

דלקת מעי גס כיבית ומחלת קרוהן

סקירת המחלות והטיפול בהן



דלקת מעי גס כיבית ומחלת קרוהן

סקירת המחלות והטיפול בהן

ה. הרפרת, י. שלמריך, ג. רוגלר

Translated with permission of the Falk Foundation e.V.



from "Ulcerative colitis and Crohn's disease", 26th revised edition 2011.

מהדורה עברית ביוזמת האיגוד למחלות דרכי העיכול וכבד
יו"ר פרופ זמיר הלפרן

תורגם בעזרת תמיכה בלתי תלויה של חברת רפא יצרנית
ומשווקת רפאסאל



ה. הרפרת, M.D.

פרופסור עמית לרפואה
אוניברסיטת צפון קרוליינה
המחלקה לרפואה פנימית
בנין ביואינפורמטיקה 4151
דרך חוות מייסון 130
צ'פל היל, צפון קרוליינה 7080-27599
ארצות הברית

פרופ' ד"ר י שלמרייך

בית החולים על שם יוהאן וולפגנג גתה
אוניברסיטת פרנקפורט
מזח תיאודור סטרן
פרנקפורט 60596
גרמניה

פרופ' ד"ר ג. רוגלר

בית החולים האוניברסיטאי ציריך
המרפאה הגסטרואנטרולוגית ומחלות כבד
רחוב רמי 100
ציריך 8091
שוויץ

מחברים עמיתים של מהדורות 1-16:

פרופ' ד"ר א. פרסט

ד"ר פ. הופה-סיילר

פרופ' ד"ר מ. לוסן

6	מבוא
7	השמות: דלקת מעי גס כיבית - מחלת קרוהן
9	מערכת העיכול
12	תסמינים
17	שיטות בדיקה
30	גורמים
34	טיפול
46	בעיות מיוחדות
54	למה יש לשים לב כחולה מחלת מעי דלקתית?
56	מילון מונחים
59	מידע נוסף

כל מחלה כרונית מייצגת אתגר משמעותי - עבור החולה, משפחתו והרופאים המנהלים את הטיפול בהם. דבר זה נכון במיוחד כאשר הגורמים למחלה מובנים רק בחלקם וכאשר המחלה נדירה כל כך שרופא המשפחה הממוצע נתקל רק במקרים ספורים שלה במהלך עבודתו במרפאה. בגרמניה, כמו במרבית ארצות המערב, מחלות מעי דלקתיות (inflammatory bowel diseases, IBD) מופיעות בכאחד מכל 200 עד 400 בני אדם. אדם הנתקל באבחנה "מחלת מעי דלקתית" חש לרוב בתחילה חוסר ביטחון ניכר. שאלות מטרידות רבות יכולות לעלות: מה זה אומר לסבול ממחלה כרונית? מה מהלך המחלה שאני עומד בפניה? כיצד היא תשפיע על חיי? ומה תהיה השפעתה על העתיד? סקרים בקרב חולי IBD מצאו שרובם חשים שאין להם מספיק מידע לגבי המחלה. על אף ששום עלון לא יכול להחליף שיחה פתוחה עם הרופא, כל מקור מידע יכול לעזור. הוא יכול לעזור במיוחד בהפיכת החששות והחרדות לשאלות מסודרות שניתן לדון בהן עם הרופא.

עלון זה מיועד להיות בדיוק מקור מידע שכזה. אנו מקווים במיוחד לענות על שאלות, שמניסיוננו, מועלות על ידי החולים פעמים רבות. אם לאחר קריאת חוברת זו נותרת ללא תשובה לשאלות מסוימות, אנא ידע/י אותנו. דעתך חשובה לנו ותסייע לנו לשפר עלון זה במהדורות הבאות.

ה. הרפרת, י. שלמריך, ג. רוגלר

מרץ 2011

השמות: דלקת מעי גס כיבית - מחלת קרוהן

את/ה או בן משפחתך נתקלת באבחנה "מחלת מעי דלקתית" או IBD (inflammatory bowel disease) או במרבית המקרים, משמעות מושג זה היא דלקת מעי גס כיבית (ulcerative colitis) או מחלת קרוהן (Crohn). בתחילה, שמות אלו נשמעים מוזרים וכנראה תתהה/י מה הם יכולים להביע. שניהם מתייחסים לדלקת כרונית של הציפוי הרירי של המעיין, אם כי לכל אחד מהם מאפיינים ייחודיים.

מה משמעות שמות אלו?

השימוש בשמות שונים מבוסס על העובדה שהמחלות נקראות פעמים רבות לפי החלק של המעי שהן משפיעות עליו ושהופך לדלקתי. התרשים בעמוד 11 מציג את מערכת העיכול ואת שמות הקטעים השונים.



ד"ר בריל ב. קרוהן

השמות: דלקת מעי גס כיבית - מחלת קרוהן

אורכו של המעי הדק הנורמאלי הוא 3-5 מטרים, בעוד שאורכו של המעי הגס (הקולון, colon) הוא כ-1.5 מטר. אנו מבדילים בין שתי צורות עיקריות של IBD. הראשונה היא דלקת מעי גס כיבית (ulcerative colitis), דלקת (שבלטינית מסומנת על ידי הסיומת "itis" [-יטיס]) הפוגעת רק במעי הגס ומלווה בהיווצרות כיבים (ulcers). במקרים מסוימים, רק החלחולת (רקטום, rectum) מעורב, ועל כן אנו מדברים על פרוקטיטיס (proctitis, דלקת החלחולת).

הצורה העיקרית השנייה של IBD היא מחלת קרוהן (Crohn's disease), שנקראת על שם הרופא שגילה אותה, המומחה האמריקאי למערכת העיכול בריל ב. קרוהן. המחלה יכולה לפגוע בכל חלק של מערכת העיכול, מהפה ועד פי הטבעת. לפי החלק המעורב, ניתן לדבר על אילאיטיס, אילאוקוליטיס, קוליטיס ואנטריטיס מסוג קרוהן.

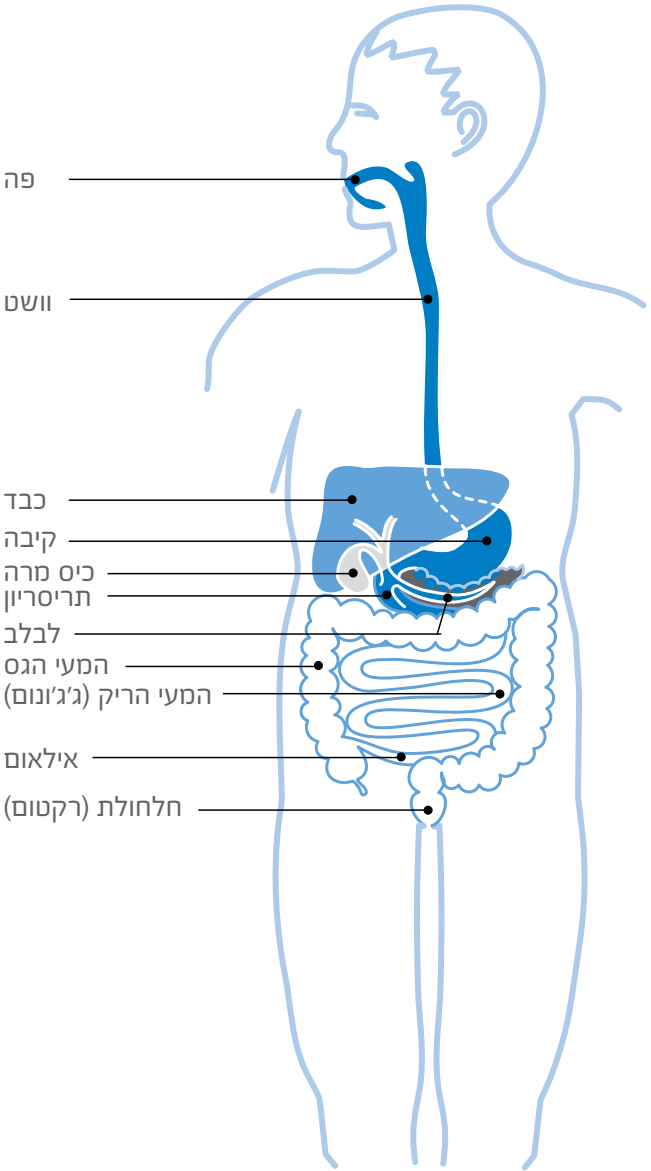
מה את/ה צריך/כה לדעת על מערכת העיכול התקינה

מערכת העיכול מתחילה בפה. כאן המזון נלעס ומעורבב עם רוק המסכך ומפרק אותו חלקית. לאחר שהמזון נבלע, הוא עובר לוושט. זהו צינור שרירי שבעזרת כיווץ דופנותיו בגלים דוחף את המזון למטה לכיוון הקיבה. בקיבה, המזון מעורבב עם מיצי קיבה הכוללים חומצה, ריר ואנזימים (חומרים הפועלים כ"מכונות" זעירות לפירוק המזון) המתחילים את תהליך פירוק החלבונים שבמזון. בתריסריון, החלק הבא של מערכת העיכול, המזון ממשיך להתערבב עם הפרשות מהלבלב, הכוללות אנזימים אחרים ומיץ מרה. מרה היא נוזל המיוצר בכבד המכיל חומצות מרה המסייעות לעיכול. נדיר שפעולות אלו נפגעות בדלקת **מעיי גס כיבית** (ulcerative colitis), אולם במקרה שהיא אכן מתרחשת, פגיעה זו נובעת לרוב ממחלה נפרדת של דרכי המרה עצמן המלווה את דלקת המעי הגס. דרכי המרה נפגעות לפעמים במחלת **קרוהן** (Crohn's disease).

בחלק העליון של המעי הדק, הנקרא גם המעי הריק או ג'ג'ונום (jejunum), נספגים שומנים וויטמינים שומניים (ויטמינים A, D, E ו-K), החלבונים המפורקים, סוכרים ומספר חומרים נדירים הנמצאים בגוף בכמות קטנה מאוד. בניגוד לכך, ויטמין B12 וחומצות מרה נספגים **באילאום** (ileum), **החלק התחתון של המעי הדק**. פעולה זו נפגעת פעמים רבות בחולי **מחלת קרוהן**. על אף שהפרעות בחלק העליון של המעי הדק שכיחות פחות, הספיגה החלקית של חומצות מרה אינה מספקת ומביאה לאובדן חומצות מרה באילאום. אובדן זה יכול להביא לפגיעה בעיכול ובספיגת שומנים וויטמינים שומניים במעי הדק העליון.

התפקיד העיקרי של המעי הגס הוא ספיגת מים ומינרלים, המביאה לעיבוי והתמצקות של חומר הצואה. לאחר התקדמות לחלקים הסופיים של המעי הגס (המעי העקול סיגמואיד, sigmoid colon והחלחולת רקטום, rectum) הצואה מתגבשת

ומוחזקת בעזרת פעילות פי הטבעת (anus) עד שמתרחשת יציאה רצונית. תפקודים אלו יכולים להיפגע הן בדלקת מעי גס כיבית והן במחלת קרוהן. התוצאה יכולה להיות נטייה ליציאה לא-רצונית של גז או צואה (אי נקיטה, incontinence).

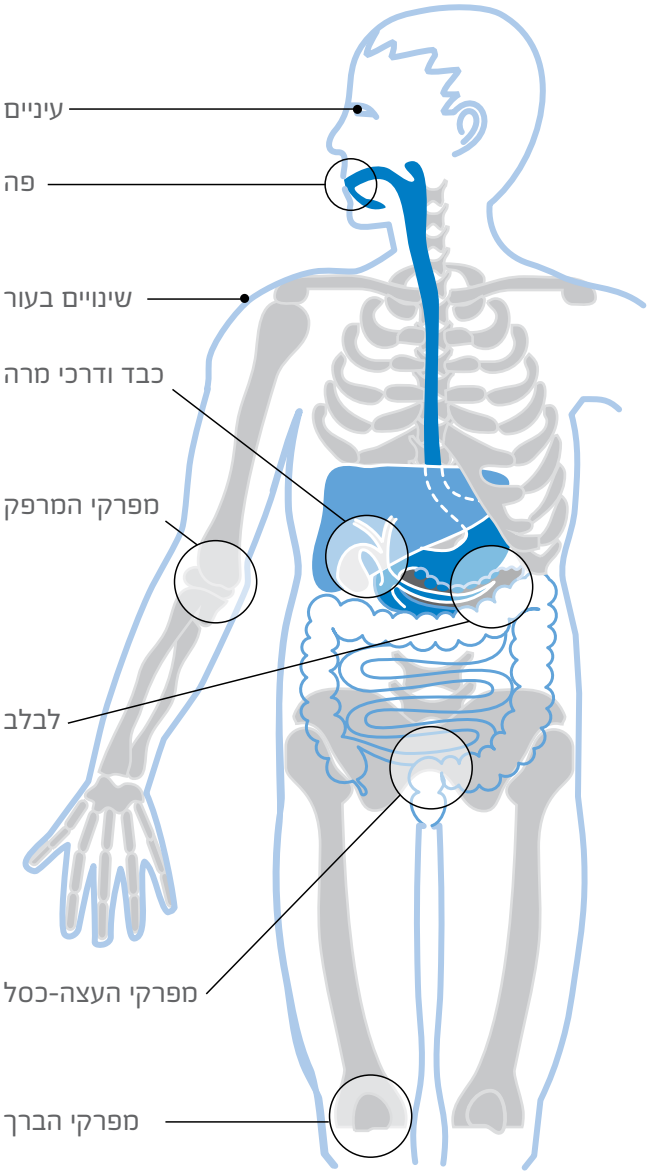


מהם תסמיני דלקת מעי גס כיבית או מחלת קרוהן?

