

چگونگی تشخیص و درمان کولیت اولسراتیو

ترجمه از دکتر صادق مسرت*

نتایج نظرخواهی از متخصصین گوارش آلمانی و اتفاق نظرهای (Consensus) آنها در مورد چگونگی تشخیص و درمان کولیت اولسراتیو در اولین شماره سال ۲۰۰۱ مجله گاستروانترولوژی درج شده است. گزارشی ۷۰ صفحه‌ای حاصل اتفاق نظرهای پزشکان متخصص گوارش آلمانی است که چه در بیمارستان به صورت بستری و چه در کلینیک‌ها و درمانگاه‌ها به طور سرپائی این بیماران را مورد درمان قرار می‌داده‌اند و در این مورد مجرب و صاحب نظر بودند. مجری این هم‌آهنگی تمام کارهایی که در Medline و کتابخانه Cochrane راجع به کولیت اولسراتیو قابل جمع‌آوری بود بین تمام شرکت‌کنندگان تقسیم کرد و از آنها خواست که این کارها را مطالعه کنند و به سؤالات مختلفی که در رابطه با جنبه‌های مختلف این بیماری طرح شده بود در یک فرصت یک ساله پاسخ دهند. مجدداً در یک همایش با اتفاق ۸۰ درصد آراء شرکت‌کنندگان (و در حالات استثنائی ۶۰ درصد) نتایج مورد توافق به دست آمد. در رابطه با جواب سؤال‌ها، اهمیت به ویژگی‌هایی داده شده است که بر اساس تجربه چند بررسی کنترل شده و تصادفی (میزان اعتبار Ia) یا لاقل بر اساس حداقل یک بررسی کنترل شده و راندوم (میزان اعتبار Ib) و یا یک بررسی کنترل شده بدون راندوم (IIa) و یا لاقل یک بررسی خوب از نظر طرح انجام شده (IIb) و یا یک بررسی خوب توصیفی و تطبیقی (Case and control study) (III) و یا بر پایه نظرات متخصصین با تجربه (میزان اعتبار IV) به دست آمده!

این هماهنگی که در اوایل سال ۲۰۰۰ فراهم شد و به توافق در این گزارش رسید قرار است برای چهار سال دیگر مجدداً برای نظرخواهی و تجدیدنظرهای تکمیلی (Revision) تشکیل گردد. برای هر جنبه خاص این بیماری در گزارش مربوطه ابتدا نظر توافقی (Consensus) و بعد شرح مفصل و دلایل این تصمیم آورده شده است که ما خلاصه‌ای از این گزارش ۷۰ صفحه‌ای را که مربوط به توافق کلی است بدون شرح مفصل و دلایل می‌آوریم. به نظر می‌رسد که در جوامع تخصصی ممالک مختلف تا به حال با این تعداد از متخصصین در رشته گوارش یک بررسی مقدماتی عمیق و خوب طرح شده در رابطه با کولیت اولسروز به شرحی که در این مجله آمده است منتشر نشده باشد.

۱ - اتفاق نظر (Consensus) مطابق زیر درجه‌بندی شده بود:

درجه اعتبار A (برابر با درجه اعتبار Ia و Ib): به وسیله رفرانس‌های معتبر خوب که لاقل یک بررسی راندوم شده را برداشته باشند.
درجه اعتبار B (برابر با IIa و IIb و III): به وسیله یک بررسی خوب طرح شده، اما غیرراندومی ثابت شده باشد.
درجه اعتبار C (برابر میزان اعتبار IV): وقتی است که تنها از نظریه متخصصین و تجربه آنها کسب شده باشد.

تشخیص کولیت اولسروز:

قبل از تشخیص تکمیلی گرفتن شرح حال بیمار و معاینه او کاملاً اجباری است (میزان اعتبار IV) در این بیماری از نظر سابقه یک یا چند علامت زیر دیده می‌شود: اسهال خونی، زیاد شدن تعداد مدفوع، دفع شبانگاهی، زورپیچ (Tenesm)، احساس عدم تخلیه کامل و تب (درجه اعتبار B).

تشخیص از نظر لابراتوار شیمیائی:

به طور کلی در ابتدا و بعد در طول سیر بیماری اندازه‌گیری CRP (یا به صورت آلترناتیو شدت سدیمانتاسیون خون) همراه CBC توصیه می‌شود، اندازه‌گیری تکمیلی γ -GT و یا فسفاتاز آلکالین هم مفید است

(درجه اعتبار B)، اندازه‌گیری پارامترهای دیگر هم (P-Anca) می‌تواند برای تشخیص مفید باشد.

میزان شدت بیماری (activity index):

داده‌های عددی شدت بیماری کاربردی ندارد (درجه اعتبار B)

آزمایش میکروبیولوژی:

آزمایش مدفوع هم در تشخیص ابتدائی و هم هنگام وخیم شدن بیماری یا عود شدید ضروری است و در بعضی از موارد هم علاوه بر آزمایش مدفوع آزمایش سرمی و حتی بیوپسی جهت بررسی میکروبی لازم به نظر می‌رسد (اعتبار B)

تشخیص اندوسکوپی و رادیولوژی:

یک کولونوسکوپی کامل و دیدن ایلئوم همراه با برداشت نمونه

پیوسته (continuous) مخاط (Mucosa) به وسیله لنفوسیت‌ها و پلاسموسیت‌ها، آتروفی گسترده و منتشر کریپت‌ها یا ضایعات ساختاری کریپت و بالاخره پخش نامنقطع کاهش موکوس در کولیت فعال. در تشخیص هیستوپاتولوژی وجود یا نبود دیسپلازی بایستی مطرح شود. در رؤیت دیسپلازی مخاط باید مطابق مشخصات IB D Dysplasia Group باشد و به وسیله یک آسیب‌شناس مجرب دیگری نیز مورد تأیید قرار گیرد (اعتبار C) زیرا در صورت وجود آن انجام کولکتومی کامل (Total Colectomy) مطرح می‌شود.

تغذیه بیماران مبتلا به کولیت اولسروز:

به علت کولیت اولسروز هم امکان سوء تغذیه و هم نقصان‌های بخصوص ممکن است به وجود آیند. اما تا به حال یافته‌هایی که دال بر اثر شدت بیماری در چگونگی تغذیه باشد مطرح نشده است. از جمله ضایعات بخصوص تغذیه می‌توان: آنمی، نقصان آهن و اسید فولیک را نام برد (اعتبار B)، از نقصان سلنیوم و کلسیم یا نقصان کلی آنتی‌اکسیدان‌ها گزارشی در دست نیست. نقصان‌های اختصاصی ممکن است به علت درمان از جمله مصرف سولفاسالازین ظهور کنند (اعتبار B).

