

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Crohn's Disease (CD)

 Estonian



European
Crohn's and Colitis
Organisation



United We Stand

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



ECCO-EFCCA patsiendijuhend: Crohni tõbi

Marc Dudley*¹, Martin Kojinkov*², Dusan Baraga³, Xavier Donnet⁴, Evelyn Groß⁵, Sofia Lantzanaki⁶, Tineke Markus de Kwaadsteniet⁷, Tricia McArdle⁸, Malgorzata Mossakowska⁹, Marko Perovic¹⁰, Cornelia Sander¹¹, Helen Ludlow¹², Gerassimos J. Mantzaris¹³, Axel Dignass**¹⁴, Francisca Murciano**¹⁵

* Need autorid panustasid esimestena kirjutatud autoritena võrdselt

** Need autorid panustasid viimasena kirjutatud autoritena võrdselt

¹LMF – Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, Postboks 808 Sentrum, 0104 Oslo, Norra; ²Bulgarian Crohn's and Ulcerative Colitis Association, Druzba 2, bl. 212, entr. V, apt. 66 Sofia, 1582 Bulgaaria; ³KVCB – Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen, Ljubljanska ulica 5, p.p. 640, 2000 Maribor, Sloveenia; ⁴A.S.B.L Association Crohn-RCUH, Rue de la Forêt de Soignes 17, 1410 Waterloo, Belgia; ⁵ÖMCCV – Österreichische Morbus Crohn – Colitis ulcerosa Vereinigung, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Wien, Austria; ⁶HELLESCC – Hellenic Society of Crohn's Disease's and Ulcerative Colitis' Patients, Filis 232, Athens, Kreeka; ⁷CCUVN – Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland, Houttuinlaan 4b, 3447 GM Woerden, Holland; ⁸ISCC – Irish Society for Colitis and Crohn's Disease, Carmichael Centre for Voluntary Groups, North Brunswick Street, Dublin 7, Iirimaa; ⁹Polish Association Supporting People with Inflammatory Bowel Disease „J-elita“, ul. Ks. Trojdena 4, 02 109 Warsaw, Poola; ¹⁰UKUKS – Udruzenje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije, Pere Cetkovicica 23, 11060 Belgrade, Serbia; ¹¹DCCV e.V. – Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, Inselstraße 1, 10179 Berlin, Saksamaa; ¹²University Hospital Llandough, Penlan Road, Llandough, South Wales, CF64 2XX, Wales; ¹³Evangelismos Hospital, Department of Gastroenterology, 45-47 Ypsilandou Street, 10676 Athens, Kreeka; ¹⁴Department of Medicine I Gastroenterology, Hepatology, Oncology and Nutrition, Agaplesion Markus Hospital, Goethe University, DE 60431 Frankfurt, Saksamaa; ¹⁵Hospital del Mar, Department of Gastroenterology, Passeig Maritim 25-29, 08003 Barcelona, Hispaania

Autorid: European Crohn's and Colitis Organisation, Ungargasse 6/13, 1030 Vienna, Austria; European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, Rue Des Chartreux, 33-35 Brussels B 1000 Belgia

Tänuavaldused

ECCO ja EFCCA tänavad kõiki, kes on ECCO-EFCCA patsiendijuhendite koostamisele kaasa aidanud. ECCO ja EFCCA tunnustavad meditsiinivaldkonnale pühendunud autoreid Sanna Lonnforsi ja Andrew McCombie't suure panuse eest ECCO-EFCCA patsiendijuhenditesse.

Levitamise kord

ECCO-EFCCA patsiendijuhendid põhinevad ECCO kliinilistel juhenditel Crohni tõve ja haavandilise koliidi kohta. ECCO kliinilised juhendid leiab sellelt lingilt: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

ECCO-EFCCA patsiendijuhendid on mõeldud vabaks levitamiseks. Palun pange tähele, et kõik ECCO-EFCCA patsiendijuhendite tõlked peavad olema ECCO-lt ja EFCCA-lt heakskiidu saanud.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Vastutuse välistamine

ECCO-EFCCA patsiendijuhendid on koostatud patsientide harimise ja jõustamise eesmärgil ning mõeldud Euroopas kasutusel olevate parimate ravimeetodite tutvustamiseks. Kuna erinevates riikides kasutatakse erinevat ravi, võivad mõned soovitusel riigiti erineda. Mis tahes raviotsused teeb konkreetne raviarst ja need ei tohi põhineda üksnes ECCO-EFCCA patsiendijuhendite sisul. Euroopa Crohni tõve ja koliidi organisatsiooni ega Euroopa Crohni tõve ja koliidi ühingute liitu ja/või nende liikmeid ja/või juhendite koostajaid ei saa võtta vastutusele ECCO-EFCCA patsiendijuhendites heas usus avaldatud teabe eest.

ECCO reegel huvide konflikti käsitlemiseks

ECCO järgib järjekindlalt võimaliku huvide konflikti avalikustamise reeglit. Huvide konflikti deklaratsioon põhineb vormil, mida kasutab meditsiiniajakirjade toimetajate rahvusvaheline komitee (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE). Huvide konflikti avaldust säilitatakse ECCO büroos ja JCC toimetuses, lisaks on see põhjalikuks tutvumiseks kättesaadav ka avalikkusele ECCO veebisaidil (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>) ja võimaldab saada igakülgse ülevaate autorite võimalikest huvide konfliktidest.

Sissejuhatus

Crohni tõbi ja haavandiline koliit (ingl k vastavalt *Crohn's Disease*, CD, ja *Ulcerative Colitis*, UC) on kroonilised soolepõletikud, mis kuuluvad põletikuliste soolehaiguste rühma (ingl k *Inflammatory Bowel Diseases*, IBD). Põletikulised soolehaigused on immuunvahendatud haigused, mis tekivad geneetilise eelsoodumusega patsientidel soodustavate, kuid seni veel kindlaks tegemata keskkonnategurite mõjul.

See juhend tutvustab Crohni tõve diagnoosi ja ravi. Juhendis kasutatakse läbivalt mõistet Crohni tõbi. Patsiendijuhend on koostatud Crohni tõve rahvusvahelise ravijuhendi järgi, mille on põhjaliku protsessi käigus välja töötanud Euroopa juhtivad arstid-ekspertid. Nad on hinnanud kõiki olemasolevaid tõendeid Crohni tõvega patsientide sobivaimate ravimeetodite kohta, et aru saada, kuidas meditsiinitöötajad saaksid Crohni tõbe kõige paremini diagnoosida ja ravida. Paljud mõisted on alla joonitud; nende mõistete seletused on sõnastikus, et aidata teil sellest juhendist paremini aru saada. Haavandilise koliidi kohta saate lugeda teisest samal ajal koostatud patsientidele mõeldud juhendist.

Crohni tõbi on haigus, mis haarab peen- ja jämesoolt, harvem seedetrakti teisi osi. See võib hõlmata ka sooleväliseid elundeid ja kudesid, sagedamini nahka, liigeseid ja silmi. Crohni tõbi esineb kõige sagedamini peensoole lõpposas ja jämesooles. Ent see võib haarata seedetrakti mis tahes osa suust kuni pärakuni. Soolepõletik esineb enamasti laiguti ja põletikualad (haiguslike muutustega laigud sooles) vahelduvad normaalse, haiguslike muutusteta soolega. Olenevalt põletiku raskusastmest võib sooleseina sisemine kest (limaskest) olla punane (erütematoosne) ja turseline (ödematoosne) ning seal võib leiduda erineva suuruse ja kujuga haavandeid (aftoossed, pindmised, sügavad, pikisuunalised); limaskest võib välja näha nagu munakivitee. Haiguslikud muutused haaravad sooleseina selle kogupaksuses ja võivad põhjustada tüsistusi, näiteks soolevalendiku ahenemist (stenoosi) ja/või abstsesside moodustumise tagajärjel

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



penetratsiooni (soolevalendiku sisaldise sattumist kõhuõõnde) või fistuleid (uurised, mis viivad soolest nahapinnale või külgnevatesse elunditesse, näiteks põide või teistesse soolelingudesse, ja mida mööda soolesisu soolest välja valgub). Peale selle võivad Crohni tõvest tingitud haiguslikud muutused suurel osal patsientidel tekkida erinevates kehapiirkondades väljaspool soolt, sagedamini nahal, liigestes ja silmades. Haiguse soolevälised ilmingud võivad avalduda enne, kui tekivad Crohni tõvele iseloomulikud soolesümptomid (vt edaspidi) ning mõnikord on need soolesümptomitest häirivamad ja raskemini ravitavad.

Kuna Crohni tõbi on mitmekujuline ehk polümorfne haigus, tuleb diagnoosimisel kahjustuste (lesioonide) asukohad sooles sobivate diagnostiliste uuringute abil kindlaks teha ja hinnata nende raskusastet. Kuna Crohni tõbi on eluaegne haigus, millele praegu lõplikku ravi ei ole, on ravi eesmärk põletiku leevendamine sooles ja väljaspool soolt (kui seal põletikku esineb), sooletalitluse säilitamine, tüsistuste ennetamine ning patsientidele normaalse isikliku, tööalase ja sotsiaalse elukvaliteedi võimaldamine puude väljakujunemiseta. Ravisekkumiste hulka kuuluvad suitsetamisest loobumine, dieet ja erinevad ravimid, mida kasutatakse eraldi või kombinatsioonis, sõltuvalt kahjustuste paiknemisest ja haiguse raskusastmest.

Crohni tõve diagnoosimine

Crohni tõve sümptomid

Crohni tõve sümptomid võivad olla erinevad. Nende hulka kuuluvad sageli kõhuvalu, kehakaalu vähenemine ja kauem kui neli nädalat kestev kõhulahtisus. Juhul, kui sellised sümptomid tekivad noorel inimesel, peab arst kindlasti kaaluma võimalust, et patsiendil on Crohni tõbi. Sageli esinevad sellised üldised sümptomid nagu ebamugavustunne, väsimus, isutus või palavik.

Sümptomid võivad alata järsku ja vahel võidakse Crohni tõbe ajada segamini ägeda apenditsiidi ehk ussipikupõletikuga (pimesoolepõletik). Sümptomid võivad sarnaneda ka soole ärritussündroomi sümptomitega. Enamikul patsientidel on enne diagnoosimist kõhuvalu ja nende kehakaal on vähenenud. Verd ja lima esineb väljaheites harvem kui haavandilise koliidiga patsientidel. Crohni tõvega seotud soolevälised, enamasti liigesesümptomid, võivad ilmneda enne soolesümptomite avaldumist.

Diagnostilised uuringud

Crohni tõbi on patsientidel erinev, sõltuvalt patsiendi vanusest haiguse avaldumise ajal, kahjustuste asukohast sooles ja haiguse iseloomust.

Crohni tõbe ei saa diagnoosida üheainsa uuringu abil. Diagnoosi kindlakstegemisel lähtutakse kliiniliste sümptomite, vereanalüüside, piltdiagnostika, endoskoopia ja soolebiopsiate histoloogilise uuringu tulemuste kombinatsioonist (mõistete seletused on antud sõnastikus). Geneetiliste uuringute rutiinset kasutamist Crohni tõve diagnoosimiseks praegu ei soovitata.



Patsiendi anamnees

Arstil tuleb teile esitada palju üksikasjalikke küsimusi, näiteks: millal sümptomid algasid, kas te olete hiljuti reisil käinud, kas teil on toiduainete talumatust, kas te kasutate praegu või olete varem kasutanud ravimeid (sealhulgas antibiootikumid ja MSPVA-d ehk mittesteroidsed põletiku- ja valuvastased ained, nagu aspiriin, ibuprofeen või diklofenak) või kas teile on tehtud apendektoomia. Arstil tuleb erilist tähelepanu pöörata Crohni tõve hästi teadaolevatele riskiteguritele, näiteks suitsetamine, Crohni tõbi mõnel teisel pereliikmel ja hiljutine seedetrakti infektsioon.

Suitsetamine, põletikulise soolehaiguse esinemine perekonnas ja varasem apendektoomia on kõik Crohni tõve riskitegurid. Crohni tõve tekkimise riski suurendavad mao või soole bakteriaalsed või viirusnakkused. MSPVA-de kui riskiteguri uuringutel ei ole nii kindlaid tulemusi saadud.

