

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Ulcerative Colitis (UC)



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## ECCO-EFCCA Smjernice za oboljele od ulceroznog kolitisa (UC)

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>

\* Ovi autori dali su jednaki doprinos kao prvopotpisani autori

\*\* Ovi autori dali su jednaki doprinos kao drugopotpisani autori

<sup>1</sup>AMICI Onlus - Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Milano, Italija; <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. Madrid, Španjolska; <sup>3</sup>CCFI - The Israel Foundation for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, POB 39957, Tel Aviv 61398; <sup>4</sup>AFA - Association Francois Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 Pariz, Francuska; <sup>5</sup>inflatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Istanbul, Turska; <sup>6</sup>ASPIIR - Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (Romanian Association of People with IBD), Calea Mosilor 268, Bukurešt, Rumunjska; <sup>7</sup>Crohns & Colitis UK - CCUK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Hertfordshire AL1 3AW, Ujedinjeno Kraljevstvo; <sup>8</sup>CCAFIN - Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Tampere, Finska; <sup>9</sup>Klaipeda University Hospital, Department of Pathology, Liepojos g. 41, LT-92288 Klaipeda, Litva; <sup>10</sup>Crohn's og Colitis Ulcerosa samtökin á Island, P.o. Box. 5388, 125 Reykjavik Island; <sup>11</sup>Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Paisley, Škotska, Ujedinjeno Kraljevstvo, PA2 9PN; <sup>12</sup>University of Bologna, Department of Medical and Surgical Sciences, Via Massarenti, 9, 40138 Bologna, Italija; <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, Nizozemska (do rujna 2015)

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 Smjericama za bolesnike.

## Politika poboljšanja dostupnosti informacija

ECCO-EFCCA Smjernice za bolesnike temelje se na ECCO kliničkim smjericama za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis. Za pristup ECCO kliničkim smjericama 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 strane udruga ECCO i EFCCA.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## 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 ponudeno liječenje varira od države do države. Bilo kakve odluke o liječenju stvar su pojedinog liječnika i ne smiju se isključivo temeljiti na sadržaju ECCO-EFFCA 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-EFFCA 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

Europska organizacija za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis najveće je udruženje koje obuhvaća stručnjake za upalne bolesti crijeva (eng. Inflammatory Bowel Disease, IBD) na svijetu. Osim obrazovanja i istraživanja, u njezine ciljeve uključeno je stjecanje novih znanja. Razvojem praktičnih smjernica koje se odnose na IBD, ECCO skuplja saznanja i spoznaje najboljih stručnjaka u različitim disciplinama kako bi se zajedničkom suradnjom i uz opću suglasnost izradili ovi referentni dokumenti.

Godine 2006., ECCO je objavio svoje prve smjernice o dijagnozi i vođenju Crohnove bolesti<sup>1,2</sup>. Od tada, slijedeći kontinuirani interes za promoviranje zajedničke europske perspektive u odnosu na IBD, već je objavljeno ukupno petnaest ECCO smjernica, koje pokrivaju različite teme povezane s ulceroznim kolitisom (engl. Ulcerative Colitis, UC) od općeg vođenja bolesti<sup>3</sup> pa do vrlo specifičnih tema kao što je UC kod djece<sup>4</sup>.

Paralelno s tim i od njezinog osnutka, glavni cilj Europske federacije za Crohnovu bolest i ulcerozni kolitis (EFCCA) bio je poboljšati kvalitetu života oboljelih i njihovih obitelji širenjem dobrih primjera iz prakse, što uključuje edukaciju, podizanje svijesti u javnosti te poticanje istraživanja i razvoja novih načina liječenja.

Kroz inicijativu da se poboljša utjecaj koji konsenzusi imaju na IBD, ECCO i EFCCA uložili su zajedničke napore u izradi sljedećih smjernica za oboljele od ulceroznog kolitisa.

Preporuke iz ovog dokumenta su zbirka dragocjenih informacija za dijagnozu i liječenje UC-a. Svrha ovih smjernica je pružiti bolje razumijevanje kako medicinsko osoblje dijagnosticira i liječi UC. Smjernice su podijeljene u 5 glavnih tematskih blokova koji se odnose na: dijagnozu, aktivnu bolest, remisiju, operaciju, kolorektalni karcinom i ekstraintestinalne komplikacije. Na kraju dokumenta nalazi se rječnik pojmova za bolje razumijevanje korištene terminologije. Nadalje, kako bi ove smjernice pročitao i lakše razumio što veći broj bolesnika, one su svojim formatom prilagođene bolesnicima.

## Dijagnoza ulceroznog kolitisa (UC)

Udio kolona zahvaćen bolešću (dakle proširenost bolesti) uvelike će odrediti kako ćete se liječiti. Tip liječenja ovisi o proširenosti bolesti, što liječniku ili medicinskoj sestri pomaže u odluci trebate li primati oralnu i/ili topičku terapiju. Proširenost bolesti utječe i na to kad treba početi nadzor radi mogućnosti razvoja raka debelog crijeva i koliko se često treba provoditi. U oboljelih od UC-a bolest se klasificira na temelju toga koliki je udio vašeg kolona (debelog crijeva) zahvaćen bolešću.

Endoskopija predstavlja najbolji način za određivanje koliki je dio kolona zahvaćen UC-om i o kojem se stupnju upale radi. Na temelju endoskopskog nalaza UC se može klasificirati kao proktitis, lijevostrani kolitis i prošireni kolitis.

Stručnjaci se slažu da je kolonoskopija najbolja metoda klasifikacije UC-a. UC se dijeli na proktitis, lijevostrani kolitis i prošireni kolitis (iza splenične fleksure).

Postoje dva velika razloga zašto se oboljeli od UC-a trebaju klasificirati prema proširenosti bolesti; 1. To utječe na tip terapije i 2. To određuje daljnje planiranje nadzora bolesti povezanog s rakom debelog crijeva. Primjerice, što se tiče liječenja, prva linija terapije za proktitis najčešće su rektalni čepići. Klizme se koriste za lijevostrani kolitis, a oralna terapija (često u kombinaciji s topičkom terapijom) za prošireni kolitis.

Što se tiče nadzora, proširenost bolesti važna je za predviđanje mogućnosti razvoja kolorektalnog karcinoma. Najčešće, oboljelima od proktitisa nije potrebna nadzorna kolonoskopija, ali onima s lijevostranim ili proširenim kolitisom jest.

Za liječnike je korisno grupirati UC na temelju njegove težine. Takvo grupiranje liječniku pomaže u donošenju odluke o najboljem načinu liječenja. Težina bolesti utječe na to treba li liječenje biti topičko, sistemsko ili kirurško te treba li uopće započeti. Indeksi težine bolesti nisu još validirani na odgovarajući način. Kliničke, laboratorijske, slikovne i endoskopske pretrage, uključujući biopsije pomažu liječniku u odlučivanju koje je liječenje najbolje. Oko definicije remisije još uvijek nije postignut potpuni dogovor. Remisija se najbolje definira kao kombinacija kliničkih znakova (npr. broj stolica  $\leq 3$  dnevno bez krvarenja) uz odsustvo endoskopskih znakova bolesti. Pomoći može i odsutnost znakova akutne upale u biopsijama.

Liječenje bolesnika ovisi o težini bolesti. Težina upale određuje hoće li bolesnik biti bez terapije, primati oralnu terapiju, intravenoznu terapiju ili će biti podvrgnut operaciji. Predloženi su mnogi indeksi težine bolesti, ali do sada nijedan nije validiran (dakle dokazano točan i koristan). Općenito je prihvaćeno da kombinacija kliničkih karakteristika, laboratorijskih nalaza (razine C-reaktivnog proteina u krvi ili testovi fekalnog kalprotektina u stolici), slikovnih dijagnostičkih metoda (npr. rendgenskog snimanja) i endoskopskih nalaza (uključujući biopsije) liječnicima pomažu u vođenju bolesnika.

Okolo definicije remisije, stručnjaci tek trebaju postići potpuni dogovor. Danas se smatra da najbolja definicija remisije kombinira simptome bolesnika i nalaze kolonoskopije. Bolesnici su u remisiji ako imaju tri ili manje stolica dnevno bez krvarenja i na kolonoskopiji nemaju vidljivu upalu. Poželjno je da ni na biopsijama nema nikakve mikroskopske upale.

### Simptomi UC-a

Simptomi UC-a ovise o tome koliki je udio kolona upaljen i koliko je bolest teška. Krv u stolici, proljev, rektalno krvarenje, tenezam i/ili snažna potreba za pražnjenjem crijeva su najuobičajeniji simptomi. Oboljeli od UC-a često imaju potrebu pražnjenja crijeva noću. Opće loše stanje, gubitak apetita ili povišena tjelesna temperatura znakovi su da imate teški napad bolesti.



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Simptomi teškog UC-a obično se podudaraju s teškom upalom i većom zahvaćenošću kolona; upala kolona određuje se kolonoskopijom i biopsijom.

Najčešći simptom u oboljelih od UC-a je vidljiva krv u stolici. To je prijavilo više od 90% bolesnika. **Bolesnici s proširenim i aktivnim UC-om** imaju kronični proljev, obično s rektalnim krvarenjem ili barem vidljivu krv u stolici. Oboljeli također navode snažan nagon na stolicu, tenezam, ekskreciju sluzi ili krvi, potrebu za pražnjenjem crijeva noću, grčeve ili bol u trbuhu (često s lijeve strane donjeg trbuha) prije i olakšanje nakon pražnjenja crijeva. Osim toga, kod osobe s teškom upalom često se javljaju povišena tjelesna temperatura, ubrzani puls, gubitak tjelesne težine, otok trbuha ili smanjeni zvukovi rada crijeva. Za razliku od toga, **bolesnici s proktitisom** obično prijavljuju rektalno krvarenje, snažan nagon za pražnjenje, tenezam i povremeno teški zatvor.

