

# Ulcerózní kolitida Crohnova choroba

Otázky a odpovědi  
pro pacienty  
a jejich rodiny

J. Schölmerich, P. Hoppe-Seyler a M. Lausen

Publikováno:



Falk Foundation e.V.  
Patient Service  
Leinenweberstr. 5  
D-79041 Freiburg i.Br.  
SRN

30. přepracované  
vydání 1998



*Von der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung  
der Erkrankungen von Magen, Darm, Leber  
(Gastro-Liga) e. V. empfohlen*

## OBSAH

<b>Úvod</b> .....	5
<b>Názvy „ulcerózní kolitida“ a „Crohnova choroba“</b> .....	7
<b>Trávicí ústrojí</b> .....	9
<b>Příznaky</b> .....	11
Trávicí ústrojí	
Ostatní orgány	
Ulcerózní kolitida	
Crohnova choroba	
<b>Diagnostické postupy</b> .....	16
Fyzikální vyšetření	
Laboratorní testy	
Ultrazvukové vyšetření	
Endoskopie	
Gastroskopie	
Koloskopie	
Rektoskopie	
Rentgenová vyšetření	
Průběžná kontrastní radiografie	
Baryové klyzma	
Leukocytová scintigrafie	
Opakovaná vyšetření	
<b>Příčiny</b> .....	29
Střevní onemocnění	
Druhotné příznaky	
Komplikace	

### Autoři:

Prof. Dr. J. Schölmerich  
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I  
Klinikum der Universität Regensburg  
D-93042 Regensburg, SRN

Dr. P. Hoppe-Seyler  
Kreiskrankenhaus  
D-79379 Müllheim, SRN

Prof. Dr. Martin Lausen  
Abt. Allgemein Chirurgie  
Mathias-Spital  
D-48431 Rheine, SRN

### Grafika:

Sepp Wurster, Stegen, SRN

<b>Léčení</b> .....	33
Ulcerózní kolitida .....	33
• Medikamentózní léčení	
• Nežádoucí účinky	
• Chirurgické výkony	
• Dieta	
Crohnova choroba .....	36
• Medikamentózní léčení	
• Výživa	
• Chirurgické výkony	
• Léčení příznaků karencí	
Psychoterapie .....	38
<b>Speciální problémy</b> .....	39
Průběh choroby	
Chronická zánětlivá střevní choroba u dětí	
Riziko vzniku rakoviny	
Psychologické důsledky	
Svépomocné skupiny	
Zaměstnání a profesní kariéra	
Aktivity ve volném čase	
Sexuální život	
Plánování rodiny a přenos choroby	
Těhotenství	
Anus praeternaturalis	
<b>Doporučení pacientům</b> .....	47 březen 1998
<b>Svépomocné skupiny</b> .....	49 P. Hoppe-Seyler M. Lausen J. Schölmerich

## Úvod

Chronické onemocnění je těžké břemeno pro pacienta, jeho rodinu i jeho lékaře. To platí především o chorobě neznámého původu, která není běžná a se kterou se jak lékař, tak pacient a jeho příbuzní dosud setkali jen vzácně, pokud vůbec. Chronické zánětlivé onemocnění střeva postihuje ve Spolkové republice Německo jednoho občana z tisíce. Proto také průzkum u 150 pacientů s touto chorobou ukázal, že většina z nich se cítí být nedostatečně informována o své chorobě a že mnozí z nich by uvítali zvláštní brožurku jako zdroj informací na toto téma.

Tato brožurka představuje pokus vyhovět vysloveným přáním. Snažili jsme se zodpovědět řadu otázek, které oněch 150 pacientů považovalo za důležité. Protože jsme však mohli ledacos podstatného opominout, neváhejte, prosím, a dejte nám o tom vědět, tak abychom v budoucnosti mohli vše potřebné doplnit.