Crohni tõve soolega mitteseotud (soolevälised) sümptomid

Crohni tõve korral võib tekkida palju sümptomeid ja mitte kõik neist ei ole otseselt soolega seotud. Nagu eespool mainitud, võib Crohni tõbi haarata ka teisi elundeid ja kudesid, mis ei asu sooles.

Arst küsib teilt öiste sümptomite kohta ja/või mujal kui sooles (näiteks suus, nahal, silmades või liigestes) avaldunud sümptomite ja haigusnähtude, päraku ümbruse abstsesside või anaalfissuuride (s.t pärakulõhed ehk nahalõhed päraku ümbruses) kohta. Üldisel arstlikul läbivaatusel hinnatakse:

- üldist enesetunnet,
- pulsisagedust,
- vererõhku,
- kehatemperatuuri,
- kõhu hellust või turset,
- katsumisel tundaolevaid sõlmi,
- lahklihiirkonda (päraku ja suguelundite vaheline ala) ja suuõõnt,
- sõrme abil pärasoolt,
- mõõtude järgi kehamassiindeksit.

Füüsiline läbivaatus ja laboratoorsed uuringud

Arst kontrollib, ega teil ei ole ägeda ja/või kroonilise põletiku, aneemia, vedelikupuuduse ega alatoitumuse või malabsorptsiooni ehk imendumishäirete tunnuseid. Kõigepealt tehtavate laboratoorsete analüüside hulgas peaks olema CRV ja hemogramm. Võidakse kasutada ka teisi põletikumarkereid, näiteks kalprotektiini roojas või ESR-i. Mõnes olukorras on vaja, et arst teeks teile nakkusliku kõhulahtisuse analüüsid, sealhulgas Clostridium difficile analüüsi. Rooja lisaanalüüse võib olla vaja teha eriti siis, kui te olete välisreisil käinud.

Crohni tõve korral on kõige sagedamad leiud veres aneemia ja trombotsütoos (kui organism toodab liiga palju trombotsüüte ehk vereliistakuid). CRV ja ESR näitavad põletiku olemasolu; CRV näitab üldjoontes haiguse aktiivsust, ESR on vähem täpne. Kalprotektiin roojas peegeldab hästi haiguse aktiivsust sooles.

Kuid ükski neist analüüsist ei ole Crohni tõve diagnoosimiseks või selle eristamiseks haavandilisest koliidist piisavalt spetsiifiline.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Endoskoopia

Kui arst arvab, et teil võib olla Crohni tõbi, on selle diagnoosimiseks vaja teha ileokoloskoopia ning võtta peensoole lõpposast ja jämesoole igast osast biopsiad, et otsida Crohni tõbe kinnitavaid mikroskoopilisi tõendeid. Olenemata uuringute tulemustest on soovitatav Crohni tõve asukoha ja ulatuse hindamiseks teha peensooles lisauuringud. On ebaselge, kas täiskasvanud patsientidel, kellel ei ole sümptomeid, peaks tavapäraste uuringumeetodite hulka kuuluma suu kaudu tehtav seedetrakti ülaosa endoskoopia.

Jämesoole põletiku diagnoosimisel on esmavaliku uuringud koloskoopia ja biopsiate võtmine. Enamasti saab koloskoopia ajal võtta biopsiad ka peensoolest. Crohni tõve endoskoopilised tunnused on katkeline ja laiguline põletik, pärakupiirkonna kahjustused ning sooleseina munakiviteed meenutav välimus. Koloskoopia abil saab Crohni tõve raskusastet jämesooles hästi hinnata, aga kui Crohni tõvest on haaratud peensoole lõpposa, võib diagnoosimisel olla efektiivsem ileoskoopia kombinatsioonis kuvamistehnikatega. Crohni tõbe ei ole võimalik kindlalt diagnoosida ainuüksi kuvamistehnika abil, näiteks ultraheliuuringu, KT-uuringu või MRT-ga.

Piltidiagnostilised uuringud

Soole piltidiagnostilised uuringud (MRT ja KT) ja kõhu ultraheliuuring täiendavad endoskoopialeidu. Need aitavad tuvastada Crohni tõvest põhjustatud põletikku, obstruktsioone ja fistuleid ning kindlaks teha nende ulatust. Arvestada tuleb ka kokkupuudet kiirgusega, eriti siis, kui valitakse tehnikat haiguse edasise kulu jälgimiseks. Kuna tavapärased radioloogilised uuringud, milles kasutatakse baariumi (s.t kontrastaine), ei ole nii kvaliteetsed ja nendega kaasneb suur kiirguskoormus, tuleb võimaluse korral valida teised meetodid.

Praegu on peensoole uurimise standardmeetodid KT ja MRT. Mõlemad võimaldavad sooleseina paksuse, turse ja haavandumise järgi hinnata Crohni tõve ulatust ning aktiivsust. Mõlemad on täpsuse poolest sarnased, kuid KT on kättesaadavam ja võtab vähem aega kui MRT. Võimaluse korral tuleb aga siiski eelistada MRT-d, sest KT-uuringu tegemisel kasutatakse kiirgust.

Kõhu ultraheliuuring võib anda teavet haiguse aktiivsuse ja asukoha kohta, eriti peensooles. Lisaks on see laialdaselt kättesaadav ja odav, samuti ei kaasne selle uuringuga patsiendi kokkupuudet kiirgusega. Kuid sügavamal asuvaid soolesegmente võib olla raske näha ja erinevatel uuringutegijatel võivad nähtu kohta olla erinevad arvamused.

Peensoole endoskoopia

Peensoole kapselendoskoopiat tuleb kaaluda ainult siis, kui ileokoloskoopia ja piltidiagnostika on olnud negatiivsed, aga arstil on siiski tugev kahtlus, et tegemist võib olla Crohni tõvega. Sellisel juhul võib peensoole kapselendoskoopia kinnitada, et teil ei ole Crohni tõbe. Kui on vaja võtta biopsia, võib eriarst teha teile spetsiaalseid lisaseadmeid kasutades enteroskoopia. Seda võidakse vajaduse korral kasutada ka endoskoopiliseks raviks, näiteks striktuuride laiendamiseks (valendiku laiendamine), kinnijäänud kapsli eemaldamiseks või verejooksu raviks.

Peensoole kapselendoskoopia on uus meetod, mis võimaldab arstil otseselt näha peensoole kahjustusi, mida ei tarvitse näha olla koloskoopilisel või piltidiagnostilisel uuringul. See on efektiivne vahend peensoole Crohni tõve diagnoosimiseks, aga seda ei saa kasutada, kui patsiendil on obstruktsioonid, striktuurid või fistulid sooles või mõni



siiratud elektriline meditsiiniseade (nt südamerütmur) või esineb tal neelamishäireid.

Endoskoopilised biopsiad

Crohni tõve diagnoosi kinnitamiseks tuleb võtta biopsiad. Tuleb võtta vähemalt kaks biopsiat viiest kohast jämesooles (sealhulgas pärasool) ja peensoole lõpposast.

Crohni tõbe saab kõige usaldusväärsemalt diagnoosida kogu jämesoole ulatusest tehtud mitme erineva biopsia analüüsil. Biopsiad tuleb võtta nii haigusest haaratud kui ka puutumata piirkondadest. Järelkontrolliks tehtavatel uuringutel võib diagnoosi kinnitamiseks kasutada väiksemat arvu biopsiaid ja pärast kirurgilist ravi tuleb biopsiad võtta siis, kui kahtlustatakse haiguse taasteket. Kui ileoanaalse reservuaariga (ileoanaalpaun, ingl k *J-pouch*) patsientidel kahtlustatakse Crohni tõbe, tuleb biopsiad võtta juurdetoovast soolelingust (s.t peensoole sellest osast, mis lõpeb reservuaaris). Kui kahtlustatakse varase staadiumi vähkkasvajad, tuleb võtta mitu biopsiat.

Haiguse kulu prognoos

Crohni tõve kulgu võib prognoosida diagnoosimisel kliiniliste tegurite ja/või endoskoopiliste uuringute tulemuste järgi. Seda tuleb ravi valikul arvestada.

Uuringud viitavad, et haiguse raskemat kulgu viie aasta jooksul pärast diagnoosimist prognoosivad järgmised tegurid:

- pärakuümbruse leioonid;
- haiguskoled peensoole lõpposas ja jämesoole algusosas;
- noorem vanus diagnoosimisel ja/või
- vajadus ravida esimest ägenemist glükokortikoididega.

On aina rohkem tõendeid, et varane intensiivne ravi immunomodulaatorite ja/või bioloogiliste ravimitega võib esile kutsuda limaskestast paranemise ja varase püsiva remissiooni glükokortikoidide kasutamata. Kuid immunosupressiivse ravi riskide tõttu tuleb varast intensiivset ravi kaaluda üksnes rasketel juhtudel.

Jälgimine haiguse aktiivsuse ja ravi õnnestumise hindamiseks

Ravi määramisel saab juhendada CRV-st ja väljaheites sisalduvatest markeritest (nt kalprotektiin või laktoferriin roojas). Neid saab kasutada ka lühiajaliseks jälgimiseks ja retsidiivi prognoosimiseks. Kalprotektiin roojas aitab ka kindlaks teha, kas teil on Crohni tõbi või soole ärritussündroom.

Soole paranemise hindamise standardmeetodiks peetakse siiski endoskoopiat, aga see on invasiivne ja kulukas. Roojast kalprotektiini ja laktoferriini määramine on lihtsam. Mõlemad analüüsid näitavad mis tahes põhjusel tekkinud soolepõletikku; nende abil saab väga hästi prognoosida aktiivset Crohni tõbe ja soolespetsiifilise põletiku hindamiseks on need paremad kui CRV väärtus.

Aktiivse Crohni tõve ravi, sealhulgas alternatiivravi meetodid

Üldised põhimõtted

Enne ravimite võtmise alustamist või ravi muutmist peab Crohni tõvest tingitud aktiivse põletiku olemasolu olema kinnitatud.

Crohni tõve raviplaan peab arvestama haiguse aktiivsuse, asukoha ja iseloomuga ning plaan peab alati olema patsiendiga läbi arutatud. Mõnikord, eriti rasketel juhtudel, tuleb

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



raviotsuseid teha haiguse täielikku ulatust teadmata. Arstidel ei ole alati võimalik haiguse aktiivsust hinnata ja enne ravi alustamist või muutmist tuleb erinevate uuringute (nt biopsiad, kalprotektiin roojas) abil välja selgitada haiguse aktiivsuse objektiivsed näitajad.

Sobivat ravi valides tuleb arvestada ravimi tugevuse ja võimalike kõrvaltoimete vahelise tasakaaluga, varasema ravivastuse ja võimalike tüsistuste või sooleväliste sümptomitega.

Mõõdukalt aktiivne Crohni tõbi

Mõõdukalt aktiivset Crohni tõbe, mille korral haiguskolded paiknevad peensoole lõpposas ja jämesoole algusosas, tuleb ravida budesoniidi või süsteemsete glükokortikoididega, näiteks prednisolooni või metüülprednisolooniga. Patsientidel, kelle haigus ei ole varem allunud glükokortikoidravile või kes seda ei talu, tuleb kasutada TNF-i vastast ravi. Patsientidel, kellel haiguse retsidiive esineb harva, võib olla sobiv alustada uuesti glükokortikoidravi koos immunosupressandiga. Patsientidel, kelle haigus glükokortikoididele ja/või TNF-i vastasele ravile ei allu, on sobiv valik vedolizumab.

Mõõdukalt aktiivse Crohni tõve esialgseks raviks sobivad budesoniid ja prednisoloon. Prednisoloon on väga efektiivne ja odavam, aga tekitab tavaliselt rohkem kõrvaltoimeid kui budesoniid. Crohni tõve ravis tuleb glükokortikoide kasutada siiski võimalikult vähe, sest remissiooni säilitamisel ei ole need efektiivsed.

Efektiivne võimalus glükokortikoidravi vähendamiseks on TNF-i vastase ravi varane alustamine. Teatud patsiendirühmades, näiteks neil, kes on glükokortikoididest sõltuvad või kelle haigus neile ei allu, võib olla rohkem kasu TNF-i vastasest ravist.

