

# Nespecifické střevní záněty u dětí

**Crohnova choroba (ileilitis terminalis), Ulcerózní kolitida (idiopatická proktokolitida)**

**Autor:** Petra Černotová, Tereza Dopitová, **Spolupracovaly:** Kateřina Navrátilová, Karolína Prokopovičová

## Výskyt

Incidence nespecifických střevních zánětů (IBD) se v ekonomicky rozvinutých zemích neustále zvyšuje a problémem začíná být i fakt, že se posunuje věková hranice pacientů stále do nižšího věku. Medián u obou nemocí je 20-25 let při stanovení diagnózy. Incidence CN je 2/10 000 obyvatel za rok v ČR. Incidence UK je 8-12/100 000 obyvatel za rok v celé západní Evropě. S prevalencí 0,2-0,3% populace západního světa.

## Etiologie

Předpokládá se, že etiologie onemocnění obou výše uvedených nemocí má multifaktoriální charakter. Dosud žádná studie nepotvrdila jednoznačně, jaká může být příčina IBD. Předpokládá se, že vliv mají faktory jak neovlivnitelné, tak ovlivnitelné.

- ✓ **Genetika**- byly prokázány alely, které mají souvislost se vznikem CN a UK a vyskytují se familiárně. UK-HLA alela II. třídy DR2 a gen MDR1. CN- 16 chromozom gen NOD2/CARD15. CN se často vyskytuje u pacientů, kteří mají v RA psoriázu, a obě onemocnění se často doplňují o kloubní projevy (ankylozující spondylitis)
- ✓ **Zevní faktory**- pravděpodobně má vliv na vznik IBD i způsob stravování, životní styl, socioekonomický status, prostředí, ve kterém nemocný žije, kouření. Nemocní s CN mají často vyšší spotřebu rafinovaného cukru a tuku.
- ✓ Existují i teorie o **infekci** střevního traktu, která by mohla být spouštěčem IBD, avšak žádný patogen doposud prokázán nebyl. V neposlední řadě pak zmíním ještě tkáňové poškození, které by mohlo patologicky vystupňovanou reakcí odstartovat IBD.
- ✓ Pro UK se předpokládá také vliv **alergie**.
- ✓ Na posledním místě uvádím **psychogenní faktor**, který s největší pravděpodobností ovlivňuje vznik IBD. Uplatňuje se jako spouštěč a následně bývá důvodem zhoršování klinického stavu pacienta.

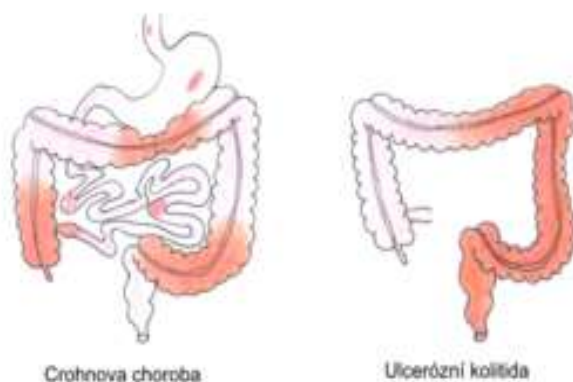
## Příznaky

Klinický obraz obou nemocí je z určité části srovnatelný a v mnoha ohledech se naprosto liší.

**Crohnova choroba:** je zánět kterékoli části trávicí trubice s predilekcí v ileocekální oblasti-konečné části tenkého střeva (40%). Probíhá chronicky s obdobím relapsů (znovuzplanutí) a remisí (bezpříznakové období). Klinické příznaky souvisí s mírou postižení trávicí soustavy a mimostřevními projevy (artritida, episkleritida, kožní projevy, cholangitidy). Nalézáme zánětlivé změny v dutině ústní, žaludku, tenkém i tlustém střevě, kde jsou většinou léze vředovitého charakteru. Do celkového obrazu patří i nespecifické známky jako zvýšené teploty, hubnutí, únava, chudokrevnost, proteino-energetická malnutrice a poruchy vstřebávání některých vitamínů a minerálů. U akutní exacerbace nemoci jsou typicky průjmovité stolice několikrát za den, nucení na stolicí, křečovitě bolesti břicha, nadýmání a nechutenství. Typicky se objevují anální trhliny, píštěle v oblasti řitě a abscesy. Největším rizikem pro pacienty je akutní zúžení nebo perforace píštěle do dutiny břišní a při chronickém trvání karcinom kterékoli části trávicí trubice.