## Názvy „ulcerózní kolitida“ a „Crohnova choroba“

### Jak tyto názvy vznikly?

Jistě jste si všimli, že pro chronické zánětlivé onemocnění střeva se používá několik rozdílných názvů. Jedním z důvodů je skutečnost, že se onemocnění někdy označuje podle úseku postiženého střeva. Na „průhledném“ pacientovi na str. 10 je vidět trávicí ústrojí, a uvádíme tam i pojmenování jeho rozdílných úseků. **Tenké střevo** (s oddíly doudenum, jejunum a ileum) je obvykle 3 až 5 m dlouhé, **tlusté střevo** (colon) asi 150 cm. Existují dvě hlavní formy chronického zánětlivého onemocnění střeva. **Ulcerózní kolitida** (vředová kolitida, colitis ulcerosa) je zánětlivý pochod, postihující pouze tlusté střevo (proto „colitis“, kolitida) a někdy vyvolávající vznik vředů (proto „ulcerosa“,



*Dr. Burrill B. Crohn*

ulcerózní - „ulcus“ je latinsky „vřed“). Pokud je choroba omezena na konečník, často se označuje **proktitida** (proktos je řecky konečník). **Crohnova choroba** je pojmenována po americkém gastroenterologovi, který ji první popsal: Jmenoval se **Burill B. Crohn**. Tato choroba může postihnout kterýkoli oddíl trávicího ústrojí od úst až po řiť. V závislosti na postiženém oddíle se pak nazývá Crohnova ileitida, kolitida, ileokolitida nebo enteritida.

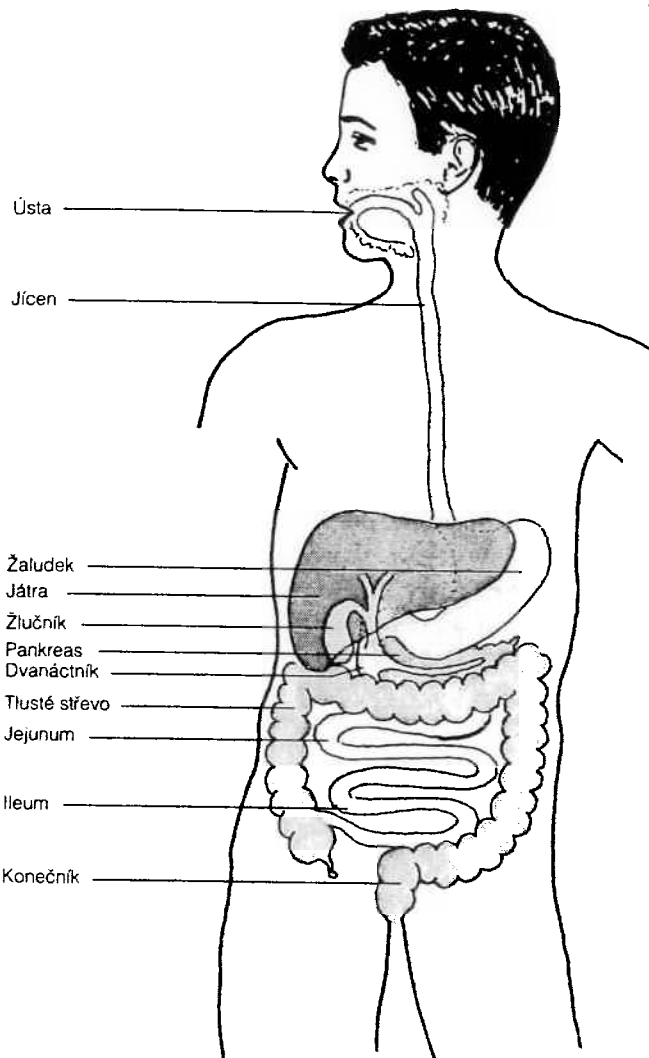
## Trávicí ústrojí

### Co byste měli vědět o trávicím ústrojí

**Trávení** začíná již v ústech, kde se potrava smísí se slinami. Ty obsahují „mazadlo“, usnadňující další transport, i enzymy, které potravu částečně natráví. Ezofagus (jícen) svými vlnovitými stahy dopravuje potravu do žaludku, kde se potrava smísí se žaludeční šťávou. Ta obsahuje žaludeční kyselinu, hlen a určité enzymy, které štěpí bílkoviny (proteolytické enzymy). Další oddíl je doudenum (dvanáctník), první oddíl tenkého střeva. Tam se k potravě přimísí enzymy, vylučované slinivkou břišní, a žluč, která se vypudí ze žlučníku; ty pak ukončí trávicí pochody. Tyto trávicí funkce jsou někdy postiženy při **Crohnově chorobě**, nikdy však při **ulcerózní kolitidě**.