Varases järgus haigusega patsientidel on infliksimabi ja asatiopriini kombinatsioon leitud olevat remissiooni saavutamisel ja säilitamisel efektiivsem kui ainult infliksimab.

Väga aktiivne Crohni tõbi

Väga aktiivset Crohni tõbe, mille korral haiguskolded paiknevad peensoole lõpposas ja jämesoole algusosas, tuleb esialgu ravida süsteemsete glükokortikoididega. Retsidiveerunud haiguse korral on sobiv TNF-i vastane ravi. Patsientidel, kelle haigus glükokortikoididele ja/või TNF-i vastasele ravile ei allu, on sobiv valik vedolizumab. Mõnedel patsientidel, kellel haiguse retsidiive esineb harva, võib olla sobiv alustada uuesti glükokortikoidravi koos immunosupressandiga. Nende patsientidega, kelle haigus ravimitele ei allu, tuleb arutada kirurgilist ravi.

Kuigi peensoole lõpposa haarava raske Crohni tõve esialgses ravis kasutatakse ikka veel prednisolooni või veeni kaudu manustatavat hüdrokortisooni, on halvema prognoosiga patsientide jaoks TNF-i vastase ravi alustamise läve toodud viimastel aastatel madalamale. Uuringute andmetel vähendab Crohni tõve korral pidev TNF-i vastane ravi infliksimabi või adalimumabiga kirurgilise ravi ja haiglaravi vajaduse tekkeriski.

TNF-i vastast ravi kasutatakse sageli patsientidel, kelle haigus esialgsele ravile ei allu ja kes ei ole kirurgilise ravi kandidaadid. Peensoole lõpposa ja jämesoole algusosa haarava Crohni tõvega patsientide jaoks on kirurgilise ravi lävi madalam kui neil, kelle haigus paikneb mujal, eriti peensooles, sest peensoole ulatuslik või järkjärguline eemaldamine võib põhjustada alatoitumust. Mõned spetsialistid eelistavad selle piirkonna haiguse korral kirurgilist ravi TNF-i vastasele ravile, samas teised eelistavad kirurgilist ravi siis, kui ravimid ei toimi piisavalt kiiresti või tekitavad talumatuid kõrvaltoimeid.



Jämesoole Crohni tõbi

Aktiivset Crohni tõbe jämesooles tuleb ravida süsteemsete glükokortikoididega. Patsientidele, kellel on tekkinud retsidiiv, on sobivaks valikuks ravi tiopuriinide, TNF-i vastase preparaadi või vedolizumabiga. Patsientidele, kelle haigus ei allu esimesele TNF-i vastasele ravile, võib sobida vedolizumab.

Aktiivset raskekujulist Crohni tõbe on võimalik varem ja lihtsamalt diagnoosida jämesooles kui peensooles. See võib olla põhjus, miks jämesoole Crohni tõbi näib paremini alluvat TNF-i vastasele ravile kui peensoole Crohni tõbi. Süsteemsed glükokortikoidid, näiteks prednisoloon, on efektiivsed, aga budesoniidil ei ole jämesoole Crohni tõve ravis mingit mõju.

Kui patsiendid ei allu või enam ei allu ravile (ravivastuse puudumine/kadumine) TNF-i vastase preparaadi või vedolizumabiga, arutatakse tavaliselt kirurgilist ravi. Immunosupressiivset ravi alustades või muutes tuleb siiski alati arutada kirurgilist ravi.

Ulatuslik Crohni tõbi

Ulatuslikku Crohni tõbe peensooles tuleb esialgu ravida süsteemsete glükokortikoididega. Mõelda võib ka varasele TNF-i vastastele ravile. Raske haigusega patsientidele, kellel on tekkinud retsidiiv, on sobiv TNF-i vastane ravi.

Ulatusliku Crohni tõve korral esineb rohkem püsivast soolepõletikust tingitud tagajärgi (näiteks alatoitumust, soolestriktuure ja obstruktsioone) kui peensoole lokaalse haiguse puhul. Seepärast peetakse nende patsientide jaoks sobivaks glükokortikoidravi kombinatsioonis varakult alustatud immunomoduleeriva raviga.

Immunosupressiivne ravi

Varane ravi immunosupressantidega näib kõige paremini sobivat patsientidele, kelle haigusnähtude ja sümptomite järgi võib eeldada halvemat prognoosi. Varakult tuleb TNF-i vastast ravi alustada väga aktiivse haigusega patsientidel, kelle haigusnähtude ja sümptomite järgi võib eeldada halvemat prognoosi.

Mitu uuringut on näidanud, et TNF-i vastane ravi on efektiivsem, kui seda alustatakse haiguse algjärgus, eriti neil, kellel esinevad halvema prognoosiga seotud teatud riskitegurid. Need riskitegurid on ulatuslik haigus, noorem iga diagnoosimisel, vajadus glükokortikoidravi järele haiguse alguses ja perianaalsed (s.t pärakuümbruse) haigusnähud.

Kõik praegu kättesaadavad TNF-i vastased ravimid paistavad olevat ühtviisi efektiivsed soolesisese Crohni tõve raviks. Ka kõrvaltoimed on neil sarnased. Ravimi valik sõltub müügil olevatest ravimitest, manustamisviisist, patsiendi eelistustest ja ravimi maksumusest.

Esmase ravivastuse puudumine ravile TNF-i vastase preparaadiga tuleb kindlaks teha 12 nädala jooksul.

Pärast 12-nädalast ebapiisavat ravivastust on positiivse raviefekti tekkimine ebatõenäoline ja patsient tuleb üle viia uuele raviskeemile, mille abil võib remissiooni saavutada.



Kui patsienti ravitakse immunosupressantidega, sealhulgas TNF-i vastaste preparaatidega, on tal risk raskete infektsioonide tekkeks. Seda riski tuleb arvestada.

Kõik immunosupressandid, sealhulgas glükokortikoidid, tiopuriinid, metotreksaat ja TNF-i vastased preparaadid, vähendavad immuunsüsteemi aktiivsust ja immunokompetentsust (organismi võime normaalseks immuunreaktsiooniks kokkupuutel antigeeniga). See võib suurendada nakatumise riski erinevate nakkustekitajatega, mis võivad põhjustada raskeid ja isegi surmaga lõppevaid haigusi. Korruga rohkem kui ühe immunosupressandi kasutamine suurendab nakkuste riski oluliselt. Seepärast tuleb võimaluse korral vältida pikaajalist ravi mitme immunosupressiivse ravimiga korruga. Teisest küljest on tõestatud, et ravi mitme immunosupressiivse ravimiga korruga on tugevama toimega ja see võib olla vajalik eelkõige raskekujulise haiguse korral.

Täiendav ja alternatiivmeditsiin

Arst küsib teilt, kas te kasutate täiendavaid ja alternatiivmeditsiini vahendeid. Puuduvad teaduslikud tõendid nende toodete toimivuse kohta. Tooteid on väga suures valikus ja need võivad olla kallid. Kui te olete väga huvitatud nende proovimisest, peate seda kõigepealt arutama oma arstiga.

Põletikulist soolehaigust põdevad patsiendid kasutavad sageli täiendavaid ja alternatiivmeditsiini vahendeid. Täiendavaid ravimeetodeid kasutatakse lisaks tavameditsiinile, alternatiivravi meetodeid kasutatakse tavameditsiini asemel. Teaduslike tõendeid täiendavate ja alternatiivmeditsiini ravimeetodite efektiivsuse ning ohutuse kohta on vähe või on need piiratud ja gastroenteroloogil võib olla raske oma patsientidele nende kohta küllaldaselt teavet anda. Peale selle on neid tooteid väga suures valikus ja need võivad olla kallid. Kui teil on väga suur huvi neid proovida või kui te soovite tavameditsiinist üldse loobuda ning otsustate hoopis täiendava ja alternatiivmeditsiini kasuks, tuleks teil enne arstilt täiendava ja alternatiivmeditsiini vahendite kasutamise kohta nõu küsida. Kuna põletikulise soolehaigusega patsiendid kannatavad sageli alatoitumuse all, võib toitumist pidada tähtsaks täiendava ravi meetodiks.

Remissiooni säilitamine

Üldised põhimõtted

Kui süsteemsete glükokortikoididega on saavutatud sümptomite kadumine (s.t remissioon), tuleb kaaluda ravi tiopuriinide või metotreksaadiga. Mõnedel patsientidel võib remissioon püsida ka ilma igasuguse ravita, sel juhul on mõistlik neil patsientidel ravi hoopis lõpetada.

Glükokortikoide ei tohi kasutada haiguse remissioonis hoidmiseks, sest neil on hulgaliselt kõrvaltoimeid ja talutavas annuses ei ole need remissiooni säilitamiseks piisavalt efektiivsed.

Mesalasiini kasulikkuse kohta ravimitega esilekutsutud remissiooni säilitamisel on olemas ainult piiratud tõendid. Mõned arvavad, et pärast esimest ägenemist ei ole säilitusravi vajalik. Arvestades suurt retsidiivi tekkimise ja glükokortikoidsõltuvuse riski ning varakult alustatud ravi suuremat õnnestumise tõenäosust, on eelistatav ravim pärast süsteemsete glükokortikoididega saavutatud remissiooni asatiopriin. Patsientidel, kes asatiopriini ei talu, võib proovida merkaptopuriini, välja arvatud juhul, kui neil on olnud pankreatiit (kõhunäärme põletik) või tsütopeenia (s.t vererakkude arvu vähenemine). Kasutada võib ka metotreksaati, eriti patsientidel, kes tiopuriine ei talu.



Kui teil on tekkinud retsidiiv, tuleb haiguse süvenemise vältimiseks kaaluda säilitusravi annuste suurendamist. Lokaalselt piirdunud haigusega patsientidel tuleb alati kaaluda kirurgilist ravi.

Kui tekib retsidiiv, tuleb kaaluda asatiopriini kasutamist. Glükokortikoidid (sealhulgas budesoniid) ei ole remissiooni säilitamiseks efektiivsed ega sobivad. Pikaajaline glükokortikoidide kasutamine põhjustab sageli vastuvõetamatuid kõrvaltoimeid, eriti osteoporoosi (s.t luukoe kadu) ning sellega seotud luumurde, aga samuti katarakti (kae) ja glaukoomi (rohekae).

Säilitusravi ulatusliku haiguse korral

Ulatusliku haiguse korral soovitatakse haiguse süvenemise vältimiseks kasutada tiopuriine. Kui haigus on agressiivne või raskekujuline või kui prognoos on tõenäoliselt halb, tuleb kaaluda TNF-i vastast ravi.

Arvestades retsidiivi tekkeriski ja varakult alustatud ravi suuremat õnnestumise tõenäosust, on ulatusliku Crohni tõvega patsientidele soovitatav ravim asatiopriin.

Glükokortikoidsõltuv Crohni tõbi

Patsiendid, keda veel ei ole immunosupressantidega ravitud ja kes vajavad sümptomitevabana (s.t remissioonis) püsimiseks glükokortikoide, tuleb ravida tiopuriini, metotreksaadi või TNF-i vastase preparaadiga. Arutada tuleb ka kirurgilist ravi.

Glükokortikoidsõltuva Crohni tõve korral on efektiivsed immunosupressandid (asatiopriin/merkaptopuriin, metotreksaat). Teatud kindla haiguspaikmega patsientidel on alternatiivne ravivõimalus peensoole resektsioon. Väga efektiivne meetod glükokortikoidravi vajaduse vältimiseks on varane TNF-i vastaste preparaatide kasutamine. Glükokortikoidsõltuvatele patsientidele võib samuti olla kasulikum varane TNF-i vastase ravi alustamine. Praeguseks on kindlaks tehtud, et haiguse varases järgus on infliksimabi ja asatiopriini kombinatsioonravi glükokortikoidravi abita remissiooni säilitamiseks efektiivsem kui ainult infliksimab. Neil patsientidel võib kasutada ka vedolizumabi.

Sobimatu säilitusravi tiopuriiniga (tiopuriin-refraktaarne Crohni tõbi)

Kui teid ravitakse tiopuriinidega ja teil tekib retsidiiv, tuleb arstil hinnata, kas te järgite kokkulepitut raviplaani. Kontrollida tuleb ka põletikunäitajaid. Annuse suurendamine võib ravivastust parandada. Kui sobib, tuleb minna üle metotreksaadile või TNF-i vastasele ravile. Lokaalselt piirdunud haigusega patsientidel tuleb alati kaaluda kirurgilise ravi võimalust.

