 6, Bajo 1. C.P. 28045. Madrid, Španělsko; <sup>3</sup>CCFI – The Israel Foundation for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, POB 39957, Tel Aviv 61398; <sup>4</sup>AFA – Association Francois Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 Paříž, Francie; <sup>5</sup>inflatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Istanbul, Turecko; <sup>6</sup>ASPIIR – Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (Romanian Association of People with IBD), Calea Mosilor 268, Bukurešť, Rumunsko; <sup>7</sup>Crohns & Colitis UK – CCUK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Hertfordshire AL1 3AW, Spojené království; <sup>8</sup>CCAFIN – Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Tampere, Finsko; <sup>9</sup>Klaipeda University Hospital, Department of Pathology, Liepojos g. 41, LT-92288 Klaipeda, Litva; <sup>10</sup>Crohn's og Colitis Ulcerosa samtökin á Island, P.o. Box. 5388, 125 Reykjavík Island; <sup>11</sup>Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Paisley, Skotsko, Spojené království, PA2 9PN; <sup>12</sup>University of Bologna, Department of Medical and Surgical Sciences, Via Massarenti, 9, 40138 Bologna, Itálie; <sup>13</sup>Gastroenterology and Hepatology, Sheba Medical Center, 52621 Tel Hashomer, Israel; <sup>14</sup>University Medical Center Utrecht, Department of Gastroenterology, Heidelberglaan 100, P.O. Box 85500, 3584 GX Utrecht, Holandsko (do září 2015)

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

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## 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

ECCO (Evropská společnost pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu) je největší organizací na světě, sdružující odborníky zabývající se idiopatickými střevními záněty (IBD). Mezi její cíle patří, kromě vzdělání a výzkumu, také vytváření nových doporučení. S cílem poskytnout praktická doporučení související s IBD, ECCO ustanovila expertní skupinu specialistů v různých oborech, která vytvořila tento referenční dokument kooperativním a konsensuálním způsobem.

V roce 2006 ECCO zveřejnila své první doporučení týkající diagnózy a léčby Crohnovy choroby<sup>1,2</sup>. V reakci na trvalý zájem podporovat společný evropský přístup k IBD, ECCO od té doby publikovala již patnáct doporučení, která se týkají různých aspektů souvisejících s ulcerózní kolitidou (UC) od všeobecných doporučení<sup>3</sup> až po velmi specifická témata, jako je UC u dětských pacientů<sup>4</sup>.

Souběžně s ní i Evropská federace asociací pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu (EFCCA), jejímž cílem je zlepšit kvalitu života pacientů, poskytuje doporučené postupy pro pacienty a jejich rodiny, organizuje vzdělávací akce, zvyšuje povědomí veřejnosti o IBD a podporuje výzkum a vývoj nových prostředků k léčení těchto onemocnění.

Společným úsilím ECCO a EFCCA byla vytvořena následující doporučení pro pacienty s ulcerózní kolitidou.

Doporučení obsažená v tomto dokumentu obsahují stanoviska pro diagnostiku a léčbu UC. Jejich účelem je poskytnout informace k lepšímu pochopení diagnostiky a léčby UC. Tato doporučení byla rozdělena do 5 hlavních tematických bloků týkajících se: diagnózy, aktivního onemocnění, remise (klidové fáze nemoci), chirurgické léčby, kolorektálního karcinomu a mimostřevních komplikací. Na konci dokumentu je pro lepší pochopení použitého názvosloví Slovník výrazů. Pro snadné porozumění jsou tato doporučení upravena v uživatelsky přívětivém formátu.

## Diagnostika ulcerózní kolitidy (UC)

Jedním z hlavních parametrů rozhodujícím o způsobu léčby a sledování pacienta s ulcerózní kolitidou je rozsah zánětu v tlustém střevu, tedy informace o tom, jak velká část střeva je zánětem postižena. Optimální metodou k posouzení rozsahu UC je koloskopie, tímto vyšetřením lze posoudit i stupeň aktivity zánětu. Podle rozsahu lze UC rozdělit na proktitidu, levostrannou kolitidu a extenzivní kolitidu.

Odborníci se shodují, že nejlepší metodou pro klasifikaci UC je koloskopie. UC by měla být rozdělena na proktitidu (postižení konečníku, tj. do 15 cm od řitního otvoru), levostrannou kolitidu (zánět postihuje více než 15 cm, ale nepřesahuje tzv. slezinné ohbí tlustého střeva) a extenzivní kolitidu (zánět přesahující slezinné ohbí).

Existují dva důvody, proč by pacienti s UC měli být klasifikováni podle rozsahu onemocnění; 1. Rozsah onemocnění ovlivňuje způsob léčby a 2. Určuje, jak intenzivní dohled nad nemocí (surveillance) bude nutný. Pokud se jedná o léčbu, v první linii terapie proktitidy se často používají čípky. Nálevy (mikroklysmata) se používají v léčbě levostranné kolitidy a léky podávané ústy (často v kombinaci s lokální léčbou) jsou určeny pro léčbu extenzivní kolitidy.

Z hlediska dohledu (surveillance) je rozsah onemocnění důležitý pro předpověď vzniku kolorektálního karcinomu. U pacientů s proktitidou není nutné v rámci dohledu provádět kontrolní koloskopii, ale u pacientů s levostrannou kolitidou nebo extenzivní kolitidou ano.

Aktivita onemocnění ovlivní to, zda léčba bude lokální, systemová, chirurgická, nebo zda bude vůbec zahájena. Klinická, laboratorní, zobrazovací a endoskopická vyšetření, včetně biopsie, pomáhají lékařům určit nejlepší léčbu. Pro definici remise zatím neexistuje úplná shoda. Remise je nejlépe definována s použitím klinických údajů (tj. počet stolic  $\leq 3$  za den bez známek krvácení) a nepřítomností známek onemocnění při endoskopickém vyšetření. Absence známek akutního zánětu při biopsii je také užitečná.

Péče o pacienta je ovlivněna především aktivitou zánětu. Ta určuje, zda pacient nebude léčen vůbec, nebo bude zahájena perorální léčba, nitrožilní léčba nebo mu bude proveden chirurgický zákrok. Bylo navrženo mnoho indexů aktivity onemocnění, ale žádný z nich nebyl dosud validován (tj. ověřen, že je přesný a užitečný). Panuje všeobecná shoda, že kombinace klinických příznaků, laboratorních nálezů (hladiny C-reaktivního proteinu v krvi nebo hladiny fekálního kalprotektinu), zobrazovacích metod (např. rentgenových vyšetření) a endoskopických nálezů (včetně biopsie) pomáhá lékařům v péči o pacienta.

Definice remise zatím stále nebyla odsouhlasena odborníky. V současné době nejlepší definice remise kombinuje symptomy pacienta s nálezy z koloskopie. Pacienti, kteří dosáhnou remise, mají tři nebo méně stolic denně, bez známek krvácení a v koloskopickém nálezu nemají žádné známky zánětu. Zároveň by neměli mít žádné mikroskopické známky zánětu v biopsických vzorcích.

## Příznaky UC

Příznaky UC jsou závislé na tom, jak velká část tlustého střeva je postižena zánětem a jak aktivní onemocnění je. Nejčastějšími příznaky jsou krvácení z konečníku, průjem, tenezmy a/nebo nucení na stoličce. Pacienti s UC také mají často nucení na stoličce v průběhu noci. Celkový pocit nevolnosti, ztráta chuti k jídlu nebo horečka jsou příznaky závažného onemocnění.

Závažnost příznaků UC souvisí se závažností a rozsahem zánětlivých změn v tlustém střevě; zánětlivé změny posuzujeme pomocí koloskopie a biopsie.



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Nejčastějším příznakem u pacientů s UC je přítomnost krve ve stolici. Tento příznak udává více než 90 % pacientů. **Pacienti s rozsáhlou aktivní formou UC** udávají chronický průjem, spojený obvykle s krvácením z konečníku nebo alespoň přítomnost krve ve stolici. Pacienti také udávají nucení na stolicí, tenezmy, přítomnost hlenu nebo krve ve stolici, nucení na stolicí v průběhu noci, křečovitě bolesti břicha nebo bolest (obvykle lokalizovanou do levého podbřišku) před defekací, která přináší úlevu. Pacienti prodávající těžký zánět mají navíc horečku, zrychlený puls, ztrácejí tělesnou hmotnost a mají nafouklé břicho nebo sníženou peristaltiku. Na druhou stranu **pacienti s proktitidou** udávají krvácení z konečníku, nucení na stolicí, tenezmy a někdy trpí těžkou zácpou.

## Anamnéza pacienta

Kompletní lékařská anamnéza má zahrnovat mnoho otázek. Lékař by se například měl ptát, jaké příznaky pacient má a kdy začaly. Mezi tyto příznaky patří:

- krev ve stolici
- nucení na stolicí
- konzistence a frekvence stolice
- tenezmy (nepříjemné až bolestivé vyprazdňování z konečníku)
- bolest břicha
- neschopnost udržení stolice
- nucení na stolicí v průběhu noci
- příznaky, které přímo nesouvisí se střevy (např. bolest kloubů).

Lékař by se měl také ptát na:

- nedávné cesty do zahraničí
- kontakt s infekčními nemocemi, které mohou postihnout střeva
- léky (například antibiotika a nesteroidní antirevmatika, neboli NSAID)
- kouření
- sexuální praktiky
- výskyt CD, UC nebo rakoviny tlustého střeva v rodině
- předchozí apendektomie.

