

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Ulcerative Colitis (UC)



European
Crohn's and Colitis
Organisation



United We Stand

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



ECCO-EFCCA smernice za pacijente o ulceroznom kolitisu (UK)

Salvatore Leone*¹, Alejandro Samhan-Arias*², Itamar Ben-Shachar³, Marc Derieppe⁴, Filiz Dinc⁵, Isabella Grosu⁶, Charlotte Guinea⁷, Jarkko Lignell⁸, Gediminas Smailys⁹, Sigurborg Sturludóttir¹⁰, Seth Squires¹¹, Paolo Gionchetti¹², Rami Eliakim**¹³, Janette Gaarenstroom**¹⁴

* Ovi autori su podjednako doprineli kao prvopotpisani autori

* Ovi autori su podjednako doprineli kao drugopotpisani autori

¹AMICI Onlus - Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Milano, Italija; ²ACCU ESPAÑA - Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. C/ Enrique Trompeta 6, Bajo 1. C.P. 28045. Madrid, Španija; ³CCFI - The Israel Foundation for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, POB 39957, Tel Aviv 61398; ⁴AFA - Association Francois Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 Pariz, Francuska; ⁵inflatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Istanbul, Turska; ⁶ASPIIR - Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (rumunska asocijacija osoba sa IBC), Calea Mosilor 268, Bukurešt, Rumunija; ⁷Crohns & Colitis UK - CCUK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Hartfordšir AL1 3AW, Ujedinjeno Kraljevstvo; ⁸CCAFIN - Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Tampere, Finska; ⁹Klaipeda University Hospital, Department of Pathology, Liepojos g. 41, LT-92288 Klaipeda, Litvanija; ¹⁰Crohn's og Colitis Ulcerosa samtökin á Island, P.o. Box. 5388, 125 Reykjavik Island; ¹¹Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Pajsli, Škotska, Ujedinjeno Kraljevstvo, PA2 9PN; ¹²University of Bologna, Department of Medical and Surgical Sciences, Via Massarenti, 9, 40138 Bolonja, Italija; ¹³Gastroenterology and Hepatology, Sheba Medical Center, 52621 Tel Hashomer, Izrael; ¹⁴University Medical Center Utrecht, Department of Gastroenterology, Heidelberglaan 100, P.O. Box 85500, 3584 GX Utrecht, Holandija (do septembra 2015)

Organizovanje i odgovarajuća društva: European Crohn's and Colitis Organisation, Ungargasse 6/13, 1030 Beč, Austrija; European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, Rue Des Chartreux, 33-35 Brisel B 1000 Belgija

Zahvalnost

ECCO i EFCCA bi želeli da zahvale svima koji su doprineli izradi ECCO-EFCCA smernica za pacijente. ECCO i EFCCA bi želeli da odaju priznanje radu autora, Sane Lonfors i Endrjua Mekombija koji su značajno doprineli izradi ECCO-EFCCA smernicama za pacijente.

Politika širenja

Smernice ECCO-EFCCA za pacijente zasnovane su na kliničkim smernicama za Kronovu bolest i ulcerozni kolitis koje je pripremio ECCO. ECCO kliničkim smernicama možete pristupiti preko linka: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

Molimo Vas da pomognete u informisanju pacijenata o ECCO-EFCCA smernicama za pacijente. Za svaki prevod ECCO-EFCCA smernica za pacijente, potrebno je odobrenje ECCO i EFCCA.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Odricanje od odgovornosti

ECCO-EFCCA vodič za pacijente treba da omogući edukaciju i osnaživanje pacijenta i ima za cilj da obezbedi smernice o najboljoj praksi na evropskom nivou. Zbog toga, neke preporuke mogu da variraju na nacionalnom nivou, kao što i data terapija varira od zemlje do zemlje. Bilo koja odluka u lečenju je stvar ličnog izbora lekara i ne bi trebalo da bude bazirana samo na osnovu sadržaja ovih smernica. Evropska organizacija Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa, Evropska federacija za Kronovu bolest i ulceroznog kolitisa i/ili bilo koji njihov zaposleni i/ili bilo koji saradnik za smernice ne mogu biti odgovorni za bilo koju informaciju dobronamerno objavljenu u ECCO-EFCCA smernicama za pacijente.

ECCO politika sukoba interesa

ECCO je brižljivo zadržalapodržava politiku objavljivanja potencijalnih sukoba interesa. Deklaracija o sukobu interesa je zasnovana na pravilniku Internacionalnog komiteta urednika medicinskih časopisa (ICMJE). Izjava o sukobu interesa nije samo vezana za ECCO i uridnički tim JCC (Journal of Crohn's and Colitis), već je otvorena za javnost na ECCO internet stranici (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>) na kojoj se može videti da li postoji konflikt interesa autora.

Uvod

Evropska organizacija za Kronovu bolest i ulcerozni kolitis je najveća asocijacija na svetu koja obuhvata specijaliste iz oblasti inflamatornih bolesti creva (IBC). Pored obrazovanja i istraživanja, generacija novog saznanja je uključena među njene ciljeve. Razvojem praktičnih vodiča koji se odnose na IBC, ECCO prikuplja ekspertize najboljih specijalista iz raznih disciplina da bi proizveo ove referentne dokumente na kooperativan način i uz opštu saglasnost.

2006. godine, ECCO je publikovao svoj prvi vodič koji se odnosi na dijagnostiku i vođenje Kronove bolesti^{1,2}. Od tada, prateći stalni interes za promovisanje zajedničke evropske perspektive vezane za IBC, ukupno je objavljeno petnaest ECCO vodiča, pokrivajući teme vezane za ulcerozni kolitis (UK) od opšteg vođenja³ do veoma specifičnih tema kao što je pedijatrijski UK⁴.

Paralelno, još od osnivanja, glavni zadatak Evropske federacije asocijacija za Kronovu bolest i ulcerozni kolitis je bio da poboljša kvalitet života kod pacijenata širenjem principa dobre kliničke prakse za pacijente i njihove porodice, uključujući edukativne intervencije, podižući svest javnosti, ohrabrujući istraživanja i razvoj novih metoda za lečenje.

Kroz inicijativu za poboljšanje efekata koji su konsenzusom usvojeni o IBC, ECCO i EFCCA su načinili zajedničke napore da izrade ove vodiče za pacijente koji su oboleli od ulceroznog kolitisa.

Preporuke koje se nalaze u ovom dokumentu su zbirka najvrednijih iskaza za dijagnozu i lečenje UK. Svrha ovih smernica je da obezbedi bolje razumevanje o tome kako se UK dijagnostikuje i leći od strane medicinskog osoblja. Smernice su podeljene u 5 glavnih tematskih celina koje se odnose na: dijagnozu, aktivnost bolesti, remisiju, hirurgiju, kolo-rectalni karcinom i vancrevne komplikacije. Rečnik stručnih izraza se nalazi na kraju dokumenta radi boljeg razumevanje upotrebljene terminologije. Dodatno, da bi se povećao broj pacijenata-čitalaca i i zbog njihovog lakšeg razumevanja, smernice su prilagođene tako da budu prijemčivije pacijentu.

Dijagnoza ulceroznog kolitisa (UK)

Saznanje koliko je Vaš kolon zahvaćen (tj. koji je stepen bolesti) pomoći će u odabiru lečenja koje bi trebalo da imate. Tip lečenja zavisi od stepena raširenosti bolesti i pomaže doktoru ili medicinskoj sestri da odluče da li bi trebalo da primite oralni i/ili lokalni lek. Stepen bolesti utiče na to kada će početi praćenje bolesti i koliko često će se kontrolisati. Dakle, Vaš UK se klasifikuje na osnovu toga koliki je deo kolona zahvaćen bolešću. Najbolji način za klasifikaciju UK je na osnovu endoskopskog nalaza koji omogućava da se potvrdi stepen upale u Vašem crevu. UK se može klasifikovati na proktitis, distalni kolitis i ekstenzivni kolitis.

Eksperti se slažu u tome da je kolonoskopija najbolja metoda za klasifikaciju UK. UK treba podeliti na proktitis, distalni kolitis i ekstenzivni kolitis (posle slezinske fleksure). Postoje dva opšta razloga zašto pacijenti sa UK treba da budu klasifikovani na osnovu rasprostranjenosti bolesti: 1. Zato što to utiče na tip lečenja i 2. Zato što to određuje stepen praćenja bolesti kod osobe. Što se tiče lečenja, prvi izbor lečenja za proktitis su često čepići. Klistiri se koriste za distalni kolitis, a oralna terapija (često u kombinaciji sa lokalnom terapijom) za ekstenzivni kolitis. Što se tiče nadgledanja, stepen bolesti je važan za predviđanje kod koga se može razviti kolorektalni karcinom. Pacijentima sa proktitisom ne treba nadgledanje kolonoskopijom, ali zato onima sa distalnim i ekstenzivnim kolitisom treba.

Za doktore je korisno da klasifikuju UK na osnovu težine bolesti. Takva klasifikacija pomaže doktoru da se opredeli za najbolju metodu lečenja. Ozbiljnost bolesti ima uticaj na to da li lečenje treba da bude lokalno, sistemska, hirurško ili da li ga treba uopšte počinjati. Indeksi ozbiljnosti bolesti još uvek nisu dovoljno validni. Kliničke, laboratorijske, snimajuće i endoskopske mere, uključujući biopsije, pomažu lekarima da odluče koja je najbolja metoda lečenja. Definicija remisije još uvek nije u potpunosti dogovorena. Remisija se najbolje definiše pomoću kombinacije kliničkih merenja (npr. broj pražnjenja creva ≤ 3 dnevno bez krvarenja) i da nema znakova bolesti prilikom endoskopije. Odsustvo znakova akutne upale na biopsiji je takođe od pomoći.

Vođenje pacijenta je delom definisano i time koliko je bolest teška. Ozbiljnost upale određuje da li pacijent uopšte treba da dobije terapiju, da li da dobije oralnu terapiju, intravensku terapiju ili treba da ide na operaciju. Mnogi indeksi ozbiljnosti bolesti su bili predloženi, ali nijedan još nije potvrđen (tj. dokazan da je tačan i koristan). U načelu je dogovoreno da kombinacija kliničkih karakteristika, laboratorijskih nalaza (nivo C-reaktivnog proteina u krvi ili fekalnog kalprotektina u stolici), tehnike snimanja (npr. rendgen) i endoskopski nalazi (uključujući biopsije) pomažu lekarima u vođenju pacijenta.

Još uvek se čeka na dogovor eksperata o definiciji remisije bolesti. U današnje vreme, najbolja definicija remisije predstavlja kombinaciju simptoma i nalaze sa kolonoskopije. Pacijenti za koje se smatra da su u remisiji imaju tri ili manje stolica dnevno bez krvarenja i nemaju upalu koja se vidi na kolonoskopiji. Poželjno je da nemaju ni mikroskopske upale na biopsijama.

Simptomi UK

Simptomi UK zavise od toga koliki je deo kolona zahvaćen upalom i koliko je ozbiljno oboljenje. Krv u stolici, proliv, rektalno krvarenje, tenezmus i/ili potreba za žurnim odlaskom u toalet su najčešći simptomi. Pacijenti koji boluju od UK često moraju da idu na pražnjenje creva u toku noći. Osećaj opšte slabosti, gubitak apetita ili povišena temperatura su znaci da imate težak napad.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Teški simptomi UK uglavnom se poklapaju sa teškim zapaljenjem kolona i sa time koliki je deo kolona zahvaćen; zapaljenje kolona se meri pomoću kolonoskopije i biopsije. Najčešći simptom koji se javlja kod pacijenata sa UK je vidljiva krv u stolici. Ovo prijavljuje više od 90% pacijenata. **Pacijenti sa ekstenzivnim i aktivnim UK** imaju hroničnu dijareju obično sa krvarenjem iz rektuma, ili bar sa vidljivom krvi u stolici. Pacijenti su takođe prijavljivali hitnost za pražnjenja creva, tenezmus, krv i sluz u stolici, potrebu za noćnim pražnjenjem creva, bol u trbuhu od grčeva ili tupi bol (često na levoj strani donjeg trbuha) pre pražnjenja i olakšanje nakon pražnjenja creva. Osim toga, ako osoba ima zapaljenje teškog stepena, često ima povišenu temperaturu, ubrzan puls, gubitak telesne težine, otečen trbuh i tiši zvuk creva. Suprotno, **pacijenti sa proktitisom** obično prijavljuju rektalna krvarenja, hitnost odlaska u toalet, tenezmus i povremeno teški zatvor.

