

AKUTNÍ STAVY U IDIOPATICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ



Publikace vznikla za podpory:



abbvie

HEALTHCARE
CELLTRION



ZERIA GROUP
TILLOTTS PHARMA

AKUTNÍ STAVY U IDIOPATICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ

Pacienti IBD z.s.
MUDr. Dana Ďuricová, Ph.D.
MUDr. Veronika Hrubá



PACIENTI IBD

Praha 2023

Odborné garantky:

MUDr. Dana Ďuricová, Ph.D.^{1,2}, MUDr. Veronika Hrubá¹

¹Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty,
Klinické centrum ISCARE a.s. a 1. LF UK, Praha

²Farmakologický ústav 1. LF UK, Praha

Jazyková korektorka:

Bc. Lenka Slabá

© Pacienti IBD z.s.

Grafická úprava – Care Comm s.r.o.

ISBN 978-80-907566-7-0

1. vydání, 2023

Vážení čtenáři,

předkládáme Vám publikaci, která je určena pacientům s idiopatickými střevními záněty a jejich nejbližším. Mezi idiopatické střevní záněty (IBD – Inflammatory Bowel Diseases) se řadí Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. V České republice je v současné době téměř 60 tisíc diagnostikovaných IBD pacientů. Onemocnění postihuje především mladé lidi mezi 20. a 30. rokem života, kdy jsou nejčastěji diagnostikováni. Mezi nejtypičtější projevy se řadí bolesti břicha, únava, průjemy s příměsí hlenu a/nebo krve, časté a bolestivé nucení na stolicí, hubnutí a zvýšené teploty. Často se střídají období klidu, tzv. remise, s obdobími aktivní fáze onemocnění, tzv. relapsy. Prozatím není známa přesná příčina vzniku těchto střevních zánětů, a nelze je tedy zcela vyléčit. Pacienti jsou tak často odkázáni na celoživotní léčbu a musí se potýkat s akutním vzplanutím nemoci, které se nedá předvídat. Abychom alespoň částečně pomohli pacientům tyto nepříjemné stavy zvládat, shrnuli jsme jejich možný průběh do této brožurky.

Publikace je určena všem pacientům s IBD, ale i jejich rodinám a známým, které tato problematika zajímá. Věříme, že Vám poskytne stručný přehled, jak se na tyto akutní stavy připravit.

Neváhejte se na nás obrátit také prostřednictvím kontaktů na webových stránkách www.crohn.cz, kde jsou pro Vás k dispozici též naše bezplatné poradny.

Nejste na to sami!

Za organizaci Pacienti IBD z.s.

PhDr. Martina Pfeiferová, předsedkyně spolku
Bc. Lenka Slabá, manažerka vzdělávacích projektů

Za autorky odborných textů

MUDr. Dana Ďuricová, Ph.D., MUDr. Veronika Hrubá



OBSAH

| | |
|--|----|
| I. Akutní průjem | 7 |
| II. Perianální absces | 13 |
| III. Střevní neprůchodnost | 19 |
| IV. Akutní těžká kolitida | 23 |
| V. Jiné „akutní“ stavy | 27 |
| V.I. Erythema nodosum | 28 |
| V.II. Oční postižení | 29 |
| VI. Vysoké odpady a žízeň u pacientů s vývodem tenkého střeva | 33 |
| VII. Speciální situace | 37 |



AKUTNÍ PRŮJEM

Co je akutní průjem?

Průjem je definovaný jako opakované řídké až vodnaté stolice v počtu ≥ 3 za den, někdy s příměsí krve, nebo větší počet stolic (řídkých nebo vodnatých), než je pro daného jedince norma. Průjem může být doprovázen dalšími příznaky, jako jsou bolesti břicha, pocit na zvracení až zvracení, teplota.

Jaké jsou příčiny akutního průjmu?

Příčiny akutního průjmu mohou být různé. Může se jednat o dietní chybu, častá je střevní infekce, nejčastěji bakteriální nebo virová, méně často parazitární (např. u cestovatelů). Specifickou příčinou akutního průjmu je střevní dysmikrobie při anebo po léčbě antibiotiky. Nejtěžší formou tohoto typu průjmu je tzv. klostridiová kolitida, kterou je nutno léčit určitým typem antibiotik.

Jaká jsou specifika akutního průjmu?

Odlišení akutního průjmu od relapsu (aktivity) Crohnovy nemoci nebo ulcerózní kolitidy může být někdy obtížné. Akutní průjem je však obvykle charakterizován náhlým začátkem obtíží, jejichž charakter často neodpovídá obvyklému průběhu relapsu pacienta. Dobrým pomocným vodítkem je pak výskyt stejných/obdobných projevů i v okolí – např. v rodině, zaměstnání atd.

Jaká je léčba akutního průjmu?

Základem léčby jakéhokoliv akutního průjmu je dostatečný příjem tekutin k zabránění tzv. dehydratace („odvodnění“), dieta a event. použití nescifických protiprůjmových léků.

Příjem tekutin

Příjem tekutin je, hlavně u větších průjmů, doporučeno nahradit tzv. rehydratačními roztoky s vyšším obsahem iontů, které jsou důležité pro vstřebávání tekutin ve střevě. Tyto roztoky lze koupit v lékárně nebo existují i různé „recepty“ pro jejich domácí přípravu (příklad v tab. 1), případně lze použít minerálky s vyšším obsahem minerálů (Mattoni, Korunní, Poděbradka), nebo hydratační roztoky pro sportovce (např. Isostar Hydrate). Pozor však na přítomnost kofeinu, nebo jiných povzbuzujících látek, které některé „sportovní“ nápoje mohou obsahovat. K hrazení tekutin u průjmu by se neměla používat samotná kohoutková nebo balená kojenecká voda, zde je jen velmi malé množství minerálních látek. Míru rehydratace je nutno přizpůsobit věku a stavu pacienta a závažnosti průjmu. Vyšší riziko dehydratace mívají děti nebo naopak starší pacienti a pacienti, kteří mají provedený vývod (stomii) z tenkého střeva. Vysoké riziko dehydratace mají dále jedinci, u kterých je přítomné současně zvracení. Pokud nejsou schopni pozřít a udržet vypité tekutiny, je vždy nutné vyhledat lékařské ošetření a tekutiny doplňovat formou nitrožilních infuzí.

