

Pregledni članek / Review article

CROHNOVA BOLEZEN – PRIKAZ PRIMERA

CROHN'S DISEASE – A CASE REPORT

U. Gorjup

Klinični oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija

IZVLEČEK

V prispevku opisujemo primer petnajstletnega otroka, pri katerem so med bolnišničnim zdravljenjem ugotovili Crohnovo bolezen. Predstavljamo glavne značilnosti bolezni ter potrebne preiskave. Opisujemo vlogo medicinske sestre pri obravnavi otroka, pri katerem sumimo na Crohnovo bolezen.

Ključne besede: Crohnova bolezen, otrok, preiskave, medicinska sestra.

ABSTRACT

The paper describes the case of a 15-year-old child with Crohn's disease in whom Crohn's disease was diagnosed during his hospital stay. Crohn's disease and its major characteristics are described as well as the diagnostic work-up and the role of the nursing sister in dealing with a child with suspected Crohn's disease.

Key words: Crohn's disease, child, diagnostic work-up, nursing sister.

UVOD

S potrditvijo diagnoze kronična vnetna črevesna bolezen (KVČB) se bolnikova pot šele začne. Spozna poimenovanje za simptome, ki jih doživlja in se seznaniti s temeljnimi dejstvi, na katerih bo gradil naprej. Po postavitvi diagnoze lahko začne z zdravljenjem svoje bolezni.

Življenje s KVČB je zapleteno. Obdobja remisije, tj. začasnega izboljšanja bolezni, ko nima simptomov, se izmenjujejo z obdobji aktivne bolezni (t.i. ponovni izbruh). Tako se bolnik v določenem trenutku počuti popolnoma zdrav in enakovreden

svojim sodelavcem in vrstnikom, že v naslednjem pa se sooči z izredno slabim počutjem in ne sledi življenju v svoji okolici. Zlahka in pogosto občuti, da nima nikakršnega nadzora nad svojo boleznijo ali življenjem. Če družinski člani ali prijatelji teh sprememb ne razumejo, jih tudi veliko težje izrazi. Postavljena diagnoza KVČB pa ne pomeni, da ga kar koli tudi resnično omejuje. Lahko potuje, se ukvarja s športom, ima službo, ki ga izpolnjuje, in si ustvari družino. Vključevanje v društva bolnikov s KVČB in dejavno sodelovanje lahko ugodno vplivata na njegovo zdravstveno stanje, izboljšata samospoštovanje ter povečata njegovo samozavest.

KVČB – CROHNOVA BOLEZEN

Kaj so kronične vnetne črevesne bolezni?

KVČB je poimenovanje za skupino bolezni, za katere je značilno kronično vnetje črevesa zaradi neznanega vzroka. Razlikujemo Crohnovo bolezen, ulcerozni kolitis in neopredeljeni (nedeterminirani) kolitis.

Crohnova bolezen lahko prizadene kateri koli del prebavil od ust do zadnjika. Najpogosteje vnetje prizadene končni del tankega črevesa in debelo črevo. Vneti predeli črevesa se izmenjujejo z zdravimi. Pri nekaterih bolnikih zaradi vnetja in brazgotinjenja nastanejo zožitve črevesa, ki lahko ovirajo pretok črevesne vsebine. Vnetje, ki zajame celotno debelino črevesne stene, lahko povzroči predrtnje črevesa, zelo pogost zaplet pa je tudi bolezenska povezava med sosednjima črevesnima vijugama, črevesom in drugim votlim organom (mehurjem, nožnico ipd.) ali črevesom in kožo. Ulcerozni kolitis se od Crohnove bolezni razlikuje po tem, da vnetje prizadene samo debelo črevo, kar označuje tudi njegovo ime (ulkus = rana, čir; kolitis = vnetje debelega črevesa). Lahko je vnet le del ali pa debelo črevo v celoti. Skoraj vedno je vnet končni del črevesa – danka.