Produkty trávení - mastné kyseliny, aminokyseliny, sacharidy (cukry), vitaminy rozpustné v tucích (A, D, E, K) a některé stopové prvky - se vstřebávají **v horní části tenkého střeva (v jejunu)**. Tento pochod zůstává při **Crohnově chorobě** neovlivněn. Ale vitamin B<sub>12</sub> a žlučové kyseliny se vstřebávají až **v dolní části tenkého střeva (v ileu)**, a proto je jejich vstřebání při Crohnově chorobě postiženo často. Jestliže se žlučové kyseliny z tenkého střeva nevstřebávají v dostatečné míře, nemohou se znova využít, vzniká jejich nedostatek a poruší se trávení tuků a vitaminů rozpustných v tucích, protože tyto pochody jsou závislé na žlučových kyselinách. Hlavní funkcí **tlustého střeva (colon)** je vstřebání vody a solí a vytvoření pevné stolice, která se pak definitivně zformuje **v posledních úsecích střeva - v sigmatu a v konečníku (colon sigmoideum, rectum)**. Stolicí zadržuje sval, řitní svěrač (anální

sfinkter) tak dlouho, dokud volní - chtěné - pohyby střeva konečník nevyprázdní. Všechny tyto funkce mohou být postiženy při obou onemocněních.



Trávicí ústrojí člověka

## Příznaky

### Které příznaky se vyskytují při ulcerózní kolitidě a při Crohnově chorobě?

Protože obě choroby jsou způsobeny zánětem střeva, jsou jejich příznaky dosti podobné. Existují však rozdíly, závislé na typu zánětu, na jeho rozsahu a lokalizaci (na místě, kde zánět probíhá).

Jsou i **všeobecné příznaky** jako úbytek energie, únava, ztráta chuti k jídlu a někdy horečnaté stavy, ale **hlavní příznaky** jsou výrazně spjatý s **trávicím ústrojím**.

**Nepravidelné střevní pohyby** se mohou projevit příznaky od řídké hlenovité stolice přes krev ve stolici až po těžké průjmy.

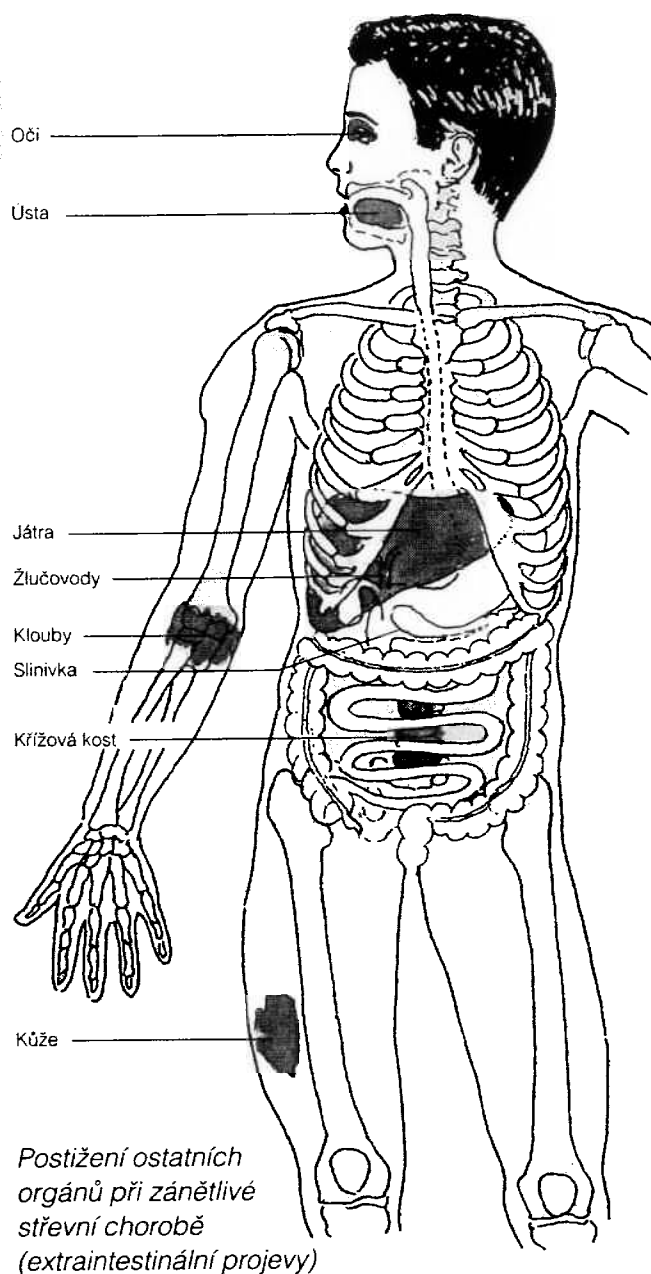
**Bolesti v břiše** mohou být generalizované (v celém břiše) anebo lokalizované na určitou oblast. Bolest může být záchvatovitá anebo trvalá.