تغذیه از راه Oral:

اگرچه کمبودهای تغذیه‌ای در هنگام عود وجود ندارد و مواد غذائی در حد لزوم دریافت می‌شود، اما در دوره حاد بیماری ممکن است این وضع صورت نگیرد و کمبودهای تغذیه‌ای از جمله کمبود دریافت کالری و پروتئین وجود داشته باشد (اعتبار B).

اطلاعات راجع به نوع تغذیه

برای تشخیص وجود کمبود مصرف خوراک لازم است وزن بیمار و CBC انجام گیرد و در هنگام دوره حاد بیماری، آلومین و بر حسب وضع بیماری الکترولیت‌ها مانند Na، K و Ca اندازه‌گیری شوند. اندازه‌گیری غلظت عناصر نادر و ویتامین‌ها لازم نیست، در صورت کم شدن وزن و احتمال ضایعات ناشی از نقصان عناصر نادر کیفیت غذا و مقدار آن باید روشن شود. (اعتبار C).

اندیکاسیون برای درمان کمبودهای تغذیه‌ای:

در حالات سوء تغذیه باید متناسب با نوع آن کمبودهای تغذیه‌ای برطرف گردد، اگر قبل از عمل جراحی کم شدن وزن بیش از ۱۰ درصد در شش ماه گذشته بروز کند و آلومین سرم زیر ۳gf درصد باشد باید تغذیه درمانی انجام گیرد. پائین آمدن هموگلوبین زیر ده گرم در روز می‌بایستی با آهن مداوا شود. چنانچه کمبود کلسیم و ویتامین و عناصر نادر (منیزیم و ...) ثابت شود بایستی جبران گردد (اعتبار C).

انجام درمان تغذیه و جبران نواقص:

مانند همه بیماری‌ها، اصول درمان طبقه به طبقه انجام می‌گیرد. ابتدا مشاوه تغذیه و بعد تغذیه مایع بی یا با سوند و بالاخره درمان وریدی پشت سر هم انجام می‌گیرد (اعتبار C)، هنگامی که هموگلوبین با مصرف آهن صد میلی‌گرم در روز برای چهار هفته نتوانست

بیوپسی از قسمت‌های مختلف بدون در نظر گرفتن درگیری قسمت‌های مختلف لازم است (اعتبار B)، هنگامی که عود بیماری شدید است می‌تواند یک سیگموتیدوسکوپیی ابتدا کافی باشد (اعتبار C). چنانچه تشخیص کولیت اولسروز حتمی نباشد یک ایلئوکولونوسکوپیی با برداشتن نمونه از قسمت‌های مختلف در فواصل معین بایستی صورت گیرد. فاصله زمانی بین اولین معاینه و معاینه بعدی بر طبق سیر و چگونگی آن باید انتخاب گردد (اعتبار B)، رابطه مستقیم بین علائم بیماری و شدت درگیری روده در اندوسکوپیی وجود ندارد (اعتبار B). برای میزان اهمیت و ارزیابی صحیح چنانچه اندوسکوپیی به علت وجود تنگی روده عملی نبود، تشخیص‌های تکمیلی دیگر ضروری است (اعتبار B). چنانچه احتمال وجود بیماری Crohn مطرح باشد انجام اندوسکوپیی از قسمت بالای جهاز هاضمه با برداشتن نمونه از مخاط معده و اثنی‌عشر ضروری به نظر می‌رسد (اعتبار B). آزمایش Double Contrast از روده باریک در صورت وجود ظن برای بیماری Crohn توصیه می‌شود (اعتبار C). سونوگرافی شکم هم در ابتدای بیماری و هم برای ارزیابی و چگونگی سیر بیماری جزو برنامه تشخیصی است (اعتبار B). ERCP فقط در بیمارانی که کلانژیت اسکلروزان دارند (از روی بالا بودن سفاتاز قلیائی و γ -GT) انجام می‌گردد و در صورت وجود تنگی مجاری صفراوی آزمایش‌های تکمیلی احتمالاً می‌تواند کمک کننده باشد (اعتبار B).

در حالات فروکش شدن یا عود بیماری:

بیمارانی که در آنها علائم فروکش شده است، می‌بایستی پیگیری شوند ولی میزان کنترل بستگی به چگونگی و نوع درمان بیمار دارد (اعتبار C)، در عود بیماری تشخیص بر اساس معاینه بالینی مجدد، پارامترهای شیمیائی، باکتروپولوژی، سونوگرافی و یا در صورت لزوم کولونوسکوپیی کامل یا ناقص می‌باشد (اعتبار C).

تشخیص هیستوپاتولوژی:

در چارچوب تشخیص هیستوپاتولوژی نمونه‌های مخاط یک ستون پراهمیت را تشکیل می‌دهد. برای استفاده حقیقی از این امکان لازم است که :

- ۱ - نمونه‌های بیوپسی از ۵ منطقه مختلف از تمام طول کولون و رکتوم (بیوپسی‌ها قسمت به قسمت) انتخاب شود (اعتبار B)
 - ۲ - اطلاعات راجع به درمان‌های انجام شده مورد نظر قرار گیرد (اعتبار درجه B)
 - ۳ - اطلاعات مربوط به مدت زمان بیماری ذکر گردد (اعتبار C).
- چنانچه بیوپسی فقط از یک منطقه رکتوم گرفته شود امکان تشخیص ۷۰ درصد است. با معاینه بیوپسی‌های دیگر از قسمت‌های بالای روده این میزان به ۹۰ درصد می‌رسد. از مشخصات بیوپسی ضایعات ساختاری بافت، آتروفی کریپت C، وجود پلاسموسیت‌ها در قسمت‌های قاعده‌ای (Basal) مخاط، متاپلازی سلول‌های Paneth بخصوص در قسمت بالاتر از خمیدگی راست کولون، ناپدید شدن موکوس در اطراف اولسرها، انفیلتراسیون (درون‌بخشی) چشمگیر و

تعریف عود بیماری بستگی به طول مدت و شدت ناراحتی بیمار دارد. اگر ناراحتی و درد بیمار کم باشد می‌توان تا یک هفته صبر کرد تا معلوم شود که یک عود حاد بیماری وجود دارد یا این که ناراحتی به حالات روحی شخص مربوط است.

فروکشی بیماری (Remission)

فروکشی بیماری با ناپدید شدن ناراحتی‌های بیمار و علائم آن تعریف می‌شود. تغییرات پارامترهای لابراتواری کمک‌کننده هستند (هموگلوبین، شمارش گویچه سفید، ESR و CRP) (اعتبار C).

