

Gyulladósos bélbetegségek

A CROHN- BETEGSÉGRŐL

ÉS A KÓLITISZ ULCERÓZÁRÓL MINDENKINEK

Gyulladásos bélbetegségek

A CROHN- BETEGSÉGRŐL ÉS A KÓLITISZ ULCERÓZÁRÓL MINDENKINEK

Dr. A. Hillary Steinhart

*kutatóorvos, professzor, a Kanadai Királyi Orvosi Kollégium tagja,
a Mount Sinai Kórház Gyulladásos Béلبetegségekkel Foglalkozó
Centrumának igazgatója*

Kossuth Kiadó

A fordítás alapja:
Dr. A. Hillary Steinhart:
Crohn's and Colitis – Understanding and Managing IBD, Third Edition
First published in 2006 by Robert Rose Inc.
120 Eglinton Avenue East, Suite 800, Toronto, Canada

FORDÍTOTTA
dr. Kelemen László

SZERKESZTETTE
Szalai Lilla

ISBN 978-963-544-685-8

Minden jog fenntartva

Text copyright © A. Hillary Steinhart 2006, 2012, 2018
Illustrations copyright © Robert Rose Inc. 2006, 2012, 2018
© Kossuth Kiadó 2022
Hungarian translation © dr. Kelemen László 2022
Borítókép © 123RF

Tartalom

Előszó	8
--------------	---

1. RÉSZ • A Crohn-betegség és a fekélyes vastagbélgyulladás megértése

1. Mi ez a betegség?	10
Mi az a gyulladós bélbetegség?	10
A gyulladós bélbetegséghez kapcsolódó szakkifejezések	12
Kinek lesz gyulladós bélbetegsége?	14
A szervezetben hol zajlik az IBD?	15
Mi romlik el IBD-ben?	21
Melyek az IBD lehetséges szövődményei?	23
2. Honnan tudom, hogy IBD-s vagyok?	34
A tünetek felismerése	34
Hasonló tünetek	35
Diagnosztikai eljárások	44
Prognózis	55
3. Mire számíthatok most, hogy megállapították az IBD-et?	56
Gyakori kérdések	57
Belehalhatok-e ebbe a betegségbe?	58
Romlik-e majd a betegsége?	58
Javulhat-e az állapotom?	60
Járhatok-e továbbra is iskolába?	62
Kaphatok-e munkát; megtarthatom-e a mostani állásomat?	63
Be kell-e feküdnöm a kórházba?	64
Szükségem lesz-e műtétre?	65
Kell-e majd székletgyűjtő zacskót viselnem?	65
Milyen életmódi változtatásokra lesz szükségem?	66
Lehetek-e még terhes?	67
Szedhetem-e terhesség alatt a gyógyszereimet?	68
Romlik-e az állapotom a terhesség alatt?	69
A betegsége hogyan befolyásolja a szülést?	69
Utazhatok-e, ha IBD-s vagyok?	70
Mi okozza az IBD-t?	73

4. Mitől lettem IBD-s?	74
Oki tényezők	76
A fertőzés mint lehetséges ok	76
Lehetséges környezeti okok	78
Valószínűsíthető örökletes (genetikai) tényezők	81
Az egyesített többtényezős elmélet	89
Terápiás következmények	89

2. RÉSZ • A gyulladós bélbetegség kezelése

5. Az IBD kezelésében alkalmazott étkezési stratégiák	92
A megbízható információkról	93
Megfelelő étrend	94
Az alultápláltság megelőzése	95
Étrendi módosítások	102
Megvonásos (kizárásos) diéták	103
Laktózmegvonásos diéták	104
Kalciumforrások	108
D-vitamin	111
Egyéb, vitaminokat és ásványi anyagokat tartalmazó kiegészítők	112
Folyékony tápszerek	116
Alacsony rosttartalmú diéták	118
A széklet mennyiségét szabályozó étrendek	121
Folyadékdiéták	124
Félelem az ételektől	127
Mesterséges táplálás	127
Táplálkozástani kutatások	129
Diétás tanácsadás	133
6. A pszichológiai támogatás szerepe IBD-ben	134
Pszichológiai megfontolások	134
Stressz	136
Depresszió	137
Hatékony módszerek	140
7. Az IBD gyógyszeres kezelése	152
A kezelés céljai	152
A gyógyszerelésre vonatkozó megfontolások	154

A gyógyszeres terápia lehetőségei	160
Nemszteroid gyulladáscsökkentők	161
Meszalamint (5-amino-szalicilsavat) tartalmazó gyógyszerek	163
Glükokortikoidok (szteroidok vagy kortikoszteroidok)	170
Antibiotikumok	179
Immunszuppresszánsok	181
Nem biológiai (kis molekulájú) gyógyszerek	188
Biológiai gyógyszerek	190
A jövő gyógyszeres terápiai	202
Kiegészítő és alternatív gyógymódok	205
A klinikai vizsgálatok kivitelezése	208
Sebészeti lehetőségek.	210
8. Az IBD sebészi kezelése	211
Mikor szükséges a műtét?	212
Ileosztómia és a kolosztómia.	213
Fekélyes vastagbélgyulladásban alkalmazott műtétek	214
Crohn-betegségben alkalmazott műtétek	222
Laparoszkópiás műtétek	233
A kiújulások megelőzése	234
IBD-s gyermekek	236
9. IBD-s gyermekek kezelése	238
A családra váró kihívások	239
Különleges gondozás	239
Kilátások	245
Források és hivatkozások	247
Betűrendes mutató	257

Előszó

A kötetet azért írtuk, hogy a betegeket, a családjukat és a barátaikat, valamint az egészségügyi szakembereket világos, aktuális és tömör információkkal lássuk el a Crohn-betegség és a fekélyes vastagbélgyulladás okairól, klinikai tüneteiről és hatékony kezeléséről.

Az „inflammatory bowel disease” (gyulladásos bélbetegség; IBD) nemcsak azoknak komoly kihívás, akik Crohn-betegségben vagy fekélyes vastagbélgyulladásban szenvednek, hanem az érintett családtagoknak és a közeli barátoknak is. A problémák megoldásához hozzáértő egészségügyi szakemberek segítségére van szükség. Nagyon fontos annak ismerete is, hogy a Crohn-betegség és a kólitisz ulceróza, azaz a fekélyes vastagbélgyulladás milyen hatással lehet a páciens életére, illetve milyen stratégiákkal lehet harcolni ellenük. A jól tájékozott betegek esélyei a legjobbak a felépülésre és az egészséges életre.

A gyulladásos bélbetegségekről azonban elképesztően sok információ érhető el. Rengeteg forrásból lehet tájékozódni – orvosoktól, nővérektől, könyvekből, brosúrákból, webhelyekről, betegszövetségektől, internetes beszélgetőhelyekről, barátoktól és rokonoktól. Ezek az információk gyakran kuszák vagy egymásnak ellentmondók lehetnek, a minőségük pedig a forrástól függően nagymértékben változhat. Az ismeretek sokasága annyira zavarba ejtő lehet, hogy még nehezebben elviselhetővé teszi ezeket a krónikus betegségeket.

A kötetet azért írtuk, hogy a betegeket, a családjukat, a barátaikat és az egészségügyi szakembereket világos, aktuális és tömör információkkal lássuk el a Crohn-betegség és a fekélyes vastagbélgyulladás okairól, klinikai tüneteiről és hatékony kezeléséről. Nem egyszerűen csak felsoroljuk a betegségekre vonatkozó tényeket, hanem azokat megfelelő klinikai kontextusba helyezzük tapasztalataink alapján, amelyeket több éven át, több száz páciens kiértékelése, rendszeres ellenőrzése és kezelése révén szereztünk a Mount Sinai Kórház IBD Centrumában. Arra törekedtünk, hogy az IBD-ben szenvedők és családjuk számára közvetlen és releváns információkat adjunk közre esettanulmányok és betegeink gyakori kérdéseire adott válaszok felidézésével. Reményeink szerint új megvilágításba helyezzük ezeket a kórképeket, amelyeket még csak most kezdünk igazán megérteni.

1. RÉSZ

A CROHN- BETEGSÉG ÉS A FEKÉLYES VASTAGBÉL- GYULLADÁS MEGÉRTÉSE

Mi ez a betegség?

ESETISMERTETÉS Kelly

Kelly 22 éves egyetemi hallgató, akinél hasi görcsök, erős székelési inger, hasmenés és véres széklet lépett fel. A tünetek fokozatosan alakultak ki, és eleinte csak időszakosan jelentkeztek. Az első féléves vizsgák előtt egy hónappal kezdődtek, és noha úgy tűnt, hogy a vizsgaidőszak után a lány állapota javult, a problémák a második félévben is megmaradtak. Elment az egyetem orvosi rendelőjébe, ahol megvizsgálták, és beutalták egy szakorvoshoz. A szakorvos elvégzett néhány vizsgálatot, és azt mondta, hogy gyulladással bélbetegségben, egészen pontosan fekélyes vastagbélgyulladásban szenved.

Kelly nagyon megijedt – a fekélyes vastagbélgyulladás súlyos betegségnek hangzott. Emellett azt is közölték vele, hogy csak műtéttel lehet meggyógyítani, amit nem akart elhinni.

– F fiatal vagyok – tiltakozott –, és a családban senki sem szenved ebben a betegségben. Mindig nagyon egészségtudatosan éltem... Egészséges ételeket fogyasztok, köztük tejet és tejtermékeket is. Rendszeresen mozgok, és nem dohányzom.

Egyre csak kérdezgette az orvosát, mert meg akarta érteni a betegségét:

– Mi az a gyulladással bélbetegség? A vastagbélgyulladás fertőzés? Antibiotikumokkal nem lehet meggyógyítani? Lehet, hogy a vizsgák miatti stressz okozta? A diéta nem segítené? Lehet, hogy a fejfájásomra szedett ibuprofentől van?

A doktor megnyugtatta, majd válaszolt a lány kérdéseire...

(folytatás az 56. oldalon)

A gyulladás helye

Crohn-betegségben a gyulladás leggyakrabban a vékonybél alsó, csípőbélnek (ileum) nevezett szakaszán, valamint a vastagbélen (kólón) lép fel. A kórképben a nyelőcső (özofágusz), a gyomor (venter vagy gaszter) és a vékonybél felső szakasza, azaz a patkóbél vagy nyombél (duodenum) és az éhbél (jejunum) is érintett lehet.

Mi az a gyulladással bélbetegség?

