

Nespecifické střevní záněty u dětí

Autor: Filipová V., **Školitel:** Mihál V., Prof. MUDr. CSc.

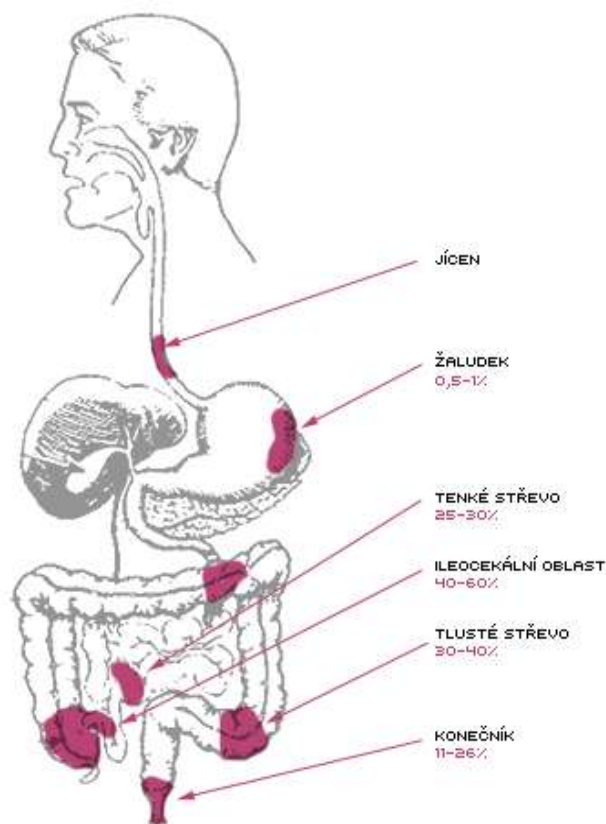
Nespecifické střevní záněty (NSZ, anglicky IBD – Inflammatory Bowel Disease) jsou onemocnění, která postihují především trávicí ústrojí. Pro časté mimostřevní projevy se však v současnosti na tato onemocnění pohlíží spíše jako na systémová onemocnění, která mohou postihnout kterýkoli orgán lidského těla. IBD zahrnují dvě choroby - Crohnovu nemoc s latinským názvem *ileitis terminalis* a Ulcerózní kolitidu, latinsky *colitis ulcerosa*. Jsou to onemocnění především chronická zánětlivá s nejasnou příčinou (etiologií), která se projevují především u dětí, dospívajících a dospělých do čtyřiceti let.

Výskyt (incidence, prevalence)

Crohnova nemoc:

Výskyt nových onemocnění a tím i celkový počet dětí i dospělých s Crohnovou nemocí má v posledních letech vzrůstající trend. Dětsí pacienti do věku osmnácti let tvoří 20-30% všech pacientů s nespecifickými střevními záněty. Výskyt nových onemocnění (incidence) u dětí je 1-7/100 000 dětí do osmnácti let (u dospělých 5/100 000). Celkový počet osob s Crohnovou nemocí (prevalence) v České Republice je 130/100 000 obyvatel.

Obrázek 1: Schématické znázornění lokalizací Crohnovy nemoci v trávicím traktu s procentem frekvence výskytu



Zdroj: Dostupný z WWW <<http://www.crohnovanemoc.cz>>

Ulcerózní kolitida:

Celkový počet (prevalence) dětí s ulcerózní kolitidou v České Republice je asi 30/100 000 dětí do osmnácti let. Výskyt nových onemocnění (incidence) ulcerózní kolitidou u dětí je 1-3/100 000 dětí.

Průměrný věk dětí s NSZ je 11,5 let. Na rozdíl od Crohnovy nemoci se výskyt ulcerózní kolitidy nezvyšuje. Poměr pohlaví je u obou onemocnění více méně vyvážený. Poměr Crohnovy nemoci k ulcerózní kolitidě je 2-3:1.

