

A gyulladásoos bélbetegségek epidemiológiájáról és patogeneziséről

Karlinger Kinga, Györke Tamás, Makó Ernő, Mester Ádám, Tarján Zsolt

A gyulladásoos bélbetegségek (IBD) etiológiája még mindig ismeretlen, de a probléma kielégítő megoldása már nem lehet messze.

A gyulladásoos bélbetegségek fogalom két betegséget takar, az egyik a Crohn-betegség, a másik a colitis ulcerosa. Ezek a kórképek olykor annyira hasonlíthatnak egymásra, hogy néha még patológiailag sem különíthetők el, de különböznek is egymástól annyira, hogy külön entitásnak tekintjük őket.

Az epidemiológiai megfigyelések hasznát jelenthetnek abban, hogy azonosítani tudjuk ennek a különös betegségnek a valódi oki tényezőit, de a helyi adottságok és a módszertani különbözőségek kétségessé teszik, hogy más-más országok adatait releváns módon egyeztessük, hiszen például a gyulladásoos bélbetegségek elterjedtségének észak-déli „lejtése” nemcsak az iparosodás fokával, hanem az egészségügyi rendszerek hatékonyságával is párhuzamba állítható (kivételek Japán és Korea), továbbá függhet a népesség orvoshoz fordulási szokásaitól is.

Földrajzilag a betegség prevalenciájában egy észak-dél és egy nyugat-kelet irányú csökkenés figyelhető meg. Ez a nyugat-kelet irányú diszkrépancia, úgy tűnik, inkább a nyugati típusú életvitellel függ össze, mintsem az iparosodás fokával. Erre utalnak a városi és falusi elterjedtség közti különbségek is. Újabban a betegség incidenciája világszerte növekszik, de ezzel párhuzamosan az erősen érintett országokban ritkábbá vált az előfordulása. Emellett a Crohn-betegség-colitis ulcerosa arány is nivellálódó tendenciát mutat: 5:1-ről 2:1-re változott.

A rasszokkal és etnikumokkal kapcsolatos migrációs

tanulmányok értékes genetikai, öröklött, környezeti és viselkedési faktorokat tükröző adatokkal szolgálnak. A betegségnek jellegzetes rasszbeli-etnikai megoszlása van. Genetikai háttérre utal, hogy a zsidó népesség mindenütt erősen érintett, de a környezeti faktorok szerepét mutatja, hogy a prevalencia közelíti a helyi populációéhoz, ahol élnek. Amerikában a feketék közt előfordulása alacsonyabb, mint a fehér népességben, de egyéb országokban végzett migrációs tanulmányok szerint a nyugati életmódot folytató bevándoroltak adatai nem különböznek lényegesen a fehér populációtól.

Magyarországon a romák között a prevalencia jelentősen alacsonyabb, mint az átlagnépességben, ez genetikai vagy környezeti-életmódbeli befolyásnak tulajdonítható.

Az életkorra vonatkozóan a betegség megjelenése a 2.-3. életévtizedben a leggyakoribb, a másik csúcs 60 éves kornál észlelhető. A gyermekkori megjelenés igen expresszív lehet, nemcsak a hasi fájdalmak és a sürgető székelés, hanem a malnutritio, a növekedési és szexuális retardáció miatt is.

A nemi megoszlást illetően colitis ulcerosánál enyhe férfi, Crohn-betegségnél női túlsúly figyelhető meg. Ez megfelel a Crohn-betegség nagyobb mértékű autoimmun befolyásoltságának. A környezeti faktorokat és az életvezetési szokásokat vizsgálva a diétának (szénhidrátok), a korai kisgyermekkori hatásoknak (az anyatejes táplálás protektív hatása, a túlvott gyermek esendősége), a dohányzási szokásoknak (colitis ulcerosában protektív), a hormonális statusnak (ösztrogének) és egyes gyógyszereknek (nem szteroid gyulladásgátlók okozta hasonló bélelváltozások) tulajdonítanak szerepet a betegség manifesztálódásában. Érdekes megfigyelés, hogy a „tejalapú” étkezési kultúrákban gyakoribb a gyulladásoos bélbetegségek előfordulása, mint a „szójaalapúakban”. A genetikai vizsgálatok azt mutatják, hogy a gyulladásoos bélbetegségben szenvedő betegek egynegyedének valamelyik családtagja érintett. A HLA B27 hisztokompatibilitásának jelentős, de nem meghatározó a szerepe a betegség kialakulásában. Úgy tűnik, hogy a Crohn-betegség kialakulásában a genetikai faktoroknak nagyobb a be-

