

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Crohn's Disease (CD)



ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Wytyczne ECCO-EFCCA dla pacjentów cierpiących na chorobę Crohna

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

* Autorzy główni

** Współautorzy

¹LMF – Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, Postboks 808 Sentrum, 0104 Oslo, Norwegia; ²Bulgarian Crohn's and Ulcerative Colitis Association, Druzba 2, bl. 212, entr. V, apt. 66 Sofia, 1582 Bułgaria; ³KVCB – Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen, Ljubljanska ulica 5, p.p. 640, 2000 Maribor, Słowenia; ⁴A.S.B.L Association Crohn-RCUH, Rue de la Forêt de Soignes 17, 1410 Waterloo, Belgia; ⁵ÖMCCV – Österreichische Morbus Crohn – Colitis ulcerosa Vereinigung, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Wiedeń, Austria; ⁶HELLESCC – Hellenic Society of Crohn's Disease's and Ulcerative Colitis' Patients, Filis 232, Ateny, Grecja; ⁷CCUVN – Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland, Houttuinlaan 4b, 3447 GM Woerden, Holandia; ⁸ISCC – Irish Society for Colitis and Crohn's Disease, Carmichael Centre for Voluntary Groups, North Brunswick Street, Dublin 7, Irlandia; ⁹Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”, ul. Ks. Trojdena 4, 02 109 Warszawa, Polska; ¹⁰UKUKS – Udruzenje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije, Pere Cetkovicica 23, 11060 Belgrad, Serbia; ¹¹DCCV e.V. – Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, Inselstraße 1, 10179 Berlin, Niemcy; ¹²University Hospital Llandough, Penlan Road, Llandough, Walia Południowa, CF64 2XX, Walia; ¹³Evangelismos Hospital, Department of Gastroenterology, 45-47 Ypsilandou Street, 10676 Ateny, Grecja; ¹⁴Department of Medicine I Gastroenterology, Hepatology, Oncology and Nutrition, Agaplesion Markus Hospital, Goethe University, DE 60431 Frankfurt, Niemcy; ¹⁵Hospital del Mar, Department of Gastroenterology, Passeig Maritim 25-29, 08003 Barcelona, Hiszpania

Stowarzyszenia-organizatorzy i stowarzyszenia korespondujące: European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO; Europejska Organizacja Choroby Crohna i Zapalenia Jelita Grubego), Ungargasse 6/13, 1030 Wiedeń, Austria; European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA; Europejska Federacja Stowarzyszeń Choroby Crohna i Wrzodziejącego Zapalenia Jelita Grubego), Rue Des Chartreux, 33-35 Bruksela B 1000 Belgia

Podziękowania

ECCO i EFCCA dziękują wszystkim osobom zaangażowanym w przygotowanie Wytycznych ECCO-EFCCA dla pacjentów. ECCO i EFCCA dziękują za pracę autorów medycznych, Sanny Lonnfors i Andrew McCombie'go, którzy w dużym stopniu przyczynili się do powstania Wytycznych ECCO-EFCCA dla pacjentów.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Polityka udostępniania

Wytyczne ECCO-EFCCA dla pacjentów opierają się na Klinicznych wytycznych ECCO w zakresie choroby Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Kliniczne wytyczne ECCO są dostępne pod następującym adresem: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

Wytyczne ECCO-EFCCA dla pacjentów można rozpowszechniać bez ograniczeń. Wszelkie tłumaczenia Wytycznych ECCO-EFCCA dla pacjentów na inne języki wymagają zatwierdzenia przez ECCO i EFCCA.

Zastrzeżenie

Wytyczne ECCO-EFCCA dla pacjentów powinny ułatwić edukowanie i zwiększenie świadomości pacjentów oraz zapewnić informacje na temat najlepszych praktyk stosowanych na poziomie europejskim. W związku z tym niektóre zalecenia mogą różnić się na poziomie krajowym, tak jak dostępne terapie różnią się między poszczególnymi krajami. Wszelkie decyzje dotyczące leczenia są podejmowane przez indywidualnych klinicystów i nie powinny opierać się wyłącznie na treści Wytycznych ECCO-EFCCA dla pacjentów. European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO; Europejska Organizacja Choroby Crohna i Zapalenia Jelita Grubego), European Federation of Crohn's and Colitis Associations (EFCCA; Europejska Federacja Stowarzyszeń Choroby Crohna i Zapalenia Jelita Grubego), jacykolwiek członkowie ich personelu i/lub jakiegokolwiek osoby zaangażowane w przygotowanie wytycznych nie ponoszą odpowiedzialności za wszelkie informacje opublikowane w dobrej wierze w ramach Wytycznych ECCO-EFCCA dla pacjentów.

Polityka ECCO w zakresie konfliktu interesów

ECCO z należytą starannością stosuje się do polityki informowania o potencjalnych konfliktach interesów. Oświadczenie o konflikcie interesów jest oparte na formularzu stosowanym przez Międzynarodowy Komitet Wydawców Czasopism Medycznych (ICMJE). Oświadczenie o konflikcie interesów jest nie tylko przechowywane w biurze ECCO oraz w biurze wydawniczym JCC, lecz jest również dostępne publicznie w witrynie internetowej ECCO (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>), zapewniając kompleksowe informacje na temat potencjalnych konfliktów interesów autorów.

Wprowadzenie

Choroba Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego należą do grupy przewlekłych zaburzeń zapalnych jelit zwanych nieswoistymi zapaleniami jelita. Nieswoiste zapalenia jelita są chorobami o podłożu immunologicznym występującymi u pacjentów o predyspozycjach genetycznych po zetknięciu się z konkretnymi, lecz jeszcze niezidentyfikowanymi czynnikami środowiskowymi.

Niniejsze wytyczne dotyczą diagnostyki i leczenia choroby Crohna. Na potrzeby niniejszych wytycznych stosowany będzie termin choroba Crohna. Wywodzi się on z międzynarodowych wytycznych dotyczących choroby Crohna opracowanych w ramach kompleksowego procesu, w którym wzięli udział wiodący europejscy eksperci, oceniający wszystkie aktualne materiały w zakresie najlepszego zarządzania leczeniem pacjentów z

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



chorobą Crohna, w celu lepszego zrozumienia najlepszego sposobu diagnozowania i leczenia przez pracowników medycznych. Wiele terminów jest podkreślonych; zostały wyjaśnione w glosariuszu, by pomóc zrozumieć niniejsze wytyczne. Można także zapoznać się z przygotowanymi równoległe wytycznymi dla pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.

Choroba Crohna atakuje jelito cienkie i grube, a rzadziej także inne części układu pokarmowego. Może również wpływać na inne organy i tkanki poza jelitami, najczęściej skórę, stawy oraz oczy.

Choroba Crohna najczęściej obejmuje końcowy odcinek jelita cienkiego oraz jelito grube. Schorzenie to może też jednak dotyczyć dowolnej części całego układu pokarmowego, od ust aż po odbył. Zapalenie jelit zazwyczaj ma charakter nieciągły i obszary objęte zapaleniem („chore fragmenty jelita”) występują na przemian z obszarami zdrowymi („zmiany odcinkowe”). W zależności od stopnia zaawansowania zapalenia, wewnętrzna warstwa ściany jelita („błona śluzowa”) może być zaczerwieniona („rumieniowa”) i pogrubiona („obrzęknięta”) z owrzodzeniami o różnej wielkości i formie (aftowe, powierzchowne, głębokie, podłużne), a błona śluzowa może sprawiać wrażenie „brukowanej”. Tego rodzaju zmiany dotyczą całego przekroju ściany jelita i mogą prowadzić do powikłań, takich jak zwężenie światła i/lub penetracja przyczyniając się do powstawania ropni (wysięk treści jelitowej do jamy brzusznej) lub przetok (drogi przenikania treści jelitowej do skóry lub przyległych organów, takich jak pęcherz moczowy lub do innych odcinków jelita). Dodatkowo w przypadku znacznej liczby pacjentów choroba Crohna może atakować inne części ciała poza jelitem, najczęściej skórę, stawy i oczy. Tego typu pozajelitowe objawy mogą pojawiać się przed wystąpieniem typowych objawów jelitowych choroby Crohna (zob. niżej) i czasami są bardziej kłopotliwe i trudniejsze w leczeniu niż objawy jelitowe.

Choroba Crohna jest chorobą polimorficzną, zmiany w jelicie wymagają mapowania poprzez odpowiednie badania diagnostyczne oraz oceny stopnia zaawansowania w czasie diagnostyki. Ponadto choroba Crohna jest obecnie nieuleczalna, dlatego celem leczenia jest osłabienie stanu zapalnego jelita oraz w miejscach poza jelitem (jeśli dotyczy), zachowanie funkcji jelita, zapobieganie powikłaniom oraz umożliwienie pacjentom zachowania normalnej jakości życia osobistego, zawodowego i społecznego bez niepełnosprawności. Postępowanie terapeutyczne obejmuje zaprzestanie palenia tytoniu, interwencje dietetyczne oraz różne leki stosowane samodzielnie lub w połączeniu z innymi, odpowiednio do lokalizacji i stopnia zaawansowania choroby.

Diagnostyka choroby Crohna

Objawy choroby Crohna

Objawy choroby Crohna mogą być zróżnicowane. Często obejmują ból brzucha, utratę masy ciała i biegunkę trwającą dłużej niż cztery tygodnie. W przypadku wystąpienia tych objawów, zwłaszcza u młodych pacjentów, lekarz powinien rozważyć możliwość występowania choroby Crohna. Często występują ogólne objawy, takie jak uczucie dyskomfortu, zmęczenie, utrata apetytu lub gorączka.

Objawy mogą wystąpić nagle i czasami choroba Crohna może być mylona z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego. Objawy mogą być również podobne do zespołu jelita drażliwego. Większość pacjentów doświadcza bólu brzucha i utraty masy ciała przed rozpoznaniem choroby. Krew i śluz w stolcu występują rzadziej niż w przypadku pacjentów cierpiących na wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG). Pozajelitowe



objawy powiązane z chorobą Crohna, najczęściej dotyczące stawów, mogą występować przed objawami jelitowymi.

Badania diagnostyczne

Choroba Crohna przebiega u pacjentów różnie w zależności od wieku w chwili ataku choroby, jej lokalizacji w jelitach oraz przebiegu.

Nie ma jednego badania umożliwiającego rozpoznanie choroby Crohna. Diagnostyka opiera się na połączonej ocenie objawów klinicznych, badań krwi, wyników badań obrazowych, badania endoskopowych oraz badania histologicznego wycinków z jelita (objaśniono niżej w glosariuszu). Badania genetyczne nie są obecnie zalecane jako rutynowa diagnostyka choroby Crohna.

Wywiad medyczny

Lekarz powinien zadać ci wiele szczegółowych pytań, takich jak kiedy zaczęły występować objawy, czy ostatnio podróżowałeś, czy masz nietolerancje pokarmowe, czy przyjmujesz leki lub czy wcześniej przyjmowałeś leki (w tym antybiotyki i NLPZ, leki przeciwzapalne i przeciwbólowe, takie jak aspiryna, ibuprofen lub diclofenac), czy przechodziłeś operację usunięcia wyrostka robaczkowego. Lekarz powinien zwrócić szczególną uwagę na znane czynniki ryzyka choroby Crohna, takie jak palenie tytoniu, przypadki choroby Crohna w rodzinie, oraz niedawna infekcja układu pokarmowego.

Palenie tytoniu, przypadki nieswoistych zapaleń jelita w rodzinie oraz przebyta operacja usunięcia wyrostka robaczkowego są czynnikami ryzyka choroby Crohna. Infekcja bakteryjna lub wirusowa przewodu pokarmowego zwiększa ryzyko rozwoju choroby Crohna. Badania dotyczące NLPZ jako czynnika ryzyka są mniej jednoznaczne.

Objawy choroby Crohna niezwiązane z jelitami

W chorobie Crohna występuje wiele objawów i nie wszystkie z nich bezpośrednio dotyczą jelit. Jak wspomniano wyżej, choroba Crohna może obejmować również inne organy i tkanki poza jelitami.