## Bolesnikova anamneza

Potpuna anamneza trebala bi uključiti brojna pitanja. Na primjer, liječnik bi trebao pitati kad su se simptomi počeli javljati i koji je tip simptoma prisutan. Takvi simptomi uključuju:

- krv u stolici
- snažan nagon za pražnjenje
- konzistenciju i učestalost stolice
- tenezam
- bol u trbuhu
- nemogućnost kontrole crijeva
- potreba za odlaskom na WC noću
- neke simptome koji nisu izravno povezani sa crijevima (npr. bol u zglobovima).

Liječnik bi se također trebao raspitati o sljedećem:

- nedavno putovanje
- kontakt sa zaraznim bolestima crijeva
- lijekovi (npr. antibiotici i nesteroidni protuupalni lijekovi)
- pušačke navike
- spolni život
- ima li netko u obitelji CD, UC, ili rak crijeva
- prijašnja apendektomija.

Na dijagnozu UC-a treba posumnjati ako postoje klinički simptomi kao što su krv u stolici, snažan nagon za pražnjenje, tenezam, bol u trbuhu, nemogućnost kontrole pražnjenja crijeva i potreba za odlaskom na WC tijekom noći. Liječnik ili medicinska sestra trebaju se raspitati o obiteljskoj anamnezi kako IBD-a, tako i raka crijeva. Bolesnika treba pitati o mogućim simptomima vezanim za oči, usta, zglobove ili kožu. Zarazni kolitis (npr. bakterijska infekcija tijekom putovanja u daleke krajeve) ili kolitis uzrokovan lijekovima (npr. nesteroidnim protuupalnim lijekovima kao što je ibuprofen) trebaju se uzeti u obzir i isključiti.

Pokazalo se da apendektomija za potvrđeni apendicitis smanjuje rizik da će se kasnije u životu razviti UC. Apendektomija u mlađoj dobi učinjena radi 'pravog' apendicitisa utječe na smanjenje težine UC-a ako se on razvije kasnije tijekom života.

Ako u obitelji imate oboljelog od CD-a ili UC-a, veći je rizik da ćete i sami dobiti UC.

Studije su pokazale da osobe, kojima je učinjena apendektomija za potvrđeni apendicitis u mlađoj dobi, imaju manju vjerojatnost obolijevanja od UC-a; podaci govore da ovo smanjenje rizika iznosi čak 69%. Osim toga, ukoliko se UC razvije nakon apendektomije, manje je vjerojatno da će biti težak. Treba napomenuti da apendektomija ne sprječava razvoj primarnog sklerozirajućeg kolangitisa (eng. primary sclerosing cholangitis, PSC). Trenutačno još nije poznato utječe li apendektomija nakon razvoja UC-a na tijek bolesti.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Rođaci u prvom koljenu oboljelih od UC-a imaju 10-15 puta veću vjerojatnost da će se i kod njih razviti UC. Međutim, rizik je sam po sebi vrlo nizak pa rođak u prvom koljenu ima 2% veći rizik od razvoja UC-a. Stoga, ovaj povećani rizik ne treba značajno utjecati na odluku oboljelog od UC-a o tome hoće li imati djecu.

## Fizikalni pregled

Fizikalni pregled treba uključiti čitav niz stavki:

- opće stanje
- puls
- tjelesna temperatura
- krvni tlak
- težina
- visina
- pregled trbuha (bolnost, otekline)
- anorektalni pregled

Kad liječnik ili medicinska sestra provede fizikalni pregled, nalazi će ovisiti o težini UC-a i o proširenosti bolesti. Ako osoba ima blagu ili umjerenu aktivnost bolesti, pregled obično neće otkriti puno osim krvi pri anorektalnom pregledu. Osoba s teškom upalom može imati povišenu tjelesnu temperaturu, ubrzani puls, gubitak tjelesne težine, bolove u kolonu, oteklinu trbuha ili smanjenje zvukova rada crijeva.

## Dijagnostičke pretrage

Rane pretrage trebaju uključiti kompletnu krvnu sliku, ureu u serumu, kreatinin, elektrolite, jetrene enzime, razine vitamina D, određivanje željeza u krvi i CRP. Fekalni kalprotektin je precizan pokazatelj prisutnosti upale u kolonu. CRP i SE su korisni za mjerenje odgovora na terapiju kod teške bolesti. Liječnik također treba isključiti infektivni proljev, uključujući proljev izazvan bakterijom Clostridium difficile. Liječnik treba saznati je li bolesnik bio cijepljen protiv brojnih virusnih bolesti i ima li tuberkulozu.

Idealno, u trenutku postavljanja dijagnoze, svaki bi bolesnik trebao imati nalaze kompletne krvne slike, pokazatelja upale (CRP ili SE), elektrolita, funkcionalnih jetrenih testova i analize stolice. Fekalni kalprotektin, dobiven iz uzorka stolice, precizno će izmjeriti postoji li upala u kolonu. Međutim, pokazatelji upale mogu biti normalni kod blagog ili umjerenog lijevostranog UC-a. Kompletna krvna slika može otkriti (a) visoke razine krvnih pločica (trombocita) kao posljedice trajne upale, (b) anemiju i niske razine željeza koji ukazuju na kroničnost ili težinu bolesti i (c) povećani broj bijelih krvnih stanica (leukocita) koji ukazuje na mogućnost prisutnosti infekcije.

Za razliku od proktitisa, CRP je obično viši kad bolesnik ima teške simptome. Viša razina CRP-a obično se podudara s visokom SE, nižom razinom željeza i niskom razinom albumina. Ovi pokazatelji također se mogu koristiti kako bi se vidjelo treba li osobu s akutnim teškim kolitisom podvrgnuti operaciji u slučaju neuspjeha medikamentozne terapije. Kad su povišeni, CRP i SE također mogu ukazivati na prisutnost infekcije. To znači da se ne smiju koristiti kao jedini pokazatelji za razlikovanje UC-a od drugih uzroka simptoma. Stoga, liječnik ili medicinska sestra trebaju također isključiti druge moguće uzroke, kao što su bakterijske infekcije (npr. Clostridium difficile, Campylobacter ili E. coli) ili paraziti (npr. amebe).

## Kolonoskopija

U slučaju sumnje na UC, kolonoskopija (po mogućnosti s ileoskopijom) i biopsijama u svim segmentima crijeva (uključujući rektum) najbolje su metode za potvrdu dijagnoze i

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



težine UC-a. U slučaju teškog napada, metoda prve linije uključuje rendgen trbuha i sigmoidoskopiju (bez čišćenja crijeva) za potvrdu aktivne bolesti.

Za sve bolesnike, koji ispunjavaju kriterije za težak kolitis, potrebna je hitna hospitalizacija kako bi se spriječilo odgađanje odluke o eventualnom operacijskom zahvatu i na taj način smanjio rizik od perioperativnog morbiditeta i mortaliteta.

Kolonoskopija s intubacijom tankog crijeva s biopsijama iz svih segmenata debelog crijeva, najbolja je metoda za potvrđivanje dijagnoze ako postoji sumnja na UC. To liječniku ili medicinskoj sestri omogućava pregled većeg dijela crijeva i može biti učinkovitije od sigmoidoskopije. Međutim, treba uzeti u obzir raspoloživost resursa te težinu bolesti, na koju se sumnja. Kolonoskopija i priprema crijeva trebaju se izbjegavati kod bolesnika s teškim kolitisom zbog mogućeg gubitka vremena i rizika od komplikacija (pogoršanje bolesti, perforacija kolona i sl.).

Ako postoji sumnja na UC i kod oboljelog postoji težak oblik bolesti, na početku se može koristiti obična abdominalna radiografija iako ona nije dovoljna za postavljanje dijagnoze. Za potvrdu se tada umjesto kolonoskopije može koristiti sigmoidoskopija bez čišćenja crijeva.

Kod inaktivnog UC-a nalazi endoskopije mogu pomoći u predviđanju budućeg tijeka bolesti. Ponavljanje endoskopije korisno je ako i kad UC opet postane aktivan. Također je korisno ako bolesnik treba uzimati steroide radi postizanja remisije ili ne može postići remisiju čak ni kad je na terapiji steroidima. Naposljetku, endoskopija je potrebna ako se razmišlja od kolektomiji.

Studije su pokazale da je u slučaju, gdje nema znakova upale tijekom kolonoskopije, manja vjerojatnost da će kod bolesnika doći do relapsa ili da će mu u budućnosti biti potrebna kolektomija. Također je vjerojatnije da takvi bolesnici neće imati simptome godinu dana nakon kolonoskopije. Mjesto bolesti, utvrđeno kolonoskopijom, također je važno za predviđanje budućih ishoda, procjene rizika od raka i odluke treba li primijeniti terapiju. Međutim, usprkos očitosti važnosti kolonoskopije za utvrđivanje mjesta i aktivnosti bolesti, nikada nije provedena studija koja bi istražila značaj rutinske kolonoskopije nakon inicijalne kolonoskopije prilikom dijagnoze.

Ako postoji stenoza (suženje) kolona, liječnik treba isključiti rak kao njezin uzrok. Iz kolona treba uzeti puno biopsija, a može se razmisliti i o operaciji. Ponekad endoskopska intubacija čitavog kolona nije moguća. U takvim slučajevima, mogu se koristiti slikovni postupci kao što su barijeva klizma s dvostrukim kontrastom ili kolonografija.