A gyulladásoos bélbetegségek extraintestinalis manifesztációi akár évekkkel is megelőzhetik a béltünetek kialakulását.

dr. Karlinger Kinga (levelező szerző/correspondent), dr. Györke Tamás, dr. Makó Ernő, dr. Mester Ádám, dr. Tarján Zsolt. Semmelweis Egyetem, Budapest, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, H-Budapest, Üllői út 78/A.

Megjelent: The epidemiology and pathogenesis of inflammatory bowel disease. Eur J Radiol 2000;35(3):154-67.

folyásuk, mint colitis ulcerosában. Az olyan családok példái, amelyekben sclerosis multiplex és gyulladásoos bélbetegség egyaránt halmozottan fordul elő, közös genetikai háttérre, de hasonló mikrobiális eredetre is utalhatnak.

Sok infektív, bakteriális és virális faktort vettek már gyanúba, mint a gyulladásoos bélbetegségek kórokozóját, főképpen a Crohn-betegség vonatkozásában. Mycobacteriumok, *Yersinia*, *Campylobacter*, *Clostridium*, chlamydiák stb. és vírusok, mint például a herpesvírus, rotavírus és a kanyaró vírusa jöttek számításba, de közülük egyik sem bizonyult valóságos, illetve egyedüli kóroki tényezőnek. A mycobacteriumok okozta betegségek „kétarcúsága” (tbc, lepra: granulomás, illetve destruktív formák) felveti a hasonlóságot a Crohn-betegségre jellemző elváltozásokkal.

Az immunológiai háttér fontos szerepet játszik a betegség manifesztációjában. Az infekciókra genetikailag fogékony egyén gyulladt bélfalában, amelyet ártalmas, antigén jellegű lumináris faktorok járnak át, nem megy végbe szabályos módon a gyulladásoos folyamat down-regulációja. Ez elindítja az autoimmun folyamatot, amely egy önmagát erősítő körbe megy át. Crohn-betegségben ez nem lokalizálódik a mucosára, hanem a bélfal teljes vastagságát involválja, és a sejtes faktorok mellett nem sejtes faktorok is részt vesznek benne.

A neuroimmunológiai-neuropszichikai faktorok szerepe minden bizonnyal igen jelentős a gyulladásoos mediátorok és neurotranszmitterek befolyásolásában, de – mint régebben a tbc-nél, s újabban a *Helicobacter pylori* esetén – itt is visszaszorulóban vannak a lelki tényezőket hangsúlyozó etiopatogenetikuss megfontolások.

A gyulladásoos bélbetegségek extraintestinalis manifesztációi nagy jelentőségűek, mert nemcsak követhetik, hanem akár évekkel is megelőzhetik a béltünetek kialakulását. Még nem teljesen világos, hogy a gyulladásoos bélbetegség bélmucosa eredetű generalizált betegség, vagy egy bélbetegség, amelyhez különféle szervi szövödmények társulnak.

A legsúlyosabb szövödmények a hepaticus és biliaris eltérések: autoimmun hepatitis, pericholangitis, primer szklerotizáló cholangitis. A mucocutan megjelenés lehet a betegség első jele (szájban), de okozhatja terápia és malabsorptio is. Autoimmun következmények (erythema nodosum), illetve immunokomplex vasculitis előfordulnak, ez utóbbi a különféle szervi manifesztációk (mucocutan, pulmonalis, szem) hátterében állhat. Az ocularis (episcleritis, iridocyclitis, anterior uveitis) és musculoskeletalis tünetek (alsó végtagi monarthrit, tendinitis, sacroileitis, spondylitis) genetikai háttere feltehetően azonos (mindkettőre jellemző a HLA B27-pozitivitás), és gyakran megelőzik az intestinalis megjelenést. A terápia által okozott szövödmények sem ritkák (pancreatitis). A felszívódás elégtelensége (albumin, vitaminok, nyomelemek) hiánybetegségekhez vezet.

