

A colitis ulcerosa és a Crohn-betegség multidiszciplináris megközelítése

Dr. Banai János, Országos Gyógyintézeti Központ

A colitis ulcerosa (CU) és Crohn-betegség (CD) az ismeretlen eredetű gyulladós bélbetegségek (IBD) csoportjába tartozik. Ide soroljuk még az indeterminált colitiseket, valamint egyes szerzők a lymphocytás, kollagén és eosinophyl colitist is.

Az IBD lényege, hogy genetikailag fogékony egyéneknél kóros immunválasz jön létre a szokásos, egyébként ártalmatlan enterális flóra mellett. A folyamat fenntartja önmagát, ami krónikus gyulladáshoz vezet. Az IBD szisztémás betegség, ami klinikailag igen változó formában és erősségben manifesztálódhat.

Mondhatjuk azt is, hogy a CU és CD valódi multidiszciplináris betegség, hiszen nemcsak emésztőszervi, hanem extraintesztinális tüneteket is okozhat, bármely életkorban jelentkezhet, így szinte minden orvosi szakma képviselője találkozhat vele.

KLINIKAI TÜNETEK

A CD és CU jellegében különbözik egymástól (1. táblázat). A Crohn-betegség a szájától az anusig az egész tápcsatornát érintheti, a gyulladás transmuralis, szegmentálisan jelenik meg. Klinikai tünetei sokfélék lehetnek attól függően, hogy a tápcsatorna melyik része beteg, fistulázó, sztenotizáló, vagy főleg gyulladós formáról van szó. A colitis ulcerosa csak a vastagbél mucosáját, tehát nem az egész bélfalat érinti. A betegség diffúz, a rectum mindig érintett.

Az okozott emésztőszervi tünetek, panaszok CU esetén könnyebben felismerhetők. Az aktív gyulladás sine qua nonja a véres hasmenés. Jellemző a hasi fájdalom, tenezmussal járó székelés, éjszakai széklet, gyakori székelési inger, amit esetleg csak vér, nyák ürítése követ. Aktív szakban jelentkezhet láz, a hasmenés, vérzés következtében vérszegénység, folyadék és elektrolit hiány, fogyás, az általános állapot romlása. A betegség lehet egészen enyhe, de okozhat súlyos, életveszélyes állapotot is.

A CD által okozott panasz függ a betegség lokalizációjától és formájától. Hasmenés előfordulhat, de vékonybél érintettség esetén például nem feltétlenül jelentkezik. Fistula, tályog esetén láz, fájdalom, akár görcs is bekövetkezhet. Lehet az első tünet appendicitisre utaló erős ileocecalis fájdalom. Stenosis esetén görcs, hányás, subileus, ileus is fellép-

het. Még változatosabbá teszi a klinikai képet, hogy vékonybél érintettség esetén annyira csökkenhet a felszívó felület, hogy malabszorpció alakulhat ki. Felszívódási zavarhoz vezethet a vékonybél bakteriális kontaminációja (bacterial overgrowth syndrome) is.

Tovább bonyolítja a klinikai képet, hogy mindkét betegség extraintesztinális tünetekkel is járhat (2. táblázat).

Szemtünetek az uveitis, episcleritis. Arthritis mindkét betegséget kísérheti. Sacroileitist inkább a CD okoz. Jellemzőes bőrtünetek mindkét betegségben az erythema nodosum és pyoderma gangrenosum. Vasculitist inkább a CU okoz. Thrombophylia is kísérheti mindkét betegséget, de valamivel gyakrabban fordul elő CU-ban. Steatosis hepatis ugyancsak mindkét betegségnél bekövetkezhet. A primer sclerotizáló cholangitis (PSC) elsősorban a CU kísérője. A két betegség társulása annyira jellemző, hogy PSC felismerésekor a vastagbelet is kötelező megvizsgálni akkor is, ha a betegnek ilyen panasza nincs.

AZ IBD MULTIDISZCIPLINÁRIS MEGKÖZELÍTÉSE

A betegség diagnózisát sokszor nem gasztroenterológus állítja fel, hiszen az első tünet, panasz változatos lehet. Házi orvos, gyermekorvos, belgyógyász, gasztroenterológus, sebész, infektológus, reumatológus, hepatológus, bőrgyógyász, szemész, immunológus, haematológus is lehet, akinél a beteg először jelentkezik.

