

MIMOSTŘEVNÍ PROJEVY A KOMPLIKACE IBD

doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.



PACIENTI IBD

Praha 2024



Odborný garant:

doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.^{1,2}

¹Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

²Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

Jazyková korektorka:

Bc. Lenka Slabá

© Pacienti IBD z.s.

Grafická úprava – Care Comm s.r.o.

ISBN 978-80-909122-0-5

1. vydání, 2024

ISBN 978-80-909122-0-5



Vážení čtenáři,

předkládáme Vám publikaci, která je určena pacientům s idiopatickými střevními záněty (Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou), jejich blízkým a všem zájemcům o problematiku těchto onemocnění. V České republice je v současné době evidováno přibližně 60 tisíc pacientů s oběma chorobami a jejich počet trvale narůstá. Nejčastěji jsou diagnostikovány u mladých lidí mezi 20. a 40. rokem života a vyžadují obvykle celoživotní léčbu a sledování.

Zatímco typické projevy IBD – bolesti břicha, průjemy s příměsí hlenu a/nebo krve, časté a bolestivé nucení na stolicí, hubnutí a zvýšené teploty – jsou dobře známy a jasně odkazují na střevní chorobu, obtíže postihující jiné orgány jsou často buď přehlíženy, nebo jejich možná souvislost se střevním zánětem není vnímána správně. Tyto tzv. mimostřevní projevy IBD postihují zejména klouby, kůži a oči a doprovázejí střevní zánět přibližně u poloviny pacientů. Zdánlivě nesouvisející projevy mohou dokonce předcházet diagnóze IBD a jejich správné pochopení může diagnostický proces, a tím i léčbu urychlit. Crohnovu chorobu i ulcerózní kolitidu musíme proto chápat jako onemocnění systémová, tedy postihující celý organismus.

Věříme, že tato publikace Vám poskytne přehledný a stručný návod, jak se na případné mimostřevní projevy a komplikace připravit a včas je odhalit.

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, místopředsedkyně spolku
Bc. Lenka Slabá, manažerka vzdělávacích projektů

doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D., autor odborného textu

OBSAH

I. Úvod	7
II. Kloubní projevy	13
III. Kožní projevy	21
IV. Oční projevy	27
V. Ostatní mimostřevní projevy IBD	33
VI. Komplikace IBD a jejich léčby	37

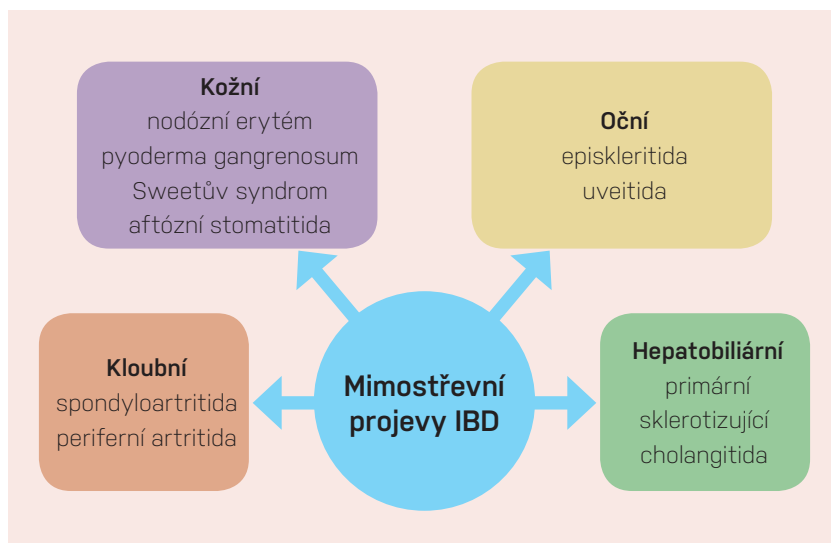


ÚVOD

Úvod

Původ idiopatických střevních zánětů (IBD), tedy Crohnovy choroby (CD) a ulcerózní kolitidy (UC), je sice stále do velké míry nejasný, je však zřejmé, že vznikají kombinací několika faktorů. Na jedné straně je to genetická vloha, která předurčuje schopnost imunitního systému jedince reagovat na různé podněty – např. potravu nebo mikrobiální prostředí nejen kolem nás, ale zejména uvnitř našeho organismu (především ve střevě) a zřejmě i další podněty. Na straně druhé to jsou právě vlivy zevního prostředí, které mohou ovlivnit imunitní systém tak, že odpoví vznikem chronického zánětu střeva.

Imunitní systém je ovšem aktivní v celém organismu, a není proto překvapením, že kromě střeva mohou být u pacientů s IBD postiženy i jiné orgány. Hovoříme pak o tzv. mimostřevních projevech IBD (angl. extraintestinal manifestation). Nejčastěji postiženými orgány jsou klouby, kůže a oči (obr. 1).



Obr. 1. Mimostřevní projevy IBD.

U pacientů s IBD se ovšem můžeme setkat i s řadou dalších patologických stavů postihujících orgány mimo trávicí trubici. V závislosti na jejich původu a mechanismu vzniku proto všechny tyto stavy můžeme rozdělit do tří skupin:

1. mimostřevní projevy IBD;
2. komplikace IBD a jejich léčby;
3. ostatní stavy doprovázející IBD různého původu.