A gyulladással bélbetegség nem egyetlen kórkép vagy elváltozás. A kifejezést általában minden olyan betegségre használjuk, amely a gyomor-bél rendszer gyulladását eredményezi. Ha szó szerint vennénk, ide kellene sorolnunk az olyan bélgyulladásokat is, mint például a szalmonellabaktériumok által okozott fertőzés. Az „inflammatory bowel disease” (gyulladással bélbetegség; IBD) – kifejezést azonban csak kettő, egymáshoz nagyon hasonló kórképre, a Crohn-betegségre és a fekélyes vastagbélgyulladásra használjuk, de egyik elváltozás okát sem értjük még pontosan.

Crohn-betegség

A Crohn-betegség története a 19. század elején kezdődött, mert ekkor jelentek meg az orvosi szakirodalomban a kórkép egymáshoz hasonló leírásai. 1932-ben a New York-i Mount Sinai Kórház Crohn, Ginzburg és Oppenheimer nevű orvosai számoltak be először a kórképről mint önálló betegségről.

Az általuk leírt forma a csípőbél – a vékonybél végső szakasza – gyulladásával járt, amit ők „regionális ileitisznek”, neveztek (az ileitisz a csípőbél gyulladását jelenti). Később a dr. Crohn és kollégái által leírt elváltozás a Crohn-betegség elnevezést kapta. Az 1950-es években felismerték, hogy a kórkép nemcsak a csípőbelet érintheti, hanem a gyomor-bél rendszer más részeit, így a kólont, azaz a vastagbelet is.

Fekélyes vastagbélgyulladás

A Crohn-betegséghez hasonlóan a kólitisz ulceróza, azaz a fekélyes vastagbélgyulladás is régebbi, mint a kórkép első, 19. század végén keletkezett leírásai. A lokalizációjától függően nevezik fekélyes végbél- vagy szigmabélgyulladásnak, illetve a teljes vastagbél érintettsége esetén „pánkólitisz”, de a nevek csak azt jelzik, hogy a vastagbél melyik részei érintettek, miközben a feltételezett ok minden esetben ugyanaz. A 20. század első felében a betegséget sebészi módszerekkel kezelték, és sok páciens halt bele a kórkép vagy a műtét szövődményei-be. Az 1940-es évek óta sokat fejlődtek a fekélyes vastagbélgyulladás kezelésének sebészeti és gyógyszeres lehetőségei, ezért a betegségnek és a terápiájának is rendkívül ritkák a komplikációi.

Korlátozott gyulladás

A fekélyes vastagbélgyulladás csak a vastagbelet érinti, amelynek a rektum (végbél) is része. A gyomor-bél rendszer más részei épek.

Irritábilisbél-szindróma

A gyulladásos bélbetegséget (IBD) gyakran tévesztik össze az irritábilisbél-szindrómával (IBS), mert az elnevezésük nagyon hasonló. Az IBS az emésztőrendszer kevésbé feltérképezett kórképe, amelyet krónikus hasi panaszok vagy fájdalom és a székletürítés megváltozása jellemez, de teljesen más elváltozás, mint az IBD, azaz a Crohn-betegség vagy a fekélyes vastagbélgyulladás.

A feltételezések szerint az IBS-nél a problémát az okozza, hogy megváltozik a belek működése, vagy az, ahogyan az agy a bélműködést érzékeli. Nincs rá egyértelmű bizonyíték, hogy embernél a tüneteket gyulladás okozná. Ez eltér az IBD-től, amelynél a gyulladás meghatározó szerepet játszik, emellett a kezelése enyhíti a kórkép lefolyását és a tüneteket. Az IBS esetében a terápia célja a gyomor-bél rendszer mozgásainak rendezése és a belekből az agyba továbbított fájdalominger megváltoztatása.

A gyulladós bélbetegséghez kapcsolódó szakkifejezések

A gasztroenterológusok számos szakkifejezést használnak az IBD jellemzésekor. Érdeemes önnek is ismernie ezt a nyelvezetet, hogy jól megértsék egymást az önt ellátó egészségügyi szakemberekkel. A felsorolt fogalmakat a kötet későbbi fejezeteiben részletesebben is megmagyarázzuk.

Abszcessus (tályog): lokalizált, általában elhalt és fertőzött szövetekből álló, folyékony halmazállapotú gennygyülem. Súlyos következményekkel járhat, ha nem oldják meg gyorsan és megfelelően úgy, hogy leszívják a tályog fertőzött tartalmát, és antibiotikumos kezelést alkalmaznak.

Abszorpció (felszívódás): a táplálék megemésztése és a tápanyagok eljuttatása a vérkeringésbe. A B₁₂-vitamin abszorpciója például az ileumban – a vékonybél utolsó szakaszát képező csípőbélben – történik, és ez IBD-ben komoly problémát jelent.

Anális szfinkter: a rektum (végbél) alján található izmos zárógyűrű, amely normális esetben megakadályozza, hogy széklet ürüljön akkor, amikor nem kellene. A szfinkter vagy az azt ellátó idegek károsodása széklettartási problémákat okoz.

Bélbolyhok: a vékonybél nyálkahártyájának mikroszkopikus méretű, ujjszerű nyúlványai, amelyek megnagyobbítják azt a felületet, amelyen át a tápanyagok felszívódhatnak.

Disztenzió (kitágulás): a has jelentős megnagyobbodása, amelyet gáz, széklet vagy folyadék felszaporodása eredményezhet.

Duodénum (patkóbél vagy nyombél): a vékonybél első szakasza, amelybe a gyomorban emészteni kezdett táplálék kerül. A patkóbél nagyon rövid (körülbelül 12 hüvelyk^{*}/30 cm hosszú), fontos szerepet játszik bizonyos tápanyagok – különösen a vas – felszívódásában. A hasnyálmirigy emésztőenzimeit és a májból származó epe is itt keveredik el a táplálékkal, és ez rendkívül fontos az emésztés szempontjából.

Enzimek: a kémiai reakciókat elősegítő/felgyorsító fehérjék, amelyek általában a szervezet fontos anyagcsere-folyamataiban vesznek részt.

Fekális inkontinencia: széklettartási nehézség vagy képtelenség, amelyet okozhat a végbél vagy a vastagbél alsó részének gyulladása, illetve az anális szfinkter károsodása is.

Fisztula vagy sipoly: rendellenes összeköttetés vagy járat a belek és más szervek, illetve a hasfal vagy a bőrfelszín között.

Gasztroenterológia: az emésztőrendszer betegségeivel és elváltozásaival foglalkozó orvosi szakterület.

Gasztrointesztinális rendszer (GI-rendszer, gyomor-bél rendszer, emésztőtraktus, tápcsatorna): a szájtól a végbélnyílásig tartó „csatorna”.

* Ezért régebben tizenkét ujjas bélnek is nevezték (oroszul még ma is ez az egyetlen neve).

(A kötetben szereplő lábjegyzeteket a fordító írta.)

Granulóma: bizonyos elváltozásoknál – így a Crohn-betegségnél is – gyulladós folyamatokban részt vevő sejtek (immunsejtek) jellegzetes felszaporodása szövetekben.

Ileum (csípőbél): a vékonybél utolsó, annak mintegy egyharmadát kitevő szakasza. Itt történik a B₁₂-vitamin felszívódása.

Inflammatory bowel disease (gyulladásos bélbetegség; IBD): tágabb értelemben minden olyan elváltozás vagy betegség, amely a tápcsatorna valamelyik részének – leggyakrabban a vékony-, a vastag- és a végbélnek – a gyulladásával jár, szűkebb értelemben a Crohn-betegség és a fekélyes vastagbélgyulladás.

Irritabilisbél-szindróma: a GI-rendszer funkcionális elváltozása, amelyet hasi kényelmetlenségérzés vagy fájdalom és a székelés problémái jellemeznek, de nem jár gyulladással.

Jejunum (éhbél): a vékonybél második szakasza, amely teljes hosszának nagyjából a kétharmadát teszi ki. Itt szívódik fel a tápanyagok legnagyobb része.

Kólón (vastagbél): a gyomor-bél rendszer alsó része, amely fő szerepet játszik a folyadék és az elektrolitok (sók) reabszorpciójában.

Kolonoszkópia (vastagbéltükrözés): IBD-ben is alkalmazott diagnosztikai eljárás, amelynél a végbélnyíláson (ánusz) át hajlékony, száloptikás vagy kamerával ellátott eszközt vezetnek fel a vastagbélbe. A vizsgálat során lehetőség van biopsziára, azaz szövetminta vételére is.

Limfocita: a fehérvérsejtek egyik típusa, amely részt vesz a gyulladásokat okozó baktériumok és vírusok elleni védekezésben.

Motilitás: a GI-traktus táplálékot továbbító képessége.

Mukóza: a GI-rendszer belső részét borító nyálkahártya. Az ép mukóza fontos a gyomor-bél rendszer feladatainak – különösen a táplálék megemésztésének és a tápanyagok felszívásának – ellátásához.

Pánkólitisz: az egész vastagbél gyulladása.

Perforáció: a GI-rendszer bármelyik részének kilyukadása. A nyíláson át sok baktériumot és emésztőnedveket is tartalmazó béltartalom juthat a hasüregbe, ahol súlyos gyulladást okozhat.

Perisztaltika: a belek akaratunktól független, a tartalmukat továbbító féregszerű mozgása.

Proktitisz: a végbélre lokalizálódó kólitisz (vastagbélgyulladás).

Proteinek vagy fehérjék: aminosavak hosszú láncából felépülő vegyületek. A fehérjék számos fontos feladatot látnak el, köztük a szervezet struktúráit építik fel és tartják fenn, valamint különféle anyagcsere-folyamatokban vesznek részt.

Rektum (végbél): a kólón (vastagbél) legutolsó szakasza, ahol a széklet a kiürítése előtt raktározódik. A rektum gyulladása megnehezíti a széklettartást.

Szeróza: a beleket kívülről borító hártya.

Szigmabél: a vastagbél utolsó előtti része, amely a leszálló szakaszát és a rektumot köti össze.

Sztriktúra: a GI-rendszer bármelyik részének szűkülete, amely obstrukciót, azaz elzáródást eredményezhet.

Ulcer (fekély): a GI-rendszer nyálkahártyájának (mukóza) sérülése vagy hiánya, amely vérzéssel, tályogképződéssel vagy perforációval járhat.

