דף מידע למטופלים ולרופאי משפחה · ד"ר איל שחר, גסטרואנטרולוג

קוליטיס כיבית – מה חשוב לדעת

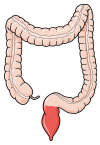
עודכן: אוקטובר 2026

בקצרה

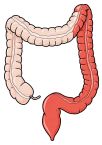
1. **קוליטיס כיבית היא מחלה דלקתית כרונית של המעי הגס.** מערכת החיסון מגיבה בעוצמה מופרזת, בעיקר לחיידקי המעי. זו לא אשמה של אף אחד, והמחלה אינה מדבקת.
2. **הדלקת מתחילה בחלחולת ועולה ברצף,** ופוגעת רק בשכבה הפנימית של הדופן – הרירית.
3. **התסמין המרכזי: דם בצואה,** לרוב עם ריר, דחיפות ויציאות תכופות, גם בלילה.
4. **מסלזין הוא הבסיס במחלה קלה עד בינונית,** בכדורים, בנרות או בחוקן – ונוטלים אותו בקביעות, גם כשמרגישים טוב.
5. **6 יציאות דמיות ביום או יותר, עם חום או דופק מהיר** – פונים בדחיפות: זו התלקחות חמורה.

1. איפה המחלה פוגעת? שלושה היקפים

המחלה **רק במעי הגס**. היא מתחילה כמעט תמיד **בחלחולת** ועולה **ברצף**, בלי אזורים בריאים בין אזורי הדלקת. באבחון, כל אחד מההיקפים נמצא אצל כשליש מהמטופלים:



פרוקטיטיס
רק בחלחולת



קוליטיס שמאלית
מהחלחולת עד הכפיף הטחולי



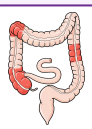
קוליטיס נרחבת
מעבר לכפיף הטחולי, לעיתים בכל המעי הגס

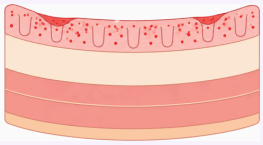
ההיקף קובע איך נותנים את התרופה (נרות, חוקן או כדורים) ומתי מתחילים מעקב לסרטן. אצל 10% עד 30% הדלקת מתפשטת עם הזמן, ולכן ההיקף מתעדכן בבדיקות המעקב.

במה זה שונה ממחלת קרוהן? (שתי המחלות העיקריות במשפחת IBD)

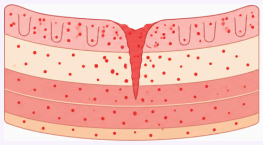
קוליטיס כיבית
רק במעי הגס · רציפה, מתחילה בחלחולת ועולה · רק ברירית – פיסטולות והיצרויות נדירות

מחלת קרוהן
מהפה ועד פי הטבעת, לרוב בסוף המעי הדק · במקטעים · בכל עובי הדופן – ולכן היצרויות ופיסטולות





קוליטיס כיבית – רק הרירית



קרוהן – הדלקת חודרת לכל עובי הדופן

2. התסמינים

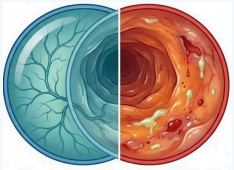
- **דם בצואה**, לרוב עם ריר – הסימן המרכזי למחלה פעילה
- **דחיפות** – צורך לרוץ לשירותים מיד; לפעמים גם בריחת צואה. היום היא יעד טיפול בפני עצמו – ספרו עליה לרופא
- **יציאות תכופות**, כולל בלילה; תחושה שההתרוקנות לא הושלמה
- **כאב עוויתי**, לרוב בבטן השמאלית התחתונה, לפני היציאה
- בהתלקחות קשה: חום, דופק מהיר, חולשה, אנמיה וירידה במשקל
- מחוץ למעי: מפרקים, עיניים, עור, ולעיתים דרכי המרה (PSC)

בפרוקטיטיס יש לפעמים דווקא **עצירות** עם דם וריר.

המחלה מתנהגת בגלים של התלקחויות ורגיעה.

3. איך מאבחנים?

