

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Crohn's Disease (CD)



European
Crohn's and Colitis
Organisation



United We Stand

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



ECCO-EFCCA Smjernice za oboljele od Crohnove bolesti (CD)

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

* Ovi autori dali su jednaki doprinos kao prvopotpisani autori

** Ovi autori dali su jednaki doprinos kao drugopotpisani autori

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

Organizacijska i srodna društva: European Crohn's and Colitis Organisation, Ungargasse 6/13, 1030 Beč, Austrija; European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, Rue Des Chartreux, 33-35 Brisel B 1000 Belgija

Zahvala

ECCO i EFCCA žele zahvaliti svima koji su pridonijeli izradi ECCO-EFFCA Smjernica za bolesnike. ECCO i EFCCA željeli bi odati priznanje autorima medicinskih tekstova Sanni Lonnfors i Andrewu McCombieu za značajan doprinos ECCO-EFCCA Smjernicama za bolesnike.

Politika poboljšanja dostupnosti informacija

ECCO-EFCCA Smjernice za bolesnike temelje se na ECCO kliničkim smjernicama za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis. Za pristup ECCO kliničkim smjernicama molimo slijedite ovu poveznicu: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

Molimo slobodno dalje širite ECCO-EFCCA Smjernice za bolesnike. Molimo vodite računa da je za bilo kakav prijevod ECCO-EFCCA Smjernica za bolesnike potrebno odobrenje od

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



strane udruga ECCO i EFCCA.

Ograničenje odgovornosti

ECCO-EFCCA Smjernice za bolesnike trebaju olakšati edukaciju i jačanje položaja bolesnika, a svrha im je pružiti vodstvo o najboljim postupcima liječenja na razini Europe. Stoga, neke se preporuke mogu razlikovati na nacionalnoj razini budući da ponuđeno liječenje varira od države do države. Bilo kakve odluke o liječenju stvar su pojedinog liječnika i ne smiju se isključivo temeljiti na sadržaju ECCO-EFCCA Smjernica za bolesnike. Europska organizacija za Crohnovu bolest i kolitis, Europska federacija za Crohnovu bolest i kolitis i/ili bilo koji njihov član osoblja i/ili bilo koji suradnik na smjernicama ne mogu se smatrati odgovornima ni za koju informaciju objavljenu u dobroj vjeri u ECCO-EFCCA Smjernicama za bolesnike.

ECCO politika za sprječavanje sukoba interesa

ECCO se brižno pridržavao politike o objavljivanju mogućih sukoba interesa. Izjava o sprječavanju sukoba interesa temelji se na obrascu koji koristi International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Izjava o sprječavanju sukoba interesa nije pohranjena samo u ECCO uredu i uredu urednika JCC-a, nego je također otvorena javnoj kontroli na ECCO web stranicama (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>) te time pruža sveobuhvatan pregled mogućih sukoba interesa autora.

Uvod

Crohnova bolest i ulcerozni kolitis, skraćeno CD (eng. Crohn's Disease), odnosno UC (eng. Ulcerative Colitis), ubrajaju se u skupinu kroničnih upalnih crijevnih bolesti koje nazivamo upalne bolesti crijeva (eng. Inflammatory Bowel Disease, IBD). IBD su imunološke bolesti, koje se razvijaju kod bolesnika s genetskom predispozicijom kad su izloženi utjecaju određenih, ali još neidentificiranih faktora u okolišu.

Ove smjernice pružaju informacije o dijagnozi i liječenju CD-a. Izraz CD koristi se u cijelom ovom dokumentu. Dokument se temelji na međunarodnim smjernicama o Crohnoj bolesti koje su razvijene temeljitim procesom i suradnjom vodećih europskih liječnika specijalista te procjenom svih vodećih dokaza za najbolje liječenje oboljelih od CD-a tako da oni mogu lakše razumjeti kojim postupcima medicinsko osoblje najbolje dijagnosticira i liječi CD. Mnogi izrazi su podcrtani; oni se pojavljuju u rječniku pojmova koji vam pomaže u boljem razumijevanju ovih smjernica. Ako trebate informacije o UC-u, možete pogledati Smjernice za oboljele od ulceroznog kolitisa koje su izrađene istovremeno.

CD je bolest koja pogađa tanko i debelo crijevo, a rjeđe i druge dijelove gastrointestinalnog trakta. Također može zahvatiti različite organe i tkiva izvan crijeva, najčešće kožu, zglobove i oči.

CD najčešće zahvaća završni dio tankog crijeva i debelo crijevo. Međutim, CD može zahvatiti bilo koji dio cijelog gastrointestinalnog trakta, od usta pa sve do anusa. Upala crijeva obično je 'diskontinuirana' i područja zahvaćena upalom ('segmenti oboljelog crijeva') izmjenjuju se sa zdravim dijelovima crijeva ('diskontinuirane lezije'). Ovisno o težini upale, unutrašnji sloj sjenke crijeva ('sluznica') može izgledati crveno

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



('eritematozno') i otečeno ('edematozno') s čirevima različitog oblika i veličine (aftozni, površinski, duboki, uzdužni) i sluznica može izgledati 'kaldrmasto'. Ove lezije zahvaćaju cijelu debljinu stjenke crijeva i mogu dovesti do komplikacija kao što su stenoza lumena i/ili prodiranje, rezultat čega može biti nastanak apscesa (difuzija sadržaja lumena crijeva u trbušnu šupljinu) ili fistula (kanala koji povezuju i cijede sadržaj lumena crijeva na kožu ili susjedne organe kao što su mokraćni mjehur ili druge vijuge crijeva). Osim toga, kod značajnog broja oboljelih, CD može zahvatiti razne dijelove tijela izvan crijeva, najčešće kožu, zglobove i oči. Ove ekstraintestinalne manifestacije mogu se javiti prije razvoja tipičnih simptoma CD-a u crijevima (vidi u nastavku) i ponekad uzrokuju više problema i teže se liječe nego simptomi u crijevima.

Budući da je CD poliformna bolest, lezije u crijevu moraju se mapirati odgovarajućim dijagnostičkim pretragama i graduirati po težini u trenutku dijagnoze. Nadalje, budući da je CD doživotna neizlječiva bolest u ovom trenutku, cilj terapije je ublažiti upalu u crijevu i na mjestima izvan crijeva (ako je prisutna), očuvati funkciju crijeva, spriječiti komplikacije i omogućiti oboljelima normalnu kvalitetu osobnog, profesionalnog i društvenog života bez ograničenja sposobnosti. Terapijske intervencije uključuju prestanak pušenja, dijetni režim i različite lijekove koji se koriste samostalno ili u kombinaciji ovisno o lokalizaciji i težini bolesti.

Dijagnoza Crohnove bolesti (CD)

Simptomi CD-a

Simptomi CD-a mogu biti različiti. Oni često uključuju bol u trbuhu, gubitak težine i proljev u razdoblju dužem od četiri tjedna. Ako se ovi simptomi jave posebice kod mlađih bolesnika, liječnik treba razmotriti mogućnost da se radi o CD-u. Uobičajeni su opći simptomi osjećaja nelagode, umora, gubitka apetita ili povišene tjelesne temperature.

Simptomi se mogu javiti naglo i ponekad se CD pogrešno dijagnosticira kao akutni apendicitis. Simptomi također mogu biti slični sindromu iritabilnog crijeva (eng. irritable bowel syndrom, IBS). Prije dijagnoze, kod mnogih se bolesnika javlja bol u trbuhu i gubitak težine. Krv i sluz u stolici rjeđi su nego kod oboljelih od UC-a. Simptomi povezani s CD-om izvan crijeva, najčešće u zglobovima, mogu se pojaviti prije simptoma u crijevima.

Dijagnostičke pretrage

CD varira od bolesnika do bolesnika, ovisno o dobi u kojoj se bolest javila, lokalizaciji i tijeku bolesti.

Ne postoji jedinstveni test za dijagnosticiranje CD-a. Dijagnoza se postavlja kombinacijom procjene kliničkih simptoma, krvnih pretraga, nalaza slikovne dijagnostike, endoskopije i histološke procjene biopsija crijeva (izrazi objašnjeni u rječniku pojmova). U ovom trenutku se ne preporučuju genetski testovi za rutinsku dijagnozu CD-a.



Bolesnikova anamneza

Vaš liječnik treba vam postaviti puno detaljnih pitanja, primjerice kad su se simptomi prvi puta pojavili, jeste li nedavno bili na putovanju, jeste li osjetljivi na određenu vrstu hrane, uzimate li ili ste prije uzimali lijekove (uklj. antibiotike i nesteroidne protuupalne lijekove, protuupalne lijekove i lijekove protiv bolova kao što su aspirin, ibuprofen ili diklofenak) ili ste bili podvrgnuti apendektomiji. Liječnik treba obratiti posebnu pozornost na dobro poznate faktore rizika za CD kao što su pušenje, oboljeli od CD-a u obitelji i nedavna infekcija probavnog trakta.

Pušenje, obiteljska anamneza IBD-a i apendektomija u ranijem životu faktori su rizika za razvoj CD-a. Bakterijska ili virusna infekcija želuca ili crijeva povećava rizik od razvoja CD-a. Studije o nesteroidnim protuupalnim lijekovima kao faktoru rizika imaju manje konzistentne rezultate.

Simptomi CD-a koji nisu povezani sa crijevima (ekstraintestinalni simptomi)

Postoje brojni simptomi koji se mogu javiti kod CD-a, ali nisu svi izravno povezani sa crijevima. Kao što je prije spomenuto, CD također može zahvatiti razne organe i tkiva izvan crijeva.

Vaš liječnik vas treba pitati imate li simptome noću i simptome i/ili znakove bolesti izvan crijeva (na primjer u ustima, na koži, na očima ili zglobovima), apscese oko anusa ili analnu ragadu (odnosno pukotinu na koži). Opći pregled trebao bi uključiti sljedeće:

- opće zdravstveno stanje
- puls
- krvni tlak
- tjelesnu temperaturu
- osjetljivost ili oteklinu u trbuhu
- kvрге koje možete osjetiti
- perineum (područje između anusa i spolnih organa) i usta
- rektalni pregled prstom
- mjerenje indeksa tjelesne mase

Fizikalni pregled i laboratorijske pretrage

Vaš liječnik treba tražiti znakove akutne i/ili kronične upale, anemije, dehidracije te znakove pothranjenosti ili malapsorpcije. Rane laboratorijske pretrage trebaju uključiti CRP i kompletnu krvnu sliku. Drugi pokazatelji upale kao što su fekalni kalprotektin ili SE, također se mogu koristiti. U nekim situacijama, liječnik također treba zatražiti pretrage za infektivni proljev, uključujući onaj koji uzrokuje Clostridium difficile. Daljnje pretrage stolice mogu biti potrebne, posebice ako ste putovali u inozemstvo.