Na diagnózu UC pomýšlíme při klinických příznacích jako je krev ve stolici, nucení na stolicí, změna frekvence stolic, tenezmy, bolesti břicha, neschopnost udržení stolice a nucení na stolicí v průběhu noci. Lékař nebo sestra by měli zjišťovat, zda se v rodině nevyskytly případy IBD nebo rakoviny tlustého střeva. Pacient by měl být dotázán na příznaky týkající se očí, dutiny ústní, kloubů nebo kůže. Vyloučit je třeba infekční kolitidy (způsobené například bakteriemi ze zámořských cest) nebo léky indukované kolitidy (například nesteroidní antirevmatika – NSAID, jako je ibuprofen).

Apendektomie provedená u potvrzeného zánětu přívěsku slepého střeva (apendicitis) prokazatelně snižuje riziko vzniku UC. Průběh UC je také lehčí, byla-li apendektomie provedena pro „skutečnou“ apendicitidu v mladším věku.

Máte-li v rodině nemocného s CD nebo UC, vaše riziko že onemocníte UC je vyšší.

Studie ukázaly, že osoby s provedenou apendektomií u potvrzené apendicitidy v raném věku mají menší pravděpodobnost, že onemocní UC; toto snížení rizika může být až 69 %. Kromě toho, pokud onemocníte UC po apendektomii, nemoc bude mít pravděpodobně lehčí průběh. Je třeba upozornit na to, že apendektomie nebrání rozvoji primární sklerozující cholangitidy (PSC). V současnosti není známo, zda provedení apendektomie po rozvoji UC má vliv na průběh nemoci.

Nejbližší příbuzní pacientů s UC mají 10–15 krát vyšší pravděpodobnost vzniku UC. Nicméně iniciační riziko je nízké, takže příbuzní prvního stupně mají o 2 % vyšší riziko

vzniku UC. Z těchto důvodů by zvýšené riziko nemělo mít výraznější vliv na rozhodování pacientů s UC o tom, zda mít děti.

## Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření by mělo zahrnovat celou řadu věcí:

- celkové posouzení stavu
- stanovení tepové frekvence
- vyšetření tělesné teploty
- vyšetření krevního tlaku
- hmotnost
- výška
- vyšetření břicha pro vzednutí a bolestivost
- anorektální vyšetření

Nálezy zjištěné při fyzikálním vyšetření lékařem závisí na aktivitě a rozsahu onemocnění UC. U mírné nebo střední aktivity vyšetření obvykle neodhalí více než přítomnost krve při anorektálním vyšetření. Pacienti prodávající těžký zánět mohou mít horečku, zrychlenou tepovou frekvenci, ztrácejí tělesnou hmotnost, udávají bolesti v břiše, mají nafouklé břicho nebo sníženou peristaltiku.

## Diagnostické testy

Úvodní testy by měly zahrnovat kompletní krevní obraz, sérové hladiny močoviny, kreatininu, elektrolytů, jaterních enzymů, hladiny vitamínu D, testy na metabolismus železa a CRP. Fekální kalprotektin je přesným ukazatelem přítomnosti zánětu v tlustém střevě. CRP a sedimentace červených krvinek (ESR) jsou užitečné pro měření odpovědi na léčbu u závažného onemocnění. Lékař provádí testování ke zjištění původce infekčního průjmu, včetně Clostridium difficile. Lékař by měl zjistit, zda pacient nebyl imunizován (očkován) proti virovým onemocněním nebo zda nemá tuberkulózu.

V ideálním případě by při stanovení diagnózy měl mít každý pacient vyšetřen kompletní krevní obraz, zánětlivé markery (CRP nebo ESR), elektrolyty, jaterní testy a vyšetřeny vzorky stolice. Hladiny fekálního kalprotektinu získané vyšetřením stolice, ukazují na zánět v tlustém střevě. Nicméně ukazatelé zánětu mohou být normální u mírné nebo středně probíhající levostranné UC. Vyšetření kompletního krevního obrazu může odhalit (a) vysoké hladiny krevních destiček v důsledku přetrvávajícího zánětu, (b) chudokrevnost a nízké hladiny železa svědčící pro chronicitu onemocnění nebo jeho závažnost a (c) zvýšený počet bílých krvinek, který ukazuje např. na možnost probíhající infekce.

Hladina CRP se zvyšuje s rozsahem a aktivitou zánětu, CRP nebývá zvýšeno u pacientů s proktitidou. Vysoké hladiny CRP se obvykle objevují společně s vysokou hodnotou ESR, nižšími hladinami železa a albuminu. Tyto markery mohou také pomoci v rozhodování, zda pacient s těžkou formou akutní kolitidy potřebuje operaci. Zvýšené hodnoty CRP a ESR mohou také znamenat přítomnost infekce. To znamená, že nejsou vhodné k rozlišení UC od jiných příčin příznaků. Lékař by měl rovněž vyloučit další možné původce potíží, jako jsou bakterie (např. Clostridium difficile, Campylobacter nebo E. coli) nebo parazity (např. améby).

## Koloskopie

Je-li podezření na UC, koloskopie (nejlépe s ileoskopií) a biopsie odebraná na více místech ve střevě (včetně konečníku) jsou nejlepší způsoby, jak potvrdit diagnózu a

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



aktivitu onemocnění. V případě těžké ataky onemocnění je provedení rentgenového vyšetření břicha a sigmoidoskopie metodou první volby k potvrzení diagnózy.

Okamžitá hospitalizace je nutná u všech pacientů, kteří splňují kritéria pro těžkou formu kolitidy, neboť opožděné rozhodnutí o operaci může vést ke zvýšení rizika úmrtí nebo komplikovaného průběhu operace.

Koloskopie s vyšetřením terminálního ilea s provedením četných biopsií je nejlepší metodou k diagnóze UC. Umožňuje lékaři prohlédnout delší úsek tlustého střeva a může být přínosnější než sigmoidoskopie. Indikace k jejímu provedení závisí na její dostupnosti, stejně jako na závažnosti nemoci. U pacientů s těžkou formou kolitidy se vyprázdnění střev ani následná koloskopie neprovádí z důvodů potenciální ztráty času a rizika perforace tlustého střeva.

U pacientů v těžkém stavu s podezřením na UC se provádí prostý rentgenový snímek břicha, jehož cílem není potvrzení diagnózy, ale vyloučení komplikace – tzv. toxického megakolon. V tomto případě diagnózu lépe potvrdí sigmoidoskopie na rozdíl od koloskopie.

Pokud je UC v klidové fázi, může nález při endoskopii pomoci s prognózou onemocnění. Opakování endoskopie je užitečné pro zjištění, zda a kdy UC přejde do aktivního stadia. To je také užitečné v případě, kdy pacient potřebuje pro udržení remise užívat steroidy, nebo při jejich užívání nemůže remise dosáhnout. Provedení endoskopie je také užitečné, pokud se uvažuje o provedení kolektomie.

Studie ukázaly, že pokud při koloskopii nejsou patrné žádné známky zánětu, je méně pravděpodobné, že dojde k relapsu onemocnění, nebo že bude třeba v budoucnu provést kolektomii. V těchto případech je také pravděpodobné, že i rok po provedené koloskopii nebude mít pacient žádné příznaky. Rozsah onemocnění, určený pomocí koloskopie, je také důležitý pro predikci budoucího vývoje onemocnění, vyhodnocení rizika rakoviny a rozhodnutí o použité léčbě. Nicméně i přes zjevný význam koloskopie pro určení lokalizace nemoci, nebyly nikdy prováděny studie zkoumající význam opakovaných rutinních koloskopií po počáteční koloskopii při stanovení diagnózy.

V přítomnosti stenózy (tj. zúžení) tlustého střeva, by měl jako příčinu stenózy lékař vyloučit rakovinu. Na základě četných biopsií odebraných z tlustého střeva zvažujeme provedení operace. V některých případech není endoskopická intubace celého tlustého střeva možná. V těchto případech se provádějí zobrazovací metody, jako je například CT kolografie.

V případě dlouhotrvající ulcerózní kolitidy je stenóza tračníku (tj. striktura/zúžení) možným příznakem rakoviny tlustého střeva a vyžaduje pečlivé vyšetření s provedením koloskopie a biopsie. Pokud není v důsledku stenózy možné provedení úplné koloskopie, k posouzení zúžení a přiléhající části tlustého střeva používáme CT kolografii, zcela výjimečně i vyšetření s jednoduchým nebo dvojkontrastním baryovým nálevem. Vyšetřením CT kolografie můžeme posoudit i tkáň v blízkosti stenózy tlustého střeva, stejně jako i jinou mimostřevní patologii, a proto se stává v této situaci metodou volby.

Pojem neurčitá kolitida (indeterminate colitis, IC) se používá pouze při popisu vzorků z resekce střeva. Pokud ani po provedení všech možných testů lékař neví, zda máte CD nebo UC, pak je tento stav nazýván neklasifikovatelným IBD (IBDU).

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Pojem neklasifikovatelná IBD je nejvhodnější pro případy, kdy nelze definitivně rozlišit ulcerózní kolitidu, Crohnovu chorobu nebo jiné příčiny kolitidy. Tento pojem se používá, když rozlišení není možné ani po posouzení anamnézy, endoskopických vyšetřeních, histopatologických vyšetřeních mnohočetných biopsií sliznice a radiologických vyšetřeních. Neurčitá kolitida je pojem používaný patologií v případě, kdy vzorek odebraný při kolektomii má překrývající se rysy UC a CD.