Tab. 1. Příklady domácí přípravy rehydratačního roztoku.

| | |
|--|--|
| Příklad 1 | Do 1 litru převařené vody: |
| | – 8 čajových lžiček cukru |
| | – 1 lžička kuchyňské soli |
| | – šťáva ze 2 pomerančů nebo grepů |
| Příklad 2 (St. Mark's roztok) | Dávkování: |
| | – dospělí: 250–500 ml roztoku/hod. |
| | – děti: 125–250 ml roztoku/hod. |
| | Do 1 litru studené vody: |
| (St. Mark's roztok) | – 20 g (6 plných zarovnaných lžiček) glukózy (hroznový cukr) |
| | – 2,5 g (1 vrchovatá moka lžička) sody bikarbony |
| | – 3,5 g (1 zarovnaná lžička) kuchyňské soli |
| | Možno ochutit malým množstvím sirupu. |

Dieta

Dieta je nespecifická. Doporučuje se omezit konzumace tuků, smažených či ostrých jídel a mléčných výrobků. Naopak preferované je suché pečivo, rýže, vývary, vařené maso, vařená nebo strouhaná mrkev či kvalitní hořká čokoláda.

Nespecifické protiprůjmové léky

Mezi základní nespecifické protiprůjmové léky patří tzv. střevní adsorbencia, jako je černé uhlí nebo Smecta¹. Tyto látky kromě jiných vlastností adsorbují na svém povrchu různé střevní toxiny, bakterie

a viry (ale také léky, proto je zapotřebí udržet odstup od užívaných léků alespoň 1–2 hod.).

Další preparáty, které lze použít při akutním průjmu, jsou střevní dezinficiencia (preparát Endiaron²), která působí nespecificky a neměla by ovlivňovat složení normální střevní flóry. Tyto léky jsou účinné u některých infekčních průjmů. Dále lze použít léčiva snižující zvýšenou sekreci vody a elektrolytů ve střevě u průjmů (přípravek Hidrasec³).

¹ Výrobek je humánním léčivým přípravkem, který je registrován pod názvem Smecta 3 g – diosmektit a jde o prášek pro perorální suspenzi. Čtěte pozorně příbalovou informaci, případně se poraďte s lékárníkem nebo lékařem.

² Výrobek je humánním léčivým přípravkem, který je registrován pod názvem Endiaron 250 mg tbl. FLM 20 a jde o potahovanou tabletu. Čtěte pozorně příbalovou informaci, případně se poraďte s lékárníkem nebo lékařem.

³ Výrobek je humánním léčivým přípravkem, který je registrován pod názvem Hidrasec 100 mg a jde o tvrdé tobolky v barvě slonové kosti. Čtěte pozorně příbalovou informaci, případně se poraďte s lékárníkem nebo lékařem.





PERIANÁLNÍ ABSCES

Co je perianální absces?

Perianální absces je kolekce hnisu v okolí řitního kanálu, která je obvykle spojena píštělí (patologicky vytvořený kanálek) s řitním kanálem (obr. 1). Perianální absces je jedním z projevů tzv. perianálního postižení (postižení řitního kanálu a jeho okolí) u pacientů s Crohnovou nemocí. Perianální projevy můžou postihovat až čtvrtinu pacientů s Crohnovou nemocí, někdy jsou tyto projevy úplně prvním příznakem tohoto onemocnění.



Obr. 1. Perianální absces.

Další projevy perianálního postižení

Mezi další projevy perianálního postižení patří již zmiňované píštěle, vředy v řitním kanále a tzv. skin tags, což jsou zvětšené řitní papily (obr. 2). „Skin tags“ jsou často pacienti a někdy i lékaři mylně zaměňované za hemoroidy, se kterými však nemají nic společného. V aktivním stadiu mohou být tuhé, bolestivé a krvácejí, po zklidnění zánětu nezmizí, ale jsou již měkké a nebolestivé. Někdy, hlavně při větších rozměrech, mohou činit hygienický problém v souvislosti s vyprazdňováním stolice. Léčba „skin tags“ je medikamentózní a obecně shodná s léčbou střevního onemocnění, někdy jsou efektivní i lokálně podávané čípky. „Skin tags“ by se neměly odstraňovat chirurgicky, protože hrozí vznik nehojících se defektů a píštělí.

