

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Crohn's Disease (CD)

 Hungarian



European
Crohn's and Colitis
Organisation



United We Stand



ECCO-EFCCA Betegeknek szóló útmutató a Crohn-betegségről

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

* Ezek a szerzők első szerzőként egyenlő mértékben járultak hozzá az anyag összeállításához

** Ezek a szerzők utolsó szerzőként egyenlő mértékben járultak hozzá az anyag összeállításához

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

Szervező és levelező tagtársaságok: European Crohn's and Colitis Organisation, Ungargasse 6/13, 1030 Vienna, Austria; European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, Rue Des Chartreux, 33-35 Brussels B 1000 Belgium

Köszönetnyilvánítás

Az ECCO és EFCCA szeretne köszönetet mondani mindazoknak, akik munkájukkal hozzájárultak az ECCO-EFCCA betegeknek szóló irányelveinek kidolgozásához. Az ECCO és EFCCA külön is szeretné kifejezni elismerését Sanna Lonnfors és Andrew McCombie orvosi szakíróknak, akik munkájukkal jelentős mértékben hozzájárultak az ECCO-EFCCA betegeknek szóló irányelveinek kidolgozásához.

Terjesztési szabályzat

Az ECCO-EFCCA Betegeknek szóló útmutatói az ECCO Klinikai irányelvei a Crohn-betegségről (CB) és a colitis ulcerosáról című kiadványok alapján készültek. Az ECCO

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



klinikai irányelvei a következő linken érhető el: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

Az ECCO-EFCCA Betegeknek szóló útmutatói szabadon terjeszthetők. Felhívjuk a figyelmet, hogy az ECCO-EFCCA Betegeknek szóló útmutatók bármilyen fordításához az ECCO és EFCCA engedélye szükséges.

Jogi nyilatkozat

Az ECCO-EFCCA Betegeknek szóló útmutatóinak célja, hogy megkönnyítsék a betegek tájékoztatását és szerepvállalását, és útmutatással szolgáljanak az európai legjobb gyakorlatokkal kapcsolatban. Ebből kifolyólag az egyes ajánlások nemzeti szinten eltérhetnek, mivel az elérhető kezelések országról országra változhatnak. Bármilyen kezeléssel kapcsolatos döntés az egyes klinikai szakorvosok felelőssége és nem alapozható kizárólag az ECCO-EFCCA Betegeknek szóló útmutatóiban foglaltakra. A European Crohn's and Colitis Organisation, a European Federation of Crohn's and Colitis és/vagy azok munkatársai és/vagy az útmutatók kidolgozásában részt vevő személyek az ECCO-EFCCA Betegeknek szóló útmutatóiban jóhiszeműen közzétett információkkal kapcsolatban nem vonhatók felelősségre.

ECCO Összeférhetetlenségi szabályzat

Az ECCO szabályzatot dolgozott ki a lehetséges összeférhetlenség közzétételére. Az összeférhetlenségre vonatkozó nyilatkozat alapját az International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) űrlapja képezi. Az összeférhetlenségre vonatkozó nyilatkozat nem csupán az ECCO irodájában és a JCC szerkesztőségében, hanem a nyilvános ellenőrizhetőség érdekében az ECCO honlapján (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>) is elérhető, amely átfogó áttekintést nyújt a szerzők esetleges összeférhetlenségeiről.

Bevezetés

A Crohn-betegség és a fekélyes vastagbélgyulladás (kolítisz ulceróza) (rövidítve: CB, illetve CU) a bél „gyulladásos bélbetegségeknek” (Inflammatory Bowel Diseases, IBD) nevezett krónikus gyulladásos betegségei közé tartozik. Az IBD-k immun-mediált betegségek, amelyek az erre genetikai hajlammal rendelkező betegeknél alakulnak ki bizonyos, még nem azonosított környezeti tényezők hatására.

Ez az útmutató a CB diagnosztizálásáról és kezeléséről szól, és végig a CB kifejezést használja a Crohn-betegséggel kapcsolatos nemzetközi útmutató nyomán. Utóbbi alapos folyamat eredményeként, vezető európai orvosszakértők bevonásával és a Crohn-betegek optimális kezelésével kapcsolatos jelenlegi tudományos bizonyítékok mérlegelésével jött létre abból a célból, hogy a betegeket felvilágosítsa a CB orvosi diagnosztizálásának és kezelésének legjobb módjáról. Számos kifejezés aláhúzva szerepel; ezek magyarázata az útmutató jobb megértésének elősegítése érdekében a glosszáriumban található. A CU-val kapcsolatban egy másik, a jelen útmutatóval egyidejűleg a betegeknek készített útmutatóból is tájékozódhat.



A CB rendszerint a vékonybelet és a vastagbelet érinti, az emésztőrendszer többi részét ritkábban. A beleken kívül különböző más szerveket és szöveteket is érinthet – leggyakrabban a bőrt, az ízületeket és a szemet.

Noha a CB leggyakrabban a vékonybél és a vastagbél utolsó szakaszát érinti, a szájüregtől kezdve a végbélnyílásig a teljes emésztőrendszer bármelyik részét megtámadhatja. A bélgyulladás általában nem egybefüggő, hanem szakaszos megjelenésű, azaz gyulladt és ép szakaszok váltják egymást. A gyulladás súlyosságától függően a bélfal legfelső rétege (nyálkahártya) vörös (eritémás) és duzzadt (ödémás) lehet, különféle formájú és méretű fekélyek (aftózus, felületi, mély, hosszanti) alakulhatnak ki rajta, illetve utcaő-rajzolat jelenhet meg. Ezek az elváltozások a bélfalat teljes szelvényében érintik, és szövődményeket, így szűkületet és/vagy átfúródást okozhatnak, ami viszont tályogképződéshez (a béltartalom kijutása a hasüregbe) vagy sipolyokat (átjárható csatornák, amelyeken keresztül a béltartalom a bőrfelszínre vagy a szomszédos szervekbe, például a húgyhólyagba vagy más bélszakaszokba kerül) vezethet. A CB a betegek jelentős hányadánál a beleken kívül más testrészeket is érinthet – leggyakrabban a bőrt, az ízületeket és a szemet. A betegségnek ezek a bélen kívüli megnyilvánulásai a belet érintő jellegzetes tünetek előtt is megjelenhetnek (lásd később), és időnként problémásabbak és nehezebben kezelhetők, mint maguk a belet érintő tünetek.

Mivel a CB polimorf betegség, a bélben lévő elváltozásokat a diagnózis felállításakor megfelelő diagnosztikai módszerekkel fel kell deríteni és súlyosság szerint kategorizálni kell. Emellett mivel a CB egész életen át tartó betegség, amelyre jelenleg nem létezik végleges gyógymód, a kezelés a bélben lévő és (az esetleges) bélen kívüli gyulladás enyhítésére, a szövődmények megakadályozására és a megszokott minőségű, akadályoztatástól mentes magán-, munkahelyi és társasági élet biztosítására irányul. A terápiás beavatkozások a dohányzásról való leszokást, étrendi változtatásokat, valamint különféle, a betegség előfordulásának helyétől és súlyosságától függően megválasztott, önmagában vagy kombinációban alkalmazott gyógyszereket foglalják magukban.

A Crohn-betegség (CB) diagnosztizálása

A CB tünetei

A CB tünetei sokfélék lehetnek. A gyakori tünetek közé tartozik a hasi fájdalom, fogyás és a több mint négy hétig tartó hasmenés. E tünetek előfordulásakor – különösen a fiatal beteg esetén – az orvosnak számításba kell vennie a CB lehetőségét. Gyakoriak továbbá az olyan általános tünetek, mint a diszkomfortérzés, a fáradtság, az étvágytalanság vagy a láz.

A tünetek hirtelen jelentkezhetnek, és néha megegyezhetnek az akut vakbélgyulladás tüneteivel, vagy az irritábilis bél szindróma (IBS) tüneteivel. A legtöbb betegnél hasi fájdalom és fogyás jelentkezik mielőtt diagnosztizálnák nála a betegséget. A véres, nyákos széklet kevésbé gyakori, mint a CU-ban szenvedő betegek esetében. A CB bélen kívüli tünetei, melyek leggyakrabban az ízületeket érintik, a belet érintő tünetek előtt is megjelenhetnek.

Diagnosztikai vizsgálatok

A CB betegenként eltérő formát ölthet a betegség jelentkezéskori életkortól, az érintett bélszakasztól és a betegség viselkedésétől függően.



A CB diagnosztizálása nem csupán egyetlen vizsgálati módszerrel történik. A diagnózis felállítására a klinikai tünetek, vérvizsgálatok, képalkotó vizsgálatok, endoszkópia és a bélbiopsziák szövetteni leleteinek együttes értékelése alapján kerül sor (az aláhúzott kifejezések magyarázata a glosszáriumban található). A genetikai vizsgálatok elvégzése jelenleg nem javasolt a CB rutinszerű diagnosztizálására.

A beteg kórtörténete

Orvosa részletesen kikérdezi Önt például arról, hogy mikor kezdődtek a tünetei, utazott-e az utóbbi időben, érzékeny-e bizonyos élelmiszerekre, szed vagy szedett-e korábban gyógyszereket (köztük antibiotikumokat és NSAID-okat, azaz olyan gyulladáscsökkentő és fájdalomcsillapító szereket, mint az aszpirin, ibuprofén vagy diklofenák), vagy hogy átesett-e appendektómián (vakbél-eltávolító műtéten). Orvosának különös figyelmet kell szentelnie a CB jól ismert kockázati tényezőire, így a dohányzásra, a CB családi előfordulására, valamint a közelmúltban lezajlott emésztőrendszeri fertőzésre.

A dohányzás, az IBD családi előfordulása és a korábbi appendektómia mind kockázati tényezőnek számít a CB szempontjából. A gyomor vagy a belek bakteriális vagy vírusos fertőzése fokozza a CB kialakulásának a kockázatát. A NSAID-okkal mint kockázati tényezővel kapcsolatos vizsgálatok viszont kevésbé egyértelmű következtetésre jutottak.

A CB nem a beleket érintő (bélen kívüli) tünetei

A CB-nek számos tünete van, amelyek közül nem mindegyik érinti közvetlenül a beleket. A korábban említettek szerint a CB a beleken kívül más szerveket és szöveteket is érinthet.

Orvosa kikérdezi majd az éjszakai, valamint a beleken kívüli (például a szájüregben, bőrön, szemekben vagy ízületekben jelentkező) tünetekről és/vagy jelekről, valamint a végbélnyílás körüli tályogokról és a végbélrepedésekről (a végbélnyílás körüli bőrfelszín vagy végbélnyálkahártya repedése). Az átfogó orvosi vizsgálatnak a következők vizsgálatára kell kiterjednie:

- általános jóllét
- pulzus
- vérnyomás
- testhőmérséklet
- hasi érzékenység vagy duzzanat
- tapintható csomók
- perineum (a végbélnyílás és a nemi szervek közötti rész) és szájüreg
- ujjal végzett végbélvizsgálat
- testtömegindex meghatározása

Fizikális vizsgálat és laboratóriumi vizsgálatok

Orvosa ellenőrizni fogja, hogy fennállnak-e Önnél az akut és/vagy krónikus gyulladás, anémia (vérszegénység), kiszáradás, valamint a malnutrició (alultápláltság) vagy malabszorpció (felszívódási zavar) jelei. A korai laboratóriumi ellenőrző vizsgálatoknak a CRP-t és a teljes vérkép vizsgálatát kell magukban foglalniuk. Emellett a gyulladás egyéb markerei, például a széklet kalprotektin szintje vagy az ESR (vörösvértest-süllyedés) meghatározására is szükség lehet. Bizonyos esetekben orvosának a fertőzőes – így a Clostridium difficile nevű baktérium okozta – hasmenés lehetőségét is ki kell zárnia. További székletvizsgálatokra is szükség lehet, különösen korábbi külföldi utazás esetén.