## Medikamentózní léčba aktivní ulcerózní kolitidy

### Proktitida

Mírná nebo střední forma proktitidy je přednostně léčena čípky s obsahem 1 g 5-ASA (mesalazin) podávanými jednou denně. 5-ASA může být použita i ve formě pěnového nálevu. Čípky uvolní do konečníku větší množství léčiva a pacienti je upřednostňují před nálevy. Kombinace lokálního podávání 5-ASA s perorálním užíváním 5-ASA nebo s lokální aplikací steroidů je v léčbě onemocnění účinnější, než samostatné podání některé z těchto forem. Samotné podávání perorální 5-ASA není tak účinné jako její podání v kombinaci. Rezistentní formy proktitidy (tj. tam, kde výše uvedená léčba nemá efekt) vyžadují léčbu imunopresiv a/nebo anti-TNF.

Pro pacienta s proktitidou je nejlepší léčbou lokální aplikace 5-ASA; to bylo prokázáno v mnoha studiích, které při léčbě 5-ASA potvrdily zmírnění příznaků a zlepšení nálezu při koloskopickém a biopsickém vyšetření. Kromě toho jsou čípky účinnější než podání nálevů, protože účinkují přímo v místě zánětu a jsou detekovány v konečníku většiny pacientů i po 4 hodinách od aplikace (40 % oproti 10 %). Zvýšení denní dávky 5-ASA nad 1 gram nepřináší zvýšení účinnosti, podávání jednou denně je stejně účinné jako opakované podávání rozdělené dávky.

Četné studie prokázaly, že lokální podávání mesalazinu je účinnější než lokální léčba steroidy, pokud se jedná o zmírnění příznaků a zlepšení nálezu při koloskopickém a biopsickém vyšetření. Lokální léčba steroidy je vyhrazena pro pacienty, kteří špatně snášejí lokální léčbu 5-ASA.

V léčbě proktitidy je lokální léčba 5-ASA účinnější než perorální podávání 5-ASA. V případě lokalizace nemoci do 50 cm od análního otvoru je podávání kombinace lokální a perorální aplikace 5-ASA účinnější než samostatné podání. Kombinace lokální 5-ASA s lokálními steroidy je také účinná. Pokud kombinace perorální nebo lokální aplikace 5-ASA s lokálními kortikosteroidy není účinná, je třeba do léčby přidat perorální prednisolon. Pokud všechny postupy selžou, podávají se imunopresiva nebo anti-TNF léčba.

### Levostranná kolitida

Léčba mírně až středně aktivní levostranné kolitidy je zahajována nálevy 1 g mesalazinu denně v kombinaci s perorálním podáním více než 2,4 g mesalazinu denně. Kombinovaná léčba perorální a lokální léčby 5-ASA je účinnější než samostatná léčba lokálními steroidy nebo mesalazinem. Je také účinnější než samostatná léčba perorálním mesalazinem. Lokální léčba 5-ASA je účinnější, než léčba lokálními steroidy. Jednorázové podání denní dávky 5-ASA je stejně účinné jako podávání 5-ASA v rozdělených dávkách. Systémové kortikosteroidy lze použít v případě, že je léčba 5-ASA neúčinná. Je-li onemocnění závažné, pak by měl být pacient přijat do nemocnice k zahájení intenzivní léčby.

Ze studií existují jasné důkazy, že jak perorální, tak lokální aplikace 5-ASA je účinná v léčbě levostranné UC. Lékem první volby při mírné až středně aktivní levostranné kolitidě je aplikace kombinované perorální a lokální formy 5-ASA; je prokázáno, že kombinace je účinnější než samostatná aplikace; účinek kombinované perorální a topické léčby nastupuje rychleji, než u samostatného podání. Výsledky četných studií prokázaly, že



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



rektální aplikace 5-ASA je účinnější než rektální aplikace kortikosteroidů, ačkoli několik studií prokázalo, že rektální beklomethasondipropionát (steroidní léčivo) je stejně účinný jako rektální 5-ASA.

Několik studií ukázalo, že rozdělení denní dávky nepřináší žádnou výhodu, a proto lze 5-ASA užívat jednorázově. Bylo prokázáno, že zvýšení denní dávky vede k lepším výsledkům, a minimální doporučená dávka pro levostrannou kolitidou je 2,4 g denně.

V případech, kdy 5-ASA není u pacientů s levostrannou UC účinná nebo není tolerována, je zvažována léčba perorálními kortikosteroidy. Perorální steroidy účinkují rychleji, ale mohou způsobit více vedlejších účinků. Dojde-li u pacienta léčeného 5-ASA ke zhoršení příznaků, má-li krvácení z konečníku i po 10-14 dnech léčby nebo nemá-li úlevu od všech symptomů do 40 dnů od zahájení léčby, mělo by být zahájeno podávání dalšího léčiva (obvykle perorálního kortikosteroidu).

## Extenzivní kolitida

Léčba středně aktivní extenzivní kolitidy je zahajována perorálním podáním více než 2,4 g 5-ASA denně. Ta je dle tolerance podávána v kombinaci s lokální aplikací 5-ASA, což zvýší šanci na udržení remise onemocnění. Jednorázové podání denní dávky 5-ASA je stejně účinné jako podávání 5-ASA v rozdělených dávkách. Systémové kortikosteroidy se podávají, pokud pacient nereaguje na 5-ASA. Těžká forma extenzivní kolitidy je důvodem k hospitalizaci a zahájení intenzivní léčby.

Orální 5-ASA je účinná pro indukci remise u mírné až středně aktivní formy extenzivní UC. Kromě toho je kombinace perorální a lokální formy 5-ASA účinnější než samostatné podávání perorální 5-ASA; klinická studie ukázala, že kombinovaná léčba vedla k dosažení remise u 64 % pacientů ve srovnání s 43 % u těch, kteří užívali pouze perorální 5-ASA. U pacientů s extenzivní kolitidou je jednorázové podání denní dávky 5-ASA stejně účinné jako podávání 5-ASA v rozdělených dávkách.

Léčba perorálními steroidy by měla být zahájena v případě mírné až středně aktivní formy onemocnění, které nereaguje na léčbu 5-ASA. Má-li pacient v udržovací terapii dávku 5-ASA více než 2 gramy na den nebo užívá-li imunomodulátory, potom by se v případě relapsu onemocnění mělo začít s podáváním steroidů. Minimálně dvě studie ukázaly, že steroidy jsou účinné při indukci remise. Pacienti s těžkou formou extenzivní UC by měli být hospitalizováni, neboť se jedná o potenciálně život ohrožující stav.

## Těžká forma kolitidy

Objeví-li se u pacienta více než 6 krvavých průjmů za den a jakékoli příznaky systémového zánětu (tj. tepová frekvence více než 90 za minutu, horečka více než 37,8°C, hladina hemoglobinu nižší než 105 g/l, ESR více než 30 mm/h nebo hladina CRP vyšší než 30 mg/l), jedná se o těžkou UC a pacient by měl být přijat do nemocnice k intenzivní léčbě.

Zhruba u každého šestého pacienta s UC se někdy v průběhu onemocnění objeví akutní ataka těžké kolitidy. Těžká forma UC vyžaduje hospitalizaci a intenzivní léčbu. Navzdory pokrokům v léčbě učiněným v minulém století 2,9 % pacientů hospitalizovaných ve Spojeném království pro akutní těžkou formu UC umírá, méně než 1 % jich umírá ve specializovaných centrech. Z důvodu rizika úmrtí na těžkou formu UC je důležité tuto těžkou ataku včas rozpoznat. Na ataku těžké formy UC pomýšlíme, když se u pacienta objeví šest nebo více krvavých stolic denně a alespoň jeden z následujících příznaků: (a) zrychlená tepová frekvence (více než 90 za minutu), (b) horečka, (c) anemie nebo (d) vysoké hodnoty ESR nebo CRP.

Všichni pacienti s akutní atakou musejí být přijati do nemocnice k intenzivní léčbě, která je zahájena podáváním intravenózních kortikosteroidů, a v případě, že pacient do tří dnů

nereaguje na intravenózní kortikosteroidy, se podává cyklosporin, tacrolimus nebo infliximab. V případech, kdy pacient nereaguje na aplikaci léčiv, je nutné provedení chirurgického zákroku. Rozhodnutí, zda podávat vysoké dávky léčiv nebo provést chirurgický zákrok je třeba provést rychle a svědomitě. Je-li operace odkládána příliš dlouho, mohou v průběhu chirurgického zákroku nastat další komplikace.

Těžká aktivní forma UC by měla být léčena intravenózními steroidy. Lze také použít intravenózní cyklosporin nebo infliximab. Nízkomolekulární hepariny (low Molecular Weight Heparin, LMWH) se podávají ke snížení rizika vzniku krevních sraženin. O pacienta by měl společně pečovat tým gastroenterologů a kolorektálních chirurgů.

Odpověď na podání intravenózních (IV) steroidů je vyhodnocena kolem třetího dne po aplikaci. V případě, že těžká aktivní forma UC nereaguje na podání IV steroidů, musí se zvážit jiné léčebné možnosti, včetně chirurgického zákroku. V druhé linii léčby se používá cyklosporin, infliximab nebo tacrolimus. Pokud nedojde ke zlepšení stavu během dalších 4–7 dnů, jako záchranná terapie se doporučuje kolektomie.

