



EXTENZIVNÍ CROHNOVA NEMOC NA TENKÉM STŘEVĚ

Omyly v diagnostice a léčbě IBD. Jak jim předejít?

Paula Morávková

II. Interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové
Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

IBD KONGRES A 22. ČESKÝ A SLOVENSKÝ IBD DEN

DEKLARACE KONFLIKTU ZÁJMŮ

	Nemám konflikt zájmů	Mám konflikt zájmů	Specifikace konfliktu (vyjmenujte subjekty, firmy či instituce, se kterými Vaše spolupráce může vést ke konfliktu zájmů)
Zaměstnanecký poměr	✓		
Vlastník / akcionář	✓		
Konzultant	✓		
Přednášková činnost	✓		
Člen poradních sborů (advisory boards)		✓	Člen Advisory Board - Biologická léčba eozinofilní ezofagitidy (Sanofi)
Podpora výzkumu / granty	✓		
Jiné honoráře (např. za klinické studie či registry)		✓	CREdit Registr biologické léčby IBD



EXTENZIVNÍ CROHNOVA NEMOC NA TENKÉM STŘEVĚ (SBCD)

OMYLY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ

1. SBCD JE STEJNÉ ONEMOCNĚNÍ POUZE IZOLOVANÉ NA TENKÉ STŘEVO
2. TYPICKÝM PŘÍZNAKEM JE PRŮJEM, BOLESTI BŘICHA, HUBNUTÍ A ENTERORHAGIE
3. VYŠETŘENÍ TENKÉHO STŘEVA PROVÁDÍME JEN U SYMPTOMATICKÝCH PACIENTŮ
4. LÉČBA PREPARÁTY 5-ASA
5. FIBROSTENÓZUJÍCÍ POSTIŽENÍ VYŽADUJE AKTIVNÍ STEP-UP MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBU



EXTENZIVNÍ SBCD

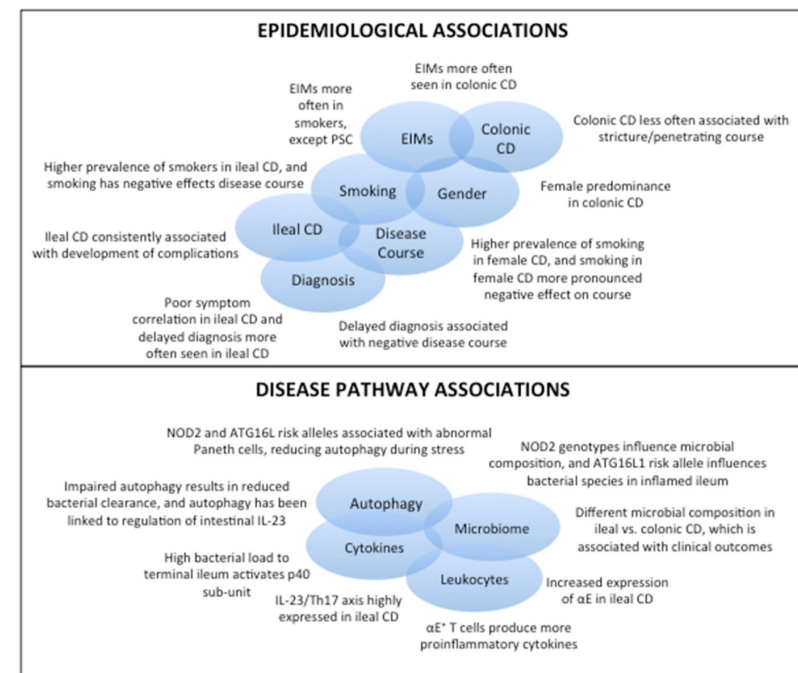
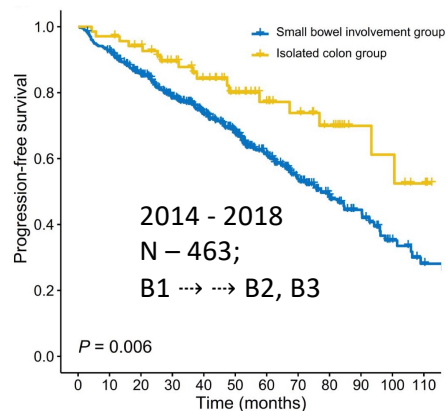
ISBCD JE STEJNÉ ONEMOCNĚNÍ POUZE IZOLOVANÉ NA TENKÉ STŘEVO