Mimostřevní projevy IBD

Vlastní „mimostřevní projevy IBD“ tvoří jen část mimostřevních onemocnění u pacientů s IBD a z důvodu jejich odlišení je proto vhodné je srozumitelně definovat. Evropská společnost pro IBD (ECCO) definuje mimostřevní projevy IBD na základě společných mechanismů vzniku (patogeneze) těchto projevů a vlastního střevního zánětu.

Za mimostřevní projevy IBD považujeme ty, které splňují jednu z následujících podmínek:

- zánětlivý proces vzniká přímým rozšířením imunitní reakce z trávicí trubice do jiného orgánu;
- jde o samostatné zánětlivé onemocnění vznikající díky přítomnosti IBD nebo díky společným genetickým nebo vnějším (environmentálním) rizikovým faktorům.

Mimostřevní projevy postihují až polovinu pacientů s IBD. Není výjimkou, že se objeví dříve než samotný střevní zánět – tato skutečnost je důležitou informací, která pomáhá lékařům při stanovení diagnózy IBD. V některých případech mohou být mimostřevní projevy závažnějším problémem než samotný střevní zánět.

Poněkud častěji se mimostřevní projevy vyskytují u pacientů s CD, zejména při postižení tlustého střeva. V některých případech se uplatňuje i vliv pohlaví – např. oční projevy jsou častější u žen, zatímco ankylozující spondylartritida nebo primární sklerozující cholangitida postihují více muže. Diagnóza IBD v raném věku je spojena s častějším vznikem mimostřevních projevů, jejich přítomnost v době diagnózy pak zvyšuje pravděpodobnost závažného průběhu střevního zánětu bez ohledu na věk pacienta.

Výskyt mimostřevních projevů může souviset s aktivitou IBD – mluvíme o projevech **konkordantních**, nebo na ní mohou být nezávislé – tyto označujeme jako **diskordantní**. V prvním případě mimostřevní projev doprovází současné obtíže střevní, nebo může být signálem, že se střevní zánět brzy projeví (průjmem, bolestí břicha apod.). Druhý typ mimostřevních projevů se projevuje nezávisle na aktivitě střevního zánětu, tedy i ve fázi, kdy je střevní zánět v klidu a pacient nemá žádné střevní (břišní) obtíže. Vztah k aktivitě IBD je důležitý z hlediska léčebného, konkordantní projevy obvykle dobře odpovídají na léčbu vlastního střevního zánětu.

Z praktického hlediska je přehlednější rozdělení mimostřevních projevů podle jednotlivých orgánů.

Deset zajímavostí o mimostřevních projevech a komplikacích IBD

Víte, že:

- U čtvrtiny pacientů se některý z mimostřevních projevů objeví ještě **před stanovením diagnózy IBD**, nejčastěji s pľročným předstihem.
- Pacient s jedním mimostřevním projevem má vyšší riziko vzniku dalšího mimostřevního projevu.
- **Kouření cigaret zvyšuje riziko vzniku** mimostřevních projevů IBD, zejména u pacientů s Crohnovou chorobou.
- Vznik mimostřevních projevů je **významně ovlivněn geneticky**. U příbuzných pacientů s IBD je riziko vzniku mimostřevního projevu u obou jedinců až 85 % v případě postižení jednoho z nich.
- Souvislost mimostřevních projevů s aktivitou IBD (konkordantní vs. diskordantní) je jen relativní, zejména u Crohnovy choroby. Její aktivita často probíhá nenápadně, vznik mimostřevního projevu může být známkou aktivity zánětu ve střevě i bez jasných střevních projevů.
- Vznik jakéhokoli z dále uvedených mimostřevních projevů je nutno **vždy konzultovat s Vaším gastroenterologem**. Platí to i v případě, že jste již vyhledali pomoc specialisty – revmatologa, dermatologa nebo očního lékaře. Většina mimostřevních projevů se léčí stejnými léky jako samotný střevní zánět.
- Jedním z nejčastějších projevů IBD je **únava**. Často souvisí s chudokrevností, jejíž medikamentózní léčba je jednoduchá.
- U pacientů s IBD se častěji vyskytují **metabolické komplikace**, zejména žlučové a ledvinové kameny.
- Nejčastější příčinou nežádoucích účinků léčby jsou **systémové kortikosteroidy**. I malé dávky zvyšují riziko osteoporózy. Méně známou skutečností je, že kortikosteroidy mohou významně zhoršovat kvalitu chrupu.
- Závažnou komplikací IBD může být **hluboká žilní trombóza a pľicní embolie**. Riziko je vyšší u žen užívajících hormonální antikoncepci, při léčbě kortikosteroidy a u hospitalizovaných pacientů.