Neopredeljeni kolitis so tiste oblike bolezni, ki ne ustrezajo niti klinični sliki Crohnove bolezni niti sliki ulceroznega kolitisa (1, 2).

Vzroki kroničnih vnetnih črevesnih bolezni

Vzrokov za nastanek bolezni ne poznamo natančno. Vemo, da se KVČB pogosteje pojavljajo med sorodniki. Znanstveniki so že odkrili vrsto genov, ki kažejo na dedno nagnjenost za nastanek KVČB. Vendar enake gene odkrijemo tudi pri številnih posameznikih, ki nikoli ne zbolijo za KVČB. Poleg tega pogostost KVČB v razvitih delih sveta naglo narašča, kar kaže na pomemben vpliv dejavnikov

iz okolja. Večina znanstvenikov meni, da je za nastanek in vzdrževanje vnetja v črevesu ključen nenormalen odziv črevesnega imunskega sistema na mikroorganizme v črevesu.

Kljub poskusom, da bi odkrili morebitne mikrobne povzročitelje KVČB, se zdi, da bolezni ne povzroča določena bakterija ali virus. Mnogi povezujejo večjo pogostost KVČB podobno kot tudi porast drugih bolezni, povezanih z nenormalnim imunskim odzivom (npr. alergije in avtoimunske bolezni), s spremembami v prehrani ter s prekomerno uporabo zdravil, razkužil in drugih kemijskih snovi v vsakdanjem življenju, ki neugodno vplivajo tudi na črevesno mikrofloro (črevesne bakterije) (1, 2).

Simptomi in znaki kroničnih vnetnih črevesnih bolezni

Najizrazitejši simptomi, ki kažejo na bolezen črevesa, so pri večini bolnikov driska (pogosto s primesmi krvi in sluzi), bolečine v trebuhu, neprijeten stalni občutek tiščanja na blato, redkeje zaprtje in bruhanje. Včasih se jim pridružijo splošno slabo počutje, utrujenost, zmerno povišana telesna temperatura ter bledica zaradi slabokrvnosti. Bolniki pogosto hujšajo, pri otrocih pa ugotavljamo tudi zastoj v rasti in pubertetnem razvoju.

Čeprav je pri večini bolnikov v največji meri prizadeto črevo, pa se lahko KVČB odraža tudi s spremembami na drugih organih, kot so sklepi, koža, jetra, žolčni vodi, ledvice, oči in drugi (1, 2).

Diagnosticiranje KVČB

Vsakega otroka, pri katerem osebni zdravnik posumi na kronično vnetno črevesno bolezen, mora pregledati pediater gastroenterolog.

Prva stopnja diagnosticiranja je natančen pogovor z večjim otrokom, ki sam najbolje opiše svoje težave, pri manjšem otroku pa se pogovorimo

z njegovimi starši. Nato otroka pregledamo. Na podlagi pogovora in pregleda se seznanimo z vsemi pomembnimi simptomi in znaki bolezni. Potrebne so tudi laboratorijske preiskave blata in krvi ter pregled trebuha z ultrazvokom. Pri otrocih s KVČB večinoma odkrijemo slabokrvnost, povišane vrednosti kazalnikov vnetja (zvišano koncentracijo levkocitov v krvi, pospešeno sedimentacijo eritrocitov, povišane koncentracije trombocitov in C-reaktivnega proteina ter določene značilne skupine protiteles (ASCA, ANCA). Z laboratorijskimi preiskavami poskušamo izključiti druge bolezni, ki se kažejo s podobnimi kliničnimi simptomi in znaki, kot so npr. nekatere črevesne okužbe in prehranske alergije. Po potrebi se odločamo tudi za genetske preiskave.

