
הקדמה

כאשר אתה או אחד מיקירך מאובחנים כסובלים ממחלת מעי דלקתית, אתם בוודאי חשים בהלם. ייתכן ומרעולם לא שמעת על מחלות קרוהן וקוליטיס כיבית עד עתה. ייתכן ויש לך שאלות רבות אודות ההשפעה של מחלה זו עליך בעתיד. למידה נרחבת ככל שניתן אודות המחלה הינה צעד חשוב בשליטה במחלה ובחיים

אנו מתכבדים להגיש אסופת מאמרים זו, העוסקת במחלות מעי דלקתיות, לשירות קהל מטופלינו. החוברת נכתבה על-ידי הקרן האמריקאית לקרוהן ולקוליטיס כיבית (CCFA), ותורגמה לעברית באישורה ובאדיבותה. הרשינו לעצמנו להכניס שינויים קטנים על מנת להתאים את המידע לחידושים התמידיים בשטח דינאמי זה ולהתאימם למציאות הישראלית.

אסופת מאמרים זו הינה אוסף מאמרים מתורגם מהאינטרנט ואינה באה להחליף ספר מובנה שאמור לכסות את כל האספקטים של המחלה.

דפי מידע - אלו מיועדים לעזור לך להבין יותר את דרכי האבחון והטיפול במחלת מעי דלקתית, וההשפעה של המחלה על חיי היומיום של החולים ובני-משפחתם. ככל שתדע יותר אודות מחלות מעי דלקתיות, כך תוכל לקחת חלק פעיל יותר בהצלחת הטיפול הרפואי בך.

אנו ממליצים לך לקחת פסק זמן וללמוד את המחלה, להכיר את תסמניה ואת מכלולו הטפולים. לנו הרופאים המטפלים בך חשוב שתהיה חשוף למידע אמין ומבוסס הנכתב ע"י ברי סמכא בשטח זה ולא למידע שאינו בדוק ואינו אחראי.

החוברת נכתבה בלשון זכר אך מיועדת לשני המינים

אנו מאחלים לך בריאות ומקווה שתהנה מהמידע המצורף

פרופ' זמיר הלפרן

מנהל המכון

למחלות דרכי העיכול והכבד

מרכז רפואי תל-אביב

דר' אריס דותן

מנהלת השירות לחולים במחלות מעי דלקתיות

וצוות השירות לחולים במחלות מעי דלקתיות



7	פרק ראשון: מהי מחלת מעי דלקתית?	
8	אודות מחלת קרוהן	
14	אודות קוליטיס ופרוקטיטיס כיבית	
20	כיצד מאבחנים מחלות מעי דלקתיות?	
26	סיבוכים אפשריים	
36	סרטן המעי הגס	
39	פרק שני: לחיות עם מחלות מעי דלקתיות	
40	מחלות מעי דלקתיות מנקודת מבטה של אישה	
44	לטייל עם מחלת מעי דלקתית	
46	מרכיבים נפשיים	
50	תסמינים וסימנים של דיכאון	
52	השפעתן של מחלות מעי דלקתיות על התפקוד המיני	
57	פרק שלישי: טיפול במחלות מעי דלקתיות	
58	סוגי תרופות	
68	טיפול אחזקתי [שמירה על רמיסיה (או שמירה על השקט)]	
72	תזונה נכונה (תזונה ודיאטה)	
78	טיפולים ניתוחיים	
78	טיפולים ניתוחיים במחלת קרון	
80	טיפולים ניתוחיים בקוליטיס כיבית	



מהי מחלת מעי דלקתית?



כאשר אתה שומע לראשונה שאתה סובל ממחלת קרוהן, אתה בוודאי המום. ייתכן ועד כה מעולם לא שמעת על מחלת קרוהן, ואפילו אם אתה מכיר את המחלה, המידע שידוע לך עשוי להיות מוגבל מאוד. כל זה עומד להשתנות. ברור כי יהיו לך שאלות רבות אודות האופן שבו מחלה זו תשפיע עליך - כעת ובהמשך הדרך. לדוגמא, תרצה לדעת:

- האם אוכל לעבוד, לטייל, ולהתעמל?
- האם עלי להיות בדיאטה מסוימת?
- איך אנשים אחרים יגיבו למחלתי?
- האם לתרופות שלי יכולות להיות תופעות לוואי?
- כיצד מחלת קרוהן תשנה את חיי?

לימוד ככל שניתן אודות המחלה הינו צעד חשוב בשליטה במחלה - ובחיים. בדפים הבאים מופיעה סקירה של מחלת קרוהן. היא מיועדת לעזור לך להבין יותר את תהליך האבחון והטיפול במחלה זו, וההשפעה של המחלה על חיי היומיום של החולים ומשפחותיהם. ככל שתדע יותר אודות מחלת קרוהן, כך תוכל לקחת חלק פעיל יותר בצוות הטיפול הרפואי שלך.

מהי מחלת קרוהן?

מחלת קרוהן הינה מחלה כרונית (מתמשכת) הגורמת לדלקת של מערכת העיכול. למרות שהיא יכולה לערב כל חלק של מערכת העיכול מהפה ועד פי הטבעת, היא פוגעת בשכיחות הרבה ביותר במעי הדק ו/או במעי הגס.

המחלה קרויה על שמו של ד"ר בוריל ב. קרוהן. בשנת 1932, ד"ר קרוהן ושני עמיתיו, ד"ר לאון גינצבורג וד"ר גורדון ד. אופנהיימר, פרסמו מאמר שהיווה ציון דרך, אשר תיאר את המאפיינים של מה שידוע כיום בתור מחלת קרוהן. מחלת קרוהן ומחלה קשורה נוספת, קוליטיס כיבית, הן שתי המחלות העיקריות השייכות לקבוצת מחלות גדולה יותר הקרויה מחלות מעי דלקתיות.

כיוון שתסמיני שתי המחלות הללו דומים כל כך, לעיתים קשה מאוד לבצע אבחנה מוחלטת. למעשה, כ-10% ממקרי הקוליטיס לא ניתנים לסיווג מוחלט כקוליטיס כיבית או כמחלת קרוהן והם נקראים קוליטיס לא מוגדרת.

לשתי המחלות יש מכנה משותף אחד חזק. הן מאופיינות בתגובה בלתי תקינה של מערכת החיסון של הגוף. מערכת החיסון מורכבת מסוגים שונים של חלבונים ותאים. באופן תקין, הם מגנים על הגוף מזיהומים. אולם, בחולי קרוהן, מערכת החיסון מגיבה בצורה לא תקינה. חוקרים סבורים כי מערכת החיסון מזהה חיידקים המצויים בגוף באופן רגיל, כמו לדוגמא חיידקים המצויים במערכת העיכול, מתייחסת אליהם כאל פולשים זרים, ותוקפת אותם. בתהליך זה, הגוף שולח תאי דם לבנים לציפוי הפנימי של המעיים, שם הם גורמים לדלקת כרונית. תאים אלו יוצרים חומרים מזיקים הגורמים בסופו של דבר להתכייבות ונזק למעי. כאשר דבר זה מתרחש, החולה סובל מתסמיני מחלת מעי דלקתית.

למרות שמחלת קרוהן פוגעת בדרך כלל באילאום (החלק הסופי של המעי הדק) ובתחילתו של המעי הגס, היא יכולה לפגוע בכל חלק של מערכת העיכול. מצד שני, בקוליטיס כיבית, מעורבות מערכת העיכול מוגבלת למעי הגס בלבד. במחלת קרוהן, כל שכבות המעי יכולים להיות מעורבים במחלה, ויכולים להישאר קטעי מעי בריאים בין אזורי המעי החולים. לעומת זאת, קוליטיס כיבית פוגעת בשכבה השטחית בלבד (הרירית) של המעי הגס, באופן שווה והמשכי יותר, המתחיל בגובה פי הטבעת ומערב קטעים משתנים של המעי הגס.

מה גורם למחלת קרוהן?

למרות שחלה התקדמות ניכרת במחקר מחלות המעי הדלקתיות, עוד לא ידוע לחוקרים מה גורם למחלה.

מחקרים מראים כי הדלקת של מחלות המעי הדלקתיות כוללת אינטראקציות מורכבות בין מספר גורמים: הגנים שירש אותו אדם, מערכת החיסון, ולעיתים גורם סביבתי כלשהו. ייתכן וחומרים זרים (אנטיגנים) בסביבה גורמים באופן ישיר לדלקת, או שהם מעוררים את מערכת ההגנה של הגוף ליצירת דלקת מתמשכת ללא בקרה. החוקרים מאמינים שברגע שמערכת החיסון של החולה "פועלת", היא אינה יודעת כיצד "להיכבות" בזמן הנכון. כתוצאה מכך, הדלקת פוגעת במעיים וגורמת לתסמיני מחלת מעי דלקתית. מסיבה זו מטרת הטיפול העיקרית הינה לווסת את מערכת החיסון של החולים בצורה טובה יותר.

מחקר שבוצע במימון הקרן האמריקאית לקרוהן וקוליטיס הוביל להתקדמות בנושא האימונולוגיה, מדע מערכת החיסון של הגוף; מיקרוביולוגיה, מדע יצורים מיקרוסקופיים בעלי יכולת לגרום למחלה; וגנטיקה. חוקרים רבים מאמינים כיום כי פעולת הגומלין בין גורם חיצוני זר (כגון וירוס או חיידק) ובין מערכת החיסון של הגוף עשויה להיות זו שמעוררת את המחלה, או שגורם זה יוצר נזק בדופן המעי, המתחיל או מאיץ את המחלה. בעזרת המאמצים המתמשכים של גופים כגון הקרן האמריקאית לקרוהן וקוליטיס, נוכל לדעת הרבה יותר, ובסופו של דבר התרופה תימצא.

מהי שכיחות מחלות המעי הדלקתיות?

ההערכה היא כי לכמיליון אמריקאים יש מחלת מעי דלקתית - עם יחס שווה בין מחלת קרוהן וקוליטיס כיבית. שיעור הפגיעה בגברים ובנשים נוטה להיות שווה. מחלת קרוהן יכולה לפגוע בכל גיל, אולם היא בראש ובראשונה מחלה של מתבגרים ומבוגרים צעירים, בגילאים 15-35. יחד עם זאת, מחלת קרוהן יכולה להתרחש גם באנשים בני 70 ויותר ובילדים קטנים. למעשה, עשרה אחוזים החולים במחלת קרוהן בארה"ב - מספר המוערך בכ-100,000 איש - הינם צעירים מתחת לגיל 18.

מי חולה במחלת מעי דלקתית?

מחלת מעי דלקתית נוטה לעבור במשפחות, כך שאנו יודעים בוודאות שלגנים יש תפקיד חשוב בתמונת מחלות המעי הדלקתיות. מחקרים הראו של-25% עד 20% מהחולים עשוי להיות קרוב משפחה עם מחלת קרוהן או קוליטיס כיבית. אנשים שקרוב משפחה שלהם חולה במחלת מעי דלקתית הם בעלי סיכון גבוה פי 10 משאר האוכלוסייה לחלות גם הם במחלה. אם קרוב משפחה זה הוא במקרה אח או אחות, הסיכון לחלות הינו פי 30.

מזה זמן מה חוקרים מחפשים קשר לגן ספציפי השולט בהעברת המחלה. לאחרונה, חלה פריצת דרך חשובה כאשר זוהה לראשונה גן של מחלת קרוהן על ידי צוות חוקרי מחלות מעי דלקתיות. החוקרים הצליחו לבדוד מוטציה או שינוי בגן הקרוי NOD2/CARD. מוטציה זו, המגבילה את היכולת לזהות חיידק כמזיק, מתרחשת בתדירות כפולה בקרב חולי קרוהן מאשר באוכלוסייה הכללית. אין כל דרך לגלות איזה מחברי המשפחה יפתח מחלת קרוהן, אם בכלל. המידע טוען בנוסף כי ייתכן ויותר מגן אחד מעורב. הודות לטכנולוגיות חדשות, החוקרים מתקרבים לגנים נוספים העשויים להיות מעורבים במחלות מעי דלקתיות.

גזע ומוצא אתני

נראה כי מחלות מעי דלקתיות פוגעות בקבוצות אתניות מסוימות יותר מאחרות. לדוגמה, הסבירות לפתח מחלות מעי דלקתיות אצל יהודים אמריקאים ממוצא אשכנזי גבוהה פי 5-4 מהאוכלוסייה הכללית. מחלות מעי דלקתיות נחשבות מזה זמן רב כמחלות הפוגעות יותר בלבנים; שכיחות המחלה (מספר האנשים החולים בפרק זמן נתון) בקרב לבנים הינה 149 לכל 100,000 איש. יחד עם זאת, ישנה עלייה קבועה במספר דיווחי המחלה בשחורים, הן של מחלת קרוהן והן של קוליטיס כיבית. שכיחות המחלה באמריקאים ממוצא היספאני ואסייתי נמוכה מהשכיחות אצל לבנים ושחורים.

סביבה

מסיבות שאינן מובנות עדיין, מחלות מעי דלקתיות הינן מחלות של העולם המפותח בעיקר, וניתן לראות אותן



לרוב בארה"ב ובאירופה. באופן דומה, מחלת קרוהן וקוליטיס כיבית שכיחות יותר באזורים עירוניים מאשר באזורים כפריים, ובאקלים צפוני יותר מאשר באקלים דרומי. יתרה מכך, תדירות המחלה עולה כאשר קבוצות אנשים מסוימות עוברות ממדינות לא מפותחות למדינות מפותחות, וההיפך.

מהם הסימפטומים?

שלשול ממושך (יציאות רכות, מימיות או בתדירות גבוהה), כאב בטן עוייתי, חום, ולעיתים, דמם רקטלי: אלו הם התסמינים האופייניים למחלת קרוהן, אולם הם שונים מאדם לאדם ויכולים להשתנות לאורך זמן. בנוסף עלול להופיע אובדן תיאבון וכתוצאה מכך ירידה במשקל. יחד עם זאת, המחלה אינה מוגבלת תמיד למערכת העיכול; היא יכולה לפגוע במפרקים, עיניים, עור וכבד. עייפות היא גם תלונה שכיחה. ילדים עם מחלת קרוהן עלולים לסבול מפיגור גדילה והתפתחות מינית מאוחרת.

חלק מהחולים עלולים לסבול מקרעים (פיסורות) בדופן פי הטבעת, העלולים לגרום לדימומים, בייחוד בזמן יציאות. הדלקת עלולה בנוסף לגרום להתפתחות פיסטולה. פיסטולה היא תעלה המובילה מלולאת מעי אחת לאחרת, או שמחברת בין המעיים לשלפוחית השתן, לנרתיק או לעור. פיסטולות מתרחשות בשכיחות הגבוהה ביותר סביב איזור פי הטבעת. אם מתפתח סיבוך זה, אתה עשוי להבחין ביציאת ריר, מוגלה או צואה מפתח זה.

התסמינים יכולים להיות קלים עד קשים. היות ומחלת קרוהן היא מחלה כרונית, לחולים יהיו תקופות בהן המחלה מתלקחת, הופכת לפעילה וגורמת לתסמינים. לאחר מקרים אלו מגיעה תקופה של הפוגה - תקופה שבה התסמינים נעלמים או פוחתים, והבריאות שבה להיות טובה. אולם באופן כללי, חולי קרוהן מנהלים חיים ארוכים, פעילים ויצרניים.

סוגי מחלת קרוהן ותסמינים נלווים

תסמיני מחלת קרוהן וסיבוכיה משתנים בהתאם לחלק מערכת העיכול שנפגע. לכן חשוב לדעת איזה חלק של מערכת העיכול שלך נפגע ממחלת הקרוהן. הרופא שלך עשוי לקרוא למחלה שלך בשמות שונים בהתאם לאזור שנפגע. להלן ארבעה סוגי מחלת הקרוהן לפי המעורבות של האזור הפגוע:

- **אילאוקוליטיס:** הצורה השכיחה ביותר של מחלת קרוהן, פוגעת באילאום (החלק הסופי של המעי הדק) ובמעי הגס. התסמינים כוללים שלשול ועוויתות או כאבים ברביע הימני התחתון או באזור המרכזי של הבטן. מצב זה מלווה לעיתים קרובות בירידה משמעותית במשקל.
- **אילאיטיס:** פוגעת באילאום. תסמינים זהים לאילאוקוליטיס. הסיבוכים עלולים לכלול פיסטולות או מורסות דלקתיות ברביע הימני התחתון של הבטן.
- **מחלת קרוהן גסטרודואודנלית:** פוגעת בקיבה ובתריסריון (החלק הראשון של המעי הדק). התסמינים כוללים אבדן תיאבון, ירידה במשקל, ובחילה. הקאות עלולות לרמז על חסימה של מקטעי מעי צרים.
- **ג'ונואליאיטיס:** גורמת לאזורים דלקתיים בג'ונום (החצי העליון של המעי הדק). התסמינים כוללים כאב בטן (נעים בין כאבים קלים לקשים) ועוויתות בטניות לאחר ארוחות, כמו גם שלשולים. עלולות להיווצר פיסטולות.
- **קרן קוליטיס:** פוגעת אך ורק במעי הגס. התסמינים כוללים שלשול, דמם רקטלי, ומחלה סביב פי הטבעת (מורסות, פיסטולות, כיבים). נגעים עוריים וכאבי מפרקים שכיחים יותר בצורה זו של מחלת קרוהן מאשר בצורות האחרות.

איך מאובחנת מחלת קרוהן?

אין בדיקה אחת היכולה לקבוע אבחנה ודאית של מחלת קרוהן. לצורך קביעת האבחנה, הרופאים משתמשים במידע משולב מהעבר הרפואי של החולה והבדיקה הגופנית. הם בודקים את תוצאות בדיקות המעבדה, צילומי רנטגן, וממצאים של בדיקת אנדוסקופית ובדיקות פתולוגיות, ושוללים גורמים ידועים אחרים לדלקת מעיים. צילומי רנטגן יכולים לכלול בדיקות בריום של מערכת העיכול העליונה והתחתונה. בדיקה אנדוסקופית יכולה

לכלול סיגמואידוסקופיה גמישה, ולעיתים, קולונוסקופיה, המאפשרת לרופא לבדוק את המעי הגס באופן ישיר באמצעות צינור מואר המוחדר דרך פי הטבעת. במהלך ביצוע בדיקות אלו, ניתן ליטול דגימות רקמה. התהליך כולל הסרה של פיסת רקמה קטנה לניתוח מעמיק יותר. חשוב מאוד לוודא שהתסמינים לא נגרמים כתוצאה מזיהום, כך שאחת הבדיקות השגרתיות היא תרבית צואה. מכיוון שמחלת קרוהן מחקה לעיתים קרובות מצבים אחרים ותסמיניה מגוונים מאוד, הגעה לאבחנה נכונה עלולה לקחת זמן מה.

אילו תרופות משמשות לטיפול במחלה זו?

כיוון שלא ניתן לרפא מחלת קרוהן, מטרת הטיפול הרפואי הינה לדכא את התגובה הדלקתית. צעד זה משיג שתי מטרות חשובות: הוא מאפשר לרקמת המעי להירפא והוא גם מפחית חום, שלשול, וכאבי בטן. ברגע ששולטים בתסמיני המחלה (מצב הקרוי השגת הפוגה), הטיפול הרפואי מכוון להוריד את תדירות התלקחות המחלה (מצב הקרוי שמירה על הפוגה, או טיפול אחזקה).

מספר קבוצות של תרופות משמשות לטיפול במחלת קרוהן כיום. קבוצות אלו הן:

1. **אמינוסליצילטים (5-אסא):** קבוצה זו של תרופות נוגדות דלקת כוללת סולפה-סאלאזין, תרכובות פומיות של מזאלאמין, כגון אסאקול[®], רפאסל[®], או פנטאזה[®], ונגזרות 5-אסא הניתנות באופן רקטלי (פנטסה[®] או רפאסל[®]). תרופות אלו משמשות בדרך כלל לטיפול בתסמינים קלים עד בינוניים.
2. **קורטיקוסטרואידים:** פרדניזון ומתילפרדניזולון ניתנים באופן פומי או רקטלי. קורטיקוסטרואידים מדכאים באופן לא ספציפי את מערכת החיסון והם משמשים לטיפול במחלת קרוהן פעילה בדרגה בינונית עד קשה (משמעות המונח "לא ספציפי" היא שתרופות אלו מדכאות את כל מערכת החיסון ולא רק חלקים ספציפיים ממנה). לתרופות אלו תופעות לוואי קצרות וארוכות-טווח משמעותיות, ואין להשתמש בהן בתור טיפול אחזקה. אם אינך מצליח להפסיק טיפול בסטרואידים מבלי לחוות התלקחות של המחלה, ייתכן והרופא שלך יוסיף תרופות אחרות לצורך טיפול במחלתך.
3. **מווסתי תגובה חיסונית:** אזאטיופריין (אימורן[®]), 6MP (פורינטול[®]), ומתוטרקסאט. מווסתי התגובה החיסונית, הקרויים לעיתים אימונומודולטורים, משמשים לצורך הורדת מינון הקורטיקוסטרואידים ולצורך ריפוי פיסטולות. בנוסף, מווסתי תגובה חיסונית יכולים לעזור בשמירה על הפוגה מהמחלה.
4. **אנטיביוטיקה:** מטרונידאזול, ציפרופלוקסאצין (ציפרוגיס[®]), ואחרים.
5. **טיפולים ביולוגיים:** בחודש אוגוסט 1998, מינהל המזון והתרופות האמריקאי (FDA) אישר את הטיפול הביולוגי הראשון עבור מחלת קרוהן. טיפול זה הינו אינפליקסימאב (רמיקיד[®]), והוא מיועד לטיפול במחלת קרוהן פעילה בדרגה בינונית עד קשה בחולים שלא הגיבו במידה מספקת לטיפולים השגרתיים. בנוסף אושרה התרופה לצורך הורדה של פיסטולות מנקזות בין המעי לעור. בחודש יוני 2002, אינפליקסימאב קיבלה את אישור ה-FDA להתוויה חדשה - שמירה על הפוגה. אינפליקסימאב ניתנת בעירוי תוך ורידי. אינפליקסימאב הינה נוגדן חד-שבטי כימרי (הכלאה של 75% חלבוני אדם ו-25% חלבוני עכבר). הנוגדן פועל באמצעות חסימת ההפרשה של טומור נקרזיס פקטור אלפא - (Tumor Necrosis Factor Alpha (TNF- α). חומר זה הינו ציטוקין המגביר דלקת. בימים אלו אושרה לשימוש תרופה ביולוגית חדשה ששמה אינפליקסימאב (הומירה[®]) והיא ניתנת בזריקות תת עוריות. אינפליקסימאב הינה נוגדן חד-שבטי כימרי (הכלאה של 75% חלבוני אדם ו-25% חלבוני עכבר). הנוגדן פועל באמצעות חסימת ההפרשה של (TNF- α). ההומירה לעומתה היא נוגדן חד שבטי שכולו ממקור הומאני.

סיבוכים של מחלת קרוהן

הסיכון השכיח ביותר של מחלת קרוהן הינו דלקת ובצקת של דופן המעי ובעקבותיה הופעה של צלקת פיברוטית. התוצאה היא עיבוי דופן המעי והיצרות משמעותית של חלל המעי. תסמיני חסימת מעיים כוללים כאב עוויתי סביב מרכז הבטן, המלווה לעיתים קרובות עם הקאות. הבטן עלולה להתנפח ולהתרחב. טיפול תרופתי עשוי להקל על החסימה באמצעות הורדת הדלקת המקומית, אולם אם החסימה קשה ואינה מגיבה לטיפול תרופתי, יש צורך לשקול ניתוח. התוויה נוספת לניתוח הינה חסימות מעי חוזרות.



סיבוך נוסף הינו היווצרות פצעים או כיבים במערכת העיכול. לעיתים כיבים עמוקים אלו הופכים לתעלות - הקרויות פיסטולות - המחברות בין חלקים שונים של המעי. פיסטולות עלולות בנוסף להתחבר לרקמות סמוכות, כגון שלפוחית השתן, נרתיק או עור. תעלות אלו, הנוצרות בכ-30% מחולי הקרוהן, לעיתים קרובות מזדהמות. אם הפיסטולה קטנה, טיפול תרופתי עשוי לרפא אותה. לעומת זאת, פיסטולות גדולות או מרובות יכולות להצביע על הצורך בניתוח, בייחוד אם הן מלוות בתסמינים ברורים ומתמשכים, כגון חום או כאב בטן. מדי פעם, פיסטולה יוצרת מורסה או מצבור של מוגלה ליד המעי. זהו כיס מזוהם הדורש ניקוז באמצעות צנתר המוחדר על ידי רדילוג או נקז מיוחד המוחדר בניתוח. האזורים סביב פי הטבעת והרקטום מעורבים לעיתים קרובות. בנוסף להיווצרות פיסטולות, עלולים להתפתח סדקים או פיסורות בריפוד הרירי של פי הטבעת.

סיבוך נוסף שרואים לעיתים קרובות בחולי קרוהן קשור לתת תזונה או היווצרות חסרים תזונתיים של חלבונים, קלוריות וויטמינים. הם מתפתחים בדרך כלל רק אם המחלה נרחבת וממושכת, ובכך גורמת לצריכה תזונתית לא מספקת וספיגה ירודה של תוצרי המזון. תיקון החסר באבות המזון באמצעות טיפול רפואי הינו בדרך כלל יעיל. לדוגמא, ניתן לתקן חוסר ויטמין B-12 באמצעות הזרקה של ויטמין זה. באופן דומה, ניתן לתקן חוסר ברזל על ידי נטילתו בצורת נוזל או טבליה. ניתן להשיג תוספי מזון מרוכזים המכילים ויטמינים ומינרלים.

מה מטרת הניתוח?

65-75% מחולים במחלת קרוהן יזדקקו לניתוח בשלב כלשהו במהלך חייהם. הצורך בניתוח עולה כאשר לא ניתן יותר לשלוט בתסמינים באמצעות טיפול תרופתי. בנוסף, ניתוח עשוי להתבצע כדי לתקן פיסטולה או פיסורה. התוויה נוספת לניתוח הינה נוכחות חסימת מעיים או סיבוך אחר, כגון מורסה במעי. במרבית המקרים, בניתוח מסירים את קטע המעי החולה והמורסות שקשורות אליו; פעולה זו נקראת כריתה. לאחר מכן, שני הקצוות של המעי הבריא מחוברים יחדיו בפעולה הנקראת השקה. בעוד שכריתה והשקה עשויים להוביל לשנים רבות ללא תסמיני מחלה, ניתוח זה אינו נחשב לניתוח מרפא, כיוון שהמחלה חוזרת לעיתים קרובות באזור ההשקה או סמוך אליו.

במהלך ניתוח של מחלת קרוהן במעי הגס, ייתכן ויהיה צורך ביצירת אילאוסטומיה (פיום מעי דק). לאחר שהמנתח מסיר את המעי הגס, הוא מקרב את המעי הדק לעור, כך שההפרשות יכולות להתנקז לתוך שקית המוצמדת לבטן. יש צורך בביצוע פעולה זו במידה והרקטום חולה ולא ניתן להשתמש בו לצורך ביצוע ההשקה. המטרה הכללית של הניתוח במחלת קרוהן היא לשמר את המעי ולחזיר את המטופל לאיכות החיים הטובה ביותר האפשרית.

תפקיד התזונה

אין כל עדות לכך שמזון מסוים גורם או תורם להתפתחות מחלת קרוהן או סוגים אחרים של מחלות מעי דלקתיות. אולם, ברגע שהמחלה התפתחה, מתן תשומת לב מיוחדת לתזונה עשויה לעזור בהפחתת התסמינים, בתיקון חסרים תזונתיים, ובטיפול. תזונה טובה הכרחית לכל חולה כרוני, אולם היא חשובה במיוחד במחלת קרוהן ממספר סיבות. ראשית, לעיתים קרובות התיאבון של חולי הקרוהן הינו ירוד. שנית, מחלות כרוניות נוטות להגביר את דרישת האנרגיה או הקלוריות של הגוף. דבר זה חשוב במיוחד במהלך התלקחות של המחלה. ושלישית, למחלת קרוהן יש קשר לשלשול וספיגה ירודה של תוצרי מזון - חלבונים, שומנים, פחמימות ומים. תסמינים אלו גוזלים מהגוף את הנוזלים, תוצרי המזון, ומגוון רחב של ויטמינים ומינרלים. השבת חומרי התזונה ושמירה עליהם מהווה חלק חיוני בטיפול הרפואי במחלת קרוהן.

כאשר מחלת קרוהן פעילה ואו כאשר המעי מוצר, מזון רך ועדין גורם לפחות אי נוחות מאשר מוצרי מזון חריפים או מזונות עתירי סיבים. מלבד הגבלת צריכת חלב בחולים עם אי סבילות ללקטוז, מרבית הגסטרואנטרולוגים נוטים להיות גמישים בתכנון הדיאטה של חולי הקרוהן אשר בטיפולם. דיאטה בריאה צריכה לכלול מגוון רחב של מוצרים מכל קבוצות המזון. בשר, עוף, דגים ומוצרי חלב (במידה ואין אי-סבילות אליהם) מהווים מקור לחלבונים;

לחם, דגנים, עמילן, פירות וירקות הם מקור לפחמימות; מרגרינה ושמנים הם מקור לשומנים.

גורמים רגשיים והתמודדות עם מחלת קרוהן

כיוון שהגוף והנפש קשורים בצורה כה הדוקה זה לזו, מתח נפשי עלול להשפיע על המהלך של מחלת קרוהן או כל מחלה כרונית אחרת. למרות שמדי פעם אנשים חווים בעיות רגשיות לפני אירועי התלקחות של המחלה, אין זה אומר כי המתח הנפשי גורם למחלה. אין כל עדות לכך שמתח, חרדה או לחץ נפשי גורמים למחלת הקרוהן. אין סוג אישיות מסוים שמועד יותר מאחרים לפתח מחלת קרוהן, ואף אחד לא "מביא על עצמו" את המחלה כאשר הוא לא שולט היטב במצבו הרגשי.

סביר יותר להניח כי המצוקה הרגשית שהחולים מרגישים לעיתים הינה תגובה לתסמיני המחלה עצמה. לא מפתיע שחולים מסוימים מתקשים להתמודד עם מחלה כרונית. נראה כי מחלות אלו מהוות איום על איכות חייהם הגופנית והרגשית, על התפקוד החברתי שלהם ותחושת ההערכה העצמית. חולי קרוהן צריכים להתקבל בהבנה על ידי בני משפחותיהם והרופאים המטפלים בהם, ולקבל מהם תמיכה רגשית. למרות שבדרך כלל אין צורך בטיפול פסיכותרפי מסודר, חלק מהחולים מפיקים תועלת רבה משיחות עם מטפלים בעלי ידע במחלות כרוניות בכלל ומחלות מעי דלקתיות בפרט. השירות הרפואי כולל גם עמותות החולים במקום מגוריך אמורים להציע קבוצות תמיכה מקומיות לצורך עזרה בהתמודדות שלך ושל משפחתך עם מחלות מעי דלקתיות.

ישנן שיטות רבות להתמודד עם מחלת קרוהן. התקפי שלשול, כאב או גזים עלולים לגרום לחולים לפחד מההימצאות במקומות ציבוריים. במצבים כאלו, תכנון מוקדם עשוי להקל על הפחד, לדוגמא, בירור מוקדם של מיקום השירותים במסעדות, מרכזי קניות, תיאטרות ותחבורה ציבורית. לנסיעות ארוכות במיוחד חלק מהחולים נושאים עימם זוג תחתונים נוסף או נייר טואלט. לפני טיולים רגליים ארוכים, יש להיוועץ עם הרופא שלך. בתכנוני הטיול יש לכלול מלאי מספק של תרופות, לרשום את השם הגנרי שלהם למקרה שיאזלו או יאבדו, ולהכין רשימת שמות רופאים באזור בו מיועדים לבקר (ראה פירוט בפרק לחיות עם מחלת מעי דלקתית)

חולים במחלת קרוהן מקבלים את אבחנתם ברגשות שונים. חלקם מביעים כעס למשך זמן מה. אחרים חשים תחושת הקלה כאשר הם סוף סוף יודעים מהי הבעיה שגרמה להם להיות חולים. בעוד שהשלמה מהירה עם המחלה עוזרת בוודאות לחולים בכך שהם יכולים ליטול חלק פעיל בצוות הטיפול הרפואי שלהם מההתחלה, כל חולה שונה מאחר. כל חולה צריך להתרגל לחיות עם המחלה בדרכו שלו. אין צורך בהאשמה עצמית או האשמת אחרים כאשר מתחילים להבין את המחלה. ישנם מקורות מידע זמינים, כגון קבוצות תמיכה מקומיות והדרכות בנושא מחלות מעי דלקתיות. חולי קרוהן לעולם לא צריכים להרגיש בודדים. בעודך חי את חייך בצורה הרגילה ביותר שאתה יכול, עליך לשאוף לבצע את אותן פעולות שעשית לפני אבחנת המחלה. בחלק מהימים, לא יהיה לך חשק לעשות זאת. בימים אחרים, תרצה להשקיע בזה את כל כולך. רק אתה יכול להחליט מה טוב בשבילך. יועיל מאוד לבצע את הוראות הרופא שלך, לשמור על אופטימיות, וליטול חלק פעיל בטיפול שלך. זהו המרשם הבסיסי (והטוב ביותר!).

למרות שמחלת קרוהן היא מחלה כרונית לא קלה עם סיבוכים רבים, היא אינה נחשבת למחלה קטלנית. מרבית החולים במחלה זו יכולים לנהל חיים יעילים ופוריים, למרות שהם עלולים להתאשפז מפעם לפעם או ליטול תרופות. בין ההתלקחויות של המחלה, חולים רבים מרגישים בטוב וללא תסמינים באופן יחסי. אולם כאמור, כל חולה שונה מאחר, ועליך ועל הרופא שלך למצוא את הטיפול הטוב ביותר עבורך.

למרות שלא ניתן להבריא לחלוטין כיום, תכניות המחקר וההוראה של הקרן האמריקאית לקרוהן וקוליטיס כבר שיפרו את בריאותם ואיכות חייהם של החולים במחלת קרוהן.



כאשר אתה שומע לראשונה שאתה סובל מקוליטיס כיבית, אתה בוודאי המום. ייתכן ועד כה מעולם לא שמעת על קוליטיס כיבית, ואפילו אם אתה מכיר את המחלה, המידע שידוע לך עשוי להיות מוגבל מאוד. כל זה עומד להשתנות. ברור כי יהיו לך שאלות רבות אודות האופן שבו מחלה זו תשפיע עליך - כעת ובהמשך הדרך. לדוגמא, תרצה לדעת:

- האם אוכל לעבוד, לטייל, ולהתעמל?
- האם עלי להיות בדיאטה מסויימת?
- איך אנשים אחרים יגיבו למחלתי?
- האם לתרופות שלי יכולות להיות תופעות לוואי?
- כיצד מחלת הקוליטיס הכיבית תשנה את חיי?

לימוד ככל שניתן אודות המחלה הינו צעד חשוב בשליטה במחלה - ובחיים. בדפים הבאים מופיעה סקירה של קוליטיס כיבית. היא מיועדת לעזור לך להבין יותר אודות האבחון והטיפול במחלה זו, וההשפעה של המחלה על חיי היומיום של החולים ומשפחותיהם. ככל שתדע יותר אודות קוליטיס כיבית, כך תוכל לקחת חלק פעיל יותר בצוות הטיפול הרפואי שלך.

מהי קוליטיס כיבית?

קוליטיס כיבית הינה מחלה כרונית (מתמשכת) של המעי הגס (קולון). המחלה מאופיינת בדלקת והתכיבות של רירת המעי הגס, שהיא הציפוי הפנימי ביותר. פצעים פתוחים קטנטנים, או כיבים, נוצרים על גבי הרירית, שם הם מדממים ומפרישים מוגלה וריר. כיוון שהדלקת גורמת למעי הגס להתרוקן בתדירות גבוהה, התסמינים כוללים לרוב שלשול (לעיתים שלשול דמי), ולעיתים קרובות כאב בטן עויתי.

הדלקת מתחילה בדרך כלל ברקטום ובמעי הגס התחתון, אולם היא יכולה לערב את כל המעי הגס. כאשר קוליטיס כיבית מערבת את החלק התחתון בלבד של המעי הגס - הרקטום - היא נקראת פרוקטיטיס כיבית. אם המחלה משפיעה רק על הצד השמאלי של המעי הגס, היא נקראת קוליטיס דיסטלית (מרוחקת). אם היא מערבת את כל המעי הגס, היא נקראת פאן-קוליטיס (קוליטיס מלאה).

קוליטיס כיבית שונה ממחלת מעי דלקתית אחרת, מחלת קרוהן. מחלת קרוהן יכולה לפגוע בכל איזור במערכת העיכול, כולל המעי הדק והמעי הגס. מצד שני, קוליטיס כיבית משפיעה רק על המעי הגס. הדלקת מערבת את כל הרקטום ועולה למעלה באופן המשכי. אין אזורים של מעי בריא בין אזורי מעי חולה, בניגוד למחלת קרוהן, שם ניתן לראות "איים" בריאים מסוג זה. קוליטיס כיבית פוגעת רק בציפוי הפנימי ביותר של המעי הגס, בעוד מחלת קרוהן מערבת את כל דופן המעי.

לשתי המחלות יש מכנה משותף אחד חזק. הן מאופיינות בתגובה לא תקינה של מערכת החיסון של הגוף. מערכת החיסון מורכבת מסוגים שונים של חלבונים ותאים. באופן תקין, הם מגנים על הגוף מזיהומים. אולם, בחולי מחלות מעי דלקתיות, מערכת החיסון מגיבה בצורה לא תקינה, ומתייחסת בטעות למזון, חיידקים, ואל חומרים אחרים הנמצאים במעי כאל פולשים זרים, ותוקפת אותם. בתהליך זה, הגוף שולח תאי דם לבנים לציפוי הפנימי של המעי, שם הם גורמים לדלקת כרונית. תאים אלו מפרישים חומרים מזיקים הגורמים בסופו של דבר להתכיבות ונזק למעי. כאשר דבר זה מתרחש, החולה סובל מתסמיני מחלת מעי דלקתית.

אין לבלבל בין קוליטיס כיבית ומחלת קרוהן לבין תסמונת המעי הרגיש, תסמונת המשפיעה על תנועתיות (כיווצי השריר) של המעי הגס. תסמונת המעי הרגיש, הקרויה לעיתים גם "מעי גס ספסטי" או "קוליטיס רגישה", אינה מאופיינת בדלקת מעיים. לפיכך, מדובר במחלה הרבה פחות חמורה מקוליטיס כיבית. לתסמונת המעי הרגיש אין כל קשר לקוליטיס כיבית או למחלת קרוהן.

מה גורם לקוליטיס כיבית?

למרות שחלה התקדמות ניכרת במחקר מחלות המעי הדלקתיות, עוד לא ידוע לחוקרים מה גורם למחלה. מחקרים מראים כי הדלקת של מחלות המעי הדלקתיות כוללת אינטראקציות מורכבות בין מספר גורמים: הגנים שירש אותו אדם, מערכת החיסון, ולעיתים גורם סביבתי כלשהו. ייתכן וחומרים זרים (אנטיגנים) בסביבה הם הגורם הישיר לדלקת, או שהם מעוררים את מערכת ההגנה של הגוף ליצירת דלקת מתמשכת ללא בקרה. החוקרים מאמינים שברגע שמערכת החיסון של החולה "פועלת", היא אינה יודעת כיצד "להיכבות" בזמן הנכון. כתוצאה מכך, הדלקת פוגעת במעיים וגורמת לתסמיני מחלת מעי דלקתית. מסיבה זו מטרת הטיפול העיקרית הינה לווסת את מערכת החיסון של החולים בצורה טובה יותר.

מחקר שבוצע במימון הקרן האמריקאית לקרוהן וקוליטיס הוביל להתקדמות בנושא האימונולוגיה, מדע מערכת החיסון של הגוף; מיקרוביולוגיה, מדע יצורים מיקרוסקופיים בעלי יכולת לגרום למחלה; וגנטיקה. חוקרים רבים מאמינים כיום כי פעולת הגומלין בין גורם חיצוני זר (כגון וירוס או חיידק) ובין מערכת החיסון של הגוף עשויה להיות זו שמעוררת את המחלה, או שגורם זה יוצר נזק בדופן המעי, המתחיל או מאיץ את המחלה. בעזרת המאמצים המתמשכים של הקרן האמריקאית לקרוהן וקוליטיס, נוכל לדעת הרבה יותר, ובסופו של דבר התרופה תימצא.

מהי שכיחות מחלות המעי הדלקתיות וקוליטיס כיבית?

ההערכה היא כי למיליון אמריקאים סובלים מחלת מעי דלקתית - והחלוקה שווה בין מחלת קרוהן וקוליטיס כיבית. שיעור הפגיעה בגברים ובנשים נוטה להיות שווה.

