

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Ulcerative Colitis (UC)



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## Wytyczne ECCO-EFCCA dla pacjentów chorujących na wrzodziejące zapalenie jelita grubego

Salvatore Leone\*<sup>1</sup>, Alejandro Samhan-Arias\*<sup>2</sup>, Itamar Ben-Shachar<sup>3</sup>, Marc Derieppe<sup>4</sup>, Filiz Dinc<sup>5</sup>, Isabella Grosu<sup>6</sup>, Charlotte Guinea<sup>7</sup>, Jarkko Lignell<sup>8</sup>, Gediminas Smailys<sup>9</sup>, Sigurborg Sturludóttir<sup>10</sup>, Seth Squires<sup>11</sup>, Paolo Gionchetti<sup>12</sup>, Rami Eliakim\*\*<sup>13</sup>, Janette Gaarenstroom\*\*<sup>14</sup>

\* Autorzy główni

\*\* Współautorzy

<sup>1</sup>AMICI Onlus – Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Mediolan, Włochy; <sup>2</sup>ACCU ESPAÑA – Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. C/ Enrique Trompeta 6, Bajo 1. C.P. 28045. Madryd, Hiszpania; <sup>3</sup>CCFI – The Israel Foundation for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, POB 39957, Tel Awiw 61398; <sup>4</sup>AFA – Association Francois Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 Paryż, Francja; <sup>5</sup>inflatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Sтамбул, Turcja; <sup>6</sup>ASPIIR – Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (Romanian Association of People with IBD), Calea Mosilor 268, Bukareszt, Rumunia; <sup>7</sup>Crohns & Colitis UK – CCUK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Hertfordshire AL1 3AW, Wielka Brytania; <sup>8</sup>CCAFIN – Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Tampere, Finlandia; <sup>9</sup>Klaipeda University Hospital, Department of Pathology, Liepojos g. 41, LT-92288 Kłajpeda, Litwa; <sup>10</sup>Crohn's og Colitis Ulcerosa samtökin á Island, P.o. Box. 5388, 125 Reykjavík, Islandia; <sup>11</sup>Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Paisley, Szkocja, Wielka Brytania, PA2 9PN; <sup>12</sup>University of Bologna, Department of Medical and Surgical Sciences, Via Massarenti, 9, 40138 Bolonia, Włochy; <sup>13</sup>Gastroenterology and Hepatology, Sheba Medical Center, 52621 Tel Hashomer, Izrael; <sup>14</sup>University Medical Center Utrecht, Department of Gastroenterology, Heidelberglaan 100, P.O. Box 85500, 3584 GX Utrecht, Holandia (do września 2015 r.)

Stowarzyszenia-organizatorzy i stowarzyszenia korespondujące: European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO; Europejska Organizacja Choroby Crohna i Wrzodziejącego 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.

## 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 adresem: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

Wytyczne ECCO-EFCCA dla pacjentów można rozpowszechniać bez ograniczeń. Wszelkie

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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 Wrzodziejącego Zapalenia Jelita Grubego), European Federation of Crohn's and Colitis Associations (EFCCA; Europejska Federacja Stowarzyszeń Choroby Crohna i Wrzodziejącego 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

European Crohn's and Colitis Organization (ECCO; Europejska Organizacja Choroby Crohna i Wrzodziejącego Zapalenia Jelita Grubego) jest największym stowarzyszeniem skupiającym specjalistów zajmujących się nieswoistymi zapaleniami jelita (NZJ) na świecie. Do celów organizacji, poza edukacją i badaniami należy zdobywanie najnowszej wiedzy na tym polu. Poprzez opracowanie praktycznych wytycznych związanych z NZJ, ECCO gromadzi ekspercką wiedzę wiodących specjalistów z różnych dziedzin w celu udostępnienia dokumentów referencyjnych w ramach współpracy i za zgodą wszystkich stron.

W 2006 r. organizacja ECCO opublikowała swoje pierwsze wytyczne w zakresie diagnostyki i zarządzania chorobą Crohna<sup>1,2</sup>. Od tego czasu, ze względu na ciągłe zainteresowanie promowaniem wspólnej europejskiej perspektywy dotyczącej NZJ, opublikowanych zostało piętnaście wytycznych ECCO obejmujących różne tematy związane z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) – od ogólnego zarządzania chorobą<sup>3</sup> do bardzo specjalistycznych, takich jak WZJG u dzieci<sup>4</sup>.

Za zgodą wszystkich stron i od czasu założenia European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA; Europejska Federacja Stowarzyszeń Choroby Crohna i Wrzodziejącego Zapalenia Jelita Grubego) jej głównym celem jest poprawa jakości życia pacjentów poprzez rozpowszechnianie dobrych praktyk wśród pacjentów i ich rodzin, łącznie z interwencjami edukacyjnymi, zwiększaniem świadomości społeczeństwa, wspieraniem badań i rozwoju nowych metod leczenia.

W ramach inicjatywy zwiększenia wpływu współpracy na postępowanie z NZJ organizacje ECCO i EFCCA podejmują wspólne wysiłki na rzecz dostarczania poniższych wytycznych pacjentom chorującym na WZJG.

Zalecenia zawarte w niniejszym dokumencie są zbiorem najcenniejszych wytycznych dotyczących diagnostyki i leczenia WZJG. Ich celem jest umożliwienie lepszego zrozumienia procesu diagnostyki WZJG oraz jego leczenia przez lekarzy. Wytyczne zostały podzielone na pięć głównych bloków tematycznych związanych z: diagnostyką, aktywną chorobą, remisją, zabiegami chirurgicznymi, nowotworem jelita grubego oraz pozajelitowymi powikłaniami. Na końcu dokumentu znajduje się słownik pozwalający na lepsze zrozumienie stosowanej terminologii. Aby zwiększyć liczbę osób korzystających z wytycznych oraz ułatwić ich zrozumienie, zostały one przygotowane w formacie przyjaznym dla pacjentów.

## Diagnostyka wrzodziejącego zapalenia jelita grubego

Określenie jaki odcinek jelita grubego jest objęty chorobą (zasięg zmian zapalnych) pomaga w podjęciu decyzji o rodzaju leczenia. Określenie zasięgu zmian pomaga lekarzowi lub pielęgniarce\* w podjęciu decyzji o podawaniu leków doustnych i/lub miejsowych. Zasięg zmian ma wpływ na czas rozpoczęcia u chorego nadzoru endoskopowego oraz jego częstotliwość. Dlatego chorzy z WZJG są klasyfikowani w oparciu o zakres zaatakowanego procesem zapalnym jelita grubego.

Zalecanym sposobem klasyfikacji WZJG jest badanie endoskopowe, które umożliwia potwierdzenie ostrości zapalenia jelita. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego można podzielić na zapalenie odbytnicy, lewostronne zapalenie jelita grubego oraz rozległe zapalenie jelita grubego.

Eksperti są zgodni, że najlepszą metodą klasyfikacji WZJG jest kolonoskopia. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego dzieli się na zapalenie odbytnicy, lewostronne zapalenie jelita grubego oraz rozległe zapalenie jelita grubego (wykraczające poza zgięcie śledzionowe).

Istnieją dwa ogólne powody, dla których pacjenci z WZJG powinni mieć określony zasięg zmian zapalnych; ma to wpływ na rodzaj leczenia oraz określa konieczność intensywności nadzoru endoskopowego-onkologicznego u pacjenta. W odniesieniu do terapii, leczenie pierwszego rzutu zapalenia odbytnicy często opiera się na podawaniu czopków. W przypadku lewostronnego zapalenia jelita grubego stosuje się wlewki doodbytnicze, a w przypadku rozległego zapalenia jelita grubego leki podawane doustnie (często w połączeniu z miejscowym leczeniem doodbytniczym).

Zasięg zmian zapalnych jest ważnym czynnikiem ryzyka rozwoju nowotworu jelita grubego. Pacjenci z zapaleniem ograniczonym do odbytnicy nie wymagają kolonoskopii w ramach nadzoru, natomiast pacjenci z lewostronnym zapaleniem jelita grubego lub rozległym zapaleniem jelita grubego tak.

Dla lekarzy przydatne jest klasyfikowanie WZJG w oparciu o aktywność choroby. Tego rodzaju klasyfikacja pomaga w podjęciu decyzję o najlepszym sposobie leczenia. Aktywność/stopień zaawansowania decyduje o tym, czy leczenie powinno mieć charakter miejscowy, ogólnoustrojowy, chirurgiczny lub czy w ogóle powinno być podejmowane. Wskaźniki aktywności choroby nie zostały jeszcze odpowiednio zweryfikowane. Opis kliniczny, badania laboratoryjne, obrazowe i endoskopowe, w tym pobrane wycinki, pomagają lekarzom w podejmowaniu decyzji o najlepszym sposobie leczenia. Definicja remisji nie została jeszcze w pełni uzgodniona. Remisję najlepiej definiuje się, stosując połączenie objawów klinicznych (liczba wypróżnień  $\leq 3$  na dobę bez obecności krwi) oraz brak cech choroby w badaniu endoskopowym. Pomocny jest również brak oznak ostrego zapalenia w pobranych wycinkach.

Leczenie pacjenta jest po części determinowane stopniem aktywności choroby. Aktywność zapalenia warunkuje, czy pacjent nie otrzymuje leczenia, przyjmuje leki doodbytnicze, doustne, dożylnie lub czy jest leczony chirurgicznie. Zostało zaproponowanych wiele wskaźników aktywności choroby, lecz do tej pory żaden nie został zweryfikowany (potwierdzony pod względem precyzji i przydatności). Przyjmuje się, że połączenie objawów klinicznych, wyników badań laboratoryjnych (stężenie białka ostrej fazy – CRP we krwi lub zwiększone stężenie kalprotektyny w kale), technik obrazowania (np. RTG, TK, MR) oraz wyniki badań endoskopowych (w tym badania wycinków) pomagają lekarzom w prowadzeniu pacjentów.

Definicja remisji nadal nie została w pełni uzgodniona przez ekspertów. Obecnie najlepsza dostępna definicja remisji łączy występujące u pacjenta objawy oraz wyniki kolonoskopii. Pacjenci uznawani za będących w remisji oddają najwyżej trzy stolce bez obecności krwi na dobę, oraz nie obserwuje się u nich zapalenia w badaniu endoskopowym (kolonoskopia). W wycinkach również nie powinno stwierdzać się stanu zapalnego w badaniu mikroskopowym.

## Objawy wrzodziejącego zapalenia jelita grubego

Objawy WZJG zależą od tego, jak duża część jelita grubego jest objęta zapaleniem i jak ciężki przebieg ma choroba. Najczęstsze objawy obejmują obecność krwi w stolcu, biegunkę, krwawienie z odbytnicy, bolesne parcie na stolec i/lub nagłe potrzeby korzystania z toalety. Pacjenci z WZJG często również muszą wypróżniać się w nocy. Ogólne złe samopoczucie, utrata apetytu lub gorączka są oznakami ostrego rzutu choroby.

Ostre objawy WZJG zazwyczaj pokrywają się z ostrym zapaleniem jelita grubego oraz długością zaatakowanego odcinka jelita grubego; miarą zapalenia jest kolonoskopia i badanie wycinków.

Najczęstszym objawem obserwowanym u pacjentów z WZJG jest widoczna w stolcu krew, który zgłasza ponad 90% chorych. **Pacjenci z rozległym i aktywnym WZJG** zgłaszają przewlekłą biegunkę, której zazwyczaj towarzyszy krwawienie z odbytnicy lub co najmniej widoczna w stolcu krew. Pacjenci zgłaszają również potrzeby nagłego oddania stolca, bolesne parcie na stolec, wydalanie śluzu lub krwi, konieczność wypróżniania w nocy, skurczowy ból (często po lewej stronie podbrzusza) przed oddaniem stolca, po czym następuje ulga. Ponadto jeśli u pacjenta występuje ostre zapalenie, często towarzyszy mu gorączka, przyspieszone tętno, utrata masy ciała, wzdęcie brzucha lub cichsze odgłosy perystaltyki. Natomiast **pacjenci z zapaleniem odbytnicy** zazwyczaj zgłaszają krwawienie z odbytnicy, nagłe potrzeby wypróżnienia, bolesne parcie na stolec, a czasami ciężkie zaparcia.

## Wywiad medyczny

Pełny wywiad medyczny powinien obejmować wiele pytań. Lekarz powinien zapytać np. o to kiedy rozpoczęły się objawy oraz o ich rodzaj. Takie objawy obejmują:

- krew w stolcu;
- potrzeby nagłego wypróżnienia;
- konsystencja stolca i częstotliwość jego oddawania;
- bolesne parcie na stolec;
- ból brzucha;
- niekontrolowanie oddawania stolca;
- potrzeba korzystania z toalety w nocy;
- inne objawy niezwiązane bezpośrednio z jelitami (np. ból stawów).

Lekarz powinien również zapytać o:

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



- odbyte w ostatnim czasie podróże;
- kontakt z chorobami zakaźnymi, które mogą dotyczyć jelita;
- przyjmowane leki (np. antybiotyki i NLPZ);
- palenie tytoniu;
- aktywność seksualną;
- przypadki choroby Crohna, WZJG lub nowotworu jelita w rodzinie;
- przebyte usunięcie wyrostka robaczkowego.

Diagnoza WZJG powinna być stawiana na podstawie objawów klinicznych, takich jak obecność krwi w stolcu, nagłe potrzeby wypróżnienia, jego częstotliwość, bolesne parcie na stolec, ból brzucha, brak kontroli nad wydalaniem oraz potrzeba korzystania z toalety w nocy. Lekarz lub pielęgniarka powinni zebrać informacje na temat przypadków NZJ i nowotworu jelita w rodzinie. Pacjent powinien zostać wypytany o objawy ze strony oczu, jamy ustnej, stawów i skóry. Należy rozważyć i wykluczyć możliwość zakaźnego (np. wywołane przez bakterie podczas podróży zagranicznej) lub wywołanego lekami (np. NLPZ, takie jak ibuprofen) zapalenia jelita grubego.