Druga stopnja pri diagnosticiranju KVČB so endoskopske preiskave zgornjega in spodnjega dela prebavil. Endoskopska preiskava zgornjih prebavil obsega pregled požiralnika, želodca in dvanajstnika, kar imenujemo ezofagogastroduodenoskopija. Endoskopska preiskava spodnjega dela prebavil pa obsega pregled debelega črevesa s končnim delom tankega črevesa, kar imenujemo ileokolonoskopija. Pred endoskopskimi preiskavami otrok dobi sredstvo za pomiritev v žilo (sedacijo), redko pa je za njihovo izvedbo potrebna anestezija. Endoskopska ekipa, ki jo sestavljajo zdravnik gastroenterolog ter ena diplomirana in 1–2 srednji medicinski sestri, izvede običajno obe preiskavi eno za drugo med eno sedacijo.

Pri endoskopskih preiskavah zdravnik s posebnimi kleščicami odvzame drobcene koščke sluznice (biopsija) za t.i. patohistološki pregled. Odvzemke sluznice pod mikroskopom pregleda zdravnik patolog. Za postavitev natančne diagnoze bolezni je ključna najdba značilnih mikroskopskih sprememb.

Ker z endoskopskimi instrumenti dosežemo le zgornji in spodnji del prebavil, medtem ko večine tankega črevesa z endoskopskimi instrumenti ne moremo pregledati, so za ugotavljanje bolezenskih sprememb v tankem črevesu na voljo rentgenske preiskave prebavil s kontrastnim sredstvom.

Po potrebi jih lahko dopolnimo z računalniško tomografijo (CT) ali magnetnoresonančnim slikanjem (MRI) prebavil. Tanko črevo zdravnik pregleda s posebno endoskopsko preiskavo, ki jo imenujemo kapsulna endoskopija. Preiskava poteka tako, da otrok zaužije majhno kapsulo, ki vsebuje drobno kamero, s čimer prikažemo sluznico prebavil bolnega otroka. Mesta, ki jih je vnetje najbolj prizadelo, lahko vidimo ob scintigrafiji prebavil z označenimi levkociti (1, 2).

Zdravljenje KVČB

KVČB zdravimo z zdravili, z dietno prehrano in s kirurškimi posegi. Vrsta zdravljenja in izbira zdravil sta odvisni od tipa in resnosti bolezni, mesta vnetja, morebitne dodatne prizadetosti drugih organov, splošnega stanja in starosti bolnika, pa tudi od odziva bolezni na zdravljenje, neželenih stranskih učinkov zdravil, zapletov bolezni in nenazadnje od bolnike trdne odločitve o obvladovanju bolezni.

Zdravljenje poteka v dveh fazah. Posebej namreč zdravimo zagone bolezni, sicer pa je na mestu vzdrževalno zdravljenje. Z zdravljenjem akutnih zagonov bolezni skušamo odpraviti bolezenske znake in simptome ter po možnosti doseči umiritev črevesnega vnetja, z vzdrževalnim zdravljenjem pa preprečiti oziroma zmanjšati možnosti ponovnega zagona bolezni (1, 2).

PRIKAZ PRIMERA

Petnajstletnega fanta so sprejeli v SB Celje zaradi slabšega teka, utrujenosti in dolgotrajne driske. V odvzetem vzorcu krvi so ugotovili povišane vnetne parametre, zato so opravili tudi ultrazvočni pregled trebuha, pri katerem so prav tako posumili na KVČB. V blatu so (enkrat) opazili manjšo količino sveže krvi, zato so se odločili za premestitev na Pediatrično kliniko (PeK) v Ljubljani na oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko za nadaljnjo diagnosticiranje.