Rozhodnutí o tom, kdy pacientovi s UC doporučit kolektomii je jedním z nejtěžších rozhodnutí, které musí gastroenterolog udělat. Gastroenterolog ve spolupráci s chirurgem musí být přesto maximálně rozhodní a jejich úsudek nesmí být ovlivněn pochopitelnou neochotou pacienta podstoupit operaci. Je-li operace odkládána příliš dlouho, mohou v průběhu kolektomie nastat další komplikace eventuálně dojít k úmrtí.

Objektivní vyšetření (tj. vyšetření, která nejsou ovlivněna emocemi pacienta nebo lékaře) mohou pomoci gastroenterologovi v důležitém rozhodování, zda v léčbě závažné UC upřednostnit kolektomii nebo léky jako cyklosporin, infliximab nebo tacrolimus. Klinické údaje (např. vysoká frekvence stolic), biochemické testy (např. vysoké hladiny CRP) a radiologická vyšetření (ukazující např. na dilataci tlustého střeva) jsou objektivní vyšetření, která pomohou v procesu rozhodování. Při rozhodování je také důležité vzít do úvahy pacientovu individuální situaci. Například intravenóznímu podání cyklosporinu je třeba se vyhnout u pacientů s nízkým obsahem cholesterolu nebo hořčičku vzhledem ke zvýšenému riziku neurologických vedlejších účinků u této skupiny pacientů.

## Léčba používaná k udržení remise

Volba udržovací léčby je dána mnoha faktory:

- jak velká část střeva je postižena (tj. rozsah onemocnění)
- jak často se vyskytují akutní ataky onemocnění
- zda léčba před zahájením udržovací léčby selhala
- jak těžká byla poslední ataka
- jaká léčba byla použita k získání remise během poslední atky
- bezpečnost udržovací léčby
- prevence rakoviny.

Výběr správné léčby k udržení pacientů v remisi závisí na celé řadě faktorů. Pacienti s proktitidou budou s velkou pravděpodobností potřebovat pouze lokální léčbu, zatímco ti s levostrannou nebo extenzivní formou UC budou vyžadovat celkovou perorální terapii. Pacienti, kteří mají v anamnéze krátké intervaly mezi atakami choroby, budou mít větší prospěch z intenzivnější terapie, neboť ta může prodloužit interval mezi akutními atakami. Léky, které v minulosti v udržovací léčbě neúčinkovaly, by se neměly používat znovu. Pokud měla poslední ataka závažnější průběh, měla by být podávána intenzivnější terapie. Závažnost průběhu poslední ataky může předpovídat pravděpodobnost budoucího znovuzplanutí choroby. Pacienti, kteří k dosažení remise vyžadovali podávání

steroidů, budou k udržení remise pravděpodobně potřebovat intenzivní terapii. Vedlejší účinky léků je třeba porovnávat s jejich výhodami ve smyslu prevence akutních atak a rakoviny.

## *Kyselina aminosalicylová*

Perorální deriváty 5-ASA jsou používány v první linii udržovací léčby, pokud pacienti reagují na 5-ASA nebo steroidy (perorální nebo rektální). Rektální forma 5-ASA je používána v první linii udržovací léčby u proktitidy a může být také použita u levostranné kolitidy. Kombinovaná léčba perorální a rektální formou 5-ASA může být použita v druhé linii udržovací léčby.

Mnohé studie prokázaly, že perorální formy 5-ASA jsou účinné v udržení remise. Kromě toho dvě studie prokazují použití rektální formy 5-ASA k úspěšnému udržení remise u pacientů s levostrannou UC. Kombinovaná léčba jak perorální 5-ASA, tak nálevy 5-ASA je pro udržení remise účinnější než samotné podávání perorální 5-ASA. Průzkum mezi pacienty Spojeného království uvádí, že 80 % z nich preferuje perorální léčbu; perorální léčba je pro pacienty přijatelnější než rektální aplikace.

Perorální 5-ASA není účinná v dávce nižší než 1,2 g na den. Pro rektální aplikaci je k udržení remise dostatečná dávka 3 g za týden podávaná v rozdělených dávkách. Dávka může být měněna v závislosti na účinnosti. V některých případech je užitečné podat vyšší dávky, ať už s nebo bez lokálního podání 5-ASA. Při užívání 5-ASA v jedné denní dávce nebudete mít více vedlejších účinků. Perorální přípravky 5-ASA jsou k léčbě vhodnější než sulfasalazin, a to proto, že mají méně vedlejších účinků. Všechny dostupné perorální přípravky 5-ASA jsou účinné. Neexistuje žádný přesvědčivý důkaz, že k udržovací léčbě je některý přípravek 5-ASA lepší než ostatní.

Minimální účinná dávka pro perorální formu 5-ASA je 1,2 g na den. Vzhledem k tomu, že ani při vyšších dávkách 5-ASA nepřibývá vedlejších účinků, může být dávka v některých případech navýšena. Není také rozdíl mezi tím, zda užíváte 5-ASA v jedné denní dávce nebo několikrát denně. Režim podávání jednou za den je výhodný, protože jej pacient snáze dodržuje. Perorální formy 5-ASA mají srovnatelnou účinnost se sulfasalazinem, ale dává se jim přednost, protože způsobují méně vedlejších účinků. Zatím není k dispozici přesvědčivý důkaz, že by některý konkrétní preparát 5-ASA byl lepší než ostatní.

Dlouhodobá udržovací léčba 5-ASA je doporučována, protože může snížit riziko vzniku rakoviny tlustého střeva.

Studie ukázala, že pravidelná léčba 5-ASA snižuje riziko vzniku rakoviny tlustého střeva o 75 %. Z tohoto důvodu by měla být považována za vhodnou udržovací léčbu.

## *Thiopuriny*

Jsou-li k udržení remise potřebné steroidy, pacient by měl být léčen thiopuriny.

U pacientů, kteří potřebují k udržení remise steroidy, je ve zmírňování příznaků a léčbě zánětu (jak je patrné při koloskopii) azathioprin účinnější než 5-ASA. Asi polovina pacientů závislých na steroidech udrží při podávání azathioprinu remisi bez nutnosti podání steroidů po dobu tří let. Pacienti, u kterých po vysazení steroidů dojde k nové atace choroby, by měli začít užívat azathioprin.

Pacienti se středně aktivní formou UC, kteří nereagují na thiopuriny, by měli být léčeni anti-TNF nebo tacrolimem. Neúčinná léčba by měla být ukončena a měl by být zvážen chirurgický zákrok.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Pacienti s UC, závislou na steroidech, kteří nereagují na thiopuriny, by měli být znovu vyšetřeni koloskopii a biopsií k potvrzení diagnózy a vyloučení dalších komplikací. Postup léčby s cílem úplného vysazení steroidů by měl být projednán s pacientem a měla by být zvážena léčba anti-TNF. Existují přesvědčivé důkazy, že terapie anti-TNF je účinná pro středně těžké až těžké formy UC, které nereagují na kortikosteroidy nebo imunomodulátory. Tacrolimus může být také účinný, ale důkazy pro tuto léčbu jsou méně přesvědčivé.

V případě, že na některé z těchto léčiv pacient s UC neodpoví nebo přestane reagovat, je třeba zvážit provedení operace. Při kolektomii, i když není bez rizika, dojde k odstranění postiženého tlustého střeva, čímž může dojít k „vyléčení“ UC. Léčba imunosupresivy je zbytečná a iracionální v případě, že nepřináší prospěch, oddalováním operace naopak zvyšujeme riziko komplikací během a po operaci.

Všichni pacienti by měli mít udržovací léčbu. Pouze v případech omezeného rozsahu choroby (např. u proktitidy) je možné podstoupit léčbu na bázi „podle potřeby“.

I když se cítíte lépe, je důležité nadále užívat léky. U pacientů, kteří pravidelně užívají léky je méně pravděpodobně, že dojde k nové atace choroby, než u těch, kteří je neužívají. Dodržování předepsané léčby významně ovlivňuje šanci na udržení remise. Například jedna studie ukázala, že u pacientů, kteří si v lékárně vyzvedli méně než 80 % předepsaných léků 5-ASA na udržovací léčbu byla pětkrát vyšší pravděpodobnost relapsu než u těch, kteří si jich vyzvedli více než 80 %.

Thiopuriny jsou indikovány v případě mírné až středně závažné formy nemoci s časným relapsem nebo častými recidivami i při optimálním dávkování 5-ASA, v případě intolerance 5-ASA, v případě remise závislé na steroidech nebo u remise dosažené cyklosporinem (nebo tacrolimem). Jestliže pacient reaguje na léčbu anti-TNF, existují dvě možnosti k udržení remise. Jednou z nich je použití některého z thiopurinů. Druhou možností je pokračování v léčbě anti-TNF s podáním nebo bez podání thiopurinů. U pacientů s těžkou formou kolitidy, která reaguje na léčbu IV steroidy, cyklosporinem nebo infliximabem, je pro udržovací léčbu zvažována léčba thiopuriny. Pokud však pacient reaguje na podávání infliximabu, je také vhodné, aby byl podáván v udržovací léčbě. Pokud thiopuriny nebyly dříve účinné, je třeba se pokusit udržet remisi pomocí anti-TNF.