**Nevolnost a zvracení** jsou rovněž velmi časté. Krvácení do střeva se nemusí vždycky projevit viditelnou přítomností krve ve stolici, často se dokáže pouze za použití speciální testovací soupravy. Protože ztráta krve představuje i ztrátu železa, může krvácení vyvolat **chudokrevnost z nedostatku železa**; bez železa totiž organismus nemůže nahradit červené krvinky.

Při obou chorobách se příznaky mohou objevit i v takových oblastech těla, které s trávicím ústrojím nemají nic společného (**tzv. extraintestinální příznaky**). Zánět může postihnout malé i velké **klouby** na ruku i nohou, v páteři i v pánvi.

Tyto záněty mohou vyvolat otok a bolesti, omezující pohyblivost. **Kůži** mohou postihnout bolestivé, temněčervené ztluštění, obvykle na pažích a na nohou (tzv. erythema nodosum).

**Oči** mohou být postiženy rovněž, zejména zánětem duhovky a spojivky, je to však méně časté. Jak **ulcerózní kolitida**, tak i **Crohnova choroba** jsou často sdruženy s nespecifickým zánětem jater. Velmi vzácně jsou postiženy **žlučovody**, což může vyvolat tvorbu srůstů a zabránit normálnímu odtoku žluči; to pak způsobí žloutenku a poruchy trávení. Další vzácné komplikace jsou záněty osrdečníku anebo pankreatu a žilní trombózy.

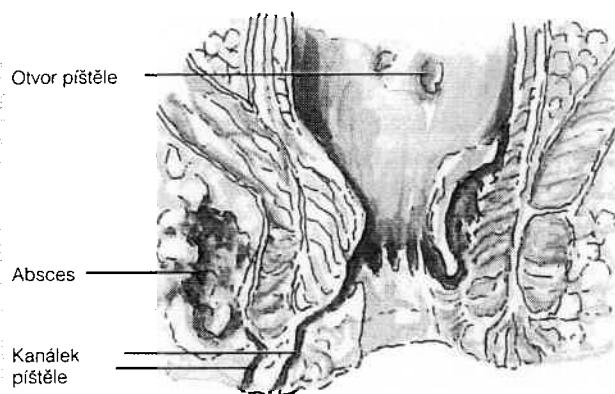


**Ulcerózní kolitidu**, postihující pouze tlusté střevo, v akutní (prudké) fázi choroby charakterizují měkké stolice se stopami hlenu nebo krve. Závažnost **průjmu** záleží na stupni aktivity zánětu i na jeho rozsahu. Při postižení celého tlustého střeva je pravděpodobné, že průjem bude těžký. Jestliže je zánět omezen na konečník (tj. při proktitidě), může být průjem lehčí, přesto však mohou být přítomny stopy krve. U těchto pacientů se nemusí projevit celkové příznaky, jako jsou např. ztráta na váze, snížená chuť k jídlu anebo zvýšená teplota.

Při **Crohnově chorobě**, která může postihnout tenké i tlusté střevo, se v časně fázi choroby nemusí projevit prakticky žádné příznaky. Průjem se nevyvine zejména tam, kde tlusté střevo je postiženo jen mírně anebo vůbec ne. Typičtější příznak než průjem je **necharakteristická bolest v břiše**, která se někdy omylem považuje za podráždění slepého střeva. Protože však vstřebávání je porušeno již ve velmi časných stádiích Crohnovy choroby, je **zřetelná ztráta na váze** jeden z prvních příznaků.

**Zánět konečníku** je při **Crohnově chorobě** obvyklý a může způsobit i píštěle a abscesy. Píštěl (fistula) je abnormální kanálek, který se vyvine v zanícené oblasti a který je obklopen zánětlivými buňkami. Může ústít dovnitř, do střeva sliznicí konečníku anebo ven, kůží na povrch těla.

Píštěle se mohou vyvinout i v zanícených oblastech střeva a způsobit „krátké spojení“ mezi střevem a jinými orgány, např. žlučníkem anebo pochvou.