A dohányzás paradoxona

A dohányzás fokozza a Crohn-betegség kialakulásának kockázatát, és a már kialakult kórképet agresszívabbá vagy súlyosabbá teszi. Úgy tűnik azonban, hogy ugyancsak a dohányzás véd a fekélyes vastagbélgyulladás ellen. Az ebben az elváltozásban szenvedők gyakrabban kerülnek ki a nemdohányzók és az egykori dohányosok közül, mint a populációból kiválasztott hasonló csoportok tagjai. A volt dohányosoknál különösen a leszokás utáni időszakban nő meg a betegség kialakulásának kockázata. A megfigyelés alapján néhány kutató bőrre helyezhető nikotintapaszokkal próbálta kezelni a kólitisz ulcerózát, de a dohányzás és a betegség elleni védetség közötti erős kapcsolat ellenére ez a terápia nem bizonyult egyértelműen hatékonynak.

Kinek lesz gyulladós bélbetegsége?

A gyulladós bélbetegség kialakulását az életkor, a nem és a földrajzi viszonyok befolyásolják.

Életkor

A Crohn-betegség és a fekélyes vastagbélgyulladás leggyakrabban fiatal korban jelentkezik. Noha öt éves kor alatt ezek az elváltozások még szokatlanok, de a huszadik életévig nő a gyakoriságuk, amely 20 és 40 éves kor között éri el a maximumát. Valamivel ritkábban fordul elő, de korántsem elképzelhetetlen, hogy az IBD-vel az ötvenes vagy hatvanas éveikben járók találkoznak életükben először. Ennél idősebb korban ezek a kórképek már nagyon ritkák. Ha ennek a korcsoportnak a tagjainál lépnek fel IBD-re utaló tünetek, az orvosok rendszerint másféle, jobban valószínűsíthető betegségekre gondolnak.

Nem

Az IBD nagyjából ugyanolyan gyakorisággal jelentkezik férfiaknál és nőknél, bár néhány tanulmány szerint nőknél valamivel gyakoribb. A különbség függ a páciensek életkorától is, de az eltérés annyira kicsi, hogy valószínűleg nem kell neki jelentőséget tulajdonítani.

Populációs vizsgálatok

Noha ezek a kórképek gyakrabban fordulnak elő fejlett országokban, a Crohn-betegséget és a fekélyes vastagbélgyulladást minden tanulmányozott országban és rassznál észlelték.

Az országok és az adott országokon belüli etnikai csoportok között azonban érdekes különbségeket tapasztaltak.

Az IBD sokkal ritkább Ázsiában, bár ez változhat. Japánban például egy évszázaddal ezelőtt szinte nem is hallottak a Crohn-betegségről, de azóta folyamatosan nő a gyakorisága. Minden etnikai csoport és rassz közül a zsidóknál legnagyobb a kórkép előfordulási aránya, ugyanakkor közöttük is előfordulnak a származási hely szerinti különbségek. Egy felmérésben az IBD gyakoriságát magasabbnak találták az askenázi (Európából származó), mint a szefárd (észak-afrikai és közel-keleti eredetű) zsidóságnál.

Az IBD országonként változó kockázata nem magyarázható tisztán az öröklöttséggel vagy a genetikai okokkal. A Crohn-betegség Japánban tapasztalt növekvő gyakorisága azt sejteti, hogy a kialakulásában fontos szerepe lehet a környezeti tényezőknek. Ám azt is megfigyelték, hogy míg az Észak-Amerikába érkezett dél-ázsiai bevándorlóknál nem nőtt az IBD kockázata az eredeti országukhoz képest, addig az Észak-Amerikában született és felnevelkedett gyermekeiknél valószínűbb a gyulladásos bélbetegség jelentkezése az életük során. Ezek az IBD gyakoriságában tapasztalt variációk utalhatnak a kiváltó tényezőkre és az okokra, emellett számos érdekes elmélet felállítására adnak lehetőséget, amelyeket meg kell vizsgálni, csakúgy, mint a miattuk felvetődő kérdéseket.

A szervezetben hol zajlik az IBD?

A gyulladásos bélbetegség a gasztrointesztinális rendszer meghatározott szakaszain fordul elő. Mielőtt áttekintenénk, hogy pontosan mi a probléma a Crohn-betegséggel vagy a fekélyes vastagbélgyulladással, meg kell ismernünk az egészséges tápcsatorna működését, hogy megértsük, miért működik hibásan IBD-ben az immunrendszer belekre lokalizált része.

A gyomor-bél rendszer funkciói

Az emésztőrendszer a szájtól a végbélnyílásig tartó csőszerű struktúra, amelynek két fő feladata a tápanyagok abszorpciója és az immunológiai védekezés.

A tápanyagok felszívódása

A belek elsődleges feladata a táplálék megemésztése és a tápanyagok abszorpciója. Ezek a tápanyagok lényegében a szervezet felépítéséhez és működtetéséhez szükséges vegyületek.

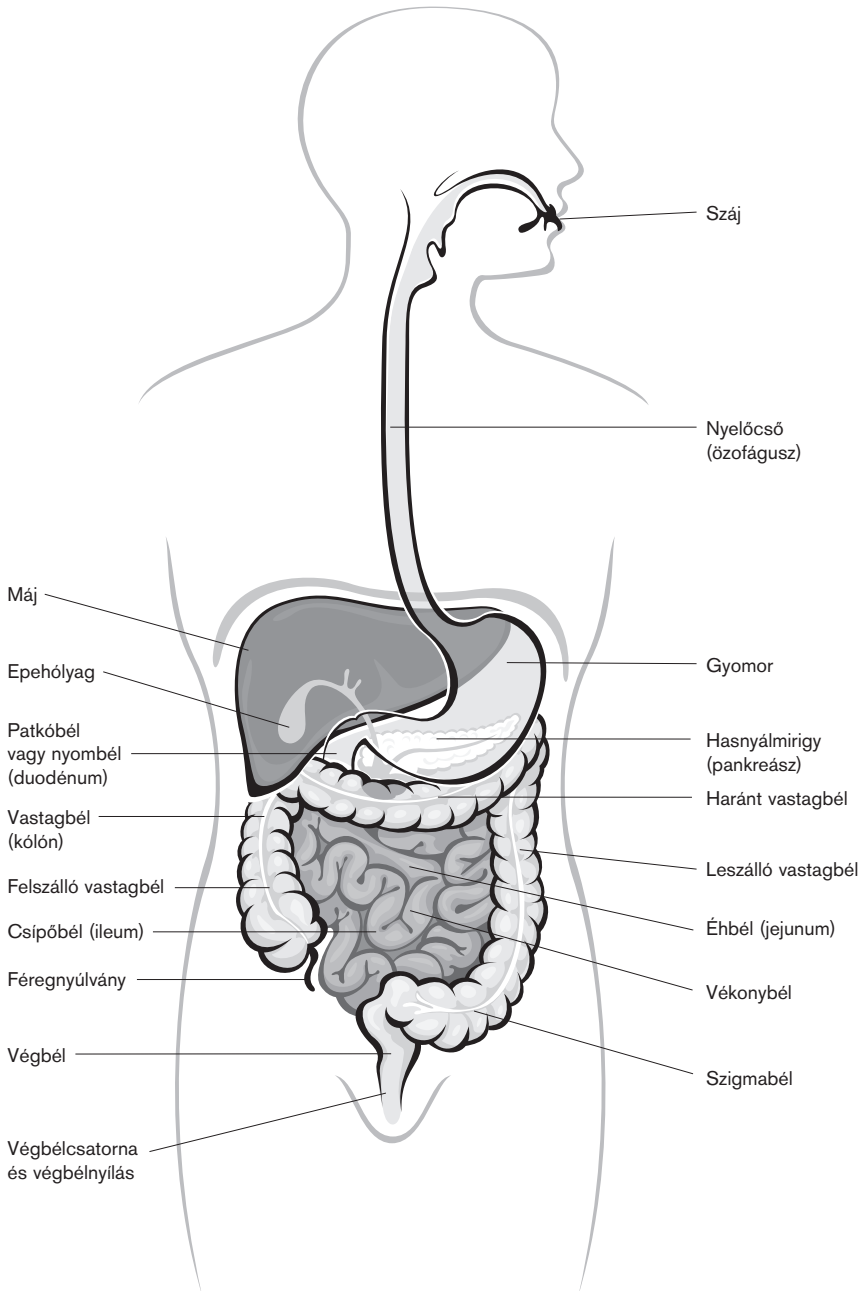
Az észak-dél átmenet

Az IBD gyakorisága az észak-amerikai és az észak-európai országokban a legmagasabb, a déli országokban pedig alacsonyabb. Ezt a jelenséget nevezik „észak-dél átmenetnek”, bár az oka valószínűleg nem a földrajzi eltérésekben, hanem a fejlett és fejlődő országok közötti különbségben rejlik.

Létfontosságú feladatok

A gasztrointesztinális traktus több létfontosságú funkciója szükséges ahhoz, hogy életben maradjunk. Lehetővé teszi a tápanyagok, a víz, az ásványok és a vitaminok számára, hogy bejussanak a szervezetünkbe, miközben megvéd minket a káros tényezőktől.

A gyomor-bél rendszer fő részei



A belekben szívódik fel a megemésztett táplálékban és italban található víz, az ásványi anyagok és vitaminok is.

Az immunvédekezés

A tápanyagok felszívódásának biztosítása mellett a tápcsatornának számos, a szervezetre potenciálisan veszélyes ágenst kell kívül tartania. Ilyenek a mikroszkopikus organizmusok, köztük a baktériumok, a vírusok és a paraziták, valamint bizonyos veszélyes fehérjék, amelyek a belekből felszívódva betegséget okozhatnak. A gyomor-bél rendszer tehát a szervezet védekezési rendszerének fontos része.

A gyomor-bél rendszer fő részei

A tápcsatorna hat fő szakasza a száj, a nyelőcső, a gyomor, a vékonybél, a vastagbél és a végbélnyílás. A gyulladással járó bélbetegségek ezek mindegyikét érinthetik.

Száj

A száj és struktúrái (az ajak, a fogak, a nyelv, a nyálmirigyek és a szájpada) a táplálék felvételét végzik. A fogak segítségével kisebb darabokra őröljük az ételt, amely így könnyebben továbbítódik, és emészthetőbbé válik a további szakaszokban található enzimek számára. Az ajak, a nyelv és a szájpada a rágásban és a nyelésben segít, a nyálmirigyek a továbbításban, sőt a nyálban található amiláz nevű enzim a szénhidrátok emésztésében is.