شکست درمان

معمولاً درمان کولیت اولسروز باید در فاصله ۸ هفته نتیجه‌بخش و با فروکشی بیماری همراه باشد، اگر حال بیمار با درمان بدتر شود و شدت علائم در فاصله ۳ تا ۱۴ روز وجود داشته باشد، شکست درمان (Therapy failure) مطرح می‌شود.

درمان (معاینات تشخیصی برای ارزیابی موفقیت درمان)

قبل از درمان استاندارد کولیت اولسراتیو هنگام اولین بروز بیماری باید علاوه بر علائم بالینی، کولونوسکوپی همراه با بیوپسی تشخیص را ثابت کند. فقط می‌توان هنگام وجود علائم سپتیک و توکسیک از انجام کولونوسکوپی پرهیز کرد و خود را محدود به انجام یک رکتوسکوپی نمود و معاینه تمام کولون را به زمان بعد موکول کرد (اعتبار B).

از نظر آزمایشگاهی لااقل باید قبل از درمان هموگلوبین و گویچه سفید و پلاکت و ESR و CRP اندازه‌گیری شود و علت عفونی برای بیماری رد شود (اعتبار C) همچنین هنگام عود می‌توان چگونگی درمان را فقط از روی علائم بالینی تعیین کرد (اعتبار C)، صرف‌نظر از انجام پارامترهای آزمایشگاهی ذکر شده در بالا اندوسکوپی مجدد کولون در صورتی که هیچ تغییر روش درمان مطرح نباشد لازم نخواهد بود (اعتبار C).

موفقیت در درمان را باید بر طبق بهبود علائم بیماری ارزیابی کرد (اعتبار C)

هیچگونه نظریه برای زمان معاینه مجدد بیمار وجود ندارد. هر چقدر که شدت بیماری در ابتدا، زیادتر باشد، معاینه مجدد بیمار باید در زمان کوتاه‌تری انجام گیرد. تماس تلفنی و مشاوره با بیمار می‌تواند این زمان را به جلو یا عقب اندازد (اعتبار C).

درمان دارویی:

کولیت دیستال:

درمان در کولیت محدود به قسمت انتهایی روده بزرگ، با علائم کم یا متوسط، می‌بایستی با ASA انجام گیرد. در پرکتیت و رکتیت با شفاف و در گرفتاری سیگموئید با تنقیه ماده ASA انجام می‌گیرد. تجویز دارو همزمان از راه Oral هم می‌تواند معقولانه باشد. در درمان

هموگلوبین را به مقدار دو گرم در صد سی‌سی بالا ببرد در آن موقع می‌بایستی ۲۰۰ میلی‌گرم آهن سه ظرفیتی (Fe^{3+}) در ۲۵۰ سی‌سی محلول نمک نرمال (0.9g%NaCl) حل شود. برای چند ساعت دو روز در هفته برای دو هفته تزریق شود و بعد این درمان تزریقی هر ۱۴ هفته یک بار در هفته ادامه می‌یابد. چنانچه درمان استروئیدی بیش از ۶ ماه انجام شود مصرف ویتامین D (هزار واحد در روز) و کلسیم یک گرم در روز سفارش می‌شود (اعتبار C).

درمان تغذیه برای التهاب روده:

تأثیر درمان‌های تغذیه‌ای در سیر التهاب حاد و یا فعال بر شدت بیماری اثبات نشده است. هنگام ظهور کولیت بسیار شدید (Fulminant Colitis) تغذیه بایستی از راه وریدی انجام گیرد (اعتبار C). ارزش مواد غذایی از نوع چربی‌های روغن ماهی (Omega fatty acid)، گلوتامین یا بوتیرات (Butyrate) هم روی فعالیت کولیت تا به حال اثبات نشده است، برای درمان وریدی میزان کالری، ۲۵ کیلو کالری برای هر کیلوگرم وزن برای هر روز انتخاب می‌شود که نسبت چربی به مواد قندی ۵۰ : ۵۰ خواهد بود و ۱/۲ تا ۱/۴ گرم اسیدهای آمینه برای هر کیلوگرم میزان مواد پروتئین تزریقی را تشکیل می‌دهد.

درمان تغذیه‌ای جهت حفظ فروکش بیماری (Remission)

اثر رژیم تغذیه خاص جهت حفظ فروکش بیماری بررسی نشده است، اولین تجربه علمی راجع به اثر پوسته دانه Plantago Ovata برای تداوم فروکش بیماری موجود است (اعتبار A)، البته بر اساس این بررسی هنوز نمی‌توان مصرف آنرا توصیه کرد. اگرچه در این بررسی نتیجه مصرف آن با اثر Mesalamin برابر بوده است.

تغذیه بیماران بعد از عمل کولکتومی و ایجاد یک Pouch

تا به حال سفارش خاصی راجع به چگونگی تغذیه بیماران جراحی شده داده نشده است (اعتبار C).

عود حاد بیماری:

عود بیماری کولیت با حالت‌های همراه با اسهال‌های خونی و بلغمی و احتمالاً دردهای کوتاه و آزاردهنده خود را نشان می‌دهد، هنگامی که کولیت محدود به رکتوم باشد علائم با خروج خون و حتی همراه با بیوست خود را نشان می‌دهد. معاینه اندوسکوپی کولون با ارزیابی هیستوپاتولوژی از نمونه‌های بافتی تشخیص اولیه را تأیید می‌کند (اعتبار C). علائم آزمایشگاهی (هموگلوبین، گویچه‌های سفید، پارامترهای التهاب مانند ESR و CRP و تعداد پلاکت‌ها) و همچنین آزمایش سونوگرافی شکم می‌توانند کمک باشند (اعتبار C).

چه در موارد مشکوک به عوارض خطرناک و چه برای تشخیص عود بیماری، بررسی‌های رادیولوژیک، سی‌تی‌اسکن و ام‌آر‌آی اندیکاسیون ندارد (اعتبار C) مگر این که با گرفتن یک عکس از شکم خواهیم مگاکولون توکسیک را ثابت کنیم.

گلبول‌های سفید خون بالای ۱۵ هزار در میلی‌لیتر و CRP بیش از ۴۵ میلی‌گرم در لیتر نشانگر این حالت می‌باشد. در عکس شکم اتساع روده بزرگ و احتمالاً مگاکولون و وجود گاز زیاد در روده و در آزمایش سی‌تی‌اسکن، تجمع گاز در دیوار کولون وجود دارد. اگر این علائم تصویری هم وجود نداشته باشد وجود یک کولیت صاعقه‌آسا رد نمی‌شود (اعتبار B).

