

Základné poznatky o zápalových ochoreniach čriev

Basic characteristics of inflammatory bowel diseases

Kluknavská, J., Timková, S., Minčík, J., Ďurovič, E.

MDDr. J. Kluknavská, MUDr. S. Timková, PhD., MUDr. J. Minčík, PhD., doc. MUDr. E. Ďurovič, DrSc., 1. stomatologická klinika LF UPJŠ a UN L. Pasteura, Košice, SKZL – Regionálna komora zubných lekárov – výbor pre vzdelávanie, Košice

Abstrakt

Autori v prehľadnom článku opisujú základné poznatky o chronických zápalových ochoreniach čriev. Opisujú colitis ulcerosa a Crohnovu chorobu. Poskytujú dostupné údaje o definícii, klinických obrazoch, etiopatogenéze, priebehu ochorení a častých komplikáciách. Autori sa podrobne zaoberajú ústnymi léziami pri Crohnovej chorobe. Lézie delia na špecifické, nešpecifické, lézie z podvýživy a z komplikácií. Špecifické lézie sú: dlaždicová stuhnutosť sliznice vo vestibulum oris, prítomná je tvorba granulomatóznych lézií na gingívach a perách, opuch pripojenej gingívy, sliznice pier a tváre s možnosťou tvorby vredov s krvácaním. Nešpecifické chorobné lézie sú: stomatitis aftosa, pyostomatitis vegetans, lichenifikácia a lichen planus, halitosis. Chorobné lézie z podvýživy sú: cheilitis angularis, mucogingivitis, tvorba ragád na perách a jazyku, suchosť v ústach. Chorobné lézie pri komplikáciách sú: cheilitis angularis, cheilitis granulomatosis, parodontitis marginalis chronica, glossitis atrofica, candidosis oralis, stomatitis ulcerosa chronica. Na záver autori zdôrazňujú, že vážnosť potreby spolupráce vyžadujú aj časté komplikácie, ktoré sa prejavujú na slizniciach ústnej dutiny, prípadne na tvrdých zubných tkanivách svojimi patologickými léziami. Konečne, striedanie liekových foriem a ich dávkovanie môžu vyvolať nežiaduce a vedľajšie účinky liekov, ktorých vhodné posudzovanie môže zlepšiť kvalitu života pacientov.

Kľúčové slová: chronické zápaly čriev, colitis ulcerosa, Crohnova choroba.

Abstract

In this review article, the authors describe basic characteristics of chronic inflammatory bowel diseases. They describe ulcerative colitis and Crohn's disease and provide available data on definition, clinical picture, etiopathogenesis, disease progression and frequent complications. In Crohn's disease, the authors discuss in detail oral lesions, which are divided into specific, non-specific, lesions caused by malnutrition and complication-induced lesions. Specific lesions are: squamous stiffness of the mucosa in the vestibulum oris, the formation of granulomatous lesions on the gingiva and lips, swellings of the attached gingiva as well as the mucous membrane of the lips and the face, with possible formation of bleeding ulcers. Non-specific lesions are: aphthous stomatitis, pyostomatitis vegetans, lichenification and lichen planus, and halitosis. To lesions caused by malnutrition belong: angular cheilitis, mucogingivitis, and formation of rhagades on the lips and tongue, dry mouth. Complication-induced lesions are: angular cheilitis, cheilitis granulomatosis, chronic marginal periodontitis, atrophic glossitis, oral candidiasis, chronic ulcerative stomatitis. In conclusion, the need of cooperation is emphasized because frequent complications due to pathological lesions can appear on the mucous membranes of the oral cavity, as well as on the hard dental tissues. Finally, changing the drug forms and their dosage can cause undesirable side effects of drugs, appropriate assessment of which can improve the quality of life of patients.

Key words: chronic bowel inflammation, ulcerative colitis, Crohn's disease.

Úvod

Chronické zápalové ochorenia čriev predstavujú závažný medicínsky a sociálno-zdravotný problém. Výskyt zápalových ochorení čriev sa vo vyspelých krajinách zvyšuje, vysoká je ich morbidita, z nich vyskytujúce sa komplikácie, znižovanie úrovne kvality života a skrátenie života.

Zápalových chorobných stavov čriev je viac druhov, avšak s krátkym a liečiteľným priebehom, preto sa v gastroenterológii nepovažujú za ťažko riešiteľné stavy.