Összegezve az epidemiológiai, genetikai és immunológiai adatokat, azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a colitis ulcerosa és a Crohn-betegség multifaktoriális etiológiájú, heterogén megbetegedések, amelyeknek kialakulásában hereditár (genetikai) és környezeti (mikrobiális, életvezetési) tényezők kölcsönhatása játszik szerepet.

TUDOMÁNYOS KVÍZ

1. *A leukaemiák és szolid tumorok hány százaléka gyógyul ma Magyarországon (több mint öt éve áll fenn tünetmentes túlélés)?*

- 40-50%-a.
- 70-75%-a.
- több mint 80%-a.

2. *Gyógyult betegeknél mikor kell számolnunk a reprodukció tartós csökkenésével?*

- Vincristinkezelés után.
- Antraciklinkezelés után.
- Hasi radioterápia után.

3. *Az alábbiak közül melyik módszer alkalmazható a klinikai gyakorlatban, malignus kórkép terápiájában a citosztatikus kezeléson kívül?*

- A tumorsejtek szignál transzdukciójának gátlása.
- Retinoid adása.
- Tumorsejtellenes monoklonális antitestek adása.

4. *Melyik betegségben, illetve kórállapotban nem bizonyított az ACE-gátlók kedvező hatása?*

- Szívelégtelenségben.
- Akut myocardialis infarctusban.
- Diabetese nephropathiában.
- PTCA után a restenosis kivédésére.

5. *Melyik tanulmány vizsgálta az ACE-gátlók preventív hatását fokozott cardiovascularis rizikójú, megőrzött balkamra-funkciójú betegek kezelésében?*

- SOLVD.
- PROGRESS.
- HOPE.
- TREND.

6. *Milyen esetekben javasolt a TMLR-technika alkalmazása?*

- Súlyos distalis és diffúz koszorúér-szűkület esetén.
- Súlyos fokú anginás panaszok mellett, ha a szűkületeket nem lehet egyedüli CABG-vel vagy PTCA-vel megoldani.
- Súlyos panaszok esetén, ha azok proximális szűkülethez társulnak.

7. *Mi a feltételezhető hatásmechanizmusa a TMLR-technikának?*

- A beszűkült erek megnyitásával a megfelelő keringést helyreállítja.
- A műtét placebohatása érvényesül, így a betegek panaszai a műtétet követően lassan újra jelentkeznek.
- A lézer okozta sérülést követően fellépő gyulladásoos folyamat hatására hajszálérhálózat alakul ki, amelynek révén nő az adott terület vérellátása.

8. *Mi az erbium:üveg lézer előnye más használatos TMLR-eszközökkel szemben?*

- Súlya kisebb, könnyen kezelhető.
- Nem szükséges EKG-szinkronitást biztosítani.
- Kisebbs a szövetroncsoló hatása, ennek megfelelően a perioperatív ritmuszavarok előfordulása ritkább, illetve a szív pumpafunkciója jobban megtartott.

Tisztelt Olvasóink! Kérjük, a Tudományos kvíz megfejtését faxon (316-9600), levélben (Literatura Medica Kiadó, 1539 Budapest, Pf. 603), vagy vevőszolgálatunk e-mail címére (adis@elender.hu) küldjék el, nevük pontos címük feltüntetésével..

A beküldés határideje: 2002. január 4.

A helyes megfejtők között három National Geographic albumot sorsolunk ki. A nyerteseket értesítjük, a jutalomkönyveket postán küldjük el.

A megfejtéshez sok sikert kívánunk!