A betegség felismerésében talán mégis a legfontosabb szerepe a házi orvosnak van, hiszen a legtöbb orvos-beteg találkozás nála történik. A hasfájós, hasmenéses beteg rendszerint nála jelentkezik. Akut panasz (pl. hasmenés) esetén természetesen az első faladat, hogy az ismert etiológiájú betegséget felismerje, vagy kizárja. Leggyakoribb az infekciós eredet (baktérium, vírus, parazita), de az anamnézist ismerve felmerülhet pseudomembranosus colitis, irradiatios, ischaemiás colitis, gyógyszer okozta hasmenés, malabszorpció, diabetes mellitushoz, endokrin betegséghez társuló hasmenés is. A házi orvos, ha ismeri a betegét, akkor viszonylag könnyen gondolhat IBD-re, vagy inkább más eredetűnek vélheti a panaszt. Sokszor infektológushoz kerül először a páciens például véres hasmenés miatt. Meglepően sok téves beutalás történik fertőző osztályra IBD, vagy colon tumor miatt. Az appendicitishez hasonló tünetek, periproctalis tályog, fistula, subileus, ileus, vérzés lehetnek az IBD el-

ső jelei, ami miatt sebészhez kell fordulni. Előfordul főleg CD esetében, hogy a betegséget műtét során diagnosztizálják (pl. appendectomia, ileus, tályog miatt végzett operáció).

Ritkán fordul elő, hogy nem a hasi panaszok dominálnak, ezért a beteg valamilyen extraintesztinális megjelenés miatt fordul bőrgyógyászhoz, szemészhez, reumatológushoz, hepatológushoz, haematológushoz. Elvértve megtörténhet, hogy még nem ismert az alapbetegség, tehát a diagnózis felállítása is ilyen szakorvostól indul. Jóval gyakoribb, hogy tudottan colitis ulcerosás, crohns beteg észlel szem, bőr, vagy ízületi tünetet. Az erythema nodosum, episcleritis, uveitis, arthritis a betegség aktivitásának jele, így a kezelés is dominálón általános kell legyen, tehát az alapbetegségekre irányuljon. A szakmák közötti együttműködés igen fontos. A thrombophylia, PSC, Bechterew kór nem párhuzamos a betegség aktivitásával, itt is multidiszciplináris megközelítésre, együttműködésre van szükség.

Krónikus betegségről van szó, melynek intenzitása változó, ritkább gyakoribb orvos-beteg találkozásokra van szükség. A diagnózis, a differenciál diagnózis sem mindig egyszerű. A megfelelő kezelés vezetéséhez speciális képzettségre és gyakorlatra van szükség. Ideális lesz a terápia, ha a háziorvos és a gasztroenterológus folyamatos kapcsolatban van. A gondozás, ellenőrzés (labor, UH, endoszkó-

pia) így valósulhat meg. Állandó társ sok esetben az IBD műtéteiben jártas sebész is.

Nem elhanyagolható a beteg együttműködése. Jó orvos-beteg viszony esetén a páciens érti a betegség lényegét, tisztában van a kezelés és ellenőrzés fontosságával, tudatosul benne, hogy a megfelelő életminőség akkor tartható fenn, ha állapotát komolyan veszi. Ugyanakkor fontos tudatosítani, hogy törekedjen a normális életvitel folytatására. Nem ritkán nagy segítséget nyújthat pszichológus is a beteg vezetésében. Nagyra kell értékelní a betegszervezetek működését. Itt a hasonló problémával szembesülő emberek találkozhatnak egymással és olyan napi dolgokban segítenek, amit a kívülálló egészséges orvos, vagy asszisztens nem, vagy nem megfelelően tud megvilágítani.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az ismeretlen eredetű gyulladós bélbetegségek (IBD) a colitis ulcerosa és a Crohn-betegség eredete pontosan nem ismert. Mai tudásunk szerint genetikailag fogékony egyedekben egyébként ártalmatlan antigénekre adott kóros immun válasz következménye. Változatos klinikai formában jelenik meg intesztinális és extraintesztinális tünetekkel. Éppen ezért a betegség multidiszciplináris megközelítése szükséges mind diagnosztikus, mind terápiás szempontból.

Tünet	CU	CD
Hasmenés	++++	+++
Vérszékelés	++++	+
Tapintható resistencia	-	+++
Toxikus megacolon	++	+
Perforáció	+	ritka
Fistula	-	+++
Lokalizáció	Colon	Egész tápcsatorna

1. táblázat
A colitis ulcerosa (CU) és a Crohn-betegség (CD) elkülönítése a klinikai tünetek alapján

Tünet	CU	CD
<u>Szem</u> (uveitis episcleritis)	+	+
<u>Ízület</u> , arthritis, Bechterew	+	+
Sacroileitis	-	++
<u>Bőr</u> , erythema nodosum	+	++
Pyoderma gangrenosum	+	+
Vasculitis	++	+
<u>Máj</u> steatosis	++	++
PSC	++	-/+
Vesekő, epekő	-	+
Alvadási zavar	+	+/-

2. táblázat
A colitis ulcerosa és a Crohn-betegség extraintesztinális tünetei

A szerző bemutatását lapunk 22. oldalán olvashatják.