KLOUBNÍ PROJEVY

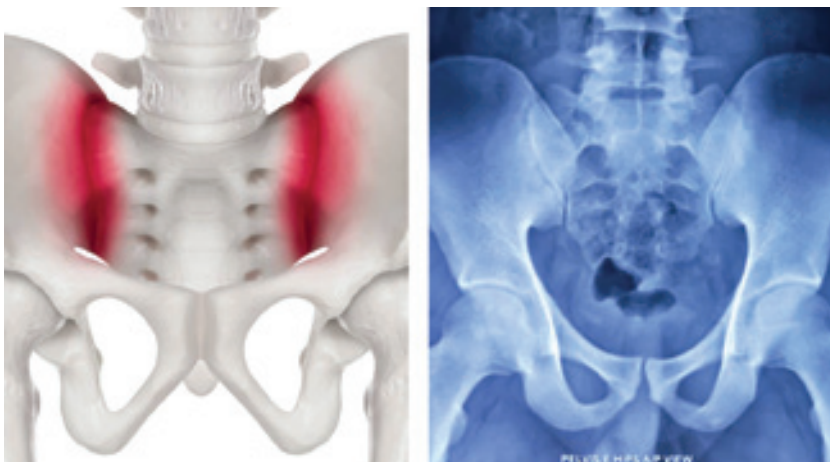
Úvod

Kloubní obtíže (tzv. artropatie) jsou nejčastějším mimostřevním projevem IBD, postihují přibližně třetinu všech pacientů se střevními záněty. Může se jednat o formu axiální (axis = osa, tj. postižení páteře a křížokyčelního kloubu), nebo periferní (postižení kloubů končetin). Periferní artropatie postihují častěji ženy a pacienty s CD, výskyt axiálního postižení je podobný u obou pohlaví i forem IBD. Axiální a periferní artropatie se mohou objevit současně.

Axiální artropatie

Axiální artropatie se u pacientů s IBD projevují jako tzv. zánětlivé bolesti zad. Je pro ně typické, že:

- postihují pacienty před 40. rokem života;
- vznikají pozvolna;
- při pohybu a cvičení dochází k úlevě;
- v klidu se nezlepšují;
- časté jsou noční obtíže a úleva po opuštění lůžka.



Obr. 2. Sakroileitida.

Zdroj: iStock.

Typickou součástí axiální artropatie je zánět v místě spojení kostí křížové a kyčelní, tzv. **sakroileitida** (obr. 2). Nález může být izolován na oblast křížokyčelního skloubení, nebo může postihovat i další úseky páteře, jako tzv. **ankylozující spondyloartritida** (tzv. Bechtěrevova nemoc). U těchto pacientů se může objevit i zánět v dalších kloubech (např. v kyčelním kloubu), ale i záněty v jiných orgánech (Achillova šlacha, oko atd.). Při diagnostice a léčbě tohoto stavu je vhodná spolupráce s revmatologem. Axiální artropatie patří mezi tzv. diskordantní mimostřevní projevy, jejich výskyt obvykle nesouvisí s aktivitou střevního zánětu (projevují se i ve fázi remise samotného IBD).

Periferní artropatie I. typu

Tento typ postihuje velké klouby (kolena, hlezna, lokty apod.). Jedná se o akutní a na první pohled viditelný zánět jednoho nebo více kloubů (max. 5). Postižený kloub je oteklý, bolestivý, teplý, někdy i zarudlý (obr. 3). Zánět se může postupně stěhovat z kloubu na kloub, někdy odezní spontánně, jindy až po podání medikamentů. Obvykle se objevuje v době počínající nebo probíhající aktivity zánětu ve střevě (tzv. konkordantní projev).

Periferní artropatie II. typu

Tato forma artropatie se projevuje bolestmi a ztuhlostí většího počtu (≥ 5) drobných, především ručních kloubů a není závislá na aktivitě IBD (tzv. diskordantní projev). Typickou ranní ztuhlostí připomíná revmatoidní artritidu, nevede však obvykle k závažnému poškození kloubní



Obr. 3. Periferní artropatie I. typu.

Zdroj: iStock.

struktury (destrukci kloubu). Mezi zánětlivé artropatie asociované s IBD patří rovněž **entezitida** (obr. 4), postihující nejčastěji úpon Achillovy šlachy, a **daktylitida**, projevující se „buřtovitým“ zduřením části nebo celého prstu. (obr. 5)



Obr. 4. Entezitida.

Zdroj: ASAS Slide Library.



Obr. 5. Daktylitida.

Zdroj: ASAS Slide Library.

Ostatní artropatie u pacientů s IBD

Poněkud nejasná zůstává pozice nezáánětlivých bolestí kloubů (artralgii), které jsou častým doprovodným projevem u pacientů s IBD, ale nemají charakter žádné z výše uvedených artropatií. Jsou obvykle polyartikulární (postihují více kloubů současně), častěji se objevují v době aktivity střevního zánětu (konkordantní projevy) a významně zhoršují kvalitu života pacientů. Postihují 15–30 % pacientů s IBD a jsou problémem diagnostickým i léčebným.

Kloubní obtíže mohou mít u pacientů s IBD i jiné příčiny. Mezi nejčastější patří nežádoucí účinky léků (thiopuriny, biologika) nebo stav, který se vyskytuje u pacientů při snižování nebo po vysazení kortikoidů (prednisonu nebo metylprednisolonu). Označuje se jako detrakční syndrom a bolesti kloubů jsou jeho typickým projevem.