Nyelőcső

A nyelőcső (özofágusz) a szájban megrágott és lenyelt táplálékot a gyomorhoz továbbító cső. A legalsó részén található izmos gyűrű megakadályozza, hogy a táplálék és a gyomorsav visszajusson a nyelőcsőbe és a szájba. Ha a gyűrű rosszul működik, akkor mégis visszajut – ez a reflux, amely „gyomorégéssel” jár. Hányásnál a gyűrű kinyílik, hogy fel lehessen öklendezni a gyomor tartalmát. Ugyanez történik böfögéskor is, hogy a gázok távozhassanak.

Gyomor

A has bal oldalának felső részén található, zsákszerű képlet, amely fogadja a nemrég lenyelt táplálékot, elkezdi a benne levő fehérjék emésztését, és mindent lassan továbbítja a vékonybélbe, ahol a tápanyagok felszívódásának nagy része zajlik. A gyomor alsó részénél található következő izmos gyűrű szabályozza, hogy a táplálék milyen gyorsan jusson át a vékonybélbe. A gyomor fontos jelzéseket küld az agyba annak érzékelésére, hogy eleget ettünk.

IBD-s fekélyek

Az emésztőrendszerben azokat a területeket nevezzük fekélynek, ahol eltűnt a nyálkahártya. Amikor az emberek fekélyről beszélnek, általában gyomor- vagy nyombélfekélyre gondolnak, de ezek mindegyike eltér a gyulladással járó bélbetegségekben képződő fekélyektől. A Crohn-betegségben és a fekélyes vastagbélgyulladásban a fekélyek rendszerint a vékony- és a vastagbélben alakulnak ki, a gyomorban és a patkóbélben pedig sokkal ritkábban.

A gyomor nyálkahártyája savat is termel, amely segít a táplálékkal bejutott káros baktériumok elleni védekezésben, emellett elkezd az elfogyasztott fehérjék lebontását. Itt termelődik a pepszin nevű enzim is, amely szintén a proteinek emésztésében vesz részt.

Vékonybél

A vékonybél mintegy 4-5 méter hosszú tömlő. A három fő része felülről lefelé: a patkóbél vagy nyombél (duodenum), az éhbél (jejunum) és a csípőbél (ileum). A vékonybél a táplálékok lebontásának és a tápanyagok abszorpciójának fő helyszíne.

Mukóza

A tápanyagok felszívását a kifejezetten erre specializálódott bélnyálkahártya (mukóza) végzi. Olyan sejtekből épül fel, amelyek képesek felszívni a tápanyagokat a belek belsejéből (lumenéből), majd továbbítják őket a szervezetbe, ahol annak strukturális építőelemei lesznek, vagy a működéséhez szükséges „üzemanyagot” biztosítják. A nyálkahártya felszínén rengeteg parányi, ujszerű kitüremkedés található. Ezek a bélbolyhoknak nevezett képletek jelentősen megnövelik a bél belső felszínét, így több sejt végezheti a tápanyagok felszívását.

A sejtek felszíne olyan enzimeket tartalmaz, amelyek segítik a táplálék lebontását, így megkönnyítik az abszorpciót. A belek gyulladásánál – így IBD-ben is – csökken a bélbolyhok száma és mérete, vagy akár teljesen el is tűnhetnek. A normális bélbolyhok hiánya rontja a tápanyagok felszívódását. Súlyos gyulladás esetén a mukóza teljesen eltűnhet, és az alatta levő szöveteket a béltartalom károsíthatja.

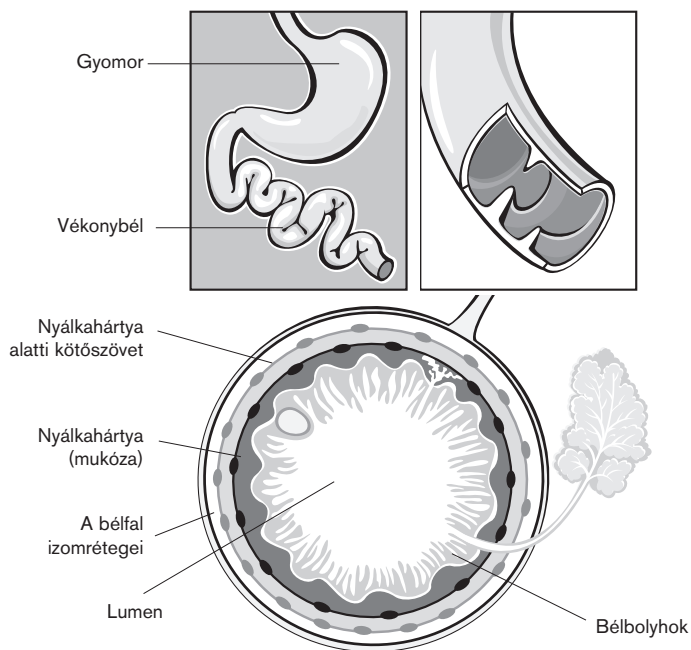
Elsődleges funkció

A vastagbél fő feladata a folyadékok (a víz), valamint az ásványi anyagok – így a nátrium és a kálium – felszívása és eljuttatása a vérkeringésbe. A folyadék felszívása miatt lesz a széklet szilárd, és ez akadályozza meg a szervezet folyadékvesztését (dehidrációját, azaz kiszáradását) is.

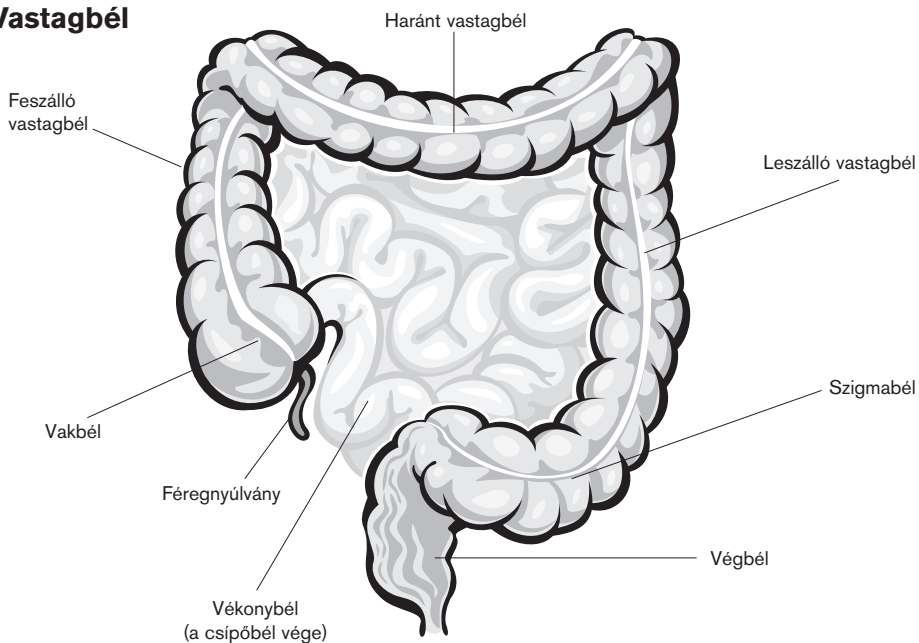
Vastagbél

A vastagbél (kólón) hossza körülbelül 1-1,2 méter, és az átmérője sokkal nagyobb, mint a vékonybéle. Fő részei a vakbél (ebből nyílik a féregnyúlvány), a felszálló, a haránt és a leszálló vastagbél, továbbá a szigmapél és a végbél.

Vékonybél



Vastagbél



Végbél

A végbél (rektum) a vastagbél utolsó szakasza, amelynek a fala bizonyos mértékig tágulékony, így képes raktározni a székletet addig, amíg lehetőség nyílik a kiürítésére. Amikor a végbélben gyulladás lép fel, vagy más elváltozás alakul ki, a széklettartás képessége csökkenhet, ezért gyakran – és nagyon gyorsan – kell kimenni a mosdóba. Előfordulhat, hogy a belek kontrolljának elvesztése „balesetet” okoz, amit széklettartási képtelenségnek vagy fekális inkontinenciának nevezünk. A gyulladásos bélbetegség egyik fő és rendkívül zavaró jellemzője éppen ez a gyakori, néha nagyon sürgős mosdóba járás.

A gasztrointesztinális traktushoz kapcsolódó szervek

A táplálék megemésztésében és a tápanyagok felszívásában kisebb-nagyobb mértékben részt vesznek gyomor-bél rendszerhez kapcsolódó más szervek is. Ezek a tápcsatornához általában kis járatokkal vagy vezetékkel kapcsolódnak. Ilyen szervek a máj, az epehólyag és a hasnyálmirigy. Az IBD rendszerint nem érinti az epehólyagot és a hasnyálmirigyét, de a páciensek kis részénél a gyulladás a májban is megjelenhet, sőt alkalmanként májkárosodást is előidézhet.

Máj

A májnak nagyon sok feladata van, de az emésztés szempontjából legfontosabb az epe termelése. Az epe lényegében egy detergens, amely lehetővé teszi, hogy a táplálékban levő zsír el tudjon keveredni a vízzel. Normális esetben a zsírok ugyanúgy elkülönülnek a víztől, mint a húsleves tetején úszkáló zsírfoltok. Az epének köszönhetően a zsírok parányi cseppekben elkeveredhetnek (diszpergálódhatnak) a vízben, így könnyebb lesz az emésztésük és a felszívásuk.

Epehólyag

Az epehólyag kicsinyke zsák a máj alatt, és az abban termelt epét tárolja addig, amíg étkezés után szükség lesz rá. Amikor elégtelen mennyiségű epe termelődik, vagy az epe nem tud ürülni a bél felé, romlik a zsírok emésztése és felszívódása, ami azt eredményezi, hogy zsíros vagy olajos cseppek formájában távoznak a széklettel.

Hasnyálmirigy

A hasnyálmirigy (pankreasz) egy többféle emésztőenzimet termelő és azokat a vékonybél felső részébe ürítő mirigy. A hasnyálmirigy nagyon közel helyezkedik el a patkóbélhez. A mirigyállományban végigfut egy vékony vezeték, amely a termelt enzimeket a nyombélbe juttatja. Ezek az enzimek a fehérjék, a szénhidrátok és a zsírok emésztésében vesznek részt annak érdekében, hogy a kisebb összetevőik könnyebben felszívódjanak a belekből.