Kod dugotrajnog ulceroznog kolitisa, stenoza kolona (striktura/suženje) je potencijalni znak raka crijeva i zahtijeva pažljivu procjenu kolonoskopijom i biopsijama. Ako je kolonoskopija nekompletna zbog stenoze, može se koristiti barijeva klizma s dvostrukim ili jednostrukim kontrastom kako bi se procijenilo suženje i kolon oko njega. CT kolonoskopija može procijeniti uzorak tkiva blizu stenoze kolona te ekstraluminalnu patologiju (odnosno tkivo izvan lumena crijeva) i stoga je sve češće prvi izbor u ovakvoj situaciji.

Izraz nedeterminirani kolitis (eng. indeterminate colitis, IC) smije se koristiti samo za uzorke resekcije. Ako liječnik ne zna imate li CD ili UC nakon što su napravljene sve moguće pretrage, tada se takva bolest naziva neklasificirani IBD (IBDU - Inflammatory Bowel Disease unclassified).

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Neklasificirani IBD je izraz najprikladniji za slučajeve gdje se ne može napraviti definitivna razlika između ulceroznog kolitisa, Crohnove bolesti ili drugih uzroka kolitisa. Ovaj izraz se primjenjuje kad se razlika ne može napraviti čak ni nakon što su uzeti u obzir povijest bolesti, endoskopski pregled, histopatologija višestrukih biopsija sluznice i odgovarajuća radiologija. Nedeterminirani kolitis je izraz rezerviran za patologe kako bi opisali uzorak kolektomije kod kojeg se preklapaju karakteristike UC-a i CD-a.

## Medikamentozna terapija aktivnog ulceroznog kolitisa

### Proktitis

5-ASA 1g u obliku čepića jednom dnevno prvi je izbor u ranom liječenju blagog ili umjerenog proktitisa. 5-ASA pjena u obliku klizme također se može koristiti. Čepići mogu unijeti više lijeka u rektum i čini se da su bolesnicima draži od klizmi. Kombinacija topičkog 5-ASA s oralnim 5-ASA ili topičkim steroidima učinkovitija je od pojedinačnog uzimanja svakog od navedenih lijekova. Monoterapija oralnim 5-ASA nije tako učinkovita za liječenje bolesti kao kad se koristi u kombinaciji. Proktitis, koji ne odgovara na navedenu terapiju, može zahtijevati liječenje imunosupresivima i/ili anti-TNF lijekovima.

Ako osoba boluje od proktitisa, topički 5-ASA najbolja je terapija; brojne studije pokazale su da 5-ASA smanjuje simptome i poboljšava nalaze kolonoskopije i biopsije. Nadalje, čepići su učinkovitiji od klizmi jer djeluju na mjestu upale i detektiraju se u rektumu većeg broja bolesnika nakon 4 sata (40% naspram 10%). Nije ustanovljeno povećanje učinkovitosti 5-ASA lijekova iznad jednog grama na dan i uzimanje jednom dnevno jednako je učinkovito kao i više puta dnevno.

Brojne studije pokazale su da je topički mesalazin učinkovitiji od topičkih steroida vezano za ublažavanje simptoma, kao i poboljšanje nalaza kolonoskopije i biopsije. Topički steroidi trebaju ostati rezervirani za osobe koje ne podnose topičke 5-ASA lijekove.

Topički 5-ASA je učinkovitiji od monoterapije oralnog 5-ASA za proktitis. Međutim, čini se da je kombinacija topičkog i oralnog 5-ASA učinkovitija nego pojedinačno uzimanje svakog lijeka u slučaju kad se bolest prostire ispod 50 cm od analnog ruba. Kombinacija topičkog 5-ASA s topičkim steroidima također pomaže. Ako se kombinacijom oralnog ili topičkog 5-ASA s topičkim kortikosteroidima ne postigne uspjeh u liječenju, potrebno je dodati oralni prednizolon. Ako zakažu sve druge terapije, treba koristiti imunosupresive ili anti-TNF lijekove.

### Lijevostrani kolitis

U ranoj fazi liječenja, aktivni blagi do umjereni lijevostrani kolitis treba se liječiti 1g aminosalicilata u obliku klizme dnevno u kombinaciji s više od 2,4g oralnog mesalazina dnevno. Kombinirano liječenje oralnom plus topičkom 5-ASA terapijom bolje je od samostalnog korištenja topičkih steroida ili aminosalicilata. Također je bolje od liječenja samo oralnim aminosalicilatima. Topički 5-ASA učinkovitiji je od topičkih steroida. Uzimanje doze 5-ASA jednom dnevno jednako je dobro kao uzimanje 5-ASA u više podijeljenih doza. Sistemske kortikosteroide se mogu koristiti ako 5-ASA ne djeluje. U slučaju teške bolesti, bolesnik se treba hospitalizirati radi intenzivnog liječenja.

Studije jasno dokazuju da su za lijevostrani UC učinkoviti kako oralni, tako i topički 5-ASA lijekovi. Stoga, prva linija liječenja blagog do umjerenog lijevostranog kolitisa je kombinacija oralnog i topičkog 5-ASA, što se pokazalo učinkovitijim nego kad se svaki lijek koristi samostalno; kombinacija oralne i topičke terapije je učinkovitija i brže djeluje nego svaka zasebno. Rezultati više studija pokazali su da je rektalni 5-ASA učinkovitiji od rektalnih kortikosteroida, iako je nekoliko studija pokazalo da je rektalni beklometazon dipropionat (steroidni lijek) jednako učinkovit kao rektalni 5-ASA.



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Nekoliko studija je pokazalo da nema nikakve koristi od dijeljenja dnevne doze i da se stoga 5-ASA lijekovi mogu uzimati jednom dnevno. Međutim, pokazalo se da povećanje doze dovodi do boljih rezultata za bolesnike pa je minimalna preporučena doza za lijevostrani kolitis 2,4 grama dnevno.

Ponekad, kad 5-ASA nije učinkovit ili ga oboljeli od lijevostranog UC-a dobro ne podnose, treba razmisliti o oralnim kortikosteroidima. Oralni steroidi mogu brže djelovati, ali potencijalno uzrokuju više nuspojava. 5-ASA lijekovima treba prosječno 9-16 dana da počnu djelovati, a učinkovitost će biti brža ako se primjenjuje kombinirana, a ne samo oralna terapija. Ako se bolesniku, koji se liječi 5-ASA lijekom, pogoršaju simptomi, ako je rektalno krvarenje prisutno duže od 10-14 dana od početka terapije ili se ne ublaže svi simptomi u roku od 40 dana, potrebno je započeti dodatnu terapiju (obično oralnim kortikosteroidima).

## Prošireni kolitis

U ranoj fazi liječenja, prošireni kolitis blagog do umjerenog oblika treba se liječiti s više od 2,4g oralnog 5-ASA dnevno. Ovu terapiju treba kombinirati s topičkim 5-ASA ako ga bolesnik podnosi kako bi se povećale šanse za ostanak u remisiji. Uzimanje doze 5-ASA jednom dnevno jednako je dobro kao uzimanje 5-ASA u više podijeljenih doza. Sistemski kortikosteroidi trebaju se davati ako osoba ne reagira na 5-ASA. Teški prošireni kolitis zahtijeva hospitalizaciju radi intenzivnog liječenja.

Oralni 5-ASA učinkovit je za indukciju remisije blagog do umjereno aktivnog proširenog UC-a. Osim toga, kombinacija oralnog i topičkog 5-ASA učinkovitija je nego kad se oralni 5-ASA koristi samostalno; kliničko istraživanje pokazalo je da je kombiniranom terapijom postignuta remisija kod 64% bolesnika u usporedbi sa 43% koji su uzimali samo oralni 5-ASA. Uzimanje 5-ASA jednom dnevno jednako je učinkovito kao i uzimanje u podijeljenim dozama kod oboljelih od proširenog kolitisa.

Liječenje oralnim steroidima treba započeti ako blaga ili umjereno aktivna bolest ne reagira na 5-ASA. Isto tako, ako bolesnik već uzima više od 2 grama 5-ASA dnevno ili imunomodulatore kao terapiju održavanja i dođe do relapsa, treba započeti terapiju steroidima. Steroidi su se pokazali korisnima u induciranju remisije u barem dvije studije. Ako osoba ima teški prošireni UC, treba biti hospitalizirana jer se radi o stanju koje je potencijalno opasno po život.

## Teški kolitis

Ako su prisutni krvavi proljev, više od šest puta dnevno i bilo kakvi znakovi sistemske toksičnosti (puls viši od 90 otkucaja u minuti, povišena tjelesna temperatura iznad 37,8°C, razina hemoglobina niža od 10,5g/dL, ili SE veća od 30mm/h ili razina CRP-a viša od 30mg/l), kod bolesnika se razvio teški UC i treba ga hospitalizirati radi intenzivnog liječenja.

Svaki šesti oboljeli od UC-a doživi težak napad u nekom trenutku tijekom bolesti. Teški UC treba se ozbiljno liječiti. Usprkos napretku liječenja postignutom tijekom prošlog stoljeća, 2,9% hospitaliziranih bolesnika s akutnim teškim UC-om u Ujedinjenom Kraljevstvu umire iako je ta brojka u specijaliziranim centrima manja od 1%. Zbog rizika od smrtnog ishoda kod teškog UC-a, važno je prepoznati da je došlo do teškog napada. Kod teškog napada UC-a bolesnik ima šest ili više krvavih stolica dnevno plus jedan od sljedećih simptoma: (a) ubrzani puls (više od 90 otkucaja u minuti), (b) povišenu tjelesnu temperaturu, (c) anemiju ili (d) visoke razine SE ili CRP-a.