הן דלקת מעי גס כיבית והן מחלת קרוהן מאופיינות בדלקת של הציפוי הרירי של המעי. על כן, חלק מהתסמינים משותפים לשתי המחלות. עם זאת, ישנם הבדלים מהותיים עקב העובדה שמיקום והיקף המחלה משתנים בין דלקת מעי גס כיבית ומחלת קרוהן.

פרט לביטויים הכללים של המחלה כגון תשישות, עייפות, חוסר תיאבון ולעיתים חום, התסמינים הספציפיים קשורים ישירות למעיים.

תסמינים אלו **כוללים יציאות לא סדירות** המכילות ריר ו/או דם, **שלשול חמור וכאב בטן** שלעיתים ממוקד בנקודה אחת אולם לעיתים קרובות מערב את כל הבטן ושיכול להיות קבוע או בגלים. חולים רבים מרגישים **בחילה** ויכולים להקיא. הדלקת יכולה להביא לאיבוד דם דרך המעי. אובדן זה, שיכול להיות בצורת דימום "סמוי", יכול להביא לאנמיה וניתן לגלותו רק בעזרת בדיקות מיוחדות. בכל מקרה של אובדן דם אובד גם ברזל; במקרה כזה, למח העצם חסר ברזל הדרוש לייצור תאי דם חדשים. מצב זה ידוע כמיעוט דם **(אנמיה) עקב חסר ברזל**.



בשתי המחלות, דלקת מעי גס כיבית ומחלת קרוהן, תסמינים יכולים להופיע לא רק במעי אלא גם באתרים אחרים בגוף. יותר מ-25% מהחולים חווים כאב ואף דלקת מפרקים (ארתריטיס, arthritis) במפרקים הגדולים והקטנים של הזרועות והרגליים כמו גם במפרקים של עמוד השדרה והאגן. כמו בצורות אחרות של דלקת מפרקים, גם דלקת זו מביאה לנפיחות, כאב והגבלה בתנועה. העור בחולי IBD יכול להגיב בצורת אזורים מעובים אדומים-סגולים וכואבים, השכיחים ביותר בזרועות וברגליים (אדמנת קשרית, erythema nodosum).

מעט פחות נפוצה היא דלקת בעיניים, בעיקר בקשתית (החלק הצבעוני בעין, iris) ובלחמית (הציפוי של החלק הלבן של העין). בשתי המחלות, הן דלקת מעי גס כיבית והן מחלת קרוהן, יכולה להופיע דלקת לא-אופיינית של הכבד. במקרים נדירים, דרכי המרה יכולים לפתח דלקת עם הופעת צלקות נרחבות המביאות לצהבת ולהפרעה בעיכול. סיבוכים נדירים אחרים כוללים דלקת של הקרום המצפה את הלב (מסב הלב, pericardium) והלבלב כמו גם פקקת ורידים (venous thrombosis, קרישי דם ברגליים).

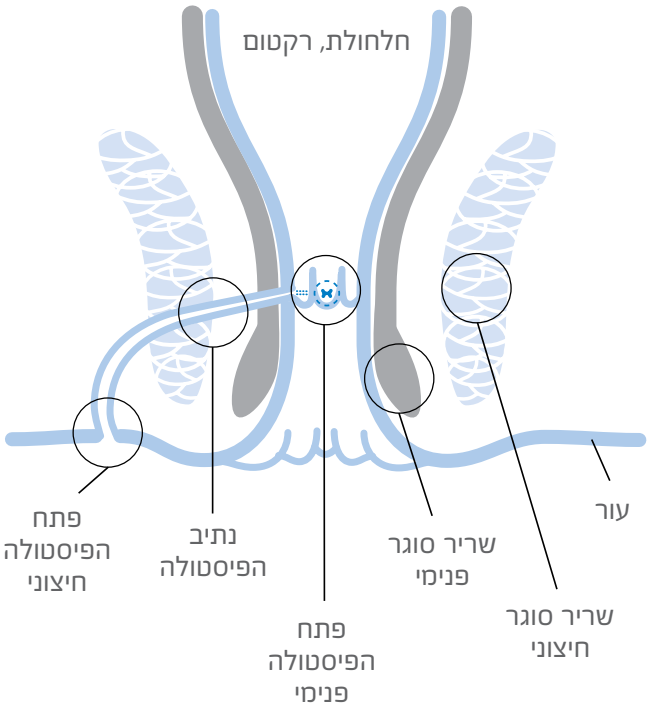
השלב החריף של דלקת מעי גס כיבית, המערבת רק את המעי הגס, מאופיין לרוב על ידי שלשול המעורב בריר ו/או דם. חומרת השלשול תלויה בפעילות הדלקתית והיקפה של הדלקת במעי. השלשול יכול להיות חמור מאוד במקרים בהם כל המעי הגס נפגע. עם זאת, אם רק החלקים האחרונים של המעי הגס (הסיגמואיד או החלחולת) מעורבים, כמו בדלקת חלחולת כיבית, הצואה יכולה להיות מוצקה יותר אם כי עדיין ניתן למצוא עקבות דם.

מחלת קרוהן יכולה לפגוע הן במעי הדק והן במעי הגס. בשלב ההתחלתי שלה, היא יכולה לגרום לתסמינים ספורים או לא להתבטא כלל וכן, במיוחד במקרים בהם המעי הגס מעורב רק באופן חלקי או לא מעורב כלל, ייתכן ולא יופיע שלשול.

במקרים רבים יכול להופיע כאב בטן, אשר לעיתים מבולבל עם דלקת תוספתן חריפה ("אפנדיציטי"). מחלקת קרוהן קשורה למספר חסרים תזונתיים בשלביה המוקדמים המביאים לירידה משמעותית במשקל. בחולים מסוימים, המחלה מתבטאת בדלקת של אזור פי הטבעת המביאה ליצירת מורסות (אבצסים, abscess) ופיסטולות (נצור, fistula). פיסטולה היא תעלה בצורת שפופרת המצופה בתאים דלקתיים. היא יכולה לחבר שני איברים חלולים או להיפתח אל העור או לקרום הרירית בפי הטבעת (ראה/י איור בעמוד 16). פיסטולות נמצאות בעד 30% מחולי קרוהן במהלך המחלה ויכולות גם לחזור או להתמיד.

פיסטולות מפרישות מוגלה באזור פי הטבעת, במיוחד אם הן חוזרות, מעלות את הצורך בבדיקה נרחבת יותר של המעיין. בכל מקרה שחולה מדווח על הופעת מספר מהתסמינים המתוארים לעיל, הרופא צריך לחשוב על האפשרות של IBD.

פיסטולות סביב פי הטבעת במחלת קרון (תיאור כללי)



מה יעשה הרופא על מנת לקבוע את סוג והיקף מחלת המטופל?

הרופא יודיע לך, המטופל, שיש כעת צורך ב"הליכים אבחנתיים" ושעליך לעבור סוגים מסוימים של בדיקות.

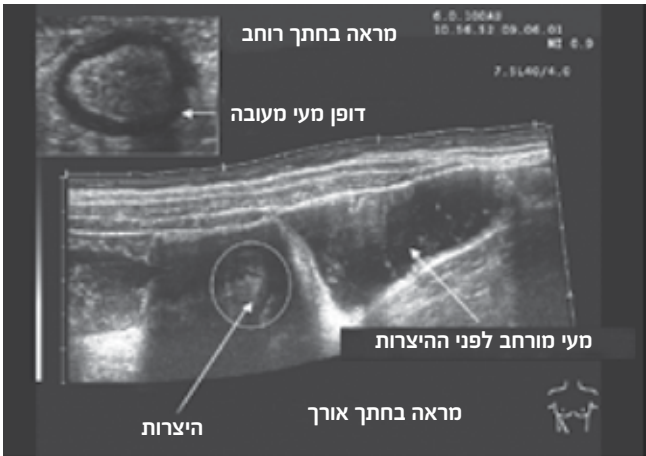
כצעד ראשון, הרופא יערוך **בדיקה גופנית** של כל הגוף, במיוחד הבטן וכן החלחולת. הרופא יאסוף מידע בעזרת מימוש הצד החיצוני של הגוף, הקשבה עם הסתוסקופ ונקישות מעל איברים חלולים. הם יסייעו לו לגלות האם העור, רקמות הריה, עיניים או המפרקים מציגים סימני מחלה. בבדיקת הבטן, ייתכן וניתן יהיה לקבוע את אתר הכאב המדויק והרופא יוכל ללמוד רבות על מצב הכבד ופעילות המעיין. בבדיקת פי הטבעת, הוא יוכל לזהות דלקת או פיסטולה וכן, בעזרת בדיקה עדינה של החלחולת עם אצבעותיו, לאתר שאריות דם.

הרופא יבקש ממך לתת דגימות דם ושתן על מנת לבצע **בדיקות מעבדה** מסוימות, כולל "סמנים דלקתיים" לא ספציפיים כגון שקיעת דם (erythrocyte sedimentation rate), הזמן הדרוש לתאי דם לשקוע במבחנה) וחלבון מגיב-C (C-reactive protein), מספר תאי הדם הלבנים והאדומים והטסיות ("ספירת CRP), הפרדת החלבונים בדם (אלקטרופורזה של חלבונים דם), ובדיקות מעבדה ייחודיות אחרות כגון ברזל, מלחים, ויטמינים (בעיקר ויטמין B12), חומצה פולית וחומרים הנמצאים בדם בכמות מזערית (יסודות קורט) כגון אבץ. יחד, בדיקות אלו עוזרות לקבוע האם ישנה עדות לדלקת, הפרעות ספיגה (קליטה מופחתת או לא מספקת של חומרי מזון מהמעי) או דימום. בדיקות השתן מסייעות להערכת בעיות בכליות ומערכת השתן. בשנתיים האחרונות נחקרו שני סמנים חדשים הניתנים לאיתור בצואה. סמנים אלו הם calprotectin ו-lactoferrin. אלו חלבונים

הנמצאים באופן תקין בתאי דם לבנים הנקראים נייטרופילים (neutrophils). במצב התקין אין נייטרופילים בדופן המעי ועל כן רמות calprotectin וה-lactoferrin בצואה נמוכות מאוד. כאשר מופיעה דלקת של דופן המעי, כמו בדלקת מעי גס כיבית או מחלת קרוהן, תאים דלקתיים אלו נודדים לדופן המעי, שם הם מתים והופכים להיות חלק מהמוגלה הנצפית פעמים רבות במהלך יציאה בחולי IBD, במיוחד בחולי דלקת מעי גס כיבית. פרט למספר חריגים, calprotectin ו-lactoferrin הם סמנים מצוינים להערכת דרגת הדלקת במעי ללא בדיקה מכשירנית כגון קולונוסקופיה או בדיקות דימות. הם יעילים גם בהבדלה של מחלת מעי דלקתית **ממחלות תפקודיות** לא-דלקתיות של המעי כגון תסמונת **המעיים הרגיז** (irritable bowel syndrome).

במידה ותוצאות בדיקות אלו מאששות את החשד לקיומה של מחלת מעי דלקתית, **בדיקות נוספות** יידרשו על מנת לקבוע את סוג המחלה בחולה וכן את מיקומה במערכת העיכול והיקפה. הפשוטה והפחות פולשנית מבדיקות אלו היא בדיקת **אולטראסאונד (על שמע) של הבטן**, הידועה גם כסונוגרפיה. במרבית המקרים, אולטראסאונד מאתר באופן רגיש שינויים בבטן כגון הרחבת המעי ועיבוי הדופן שלו, שינויים בכבד, כיס המרה ואבני כליה, מורסות וכל מצב המפריעה לזרימת השתן מהכליות. הבדיקה אינה כרוכה בנזק כל שהוא וניתן לחזור עליה בבטחה ככל שנדרש. על כן, כל ממצא חשוד יכול לעבור בדיקה חוזרת וניטור.

בקביעת היקף **מערכת העיכול המעורב** במקרה של שהוא של IBD, חשוב מאוד לזהות את אתר(י) הדלקת המדויק(ים). זמינות מספר שיטות כולל הסתכלות פנימה (**אנדוסקופיה**, endoscopy) וצילומים (**רדיוגרפיה**).