IDENTIFIKACE POSTIŽENÍ TENKÉHO STŘEVA JE KLÍČOVÁ

- 80 % pacientů; u 1/3 izolované postižení tenkého střeva
- Těžší průběh (B2, B3 fenotyp, perianální aktivita)
- Vyšší riziko komplikací
- Častější chirurgické intervence

ROLE V PATOGENÉZE CROHNOVY CHOROBY

- Prezentace antigenů
- Aktivace imunitních procesů
- Bakteriální translokace

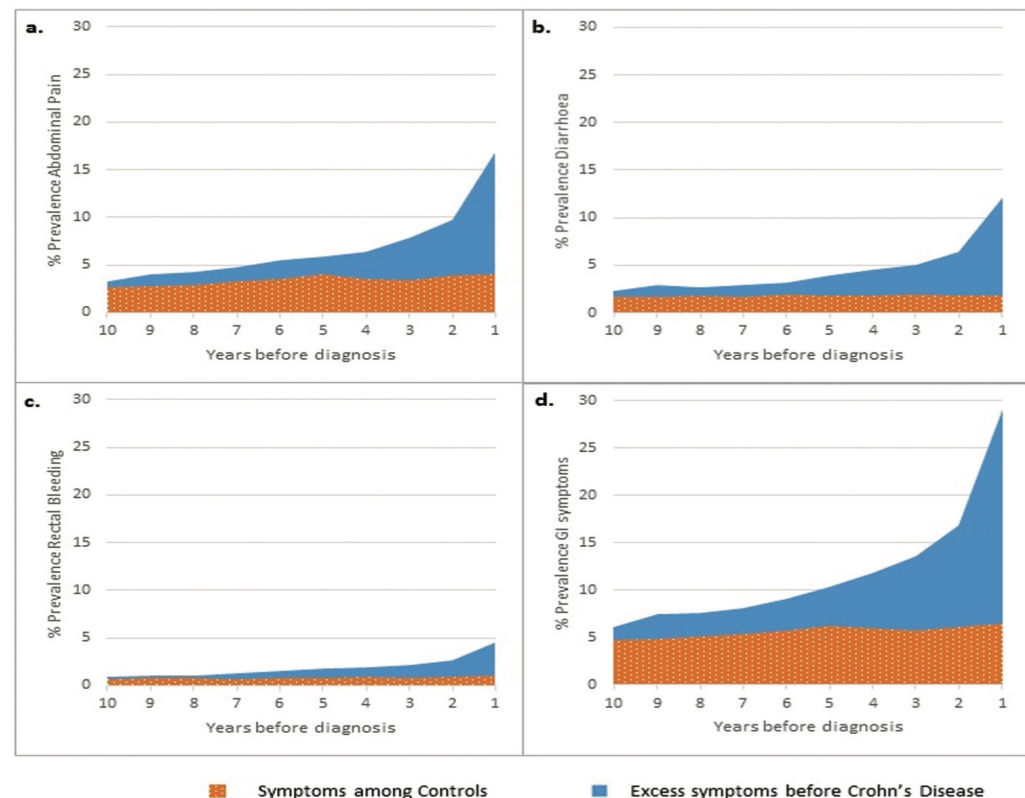


ROZDÍLNÉ EPIDEMIOLOGICKÉ A PATOGENETICKÉ CHARAKTERISTIKY

EXTENZIVNÍ SBCD

TYPICKÝM PŘÍZNAKEM JE PRŮJEM, BOLESTI BŘICHA, HUBNUTÍ A ENTERORHAGIE

- Záměna za IBS
- Užívání NSAID – v úvodu spíše tlumení příznaků
- 10 % pacientů – symptomy 5 let před stanovením dg. IBD
- < 50 % pacientů IBD mělo první kontrolní vyš. do 18 měsíců
- Kontrolní vyšetření méně časté u depresivních jedinců a s dg. IBS



Blackwell J et al. J Crohns Colitis 2020; 15: 203–211. Vavricka SR et al. Inflamm Bowel Dis 2012; 18(3): 496-505.