Anamneza pokaže, da je deček prvi od dveh otrok v družini. Rojen je bil s porodno težo 3.400 g in porodno dolžino 52 cm po normalno potekajoči nosečnosti. Po porodu je zaradi okužbe potreboval zdravljenje z antibiotiki, zaradi zlatenice pa je 4 dni prejemal fototerapijo. Dojil se je dva meseca, nato pa je užival prilagojeno mleko. Od šestega meseca dalje je prejemal mešano prehrano. Izmed otroških bolezni je prebolel norice, sicer pa je bil cepljen po programu. Do sedaj je bil operiran zaradi povečane žrelnice, pri sedmih letih pa se je zdravil zaradi borelioze. Imel je alergijo na jagode in Panadon®, ki pa sta izzveneli. Od maja 2010 pogosteje odvaja blato, skoraj po vsakem obroku (približno 3-krat na dan). Blato je tekoče in brez primesi sluzi ali krvi, svetlejšje barve in bolj smrdeče kot običajno. Hitreje se utruja, ima slabši tek, v zadnjem času je shujšal za 2–3 kg in zrastel 5 cm (od maja do avgusta). Njegov bratranec je imel pri osmih letih polipe na črevesu, oče je alergičen na trave, sin mamine sestrične pa ima celiakijo.

Ob sprejemu na Pediatrično kliniko v Ljubljani ga je pregledal gastroenterolog, vzel anamnezo, ki so ji sledile preiskave. Odvzeli smo mu kri in ugotovili še vedno povišane vrednosti vnetnih parametrov. Oddal je tudi urin in blato za pregled na prisotnost rota- in adenovirusov, ki so bili pozitivni. Opravili smo ultrazvočno preiskavo (UZ) trebuha, ki je pokazala, da gr verjetno za KVČB. Izvid: Stena terminalnega ileuma je zadebeljena, meri do 6mm, v podobni meri je spremenjen tudi apendiks. Začeli smo s čiščenjem za ezofagogastroduodenoskopijo (EGDS) in kolonoskopijo, ki smo ju opravili v sedaciji. EGDS je pokazal gastritis, lahko nespecifičen ali v sklopu Crohnove bolezni. S kolonoskopijo smo si prikazali sluznico, ki je bila na določenih delih izrazito spremenjena, v rektumu pa delno zadebeljena, podobno kot pri Crohnovi bolezni. Po tednu dni smo opravili še jejunoileografijo, s katero smo ugotovili spremenjen distalni del ileuma in terminalnega ileuma v smislu začetne Crohnove bolezni. V času bolnišničnega zdravljenja smo otroku odvzeli tudi kri za genetske preiskave, opravili pa smo tudi merjenje kostne gostote. Domov smo ga odpustili s potrjeno diagnozo Crohnova

bolezen, ki smo jo dokazali s preiskavami. Doma je prejemal naslednja zdravila: Controloc® 40 mg/dan, Salofalk® 3 x 1.000 mg/dan, Medrol® 3 x 16 mg/dan, Rocaltrol® 0,25 µg/dan, Kalcijev karbonat® 1 g/dan. Naročili smo ga na kapsulno endoskopijo, ki je pokazala edematozno in pordelo sluznico tankega črevesa, na nekaterih mestih tudi erozije in razjede. Ker naj bi kapsule ne izločil, smo opravili tudi rentgensko slikanje, ki pa je pokazalo, da je otrok kapsulo verjetno le izločil, a je ni opazil.

Nadaljevali smo z vsakomesečnimi ambulantnimi kontrolnimi pregledi in spreminjali ter ukinjali zdravljenje. Ker smo na podlagi izvida ultrazvočne preiskave in izvida krvi ugotovili, da nismo dosegli popolne remisije bolezni, smo v zdravljenje uvedli Imuran® v odmerku 50 mg/dan in nato odmerek zvišali na 100 mg dnevno. Ker so povečane vrednosti vnetnih parametrov kljub temu vztrajale, smo uvedli tudi zdravilo Budenofalk® 3 x 1 kapsula/dan in stanje se je nekoliko izboljšalo. Imuran® sedaj prejema v odmerku 150 mg dnevno. Zaradi vztrajajočih povečanih vnetnih parametrov in z ultrazvočno preiskavo ugotovljenih znakov vnetja terminalnega ileuma, cekuma in navzgorjega kolona smo se odločili za ponovno endoskopsko diagnosticiranje.