תמונת אולטראסאונד: חתך אורכי דרך קטע מהמעי שהתנפח עם נוזלים שהצטברו עקב היצרות (סטנוזיס, stenosis). בתמונה זו ניתן לראות את ההיצרות כפס שחור דק ולא סדיר (חץ). פס שחור זה הוא בעצם החלק הפנימי הפתוח שנותר במעי. חתך רוחבי זה מראה שדופן המעי מעובה באזור ההיצרות (8-10 מ"מ לעומת עובי דופן רגילה של 1.5-3 מ"מ הנמדד באולטראסאונד). (האיורים סופקו על ידי ד"ר ק. שלוטמן, מחלקה פנימית ו, בית החולים קתרינון, אונה, גרמניה)

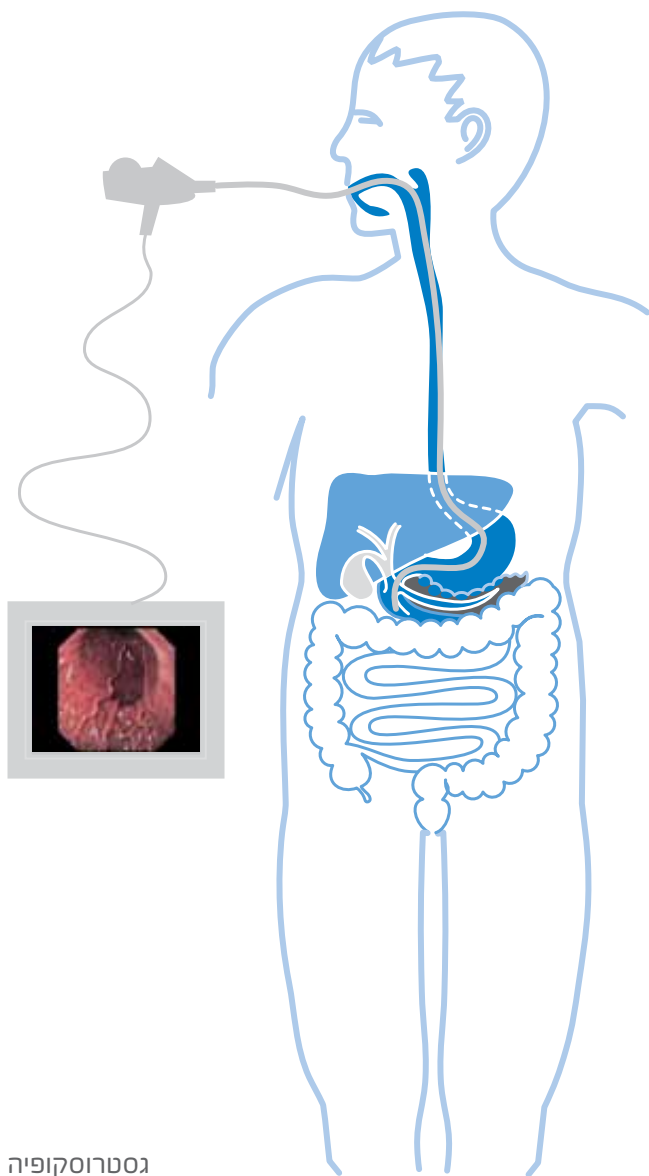
באנדוסקופיה נעשה שימוש במצלמה על מנת להסתכל ישירות על פני השטח הפנימיים של איבר חלול. כניסה דרך הפה אפשרית לצורך בדיקת הוושט, הקיבה והתריסריון. בכניסה דרך פי הטבעת אפשר לבדוק את החלחולת, המעי הגס לכל אורכו ובדרך כלל גם את הסנטימטרים האחרונים של המעי הדק, הידועים גם בשם האילאום הסופי (terminal ileum). מכשירים אנדוסקופיים חדשים (אנטרוסקופיה עם בלון כפול) מאפשרים גם לבחון חלקים גדולים מהמעי הגס במידה ויש צורך בכך. אנדוסקופיה של המעי הדק מוגבלת לסיטואציות מיוחדות ונדירות. האנדוסקופ הוא מכשיר גמיש דק וארוך בקוטר של 9-12 מ"מ.

מכשירים מדויקים אלו מכילים מצלמה בקצה המכשיר המחוברת למעבד חיצוני. כבל הבנוי מסיב אופטי מעביר את האור לאיבר הנבדק.

באנדוסקופ ישנה גם תעלה נפרדת דרכה ניתן להשחיל מכשירים דקים. מכשירים אלו, הידועים גם כמלקחי ביופסיה, משמשים ללקיחת דגימות רקמה מהמעי לבדיקות נוספות.

אנדוסקופיה מאפשרת לבדוק לצפות ישירות בציפוי הפנימי (רקמת הרירית) של מערכת העיכול. ניתן להבדיל בקלות בין רקמה תקינה ורקמה המעורבת בדלקת. בנוסף, ניתן לקחת דגימות רקמה מאזורים מעורבים ולבחון אותן בשיטות מיקרוסקופיות, הידועות גם כבדיקה היסטולוגית. בדיקה ישירה זו תחת המיקרוסקופ של דגימות מרקמת הרירית מאפשרת לקבוע את נוכחות, חומרת וסוג הדלקת. על כן, בדיקה זו יכולה לבסס את האבחנה ובדרך כלל ($\leq 90\%$) יכולה להבדיל בין דלקת מעי גס כיבית ומחלת קרוהן.

הבדיקה האנדוסקופית של הקיבה נקראת גם גסטרוסקופיה (gastroscopy) (ראה/י איור בעמוד 21). בגסטרוסקופיה, האנדוסקופ מוחדר דרך הפה ונדחף דרך הוושט אל הקיבה והתריסריון. בדיקה זו חייבת להתבצע בצום על מנת למנוע מתוכן המזון שבקיבה להפריע לבחינת הרקמה הרירית של הקיבה. הבדיקה לרוב אינה כרוכה בכאב ובמרבית המקרים ניתנת לנבדק תרופה שתאפשר לו לישון במהלך הבדיקה.

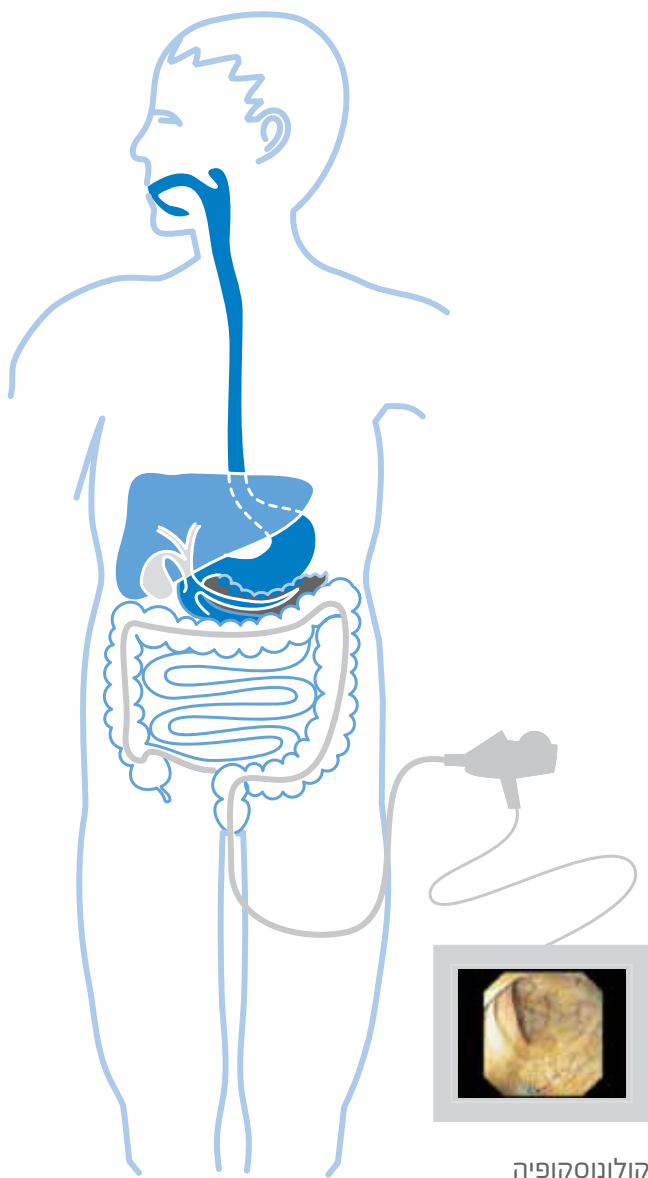


גסטרוסקופיה

בקולונוסקופיה (ראה/י איורים בעמודים 23-24) האנדוסקופ מוחדר דרך פי הטבעת ומקודם לכל אורך המעי הגס עד לכניסה למעי הדק. לאחר מעבר של המפגש בין המעי הדק והגס (השסתום האילאו-צקלי), ניתן לבדוק את החלק הסופי של המעי הדק. קולונוסקופיה מצריכה הכנה נרחבת יותר. על הנבדקים נאסר לאכול מזון מוצק ב- 24 השעות טרם הבדיקה. ביום טרם הבדיקה החולה יכול לאכול ארוחת בוקר אולם לארוחת צהריים מותרים רק מרקים צלולים. אחר הצהריים על הנבדק לשתות 2-5 ליטרים של תמיסת שטיפה במטרה לנקות את המעיים. זמינות מספר תמיסות בטעמים שונים. לאחר מכן מותרת שתיית מים מינרליים או תה בלבד.

קולונוסקופיה יכולה להיות כרוכה בכאב, במיוחד כאשר יש בבטן הידבקות הקשורות לדלקת. הנבדקים יכולים לקבל זריקות המסייעות להרגעה ולהקלת הכאב וכך להפוך את הבדיקה לנסבלת.

פרוקטוסקופיה היא הבדיקה האנדוסקופיה הפשוטה והכי פחות פולשנית. היא כוללת בדיקת החלק המרוחק של החלחולת ומכסה את 5-10 הסנטימטרים מעל לפי הטבעת. שכיח יותר שהחולים עוברים **סיגמואידוסקופיה**, הליך המאפשר בחינה של 30-40 הסנטימטרים המרוחקים של המעי הגס. קודם לבדיקות אלו, המעיים מנוקים בעזרת חוקן. לאחר מכן הבודק מחדיר שפופרת נוקשה וקצרה (רקטוסקופ) או אנדוסקופ קצר וגמיש (סיגמואידוסקופ). שתי הבדיקות מאפשרות להשיג דגימות רקמה (ביופסיות). שתי השיטות מספיקות להערכה ולמעקב אחר דלקת באזור הרקטום.



קולונוסקופיה

המעי הגס -
ממצאים תקינים



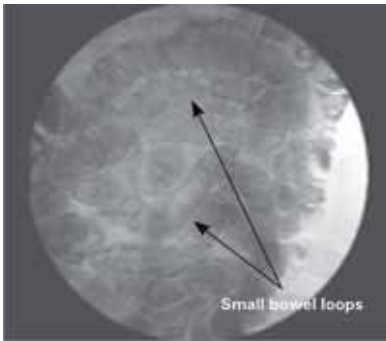
מחלת קרוהן -
דלקת כרונית עם מעין-
פוליפים



דלקת מעי גס כיבית -
דלקת חמורה



בדיקות רדיולוגיות מייצגות אפשרות אחרת לבחינת מערכת העיכול. שיטה אחת משתמשת בתמיסה (חומר ניגוד) האטום לקרני רנטגן על מנת להראות את קווי המתאר של הוושט, הקיבה והמעי הדק או הגס. במקרי IBD, בדיקת המעי הדק חשובה במיוחד. במקרים כאלו, ניתן לבדוק את המעי הדק בעזרת שיטה מיוחדת שפותחה ונקראת על שם הרדיולוג סלינק (Sellink). בשיטה זו, מועבר צינור דרך הקיבה לתוך התריסריון (ראה/י איור בעמוד 27). דבר זה מאפשר הזרמה ישירה של חומר ניגוד מדולל לתוך המעי הדק. מקטעי המעי הדק בין התריסריון והמעי הגס, שאינם נגישים באנדוסקופיה, יכולים להיבדק בעזרת שיטה זו. עם זאת, עם כניסתם לשימוש של אמצעי CT ו-MRI הנוחים יותר לחולה, בדיקת "מעבר מעי דק בשיטת סלינק" אינה מבוצעת יותר באופן שגרתי.