Lekarz powinien zadać pacjentowi pytanie o to, czy objawy występują w nocy oraz czy ma objawy i/lub oznaki poza jelitami (np. dotyczące jamy ustnej, skóry, oczu lub stawów), ropnie wokół odbytu lub szczeliny odbytu (pęknięcia skóry). Badanie ogólne powinno obejmować:

- ogólny stan zdrowia;
- tętno;
- ciśnienie tętnicze;
- temperaturę ciała;
- tkliwość lub wzdęcie brzucha;
- wyczuwalne guzowatości;
- krocze (obszar między odbytem a genitaliami) oraz usta;
- badanie odbytu za pomocą palca (badanie per rectum);
- pomiar BMI.



Badanie fizykalne i badania laboratoryjne

Lekarz powinien sprawdzić występowanie oznak ostrego i/lub przewlekłego zapalenia, niedokrwistości, odwodnienia, niedożywienia lub zespołu złego wchłaniania. Wcześniej przeprowadzone badania laboratoryjne powinny obejmować białko ostrej fazy (CRP) oraz pełną morfologię krwi. Można również wykorzystać inne markery stanu zapalnego, takie jak kalprotektyna w kale lub OB. W niektórych sytuacjach lekarz powinien przeprowadzić badanie dotyczące zakaźnej biegunki, w tym bakterii Clostridium difficile. Wymagane mogą być dalsze badania stolca, zwłaszcza w przypadku podróży zagranicznych pacjenta.

Najczęstszymi objawami choroby Crohna potwierdzanymi w badaniach krwi są niedokrwistość i nadpłytkowość (gdy organizm wytwarza zbyt wiele trombocytów/płytek krwi). Białko ostrej fazy i OB wskazują na obecność zapalenia; białko ostrej fazy jest w szerokim zakresie powiązane z aktywnością choroby, podczas gdy OB zapewnia mniej precyzyjne wyniki. Kalprotektyna w kale jest powiązana z aktywnością choroby w jelitach.

Żadne z tych badań nie umożliwia jednak rozpoznania choroby Crohna lub odróżnienia jej od wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.

Badanie endoskopowe

Jeśli lekarz podejrzewa chorobę Crohna, rozpoznanie będzie wymagało przeprowadzenia ileokolonoskopii oraz pobrania wycinków z końcowego odcinka jelita cienkiego oraz ze wszystkich części jelita grubego w celu potwierdzenia choroby Crohna w badaniu mikroskopowym. Bez względu na wyniki zaleca się przeprowadzenie dalszych badań w celu określenia lokalizacji i zasięgu choroby Crohna w jelicie cienkim. Nie jest jasne, czy u dorosłych pacjentów, którzy nie zgłaszają objawów górnej części układu pokarmowego, badanie endoskopowe przez usta powinno być rutynowo przeprowadzane.

Kolonoskopia i pobieranie wycinków są procedurami pierwszego rzutu w rozpoznawaniu zapalenia jelita grubego. W przypadku większości kolonoskopii wycinki można również pobrać w jelicie cienkim. Endoskopowe oznaki choroby Crohna obejmują odcinkowy stan zapalny, zmiany w okolicy odbytu oraz zmiany w ścianie jelita przypominające wyglądem kostkę brukową. Stopień zaawansowania choroby Crohna w jelicie grubym można dobrze ocenić w kolonoskopii, lecz w przypadku choroby Crohna zlokalizowanej w końcowym odcinku jelita cienkiego, lepsze wyniki diagnostyczne zapewnia ileoskopia w połączeniu z badaniami radiologicznymi. Radiologiczne metody obrazowania, takie jak USG, tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny stosowane samodzielnie nie są w stanie jednoznacznie potwierdzić diagnozy choroby Crohna.

Badania obrazowe

Badania radiologiczne jelita (rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa) oraz badanie USG brzucha uzupełniają wyniki badania endoskopowego. Pomagają w wykryciu i określeniu zakresu/zasięgu zapalenia, niedrożności oraz przetok spowodowanych przez chorobę Crohna. Należy mieć na uwadze ekspozycję pacjenta na promieniowanie, zwłaszcza przy wyborze technik do monitorowania przebiegu choroby. Konwencjonalne badania radiologiczne, w których stosowany jest bar (środek kontrastowy), mają niższą jakość i dostarczają znaczną dawkę promieniowania, dlatego należy wybrać inne metody, jeśli są dostępne.

Tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny są obecnie standardowymi metodami badania jelita cienkiego. Obie te metody są w stanie uwidocznzyć zasięg i aktywność choroby Crohna na podstawie grubości ściany jelita, występowania obrzęków i



owrzodzeń. Oba badania zapewniają podobną precyzję, lecz tomografia komputerowa jest łatwiej dostępna i zajmuje mniej czasu niż rezonans magnetyczny. Jednak ze względu na to, że tomografia komputerowa wykorzystuje promieniowanie, jeśli to możliwe, należy rozważyć rezonans magnetyczny.

USG brzucha może dostarczyć informacje na temat aktywności choroby oraz jej lokalizacji, zwłaszcza w jelicie cienkim. Ponadto ta metoda jest ogólnodostępna i wiąże się z niskimi kosztami oraz nie naraża pacjenta na promieniowanie. Jednak ocenienie głębiej położonych odcinków jelita może być utrudnione i różne osoby mogą różnie interpretować wyniki badania.

Badanie endoskopowe jelita cienkiego

Endoskopię kapsułkową jelita cienkiego należy rozważyć wyłącznie, gdy wyniki ileokolonoskopii i obrazowania są negatywne, lecz lekarz nadal bierze pod uwagę chorobę Crohna. W takim przypadku endoskopia kapsułkowa jelita cienkiego może pomóc w wykluczeniu choroby Crohna. Endoskopia wspomaganą może być przeprowadzona przez eksperta, jeśli wymagane jest pobranie wycinków. Można ją również przeprowadzić, gdy konieczne jest leczenie endoskopowe, takie jak poszerzenie zwężeń, usunięcie zablokowanej kapsułki lub zatrzymanie krwotoku.

Endoskopia kapsułkowa jelita cienkiego jest nową metodą pozwalającą lekarzowi na bezpośrednie uwidocznienie zmian jelita, które mogą być niewidoczne w kolonoskopii lub badaniach obrazowych. Jest to skuteczne narzędzie diagnostyczne w przypadku choroby Crohna w jelicie cienkim, lecz nie może być stosowane, jeśli u pacjenta występują niedrożność, zwężenia lub przetoki w obrębie jelita, jeśli pacjent ma wszczepione urządzenia elektromedyczne (np. stymulatory serca) lub jeśli ma zaburzenia połykania.

Wycinki – biopsje endoskopowe

W celu postawienia wiarygodnej diagnozy choroby Crohna, należy pobrać wycinki. Powinny one obejmować co najmniej dwa wycinki z pięciu lokalizacji w obrębie jelita grubego (łącznie z odbytnicą) oraz w końcowym odcinku jelita cienkiego.

Analiza serii wycinków z całej długości jelita grubego umożliwia postawienie najbardziej wiarygodnego rozpoznania choroby Crohna. Wycinki powinny zostać pobrane zarówno z miejsc zmienionych jak i niezmienionych przez chorobę. W badaniach kontrolnych można pobierać mniejszą liczbę wycinków niż w celu potwierdzenia diagnozy, natomiast w badaniach kontrolnych po zabiegu chirurgicznym wycinki należy pobierać przy podejrzeniu nawrotu choroby. W przypadku pacjentów ze zbiornikiem jelitowym i podejrzeniem choroby Crohna wycinki należy pobierać z różnych miejsc w pętli jelitowej (części jelita cienkiego, która kończy się zbiornikiem). Jeśli podejrzewane są wczesne etapy nowotworu, należy pobrać wiele wycinków.

Przewidywanie przebiegu choroby

Czynniki kliniczne podczas diagnostyki i/lub wyniki badania endoskopowego mogą umożliwiać przewidywanie przebiegu choroby Crohna. Należy to uwzględnić przy podejmowaniu decyzji o wyborze leczenia.

Badania sugerują, że następujące czynniki wskazują na wystąpienie cięższej postaci choroby w ciągu pięciu lat od zdiagnozowania:

- zmiany okołoodbytowe,
- choroba zlokalizowana w końcowym odcinku jelita cienkiego i w początkowym odcinku jelita grubego,

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



- rozpoznanie choroby w młodym wieku, i/lub
- konieczność leczenia pierwszego rzutu choroby sterydami.

Dostępnych jest coraz więcej dowodów, że wczesna intensywna terapia lekami immunosupresyjnymi i/lub lekami biologicznymi może spowodować gojenie błony śluzowej oraz wczesną, utrzymującą się remisję bez konieczności stosowania sterydów. Wczesną intensywną terapię należy rozważyć jednak wyłącznie w ciężkich przypadkach ze względu na ryzyko związane ze stosowaniem leków immunosupresyjnych.

Kontrola aktywności choroby i powodzenie leczenia

W ustalaniu terapii można wykorzystać białko ostrej fazy oraz markery obecne w kale (takie jak kalprotektyna w kale lub laktoferyna). Można je również oznaczać w ramach kontroli w ujęciu krótkoterminowym oraz do przewidywania nawrotów. Kalprotektyna w kale może być również pomocna w określeniu, czy pacjent cierpi na chorobę Crohna, czy na zespół jelita drażliwego.

Standardowym sposobem kontroli gojenia jelita nadal jest badanie endoskopowe, które jest jednak badaniem inwazyjnym i kosztownym. Łatwiej jest wykonać pomiar kalprotektyny i laktoferyny w kale. Oba te badania wykazują zapalenie jelita bez względu na jego przyczynę, pozwalają skutecznie przewidywać aktywną chorobę Crohna i lepiej nadają się do badania zapalenia jelita niż poziom białka ostrej fazy.

Zarządzanie leczeniem aktywnej choroby Crohna, w tym terapie alternatywne

Uwagi ogólne

Przed rozpoczęciem lub modyfikacją leczenia należy potwierdzić aktywne zapalenie związane z chorobą Crohna.

Plan leczenia choroby Crohna powinien uwzględniać aktywność choroby, jej lokalizację oraz przebieg. Powinien też zawsze być omówiony z pacjentem. Czasami, zwłaszcza w ciężkich przypadkach, konieczne może być podejmowanie decyzji o leczeniu bez pełnej wiedzy o zakresie choroby. Lekarze nie zawsze mogą być w stanie określić aktywność choroby i należy zbadać obiektywne markery aktywności choroby (np. badanie wycinków, kalprotektyny w kale) w ramach różnych badań przed rozpoczęciem lub modyfikacją leczenia.

Podejmując decyzję o wyborze odpowiedniej terapii, należy uwzględnić równowagę między siłą działania leku oraz potencjalnymi efektami ubocznymi, wcześniejszą odpowiedź na leczenie oraz potencjalne powikłania lub objawy pozajelitowe.

Choroba Crohna o średniej aktywności

Choroba Crohna o średniej aktywności zlokalizowana na końcu jelita cienkiego i na początku jelita grubego, powinna być leczona budezonidem lub kortykosteroidami ogólnoustrojowymi, takimi jak prednizolon lub metyloprednizolon. Terapia lekami anty-TNF powinna być stosowana w przypadku pacjentów, którzy w przeszłości nie wykazywali odpowiedzi na leczenie steroidami lub ich nie tolerują. U pacjentów z rzadkimi nawrotami choroby odpowiednią opcją leczenia może być wznowienie podawania sterydów wraz z lekiem immunosupresyjnym. U pacjentów nieodpowiadających na sterydy i/lub leki anty-TNF, odpowiednią opcją leczenia jest wedolizumab.



W przypadku Choroby Crohna o średniej aktywności odpowiednimi terapiami początkowymi są budezonid i prednizolon. Prednizolon jest bardzo skutecznym i tańszym lekiem, lecz zazwyczaj powoduje więcej efektów ubocznych niż budezonid. Czas stosowania kortykosteroidów w leczeniu choroby Crohna powinien być jednak ograniczony, ponieważ nie są one skuteczne w podtrzymywaniu remisji.

Terapia sterydami może być skutecznie ograniczona poprzez wczesne wprowadzenie terapii lekami anty-TNF. Niektóre grupy pacjentów, np. wymagający podawania steroidów lub nie wykazujący na nie odpowiedzi, mogą więcej skorzystać na podawaniu leków anty-TNF.