IBD KONGRES A 22. ČESKÝ A SLOVENSKÝ IBD DEN

EXTENZIVNÍ SBCD

TYPICKÝM PŘÍZNAKEM JE PRŮJEM, BOLESTI BŘICHA, HUBNUTÍ A ENTERORHAGIE

PRŮMĚRNÁ UDÁVANÁ PRODLEVA DG CROHNOVY CHOROBY ≥ 12 MĚSÍCŮ

- Horší odpověď na podanou léčbu
- Těžší/komplikovaný průběh
- Vyšší míra chirurgické intervence
→→→ až u 50 % pacientů do 10 let

iSBCD

- Méně výrazná symptomatologie
- Chybí enteroragie
- Častá záměna za IBS
- 30 % pacientů je asymptomatických

TABLE 6. Logistic Regression Modeling Evaluating 'Long Diagnostic Delay' from Physician Visit to IBD Diagnosis (Defined in CD >18 Months and in UC >5 Months) with Disease-associated Items

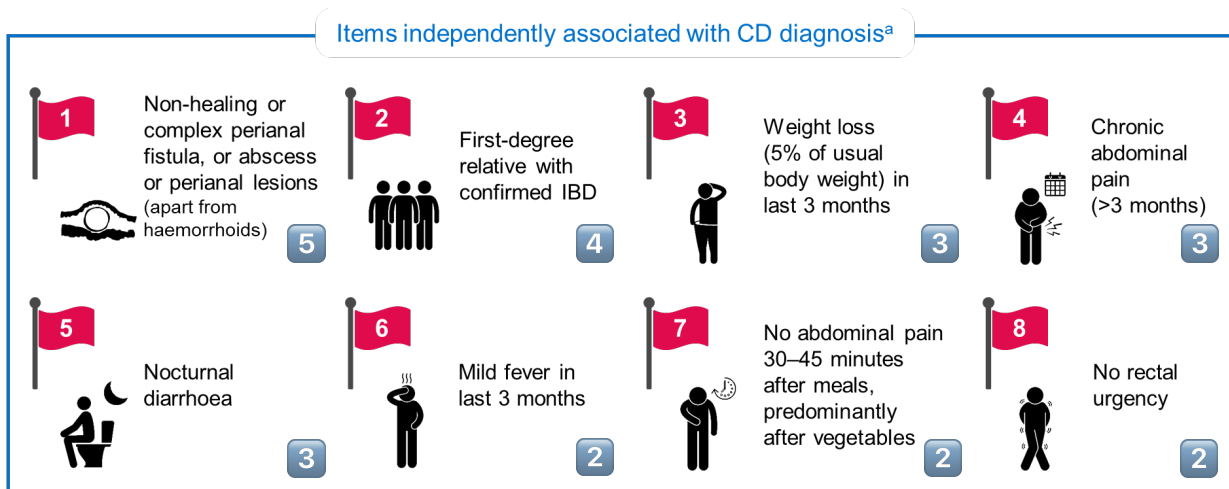
Item	Diagnosis	Univariate Logistic Regression			Multivariate Logistic Regression		
		OR	95%-CI	P-value	OR	95%-CI	P-value
Gender							
- male	CD	0.88	0.61-1.25	0.468			
- female	UC	0.72	0.47-1.11	0.139	0.69	0.44-1.08	0.104
Age at diagnosis							
- <40 years	CD	1.66	0.98-2.82	0.060	1.91	1.03-3.55	0.039
- ≥40 years	UC	0.27	0.08-0.89	0.032	0.27	0.08-0.92	0.036
Disease location							
- ileum vs. colon (CD)	CD	1.89	1.22-2.91	0.004	1.84	1.14-2.96	0.013
- rectum vs. more extensive (UC)	UC	0.76	0.39-1.46	0.405			

NEZÁVISLÉ RF FAKTORY POZDNÍ DG. CD

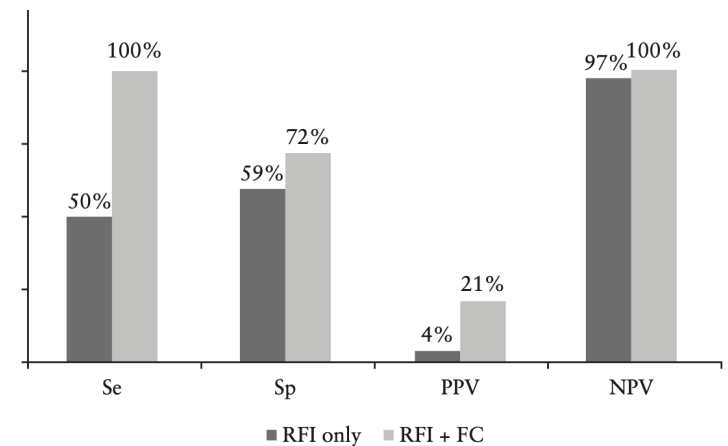
- Věk < 40 let v době dg.
- Ileální lokalizace

