

Kuriózní případ v posloupnosti diagnózy a léčby idiopatického střevního zánětu

MUDr. Petr Huvar

Pojem „nespecifické chronické záněty střeva“ zahrnuje různá zánětlivá onemocnění s překrývajícími se klinickými, patologicoanatomickými a epidemiologickými nálezy, ale bez definitivně vyřešené etiologie. V anglické literatuře je dnes velmi často používán termín „inflammatory bowel disease“ IBD. Nejdůležitějšími nozologickými jednotkami je Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. Zánět sliznice je výsledkem kaskády dějů, které vznikly jako reakce na antigen. Pravděpodobné je, že základní chyba vzniká při předkládání antigenu T lymfocytům abnormálně se chovajícími enterocyty. Zatímco za normálních podmínek by byla navozena tolerance, antigen předkládaný enterocyty vyvolává zánětlivou odpověď. Velký vliv na rozvoj patogenetického procesu má nádory nekrotizující faktor, TNFalfa. V posledních letech je diskutován vliv střevní bakteriální flory.
Klíčová slova: Crohnova nemoc, fistula, nespecifické záněty střevní.

U Crohnovy nemoci je patrný podstatný vzestup v posledních 60 letech, zvláště ve vyspělých industriálních zemích. Sporadický výskyt v rozvojových zemích ukazuje na vliv civilizačních faktorů. Obecně je incidence asi 1,7–2 a prevalence 18–22. Postihuje rovnoměrně obě pohlaví, má dvouvrcholový výskyt s maximem mezi 15.–22. a 50.–80. rokem života.

V ČR je incidence 3–5 a prevalence 10,4–42 s maximem v průmyslových oblastech 47.

Léčebné schéma se liší podle závažnosti, lokalizace a přítomnosti extraintestinální manifestace. Základem je vždy farmakoterapie, na kterou může v indikovaných případech, navázat léčba chirurgická.

Základním lékem, zastoupeným prakticky ve všech schématech, je nyní mesalazin, který je možno použít v monoterapii lehkých a mírně závažných forem.

Komplexní protizánětlivý účinek mesalazinu bývá u rezistentnějších forem vhodně doplněn imunosupresivně působícími steroidními hormony, které jsou nyní i ve formách místně působících, jako například budesonid. U Crohnovy nemoci je však nutno pamatovat na její systémovou povahu. Mezi imunosupresivní léčiva řadíme i azathioprin a atypické antibiotikum cyklosporin A.

Již několik let je u nás používána i biologická léčba protilátkami proti TNF.

Velký boom nyní zažívají probiotika, která mají bránit kolonizaci zánětem postiženého střeva patogenní mikroflórou – clostridia, mycobakteria...

Antibiotika mají významnou úlohu zvláště v obdobích relapsů.

Onemocnění se obvykle manifestuje chronickými bolestmi břicha, febriliemi, malnutricí, průjemem. Endoskopicky nalézáme zánětlivé změny v tlustém střevě a v oblasti terminální-

ho ilea. Úseky postižené jsou střídány úseky bez patologických změn. Časté jsou vředy a stenózy. Mezi vážné komplikace patří píštěle enteroenterální i enterokutánní.

Základní anamnestické údaje pacientky (1948):

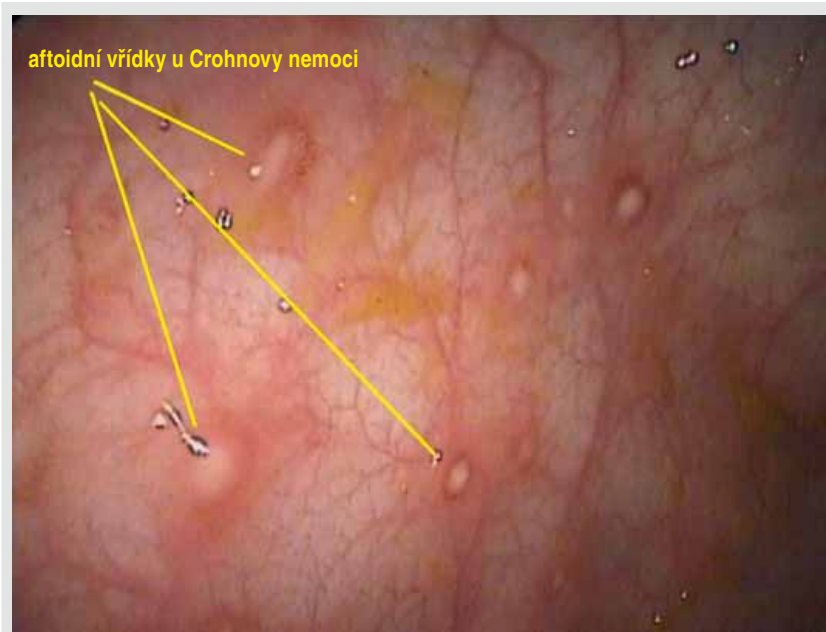
Běžné dětské nemoci, nekomplikovaný porod, nekuřačka, bez chronické medikace. Pracovala u Českých drah ve 3denních cyklech. Rodinná anamnéza stran IBD a dalších sledovaných onemocnění negativní.