בממוצע, אבחנת קוליטיס כיבית נעשית אצל אנשים באמצע שנות ה-20 לחייהם, למרות שהמחלה עלולה להופיע בכל גיל. אבחנת קוליטיס כיבית בגברים שכיחה יותר מאשר בנשים בשנות ה-50 וה-60 לחייהם. יש היארעות גבוהה יותר של קוליטיס כיבית בקרב לבנים מאשר בלא-לבנים, ויותר בקרב יהודים מאשר בלא-יהודים.

האם קוליטיס כיבית הינה מחלה תורשתית?

אנו יודעים כי קוליטיס כיבית נוטה לעבור במשפחות. מחקרים הראו שעד ל-20% מחולי הקוליטיס הכיבית יש או יהיה קרוב משפחה החולה בקוליטיס כיבית או במחלת קרוהן. לרוב, הקרובים החולים של חולה קוליטיס כיבית יסבלו גם הם בקוליטיס כיבית. יחד עם זאת, בהתבסס על מחקר נוכחי, לא נראה כי יש תבנית ברורה לתורשה זו. החוקרים ממשיכים לחפש גנים ספציפיים המעורבים בגרימת המחלה. בשלב זה, אין כל דרך לדעת איזה מבני המשפחה, אם בכלל, יסבול מקוליטיס כיבית או מחלת קרוהן.

מהם התסמינים של קוליטיס כיבית?

התסמין הראשון של קוליטיס כיבית הוא יציאות ההולכות ומתרככות. הצואה הינה דמית באופן כללי, ולעיתים מופיע כאב בטן עז, ודחיפות עזה ליציאה. השלשול עשוי להתפתח לאט או להופיע באופן פתאומי. אבדן תיאבון וכתוצאה מכך ירידה במשקל פחות שכיחים, כמו גם עייפות. במקרה של דימום משמעותי, עלולה להתפתח אנמיה. בנוסף, עשויים להופיע נגעים בעור, כאב פרקים, דלקת עיניים ובעיות בכבד. ילדים חולי קוליטיס כיבית עלולים שלא להתפתח באופן תקין.

למחצית מכל חולי קוליטיס כיבית יש תסמינים קלים יחסית. אולם, אחרים עלולים לסבול מכאבי בטן קשים, שלשול דמי, בחילה וחום. תסמיני קוליטיס כיבית נוטים להופיע ולהיעלם, וביניהם יש תקופות ארוכות נטולות תסמינים. תקופות הפוגה אלו עשויות להימשך חודשים ואף שנים, אך הסימפטומים לבסוף חוזרים. המהלך הבלתי צפוי של קוליטיס כיבית מקשה על הרופאים לקבוע אם טיפול מסוים יהיה יעיל או לא.



סוגי קוליטיס כיבית ותסמינים נלווים

תסמיני קוליטיס כיבית, כמו גם הסיבוכים האפשריים, משתנים בהתאם למידת הדלקת ברקטום ובמעי הגס. בשל כך, חשוב מאוד לדעת מהו החלק החולה במעי שלך.

- **פרוקטיטיס:** תת-קבוצה נפוצה של קוליטיס כיבית היא פרוקטיטיס כיבית. ב-30% מהמקרים, המחלה של חולי קוליטיס כיבית מתחילה כפרוקטיטיס כיבית. בצורת מחלה זו, הדלקת במעיים מוגבלת לרקטום. בשל גודלו המוגבל של הרקטום (לרוב קצר מ-15 ס"מ), פרוקטיטיס כיבית נוטה להיות צורה קלה יותר של קוליטיס כיבית, אשר מאופיינת בסיבוכים מועטים יותר ובתחזית טובה יותר מאשר מחלה ממושטת.
- **פרוקטוסיגמואידיטיס:** קוליטיס הפוגעת ברקטום ובסיגמה (החלק התחתון של המעי הגס, הממוקם מעל הרקטום). התסמינים כוללים שלשול דמי, כאבי בטן ותחושה תכופה של צורך להטיל צואה. במחלה פעילה עשוי להופיע כאב בטן בינוני בבטן השמאלית התחתונה.
- **קוליטיס שמאלית:** דלקת מתמשכת המתחילה ברקטום ומגיעה עד לכפף הטחול (עיקול במעי הגס, ליד הטחול). התסמינים כוללים אבדן תיאבון וירידה במשקל, שלשול, כאב עז בבטן השמאלית, ודימומים.
- **קוליטיס כיבית כוללת:** פוגעת בכל המעי הגס. התסמינים כוללים שלשול, כאב בטן עז, התכווצויות בטניות וירידה ניכרת במשקל. סיבוכים משמעותיים אפשריים כוללים דימום קשה והרחבה חריפה של המעי הגס (toxic megacolon), אשר עלולה להוביל להתנקבות (פריצה של דופן המעי). סיבוכים חמורים עלולים להוביל לניתוח.

איך מאובחנת קוליטיס כיבית?

הרופאים מאבחנים קוליטיס כיבית על סמך העבר הרפואי של החולה, בדיקה גופנית, וסדרת בדיקות. המטרה הראשונה של בדיקות אלו היא להבדיל בין קוליטיס כיבית לבין שלשול הנובע מזיהום. בהתאם, נלקחות דגימות צואה לצורך שלילת אפשרות של זיהום חיידקי, ויראלי, או טפילי הגורם לשלשול. בדיקות דם יכולות לבדוק סימני זיהום וסימני אנמיה, העלולה להצביע על דימום במעי או ברקטום. לאחר מכן, החולה עובר הערכה של המעי הגס באמצעות שתי בדיקות - סיגמואידוסקופיה או קולונוסקופיה.

לצורך ביצוע סיגמואידוסקופיה, הרופא מחדיר מתקן גמיש לתוך הרקטום והמעי הגס התחתון. בדיקה זו מאפשרת לרופא לצפות בהיקף הדלקת ובחומרתה באזורים אלו. קולונוסקופיה הינה בדיקה דומה, אולם שם נבדק כל המעי הגס. באמצעות טכניקות אלו, הרופא שלך יכול לגלות דלקת, דימום או כיבים המצויים בדופן המעי הגס, ולקבוע את היקף המחלה. במהלך ביצוע פעולות אלו, הרופא עשוי ליטול דגימות מרירית המעי הגס, הנקראות ביופסיות, ולשלוח אותן לבדיקות נוספות אצל פתולוג. כך ניתן להבדיל בין קוליטיס כיבית לבין מחלות מעי גס אחרות הגורמות לדימום רקטלי, כולל מחלת קרוהן של המעי הגס, מחלות סעיפים וסרטן.

פעולה אבחנתית נוספת שניתן לבצע הינה צילום חוקן בריום. לאחר שממלאים את המעי הגס בבריום, תמיסה בצבע לבן, מבצעים צילום רנטגן. בצילומי רנטגן הבריום מופיע בצבע לבן, ובכך הוא מאפשר תמונה מפורטת של המעי הגס וסימני מחלה נוספים.

אילו תרופות משמשות לטיפול בקוליטיס כיבית?

כיום, אין יכולת רפואית לרפא קוליטיס כיבית. יחד עם זאת, טיפולים רפואיים יעילים יכולים לדכא את התהליך הדלקתי, ובכך להשיג שתי מטרות: מתן אפשרות למעי הגס להחלים, והקלת תסמיני שלשול, דימום רקטלי וכאב בטן. לפיכך, הטיפול בקוליטיס כיבית כולל תרופות המפחיתות את הדלקת ברירית המעי הגס ובכלל מפחיתות את התסמינים.

- חמש קבוצות עיקריות של תרופות משמשות כיום לטיפול בקוליטיס כיבית:
1. **אמינוסליצילטים (5-ASA):** קבוצה זו של תרופות נוגדות דלקת כוללת סולפה-סאלאזין, תרכובות פומיות של מזאלאמין, כגון אסאקול[®], פנטאזה[®]. ונגזרות 5-ASA הניתנות באופן רקטלי (רפאסל[®] או פנטסה[®]). תרופות אלו משמשות בדרך כלל לטיפול בתסמינים קלים עד בינוניים. ללא דלקת, ניתן להפחית באופן ניכר תסמינים כגון שלשול, דימום רקטלי וכאב בטן. אמינוסליצילטים יעילים בטיפול במקרים קלים עד בינוניים של קוליטיס כיבית, ובנוסף הם יעילים במניעת התלקחויות של המחלה.
 2. **קורטיקוסטרואידים:** פרדניזון ומתילפרדניזולון ניתנות באופן פומי או רקטלי. קורטיקוסטרואידים מדכאים באופן לא ספציפי את מערכת החיסון (משמעות המונח "לא ספציפי" היא שתרופות אלו מדכאות את כל מערכת החיסון ולא רק חלקים ספציפיים ממנה). לתרופות אלו יש תופעות לוואי קצרות וארוכות-טווח משמעותיות, ואין להשתמש בהן בתור טיפול אחזקתי. אם אינך מצליח להפסיק טיפול בסטרואידים מבלי לחוות התלקחות של המחלה, ייתכן והרופא של יוסיף תרופות אחרות לצורך טיפול במחלתך.
 3. **מוסטי תגובה חיסונית:** אזאטיופריין (אימורן[®]), 6MP (פורינטול[®]), ומתוטרקסאט. מוסטי תגובה חיסונית, הקרויים לעיתים אימונומודולטורים, משמשים לצורך הורדת מינון הקורטיקוסטרואידים. אזאטיופריין ו-6MP הראו יעילות בהפחתת או הפסקת התלות של מספר חולים בקורטיקוסטרואידים. בנוסף הם יכולים לעזור בשמירה על הפוגה מהמחלה בחולים מסויימים שאינם מגיבים לטיפול התרופתי הרגיל. אולם, משך הזמן עד להשפעת תרופות אלו עשוי להגיע עד לשלושה חודשים.
 4. **אנטיביוטיקה:** מטרונידאזול, ציפרופלוקסאצין (ציפרוגיס[®]), ואחרים.
 5. **טיפולים ביולוגים:** הטיפול הביולוגי הראשון שאושר על ידי מנהל המזון והתרופות האמריקאי לקוליטיס כיבית פעילה הוא אינפליקסימאב (רמיקיד[®]). תכשיר זה מיועד לטיפול בחולים שמחלתם בינונית עד קשה ואשר לא הגיבו לטיפולים המקובלים או שפתחו אליהם תופעות לוואי. אינפליקסימאב הינו נוגדן חג שבטי כימרי (הכלאה של 75% חלבוני אדם ו 25% חלבוני עכבר). נוגדן זה פועל באמצעות חסימת ההפרשה של טומור נקרוזיס פקטור אלפא - (Tumor Necrosis Factor Alpha (TNF- α)). חומר זה הינו ציטוקין המגביר דלקת. חסימתו הוכחה כיעילה במחלת קרוהן ולאחרונה גם בקוליטיס כיבית. מספר מחקרים מבוקרים בחולים עם קוליטיס כיבית הראו שבהשוואה לפלצבו התכשיר יעיל להשריית הפוגה וכן כטיפול אחזקה.

סיבוכי קוליטיס כיבית

סיבוכי קוליטיס כיבית בהחלט אינם בלתי נמנעים ואפילו אינם שכיחים, בייחוד בחולים המטופלים כראוי. יחד עם זאת, הם שכיחים במידה מספקת וכוללים מגוון רחב של תופעות שחשוב שהחולים והרופאים יכירו. לעיתים קרובות זיהוי מוקדם מאפשר טיפול יעיל יותר.

סיבוכים של קוליטיס כיבית כוללים דימום רב מכיבים עמוקים, פרפורציה (קרע) של המעי, או פשוט חוסר תגובה של החולים לטיפולים התרופתיים השגרתיים.

סיבוך נוסף הינו התנפחות בטנית משמעותית. נפיחות בטנית קלה הינה דבר שכיח בקרב אנשים ללא כל מחלה במעיים, והיא מעט יותר שכיחה בחולי קוליטיס כיבית. יחד עם זאת, אם הנפיחות קשה או מופיעה באופן פתאומי, ונוסף ישנה דלקת פעילה במעי הגס, חום ועצירות, הרופא שלך עלול לחשוד בסיבוך חמור של קוליטיס, הקרוי toxic megacolon. למרבה המזל, זהו סיבוך נדיר. הוא נוצר על רקע דלקת חמורה של כל דופן המעי הגס, היחלשות ותפיחות של הדופן. בתהליך זה המעי הגס נמצא בסכנת התנקבות. מטרת הטיפול הינה הורדת התגובה הדלקתית, והחזרת חוסרי נזלים, מלחים ודם. אם לא מושגת הטבה מהירה, יש לשקול ניתוח בכדי למנוע קרע של המעי.



מה מטרת הניתוח בקוליטיס כיבית?

ברבע עד שליש מחולי קוליטיס כיבית, הטיפול הרפואי אינו מוצלח, וסיבוכים מתפתחים. בנסיבות אלו, יש לשקול ניתוח. ניתוח זה כולל הסרה של המעי הגס (קולקטומיה). בניגוד למחלת קרוהן, העלולה להופיע מחדש לאחר הניתוח, הסרת המעי הגס גורמת ל"רפיו" של קוליטיס כיבית.

כתלות במספר גורמים, כולל היקף המחלה, גילו ומצבו הכללי של החולה, ניתן להמליץ על אחת משתי פעולות ניתוחיות. הראשונה כוללת הסרה של כל המעי הגס והרקטום, ויצירת אילאוסטומיה או סטומה חיצונית (פתח בבטן דרכו מתרוקנת הפסולת לתוך שקית המודבקת לעור). כיום, אנשים רבים יכולים לעבור ניתוח בטכניקה חדשה, שפותחה כדי לאפשר לחולים אופציה ניתוחית נוספת. גם פעולה זו כוללת כריתה של המעי הגס, אולם בניגוד זה נמנעים מיצירת אילאוסטומיה. באמצעות יצירת כיס פנימי מהמעי הדק והצמדתו לשריר הסוגר של פי הטבעת (POUCH), ובכך המנתח יכול לשמור על שלמות המעי ולבטל את הצורך של החולה בנשיאת מתקן מיוחד לסטומה חיצונית.

תפקיד התזונה

אין כל עדות לכך שמזון מסוים גורם או תורם להתפתחות קוליטיס כיבית או סוגים אחרים של מחלות מעי דלקתיות. אולם, ברגע שהמחלה התפתחה, תשומת לב מיוחדת לתזונה עשויה לעזור בהפחתת התסמינים, בתיקון חסרים תזונתיים, ובריפוי. לדוגמה, כאשר מחלתך פעילה, אתה עשוי לגלות שמזון רך ועדין גורם לך לפחות אי נוחות מאשר ירקות טריים, מוצרי מזון חריפים או עתירי סיבים.

השמירה על תזונה נכונה חשובה מאוד בטיפול הרפואי בקוליטיס כיבית. תזונה טובה הכרחית לכל חולה כרוני, אולם היא חשובה במיוחד במחלה זו, כיוון ששלשול ודימום רקטלי גוזלים מהגוף את הנוזלים, המלחים, ותוצרי המזון שלו. מלבד הגבלת צריכת חלב בחולים עם אי סבילות ללקטוז או הגבלת קפאין כאשר מתפתח שלשול חמור, מרבית הגסטרואנטרולוגים ממליצים למטופליהם חולי קוליטיס כיבית על דיאטה מאוזנת. דיאטה בריאה צריכה לכלול מגוון רחב של מוצרים מכל קבוצות המזון. בשר, עוף, דגים ומוצרי חלב (במידה ואין אי-סבילות אליהם) מהווים מקור לחלבונים; לחם, דגנים, עמילן, פירות וירקות הם מקור לפחמימות; מרגרינה ושמנים הם מקור לשומנים.

מתח נפשי והתמודדות עם קוליטיס כיבית

כיוון שהגוף והנפש קשורים בצורה כה הדוקה זה לזה, מתח נפשי עלול להשפיע על המהלך של קוליטיס כיבית או כל מחלה כרונית אחרת. למרות שמדי פעם אנשים חווים בעיות רגשיות לפני אירועי התלקחות של המחלה, אין זה אומר כי המתח הנפשי גורם למחלה. אין כל עדות לכך שמתח, חרדה או לחץ נפשי גורמים לקוליטיס כיבית. אין סוג אישיות מסויים שמועד יותר מאחרים לפתח קוליטיס כיבית, ואף אחד לא "מביא על עצמו" את המחלה כאשר הוא לא שולט היטב במצבו הרגשי.

סביר יותר להניח כי המצוקה הרגשית שהחולים מרגישים לעיתים הינה תגובה לתסמיני המחלה עצמה. לא מפתיע שחולים מסוימים מתקשים להתמודד עם מחלה כרונית. נראה כי מחלות אלו מהוות איום על איכות חייהם הגופנית והרגשית, על התפקוד החברתי שלהם ותחושת ההערכה העצמית. חולי קוליטיס כיבית צריכים להתקבל בהבנה על ידי בני משפחותיהם והרופאים המטפלים בהם, ולקבל מהם תמיכה רגשית. למרות שבדרך כלל אין צורך בטיפול פסיכותרפי מסודר, חלק מהחולים מפיקים תועלת רבה משיחות עם מטפלים בעלי ידע במחלות כרוניות בכלל ומחלות מעי דלקתיות בפרט.

ישנן שיטות רבות להתמודד עם קוליטיס כיבית. התקפי שלשול, כאב או גזים עלולים לגרום לחולים לפחד מההימצאות במקומות ציבוריים. במצבים כאלו, תכנון מוקדם עשוי להקל על הפחד, לדוגמה, בירור מוקדם של

מיקום השירותים במסעדות, מרכזי קניות, תיאטראות ותחבורה ציבורית. לנסיעות ארוכות במיוחד חלק מהחולים נושאים עימם זוג תחתונים נוסף או נייר טואלט. לפני טיולים רגליים ארוכים, יש להיוועץ עם הרופא שלך. בתכנוני הטיול יש לכלול מלאי מספק של תרופות, לרשום את השם הגנרי שלהם למקרה שיאזלו או יאבדו, ולהכין רשימת שמות רופאים באיזור בו מיועדים לבקר.

חולי קוליטיס כיבית מקבלים את אבחנתם ברגשות שונים. חלקם מביעים כעס למשך זמן מה. אחרים חשים תחושת הקלה כאשר הם סוף סוף יודעים מהי הבעיה שגרמה להם להיות חולים. בעוד שהשלמה מהירה עם המחלה עוזרת בוודאות לחולים בכך שהם יכולים ליטול חלק פעיל בצוות הטיפול הרפואי שלהם מההתחלה, כל חולה שונה מאחר. כל חולה צריך להתרגל לחיות עם המחלה בדרכו שלו. אין צורך בהאשמה עצמית או האשמת אחרים כאשר מתחילים להבין את המחלה. ישנם מקורות מידע זמינים, כגון קבוצות תמיכה מקומיות והדרכות בנושא מחלות מעי דלקתיות. חולי קוליטיס כיבית לעולם לא צריכים להרגיש בודדים. בעודך חי את חייך בצורה הרגילה ביותר שאתה יכול, עליך לשאוף לבצע את אותן פעולות שעשית לפני אבחנת המחלה. בחלק מהימים, לא יהיה לך חשק לעשות זאת. בימים אחרים, תרצה להשקיע בזה את כל כולך. רק אתה יכול להחליט מה טוב בשבילך. יועיל מאוד לבצע את הוראות הרופא שלך, לשמור על אופטימיות, וליטול חלק פעיל בטיפול שלך. זהו המרשם הבסיסי (והטוב ביותר!).

למרות שקוליטיס כיבית היא מחלה כרונית לא קלה, היא אינה נחשבת למחלה קטלנית. מרבית החולים במחלה זו יכולים לנהל חיים יעילים ופוריים, למרות שהם עלולים להתאשפז מפעם לפעם או ליטול תרופות. בין ההתלקחויות של המחלה, חולים רבים מרגישים בטוב וללא תסמינים באופן יחסי. אולם כאמור, כל חולה שונה מאחר, ועליך ועל הרופא שלך למצוא את הטיפול הטוב ביותר עבורך.



לעיתים זה יכול להיות מתסכל כאשר אומרים לך שייטכן ואתה סובל ממחלת מעי דלקתית וכי עליך לעבור מספר בדיקות כדי לאמת את האבחנה. האבחנה של מחלות מעי דלקתיות מבוססת על שילוב של בדיקות: בדיקות דם, בדיקות אנדוסקופיות (בטווחים שונים). הדמייניות (צילומי רנטגן) והיסטולוגיות (רקמות). אם אתה סובל ממחלת מעי דלקתית, לעיתים יהיה עליך לעבור בדיקות נוספות לצורך מעקב או לצורך אבחנת סיבוכים או תופעות לוואי של הטיפול התרופתי. בדיקות אלו מספקות מידע חשוב לרופא שלך, אולם עבורך כמטופל הן גורמות לדאגה ומעלות שאלות רבות, כגון: איזה מידע הבדיקה תספק לרופא שלך? למה עליך לצפות במהלך הבדיקה? האם הבדיקה כואבת? כיצד מתכוננים לבדיקות אלו? עד כמה הן בטוחות? שאלות אלו עלולות לגרום לך לחרדה גדולה אף יותר. להלן פירוט הבדיקות העוזרות לאבחן לעקוב אחרי מחלות מעי דלקתיות. בנוסף ננסה לענות על שאלות שעשויות להיות לך לפני ביצוע הבדיקות.

בדיקות מעבדה

ישנם שני סוגים של בדיקות מעבדה, המחולקים לבדיקות שגרתיות ובדיקת נוגדנים.

בדיקות "שגרתיות"

הרופא שלך עשוי לבקש ממך לעבור בדיקות שגרה כגון ספירת דם, העוזרת לזהות זיהומים וחוסר דם (אנמיה), כמו גם בקרה על תופעות לוואי של תרופות מסוימות לטיפול במחלות מעי דלקתיות. בדיקת מלחים בדם, מודדת את רמת האשלגן ומינרלים אחרים שרמתם עלולה לרדת בעקבות השלשול של מחלות מעי דלקתיות. רמת ברזל או ויטמין B12 נמוכה עלולה לגרום לחוסר דם ויכולה להצביע על ספיגה ירודה בעקבות מחלת קרוהן הפוגעת במעי הדק. בדיקת תפקודי כבד עוזרת לזהות בעיות בכבד ובדרכי המרה שמהן סובלים חלק מהחולים במחלות מעי דלקתיות. לבסוף, בדיקות צואה נעשות בכדי לקבוע האם לחולים יש זיהומים היכולים לגרום להתלקחות מחלת מעי דלקתית. חשוב לוודא אפוא כי כל המידע הזה יגיע לרופא שלך לפני שימליץ על בדיקות אחרות או על שינוי בטיפול.

בדיקת נוגדנים

לעיתים לא ניתן להגיע לאבחנה סופית של קוליטיס כיבית או מחלת קרוהן. זהו המקרה בכ-15%-10 מהחולים. מקרה לא ברור מסוג זה קרוי "קוליטיס לא מוגדרת". עבור חולים אלו, ישנן בדיקות דם חדשות העשויות לעזור להם. בדיקות אלו מחפשות נוגדנים היכולים להיווצר בדם. הנוגדנים נקראים pANCA ו-ASCA. לחולי קוליטיס כיבית רבים יש את נוגדן ה-pANCA בדם, אך לא את נוגדן ה-ASCA. עבור חולים במחלת קרוהן, ההיפך הוא הנכון: קיים נוגדן ASCA, אך אין את נוגדן ה-pANCA. למרבה הצער, לחלק מהחולים אין אף לא אחד מנוגדנים אלו בדמם, ולחלק החולים במחלת קרוהן יש את pANCA בדמם! למרות הכל, לעיתים בדיקות דם אלו עוזרות לרופא לקבוע איזה מהמצבים יותר סביר, ובכך יוכל לקחת החלטות בנוגע להמשך טיפול תרופתי או ניתוחי.

לאחרונה פותחה בישראל בדיקה חדשה הקרויה IBDx[®] שעשויה לתרום לאבחנה מדויקת יותר של סוג המחלה וחומרתה בכך היא עשויה לתרום להתאמת הטיפול המתאים לחולה הספציפי.

אנדוסקופיה

אם התסמינים שלך מרמזים כי אתה סובל ממחלת מעי דלקתית, הרופא שלך ככל הנראה ימליץ לך לעבור בדיקה אנדוסקופית. בדיקה זו תעזור לקבוע אם אתה סובל מקוליטיס כיבית או ממחלת קרוהן, ועד כמה המעי שלך פגוע. לקוליטיס כיבית ולמחלת קרוהן יש סיבוכים שונים וטיפול שונה. הדלקת במחלת קרוהן לעיתים קרובות מופיעה במעי הגס בצורת "טלאים". כלומר, ישנה רקמה תקינה בין אזורים של מעי דלקתי. מצד שני, בקוליטיס כיבית יש דלקת המשכית המתחילה מהרקטום וממשיכה כלפי מעלה לאורך המעי הגס. אנדוסקופ הינו צינור צר וגמיש עם מצלמה מוארת בקצהו, המאפשרת לרופא הבודק להסתכל ישירות על רירית מערכת העיכול. התמונה מופיעה באופן מוגדל על גבי מסך טלוויזיה בו צופה הרופא בזמן ביצוע הבדיקה.

- השם של כל פעולה ניתן לה על פי החלק הנבדק של מערכת העיכול:
1. **סיגמואידוסקופיה:** בודקת את רירית השליש התחתון של המעי הגס (הסיגמה).
 2. **קולונוסקופיה:** בודקת את רירית המעי הגס כולו, ולעיתים אף יכולה להדגים את סופו של המעי הדק (אילאום).
 3. **גסטרוסקופיה:** בודקת את רירית הושט, קיבה ותריסריון (החלק הראשון של המעי הדק).
 4. **אנטרוסקופיה:** בדיקה זו מאפשרת להדגים את כל המעי הדק. הבדיקה ממושכת ונדרשת לעיתים הרדמה בזמם ביצוע הבדיקה.
 5. **ERCp:** בודקת את דרכי המרה בכבד וצינורית הלבלב.

למה לצפות במהלך אנדוסקופיה?

הרופא שלך סומך עליך שתבצע את הוראותיו בנוגע להכנה לבדיקה. צואה ופסולת אחרת עלולה להסתיר את רירית המעי, להוריד את איכות הבדיקה, ולהאריך את הבדיקה שלא לצורך. עבור קולונוסקופיה, ההכנה מתחילה בדרך כלל יום לפני הבדיקה. עליך לצרוך אך ורק נוזלים צלולים וליטול מרוקן מעיים פי שרשם לך הרופא. בכך מרוקנים את המעי מפסולת באמצעות יצירת שלשול. עבור סיגמואידוסקופיה, לעיתים יש רק צורך בביצוע חוקן לפני הבדיקה. ההכנה לגסטרוסקופיה פשוטה. אין לאכול או לשתות דבר כ-8 שעות לפני הבדיקה. בכך נותנים מספיק זמן לקיבה ולמעיים להתרוקן מחומרים העלולים להפריע לבדיקה. בנוסף מורידים את הסיכון למעבר חומרים שנשארו בקיבה לתוך הריאות, דבר העלול לגרום לדלקת ריאות חמורה.

לעיתים ההכנה לבדיקות אלו איננה קלה. פעולת החוקן עלולה להיות מביכה ואף כואבת, ושתיית החומר המרוקן שרשם לך הרופא בהחלט איננה דבר נעים. יחד עם זאת, מילוי הוראות אלו מבטיח את התנאים הטובים ביותר לביצוע הבדיקה.

סיגמואידוסקופיה מבוצעת בדרך כלל ללא טשטוש, כיוון שמשך הבדיקה קצר מאוד, והסיכון שבטשטוש איננו הכרחי. קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה אנדוסקופיה ו-ERCp מבוצעים בדרך כלל תחת טשטוש. בזמן הפעולה אתה נמצא תחת ניטור קפדני באמצעות הדבקת אלקטרודות של מכשיר לניטור פעולת הלב על גבי החזה שלך, שרוולית מד לחץ דם המולבשת על זרועך, ומד רוויין חמצן על גבי האצבע. ברגע שתשכב בחדר בו מתבצעת הפעולה. תקבל תרופה לשיכוך כאבים ותרופת הרגעה. לאחר שתושטש, הפעולה תחל. אם אינך מרגיש בנוח, אמור זאת לרופא. כל אחד מגיב בצורה שונה לטשטוש, וייתכן והרופא יצטרך לבצע מספר שינויים. אל תפחד לדבר - הצוות המטפל יכול לעזור לך אם הוא יודע שאינך מרגיש בנוח. לרוב לא תזכור את הפעולה. בדיקת גסטרוסקופיה ממוצעת מסתיימת בתוך 10-15 דקות, בעוד שבדיקת קולונוסקופיה ממוצעת נמשכת כ-20-30 דקות. גורמים רבים יכולים להשפיע על אורך הבדיקה, כולל מבנה הגוף שלך (לדוגמא אם עברת ניתוח קודם במעיים), הכנה לקיבה, והצורך ליטול דגימות רקמה.

למרות שבדיקות אנדוסקופיות נחשבות לשגרתיות ובטוחות, לכל פעולה יש סיכון מסויים. סיכוני אנדוסקופיה יכולים להתחלק לאלו הקשורים לטשטוש ולאלו הקשורים לפעולה עצמה. הטשטוש עלול לגרום לבעיות בלחץ הדם או בנשימה אצל חלק מהחולים. סיבוכים נדירים של אנדוסקופיה כוללים פרפורציה (קרע או התנקבות של המעיים), דימום וזיהום. טופס ההסכמה מדעת לפעולה זו יאפשר לרופא שלך להסביר לך על סכנות אלו ולענות על שאלותיך.

סוגי אנדוסקופיה

סיגמואידוסקופיה

בסיגמואידוסקופיה צופים בשליש התחתון של המעי הגס. פעולה זו שימושית כאשר הרופא שלך רוצה לוודא נוכחות דלקת או מקור לדימום (כגון טחורים) ואת מידת ההתפשטות של הדלקת. סיגמואידוסקופיה עוזרת לשלול זיהומים, כגון זיהומים חיידקיים, הגורמים לדלקת ועשויים לחקות מחלות מעי דלקתיות. בנוסף הבדיקה



שימושית בהערכת תסמינים שאינם מגיבים לטיפול הנוכחי שלך או תסמינים שחוזרים למרות הטיפול. במקרים אלו, הרופא יכול ליטול דגימות רקמה מאיזורים לא תקינים, ובכך לאשש את האבחנה ולשלול זיהומים העלולים לגרום להתלקחות מחלות מעי דלקתיות.

קולונוסקופיה

בקולונוסקופיה מלאה ניתן להעריך את כל המעי הגס. עובדה זו חשובה לצורך קביעת הטיפול המומלץ. בנוסף, בבדיקה זו ניתן ליטול דגימות רקמה מהחלק הסופי של המעי הדק (אילאום סופי), אשר יש להן חשיבות רבה בהערכת מחלת קרוהן. דלקת כרונית של המעי הגס מגבירה את הסיכון לסרטן המעי הגס בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. שנים רבות של דלקת עלולות לגרום לשינויים גנטיים בתאי רירית המעי הגס (שינויים הקרויים דיספלזיה). ניתן לראות דיספלזיה באמצעות מיקרוסקופ בלבד. כאשר מבצעים קולונוסקופיה לחיפוש דיספלזיה, דגימות רקמה רבות נלקחות מהמעי הגס ומהרקטום. הזמן שבו יש להתחיל בביצוע בדיקות מעקב באמצעות קולונוסקופיה תלוי במשך הזמן שהחולה סובל מקוליטיס, ומה מידת מעורבות המעי הגס במחלה. בדיקות מעקב הינן בדיקות שגרתיות של המעי הגס שמטרתן להקטין את הסיכון לסרטן על ידי בדיקת דיספלזיה ובקרה של כל שינוי שמתרחש.

גסטרוסקופיה

גסטרוסקופיה הינה בדיקה שכיחה המשמשת להערכת טווח רחב של תסמינים, כגון כאבי בטן, בחילה, הקאות וקושי בבליעה. בניגוד לקוליטיס כיבית, מחלת קרוהן עלולה לפגוע גם בושט, בקיבה, ובמעי הדק. למרבה הצער, יותר מ-6 מטרים של מעי דק אינם נמצאים בטווח הגעת המצלמה בגסטרוסקופיה. לעיתים משתמשים בגסטרוסקופ ארוך יותר, הקרוי אנטרוסקופ, לצורך צפייה בהמשך המעי הדק והערכת סימפטומים אלו. אולם, אפילו עם אנטרוסקופ, לא ניתן להגיע ליותר משליש של המעי הדק. אם יש חשד למחלת קרוהן של המעי הדק, הרופא שלך ימליץ על ביצוע בדיקות הדמייתיות, כגון צילום מעי דק או בדיקת CT של המעי הדק, לצורך קביעה אם קיימת מחלה בשאר המעי הדק.

אנטרוסקופיה

בדיקה זו מאפשרת בשיטות חדישות להתבונן ולבדוק את כל המעי הדק. ציוד חדשי זה המבוסס על קיבוע האנדוסקופ לדופן המעי ע"י בלון מתנפח והתקדמות איטית יכולה להמשך זמן רב ודורשת טשטוש ממושך ואף הרדמה. היתרון בבדיקה שניתן לא רק לבדוק אלא גם לקחת דגימה לבדיקת רקמות (היסטולוגית) ואף לכרות פוליפים בזמן הבדיקה.

יידאו קפסולה - "מיני-מצלמה"

הקפסולה האנדוסקופית הינה פיתוח ישראלי שזכה לפרסום רב לאחרונה. היא מתוכננת להראות תמונות מאיזורי המעי הדק אשר מעבר לטווח הגסטרוסקופיה. ההכנה לבדיקה כוללת צום לאחר ארוחת הערב. בבוקר הבדיקה, מותקנת עליך חגורה הנושאת מקלט. לאחר מכן עליך לבלוע את הקפסולה האנדוסקופית, שגודלה הוא כגודל גולת ויטמין גדולה. בעודך מבצע את הפעילויות הרגילות שלך, הקפסולה נעה במורד המעי הדק, ומעבירה כ-50,000 תמונות למכשיר הרישום. בסוף היום, עליך לחזור לצורך הורדת התמונות מהמקלט. סקירת התמונות על ידי הרופא נמשכת כשעתיים. הקפסולה מופרשת בצואה באופן רגיל וללא כל מאמץ. על חולים במחלת קרוהן להיבדק באופן יסודי טרם בליעת הקפסולה בכדי לשלול הצרויות או חסימות מעי. כמו-כן, לא ניתן ליטול דגימות רקמה באמצעות הקפסולה הקיימת. היידאו-קפסולה הינה שיטת הבדיקה הטובה ביותר להערכת נזק לדופן המעי הדק.

בדיקת ERCP

לאחוז קטן מחולי מחלות המעי הדלקתיות עלולה להיות מחלת כבד הקרויה "כולנגיטיס טרשתית ראשונית". הרופא עשוי לחשוד בכולנגיטיס טרשתית ראשונית אם תוצאות של בדיקות דם חוזרות המשקפות את פעילות האנזימים בכבד אינן תקינות. אם זהו המקרה, יתכן ויהיה צורך בביצוע בדיקת ERCP. בדיקת ERCP הינה שיטה המשלבת רנטגן ואנדוסקופיה בכדי להדגים את דרכי המרה וצינוריות הבלבל. כמו בגסטרוסקופיה, מועבר צינור דרך הקיבה לתוך המעי הדק. הפפילה, בליטה קטנה בצורת פיטמה עם פתח הנמצאת בתריסריון, מובילה לדרכי המרה והבלבל. צנתר קטן מוחדר דרך הפפילה לתוך דרכי המרה או הבלבל שלך, ודרכו מוזרק חומר ניגוד. לאחר מכן צילום רנטגן מדגים את האנטומיה של הצינוריות על פי מתאר חומר הניגוד. בדיקה זו מאפשרת לרופא שלך לחפש מחלה בצינוריות, כגון אבני מרה או כולנגיטיס טרשתית ראשונית. בנוסף היא מאפשרת לו לפתוח צינוריות חסומות או להסיר אבני מרה.

אולטרה-סאונד אנדוסקופי

בדיקת אולטרה-סאונד אנדוסקופי, או EUS, הינה טכניקה חדשה יחסית המשתמשת במתמר אולטרה-סאונד המוצמד לאנדוסקופ לצורך קבלת תמונות עמוקות של המעיים או של אברו הקטן (כגון הבלבל) מתחת לפני השטח. במחלות מעי דלקתיות, בדיקה זו בדרך כלל משמשת להתבוננות על פיסטולות באיזור הרקטלי. פיסטולות הן תעלות או לולאות לא תקינות היוצאות מהמעיים ומתחברות לחלק אחר של המעי או לאיבר אחר בגוף, ומהוות סיבוך של מחלת קרוהן. אולטרה-סאונד אנדוסקופי יכול לקבוע את עומקה ונרחבותה של הפיסטולה, וקיימת אפשרות ליטול דגימות רקמה (ביופסיה) בזמן הבדיקה.

מהן בדיקות הדמיה?

בדיקות הדמיה יכולות לספק מידע חשוב שאנדוסקופיה לבדה לא מסוגלת לספק. סוגים רבים של בדיקות הדמיה משמשים למחלות מעי דלקתיות, כולל: 1. צילומי רנטגן (עם או בלי חומר ניגוד); 2. סריקות CT; 3. הדמיה בתהודה מגנטית (MRI); סינטיגרפיה של כדוריות דם לבנות ("סריקת כדוריות דם לבנות מסומנות"); ו-5. אולטרה-סאונד.

סוגי בדיקות הדמיה

צילום בטן ריק

צילומי רנטגן הם השיטה הותיקה ביותר להדמיה של פנים הגוף. צילומי בטן ריקים (ללא חומר ניגוד) מהווים דרך מהירה, זולה ויעילה לאבחון חסימה של המעי הדק או הגס. לחולים במחלת קרוהן, לדוגמא, עלולה להיות דלקת של המעי הדק המצרה את המעיים ומונעת מעבר צואה ואוויר. מצב זה נקרא חסימת מעי דק. גם המעי הגס יכול להיחסם ולהתרחב. חולי קוליטיס כיבית עלולים לפתח התרחבות של המעי הגס הקרויה toxic megacolon. זהו סיבוך חמור ביותר. מצבים אלו מודגמים בקלות באמצעות צילום בטן ריק.

צילום רנטגן עם חומר ניגוד

צילומי רנטגן עם חומר ניגוד, יחד עם אנדוסקופיות, משמשים למעקב וטיפול במחלות מעי דלקתיות. צילומי רנטגן אלו מסמנים נוזל מיוחד ("חומר ניגוד") העובר במעיים, ומדגיש מצבים מסויימים. צילומי רנטגן עם חומר ניגוד של המעי הדק יעילים מאוד בבדיקה של איזורי המעי הדק שלא ניתן להגיע אליהם עם אנדוסקופ. החשיבות היא, לדוגמא, בהערכת נוכחות מחלה במעי הדק בחולי קרוהן. אפילו באיזורים אליהם מגיע האנדוסקופ, צילום רנטגן עם חומר ניגוד יכול להדגיש ממצאים מסויימים שאנדוסקופ עלול להחמיץ. שני מצבים המאובחנים בקלות רבה יותר עם צילום רנטגן בתוספת חומר ניגוד הם היצרות של המעי (סטריקטורות) ומעברים לא תקינים בין המעי לאיברים אחרים (פיסטולה).



חומר הניגוד המשמש לבדיקה זו הוא בריום. בריום הינו נוזל לבן סמיך, שיכול להינתן דרך הפה או הרקטום. ישנם שני סוגים של צילומי רנטגן עם חומר ניגוד למעי הדק: מעבר רגיל דרך המעי הדק (פסג') ואנטרוקליזיס. צילום המעי הגס נקרא חוקן בריום. ההכנה לצילום מעי דק איננה אחידה, אולם לכל הפחות אינך צריך לאכול ולשתות החל מחצות הליל לפני ביצוע הבדיקה. ההכנה לחוקן בריום זהה להכנה לפני קולונוסקופיה ודורשת דיאטת נוזלים ביום שלפני הבדיקה, שתיית חומר מרוקן לצורך סילוק פסולת וצואה מהמעי הגס, וצום מוחלט החל מחצות הליל לפני ביצוע הבדיקה. חשוב למלא אחר הוראות הרופא עבור הפעולה המסויימת שאתה עומד לעבור. לאחר הגעתך למכון ההדמייה ולבישת חלוק של בית החולים, הטכנאי יבצע צילום בטן ריק, הקרוי צילום בטן סקירה. לצילום בטן רגיל עם חומר ניגוד, יהיה עליך לשתות מספר כוסות של בריום, ולאחר מכן לעבור צילומי רנטגן בכל 15-30 דקות, בעוד הבריום נע במורד המעי הדק ונכנס למעי הגס. פעולה זו עשויה להימשך בין שעה לחמש שעות. אנטרוקליזיס הינה פעולה דומה, מלבד העובדה שהבריום מוחדר ישירות למעי הדק באמצעות קטטר דרך האף או הפה. בחוקן בריום, בריום ואוויר מוחדרים למעי הגס דרך צינור המונח ברקטום. מבוצעים מספר צילומי רנטגן כדי לוודא שכל המעי הגס מצופה ומודגם היטב. פעולת חוקן בריום נמשכת כ-30 דקות. בריום הינו חומר בטוח בדרך כלל, אולם אין לתת אותו אם יש סיכוי לחסימת מעיים חריפה או פרפורציה. באופן דומה, בכדי להוריד את הסיכוי לסיבוכים, אין לבצע חוקן בריום במידה ויש דלקת חמורה של המעי הגס. בריום עלול לגרום לעצירות, לכן עליך לשתות כמות נוזלים רבה לאחר הבדיקה, כדי לשמור על סדירות היציאות. כשהבריום מתפנה מגופך, אתה עלול להבחין בצבע לבנבן-אפור של הצואה למשך מספר ימים. אין לדאוג לגבי זה. לבסוף, זכרי לדווח לטכנאי במידה ויש סיכוי כלשהו שאת בהריון. חשוב למנוע חשיפה של העובר לקרינת רנטגן.