Léčba kloubních mimostřevních projevů IBD

Léčba kloubních projevů IBD závisí na jejich typu a intenzitě. Může ji podávat gastroenterolog, který sleduje pacienta pro jeho střevní zánět, v některých případech je vhodná konzultace s revmatologem. Možnosti léčby kloubních projevů shrnuje tab. 1.

Tab. 1. Možnosti léčby kloubních projevů.

Typ artropatie	Léčba
axiální artropatie	rehabilitace, fyzioterapie nesteroidní antirevmatika (krátkodobě), COX-2 inhibitory biologická léčba – TNF inhibitory (infliximab, adalimumab) JAK inhibitory – tofacitinib, upadacitinib
periferní artropatie I. typu	léčba střevního zánětu – kortikosteroidy – cílená léčba (biologika nebo malé molekuly) nesteroidní antirevmatika (krátkodobě při obtížích)
periferní artropatie II. typu	sulfasalazin methotrexát biologická léčba – infliximab, adalimumab, ustekinumab JAK inhibitory – tofacitinib, filgotinib, upadacitinib
COX-2 – cyklooxygenáza 2; JAK – janus-kináza	





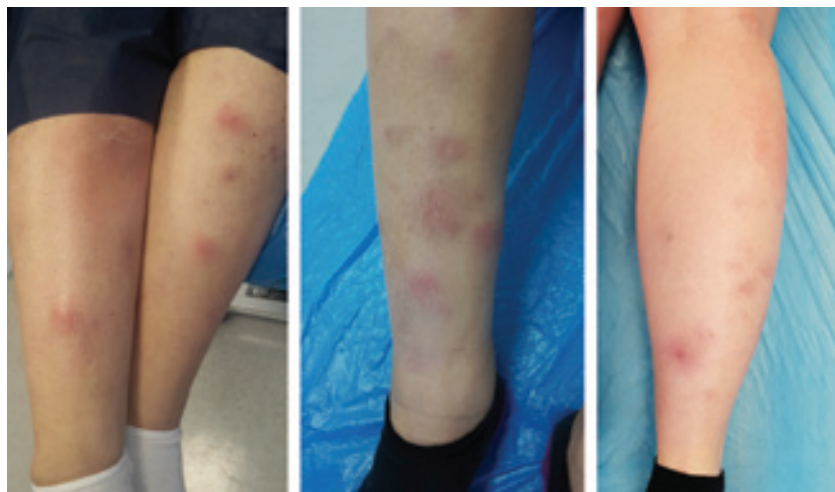
KOŽNÍ PROJEVY

Kožní změny patří k častým mimostřevním projevům IBD, postihují 5–15 % těchto pacientů. Patří k nim:

- nodózní erytém;
- pyoderma gangrenosum;
- ostatní kožní projevy.

Nodózní erytém

Nodózní erytém (erythema nodosum) je nejčastějším kožním projevem IBD. Jedná se o zarudlé, nad okolní kůži vystupující podkožní uzly velikosti 1–5 cm, lokalizované nejčastěji na bérkách, vzácněji na trupu nebo horních končetinách. Kožní kryt není porušen (nevznikají kožní vředy), uzly jsou zpočátku bolestivé (obr. 6). Kožní změny často ustupují spontánně, bez jakékoli léčby. V místě původního výskytu pak přetrvávají řadu měsíců okrsy pigmentované kůže. Nodózní erytém se vyskytuje u 5–8 % pacientů

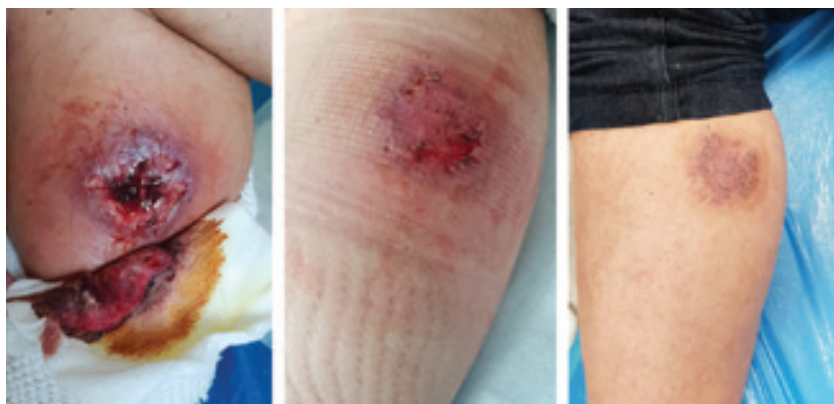


Obr. 6. Nodózní erytém. Zdroj: archiv autora.

s IBD, více jsou postiženy ženy a pacienti s CD. Přestože je tento kožní projev považován za typicky konkordantní (související s aktivitou střevního zánětu), u značné části pacientů nejsou v době vzniku kožních změn přítomny žádné střevní nebo břišní obtíže. Podrobnější vyšetření (koloskopie) však většinou ukáže aktivní zánět v tlustém střevu nebo v oblasti ileocékální (přechod tenkého a tlustého střeva).

Pyoderma gangrenosum

Ve srovnání s nodózním erytémem je pyoderma gangrenosum méně častým kožním projevem, postihuje 1–2 % pacientů (více



Obr. 7a) Pyoderma gangrenosum, průběh hojení. Zdroj: archiv autora.