Otroka smo sprejeli v bolnišnico in opravili čiščenje za ponovne endoskopske preiskave. Naslednji dan smo opravili EGDS in kolonoskopijo v sedaciji. Z EGDS smo ugotovili, da je na nekaterih mestih spremenjena sluznica antruma in korpusa želodca, predvsem v smislu zaceljenega vnetja v sklopu Crohnove bolezni. Na določenih mestih smo razpoznali tudi vnetje dvanajstnika, sicer pa je bila sluznica normalna. Kolonoskopija je pokazala vnetno spremenjeno sluznico kolona, najizrazitejše spremembe s psevdopolipi in z razjedami pa smo ugotovili na področju jetrne fleksure. Pregled cekuma ni pokazal znakov vnetja, prisotne pa so bile vnetne spremembe terminalnega ileuma.

Ker tudi z uporabo zdravila Budenofalk® nismo dosegli zadovoljivega izboljšanja, smo se po posve-

tu s predstojnikom oddelka dogovorili za ponovni poskus zdravljenja s steroidi (Medrol[®], 3 x 16 mg).

Po uvedbi Medrola[®] se je stanje izboljšalo. Odmerek zdravila smo postopno zmanjševali in prilagajali siceršnje zdravljenje. Na ambulantnem pregledu je bolnik povedal, da se je pred nekaj dnevi na področju zadnjika pojavila izboklina, zaradi katere mu je izbrana pediatrijka predpisala Amoksiklav[®]. V statusu je bil perianalni predel pordel in induriran z vidnim izstopiščem (fistulo?), iz katere je secerniralo. Opravili smo ultrazvočno preiskavo trebuha in ugotovili benigno raščo z videzom fistule. Specialist radiologije je ob kliničnem sumu na fistulo svetoval fistulografijo. Uvedli smo Efloran[®] 3 x 400 mg in Ciprinol[®] 2 x 500 mg ter se dogovorili za pregled pri proktologu.

Po operaciji je prejemal Nalgesin[®], vstavili smo mu dren. Po posvetu s proktologom smo ukinili zdravljenje s Ciprinolom[®]. Na radiološko-gastroenterološkem konziliju se odločijo še za MRI male medenice.

Z MRI male medenice smo ugotovili, da abscesa ni več (ob še vedno vstavljenem drenu). Opravili smo še RTG p.c., ki je bil v mejah normalnega. Na gastroenterološkem pediatričnem konziliju smo se dogovorili za zdravljenje z biološkim zdravilom infliksimabom (Remicade[®]).

Dobil je raztopino 300 mg zdravila Remicade[®] v 250 ml fiziološke raztopine. Med dajanjem zdravila in po njem ni imel nikakršnih težav. Od zdravil prejema le še Imuran[®] 3 tbl. in Salofalk[®] 3 x 1 tbl. Po 2 tednih je ponovno prejel Remicade[®] in tudi tokrat težav ni občutil. Predvideli smo, da mu zdravilo damo še tretjič, ko se bomo dogovorili tudi za kontrolno endoskopijo in ob ukinjanju Imurana[®].

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OTROKU S SUMOM NA KVČB

Medicinska sestra, ki sodeluje pri sprejemu otroka s sumom na KVČB, mora obvladati večšine

uspešnega sporazumevanja ter dobro in natančno opazovati otroka.

Sprejem

Medicinska sestra sprejme otroka, mu dodeli sobo in posteljo, na kateri bo ležal v času bivanja v bolnišnici. Nato ga stehta in izmeri telesno višino ter opravi meritve vitalnih funkcij. Izsledke v celoti dokumentira. Pripravi vsa potrebna soglasja, ki jih zdravnik potrebuje za morebitne preiskave.

Potek dela

Medicinska sestra staršem in otroku razloži, kako bo potekalo delo čez dan. Če želi eden od staršev ostati ob otroku, ga medicinska sestra sprejme kot samoplačnika.