סריקת CT

בסריקת CT נלקחים מספר צילומי רנטגן בו זמנית מזוויות שונות לצורך שחזור תמונה אמיתית של האיברים הפנימיים. חומר הניגוד יכול להינתן דרך הפה, דרך הרקטום, או דרך הוריד כדי לשפר את איכות הבדיקה. במהלך הבדיקה, עליך לשכב על גבי שולחן מיוחד שמתקדם בתוך הסורק, וכך הבטן נסרקת במספר מקומות. סורקי CT חדשים מעוצבים בצורה פתוחה כדי להפחית את תחושת הקלאוסטרופוביה (פחד ממקומות סגורים). סריקת CT של הבטן נמשכת 20-5 דקות, ומשך הזמן תלוי במידע הנדרש.

סריקות CT של הבטן משמשות בעיקר לצורך הערכה של חולי מחלות מעי דלקתיות עם כאב בטן או חום. למרות שבדיקה זו יכולה לאשר כי קיימת דלקת במעי הדק או הגס, השימוש החשוב יותר שלה הוא שלילת סיבוכי מחלות מעי דלקתיות. סיבוכים אלו כוללים מורסות תוך בטניות, היצרויות, חסימות מעי דק, פיסטולות, ופרפורציה של המעי. סריקת CT יעילה גם בשלילת אבחנות אחרות היכולות לחקות מחלות מעי דלקתיות, כגון דלקת בתוספתן. בנוסף, סריקת CT יכולה לשמש ככלי עזר לרופא בניקוז מורסה. מחט קטנה וצנתר מוחדרים דרך העור לתוך המורסה לצורך ניקוז המוגלה, וכך ניתן להימנע מניתוח.

למרות שחומר הניגוד בו משתמשים בסריקת ה-CT הינו בטוח, הצורה התוך ורידית שלו עלולה לגרום לתגובות אלרגיות אצל חלק מהחולים. אם אתה סובל מרגישות לחומרי ניגוד, אמור זאת לטכנאי בהקדם האפשרי. כמו כן, כיוון שהכליות מפרישות את חומר הניגוד התוך ורידי, תפקודן עלול להיות לקוי בחולים בעלי סיכון. חולים אלו נוטים להיות מבוגרים יותר, סוכרתיים, מיובשים, או סובלים ממחלת כליות. אם הינך נוטל מטפורמין (גלוקופאג[®]) לטיפול בסוכרת, עליך לספר זאת לרופא. ייתכן ויהיה עליך להפסיק ליטול את התרופה כדי להימנע מתגובה נדירה אך חמורה עם חומר הניגוד.

MRI

הדמייה בתהודה מגנטית (MRI) יעילה בהדגמת האיברים הפנימיים, שרירים, רקמות רכות ומוח. אין בה שימוש בקרינת רנטגן או כל קרינה אחרת. הבדיקה עובדת באמצעות זיהוי אותות המיוצרים על ידי אטומים בתגובה לשדה מגנטי חזק, ולאחר מכן ממירה את האותות לתמונה אמיתית של הגוף. במהלך הבדיקה, עליך

לשכב על גבי שולחן מיוחד בתוך סורק ה-MRI, בעוד המגנט מפיק את התמונות. חלק מהחולים עלול לסבול מקלאוסטרופוביה בעודם שוכבים בתוך הסורק; למכשירים חדשים יש "סורק פתוח" אשר מגביל פחות את החולים. אם יש לך קוצב לב או כל שתל מתכתי, אמור זאת לרופא שלך בכדי להימנע מסיבוכים חמורים בזמן הפעלת המגנט.

במשך שנים רבות, בעיות טכניות הגבילו את תפקיד ה-MRI כאמצעי הדמיה במחלות מעי דלקתיות. סריקות CT היו זולות יותר, מהירות יותר, וזיהו בצורה טובה יותר דלקת במעיים. תפקיד ה-MRI כלל זיהוי מחלת קרוהן סביב פי הטבעת בלבד, שם היה לבדיקה זו יתרון. השיפורים בטכנולוגיה אפשרו לקבל תמונות בטן באיכות גבוהה יותר ואף להבדיל בין אזורים דלקתיים וצלקתיים. כיום, MRI עדין לא מהווה חלק שכיח באבחנת מחלות מעי דלקתיות, אולם נבדקים שימושים אפשריים רבים של הבדיקה. היתרון הפוטנציאלי של טכניקה זו כולל את האפשרות לזהות מחלה מחץ למעיים. בנוסף מתקבלת תמונה ברורה ללא הפרעות של לולאות מעי המונחות אחת על גבי השנייה.

סריקת כדוריות דם לבנות

דלקת במערכת העיכול הינה תכונה אופיינית לקוליטיס כיבית ומחלת קרוהן. סינטיגרפיה של כדוריות דם לבנות או "סריקת כדוריות דם לבנות מסומנות" מזהה הצטברות כדוריות דם לבנות ברקמה מודלקת. לבדיקה זו לא נדרשת הכנה. הבדיקה כוללת שאיבת דם מוריד בזרוע, סימון כדוריות דם הלבנות במבחנה באמצעות כמות קטנה ולא מזיקה שלחומר רדיואקטיבי, והזרקה של הדם בחזרה לתוך הוריד. כדוריות הדם הלבנות המסומנות נעות בזרם הדם ומגיעות לאיזורי רקמה דלקתית. מצלמה מיוחדת מזהה הצטברות של כדוריות דם לבנות ובכך ניתן להעריך היכן קיימת דלקת ומה כמותה.

סינטיגרפיה של כדוריות דם לבנות משמשת לאיתור דלקת במעיים. היא איננה שימושית בהגדרת הפרטים האנטומיים או במצבי דלקת ברקטום. בדיקה זו בטוחה יחסית ודורשת פחות חשיפה לקרינה מאשר צילום רנטגן עם חומר ניגוד או סריקת CT.

אולטרה-סאונד

טכנולוגיית האולטרה-סאונד משמשת לבדיקה של איברים רבים בבטן, ואופיינית במיוחד לכבד, כיס מרה, או איברי האגן. היא אינה שימושית במיוחד למעיים. בדיקת אולטרה-סאונד איננה מזיקה והיא נסמכת על הטלת צללים אקוסטיים של גלי קול (גבוהים מדי בכדי שאדם יכול לשמוע). למרות שבדיקת אולטרה-סאונד איננה דורשת הכנה מיוחדת, מלבד צום של מספר שעות טרם הבדיקה, עליך לוודא זאת מול הרופא שלך. לעיתים קרובות בדיקות אלו מבוצעות ביחד עם בדיקות הדמייה אחרות.

כיצד יעזרו לי בדיקות אלו?

חשוב מאוד כי הרופא שלך יוכל להגיע לאבחנה מדויקת של המחלה הספציפית שלך לצורך הענקת הטיפול היעיל ביותר עבורך. אבחנה נכונה של מחלות מעי דלקתיות תלויה בקביעת סוג המחלה (קוליטיס כיבית או מחלת קרוהן), נרחבות המחלה, והסיבוכים הקשורים לכל מחלה. בדיקה אנדוסקופית עם נטילה של דגימות רקמה היא אבן יסוד באבחון והערכת פעילות המחלה במחלות מעי דלקתיות.

בדיקות הדמיה משמשות ביחד עם אנדוסקופיה להערכת המעי הדק ובדיקה של כלל הבטן לזיהומים, הצריות, חסימות ופיסטולות. טכנולוגיות חדשות, כגון קפסולה אנדוסקופית, בדיקות נוגדנים, ו-MRI, מנסות להביא לאבחנה פחות פולשנית של מחלות מעי דלקתיות, אולם הן אינן מחליפות את הבדיקות המסורתיות. אפילו לאחר שאובחנתה כסובל ממחלת מעי דלקתית וסוג המחלה שלך זוהה, יהיה עליך לעבור חלק מבדיקות אלו באופן תקופתי. בדיקות אלו מספקות מידע הכרחי לרופא שלך אודות סיבוכים שעלולים להיות לך והתגובה לטיפול שניתן לך. בדיקות אלו בעלות ערך רב ועוזרות לרופא בטיפול בך. ההבנה כיצד הן משתלבות בטיפול בך תעזור לך לקחת חלק פעיל בהחלטות אודות בריאותך.



סיבוכי מחלת קרוהן וקוליטיס כיבית (ביחד ידועות בתור מחלות מעי דלקתיות) מחולקים באופן כללי לסיבוכים מקומיים ומערכתיים. המונח "מקומי" מתייחס לסיבוך במערכת העיכול עצמה. המונח "מערכתי" מתייחס לסיבוך המערב איברים אחרים או סיבוכים המשפיעים על החולה באופן כללי - ולא רק על המעיין. במחלות מעי דלקתיות ללא סיבוכים, טיפול נכון בדלקת מוביל לשיפור רפואי. החולה מרגיש טוב יותר. אולם כאשר מתרחש סיבוך, השיפור בהרגשה מתעכב, וייתכן ויש צורך לתת טיפול כנגד הסיבוך הספציפי. חשוב כי החולים ורופאיהם יהיו מודעים לסיבוכים אפשריים אלה כיוון שזיהוי מוקדם מאפשר לעיתים קרובות טיפול יעיל יותר. סיבוכים רבים מופיעים גם במחלת קרוהן וגם בקוליטיס כיבית, והם מוזכרים כאן יחדיו. סיבוכים אחרים הינם ספציפיים למחלת קרוהן או לקוליטיס כיבית.

מהם הסיבוכים המערכתיים (מחוץ למעיין) של מחלות מעי דלקתיות?

סיבוכים מערכתיים - הכללים חום, חולשה, ואבדן תיאבון - הינם השתקפות של הדלקת במעי הדק ו/או במעי הגס. אולם ישנם חולי מחלת מעי דלקתית הסובלים מסוגים מסוימים של דלקת פרקים, תופעות עוריות, דלקות עיניים, מחלות כבד וכליות, ואבדן עצם. מכל הסיבוכים המערכתיים, דלקת פרקים היא השכיחה ביותר. סיבוכי מפרקים, עיניים ועור מתרחשים ביחד לעיתים קרובות. מסיבות שאינן ידועות, התופעות המערכתיות עשויות לבלוט יותר בילדים ואפילו להאפיל על תסמיני המעיין, ובכך להקשות אף יותר על האבחנה. לפיכך, חשוב מאוד להשגיח על ילדים עם גדילה או התפתחות לא תקינה, ילדים עם הרגשת חולי, חום, וחולשה כללית. תופעות אלו עלולות להיות תסמינים מערכתיים של מחלת מעי דלקתית.

מה גורם לתופעות מערכתיות אלו?

הגורם אינו ידוע, אולם סבורים כי כל הסיבוכים מייצגים תגובה בלתי תקינה של מערכת החיסון. בעקבות התגובה שמערכת החיסון מגיבה, נגרמת דלקת באזורים אחרים של הגוף - כמו במעיין. לא ידוע מדוע אנשים מסוימים נפגעים ואחרים לא. למידע נוסף אודות סיבוכים מערכתיים, אנא קרא את המסמך להלן. ייתכן ומעולם לא סבלת מסיבוכים אלו, אולם חשוב מאוד כי תהיה מודע אליהם ותפנה לרופא שלך במידה ואתה מרגיש בשינוי במצבך. זכור: זיהוי מוקדם של סיבוכים אפשריים עשוי להיות המפתח לטיפול יעיל יותר.

- דלקת פרקים
- אבדן עצם
- בעיות עיניים
- בעיות בכליה
- מחלת כבד
- תופעות עוריות

סיבוכים מערכתיים של מחלות מעי דלקתיות: דלקת פרקים

דלקת פרקים הינה הסיבוך המערכתי השכיח ביותר של מחלות מעי דלקתיות. סיבוך זה עלול להתרחש ב-25% חולים במחלת קרוהן או קוליטיס כיבית. למרות שדלקת פרקים קשורה בעיקר לגיל המבוגר, במחלות מעי דלקתיות היא מופיעה גם בגילאים צעירים. מלבד כאב פרקים, דלקת פרקים גורמת גם לנפיחות של המפרקים וירידה בגמישות.

סוגי דלקת פרקים

- דלקת פרקים במחלות מעי דלקתיות יכולה להופיע בשלוש צורות שונות:
- דלקת פרקים היקפית (פריפרית)
 - דלקת פרקים מרכזית - צירית (קרויה גם ספונדיליטיס)
 - דלקת חוליות מקשחת (ankylosing spondylitis)

דלקת פרקים היקפית

דלקת פרקים היקפית פוגעת בדרך כלל במפרקים הגדולים של הידיים והרגליים, כולל המרפקים, שורש כף היד, ברכיים וקרסוליים. הכאב עשוי לנדוד ממפרק אחד לשני. ללא טיפול, הכאב יכול להימשך מספר ימים עד מספר שבועות. דלקת פרקים היקפית שכיחה יותר בקרב חולי קוליטיס כיבית או מחלת קרוהן של המעי הגס. עוצמת הדלקת במפרקים לרוב משקפת את היקף הדלקת במעי הגס. למרות שאין בדיקה היכולה לספק אבחנה מוחלטת, מספר שיטות אבחון - כולל בדיקת נוזל מפרקי, בדיקות דם, וצילומי רנטגן - משמשים לשלילת גורמים אחרים לכאב. למרבה המזל, דלקת פרקים היקפית על רקע מחלת מעי דלקתית לרוב אינה גורמת לנזק קבוע.

דלקת פרקים מרכזית צירית

דלקת פרקים צירית, הידועה גם בשם ספונדיליטיס, גורמת לכאב ונוקשות של עמוד השדרה התחתון והמפרק העצי-כסלי (sacroiliac, בחלק התחתון של הגב). מעניין שבעיקר באנשים צעירים, תסמינים אלו עשויים להופיע חודשים ואף שנים לפני הופעת תסמיני מחלת מעי דלקתית. בניגוד לדלקת פרקים היקפית, דלקת פרקים צירית עלולה לגרום לנזק קבוע במקרה של איחוי של חוליות עמוד השדרה והורדת טווח התנועה של הגב. במקרים מסוימים, הגבלה בתנועת הצלעות עלולה להקשות על היכולת לנשום נשימות עמוקות. ספונדיליטיס פעילה לרוב נרגעת עד לגיל 40. הטיפול בדלקת פרקים צירית לרוב מכוון לשיפור טווח התנועה של הגב. מומלץ לבצע תרגילי מתיחה של הגב, כמו גם חימום לח של הגב.

דלקת חוליות מקשחת (ankylosing spondylitis)

דלקת חוליות מקשחת, סוג חמור של דלקת פרקים בעמוד השדרה, הינה סיבוך נדיר, הפוגע ב-2-3% מחולי מחלות המעי הדלקתיות. סיבוך זה מופיע לעיתים קרובות יותר במחלת קרוהן מאשר בקוליטיס כיבית. מלבד יצירת דלקת פרקים בעמוד השדרה ובמפרק העצי-כסלי, דלקת חוליות מקשחת עלולה לגרום לדלקת בעיניים, ריאות ומסתמי הלב. הגורם לדלקת חוליות מקשחת אינו ידוע, אולם לרוב האנשים החולים בה יש סמן גנטי משותף. בחלק מהמקרים, המחלה מופיעה באנשים בעלי נטייה גנטית לאחר חשיפה לזיהומים במעיים או בדרכי השתן. לעיתים, דלקת חוליות מקשחת חוזה מראש התפתחות של מחלת מעי דלקתית. דלקת חוליות מקשחת פוגעת בדרך כלל באנשים מתחת לגיל 30, בעיקר מתבגרים וגברים צעירים, ומופיעה בהתחלה כירידה משמעותית בגמישות הגב התחתון. טיפול משקם הינו חיוני ביותר לשמירה על גמישות המפרקים. אולם, אפילו עם הטיפול הטוב ביותר, חלק מהחולים יפתחו עמוד שדרה נוקשה. תסמיני דלקת חוליות מקשחת עלולים להחמיר בתקופות של הפוגה או אפילו לאחר ניתוח להסרת המעי הגס.

אבחנה

לא תמיד קל לקבוע אם דלקת הפרקים קשורה לבעיית מעיים. בדרך כלל, דלקת פרקים המופיעה כסיבוך של מחלת מעי דלקתית איננה חמורה כמו דלקת פרקים ראומטית. לרוב המפרקים לא עוברים שינויים הרסניים, ומעורבות המפרקים אינה סימטרית (פוגעת באותם מפרקים בשני צידי הגוף). מלבד במקרה של דלקת חוליות מקשחת, דלקת פרקים הקשורה למחלת מעי דלקתית לרוב משתפרת במקביל לשיפור בתסמיני מערכת העיכול.

טיפול

באוכלוסייה הכללית, אנשים עם דלקת פרקים היקפית יכולים להשתמש בתרופות נוגדות דלקת שאינן סטרואידליות (NSAIDs) לצורך הפחתת הכאב והנפיחות במפרקים. יחד עם זאת, ככלל, תרופות אלו - הכוללות תרופות כמו: אספירין ואיבופרופן - אינן טובות לכל חולי מחלות המעי הדלקתיות כיוון שהן עלולות לגרום להתלקחות המחלה על ידי גירוי של רירית המעי והחמרת הדלקת (יש לציין כי חלק מחולי מחלות המעי הדלקתי יכולים לשאת טיפול מסוג זה, אשר מקל על תסמיני דלקת הפרקים שלהם). ניתן להשתמש בקורטיקוסטרואידים לטיפול בתסמיני דלקת פרקים כמו גם תסמיני מחלות מעי דלקתיות.



במרבית המקרים, הרופאים מטפלים בתסמיני דלקת פרקים היקפית באמצעות טיפול יעיל בדלקת במעי הגס. ברגע שזו נרגעה לאחר טיפול בתרופות כמו פרדניזון או סולפה-סאלאזין, כאב הפרקים בדרך כלל חולף. באופן דומה, גם התרופות הביולוגיות החדשות כגון אינפליקסימאב (רמיקייד®) הפגינו יעילות בהפחתת דלקת ונפיחות במפרקים. לאינפליקסימאב יש תוצאות טובות גם בטיפול בדלקת חוליות מקשחת. רק דלקת פרקים צירית לא משתפרת לאחר שהדלקת במעי חולפת. שלא כמו דלקת פרקים היקפית, אין קשר בין הטיפול במחלת המעי הדלקתית ובין שיפור בתסמיני דלקת פרקים צירית.

מלבד טיפול תרופתי, הרופאים ממליצים על מנוחה וחימום מקומי למפרקים הפגועים. כמו כן ניתן להיעזר בתרגילי טווח תנועה אשר יודגמו על ידי פיזיותרפיסטים.

סיבוכים מערכתיים: אבדן עצם

ל-60-30% מחולים במחלת הקרוהן או קוליטיס כיבית יש צפיפות עצם נמוכה מהממוצע. בחלק מהאנשים, בעיה זו מובילה לאוסטאופורוזיס (מצב שבו יש חורים בעצמות), ובחלק אחר, גורמת לאוסטאופניה (צפיפות עצם נמוכה) או אוסטאומלציה (ריכוך של העצמות). מצבים אלו מתרחשים בתדירות גבוהה יותר חולים במחלת קרוהן מאשר חולי קוליטיס כיבית. בנוסף השכיחות אצל נשים גבוהה יותר מגברים. ירידה בצפיפות העצם עלולה לפגוע בחולי מחלות מעי דלקתיות בכל גיל. למעשה, חולים רבים במחלת קרוהן סובלים מאוסטאופורוזיס בדיוק בגיל בו עצמותיהם אמורות להיות בשיא חוזקן - גיל 20 לנשים וגיל 30 לגברים.

מהי צפיפות עצם?

למרות שעצם נראית קשה כמו אבן, למעשה מדובר ברקמה חיה. במהלך החיים, עצם ישנה מוחלפת בעצם חדשה. שני תהליכים אלו - ספיגה חוזרת של עצם ויצירת עצם חדשה - הינם שני מרכיבים של מחזור העצם הקבוע של הגוף הידוע בתור bone remodeling ("בנייה מחדש של עצם"). אם ספיגה ויצירה של עצם מתרחשים באותו קצב בדיוק, מסת העצם לא משתנה. אולם זה אינו המצב. לאחר גיל 35 בערך, ספיגת העצם נעשית בקצב מהיר יותר מיצירת עצם, ומסת העצם מתחילה לרדת. ירידה קלה במסת העצם היא נורמלית. רק כאשר התהליך מתגבר, קיים סיכון לפתח אוסטאופורוזיס.

תסמינים

למרות שאנשים עם אוסטאופורוזיס עשויים לחוש כאב גב או שינוי ביציבה, ליקוי זה לרוב אינו גורם לתסמינים עד למצב שהעצם כה חלשה, שהיא נשברת. שברים בעצמות בשל אוסטאופורוזיס לרוב מתרחשים בעמוד השדרה ובצוואר הירך. מסיבה זו, בדיקות סקר לאבדן עצם (בדיקת צפיפות עצם) ופעולות מניעה לעצירת אבדן העצם הינן כח חשובות.

גורמים לאבדן עצם במחלות מעי דלקתיות

מומחים מצביעים על מספר גורמים החשודים בגרימת אבדן עצם במחלות מעי דלקתיות, כולל הגורמים הבאים:

טיפול בקורטיקוסטרואידים

לתרופות חזקות אלו נגד דלקת יש תופעות לוואי רבות, שאבדן עצם היא אחת מהן. סבורים כי 30-50% מהאנשים הנוטלים קורטיקוסטרואידים לתקופה ארוכה מפתחים אוסטאופורוזיס, ושהאפקט הינו מצטבר - בריאות העצם תלויה בעיקר במינון ובמשך הזמן בו ניטלות התרופות הללו. קורטיקוסטרואידים פוגעים ביצירת עצם חדשה באמצעות:

- הפחתת כמות הסיידן (מינרל חיוני לבניית הגוף) הנספג במערכת העיכול מהמזון.
- הגברת הפרשה של סידן בשתן.
- גירוי של ייצור תאים המפרקים את העצם.
- ירידה בכמות התאים בוני העצם.
- הפחתת ייצור ההורמון אסטרוגן, התורם לעצמות חזקות.

דלקת במחלה פעילה

אצל חולי מחלות מעי דלקתיות קיים ריכוז מוגבר של חלבונים מסוימים, הקרויים ציטוקינים, אשר מגבירים את התגובה הדלקתית של הגוף. חומרים אלו עלולים לפגוע בחילוף החומרים הקבוע של העצם - הקצב בו עצם ישנה מוסרת ועצם חדשה נבנית. כמו כן, נראה כי אנשים עם צורה פעילה יותר של מחלת קרוהן עלולים להיות בסיכון מוגבר לפתח אוסטאופורוזיס כיוון שפעילות הציטוקינים שלהם מוגברת. הקשר לציטוקינים עשוי להסביר מדוע חולי קוליטיס כיבית סובלים פחות מאבדן עצם מאשר חולים במחלת קרוהן. למרות שלשתי המחלות תכונות דומות רבות, קיים הבדל ביניהן בנושא מאזן הציטוקינים. אפילו לחולי קוליטיס כיבית מזה שנים רבות עשויות עדיין להיות עצמות בריאות. אלה שמראים סימנים של אבדן עצם הם בדרך כלל חולים שטופלו בקורטיקוסטרואידים למשך זמן מה.

חוסר ויטמין D

ויטמין D הכרחי לספיגת סידן. ביחד, שני חומרים אלו חיוניים לבניית עצם בריאה. כיוון שויטמין זה נספג במעי הדק, חולים במחלת קרוהן - במיוחד אם קיימת מעורבות ממושטת של המעי הדק או אם עברו כריתת מעי דק - נמצאים בסיכון מוגבר לפתח מחסור בויטמין D. מחסור בויטמין D עלול לגרום לאבדן עצם בשל ספיגת סידן מופחתת, או מינרליזציה ירודה של העצמות. מסיבה זו חולים שעברו כריתת נרחבת של המעי הדק נמצאים בסיכון מוגבר לפתח אוסטאופורוזיס. שארית המעיים עלולים לא להצליח לספוג את הכמויות הדרושות של סידן וויטמין D. גורם נוסף שעלול למנוע ויטמין D מהגוף הינו מיעוט חשיפה לשמש, היות ואור השמש יוצר ויטמין D בעור.

גורמי סיכון כלליים

על פי המומחים, גיל מתקדם, מין נשי, ומדד מסת גוף (BMI) נמוך, הופכים את חולי מחלות המעי הדלקתיות לבעלי סיכון מוגבר יותר לאבדן עצם מאשר כל גורם אחר שתואר לעיל. משמעות הדבר היא שחולות במחלת קרוהן מבוגרות בעלות מבנה גוף גרום נמצאות בסיכון מוגבר להידלדלות עצם מאשר חולות צעירות ומלאות יותר. עישון ושתיית אלכוהול מעלים את הסיכון.

אבחנה

אבחון אבדן עצם נעשה בדרך כלל באמצעות טכנולוגיית רנטגן מיוחדת הקרויה (dual-energy) DEXA (X-ray absorptiometry). תוצאות הבדיקה - אשר בודקת צפיפות מינרלים בעצמות עמוד השדרה, צוואר הירך ועצמות אחרות - מעידות על דרגות הסיכון לשברים בעצמות. באוכלוסייה הכללית, אבחנה של אוסטאופניה (עצמות חלשות) מכפילה את הסיכון לשברים; אוסטאופורוזיס מעלה את הסיכון פי 4 עד 5. אולם הנה נתון מעניין שנמצא לאחרונה: למרות ששיעור הסובלים מאוסטאופורוזיס ואוסטאופניה בקרב חולי מחלות מעי דלקתיות הינו גבוה מהמוצע, שיעור השברים בקרב חולים אלו הינו נמוך יחסית.

מניעת אבדן עצם

אמצעי המניעה מורכבים מהפחתת גורמי סיכון לאבדן עצם הניתנים לשליטה:

- הפחתה בשימוש בסטרואידים (תחת השגחת הרופא)
- שימוש בתרופות מחליפות-סטרואידים, כגון אזאטיופריין, 6MP, מטותרקסט, אינפליקסימאב, או בודזונייד-קורטיקוסטרואיד בעל מיעוט תופעות לוואי ביחס לסטרואידים הרגילים.
- נטילת תרופות לשיפור בריאות העצמות, כולל התרופות ממשפחת הביספוספונטים הניתנות פעם בשבוע ריסדרונאט (אקטונל®) ו-אלנדרונאט (פוסאמאקס®), התרופות היחידות שאושרו לטיפול באוסטאופורוזיס שנגרמה בשל טיפול בסטרואידים. ביספוספונטים ניתנים לעיתים קרובות לחולים המתחילים טיפול בפרדניזולון או תרופה מקבילה, ולנשים בגיל הבלות המקבלות סטרואידים, וצפיפות העצם שלהן נמוכה.



חולי מחלות מעי דלקתיות יכולים לנקוט בצעדים הבאים כדי למנוע אבדן עצם:

- הגבלת כמות האלכוהול הנצרכת
- הפסקת עישון
- ביצוע פעילות גופנית באופן קבוע
- צריכת מזון עשיר בסידן או נטילת 1500 מ"ג סידן באופן יומי
- אם אינך נחשף מספיק לשמש, יש להעלות את הצריכה של ויטמין D בתזונה. מאכלים המכילים ויטמין D כוללים חלב, שמני דגים, וכבד. לחילופין, ניתן ליטול 400 יחידות של תוספי ויטמין D (נמצא במולטי-ויטמינים רבים).

סיבוכים מערכתיים: מחלות עיניים

כ-10% מחולי מחלות המעי הדלקתיות סובלים מבעיות בעיניים. רובן ברות טיפול, ואינן מהוות איום משמעותי כגון איבוד הראייה. למרות זאת, בכל סוג של גירוי או דלקת שאתה מרגיש, עליך לפנות לרופא בהקדם האפשרי.

סוגי מחלות עיניים

• אובאיטיס

אחד מסיבוכי העיניים השכיחים של מחלות מעי דלקתיות הינו אובאיטיס, המוגדר כדלקת כואבת של האוביאה (uvea) - השכבה האמצעית של גלגל העין. תסמיני אובאיטיס הינם כאב, טשטוש ראייה, רגישות לאור, ואודם של העין. תסמינים אלו יכולים להופיע בהדרגה או בפתאומיות. בכדי לאבחן אובאיטיס, רופא העיניים משתמש ב"מנורת סדק". זהו מיקרוסקופ מיוחד המאפשר לרופא להתבונן לתוך גלגל העין. האובאיטיס משתפרת בדרך כלל כאשר מצליחים לטפל במחלת המעי הדלקתית, אולם רופא העיניים עשוי להמליץ על טיפות עיניים מיוחדות המכילות סטרואידים לצורך הורדת הדלקת. ללא טיפול, אובאיטיס עלולה להפוך לגלאוקומה - מחלה של העין שבה יש לחץ תוך עיני גבוה - ואבדן ראייה אפשרי.

• קרטופתיה

מחלת עיניים זו מאופיינת בעיה בקרנית המופיעה בחלק מחולים במחלת הקרוהן. גם כאן, רופא העיניים משתמש במנורת סדק לצורך קביעת האבחנה, על ידי איתור משקעים לבנים בקצוות הקרנית. קרטופתיה אינה גורמת לכאב או אבדן ראייה, לכן בדרך כלל לא נדרש כל טיפול.

• אפיסקלריטיס

מצב זה הינו דלקת של המעטפת החיצונית של הלבן של העיניים, הקרויה מעטפת לובן העין (אפיסקלרה). כאשר נוצרת דלקת בכלי הדם הקטנים במעטפת לובן העין, הם מתרחבים והאזור מאדים. בנוסף, עלול להיווצר כאב ורגישות. במקרים רבים משתמשים בטיפות עיניים סטרואידליות ותכשירים מקומיים לכיווץ כלי דם, אולם המצב עשוי לחלוף מעצמו כאשר מחלת המעי הדלקתית מתחילה להשתפר.

• יובש בעיניים

חוסר בויטמין A עלול לגרום ליובש בעיניים. מצב זה, הנוצר בעקבות ירידה בייצור הדמעות, או הגברה באידי שכתב הדמעות, עלול להוביל לזיהום בעיניים ותחושת גירוי כגון גרד או צריבה. אם הדלקת מחמירה, יש צורך בטיפול אנטיביוטי. תוצאה אפשרית נוספת הינה עיוורון לילה. דמעות מלאכותיות מקלות על התסמינים. תוספי ויטמין A הנלקחים בבליעה או בהזרקה לשריר, עשויים לתקן את המחסור.

• בעיות אחרות

בתדירות נמוכה יותר, עלולה להתפתח דלקת באיזורים אחרים של העין כגון הרשתית ועצב הראייה. כמו כן, לא תמיד מחלת המעי הדלקתית עצמה גורמת לבעיות בעיניים; לעיתים התרופות הניתלות לטיפול במחלה גורמות לבעיות עיניים בעצמן. לדוגמה, שימוש ארוך טווח בקורטיקוסטרואידים עלול להוביל לגלאוקומה וירוד (קטרקט, עכירות בעדשת העין הפוגעת בראייה).

לסיכום

למרות שלא כל החולים במחלת קרוהן או קוליטיס כיבית יסבלו מבעיות עיניים, בדיקה שגרתית על ידי רופא עיניים חשובה מאוד. זיהוי מוקדם של בעיות עיניים מוביל לרוב לטיפול מוצלח ושימור הראייה.

סיבוכים מערכתיים: מחלות כליה

הכליות מסננות את הדם הזורם בגוף, ונפטרות מהפסולת דרך השתן. שתי הכליות ממוקמות בגב מתחת לקשת הצלעות, ומהוות חלק ממערכת השתן. מלבד הכליות, מערכת השתן כוללת את השופכנים, שלפוחית השתן, והשופכה, לצורך העברה, אחסון והפרשה של השתן.

נדיר לראות סיבוכי כליה חמורים הקשורים למחלות מעי דלקתיות, אולם ניתן לראות סיבוכים פחות חמורים בשכיחות גבוהה יותר.

• אבני כליה

קרוב לוודאי שזהו הסיבוך הכליתי השכיח ביותר של מחלות מעי דלקתיות - בייחוד אבני אוקסלאט. אבני כליה שכיחות יותר בקרב חולים במחלת קרוהן עם מחלה במעי הדק מאשר באוכלוסייה הכללית, בשל תת ספיגה של שומנים. השומן שאינו נספג נקשר לסידן, ובכך מאפשר ספיגה של אוקסלאט (סוג של מלח) ושקיעתו בכליה, שם הוא יכול להפוך לאבנים. הסיכון לפתח מחלת אבנים מסוג זה גבוה יותר אצל אנשים שעברו מספר כריתות של מעי דק, ובשל כך הם מועדים יותר להתייבשות. השתן שלהם מרוכז יותר, מצב המקל על היווצרות האבנים בכלייה. התסמינים עשויים לכלול כאב חד, בחילות, הקאות, ודם בשתן. טיפול באבני כליה דורש צריכת נוזלים מוגברת, וצריכת דיאטה דלת אוקסלאט (כזו העשירה במיצים וירקות).

• אבני חומצת שתן

אלו הן אבני כלייה העשויות מגבישים טהורים של חומצת שתן. סוג זה של אבנים מתפתח בשתן חומצי, והוא נוצר כתוצאה מספיגה מוגברת של חומצת שתן במעי הגס הפגוע. אם אבני כלייה אלו אינן מופרשות בצורה טבעית, ייתכן ויהיה צורך להוציא אותם בניתוח או באמצעות אנדוסקופ (מכשיר המשמש לבדיקת איברים פנימיים של הגוף באמצעות צינור מואר).

• הידרונפרוזיס

זהו סיבוך אנטומי כתוצאה ישירה ממחלת מעי דלקתית, בייחוד מחלת קרוהן. זוהי חסימה של אחד השופכנים, הצינור המחבר בין הכלייה לשלפוחית השתן. לרוב מדובר בכלייה הימנית, כיוון שהיא קרובה יותר לאילאום הסופי - החלק התחתון של המעי הדק, בו הכי שכיח למצוא מחלת קרוהן. כאשר האילאום החולה לוחץ על השופכן, הוא מונע ניקוז של השתן לשלפוחית השתן. החסימה גורמת להגדלה חריגה של הכלייה, ונוצרת שם רקמת צלקת. סימני המחלה כוללים כאב עמום באיזור הכלייה, ודם או מוגלה בשתן. לרוב נדרשת התערבות ניתוחית, בה מסירים את הרקמה הדלקתית ואת איזור המעי הסמוך בכדי לחדש את זרימת השתן.

• פיסטולות

פיסטולות הינן חיבורים לא תקינים בין לולאות מעי או בין לולאת מעי לאיברים אחרים. התפתחות פיסטולה בין המעי לשלפוחית השתן או השופכן גורמת לזיהומים חוזרים בדרכי השתן ולעיתים אוויר בשתן. המצב שכיח יותר אצל גברים מאשר נשים. למרות שמטרונידאזול, אזאטיופריין ואינפליקסימאב יכולים להיות יעילים מאוד בסגירת פיסטולות באיזורים אחרים של הגוף, לעיתים קרובות הם פחות יעילים בפיסטולות לשלפוחית השתן ורק ניתוח הינה אפשרות יעילה.



• אמילואידוזיס

מצב זה מאופיין במשקעים של חלבון לא תקין הקרוי אמילואיד באיברי גוף שונים, כולל הכליות. למרות שהבעיה מופיעה יותר במחלת קרוהן (פוגעת בכ-1% מהחולים) מאשר בקוליטיס כיבית, זוהי מחלה נדירה אשר ניתן לראותה בדרך כלל במקרים של מחלה ממושכת וחמורה מאוד. פרוטאינוריה, הפרשה מוגברת של חלבון בשתן, הינה סימן אחד של אמילואידוזיס. ביופסיה (דגימת רקמה) של הכלייה יכולה לאמת את האבחנה. תרופות שונות יכולות להאט או לעצור את המחלה.

• גלומרולונפריטיס

זהו סיבוך נדיר נוסף של מחלות מעי דלקתיות. פגם בגלומרולוס (פקעית), אשכול כלי דם בכלייה, יוצר נגע בכלייה הפוגע ביכולת הסינון שלה. במצבים קיצוניים, יש צורך בדיאליזה או השתלת כלייה.

• רעילות מתרופות

מצב זה גורם לעיתים קרובות לסיבוכים בכליות, למרות שלרוב הבעיה נפתרת כאשר הטיפול בתרופה החשודה מופסק. התרופה מדכאת מערכת החיסון ציקלוספורין, לדוגמא, עלולה לגרום להיצרות של כלי דם בכליות ובכך לפגוע בתפקודן. מצב זה עלול להוביל לאי ספיקת כליות, אם הוא אינו מתגלה במהירות. באופן דומה, סולפה-סאלאזין ותרופות מקבוצת ASA-5 עלולות לגרום לרעילות בכליות. יש לעקוב אחר תפקוד הכליות באופן שגרתי בחולי מחלת מעי דלקתית, ללא קשר לתרופות אותן הם נוטלים.

סיבוכים מערכתיים: מחלות כבד

מספר סיבוכים של מחלות מעי דלקתיות קשורים לכבד ולמערכת המרה, אשר יש להם קשר הדוק למעיים. הכבד מתפקד כ"מפעל עיבוד" בתוך הגוף, שמפרק את החומרים הנכנסים למערכת העיכול, ושולח את תוצרי הפירוק לתאי דם ברחבי הגוף. כל השאר מסונן ומופרש בתור פסולת. בנוסף, הכבד מייצר כולסטרול, חומצות ומלחי מרה המאופסנים בכיס המרה עד לשלב בו הם נדרשים לעזור בפירוק שומן מעוכל. תפקיד דרכי המרה הוא להעביר מרה או פסולת מהכבד למעי הדק העליון. הלבלב, אשר מחובר לאותו צינור מרה משותף כמו הכבד וכיס המרה, מפריש גם הוא אנזימים שונים למעיים לצורך פירוק מזון.

הכבד עלול לפתח דלקת פעילה, אשר לרוב דועכת כאשר ניתן טיפול הולם למחלת המעי הדלקתית. מחלות חמורות המשפיעות על הכבד פוגעות רק בכ-5% מחולי מחלות המעי הדלקתיות.

- חוסר אנרגיה ועייפות הינם התסמינים השכיחים ביותר.
- תסמיני מחלת כבד מתקדמת יותר כוללים גרד, צהבת, אגירת נוזלים, עייפות, ותחושת מלאות בבטן העליונה.
- לרוב, בדיקות הדם יאשרו נוכחות מחלת כבד, אך ייתכן ויהיה צורך בביצוע בדיקת אולטרה-סאונד, צילום רנטגן או ביופסיית כבד לצורך קביעת האבחנה הוודאית.

כבד שומני

זהו הסיבוך הכבדי השכיח ביותר של מחלת מעי דלקתית ואינו מזיק באופן יחסי, אשר פוגע באופן שווה בחולי קוליטיס כיבית וקרוהן. יחד עם זאת, המצב קשור גם למצבים אחרים רבים שאינם קשורים - כולל הריון, סוכרת, והשמנה. כבד שומני נגרם בשל פגם בחילוף החומרים של הכבד אשר גורם לאגירת שומן. מכיוון שמדובר בבעיה קלה יחסית אשר אינה גורמת לתסמינים, לרוב אין כל צורך בטיפול. בנוסף אין גם התקדמות למחלת כבד כרונית. במקרים מסוימים של כבד שומני, הרופאים ירשמו טיפול בסטרואידים.

