Slovak Crohn Club

MIMOČREVNÉ PREJAVY IBD

MIMOČREVNÉ PREJAVY IBD OCHORENÍ

MUDr. Anna Gojdičová, PhD.

Nešpecifické zápalové ochorenia čriev (IBD) sú chronické, imunitne sprostredkované ochorenia, ktoré zahŕňajú dve hlavné jednotky: Crohnovu chorobu a ulceróznu kolitídu. Ulcerózna kolitída je ochorenie, ktoré postihuje hrubé črevo, zatiaľ čo Crohnova choroba môže postihnúť ktorúkoľvek časť tráviaceho traktu. IBD však nepostihujú striktne len tráviaci trakt, ale jedná sa často o multisystémové ochorenie s postihnutím aj očí, kože, kĺbov a iných orgánových systémov. Komplikácie, ktoré vznikajú mimo črevného zápalu IBD, sú známe ako extraintestinálne (mimočrevné) prejavy IBD. Tieto prejavy vedú k významnej chorobnosti u pacientov s IBD, dokonca viac ako samotné črevné ochorenie. Mimočrevné prejavy IBD sa vyskytujú u 5 % až 50 % všetkých pacientov s IBD. Z klinického hľadiska je dôležitá väzba mimočrevných manifestácií k aktivite choroby. Existujú aj ochorenia, ktoré nesúvisia s aktivitou IBD, napr.: ankylozujúca spondylitída, uveitída, primárna sklerozujúca cholangoitída a pyoderma gangrenosum. Nodózny erytém a stomatitída môžu aktivitu ochorenia predchádzať o 1 – 2 mesiace, čím sa dostávajú do pozície prediktorov relapsu IBD (ukazovateľov návratu ochorenia). Mimočrevné prejavy sú častejšie pri Crohnovej chorobe. Z hľadiska pohlavia u mužov prevažuje ankylozujúca spondylitída, u žien očné prejavy a PSC (primárna sklerotizujúca cholangoitída). Dominantne medzi extraintestinálne manifestácie patria kĺbne, menej kožné, očné a nasledujú ostatné menej frekventné.

1. KĹBNE MIMOČREVNÉ PREJAVY

Artritída, zápal (bolesť s opuchom) kĺbov je najčastejšou mimočrevnou komplikáciou nešpecifických zápalových ochorení čreva. Artritída sa vyskytuje až u 30 % pacientov s Crohnovou chorobou alebo ulceróznou kolitídou. Hoci artritída je zvyčajne spojená s vyšším vekom bežnej populácie, pri IBD postihuje často mladších pacientov. Okrem bolesti spôsobuje artritída aj opuch kĺbov a zníženie hybnosti. Nie je vždy ľahké určiť, či artritída súvisí s črevným stavom. Vo všeobecnosti artritída, ktorá komplikuje IBD, nie je taká závažná ako reumatoidná artritída. Kĺby zvyčajne neprechádzajú deštruktívnymi zmenami a postihnutie kĺbov nie je symetrické (rovnaké na oboch stranách). Okrem ankylozujúcej spondylitídy sa artritída spojená s IBD zvyčajne zlepšuje potlačením aktivity črevného ochorenia.

Typy artritídy

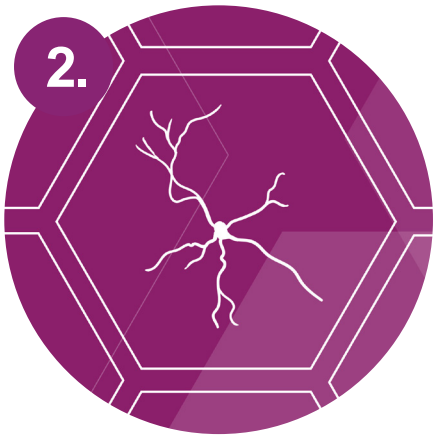
• **Periférna artritída**. Periférna artritída zvyčajne postihuje veľké kĺby rúk a nôh, vrátane lakťov, zápästia, kolien a členkov. Periférne artritídy môžu byť „migračné“, t.j. môžu migrovať z jedného kĺbu na druhý. Pokiaľ nie sú liečené môžu trvať niekoľko dní až týždňov. Periférna artritída je častejšia u pacientov s ulceróznou kolitídou. Sila zápalu v kĺboch zvyčajne odráža aktivitu a rozsah zápalu v hrubom čreve. Periférna artritída súvisiaca s IBD zvyčajne nespôsobuje žiadne trvalé poškodenie a liečba IBD s potlačením zápalu v tráviacom trakte zvyčajne vedie k zlepšeniu kĺbovej manifestácie.