Svi bolesnici, kod kojih je došlo do teškog napada, trebaju se hospitalizirati radi intenzivnog liječenja koje na početku uključuje intravenozne kortikosteroide i zatim postepeni prijelaz na ciklosporin, takrolimus ili infliksimab ako bolesnik ne reagira na

intravenozne kortikosteroide u roku od tri dana. U slučajevima gdje bolesnik ne reagira na medikamentoznu terapiju, bit će potrebna operacija. Odluke vezane za intenzivnu medikamentoznu terapiju i operaciju trebaju se donositi brzo, ali i pažljivo. Ako se operacija predugo odgađa, tijekom zahvata se može javiti više komplikacija.

Teški aktivni UC treba se liječiti intravenoznim steroidima. Može se koristiti i intravenozni ciklosporin kao samostalna terapija. Niskomolekularni heparin treba se davati kako bi se spriječio rizik od stvaranja krvnih ugrušaka. Brigu o bolesniku treba voditi jedinstveni tim sastavljen od gastroenterologa i kolorektalnog kirurga.

Reakcija na intravenozne steroide najbolje se procjenjuje medicinskim testovima nakon tri dana terapije. U slučaju da teški aktivni UC ne reagira na intravenozne steroide, potrebno je prodiskutirati druge opcije liječenja uključujući operaciju. Ciklosporin ili infliksimab ili takrolimus („terapija spasa“) mogu biti pogodni kao druga linija liječenja. Ako u roku od 4-7 dana terapije spasa nema poboljšanja, preporučuje se kolektomija.

Odluka o tome kad oboljelom od UC-a preporučiti/savjetovati kolektomiju, jedna je od najtežih koju gastroenterolog mora donijeti. Međutim, gastroenterolog u suradnji s kirurgom treba biti što je moguće odlučniji i ne smije dopustiti da na njihovu procjenu utječe razumljiv otpor bolesnika prema operaciji. Predugo odgađanje operacije može povećati vjerojatnost za komplikacije pa čak i smrt tijekom kolektomije.

Objektivne mjere (dakle mjere koje nisu pod utjecajem emocija bolesnika ili liječnika) trebaju pomoći gastroenterologu u donošenju važne odluke o tome hoće li težak UC liječiti kolektomijom ili lijekovima kao što su ciklosporin, infliksimab ili takrolimus. Klinički pokazatelji (npr. veliki broj stolica), biokemijski pokazatelji (npr. visoke razine CRP-a) i radiološki pokazatelji (npr. proširenje debelog crijeva) su objektivne mjere koje treba koristiti kao pomoć u procesu odlučivanja. Prilikom donošenja odluke također je važno uzeti u obzir individualne okolnosti bolesnika. Na primjer, intravenozni ciklosporin treba se izbjegavati kod bolesnika s niskim kolesterolom ili magnezijem jer se u toj skupini javlja povećani rizik od neuroloških nuspojava.

## Medikamentozna terapija održavanja remisije

Na izbor terapije održavanja utječu brojni faktori:

- koliki je udio oboljelog crijeva (proširenost bolesti)
- koliko često dolazi do pogoršanja bolesti
- je li prijašnja terapija održavanja bila neuspješna
- koliko je teško bilo zadnje pogoršanje bolesti
- kakva se terapija koristila za postizanje remisije tijekom zadnjeg pogoršanja bolesti
- sigurnost terapije održavanja
- sprječavanje razvoja karcinoma.

Odabir odgovarajuće terapije za držanje bolesnika u remisiji ovisi o čitavom nizu faktora. Oboljelima od proktitisa vjerojatno će biti dovoljna samo topička terapija dok će oni s lijevostranim ili proširenim UC-om trebati oralnu terapiju. Nadalje, osoba, čija anamneza pokazuje kratka razdoblja između pogoršanja, više će profitirati od intenzivnije terapije jer se time može produžiti vrijeme između napada. Ako lijek za održavanje u prošlosti nije djelovao, ne smije se ponovno isprobavati. Ako je posljednji napad bio teži, potrebno je primijeniti intenzivniju terapiju. Težina sadašnjeg napada predviđa vjerojatnost budućeg. Ako su bolesniku potrebni steroidi za postizanje remisije, veća je vjerojatnost da će mu za njezino održavanje trebati intenzivnija terapija. Nuspojave lijekova trebaju se pažljivo procijeniti u odnosu na koristi po pitanju prevencije napada i karcinoma.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## Aminosalicilna kiselina

Oralni 5-ASA lijekovi su prvi izbor terapije održavanja ako bolesnici reaguju na 5-ASA ili steroidne (oralne ili rektalne). Rektalni 5-ASA je prvi izbor terapije održavanja za proktitis i može se koristiti za lijevostrani kolitis. Oralni i rektalni 5-ASA u kombinaciji mogu se koristiti kao druga linija terapije održavanja.

Brojne studije pokazale su da su oralni 5-ASA lijekovi učinkoviti za održavanje remisije. Nadalje, dvije studije pokazuju da je rektalni 5-ASA bio uspješno korišten za održavanje remisije kod oboljelih od lijevostranog UC-a. Liječenje kombinacijom oralnog 5-ASA i 5-ASA u obliku klizme pokazalo se učinkovitijim za održavanje remisije od korištenja samo oralnog 5-ASA. Anketa bolesnika u Ujedinjenom Kraljevstvu pokazala je da je 80% njih preferiralo samo oralnu terapiju; stoga se čini da je oralna terapija bolesnicima prihvatljivija od rektalne.

Oralni 5-ASA ne djeluje ispod doze od 1,2g dnevno. Rektalna terapija od 3g tjedno u podijeljenim dozama dovoljna je za održavanje remisije. Ova doza se može modificirati/promijeniti ovisno o djelovanju. U nekim slučajevima korisne su više doze sa ili bez topičkog 5-ASA. Nećete imati više nuspojava ako uzimate 5-ASA jednom dnevno. Drugi oralni 5-ASA lijekovi bolje su prihvaćeni od sulfasalazina (iako je sulfasalazin nešto učinkovitiji) jer imaju manje nuspojava. Svi dostupni oralni 5-ASA su učinkoviti. Nema čvrstog dokaza da je neki 5-ASA bolji od drugih za terapiju održavanja.

Minimalna učinkovita doza održavanja za oralni 5-ASA je 1,2 g po danu. Budući da nema povećanja nuspojava prilikom viših doza 5-ASA, više doze trebaju se davati u određenim slučajevima. Također nema razlike uzimate li 5-ASA jednom dnevno ili više puta dnevno. Uzimanje jednom dnevno ima prednost jer se bolesnik bolje pridržava terapije. Iako se učinkovitost oralnih 5-ASA lijekova može usporediti sa sulfasalazinom, prednost se daje 5-ASA jer uzrokuju manje nuspojava. Općenito, nema čvrstog dokaza da je neki određeni 5-ASA bolji od drugih.

Dugoročna 5-ASA terapija održavanja je preporučljiva jer može smanjiti rizik od raka crijeva.

Jedna je studija pokazala da redovita 5-ASA terapija smanjuje rizik od raka crijeva za 75%. Stoga je treba ozbiljno uzeti u obzir kao terapiju održavanja.

## Tiopurini

Ako su za održavanje remisije bolesti potrebni steroidi, bolesnika treba liječiti tiopurinom.

Azatioprin je učinkovitiji od 5-ASA za smanjenje simptoma i upale (prema nalazima kolonoskopije) kod bolesnika kojima trebaju steroidi za održavanje remisije. Nadalje, oko polovice bolesnika ovisnih o steroidima na azatioprinu, ostat će u remisiji bez steroida u razdoblju od tri godine. Stoga, kod osoba, kod kojih se javlja pogoršanje bolesti kad se ukidaju steroidi, treba započeti liječenje azatioprinom.

Bolesnike s umjereno aktivnim UC-om, koji ne reaguju na tiopurine, treba liječiti anti-TNF terapijom ili takrolimusom. Nedjelotvorne terapije trebaju se obustaviti, a jedna od opcija treba biti i operacija.

Oboljeli od UC-a ovisnog o steroidima, koji ne reaguju na tiopurine, trebali bi u idealnom slučaju ponovno učiniti endoskopski pregled (kolonoskopija s biopsijama) kako bi se potvrdila dijagnoza i osiguralo da nema drugih komplikacija. Strategija liječenja s ciljem ukidanja steroida treba se prodiskutirati s bolesnikom te treba razmotriti anti-TNF terapiju. Postoji čvrst dokaz da je anti-TNF terapija učinkovita za umjereni do teški UC

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



koji ne reagira na kortikosteroide ili imunomodulatore. Također se može razmisliti o liječenju takrolimusom, ali je dokaz za ovu terapiju manje uvjerljiv.

Ako UC ne reagira ili prestane reagirati na bilo koju od ovih terapija, potrebno je razmisliti o operaciji. Kolektomija, iako nije bez rizika, nudi mogućnost uklanjanja oboljelog crijeva i stoga „izlječenja“ UC-a. Liječenje imunosupresivima ili imunomodulatorna terapija su besmisleni i nerazumni ako se bolest ne poboljšava jer se zbog odgađanja povećava rizik od komplikacija tijekom i nakon operacije.

Svi bolesnici trebaju imati terapiju održavanja. Terapija „prema potrebi“ moguća je samo ako je riječ o bolesti ograničene proširenosti (npr. proktitisu).