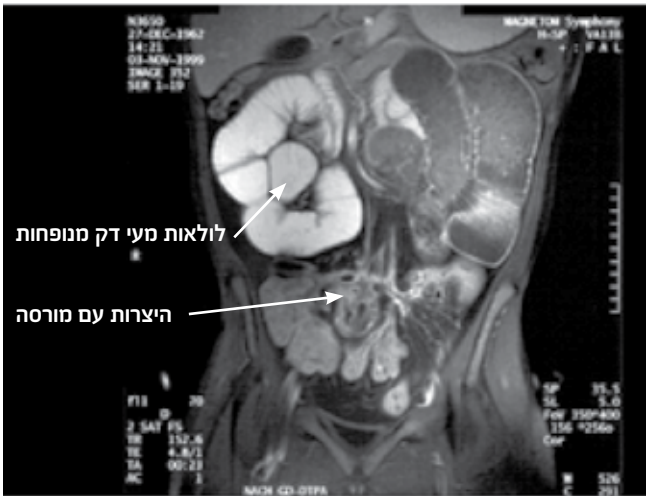


הדגמת המראה התקין של המעי הדק בעזרת השיטה הרדיוגרפית שפותחה על ידי סלינק

אפשרויות חדשות וטובות יותר לדימות המעי הדק הופכות לזמינות בעזרת **דימות תהודה מגנטית** magnetic resonance imaging (MRI). MRI מייצר "פרוסות" של אזורים נבחרים של הגוף האנושי (ראה/י איור בעמוד 27). בשונה מבדיקת סלינק, בדיקת MRI אינה כוללת חשיפה כל שהיא לקרינה. שיטות שונות פותחו על מנת לשפר את הדמיית המעי הדק בעזרת MRI. כתלות בשיטה שבשימוש, ייתכן ויהיה צורך במקרים מסוימים להחדיר צינור לתריסריון. עם זאת, באופן כללי מספיק לשתות נוזלים (לדוגמא מים) הפועלים כחומר ניגוד במעי הדק. איכות ה-MRI השתפרה פלאים בשנים האחרונות. במידה והיא זמינה זוהי בדיקת הבחירה להערכת המעי הדק. בגרמניה ובארצות אירופאיות רבות, MRI זמין לחולי IBD, אולם לא תמיד זהו המצב בארצות אחרות כגון ארצות הברית, בה מבוצעת בעיקר בדיקת טומוגרפיה ממוחשבת (CT).

כפי שהוזכר קודם, שיטה אחרת להדמיית הבטן היא טומוגרפיה הממוחשבת (CT, computed tomography). כמו ב-MRI, CT מייצרת תמונות של "פרוסות" של אזורים נבחרים בגוף. בשונה מ-MRI, CT מצריך שימוש בקרינה. CT שימושי במיוחד בחיפוש אחר מורסות (הצטברויות מוגלה העטופות בקרום) אשר מופיעות פעמים רבות בחולי IBD.

שתי שיטות אנדוסקופיות חדשות כוללות אנדוסקופיה בקפסולה (קופסית) ואנדוסקופיה עם בלון-כפול. אנדוסקופיה בקפסולה מאפשרת לראשונה לבחון את המעי הדק לכל אורכו. לרוע המזל, על אף שהיא מאפשרת לבחון את המעי הדק, היא לא מאפשרת לקחת דגימות רקמה. שיטה זו אינה מתאימה לבדיקת המעי הגס או הקיבה. עבור חולי קרוהן, אנדוסקופיה בקפסולה כרוכה בסיכון מסיים שהקפסולה תתקע באזור היצרות במעיים, מה שיכול להביא לחסימת מעיים חריפה המצריכה ניתוח מיידי. נכון להיום, אנדוסקופיה בקפסולה לא הפכה לאופציה מבוססת לאבחנת מחלת מעי דלקתית וצריכה לשמש רק במצבים מיוחדים.



לולאות מעי דק מנופחות

היצרות עם מורסה

התנפחות משמעותית של המעי שנגרמה מהצטברות חומר ניגוד (מיץ אננס) לפני היצרות כפי שמודגם בעזרת MRI (MRI אנטרוקוליזיס). סמוך להיצרות נוצרה מורסה.

השיטה האנדוסקופית החדשה השנייה היא אנדוסקופיה עם בלון כפול הנעזרת באנדוסקופ שתוכנן במיוחד על מנת לאפשר בדיקה של חלקים ארוכים יותר משמעותית של המעי הדק מאשר אלו שניתן היה להגיע אליהם בעזרת אנדוסקופים רגילים. בשונה מאנדוסקופיה בקפסולה, אנדוסקופיה עם בלון כפול מאפשרת נטילת דגימות רקמה מהמעי הדק כמו גם עצירת דימומים והסרת פוליפים. היא גם מאפשרת להרחיב אזורים מוצרים קצרים של המעי (היצרויות) שאחרת היו מצריכים ניתוח.

ייתכן ותשאל/י את עצמך האם כל הבדיקות האלו נחוצות. אפשר להירגע - המערך הנרחב יותר של בדיקות נדרש בדרך כלל רק על מנת לאשר את האבחנה הראשונית של המחלה ולקבוע את היקפה וחומרתה.

חשוב יותר, בחירת השיטה הרדיולוגית והאנדוסקופיה תלויה במאפיינים הייחודיים לך, במיוחד מצבו הגופני של המטופל. שיטות אנדוסקופיות ורדיולוגיות יכולות להשלים אחת את השנייה. לרוב, אנדוסקופיה משמשת לבדיקת המקטעים הנגישים יותר של מערכת העיכול ולהשגת דגימות רקמה (ביופסיות) מאזורים חשודים לצורך הערכה מיקרוסקופית. על מנת להעריך כשורה את המעי הדק, וכן במקרים עם חשד לפיסטולה או היצרות חמורה (סטנוזיס) של המעי הגס, לא ניתן יהיה להימנע מביצוע בדיקות רדיולוגיות. ההערכה המדויקת של פיסטולה ו/או מורסה יכולה להתבצע פעמים רבות בעזרת בדיקת אולטראסאונד מיוחדת של החלחולת (אנדוסונוגרפיה, endosonography) או בעזרת MRI.

באנדוסונוגרפיה מוחדר מתמר (ראש מכשיר הבדיקה) דרך החלחולת כמו ברקוקטוסקופיה או סיגמואידוסקופיה. גישה זו מאפשרת להשיג בדיקת אולטרא סאונד של הרקמות מסביב ולקבוע את האפשרות של היווצרות פיסטולה

כיצד עוקב הרופא אחר מהלך המחלה הדלקתית של המעי?

חשוב שאת/ה, המטופל/ת, תבין/י שבעוד **שדלקת מעי גס כיבית ומחלת קרוהן** הן מחלות כרוניות של המעיים שיכולות להפוך ולהישאר לא פעילות, מעקב רפואי קפדני קריטי לניטור ושליטה במחלתך. המשמעות היא ביקורים סדירים אצל הרופא: מומלץ לפחות פעמיים בשנה, גם כאשר אינך סובל/ת מתסמינים. עם זאת, אם הינך נזקק/ת לתרופות לשליטה במחלתך, בדיקות מעקב צריכות להתבצע לכל הפחות כל שלושה חודשים. פרט לבדיקה גופנית, הכוללת מישוש הבטן ובדיקת המעיים,

המטופלים עוברים בדיקות דם המסייעות לזהות סימני דלקת או חסרים תזונתיים. לפחות פעם בשנה, הרופא יפנה אותך לבדיקת אולטרא סאונד של הבטן. אם אין עדות לדלקת, ניתן להימנע מהבדיקות הסבוכות יותר.

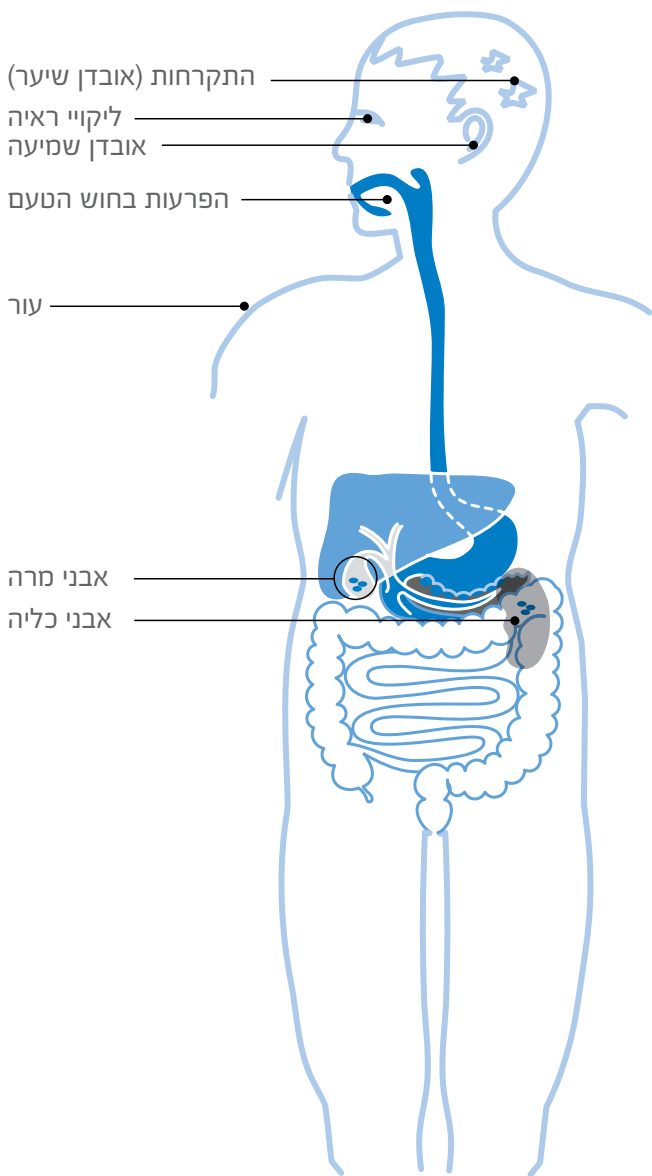
במהלך מופע חריף של המחלה או התלקחות, אין הכרח לעבור את כל סוללת הבדיקות. במקרים בהם התסמינים שונים משמעותית מאלו שהופיעו בשלבים הקודמים של המחלה, ייתכן ותהיה תועלת מהערכה מחודשת של היקף המחלה כיוון שיכולים להופיע שינויים היכולים להצריך התאמה של האסטרטגיה הטיפולית. **בדלקת מעי גס כיבית**, דבר זה חשוב במיוחד במקרים בהם בתחילת המחלה היא לא פגעה בכל המעי הגס. **במחלת קרוהן**, שינויים משמעותיים בתסמינים מצריכים בדרך כלל הערכה מחודשת הן של המעי הדק והן של המעי הגס במטרה לשלול נוכחות פיסטולות, היצרויות או סיבוכים אחרים. במידה ואין שינויים והמחלה נותרת לא-פעילה, אין צורך בשיטות פולשניות. חולים שסבלו מדלקת מעי גס כיבית במשך תקופה ארוכה (יותר מ 8-10 שנים) צריכים לעבור קולונוסקופיה באופן סדיר (בתחילה מומלץ פעם בשנה) במטרה לשלול התפתחות גידולים ממאירים במעיים. דבר זה חשוב במיוחד בדלקת נרחבת של המעי הגס.

מה גורם למחלת מעי דלקתית?

על אף מחקרים רבים שנערכו, הגורם בפועל למחלת מעי דלקתית עדיין אינו ידוע. כנראה, עם זאת, שמופעים חוזרים לאורך זמן של דלקת במעי של בני אדם קשורים לתגובות גומלין מסובכות בין גורמים סביבתיים שונים ונטייה גנטית למחלות אלו. בשנים האחרונות, מחקרים הביאו לזיהוי אתרים (גנים) שונים בתוך הגנום האנושי היכולים להיות קשורים למחלות אלו. עד כה, שינויים ביותר מ-70 גנים התגלו כבעלי תפקיד משמעותי יותר או פחות בהתפתחות מחלת קרוהן. החשוב מבין שינויים גנטיים אלו בחולי קרוהן התגלה על ידי מדענים ב-2001. הם הראו ששינויים (מוטציות) בגן הנקרא NOD2 מגבירים באופן מובהק את הסיכון לפתח מחלת קרוהן. נראה ששינויים כאלו אחראים, חלקית לפחות, להופעת המחלה בכ-20%-30% מכלל חולי קרוהן. מהצד השני, ברור שנטייה גנטית זו לבדה לא יכולה להביא להתפרצות המחלה: התפרצות המחלה מצריכה נוכחות של גורמים נוספים שאינם ידועים עדיין. שינויים בגן NOD2 נמצאו בכ-4%-10% מהאנשים שאינם מפתחים את המחלה. ממצא זה מלמד שעל מנת לגרום לאדם כל שהוא לפתח בפועל את המחלה, הנטייה הגנטית זקוקה לפעילות של גורמים אחרים, שעדיין אינם ידועים. גורמים אלו יכולים לכלול נגיפים או חיידקים, שינויים בתזונה, צריכת חומרים משמרים מסוימים או תוספי מזון אחרים כמו גם הפרעות במערכת החיסון של הגוף או במחסומים נגד זיהומים במעי. עד כה לא נמצאה ראיה חותכת לקשר שבין גורמים אלו והתפתחות מחלת מעי דלקתית. אף על פי כן, סביר להניח שיש לגורמים הסביבתיים תפקיד בהתפרצות המחלה. מחלת קרוהן לדוגמא, נפוצה הרבה יותר במדינות מערביות מתועשות בהשוואה לאזורים אחרים של העולם. מצד שני, מאוד לא סביר שמחלת מעי דלקתית נובעת מגורם זיהומי - על כן, אי אפשר להדביק אדם אחר במחלה.