Végbélnyílás

A végbélnyílás (vagy végbélcsatorna) az a kijárat, amelyen át a széklet távozik. Fő feladata, hogy a végbélben levő székletet ne engedje ki, amikor nem akarjuk – azaz segít megelőzni a széklettartási képtelenséget. Ezt a funkcióját a végbélcsatornában két, anális szfinkternek nevezett izmos gyűrű segíti.

Az egyik ilyen gyűrű a külső anális szfinkter, amely akaratlagos ellenőrzésünk alatt áll – azaz tudatosan szabályozhatjuk a működését, és összeszoríthatjuk, amikor bent akarjuk tartani a székletet vagy a gázokat. A másik a belső anális szfinkter, amelyet tudatosan nem működtethetünk, és akaratunktól függetlenül, reflexesen húzódik össze. A széklet tartásához, valamint a végbél könnyű és teljes kiürítéséhez a két szfinkter összehangolt működése szükséges. Bármelyiknek a betegsége vagy károsodása fekális inkontinenciát eredményezhet.

Mi romlik el IBD-ben?

A Crohn-betegség és a fekélyes vastagbélgyulladás is a belek gyulladásával jár. Egészséges embernél is mindig fennáll a gyomor-bél rendszer valamelyik részének bizonyos fokú gyulladása, de IBD-ben ez a gyulladás kiterjedtebb és túl intenzív.

A belek „normális” gyulladása

Az egészséges emberek beleinek általában mindig enyhe gyulladása nem olyan mértékű, hogy funkcióvesztést okozzon, sőt szabad szemmel észre sem lehet venni, de ha mikroszkóppal megvizsgáljuk a bélnyálkahártyát, mindig láthatunk benne vagy közvetlenül alatta a kötőszövetben néhány fehérvérsejtet – egészen pontosan limfocitát.

Ezek a védekezősejtek az immunrendszer belekben levő részéből származnak, és segítenek az olyan potenciálisan ártalmas baktériumok, vírusok, paraziták, fehérjék és más vegyületek elleni védekezésben, amelyek normálisan nincsenek jelen a szervezetben. A gyulladás szoros szabályozás alatt áll, és az immunválasz mértéke csak akkora, hogy megvédjen ezektől az ágensektől, de ne okozzon problémát.

Sajnos a jóból is megárt a sok, és ez a bélnyálkahártya gyulladására is érvényes. Ha a gyulladás túl erős, vagy túl gyenge a kontrollja, akkor a belek megduzzadhatnak, és a tápcsatorna szövetei károsodhatnak. A gyomor-bél rendszer károsodása miatt fellépő problémák következtében zavart szenved

A gyulladás jelei

A gyulladással járó reakció minden károsodásnál fellép, legyen az egy életveszélyes fertőzés vagy egy jelentéktelen horzsolás. A gyulladás klasszikus tünetei a fájdalom, a duzzanat, a helyileg megjelenő piros szín és meleg, valamint a normális funkciók zavara.

A túl intenzív gyulladás

A túl erőteljes vagy szabályozatlan gyulladás központi szerepet játszik a Crohn-betegség és a fekélyes vastagbélgyulladás kialakulásában. Mivel a tudósok egyre jobban megismerik azokat a tényezőket, amelyek a belek gyulladásának mértékét szabályozzák, ezért egyre többet tudnak ezeknek az elváltozásoknak az okairól is.

a tápanyagok és a folyadékok felszívódása, valamint a széklet tartása és megfelelő időben történő ürítése.

Különösen súlyos esetekben az emésztőtraktus nyálkahártyája leválhat, ami különféle tünetekkel jár – így hasi fájdalommal, hasmenéssel, véres széklettel, fogyással, gyermekeknél a fejlődés lelassulásával.

A fekélyes vastagbélgyulladás jelei

A fekélyes vastagbélgyulladásnál a gyulladás a vastagbéltre korlátozódik, de a kiterjedése páciensenként, sőt a betegség lefolyása közben még ugyanannál a betegnél is változik.

Kólitisz ulcerózában a gyulladás a vastagbél bármelyik részén megjelenhet, miközben más szakaszai érintetlenek maradhatnak, a végbél azonban mindig gyulladt.

Pánkólitisz

Gyakran fordul elő, hogy a gyulladás az egész vastagbéltre kiterjed – ezt az állapotot nevezzük pánkólitisznek. A folyamat felé felé mindig folyamatosan terjed, ami azt is jelenti, hogy nem váltogatják egymást elkülönült és gyulladt bélszakaszok.

Proktitisz

Néhány fekélyes vastagbélgyulladásban szenvedő páciensnél csak a végbélben jelentkezik az elváltozás. A betegségnek ezt a formáját nevezzük proktitisznek vagy fekélyek esetén proktitisz ulcerózának. A végbélgyulladás és a kórkép kiterjedtebb formái – például a pánkólitisz – között megfigyelhető néhány különbség. A proktitisz ulceróza a gyermekeknél szokatlanul számít – leggyakrabban középkorúaknál vagy idősebbeknél alakul ki.

A Crohn-betegség jelei

Crohn-betegségnél a gyulladás a gyomor-bél rendszer bármelyik részében felléphet. Noha leggyakrabban a csípőbélben és a vastagbélben jelenik meg, előfordulhat a nyelőcsőben, a gyomorban, a patkóbélben és az éhbélben is.

Nem folyamatos károsodás

A Crohn-betegségben érintett területek nem feltétlenül érintkeznek egymással. Elképzelhető, hogy egy betegnél található egy gyulladt terület a vékonybél középső szakaszában, azaz az éhbélben (jejunumban) és egy másik a vastagbélben, de a tápcsatorna érintett területek közötti szakasza ép.

Korlátozott kiterjedés

Mivel fekélyes vastagbélgyulladásnál a gyulladt terület általában nem túl nagy – legfeljebb a bél 15 cm hosszú szakaszára terjed ki – ezért az ebben a formában megbetegedett páciensek nincsenek annyira rosszul, mint a kólitisz ulceróza kiterjedtebb formáiban szenvedők.

A bél átfűródása

A fekélyes vastagbélgyulladásnál az elváltozás általában a bélfal legbelső rétegében zajlik, de a Crohn-betegségnél a gyulladás a nyálkahártyán megjelenő első fekélyek alatti rétegekre is ráterjedhet, egészen a beleket kívülről borító szerózáig. Ennek eredményeként defektus, azaz lyuk keletkezhet a bélfalon, aminek következtében helyi hasüregi gyulladások (tályogok) alakulnak ki, vagy kóros összeköttetések (fisztulák) keletkezhetnek a belek más szakaszai, más szervek, a hasfal vagy a bőr felé. A Crohn-betegségben kialakuló gyulladásban kicsinyke, a gyulladásos folyamatokban részt vevő sejteket tartalmazó csomók (granulómák) is létrejöhetnek, amelyek csak mikroszkóppal láthatók, és fontosak a kórkép diagnózisának felállításában.

A vastagbélgyulladás átmeneti formáinak jelei

Az IBD vastagbélben megjelenő formái miatt szenvedők kis csoportjánál a tünetekből nem lehet megítélni, hogy fekélyes vastagbélgyulladás vagy Crohn-betegség alakult-e ki. Ezekben az esetekben a meghatározatlan vastagbélgyulladások vagy az „inflammatory bowel disease of undetermined type” (határozatlan típusú gyulladásos bélbetegség; IBDU) elnevezést alkalmazzuk. A körlefolys néha változhat, és eldőlhet, hogy a páciensnél kólitisz ulceróza vagy Crohn-betegség jött-e létre. Ám néhány betegnél továbbra is megfigyelhetők mindkét betegség jelei, és lehetetlen őket differenciálni.

A két kórkép gyógyszeres kezelése hasonló, de az elkülönítés fontossá válik, ha sebészi beavatkozásra van szükség, ugyanis teljesen eltérő műtéti megoldás szükséges, mivel az operáció után a Crohn-betegség kiújulhat olyan bélszakaszokon is, amelyek korábban érintetlenek voltak.

Melyek az IBD lehetséges szövődményei?

A gyulladásos bélbetegség nagy veszélye abban rejlik, hogy számos súlyos szövődményt okozhat. Néhány komplikáció a Crohn-betegségnél és a fekélyes vastagbélgyulladásnál egyaránt felléphet, mások pedig csak az egyiknél vagy a másiknál. A szövődmények egy része általában a bél gyulladásának vagy kifekélyesedésének közvetlen, helyi következménye, míg a másik csoportba azok tartoznak, amelyek a szervezetben a belektől vagy azok gyulladásától függetlenül alakulnak ki.