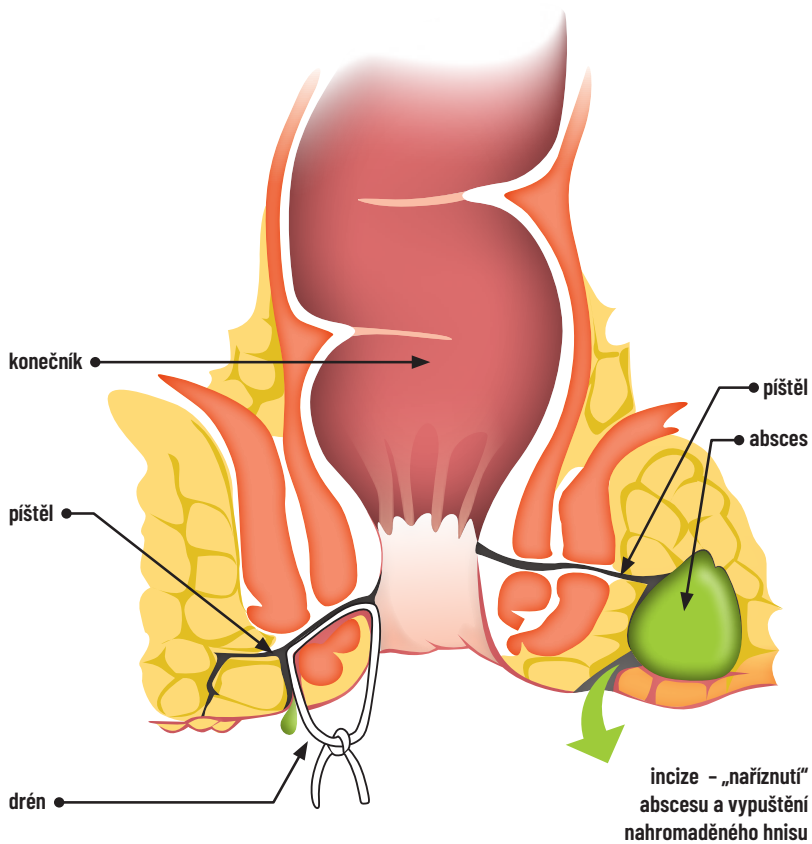


Obr. 2. Zvětšené perianální (v okolí řitního kanálu) papily – „skin tags“ – u pacientů s Crohnovou nemocí.

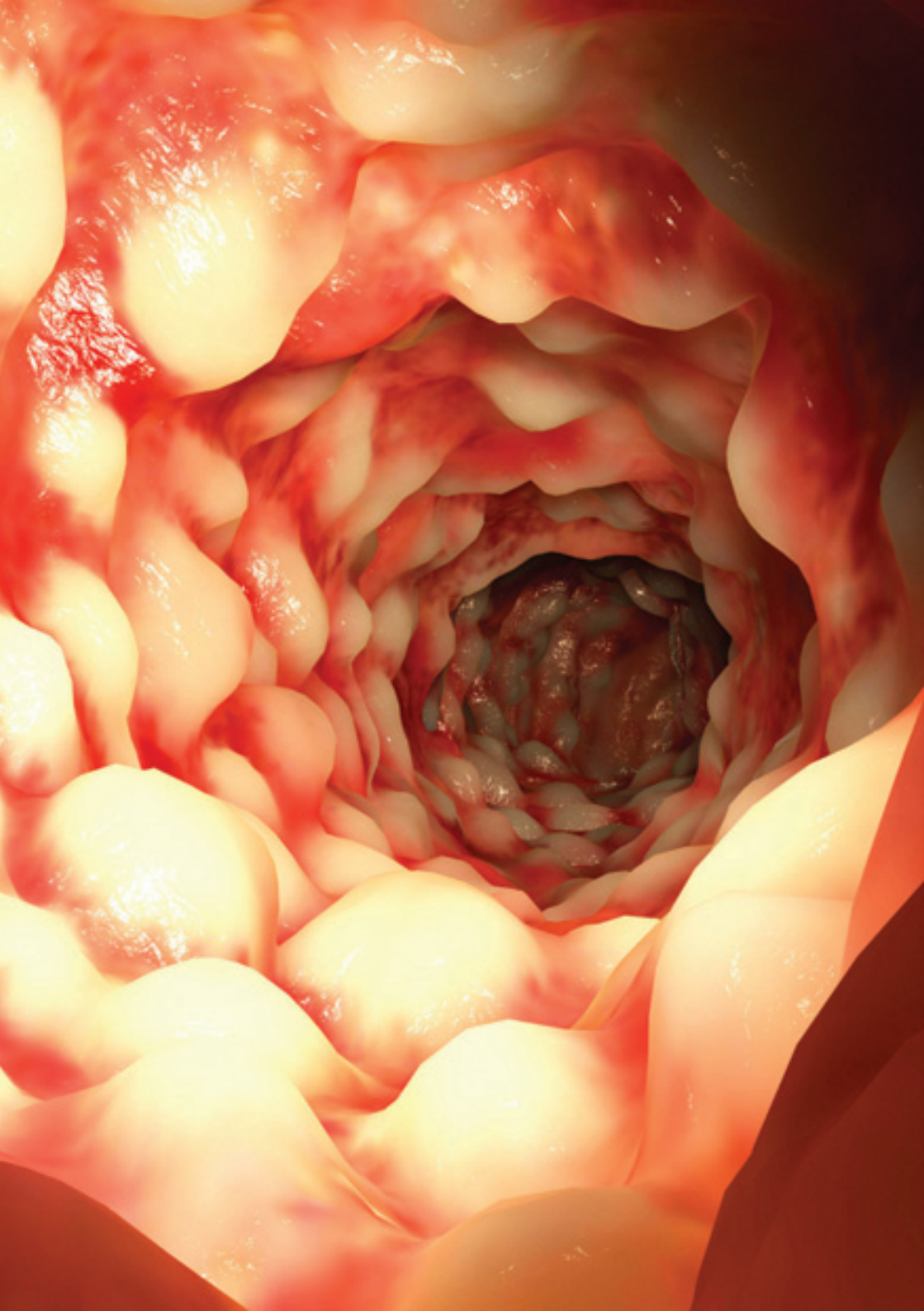
Mezi typické příznaky perianálního abscesu patří hmatná bolestivá „bulka“ v okolí řitního kanálu, někdy činí pacientovi potíže při sezení. Kůže nad abscesem může být zarudlá, teplejší než okolí, méně často jsou přítomné systémové příznaky v podobě teploty, zimnice anebo třesavky (obr. 1).