*Píštěle u řitního otvoru při Crohnově chorobě (schématicky)*

Trpíte-li nějakými příznaky v krajně konečníku, určitě byste se měli dát lékařsky vyšetřit. Zejména pokud se objevily i jiné typické příznaky, které jsme popsali, bude si lékař přát provést více testů ke zjištění, zda nejde o zánětlivou střevní chorobu.



## Diagnostické postupy

### Co musí lékař udělat, aby zjistil, zda jde o zánětlivou střevní chorobu, jak je závažná a jakého je rozsahu?

Jistě Vám vysvětlí, že je třeba, abyste podstoupili určité **diagnostické procedury**.

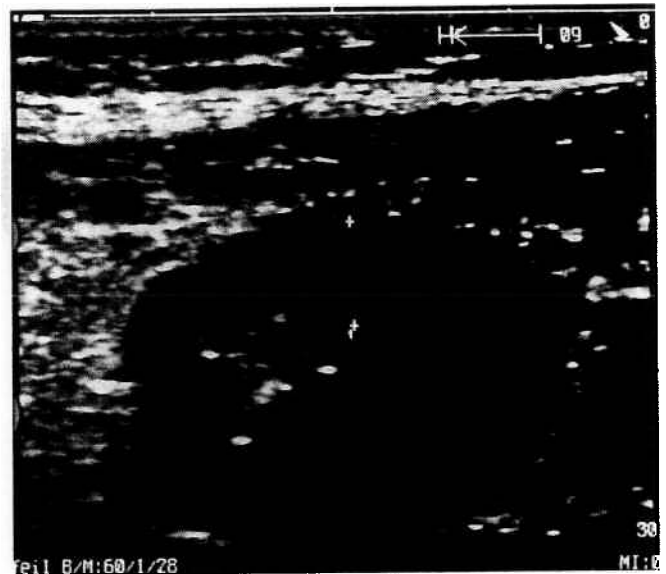
První bude **fyzikální vyšetření** celého těla; samozřejmě, že obzvláště břišní oblasti a konečníku. Palpace (pohmat), auskultace (poslech zvuků z nitra těla) a perkuse (poklep) lékaři pomůže stanovit funkci střeva i jater a dokonce mu umožní přesně zjistit, odkud bolest vychází. Uvidí, zda se vyskytují nějaké typické kožní, slizniční, oční nebo kloubní příznaky. V řitní krajině bude moci rozeznat zánětlivé změny a digitálním vyšetřením (prstem) může zjistit přítomnost stop krve.

Vzorky moči a stolice budou nutné pro **laboratorní testy**, jako jsou: krevní sedimentace, počty bílých a červených krvinek, počty krevních destiček (testy známé souhrnně jako „krevní obraz“), složení krevních bílkovin (elektroforéza), a speciální údaje, jako obsah železa a koncentrace elektrolytů. Tyto testy lékaři povědí, zda je přítomna generalizovaná zánětlivá reakce, porucha vstřebávání živin ze střeva, anebo zda se objevilo krvácení. Rozbor moči umožní stanovit funkci ledvin.

Jestliže výsledky těchto vyšetření naznačí možnost, že pacient trpí zánětlivou střevní chorobou, pak budou nutná další vyšetření; ta musí ukázat, o jaký

typ choroby jde a jak rozsáhlý úsek střeva je postižen.

**Sonografické vyšetření břicha** jde přímo k věci: Rozšíření střeva, ztlustění střevní stěny, změny vzhledu jater, žlučové kameny, ledvinné kameny, abscesy nebo poruchy odtoku moči z ledvin - to vše se dá touto metodou obvykle určit. Vyšetření je zcela neškodné, a proto se dá opakovat tak často, jak je třeba.