Anemija i trombocitoza (kad tijelo proizvodi previše trombocita ili krvnih pločica) najčešći su nalazi CD-a u krvi. CRP i SE pokazuju je li prisutna upala; CRP se uvelike poklapa s aktivnošću bolesti dok je SE manje precizna. Fekalni kalprotektin ima dobru korelaciju s aktivnošću bolesti u crijevima.

Međutim, nijedna od ovih pretraga nije dovoljno specifična za postavljanje dijagnoze CD-a ili razlikovanje od UC-a.



Endoskopija

Ako liječnik sumnja na CD, za postavljanje dijagnoze nužno je provesti ileokolonoskopiju i uzeti biopsije iz završnog dijela tankog crijeva i svakog segmenta kolona kako bi se učinila mikroskopska potvrda za CD. Bez obzira na nalaze, preporučuju se daljnje pretrage kako bi se ustanovila lokalizacija i proširenost CD-a u tankom crijevu. Nije jasno definirano treba li endoskopija gornjeg probavnog trakta kroz usta biti rutinska metoda kod odraslih bolesnika koji nemaju simptoma.

Kolonoskopija s uzimanjem biopsija prvi je postupak za dijagnosticiranje upale u kolonu. Kod većine kolonoskopija, biopsije se također mogu uzeti iz tankog crijeva. Endoskopski znakovi CD-a uključuju diskontinuiranu, mjestimičnu upalu, analne lezije i kaldrnasti izgled stjenke crijeva. Težina CD-a u kolonu može se dobro procijeniti kolonoskopijom, ali ako se CD javlja na završnom dijelu tankog crijeva, ileoskopsija u kombinaciji s tehnikama slikovne dijagnostike učinkovitija je za postavljanje dijagnoze. Samo tehnike slikovne dijagnostike kao što su CT ili MR ne mogu definitivno dijagnosticirati CD.

Slikovne pretrage

Slikovne pretrage crijeva (MR i CT) te ultrazvuk abdomena nadopunjuju nalaze endoskopije. Slikovne pretrage pomažu detektirati i odrediti proširenost upale, opstrukcije i fistule uzrokovane CD-om. Treba uzeti u obzir izlaganje zračenju, posebno kad se tehnike odabiru za praćenje tijekom bolesti. Budući da klasične radiološke pretrage s barijem (odnosno kontrastnim sredstvom) imaju lošiju kvalitetu i znatno veće zračenje, trebaju se odabrati druge metode ukoliko su dostupne.

CT i MR su trenutačni standardi za procjenu promjena na tankom crijevu. Obje metode mogu pokazati proširenost i aktivnost CD-a na temelju debljine stjenke crijeva, edema i ulceracija. Obje su slične točnosti, ali je CT lakše dostupan i manje vremenski zahtjevan od MR-a. Međutim, budući da CT podrazumijeva zračenje, potrebno je razmisliti o MR-u tamo gdje je moguće.

Ultrazvuk abdomena može pružiti informacije o aktivnosti i lokalizaciji bolesti posebice u tankom crijevu. Osim toga, široko je dostupan i nije skup te ne izlaže bolesnika zračenju. Međutim, duboko postavljeni segmenti crijeva teško su vidljivi pa nalaz može ovisiti o interpretaciji osobe koja obavlja pretragu.

Endoskopija tankog crijeva

Endoskopija tankog crijeva kapsulom (eng. small bowel capsule endoscopy, SBCE) treba se razmotriti kad su ileokolonoskopija i slikovne pretrage bile negativne, ali vaš liječnik i dalje jako sumnja na CD. U takvom slučaju, SBCE će s visokom točnošću isključiti CD. Ekspertni endoskopičar će učiniti pregled enteroskopom (enteroskopskim aparatom) ako je potrebna biopsija. Ovaj postupak se također može koristiti kad je potrebna endoskopska terapija kao što je dilatacija (proširenje lumena) striktura, vađenje zaostale video kapsule ili liječenje krvarenja.

SBCE je nova metoda koja liječniku omogućava izravan uvid u lezije tankog crijeva koje se možda ne vide kolonoskopskim ili slikovnim pretragama. To je učinkovit dijagnostički alat kod CD-a u tankom crijevu, ali se ne može koristiti ako bolesnik ima opstrukciju crijeva, strikture ili fistule, implantirane elektromedicinske uređaje (npr. elektrostimulatore srca) ili poremećaje gutanja



Endoskopske biopsije

Za pouzdanu dijagnozu CD-a potrebno je uzeti biopsije. Trebaju biti uzete barem dvije biopsije s pet lokacija duž kolona (uključujući rektum) i iz završnog dijela tankog crijeva.

Analiza serije biopsija iz cijelog kolona pruža najpouzdaniju dijagnozu za CD. Uzorke biopsije treba uzeti kako iz zahvaćenih, tako i iz nezahvaćenih područja. Tijekom kontrolnih pregleda, za potvrdu dijagnoze dovoljan je manji broj biopsija, a tijekom kontrola nakon kirurškog zahvata uzorke za biopsiju treba uzeti kad se sumnja na recidiv. Ako postoji sumnja na CD, kod bolesnika s ileoanalnim rezervoarom (J-pouch) potrebno je napraviti biopsije dovodne vijuge crijeva (odnosno dijela tankog crijeva koji završava u rezervoaru). Ako postoji sumnja na rane stadije raka, potrebno je uzeti više biopsija.

Predviđanje tijeka bolesti

Klinički faktori prilikom dijagnoze i/ili endoskopski nalazi mogu predvidjeti tijek CD-a. To treba uzeti u obzir prilikom donošenja odluke o tome koju terapiju koristiti.

Studije sugeriraju da sljedeći faktori predviđaju razvoj teže bolesti u roku od pet godina nakon dijagnoze:

- perianalne lezije,
- bolest na završnom dijelu tankog crijeva i na početnom dijelu kolona,
- niža dob prilikom dijagnoze, i/ili
- potreba za steroidnim liječenjem prvog napada,
- prisustvo dubokih ulkusa.

Postoje sve veći dokazi da rano intenzivno liječenje imunomodulatorima i/ili biološkim lijekovima može potaknuti zacjeljivanje sluznice i ranu kontinuiranu remisiju bez steroida. Međutim, ranu intenzivnu terapiju treba razmotriti samo u teškim slučajevima zbog rizika koje sa sobom donosi imunosupresivna terapija.

Praćenje aktivnosti bolesti i uspješnost liječenja

CRP i pokazatelji u stolici (kao što su fekalni kalprotektin ili laktoferin) koriste se kao parametri upale i predstavljaju pomoć u odluci za terapiju. Oni se također mogu kratkoročno koristiti za praćenje i za predviđanje relapsa. Fekalni kalprotektin također može pomoći u razlikovanju između CD-a i sindroma iritabilnog crijeva (IBS).

Endoskopija se još uvijek smatra standardnim načinom evaluacije cijeljenja u crijevu, ali je invazivna i skupa. Fekalni kalprotektin i laktoferin se lakše mjere. Oba pokazuju crijevnu upalu bilo kojeg uzroka, mogu vrlo dobro predvidjeti aktivan CD i bolji su za mjerenje specifične crijevne upale od razina CRP-a.

Medikamentozno liječenje aktivne Crohnove bolesti uključujući alternativne terapije

Opća razmatranja

Prisutnost aktivne upale uzrokovane CD-om treba se potvrditi prije početka ili promjene medikamentozne terapije.

Plan liječenja CD-a treba uzeti u obzir aktivnost bolesti, lokaciju i ponašanje te ga uvijek treba prodiskutirati s bolesnikom. Ponekad, posebice u teškim slučajevima, odluke o liječenju trebaju se donijeti bez potpunog saznanja koliko se zapravo bolest proširila.



Liječnici možda neće uvijek biti u mogućnosti klinički procijeniti aktivnost bolesti pa se objektivni pokazatelji (npr. biopsije, fekalni kalprotektin) aktivnosti bolesti trebaju dobiti različitim pretragama prije početka ili promjene terapije.

Prilikom odlučivanja o odgovarajućoj terapiji, potrebno je uzeti u obzir ravnotežu između potentnosti lijeka i mogućih nuspojava, prethodnu uspješnost terapije te moguće komplikacije ili prisustvo vancrijevnih manifestacija.

Umjereno aktivni CD

Umjereno aktivni CD, lokaliziran na završnom dijelu tankog crijeva i početnom dijelu kolona, treba se liječiti budesonidom ili sistemskim kortikosteroidima kao što su prednizolon ili metil-prednizolon. Anti-TNF terapija treba se koristiti kod bolesnika koji prije nisu reagirali na steroidne ili ih bolesnik ne podnosi. Za bolesnike s rijetkim relapsima bolesti, primjereno je ponovno davanje steroida zajedno s imunosupresivima. Kod bolesnika koji ne reagiraju na steroidne i/ili anti-TNF, prikladna je opcija vedolizumab.

Budesonid i prednizolon su odgovarajuće inicijalne terapije za umjereno aktivni CD. Prednizolon je vrlo učinkovit i manje skup, ali obično uzrokuje više nuspojava od budesonida. Međutim, izlaganje kortikosteroidima bi se prilikom liječenja CD-a trebalo smanjiti na minimum jer nisu učinkoviti u održavanju remisije.

Terapija steroidima može se učinkovito minimalizirati ranom primjenom anti-TNF terapije. Određene skupine bolesnika, poput onih koji su ovisni o steroidima ili na njih ne reagiraju, mogu imati učinkovitiji terapijski odgovor na anti-TNF lijekove.

Kod bolesnika u ranim fazama bolesti, ustanovljeno je da je za postizanje i održavanje remisije kombinacija infliksimaba i azatioprina učinkovitija od samostalne terapije infliksimabom.

Teški aktivni CD

Teški aktivni CD lokaliziran na završnom dijelu tankog crijeva i početnom dijelu kolona, prvo se treba liječiti sistemskim kortikosteroidima. Anti-TNF terapija pogodna je za one, kod kojih se javio relaps. Kod bolesnika koji ne reagiraju na steroidne i/ili anti-TNF, prikladna je opcija vedolizumab. Za neke bolesnike, kod kojih se relaps rijetko javlja, mogu se ponovno propisati steroidi s imunosupresivima. S bolesnicima, koji nemaju terapijski odgovor na medikamentozno liječenje, treba razmotriti opciju operativnog zahvata.

Iako se prednizolon ili intravenozni hidrokortizon i dalje koriste kao inicijalna terapija za teški CD na završnom dijelu tankog crijeva, posljednjih godina snižen je prag za početak anti-TNF terapije kod bolesnika s pokazateljima teškog fenotipa bolesti i lošom prognozom. Studije su pokazale da kontinuirano liječenje anti-TNF lijekovima infliksimabom ili adalimumabom smanjuje rizik od operacije i hospitalizacije kod CD-a.