Obr. 7b) Pyoderma gangrenosum.

Zdroj: archiv autora.



ženy), častěji s diagnózou UC. Vzniká jako drobná papula či puchýřek s přechodem do kožního vředu s nepravidelnými okraji, který může zasahovat i do hlubších tkání (obr. 7). Velikost léze se pohybuje od několika milimetrů až po desítky centimetrů. Typickou lokalizací jsou opět bérce, dále kůže v okolí stomie, postiženy mohou být i genitálie. Pyoderma gangrenosum vzniká často v místě předchozího drobného kožního poranění nebo otlaku (tzv. fenomén pathergie). Je projevem závažnějším než nodózní erytém, nehojí se obvykle spontánně. Kožní defekt se zpravidla zvětšuje, ke zhoršení může přispívat i nevhodná chirurgická léčba. U většiny pacientů je nezbytná intenzivní medikamentózní terapie. Vztah mezi rozvojem pyoderma gangrenosum a aktivitou střevního zánětu je neurčitý – může se objevit jak v období aktivním (relaps), tak i klidovém (remise).

Ostatní kožní projevy

Sweetův syndrom patří mezi vzácné projevy IBD. Jeho projevem na kůži jsou zarudlé a bolestivé uzlíky, povlaky a puchýřky. Stav je doprovázen horečkou, únavou a malátností. Je častější u žen a obvykle souvisí s aktivitou IBD. Za mimostřevní projev je někdy považována i tzv. **metastatická Crohnova nemoc**, charakterizovaná kožními ložisky různého charakteru (uzlíky, vřídky) s histologickým nálezem podobným, jaký bývá ve tkáni střeva u pacientů s CD (tzv. nekazeifikující granulomy). S aktivitou zánětu ve střevě obvykle nekoreluje.



Obr. 8. Aftózní stomatitida.

Zdroj: archiv autora.

V širším slova smyslu je mezi kožní projevy IBD zařazována i **aftózní stomatitida**. Je relativně častá, postihuje více mladé pacienty. Projevuje se izolovanými nebo mnohočetnými aftami nebo vřídky na sliznici dutiny ústní, obvykle souvisí s aktivitou střevního zánětu (obr. 8).

Léčba kožních mimostřevních projevů IBD

Léčba nodózního erytému často není nutná, protože tento kožní nález má značnou tendenci ke spontánnímu ústupu. Pokud k tomu nedojde, nebo se obtíže opakují, jsou vhodné léky používané k léčbě aktivního střevního zánětu – systémové kortikosteroidy nebo biologická léčba. Stejná terapie je obvykle nutná u pacientů s pyoderma gangrenosum. Léčbu kožních projevů IBD přehledně uvádí tab. 2.

Tab. 2. Léčba kožních projevů IBD.

Kožní nález	Léčba
nodózní erytém	kortikosteroidy biologická léčba (infliximab, adalimumab, ustekinumab)
pyoderma gangrenosum	kortikosteroidy cyklosporin biologická léčba (infliximab, adalimumab, ustekinumab) takrolimus lokálně (mast)
Sweetův syndrom	kortikosteroidy biologická léčba (infliximab)
aftózní stomatitida	kortikosteroidy biologická léčba (infliximab, adalimumab, ustekinumab) lokální anestetika



OČNÍ PROJEVY

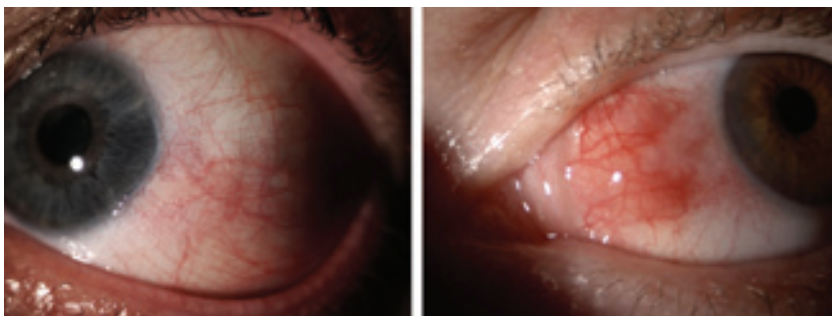
OČNÍ PROJEVY

Oční projevy

Oči jsou třetím nejčastěji postiženým orgánem v rámci mimostřevních projevů IBD. Oční projevy se objevují u 2–7 % pacientů se střevními záněty, některé údaje však hovoří až o 40% výskytu. Častěji jsou postiženi pacienti s CD, poměrně častá je i kombinace očních projevů s projevy kloubními a kožními. Nejčastějšími očními projevy u pacientů s IBD jsou episkleritida a uveitida (většinou přední uveitida, iridocyklitida).