• **Axiálna artritída.** Tiež známa ako spondylitída alebo spondyloartropatia. Axiálna artritída spôsobuje bolesť a stuhnutosť dolnej časti chrbtice a sakroiliakálnych kĺbov (v spodnej časti chrbtice). Môže sa objaviť u pacientov mesiace až roky pred objavením sa príznakov IBD a stanovením diagnózy. Na rozdiel od periférnej artritídy, axiálna artritída

môže spôsobiť trvalé poškodenie obmedzením rozsahu pohybu v chrbtici. Aktívna spondylitída vo všeobecnosti ustúpi do veku 40 rokov. Terapia pre ľudí s axiálnou artritídou často zahŕňa použitie biologickej liečby. Nemedicínske terapie sú zamerané na zlepšenie rozsahu pohybu chrbtice. Odporúčajú sa strečingové cvičenia a tiež aplikácia suchého tepla na chrbát.

• **Ankylozujúca spondylitída.** Závažnejšia forma spinálnej artritídy, ankylozujúca spondylitída je zriedkavou komplikáciou, postihuje 2 % až 3 % pacientov s IBD. Vyskytuje sa častejšie pri Crohnovej chorobe, ako pri ulceróznej kolitíde. Okrem toho, že spôsobuje artritídu chrbtice a sakroiliakálnych kĺbov, môže spôsobiť zápal očí, pľúc a srdcových chlopní. Príčina nie je známa, ale väčšina postihnutých jedincov má spoločný gén HLA-B27. V niektorých prípadoch sa ankylozujúca spondylitída vyskytuje pred rozvojom IBD. Postihuje zvyčajne ľudí mladších ako 30 rokov a častejšie sú postihnutí muži. Hlavným prejavom je dramatická strata flexibility v dolnej časti chrbtice. Rehabilitačná terapia je nevyhnutná na udržanie flexibility kĺbov. Ale aj pri optimálnej terapii sa u niektorých ľudí vyvinie stuhnutá alebo „ankylozovaná" chrbtica. Pri podozrení na toto ochorenie je dôležité navštíviť reumatológa, pretože biologická liečba často pomáha znižovať komplikácie a poškodenie kĺbov.

KOŽNÉ MIMOČREVNÉ PREJAVY



Kožné prejavy sú druhými najčastejšími mimočrevnými komplikáciami nešpecifických zápalových ochorení čreva. Postihujú viac ako 20 % IBD pacientov.

Časté kožné manifestácie:

• **Erythema nodosum** doslova znamená „červené hrbolčeky". Tieto jemné červené uzliny, ktoré sa zvyčajne objavujú na predkoleniach alebo členkoch a niekedy aj na rukách postihujú 2 – 10 % populácie IBD. Častejšie sú postihnuté

ženy. Erythema nodosum sa vo všeobecnosti objavuje v spojení so vzplanutím IBD, ale môže sa vyskytnúť aj tesne pred a vzplanúť. Má tendenciu sa zlepšovať pri adekvátnej liečbe základného ochorenia čriev.

• **Pyoderma gangrenosum** sa najčastejšie vyskytuje na predkoleniach alebo členkoch, ale niekedy sa vyskytuje aj na rukách. Začína ako malé pľuzgiere, ktoré sa postupne spájajú až vytvoria hlboké chronické vredy. Pyoderma gangrenosum sa vyskytuje častejšie u pacientov s ulceróznou kolitídou.

• **Skin tags** sú pomerne bežné u pacientov s Crohnovou chorobou. Často sa vyvíjajú okolo konečníka a sú tzv. slonie uši. Skin tags bývajú prítomné najmä pri súčasnom postihnutí hrubého čreva. Klinicky sú často nemé, ale predstavujú kozmetický problém. V prípade, že sú zapálené, sú výrazne bolestivé a obmedzujú pacientov pri bežných aktivitách. Paušálne chirurgické odstránenie nie je odporúčané pre riziko poškodenia a zjazvenia análneho zvierača alebo samotného análneho kanála.

• **Análne trhliny/fisury** sú malé trhliny vo výstelke análneho kanála. Môžu praskať a krvácať, čo môže spôsobovať bolesť a svrbenie. V liečbe je dôležitá hygiena, teplé kúpele, lokálne masti s nízkou dávkou nitroglycerínu.

• **Aftózna stomatitída** sú malé vriedky v ústach, ktoré sa najčastejšie nachádzajú medzi ďasnami a spodnou perou alebo pozdĺž bokov alebo spodnej časti jazyka. Zvyčajne sú pozorované v dobe zápalovej aktivity IBD a vo všeobecnosti ustupujú, keď sa ochorenie čriev dostane pod kontrolu. Užitočné môžu byť liečivé ústne vody spolu s vyváženou stravou, dostatočný prísun vitamínu D.