תפקידם של גורמים פסיכולוגיים נתון עדיין בוויכוח. בעוד שלחץ נפשי יכול, בתנאים מסויימים, להצית התלקחות של מחלה קיימת, הוא לא הגורם העומד בבסיסה של מחלת מעי דלקתית. אנו גם לא יודעים מה הסיבה לכך שחולי מחלת מעי דלקתית רבים סובלים משינויים דלקתיים באיברים אחרים כגון מפרקים, עור או עיניים. הסבר אחד הוא תגובת-יתר מצד מערכת החיסון של הגוף ליצורים זעירים כגון חיידקים ונגיפים הפולשים לתוכו או אפילו לרקמות של הגוף עצמו. עם זאת, הסבר זה לא הוכח עדיין.

מצד שני, הגורמים לסיבוכים רבים אחרים של מחלות מעיים אלו כן ידועים. לדוגמא, הירידה בספיגת ויטמינים וחומרים נדירים מסויימים (מינרלים) בחולי מחלת מעי דלקתית אחראית לתסמינים כגון עיוורון לילה, חירשות, שינויים בתחושת הטעם, פגיעות לזיהומים, נשירת שיער, אי-פוריות (בגברים), פיגור גדילה (בילדים) ושינויים מסויימים בעור הנצפים תדיר בחולים אלו. אנמיה יכולה לנבוע מחוסר ברזל, איבוד דם במערכת העיכול או ירידה בספיגת ויטמין B12. ירידה בספיגת חומצות מרה במעי הדק וספיגה מוגברת של בילירובין במעי הגס אחראיות לסיכון המוגבר לאבני מרה, בעוד שאבני כליה יכולות לנבוע מאובדן מוגבר של מים.



סיבוכים מחוץ למעיים עקב הפרעה בתפקוד המעיים במחלת מעי דלקתית



אבן מרה בכיס המרה של חולה קרוהן (תמונת אולטרא סאונד)

בשני הסוגים העיקריים של מחלת מעי דלקתית, סיבוכים חמורים כגון התנפחות (ballooning) של המעיין ("מעי גס עצום רעיל", toxic megacolon) או התנקבות, היווצרות חור בדופן המעי, יכולים להופיע בחולים ספורים. צפקת (פריטוניטיס, peritonitis), דלקת של הקרום המצפה את הבטן מבפנים, וחסמת או שיתוק (אילאוס, ileus) מעיים יכולים להופיע. מצבים מסכני חיים אלו מצריכים פניה מיידית לבית חולים ולעיתים קרובות גם ניתוח חירום. דימום נרחב מהמעיים מופיע בשכיחות הגבוהה ביותר בחולי דלקת מעי גס כיבית. היצרויות הנגרמות מדלקת או מהיווצרות רקמת צלקת ופיסטולות בין לולאות מעי ואיברים אחרים הן תוצאות ישירות של מחלת קרוהן.

בהתאם לשם "מחלת מעי דלקתית כרונית", הן דלקת מעי גם כיבית והן מחלת קרוהן הן הפרעות כרוניות. זאת אומרת שהחולה יסבול מהן לשארית חייו. הידרדרות המחלה, עם זאת, יכולה להשתנות משמעותית מחולה לחולה. בעוד שאנשים מסוימים חווים מחלה קלה מאוד עם התלקחויות נדירות, אחרים יסבלו ממחלה חמורה בהרבה עם אשפוזים תכופים. לצערנו, אין באפשרותנו כעת לנבא במדויק את המהלך העתידי של המחלה בחולה ספציפי שאובחן עתה כסובל ממחלת קרוהן או דלקת מעי גם כיבית. ידועים מספר גורמי סיכון בחולי קרוהן (לדוגמה הופעת המחלה בגיל צעיר, יצירת פיסטולות) והם צריכים להילקח בחשבון בשקילת הטיפול. יש לציין שמחקרים גדולים הראו שכמחצית מחולי דלקת מעי גם כיבית או מחלת קרוהן נוטים להציג מהלך קליני קל ולא נזקקים אפילו לסדרת טיפולים אחת בתכשירי קורטיזון.

אילו שיטות טיפול זמינות?

אפשרויות הטיפול מסווגות לארבע קטגוריות הכוללות תרופות, ניתוח, תזונה ואמצעים תומכים. אמצעי תומך חשוב במיוחד אחד עבור חולי קרוהן הוא הפסקת עישון. בהשוואה למעשנים, לחולים המפסיקים לעשן סיכון נמוך ב-60% לחוות חזרה של המחלה בתוך שנתיים.

מטרתו העיקרית של הטיפול היא לשפר את התסמינים מהם סובל החולה (שלשול, כאב ואיבוד דם), ולאחר השגת מטרה זו, למנוע חזרה של המחלה.

לרוב, הצעד הראשון הוא שימוש בתרופות. טיפול הבחירה תלוי בחומרת התסמינים מהם סובל החולה. במקרי דלקת בחומרה קלה עד בינונית, חומצה 5-אמינוסליצילית (5-ami-nosalicylic acid) ניתנת בדרך כלל. בחולים עם פגיעה במפרקים ניתן לנסות סולפסליזין (sulfasalazine). תרופה זו, שהתגלתה ב-1942 ע"י הרופאה השוודית ננה סוורץ (Nanna Svartz), הייתה הטיפול הסטנדרטי בדלקת מעי גס כיבית לפני הכנסתה לשימוש של חומצה 5-אמינוסליצילית.

חומצה 5-אמינוסליצילית, הידועה גם כמסלזין (mesalazine), היא חומר המיוצר במיוחד שעוצב להשתחרר בשליש התחתון של המעי הדק ולאורך המעי הגס. במקרים בהם דלקת מעי גס כיבית פוגעת רק בחלחולת או בצד השמאלי של המעי הגס (עד 80% מהחולים), המחלה יכולה להגיב גם לנרות, חוקנים או קצף רקטלי המכילים חומצה 5-אמינוסליצילית או תכשירי קורטיזון.



ד"ר ננה סוורץ

חוקנים או קצף המכילים בודזונייד (budesonide), הנגזרת הפעילה מקומית של קורטיזון, יעילים גם כן ומלווים בשיעור נמוך משמעותית של תופעות לוואי בגוף. חולים בהם הטיפול מביא להיעלמות מלאה של התלונות (הפוגה, רמיסיה remission) מתחילים בשלב זה ליטול חומצה 5-אמינוסליצילית על מנת לשמור על הפוגה זו.

במקרים חמורים, מתן תכשירי קורטיזון בצורת כדורים או זריקות יעיל על פי רוב. אם קורטיזון בצורת כדורים או חוקנים לא מביא לשיפור בתסמינים אצל החולה, הרופא יכול להמליץ על תרופות שמפחיתות את תגובת מערכת החיסון של הגוף. תרופות אלו יעילות לעיתים קרובות כיוון שכמו שתואר לעיל, מחלת מעי דלקתית מייצגת הפרעה בה מערכת החיסון של הגוף מכוונת בטעות כנגד רקמותיו של הגוף עצמו.

במקרה וטיפול זה נבחר, התרופה הראשונה היא בדרך כללת **אזאתיופריין** (azathioprine) או **6-מרקפטופורין** (6-mercaptopu-rine). ההשפעה המרבית שלהם, עם זאת, מופיעה רק לאחר 8-12 שבועות טיפול. לרוע המזל, לא כל החולים מגיבים לתרופות אלו, וכעשרה מכל מאה חולים חווים תופעות לוואי משמעותיות, כולל דלקת כבד חריפה, דלקת לבלב חריפה או הפרעה ביצירת תאי הדם. על כן, החולים צריכים לעבור בדיקות מעבדה סדירות (בתחילה מדי שבוע ובהמשך פעם בשבועיים) של הכבד והלבלב וספירת דם מלאה. אם בדיקות אלו נותרות תקינות למשך שלושה חודשים, ניתן להפחית את תדירות הבדיקות לפעם בחודשיים-שלושה אולם יש להתמיד בהן כל זמן שאזאתיופריין או 6-מרקפטופורין ניטלות.

אם אזאתיופריין או 6-מרקפטופורין מצליחות למנוע בהצלחה חזרות של המחלה, יש ליטול אותן לארבע או חמש שנים נוספות לפחות. אורך הטיפול ב-אזאתיופריין או 6-מרקפטופורין תלוי במהלך המחלה וסיבוכים קודמים של המחלה בחולה הספציפי ויכול גם להמשך הרבה יותר.

במקרה של התלקחות חמורה מאוד של דלקת מעי גס כיבית

שאינה מגיבה כלל לטיפול בקורטיזון, יש לאשפז את החולה. במקרים כאלו, ניתן לתת **ציקלוספורין** (cyclosporine), טקרולימוס (tacrolimus) או אינפליקסימאב (infliximab) דרך הוריד. ציקלוספורין פותחה במקור לשימוש באנשים שעברו השתלת כליה על מנת לדכא את דחיית האיבר המושתל על ידי הגוף. במקום ציקלוספורין, תרופה דומה בשם טקרולימוס שימשה בהצלחה כטיפול לדלקת מעי גס כיבית. הנוגדן כנגד TNF אינפליקסימאב יכול לשמש בחולים עם דלקת מעי גס כיבית חמורה. אינפליקסימאב ניתן כעירוי, בתחילה שבועיים ושישה שבועות לאחר המנה הראשונה ובהמשך לרוב כל שמונה שבועות.

אם ציקלוספורין, טקרולימוס או אינפליקסימאב לא הראו יעילות, האפשרות האחרונה היא הסרה ניתוחית של המעי הגס (קולקטומיה, colectomy).

נקודה חשובה בטיפול בדלקת מעי גס כיבית היא **שהבחירה** בין התכשירים והשיטות **השונות** למתן התרופה תלויות בהיקף ו**פעילות המחלה**. עובדה זו מסבירה את חשיבות הבדיקה המלאה לפני התחלת הטיפול ובמקרים בהם תבנית התסמינים השתנתה.

בקביעת אסטרטגיית הטיפול הטובה ביותר, הרופא לוקח בחשבון את חומרת ההתלקחות והיקף הדלקת. בכל מקרה, התרופות צריכות להינטל תקופה ארוכה, כלומר גם לאחר שהתסמינים חלפו. מתן ממושך של תכשירי חומצה 5-אמינוסליצילית הודגם כיעיל במניעת התלקחויות חדשות של המחלה. כמו לגבי תרופות אחרות, גם כאן יכולות להופיע **תופעות לוואי לא רצויות**. ביניהן נכללות כאב ראש, תלונות בקיבה, בחילות, אנמיה ונשירת שיער.

עם זאת, תופעות לוואי אלו נדירות וחלפות לאחר הפסקת

התרופה. התיאור המדויק של תופעות לוואי בעלון התרופה לא צריך לגרום לך לפחד עד כדי כך שתפסיקי/י לקחת את התרופה. במקום זאת, עליך להתייעץ עם הרופא שינקוט בפעולות המתאימות על מנת לקבוע האם, במקרה שלך, יש להפסיק ליטול או התרופה או לשנות את המינון. סיבוכים נובעים יותר מהפסקת התרופה על ידי החולים מבלי להתייעץ עם הרופא שלהם מאשר עקב תופעות לוואי של התרופות עצמן. דבר זה נכון גם לגבי מטופלים אשר הינם, נכון לאותו רגע, ללא תלונות. מחקרים עדכניים הראו שחזרות של דלקת מעי גס כיבית יכולות להימנע ביעילות בעזרת מתן חומרים הנקראים **פרוביוטיקה** (probiotics). פרוביוטיקה משפיעה על אוכלוסיית החיידקים של המעי וכוללת חיידקים כגון אשריכיה קולי מזן ניסל (*Escherichia coli* Nissle) ולקטובצילוסים שונים. נראה שפרוביוטיקה יעילה כמו חומצה 5-אמינוסליצילית והיא אטרקטיבית במיוחד בחולים אשר אינם מצליחים לסבול את הטיפול בחומצה 5-אמינוסליצילית. אף על פי כן, יעילות טיפול זה לא הוכחה בקרב חולי קרוהן או בשלב החריף של דלקת מעי גס כיבית.

פרט לבחינת תרופות חדשות, קיימים מספר רעיונות טיפוליים חדשים ומעניינים הנחקרים כעת בניסויים קליניים. דוגמאות כוללות את הטיפול בלציטין (phosphatidylcholine, lecithin) או בביצי תולעת החזיר *Trichuris suis*. כמו בכל השיטות הטיפוליות החדשות, יש לחקור ביסודיות הן את ההשפעות (במקרה זה, הצלחת הטיפול) ותופעות לוואי אפשריות של טיפולים אלו.