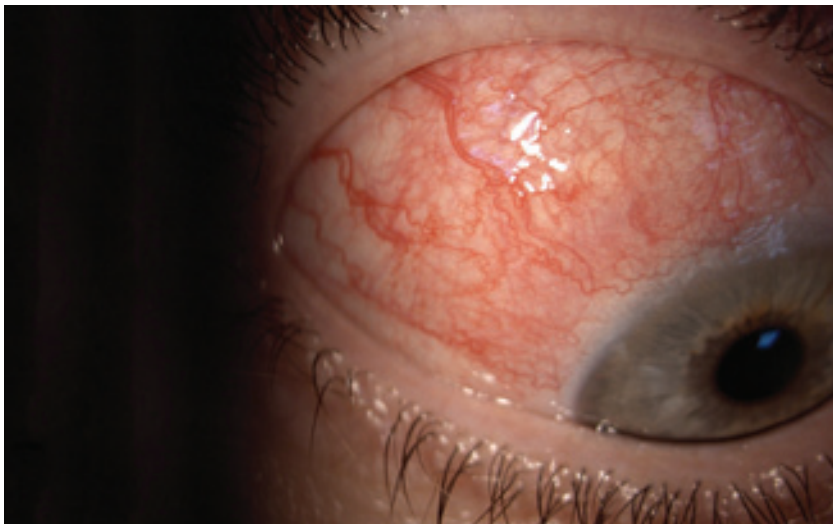
Episkleritida, skleritida

Nejčastějším očním projevem IBD je episkleritida. Jde o zánět episkléry, tkáně mezi oční bělimou (sklérou) a spojivkou. Projevy episkleritidy obvykle souvisejí s aktivitou IBD ve střevě. Nejčastějšími symptomy jsou oční diskomfort, slzení, světloplachost, citlivost na dotek a někdy lehká spontánní bolest. Episkleritida postihuje většinou pouze jedno oko, typickým projevem je jeho zarudnutí (obr. 9). Má tendenci odeznívat spontánně, ale též často recidivuje.



Obr. 9. Episkleritida.

Zdroj: prof. MUDr. Petra Svozílková, Ph.D., Oční klinika 1. LF UK a VFN v Praze.



Obr. 10. Skleritida.

Zdroj: prof. MUDr. Petra Svozílková, Ph.D., Oční klinika 1. LF UK a VFN v Praze.

Vzácnější, ale podstatně závažnější formou očního zánětu je **skleritida** (zánět oční bělimy). Projevuje se bolestí a zarudnutím oka, nález může být oboustranný (obr. 10). Nezbytné je vyšetření specialistou – oftalmologem. Vyžaduje intenzivní léčbu, jinak může dojít k závažnému poškození oka.

Uveitida

Uveitida je zánět uvey (česky řasnatky), často doprovázející i jiné mimostřevní projevy IBD (zejména kloubní). Průběh uveitidy s aktivitou IBD nekoreluje, postihuje více pacienty s CD. Projevuje se bolestí oka, značným diskomfortem, bolestmi hlavy a poklesem celkové zrakové ostrosti. Může proběhnout jako izolovaná, jediná ataka, častější je

tendence k recidivám. Nejčastěji se jedná o tzv. přední uveitidu (někdy označovanou jako iridocyklitida). Oko bývá zarudlé, v diagnostice i léčbě je nutná spolupráce s oftalmologem.

Léčba očních mimostřevních projevů IBD

V léčbě těchto stavů je nezbytná spolupráce s oftalmologem. Používány jsou léky aplikované lokálně do oka (umělé slzy, kortikoidy, nesteroidní antirevmatika), ale též celkově – v tabletové, injekční nebo infuzní formě. V léčbě očních projevů IBD lze využít také biologika a tzv. malé molekuly používané v terapii samotného střevního zánětu, léčbu je však opět nutno konzultovat s odborníkem – oftalmologem.