• **Psoriáza** je šupinkovité ochorenie kože. Zdá sa byť častejšia u pacientov s Crohnovou chorobou oproti zdravej populácii, ale nebol zaznamenaný rozdiel medzi ulceróznou kolitídou a Crohnovou chorobou. Pomerne často (asi u 5 % pacientov) sa vyskytuje ako komplikácia biologickej liečby. V tomto prípade je jej priebeh mierny a po prerušení liečby sa stav v 98 % prípadov upraví.

• **Kožné infekcie.** Medzi kožné prejavy patria aj kožné infekcie pri imunosupresívnej liečbe. Typickým príkladom je herpesová infekcia kože tváre alebo trupu a hubové infekcie najmä na nohách a vlhkých častiach kože.

Menej časté kožné manifestácie:

• **Acrodermatitis enteropathica** je šupinatá vyrážka, ktorá sa

zvyčajne objavuje na tvári, rukách a nohách. Často je táto dermatitída spôsobená nedostatkom zinku v dôsledku chronických hnačiek. Rôzne nedostatky vitamínov môžu spôsobiť rôzne kožné prejavy, ako je krvácanie, opuchnuté ďasná a/alebo šupinatú vyrážku. Tieto problémy sú dnes menej časté kvôli zvýšenej pozornosti venovanej dôležitosti správnej výživy pri chronických ochoreniach, ako je IBD.

- **Pyoderma vegetans** sa prejavuje ako pľuzgiere, plaky a škvrny okolo slabín, pod pažami, ktoré po vyhojení stmavnú. Postihuje najmä pacientov s ulceróznou kolitídou. Liečba tohto stavu zahŕňa liečbu samotného IBD.
- **Sweetov syndróm**. Prejavuje sa začervenalými nodulami alebo papulami na hornej pere, tvári alebo na chrbte. Najčastejšie sa vyskytuje u žien (80 %) pri zápale hrubého čreva (100 %). Býva spojený s ďalšími kožnými prejavmi (77 %) a súvisí s aktivitou ochorenia. Jeho vznik bol referovaný aj u pacienta 3 mesiace po proktokolektómii (odstránení hrubého čreva a konečníka). Okrem IBD môže byť aj paraneoplastickým prejavom (súvisiacim s nádorom), indukovaný metronidazólom, sulfasalazínom a môže byť idiopatický (nejasnej príčiny).
- **Vaskulitída**, teda „zápal krvných ciev", sa vyznačuje vyvýšenými začervenanými oblasťami. Predpokladá sa, že je to spôsobené abnormálnou aktivitou imunitného systému. Liečba tohto ochorenia často zahŕňa liečbu samotného IBD.
- **Výskyt rakoviny kože** (nemelanóm a melanóm) je vyšší u pacientov s IBD užívajúcich imunosupresívne lieky (napr. azatioprín, 6-merkaptopurín, metotrexát a anti-TNF látky) v porovnaní s bežnou populáciou. Pre pacientov, ktorí užívajú tieto lieky, je vhodné pravidelné používanie opaľovacích krémov a absolvovať každoročné kontroly kože dermatológom.

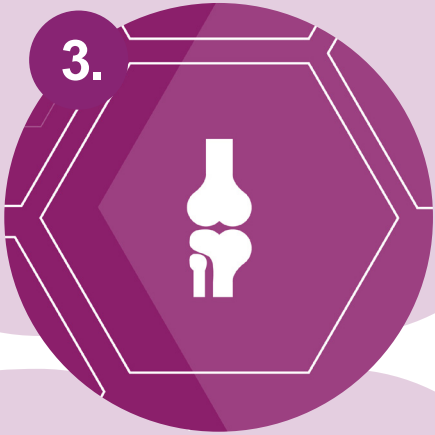
Paradoxné kožné reakcie liečiv

V niektorých prípadoch nie je kožná porucha spôsobená IBD, ale skôr liekmi používanými na jej liečbu. Napríklad:

- Sulfasalazín môže u niektorých pacientov vyvolať kožnú vyrážku alergického typu. Reakcia sa pripisuje sulfánovej zložke tohto liečiva.
- Kortikosteroidy sú známe svojimi nežiaducimi účinkami. Z kožných

prejavov sa jedná o strie, akné, opuch tváre, členkov, pomalé hojenie rán.
• Anti-TNF liečivá (ako sú infliximab, adalimumab, golimumab) môžu spôsobiť kožný výsev podobný psoriáze, ktorá sa zvyčajne vyskytuje na dlaniach, chodidlách, pokožke hlavy a za uchom. Môže sa vyskytnúť až u 18 % pacientov užívajúcich tieto liečivá. Vďaka lokálnej liečbe dermatológa je možné u viac ako 70 % pacientov v liečbe anti-TNF liečivami pokračovať.
• Upadacitinib môže okrem ovplyvnenia zápalovej aktivity IBD ovplyvniť funkciu mazových žliaz a viesť tak k vzniku akné. U väčšiny pacientov je účinná lokálna liečba akné a nie je potrebné liečbu upadacitinibom prerušiť.