Etiologie, Patogeneze

Příčina onemocnění NSZ není přes rozvoj medicíny dodnes známa. Nejpravděpodobněji se jedná o poruchu imunitního systému (tělo reaguje proti svým vlastním tkáním, které poškozují – tzv. autoimunitní zánět), který neadekvátně reaguje na běžnou bakteriální mikroflóru tlustého střeva. Za rizikové faktory považujeme také genetickou predispozici, vysoký hygienický standart v dětství, bakteriální i virové infekce, kouření, geografické rozdíly (vyšší výskyt na severní polokouli), nesteroidní antirevmatika (protizánětlivě a analgeticky působící léky). Onemocnění vykazuje vyšší výskyt v průmyslově vyspělých zemích.

Hlavní příznaky

Hlavní příznaky můžeme rozdělit na projevy střevní a mimostřevní (extraintestinální).

a) střevní projevy

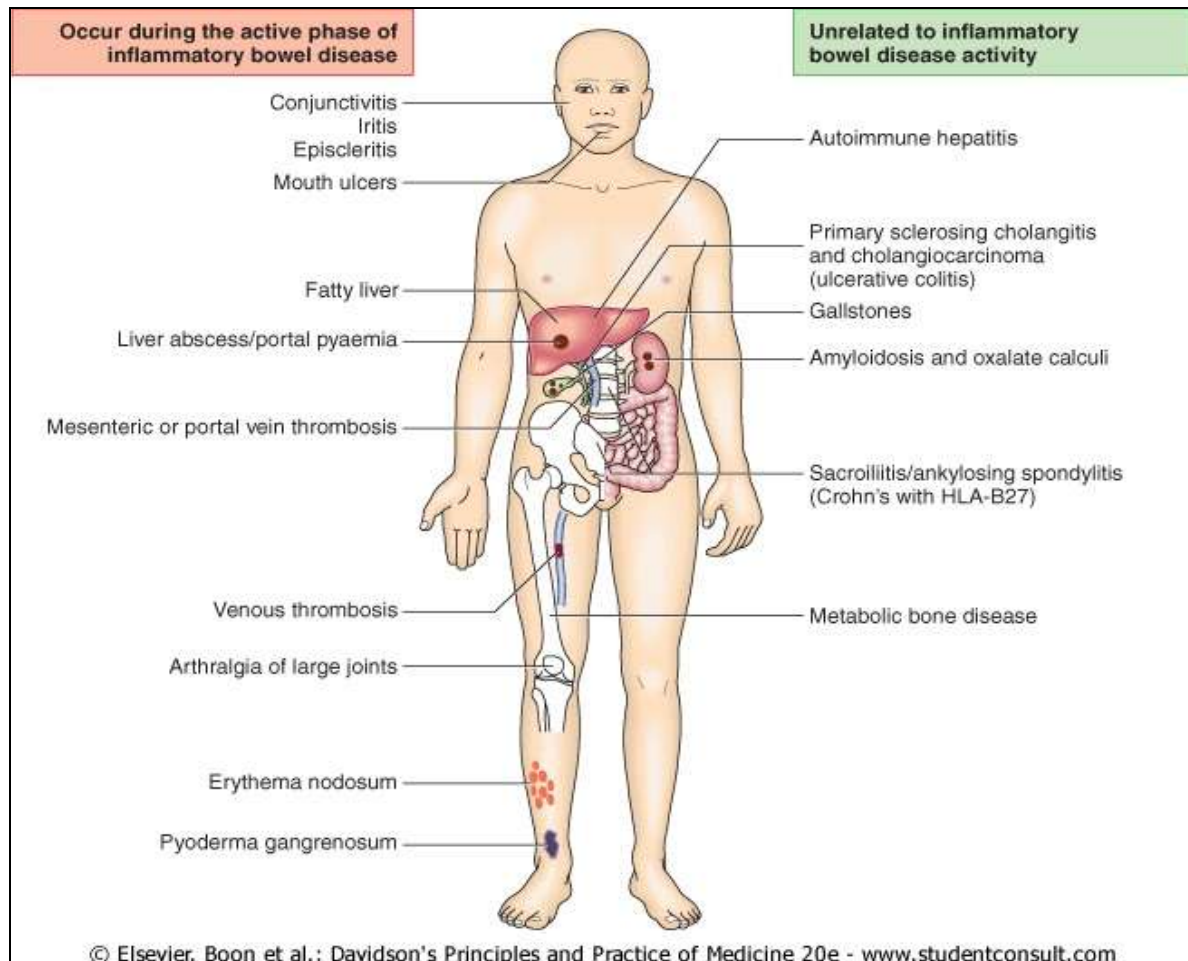
Střevo u Crohnovy nemoci je postiženo zánětem v celé šíři své stěny. Projevuje se průjemem (bez příměsí krve), horečkou, bolestmi břicha a úbytkem hmotnosti. Střídají se úseky střeva zánětem postižené a nepostižené. Postižena může být jakákoli část trávicího ústrojí od úst až po konečník, ale predilekční oblastí je konečná část tenkého střeva (ileum-kyčelník) a počáteční úsek tlustého střeva (vzestupný tračník). Nepříjemnými projevy jsou afty v dutině ústní a perianální píštěle (abnormální kanálky kolem řitního otvoru, vytvářející komunikaci mezi střevem a kůží). Postižení trávicího ústrojí u ulcerózní kolitidy není tak rozmanité jako u Crohnovy nemoci. Hlavními projevy jsou průjem s příměsí krve, bolesti břicha, a nepříjemné nucení na stolicí, přetrvávající i po vyprázdnění. Zánět je omezen na konečnou část tlustého střeva a postihuje jen povrchové vrstvy střevní sliznice.