Važno je i da dalje uzimate lijekove čak i ako se osjećate bolje. Razlog za takvu preporuku je činjenica da bolesnici, koji se pridržavaju terapije, imaju znatno manji rizik za pogoršanje bolesti u odnosu na one koji to ne rade. Zapravo, čini se da je redovito uzimanje terapije odlučujući faktor hoće li osoba ostati u remisiji ili ne. Na primjer, jedna je studija pokazala da su osobe, koje su podigle manje od 80% receptata 5-ASA lijekova za održavanje remisije, imale pet puta veću vjerojatnost za relaps od onih koje su podigle više od 80% svojih receptata.

Tiopurini se mogu koristiti u slučaju blage do umjerene aktivnosti bolesti s ranim ili učestalim relapsom tijekom liječenja optimalnom dozom 5-ASA, u slučaju nepodnošenja 5-ASA, u slučaju da su za održavanje remisije potrebni steroidi ili kad je remisija postignuta ciklosporinom (ili takrolimusom). Nakon odgovora na anti-TNF terapiju, postoje dvije opcije za održavanje remisije. Prva je uzimanje nekog od tiopurinskih lijekova. Druga opcija je nastavak primjene anti-TNF terapije sa ili bez tiopurina. Ako imate teški kolitis koji reagira na intravenozne steroide, ciklosporin ili infliksimab, treba razmisliti o tiopurinima kao terapiji održavanja. Međutim, ako reagirate na infliksimab, nastavak liječenja infliksimabom također je odgovarajuća opcija. Ako tiopurini kod vas nisu djelovali u prošlosti, trebate pokušati održati remisiju pomoću anti-TNF terapije. Kod bolesnika s teškim kolitisom koji reagira na steroide, ciklosporin ili takrolimus, ali koji još nisu liječeni tiopurinom, tiopurini su odgovarajući izbor za održavanje remisije.

Nekoliko studija je pokazalo da su tiopurini učinkoviti za održavanje oboljelih od UC-a u remisiji iako je dokaz za njihovu uporabu kod UC-a slabiji nego za CD. Jedna od novijih studija pokazala je da je azatioprin bolji za održavanje šestomjesečne remisije bez steroida od 5-ASA lijekova (53% bolesnika liječenih azatioprinom ostalo je u remisiji naspram 21% onih koji su liječeni 5-ASA lijekovima). Nadalje, tiopurini se mogu koristiti nakon što je remisija postignuta ciklosporinom (ili takrolimusom); na taj se način smanjuje rizik za kolektomiju kako u kraćem (1 godina) tako i dužem (5 godina) razdoblju.

Tu je još i opcija liječenja anti-TNF lijekovima. Studije su pokazale da korištenje infliksimaba pomaže bolesniku u postizanju i održavanju remisije te u ukidanju steroida; također vjerojatno pomaže u prevenciji kolektomije. Isto tako, pokazalo se da adalimumab pomaže bolesnicima s umjerenim do teškim UC-om da postignu i održe remisiju, smanje simptome, smanje upalu u kolonu i da prestanu uzimati steroide.

Još jedna opcija je kombinacija tiopurina s anti-TNF terapijom. Time se može smanjiti mogućnost neželjenih reakcija na anti-TNF ili gubitak učinkovitosti kad se razviju antitijela na anti-TNF. Jedna studija je pokazala da je kombinacija infliksimaba i azatioprina bila učinkovitija pri ukidanju steroida od samostalne primjene bilo kojeg od njih. Kombinacija ove dvije terapije vjerojatno pomaže u prevenciji kolektomije. Što više, moguće je da će se azatioprin moći prekinuti nakon prvih šest mjeseci kombinirane terapije zato što antitijela, koja sprječavaju djelovanje infliksimaba i koja su inhibirana tiopurinskim lijekovima, imaju tendenciju javljanja u prvih nekoliko mjeseci anti-TNF terapije.



## Kirurško liječenje UC-a

Kirurške komplikacije su vjerojatnije ako se operacija odgađa. Postupak u više faza (prvo kolektomija) treba se provesti u akutnom slučaju ako nema odgovora na medikamentoznu terapiju ili u slučaju da bolesnik uzima 20mg ili više prednizolona dnevno duže od šest tjedana. Ako postoji takva mogućnost, za bolesnika bi moglo biti korisno da zahvat izvede kirurg s iskustvom u laparoskopskoj kirurgiji.

U slučajevima akutnog teškog UC-a, važna je suradnja iskusnih kirurga i gastroenterologa kako bi se zajamčilo sigurno vođenje bolesnika. Iako je prije odluke o operaciji važno isprobati medikamentoznu terapiju, podjednako je važno da se odluka nepotrebno ne odgađa. Odgađanje operacije onda kad je potrebna, često dovodi do loših ishoda tijekom i nakon zahvata. Stoga, ako medikamentozna terapija nije dala rezultata, bolesnika treba potaknuti na operaciju.

Operaciju treba izvesti u dvije ili tri faze (odn. prvo kolektomija i ileostomija) kad bolesnik ima akutni teški UC ili je uzimao puno steroida. Na taj se način uklanja oboljeli kolon, što bolesnicima omogućava da ozdrave i ponovno počnu pravilno jesti. Nakon kolektomije, bolesnik može razmisliti želi li ilealni zdjelčni rezervoar s analnom anastomozom (ileal pouch anal anastomosis, IPAA) ili želi nastaviti živjeti s ileostomijom. Izvođenje kolektomije kao prvog zahvata također omogućava da se isključi dijagnoza Crohnove bolesti; ako se u uzorku uzetom iz kolona pronađe Crohnova bolest, to znači da IPAA nije odgovarajuća opcija. Na kraju, kolektomija se može izvesti i laparoskopski, što ima svoje prednosti jer dovodi do bržeg oporavka i uzrokuje manje komplikacija.

IPAA treba izvesti u specijaliziranim referentnim centrima koji imaju iskustva u izvođenju ovog postupka. Zahvat tada ima manje komplikacija i veća je mogućnost za spašavanje IPAA kad do komplikacija zaista dođe.

IPAA je vrlo složena operacija. Stoga, kirurzi i bolnice, koji obavljaju veliki broj takvih zahvata, imaju bolje rezultate i manje komplikacija od onih koji obavljaju tek nekoliko IPAA operacija godišnje. Osim toga, iskusniji kirurzi i bolnice bolje rješavaju komplikacije i vjerojatnije je da će „spasiti“ IPAA ako dođe do ozbiljnih komplikacija. Stoga bolje je obaviti IPAA u specijalističkim centrima koji obavljaju veliki broj takvih zahvata nego tamo gdje to nije slučaj.

Bolesnice u generativnoj dobi trebale bi porazgovarati o drugim kirurškim opcijama s gastroenterologom i kolorektalnim kirurgom jer postoji rizik da poslije IPAA neće moći imati djecu. Takve druge opcije uključuju subtotalnu kolektomiju i terminalnu ileostomiju ili ileorektalnu anastomozu.

Jedna od dvije bolesnice, kojima je učinjena IPAA, neće moći imati djecu i IPAA utrostručuje rizik od neplodnosti u usporedbi s medikamentoznim liječenjem UC-a (stopa neplodnosti 48% kod pacijentica poslije IPAA nasuprot 15% onih, kod kojih je UC liječen medikamentozno). Vjerojatan razlog je što na jajovodima nastaju priraslice kao posljedica operacije. Stoga, žene, koje žele začeti, trebaju tražiti alternativne opcije kao što su trajna ileostomija ili ileorektalna anastomoza. Prednost ileorektalne anastomoze je da po svoj prilici ne smanjuje plodnost. Nedostatak je da upaljeni kolon ostaje u tijelu (i s njime povezani rizik od raka crijeva).

Ileorektalna anastomoza treba se razmotriti u specijalnim slučajevima. Ako se izvede, ostatni rektum treba biti pod nadzorom gastroenterologa.

Ileorektalna anastomoza općenito nije dobra opcija jer ne eliminira UC, stoga će se simptomi UC-a vjerojatno zadržati zbog ostatnog rektuma. Usprkos tome, jedna od dvije

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



osobe koje imaju ileorektalnu anastomozu, još uvijek će je imati nakon deset godina i kvaliteta života je prihvatljiva u usporedbi s IPAA. Stoga, može doći u obzir za neke oboljele od UC-a, posebice za žene koje u budućnosti planiraju trudnoću. Međutim, ostatni rektum treba biti pod nadzorom zbog rizika da se u njemu razvije rak crijeva.

Liječenje prednizolonom u dnevnoj dozi od 20 mg ili više (ili ekvivalentnim lijekom) duže od šest tjedana povećava rizik od kirurških komplikacija. Stoga se prije operacije po mogućnosti treba provesti postepeno smanjivanje do ukidanja kortikosteroida.

Brojne studije su pokazale da kod bolesnika, koji uzimaju 20mg ili više prednizona dnevno duže od šest tjedana, postoji veća vjerojatnost za kirurške komplikacije. Stoga se prije operacije po mogućnosti treba provesti postepeno smanjivanje do ukidanja steroida. Štoviše, kad se isto provodi nakon operacije, važno je ne izazvati steroidnu apstinencijsku krizu koju karakterizira nizak krvni tlak te niske razine natrija i šećera u krvi.

Uzimanje tiopurina ili ciklosporina prije operacije ne povećava rizik od komplikacija nakon zahvata. Uzimanje infliksimaba prije operacije može povećati rizik od komplikacija nakon zahvata.