3. PORUCHA METABOLIZMU KOSTÍ



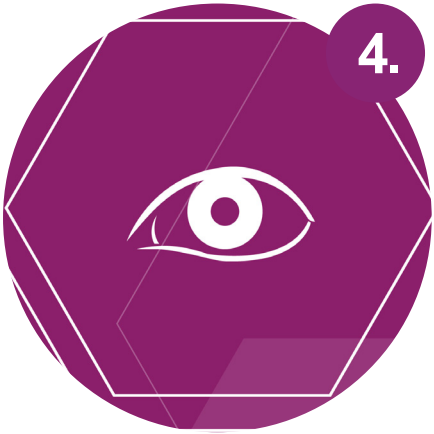
Pacienti s IBD majú vyššie riziko porúch metabolizmu kostí s rizikom zlomenín. Porucha metabolizmu kostí má dve základné formy, osteopéniu (znížená kostná hustota) a osteoporózu („riedke/porózne" kosti). Osteopénia zvyšuje riziko zlomenin dvojnásobne, osteoporóza až päťnásobne. Vyskytujú sa častejšie u ľudí s Crohnovou chorobou, ako u ľudí s ulceróznou kolitídou, 60 % versus 30 %. Tiež sú častejšie u žien, ako u mužov. Nízka hustota kostí môže vzniknúť u IBD pacientov v akomkoľvek veku. Diagnóza straty kostnej hmoty sa vo všeobecnosti robí pomocou špeciálnej röntgenovej technológie nazývanej denzitometria. Hoci sa kosť zdá tvrdá ako kameň, v skutočnosti je to živé tkanivo. Počas života dochádza k resorpcii (odbúravania) kosti a následne výstavbe novej kosti. Pokiaľ kostná resorpcia a kostná tvorba prebiehajú presne rovnakým tempom, kostná hustota ostáva rovnaká. Po dosiahnutí približne 35 rokov života kostná resorpcia predstihuje tvorbu a hustota kostí začína klesať. Určitá strata hustoty kostí je normálna. Až keď sa proces zrýchli, stáva sa osteoporóza hrozbou. Hoci si ľudia s osteoporózou môžu všimnúť určitú bolesť chrbta alebo zmenu držania tela, táto porucha vo všeobecnosti

nevyvoláva žiadne príznaky, kým sa kosť natoľko neoslabí, že sa zlomí. Hlavnými rizikovými faktormi osteoporózy bežnej populácie sú zvyšujúci sa vek, ženské pohlavie a nízky index telesnej hmotnosti. U IBD pacientov pozorujeme prídavné príčiny, ktoré sa môžu podieľať na vzniku osteoporózy. Príčiny:

- Kortikosteroidy, majú rôzne nežiaduce účinky. Jedným z nich je aj vplyv na stratu kostnej hmoty. Predpokladá sa, že u 30 % až 50 % ľudí, ktorí dlhodobo užívajú kortikosteroidy, sa rozvinie osteoporóza. Kortikosteroidy zhoršujú tvorbu novej kosti: znížením množstva vápnika (základný minerál na stavbu kostí) absorbovaného črevami z potravy, zvýšením vylučovania vápnika močom, stimuláciou tvorby buniek, ktoré rozkladajú kosť a znížením produkcie hormónu estrogén, ktorý prispieva k pevným kostiam
- Chronický zápal. Pacienti s IBD majú často zvýšené koncentrácie bielkovín (cytokínov), ktoré podporujú zápal. Tieto bielkoviny môžu narušiť normálny metabolizmus kostí – tempo, ktorým sa stará kosť odstraňuje a tvorí sa nová. Zdá sa tiež, že jedinci s aktívnejšími formami Crohnovej choroby môžu byť vystavení zvýšenému riziku rozvoja osteoporózy, pretože ich cytokínová aktivita je väčšia.
- Nedostatok vitamínu D. Vitamín D je potrebný na vstrebávanie vápnika. Spoločne sú vitamín D a vápnik rozhodujúce pre stavbu zdravých kostí. Vitamín D sa vstrebáva v tenkom čreve, čo je časť čreva, ktorá absorbuje väčšinu živín. Keďže vitamín D sa vstrebáva v tenkom čreve, ľudia s Crohnovou chorobou – najmä tí, ktorým boli odstránené časti tenkého čreva alebo ktorí majú rozsiahle postihnutie tenkého čreva – sú vystavení zvýšenému riziku nedostatku vitamínu D. To môže mať za následok stratu kostnej hmoty a osteoporózu.