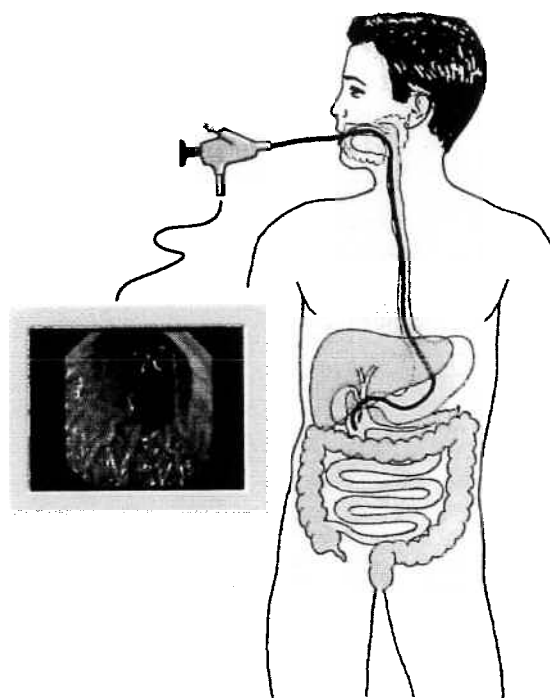
*Zánětlivé ztlustění střevní stěny, znázorněné ultrazvukem. (Šipky ukazují zevní a vnitřní ohraničení střevní stěny)*

Aby se určil **typ a rozsah** chronické zánětlivé střevní choroby, je třeba zjistit, které části střeva jsou postiženy. To znamená, že je třeba „pohledem“ vyšetřit, prohlédnout, tenké i tlusté střevo, jícen i žaludek. Pro tyto účely se hodí dva typy vyšetření: Za prvé **endoskopie** trávicího ústrojí; při této metodě je možné prohlížet příslušné orgány zevnitř. Za druhé **rentgenové vyšetření** za použití rentgenové kontrastní látky, která se při vyšetření znázorní uvnitř dutého orgánu trávicího ústrojí a může se proto použít ke zjištění struktury i funkce dané oblasti. Ve zvláštních případech se provede scintigrafické vyšetření.

**Endoskopie** se dá provádět „shora“, aby se prohlédl jícen, žaludek a dvanáctník, a „zdola“, kdy se prohlédne celé tlusté střevo a také poslední oddíl tenkého střeva (terminální ileum). K endoskopii se používá dlouhý, ohebný, trubicovitý endoskop o průměru 9 až 12 mm. Tyto velice přesné přístroje jsou na obou koncích vybaveny optickými zařízeními, spojenými svazky dlouhých skleněných vláken. Tento fibroskopický systém jednak přivádí světlo do vnitřního orgánu, jednak přenáší jeho obraz zpět do oka pozorovatele. Moderní přístroje umožňují i projekci obrazu na obrazovku, takže vyšetřování může současně sledovat celá skupina lidí včetně pacienta. Vnitřní konec endoskopu se dá ve střevě otáčet všemi směry. Do trávicího ústrojí se dá endoskopem vpravit vzduch a voda, aby se zlepšila viditelnost, a přístroj má další kanál pro zavedení bioptických klíštěk na odštípnutí tkáňového vzorku.

Endoskopie tedy umožní optickou prohlídku sliznic trávicího ústrojí, takže je možné odlišit zdravé a zánětlivě změněné oblasti sliznice. Navíc je možné odebrat vzorky tkáně z onemocnělé oblasti a vyšetřit je pod mikroskopem; to představuje jednu z hlavních výhod této metody. Toto vyšetření tkáně umožňuje určit jak přítomnost zánětu, tak i jeho povahu i závažnost.

Tyto výsledky pak definitivně potvrdí, zda jde skutečně o chronickou zánětlivou střevní chorobu a obvykle umožní rozlišit **ulcerózní kolitidu** od **Crohnovy choroby**.