**Ulcerózní kolitida:** nemá tak rozmanité projevy jako CN. Dominují tenesmy (nucení na stolicí), četnost je až několikrát za den. Stolica je hlenovitá s příměsí krve a hnisu. Někteří pacienti mívají paradoxně zácpu, pokud je postiženo rektum (konečník). Největší komplikací je zde vznik toxického megakolon s rizikem perforace a následným vznikem zánětu pobříšnice. Samozřejmostí jsou celkové nespecifické projevy jako hubnutí, zvýšené teploty, únava. Proteino-energetická malnutrice zde není tak významná. Riziko vzniku karcinomu je zde vyšší než u CN, konkrétně tedy kolorektální karcinom (na přechodu tlustého střeva v konečník), což odpovídá predilekci postižení. Z extraintestinálních projevů jsou typické sklerotizující cholangitidy.

Obrázek 1: rozdíl lokalizace postižení jednotlivých chorob



Zdroj: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Nespecifické\\_střevní\\_záněty\\_dne\\_9.4.2014](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Nespecifické_střevní_záněty_dne_9.4.2014)

## Vyšetření

Ke stanovení diagnózy nám kromě správného rozpoznání prvních symptomů napomáhá:

- **ANAMNÉZA**, neboli předchorobí, kde zjišťujeme soubor informací o pacientovi.

Pátráme zejména po přítomnosti příznaků specifických pro dané onemocnění a jejich trvání.

- **FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ**, kde klademe důraz na:

- celkový vzhled pacienta: bledost, únava, apatie, úzkost
- váhový úbytek, zpomalení růstu, opoždění puberty
- nález na bříše - pohmatová bolestivost
- vyšetření konečníku - bolestivost v konečnickovém kanálu, krev na prstě, zúžení

- **LABORATORNÍ NÁLEZ**, který nám dává informace z:

- **Vyšetření krve:** chudokrevnost, zvýšená sedimentace červených krvinek, zvýšená hladina bílých krvinek a krevních destiček
- **Imunologické vyšetření:**
  - CD: pozitivní ASCA protilátky (protilátky proti *Sacharomyces cerevisiae*)
  - UC: pozitivní ANCA protilátky (protilátky proti cytoplasmě neutrofilních granulocytů)
- **Mikrobiologické vyšetření stolice:** **vyločení** infekčního původu střevního zánětu

- **ZOBRAZOVACÍ METODY**, které nám pomohou postižení střeva vizualizovat:

- **Ultrazvuk** : umožní zhodnotit šířku střevní stěny u zánětu bývá ztluštěna
- **Rentgenové vyšetření střeva s použitím kontrastní látky:** slouží ke zobrazení jednotlivých úseků střeva
- **Magnetická rezonanční enterografie:** zlatý standard pro vyšetření tenkého střeva
- **CT (počítačová tomografie):** přínosná pro diagnostiku, ale má vysokou radiační zátěž pro pacienta, proto se u dětí téměř nepoužívá
- **Rektoskopie:** slouží k prohlédnutí 20-25 cm střeva od řitních svěračů, uplatňuje se zejména u diagnostiky kolitidy
- **Koloskopie:** endoskopické vyšetření celého tlustého střeva, většinou lze proniknout i ke
- konečné části tenkého střeva, tzv. terminálnímu ileu, tato část bývá typicky postižena u Crohnovy choroby. Koloskopii je vhodné provést i u nemocných s ulcerózní kolitidou, rovněž ke zjištění rozsahu onemocnění

- **Biopsie střeva:** odběr vzorků sliznice z postižené tkáně pomocí endoskopu a jejich následné histologické vyšetření je rozhodující pro stanovení diagnózy