CB esetén a vérvizsgálat leggyakrabban vérszegénységet és trombocitózist (trombocita-, avagy vérlemezke túltermelés) állapít meg. A CRP, illetve az ESR vizsgálata a gyulladás jelenlétének kimutatására szolgál. Míg a CRP szintje és a betegség aktivitása között viszonylag szoros összefüggés van, az ESR kevésbé pontos mutatónak számít. A széklet kalprotektin szintje szoros összefüggést mutat a betegség belekben tapasztalható aktivitásával.

Mind ezek ellenére a fenti tesztek egyike sem eléggé specifikus ahhoz, hogy alkalmas legyen a CB diagnosztizálására, illetve a CU-tól való megkülönböztetésére.

Endoszkópia

CB gyanúja esetén orvosa ileokolonoszkópiát és biopsziákat végezhet a vékonybél utolsó szakaszán, illetve a vastagbél valamennyi szakaszán a CB egyértelmű diagnosztizálásához szükséges mikroszkópos bizonyítékok megszerzéséhez. Az eredményektől függetlenül a CB vékonybélbeli helyének és kiterjedésének megállapításához célszerű további vizsgálatokat végezni. Nem tisztázott, hogy az emésztőrendszer felső szakaszának szájon keresztüli endoszkópos vizsgálata rutinszerűen alkalmazható-e a tünetmentes felnőtt betegeknél.

A vastagbélgyulladás diagnosztizálása elsősorban kolonoszkópia és biopszia segítségével történik. A kolonoszkópia során a vékonybélből biopsziás minták vehetők. A CB endoszkópos jelei közé tartozik a nem egybefüggő, foltokban jelentkező gyulladás, a végbélnyílás körüli bármilyen elváltozás, valamint a bélfal utca-kő szerű rajzolata. Míg a vastagbelet érintő CB súlyossága kolonoszkópiás vizsgálattal jól megállapítható, a vékonybél utolsó szakaszát érintő CB esetében a képalkotó vizsgálatok és az ileoszkópia kombinációja hatékonyabb módszert jelent a diagnózis felállításához. Önmagukban az egyes képalkotó módszerekkel, így az ultrahangos vizsgálattal, a CT-felvétellel, illetve az MRI-vel nem állapítható meg egyértelműen a CB.

Képalkotó vizsgálatok

A belek képalkotó vizsgálatai (MRI és CT) és a hasi ultrahang kiegészítik az endoszkópos vizsgálat eredményeit. Segítségükkel kimutathatók a gyulladások és a CB által okozott elzáródások és sipolyok, valamint megállapítható azok kiterjedése. E vizsgálatoknál a sugárterhelést is számításba kell venni, különösen a betegség lefolyásának figyelemmel kísérésére alkalmazott módszer megválasztásakor. Mivel a báriummal (kontrasztanyaggal) végzett hagyományos radiológiai vizsgálatok kevésbé pontosak és jelentős sugárterheléssel járnak, helyettük lehetőség szerint más módszereket kell választani.

Jelenleg a CT és az MRI vizsgálat jelenti a standard módszert a vékonybél vizsgálatára. A CB kiterjedése és aktivitása mindkét vizsgálattal kimutatható a bélfal vastagsága, az ödéma és a fekélyesedés mértéke alapján. Mindkét vizsgálat hasonlóan pontos, azonban a CT az MRI-hez képest jobban hozzáférhető és kevésbé időigényes. Mivel azonban a CT-vizsgálat a beteg besugárzásával jár, lehetőség szerint érdemes fontolóra venni az MRI elvégzését.

A hasi ultrahangvizsgálat tájékoztatást nyújthat a betegség aktivitásáról és helyéről, különösen a vékonybél tekintetében. Emellett széles körben hozzáférhető és olcsó, valamint sugárzásnak sem teszi ki a beteget, viszont a mélyebb bélszegmensek megjelenítésére kevésbé alkalmasak, és a különböző vizsgálatok eltérően értelmezhetik a vizsgálat során látottakat.



Vékonybél-endoszkópia

A kapszulás vékonybél endoszkópia (small bowel capsule endoscopy, SBCE) csak abban az esetben jöhet számításba, ha az ileokolonoszkópia és a képpalkotó vizsgálatok eredménye negatív volt, azonban orvosa szerint továbbra is fennáll a CB alapos gyanúja. Ebben az esetben a SBCE segíthet a CB kizárásában. Az eszközasszisztált enteroszkópiát akkor végezheti el a megfelelő szakember, ha biopsziára, illetve endoszkópos kezelésre, például a szűkületek dilatációjára (tágítására), az elakadt kapszula eltávolítására vagy vérzés elállítására van szükség.

Az SBCE olyan újfajta módszer, amelynek segítségével az orvos közvetlenül is megvizsgálhatja a kolonoszkópiás vagy a képpalkotó vizsgálatokkal nem látható vékonybél-elváltozásokat. Az SBCE a vékonybelet érintő CB esetén hatékony diagnosztikai eszközt jelent, azonban bélelzáródás, bélszűkület vagy sipoly, illetve beültetett elektronikus eszközök (pl. pacemaker) vagy nyelési nehézségek esetén nem alkalmazható.

Endoszkópos biopsziák

A CB megbízható diagnosztizálásához a vastagbél teljes hosszából (beleértve a végbelt is) és a vékonybél utolsó szakaszán öt helyről legalább két biopsziás mintát kell venni.

A CB a teljes vastagbélből vett biopsziás mintasorozat elemzésével diagnosztizálható a legmegbízhatóbban. Biopsziás mintát mind a beteg, mind pedig az ép területekről szükséges venni. A kontrollvizsgálatok során kevesebb biopsziás minta alapján is megerősíthető a diagnózis. A műtétet követő kontrollvizsgálatok során a betegség kiújulásának gyanúja esetén további biopsziás mintákat kell venni. Az ileoanális anasztomózison (a teljes vastagbél és a végbél egy részének eltávolítását követően a vastagbél és végbél széklettároló/-tartó feladatának ellátása érdekében a vékonybél végén kialakított és a végbél záróizmához illesztett tasak kialakítására szolgáló műtét) átesett betegeknél CB gyanúja esetén biopsziás mintákat kell venni az afferens bélkacsból (a vékonybélnek a tasakban végződő részéből). Korai stádiumú rákbetegség gyanúja esetén több biopsziás minta vételére van szükség.

Várható kórlefolyás

A diagnózis időpontjában fennálló klinikai tényezők és/vagy meglévő endoszkópos leletek alapján megjósolható a CB kórlefolyása. Ezt az alkalmazandó kezelési módról történő döntés során figyelembe kell venni.

A klinikai vizsgálatok eredményei szerint a következő tényezők a betegség diagnózistól számított öt éven belüli súlyosbodását jelzik:

- a végbélnyílás körüli elváltozások,
- a vékonybél utolsó szakaszának és a vastagbél első szakaszának érintettsége,
- fiatal korban megállapított CB és/vagy
- szteroidokkal való kezelés szükségessége a betegség első fellángolásakor.

Egyre több bizonyíték áll rendelkezésre azzal kapcsolatban, hogy az immunmodulátorokkal és/vagy biológiai gyógyszerkészítményekkel történő korai intenzív kezelés a nyálkahártya gyógyulását és folyamatos korai remissziót eredményezhet a szteroidokkal történő kezelés szükségessége nélkül. A korai intenzív kezelés lehetőségét az immunszuppresszív kezeléssel járó kockázatok miatt azonban csak súlyos esetekben lehet fontolóra venni.



A betegségaktivitás és a kezelés sikerességének nyomon követése

A CRP és a székletből kimutatható markerek (így a széklet kalprotektin vagy laktoferrin szintje) meghatározása támpontot adhat a kezelés megválasztásához, az állapot rövid távú nyomon követéséhez és a visszaesés előrejelzéséhez is hasznos lehet, valamint annak eldöntéséhez is segítséget nyújthat, hogy Ön CB-ben vagy pedig irritábilis bél szindrómában (IBS) szenved-e.

Noha a bél gyógyulásának megítélése szempontjából továbbra is az endoszkópia minősül a standard vizsgálati módszernek, ez invazív és költséges. A széklet kalprotektin és laktoferrin szintje könnyebben mérhető. Mindkettő kimutatja a különféle okból bekövetkező bélgyulladást, rendkívül megbízhatóan képes előre jelezni az aktív CB kialakulását, valamint alkalmasabb a bélspecifikus gyulladás mérésére, mint a CRP-szint.

Az aktív Crohn-betegség gyógyszeres kezelése, beleértve az alternatív terápiákat

Általános megfontolások

A gyógyszeres kezelés megkezdése vagy módosítása előtt meg kell győződni a CB által okozott aktív gyulladás jelenlétéről.

A CB kezelési tervének figyelembe kell vennie a betegség aktivitását, helyét és viselkedését, és a tervet minden esetben egyeztetni kell a beteggel. Néha, különösen súlyos esetekben előfordulhat, hogy a kezeléssel kapcsolatos döntéseket a betegség teljes kiterjedésének ismerete nélkül kell meghozni. Az orvosok nem mindig tudják pontosan megítélni a betegség aktivitását, így a kezelés megkezdése, illetve módosítása előtt különböző vizsgálatokkal kell meghatározni a betegségaktivitás objektív markereit (pl. biopszia, széklet kalprotektin szintje).

A megfelelő terápiával kapcsolatos döntés meghozatalakor figyelembe kell venni a gyógyszer hatékonyságát és lehetséges mellékhatásait, a korábbi kezelésre való reagálást és az esetleges bélen kívüli szövődeményeket vagy tüneteket.

Közepesen aktív CB

A vékonybél utolsó szakaszát és a vastagbél első szakaszát érintő közepesen aktív CB budezoniddal vagy szisztémás kortikoszteroidokkal, például prednizolonnal vagy metilprednizolonnal kezelendő. Anti-TNF-kezelés azoknál a betegeknek alkalmazandó, akik korábban nem reagáltak a szteroidokra vagy nem tolerálják azokat. Azon betegek esetében, akiknél ritkán fordul elő relapszus, az újrakezdett szteroidok és egy immunszuppresszáns kombinációja lehet a megfelelő kezelés. A szteroid- és/vagy anti-TNF-kezelésre nem reagáló betegek esetében a vedolizumab-kezelés jelenti a megfelelő választást.

A budezonid és prednizolon a közepesen aktív CB kezdeti kezelésére alkalmas. A prednizolon rendkívül hatásos és kevésbé drága, ugyanakkor rendszerint több mellékhatást okoz, mint a budezonid. A kortikoszteroid-expozíciót azonban minimálisra kell csökkenteni a CB kezelése során, mivel a szteroidok nem hatásosak a remisszió fenntartása szempontjából.

A szteroidkezelés az anti-TNF-terápia korai megkezdésével hatékonyan minimálisra csökkenthető. Bizonyos betegcsoportok, így például a szteroidfüggő vagy a szteroidokra nem reagáló betegek számára az anti-TNF-kezelés előnyösebb lehet.



A korai stádiumú betegeknek a remisszió elérése és fenntartása szempontjából az infliximab és azatioprin kombinációja hatásosabbnak bizonyult, mint az önmagában alkalmazott infliximab.

Súlyos aktív CB

a vékonybél utolsó szakaszát és a vastagbél első szakaszát érintő súlyos aktív CB először szisztémás kortikoszteroidokkal kezelendő. Az anti-TNF-kezelés a relapszáló betegek számára optimális. A szteroid- és/vagy anti-TNF-kezelésre nem reagáló betegek esetében a vedolizumab-kezelés jelenti a megfelelő választást. Azon betegek esetében, akiknél ritkán fordul elő relapszus, az újratekített szteroidok és egy immunszuppresszáns kombinációja lehet a megfelelő kezelés. A gyógyszeres kezelésre nem reagáló betegekkel egyeztetni kell a műtét lehetőségéről.