בגלל ההצלחה הקשורה לטיפול תרופתי, נדיר שיש צורך בניתוח. סיבוכים מסכני חיים (ראה/י עמוד 32), סיבוכים חמורים המתמידים על אף טיפול תרופתי הולם ותופעות לוואי חמורות של התרופות הן התוויות לניתוח.

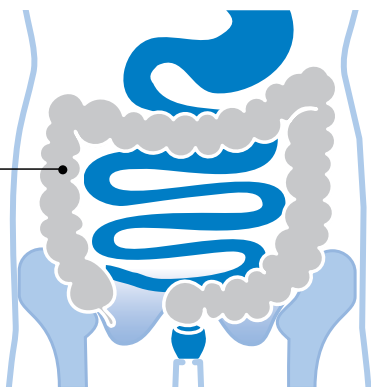
הסרה ניתוחית של כל המעי הגס מרפאת דלקת מעי גס כיבית. במקרים רבים אפשר להסיר את המעי הגס מבלי להזדקק ל"אילאוסטומה" (ileostomy, פתח מלאכותי של המעיין בדופן הבטן) קבועה. פתרון זה כולל בדרך כלל יצירה ניתוחית של "כיס" מלולאות של המעי הדק המשמש כמאגר ומחליף את החלחולת (ראה/י איור בעמוד 40). במרבית המקרים פתרון זה מביא למרקם כמעט נורמאלי של הצואה ותדירות יציאות של כחמש עד שמונה פעמים ביום.

חולי דלקת מעי גס כיבים אינם צריכים להקפיד על **תזונה מיוחדת**. מומלץ, עם זאת, להימנע ממוזנות כגון כרוב, בצלים או מאכלים שומניים היכולים לגרום לתלונות אפילו באנשים בריאים. מניסיוננו, עדיף לכל חולה לבחון את תגובתו למאכלים השונים. חסרים תזונתיים נדירים מאוד בחולי דלקת מעי גס כיבית. הם יכולים להתבטא כבצקת (נפיחות עקב אגירת מים ברקמות שונות הנגרמת מחוסר חלבון) או אנמיה (עקב אובדן דם או חסר ברזל) המופעים הכי הרבה במקרים של התלקחויות ממושכות ומגיבים למתן תחליפים של החומרים הנחוצים.

ביטויי המחלה מוחץ למעיין (מפרקים, עור, עיניים) יכולים גם הם להיות מטופלים בהצלחה בעזרת תרופות, לרוב בעזרת תכשירים המכילים קורטיזון. אמצעים תזונתיים או ניתוחיים לרוב פחות יעילים. שינויים בדרכי המרה מטופלים פעמים רבות בעזרת חומצת מרה, חומצה אורסודאוקסיכולית (-ursodeoxy cholic acid, UDCA). אמנם חומצה אורסודאוקסיכולית לא "מרפאת" מצבים אלו אך היא יכולה להאט משמעותית את קצב התקדמותם. כל מקרה של "אנזימי כבד" לא תקינים מצריך הערכה קפדנית וטיפול מתאים.

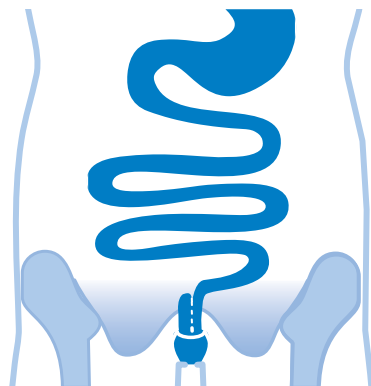
הטיפול בדלקת מעי גס כיבית

המעי הגס



כיס

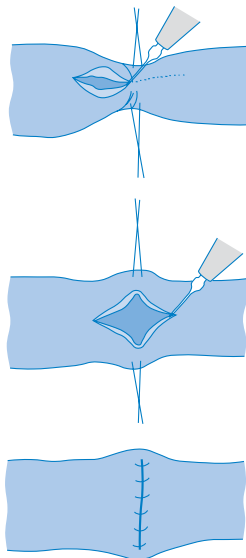
החלחולת התחתונה



הטיפול במחלת קרוהן מבוסס על עקרונות דומים לזה של דלקת מעי גס כיבית. עם זאת, בגלל התבנית המגוונת יותר של המחלה, התסמינים והסימנים, קשה יותר לקבוע את הטיפול המיטבי עבור כל חולה וחולה.

התלקחויות חריפות מטופלות לרוב בעזרת תכשירי קורטיזון. ישנן תכשירים הכוללים בודזונייד (budesonide) שהוכנס לשימוש כטיפול למחלת קרוהן (במיוחד בחלק האחרון של המעי הדק, האילאום הסופי). יעילותם דומה לזו של קורטיזון ונגזרותיו. בגלל שהשפעותיהם מוגבלות למעיים והרוב הגדול של התרופה מנוטרל בכבד לפני הגעה למחזור הדם הכללי, תרופות אלו מלוות בשיעור נמוך משמעותית של תופעות לוואי בהשוואה לתכשירי הקורטיזון הרגיל.

בניתוח הכיס, המעי הגס מוסר כולו פרט לחלק קטן של החלחולת התחתונה. חלק מהמעי הדק (האילאום הסופי) משמש אז ליצירת כיס שנתפר לחלק שותר מהחלחולת.



הטכניקה של עיצוב היצרויות (stricturoplasty). חתך אורכי נעשה באזור היצרות ואז המעי נסגר בתפרים בכיוון המאונך.

במיוחד בילדים, ניתן לטפל בהתלקחות מחלת קרוהן באמצעים תזונתיים. החולים יכולים לעבור ל"תזונת אסטרונאוטים" או "תזונה יסודית", הכוללת חומרים המפורקים במלואם ונספגים בחלק העליון של מערכת העיכול. ניתן גם להזין את החולים בעירוויים של תמיסות מזון ישירות לזרם הדם. לטיפולים התזונתיים שיעור הצלחה נמוך יותר בדרך כלל.

במקרים בהם הדלקת מוגבלת למעי הדק, בדרך כלל בשלב הראשון נעשה שימוש בתכשירי קורטיזון או **בודזונייד**. אם גם המעי הגס מעורב, ניתן לנסות גם חומצה 5-אמינוסליצילית.

מהתרופות לעיל מוסיפים תרופות המווסתות את פעילות מערכת החיסון (אזאתיופרין azathioprine, 6-מרקפטופורין 6-mercaptopurine או מתוטרקסט methotrexate). כל התרופות הללו יכולות להיות מלוות בתופעות לוואי כגון תחושת גרד בזרועות וברגליים, נשירת שיער, אנמיה, סיכון מוגבר להצטננויות ותסמינים דמויי-שפעת. במידה ותופעות לוואי אלו או אחרות מופיעות, חשוב להתייעץ עם הרופא המטפל שימליץ על דרך הפעולה הנכונה. בכל מקרה, אין להפסיק לקחת את התרופה או לשנות את המינון מבלי לשאול את הרופא שלך.

במרבית המקרים, תרופות אלו מטפלות **בהצלחה בהתלקחויות חריפות** של מחלת קרוהן. אותו דבר נכון לביטויי המחלה המופיעים מחוץ למערכת העיכול. השימוש בחומצה 5-אמינוסליצילית או אזאתיופרין או 6-מרקפטופורין הודגם כמפחית את הישנות המחלה לאחר ניתוח. טיפולים חדשים כגון עיכוב גורם נמק רקמתי (TNF tumor necrosis factor), חומר המשמש כ"שליח" בגוף, הוכנסו לשימוש במחלת קרוהן בהצלחה רבה. אינפליקסימאב (infliximab) הוא דוגמא לטיפול שכזה.

יחס הסיכון-תועלת הוא בהחלט לטובת התועלת במקרה שהחולים סובלים מהתלקחויות תכופות של המחלה על אף קבלת טיפול רגיל או שמהלך המחלה אצלם מסובך. טיפול מוקדם במעכבי TNF יכול להביא תועלת גם בחולים הנמצאים בסיכון גבוה למהלך מחלה חמור ומסובך. אלו חולים שפיתחו מחלת קרוהן בגיל צעיר או הסובלים ממחלה סביב פי הטבעת או מסיבוכים כבר בהופעת המחלה. אם אחד או יותר מ"גורמי סיכון" אלו קיימים בחולי קרוהן, יש הצדקה לשימוש מוקדם במעכבי TNF (אינפליקסימאב infliximab, אדאלימומאב adalimumab או מעכבי TNF אחרים).

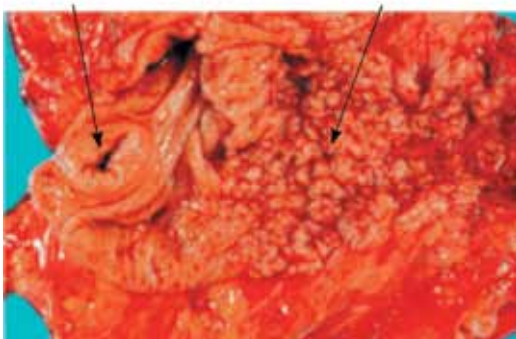
אם טיפולים אלו לא הועילו או אם הופיעו סיבוכים כגון חסימת מעיים או היצרויות חוזרות, ניתוח יכול לספק הקלה ארוכת טווח. כאשר מומלץ לבצע ניתוח, דגש רב ניתן לטכניקות המשמרות חלק גדול מהמעי ככל שניתן. אזורי היצרות קצרים יכולים להיפתח בשיטה הנקראת "עיצוב היצרות" (stricturo-plasty) (ראה/י איור בעמוד 41). פעולה זו כוללת יצירת חתך אורכי באזור ההיצרות ואז סגירת המעי בתפר מאונך לחתך זה. פעולה זו מרחיבה את ההיצרות ומאפשרת מעבר תקין של צואה. היתרון העיקרי של שיטה זו היא שאין צורך בהקרבת רקמת מעי כל שהיא. ניתן לבצע פעולה זו במספר אזורי היצרות במעיים בניתוח אחד. ניתן לשקול טיפול ניתוחי גם לפיסטולות. מורסות מטופלות בדרך כלל ב**ניקוז** (drainage) שלהן דרך נקז המוחדר דרך העור בהנחיית אולטרא סאונד או CT. על אף האמור לעיל, הניתוח מומלץ בדרך כטיפול בגורמים לתסמיני המחל כגון פיסטולה או היצרות, לאחר שהתסמינים שכנו. לאחר ניתוח מוצלח, מומלץ להמשיך במעקב סדיר אצל רופאים פנימיים ומנתחים מומחים המשתפים פעולה ביניהם. מעקב זה מאפשר זיהוי מוקדם וטיפול בסיבוכים היכולים להתרחש.



מעין גס תקין

השסתום האילאו-צקלי (בין המעי הדק והגס)

מעין-פוליפים



שינויים דלקתיים חמורים במעי הדק עם מעין-פוליפים

בשונה מדלקת מעי גס כיבית, מחלת קרוהן קשורה למספר חסרים תזונתיים שונים הכוללים ויטמינים, יסודות נדירים, מינרלים וחלבונים. עובדה זו מצריכה מתן תחליפים מתאימים (ויטמינים, סידן, ברזל, אשלגן ואבץ). הרופא שלך ייעזר בבדיקות דם סדירות על מנת לזהות את חומרי המזון החסרים המצריכים תחליפים. חסר נפוץ מאוד הוא חסר ויטמין B12 בחולי קרוהן, העוברים כריתה ניתוחית של החלק האחרון של המעי הדק (האילאום הסופי). כיוון שוויטמין B12 נספג באילאום, לעיתים רבות יש צורך של הוויטמין בזריקה מדי שלושה חודשים או כדור של ויטמין B12 במציה מתחת ללשון מידי יום. לשארית חיי החולה על מנת למנוע חסר וויטמין B12 ואת האנמיה הנובעת מחסר זה.

תזונה

מספר ניסויים קליניים בעבר לא הצליחו להראות תועלת משמעותית מהתערבויות תזונתיות (פרט ל"תזונת האסטרונאוטים" או "תזונה יסודית" שתוארו לעיל בילדים). על כן, לעת עתה אין המלצה גורפת לתזונה מיוחדת לחולי דלקת מעי גס כיבית או מחלת קרוהן. עם זאת, החולים צריכים לקבוע בעצמם אילו מזונות נסבלים על ידם ואלו גורמים להם לבעיות. המטרה היא תזונה מאוזנת המספקת את חומרי המזון, הוויטמינים והמינרלים הנחוצים. נכון להיום, שום תזונה או צורת הזנה מיוחדת הוכחה כמאיצה השגת הפוגה או כמונעת חזרה של המחלה.