Několik studií prokázalo, že thiopuriny jsou účinné v udržovací léčbě UC, i když důkazy pro jejich použití u UC jsou slabší než u CD. Nedávná studie ukázala, že azathioprin byl v udržovací léčbě bez steroidů po šesti měsících účinnější než 5-ASA (53 % pacientů zůstalo v remisi na azathioprinu ve srovnání s 21 % léčených 5-ASA). Kromě toho lze thiopuriny podávat v udržovací léčbě remise dosažené cyklosporinem nebo tacrolimem; tato léčba také může snížit pravděpodobnost nutnosti kolektomie, a to jak v krátkodobém horizontu (tj. 1 rok), tak i v dlouhodobém horizontu (tj. 5 let).

Další možností je zde podávání anti-TNF. Studie prokázaly, že používání infliximabu pomáhá pacientovi dosáhnout a udržet remisi, a stejně tak může umožnit úplné vysazení steroidů. Navíc zřejmě také pomáhá předcházet kolektomii. U adalimumabu bylo také prokázáno, že pomáhá pacientům se středně těžkou až těžkou formou UC dosáhnout a udržet remisi, zmírňovat příznaky a umožňuje i vysazení steroidů.

Další možností je kombinace thiopurinů s anti-TNF. Ta může snížit riziko rozvoje rezistence či snížení účinnosti anti-TNF terapie v důsledku tvorby protilátek proti anti-TNF. Ve studii bylo prokázáno, že kombinace infliximabu s azathioprinem byla při umožňování vysazení steroidů účinnější než samostatně podávané léky. Podávání této kombinace zřejmě také pomáhá předcházet kolektomii. Podávání azathioprinu může být pravděpodobně po prvních šesti měsících kombinované léčby ukončeno, protože



protilátky snižující účinek infliximabu, jejichž tvorba je thiopuriny inhibována, se vytvářejí především v několika prvních měsících léčby anti-TNF.

## Chirurgická léčba UC

V akutním případě, kdy pacient nereaguje na podávanou léčbu nebo musí užívat 20 mg (a více) prednisolonu denně po dobu delší než šest týdnů, by měla být provedena kolektomie (odstranění tlustého střeva)

Je-li to možné, je vhodné provedení tohoto výkonu laparoskopicky.

Chirurgické komplikace jsou pravděpodobnější, pokud je operace opožděna.

V případě akutní těžké formy UC je důležitá spolupráce chirurgů a gastroenterologů. Před provedením chirurgického zákroku je vždy důležité se pokusit o farmakologickou léčbu, stejně tak důležité ale je, aby rozhodnutí o provedení operace nebylo zbytečně opožděno. Zpoždění operace často vede k horším výsledkům v jejím průběhu a po operaci. Při selhání farmakologické terapie je nutno pacientovi vysvětlit důležitost chirurgické terapie. V případě akutní těžké formy UC nebo při dlouhém předlčení steroidy se operace provádí ve dvou až třech fázích (tj. nejdříve je provedena kolektomie a ileostomie). Odstranění chorobou postiženého tlustého střeva umožňuje zlepšit celkový stav pacienta, včetně stavu jeho výživy. Dalším krokem může být vytvoření pouche s ileoanální anastomozou (IPAA) nebo ponechání trvalé ileostomie. Provedení kolektomie také umožňuje jednoznačné vyloučení Crohnovy choroby; v případě, že ve vzorku tlustého střeva nalezneme Crohnovu chorobu, není provedení IPAA vhodné. Laparoskopicky provedená kolektomie je výhodnější, neboť vede k rychlejší regeneraci a má méně komplikací.

IPAA by měly být prováděny ve specializovaných centrech, ve kterých mají zkušenosti s prováděním těchto zákroků. V takových centrech je nižší počet komplikací a také jsou zde schopni zachovat IPAA při vzniku komplikace.

IPAA je velmi složitá operace. Lepší výsledky a méně komplikací mají proto lékaři v těch nemocnicích, kde se jich provádí dostatečný počet, než v těch, kde se provádí sporadicky. V těchto nemocnicích také zkušenější lékaři snáze zvládají komplikace a je zde i větší šance na „záchranu“ IPAA při výskytu závažných komplikací.

Ženy ve fertilním věku by měly s gastroenterologem a kolorektálním chirurgem prodiskutovat jiné možnosti chirurgické léčby, protože existuje riziko, že po IPAA nebudou moci mít děti. Mezi takové možnosti patří subtotální kolektomie s koncovou ileostomií nebo ileorektální anastomóza.

Polovina žen, které absolvují IPAA operaci, nemůže mít děti a IPAA ztrojnásobuje riziko neplodnosti ve srovnání s farmakologicky léčenou UC (48% míra neplodnosti po IPAA operaci ve srovnání s 15% mírou u pacientek s UC léčených farmakou). Neplodnost je pravděpodobně způsobena pooperačními srůsty vejcovodů. Proto lze u žen, které chtějí otěhotnět, zvážit provedení alternativního výkonu, jako je trvalá ileostomie nebo ileorektální anastomóza. Výhodou ileorektální anastomózy je to, že nemá vliv na snížení plodnosti. Nevýhodou je, že operace neodstraní zánětem postižený konečník, s čímž souvisí riziko rakoviny tlustého střeva.

Provedení ileorektální anastomózy by mělo být zváženo ve zvláštních případech. V případě jejího provedení by neodstraněné rektum mělo být dále sledováno vašim gastroenterologem.

Ileorektální anastomóza není doporučovaný způsob léčby, protože neodstraňuje příznaky UC v důsledku zachování konečníku. Nicméně polovina pacientů, kteří mají provedenou

ileorektální anastomózu, ji mají zachovánu i po deseti letech a kvalita jejich života je srovnatelná s pacienty po IPAA. Proto ji lze považovat za alternativu léčby u některých pacientů s UC, zejména u žen, které chtějí v budoucnu otěhotnět. Vzhledem k riziku rakoviny tlustého střeva v zachovaném konečniku je třeba jej důsledně kontrolovat.

Užívání prednisolonu v dávce 20 mg nebo více za den (nebo ekvivalentní dávky jiného kortikoidu) po dobu delší než šest týdnů zvyšuje riziko komplikací při a bezprostředně po operaci. Je-li to možné, kortikosteroidy by měly být před operací vysazeny.

Mnohé studie prokázaly, že u pacientů, kteří užívají 20 mg nebo více prednisonu na den po dobu více než šest týdnů, je větší pravděpodobnost chirurgických komplikací. Je-li to možné, steroidy by měly být před operací vysazeny.

Pokud se steroidy vysazují až po operaci, je nutno zabránit krizi z rychlého vysazení, což je stav, který se vyznačuje poklesem tlaku a snížením hladin sodíku a glukózy v krvi.

Užívání thiopurinů nebo cyklosporinu před operací nezvyšuje riziko komplikací po chirurgickém zákroku. Infliximab podávaný před chirurgickým zákrokem ale může riziko vzniku komplikací po chirurgickém zákroku zvýšit.

Užívání thiopurinů nebo cyklosporinu před chirurgickým zákrokem nezvyšuje riziko pooperačních komplikací po kolektomii. Některé studie ukázaly, že užívání infliximabu zvyšuje riziko vzniku komplikací bezprostředně po chirurgickém zákroku, a je pravděpodobné, že tyto komplikace souvisí s vyšším rizikem infekce z imunoprese. Na druhé straně v několika dalších studiích se zvýšené riziko pooperačních komplikací po infliximabu neprokázalo. Vzhledem k nedostatku studií zkoumajících toto léčivo není známo, zda také tacrolimus zvyšuje riziko pooperačních komplikací.

## Chirurgické komplikace – pouchitida (záněť „vaku“)

Diagnóza pouchitidy je dána symptomy a konkrétními endoskopickými a histologickými nálezy. Pouchitida je častější u pacientů s rozsáhlejším postižením tlustého střeva před operací, v případech mimostřevních komplikací (tj. primární sklerozující cholangitida - PSC), u nekuřáků, p-ANCA pozitivních pacientů nebo u pacientů užívajících NSAID.

Mezi příznaky pouchitidy patří zvýšená frekvence řídkých stolic, křeče, nucení na stolic, tenezmy a pánevní dyskomfort. Může se objevit i krvácení z konečniku, horečka nebo mimostřevní příznaky. Diagnózu pouchitidy nelze stanovit jen na základě příznaků. Například cuffitida (záněť sliznice ponechané části rekta) může mít podobné příznaky. Podobně Crohnova nemoc vaku a syndrom dráždivého vaku (obdoba syndromu dráždivého tračníku) může vyvolat podobné příznaky. Z tohoto důvodu se k potvrzení diagnózy provádí pouchoskopie (endoskopické vyšetření vaku – pouche). Zánětlivé změny při pouchitidě vypadají jinak než zánětlivé změny při UC, protože se jedná o jiné onemocnění. V průběhu pouchoskopie se odebírají biotické vzorky, aby se potvrdilo, že se jedná o pouchitidu a ne o Crohnovu chorobu nebo infekci *Clostridium difficile*.

Některé faktory jsou spojeny s vyšším rizikem pouchitidy. Vyšší riziko pouchitidy mají pacienti s extenzivní formou UC před operací, s postižením terminálního ilea (tzv. backwash ileitis), v případech mimostřevních onemocnění (zvláště PSC), u nekuřáků a u pravidelných uživatelů NSAID. Tyto rizikové faktory by se měly u každého pacienta individuálně posuzovat, i když obvykle je provedení IPAA nevyhnutelné.

Nejčastějšími příznaky pouchitidy jsou zvýšená frekvence řídkých stolic, nucení na stolic, břišní křeče a pánevní (tj. lokalizovaný do oblasti dolního břicha a konečniku) dyskomfort. Horečka a krvácení jsou vzácné. V případě, že pacient nemá žádné příznaky, se pouchoskopie neprovádí.