Wykazano, że usunięcie wyrostka robaczkowego w przypadku potwierdzonego jego zapalenia zmniejsza ryzyko rozwoju WZJG w przyszłości. Sprawia również, że WZJG ma łagodniejszy przebieg, jeśli operacja zostanie przeprowadzona w odpowiedzi na „rzeczywiste” zapalenie wyrostka robaczkowego w młodszym wieku. Jeśli w rodzinie zdarzały się przypadki choroby Crohna lub WZJG, wzrasta ryzyko zachorowania na WZJG.

Badania wykazały, że zabieg usunięcia wyrostka robaczkowego w młodym wieku z powodu potwierdzonego zapalenia, zmniejsza ryzyko zachorowania na WZJG; ten spadek ryzyka wynosi aż 69%. Ponadto, jeśli dojdzie do rozwoju WZJG po usunięciu wyrostka prawdopodobieństwo ostrego przebiegu choroby jest mniejsze. Należy zauważyć, że usunięcie wyrostka nie zapobiega rozwojowi stwardniającego zapalenia dróg żółciowych. Nadal nie wiadomo, czy usunięcie wyrostka przeprowadzone po wystąpieniu WZJG ma wpływ na przebieg choroby.

Krewni pierwszego stopnia pacjentów z WZJG są 10-15 razy bardziej narażeni na zachorowanie. Jednak ze względu na to, że ryzyko WZJG jest bardzo niskie, krewny pierwszego stopnia jest tylko o 2% bardziej narażony na zachorowanie. Dlatego to zwiększone ryzyko nie powinno mieć znaczącego wpływu na decyzję, czy pacjent z WZJG powinien mieć dzieci.

## Badanie fizykalne

Badanie fizykalne powinno obejmować szereg aspektów:

- ogólne samopoczucie;
- tętno;
- temperatura ciała;
- ciśnienie tętnicze krwi;
- pomiar masy ciała;
- wzrost;
- badanie brzucha pod kątem wzdęcia i bolesności;
- badanie per rectum.

Wyniki badania fizykalnego przeprowadzanego przez lekarza lub pielęgniarkę będą zależały od aktywności i zasięgu WZJG. Jeśli aktywność choroby jest mała lub umiarkowana, badanie zazwyczaj nie wykaże wiele więcej poza krwią w badaniu per rectum (przez odbyt). W przypadku ciężkiego rzutu choroby pacjent może mieć gorączkę, przyspieszone tętno, utratę masy ciała, bolesność jelita grubego, wzdęcie brzucha lub cichsze odgłosy pracy jelit.

## Badania diagnostyczne

Pierwsze/wyjściowe badania powinny obejmować pełną morfologię krwi, stężenie w surowicy mocznika, kreatyniny, elektrolitów, witaminy D, żelaza i białka ostrej fazy oraz aktywność enzymów wątrobowych. Stężenie kalprotektyny w kale jest precyzyjnym markerem zapalenia jelita grubego. Białko ostrej fazy i OB są przydatne w monitorowaniu odpowiedzi na leczenie ciężkiego rzutu choroby. Lekarz powinien przeprowadzić badanie pod kątem zakaźnej biegunki, w tym bakterii *Clostridium difficile*. Powinien również uzyskać informacje na temat szczepień ochronnych przeciw różnym chorobom wirusowym, a także czy pacjent choruje na gruźlicę.

W idealnym przypadku w trakcie diagnozy badania u każdego pacjenta powinny uwzględniać pełną morfologię krwi, markery zapalenia (CRP i/lub OB), elektrolity, badania czynności wątroby oraz badania próbki stolca. Stężenie kalprotektyny zmierzone w kale pozwala precyzyjnie określić, czy w jelicie grubym występuje stan zapalny. Jednakże w łagodnej lub umiarkowanej postaci lewostronnego WZJG wyniki badań markerów zapalenia mogą być prawidłowe. Pełna morfologia krwi może wykazać (a) wysoką liczbę płytek krwi jako wyni długotrwałego zapalenia, (b) niedokrwistość i niski poziom żelaza wskazujące na przewlekłą lub ciężką postać choroby, oraz (c) podniesioną liczbę białych krwinek wskazującą na większą możliwość obecności zakażenia.

Z wyjątkiem zapalenia odbytnicy stężenie CRP może być podwyższone, jeśli u pacjenta występują objawy ostrego rzutu. Wysokiemu CRP zazwyczaj towarzyszy wysokie OB, obniżone stężenie żelaza i niskie stężenie albumin. Te markery mogą być również wykorzystane do sprawdzenia, czy pacjent z ostrym, ciężkim rzutem choroby wymaga zabiegu chirurgicznego. Stężenie CRP i OB mogą również wskazywać na zakażenie. Oznacza to, że nie powinny być stosowane samodzielnie w rozróżnianiu WZJG od innych przyczyn obserwowanych objawów. Dlatego lekarz lub pielęgniarka powinni również wykluczyć inne możliwe przyczyny, takie jak bakterie (np. *Clostridium difficile*, *Campylobacter* lub *E. coli*) lub pasożyty (np. ameby).

## Kolonoskopia

W przypadku podejrzenia WZJG najlepszymi metodami potwierdzania rozpoznania i stopnia zaawansowania choroby są kolonoskopia (najlepiej z ileoskopia) wraz z pobraniem wycinków z wielu miejsc (łącznie z odbytnicą). W przypadku ciężkiego rzutu w pierwszej kolejności należy wykonać prześwietlenie brzucha promieniami rentgenowskimi i potwierdzić aktywną chorobę sigmoidoskopia.

Wszyscy pacjenci spełniający kryteria ciężkiego rzutu WZJG powinni być natychmiast hospitalizowani, aby zapobiec opóźnieniom w podjęciu decyzji, co może prowadzić do zwiększonej okołoperacyjnej zachorowalności i śmiertelności,.

Badanie endoskopowe całego jelita grubego i końcowej części jelita cienkiego (ileokolonoskopia) z obraniem wielu wycinków jest najlepszą metodą potwierdzania podejrzenia WZJG. Badanie to pozwala lekarzowi lub pielęgniarce obejrzeć większą część jelita grubego i jest bardziej skuteczne niż sigmoidoskopia. Należy jednak uwzględnić dostępność metody oraz stopień zaawansowania podejrzewanej choroby. W przypadku pacjentów z ciężkim rzutem WZJG należy unikać kolonoskopii i przygotowania do niej ze względu na potencjalną stratę czasu i ryzyko perforacji jelita grubego.

U pacjenta z podejrzeniem WZJG, który ma objawy ciężkiego rzutu choroby, można zacząć od przeglądowego zdjęcia rentgenowskiego jamy brzusznej, mimo że nie gwarantuje ono potwierdzenia diagnozy. Następnie zamiast

kolonoskopii można wykorzystać sigmoidoskopię w celu potwierdzenia rozpoznania.

W przypadku nieaktywnego WZJG wyniki badania endoskopowego mogą pomóc w prognozowaniu przebiegu choroby. Powtórzenie badania endoskopowego będzie przydatne jeśli i gdy WZJG ponownie się uaktywni. Jest ono również przydatne, gdy pacjent wymaga podawania steroidów, aby utrzymać remisję lub nie może osiągnąć remisji mimo przyjmowania steroidów. Badanie endoskopowe jest także przydatne, gdy rozważana jest kolektomia.

Badania wykazały, że jeśli w kolonoskopii nie ma oznak zapalenia, nawrót choroby jest mniej prawdopodobny, podobnie jak konieczność kolektomii w przyszłości. Również prawdopodobieństwo braku objawów w ciągu roku po wykonaniu kolonoskopii jest mniejsze. Zakres zmian chorobowych określony w kolonoskopii jest także istotny w przewidywaniu wyników leczenia, ocenie ryzyka rozwoju nowotworu oraz określeniu jakie leczenie powinno być zastosowane. Jednak mimo pozornej istotności kolonoskopii w określaniu lokalizacji choroby, nigdy nie przeprowadzono badań dotyczących przydatności rutynowych kolonoskopii po pierwszej kolonoskopii wykonanej diagnostycznie.

W przypadku zwężenia jelita grubego lekarz powinien wykluczyć jako przyczynę nowotwór. Należy pobrać wiele wycinków z jelita grubego, a także rozważyć leczenie chirurgiczne. Czasami obejrzenie całego jelita grubego przy pomocy endoskopu nie jest możliwe. Można wtedy zastosować procedury obrazowania, takie jak wlew doodbbytniczy z podwójnym kontrastem z barem lub kolonografię.

W przypadku długotrwałego WZJG zwężenie jelita grubego jest potencjalną oznaką guza nowotworowego jelita i wymaga dokładnego zbadania kolonoskopem wraz z pobraniem wycinków. Jeśli nie można wykonać pełnej kolonoskopii ze względu na zwężenie, do oceny zwężenia oraz jego okolicy można zastosować wlew doodbbytniczy z barem z pojedynczym lub podwójnym kontrastem. Kolonografia TK pozwalająca na zobrazowanie tkanki jelita w pobliżu zwężenia, a także patologii pozajelitowych (tkanek znajdujących się poza jelitami), jest w takim przypadku badaniem z wyboru.

Termin nieokreślone zapalenie jelita grubego powinien być stosowany wyłącznie w odniesieniu do próbek z resekcji. Jeśli lekarz po wykonaniu wszystkich dostępnych badań nie wie, czy pacjent cierpi na chorobę Crohna, czy na WZJG, chorobę powinno określać się terminem niesklasyfikowane nieswoiste zapalenie jelita.

Termin niesklasyfikowane NZJ najlepiej oddaje charakter przypadków, w których definitywne rozróżnienie między WZJG, a chorobą Crohna lub innymi przyczynami zapalenia jelita grubego nie jest możliwe. Ten termin jest stosowany, gdy nie można dokonać rozróżnienia nawet po uwzględnieniu historii medycznej, przeprowadzeniu badań endoskopowych, histopatologii wielu wycinków błony śluzowej i odpowiednich badań radiologicznych. Natomiast nieokreślone zapalenie jelita grubego jest terminem zarezerwowanym dla patologów, którzy w ten sposób opisują materiał z kolektomii, w którym występują jednocześnie cechy WZJG i choroby Crohna.

## Leczenie farmakologiczne aktywnego WZJG

### Zapalenie odbytnicy

Kwas 5-aminosalicylowy w dawce 1 g podawany w czopku raz dziennie jest preferowanym wczesnym leczeniem w przypadku łagodnej lub średniej postaci zapalenia odbytnicy. Można również stosować piankę z kwasem 5-aminosalicylowym we wlewkach. Czopki mogą dostarczyć więcej leku do odbytnicy i wydaje się, że pacjenci wolą je od wlewek. Połączenie podawanego doodbbytniczo i doustnie kwasu 5-



aminosalicylowego lub z podawanym miejscowo steroidem zapewnia skuteczniejsze leczenie choroby w porównaniu do każdej z tych opcji w monoterapii. Podawanie kwasu 5-aminosalicylowego tylko doustnie nie jest tak skuteczne w leczeniu choroby jak leczenie skojarzone. Bardziej odporne formy zapalenia odbytnicy mogą wymagać leczenia immunosupresantami i/lub lekami anty-TNF.

Jeśli pacjent ma zapalenie odbytnicy, miejscowe podawanie kwasu 5-aminosalicylowego (mesalazyna) jest najlepszą opcją leczenia; zostało to wykazane w wielu badaniach, które pokazały, że kwas 5-aminosalicylowy (5-ASA) zmniejsza objawy i poprawia obraz kolonoskopii i wycinków. Czopki są także skuteczniejsze niż wlewki, ponieważ docierają precyzyjnie do miejsca zapalenia i po czterech godzinach obecność leku jest wykrywana u większego odsetka pacjentów (40% w stosunku do 10% w przypadku wlewek). Nie wykazano większej skuteczności dawek mesalazyny większych niż 1 g na dobę, a przyjmowanie leku raz dziennie jest tak samo skuteczne jak przyjmowanie go kilka razy na dobę.

Wiele badań wykazało, że miejscowe stosowanie mesalazyny jest skuteczniejsze niż miejscowe podawanie steroidów w łagodzeniu objawów oraz poprawie wyników kolonoskopii i biopsji. Podawanie miejscowo steroidów powinno być zarezerwowane dla osób nietolerujących miejscowego leczenia kwasem 5-aminosalicylowego.

W leczeniu zapalenia odbytnicy mesalazyna podawana doodbytniczo jest skuteczniejsza niż podawana tylko doustnie. Natomiast połączenie leczenia miejscowego i doustnego wydaje się być bardziej skuteczne niż każda z tych dróg osobno, jeśli chorobę zajęte jest mniej niż 50 cm od odbytu. Połączenie miejscowego podawania kwasu 5-aminosalicylowego z miejscowym podawaniem steroidów jest również pomocne. Jeśli podawanie doustnie lub miejscowo kwasu 5-aminosalicylowego łącznie z miejscowymi steroidami nie jest skuteczne, należy dodać doustnie podawany steroid np. prednizolon. Jeśli wszystko zawiedzie, należy zastosować immunosupresanty lub leki anty-TNF.

## Lewostronne zapalenie jelita grubego

Lewostronne zapalenie jelita grubego o aktywności małej lub średnie, na wczesnym etapie, powinno być leczone kombinacją wlewek zawierających 1 g z co najmniej 2,4 g mesalazyny podawanej doustnie. Leczenie skojarzone doustne i miejscowe kwasem 5-aminosalicylowym (5-ASA) jest lepszym rozwiązaniem niż stosowanie tylko miejscowo podawanych sterydów lub aminosalicylanów. Jest również lepszym rozwiązaniem niż stosowanie tylko doustnych aminosalicylanów. Miejscowe stosowanie 5-ASA jest lepszym rozwiązaniem terapeutycznym niż miejscowe podawanie sterydów. Przyjmowanie 5-ASA raz dziennie jest również skuteczne jak przyjmowanie go w dawkach podzielonych. Ogólnoustrojowo działające sterydy mogą być stosowane, wtedy gdy 5-ASA jest nieskuteczny. Jeśli choroba ma ciężką postać, pacjent powinien zostać hospitalizowany i poddany intensywnemu leczeniu.