פסיכותרפיה

חוקרים שונים הביעו עמדות שונות לגבי הצורך וההצלחה הצפויה **מטיפול פסיכותרפי**. מצד אחד, ברור שלא ניתן לרפא מחלת מעי דלקתית בעזרת פסיכותרפיה. עדין לא ברור האם טיפול כזה יכול לסייע למנוע התלקחויות בחולים עם לחץ נפשי. מצד שני, סביר להניח שטיפול התנהגותי המסייע לחולים להתמודד טוב יותר עם הבעיות הנובעות מהמחלה וחיי היום יום יכול להיות מועיל. בכל מקרה, טיפול כזה צריך להתבצע רק בשיתוף פעולה עם הרופא המטפל שלך.

אילו בעיות מיוחדות יכולות להופיע?

כעת, לאחר שדנו בהתפתחות, אבחנת, טיפול ומעקב אחר מחלת מעי דלקתית, נפנה לדון במספר בעיות איתן נאלצים להתמודד חולים החיים עם מחלות אלו.

מהלך המחלה

ככל הנראה השאלה החשובה ביותר שתצצה/י לדון בה עם הרופא שלך עוסקת במהלך העתידי של המחלה: כיצד היא תתקדם ובאילו בעיות תתקל/י בעתיד? בדיון על **תחזית** (prog-nosis) המחלה (כלומר המהלך העתידי הצפוי של מחלתך), הרופא יסביר שבכל מקרה פרטני של מחלת מעי דלקתית, תחזיות אמינות אפשריות פעמים רבות רק לאחר תצפית ממושכת יחסית על מצב החולה. כיום אנו יודעים שתוחלת החיים אינה מתקצרת, לא בחולי דלקת מעי גס כיבית ולא **בחולי קרוהן**, אם הם מאובחנים נכונה ומטופלים בהתאם. דלקת מעי גס כיבית ומחלת קרוהן הן מחלות כרוניות אשר ישפיעו על חיך בשנים הבאות. שתי המחלות נוטות לתבנית פעילות המשתנה בין תקופות פעילות ונטולות תסמינים. אבחנה מוקדמת וטיפול הולם יכולים לדכא את הפעילות הדלקתית ולהביא להשגה מחודשת של מחלה לא-פעילה. סיבוכים שכיחים יותר בחולים בהם הדלקת הופכת לכרונית והביאה לשינויים מתקדמים במעיים. הדרך היעילה ביותר להפחתת הסיכון לסיבוכים היא **מעקב סדיר** אצל הרופא שלך היכול לזהות התלקחויות דלקתיות בשלב מוקדם ולהתחיל את הטיפול המתאים. התלקחויות והסיבוכים הקשורים להן יכולים לפגוע משמעותית באיכות חיך ואושרך הכללי. על כן, ניתן לסבול תופעות לוואי קלות של טיפול תרופתי מיוחד כאשר מתמקדים במטרה העיקרית של מניעת ההתלקחויות והסיבוכים.

פיסטולות

כשליש מחולי קרוהן מפתחים פיסטולות. פיסטולות מייצגות סוג של "קצר" בין לולאות המעי של החולה או שהן יכולות להיווצר בין המעי ואיברים אחרים כגון שלפוחית השתן, הנרתיק או העור.

האתר הנפוץ ביותר להיווצרות פיסטולות הוא הרקמה סביב פי הטבעת. באזור זה, הפיסטולה יוצרת חיבור בין החלחולת והעור המקיף את פי הטבעת (ראה/י תרשים בעמוד 16). התפתחות הפיסטולות קשורה להופעת סיבוכים מסוימים כולל היווצרות מורסות (הצטברויות מוגלה העטופות בקרום). כאשר עולה החשד להיווצרות פיסטולה, הרופא יפנה אותך לבדיקות אבחנתיות מסוימות. כתלות במיקום, בדיקות אלו כוללות בדיקות הדמיה כגון CT או MRI, פרוקטוסקופיה (הסתכלות על החלחולת) ו/או אנדוסונוגרפיה (בדיקת אולטראסאונד המתבצעת בעזרת מכשיר המוחדר לתוך הגוף). הטיפול בפיסטולות תלוי במיקומן ובסיבוכים הנלווים להן. עקב התגובה הדלקתית הנלווית, ניתן להתחיל את הטיפול במתן אנטיביוטיקה. במקרים מסוימים, עם זאת, יש צורך בהסרה ניתוחית של הפיסטולה או מקטע המעי ממנו הפיסטולה יוצאת. טיפול זה מומלץ פעמים רבות בפיסטולה בין שתי לולאות מעי או כאשר יצירת מורסה נרחבת מסבכת את המקרה. בטווח הארוך, מרבית החולים יזדקקו לטיפול ניתוחי או תרופתי (אזאתיופרין או מעכבי TNF) על מנת להביא לסגירה סופית של הפיסטולה. לרוע המזל, חולים עם מחלה יוצרת פיסטולות נמצאים בסיכון מוגבר לחזרה של הפיסטולה אולם עד כה לא נמצאה שיטה מושלמת לטיפול בפיסטולות.



תמונת אולטרא סאונד המראה מסלול פיסטולה המקשרת את המעי והעור

נקבוביות העצם (אוסטיאופורוזיס, Osteoporosis)

למעלה ממחצית חולי מחלת מעי דלקתית סובלים מירידה בתכולת המינרלים בעצמות. בעוד שאובדן עצם זה יכול להיות קל או חמור, שתי הצורות מגיבות לטיפול תרופתי. צפיפות העצמות של החולים צריכה להימדד במיוחד במקרים של טיפול ממושך בתכשירי קורטיזון. צפיפות העצם נמדדת בשיטות רדילוגיות החושפות את המטופל לכמויות קטנות יחסית של קרינה. הטיפול בצורות הקלות של אובדן עצם כוללות מתן ויטמין D וסידן. אובדן חמור יותר יכול להצריך שימוש בתרופות אחרות (ביספוספנטים bisphosphonates). תרופות אלו יכולות לעכב ישירות את הרס העצם אולם נלווה להן שיעור גבוה יותר של תופעות לוואי מאשר ויטמין D וסידן.

מחלת מעי דלקתית בילדות

נראה ששכיחות מחלת קרוהן בילדים נמצאת במגמת עליה. על כן, ילדים ומתבגרים צריכים להיבדק ולקבל טיפול באותה קפדנות כמו מבוגרים. בעיה נוספת בחולים צעירים אלו היא העובדה שהן דלקת כרונית של המעי והן, במקרים מסוימים, התרופות הנחוצות יכולות להביא להפרעה בהתפתחות הגופנית. במקרים כאלו, כמו גם בחולים שאינם מגיבים לטיפול תרופתי, יש לשקול ניתוח שיסיר, לפחות זמנית, את אתר הדלקת.

מטבעם, ילדים מושפעים יותר ממבוגרים מלחץ נפשי. הם גם סובלים יותר מהשפעותיה של מחלה כרונית ועל כן צריכים להיפגש עם פסיכיאטר ילדים מוקדם ככל האפשר לאחר האבחנה. יותר מאשר במבוגרים, מומלץ שהטיפול במחלת מעי דלקתית בילדים ייערך בשיתוף פעולה בין רופא המשפחה של הילד ומרכז רפואי המומחה בבעיות אלו.

הסיכון לסרטן

סרטן קשור לכל דלקת כרונית הנמשכת תקופה ארוכה מספיק. מה זאת אומרת, עם זאת, עבור חולי קרוהן או דלקת מעי גם כיבית?

מחקרים הראו שישנו סיכון מוגבר לסרטן בחולי דלקת מעי גם כיבית המערבת את כל המעי הגס ושהופיעה בגיל מוקדם ושנמשכה יותר מ-8-10 שנים. מסיבה זו, כל חולי דלקת מעי גם כיבית הסובלים מהמחלה יותר מ-8-10 שנים צריכים לעבור בדיקה אנדוסקופית (בתחילה מומלץ אחת לשנה וכתלות בממצאים ניתן לרווח את הבדיקות עד לאחת לשנתיים-שלוש). זו הדרך היחידה לאתר סימנים מוקדמים של שינויים טרום סרטניים כגון עיוות של הרקמה (דיספלסיה, dysplasia) של הרקמה הרירית של המעיים. במידה והיא מתגלית בזמן, ניתן לכרות רקמה לא תקינה זו בניתוח וכך למנוע התפתחות סרטן. הסיכון לסרטן נמוך משמעותית במחלת קרוהן. עם זאת, כאשר רק המעי הגס נפגע במחלה, יש לבצע קולונוסקופיה כל שנתיים בחולים בהם המחלה קיימת יותר מ-8-10 שנים.

תרופות נגד כאבים (נוגדי דלקת לא סטרואידליים, NSAIDs)

תרופות מקבוצת ה-NSAIDs (נוגדי דלקת לא סטרואידליים) ניתנות פעמים רבות כטיפול לכאב וחום וכוללות תרופות כגון איבופרופן, אינדומטצין, דיקלופנאק ואספירין. NSAIDs קשורות לסיכון מוגבר יותר להתלקחות מחלות מעי דלקתיות. כל חולה צריך להיות מודע לסיכון זה. במידה ותרופה ממשפחת ה-NSAIDs נרשמת או נקנית (כפי שאפשרי במדינות מסוימות) עבורו/ה, יש לדון עם הרופא המטפל במחלת המעי הדלקתית בסיכון והתועלת ממשפחת תרופות אלו בכל מקרה לגופו. משככי כאבים כגון אקמול (פאראצטמול paracetamol או אצטאמינופן acetaminophen) או טרמדקס (טרמדול tramadol) נחשבים לבטוחים יותר בחולי מחלת מעי דלקתית.

לחץ נפשי

באופן טבעי, ההבנה שאובחנת כסובל ממחלה כרונית ותיאלץ/י להתמודד איתה ועם הבעיות הנלוות לה בשנים הבאות משפיעות עמוקות על תחושת השלמות שלך ומצבך הנפשי. מה ניתן לעשות על מנת להתמודד טוב יותר עם בעיות אלו?

כלל ראשון: עליך להתעמת עם מחלתך, ואז להשלים עימה ולקבל אותה. עומד לרשותך היתרון שבידיעת מחלתך, יתרון שאין לאנשים רבים אחרים. להתמודדות עם מחלה שכזו מטרה משלה והיא יכולה להיות מקור לתחושת אישור וערך עצמי חזקים יותר.

כלל שני: אל תיתן/ני למחלה להשתלט עליך. אלו שרוחם נופלת סובלים מהמחלה יותר מכולם. עליך להתעמת עם מחלתך באופן פעיל ולחיות חיים רגילים - למרות ואף בגלל מחלתך. כל האמצעים להתמודדות עם מחלתך עומדים לרשותך. בראש ובראשונה, כמובן, נמצאים תרופות וטיפולים רפואיים מבוססים. עם זאת, חלופות אחרות - שוב, לאחר התייעצות עם הרופא המטפל שלך על מנת למנוע **תוצאות לא רצויות** - עדיפות על פני ייאוש וחדלון. המחלה תוקפת את האדם בשלמותו ועל כן, כל האמצעים הטיפוליים צריכים גם הם לטפל באדם בשלמותו. קבוצות עזרה-עצמית אינן לבד במחלתך. התמודדות עם מחלה כרונית או מחלה ממושכת אחרת יכולה להיות קלה בהרבה כאשר מדברים וחולקים את הקשיים עם אחרים הסובלים ממחלה דומה. קבוצות ואגודות עזרה-עצמית הוקמו בארצות וערים רבות. בנספח ניתן למצוא מידע נוסף על קבוצות כאלו בארץ.

מוגבלות וקריירה

אינך מסוגל לעבוד במהלך השלב הפעיל של מחלתך. דבר זה נכון לגבי מחלות מעי דלקתיות כמו לגבי כל מחלה אחרת ומתייחס לכל מקצוע או סוג עבודה. בגלל המהלך הכרוני והמשתנה האופייני למחלה, עליך להיות מוכן, ללא קשר לסוג עבודתך, לתקופות קצרות של מוגבלות הקשורות למחלה. עם

זאת, הסבה מקצועית או ויתור על קריירה נחוצים רק במספר מקרים פרטניים. בנסיבות מסוימות, כמו לאחר ניתוח בטן גדול, נוכחות פיסטולה או בחולים שמחלתם אינה מגיבה מספיק לטיפול תרופתי, עבודה גופנית מאומצת אינה מומלצת. חולים אלו, עם זאת, יכולים לתפקד באופן רגיל בעבודות אחרות המערבות רק פעילות גופנית קלה או היכולות להתבצע בישיבה. מתבגרים, בהם מופיעים יותר ויותר מקרים של מחלות מעי דלקתיות בשנים האחרונות, צריכים במיוחד לקבל עידוד להשלים את ההכשרה מקצועית שלהם.

פנאי

שיקולים דומים תופסים גם לגבי פעילות פנאי כמו לגבי עבודה וקריירה. כל האפשרויות פתוחות בפניך למרות מחלתך. רק בשלבים של דלקת חמורה יכולות להיות מגבלות מסוימות על פעילותך הגופנית. פרט לענפי ספורט אינטנסיביים מאוד, פעילות גופנית בכל צורה שהיא מומלצת במלואה. זה נכון אפילו לגבי חולים המקבלים טיפול תרופתי ממושך. למעשה, במיוחד בחולים המקבלים תכשירי קורטיזון, פעילות סדירה של השרירים, מפרקים ועצמות מומלצת מאוד ויכולה לסייע בצמצום או מניעת חלק מתופעות הלוואי.