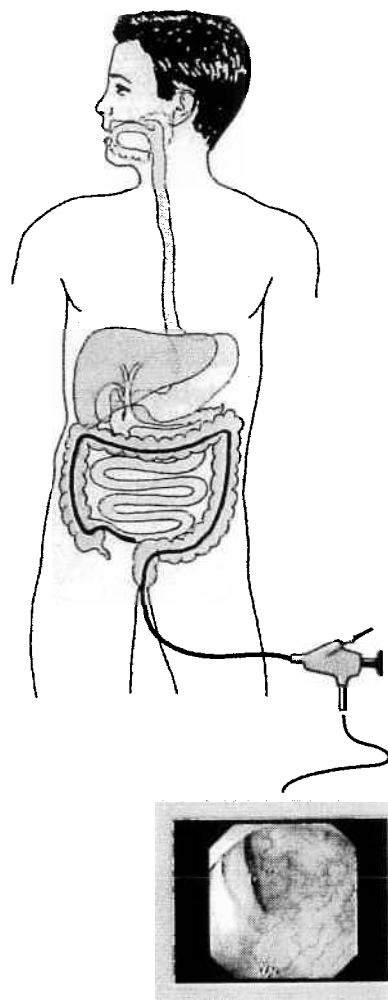


Gastroskopie

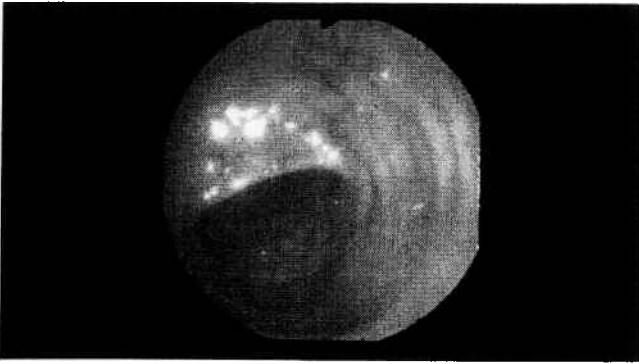
Při **gastroskopii** se endoskop zavádí ústy a dále jícnem a žaludkem až do dvanáctníku. K tomuto vyšetření musí mít pacient ovšem prázdný žaludek, jinak by částice potravy zabraňovaly získat zřetelný obraz vnitřního povrchu žaludku. Vyšetření je zcela nebolestivé, endoskop v jícnu vyvolává jen nepříjemné pocity v krku a slabý tlak v žaludku.

Při **koloskopii** se endoskop zavádí řití do konečníku a potom celým tlustým stěvem až do tenkého střeva. Vyšetřující lékař může přístrojem překonat ileocekální chlopeň, oddělující tenké střevo od tlustého, což potom umožní vyšetřit i poslední oddíl tenkého střeva. Toto vyšetření vyžaduje intenzivnější přípravu.

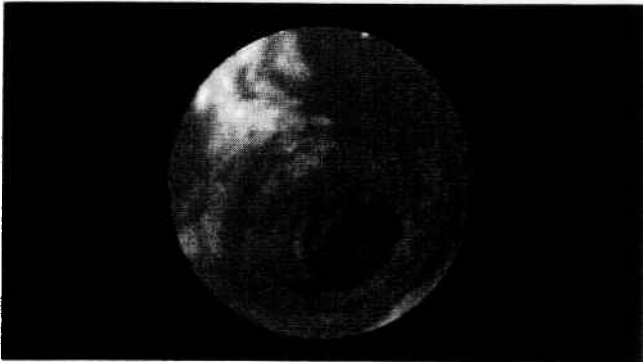
24 hodiny před vyšetřením již pacient nesmí požit žádnou pevnou potravu. Je třeba použít projímadlo a značné množství vody, aby se střevo dokonale vyčistilo. Jiný přístup je intenzivní irigace (výplach) střeva, což sice zkrátí přípravu, ale je pro některé pacienty nepříjemnější. Koloskopie není vždycky bezbolestná, zejména při zánětlivých srůstech vnitřních orgánů. Injekce analgetik a trankvilizérů (látek ztišujících bolest a zklidňujících), podané před vyšetřením, však nepříjemnosti utlumí na přijatelnou míru.



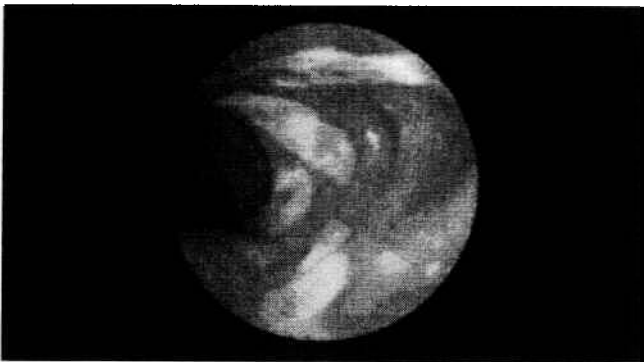
*Koloskopie*



*Normální tlusté střevo (koloskopie)*



*Zánět tlustého střeva při ulcerózní kolitidě (koloskopie)*



*Vředy v tlustém střevě při Crohnově chorobě (koloskopie)*

Při **rektoskopii** se prohlíží rektum (konečník), posledních 15 - 20 cm střeva; toto vyšetření je nejjednodušší a nejméně nepříjemné. Střevo se vypláchne malým množstvím tekutiny v klyzmatu (klystýru) a do řitního otvoru se zavede krátký ohebný endoskop. Pokud je to nutné, odebere se vzorek tkáně. Jestliže je zánět omezen na oblast rekta, je tento postup naprosto vhodný i pro další kontrolní sledování a dá se opakovat podle potřeby, protože nevyžaduje žádnou zdlouhavou přípravu.