درمان

چنانچه یک درمان استروئیدی وریدی به مدت ۷ روز تغییر در سیر بیمار به وجود نیارد و یا حال بیمار وخیم‌تر شود، مقاومت به درمان وجود دارد. پیش‌آگهی بیماری را می‌توان در سه تا هفت روز درمان ارزیابی کرد (اعتبار B)، در اینجا بیمار حتماً باید بستری شود و با همکاری و مشورت با جراحان باید تحت مراقبت قرار گیرد و در صورتی که جراحان اندیکاسیون کولکتومی را تأیید نکنند درمان دارویی ادامه یابد. (به نظریه جراحان بعداً خواهیم پرداخت).

هنگام عود حاد بیماری، درمان بلافاصله و در وهله اول با استروئید تزریقی انجام می‌گیرد. به طور آلترناتیو، می‌تواند استروئید خوراکی هم داده شود (اعتبار A)، از Prednisolon یا Hydrocortison و یا Prednison و یا Methyl Prednisolon نیز می‌توان استفاده کرد و بین آنها اختلاف اصولی وجود ندارد. بودزونوئید (Budesonoid) خوراکی را نمی‌توان داد. تمام دارو صبح‌ها یک مرتبه و یا دو سوم آن صبح و یک سوم شب داده می‌شود (اعتبار C). میزان دوز دارو برای صد میلی‌گرم Prednisolon هر روز است، ACTH دیگر استعمال نمی‌شود (اعتبار A). مدت زمان تجویز و تغییر دوز آن بستگی به واکنش بیمار به درمان دارد و معمولاً ۳ تا ۶ ماه داده می‌شود. چنانچه این درمان با عوارض شدید توأم باشد و یا به عللی خود بیمار با آن مخالفت کند باید درمان استروئید را قطع کرد (اعتبار C).

علاوه بر آن جهت همراه جایگزینی آب و الکترولیت‌های تغذیه وریدی توصیه می‌شود (اعتبار C) اما این نوع تغذیه در بررسی‌های کنترل شده بر تغذیه از راه روده برتری نداشته است (اعتبار A) و از این نظر فقط هنگام بروز ایلئوس یا حالات شبیه آن و قبل از عمل جراحی کاربرد دارد.

بررسی‌های کنترل شده هیچ فایده‌ای در دادن آنتی‌بیوتیک نشان نمی‌دهند و فقط در هنگام بروز عفونت این داروها مجاز است (اعتبار A). 5-ASA ها می‌توانند همراه با استروئید با دوز ۴ گرم تجویز شوند، این ترکیب هم در مقابل درمان تکی استروئید مزیت ثابت شده‌ای ندارد. اغلب Mesalamin داده می‌شود ولی Olsalazin و سولفاسالازین هم می‌توانند تجویز شوند، هنوز معلوم نیست که طرز انتخاب موارد همراه دارو جهت آزادی‌سازی بهتر 5-ASA از نظر بالینی بااهمیت باشند. افزون بر این، استعمال 5-ASA به طور موضعی می‌تواند مفید باشد، اما اثر مضاعف آن هنوز ثابت نشده است (اعتبار C).

چنانچه درمان اولیه با شکست مواجه شد و اگر اندیکاسیون جراحی

موضعی اثر استروئید بر ASA برتری دارد، کمترین مقدار دارو برای فروکشی بیماری یک گرم 5-ASA در هر روز می‌باشد و افزایش مقدار دارو تا ۴ گرم در روز اثربخش‌تر نیست (درجه اعتبار بالا یعنی A) بررسی‌های درمانی دیگر کولیت اولسروز با شدت کم و متوسط که در آن درمان ذکر شده بالا اثربخش نباشد وجود ندارد، می‌توان علاوه بر 5-ASA استروئید را به شکل ماده کف‌آور تنقیه نمود. بودزونوئید (Budesonid) ۲ میلی‌گرم در روز عوارض جانبی ندارد و در چندین بررسی با اثر داروهای استروئیدی از راه دهان برابری داشته است (اعتبار A)، این دارو را باید لااقل چهار هفته تجویز کرد، در صورتی که داروی موضعی نتیجه‌بخش نباشد باید استروئید خوراکی تجویز شود (اعتبار C). درمان اولیه عود با علائم شدید در کولیت دیستال می‌بایستی با استروئید خوراکی همراه با مزالامین Mesalamin به طور موضعی انجام گیرد (اعتبار B). به عنوان درمان جایگزینی استروئیدها می‌توانند هم خوراکی و هم تزریقی بر حسب حال عمومی بیمار تجویز شوند. تأثیر مقادیر داروی Prednisolon بین ۴۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم در روز فرق قابل توجهی با هم نداشته‌اند (اعتبار B).

کولیت منتشر شده به قسمت بالاتر از دیستال:

برای درمان اولیه این بیماری با شدت علائم متوسط و یا کم بایستی از 5-ASA به مقدار ۳ تا ۴/۸ گرم در روز استفاده شود (اعتبار بالا A)، بررسی‌های کنترل شده راجع به عدم اثر 5-ASA در روی این نوع کولیت وجود ندارد، بعلاوه همراه با این دارو می‌توان از استروئید خوراکی به مقدار ۴۰ تا ۶۰ میلی‌گرم در روز به صورت Prednisolon استفاده کرد، پایین‌آوردن مقدار دارو بستگی به علائم بیمار دارد (اعتبار C). درمان عود شدید کولیت اولسروز منتشره می‌بایستی در ابتدا با استروئید انجام گیرد، دادن استروئید به صورت خوراکی یا وریدی بستگی به وضع عمومی بیمار دارد، اغلب از همان ابتدا، درمان با تجویز 5-ASA به طور همزمان صورت می‌گیرد. البته، بررسی‌های کنترل شده در این رابطه وجود ندارد.

اگر کولیت اولسروز با شدت علائم بالا به درمان اولیه غیروریدی جواب ندهد، تزریق استروئید از راه وریدی لازم می‌شود (اعتبار A)، اگر این درمان هم بدون نتیجه بود بایستی از وجود یک کولیت بسیار شدید مقاوم به استروئید (Fulminant Colitis) خبردار شد (اعتبار A) که درمان مربوط به خود را دارد و بعداً در باره آن صحبت خواهد شد.

کولیت صاعقه‌آسا (Fulminant Colitis):

هنگامی از کولیت صاعقه‌آسا صحبت می‌شود که بیمار مبتلا به تب و کم خونی بوده، همراه با مهم‌ترین علائم مثل: اسهال خونی بیشتر از ده مرتبه در روز و تب بالای ۳۸/۵ درجه سلسیوس و حال عمومی بد و کم شدن وزن باشد (اعتبار C).