Izgleda da uzimanje tiopurinskih lijekova ili ciklosporina prije operacije ne povećava rizik od postoperativnih komplikacija nakon kolektomije. Neke studije su pokazale da infliksimab po svoj prilici povećava rizik od komplikacija neposredno nakon operacije i da su ove komplikacije najvjerojatnije povezane s povećanim rizikom od infekcije uzrokovane imunosupresijom. S druge strane, nekoliko drugih studija nije pokazalo da infliksimab povećava rizik od postoperativnih komplikacija pa stoga nemamo sigurnog zaključka. Nije poznato povećava li takrolimus rizik od postoperativnih komplikacija zbog nedostatka studija koje se bave tim pitanjem.

## *Kirurške komplikacije - 'pouchitis' (upala ileoanalnog zdjeličnog rezervoara)*

Dijagnoza 'pouchitis-a' obuhvaća simptome kao i određene endoskopske i histološke abnormalnosti. 'Pouchitis' je češći ako je prije operacije bolest zahvaćala veći dio kolona ili ako su postojale vancrijevne manifestacije bolesti (npr. PSC), ako je bolesnik nepušač, ima p-ANCA pozitivnu serologiju ili je koristio nesteroidne protuupalne lijekove.

Simptomi povezani s 'pouchitis-om' obuhvaćaju povećanu učestalost i tekuću konzistenciju stolice, grčeve u trbuhu, snažan nagon za pražnjenje, tenezam i nelagodu u području zdjelice. Mogu se javiti rektalno krvarenje, povišena tjelesna temperatura ili ekstraintestinalne manifestacije. Sami simptomi ne znače da se radi o 'pouchitis-u'. Na primjer, 'cuffitis' (upala zaostalog rektalnog bataljka), može uzrokovati slične simptome. Isto tako, slični simptomi mogu se javiti kod Crohnove bolesti u ileoanalnom zdjeličnom rezervoaru i kod sindroma iritabilnog rezervoara (koji je analogan sindromu iritabilnog crijeva). Stoga, valja učiniti endoskopiju ileoanalnog zdjeličnog rezervoara, odnosno endoskopiju IPAA kako bi se potvrdila dijagnoza. Upala 'pouchitis-a' izgleda drugačije od upale UC-a jer se radi o drugoj bolesti. Tijekom endoskopije ileoanalnog zdjeličnog rezervoara treba uzeti uzorke za biopsiju kako bi se potvrdilo da je riječ o 'pouchitis-u', a ne o nečem drugom, npr. Crohnoj bolesti ili infekciji uzrokovanoj bakterijom *C. diff*.

S razvojem 'pouchitis-a' povezani su određeni faktori rizika. Prošireni UC prije operacije, 'backwash ileitis' (odn. upala terminalnog ileuma), prisustvo vancrijevne bolesti (posebice PSC), ako je bolesnik nepušač i redovito korištenje nesteroidnih protuupalnih lijekova povećavaju vjerojatnost za 'pouchitis'. Iako ovi faktori rizika ne bi trebali spriječiti bolesnika da se odluči za IPAA, o njima bi ipak trebalo porazgovarati s bolesnikom.

Najčešći simptomi 'pouchitis-a' su povećani broj tekućih stolica, snažan nagon za pražnjenje, grčevi u trbuhu i nelagoda u području zdjelice (odn. u donjem abdomenu i anusu). Povišena tjelesna temperatura i krvarenje su rijetki. Endoskopija ileoanalnog zdjeličnog rezervoara nije potrebna kad nema simptoma.

Simptomi 'pouchitis-a' obuhvaćaju povećanu učestalost i tekuću konzistenciju stolice, grčeve u trbuhu, snažan nagon za pražnjenje, tenezam i nelagodu u području zdjelice. Mogu se javiti rektalno krvarenje, povišena tjelesna temperatura ili ekstraintestinalne manifestacije. Rektalno krvarenje češće je povezano s upalom rektalnog bataljka nego s 'pouchitis-om'. Nakon IPAA, inkontinencija stolice može se javiti i kad nema 'pouchitis-a', ali je češća kod bolesnika s 'pouchitis-om'.

Metronidazol ili ciprofloksacin djelotvorni su kod većine bolesnika s 'pouchitis-om', iako najbolja metoda liječenja nije jasna. Ciprofloksacin uzrokuje manje nuspojave. Antidiaroiici npr. loperamid) mogu smanjiti broj tekućih stolica (bez obzira je li 'pouchitis' prisutan ili nije).

Antibiotici su najučinkovitiji način liječenja 'pouchitis-a'. Od antibiotika se najčešće koriste metronidazol i ciprofloksacin. Ciprofloksacin se čini najučinkovitijim u smanjenju simptoma i poboljšanju endoskopskog nalaza ileoanalnog rezervoara te uzrokuje manje nuspojave. Antidiaroiici (npr. loperamid) trebaju se također razmotriti kod bolesnika s IPAA jer mogu značajno smanjiti broj tekućih stolica bez obzira ima li osoba 'pouchitis'.

Kad je remisija 'pouchitis-a' postignuta antibioticima, VSL#3 pomaže u održavanju remisije. VSL#3 također može spriječiti nastanak 'pouchitis-a' ako se počne uzimati odmah nakon IPAA.

Nakon što je kod kroničnog 'pouchitis-a' postignuta remisija, liječenje koncentriranom probiotičkom smjesom VSL#3 pomaže u održavanju remisije. Pokazalo se da preventivno korištenje VSL#3 može spriječiti prvi nastup akutnog 'pouchitis-a' u prvoj godini nakon operacije, pri čemu je samo 10% bolesnika, koji su se liječili lijekom VSL#3, dobilo 'pouchitis' u usporedbi sa 40% onih koji su uzimali placebo. Zapravo nije poznat mehanizam djelovanja VSL#3, ali se pretpostavlja da se njegovo djelovanje zasniva na povećavanju raznolikosti bakterija i smanjenju raznolikosti gljivica u IPAA.

## *Komplikacije - kolorektalni karcinom*

Bolesnici s dugotrajnim i proširenim UC-om skloniji su raku crijeva.

Rizik da će se kod oboljelog od UC-a razviti rak crijeva je 2% za 10 godina, 8% za 20 godina i 18% za 30 godina. Nadalje, oboljeli od pankolitisa imaju najveći rizik, oni s lijevostranim kolitisom imaju srednji rizik, dok oni s proktitisom nemaju povećani rizik. Stoga, što osoba duže boluje od UC-a i što je/bude više crijeva zahvaćeno bolešću, veća je vjerojatnost da će se razviti rak crijeva.

Neki oboljeli od UC-a imaju veći rizik za rak crijeva od drugih:

Bolesnici koji imaju:

- PSC
- postupalne polipe
- članove obitelji koji imaju ili su imali rak crijeva
- težu ili perzistirajuću upalu.

Najkonzistentniji čimbenici rizika za rak crijeva su primarni sklerozirajući kolangitis (PSC) te histološka ili klinička aktivnost bolesti. Oboljeli od PSC-a imaju tijekom života rizik od raka crijeva čak do 31%. Također je ustanovljeno da su postupalni polipi snažni faktori rizika iako je moguće da je ovaj povećani rizik povezan s displastičnim lezijama koje se

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



pogrešno smatraju postupalnim polipima. Obiteljska anamneza raka crijeva povezana je s povećanim rizikom u više studija, iako rezultati unutar studija nisu konzistentni.

Liječnik bi trebao ustanoviti rizik od raka crijeva tijekom probirne kolonoskopije ili pri prvoj nadzornoj kolonoskopiji šest do osam godina nakon prvih znakova UC-a. Nivo rizika uglavnom ovisi o tome koliki je udio kolona zahvaćen i koliko je upala teška.

Nivo rizika od raka crijeva kod bolesnika može se odrediti pri probirnoj kolonoskopiji ili prilikom prve nadzorne kolonoskopije osam godina nakon izbijanja bolesti. Faktori rizika su (a) pankolitis, (b) endoskopska i/ili histološka upala, (c) pseudopolipi i (d) obiteljska anamneza kolorektalnog karcinoma; osobe s tri ili više ovih faktora rizika imaju veći rizik, dok je kod bolesnika s dva ili manje faktora taj rizik manji.

Ako osoba ima visoki rizik te boluje od proširenog ili lijevostranog UC-a, treba obaviti kolonoskopiju svake 1-2 godine od osme godine nakon dijagnoze nadalje, dok je za one s malim rizikom dovoljno obaviti kolonoskopiju svake 3-4 godine. Ako dvije uzastopne kontrolne kolonoskopije pokažu da nema mikroskopskih znakova raka ili endoskopske i/ili histološke upale, interval kontrole se može povećati (npr. sa svake 1-2 godine na svake 3-4 godine).

5-ASA lijekovi mogu smanjiti rizik od raka crijeva. Ako je prisutan PSC, trebala bi se davati ursodeoksikolna kiselina kako bi se smanjio rizik od raka crijeva. Nije poznato je li se tiopurini mogu ili trebaju koristiti za smanjenje rizika od raka crijeva.

Za sprječavanje, usporavanje ili reverziju nastanka i napredovanja raka koriste se kemopreventivna sredstva. 5-ASA lijekovi primjer su kemopreventivnog sredstva kod UC-a. Više studija pokazalo je da 5-ASA lijekovi smanjuju rizik od raka crijeva kod oboljelih od UC-a; 5-ASA terapija može taj rizik čak i prepoloviti. S druge strane, dodaci s folnom kiselinom, kalcij, multivitamini ili statini ne smanjuju rizik od raka crijeva kod UC-a. Isto tako nije poznato jesu li tiopurini učinkoviti u tom pogledu.