Noha a prednizolont, illetve az intravénásan adott hidrokortizont jelenleg is alkalmazzák a vékonybél utolsó szakaszát érintő súlyos CB kezdeti kezelésére, az utóbbi években csökkentették az anti-TNF-kezelés megkezdéséhez szükséges küszöbértéket a rossz prognózisú betegek esetében. A vizsgálatok szerint CB esetén az infliximab, illetve az adalimumab anti-TNF szerekkel végzett folyamatos kezelés csökkenti a műtét és a kórházi tartózkodás kockázatát.

Az anti-TNF-kezelést gyakran alkalmazzák olyan betegek esetében, akik nem reagálnak a kezdeti kezelésekre és akiknél nem jöhet szóba a műtėti kezelés. A műtėti kezeléshez szükséges küszöbérték alacsonyabb a vékonybél utolsó szakaszát és a vastagbél kezdeti szakaszát érintő CB esetén, mint máshol, különösen akkor, ha a betegség a vékonybéltre lokalizálódik, mivel a vékonybél-működés kiterjedt vagy ismételt megszűnése alultápláltsághoz vezethet. Ebben az esetben egyes szakemberek előnyben részesítik a műtėti kezelést az anti-TNF-terápiához képest, míg mások akkor részesítik előnyben a műtétet, ha a gyógyszeres kezelés nem elég gyorsan fejti ki hatását vagy tolerálhatatlan mellékhatásokat okoz.

A vastagbelet érintő CB

A vastagbelet érintő aktív CB kezelése szisztémás kortikoszteroidokkal történik. A relapszáló betegek számára a tiopurinok, anti-TNF vagy a vedolizumab a megfelelő kezelés. Az első anti-TNF-kezelésre nem reagáló betegek számára a vedolizumab jelentheti a megfelelő választást.

A vastagbelet érintő aktív, súlyos CB egyszerűbben és korábban kimutatható, mint a vékonybelet érintő CB. Talán ez az oka annak, hogy a vastagbelet érintő CB jobban reagál az anti-TNF-terápiára, mint a vékonybelet érintő CB. A szisztémás kortikoszteroidokkal, például a prednizolonnal történő kezelés hatásos, a budezonid viszont hatástalan a vastagbelet érintő CB kezelése esetén.

Ha a beteg nem reagál vagy többé nem reagál az anti-TNF-, illetve vedolizumab-terápiára, a műtėti kezelés is számításba jöhet. Immunszuppresszív terápia megkezdésekor vagy megváltoztatásakor minden esetben egyeztetni kell a műtét lehetőségéről.

Kiterjedt CB

A vékonybelet érintő kiterjedt CB kezelése először szisztémás kortikoszteroidokkal kell, hogy történjen. Emellett az anti-TNF-szerekkel való korai kezelés lehetőségét is mérlegelni kell. Az anti-TNF-kezelés a súlyos, relapszáló betegek számára optimális.



A folyamatos bélyulladás következményei, így például a rossz tápláltsági állapot, a bélszűkületek és bélezáródás jelentősebbek a vékonybelet érintő kiterjedt CB esetén a vékonybélre lokalizált CB-hez képest. Éppen ezért a korán megkezdett immunmodulátor-kezeléssel kombinált szteroidkezelés megfelelőnek tekinthető az ilyen betegeknél.

Immunszuppresszív terápia

Az immunszuppresszáns szerekekkel történő korai kezelés azon betegek esetében tűnik optimálisnak, akiknél a tünetek és jelek rossz prognózisra utalnak. Az anti-TNF szerekekkel történő korai kezelést azon betegeknél kell elkezdni, akiknek betegsége rendkívül aktív lefolyású, tünetei pedig rossz prognózisra utalnak.

Számos vizsgálat alapján az anti-TNF-kezelés hatásosabbnak bizonyult a betegség korai stádiumában megkezdve, különösen a rossz prognózis szempontjából fennálló bizonyos kockázati tényezők esetén. E kockázati tényezők közé tartozik a kiterjedt betegség, a fiatalkori CB, a szteroidkezelés kezdeti szükségessége és a végbéltájéki betegség.

Az összes jelenleg rendelkezésre álló anti-TNF-kezelés egyformán hatásosnak tűnik a beleket érintő CB kezelésében, és mellékhatások szempontjából is hasonlóak. A választott kezelés a készítmények hozzáférhetőségétől, a gyógyszerbeadás módjától, a beteg preferenciájától és a kezelés költségeitől függ.

Az anti-TNF alapú kezelésre adott reakció elsődleges hiányát 12 héten belül kell megállapítani.

Ha a beteg 12 hét kezelés után sem reagál megfelelően a terápiára, nem valószínű, hogy a pozitív terápiás hatás ezt követően kialakul, így a beteget a remisszió kiváltására alkalmas új terápiára kell átállítani.

Immunszuppresszánsokkal, köztük anti-TNF szerekekkel történő kezelés esetén fennáll a súlyos fertőzések kockázata, amit szintén figyelembe kell venni.

Az összes immunszuppresszáns, beleértve a szteroidokat, tiopurinokat, metotrexátot és az anti-TNF szereket, csökkenti az immunrendszer aktivitását és működőképességét, ami fokozhatja a súlyos vagy akár halálos fertőzések iránti fogékonyságot. Mivel az egynél több immunszuppresszánsos végzett kombinált kezelés jelentős mértékben növeli a fertőzések kockázatát, az immunszuppresszánsokkal végzett hosszú távú kombinált kezelés lehetőleg kerülendő. Másrészt az immunszuppresszánsokkal végzett kombinált kezelés igazoltan hatékonyabb, és különösen súlyos betegség esetén szükség lehet rá.

Komplementer és alternatív gyógymódok

Orvosának meg kell kérdeznie Önt arról, hogy igénybe vesz-e komplementer és alternatív gyógymódokat. Nem létezik tudományos bizonyíték e módszerek hatásosságára nézve. A termékek nagy választékban és sokszor igen drágán érhetők el. Ha szeretné kipróbálni őket, először egyeztessen erről orvosával.

Az IBD-ben szenvedő betegek körében gyakori a komplementer és alternatív gyógymódok alkalmazása. A komplementer terápiákat a hagyományos orvosi kezelések kiegészítéseként, míg az alternatív terápiákat a hagyományos orvosi kezelések helyett alkalmazzák. A komplementer és alternatív gyógymódok hatásosságával és biztonságosságával kapcsolatban nem áll rendelkezésre elegendő tudományos



bizonyíték/csak korlátozott tudományos bizonyíték áll rendelkezésre, és a gasztroenterológusok számára nehézséget okozhat, hogy a betegek számára kellő felvilágosítást nyújtsanak ezekkel kapcsolatban. Ráadásul e termékek nagy választékban és sokszor igen drágán érhetők el. Mindezek alapján ha Ön ki szeretné próbálni ezeket a módszereket, vagy a hagyományos kezelésről komplementer/alternatív gyógymódra kíván áttérni, először kérje ki orvosa véleményét ezekkel kapcsolatban. Mivel az IBD-s betegek gyakran alultápláltságban szenvednek, a megfelelő táplálás létfontosságú komplementer terápiának tekinthető.

A remisszió fenntartása

Általános megfontolások

A szisztémás kortikoszteroid-kezelésnek köszönhető tünetmentesség (azaz remisszió) esetén fontolóra kell venni a tiopurinokkal vagy metotrexáttal történő kezelés lehetőségét. Egyes betegeknél bármilyen kezelés nélkül is fenntartható a remisszió.

Mivel egyes betegeknél bármilyen kezelés nélkül is fenntartható a remisszió, esetükben az is számításba jöhet, hogy ne részesüljenek kezelésben.

Szteroidok nem alkalmazhatók remisszióban a tünetmentesség fenntartására, mivel bizonyítást nyert, hogy számos mellékhatást okoznak, tolerálható dózisban pedig nem hatásosak a remisszió fenntartása szempontjából.

A meszalazinnak az orvosi módszerekkel elért remisszió fenntartásában játszott hasznos szerepére vonatkozóan csak korlátozott mennyiségű bizonyíték áll rendelkezésre. Egyesek szerint a betegség első fellángolását követően nem feltétlenül van szükség fenntartó kezelésre. Figyelembe véve a visszaesés és a szteroidfüggőség kialakulásának magas kockázatát, valamint a korai kezelés esetén megfigyelt magasabb sikerarányt, szisztémás szteroidkezeléssel elért remisszió után célszerű azatioprin-kezelésre váltani. A merkaptopurin-kezelés azatioprin intolerancia esetén kísérhető meg, kivéve ha a beteg hasnyálmirigy-gyulladásban vagy citopéniában (azaz a vörsejtek számának csökkenésében) szenved. Metotrexát szintén alkalmazható, különösen a tiopurinokkal szembeni intolerancia esetén.

Relapszus esetén állapota romlásának megelőzése érdekében fontolóra kell venni a fenntartó kezelés dózisának emelését. Lokalizált betegség esetén mindig fontolóra kell venni a műtéti kezelés lehetőségét.

Relapszus esetén fontolóra kell venni az azatioprin-kezelés lehetőségét. A kortikoszteroidok (köztük a budezonid) nem hatásosak, illetve nem alkalmasak a remisszió fenntartására, és a kortikoszteroidok hosszú távú alkalmazása gyakran elfogadhatatlan mellékhatásokat, elsősorban csonttritkulást (azaz a csontok tömegvesztését) és ebből eredő csonttöréseket, emellett szürkehályogot és zöldhályogot is okoz.

Fenntartó kezelés kiterjedt betegség esetén

Kiterjedt betegség esetén állapota romlásának megelőzése érdekében tiopurin-kezelés javasolt. Agresszív lefolyású vagy súlyos betegség vagy várhatóan rossz prognózis esetén fontolóra kell venni anti-TNF-kezelés lehetőségét.

Figyelembe véve a visszaesés kockázatát, valamint a korai kezelés esetén megfigyelt magasabb sikerarányt, kiterjedt Crohn-betegség esetén azatioprin adása javasolt.



Szteroidfüggő CB

Az immunszuppresszánsokkal még nem kezelt, illetve a tünetmentesség (azaz a remisszió) fenntartásához kortikoszteroidokat igénylő betegeket tiopurinnal, metotrexáttal vagy anti-TNF szerrel kell kezelni. A műtét lehetőségéről is egyeztetni kell.

Szteroidfüggő CB esetén az immunszuppresszánsok (azatioprin/merkaptopurin, metotrexát) hatásosak lehetnek. Az ileum (csípőbél) eltávolítása lokalizált betegség esetén bizonyos betegeknél alternatívát jelent. A szteroidkezelés szükségességének megelőzéséhez rendkívül hatékony módszert jelent az anti-TNF szerek korai alkalmazása. A szteroidfüggő betegek számára szintén előnyösebb lehet az anti-TNF-kezelés korai megkezdése. Megállapítást nyert, hogy a betegség korai szakaszában az infliximabbal és azatioprinnel végzett kombinációs kezelés hatásosabb a szteroidmentes remisszió fenntartásában, mint az önmagában alkalmazott infliximab. E betegeknél a vedolizumab is alkalmazható.

Nem megfelelő fenntartó kezelés tiopurinokkal (tiopurinra nem reagáló CB)

Tiopurinokkal történő kezelés alatti relapszus esetén orvosának ellenőriznie kell azt, hogy Ön követi-e a megbeszélte kezelési tervet. Azt is ellenőrizni kell, hogy nem jelentkeznek-e gyulladás jelei. A dózis optimalizálása javíthatja a kezelésre adott reakciót. Megfelelő körülmények esetén metotrexátra vagy anti-TNF-re kell váltani. Lokalizált betegség esetén mindig fontolóra kell venni a műtéti kezelés lehetőségét.

Azon azatioprint vagy merkaptopurint kapó betegeknél, akiknél a standard fenntartó dózis mellett alakul ki relapszus, a dózis addig növelhető, amíg a vérvizsgálati eredmények alapján a fehérvérsejtek száma a megfelelő szintre nem csökken, vagy a 6-TGN (a tiopurinok egyik vérből mérhető metabolitja) szintje a megfelelő szintre nem nőtt. A metotrexát, az anti-TNF-terápia és vedolizumab további kezelési lehetőséget jelent.