Anamneza (istorija bolesti)

Potpuna istorija bolesti treba da obuhvati mnoga pitanja. Na primer, doktor treba da pita kada su simptomi počeli i koji je tip simptoma. Takvi simptomi uključuju:

- krv u stolici
- hitnost odlaska u toalet
- čvrstoću i učestalost stolice
- tenezmus
- bol u trbuhu
- nemogućnost kontrole pražnjenja creva
- potrebu za odlaskom u toalet noću
- neki simptomi koji nisu povezani sa crevima (npr. bolovi u zglobovima)

Doktor bi takođe trebao da pita o:

- skorašnjim putovanjima
- kontaktu sa zaraznim bolestima koje mogu uticati na creva
- lekovima (npr. antibioticima i NSAIL)
- pušačkim navikama
- seksualnim navikama
- ima li članova porodice sa KB, UK ili karcinomom creva
- prethodnoj operaciji slepog creva.

Na dijagnozu UK treba posumnjati na osnovu kliničkih simptoma kao što su krv u stolici, hitnost odlaska u toalet, učestalost, tenezmus, bol u trbuhu, nemogućnost kontrole pražnjenja creva i potreba za odlaskom u toalet noću. Doktor ili medicinska sestra treba da se raspitaju o porodičnoj istoriji IBC ili karcinoma creva. Pacijenta treba pitati o simptomima na očima, ustima, zglobovima ili koži. Infektivni (npr. bakterija na putovanju) ili lekovima izazvan (npr. NSAIL kao što je ibuprofen) kolitis treba da bude uzet u obzir i isključen.

Pokazalo se da operacija slepog creva za potvrđeni apendicitis smanjuje rizik od dobijanja UK kasnije u životu. Takođe, čini da je UK manje težine ako je operacija zbog `pravog` apendicitisa urađena u mlađem dobu.

Ako imate člana porodice koji boluje od KB ili UK, imate veći rizik da i sami dobijete UK.

Istraživanja su pokazala da, ako je osoba operisana zbog upale slepog creva, za potvrđeni apendicitis u mlađem dobu, ima manje šanse da dobije UK; objavljeno je da procenat smanjenja rizika ide i do 69%. Dodatno, ako ste dobili UK posle operacije slepog creva, manja je verovatnoća da će biti teškog stepena. Treba podvući da operacija slepog creva ne sprečava razvoj PSH. Trenutno nije poznato da li operacija slepog creva nakon razvoja UK utiče na tok bolesti.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Prvostepeni srodnici osoba sa UK imaju 10-15 puta veću verovatnoću da i sami dobiju UK. Ipak, kako je rizik veoma mali u početku, prvostepeni srodnici imaju 2% veći rizik od dobijanja UK. Zbog toga ovaj povećani rizik ne treba da bude od značajnog uticaja za pacijenta sa UK na odluku da li da ima ili da nema decu.

Fizikalni pregled

Fizikalni pregled bi trebao da obuhvati različite stavke:

- opšte stanje
- puls
- telesnu temperaturu
- krvni pritisak
- težinu
- visinu
- pregled trbuha zbog otoka i osetljivosti
- ano-rektalni pregled

Kada doktor ili medicinska sestra obave pregled, rezultati će zavisi od ozbiljnosti UK i rasprostranjenosti bolesti. Ako osoba ima blagu ili umereno aktivnu bolest, njen pregled obično neće otkriti mnogo, izuzev krvarenja sa analno-rektalnog pregleda. Ako osoba ima ozbiljnu upalu, može imati povišenu temperaturu, ubrzan puls, gubitak telesne težine, osetljivost u kolonu, otok u trbuhu ili tiši zvuk creva.

Dijagnostički testovi

Rani testovi treba da uključe kompletnu krvnu sliku, ureu u serumu, kreatinin, elektrolite, enzime jetre, nivo vitamina D, ispitivanje gvožđa i CRP. Fekalni kalprotektin je precizan pokazatelj prisustva upale u kolonu. CRP i SE su korisni za merenje reagovanja na lečenje kod teške bolesti. Doktor bi trebao da uradi test na infektivnu dijareju, uključujući bakteriju klostridiju (*Clostridium difficile*). Doktor bi trebalo da sazna da li je pacijent vakcinisan protiv virusnih oboljenja ili da li ima tuberkulozu.

Idealno je da pre postavljanja dijagnoze, svaki pacijent ima urađenu kompletnu analizu krvi, pokazatelje upale (CRP i SE), elektrolite, test funkcije jetre i analize stolice. Fekalni kalprotektin, koji se dobija iz analize stolice precizno će pokazati da li u kolonu postoji upala. Međutim, analize koji ukazuju na postojanje zapaljenja mogu biti normalne kod distalnog UK blagog ili umerenog stepena. Potpuna analiza krvi može otkriti (a) povišene trombocite kao rezultat stalne upale, (b) anemiju i nizak nivo gvožđa koji ukazuju na hroničnost ili ozbiljnost bolesti, i (c) povišene leukocite koji ukazuju na povećanu verovatnoću da je prisutna infekcija.

Izuzev kod proktitisa, nivo CRP ima trend rasta kada pacijent simptome težeg stepena. Visok nivo CRP-a obično se podudara sa ubrzanom SE, nižim gvoždem i niskim nivoom albumina. Ovi pokazatelji mogu da se koriste za donošenje odluke da li osoba sa akutnim ozbiljnim kolitisom treba da ide na operaciju. Kada su povišeni, CRP i SE mogu takođe ukazivati na prisustvo infekcije. To znači da ne treba koristiti samo ove pokazatelje za razlikovanje UK od drugih uzročnika simptoma. Zbog toga doktor ili medicinska sestra treba da isključe druge moguće uzroke kao što su bakterije (npr. *Clostridium difficile*, *Campylobacter* ili *E.Coli*) ili paraziti (npr. amebe).

Kolonoskopija

Kada se sumnja na UK, kolonoskopija (poželjno sa ileoskopijom) i biopsije sa više mesta u crevima (uključujući i rektum) su najbolje metode za potvrđivanje dijagnoze i

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



ozbiljnosti bolesti. U slučaju teškog napada, treba uraditi rendgenski snimak trbuha i potvrditi aktivnu bolest sigmoidoskopijom kao prvom metodom izbora.

Hospitalizacija je potrebna za sve pacijente koji ispunjavaju kriterijume za kolitis teškog stepena, a kako bi se na vreme donele potrebne odluke, jer ako se sa njima zakasni to može dovesti do povećanog preoperativnog morbiditeta i mortaliteta.

Kolonoskopija sa intubacijom u tanko crevo, zajedno sa višestrukim biopsijama je najbolji metod za potvrđivanje dijagnoze kada se sumnja na UK. Ovo omogućava doktoru ili medicinskoj sestri da pregledaju veći deo kolona i može biti efikasnije od sigmoidoskopije. Ipak, treba razmotriti dostupnost resursa kao i ozbiljnost bolesti na koju se sumnja. Kolonoskopiju i pripremu creva treba izbegavati kod pacijenata sa teškim kolitisom zbog mogućeg gubitka vremena i rizika od perforacije kolona.

Kada pacijent kod koga se sumnja na UK ima težak oblik bolesti inicijalno se može uraditi i obična radiografija trbuha, iako se ne garantuje postavljanje dijagnoze. Za potvrđivanje dijagnoze može se uraditi sigmoidoskopija umesto kolonoskopije.

Ako je UK neaktivan, nalazi endoskopije mogu pomoći u predviđanju toka bolesti u budućnosti. Ponavljanje endoskopije je korisno i kad UK postane ponovo aktivan. Takođe je korisno ako pacijentu trebaju steroidi da bi ostao u remisiji, ili bolest ne može ući u remisiju čak i kad se uzimaju steroidi. Na kraju, endoskopija je korisna i kada se razmišlja o kolektomiji.

Istraživanja su pokazala da u slučaju kada nema znakova upale na kolonoskopiji, pacijent ima manju verovatnoću da se bolest ponovo javi ili da će trebati kolektomiju u budućnosti. Takođe je veća verovatnoća da neće imati simptoma godinu dana nakon kolonoskopije. Lokalizacija bolesti, utvrđena kolonoskopijom, takođe je važna za predviđanje ishoda u budućnosti, za procenu rizika za pojavu karcinoma i za određivanje tipa terapije koju treba primeniti. Međutim, uprkos očitijoj/izglednoj važnosti kolonoskopije za utvrđivanje lokalizacije bolesti, nikad nije sprovedeno istraživanje o rutinskim kolonoskopijama posle inicijalne kolonoskopije pri dijagnozi.

Ako je prisutna stenoza (tj. suženje) kolona, doktor bi trebalo da isključi karcinom kao uzrok tog suženja. Mnoge biopsije treba uzeti iz kolona i treba razmotriti operaciju. Ponekad endoskopska intubacija celog kolona nije moguća. U ovim slučajevima mogu se koristiti tehnike snimanja, kao što je barijumski klistir sa dvostrukim kontrastom, ili kolonografija.

Kod dugotrajnog UK, stenoza kolona (tj. striktura/suženje) je potencijalni znak kanceroznog tumora creva i zahteva pažljivo procenjivanje koristeći kolonoskopiju i biopsije. Ukoliko je kolonoskopija nepotpuna zbog stenoze, kontrastni ili dvostruko kontrastni barijumski klistir se može koristiti za procenu suženja i kolona oko njega. CT kolonografija može proceniti tkivni obrazac blizu kolonske stenoze, kao i van crevnu (tj. tkivo koje se ne nalazi u crevima) patologiju, pa prema tome postaje metoda izbora u ovoj situaciji.

Termin neodređeni kolitis (NK) treba koristiti samo za uzorke dobijene resekcijom. Ako doktor ne zna da li imate KB ili UK posle svih mogućih testova, onda bolest treba nazvati neklasifikovana IBC (NIBC).

Neklasifikovana IBC je termin koji najbolje opisuje slučajeve kada se ne mogu utvrditi definitivne razlike između ulceroznog kolitisa, Kronove bolesti ili drugih razloga kolitisa. Ovaj termin se koristi kada se ne može napraviti razlika čak i nakon što su anamneza,

endoskopski nalaz, histopatologija višestrukih biopsija sluzokože i odgovarajući radiološki nalazi uzeti u obzir. Neodređeni kolitis je termin rezervisan za patologe da bi opisali uzorak dobijen nakon kolektomije, a koji ima preklapajuće osobine UK i KB.

Lečenje ulceroznog kolitisa lekovima

Proktitis

5-ASA 1 g u vidu čepića jednom dnevno je preporučena rana terapija za blagi i umereni proktitis. 5-ASA klistirna pena se takođe može koristiti. Čepićima se može uneti više leka u rektum i čini se da ih pacijenti više vole nego klistir. Kombinacija lokalno nanetog 5-ASA sa oralnom 5-ASA ili lokalno nanetim steroidom je bolje za lečenje bolesti nego kada se bilo koji način koristi sam. Oralno uzeta sama 5-ASA nije toliko dobra koliko kombinovano uzimanje leka za lečenje bolesti. Proktitis otporniji na lekove može zahtevati lečenje imunosupresantima i/ili anti TNF lekovima.

Ako osoba ima proktitis, lokalna primena 5-ASA je najbolji način lečenja; to je pokazano u brojnim istraživanjima u kojima je objavljeno da 5-ASA smanjuje simptome i poboljšava nalaze kolonoskopije i biopsije. Dodatno, čepići su efikasniji nego klistiri pošto ciljaju mesto upale i detektovani su u rektumu i nakon 4 sata kod većeg broja pacijenata (40% naspram 10%). Nije otkriveno povećanje efikasnosti kada se 5-ASA primenjuje u dozi iznad jedan gram dnevno, a uzimanje jednom dnevno je podjednako efikasno kao uzimanje više puta dnevno.

Brojne studije su pokazale da je lokalni mesalazin efikasniji od lokalno nanetih steroida u smislu smanjenja simptoma kao i poboljšanja nalaza kolonoskopije i biopsije. Lokalni steroidi trebaju biti rezervisani za ljude koji su netolerantni na lokalnu 5-ASA.

Samo lokalna 5-ASA je efikasnija od samo oralne 5-ASA za proktitis. Međutim kombinovanje lokalne i oralne 5-ASA, se čini da je efikasnije od oba načina pojedinačno, u slučaju da pacijent ima bolest koja se prostire manje od 50 cm od analnog ruba. Takođe pomaže kombinovanje lokalne 5-ASA sa lokalnim steroidima. Ako kombinacija oralne i lokalne 5-ASA sa lokalnim kortikosteroidima ne leči bolest uspešno, oralno uzet prednizolon treba uključiti. Ako ništa ne daje rezultate, treba koristiti imunosupresantsko ili anti TNF lečenje.