Ponekad oboljeli od UC-a također imaju PSC i oni imaju znatno veći rizik od razvoja raka crijeva; cjeloživotni rizik kod ovih bolesnika može biti čak 31%. Srećom, pokazalo se da ursodeoksikolna kiselina smanjuje pojavnost raka crijeva kod oboljelih od UC-a i PSC-a te se stoga treba rutinski koristiti kod ovih bolesnika.

## *Druge komplikacije*

Psihološki faktori mogu utjecati na tijek UC-a. Bolesnici, koji pate od stresa ili depresije, mogu imati povećani rizik od relapsa bolesti. Oni, koji su često depresivni, imaju lošiju kvalitetu života povezanu sa zdravljem, a oni koji pate od anksioznosti, vjerojatno će se rjeđe pridržavati terapije.

Više studija s oboljelima od UC-a pokazalo je da se psihološki stres i aktivnost bolesti međusobno poklapaju. Studije su pokazale da visoko percipirani stres, anksioznost i depresija mogu ubrzati napade bolesti, međutim jedna je studija pokazala da oni, koji pate od depresije, nemaju veću vjerojatnost za relaps. Stoga, dokazi su u ovom pogledu donekle nejasni. Usprkos tome, pokazalo se da su depresija i neurotičnost (crta ličnosti koju karakteriziraju emocionalna nestabilnost, anksioznost, strah i zabrinutost) povezani s nižom kvalitetom života. Anksioznost i loše raspoloženje su po svoj prilici povezani s neredovitim uzimanjem medikamentozne terapije za UC.

Bolesnik i liječnik trebali bi porazgovarati o psihosocijalnim utjecajima bolesti i kvaliteti života s obzirom na zdravstveno stanje. Bolesniku bi trebalo pružiti prilagođene (odn. individualizirane) informacije i objašnjenja o UC-u. Kombiniranjem brige o samom sebi i sastanaka s liječnikom usmjerenih na bolesnika može se poboljšati kontrola UC-a.



Percepcija zdravstvenog stanja utječe na bolesnikov doživljaj bolesti. Psihički iscrpljeni bolesnici mogu imati poteškoća u obradi važnih informacija o svojoj bolesti. Podizanje svijesti o tome može dovesti do poboljšane komunikacije između bolesnika i liječnika ili medicinske sestre/zdravstvenog djelatnika. Važno je da bolesnici budu individualno informirani o svom stanju i da dobiju emocionalnu podršku. Razlog tome je da su bolesnici, koji nedovoljno razumiju bolest, skloniji većoj zabrinutosti i brigama.

Korištenje zdravstvene skrbi snažno je povezano s psihosocijalnim faktorima. Izvješća pokazuju da se više od 40% bolesnika ne pridržava liječničkih savjeta i to je situacija u kojoj je odnos između bolesnika i liječnika ili medicinske sestre ključan. Vodiči o brizi za vlastito zdravlje u kombinaciji s konzultacijama usmjerenim na bolesnika poboljšavaju bolesnikovu kontrolu bolesti. Edukacijske brošure po svoj prilici nisu od pomoći i mogu pogoršati ishode za bolesnike. Osim toga, izgleda da edukacijski programi za bolesnike imaju vrlo malo ili uopće nemaju utjecaja na tijek njihove bolesti ili psihološko zdravlje.

## Ekstraintestinalne komplikacije - kosti i zglobovi

Kod UC-a, artritis (bolni i otečeni zglobovi) može se ponekad javiti u zglobovima na rukama i nogama (pod nazivom „periferni artritis“) ili u donjem dijelu kralježnice (pod nazivom „aksijalni artritis“). Kad se artritis javi u velikim zglobovima na rukama i nogama, liječenje UC-a obično ublažava simptome. Ako se simptomi zadrže kad se simptomi UC-a povuku, kratkoročno se moгу koristiti nesteroidni protuupalni lijekovi. Lokalne steroidne injekcije i fizioterapija također su korisni u liječenju perifernog artritisa. Ako je periferni artritis i dalje prisutan, moguća je terapija sulfasalazinom. Dokazano je da se intenzivnom fizioterapijom s nesteroidnim protuupalnim lijekovima postižu dobri rezultati liječenja artritisa u donjem dijelu leđa. Međutim, nesteroidne protuupalne lijekove bi najbolje bilo izbjeći zbog nedostatka sigurnosti. Kod aksijalnog artritisa, sulfasalazin, metotreksat i azatioprin obično ne djeluju ili djeluju vrlo slabo. Anti-TNF lijekovi dobra su terapija za ankilozantni spondilitis i za one bolesnike koji ne podnose ili ne reagiraju na nesteroidne protuupalne lijekove.

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

Kod perifernog artritisa, liječenje osnovnog UC-a kortikosteroidima, imunomodulatorima i anti-TNF lijekovima trebalo bi liječiti i periferni artritis. Ako se liječenjem osnovnog UC-a ne ublaži bol u zglobovima, tada bolesnik treba razmisliti o kratkotrajnom uzimanju nesteroidnih protuupalnih lijekova; iako nesteroidni protuupalni lijekovi mogu potencijalno pogoršati osnovni UC, čini se da je rizik malen. Fizioterapija može ublažiti simptome. Izgleda da je korištenje inhibitora ciklooksigenaze 2 (npr. etorikoksiba i celokoksiba) sigurnije s nižim rizikom od pogoršanja bolesti nego kod klasičnih nesteroidnih protuupalnih lijekova. Sulfasalazin može biti koristan za artropatiju velikih zglobova. Infliksimab također može imati pozitivan učinak na periferni artritis.

Što se tiče aksijalne artropatije kod UC-a, većina terapija temelji se na dokazima iz studija ankilozantnog spondilitisa. Intenzivna fizioterapija i nesteroidni protuupalni lijekovi mogu se koristiti iako bi se dugotrajno uzimanje nesteroidnih protuupalnih 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.

Osteopenija može pomoći u predviđanju buduće osteoporoze, ali predstavlja mali neposredni rizik. Međutim, ako je ispunjen određeni kriterij (T vrijednost niža od -1,5), treba davati kalcij i vitamin D. Osteoporoza bi se trebala liječiti u slučaju prijašnje frakture (čak i ako su T vrijednosti normalne).

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 bisfosfonata. Sve u svemu, kod pojedinih bolesnika s niskom gustoćom kostiju i dodatnim faktorima rizika, treba razmisliti o liječenju.

Najsnažniji pretkazivač buduće frakture je prijašnja fraktura kralježnice, i to čak i kod onih bolesnika s normalnom gustoćom kostiju. Stoga, svi bolesnici s prijašnjim frakturama trebaju se liječiti na odgovarajući način.

## Koža

Anti-TNF terapija može uzrokovati kožnu upalu. Ona obično nestaje nakon prestanka uzimanja lijeka. Kad nije jasno što je uzročnik kožne upale, bolesnika treba uputiti dermatologu. Povezano s tim, preporučena terapija uglavnom se temelji na popratnim kožnim manifestacijama kod drugih kroničnih bolesti. Te terapije mogu uključiti topičke steroide, topičke keratolitičke preparate, vitamin D, metotreksat, ili pak promjenu ili obustavu anti-TNF terapije.

Liječenje oboljelih od UC-a anti-TNF lijekovima može ponekad uzrokovati kožne bolesti koje nazivamo psorijaza i ekcem; ove abnormalnosti pojavljuju se kod oko 22% bolesnika na anti-TNF terapiji. Kožne lezije ne podudaraju se sa simptomima IBD-a, ali su češći kod žena. Topička terapija kortikosteroidima, keratoliticima (npr. salicilnom kiselinom, ureom) i emolijentnim sredstvima, analogima vitamina D i s terapijom ultraljubičastim (UV) svjetlom (UVA ili uskopojasno UVB) rezultirale su djelomičnom ili totalnom remisijom kod gotovo polovice bolesnika. Sve u svemu, 34% osoba s kožnim problemima u konačnici je prestalo s uzimanjem anti-TNF lijekova jer nisu mogli staviti kožne probleme pod kontrolu. Srećom, kožni problemi će se obično povući nakon prestanka anti-TNF terapije.

## Oči

Bolesnika s očnim problemima treba uputiti oftalmologu. Za episkleritis (upalu konjunktive i bjeloočnice), nije nužna sistemska terapija i on obično reagira na topičke steroide ili na nesteroidne protuupalne lijekove. Uveitis se liječi steroidima, topičkim ili sistemskim. Imunomodulatori, uključujući anti-TNF lijekove, mogu biti od pomoći u tvrdokornijim slučajevima.

Uveitis i episkleritis su najčešći očni problemi uzrokovani IBD-om. Episkleritis može biti bezbolan i manifestirati se samo crvenilom očiju, ali se također mogu javiti svrbež i osjećaj pečenja. Upala se može samostalno povući bez terapije, ali će obično reagirati na topičke steroide, nesteroidne protuupalne lijekove ili jednostavne analgetike paralelno s liječenjem osnovne bolesti UC.

Uveitis (upalna srednje očne ovojnice) manje je čest, ali potencijalno ima teže posljedice. Kad je povezan s UC-om, obično se javlja u oba oka, „podmuklo“ i dugo traje. Bolesnici se žale na bol u oku, zamućeni vid, osjetljivost na svjetlo i glavobolje. Budući da je ozbiljan i da može uzrokovati gubitak vida, osoba oboljela od uveitisa treba odmah posjetiti oftalmologa (specijalista za očne bolesti). Liječenje se obično sastoji od topičkih

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



i sistemskih steroida. U liječenju težih slučajeva, učinkovitim su se pokazali azatioprin, metotreksat, infliksimab i adalimumab.