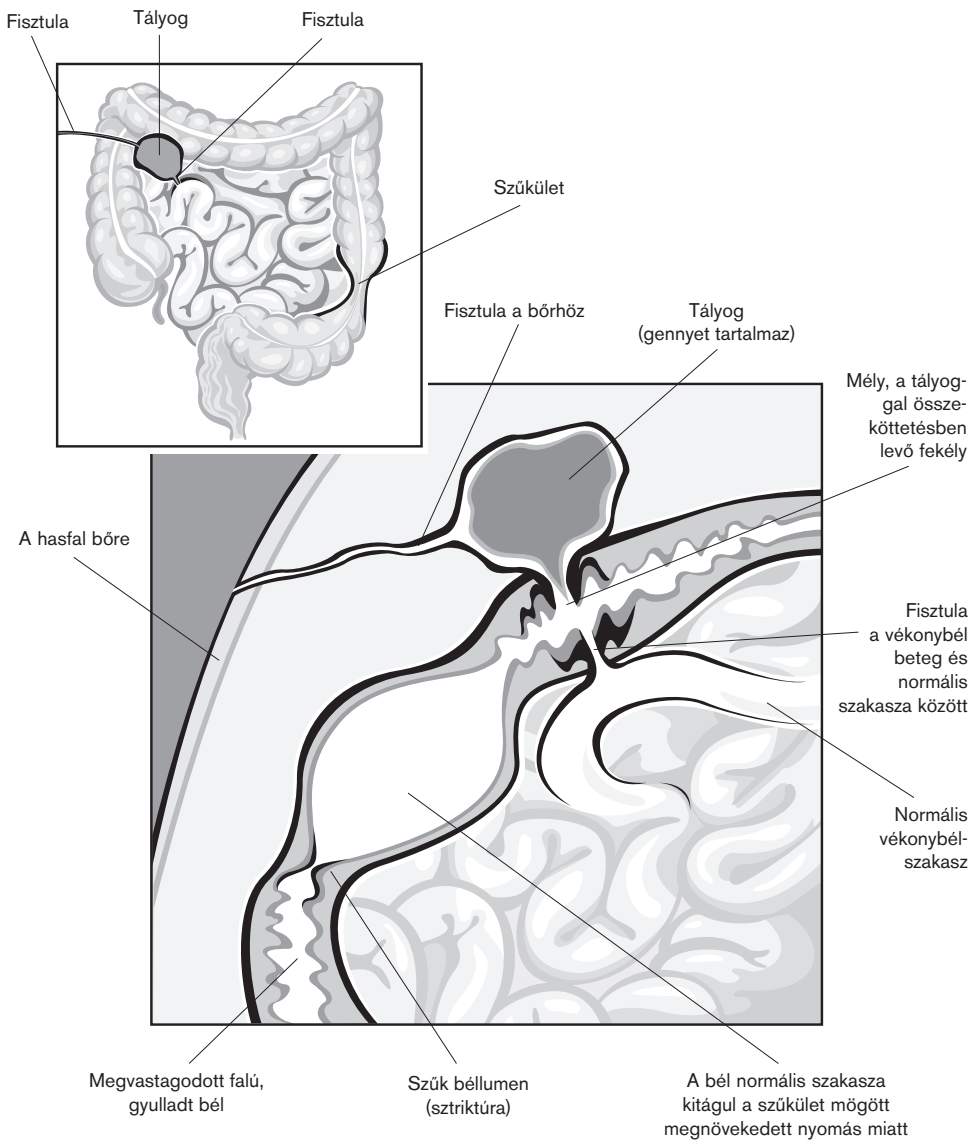
Helyfüggő változatok

A Crohn-betegség rendkívül változatos helyeken jelenhet meg, ezért fontos különbségek alakulhatnak ki a páciensek panaszaiiban és abban, hogy miért fordulnak orvoshoz. A lokalizáció eltérései a kezelést is nagymértékben befolyásolják.

A Crohn-betegségre jellemző szövődmények

- Szűkületek
- Tályogok
- Fisztulák

A Crohn-betegség szövődményei: szűkületek, tályogok és fisztulák



A gyulladás és a fekélyek szövődményei

A gyulladás és a kifeléyesedés a bél szűkületeit, fisztulát és tályogképződését okozhatja. Ha ezeket a komplikációkat nem megfelelően kezelik, az további szövetkárosodáshoz és a gyulladás feletti kontroll megszűnéséhez vezethet, ami akár

K Mik azok a szűkületek?

V A szűkületek vagy sztriktúrák olyan bélszakaszok, ahol a bél normálisan tág belső átmérője kisebb lesz. Ennek oka lehet a bélfal aktív gyulladás miatti duzzanata, amely ahhoz hasonlóan keletkezik, amikor például egy csonttörés után a környező szövetek megduzzadnak. Ennél gyakoribb, hogy a lument szűkítő hegek keletkeznek a bél többszöri gyulladásos folyamatai következtében.

halállal is végződhet. Míg ezek a szövődmények Crohn-betegségben gyakoriak, addig fekélyes vastagbélgyulladásban nagyon ritkák.

Szűkületek

A sztriktúrák nem feltétlenül jelentenek problémát egészen addig, amíg nem okozzák a bél obstrukcióját, azaz elzáródását. A szűkület megakadályozza az étel és általában a béltartalom továbbítását, amely így feltorlódik, és a sztriktúra előtti (feletti) bélszakaszon megnő a nyomás. A jelenség éles, gyakran görcsös fájdalommal, a has megnagyobbodásával, hányingerrel és hányással jár. Ezek a tünetek néha arra figyelmeztetnek, hogy az elváltozás rosszabbodik, vagy elzáródáshoz vezet. Ennek jele az evés után gyakori vagy visszatérő fájdalom a has középső részén, valamint a feszülés- vagy a puffadásérzés.

Bélelzáródás

A szűkület nem mindenkinél okozza a bél obstrukcióját. Ha valakinek már volt nem túl súlyos bélelzáródása, és ismeri a tüneteket, néha rendezheti a helyzetet azzal, hogy kerüli a szilárd táplálékot, vagy néhány órán, esetleg néhány napon át csak folyadékot fogyaszt. Sztriktúra esetén nagyon fontos, hogy ne együnk nehezen emészthető táplálékokat, amelyek megrekedhetnek a beszűkült bélszakaszokban. Ezek közé tartozik a pattogatott kukorica, az olajos és a nem olajos magvak, a kukorica, a nyers – különösen a zellerhez hasonló rostos – zöldségek, valamint a gyümölcsök héja.

Ez a komplikáció mindig vészhelyzetnek minősül.

A páciensek általában kórházi megfigyelésre szorulnak, infúzióban folyadékot kell kapniuk a kiszáradás megakadályozása érdekében, és néha úgynevezett nazogasztrikus szonda (az orron és a nyelőcsőn át a gyomorba vezetett műanyag cső) segítségével le kell szívni a gyomrukban levő folyadékot és gázokat.

A bél szűkülete esetén kerülendő ételek

- Pattogatott kukorica
- Diófélék
- Más magvak
- Kukorica
- Nyers zöldségek
- A gyümölcsök héja

Azonnali orvosi felügyelet

Ha a szűkület jeleit láz és gyakori hányás kíséri, vagy az elzáródás tünetei nem szűnnek meg 6-8 órán belül – azaz nem csökken a fájdalom, a hasi feszülés és puffadás, nem tér vissza a normális bélmozgás, és nem távoznak a gázok –, akkor a beteget haladéktalanul orvosi felügyelet alá kell vonni.

A bélelzáródás tünetei

- Erős görcsös, általában a has közepén jelentkező fájdalom
- Megnagyobbodott vagy feszülő has
- Renyhe bélmozgások
- Nem távoznak a szelek
- Hányinger és hányás

Bélelzáródásban nem feltétlenül jelentkezik az összes tünet – különösen akkor nem, ha az obstrukció csak részleges.

Ha ezek az intézkedések nem csökkentik az obstrukciót, általában műtéttel el kell távolítani a szűk bélszakaszt. Szerencsére a Crohn-betegségben előforduló sztriktúrák által okozott elzáródás többnyire sebészi beavatkozás nélkül is megoldódik, de ismétlődő obstrukciók esetén előbb vagy utóbb meg kell operálni a betegeket. Ebben az esetben a műtét idejét meg lehet tervezni annak érdekében, hogy a páciensek tápláltsági és általános egészségügyi állapota javuljon, emellett felfüggesz-
szék azoknak a gyógyszereknek a szedését, amelyek lassíthatják a beavatkozás utáni felépülést. A bélelzáródásnak nincs igazán hatékony gyógyszeres kezelése, ami fokozottan igaz a hegese-
désre.

Tályogok

Ha egy mély fekély a bélfal összes rétegét áttöri, a többnyire baktériumokból és székletből álló béltartalom kikerülhet a belek körüli szövetekbe és a hasüregbe. Ha hirtelen sok béltartalom jut ki, annak súlyos, néha halálos peritonitisz – has-
hártyagyulladás – lehet a következménye.

Crohn-betegségben ez a szivárgás nagyon lassan és fokozatosan zajlik, ezért a belek körüli szöveteknek lehetőségük van rá, hogy reagáljanak, és a szivárgás helyét elhatárolják a has-
üreg többi részétől. Ennek eredményeként a baktériumok helyileg gyűlnek fel egy lényegében fallal övezett üregben, amelyet tályognak nevezünk, és a belsejében általában gennyet találunk.

Fisztulák

A fisztulák vagy sipolyok rendellenes csatornák vagy járatok két bélszakasz vagy a belek és más szervek között. Amikor egy bélszakasz begyullad, és kifeléyesedik, a fekély teljes vastagsá-

Súlyos bakteriális fertőzés

Ha egy tályogot nem kezelnek megfelelően, akkor megnagyobbodhat, végül a baktériumok bejuthatnak a vérkeringésbe, és eláraszthatják a szervezetet, vagy a tályogból áttörhetnek a környező szervekbe, illetve a kitoró genny az egész hasüreget elöntheti. Ezek mindegyike rendkívül súlyos, a páciens életét veszélyeztető szövődmény.

gában áttörhet a bélfalon, és elérheti a környező szöveteket. Ezt elősegíti az a tény, hogy a gyulladt bél külső felszíne „ragadós”, ezért rátapad más belekre, a szomszédos szervekre vagy a hasfalra.

Nem feltétlenül jár hátrányos következményekkel, ha két bélszakasz között képződik járat, de előfordulhat, hogy a részlegesen megemésztett táplálék nagy bélszakaszokat kerül meg. Ilyenkor romlik a tápanyagok felszívódása, aminek fogyás és alultápláltság lehet a következménye. A fisztulák a beleket a közeli szervekkel is összeköthetik – így például a húgyhólyaggal is, ami visszatérő húgyúti fertőzésekhez vezet.

Perianális fisztulák

A fisztulák leggyakoribb típusa a végbél körül alakul ki. A szakemberek szerint az ilyen járatok képződésének leggyakoribb oka a végbélnyílást körülvevő mirigyek elfertőződése vagy gyulladása, amely több irányban áttérjedhet a környező szövetekre, végül egy nyílással a végbélnyílás körüli bőrre. Ezek a perianális sipolyoknak nevezett járatok rendkívül kellemetlenek lehetnek – annyira, hogy a páciensek egy része ezt éli meg a Crohn-betegség legrosszabb szövődményének.

A végbél körüli fisztulák a végbélnyílás körüli ismétlődő fájdalommal és duzzanattal járnak, emellett a rendellenes járaton át nyálka, genny, vér és széklet juthat ki a külvilágba. Nőknél a vagina felé is kialakulhat abnormális összeköttetés. Különösen súlyos esetekben a sipolyok ellehetetlenítik az olyan mindennapos tevékenységeket is, mint az ülés, a járás, a testgyakorlás és a kerékpározás.

Fájdalom és szégyen

Amikor fisztula alakul ki a bél és a hasfal bőre vagy a végbélnyílás körüli terület között, a bélben levő folyadék és széklet kijuthat a nyíláson át a külvilágba. Ez nemcsak kellemetlen látvány, hanem megnehezíti a környező terület tisztán tartását, emellett irritálja a bőrt.

A rendellenes járatok az elhelyezkedésük miatt bizonyos szexuális tevékenységeket is akadályozhatnak. Ennek nemcsak a sipollyal járó fájdalom az oka, hanem a „tisztátalanság” miatt érzett zavar és szégyen is. Ha ön is hasonlót érez, fontos tudnia, hogy nincs egyedül. Beszélje meg a dolgot a párjával, mert így megszűnhet a félelmeinek és az intim helyzet miatti aggodalmainak egy része. Együtt kitalálhatnak olyan szexuális formákat vagy pozíciókat, amelyek mindkettejüknek örömet okoznak, és az ön számára sem fájdalmasak vagy kellemetlenek.