אין שום מניעה שתצאי לחופשה בחו"ל. עם זאת, החיסונים הנדרשים צריכים להינתן רק לאחר התייעצות עם הרופא המטפל במחלת המעי הדלקתית שלך אם כי ככלל, כיוון שמרבית התרופות החדשות (כגון פורינטול או נוגדנים כנגד TNF) משפיעות על מערכת החסון הרופא ימליץ לקרוב לוודאי על בדיקה של הפרופריל החיסוני וימליץ להשלים גם את החיסונים הנדרשים.

גורם משמעותי אחר הוא הטיפול הממושך באנטיביוטיקה מטרונידאזול (metronidazole) או תרופות אימונומודלטיות אימורן או פורינטול (Immunan \ Puri-nethul) מחייב להתמגן מחשיפה ישירה לשמש ולהבדק אצל רופא עור מידי תקופה. כמו כן מומלץ להמנע משימוש מוגבר באלכוהול.

סקס וזוגיות

גם כאן אין צורך במגבלות ייחודיות. באופן טבעי, הפעילות המינית תופחת במהלך התלקחויות חריפות של המחלה. בנשים, המנגנונים הטבעיים של הגוף לשמירת האנרגיה והמשאבים יכולים להביא להפרעות במחזור.

יצירת פיסטולות **בחולי קרוהן** יכולה, במקרים מסוימים, להשפיע על איברי המין הפנימיים והחיצוניים בצורה המביאה למגבלה מכאנית בביצוע פעילות מינית. פיסטולות כאלו מצריכות טיפול רפואי אינטנסיבי וטיפול תרופתי. על כן מומלץ לפנות לרופא בשלב מוקדם.

ילודה וגורמים גנטיים

בדיון לגבי הגורמים למחלת מעי דלקתית, ציינו שככל הנראה לנטייה גנטית יש תפקיד בגרימת הן **דלקת מעי גס כיבית והן מחלת קרוהן**. האם זו צריכה להיות סיבה שלא להביא ילדים לעולם?

הסבירות לרשת נטייה למחלת מעי דלקתית היא נמוכה ואין המלצה או צורך בבדיקות גנטיות מיוחדות. על כן, הסיכון שילדיו של אדם הסובל ממחלת מעי דלקתית יפתחו דלקת מעי גס כיבית או מחלת קרוהן לא נחשב לגבוה מאוד. הסיכון הקטן לא צריך להרתיע אנשים הסובלים ממחלת מעי דלקתית מלהביא ילדים לעולם.

הריון

פרק זה קשור באופן הדוק לקודם. האם מומלץ לנשים הסובלות ממחלת מעי דלקתית להרות והאם נשים אלו צריכות לנסות לשאת את העובר תשעה חודשים וללדת באופן רגיל?

בתשובה לשאלות אלו, חשוב להדגיש מההתחלה כי לא הוראה שלהיריון השפעה לא-רצויה על המהלך הקליני של דלקת

מעיי גם כיבית או מחלת קרוהן בצורה כל שהיא. על כן, ניתן לתמוך בהחלטה להרות **בחולות המעוניינות בילדים**. חשוב, כמובן, לתכנן את ההיריון כך שהוא לא יתרחש במהלך תקופה של פעילות מחלה בולטת יותר. במהלך ההיריון, **יש להשגיח על החולות באופן הדוק** בשיתוף פעולה בין מומחה למחלות פנימיות ורופא נשים. במידה ומופיעה התלקחות במהלך ההיריון, ניתן לטפל בה בתכשירי חומצה 5-אמינוסליצילית, קורטיזון או נוגדנים מעכבי TNF. מתן זהיר של תרופות אלו ישיג שליטה בפעילות הדלקתית מבלי ליצור תופעות לוואי בעובר. נראה שאזאתיופרין או 6-מרקפטופורין בטוחים בהיריון אולם הסיכון והתועלת מטיפול כזה במתאר של היריון מתוכנן צריכים להישקל באופן אישי עם הרופא המטפל. חולים המקבלים טיפול מושך במתוטרקסט צריכים להשתמש באמצעי מניעה. השימוש בשני אמצעי המניעה היעילים ביותר, גלולות והתקן תוך רחמי (intrauterine device, IUD) בחולי מחלת מעי דלקתית שנוי במחלוקת במידה מסוימת. ההחלטה על שיטת מניעת ההיריון הטובה ביותר צריכה להתקבל, במידת האפשר, בשיתוף פעולה בין הרופא למחלות פנימיות ורופא נשים.

"אילאוסטומה": הפתח המלאכותי של המעי

שיטות ניתוחיות חדשניות מאפשרות במקרי דלקת מעי גם כיבית להסיר את כל המעי הגס מבלי ליצור פתח מלאכותי, או "אילאוסטומה" (ileostomy), קבוע (ראה/י איור בעמוד 43). למעשה, אילאוסטומה קבועה נחוצה רק במקרים נדירים מאוד. יצירת אילאוסטומה זמנית בחולי קרוהן או דלקת מעי גם כיבית יכולה, עם זאת, להועיל למחלה. האילאוסטומה נסגרת בדרך כלל לאחר ארבע עד שישה חודשים. אביזרי אילאוסטומה חדישים מאפשרים למעשה לחיות חיים נורמאליים, כולל ספורט ופעילות מינית, על אף קיומו של הפתח המלאכותי של המעיים. פרישה מוקדמת עקב אילאוסטומה קבועה נחוצה רק במקרים הנדירים ביותר.

למרות זאת, אם מחלתך והטיפול בה מצריכים יצירת פתח מלאכותי של המעיים, יש ליצור קשר ולשמוע חוויות של אנשים אחרים שהיו במצב זה. חולי אילאוסטומה הקימו קבוצות עזרה-עצמית בערים וארצות רבות. ליצור קשר עם קבוצות אלו אותם ניתן להשיג דרך עמותת התמיכה של חולי המחלה.

למה יש לשים לב כחולה מחלת מעי דלקתית?

1. הקפד/י על מעקב רפואי סדיר אפילו בתקופות הפוגה של המחלה. חולים הסובלים מסיבוכים צריכים לקבל הפניה מהירה למרכז רפואי המתמחה במחלות מערכת העיכול בו מומחים למחלות פנימיות ומנתחים ישתפו פעולה בטיפול בכך.
2. למד/י את עצמך לגבי אמצעים תזונתיים אפשריים והתייעץ/י עם תזונאי אמין.
3. אל תשכח/י: ככל שתשלוט יותר במחלתך כך היא תשלוט בכך פחות.
4. אם הרופא שלך רושם לך טיפול תרופתי לטווח ארוך, יש להקפיד ליטול אותו לפי ההוראות ככל שניתן. הפסקת או שינוי המינון של תרופות צריכים להיעשות רק לאחר התייעצות עם הרופא האחראי. שאל/י את הרופא שלך על תופעות לוואי אפשריות וכיצד לזהות אותן.
5. למד/י לזהות סימנים של פעילות מוגברת של המחלה. בדלקת **מעיי גס כיבית**, סימנים אלו יכללו שינויים בצואה עד וכולל שלשול דמי, כאב בטן וסימנים כלליים כגון עייפות וישנוניות. **במחלת קרוהן** סימנים אלו יכולים לכלול כאב בטן, ירידה במשקל, שינויים בצואה (שלשול או עצירות) והידרדרות כללית בתפקוד הגופני. בשתי המחלות ייתכנו סימנים מחוץ למעיים כולל כאב במפרקים, דלקת של העיניים, שינויים בעור או בפה וכאב גב. עליך ליידע את הרופא שלך מיידית במידה ואת/ה נתקל/ת בסימנים אלו. עם זאת,

סימנים אלו אינם נובעים בהכרח ממחלת מעי דלקתית. פעמים רבות הם יכולים לנבוע משגיאות תזונתיות (לדוגמא שלשול לאחר אכילת פירות לא-מבושלים) או זיהומי מעיים היכולים להופיע גם בחולי מחלת מעי דלקתית.

6. למד/י את עצמך לגבי מחלתך והמקרה הפרטני שלך. תיעוד ביומן יכול לסייע. כמו בכל מחלה ארוכת-טווח, סביר להניח שבטיפול בך יהיו מעורבים מספר רופאים שאינם קשורים ביניהם. אסוף/אספי מידע על הבדיקות והטיפולים הניתוחיים שעברת. חשוב לתעד את שמות וכתובות הרופאים ו/או בתי החולים בהם נבדקת או עברת ניתוחים או פעולות אחרות כמו גם התאריך והאמצעים שננקטו. את/ה עצמך צריך לדעת מהו היקף הדלקת ואילו טיפולים נוסו כבר. שים/י לב גם לכל תופעת לוואי או תרופות לא נסבלות.

הצטברות מוגלה העטופה בקרום המופיעה באזורי דלקת עקב חיידקים	מורסה (Abscess)
הפרעה בדם הנובעת מחסר בהמוגלובין או במספר כדוריות הדם האדומות (אריתרוציטים, erythrocytes)	חסר דם (Anemia, אנמיה)
	המעי הגס (Colon)
החלק הראשון של המעי הדק	תריסריון (Duodenum)
התפתחות לא תקינה של רקמה	דיספלסיה (Dysplasia)
דיספלסיה יכולה להופיע בדרגות חומרה שונות ויכולה להיחשב כמבשרת של סרטן המעי	אדמנת קשרית (Erythema nodosum)
עיבוי אדום-סגול של העור, לרוב על הזרועות והרגליים	נצור (Fistula, פיסולה)
חיבור לא-תקין, "קצר", בין שתי לולאות מעי, בין המעי ובין השלפוחית או הנרתיק או בין המעי ובין העור, המופיע כתוצאה מדלקת	IBD (Inflammatory bowel disease)
תסמונת המעי הרגיז	IBS (Irritable bowel syndrome)

מבנה דמוי שסתום היוצר את החיבור בין החלק התחתון של המעי הדק (אילאום) והמעי הגס	השסתום האילאו-צקלי (Ileocecal valve)
חסימת מעיים משיתוק חסימה של המעיים עקב היצרות (סטנוזיס, stenosis) או שיתוק	אילאום (Ileum) אילאוס (Ileus)
טיפול המיועד לעכב את פעילות המערכת החיסונית של הגוף	דיכוי חיסוני (Immunosuppression)
סיומת המציינת דלקת. לדוגמא קוליטיס (colitis) מציינת דלקת של המעי הגס (קולון, colon), הפטיטיס היא דלקת כבד (hepat, כבד ביוונית)	"-יטיס" (-itis)
החלק האמצעי של המעי הדק	ג'ג'ונום (Jejunum) נקבוביות העצם
אובדן רקמת עצם או שינויים בצורה הכללית של העצמות המביאים להפחתה בחוזק המכאני של העצמות ובנטייה לשברים	נקבוביות העצם-אוסטיאופורוזיס, (Osteoporosis)
היווצרות חור בדופן איבר חלול כגון המעיים.	התנקבות (Perforation)
דלקת של הקרום המצפה את הבטן מבפנים	צפקת (Peritonitis)
מאגר לצואה שנוצר בניתוח מלולאת מעי	כיס (Pouch)

חזרה (Recurrence)	הופעה מחודשת של ביטויי המחלה כגון בהתלקחות של מחלת מעי דלקתית הצטמצמות של חלל המעי הנגרמת פעמים רבות עקב דלקת. לאורך זמן, דלקת ממושכת יכולה להביא להיצרות רקמת צלקת ההופכת את ההיצרות לקבועה. נקרא בלועזית גם Stricture. ההבדל ביניהן הוא ש stricture מייצג היצרות שהפכה לקבועה עקב היווצרות רקמת צלקת.
היצרות (Stenosis)	
עיצוב היצרות (Strictureplasty)	פעולה ניתוחית לשחרור היצרויות במעי מבלי לכרות (להסיר) את כל מקטע המעי המוצר.
חסימת מעיים חלקית משיתוק (סאב-אילאוס, Subileus)	צורה חלקית של חסימת מעיים משיתוק (Ileus)
"מעיי גס עצום רעיל" Toxic megacolon	סיבוך המופיע בעיקר בחולי דלקת מעי גס כיבית וכולל הרחבה חריפה של המעי הגס
גורם נמק רקמתי Tumor necrosis (TNF) factor	חומר המשמש כ"שליח" בגוף האדם, בעל תפקיד חשוב בתהליכים דלקתיים
כיב (Ulcer)	חור או פגם בציפוי רקמת הרירית של איברים פנימיים

מידע נוסף

שים/י לב:

על אף בדיקת הכתובות בקפדנות ותשומת הלב הנדרשות, אין אנו אחראים לתוכן.