EXTENZIVNÍ SBCD

TYPICKÝM PŘÍZNAKEM JE PRŮJEM, BOLESTI BŘICHA, HUBNUTÍ A ENTERORHAGIE



^aA Red Flags Index score of ≥ 8 was highly predictive of CD diagnosis.



RED FLAG INDEX ≥ 8 ---->----> suspektní Crohnova choroba

- Významně vyšší senzitivita (100 %) a specificita (72 %) v kombinaci s FK > 250
- Vysoká negativní prediktivní hodnota samotného RFI

Fiorino G et al. J Crohns Colitis 2020; 14(12):1777-1779. Danese S et al. J Crohns Colitis 2015; 9(8):601-6.
<https://www.ecco-ibd.eu/publications/ecco-news/item/artificial-intelligence-the-piece-of-the-puzzle-to-transform-ibd-management.html>

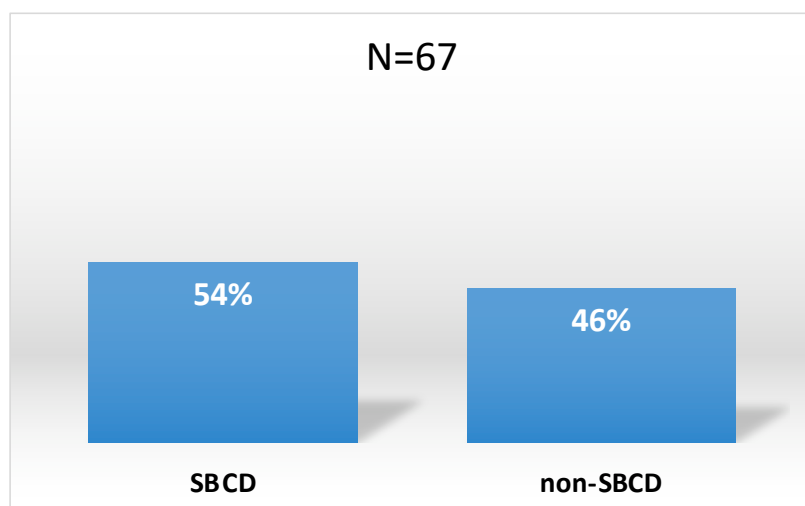


EXTENZIVNÍ SBCD

VYŠETŘENÍ TENKÉHO STŘEVA PROVÁDÍME JEN U SYMPTOMATICKÝCH PACIENTŮ

AKTIVNÍ SBCD U POLOVINY PACIENTŮ S NORMÁLNÍ KOLOSKOPIÍ

- Skip léze (vynechání terminálního ilea)
- Léze lokalizované ve střešní stěně a v mesenteriu



Statement 1.8. ECCO-ESGAR Diagnostics GL [2018]