Asatiopriini või merkaptopuriini saaval patsientidel, kellel tekib retsidiiv standardse säilitusannuse võtmise ajal, võib annust suurendada, kuni vereanalüüsid näitavad leukotsüütide arvu vähenemist või 6-TGN-i (tiopuriinide ainevahetussaadus, mida on võimalik verest määrata) sisalduse suurenemist vajalikule tasemele. Muud valikud on veel metotreksaat, TNF-i vastane ravi ja vedolizumab.



Säilitusravi jätkamine

Kui varem ravi mittesaanud patsient on TNF-i vastase ravi ja tiopuriini kombinatsiooniga saanud sümptomitevabaks (s.t. remissioonis), on soovitatav kasutada sama raviskeemi ka säilitusraviks. Mõnedele patsientidele võib sobida ravi ka ainult tiopuriinidega. Kui remissioon on saavutatud ainult TNF-i vastase raviga, võib seda jätkata ka säilitusravina. Kui remissioon on saavutatud vedolizumabiga, võib seda jätkata ka säilitusravina.

Säilitusravi kestus

Kui põletikunähud puuduvad, võib kaaluda ravi lõpetamist pikaajalises remissioonis patsientidel ja säilitusraviks tiopuriine saavatel patsientidel. Metotreksaadi puhul ei ole võimalik ravi kestuse kohta soovitusi anda. Vajaduse korral võib kaaluda pikaajalist TNF-i vastase ravi kasutamist.

Crohni tõbi on tavaliselt eluaegne haigus, mis kulgeb remissioonide ja erineva aktiivsusega episoodidena. Ravi eesmärk on saavutada ja säilitada pikaajaline remissioon. Üldiselt ei ole kokkulepet selles osas, mida mõeldakse pikaajalise remissiooni all, ja ravi lõpetamise või muutmise soovitude andmiseks on vähe andmeid, sest enamikus kontrollitud kliinilistes uuringutes ei jälgita patsiente kauem kui 1–3 aastat.

Ühes uuringus täheldati, et kui asatiopriini võtmine lõpetati pärast kauem kui 3,5 aastat kestnud ravi, oli 18 kuud pärast ravi lõppu suurem tõenäosus retsidiivi tekkeks võrreldes nende inimestega, kes ravimi võtmist jätkasid (retsidiive vastavalt 21% ja 8%). Samas uuringus kasutati pikaajalist jälgimist ja leiti, et nende seas, kes lõpetasid asatiopriini võtmise, said retsidiivi kolme aasta pärast 53% ja viie aasta pärast 63%. Õnneks aga saavutasid 23 inimesest, kes hakkasid uuesti asatiopriini võtma, uuesti remissiooni kõik peale ühe (s.t. 95,7% saavutasid asatiopriiniga uuesti remissiooni).

Kui kaob ravivastus TNF-i vastasele ravile

Kui haigus TNF-i vastasele ravile enam ei allu, tuleb arstil kõigepealt püüda annust kohandada. Annuse suurendamine või raviintervalli lühendamine on mõlemad ühtmoodi head strateegiad. Kui annuse kohandamine ei aita, on soovitatav üle minna teisele TNF-i vastasele ravimile. Enne järgmist annust vereanalüüsiga TNF-i vastase ravimi sisalduse ja võimaluse korral ravimivastaste antikehade määramine võib aidata otsustada, kuidas ravi kohandada.

Neoplaasia risk ja immunosupressiivne ravi

Tiopuriinidega ravitud patsientidel võib olla suurenenud risk lümfoomi, nahavähi ja emakakaela düsplaasia tekkeks. TNF-i vastaste preparaatidega ravitud patsientidel on suurem tõenäosus nahavähi tekkeks. Praegu ei ole teada, kas ainult TNF-i vastast ravi saanud patsientidel on suurem tõenäosus lümfoproliferatiivsete haiguste või soliidtuumorite tekkeks, aga TNF-i vastane ravi koos tiopuriinidega suurendab lümfoproliferatiivsete haiguste riski. Kuid ka suurenenud vähiriski korral on vähkkasvaja esinemissagedus ikkagi väga väike. Seepärast tuleb alati hoolikalt hinnata raviriske ja ravist saadavat kasu ning teil tuleb seda arstiga arutada.

Asatiopriin on korduvalt tõestatud efektiivne ravim, ent samas on sellega seotud kergelt suurenenud risk ühe rasket tüüpi immuunsüsteemi vähkkasvaja ehk mitte-Hodgkini lümfoomi tekkeks. Seepärast tuleb selle kasutamisega seotud kasu ja riske kaaluda. Siiski on asatiopriini riske (sealhulgas vähkkasvaja) ja kasu (sealhulgas sümptomite leevenemine) analüüsinud uuring viinud järeldusele, et isegi mitte-Hodgkini lümfoomi riski



tagasihoidlikult üle hinnates on kasu palju suurem kui riskid. See kehtis eriti noorte inimeste puhul, kelle seas lümfoomi esinemissagedus on niigi väike. TNF-i vastaste preparaatidega ravitud patsientidel on täheldatud ka teisi vähkkasvajalisi kahjustusi, nagu nahavähk ja naistel emakakaela düsplaasia risk. Seega on kõigi neid ravimeid saavate patsientide hoolikas järelvalve kohustuslik.

Crohni tõve kirurgiline ravi

Obstruktiivne ileotsekaalne Crohni tõbi

Kui Crohni tõbi haarab peensoole lõpposa ja jämesoole algusosa ning teil on obstruktsiooni sümptomid, aga puuduvad märkimisväärsed aktiivse põletiku nähud, on valikravimeetodiks kirurgiline ravi.

Kui patsiendil (a) on Crohni tõbi piirdunud peensoole lõpposa ja jämesoole algusosaga, (b) ei allu glükokortikoidravile ja (c) obstruktsiooni sümptomid on püsivad, tuleb talle teha operatsioon. Kui patsiendil on ilma põletikuta obstruktsioon (s.t normaalse CRV väärtusega), võib teda samuti ravida kirurgiliselt. Ent kui patsiendile on varem tehtud ileotsekaalne resektsioon ja tekkinud on anastomoosi stenoos (s.t ühenduskoha kitsenemus), võib enne uut soole resektsiooni proovida endoskoopilist laiendamist (s.t kitsenenud koha avaramaks venitamist).

Kõhu abstsess

Peensoolt haarava aktiivse Crohni tõvega võib kaasneda kõhu abstsess. Esialgu tuleb seda ravida antibiootikumidega, drenida kirurgiliselt või nõelaga punkteerides. Vajaduse korral võidakse pärast abstsessi paranemist teha resektsioon.

Arvamused selle kohta, kas pärast drenimist tuleb alati teha resektsioon, on erinevad.
Crohni tõvega seoses tehtava(te) esimes(t)e ja järgmis(t)e operatsiooni(de) vajaduse suuremat riski prognoosivad tegurid

Crohni tõve korral suurendavad teatud tegurid kirurgilise ravi vajaduse riski. Need on:

- suitsetamine;
- fistulite ja striktuuride tekkega kulgev haigus;
- varane glükokortikoidide kasutamine (meditsiiniline vajadus kasutada esimese ägenemise raviks glükokortikoide);
- haiguskolded peensoole lõpposas (s.t niudesooles);
- haiguskolded peensoole keskosas (s.t tühisooles) ja
- noorem iga diagnoosimisel.

Mitmes uuringus on otsitud kirurgiliselt ravitud Crohni tõve taastekkimise võimalikke riskitegureid. Enamikus uuringutes on leitud, et suitsetamine, varasemad soolelõikused (sealhulgas apendektoomia), haiguse penetreeriv (s.t läbitungiv) iseloom, pärakupiirkonna haaratus ja ulatuslik peensoole resektsioon on prognostilised näitajad, mille järgi võib eeldada haiguse kirurgilise ravi järgset varast taastekkimist. Mitmes uuringus on tõendatud medikamentoosse säilitusravi (ravimid) efektiivsus. Ei ole teada, kas haiguse taastekkimise riski mõjutavad patsiendi vanus haiguse alguses, sugu, haiguse kestus, resektsiooni piirid või operatsiooni tüüp. Praeguseks ei ole veel välja töötatud hindamissüsteemi, mille alusel jagada inimesed väikese/keskmise/suure riski järgi kategooriatesse, kuigi see oleks äärmiselt kasulik.



Kirurgilise ravi vajaduse riski vähendamine medikamentoosse raviga

Patsiendid, keda on hakatud varakult tiopuriinidega ravima, võivad kirurgilist ravi vajada väiksema tõenäosusega. TNF-i vastane ravi vähendab kirurgilise ravi vajaduse riski.

Jälgimine pärast kirurgilist ravi

Pärast kirurgilist ravi on haiguse tagasitulekut kõige parem diagnoosida ileokoloskoopia abil. See aitab kindlaks teha, kas haigus on taastekkinud, kui raskekujuline see on ja ühtlasi võimaldab prognoosida selle kliinilist kulgu. Seda tuleb teha esimese aasta jooksul pärast operatsiooni, et teha uuringu tulemustest lähtuvalt raviotsused.

Ileokoloskoopia on soovitatav läbi viia esimese aasta jooksul pärast operatsiooni, et teha uuringu tulemustest lähtuvalt raviotsused. Seda seepärast, et mitme uuringu andmetel on koloskoopia kõige tundlikum meetod haiguse taastekke avastamiseks. Koloskoopia ja biopsia abil on võimalik retsidiiv tuvastada mõni nädal kuni mõni kuu pärast operatsiooni ning need uuringud tuleb teha pärast operatsiooni ühe aasta jooksul. Tavaliselt on haiguse taastekke koloskoopial tuvastatav juba enne patsiendil sümptomite avaldumist. Kui koloskoopial leitakse raskekujulise haiguse tunnused, tuleb varajaste operatsioonijärgsete tüsistuste, näiteks abstsesside või obstruktsioonide ärahoidmiseks kasutada intensiivsemat ravi.

On olemas ka uued, vähem invasiivsed diagnostilised meetodid, mille abil saab pärast operatsiooni kindlaks teha, kas haigus on tagasi tulnud. Need meetodid on kalprotektiini analüüs roojas, kõhu ultraheliuuring, kontrastainega MR-enterograafia ja peensoole kapselendoskoopia.

Radioloogilisi meetodeid ja piltagnostikat (UH, MRT ja KT) kui iseseisvaid diagnostilisi meetodeid operatsioonijärgse taastekke tuvastamisel alles hinnatakse. 6 või 12 kuud pärast operatsiooni tehtud peensoole kapselendoskoopia paistab operatsioonijärgse taastekke diagnoosimisel olevat ligikaudu sama täpne kui ileokoloskoopia. Kuid ei ole uuritud, kas MRT, KT-enterograafia või peensoole kapselendoskoopia abil saab niudesooles või tühisooles tekkinud retsidiivi diagnoosida.

Järgmiste operatsioonide ennetus pärast peensoole lõpposa ja jämesoole algusosa resektsiooni

Patsientidele, kellel on vähemalt üks haiguse taastekke riskitegur, on soovitatav pärast peensoole lõpposa ja jämesoole algusosa resektsiooni (s.t eemaldamist) ennetav ravi. Parim ennetav ravi on tiopuriinide manustamine või TNF-i vastane ravi. Mesalasiin suurtes annustes on ravivõimalus nendele patsientidele, kellel on eemaldatud ainult peensoole lõpposa. Pärast peensoole lõpposa ja jämesoole algusosa resektsiooni on efektiivne antibiootikumravi, aga see ei ole nii hästi talutav.

Kõiki Crohni tõvega patsiente tuleb teavitada suitsetamisega seotud riskidest. Suitsetamisest loobumist tuleb julgustada ja toetada.

Suitsetamine on Crohni tõve korral üks suuremaid riskitegureid retsidiivide ja kirurgilise resektsiooni vajaduse tekkeks. Seepärast peavad kõik Crohni tõvega patsiendid andma endast parima, et suitsetamisest loobuda.