Z badań wyraźnie wynika, że kwas 5-aminosalicylowy przyjmowany doustnie i miejscowo jest skuteczny w leczeniu lewostronnego WZJG. Dlatego leczeniem pierwszego rzutu łagodnego lub umiarkowanego lewostronnego zapalenia jelita grubego jest skojarzone stosowanie kwasu 5-aminosalicylowego podawanego doustnie i miejscowo; wykazano, że jest to skuteczniejsza metoda niż stosowanie osobno jednej z tych dróg podania; połączenie leczenia doustnego i doodbytniczego jest skuteczniejsze i szybciej działające niż stosowanie osobno. Wyniki wielu badań wykazały, że kwas 5-aminosalicylowy podawany doodbytniczo jest skuteczniejszy niż kortykosteroidy podawane tą drogą, mimo że kilka badań wykazało, że beklometazon (lek steroidowy) jest również skuteczny jak podawany doodbytniczo kwas 5-aminosalicylowy.

W kilku badaniach wykazano, że dzielenie dawki nie przynosi specjalnych korzyści, w związku z tym kwas 5-aminosalicylowy może być przyjmowany raz

dziennie. Większe dawki zapewniają lepsze wyniki, a minimalna zalecana dawka dla lewostronnego zapalenia jelita grubego wynosi 2,4 g na dobę.

Czasami, gdy kwas 5-aminosalicylowy nie jest skuteczny lub nie jest dobrze tolerowany przez pacjentów z lewostronnym WZJG. Należy wówczas rozważyć doustne podawanie steroidów. Leki te podawane doustnie mogą działać szybciej, lecz potencjalnie powodują więcej efektów ubocznych. Potrzeba średnio 9-16 dni aby kwas 5-aminosalicylowy przyniósł efekty, a odpowiedź nastąpi szybciej przy leczeniu skojarzonym w porównaniu do przyjmowania leków tylko doustnie. Jeśli u pacjenta przyjmującego kwas 5-aminosalicylowy nastąpi nasilenie objawów, wystąpi krwawienie z odbytnicy po 10-14 dniach od rozpoczęcia leczenia lub w ciągu 40 dni wszystkie objawy nie ustąpią, należy wdrożyć dodatkową terapię (zazwyczaj doustnymi kortykosteroidami).

## Rozległe zapalenie jelita grubego

W początkowym okresie terapii rozległe zapalenie jelita grubego o małej i umiarkowanej aktywności powinno być leczone doustną dawką 5-ASA większą niż 2,4 g na dobę. Leczenie powinno być połączone z miejscowym podawanym 5-ASA, jeśli jest dobrze tolerowany, aby zwiększyć szanse podtrzymania remisji. Przyjmowanie dawki 5-ASA raz na dobę jest równie skuteczne jak przyjmowanie go w dawkach podzielonych. Jeśli nie ma odpowiedzi na 5-ASA, należy podawać ogólnoustrojowe kortykosteroidy. Ciężki rzut rozległego zapalenia jelita grubego wymaga hospitalizacji i intensywnego leczenia.

Podawany doustnie 5-ASA jest skuteczny w indukcji remisji w przypadku rozległego WZJG o aktywności małej lub umiarkowanej. Ponadto podawania 5-ASA doustne i miejscowo jest skuteczniejsze niż podawanie tylko doustnie; badanie kliniczne wykazało, że leczenie skojarzone zapewnia osiągnięcie remisji u 64% pacjentów w porównaniu do 43% przyjmujących 5-ASA wyłącznie doustnie. W przypadku pacjentów z rozległym zapaleniem jelita grubego przyjmowanie 5-ASA raz na dobę jest równie skuteczne co dawek podzielonych.

Podawanie doustne steroidów należy rozpocząć, u chorych z małą lub średnią aktywnością choroby, gdy brak odpowiedzi na 5-ASA. Jeśli pacjent przyjmuje już ponad 2 g 5-ASA na dobę lub leki immunosupresyjne w celu podtrzymania remisji, a mimo to wystąpi nawrót, także należy rozpocząć podawanie steroidów. W co najmniej dwóch badaniach wykazano, że steroidy są skuteczne w osiągnięciu remisji. Jeśli pacjent ma ciężki rzut rozległego WZJG, powinien być hospitalizowany, ponieważ jest to stan potencjalnie zagrażający życiu.

## Ciężki rzut zapalenia jelita grubego

W przypadku krwawej biegunki występującej częściej niż sześć razy na dobę oraz jakichkolwiek oznak toksyczności ogólnoustrojowej (tętno przekraczające 90 uderzeń na minutę, gorączka przekraczająca 37,8°C, stężenie hemoglobiny poniżej 10,5g/dl, OB powyżej 30 mm/h lub białko ostrej fazy powyżej 30 mg/l) pacjent ma ciężki rzut WZJG i wymaga hospitalizacji w celu zapewnienia intensywnego leczenia.

W przybliżeniu jeden na sześciu pacjentów z WZJG przechodzi w przebiegu choroby ostry rzut WZJG. Ciężka postać WZJG wymaga intensywnego leczenia. Mimo postępów w medycynie, jakie dokonały się w minionym stuleciu, 2,9% pacjentów hospitalizowanych w Wielkiej Brytanii z powodu ostrego rzutu WZJG umiera, aczkolwiek w ośrodkach specjalistycznych jest to poniżej 1%. Ze względu na ryzyko zgonu w przypadku ciężkiego rzutu WZJG, bardzo ważne jest jego rozpoznanie. Ostry rzut WZJG ma miejsce, gdy pacjent oddaje stolec z krwią sześć lub więcej razy na dobę oraz występuje co najmniej jeden z następujących objawów: (a) przyspieszone tętno (ponad 90 uderzeń na minutę), (b) gorączka, (c) niedokrwistość, lub (d) wysokie OB lub CRP.

Wszyscy pacjenci z ostrym rzutem wymagają hospitalizacji w celu zapewnienia intensywnego leczenia, które początkowo będzie obejmować podawane dożylnie kortykosteroidy, a następnie jeśli pacjent w ciągu trzech dni nie wykaże odpowiedzi na to leczenie, cyklosporynę, takrolimus lub infliksymab. Jeśli pacjent nie odpowiada na leczenie farmakologiczne, konieczny jest zabieg chirurgiczny. Decyzje dotyczące intensywnego leczenia farmakologicznego powinny być podejmowane szybko, lecz ostrożnie. Znaczne opóźnienie zabiegu chirurgicznego może spowodować więcej powikłań podczas operacji.

Ciężka postać aktywnego WZJG powinna być leczona podawanymi dożylnie steroidami. Można stosować tylko podawaną dożylnie cyklosporynę. Należy podawać heparynę drobnocząsteczkową w celu zmniejszenia ryzyka powstawania zakrzepów. Pacjentem powinien zajmować się zespół składający się z gastroenterologa i chirurga kolorektalnego.

Odpowiedź na dożylnie podawane steroidy najlepiej oceniać badaniami medycznymi przeprowadzanymi ok. trzeciego dnia. W przypadku ostrego rzutu WZJG, który nie wykazuje odpowiedzi na dożylnie podane steroidy należy rozważyć inne opcje leczenia, łącznie z zabiegiem chirurgicznym. Cyklosporyna lub infliksymab lub takrolimus mogą być leczeniem drugiego wyboru. Jeśli w ciągu 4-7 dni trwania terapii ratunkowej nie nastąpi poprawa, zaleca się przeprowadzenie kolektomii.

Decyzja o zaleceniu kolektomii pacjentowi z WZJG jest jedną z najtrudniejszych jakie musi podjąć gastroenterolog. Jednakże gastroenterolog we współpracy z chirurgiem musi być w stanie podjąć stanowczą decyzję, na którą nie może mieć wpływu zrozumiała niechęć pacjenta do poddania się operacji. Jeśli zabieg chirurgiczny zostanie zbyt późno opóźniony, może to zwiększyć prawdopodobieństwo powikłań lub nawet zgonu w trakcie kolektomii.

Ważne decyzje podejmowane przez gastroenterologa dotyczące leczenia ciężkiego rzutu WZJG chirurgicznie lub lekami, takimi jak cyklosporyna, infliksymab lub takrolimus, wymagają znajomości obiektywnych wskaźników (niezależnych od emocji pacjenta lub lekarza). Markery kliniczne (np. duża liczba wypróżnień), biochemiczne (np. wysokie stężenie CRP) i radiologiczne (np. poszerzenie – rozdęcie jelita grubego) stanowią obiektywne wskaźniki, które mogą pomóc w procesie podejmowania decyzji. Bardzo ważne jest aby przy podejmowaniu decyzji uwzględnić indywidualne uwawarunkowania danego pacjenta. Np. należy unikać dożylnego podawania cyklosporyny u pacjentów o niskim stężeniu cholesterolu lub magnezu ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia efektów ubocznych ze strony układu nerwowego.

## Leczenie farmakologiczne podtrzymujące remisję

Wybór leczenia podtrzymującego zależy od wielu czynników:

- jaka część jelita jest objęta chorobą (zasięg zmian zapalnych);
- częstości zaostrzeń/rzutów choroby;
- skuteczności wcześniejszego leczenia podtrzymującego;
- jaka była ostrość ostatniego rzutu;
- sposobu leczenie zastosowanego w celu osiągnięcia remisji w czasie ostatniego zaostrzenia;
- bezpieczeństwa leczenia podtrzymującego;
- profilaktyki rozwoju nowotworu.

Wybór odpowiedniego leczenia podtrzymującego remisję zależy od szeregu czynników. Pacjenci z zapaleniem ograniczonym do odbytnicy potrzebują tylko

miejscowego leczenia, natomiast pacjenci z lewostronnym lub rozległym WZJG także leków doustnych. Ponadto, jeśli u pacjenta okresy remisji są krótkie, skuteczniejsza będzie bardziej intensywna terapia, ponieważ może ona wydłużyć czas między zaostrzeniami. Jeśli dany lek nie był skuteczny w podtrzymaniu remisji w przeszłości, nie powinien być stosowany ponownie. Jeżeli ostatnie zaostrzenie miało cięższy przebieg, należy zastosować bardziej intensywną terapię. Ostrość obecnego rzutu prognozuje prawdopodobieństwo ostrości kolejnego. Jeśli do osiągnięcia remisji konieczne są sterydy, konieczności intensywnej terapii podtrzymującej jest większe. Efekty uboczne leków i korzyści z ich stosowania w podtrzymaniu remisji oraz profilaktyce nowotworów powinny zostać rozważone.

## Kwas aminosalicylowy (5-ASA)

Preparaty doustne kwasy 5-aminosalicylowego (5-ASA) są lekami pierwszego wyboru w leczeniu podtrzymującym, u pacjentów wykazujących odpowiedź na 5-ASA lub sterydy (podawane doustnie lub doodbytniczo). Podawany doodbytniczo 5-ASA jest lekiem pierwszego rzutu w terapii podtrzymującej w przypadku zapalenia odbytnicy i może być stosowany w leczeniu lewostronnego zapalenia jelita grubego. Skojarzone doustne i doodbytnicze podawanie 5-ASA może być leczeniem podtrzymującym drugiego wyboru.

Wiele badań wykazało, że podawany doustnie 5-ASA jest skuteczny w leczeniu podtrzymującym remisję. Ponadto w dwóch badaniach zgłoszono, że doodbytnicze podanie 5-ASA było skuteczne w podtrzymaniu remisji u pacjentów z lewostronnym WZJG. Leczenie skojarzone 5-ASA doustnie i wlewkami okazało się skuteczniejsze w podtrzymywaniu remisji niż podawanie 5-ASA tylko doustnie. Badanie pacjentów z Wielkiej Brytanii wykazało, że 80% z nich preferowało przyjmowanie wyłącznie doustnych leków; wydaje się więc, że leki doustne są chętniej przyjmowane przez chorych niż leki doodbytnicze.

Kwas 5-aminosalicylowy podawany doustnie w dawce poniżej 1,2 g na dobę nie jest skuteczny. W przypadku leczenia doodbytniczego 3 g tygodniowo w dawkach podzielonych wystarcza do podtrzymania remisji. Dawkę można modyfikować w zależności od skuteczności działania. W niektórych przypadkach wyższe dawki są uzasadnione, zarówno w leczeniu skojarzonym, jak i tylko doustnym. Przyjmowanie 5-ASA raz na dobę nie powoduje zwiększenia liczby efektów ubocznych. Podawanie doustnie 5-ASA innych niż sulfasalazyna (mimo że sulfasalazyna może być nieco bardziej skuteczna), jest zalecane, gdyż mają mniej efektów ubocznych działań niepożądanych. Wszystkie dostępne podawane doustnie leki z 5-ASA są skuteczne. Nie ma silnych dowodów, że jakkolwiek preparat 5-ASA jest skuteczniejszy w leczeniu podtrzymującym.

Minimalna skuteczna dawka podawanego doustnie kwasu 5-aminosalicylowego wynosi 1,2 g na dobę. Mając na uwadze, że wyższe dawki 5-ASA nie powodują większych działań niepożądanych, w określonych przypadkach należy stosować wyższe dawki. Nie ma również różnicy, czy lek jest przyjmowany raz na dobę, czy też w dawce podzielonej. Dawka jednorazowa jest zalecana, ponieważ wiąże się z lepszym przestrzeganiem schematu leczenia. Doustne przyjmowanie 5-ASA ma porównywalną skuteczność do sulfasalazyny, jednakże kwas 5-aminosalicylowy jest preferowanym lekiem ze względu na mniejszą liczbę efektów ubocznych. Podsumowując, nie ma mocnych dowodów na to, że dany preparat 5-ASA jest lepszy niż inne.

Zalecane jest długotrwałe leczenie podtrzymujące kwasm 5-aminosalicylowym, ponieważ może ono zmniejszyć ryzyko rozwoju nowotworu jelita.

Wykazano że regularne przyjmowanie 5-ASA zmniejsza ryzyko rozwoju nowotworu jelita

o 75%. Dlatego należy je poważnie rozważyć jako leczenie podtrzymujące.

## Tiopuryny

Jeśli sterydy są konieczne do podtrzymania remisji, pacjent powinien być leczony tiopuryną.

U pacjentów wymagających steroidów do podtrzymania remisji azatiopryna jest bardziej skuteczna niż 5-ASA w redukcji objawów klinicznych i oznak zapalenia widocznych podczas kolonoskopii. Dodatkowo ok. połowa pacjentów sterydozależnych przyjmujących azatioprynę utrzyma remisję przez trzy lata bez konieczności przyjmowania steroidów. Dlatego osoby, u których występuje zaostrzenie przy stopniowym odstawianiu steroidów, powinny zacząć przyjmować azatioprynę.