Distalni kolitis

U ranoj fazi lečenja, aktivni blagi i umereni distalni kolitis treba lečiti sa 1 g aminosalicilne klistirne pene dnevno kombinovane sa više od 2,4 g oralnog mesalazina dnevno. Kombinovano lečenje sa oralnom plus lokalnom 5-ASA terapijom je bolje nego korišćenje samo lokalnih steroida ili aminosalicilata. Takođe je bolje i od korišćenja samo oralnih aminosalicilata. Lokalna 5-ASA je bolja u lečenju bolesti nego lokalni steroidi. Uzimanje doze 5-ASA jednom dnevno je jednako dobro kao i uzimanje 5-ASA u više podeljenih doza. Sistemske kortikosteroidi se mogu koristiti ako 5-ASA ne daje rezultate. Kada je bolest teška pacijent treba da bude primljen u bolnicu na intenzivno lečenje.

Postoje jasni dokazi da su i oralna i lokalna 5-ASA efikasni kod lečenja distalnog kolitisa. Dakle, prvi izbor u lečenju blagog do umerenog aktivnog distalnog kolitisa je kombinovanje oralne i lokalne 5-ASA; pokazalo se da je efikasnije nego kada se bilo koja koristi sama. Kombinovanje oralne i lokalne terapije je i efikasnije i brže daje rezultate nego kada se koriste same. Rezultati mnogih istraživanja su pokazali da je rektalno uzeta 5-ASA efikasnija od rektalnih kortikosteroida, mada je nekoliko istraživanja pokazalo da je rektalni beklometazon dipropionat (steroidni lek) jednako efikasan kao rektalna 5-ASA. Nekoliko istraživanja je pokazalo da nema prednosti u deljenju doze, pa se 5-ASA može uzimati jednom dnevno. Međutim, pokazalo se da povećavanje doze dovodi do boljih

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



rezultata za pacijente i minimalna preporučena doza za distalni kolitis iznosi 2,4 grama dnevno.

Ponekad kada 5-ASA terapija nije efikasna ili je pacijent sa distalnim kolitisom ne podnosi dobro, treba razmotriti primenu oralnih kortikosteroida. Oralni steroidi mogu brže delovati, ali mogu da izazovu više neželjenih efekata. 5-ASA lekovima treba u proseku 9-16 dana da deluju, a odgovor će biti brži ako se primeni kombinovana terapija u poređenju sa samo oralnom terapijom. Ako se pacijentu koji je na terapiji sa 5-ASA pogoršavaju simptomi, ima rektalno krvarenje nakon 10-14 dana od početka lečenja ili mu nisu nestali svi simptomi u roku od 40 dana, treba započeti dodatnu terapiju (obično su to oralni kortikosteroidi).

Ekstenzivni kolitis

U ranoj fazi lečenja, ekstenzivni kolitis blage i umerene težine treba lečiti sa više od 2,4 g oralno uzetih 5-ASA preparata dnevno. Ovo treba kombinovati sa oralnom 5-ASA terapijom, ako se podnosi, da bi se povećale šanse za ostanak u remisiji. Uzimanje doze 5-ASA jednom dnevno je jednako dobro kao i uzimanje 5-ASA u više podeljenih doza. Sistemske kortikosteroide treba dati kod osoba koje ne postignu odgovor na 5-ASA. Težak ekstenzivni kolitis zahteva hospitalizaciju radi intenzivnog lečenja.

Oralna 5-ASA je efikasna za uvođenje u remisiju blagog i umereno aktivnog ekstenzivnog UK. Dodatno, kombinovanje oralne i lokalne 5-ASA terapije je efikasnije od primene samo oralne 5-ASA terapije; kliničko istraživanje je pokazalo da se sa kombinovanom terapijom postiže remisija kod 64% pacijenata u poređenju sa 43% pacijenata koji su 5-ASA uzimali samo oralno. Uzimanje 5-ASA jednom dnevno je podjednako efikasno kao i podeljene doze kod pacijenata sa ekstenzivnim kolitisom.

Ukoliko blaga ili umereno aktivna bolest ne reaguje na 5-ASA treba početi sa uzimanjem oralnih steroida. Slično, ako pacijent već uzima više od 2 grama dnevno 5-ASA ili imunomodulatore kao terapiju održavanja i ima relaps, treba započeti sa lečenjem steroidima. Steroidi su se pokazali korisni u postizanju remisije u bar dva istraživanja. Ako osoba ima težak ekstenzivni UK, treba da bude hospitalizovana jer je ovo bolest koja potencijalno ugrožava život.

Težak kolitis

Ukoliko pacijent ima krvave dijareje više od 6 puta dnevno i neki od znakova sistemskog trovanja (npr. puls viši od 90 otkucaja u minuti, temperaturu višu od 37,8°C, nivo hemoglobina niži od 10,5 g/dL, ili SE veću od 30 mm/h ili CRP veći od 30 mg/L) onda ima težak UK i treba da bude primljen u bolnicu zbog intenzivnog lečenja.

Otprilike jedan od šest pacijenata sa UK ima teško pogoršanje u nekom momentu bolesti. Težak UK treba da se leči ozbiljno. Uprkos napretku koji je postignut u lečenju u proteklom veku, 2,9% pacijenata primljenih u Velikoj Britaniji sa akutnim teškim UK umire, mada manje od 1% će umreti u specijalističkim centrima. Zbog rizika od smrti usled teškog UK, važno je prepoznati kada se dešava teško pogoršanje. Teško pogoršanje UK se dešava kada pacijent ima šest ili više krvavih stolica dnevno u dodatku sa jednim od sledećih simptoma: (a) ubrzan puls (više od 90 otkucaja u minuti), (b) povišena temperatura, (c) anemija ili (d) visok nivo SE ili CRP.

Svi pacijenti koji imaju teško pogoršanje treba da budu primljeni u bolnicu zbog intenzivnog lečenja koje će u početku uključivati IV kortikosteroide a onda postepeno treba preći na ciklosporin, takrolimus ili infliksimab ako pacijent ne odreaguje na IV kortikosteroide u roku od tri dana. U slučajevima kada pacijent ne reaguje na lečenje medikamentima, potrebna je operacija. Odluke u vezi sa intenzivnim medicinskim

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



lečenjem i operacijom moraju biti donete brzo ali i pažljivo. Ako se operacija previše odlaže, može se pojaviti više komplikacija u toku operacije.

Težak aktivni UK treba lečiti IV steroidima. U pojedinačnim slučajevima može se koristiti IV ciklosporin. Niskomolekularni heparin treba davati da bi se smanjio rizik od stvaranja krvnih ugrušaka. Tim sastavljen od gastroenterologa i kolorektalnog hirurga treba da vodi brigu o pacijentu.

Odgovor na IV steroide se najbolje procenjuje pomoću medicinskih testova koji se radi oko trećeg dana. U slučaju kada težak aktivni UK ne reaguje na IV steroide, treba razmotriti druge metode lečenja, uključujući i operaciju. Ciklosporin, infliksimab ili takrolimus mogu biti pogodni kao druga linija lečenja. Ako nema poboljšanja u roku od 4-7 dana od terapije spasavanja, preporučuje se kolektomija.

Odluka kada preporučiti/posavetovati kolektomiju pacijentu koji boluje od UK je jedna od najtežih odluka koje gastroenterolog mora da donese. Ipak, gastroenterolog u saradnji sa hirurgom mora da bude odlučan koliko je to moguće i da ne dozvoli da mu prosuđivanje pomuti pacijentovo razumljivo opiranje da se operacija odloži. Ako se operacija previše odlaže mogu se povećati šanse za komplikacije pa čak i smrt u toku kolektomije.

Objektivne mere (tj. mere na koje ne utiču emocije pacijenta i lekara) su potrebne da pomognu gastroenterologu u donošenju važnih odluka u vezi sa tim da li težak UK lečiti kolektomijom ili lekovima kao što je ciklosporin, infliksimab ili takrolimus. Klinički (npr. učestalost stolice), biohemijski (npr. visok nivo CRP-a) i radiološki (npr. proširenje kolona) pokazatelji su objektivne mere koje mogu biti od pomoći pri donošenju odluke. Takođe je važno razmotriti jedinstvene okolnosti kod pacijenta kada se donosi odluka. Na primer, intravenski ciklosporin treba izbegavati kod pacijenata sa niskim holesterolom ili magnezijumom zbog povećanog rizika od neželjenih neuroloških efekata kod ove grupe pacijenata.

Održavanje remisije lekovima

Izbor terapije održavanja zavisi od mnogo faktora:

- koliki deo creva je zahvaćen bolešću (tj. stepen proširenosti bolesti)
- koliko često se javljaju pogoršanja
- da li prethodna terapija održavanja bila neuspešna
- koliko teško je bilo poslednje pogoršanje
- koja terapija je korišćena za postizanje remisije tokom poslednjeg pogoršanja
- bezbednost terapije održavanja
- prevencija karcinoma.

Izbor prave terapije kako bi pacijenti ostali u remisiji zavisi od mnogo faktora. Pacijentima koji imaju proktitis će verovatno trebati samo lokalna terapija, dok će onima sa distalnim ili ekstenzivnim kolitisom trebati oralna terapija. Osim toga, ako osoba ima istoriju kratkih intervala između pogoršanja, imaće više koristi od intenzivnije terapije zato što se može povećati vremenski interval između pogoršanja. Ako lek za održavanje nije delovao u prošlosti, ne treba ga ponovo probati. Ako je skorašnje pogoršanje bilo teško, treba primeniti jaču terapiju. Težina postojećeg pogoršanja ima značaja u predviđanju verovatnoće da dođe do pogoršanja u budućnosti. Ako pacijentu trebaju steroidi da bi ušao u remisiju, veća je verovatnoća da ćemu trebati intenzivna terapija za održavanje remisije. Neželjene efekte lekova treba odmeriti sa njihovom korisnošću u smislu sprečavanja pogoršanja i karcinoma.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Amino salicilna kiselina

Oralna 5-ASA je prvi izbor terapije održavanja ukoliko pacijenti reaguju na 5-ASA ili steroidne (oralne ili rektalne). Rektalna 5-ASA je prvi izbor terapije održavanja za proktitis i može se koristiti za distalni kolitis. Kombinovana oralna i rektalna 5-ASA se može koristiti kao druga linija u terapiji održavanja.

Mnoga istraživanja su pokazala da su oralni 5-ASA lekovi efikasni za održavanje remisije. Dodatno, dva istraživanja su prijavila da korišćenje rektalne 5-ASA uspešno održava remisiju kod pacijenata sa distalnim kolitisom. Lečenje i oralnom 5-ASA i 5-ASA klistirima je efikasnije za održavanje remisije u odnosu na lečenje samo sa oralnom 5-ASA. Ispitivanje pacijenata u Velikoj Britaniji je pokazalo da 80% više voli samo oralni lek; pa se čini da je oralni način unošenja leka prihvatljiviji za pacijente od rektalnog.

Oralna 5-ASA nema efekta ako je doza ispod 1,2 g dnevno. Za rektalno lečenje, 3 g nedeljno u podeljenim dozama je dovoljno da bi se održala remisija. Doza se može menjati u odnosu na to kako deluje. U nekim slučajevima su korisne veće doze sa ili bez lokalne 5-ASA. Nećete imati više neželjenih efekata ako uzimate 5-ASA jednom dnevno. Poželjnija je primena drugih oralnih 5-ASA lekova umesto sulfasalazina (iako je sulfasalazin možda malo efikasniji) zato što imaju manje neželjenih efekata. Svi dostupni oralni 5-ASA lekovi su efikasni. Nema jakog dokaza da je bilo koji od 5-ASA lekova bolji od drugih za terapiju održavanja.

Minimalna efikasna doza za oralni 5-ASA je 1,2 g dnevno. S obzirom na to da nema povećanja neželjenih efekata sa povećanjem doza 5-ASA, veće doze trebaju da se daju u određenim slučajevima. Takođe, nema razlike da li uzimate 5-ASA jednom dnevno ili nekoliko puta dnevno. Jednom dnevno je bolje zato što se povećava prijanjanje. Dok se oralni 5-ASA lekovi mogu porediti po efikasnosti sa sulfasalazinom, 5-ASA su bolji jer izazivaju manje neželjenih efekata. Sve u svemu, nema jakih dokaza da je bilo koji 5-ASA lek bolji od drugih.

Dugoročna terapija održavanja sa 5-ASA se preporučuje zato što može smanjiti rizik za nastanak karcinoma creva

Jedno istraživanje je pokazalo da redovna terapija sa 5-ASA smanjuje rizik za nastanak karcinoma creva za 75%. Zbog toga je treba ozbiljno razmotriti kao terapiju održavanja.

Tiopurini

Ukoliko su potrebni steroidi da bi se održala remisija, pacijenta treba lečiti sa tiopurinom.

Azatioprin je efikasniji od 5-ASA za smanjenje simptoma i upale (kao što se vidi na kolonoskopiji) kod pacijenata kojima trebaju steroidi da bi ostali u remisiji. Osim toga, oko polovine pacijenata koji su zavisni od steroida, na azatioprinu će ostati u remisiji bez steroida tri godine. Međutim, osobe kod kojih dođe do pogoršanja kada se ukine terapija steroidima treba da počnu da uzimaju azatioprin.