כולנגיטיס טרשתית ראשונית (PSC)

מצב זה הינו צורה ספציפית של דלקת חמורה והצטלקות המתפתחת בדרכי המרה. לכמחצית מכל חולי כולנגיטיס טרשתית ראשונית יש מחלת מעי דלקתית. כולנגיטיס טרשתית ראשונית מופיעה בתדירות גבוהה

יותר בקרב חולי קוליטיס כיבית מאשר בקרב חולים במחלת קרוהן, ויותר בגברים מאשר בנשים. התסמינים כוללים צהבת, בחילות, ירידה במשקל וגרד. כולנגיטיס טרשתית ראשונית עלולה שלא להשתפר בעקבות טיפול במחלת המעי הדלקתית, ובסופו של דבר עלול להיות צורך בהשתלת כבד. הסיבה איננה ידועה ואין כל טיפול יעיל בכולנגיטיס טרשתית ראשונית. לצורך תיקון של היצרות חמורה של דרכי המרה, ייתכן וייוחדר צינור עם בלון בקצהו לדרכי המרה לצורך הרחבתם. למרבה המזל, שיעור היארעות כולנגיטיס טרשתית ראשונית בקרב חולי מחלת מעי דלקתית הינו נדיר: רק 5% מבין חולי קוליטיס כיבית (בעלי מחלה ממושטת) ו-1% מבין החולים במחלת קרוהן מפתחים מחלה זו. במצבים נדירים מאוד, עלול להתפתח סרטן של דרכי המרה (כולנגיוקרצינומה). בנוסף, שיעור סרטן המעי הגס הינו גבוה יותר בקרב חולי מחלת מעי דלקתית עם כולנגיטיס טרשתית ראשונית. למידע נוסף וספרות אודות כולנגיטיס טרשתית ראשונית, בקר באתר <http://www.psc-literature.org>.

אבני מרה

כיס המרה הינו שק המחובר בדופן התחתונה של הכבד לצינור המרה המשותף. אבני מרה נוצרים כאשר מרה (הנוזל המאוחסן בכיס המרה אשר עוזר בפירוק שומן מעוכל) מתקשה לכדי חומר דמוי אבן (לרוב כולסטרול נוקשה). כאשר אבנים חוסמות את פתח כיס המרה, הן עלולות לגרום לכאב עז - הקרוי עוית מרתית בעיקר לאחר אכילת מזון שומני. אבני מרה נוצרו בקרב 13-34% מחולים במחלת קרוהן בעלי מחלה באילאום הסופי (החלק האחרון של המעי הדק). לקבוצה זו יש סיכון מוגבר לפתח אבני מרה היות והמחלה באילאום הסופי מונעת ספיגת מלחי מרה, אשר הכרחיים להמסת הכולסטרול במרה. בדיקת אולטרה-סאונד מאשרת נוכחות אבני מרה. הטיפול באבני מרה הגורמות לתסמינים הינו ניתוחי - כריתת כיס המרה.

דלקת בלבלב (פנקריאטיטיס)

במצבים מסויימים, דלקת זו עשויה להיות קשורה לאבני מרה. במצבים אחרים, היא עשויה להיות תופעת לוואי של תרופות משנות תגובה חיסונית (אימורן, פורינטול או מטוטרקסאט) או מזאלאמין המשמשות לטיפול במחלות מעי דלקתיות, ויש צורך בהפסקת התרופה הגורמת לכך. אין להמשיך טיפול בתרופה זו אפילו לאחר שדלקת הבלבלב חולפת. אם הגורם לדלקת הוא אבני מרה, ייתכן ואבן עברה דרך צינור המרה המשותף לאיזור בו הוא מתחבר לבלבלב. התסמינים כוללים כאב בטן עז, בחילות, הקאות וחום. הסרה ניתוחית של האבן פותרת את הדלקת.

דלקת כבד כרונית פעילה

זוהי דלקת כבד כרונית בשל זיהום בירוס ההפטיטיס B או C, והיא אינה אופיינית לחולי מחלת מעי דלקתית. כאשר היא מתרחשת, היא שכיחה יותר בחולי קוליטיס כיבית מאשר בחולים במחלת קרוהן. טיפול אנטי-ויראלי עשוי לעזור.

סיבוכים מערכתיים: מחלות עור

לאחר דלקת פרקים, מחלות עור הן הסיבוך המערכתי השכיח ביותר של מחלות מעי דלקתיות, והן מופיעות בכ-5% מהחולים.

מחלות עור המופיעות לעיתים קרובות במחלות מעי דלקתיות

• אריתמה נודוזום

משמעות שם זה הינו פשוט "נפיחות אדומה". גושים קטנים ורגישים אלו, המופיעים לרוב על גבי השוקיים או הקרסוליים ולעיתים גם על זרועות הידיים, מופיעים בעיקר בחולי קוליטיס כיבית (2%-4%), אולם הם גם יכולים להופיע בחולים עם מחלת קרוהן של המעי הגס (2%-1%). ויותר בנשים מאשר בגברים. אריתמה נודוזום מופיעה בדרך כלל יחד עם התלקחויות של מחלת המעי הדלקתית, אולם היא גם יכולה להופיע לפני ההתלקחות. היא נוטה להשתפר כאשר מחלת המעי נמצאת בתהליך של שיפור.



- **פיודרמה נגגרנוזום**

מצב זה מאופיין על ידי התכייבויות מפרישות מוגלה בעור. כמו אריתמה נודוזום, פיודרמה נגגרנוזום מופיעה לרוב על גבי השוקיים או הקרסוליים ולעיתים גם על זרועות הידיים. פצע זה מתחיל בצורת שלפוחיות קטנות, אולם בהמשך הן מתאחדות ויוצרות כיב עמוק וכרוני. מחלה זו שכיחה מעט יותר בקרב חולי קוליטיס כיבית (5%) מאשר במחלת קרוהן (1%). לפיודרמה נגגרנוזום יש לעיתים קרובות מהלך דומה לזה של מחלת המעי הדלקתית עצמה, והיא עשויה להחלים כאשר תסמיני מחלת המעי הדלקתית נמצאים בתהליך של שיפור. לצורך טיפול ניתן להשתמש באנטיביוטיקה, הזרקת תרופות לתוך הכיב, ומשחות מקומיות. הטיפול היעיל והמקובל כיום הוא ע"י תרופות ביולוגיות המשמשות וציקלוספורין.

- **פיסטולות בין המעי לעור**

פיסטולה היא תעלה קטנה המחברת בין שני איזורים בגוף. פיסטולה בין המעי לעור הינה תעלה לא תקינה, שלרוב מחברת בין הרקטום לנרתיק, שלפוחית שתן או עכוז. מצב זה עלול להיות סיבוך של ניתוח. סוג זה של פיסטולה עלול להפריש מוגלה או חומר צואתי. פיסטולות שכיחות יותר במחלת קרוהן מאשר בקוליטיס כיבית, ומופיעות כסיבוך בקרב כ-30% מחולים במחלת קרוהן. הטיפול תלוי במיקום ובחומרת הפיסטולות.

- **ספיחי עור**

ספיחי עור שכיחים למדי בקרב חולים במחלת קרוהן. הם מתפתחים סביב נפיחויות של טחורים בפי הטבעת ומסביבו. כאשר הנפיחות יורדת, העור מסביב מתעבה ויוצר מתלים קטנים. חומר צואתי עלול להידבק לספיחי העור ולגרות את העור. שמירה על היגיינה תעזור להפחית את הגירוי. יש להימנע מהסרה ניתוחית של ספיחי העור, בשל הסיכון לנזק בשריר הסוגר של פי הטבעת או תעלת פי הטבעת עצמה.

- **פיסורות בפי הטבעת**

אלו הם קרעים קטנים בדופן פי הטבעת. הם עשויים להיפתח לדמם, ולגרום לכאב או גירוי. ניתן להיעזר באמבטיות חמות ומשחות מקומיות.

- **אפטות בחלל הפה (Aphthous stomatitis)**

כיבי פה קטנים אלו, מופיעים בדרך כלל בין החניכיים והשפה התחתונה או לצידי הלשון. הם מופיעים לרוב במהלך התלקחויות חמורות של מחלת המעי הדלקתית, ולרוב חולפות כאשר המחלה משתפרת. ניתן להיעזר בשטיפות פה בחומרים רפואיים יחד עם דיאטה מאוזנת ותוספי ויטמינים ומינרלים.

- **מחלות עור שאינן מופיעות לעיתים קרובות במחלות מעי דלקתיות**

- **אקרודרמטיטיס אנטרופתיקה**

מקרים חמורים של מחלות מעי דלקתיות עלולים לגרום למחלות עור הקשורות לחסרים תזונתיים. לדוגמא, חולים עם שלשול כרוני עלולים לאבד אבץ בצואה. חסר אבץ זה עלול לגרום לאקרודרמטיטיס אנטרופתיקה, פריחה קשקשית הופיעה בדרך כלל על גבי הפנים, ידיים, רגליים ובאיזור איבר המין. מגוון של חסרים בוטמינים עלול לגרום לתופעות עוריות כגון דימום או נפיחות בחניכיים ופריחה קשקשית. בעיות אלה פחות שכיחות כיום בשל תשומת הלב המיוחדת הניתנת לתזונה נכונה במחלות כרוניות כגון מחלות המעי הדלקתיות.

- **פיודרמה וגטנס ו-וסקוליטיס**

הן שתי מחלות עור נדירות נוספות, המופיעות ככל הנראה בשל פעילות לא תקינה של מערכת החיסון. פיודרמה וגטנס, הפוגעת בחולי קוליטיס כיבית, מופיעה בתור שלפוחיות או רבדים סביב המפשעה ומחת לזרועות הידיים. כאשר הם מחלימים הם הופכים את העור באיזור לכהה.

- וסקוליטיס, אשר משמעותה "דלקת של כלי הדם", מאופיינת באיזורים אדומים ומורמים, ולעיתים כיבים. הטיפול בשני המצבים מתרכז בטיפול במחלת המעי הדלקתית עצמה.

- **אפידרמוליזיס בולוזה אקוויזיטה**

מצב זה עלול להתפתח בחולים במחלת קרוהן מזה שנים רבות. זהו מצב המאופיין בשלפוחיות רבות המופיעות על גבי הברכיים, מרפקים, ידיים ורגליים.

- **מחלות עור נדירות:**

ויטליגו (מאופיין באיזורים עור בעלי פיגמנטציה ירודה) ו**פסוריאזיס** (מחלת עור קשקשית מגרדת) קשורים לעיתים למחלות מעי דלקתיות, כמו גם **התאלות אצבעות** (בה העור מתחת לציפורניים מתעבה). השניים הראשונים עשויים להגיב לטיפול בקרינת אור UV וטיפולים תרופתיים פומיים. אין כל טיפול בהתאלות אצבעות.

- **תגובות לתרופות**

במקרים מסוימים, מחלת העור היא אינה תגובה למחלת המעי הדלקתית עצמה, אלא לתרופות המשמשות לטיפול בה.

- **סולפה-סאלאזין**, לדוגמא, עלולה לגרום לפריחת עור אלרגית בחלק מהאנשים. תגובה זו מיוחסת למרכיב הסולפה בתרופה. תרופות חדשות יותר, כולל **מזאלאמין** (אסאקול[®]) ו**ואולסאלאזין** (דיפנטום[®]) - זהות לסולפה-סאלאזין, אולם אינן מכילות סולפה.

- **סטרואידים** גם עלולים לגרום לבעיות עור כאשר משתמשים בהם לפרק זמן ארוך. הבעיות כוללות סימני מתיחה, הידלדלות העור, החמרת אקנה, נפיחות של הפנים, נפיחות בקרסוליים, וריפוי איטי של פצעים.



לכולנו יש סיבה לחשוש מסרטן. תורשה, עישון, וחשיפה לאזבסט, חומרי הדברה וחומרים רעילים אחרים מהווים רק חלק מגורמים רבים שנקשרו לסרטן. אולם מה אם אנו או אחד מיקירנו חולה בקוליטיס כיבית או במחלת קרוהן? האם עלינו לחשוש יותר כעת מפני התפתחות מחלת הסרטן?

בכדי לנסות ולהבהיר נושא סבוך זה, להלן מספר שאלות שחולים עם מחלת מעי דלקתית עשויים לשאול אודות הסיכון שלהם לפתח סרטן. לכל שאלה, ניסינו לתת תשובה מאוזנת, כנה ומעודכנת, שסביר להניח שהייתה ניתנת גם על ידי צוות של גסטרואנטרולוגים, סטטיסטיקאים, ופתולוגים.

אני חולה במחלת מעי דלקתית. האם עלי לחשוש מפני סרטן?

כן. מספר מחקרים הראו עלייה של עד פי 5 בסיכון לפתח סרטן המעי בחולי מחלת מעי דלקתית ביחס לשאר האוכלוסייה.

זוהי תשובה מפחידה. האם רוב הסיכויים הם שאחלה בסרטן?

לא. בדיוק להיפך. רוב הסיכויים הם שלא תחלה בסרטן. יותר מ-90% מחולי מחלות המעי הדלקתיות אינם חולים בסרטן.

האם הסיכון המוגבר לסרטן נכון לגבי שתי המחלות, קוליטיס כיבית ומחלת קרוהן?

עד לא מזמן, הייתה תחושה שהסיכון הינו בעיקר של חולי קוליטיס כיבית. אולם מחקרים חדשים יותר הראו כי קיים סיכון מוגבר גם במחלת קרוהן של המעי הגס. כמו כן, אם קיים רקע של סרטן מעי גס אצל אחד מבני משפחתך, הסיכון עבורך גבוה יותר.

מי מבין חולי מחלות המעי הדלקתיות צריך לחשוש מפני פיתוח סרטן?

עבור קוליטיס כיבית, שני המרכיבים שקשורים לסיכון מוגבר הינם משך המחלה ומידת התפשטות המחלה במעי הגס. הסיכון לסרטן המעי הגס עולה רק לאחר 10-8 שנים מתחילת המחלה. למי שמחלתו מערבת את כל המעי הגס, יש את הסיכון הגבוה ביותר. מי שמחלתו מערבת רק את הרקטום, הסיכון עבורו הינו הנמוך ביותר. סיכון בינוני קיים אצל אלה שמחלתם מערבת רק חלק מהמעי הגס. הגורמים של מחלת קרוהן דומים, אולם עדיין לא נחקרו מספיק.

מהי למעשה דרגת הסיכון?

למרות שקיימות תשובות שונות, הרושם הכללי הוא שהסיכון לפתח סרטן מעי גס בקרב חולי קוליטיס כיבית מזה 10 שנים, עולה בקצב של 0.5% בשנה. הסטטיסטיקה עבור מחלת קרוהן של המעי הגס נראית דומה.

אם מחלתי שקטה ואני סובל ממנה לעיתים רחוקות בלבד, האם הסיכון נמוך יותר?

למרבה הצער, לא. נראה כי הסיכון לסרטן זהה בין אנשים עם מחלה פעילה ובין אלו שמחלתם אינה פעילה. מידת מעורבות המעי הגס ומשך הזמן מאז הופיעה המחלה הם כל הנראה הגורמים החשובים, ולא עוצמת הדלקת. לאחרונה חוקרים את האפשרות שדלקת פעילה ממושכת עשויה לתרום להגברת הסיכון.

האם אחת מהתרופות המשמשות לטיפול במחלות מעי דלקתיות תורמת לסיכון מוגבר זה?

לא. מזה שנים רבות משתמשים בתרופות כמו מסאלאזין, קורטיקוסטרואידים, אנטיביוטיקה, מדכאי מערכת חיסון, נוגדי שלשול ונוגדי כאב בטן במספר רב של מחלות, ואין כל עדות לקשר ביניהם ובין פיתוח מחלת סרטן. למעשה, חלק מהמומחים מאמינים כי נטילת תרופות אלו עשויה להוריד את הסיכון שלך לפתח סרטן.

מה אני יכול לעשות מלבד לדאוג?

דבר על החששות שלך עם הגסטרואנטרולוג המטפל בך. כמו כן, היוועץ עם גופים כגון הקרן האמריקאית לקרוהן וקוליטיס, שיכולה להציע קבוצות תמיכה תכניות לימוד וספרות בנושא. זכור - רוב הסיכויים הם שלא תחלה בסרטן.

אילו בדיקות אני יכול לעבור כדי לאבחן סרטן?

רצוי להיבדק על ידי הגסטרואנטרולוג פעם בשנה, אפילו אם אתה חש בטוב. כמובן שבמידה וחל שינוי בהרגשתך עליך לפחות ליצור קשר טלפוני עם הרופא שלך. קשה להעריך בחולי מחלות מעי דלקתיות תסמינים כמו שלשול ודמם רקטלי, אשר מהווים סימנים מוקדמים לסרטן מעי גס באוכלוסייה הכללית, כיוון שתסמינים אלו מופיעים גם בהתלקחות של מחלת המעי הדלקתית. כאשר אתה מגיע לבדיקה השנתית שלך, הגסטרואנטרולוג ישאל אותך לגבי מצב בריאותך מאז הבדיקה האחרונה, יבצע בדיקה גופנית, וייתכן שגם מספר בדיקות דם. אם אתה סובל מקוליטיס מזה יותר מ-10-8 שנים, הגסטרואנטרולוג יציע לעבור קולונוסקופיה, הכוללת נטילת דגימות רקמה (ביופסיות) מידי שנה ושנתיים.

מה יחפש הגסטרואנטרולוג בקולונוסקופיה?

מראה המעי הגס בקולונוסקופיה יכול לעזור בקביעת כמות הדלקת במעי הגס, עוצמתה, והאם יש בליטות, פוליפים או איזורים מוצרים. סביר להניח כי יילקחו מספר ביופסיות לאורך המעי הגס, ומכל ממצא הנראה חריג.

האם נטילת ביופסיות בהכרח אומרת שיש סרטן?

לא. נטילת ביופסיות כוללת לקיחת דגימה קטנה מרירית המעי הגס, הנבדקת לאחר מכן על ידי פתולוג תחת מיקרוסקופ. נטילת הביופסיה איננה כואבת ואינה מעלה את הסיכונים הכרוכים בביצוע הקולונוסקופיה. כמו כן היא תעזור לקבוע כמה דלקת יש במעי הגס, עד כמה היא פעילה, והאם ישנם שינויים לכיוון סרטן.

מהם פוליפים? האם משמעותם תמיד חמורה?

פוליפים הם בליטות הנוצרות על גבי השטח החלק של רירית המעי הגס. בקוליטיס, הבליטות יכולות להיות בסך הכל רקמה נפוחה ומודלקת, אשר בהקשר הזה נקראות "פסאודו-פוליפים". פסאודו-פוליפים אינם מעלים את הסיכון לפתח סרטן. אולם, לעיתים הבליטות עלולות להכיל דיספלזיה או תאים סרטניים.

מהי דיספלזיה? האם היא חמורה כמו שהיא נשמעת?

דיספלזיה הינה מונח שנטבע על ידי פתולוגים המתמחים בבדיקה מיקרוסקופית של רקמות הנלקחות מהמעיים של חולי מחלות מעי דלקתיות. דיספלזיה הינה תבנית של תאים שאינם תקינים ואינם סרטניים, אלא איפשהו באמצע. דיספלזיה מחולקת ל-"דרגה נמוכה" או "דרגה גבוהה", תלוי בממצאי הפתולוג תחת המיקרוסקופ.

אם יש לי דיספלזיה, האם יש לי סרטן?

לא בהכרח. דיספלזיה רחוקה מלהיות אמצעי הניבוי המושלם לנוכחות או התפתחות סרטן. יש לדון ולחקור זאת יותר לעומק. הדאגה הגדולה ביותר היא במקרה של "דיספלזיה מדרגה גבוהה". רוב המומחים מתייחסים לדיספלזיה מדרגה גבוהה כמצב טרום-ממאיר, וממליצים על ניתוח. קיימת אי ודאות לגבי המשמעות של דיספלזיה מדרגה נמוכה ובינונית כסימן לממאירות. לעיתים קשה מאוד להוכיח דיספלזיה. לפיכך, הרופאים מבקשים לעיתים קרובות מפתולוג מומחה לבדוק את דגימות הרקמה בהן נמצאה דיספלזיה בכדי לאמת את האבחנה. מבין החולים שעברו ניתוח לאחר שנמצאה בגופם דיספלזיה, אצל פחות מ-50% אכן נמצאו תאים סרטניים. הדבר החשוב לזכור הוא שדיספלזיה אין משמעותה סרטן, למרות שהיא גורמת לנו להיות דרוכים יותר ולכן לעיתים קרובות הרופא ימליץ על כריתת המעי.



האם קולונוסקופיה היא הבדיקה המושלמת למציאת פוליפים?

למרבה הצער, לא. אנו יכולים לדגום חלק קטן בלבד מרירית המעי, אפילו כאשר נלקחות דגימות מרובות. לכן, אפשר "לפספס" איזורים קטנים של דיספלזיה. למרות זאת, נטילת דגימות רקמה מרובות באמצעות קולונוסקופיה הינה עדיין הדרך הטובה ביותר הקיימת ברשותנו לאבחון מוקדם של סרטן בר-ריפוי.

באיזו תדירות עלי לעבור קולונוסקופיה?

רוב הגסטרואנטרולוגים ממליצים לחזור על הבדיקה פעם בשנה-שנתיים, תלוי במשך המחלה שלך, ובגודל שטח המעי הגס הנגוע בקוליטיס.

מתי להתוודע לניתוח?

בלתי אפשרי לענות על שאלה זו באופן כוללני, כיוון שההחלטה האם לעבור ניתוח הינה ייחודית לכל חולה. למרות זאת, באופן כללי, ההתוויות לניתוח כוללות: חסימת מעיים שאינה חולפת באמצעות טיפול תרופתי; קוליטיס פעילה מאוד שאינה מגיבה לטיפולים הקיימים, או שהטיפול התרופתי גורם לתופעות לוואי; סרטן בביופסיה; או אבחנה של דיספלזיה בביופסיה.

האם ישנן דרכים אחרות לבדוק נוכחות סרטן?

מחקר עצום מתבצע בכיוון של שיפור הטכניקות הקולונוסקופיות וההדמיה, שיפור הניתוח המיקרוסקופי של דגימות הרקמה, וחיפוש אחר סמנים לא חודרניים (בבדיקת דם) שיזהו חולים בסיכון או חולים עם שלבים מוקדמים של סרטן. עד כה, בדיקות אלו אינן אמינות או מדוייקות דיים. אולם יש למה לצפות...העצה הטובה ביותר שאנו יכולים לתת היא לשמור על קשר עם הגסטרואנטרולוג שלך לקרוהן וקוליטיס, ולהיות אופטימי!



לחיות עם מחלות מעי דלקתיות



מחלת קרוהן וקוליטיס כיבית הן מחלות מערכת עיכול כרוניות של המעי הדק והמעי הגס, הידועות ביחד בשם מחלות מעי דלקתיות. מחלת קרוהן גורמת לדלקת בחלק הסופי של המעי הדק (אילאום), או במעי הגס, או בכל חלק אחר של מערכת העיכול. קוליטיס כיבית גורמת להתכייבויות ברירת המעי הגס והרקטום. חולי מחלות המעי הדלקתיות עלולים לסבול משלשול, כאב בטן, דמם רקטלי, וחום. אובדן תיאבון וירידה במשקל שכיחים אף הם. אם התרופות נכשלות בטיפול במחלה, או במידה ומתרחש סיבוך מסוים, עלול להיות צורך בניתוח. עדיין, למרות הדרישות הגופניות והנפשיות הכרוכות בהתמודדות עם מחלות המעי הדלקתיות, רוב החולים מנהלים חיים מלאים ומלאי סיפוק.

מחלת קרוהן וקוליטיס כיבית משפיעות בעיקר על אנשים צעירים, וללא הבדל בין נשים לגברים. אם את אישה החולה במחלת מעי דלקתית, חשוב להבין כיצד אירועים בחייה של אישה - וסתות, הריונות, וגיל הבלות - עשויים להשפיע על מהלך המחלה, וכיצד מחלתך עשויה להשפיע בחזרה על נקודות ציון אלה. השאלות בעלון זה נשאלות באופן שכיח על ידי מטופלות ורופאיהן. התשובות מבוססות על מידע קיים ממחקרי מחלות מעי דלקתיות בנשים.

מדוע הוסתות שלי אינן סדירות במחלה זו?

גורמים רבים משפיעים על סדירות המחזור הוסתי, כולל רמות הורמונים, תזונה, ומתח נפשי. כאשר אישה חולה במחלה פעילה, הדלקת עצמה יכולה לגרום לגוף להפסיק את הפעילות התקינה של ההורמונים. שיפור המצב הבריאותי הוא הדרך להסדיר את המחזור הוסתי.

נראה לי שהמחלה תמיד מחמירה בשבוע שלפני או בשבוע של הוסת עצמה. האם זה שכיח?

כן. למעשה, תבנית זו שכיחה במחלות רבות. חשוב להכיר את התנודות בתסמיני המחלה הקשורות למחזור הוסתי, כדי שלא לקבל טיפול-יתר במחלה כאשר התסמינים משתנים בהתאם למחזור.

האם בטוח להשתמש בגלולות למניעת הריון אם אני חולה במחלת מעי דלקתית?

אין כל עדות לכך שגלולות למניעת הריון גורמות למחלת קרוהן או לקוליטיס כיבית. מתייחסים אליהן כבטוחות בקוליטיס כיבית. ישנם מספר מחקרים הטוענים כי נטילת גלולות למניעת הריון מחמירה את מחלת הקרוהן, אולם רוב הנשים במחקרים אלו נהגו לעשן, הרגל שלעצמו מחמיר את מחלת הקרוהן.

האם זה בטוח לעבור קולונוסקופיה בזמן וסת?

כן. אין כל עלייה בסיכון בביצוע הפעולה בזמן דימום וסתי.

האם כאב בזמן קיום יחסי מין הינו שכיח במחלת קרוהן או קוליטיס כיבית?

אין כל סיבה שקוליטיס כיבית תגרום לכאב בזמן קיום יחסי מין. לנשים חולות במחלת קרוהן, כאב מסוג זה עלול לרמז על מחלה פעילה באיזור פי הטבעת או פיסטולה בנרתיק. למרות שזה עלול להיות מביך, עליך לדווח לגסטרואנטרולוג ו/או לגניקולוג שלך על תסמין זה.

האם יש לי סיכוי גבוה יותר לפתח חוסר ברזל?

כן. סיכויך גבוהים מהסיכויים של נשים באותו גיל וללא מחלת מעי דלקתית. מלבד איבוד הברזל בזמן הדימום הוסתי הרגיל, הסיכוי הגבוה יותר לדימומים והספיגה הירודה של ברזל במעי המודלק, מעלים את הסיכויים לפתח חוסר ברזל.

האם נשים חולות במחלת קרוהן או קוליטיס כיבית יכולות להרות באותה קלות כמו נשים אחרות?

באופן כללי, כן. מחקרים הראו שלנשים חולות קוליטיס כיבית יש את אותה רמת פוריות כמו נשים ללא מחלת מעי דלקתית. המחקרים של רמת הפוריות של נשים חולות במחלת קרוהן חלוקים בתוצאותיהם. מחקר גדול אחד לא מצא הבדל בשיעורי הפרייה, אולם מחקרים ישנים יותר וכאלו שבוצעו לאחרונה הראו שיעור הריונות נמוך במקצת. דבר זה נכון לגבי מחלת קרוהן פעילה, ולא לגבי מחלה שקטה, בה שיעורי ההריונות זהים לאלו של האוכלוסייה הכללית.

אם בן הזוג מטופל בסולפה-סאלאזין, עלול להיווצר אי-פרייה זמני מכיוון שתרופה זו מפחיתה את ייצור תאי הזרע, באופן הפוך. לפני שמנסים להרות, על הגבר להפסיק את הטיפול בסולפה-סאלאזין ו/או לעבור לטיפול בתכשירי 5-ASA כגון אסאקול, דיפנטום, פנטאזה, או רפאסל, שלא הראו פגיעה בייצור תאי הזרע.

האם הריון עלול לפגוע בנשים חולות במחלת קרוהן או קוליטיס כיבית?

על כל אישה השוקלת להרות להתייחס למצב בריאותה. רצוי כי המחלה תהיה בהפוגה בטרם הכניסה להריון. מחקרים שבוצעו לאחרונה הראו כי אם בזמן הכניסה להריון המחלה לא היתה פעילה, ההריון לרוב עובר ללא בעיות. לעומת זאת, אם הכניסה להריון נעשית בזמן מחלה פעילה, המחלה עשויה להישאר פעילה ואף להחמיר. החמרה זו מתרחשת לרוב במהלך השליש הראשון של ההריון בקוליטיס כיבית, ובמהלך השליש הראשון של ההריון או בחודשים שלאחר הלידה, בנשים חולות במחלת קרוהן. ישנם נשים שמחלתן אף תשתפר. מחקר מסויים הראה קשר בין כמות המידע הגנטי המשותף בין האם והילד; ככל שהוא דומה יותר, כך המחלה תהיה חמורה יותר.

האם מחלת קרוהן או קוליטיס כיבית משפיעות על ההריון והלידה, או גורמות לנזק לעובר?

לרוב הנשים החולות במחלות אלו יש לידות רגילות ותינוקות בריאים, בערך באותו השיעור כמו נשים בריאות באוכלוסייה הכללית. בעיות בזמן ההריון מתרחשות לרוב אצל נשים עם מחלת קרוהן פעילה. לנשים אלו יש סיכוי גבוה יותר ללידה מוקדמת, מות עובר, או הפלה טבעית. אם התסמינים מחמירים ודורשים ניתוח, הסיכון לעובר הינו גבוה אף יותר. מספר מחקרים הראו כי שיעור הניתוחים הקיסריים בנשים עם מחלת מעי דלקתית הינו גבוה יותר, אולם זוהי למעשה תוצאה מבחירה של הרופאים והמטופלים ולא בהכרח כתוצאה מצורך רפואי.

האם קורה שמחלות אלו מופיעות לראשונה במהלך הריון?

ישנם דיווחים רבים על הופעה ראשונה של קוליטיס כיבית בזמן הריון, אולם המחקרים האחרונים הראו כי זמן הופעה זה לא גורם למצב להיות חמור יותר. גם מחלת קרוהן עלולה לפרוץ לראשונה בזמן הריון. שתי המחלות עלולות להופיע לראשונה בזמן משכב הלידה (השבועות שלאחר הלידה), אולם מצב זה הינו נדיר.

האם זה בטוח ליטול תכשירי 5-ASA כגון סולפה-סאלאזין, או מזאלאמין, או פרדניזון במהלך ההריון?

הרצון להפסיק את כל הטיפולים התרופתיים במהלך ההריון על ידי האישה והגניקולוג שלה בכדי למנוע פגיעה בעובר, הינו טבעי ביותר. סולפה-סאלאזין, פרדניזון, ותכשירי 5-ASA (אסאקול, פנטאזה, רפאסל) הינן התרופות השכיחות ביותר לטיפול בתסמיני מחלת קרוהן וקוליטיס כיבית. מחקר ממשלתי אמריקאי הראה כי העובר לא נפגע מנטילת התרופות סולפה-סאלאזין או פרדניזון במהלך ההריון. מחקר נוסף שנעשה בצורה פרוספקטיבית בדק את הבטיחות של 5-ASA במהלך הריון, ללא עלייה בתופעות הלוואי (במחקר פרוספקטיבי, החוקרים עוקבים אחרי קבוצת חולים במשך תקופת זמן מסוימת כדי להשוות מידע ספציפי מתחילת המחקר עד סופו). היות ונראה כי הסכנה הגדולה ביותר לעובר מגיעה מפעילות המחלה עצמה ולא מהתרופות הניתנות, אין להפסיק נטילת תרופות אלו בעקבות הכניסה להריון. אם אחת מהמחלות מחמירה במהלך ההריון, ניתן להתחיל טיפול בפרדניזון, סולפה-סאלאזין או תכשירי 5-ASA, או להגביר את מינונם. כמו כן, ניתן להמשיך טיפול בסולפה-סאלאזין או תכשירי 5-ASA בכדי לשמור על הפוגה מהמחלה במשך שארית ההריון, ולאחריה.



האם תופעות לוואי של תרופות אלו מחמירות במהלך ההריון?

לא. אולם, סולפה-סאלאזין עלול לגרום לבחילות, בנוסף לבחילות הרגילות שחווים בתחילת ההריון. התרופה עשויה גם לגרום לצרבת הדומה מאוד לצרבת ממנה סובלים במהלך ההריון.

האם אישה הנוטלת סולפה-סאלאזין או פרדניזון יכולה להניק?

כן, אם היא מעוניינת בכך. למרות שמעט סולפה-סאלאזין עובר דרך חלב האם, הריכוז הינו נמוך ביותר, ולא הוכח כי זה פוגע בתינוק. תכשירי 5-ASA לא הראו פגיעה בתינוק בזמן ההנקה. יחד עם זאת, ישנו דיווח אחד על תינוק יונק שפיתח שלשול לאחר שאימו נטלה תכשירי 5-ASA. השלשול פסק כאשר הטיפול באם הופסק. במידת האפשר, בכל חולה יש להפחית את מינון הפרדניזון ולהפסיק את הטיפול בתרופה באופן המהיר ביותר, בין אם בהריון או לא. אם אישה רוצה להניק בזמן שהיא נוטלת מינון בינוני או גבוה של פרדניזון, על התינוק להיות במעקב של רופא ילדים. לגבי תרופות משנות תגובה חיסונית, כגון 6-MP ואזאטיופריין (אימורן) יש להתייעץ עם הרופא המטפל.

האם זה בטוח ליטול תרופות מדכאות תגובה חיסונית כגון אזאטיופריין, ציקלוספורין ו-6 מרקפטופורין במהלך ההריון?

בעוד שמספר מחקרים בבעלי חיים הראו פגיעה גנטית בצאצאים, לבעלי חיים אלו ניתנו מינונים מוגברים של תרופות אלו, הגבוהים בהרבה מאלו הניתנים לבני אדם. ההוכחות הקיימות מגיעות מנשים שעברו השתלה ונטלו תרופות אלו במשך תקופה ארוכה, ללא סיבוכים מיוחדים. מבדיקה עם הרופאים שטיפלו בנשים רבות באמצעות תרופות אלו, לא נצפתה עלייה בכמות תופעות הלוואי. ושוב, החשיבות בשמירה על הפוגת המחלה גוברת על הסיכונים לעובר בתרופות אלו.

האם זה בטוח לקבל עירוי רמיקייד במהלך ההריון?

השפעות רמיקייד על נשים בהריון טרם נבדקו. ייתכן ויתגלה כי התרופה בטוחה, אולם כרגע ההמלצה היא לא לתת טיפול ברמיקייד לנשים בהריון.

האם אי פעם הומלץ לאישה עם מחלת מעי דלקתית לבצע הפלה?

הפלות לצרכים רפואיים מתבצעות לעיתים נדירות, אם בכלל, במצב של מחלת מעי דלקתית פעילה. במקום זאת, לצורך שליטה בתסמיני המחלה, החולה מטופלת בטיפול תרופתי חזק יותר. מחלת המעי הדלקתית עצמה אינה מהווה סיבה לבצע הפלה.

מהן הפעולות האבחנתיות הבטוחות לביצוע במהלך ההריון?

בדיקת אולטרה-סאונד של הבטן, סיגמואידוסקופיה, ביופסיה רקטלית, גסטרוסקופיה וקולונוסקופיה בטוחות לביצוע בזמן ההריון, במידה ויש צורך בכך. בדיקת MRI הינה ככל הנראה בטוחה, אולם דרוש מידע נוסף. יש לדחות ביצוע צילומי רנטגן עד לאחר ההריון. אם קיים מצב חירום רפואי הדורש ביצוע צילום רנטגן, יש לבצע זאת בצורה מוגבלת, ולהגן על העובר.

האם אי-פעם בוצע ניתוח למחלת מעי דלקתית במהלך ההריון?

יש לדחות ניתוחים עד לאחר ההריון, במידת האפשר. יחד עם זאת, אם המחלה חמורה ואינה מגיבה לטיפול התרופתי, לעיתים מסוכן יותר שלא לעבור ניתוח. יש לשקול את הסיכונים לכאן ולכאן. למרות שקיימים דיווחים על ניתוחי כריתת מעי מוצלחים ואפילו ביצוע אילאוסטומיה בנשים בהריון, כל ניתוח בטני שמבוצע מפחית את סיכויי העובר לשרוד.

האם ניתוחי מעי קודמים משפיעים על מהלך ההריון?

במחלת קרוהן, לא נראה כי ניתוחי כריתת מעי קודמים משפיעים על ההריון בשום דרך. למעשה, היות והכריתה מביאה להקלה בתסמיני המחלה, ההריון יעבור בצורה קלה יותר מאשר במצב של מחלה פעילה. קיים מחקר הטוען כי למעשה הריון מגן מפני התקדמות המחלה וכי הצורך בניתוחים יורד בנשים שהרו בעבר בהשוואה לנשים שלא הרו. תוצאות מחקר זה טרם נצפו במחקרים אחרים. תוצאות הניתוח להשקת האילאום לפי הטבעת בקרב נשים בהריון החולות בקוליטיס כיבית, היו מוצלחות. נשים עם אילאוסטומיה בשל קוליטיס כיבית או מחלת קרוהן סבלו לעיתים מצניחה או חסימה של הסטומה במהלך ההריון. רצוי, במידת האפשר, לדחות את ההריון עד שנה לאחר ביצוע האילאוסטומיה (בין אם רגילה או חדשה יותר) בכדי לאפשר לגוף זמן להסתגל. במחלת קרוהן עם סיבוכי אבצסים או פיסטולות סביב לרקטום והנרתיק, רצוי להימנע מאפיזיוטומיות (ניתוח שגרתי להרחבת תעלת הלידה בזמן הלידה) המערבות את האיזור החולה מסביב לפי הטבעת. במחקרים אלו, הלידה היא באמצעות ניתוח קיסרי.

אם הריון אחד מסתבך במחלת מעי דלקתית פעילה, האם גם שאר ההריונות יהיו כך?

אין כל עדות לכך שמהלך אחת המחלות בזמן הריון יחזור על עצמו בהריונות הבאים.

מהם הסיכויים שילד לאם חולת מחלת מעי דלקתית יפתח את אחת מאותן מחלות?

יתכן, אולם לא הכרחי, שילד לאם החולה באחת ממחלות אלו, יחלה גם הוא. מחקרים שבוצעו לאחרונה טוענים כי הסיכוי שהילד יפתח מחלה במידה ואחד מהוריו חולה הינו כ-9%, ואם שני ההורים חולים, סיכויי הם כ-36%. לא נראה כי ישנה צורת תורשה ברורה למחלות מעי דלקתיות המופיעות במשפחות. בשל כך, מחלות אלו נקראות מחלות "משפחתיות" ולא "גנטיות". כיום, לא ניתן לצפות האם ילד יירש את המחלה מהוריו, או באיזה גיל תופיע המחלה.

האם נשים בהריון עם מחלת מעי דלקתית צריכות לאכול מזון מיוחד?

באופן כללי, נשים בהריון עם מחלת קרוהן או קוליטיס כיבית צריכות לדבוק באותו תפריט תזונתי המומלץ לכל הנשים בהריון. הגניקולוג ו/או הגסטרואנטרולוג עשויים להמליץ על תוספת של מרכיבי מזון ספציפיים, ויטמינים ומינרלים. חשוב במיוחד כי כל אישה הנוטלת סולפה-סאלאזין במהלך הריון, תיטול בנוסף כמות רבה של חומצה פולית, כדי למנוע מומים מולדים הנצפים במצבים של חסר בחומר זה.

האם מצבים רגשיים גורמים להתלקחויות של המחלה במהלך הריון או לאחר הלידה?

מתח נפשי עלול להחמיר את התסמינים במהלך ההריון, כמו בכל זמן אחר. אולם, אין משמעות הדבר כי המתח גורם למחלה. באופן דומה, תקופת משכב הלידה מאופיינת בשינויים גופניים ונפשיים מהירים אצל האם הטרייה, אשר עלולים לגרום להחמרה של התסמינים.

האם סיכויי לפתח אוסטאופורוזיס גבוהים יותר בתור חולת מחלת מעי דלקתית?

כן. חולות במחלת קרוהן נמצאות בסיכון גבוה במיוחד לפתח אוסטאופורוזיס בשל צריכה סידן נמוכה או ספיגה ירודה, שימוש בסטרואידים, ועישון. לאחר גיל הבלות, הסיכון גדל אף יותר.

האם למחלות מעי דלקתיות יש השפעה על הופעת גיל הבלות?

לא. אם המחלה אינה פעילה והוסתות סדירות, גיל הבלות יופיע באופן טבעי. לניתוחי כריתת רחם ושחלות היתה השפעה חיובית על התסמינים שהופיעו בזמן הוסת.



איתור רופא

- בקש מהרופא שלך שמות של רופאים בערים אליהן אתה נוסע. לרשימת ארגונים ברחבי העולם, ראה את רשימת הארגונים הבינלאומיים ברשימת קישורי האינטרנט שלנו.
- עבור תרומה, ההתאחדות הבינלאומית לעזרה רפואית למטיילים (Center Street 417, Lewiston NY 14092; 716-754-4883) מעניקה רשימה של רופאים דוברי אנגלית במדינות רבות.
- למחלקת הייעוץ בשגרירויות האמריקאיות יש רשימת רופאים מקומיים על פי התמחות.

