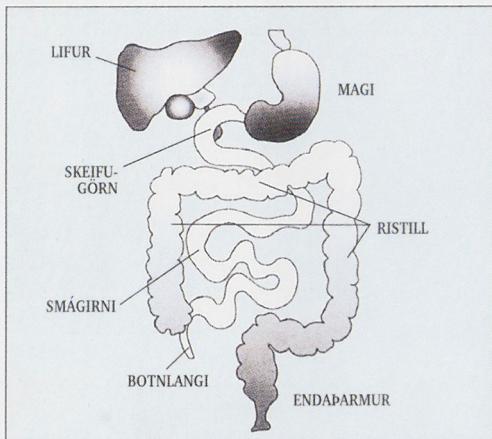


Upplýsingar til einstaklinga
með sáraristilbólgu
og Crohn's sjúkdóm



AstraZeneca 

Almennt um bólgsjúkdóma í þörmum/ristli



Bólgsjúkdóma í þörmum eru oftast bráðar og hverfa venjulega án sérstakrar meðferðar. Þær orsakast m.a. af bakteríum (salmonella, shigella, campylobacter, yersinia) eða veirum. Ein kennin vara sjaldnast lengur en mánuð.

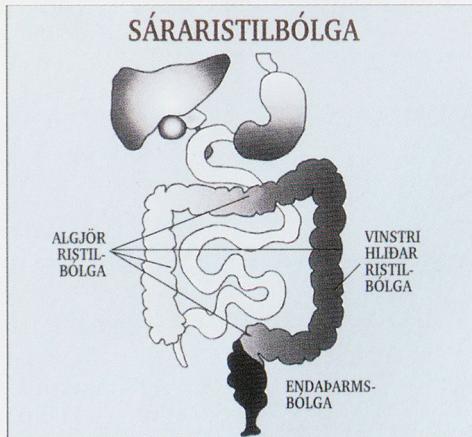
Við vissa sjúkdóma getur bólga í meltingarveginum varað lengur, marg a mánuði eða jafnvél ár. Þessir sjúkdómar kallast langvinnir bólguvaldandi parmasjúkdómar. Orsakir

þeirra eru enn sem komið óþekktar. Algengustu tegundir þessara sjúkdóma eru: Sáraristilbólga og Crohn's sjúkdómur. Þessir tveir sjúkdómar, sem eru að mörgu leytti ólíkir, hafa engu að síður ýmis sameiginleg einkenni og er meðferð beggja keimlík. Þess vegna verður fjallað um þá samhliða í þessum bæklingi.

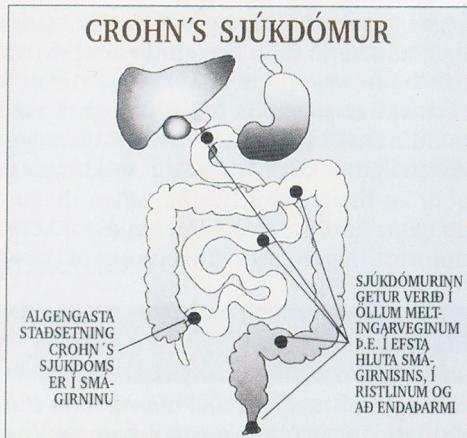
Sáraristilbólga

Orsakir sáraristilbólgu eru ókunnar. Fyrstu upplýsingar um sjúkdóminn eru frá 18. öld, en fyrsta nákvæma lýsingin er frá árinu 1875. Arið 1902 var þessi sjúkdómur meðhöndlaður með skurðaðgerð í fyrsta sinn.

Sáraristilbólga finnst einungis í endaþarmi og ristli en ekki í smágirninu. Neðsti hluti ristils að endaþarmi er nær alltaf bólginн þegar um þennan sjúkdóm er að ræða.



Ef sjúkdómurinn er eingöngu við endaþarminn kallast hann endaþarmsbólga (proctitis), en ef hann breiðist út um vinstri hluta ristilsins er talað um vinstri ristilbólgu. Sjúkdómurinn breiðist stundum út um allan ristilinn og kallast þá alger ristilbólga.



Crohn's sjúdómur

Crohn's sjúkdómi er lýst í fyrsta skipti árið 1932 og er hann venjulega í neðsta hluta smágirnisins. Crohn's sjúkdómur er ólíkur ristilbólgu að því leyti að hann getur verið hvar sem er í öllum meltingarveginum, þ.e. frá munni að endaþarmi.