Pacijenti sa umereno aktivnim UK koji ne reaguju na tiopurine, treba da budu lečeni anti TNF lekovima ili takrolimusom. Terapije koje ne deluju treba prekinuti i operacija takođe treba da bude opcija.

Pacijentima sa UK zavisnim od steroida, a koji ne reaguju na tiopurine, bi u idealnim uslovima trebalo da se ponovi kolonoskopija i biopsije da bi se potvrdila dijagnoza i kako bi se uverili da se nisu javile druge komplikacije. Strategija lečenja sa ciljem da se ukinu steroidi treba da bude prodiskutovana sa pacijentom i treba razmotriti primenu anti TNF terapije. Postoje čvrsti dokazi da je anti TNF terapija efikasna za lečenje umerenog do

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



teškog UK koji ne reaguje na kortikosteroide ili imunomodulatore. Takrolimus se takođe može razmotriti, ali su dokazi za lečenje ovim lekom manje ubedljivi.

Ukoliko UK ne reaguje ili prestane da reaguje na bilo koje od ovih lečenja, treba uzeti u obzir operaciju. Kolektomija, iako nije bez rizika, pruža mogućnost da ukloni oboleli kolon i tako "izleči" UK. Lečenje imunosupresantima ili imunomodulatorima je besciljno i iracionalno ukoliko se stanje obolelog ne popravlja, zato što je povećan rizik od nastanka komplikacija tokom i posle operacije zbog čekanja.

Svi pacijenti bi trebali imati terapiju održavanja. Moguće je biti na terapiji po potrebi samo ako imate bolest ograničene rasprostranjenosti (npr. proktitis).

Važno je da nastavite da uzimate lekove čak i kada se osećate bolje. To je važno zato što osobe koji redovno uzimaju svoje lekove imaju znatno manju verovatnoću da će im se javiti pogoršanje u odnosu na one koji lekove ne uzimaju redovno. U stvari, izgleda da je redovno uzimanje lekova najvažniji faktor koji odlučuje hoće li osoba ostati u remisiji ili ne. Na primer, jedno istraživanje je pokazalo da su ljudi, koji su preuzeli manje od 80% recepata za 5-ASA lekove kao terapije održavanje, imali pet puta veće šanse za relaps bolesti nego oni koji su preuzeli više od 80% recepata.

Tiopurini se mogu koristiti u slučajevima bolesti blage do umerene aktivnosti sa ranim ili čestim relapsima dok se uzima 5-ASA u optimalnoj dozi, u slučaju netolerancije na 5-ASA, u slučaju da su steroidi potrebni da se ostane u remisiji, ili kada je remisija postignuta ciklosporinom (ili takrolimusom). Kada se postigne odgovor na anti TNF terapiju, postoje dve opcije da se ostane u remisiji. Prva je da se počne sa jednim od tiopurina. Druga opcija je da se ostane na anti TNF terapiji sa ili bez tiopurina. Ako imate težak kolitis koji reaguje samo na IV steroide, ciklosporin ili infliksimab trebalo bi razmotriti tiopurine kao terapiju održavanja. Međutim, ako odreagujete na infliksimab, takođe je prikladno da nastavite sa infliksimabom. Ako tiopurini u prošlosti nisu imali dejstva kod Vas, trebalo bi da koristite anti TNF terapiju za ostanak u remisiji. Kod pacijenata koji nikada ranije nisu lečeni tiopurinom sa teškim kolitisom, a koji imaju teški kolitis koji reaguju na steroide, ciklosporin ili takrolimus, tiopurini su pogodni za održavanje remisije.

Nekoliko istraživanja je pokazalo da su tiopurini efikasni za održavanje pacijenata sa UK u remisiji, iako su dokazi za to slabiji kod UK nego za KB. Skorašnje istraživanje je pokazalo da je azatioprin bio bolji za održavanje remisije bez steroida nakon 6 meseci nego 5-ASA (53% su ostali u remisiji sa azatioprinom naspram 21% sa 5-ASA). Osim toga, tiopurini se mogu koristiti nakon što je remisija postignuta ciklosporinom (ili takrolimusom); na taj način se smanjuje šansa da će biti potrebna kolektomija i u kraćem (tj. 1 godinu) i u dužem (tj. 5 godina) periodu.

Postoji i opcija lečenja anti TNF terapijom. Istraživanja su pokazala da korišćenje infliksimaba pomaže pacijentima da uđu u remisiju i da je održavaju, kao i da prekinu sa primenom steroida; verovatno pomaže i u prevenciji kolektomije. Adalimumab je takođe pokazao da pomaže pacijentima sa umerenim do teškim UK da uđu u remisiju, smanje simptome, smanje upalu u kolonu i da prestanu sa steroidima.

Još jedna opcija je kombinovanje tiopurina sa anti TNF terapijom. Ova kombinacija može smanjiti šansu za pojavu loših reakcija na anti TNF ili za gubitak efikasnosti kada se proizvode anti TNF antitela. Objavljeni su rezultati istraživanja da je kombinacija infliksimaba i azatioprina bila efikasnija kod ukidanja kortikosteroida nego kada se koristi samo jedan od ovih lekova. Kombinovanje ova dva leka verovano pomaže i u sprečavanju kolektomije. Osim toga, moguće je da se primena azatioprina prekine posle prvih šest meseci kombinovane terapije zato što antitela, koja sprečavaju dejstvo infliksimaba i koja su inhibirana tiopurinima, imaju tendenciju da se pojave u prvih par meseci lečenja sa anti TNF terapijom.

Hirurško lečenje UK

Hirurške komplikacije se češće javljaju kada se operacija odlaže. Operacija u više faza (prvo kolektomija) treba da se obavi u akutnom slučaju kada se ne postiže odgovor na terapiju lekovima, ili u slučaju da je pacijent uzimao 20 mg ili više prednizolona dnevno duže od šest nedelja. Ukoliko je dostupan, pacijent bi imao koristi ako operaciju uradi hirurg koji zna laparoskopiju.

U slučajevima akutnog teškog UK, važno je da iskusniji hirurzi i gastroenterolozi rade zajedno kako bi se osiguralo pažljivo upravljanje bolesti. Iako je važno pokušati terapiju lekovima pre nego se počne razmišljati o operaciji, jednako je važno i da se odluka ne odlaže nepotrebno. Odlaganje operacije kada je ona potrebna često dovodi do loših ishoda u toku i nakon operacije. Zato, kada terapija lekovima nije uspela, pacijenta treba uputiti na operaciju.

Operaciju treba obaviti u dve ili tri faze (tj. prvo kolektomija i ileostomija) kada pacijent ima akutni teški UK ili je primio mnogo steroida. Ovom procedurom će se ukloniti oboleli kolon i time se omogućava pacijentu da ozdravi i počne ponovo da jede koliko je to potrebno. Posle kolektomije, pacijent može da razmotri da li želi da mu se uradi ileo-analna anastomoza sa rezervoarom ili da nastavi sa ileostomijom. Obavljanje kolektomije prvo takođe pomaže da se isključi dijagnoza Kronove bolesti; ukoliko je Kronova bolest nađena u uzorku kolona, znači da ileo-analna anastomoza sa rezervoarom nije prikladna. Napokon, može biti korisno ako se kolektomija uradi laparoskopski zato što to može dovesti do bržeg oporavka i do manje komplikacija.

Ileo-analne anastomoze sa rezervoarom treba raditi u specijalizovanim centrima, sa iskustvom u obavljanju ovih procedura. Rezultat ovoga je smanjenje komplikacija i mogućnost da se bolje sačuvaju ileo-analne anastomoze sa rezervoarom kada dođe do komplikacija.

Ileo-analne anastomoze sa rezervoarom je veoma komplikovana operacija. Dakle, hirurzi i bolnice koje rade mnogo ovih operacija imaju bolje rezultate i manje komplikacija od onih koji rade manji broj ovih procedura. Dodatno, iskusniji hirurzi i bolnice bolje se snalaze sa komplikacijama i verovatnije je da će „spasiti“ ileo-analnu anastomozu sa rezervoarom ako se komplikacije jave. Zato je bolje ileo-analnu anastomozu sa rezervoarom uraditi u specijalizovanim centrima koji rade mnogo ovakvih operacija.

Žene u reproduktivnom periodu treba da razgovaraju o drugim hirurškim opcijama sa gastroenterologom i kolorektalnim hirurgom jer postoji rizik da neće moći da osvare trdnoću nakon ileo-analne anastomoze sa rezervoarom. Druge opcije su subtotalna kolektomija i trajna ileostomija ili ileo-rektalna anastomoza.

Jedna od dve žene koje imaju ileo-analnu anastomozu sa rezervoarom ne može da ostane trudna i ova operacija tri puta povećava rizik od steriliteta u poređenju sa tim kada se UK leči lekovima (stopa steriliteta je 48% posle operacije prema 15% kod pacijentkinja lečenih lekovima). Verovatni razlog je što na jajovodima nastanu priraslice od operacije. Zato bi žene koje žele da zatrudne trebalo da potraže alternativne opcije kao što je trajna ileostoma ili ileo-rektalna anastomoza. Prednost ileo-rektalne anastomoze je u tome što se čini da ona ne smanjuje plodnost. Mana je što oboleli kolon ostaje (i rizik od karcinoma creva koji je sa njim u vezi).

Ileo-rektalnu anastomozu treba razmotriti u specijalnim slučajevima. Ako je urađena, zadržani deo rektuma treba da prati vaš gastroenterolog.

Ileo-rektalna anastomoza generalno nije dobra opcija zato što ne eliminiše UK, pa će simptomi vezani sa UK verovatno i dalje postojati zbog zadržanog rektuma. Ipak, jedno od dvoje ljudi kojima je urađena ileo-rektalna anastomoza će je imati i nakon deset godina i kvalitet života je prihvatljiv u odnosu na ileo-analnu anastomozu sa rezervoarom. Dakle, može se razmatrati za neke pacijente sa UK, posebno žene koje se nadaju da će ostati u drugom stanju u budućnosti. Međutim, potrebno je kontrolisati rektum zbog rizika od karcinoma creva u zadržanom rektumu.

Uzimanje 20 mg ili više prednizolona (ili ekvivalenta) dnevno duže od šest nedelja povećava rizik od hirurških komplikacija. Dakle, doze kortikosteroida treba postepeno ukinuti pre operacije ako je to moguće.

Mnoga istraživanja su pokazala da pacijenti koji uzimaju 20 mg ili više prednizolona dnevno duže od šest nedelja imaju veću verovatnoću da će doživeti hirurške komplikacije. Zato steroide treba postepeno ukinuti pre operacije ako je to moguće. Osim toga, kada se steroidi postepeno ukidaju posle operacije važno je da se ne izazove kriza zbog ukidanja steroida koja se karakteriše niskim krvnim pritiskom, niskim natrijumom i niskim šećerom u krvi.

Uzimanje tiopurina ili ciklosporina pre operacije ne povećava rizik od komplikacija posle operacije. Uzimanje infliksimaba pre operacije može povećati rizik od komplikacija posle operacije.

Čini se da uzimanje tiopurina ili ciklosporina pre operacije ne povećava rizik od postoperativnih komplikacija posle kolaktomije. Neka istraživanja su pokazala da izgleda da infliksimab povećava rizik od komplikacija odmah posle operacije i verovatno je da su ove komplikacije vezane sa povećanim rizikom od infekcije zbog imunosupresije. S druge strane, nekoliko drugih istraživanja nije pokazalo da infliksimab povećava rizik od postoperativnih komplikacija, pa ovo nije sigurno. Nije poznato da li takrolimus povećava rizik od postoperativnih komplikacija, zbog nedostatka istraživanja koje ovo ispituju.

Hirurške komplikacije – upala rezervoara („poučitis“)

Dijagnoza upale rezervoara uključuje simptome kao i određene endoskopske i histološke poremećaje. Upala rezervoara je češća ako je veći deo kolona bio oboleo pre operacije ili ako je bolest bila prisutna i van creva (tj. PSH), ako je pacijent nepušač, ima p-ANCA pozitivnu serologiju ili je koristio NSAIL.

Simptomi povezani sa upalom rezervoara uključuju povećanu frekvenciju stolica, tečne stolice, grčeve u truhu, hitnost, tenezmus i karličnu nelagodnost. Mogu se javiti rektalna krvarenja, temperatura ili vancrevni simptomi. Sami simptomi ne znače da je u pitanju upala rezervoara. Na primer, upala ostavljenog dela rektuma (manžetne) može prouzrokovati slične probleme. Slično, Kronova bolest rezervoara ili sindrom nervoznog rezervoara (što je isto kao i sindrom nervoznog creva) može davati slične simptome. Zato za potvrdu dijagnoze treba koristiti endoskopiju ileo-analne anastomoze sa rezervoarom. Upala rezervoara izgleda drugačije od upale zbog UK zato što su to različite bolesti. Biopsije treba uzeti tokom endoskopskog pregleda rezervoara da bi se sa sigurnošću utvrdilo da je to upala rezervoara, a ne Kronova bolest ili infekcija sa *Clostridium difficile*.

