

Tento cíl však splněn nebyl a topické kortikosteroidy jsou dnes spíše doplňkovým lékem středně aktivních forem IBD, ovšem bez možnosti použití při dlouhodobé (udržovací) terapii.

Zásadním nedostatkem kortikosteroidů jsou jejich četné a v mnoha ohledech velmi závažné nežádoucí účinky. Z dlouhodobého hlediska převyšují jakýkoli benefit této léčby, a proto jsou kortikosteroidy vhodné výlučně v indukční léčbě IBD. Jejich postavení v managementu střevních zánětů názorně dokládá i skutečnost, že jedním ze sledovaných kritérií všech nově vyvíjených léků je tzv. kortikosteroidy šetřící efekt.

Imunosupresiva používaná v léčbě IBD reprezentují dvě základní skupiny – thiopurinová imunosupresiva (azathioprin a 6-merkaptopurin) a methotrexát. Methotrexát je používán v malé míře k udržovací léčbě CD, thiopuriny pak u obou onemocnění, opět výlučně jako léčba udržovací. Pro obě kategorie je typický pozvolný nástup účinku, v případě thiopurinů se tato doba pohybuje v rozmezí 3–6 měsíců. Efektivita obou léčiv je však relativně malá, obě skupiny jsou zatíženy i relativně vysokým výskytem nežádoucích účinků. Moderní terapeutický přístup je zřejmý – odklon od rutinního používání těchto imunosupresiv, v případě použití pak nejčastěji jako konkomitantní léčba spolu s monoklonální protilátkou infliximabem (6).

V klinické praxi se stále setkáváme s neadekvátním využitím zejména aminosalicylátů a kortikosteroidů. V prvním případě jde o jejich neadekvátní podávání většiny pacientů s CD, v případě kortikosteroidů je velmi rozšířeno nadužívání u obou forem IBD. Tyto informace se opírají jak o data z mezinárodních studií, tak i detailní analýzu situace v ČR. V inceptní kohortě nově diagnostikovaných pacientů v České republice (dg. stanovena mezi roky 2018–2021) byl sledován způsob terapie v závislosti na tíži onemocnění (8). Je zřejmý jen pozvolný nárůst podílu pacientů

s CD léčených cílenou terapií ze 13 % po 1 roce od stanovení diagnózy na 24 % po 5 letech trvání choroby. Ve skupině pacientů s UC je cílená léčba po 5 letech podávána 10 % nemocných (Obr. 2). Významná je ovšem skutečnost, že u obou diagnóz je současně přítomna skupina 10–15 % pacientů splňujících kritérium těžké choroby (definované jako potřeba opakované léčby systémovými kortikosteroidy), kteří cílenou léčbu nedostali. V optimálním případě by tak podíl pacientů léčených cílenou terapií měl dosáhnout 35 % u CD a 25 % ve skupině UC.

Druhým zajímavým poznatkem je mimořádně vysoký podíl pacientů s CD, kteří jsou léčeni aminosalicyláty (Obr. 3). Přestože aktuální doporučení jejich podávání nepodporují, v prvních 5 letech trvání CD je v ČR léčen alespoň přechodně aminosalicylátem téměř každý pacient. Dokonce i ve skupině pacientů s těžkou formou CD, kterým nebyla dosud podána cílená terapie, je po 4–5 letech trvání choroby předepisován aminosalicylát v 50–60 % případů. Mezi pacienty s CD na cílené terapii je podíl preskripce aminosalicylátů po 5 letech stále ještě čtvrtinový. Důvody pro neadekvátní léčbu jsou zřejmě komplexní: odborná insuficience a subjektivní potřeba lékaře pacienta jakkoli léčit bez ohledu na dostupná data, nebo všeobecná bezpečnost této lékové skupiny. Objektivní překážkou při přechodu k cílené terapii však může být i obtížné zařazení pacienta do péče specializovaného centra.

Cílená léčba IBD – standard, nikoli luxus

Vývoj biologik a malých molekul pro terapii IBD probíhá kontinuálně od konce milénia. Prvním biologikem zavedeným do léčby CD byl infliximab (v USA 1998, v EU 1999), následovaný dalšími molekulami ze skupiny protilátek proti tumor nekrozujícímu faktoru (anti-TNF) adalimumabem a golimumabem. V dalších letech přibýly protilátky proti integrinovým

Obr. 2. Rozdělení pacientů podle závažnosti IBD (mírná, střední, těžká bez cílené léčby, těžká s cílenou léčbou) v inceptní kohortě podle dat HAC databáze