Preventívne opatrenia

- obmedzenie konzumácie alkoholu
- nefajčiť
- pravidelná fyzická aktivita
- strava bohatá na vápnik
- substitúcia vitamínu D najmä počas zimných mesiacov



OČNÉ MIMOČREVNÉ PREJAVY ALEBO KOMPLIKÁCIE

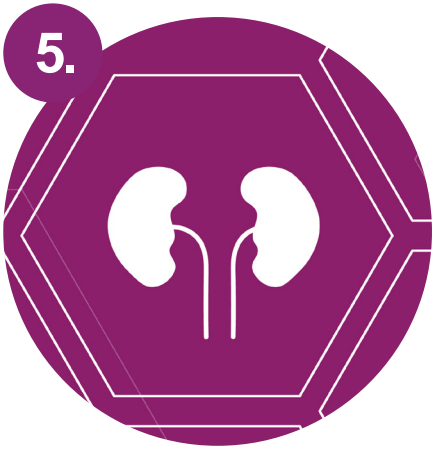
Približne 10 % pacientov s IBD má problémy s očami. Väčšina z nich je však liečiteľná a nepredstavuje žiadnu významnú hrozbu straty zraku. Preto je veľmi dôležité pravidelné vyšetrenie u oftalmológa (očného lekára). Podľa aktuálnych referencií je ich výskyt 4x vyšší u žien, pri ulceróznej kolitíde 1 – 6 %, pri Crohnovej chorobe 4 – 13 %, vyšší výskyt je u detí. Etiopatogenéza je stále nejasná, predpokladá sa prítomnosť spoločného antigénu v oku, koži a kĺboch u pacientov s IBD.

- **Uveitída**. Jednou z najčastejších očných komplikácií pri IBD je uveitída – bolestivý zápal uvey (strednej vrstvy očnej steny). Uveitída sa prejavuje bolesťou, rozmazaným videním, citlivosťou na svetlo a začervenaním oka. Tieto príznaky sa môžu objaviť postupne alebo celkom náhle. Na stanovenie diagnózy uveitídy oftalmológ používa „štrbinovú lampu"– špeciálny mikroskop, ktorý umožňuje lekárovi pozrieť sa do vnútra oka. Uveitída sa vo všeobecnosti zlepšuje, keď sa IBD dostane pod kontrolu, ale oftalmológ môže predpísať špeciálne očné kvapky obsahujúce kortikosteroidy, ktoré pomôžu znížiť zápal. Ak sa uveitída nelieči, môže prejsť do glaukómu (ochorenie oka vyznačujúce sa zvýšeným tlakom v očnej buľve) a možnej straty zraku.
- **Keratopatia.** Táto porucha je abnormalitou rohovky, ktorá sa vyvíja u niektorých pacientov s Crohnovou chorobou. Mikroskopom je možné pozorovať na okraji rohovky biele ložiská. Keratopatia nespôsobuje bolesť ani nevedie k strate zraku, takže si zvyčajne nevyžaduje liečbu.
- **Episkleritída**. Ide o zápal vonkajšieho povlaku očného bielka, nazývaného episklera. Keď sa drobné krvné cievy episklery zapália, rozšíria sa a oblasť sčervenie. Okrem toho môže episkleritída spôsobovať bolesť a citlivosť. Steroidné očné kvapky a topické vazokonstriktory (látky, ktoré zužujú krvné cievy) sa bežne používajú

na liečbu episkleritídy, ale účinnými sú aj liečivá potláčajúce aktivitu ochorenia IBD.

- **Suché oči**. Nedostatok vitamínu A môže spôsobiť suché oči (známe aj ako keratoconjunctivitis sicca). Tento stav, ktorý je spôsobený zníženou tvorbou sĺz alebo zvýšeným odparovaním slzného filmu, môže potom viesť k infekcii oka a podráždeniu, ako je svrbenie a pálenie. Ak sa infekcia stane závažnou, môžu byť potrebné antibiotiká. Ďalším možným dôsledkom môže byť nočná slepota. Umelé slzy poskytujú úľavu od symptómov.