U pacjentów we wczesnych stadiach choroby skojarzone leczenie infliksymabem i azatiopryną jest skuteczniejsze w osiąganiu i podtrzymywaniu remisji niż stosowanie samego infliksymabu.

Choroba Crohna o dużej aktywności

Choroba Crohna o dużej aktywności zlokalizowana na końcu jelita cienkiego i na początku jelita grubego, powinna być na początku leczona kortykosteroidami ogólnoustrojowymi. Leki anty-TNF są odpowiednią terapią w przypadku osób, u których nastąpił nawrót. Jeśli pacjenci nie wykazują odpowiedzi na steroidy i/lub leki anty-TNF, odpowiednim wyborem jest wedolizumab. W przypadku niektórych pacjentów z rzadkimi nawrotami choroby odpowiednią opcją leczenia może być wznowienie podawania steroidów z lekiem immunosupresyjnym. Z pacjentami, którzy nie odpowiedzieli na leczenie, należy omówić metody leczenia chirurgicznego.

Mimo że prednizolon lub dożylnie podawany hydrokortyzon są nadal stosowane w początkowym leczeniu ciężkich postaci choroby Crohna w końcowym odcinku jelita cienkiego, w ostatnich latach u pacjentów ze złym rokowaniem zaczęto wcześniej stosować terapię lekami anty-TNF. Zgodnie z wynikami badań, ciągła terapia lekami anty-TNF, takimi jak infliksymab lub adalimumab, zmniejsza ryzyko konieczności interwencji chirurgicznej oraz hospitalizacji z powodu choroby Crohna.

Terapia lekami anty-TNF jest często stosowana w przypadku pacjentów, którzy nie wykazują odpowiedzi na początkowe leczenie i którzy nie kwalifikują się do zabiegu chirurgicznego. U pacjentów z chorobą Crohna zlokalizowaną w okolicy krętniczokątnicznej rozwiązania chirurgiczne stosuje się wcześniej niż w przypadku innej lokalizacji choroby, zwłaszcza jeśli jest ona zlokalizowana w jelicie cienkim, ponieważ resekcja dużej części jelita cienkiego lub wielokrotna resekcja mogą prowadzić do niedożywienia. Niektórzy eksperci przedkładają rozwiązania chirurgiczne nad terapię lekami anty-TNF w tej lokalizacji, natomiast inni preferują zabieg chirurgiczny, jeśli leczenie nie przynosi efektów wystarczająco szybko lub jest związane z efektami ubocznymi, które są nie do zaakceptowania.

Choroba Crohna w jelicie grubym

Aktywna choroba Crohna w jelicie grubym powinna być leczona kortykosteroidami ogólnoustrojowymi. W przypadku pacjentów z nawrotami odpowiednimi lekami są tiopuryny, leki anty-TNF lub wedolizumab. Jeśli pacjenci nie wykazują odpowiedzi na pierwszą terapię lekami anty-TNF, odpowiednią opcją leczenia może być wedolizumab.

Aktywną, ciężką postać choroby Crohna w jelicie grubym można łatwiej i wcześniej rozpoznać niż w przypadku jelita cienkiego. Być może dlatego choroba Crohna dotycząca jelita grubego wydaje się lepiej reagować na leki anty-TNF niż choroba Crohna atakująca jelito cienkie. Kortykosteroidy ogólnoustrojowe, takie jak prednizolon, są skuteczne, natomiast budezonid nie przynosi efektów w leczeniu choroby Crohna w jelicie grubym.



Jeśli pacjenci nie wykazują odpowiedzi na leki anty-TNF lub wedolizumab, lub odpowiedź na lek zanika, zazwyczaj omawiane są rozwiązania chirurgiczne. Jednak zabieg chirurgiczny powinien być zawsze omówiony przy wprowadzaniu lub modyfikacji leczenia lekami immunosupresyjnymi.

Rozległa choroba Crohna

Rozległa choroba Crohna w jelicie cienkim powinna być najpierw leczona kortykosteroidami ogólnoustrojowymi. Należy również rozważyć wczesne stosowanie leków anty-TNF. W przypadku pacjentów z nawrotem choroby w ciężkiej postaci odpowiednim rozwiązaniem jest leczenie oparte na lekach anty-TNF.

Konsekwencje zapalenia jelita, takie jak słabe odżywienie, powstawanie zwężeń i niedrożności jelita są o wiele poważniejsze w przypadku zajęcia przez chorobę Crohna długiego odcinka jelita cienkiego niż w postaci ograniczonej. Dlatego leczenie steroidami w połączeniu z wczesnym podawaniem leków immunosupresyjnych uważa się za odpowiednią terapię w przypadku takich pacjentów.

Leczenie immunosupresantami

Wczesne rozpoczęcie immunosupresji wydaje się być najlepszym rozwiązaniem dla pacjentów wykazujących oznaki i objawy sugerujące niepomyślny przebieg choroby. Wczesne wprowadzenie leków anty-TNF powinno mieć miejsce w przypadku pacjentów o bardzo aktywnej chorobie i oznakach oraz objawach sugerujących niepomyślny przebieg choroby.

Kilka badań wykazało, że leki anty-TNF są bardziej skuteczne, gdy zostaną wprowadzone we wczesnym stadium choroby, zwłaszcza w przypadku określonych czynników ryzyka prowadzących do niepomyślnego przebiegu choroby. Owe czynniki ryzyka obejmują rozległą postać choroby, rozpoznanie choroby w młodym wieku, potrzebę stosowania steroidów od początku choroby oraz zmiany okołodobytowe.

Wszystkie terapie lekami anty-TNF dostępne obecnie wydają się być jednakowo skuteczne w leczeniu choroby Crohna w jelitach. Mają również podobne efekty uboczne. Wybór leczenia zależy od dostępności leków, ich drogi podawania, preferencji pacjenta oraz kosztów.

Początkowy brak odpowiedzi na leczenie oparte na lekach anty-TNF powinien zostać ustalony w przeciągu 12 tygodni.

Po 12 tygodniach niewystarczającej odpowiedzi istnieje małe prawdopodobieństwo pozytywnego efektu terapii i w przypadku takich pacjentów w celu wywołania remisji powinno się zastosować nowy schemat leczenia.

W przypadku leczenia immunosupresyjnego, w tym lekami anty-TNF, istnieje ryzyko wystąpienia poważnych infekcji. Ryzyko to należy uwzględnić przy podejmowaniu decyzji o leczeniu.

Wszelkie leki immunosupresyjne, w tym steroidy, tiopuryny, metotreksat i leki anty-TNF zmniejszają aktywność i wydajność układu immunologicznego. Może to zwiększyć ryzyko rozwoju różnych infekcji, które mogą prowadzić do ciężkich, a nawet śmiertelnych chorób. Leczenie skojarzone z zastosowaniem więcej niż jednego leku immunosupresyjnego znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia infekcji. Dlatego, jeśli to



możliwe, należy unikać długotrwałego leczenia skojarzonego lekami immunosupresyjnymi. Z drugiej strony wykazano, że leczenie skojarzone lekami immunosupresyjnymi ma silniejsze działanie i może być konieczne, zwłaszcza w przypadkach o ciężkim przebiegu.

Medycyna komplementarna i alternatywna

Lekarz powinien zapytać o stosowanie przez pacjenta rozwiązań medycyny komplementarnej i alternatywnej. Nie ma naukowych dowodów, że takie produkty są skuteczne. Dostępnych jest wiele różnych produktów tego typu i ich cena może być wysoka. Jeśli pacjent jest bardzo zainteresowany ich wypróbowaniem, powinien najpierw omówić to ze swoim lekarzem.

Stosowanie rozwiązań medycyny komplementarnej i alternatywnej jest dość częstą praktyką wśród pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit. Terapie komplementarne są stosowane obok rozwiązań medycyny konwencjonalnej, natomiast terapie alternatywne stosowane są zamiast medycyny konwencjonalnej. Nie ma wystarczających/wyczerpujących dowodów naukowych na skuteczność i bezpieczeństwo medycyny komplementarnej i alternatywnej, przez co gastroenterolog może mieć trudności w zapewnieniu pacjentom odpowiedniej informacji. Ponadto dostępnych jest wiele różnych produktów, które mogą być kosztowne. Z tych względów, jeśli jesteś zainteresowany ich wypróbowaniem lub odejściem od medycyny konwencjonalnej na rzecz medycyny komplementarnej i alternatywnej, powinieneś najpierw poprosić lekarza prowadzącego o poradę w zakresie stosowania tych rozwiązań. Ponieważ pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelit często cierpią na niedożywienie, dożywianie można uznać za wymaganą terapią komplementarną.

Leczenie podtrzymujące remisję

Uwagi ogólne

Jeśli objawy ustąpią (dojdzie do remisji) dzięki kortykosteroidom ogólnoustrojowym, należy rozważyć leczenie tiopurynami lub metotreksatem. Niektórzy pacjenci mogą pozostać w remisji bez żadnego leczenia.

Ze względu na możliwość pozostania niektórych pacjentów w remisji bez żadnego leczenia, brak terapii może być opcją w przypadku niektórych pacjentów.

Nie należy stosować steroidów w leczeniu podtrzymującym remisję choroby, ponieważ wykazano, że mają liczne efekty uboczne i nie są skuteczne w podtrzymywaniu remisji w tolerowanej dawce.

Dostępne są jedynie ograniczone dowody na przydatność mesalazyny w podtrzymywaniu remisji. Niektórzy eksperci są zdania, że po pierwszym zaostrzeniu jedną z możliwości jest niestosowanie leczenia podtrzymującego. Uwzględniając wysokie ryzyko nawrotu oraz sterydozależności, a także większy odsetek pozytywnych rezultatów przy wczesnym wprowadzeniu, preferuje się azatioprynę, jeśli remisję osiągnięto dzięki steroidom ogólnoustrojowym. U pacjentów nietolerujących azatiopryny można wypróbować podawanie merkaptopuryny, o ile pacjent nie miał zapalenia trzustki lub cytopenii (zmniejszenia liczby krwinek). Można również podawać metotreksat, zwłaszcza w przypadku pacjentów nietolerujących tiopuryn.



Jeśli dojdzie do nawrotu, należy rozważyć wzmocnienie leczenia podtrzymującego w celu zapobieżenia postępowi choroby. W przypadku pacjentów z chorobą o ograniczonym zasięgu zawsze należy rozważyć leczenie chirurgiczne.

W razie wystąpienia nawrotu należy rozważyć wprowadzenie azatiopryny. Kortykosteroidy (w tym budezonid) nie są skuteczne ani odpowiednie w podtrzymywaniu remisji, a długotrwałe ich stosowanie często prowadzi do niedopuszczalnych efektów ubocznych, zwłaszcza osteoporozy (redukcji masy kostnej), a następnie złamań, a także do zaćmy i jaskry.

Leczenie podtrzymujące w rozległej postaci choroby

W przypadku rozległej postaci choroby zaleca się podawanie tiopuryn w celu zapobieżenia postępowi choroby. Jeśli choroba ma agresywną lub ciężką postać lub jeśli istnieje wysokie prawdopodobieństwo jej niepomyślnego przebiegu, należy rozważyć terapię lekami anty-TNF.

Uwzględniając ryzyko nawrotu oraz wyższy odsetek pozytywnych rezultatów przy wczesnym wprowadzeniu, u pacjentów z rozległą postacią choroby Crohna zaleca się stosowanie azatiopryny.

Choroba Crohna sterydozależna

Pacjenci, którzy nie przyjmowali jeszcze leków immunosupresyjnych i którzy potrzebują kortykosteroidów do podtrzymania remisji, powinni przyjmować tiopuryny, metotreksat lub lek anty-TNF. Należy również omówić ewentualność zabiegu chirurgicznego.