Pacjenci z WZJG o średniej aktywności nieodpowiadający na tiopuryny, powinni otrzymywać leki anty-TNF lub takrolimus. Leczenie, które nie przynosi efektów, powinno zostać przerwane i należy rozważyć możliwość zabiegu chirurgicznego.

Sterydozależni pacjenci z WZJG, którzy nie odpowiadają na leczenie tiopurynami, powinni zostać, w idealnej sytuacji, poddani ponownej kolonoskopii z pobraniem wycinków w celu potwierdzenia diagnozy i upewnienia się, że nie występują inne powikłania. Należy omówić z pacjentem strategię leczenia, której celem jest odstawienie steroidów, a terapia lekami anty-TNF powinna być rozważona. Istnieją silne dowody wskazujące, że leki anty-TNF są skuteczne w średnio ciężkich i ciężkich rzutach WZJG, które nie odpowiadają na leczenie steroidami lub lekami immunosupresyjnymi. Można również rozważyć takrolimus, lecz dowody na jego skuteczność są mniej przekonujące.

Jeśli wszelkie powyższe metody leczenia farmakologicznego WZJG okażą się nieskuteczne, należy rozważyć zabieg chirurgiczny. Kolektomia, mimo pewnego ryzyka, zapewnia możliwość usunięcia chorego jelita grubego i w ten sposób „wyleczenia” WZJG. Jeśli stan pacjenta nie ulega poprawie dalsze leczenie immunosupresantami jest bezcelowe i nieracjonalne, ze względu na zwiększenie ryzyka powikłań śród- i okołoperacyjnego z powodu opóźnienia zabiegu.

Leczenie podtrzymujące należy stosować u wszystkich pacjentów. Stosowanie leczenia na zasadzie wymogów w indywidualnych przypadkach jest możliwe tylko w razie choroby o ograniczonym zakresie (np. zapalenia odbytnicy).

Bardzo ważne jest kontynuowanie leczenia nawet jeśli chory czuje się lepiej. Jest to spowodowane tym, że u osób stosujących się do schematu leczenia mniejsze jest prawdopodobieństwo zaostrzenia niż u nieprzestrzegających zaleceń lekarskich. Rzeczywiście, przestrzeganie zaleceń wydaje się być najważniejszym czynnikiem wpływającym na to, czy pacjent pozostanie w remisji, czy też nie. W jednym z badań wykazano, że pacjenci, którzy zrealizowali mniej niż 80% recept na 5-ASA wystawionych w celu podtrzymania remisji, byli pięć razy bardziej narażeni na nawrót choroby niż ci, którzy zrealizowali więcej niż 80% recept.

Tiopuryny mogą być stosowane w przypadku: małej i średniej aktywności choroby z wczesnym nawrotem lub częstymi nawrotami jeśli przyjmowane są łącznie z optymalną dawką 5-ASA; nietolerancji 5-ASA; jeśli podtrzymywanie remisji wymaga przyjmowania steroidów lub jeśli remisja została osiągnięta dzięki cyklosporynie (lub takrolimusowi). Po uzyskaniu odpowiedzi na terapię lekami anty-TNF dostępne są dwie możliwości podtrzymywania remisji. Pierwszą jest przyjmowanie jednej z tiopuryn. Druga to kontynuowanie terapii anty-TNF w połączeniu z tiopurynami lub bez. W przypadku ciężkiego rzutu WZJG, które wykazuje odpowiedź na podawane dożylnie steroidy, cyklosporynę lub infliksymab należy rozważyć tiopuryny w leczeniu

podtrzymującym. Jeśli pacjent wykazuje odpowiedź na infliksymab, można kontynuować jego podawanie. Jeśli w przeszłości tiopuryny były nieskuteczne, należy próbować podtrzymać remisję, stosując leki anti-TNF. U pacjentów z ciężkim zapaleniem jelita grubego nieleczonych wcześniej tiopurynami, a wykazujących odpowiedź na steroidy, cyklosporynę lub takrolimus, tiopuryny są odpowiednie do podtrzymywania remisji.

W kilku badaniach wykazano, że tiopuryny są skuteczne w podtrzymywaniu remisji u pacjentów z WZJG, chociaż dowody na ich stosowanie w tym przypadku są słabsze niż u pacjentów z chorobą Crohna. Niedawno przeprowadzone badanie wykazało, że po sześciu miesiącach azatiopryna okazała się skuteczniejsza w podtrzymywaniu remisji bez konieczności stosowania steroidów niż 5-ASA (53% pacjentów stosujących azatioprynę pozostało w remisji w porównaniu do 21% przyjmujących 5-ASA). Ponadto tiopuryny mogą być stosowane po osiągnięciu remisji dzięki cyklosporynie (lub takrolimusowi); zmniejsza to ryzyko konieczności przeprowadzenia kolektomii zarówno w krótkim (1 rok), jak i długim okresie (5 lat).

Można również stosować terapię lekami anti-TNF. Badania wykazały, że infliksymab pomaga pacjentom w osiągnięciu i podtrzymaniu remisji, a także umożliwia odstawienie steroidów; prawdopodobnie pomaga również uniknąć kolektomii. Wykazano również, że adalimumab pomaga pacjentom ze średnią i ciężką postacią WZJG w osiągnięciu i podtrzymaniu remisji, złagodzeniu objawów, redukcji zapalenia jelita grubego i w odstawieniu sterydów.

Inną możliwością jest skojarzenie leczenia tiopurynami z lekami anti-TNF. Może to zmniejszyć szanse na złą reakcję na podanie leku lub utratę ich skuteczności na skutek wytworzenia przeciwciał przeciw anti-TNF. Wyniki jednego z badań pokazały, że połączenie infliksymabu z azatiopryną bardziej ułatwiało odstawienia steroidów niż stosowanie każdego z tych leków oddzielnie. Skojarzona terapia prawdopodobnie zapobiega również kolektomii. Prawdopodobnie azatioprynę można odstawić po pierwszych sześciu miesiącach skojarzonego leczenia, ponieważ przeciwciała niwelujące skuteczność infliksymabu, których powstawanie hamują tiopuryny, zazwyczaj pojawiają się w pierwszych kilku miesiącach stosowania leków anti-TNF.

## Zabieg chirurgiczny związany z WZJG

Prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań chirurgicznych jest większe jeśli zabieg jest opóźniany.

Zabieg podzielony na etapy (najpierw kolektomia) powinien być przeprowadzany w ostrych rzutach WZJG przy braku odpowiedzi na leczenie farmakologiczne lub jeśli pacjent przyjmował prednizolon w dawce co najmniej 20 mg lub na dobę dłużej niż sześć tygodni.

Pacjent może odnieść korzyść z przeprowadzenia zabiegu techniką laparoskopową przez chirurga o odpowiednich kwalifikacjach, jeśli taki zabieg jest możliwy.

W przypadku ostrego rzutu WZJG ważne jest, aby doświadczeni chirurdzy i gastroenterolodzy współpracowali na rzecz zapewnienia bezpiecznego postępowania medycznego z chorobą. O ile ważne jest wypróbowanie leczenia farmakologicznego przed rozważeniem zabiegu chirurgicznego, równie ważne jest, aby niepotrzebnie nie opóźniać tej decyzji. Opóźnienie koniecznej operacji często wiąże się z gorszymi wynikami podczas samego zabiegu jak i po nim. Dlatego, jeśli leczenie farmakologiczne jest nieskuteczne, pacjent powinien być skierowany na zabieg chirurgiczny.

Jeśli pacjent ma ciężki rzut WZJG lub otrzymywał duże dawki steroidów (ponad 20 mg na dobę w przeliczeniu na prednizolon) przez długi czas zabieg chirurgiczny powinien być wykonany w dwóch lub trzech etapach (najpierw kolektomia z ileostomią). Usunięcie chorego jelita grubego pozwoli pacjentowi odzyskać zdrowie i zacząć ponownie prawidłowo się odżywiać. Po kolektomii pacjent może rozważyć



wykonanie zespolenia z wytworzeniem zbiornika jelitowego lub pozostanie przy ileostomii. Wykonanie kolektomii w pierwszej kolejności pozwala również na wykluczenie choroby Crohna; potwierdzenia tej choroby w materiale śródoperacyjnym jelita grubego, będzie to oznaczać, że wykonanie zbiornika jelitowego nie jest odpowiednim rozwiązaniem. Wreszcie przeprowadzenie kolektomii laparoskopowo może być korzystne ze względu na szybsze gojenie i mniejszą liczbę powikłań.

Proktoktomia z wytworzeniem zbiornika jelitowego powinna być przeprowadzana w specjalistycznych ośrodkach mających doświadczenie w wykonywaniu tego typu zabiegów. Jest to związane z mniejszą liczbą powikłań oraz większymi możliwościami uratowania zespolenia jelitowego w przypadku wystąpienia powikłań.

Proktoktomia z wytworzeniem zbiornika jelitowego (ang. pouch) jest bardzo skomplikowanym zabiegiem chirurgicznym. Dlatego chirurdzy i szpitale, które przeprowadzają wiele takich zabiegów, zazwyczaj mają lepsze wyniki i mniej powikłań niż ośrodki, które wykonują ich niewiele. Ponadto bardziej doświadczeni chirurdzy i szpitale lepiej zarządzają powikłaniami, a zatem szansa na „uratowanie” zespolenia jelitowego w przypadku poważnych powikłań jest większa. Dlatego lepiej przeprowadzać operację w specjalistycznych ośrodkach, które wykonują ich wiele, niż takich, które przeprowadza się je sporadycznie.

Pacjentki w wieku rozrodczym i planujące dzieci powinny omówić z gastroenterologiem oraz chirurgiem kolorektalnym inne opcje chirurgiczne, ponieważ po przeprowadzeniu zespolenia jelitowego z wytworzeniem zbiornika istnieje ryzyko bezpłodności. Wspomniane inne rozwiązania obejmują częściową kolektomię oraz ileostomię końcową lub zespolenie krętniczno-odbytnicze.

Co druga pacjentka z zbiornikiem jelitowym nie może mieć dzieci; wytworzenie zbiornika potraja ryzyko bezpłodności w porównaniu do farmakologicznego zarządzania WZJG (odsetek bezpłodności wynosi 48% w przypadku pacjentek WZJG ze zbiornikiem w porównaniu do 15% leczonych farmakologicznie). Jest to prawdopodobnie spowodowane powstawaniem zrostów w jajowodach w następstwie zabiegu chirurgicznego. Dlatego kobiety planujące dzieci powinny rozważyć alternatywne rozwiązania, takie jak trwała ileostomia lub zespolenie krętniczno-odbytnicze. Zaletą zespolenia krętniczno-odbytniczego jest to, że wydaje się nie osłabiać płodności. Wadą zaś pozostawienie objętego zapaleniem fragmentu jelita grubego (oraz związane z tym ryzyko rozwoju nowotworu jelita).

Zespolenie krętniczno-odbytnicze można rozważyć w szczególnych przypadkach Zachowana w jego efekcie, odbytnica powinna być monitorowana przez prowadzącego gastroenterologa.

Zespolenia krętniczno-odbytniczego ogólnie nie uznaje się za dobre rozwiązanie, ponieważ nie eliminuje ono WZJG, przez co objawy będą nadal obecne ze względu na zachowaną odbytnicę. Niemniej jednak po dziesięciu latach połowa pacjentów z zespoleniem krętniczno-odbytnicznym będzie nadal je miała, a jakość życia w porównaniu do zespolenia ze zbiornikiem jelitowym jest zadowalająca. Dlatego ta możliwość może być rozważona przez niektórych pacjentów z WZJG, zwłaszcza przez kobiety planujące w przyszłości mieć dzieci. Odbytnica będzie jednak wymagać monitorowania ze względu na ryzyko rozwoju nowotworu w zachowanym fragmencie jelita.

Przyjmowanie co najmniej 20 mg prednizolonu (lub jego ekwiwalentu) na dobę przez więcej niż sześć tygodni zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań chirurgicznych. Dlatego, jeśli to możliwe, przed zabiegiem chirurgicznym należy stopniowo zmniejszać dawkę kortykosteroidów.

Wiele badań wykazało, że pacjenci przyjmujący ponad 20 mg prednizonu na dobę przez więcej niż sześć tygodni są bardziej narażeni na powikłania chirurgiczne. Dlatego, jeśli to możliwe, przed zabiegiem chirurgicznym należy stopniowo redukować dawkę steroidów. Ponadto jest ważne, aby redukując dawki steroidów po zabiegu nie wywołać przełomu nadnerczowego, który charakteryzuje się niskim ciśnieniem tętniczym, oraz niskimi stężeniami sodu i cukru we krwi.

Przyjmowanie tiopuryn lub cyklosporyny przed zabiegiem chirurgicznym nie zwiększa ryzyka powikłań po operacji. Przyjmowanie infliksymabu przed zabiegiem chirurgicznym może zwiększać ryzyko wystąpienia powikłań po operacji.

Przyjmowanie tiopuryn lub cyklosporyny przed zabiegiem chirurgicznym nie wydaje się zwiększać ryzyka powikłań pooperacyjnych po kolektomii. Niektóre badania wykazały, że infliksymab może zwiększać ryzyko wystąpienia powikłań bezpośrednio po zabiegu chirurgicznym i prawdopodobnie jest to związane z podwyższonym ryzykiem zakażeń wynikającym z immunosupresji. Ponieważ w innych badaniach nie wykazano zwiększenia ryzyka powikłań pooperacyjnych przez infliksymab, więc nie ma w tym przypadku pewności. Nie wiadomo, czy takrolimus zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych, ponieważ nie przeprowadzono badań w tym zakresie.

## Powikłania chirurgiczne – zapalenie zbiornika jelitowego

Rozpoznanie zapalenia zbiornika jelitowego uwzględnia objawy oraz charakterystyczne nieprawidłowości w badaniu endoskopowym i histologicznym. Zapalenie zbiornika jelitowego występuje częściej, jeśli większy odcinek jelita grube był objęty chorobą, lub występowały choroby pozajelitowe (stwardniające zapalenie dróg żółciowych), jeśli pacjent nie pali tytoniu, stwierdzono u niego obecność przeciwciał p-ANCA lub stosował NLPZ.