در بررسی آزمایشگاهی، معمولاً هموگلوبین زیر ۱۰ گرم در ۱۰۰ سانتیمتر مکعب و ESR با عدد ۵۰ در اولین ساعت و بالا بودن تعداد

(اعتبار C). هنوز طول درمان با آزاتیوپرین معلوم نیست، احتمالاً درمان باید به مدت سه سال انجام گیرد (اعتبار B)، در بیمارانی که با درمانی لااقل ۶ ماه آزاتیوپرین هنوز سیر فعال بیماری را دارند انجام جراحی کولکتومی ضروری به نظر می‌رسد، در کودکان هم چنانچه رشد بدن در فاصله یک سال متوقف شد عمل جراحی باید انجام شود (اعتبار C).

در تجویز با آزاتیوپرین می‌بایستی CBC و γ -GT ابتدا هر هفته برای یک ماه و بعد هم هر ماه یک مرتبه کنترل شود. در فاصله زمانی ۶ هفته اول آمیلاز یا لیپاز هم باید اندازه‌گیری شود (اعتبار C). درمان با استروئیدها به علت عواقب جنبی آنها کاربردی در این نوع (سیر مزمن فعال) ندارد (اعتبار C). تجویز متوتروکسات و میکوفنولات (Micophenolat) و تاکرولیموس و سیکلوسپورین از راه خوراکی یا وریدی و همچنین هپارین هنوز در فاز تجربی (Experimental) است (اعتبار C).

هنوز نتیجه مناسب و قابل قبولی از درمان با آنتی‌بادی Anti-TNF (انفلیکسوماب (Infliximab) وجود ندارد و درمان آن سفارش نمی‌شود و استعمال از داروهای پروبیوتیک (Probiotics) و آنتی‌بیوتیک در مرحله تجربی قرار دارد (اعتبار C).

فروکشی بیماری (Remission):

تعریف:

شاخص‌های فروکشی بیماری شامل عدم اسهال (اجابت مزاج کمتر از سه مرتبه در روز)، نبودن خون قابل رؤیت در مدفوع و حالت عاری از دردهای شکمی و غیرشکمی است.

درمان انتخابی اولیه جهت نگهداری فروکشی:

با تشخیص صحیح کولیت اولسراتیو درمان جهت بهبود (فروکش کردن بیماری) بایستی انجام شود (اعتبار A). از این حالت می‌توان بیمارانی را که بیش از دو سال از زمان فروکشی بیماری گذشته باشد استثنا کرد. داروی اولیه 5-ASA خوراکی یا رکتال است (اعتبار A). در مقایسه 5-ASA کاملاً از نظر اثر برابر تمام داروهای دیگر از این خانواده است (اعتبار A)، دارو می‌تواند هم به صورت رکتال و هم خوراکی داده شود و چگونگی کاربرد هر کدام بستگی به چگونگی و میزان درگیری بیماری دارد (اعتبار A).

بهترین دوز تا به حال برای حفظ فروکشی تعیین نشده است. می‌بایستی همان مقدار دارویی انتخاب شود که اثر آن ثابت شده است. دوز خوراکی هنگام انتخاب سولفاسالازین ۲ گرم در روز (اعتبار A) و دوز 5-ASA ۱/۵ گرم در روز (اعتبار A) و دوز Olsalazin یک گرم در روز است (اعتبار A). دوز رکتال در هنگام درگیری کولون چپ از نوع تنقیه یک گرم در روز (اعتبار A) یا چهار گرم هر سه روز یک مرتبه (اعتبار A) یا چهار گرم برای هفت روز در ماه (اعتبار A) و در هنگام درگیری رکتوم (Proctitis)، شیاف 5-ASA دو مرتبه نیم گرم در روز (اعتبار A) و یا سه مرتبه یک گرم در هفته (اعتبار A) می‌باشد.

هنوز داده نشده باشد، درمان با مواد مهارکننده ایمنی از نوع سیکلوسپورین (Cyclosporine) و تاکرولیموس (Tacrolimus) می‌تواند به کار گرفته شود. سیکلوسپورین با یک دوز چهار میلی‌گرم برای هر کیلوگرم از طریق وریدی تزریق می‌شود (اعتبار A) به عنوان آلترناتیو می‌توان سیکلوسپورین را از راه دهان تجویز کرد. تاکرولیموس، از 0.01 mg/kg به صورت وریدی می‌تواند کاربرد داشته باشد، اما کنترل سطح غلظت و تغییر دوز لازم است (اعتبار B).

پس از مهار کردن و موفقیت در درمان حالت حاد می‌توان داروها را خوراکی بر حسب جواب مناسب درمانی برای ۴ تا ۶ ماه تجویز کرد (اعتبار B). پس از جواب مطلوب درمانی می‌توان از آزاتیوپرین (Azathioprine) به عنوان دارویی که باعث فروکش کردن (ریمیسون) بیماری برای درازمدت می‌شود (به میزان دو میلی‌گرم برای هر کیلو) استفاده کرد (اعتبار B). در صورت عدم پاسخ به درمان عمل جراحی لازم می‌شود (اعتبار C).

تجارب به دست آمده در کودکان بیمار که با تعداد کمتر انجام گرفته نشان می‌دهد که سیکلوسپورین و آزاتیوپرین (Azathioprine) یا 6-Mercaptopurin را می‌توان مصرف کرد (اعتبار B). در رابطه با اثر هپارین با دوز بالا، چندین بررسی غیرکنترل شده وجود دارد که باید از راه مطالعات کنترل شده ثابت گردد (اعتبار B).

سیر مزمن و فعال:

سیر مزمن و فعال هنگامی وجود دارد که عود حاد بیمار به وسیله درمان انجام شده برطرف شده باشد ولی با فروکشی کامل و درازمدت (کمتر از دو عود در سال) همراه نباشد (اعتبار C)

تشخیص:

برای تشخیص بایستی ادامه علائم بالینی مانند اسهال خونی، وجود عفونت مانند توکسین Clostridium difficile و عدم حساسیت به لاکتوز مورد نظر قرار گیرد، انجام اندوسکوپي و برداشتن نمونه و سونوگرافی معمولاً لازم نیست، و انجام آنها فقط به اندیکاسیون‌های خاص محدود می‌شود. سی‌تی‌اسکن و ام‌آر‌آی بایستی انجام شود (اعتبار C).