לטייל עם תרופות מרשם

- קח עמך כמות תרופות שתספיק לכל הטיול. קבלת מרשם בחו"ל עלולה להיות מסובכת.
- הקפד תמיד לקחת את התרופות איתך למטוס.
- שמור את התרופות באריזה המקורית. השתמש בקופסה קטנה לנשיאת הגלולות הנדרשות למשך היום.
- מכתב מודפס על ידי הרופא שלך ובו מתוארת הרקע הרפואי שלך והתרופות שעליך ליטול יכול לעזור במצבי חירום או בבדיקות מכס.
- אמור לרוקח שלך כי אתה לוקח תרופות לחו"ל.
- השג העתקים של כל המרשמים, כולל שמות גנריים ושמות של התרופות המיוצרות על ידי חברות זרות.

כיצד להימנע מ-"שלושול מטיילים"

- אחד משלושה מטיילים למדינות לא מפותחות סובל מ-"שלושול מטיילים". עצות אלו יכולות לעזור לך למנוע מצב לא נעים זה:
- אין לשתות מי ברז ללא הרתחה מראש.
 - שתה מים מינרליים מבקבוק, אפילו בזמן צחצוח השיניים.
 - השתדל לא לבלוע את המים בזמן המקלחת.
 - אין לבלוע מים בזמן שחייה באגמים, בריכות שחייה או בחופי ים מזוהמים.
 - הימנע ממשקאות לא מוגזים, כגון תה קר ומיצים טריים.
 - הימנע מקרח או גלידות; ירקות טריים וסלטים; בשר, דגים או פירות ים נאים או לא מבושלים.
 - הימנע ממוצרי חלב לא מבושלים, אלא אם אתה משוכנע שהם עברו פיסטור והוכנו בתנאים סטריליים.
 - אין לאכול מזון מעגלות רוכלים.
 - אין לאכול מזון מוכן, כגון סלט תפוחי אדמה או כריכונים.
 - קלף את כל הפירות והביצים בעצמך.
 - אין לאכול מזון שנשמר מחוץ למקרר והגיע לטמפרטורת החדר.

טיפול בשלושול מטיילים

- שתה כמות נוזלים רבה, רצוי תה פושר או חלש. הרתח תחילה את המים!
- הימנע ממשקאות קרים כקרח, משקאות מוגזים, או משקאות מפירות הדר, העלולים להחמיר את השלושול.
- יש לצרוך תוספת מלח למניעת התייבשות.
- תרופות כנגד שלשול, כגון אימודיום, או פפטו-ביסמול, עשויים לעזור. אין ליטול תרופות אלו לפני שמתייעצים עם הרופא.

כיצד לטפל במצב חירום

- בקש מהרופא שלך לרשום דרכי פעולה במקרה שמצבך מחמיר בעודך מטייל.
- ברר מראש אם באוטובוסים או ברכבות ישנם בתי שימוש. בזמן הזמנת כרטיסי הטיסה, בקש מושב במעבר או ליד השירותים.
- ידע מראש את חברת התעופה על המגבלות התזונתיות שלך, או שהבא עימך מזון מהבית.
- שמור את מספר הטלפון של הרופא שלך תעודת הביטוח הרפואי שלך בארנק.
- ברר עם חברת הביטוח הרפואי שלך האם הפוליסה מכסה נסיעות לחו"ל, והאם גם מצבים רפואיים קודמים כלולים.

סימני אזהרה למטייל עם מחלת קרוהן או קוליטיס כיבית

אם אתה נתקל באחד מסימני אזהרה אלו בעודך מטייל, היוועץ עם רופא באופן מיידי.

- חום גבוה וצמרמורות עלולים להעיד על דלקת חיידקית הדורשת טיפול אנטיביוטי תוך ורידי.
- שלשול דמי רב מעיד על התכיבות ניכרת במעיים, הנגרמת על ידי חיידקים, טפילים או התלקחויות של קוליטיס.
- כאב בטן עז ו/או תפוחות בטנית עלולים להעיד על סיבוך של המחלה שלך, במיוחד אם הם מלווים ברגישות עזה על גבי הבטן או בחילות והקאות.
- סחרחורת במעבר לעמידה או אירוע של התעלפות יכולים לרמז על לחץ דם נמוך. הגורם יכול להיות תפקוד לא תקין של בלוטת יותרת הכלייה, סימן לכך שיש להתאים את הטיפול הסטרואידלי שלך.
- שתן מועט ומרוכז עלול לציין התייבשות.

שמות בינלאומיים של תרופות נפוצות לטיפול במחלות מעי דלקתיות

- אקרומיצין**® שם גנרי: **טטרציקלין**
היות וחברות רבות מייצרות תרופה זו, יש לה שמות רבים. השתמש בשם הגנרי כאשר אתה מבקש תרופה זו.
- אסאקול**® שם גנרי: **מזאלאמין**
שמות מסחריים במדינות אחרות: מוכרת ברוב המדינות תחת השם המסחרי האמריקאי.
- אזולפידין**® שם גנרי: **סולפה-סאלאזין**
שמות במדינות אחרות: סאלאזופירין (צרפת, איטליה), סאלפאסאזין (אנגליה).
- דיפנטום**® שם גנרי: **אולסאלאזין**
מוכרת בכל העולם לפי השם הגנרי.
- פלאג'יל**® שם גנרי: **מטרונידאזול**
מוכרת בכל העולם לפי השם הגנרי.
- אימודיום**® שם גנרי: **לופראמיד**
שמות מסחריים במדינות אחרות: מוכרת כאימודיום במערב אירופה, מלבד בספרד, שם נקראת פורטאסק.
- קפלקס**® שם גנרי: **צפאלקסין**
שמות מסחריים במדינות אחרות: קפורל (ארגנטינה, אלג'יריה, בלגיה, צרפת, איטליה, חוף השנהב, מרוקו, הולנד, טוניסיה), אוראקף (גרמניה), קפלורדינין (ספרד), קפלקס מוקוליטי (פרו), אוראקף וקפלקס (צרפת, יוון, אירלנד).
- לומוטיל**® שם גנרי: **דיפנוקסילאט או אטרופין**
שמות מסחריים במדינות אחרות: דיארסד (צרפת), לומוטיל (אנגליה), ריאסק (איטליה).
- אומניפן**® שם גנרי: **אמפיצילין**
שמות מסחריים במדינות אחרות: פנבריתין (קנדה), בריטאציל (פורטוגל), אמפלאצילינין (ברזיל), אומניפן (מכסיקו, פקיסטן, ונצואלה).
- פנטאזה**® שם גנרי: **מזאלאמין**
מוכרת ברחבי אירופה תחת השם פנטאזה.
- פרדניזון** שם גנרי: **6-מרקפטופורין (6-MP)**
מוכרת בכל העולם תחת שם גנרי זה, אולם ישנם שמות מסחריים רבים
- פורינטול**® שם גנרי: **6-מרקפטופורין (6-MP)**
שמות מסחריים במדינות אחרות: פורינטול (אנגליה, צרפת, איטליה)
- רוואזה**® שם גנרי: **מזאלאמין**
שמות מסחריים במדינות אחרות: סאלופאלק (אנגליה, בלגיה, קנדה, גרמניה, ישראל, הולנד, שווייץ), מזאלאמין (אנגליה), קוליטופאלק (גרמניה).



למחלת קרוהן וקוליטיס כיבית יש השפעה כמעט על כל תחומי החיים. אם לך או לאחד מיקיריך יש את אחת ממחלות המעי הדלקתיות הללו, בוודאי עולות לך שאלות אודות הקשר של מחלות אלו לגורמים פסיכולוגיים, חברתיים ורגשיים. להלן תשובות לחלק מהשאלות השכיחות ביותר, המבוססות על ניסיון קליני רב.

מהו גורם למחלת קרוהן וקוליטיס כיבית?

מקור מחלות המעי הדלקתיות עדיין אינו ידוע. ייתכן כי מדובר בשילוב של גורמים שונים. חוקרים סבורים כי לחולי מחלות מעי דלקתיות יש נטייה גנטית לחסר חיסוני כלשהו, המאפשר לגורם זר כגון וירוס או חיידק להצית את המחלה.

האם מתח נפשי וחרדה גורמים למחלות אלו?

אין כל עדות לכך. מחלות המעי הדלקתיות הינן תסמונות ביולוגיות. מתח וחרדה עשויים לשנות את האופן בו החולים חווים את התסמינים, אולם הם אינם גורמים למחלה.

חברים ושכנים טוענים כי קוליטיס נגרמת בגלל עצבים ודאגות. האם זה נכון?

כאשר אנשים לא מקצועיים, ולעיתים אפילו רופאים, מדברים על "קוליטיס", הם עשויים להתכוון למחלה ספציפית המכונה קוליטיס כיבית, או למצב שונה לגמרי הקרוי תסמונת המעי הרגיש. תסמונת המעי הרגיש נקראת גם מעי ספסטי, או "קוליטיס" ספסטית. מונחים אלו גרמו לבלבול רב. תסמונת המעי הרגיש הינה הפרעה בתפקוד המעי הגס. תסמונת המעי הרגיש עלולה להיות כואבת מאוד, אולם היא הרבה פחות חמורה ממחלות מעי דלקתיות, מכיוון שלא נוצרת דלקת במעיים. שלא כמו בקוליטיס כיבית או במחלת קרוהן, בתסמונת המעי הרגיש אין פגיעה במעיים או הופעת דימומים, ולא נגרמים סיבוכים מזיקים הדורשים טיפול באמצעות תרופות חזקות או ניתוחים.

גם הגורם לתסמונת המעי הרגיש אינו ידוע, אולם במרבית המקרים, יש משמעות רבה לגורמים נפשיים. מידע אודות תסמונת המעי הרגיש ניתן לקבל מהקרן הבינלאומית להפרעות תפקודיות במערכת העיכול: (בעברית באתר של המכון למחלות דרכי העיכול והכבד www.gastro.org.il)

The International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders (IFFGD)

P.O. Box 17864, Milwaukee, WI 53217, tel.: 888-964-2001

Web site: www.iffgd.org, e-mail: iffgd@iffgd.org

אין כל עדות לכך שרגשות שונים גורמים לקוליטיס כיבית או למחלת קרוהן. כדאי לך להמליץ על עלון זה לחברים ומכרים החושבים כי מחלות מעי דלקתיות נגרמות בשל "סערת רגשות". חשוב מאוד לתקן רושם מוטעה נפוץ זה.

האם סוגי אישיות מסוימים נוטים יותר לפתח קוליטיס כיבית או מחלת קרוהן?

לא. לפני כ-50 שנה, האמינו כי מחלות מעי דלקתיות הינן חלק מקבוצת תסמונות אשר מאפיינות נטייה ביולוגית ותכונות אופי מסוימות. תוצאות המחקרים שנעשו לאחרונה אינן תומכות בתיאוריה זו. למעשה, מחקרים שנעשו בתקופה ההיא, הראו כי פסיכואנליזה אף החמירה מספר מקרים של קוליטיס כיבית. אין משמעות הדבר, כמובן, כי חולי מחלות מעי דלקתיות צריכים להימנע מללכת לטיפול אצל פסיכולוג או פסיכיאטר (ראה להלן: "האם מומלץ לחולי מחלות מעי דלקתיות לקבל ייעוץ פסיכיאטרי?"), אם הם מרגישים כי דבר זה יעזור להם להתמודד עם ההשלכות הרגשיות של מחלתם. אולם חשוב לזכור, כי מאחר והסיבה למחלות המעי הדלקתיות אינה נפשית אלא ביולוגית בבסיסה, רק טיפול תרופתי יכול לטפל במחלה עצמה. ידוע כעת כי אין מאפייני אישיות מסוימים בעלי נטייה לפתח מחלת מעי דלקתית, וכיום ישנם מטפלים נפשיים רבים בעלי ניסיון בטיפול באנשים עם מחלות אלה.

האם לגורמים רגשיים יש תפקיד כלשהו במהלך מחלת המעי הדלקתית?

ברפואה של היום ידוע כי הגוף והנפש הינם שני חלקים בלתי נפרדים, הקשורים זה לזה בדרכים רבות ומורכבות. במרכזים רבים ישנם מכוני גוף-נפש משגשגים. תצפיות הראו כי לעיתים, בזמן מתח גופני ונפשי, מתלקחים מספר תסמינים של המחלה, כגון כאב בטן או שלשול. עובדה זו מצביעה על קשר לשינויים פיזיולוגיים בתפקוד מערכת העיכול, ועמידות מופחתת לדלקת (יותר מהתגברות של הדלקת עצמה). מחקרים הראו כי קיים קשר

בין מתח נפשי כרוני חמור לבין התגברות הדלקת. יחד עם זאת, יש להבדיל בין השפעה זו לבין הגורם הראשוני למחלות המעי הדלקתיות, שאיננו נפשי בבסיסו. תסמיני מחלות רבות, אפילו מחלות ללא גורם ביולוגי ידוע, עלולים להחמיר במצבי לחץ.

האם תסמיני מחלת קרוהן וקוליטיס כיבית, כגון כאב עז ושלישול כרוני עלולים לגרום לבעיות רגשיות?

אכן כן. כל אדם מתמודד עם מחלה כרונית בדרך אחרת. חלק מהאנשים מסוגלים להתמודד עם המחלה הקשה ללא תגובות רגשיות יוצאות דופן. אחרים חווים מתח נפשי רב בזמן שהם מפתחים מחלה כרונית קשה כדוגמת מחלת מעי דלקתית.

מהן התגובות של החולים במחלות מעי דלקתיות?

אין זה מפתיע כי חלק מהחולים מתקשה להתמודד עם מחלה כרונית קשה, באם זו סוכרת נעורים, מחלת לב ראומטית, אסטמה, או מחלת מעי דלקתית. מחלות מסוג זה מהוות איום על שגרת החיים הבריאה, כולל הרווחה הגופנית והרגשית, התפקוד החברתי, ואפילו הדימוי העצמי. במצבים אלה, עלולות להופיע תגובות רגשיות הכוללות חרדה, דיכאון או הכחשה של קיום מחלה כרונית או צורך בעזרה. תגובות אלה עולות כנגד המחלה ולא כנגד הגורם לה. כאשר תגובות אלו פוגעות בתפקוד היומיומי של החולה, עליו למצוא דרכים לשפר את התגובה הנפשית שלו. ניתן לעשות זאת לבד, בעזרת משפחה וחברים, בעזרת הרופא המטפל, או ביעוץ נפשי מקצועי.

האם מוצדקת תחושת האשמה של החולים הטוענים שהם הביאו את המחלה על עצמם ובכך גרמו לבעיות הן לעצמם והן למשפחתם?

כלל וכלל לא. ייתכן ומקור רגשות האשם הוא בכך שחולים אלו סבורים כי הגורמים למחלת המעי הדלקתית הם ממקור נפשי, ושבדרך כלשהי, הם עצמם גרמו להופעת המחלה בכך שהם לא שלטו ברגשותיהם. אין כל בסיס לצורת מחשבה זו. מחלות מעי דלקתיות אינן נגרמות בשל רגשות, ואין דבר שהחולה יכול היה לעשות בכדי למנוע את הופעת המחלה. רגשות אשם אינם מוצדקים ואינם רצויים. הם מקשים על ההתמודדות עם הנטל הגופני והרגשי שיש לחולים במחלות המעי הדלקתיות. לפיכך, חשוב להפיג תחושות אשמה מסוג זה.

האם מוצדקת תחושת האשמה של בני משפחות החולים הטוענים שבדרך כלשהי הם גרמו למחלה?

כלל לא. כאמור לעיל, אין כל בסיס להאשמות עצמיות בגרימת המחלה, הן מצד החולה והן מצד בני משפחה כגון הבעל, האישה, הילדים, ההורים, או האחים. ניתן להרגיע אותם בכך שההעברה התורשתית של המחלה מסתכמת ב 5-7% במידה ולאחד ההורים יש מחלת קרוהן, ובמקרה של קוליטיס כיבית השיעור נמוך אף יותר.

מהי הדרך הטובה ביותר להתמודד עם הפחד מפני התלקחות של המחלה?

הדרך הטובה ביותר להתמודד עם מחלות מעי דלקתיות הינה לחפש טיפול יעיל. ניתן לטפל היטב ברוב חולי מחלות המעי הדלקתיות באמצעות תרופות נוגדות דלקת. מספר רב של תרופות לשימוש פומי ומקומי הראו יעילות רבה בטיפול, במיוחד בקוליטיס כיבית. הרופא שלך, שהוא מומחה בטיפול במחלות אלו, יחליט מהי התרופה המתאימה ביותר למצב הספציפי שלך. בנוסף, חשוב לדעת כי מערכת יחסים טובה בין החולה לרופא מאפשרת להתמודד בצורה יעילה עם מרבית הסיבוכים.

כיצד מתמודדים עם התקפי גזים, שלישול או כאב המופיעים במקומות ציבוריים?

לנוחיותך ולטובת השקט הנפשי שלך, מומלץ לתכנן מראש את סדר היום טרם היציאה מהבית. יש להיות מעשיים מאוד. בדוק מראש היכן נמצאים השירותים במסעדות, מרכזי קניות, אתרי טיולים, או תחבורה ציבורית. קח תמיד איתך זוג תחתונים נוסף או נייר טואלט למקרה הצורך. נסה להיות ענייני בנושא צרכיך והתקפי הכאב. באופן זה תוכל לעזור לעצמך יותר, ולזכות בשיתוף פעולה מצד אחרים אשר יבינו אותך וילכו בדרכך. מומלץ להכיר גם את האופן בו גופך מגיב לסוגי מזון שונים. ניתן לנסות דיאטה בשיטת האלימינציה, בה מפסיקים לאכול מוצרי מזון מסויימים, ולאחר מכן מחזירים אותם בהדרגה בכדי לבדוק את תגובת מערכת העיכול אליהם. הימנעות ממאכלים שגופך אינו סובל עשויה לשמור על בריאותך. חברים קרובים מודעים לכך שמצבך גורם להתקפי כאב קשים. הם יכולים ללמוד, בעזרתך, שלמרות כוונותיהם הטובות, אין הרבה דברים שהם יכולים לעשות מלבד לתת לך להתמודד עם הכאב בדרך שלך. (חוברת "דיאטה ותזונה" של הקרן האמריקאית לקרוהן וקוליטיס מספקת מידע נוסף בנושא זה).



האם ישנן הצעות מסויימות לחולים המתכננים נסיעה?

הקפד לשתף את הרופא בתכנוני הטיול שלך. למד את השמות הגנריים של התרופות שלך ודאג לקחת מלאי תרופות גדול שיספיק לצרכיך במהלך הטיול. במידת האפשר, בקש מהרופא למצוא עבורך שמות רופאים העובדים באיזורים אליהם אתה מתכנן לנסוע. אם אתה מתכנן לנסוע למדינות לא מפותחות, מומלץ להיוועץ ברופא מומחה ברפואת מטיילים. ניתן למצוא עצות נוספות אודות נסיעה עם מחלות מעי דלקתיות, כמו גם רשימת ארגונים בינלאומיים למחלות מעי דלקתיות, באתר הבית של הקרן האמריקאית לקרוהן וקוליטיס (www.ccfca.org).

מהן סוגי התרופות המומלצות לעזרה בהתמודדות עם קשיים נפשיים העלולים להופיע בהקשר של מחלות מעי דלקתיות?

לרוב, אין צורך בנטילת תרופות במצבי מתח נפשי המלווים התלקחויות של מחלת מעי דלקתית. יחד עם זאת, חלק מהאנשים עלול לחוות קושי רגשי רב (בעיקר חרדה או דיכאון), ובמצב כזה ניתן להיעזר בתרופות. הרופא המטפל יכול להחליט על סוג התרופה, או במצבים מסויימים, להפנות את החולה לפסיכיאטר. תרופות נוגדות חרדה ניתנות בדרך כלל לפרקי זמן קצרים. טיפול נגד דיכאון ניתן במקרים של תסמיני דיכאון קשים, או במצבי כאב כרוני הנובע מהמחלה. באופן כללי, התרופות המשמשות לטיפול במצבי מצוקה נפשיים אינן מפריעות לתרופות הניתנות לטיפול במחלת המעי הדלקתית.

האם מומלץ לחולי מחלות מעי דלקתיות לקבל ייעוץ פסיכיאטרי?

למרבית החולים הסובלים מחרדה ותגובות רגשיות אחרות, לא נדרש טיפול פסיכותרפי מסודר. רופא בעל ניסיון בטיפול בחולי קרוהן וקוליטיס כיבית יכול לעיתים קרובות לעזור, כולל מתן תמיכה רגשית. אולם, לחולים הסובלים מתגובה רגשית קשה או מעוניינים למצוא דרך יעילה יותר להתמודד עם מחלתם, הפנייה לפסיכולוג או לפסיכיאטר יכולה לעזור. יש לבחור מטפל המכיר את מחלות המעי הדלקתיות, ומבין את הקשיים הנפשיים בהתמודדות עם מחלות אלו.

כיצד אפשר למצוא את המטפל המתאים?

מוטב כי הרופא יעזור למטופל למצוא את המטפל המתאים. ההחלטה יכולה להתבסס על סוג הטיפול הדרוש (פסיכותרפיה, תרגולי הרפייה, ייעוץ לטיפול תרופתי וכו'), או על כישוריו ונסיונו של המטפל. לעיתים ניתן לקבל המלצות על מטפל מחולים אחרים.

האם ישנן תכונות מיוחדת לפסיכותרפיה העוזרות במיוחד לחולי מחלות מעי דלקתיות?

כן. חשוב כי בנוסף לשימוש בכישוריו הרגילים, המטפל יביע עניין אמיתי בטיפול במחלות מעי דלקתיות. רצוי כי המטפל יכיר היטב את המהלך התקין והמהלך החריג של מחלות אלו, את סיבוכי מחלות המעי הדלקתיות, ואת התרופות הרבות בהן משתמשים. חשוב גם שהרופא המטפל והפסיכולוג ישמרו על קשרי עבודה הדוקים בכדי לוודא כי מאמציהם לעזור לחולה מתואמים.

מהי ההשפעה הרגשית של מחלת מעי דלקתית על צעירים?

מחלות אורגניות נוטות להשפיע על צעירים יותר מאשר אנשים שמצאו את מקומם בחיים ויודעים להתמודד עם מצבי מצוקה. לדוגמה, גיל ההתבגרות הינה תקופה בה אנו מחפשים להיות עצמאיים יותר ובלתי תלויים באחרים כחלק מהתבגרות רגילה. מחלות כרוניות עלולות לגרום לתלותיות במשפחה, ברופאים או במערכת הבריאות. עבור מתבגרים, זוהי הסתגלות קשה במיוחד. לפיכך, אין זה מפתיע כי עלולים להופיע יותר קשיים רגשיים בגילאים הצעירים, בייחוד הכחשת המחלה, מאשר בקרב מבוגרים. מלבד זאת, העקרונות שתוארו קודם לכן מתאימים לצעירים כמו למבוגרים.

האם לניתוח אילאוסטומיה יש השפעה על מצבו הנפשי של המטופל או יכולת ההתמודדות שלו?

עבור מיעוט חולי מחלות המעי הדלקתיות, מומלץ לעבור ניתוח במידה ולא ניתן לטפל היטב בתסמינים באמצעות טיפול תרופתי. הצורך בניתוח מעמיד מספר סיכונים, אולם בנסיבות המתאימות יש לשקול אותם כנגד התועלת הצפויה. עם שיטות הניתוח המודרניות ויכולות הטיפול לפני ואחרי הניתוח, הסיכון להופעת סיבוכים קשים הינו נמוך. חלק מהחולים, שלא ניתן לעזור להם באמצעות תרופות או כריתת מעי רגילה, עשויים להזדקק לאילאוסטומיה. אנשים עם סטומות צריכים להרכיב שקית על הבטן, לתוכה מתפנה הצואה. סוג זה של ניתוח מציב בעיות הסתגלות נוספות. יחד עם זאת, מרבית החולים יכולים להתמודד בקלות רבה יותר עם בעיות אלו

בעזרתם של רופאים המודעים למצב ומספקים את המידע המתאים. מספר ארגונים מספקים מידע מועיל ביותר, לדוגמא:

* United Ostomy Association (36 Executive Park, Suite 120, Irvine, CA 92714; www.uoa.org)

* J-pouch support group (www.j-pouch.org)

ארגוני הסטומות המקומיים והארציים עונים על שאלות אלו באמצעות פרסומים רבים, פגישות ואתרי אינטרנט, ויכולים לעיתים קרובות לספק ייעוץ לחולים לפני ואחרי הניתוח. בדרך כלל ניתן לקבל ייעוץ זה בבית החולים ובביקורי בית. אחת מהדאגות המשמעותיות ביותר של חולים בעלי סטומה קשורה ביכולתם לבצע יחסי מין תקינים. מחקרים הראו כי לא רק שהפעילות המינית אינה מחמירה, היא אף משתפרת, בייחוד בקרב מי שהיה חולה מאוד לפני הניתוח.

מהם הגורמים שיובילו לבריאות טובה יותר בעתיד?

באופן אידיאלי, החולה מקבל את מחלתו בצורה מפוכחת, ללא רחמים עצמיים, ללא רגשות אשמה, ומבלי להאשים אחרים במחלתו. במידת האפשר, על החולה להתמודד עם המחלה בצורה ישירה ועניינית, ובכך להקל על המשפחה והחברים לקבל את המחלה כחלק ממערכת היחסים עימו. החולה מסוגל לבצע את עיסוקיו היומיומיים ככל הניתן, מבצע את הוראות הרופא, ושומר על גישה חיובית והשקפת חיים אופטימית. הקהילה הרפואית הכירה לאחרונה בעובדה כי הצבת איכות חיים טובה כיעד עיקרי בטיפול במחלות המעי הדלקתיות תאפשר לחולים להמשיך את חייהם, למרות המחלה. בעזרתם של רופאים מומחים, משפחה וחברים, ובאמצעות טיפול נכון, ניתן ללמוד לשלוט בתסמיני מערכת העיכול. לעיתים התנהגותם של חולים עלולה לגרום לקשיים, לדוגמא אם חולה משתמש במחלתו כדי להשפיע על בני משפחה אחרים. ניתן לטפל בבעיות מסוג זה בעזרת פסיכולוג קליני טוב או מומחים אחרים בבריאות הנפש אשר יש להם ניסיון בטיפול בחולים כרוניים. מילוי הוראות הרופא לגבי הטיפול הרפואי הינו דבר חיוני להתמודדות עם המחלה. בנוסף, מספר שיטות התמודדות נוספות יכולות לעזור לך לשלוט בצורה טובה יותר במצבך. טכניקות אלו מורידות את רמת המתח הנפשי ומשפרות את התפקוד היומיומי. שיטות ההתמודדות כוללות תמיכה חברתית (לדוגמא, השתתפות בקבוצת תמיכה), חינוך, פתרון-בעיות, והערכה חיובית של מצבים לא נעימים. בקצרה, רוב המומחים מסכימים כי בעיות תפקוד נפשיות וחברתיות מהוות חלק ממחלות המעי הדלקתיות בקרב חלק מסוים של החולים, ולא מהוות סיבה או מאפיין ייחודי של המחלה עצמה. אין כל ספק שמחלות כרוניות מעמידות מספר אתגרים רב במהלך החיים. אולם חשוב לא פחות לזכור כי מרבית חולי מחלות המעי הדלקתיות מנהלים חיים מלאים, למרות מחלתם. הם הולכים לבית-ספר, עבודה, מגדלים ילדים, מטיילים, ועושים פעילות גופנית. באמצעות היכרות טובה יותר של המחלה, ועבודת צוות ביחד עם המשפחה, החברים והמטפלים, גם אתה יכול לתפוס פיקוד על מחלתך וליהנות מכל מה שיש לחיים להציע.

CROHN' S & COLITIS FOUNDATION OF AMERICA
NATIONAL HEADQUARTERS
Park Avenue South 386
17th Floor
New York, NY 10016-8804
Tel: 800.932.2423
e-mail: info@ccfa.org
www.ccfa.org
AOL Keyword: CCFA



תסמינים וסימנים של דיכאון

רוב מומחי בריאות הנפש מסכימים כי אם אתה סובל מחמישה מתסמינים אלו או יותר למשך יותר משבועיים, עליך להיבדק אצל מומחה.

- מצב רוח עצוב, חרד, או תחושת ריקנות
- תחושת חוסר אונים ופסימיות
- רגשות אשם, חוסר ערך עצמי, חוסר אונים
- איבוד עניין בתחביבים ופעילויות שנחשבו בעבר למהנות, כולל יחסי מין
- חוסר אנרגיה, עייפות, תחושת איטיות
- קושי בריכוז, בזיכרון או ביכולת קבלת ההחלטות
- נדודי שינה, התעוררות מוקדמת, או שינה מרובה
- ירידה בתיאבון, ירידה במשקל, או אכילת יתר ועלייה במשקל
- חוסר נינוחות, עצבנות

אם אתה סובל מתסמינים אלו, או שנטל חיי היומיום הופך להיות כבד מדי, עליך לחפש עזרה. לעיתים התסמינים הגופניים של מחלות המעי הדלקתיות - כאבי בטן, עייפות וירידה באנרגיה - יכולים להיות גם תסמינים של דיכאון. חשוב לחפש מטפל בעל ניסיון בטיפול באנשים הסובלים ממחלות כרוניות, רצוי מחלות מעי דלקתיות.

עצות ליציאה מהמיטה

לעיתים קרובות, השלב הראשון בהתמודדות עם העצבות הוא להכריח את עצמך לצאת מהמיטה ולהתחיל את היום - אפילו אם זה קשה. להלן מספר עצות, שנלקחו מתוך הספר התמודדות עם האתגר: לחיות עם מחלה כרונית מאת אודרי קרוהן.

- לעיתים לדברים הקטנים יש משמעות רבה. תכנן משהו מיוחד שכדאי לצפות לו, כך שיהיה לך קל יותר לצאת מהמיטה. זו יכולה להיות תכנית בטלוויזיה, ארוחת בוקר דשנה, או שיחת טלפון עם חבר.
 - כאשר אתה נראה במיטבך, אתה מרגיש טוב יותר ואנשים אחרים מגיבים בצורה חיובית. לבישת הבגד האהוב עליך, גילוח או איפור עוזרים מאוד בהתגברות על תחושת ה"למה לטרוח?".
 - הכן את סדר היום שלך כבר בלילה שלפני. לוח זמנים מסודר מקל על תחושת המתח בבוקר.
 - תכנן פעילות לכל יום בשבוע. בכל שלבי המחלה, חשוב שתהיה תבנית לכל יום. לדוגמה, אפילו אם אינך עובד, ניתן לתכנן שעת הליכה או ארוחת צהריים עם חבר. הקפד להשאיר מספיק זמן לטיפול הרפואי, ללא קשר לפעילויות המתוכננות האחרות.
 - שב לנוח. קל יותר לפעול כאשר אתה יודע שיש לך הפסקות מסודרות.
 - כמובן, קח קצת זמן להתאושש. קריאה בבוקר או האזנה למוזיקה מקלים על ההשכמה.
- אם לאחר מספר שבועות אתה עדיין נתקל בקשיים לקום מהמיטה, ייתכן ואתה זקוק לעזרה בהתמודדות עם הדיכאון. לטובתך ולטובת משפחתך, חשוב כי תחפש עזרה שכזו.

עצות לעזרה עצמית במצבי דיכאון

דיכאון עלול לגרום לתחושת תשישות, חוסר ערך, חוסר אונים וחוסר תקווה. מחשבות ותחושות שליליות גורמות לחלק מהאנשים לרצות לוותר לעצמם. חשוב להבין כי ההשקפה השלילית מקורה במחלת הדיכאון שלך, ואינה משקפת את המצב האמיתי שלך. המחשבות השליליות נמוגות כאשר הטיפול מתחיל להשפיע. בינתיים:

- קבע לעצמך מטרות הגיוניות לאור הדיכאון בו אתה נמצא, וקח מידה סבירה של אחריות על חייך.
- חלק משימות גדולות לחלקים קטנים, קבע סדרי עדיפויות, ועשה דברים כפי יכולתך.
- נסה להיות עם אנשים אחרים ולבטוח במישהו, זה עדיף על להיות לבד ולשמור על חשאינות.
- השתתף בפעילויות הגורמות לך להרגיש טוב יותר.
- פעילות גופנית קלה, ביקור בקולנוע, משחקי כדור, או השתתפות בפעילויות דתיות, חברתיות ואחרות, עשויות לעזור.

-
- אל תצפה כי מצב רוחך ישתפר באופן מיידי, אלא בהדרגה. עובר זמן מה עד שמרגישים טוב.
 - מומלץ לדחות החלטות חשובות עד לאחר שהדיכאון חולף. לפני לקיחת החלטות חשובות בחיים - שינוי מקום עבודה, נישואין, גירושין - היוועץ עם אנשים המכירים אותך היטב ויש להם דעה אובייקטיבית יותר אודות מצבך.
 - לעיתים נדירות בלבד אנשים "יוצאים מהדיכאון" בבת אחת. לרוב ההרגשה הולכת ומשתפרת מיום ליום.
 - יש לזכור כי מחשבות חיוביות יתפסו את מקומן של המחשבות השליליות המהוות חלק מהדיכאון, אשר יעלמו כאשר הטיפול בדיכאון יחל להשפיע.
 - תן למשפחה וחברים לעזור לך.

טיפול קצר טווח מול טיפול ארוך טווח

טיפול קצר טווח, עשוי לעזור בהתמודדות עם מצבי דיכאון זמניים. כאשר ישנה תגובה לאירוע ספציפי, טיפול קצר טווח מספק כלים ושיטות להתמודדות עם המצב. כאשר הבעיה חולפת או ששיטות ההתמודדות משולבות בחיי היומיום, הצורך בטיפול זה מסתיים.

טיפול ארוך טווח עשוי להתחיל כיוון שאתה מחפש עזרה בהתמודדות עם המחלה שלך, או שאתה סובל מדיכאון. סוג זה של טיפול עשוי לחשוף נושאים אחרים שיש צורך להתייחס אליהם גם לאחר שהסיבה העיקרית לטיפול חלפה.



אלו היו שתי מילים קטנות, אולם הן גרמו לדיון נרחב: יחסי-מין. למרות זאת, דיון אודות יחסי מין ומיניות עבור חולי מחלות המעי הדלקתיות יכול לכלול נושאים כמו מחלות, תרופות וניתוחים, שלכולם עשויה להיות השפעה על התפקוד המיני. כמו כן, תסמיני מחלות המעי הדלקתיות עלולים לפגוע בדימוי הגוף, ולהניא אנשים מלחפש מערכת יחסים מינית. כאן, אנו נסקור את ההיבטים השונים של מחלת קרוהן וקוליטיס כיבית היכולים להפריע במיניות ובפיתוח מערכות יחסים מיניות, ונדון בשאלה כיצד ניתן להתגבר על מכשולים אלו.

גדילה

ילדים לומדים על מיניות בזמן שגופם עובר שינויים. עבור ילדי חולי מחלת מעי דלקתית, תהליך זה עלול להתעכב. כ-30% מהילדים החולים במחלת קרוהן, ושיעור קטן יותר של ילדים חולי קוליטיס כיבית, עלולים לסבול מעיכוב בגדילה, אומר ד"ר דאגלס דרוסמן, גסטרואנטרולוג ופסיכיאטר מאוניברסיטת צפון קרוליינה. "דבר זה עלול לדחות את ההתבגרות המינית. אולם, ברגע שזו מתרחשת, המחזורים ההורמונליים נוטים להיות תקינים". עיכוב זה יכול להדאיג חלק מהילדים. "ילדים מרגישים 'רגילים' כאשר הם משווים עצמם לאחרים ואז מאמתים את התרשמותם עם ההורים", מציינת הפסיכולוגית ד"ר מורטון כץ מיוסטון. "אם המחזור החודשי של נערה חולת מחלת מעי דלקתית מתחיל אחרי חברותיה, היא תשאל 'מה לא בסדר איתי?'. חשוב לענות לשאלה זו באופן ישיר ומלא עניין, ולא בחרדה ועצבנות. אפשר לענות, 'אנשים מתפתחים בקצב שונה. אני שמח ששאלת!'"

ההסתגלות לגיל הבגרות הינה דבר מבלבל לכל ילד. "השדיים של הנערות מתחילים לכאוב, והבנים חווים זיקפה", אומרת ד"ר כץ. "התנסויות אלו מבהילות את הילדים, וגורמות להם לתחושת תלות בהוריהם. ילדים חולי מחלת מעי דלקתית מרגישים חוסר ביטחון גדול אף יותר, בגלל דברים אחרים שאין ביכולתם לשלוט בהם. כל פגישה עם חברים כוללת מידה מסוימת של חרדה לגבי מה שהם יאכלו או לגבי הליכה לשירותים". ג'ק אלסטר (שם בדוי), סטודנט בן 24 מניו אורלינס, אובחן כסובל ממחלת מעי דלקתית בגיל שמונה. "הילדים הציקו לי על שהעליתי במשקל כאשר קיבלתי טיפול בסטרואידים", הוא נזכר. "היה לי גם אישור קבוע לצאת לשירותים. שאר הילדים לא הבינו שזה לא פרס".

הורים יכולים להשפיע רבות במהלך תקופות לא יציבות אלו. "ההורים צריכים להגיב עם תמיכה, אכפתיות, ומידע אודות השינויים הגופניים", אומרת ד"ר כץ. "הם יכולים לנטרל את ההשפעה של הלגלוג על ידי עידוד של הילד לחשוב, 'מה הבעיה של הילד שמלגלג עלי?'". ההורים יכולים לשמש גם כמודל לחיקוי. "כל ילד שגדל מסתכל במגזינים", אומרת ד"ר כץ. "כתוצאה מכך, המקור להשוואה שלהם הינו גוף מושלם. חשוב כי ההורים ידגישו כי חשובה להם הרבה יותר משלמות גופנית בלבד". תמיכת ההורים יכולה להבטיח כי הילד יגדל להיות בוגר מיושב ומסודר המנהל חיים מלאים למרות מחלת המעי הדלקתית.

תפקוד מיני עם מחלת מעי דלקתית

לרוע המזל, בוגרים החולים במחלות מעי דלקתיות עלולים להיתקל בבעיות בדרך לחיי מין בריאים ומהנים. "התפקוד המיני עלול להיפגע בגלל התרופות או בגלל סיבוכי המחלה" אומר ד"ר דרוסמן. "הסטרואידים עלולים להשפיע על הדחף והתפקוד המיני. אולם, בדרך כלל, ישנן הפסקות ארוכות בטיפול הסטרואידלי ברוב חולי מחלות המעי הדלקתיות, או שהטיפול מתבסס על המינונים הנמוכים ביותר האפשריים. לסולפה-סאלאזין יש קשר לירידה תלוית-מינון בספירת הזרע, אולם לא בתפקוד המיני [כתחליף ניתן להשתמש בתכשירי 5-ASA]".

סיבוכים מסויימים עלולים להטריד במיוחד. "התפתחות פיסטולות [תעלות לא תקינות המחברות בין המעי לעור או לאיברים סמוכים] מפריעה לעיתים על התפקוד המיני", מציינת ד"ר דרוסמן. בייחוד פיסטולה בין המעי לנרתיק המתרחשת בחלק קטן מהנשים עם סיבוך של מחלת הקרוהן. כמו כן, יחסי מין אנאליים עלולים להחמיר פיסורה [קרע] או מחלות אחרות באיזור פי הטבעת".

למלודי תומפסון, בת 35 מלואיזיאנה, היה מקרה מסובך של מחלת קרוהן לפני שעברה אילאוסטומיה. "במשך שלוש שנים סבלתי ממחלה סוערת במעי הגס, במעי הדק, וברקטום", היא אומרת. "היו לי חמש פיסטולות, ובנקודה מסוימת הם כמעט חדרו לתוך הנרתיק שלי. אני יודעת שבעלי אוהב אותי, כיוון שעברה תקופה ארוכה מבלי שקיימנו יחסי מין".

ניתן להשתמש במטרונידאזול או בחומרים נוגדי דלקת, כגון 6-מרקפטופורין, כדי להקטין את הדלקת שבפיסטולות, אומר ד"ר דרוסמן. "מלבד זאת, ניתן להיעזר בג'ל סיכה במהלך יחסי המין". במקרים מסובכים יותר, "ניתוח יכול לפתור את רוב הבעיות, אם לא כולן", אומר ד"ר איאן לייברי, מנתח בכיר מבי"ח בקליבלנד. "עלולים להישאר פתחי ניקוז נסתרים הגורמים לאי נוחות קלה".

ניתוחים מסויימים למחלת קרוהן או קוליטיס כיבית, כגון יצירת סטומה או כיס אילאו-אנאלי, דורשים כריתה של המעי הגס. "במקרים אלו, ישנו סיכון קל של פגיעה בעצבוב האוטונומי לאגן, השולט על זיקפה ושפיכה", מציין ד"ר לייברי. עבור כל המנתחים המנוסים, ישנם איזורים מוכרים בהם הסיכון לפגיעה בעצבוב הינו גבוה מאוד. פגיעה תפקודית כתוצאה מניתוח היא דבר מאוד לא שכיח במידה והניתוח מתבצע בצורה תקינה. פגיעה שכזו מתרחשת במצבים בהם הניתוח מסובך במיוחד בשל מחלה קשה שפגעה ברקמות רבות. "בקרוב נשים, פגיעה בעצבי האגן יכולה להוריד את התחושה בדגדגן. כריתת הרקטום גורמת לאיברים לשנות את מיקומם. הרחם צונח לאחור, השחלות צונחות לתוך האגן, דבר העלול לגרום לכאבים בזמן קיום יחסי מין".