Objawy zapalenia zbiornika jelitowego obejmują zwiększoną częstość wypróżnień, płynny stolec, skurcze brzucha, nagłe potrzeby wypróżnienia, bolesne parcie na stolec i dyskomfort w podbrzuszu. Pojawić się może krwawienie z odbytnicy, gorączka lub objawy pozajelitowe. Opisane objawy nie wystarczają do potwierdzenia zapalenia zbiornika jelitowego. Podobne objawy może wywoływać np. zapalenie mankietu odbytnicy. Podobnie choroba Crohna zbiornika oraz zespół drażliwego zbiornika (co jest równoznaczne z zespołem jelita drażliwego) mogą powodować objawy o podobnym charakterze. Dlatego w celu potwierdzenia diagnozy należy przeprowadzić badanie endoskopowe zbiornika. Zapalenie zbiornika jelitowego wygląda inaczej niż WZJG, ponieważ jest to inna choroba. Podczas badania endoskopowego zbiornika należy pobrać wycinki, aby upewnić się, że przyczyną jest jego zapalenie, a nie inna choroba np. choroba Crohna lub dolegliwość, jak choroba Crohna lub zakażenie bakterią *Clostridium difficile*.

Zapalenie zbiornika jelitowego jest związane z wstępowaniem określonych czynników ryzyka. Bardziej rozległe wrzodziejące zapalenie jelita grubego przed zabiegiem chirurgicznym, wsteczne zapalenie jelita krętego, choroba pozajelitowa (zwłaszcza stwardniające zapalenie dróg żółciowych), niepalenie tytoniu, regularne stosowanie NLPZ zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zapalenia zbiornika jelitowego. Te czynniki ryzyka nie powinny być powodem do rezygnacji z zespolenia jelitowego z wykonaniem zbiornika, lecz powinny zostać poruszone w rozmowie z pacjentem.

Typowymi objawami zapalenia zbiornika jelitowego są częstsze oddawanie płynnego stolca, nagłe potrzeby wypróżnienia, skurczowe bóle brzucha i dyskomfort w okolicy miednicy (w podbrzuszu i w okolicy odbytu). Gorączka i krwawienie występują rzadko. Badania endoskopowego zbiornika jelitowego nie wykonuje się przy braku objawów.



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Objawy związane z zapaleniem zbiornika jelitowego obejmują częstsze wypróżnienia, płynny stolec, skurczowe bóle brzucha, nagłe potrzeby oddawania stolca, bolesne parcie na stolec i dyskomfort w podbrzuszu. Może występować krwawienie z odbytnicy, gorączka lub objawy pozajelitowe. Krwawienie z odbytnicy jest częściej związane z zapaleniem mankietu odbytnicy niż z zapaleniem zbiornika jelitowego. Nietrzymanie stolca może występować niezależnie od zapalenia zbiornika jelitowego lecz częściej dotyczy pacjentów z zapaleniem zbiornika jelitowego.

Metronidazol lub cyproflaksacyna są skuteczne u większości pacjentów z zapaleniem zbiornika jelitowego, mimo że najlepsza metoda leczenia nie jest określona. Cyproflaksacyna powoduje mniej efektów ubocznych. Leki przeciwbiegunkowe (np. loperamid) mogą zmniejszyć liczbę płynnych stolców niezależnie od zapalenia zbiornika jelitowego

Najskuteczniejszym sposobem leczenia zapalenia zbiornika jelitowego są antybiotyki. Najczęściej stosowanymi lekami są metronidazol i cyproflaksacyna. Cyproflaksacyna wydaje się być najskuteczniejsza w redukcji objawów, poprawie obrazu endoskopowego zbiornika i ma mniej efektów ubocznych. U pacjentów ze zbiornikiem jelitowym należy również rozważyć podawanie leków przeciwbiegunkowych (np. loperamidu), ponieważ mogą one znacznie zmniejszyć liczbę płynnych stolców, niezależnie od zapalenia zbiornika jelitowego.

Jeśli zapalenie zbiornika jelitowego ustąpiło po antybiotykami, zastosowanie VSL#3\* może pomóc w podtrzymaniu remisji. VSL#3 może również zapobiegać wystąpieniu zapalenia zbiornika jelitowego, jeśli będzie podawany od razu po wykonaniu zespolecia jelitowego.

Po osiągnięciu remisji przewlekłego zapalenia zbiornika jelitowego leczenie VSL#3 skoncentrowaną mieszaniną szczepów probiotycznych bakterii, pomaga w podtrzymaniu remisji. Wykazano także, że profilaktyczne stosowanie VSL#3 może zapobiec wystąpieniu pierwszego ostrego zapalenia zbiornika jelitowego w pierwszym roku po zabiegu chirurgicznym; tylko u 10% pacjentów przyjmujących VSL#3 wystąpiło zapalenie zbiornika jelitowego w porównaniu do 40% pacjentów przyjmujących placebo. Nie wiadomo jak działa VSL#3. Uważa się, że może on wpływać na zwiększenie różnorodności flory bakteryjnej w zbiorniku jelitowym i zmniejszenie różnorodności grzybów.

## *Powikłania – nowotwór jelita grubego*

Pacjenci z długotrwałym i rozległym WZJG są bardziej narażeni na rozwój nowotworu jelita.

Ryzyko rozwoju nowotworu jelita w przypadku pacjenta z WZJG wynosi 2% po 10 latach, 8% po 20 latach i 18% po 30 latach trwania choroby. Pacjenci z rozległym WZJG są najbardziej narażeni, pacjenci z lewostronnym zapaleniem – średnio narażeni, a w przypadku pacjentów z zapaleniem ograniczonym do odbytnicy ryzyko jest takie samo jak u osób zdrowych. Dlatego im dłużej pacjent choruje na WZJG i im większa część jelita jest objęta chorobą, tym większe prawdopodobieństwo rozwoju nowotworu jelita.

Niektórzy pacjenci z WZJG są bardziej narażeni na rozwój nowotworu jelita:

Są to pacjenci z:

- stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych;
- pozapalnymi polipami;
- rodzinną historią występowania nowotworów jelita;
- cięższą lub bardziej oporną na leczenie postacią zapalenia.



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Wśród czynników ryzyka rozwoju nowotworu jelita najsilniejszy związek stwierdzono ze stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych oraz histologiczną lub kliniczną aktywność choroby. U pacjentów ze stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych ryzyko rozwoju raka jelita grubego w ciągu trwania życia dochodzi do 31%. Wykazano, że pozapalne polipy są silnymi czynnikami ryzyka jest jednak możliwe, że to zwiększone ryzyko wynika ze zmian dysplastycznych mylonych z pozapalnymi polipami. Przypadki nowotworu jelita w rodzinie wiążą się ze zwiększonym ryzykiem, jednak brak zgodności we wszystkich badaniach.

Ryzyko rozwoju nowotworu jelita powinien ocenić lekarz w kolonoskopii przesiewowej lub w trakcie pierwszej kontrolnej kolonoskopii przeprowadzanej w okresie 6-8 lat od pojawienia się pierwszych objawów WZJG. Stopień ryzyka zależy przede wszystkim od zasięgu i ostrości zmian zapalnych.

Ryzyko rozwoju nowotworu jelita może zostać określone w kolonoskopii przesiewowej lub w pierwszej kontrolnej kolonoskopii przeprowadzanej osiem lat po wystąpieniu pierwszych objawów choroby. Czynniki ryzyka obejmują (a) rozległe wrzodziejące zapalenie jelita grubego – pancolitis, (b) zapalenie w badaniu endoskopowym i/lub histologicznym, (c) pseudopolipy oraz (d) przypadki nowotworu jelita grubego w rodzinie; pacjenci, u których występują trzy lub więcej z powyższych czynników mają większe ryzyko rozwoju nowotworu, natomiast dwa lub mniej czynników oznacza niskie ryzyko. Jeśli u pacjenta występuje wysokie ryzyko i ma on rozległe lub lewostronne WZJG, kolonoskopię powinno się wykonywać co 1-2 lata począwszy od ósmego roku od diagnozy. Natomiast jeśli ryzyko jest niskie, kolonoskopię należy przeprowadzać co 3-4 lata. Jeżeli w dwóch kolejnych kontrolnych kolonoskopiach nie stwierdzi się mikroskopowych oznak nowotworu ani zapalenia w obrazie endoskopowym i histologicznym można zwiększyć odstęp między badaniami (np. z badania co 1-2 lata na co 3-4 lata).

Preparaty kwasu 5-aminosalicylowego mogą zmniejszać ryzyko rozwoju nowotworu jelita. W przypadku stwardniającego zapalenia dróg żółciowych należy podawać kwas ursodeoksycholowy w celu redukcji ryzyka rozwoju nowotworu jelita. Nie wiadomo, czy tiopuryny mogą lub powinny być stosowane w celu redukcji ryzyka rozwoju nowotworu jelita.

Chemoprewencja to hamowanie, opóźnianie i zahamowania lub odwracania rozwoju nowotworu przez zastosowane wybranych substancji. Przykładem leku o działaniu chemoprewencyjnym stosowanym w WZJG są preparaty 5-ASA. Wiele badań wykazało, że zmniejszają one ryzyko rozwoju nowotworu jelita u pacjentów z WZJG; ryzyko to może być zmniejszone o połowę. Suplementacja kwasem foliowym, wapniem, preparatami multiwitaminowymi lub przyjmowanie statyn nie zmniejszają ryzyka rozwoju nowotworu jelita u pacjentów z WZJG, natomiast brak danych o skuteczność tiopuryn. Niektórzy pacjenci z WZJG chorują również na stwardniające zapalenie dróg żółciowych i w ich przypadku ryzyko rozwoju nowotworu jelita jest o wiele większe; może wynosić nawet 31%. Na szczęście wykazano, że kwas ursodeoksycholowy zmniejsza zachorowalność na nowotwór jelita u tych pacjentów dlatego powinien być rutynowo podawany.

## Inne powikłania

Na przebieg WZJG mogą mieć wpływ czynniki psychologiczne. Pacjenci o wysokim poziomie stresu lub cierpiący na depresję mogą mieć zwiększone ryzyko nawrotu choroby. Pacjenci często popadający w depresję lub o niskiej jakości życia związanej ze zdrowiem, a także o zwiększonym poziomie lęku rzadziej przestrzegają zasad leczenia.



Wiele badań obejmujących pacjentów z WZJG wskazuje, że stres psychologicznych i aktywność choroby są ze sobą powiązane. Badania udowodniły, że wysoki poziom stresu, niepokój i depresja mogą przyspieszać zaostrzenie, chociaż jedno z badań wykazało, że w przypadku osób z depresją nawroty nie są częstsze. Dlatego wyniki nie są do końca jednoznaczne. Niemniej jednak wykazano, że depresja i neurotyczność (cecha osobowości charakteryzująca się niestabilnością emocjonalną, niepokojem, lękiem i troską) są powiązane z obniżeniem jakości życia. Niepokój i pogorszenia nastroju wydają się być powiązane z niestosowaniem się do schematu leczenia WZJG.

Wpływ choroby na funkcjonowanie psychospołeczne oraz jakość życia związaną ze zdrowiem powinna zostać omówiona przez pacjenta z lekarzem. Informacje i wyjaśnienia dotyczące WZJG powinny być dostosowane (indywidualizowane) dla każdego pacjenta. Połączenie samodzielnego zarządzania chorobą oraz wizyt zorientowanych na pacjenta może pomóc w kontrolowaniu WZJG.

Ocena własnego stanu zdrowia wpływa na odbiór choroby przez pacjenta. Pacjenci w złym stanie psychicznym mogą mieć trudności z przetwarzaniem istotnych informacji na temat choroby. Zwiększenie świadomości w tym zakresie może prowadzić do lepszej komunikacji między pacjentem a lekarzem lub pielęgniarką/pracownikami służby zdrowia. Bardzo ważne jest, aby pacjenci byli informowani o ich stanie zdrowia indywidualnie oraz aby mieli zapewnione wsparcie emocjonalne. Wynika to z tego, że pacjenci o gorszym zrozumieniu istoty choroby mają tendencję do większych obaw i troski.

Korzystanie z opieki medycznej jest silnie powiązane z czynnikami psychospołecznymi. Niestosowanie się do porad medycznych zostało zgłoszone przez ponad 40% pacjentów i jest to sytuacja, w której kluczowe znaczenie mają relacje między pacjentem a lekarzem lub pielęgniarką. Podręczniki samodzielnego „prowadzenia choroby” oraz konsultacje skupiające się na pacjencie zwiększają kontrolę choroby przez pacjentów. Korzystanie wyłącznie z broszur edukacyjnych raczej nie jest pomocne i może pogarszać wyniki pacjentów. Dodatkowo programy edukacyjne dla pacjentów mają mały wpływ lub nie mają żadnego wpływu na przebieg choroby lub samopoczucie psychiczne pacjentów.

## Powikłania pozajelitowe – kości i stawy

U pacjentów z WZJG czasami może występować zapalenie stawów (ból stawów z obrzękiem) kończyn dolnych i górnych (zwane zapaleniem stawów obwodowych) lub w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (zwane osiowym zapaleniem stawów). W przypadku zapalenia dużych stawów kończyn leczenie WZJG zazwyczaj łagodzi objawy. Jeśli objawy stawowe utrzymują się, gdy zanikają objawy WZJG, można krótkoterminowo stosować NLPZ. W leczeniu zapalenia stawów obwodowych pomocne jest również miejscowe podawanie steroidów oraz fizjoterapia. W przypadku utrzymywania się zapalenia stawów obwodowych można przyjmować sulfasalazyne. Dowody, na to, że intensywne fizjoterapia połączona z NLPZ może być pożyteczna w leczeniu zapalenia stawów w odcinku lędźwiowym kręgosłupa są mocniejsze. Przyjmowania NLPZ należy jednak unikać, ponieważ nie są one bezpieczne. W osiowym zapaleniu stawów sulfasalazyne, metotreksat i azatiopryna zazwyczaj nie działają lub działają w niewielkim stopniu. Leki anty-TNF są terapią z wyboru w przypadku zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa oraz gdy pacjenci nie tolerują lub nie odpowiadają na leczenie NLPZ.