Leki immunosupresyjne (azatiopryna/merkaptopuryna, metotreksat) są skuteczne w przypadku sterydozależnej choroby Crohna. U niektórych pacjentów z chorobą o ograniczonym zasięgu alternatywnym rozwiązaniem jest resekcja jelita krętego. Bardzo skutecznym podejściem w zapobieganiu konieczności stosowania sterydów jest wczesne wprowadzenie leków anty-TNF. Sterydozależni pacjenci również mogą odnieść więcej korzyści z wczesnego wprowadzenia leków anty-TNF. Obecnie wykazano, że leczenie skojarzone infliksymabem i azatiopryną jest skuteczniejsze niż stosowanie samego infliksymabu w leczeniu podtrzymującym remisję bez konieczności podawania sterydów u pacjentów we wczesnym stadium choroby. W przypadku takich pacjentów można również stosować wedolizumab.

Nieodpowiednie leczenie podtrzymujące tiopurynami (choroba Crohna oporna na tiopuryny)

W przypadku leczenia tiopurynami i nawrotu lekarz powinien ocenić, czy pacjent stosuje się do uzgodnionych zaleceń terapeutycznych. Należy również poszukać oznak zapalenia. Reakcję na lek można polepszyć poprzez optymalizację dawki. Jeśli jest to możliwe, należy zmienić terapię na metotreksat lub leki anty-TNF. W przypadku choroby o ograniczonym zasięgu zawsze należy rozważyć zabieg chirurgiczny.

Jeśli dojdzie do nawrotu podczas standardowego leczenia podtrzymującego azatiopryną lub merkaptopuryną, można zwiększać ich dawkę, dopóki w badaniach krwi nie zaobserwuje się zmniejszenia liczby białych krwinek lub zwiększenia poziomu nukleotydu tioguaniny (metabolitu tiopuryn, którego stężenie we krwi można zbadać) do odpowiedniej wartości. Inne możliwości to metotreksat, leki anty-TNF oraz wedolizumab.



Kontynuacja leczenia podtrzymującego

Jeśli u pacjenta, który wcześniej nie był w żaden sposób leczony, osiągnięto remisję przy połączeniu leków anty-TNF i tiopuryny, ten sam schemat leczenia jest zalecany w ramach leczenia podtrzymującego. W przypadku niektórych pacjentów można rozważyć stosowanie tylko tiopuryn. Jeśli osiągnięto remisję dzięki samym lekom anty-TNF, można kontynuować ich podawanie w ramach leczenia podtrzymującego. Jeśli osiągnięto remisję dzięki wedolizumabowi, można kontynuować jego podawanie w ramach leczenia podtrzymującego.

Czas trwania leczenia podtrzymującego

W przypadku pacjentów w długotrwałej remisji oraz pacjentów przyjmujących tiopuryny w ramach leczenia podtrzymującego można rozważyć odstawienie leczenia, jeśli nie ma oznak zapalenia. Nie można wydać zaleceń w zakresie czasu trwania leczenia metotreksatem. Jeśli jest to wymagane, można rozważyć przedłużone stosowanie leków anty-TNF.

Choroba Crohna zazwyczaj trwa przez całe życie pacjenta z okresami remisji oraz o różnym stopniu aktywności. Celem leczenia jest osiągnięcie i podtrzymanie długotrwałej remisji. Wśród ekspertów nie ma konsensusu co do znaczenia określenia długotrwałości remisji i dostępne są tylko ograniczone dane, na podstawie których można formułować zalecenia w zakresie odstawienia leczenia lub jego modyfikacji, ponieważ w większości kontrolowanych badań klinicznych nie obserwuje się pacjentów dłużej niż przez 1-3 lata. Jedno z badań wykazało, że odstawienie azatiopryny po stosowaniu jej przez ponad trzy i pół roku zwiększyło ryzyko nawrotu po 18 miesiącach od odstawienia w porównaniu do pacjentów, którzy kontynuowali jej przyjmowanie (nawrót odpowiednio w 21% i 8% przypadków). W ramach tego samego badania przeprowadzono długoterminową obserwację, która wykazała, że wśród pacjentów, którzy odstawili azatioprynę, u 53% nastąpił nawrót po 3 latach, a u 63% nawrót nastąpił po 5 latach. Na szczęście z 23 pacjentów, którzy wznowili przyjmowanie azatiopryny, wszyscy poza jednym pacjentem ponownie osiągnęli remisję (95,7% pacjentów ponownie osiągnęło remisję pod wpływem azatiopryny).

Zanik odpowiedzi na terapię lekami anty-TNF

Jeśli doszło do zaniku odpowiedzi na leki anty-TNF, lekarz prowadzący powinien najpierw spróbować zoptymalizować dawkę. Zwiększenie dawki lub skrócenie odstępu między nimi są równie dobrymi strategiami. Jeśli optymalizacja dawki nie pomaga, zaleca się zmianę leku anty-TNF na inny. Pomiar poziomu anty-TNF we krwi przed podaniem kolejnej dawki oraz poziomu przeciwciał przeciwko lekowi, jeśli to możliwe, może pomóc w podjęciu decyzji o sposobie optymalizacji leczenia.



Ryzyko rozwoju nowotworów a leczenie immunosupresyjne

Pacjenci leczeni tiopurynami mogą być bardziej narażeni na rozwój chłoniaka, nowotworów skóry oraz dysplazji szyjki macicy. Pacjenci, którym podawane są leki anty-TNF, są bardziej narażeni na rozwój nowotworu skóry. Obecnie nie wiadomo, leki anty-TNF zwiększają ryzyko zaburzeń limfoproliferacyjnych lub rozwoju guzów litych. Wiadomo, że jednoczesne podawanie leków anty-TNF i tiopuryn zwiększa ryzyko zaburzeń limfoproliferacyjnych. Nawet przy zwiększonym ryzyku rozwoju nowotworu odsetek pacjentów, u których rozwinął się nowotwór, pozostaje bardzo niski. Dlatego należy zawsze dokładnie rozważyć ryzyko i korzyści leczenia oraz omówić je z lekarzem prowadzącym.

Wielokrotnie wykazano, że azatiopryna jest skutecznym lekiem, jednak wiąże się również z nieco zwiększonym ryzykiem rozwoju chłoniaka nieziarniczego, który jest poważnym nowotworem układu odpornościowego. Dlatego należy przeanalizować korzyści i ryzyko jej stosowania. Badanie analizujące zagrożenia (w tym rozwoju nowotworu) i korzyści (w tym redukcję objawów) ze stosowania azatiopryny zakończyło się wnioskiem, że korzyści w dużym stopniu przewyższają zagrożenia, nawet jeśli ryzyko rozwoju chłoniaka nieziarniczego jest zawyżone przy zachowawczych metodach; jest to szczególnie prawdziwe w przypadku młodych osób o niskim ryzyku rozwoju chłoniaka. Obserwowano również inne zmiany nowotworowe, takie jak zwiększone ryzyko rozwoju nowotworu skóry oraz dysplazji szyjki macicy u kobiet, a także u pacjentów, którym podawano leki anty-TNF. Dlatego obowiązkowy jest intensywny nadzór nowotworowy wszystkich pacjentów leczonych w ten sposób.

Zabieg chirurgiczny związany z chorobą Crohna

Krętniczo-kątnicza choroba Crohna prowadząca doniedrożności

Jeśli choroba Crohna jest zlokalizowana w okolicy krętniczo-kątniczej oraz jeśli występują objawy niedrożności, lecz nie ma wyraźnych oznak aktywnego zapalenia, preferowaną opcją leczenia jest zabieg chirurgiczny.

Jeśli pacjent (a) cierpi na chorobę Crohna ograniczoną do okolicy krętniczo-kątniczej (końcowego odcinka jelita cienkiego i początkowego odcinka jelita grubego), (b) nie odpowiada na steroidy, oraz (c) ma objawy opornych niedrożności, powinien poddać się zabiegowi chirurgicznemu. Podobnie pacjenci z objawami niedrożności bez oznak zapalenia (np. ze stężeniem białka ostrej fazy w granicach normy) również mogą być leczeni chirurgicznie. Jednak jeśli pacjent przeszedł wcześniej resekcję odcinka krętniczo-kątniczego i doszło do zwężenia zespolenia, przed planowaniem resekcji jelita można spróbować przeprowadzić endoskopowe rozszerzanie zwężenia.

Ropnie o obrębie jamy brzusznej

Aktywnej chorobie Crohna zlokalizowanej w jelicie cienkim może towarzyszyć ropień w obrębie jamy brzusznej. Powinien być on leczony najpierw antybiotykami, drenowany chirurgicznie lub punkcją igłową. Jeśli jest to konieczne, następnie można przeprowadzić resekcję po zagojeniu ropnia.

Eksperti różnią się opiniami na temat tego, czy po drenażu zawsze należy przeprowadzać resekcję.



Czynniki prognostyczne zwiększonego ryzyka pierwszego lub kolejnego zabiegu chirurgicznego w chorobie Crohna.

Niektóre czynniki zwiększają ryzyko zabiegu chirurgicznego w przypadku choroby Crohna. Obejmują one:

- palenie tytoniu;
- przebieg choroby z przetokami i zwężeniami;
- wczesne wprowadzenie sterydów (konieczność stosowania sterydów w leczeniu pierwszego rzutu choroby);
- choroba zlokalizowana w końcowym odcinku jelita cienkiego (jelito kręte);
- choroba zlokalizowana w środkowym odcinku jelita cienkiego (jelito czcze); oraz
- początek choroby w młodym wieku.

W ramach kilku badań poszukiwano potencjalnych czynników ryzyka nawrotów po zabiegu chirurgicznym związanym z chorobą Crohna. W większości z nich wykazano, że palenie, wcześniejszy zabieg chirurgiczny (w tym usunięcie wyrostka robaczkowego), przebieg choroby z penetracją, lokalizacja okołoodbytowa oraz resekcja dużego odcinka jelita cienkiego zapowiadają wczesny nawrót po operacji. Wiele badań wykazało skuteczność leczenia podtrzymującego. Nie wiadomo, czy wiek podczas pierwszego rzutu choroby, czas jej trwania, płeć, marginesy resekcji lub typ zabiegu chirurgicznego wpływają na ryzyko nawrotów. Do tej pory nie opracowano systemu klasyfikacji pacjentów w ramach kategorii niskiego-średniego-wysokiego ryzyka, mimo że byłoby to wysoce przydatne.

Redukcja ryzyka zabiegu chirurgicznego poprzez leczenie

Pacjenci leczeni na wczesnym etapie choroby tiopurynami mogą być mniej narażeni na zabieg chirurgiczny. Stosowanie leków anty-TNF zmniejsza ryzyko zabiegu chirurgicznego.

Kontrola po zabiegu chirurgicznym

Najlepszą metodą stwierdzenia nawrotu choroby po zabiegu chirurgicznym jest ileokolonoskopia. Pomaga upewnić się, czy nastąpił nawrót choroby, ocenić stopień jej zaawansowania oraz prognozować jej przebieg kliniczny. Badanie należy przeprowadzić w pierwszym roku po zabiegu chirurgicznym, co może mieć ono wpływ na decyzje dotyczące leczenia.

Zaleca się przeprowadzenie ileokolonoskopii w ciągu pierwszego roku po zabiegu chirurgicznym, co może mieć wpływ na decyzje dotyczące leczenia. Jest to spowodowane tym, że kilka badań wykazało, że kolonoskopia jest najczulszym narzędziem dokumentującym nawrót choroby. Nawrót można wykryć za pomocą kolonoskopii oraz biopsji po kilku tygodniach lub miesiącach od zabiegu chirurgicznego – należy je przeprowadzić w ciągu jednego roku od operacji. Nawrót jest zazwyczaj widoczny w kolonoskopii zanim u pacjenta wystąpią objawy. Jeśli wyniki kolonoskopii są bardzo złe, należy wzmocnić intensywność leczenia w celu zapobiegania wczesnych powikłaniom pooperacyjnym, takim jak ropnie czy niedrożności.

Istnieją nowe, mniej inwazyjne metody diagnostyczne, które pomagają w zidentyfikowaniu nawrotu choroby po zabiegu chirurgicznym. Metody te obejmują kalprotektynę w kale, USG brzucha, enterografię metodą rezonansu magnetycznego ze środkiem kontrastowym oraz endoskopię kapsułkową jelita cienkiego.