PORUCHY OBLIČIEK U IBD PACIENTOV



Obličky filtrujú zásobovanie tela krvou a vylučujú odpad močom. Sú umiestnené v strede chrbta tesne pod hrudným košom. Závažné obličkové komplikácie spojené s IBD sú zriedkavé, ale niektoré menej závažné sa vyskytujú častejšie.

Obličkové kamene sú pravdepodobne najčastejšími obličkovými komplikáciami IBD. Crohnova choroba tenkého čreva znižuje schopnosť tela absorbovať tuk, čo vedie k špecifickému typu obličkových kameňov nazývaných oxalát. Riziko vzniku obličkových kameňov tohto typu je vyššie u ľudí, ktorí podstúpili niekoľko resekcií tenkého čreva. Príznaky môžu zahŕňať ostrú bolesť, nevoľnosť, vracanie a krv v moči. Liečba obličkových kameňov si vyžaduje zvýšený príjem tekutín spolu s diétou s nízkym obsahom oxalátov (takej, ktorá je bohatá na šťavy a zeleninu). Ak obličkové kamene spontánne neprechádzajú, môže byť potrebné ich odstrániť chirurgicky alebo pomocou endoskopu.

Hydronefróza je obštrukcia jedného z močovodov, trubíc spájajúcich obličku s močovým mechúrom. Vo všeobecnosti sa vyskytuje v pravej obličke, pretože tá je najbližšie k terminálnemu ileu – dolnému segmentu

tenkého čreva a najčastejšiemu miestu Crohnovej choroby. Keď zapálené opuchnuté ileum vyvíja tlak na močovod, moč nemôže odtekať do močového mechúra. Príznaky a symptómy zahŕňajú tupú bolesť v oblasti obličiek, ako aj krv alebo hnis v moči. Niekedy môže byť potrebný chirurgický zákrok s odstránením zapáleného tkaniva a susednej časti čreva, aby sa obnovil prietok moču.

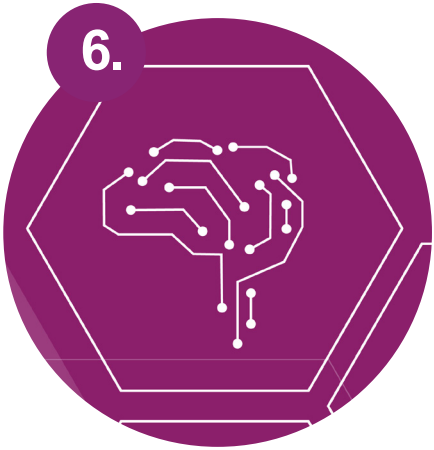
Fistuly sú abnormálne spojenia medzi črevami a priľahlými orgánmi alebo kožou. Keď sa medzi črevom a močovým mechúrom alebo močovodom vytvorí fistula, výsledkom sú časté infekcie močových ciest a niekedy aj vzduch v moči. Na uzavretie určitých fistúl možno použiť lieky. Avšak, keď je fistula z čreva do močového mechúra, môže byť potrebná operácia.

Amyloidóza zahŕňa abnormálne ukladanie proteínu (nazývaného amyloid) v rôznych tkanivách orgánov vrátane obličiek. Hoci sa vyskytuje viac pri Crohnovej chorobe (postihuje len asi 1 % pacientov) ako pri ulceróznej kolitíde, ide o pomerne zriedkavé ochorenie a vo všeobecnosti sa vyskytuje iba v prípadoch dlhodobého a závažného ochorenia. Proteinúria, zvýšená hladina bielkovín v moči, je jedným zo znakov amyloidózy. Biopsia (vzorka tkaniva) obličky môže potvrdiť diagnózu. Rôzne lieky môžu byť účinné pri spomalení alebo zastavení stavu.

Glomerulonefritída je zriedkavá komplikácia IBD. Abnormality v glomerule, t.j. zhluku krvných ciev v obličkách, spôsobuje poruchu v obličke, ktorá bráni jej filtračnej schopnosti. V extrémnych prípadoch môže byť potrebná dialýza alebo transplantácia obličiek.

Lieky môžu príležitostne spôsobiť obličkové komplikácie. Keď však pacient prestane užívať príslušný liek, funkcia obličiek sa zvyčajne vráti do normálu. Mesalazínové lieky môžu spôsobiť dysfunkciu obličiek u menej ako 1 % pacientov. Imunosupresívne lieky, ako je cyklosporín, môžu spôsobiť zúženie krvných ciev v obličkách, a tým zmeniť funkciu obličiek. Funkciu obličiek je však potrebné pravidelne sledovať u IBD pacientov bez ohľadu na to, aké lieky užívajú.