Anti-TNF terapija često se koristi za bolesnike koji ne reagiraju na inicijalnu terapiju i koji nisu kandidati za operaciju. Ako je CD lokaliziran u završnom dijelu tankog crijeva i početnom dijelu kolona, lakše će se indicirati operacijski zahvat nego u slučaju kad je bolest prisutna na drugom dijelu crijeva, posebice na tankom crijevu. Ekstenzivan ili ponavljani gubitak tankog crijeva može uzrokovati pothranjenost. Neki stručnjaci smatraju da je operacija bolji izbor od anti-TNF terapije za bolest na završnom dijelu tankog i početnom dijelu debelog crijeva, dok će drugi odabrati operaciju ako medikamentozna terapija ne djeluje dovoljno brzo ili uzrokuje teške nuspojave.



CD u kolonu

Aktivni CD u kolonu treba se liječiti sistemskim kortikosteroidima. Za one, kod kojih se javio relaps, tiopurini, liječenje anti-TNF lijekovima ili vedolizumab su odgovarajuće opcije. Kod bolesnika koji ne reagiraju na prvu terapiju anti-TNF lijekovima, prikladan izbor može biti vedolizumab.

Aktivni, teški CD u kolonu lakše se i ranije potvrđuje nego u tankom crijevu. To bi mogao biti razlog zašto CD u kolonu naizgled brže reagira na anti-TNF terapiju od CD-a u tankom crijevu. Sistemski kortikosteroidi, kao što su prednizolon, su učinkoviti, dok budesonid nema učinka prilikom liječenja CD-a u kolonu.

Ako bolesnici ne reagiraju ili izgube terapijski odgovor na anti-TNF terapiju ili terapiju vedolizumabom, obično se razmatra operacija. No, operaciju treba razmotriti i kad god se započinje ili mijenja imunosupresivna terapija.

Prošireni CD

Prošireni CD u tankom crijevu prvo se treba liječiti sistemskim kortikosteroidima. Također bi trebalo procijeniti rano liječenje anti-TNF lijekovima. Za teško oboljele koji su imali relaps, pogodna je terapija bazirana na anti-TNF lijekovima.

Posljedice kontinuirane crijevne upale, kao što su pothranjenost, razvoj striktura i opstrukcije crijeva teže su kod proširenog CD-a u usporedbi s lokaliziranom bolešću u tankom crijevu. Stoga se liječenje steroidima u kombinaciji s ranim započinjanjem terapije imunomodulatorima smatra odgovarajućim kod ovih bolesnika.

Imunosupresivna terapija

Rano liječenje imunosupresivima čini se najpogodnijim za bolesnike čiji znakovi i simptomi ukazuju na lošiji tijek bolesti. Rano liječenje anti-TNF lijekovima trebalo bi primijeniti kod bolesnika s vrlo aktivnom bolešću čiji znakovi i simptomi ukazuju na lošiji tijek bolesti.

Više studija je pokazalo da je anti-TNF terapija učinkovitija kad se s njom krene u ranoj fazi bolesti, posebice kod bolesnika s određenim faktorima rizika za lošiji tijek bolesti. Takvi faktori rizika uključuju proširenu bolest, mlađu dob u trenutku dijagnoze, inicijalnu potrebu za steroidnom terapijom i perianalnu bolest.

Svi, u ovom trenutku dostupni anti-TNF lijekovi čine se podjednako učinkovitim za liječenje intraluminalnog CD-a. Također imaju slične nuspojave. Odabir terapije ovisi o dostupnosti, o tome kako se lijek aplicira, o preferencijama bolesnika i cijeni.

Primarni izostanak odgovora na terapiju koja se bazira na anti-TNF lijekovima treba se utvrditi unutar 12 tjedana.

Nakon 12 tjedana neadekvatnog odgovora na terapiju, mala je vjerojatnost da će doći do pozitivnog terapijskog učinka te je kod bolesnika potrebno primijeniti novi terapijski režim kojim bi se inducirala remisija.

Prilikom liječenja imunosupresivima, uključujući anti-TNF lijekove, javlja se rizik od teških infekcija. Taj rizik se treba uzeti u obzir.

Svi imunosupresivi, uključujući steroide, tiopurine, metotreksat i anti-TNF lijekove,



smanjuju aktivnost bolesti i sposobnost imunološkog sustava. To može povećati rizik od raznih infekcija koje mogu uzrokovati teške ili čak smrtonosne bolesti. Kombinirana terapija više od jednog imunosupresiva značajno povećava rizik od infekcija. Stoga bi se dugotrajna kombinirana imunosupresivna terapija trebala izbjegavati kad god je to moguće. S druge strane, ta je terapija pokazala veću potentnost te može biti potrebna posebice kod teške bolesti.

Komplementarna i alternativna medicina

Liječnik treba pitati bolesnika koristi li komplementarnu ili alternativnu medicinu. Nema znanstvenog dokaza da ovi proizvodi djeluju, a ima ih velik broj i mogu biti skupi. Ako ih zaista želite isprobati, prvo trebate o tome porazgovarati sa svojim liječnikom.

Korištenje komplementarne i alternativne medicine (eng. complementary and alternative medicine, CAM) uobičajeno je kod oboljelih od IBD-a. Komplementarne terapije koriste se uz tradicionalnu medicinu, dok se alternativne terapije koriste umjesto tradicionalne medicine. Znanstveni dokazi o učinkovitosti i sigurnosti CAM terapija su nedovoljni/ograničeni pa gastroenterolozi teško mogu bolesnicima pružiti adekvatne informacije. Osim toga, postoji čitav niz različitih proizvoda koji mogu biti skupi. Zbog tog razloga, ako ih zaista želite isprobati ili odustajete od klasične medicine u korist CAM-a, prvo zamolite svog liječnika za savjet o korištenju takvih terapija. Budući da oboljeli od IBD-a često pate od pothranjenosti, prehrana se može smatrati vrlo važnom komplementarnom terapijom.

Održavanje remisije

Opća razmatranja

Ako ste se sistemskim kortikosteroidima uspjeli riješiti simptoma (dakle postigli ste remisiju), treba razmisliti o liječenju tiopurinima ili metotreksatom. Neki bolesnici mogu ostati u remisiji bez ikakvog liječenja.

Budući da neki bolesnici mogu ostati u remisiji bez ikakvog liječenja, neuzimanje terapije jedna je od opcija za te bolesnike.

Steroidi se ne smiju koristiti za održavanje remisije bolesti jer se pokazalo da uzrokuju brojne nuspojave i nisu učinkoviti za održavanje remisije u dopustivoj dozi.

Postoje samo ograničeni dokazi da je mesalazin koristan za održavanje medikamentozno inducirane remisije. Neki smatraju da nakon prve manifestacije bolesti nije potrebna terapija za održavanje remisije. Uzimajući u obzir visoki rizik od relapsa i ovisnost o steroidima te veću učinkovitost kad se uvede rano, azatioprin se smatra najboljim izborom ako je remisija postignuta sistemskim steroidima. Merkaptopurin se može isprobati kod bolesnika koji ne podnose azatioprin osim ako azatioprin nije uzrokovao pankreatitis ili citopeniju (smanjenje broja krvnih stanica). Metotreksat se također može koristiti, posebice kod bolesnika koji ne podnose tiopurine.

Ako dođe do relapsa, potrebno je razmisliti o pojačanju terapije održavanja kako bi se spriječilo pogoršanje bolesti. Operacija je uvijek jedna od mogućnosti za bolesnike s lokaliziranom bolešću.

Ako dođe do relapsa, treba razmisliti o liječenju azatioprinom. Kortikosteroidi (uključujući budesonid) nisu učinkoviti ili prikladni za održavanje remisije, a dugoročna uporaba kortikosteroida često uzrokuje neprihvatljive nuspojave, posebice osteoporozu (gubitak koštane mase) i kasnije frakture, ali također sivu mreću i glaukom.



Održavanje remisije kod proširene bolesti

Ako imate proširenu bolest, preporučuje se terapija tiopurinima kako bi se spriječio njezino pogoršanje. Ukoliko je bolest agresivna ili teška, ili ako je prognoza bolesti loša, treba razmotriti liječenje anti-TNF lijekovima.

Uzimajući u obzir rizik od relapsa i višu stopu uspjeha kad se uvede rano, azatioprin je preporučena terapija za bolesnike s proširenom Crohnovom bolesti.

Steroid-ovisni CD

Bolesnici, koji se još nisu liječili imunosupresivima i kojima trebaju kortikosteroidi da bi zadržali stanje bez simptoma, (odnosno da bi ostali u remisiji), trebaju se liječiti tiopurinom, metotreksatom ili anti-TNF lijekom. U obzir također dolazi operacija.

Imunosupresivi (azatioprin/merkaptopurin, metotreksat) su učinkoviti u liječenju steroid-ovisnog CD-a. Resekcija ileuma je alternativa za određene bolesnike s lokaliziranom bolešću. Vrlo učinkovit pristup u sprječavanju potrebe za steroidima je rana terapija anti-TNF lijekovima. Bolesnici ovisni o steroidima mogu imati veći benefit od ranog početka anti-TNF terapije. Ustanovljeno je da je kombinirano liječenje infliksimabom i azatioprinom učinkovitije od samog infliksimaba za održavanje remisije bez steroida kod bolesnika u ranoj fazi bolesti. Kod tih bolesnika također se može koristiti vedolizumab.

Neučinkovita terapija održavanja s tiopurinima (CD refraktoran na tiopurine)

Ako ste se liječili tiopurinima i došlo je do relapsa, liječnik treba procijeniti jeste li slijedili dogovoreni plan liječenja. Također treba potražiti znakove upale. Optimiziranje doze može poboljšati terapijski odgovor. Ako je moguće, terapija se može zamijeniti metotreksatom ili anti-TNF lijekom. Operacija je uvijek jedna od opcija kad je riječ o lokaliziranoj bolesti.

Bolesnicima na azatioprinu ili merkaptopurinu, kod kojih dođe do relapsa na standardnim dozama za održavanje remisije, mogu se povećati doze sve dok krvne pretrage ne pokažu da su se bijele krvne stanice smanjile ili da su se razine 6-TGN (metabolit tiopurina koji se može mjeriti u krvi) povećale do odgovarajuće razine. Druge opcije su još metotreksat, anti-TNF terapija i vedolizumab.

Nastavak terapije održavanja

Ako se bolesnik, koji prije nije bio liječen, riješi simptoma (odnosno uđe u remisiju) kombinacijom anti-TNF lijeka i tiopurina, isti plan liječenja preporučuje se za terapiju održavanja. Za neke bolesnike opcija može biti i liječenje samo tiopurinima. Ako je remisija postignuta samo anti-TNF lijekovima, ta terapija se može nastaviti kao terapija održavanja. Ako je remisija postignuta vedolizumabom, bolesnik ga može nastaviti uzimati kao terapiju održavanja.