Radiologia i obrazowanie (USG, rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa) są uważane za niezależne metody diagnostyczne w zakresie nawrotu po zabiegu chirurgicznym. Endoskopia kapsułkowa jelita cienkiego przeprowadzana 6 lub 12 miesięcy po zabiegu chirurgicznym wydaje się być tak samo precyzyjna jak ileokolonoskopia w diagnozowaniu nawrotów pooperacyjnych. Jednak nie zbadano, czy rezonans magnetyczny, enterografia metodą tomografii komputerowej lub endoskopia kapsułkowa jelita cienkiego są w stanie zdiagnozować nawrót w jelicie krętym lub czczym.

Zapobieganie kolejnemu zabiegowi chirurgicznemu po resekcji jelita krętego i początkowego odcinka jelita grubego

W przypadku pacjentów z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka nawrotu choroby po resekcji jelita krętego i początkowego odcinka jelita grubego, zaleca się leczenie zapobiegawcze. Najlepszym leczeniem zapobiegawczym jest stosowanie tiopuryn lub leków anty-TNF. Mesalazyna w wysokich dawkach jest opcją w przypadku pacjentów, u których usunięto tylko końcowy odcinek jelita cienkiego. Po resekcji jelita krętego i pierwszej części jelita grubego skuteczne leczenie zapewniają antybiotyki, lecz nie są tak dobrze tolerowane.

Wszyscy pacjenci z chorobą Crohna powinni zostać poinformowani o ryzyku związanym z paleniem tytoniu. Należy zachęcać do rzucenia palenia i wspierać wysiłki w tym zakresie.

Palenie tytoniu jest jednym z największych czynników ryzyka nawrotu i zwiększonej potrzeby resekcji chirurgicznej w chorobie Crohna. Dlatego wszyscy pacjenci z chorobą Crohna powinni dołożyć wszelkich starań, aby rzucić palenie.

Zarządzanie chorobą Crohna z przetokami

Strategie diagnostyczne

Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego okolicy miednicy jest główną metodą badania przetok okołoodbytniczych w chorobie Crohna. Po wykluczeniu zwężenia odbytnicy dobrą opcją jest wykonanie endoskopowego badania USG odbytnicy. Obie metody są bardziej precyzyjne w skojarzeniu z badaniem pod znieczuleniem. Nie zaleca się przeprowadzania fistulografii. W przypadku wykrycia przetoki w okolicy odbytu najlepszą metodą jest wykonanie badania pod znieczuleniem przez doświadczonego chirurga.

Jeśli to możliwe, na początku należy przeprowadzić obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego ze względu na jego dokładność rzędu 76-100%. Jednak jeśli obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego nie jest dostępne w najbliższym czasie, należy jak najszybciej przeprowadzić badanie pod znieczuleniem z drenażem ropnia lub przetoki, aby uniknąć ryzyka związanego z niedrenowaną infekcją; badanie pod znieczuleniem zapewnia 90% precyzji i pozwala chirurgowi na drenaż ropnia w czasie badania.

Leczenie chirurgiczne przetoki prostej

W przypadku niskiej przetoki odbytu bez powikłań można omówić prostą fistulotomię. Należy wykluczyć obecność ropnia w okolicy odbytu, a jeśli jest obecny, wykonać jego drenaż.



Jeśli u pacjenta występuje niska przetoka odbytu bez powikłań, można rozważyć wykonanie fistulotomii (chirurgiczne otwarcie drogi przetoki). Jednak fistulotomię należy przeprowadzać tylko w wybranych przypadkach ze względu na potencjalne powikłanie w postaci nietrzymania stolca. W przypadku ropnia (nagromadzenia ropy) w okolicy odbytu bardzo ważny jest drenaż i odpowiednie leczenie, ponieważ nieleczone ropnie mogą mieć szkodliwe działanie na tkanki otaczające kanał odbytu, w tym mięśnie odpowiedzialne za utrzymanie kału.

Leczenie farmakologiczne przetoki prostej

Przetoki proste (z jedną drogą) w okolicy odbytu, które powodują występowanie objawów, wymagają leczenia. Preferowanym sposobem leczenia jest zastosowanie setonu (nici jedwabnej lub lateksowej) wraz z antybiotykami (metronidazol i/lub cyproflaksacyna). Jeśli nastąpi nawrót choroby z przetokami prostymi, która nie będzie reagować na leczenie antybiotykami, jako leczenie drugiego rzutu można zastosować tiopuryny lub leki anty-TNF.

Jeśli przetoka prosta okołodbytowa (przetoka z jedną drogą) nie wywołuje objawów, nie ma potrzeby podejmowania działań. Jednak jeśli powoduje występowanie objawów, należy zastosować leczenie farmakologiczne i chirurgiczne; preferowanym planem leczenia jest zastosowanie antybiotyków, drenażu ropnia oraz setonu.

Jeśli nastąpi nawrót przetoki, która nie będzie reagować na leczenie antybiotykami, jako leczenie drugiego rzutu można zastosować tiopuryny lub leki anty-TNF. Zbiornicze wyniki z pięciu badań wykazały, że tiopuryny skutecznie zamykają i utrzymują zamknięcie przetok. Jednocześnie badania wykazały, że infliksymab skutecznie zamyka i utrzymuje zamknięcie przetok, zmniejszając potrzebę hospitalizacji i zabiegu chirurgicznego.

Zarządzanie złożoną przetoką okołodbytniczą

Jeśli choroba Crohna z przetokami w okolicy odbytu powoduje przetoki złożone (z wieloma drogami), można zastosować infliksymab lub adalimumab jako leczenie pierwszorzędowe po drenażu chirurgicznym przetok, jeśli to odpowiada wskazaniom. Stosowanie cyproflaksacyny i leków anty-TNF w leczeniu skojarzonym zapewnia lepsze wyniki w ujęciu krótkoterminowym.

Aby polepszyć efekty terapii lekami anty-TNF w chorobie Crohna z przetokami złożonymi (z wieloma drogami), można rozważyć zastosowanie leczenia skojarzonego lekami anty-TNF z tiopurynami.

Leczenie podtrzymujące w chorobie Crohna z przetokami

Tiopuryny, infliksymab lub adalimumab, drenaż setonem (zastosowanie nici jedwabnej lub lateksowej) lub połączenie tych rozwiązań powinno być stosowane w ramach leczenia podtrzymującego.

Nie ma dostępnych danych dotyczących skuteczności stosowania tiopuryn w leczeniu podtrzymującym przetok po indukcji infliksymabem lub podczas leczenia podtrzymującego infliksymabem. Tylko leczenie podtrzymujące infliksymabem wykazało zmniejszenie konieczności hospitalizacji i zabiegów chirurgicznych. Adalimumab wydaje się być skuteczny w utrzymaniu zamkniętych przetok, lecz nie wiadomo, czy zmniejsza konieczność hospitalizacji i zabiegów chirurgicznych.



W ujęciu ogólnym ponad 90% gastroenterologów jest zgodnych, że leczenie podtrzymujące po udanym zakończeniu drenażu przetoki jest obowiązkowe. Preferowane leki to tiopuryny i leki anty-TNF, które należy stosować przez co najmniej rok.

Objawy pozajelitowe (objawy związane z chorobą Crohna występujące poza jelitem)

Problemy ze stawami

Diagnostykę chorób stawów powiązanych z nieswoistymi zapaleniami jelita prowadzi się w warunkach klinicznych w oparciu o typowe objawy, wykluczając konkretne schorzenia zapalne stawów

Z nieswoistymi zapaleniami jelita powiązane są dwa ogólne rodzaje chorób stawów, mianowicie artropatia obwodowa i osiowa. Zapalenie stawów obwodowych dzieli się na dwa typy: typ 1 i typ 2. Typ 1 dotyczy dużych stawów (np. kolanowych, łokciowych i barkowych), występuje równocześnie z zapaleniem jelita i pojawia się u 4-17% pacjentów z chorobą Crohna. Natomiast typ 2 dotyczy małych stawów (np. w dłoni) i występuje tylko u 2,5% pacjentów z chorobą Crohna.

Diagnostyka w kierunku zapalenia stawów jest wskazana, gdy występuje ból i obrzęk stawów i wymaga wykluczenia innych chorób, takich jak choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów oraz zapalenie stawów związane z chorobami tkanki łącznej (np. toczeń). Dodatkowo należy wykluczyć przyczyny związane z lekami, takie jak artralgia (ból stawów) wywołana odstawieniem sterydów, martwica kości (zmniejszenie dopływu krwi do stawów) wywołana sterydami oraz toczeń wywołany infliksymabem.

Artropatia osiowa obejmuje zapalenie stawu krzyżowo-biodrowego (które występuje u 25-50% pacjentów z chorobą Crohna) oraz zapalenie stawów kręgosłupa (które występuje u 4-10% pacjentów). Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa charakteryzuje się chronicznym bólem pleców, porannym zesztywnieniem, ograniczoną możliwością zginania kręgosłupa, a na późniejszych etapach zmniejszenia ruchomości klatki piersiowej. Złotym standardem w diagnostyce zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa jest obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego, ponieważ umożliwia wykrycie zapalenia przed wystąpieniem zmian w kościach.

Zapalenie stawów obwodowych zazwyczaj dotyczy dużych stawów kończyn. Może być leczone fizjoterapią, krótkotrwałym podawaniem NLPZ oraz miejscowymi wstrzyknięciami sterydów. Nacisk należy położyć na leczenie współistniejącej choroby Crohna. Sulfasalazyna może być pomocna w leczeniu opornego zapalenia stawów obwodowych.

Zalecenia dotyczące leczenia artropatii (choroby stawów) związanej z chorobą Crohna opierają się na badaniach w zakresie spondyloartropatii (choroby stawów), głównie zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa. Nie przeprowadzono dobrze zaprojektowanych badań dotyczących nieswoistych zapaleń jelita, dlatego zalecenia w tym zakresie pochodzą z badań nad innymi chorobami.

W przypadku zapalenia stawów obwodowych leczenie współistniejącej choroby Crohna kortykosteroidami, immunomodulatorami i lekami anty-TNF również powinno przynieść złagodzenie objawów. Jeśli leczenie współistniejącej choroby Crohna nie przynosi ulgi w zakresie bólu stawów, pacjent powinien rozważyć krótkoterminowe przyjmowanie NLPZ; NLPZ mogą potencjalnie zaostrzyć współistniejącą chorobę Crohna, jednak ryzyko takiego niepożądanego działania wydaje się być niskie. Fizjoterapia i odpoczynek mogą zapewnić złagodzenie objawów. Stosowanie inhibitorów COX-2 (np. etorykoksyb i



celekoksyby) wydaje się być bezpieczniejsze i przynosi mniejsze ryzyko zaostrzenia choroby niż konwencjonalne NLPZ. Sulfasalazyna może być korzystna w przypadku artropatii dużych stawów. Z kolei infliksymab może przynosić duże korzyści w przypadku zapalenia stawów obwodowych.

Osiowe zapalenie stawów powoduje ból i sztywność stawów w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Zaleca się stosowanie intensywnej fizjoterapii i NLPZ, lecz należy unikać długoterminowego leczenia NLPZ z uwagi na względy bezpieczeństwa. Leki anty-TNF są preferowanym rozwiązaniem w leczeniu zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, jeśli pacjent nie toleruje NLPZ lub jeśli nie wykazuje nań reakcji. Sulfasalazyna, metotreksat i tiopuryny nie są skuteczne.

Zalecenia dotyczące leczenia osiowego zapalenia stawów powiązanego z chorobą Crohna opierają się na badaniach dotyczących zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa. Można stosować intensywną fizjoterapię oraz NLPZ, lecz należy unikać długoterminowego stosowania NLPZ. Można rozważyć miejscowe wstrzyknięcia kortykosteroidów. Sulfasalazyna, metotreksat i azatiopryna nie są skuteczne w przypadku zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa z objawami osiowymi. W przypadku pacjentów z aktywnym zesztywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, którzy nie reagują na NLPZ lub ich nie tolerują, zaleca się stosowanie leków anty-TNF. Bezpieczeństwo i skuteczność stosowania adalimumabu i infliksymabu w leczeniu zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa są potwierdzone.