Određeni faktori rizika su povezani sa razvojem upale rezervoara. Ukoliko osoba ima ekstenzivniji UK pre operacije, regionalni ileitis (tj. upala terminalnog ileuma), bolest izvan creva (pogotovo PSH), ako je nepušač i redovno koristi NSAIL, sve to povećavaju šansu da se dobije upala rezervoara. Ovi faktori rizika ne bi trebali da odgovore osobu od

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



nastavljanja sa ileo-analnom anastomozom sa rezervoarom, ali bi o njima trebalo prodiskutovati sa pacijentom.

Najčešći simptomi upale rezervoara su povećan broj tečnih stolica, hitnost odlaska u toalet, grčevi u trbuhu i nelagodnost u maloj karlici (tj. u donjem trbuhu i oko anusa). Povišena temperatura i krvarenje su retki. Endoskopija rezervoara nije potrebna kada nema simptoma.

Simptomi upale rezervoara uključuju povećan broj stolica, tečne stolice, grčeve u trbuhu, hitnost odlaska u toalet, tenezmuse i nelagodnost u maloj karlici. Mogu se javiti rektalna krvarenja, temperatura ili vancrevni simptomi. Rektalno krvarenje je češće povezano sa upalom rektalne manžetne nego sa upalom rezervoara. Nemogućnost zadržavanja stolice se može javiti u odsustvu rezervoara posle ileo-analne anastomoze, ali je češća kod pacijenata sa rezervoarom.

Metronidazol ili ciprofloksacin deluju kod najvećeg dela pacijenata sa upalom rezervoara, iako najbolji način lečenja nije jasan. Ciprofloksacin prouzrokuje manje neželjenih posledica. Antidijaroici (npr. loperamid) mogu prorediti broj tečnih stolica (u prisustvu ili odsustvu upale rezervoara).

Antibiotici su najefikasniji način za lečenje upale rezervoara. Metronidazol i ciprofloksacin su antibiotici koji se najčešće koriste. Čini se da je ciprofloksacin najefikasniji u smanjivanju simptoma, poboljšanju nalaza endoskopije rezervoara, a izaziva manje neželjenih posledica. Antidijaroike (npr. loperamid) takođe treba razmotriti kod pacijenata sa ileo-analnom anastomozom sa rezervoarom zato što mogu značajno smanjiti broj tečnih stolica bez obzira na to da li osoba ima upalu rezervoara.

Kada se remisija upale rezervoara postigne antibioticima, VSL-3 može pomoći u održavanju remisije. VSL-3 takođe može sprečiti početak upale rezervoara, a kada se njegova primena započne odmah nakon završetka operacije radi formiranja ileo-analne anastomoze sa rezervoarom.

Kada se jednom potigne remisija kod hronične upale rezervoara, lečenje koncentrovanom probiotskom mešavinom VCL-3 pomaže u održavanju remisije. Pokazano je da preventivno korišćenje VSL-3 može sprečiti prvi nastup akutne upale rezervoara u prvoj godini posle operacije gde je samo 10% pacijenata dobilo upalu rezervoara nasuprot 40% koji su uzimali placebo. Nepoznato je zašto VSL-3 deluje, ali se pretpostavlja da može da deluje tako što povećava raznolikost bakterija i smanjuje raznolikost gljivica kod ileo-analne anastomoze sa rezervoarom.

Komplikacije – kolorektalni karcinom

Pacijenti sa dugotrajnim i ekstenzivnim UK su podložniji dobijanju karcinoma creva.

Rizik za razvoj karcinoma creva kod pacijenata sa UK je 2% u 10 godina, 8% u toku 20 godina i 18% u toku 30 godina. Osim toga, pacijenti sa pankolitisom imaju najveći rizik, oni sa distalnim kolitisom imaju srednji rizik i oni sa proktitisom nemaju povećan rizik. Dakle, što je duže osoba imala UK i što je veći deo creva oboleo/će oboleti, veća je verovatnoća da će dobiti karcinom creva.

Neki pacijenti sa UK su podložniji da dobiju karcinom creva nego drugi:

Pacijenti sa:

- PSH
- post-upalnim polipima
- članom porodice koji ima ili je imao karcinom creva
- težom ili stalnom upalom.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Najkonstantniji prijavljeni faktori rizika za karcinom creva su primarni sklerozirajući holangitis (PSH), i histološka ili klinička aktivnost bolesti. Pacijenti sa PSH imaju rizik da dobiju karcinom creva u toku života i do 31%. Utvrđeno je da su post-upalni polipi takođe jaki faktori rizika, iako je moguće da je ovaj povećan rizik posledica toga da se displastične lezije greškom proglašavaju za post-upalne polipe. Porodična istorija crevnog karcinoma se dovodi u vezu sa povećanim rizikom, iako to nije konstantno u različitim istraživanjima.

Doktor bi trebao da utvrdi koliki je rizik od pojave karcinoma creva na skrining kolonoskopiji ili na prvoj kontrolnoj kolonoskopiji šest do osam godina posle prvih znakova UK. Stepenn rizika prvenstveno zavisi od toga koliki je deo kolona zahvaćen i koliko je teška upala.

Stepenn rizika za pojavu karcinoma creva kod pacijenta se može utvrditi na skrining kolonoskopiji ili na prvoj kontrolnoj kolonoskopiji osam godina nakon početka bolesti. Faktori rizika su (a) pankolitis, (b) endoskopska i/ili histološka upala, (c) pseudopolipi i (d) porodična istorija kolorektalnog karcinoma; ako osoba ima tri ili više ovih faktora ima visok rizik, dok ako ima dva ili manje, ima nizak rizik.

Ako osoba ima visok rizik i ima ekstenzivni ili distalni UK, treba da radi kolonoskopiju svake 1-2 godine nakon osme godine posle dijagnoze, a ako ima nizak rizik treba da radi kolonoskopiju svake 3-4 godine. Ako nema mikroskopskih znakova karcinoma ili endoskopski i/ili histološki potvrđene upale u dve uzastopne kontrolne kolonoskopije vremenski interval se može povećati (npr. sa svake 1-2 godine na svake 3-4 godine).

5-ASA lekovi mogu da smanje rizik za nastanak karcinoma creva. U prisustvu PSH, treba dati ursodeoksiholnu kiselinu radi smanjenje rizika od karcinoma creva. Nepoznato je da li se tiopurini mogu ili trebaju koristiti za smanjenje rizika za nastanak karcinoma creva.

Hemopreventivni agensi se koriste za inhibiciju, odlaganje ili da preokrenu formiranje i rast karcinoma. 5-ASA su primer hemopreventivnog agensa kod UK. Brojna istraživanja su pokazala da 5-ASA smanjuju rizik od karcinoma creva kod pacijenata sa UK; rizik se može i prepoloviti uzimanjem 5-ASA lekova. S druge strane suplementi folne kiseline, kalcijum, multivitamini ili statini ne smanjuju rizik od karcinoma creva kod UK, dok nije poznato da li su tiopurini efikasni u ovom pogledu.

Ponekad pacijenti sa UK imaju i PSH i ovi pacijenti imaju znatno veći rizik za pojavu karcinoma creva; rizik tokom života iznosi i do 31%. Srećom, pokazalo se da ursodeoksiholna kiselina smanjuje pojavu karcinoma creva kod pacijenata sa UK i PSH i zato treba da se koristi rutinski kod ovih pacijenata.

Druge komplikacije

Psihološki faktori mogu da utiču na tok UK. Pacijenti koji pate od stresa ili depresije, mogu imati povećan rizik od relapsa bolesti. Oni koji su često depresivni imaju lošiji kvalitet života koji se odnosi na zdravlje, a oni koji su anksiozni slabije se pridržavaju terapije.

Više istraživanja pacijenata sa UK su pokazala da se psihološki stres i aktivnost bolesti poklapaju jedno sa drugim. Istraživanja su pokazala da preživljeni stres, anksioznost i depresija mogu prethoditi pogoršanjima iako se u jednom istraživanju pokazalo da osobe u depresiji nemaju veće šanse za relaps bolesti. Dakle, dokazi po ovom pitanju su pomešani. U svakom slučaju depresija i neurotičnost (osobina koja se odlikuje emocionalnom nestabilnošću, anksioznošću, strahom i brigom) se dovode u vezu sa lošijim kvalitetom života. Anksioznost i promene u lošije raspoloženje su izgleda povezane sa neredovnim uzimanjem lekova za UK.

Psihosocijalni efekti bolesti i kvalitet života koji se odnosi na zdravlje treba da budu predmet diskusije pacijenta i lekara. Treba dati prilagođenu (tj. individualizovanu) informaciju i objašnjenje o UK. Kombinacija da pacijent sam vodi računa o svojoj bolesti i sastanaka u kojima je pacijent u centru pažnje može poboljšati kontrolu nad UK.

Shvatanje zdravlja ima uticaja na pacijentov doživljaj bolesti. Psihološki rastreseni pacijenti mogu imati poteškoća u obradi važnih informacija o njihovoj bolesti. Podizanje svesti o ovome može dovesti do poboljšanja komunikacije između pacijenta i doktora ili medicinske sestre/profesionalaca. Važno je da pacijenti budu informisani o svom stanju i da im bude pružena emocionalna podrška. Ovo je važno jer su pacijenti koji manje razumeju bolest skloniji većoj zabrinutosti.

Ostvarivanje zdravstvene nege je strogo povezano sa psihosocijalnim faktorima. Nepoštovanje medicinskih saveta prijavljeno je kod preko 40% pacijenata i to je situacija gde je ključna veza između pacijenta i lekara ili sestre. Vodiči za samoupravljanje zajedno sa konsultacijama gde je pacijent centar pažnje popravljaju pacijentovu kontrolu bolesti. Izgleda da edukativne brošure same po sebi nisu od pomoći i mogu pogoršati ishode za pacijente. Dodatno, izgleda da programi edukacije za pacijente imaju malo ili nimalo uticaja na tok bolesti ili na njihovo psihološko blagostanje.

Vancrevne komplikacije – kosti i zglobovi

Kod UK, artritis (tj. bol u zglobu sa otokom) se ponekad može pojaviti u zglobovima ruku i nogu („periferni artritis“) ili u donjem delu leđa („aksijalni artritis“). Kada se artritis pojavi u velikim zglobovima ruku i nogu, lečenje UK obično olakšava simptome. Ako simptomi i dalje postoje i nakon što simptomi UK nestanu, NSAIL se mogu kratkoročno koristiti. Lokalne injekcije steroida i fizikalna terapija su takođe korisni za lečenje perifernog artritisa. Ako periferni artritis opstaje, može se uzeti sulfasalazin. Postoje bolji dokazi da se intenzivna fizikalna terapija sa NSAIL može koristiti za lečenje artritisa donjih leđa. Ipak, NSAIL je najbolje izbegavati zbog manje bezbednosti ovih lekova. Kod aksijalnog artritisa, sulfasalazin, metotreksat i azatioprin obično ne deluju, ili slabo deluju. Anti TNF lekovi su dobar način lečenja za ankilozirajući spondilitis i kada pacijenti ne podnose ili ne reaguju na NSAIL.

Preporuke za lečenje artropatija (tj. bolesti zglobova) povezanih sa UK se baziraju na istraživanjima spondiloartropatija (tj. bolesti zglobova), prvenstveno ankilozirajućeg spondilitisa (tj. artritisa kičme). Ne postoje dobro osmišljena istraživanja u oblasti IBC, pa su i preporuke preuzete iz drugih oblasti bolesti.

Kod perifernog artritisa, lečenje osnovne bolesti UK pomoću kortikosteroida, imunomodulatora i anti TNF lekova trebalo bi da reši periferni artritis. Ako lečenje osnovne UK ne dovede do olakšanja od bolova u zglobovima pacijent bi trebalo da razmotri kratkoročno uzimanje NSAIL; iako NSAIL mogu potencijalno pogoršati UK koji je u osnovi, mada se čini da je za to rizik mali. Fizikalna terapija može doneti olakšanje od simptoma. Izgleda da je upotreba COX-2 inhibitora (npr. etorikoksib i celiokoksib) bezbednija sa manjim rizikom za nastanak pogoršanja bolesti u poređenju sa uobičajenim NSAIL. Sulfasalazin može biti koristan kod artropatije velikih zglobova. Infliksimab takođe može imati povoljan efekat na periferni artritis.