Mezi příznaky pouchitidy patří zvýšená frekvence stolic, řídké stolice, břišní křeče, nucení na stolic, tenezmy a pánevní dyskomfort. Může se objevit i krvácení z konečníku, horečka nebo mimostřevní příznaky. Krvácení z konečníku se více než u pouchitidy objevuje u zánětu ponechané části rekta. Inkontinence stolice se může objevit i v nepřítomnosti pouchitidy po IPAA, ale častější je u pacientů s pouchitidou.

Jak metronidazol tak ciprofloxacin jsou účinné v léčbě pouchitidy, i když není jasné, který způsob léčby je nejlepší. Ciprofloxacin má méně vedlejších účinků. Léky proti průjmu (např. loperamid) mohou snížit počet řídkých stolic (v přítomnosti nebo nepřítomnosti pouchitidy).

Nejúčinnějším způsobem léčby pouchitidy jsou antibiotika. Nejběžněji používaná antibiotika jsou metronidazol a ciprofloxacin. Ciprofloxacin je zřejmě nejučinnější pro zlepšení příznaků, zlepšení nálezu při pouchoskopii a má méně vedlejších účinků. Podávání léků proti průjmu (např. loperamidu) by se mělo rovněž zvážit u pacientů s IPAA, protože mohou významně snížit počty řídkých stolic bez ohledu na to, zda pacient má pouchitidu, či nikoliv.

Pokud je remise pouchitidy dosaženo antibiotiky, k udržení remise může přispět probiotický koktejl VSL#3. VSL#3 může také zabránit vzniku pouchitidy, pokud je podáváno bezprostředně po ukončení IPAA.

Jakmile bylo dosaženo remise chronické pouchitidy, k udržení remise pomáhá léčba s koncentrovanou probiotickou směsí VSL#3. Bylo prokázáno, že preventivní použití VSL#3 může zabránit rozvoji akutní pouchitidy v prvním roce po operaci (pouze u 10 % pacientů, kteří užívali VSL#3 došlo k rozvoji pouchitis ve srovnání s 40 %, kteří užívali placebo). Mechanismy účinku VSL#3 nejsou známy, pravděpodobně to souvisí se zvyšováním bakteriální diverzity a snížením výskytu plísni ve střevě po IPAA.

## *Komplikace – Kolorektální karcinom*

Pacienti s dlouhotrvající extenzivní formou UC mají vyšší riziko vzniku rakoviny tlustého střeva.

Podle jedné studie je riziko rakoviny tlustého střeva u pacientů s UC 2 % po 10 letech trvání nemoci, 8 % po 20 letech a 18 % po 30 letech trvání nemoci. Největší riziko mají pacienti s pankolitidou, střední riziko pacienti s levostrannou kolitidou a pacienti s proktitidou zvýšené riziko nemají. Čím déle pacient trpí UC a čím větší úsek střeva je postižen, tím větší je riziko vzniku kolorektálního karcinomu.

Někteří pacienti s UC jsou náchylnější ke vzniku rakoviny tlustého střeva než ostatní: Jsou to pacienti s:

- PSC
- pozánětlivými polypy
- rodinnými příslušníky, kteří mají nebo měli rakovinu tlustého střeva
- závažným nebo perzistujícím zánětem.

Nejpřesvědčivějšími rizikovými faktory pro vznik rakoviny tlustého střeva jsou primární sklerotizující cholangitida (PSC) a histologická nebo klinická aktivita onemocnění. Pacienti s PSC mají celoživotně zvýšené riziko rakoviny tlustého střeva až o 31 %. Pozánětlivé polypy jsou také silným rizikovým faktorem, i když je možné, že toto zvýšené riziko je způsobeno záměnou dysplastických lézí za pozánětlivé polypy. Rodinný výskyt rakoviny tlustého střeva je také spojen se zvýšeným rizikem, i když to nepotvrzují všechny studie.

Prevenčí vzniku kolorektálního karcinomu je koloskopie. První preventivní koloskopie by měla být provedena 8 let od prvních projevů UC. Riziko karcinomu je závislé na rozsahu a tíži onemocnění.

Mezi rizikové faktory rakoviny tlustého střeva u pacientů s UC patří: (a) pankolitida, (b) endoskopické a/nebo histologické známky zánětu, (c) pseudopolypy a (d) rodinná anamnéza kolorektálního karcinomu; v případě, že pacient má tři nebo více z těchto rizikových faktorů je vystaven vysokému riziku, pokud jich má dva nebo méně, je riziko malé.

Pokud je pacient ve vysokém riziku a má extenzivní nebo levostrannou formu UC, měl by mít koloskopii jednou za rok od osmého roku po stanovení diagnózy; v případě, že je v nízkém riziku, koloskopie se provádí jednou za 3–4 roky. Pokud ve dvou po sobě jdoucích preventivních koloskopiích nejsou nalezeny známky rakoviny nebo endoskopické a/nebo histologické známky zánětu, může být interval mezi vyšetřeními prodloužen (např. z každých 1–2 let na každé 3–4 roky).

Podávání 5-ASA může snížit riziko vzniku rakoviny tlustého střeva. Kyselina ursodeoxycholová by měla snížit riziko vzniku rakoviny tlustého střeva v přítomnosti PSC. Není známo, zda mohou být thiopuriny použity pro snížení rizika rakoviny tlustého střeva.

Léky, které se používají ke snížení rizika vzniku rakoviny či její progresi se nazývají chemopreventivní léky. Preparáty 5-ASA jsou příkladem takového chemopreventivního léku u UC. Četné studie prokázaly že podávání 5-ASA snižuje riziko rakoviny tlustého střeva u pacientů s UC; riziko může být léčbou 5-ASA sníženo dokonce na polovinu. Doplnky stravy s obsahem kyseliny listové, vápníku, multivitaminů nebo užívání statinů riziko rakoviny tlustého střeva u UC nesnižují; není známo, zda takto účinkují thiopuriny. Pacienti s UC, kteří mají také PSC, mají velmi vysoké riziko vzniku rakoviny tlustého střeva; jejich celoživotní riziko může být až 31 %. Naštěstí je prokázáno, že kyselina ursodeoxycholová snižuje výskyt rakoviny tlustého střeva u pacientů s UC a PSC, a proto by měla být u těchto pacientů rutinně používána.

## *Jiné komplikace*

Psychologické faktory mohou ovlivnit průběh UC. Pacienti, kteří trpí stresem nebo depresí, mají zvýšené riziko relapsu onemocnění. Ti, kteří jsou často v depresi, mají nízkou kvalitu života a úzkostní pacienti méně ochotně podstupují léčbu.

Četné studie s pacienty s UC prokázaly, že psychický stres jde ruku v ruce s aktivitou nemoci. Některé studie ukázaly, že extrémní stres, úzkost a deprese mohou zapříčinit novou ataku nemoci, ačkoliv jedna studie souvislost depresí s relapsem choroby neprokázala. Důkazy v tomto ohledu nejsou přesvědčivé. Nicméně bylo prokázáno, že deprese a neuroticismus (rys osobnosti vyznačující se emocionální nestabilitou, úzkostí, strachem a starostmi), jsou spojeny s nižší kvalitou života. Úzkost a změny nálady mohou souviset s odmítáním lékařské péče u UC.

Psychosociální důsledky nemoci a zdravotním stavem ovlivněnou kvalitu života by měl lékař s pacientem prodiskutovat. Lékař by měl o nemoci pacientovi poskytnout na míru šité (tj. individualizované) informace. Kombinace umožnění sebepečce a na pacienta zaměřených schůzek může zlepšit kontrolu nad průběhem UC.

Pohled na zdraví může ovlivnit pacientovu zkušenost s nemocí. Pacienti ve stresu mohou mít potíže při zpracovávání důležitých informací o své nemoci. Zvyšování povědomí o těchto problémech může zlepšit komunikaci mezi pacientem a lékařem nebo zdravotní sestrou/jiným zdravotnickým profesionálem. Je důležité, aby pacienti byli informováni o



svém stavu individuálně a byla jim poskytnuta emocionální podpora. Je to proto, že pacienti, kteří mají o své nemoci méně informací, mají tendenci mít větší obavy a starosti.

Využití zdravotní péče silně souvisí s psychosociálními faktory. Špatná adherence k lékařské pomoci byla zaznamenána u více než 40 % pacientů a klíčovým se ukazuje být vztah mezi pacientem a lékařem nebo zdravotní sestrou. Doporučení pro pacienta umožňující sebezpečí spolu s konzultacemi zaměřenými na pacienta pomohou zlepšit kontrolu nad onemocněním. Edukační brožury se samy o sobě nezdají být užitečné a mohou zhoršit léčebné výsledky. I vzdělávací programy zřejmě mají malý nebo žádný vliv na průběh nemoci nebo psychickou pohodu pacientů.