Odvzem krvi

Po končani viziti sledijo preiskave, ki jih medicinska sestra naroči preko računalniškega programa. Nato nastavi intravenski kanal in odvzame kri za preiskave.

Spremljanje na preiskave

Medicinska sestra spremlja otroka na naročene preiskave, kot so UZ trebuha, merjenje kostne gostote in ostale preiskave.

Čiščenje za poseg

V primeru da smo se dan prej dogovorili, da se otrok drži tekoče prehrane, medicinska sestra otroku predpiše strogo tekočo dieto. Po navodilih zdravnika nato otrok dobi 1–2 tableti odvajala Dulcolax[®] ter glede na starost in težo tudi Donat[®] in X-prep[®] (odvajalo). Po večerji in proti jutru opravimo tudi čistilni klistir.

Opazovanje in odvzem blata

Medicinska sestra opazuje pogostost izločanja, količino blata, njegovo barvo, gostoto (konzistenco), vonj in primesi. Vzame vzorčke blata za predvidene preiskave.

Razpoloženje

Ocena otrokovega razpoloženja dopolnjuje in pojasnjuje otrokovo zdravstveno stanje. Opazujemo govorico telesa, izraz na obrazu, otrokovo sodelovanje, dejavnost in čustva. Otroci, pri katerih sumimo na KVČB, so lahko nerazpoloženi, brezvoljni in utrujeni.

Sporazumevanje (komunikacija)

Besedno in nebesedno sporazumevanje (verbalna in neverbalna komunikacija) je izjemno pomembno, da lahko kakovostno in uspešno ocenimo otrokovo stanje. Medicinska sestra raven, obseg in način sporazumevanja prilagodi otrokovi starosti, čustveni in miselni zrelosti ter trenutnemu zdravstvenemu stanju. Do otroka naj bo naravna, sproščena, prijazna in domača. Potruditi se mora, da ob pogovoru zagotovi zasebnost. Prav tako je pomembno, da se uspešno sporazumeva z otrokovimi starši, saj si le z dobrim in kakovostnim sporazumevanjem pridobi njihovo zaupanje (3).

ZAKLJUČEK

Življenje s KVČB pomembno spremeni življenje vsakega posameznika. Če je na voljo prava in učinkovita pomoč, večina bolnikov ugotovi, da se lahko novemu načinu življenja dobro prilagodijo. Srečujejo se lahko s simptomi in znaki, kot so bolečine, neprijetni in stresni simptomi (npr. nujna potreba po odvajanju) in/ali inkontinenca, pa tudi utrujenost. Pozorno morajo izbirati ustrezno hrano. Bolniku naj bo v pomoč tudi zavedanje, da v bolezni

ni sam in da je veliko ljudi, ki so se s KVČB naučili kakovostno živeti.

LITERATURA

1. Anon. Kronična vnetna črevesna bolezen - KVČB in ostale bolezni prebavnega trakta. 2012 (citirano 10. aprila 2012); Dosegljivo na: URL: <http://kroncek.mojforum.si/kroncek.html>
2. Anon. O kronični vnetni črevesni bolezni. 2010 (citirano 10. aprila 2012); Dosegljivo na: URL: <http://www.kvcb.si/index.html>
3. Šmid E. Distrofija pri otroku in pomen pravilne prehrane. Slov Pediatr 2010; 17: 46-51.
4. Anon. Kronična vnetna črevesna bolezen - KVČB in ostale bolezni prebavnega trakta

Kontaktna oseba / Contact person:

Uroš Gorjup, zt
Klinični oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo
in nutricionistiko
Pediatrična klinika
Univerzitetni klinični center Ljubljana
Bohoričeva 20
SI-1000 Ljubljana

e-mail: urosgorjup24@gmail.com

Prispelo / Received: 10.4.2012

Sprejeto / Accepted: 14.4.2012