Léčba perianálního abscesu

Léčba perianálního abscesu je vždy chirurgická a u pacientů s Crohnovou nemocí by se měla provádět v celkovém uspání. Musí se provést tzv. incize (naříznutí) abscesu a vypuštění nahromaděného hnisu, pak by měl chirurg vyšetřit řitní kanál a pokusit se najít píštělový kanálek a zavést do tohoto kanálku drén – jakousi „tkaničku“, která zajistí průchodnost celého píštělového kanálku a odtékání hnisu (obr. 3). Současně se podávají i antibiotika. Celková léčba perianálních píštělí je pak obvykle dlouhodobá a spočívá v kombinaci medikamentózní a chirurgické léčby.



Obr. 3. Ošetření perianálního abscesu a zavedení drénu do píštělového kanálu.



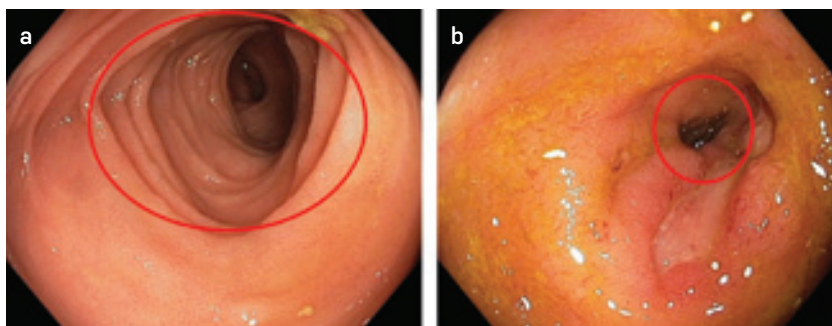
STŘEVNÍ NEPRŮCHODNOST

Co je střevní neprůchodnost?

Střevní neprůchodnost je částečná nebo úplná zástava průchodu trávení střevem, která může být způsobená buď „poruchou“ ve střevě, nebo v jeho bezprostředním okolí, které vedou k zúžení nebo uzávěru jeho průsvitu. Nejčastější příčinou střevní neprůchodnosti z důvodu „poruchy“ střeva bývá zúžení střeva, které vzniká v důsledku zánětu u části pacientů (převážně) s Crohnovou nemocí (obr. 4). Nejčastější „zevní“ příčinou, která může vést k zúžení nebo uzávěru střeva, bývají nitrobřišní srůsty. Srůsty jsou vazivové pruhy, které mohou vznikat po prodělaných nitrobřišních operacích a vést k zevnímu „zaškrcení“ střeva.

Jak se projevuje střevní neprůchodnost?

Střevní neprůchodnost se projevuje bolestmi břicha, které jsou obvykle křečovité, později mohou být i trvalé. Dále bývá pocit na zvr-



Obr. 4. Koloskopický obraz tenkého střeva.
a) normální zdravé střevo; b) zúžení střeva (stenóza)
na podkladě zánětu způsobeného Crohnovou nemocí.

cení až zvracení, zástava odchodu plynu a stolice nebo jejich ztížený odchod a současně dochází k vzdučnatí břicha.

Léčba střevní neprůchodnosti

Tento stav vyžaduje téměř vždy lékařské ošetření a hospitalizaci. Pokud nejsou přítomné komplikace, začíná se tzv. konzervativní léčbou – podávají se infuze k zavodnění a úpravě minerálů, při velkém zvracení se zavádí sonda do žaludku a v případě podezření na zánětlivé zúžení střeva jako příčinu poruchy pasáže se podávají do žíly i kortikosteroidy. U většiny pacientů dojde na této léčbě k obnově střevní průchodnosti. K akutnímu operačnímu řešení se přistupuje méně často, a to v situaci, kdy nedojde k úpravě stavu nebo se vyvine komplikace, nejčastěji v podobě „prasknutí“ střeva nad místem neprůchodnosti.

Částečnou prevencí vzniku střevní neprůchodnosti v případě známého zúžení střeva je dodržování tzv. bezsezbytkové diety, která nezanechává ve střevě nestrávené zbytky. Tyto mohou vést k mechanickému „zablokování“ střeva v místě vytvořeného zúžení. Při bezsezbytkové dietě je nutné vyloučit „hrubou vlákninu“, jako jsou ovesné vločky, celozrnné pečivo, syrová zelenina, ovoce (slupky, dužina), luštěniny atd.



AKUTNÍ TĚŽKÁ KOLITIDA

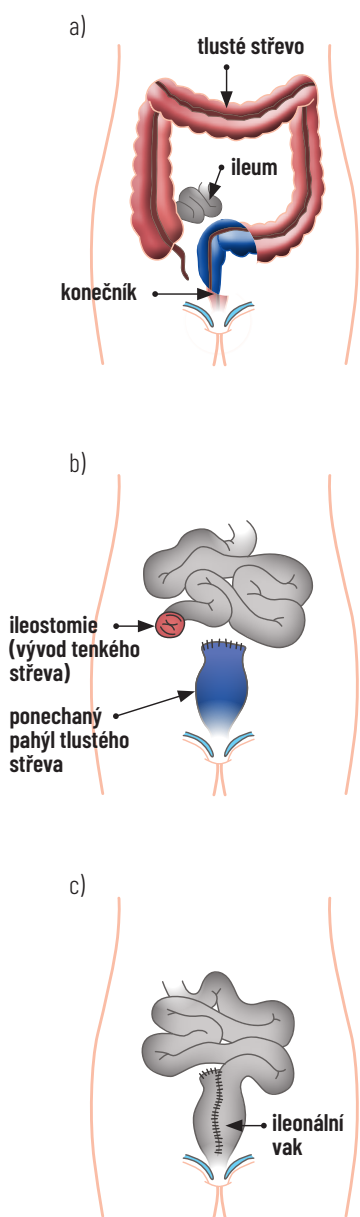
Co způsobuje akutní těžkou kolitidu?