Zalecenia dotyczące leczenia artropatii (choroby stawów) związanej z WZJG opierają się głównie na badaniach dotyczących zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, gdyż nie przeprowadzono dotychczas dobrze zaprojektowanych badań w nieswoistych zapaleniach jelita. Dlatego zalecenia są przeniesione z danych otrzymanych dla innych chorób.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



W przypadku zapalenia stawów obwodowych leczenie współistniejącego WZJG steroidami, immunosupresantami i lekami anty-TNF powinno być również skutecznym rozwiązaniem w zapaleniu stawów. Jeśli leczenie współistniejącego WZJG nie łagodzi bólu stawów, krótkoterminowe przyjmowanie NLPZ powinno być rozważone; NLPZ mogą potencjalnie zaostrzyć przebieg WZJG, jednak ryzyko to wydaje się być niskie. Fizjoterapia może zapewnić osłabienie objawów. Stosowanie inhibitorów COX-2 (np. etorykoksyb i celekoksyb) wydaje się być bezpieczniejsze i związane z mniejszym ryzykiem zaostrzenia choroby niż konwencjonalne NLPZ. Sulfasalazyna może mieć korzystny wpływ w przypadku artropatii dużych stawów, zaś infliksymab również w przypadku zapalenia stawów obwodowych.

W przypadku artropatii osiowej u pacjentów z WZJG, większość terapii opiera się na wynikach badań dotyczących zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa. Intensywna fizjoterapia oraz NLPZ, mogą być stosowane, lecz należy unikać długotrwałego stosowania NLPZ. Można rozważyć miejscowe zastrzyki ze steroidów. Sulfasalazyna, metotreksat i azatiopryna nie są skuteczne w przypadku zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa z objawami osiowymi. W przypadku pacjentów z aktywnym zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, którzy nie odpowiadają lub nie tolerują NLPZ, zaleca się stosowanie leków anty-TNF. Bezpieczeństwo i skuteczność stosowania zarówno adalimumabu jak i infliksymabu jest udowodniona w leczeniu zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa.

Stwierdzenie osteopenii może pomóc w przewidywaniu rozwoju osteoporozy, lecz niesie ona z sobą niewielkie ryzyko bezpośrednie. Jednak w przypadku spełnienia określonego kryterium (np. wskaźnik T-score mniejszy niż -1,5) należy podawać wapń i witaminę D. Osteoporozę należy leczyć w przypadku wcześniejszego złamania (nawet jeśli wskaźniki T-score są w normie).

Przyjmowanie 500-1000 mg wapnia oraz 800-1000 jednostek witaminy D na dobę zwiększa gęstość kości u pacjentów z NZJ, lecz nie potwierdzono w badaniach czy zapobiega u nich również złamaniom. Zmniejszoną gęstość kości w badaniu nie uzasadnia leczenia bisfosfonianami. Jednak kobiety po menopauzie lub z osteoporozą spowodowaną steroidami mogą odnieść korzyści z ich przyjmowania. Ogólnie u pacjentów z niską gęstością kości i dodatkowymi czynnikami ryzyka należy rozważyć leczenie.

Najsilniejszym czynnikiem ryzyka przyszłego złamania jest wcześniejsze złamanie kręgu również w przypadku pacjentów o prawidłowej gęstości kości. Dlatego wszyscy pacjenci z wcześniejszym złamaniem kręgu powinni być objęci odpowiednim leczeniem.

## Skóra

Terapia lekami anty-TNF może powodować zapalenie skóry. Zazwyczaj ustępuje ono po odstawieniu leku. Jeśli przyczyna zapalenia skóry nie jest jasna, pacjent powinien zostać skierowany do dermatologa. W związku z tym stosowane leczenie w większości przypadków jest uzależnione od przebiegu innych chorób przewlekłych. Terapie takie mogą obejmować miejscowe steroidy, miejscowe środki złuszczące, witaminę D, metotreksat lub zamianę bądź odstawienie leków anty-TNF.

Leki anty-TNF mogą u pacjentów WZJG czasami powodować objawy skórne, takie jak łuszczyca i egzema; około 22% pacjentów przyjmujących leki anty-TNF ma takie dolegliwości. Zmiany skórne nie występują w tym samym czasie, co objawy nieswoistych zapaleń jelita, częściej natomiast są obserwowane u kobiet. Miejscowe leczenie steroidami, lekami złuszczącymi (np. kwas salicylowy, mocznik), środkami zmiękczającymi skórę, analogami witaminy D i naświetlaniem ultrafioletowym (UVA lub wąskopasmowym UVB) doprowadziło do częściowej lub całkowitej remisji u prawie połowy pacjentów. Podsumowując, 34% pacjentów z problemami

skórnymi musiała odstawić leki anty-TNF z powodu nieskuteczności leczenia tych zmian. Na szczęście problemy skórne zazwyczaj ustępują po odstawieniu leków anty-TNF.

## Oczy

Pacjenta z problemami dotyczącymi oczu należy skierować do okulisty. Zapalenie nadtwardówki nie musi wymagać leczenia ogólnoustrojowego i zazwyczaj poprawa następuje przy podawaniu miejscowych steroidów lub NLPZ. Zapalenie błony naczyniowej leczy się steroidami miejscowymi lub ogólnoustrojowymi. W przypadkach opornych na leczenie pomocne może być stosowanie immunomodulatorów, w tym leków anty-TNF.

Zapalenie błony naczyniowej oraz zapalenie nadtwardówki należą do najczęstszych objawów związanych z oczami wywoływanymi przez NZJ. Zapalenie nadtwardówki może być bezbolesne i objawiać się tylko zaczerwienieniem oczu, lecz może też występować świąd i uczucie pieczenia. Zapalenie może ustąpić samoistnie bez leczenia, lecz zazwyczaj odpowiada na leczenie miejscowe steroidami, NLPZ lub prostymi środkami przeciwbólowymi w skojarzeniu z leczeniem choroby zasadniczej (WZJG).

Zapalenie błony naczyniowej występuje rzadziej, lecz wiąże się z potencjalnie poważniejszymi konsekwencjami. Jeśli jest powiązane z WZJG, często atakuje oba oczy, pojawia się nagle i ma długotrwały przebieg. Pacjenci zgłaszają ból oka, brak ostrości widzenia, nadwrażliwość na światło i bóle głowy. Ponieważ jest to poważna choroba, która może prowadzić do utraty wzroku, pacjenci cierpiący na zapalenie błony naczyniowej powinni natychmiast udać się do okulisty. Leczenie zazwyczaj obejmuje sterydy stosowane miejscowo i ogólnoustrojowo. W przypadkach opornych skuteczność wykazują azatiopryna, metotreksat, infliksymab i adalimumab.

## Wątroba i pęcherzyk żółciowy

Czasami WZJG towarzyszą zaburzenia wątroby, woreczka żółciowego, dróg żółciowych lub wydzielania żółci; noszą one nazwę zaburzeń wątroby i dróg żółciowych. W przypadku nieprawidłowych wyników prób wątrobowych lekarz powinien przeprowadzić badania pod kątem występowania zaburzeń. Badanie USG oraz badanie serologiczne są stosowane do poszukiwania przyczyn: chorób autoimmunologicznych oraz zakażeń. Jedną z prawdopodobnych przyczyn zaburzeń wątroby i dróg żółciowych może być stwardniające zapalenie dróg żółciowych, a najlepszym sposobem diagnostyki jest cholangiografia metodą rezonansu magnetycznego. Osoby ze stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych są bardziej narażone na rozwój nowotworu.

Nieprawidłowe wyniki prób wątrobowych często towarzyszą NZJ. Stwardniające zapalenie dróg żółciowych jest najczęściej występującą przyczyną powodującą zaburzenia funkcji wątroby u pacjentów z NZJ, chociaż mogą występować także inne dolegliwości (np. marskość wątroby, kamica żółciowa i przewlekłe zapalenie wątroby). Niektóre leki (np. azatiopryna) stosowane w leczeniu NZJ również mogą być przyczyną nieprawidłowych wyników badań czynności wątroby. Zazwyczaj nieprawidłowe wyniki można zaobserwować w rutynowych badaniach laboratoryjnych przed pojawieniem się objawów. Jeśli wyniki USG są prawidłowe, efekty uboczne leków mało prawdopodobne, wyniki badań serologicznych pod kątem innej choroby pierwotnej wątroby negatywne, prawdopodobnie za nieprawidłowe wyniki badań czynności wątroby odpowiedzialne jest pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych. Badaniem diagnostycznym zazwyczaj stosowanym w przypadku podejrzenia pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych jest cholangiografia metodą rezonansu magnetycznego; w przypadku pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych badanie to wykaże nieregularne drogi żółciowe ze zwężonymi i poszerzonymi obszarami. Jeśli cholangiografia metodą rezonansu magnetycznego nic nie wykaże, należy przeprowadzić

biopsję wątroby. Upewnienie się, czy występuje pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych, jest niezwykle istotne, gdyż zwiększa ono ryzyko rozwoju nowotworu jelita u pacjenta z WZJG. Dlatego osoby z pierwotnym stwardniającym zapaleniem dróg żółciowych wymagają intensywniejszego monitorowania.

## Krew i krzepliwość

Ryzyko powstawania zakrzepów i śmierci związanej z zakrzepicą jest dwa razy większe w przypadku pacjentów z WZJG niż w populacji osób bez WZJG. W razie ryzyka tworzenia się zakrzepów w naczyniach krwionośnych można stosować profilaktykę mechaniczną (np. rajstopy kompresyjne) oraz przyjmować leki (np. heparynę). Leczenie zakrzepicy u pacjentów z WZJG powinno być zgodne z przyjętymi metodami leczenia lekami rozrzedzającymi krew z uwzględnieniem potencjalnego zwiększonego ryzyka krwawienia.

Z przyczyn, które w dużej mierze pozostają nieznanymi, pacjenci z WZJG są bardziej narażeni na żylną chorobę zakrzepowo-zatorową. Leczenie takich zakrzepów jest bardzo ważne, ponieważ mogą one prowadzić do powikłań lub nawet śmierci. Zakrzepy powinny być diagnozowane z wykorzystaniem odpowiednich technik obrazowania, takich jak USG i flebografia.

W leczeniu, zakrzepów powinny być stosowane leki rozrzedzające krew (zwane antykoagulantami). Jeśli u danej osoby wystąpi powtórny epizod zakrzepicy, należy rozważyć wprowadzenie długotrwałego leczenia. Nie wiadomo, czy pacjenci z NZJ mają więcej powikłań związanych z krwotokami spowodowanych lekami rozrzedzającymi krew niż osoby bez NZJ. Pacjenci z WZJG powinni zachowywać ostrożność w przypadku dalekich podróży oraz stosowania doustnych środków antykoncepcyjnych, ponieważ zwiększają one ryzyko powstawania zakrzepów.

W przypadku niedokrwistości z niedoboru żelaza wymagane jest jego suplementowanie. Należy je również rozważyć w przypadku niedoboru żelaza bez niedokrwistości. Żelazo podawane dożylnie działa skuteczniej i jest lepiej tolerowane niż podawane doustnie tabletki. W przypadku ostrej niedokrwistości, nietolerowania żelaza podawanego doustnie, lub braku dobrej odpowiedzi na doustne leczenie, żelazo należy podawać dożylnie. Jeśli wymagana jest szybka poprawa, żelazo należy podawać dożylnie w skojarzeniu z czynnikami erytropoetycznym.

W przypadku niedokrwistości i potwierdzonego niedoboru żelaza należy rozpocząć przyjmowanie suplementów żelaza. Gdy niedobór żelaza występuje bez niedokrwistości należy podejść indywidualnie do danego przypadku. Głównym celem leczenia niedokrwistości z niedoboru żelaza jest dostarczenie wystarczającej ilości tego pierwiastka, aby zwiększyć poziom hemoglobiny. W idealnej sytuacji stężenie hemoglobiny powinno wzrosnąć o ponad 2 g/dl lub powrócić do normy w ciągu czterech tygodni, zapasy żelaza zostać uzupełnione (wysycenie transferyny ponad 30%), objawy związane z niedokrwistością powinny ustąpić, a jakość życia ulec poprawie. Poziom wysycenia transferyny powyżej 50% oraz poziom ferrytyny przekraczający 800 g/l są uznawane za toksyczne i należy ich unikać.

Suplementy żelaza mogą być podawane doustnie, domięśniowo lub dożylnie; wybór metody zależy od objawów, przyczyn, ostrości przypadku oraz obecności innych chorób poza WZJG. Leczenie doustne, mimo że jest tradycyjnie preferowane przez gastroenterologów, często prowadzi do wystąpienia objawów ze strony układu pokarmowego, takich jak nudności, wzdęcia i biegunka. Ponadto 90% żelaza nie jest wchłaniane, co może prowadzić do zaostrzenia NZJ. Dlatego coraz większą popularność zdobywają wlewy dożylnie żelaza, chociaż nie są jeszcze powszechnie stosowane mimo swojej skuteczności, szybszych efektów oraz większego bezpieczeństwa od żelaza podawanego doustnie. Podsumowując, żelazo dożylnie powinni

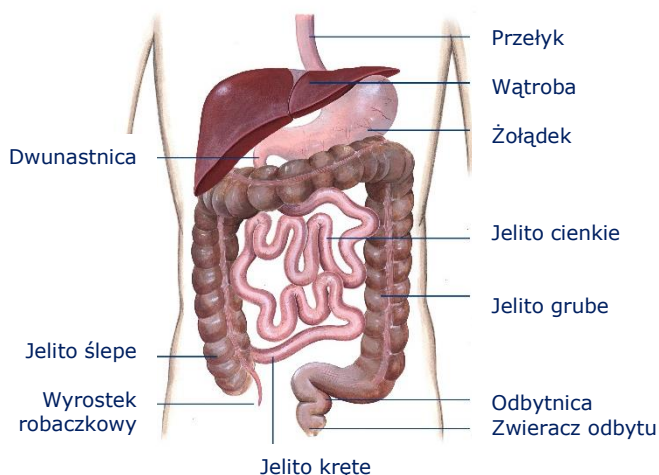
# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



przyjmować pacjenci nietolerujący lub niewykazujący odpowiedzi na preparaty doustne, z ostrą niedokrwistością lub ostrym stanem zapalnym oraz pacjenci przyjmujący leki stymulujące wytwarzanie czerwonych krwinek.