Zaburzenia kości

Pacjenci stosujący kortykosteroidy lub pacjenci o zmniejszonej gęstości kości powinni przyjmować suplementy z wapniem i witaminą D. Pomocne są trening siły mięśniowej oraz rzucenie palenia. Pacjenci ze złamaniami powinni być leczeni bisfosfonianami, lecz ich skuteczność w zapobieganiu złamaniom nie jest potwierdzona. Nie zaleca się rutynowej terapii hormonalnej u kobiet przechodzących menopauzę ze względu na ryzyko efektów ubocznych. Mężczyźni o niskim poziomie testosteronu mogą skorzystać na jego podawaniu w ramach leczenia.

Przyjmowanie 500–1000 mg wapnia dziennie oraz witaminy D (800–1000 jednostek międzynarodowych dziennie) zwiększa gęstość kości u pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit, lecz nie ma wyników badań potwierdzających, że zapobiega to złamaniom u pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit. Dlatego ogólne zalecenie leczenia bisfosfonianami w oparciu o zmniejszoną gęstość kości nie jest uzasadnione. Jednakże kobiety po menopauzie lub z osteoporozą wywołaną sterydami odniosą korzyści z ich przyjmowania. W ujęciu ogólnym w przypadku pacjentów z niską gęstością kości i dodatkowymi czynnikami ryzyka należy rozważyć podjęcie leczenia.

Pacjenci z przewlekłe aktywną chorobą powinni być leczeni immunosupresyjnie, z zastosowaniem azatiopryny lub leków anty-TNF, dzięki czemu nie będą musieli przyjmować sterydów, oraz zmniejszy się negatywny wpływ stanu zapalnego na gęstość kości; wykazano, że wielu pacjentów z chorobą Crohna może odzyskać prawidłową gęstość kości po trzech latach stabilnej remisji.

Objawy skórne

Leczenie rumienia guzowatego zazwyczaj sprowadza się do leczenia współistniejącej choroby Crohna. Najczęściej wymagane jest podawanie sterydów ogólnoustrojowych. Piodermia zgorzelinowa początkowo jest leczona sterydami ogólnoustrojowymi, lekami anty-TNF lub inhibitorami kalcyneuryny.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Rumień guzowaty (czerwone guzki na skórze goleni, ud i przedramion) jest zazwyczaj łatwo zauważalny i występuje w przypadku ok. 5-10% pacjentów z chorobą Crohna. Zazwyczaj występuje, gdy choroba Crohna jest aktywna. Zwykle diagnozę można potwierdzić bez konieczności przeprowadzania biopsji. Zazwyczaj wymagane jest leczenie współistniejącej choroby poprzez doustne podawanie sterydów, a jeśli sterydy nie przynoszą poprawy lub jeśli dochodzi do regularnych nawrotów, można wprowadzić azatioprynę i/lub infliksymab; jednakże konieczność podawania azatiopryny lub infliksymabu jest bardzo rzadka.

Piodermia zgorzelinowa (duże, bolesne wrzody na skórze) może występować w dowolnym miejscu ciała, łącznie z genitaliami, lecz najczęściej są to podudzia i obszary wokół stomii. Zazwyczaj początkowo zmiana ma charakter powierzchowny, lecz z czasem siega coraz głębiej. Od 0,6% do 2,1% pacjentów z chorobą Crohna na jednym z etapów doświadcza tej dolegliwości, która może, lecz nie musi pokrywać się z aktywnością choroby Crohna. Piodermię zgorzelinową rozpoznaje się przez eliminację, co oznacza, że diagnoza ta jest stawiana, gdy nie można wskazać innych przyczyn owrzodzenia; w wykluczeniu innych zaburzeń skórnych pomocna może być biopsja. Celem leczenia powinno być szybkie gojenie, ponieważ ta dolegliwość może powodować duże osłabienie. Przed zastosowaniem inhibitorów kalcyneuryny należy wypróbować kortykosteroidy. Coraz częściej zaczyna być stosowany infliksymab, którego skuteczność wykazano w ramach jednego dużego oraz dwóch mniejszych badań. Do tej pory nie przeprowadzono badań porównujących działanie sterydów ogólnoustrojowych, leków anty-TNF lub inhibitorów kalcyneuryny. Należy unikać interwencji chirurgicznych stosowanych w przypadku innych owrzodzeń skóry.

Powikłania zakrzepowo-zatorowe

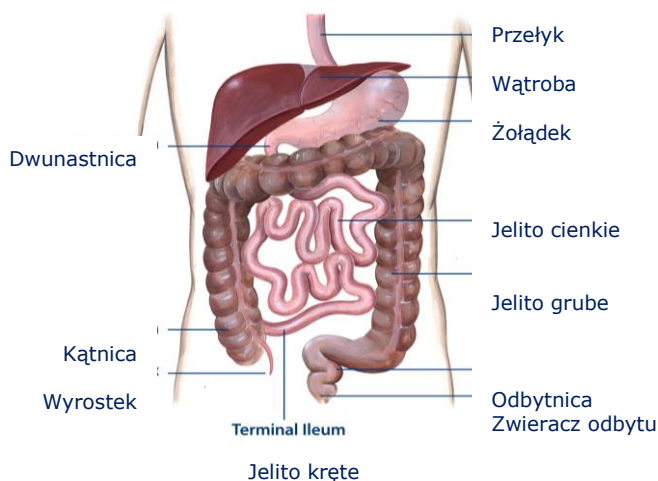
Zapobieganie zakrzepicy (powstawaniu zakrzepów krwi) należy rozważyć u wszystkich pacjentów z ciężką postacią choroby hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie. Leczenie pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelita i żylną chorobą zakrzepowo-zatorową (polegającą na blokowaniu żył przez zakrzepy) powinno być zgodne z przyjętymi opcjami terapeutycznymi w przypadku zakrzepicy.

Z przyczyn, które w dużej mierze pozostają nieznane, pacjenci z chorobą Crohna są bardziej narażeni na żylną chorobę zakrzepowo-zatorową. Zapobieganie powstawaniu takich zakrzepów i ich leczenie jest bardzo ważne, ponieważ mogą one prowadzić do powikłań lub nawet śmierci. Tego typu zakrzepy powinny być diagnozowane z wykorzystaniem odpowiednich technik obrazowania, takich jak USG i flebografia.

Jeśli chodzi o leczenie, powinny być stosowane leki rozrzedzające krew (zwane antykoagulantami) w celu zapobiegania i leczenia zakrzepów krwi. Jeśli u danej osoby wystąpi powtórny epizod powstawania zakrzepów krwi, należy rozważyć wprowadzenie leczenia długotrwałego. Pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelita raczej nie wykazują większej liczby powikłań związanych z krwotokami spowodowanymi przez leki rozrzedzające krew niż osoby bez nieswoistych zapaleń jelita. Pacjenci z chorobą Crohna powinni zachowywać ostrożność w przypadku dalekich podróży oraz stosowania doustnych środków antykoncepcyjnych, ponieważ zwiększają one ryzyko powstawania zakrzepów krwi i w pewnych warunkach należy w ich wypadku rozważyć profilaktykę przeciwzakrzepową.