Trajanje terapije održavanja

Za bolesnike koji su u dugotrajnoj remisiji i koji kao terapiju održavanja uzimaju tiopurine, može se razmisliti o prestanku terapije ako nema znakova upale. Za trajanje liječenja metotreksatom nije moguće dati nikakve preporuke. Po potrebi može se razmotriti produženo liječenje anti-TNF lijekovima.

CD je doživotna bolest s epizodama remisije i različitih stupnjeva aktivnosti. Cilj terapije je postići i zadržati dugotrajnu remisiju. Ne postoji opći stav o



tome što se smatra dugotrajnom remisijom i raspoloživi su samo ograničeni podaci na temelju kojih se mogu dati preporuke o prekidu ili promjeni terapije, jer većina kontroliranih kliničkih studija ne prate bolesnike duže od 1-3 godine.

Jedna studija pokazala je povećanje mogućnosti relapsa 18 mjeseci nakon prestanka terapije kod bolesnika koji su se liječili azatioprinom tri i pol godine u usporedbi s onima koji su nastavili s terapijom (relaps 21% naspram 8%). Ista studija provela je dugotrajno praćenje te je pokazala da je 53% bolesnika, kod kojih je prekinuta terapija azatioprina, doživjelo relaps nakon 3 godine i 63% nakon 5 godina. Srećom, od 23 bolesnika koji su ponovno počeli uzimati azatioprin, svi osim jednog su ponovno postigli remisiju (dakle 95,7% ponovno je ušlo u remisiju pomoću azatioprina).

Prestanak djelovanja anti-TNF terapije

Ako više ne reagirate na anti-TNF terapiju, vaš liječnik bi prvo trebao pokušati optimizirati dozu. Povećanje doze ili skraćivanje intervala između terapija podjednako su dobre strategije. Ako optimiziranje doze ne pomaže, preporučuje se promjena na drugi anti-TNF lijek. Ako je moguće, mjerenje razine anti-TNF lijeka u krvi prije sljedeće doze i antitijela na lijek mogu pomoći u donošenju odluke kako optimizirati liječenje.

Rizik od neoplazije i imunosupresivna terapija

Bolesnici, koji se liječe tiopurinima, mogu imati veći rizik za razvoj limfoma, raka kože i cervikalne displazije. Kod bolesnika, koji se liječe anti-TNF lijekovima, javlja se veća vjerojatnost za rak kože. U ovom trenutku nije poznato postoji li kod bolesnika, koji se liječe samo anti-TNF lijekovima, veća vjerojatnost za razvoj limfoproliferativnih bolesti ili solidnih tumora, ali anti-TNF lijekovi i tiopurini zajedno povećavaju rizik od limfoproliferativnih bolesti. Čak i s povećanim rizikom od raka, stope raka još uvijek ostaju vrlo niske. Stoga se rizici uvijek trebaju pažljivo usporediti s koristima od terapije te o tome trebate porazgovarati sa svojim liječnikom.

Iako se azatioprin ponavljano pokazao kao učinkovita terapija, on je povezan s nešto većim rizikom od ne-Hodgkinovog limfoma, ozbiljnog tipa raka imunološkog sustava. Stoga se trebaju usporediti koristi i rizici njegove uporabe. Usprkos tome, studija, koja je analizirala rizike (uključujući rak) i koristi (uključujući smanjenje simptoma) azatioprina, dovela je do zaključka da koristi znatno nadilaze rizike čak i kad je rizik od ne-Hodgkinovog limfoma precijenjen; to posebice vrijedi za mlađe osobe kod kojih je stopa limfoma općenito niska. Druga stanja, kao što su povećani rizik od raka kože i cervikalna displazija kod žena, također su uočeni i kod bolesnika liječenih anti-TNF lijekovima. Stoga je obavezan temeljit nadzor svih bolesnika na ovim terapijama.

Kirurško liječenje CD-a

Opstruktivni ileocekalni CD

Operacija je preferirana opcija ako se CD nalazi na završnom dijelu tankog crijeva i početnom dijelu kolona i ako imate simptome opstrukcije, ali nema značajnog dokaza aktivne upale.

Ako bolesnik (a) ima CD ograničen na završni dio tankog crijeva i početni dio kolona, (b) ne reagira na steroide i (c) ima simptome opstrukcije koji ne prolaze, treba se podvrgnuti operaciji. Isto tako, bolesnici kod kojih se javila opstrukcija bez upale (npr. normalne razine CRP-a) također se mogu liječiti operativnim zahvatom. Međutim, ako je bolesnik već prije bio podvrgnut ileocekalnoj resekciji i došlo je do stenoze na anastomozi (drugim



riječima do suženja resekcijskog spoja), prije provođenja resekcije crijeva može se pokušati napraviti endoskopska dilatacija (odnosno širenje stenoze).

Abdominalni apsces

Aktivni CD u tankom crijevu može biti praćen abdominalnim apscesom. Liječenje treba započeti antibioticima, kirurškom drenažom ili iglenom punkcijom. Po potrebi nakon toga može uslijediti resekcija nakon zacjeljivanja apscesa.

Mišljenja treba li nakon drenaže uvijek uslijediti resekcija se razlikuju.

Prognostički faktori za povećani rizik od prve ili daljnje operacije kod CD-a

Neki faktori povećavaju rizik od operacije kod CD-a. To su:

- pušenje
- fistulizirajući i stenozirajući oblik bolesti
- rano korištenje steroida (potreba za steroidnim lijekovima za liječenje prvog napada)
- bolest na završnom dijelu tankog crijeva (dakle u ileumu)
- bolest na sredini tankog crijeva (dakle u jejunumu)
- mlađa dob u trenutku dijagnoze.

Nekoliko studija istraživalo je potencijalne faktore rizika ponovnog javljanja, odnosno recidiva CD-a nakon operacije. Većina ih je pokazala da su pušenje, prijašnja operacija na crijevima (uključujući apendektomiju), penetrirajući tijek bolesti, perianalna lokalizacija i ekstenzivna resekcija tankog crijeva faktori, na temelju kojih se može predvidjeti rani postoperativni recidiv. Medikamentozna terapija održavanja pokazala se učinkovitom u više studija. Nije poznato utječu li dob na početku bolesti, spol, trajanje bolesti, resekcijski rubovi ili tip operacije na rizik od recidiva. Do sad nije razvijen bodovni sustav koji bi podijelio osobe u kategorije niskog, srednjeg ili visokog rizika iako bi to bilo vrlo korisno.

Smanjenje rizika od operacije pomoću medikamentozne terapije

Bolesnici, koji su u ranoj fazi liječeni tiopurinima imaju manju vjerojatnost da će im trebati operacija. Liječenje anti-TNF lijekovima smanjuje rizik od operacije.

Praćenje nakon operacije

Ileokolonoskopija najbolja je metoda za dijagnosticiranje recidiva bolesti nakon operacije. Ona pomaže definirati je li se bolest vratila, koliko je teška i predvidjeti njezin klinički tijek. Treba se obaviti u prvoj godini nakon operacije tamo gdje to može utjecati na odluke o liječenju.

Ileokolonoskopija se preporučuje u prvoj godini nakon operacije tamo gdje to može utjecati na odluke o liječenju. Razlog leži u tome što je više studija pokazalo da je kolonoskopija najosjetljiviji alat za dokumentiranje ponovnog izbijanja bolesti. Relaps se može detektirati kolonoskopijom i biopsijom u roku od nekoliko tjedana do mjeseci nakon operacije i to treba napraviti u roku od jedne godine nakon operacije. Relaps je obično vidljiv na kolonoskopiji prije nego što se kod bolesnika jave simptomi. Ako su nalazi tijekom kolonoskopije ozbiljni, potrebno je pojačati terapiju kako bi se spriječio razvoj ranih postoperativnih komplikacija kao što su apscesi ili opstrukcije.



Postoje nove, manje invazivne dijagnostičke metode koje pomažu u prepoznavanju recidiva nakon operacije. Te metode uključuju fekalni kalprotektin, ultrazvuk abdomena, magnetsku enterografiju s kontrastnim sredstvom i endoskopiju tankog crijeva kapsulom (SBCE).

Radiološka i slikovna dijagnostika (UZV, MR i CT) trenutačno se evaluiraju kao neovisne dijagnostičke metode za otkrivanje postoperativnog povratka bolesti. Endoskopija tankog crijeva kapsulom 6 ili 12 mjeseci nakon operacije čini se barem jednako točna u dijagnosticiranju postoperativnog recidiva, kao i ileokolonoskopija. Međutim, nije istraženo mogu li MR, CT enterografija ili endoskopija tankog crijeva kapsulom dijagnosticirati relaps u ileumu ili jejunumu.

Prevenција novog operativnog zahvata nakon resekcije ileokolona

Za bolesnike kod kojih postoji barem jedan faktor rizika za recidiv bolesti, preporučuje se preventivno liječenje nakon resekcije ileokolona (odnosno uklanjanja završnog dijela tankog crijeva i početnog dijela kolona). Najbolja preventivna terapija su tiopurini ili anti-TNF lijekovi. Mesalazin u visokim dozama je opcija za bolesnike kojima je uklonjen samo završni dio tankog crijeva. Antibiotici su učinkoviti nakon resekcije ileokolona, ali ih bolesnici teže podnose.

Svi oboljeli od CD-a trebaju biti informirani o riziku povezanom s pušenjem. Potrebno je potaknuti i podržati prestanak pušenja.

Pušenje je jedan od najvećih faktora rizika za relaps i povećanu potrebu za kirurškom resekcijom kod Crohnove bolesti. Stoga oboljeli od Crohnove bolesti trebaju dati sve od sebe da prestanu pušiti.

Obrada fistulirajućeg oblika CD-a

Dijagnostičke strategije

MR zdjelice prva je metoda za procjenu perianalnih fistula kod CD-a. Ako se isključi rektalna striktura (odnosno suženje), endoskopski ultrazvuk rektuma je dobra opcija. Obje metode su preciznije kad se kombiniraju s pregledom u anesteziji (eng. examination under anaesthetic, EUA). Fistulografija se ne preporučuje. Ako je u analnom području nađena fistula, EUA pod vodstvom iskusnog kirurga je najbolja metoda.

Ako je moguće, prvo treba koristiti MR jer ima točnost od 76-100%. Usprkos tome, ako MR nije odmah dostupna, pregled u anesteziji s drenažom apscesa ili fistule treba obaviti što je prije moguće kako bi se izbjegle opasnosti od infekcije zbog neprovedene drenaže; pregled u anesteziji ima točnost od 90% i kirurgu omogućava drenažu apscesa tijekom pregleda.

Kirurška obrada nekomplikirane fistule

U slučaju nekomplikirane donje analne fistule, u obzir dolazi jednostavna fistulotomija. Potrebno je isključiti prisutnost apscesa u analnom području te napraviti drenažu ako je prisutan.