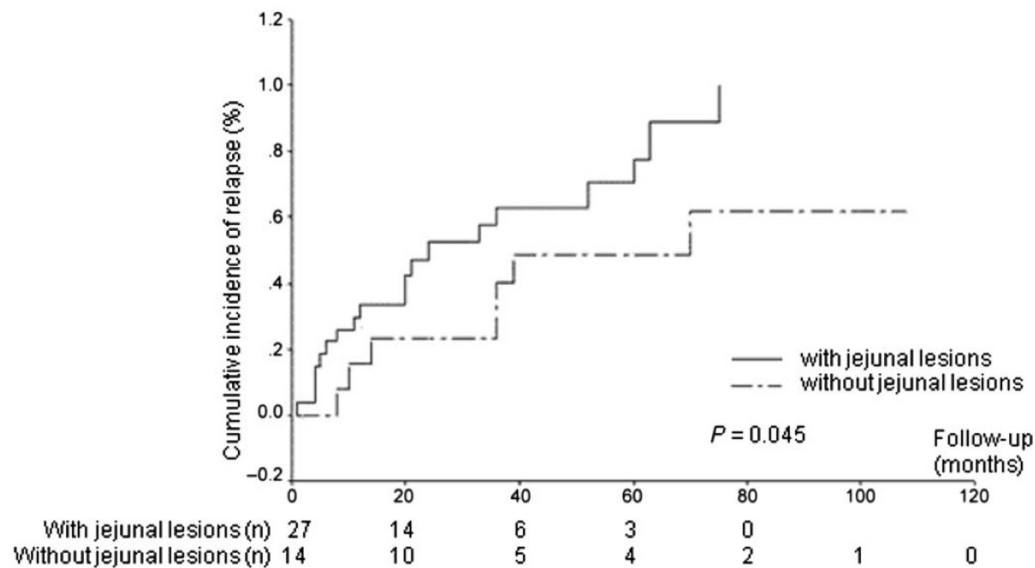
Patients with clinical suspicion of CD and with normal endoscopy should be considered for small bowel capsule endoscopy [SBCE] evaluation or cross-sectional imaging [EL2]. If stenotic disease is suspected, risk of retention should be assessed [EL2]

Statement 1.10. ECCO-ESGAR Diagnostics GL [2018]

All newly diagnosed CD patients should undergo small bowel assessment [intestinal ultrasound, MR enterography and/or capsule endoscopy] [EL2]

EXTENZIVNÍ SBCD

VYŠETŘENÍ TENKÉHO STŘEVA PROVÁDÍME JEN U SYMPTOMATICKÝCH PACIENTŮ



N = 108

INAKTIVNÍ CD (L1, L2, L3)

- Postižení jejunu u 56 %
- iSBCD u 17 %
- 50 pacientů → ≥ 1 relaps do 2 let

PŘÍTOMNOST LÉZÍ V JEJUNU

JAKO JEDINÝ NEZÁVISLÝ RF ($p = 0,02$)