## Extraintestinální komplikace – kosti a klouby

V průběhu UC se může objevit artritida (tj. bolest kloubů s otokem), lokalizovaná v kloubech rukou a nohou (tzv. „periferní artritida“) nebo v dolní části zad (takzvaná „axiální artritida“). Pokud artritida postihuje velké klouby na rukou a nohou, léčba UC obvykle zmírňuje její příznaky. Pokud příznaky přetrvávají i po odeznění příznaků UC, lze krátkodobě použít NSAID. V léčbě periferní artritidy je také účinná lokální aplikace steroidů injekcí a rehabilitační terapie. V případě, že perzistující periferní artritida přetrvává, je zahájena léčba sulfasalazinem. Existují důkazy, že intenzivní rehabilitace s podáváním NSAID je účinná při léčbě artritidy dolní části zad. Z důvodu nedostatečného bezpečnostního profilu je ovšem nejlépe se léčbě NSAID vyhnout. V léčbě axiální artritidy jsou sulfasalazin, methotrexát a azathioprin obvykle neúčinné nebo účinné jen velmi málo. Anti-TNF jsou vhodnými léky u ankylozující spondylitidy a v případě, když pacient netoleruje nebo nereaguje na NSAID.

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

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

Pokud jde o axiální artropatii u UC, většina léčebných postupů vychází z dat získaných ve studiích týkajících se ankylozující spondylitidy. 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.

Osteopenie může předpovídat budoucí osteoporózu, ale sama představuje jen malé přímé riziko. Jsou-li ale splněna určitá kritéria (tzn. T skóre je menší než -1,5), měl by být podáván vápník a vitamin D. V případech prodělaných zlomenin kostí je osteoporózu potřeba léčit v každém případě (i když jsou hodnoty T skóre normální).

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.

Nejsilnější předpovědní faktor rizika fraktury je předchozí zlomenina obratle, a to i u těch pacientů, kteří mají normální hustotu kostí. Proto by mělo být o pacienty s proběhlými frakturami vhodně pečováno.

## Kůže

Léčba anti-TNF může způsobit zánět kůže. Po ukončení léčby zánět obvykle zmizí. Pokud není jasné, co je příčinou zánětu kůže, pacient by měl být vyšetřen dermatologem. Výběr vhodné léčby je většinou založen na průběhu dalších chronických onemocnění pacienta. Tato léčba může zahrnovat lokální steroidy, lokální keratolytická léčiva, vitamin D, methotrexát, zahájení nebo zastavení anti-TNF léčby.

Léčba anti-TNF u pacientů s UC může způsobit kožní abnormality charakteru lupenky a ekzému; tyto abnormality se objevují přibližně u 22 % pacientů léčených anti-TNF. Tyto kožní změny se nevyskytují současně s příznaky IBD, objevují se častěji u žen. Lokální terapie kortikosteroidy, keratolytiky (např. kyselinou salicylovou, močovinou), změkčovadly, analogy vitamínu D a ultrafialovými (UV) paprsky (UVA nebo úzkopásmové UVB záření) může způsobit částečnou nebo úplnou remisi u téměř poloviny pacientů. Celkově 34 % lidí s kožními komplikacemi anti-TNF terapie musí nakonec tuto léčbu ukončit. Po ukončení léčby anti-TNF kožní problémy obvykle odezní.

## Oči

Pacienta s očními problémy by měl vyšetřit oftalmolog. Episkleritidu (tj. oční zánět) nemusíme léčit systémovým podáváním léku, neboť obvykle reaguje na lokální aplikaci steroidů nebo NSAID. Uveitida je léčena steroidy podávanými lokálně nebo systémově. Imunomodulátory, včetně anti-TNF, mohou být účinné u perzistujících nálezu.

Uveitida a episkleritida jsou nejčastějšími očními příznaky v souvislosti s IBD. Episkleritida může probíhat bezbolestně, kdy se projevuje jen začervenáním očí, ale může se také objevit svědění a pálení očí. Zánět se může zhojit i sám bez léčby; účinné jsou obvykle lokální steroidy, NSAID nebo analgetická léčba základní choroby UC.

Uveitida (tj. zánět žilnatky) je méně častá, ale může mít závažné důsledky. Uveitida v souvislosti s UC často postihuje obě oči, objevuje se neočekávaně a má dlouhotrvající průběh. Pacienti si stěžují na bolesti očí, rozmazané vidění, citlivost na světlo a bolesti hlavy. Jelikož se jedná o vážné onemocnění a pacient s uveitidou může oslepnout, měl by neodkladně navštívit oftalmologa (tj. odborného očního lékaře). Léčba obvykle zahrnuje lokální a systémovou aplikaci steroidů. V rezistentních případech se účinnými ukázaly azathioprin, methotrexát, infliximab a adalimumab.

## Játra a žlučník

V průběhu UC se mohou objevit i nemoci jater, žlučníku a žlučových cest; souhrnně se nazývají hepatobiliárními poruchami. V případě abnormálních hodnot jaterních testů by je lékař měl kontrolovat pravidelně. Ultrazvukové vyšetření a sérologické testy jsou používány k pátrání po autoimunních a infekčních příčinách. Jednou z možných

hepatobiliárních poruch je primární sklerozující cholangitida (PSC) a nejlepší způsob, jak ji diagnostikovat, je MRCP. Lidé s PSC mají větší riziko nádorového onemocnění.

Abnormality jaterních testů jsou u IBD běžné. Nejčastější příčinou abnormálních hodnot jaterních testů u pacientů s IBD je PSC, mohou být ale způsobeny i jinými příčinami, které se také vyskytují v souvislosti s IBD (např. cirhóza, žlučové kameny a chronická hepatitida). Některé léky (např. azathioprin) používané v léčbě IBD mohou také způsobit abnormality jaterních testů. Abnormality jaterních testů se objeví v rutinních testech ještě předtím, než se objeví příznaky.

Abnormální jaterní testy jsou pravděpodobně způsobeny PSC v případech, kdy je ultrazvukový nálezní normální, vedlejší účinky léků na játra nepravděpodobné a sérologické testy na jiné primární onemocnění jater negativní. Obvyklý diagnostický test k potvrzení diagnózy PSC je MRCP; v přítomnosti PSC vyšetření ukáže nepravidelné žlučovody s oblastmi zúžení a rozšíření (dilatace). Pokud vyšetřením MRCP neprokážeme žádný nálezní, měla by být provedena jaterní biopsie. Je důležité jednoznačně určit, zda se jedná o PSC, protože tato diagnóza zvyšuje u pacientů s UC riziko vzniku rakoviny tlustého střeva a žlučových cest. Proto musí být pacienti s PSC důkladně sledováni.

### *Krev a koagulace*

Riziko vzniku krevních sraženin a úmrtí s tím souvisejícím je u pacientů s UC dvojnásobné ve srovnání s lidmi bez UC. Prevence vzniku krevních sraženin může být provedena mechanicky (např. použitím kompresních punčoch) nebo podáváním léků (např. heparinu). Léčba vzniklých krevních sraženin u UC je založena na podávání léků k ředění krve s přihlédnutím k potenciálně zvýšenému riziku krvácení.

Pacienti s UC jsou vystaveni zvýšenému riziku tvorby krevních sraženin v žilách, (tzv. žilní tromboembolické nemoci); důvody nejsou z velké části známy. Tyto faktory jsou důležité pro 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 krevních sraženin se používají léky na ředění krve (tzv. antikoagulanty). U pacienta s druhou epizodou výskytu krevních sraženin zvažujeme dlouhodobou léčbu. Není jasné, zda mají pacienti s IBD při podávání léků na ředění krve více krvácivých komplikací než lidé bez IBD. Pacienti s UC by se měli vyvarovat cestování na velké vzdálenosti jakož i užívání perorální antikoncepce, protože tyto faktory mohou dále zvyšovat riziko vzniku krevních sraženin.

Preparáty obsahující železo jsou potřebné v případě anemie z nedostatku železa. Měly by být rovněž podávány i v případě nedostatku železa bez anemie. Intravenózně podávané železo účinkuje lépe a je lépe snášeno než perorální přípravky s obsahem železa. V přítomnosti závažné anemie, intolerance perorálních přípravků s obsahem železa nebo neúčinnosti perorálně podávaného železa, by železo mělo být podáváno IV. Pokud je potřeba rychlého účinku, IV železo by mělo být podáváno společně s přípravky s erythropoetickou aktivitou.

Pokud je přítomna anemie a je potvrzen nedostatek železa, měla by být zahájena doplňková léčba přípravky s obsahem železa. V případě nedostatku železa bez anemie je zvolen individuální přístup. Hlavním cílem léčby anemie z nedostatku železa je zajistit dostatek železa pro zvýšení hladiny hemoglobinu. V ideálním případě by se hladina hemoglobinu měla zvýšit o více než 20 g/l nebo přiblížit k normálním hodnotám během 4 týdnů, zásoby železa by měly být doplněny (saturace transferinu více než 30 %), čímž se zmírní příznaky anemie a zlepší se kvalita života. Hladiny saturace transferinu vyšší než

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



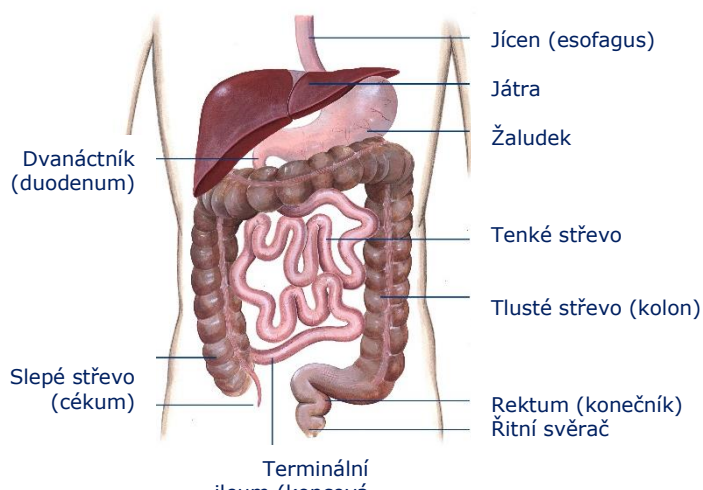
50 % a hladiny ferritinu větší než 800 g/l jsou považovány za toxické a je třeba se jim vyhnout.