V tejto skupine chorôb najvýznamnejšie nozologické jednotky sú Colitis ulcerosa a Crohnova choroba.

Colitis ulcerosa

Charakteristika

Colitis ulcerosa patrí medzi chronické zápalové ochorenia čreva a predstavuje nielen terapeutický, ale aj diagnostický problém. Etiológia a patogenéza ochorenia doteraz neboli doriešené. Colitis ulcerosa je nešpecifický hemoragicko-katarálny alebo ulcerózný zápal sliznice konečníka alebo celého čreva s nárazovým alebo exacerbuujúcim priebehom.

Klinický obraz

Đuriš uvádza, že Colitis ulcerosa postihuje takmer vždy rektum a šíri sa často orálnym smerom až po Bauhiniho chlopňu. Postihuje sliznicu difúzne a podľa závažnosti sa endoskopicky delí na štádium krehkej fragilnej sliznice s krvácami, supuratívne štádium s drobnými žltkavými abscesmi, štádium ulcerácií a štádium pseudopolypózy. V ústnej dutine nachádzame nálezy, ktoré sú analogické nálezom pri Crohnovej chorobe. Z lézií dominuje častosť výskytu stomatitis aftosa. Ostáva v platnosti zvýšenie hygieny ústnej dutiny.

Pri colitis ulcerosa u detí sa častejšie vyskytujú herpetiformné afly a u mladých dospelých sa častejšie vyskytuje stomatitis aftosa recidivans v pôvodnej známej forme.

Liečba

Liečba je výlučne v kompetencii erudovaného gastroenterológa. V liečbe ľahkej a stredne ťažkej proktosigmoiditídy sa aplikujú preparáty, v ktorých účinná látka je sulfasalazín, mesalazín Salofalk a kortikoidy aj vo vysokých dávkach.

Pri zhoršení stavu pozorujeme žlté zafarbenie tvrdého podnebia a na povrchu jazyka je prítomný hustý belasý povlak. Často sa pridružuje foetor ex ore. Po odlúpnutí povlaku na tele jazyka ostávajú políčka bez filiformných papíl ako vyhladené miesta, avšak stav nezodpovedá pre glossitis atrophica. Menej často môžu vzniknúť duktogénne zápaly glandulae parotis.

Pri vzniku anémie sa začína tvoriť glossitis atrophica.

Pri mesalazíne doteraz neboli vedľajšie účinky pozorované. Je potrebné pacientov upozorniť na interakciu liekov.

Crohnova choroba (Morbus Crohn)

Úvod

Medzinárodné označenie choroby je skratkou MC. Závažnosť MC iniciovala MZ SR, aby autorský kolektív odborníkov vypracoval „Metodický list racionálnej farmakoterapie“, ktorý sa podrobne zaoberá racionálnou liečbou chronických nešpecifických zápalov čreva. Choroba je tak závažná, že sa ňou zaoberajú špecialisti, nie vždy s uspokojujúcimi výsledkami v skúmaní príčinných súvislostí, v diagnostike a samotnom liečení.

Charakteristika a definícia

Crohnova choroba je chronický recidivujúci segmentálny transmurálny zápal, ktorý postihuje tráviace ústrojenstvo. V typických prípadoch sú prítomné granulomatózne zmeny. Zápalové zmeny sa môžu vyskytovať od úst až po konečník.

Epidemiológia

Presnú incidenciu u nás nepoznáme, pretože centrálny register sa v súčasnosti vytvára. Na európskom kontinente je pomerne vysoký výskyt v severských krajinách a vo Veľkej Británii. Menší výskyt je v južných oblastiach a v USA.

Klasifikácia

V minulosti bola v plnej platnosti Viedenská klasifikácia, neskôr sa prepracovala a pridala sa Montrealská klasifikácia, ktorá je podrobnejšia a podrobne rozpisuje jednotlivé úseky hrubého čreva v závislosti od veku a komplikácií.

Používa sa Blackstoneova klasifikácia slizničných zmien:

- pokojové štádium – vymiznutá cievna kresba, granularita sliznice,
- ľahká aktivita – fokálny alebo difúzny erytém,
- stredne ťažká aktivita – aktoidné alebo menšie vredy, ktoré sú menšie ako 5 mm a ich počet je menej ako 5 na 10 cm úsek,
- silná aktivita – vredy, ktoré sú väčšie ako 5 mm a ich počet je viac ako 5 na 10 cm segment.