EXTENZIVNÍ SBCD

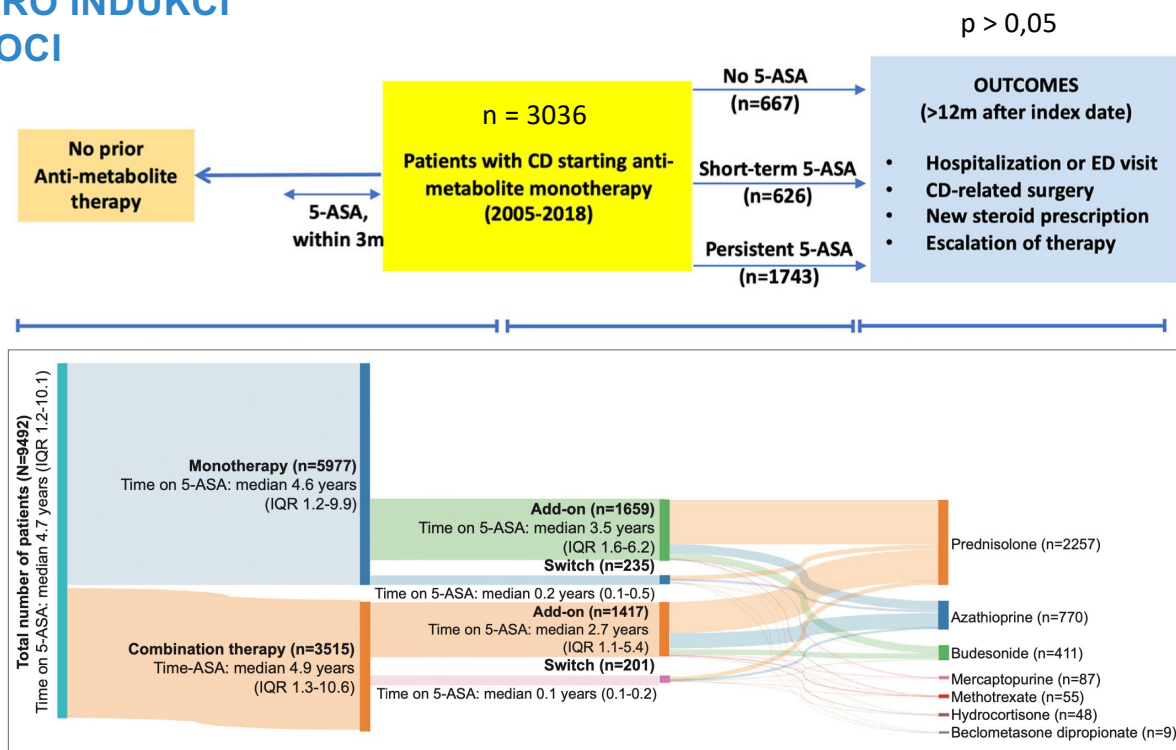
LÉČBA PREPARÁTY 5-ASA

ECCO: 5-ASA NEJSOU DOPORUČENA PRO INDUKCI A UDRŽENÍ REMISE U CROHNOVY NEMOCI bez ohledu na lokalizaci

- Až 50 % pacientů s CN užívá 5-ASA
- 25 % pacientů déle než 10 let
- Ponechání 5-ASA
 - Častěji po chirurgické resekci
 - Nízké dávky (2g/d.)
 - Časně zahájení od stanovení dg.

NEPROKÁZANÝ BENEFIT KONKOMITANTNÍ LÉČBY

VYSAZENÍ 5-ASA NEZVYŠUJE RIZIKO AE

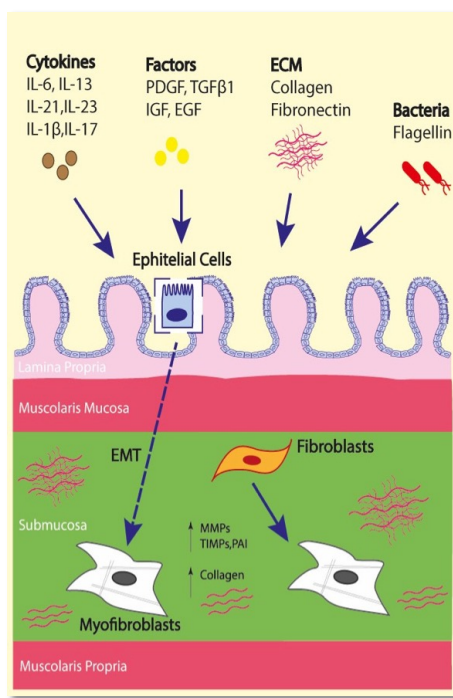


EXTENZIVNÍ SBCD

PROGREDUJÍCÍ FIBROSTENÓZUJÍCÍ POSTIŽENÍ VYŽADUJE AKTIVNÍ STEP-UP MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBU

FIBROSTENÓZA → kombinace zánětlivých a nezáánětlivých procesů

- Aktivace fibroblastů, TGF- β , IL-13, IL-36, EMT
- Aktivní zánět
→ potenciace fibrózy
- Fibrostenozující procesy
→ nezávislé od přítomnosti zánětu
- Absence neinvazivních markerů intestinální fibrózy
- Délka trvání CN, ileální postižení, kortikosteroidy



6 months		
Symptom recurrence 35.9%	Re-dilation 36.5%	Surgery 17.5%

↓

12 months		
Symptom recurrence 62.1%	Re-dilation 51.8%	Surgery 30.1%

↓

24 months		
Symptom recurrence 75.9%	Re-dilation 73.5%	Surgery 42.9%

KONTROLA INTRALUMINÁLNÍ AKTIVITY A MULTIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE (gastroenterolog, chirurg, radiolog)

- Kortikosteroidy a biologická léčba (anti-TNF α)
- Dilatace, strikturoplastika/resekcce

EXTENZIVNÍ SBCD

ZÁVĚRY ANEB JAK PŘEDCHÁZET OMYLŮM

1. Proximální lokalizace Crohnovy choroby má zásadní vliv na fenotyp nemoci
a dlouhodobou prognózu
2. Klinické projevy jsou mnohdy nespecifické a často nekorelují s tíží a rozsahem postižení
3. Identifikace postižení tenkého střeva je klíčová a je součástí (re)stagingu nemoci
4. Léčba preparáty 5-ASA nepatří do armamentária Crohnovy choroby
5. Fibrostenózující postižení vyžaduje mezioborovou spolupráci založenou na kontrole
intraluminální aktivity a symptomatické léčbě stenóz





Děkuji za pozornost



IBD KONGRES A 22. ČESKÝ A SLOVENSKÝ IBD DEN