Extraintesztinális manifesztációk

A Crohn-betegséghez és a fekélyes vastagbélgyulladásához is társulhat a gyomor-bél rendszeren kívüli szervek és szövetek, különösen az ízületek, a szem, a bőr és a máj gyulladása. Ezek az úgynevezett extraintesztinális manifesztációk – bélrendszeren kívüli megjelenések – általában akkor jelentkeznek, amikor a bélproblémák súlyosabbak, és kifejezett tüneteket okoznak, de akkor is felléphetnek, amikor a belekkel éppen semmi baj sincs. Sajnos nincs rá mód, hogy ezeket a komplikációkat előre jelezzük, és arra sem, hogy megelőzzük őket. Annyit mindenestre tudunk, hogy bizonyos szövödmények örökletesen, tehát genetikai okok miatt társulnak az IBD-hez.

Ízületi gyulladás

Az IBD-s páciensek mintegy 30 százalékánál fennálló ízületi tünetek valószínűleg a gyulladással társuló leggyakoribb bélrendszeren kívüli elváltozások. A betegek többnyire a térd, a boka, a csukló, valamint a kéz- és lábujjak érintettségére panaszkodnak. Jellemző tünet a fájdalom, az ízületi merevség, valamint súlyosabb esetekben a duzzanat és az ízületek kivörösödése.

Szakroileitisz

A szakroileitisz – a csípő-keresztcsonti ízület gyulladása – a Crohn-betegségre és a fekélyes vastagbélgyulladásra is jellemző ízületi elváltozás. Fő tünetei a derék alsó részének reggeli merevsége és bizonytalan diszkomfortérzése. A spondilitisz ankipoetika (Bechterew-kór) elnevezésű súlyosabb formában a gyulladás az egész gerincoszlopra ráterjed, ami végső soron a csigolyák összenövésével és a gerinc elmerevedésével – hajlékonyságának és mozgékonyosságának elvesztésével – jár. A kórképet laborvizsgálatokkal előre lehet jelezni, de sajnos semmilyen módszer sincs a megelőzésére.

A szem gyulladása

Az IBD-hez társuló szemgyulladás viszonylag ritka, de súlyos betegség. A kórkép különböző, de egymással rokon formái a szivárványhártyát, a szaruhártyát, az ínhártyát és a szem más részeit is érinthetik. A vezető tünet a – gyakran fényre erősödő – fájdalom és a szem kivörösödése, esetleg homályos látás. A tünetekkel azonnal orvoshoz kell fordulni, és mielőbb el kell kezdeni a kezelést. A terápia fő eszköze valamilyen szteroidtartalmú szemcsepp, de csak tapasztalt szakember rendelheti el alapos vizsgálat után.

Az IBD bélrendszeren kívüli szövödményei (extraintesztinális manifesztációi)

- Ízületi problémák (fájdalom, merevség, duzzanat)
- Megnagyobbodott vagy feszülő has
- Szakroileitisz (a csípő-keresztcsonti ízület gyulladása)
- Bőrproblémák
- Májkárosodás (primer szklerotizáló kólangitisz, azaz az epeutak elmeszesedéssel járó elsődleges gyulladása)
- Csontbetegségek

Többszörös problémák

Sajnos néhány ízületi elváltozás – különösen a szakroileitisz – akkor is megmarad, amikor megfelelő kezelés mellett az IBD uralható. A nehézségeket tetézi, hogy az ízületi gyulladás kezelésére használt gyógyszerek – így a nemszteroid gyulladáscsökkentők – károsan hatnak az IBD-sek bélrendszerére.

Bőrproblémák

Az IBD-hez néha – viszonylag ritkán – bőrelváltozások társulhatnak, amelyek két leggyakoribb típusa az eritéma nodózum (göbös bőrbeszűrődés) és a pioderma gangrenózum (üszkös bőrgennyedés). Bár nem állítható biztosan, hogy ezeknek a korai kezelése kedvezőbbé teszi a kimenetelüket, de feltétlenül törődni kell minden fájdalmas, vagy látható ok nélkül növekvő bőrelváltozással.

A harmadik jellegzetes bőrproblémát, a pszoriázist (pikkelysömört) nem közvetlenül az IBD okozza, de gyakrabban fordul elő IBD-ben és különösen Crohn-betegségben. Érdekes módon a Crohn-betegség és a pikkelysömör néhány hajlamosító genetikai tényezője megegyezik, azaz mindkét elváltozás kockázatát növeli, és a kórképek gyógyszeres kezelése is átfedi egymást. Néhány terápia – így a tumornekrózis-faktor elleni (influximab vagy adalimumab) vagy az interleukin-12/-23 ellenes szerek (uszteukimunab) – mindkét betegségben hatásos lehet.

Eritéma nodózum

Az eritéma nodózum (göbös bőrbeszűrődés) fájdalmas, piros vagy lila bőrelszíneződéssel és bőr alatti csomóképződéssel járó gyulladás, amely leggyakrabban a lábszár elülső felszínén jelentkezik – jellemzően akkor, amikor a béltünetek aktívak; és elmúlik, amikor a bélproblémák kezelés hatására megszűnnek. A csomók eltűnése után néha barnás elszíneződés marad a bőrön.

Pioderma gangrenózum

A pioderma gangrenózum (üszkös bőrgennyedés) fekélyes bőrelváltozás, amely általában a lábon jön létre, de a test felszínén máshol – főleg a hasfalra kivarrt bélszakaszok nyílása közelében – is megjelenhet. Néha fájdalommal jár, de többnyire rosszabbnak látszik, mint amilyen súlyos. A fekélyes terület

Növekvő elváltozások

- A páciensek gyakran számolnak be arról, hogy az eritéma nodózum vagy a pioderma gangrenózum eleinte horzsolásnak vagy rovarcsípésnek látszik, de gyorsan növekedésnek indul, és a tünetei is rosszabbnak látszanak. Ilyen esetben azonnal orvoshoz kell fordulni.
- Az influximab nevű gyógyszer különösen hatékonyan bizonyult a pioderma gangrenózum gyógyításában.

Bőrkiütések

A tumornekrózisfaktor-ellenes szerek (az influximab, az adalimumab és a golimumab) ugyan hatékonyak lehetnek az IBD-hez társuló bőrelváltozások kezelésében, de szokatlan bőrkiütéseket idézhetnek elő. Ezek általában nem súlyosak és jól kezelhetők helyileg alkalmazott krémekkel vagy kenőcsökkel. Ritkán előfordulhat, hogy az említett gyógyszerek pszoriázist okoznak, vagy rontják a már meglévő pikkelysömör tüneteit – ami nagyon szokatlan, mert ugyanezek a hatóanyagok egyébként meglehetősen hatékonyak a pszoriázis kezelésében.

meglehetősen nagy lehet – néha az 5 centimétert is meghaladhatja az átmérője –, és a felszíne váladékozhat. Bár a tünetek a bélbetegség kezelésekor javulhatnak, sajnos nem mindig ez a helyzet. A bőrelváltozás gyógyulása után hegek és elszíneződés maradhat vissza.

A pioderma gangrenózum terápiájában hatékony lehet az IBD kezelésére használt két tumornekrózisfaktor-ellenes vegyület, az infliximab (Remicade) és az adalimumab (Humira).

Bár nem lehet biztosan tudni, hogy az IBD-hez társuló bőrelváltozások korai kezelése esetén kedvezőbb lesz-e a kimenetelük, de feltétlenül oda kell figyelni minden fájdalmas vagy látható ok nélkül növekvő bőrelváltozásra.

Máj

Az IBD-vel összefüggő legsúlyosabb májprobléma a primer szklerotizáló kólangitisz, azaz az epeutak elmeszesedéssel járó elsődleges gyulladása. Úgy tűnik, hogy ez a kórkép valamivel gyakoribb fekélyes vastagbélgyulladásban, mint Crohn-betegségben, és utóbbinál is többnyire a vastagbél gyulladásához társul. Az elváltozás a máj kis epejáratának – az epét a vékonybélbe továbbító csatornácskáknak – a gyulladásával indul, majd a járatok idővel hegesedhetnek és beszűkülhetnek, előrehaladott esetben pedig májkárosodást okozhatnak. Ha a folyamat tovább romlik, májszugar és májelégtelenség alakulhat ki. A betegség az epeutak bakteriális fertőzéseire is hajlamosít.

A primer szklerotizáló kólangitisz gyanúja általában laborvizsgálatoknál merül fel, ezért további diagnosztikai eljárások kellene annak megítélésére, hogy mennyire szűkültek be az epeutak. A pontos ok tisztázása érdekében néha biopsziára – a májból szövetminta vételére – lehet szükség. Magyarországon a legtöbb orvos rutinból kéri a májfunkciókra jellemző laborvizsgálatokat akkor is, ha a beteg nem feltétlenül IBD-s. Ez segít a korai felismerésben, de sajnos nincs hatékony módszer az állapotromlás és a májszugar megakadályozására.

A máj mérsékelt gyulladására és érintettségére utaló laboreredmények általában csak ideiglenes jellegűek, és nem utalnak súlyos károsodásra vagy hosszú távú problémákra. A gyulladás rendszerint csak a máj kisebb területét érintő, a bélgyulladás által kiváltott reakció. Nem tudjuk, hogy miért alakul ki, de többnyire magától elmúlik, majd idővel ismét megjelenik.

A primer szklerotizáló kólangitisz fennállásakor gyakoribb a vastag- és végbélrák is. A fokozottabb kockázat miatt

Primer szklerotizáló kólangitisz

Az IBD-ek nem egészen öt százaléknál lép fel az epeutak elmeszesedéssel járó elsődleges gyulladása, amely súlyos elváltozás, és a kórkép progressziójával májcirrózishoz és májelégtelenséghez vezethet.

Láz és sárgaság

Elsődleges szklerotizáló kólangitisz fennállásakor láz és a bőr vagy a szem sárgás elszíneződése (sárgaság) esetén azonnali vizsgálatra és kezelésre van szükség.

a pácienseket rendszeresen ellenőrizni kell kolonoszkópiával. A kórkép az epeutakban kialakuló rosszindulatú daganatok veszélyét is növeli, de ennek rendszeres kontrolljára sajnos nincs megfelelő eljárás.

