

## Extraintestinální projevy IBD

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. Oligoartritida 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 spondylitidy 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 spondylitidou, 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 vitamínu 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 postižením 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 cholangitidou je tak vysoké, že se u každé nově diagnostikované sklerozující cholangitidy doporučuje provedení **kolonoskopie** k vyloučení střevního zánětu. Současná přítomnost ulcerózní kolitidy a sklerozující cholangitidy znamená významné zvýšení rizika vzniku **kolorektálního karcinomu**. Sklerozující cholangitida 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.