Akutní těžká kolitida je projevem vysoké aktivity zánětu u pacientů převážně s ulcerózní kolitidou. Klinicky se tento stav projevuje četnými průjmovitými stolicemi s příměsí krve (udává se obvykle ≥ 6 stolic za den), současně je přítomná teplota nebo jiný systémový příznak zánětu (chudokrevnost, zvýšení zánětlivého markeru v krvi – C-reaktivního proteinu...). Od krvavých průjmů je potřeba odlišit tzv. tenesmy, což je bolestivé nucení na stolicí s odchodem trošky stolice anebo jen samotného hlenu anebo krve. Tenesmy jsou projevem poškození koncové části tlustého střeva – tzv. konečníku (rekta). I když mohou být tenesmy někdy velmi intenzivní, nevedou k ohrožení pacienta. Na rozdíl od toho akutní těžká kolitida je závažný stav, který v případě, že není adekvátně léčen, může pacienta ohrozit i na životě.

Léčba akutní těžké kolitidy

Pacienti s akutní těžkou kolitidou vyžadují léčbu za hospitalizace. Obvykle se podávají nitrožilně vysoké dávky kortikosteroidů a další podpůrná léčba (hydratace, výživa, prevence krevních sraženin). Pokud pacient dostatečně nebo vůbec nereaguje na léčbu kortikosteroidy a celkový stav pacienta to umožňuje, přistupuje se obvykle k záchranné terapii – standardně biologickým preparátem infliximab nebo (v ČR méně používaným) preparátem cyklosporin. Vždy je potřeba zvážovat i provedení akutního operačního výkonu.

Důvodem k operaci je obvykle neúčinnost záchranné terapie nebo těžké poškození střeva s vysokým rizikem komplikací – prasknutí střeva a rozvojem zánětu pobřišnice, případně špatný celkový stav pacienta. Pokud se pacient operuje v tomto akutním stadiu, vždy se provádí tzv. subtotalní kolektomie (odstranění téměř celého tlustého střeva) s po-



necháním a zaslepením jeho koncové části a vyvedením vývodu tenkého střeva – tzv. stomie.

Tento stav je u většiny pacientů jen přechodný a s odstupem několika (minimálně 6 měsíců) se přistupuje k odstranění i zbývající ponechané části tlustého střeva a tvorbě tzv. pouče z koncové části cca 30–40 cm tenkého střeva, který slouží jako reservoár stolice, nahrazuje tak částečně tlusté střevo a konečník a umožňuje pacientovi vyprazdňování přirozenou cestou bez nutnosti trvalého vývodu (obr. 5).

Obr. 5. Operace u pacientů s akutní těžkou kolitidou:

a) normální anatomický stav; b) stav pro provedení subtotální kolektomie, zaslepení pahýlu konečníku a vyvedení vývodu tenkého střeva; c) stav pro provedení ileoanálního pouče.



V.

JINÉ „AKUTNÍ“ STAVY

V.I. Erythema nodosum

Erythema nodosum je nejčastějším kožním mimostřevním projevem a vyskytuje se u 4–6 % pacientů. Nicméně nejedná se o specifický projev u IBD, ale může se vyskytnout i u některých infekcí, v průběhu těhotenství nebo vlivem užívání některých léků atd. Jde o zánět podkožní tukové tkáně, který se projevuje výsevem často vícečetných citlivých či bolestivých „hrbolků“ červené barvy s hladkým povrchem (obr. 6). Typickou lokalizací jsou hlezna, bérce, méně často stehna nebo paže a výskyt bývá oboustranný. Tyto kožní projevy u pacientů s IBD často provázejí aktivní střevní onemocnění. Léčba erythema nodosum proto spočívá primárně v úpravě nebo zintenzivnění léčby střevního zánětu.



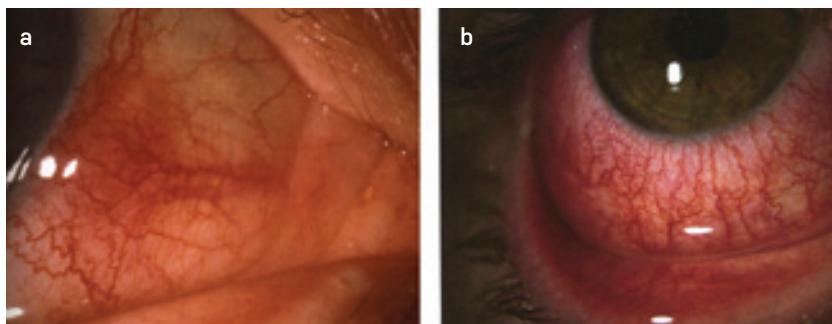
Obr. 6. Erythema nodosum na bérkách dolních končetin u pacientky s ulcerózní kolitidou.

V.II. Oční postižení

Oční záněty v podobě episkleritidy (zánět podspojivky), skleritidy (zánět očního bělma) nebo uveitidy (zánět duhovky, řasnatého tělesa, cévnatky), patří mezi oční mimostřevní projevy IBD.

Episkleritida

Episkleritida (obr. 7) je nejčastější oční zánětlivou mimostřevní manifestací, která se projevuje obvykle ložiskovým, méně často difuzním zarudnutím oka, pacient udává nepříjemný pocit v oku, lehkou bolest, která se zvyrazňuje při pohmatu přes víčko. Výskyt episkleritidy často doprovází aktivní střevní onemocnění.