درمان:

در هنگام وجود چنین سیری علاوه بر امکان انجام Colectomy درمان با آزاتیوپرین ۶/۱ - مرکاپتوپورین مورد قبول است (اعتبار B)، مقدار دوز دارو ۲/۵ میلی‌گرم برای هر کیلو در روز با آزاتیوپرین و یک میلی‌گرم برای هر کیلو در روز با ۶- مرکاپتوپورین است (اعتبار C). در کودکان این دوز ۱/۵ میلی‌گرم برای هر کیلوگرم در روز از آزاتیوپرین و یک میلی‌گرم در کیلو گرم در روز برای ۶ - مرکاپتوپورین است (اعتبار C). اهمیت تغییر دوز آزاتیوپرین بر حسب تعداد گلبول‌های سفید و غلظت متابولیت 6-TGN هنوز معلوم نمی‌باشد (اعتبار C) هنگام ظهور عوارض جانبی از ۶ مرکاپتوپورین به جای آزاتیوپرین استفاده می‌شود

مدت زمان درمان جهت حفظ فروکشی:

این درمان حداقل دو سال باید انجام گیرد (اعتبار A) و اثر درمان درازمدت ثابت نشده است (اعتبار C).

پیشگیری از سرطان:

تصمیم به درمان درازمدت برای جلوگیری از سرطان ناشی از کولیت نیز هست (اعتبار C)

اپیدمیولوژی:

ریسک سرطان کولورکتال در بیماری کولیت اولسروز در مقایسه با افراد جامعه بالاتر است. این ریسک با وسعت انتشار در کولون و مدت زمان بیماری بستگی دارد و با بروز کلاژنیت اسکروزان (Sclerosing cholangitis) نیز زیادتر می شود (اعتبار B).

درمان برای حفظ فروکشی بیماری به نظر می رسد که ریسک سرطان را کم کند (اعتبار B).

به جز کلاژنوکارسینوما، سرطان های دیگر در این بیماری زیادتر دیده نمی شود (اعتبار B).

از آنجائی که به وسیله پیگیری اندوسکوپی میزان مرگ و میر ناشی از سرطان کولورکتال کم می شود (اعتبار B)، کولونوسکوپی های مکرر با گرفتن بیوپسی از مکان های مختلف مرگ و میر ناشی از سرطان را کم می کند (اعتبار B).

در بیماران با درگیری بیماری در تمام یا بیشتر قسمت های کولون که بیش از ۸ سال سابقه داشته باشند و یا در صورت درگیری قسمت چپ کولون با ۱۵ سال سابقه بیماری، می بایستی حتماً یک کولونوسکوپی کامل با بیوپسی های متعدد هر سال انجام گیرد (اعتبار B). به عنوان آلترناتیو در برابر کولونوسکوپی کامل و گرفتن بیوپسی می بایستی به بیماران جراحی کولکتومی توصیه شود. کنترل اندوسکوپی هم از نظر زمانی باید در بیماران که بقیائی از رکتوم پس از عمل کولکتومی دارند انجام شود. اگر کلاژنیت اسکروزان وجود داشته باشد، پیگیری اندوسکوپی باید با دقت بیشتری انجام گیرد (اعتبار C).

گرفتن بیوپسی از مواضع مختلف می بایستی در هنگام فروکشی بیماری انجام شود زیرا که تغییرات ناشی از التهاب ممکن است از تغییرات ناشی از دیسپلازی به سختی قابل تفکیک باشند (اعتبار C). بایستی از مواضع مختلف کولون چند بیوپسی برداشته شود (اعتبار B) بخصوص از مناطقی که با چشم تغییرات در آنها دیده می شود بایستی بیشتر بیوپسی برداشته شود (اعتبار C).

چنانچه نقاطی از کولون مشکوک به وجود دیسپلازی بودند می بایستی پس از ۶ ماه درمان مجدداً مورد بررسی اندوسکوپی و بیوپسی قرار گیرند (اعتبار C). چنانچه دیسپلازی به وسیله یک پاتولوگ دیگر تأیید شد بایستی به بیمار انجام Proctocolectomy توصیه شود، برخلاف توصیه های قبلی هر نوع از دیسپلازی با شدت های متفاوت که به وسیله یک پاتولوگ دیگر تشخیص داده شود برای اندیکاسیون

کولکتومی بی اهمیت است و نباید باعث شبهه شود. بعد از عمل جراحی می بایستی هر سال یک اندوسکوپی از انبارک (Pouch) با بیوپسی انجام گیرد، زیرا اگر التهاب مزمن (Chronic Pouchitis) دیده شود خطر بروز سرطان وجود دارد (اعتبار B). باید در نظر داشت که بررسی های درازمدت در مورد اندوسکوپی Pouch هنوز وجود ندارند که بشود با توجه به آنها میزان خطر را ارزیابی کرد.

چنانچه یک پولیپ از نوع آدنوم در کولون بیماری با کولیت اولسروز پیدا شود، برداشتن پولیپ کافی است به شرطی که در نواحی دیگر کولون هیچ گونه دیسپلازی دیده نشود (اعتبار B).

درمان جراحی:

جراحی اورژانس:

هر نوع پرفوراسیون در داخل شکم و یا در پشت پریتون یا در قسمت تحتانی لگن الزام برای جراحی اورژانس را مطرح می کند. به شرطی که بیمار به وسیله درمان های مراقبتی در وضعی باشد که آماده برای بیهوشی باشد (اعتبار C).

همچنین در صورت ظهور خونریزی شدید با وجود درمان های کنسرواتیو که تهدیدی برای بیمار باشد عمل جراحی باید انجام گیرد (اعتبار C).

عود حاد بیماری که به درمان جواب ندهد یک مورد دیگر جراحی را تشکیل می دهد (اعتبار C)، به همین گونه مگا کولون توکسیک که به درمان جواب ندهد باید عمل شود ولی قبل از عمل جراحی خالی کردن هوا و دکمیرسیون (Decompression) کولون به وسیله یک اندوسکوپیست باتجربه کمک کننده و مطلوب است (اعتبار C)، چنانچه خروج خون از رکتوم ادامه پیدا کند و درمان مؤثر واقع نشود لزوم جراحی اورژانس مطرح می شود (اعتبار C).

اندیکاسیون جراحی مطلق به صورت انتخابی (Elective):

سرطان کولورکتال و اثبات دیسپلازی اندیکاسیون مطلق را جهت جراحی دارند (اعتبار C). وجود یک تنگی مشکوک به سرطان نیز می تواند ضرورت جراحی را مطرح سازد (اعتبار C).