Ako osoba ima nekomplikiranu donju analnu fistulu, postoji mogućnost fistulotomije (odnosno kirurškog otvaranja kanala fistule). Međutim, fistulotomiju treba provoditi vrlo



selektivno budući da potencijalno može uzrokovati komplikaciju inkontinencije. Ako u analnom području postoji apsces (nakupina gnoja), važno je napraviti drenažu i adekvatno ga liječiti budući da neliječeni apscesi mogu biti štetni za tkivo koje okružuje perianalne strikture, uključujući mišiće koji kontroliraju peristaltiku crijeva.

Medikamentozno liječenje jednostavne fistule

Jednostavne fistule (jednokanale) u analnom području, koje izazivaju simptome, moraju se liječiti. Prva opcija uključuje aplikaciju setona (svilenog ili lateks konca) zajedno s antibioticima (metronidazol i/ili ciprofloksacin). Ako se fistulirajuća bolest, koja uzrokuje jednostavne fistule, vrati i ne reagira na antibiotike, tiopurini ili anti-TNF lijek se mogu koristiti kao terapija druge linije.

Ako jednostavna perianalna fistula (fistula sa samo jednim kanalom) ne uzrokuje simptome, nema potrebe za liječenjem. Međutim, ako uzrokuje simptome, potrebno je primijeniti kombinaciju medikamentozne i kirurške intervencije; antibiotici, drenaža apscesa i provlačenje šava setona preferirani je plan liječenja.

Ako se fistula vrati i ne reagira na antibiotike, tiopurini ili anti-TNF lijek se mogu koristiti kao terapija druge linije. Rezultati prikupljeni iz pet studija pokazali su da su tiopurini učinkoviti za zatvaranje fistula i za održavanje fistula zatvorenima. Isto tako, studije su pokazale da je infliksimab učinkovit za zatvaranje fistula i održavanje fistula zatvorenima te da stoga u konačnici smanjuje potrebu za hospitalizacijom i operacijom.

Obrada kompleksnih perianalnih fistula

Ako fistulirajući CD u analnom području uzrokuje kompleksne fistule (s više kanala), kao terapija prve linije mogu se koristiti infliksimab ili adalimumab nakon što je, prema indikaciji, učinjena kirurška drenaža fistula. Kombinirana terapija ciprofloksacina i anti-TNF lijeka poboljšava kratkoročni ishod.

Kako bi se poboljšao učinak liječenja anti-TNF lijekom kod—fistulirajućeg CD-a s kompleksnim fistulama (dakle s višestrukim kanalima), može se razmotriti liječenje kombinacijom anti-TNF lijekova i tiopurina.

Terapija održavanja kod fistulirajućeg CD-a

Tiopurini, infliksimab ili adalimumab, drenaža setonom (odnosno uporaba svilenog ili lateks konca) ili njihova kombinacija mogu se koristiti kao terapija održavanja.

Nema podataka o učinkovitosti tiopurina kao terapije održavanja za fistule nakon što je remisija postignuta infliksimabom ili tijekom terapije održavanja infliksimabom. Pokazalo se da samo terapija održavanja infliksimabom smanjuje učestalost hospitalizacija i operacija. Čini se da je adalimumab učinkovit u održavanju fistula zatvorenim, ali nije poznato smanjuje li hospitalizacije i operacije.

Sve u svemu, više od 90% gastroenterologa slaže se da se nakon prestanka drenaže fistule obavezno treba primijeniti terapija održavanja. Prvi izbor su tiopurini ili anti-TNF lijekovi koje treba koristiti barem godinu dana.

Ekstraintestinalne manifestacije (EIM, simptomi povezani s CD-om izvan crijeva)



Problemi sa zglobovima

Dijagnoza bolesti zglobova koje su povezane s IBD-om donosi se klinički, na temelju tipičnih simptoma i isključivanjem drugih specifičnih oblika artritisa.

Dva su raširena tipa bolesti zglobova povezanih s IBD-om, a to su periferna i aksijalna artropatija. Periferni artritis ima dva tipa, tip 1 i tip 2. Tip 1 pogađa velike zglobove (npr. koljena, laktove i ramena), javlja se istovremeno s upalom u crijevima i pogađa 4-17% oboljelih od CD-a. S druge strane, tip 2 pogađa male zglobove (npr. u šaci) i javlja se samo kod 2,5% oboljelih od CD-a.

Dijagnoza artritisa donosi se uočavanjem bolnih, otečenih zglobova; druge bolesti, koje se trebaju isključiti, su: osteoartritis, reumatoidni artritis i artritis povezan s bolestima vezivnog tkiva (npr. lupusom). Nadalje, isključiti treba uzroke povezane s lijekovima, a to su artralgiya (bol u zglobovima) uzrokovana odvikavanjem od steroida, osteonekroza (smanjeni dotok krvi u zglobove) uzrokovana steroidima i „lupusu sličan sindrom“ induciran infliksimabom.

Nadalje, aksijalna artropatija uključuje sakroileitis (koji se javlja kod 25-50% oboljelih od CD-a) i spondilitis (koji se javlja kod 4-10%). Ankilozantni spondilitis karakterizira kronična bol u leđima, jutarnja ukočenost, ograničena sposobnost savijanja kralježnice te, u kasnijim fazama, smanjeno širenje prsnog koša. Zlatni standard za dijagnosticiranje ankilozantnog spondilitisa je MR budući da može detektirati upalu prije nego što se jave lezije na kostima.

Periferni artritis obično pogađa velike zglobove udova. Može se liječiti fizioterapijom, nesteroidnim protuupalnim lijekovima ili kratkoročno lokalnim steroidnim injekcijama. Naglasak treba biti na liječenju osnovnog CD-a. Sulfasalazin može pomoći u liječenju upornog perifernog artritisa.

Preporuke za liječenje artropatije (odn. bolesti zglobova) povezane s CD-om temelje se na studijama o spondiloartropatiji (odn. bolesti zglobova), pretežno ankilozantnom spondilitisu (odn. artritisu u kralježnici). U domeni IBD-a nisu provedene dobro osmišljene studije pa se preporuke izvode iz studija na drugim bolestima.

Kod perifernog artritisa, liječenje osnovnog CD-a kortikosteroidima, imunomodulatorima i anti-TNF lijekovima trebalo bi ublažiti simptome. Ako liječenje osnovnog CD-a ne ublaži bol u zglobovima, tada bolesnik treba razmisliti o kratkotrajnom uzimanju nesteroidnih protuupalnih lijekova; iako nesteroidni protuupalni lijekovi mogu potencijalno pogoršati osnovni CD, rizik se čini malim. Fizioterapija i odmor mogu ublažiti simptome. Korištenje inhibitora ciklooksigenaze 2 (npr. etorikoksiba i celekoksiba) čini se sigurnijim te s nižim rizikom od pogoršanja bolesti nego kod klasičnih nesteroidnih protuupalnih lijekova. Sulfasalazin može biti koristan za artropatiju velikih zglobova. Na kraju, infliksimab može imati vrlo pozitivan učinak na periferni artritis.

Aksijalni artritis uzrokuje bol i ukočenost u zglobovima donjeg dijela leđa. Intenzivna fizioterapija i nesteroidni protuupalni lijekovi se preporučuju, ali dugotrajno liječenje nesteroidnim protuupalnim lijekovima bi se trebalo izbjegavati zbog sigurnosnih razloga. Anti-TNF je prvi izbor pri liječenju ankilozantnog spondilitisa ako bolesnik ne podnosi nesteroidne protuupalne lijekove ili na njih nema terapijskog odgovora. Sulfasalazin, metotreksat i tiopurini nisu djelotvorni.

Preporuke za liječenje aksijalnog artritisa povezanog s CD-om temelje se na studijama o ankilozantnom spondilitisu (odn. artritisu u kralježnici). Intenzivna fizioterapija i nesteroidni protuupalni lijekovi mogu se koristiti iako bi se dugotrajno uzimanje ovih lijekova trebalo izbjegavati. U obzir dolaze i lokalne kortikosteroidne injekcije.



Sulfasalazin, metotreksat i azatioprin nisu učinkoviti za ankilozantni spondilitis s aksijalnim simptomima. Kod bolesnika s aktivnim ankilozantnim spondilitisom, koji ne reagiraju na ili ne podnose nesteroidne protuupalne lijekove, preporučuju se anti-TNF lijekovi. Adalimumab i infliksimab dokazano su dovoljno sigurni i učinkoviti za liječenje ankilozantnog spondilitisa.

Bolesti kostiju

Bolesnici, koji se liječe kortikosteroidima ili oni sa smanjenom gustoćom kostiju, trebali bi uzimati dodatke s kalcijem i vitaminom D. Jačanje mišića vježbom i prestanak pušenja također pomažu. Bolesnike s frakturama treba liječiti bisfosfonatima, međutim njihova sposobnost prevencije fraktura nije dokazana. Rutinska hormonska nadomjesna terapija kod žena u postmenopauzi se ne preporučuje zbog rizika od nuspojava. Muškarci s niskim testosteronom mogu imati koristi od uzimanja testosterona u obliku lijeka.

Terapija kalcija 500–1000 mg/dnevno i vitamina D (800-1000 IU/dnevno) povećava gustoću kostiju kod oboljelih od IBD-a, ali nije istraženo sprječavaju li se ovim mjerama frakture kod tih bolesnika. Stoga, ne može se dati opća preporuka o liječenju bisfosfonatima na temelju smanjene gustoće kostiju. Nasuprot tome, žene u postmenopauzi ili one s osteoporozom izazvanom steroidima imat će koristi od njih. Sve u svemu, kod pojedinih bolesnika s niskom gustoćom kostiju i dodatnim faktorima rizika, treba razmisliti o liječenju.

Bolesnici s kroničnom aktivnom bolešću trebaju se liječiti imunosupresivima kao što su azatioprin i anti-TNF lijekovi kako bi se izbjegla potreba liječenja steroidima i smanjili negativni utjecaji upale na gustoću kostiju; pokazalo se da mnogi oboljeli od CD-a mogu vratiti normalnu gustoću kostiju nakon tri godine stabilne remisije.

Kožne manifestacije

Liječenje nodoznog eritema obično se temelji na liječenju osnovne bolesti CD. U pravilu su potrebni sistemske steroidi. Pyoderma gangrenosum u početku se liječi sistemskim steroidima, anti-TNF terapijom ili inhibitorima kalcineurina.

Nodozni eritem (crvene kvрге na koži na goljenicama, bedrima i podlaktici) obično se rano primjećuje i javlja se kod oko 5-10% oboljelih od CD-a. Redovito se javlja kad je CD aktivan. Dijagnoza se obično može potvrditi bez biopsija. Liječenje osnovne bolesti u pravilu zahtijeva oralne steroide, a ako steroidi ne djeluju ili učestalo dolazi do relapsa, mogu se dodati azatioprin i/ili infliksimab; ipak potreba za azatioprinom ili infliksimabom je vrlo rijetka.