Etiopatogenéza

Napriek trvalej snahe objasniť príčinu Crohnovej choroby, etiopatogenéza doteraz nie je spoľahlivo objasnená. Poukazuje sa na nesúlad genetických vplyvov a vonkajších faktorov. Medzi vonkajšie faktory sa spoľahlivo zaraďujú: fajčenie, spotreba rafinovaných cukrov, stres a infekčné príčiny. Medzi infekčné príčiny sú zaraďované mikrobiologické nálezy: kandidy, chlamýdie, listérie, reovírusy, paramyxovírusy a Mycobacterium paratuberculosis.

Podľa Huorku rozhodujúce postavenie v patogenéze majú T-lymfocyty a osobitne ich subpopulácie CD4+ lymfocyty (pomocné T-lymfocyty). Tieto

lymfocyty sa podľa tvorby cytokínov delia do troch skupín: 1. skupina – Th1 lymfocyty, ktoré produkujú TNF-alfa a interferón gama; 2. skupina – Th2 bunky, ktoré tvoria cytokíny s imunomodulačným účinkom (IL4-5); 3. skupina – Th3 lymfocyty, ktoré sú zodpovedné za tvorbu TGF-beta, látku, ktorá blokuje uvoľňovanie prozápalovo pôsobiacych cytokínov.

Klinický obraz

Intestinálne príznaky ochorenia sa líšia od miesta postihnutia čreva. Pri najčastejšom postihnutí v ileocekálnnej oblasti pacienti udávajú subfebrilitu, pokles hmotnosti, únavu.

Objavujú sa kŕče alebo bolesti v pravom dolnom kvadrante brucha a periumbilikálne. Bolesť predchádza stolici a po vyprázdnení dochádza k uvoľneniu. Hnačka je často intermitentná, bez prítomnosti krvi. Pri postihnutí aj hrubého čreva sú bolesti difúznejšie, s prítomnosťou hlienov, hnisu a krvi. Príznaky obštrukcie prechodu čreva sú sprevádzané pocitom postprandiálnej plnosti, nafúknutia, krčovitými bolesťami a borborygmami. Pri výraznejšom zúžení lúmenu pacienti trpia zápchou. Kompletná obštrukcia čreva môže byť spôsobená zvýškom nestrávenej potravy.

Fistulujúce formy

Tvorba fistúl signalizuje obvyčajne závažnejšiu formu ochorenia. Fistuly možno rozdeliť na vnútorné, ktoré vznikajú medzi kľučkami čreva navzájom alebo medzi črevom a susednými orgánmi, a vonkajšie, ktoré sú spojením čreva a povrchu tela. Z vonkajších sú častým nálezom perianálne fistuly. Z vnútorných sa kologastrické fistuly prejavujú fekálnymi vývratkami, enterovaginálne fekálnym výtokom z pošvy. Enterovezikálne fistuly spôsobujú recidivujúce uroinfekcie a pneumatúriu. Pri ťažších fistulujúcich formách sú nezriedka mnohopočetné fistuly spojené s tvorbou abscesov, čo sa klinicky prejavuje typickým obrazom postihnutej gluteálnej alebo perineálnej krajiny s opuchom, mimoriadnou bolestivosťou, začervenaním a celkovou zvýšenou teplotou až triaškou.

Diagnostika MC

V diagnostike sa používajú laboratórne diagnostické metódy, z ktorých najvýznamnejšie sú elevácia zápalových markerov a diferenciálny krvný obraz. Zo zobrazovacích metód sa často používa CT vyšetrenie a endoskopické metódy. Z nich sa uplatňuje kolonoskopia a enteroskopické vyšetrenie.

Prejavy chorobných stavov v ústnej dutine

Prejavy Crohnovej choroby na ústnych tkanivách sú síce značne bohaté, ale natoľko rôznorodé, že až na málo výnimiek nemajú pevnú výpovednú diagnostickú hodnotu.

Ak je u pacientov klinicky a röntgenologicky prítomná parodontitis chronica v pokročilom stave,

mení sa zastúpenie mikroorganizmov v orálnom biofilme.

Na gingívach pozorujeme rast granulačného tkaniva, ktoré má tendenciu sa šíriť na alveolárnu gingívu, nadobúdať na objeme a postupne vyplňovať vestibulum oris.