کولیت اولسروزی که به درمان با داروهای مهارکننده ایمنی مقاومت نشان دهد یک اندیکاسیون جراحی دارد (اعتبار C).

پولیپ آدنوماتوز که به وسیله اندوسکوپی قابل برداشت نیست می بایستی مورد جراحی رزکسیون موضعی قرار گیرد به شرطی که بقیه کولون فاقد هرگونه دیسپلازی و یا التهاب پیشرفته باشد، در غیر این صورت باید یک Proctocolectomy انجام شود (اعتبار C).

تأخیر رشد کودکان و جوانان می تواند خود اندیکاسیون برای عمل جراحی باشد (اعتبار B).

اندیکاسیون نسبی برای جراحی انتخابی (Elective):

طول مدت بیماری و پیشرفت و شدت آن و وضع عمومی بیمار با

هنگامی می‌توان از التهاب Pouch صحبت کرد که عواقب دیگر بعد از عمل جراحی وجود نداشته باشد. التهاب Pouch معمولاً ممکن است سه نوع باشد: به صورت حاد، حاد و عودکننده یا به صورت مزمن و آتروفیک (اعتبار B).

تشخیص التهاب حاد Pouch با علائم، تعداد زیاد بیرون‌روی، بروز خون و تب همراه است که در اندوسکوپی با قرمزی شدید مخاط و وجود اِدما اِریوِن و زخم و خون‌آوری مخاط با پوشش فیبرین تجلی می‌کند. در هیستولوژی آسبه‌های کریپت (Crypt)، تجمع سلول‌های آماسی دیده می‌شود (اعتبار B).

التهاب حاد و عودکننده لااقل با سه ماه سابقه ادامه پیدا می‌کند و در آن آتروفی کریپت با وجود درمان دیده می‌شود (اعتبار C).
درمان: آنتی‌بیوتیک‌ها در درجه اول مترونیدازول و یا سیپروفلوکساسین باید برای درمان داده شود (اعتبار B). در صورت عدم جواب به درمان نوع دیگر آنتی‌بیوتیک باید جایگزین شود و یا درمان با تنقیه 5-ASA و شیاف و یا تنقیه با داروهای حاوی استروئید انجام گیرد (اعتبار C).

برای درمان التهاب مزمن که با وجود مدت درمان طولانی به داروهای ذکر شده در بالا مقاوم باشد تا به حال دارویی در آلمان که در بازار وارد شده باشد وجود نداشته است (اعتبار C). یک درمان مهارکننده سیستم ایمنی می‌تواند در بیمار بخصوص در نظر گرفته شود (اعتبار C)، اندیکاسیون برای ایجاد یک استومای جدید و برداشتن Pouch عواقب غیرقابل پیش‌بینی را دارند (اعتبار C).

درمان مراقبتی: سه ماه پس از انجام جراحی سفارش می‌شود که از محل Pouch اندوسکوپی با بیوپسی و بعد در فاصله‌های سالانه در یک مرکز با سابقه و مجرب انجام گیرد، التهاب مخاط Pouch آتروفی کریپت و ظهور دیسپلازی می‌بایستی به وسیله این بررسی تشخیص داده شوند (اعتبار C).

درگیری مواضع خارج از روده

درگیری خارج از روده را به بیماری عضوی غیر از لوله گوارش اطلاق می‌کنند. از جمله ضایعات مفصلی مانند آرترالری و بیماری Bechterew، بیماری‌های پوستی (پیودرما گانگرنوزوم Pyoderma gangrenosum و اریتم نودوزوم Erythema Nodosum)، درگیری کبدی: کلانژیت اسکروزان (Sclerosing cholangitis)، هپاتیت اتوایمون و درگیری چشم (Uveitis و Episcleritis) و بالاخره میوکاردیت از این قبیل به شمار می‌روند.

میزان شیوع:

رابطه‌ای بین محل کولیت و نوع بیماری خارج از روده وجود ندارد (اعتبار C).

تشخیص:

در هنگام درگیری اعضای خارج از روده تشخیص مجدد در رابطه با

وجود ادامه درمان (با در نظر گرفتن امکان بهبود حالت عمومی بیمار بعد از عمل جراحی) می‌تواند خود، اندیکاسیون برای جراحی باشد به شرطی که خود بیمار هم علاقه به آن داشته باشد (اعتبار B).

نوع جراحی:

پروکتوکولکتومی با آناستوموز Ileoanal-Pouch و ساخت یک ایلئوستوما موقتی دو راهی (Loop Ileostoma) عمل استاندارد تلقی می‌شود (اعتبار B)، عمل ایلئوپاوج به عنوان I-Pouch بدون یک ضلع کور با یک حجم حدود ۲۰۰ سی‌سی انجام می‌گیرد (اعتبار C). برای انجام این عمل می‌توان با دست و یا به وسیله تکنیک استاپلر عمل کرد (اعتبار A).

برگشت استومای حافظ می‌بایستی ۶ تا ۱۲ هفته بعد از عمل اولیه انجام شود (اعتبار C). در بعضی از حالات می‌توان از انجام استومای حافظ صرف‌نظر کرد (اعتبار A).

هنگامی می‌توان از عمل کولکتومی با Pouch صرف‌نظر کرد که بیمار نتواند کنترل دفع مدفوع را داشته (incontinence) و یا مبتلا به کارسینوم رکتوم با پیشرفت بیش از T3 باشد (اعتبار C).

پروکتوکولکتومی با گذاشتن یک ایلئوستوما، معمولاً کیفیت زندگی بیماران را رضایتبخش می‌کند البته در کسانی که در جوانی مورد عمل جراحی قرار می‌گیرند و صورت ظاهر عادی بدن را در حالت پروکتوکولکتومی با آناستوموز Ileoanal Pouch بر ایلئوستوما دائمی ترجیح می‌دهند بایستی از عمل کولکتومی و انبارک ایلئوآنال استفاده کرد (اعتبار B).

هنگامی که سرطان رکتوم با درجه پیشرفت T3 وجود داشته باشد عمل پروکتوکولکتومی با Pouch می‌تواند انجام گیرد، در اینجا باید شیمی‌درمانی و رادیودرمانی انجام گیرد (اعتبار C).

چنانچه سرطان رکتوم از T3 هم پیشرفته‌تر باشد کولکتومی با ایجاد یک Sigmoidostoma بهتر از پروکتوکولکتومی است (اعتبار C)، در حالت خاص هم می‌توان کولکتومی با ایلئورکتوستومی انجام داد (اعتبار C).

انجام پروکتوکولکتومی ترمیمی در مراکزی که تجربه کافی دارند امکان‌پذیر است (اعتبار B).