Što se tiče aksijalne artropatije kod UK, najveći broj metoda lečenja se bazira na dokazima istraživanja o ankilozirajućem spondilitisu. Intenzivna fizikalna terapija i NSAIL se mogu koristiti, iako treba izbegavati dugoročno korišćenje NSAIL. Lokalne injekcije kortikosteroida mogu biti razmotrene. Sulfasalazin, metotreksat i azatioprin nemaju efekta kod ankilozirajućeg spondilitisa sa aksijalnim simptomima. Kod pacijenata sa aktivnim ankilozirajućim spondilitisom koji ne reaguju na NSAIL ili ga ne podnose,

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



preporučuju se anti TNF lekovi. Adalimumab i infliksimab su dokazano dovoljno bezbedni i efikasni za lečenje ankilozirajućeg spondilitisa.

Osteopenija može pomoći da se predvidi buduća osteoporoza, ali predstavlja mali direktan rizik. Međutim, ako se ispune određeni kriterijumi (tj. T skor manji od -1,5) treba dati kalcijum i vitamin D. Osteoporozu treba lečiti u slučaju prethodne frakture (čak i kada je T skor normalan).

Uzimanje kalcijuma (500-1000 mg/dan) i vitamina D (800-1000 i.j./dan) povećava gustinu kostiju kod pacijenata sa IBC iako nije istraženo da li sprečavaju frakture kod pacijenata sa IBC. Zbog toga, nije moguće dati zvaničnu preporuku za lečenje bisfosfonatima na osnovu smanjene gustine kostiju. Treba reći i to da će ženama u postmenopauzi ili onima sa osteoporozom izazvanom steroidima svakako pomoći. Uopšte, kod pacijenata sa sniženom gustinom kostiju i dodatnim faktorima rizika treba razmisliti o lečenju.

Najbolji predskazivač buduće frakture je prethodna fraktura pršljena, što podrazumeva i one osobe koje imaju normalnu gustinu kostiju. Dakle, svi pacijenti sa prethodnim frakturama treba da budu lečeni u skladu sa tim.

Koža

Lečenje Anti TNF terapijom može izazvati zapaljenje kože. Ono obično nestane kada se prestane sa uzimanjem leka. Kada nije jasno koji je uzrok zapaljenja kože, pacijenta treba uputiti dermatologu. S tim u vezi, izbor vrste terapije koja će se upotrebiti najviše je zasnovan na tome šta se dešavalo u okviru drugih hroničnih bolesti. Lečenje može podrazumevati primenu topikalnih steroida, topikalnih keratolitičkih agenasa, vitamina D, metotreksata ili menjanje ili prekidanje anti TNF terapije.

Anti TNF terapija pacijenata sa UK može ponekad prouzrokovati poremećaje na koži kao što su psorijaza i ekcem; kod približno 22% pacijenata na anti TNF pojaviće se ovi poremećaji. Lezije na koži nisu se javljale istovremeno sa simptomima IBC-a, a bile su češće kod žena. Lokalna terapija kortikosteroidima, keratoliticima (npr. salicilna kiselina, urea), emolijensima, analogima vitamina D i ultra ljubičastom (UV) terapijom (UVA ili uski opseg UVB) daje rezultate u vidu delimične ili totalne remisije kod skoro polovine pacijenata. Opšte gledajući, 34% osoba sa problemima na koži moralo je na kraju da prestane sa anti TNF lekovima jer se nije mogla postići kontrola nad problemom na koži. Na sreću, problemi na koži obično nestaju kada se prekine sa anti TNF terapijom.

Oči

Pacijenta koji ima problema sa očima treba uputiti oftalmologu. Episkleritis (tj. upala u oku) možda neće zahtevati sistemsko lečenje i obično će odreagovati na lokalno primljene steroidne ili NSAIL. Uveitis se leči steroidima, bilo lokalnim ili sistemskim. Imunomodulatori, uključujući anti TNF lekove, mogu biti od pomoći kod upornijih slučajeva.

Uveitis i episkleritis su najčešće manifestacije na očima, a prouzrokovane IBC-om. Episkleritis može biti bezbolan i da se manifestuje samo kao crvenilo očiju, a mogu se javiti svrab i peckanje. Upala može nestati sama bez lečenja, a obično će se postići odgovor nakon primene lokalnih steroida, NSAIL ili jednostavnih analgetika pored terapije za lečenje osnovne bolesti UK.

Uveitis (tj. zapaljenje uvee) je manje čest, ali potencijalno može imati teže posledice. Kada je povezan sa UK često se javlja na oba oka, pritajen je na početku bolesti i dugotrajan je. Pacijenti se žale na bol u oku, zamagljen vid, osetljivost na svetlo i glavobolje. Pošto što se radi o ozbiljnom stanju koje može uzrokovati gubitak vida, osoba

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



sa uveitisom treba da poseti oftalmologa (tj. specijalistu za bolesti očiju) odmah. Lečenje će se obično sastojati od lokalnih i sistemskih steroida. Azatioprin, metotreksat, infliksimab i adalimumab su se pokazali delotvornim u slučajevima otporne bolesti.

Jetra i žučna kesa

Ponekad se poremećaji jetre, žučne kese, žučnih puteva ili žuči dešavaju u kombinaciji sa UK; oni se zovu hepatobilijarni poremećaji. U slučaju poremećenih nalaza analiza za funkciju jetre doktor bi trebao da proveri postoji li neki od ovih poremećaja. Ultrazvučni pregled i serologija se koriste otkrivanje autoimunskih i infektivnih uzroka. Jedan od mogućih hepatobilijarnih poremećaja je PSH, a najbolji način za postavljanje dijagnoze je MRCP. Ljudi koji boluju od PSH imaju veću verovatnoću da dobiju karcinom.

Poremećene vrednosti nalaza analiza funkcije jetre su česti kod IBC. Kod pacijenata sa IBC stanje koje je najčešće uzrok poremećenih vrednosti nalaza jetre je PSH iako se neka druga oboljenja (npr. ciroza, kamenje u žuči i hronični hepatitis) takođe javljaju u IBC. Neki lekovi (npr. azatioprin) koji se koriste za lečenje IBC takođe mogu prouzrokovati poremećene vrednosti analiza funkcije jetre. Obično će se poremećaj funkcije jetre pokazati na rutinskim analizama pre nego što se pojave simptomi.

Ako je ultrazvučni nalaz normalan, ako je mala verovatnoća da je u pitanju neželjen efekat lekova, serološki testovi za druge primarne bolesti jetre su negativni, tada je verovatno da je PSH uzrok poremećenih vrednosti nalaza funkcije jetre. Uobičajena dijagnostička metoda za PSH je MRCP; ako je PSH prisutan videće se nepravilni žučni putevi koji su mestimično sužen i prošireni. Ako se ni sa MRCP-om ništa ne otkrije, treba da se uradi biopsija jetre. Važno je uveriti se da li je PSH prisutan zato što povećava rizik za razvoj karcinoma kod pacijenta sa UK. Dakle, pacijente sa PSH trebaju pažljivo pratiti.

Krv i zgrušavanje krvi

Rizik od nastanka krvnih ugrušaka i smrti povezane sa krvnim ugrušcima je duplo veći kod osoba koje imaju UK u poređenju sa osobama koje nemaju UK. Ako postoji rizik za nastanak krvnih ugrušaka u krvnim sudovima, prevencija se može uraditi mehanički (npr. kompresivne čarape) ili pomoću lekova (npr. heparin). Lečenje krvnih ugrušaka kod UK treba da se sprovodi sa utvrđenim terapijskim opcijama za razređivanje krvi, uzimajući u obzir potencijalni rizik od krvarenja.

Zbog uglavnom nepoznatih razloga, pacijenti sa UK imaju povećan rizik od stvaranja krvnih ugrušaka u venama, zvanih venska tromboembolija. Važno je lečiti ovo stanje jer mogu nastati komplikacije ili čak i smrt. Ove krvne ugruške treba dijagnostikovati pomoću odgovarajućih tehnika snimanja, kao što su ultrazvuk ili venografija.

Što se tiče lečenja, za lečenje krvnih ugrušaka treba koristiti lekove za razređivanje krvi (nazivaju se antikoagulansi). Ukoliko se i po drugi put jednoj osobi stvore krvni ugrušci, treba razmotriti dugoročno lečenje. Nejasno je još uvek nije jasno da li pacijenti sa IBC imaju više komplikacija prouzrokovanih razređivačima krvi nego ljudima sa antikoagulansima, a u odnosu na ljude koji nemaju IBC. Pacijenti sa UK treba da budu oprezni ako idu na duga putovanja, kao i ako uzimaju oralnu kontracepciju jer to dodatno povećava rizik od formiranja krvnih ugrušaka.

Suplementi gvožđa su potrebni u slučaju anemije usled nedostatka gvožđa. Takođe treba razmotriti njihovo uzimanje u slučaju nedostatka gvožđa bez anemije. IV gvožđe deluje bolje i podnosi se bolje u odnosu na pilule pilule gvožđa uzete oralno. U prisustvu teške anemije, nepodnošenja oralno uzetog gvožđa, neadekvatnog odgovora na primenu

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



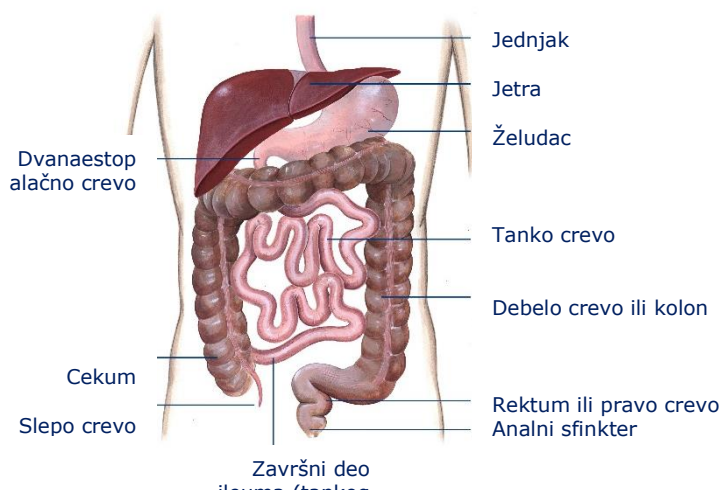
oralnog gvožđa treba dati gvožđe IV Kada su potrebni brzi rezultati, IV gvožđe treba dati zajedno sa eritropoeznim lekom.

Ako postoji anemija i dokazan je nedostatak gvožđa, treba započeti nadoknadu gvožđa. U slučajevima nedostatka gvožđa bez anemije, treba postupati individualno, od slučaja do slučaja. Glavni cilj terapije za anemiju sa nedostatkom gvožđa je da se obezbedi dovoljno gvožđa kako bi se povećao hemoglobin. Idealno, nivo hemoglobina bi trebalo povećati za više od 2 g/dL ili do normalnih vrednosti u roku od 4 nedelje, popuniti zalihe gvožđa (saturacija transferina iznad 30%), ukloniti simptome vezane za anemiju i popraviti kvalitet života. Nivo saturacije transferina iznad 50% i nivo feritina iznad 800 g/L se smatraju toksičnim i treba ih izbegavati.

Nadoknada gvožđa se može dati oralno, intramuskularno ili intravenski; odluka o tome koja metoda će se koristiti zavisi od simptoma, uzroka, težine bolesti i da li pacijent, pored UK, ima i druge bolesti. Oralna terapija, iako tradicionalno omiljena od strane gastroenterologa, često dovodi do gastrointestinalnih simptoma kao što su mučnina, nadutost i dijareja. Dodatno, 90% gvožđa se ne apsorbuje i može dovesti do pogoršanja IBC. Zato infuzije IV gvožđa dobijaju na popularnosti mada još uvek nisu stalna praksa uprkos tome što su jednako efikasne, što daju brže rezultate i što su bezbednije u odnosu na oralno dato gvožđe. Sve u svemu, pacijenti koji treba da dobiju IV gvožđe su oni koji ne tolerišu ili ne postižu rezultate sa oralnom terapijom, oni sa teškom anemijom, sa izraženom upalom i koji su na lekovima za stimulisavanje proizvodnje crvenih krvnih zrnaca.