A fenntartó kezelés folytatása

Ha egy korábban nem kezelt beteg az anti-TNF és tiopurin kombinációjával való kezelés során tünetmentessé vált (azaz remisszióba került), a fenntartó kezelést azonos gyógyszerrel javasolt folytatni. Néhány beteg esetében az önmagukban alkalmazott tiopurinok kezelési lehetőséget jelenthetnek. Ha a remissziót az önmagukban alkalmazott anti-TNF-ekkel sikerült elérni, a fenntartó kezelés is ezzel folytatható. Ha a remissziót önmagában alkalmazott vedolizumabbal sikerült elérni, a fenntartó kezelés is ezzel folytatható.

A fenntartó kezelés időtartama

A tartós remisszióban lévő és tiopurinokkal végzett fenntartó kezelést kapó betegek esetében gyulladásra utaló jelek hiányában fontolóra lehet venni a kezelés befejezését. A metotrexát-kezelés időtartamára nézve nem adható javaslat. Szükség esetén a tartós anti-TNF kezelés is fontolóra vehető.

A CB rendszerint egész életen át tartó betegség, amelynek során remissziós és különböző fokú aktivitási epizódok fordulnak elő. A kezelés célja a tartós remisszió elérése és fenntartása. Nincs általános konszenzus azzal kapcsolatban, hogy mi értendő hosszú távú remisszió alatt, és összességében csak korlátozott mennyiségű adat áll rendelkezésre ahhoz, hogy javaslatot lehessen tenni a kezelés leállításának vagy módosításának



időpontjára, mivel a legtöbb kontrollált klinikai vizsgálatban a betegek utánkövetése legfeljebb 1-3 évig tart.

Egy vizsgálat azzal az eredménnyel zárult, hogy a több mint három és fél év után leállított azatioprin-kezelés fokozta a betegekben 18 hónappal a kezelés leállítása után előforduló relapszus valószínűségét a gyógyszert továbbra is szedő betegekhez képest (relapszus aránya 21%, illetve 8%). Ugyanebben a vizsgálatban a betegek hosszú távú utánkövetése azt mutatta, hogy az azatioprin-kezelést abbahagyó betegek 53%-ánál 3 év után, 63%-uknál pedig 5 év után relapszus következett be. Szerencsére az azatioprin-kezelést újrakezdő 23 beteg közül egy kivételével az összes újra remisszióba került (azaz 95,7%-uk ért el ismét remissziót az azatioprinnel).

Az anti-TNF-kezelésre adott reakció megszűnése

Ha Ön már nem reagál az anti-TNF-kezelésre, orvosa először megpróbálja optimalizálni a gyógyszer adagját. A dózis növelése vagy a kezelés időtartamának lerövidítése egyformán jó módszert jelent. Ha a dózis optimalizálása nem eredményez javulást, célszerű másik anti-TNF szerre átállni. Az anti-TNF szer vérben lévő szintjének a következő adag beadása előtti mérésével, valamint – ha lehetséges – a gyógyszer elleni antitestek meghatározásával eldönthető, hogyan kell optimalizálni a kezelést.

A daganatok kockázata és az immunszuppresszív terápia

A tiopurinokkal kezelt betegeknél magasabb lehet a limfóma, bőrrák és méhnyaki rákmegelőző állapotok kockázata. Az anti-TNF szerrel kezelt betegeknél nagyobb valószínűséggel alakul ki bőrrák. Noha jelenleg nem ismert, hogy az önmagukban alkalmazott anti-TNF szerekkel kezelt betegeknél nagyobb-e a limfoproliferatív betegségek vagy a szolid tumorok kialakulásának valószínűsége, az anti-TNF szerek és a tiopurinok együttesen fokozzák a limfoproliferatív betegségek kialakulásának kockázatát. Azonban még e magasabb rákkockázat mellett is rendkívül alacsony marad a rák előfordulási gyakorisága. Ezért a kockázatokat és a kezelés előnyeit mindig gondosan mérlegelni kell és meg kell beszélnie orvosával.

Noha az azatioprin hatásosságát ismételten igazolták, a kezelés kismértékben növeli a non-Hodgkin limfóma (a rák egy súlyos, az immunrendszert érintő típusa) kockázatát. ezért mérlegelni kell a szer alkalmazásának előnyeit és kockázatait. Mindenesetre egy, az azatioprin-kezelés kockázatait (beleértve a rákot) és előnyeit (beleértve a tünetek enyhülését) elemző vizsgálat arra az eredményre jutott, hogy az előnyök jóval meghaladják a kockázatokat még akkor is, ha a non-Hodgkin limfóma kockázatát óvatosságból túlbecsülik; ez különösen érvényes a fiatal betegek esetében, akiknél eleve alacsony a limfóma előfordulásának gyakorisága. Az anti-TNF szerekkel kezelt betegeknél egyéb rákos elváltozások – így például a bőrrák – és nőknél a méhnyak rákmegelőző állapotainak fokozott kockázatát is megfigyelték. Éppen ezért az összes ilyen kezelést kapó beteget kötelező szoros megfigyelés alatt tartani.

A CB műtéti kezelése

A csípőbelet és vakbelet érintő obstruktív (elzáródással járó) CB

A műtét jelenti az előnyben részesített kezelési lehetőséget abban az esetben, ha a CB a vékonybél utolsó szakaszát és a vastagbél első szakaszát érinti és obstruktív tüneteket okoz, aktív gyulladásra utaló jelentős tünetek viszont nincsenek.



Ha a (a) CB a vékonybél utolsó szakaszára és a vastagbél első szakaszára korlátozódik, (b) nem reagál a szteroidokra és (c) makacs obstruktív tüneteket okoz, műtetre van szükség. A gyulladás nélküli (pl. normál CRP értékű) elzáródás szintén kezelhető műtéttel. Ha azonban a beteg korábban csípőbél- és vakbél-eltávolító műtéten esett át, és anasztomózisos szűkülete (azaz a kimetszett rész összeillesztésénél jelentkező szűkülete) volt, a bélszakasz eltávolításának elvégzése előtt endoszkópos tágítás (azaz a szűkület megnyitása) is megkísérélhető.

Hasi tályog

A vékonybelet érintő aktív CB-t hasi tályog kísérheti. Ezt először antibiotikummal kell kezelni, műtétilag vagy tűszúrással le kell csapolni. Szükség esetén a bélszakasz a tályog gyógyulását követően reszekálható (eltávolítható).

A vélemények megoszlanak azzal kapcsolatban, hogy a lecsapolást minden alkalommal eltávolító műtétnek kell-e követnie.

A CB esetén végzett első vagy ismételt műtéti kezelés szükségességének fokozott kockázatát előidéző prognosztikai tényezők

Bizonyos tényezők növelik CB-ben a műtéti kezelés szükségességének kockázatát. Ezek közé tartoznak a következők:

- jelenlegi dohányzás
- sipoly- és szűkületképződéssel járó betegség
- szteroidok korai alkalmazása (a szteroidok alkalmazásának szükségessége a betegség első fellángolásakor)
- a vékonybél utolsó szakaszának (a csípőbél) érintettsége
- a vékonybél középső szakaszának (éhbél) érintettsége, és
- fiatalkori CB.

Számos vizsgálat kutatta a CB műtét utáni kiújulásának lehetséges kockázati tényezőit. A legtöbb vizsgálat szerint a dohányzás, korábbi bélműtét (beleértve a vakbél-eltávolító műtétet), a betegség által okozott bélátfúródás, a végbélnyílás környékének érintettsége és a vékonybél kiterjedt szakaszának eltávolítása előre jelzi a műtétet követő korai kiújulást. A fenntartó gyógyszeres terápia hatásosságát számos vizsgálat kimutatta. Nem ismert, hogy betegség jelentkezéskori életkor, a nem, a betegség időtartama, a reszekciós szélek vagy a műtét típusa befolyásolják-e a kiújulás kockázatát. Mind ez idáig nem dolgoztak még ki a betegek alacsony/közepes/magas kockázati kategóriába történő besorolására szolgáló pontszámrendszert, noha ez rendkívül hasznos lenne.

A műtét szükségességének csökkentése gyógyszeres kezeléssel

A korai tiopurin-kezelésben részesülő betegek esetében kisebb valószínűséggel kerül műtétre. Az anti-TNF szerekkel történő kezelés csökkenti a műtét szükségességének kockázatát.

A műtéti kezelés utáni utánpótlás

Az ileokolonoszkópia jelenti a legjobb módszert a betegség műtétet követő kiújulásának diagnosztizálására. Segítségével megállapítható a betegség kiújulása és súlyossága, valamint klinikai lefolyása is előre jelezhető. A vizsgálatot a műtétet követő első évben kell elvégezni abban az esetben, ha ez befolyásolhatja a kezeléssel kapcsolatos döntést.



Az ileokolonoszkópiás vizsgálatot a műtétet követő első évben javasolt elvégezni abban az esetben, ha ez befolyásolhatja a kezeléssel kapcsolatos döntést, mivel számos vizsgálat alapján a kolonoszkópia bizonyult a legérzékenyebb eszköznek a betegség kiújulásának megállapítására. A relapszus kolonoszkópiával és biopsziával a műtétet követő pár héten-hónapon belül kimutatható, és a vizsgálatot a műtétet követő egy éven belül el kell végezni. A relapszus általában már azelőtt kimutatható kolonoszkópiával, hogy a beteg észlelné a tüneteket. Ha a kolonoszkópia súlyos betegséget jelez, fokozni kell a kezelés intenzitását a műtét utáni korai szövődmények, így például a tályogok és bélelzáródások megelőzése érdekében.

Léteznek olyan új, kevésbé invazív diagnosztikai módszerek, amelyekkel a betegség műtét utáni kiújulása felismerhető. E módszerek közé tartozik a széklet kalprotektin szintjének mérése, a hasi ultrahangos vizsgálat, a kontrasztanyagot MR enterográfia és a kapszulás vékonybél endoszkópia (small bowel capsule endoscopy, SBCE).

A radiológiai és képalkotó (UH, MR és CT) vizsgálatok, mint a műtét utáni kiújulás megállapítására szolgáló független diagnosztikai módszerek alkalmazásának értékelése jelenleg zajlik. A 6-12 hónappal a műtét után végzett kapszulás vékonybél endoszkópos vizsgálat a műtét utáni kiújulás diagnosztizálása szempontjából hasonlóan pontosnak tűnik, mint az ileokolonoszkópia. Azt azonban nem vizsgálták, hogy az MRI, a CT enterográfia vagy a kapszulás vékonybél endoszkópia a kiújulást a csípőbélben vagy az éhbélben is képes-e diagnosztizálni.

Az ismételt műtét megelőzése csípő- és vastagbél eltávolító műtétet követően

A betegség kiújulásának legalább egy kockázati tényezőjével rendelkező betegek esetében a csípő- és vastagbél eltávolító műtétet (azaz a vékonybél utolsó szakaszának és a vastagbél első szakaszának eltávolítását) követően megelőző kezelés javasolt. A legjobb megelőző kezelést a tiopurinokkal vagy anti-TNF szerekkel végzett kezelés jelenti. A nagy dózisú meszalazin azon betegek számára jelent lehetőséget, akiknél csak a vékonybél utolsó szakaszát távolították el. A csípő- és vastagbél eltávolító műtétet követően alkalmazott antibiotikumok hatásosak, azonban kevésbé jól tolerálhatók.

Minden CB-ben szenvedő beteget fel kell világosítani a dohányzással járó kockázatokról. Szorgalmazni kell a dohányzás abbahagyását és támogatni ebben a beteget.

Crohn-betegség esetén a dohányzás jelenti az egyik legjelentősebb kockázati tényezőt a relapszus, illetve a béleltávolító műtétek szükségességének növekedése szempontjából. Éppen ezért a Crohn-betegségben szenvedőnek minden tőle telhetőt meg kell tennie a dohányzásról való leszokás érdekében.