برداشتن قسمتی از کولون و یا سگمانی از آن امروزه خطا است (اعتبار B) مگر آن که پولیپ از نوع آدنوم را نتوان از راه اندوسکوپی برداشت، در این حالت بخصوص، و در صورت عدم وجود دیسپلازی و التهاب پیشرفته و وسیع کولون، برداشتن سگمانی از کولون جایز می‌باشد (اعتبار C).

التهاب انبارک (Pouchitis):

هنوز به اندازه کافی بررسی راجع به التهاب قسمت آخر آناستوموز وجود ندارد و برداشتن کولون شرایط ایجاد این التهاب را به وجود می‌آورد که میزان شیوع و سرنوشت درازمدت آن هنوز معلوم نیست.

روده لازم نیست (اعتبار C).

حادثه‌های مهم (Life events) تک تک نمی‌تواند تأثیری داشته باشد بلکه بیشتر، فشارهای طولانی روحی می‌توانند سیر بیماری را تشدید کنند (اعتبار B).

عوامل روحی اجتماعی (Psychosocial):

این عوامل در زمان مراقبت بیمار باید مورد نظر قرار گیرند (اعتبار B). روش‌های غلبه بر آن می‌تواند تأثیر معتدل در سیر بیماری داشته باشند (اعتبار B). تا به حال اثر برنامه‌های تربیتی روی سیر بیماری ثابت نشده است ولی با تمام این احوال این نوع درمان مورد قبول بیماران قرار گرفته‌اند (اعتبار B).

ضایعات روحی:

خود بیماری در روحیه بیماران اثر می‌گذارد و ناراحتی‌های روحی هم سیر بیماری و هم کیفیت زندگی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. در صورت بروز بیماری در خردسالان به احتمال ریسک ظهور عوارض روحی بالا می‌رود (اعتبار B).

پزشکان بیمار باید خود زمان و موقعیت درمان روحی بیماران را تعیین کنند و علاوه بر آن همکاری خود بیمار نیز باید مورد نظر قرار گیرد (اعتبار C).

روان‌درمانی خود یک اثر مثبت در مقابله با بیماری چه از نظر تقویت روحیه و چه میزان کم شدن درد دارد (اعتبار A). تشخیص کولیت اولسروز اندیکاسیون برای روان‌درمانی ندارد (اعتبار C).

درمان‌های آلترناتیو:

راه‌های تکمیل‌کننده از نوع هموپاتی و کاربرد درمان طبیعی و متدهای متداول در چین همراه طب سوزنی (Acupuncture)، درمان آنترپوزوفی (Anthroposophy) می‌توانند تأثیر مکمل در درمان کولیت اولسروز داشته باشند.

میزان درمان:

حداقل نیمی از بیماران از قبول درمان‌های مکمل استقبال می‌کنند، بخصوص هنگامی که آنها از درمان طبی علمی استفاده نبرده باشند (اعتبار B).

کاربردهای طبیعی و هموپاتی و طب سوزنی بیشتر از همه در این بیماری به کار می‌روند (اعتبار B)، اما کاربرد روش‌های طب تکمیلی را نمی‌توان توصیه کرد زیرا که در این مورد هنوز اطلاعات کافی وجود ندارد. (اعتبار C)

در کلانژیت اسکروزان درگیری روده از نظر سرطان بخصوص در قسمت راست کولون دیده می‌شود. از این نظر کولون باید خارج از طول مدت بیماری کولیت مورد مراقبت اندوسکوپي قرار گیرد (اعتبار B).
غربالگری مختص به آمیلوئیدوز (Amyloidosis) ضروری به نظر نمی‌رسد (اعتبار C).

درمان: درمان بیماری‌های خارج از روده بستگی به وضع بیماری دارد، علاوه بر معاینه ESR و CRP رد وجود یک عفونت yersiniosis و campylobacter بخصوص هنگام بروز آرترالژی ضروری به نظر می‌رسد (اعتبار C).

درگیری حاد عضوی خارج از روده اندیکاسیون برای درمان سیستماتیک را داراست (اعتبار C). در درگیری مفاصل داروی اصلی 5-ASA می‌باشد (اعتبار C). از داروهای مهارکننده ایمنی مانند استروئید، آزاتیوپرین و متوترکسات و در بعضی از مواقع درمان فیزیکی می‌بایستی استفاده شود (اعتبار C).

در هنگام مصرف NSAID و خنثی‌کننده Cox-2 ممکن است بیماری سیر وخیم‌تری پیدا کند (اعتبار C). سیکلوسپورین A جهت درمان Uveitis مناسب می‌باشد (اعتبار C).

در سیر بیماری مشکل و عود کننده یا مقاوم به درمان می‌بایستی از آزاتیوپرین و متوترکسات همراه کم کردن دوز استروئید استفاده کرد (اعتبار C).

در زمان درگیری خارج از روده اندیکاسیونی برای دادن استروئید موضعی وجود ندارد، احتمالاً به جزد در حالت استثنائی درمان تکمیلی با بودزونید (Budesonide همراه Ursodoxycholic acid) می‌تواند مفید باشد (اعتبار B).

اندوسکوپي درمانی در هنگام تنگی شدید مجاری صفراوی توصیه می‌شود که در آن تنگی‌ها گشاد می‌شوند و حتی با استفاده از Stent می‌توان کمک زیادی به بیماران کرد، فایده درمان برای جلوگیری از انسداد هنگامی که استنت در مجاری صفراوی گذاشته شده باشد با استفاده از داروی Ursodoxycholic acid هنوز ثابت نشده است.

درمان پیودرماگانگرنوزوم با کورتیکوئیدها به تنهایی و یا همراه با داروهای مهارکننده سیستم ایمنی مانند سیکلوسپورین‌ها است (اعتبار A).

روان‌درمانی (Psychosomatic):

اثر عوامل روانی و اجتماعی در ظهور کولیت اولسروز به احتمال ناچیز است اما در روند و سیر بیماری بی‌تأثیر نیست، وجود شخصیت بخصوصی در مبتلا شدن به این بیماری محتمل نیست و تغییرات شخصیتی به احتمال ثانویه بوده و ناشی از سیر طولانی بیماری است (اعتبار B).

فشارهای روحی می‌توانند سیر بیماری را تشدید کنند. اما

Z.Gastroenterologie; 2001; 9; 19-72

ترجمه از اولین شماره مجله گاستروانترولوژی سال ۲۰۰۱ تحت عنوان:

“Guidelines: Diagnosis and therapy of ulcerative colitis – Results of an evidence – based consensus conference of the German Society of Gastroenterology and Metabolic Diseases.