

## Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s diagnózou:

# Crohnova choroba

### Identifikační údaje

Zpracoval:	MUDr. Josef Střída		
Oblast působnosti standardu:	mezioborová JIP, interní oddělení		
Platnost standardu od:	1. 1. 2007		
Schválil:	MUDr. Tomáš Canibal		
Kontrolou standardu pověřen:	primář interního oddělení		
Identifikace výtisku:	Výtisk jediný – originál (výtisk z elektronické podoby má pouze informativní charakter)		
<b>Poslední revize:</b> č. 3 12/2016	<b>Důvod revize:</b> plánovaná	<b>Přezkoumal:</b> MUDr. Peter Kultán	<b>Účinnost:</b> 1. 1. 2017
<b>Poslední revize:</b> č. 4 2/2019	<b>Důvod revize:</b> plánovaná, beze změn	<b>Přezkoumal:</b> MUDr. Peter Kultán	-
<b>Poslední revize:</b> č. 5 12/2022	<b>Důvod revize:</b> plánovaná, beze změn	<b>Přezkoumal:</b> MUDr. Peter Kultán	-
<b>Poslední revize:</b>	<b>Důvod revize:</b>	<b>Přezkoumal:</b>	
<b>Poslední revize:</b>	<b>Důvod revize:</b>	<b>Přezkoumal:</b>	
<b>Poslední revize:</b>	<b>Důvod revize:</b>	<b>Přezkoumal:</b>	
<b>Poslední revize:</b>	<b>Důvod revize:</b>	<b>Přezkoumal:</b>	
<b>Poslední revize:</b>	<b>Důvod revize:</b>	<b>Přezkoumal:</b>	

## Definice

- Chronický idiopatický zánět postihující různé úseky trávicí trubice.
- Incidence v České republice 4-6/100000.
- Prevalence 15/100000.
- Zvyšování v celé Evropě.

## Patologická anatomie

- Postižené úseky se střídají s nepostiženými.
- Nejčastěji je postiženo terminální ileum a přilehlé cekum (50 % případů).
- Jenom tlusté střevo - 15 % případů.
- Orální část GITu – 5 % případů.
- Typický aftozní vřed s bílým středem a zarudlým lemem, hluboké fisury - vzhled dlažebních kostek, vznik granulomů.
- Fistulace, vznik abscesů - nejčastěji v perianální oblasti.
- Segmentální nebo plurisegmentální šíření – oddělené postižené úseky od zdravých (přeskočné úseky).

## Fistulace

- Enteroenterální
- Enterovaginální
- Enterovesikální - s močí odchází stolice
- Enterokutánní - perianální oblast
- Perforace do dutiny břišní - do 4-6 hodin závažný stav peritonitis
- Chirurgická léčba, Infliximab

## Etiologie

- Genetická dispozice - odpovědná za abnormální reaktivitu přirozeného imunitního systému na antigenní stimuly (polymorfismus genu NOD2/CARD15)
- Dysbioza - abnormální složení bakteriální střevní flory
  - Zevní prostředí - stress, cigarety

## Patogenese

- Stimulace Toll-like receptorů na povrchu buňky a NOD1 a NOD2 receptorů uvnitř buňky.
- Stimulací TLR je aktivován NFkB - nadměrná tvorba zánětlivých cytokinů-Th1 buňky a uvolnění antimikrobiálních peptidů-cathelicidů a defensinů.
- Odchylná syntéza defensinů Panethovými buňkami je odpovědná za vznik M.Crohn na tenkém střevě.
- Nutná přítomnost bakterií.
- Porucha rovnováhy mezi Th1 a Th2 cytokiny.
- Biologická terapie - ovlivnění imunitní odpovědi (sargramostim, transplantace hemopoetické kmenové buňky, aplikace probiotik).

## Klinický obraz

- Mladší osoby mezi 20-40 rokem.
- Kuřáci.
- Fenotypický pleomorfismus s výskytem mimostřevních příznaků.
- Napodobuje zpočátku apendicitidu – většina se vyhojí a 10-20 % přejde do chronického stadia.
- Průjem většinou bez krve, bolesti v pravém dolním kvadrantu břicha, subfebrilie a teploty, někdy obraz subileozního stavu, anémie, artritida, uveitis, stomatitis, ekzémy, carbunkulosa, únavnost.
- Laboratorní obraz: středně vysoká sedimentace, absces-vysoká, sekundární anémie, vysoké CRP, event. hypalbuminémie nebo hypokaliémie, pozitivní ASCA - rozdíl od ulcerózní colitidy.
- Potvrzující vyšetření - koloskopie včetně vyšetření terminálního ilea s biopsií, event. enteroklýza - vyloučení stenózy lumen.
- Sonografie terminálního ilea a colon - dle zkušenosti pracoviště.
- Irigografie, CT, MR.

## Sonografie

- Senzitivita 67-96 %, specificita 79-97 %.
- Může posoudit stěnu střevní, Kerkringovy řasy, vaskularizaci stěny, lumen, hypersekreci a motilitu kliček, pseudotumory, uzliny, toky v arteria mesenterica superior.
- Známky časně, pokročilé a chronické části.
- Časná fáze - uzliny, zesílení celé stěny, hypoechogenity submukozy, hranice vrstev setřelé.
- Pokročilá fáze homogenní hypoechogenní zesílená stěna.
- Zhodnocení dynamiky změn.

## Komplikace

- Střevní obstrukce - subileus až ileus
- Píštěle
- Polyartralgie
- Iritida, uveitida
- Erytema nodosum
- Cholecystolithiasis – 30 %
- Amyloidoza ledvin
- Prekanceroza - KRK

## Terapie

- **Specifická léčba neexistuje.**
- Dieta a medikamenty, chirurgie.
- Strava kalorická hodnotná, dobře stravitelná (u stenózujících stavů).

## Léčba medikamentózní

- Dle lokalizace zánětu: nové standardy ECCO r. 2009:
- **Ileocekální forma:**
- Mírná aktivita: Budesonid 9mg/den, efekt 5-ASA omezený
- Střední aktivita: Budesonid 9mg/den, nebo systémové kortikosteroidy, ATB dlp.
- Vysoká aktivita: systémové kortikosteroidy, při relapsu AZA/6 MP / event. MTX/
- **Kolická forma:**
- Mírná forma: Sulfasalazyn nebo systémové kortikosteroidy, při relapsu AZA/6 MP /event. MTX /
- Distální forma /rektum + sigma /:
- možno poda topickou léčbu / Budesonid 9mg/den
- **Extenzivní postižení tenkého střeva:**
- Systémové kortikosteroidy, následně AZA/ 6 MP/, event. MTX, nutriční podpora
- **Proximální GIT /jícen - duodenum/:**
- PPI, nebo systémové kortikosteroidy, AZA / 6 MP/
- **Pooperační profylaxe:**
- po resekci tenkého střeva možná profylaxe 5-ASA /více než 2 gr/den /

## Chirurgická léčba

- **Chirurgická léčba:** strikturoplastiky /střevozachovávající/, resekce, ileostomie a kolostomie.