Obr. 7. Episkleritida: a) ložiskové postižení; b) difuzní postižení.
Zdroj: Centrum pro diagnostiku a léčbu uveitid, VFN Praha.

Skleritida

Skleritida (obr. 8) je již závažnějším onemocněním, v některých případech může i ohrožovat zrak nemocného. Projevuje se výrazným zarudnutím oka, střední až těžkou bolestí oka a jeho okolí, může být přítomna světloplachost a zhoršení zraku.



Obr. 8. Skleritida.
Zdroj: Centrum pro diagnostiku a léčbu uveitid, VFN Praha.

Uveitida (přední)

Přední uveitida (obr. 9) je zánětlivé postižení hlubších vrstev oka, častěji se vyskytuje u pacientů s Crohnovou nemocí a projevuje se



Obr. 9. Uveitida – přední.
Zdroj: Centrum pro diagnostiku a léčbu uveitid, VFN Praha.

bolestí oka, světloplachostí a případně i zhoršením zraku. Průběh může být akutní (mírný až středně těžký, vzácně až těžký), s jednostrannými projevy a může docházet k opakovaným atakám. Někdy je zánět spíše vleklý (chronický) a postihuje obě oči.

Jednotlivé typy očního postižení jednoznačně odliší jen oční specialista (oftalmolog). Proto je v těchto případech vždy nutné oční vyšetření. Léčba vyžaduje aplikaci lokálních léčiv – očních kapek (protizánětlivých, s kortikosteroidy aj.) a v případě skleritidy a uveitidy často i léčbu systémovou (kortikosteroidy, biologické léčba, jiná imunosupresivní léčba).



**VYSOKÉ ODPADY A ŽÍZEŇ
U PACIENTŮ S VÝVODEM
TENKÉHO STŘEVA**

Jak řešit ztráty tekutin a minerálů u pacientů s vývodem tenkého střeva?

Pacienti, kteří mají vývod tenkého střeva (ileostomii, jejunostomii), mohou být ohroženi ztrátou tekutin a minerálů. Když nedojde k včasnému uhrazení těchto ztrát, může dojít ke zhoršení celkového stavu s nutností hospitalizace. Zvýšené riziko mají zejména (ale nejenom) pacienti s krátkou zbytkovou délkou tenkého střeva (jejunostomie, vysoká ileostomie), kdy střevo nedokáže dostatečně vstřebat tekutinu a minerály z potravy a trávicích šťáv a ta je odvedena pryč do stomie.

Rizikové může být období po propuštění z nemocnice po operaci, když není pacient dobře informován o novém stravovacím režimu a zavede běžnou kuchyňskou stravu. Doporučujeme stravu s omezením zbytků (tj. vlákniny, viz bezzbytková strava v kapitole 3), které zvyšují odpady do stomie. Dále je třeba jíst častěji menší porce, tekutiny přijímat častěji a v menším množství. Příjem tekutin by se měl řídit stejnými pravidly o minerálovém složení, jako je popsáno v kapitole 1 „Akutní průjem“.

Bude-li pacient se stomií tenkého střeva hradit ztráty tekutin kohoutkovou, kojeneckou vodou nebo sladkými nápoji (Coca Cola, Fanta, Sprite), může dojít k „paradoxnímu“ zvýšení odpadů do stomie, větší žízní a následnému „vyplavení“ minerálů z těla do stomie. Vzniká tak bludný kruh, který může skončit těžkou dehydratací a minerálovým rozvratem. Tento bludný kruh lze v méně závažných případech zvrátit úpravou příjmu tekutin: omezit příjem „hypotonických“ tekutin (kohoutková voda, kojenecká voda, sladké nápoje, čaj...) na maximálně 1 litr denně a zbylou část denního příjmu tekutin hradit roztoky s vyšším obsahem iontů (viz kapitola 1 „Akutní průjem“).

Jak probíhá adaptace na stomii?

Než se tělo po operaci částečně adaptuje na stomii tenkého střeva, je vhodné sledovat množství a konzistenci (hustotu) odpadů do stomie. V případě zvýšených odpadů se denně vážit (pokles váhy značí dehydrataci), sledovat množství a zbarvení moči (malé množství tmavé moči znamená dehydrataci). V těchto případech je nutné navýšit příjem iontových roztoků, případně kontaktovat lékaře.

Jiné rizikové období může nastat při horečnatém nebo infekčním onemocnění, při zvýšené fyzické námaze či sportu, v horkých letních dnech.



SPECIÁLNÍ SITUACE

Pokud jdu k jinému lékaři, kde určitě zdůraznit, že mám IBD?

Pacienti by měli u každého lékaře, kterého navštíví z jakéhokoliv důvodu, zdůraznit, že se léčí s IBD, a uvést, jakou léčbu užívají. Důvodem je fakt, že i zdánlivě nesouvisející zdravotní problém může s jejich střevním onemocněním nebo IBD léčbou souviset, navíc jejich IBD onemocnění může ovlivňovat výběr léčby daného zdravotního problému.

Co dělat při otěhotnění?

Těhotenství by u pacientek s IBD mělo být ideálně vždy plánované, a to do období klidové fáze zánětu, kdy je nejvyšší šance pro zdárný průběh těhotenství a snižuje se riziko případných komplikací. Pokud pacientka s IBD otěhotní, ať již plánovaně, nebo neplánovaně, měla by to vždy sdělit svému ošetřujícímu lékaři, který určí další postup sledování a léčby. Optimální je o plánovaném těhotenství říct svému lékaři s předstihem tak, aby se vytvořil určitý časový prostor pro zhodnocení aktivity nemoci, stavu výživy pacientky a provedla se případná úprava terapie.