## Jetra i žučni mjehur

Ponekad se poremećaji jetre, žučnog mjehura, žučnih vodova i žuči mogu javiti s UC-om; oni se nazivaju hepatobilijarni poremećaji ili poremećaji žuči i jetre. U slučaju abnormalnih funkcionalnih jetrenih testova, liječnik bi trebao istražiti njihov uzrok. Potrebno je učiniti ultrazvučni pregled te serologiju radi dokaza mogućih autoimunih i infektivnih uzroka navedenih poremećaja. Jedan mogući hepatobilijarni poremećaj je PSC i najbolji način za njegovo dijagnosticiranje je kolangiografija magnetskom rezonancijom, MRCP. Kod oboljelih od PSC-a veća je vjerojatnost od razvoja raka.

Abnormalnosti jetrenih testova uobičajene su kod IBD-a. PSC je najčešći uzrok abnormalnosti jetre kod oboljelih od IBD-a iako se kod IBD-a mogu javiti i neka druga stanja (npr. ciroza, žučni kamenac i kronični hepatitis). Neki lijekovi (npr. azatioprin), koji se koriste za IBD, također mogu uzrokovati abnormalnosti jetrenih testova. Abnormalnosti jetre obično su vidljive na rutinskim testovima prije javljanja simptoma. Ako se snimanjem ultrazvukom dobije normalan nalaz, ako se smatra da nuspojave lijekova nisu vjerojatne, ako su serološki testovi za primarnu bolest jetre negativni, tada je PSC vjerojatan uzrok za abnormalne jetrene testove. Uobičajena dijagnostička pretraga za PSC je MRCP; ako je PSC prisutan, ona će pokazati nepravilne žučne vodove s područjima kako suženja, tako i proširenja. Ako MRCP i dalje ne pokaže ništa, tada se treba napraviti biopsija jetre. Važno je potvrditi je li PSC stvarno prisutan jer kod oboljelih od IBD-a povećava rizik od razvoja raka crijeva. Stoga, oboljele od PSC-a treba temeljitije nadzirati.

## Krv i zgrušavanje

Rizik od krvnih ugrušaka i smrtnih ishoda povezanih s ugrušcima udvostručena je kod oboljelih od UC-a u usporedbi s onima koji nemaju UC. Ako postoji rizik od krvnih ugrušaka u krvnim žilama, preventivno se može djelovati mehanički (npr. kompresivnim čarapama) i lijekovima (npr. heparinom). Liječenje krvnih ugrušaka kod UC-a treba slijediti ustanovljene terapijske opcije za razrjeđivanje krvi uzimajući u obzir potencijalno povećani rizik od krvarenja.

Zbog uvelike nepoznatog razloga, oboljeli od UC-a imaju veći rizik od pojave krvnih ugrušaka u venama koju nazivamo venska tromboembolija. Važno ih je liječiti jer ovo stanje može dovesti do komplikacija ili čak smrti. Takvi krvni ugrušci trebaju se dijagnosticirati odgovarajućim slikovnim tehnikama kao što su ultrazvuk i venografija. Što se tiče terapije, krvni ugrušci trebaju se liječiti lijekovima za razrjeđivanje krvi (antikoagulansima). Osobe, kod kojih se javila druga epizoda krvnih ugrušaka, trebaju razmisliti o dugoročnoj terapiji. Nije jasno javlja li se kod oboljelih od IBD-a više komplikacija krvarenja od lijekova za razrjeđivanje krvi nego kod osoba koje nemaju IBD. Oboljeli od IBD-a trebaju izbjegavati duga putovanja kao i oralna kontracepcijska sredstva jer ona još više povećavaju rizik od krvnih ugrušaka.

Dodaci željeza potrebni su u slučaju anemije zbog nedostatka željeza. O njima također treba razmisliti čak i ako postoji nedostatak željeza bez anemije. Intravenozno željezo bolje djeluje i bolje se podnosi od oralnih tableta željeza. U slučaju teške anemije, nepodnošenja oralnog željeza ili ako nema dobrog odgovora na oralno željezo, treba se davati intravenozno željezo. Ako su potrebni brzi rezultati, intravenozno željezo treba se koristiti zajedno s eritropoetinom.

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Ako je prisutna anemija i dokazani nedostatak željeza, treba započeti s dodavanjem željeza. U slučajevima nedostatka željeza bez anemije, potrebno je poduzeti individualizirani pristup. Glavni cilj terapije za anemiju zbog nedostatka željeza je unos dovoljno željeza kako bi se povećao hemoglobin. Idealno, trebalo bi povećati razine hemoglobina na više od 2 g/dL ili na normalne vrijednosti unutar 4 tjedna, nadopuniti zalihe željeza (zasićenje transferina veće od 30%), ublažiti simptome povezane s anemijom i poboljšati kvalitetu života. Razine zasićenja transferina veće od 50% i razine feritina više od 800 g/L smatraju se toksičnima i trebaju se izbjegavati.

Dodatak željeza treba se davati oralno, intramuskularno ili intravenozno; korištena metoda odabire se prema simptomima, uzrocima i težini te prema tome postoje li kod bolesnika još neka druga stanja osim UC-a. Iako je gastroenterolozima tradicionalno prvi izbor, oralna terapija često uzrokuje gastrointestinalne simptome kao što su mučnina, nadutost i proljev. Osim toga, 90% željeza se ne apsorbira te stoga može dovesti do pogoršanja IBD-a. Zato intravenozne infuzije željeza dobivaju na popularnosti iako nisu opće prihvaćene usprkos tome što su jednako učinkovite, pružaju brže rezultate i sigurnije su od oralnog željeza. Sve u svemu, intravenozno željezo treba davati onim bolesnicima koji ne podnose ili nemaju dobar odgovor na oralno željezo, imaju tešku anemiju, jaku upalu i uzimaju lijekove za stimulaciju proizvodnje crvenih krvnih stanica.

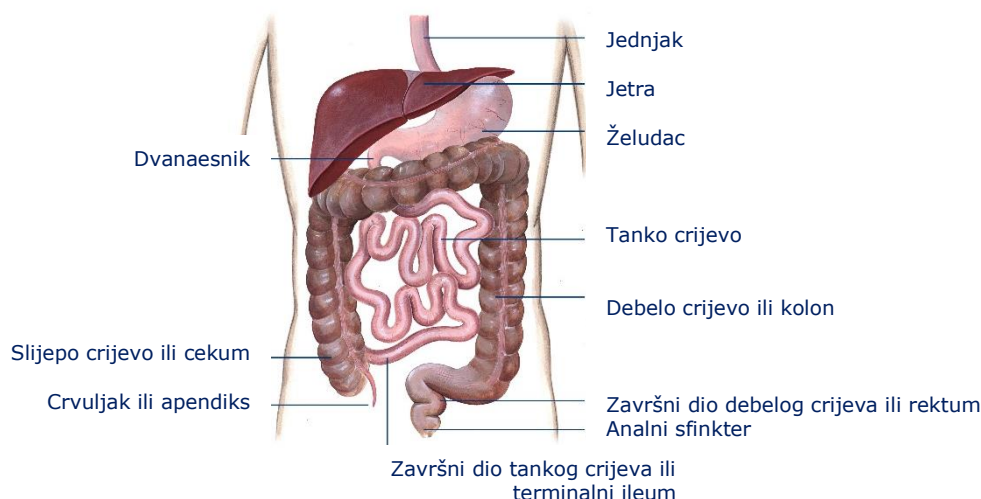


# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



## 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 zglobova (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 željeza                   | Bolest  | Stanje u kojem u krvi nema crvenih krvnih stanica zbog nedostatka željeza.   |
| Ankilozantni                                      | Bolest  | Oblik artritisa karakteriziran kroničnom upalom  |

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



|   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| spondilitis                             | povezana s IBD-om        | 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 zglobova (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 imunski 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 proizvode nadbubrežne žlijezde u našem tijelu. |
| CD (Crohn's Disease) ili                | Opis bolesti             | To je upalna bolest crijeva. Crohnova bolest može pogoditi sve dijelove gastrointestinalnog trakta   |

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



|  |                       |  |
|--|-----------------------|--|
| Crohnova bolest                            |                       | 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 'pouchitisa'.  |
| 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 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.       |

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



|  |                   |  |
|--|-------------------|--|
| 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 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   |



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



|  |              |   |
|--|--------------|---|
|  |              | 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). |
| Infliksimumab  | 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 nuspojave 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.                       |
| Kreatinin  | Pretraga     | Krvna pretraga kreatinina pomaže u procjeni bubrežne funkcije.  |
| Kronične bolesti   | Opis bolesti | To su bolesti koje traju dugo (obično doživotno). IBD su kronične bolesti.  |
| Laktoferin   | Pretraga     | Protein koji upaljeno crijevo oslobađa u lumen. Da bi se izmjerio, bolesnik mora dati uzorak  |

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



|  |                   |  |
|--|-------------------|--|
|  |                   | stolice.   |
| Laparoskopski  | Operacija         | Laparoskopska operacija je način obavljanja zahvata gdje se bolesniku učine mali rezovi na trbuhu 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 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.   |

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



|  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| 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).  |
| 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   |

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



|                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
|                                   |  | 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, kvрге 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 završetak 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 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.   |



# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



|                               |                           |  |
|-------------------------------|---------------------------|--|
|                               |                           | 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 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.  |

# ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



|                          |          |  |
|--------------------------|----------|--|
| 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 'pouchitis-a'.   |
| Zasićenje transferina    | Pretraga | Mjerenje sposobnosti vezanja željeza u tijelu, pri čemu razine niže od 16% ukazuju na nedostatak željeza.  |