A sipolyképződéssel járó CB kezelése

Diagnosztikai stratégiák

A medencei MRI-vizsgálat az elsődleges módszer a CB során előforduló végbéltájéki sipolyok értékelésére. Ha a végbélben található szűkület kizárható, a végbél endoszkópos ultrahang-vizsgálata is jó választást jelenthet. Altatásban végezve mindkét módszer pontosabb eredményt ad. Fisztulográfiás vizsgálat nem ajánlott. Végbéltájéki sipoly esetén a tapasztalt sebész által altatásban végzett vizsgálat jelenti a legjobb módszert.



Lehetőség szerint először MRI-t kell végezni, mivel ennek pontossága 76-100%. Mindazonáltal ha MRI-vizsgálat elvégzésére nincs azonnal mód, a lecsapolatlan fertőzéssel járó kockázat elkerülése érdekében altatásban végzett vizsgálattal együtt a lehető leghamarabb el kell végezni a tályog vagy sipoly lecsapolását. Az altatásban végzett vizsgálat 90%-os pontosságú, és lehetővé teszi a sebész számára, hogy a tályog lecsapolását a vizsgálat során elvégezhesse.

A szövődménymentes sipoly műtéti kezelése

Szövődménymentes alsó végbéltájéki sipoly esetén számításba jöhet az egyszerű fisztulotómia. Ki kell zárni a végbéltájéki tályog lehetőségét, az esetleges tályogot pedig le kell csapolni.

Szövődménymentes végbéltájéki sipoly esetén fisztulotómia (a sipolyjárat sebészi megnyitása) is számításba jöhet. Fisztulotómiát azonban csak nagyon indokolt esetben lehet végezni, mivel szövődményként inkontinencia léphet fel. Végbéltájéki tályog (gennygyülem) esetén fontos annak lecsapolása és megfelelő kezelése, mivel a kezeletlen tályogok károsíthatják a végbéltájéki szűkületeket körülvevő szöveteket, beleértve a székletürítést szabályozó izmokat.

Az egyszerű sipoly gyógyszeres kezelése

A tünetekkel járó egyszerű (azaz egyetlen járatot képező) végbéltájéki sipolyok kezelést igényelnek. A seton-drenázs (a sipolyjáraton áthúzott selyem vagy latex fonálhurok) és az antibiotikum-kezelés (metronidazol és/vagy ciprofloxacín) jelenti az előnyben részesített kezelési módszert. Ha az egyszerű sipolyok képződésével járó betegség kiújul és nem reagál antibiotikumokra, lehetőség van második vonalbeli kezelésként tiopurinok vagy anti-TNF szerek alkalmazására.

Tünetmentes egyszerű (egyetlen járatú) végbéltájéki sipoly esetén nincs szükség semmilyen beavatkozásra. Tünetekkel járó sipoly esetén viszont különféle orvosi és sebészeti beavatkozásokra van szükség – az előnyben részesített kezelési módszert az antibiotikum-kezelés, a tályog lecsapolása és seton-drenázs kombinációja jelenti.

Ha a sipoly kiújul és nem reagál antibiotikumokra, lehetőség van második vonalbeli kezelésként tiopurinok vagy anti-TNF szerek alkalmazására. Öt vizsgálat összesített eredményei alapján a tiopurinok hatásosan elősegítik a sipolyok bezáródását és zárva tartását. Különféle vizsgálatok tanúsága szerint az infliximab hatásosan elősegíti a sipolyok bezáródását és zárva tartását, valamint csökkenti a későbbi kórházi tartózkodás és műtéti kezelés szükségességét

A komplex végbéltájéki sipoly kezelése

A CB által képzett komplex (több járatból álló) sipoly esetén második vonalbeli kezelésként infliximab vagy adalimumab alkalmazható a sipoly műtéti lecsapolását követően, ha ez indokolt. A ciprofloxacinnal és anti-TNF szerekkel végzett kombinált kezelés javítja a rövid távú prognózist.

A sipolyképződéssel járó CB esetén kialakuló–komplex (több járatból álló) sipolyok kezelésére alkalmazott anti-TNF-kezelés hatásosságának javítása érdekében tiopurinok együttes adása is fontolóra vehető.



A sipolyképződéssel járó CB fenntartó kezelése

Fenntartó kezelésként tiopurinok, infiximab vagy adalimumab, seton drenázs (selyem vagy latex fonál) vagy ezek kombinációja alkalmazandó.

Nem állnak rendelkezésre adatok a kezdeti infiximab kezelés után vagy a fenntartó infiximab kezelés során fenntartó kezelésként alkalmazott tiopurinok hatásairól. Csak az infiximabbal végzett fenntartó kezeléstről nyert bizonyítást, hogy csökkenti a kórházi ápolás és a műtéti kezelés szükségességét. Az adalimumab a sipolyok zárva tartása szempontjából hatásosnak tűnik, az viszont nem ismert, hogy a kórházi ápolás és a műtéti kezelés szükségességét is csökkenti-e.

Összességében a gasztroenterológusok több mint 90%-a egyetért abban, hogy a sipolylecsapolás sikeres elvégzése után kötelező a fenntartó terápia. Az előnyben részesített gyógyszerek a tiopurinok és az anti-TNF szerek, amelyeket legalább egy éven át kell alkalmazni.

Bélen kívüli megnyilvánulások (a CB bélen kívüli tünetei)

Ízületi problémák

Az IBD-vel összefüggő ízületi betegségek diagnózisát klinikai kritériumok segítségével, a jellegzetes tünetek alapján és az artrítisz egyéb specifikus formáinak kizárásával kell felállítani.

Az IBD-vel összefüggő ízületi betegségeknek két általános típusa van: a perifériás és az axiális artropátia. A perifériás artrítisznek két típusa van: az 1-es és a 2-es. Az 1-es típus a nagy ízületeket (pl. a térd-, könyök- és vállízületeket) támadja meg, a belek gyulladásával egyidőben lép fel, és a CB-ben szenvedő betegek 4-17%-ánál fordul elő. A 2-es típus ezzel szemben a kis ízületeket (pl. a kézízületeket) érinti, és a CB-ben szenvedő betegek csupán 2,5%-ánál fordul elő.

Az artrítisz diagnosztizálása a fájdalmas, gyulladt ízületek megfigyelésével és az egyéb betegségek – az oszteoartrítisz, a reumatoid artrítisz, és kötőszöveti betegségekkel (pl. lupusszal) kapcsolatos artrítisz – kizárásával történik. Emellett a gyógyszeres kezeléssel összefüggő kizárandó állapotok közé tartozik a szteroidmegvonás által előidézett artralgia (ízületi fájdalom), a szteroidkezelés által okozott oszteonekrózis (azaz az ízületek csökkent vérkeringése) és az infiximab által előidézett lupusz.

Az axiális artropátia magában foglalja (a CB-ben szenvedő betegek 25-50%-ánál előforduló) szakroileitist és (a 4-10%-uknál előforduló) spondilítist. A spondilítisz ankilopoetikát a krónikus hátfájdalom, a reggeli merevség, a gerinc korlátozott hajlékonysága és későbbi stádiumokban a mellkas tágulási képességének csökkenése jellemzi. A spondilítisz ankilopoetika diagnosztizálására a mértékadó módszert az MRI jelenti, mivel ezzel a gyulladás még a csontelváltozások bekövetkezése előtt kimutatható.

A perifériás artrítisz általában a végtagok nagy ízületeit érinti, és fizioterápiával, rövid távon NSAID-okkal, valamint helyi szteroidinjekciókkal kezelhető. A hangsúlyt a CB mint alapbetegség kezelésére kell fektetni. A szulfaszalazin a tartósan fennálló perifériás artrítisz kezelésében lehet hasznos.

A CB-vel összefüggő artropátia (ízületi betegség) kezelésére vonatkozó ajánlások alapját a spondiloartropátia (ízületi betegség), elsősorban a spondilítisz ankilopoetika (a gerinc artrítisz) vizsgálatai képezik. Nem végeztek jól megtervezett vizsgálatokat az IBD-vel kapcsolatban, ezért a témával kapcsolatos ajánlásokat más betegségekkel kapcsolatos következtetésekből vezették le.



Perifériás artritisz esetén a CB mint alapbetegség kortikoszteroidokkal, immunmodulátorokkal és anti-TNF szerekkel történő kezelése szintén enyhíti a tüneteket. Ha a CB mint alapbetegség kezelése nem enyhíti az ízületi fájdalmat, akkor fontolóra kell venni NSAID-ok rövid távú adását. Noha a NSAID-ok potenciálisan a CB mint alapbetegség súlyosbodását idézhetik elő, ennek kockázata alacsonynak tűnik. Fizioterápiával és pihenéssel tüneti enyhülés érhető el. FA COX-2 inhibitorok (pl. etorikoxib és celekoxib) alkalmazása biztonságosabbnak tűnik, és a betegség fellángolásának kockázata alacsonyabb lesz, mint a hagyományos NSAID-ok esetében. A szulfaszalazin előnyös lehet a nagyízületi artropátia kezelése szempontjából. Végezetül pedig az infliximab rendkívül kedvező hatást fejthet ki a perifériás artritiszre.

Az axiális artritisz deréktáji ízületi fájdalmat és merevséget okoz. Intenzív fizioterápia és NSAID-ok alkalmazása javasolt, azonban a NSAID-okkal történő hosszú távú kezelés a biztonságossággal kapcsolatos aggályok miatt kerülendő. Az anti-TNF szerek előnyben részesülnek a spondilítisz ankilopoetika kezelésében, ha a beteg nem tolerálja a NSAID-okat vagy nem reagál azokra. A szulfaszalazin, metotrexát és a tiopurinok hatástalanok.

A CB-vel összefüggő axiális artritisz kezelésére vonatkozó ajánlások a spondilítisz ankilopoetika (a gerinc artritisze) vizsgálatain alapszanak. Intenzív fizioterápia és NSAID-ok alkalmazása javasolt, azonban a NSAID-okkal történő hosszú távú kezelés kerülendő. Helyi kortikoszteroid injekciók adása fontolóra vehető. A szulfaszalazin, metotrexát és azatioprin nem hatásos axiális tünetekkel járó spondilítisz ankilopoetika esetén. A NSAID-okra nem reagáló vagy azokat nem toleráló, aktív spondilítisz ankilopoetikában szenvedő betegek esetében anti-TNF szerek adása javasolt. Az adalimumab és az infliximab egyaránt kellően biztonságos és hatásos a spondilítisz ankilopoetika kezelésében.

Csontbetegségek

A kortikoszteroidokat szedő, illetve csökkent csontsűrűségű betegeknek kalcium- és D-vitaminpótlást kell kapniuk. Izomerősítő edzés végzése és a dohányzás abbahagyása is hasznos lehet. A csonttöréses betegeket biszfoszfonátokkal kell kezelni, az azonban nem bizonyított, hogy ezek a csonttörést is képesek megelőzni. A hormonpótló kezelés rutinszerű alkalmazása a menopauzán átesett nők esetében a mellékhatások kockázata miatt nem javasolt. Alacsony tesztoszteronszintű férfiak számára előnyös lehet a tesztoszteron adása.

Az 500–1000 mg/nap dózisú kalcium és (800–1000 NE/nap) D-vitamin kezelés növeli az IBD-ben szenvedő betegek csontsűrűségét, azt azonban nem vizsgálták, hogy IBD esetén a csonttörést is megelőzik-e. Ebből kifolyólag a csökkent csontsűrűség alapján általánosságban nem javasolható a biszfoszfonátokkal történő kezelés. Ezzel együtt a menopauzán átesett nők, illetve a szteroid által előidézett csonttritkulásban szenvedők számára előnyös a kezelés. Összességében az alacsony csontsűrűségű és további kockázati tényezőkkel rendelkező egyes betegeknél a kezelést célszerű fontolóra venni.