Pacientky by neměly v době snahy o početí nebo při zjištěném těhotenství svévolně měnit nebo vysazovat léčbu IBD, vždy by tento krok měly konzultovat se svým ošetřujícím lékařem-gastroenterologem, který by měl být nejlépe obeznámen s případnými riziky léčby pro vývoj plodu. Svévolné vysazení léčby může vést k aktivizaci nemoci, a tím ohrozit celý průběh těhotenství.

Je možné se nechat očkovat?

Neživé vakcíny nejsou u pacientů s IBD užívajících jakoukoliv léčbu, včetně imunosupresivní anebo biologické léčby, kontraindikovány a mohou být podány bez nutnosti tuto léčbu přerušovat. Ačkoli to není vždy možné, očkování by mělo být optimálně podáno před zahájením biologické anebo imunosupresivní léčby nebo ve chvíli, kdy je onemocnění pod kontrolou, a to z důvodu zajištění co nejvyšší efektivity očkování.

Živé vakcíny jsou obvykle kontraindikovány u pacientů s IBD užívajících imunosupresivní anebo biologickou léčbu a v případě jejich aplikace je u většiny těchto léčiv potřeba léčbu přerušit, což může vést ke vzplanutí onemocnění. V případě plánované aplikace živé vakcíny je nutné se vždy s předstihem poradit s ošetřujícím lékařem a případně toto konzultovat i se specialisty v očkovacím centru (tab. 2).

Tab. 2. Očkování neživými a živými vakcínami – příklady onemocnění.

| Neživé vakcíny |
|---|
| tetanus |
| záškrt |
| dávivý kašel |
| covid-19 (současně dostupné vakcíny) |
| chřipka* |
| infekce vyvolané pneumokoky |
| virová hepatitida A a B |
| klíšťová meningoencefalitida |
| infekce vyvolané meningokoky |
| infekce vyvolané lidskými papilomaviry |
| pásový opar (rekombinantní vakcína) |
| břišní tyfus* |
| vzteklina |
| japonská encefalitida |
| Živé vakcíny |
| spalničky |
| zarděnky |
| příušnice |
| plané neštovice |
| pásový opar (živá atenuovaná vakcína) |
| žlutá zimnice |
| tuberkulóza (BCG) |
| <i>*Existují i živé vakcíny, které však nejsou v současné době v ČR užívány</i> |

Jak je to s IBD a cestováním?

Před cestováním do „exotických“ zemí je nutné si s předstihem ověřit potřebná a doporučená očkování. Jednak jestli je očkování možné a bezpečné z důvodu IBD léčby (viz odstavec „Očkování“), jednak aby byl dostatečný časový prostor pro aplikaci indikovaných vakcín.

Cestovní lékárnička by měla vždy obsahovat léky, které pacient pravidelně užívá, dále léky proti bolesti, na snížení teploty a nespecifické protiprůjmové léky, které jsou první volbou u akutního průjmu (viz kapitola Akutní průjem). Ošetřující gastroenterolog, pokud to uzná za vhodné, může pacienta na cestu vybavit antibiotiky či jinými léky pro případ zhoršení stavu. V případě, že dojde k závažné zdravotní komplikaci, která vyžaduje hospitalizaci, by měl pacient nebo jeho rodina informovat ošetřujícího gastroenterologa.

Nápoje

V zemích, kde není pitná kohoutková voda, je nutné pít vždy jen vodu balenou. To se týká i omývání ovoce nebo jiných potravin a čištění zubů. Je doporučeno se vyhýbat i připravovaným nápojům, do kterých se dává led, který nemusí být vždy vyroben z „nezávadné“ vody. Preferované jsou proto originální chlazené nápoje.

Jaké jsou nevhodné léky u IBD?

Léky proti bolesti (analgetika)

U pacientů s IBD nejsou pro léčbu bolesti obecně doporučovány léky ze skupiny tzv. nesteroidních antirevmatik (NSA), jako jsou Ibalgin, Diclofenac atd. Tyto léky při pravidelném a dlouhodobém užívání nebo

užívání ve vyšších dávkách mohou vést k poškození žaludku a střeva. Nicméně, krátkodobé a občasné užití NSA v doporučených dávkách je možné a nemělo by vést ke komplikacím stran IBD.

Antibiotika

U pacientů s IBD, zvláště pak u nemocných s ulcerózní kolitidou, jsou některá antibiotika méně preferovaná před jinými. Pokud je to možné, je snaha vyhnout se širokospektrým penicilinům (např. Augmentin), cefalosporinům (např. Zinnat) a linkosamidům (např. Klindamycin). Mezi spíše preferovaná antibiotika patří chinoliny (např. Ciprinol), makrolidy (např. Klacid), kotrimoxazol/trimetoprim (preparát Biseptol). Nicméně v případě potřeby je možné podat jakékoliv antibiotikum.

Problémem všech, obvykle širokospektrých antibiotik je možnost vyvolání tzv. střevní dysmikrobie, kdy dojde vlivem rozličného působení antibiotik na jednotlivé bakterie, které se ve střevě normálně vyskytují, k narušení jejich rovnováhy z důvodu potlačení některých „dobrých“ a přemnožení „zlých“ bakterií. Dysmikrobie se může projevat nadýmáním, břišním dyskomfortem, řídkou stolicí až vznikem průjmů. Nejtěžší formou této dysmikrobie je tzv. klostridiová kolitida, kdy dojde k přemnožení bakterie *Clostridioides difficile*, která produkuje toxin poškozující střevo. Tento stav je nutno vždy léčit specifickým druhem antibiotik. Z tohoto důvodu je při užívání antibiotik doporučeno vždy současné užívání probiotik k snížení rizika dysmikrobie.