Obrázek 2 Endoskopický obraz zánětem poškozeného střeva

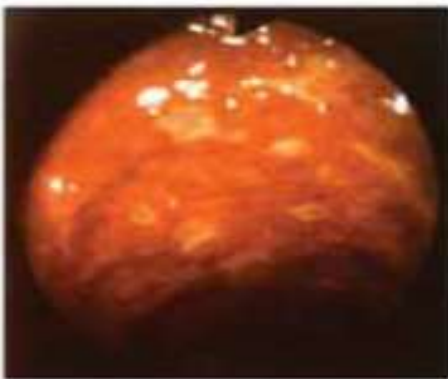
#### Endoskopický obraz zánětem poškozeného střeva



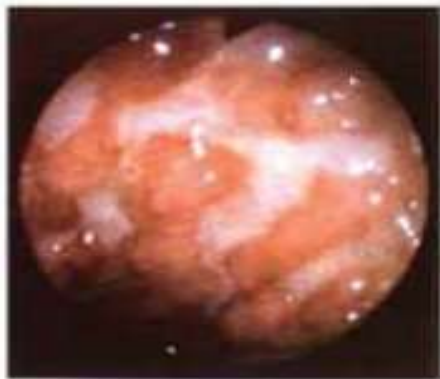
Klidové stadium



Lehká aktivita



Střední aktivita



Těžká aktivita

Zdroj: <http://www.angis.cz> dne 9.4.2014

#### Léčba

Léčba nespecifických střevních zánětů závisí na tom, zda je onemocnění v klidu (pacient je bez obtíží) nebo, zda se nachází v akutním vzplanutí a na rozsahu postižení střeva. U dětí je maximální snaha o konzervativní, tj. medikamentózní léčbu, v případě komplikací je nutná i léčba chirurgická.

Úplné vyléčení nemoci není v současnosti možné. V následujícím krátkém přehledu uvádíme jednotlivé skupiny léčiv užívaných k dosažení remise.

- **AMINOSALICYLÁTY** ( *Mesalazin, Sulfasalazin* ) – léky, které ovlivňují zánětlivou odpověď v místě zánětlivě změněné střevní sliznice. Jsou lékem první volby při zahájení terapie. Používají se hlavně jako léčba udržovací, tj. ke stabilizaci projevů onemocnění.

- **KORTIKOIDY** (*Budenofalk, Prednison*) - léky, které mají výrazně protizánětlivý účinek, ale i velké množství nežádoucích účinků (cukrovka, osteoporóza, akné, přírůstek na váze, vznik žaludečních vředů...), proto se tyto léky u dětí nehodí k dlouhodobému preventivnímu užívání. Používají se u nemocných se střední a vysokou zánětlivou aktivitou nemoci.
- **IMUNOSUPRESIVA** (*Azathioprim, 6-merkaptopurin*) - blokují činnost imunitního systému, který tak nemůže vytvářet protilátky proti vlastním tkáním a zhoršovat tak průběh choroby. Používají se k náhradě vysokých dávek kortikoidů k udržení klidového stavu nemoci.
- **BIOLOGICKÁ LÉČBA** (*Infliximab, Adalimumab*) - látky tlumící specifická místa zánětlivé reakce. Jde o monoklonální protilátky, které jsou namířené proti prozánětlivě působícímu glykoproteidu TNF- $\alpha$ . Tyto léky se podávají u nemocných nedostatečně odpovídajících na léčbu kortikoidy a imunosupresivy, dále u nemocných s agresivní formou nemoci či s extraintestinálními příznaky.
- **ANTIBIOTIKA** - jsou indikována při současně probíhající bakteriální infekci, jasnou indikací podání antibiotik je absces, pištěl a další střevní komplikace.
- **PROBIOTIKA**- jsou živé mikroorganismy působící příznivě na lidské zdraví, jsou účinná v udržovací léčbě.