טיפולים לאין אונות הנגרמת כתוצאה מהניתוח כוללים רצועת גומי או טבעת לשמירה על זיקפה, שתלי פין, וטיפול תרופתי בויאגרה. חשוב מאוד כי הגברים יתייעצו עם רופא בעל ניסיון בטיפולים אלה לפני שיבצעו בהם שימוש. במחקרים שבדקו נשים עם אילאוסטומיה אשר סבלו מכאב בזמן קיום יחסי מין, נמצא כי ריקון השקית הביא לירידה בכאב.

ביצוע פעילות מינית

רוב חולי מחלות המעי הדלקתיות מסוגלים לקיים יחסי מין מבחינה גופנית, אולם יש תקופות בהן אין להם חשק לעשות זאת. החשק המיני יכול להתערער בשל פחד מבריחת צואה, כאבי בטן, חום, או תשישות. "כאשר חליתי הייתי במערכת יחסים, אולם היא הסתיימה, ולא יצאתי עם גבר במשך תקופה ארוכה", אומרת כריס היל, חולת קוליטיס כיבית בת 27 מסנט לואיס. "אני עייפה וחולה רוב הזמן, ואני מתביישת בביקורים התכופים שלי בשירותים". "התסמינים שלי הפגיעו בצורה הקשה ביותר מיד לאחר החתונה שלי - כאבי בטן ושלשולים", אומר דן קרהר, בן 33 מסנט לואיס. "לא היתה לי מספיק אנרגיה בשביל לשמור על שמחת חיים. אישתי תמכה בי, אולם ניסיתי להתנהג כאילו זו לא בעיה גדולה". מארסיה ווילסון (שם בדוי), בת 49 מניו אורלינס, פיתחה גם היא מחלת קרוהן כשנה לאחר נישואיה. "את קרועה מבפנים. אין לך חשק לקיים יחסי מין, אולם אינך רוצה לדחות את בן הזוג שלך".

לארי שפירו, בן 33 מסנט לואיס, יש תקשורת פתוחה עם אישתו כאשר יחסי מין אינם באים בחשבון. "אם אין לי מצב רוח, אני יכול פשוט לומר 'זה לא יקרה הלילה', באותו אופן בו היא יכולה לסרב לי, במידה ולא מתחשק לה לקיים יחסי מין - זה לא אישי". שיחה על הדברים שיכולים לגרום להנאה למרות הכאב יכולה לעזור לזוגות אלו, אומרת ד"ר כץ. "אנשים צריכים להרגיש נינוחים במערכות יחסים. לפעמים אינך יכולה לתת תחושת קירבה, אולם ניתן לדבר על התחושות והפנטזיות. אין לשכוח כי ישנן דרכים אחרות לקיים קשר מיני אינטימי מלבד משגל". מלודי מסכימה. "בעלי ואני שבנו לימי החיזורים שלנו - נשיקות וחיבוקים ללא ציפיה לקיים יחסי מין", היא נזכרת. "אם בעלך מתחיל לנשק אותך, באופן טבעי זה מגיע לקיום יחסי מין. עם מחלת קרוהן ואילאוסטומיה, את רוצה לחבק ולנשק מבלי לצפות לשום דבר אחר. זה עוזר לי להירגע. אולם, יש לוודא כי הם מבינים שזה לא אישי. אני אוהבת אותו מאוד, אולם מחלה זו קיימת בתוכי".



"אדם בריא לא יתרכז באיבר מסויים בגופו בזמן הנאה אירוטית", אומרת ד"ר כץ, "אלא יתרכז בהנאה של כל החושים, ראייה, שמיעה, ריח, טעם ומישוש. גישה מינית בוגרת אינה כוללת בהכרח משגל". בדיקה של אפשרויות אחרות מצריכה הבנת הדינמיקה של ההנאה המינית, כמו גם מחשבה על מה "שמדליק אותך" באופן אישי, ושיתוף בן/בת הזוג בכך.

לבסוף, אין להקל ראש בדברים הפשוטים שמגבירים את החשק והתפקוד המיני - מנוחה מספקת ופעילות גופנית, תזונה נכונה, ניקיון, ויצירת האווירה הנכונה בעזרת מוזיקה, הלבשה תחתונה או סרט סקסי. מומלץ כי אנשים עם סטומה ירוקנו את השקית לפני יחסי המין, ויש כאלו המסתירים אותה על ידי בגדים תחתונים מעוצבים.

הגוף יפה, עדיין

מלבד הכאב והתשישות המלווים מחלות מעי דלקתיות, חלק מהאנשים נאבק גם בדימוי גוף ירוד. "הרגשת הסטיגמה יכולה לפגוע בעוררות המינית" מציינת ד"ר דרוסקין. באופן ספציפי, תופעות הלואי של פרדניזון, קורטיקוסטרואיד המשמש לטיפול במחלות מעי דלקתיות לעיתים קרובות, יכולות להשפיע על דימוי הגוף. "טופלתי בפרדניזון לסירוגין במשך שנתיים", מציינת ליסה. "סבלתי מפנים נפוחות מלאות בפצעונים. עליתי במשקל בצורה ניכרת, ואני אישה קטנה בסך הכל. קרובי משפחה וחברים שלא ראו אותי מספר שנים, לא זיהו אותי". מארסיה מוסיפה, "לא היתה לנו מראה גדולה בבית במהלך חמש השנים בהם טופלתי בפרדניזון, מכיוון שלא רציתי אחת כזו לידי".

דימוי גוף שלילי הינו גורם מרתיע במערכת יחסים. "יציאה לביולוי מלחיצה מאוד", אומר ג'ק. "כאשר אתה פוגש אדם חדש, הוא אינו רואה את הפנימיות שלך. דעתו מתבססת על המראה החיצוני - זה עצוב, אבל נכון. במיוחד בקרב הומוסקסואלים, שם למראה יש משקל רב. קשה להתמודד עם זה בזמן שאתה מעלה ומוריד ממשקלך בגלל הפרדניזון". לארי מספר על חוויותיו כיועץ לחולי מחלות מעי דלקתיות. "מספר אנשים חששו לפרק נישואין כושלים מכיוון שהם פחדו שאף אחד לא ירצה אותם", הוא אומר. "אחרים לא היו תקיפים מספיק במערכת היחסים, מחשש שזה יערער את מצבם".

בכדי להילחם בדימוי גוף שלילי, חשוב להתייחס לתמונה הכוללת, המכילה היבטים של מראה ואישיות. "תחושה עצמית מציאותית הכרחית לצורך תפקוד מיני יעיל", מייצעת ד"ר כץ. "אם חותכים תמונה יותר מדי, לא ניתן למזג בין הדברים הטובים לדברים הפחות טובים". השגת השקפת עולם זו תלויה ברצון בלבד. "לא רציתי לשמור על מערכת יחסים מינית עם בעלי מפני שהרגשתי נחותה", אומרת אנג'לה גרופאס, בת 33 מסנט לואיס, אשר סבלה ממחלת קרוהן של המעי הגס. "ספיחי העור שלי (הנגרמים בשל טחורים) הפריעו לי הכי הרבה. ניסיתי להיפטר מהם באמצעות טיפול רפואי, אולם זה היה בלתי אפשרי. אז הבנתי שחוסר היכולת שלי לקיים יחסי מין היה מחשבתי בלבד, ואמרתי לעצמי לעזאזל עם זה!".

לארי מתמודד עם ההשפעה של מחלתו באופן דומה. "אירועים של דימום מגבירים את המודעות העצמית שלי, אולם אם אני רוצה לקיים יחסי מין, אני עושה זאת בכל מקרה. המחלה מהווה חלק מהחיים שלי מאז שאני בן 13, ומעולם לא נתתי לה למנוע ממני לעשות דברים שאני רוצה".

אילאוסטומיה נראית כמו מכשול נוסף בכל הסיפור. "היו לי זמנים פחות טובים עם הסטומה", אומרת מלודי. "בהתחלה ניסיתי ללבוש בגדים גדולים כדי שאף אחד לא ידע על כך. באמצעות תפילות רבות ובעל נפלא, התגברתי על זה. כיום אני לובשת כל מה שאני רוצה - ואף אחד לא יודע. בנוסף, אני מדברת על כך עם כולם, במיוחד עם זה יעזור". ד"ר לייברי מגיב, "הגיויני שאנשים יהיו מודאגים מהאילאוסטומיה, ורבים דוחים את הניתוח שלהם. פחד זה מקורו בדימוי הגוף. יחד עם זאת, לאחר שהניתוח מסתיים, רוב האנשים מציינים כי הם מרגישים נהדר, ומתחרטים כי לא עברו ניתוח זה מוקדם יותר".

למרות שדימוי גוף בריא מקורו בכך, תמיכה חיצונית חשובה מאוד להתפחותו. "אימי תמיד אמרה לי שאני נראה טוב", אומר ג'ק. "היא ידעה שברגע שאני 'אצא החוצה' לא אוכל להתחבא יותר, ויהיה עלי לקבל את מי שאני. גם החבר שלי תומך בי מאוד. אם אעמוד מול המראה ואומר 'תראה את סימני המתיחה האלו', הוא יגיד, 'אני לא רואה כלום!'". מלוודי מוסיפה, "כאשר את מאבדת שליטה על צרכיך, ובעלך עוזר לך, את חושבת לעצמך 'איך הוא יכול לחשוב שאני סקסית אחרי כן?'. אולם בעלי היה נפלא. המחלה טלטלה את חיינו אולם זה לא השפיע עליו מעולם".

לאחר שהאנשים מקבלים את המראה שלהם בשלמותו, כולל המחלה, זה הזמן לשתף אחרים עם מראה זה. אין כל ספק שפתיחות עם אחרים לגבי המחלה שלך יכולה להיות מלחיצה. "אמרתי למישהו שהכרתי, שהבין את המצב כיוון שאימו של אחד מחבריו סבלה מקוליטיס, שזה לא פשוט עבורי ללכת למשחק כדורגל ולשתות בירה!" אומרת ליסה. ג'ק מגיב, "אתה מנסה להיות כנה ככל האפשר, אולם אינך רוצה לדבר על מחלה קשה שיש לך בפגישות הראשונות". אנג'לה מוסיפה, "גם כל נושאי השיחה של חולי מחלות המעי הדלקתיות, אשר סובבים סביב תפקודי הגוף, לא עוזרים ליצירת האווירה המתאימה!".

זוגות צריכים לשוחח באופן פתוח על המחלה, התסמינים, והחוויות, אומר ד"ר דרוסמן. "חלק ממטופלי ניסו להסתיר היבטים שונים של המחלה מבן זוגם, והם מעולם לא הצליחו. שיתוף בעיות אישיות יכול לקרב בני אדם אחד לשני". הדרך בה משתפים את המידע הינה חשובה. יש לעשות זאת בצורה פשוטה. בהתחלה, אין צורך לכלול את כל הפרטים אודות מחלת המעי הדלקתית - יהיו לכך הזדמנויות רבות בהמשך. יש לספר את הדברים בצורה כנה ומלאה ביטחון, ולא בחרדה ופסימיות. אנשים מזהים רמזים. ד"ר לייברי מוסיף הערה לגבי בעלי הסטומה, "מחקרים הראו כי לאנשים מיושבים קל יותר להסתדר עם אילאוסטומיה ביחסים אינטימיים. חולים בעלי מערכת יחסים יציבה עם בן זוגם כמעט ולא נתקלים בבעיות בגלל הסטומה. מערכת יחסים בלתי יציבה לפני הניתוח היא זו שעשויה להיות הגורם שיוביל לפרידה לאחר הניתוח".

שיחה פתוחה כוללת גם הבעת צער על המגבלות שהמחלה מציבה בפני הפעילות המינית. "זה בסדר לשכוח מכל הדברים הטובים ולרחם על עצמך מספר פעמים בשנה", אומרת ד"ר כץ. "אם מישהו לא היה מייחל לכך שהוא או בן משפחתו לא היו חולים, הוא לא היה נורמלי".

לבסוף, יש לזכור כי מערכות יחסים כוללות יותר מסיפוק גופני בלבד. "כאשר עולה תסכול בגלל המגבלות בתפקוד המיני, יש לחשוב על מערכת היחסים בכללותה", אומרת ד"ר כץ. "יש לכם שיחות, חלומות ומטרות משותפות".

בואו נדבר על סקס

לאנשים יש דעות שונות בנוגע לשיחה עם הרופא על יחסי מין. "רוב הגסטרואנטרולוגים שראיתי מטפלים במעיים שלי וזה הכל", אומרת מארסיה. לעומת זאת אנג'לה נזכרת, "הגסטרואנטרולוג והמנתח שלי שוחחו עימי על הבעיות שיש לי ביחסי המין, והסבירו לי על נושא דימוי הגוף". ג'ק מוסיף, "כאשר אמרתי לגסטרואנטרולוג שלי שאני הומוסקסואל, הוא שיתף אותי בדאגותיו לגבי המחלה בפי הטבעת".

אם אתה סובל מבעיות בדחף או בתפקוד המיני, אנא שוחח על כך עם הרופא שלך, גם אם הוא לא שואל באופן ספציפי על כך. אם אינך מרגיש בנוח לשוחח על כך עם הגסטרואנטרולוג, אולי יהיה קל יותר לשוחח על כך עם רופא המשפחה או הגניקולוג. שתף את המנתח בחששותיך לגבי התפקוד המיני שלאחר הניתוח. "מקור חשוב נוסף במחלקה שלנו הוא המטפל באילאוסטומיות", מוסיף ד"ר לייברי. "לרוב, נשים מרגישות נוח יותר לדון בפרטים האינטימיים עם אישה אחרת או עם המטפל באילאוסטומיות מאשר עם המנתח. יחד עם זאת, המנתח לא יכול להתעלם מאחריותו לדון בנושא התפקוד המיני עם המטופלים".



אם עולים קשיים ביצירת מערכת יחסים מינית או בהתמדה בהם, קיימים מספר פורומים בהם ניתן לדון בבעיה זו. "כדאי להשתתף בקבוצת תמיכה", מייעצת ד"ר כץ. "אם אתה עדיין לא מרגיש בנוח, או שאף אחד לא מבין אותך, אפשר לפנות למטפל אישי. ניתן לקבל המלצות על מטפל טוב מהרופא או מאיש דת, או ליצור קשר באופן אישי עם כנסיות או בתי כנסת ולשאול על מי הם ממליצים".

אופייה של מחלת המעי הדלקתית יכול לגרום לרתיעה ממערכת יחסים מינית. חנך את עצמך ואת בת זוגתך, פתח את עיניך לאפשרויות אחרות, ושוחח על בעיותיך עם אנשים נינוחים ותומכים. עשה כמיטב יכולתך כדי למנוע ממחלה זו להפריע למערכת יחסים אינטימית.

"כאשר אתה מתוסכל מהמגבלות בפעילות המינית, חשוב על מערכת היחסים בכללותה"



טיפול במחלות מעי דלקתיות



לטיפול הרפואי במחלת קרוהן ובקוליטיס כיבית יש שתי מטרות עיקריות: השגת הפוגה מהמחלה (היעדר תסמינים), ושמירה על הפוגה זו (מניעת התלקחויות). כדי להשיג מטרות אלו, הטיפול מכוון כנגד הדלקת המתמשכת במעיים אשר גורמת לתסמיני מחלת המעי הדלקתית. אין שיטת טיפול קבועה לכל חולי מחלות המעי הדלקתיות. יש שוני רב בתסמינים, במהלך המחלה ובפרוגנוזה. טיפול נכון במחלה תלוי באבחון מדויק, אשר דורש בדרך כלל בדיקה אנדוסקופית (שימוש בצינורות מוארים על מנת לצפות במעיים), בדיקות הדמיה (צילומי רנטגן), ובדיקות פתולוגיות (דגימות רקמה). טיפול מוצלח אינו כולל רק תרופות, אלא גם מתן תשומת לב לפרטים ושימוש נבון בשיקול הדעת. רק עבודת צוות הכוללת רופא, אחות, תזונאית/ת ופסיכולוג/ית יכולים לתת את המענה השלם לצרכי החולה. למרות ההתקדמות שחלה בטיפול התרופתי, חלק מחולי מחלות המעי הדלקתיות יאלצו לעבור ניתוח בסופו של דבר - בין אם לצורך טיפול במחלה עצמה, או לצורך השתלטות על סיבוכים. התערבות ניתוחית הינה חלק בלתי נפרד מהטיפול בחולי מחלות מעי דלקתיות, והייעוץ הכירורגי הינו חיוני לטיפול נכון במחלה. לידיעה מתי יש צורך בניתוח וכיצד מנתחים במחלות אלו יש חשיבות רבה הן לתוצאות קצרות הטווח, והן לתוצאות ארוכות הטווח. כמשתתפים פעילים בטיפול במחלתך, על הרופא שלך ועליך לדון בפירוט בכל האפשרויות הניתוחיות הקיימות עבורך. קריאת מידע כדוגמת זה תעזור לך להישאר מעודכן בטיפולים ובשיטות הניתוחיות האחרונות, ותיתן לך עצות לגבי ההתמודדות עם המחלה בחיי היומיום. זכור, אלפי אנשים עם מחלת מעי דלקתית מנהלים חיים פעילים ומלאי סיפוק. בעזרת טיפול נכון, גם אתה יכול.

סוגי תרופות:

כיום, ישנן חמש קבוצות בסיסיות של תרופות המשמשות לטיפול במחלות מעי דלקתיות:

- אמינוסליצילטים
- קורטיקוסטרואידים
- משני תגובה חיסונית
- אנטיביוטיקה
- טיפולים ביולוגיים

אמינוסליצילטים

לטיפול הרפואי במחלת קרוהן ובקוליטיס כיבית יש שתי מטרות עיקריות: השגת הפוגה מהמחלה (היעדר תסמינים), ושמירה על הפוגה זו (מניעת התלקחויות). אמינוסליצילטים (5-ASA) הם הקו הטיפולי הראשון בהשגת הפוגה ובשמירה עליה. אולם, היות ומחלתו של כל אחד שונה מהאחר, אין טיפול קבוע הניתן לכולם. יש להתאים את הטיפול הרפואי לצרכיו של כל מטופל באופן אישי. אמינוסליצילטים הינם תכשירים המכילים חומצה 5-אמינוסליצילית (5-ASA). תרופות אלו, היכולות להילקח באופן פומי או באופן רקטלי, מתערבות ביכולת הגוף ליצור דלקת. הן יעילות בטיפול באירועים קלים-בינוניים של קוליטיס כיבית ומחלת קרוהן, במניעת התלקחויות והשגת הפוגה מהמחלה.

תכשירים פומיים:

סולפה-סאלאזין (אזולפדין), האמינוסליצילט הראשון ששימש לטיפול נרחב במחלות מעי דלקתיות, יעיל בהשגת הפוגה ובשמירה עליה באנשים עם מחלה קלה-בינונית. החלק הפעיל של התרופה, 5-ASA, קשור לסולפה-פירידין, הנושא את ה-5-ASA למעיים, אבל גורם בנוסף לתופעות לוואי לא קלות בחלק מהאנשים, כגון כאב ראש, בחילה, ופריחה. כיום ניתנת התרופה בעיקר לחולים הסובלים ממעורבות פרקים בנוסף למעי. חוקרים פיתחו מספר תרופות פומיות חדשות הנושאות את ה-5-ASA ללא סולפה-פירידין:

- מזאלאמין (אסאקול, פנטאזה, רפאסל)
- אולסאלאזין (דיפנטום)
- באלסאלאזין (קולאזאל)

90% מהחולים שאינם סובלים טיפול בסולפה-סאלאזין, מסוגלים לטול תכשירי 5-ASA אחרים. התרופה ניתנת במנה מחולקת בין 4-1 פעמים ביום.

שיטות מתן אחרות:

מלבד התכשירים הפומיים הרגילים, קיימות דרכים נוספות להעביר את ה-5-ASA למעי. לחולים במחלת קרוהן או קוליטיס כיבית עלולה להיות מחלה במקומות שונים של המעי, לכן פותחו מספר תכשירי 5-ASA המשתחררים במקומות שונים במעי: הרופא ידריך אותך בבחירת התכשיר היעיל ביותר למצבך.

- **תכשירי מזאלאמין מקומיים** הינם יעילים באופן מדויק, מאחר והם עוקפים את הקיבה לצורך מניעת עיכול מוקדם. לאחר מכן, הם משתחררים קרוב לאזור הדלקת במעי, עוטפים את רירית המעי המודלקת, ובכך מפחיתים את כמות הדלקת.
- **תרכובות חוקן** מאפשרות למזאלאמין להגיע ישירות למעי הגס השמאלי. טיפול בחוקנים יעיל בקוליטיס קלה-בינונית המשפיעה על המעי הגס השמאלי בלבד. עד ל-80% מהחולים עם מחלה בצד זה של המעי הגס, מפיקים תועלת משימוש חד-יומי בתרופה זו.
- **נרות** נושאות את המזאלאמין מהרקטום ישירות לסיגמה (החלק התחתון של המעי הגס). חלק גדול מהחולים עם פרוקטיטיס כיבית - קוליטיס כיבית המוגבלת לאיזור הרקטום והחלק התחתון של המעי הגס - יגיבו לנרות מזאלאמין. הן ניתנות בדרך כלל פעם או פעמיים ביום. שילוב של חוקני מזאלאמין וגלולות עשוי להיות יעיל יותר מגלולות לבד.
- תכשירים פומיים עם שחרור מושהה יכולים לשחרר 5-ASA ישירות למעי הדק ולמעי הגס, או לאילאום (החלק התחתון של המעי הדקים) ו/או למעי הגס, או למעי הגס.

תופעות לוואי:

- **סולפה-סאלאזין:** תופעות הלוואי עשויות לכלול כאב ראש, בחילה, אובדן תיאבון, הקאות, פריחה, חום, וירידה בספירת תאי הדם הלבנים. סולפה-סאלאזין עלול בנוסף לפגוע ביכולת ייצור תאי הזרע ובתפקודם בקרב גברים הנוטלים תרופה זו (ספירת הזרע חוזרת לערכים הנורמלים לאחר שהתרופה מופסקת). לעיתים נדירות מופיעה דלקת בלב (פנקריאטיטיס).
- **מזאלאמין:** תופעות הלוואי עשויות לכלול כאב בטן והתכווצויות, שלשול, גזים, בחילה, נשירת שיער, כאב ראש, וסחרחורת. אנשים עם מחלה כלייתית צריכים להיזהר בנטילת מזאלאמין, מאחר ומספר מחקרים מצאו כי תרופה זו גורמת לבעיה בכליות. חולים הנוטלים מזאלאמין לטווח ארוך צריכים לעבור בדיקות ביקורת של תפקודי הכליות. פנקריאטיטיס הינו סיבוך נדיר של מזאלאמין. תכשירי מזאלאמין הנפוצים בארץ הינם רפאסל, פנטסה ואסאקול.
- **אולסאלאזין:** תופעת הלוואי השכיחה ביותר הינה שלשול, וניתן למנוע אותה על ידי נטילת התרופה עם האוכל. תופעות לוואי פחות שכיחות כוללות כאש ראש, פריחה, ועייפות. תופעות לוואי נדירות יותר כוללות נשירת שיער, פנקריאטיטיס, או דלקת של מעטפת הלב (פריקריטיס).
- **באלסאלאזיד:** (עדיין לא משווקת בארץ). תופעות הלוואי השכיחות ביותר הן כאב ראש וכאב בטן. שכיחות פחות הן בחילות, שלשול, והקאות. הערה: במחקרים רפואיים הופיע שיעור דומה של תופעות לוואי אלו גם באנשים שנטלו תרופת אינבו (כדורי סוכר) במקום באלסאלאזיד.

תגובות בין-תרופתיות

אנשים הנוטלים מספר תרופות, בין אם אלו תרופות מרשם או תרופות הניתנות ללא מרשם, צריכים להיזהר מפני תגובות בין-תרופתיות. תגובות אלו עלולות לפגוע ביעילות התרופה, להגביר את השפעתה, או לגרום לתופעות לוואי בלתי צפויות. לפני נטילת תרופה חדשה, יש לקרוא היטב את התווית. הקפד לספר לרופא שלך על כל התרופות שאתה נוטל (אפילו תרופות הניתנות ללא מרשם רופא או טיפולים משלימים), ועל כל בעיה רפואית שעולה. יחד עם זאת, התגובות הבין-תרופתיות של תרופות אלו ספורות ביותר, מלבד סולפה-סאלאזין.



שיקולים מיוחדים

- סולפה-סאלאזין לא יכולה להינתן לאנשים בעלי רגישות לסולפה (כשליש מהמטופלים). יש להשתמש בזהירות בתרופות אחרות המכילות סולפה בזמן נטילת סולפה-סאלאזין.
- ההבדלים קיימים לא רק בין חולה לחולה, אלא גם בין תקופות שונות באותו חולה. הקפד להיות בקשר קבוע עם הרופא שלך, והישאר מעודכן בכל אפשרויות הטיפול התרופתי והניתוחי הקיימות עבורך.
- לרוב, חולים המפסיקים את הטיפול ב-5-ASA, סובלים מהתלקחות של המחלה. עשה זאת רק בהסכמת הרופא שלך.
- לרוב, תכשירי 5-ASA בטוחים לנטילה בזמן הריון והנקה.
- מכיוון שמחלת מעי דלקתית הינה מחלה כרונית, מומלץ להמשיך את הטיפול גם כשמרגישים בטוב.

קורטיקוסטרואידים

טיפול הרפואי במחלת קרוהן וקוליטיס כיבית יש שתי מטרות עיקריות: השגת הפוגה (היעדר תסמינים), ולאחריה, שמירה על ההפוגה (טיפול אחזקתי למניעת התלקחויות). על מנת להשיג מטרות אלו, ניתן טיפול לצורך שליטה בדלקת המעיית המתמשכת, הגורמת לתסמיני מחלת המעי הדלקתית.

קורטיקוסטרואידים (לעיתים קרובות נקראים פשוט "סטרואידים", אולם אין להתבלבל עם הסטרואידים האנאבוליים של מרימי המשקולות) ניתנו לראשונה כטיפול במחלות מעי דלקתיות בשנות ה-50. מאז, תרופות נוגדות דלקת חזקות ומהירות אלו מהוות את הטיפול העיקרי בהתלקחויות המחלה. רוב החולים מדווחים על שיפור בתסמיני המחלה בתוך מספר ימים מתחילת הטיפול. בנוסף לפעילות נוגדת-הדלקת, הקורטיקוסטרואידים מדכאים פעילות חיסונית. פירוש הדבר שהם מורידים את פעילות מערכת החיסון, אשר מומחים מאמינים כי איבדה שליטה במחלות מעי דלקתיות. כתוצאה מכך, תרופות אלו עלולות לחשוף חלק מהאנשים לזיהומים.

הקורטיקוסטרואידים דומים במידה רבה לקורטיזול, הורמון אשר מיוצר באופן טבעי על-ידי בלוטות יותרת הכלייה. קבוצת תרופות זו ניתנת באופן פומי, רקטלי, או תוך-ורידי. כאשר אנשים נוטלים קורטיקוסטרואידים, בלוטות יותרת הכלייה שלהם מפסיקות לייצר קורטיזול, או שמייצרת אותו בקצב איטי יותר. באופן כללי, קורטיקוסטרואידים מומלצים לפרק זמן קצר בלבד לצורך השגת הפוגה. למרות יעילותם הרבה במצבים חריפים, קורטיקוסטרואידים אינם יעילים במניעת התלקחויות, ולפיכך משתמשים בהם בתור טיפול אחזקתי לעיתים נדירות בלבד. בנוסף, שימוש ארוך-טווח אינו מומלץ בשל ריבוי תופעות הלוואי. מסיבה זו, קורטיקוסטרואידים בדרך-כלל ניתנים במינון הנמוך ביותר, ולפרק הזמן הקצר ביותר האפשרי. יחד עם זאת, שימוש תדיר לפרקי זמן קצרים, אינו מומלץ.

תכשירים פומיים

הטיפול בכדורי קורטיקוסטרואידים הינו יעיל עבור אנשים בעלי מחלה פעילה מדרגה בינונית-קשה. תכשירים אלו כוללים:

- פרדניזון
- מתילפרדניזולון
- הידרוקורטיזון

לצורך טיפול בדלקת הפעילה, ניתן להשתמש בתרופות אלו לבד, או בתוספת של אמינוסליצילטים.

בודזונייד

אחד מתכשירי הקורטיקוסטרואידים האחרונים הינו בודזונייד (אנטוקורט), המשמש לטיפול במחלת קרוהן מדרגה קלה-בינונית המערבת את סוף המעי הדק (האילאום) ו/או החלק הראשון של המעי הגס (הצקום והמעי העולה). תרופה זו, המייצגת קבוצה חדשה של קורטיקוסטרואידים הנקראים סטרואידים לא-מערכתיים, אינה פועלת בכל הגוף אלא רק במעיית. מכיוון ש-90% מהחומר בתרופה יוצא מכלל פעולה לפני שהוא מגיע לשאר

הגוף, נגרמות פחות תופעות לוואי בהשוואה לטיפול בסטרואידים רגילים כגון פרדניזון. תופעות הלוואי כוללות, מעבר לתופעות הלוואי הרגילות הקשורות לטיפול בקורטיקוסטרואידים, כאב ראש, זיהומים בדרכי הנשימה, ובחילות. תכשיר זה אסור לשימוש בהריון.

דרכי מתן נוספות

במקרה וחולים אינם מגיבים לצורות הפומיות של התרופה, יש לשקול מתן קורטיקוסטרואידים בדרכים אחרות, הכוללות:

- **מתן רקטלי בצורת חוקן (בטנזול®), קצף (פרוקטופום-HC®), ונרות.** תכשירים אלו עוזרים לחולים בעלי קוליטיס כיבית קלה-בינונית המוגבלת לרקטום או לחלק התחתון של המעי הגס. בנוסף, ניתן להשתמש בהם יחד עם טיפולים אחרים, בטיפול באנשים עם מחלה קלה-בינונית הממוקמת ליד הרקטום, או עם מחלה ממושטת יותר המתחילה ברקטום.
- **מתן תוך-וריד: מתילפרדניזולון והידרוקורטיזון.** חולים עם מחלה חמורה וממושטת עלולים להזדקק לטיפול תוך-וריד של קורטיקוסטרואידים.

תופעות לוואי

תופעות הלוואי של קורטיקוסטרואידים תלויות במינון ובמשך הטיפול. עבור רבים, הנזק שגורמות תופעות הלוואי של הסטרואידים גובר על התועלת שבהפחתת הדלקת. חלק מתופעות הלוואי השכיחות כוללות:

- יתר לחץ-דם
- נפיחות של הפנים ("פני-ירח")
- סיכוי מוגבר לזיהומים
- עלייה במשקל
- אקנה
- תנודות במצב הרוח
- פסיכוזות ותסמינים פסיכיאטריים אחרים
- שיעור יתר בפנים
- קטרקט
- סימני מתיחה
- היחלשות עצמות (אוסטאופורוזיס)
- נדודי שינה

בשל תופעות לוואי אלו, הרופאים מעדיפים לעיתים קרובות להעניק טיפול ראשוני באמצעות תרופות בטוחות יותר, כגון 5-ASA ואנטיביוטיקה. אולם, ישנן מספר דרכים להפחית את הסיכון לפתח תופעות לוואי, הכוללות הפחתה הדרגתית אך מהירה בטיפול בסטרואידים; טיפול לסירוגין, "יום כן - יום לא"; שימוש בתכשירים רקטליים; ושימוש בתכשירים המפורקים באופן מהיר כגון בודזונייד (פירוט לעיל). לצורך מניעת אוסטאופורוזיס, רופאים רבים מוסיפים לטיפול גם תוספי סידן ומולטי-ויטמינים הכוללים ויטמין-D. אפשרות נוספת הינה שימוש בביספוספונטים, דוגמת ריזדרונאט (אקטונל) ואלנדרונאט (פוסלאן). תרכובות אלו, אשר עוזרות בהפחתת הידלדלות העצם, יעילות במניעת אוסטאופורוזיס על רקע טיפול בסטרואידים. במידה ומתוכנן טיפול ממושך בסטרואידים חשוב להתחיל את הטיפול המונע מוקדם ככל האפשר

תגובות בין-תרופתיות

אנשים הנוטלים מספר תרופות, בין אם אלו תרופות מרשם או תרופות הניתנות ללא מרשם, צריכים להיזהר מפני תגובות בין-תרופתיות. תגובות אלו עלולות לפגוע ביעילות התרופה, להגביר את השפעתה, או לגרום לתופעות לוואי בלתי צפויות. לפני נטילת תרופה חדשה, יש לקרוא היטב את התווית. הקפד לספר לרופא שלך על כל התרופות שאתה נוטל (אפילו תרופות הניתנות ללא מרשם רופא או טיפולים משלימים), ועל כל בעיה



רפואית שעולה.

שיקולים מיוחדים

- מכיוון שטיפול בקורטיקוסטרואידים גורם להאטה או עצירה של ייצור הקורטיזול על-ידי בלוטות יותרת הכלייה, אין להפסיק את הטיפול באופן פתאומי. דרוש זמן לבלוטות יותרת הכלייה להתחיל לייצר קורטיזול מחדש. הפחתה הדרגתית במינון הקורטיקוסטרואידים מאפשרת לגוף להתחיל לייצר קורטיזול בעצמו.
- 20-30% מחולי מחלות המעי הדלקתיות בעלי תסמינים חריפים אינם מגיבים לטיפול בקורטיקוסטרואידים.
- 30-40% מהחולים עם מחלה בינונית-קשה הינם בעלי מחלה תלוית-סטרואידים. פירוש הדבר הוא שלא ניתן להפחית במינון הסטרואידים ללא הופעת התלקחות של המחלה.
- הטיפול בקורטיקוסטרואידים הינו אחד מהטיפולים הותיקים ביותר במחלות מעי דלקתיות, אולם כיום קיימות תרופות חדשות רבות. הקפד לשוחח עם הרופא שלך על מנת ללמוד כמה שיותר אודות הטיפול בסטרואידים, וכדי לבדוק אפשרויות טיפול אחרות עבורך לאחר שהתסמינים נמצאים בשליטה.

תרופות המשנות תגובה חיסונית (אימונומודולטורים)

לטיפול הרפואי במחלת קרוהן וקוליטיס כיבית יש שתי מטרות עיקריות: השגת הפוגה (היעדר תסמינים), ולאחריה, שמירה על הפוגה (טיפול אחזקתי למניעת התלקחויות). על מנת להשיג מטרות אלו, ניתן טיפול לצורך שליטה בדלקת המעיים המתמשכת, הגורמת לתסמיני מחלת המעי הדלקתית.

כפי שאומר השם, תרופות המשנות תגובה חיסונית מחלישות או משנות את פעילות מערכת החיסון, פעולה אשר מביאה להפחתת התגובה הדלקתית. השימוש השכיח ביותר בתרופות המשנות תגובה חיסונית הינו למניעת דחייה לאחר השתלת איבר חדש, ובמחלות אוטואימוניות כגון דלקת פרקים ריאומטית. מסוף שנות ה-60, קבוצה זו משמשת גם לטיפול במחלות מעי דלקתיות, אשר נגרמות ככל הנראה על-ידי פעילות יתר של מערכת החיסון.

קבוצת תרופות זו מתאימה לטיפול בחולים בעלי המאפיינים הבאים:

- אלו שאינם מגיבים לאמינוסליצילטים, אנטיביוטיקה, או קורטיקוסטרואידים;
- בעלי מחלה תלוית-סטרואידים או שנזקקים לסטרואידים לעיתים קרובות;
- אלו שסבלו מתופעות לוואי בעקבות הטיפול בסטרואידים;
- בעלי מחלה באזור פי-הטבעת שאינה מגיבה לאנטיביוטיקה;
- בעלי פיסטולה (תעלות בלתי תקינות בין שתי לולאות מעי, או בין לולאת מעי לאיבר אחר, כגון העור);
- אלו הזקוקים לשמירה על הפוגה מהמחלה.

ניתן לשלב בין תרופות המשנות תגובה חיסונית לקורטיקוסטרואידים לצורך זירוז התגובה במהלך התלקחות פעילה של המחלה. במקרים אלו דרושים מינונים נמוכים של סטרואידים, על מנת להפחית את כמות תופעות הלוואי. הפסקת הטיפול בקורטיקוסטרואידים יכולה להתבצע בצורה מהירה יותר כאשר הטיפול משולב עם תרופות המשנות תגובה חיסונית. מסיבה זו, לעיתים קרובות מכנים תרופות המשנות תגובה חיסונית בשם "תרופות חוסכות בסטרואידים".

טיפולים פומיים

שתי התרופות משנות תגובה החיסונית שנעשה בהן שימוש נרחב לראשונה הן אזאטיופריין (אימורן) ו-6מרקפטופורין (6-MP, פורינטול), אשר דומות מאוד במבנה הכימי שלהן. הן משמשות להשגת הפוגה במחלת קרוהן וקוליטיס כיבית. תחילת הפעולה של שתי התרופות הינה איטית (3-6 חודשים עד להשגת השפעה מירבית). לכן הן ניתנות בדרך-כלל עם תרופות אחרות בעלות פעילות מהירה יותר (כגון קורטיקוסטרואידים). מתוטרקסאט (MTX) פועלת באופן מהיר יותר מאשר אזאטיופריין או 6-MP, והיא ניתנת בזריקות חד-שבועיות. תרופה זו מהווה אפשרות יעילה לטיפול בחולים במחלת קרוהן שלא הגיבו לטיפולים האחרים, ולא מסוגלים לשאת טיפול בתרופות משנות תגובה חיסונית. טרם הובהרה יעילות מתוטרקסאט בקוליטיס כיבית. תרופות משנות תגובה חיסונית אחרות הן ציקלוספורין A (סאנדימיון, נאורל) וטקרולימוס (פרוגרף). גם הן משמשות לטיפול לאחר השתלת איברים. תחילת הפעילות של ציקלוספורין (שבוע-שבועיים) מהירה יותר

מזו של אזאטיופרין ו-6-MP. לתרופות אלו יש תועלת בטיפול באנשים בעלי מחלת קרוהן פעילה, אולם רק במתן תוך-וריד, ובמינון גבוה. שתי התרופות, ציקלוספורין A וטקורלימוס, הראו יעילות רבה יותר בטיפול בחולי קוליטיס כיבית קשה, והן ניתנות בדרך-כלל עד לתחילת ההשפעה של אחת מהתרופות האיטיות יותר לשינוי התגובה החיסונית, או עד לביצוע ניתוח לריפוי מהמחלה. ניתן להשתמש בטקורלימוס לטיפול במחלת קרוהן כאשר הקורטיקוסטרואידים אינם יעילים, או כאשר מתפתחת פיסטולה.

דרכי מתן נוספות

ניתן להשתמש בטקורלימוס באופן מקומי לטיפול במחלת קרוהן אשר פוגעת בפה או באיזור פי הטבעת. שימוש מקומי בטקורלימוס מבוצע גם בטיפול במחלה כגון פיודרמה גנגרנוזום, מחלת עור כיבית המופיעה לעיתים בחולי מחלות המעי הדלקתיות.

תופעות לוואי:

- **אזאטיופרין ו-6-MP:** תופעות לוואי לא שכיחות כוללות כאב ראש, בחילות, הקאות, שלשול, ותחושה כללית רעה. לעיתים, החלפה בין אזאטיופרין ו-6-MP או ההיפך, עשויה להקל במעט על תופעות הלוואי. הפצעים בפה ("אפטות"), הפריחה, החום, כאב הפרקים או הדלקת בכבד ככל הנראה לא יושפעו מהחלפת התרופות אחת בשנייה. תופעות לוואי פחות שכיחות כוללות דלקת בלבלב ודיכוי מוח עצם, אשר עלול להגביר את הסיכון לזיהומים או דימומים חמורים. חזרה לייצור דם רגיל עשויה להימשך מספר שבועות לאחר הפסקת הטיפול בתרופה.
- **ציקלוספורין וטקורלימוס:** תופעות לוואי לא שכיחות כוללות פגיעה בתפקוד הכלייתי, דלקת כבד, סיכוי מוגבר לזיהומים, סוכרת, עלייה ברמת הכולסטרול, בעיות שינה, כאבי ראש, רעד קל, יתר לחץ דם, נפיחות בחניכיים, תחושת נימול באצבעות הידיים והרגליים, עלייה בשיעור בפנים, וסיכון גבוה יותר ללימפומה (סרטן של מערכת הלימפה).
- **מתוטרקסאט:** תופעות לוואי לא שכיחות כוללות תסמינים דמויי שפעת (בחילות, הקאות, כאב ראש, עייפות ושלשול) וספירה נמוכה של תאי הדם הלבנים. תופעות לוואי שכיחות פחות אולם חמורות יותר כוללות הצטלקות של הכבד ודלקת בריאות. הצטלקות הכבד עלולה להיות חמורה יותר בחולי סוכרת, בחולים בעלי משקל יתר, או באלו הצורכים אלכוהול.