Rečnik stručnih izraza

Ilustracija anatomije organa za varenje



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Termin	Na šta se termin odnosi	Definicija
5-ASA ili 5-aminosalicilna kiselina ili mesalazin	Lek	Ovo je lek koji deluje lokalno, koristi se za lečenje IBC, prevashodno UK i pod određenim okolnostima KB. Takođe se može zvati mesalazin i može se uzimati oralno ili rektalno u vidu klistira, pene ili čepića.
6-TGN	Lek	Aktivni metabolit azatioprina ili merkaptopurina.
Apsces	Komplikacij a KB	Apsces je inkapsulirana tkivna tečnost, odnosno gnoj, koja se nalazi negde u telu. Rezultat je odbrambene reakcije organizma na strano telo.
Adalimumab	Lek	Anti TNF lek koji se obično koristi za lečenje IBC, pripada grupi bioloških (biotehnoški proizvedenih) lekova. Pacijent ili medicinska sestra ga ubrizgava ispod kože (subkutano).
Adhezije (priraslice)	Komplikacij a posle operacije	Delovi creva spojeni inflamatornim reakcijama. Mogu izazvati opstrukciju i bol.
Aminosalicilat	Lek	Ovo je lek koji se koristi za lečenje IBC, koji se još zove 5-ASA.
Anemija	Bolest	Stanje u kom nemate dovoljno crvenih krvnih zrnaca ili hemoglobina. Ukoliko imate anemiju možete se osećati umorno i slabo.
Anemija kod hronične bolesti	Bolest povezana sa IBC ili inflamatorni	Ovo je anemija koja nastaje kao posledica hronične bolesti kao što je IBC ili nekih drugih inflamatornih procesa.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	m stanjima	
Ankilozirajući spondilitis	Oboljenje povezano sa IBC	Vid artritisa koji se karakteriše hroničnom upalom koja primarno zahvata kičmu, prouzrokujući bol i ukočenost leđa, a širi se ka grudima i vratu.
Anti TNF lekovi	Lek	Biološki (biotehnološki proizvedeni) lekovi koji se obično koriste za lečenje inflamatornih bolesti creva. Najčešće se koriste infliksimab, adalimumab, certolizumab i golimumab.
Antibiotici	Lek	Lekovi koji se koriste za lečenje bakterijskih infekcija. Ne deluju protiv virusa.
Antidijaroik	Lek	Lek koji olakšava simptome dijareje. Najčešće se koristi loperamid.
Apendektomija	Operacija	Uklanjanje apendiksa (slepog creva) od strane hirurga. Obično se radi zbog apendicitisa.
Apendicitis	Bolest	Upala apendiksa (slepog creva) koji je ekstenzija kolona. Pored drugih stvari, apendicitis može uzrokovati bol, gubitak apetita i groznicu ili perforaciju.
Artritis	Oboljenje povezano sa IBC	Upala zglobova(ova) koja prouzrokuje bolove i oticanje zglobova.
Artropatija		Bilo koja bolest ili abnormalno stanje koje pogađa zglob.
Auto-imuna	Opisivač bolesti	Auto-imuna bolest je bolest kod koje imuni sistem napada zdrave ćelije u telu.
Aksijalni artritis	Oboljenje povezano sa IBC	Bolest zglobova(ova), može pogoditi kičmu i kukove
Azatioprin	Lek	Vidi tiopurini
Biološki lekovi	Lek	Obično IG (imunoglobulinski) proteini koje prave genetski modifikovane ćelije, npr. anti TNF lekovi ili vedolizumab.
Barijum (kontrast)	Dijagnostički test	Supstanca koja se koristi kod određenih radioloških metoda da bi se poboljšala vidljivost anatomskih struktura.
Biopsija, biopsije	Dijagnostički test	Biopsija je uzorak tkiva uzet iz tela da bi se mogao pažljivije pregledati. Biopsije se uzimaju sa zida creva za vreme kolonoskopije.
Bisfosfonati	Lek	Jedinjenja koja usporavaju gubitak kostiju i povećavaju gustinu kosti.
Karcinom creva	Bolest vezana sa KB/UK ili lečenje	Takođe se zove kolorektalni karcinom. To je karcinom creva koji oboleli od IBC imaju povećan rizik da dobiju. Pored ostalog, može prouzrokovati simptome kao što su krv u stolici, promenu stanja creva, bol u trbuhu, izrasline u trbuhu i gubitak telesne težine.
Budesonid	Lek	Lek koji pripada grupi kortikosteroida. Budesonid ima anti-inflamatorno dejstvo i koristi se u vidu klistira za lečenje akutnih pogoršanja kod pacijenata sa ileocekalnom KB i UK gde je zahvaćen zadnji deo kolona. Kortikosteroidi su isto

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		hormoni prirodno sintetisani u nadbubrežnim žlezdama našeg tela.
Kalcineurinski inhibitori	Lek	Imunosupresantski lekovi koji se koriste za lečenje IBC i da spreče odbacivanje organa kod transplantacije.
Cervikalna displazija	Bolest	Stvaranje izmenjenih čelija tkiva grlića materice.
KB ili Kronova bolest	Opisivač bolesti	Ovo je inflamatorna bolest creva. Kronova bolest može zahvatiti sve delove organa za varenje uključujući često i tanko crevo, a UK ne zahvata tanko crevo.
Hronične bolesti	Opisivač bolesti	Ovo su bolesti koje osoba ima duže vreme (često do kraja života). IBC su hronične bolesti.
Ciklosporin	Lek povezan sa UK	Kalcineurinski inhibitor je lek koji se koristi za usporavanje odgovora imunog sistema, pa se zato može koristiti za lečenje UK.
Ciprofloksacin	Lek	Antibiotik koji se takođe koristi za lečenje IBC i upale rezervoara ileo-analne anastomoze.
Clostridium difficile	Bolest	Bakterija koja prouzrokuje simptome slične IBC.
Kolektomija	Operacija	Uklanjanje kolona od strane hirurga. Prethodi ileo-analnoj anastomozi sa rezervoarom, operaciji kod pacijenata obolelih od UK.
Kolon (vidi sliku)	Deo tela	Drugačije se zove debelo crevo.
Kolonografija	Test	Može se uraditi pomoću CT skenera ili magnetne rezonance. To je metoda za pregled unutrašnjosti kolona bez potrebe za korišćenjem endoskopa.
Kolonoskopija	Test	To je test u kome se endoskop sa kamerom uvodi u rektum i ceo kolon s ciljem da se otkrije aktivnost bolesti i da se uzmu biopsije.
Kolorektalni hirurg	Drugo	Ovo je hirurg koji se specijalizuje za operacije rektuma, anusa i kolona.
Kortikosteroidi (ili steroidi)	Lek	Grupa lekova koji podražavaju efekat hormona koji se prirodno luče u nadbubrežnim žlezdama i deluju kao imunosupresanti. Hidrokortizon i prednizolon su dva kortikosteroida koji se najčešće koriste u lečenju IBC.
COX-2 inhibitori	Lek	Ovo su više specifični NSAID sa manje štetnih efekata i bolje se podnose u lečenju IBC.
Kreatinin	Test	Nivo kreatinina u krvi pokazuje koliko dobro funkcionišu bubrezi.
CRP (C-reaktivni protein)	Test	Test krvi koji se radi da bi se odredilo ima li upalnog procesa u telu. Koristan je da otkrije upalni proces u telu, ipak, visok nivo CRP-a ne mora da znači da je upala u crevima. Zbog toga, treba uraditi i druge testove da bi se utvrdilo da li je izvor upale u crevima kod pacijenta sa IBC.
CT (kompjuterizovan a tomografija)	Test	Ovo je oblik rentgena koji se obavlja u skeneru.
Enteroskopija	Test	Pregled tankog creva pomoću specijalnog

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



pomoću aparata		endoskopa.
Stepen bolesti	Opisivač bolesti	Ovo se odnosi na to koliki je deo kolona zahvaćen UK ili KB. Ne treba ga mešati sa ozbiljnošću bolesti koja se odnosi na to koliko je duboka i obimna upala. Stepent bolesti je koristan za klasifikaciju UK na proktitis, distalni kolitis i ekstenzivni kolitis, a u odnosu na KB sa zahvaćenošću tankog creva, debelog creva i gornjeg dela sistema organa za varenje.
Indeksi ozbiljnosti bolesti	Test	Indeks ozbiljnosti bolesti je način za merenje ozbiljnosti bolesti baziran na simptomima pacijenta i određenim testovima (npr. kako creva izgledaju na endoskopiji). Obično, teža bolest je predstavljena višim rezultatima. Jedan primer ovoga je indeks aktivnosti ulceroznog kolitisa (UCDAI) ili indeks aktivnosti Kronove bolesti (CAI)
Barijumski klistir sa dvostrukim kontrastom	Test	Ovo je metoda pri kojoj se rentgenski snime kolon i rektum nakon što se tečnost koja sadrži barijum ubaci u rektum. Barijum ocrta kolon i rektum na rendgenskom snimku i tako pomaže u prikazivanju nepravilnosti.
Elektroliti	Test	Testiraju se preko krvi, ovo su minerali (npr. natrijum, kalijum, hloridi) u krvi i drugim telesnim tečnostima koji nose električni naboj. IBC može prouzrokovati poremećaj nivoa elektrolita.
Trajna ileostomija	Operacija	Operacija kada se kraj tankog creva podeli i izvede napolje preko trbuha i prišije za kožu da bi se formirala stoma. Osoba kojoj je urađena trajna ileostomija nosi kesu na njenom/njegovom stomaku u kojoj se prikuplja stolica.
Endoskopski	Test	Pridev od reči endoskopija.
Endoskopska intubacija	Test	Plasiranje cevčice u telo pomoću endoskopa.
Endoskopija	Test	Procedura u kojoj se kamera na kraju duge cevčice uvodi u telo da bi se direktno pregledao organ koji se pregleda. Najčešća endoskopija za pacijente IBC je (ileo)kolonoskopija.
Klistir	Lek	Tečnost koja se ubrizga u donji deo creva kroz rektum. Ovo se može raditi da bi se pomoglo lekaru da izvrši test ili da se plasira lek.
Erythema nodosum (nodozni eritem)	Oboljenje povezano sa IBC	Inflamatorno stanje kože.
Eritropoezni lek	Lek	Lek koji stimuliše proizvodnju crvenih krvnih zrnaca.
SE ili brzina sedimentacije eritrocita	Test	Test krvi kojim se meri stepen upale u telu, sličan CRP.
Ekstenzivni kolitis	Opisivač bolesti	To je oblik UK koji zahvata ceo kolon.
Stepen (stepen	Opisivač	Stepen bolesti se odnosi na to koliko je creva

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



bolesti)	bolesti	zahvaćeno od strane IBC.
Fekalni kalprotektin	Test	Protein koji se luči u crevima tokom upale. Nivo fekalnog kalprotektina raste samo u slučaju upale creva, pa je zbog toga fekalni kalprotektin bolji za merenje upale od CRP ili sedimentacije (SE). Nespecifično za IBC. Pacijent mora doneti uzorak stolice na pregled.
Plodnost	Drugo	Plodna osoba je ona koja je fizički sposobna da ima decu.
Fistula, fistule	Komplikacija a KB	Čir koji se pruža kroz zid creva, stvarajući neprirodan prolaz između creva i kože, ili između creva i drugog organa. Jednostavne fistule imaju jedan kanal; kompleksne fistule imaju više kanala. Fistulizirajuća KB je oblik KB.
Fistulografija	Test	Rendgenski snimak fistule.
Fistulotomija	Operacija	Hirurško otvaranje fistule.
Ponovno pogoršanje ili relaps	Opisivač bolesti	Stanje kada je bolest aktivna i suprotna je remisiji bolesti. Osoba kod koje se bolest pogorša imaće određene simptome i upalu.
Fraktura	Drugo	Prelom kosti prouzrokovan jednim događajem ili kontinuiranim delovanjem na kost.
Gastroenterolog	Drugo	Doktor koji se specijalizovao u lečenju bolesti organa za varenje kao što su IBC.
Nivo hemoglobina	Test	Nivo hemoglobina meri koliko hemoglobina imate u krvi. Hemoglobin nosi kiseonik u krvi. Nizak nivo ukazuje na anemiju.
Histološki	Test	Histološki pregled podrazumeva pregled pri kome se tkivo dobijeno biopsijom pregleda pod mikroskopom.
IBC	Bolest	Skraćenica za inflamatornu bolest creva, ovo je zajednički naziv za Kronovu bolest i ulcerozni kolitis
NIBC ili neklasifikovana IBC	Opisivač bolesti	Ako se ne može utvrditi da li osoba ima KB ili UK nakon što su urađeni svi testovi, treba koristiti termin NIBC.
NK ili neodređen kolitis	Opisivač bolesti	U slučajevima kada nije moguće utvrditi ima li osoba KB ili UK, može se zvati NK. Ipak, NK bi trebalo koristiti samo za uzorke resekcije.
Ileokolonoskopija	Test	Endoskopija koja se koristi u cilju pregleda kolona i ileuma.
Ileo-rektalna anastomoza	Operacija	Operacija u kojoj se rektum sačuva, a ileum se poveže na rektum. Ovo je suprotno ileo-analnoj anastomozi sa rezervoarom u kojoj se rektum ne sačuva.
Ileoskopija	Test	Korišćenje endoskopije da bi se pogledao ileum koji je najniži deo tankog creva.
Snimanje	Test	Izrada slike ili snimka dela tela koristeći neku od brojnih tehnika kao što su rendgen, ultrazvuk, CT ili magnetna rezonanca. Tehnike snimanja su često potrebne za procenu koji deo tela je zahvaćen IBC.
Vakcinisan	Drugo	Osoba je vakcinisana ako je on/ona učinjena