## Słownik

### Ilustracja przedstawiająca anatomię układu pokarmowego



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Termin	Czego dotyczy termin	Definicja
Adalimumab	Lek	Lek anty-TNF często stosowany w leczeniu NZJ należący do grupy leków biologicznych (wytwarzanych biotechnologicznie). Podawany jest podskórnie przez pacjenta lub pielęgniarkę.
Aminosalicylany	Lek	Leki stosowane w leczeniu NZJ pochodne kwasu 5-aminosalicylowego (5-ASA) w tym mesalazyna i sulfosalazyna.
Niedokrwistość	Choroba	Objawia się zbyt małą liczbą czerwonych krwinek lub zbyt niskim stężeniem hemoglobiny. Osoba z niedokrwistością może czuć się zmęczona i osłabiona. Zwana także anemią.
Niedokrwistość wywołana chorobą przewlekłą	Choroba związana z NZJ lub innym stanem zapalnym	Niedokrwistość wynikająca z choroby przewlekłej, takiej jak nieswoiste zapalenia jelita lub z innego procesu zapalnego.
Niedokrwistość z niedoboru żelaza	Choroba	Stan, w którym we krwi brakuje czerwonych krwinek w wyniku niedoboru żelaza.
Antybiotyki	Lek	Leki stosowane w leczeniu zakażeń bakteryjnych. Nieskuteczne w leczeniu zakażeń wirusowych
Appendektomia	Zabieg chirurgiczny	Chirurgiczne usunięcie wyrostka robaczkowego. Zazwyczaj wykonywane w przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego.



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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 <u>obrazowania</u> badanych organów. Najczęstszym badaniem endoskopowym przeprowadzanym u pacjentów z NZJ jest <u>kolonoskopia/ileokolonoskopia</u> .
Bar (kontrast)	Badanie diagnostyczne	Substancja wykorzystywana w określonych badaniach radiologicznych w celu wzmocnienia uwidocznienia struktur anatomicznych.
Białko ostrej fazy (białko C-reaktywne – CRP)	Badanie	Badanie krwi wykonywane w celu pomiaru stanu zapalnego w organizmie. Przydatne w wykrywaniu zapalenia w ciele pacjenta, jednak wysokie stężenie CRP nie musi oznaczać zapalenia jelita. Dlatego, aby sprawdzić, czy przyczyną stanu zapalnego u pacjenta z NZJ są zmiany w jelicie należy przeprowadzić również dodatkowe badania.
Bisfosfoniary	Lek	Związki opóźniające zanik kości i zwiększające ich gęstość.
Pobranie wycinków	Badanie diagnostyczne	Procedura polegająca na pobraniu próbek tkanki ciała w celu ich dokładniejszego zbadania. Podczas kolonoskopii pobierane są wycinki – biopsje – ze 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 steroidów (kortykosteroidów) o działanie przeciwzapalne, stosowany do leczenia zaostrzeń u pacjentów z krętniczo-kątniczą chorobą Crohna oraz z WZJG, u których w przypadku zapalenia obejmującego koniec jelita grubego podawany jest doodbytniczo. 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	Specjalne badanie z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego (MR) do sprawdzania występowania zaburzeń wątroby i dróg żółciowych.
Choroba autoimmunologiczna	Opis choroby	Choroba w której układ odpornościowy – immunologiczny – atakuje zdrowych komórki organizmu.
Choroba Crohna lub choroba Leśniowskiego-Crohna	Opis choroby	Nieswoiste zapalenie jelita mogące obejmować wszystkie części układu pokarmowego, w tym często jelito cienkie w odróżnieniu od <u>WZJG</u> ograniczonego do jelita grubego.
Choroba ograniczona	Opis choroby	Choroba ograniczona do jednego układu, organu lub obszaru jelita.
Choroby przewlekłe	Opis choroby	Choroby trwające przez długi czas (zazwyczaj przez całe życie). Nieswoiste zapalenia jelita należą do chorób przewlekłych.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Clostridium difficile	Choroba	Bakteria, która może wywoływać objawy przypominające NZJ.
Cyklosporyna	Lek związany z WZJG	Inhibitor kalcyneuryny będący lekiem osłabiającym układ odpornościowy, dzięki czemu może być stosowany w leczeniu WZJG.
Cyprofloksacyna	Lek	Antybiotyk stosowany również w leczeniu NZJ i zapalenia zbiornika jelitowego.
Czopek	Lek	Lek podawany doodbytniczo, który następnie ulega rozpuszczeniu i powleka od środka jelito lecząc np. zapalenie.
Czynnik erytropoetyczny	Lek	Lek stymulujący wytwarzanie czerwonych krwinek.
Lek o działaniu miejscowym	Lek	Stosowany w bezpośrednim leczeniu zapalenia bez wchłaniania przez organizm.
Odbytniczy	Część ciała	Odnoszący się do końca jelita grubego noszącego nazwę odbytnicy. Np. lek wprowadzany do odbytnicy przez odbyt nazywamy lekiem doodbytniczym.
Doustny	Lek	Leki podawane pacjentowi do połknięcia.
Dożylny	Lek	Jest to lek wprowadzany bezpośrednio do krwiobiegu – dożylnie.
Dysplazja szyjki macicy	Choroba	Nieprawidłowy rozrost tkanki szyjki macicy.
Efekty uboczne	Lek	Niepożądane (szkodliwe) efekty leku lub interwencji.
Elektrolity	Badanie	Medyczne określenie obecnych we krwi i innych płynach ustrojowych jonów (np. sodu, potasu i chloru). Ich stężenie badane jest we krwi. Nieswoiste zapalenia jelita mogą powodować nieprawidłowe stężenia elektrolitów.
Endoskopia kapsułkowa jelita cienkiego	Badanie	Badanie, w ramach którego pacjent połyka kapsułkę zawierającą małą kamerę. Kamera rejestruje obrazy przewodu pokarmowego.
Endoskopowy	Badanie	Jest to przymiotnik odnoszący się do <u>badania endoskopowego</u> .
Enterografia metodą rezonansu magnetycznego	Badanie	Badanie wykorzystujące fale magnetyczne do rejestrowania obrazów diagnostycznych jelita cienkiego z wykorzystaniem podawanego doustnie środka kontrastowego. To badanie nie wiąże się z napromienianiem organizmu.
Enteroskopia wspomaganą	Badanie	Badanie jelita cienkiego za pomocą specjalnego endoskopu wspomaganego np balonem
Fistulografia	Badanie	Badanie rentgenowskie <u>przetok</u> .
Fistulotomia	Zabieg chirurgiczny	Chirurgiczne otwarcie przetoki.
Gastroenterolog	Inne	Lekarz specjalizujący się w leczeniu chorób układu pokarmowego, takich jak NZJ.
Gruźlica	Choroba	Choroba zakaźna atakująca płuca i inne części organizmu wywołwana przez prątki gruźlicy.
Heparyna drobnocząsteczkowa	Lek	Często stosowana do zapobiegania powstawaniu zakrzepów.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



wa		
Histologiczne badanie	Badanie	Badania pod mikroskopem <u>pobraných wycinków</u> .
Ileokolonoskopia	Badanie	Badanie endoskopowe dotyczące jelita grubego i <u>jelita krętego</u> .
Ileoskopia	Badanie	Badanie endoskopowe jelita krętego, czyli ostatniego odcinaka <u>jelita cienkiego</u> .
Ileostomia końcowa	Zabieg chirurgiczny	Zabieg polegający na oddzieleniu jelita cienkiego i wyprowadzeniu jego końca przez powłoki brzuszne oraz przyszyciu do skóry, tworząc stomię. Osoba z ileostomią końcową nosi na brzuchu worek w którym zbiera się stolec.
Immunizowany	Inne	Osoba jest immunizowana, jeśli została uodporniona na infekcję. Często stosowane są immunizacje przeciwko odrze, śwince i tężcowi, lecz istnieje wiele innych szczepionek.
Immunomodulatory	Lek	Leki osłabiające lub stymulujące aktywność układu odpornościowego. Leki immunosupresyjne to immunomodulatory często stosowane w leczeniu NZJ, ponieważ uważa się, że przyczyną NZJ przynajmniej po części jest zbyt duża aktywność układu odpornościowego.
Leki immunosupresyjne, immunosupresanty	Lek	Grupa leków stosowanych do osłabienia działania układu odpornościowego, obejmująca <u>sterydy</u> , <u>toiopuryny</u> , <u>metotreksat</u> , leki <u>anty-TNF</u> i <u>wedolizumab</u> . Nieswoiste zapalenia jelita mogą być wywoływane przez nadaktywność układu odpornościowego, dlatego leki immunosupresyjne mogą być skuteczne w ich leczeniu.
Infliksymab	Lek	Lek biologiczny <u>anty-TNF</u> często stosowany w leczeniu NZJ. Podawany jest pacjentowi <u>dożylnie</u> .
Inhibitor COX-2	Lek	<u>NLPZ</u> o bardziej swoistym (wybiórczym) działaniu powoduje mniejszą liczbą efektów ubocznych i jest lepiej tolerowany przez pacjentów z NZJ.
Inhibitory kalcyneuryny	Lek	Leki immunosupresyjne stosowane w NZJ oraz w zapobieganiu odrzucenia przeszczepów. Np. <u>cyklosporyna</u> .
Intubacja endoskopowa	Badanie	Wprowadzenie rurki do ciała za pomocą endoskopu.
Jelito grube (zob. ilustracja)	Część ciała	Część układu pokarmowego zwana także <u>okrężnicą</u> .
Kalprotektyna w kale	Badanie	Białko uwalniane do jelita w przypadku jego zapalenia. Stężenie kalprotektyny w kale wzrasta tylko gdy zapalenie dotyczy jelita, dlatego jest badaniem lepszym do śledzenia zapalenia jelita niż <u>białko ostrej fazy</u> - <u>CRP</u> lub <u>OB</u> . Nie jest testem specyficznym wyłącznie dla NZJ. Pacjent musi dostarczyć próbkę stolca do zbadania.
Kolektomia	Zabieg chirurgiczny	Chirurgiczne usunięcie jelita grubego. Poprzedza zespolenie jelitowe u pacjentów z WZJG.
Kolektomia	Zabieg	W odróżnieniu od kolektomii, jest to zabieg w

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



częściowa	chirurgiczny	ramach którego usuwana jest część jelita grubego, a nie jego całość.
Kolonografia	Badanie	Przeprowadzana jest za pomocą tomografu komputerowego (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR). 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, aby ocenić aktywność choroby oraz pobrać wycinki.
Steroidy (kortykosteroidy lub sterydy)	Lek	Grupa leków o działaniu immunosupresyjnym wywołujących efekty zbliżone do hormonów produkowanych naturalnie przez nadnercza. Hydrokortyzon i prednizolon są najczęściej stosowane w leczeniu NZJ.
Kreatynina	Badanie	Badanie stężenia kreatyniny we krwi pomaga w ocenie pracy nerek.
Kwas 5-aminosalicylowy lub mesalazyna (5-ASA)	Lek	Lek o działaniu miejscowym stosowany w leczeniu NZJ, głównie w WZJG, oraz w pewnych przypadkach również choroby Crohna. Lek ten nosi również nazwę mesalazyny i może być podawany doustnie lub doodbytniczo w formie wlewki, pianki lub czopka.
Kwas ursodeoksycholowy	Lek	Lek podawany doustnie pacjentom cierpiącym na <u>pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych</u> (choroba przewlekła 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 jego zapalenia. Pacjent musi dostarczyć próbkę stolca do zbadania.
Laparoskopowy (laparoscopia)	Zabieg chirurgiczny	Zabieg chirurgiczny, podczas którego wykonywane są niewielkie nacięcia w ciele pacjenta, przez które wprowadzane są kamery zapewniające podgląd operowanego miejsca oraz narzędzia wykorzystywane do operacji. Dzięki niewielkim nacięciom zazwyczaj pozwala on na szybsze gojenie niż w przypadku klasycznej operacji.
Leczenie podtrzymujące	Lek	Rodzaj leczenia stosowanego do podtrzymania <u>remisji</u> u pacjenta.
Anty-TNF	Lek	Leki biologiczne (wytwarzane biotechnologicznie) często stosowane w leczeniu NZJ. Najczęściej stosowanymi są infliksymab, adalimumab, certolizumab oraz golimumab.
Przeciwbiegunkowy lek	Lek	Lek zapewniający ulgę w przypadku objawów biegunki. Najczęściej stosowanym lekiem z tej grupy jest loperamid.
Leki biologiczne	Lek	Białka, często przeciwciała, wyprodukowane przez genetycznie zmodyfikowane komórki, np. leki anty-TNF lub wedolizumab.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Wlewka (lewatywa, enema)	Lek	Podanie płynu do dolnej części jelita poprzez odbytnicę. Jej celem może być pomoc w przygotowanie do badania lub podanie leku.
Wlew doodbytniczy z podwójnym kontrastem	Badanie	Procedura, podczas której badanie promieniami rentgenowskimi jelita grubego i odbytnicy wykonywane jest po wprowadzeniu we wlewce płynu zawierającego <u>bar</u> . Bar uwidacznia jelito grube i odbytnicę podczas badania i w ten sposób pomaga w identyfikacji nieprawidłowości.
Lewostronne zapalenie jelita grubego	Opis choroby	WZJG, które obejmuje tylko lewą stronę jelita grubego (do zagięcia śledzionowego) i może być skutecznie leczone miejscowo.
Loperamid	Lek	Typowy lek przeciwbiegunkowy – zob. lek przeciwbiegunkowy.
Mesalazyna	Lek	<u>Kwas 5-aminosalicylowy (5-ASA)</u> – lek stosowany w leczeniu NZJ. Może być podawany doustnie lub doodbytniczo.
Metotreksat	Lek	<u>Lek immunosupresyjny</u> , często stosowany w leczeniu choroby Crohna. Wykazuje mniejszą skuteczność w leczeniu WZJG.
Metronidazol	Lek	Antybiotyk często stosowany w leczeniu zapalenia zbiornika jelitowego i choroby Crohna z <u>przetokami</u> .
Mocznik w surowicy	Badanie	Mocznik jest substancją normalnie odprowadzaną z krwi przez nerki wraz z moczem. Badanie stężenia mocznika w surowicy krwi jest istotne, ponieważ nieprawidłowe wyniki mogą wskazywać na problemy dotyczące nerek lub odwodnienie pacjenta.
Nadpłytkowość	Badanie	Zwiększona liczba płytek krwi (trombocytów).
Nawrót	Opis choroby	<u>Zaostrzenie</u> , reaktywacja choroby, powrót objawów, przeciwieństwo remisji.
Niedobór żelaza	Choroba	Niewystarczająca ilość (stężenie) żelaza w organizmie.
Niedobór żelaza bez niedokrwistości	Choroba	Niedobór żelaza w stopniu nie powodującym jeszcze niedokrwistości.
Niedożywienie	Powikłanie choroby Crohna	Nieprawidłowy stan 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	Występuje, gdy zapalenie związane z chorobą Crohna powoduje pogrubienie ściany jelita, prowadzące następują do jego zwężenia, lub gdy w części jelita powstają zrosty utrudniające przepływ treści pokarmowej.
Nieokreślone zapalenie jelita grubego	Opis choroby	W przypadku, gdy niemożliwe jest określenie, po usunięciu części lub całości jelita czy dana osoba cierpi na ch. L-C, czy na WZJG, można użyć terminu nieokreślone zapalenie jelita grubego. Jednak terminu nieokreślone zapalenie jelita