תגובות בין-תרופתיות

אנשים הנוטלים מספר תרופות, בין אם אלו תרופות מרשם או תרופות הניתנות ללא מרשם, צריכים להיזהר מפני תגובות בין-תרופתיות. תגובות אלו עלולות לפגוע ביעילות התרופה, להגביר את השפעתה, או לגרום לתופעות לוואי בלתי צפויות. לפני נטילת תרופה חדשה, יש לקרוא היטב את התווית. הקפד לספר לרופא שלך על כל התרופות שאתה נוטל (אפילו תרופות הניתנות ללא מרשם רופא או טיפולים משלימים), ועל כל בעיה רפואית שעולה.

שיקולים מיוחדים:

- תרופות משנות תגובה חיסונית מפחיתות את פעילות מערכת החיסון, ובכך פוגעות גם ביכולת הגוף להילחם בזיהומים. הקפד לדווח לרופא על כל הופעה של חום, צמרמורת, או כאב גרון.
- בכל סוגי התרופות משנות התגובה החיסונית, יש לערוך בדיקות דם באופן תדיר לצורך בדיקת ההשפעה על מוח העצם, כבד, וכליות. יש להשיח באופן קפדני על לחץ-הדם והתפקוד הכלייתי בחולים הנוטלים ציקלוספורין A וטקורלימוס.
- על נשים בהריון או אלו המעוניינות להיכנס להריון לשוחח עם הרופא לפני נטילת תרופה המשנה את התגובה החיסונית. יש להימנע משימוש במתוטרקסאט (הן על-ידי נשים בהריון והן על-ידי גברים ונשים במשך מספר חודשים לפני הכניסה להריון) העלול לגרום להפלות או מומים מולדים.



אנטיביוטיקה

לטיפול הרפואי במחלת קרוהן וקוליטיס כיבית יש שתי מטרות עיקריות: השגת הפוגה (היעדר תסמינים), ולאחריה, שמירה על ההפוגה (טיפול אחזקתי למניעת התלקחויות). על מנת להשיג מטרות אלו, ניתן טיפול לצורך שליטה בדלקת המעיית המתמשכת, הגורמת לתסמיני מחלת המעי הדלקתית. אנטיביוטיקה משמשת לעיתים קרובות כטיפול עיקרי במחלות מעי דלקתיות, למרות שלא זוהה מחולל ספציפי הגורם למחלה. החוקרים מאמינים כי האנטיביוטיקה יכולה לשלוט בתסמיני המחלה באמצעות הפחתת כמות החיידקים ודיכוי ישיר של מערכת החיסון במעיית. אנטיביוטיקה יעילה כטיפול ארוך-טווח בחלק מחולי מחלות המעי הדלקתיות, בייחוד בחולים במחלת קרוהן בעלי פיסטולות (תעלות בלתי תקינות בין שתי לולאות מעי, או בין לולאת מעי לאיבר אחר, כגון העור), או מורסות חוזרות (כיסוי מוגלה) בסמוך לפי הטבעת. חולים שמחלתם הפעילה משתפרת בעקבות הטיפול באנטיביוטיקה, יכולים להמשיך ולקבל טיפול זה בתור טיפול אחזקתי כל עוד הוא מביא תועלת. למרות שתכשירי האנטיביוטיקה עוזרים לחולים רבים במחלת קרוהן רבים, הם אינם נחשבים כיעילים בקוליטיס כיבית, בין אם כטיפול אחזקתי ובין אם במצבים חריפים. מחקרים רפואיים לא הראו תועלת בטיפול בקוליטיס כיבית קשה באמצעות אנטיביוטיקה, למעט במקרי הרחבה משמעותית של המעי הגס ותפיחות של הבטן (toxic megacolon), מצב המעלה את הסיכון לקרע במעי.

תכשירים פומיים

למרות שתכשירים רבים אחרים עשויים להיות יעילים, שני התכשירים האנטיביוטיים הנפוצים ביותר לטיפול במחלות מעי דלקתיות הם:

- מטרונידאזול (פלאגיל)
- ציפרופלוקסאצין (ציפרו)

שתי התרופות בעלות טווח פעילות רחב, כנגד מגוון רב של חיידקים. מטרונידאזול היא התרופה האנטיביוטית הנחקרת ביותר במחלות מעי דלקתיות. תרופה זו הראתה יעילות גבוהה יותר מזו של אינבו (כדורי סוכר) ויעילות זהה לסולפה-סאלאזין, כטיפול ראשוני במחלת קרוהן פעילה, בייחוד כזו הפוגעת במעי הגס. כמו-כן, מטרונידאזול מפחיתה הישנויות של מחלת הקרוהן בשלושת החודשים הראשונים לאחר כריתת האילאום (קצה המעי הדק). מטרונידאזול מטפלת ביעילות במחלת קרוהן המערבת את איזור פי הטבעת ביותר מ-50% מהמטופלים. מטרונידאזול משמשת לדיכוי הצמיחה של קלוסטרידום דיפיצילה, חיידק הגורם לדלקות מעי. התוויה נוספת לטיפול במטרונידאזול הינה באנשים המפתחים דלקת בכיס המאסף של הצואה (פאוצ'יטיס) לאחר ניתוח להשקת המעי הדק לכיס זה. בנייתוח זה, מסירים את המעי הגס ויוצרים כיס פנימי מהאילאום (קצה המעי הדק), ובכך מונעים את הצורך בשקית חיצונית (איליאוסטומיה). לעיתים כיס זה (פאוצ') סובל מדלקות קשות, ומכאן מקור המונח פאוצ'יטיס.

ציפרופלוקסאצין משמשת לעיתים קרובות בטיפול במחלת קרוהן ובפאוצ'יטיס. בנוסף, **תרופה זו בטוחה יותר ממטרונידאזול.**

דרכי מתן נוספות

שתי התרופות, מטרונידאזול וציפרופלוקסאצין יכולות להינתן גם באופן תוך-וריד, במקרה הצורך.

תופעות לוואי

מטרונידאזול: תופעות לוואי שכיחות כוללות בחילה, הקאה, אבדן תיאבון, טעם מתכתי בפה, שלשול, סחרחורות, כאבי ראש, וצבע בשתן שונה (כהה או חום-אדמדם). תופעת לוואי נוספת בשימוש ארוך טווח הינה תחושת נימול בכפות הידיים והרגליים, העלולה להימשך אפילו לאחר הפסקת הטיפול בתרופה. במידה ואתה חש בנימול שכזה, דווח זאת לרופא שלך באופן מיידי. יש להפסיק את הטיפול בתרופה ולא לחדשו.

ציפרופלוקסאצין: תופעות הלוואי הינן נדירות, וכוללות כאב ראש, בחילה, הקאה שלשול, כאב בטן, פריחה, וחוסר נינוחות.

תגובות בין-תרופתיות

אנשים הנוטלים מספר תרופות, בין אם אלו תרופות מרשם או תרופות הניתנות ללא מרשם, צריכים להיזהר מפני תגובות בין-תרופתיות. תגובות אלו עלולות לפגוע ביעילות התרופה, להגביר את השפעתה, או לגרום לתופעות לוואי בלתי צפויות. לפני נטילת תרופה חדשה, יש לקרוא היטב את התווית. הקפד לספר לרופא שלך על כל התרופות שאתה נוטל (אפילו תרופות הניתנות ללא מרשם רופא או טיפולים משלימים), ועל כל בעיה רפואית שעולה.

שיקולים מיוחדים

- מטרונידאזול משפיעה על פירוק אלכוהול, ועלולה לגרום בכך לבחילות והקאות. לכן, יש להימנע משתיית אלכוהול בכל צורה שהיא בזמן נטילת התרופה ולמשך יומיים לפחות לאחר נטילת המנה האחרונה.
- ציפרופלוקסאצין עשויה ליצור תגובה כנגד סותרים חומצה, לכן יש ליטול את שתי התרופות בהפרש של מספר שעות. כמו-כן, היא מגיבה באופן דומה עם תוספי מינרלים המכילים סידן, ברזל, או אבץ. נטילת סותרים חומצה או תוספי מינרלים אלו קרוב מדי לנטילה של ציפרופלוקסאצין עלולה להפחית באופן ניכר את הפעילות האנטיביוטית של התרופה.
- לפני נטילת מטרונידאזול או ציפרופלוקסאצין, יש לדווח לרופא במידה ואת בהריון. תרופות אלו ניתנות לעיתים קרובות במהלך הריון, אולם מומלץ לדון על כך עם הרופא לפני כן.
- יש להימנע מחשיפה לשמש בזמן נטילת תרופות אלו. לפני יציאה החוצה בשעות היום יש למרוח קרם הגנה, ולהימנע ממכונות שיזוף.
- אנטיביוטיקה עלולה לפגוע ביעילותן של גולולות למניעת הריון.
- אנטיביוטיקה עלולה לשבש את פעילות התרופה נוגדת הקרישה וורפרין (קומדין), ולגרום לדילול יתר של הדם והגברת הסיכון לדימומים. טרם ההתחלה בטיפול האנטיביוטי, יש להתאים את מינון הקומדין במידה ואתה נוטל קומדין, הקפד לדווח זאת לכל רופא שרושם לך טיפול אנטיביוטי.

טיפולים ביולוגיים

לטיפול הרפואי במחלת קרוהן וקוליטיס כיבית יש שתי מטרות עיקריות: השגת הפוגה (היעדר תסמינים), ולאחריה, שמירה על הפוגה (טיפול אחזקתי למניעת התלקחויות). על מנת להשיג מטרות אלו, ניתן טיפול לצורך שליטה בדלקת המעיית המתמשכת, הגורמת לתסמיני מחלת המעי הדלקתית. הטיפולים הביולוגיים מייצגים קבוצת תרופות חדשה. חומרים אלו מתוכננים מבחינה גנטית ומיוצרים מתוצריהם של יצורים חיים כגון חלבונים, גנים, ונוגדנים. תרופות ביולוגיות משבשות את התגובה החיסונית של הגוף במחלות המעי הדלקתיות באמצעות פעולות כנגד מולקולות ספציפיות בתהליך הדלקתי, כגון ציטוקינים - חלבונים בעלי תפקיד ביצירה והפחתת דלקת. בין חלבוני המטרה לתרופות אלו נכללים TNF-אלפא, אינטרלוקינים, חלבוני הדבקה ואחרים. הידע אודות דרכי הפעולה של חלבונים אלה איפשר לחוקרים לתכנן גישות טיפול מיוחדות המשבשות את התהליך הדלקתי בשלבים שונים. הטיפולים הביולוגיים מציעים יתרון ברור בטיפול במחלות מעי דלקתיות. מנגנון הפעולה שלהם הוא ספציפי ביותר. בניגוד לקורטיקוסטרואידים, אשר מדכאים את מערכת החיסון כולה ובכך גורמים לתופעות לוואי רבות, התרופות הביולוגיות פועלות באופן בררני. הטיפול מכוון כנגד אנזימים וחלבונים ספציפיים, אשר הוכח כי קיים פגם, חוסר או עודף שלהם בניסויים בחיות מעבדה ובקרב חולים במחלות מעי דלקתיות.

תרופות לשימוש תוך-וריד או בזריקה לשריר

אינפליקסימאב (רמקייד) הינה התרופה הביולוגית הראשונה שקיבלה את אישור מינהל המזון והתרופות האמריקאי (FDA) לטיפול במחלת קרוהן, ולאחרונה אף אושרה לטיפול בקוליטיס כיבית. תרופה זו ניתנת בטפטוף תוך-וריד. העירוי נמשך כשעתיים, והוא ניתן בהתחלה במינון גדול להשגת הפוגה ולאחר מכן כל 8 שבועות לשמירה על הפוגה במידה והושגה.



התרופה הינה נוגדן חד-שבטי כימרי. במילים אחרות, זהו רצף חלבונים הנוצר מהכלאה של 75% חלבוני אדם ו-25% חלבוני עכבר. אינפליקסימאב מדכאת חלק ממערכת החיסון באמצעות קשירת חלבון ספציפי בגוף הקרוי TNF-אלפא, ומונעת את פעולתו. TNF-אלפא הינו ציטוקין, חלבון מיוחד המעודד דלקת במעיים ובאיברים אחרים. לחולים בעלי מחלת קרון פעילה יש ייצור-יתר של TNF-אלפא ברירת המעי, והפרשה מוגברת של ציטוקין זה בצואה.

אינפליקסימאב אושרה לטיפול ושמירת הפוגה במחלת קרוהן פעילה בדרגה בינונית-קשה, ובקוליטיס כיבית שאינה מגיבה לטיפול השגרתי. בנוסף אושרה התרופה לטיפול ושמירת הפוגה במחלת קרוהן בעלת פיסטולות (תעלות בלתי תקינות בין שתי לולאות מעי, או בין לולאת מעי לאיבר אחר, כגון העור). טיפול באמצעות אינפליקסימאב היו דרך יעילה להפחתה הדרגתית בטיפול בסטרואידים. לאחרונה נכנסו לשימוש במחלת קרוהן נוגדנים חדשים כנגד TNF והם ממקור הומאני בלבד (תרופות מדור חדש לטיפול במחלה). יתרון נוסף של תכשירים אילו הוא בעובדה שניתן לתת אותם בזריקה תת עורית ע"י החולה בלבד.

טיפולים עתידיים

תרופות ביולוגיות נוספות הנחקרות כיום כוללות נוגדנים אחרים כנגד TNF-אלפא. תלדומיד ואינטרלאוקין-11 נחקרים כיום בתור טיפולים ביולוגיים. מחקרים רפואיים בודקים מספר תרופות הפועלות כנגד ציטוקינים אחרים המשתתפים בתגובה הדלקתית, כגון אלפא 4 אינטגרין, אינטרלאוקין-6, אינטרלאוקין-12, אינטרפרון גמא, ו-CSF-GM.

תופעות לוואי

מכיוון שהטיפול באינפליקסימאב ניתן באופן תוך-ורידי, עלולות להופיע תגובות כנגד העירוי הכוללות כאב ראש, חום, צמרמורות, קוצר נשימה, לחץ-דם נמוך, ופריחה. בנוסף, החולים עלולים לסבול מכאב בטן, בחילה, ודלקת בדרכי הנשימה העליונות (שיעול וכאב גרון).

תגובות בין-תרופתיות

אנשים הנוטלים מספר תרופות, בין אם אלו תרופות מרשם או תרופות הניתנות ללא מרשם, צריכים להיזהר מפני תגובות בין-תרופתיות. תגובות אלו עלולות לפגוע ביעילות התרופה, להגביר את השפעתה, או לגרום לתופעות לוואי בלתי צפויות. לפני נטילת תרופה חדשה, יש לקרוא היטב את התווית. הקפד לספר לרופא שלך על כל התרופות שאתה נוטל (אפילו תרופות הניתנות ללא מרשם רופא או טיפולים משלימים), ועל כל בעיה רפואית שעולה.

שיקולים מיוחדים

- פורסמו מספר דיווחים אודות זיהומים קשים בעקבות השימוש באינפליקסימאב, כולל שחפת ואלח-דם (זיהום מסכן חיים של הדם). חובה לעבור בדיקה עורית לנוכחות שחפת וצילום חזה בטרם השימוש באינפליקסימאב, היות והתרופה עלולה להגביר את הסיכון לשחפת פעילה באנשים שנחשפו לשחפת בעבר. אין הכוונה היא כי תידבק בשחפת בעקבות השימוש באינפליקסימאב, אולם אם נדבקת בעבר וכרגע השחפת נמצאת במצב לא פעיל, התרופה עלולה לעורר מחדש את הזיהום. במקרה זה, יש לקבל טיפול כנגד השחפת לפני תחילת הטיפול באינפליקסימאב. יש לנקוט את אותם אמצעי זהירות בטרם נטילת קורטיקוסטרואידים.
- אינפליקסימאב עלולה לפגוע ביכולת הגוף להילחם בזיהומים אחרים. אם יש לך נטייה לרכישת זיהומים או שהנך מפתח סימן כלשהו של זיהום בזמן נטילת אינפליקסימאב, כגון חום, חולשה, שיעול או שפעת, יש לדווח זאת מיידית לרופא.
- ייתכן והטיפול באינפליקסימאב פוגע באנשים עם בעיות לב. לכן, יש לדווח לרופא אודות קיומן של מחלות לב לפני תחילת הטיפול באינפליקסימאב. אם מופיעים סימנים חדשים או סימני החמרה של אי-ספיקת לב-כלומר קוצר נשימה ונפיחות של הקרסוליים או כפות הרגליים - יש לדווח זאת מיידית לרופא.

-
- במספר אירועים נדירים, הופיעו בעיות דם בעקבות השימוש באינפליקסימאב. אם הנך מפתח סימנים כגון שיעול ממושך, שטפי דם, דימומים או חיוורון בזמן נטילת אינפליקסימאב, יש לדווח זאת מיידית לרופא. כמו-כן, הופיעו מספר דיווחים על בעיות במערכת העצבים. דווח לרופא שלך במידה ואתה סובל כיום או סבלת בעבר ממחלות הפוגעות במערכת העצבים, או אם אתה מרגיש בחוסר תחושה כלשהי, חולשה, נימול, או הפרעות בראייה בזמן נטילת אינפליקסימאב.
 - למרות שדיווחים על הופעת לימפומה (סרטן של מערכת הלימפה) בחולים הנוטלים אינפליקסימאב וחסמי-TNF אחרים הינם נדירים, מצבים אלו מופיעים בשכיחות גבוהה יותר מאשר באוכלוסייה הכללית.
 - הרופא שלך ישגיח עליך באופן הדוק בזמן קבלת הטיפול הביולוגי. לא מומלץ להפסיק טיפול באינפליקסימאב ולהתחיל אותו מחדש. לצורך השגת הפוגה, חשוב לקבל טיפול זה באופן רציף.



המונח "טיפול אחזקתי" מתייחס לסוגי טיפול שונים (לרוב תרופתיים) הניתנים על מנת לשמור על בריאות חולי מחלות המעי הדלקתיות בתקופות נטולות-מחלה או בתקופות בהן המחלה מוגבלת. אם אובחנת כחולה במחלת קרוהן או קוליטיס כיבית, מטרת הטיפול הראשונית עבורך היא להרגיש טוב יותר (שלב במחלה הקרוי "הפוגה"). האתגר הבא הינו לשמור על הפוגה זו. הטיפול המשמש לצורך כך נקרא "טיפול אחזקתי".

מדוע יש צורך בטיפול אחזקתי במחלות מעי דלקתיות?

שתי המחלות, קוליטיס כיבית ומחלת קרוהן, הן מחלות דלקתיות כרוניות. למרות שהתסמינים עשויים להיעלם, הם נוטים לחזור עם הזמן. חולים רבים בעלי מחלת מעי דלקתית מגיבים היטב לתרופות כאשר הם סובלים מהתקף. לרוע המזל, חולים אלו נמצאים בסיכון לסבול מהתקפים נוספים בעתיד, אלא אם כן יטלו טיפול תרופתי שישמור על הפוגה. מכיוון שתרופות אלו ניתנות לפרקי זמן ארוכים, עליהן להיות יעילות ובטוחות כאחד.

לצורך טיפול בדלקת בזמן התקף חריף (השלב הראשון והפעיל של המחלה), הרופאים רשמים טיפול בתרופות חזקות יותר - למרות תופעות הלוואי האפשריות - על מנת שתרופות אלו יעזרו לחולה להרגיש טוב יותר. יחד עם זאת, תופעות לוואי או הרעלות כתוצאה מטיפול אחזקתי אינן מתקבלות, מכיוון שמחלת המעי הדלקתית דורשת טיפול בתרופות אלו לכל החיים.

סוגי טיפולים אחזקתיים במחלות מעי דלקתיות

• תכשירי 5-ASA

סולפה-סאלאזין (אזולפידין) והדור החדש של תרופות נטולות-סולפה, (פנטסה, אסאקול ורפאסל) משמשות למניעת התלקחויות של מחלת מעי דלקתית לעיתים קרובות. יעילות תרופות אלו תלויה בדרך כלל במינון: ככל שהמינון גבוה יותר, כך גבוה יותר הסיכוי להחלים מהתקף חריף ולשמור על הפוגה מהמחלה. אולם, ככל שעולה המינון, תופעות הלוואי של סולפה-סאלאזין הופכות לפחות נסבלות. במינונים גבוהים לעיתים קרובות מופיעים כאבי ראש, בחילות או עייפות. בקרב גברים, שימוש ארוך-טווח בסולפה סאלאזין עלול לגרום לפגיעה בייצור הזרע וביכולת להרות. תופעות לוואי אלו חולפות לאחר הפסקת הטיפול בתרופה. על חולים הנוטלים סולפה-סאלאזין ליטול בכל יום 1 מ"ג חומצה פולית. מספר תופעות הלוואי נמוך בהרבה בזמן טיפול בתרופות נטולות-סולפה, המכילות מזאלאמין (5-ASA), אותו חומר פעיל הקיים בסולפה-סאלאזין. תופעות לוואי כגון כאב ראש, כאב בטן ובחילות אינן שכיחות, ולרוב אינן תלויות מינון. למרות זאת, אם אתה חש בתופעת לוואי כלשהי, הרופא יכול להפחית את המינון לרמה השומרת על הפוגה מהמחלה אך אינה גורמת לתופעות לוואי. חומרים אלו יקרים באופן משמעותי מסולפה-סאלאזין, ויש צורך בנטילת 12-16 גלולות לצורך שמירה על הפוגה. ניתן להשתמש בתרופות אלו בזמן הריון והנקה. מרבית מתרופות אלו זמינות בצורת גלולות או קפסולות, התכשירים נטולי הסולפה זמינים גם בצורת חוקן ונרות לשימוש במצבי מחלה של הרקטום והחלק התחתון (השמאלי) של המעי הגס. המינון הרגיל הינו חוקן אחד בכל לילה או שתי נרות בכל יום. שמירה על הפוגה באמצעות חוקנים או נרות דורשת שימוש ממושך בתכשירים אלו, לבד או בתוספת גלולות, למרות שחלק מהחולים מסתדרים עם מספר חוקנים בשבוע בלבד.

• אנטיביוטיקה

אנטיביוטיקה יעילה כטיפול ארוך-טווח בחלק מחולי מחלות המעי הדלקתיות, בייחוד בחולים במחלת קרוהן בעלי פיסטולות (תעלות בלתי תקינות בין שתי לולאות מעי, או בין לולאת מעי לאיבר אחר, כגון העור), או מורסות חוזרות (כיסוי מוגלה) בסמוך לפי הטבעת. שני התכשירים האנטיביוטיים הנפוצים ביותר לטיפול במחלות מעי דלקתיות הם מטרונידאזול (פלאג'יל) וציפרופלוקסאצין (ציפרו), למרות שתכשירים רבים אחרים עשויים להיות יעילים. חולים שניתן לטפל במחלתם הפעילה בהצלחה באמצעות תרופות אנטיביוטיות, יכולים לקבל טיפול זה בתור טיפול אחזקתי כל עוד התרופות יעילות. תופעות הלוואי של מטרונידאזול עלולות להיות בעיתיות במיוחד, כולל נימול בכפות הידיים והרגליים העלול להימשך אפילו לאחר הפסקת הטיפול בתרופה. שימוש באלכוהול וחשיפה לשמש אינם מומלצים, וברוב המקרים תרופות אלו לא ניתנות בזמן הריון.

• 6-MP ואזאטיופרין

מרקפטופורין (6-MP, פורינטול) ואזאטיופרין (אימורן) משמשות בתדירות הולכת וגוברת להורדת חולים מטיפול בסטרואידים. בנוסף, הן יעילות בטיפול בחולים במחלת קרוהן בעלי פיסטולות. שתי התרופות יעילות בטיפול במחלת מעי דלקתית פעילה וכטיפול אחזקתי, והן בטוחות יחסית. יחד עם זאת, יש להשגיח באופן קפדני על ספירת הדם של החולים הנוטלים תרופות אלו, ולהיזהר מדלקת בכבד או בבלבל. למרות חשש שהיה קיים לעלייה בסיכון לרכישת זיהומים או סוגי סרטן שונים בקרב חולים הנוטלים תרופות אלו, סיכון זה לא הוכח באופן חד-משמעי. למרות שתרופות אלו עשויות להיות יקרות, המינון היומי הנדרש הינו נמוך. החולים הנוטלים תרופות אלו לצורך השגת הפוגה, יסבלו לרוב מהתלקחות של המחלה לאחר הפסקת הטיפול; מסיבה זו, מרבית הרופאים ממליצים על המשך טיפול אחזקתי בתכשירים אלו, ובמקרים מסויימים אפילו טיפול בזמן הריון.

• מתוטרקסאט

הטיפול במתוטרקסאט מומלץ לחולים במחלת קרוהן שאינם יכולים להפסיק טיפול בסטרואידים ללא התלקחות של המחלה, או במקרה שתרופות אחרות לא הועילו. תרופה זו עשויה לעזור גם בטיפול בפיסטולות. התרופה ניתנת במינון חד-שבועי, אולם על מנת לקבל את היעילות המירבית, יש ליטול אותה באמצעות זריקה (בדרך-כלל על-ידי המטופל עצמו או בן משפחה). מתוטרקסאט אינה תרופה יקרה, אך המשתמשים בה צריכים ליטול במקביל מנה יומית של חומצה פולית (1 מ"ג). אם התרופה יעילה, יש להשתמש בה באופן קבוע. חולים רבים סובלים מתופעות לוואי - בחילות, כאבי ראש, ועייפות - העשויות לחלוף עם הורדת מינון התרופה; לעיתים רחוקות עלולות להופיע בעיות בכבד או בריאות. מעקב קפדני של רופא, הכולל בדיקות דם תקופתיות, הינו הכרחי. שלא כמו שאר התכשירים לטיפול במחלות מעי דלקתיות, ידוע כי מתוטרקסאט גורמת למומים עובריים. בשום אופן אין ליטול תרופה זו בזמן הריון, או לפני כניסה להריון על-ידי האישה או הגבר.

• טיפולים ביולוגיים

לאחרונה התפרסמו תוצאותיו של המחקר הרפואי הגדול ביותר שנערך אי-פעם בנושא טיפול ביולוגי במחלת קרוהן. אינפליקסימאב (רמיקייד), הפגינה יעילות בטיפול במחלת הקרוהן פעילה ובפיסטולות. דיווחים קודמים הציעו שימוש בתרופה כטיפול אחזקתי, והמחקר החדש הראה כי אינפליקסימאב איננה יעילה רק להשגת הפוגה, אלא גם כטיפול אחזקתי ארוך-טווח. גישת טיפול ביולוגית זו הינה יעילה, בטוחה, ובעלת מיעוט תופעות לוואי. בנוסף, הטיפול באינפליקסימאב מביא לשיפור מהיר ומשמעותי באיכות החיים של החולים במחלת קרוהן ובבריאותם, ובנוסף משפר את היכולות הרגשיות והחברתיות. לבסוף, טיפול האחזקה באינפליקסימאב הינו "טיפול חוסך בסטרואידים", המאפשר ליותר משליש מהמטופלים הנוטלים קורטיקוסטרואידים להפסיק את הטיפול ולשמור על הפוגה. אינפליקסימאב ניתנת במנה אחת - עד שלוש של עירוי תוך-ורידי, וחולים רבים מקבלים את המנה הבאה רק כעבור מספר חודשים. חולים בעלי פיסטולות מקבלים בדרך-כלל שלוש מנות בששת השבועות הראשונים. התרופה פועלת מהר, בדרך-כלל תוך שבוע-שבועיים, ומביאה להקלה בעייפות, חום וכאב הפרקים העשויים ללוות את המחלה.

מרבית החולים הנוטלים סטרואידים יכולים להוריד במינונם עד כדי הפסקה מוחלטת של הטיפול. ממליצים לחולים לעבור לטיפול בתכשירים אחרים, כגון 6-מרקפטופורין, אזאטיופרין, או מתוטרקסאט, בתקווה שההפוגה תישמר באמצעות תרופות אלו. חולים רבים, אולם לא כולם, נזקקים למנות נוספות של אינפליקסימאב.

קיים מידע חשוב שעליך לדעת בטרם התחלת הטיפול באינפליקסימאב (רמיקייד). אינפליקסימאב אינה מתאימה לכולם, ורק אתה והרופא שלך יכולים לקבוע אם הטיפול באינפליקסימאב מתאים לך. שים לב למידע הבא: חולים רבים בעלי אי-ספיקת לב אינם יכולים לקבל טיפול באינפליקסימאב; לכן בטרם הטיפול, עליך לדווח לרופא על כל בעיה לבבית ממנה אתה סובל. אם מופיעים תסמינים חדשים של אי-ספיקת לב (כגון קוצר נשימה או נפיחות של הקרסוליים או כפות הרגליים) או סימני החמרה באי-ספיקת הלב, יש לדווח זאת מיידית לרופא. ישנם דיווחים אודות זיהומים חמורים, כולל שחפת ואלח-דם. חלק מזיהומים אלו גרמו לתמותה. יש לספר לרופא אם נחשפת בעבר לחולי שחפת. הרופא יבדוק אותך לנוכחות שחפת, ויערוך תבחין עורי. אם נמצאה שחפת לא



פעילה, עליך לקבל מהרופא טיפול כנגד שחפת טרם תחילת הטיפול באינפליקסימאב. אינפליקסימאב עלולה לפגוע ביכולת הגוף להילחם בזיהומים אחרים. אם יש לך נטייה לרכישת זיהומים או שהנך מפתח סימן כלשהו של זיהום בזמן נטילת אינפליקסימאב, כגון חום, חולשה, שיעול או שפעת, יש לדווח זאת מיידית לרופא. כמו-כן, יש לספר לרופא אם התגוררת באיזור בו קיימת שכיחות גבוהה של זיהומי היסטופלזמה או פטרת קוקסידיואידיס. פורסמו דיווחים אודות בעיות דם, חלקן קטלניות. אם הנך מפתח סימנים כגון שיעול ממושך, שטפי דם, דימומים או חיוורון בזמן נטילת אינפליקסימאב, יש לדווח זאת לרופא. כמו-כן, הופיעו מספר דיווחים על בעיות במערכת העצבים. דווח לרופא שלך במידה ואתה סובל כיום או סבלת בעבר ממחלות הפוגעות במערכת העצבים, או אם אתה מרגיש בחוסר תחושה כלשהי, חולשה, נימול, או הפרעות בראייה בזמן נטילת אינפליקסימאב. דיווחים על הופעת לימפומה (סוג של סרטן) בחולים הנוטלים אינפליקסימאב וחסמי-TNF אחרים הינם נדירים אולם מופיעים בשכיחות גבוהה יותר מאשר באוכלוסייה הכללית. במידה והנך סובל כיום או סבלת בעבר מסרטן, ספר זאת לרופא.

דווח כי בטיפול באינפליקסימאב עלולות להופיע תגובות כנגד העירוי התוך-ורידי הכוללות פריחה, קוצר נשימה ולחץ-דם נמוך. התופעות התרחשו במהלך העירוי או לאחריו. במספר מחקרים רפואיים, חלק מהחולים סבלו מתופעות הלוואי הבאות: זיהומים במערכת הנשימה (הכוללים דלקת בסינוסים וכאבי גרון), שיעול וכאב בטן, או תגובות קלות לעירוי כגון פריחה או גירוי בעור.

טיפול אחזקתי לאחר ניתוח

הטיפול הניתוחי המוגבל בקוליטיס כיבית הינו לכריתה מלאה של המעי הגס והרקטום. החולים עוברים בדרך-כלל אחת משתי פעולות. בהשקת אילאום לפי הטבעת, יוצרים כיס איסוף פנימי באמצעות קצה המעי הדק (האילאום), אשר מחובר לפי הטבעת. באילאוסטומיה, המנתח יוצר פתח מהאילאום לעור. דרך פתח זה, הפסולת מתרוקנת לשקית פלסטיק המוצמדת לבטן באמצעות דבק. קוליטיס כיבית לא מופיעה כאשר אין מעי גס ורקטום; לכן, אין צורך בטיפול אחזקתי. יחד עם זאת, חולים אלו זקוקים לעיתים לטיפול כנגד שלשול. בנוסף, החולים שעברו השקת אילאום לפי הטבעת עלולים לפתח דלקת בכיס הפנימי המאסף, הדורש טיפול תרופתי.

ניתוח במחלת קרוהן, אם רק חלק מהמעי הגס מוסר בניתוח, קיימת סבירות גבוהה להישנות של המחלה. המחלה עלולה לחזור גם במחלת קרוהן המערבת את המעי הדק, מכיוון שלא ניתן להסיר לחלוטין את המעיים הדקים בניתוח. גם חולים במחלת קרוהן בעלי פיטטולות סובלים לעיתים קרובות מהישנות של המחלה לאחר ניתוח.

עד לאחרונה, חולים רבים במחלת קרוהן לא קיבלו טיפול אחזקתי לאחר ניתוח. אולם, תרופות כגון 6-מרקפטופורין ואזאטיופורין, ומינונים גבוהים של תכשירי 5-ASA ומטרונידאזול, עיכבו את ההישנות של מחלת קרוהן בקרב חלק מהחולים. הרופאים עשויים להמליץ על טיפולים אלו לחולים הנמצאים בסיכון גבוה להישנות המחלה ו/או חולים שכבר עברו ניתוחי מעי קודמים בשל מחלת קרוהן.

כיצד להעלות את הסיכויים לשמירה על הפוגה מהמחלה

ישנם מספר קווים מנחים לחולים המקבלים טיפול אחזקתי עבור מחלות מעי דלקתיות:

- התרופות לא יעבדו אם לא תיטול אותם.
- אם הנך סובל ממחלת קרוהן, הפסק לעשן. העישון עלול למנוע הפוגה של מחלת קרוהן ואף להחריף את המחלה. לאחר ניתוח של מחלת קרוהן, המחלה תחזור מוקדם יותר ובצורה קשה יותר בקרב מעשנים בהשוואה ללא-מעשנים.
- משככי כאבים רבים הנמכרים עם מרשם רופא או בלעדיו, גורמים לכיבים במערכת העיכול, ועלולים לגרום להתלקחות המחלה. במידה ולא מדובר בבעיה רפואית חמורה הדורשת זאת (כגון מחלת לב או מניעת שבץ

מוחי), יש להימנע מנטילת תרופות אלו. יש תמיד להיוועץ עם הרופא לפני נטילת התרופות: אספירין, כולל תכשירים מצופים, נוגדי דלקת שאינם סטרואידים, כגון איבופרופן (אדוויל, מוטרם, אלב, אנאפרוקס, נפרוסין, דיפרו, וכו'). גם מעכבי "COX-2" החדשים (סלברה) עשויים להיות לא בטוחים לשימוש של חולי מחלות מעי דלקתיות.

- חלק מהחולים סובלים מהתלקחויות של מחלתם לאחר שימוש במספר תרופות אנטיביוטיות. אם לא אובחן זיהום כלשהו על ידי רופא, יש להימנע מנטילת אנטיביוטיקה. מומלץ להיוועץ עם הרופא לפני נטילה של כל תרופה חדשה, כדי לקבוע אם יש צורך בנטילת תרופה חליפית.
- יש לזכור, כי קל יותר לשמור על הפוגה של מחלת מעי דלקתית מאשר להשיג אותה. לעיתים קרובות קשה לעמוד בדרישות הטיפול התרופתי התובעני, אולם התוצאה - בריאות טובה יותר - בהחלט שווה את המאמץ. ככל שמבינים יותר אודות הגורמים והגנטיקה של מחלת קרוהן וקוליטיס כיבית, מתפתחות תרופות חדשות, המשמשות הן להשגת הפוגה והן לשמירה עליה.



דאגות בקשר לתזונה בקרב חולי מחלות מעי דלקתיות הינן שכיחות וחשובות ביותר. החולים מאמינים לעיתים קרובות כי מחלתם נגרמה על ידי התזונה, ושניתן לרפא אותה באמצעותה. למרבה הצער, גישה זו פשטנית מדי, ואין לה תימוכין במחקרים רפואיים או מדעיים. התזונה בהחלט עשויה להשפיע על תסמיני המחלה ויש לה חלק בתהליך הדלקתי, אולם היא איננה מהווה גורם עיקרי בתהליך זה.

מכיוון שמחלת קרוהן וקוליטיס כיבית הינן מחלות של מערכת העיכול, טבעי ביותר כי יהיו לך שאלות רבות אודות התזונה, במידה ואובחנת כסובל מאחת מהמחלות הללו. ראשית, תופתע לגלות כי אין כל עדות לכך שאחד ממרכיבי התזונה שלך בעבר גרם או תרם להופעת המחלה. יחד עם זאת, לאחר הופעת מחלת המעי הדלקתית, למרכיבי התזונה יש השפעה על תסמיני המחלה וריפוייה.

המידע המסופק כאן מציע הנחיות תזונה כלליות לחולים ובני משפחותיהם. הוא מבוסס על תוצאותיהם של מספר מחקרים, ועל ידע שהצטבר בשנים האחרונות. עם התקדמות המחקר בנושא, יהיה ברשותנו מידע רב יותר אודות הקשר בין תזונה למחלות מעי דלקתיות.

כיצד מחלת קרוהן וקוליטיס כיבית פוגעות בעיכול?

כדי לקבל מושג טוב יותר אודות ההשפעה של התזונה על מחלות מעי דלקתיות, להלן הסבר קצר על הדרך בה הגוף מעבד את המזון המוכנס אליו.

העבודה האמיתית של מערכת העיכול מתרחשת במעי הדק, הממוקם בהמשך לקיבה. במעי הדק, מיצי עיכול מהכבד ומהלבלב מתערבבים עם המזון. ההתכווצות של שרירי דופן המעי מחזקת את פעולת הערבוב. לאחר שהמזון המעוכל מפורק למולקולות קטנות, הוא נספג דרך הציפוי הפנימי של דופן המעי ומועבר לשאר הגוף באמצעות זרם הדם. שאריות המזון וההפרשות המימיות אשר לא נספגו במעי הדק, עוברים למעי הגס. המעי הגס סופג מחדש את מרבית הנוזלים שהופרשו במעי הדק. זהו סוג של שימור נוזלים, או תהליך "מיחזור". שיירי מזון מוצק שלא עוכל עוברים הלאה בתור צואה.

כאשר ישנה דלקת במעי הדק - כפי שקורה לעיתים קרובות במחלת קרוהן - יכולת העיכול והספיגה של המעי נפגעת. תוצרי מזון שלא עוכלו, כמו גם מלחי מרה שלא נספגו, עשויים לעבור למעי הגס בדרגות שונות, כתלות בגודל הנזק שנגרם למעי הדק כתוצאה מהדלקת. זוהי סיבה אחת לתת-התזונה ממנה סובלים חלק מהחולים במחלת קרוהן, מלבד העובדה שלעיתים פשוט אין להם תיאבון. יתר על כן, מזון לא מעוכל העובר במעי הגס מפריע לספיגת הנוזלים, אפילו אם המעי הגס בעצמו לא נפגע מהדלקת. לכן, מחלת קרוהן הפוגעת במעי הדק עלולה לגרום לשלשול ולתת-תזונה. אם הדלקת מערבת גם את המעי הגס, השלשול עלול להיות חמור אף יותר.

בקוליטיס כיבית, הדלקת פוגעת רק במעי הגס, ואילו המעי הדק פועל כרגיל. אולם, מכיוון שהמעי הגס לא ממחזר נוזלים כראוי, השלשול עלול להיות חמור.

האם מחלות המעי הדלקתיות נגרמות בשל רגישות למזון?

לא. למרות שלחלק מהאנשים יש רגישות למוצרי מזון מסוימים, אין לכך קשר למחלת קרוהן או לקוליטיס כיבית. חולי מחלות מעי דלקתיות עשויים לחשוב שהם רגישים למוצרי מזון מסוימים מכיוון שהם מקשרים בין תסמיני מחלת המעי הדלקתית ובין האכילה.

האם מזון מסוים מחמיר את הדלקת של מחלת המעי הדלקתית?

לא. אף על פי שמוצרי מזון מסוימים מחריפים את תסמיני המחלה, אין כל עדות לכך שהדלקת במעי מושפעת באופן ישיר. מובן מאליו שכל אכילת מזון מזוהם הגורמת להרעלת קיבה או דיזנטריה מחריפה את תסמיני מחלת המעי הדלקתית.

האם ישנה תכנית תזונתית מיוחדת לחולי מחלות המעי הדלקתיות?