Pyoderma gangrenosum (veliki bolni čirevi na koži) mogu se javiti bilo gdje na tijelu, uključujući spolne organe, ali najčešća mjesta su goljenice i blizu stoma). Obično su prvo površinski, ali s vremenom prodiru u dubinu. U nekom trenutku tijekom bolesti od nje obolijeva između 0,6 i 2,1% oboljelih od CD-a te se može, ali i ne mora podudarati s aktivnošću CD-a. Dijagnoza pyoderme gangrenosum je isključna, što znači da se dijagnosticira kad se ne mogu pronaći drugi uzroci čireva; biopsija može pomoći u isključivanju drugih kožnih bolesti. Cilj liječenja treba biti brzo zacjeljivanje jer se radi o iscrpljujućoj bolesti. Prvo treba koristiti kortikosteroide pa tek onda pokušati liječenje inhibitorima kalcineurina. Sve se češće koristi infliksimab koji se pokazao učinkovit u jednoj velikoj studiji i dvije manje studije pojedinih slučajeva bolesti. Nijedna studija do sad nije međusobno usporedila sistemske steroide, anti-TNF terapiju ili inhibitore kalcineurina. Kao kod drugih kožnih ulceracija, kirurške intervencije se trebaju izbjegavati.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Tromboemboličke komplikacije

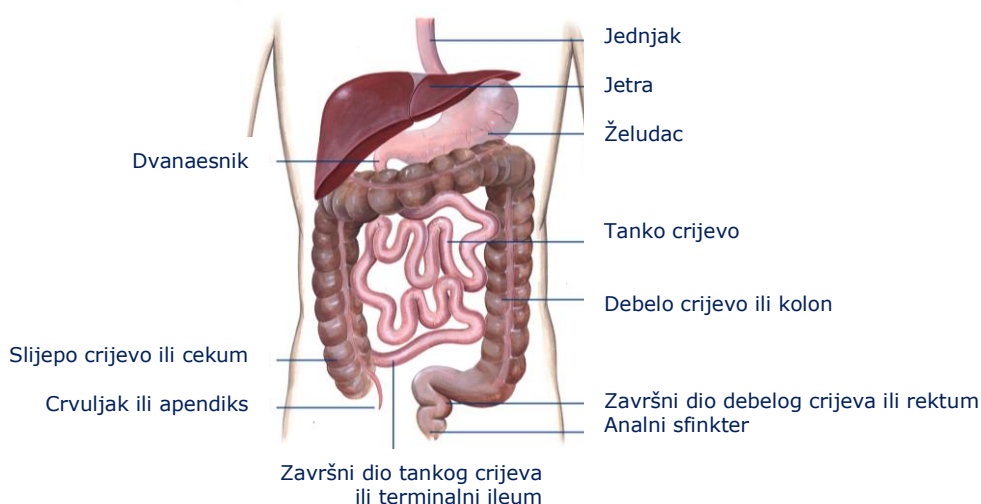
Sprječavanje tromboze (nastanka krvnih ugrušaka) treba se uzeti u obzir kod svih hospitaliziranih i ambulantnih bolesnika s teškom bolešću. Liječenje oboljelih od IBD-a s venskom tromboembolijom (ugruškom krvi koji je začepio venu) treba slijediti postojeće terapijske protokole protiv tromboze.

Zbog uvelike nepoznatog razloga, oboljeli od CD-a imaju povećani rizik od pojave ugrušaka krvi u venama, koju nazivamo venska tromboembolija. Važno je spriječiti njihov nastanak i liječiti ih jer mogu dovesti do komplikacija ili čak smrti. Takvi krvni ugrušci trebaju se dijagnosticirati odgovarajućim slikovnim tehnikama kao što su ultrazvuk i venografija.

Što se tiče liječenja, lijekovi za razrjeđivanje krvi (pod nazivom antikoagulansi) trebaju se koristiti za sprječavanje i liječenje krvnih ugrušaka. Osobe, kod kojih se javila druga epizoda krvnih ugrušaka, trebaju razmisliti o dugoročnoj terapiji. Čini se da oboljeli od IBD-a nemaju više komplikacija zbog krvarenja uzrokovanog sredstvima za razrjeđivanje krvi od osoba koje nemaju IBD. Na kraju, oboljeli od CD-a trebaju izbjegavati duga putovanja kao i oralna kontracepcijska sredstva jer oni još više povećavaju rizik od krvnih ugrušaka te trebaju, u određenim okolnostima, razmisliti o preventivnoj antikoagulacijskoj terapiji.

Rječnik pojmova

Anatomska ilustracija gastrointestinalnog trakta



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Izraz	Na što se izraz odnosi	Definicija
5-ASA ili 5-aminosalicilna kiselina ili mesalazin	Lijek	Lijek koji se koristi za liječenje IBD-a, prvenstveno za UC i u određenim uvjetima za CD. Također se naziva mesalazin te se može uzimati oralno ili rektalno kao klizma, pjena ili čepić.
6-TGN	Lijek	Aktivni metabolit azatioprina ili merkaptopurina.
Adalimumab	Lijek	Anti-TNF lijek koji se obično koristi za liječenje IBD-a, spada u skupinu bioloških (biotehnološki proizvedenih) lijekova. Bolesnik ili medicinska sestra ga ubrizgava pod kožu (supkutano).
Aksijalni artritis	Bolest povezana s IBD-om	Bolest zgloba (zglobova), može pogoditi kralježnicu i kukove.
Aminosalicilat	Lijek	Lijek koji se koristi za liječenje IBD-a, također se naziva 5-ASA.
Anemija	Bolest	Stanje, kod kojeg nemate dovoljno zdravih crvenih krvnih stanica ili hemoglobina. Osobe s anemijom mogu osjećati umor i slabost.
Anemija kod kronične bolesti	Bolest povezana s IBD-om ili upalnim stanjima	Ova anemija rezultat je kronične bolesti poput IBD-a ili drugih upalnih procesa.
Anemija zbog nedostatka	Bolest	Stanje u kojem u krvi nema crvenih krvnih stanica zbog nedostatka željeza.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



željeza		
Ankilozantni spondilitis	Bolest povezana s IBD-om	Oblik artritisa karakteriziran kroničnom upalom koja prvenstveno pogađa kralježnicu, a uzrokuje bol i ukočenost leđa te se širi na prsa i vrat.
Antibiotici	Lijek	Lijekovi koji se koriste za liječenje infekcija uzrokovanih bakterijama. Ne djeluju na viruse.
Antidijaroik	Lijek	Lijek koji ublažava simptome proljeva (dijareje). Najčešći je loperamid.
Anti-TNF lijek	Lijek	Biološki (biotehnološki proizvedeni) lijekovi koji se obično koriste za liječenje upalne bolesti crijeva. Najčešći su infliksimab, adalimumab, certolizumab i golimumab.
Apendektomija	Operacija	Kirurško uklanjanje crvuljka. Obično se radi kod apendicitisa.
Apendicitis	Bolest	Upala apendiksa (crvuljka) koji je produžetak kolona. Između ostalog, apendicitis može uzrokovati bol, gubitak apetita te povišenu tjelesnu temperaturu ili perforaciju.
Apsces	Komplikacija CD-a	Apsces je ograničena nakupina tekućeg tkiva, poznata kao gnoj, negdje u tijelu. Rezultat je obrambene reakcije tijela na strani materijal.
Artritis	Bolest povezana s IBD-om	Upala zgloba (zglobova) koja uzrokuje bol i oticanje.
Artropatija		Bilo koja bolest ili abnormalno stanje koje pogađa zglobove.
Autoimuni	Opis bolesti	Autoimuna bolest je bolest u kojoj imunosti sustav napada zdrave stanice u tijelu.
Azatioprin	Lijek	Pogledajte Tiopurini
Barij (kontrast)	Dijagnostička pretraga	Tvar koja se koristi u određenim radiološkim pretragama kako bi se povećala vidljivost anatomskih struktura.
Barijeva klizma s dvostrukim kontrastom	Pretraga	Postupak rendgenskog snimanja kolona i rektuma nakon što se u rektum uvede tekućina koja sadrži barij. Barij ocrta kolon i rektum na rendgenu i stoga pomaže u otkrivanju abnormalnosti.
Biološki lijekovi	Lijek	Obično Ig (imunoglobulini) proteini koje proizvode genetski modificirane stanice, npr. anti-TNF lijekovi ili vedolizumab.
Biopsija, biopsije	Dijagnostička pretraga	Biopsija je uzimanje uzoraka tkiva iz tijela kako bi ga se moglo pažljivije pregledati. Biopsije se uzimaju iz sluznice crijeva tijekom kolonoskopije.
Bisfosfonati	Lijek	Spojevi koji usporavaju gubitak kosti i povećavaju njihovu gustoću.
Budesonid	Lijek	Lijek koji pripada u skupinu kortikosteroida. Budesonid ima protuupalno djelovanje i može se koristiti za liječenje akutnih napada bolesti kod bolesnika s ileocekalnim CD-om ili kod UC-a (u obliku klizme) gdje je zahvaćen zadnji dio kolona. Kortikosteroidi su također hormoni koje prirodno

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		proizvode nadbubrežne žlijezde u našem tijelu.
CD (Crohn's Disease) ili Crohnova bolest	Opis bolesti	To je upalna bolest crijeva. Crohnova bolest može pogoditi sve dijelove gastrointestinalnog trakta te, za razliku od UC-a, često uključuje tanko crijevo.
Cervikalna displazija	Bolest	Abnormalni razvoj tkiva na grliću maternice.
Cijepljen	Ostalo	Osoba je cijepljena ako je postala imuna na neku infekciju. Uobičajena cjepiva su za ospice, zaušnjake i tetanus, ali postoje i brojna druga.
Ciklosporin	Lijek povezan s UC-om	Inhibitor kalcineurina, dakle lijek koji se koristi za usporavanje imunološkog sustava te se stoga može koristiti za liječenje UC-a.
Ciprofloksacin	Lijek	Antibiotik koji se također koristi za liječenje IBD-a i 'pouchitis-a'.
Clostridium difficile	Bolest	Bakterija koja može uzrokovati simptome slične IBD-u.
CRP (C-reaktivni protein)	Pretraga	Krvna pretraga kojom se utvrđuje upala u tijelu. Korisna je za otkrivanje upale u tijelu, međutim visoka razina CRP-a nužno ne znači da je upala u crijevu. Stoga se također trebaju napraviti druge pretrage kako bi se vidjelo je li izvor upale u crijevu oboljelog od IBD-a.
CT (kompjutorizirana tomografija)	Pretraga	Oblik rendgenskog snimanja koje se provodi u skeneru.
Čepići ili čepić	Lijek	Oblik lijeka koji se uvodi u rektum, zatim se otapa i pokriva sluznicu crijeva te tako liječi upalu.
Elektroliti	Pretraga	Testiraju se u krvi, radi se o mineralima (npr. natriju, kaliju i kloridu) u vašoj krvi i drugim tjelesnim tekućinama koji imaju električni naboj. IBD može uzrokovati abnormalne razine elektrolita.
Endoskopija	Pretraga	Postupak gdje se kamera na kraju duge cijevi uvodi u tijelo kako bi se direktno pogledali određeni organi. Najčešća endoskopija za oboljele od IBD-a je (ileo)kolonoskopija.
Endoskopija tankog crijeva kapsulom (SBCE)	Pretraga	(eng. Small bowel capsule endoscopy), pretraga, kod koje bolesnik guta kapsulu koja sadrži sitnu kameru. Kamera snima tanko crijevo.
Endoskopska intubacija	Pretraga	Uvođenje cijevi u tijelo pomoću endoskopa.
Endoskopski	Pretraga	Prilog od endoskopija.
Enteroskopija pomoću uređaja	Pretraga	Pretraga tankog crijeva pomoću specijalnog endoskopa.
Eritropoetin	Lijek	Lijek koji stimulira proizvodnju crvenih krvnih stanica.
Fekalni kalprotektin	Pretraga	Protein koji se oslobađa u crijevo dok je upaljeno. Razine fekalnog kalprotektina povećavaju se kod