Chcete lépe zvládat své onemocnění? Stáhněte si aplikaci



IBD
PodKontrolou

pro pacienty s **Crohnovou chorobou**
a **ulcerózní kolitidou**



Stáhnout v
App Store



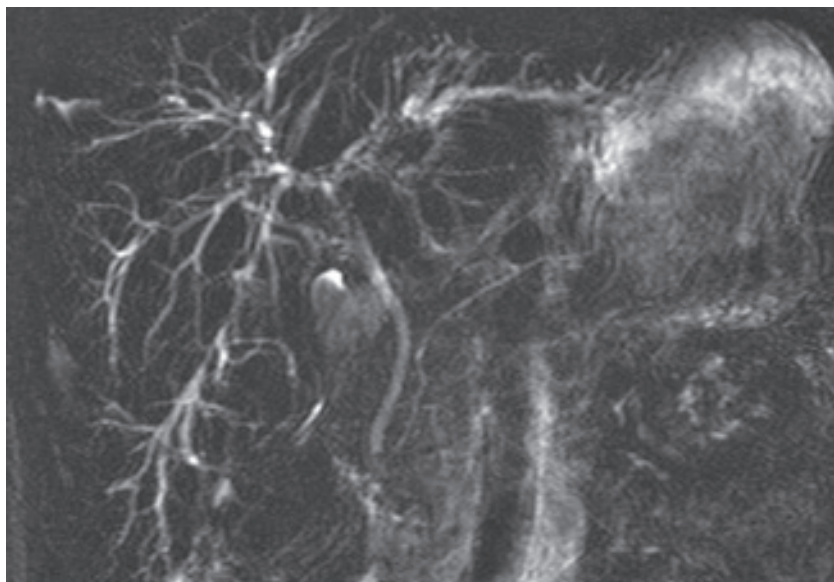
NYNÍ NA
Google Play



OSTATNÍ MIMOSTŘEVNÍ PROJEVY IBD

Primární sklerozující cholangitida

Primární sklerozující cholangitida (zkratka **PSC**) je imunitně podmíněný zánět žlučových cest (žlučovodů) v různých etážích od drobných žlučovodů uvnitř jaterní tkáně až po velké žlučovody, které vedou žluč z jater do žlučníku nebo dále ze žlučníku do tenkého střeva. Jde o nejčastější a nejvýznamnější onemocnění v oblasti jater a žlučových cest spojené s IBD. Postihuje 3–5 % pacientů se střevními záněty, většinou se kombinuje s ulcerózní kolitidou, méně často s typickou formou Crohnovy choroby. Naopak, poměrně často má střevní zánět u pacientů s PSC atypický charakter – více je postižena pravá polovina tlustého střeva, zánětlivé změny mohou být velmi lehké, nebo naopak zánět probíhá těžce a špatně odpovídá na medikamentózní léčbu.

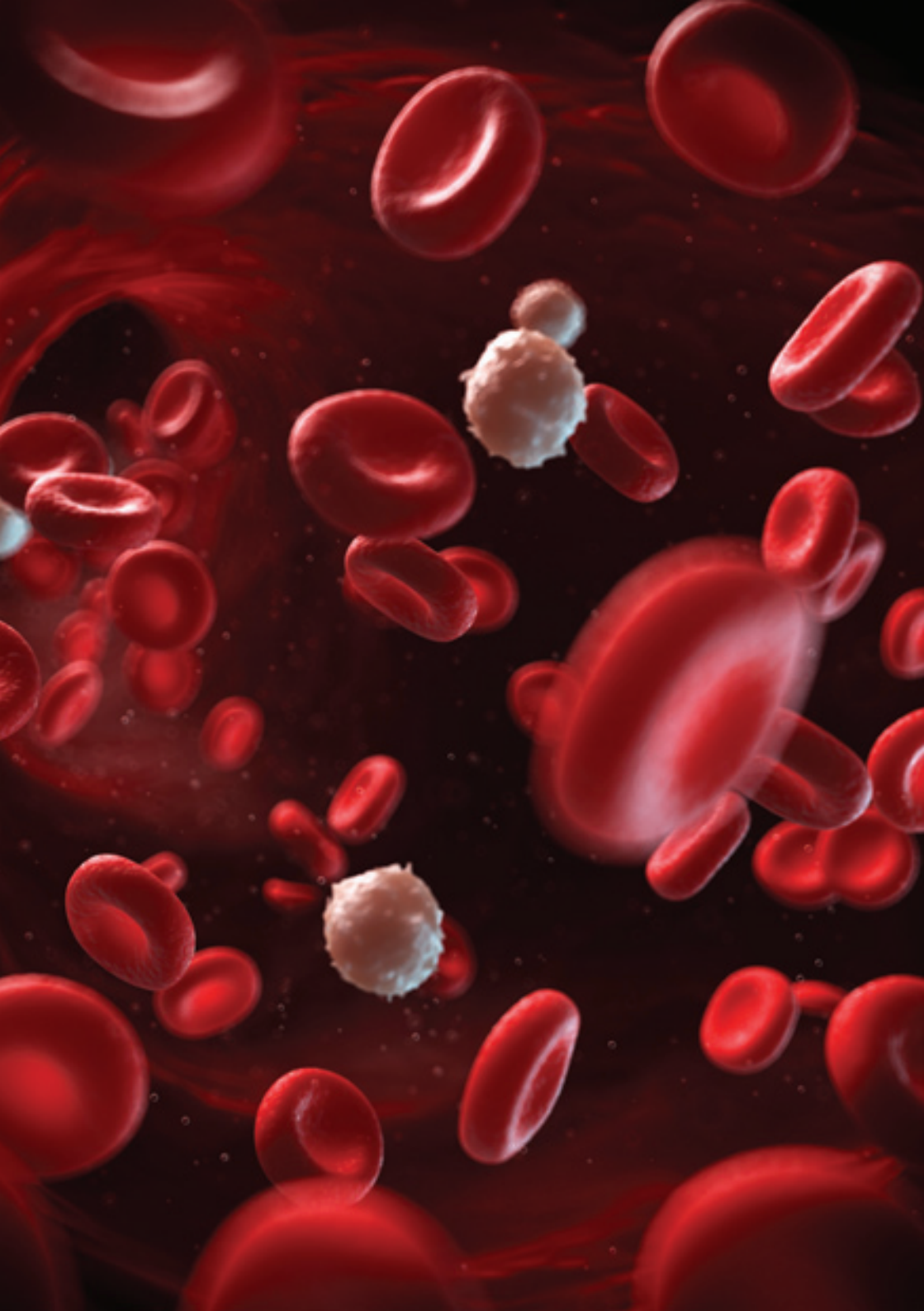


Obr. 11. Magnetická rezonanční cholangiografie.

Zdroj: archiv autora.