b) mimostřevní projevy

Mezi mimostřevní projevy patří porucha růstu, bolesti kloubů, postižení kůže (typický zánět kůže bérce tzv. erythema nodosum), očí (šedý a zelený zákal), ledvin (ledvinové kameny), jater a žlučových

cest (hepatitida, žlučové kameny) a úst (afty). Tyto potíže mohou propuknutí klasické nemoci se střevními potížemi o mnoho let předcházet.

Obrázek 2: Mimostřevní projevy u IBD



Vyšetření

V diagnostice NSZ se vedle projevů nemoci (př. opoždění růstu, bolesti břicha, úbytek váhy) opíráme o fyzikální vyšetření (vyšetření kůže, konečníku, prohmatání břicha), laboratorní vyšetření krve (zánětlivé parametry, autoprotilátky typické pro NSZ - tzv. ASCA, ANCA autoprotilátky) a vyšetření stolice na tzv. fekální kalprotektin. Ze zobrazovacích metod nám pomáhá ultrazvuk, enterografie pomocí magnetické rezonance, irigografie (kontrastní rentgenové vyšetření tlustého střeva nálevem s kontrastní látkou) a jedním z nejdůležitějších vyšetření s největší diagnostickou váhou je endoskopické vyšetření tlustého střeva pomocí malé optické sondy, která se zavádí přes konečník. Toto vyšetření nejen, že umožňuje přesně zobrazit operátrovi viditelné změny na střevní sliznici typické pro NSZ, ale také umožňuje odběr malého množství tkáně střevní sliznice k histologickému

vyšetření, na základě kterého můžeme určitě závažnost onemocnění a tím se i adekvátně rozhodnout pro individuální cílenou léčbu.

Léčba

NSZ jsou onemocněním nevléčitelné a celoživotní a proto je v léčbě důležitá především její komplexnost a dlouhodobost, protože i období zlepšení stavu a vymizení příznaků vyžaduje pokračovat udržovacími dávkami léků. Léčebná strategie se liší u dětí a dospělých a závisí na lokalizaci, typu, aktivitě a rozsahu onemocnění. Současná léčba NSZ se opírá hlavně o léky protizánětlivé (imunosupresivní) jako jsou aminosalicyláty, kortikoidy (Prednison), thiopurinové deriváty (Imuran), tzv. biologická léčba (infliximab) a antibiotika (metronidazol) ovšem v mnoha studiích bylo prokázáno, že stejného efektu lze dosáhnout i dlouhodobou individuální výživou (tzv. enterální výživa), která na rozdíl od imunosupresivních léků nemá žádné nežádoucí účinky. Neméně důležitá je psychoterapie.