Fistulitega Crohni tõve ravi



Diagnostilised strateegiad

Crohni tõve korral on päraümbrose fistulite esmane uuringumeetod vaagna MRT. Kui on välistatud pärasoole striktuur (s.t kitsenemus), on hea valik pärasoole endoskoopiline ultraheliuuring. Mõlemad meetodid on täpsemad, kui neid kombineerida üldanesteesis tehtava uuringuga. Fistulograafiat ei soovitata. Kui pärakupiirkonnas avastatakse fistul, on parim meetod kogunud kirurgi tehtav uuring üldanesteesis.

Võimaluse korral tuleks kohe alguses kasutada MRT-uuringut, sest selle täpsus on 76–100%. Kui MRT ei ole kohe kättesaadav, tuleb sellele vaatamata võimalikult kiiresti teha üldanesteesis uuring koos abstsessi või fistuli dreenimisega, et vältida dreenimata infektsioonikoldega seotud ohtusid; üldanesteesis tehtava uuringu täpsus on 90% ja selle käigus on kirurgil võimalik abstsess dreenida.

Lihtsa fistuli kirurgiline ravi

Anaalpiirkonna madalal asetseva ühe kanaliga fistuli korral võidakse kaaluda lihtsat fistulotoomiat. Välistada tuleb pärakupiirkonna abstsess, aga kui see on olemas, tuleb see dreenida.

Kui inimesel on madalal asetsev lihtne pärakufistul, võidakse kaaluda fistulotoomiat (s.t uurise kanali kirurgiline avamine). Fistulotoomiat tuleb teha väga selektiivselt, s.t selle tegemist tuleb hoolikalt kaaluda, sest see võib põhjustada tüsistusena pidamatust ehk inkontinentsust. Kui pärakupiirkonnas on abstsess (s.t mädakogum), on tähtis see dreenida ja korralikult ravida, sest ravimata abstsess võib väga halvasti mõjuda päraümbrose kudede, sealhulgas rooja väljutamises osalevatele lihastele.

Lihtsa fistuli medikamentoosne ravi

Päarakupiirkonnas asuvad lihtsad (s.t ühe kanaliga) fistulid, millega kaasnevad sümptomid, vajavad ravi. Dreeni (s.t siid- või lateksnõör) asetamine ja antibiootikumid (metronidasool ja/või tsiprofloksatsiin). Kui lihtsaid fistuleid põhjustav haigusvorm tekib uuesti ja antibiootikumidele ei allu, võib teise valiku ravimitena kasutada tiopuriine või TNF-i vastaseid ravimeid.

Kui lihtne perianaalne fistul (s.t ainult ühe kanaliga uuris) sümptomeid ei põhjusta, ei ole vaja midagi ette võtta. Aga kui see põhjustab sümptomeid, tuleb kasutada medikamentoosse ja kirurgilise sekkumise kombinatsiooni. Soovitatav raviplaan on antibiootikumide manustamine, abstsessi dreenimine ja fistulisse dreeni asetamine. Kui fistul tekib uuesti ega allu antibiootikumravile, võib teise valiku ravimitena kasutada tiopuriine või TNF-i vastaseid ravimeid. Viie uuringu koondandmed on näidanud, et fistulite sulgemisel ja taasavanemise vältimisel on efektiivsed tiopuriinid. Samas on uuringud näidanud, et fistulite sulgemisel ja taasavanemise vältimisel, samuti nendega seotud kirurgilise ja haiglaravi vajaduse vähendamisel on efektiivne infliksimab.

Mitme avaga perianaalse fistuli ravi

Kui fistulitega kulgev Crohni tõbi põhjustab pärakupiirkonnas mitme avaga (s.t mitme kanaliga) fistuleid, võib pärast fistulite kirurgilist dreenimist näidustuse olemasolul kasutada esimese valiku ravimitena infliksimabi või adalimumabi. Ravi tsiprofloksatsiini ja TNF-i vastaste ravimitega korraga parandab lühiajalist prognoosi.



TNF-i vastase ravi efektiivsuse suurendamiseks fistulitega Crohni tõve korral, kui esinevad mitme avaga (s.t mitme kanaliga) fistulid, võib kaaluda TNF-i vastast ravi kombinatsioonis tiopuriinidega.

Fistulitega Crohni tõve säilitusravi

Säilitusraviks tuleb kasutada tiopuriine, infliksimabi või adalimumabi, dreenimist (s.t siid- või lateksnööri kasutades) või nende kombinatsiooni.

Andmeid tiopuriinide kui fistulivastase säilitusravi efektiivsuse kohta pärast induktsioonravi infliksimabiga või säilitusravi ajal infliksimabiga ei ole. Ainult säilitusraviks kasutatava infliksimabi kohta on tõendeid, et see vähendab kirurgilise ja haiglaravi vajadust. Adalimumab paistab toimivat, sest hoiab fistulid suletuna, aga ei ole teada, kas see vähendab kirurgilise ja haiglaravi vajadust.

Üldiselt on 90% gastroenteroloogidest ühel meelel, et pärast fistuli dreenimise õnnestunud lõpetamist on säilitusravi kohustuslik. Eelistatavad ravimid on tiopuriinid või TNF-i vastased preparaadid ja neid tuleb kasutada vähemalt üks aasta jooksul.

Soolevälised ilmingud (Crohni tõvega seotud sümptomid väljaspool soolt)

Liigeseprobleemid

Põletikulise soolehaigusega seotud liigesehaiguste diagnoosid pannakse kliinilise pildi põhjal tüüpiliste sümptomite alusel, välistades muud spetsiifilised liigesepõletiku vormid.

Põletikulise soolehaigusega on üldjoontes seotud kahte tüüpi liigesehaigused: perifeerne ja aksiaalne artropaatia. Perifeerset artriiti on kahte tüüpi: 1. ja 2. tüüp. 1. tüüpi artriit haarab suuri liigeseid (nt põlved, küünarliigesed ja õlad), ägeneb samal ajal kui põletik sooltes ja seda esineb 4–17% Crohni tõvega patsientidel. 2. tüüpi artriit haarab väikseid liigeseid (nt kätes) ja seda esineb ainult 2,5% Crohni tõvega patsientidel.

Artriiti diagnoositakse valulike turses liigeste järgi ja diagnoosimisel tuleb välistada teised haigused, nt osteoartriit, reumatoidartriit ja sidekoehaigustega seotud artriit (nt luupus). Peale selle tuleb välistada ravimitega seotud põhjused, näiteks artralgia (s.t liigesevalu), mille põhjus võib olla glükokortikoidide kasutamise lõpetamine, glükokortikoididest tingitud osteonekroos (s.t liigeste verevarustuse häired) ja infliksimabist tingitud luupus. Aksiaalsete artropaatiate hulka kuuluvad ka sakroiliit (mida esineb 25–50% Crohni tõvega patsientidel) ja spondüliit (mida esineb 4–10%). Anküloseerivale spondüliidile on iseloomulik krooniline seljavalu, hommikune jäikus, lülisamba piiratud paindumus ja hilisemates staadiumides ka rindkere vähenenud liikuvus. Anküloseeriva spondüliidi diagnoosimise kuldstandard on MRT, sest selle abil on võimalik põletikku tuvastada juba enne luukahjustuste tekkimist.

Perifeerne artriit haarab tavaliselt jäsemete suuri liigeseid. Seda on võimalik ravida füsioteraapia, lühiajaliste MSPVA-kuuride ja lokaalsete glükokortikoidide süstimisel. Rõhuasetus peab aga olema Crohni tõve kui põhihaiguse ravil. Püsiva perifeerse artriidi korral võib aidata ravi sulfasalasiiniga.

Crohni tõvega seotud artropaatia (s.t liigesehaigus) ravisoovitused põhinevad spondüloartropaatia (s.t liigesehaigus), peamiselt anküloseeriva spondüliidi (s.t liigesepõletik lülisambas) kohta tehtud uuringutel. Põletikuliste soolehaiguste valdkonnas ei ole hea ülesehitusega uuringuid tehtud, niisiis on selle valdkonna ravisoovitused tuletatud teiste haiguste omadest.

Perifeerse artriidi sümptomeid peaksid leevendama ka Crohni tõve kui põhihaiguse raviks



kasutatavad glükokortikoidid, immunomodulaatorid ja TNF-i vastased preparaadid. Kui Crohni tõve kui põhihaiguse ravi liigesevalu ei leevenda, tuleb patsiendil kaaluda lühiajalist kuuri MSPVA-dega; kuigi on võimalik, et MSPVA-de toime muutub Crohni tõbi ägedamaks, paistab risk olevat väike. Sümptomeid võivad leevendada füsioteraapia ja puhkamine. COX-2 inhibiitorite (nt etorikoksiib ja tselekoksiib) kasutamine paistab olevat ohutum ja seotud väiksema ägenemisriskiga kui tavapäraste MSPVA-de kasutamine. Suurte liigeste artropaatia korral võib olla kasu sulfasalasiinist. Ja veel võib perifeersele artriidile väga hästi mõjuda infliksimab.

Aksiaalne artriit põhjustab valu ja jäikust alaselja liigestes. Soovitatav on intensiivne füsioteraapia ja MSPVA-d, aga ohutuse mõttes tuleb pikaajalist ravi MSPVA-dega vältida. Kui patsient ei talu MSPVA-sid või need ei anna tulemust, on eelisravim anküloseeriva spondüliidi raviks TNF-i vastane preparaat. Sulfasalasiin, metotreksaat ja tiopuriinid on ebaefektiivsed.

Crohni tõvega seotud aksiaalse artriidi ravisoovitused põhinevad anküloseeriva spondüliidi (s.t liigesepõletik lülisambas) kohta tehtud uuringutel. Kasutada võib intensiivset füsioteraapiat ja MSPVA-sid, kuid MSPVA-de pikaajalist kasutamist tuleb vältida. Võib kaaluda lokaalset süsteravi glükokortikoididega. Sulfasalasiin, metotreksaat ja asatiopriin ei ole aksiaalsete sümptomitega anküloseeriva spondüliidi korral efektiivsed. Aktiivse anküloseeriva spondüliidiga patsientidele, kelle haigus ei allu ravile MSPVA-dega või kes neid ei talu, on soovitatav ravi TNF-i vastaste preparaatidega. On tõendatud, et piisavalt ohutud ja efektiivsed ravimid anküloseeriva spondüliidi raviks on nii adalimumab kui ka infliksimab.

Luude haigused

Glükokortikoide võtavad või vähenenud luutihedusega patsiendid peaksid saama toidulisandina kaltsiumi ja D-vitamiini. Kasuks tuleb lihaseid tugevdav treening ja suitsetamisest loobumine. Luumurdudega patsiente tuleb ravida bisfosfonaatidega, aga nende luumurde ennetav toime ei ole tõestatud. Menopausis naistele ei ole rutiinne hormoonasendusravi kõrvaltoimete riski tõttu soovitatav. Vähesel testosterooniga meestel võib olla kasu selle hormooni võtmisest ravimina.

Põletikulise soolehaigusega patsientidel suurendab ravi kaltsiumiga annuses 500–1000 mg ööpäevas ja D-vitamiiniga (800–1000 RÜ ööpäevas) luutihedust, kuid ei ole uuritud, kas see ennetab põletikulise soolehaigusega patsientidel ka luumurdude teket. Seepärast ei ole otstarbekas üldine soovitus ravida bisfosfonaatidega vähenenud luutiheduse alusel. Kuid menopausis naistel või glükokortikoididest tingitud osteoporoosiga inimestel on bisfosfonaatidest siiski kasu. Üldiselt on nii, et kui patsiendil on luutihedus vähenenud ja tal esineb veel riskitegureid, tuleb seda ravi kaaluda.

Kroonilise aktiivse haigusega patsiente tuleb ravida immunosupressantidega, näiteks asatiopriini ja TNF-i vastaste ravimitega, et neil oleks võimalik vältida glükokortikoidravi ja vähendada põletiku negatiivset toimet luutihedusele; on tõendatud, et paljudel Crohni tõvega patsientidel taastub stabiilses remissioonis olles normaalne luutihedus kolme aastaga.