A krónikus aktív betegségben szenvedő betegeket immunszuppresszánsokkal, például azatioprin és anti-TNF szerekkel kell kezelni, ezáltal elkerülhető a szteroidok alkalmazása és csökkenthető a gyulladás csontsűrűsége kifejtett negatív hatása; bizonyítást nyert, hogy számos CB-ben szenvedő beteg három évvel a stabil remisszió elérése után képes visszanyerni a normál csontsűrűséget.



A bőrt érintő tünetek

Az eritéma nodózum kezelése általában a CB mint alapbetegség kezelésén alapszik, és rendszerint szisztémás szteroidkezelést igényel. A pioderma gangrenózum kezelése először szisztémás szteroidokkal, anti-TNF terápiával, illetve kalcineurin-gátlókkal történik.

Az eritéma nodózum (vörös csomók a lábszáron, combon és alkaron) általában könnyen észrevehető és a CB-ben szenvedő betegek 5-10%-ánál fordul elő. A csomók rendszerint a CB aktív szakaszában jelennek meg, és általában biopszia nélkül is diagnosztizálhatók. Általában szükség van az alapbetegség szájon át szedett szteroidokkal történő kezelésére. Ha a szteroidok hatástalanok, vagy a betegség rendszeresen kiújul, a kezelés azatioprinnel és/vagy infliximabbal is kiegészíthető, erre azonban csak nagyon ritkán van szükség. A pioderma gangrenózum (nagy, fájdalmas fekélyek a bőrön) a test bármelyik részén előfordulhat, beleértve a nemi szerveket is, leggyakrabban mégis a lábszárakat és a sztomák környékét érinti. A fekélyek kezdetben általában felületesek, idővel azonban mélyebbé válnak. A fekélyek a CB-ben szenvedő betegek 0,6-2,1%-ánál alakulnak ki, és megjelenésük egybeeshet a CB aktív szakaszaival, vagy azoktól teljesen független lehet. A pioderma gangrenózum diagnosztizálása kizárásos alapon, azaz a többi betegség kizárásával történik; a biopszia segítségével kizárhatók az egyéb bőrbetegségek. A kezelésnek a minél gyorsabb gyógyulásra kell irányulnia, mivel a betegség maradandó egészségkárosodást okozhat. A kalcineurin-gátlókkal való kezelés megkísérlése előtt először kortikoszteroidokat kell alkalmazni. Az infliximabot egyre gyakrabban alkalmazzák; hatásosságát egy nagy vizsgálat és két kis esettanulmány is bizonyította. A szisztémás szteroidokat, az anti-TNF kezelést, illetve a kalcineurin-gátlókat összehasonlító vizsgálatokat eddig még nem végeztek. Az egyéb bőrfekélyeknél szokásos műtéti beavatkozásokat kerülni kell.

Tromboembóliás szövődmények

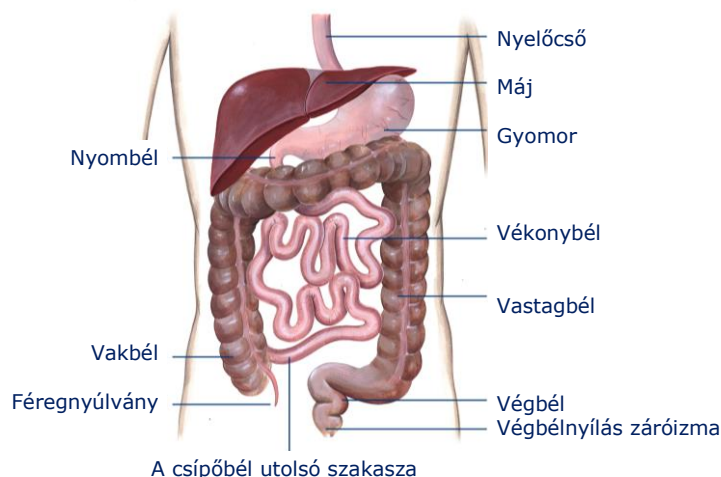
A trombózis (vérrögképződés) megelőzésére irányuló kezelés az összes súlyos kórházban ápolts és járóbeteg esetében megfontolandó. A vénás tromboembóliában (a vénát elzáró vérrög) szenvedő, IBD-s betegeknél a már bevált trombózis elleni kezeléseket kell alkalmazni.

Többségében nem ismert okokból a CB-ben szenvedő betegek a vénás tromboembólia (a vénákban történő vérrögképződés) szempontjából fokozott kockázatnak vannak kitéve. Mivel ez szövődményeket okozhat és akár halálos kimenetelű is lehet, fontos megelőzni és kezelni. Az ilyen vérrögök észlelése megfelelő képalkotó módszerekkel, így például ultrahangos vizsgálattal vagy venográfiával történik.

A vérrögök megelőzésére, valamint kezelésére antikoagulánsoknak nevezett vérhígító gyógyszereket kell alkalmazni. Ha a betegnél másodjára lép fel vérrögképződés, fontolóra kell venni a hosszú távú kezelést. IBD esetén a vérhígítók okozta vérzéses szövődmények a jelek szerint nem fordulnak elő nagyobb gyakorisággal, mint az IBD-ben nem szenvedő betegeknél. Végezetül a CB-ben szenvedő betegeknek körültekintően kell eljárniuk hosszabb utazás, illetve orális fogamzásgátló szedése esetén, mivel ezek tovább fokozhatják a vérrögök kialakulásának kockázatát, és bizonyos körülmények között véralvadásgátló terápia alkalmazását is mérlegelni kell.

Glosszárium

Az emésztőrendszer anatómiai ábrázolása



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Kifejezés	Mire vonatkozik a kifejezés	Meghatározás
5-ASA vagy 5-aminosalicilsav vagy mesalazin	Gyógyszer	Ez az IBD kezelésére helyileg alkalmazott, főként a CU, illetve bizonyos körülmények között a CB kezelésére szolgáló gyógyszer. Mesalazinnak is nevezik, és szájon át vagy beöntés, hab vagy végbélkúp formájában végbélen keresztül alkalmazható.
6-TGN	Gyógyszer	Az azatioprin és a merkaptopurin aktív metabolitja.
Adalimumab	Gyógyszer	Az IBD kezelésére gyakran alkalmazott anti-TNF gyógyszer, amely a biológiai (biotechnológiai úton előállított) gyógyszerek csoportjába tartozik. A beteg vagy az ápoló a bőr alá fecskendezve (szubkután) adja be.
Alacsony molekulatömegű heparin	Gyógyszer	A vérrögképződés megelőzésére gyakran alkalmazott gyógyszer.
Aminoszalicilát	Gyógyszer	Az IBD kezelésére alkalmazott, 5-ASA-nak is nevezett gyógyszer.
Antibiotikumok	Gyógyszer	A bakteriális fertőzések kezelésére alkalmazott gyógyszerek. Vírusok ellen hatástalanok.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Anti-TNF gyógyszerek	Gyógyszer	A gyulladásos bélbetegség (IBD) kezelésére gyakran alkalmazott biológiai (biotechnológiai úton előállított) gyógyszerek. A leggyakoribb ilyen szer az infliximab, adalimumab, certolizumab és a golimumab.
Appendicitisz	Betegség	A féregnyúlvány gyulladása, amely a vastagbélhez csatlakozik. Az appendicitisz többek között fájdalmat, étvágytalanságot, lázat és a bélfal perforációját (átfúródását) okozhatja.
Artrítisz	IBD-vel összefüggő betegség	Az ízület(ek) gyulladása, amely ízületi fájdalmat és duzzanatot okoz.
Artropátia		Bármely, ízületet érintő betegség vagy kóros állapot.
Autoimmun	Betegségjellemző	Autoimmun betegség esetén az immunrendszer megtámadja a szervezet egészséges sejtjeit.
Axiális artrítisz	IBD-vel összefüggő betegség	Az ízület(ek) betegsége, amely a gerincoszlopot és a csípőt érintheti.
Azatioprin	Gyógyszer	Lásd a tiopurinoknál
Bal oldali kolítisz	Betegség-jellemző	A vastagbél bal oldalára korlátozódó CU, amely helyi kezeléssel hatásosan kezelhető.
Bárium (kontrasztanyag)	Diagnosztikai vizsgálat	Egyes radiológiai vizsgálatok során alkalmazott anyag, amely fokozza az anatómiai képletek láthatóságát.
Bélrák	CB-vel/CU-val vagy kezeléssel összefüggő betegség	Kolorektális rák néven is ismert. Ez a beleket érintő olyan rák, amelynek kockázata az IBD-ben szenvedő betegek esetében fokozott. Többek között a következő tünetekkel járhat: véres széklet, a székelési szokások megváltozása, hasüregi csomók és fogyás.
Beöntés	Gyógyszer	A végbélen át a bél alsó szakaszába befecskendezett folyadék. A beöntés az orvosi vizsgálatok elvégzésének megkönnyítésére, illetve gyógyszerek bevitelére szolgál.
Betegközpontú	Egyéb	A betegközpontú ápolás lényege, hogy figyelembe veszi és kielégíti a beteg egyéni szükségleteit, és az összes klinikai döntést a beteg érdekei vezérlik.
Betegség kiterjedése	Betegség-jellemző	Arra utal, hogy a CU vagy CB a vastagbél mekkora részét érinti. Nem tévesztendő össze a súlyossággal, amely arra utal, hogy milyen mélységű és kiterjedésű a gyulladás. A betegség kiterjedésének meghatározása révén a CU proktítisz, bal oldali kolítisz és kiterjedt kolítisz csoportba, a CB pedig vékonybél, vastagbél vagy felső emésztőrendszeri érintettségű csoportba sorolható be.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Betegség-súlyossági mutatók	Vizsgálati módszer	A betegség-súlyossági mutató a betegség súlyosságának mérésére szolgáló módszer, amely a beteg tüneteinek és bizonyos vizsgálatok (pl. a bél endoszkópos vizsgálata) alapján alakul. A magasabb pontszámok rendszerint súlyosabb betegségre utalnak. Ilyen mutató például az Ulcerative Colitis Disease Activity Index (UCDAI), illetve a Crohn's Disease Activity Index (CDAI).
Biológiai gyógyszerek	Gyógyszer	Rendszerint genetikailag módosított sejtekben előállított IG (immunglobulin) fehérvérsejtek, pl. az anti-TNF szerek és a vedolizumab.
Biopszia, biopsziák	Diagnosztikai vizsgálat	A biopszia a szervezetből az alaposabb vizsgálat érdekében vett szövetminta. A kolonoszkópia során a bélfalból vesznek biopsziás mintákat.
Biszfoszfonátok	Gyógyszer	Olyan vegyületek, amelyek lassítják a csonttömeg csökkenését és növelik a csontsűrűséget.
Budezonid	Gyógyszer	A budezonid a kortikoszteroidok csoportjába tartozó gyulladásgátló hatású gyógyszer, amelyet a csípőbelet, a vakbelet és a vastagbél utolsó szakaszát is érintő CB vagy CU akut fellángolásának kezelésére alkalmaznak beöntés formájában. A kortikoszteroidok közé tartoznak olyan hormonok is, amelyeket a mellékvesék természetes úton állítanak elő.
CB vagy Crohn-betegség	Betegség-jellemző	A gyulladós bélbetegségek egyik fajtája, amely az emésztőrendszer bármely részét érintheti (beleértve a vékonybelet), ellentétben a CU-val.
Ciklosporin	A CU kezelésére szolgáló gyógyszer	A kalcineurin-gátlók csoportjába tartozik, amelyek gátolják az immunrendszer működését, így alkalmasak a CU kezelésére.
Ciprofloxacín	Gyógyszer	Az IBD és a pouchitisz (a vastagbél eltávolítására és csípőbél és végbél összekötésére végzett műtétet követően fellépő gyulladós bélbetegség) kezelésére alkalmazott antibiotikum.
Clostridium difficile	Betegség	IBD-szerű tüneteket okozó baktérium.
COX-2 inhibitorok	Gyógyszer	Specifikusabb, kevesebb mellékhatással rendelkező és IBD esetén jobban tolerált NSAID-ok.
CRP (C-reaktív protein) vizsgálat	Vizsgálati módszer	A szervezetben lévő gyulladás kimutatására szolgáló vérvizsgálat. Csak a gyulladás jelenlétét jelzi, a gyulladás helyét nem, így magas CRP-szint esetén a gyulladás nem feltétlenül a bélben található. Éppen ezért további vizsgálatokat kell végezni annak megállapítására, hogy a gyulladás az IBD-s beteg beléből indult-e ki.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