Průběh onemocnění

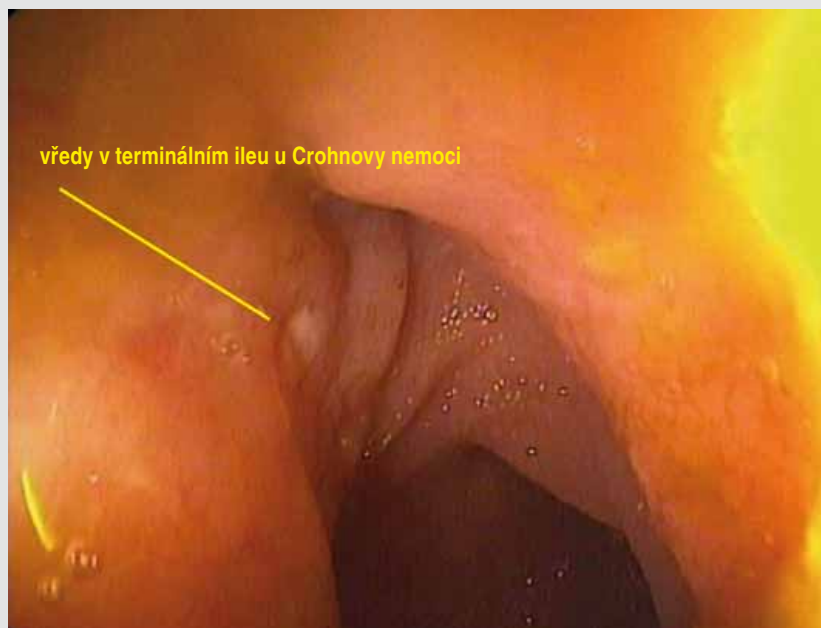
V roce 1968 při pobytu v Karlových Varech (400 km od trvalého bydliště) byla operována pro podezření na akutní appendicitidu. Po operaci byl zjištěn intaktní appendix a indurace ileoceka. Nález epitelioidních granulomů v histologickém materiálu byl suspekt z Crohnovy nemoci. Po operaci a komplikovaném hnisání rány byla pacientka propuštěna, následovala lázeňská terapie. Léčba sulfasalazinem (mesalazin nebyl v té době k dispozici) zahájena nebyla. Občasné bolesti břicha byly přisuzovány adhezím a přetrvávající asthenii, pak nepravdělné životosprávě při výše uvedeném zaměstnání.

V roce 1990 byla pacientka přijata na chirurgii pro ileózní stav. Těžká malnutrice a nálezy rezistence v malé pánvi imponovaly jako maligní onemocnění. Provedená laparotomie prokázala tumor rekta a vzhledem k celkovému stavu byla založena sigmoideostomie.

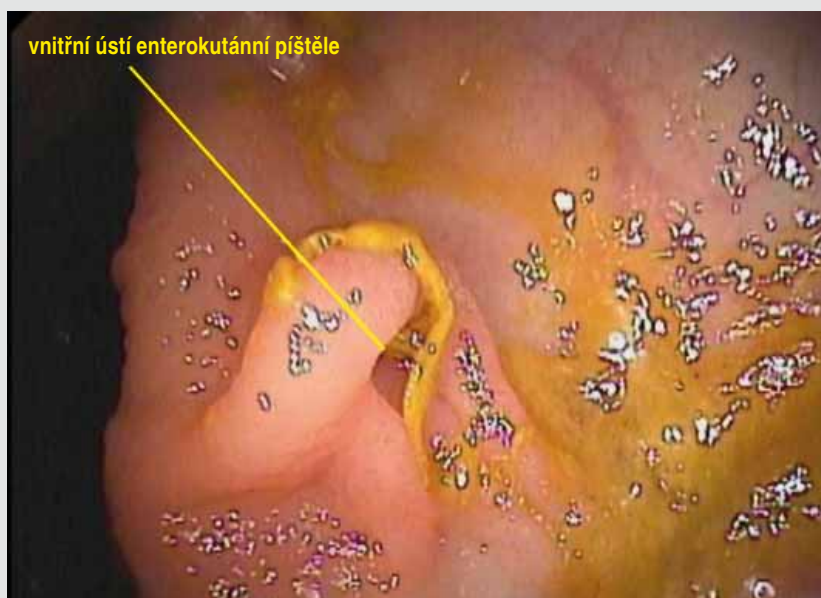
Obrázek 1.