Csontbetegségek

A csontok problémái ugyan nem az IBD szigorú értelemben vett extraintesztinális manifesztációi, de az IBD-s pácienseknél gyakrabban jelentkeznek bizonyos csontelváltozások. A múltban a csontlágylást és az angolkórt – a csontfejlődés komoly zavarait – a Crohn-betegségben szenvedők súlyos D-vitaminhiánya okozta. Valószínűleg a fejlettebb orvosi ellátásnak és az egészségesebb táplálkozásnak köszönhető, hogy ezek a kórképek ma már ritkák.

Oszteoporózis

A csontritkulás gyakori elváltozás. A csontok sűrűségének csökkenését jelenti, és az ásványi anyagok – elsősorban a kalcium – felszívódási zavara okozza. A csontok gyengék; kis erőhatásra, sőt néha látható ok nélkül is könnyen eltörnek. Ugyanakkor a csonttörésig semmilyen tünet sem utal oszteoporózisra.

A csontritkulás IBD nélkül is előfordul idősebbeknél és különösen nőknél, de IBD-s betegeknél fiatalabb korban jelentkezik, és ennek több oka is van. Úgy tűnik, hogy különösen Crohn-betegségnél és az azzal járó gyulladásnál az érintett szövetek által termelt és a vérkeringésbe juttatott faktorok jelentik az okot, mert ezek a vegyületek gátolják a csontképződést. A jelenségben szerepe lehet kulcsfontosságú tápanyagok – köztük a D-vitamin és a kalcium – felszívódási zavarának is. Emellett a csontsűrűséget a betegek testsúlya alapján felmérhető tápláltsági állapot is befolyásolja: a csökkent testtömeg és az alultápláltság általában oszteoporózisra hajlamosít.

Gyógyszerek

Bizonyos gyógyszerek fontos szerepet játszanak a csontritkulás kialakulásában. Az elváltozás gyakori a szteroidok – például prednizon – használata mellett. A legtöbb orvos a minimálisra próbálja szorítani az IBD-s páciensek szteroidkezelésének idejét, emellett a szteroidok mellett kiegészítő kalcium- és D-vitaminbevitelt vagy bifoszfonát- (például etidronát, alendronát, zoledronát és riszedronát) kezelést rendel el a csontsűrűség további csökkenésének megakadályozása érdekében. A gyulladós bélbetegségek kezelésére használt más gyógyszerek nem csökkentik a csontsűrűséget.

Az ásványi anyagok és a vitaminok

IBD-s betegeknél nagyon fontos az oszteoporózis megelőzésében az ásványi anyagok és a vitaminok megfelelő bevitelének fenntartása. Nemcsak a kalcium és a D-vitamin pótlásáról kell gondoskodni, hanem a pácienseknek a jó általános tápláltsági állapot érdekében elegendő kalóriát és fehérjét kell bevinniük.

A csontritkulás kockázata

Az IBD-seknél fokozott az oszteoporózis kockázata, és ez különösen a Crohn-betegségben szenvedőkre, illetve a szteroidkezelésben részesülőkre igaz. Néhány vizsgálati eredmény azt jelzi, hogy gyulladósos bélbetegségben 30 százalékkal gyakoribb a csontritkulás, amely nem annyira a fekélyes vastagbélgyulladásra, mint inkább a Crohn-betegségre jellemző.

A csonttritkulás mérése

Az IBD-seknél meg kell mérni a csontsűrűséget, majd a vizsgálatokat egy-, de legalább kétevente ismételni kell. A DEXA (dual energy X-ray absorptiometry, kettős-foton-elnyelődéses röntgensugaras abszorpciometria) nevű eljárás biztonságos és egyszerűen elvégezhető, csakúgy, mint az ultrahangos módszerek, és még csak injekciót sem kell beadni.

A vastag- és a végbélrák kockázati tényezői

- A vastagbél kiterjedt gyulladása (fekélyes vastagbélgyulladás és Crohn-betegség)
- Az IBD korai diagnózisa (20 évesnél fiatalabb páciens)
- Az IBD hosszú (8 év vagy annál régebbi) fennállása
- Aktív IBD-re utaló tünetek
- A vastag- és a végbélrák családi előfordulása
- Elsődleges szklerotizáló kólangitisz

Az IBD-ben szenvedő gyermekek és kamaszok csonttritkulásának kezelése kissé eltér a felnőttekétől. Ebben az életkorban a csontrendszer megfelelő állapota meghatározó a csontok későbbi egészsége szempontjából. A csontsűrűség a felnőttkor elején a legmagasabb, azonban az IBD-s fiatalok a felszívódási problémák vagy az alkalmazott gyógyszerek miatt nem biztos, hogy el tudják érni ezt a maximumot. Náluk kiemelt figyelmet kell fordítani a gyulladással járó bélbetegség megfelelő terápiájára, az egészséges táplálkozásra, és ebben a kritikus életkorban csak a lehető legkevesebb szteroidot szabad használni.

Rákbetegség

Bár az IBD-ben szenvedőknél magasabb a rákos megbetegedések gyakorisága, ez még nem ok az indokolatlan aggodalomra.

A rosszindulatú daganatok viszonylag gyakori, változatos formájú és súlyosságú kórképek, és az IBD-s betegeknek csak néhány rákféleség aránya magasabb – leginkább a kolorektális rákok (a vastagbél- és a végbélrák) veszélye nagyobb.

Néhány új keletű kutatás azt sejteti, hogy a kockázat nagyobb a több éve előforduló, gyakori gyulladással járó epizódok mellett, de a kolorektális rosszindulatú daganatok a gyulladással járó bélbetegség nagyon enyhe formáiban szenvedőknél is előfordulnak.

Noha a kockázat nem minden IBD-snél fokozott, oda kell figyelni azokra a tényezőkre, amelyek a jelek szerint növelik a rák kialakulásának veszélyét. Hosszú ideig úgy tartották, hogy csak a fekélyes vastagbélgyulladás hajlamosít a kolorektális rákokra, de ma már úgy tűnik, hogy a vastagbél nagy területét érintő Crohn-betegség is növeli a kockázatukat. Ugyanakkor nem észlelhető a rákbetegség gyakoriságának növekedése azoknál a kólangitiszulcerózában szenvedőknél, akiknél az elváltozás a vastagbél utolsó szakaszára és/vagy a végbélre korlátozódik. A kolorektális rákok kockázata azoknál az IBD-seknél magasabb, akiket húszéves életkor alatt diagnosztizáltak, nyolc éve vagy régebben áll fenn a betegségük, vagy a szövődmények között szerepel az elsődleges szklerotizáló kólangitisz. A jelek szerint ez a kockázat a betegség fennállásának idejével párhuzamosan nő, és akkor is nagyobb, ha a páciens családjában – a szüleinél vagy a testvéreinél – előfordult vastag- vagy végbélrák. Jelenleg nem tudjuk pontosan, hogy magának az IBD-nek a súlyossága milyen mértékben növeli a rákbetegség gyakoriságát.

Diszplázia

A kolonoszkópia közben nyert szövetmintát a patológusok gondos kórszövet-tani vizsgálatnak vetik alá, melynek során

K Most, hogy IBD-s lettem, mivel csökkenthetem a kolorektális rák kockázatát?

V Mindenekelőtt fel kell mérni a kockázat mértékét, és ehhez orvoshoz kell fordulni. Ha ő úgy találja, hogy nagy a rák kialakulásának veszélye, valószínűleg a rendszeres szűrést javasolja. Még ha az adott páciensnél erre nincs is szükség, akkor is fontos a rendszeres orvosi ellenőrzés.

Nyilván ön is hallott olyan nem IBD-s emberekről, akiknek javasolták a kolorektális rák időnkénti szűrését. Ez a szűrőprogram eltér attól, amelyet IBD-seknél alkalmaznak. A nem IBD-seknél alkalmazott bizonyos módszerek IBD-seknél nem jók – ilyen például a mikroszkópos vényomok keresése a székletben, mert az IBD-s betegeknél a ráktól függetlenül is gyakran van a bélsárban vér. A nem IBD-seknél alkalmazott vizsgálatok IBD-seknél értelmetlenek lehetnek, mert náluk az alapbetegség miatt pozitív eredményt adnak. Az IBD-s pácienseknél legfontosabb a vastagbél falából történő random mintavételekkel összekötött rendszeres kolonoszkópia. Ez a szűrőprogram ugyan hatékonynak tűnik abban a tekintetben, hogy a rákra korán, még kezelhető állapotban derül fény, de még így sem tökéletes módszer.

Az utóbbi néhány évben olyan kolonoszkópiás eljárások kidolgozására törekedtek, amelyek segítségével a prekancerózus – rákmegelőző – állapotot már a vizsgálat közben, szemmel is észlelni lehet. Ez lehetővé teszi, hogy ne hagyományos, véletlenszerű biopszia történjen, hanem a szövetszövetmintát célzottan a gyanús területből nyerjék.

a prekancerózus, azaz a rákot megelőző diszplázia* – rendellenes fejlődés – jeleit keresik. Ezek az elváltozások arra utalnak, hogy a következő években az adott páciensnél 10-20 százalékkal magasabb a rosszindulatú daganat kialakulásának kockázata. Diszplázia esetén általában a vastagbél érintett szakaszának műtéti eltávolítását javasolják.

Megelőzés és kezelés

Mivel képtelenség előre jelezni, hogy kinél alakul ki gyulladós bélbetegség, és az elváltozás okait sem tárták fel egyértelműen, ezért nehéz hatékony prevencióstratégiákat ajánlani. Jelenleg az a legjobb módszer, ha megtanuljuk felismerni a tüneteket, és észlelésük esetén forduljunk orvoshoz, hogy mihamarabb elvégezze a vizsgálatokat, felállítsa a diagnózist, és elkezdje a kezelést. A következő fejezetben áttekintjük az IBD tüneteit, valamint a diagnózisa felállítását segítő vizsgálatokat.

* A „dysplasia” szokásos magyaros átírata, a „diszplázia” valójában nem egészen helyes, mert a „dis-” előtag hiányt, a „dys-” pedig zavart jelent, és itt az utóbbiról van szó, ezért helyesebb lenne a „düsplázia” használata, de nem így honosodott meg.

A kolorektális rák kockázata

A becslések szerint a fekélyes vastagbélgyulladásban szenvedő betegeknél 10-15 százalékkal magasabb a veszélye annak, hogy az életük során vastag- vagy végbélrák alakul ki náluk.