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		imunom na infekciju. Česta vakcina je za male boginje, zauške i tetanus ali postoje i mnoge druge.
Imunomodulator	Lek	Imunomodulatori slabe ili stimulišu aktivnost imunog sistema. Imunosupresanti su uobičajeni imunomodulatori koji se koriste u lečenju IBC zato što se smatra da su IBC bar delimično uzrokovane preterano aktivnim imunim sistemom.
Imunosupresanti	Lek	Grupa lekova koji se koriste da uspore imuni sistem, uključujući steroide, tiopurine, metotreksat, anti TNF lekove i vedolizumab. Zbog toga što IBC mogu nastati usled preterano aktivne reakcije imunog sistema, imunosupresanti mogu biti korisni za njihovo lečenje.
Infliksimab	Lek	Anti TNF biološki lek koji se uobičajeno koristi za lečenje IBC. Daje se pacijentu kapanjem direktno u krvotok.
Ileo-analna anastomoza sa rezervoarom	Operacija	Operacija koja se često radi kod pacijenata sa UK kod koje se kraj tankog creva preoblikuje u rezervoar i obavlja funkciju koju je obavljalo debelo crevo pre nego što je izvađeno.
Nedostatak gvožđa	Bolest	Kada nema dovoljno gvožđa u krvi.
Anemija usled nedostatka gvožđa	Bolest	Stanje kada ima manjak crvenih krvnih zrnaca usled nedostatka gvožđa.
Nedostatak gvožđa bez anemije	Bolest	Stanje kada je gvožđe u nedostatku, ali ne u tolikoj meri da bi se desila anemija.
Sindrom nervoznih creva (IBS)	Bolest	Često stanje sa simptomima sličnim IBC, ali bez upale.
IV ili Intravenozno	Lek	Kada se lek uzima kroz venu u krvotok.
Keratolitički preparat	Lek	Ovo je lek koji se koristi za uklanjanje bradavica i drugih lezija.
Laparoskopski	Operacija	Laparoskopska operacija je način izvođenja operacije kada se naprave mali rezovi kroz koje se plasiraju kamere da bi se videlo operativno polje. Zbog malih rezova obično je brži period oporavka nego kod uobičajene operacije.
Laktoferin	Test	Protein koji se luči u crevima tokom upale. Pacijent mora doneti uzorak stolice na pregled.
Distalni kolitis	Opisivač bolesti	Ovo je oblik UK koji dolazi ali ne prelazi preko leve strane kolona i efikasno se može lečiti lokalnim delovanjem.
Loperamid	Lek	Uobičajeni antidijaroik, videti antidijaroik.
Niskomolekularni heparin	Lek	Ovo je lek koji se obično koristi za sprečavanje krvnih ugrušaka.
Lokalizovana bolest	Opisivač bolesti	Bolest ograničena na jedan sistem organa ili na lokalizovan deo creva.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Limfoproliferativne bolesti (LPB)	Bolest	Grupa bolesti gde se limfociti (bela krvna zrnca) prekomerno proizvode. LPB uključuju različite leukemije i limfome.
Terapija održavanja	Lek	Ovo je tretman koji se koristi da se pacijent zadrži u remisiji.
Malapsorpcija	Komplikacija KB	Smanjena apsorpcija hranljivih materija u organima za varenje.
Pothranjenost	Komplikacija KB	Nepravilna ishrana prouzrokovana, na primer, nesposobnošću da se dovoljno jede, nedovoljnim unosom adekvatnih namirnica ili nedovoljnom apsorpcijom hrane.
Mesalazin	Lek	Lek koji se koristi za lečenje IBC. Može se uzeti oralno ili rektalno.
Metotreksat	Lek	Lek koji priroda grupi imunosupresanata, obično se koristi za lečenje KB. Nije tako efikasan za lečenje ulceroznog kolitisa.
Metronidazol	Lek	Ovo je antibiotik koji se koristi kod upale rezervoara ileo-analne anastomoze i fistulizirajuće KB.
MR (magnetna rezonanca) enterografija	Test	Metoda pri kojoj se koriste magnetni talasi za dijagnostičko slikanje tankog creva uz pomoć oralno uzete kontrastne boje. Radijacija se ne koristi.
MRCP ili magnetno rezonancna holangiografija	Test	Ovo je specijalna metoda kojom se magnetnom rezonancom proveravaju jetreno-žučni poremećaji.
MRI ili Snimanje magnetnom rezonancom	Test	Metoda kojom se koriste magnetni talasi za snimanje dijagnostičkih slika različitih delova tela. Radijacija se ne koristi.
NSAIL ili nesteroidni anti inflamatorni lekovi	Lek	Ovi lekovi mogu smanjiti bol. Takođe sniziti telesnu temperaturu i vanstomačne upale. Najpoznatiji su ibuprofen i aspirin, a pacijenti sa IBC bi trebalo da ih izbegavaju jer mogu povećati rizik od pogoršanja bolesti.
Opstrukcija, opstruktivni	Komplikacija KB	Opstrukcija nastaje kada zapaljenje izazvano KB zadeblja zid creva prouzrokujući da se crevo suzi, ili kada delovi creva razviju izrasline pa je protok sadržaja creva blokiran.
Oralni	Lek	Oralni lekovi su lekovi koji se uzimaju na usta.
Osteopenija	Bolest	Slabljenje kostiju koje nije dovoljno značajno da bi se smatralo osteoporozom.
Osteoporoza	Bolest	Medicinsko stanje kod koga kosti postaju slabe i osoba ima povećan rizik od preloma.
p-ANCA	Test	p-ANCA znači perinuklearna anti-neutrofilna citoplazmatska antitela. Nalaze se u krvi.
Usmerena na pacijenta	Drugo	Nega usmerena na pacijenta podrazumeva da se porepoznaju i poštuju individualne potrebe pacijenta, kao i da se sve kliničke odluke donose u skladu sa interesima pacijenta.
Periferni artritis	Bolest	Upala zglobova koja obično zahvata velike

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		zглоbove ekstremiteta.
Upala rezervoara ileo-analne anastomoze	Komplikacija	Zapaljenje ilealnog rezervoara (videti ileo-analna anastomoza sa rezervoarom)
Pyoderma gangrenosum	Bolest	Zapaljenje kože koje rezultira bolnim čirevima koje su izazvali autoimuni mehanizmi, a ne infekcija, ponekad se javlja kod pacijenata sa IBC.
Rektalno	Deo tela	Nešto što je rektalno odnosi se na kraj kolona, koji se naziva rektum. Na primer, lek koji se plasira u rektum kroz anus se naziva rektalni lek.
Rektum ili pravo crevo	Deo tela	Ovo je zadnji deo kolona. Završava se anusom.
Relaps	Opisivač bolesti	Ponovno javljanje bolesti
Remisija	Opisivač bolesti	Remisija je kada osoba nema aktivnu bolest; suprotna je terminu „pogoršanje“ ili „relaps“ koji se upotrebljava da bi opisao kada osoba ima aktivnu bolest.
Resekcija	Operacija	Hirurški odstranjen ceo organ ili njegov deo ili neka druga telesna struktura.
Sakroilitis	Bolest	Zapaljenje zgloba između krsne (sacrum) i bedrene (ilium) kosti.
Terapija spasavanja	Lečenje	Terapija spasavanja je lečenje koje se primenjuje kada su svi konvencionalni načini lečenja neuspešni i koristi se kao poslednji pokušaj da se bolest stavi pod kontrolu.
Serološki	Test	Serologija proučava krvni serum i druge telesne tečnosti. Obično se koristi za detekciju antitela u serumu.
Serologija	Test	Ispitivanje seruma ili drugih telesnih tečnosti.
Nivo feritina u serumu	Test	Ovo je test koji meri nivo gvožđa uskladištenog u telu.
Urea u serumu	Test	Urea je jedinjenje koje normalno bubrezi čiste iz krvi u urin. Nivo uree u serumu je važno znati zato što nenormalne vrednosti mogu ukazati na promenjeno stanje bubrega ili na dehidrataciju.
Seton	Operacija	Konac koji se koristi da bi kanal fistule ostao otvoren i da bi se izbeglo nakupljanje gnoja u apscesu.
Neželjeni efekti	Lek	Štetno dejstvo leka ili intervencije.
Sigmoidoskopija	Test	Slično kolonoskopiji, samo što se pregled radi za zadnji deo kolona umesto celog kolona.
Kapsularna endoskopija tankog creva (KETC)	Test	Pregled pri kome pacijent guta kapsulu koja sadrži malu kameru. Kamera snima slike unutrašnjosti organa za varenje.
Stenoza	Bolest	Suženje koje je dovoljno značajno da izazove neprijatnost pacijentu.
Steroidi	Lek	Steroidi se uobičajeno koriste za lečenje IBC i rade na principu smanjenja aktivnosti imunog sistema. Mogu biti lokalni ili sistemski. Zbog brojnih

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		neželjenih efekata, njihova upotreba bi da bude ograničena koliko je god moguće.
Suženje	Posledica KB	Suženje koje je dovoljno značajno da izazove neprijatnost pacijentu.
Stolica ili stolice	Drugo	Stolica je sadržaj creva ili izmet.
Subtotalna kolektomija	Operacija	Suprotno kolektomiji, ovo je kolektomija koja podrazumeva uklanjanje dela kolona, a ne ceo kolon.
Sulfasalazin	Lek	Sulfasalazin je lek za lečenje IBC. Sulfasalazin se sastoji iz dva dela, 5-ASA aktivnog dela i antibiotika sulfapiridina. Bakterije podele sulfasalazin u kolonu i oslobađaju 5-ASA.
Čepić ili čepići	Lek	Lek koji se plasira u rektum gde se topi i prekriva unutrašnjost creva da bi lečio upalu.
Kontrola	Test	Kontrola se dešava kada doktor redovno kontroliše pacijenta sa IBC, često endoskopom zarad utvrđivanja da li se razvija karcinom creva. Kontrola je važna zato što pacijenti koji boluju od IBC imaju povećan rizik od dobijanja karcinoma creva.
Sistemi	Lek	Sistemi lek koji utiče na celo telo. Suprotno od lokalnog leka koji ne prolazi kroz celo telo.
T-vrednosti	Test	T-vrednosti mere gustinu kostiju.
Takrolimus	Lek	Imunosupresantski lek sličan ciklosporinu koji se uzima oralno za lečenje UK.
Tenezmus	Opisivač bolesti	Bolni grč u rektumu/anusu često praćen nevoljnim naprezanjima i željom za pražnjenje creva bez sadržaja.
Tiopurini	Lek	Ovo su imunosupresantski lekovi. Azatioprin i merkaptopurin se najčešće koriste za lečenje IBC.
Trombocitoza	Test	Povećan broj krvnih pločica (trombocita).
Lokalni	Lek	Ovo je lek koji deluje na upalu direktno, bez apsorpcije u telo.
Saturacija transferina	Test	Merenje kapaciteta za vezivanje gvožđa u telu gde rezultat niži od 16% ukazuje na nedostatak gvožđa.
Tuberkuloza	Bolest	Infektivna bolest koja napada pluća i druge delove tela, a izaziva je mycobacterium tuberculosis.
UK ili ulcerozni kolitis	Opisivač bolesti	UK je jedna od inflamatornih bolesti creva.
Ultrazvuk	Test	Metoda snimanja koja koristi zvučne talase da proceni organe u telu.
Ursodeoksiholna kiselina	Lečenje	Oralni lek koji se može dati pacijentima koji boluju od PSH (primarni sklerozirajući holangitis, hronična bolest jetre koja se karakteriše upalom i fibrozama žučnih puteva u i van jetre.) da zaštiti jetru i spreči karcinom creva.
Uveitis	Bolest	Upala uvee (srednjeg očnog omotača).
Provereno	Test	Ako je nešto provereno, smatra se da je dokazano da je sigurna mera onoga što treba da meri. Na primer, indeks ozbiljnosti bolesti će biti proveren

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		kada bude dokazano da tačno meri ozbiljnost bolesti.
Vedolizumab	Lek	Biološki (biotehnološki proizveden) lek koji se koristi za lečenje IBC. Daje se pacijentu kapanjem direktno u krvotok. (intravenski).
VSL#3	Lek	Probiotik (živi mikroorganizmi koji kada se unesu u dovoljnoj količini povoljno utiču na zdravlje domaćina) koji je pokazao ohrabrujuće rezultate za lečenje upale rezervoara ileo-analne anastomoze.
Odvikavati	Lek	Ako se od leka odvikava, postepeno se ukida, a ne naglo. Ovo se radi kada se uzimaju steroidi, zato što nagli prekid uzimanja steroida može imati ozbiljne neželjene posledice.