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		upale crijeva, što fekalni kalprotektin čini boljim za mjerenje upale od CRP-a ili SE-a. Nije specifičan za IBD. Da bi se izmjerio, bolesnik mora dati uzorak stolice.
Fistula, fistule	Komplikacija CD-a	Oštećenje crijeva, koje se širi kroz stjenku crijeva te stvara abnormalnu komunikaciju između crijevnih vijuga, između crijeva i kože ili između crijeva i drugih organa (npr. mokraćnog mjehura ili vagine). Jednostavne fistule sastoje se od jednog kanala, dok kompleksne imaju više kanala. Fistulirajući CD je oblik CD-a.
Fistulografija	Pretraga	Rendgenska pretraga fistule.
Fistulotomija	Operacija	Kirurško otvaranje fistule.
Fraktura	Ostalo	To je prijelom kosti uzrokovan ili jednim događajem ili kontinuiranim štetnim utjecajem na kost.
Gastroenterolog	Ostalo	Liječnik specijalist za liječenje gastrointestinalnih bolesti kao što je IBD.
Generativna dob	Ostalo	Osoba generativne dobi je osoba koja je fizički sposobna imati djecu.
Histološki	Pretraga	Histološki pregled je onaj kad se stanično tkivo iz biopsija pregledava pod mikroskopom.
IBD	Bolest	Kratice za upalnu bolest crijeva (eng. Inflammatory Bowel Disease), zajednički naziv za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis.
IBDU (IBD unclassified) ili neklasificirana IBD	Opis bolesti	Ako se ne može utvrditi boluje li osoba od CD-a ili UC-a nakon što su napravljene sve pretrage, treba se koristiti izraz neklasificirana IBD.
IC (indeterminate colitis) ili nedeterminirani kolitis	Opis bolesti	U slučajevima gdje nije moguće reći boluje li osoba od CD-a ili UC-a, može se koristiti naziv nedeterminirani kolitis. Međutim, nedeterminirani kolitis se smije koristiti samo za uzorke resekcije.
Ileokolonoskopija	Pretraga	Endoskopija kojom se pregledava kolon i ileum.
Ileorektalna anastomoza	Operacija	Operacija gdje je rektum sačuvan i ileum se spaja na rektum. Razlikuje se od IPAA po tome što tamo rektum nije očuvan.
Ileoskopija	Pretraga	Pretraga gdje se endoskopom pregledava ileum, dakle završni dio tankog crijeva.
Imunomodulator	Lijek	Imunomodulatori slabe ili stimuliraju aktivnost imunološkog sustava. Imunosupresivi su uobičajeni imunomodulatori u liječenju IBD-a jer se smatra da je IBD barem djelomično uzrokovan preaktivnim imunološkim sustavom.
Imunosupresiv	Lijek	Skupina lijekova koji se koriste za supresiju imunološkog sustava, a uključuje steroide, tiopurine, metotreksat, anti-TNF lijekove i vedolizumab. Budući da IBD može biti uzrokovan preaktivnim imunološkim sustavom, imunosupresivi mogu biti korisni za njegovo

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		liječenje.
Indeksi težine bolesti	Pretraga	Indeks težine bolesti je način mjerenja težine bolesti na temelju simptoma bolesnika i određenih pretraga (npr. kako crijevo izgleda na endoskopiji). Obično, teža bolest se predstavlja višim bodovnim stanjem. Jedan primjer ovoga je indeks aktivnosti ulceroznog kolitisa (eng. Ulcerative Colitis Disease Activity Index, UCDAI) ili indeks aktivnosti Crohnove bolesti (eng. Crohn' disease activity index, CDAI).
Infliximab	Lijek	Anti-TNF biološki lijek koji se koristi za liječenje IBD-a. Bolesniku se aplicira kao intravenska infuzija.
Inhibitori ciklooksigenaze 2	Lijek	Ovo je specifičniji nesteroidni protuupalni lijek s manje nuspojava koji se bolje podnosi kod IBD-a.
Inhibitori kalcineurina	Lijek	Imunosupresivi koji se koriste za liječenje IBD-a i prevenciju odbacivanja organa kod bolesnika podvrgnutih transplantaciji.
IPAA (eng. ileal pouch anal anastomosis) ili anastomoza ilealnog zdjeličnog rezervoara i anusa	Operacija	Operacija koja se često izvodi u oboljelih od UC-a, gdje se kraj tankog crijeva restrukturira kao rezervoar te on obavlja funkciju koju je debelo crijevo imalo prije uklanjanja.
IV ili intravenozan	Lijek	Lijek koji se daje u krvotok kroz vene.
Keratolitički preparat	Lijek	Lijek koji se koristi za uklanjanje kožnih promjena.
Klizma		Tekućina koja se ubrizgava u donji dio crijeva kroz rektum. Može se koristiti za čišćenje crijeva prije pregleda ili kao način unosa lijeka.
Kolektomija	Operacija	Kirurško uklanjanje kolona. Prethodi operaciji IPAA kod oboljelih od UC-a.
Kolon (pogledajte sliku)	Dio tijela	Također se naziva debelo crijevo.
Kolonografija	Pretraga	Može se obaviti kompjutoriziranom tomografijom (CT-om) ili magnetskom rezonancijom (MR-om). Metoda za pregledavanje kolona bez potrebe za endoskopom.
Kolonoskopija	Pretraga	Pretraga gdje se endoskop s kamerom uvodi u rektum i cijeli kolon kako bi se ispitala aktivnost bolesti i uzele biopsije.
Kolorektalni kirurg	Ostalo	Kirurg specijaliziran za operacije debelog crijeva.
Kortikosteroidi (ili steroidi)	Lijek	Skupina lijekova koja oponaša djelovanje hormona koje prirodno proizvode nadbubrežne žlijezde i koji djeluju kao imunosupresivi. Hidrokortizon i prednizolon su dva najčešće korištena u liječenju IBD-a.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Kreatinin	Pretraga	Krvna pretraga kreatinina pomaže u procjeni bubrežne funkcije.
Kronične bolesti	Opis bolesti	To su bolesti koje dugo traju (obično doživotno). IBD su kronične bolesti.
Laktoferin	Pretraga	Protein koji upaljeno crijevo oslobađa u lumen. Da bi se izmjerio, bolesnik mora dati uzorak stolice.
Laparoskopski	Operacija	Laparoskopska operacija je način obavljanja zahvata gdje se bolesniku učine mali rezovi na truhu i uvodi se kamera kako bi se vidjelo operativno polje. Zahvaljujući malim rezovima, bolesnik se obično brže oporavlja nego kod klasične operacije.
Lijevostrani kolitis	Opis bolesti	UC koji zahvaća kolon do lijevog pregiba (slezenskog pregiba), ali ne i dalje; može se uspješno liječiti topičkom terapijom
Limfoproliferativne bolesti (LPD)	Bolest	(eng. Lymphoproliferative disorders), skupina bolesti s pretjeranom proizvodnjom limfocita (bijelih krvnih stanica). LPD uključuju različite tipove leukemije i limfoma.
Lokalizirana bolest	Opis bolesti	Bolest ograničena na jedan organski sustav ili lokalizirano područje crijeva.
Loperamid	Lijek	Tipični antidijaroik, pogledajte Antidijaroici.
Magnetska enterografija (enterografija magnetskom rezonancijom)	Pretraga	Pretraga koja koristi magnetske valove za dijagnostičko snimanje tankog crijeva pomoću oralnog kontrasta. Zračenje se ne koristi.
Malapsorpcija	Komplikacija CD-a	Nedovoljna apsorpcija hranjivih tvari u gastrointestinalnom traktu.
Mesalazin	Lijek	Lijek koji se koristi za liječenje IBD-a. Može se uzimati oralno ili rektalno.
Metotreksat	Lijek	Lijek, pripada u skupinu imunosupresiva, uobičajeno se koristi za liječenje CD-a. Nije toliko učinkovit za ulcerozni kolitis.
Metronidazol	Lijek	Antibiotik koji se obično koristi za liječenje 'pouchitisa' i fistulirajućeg CD-a.
MR ili magnetska rezonancija	Pretraga	Pretraga koja koristi magnetske valove za dijagnostičko snimanje različitih dijelova tijela. Zračenje se ne koristi.
MRCP (eng. Magnetic resonance cholangiography) ili kolangiografija magnetskom rezonancijom	Pretraga	Specijalna pretraga koja koristi uređaj za magnetsku rezonanciju u svrhu pretraživanja hepatobilijarnog sustava.
Nadzor	Pretraga	Nadzor podrazumijeva redovite kontrole oboljelog od IBD-a, uključujući i endoskopske preglede radi pravovremenog otkrivanja raka crijeva. Nadzor je