Samotná PSC se zpočátku projeví pouze změnami v hodnotách tzv. jaterních testů (zejména alkalické fosfatázy a gamaglutamyltransferázy, ALP a GMT). Pro potvrzení diagnózy PSC je nutné zobrazovací vyšetření – nejčastěji magnetická rezonanční cholangiografie (MRC nebo MRCP) (obr. 11). Onemocnění se projevuje stenózami (zúženinami) žlučových cest, v některých případech je nutno provést i endoskopické vyšetření a ošetření žlučových cest (tzv. endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie, ERCP). Prognóza onemocnění je nejistá. U části pacientů je nález dlouhodobě stabilní, bez vývoje, existuje ale i riziko komplikací. K nim patří infekční zánět žlučových cest, jaterní cirhóza nebo nádor žlučových cest (cholangiokarcinom). Medikamentózní léčba PSC zahrnuje podávání kyseliny ursodeoxycholové, ta má ovšem pouze podpůrný efekt. V některých případech je proto nutná transplantace jater.

Pacienti s PSC jsou také více ohroženi vznikem nádoru v tlustém střevu (kolorektálním karcinomem), je proto nezbytné provádět každoroční preventivní koloskopické vyšetření.



VI.

KOMPLIKACE IBD A JEJICH LÉČBY

Komplikace IBD a jejich léčby

U pacientů s IBD se v praxi setkáváme i s dalšími patologickými nálezy, které nepatří mezi mimostřevní projevy IBD, ale jsou komplikací chronického střevního zánětu nebo jeho léčby. Některé jsou časté (anémie – chudokrevnost, infekce, nefrolitiáza – ledvinové kameny, osteopenie nebo osteoporóza – tzv. řídnutí kostí), jiné vzácné či zcela raritní. V tab. 3 je stručný přehled mimostřevních projevů a komplikací IBD a jejich léčby.

Tab. 3. Přehled mimostřevních projevů a komplikací IBD a jejich léčby.

Systém	Mimostřevní projevy IBD	Mimostřevní komplikace IBD nebo léčby IBD
klouby a kosti	spondyloartritida periferní artritida entezitida, daktylitida	osteopenie a osteoporóza (kortikosteroidy)
kůže	nodózní erytém pyoderma gangrenosum Sweetův syndrom aftózní stomatitida	léková hypersenzitivita „paradoxní“ zánět – psoriáza, palmoplantární pustulóza (anti-TNF) kožní strie (kortikosteroidy) kožní atrofie („papírová kůže“) – kortikosteroidy, budesonid melanom (anti-TNF) nemelanomové nádory (thiopuriny)
oči	episkleritida, skleritida uveitida	katarakta – šedý zákal (kortikosteroidy)

Systém	Mimostřevní projevy IBD	Mimostřevní komplikace IBD nebo léčby IBD
játra, slinivka břišní, žlučovody	PSC	lékové jaterní poškození (thiopuriny, anti-TNF, MTX) akutní pankreatitida (thiopuriny, mesalazin) cholelitiáza – žlučové kameny
ledviny a močový systém		nefrolitiáza – močové kameny tubulointersticiální nefritida (mesalazin)
nervový systém		periferní neuropatie (metronidazol)
srdce, cévy, krev		anémie tromboembolizmus (kortikosteroidy, JAK inhibitory) arteriální hypertenze (kortikosteroidy, cyklosporin)
pľíce a dýchací cesty		infekce poléková plicní fibróza (MTX)
endokrinní systém		diabetes mellitus (kortikosteroidy) Cushingův syndrom (kortikosteroidy)
infekce		kůžě, respirační, močový, gastrointestinální, nervový systém (kortikosteroidy, thiopuriny, anti-TNF, JAK inhibitory, cyklosporin, MTX)

TNF – tumor nekrozující faktor; PSC – primární sklerozující cholangitida; MTX – methotrexát; JAK – janus-kináza

Poděkování

Rád bych poděkoval prof. MUDr. Petře Svozílkové, Ph.D., z Oční kliniky 1. LF UK a VFN v Praze za poskytnuté obrázky v části Oční projevy.

Martin Bortlík

Použitá literatura

Gordon H, Burisch J, Ellul P et al. ECCO Guidelines on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis* 2023; jjad108. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjad108. Online ahead of print.

Bortlík M. Idiopatické střevní záněty. In: Martínek J., Trunečka P et al. *Gastroenterologie a hepatologie v algoritmech*. Praha: Maxdorf 2021.

Vavricka SR, Schoepfer A, Scharl M et al. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2015; 21(8): 1982–1992. doi: 10.1097/MIB.0000000000000392.

Rogler G, Singh A, Kavanaugh A et al. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Current Concepts, Treatment, and Implications for Disease Management. *Gastroenterology* 2021; 161(4): 1118–1132. doi: 10.1053/j.gastro.2021.07.042.

O NÁS

PACIENTI IBD

Jsme organizace Pacienti IBD z.s. Od roku 2008 pomáháme, sdružujeme a edukujeme pacienty s idiopatickými střevními záněty (Crohnovou chorobou 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 14 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.

Podívejte se na všechny naše vydané publikace. Na našem webu si je můžete stáhnout na <https://www.crohn.cz/kdo-jsme/publikace>