CT (komputer-tomográfia)	Vizsgálati módszer	A röntgenvizsgálat egy fajtája, amelyet egy pásztázó berendezéssel végeznek.
CU vagy fekélyes vastagbélgyulladás (kolítisz ulceróza)	Betegség-jellemző	CU a gyulladákos bélbetegségek egyik fajtája.
Csontritkulás	Betegség	Olyan kórkép, amelyben a csontok meggyengülnek és a betegnél megnő a csonttörések kockázata.
Csonttörés	Egyéb	Egyszeri esemény vagy a csont folyamatos igénybevétele által előidézett csonttörés.
Elektrolitok	Vizsgálati módszer	Ezek vérvizsgálattal kimutatható, a vérben és más testnedvekben található ásványi anyagok (pl. nátrium, kálium és klorid), amelyek elektromos töltéssel rendelkeznek. IBD esetén az elektrolitszint kórossá válhat.
Eltávolító műtét (reszekció)	Műtét	Egy szerv vagy más képlet részének vagy egészének sebészi eltávolítása.
Endoszkópia	Vizsgálati módszer	Olyan eljárás, amelynek során egy hosszú cső végén található kamerát vezetnek be a szervezetbe a vizsgált szervek közvetlen megfigyelése érdekében. IBD esetén az endoszkópia leggyakoribb fajtája az (ileo)kolonoszkópia.
Endoszkópos	Vizsgálati módszer	Az endoszkópia melléknévi formája.
Endoszkópos intubáció	Vizsgálati módszer	Cső bevezetése a szervezetbe endoszkóp segítségével.
Eritéma nodórum	IBD-vel összefüggő betegség	A bőr gyulladákos betegsége.
Eritropoietikus szer	Gyógyszer	A vörösvértestek képződését serkentő gyógyszer.
ESR vagy vörösvérsejt-süllyedés	Vizsgálati módszer	A CRP-hez hasonlóan a szervezetben lévő gyulladás súlyossági fokának meghatározására szolgáló vérvizsgálat.
Eszközassisztált enteroszkópia	Vizsgálati módszer	A vékonybél speciális endoszkóppal végzett vizsgálata.
Fellángolás vagy relapszus	Betegség-jellemző	A betegség aktív állapota, a remisszió ellentéte. A fellángolás során a beteg tüneteket és gyulladást észlel.
Fenntartó kezelés	Gyógyszer	A beteg remissziójának fenntartására alkalmazott kezelés.
Fisztulográfia	Vizsgálati módszer	A sipoly röntgenvizsgálata.
Fisztulotómia	Műtét	A sipoly műtéti megnyitása.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Fokozatos elvonás	Gyógyszer	Fokozatos elvonás esetén a gyógyszer adását apránként, nem pedig hirtelen szünetik meg. Erre például a szteroidok esetében van szükség, mivel szedésük hirtelen leállítása súlyos mellékhatásokat okozhat.
Gasztro- enterológus	Egyéb	Az emésztőrendszeri betegségek, így például az IBD kezelésére szakosodott orvos.
Hasmenés elleni szerek	Gyógyszer	A hasmenés tüneteinek enyhítésére szolgáló gyógyszer. A leggyakoribb ilyen szer a loperamid.
Helyi/lokális	Gyógyszer	Olyan gyógyszer, amely közvetlenül hat a gyulladásra anélkül, hogy felszívódna a szervezetbe.
Hemoglobinszint mérés	Vizsgálati módszer	A hemoglobinszint a vérben lévő hemoglobin mennyiségének meghatározására szolgál. A hemoglobin szállítja az oxigént a vérben. Az alacsony hemoglobinszint vérszegénységre utal.
IBD	Betegség	A gyulladós bélbetegség (Inflammatory Bowel Disease) rövidítése, és a Crohn-betegség és a fekélyes vastagbélgyulladás gyűjtőfogalma.
IBDU vagy nem besorolható IBD	Betegség- jellemző	Ha az összes vizsgálat elvégzése után sem dönthető el, hogy a beteg CB-ben vagy CU-ban szenved-e, az IBDU megnevezés használandó.
IC vagy meghatározatlan kolitisz	Betegség- jellemző	Ha nem dönthető el, hogy a beteg CB-ben vagy CU-ban szenved-e, az IC elnevezés használható, azonban kizárólag kimetszéssel (reszekció) eltávolított minták esetében.
Ileoanális anasztomózis	Műtét	CU esetén gyakori műtét, amelynek során a vékonybél végéből tasakot alakítanak ki, amely ugyanazt a funkciót látja el, mint eltávolítása előtt a vastagbél.
Ileo- kolonoszkópia	Vizsgálati módszer	A vastagbél és a csípőbél vizsgálata céljából végzett endoszkópia.
Ileorektális anasztomózis	Műtét	Olyan műtét, amelynek során a végbelet nem távolítják el, és a csípőbelet a végbélhez csatlakoztatják. Ezzel szemben az ileoanális anasztomózis során a végbelet is eltávolítják.
Ileoszkópia	Vizsgálati módszer	A csípőbél (a vékonybél legalsó szakasza) vizsgálata céljából végzett endoszkópia.
Immunizált (beoltott)	Egyéb	Valaki akkor immunizált, ha immunissá tették egy adott fertőzéssel szemben. Immunizálás leggyakrabban kanyaró, mumpsz és tetanusz ellen történik, de számos más betegség ellen is létezik védőoltás.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Immun-modulátor	Gyógyszer	Az immunmodulátorok gyengítik vagy serkentik az immunrendszer működését. Az immunszuppresszánsok az IBD kezelésében gyakran alkalmazott immunmodulátorok, mivel a vélekedések szerint az IBD-t legalább részben az immunrendszer túlzott aktivitása okozza.
Immun-szuppresszáns	Gyógyszer	Az immunrendszer működésének gátlására szolgáló gyógyszercsoport. Ide tartoznak a szteroidok, a tiopurinok, a metotrexát, az anti-TNF gyógyszerek és a vedolizumab. Mivel az IBD-t valószínűleg az immunrendszer túlzott aktivitása okozza, az immunszuppresszánsok hasznosak lehetnek a betegség kezelésében.
Infliximab	Gyógyszer	Az IBD kezelésére gyakran alkalmazott, cseppinfúzió formájában intravénásan beadott anti-TNF biológiai gyógyszer.
Irritábilis bél szindróma (IBS)	Betegség	IBD-szerű tünetekkel de gyulladással nem járó, gyakori betegség.
IV vagy intravénás	Gyógyszer	A vénán keresztül a vérkeringésbe juttatott gyógyszer.
Kalcineurin-gátlók	Gyógyszer	Immunszuppresszáns (az immunrendszer működését gátló), az IBD kezelésére és a szervátültetett betegeknek a szervkilökődés megelőzésére használt gyógyszerek.
Kapszulás vékonybél endoszkópia (small bowel capsule endoscopy, SBCE)	Vizsgálati módszer	Olyan vizsgálat, amelynek során a beteg lenyel egy apró kamerát tartalmazó kapszulát. A kamera az emésztőrendszeren áthaladva felvételeket készít.
Képkeltő vizsgálat	Vizsgálati módszer	Képfelvétel készítése egy testrészeről különböző technikák, például röntgen, ultrahang, CT vagy MRI alkalmazásával. A képkeltő vizsgálatok gyakran annak megállapításához szükségesek, hogy melyik testrészt érinti az IBD.
Keratolitikus szer	Gyógyszer	Szemölcsök és más elváltozások eltávolítására alkalmazott szer.
Kettős bárium kontraszt-anyagos beöntés	Vizsgálati módszer	Az eljárás során röntgenfelvételeket készítenek a vastagbélről és a végbélről azt követően, hogy báriumot tartalmazó folyadékot juttatnak a végbélbe. A báriumnak köszönhetően kirajzolódnak a vastagbél és a végbél körvonalai, így a kóros elváltozások láthatóvá válnak.
Kiterjedés (betegség kiterjedése)	Betegség-jellemző	Arra utal, hogy az IBD a bél mekkora részét érinti.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Kiterjedt kolítisz	Betegség-jellemző	A teljes vastagbelet érintő CU.
Kolektómia	Műtét	A vastagbél sebészi eltávolítása, amely CU esetén megelőzi az ileoanális anasztomózis műtétet.
Kolonográfia	Vizsgálati módszer	Ez a vizsgálat CT- vagy MRI-berendezéssel végezhető. Ezzel a módszerrel a vastagbél belső felszíne endoszkóp nélkül is láthatóvá tehető.
Kolonoszkópia	Vizsgálati módszer	A vizsgálat során kamerával felszerelt endoszkópot vezetnek fel a végbélbe és a teljes vastagbélbe a betegségaktivitás vizsgálása és biopsziás minták vétele érdekében.
Kolorektális sebész	Egyéb	A végbél, végbélnyílás és vastagbél műtéti kezelésére szakosodott sebész.
Kortikoszteroidok (vagy szteroidok)	Gyógyszer	Olyan gyógyszerek csoportja, amelyek a természetes úton a mellékvese által termelt hormonok hatásait utánozzák és immunszuppresszáns hatással rendelkeznek. A hidrokortizon és a prednizolon az IBD kezelésében gyakran alkalmazott szteroid.
Kreatinin vizsgálat	Vizsgálati módszer	A kreatinin vérvizsgálattal megállapítható, hogy mennyire működnek jól a vesék.
Krónikus betegségek	Betegség-jellemző	Hosszú ideig (rendszerint élethosszig) tartó betegségek. Az IBD-k krónikus betegségek.
Laktoferrin szint	Vizsgálati módszer	Gyulladásakor a bélben felszabaduló fehérje. Méréséhez székletminta szükséges.
Laparoszkópiás	Műtét	A laparoszkópiás műtét olyan műtéti módszer, amelyben kis bemetszéssel keresztül kamerát vezetnek be a műtéti terület megtekintéséhez. A kisebb bemetszéseknek köszönhetően a műtéti hegek rendszerint gyorsabban gyógyulnak, mint a hagyományos műtét esetén.
Limfoproliferatív betegségek (LPB-k)	Betegség	A limfociták (fehérvérsejtek) túlermelődésével járó betegségek csoportja. A LPB-k közé tartoznak a leukémia és limfóma különböző típusai.
Lokalizált betegség	Betegség-jellemző	Egy bizonyos szervrendszerre vagy a bél egy körülírt szakaszára korlátozódó betegség.
Loperamid	Gyógyszer	Jellegzetes hasmenés elleni gyógyszer (lásd hasmenés elleni szerek).
Malabszorpció (felszívódási zavar)	A CB szövődménye	Az tápanyagok kóros felszívódása az emésztőrendszerből.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Malnutríció (alultápláltság)	A CB szövődménye	A megfelelő tápláltság hiánya, amelyet okozhat például az, hogy a beteg nem képes megfelelő mennyiségű ételt enni, nem fogyaszt eleget a megfelelő tápanyagokból vagy a felszívódási zavarban szenved (lásd malabszorpció (felszívódási zavar)).
Méhnyaki rákmegelőző állapot	Betegség	Kóros szövetburjánzás a méhnyakban.
Mellékhatások	Gyógyszer	Egy gyógyszer vagy orvosi beavatkozás nem kívánt (káros) hatásai.
Mentő terápia	Kezelési módszer	Akkor alkalmazzák, ha már minden hagyományos kezelési módszer kudarcot vallott, és egy utolsó kísérletet tesznek a betegség kordában tartására.
Meszalazin	Gyógyszer	Az IBD kezelésére szájon át vagy végbélen keresztül alkalmazott gyógyszer.
Metotrexát	Gyógyszer	Az immunszuppresszánsok csoportjába tartozó, a CB kezelésére gyakran alkalmazott gyógyszer, amely a fekélyes vastagbélgyulladás kezelésére kevésbé hatásos.