Nahanähud

Nodoosse erüteemi ravi põhineb tavaliselt Crohni tõve kui põhihaiguse ravil. Tavaliselt on vaja kasutada süsteemseid glükokortikoide. Gangrenoosset püodermiat ravitakse esialgu süsteemsete glükokortikoidide, TNF-i vastase ravi või kaltsineuriini inhibiitoritega.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Nodoosne erüteem (s.t sääрте, reite ja käsivarte nahal olevad punased sõlmekesed) on tavaliselt kergesti märgatav ja see esineb 5–10% Crohni tõvega patsientidel. Tavaliselt tekib see siis, kui Crohni tõbi on aktiivne. Diagnoosi on harilikult võimalik kinnitada biopsiat võtmata. Tavaliselt on vaja põhihaigust ravida suukaudsete glükokortikoididega ja kui glükokortikoidid ei mõju või haigus sageli retsiveerub, võidakse lisada asatiopriin ja/või infliksimab; asatiopriini või infliksimabi on siiski vaja väga harva kasutada.

Gangrenoosne püodermia (s.t suured valulikud haavandid nahal) võib tekkida mis tahes kehapiirkonnas, sealhulgas suguelunditel, aga kõige sagedamad kohad on sääred ja stoomide lähedus. Tavaliselt algavad need pindmistena, kuid ajapikku muutuvad sügavamaks. Mingil hetkel tekivad need haavandid 0,6–2,1% Crohni tõvega patsientidel ja see võib, aga ei pruugi kokku langeda Crohni tõve aktiivsusega. Gangrenoosse püodermia diagnoosimine toimub välistamise teel, see tähendab, et see diagnoos pannakse siis, kui ei leita ühtki muud põhjust haavandite tekkeks; biopsia võidakse võtta teiste nahahaiguste välistamiseks. Ravi eesmärk peab olema kiire paranemine, sest tegemist võib olla kurnava haigusega. Enne kaltsineuriini inhibiitorite proovimist tuleb kasutada glükokortikoide. Infliksimabi on hakatud rohkem kasutama ning selle efektiivsust on näidatud ühes suures uuringus ja kahes väikeses juhtumiuuringus. Veel ei ole uuringutes omavahel võrreldud süsteemseid glükokortikoide, TNF-i vastast ravi ja kaltsineuriini inhibiitoreid. Nagu teiste nahahaavandite korral, tuleb ka siin vältida kirurgilist sekkumist.

Trombemboolilised tüsistused

Kõigil raske haigusega haigla- ja kodusel ravil olevatel patsientidel tuleb kaaluda tromboosi (s.t soonesiseste verehüüvete ehk trombide moodustumine) ennetavat ravi. Venosse trombembooliaga (s.t veeni ummistav verehüüve ehk tromb) põletikuliste soolehaigustega patsiente tuleb ravida kehtivate tromboosiravi soovitude järgi.

Suures osas teadmata põhjustel on Crohni tõvega patsientidel suurem risk veenisistest verehüüvete ehk trombide tekkeks. Seda nimetatakse venosseks trombembooliakts. Tähtis on seda ennetada ja ravida, sest selle tagajärjel võivad tekkida tüsistused või isegi surm. Trombid tuleb sobiva kuvamistehnika, näiteks ultraheliuuringu ja venograafia abil diagnoosida.

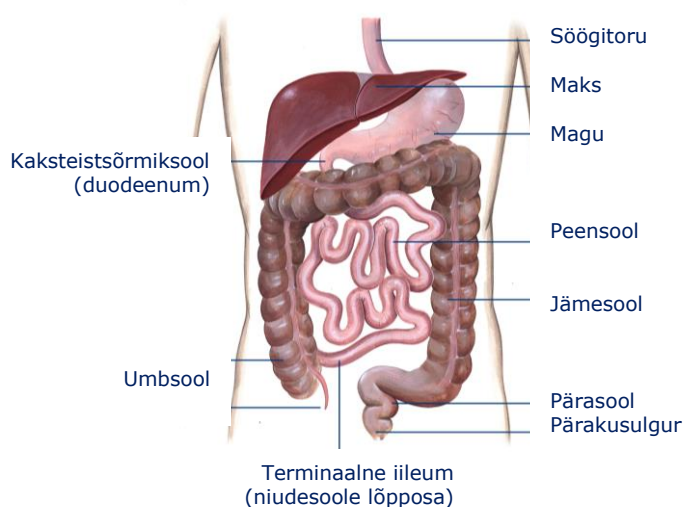
Ravivõimaluseks on verd vedeldavad ravimid (antikoagulandid), mida tuleb kasutada trombide raviks ja ka ennetamiseks. Kui trombid tekivad inimesel teist korda, tuleb kaaluda pikaajalist ravi. Verevedeldajate kasutamisest tingitud veritsusena avalduvaid tüsistusi ei paista põletikulise soolehaigusega patsientidel olevat rohkem kui inimestel, kellel põletikulist soolehaigust ei ole. Lisaks tuleb Crohni tõvega patsientidel suhtuda ettevaatusega pikki sõite eeldavatesse reisesse ja suukaudsete rasestumisvastaste vahendite kasutamisse, sest need suurendavad trombide tekkeriski. Seepärast tuleb teatud olukordades kaaluda ennetavat ravi verevedeldajatega.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Sõnastik

Seedetrakti anatoomia illustratsioon



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Mõiste	Mõistega seotud valdkond	Definitsioon
5-ASA ehk 5-aminosalitsüülhape ehk mesalasiin	Ravim	See on toopiline (paikne) ravim, mida kasutatakse põletikulise soolehaiguse ravimiseks, eelkõige haavandilise koliidi ja teatud olukordades ka Crohni tõve korral. Seda võetakse suu kaudu või manustatakse klistiiri ehk klüsmi, vahu või ravimküünlana pärasoolde.
6-TGN	Ravim	Asatiopriini või merkaptopuriini aktiivne metaboliit.
Abstsess	Crohni tõve tüsistus	Abstsess on veeldunud koe ehk mäda piirdunud kogum kehas. See tekib organismi kaitse reaktsiooni tagajärjel võõra suhte.
Adalimumab	Ravim	Põletikulise soolehaiguse korral sageli kasutatav TNF-i vastane ravim, mis kuulub bioloogiliste (biotehnoloogiliselt valmistatud) ravimite rühma. Süstitakse naha alla (subkutaanselt); süstida võib kas patsient ise või meditsiiniõde.
Aksiaalne artriit	Põletikulise soolehaigusega seotud haigus	Liiges(t)e haigus, mis võib haarata lülisammast ja puusaliigeseid.
Alatoitumus	Crohni tõve	Puudulik toitumine näiteks selle tagajärjel,

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	tüsistus	et inimene ei suuda piisavalt palju süüa või ei söö piisavalt palju õiget toitu või tal on imendumishäire (vt malabsorptsioon).
Aminosalitsülaad	Ravim	See on põletikulise soolehaiguse ravim, mida nimetatakse ka 5-ASA-ks.
Aneemia	Haigus	Seisund, mille korral veres ei ole piisavalt terveid erütrotsüüte (punalibled) või hemoglobiini. Kui teil on aneemia, võite end tunda väsinu ja nõrgana.
Anküloseeriv spondüliit	Põletikulise soolehaigusega seotud haigus	See on artriidi (s.t liigesepõletik) vorm, millele on iseloomulik krooniline põletik peamiselt lülisamba liidustes; põhjustab seljas valu ja jäikust, mis hiljem levib ka rindkeresse ja kaela.
Antibiootikumid	Ravim	Ravimid, mida kasutatakse bakterite tekitatud infektsioonide raviks. Viiruste vastu need ei aita.
Apendektoomia	Operatsioon	Ussripiku (rahvakeeles pimesool) kirurgiline eemaldamine. Tehakse tavaliselt apenditsiidi (s.t ussripikupõletik) korral.
Apenditsiit	Haigus	Jämesoole juurde kuuluva apendiksi ehk ussripiku põletik (rahvakeeles pimesoolepõletik). Apenditsiit võib muu hulgas põhjustada valu, isutust, palavikku või perforatsiooni (s.t mulgustumine).
Artriit	Põletikulise soolehaigusega seotud haigus	Liiges(t)e põletik, mis põhjustab liiges(t)e valu ja turset.
Artropaatia		Kõik liigeste haigused või häired.
Asatiopriin	Ravim	Vt tiopuriinid
Autoimmuunne	Haigust kirjeldav omadus	Autoimmuunne haigus on haigus, mille korral immuunsüsteem ründab organismi terveid rakke.
Baarium (kontrastaine)	Diagnostilised uuringud	Teatud radioloogilistel uuringutel anatoomiliste struktuuride paremaks visualiseerimiseks kasutatav aine.
Bioloogilised ravimid	Ravim	Tavaliselt geneetiliselt muundatud rakkude valmistatud IG-valgud (immuunglobuliinid), nt TNF-i vastased preparaadid või vedolizumab.
Biopsia, biopsiad	Diagnostilised uuringud	Biopsia on kehast koeproovi võtmine ja selle täpsem uurimine. Sooleseinast võetakse biopsiad koloskoopia ajal.
Bisfosfonaadid	Ravim	Ühendid, mis aeglustavad luude hõrenemist ja suurendavad luutihedust.
Budesoniid	Ravim	Glükokortikoidide rühma kuuluv ravim. Budesoniidil on põletikuvastane toime ja seda kasutatakse ileotsekaalse Crohni tõve ja haavandilise koliidiga patsientidel haiguse ägenemise raviks klistiiri ehk