Na co si dávat pozor v souvislosti s IBD léčbou?

Pacienti léčení thiopuriny (preparáty Imuran, Imasup, Puri-Nethol) by se neměli opalovat nebo vystavovat slunečnímu záření bez použití krému s vyšším ochranným faktorem proti UV záření. Důvodem

je možné vyšší riziko rakoviny kůže. Z tohoto důvodu by všichni pacienti, kteří užívají thiopuriny, měli absolvovat pravidelné prohlídky u kožního lékaře v intervalu jednoho roku, pokud kožní lékař neurčí jinak.

Mezi jeden z možných nežádoucích účinků thiopurinů (naštěstí dobře ohlídatelných) patří pokles počtu bílých krvinek. Bílé krvinky (leukocyty) nás velmi zjednodušeně řečeno chrání proti infekcím. Jejich výrazný pokles (v klinické praxi naštěstí velmi vzácný) může vést až k život ohrožujícím infekcím. Proto všichni pacienti užívající thiopuriny musí po dobu trvání léčby těmito léky chodit na pravidelné odběry krevního obrazu tak, jak to stanoví ošetřující lékař.

Při užívání **metronidazolu** (preparát Entizol) je potřeba vyhnout se alkoholu z důvodu antabusového efektu metronidazolu.

Pásový opar

Pásový opar (odborně herpes zoster) je virové onemocnění, které může postihnout každého, kdo v minulosti prodělal plané neštovice (obvykle v dětství). Virus, který způsobuje plané neštovice, totiž i po vyléčení infekce zůstává v těle v tzv. spící formě a za určitých okolností, jako je např. imunosupresivní léčba, se může „probudit“ a vyvolat onemocnění v podobě pásového oparu.

K typickým příznakům pásového oparu patří výsev červené vyrážky s puchýřky naplněnými čirou tekutinou. Vyrážka je obvykle uspořádána v pruhu nebo v pásu z důvodu šíření viru podél nervu, zpravidla jen na jedné straně těla (často hrudník, končetiny), může se však objevit i na obličeji a postihnout oko nebo dutinu ústní (obr. 10). Výsevu puchýřků na kůži obvykle předchází brnění či bolest v místě budoucího výsevu. Onemocnění často doprovází i celkové příznaky, jako je bolest hlavy, malátnost a zvýšená únava.

Pásový opar se léčí tzv. antivirotyky – léky, které působí specificky na virovou infekci, které jsou vázané na lékařský předpis (tablety Herpesin, Zovirax). Mezi doplňkovou léčbu pak patří volně prodejně masti a pudry. Vyšší riziko tato infekce představuje pro pacienty na imunosupresivní anebo biologické léčbě, proto by tito nemocní měli vždy dostat léčbu antivirotyky.



Obr. 10. Pásový opar.

Zdroj: Le P, Rothberg M. Herpes zoster. BMJ 2019; 364: k5095. doi: 10.1136/bmj.k5095.

Reference

Lukáš M a kolektiv. Idiopatické střevní záněty II. Nové trendy a mezioborové souvislosti. Praha: Grada Publishing 2021.

Lukáš M a kolektiv. Idiopatické střevní záněty. Nové trendy a mezioborové souvislosti. Praha: Grada Publishing 2020.

Zavoral M a kolektiv. Mařatkova gastroenterologie. Praha: Karolinum 2021.

Nightingale JMD. How to manage a high-output stoma. *Frontline Gastroenterology* 2022; 13: 140–151. doi: doi:10.1136/flgastro-2018-101108.

Janssen Česká republika. Co zvážit během léčby pacientů s idiopatickými střevními záněty (IBD) v případě očkování – brožura pro lékaře 2022.

Le P, Rothberg M. Herpes zoster. *BMJ* 2019; 364: k5095. doi: 10.1136/bmj.k5095.

O NÁS

PACIENTI IBD

Jsme organizace Pacienti IBD z.s. Od roku 2008 pomáháme, sdružujeme a edukujeme pacienty s idiopatickými střevními záněty (Crohnovou nemocí a ulcerózní kolitidou).

Vydáváme odborné publikace a brožury, pořádáme vzdělávací semináře, neformální setkání a konference. Zdarma nabízíme odborné online poradny; právní, výživovou a gastroenterologickou.

WC KOMPAS

Naše online mapa veřejných toalet umožňuje všem uživatelům nalézt nejbližší dostupné WC na základě jejich geografické polohy. K vytvoření online mapy s více než 13 tisíci toalet nás přivedly praktické zkušenosti pacientů s chronickými střevními obtížemi. Ani ve velkých městech totiž nelze rychle a důstojně vyřešit základní lidské potřeby. Nízkou kvalitou a nedostatečným počtem čistých toalet si většina lidí uvědomí až v případě, kdy je nutně potřebují. Navštivte webové stránky www.wckompas.cz. Zdarma si můžete stáhnout aplikaci pro chytré telefony.

WC KARTA

Trpíte idiopatickým střevním onemocněním? Byl vám diagnostikován dráždivý tračník? Jste stomik, celiak nebo pacient s postižením střev po operaci? Právě pro vás je určena WC karta. Její předložení Vám pomůže s rychlejším zpřístupněním veřejných i neveřejných toalet. V případě akutní zdravotní komplikace se ji nebojte použít! Karta obsahuje dvojjazyčné česko-anglické vysvětlení o tom, že jste neinfekční pacient s akutní potřebou návštěvy toalety. Karta neobsahuje žádné citlivé osobní údaje. Využít ji můžete u našich partnerů, kteří se dobrovolně zavázali kartu akceptovat. Pravidla používání a získání karty naleznete na www.wckarta.cz.



PACIENTI IBD