OCHORENIA PEČENE U IBD PACIENTOV



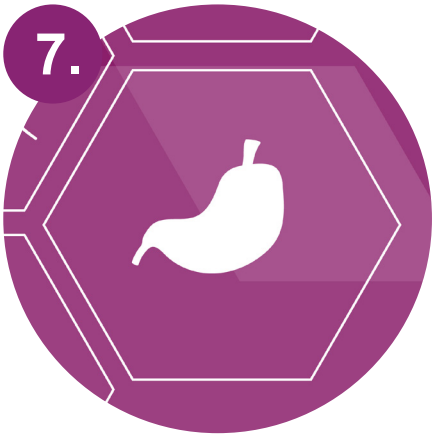
Jednou z úloh pečene je fungovať ako „spracovateľský závod“, ktorý prijíma to, čo prijímame, a pomáha to rozložiť na odpad, ako aj na použiteľné materiály. Pečeň tiež produkuje cholesterol, žlčové kyseliny a soli, ktoré sa ukladajú v žlčníku. Väčšina poškodení pečene u IBD pacientov je reverzibilná, ale závažné ochorenie pečene môže postihnúť asi 5 % ľudí s IBD. Medzi bežné príznaky zápalu pečene patrí nízka energia alebo únava. Mnohokrát sú pacienti asymptomatickí (bezpríznakoví). Pokročilejšie poškodenie pečene vedie k pocitu plnosti alebo bolesti v pravej hornej časti brucha, svrbeniu, žltačke (zožltnutie kože a očných bielkov), ľahkej tvorbe modrín, únave a zadržiavaniu tekutín. Krvné testy môžu zvyčajne potvrdiť prítomnosť ochorenia pečene, hoci na potvrdenie diagnózy môže byť potrebný ultrazvuk, CT a MRI, ako aj iné testy vrátane endoskopického vyšetrenia žlčových ciest (ERCP) alebo biopsie pečene.

- Tukové ochorenie pečene (steatóza pečene) je najčastejšou pečeňovou komplikáciou IBD, je často reverzibilné a postihuje rovnako ľudí s ulceróznou kolitídou, ako aj Crohnovou chorobou. Ide o stav, pri ktorom sa v pečeni ukladá nadbytočný tuk a vytláča normálne pečeňové bunky. Môže to byť spôsobené aj užívaním niektorých liekov, ako sú kortikosteroidy. Nie je potrebná žiadna špecifická liečba, pretože nespôsobuje žiadne príznaky, ale chudnutie spolu s kontrolou hladín cholesterolu v krvi zvyčajne zbaví pečeň nadbytočného tuku.
- Hepatitída je všeobecný termín pre zápal pečene. Zápal pečene môže byť spôsobený liekmi ako metotrexát, azatioprín, 6-merkaptopurín (6MP) alebo zriedkavo anti-TNF liečivami. Každý IBD pacient na liečbe by mal mať pravidelne kontrolované aj pečeňové krvné testy. Hepatitída môže byť spôsobená aj zápalom pečene súvisiacim s IBD, nazývanej autoimunitná hepatitída. Lieči sa rovnakými druhmi

liekov, ktorými sa lieči ulcerózna kolitída a Crohnova choroba. Autoimunitná hepatitída môže viesť k zjazveniu pečene (cirhóze) a trvalému poškodeniu pečene, ak sa nelieči. Hepatitída môže byť taktiež spôsobená vírusmi ako hepatitída A, B alebo C a mala by sa liečiť rovnako ako u pacientov bez IBD.

- Žlčové kamene sú veľmi časté a sú častejšie u pacientov s Crohnovou chorobou kvôli spôsobu, akým sa telo pri Crohnovej chorobe vyrovnáva so žlčou. Žlčník normálne zadržiava tekutú žlč, kým nie je potrebná na trávenie. Žlč však môže stvrdnúť a vytvárať kamene v žlčníku. Ak sa žlčové kamene pokúsia opustiť žlčník a zablokovať kanály, objaví sa bolesť, nevoľnosť a zvracanie. Riešením je chirurgické odstránenie žlčníka.
- Primárna sklerotizujúca cholangitída (PSC) je forma zápalu žlčových ciest pečene. Primárna sklerotizujúca cholangitída je pozorovaná u približne 3 % pacientov s ulceróznou kolitídou, menej u pacientov s Crohnovou chorobou. Niektorí pacienti s PSC nemajú IBD. Pri PSC dochádza v dôsledku zápalu k zužovaniu žlčových ciest, ich zjazveniu. Keď k tomu dôjde, žlč nemôže normálne prúdiť. Nahromadenie žlče vedie k svrbeniu a žltačke. V súčasnosti neexistuje žiadna liečba tohto stavu. Na kontrolu hromadenia žlče je možné zavedenie stentov do žlčovodov, aby udržali prietok žlče. Medzi komplikácie PSC patrí infekcia žlče (cholangitída) a rakovina žlčových ciest (cholangiokarcinóm). Ak je pečeň príliš poškodená, môže dôjsť k cirhóze a možno zvážiť transplantáciu pečene. Ďalšou komplikáciou u pacientov s PSC je zvýšené riziko rakoviny hrubého čreva. Preto je dôležité, aby boli u pacientov s PSC realizované pravidelné ročné skríningové kolonoskopie.