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		grubego należy używać wyłącznie w kontekście próbek z resekcji zbadanych pod mikroskopem.
Niesklasyfikowane nieswoiste zapalenie jelita	Opis choroby	Jeśli po przeprowadzeniu wszystkich badań nie można określić, czy osoba cierpi na chorobę Crohna, czy na WZJG, należy użyć terminu niesklasyfikowane nieswoiste zapalenie jelita. Nie mylić z <u>nieokreślonym zapaleniem jelita</u> .
Nieswoiste zapalenia jelita (NZJ)	Choroba	Termin medyczny obejmujący grupę chorób o podłożu autoimmunologicznym takich, jak choroba Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG).
NLPZ lub niesteroidowe leki przeciwzapalne	Lek	Leki o działaniu przeciwbólowym, przeciwgorączkowym oraz przynoszące poprawę w przypadku innych niż NZJ procesów zapalnych. Najczęściej stosowane ibuprofen i aspiryna powinny być unikane przez pacjentów z NZJ, ponieważ mogą zwiększać ryzyko zaostrzenia.
Nowotwór jelita grubego	Choroba związana z chorobą Crohna/WZJG lub z leczeniem.	Nowotwór jelita, na rozwój którego są bardziej narażeni pacjenci z NZJ. Może m.in powodować takie objawy, jak krew w stolcu, zmiany w pracy jelit, ból brzucha, guzy w brzuchu i utrata masy ciała.
Nukleotyd 6-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 (CRP).
Obrazowanie	Badanie	Wykonywanie zdjęć lub generowanie obrazów części ciała z wykorzystaniem różnych technik, takich jak promieniowanie rentgenowskie (RTG), ultradźwięki (USG), tomografia komputerowa (TK) lub rezonans magnetyczny (MR). Techniki obrazowania są często stosowane do oceny, która część ciała została zaatakowana przez NZJ.
Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI)	Badanie	Badanie wykorzystujące fale magnetyczne do rejestrowania obrazów diagnostycznych różnych części organizmu. Nie wiąże się z napromienianiem.
Nadzór onkologiczny	Badanie	Procedura polegająca na regularnej ocenie stanu pacjenta z NZJ, najczęściej z wykorzystaniem badania endoskopowego, aby sprawdzić, czy nie pojawiły się zmiany przednowotworowe lub nie rozwinął się nowotwór jelita. Nadzór ten jest bardzo ważny, ponieważ pacjenci z NZJ są bardziej narażeni na rozwój nowotworu jelita.
Odbytnica	Część ciała	Końcowa część jelita grubego zakończona odbytem.
Ogólnoustrojowy	Lek	Lek ogólnoustrojowy (systemowy) oddziałuje na cały organizm. Działa odmiennie od leku miejscowego, który działa tylko w miejscu podania i

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		nie przenika do innych części ciała.
Osiowe zapalenie stawów	Choroba związana z NZJ	Choroba stawu/stawów, która może dotyczyć kręgosłupa i stawów biodrowo-krzyżowych.
Osteopenia	Choroba	Osłabienie kości, ubytek masy kostnej, ale w stopniu zbyt małym, aby zdiagnozować <u>osteoporozę</u> .
Osteoporoza	Choroba	Stan chorobowy, w którym kości ulegają osłabieniu (ubytek masy kostnej, zmniejszenie gęstości kości), przez co wzrasta ryzyko złamań.
p-ANCA	Badanie	Skrót od angielskiej nazwy przeciwciał przeciw cytoplazmie neutrofilów, które są wykrywane we krwi.
Piodermia zgorzelinowa	Choroba	Zapalenie skóry, powodujące bolesne owrzodzenia, o podłożu autoimmunologicznym a nie zakażeniem., Czasami występujące u pacjentów z NZJ.
Płodna/y	Inne	Osoba, która fizycznie zdolna jest do posiadania potomstwa.
Ferrytyna w surowicy	Badanie	Stężenie ferrytyny w surowicy określa ilość żelaza zmagazynowanego w organizmie.
Hemoglobina	Badanie	Białko odpowiedzialne za przenoszenie tlenu we krwi. Niski poziom hemoglobiny we krwi wskazuje na <u>niedokrwistość</u> .
Przetoka	Powikłanie choroby Crohna	Nienaturalne połączenie między jelitem a skórą lub między jelitem a innym organem tworzące się na skutek głębokich, penetrujących owrzodzeń. Pojedyncze przetoki obejmują jedno połączenie; złożone przetoki mogą obejmować więcej rozgałęzionych połączeń. Choroba Crohna z przetokami jest jedną z postaci tej choroby.
Remisja	Opis choroby	Stan w którym choroba jest nieaktywna, pozostaje w uśpieniu; jest przeciwieństwem terminów „zaostření” lub „nawrót”, które są stosowane do opisu osób z aktywną chorobą.
Resekcja	Zabieg chirurgiczny	Operacyjne usunięcie całości lub części organu lub innej części ciała.
Ropień, wrzód	Powikłanie choroby Crohna	Zamknięte nagromadzenie płynnej tkanki, zwanej ropą, gdzieś w organizmie. Jest to efekt reakcji obronnej organizmu na ciało obce lub zakażenie.
Rozległe zapalenie jelita grubego	Opis choroby	WZJG obejmujące całe jelito grube – pancolitis.
Rumień guzowaty	Choroba związana z NZJ	Stan zapalny skóry i tkanki podskórnej objawiający się czerwonymi bolesnymi guzami najczęściej na przedniej stronie podudzi.
Serologia	Badanie	Badanie krwi lub innych płynów ustrojowych. Zazwyczaj wykorzystywane do stwierdzenia obecności przeciwciał w surowicy krwi.
Serologiczny	Badanie	Badania serologiczne dotyczą surowicy i innych płynów ustrojowych. Zazwyczaj są stosowane do diagnostyki obecności przeciwciał w surowicy.

Seton	Zabieg chirurgiczny	Nitka chirurgiczna zapobiegająca zamknięciu przetoki umieszczona w celu zapobieżenia nagromadzeniu się ropy.
Sigmoidoskopia	Badanie	Badanie podobne do <u>kolonoskopii</u> , lecz obejmuje tylko końcową część jelita grubego w przeciwieństwie do całego jelita grubego badanego w kolonoskopii.
Stenoza	Choroba	Zwężenie światła jelita w stopniu wystarczającym do wywołania dyskomfortu pacjenta.
Steroidy, sterydy, kortykosteroidy	Lek	Grupa leków często stosowanych w leczeniu NZJ o działaniu immunosupresyjnym. Mogą być podawane miejscowo lub ogólnoustrojowo. Ze względu na wiele działań niepożądanych, ich stosowanie powinno być ograniczone do niezbędnego minimum.
Stolec	Inne	Stolec jest efektem wydalania – inaczej ekskrementy.
Stopniowo odstawiany	Lek	Jeśli lek jest odstawiany stopniowo, gdy jego podawanie nie jest przerywane z dnia na dzień, a jego dawka jest zmniejszana według ściśle określonego schematu. Jest to procedura wymagana w przypadku steroidów, ponieważ ich nagłe odstawienie może wywołać poważne efekty uboczne.
Sulfasalazyna	Lek	Lek stosowany w leczeniu NZJ. Składa się z dwóch części – <u>kwasy 5-aminosalicylowego</u> , będącego substancją aktywną, oraz sulfapirydyny. Sulfasalazyna jest rozkładana przez bakterie w jelicie grubym i dostarcza tam kwas 5-aminosalicyłowy.
Keratolityczny środek	Lek	Substancje złuszczone stosowane do usuwania naskórka, brodawek i innych zmian skórnych.
Takrolimus	Lek	Lek immunosupresyjny podobny do cyklosporyny, który może być podawany doustnie w leczeniu WZJG.
Terapia ratunkowa	Leczenie	Leczenie stosowane, gdy wszystkie konwencjonalne sposoby leczenia zawiodły i jest to ostatnia szansa na odzyskanie kontroli nad przebiegiem choroby.
Tiopuryny	Lek	Leki immunosupresyjne. Azatiopryna (AZA) i merkaptopuryna (6-MP) są najczęściej stosowane w leczeniu NZJ.
Tomografia komputerowa (TK)	Badanie	Obrazowanie z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego, wykonywana w urządzeniu do skanowania, pozwalające na utworzenie obrazów dwu- i trójwymiarowych badanych narządów.
USG	Badanie	Obrazowania wykorzystująca fale dźwiękowe (ultradźwięki) do badania tkanek i organów ciała.
VSL#3	Lek	Mieszanina probiotycznych szczepów bakterii, które po podaniu w odpowiedniej dawce korzystnie oddziałują na stan zdrowia pacjenta. Stosowanie VLS#3 (Vivomix) w leczeniu zapalenia zbiornika



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		jelitowego ma potwierdzenie w badaniach klinicznych.
Wedolizumab	Lek	Lek biologiczny (wytwarzany biotechnologicznie) stosowany w leczeniu NZJ podawany dożylnie.
WZJG – Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	Opis choroby	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest jednym z nieswoistych zapaleń jelita – NZJ.
T-score	Badanie	Wskaźnik T-score jest miarą gęstości kości.
Wskaźniki aktywności choroby	Badanie	Wskaźnik określający aktywność choroby w oparciu o objawy kliniczne oraz określone badania (np. wygląd jelita w <u>badaniu endoskopowym</u> ). Zazwyczaj bardziej aktywnej chorobie odpowiadają wyższe wskaźniki. Jednym z przykładów może być wskaźnik aktywności wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (UCDAI) lub wskaźnik aktywności choroby Crohna (CAAI).
Wysycenie transferyny	Badanie	Wskaźnik potencjału wiązania żelaza w organizmie. Wartości 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 białaczek i chłoniaków.
Zasięg choroby	Opis choroby	Opisuje jaka część jelita została zaatakowana przez WZJG lub chorobę Crohna. Nie należy mylić tego pojęcia z aktywnością choroby, która opisuje jak głębokie i silne są zmiany zapalne. Zasięg choroby jest terminem przydatnym w podziale WZJG na zapalenie odbytnicy, lewostronne zapalenie jelita grubego i rozległe zapalenie jelita grubego, a w chorobie Crohna na zapalenie obejmującej jelito cienkie, jelito grube, czy górną część układu pokarmowego.
Zaostrzenie lub nawrót	Opis choroby	Stan aktywnej choroby, którego przeciwieństwem jest <u>remisja</u> . Zaostrzenie wiąże się z występowaniem objawów oraz stanu zapalnego w badaniach laboratoryjnych i/lub endoskopii.
Zapalenie stawów	Choroba	Objawia się bólem i opuchlizną stawów.
Zapalenie stawów obwodowych	Choroba	Zazwyczaj obejmuje 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.
Zapalenie zbiornika	Powikłanie	Zapalenie zbiornika jelitowego (zob. proktokolektomia z wytworzeniem zbiornika

jelitowego		jelitowego)
Proktokolektomia z wytworzeniem zbiornika jelitowego	Zabieg chirurgiczny	Zabieg chirurgiczny często wykonywany u pacjentów z WZJG, w ramach którego, po usunięciu jelita grubego, koniec jelita cienkiego jest przekształcany w zbiornik (j-pouch) połączony z odbytem. Zbiornik ten pełni rolę jelita grubego.
Zespolenie krętniczko-odbytnicze	Zabieg chirurgiczny	Zabieg chirurgiczny, w którym zachowana jest odbytnica, z którą połączone zostaje jelito kręte. Różni się od zespolenia jelitowego z wytworzeniem zbiornika, w którym odbytnica jest usuwana.
Zespół jelita drażliwego	Choroba	Częsta dolegliwość z objawami podobnymi do NZJ, lecz bez stanu zapalnego (ang. IBS).
Zespół złego wchłaniania	Powikłanie choroby Crohna	Nieprawidłowe wchłanianie substancji odżywczych w układzie pokarmowym.
Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	Choroba związana z NZJ	Przewlekłe zapalenie stawów obejmujące głównie kręgosłup i powodującego ból oraz sztywność pleców w okolicy krzyżowej, postępujący do klatki piersiowej i szyi.
Złamanie	Inne	Jest to złamanie kości spowodowane pojedynczym zdarzeniem lub ciągłym obciążeniem kości.
Zorientowany na pacjenta	Inne	Opieka zorientowana na pacjenta obejmuje zapewnienie, że jego indywidualne potrzeby są uwzględniane i zaspokajane oraz, że wszelkie decyzje kliniczne są zgodne z preferencjami pacjenta.
Zrosty	Powikłanie po operacji	Jelita sklezione razem lub z innymi częściami ciała powstają w wyniku zabiegu chirurgicznego lub 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	Zmniejszenie światła jelita wystarczająco duże, aby wywołać dyskomfort u pacjenta.