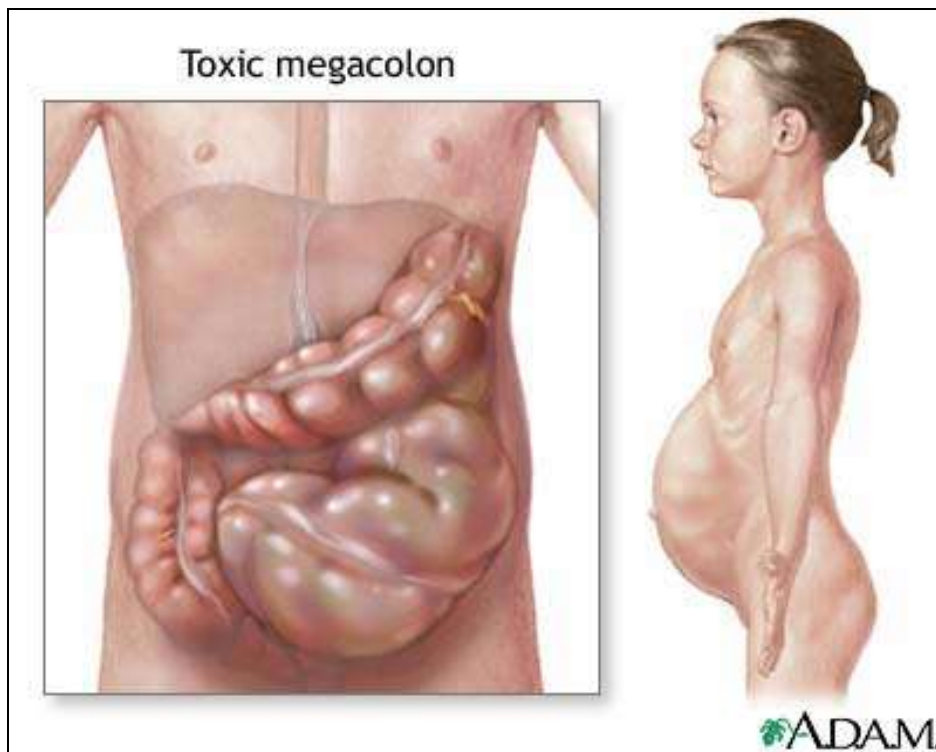
Chirurgická léčba

I po úspěšné operaci u Crohnovy nemoci existuje vždy riziko recidivy, proto je zde operační léčba indikována jen při komplikacích. V případě ulcerózní kolitidy u dětí je chirurgická léčba indikována vzácně. Je zvažována jen při tzv. toxickém megakolon, což je velmi závažný stav se zástavou pasáže stolice v tlustém střevě, jeho roztažením a následným průnikem bakterií a toxinů do krve. Může skončit až proděravěním, zánětem zničené střevní stěny s vysokým rizikem vzniku otravy krve (sepsy) s úmrtností až 30%. Chirurgická léčba je rovněž indikována u podezření na kolorektální karcinom.