Słownik

Ilustracja przedstawiająca anatomię układu pokarmowego



© Hendrik Janssen Farmaceutica, JAR M Berlin

Termin	Czego dotyczy termin	Definicja
Adalimumab	Lek	Lek anty-TNF często stosowany w leczeniu nieswoistych zapaleń jelita należący do grupy leków biologicznych (wytwarzanych biotechnologicznie). Wstrzykiwany podskórną przez pacjenta lub pielęgniarkę.
Aminosalicylan	Lek	Lek stosowany w leczeniu nieswoistych zapaleń jelita.
Anemia	Choroba	Dolegliwość polegająca na zbyt małej liczbie czerwonych krwinek lub zbyt małej ilości hemoglobiny. Osoba z anemią czuje się zmęczona i osłabiona.
Anemia wywołana chorobą przewlekłą	Choroba związana z nieswoistym zapaleniem jelit lub innym stanem zapalnym	Jest to anemia wynikająca z choroby przewlekłej, takiej jak nieswoiste zapalenie jelita lub inne procesy zapalne.
Anemia z niedoboru żelaza	Choroba	Jest to dolegliwość, w której we krwi brakuje czerwonych krwinek w wyniku niedoboru żelaza.
Antybiotyki	Lek	Leki stosowane w leczeniu zakażeń bakteryjnych. Nieskuteczne w leczeniu zakażeń wirusowych.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Appendektomia	Zabieg chirurgiczny	Chirurgiczne usunięcie wyrostka robaczkowego. Zazwyczaj wykonywane w przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego.
Artropatia		Każda choroba lub dolegliwość dotycząca stawów.
Azatiopryna	Lek	Zob. tiopuryny.
Badanie endoskopowe	Badanie	Procedura, w ramach której kamera umieszczona na końcu długiej rurki jest wprowadzana do ciała w celu bezpośredniego obrazowania badanych organów. Najczęstszym badaniem endoskopowym przeprowadzanym u pacjentów cierpiących na nieswoiste zapalenia jelit jest kolonoskopia/ileokolonoskopia.
Bar (kontrast)	Badanie diagnostyczne	Substancja wykorzystywana w określonych badaniach radiologicznych w celu wzmocnienia uwidocznienia struktur anatomicznych.
Białko ostrej fazy (białko C-reaktywne)	Badanie	Badanie krwi wykonywane w celu pomiaru stanu zapalnego w organizmie. Jest przydatne w wykrywaniu zapalenia w ciele pacjenta, jednak wysoki poziom białka ostrej fazy nie musi oznaczać zapalenia jelita. Dlatego należy przeprowadzić również inne badania, aby sprawdzić, czy stan zapalny występuje w jelicie pacjenta z nieswoistym zapaleniem jelit.
Bisfosfoniany	Lek	Związki opóźniające zanik kości i zwiększające ich gęstość.
Biopsja, biopsje	Badanie diagnostyczne	Biopsja polega na pobraniu próbki tkanki ciała w celu jej dokładniejszego zbadania. Podczas kolonoskopii wykonywane są biopsje ściany jelita.
Bolesne parcie na stolec	Opis choroby	Bolesny skurcz odbytnicy/odbytu, zazwyczaj towarzyszy mu niekontrolowane napięcie oraz pilna potrzeba oddania stolca bez efektów.
Budezonid	Lek	Lek należący do grupy kortykosteroidów. Budezonid ma działanie przeciwzapalne i jest stosowany do leczenia ostrych zaognień u pacjentów cierpiących na krętniczo-kątniczą chorobę Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego obejmujące koniec jelita grubego w formie lewatyw. Kortykosteroidy są również hormonami naturalnie wytwarzanymi przez nadnercza.
Chirurg kolorektalny	Inne	Chirurg specjalizujący się w operacjach odbytnicy, odbytu i jelita grubego.
Cholangiografia metodą rezonansu magnetycznego	Badanie	Jest to specjalne badanie z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego do sprawdzania występowania zaburzeń wątroby i dróg żółciowych.
Choroba autoimmunologiczna	Opis choroby	Choroba autoimmunologiczna polega na atakowaniu zdrowych komórek ciała przez układ immunologiczny.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Choroba Crohna lub choroba Leśniowskiego-Crohna	Opis choroby	Nieswoiste zapalenie jelit. Choroba Crohna może obejmować wszystkie części układu pokarmowego, w tym często jelito cienkie w odróżnieniu od wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.
Choroba ograniczona	Opis choroby	Choroba ograniczona do jednego układu organu lub obszaru jelita.
Choroby przewlekłe	Opis choroby	Są to choroby występujące przewlekłe (zazwyczaj przez całe życie). Nieswoiste zapalenia jelita należą do chorób przewlekłych.
Clostridium difficile	Choroba	Bakteria, która może wywoływać objawy przypominające nieswoiste zapalenia jelita.
Cyklosporyna	Lek związany z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego	Inhibitor kalcyneuryny będący lekiem osłabiającym układ immunologiczny, dzięki czemu może być stosowany w leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.
Cyprofloksacyna	Lek	Antybiotyk stosowany również w leczeniu nieswoistych zapaleń jelita i zapalenia zbiornika jelitowego.
Częściowa kolektomia	Zabieg chirurgiczny	W odróżnieniu od kolektomii, jest to kolektomia, w ramach której usuwana jest część jelita grubego, a nie jego całość.
Czopki lub czopek	Lek	Lek podawany doodbytniczo, który następnie ulega rozpuszczeniu i powleka od środka jelito, w ten sposób lecząc zapalenie.
Czynnik erytropoetyczny	Lek	Lek stymulujący wytwarzanie czerwonych krwinek.
Do stosowania miejscowego	Lek	Lek stosowany w miejscowym leczeniu zapalenia, który nie jest wchłaniany do krwi.
Doodbytniczy	Część ciała	Odnoszący się do końca jelita grubego noszącego nazwę odbytnicy. Np. lek wprowadzany do odbytnicy przez odbyt jest nazywany lekiem doodbytniczym.
Doustny	Lek	Leki doustne są podawane pacjentowi do połknięcia.
Dożylny	Lek	Lek wprowadzany do krwiobiegu dożylnie.
Dysplazja szyjki macicy	Choroba	Nieprawidłowy rozrost tkanki szyjki macicy.
Efekty uboczne	Lek	Niepożądane (szkodliwe) efekty leku lub interwencji.
Elektrolity	Badanie	Minerały obecne we krwi (np. sód, potas i chlorek) i innych płynach ustrojowych przenoszące ładunek elektryczny – badane we krwi. Nieswoiste zapalenia jelit mogą doprowadzić do zaburzeń poziomu elektrolitów.
Endoskopia kapsułkowa jelita cienkiego	Badanie	Badanie, w ramach którego pacjent połyka kapsułkę zawierającą małą kamerę. Kamera rejestruje obrazy przewodu pokarmowego.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Endoskopowy	Badanie	Przymiotnik odnoszący się do badania endoskopowego.
Enterografia metodą rezonansu magnetycznego	Badanie	Badanie wykorzystujące fale magnetyczne do rejestrowania obrazów diagnostycznych jelita cienkiego po wypiciu płynu, który pełni tu rolę kontrastu. To badanie nie wiąże się z napromienianiem ciała.
Enteroskopia wspomagana	Badanie	Badanie jelita cienkiego za pomocą specjalnego endoskopu.
Fistulografia	Badanie	Badanie rentgenowskie przetoki.
Fistulotomia	Zabieg chirurgiczny	Chirurgiczne otwarcie przetoki.
Gastroenterolog	Inne	Lekarz specjalizujący się w leczeniu chorób układu pokarmowego, takich jak nieswoiste zapalenia jelit.
Gruźlica	Choroba	Choroba zakaźna atakująca płuca i inne części ciała wywołwana przez prątki gruźlicy.
Heparyna drobnocząsteczkowa	Lek	Lek często stosowany do zapobiegania powstawaniu skrzepów.
Histologiczny	Badanie	W ramach badania histologicznego tkanka komórkowa z biopsji jest badana pod mikroskopem.
Ileokolonoskopia	Badanie	Badanie endoskopowe dotyczące jelita grubego i jelita krętego.
Ileoskopia	Badanie	Badanie endoskopowe jelita krętego, czyli końcowego odcinka jelita cienkiego.
Ileostomia końcowa	Zabieg chirurgiczny	Zabieg polegający na podzieleniu małego jelita, wyprowadzeniu go przez brzuch i przyszyciu do skóry, z wytworzeniem stomii (sztucznego odbytu). Osoba z ileostomią końcową nosi na brzuchu torebkę na stolec.
Immunizowany	Inne	Osoba jest immunizowana, jeśli została uodporniona na infekcję. Często stosowane są immunizacje przeciwko odrze, śwince i tężcowi, lecz istnieje wiele innych.
Immunomodulator	Lek	Immunomodulatory osłabiają lub stymulują aktywność układu immunologicznego. Leki immunosupresyjne to immunomodulatory często stosowane w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit, ponieważ uważa się, że nieswoiste zapalenia jelit przynajmniej częściowo są wywołwane przez nadczynność układu immunologicznego.
Leki immunosupresyjne	Lek	Grupa leków stosowanych do spowolnienia działania układu immunologicznego, obejmująca sterydy, toiopuryny, metotreksat, leki anty-TNF i wedolizumab. Nieswoiste zapalenia jelit mogą być wywołwane przez nadczynność układu immunologicznego, dlatego leki immunosupresyjne mogą być skuteczne w ich leczeniu.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Infliksymab	Lek	Lek biologiczny anti-TNF często stosowany w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit. Jest podawany pacjentowi we wlewie dożylnym.
Inhibitor COX-2	Lek	Bardziej specyficzny NLPZ z mniejszą liczbą efektów ubocznych, lepiej tolerowany przez pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit.
Inhibitory kalcyneuryny	Lek	Leki immunosupresyjne stosowane w leczeniu nieswoistych zapaleń jelita grubego oraz w zapobieganiu odrzucenia przeszczepionych organów.
Intubacja endoskopowa	Badanie	Wprowadzenie rurki do ciała za pomocą endoskopu.
Jelito grube (zob. ilustracja)	Część ciała	Część układu pokarmowego.
Kalprotektyna w kale	Badanie	Białko uwalniane do jelita w przypadku zapalenia tego narządu. Poziom kalprotektyny w kale wzrasta tylko podczas zapalenia jelita, dzięki czemu kalprotektyna w kale lepiej nadaje się do badania zapalenia niż białko ostrej fazy lub OB. Nie dotyczy wyłącznie nieswoistych zapaleń jelit. Pacjent musi dostarczyć próbkę stolca do zbadania.
Kolektomia	Zabieg chirurgiczny	Chirurgiczne usunięcie jelita grubego. Poprzedza utworzenie zbiornika jelitowego u pacjentów cierpiących na wrzodziejące zapalenie jelita grubego.
Kolonografia	Badanie	Badanie może być przeprowadzane za pomocą tomografu komputerowego lub rezonansu magnetycznego. Jest to metoda, która pozwala uwidocznić wnętrze jelita grubego bez użycia endoskopu.
Kolonoskopia	Badanie	Badanie jelita grubego, w którym endoskop z kamerą wprowadza się przez odbytnicę, by ocenić aktywność choroby oraz pobrać wycinki.
Kortykosteroidy (lub sterydy)	Lek	Grupa leków wywołujących efekty zbliżone do hormonów naturalnie produkowanych przez nadnercza o działaniu immunosupresyjnym. Hydrokortyzon i prednizolon są najczęściej stosowane w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit.
Kreatynina	Badanie	Badanie kreatyniny we krwi pomaga w ocenie czynności nerek.
Kwas 5-aminosalicylowy lub mesalazyna	Lek	Lek do stosowania miejscowego w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit, głównie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, oraz w pewnych warunkach również choroby Crohna. Lek ten nosi również nazwę mesalazyny i może być podawany doustnie lub doodbytniczo w formie wlewki, pianki lub czopków.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Kwas ursodeoksycholowy	Leczenie	Lek podawany doustnie pacjentom cierpiącym na pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych (przewlekła choroba wątroby charakteryzująca się zapaleniem i zwłóknieniem dróg żółciowych wewnątrz i na zewnątrz wątroby) w celu ochrony wątroby i zapobiegania rozwojowi nowotworu jelita.
Laktoferyna	Badanie	Białko uwalniane do jelita w przypadku zapalenia tego narządu. Pacjent musi dostarczyć próbkę stolca do zbadania.
Laparoskopowy	Zabieg chirurgiczny	Zabieg laparoskopowy jest zabiegiem chirurgicznym, podczas którego wykonywane są niewielkie nacięcia w ciele pacjenta, po czym wprowadzane są przez nie kamery zapewniające podgląd operowanego miejsca. Dzięki niewielkim nacięciom zazwyczaj następuje szybsze gojenie niż w przypadku normalnej operacji.
Leczenie podtrzymujące	Lek	Rodzaj leczenia stosowany do utrzymania remisji u pacjenta.
Leki anty-TNF	Lek	Leki biologiczne (wytwarzane biotechnologicznie) często stosowane w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit. Najczęściej stosowanymi są infliksymab, adalimumab, certolizumab oraz golimumab.
Leki biologiczne	Lek	Białka IG (immunoglobuliny) powstałe z genetycznie zmodyfikowanych komórek, np. leki anty-TNF lub wedolizumab.
Leki przeciwbiegunkowe	Lek	Leki zapewniające ulgę w przypadku biegunki. Najczęściej stosowanym lekiem z tej grupy jest loperamid.
Wlewka	Lek	Podanie płynu do dolnej części jelita poprzez odbył. Jej celem może być przygotowanie do badania lub podanie leku.
Wlew doodbytniczy z podwójnym kontrastem	Badanie	Procedura, podczas której badanie promieniami rentgenowskimi jelita grubego i odbytnicy następuje po wprowadzeniu do odbytnicy płynu zawierającego bar. Bar wypełnia i kontrastuje jelito grube i odbytnicę podczas badania i w ten sposób pomaga w identyfikacji nieprawidłowości.
Lewostronne zapalenie jelita grubego	Opis choroby	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego, które występuje tylko po lewej stronie jelita grubego i może być skutecznie leczone miejscowo.
Loperamid	Lek	Typowy lek przeciwbiegunkowy – zob. lek przeciwbiegunkowy.
Mesalazyna	Lek	Lek stosowany w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit. Może być podawany doustnie lub doodbytniczo.
Metotreksat	Lek	Lek należący do grupy leków immunosupresyjnych, często stosowany w leczeniu choroby Crohna. Wykazuje mniejszą skuteczność w leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Metronidazol	Lek	Antybiotyk często stosowany w leczeniu zapalenia zbiornika jelitowego i choroby Crohna z przetokami.
Mocznik w surowicy	Badanie	Mocznik jest substancją normalnie odprowadzaną z krwi przez nerki do moczu. Badanie poziomów mocznika w surowicy jest istotne, ponieważ nieprawidłowe wyniki mogą wskazywać na problemy dotyczące nerek lub odwodnienie pacjenta.
Nadpłytkowość	Badanie	Zwiększona liczba płytek (trombocytów).
Nawrót	Opis choroby	Reaktywacja choroby.
Niedobór żelaza	Choroba	Występuje w przypadku niewystarczającej ilości żelaza we krwi.
Niedobór żelaza bez anemii	Choroba	Dolegliwość, w której występuje niedobór żelaza, lecz nie w stopniu wywołującym anemię.
Niedożywienie	Powikłanie choroby Crohna	Brak prawidłowego odżywienia wynikający np. z niemożności spożycia wystarczającej ilości pokarmu, niejedzenia wystarczającej ilości właściwych pokarmów lub zespołu złego wchłaniania (zob. zespół złego wchłaniania).
Niedrożność, niedrożny	Powikłanie choroby Crohna	Niedrożność występuje, gdy zapalenie związane z chorobą Crohna powoduje pogrubienie ściany jelita, przez co następuje jego zwężenie, lub gdy na zewnątrz jelita powstają zrosty utrudniające przepływ treści pokarmowej.
Nieokreślone zapalenie jelita grubego	Opis choroby	W przypadku, gdy niemożliwe jest określenie, czy dana osoba cierpi na chorobę Crohna, czy na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, można użyć terminu nieokreślone zapalenie jelita grubego. Jest to określenie zastrzeżone dla wyniku badania histopatologicznego wycinków z jelita.
Niesklasyfikowane nieswoiste zapalenie jelit	Opis choroby	Jeśli po przeprowadzeniu wszystkich badań nie można określić, czy osoba cierpi na chorobę Crohna, czy na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, należy użyć terminu niesklasyfikowane nieswoiste zapalenie jelit.
Nieswoiste zapalenia jelit	Choroba	Termin medyczny obejmujący takie schorzenia, jak choroba Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego.
NLPZ lub niesterydowe leki przeciwzapalne	Lek	Leki te mogą przynosić ulgę w bólu, działają przeciwgorączkowo oraz przynoszą poprawę w przypadku innych procesów zapalnych. Najczęściej stosowane są ibuprofen i aspiryna. Powinny być unikane przez pacjentów cierpiących na nieswoiste zapalenia jelit, ponieważ mogą zwiększać ryzyko zaożnienia.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Nowotwór jelita grubego	Choroba związana z chorobą Crohna/wrz odziejącym zapaleniem jelita grubego lub leczeniem.	Nowotwór jelita, na rozwój którego są bardziej narażeni pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelit. Może wywoływać takie objawy, jak krew w stolcu, zmiany w pracy jelit, ból brzucha, guzy w brzuchu i utrata wagi.
Nukleotyd tioguaniny	Lek	Aktywny metabolit azatiopryny lub merkaptopuryny.
OB lub odczyn Biernackiego	Badanie	Badanie krwi służące do pomiaru nasilenia zapalenia w organizmie, podobne do badania białka ostrej fazy.
Obrazowanie	Badanie	Wykonywanie zdjęć lub generowanie obrazów części ciała z wykorzystaniem różnych technik, takich jak promieniowanie rentgenowskie, ultradźwięki, tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny. Techniki obrazowania są często stosowane do oceny, która część ciała została zaatakowana przez nieswoiste zapalenie jelit.
Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego	Badanie	Badanie wykorzystujące fale magnetyczne do rejestrowania obrazów diagnostycznych różnych części ciała. Nie wiąże się z napromienianiem.
Nadzór onkologiczny	Badanie	Nadzór onkologiczny polega na regularnej ocenie stanu pacjenta z nieswoistym zapaleniem jelit, często z wykorzystaniem badania endoskopowego, aby sprawdzić, czy nie rozwinął się nowotwór jelita. Nadzór jest bardzo ważny, ponieważ pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelit są bardziej narażeni na rozwój nowotworu jelit.
Odbytnica	Część ciała	Końcowa część jelita grubego. Kończy się odbytem.
Ogólnoustrojowy	Lek	Lek ogólnoustrojowy oddziałujący na cały organizm. Działa odmiennie od leku do stosowania miejscowego, który nie oddziałuje na cały organizm.
Osiowe zapalenie stawów	Choroba związana z nieswoistym zapaleniem jelit	Choroba stawu/stawów, która może atakować kręgosłup i biodra.
Osteopenia	Choroba	Osłabienie kości w niewielkim stopniu, nie spełniające kryteriów rozpoznania osteoporozy.
Osteoporoza	Choroba	Schorzenie, w ramach którego kości ulegają osłabieniu, przez co osoba jest bardziej narażona na złamania.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



