

Melyek a krónikus gyulladáso- s bélbetegek rizikótényezői a súlyos lefolyasú COVID-19 betegségre?

■ Molnár Tamás dr.

SZTE ÁOK, Belklinika, Gasztroenterológia Osztály, Szeged
Correspondence: molnar.tamas@med.u-szeged.hu

A kérdéssel a SARS-CoV-2-járvány első, tavaszi hulláma során több előadásban foglalkoztunk, és az első közlemények adatai alapján próbáltunk állást foglalni a különböző hatásmechanizmusú szerekkel kezelt gyulladáso-
s bélbetegek rizikójáról. Ezt annak tudatában tettük, hogy a gyulladáso-
s bélbetegségben (inflammatory bowel disease, IBD) szenvedők jelentős része immunmoduláns kezelést kap, és a korábbi adatok alapján ismert, hogy a kortikoszteroidok, immunszupprimáns szerek (azatioprin, methotrexat), anti-TNF (tumornekrózisfaktor-ellenes) biológikumok és JAK-bénítók szedése mellett gyakoribbak a bakteriális és virális infekciók, amelyek akár tüdőgyulladás klinikai képében is megjelenhetnek. Emiatt feltételezhető volt a gyakoribb megfertőződés és a súlyosabb lefolyás az immunszupprimált bélbetegek körében, azonban a kezdeti eredmények ez ellen szóltak. Már a járvány első hulláma idején elkezdődött az adatgyűjtés a Surveillance Epidemiology of Coronavirus Under Research Exclusion for Inflammatory Bowel Disease (SECURE-IBD) regiszteren keresztül, amelyet az International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Disease, a Crohn's & Colitis Foundation (United States), a North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, a European Crohn's and Colitis Organisation, a Pan American Crohn's and Colitis Organization és az Asian Organization of Crohn's & Colitis szervezetek támogattak. A megjelent közleményben (1) 525 esetről számoltak be, míg az UEGW- (United European Gastroenterology Week) prezentáció során negyven országból 959 beteg adatait elemezték, a következőkben az utóbbit mutatjuk be röviden.

A betegek átlagéletkora 43 év volt, enyhe férfi túlsúly volt észlelhető, a fertőzöttek 57%-ának Crohn-betegsége volt. A betegség aktivitása 1,7%-ban nem volt ismert, a többi beteg mintegy 60%-a remisszióban volt, az enyhe és súlyos aktivitás pedig közel azonos arányban fordult elő. A koronavírus-fertőzés kimenetele a gyulladáso-
s bélbetegek között a következő volt: hospitalizációra szorult a betegek 33,4%-a; intenzív osztályos ellátást igényelt 6,5%; 5%, azaz minden huszadik regisztrált beteg gépi lélegeztetésre szorult, és 3,9% elhunyt. A fenti paraméterek (ITO-s igény, lélegeztetés, halál) alapján

súlyos lefolyasú COVID-19 betegség a fertőzöttek 9%-ában fordult elő. A fertőzött gyulladáso-
s bélbetegek életkor-standardizált mortalitási arányát összehasonlították Kína, Olaszország és az Egyesült Államok populációs adataival, és ez valamennyi összehasonlításban emelkedett volt: 2,02, 1,66 és 1,86. Hétköznapi nyelvre lefordítva a gyulladáso-
s bélbetegek halálvesélye a fenti országokban élő, hasonló korú átlagemberhez viszonyítva 60-100%-kal emelkedett volt. A súlyos lefolyasú COVID-19 prediktora az idős kor, a társbetegségek megléte és az aktív bélbetegség miatt alkalmazott kortikoszteroid kezelés volt. Az anti-TNF típusú biológikumok alkalmazása nem bizonyult rizikófaktornak.

Azt gondolom, hogy az életkor és a komorbiditás negatív hatását nem kell magyarázni, azonban a kortikoszteroid-kezelés esetén felmerülhet a kérdés: hogyan fokozhatja a súlyos lefolyást egy olyan terápia, amelyet rutinszerűen alkalmaznak a súlyos COVID-19-betegek ellátása során? A SARS- és a MERS-infekciók adatainak metaanalízise alapján a kortikoszteroid elvi előnnyel rendelkezhet a szisztémás infekció, a citokinvihar kezelésében, azonban ezt a tényeket nem feltétlenül igazolják. Az adatok lassult víruscarence-t igazoltak, valamint súlyos szövődeményeket a túlélőkben, miközben az elvi előnyös hatást a gyakorlatban nem sikerült kimutatni (2). Nyilvánvaló, hogy a nemzetközi, regiszteralapú tanulmánnyal kapcsolatban felmerülhet több, a statisztikai elemzést nehezítő hiba lehetősége (súlyosabb esetek gyakoribb lejelentése, enyhe tünetek esetén elmaradt tesztelés stb.), azonban a közel 1000 beteg vizsgálati eredményeinek szisztémás feldolgozása mégis megbízhatóbb adatokat szolgáltathat a klinikai gyakorlat számára, mint a korábbi kis esetszámú kohorszok. A második generációs biológikumok biztonságosságáról a kis esetszám alapján nem lehetett egyértelműen nyilatkozni.

Összegezve tehát, a gyulladáso-
s bélbetegek esetén a fertőzés súlyosabb lefolyasú lehet, és magasabb halálozással járhat. Az IBD járvány alatti gondozásának kulcsa a szteroidmentes remisszió fenntartása, amelynek eléréséhez többek között a hatékony anti-TNF kezelések zökkenőmentes folytatása vezethet.

■ Irodalom

1. Brenner EJ, Ungaro RC, Geary RB, et al. Corticosteroids, But Not TNF Antagonists, Are Associated With Adverse COVID-19 Outcomes in Patients With

Inflammatory Bowel Diseases: Results From an International Registry. *Gastroenterology*. 2020; 159(2): 481-491. doi 10.1053/j.gastro.2020.05.032

2. Russell CD, Millar JE, Baillie JK. Clinical evidence does not support corticosteroid treatment for 2019-nCoV lung injury. *Lancet* 2020; 395: 473-475. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30317-2