Metronidazol	Gyógyszer	A pouchitisz (a vastagbél eltávolítására és csípőbél és végbél összekötésére végzett műtétet követően létrejövő gyulladásos bélbetegség) és a sipolyképződéssel járó CB kezelésére gyakran használt antibiotikum.
MR (mágneses rezonanciás) enterográfia	Vizsgálati módszer	A vékonybélről elektromágneses hullámok és a szájon át beadott kontrasztanyag segítségével diagnosztikai felvételeket készítő, sugárzásmentes vizsgálat.
MRC vagy mágneses rezonanciás kolangiográfia	Vizsgálati módszer	MRI berendezés segítségével a máj- és epebetegségek kimutatására végzett különleges vizsgálat.
MRI vagy mágneses rezonanciás képalkotó vizsgálat	Vizsgálati módszer	A test különféle részeiről elektromágneses hullámok segítségével diagnosztikai felvételeket készítő, sugárzásmentes vizsgálat.
Nem teljes kolektómia	Műtét	A (teljes) kolektómiával szemben ennek során nem a teljes vastagbelet távolítják el, csak egy részét.
Nemzőképes/fogamzóképes	Egyéb	A gyermek nemzésére/kihordására fizikailag képes személy.
NSAID-ok vagy nem szteroid gyulladásgátló gyógyszerek	Gyógyszer	Enyhítik a fájdalmat, valamint a lázat és a bélen kívüli gyulladást is. Ezek közül leggyakoribb az ibuprofén és az aszpirin, amelyeket IBD esetén célszerű kerülni, mivel fokozhatják a betegség fellángolásának kockázatát.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Obstrukció (elzáródás), obstruktív (elzáródással járó)	A CB szövődménye	Obstrukció esetén a CB által előidézett gyulladás miatt a bélfal megvastagszik és ettől a bél keresztmetszete szűkebb lesz, vagy a bél egyes részeiben összetapadások alakulnak ki és a béltartalom útja elzáródik.
Orális (szájon át történő)	Gyógyszer	Az orális gyógyszer a szájon át bevett gyógyszert jelenti.
Oszteopénia	Betegség	A csontok gyengülése, amely nem eléggé jelentős ahhoz, hogy csonttritkulásnak minősüljön.
Összetapadások	Műtéti szövődmény	A bél gyulladásos reakciók következtében összetapadt részei. Elzáródással és fájdalommal járhatnak.
p-ANCA	Vizsgálati módszer	A p-ANCA a perinukleáris anti-neutrofil citoplazmatikus antitestek kifejezés rövidítése. Ezek a vérből mutathatók ki.
Perifériás artritisz	Betegség	Ízületi gyulladás, amely rendszerint a végtagok nagy ízületeit érinti.
Pioderma gangrenózum	Betegség	IBD esetén időnként előforduló, autoimmun mechanizmusok (és nem fertőzés) által kiváltott bőrgyulladás, amely fájdalmas fekélyek képződéséhez vezet.
Pouchitisz	Szövődmény	Az ileális tasak gyulladása (lásd ileoanális anasztomózis).
Rektális	Testrész	A rektális jelző a vastagbél utolsó szakaszára, a végbélre (rektum) vonatkozik. Például a végbélnyíláson keresztül a végbélbe juttatott gyógyszert rektálisan alkalmazott gyógyszernek nevezzük.
Relapszus (visszaesés, kiújulás)	Betegség-jellemző	A betegség újbóli aktiválódása.
Remisszió	Betegség-jellemző	A remisszió a betegség nem aktív fázisa; szemben a „fellángolás” és „relapszus” kifejezésekkel, amelyek az aktív fázist jelölik.
Rendszeres felülvizsgálat	Vizsgálati módszer	Az orvos rendszeresen felülvizsgálja az IBD-s beteg állapotát – gyakran endoszkóp segítségével – annak megállapítására, hogy kialakult-e bélrák. A rendszeres felülvizsgálat azért fontos, mert az IBD-s betegek esetében fokozott a bélrák kialakulásának kockázata.
Seton	Műtét	A sipolyjárat nyitva tartását és a genny felgyülemelésének megakadályozására szolgáló fonálhurok.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Sipoly(ok)	A CB szövődménye	A bélfalon áthatoló fekély, amely kóros összeköttetést alkot a bél és a bőr felszíne, illetve a bél és egy másik szerv között. Az egyszerű sipolyok egyetlen járatból; a komplex sipolyok több járatból állnak. A sipolyképződéssel járó CB a CB egyik formája.
Spondilítisz ankilopoetika	IBD-vel összefüggő betegség	Az artrítisz egyik formája. Elsősorban a gerincoszlopot érintő krónikus gyulladás, amely a hát – a mellkas és a nyak felé továbbterjedő – fájdalmát és merevségét okozza.
Szakroileítisz	Betegség	A keresztcsont és az csípőcsont közötti ízület gyulladása.
Széklet	Egyéb	A székletürítés alkalmával a bélből kiürített salakanyag.
Széklet kalprotektin szint vizsgálat	Vizsgálati módszer	Gyulladásakor a bélben felszabaduló fehérje. Mivel a széklet kalprotektin szintje csak a bél gyulladása esetén emelkedik meg, a széklet kalprotektin szintje alkalmasabb a gyulladás kimutatására, mint a CRP vagy az ESR. Emelkedett szintje az IBD-n kívül másra is utalhat. Méréséhez székletminta szükséges.
Szerológia	Vizsgálati módszer	A vérsavó és egyéb testnedvek vizsgálata.
Szerológiai	Vizsgálati módszer	A szerológia a vérsavó és más testnedvek vizsgálata. Általában az antitestek vérsavóból való kimutatására szolgál.
Szérum ferritinszint	Vizsgálati módszer	A szervezet vaskészletének mennyiségi meghatározására szolgál.
Szérum karbamid	Vizsgálati módszer	A karbamidot normál körülmények között a vesék választják ki a vérből a vizeletbe. A szérum karbamidszint vizsgálata azért fontos, mivel a kóros eredmények a vesék érintettségére vagy a beteg kiszáradására utalhatnak.
Szigmoido-szkópia	Vizsgálati módszer	A kolonoszkópiához hasonló vizsgálat, azzal a különbséggel, hogy ez nem a teljes vastagbél, hanem csak a vastagbél utolsó szakaszának megfigyelésére szolgál.
Szisztémás	Gyógyszer	Olyan gyógyszer, amely szervezet egészére hat, ellentétben a helyileg alkalmazott gyógyszerrel, amely nem jut el a szervezet minden részébe.
Szövetteni vizsgálat	Vizsgálati módszer	A biopsziából nyert sejtes szövet mikroszkópos vizsgálata.
Szteroidok	Gyógyszer	Az IBD kezelésére gyakran alkalmazott szerek, amelyek immunszuppresszió révén hatnak. Helyileg vagy szisztémásan alkalmazhatók. Számos mellékhatásuk miatt alkalmazásukat a minimumra kell korlátozni.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Szulfaszalazin	Gyógyszer	Az IBD kezelésére alkalmazott gyógyszer. Két részből tevődik össze: az 5-ASA-ból (aktív rész) és a szulfapiridinből (antibiotikum). A szulfaszalazint a baktériumok bontják le a vastagbélben, ahol a gyógyszer leadja 5-ASA-tartalmát.
Szűkület	Betegség	Olyan szűkület, amely elég jelentős ahhoz, hogy a beteg számára kellemetlenséget okozzon.
Szűkület	Crohn-betegség (CB)	Olyan szűkület, amely elég jelentős ahhoz, hogy a beteg számára kellemetlenséget okozzon.
Takrolimusz	Gyógyszer	A ciklosporinhoz hasonló immunszuppresszáns, amely szájon át alkalmazható a CU kezelésére.
Tályog	A CB szövődménye	A tályog a test bármely részén található, elfolyósodott szövetekből (azaz gennyből) álló körbezárt gyülem, amely a test idegen anyagokkal szembeni védekező reakciója során képződik.
Tenezmus	Betegség-jellemző	Rendszerint önkéntelen erőlködés és sürgető, de eredménytelen székletürítési inger kíséretében a végbélben/végbélnyílásban jelentkező fájdalmas görcs.
Tiopurinok	Gyógyszer	Immunszuppresszánsok. Az azatioprin és a merkaptopurin az IBD kezelésében leggyakrabban alkalmazott tiopurin.
T-pontszám	Vizsgálati módszer	A csontsűrűség mérésére szolgáló szám.
Transzferrin-szaturáció	Vizsgálati módszer	A szervezet vasmegkötő képességének mércéje; a 16%-nál alacsonyabb szint vashiányra utal.
Trombocitózis	Vizsgálati módszer	A vérlemezkék (trombociták) számának emelkedése.
Tuberkulózis	Betegség	A Mycobacterium tuberculosis által okozott fertőző betegség, amely a tüdőt és más testrészeket érinti.
Ultrahang	Vizsgálati módszer	A szerveket hanghullámok segítségével vizsgáló képalkotó módszer.
Urzodezoxikólsav	Kezelési módszer	Szájon át alkalmazott gyógyszer, amely PSC (primer szklerotizáló kolangítisz, a májban és a májon kívül található epevezetékek gyulladásával és rostos elfajulásával járó krónikus májbetegség) esetén a máj védelme és a bélrák megelőzése érdekében adható.
Uveítisz	Betegség	A szem uvea nevű rétegének gyulladása.
Vakbél-eltávolító műtét	Műtét	A vakbélhez csatlakozó féregnyúlvány sebészi eltávolítása, amelyre általában appendicitisz (a féregnyúlvány gyulladása) esetén kerül sor.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Validált	Vizsgálati módszer	Egy validált módszerrel igazoltan pontosan mérhető a mérni kívánt dolog. Például egy betegség súlyossági mutató akkor validált, ha bebizonyosodott róla, hogy pontosan méri a betegség súlyosságát.
Vashiány	Betegség	Vashiány esetén a vér nem tartalmaz elegendő vasat.
Vashiányos vérszegénység	Betegség	Olyan kórállapot, amelyben vashiány miatt hiányoznak a vérből a vörösvértestek.
Vastagbél (lásd a képet)	Testrész	Latinul colonnak is nevezik.
Vedolizumab	Gyógyszer	Az IBD kezelésére alkalmazott biológiai (biotechnológiai úton előállított) gyógyszer. A betegnek cseppinfúzió formájában adják be intravénásan.
Vég ileosztómia	Műtét	A vékonybél utolsó szakaszát kettévágják és a hasfalon át kivezetik a szabadba, az így kialakított sztómát pedig varratokkal a bőrhöz rögzítik. A vég ileosztómiás beteg egy zsákot hord a hasán, amelyben a széklet gyűlik.
Végbél	Testrész	A vastagbél utolsó szakasza, amely a végbélnyílásban végződik.
Végbélkúp	Gyógyszer	A végbélbe felhelyezett gyógyszer, amely megolvadva és a bél falát bevonva helyileg kezeli a gyulladást.
Vérszegénység	Betegség	Olyan kórállapot, amikor nincs elegendő egészséges vörösvértest vagy hemoglobin a vérben. A vérszegénység fáradtságot és gyengeséget okoz.
Vérszegénység krónikus betegség esetén	IBD-vel vagy gyulladáshoz kapcsolódó betegségekkel összefüggő betegség	Az olyan krónikus betegségek, mint az IBD vagy más gyulladáshoz kapcsolódó folyamatok eredményeként kialakuló vérszegénység.
Vérszegénység nélküli vashiány	Betegség	Olyan kórállapot, amelyben a vaskészlet kimerül, de nem olyan mértékben, ami vérszegénységet okozna.
VSL#3	Gyógyszer	A pouchitis kezelésében ígéretesnek mutató probiotikum (élő mikroorganizmus, amely megfelelő mennyiségben kedvező egészségügyi hatással rendelkezik).