Leggst á ungt fólk

Bólgusjúkdómar í þörmum eða ristli eru ólíkir mörgum öðrum sjúkdónum að því leyti að þeir leggjast oftari á ungt fólk. Algengast er að fólk fái þessa sjúkdóma á aldrinum 15-35 ára. Framvinda sjúkdómsins er afar breytileg, næstum duttlungafull. Yfirleitt lætur sjúkdómurinn á sér bæra annað veifið í nokkur ár, en hverfur að lokum. Tíu árum eftir sýkingu veldur sjúkdómurinn sjaldan óþægindum. Tíðni beggja sjúkdómannna hefur aukist á síðustu áratugum. Þetta á sérstaklega við um Crohn's sjúkdóm. Nýgengi er breytilegt frá einu landi til annars. Á árunum 1980-90 var nýgengi sáraristilbólgu 11/100 þús. og Crohn's rúmlega 3/100 þús. Ýmislegt bendir til þess að nýgengi sjúkdómannna vaxi á þessum áratug.

Einkenni

Niðurgangur er dæmigert einkenni beggja sjúkdómannna. Í alvarlegum tilfellum af ristilbólgu getur sjúklingurinn haft niðurgang allt að 2-10 sinnum á sólarhring. Ef um Crohn's sjúkdóm er að ræða er niðurgangur tiltölulega sjaldgæfari. Blóðugur niðurgangur er einkennandi fyrir ristilbólgu.

Þegar um er að ræða „proctitis“ (bólga aðeins við endaþarm) getur blóð í hægðum verið eina einkennið, án þess að niðurgangur fylgi.

Sársauki er algengur hjá sjúklingum með Crohn's sjúkdóm og er oftast bundinn við þann stað í meltingarveginum sem er bólgin. Þegar um ristilbólgu er að ræða tekur sjúklingurinn oft eftir krampasársauka rétt ádur en hann hefur hægdir, síðan dregur úr sársaukanum eftir að búið er að tæma þarminn. Almenn einkenni koma oft fyrir á erfiðum stigum sjúkdómsins. Algengustu einkennin eru preyta, megrun og hiti.

Sjúkdómsgreining

Einungis er hægt að sjúkdómsgreina sáraristilbólgu með fullri vissu eftir ristilspeglun og eftir að sýni hafa verið rannsökuð. Á fyrstu stigum sjúkdómsins þarf að finna út hversu stór hluti ristilsins er sýktur og er það gert með speglun. Hægt er að skoða allan ristilinn með þessum hætti. Sjúkdómsgreiningin getur verið flóknari þegar um Crohn's sjúkdóm er að ræða. Pregar sjúkdómurinn í ristlinum er greindur með hjálp speglunartækis er unnt að taka sýni gegnum tækið. Sýnatakan er með öllu sársaukalaus. Sé sjúkdómurinn í efsta hluta smágirnisins er hægt að staðfesta hann með sýnatoku. Stundum er sjúkdómssvæðið takmarkað og aðeins í mjög litlum hluta smágirnisins. Breytingarnar geta þá verið svo litlar að örugg sjúkdómsgreining fæst aðeins eftir mjög vandlega röntgenrannsókn smágirnisins.

Meðferð

Lyfjameðferð er einkum beitt við Crohn's sjúkdómi og sáraristilbólgu. Stöku sinnum getur sjúkdómurinn orðið mjög þrálatur og árangur lyfjameðferðar næsta líttill. Í slíkum tilfellum er skurðaðgerð nauðsynleg. Áhrif mataráðis á sjúkdóminn eru ekki fullkomlega ljós.

Ráðlagt mataræði

Mjólkurlaust fæði getur dregið úr óþægindum. U.p.b. 1 af hverjum 5 einstaklingum telur að einkenni minnki þegar dregið er úr notkun mjólkur. Oft er hægt að borda ýmsar aðrar mjólkurvörur, svo sem súrmjólk, jógúrt og ost, sem eru mikilvægar og einnig nauðsynlegir kalkgjafar, án þess að það komi niður á batanum.

Til eru rannsóknir sem benda á að notkun sykurs eigi að takmarka þegar um Crohn's sjúkdóm er að ræða. Nægilegt er þó að draga úr notkun sykurs, t.d. með því að útiloka sælgæti og sjáanlegan sykur, t.a.m. borda ávexti fremur en súkkulaði sem aukamáltið.