V případech, kde choroba vede k podvýživě, nedostatečnému růstu dětí či celkovému neprospívání, je součástí terapie i nutriční podpora. Celkově se u IBD doporučuje bezezbytková strava (tj. strava bez nadměrného množství vlákniny, která by následně střevo dráždila), dostatečná suplementace vitamíny a minerály. Při selhání konzervativní léčby a při výskytu komplikací je indikována chirurgická terapie.

pozn. **EXKLUZIVNÍ ENTERÁLNÍ VÝŽIVA (EEV)**- je první volbou při indukční léčbě všech forem CD a při léčbě relapsů. EEV by měla být podávána 6–8 týdnů. Nejsou-li známky odpovědi po 2–3 týdnech, je třeba zvážit jiný druh terapie. EEV se podává perorálně nebo nazogastričnou sondou (NGS), bolusově či kontinuálně. Není rozdíl v účinnosti při použití polymerní, oligomerní nebo elementární diety. Podává se 120 % kalorií vypočtených na ideální hmotnost pacienta k výšce pro umožnění růstu a hmotnostních přírůstků. (čs ped 2012)

### **Komplikace:**

*Nejčastější komplikace Crohnovy choroby:*

- krvácení

- obstrukce střeva
- perforace (proděravění) střeva
- *fistulce* - píštěle v oblasti řitního otvoru
- *absces* - ohraničená, chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem

**Nejčastější komplikace *ulcerózní kolitidy*:**

- krvácení
- perforace (proděravění) střeva
- toxické megakolon - dochází k rozpětí určitého úseku střeva. Zástava odchodu stolice se začne projevovat bolestí břicha, nafouknutím břicha a nevolností. Problémem jsou bakterie a toxické produkty, které začnou při hromadění střevního obsahu pronikat přes střevní stěnu do dutiny břišní. Vzniká tak zánět pobřišnice, otrava krve, šokový stav.
- karcinom tlustého střeva - při UC trvající více než 10 let je zvýšené riziko vzniku karcinomu střeva

**Praktické rady pro pacienta:**

- ✓ **Léčba bez specialisty** - Jedná se o složitá onemocnění a možnosti léčby se stále vyvíjejí. Proto je nutné chodit ke specialistovi – gastroenterologovi, což je lékař zabývající se nemocemi trávicího traktu. Tento lékař zná nejnovější objevy a poznatky o nemoci a doporučí pacientovi ideální léčebný přístup vhodný právě pro něho.
- ✓ **Předčasné ukončení léčby** - Léčba IBD bývá celoživotní. Pacienti, kteří se cítí dobře a nemají žádné příznaky, často vysazují léky, což vede k opětovnému vzplanutí zánětu, který může poškodit střeva – dojde k jejich zúžení nebo až proděravění. Tyto stavy mohou být život ohrožující a často vyžadují operační zákrok.
- ✓ **Kouření** - zvyšuje riziko onemocnění a u pacientů, kteří tímto onemocněním trpí, zvyšuje počet akutních vzplanutí.
- ✓ **Izolace** - každé chronické onemocnění určitým způsobem limituje svého nositele a pacienti se mohou stranit společnosti. Je však důležité vědět, že v boji s nemocí není člověk sám. Velmi pomocné mohou být různé skupiny, v nichž se sdružují podobně postižení pacienti.
- ✓ **Strava** - Dieta hraje důležitou roli v prevenci obtíží, u pacientů s relapsem onemocnění je nutné volit šetřící bezsezbytkovou stravu, popřípadě stravu vyloučit úplně. U pacientů

v klidovém stadiu se dieta neliší od racionální nebo diabetické diety, je vhodné přidávat rozpustnou vlákninu.

#### **Závěr:**

Problematika IBD v pediatrii se momentálně těší velkému zájmu odborné veřejnosti a to právě kvůli narůstajícímu počtu nových onemocnění, ale i snižujícímu se věku nově diagnostikovaných pacientů. Proto by se toto téma mělo dostat i do povědomí širší veřejnosti, především do povědomí rodičů, jelikož právě oni se setkávají jako první s obtížemi svých dětí. Jejich následná spolupráce s praktickými lékaři pro děti a dorost povede k časnému záchytu onemocnění a jeho adekvátní léčbě, díky níž se výrazně sníží negativní dopad onemocnění na dětský organismus.

#### **Zdroje informací:**

**Vybrané kapitoly z pediatrie;** Vladimír Mihál a kolektiv, Olomouc 2012

**Vnitřní lékařství;** Pavel Klener a kolektiv, Praha 2011

**Profile od pediatric Crohn's disease in Belgium;** E. De Greef et al., 2013

**Pediatrie ,** Ania Karolina Muntau, Grada Publishing, 2009

[www.prolekare.cz](http://www.prolekare.cz) dne 9.4. 2014