**Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Gastroenterologii dotyczące postępowania z pacjentem z nieswoistą chorobą zapalną jelit w dobie pandemii COVID-19 (z dnia 8.04.2020)**

14.04.2020

Michał Łodyga1, Piotr Eder2, Agnieszka Dobrowolska2, Jarosław Reguła3, Grażyna Rydzewska1,4  
1 Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jelit, CSK MSWiA, Warszawa  
2 Katedra i Klinika Gastroenterologii, Dietetyki i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego w Poznaniu  
3 Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej CMKP, Klinika Gastroenterologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa  
4 Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce

[http://www.ptg-e.org.pl/](http://www.ptg-e.org.pl/Stanowisko-Polskiego-Towarzystwa-Gastroenterologii-i-Konsultanta-Krajowego-w-Dziedzinie-Gastroenterologii-dotyczace-postepowania-z-pacjentem-z-nieswoista-choroba-zapalna-jelit-w-dobie-pandemii-COVID,299.html)

**Wstęp**

Pandemia COVID-19 (ang. *coronavirus disease 2019*), spowodowana przez szerzące się na wszystkich kontynentach zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (ang. *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) w ciągu zaledwie kilku miesięcy radykalnie zmieniła współczesny świat.

Wśród osób szczególnie dotkniętych obecną sytuacją są pacjenci z chorobami przewlekłymi, w tym również nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit (NChZJ). Powszechne użycie leków immunosupresyjnych w terapii tej grupy chorób rodzi poważne obawy zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Dokument ten powstał, aby ułatwić podejmowanie decyzji diagnostycznych i terapeutycznych w dobie pandemii.

Należy podkreślić, że krótki czas od początku pandemii nie pozwolił na powstanie dobrej jakości danych o dużej sile dowodów. Niniejsze stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii oparte jest na doświadczeniach chińskich, a także stanowi adaptację powstałych dotychczas dokumentów British Society of Gastroenterology (BSG) oraz European Crohn’s and Colitis Organisation (ECCO) [1-5].

**Manifestacje jelitowe COVID-19**

Najczęstszymi objawami COVID-19 są: gorączka, suchy kaszel, duszność, osłabienie. U części pacjentów występują także objawy ze strony przewodu pokarmowego: nudności, wymioty, ból brzucha, biegunka. Cząsteczki wirusa obecne są głównie w wydzielinach dróg oddechowych, w mniejszym odsetku także w stolcu. Nie potwierdzono roli drogi fekalnooralnej w rozprzestrzenianiu zakażenia. Na ma także doniesień na temat wpływu zakażenia na występowanie zaostrzeń NChZJ [1-5].

**Ryzyko zakażenia SARS-CoV-2 u pacjentów z NChZJ**

Wirus SARS-CoV-2 rozprzestrzenia się w zbiorowościach ludzkich. Im większa liczba osób i dłuższy czas kontaktu, tym większe ryzyko zakażenia. Dlatego dotychczasowe obserwacje z rejonów o największej zapadalności na COVID-19 wskazują na znaczny odsetek zakażeń związanych z wizytami w szpitalach lub przychodniach. Jest to najważniejszy czynnik zwiększający ryzyko zakażenia u pacjentów z zaostrzeniem NChZJ. Do potencjalnych czynników ryzyka w przypadku zaostrzenia NChZJ zaliczyć można także stosowane leki – w tym głównie steroidy. Nie stwierdzono natomiast, aby NChZJ w sposób niezależny zwiększały prawdopodobieństwo zakażenia, zwłaszcza jeśli choroba jest w remisji [1, 6-7].

**Ogólne zasady, mające na celu zmniejszenie ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 u chorego z NChZJ**

Pacjenci powinni ograniczyć kontakt z pracownikami ochrony zdrowia, ale nie należy przerywać stosowanego leczenia, które zapewnia remisję NChZJ. Dotyczy to również terapii biologicznej lekami, stosowanymi wewnątrzszpitalnie - kluczowe znaczenie ma bowiem utrzymanie remisji NChZJ. Ponadto, aby zmniejszyć ryzyko transmisji zakażenia, konieczne jest przestrzeganie powszechnych zaleceń, zmierzających do ograniczenia kontaktu z innymi ludźmi (zwłaszcza bezpośredniego, szczególnie z osobami wykazującymi jakiekolwiek objawy infekcji, a także z osobami, które w ostatnim czasie podróżowały), częstego mycia dłoni, unikania dotykania oczu, ust, nosa (w Polsce wszelkie informacje na ten temat można znaleźć na stronie [www.pzh.gov.pl](https://www.pzh.gov.pl/)). Zaleca się także niekorzystanie ze środków publicznego transportu, zwłaszcza w godzinach szczytu. Istnieją bowiem liczne dowody, że replikacja wirusa jest szczególnie nasilona w okresie prodromalnym. Skutkuje to dużym ryzykiem rozprzestrzeniania się zakażenia, którego źródłem mogą być osoby nie odczuwające jeszcze ewidentnych objawów chorobowych. Szacuje się, że współczynnik Ro dla SARS-CoV-2 (czyli liczba kolejnych osób, które mogą zakazić się od jednej zakażonej osoby) wynosi 2,5 [2-4].

**Czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 u pacjentów z NChZJ**

Wzorując się na dokumencie opracowanym przez BSG, pacjentów z NChZJ można podzielić na grupę wysokiego, średniego i niskiego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19, chociaż dane na podstawie których dokonano takiego podziału są słabej jakości. Przynależność do poszczególnych grup determinuje zalecenia epidemiologiczne [1].

**Grupa wysokiego ryzyka – wskazana bezwzględna izolacja**

1. Pacjenci z NChZJ, u których występują choroby dodatkowe (układu krążenia, oddechowego, cukrzyca) i/lub chorzy ≥70 roku życia, otrzymujący leczenie wskazane w grupie średniego ryzyka.   
2. Pacjenci z NChZJ niezależnie od wieku i chorób dodatkowych, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:   
- przyjmowanie steroidów dożylnych lub doustnych w dawce ≥20 mg prednizolonu (lub równoważnej)   
- rozpoczęta terapia skojarzona (lek biologiczny oraz lek immunosupresyjny - w ciągu pierwszych 6 tygodni)   
- umiarkowana do ciężkiej postać choroby, pomimo stosowania leczenia immunosupresyjnego/terapii biologicznej   
- zespół krótkiego jelita   
- konieczność żywienia parenteralnego.

**Grupa średniego ryzyka – wskazane ścisłe ograniczenie kontaktów społecznych**

Pacjenci przyjmujący następujące leki:   
- anty-TNF w monoterapii,   
- wedolizumab,   
- ustekinumab,   
- metotreksat,   
- tiopuryny,   
- inhibitory kalcyneuryny,   
- inhibitory kinaz Janusowych,   
- terapia skojarzona po 6 tygodniach leczenia.

**Grupa niskiego ryzyka – wskazane ograniczenie kontaktów społecznych**

Pacjenci przyjmujący następujące leki:   
- preparaty 5-ASA,   
- leki miejscowe,   
- steroidy o działaniu miejscowym (budezonid),   
- antybiotyki,   
- leki przeciwbiegunkowe.

Podstawowymi czynnikami zwiększającymi ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 są choroby dodatkowe oraz wiek. Dane na temat wpływu leków są ograniczone i nie wskazują jednoznacznie, aby stosowanie leków immunosupresyjnych/immunomodulujących wiązało się z większym ryzykiem ciężkiego przebiegu COVID-19. Co więcej, ponieważ w patogenezie COVID-19 o ciężkim przebiegu podkreśla się rolę tzw. burzy cytokinowej jako głównego czynnika uszkadzającego, leki antycytokinowe są eksperymentalnie stosowane w leczeniu COVID-19 [1,2].

**Zalecenia organizacji pracy ośrodków leczących NChZJ**

Epidemia COVID-19 spowodowała ogromną zmianę organizacji systemu ochrony zdrowia. Priorytetem stało się zmniejszenie ryzyka zakażenia zarówno pacjentów, jak i personelu oraz szybka identyfikacja, izolacja i leczenie pacjentów z podejrzeniem COVID-19. Do zmienionych warunków funkcjonowania należy dostosować pracę ośrodków leczących pacjentów z NChZJ, zarówno w zakresie leczenia stacjonarnego, ambulatoryjnego, jak i warunków terapii biologicznej [1-5]. Najważniejsze zalecenia:

1. Osobiste wizyty pacjentów w ośrodkach powinny zostać ograniczone do niezbędnego minimum.

2. Osobiste wizyty w poradni powinny zostać zastąpione wizytami wirtualnymi, zwłaszcza w przypadku pacjentów pozostających w remisji klinicznej.

3. Należy umożliwić pacjentom stały telefoniczny lub mailowy kontakt z ośrodkiem.

4. Każda wizyta w ośrodku powinna być poprzedzona wywiadem w kierunku objawów infekcji dróg oddechowych oraz pomiarem temperatury ciała.

5. Badania diagnostyczne powinny zostać ograniczone do niezbędnego minimum, a przesiewowe badania endoskopowe powinny zostać odroczone.

6. Należy rozważyć zastąpienie badań inwazyjnych (badania endoskopowe) metodami nieinwazyjnymi (oznaczenie kalprotektyny, USG jamy brzusznej, TK).

7. Miejsce podawania leków biologicznych powinno znajdować się w strefie czystej szpitala, z dala od obszarów przebywania pacjentów z podejrzeniem COVID-19. Należy je ponadto tak zreorganizować, aby unikać nadmiernego gromadzenia pacjentów w tym samym czasie (odpowiednie odległości między chorymi – zwykle ok. 2 metry, ograniczenie liczby osób personelu medycznego, kontaktującego się z chorymi)