Þegar um Crohn's sjúkdóm er að ræða geta orðið þrengsli í meltingarveginum eftir langvinnar þarmabólger eða skurðaðgerð. Þess vegna verður einstaklingurinn að borda í ró og næði. Hann þarf að tyggja matinn mjög vandlega til þess að forðast að matur fari í of stórum skömmum úr maga og niður í smágirnið. Seigt kjöt og þurrkaðir ávextir (m.a. rúsínur) o.fl. af því tagi þrútna í maganum ef þeim er kyngt án þess að hafa verið tuggið vandlega fyrst.

Lyfjameðferð

Súlfasalazín (Salazósúlfapýridín)

Súlfasalazín var fundið upp í Svíþjóð árið 1939 af Nönnu Svartz, prófessor. Það er enn notað við meðferð á þessum sjúkdómum. Lyfið verkar bæði á ristilbólgu og Crohn's sjúkdóm. Við langtímaðferð getur lyfið haldið sjúkdóminum niðri. Lyfið getur valdið óþægindum í maga og þess vegna er best að taka töflurnar með mat. Súlfasalazín er að hluta til súlfalyf, en lyf í þessum flokki geta valdið lyfjahita, ógleði og útbrotum. Komi þessi einkenni í ljós á sjúklingur að hafa samband við lækni. Hluti lyfsins, sem skilst út með þvagi, getur litað það sterkgult, en það er ekki hættulegt. Óhætt er að gefa lyfið á meðgöngutíma og einnig konum með börn á brjósti. Í fáum tilvikum minnkar frjósemi karla við notkun lyfsins. Þessi aukaverkun hverfur, þegar notkun lyfsins er hætt.

Amínosalicýlsýra (5-ASA)

Vegna hættu á aukaverkunum af notkun súlfalyfja, hafa ný lyf komið á markað sem hafa sambærilega verkun, en eru ekki súlfalyf. Þetta eru lyf sem innihalda bundna og óbundna 5-amínosalicýlsýru, sem gjarnan er skammstöfuð 5-ASA. Flestir sjúklingar, sem geta ekki notað súlfasalazín, geta notað þessi lyf. Lyfin eru ýmist notuð sem hylki, töflur, sýruhjúptöflur, forðatöflur, endaþarmsstílar eða innhellislyf. Töflurnar skal gleypa heilar til þess að virka efnin losni ekki fyrr en í ristlinum. Þessi lyf geta valdið aukaverkunum svo sem höfuðverk, magaóþægindum, ógleði og niðurgangi. Sjúklingar, sem hafa ofnæmi fyrir salisylötum, t.d. aspirín og magnyl, mega ekki nota þessi lyf. Yfirleitt pola sjúklingar þessi lyf mjög vel og aukaverkanir eru færri en við meðferð með súlfasalazíni.

Prednisólón

Á alvarlegri stigum sjúkdómsins eru notaðir sterar, annað hvort sem töflur eða innhellislyf. Stutt prednisólónmeðferð veldur venjulega engum aukaverkunum. Við langtímaðferð koma hins vegar oft fram aukaverk-

anir, svo sem aukin þyngd og röskun á blóðsykri. Auk þess getur prednisólón valdið úrkölkun í beinum. Þess vegna er reynt að forðast langtíma meðferð með prednisólón og reynt að hafa lyfjaskammtinn eins lítinn og mögulegt er. Við allar lyfjameðferðir er nauðsynlegt að meta ávinnung meðferðarinnar og aukaverkanir.

Entocort®

Entocort® er nýtt lyf og er barksteri eins og prednisólón. Entocort® brotnar hratt niður í lifur í óvirk umbrotsefni og einungis um 15% af gefnum skammti dreifist um líkemann. Þannig hefur lyfið litlar almennar aukaverkanir stera. Verkun Entocort® gegn sjúkdóminum er sambærileg við aðra stera.

Sýklalyf

Við Crohn's sjúkdóm er stundum notað sýklalyf sem kallast metrónídadzól. Lyfið er áhrifaríkt þó ekki sé vitað nákvæmlega hvernig það verkar. Ekki má nota áfengi samtímis metrónídadzólmeðferð. Hættulaus aukaverkun er málmbragð í munni. Langvinn metrónídadzólmeðferð veldur sjaldan aukaverkunum. Stundum kemur þó fyrir tilfinningaleysi og sársauki í fótleggjum, í slíkum tilfellum ber að hætta meðferð.