Při **rentgenovém vyšetření** se dá znázornit trávicí ústrojí od jícnu až po rektum. Směs obsahující rentgenovou kontrastní látku („baryová kaše“) se zavede do jícnu, žaludku nebo střeva; sledováním postupu této směsi trávicím ústrojím se dají určit případné překážky jejího pohybu. Používá se řada specializovaných postupů pro „prohlídku“ jednotlivých úseků střeva. Zvláštní pozornost se věnuje stahům střevní stěny (peristaltice), změnám charakteru slizničního povrchu a především jakýmkoli známkám rozšíření anebo „krátkých spojení“ (píštělí).

Při **průběžné kontrastní radiografii** horního oddílu trávicího ústrojí pacient vypije směs s kontrastní látkou; sleduje se její postup jícnem, žaludkem a tenkým střevem. Často je však nutné čekat velmi dlouho, než kontrastní látka projde celým tenkým střevem. Pro získání přesnějšího obrazu o stavu tenkého střeva byl zaveden nový postup, pojmenovaný podle objevitele (Sellink). Ústy, jícnem a žaludkem se zavede trubice do dvanáctníku a zředěná kontrastní látka se touto trubicí vstříkne přímo do tenkého střeva. Popsaný postup umožňuje sledování střevního úseku mezi dvanáctníkem a terminálním ileem, který není endoskopicky dostupný ani moderními technikami.

K vyšetření tlustého střeva lze použít **baryové klyzma**. Střevo musí být kompletně vyprázdňené, tak jako při koloskopii, takže i zde je nutno 24 hodin před vyšetřením hladovět. Kontrastní látka se vpraví do tlustého střeva hadičkou, zavedenou řitním otvorem.

Aby byly kontury slizničního povrchu zřetelnější, napumpuje se hadičkou do střeva určité množství vzduchu; některým pacientům je to nepříjemné. Kontrastní směs se obvykle dostane až do terminálního ilea takže je možné zaznamenat i veškeré nálezy, týkající se této oblasti. Dnes se rentgenové vyšetření terminálního ilea může provádět v průběhu koloskopie, což může celou proceduru značně zjednodušit.

**Leukocytová scintigrafie** je nová metoda, teprve nedávno zavedená k určení rozsahu chorobného procesu. Ze vzorku krve se oddělí bílé krvinky (leukocyty) a radioaktivně se označí. Označené bílé krvinky se vstříknou zpět do krve. Leukocyty se nahromadí ve střevě anebo na kterémkoli jiném místě v těle, kde probíhá zánětlivý pochod, a toto místo se dá najít detektorem radioaktivity. Toto vyšetření nevyžaduje zvláštní přípravu pacienta a nepůsobí žádné subjektivní nepříjemnosti. Protože však vystavuje pacienta ozáření a protože dokáže určit pouze rozsah, nikoli typ onemocnění, používá se obvykle jen ve zvláštních případech - např. při podezření na zúžení střeva a na omezení průchodnosti. Není třeba se obávat, že se všechna tato vyšetření budou napořád opakovat. Použití většího počtu diagnostických metod bývá obvykle nutné jenom při prvním určení choroby.

Který z různých postupů je ve kterém případě nejvhodnější, záleží na individuálních okolnostech a na charakteru onemocnění.

Rentgenové a endoskopické vyšetření jsou komplementární postupy, tzn. vzájemně se doplňují. Endoskopie se obvykle užije pro vyšetření snadno dostupných oblastí trávicího ústrojí, protože pacienta nevystavuje ozáření a protože v případě potřeby umožňuje odběr tkáňového vzorku pro mikroskopické vyšetření. - Rentgenologické vyšetření tenkého střeva bývá nutné zejména při podezření na píštěle nebo stenózy (zúžení) v tlustém střevě. **Spektroskopie s využitím nukleárně magnetické rezonance** je nejvhodnější metoda podrobného vyšetření píštělí nebo abscesů v řitní krajině. Tato metoda zobrazuje sledovanou oblast za použití speciálního magnetického pole a nepoužívá žádné ozáření.