p-ANCA	Badanie	p-ANCA jest skrótem od angielskiej nazwy przeciwciał przeciw cytoplazmie neutrofilów. Są one wykrywane w krwi.
Piodermia zgorzelinowa	Choroba	Zapalenie skóry powodujące bolesne owrzodzenia wywołane mechanizmami autoimmunologicznymi, a nie infekcją. Czasami występuje u pacjentów cierpiących na nieswoiste zapalenia jelit.
Płodny	Inne	Płodna osoba jest to osoba, która jest fizycznie zdolna do posiadania dzieci.
Poziom ferrytyny w surowicy	Badanie	Badanie mierzące ilość żelaza w organizmie.
Poziom hemoglobiny	Badanie	Poziom hemoglobiny odzwierciedla ilość hemoglobiny we krwi. Hemoglobina jest odpowiedzialna za przenoszenie tlenu we krwi. Niski poziom wskazuje na anemię.
Przetoka, przetoki	Powikłanie choroby Crohna	Owrzodzenie przenikające przez ścianę jelita, tworzące nienaturalne połączenie między jelitem a skórą lub między jelitem a innym organem. Pojedyncze przetoki obejmują jedno połączenie; złożone przetoki mogą obejmować więcej połączeń. Choroba Crohna z przetokami jest odmianą choroby Crohna.
Remisja	Opis choroby	Remisja występuje, gdy osoba nie ma aktywnej choroby; jest przeciwieństwem terminów „zaognienie” lub „nawrót”, które są stosowane do opisu osób z aktywną chorobą.
Resekcja	Zabieg chirurgiczny	Chirurgiczne usunięcie całości lub części organu lub innej części ciała.
Ropień	Powikłanie choroby Crohna	Ropień jest zamkniętym nagromadzeniem płynnej tkanki, zwanej ropą, w określonym miejscu organizmu. Jest to efekt reakcji obronnej organizmu na ciało obce.
Rozległe zapalenie jelita grubego	Opis choroby	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego obejmujące całość jelita grubego.
Rumień guzowaty	Choroba związana z nieswoistym zapaleniem jelit	Stan zapalny skóry.
Serologia	Badanie	Badanie surowicy lub innych płynów ustrojowych.
Serologiczny	Badanie	Badania serologiczne dotyczą surowicy i innych płynów ustrojowych. Zazwyczaj są stosowane do diagnostyki obecności przeciwciał w surowicy.
Seton	Zabieg chirurgiczny	Szew chirurgiczny utrzymujący otwartą przetokę w celu zapobiegania gromadzeniu się ropy w ropniu.
Sigmoidoskopia	Badanie	Badanie podobne do kolonoskopii, lecz dotyczy końcowej części jelita grubego, a nie całego jelita grubego.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Stenoza	Choroba	Zwężenie w stopniu wystarczającym do wywołania dyskomfortu pacjenta.
Sterydy	Lek	Sterydy są często stosowane w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit i działają na zasadzie immunosupresji. Mogą być lekami do stosowania miejscowego lub lekami ogólnoustrojowymi. Ze względu na wiele efektów ubocznych, ich stosowanie powinno być jak najmniejsze.
Stolec	Inne	Stolec zawiera substancje pozostające w przewodzie pokarmowym po trawieniu i wchłanianiu pokarmów, wydalone przez jelito.
Stopniowo odstawiany	Lek	Jeśli lek jest odstawiany stopniowo, oznacza to, że jego podawanie nie jest przerywane z dnia na dzień. Jest to procedura wymagana w przypadku sterydów, ponieważ nagłe odstawienie sterydów może mieć poważne efekty uboczne.
Sulfasalazyna	Lek	Sulfasalazyna jest lekiem stosowanym w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit. Sulfasalazyna składa się z dwóch części – kwasu 5-aminosalicylowego, będącego substancją aktywną, oraz antybiotyku – sulfapyrydyny. Sulfasalazyna jest rozkładana przez bakterie w jelicie grubym i dostarcza kwas 5-aminosalicylowy.
Środek keratolityczny	Lek	Lek stosowany do usuwania brodawek i innych zmian.
Takrolimus	Lek	Lek immunosupresyjny podobny do cyklosporyny, który może być podawany doustnie w leczeniu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.
Terapia ratunkowa	Leczenie	Terapia ratunkowa jest rodzajem leczenia stosowanym, gdy wszystkie konwencjonalne sposoby leczenia zawiodły i jest to ostatnia szansa na odzyskanie kontroli nad chorobą.
Tiopuryny	Lek	Leki immunosupresyjne. Azatiopryna i merkaptopuryna są najczęściej stosowane w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit.
Tomografia komputerowa (TK)	Badanie	Forma prześwietlenia promieniami rentgenowskimi wykonywana w urządzeniu do skanowania.
USG	Badanie	Metoda obrazowania wykorzystująca fale dźwiękowe do badania organów ciała.
VSL#3	Lek	Probiotyk (żywe mikroorganizmy, które po podaniu w odpowiedniej dawce korzystnie oddziałują na stan zdrowia pacjenta) o obiecujących wynikach w leczeniu zapalenia zbiornika jelitowego.
Wedolizumab	Lek	Lek biologiczny (wytwarzany biotechnologicznie) stosowany w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit. Podawany pacjentowi we wlewie dożylnym.
Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	Opis choroby	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest jednym z nieswoistych zapaleń jelit.
Wskaźnik T-score	Badanie	Wskaźnik T-score jest miarą gęstości kości.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Wskaźniki aktywności choroby	Badanie	Wskaźnik aktywności choroby jest sposobem oceny stopnia zaawansowania choroby w oparciu o objawy pacjenta oraz określone badania (np. jak wygląda jelito w badaniu endoskopowym). Zazwyczaj bardziej zaawansowane choroby mają wyższe wskaźniki. Jednym z przykładów może być wskaźnik aktywności wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (UCDAI) lub wskaźnik aktywności choroby Crohna (CAI).
Wysycenie transferyny	Badanie	Wskaźnik potencjału wiązania żelaza w ciele. Poziomy poniżej 16% wskazują na niedobór żelaza.
Zaburzenia limfoproliferacyjne	Choroba	Grupa chorób, w których limfocyty (białe krwinki) są wytwarzane w nadmiarze. Zaburzenia limfoproliferacyjne obejmują różne rodzaje białaczki i chłoniaków.
Zasięg	Opis choroby	Zasięg choroby opisuje jak duża część jelita została objęta nieswoistym zapaleniem jelit.
Zasięg choroby	Opis choroby	Ten termin opisuje ile jelita grubego zostało zaatakowane przez wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Crohna. Nie należy mylić tego pojęcia ze stopniem zaawansowania, który dotyczy głębokości i obszaru zapalenia. Zasięg choroby jest terminem przydatnym w klasyfikacji wrzodziejącego zapalenia jelita na zapalenie odbytnicy, lewostronne zapalenie jelita grubego i rozległe zapalenie jelita grubego, podobne do choroby Crohna obejmującej jelito cienkie, jelito grube i górny odcinek układu pokarmowego.
Zaostrzenie lub nawrót	Opis choroby	Okres aktywności choroby, którego przeciwieństwem jest remisja choroby. U osoby doświadczającej zaostrzenia będą występować objawy oraz stan zapalny.
Zapalenie błony naczyniowej	Choroba	Zapalenie błony naczyniowej gałki ocznej.
Zapalenie stawów	Choroba związana z nieswoistym zapaleniem jelit	Zapalenie stawów objawia się bólem i obrzękiem stawów.
Zapalenie stawów obwodowych	Choroba	Zapalenie stawów zazwyczaj atakujące duże stawy kończyn.
Zapalenie stawu krzyżowo-biodrowego	Choroba	Zapalenie stawu znajdującego się między kością krzyżową a kością biodrową.
Zapalenie wyrostka robaczkowego	Choroba	Zapalenie wyrostka robaczkowego będącego przedłużeniem jelita grubego. Zapalenie wyrostka robaczkowego może m.in. powodować ból, utratę apetytu, gorączkę lub perforację.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Zapalenie zbiornika jelitowego	Powikłanie	Zapalenie zbiornika jelitowego (zob. zbiornik jelitowy)
Zbiornik jelitowy	Zabieg chirurgiczny	Zabieg chirurgiczny często wykonywany w przypadku pacjentów cierpiących na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, w ramach którego koniec jelita cienkiego jest przekształcany w zbiornik pełniący rolę jelita grubego po jego usunięciu.
Zespolenie krętniczko-odbytnicze	Zabieg chirurgiczny	Zabieg chirurgiczny, w którym pozostawia się odbytnicę, z którą połączone zostaje jelito kręte. To zespolenie różni się od zbiornika jelitowego, który wytwarza się po usunięciu odbytnicy.
Zespół jelita drażliwego	Choroba	Częsta dolegliwość z objawami podobnymi do nieswoistych zapaleń jelit, lecz bez stanu zapalnego.
Zespół złego wchłaniania	Powikłanie choroby Crohna	Nieprawidłowe wchłanianie substancji odżywczych w układzie pokarmowym.
Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	Choroba związana z nieswoistym zapaleniem jelit	Forma przewlekłego zapalenia stawów atakującego głównie kręgosłup i powodującego ból oraz sztywność pleców, postępujący do klatki piersiowej i szyi.
Złamanie	Inne	Złamanie kości spowodowane pojedynczym zdarzeniem lub ciągłym obciążeniem kości.
Zorientowany na pacjenta	Inne	Opieka zorientowana na pacjenta obejmuje zapewnienie spełnienia indywidualnych potrzeb pacjenta oraz podejmowanie wszelkich decyzji klinicznych zgodnie z życzeniami pacjenta.
Zrosty	Powikłanie po operacji	Części jelita sklejone razem w wyniku reakcji zapalnych. Mogą powodować niedrożności i ból.
Zweryfikowany	Badanie	Jeśli coś jest zweryfikowane, oznacza to, że zostało potwierdzone jako precyzyjna metoda pomiaru danej wartości. Np. wskaźnik aktywności choroby zostanie zweryfikowany po potwierdzeniu precyzji pomiaru aktywności choroby.
Zwężenie	Choroba Crohna	Zwężenie w stopniu na tyle dużym, że wywołuje dyskomfort pacjenta.