אין תכנית תזונתית אחת שמביאה לתוצאות הרצויות של מחלת המעי הדלקתית. ההמלצות התזונתיות צריכות להיות אישיות. יש להתאים אותם במיוחד עבורך, תוך כדי התחשבות במחלה ממנה אתה סובל ובחלק הפגוע במערכת העיכול. יתרה מכך, המחלות אינן סטטיות, אלא משתנות עם הזמן, ועל הרגלי האכילה לשקף שינויים אלו. נקודת המפתח הינה לשאוף לתכנית תזונתית מאוזנת ובריאה. הרגלי אכילה בריאים רצויים אצל כולם, אולם הם חשובים במיוחד בקרב חולי מחלות המעי הדלקתיות. לעיתים קרובות יש לחולים שאלות בנוגע לדיאטת הפחמימות הספציפית שהוצגה בספרו של מ.ס. גוטשאל - Breaking the Vicious Cycle לצאת ממעגל הקסמים, הוצאת בית עולם. כיום, דיאטת הפחמימות נתמכת על ידי עדויות של המטופלים בלבד, ולא באמצעות מחקרים שיטתיים. הדרך היחידה בה ניתן לבדוק את יעילותם של טיפולים שונים במחלות כמו קוליטיס כיבית או מחלת קרוהן, היא באמצעות מחקרים קפדניים. הדיאטה עצמה אינה לא-מאוזנת, אולם חולים רבים מתקשים לעמוד בה. צריכה מועטה של פחמימות עשויה להפחית תסמינים כמו גזים, נפיחות ביטנית, כאבי בטן, ושלשול בקרב חולי מחלות מעי דלקתיות, אולם אין הדבר דומה להפחתת הדלקת, או השפעה על מהלך המחלה. כל זאת בניגוד לדיאטה דלת הגלוטן, לדוגמא, המשמשת לטיפול במחלת הצליאק, אשר היא בעלת בסיס מחקרי רחב ומעקב מסודר אחר השפעתה על מהלך המחלה. בשורה התחתונה, ייתכן ושווה לנסות דיאטה זו (או דיאטות אחרות), אולם אין לנטוש את הטיפול הקבוע, ויש להקפיד לשמור על קשר עם הרופא.

מאילו מוצרי מזון יש להימנע?

כאמור, אין כללים או המלצות קבועות. אם מזון מסויים גורם לבעיות עיכול, יש לנסות להימנע ממנו. אולם, חשוב להבחין בין רגישות למזון ובין אי-סבילות. מרבית האנשים סובלים מאי-סבילות למזון, ואינם בעלי רגישות אמיתית למזון. מבחני החסרת המזון מהתפריט טובים יותר בזיהוי של המזון שיש להימנע מאכילתו, מאשר תבחיני הרגישות הרגילים או בדיקות דם. ישנם ספרים רבים הדנים בדרכים לבצע "דיאטת החסרה" זו, הכוללת הכנת "יומן אכילה" ובו רישום מסודר של המזון הנאכל והתסמינים המופיעים לאורך מספר שבועות.

למעשה, באמצעות רישום מסודר שכזה ניתן לא רק לגלות אילו מוצרי מזון בעייתיים עבורך, אלא גם האם התכנית התזונתית שלך מספקת לך את אבות המזון הרצויים. באמצעות סקירת יומן האכילה שלך, התזונתית יכולה לדעת אם הנך מקבל את כמות תוצרי המזון היומית המומלצת לאדם בגילך, מינך, ומשקלך. במידה ולא, התזונתית עשויה להציע דרכים לשיפור התזונה וצריכת אבות המזון המומלצים, באמצעות אכילת כמות מזון גדולה יותר, שינוי התפריט היומי, או צריכת תוספי מזון.

חשוב לזכור כי תפריט תזונתי בריא אינו תלוי רק בכמות המזון הנאכל. על הצריכה היומית לכלול כמות נאותה של קלוריות, חלבונים, וחומרים מזינים. תפריט מאוזן כולל מגוון רחב של מוצרי מזון מכל קבוצות המזון. בשר, עוף, דגים, ומוצרי חלב, מהווים מקור לחלבונים; לחם, דגנים, עמילן, פירות, וירקות הינם מקור לפחמימות; מרגרינה ושומנים הם מקור לשומנים.

האם על החולים במחלות מעי דלקתיות לדאוג בקשר לצריכת נוזלים?

כן. במצב של שלשול כרוני, תמיד קיים הסיכון להתייבשות. אם צריכת הנוזלים שלך אינה עומדת בקצב השלשול, תפקוד הכליות עלול להיפגע. חולים במחלת קרוהן ומחלות משלשלות אחרות הינם בעלי שיחות מוגברת של אבני כלייה, הקשורה לצריכת נוזלים מועטה. יתרה מכך, התייבשות ואיבוד מלחים גורמים לתחושת עייפות. מסיבה זו, על חולי מחלות מעי דלקתיות לצרוך כמות נוזלים רבה, בייחוד במזג אוויר חם, בו מאבדים נוזלים ומלחים בהזעה דרך העור. העיקרון המנחה הוא שתייה של 30 מ"ל נוזלים ליום לכל ק"ג משקל גוף. כלומר, על אדם ששוקל 70 ק"ג לשתות כשני ליטרים ביום. יש ללגום בנינוחות, ולא לבלוע את הנוזל בצורה חפוזה, בכדי למנוע אי-נוחות הנגרמת בשל כניסת אוויר למערכת העיכול.



האם ישנה חשיבות לתזונה של חולי מחלות המעי הדלקתיות?

כן, בהחלט. חולי מחלות מעי דלקתיות, בייחוד חולים במחלת קרוהן בעלי פגיעה במעי הדק, נוטים לפתח תזונה ממספר סיבות:

- אבדן תיאבון - כתוצאה מבחילה, כאב בטן, או שינוי בתחושת הטעם - עלול לגרום לצריכת מזון ירודה.
- מחלה כרונית נוטה להגביר את כמות הקלוריות או האנרגיה הדרושה לגוף, במיוחד בזמן התקפים חריפים.
- מחלות מעי דלקתיות - בייחוד מחלת קרוהן - גורמים לעיתים קרובות לפגיעה בעיכול ובספיגת חלבונים, שומנים, פחמימות, נוזלים, ומגוון רחב של ויטמינים ומינרלים מהמזון. בשל כך, חלק ניכר מהמזון הנאכל למעשה לא באמת נכנס לגוף.
- תזונה טובה הינה אחת מהדרכים של הגוף לחדש את בריאותו. לכן, יש לבצע כל מאמץ להימנע מתת-תזונה. שיקום המצב התזונתי התקין ושמירה עליו מהווים עיקרון מפתח בטיפול במחלות מעי דלקתיות, ממספר סיבות.
- התרופות נוטות לפעול בעילות רבה יותר כאשר המצב התזונתי טוב.
- כאשר חלבונים ותוצרי מזון נוספים אובדים בשל מחלת המעי הדלקתית, יש לצרוך מזון נוסף כדי לפצות על האובדן. דבר זה עשוי להיות קשה לחולים רבים הסובלים מתסמינים פעילים של מחלת המעי.
- חלבונים, קלוריות ותוצרי מזון נוספים שאבדו, עלולים לגרום לפגיעה בצמיחת ילדים ומתבגרים.
- ירידה במשקל של נשים או נערות משפיעה על רמת ההורמונים, ועלולה להוביל לאי-סדירות של המחזור החודשי ואף היעדרות מוחלטת של הוסתות.

באיזה אופן משפיעה התזונה על הגדילה?

גדילתם של חולים צעירים אשר מחלת המעי הדלקתית הופיעה לפני התבגרותם, עלולה להיפגע. צריכת מזון ירודה תורמת אף היא לבעיות בגדילה. לכן, הרגלי תזונה נכונים וצריכת קלוריות מספקת חשובים ביותר. כאשר נשמרת תזונה נכונה, שליטה במחלה זו באמצעות תרופות, או, לעיתים רחוקות יותר, הסרה ניתוחית של אזורי מעי חולים, מביאים לתוצאות הטובות ביותר.

מהי הדרך הטובה ביותר להפחית את התכווציות הבטן לאחר ארוחה?

במהלך תקופות שבהן המחלה פעילה, האכילה עלולה לגרום לחוסר נוחות והתכווציות בטניות. להלן מספר דרכים להפחתת תסמינים אלו:

- יש לאכול ארוחות קטנות יותר בתדירות גבוהה יותר: חמש ארוחות קטנות (בסדר גודל של אגרוף כף-היד) בכל שלוש או ארבע שעות, לדוגמא, במקום שלושת הארוחות היומיות המסורתיות.
- הפחתה של כמות המזון השומני או המטוגן בתזונה. חמאה, מרגרינה, רטבי שמנת ומוצרי בשר שומניים, עלולים כולם לגרום לשלשול ונפיחות בטנית, במידה והשומן אינו מעוכל במלואו. תסמינים אלו נוטים להתרחש בתדירות גבוהה יותר בקרב חולים שחלק גדול מהמעי שלהם (בעיקר האילאום) הוסר בנייתוח.
- הגבלת צריכת החלב או מוצרי החלב בקרב אנשים בעלי אי-סבילות ללקטוז. ישנם אנשים שאינם מסוגלים לעכל לקטוז, הסוכר המצוי בחלב ומוצריו, גם אם אינם חולים במחלת מעי דלקתית. הגורם לבעיה זו הינו חוסר באנזים מעכל, הקרוי לקטאז, במשטח הפנימי של המעי הדק. עיכול לקוי של לקטוז עלול לגרום להתכווציות וכאבי בטן, גזים, שלשול, ונפיחות בטנית. מכיוון שתסמיני אי-סבילות ללקטוז עשויים לחקות את אלו של מחלת המעי הדלקתית, קשה לעיתים לזהות אי-סבילות ללקטוז. ניתן לבצע בדיקה פשוטה של סבילות ללקטוז כדי לאבחן את הבעיה. במקרה של ספק כלשהו, יש להגביל את צריכת החלב. לחילופין, הוספת תחליפי לקטאז למוצרי חלב רבים עשויה להפחית את כמות הסימפטומים. התזונאית שלך יכולה לעזור לך ו/או לילדך בנושא זה. יחד עם זאת, רצוי לצרוך כמות מסוימת של מוצרי חלב בשל היותם מקור טוב לחומרים מזינים, בייחוד סידן וחלבונים.
- יש להגביל צריכת מזונות עתירי סיבים כגון אגוזים, גרעינים, תירס, פופקורן, וירקות סיניים שונים. במקרה של היצרות במעי הדק, מוצרי מזון אלו עלולים לגרום לעווייתות בטניות. מעבר לכך, מזונות עתירי סיבים מעוררים גם את המעי הגס בהגיעם אליו. מכיוון שהם אינם מעוכלים בצורה מלאה על-ידי המעי הדק, מזונות אלו עלולים לגרום לשלשול. מסיבה זו, תזונה דלת סיבים ודלת שארית (ראה להלן), מומלצת לעיתים קרובות.

למרות האמור לעיל, חלק מהאנשים הממלאים אחר הקווים המנחים הללו עדיין ימשיכו לסבול מהתכווצויות בטניות לאחר הארוחה. במקרים אלו, טיפול תרופתי עשוי לעזור. פרדניזון וקורטיקוסטרואידים אחרים, לדוגמה, עשויים להפחית את הדלקת במעיים ובכך לאפשר למעי לפעול באופן טוב יותר. נטילת תרופות נוגדות עוויתות או נוגדות שלשול 15-20 דקות לפני הארוחה עשויה אף היא להפחית את התסמינים ולשמור על תזונה נכונה, במיוחד במצב בו המחלה קלה. יש להימנע מנטילת תרופות אלו במצבים קשים יותר של המחלה.

מהי דיאטה דלת-סיבים ודלת-שארית?

כשני שלישים מהאנשים בעלי מחלת קרוהן במעי הדק מפתחים היצרות ניכרת של המעי הדק התחתון. דיאטה דלת-סיבים ודלת-שארית, או דיאטת נוזלים מיוחדת עשויות להפחית את כאבי הבטן והתסמינים האחרים. דיאטה זו מקטינה ככל האפשר צריכה של מזון היוצר פיסות לא מעוכלות בצואה, כגון פירות, ירקות, גרעינים, אגוזים ותיירס. תזונאית מוסמכת הקשורה לטיפול במחלת המעי הדלקתית שלך יכולה לעזור לך בתכנון דיאטה מסוג זה במקרה הצורך. לעיתים קרובות, שינוי תזונה אלו הינם זמניים בלבד עד להפחתה של ההיצרות ע"י טיפול תרופתי או ניתוחי של הדלקת אשר גרמה להיצרות.

חשוב להקפיד, יחד עם זאת, שלא להגביל את צריכת המזון יותר מדי. מגבלות רבות מקשות על האפשרות לצרוך מזון מגוון.

האם יש מקום לארוחות במסעדות מזון מהיר?

ילדים בעלי מחלת מעי דלקתית מתמודדים עם אתגרים מיוחדים, ותזונה נכונה הינה אחת מהחשובות שבהן. ההורים לרוב סבורים כי בתזונה נכונה אין כל מקום לארוחות מזון מהיר, אולם אין הדבר כך. חלק ממזון זה מספק תוצרי מזון חשובים ביותר, בנוסף לקלוריות. ניקח פיצה, לדוגמה. הגבינה מכילה סידן, חלבון ויטמין D; רוטב העגבניות מכיל ויטמין A ו-C; והבצק מכיל ויטמין B לסוגיו. הדבר נכון גם לגבי סוגי מזון פופולריים אחרים, כגון המבורגר וצ'יזבורגר, למרות שמזונות אלו מכילים שומן ומלח בכמות גבוהה מהרצוי בתזונה קבועה. גלידות ומילקשייקים מכילים כמות נדיבה של סידן, חלבונים וקלוריות. במידה וקיימת אי-סבילות ללקטוז, ניתן ליטול טבלית לקטאז לפני צריכה של מוצרי חלב.

האם החולים במחלות מעי דלקתיות סופגים מזון באופן רגיל?

לרוב, כן. חולים בעלי דלקת במעי הגס בלבד סופגים מזון באופן רגיל. חולים במחלת קרוהן עלולים לסבול מבעיות בעיכול אם מחלתם מערבת את המעי הדק. הם מסוגלים לאכול כמות מספקת של מזון, אולם חלק ממנו אינו נספג. למעשה, כ-40% מהחולים במחלת קרוהן אינם סופגים פחמימות באופן תקין. הם עלולים לסבול מנפיחות, גזים ושלשול, כמו גם איבוד של חומרים מזינים חשובים. אי-ספיגת שומנים מהווה בעיה נוספת בחולים במחלת קרוהן, אשר מופיעה בקרב שליש מהחולים לפחות. חולים שעברו כריתה של קצה האילאום נמצאים בסיכון הגבוה ביותר. דרגת תת-הספיגה תלויה בגודל המעי החולה, ובשאלה האם בוצעה הסרה ניתוחית של מקטע מעי. במידה ורק 30-60 ס"מ האחרונים של האילאום נגועים בדלקת, ספיגת כל תוצרי המזון מלבד ויטמין B-12 ככל הנראה תהיה תקינה. אם יותר מ-60-90 ס"מ של האילאום נגועים, עלולה להיווצר תת-ספיגה משמעותית של שומנים. במידה וגם החלק העליון של המעי הדק חולה, דרגת תת-הספיגה חמורה בהרבה, וסביר להניח שיווצרו חוסרים של תוצרי מזון רבים, מינרלים, וויטמינים נוספים. טיפולים מסויימים במחלות מעי דלקתיות.

האם יש ליטול תוספי ויטמינים? ואם כן, אילו?

כאמור, דבר זה תלוי במידת נרחבות המחלה במעיים. כפי שצויין קודם, ויטמין B-12 נספג באילאום התחתון. פירוש הדבר שאלו הסובלים מאילאיטיס (מחלת קרוהן הפוגעת באילאום), או אלו שעברו כריתה מקטע קצר של מעי, עלולים לסבול מחוסר בוויטמין B-12, מכיוון שהם אינם מסוגלים לספוג כמות מספקת של ויטמין זה דרך המזון הרגיל או תוספי המזון. על מנת לתקן חוסר זה, יש צורך בהזרקה חודשית של ויטמין B-12. חוסר בחומצה



פולית (סוג נוסף של ויטמין B) נפוץ אף הוא בחולים הנוטלים סולפה-סאלאזין. על חולים אלו ליטול טבליות חומצה פולית, 1 מ"ג, בכל יום. מומלץ למרבית חולי מחלות המעי הדלקתיות ליטול תכשירי מולטי-ויטמינים באופן קבוע. אם הינך סובל מתת-ספיגה, או אם עברת ניתוח לקיצור מעי, יש צורך בנטילת ויטמינים אחרים, בייחוד ויטמין D. חוסר ויטמין D, הפוגע ב-68% מהאוכלוסייה, הינו אחד החוסרים התזונתיים השכיחים ביותר הקשורים למחלת קרוהן. ויטמין D חיוני ליצירת עצם בריאה ולשמירה על מאזן תקין של סידן. יש ליטול תוספי ויטמין זה, בכמות של 800 יח' ליום, באיזורים מחוסרי אור שמש, ובמיוחד במצב של מחלה פעילה. יחד עם ויטמין A, E, ו-K, הינו ויטמין מסיס בשומן; אלו נוטים להיספג בצורה פחות טובה בהשוואה לויטמינים מסיסים במים. כתוצאה מכך, הם נספגים באופן טוב יותר כאשר ניטלים בצורת נוזל מאשר בצורת גלולה.

האם מומלץ ליטול מינרלים כלשהם?

למרבית חולי מחלות המעי הדלקתיות, אין מחסור בולט של מינרלים. אולם, חוסר ברזל שכיח מאוד בקרב חולי קוליטיס כיבית וקוליטיס של מחלת קרוהן, ופחות שכיח במחלות של המעי הדק. המחסור נובע מאיבוד דם לאחר הופעת הדלקת והתכיבות המעי הגס. רמת הברזל בדם ניתנת למדידה בקלות, ובמידה ומתגלה מחסור כלשהו (הגורם לאנמיה), יש לקבל טיפולי ברזל חליפיים באמצעות טבליות או נוזל. המינון הרגיל הינו 300 מ"ג, פעם אחת עד שלוש פעמים ביום, כתלות במידת החוסר הקיים ובצורת התבטאותו בקרב המטופל. נטילת טיפול בברזל הופכת את הצואה לשחורה, אשר יכולה להיחשב בטעות כתופעה של דימום במעיים.

מחסור עלול להיווצר גם באשלגן ומגנזיום. המחסור מתפתח בעקבות שלשול או הקאות, או כתוצאה מטיפול בפרדניזון. תחליפי אשלגן קיימים בתור טבליות וצורות נוספות. יש צורך בנטילת תחליפי מגנזיום במקרה של חוסר מגנזיום הנגרם בעקבות שלשול או מחלת מעי דק מפושטת, או כזה המופיע לאחר קיצור מעי נרחב בנינוח.

יסודות קורט הינם חומרי מזינים הנספגים בגוף בכמויות זעירות. עדיין, נוכחותם חיונית למספר תפקודים ביולוגיים חשובים. מחסור ביסודות קורט נוצר במחלת קרוהן מתקדמת - בעיקר בחולים בעלי צריכה תזונתית ירודה ומחלת מעי דק נרחבת.

חוסר סידן ומחלות עצם במחלת קרוהן

אחד החוסרים החשובים ביותר במחלות מעי דלקתיות הינו חוסר בסידן - לבדו, או במקביל לחוסר בוויטמין D. חולים רבים בעלי מחלת מעי דלקתית צורכים כמות קטנה מדי של סידן, בהימנעם ממוצרי חלב שונים בשל אי-סבילות מוכחת או משוערת ללקטוז. אנשים אחרים צורכים כמות מספקת של סידן בתזונה, אולם הוא אינו נספג כיאות בשל מחלה במעי הדק או בעקבות ניתוח לקיצור מעי. בנוסף, חלק מהתרופות המשמשות לטיפול במחלות מעי דלקתיות עלולות לפגוע בבריאות העצם. שימוש ארוך-טווח בפרדניזון וסטרואידים אחרים, לדוגמה, מאט את תהליך יצירת העצם החדשה, ומאיץ פירוק עצם ישנה. בנוסף, נפגעת ספיגת הסידן מלבד השימוש בסטרואידים, למחלת קרוהן עצמה יש קשר להידלדלות עצם ואוסטאופורוזיס, לפיכך, לאלו הנמצאים בסיכון גבוה מומלץ לעבור בדיקות צפיפות עצם שגרתיות.

במידה ולא ניתן להפסיק לחלוטין את הטיפול בפרדניזון, יש להפחית את המינון או לעבור למינון דו-יומי, ובכך להפחית את אבדן העצם. על החולים לשאוף לצריכה של 1500 מ"ג סידן ביום לפחות, בתזונה הרגילה או בצורת תוספי מזון הניטלים שלוש פעמים ביום. בנוסף, מומלץ ליטול תוספי ויטמין D (ראה לעיל).

מחקרים המתבצעים כיום בודקים אם טיפולים אחרים למחלת עצם - כגון אלו המשמשים לטיפול באוסטאופורוזיס שלאחר גיל הבלות - עשויים להתאים להידלדלות עצם על רקע מחלת מעי דלקתית. טיפולים אלו כוללים ביספוספונטים (כגון פוסאלון), קלציטונין, ופלואוריד.

מהי תמיכה תזונתית?

מכיוון שמחלות המעי הדלקתיות, במיוחד מחלת קרוהן, עשויות להשתפר עם תמיכה תזונתית, ייתכן ויהיה צורך לספק חומרי תזונה באמצעות נוזל עשיר בחומרים מזינים הניתן ישירות לקיבה או למעי הדק. צורת הזנה זו, הידועה בתור הזנה תוך מעית, ניתנת במשך הלילה דרך צינורית המועברת במרבית המקרים דרך האף לקיבה. צינורית זו נקראת צינורית זונדה. שיטה זו מבטיחה מתן כמות מספקת של חומרי תזונה למטופל במהלך השינה. בבוקר הצינורית מוסרת, וניתן לבצע את הפעילות היומית הרגילה - כמו ללכת לעבודה או לבית הספר. בדרך זו, החולים מקבלים את כל חומרי התזונה הנדרשים ויכולים לאכול באופן רגיל - או לא לאכול - במהלך היום.

דרך נוספת לאספקת הזנה תוך מעית הינה דרך צינורית לגסטרוסטום. גסטרוסטומיה הינה פעולה כירורגית בה יוצרים פתח דרך דופן הבטן המגיע עד לקיבה. צינורית ההזנה מועברת דרך פתח זה. ההזנה ניתנת על פי רוב בשעות הלילה, אולם ניתן לקבל אותה גם לסירוגין במהלך היום. חלק מהחולים מעדיפים שיטה זו, החוסכת מהם את חוסר הנוחות שבהחדרת צינורית הזונדה דרך האף.

הזנה תוך-ורידית ניתנת באמצעות צינורית המוחדרת לכלי דם גדול, בדרך-כלל בחזה. למרות שהמזון מוחדר ישירות לדם ובכך מאפשר למעיים לנוח, הזנה תוך-ורידית עלולה לגרום לסיבוכים רבים יותר מהזנה תוך מעית. מעבר לכך, הזנה זו יקרה יותר משיטות תמיכה תזונתית אחרות, ודורשת הדרכות מקצועיות נוספות לצורך ביצועה.

מה חדש בתחום טיפולי התזונה של מחלות המעי הדלקתיות?

צריכה תזונתית מיוחדת לצורך עזרה בהחלמת המעי הינה אחת הגישות החדשות בטיפול במחלות מעי דלקתיות, ומחקרים רבים נעשים בנושא זה. צריכת שמן דגים או פשתן, בתזונה הרגילה או בצורת תוספי מזון, משמשת בטיפול בדלקת של המעי. פחמימות מורכבות שאינן נספגות דרך המעי הדק, כגון פסיליום, מעוררות את חיידקי המעי לייצר חומצות שומן קצרות שרשרת. חומצות שומן אלו עוזרות לרירית המעי הגס לרפא את עצמה.

גישה נוספת הינה שימוש בפרוביוטיקה, אשר מתחילה לקבל הערכה בטיפול במחלות מעי דלקתיות. פרוביוטיקה מכילה חיידקים "טובים" המשיבים את האיזון החיידקי התקין של המעי. תכשירי לקטובצילוס ויוגורטים מכילי-חיידקים עשויים לעזור בהחלמת המעי. מחקרים רבים נעשים בנושא חשיבות התזונה ותוספי המזון בטיפול במחלות המעי הדלקתיות, ועוד ארוכה הדרך.

מניעה כימית של סרטן באמצעות מינרלים (סלניום, סידן), ויטמינים (חומצה פולית) ותרופות (תכשירי ASA-5 עוזרים לחולים רבים בהקשר זה), הינו תחום מתפתח, ומידע נוסף יתקבל לאחר פרסום מחקרים חדשים הנעשים בנדון.

לסיכום, בעוד לתזונה אין תפקיד בגרימת מחלות מעי דלקתיות, שמירה על תזונה מאוזנת עשירה בחומרים מזינים עשויה לשפר את איכות החיים. תזונה נכונה תלויה פעמים רבות בסוג המחלה, קוליטיס כיבית או מחלת קרוהן, ובאזור הפגוע במעיים. חשוב לתכנן עם הרופא (ומומלץ גם להיפגש עם תזונאית) תכנית תזונתית שתתאים במיוחד עבורך.



טיפולים ניתוחיים

במידה ואתה עומד לעבור ניתוח, אחת הדרכים הטובות ביותר להתמודד עם חששותיך היא להבין בדיוק מהי הסיבה לניתוח המסויים שאתה עומד לעבור, ומה לצפות לפני, במהלך, ולאחר הניתוח. ראשית, חשוב להפנים את העובדה שניתוח אינו מהווה "מפלט אחרון" עבור מחלות מעי דלקתיות. בדומה לתרופות ושינוי תזונה, הניתוח מהווה אפשרות טיפולית נוספת. עבור חולים רבים, הניתוח עשוי להוביל לאורח חיים בריא ופעיל יותר. אמנם, עבור חולי קוליטיס כיבית, הניתוח לכריתת רקמת המעי החולה מביא ל"ריפוי". מחלת קרוהן, מצד שני, אינה ניתנת לריפוי באמצעות ניתוח. יחד עם זאת, הניתוח עשוי להקל על התסמינים ובכך לשפר את איכות החיים בצורה ניכרת. הטיפול התרופתי הינו לכל הדעות קו הטיפול הראשון המועדף. אולם כאשר המחלה אינה נשלטת יותר באמצעות תרופות, אזי ניתוח הינו דרך להקלה ארוכת טווח בתסמיני המחלה. ניתוח עשוי בנוסף להפחית ואף להוביל להפסקה מוחלטת של הטיפול התרופתי.

כאשר עולה הצורך בניתוח (בהנחה שלא מדובר במצב חירום), עליך להשתמש בכל מקורות המידע העומדים לרשותך לפני שתגיע להחלטה. מעבר להתייעצות עם הגסטרואנטרולוג ועם המנתח שלך, שוחח גם עם אנשים אחרים שעברו ניתוח. לאחר שתאסוף מידע רב ככל האפשר אודות סוגי הניתוחים, תוכל לקבוע מהו סוג הניתוח שישפר את איכות חיך בצורה הטובה ביותר. לאחר שתעבור את הניתוח, ייתכן ותתחרט כי לא עברת ניתוח קודם לכן. אנשים רבים סובלים לשווא רק מכיוון שהם נמנעים מניתוח בכל מחיר.

טיפולים ניתוחיים במחלת קרוהן

טיפול תרופתי מהווה את האופציה הטיפולית הראשונה עבור החולים במחלת קרוהן. יחד עם זאת, 65-75% מהחולים במחלת קרוהן יעברו ניתוח בסופו של דבר כחלק מהטיפול במחלתם. הצורך בניתוח עשוי לעלות בעקבות סיבוכים חמורים; במחלה שאינה מגיבה לטיפול התרופתי; או כמפלט אחרון לצורך הקלת בתסמיני המחלה שלא ניתן לשלוט בהם. המטרות העיקריות של הניתוח הן הקלה בתסמינים, השגת איכות חיים הטובה ביותר האפשרית, ושימור מעי רב ככל הניתן. לעיתים קרובות ניתוח עושה את ההבדל בין כאב עז/תלות בסטרואידים ובין חיים בריאים ופעילים. סיבוכי מחלת קרוהן העלולים לדרוש טיפול ניתוחי הם:

- חסימת מעיים
- דימום מהמעיים
- קרע במעי
- היווצרות פיסטולה או מורסה
- toxic megacolon (הרחבה ואיבוד מתח השרירים במעי הגס)

ישנם ניתוחים שונים שניתן לבצע, בהתאם לסוג הסיבוך, חומרת המחלה, או מיקום המחלה במעיים. מחלת קרוהן עשויה להשפיע על המעי הגס, המעי הדק, או הקיבה. שלא כמו קוליטיס כיבית, לא ניתן לרפא מחלת קרוהן באמצעות ניתוח. אפילו אם החלק החולה מוסר בניתוח, הדלקת יכולה להופיע מחדש בחלק אחר של המעיים.

סטריקטורופלסטיה

כאשר מחלת קרוהן פוגעת במעי הדק, איזורי מעי בריא ומעי חולה מופיעים לסירוגין. איזורי המחלה הפעילה עלולים לגרום להיצרות במעי, העלולה לגרום לחסימה של מעבר המזון המעוכל במעי. איזורי המעי הבריא מנסים להתגבר על חסימה זו על ידי הגברת הכיווץ כנגד החסימה, ובכך גורמים לכאב עווית. במקרה כזה, ניתן לבצע סוג של ניתוח הקרוי סטריקטורופלסטיה. בניתוח זה מרחיבים את האיזורים המוצרים מבלי לקטוע חלקים של המעי הדק. המנתח מבצע חתכים אורכיים מעל האיזורים המוצרים, ותופר אותם לרוחב.

כריתת חלק מהמעי

אם ההיצרות ארוכה, או אם קיימים מספר איזורים מוצרים הקרובים אחד לשני, ייתכן ויהיה צורך להסיר את איזור המעי הפגוע. פעולה זו נקראת כריתתה. שני קצוות המעי הבריא מחוברים יחדיו בפעולה הנקראת השקה.

כריתת מעי עשויה לתרום למטופל שנים רבות נטולות תסמינים. המחלה יכולה להופיע מחדש בנקודת ההשקה או בסמוך לה.

כריתת המעי הגס (קולקטומיה) או מעי גס ורקטום (פרוקטוקולקטומיה)

חלק מהחולים במחלת קרוהן הפוגעת במעי הגס בצורה קשה, יאלצו לעבור ניתוח לכריתת המעי הגס (קולקטומיה). אם הרקטום אינו מושפע מהמחלה, יש אפשרות לחבר בין קצה המעי הדק (הקרובי אילאום) לבין הרקטום. בדרך זו, ניתן להמשיך להפריש צואה בדרך הרגילה.

אולם, חולים אחרים יאלצו לעבור פרוקטוקולקטומיה - פעולה הכוללת כריתת של המעי הגס והרקטום, ויצירת אילאוסטומיה. באילאוסטומיה יוצרים חור (סטומה) בדופן הבטן, אליו מצמידים את קצה האילאום, ובדרך זו מתפנות ההפרשות מהגוף. הסטומה ממוקמת בדרך כלל בבטן הימנית התחתונה בסמוך לקו החגורה. יש להרכיב שקית חיצונית לאיסוף ההפרשות, ויש לרוקן אותה מספר פעמים ביום. הבגדים נלבישים בצורה הרגילה עם מעט מאוד שינויים, והסטומה מוסתרת לגמרי. אנשים לא ידעו שיש להם סטומה אם לא תספר להם.

ניתוח למורסות ופיסטולות

אחד מכל ארבעה חולי במחלת קרוהן יפתח פיסטולה או מורסה במהלך חייו. מורסה הינה מסה רגישה המלאה במוגלה בעקבות זיהום. פיסטולה הינה תעלה לא תקינה המחברת בין מורסה לאיבר חלול (כגון המעי). פיסטולה עשויה לחבר גם בין שתי לולאות מעי או בין המעי לשלפוחית השתן, לנרתיק, לעור, או לאיברים אחרים. הטיפול הראשוני בפיסטולות הינו תרופתי, אולם אם למרות הטיפול עדיין מופיעים תסמינים, ייתכן ויהיה צורך בניתוח. מורסות יש לנקז. ניתן לעשות זאת באמצעות החדרת מחט דרך העור, בהנחיית CT. במקרים רבים, יש צורך בניתוח לצורך ניקוז המורסה או כריתתה.

הישנות המחלה לאחר ניתוח

- כ-50% מהחולים במחלת קרוהן יסבלו מהישנות של המחלה בתוך 5 שנים מיום הכריתה. בדרך כלל המחלה מופיעה מחדש באתר ההשקה או האילאוסטומיה.
- ניתן להפחית את סיכויי ההישנות באמצעות נטילת תרופות, דוגמת 5-ASA וחומרים משני תגובה חיסונית.
- ניתן לטפל בהצלחה בהישנות של מחלת קרוהן באמצעות תרופות. יחד עם זאת, כמחצית מהחולים בעלי הישנות של התסמינים יזדקקו לניתוח נוסף.

שיקולים מיוחדים

- אנשים רבים סובלים לשווא בשל הימנעותם מניתוח. אולם, אם הטיפול התרופתי איננו יעיל יותר, יש לשקול ברצינות לעבור ניתוח.
- חשוב לאסוף מידע רב ככל האפשר. היוועץ עם הגסטרואנטרולוג ועם המנתח שלך אודות האפשרויות הטיפוליות הקיימות עבורך. מרבית האנשים מפיקים תועלת רבה גם משיחה עם חולים אחרים שעברו ניתוח.
- אם החלטת לעבור ניתוח, חשוב מאוד לשפר את המצב התזונתי שלך לפני הפעולה.
- השילוב בין טיפול תרופתי וניתוחי מביא לעיתים קרובות לאיכות החיים הטובה ביותר עבור החולים במחלת קרוהן.

טיפולם ניתוחיים בקוליטיס כיבית

הטיפול התרופתי, הפומי או הרקטלי, מהווה את האפשרות הטיפולית הראשונה עבור חולי קוליטיס כיבית. יחד עם זאת, כ-25-40% מחולי קוליטיס כיבית יזדקקו לניתוח בסופו של דבר. חלק מהחולים בוחרים לעבור ניתוח במידה והם סובלים מתסמינים כרוניים קשים, או אם הטיפול התרופתי אינו מצליח להפחית את תסמיני המחלה שלהם. סיבה נוספת לעבור ניתוח הינה הופעת סיבוכים. סיבוכי קוליטיס כיבית הדורשים ניתוח דחוף כוללים:

- ניקוב המעי הגס
- דימום כבד במעי הגס
- קוליטיס כיבית פתאומית וחמורה
- toxic megacolon (מצב בו הדופן השרירית של המעי הגס מתרחבת, וחיידקים וגזים מצטברים במעי הגס) הטיפול הניתוחי הסטנדרטי בקוליטיס כיבית הוא פרוקטוקולקטומיה (כריתת המעי הגס והרקטום). בניגוד למחלת קרוהן, העלולה להופיע מחדש לאחר הניתוח, קוליטיס כיבית "מחלימה" לאחר הסרת המעי הגס.

סוגי הניתוחים

פרוקטוקולקטומיה עם אילאוסטומיה: במשך שנים רבות, פרוקטוקולקטומיה (כריתת המעי הגס והרקטום) בוצעה ביחד עם אילאוסטומיה. האילאום הוא החלק הנמוך ביותר של המעי הדק, ופירוש המילה "סטומה" הוא "פתח". אילאוסטומיה - המבוצעת לאחר הסרת המעי הגס, הרקטום ופי הטבעת - כוללת הצמדה של קצה המעי הדק (האילאום) לפתח (סטומה) בדופן הבטן, ובכך מתאפשר ניקוז של תכולת המעיים אל מחוץ לגוף. לאחר ביצוע פעולה זו, יש להרכיב שקית חיצונית על גבי הפתח באופן קבוע, ולרוקן אותה מספר פעמים ביום. מיקום הפתח נמצא לרוב בבטן הימנית התחתונה, מתחת לקו החגורה. אנשים רבים חוששים מפני הפצת ריח, רע, אולם למעשה, אין כל בעיה ריח, וניתן ללבוש בגדים רגילים עם התאמות בודדות. אנשים לא ידעו שיש לך סטומה אם לא תספר להם. פעולה זו עדיין מבוצעת כיום לעיתים קרובות. אולם, לפני כ-30 שנה, נעשה שינוי בניתוח המונע את הצורך בשקית איסוף חיצונית.

פרוקטוקולקטומיה משחזרת: הניתוח החדש יותר, הנקרא כיס אילאו-אנאלי עם השקה אנאלית (IPAA), או פרוקטוקולקטומיה משחזרת, מאפשר לחולה להמשיך להפריש את צרכיו דרך פי הטבעת. ניתוח זה הפך לניתוח הנפוץ ביותר עבור קוליטיס כיבית, והוא מהווה אפשרות טיפולית קוסמת עבור אנשים רבים. פרוקטוקולקטומיה משחזרת מבוצעת בשני שלבים: לאחר הניתוח, למרבית האנשים יש כשש פעולות מעיים ביום. מרקם הצואה משתנה מאדם לאדם, אולם לרוב הוא רך ומשחתי.

- סיבוכים אפשריים של פרוקטוקולקטומיה משחזרת:** מהלך ההחלמה של מרבית האנשים לאחר הניתוח הינו תקין, לאחריו הם חוזרים לעבודה ולפעילות הרגילה. יחד עם זאת, כמו בכל ניתוח, קיימת אפשרות לסיבוכים. שני הסיבוכים השכיחים ביותר לאחר פרוקטוקולקטומיה משחזרת הם פאוצ'יטיס וחסיתת מעיים.
- **פאוצ'יטיס,** דלקת של הכיס המאסף, מתרחשת בכ-30%-50% מהחולים. התסמינים הם שלשול, כאב בטן עוויתי, תדירות יציאות גבוהה, חום, התייבשות, וכאב במפרקים. הטיפול בדלקת הוא באמצעות **אנטיביוטיקה - מטרונידאזול (פלאג'יל) או ציפופלוקסאצין (ציפרו).**
 - **חסיתת מעיים** פחות שכיחה, ומתפתחת בשל הידבקויות או רקמה צלקתית הנוצרת לאחר הניתוח. חסימת מעיים גורמת לכאב בטן עוויתי המלווה בבחילות והקאות. בכ-65% מהמקרים, ניתן לטפל במצב באמצעות מנוחה למעיים (צום של מספר ימים) ועירוי נוזלים תוך-וריד. בשאר המקרים יש צורך בניתוח לפתיחת החסימה.
 - 8-10% מהחולים יסבלו מכשל של הכיס המאסף, הדורש הסרה של הכיס ויצירת סטומה קבועה.

ניתוחים אחרים: תקוות רבות נתלו בניתוח ליצירת אילאוסטומיה נשלטת (כיס איסוף ע"ש קוך) לפני פיתוח הפרוקטוקולקטומיה המשחזרת, אולם ניתוח זה אינו מהווה אפשרות טיפולית ראשונה טובה עבור חולי קוליטיס כיבית. מחקרים רפואיים שנעשו בנושא אילאוסטומיה נשלטת נחלקו בתוצאותיהם. ניתוח זה עשוי לשמש כאלטרנטיבה לחולים בעלי אילאוסטומיה, אולם הטכניקה הניתוחית מורכבת מאוד ועל המנתח להיות מנוסה ביותר לצורך הפחתת הסיכוי הגבוה לצורך בניתוח חוזר ושיפור התוצאות הכלליות הלא טובות של הניתוח. כריתה מוגבלת של מעי גס בחולי קוליטיס כיבית אינה מומלצת בשל שיעור הישנות גבוה.

שיקולים מיוחדים

- חשוב כי חולי קוליטיס כיבית העומדים לעבור ניתוח יעשו זאת כאשר המצב התזונתי שלהם מיטבי. יש לעשות זאת בשיתוף עם הרופא בטרם הניתוח.
- ניתן לחיות חיים ארוכים ופעילים עם אילאוסטומיה, אולם, ההשלכות הפסיכולוגיות של השינוי בדימוי הגוף עלולות בתחילה להוות בעיה. קיימות קבוצות תמיכה בהן ניתן לפגוש אנשים בעלי סטומה, ולקבל מידע מחולים אחרים שעברו ניתוח זה.
- קבלת ההחלטה לעבור ניתוח עלולה להיות קשה. אם הטיפול התרופתי אינו יעיל, יש להשתמש בכל מקורות המידע הזמינים כדי להגיע להחלטה. רצוי להתייעץ עם הגסטרואנטרולוג, המנתח, וחשוב מכל, עם אנשים אחרים שעברו ניתוח זה.
- נשים אשר עברו פרוקטוקולקטומיה משחזרת עלולות להיתקל בקשיים בכניסה להריון. אם חשוב לך לשמור על היכולת להיכנס להריון, היוועצי עם הגסטרואנטרולוג ועם המנתח שלך לגבי האפשרויות הניתוחיות הקיימות עבורך והיתרונות והחסרונות הכרוכים בכך, לפני שתגיעי להחלטה.