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		klüsmina juhul, kui haigusest on haaratud jämesoole lõpposa. Glükokortikoidid on ka hormoonid, mida organismis loomulikult moel toodavad neerupealised.
<i>Clostridium difficile</i>	Haigus	Bakter, mis võib põhjustada põletikulise soolehaiguse sümptomitega sarnanevaid sümptomeid.
COX-2 inhibiitorid	Ravim	See on täpsemalt sihitud toimega MSPVA, millel on vähem kõrvaltoimeid ja mis on põletikulise soolehaiguse korral paremini talutav.
Crohni tõbi	Haigust kirjeldav omadus	See on üks põletikulistest soolehaigustest. Crohni tõbi võib haarata seedetrakti kõiki osi, sealhulgas sageli ka peensoolt, mis haavandilise koliidi korral jääb terveks.
CRV (C-reaktiivne valk)	Uuring	Põletiku hindamiseks tehtav vereanalüüs. Selle abil saab kindlaks teha, kas organismis on põletik, kuid suur CRV sisaldus ei tähenda tingimata, et põletik on sooles. Seetõttu tuleb teha ka teisi uuringuid, et saada teada, kas põletikulise soolehaigusega patsiendil tekkinud põletiku põhjus on sooles.
Dreen	Operatsioon	Niit või nõör, mida kasutatakse fistulikanali avatuna hoidmiseks, et vältida abstsessi teket.
Elektrolüüdid	Uuring	Määratakse vereanalüüsil. Need on veres ja teistes kehavedelikes leiduvad mineraalainete (nt naatrium, kaalium ja kloor) elektriliselt laetud osakesed. Põletikulised soolehaigused võivad põhjustada elektrolüütide tasakaalu häireid.
Emakakaela düsplaasia	Haigus	Ebanormaalse koe tekkimine emakakaelale.
Endoskoopia	Uuring	Protseduur, kus uuritavate elundite vahetuks vaatlemiseks sisestatakse kehasse pika toru otsas olev kaamera. Põletikulise soolehaigusega patsientidele kõige sagedamini tehtav endoskoopia on (ileo)koloskoopia.
Endoskoopiline	Uuring	See on sõnast „endoskoopia“ tuletatud määrsõna.
Endoskoopiline intubatsioon	Uuring	See on endoskoobi abil kehasse toru sisestamine.
Erütropoeesi stimuleeriv aine	Ravim	See on ravim, mis stimuleerib erütrotsüütide (punaliblede) tootmist.
ESR ehk erütrotsüütide settekiirus	Uuring	Vereanalüüs, mida nagu ka CRV-d kasutatakse põletiku aktiivsuse määramiseks organismis.
Ferritiin seerumis	Uuring	See on analüüs, millega mõõdetakse organismi rauavarusid.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Fertiilne	Muu	Fertiilne ehk viljakas on inimene, kes on füüsiliselt võimeline lapsi saama.
Fistul, fistulid	Crohni tõve tüsistus	Soolesina läbiv haavand ehk uuris, mis moodustab ebanormaalse ühenduse soole ja nahapinna või soole ning mõne muu elundi vahele. Ühe avaga fistulil on üks kanal; mitme avaga fistulitel on mitu kanalit. Fistulitega Crohni tõbi on üks Crohni tõve vorm.
Fistulograafia	Uuring	Fistuli röntgenuuring.
Fistulotoomia	Operatsioon	Fistuli kirurgiline avamine.
Gangrenoosne püodermia	Haigus	Põletikulise soolehaigusega patsientidel esinev autoimmuunse mehhanismiga, mitte nakkusest põhjustatud nahapõletik, mille tagajärjel tekivad valulikud haavandid.
Gastroenteroloog	Muu	See on seedetrakti haiguste, näiteks põletikulise soolehaiguse ravimisele spetsialiseerunud arst.
Haavandiline koliit	Haigust kirjeldav omadus	Haavandiline koliit on üks põletikulise soolehaiguse vorme.
Haiguse raskusastme indeksid	Uuring	Haiguse raskusastme indeks on patsiendi sümptomitel ja teatud uuringutel (nt soole väljanägemine endoskoopial) põhinev haiguse raskuse hindamise viis. Tavaliselt näitab suurem indeks raskemat haigust. Näiteks kasutatakse haavandilise koliidi haiguse aktiivsuse indeksit (Ulcerative Colitis Disease Activity Index, UCDAI) ja Crohni tõve aktiivsuse indeksit (Crohn's disease activity index, CDAI).
Haiguse ulatus	Haigust kirjeldav omadus	See näitab, kui suur osa jämesoolest on haavandilisest koliidist või Crohni tõvest haaratud. Seda ei tohi segamini ajada haiguse raskusastmega, mis näitab, kui sügav ja ulatuslik on põletik. Haiguse ulatus on mõiste, mida kasutatakse haiguse liigitamisel: haavandilise koliidi korral proktiit, vasakpoolne koliit ja ulatuslik koliit ning sarnaselt peensoole, jämesoole ja seedetrakti ülaosa haaratusega Crohni tõbi.
Hemoglobiinisaldus	Uuring	Hemoglobiinisaldus näitab, kui palju on veres hemoglobiini. Hemoglobiin transpordib veres hapnikku. Väike hemoglobiinisaldus näitab aneemiat.
Histoloogiline uuring	Uuring	Histoloogiline uuring tähendab biopsial võetud koe ja rakkude uurimist mikroskoobi all.
i.v. ehk intravenoosne (veenisisene)	Ravim	See on ravim, mis viiakse vereringesse veeni kaudu.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Ileoanaalpauna põletik (ingl k <i>pouchitis</i>)	Tüsistus	Ileoanaalse reservuaari ehk ileoanaalpauna põletik (vt ileoanaalne anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega).
Ileoanaalne anastomoos koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega (ingl k <i>ileal pouch anal anastomosis, IPAA</i>)	Operatsioon	See on haavandilise koliidiga patsientidele sageli tehtav operatsioon, kus peensoole lõpposast moodustatakse reservuaar ehk paun (ingl k <i>J-pouch</i>), mis hakkab täitma eemaldatud jämesoole ülesannet.
Ileokoloskoopia	Uuring	Endoskoopia jämesoole ja niudesoole uurimiseks.
Ileorektaalne anastomoos	Operatsioon	See on operatsioon, kus pärasool jäetakse alles ja niudesool kinnitatakse pärasoole külge. See erineb ileoanaalsest anastomoosist koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega, mille korral pärasoolt alles ei jäeta.
Ileoskoopia	Uuring	See on endoskoopia peensoole kõige alumise osa ehk niudesoole (<i>ileum</i>) uurimiseks.
Immuniseeritud	Muu	Inimene on immuniseeritud, kui ta on muudetud nakkuse suhtes immuunseks. Tavaliselt immuniseeritakse (vaktsineeritakse) leetrite, mumpsu ja teetanuse vastu, aga on ka palju muid vaktsiine.
Immunomodulaator	Ravim	Immunomodulaator kas pärsib või stimuleerib immuunsüsteemi aktiivsust. Immunosupressandid on põletikulise soolehaiguse ravis sagedamini kasutatavad immunomodulaatorid, sest arvatakse, et vähemalt osaliselt on põletikulise soolehaiguse põhjuseks üliaktiivne immuunsüsteem.
Immunosupressandid	Ravim	Ravimite rühm, mida kasutatakse immuunsüsteemi aktiivsuse vähendamiseks, sealhulgas glükokortikoidid, tiopuriinid, metotreksaat, TNF-i vastased ravimid ja vedolizumab. Kuna põletikulist soolehaigust võib põhjustada üliaktiivne immuunsüsteem, võivad immunosupressandid nende ravis kasulikud olla.
Infliksimab	Ravim	TNF-i vastane bioloogiline ravim, mida sageli kasutatakse põletikulise soolehaiguse raviks. Seda manustatakse patsientidele tilkinfusioonina veeni kaudu otse vereringesse.
Jämesoolevähk	Crohni tõve /	Seda nimetatakse ka kolorektaalseks vähiks

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	haavandilise koliidi või nende raviga seotud haigus	ehk käär- ja pärasoolevähiks. Põletikulise soolehaigusega patsientidel on suurem risk jämesoolevähi tekkeks. See võib muuhulgas põhjustada selliseid sümptomeid nagu veri väljaheites, muutunud roojamissagedus, kõhuvalu, sõlmjad moodustised kõhus ja kehakaalu vähenemine.
Järelevalve	Uuring	Järelevalve on see, kui arst vaatab põletikulise soolehaigusega patsiente regulaarselt läbi, sageli endoskoobi abil, et kontrollida, ega ei ole tekkinud soolevähi. Järelevalve on tähtis, sest põletikulise soolehaigusega patsientidel on suurem risk haigestuda soolevähi.
Kalprotektiin roojas	Uuring	Valk, mis vabaneb soolde soolepõletiku korral. Kalprotektiinisisaldus roojas suureneb ainult soolepõletiku korral, seega on kalprotektiinisisaldus roojas parem soolepõletiku näitaja kui CRV või ESR. See näitab ka teisi soolepõletikke peale põletikuliste soolehaiguste. Analüüsi tegemiseks tuleb patsiendilt võtta roojaproov.
Kaltsineuriini inhibiitorid	Ravim	Immunosupressandid, mida kasutatakse põletikulise soolehaiguse raviks ja äratõukereaktsiooni allasurumiseks patsientidel pärast elundi siirdamist.
Keratolüütiline aine	Ravim	See on soolatüügaste ja muude lesioonide eemaldamiseks kasutatav ravim.
Klassifitseerimata põletikuline soolehaigus	Haigust kirjeldav omadus	Kui pärast kõiki uuringuid ei ole võimalik kindlaks teha, kas inimesel on Crohni tõbi või haavandiline koliit, kasutatakse mõistet klassifitseerimata põletikuline soolehaigus.
Klistiir ehk klüsm	Ravim	See on pärasoole kaudu jämesoole alumisse ossa viidav vedelik. Seda võib olla vaja selleks, et arstil oleks parem uuringut teha, või siis ravimi manustamiseks.
Kolektoomia	Operatsioon	Käärsoole ehk kooloni kirurgiline eemaldamine. Haavandilise koliidiga patsientidele tehakse see operatsioon enne ileoanaalse anastomoosi tegemist koos ileoanaalse reservuaari moodustamisega.
Kograafia	Uuring	Seda tehakse KT- või MRT-aparaadi abil. See on meetod jämesoole sisemuse uurimiseks ilma endoskoobita.
Koloskoopia	Uuring	See on uuring, mille käigus pärasoolde ja jämesoolde sisestatakse kaameraga endoskoop, et hinnata haiguse aktiivsust ning võtta uuringuks koeproove.
Kograafia kaksik-	Uuring	See on protseduur, mille korral pärast

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



kontrasteerimisega		baariumi sisaldava vedeliku viimist pärasoolde tehakse jämesoolest ja pärasoolest röntgeniülesvõtted. Baarium teeb jämesoole ja pärasoole kontuurid röntgeniülesvõttel nähtavaks ning aitab paremini näha ebanormaalseid muutusi.
Kolorektaalkirurg	Muu	See on pärasoole, pära ja jämesoole operatsioonidele spetsialiseerunud kirurg.
Glükokortikoidid	Ravim	Ravimite rühm, mis oma toime poolest matkivad neerupealistes loomulikult toodetavaid hormone ja toimivad immunosuppressantidena. Kaks põletikulise soolehaiguse ravis sageli kasutatavat glükokortikoidi on hüdrokortisoon ja prednisoloon.
Kreatiniin	Uuring	Kreatiniini määramine vereanalüüsi abil aitab kindlaks teha, kui hästi neerud töötavad.
Kroonilise haiguse aneemia	Põletikulise soolehaiguse või põletikuliste haigustega seotud haigus	See aneemia tekib kroonilise haiguse tagajärjel, näiteks põletikuliste soolehaiguse või muude põletikulise protsessidega seoses.
Kroonilised haigused	Haigust kirjeldav omadus	Need on haigused, mis kestavad inimesel pikka aega (tavaliselt kogu elu). Põletikuline soolehaigus on krooniline haigus.
KT (kompuuter-tomograafia)	Uuring	See on skaneerimisaparatuur tehtav teatud tüüpi röntgeniülesvõtte.
Kõhulahtisuse vastased ained	Ravim	Ravim, mis leevendab kõhulahtisuse sümptomeid. Kõige tavalisem on loperamiid.
Kõrvaltoimed	Ravim	Ravimi või sekkumise soovimatud (kahjulikud) toimed.
Käärsool (vt joonist)	Kehaosa	Seda nimetatakse ka jämesooleks.
Laktoferriin	Uuring	Valk, mis vabaneb soolde soolepõletiku korral. Analüüsi tegemiseks tuleb patsiendilt võtta roojaproov.
Laparoskoopiline	Operatsioon	Laparoskoopiline operatsioon on operatsioonimeetod, kus patsiendile tehakse väikesed sisselõiked, mille kaudu sisestatakse operatsioonikoha vaatlemiseks kaamerad. Väiksemate haavade tõttu on paranemine tavaliselt kiirem kui pärast harilikku operatsiooni.
Liited	Operatsiooni tüsistus	Põletikureaktsioonide tõttu omavahel kokkukleepunud sooleosad. Võivad põhjustada obstruktsiooni ja valu.
Lisaseadmetega enteroskoopia	Uuring	Spetsiaalse endoskoobi abil tehtav peensooleuuring.
Lokaliseerunud	Haigust	Ühe organsüsteemi või soolepiirkonnaga