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		važan jer se kod oboljelih od IBD-a javlja povećani rizik od raka crijeva.
Napad, pogoršanje ili recidiv	Opis bolesti	Stanje aktivne bolesti suprotno stanju remisije. Osoba, kod koje je došlo do napada ili pogoršanja, osjećat će simptome i imati upalu.
Nedostatak željeza	Bolest	Stanje kad u krvi nema dovoljno željeza.
Nedostatak željeza bez anemije	Bolest	Stanje, gdje postoji manjak željeza, ali ne do mjere da se javlja anemija.
Nesteroidni protuupalni lijekovi (NSAID)	Lijek	(eng. non-steroidal anti-inflammatory drugs), ovi lijekovi ublažavaju bol te također smanjuju povišenu tjelesnu temperaturu i upalu izvan crijeva. Najčešći među njima su ibuprofen i aspirin. Oboljeli od IBD-a ih trebaju izbjegavati u najvećoj mogućoj mjeri jer mogu povećati rizik od napada.
Niskomolekularni heparin	Lijek	Lijek koji se obično koristi za sprječavanje stvaranja krvnih ugrušaka.
Nodozni eritem	Bolest povezana s IBD-om	Upalno stanje kože.
Nuspojave	Lijek	Neželjeni (štetan) učinak lijeka ili intervencije.
Opstrukcija, opstruktivan	Komplikacija CD-a	Opstrukcija se javlja kad upala izazvana CD-om zadeblja stjenku crijeva te uzrokuje suženje u crijevima ili kad se na dijelovima crijeva razviju priraslice i blokira se protok probavnog sadržaja.
Oralni	Lijek	Oralni lijek je lijek koji se uzima na usta.
Osteopenija	Bolest	Blaža forma gubitka koštane mase, nedovoljno značajna da bi se smatrala osteoporozom.
Osteoporoza	Bolest	Stanje sa značajnim gubitkom koštane mase koje kod osobe povećava rizik od fraktura.
p-ANCA	Pretraga	p-ANCA su perinuklearna antineutrofilna citoplazmatska antitijela. Ona se detektiraju u krvi.
Periferni artritis	Bolest	Upala zglobova koja obično pogađa velike zglobove ruku i nogu.
Postepeno smanjivanje do ukidanja	Lijek	Postepeno smanjivanje do ukidanja znači da uzimanje lijeka prestaje postepeno, a ne naglo. Mora se provesti kad se uzimaju steroidi jer nagli prestanak uzimanja steroida može imati ozbiljne nuspojave.
Pothranjenost	Komplikacija IBD-a	Stanje organizma najčešće uzrokovano nesposobnošću konzumacije dovoljne količine hrane, nedovoljne reapsorpcije odgovarajućih tvari ili malapsorpcije kod CD-a (pogledajte Malapsorpcija) te velikim gubitkom hranjivih tvari zbog upale.
Pouchitis	Komplikacija	Upala ileoanalnog zdjeličnog rezervoara (pogledajte IPAA).

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Priraslice	Komplikacija operacije	Srašteni dijelovi crijeva kao posljedica upalne reakcije. Mogu uzrokovati opstrukciju i bol.
Prošireni kolitis	Opis bolesti	To je UC koji zahvaća cijeli kolon.
Proširenost (proširenost bolesti)	Opis bolesti	Proširenost bolesti odnosi se na udio crijeva koji je zahvaćen IBD-om.
Proširenost bolesti	Opis bolesti	Označava udio kolona koji je zahvaćen UC-om ili CD-om. Ne smije se pomiješati s težinom koja se odnosi na to koliko je upala duboka i obimna. Proširenost bolesti korisna je za grupiranje UC-a u proktitis, lijevostrani kolitis i prošireni kolitis, slično kao za CD sa zahvaćenošću tankog crijeva, debelog crijeva i gornjeg gastrointestinalnog trakta.
Pyoderma gangrenosum	Bolest	Upala kože koja rezultira bolnim čirevima uzrokovanim autoimunim mehanizmom, a ne infekcijom, koja se ponekad javlja kod oboljelih od IBD-a
Rak crijeva	Bolest povezana s CD-om/UC-om ili liječenjem	Također se naziva kolorektalni karcinom. To je rak crijeva za koji oboljeli od IBD-a imaju povećani rizik. Između ostalog, može uzrokovati simptome kao što su krv u stolici, promjene u dnevnim navikama u pražnjenju stolice, bol u trbuhu, kvrge u trbuhu i gubitak težine.
Razina feritina u serumu	Pretraga	Pretraga kojom se mjeri količina željeza pohranjena u tijelu.
Razina hemoglobina	Pretraga	Razina hemoglobina mjeri koliko je hemoglobina u vašoj krvi. Hemoglobin prenosi kisik u krvi. Niske razine ukazuju na anemiju.
Rektalni	Dio tijela	Nešto, što je rektalno, odnosi se na završni dio kolona, koji se naziva rektum. Na primjer, lijek koji se uvodi u rektum kroz anus naziva se rektalni lijek.
Rektum	Dio tijela	To je završni dio kolona. Završava na anusu.
Relaps	Opis bolesti	Reaktivacija bolesti.
Remisija	Opis bolesti	Remisija je stanje kad osoba nema aktivnu bolest; suprotna je izrazima „napad“ ili „relaps“ koji se koriste za razdoblja aktivne bolesti.
Resekcija	Operacija	Kirurško uklanjanje cijelog ili dijela organa ili druge tjelesne strukture.
Sakroileitis	Bolest	Upala zgloba između križne kosti (sakruma) i bočne zdjelične kosti.
SE ili sedimentacija eritrocita	Pretraga	Krvna pretraga kojom se mjeri stupanj upale u tijelu, slično kao CRP.
Serologija	Pretraga	Testiranje seruma ili drugih tjelesnih tekućina.
Serološki	Pretraga	Serologija analizira krvni serum i druge tjelesne tekućine. Koristi se i za dijagnosticiranje antitijela u serumu.
Seton	Operacija	Konac koji se koristi za održavanje kanala fistule

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		otvorenim i kako bi se izbjeglo nakupljanje gnoja i formiranje apscesa.
Sigmoidoskopija	Pretraga	Pretraga slična kolonoskopiji, osim što se tako pregledava samo zadnji dio kolona, a ne cijeli kolon.
Sindrom iritabilnog crijeva (IBS)	Bolest	(eng. Irritable bowel syndrome), stanje sa simptomima sličnim IBD-u, ali bez upale.
Sistemska	Lijek	Sistemska lijek je lijek koji utječe na cijelo tijelo. Suprotan je topičkom lijeku koji se aplicira lokalno i ne prolazi kroz tijelo.
Slikovna pretraga	Pretraga	Snimanje dijela tijela pomoću neke od tehnika kao što su rendgen, ultrazvuk, CT ili MR. Slikovne tehnike često su potrebne za procjenu koji je dio tijela zahvaćen IBD-om.
Stenoza	Bolest	Suženje koje je dovoljno značajno da uzrokuje nelagodu bolesnika.
Steroidi	Lijek	Steroidi se obično koriste za liječenje IBD-a i djeluju imunosupresivno. Mogu biti topički ili sistemski. Zbog brojnih nuspojava, njihovu uporabu treba što je moguće više ograničiti.
Stolica ili stolice	Ostalo	Stolica je pražnjenje crijeva ili izmet.
Striktura	Patološko stanje kod CD-a	Suženje koje je dovoljno značajno da uzrokuje nelagodu bolesnika. Klinički predstavlja teži oblik suženja od stenoze.
Subtotalna kolektomija	Operacija	Za razliku od kolektomije, ovo je kolektomija koja obuhvaća uklanjanje većeg dijela, ali ne cijelog kolona.
Sulfasalazin	Lijek	Sulfasalazin je lijek koji se koristi za liječenje IBD-a. Sulfasalazin se sastoji od dva dijela, 5-ASA, aktivne tvari i antibiotika, sulfapiridina. Sulfasalazin se razgrađuje u kolonu pomoću bakterija i oslobađa 5-ASA.
T vrijednost	Pretraga	T vrijednost je mjera gubitka gustoće kostiju.
Takrolimus	Lijek	Imunosupresiv sličan ciklosporinu koji se može oralno koristiti za liječenje UC-a.
Tenezam	Opis bolesti	Bolni spazam ili grč u rektumu/anusu obično popraćen nevoljnim naprezanjem i snažnim nagonom za pražnjenje bez stvarnog sadržaja.
Terapija održavanja	Lijek	Terapija koja se koristi za održavanje bolesnika u remisiji.
Terapija spasa ili spašavanja	Terapija	Terapija spasa ili spašavanja je liječenje koje se primjenjuje zadnje prije odluke o operaciji, izraz se najčešće koristi u liječenju teškog akutnog UC-a.
Terminalna ileostomija	Operacija	Postupak u kojem se kraj tankog crijeva dijeli i izvodi van kroz trbuh te se prišiva za kožu kako bi se oblikovala stoma. Osoba s terminalnom ileostomijom na trbuhu nosi vrećicu za stolicu.
Tiopurini	Lijek	Ovi lijekovi su imunosupresivi. Za liječenje IBD-a

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		najčešće se koriste azatioprin i 6-merkaptopurin.
Topički	Lijek	Lijek koji izravno liječi upalu bez da ga tijelo apsorbira.
Trombocitoza	Poremećaj	Povećani broj krvnih pločica (trombocita).
Tuberkuloza	Bolest	Zarazna bolest koja pogađa pluća i druge dijelove tijela, uzročnik je <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .
UC ili ulcerozni kolitis	Opis bolesti	UC (eng. Ulcerative Colitis) je jedna od upalnih bolesti crijeva.
Ultrazvuk	Pretraga	Slikovna metoda koja koristi zvučne valove za procjenu organa u tijelu.
Ureja u serumu	Pretraga	Ureja je tvar koju bubrezi obično čiste iz krvi u urin. Važno je testirati razine ureje u serumu jer abnormalne vrijednosti mogu biti znak da su oštećeni bubrezi ili da je bolesnik dehidrirao.
Ursodeoksikolna kiselina	Terapija	Oralni lijek koji se može davati oboljelima od PSC-a (primarnog sklerozirajućeg kolangitisa, eng. Primary sclerosing cholangitis, kronične bolesti jetre koju karakteriziraju upala i fibroza žučnih vodova unutar i izvan jetre) kako bi se zaštitila jetra i spriječio rak crijeva
Usmjeren na bolesnika	Ostalo	Njega usmjerena na bolesnika podrazumijeva poštivanje individualnih potreba bolesnika i odgovaranje na njih te donošenje svih kliničkih odluka u skladu s interesima bolesnika.
Uveitis	Bolest	Upala srednje očne ovojnice.
Validiran	Pretraga	Ako je nešto validirano, to znači da je dokazano točna mjera onoga što tvrdi da mjeri. Na primjer, indeks težine bolesti bit će validiran nakon što je dokazano da precizno mjeri težinu bolesti.
Vedolizumab	Lijek	Biološki (biotehnološki proizvedeni) lijek koji se koristi za liječenje IBD-a. Bolesniku se aplicira kao intravenska infuzija.
VSL#3	Lijek	Probiotik (živi mikroorganizmi koji, kad se daju u odgovarajućoj količini, poboljšavaju zdravstveno stanje domaćina), koji se pokazao obećavajućim za liječenje 'pouchitisa'.
Zasićenje transferina	Pretraga	Mjerenje sposobnosti vezanja željeza u tijelu, pri čemu razine niže od 16% ukazuju na nedostatak željeza.