Na bukálnych slizniciach a na slizniciach pier najčastejšie pozorujeme erupciu stomatitis aftosa. Pri ťažších stavoch je často prítomná aftosis major. Je charakteristická tým, že v jej okolí chýba zápalový lem a ulcerácia robí dojem, že je vo farbe zdravej sliznice. Na tvrdom podnebí môžeme pozorovať viacpočetné aftózne lézie okrúhleho tvaru na erytematóznom podklade. Ich hojenie je charakteristické tým, že na ich povrchu sa počas epitelizácie formuje granulačné tkanivo, s navolitými okrajmi. Na povrchu jazyka je prítomný hustý belasý až žltý povlak s lokalizáciou na tele jazyka a stráca sa na bokoch jazyka. Povlak sa často odlupuje a na obnažených miestach môže vzniknúť vred. Po opakovaných hnačkách a teplotách sú prítomné suché pery, ich povrch je často popraskaný a krytý krustami. Pacienti subjektívne pociťujú bolesťivosť lézií, najmä pri stravovaní a foetor ex ore, ktorého intenzita sa mení.

Súčasný hodnotenie chorobných stavov v ústnej dutine

1. Špecifické chorobné lézie

- Prítomná je dlaždicová stuhnutosť sliznice vo vestibulum oris
- Prítomná je tvorba granulomatóznych lézií na gingívach a perách
- Opuch pripojenej gingívy, sliznice pier a tváre s možnosťou tvorby vredov s krvácaním

2. Nešpecifické chorobné lézie

- Stomatitis aftosa
- Pyostomatitis vegetans
- Lichenifikácia a lichen planus
- Halitosis

3. Chorobné lézie z podvýživy

- Cheilitis angularis
- Mucogingivitis
- Tvorba ragád na perách a jazyku
- Suchosť v ústach

4. Chorobné lézie pri komplikáciách

- Anémia
- Cheilitis angularis
- Cheilitis granulomatosis
- Parodontitis marginalis chronica
- Glositis atrofica
- Candidosis oralis
- Stomatitis ulcerosa chronica

Priebeh ochorenia

Priebeh MC je charakterizovaný iniciálnym vzplanutím, remisiou (pokojuv fáza), relapsom (opakovaným akútnym vzplanutím) a recidívou (návrat

prítomnosti ochorenia). V základe existujú dva typy pacientov s MC: agresívny typ – charakterizovaný sklonom k tvorbe fistúl a častým chirurgickým zákrokom, indolentný typ – ataky sú menej časté, je sklon ku stenózam, chirurgická intervencia nie je taká častá, uvádza Hourka.

Liečba

Liečba Colitis ulcerosa a Crohnovej choroby je po stránke medikamentóznej takmer rovnaká.

Tab. 1. Prehľad skupín liekov a liekových foriem v liečbe Crohnovej choroby

Tab. 1. Overview of drug groups and their forms in treatment of Crohn's disease

Aminosalicyláty	Kortikoidy	Imunosupresíva	Biologická liečba
Mesalazín	Prednison	Azatioprin/6	Infliximab
	Budezonid	Merkaptopurin	Adalimumab
		Metotrexát	Certolizumab

Záver

Vzhľadom na to, že chronické zápalové ochorenia čriev svojim priebehom vyžadujú dlhodobú špeciálnu starostlivosť o pacientov a ich zmeny chorobných stavov i časté komplikácie vyžadujú úzku spoluprácu špecialistov z iných medicínskych odborov, je potrebné, aby sa do diagnostického a liečebného procesu zapojili aj odborníci z orálnej medicíny.

I keď v súčasnosti je, prevažne z literatúry, známe, že lézie v ústnej dutine sa pri colitis ulcerosa a Crohnovej chorobe nemanifestujú paralelne s ich klinickým obrazom, vyvíjajú sa postupne a môžu sa prelínať, a preto ich presný opis môže byť osožným faktorom v procese diagnostiky a liečenia.

Vážnosť potreby spolupráce vyžadujú aj časté komplikácie, ktoré sa prejavujú na slizniciach ústnej dutiny, prípadne na tvrdých zubných tkanivách svojimi patologickými léziami.

Konečne, striedanie liekových foriem a ich dávkovanie môžu vyvolať nežiaduce a vedľajšie účinky liekov, ktorých vhodné posudzovanie môže zlepšiť kvalitu života pacientov.