Obrázek 2.



Obrázek 3.



Zahájena byla parenterální nutrice, která vedla k částečné stabilizaci stavu. Provedené CT břicha prokazovalo velkou tumorózní masu v oblasti rekta, bez lokální invaze a také velký tumor v oblasti ceka. Metastatické postižení zjištěno nebylo. Koloskopie rektum nebyla pro stenózu proveditelná. Vyšetření stomii pak prokazuje infiltraci v oblasti ceka.

Histologicky prokázána Crohnova nemoc. Byla dohledána dokumentace z KV a stanovena definitivní diagnóza.

Byla zahájena terapie mesalazinem – Salofalk v dávce 3g/denně v kombinaci s 20 mg Prednisonu. Pooperační průběh je komplikován septickým stavem se vznikem rozsáhlých rektokutánních píštělí, které mají zevní ústí až v oblasti m. gluteus maximus

a na vnitřní straně stehén. V průběhu píštělí vznikají rozsáhlé abscesy, které jsou drénovány. Medikamentózně byla podávána antibiotika dle citlivosti, nadále plná parenterální výživa.

Po 2 měsících pacientka propuštěna do domácího ošetření. Nejsou febrilie, přetrvává malnutrice. Chirurgické řešení rektální stenózy a infiltrace v oblasti ileoceka odloženo pro nehojící se fistuly.

Farmakoterapie: Pentasa 4g denně, Prednison 60mg denně, přidán Imuran 100mg denně s postupným snižováním dávek prednisonu. Podávána nízkozbytková strava doplněná sippingem Nutrison, Nutridrink.

Vzhledem k perzistenci píštělí podány 3 infuze Remicade (aTNF alfa) v dávce 5mg/kg

v obvyklém schématu – 0, 2 a 6 týden. Dochází k regresi píštělí. V léčbě nadále Pentasa 3g denně, prednison 10mg denně, Imuran 50mg denně a nutriční podpora. Stomie je funkční. Dochází k postupnému váhovému příbytku na BMI 19.

V roce 2001 je provedena nejprve proktectomie a následně ileotransversoanastomosa. Oba výkony bez komplikací.

V roce 2002 pak byla zrušena sigmoideostomie. Je občasná inkontinence stolice, která je zvládnutelná běžnými hygienickými pomůckami.

V chronické medikaci je nyní Pentasa 3g denně, prednison 5mg denně a Imuran 50mg denně. Stav výživy je uspokojivý – BMI 19,5, píštěle nerecidivují, endoskopický náález je v mezích normy, laboratorně bývají přítomny známky mírné aktivity nemoci, extraintestinální komplikace aktuálně nejsou.

Vybrané laboratorní nálezy:

20/3 1990

Hb 78, tr 774, MCV 67, le 14,9, Fe 3,2, CB 60, Alb 18, prealb 0,03, CRP 165, ALT 1,4, HbsAg a AHC neg., FW 100

10/8 2001

Hb 99, tr 203, MCV 85, le 9,9, CB 78, Alb 28, CRP 3,5, ALT 0,5, FW 30

27/12 2006

Hb 111, tr 156, MCV 88, le 4,9, CB 77, Alb 31, CRP 1,1, ALT 0,4, FW 18.

Závěr

Popsaná kauza na jedné straně ukazuje na poruchu komunikace a nedůslednost v pořizování a předávání zdravotnické dokumentace, která mohla mít pro pacientku fatální důsledky jedné. Na straně druhé je pozitivní fakt, že koordinovaná aplikace moderní farmakoterapie, nutriční podpory a radikálních chirurgických postupů je schopna úspěšně vyřešit i takto komplikovaný případ.

Literatura

1. Kohout P. Možnosti neinvazivního vyšetřování tenkého střeva. Praha: Galén 2002.
2. Lukáš K. Idiopathické střevní záněty. Praha: Triton 1999.
3. Mařatka Z. Gastroenterologie. Praha: Karolinum 1999.
4. internet.

MUDr. Petr Huvar

Gastroenterologická ambulance Kopřivnice
Štefánikova 1301, Kopřivnice
e-mail: P.Huvar@seznam.cz