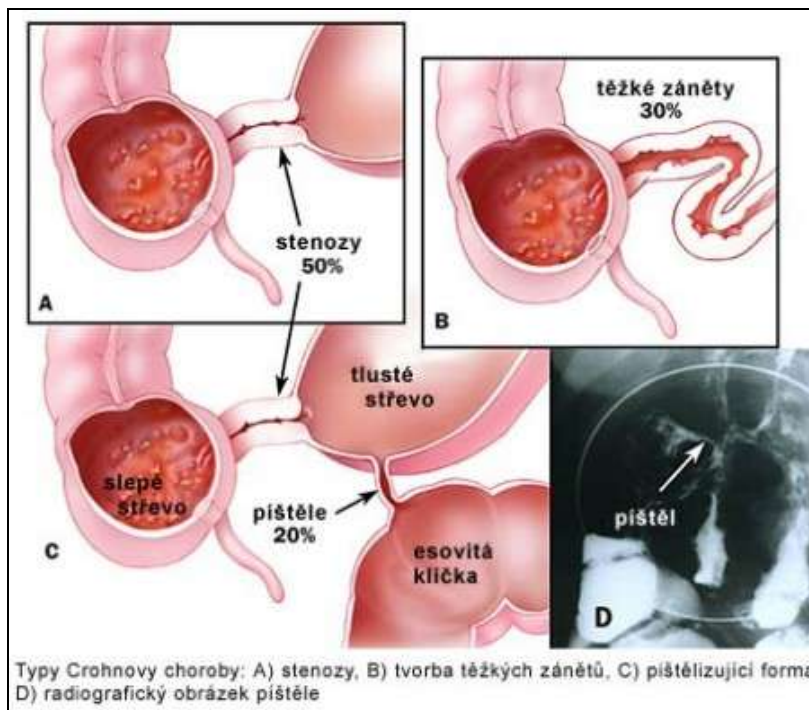
Komplikace

Komplikací u Crohnovy choroby je šíření zánětu do okolí a vznik výše zmíněných píštělí, ty mohou být vnitřní (mezi střevem a dutinou břišní) a zevní (mezi střevem a povrchem kůže). Další komplikací je lokálně ohraničený zánět (absces), zúžení střeva (stenóza), obstrukce a zástava pasáže střeva (ileus), protržení střeva s masivním krvácením, toxický megakolon nebo zvrát chronického zánětu v kolorektální karcinom. Riziko karcinomu se zvyšuje s délkou trvání onemocnění. Po dvaceti letech riziko dosahuje asi 8%, proto u každého pacienta je nutné provádět kontrolní endoskopické vyšetření tlustého střeva (kolonoskopie) nejpozději po deseti letech trvání onemocnění.

Obrázek 3: Dívka s toxickým megakolonem



Obrázek 4: Komplikace nespecifických střevních zánětů



Zdroj: J. Gordon Lambert, MD, Associate Medical Director; G. Eric Morgan, MS3; RxRemedy, Dostupné z WWW <<http://www.healthcentral.com/chronic-pain/000215.html>>

Praktické rady pro pacienta

K prevenci onemocnění nelze dát jednoznačné doporučení, odkazují proto na odstavec o etiologii a rizikových faktorech. U příbuzných pacienta prvního stupně je riziko vzniku Crohnovy choroby nebo ulcerózní kolitidy asi 10-35krát vyšší než v běžné populaci. Z důvodu, že se jedná o onemocnění celoživotní je samotná léčba velmi náročná po fyzické i psychické stránce pacienta i jeho rodiny. Je potřeba dbát na rady lékaře, pečlivě brát léky a dodržovat individuální dietu, aby bylo možno předejít selhání léčby a nutnosti krajního řešení, tj. tzv. salámové resekce střeva a vytvoření stomie, tj. umělého vyústění dutého orgánu na povrch těla. Podle studií u dětí s Crohnovou nemocí je třeba provést chirurgický výkon u 30-40% pacientů. Riziko vzniku kolorektálního karcinomu je vyšší u postižení tlustého střeva NSZ. Prognóza u dětí s ulcerózní kolitidou také není zcela příznivá. Po deseti letech trvání nemoci přibližně u 50 % pacientů onemocnění na různě dlouhou dobu vymizí, u 40 % se objevují přechodné projevy a u 10 % jsou projevy stále přítomny. Vždy je nutná podpůrná terapie psychologem.

Literatura

1. MEFANET. Medical Faculties network. 4/2014. Dostupný z WWW: <<http://mefanet.upol.cz/>> a <<http://mefanet.cz/>>
2. LEBL, JAN; JANDA, JAN; POHUNEK, PETR. Klinická pediatrie. 1.vyd. Praha: Galén, 2012. 698 str. ISBN 978-80-7262-772-1.
3. Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy České pediatrické společnosti JEP. 4/2014. Dostupný z WWW: <<http://www.gastroped.cz/>>
4. Česká gastroenterologická společnost. 4/2014. Dostupný z WWW: <<http://www.cgs-cls.cz/>>
5. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 4/2014. Dostupný z WWW: <<http://www.cls.cz/spolecnosti-cls-jep.cz/>>
6. Ulcerative colitis India, 4/2014. Dostupný z WWW: <<http://ulcerativecolitisindia.com/>>
7. Sparrow, M.P., Irving, P. & Hanauer, S.B. [Optimizing conventional therapies for inflammatory bowel disease.], *Curr. Gastroenterol. Reports* 11, 496-503 (2009), PMID:19903426
8. wikiskripta. 4/2014. Dostupný z WWW: <<http://www.wikiskripta.eu/>>
9. Crohnova nemoc. 4/2014. Zdroj: Dostupný z WWW <<http://www.crohnovanemoc.cz/>>
10. Davidson Medicine. 4/2014. Zdroj: Dostupný z WWW <<http://www.davidsonmedicine.com/>>
11. Health Central. 4/2014. Dostupné z WWW <<http://www.healthcentral.com/chronic-pain/000215.html>>