Extraintestinální projevy BID

Mimostřevní projevy se z **idiopatických střevních zánětů** (IBD) mohou vyskytnout u **Crohnovy nemoci** i **ulcerózní kolitidy**, při Crohnově chorobě jsou typičtější při kolitidě než při postižení tenkého střeva.

Artritida

Je nejčastějším mimostřevním projevem IBD. Poměrně často vzniká oligoartritida a méně často i polyartritida. Oligoatritida postihuje typicky větší klouby jako jsou ramena, kolena a klouby zápěstí, zatímco polyartritida postihuje symetricky drobné periferní klouby. Revmatoidní faktor bývá negativní.

Axiální skelet bývá postižen formou ankylozující spondylitidy, zvýšené riziko mají zejména HLA B27 pozitivní nemocní s idiopatickým střevním zánětem. Vývoj ankylozující spondlitidy není závislý na průběhu IBD a může progredovat i u nemocných s IBD v remisi. Klasickými projevy je klidová bolest a ranní ztuhlost, které se zlepšují s pohybem. Postupně se vytváří přemosťující kalcifikující syndesmofyty, které omezují hybnost a dávají páteři vzhled bambusové tyče. Spolu s ankylozující spondlitidou, nebo samostatně se objevuje oboustranná sakroileitida. Základem léčby je pravidelná fyzioterapie, z medikamentózní léčby se jeví jako účinný infliximab.

Osteoporóza

Je poměrně častá u pacientů s idiopatickými střevními záněty, hlavní podíl na jejím vzniku má malabsorpce a chronická malnutrice, přítomnost chronického zánětu střevní stěny a případně kortikoterapie. Základní diagnostickou metodou je denzitometrie, terapie spočívá za prvé v udržení zánětlivého procesu v remisi, a za druhé ve vlastní terapii osteoporózy preparáty ze skupiny bisfosfonátů, dodáváním vitaminu D a vápníku.

Postižení ledvin

U pacientů s IBD se častěji vyskytují ledvinové kameny (kalcium oxalátové), vyšší riziko mají nemocní s postižením tenkého střeva u Crohnovy nemoci a pacienti po ileocékální resekci. U Crohnovy choroby může dojít k zánětlivým změnám retroperitonea a ve vzácnějších případech i k zánětlivé obstrukci ureteru s následným vznikem hydronefrózy (obvykle pravostranná). Pro fistulující formu Crohnovy choroby jsou kromě toho typické píštěle, které mohou propojit střevo s močovým traktem, což vede k recidivujícím infekcím močových cest.

Onemocnění kůže

Na kůži pacientů můžeme najít erytema nodosum a lézi známou jako pyoderma gangrenosum. Pyoderma gangrenosum má vzhled vředu, vyskytuje se spíše na dolních končetinách, ale možný je výskyt prakticky všude včetně obličeje. Z vředů někdy vytéká hnisavá tekutina, která je však při mikrobiologickém vyšetření sterilní. Vředy se poměrně často vyhojí při navození remise IBD a při užití kortikoidů, které se mohou injekčně aplikovat přímo do léze.

Erytema nodosum jsou zarudlé vyklenuté kožní léze, které se vyskytují spíše v dětském věku při aktivní Crohnově chorobě. Obvykle závisí na průběhu IBD a při nastolení remise se vyhojí.

Onemocnění oka

Typickým postižení oka u IBD je zánět cévnatky (uveitida) s bolestí oka, zarudnutím a rozmazaným viděním. Lokálně se léčí topickými kortikoidy a topicky podávanými mydriatiky.

Tromboembolické komplikace

Vyskytnou se až u 2% nemocných s IBD. Riziko hluboké žilní trombózy a plicní embolie je až 4x zvýšené oproti běžné populaci, riziko výrazně roste v akutní fázi choroby, která je prokoagulačním stavem. Zajištění hospitalizovaného pacienta preventivní dávkou nízkomolekulárního heparinu je žádoucí, terapie tromboembolických komplikací se výrazněji neliší od obecných doporučení.

Hepatobiliární komplikace

Játra mohou být postižena různě, bývá přítomna jaterní steatóza, pericholangitida, chronické jaterní záněty a jaterní cirhóza. Žlučové cesty mohou být postiženy primární sklerozující cholangitidou a častějším výskytem žlučových kamenů.

Žlučové kameny se častěji vyskytují u Crohnovy nemoci s postižením terminálního ilea, kdy dochází k narušení vstřebávání žlučových kyselin, což vede ke změnám v chemickém složení žluči.

Primární sklerozující cholangitida se projevuje zánětlivým postižením intrahepatických i extrahepatických žlučovodů, je častější u pacientů s ulcerózní kolitidou než s morbus Crohn. Riziko existence IBD u pacienta se zjištěnou sklerozující cholangoitidou je tak vysoké, že se u každé nově diagnostikované sklerozující cholangoitidy doporučuje provedení **kolonoskopie** k vyloučení střevního zánětu. Současná přítomnost ulcerózní kolitidy a sklerozující cholangoitidy znamená významné zvýšení rizika vzniku **kolorektálního karcinomu**. Sklerozující cholangoitida obvykle progreduje, způsobuje stenózy žlučových cest s elevací bilirubinu a ostatních obstrukčních markerů. Diagnostika se nejčastěji stanoví ERCP. Během 5-10 let sklerozující cholangitida progreduje do stádia jaterní cirhózy a jaterního selhání s fatálními následky. Další komplikací je zvýšené riziko vzniku **cholangiokarcinomu**. Z terapeutických metod se podávají léky obsahující kyselinu ursodeoxycholovou,

stenózy hepatálních cest lze do jisté míry řešit dilatacemi a stentáží při ERCP. Dobré výsledky u sklerozující cholangitidy má i transplantace jater.