OCHORENIE PANKREASU



Pacienti s IBD sú ohrození vznikom **akútnej pankreatitídy**. Jej incidencia je 4x vyššia u pacientov s Crohnovou chorobou a 1,5 – 2x vyššia pri ulceróznej kolitíde. Existujú dve formy akútnej pankreatitídy pri IBD. Častejšia je sekundárna pri lokalizácii Crohnovej choroby v dvanástniku a indukovaná liekmi (thiopuriny 4 %). Druhú formu predstavuje **primárna autoimunná IgG4 – dependentná pankreatitída**. Chronická pankreatitída sa vyskytuje vzácne, napriek tomu 8 – 16 % pacientov má asymptomatické zmeny na pankreatických vývodoch pri MRCP/ERCP. Protilátky proti exokrinným bunkám pankreasu má 30 % pacientov s Crohnovou chorobou a 4 % pacientov s ulceróznou kolitídou.

NEUROLOGICKÉ A KARDIOVASKULÁRNE ZMENY U PACIENTOV S IBD

- Periférne a centrálne neuropatie (ochorenia nervového systému)

Ich výskyt pri IBD sa odhaduje na 3 – 39 %. Periférna neuropatia sa u žien manifestuje ako demyelinizačná neuropatia (strata ochranného obalu nervov), u mužov sú to skôr senzorické neuropatie (poškodenie nervových vlákien, ktoré ovplyvňuje zmysly, ako je dotyk alebo teplota). Problematika centrálnych neuropatií je zložitejšia. Ide hlavne o neuritídu optického nervu (zápal očného nervu), demyelinizačné ochorenia a sclerosis multiplex (roztrúsená skleróza). Ako možné, či isté

príčiny neuropatií sa uvádzajú chronická aktivita IBD, trombembolické komplikácie a nežiaduce účinky liekov.

- Kardiovaskulárne ochorenia (ochorenia srdca a ciev)

Pri IBD sú tieto ochorenia hodnotené z hľadiska vyššieho rizika ischemickej choroby srdca (zúžené cievy, ktoré znižujú prítok krvi do srdca), cerebrovaskulárnych komplikácií (komplikácie s cievami v mozgu) a mezenterických ischémií (znížený prítok krvi do čriev) prednostne u žien. Systémový zápal zvyšuje riziko ateroskleródy (ochorenie tepien, pri ktorom sa do cievnej steny ukladajú tuky) a ochoreniu koronárnych artérií, t.j. k vyššiemu riziku vzniku náhlej cievnej mozgovej príhody a infarktu myokardu (srdcového svalu).

- Trombembolické príhody

Chronické zápalové ochorenia, vrátane IBD sú všeobecne akceptovanou skupinou ochorení s vyšším rizikom trombofilných-trombembolických stavov (sklon k tvorbe krvných zrazenín a tvorba zrazenín, ktoré sa uvoľnia a blokujú ďalšie cievy. Niektorí autori tieto stavy pri IBD označujú nielen ako komplikáciu, ale aj ako extraintestinálny (mimočrevný) prejav. Porucha regulačných mechanizmov v procese zrážania krvi a hyperkoagulačný stav (zvýšená zrážanlivosť krvi) majú dôležitú úlohu v etiopatogenéze IBD. Skoré poznanie náchylnosti k trombóze a odporúčanie na preventívne užívanie liečby predchádza fatálnym komplikáciám. Podľa literatúry je 3-násobné riziko trombembolických komplikácií u pacientov s vysokou IBD aktivitou ochorenia.

Slovak Crohn Club

www.crohnclub.sk

predsednictvo@crohnclub.sk

Slovak Crohn Club

Slovak Crohn Club

slovakcrohn_club

Autor textu:
MUDr. Anna Gojdičová, PhD.

Textová úprava:
MUDr. Erika Timková, Mgr. Veronika Ivančíková

Grafická úprava:
Mgr. Michaela Formánková

FERRING PHARMACEUTICALS

Takeda