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



haigus	kirjeldav omadus	piirdunud haigus.
Loperamiid	Ravim	Tüüpiline kõhulahtisuse vastane ravim, vt kõhulahtisuse vastased ained.
Luumurd	Muu	See on luukoe katkemine ühekordse või kestva surve tagajärjel.
Lõpp-ileostoomia	Operatsioon	Sooletõikus, kus peensoole lõpposa eraldatakse, tuuakse läbi kõhu nahapinnale ja õmmeldakse naha külge, nii et moodustub stoom. Lõpp-ileostoomiaga patsient kannab kõhul kotti, kuhu koguneb väljaheide.
Lümfoproliferatiivsed haigused	Haigus	Haiguste rühm, millele on iseloomulik lümfotsüütide (teatud valgelibled) liigtootmine. Lümfoproliferatiivsete haiguste hulka kuuluvad erinevad leukeemiad ja lümfoomid.
Madalmolekulaarne hepariin	Ravim	See on ravim, mida tavaliselt kasutatakse trombidet ennetamiseks.
Malabsorptsioon	Crohni tõve tüsistus	Imendumishäire ehk toitainete häirunud imendumine seedetraktist.
Mesalasiin	Ravim	Põletikulise soolehaiguse korral kasutatav ravim. Seda võetakse suu kaudu või manustatakse pärasoolde.
Metotreksaat	Ravim	Immunosupressantide rühma kuuluv ravim, mida sageli kasutatakse Crohni tõve raviks. Haavandilise koliidi korral see nii efektiivne ei ole.
Metronidasool	Ravim	Antibiootikum, mida sageli kasutatakse ileoanaalpauna põletiku (ingl k <i>pouchitis</i>) ja fistulitega Crohni tõve raviks.
MR (magnetresonants)-enterograafia	Uuring	Uuring, mille käigus peensoole diagnostiliseks kuvamiseks kasutatakse magnetlainet ja suukaudset kontrastainet. Kiirgust ei kasutata.
MRCP ehk magnetresonants-kolangiograafia	Uuring	See on spetsiaalne uuring, mille käigus MRT-aparaati kasutatakse maksa- ja sapiteede häirete uurimiseks.
MRT ehk magnetresonants-tomograafia	Uuring	Uuring, mille käigus erinevate kehaosade diagnostiliseks kuvamiseks kasutatakse magnetlainet. Kiirgust ei kasutata.
MSPVA-d ehk mittesteroidsed põletikuvastased ravimid	Ravim	Need ravimid leevendavad valu ja mujal kui sooles olevat põletikku ning alandavad palavikku. Kõige tavalisemad on ibuprofeen ja aspiriin, kuid põletikulise soolehaigusega patsientidel on parem neid vältida, sest need võivad suurendada ägenemise riski.
Nodoosne (sõlmeline) erüteem	Põletikulise soolehaigusega seotud haigus	Põletikuline nahahaigus.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Obstruktsioon, obstruktiivne	Crohni tõve tüsistus	Obstruktsioon ehk sooleummistus tekib, kui Crohni tõve korral tekkiv põletik muudab sooleseina paksemaks, põhjustades soole ahenemist, või kui sooleosade vahele tekivad liited ja soolesisu edasiliikumine on takistatud.
Osteopeenia	Haigus	See on luuhõrenemine, mis ei ole nii raskekujuline, et seda võiks pidada osteoporoosiks.
Osteoporoos	Haigus	See on meditsiiniline seisund, mille korral on luud nõrgenenud (hõrenenud) ja inimesel on suurem risk luumurru tekkeks.
p-ANCA	Uuring	p-ANCA (ingl k <i>Perinuclear Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibodies</i>) tähendab perinukleaarseid neutrofiilide tsütoplasmavastaseid antikehi. Need määratakse verest.
Patsiendikeskne	Muu	Patsiendikeskse ravi ja hoolduse põhimõte on patsiendi individuaalsete vajaduste austamine ning neile vastamine ja kõigi kliiniliste otsuste tegemisel patsiendile oluliste väärtustega arvestamine.
Peensoole kapselendoskoopia	Uuring	Uuring, mille käigus patsient neelab alla tillukest kaamerat sisaldava kapsli. Kaamera teeb seedetraktis pilte ja need salvestatakse.
Perifeerne artriit	Haigus	Tavaliselt jäsemete suuri liigeseid haarav liigesepõletik.
Piltidiagnostika	Uuring	Erineva tehnika, näiteks röntgeni- või ultraheliaparaadi, kompuutertomograafi (KT) või magnetresonantstomograafi (MRT) abil erinevatest kehaosadest ülesvõtete või piltide tegemine. Kuvamistehnikaid on sageli vaja selleks, et hinnata, milline kehaosa on põletikulisest soolehaigusest haaratud.
Põletikuline soolehaigus	Haigus	Crohni tõbe ja haavandilist koliiti tähistav üldmõiste.
Pärasool	Kehaosa	See on jämesoole lõpposa. See lõpeb päraku juures.
Rauavaegus	Haigus	See on seisund, kui veres ei ole piisavalt rauda.
Rauavaegus ilma aneemiata	Haigus	See on seisund, mille korral organismis on rauapuudus, aga mitte sellisel määral, et tekiks aneemia.
Rauavaegusaneemia	Haigus	See on seisund, mille korral veres ei ole rauavaeguse tõttu piisavalt erütrotsüüte (punalibles).
Rektaalne	Kehaosa	Sõna rektaalne viitab jämesoole lõpposale, mida nimetatakse rektumiks ehk pärasooleks. Näiteks on päraku kaudu

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		pärasoolde viidav ravim rektaalne ravim.
Remissioon	Haigust kirjeldav omadus	Remissioon tähendab, et inimese haigus ei ole aktiivne; see on vastand mõistele „ägenemine“ ehk „retsidiiv“, mida kasutatakse aktiivse haiguse kohta.
Resektsioon	Operatsioon	Elundi või muu kehaosa osaline või täielik kirurgiline eemaldamine.
Reservravi	Ravi	Reservravi on ravi, mida kasutatakse siis, kui ükski tavapärastest ravimitest ei ole tulemust andnud, ja seda kasutatakse viimase võimalusena haiguse kontrolli alla saamiseks.
Retsidiiv	Haigust kirjeldav omadus	Haiguse taasaktiveerumine.
Sakroiliit	Haigus	Ristluu ja niudelu vahelise liiduse põletik.
Seroloogia	Uuring	See on seerumi või teiste kehavedelike analüüsimine.
Seroloogiline analüüs	Uuring	Seroloogia uurib seerumit ja teisi kehavedelikke. Tavaliselt kasutatakse seroloogilist analüüsi seerumis antikehade määramiseks.
Sigmoidoskoopia	Uuring	Sarnaneb koloskoopiaga, aga sellega vaadeldakse kogu jämesoole asemel ainult jämesoole lõpposa.
Soole ärritussündroom	Haigus	Sage haigus, millel on põletikulise soolehaiguse sümptomitega sarnased sümptomid, aga ilma põletikuta.
Stenoos	Haigus	See on kitsenemus, mis on piisav selleks, et põhjustada patsiendile ebamugavusi.
Glükokortikoidid	Ravim	Glükokortikoide kasutatakse põletikulise soolehaiguse ravis sageli ja need toimivad immuunsüsteemi aktiivsust alla surudes (immunosupressioon). Need võivad olla toopilised ehk paiksed või süsteemsed. Kuna neil on palju kõrvaltoimeid, tuleb neid kasutada nii vähe kui võimalik.
Striktuur	Crohni tõvega kaasnev haigus	See on kitsenemus, mis on piisav selleks, et põhjustada patsiendile ebamugavusi.
Subtotaalne kolektoomia	Operatsioon	Erinevalt kolektoomiast ei eemaldata selle kolektoomia korral mitte kogu jämesoolt, vaid ainult osa sellest.
Sulfasalasiin	Ravim	Sulfasalasiin on põletikulise soolehaiguse korral kasutatav ravim. Sulfasalasiin koosneb kahest ainest: toimeainest nimega 5-ASA ja antibiootikumist nimega sulfapüridiin. Jämesooles olevad bakterid lagundavad sulfasalasiini ja vabaneb 5-ASA.
Suposiidid ehk ravimküünlad	Ravim	See on pärasoolde sisestatav ravim, mis seal sulab ja katab soole limaskesta,

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		ravides põletikku.
Suukaudne	Ravim	Suukaudseid ravimeid võetakse suu kaudu.
Säilitusravi	Ravim	See on ravi, mida kasutatakse patsiendi remissioonis hoidmiseks.
Süsteemne	Ravim	Süsteemseks nimetatakse ravimit, mis mõjub kogu organismile. Selle vastand on toopiline ehk paikne ravim, mis ei jõua kogu kehasse laiali.
Takroliimus	Ravim	See on tsüklosporiiniga sarnanev immunosupressant, mida kasutatakse haavandilise koliidi suukaudseks raviks.
Tenesm	Haigust kirjeldav omadus	Valulik spasm või kramp pärasooles või pärakus, millega tavaliselt kaasneb tahtmatu pingutus rooja väljutamiseks ja tugev roojapakitsus ehk roojamistung, milleks ei pruugi tegelikku vajadust olla.
Tiopuriinid	Ravim	Need ravimid on immunosupressandid. Põletikulise soolehaiguse ravis kasutatakse kõige sagedamini asatiopriini ja merkaptopuriini.
TNF-i vastased ravimid (tuntud ka kui TNF-i antagonistid, TNF-alfa inhibiitorid, TNF-alfa blokaatorid)	Ravim	Bioloogilised (biotehnoloogiliselt valmistatud) ravimid, mida sageli kasutatakse põletikulise soolehaiguse raviks. Kõige sagedamini kasutatakse infliksimabi, adalimumabi, tsertolizumabi ja golimumabi.
Toopiline	Ravim	See on ravim, mis organismi imendumata ravib põletikku otse selle asukohas.
Transferrini küllastatus	Uuring	See on organismi rauasidumisvõime näitaja; väiksem väärtus kui 16% näitab rauavaegust.
Trombotsütoos	Uuring	Vereliistakute (trombotsüütide) suurenenud sisaldus veres.
Tsiprofloksatsiin	Ravim	Antibiootikum, mida kasutatakse ka põletikulise soolehaiguse ja ileoanaalpauna põletiku raviks.
T-skoor	Uuring	T-skoori kasutatakse luutiheduse mõõtmiseks.
Tsüklosporiin	Haavandilise koliidi ravim	Kaltsineuriini inhibiitor ehk ravim, mida kasutatakse immuunsüsteemi aktiivsuse vähendamiseks. Selle toime tõttu saab seda ravimit kasutada haavandilise koliidi raviks.
Tuberkuloos	Haigus	See on nakkushaigus, mis haarab kopse ja teisi kehaosi ning seda põhjustab bakter nimega <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Täpsustamata koliit	Haigust kirjeldav omadus	Juhtudel, kui ei ole võimalik kindlaks teha, kas inimesel on Crohni tõbi või haavandiline koliit, võidakse seda nimetada täpsustamata koliidiks. Mõistet „täpsustamata koliit“ tuleks siiski kasutada ainult reseksioonil võetud proovide kohta.
Ulatus (haiguse ulatus)	Haigust kirjeldav omadus	Haiguse ulatus viitab põletikulisest soolehaigusest haaratud soolestikuosa suurusele.
Ulatuslik koliit	Haigust kirjeldav omadus	See on haavandiline koliit, mis haarab tervet jämesoolt.
Ultraheliuuring	Uuring	Piltdiagnoosimise meetod, kus keha elundite hindamiseks kasutatakse helilaineid.
Ursodeoksükoolhape	Ravi	See on suukaudne ravim, mida võidakse anda maksa kaitseks ja jämesoolevähi ennetamiseks primaarse skleroseeriva kolangiidiga (see on krooniline maksahaigus, millele on iseloomulik maksas ja väljaspool maksa asuvate sapijuhade põletik ja fibroos) patsientidele.
Uurea seerumis	Uuring	Uurea on aine, mis normaalselt viiakse neerude kaudu verest uriini. Uureasisalduse määramine seerumis on tähtis, sest kõrvalekalle normist võib näidata, kas neerud on korrast ära või kas patsiendil on vedelikupuudus.
Uveit	Haigus	See on silmamunasoonkesta ehk uuvea põletik.
Valideeritud	Uuring	Kui miski on valideeritud, siis see tähendab, et selle meetodi mõõtetäpsus vastava mõõdetava näitaja mõõtmisel on tõestatud. Näiteks haiguse raskusastme indeks on valideeritud, kui on tõestatud, et see mõõdab haiguse raskusastet täpselt.
Vasakpoolne koliit	Haigust kirjeldav omadus	See on haavandiline koliit jämesoole vasakpoolses osas ja seda on võimalik efektiivselt ravida toopilise ehk paikse raviga.
Vedolizumab	Ravim	Põletikulise soolehaiguse korral kasutatav bioloogiline (biotehnoloogiliselt valmistatud) ravim. Seda manustatakse patsientidele tilkinfusioonina veeni kaudu otse vereringesse.
VSL#3	Ravim	See on probiootikum (elusad mikroorganismid, mis piisavates kogustes manustatuna on peremeesorganismi tervisele kasulikud), mille kasutamisest paistab olevat kasu ileoanaalpauna põletiku ravis.
Võõrutamine	Ravim	Ravimist võõrutamine tähendab, et ravi

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		lõpetatakse järk-järgult, mitte äkki. Seda tuleb teha glükokortikoidide kasutamisel, sest glükokortikoidravi järsu lõpetamisega võivad kaasneda rasked kõrvaltoimed.
Väljaheide ehk roe	Muu	Väljaheide on roe ehk <i>faeces</i>
Ägenemine ehk retsidiiv	Haigust kirjeldav omadus	See on haiguse aktiivne seisund, remissiooni vastand. Ägenenud haigusega inimesel on sümptomid ja põletik.