Literatúra

- AGUIRRE, A.: Oral Manifestation of Crohn's Disease. In engl j med 373; 13 nej. org September 24, 2015.
- BUC, M.: Autoimunita a autoimunitné choroby. Veda, vydavateľstvo SAV, Bratislava, 2016.
- DALEY, D., T., ARMSTRONG, E., J.: Oral manifestations of gastrointestinal diseases. Can J Gastroenterol 2007; 21 (4): 241 – 244.
- GABALEC, L.: Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. Interní Med. 2009; 11 (1): 16 – 20.
- GABALEC, L.: Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. Interní Med. 2009; 11 (6): 276 – 281.
- GEORGESCU, R., S., MITRAN, I., C., MITRAN, I., M.: Cutaneous Manifestations in Inflammatory Bowel Diseases. JMMS 2015, 2 (2): 89 – 99.
- HANAUER, B., S., SANDBORN, W.: Management of Crohn's Disease in Adults. AMERICAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY. Vol. 96, No. 3, 2001.
- HUORKA, M.: Crohnova choroba. Viapact., roč. 6, 2009; č. 3: 108 – 110.
- KIM, K., S., LEE, S., E.: Orofacial Granulomatosis Associated with Crohn's Disease. Ann Dermatol Vol. 22, No. 2, 2010.
- KOLEKTÍV AUTOROV: Racionálna liečba chronických nešpecifických zápalov čreva. Metodický list racionálnej farmakoterapie 43. Roč.11, 2007, č. 5 – 6.
- KUŽELA, L.: Liečba nešpecifických zápalov čreva v súčasnosti. Viapact., 2013, 10 (5): 178 – 181.
- LANKARAN, B., K., SIVANDZADEH, R., G., HASSANPOUR, S., H.: Oral manifestation in inflammatory bowel disease: A review. World J Gastroenterol 2013 December 14; 19 (46): 8 571 – 8 579.
- LUKÁČ, J. et al.: Systémové autoimunitné choroby v ambulancii všeobecného lekára. XXXII. Výročná konferencia SSVPL Vysoké Tatry, 13. – 15. októbra 2011.
- LUKÁŠ, M.: Farmakoterapie idiopatických střeňních zánětů. Prakt. lékár. 2009; 5 (4): 164 – 167.
- LUKÁŠ, M.: Možnosti medikamentózní léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. Med. praxi 2011; 8 (9): 360 – 363.
- MINČÍK, J., ĐUROVIČ, E., RIZNIČ, M., KONEČNÁ, A., VODRÁŽKA, J.: Povlak jazyka. roč 27, 2017, č. 2: 27 – 34.
- MOTEMAYEL, A., F., ABDOLSAMADI, HR., A., IRANI, S.: Orofacial Granulomatosis of the Upper Lip: A Case Report. DJH 2009; Vol. 1, No. 1.
- MUHVIČ-UREK, M., TOMAC-STOJMENOVIĆ, M. et al.: Oral pathology in inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. roč.22, 2016, č. 25: 5 655 – 5 667.
- NEVORAL, J.: Současná terapie idiopatických střeňních zánětů u dětí. Pediatr. prax, 2008; 1: 15 – 18.
- PEJCIC, A.: Drug-Induced Oral Reactions. <http://dx.doi.org/10.5772/59261>
- POZLER, O., HROCH, M., MALÝ, J. et al.: Farmakokinetika azatioprinu v prvních týdnech léčby Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy u dětí a adolescentů. Folia Gastroenterol Hepatol 2009; 7 (3 – 4).
- SIROY, A., WASMAN, J.: Metastatic Crohn Disease A Rare Cutaneous Entity. ArchPatholLab Med. 2012; 136: 329 – 332.
- WILKINS, T., JARVIS, K., PATEL, J.: Diagnosis and Management of Crohn's Disease. American Family Physician. Volume 84, Number 12, December 15, 2011, www.aafp.org/afp.
- ZBAR, P., A., BEN-HORINSH, BEER-GABEL, M., ELIAKIM, R.: Oral Crohn's disease: Is it a separable disease from orofacial granulomatosis? A review. www.sciencedirect.com

MDDr. J. Kluknavská
I. stomatologická klinika
LF UPJŠ a UNLP
Košice