Meðferð með skurðaðgerð

Báðir sjúkdómarnir geta verið það slæmir frá upphafi að skurðaðgerð er nauðsynleg. Sjúkdómurinn getur versnað skyndilega þannig að aðgerð er nauðsynleg. Helstu ástæður fyrir skurðaðgerð eru: Ef blæðing er mikil og stöðvast ekki við lyfjagjöf, ef meltingarvegurinn rofnar eða ef mikil þrengsli eru í þarmaveggnum vegna langvarandi þarmabólgu. Skurðaðgerð er stundum nauðsynleg ef sjúkdómurinn er sífellt virkur þrátt fyrir langtíma lyfjameðferð. Einnig ef sjúkdómurinn veldur miklum niðurgangi og vinnutapi eða krefst síendurtekinna sjúkrahússferða. Skýr vísbinding um að skurðaðgerðar sé þörf er, ef vissar frumubreytingar sjást í sýnum sem tekin eru í ristilspeglun. Flestir sjúklingar bregðast þó vel við lyfjameðferð og þurfa enga skurðaðgerð.

Krabbameinshætta

Við ristilbólgu er aukin krabbameinshætta á þeim svæðum þar sem sjúkdómurinn er virkur. Þó hefur komið í ljós að þessi hætta er ekki til staðar ef sjúkdómurinn er aðeins í endaþarminum eða neðsta hluta ristilsins.

Tíðni krabbameins er u.p.b. 1% á ári, sem er ekki mikið. Þess vegna er gert ráð fyrir að sjúklingur verði að koma í reglubundna skodun. Oftast er mögulegt að greina líkur á krabbameini þar sem í vefjasýnum sem tekin eru í gegnum speglunartækið sjást dæmigerðar frumubreytingar (dysplasia) jafnvel árum áður en sjúklingur fær krabbamein. Ef þessar frumubreytingar koma fram er gerð skurðaðgerð löngu áður en sjúkdómurinn verður illkynja.

Önnur einkenni sjúkdómsins

Báðir sjúkdómarnir geta valdið breytingum, ekki aðeins í meltingarveginum, heldur einnig í öðrum líffærum. Einstaka hafa fengið húðbreytingar, augn- og liðbólgyr. Liðir geta bólgnat, annað hvort einn eða fleiri, og líkist það ástand liðagigt. Einstaklingar með langvinna bólgsjúkdóma í þörmum er hættara við að fá liðagigt og hryggigt (spondylitis ankylopoetica). Þeir sem eru með sáraristilbólgu (colitis ulcerosa) geta fengið fitulifur, langvinna lifrabólgu eða langvinna bólgu í gallgöngum (sclerosive colangitis). Virkni langvinnrar bólgu í gallgöngum er ekki háð virkni bólgsjúkdóms í þörmum. Einstaklingar með Crohn's sjúkdóm eru í aukinni hættu að fá gallsteina.

Meðganga

Þessir sjúkdómar koma alls ekki í veg fyrir að konur megi ganga með börn. Að sjálfsögðu er æskilegra að ganga með barn þegar sjúkdómurinn er óvirkur. Oftast er sjúkdómurinn í lægð meðan á meðgöngu stendur og yfirleitt má nota sömu lyf og ádur. Þó er stundum nauðsynlegt að breyta lyfjameðferðinni og þess vegna þarf læknir að vita af þungun viðkomandi. Yfirleitt gengur meðgangan vel og fæða þessar mæður yfirleitt heilbrigð börn. Sjúkdómurinn eykur ekki á neinn hátt hættu á að barnið verði van-skapað. Þessir sjúkdómar erfast að sumu leyti en hættan á að barnið erfi sjúkdóminn frá móðurinni er svo lítil að hún hefur enga raunverulega þýðingu.

Mikilvægi læknisskoðana

Regluleg læknisskoðun er mikilvæg, þannig má draga úr hættu á eða jafnvel fyrirbyggja myndum krabbameins. Þó að sjúkdómurinn virðist vera óvirkur og án einkenna, er ráðlegt að sjúklingarnir fari samt reglulega í læknisskoðun. Ein skoðun á ári eða annað hvert ár ætti að vera nóg. Meðferðarhorfur til langs tíma eru það góðar að sjúklingurinn þarf sjaldan að vera lengi frá vinnu.

AstraZeneca



Hörgatún 2 • 210 Garðabær
Sími 535 7151 • Fax 565 7366