Preparáty s obsahem železa se mohou aplikovat perorálně, intramuskulárně nebo intravenózně; použitá metoda souvisí s příznaky a příčinami anemie, její závažností a dalšími okolnostmi souvisejícími s diagnózou UC. Perorální léčba je gastroenterology preferována, i když často způsobuje gastrointestinální příznaky jako je nevolnost, nadýmání a průjmy. 90 % železa není ve střevě absorbováno a může vést ke zhoršení průběhu IBD. I když nejsou zatím běžně používány, stávají se infuze s intravenózním železem populární, neboť jsou stejně účinné, přinášejí rychlejší výsledky a jsou bezpečnější než podávání perorálního železa. Souhrnně lze říci, že IV železo užívají pacienti, kteří netolerují nebo nereagují na perorální železo, pacienti s těžkou anémií, s vysokou aktivitou zánětu a ti, kteří užívají léky ke stimulaci produkce červených krvinek.



## 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 nebo rektálně ve formě nálevu, pěny nebo čípku.
6-TGN	Léky	Aktivní metabolit azathioprinu nebo merkaptopurinu.
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.
Adalimumab	Léky	Anti-TNF, 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 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 nemáte dostatek normálních červených krvinek nebo hemoglobinu. Anemie může způsobovat únavu a slabost.
Anemie chronických	Nemoci v souvislosti s	Anemie provázející chronická onemocnění jako např. IBD nebo jiné zánětlivé procesy.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



chorob	IBD nebo se zánětem	
Anemie z deficitu železa	Nemoc	Je stav, při kterém je v důsledku nedostatku železa snížený počet červených krvinek.
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, která poskytují úlevu od průjmu. Nejčastěji se používá loperamid.
Anti-TNF léčiva	Léky	Biologické léčivo (vyráběné s použitím biotechnologických metod) často používané v léčbě zánětlivého onemocnění střev (IBD). Nejčastěji se používá infliximab, adalimumab, certolizumab a golimumab.
Apendektomie	Chirurgická léčba	Odstranění apendixu chirurgem. Obvykle se provádí v případě apendicitidy.
Apendicitida	Nemoc	Zánět apendixu, 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 postižení jednoho či více kloubů, způsobující jejich bolest a otok.
Artropatie		Jakýkoli abnormální stav nebo nemoc postihující kloub.
Asistovaná enteroskopie	Test	Vyšetření tenkého střeva za pomoci speciálního endoskopu.
Autoimunní	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 nebo vedolizumab.
Biopsie	Diagnostický test	Biopsie je vzorek tkáně, odebraný z určité části těla s cílem jeho podrobného vyšetření. Biopsie se odebírá ze střevní stěny během koloskopie.
Bisfosfonáty	Léky	Sloučeniny, které zpomalují řídnutí kostí a zvyšují jejich pevnost.
Budesonid	Léky	Lék patřící do skupiny kortikosteroidů. Budesonid má protizánětlivé účinky a používá se při akutním vzplanutí choroby u pacientů s ileocekální formou

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		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 příznaky podobné IBD.
COX-2 inhibitory	Léky	Specifické protizánětlivé léky (NSAID), s mírnějšími vedlejšími účinky a s lepší tolerancí u IBD.
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 při detekování zánětu v lidském těle, ačkoliv vysoké hladiny CRP neznamenají 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.
Elektrolyty	Test	Jsou testovány vyšetřením krve, jedná se o minerály (např. sodík, draslík a chloridy) v krvi a jiných tělesných tekutinách, které nesou elektrický náboj. IBD mohou způsobovat abnormální hladiny elektrolytů.
Endoskopická intubace	Test	Zavedení endoskopu
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	Zánětlivé postižení kůže.

	IBD	
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 mít dítě.
Fistula, fistulae (píštěl, píštěle)	Komplikace Crohnovy choroby	Kanálek, který prostupuje přes střevní stěnu, čímž vytváří abnormální průchod mezi střevem a kůží nebo mezi střevem a jiným orgánem. Jednoduchá píštěl obsahuje jediný průchod, komplexní píštěle vytvářejí četné průchody. Fistulizující Crohnova nemoc je forma CD.
Fistulografie	Test	Rentgenové vyšetření píštěle.
Fistulotomie	Chirurgická léčba	Chirurgické otevření píštěle.
Fraktura	Ostatní	Zlomenina kosti způsobená jednotlivou příhodou nebo dlouhodobým zatížením 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 zánětlivé onemocnění střev (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 části tenkého střeva (ilea).
Ileorektální anastomóza	Chirurgická léčba	Chirurgický zákrok, při kterém je zachován konečník (rectum), a tenké střevo (ileum) je napojeno na rektum. V případě ileo-pouch-anální anastomózy (IPAA) není konečník zachován.
Ileoskopie	Test	Endoskopické vyšetření ilea, což je poslední úsek tenkého střeva.
Imunizace	Ostatní	Osoba je imunizována, pokud je vůči infekci odolná (imunní). Obvykle se provádí imunizace proti spalničkám, příušnicím, tetanu ale i dalším nemocem.



Imunomodulátor	Léky	Imunomodulátory oslabují nebo stimulují aktivitu imunitního systému. Imunosupresiva se v léčbě IBD často používají jako imunomodulátor, neboť IBD je alespoň zčásti způsobená zvýšenou aktivitou imunitního systému.
Imunosupresiva	Léky	Skupina léků, používaná ke zpomalení imunitního systému, zahrnující steroidy, thiopuriny, methotrexát, anti-TNF léčiva a vedolizumab. 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 kapací infuze přímo do krevního oběhu.
Inhibitory kalcineurinu	Léky	Imunosupresivní látky používané v léčbě IBD a při prevenci odhojení transplantovaného orgánu u transplantovaných pacientů.
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 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.
Keratolytické látky	Léky	Jsou léčiva používaná k odstranění bradavic a jiných kožních lézí.
Kolektomie	Chirurgická léčba	Odstranění kolonu chirurgem. U pacientů s UC předchází provedení IPAA.
Kolon (viz obrázek)	Část těla	Někdy se také nazývá tlusté střevo.
Kolonografie	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 ileostomie	Chirurgická léčba	Je postup, při kterém je konec tenkého střeva 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 stolice.
Kortikosteroidy (nebo steroidy)	Léky	Skupina léčiv, které mají obdobné účinky jako hormony přirozeně produkované nadledvinami, působících imunosupresivně. V léčbě IBD se nejčastěji používají hydrocortison a prednisolon.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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 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	Nevyhovující stav výživy 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.
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 jaterních a žlučkových poruch.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



MRE, enterografie prováděná 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 resekcí.
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, když dojde v důsledku zánětu ke ztlustění 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 cytoplasmě neutrofilů. Jsou detekovány v krvi.
Periferní artritida	Nemoc	Zánět kloubu obvykle postihující velké klouby končetin.
Pouchitis (zánět vaku)	Komplikace	Zánětlivé postižení ileálního vaku (vit IPAA).
Přípravek s erytropoetickou 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	Nazývá se také kolorektální karcinom. Vyššímu

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	souvislosti s CD/UC nebo jejich léčbou	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	Něco, co je rektální, odkazuje na konec tlustého střeva, které se nazývá rektum. Například léčivo aplikované do konečníku (rekta) přes řitní otvor (anus) se nazývá rektální léčivo.
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	Remise nastává, když člověk nemá aktivní onemocnění; na rozdíl od výrazu „vzplanutí“ nebo „relaps“, které popisují situaci, kdy člověk má aktivní onemocnění.
Resekce	Chirurgická léčba	Chirurgické odstranění orgánu nebo jeho části nebo jiné části těla.
Rozsah choroby	Nemoci – klíčová slova	Ukazuje, do jaké míry je u UC nebo CD postiženo tlusté střevo. 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.
Sakroilitida	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	Sérologie je vyšetření séra a jiných tělesných tekutin. Obvykle se používá k průkazu protilátek v séru.
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 léčba	Nevstřebatelné vlákno, které se vkládá do píštěle, 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	Je takové zúžení (střeva), které je natolik významné, aby způsobilo pacientovi obtíže.
Steroidy	Léky	Steroidy jsou běžně používány k léčbě IBD kde účinkují jako imunosupresiva. Mohou se podávat lokálně nebo systémově. Vzhledem k jejich vedlejším účinkům by jejich použití mělo být omezeno na minimum.
Stolice	Ostatní	Stolice je pohyb střev nebo jejich obsah.
Striktura	Nemoci související s CD	Je takové zúžení (střeva), které je natolik významné, aby způsobilo pacientovi obtíže.
Subtotální kolektomie	Chirurgická léčba	Na rozdíl od kolektomie, při které je odstraněno celé tlusté střevo, je odstraněna pouze jeho část.
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	Je léčivo, které se ve formě čípku vkládá do konečníku, kde se rozpouští a účinná látka pokrývá střevní sliznici a umožňuje léčit zánět.
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 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

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		tuberculosis, které postihuje plíce i jiné části těla.
UC, ulcerózní kolitida	Nemoci – klíčová slova	UC je jedno ze zánětlivých nemocí střev (IBD).
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 podáván formou kapací infuze přímo do krevního oběhu.
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.