- **קולונוסקופיה עם ביופסיות** – רואים את הדלקת ואת היקפה, ולוקחים דגימות
- **בדיקות צואה:** קלפרוטקטין, ושלילת זיהום – כולל קלוסטרידיום
- **בדיקות דם:** ספירת דם, CRP, ברזל, אלבומין ותפקודי כבד
- חשוב לשלול סיבות אחרות לדלקת במעי הגס: זיהום, תרופות, פגיעה באספקת הדם או הקרנות



בקולונוסקופיה: רירית תקינה (כחול) מול רירית מודלקת ומדממת

4. מטרת הטיפול: ריפוי הרירית

הפסקת הדימום היא רק הצעד הראשון. דלקת ממושכת מגבירה התלקחויות, אשפוזים, ולאורך שנים גם את הסיכון לסרטן המעי הגס — וריפוי הדלקת מפחית אותו. היעדים מדורגים בזמן (לפי ההנחיה הבינלאומית העדכנית STRIDE-III, 2026):

תוך ימים–שבועות
תגובה לטיפול
פחות דם ופחות יציאות

תוך חודשיים–שלושה
הפוגה
בלי דם ובלי דחיפות

תוך 4–6 חודשים
בדיקות תקינות
CRP תקין, קלפרוטקטין מתחת ל־200

לטווח ארוך
ריפוי הרירית
בקולונוסקופיה, ואיכות חיים תקינה

5. הטיפולים — לפי ההיקף והחומרה

מסלזין (רפאסל, אסקול, פנטסה)	**הבסיס במחלה קלה עד בינונית**, גם לטיפול בהתלקחות וגם לשמירה על הפוגה. בפרוקטיטיס — **נרות**; בקוליטיס שמאלית — **חוקן**, לרוב יחד עם כדורים; במחלה נרחבת — **כדורים**, ולעיתים גם חוקן. הטיפול המקומי מגיע ישר לדלקת ויעיל מאוד. נוטלים בקביעות, גם בהפוגה.
סטרואידים	לטיפול **קצר** בהתלקחות בלבד: קורטימנט (בודזוניד שמשתחרר במעי הגס) במחלה קלה עד בינונית, פרדניזון כשהמחלה פעילה יותר, ונרות או קצף סטרואידים בחלחולת. לא מתאימים לטיפול קבוע.
מווסתי חיסון	אזתיופרין (אימורן) — לשמירה על הפוגה, למשל אצל מי שזקוק לסטרואידים שוב ושוב.
טיפולים מתקדמים	**תרופות ביולוגיות** בזריקה או בעירוי, ו**מולקולות קטנות** בכדור — במחלה בינונית עד קשה, או כשמסלזין לא מספיק. יש היום מגוון רחב של אפשרויות.
ניתוח	כריתת המעי הגס, לרוב עם יצירת «כיס» (פאוץ') מהמעי הדק, יכולה לפתור את המחלה במעי ולייתר טיפול תרופתי קבוע — אך לעיתים מופיעה דלקת בכיס. שמור בעיקר למחלה שאינה מגיבה לתרופות, או לדיספלזיה וסרטן.

הבחירה נעשית יחד עם הרופא, לפי היקף המחלה וחומרתה, מה כבר ניסיתם, ביטויים מחוץ למעי, תכנון הריון — ומה שאתם מעדיפים.

במה הטיפול שונה ממחלת קרוהן?

קוליטיס כיבית
מסלזין הוא **הבסיס**, וטיפול **מקומי** בנרות ובחוקן יעיל מאוד, כי הדלקת מתחילה בחלחולת. כריתת המעי הגס יכולה **לפתור** את המחלה במעי.

מחלת קרוהן
מסלזין **אינו מומלץ**. במחלה בינונית עד קשה מתחילים מוקדם טיפול מתקדם. ניתוח **אינו מרפא**: הדלקת נוטה לחזור ליד מקום החיבור.

6. המעקב

בודקים את מה שקורה במעי, ולא רק את ההרגשה: **קלפרוטקטין** בצואה ו־CRP בדם, ולפי הצורך קולונוסקופיה או אולטרסאונד של המעי. קלפרוטקטין מוגבר, גם בלי תסמינים, מנבא התלקחות בחודשים הקרובים. **קולונוסקופיות מעקב לסרטן** מתחילים 8 שנים אחרי התסמינים הראשונים, ובהמשך — כל שנה, כל 2 עד 3 שנים או כל 5 שנים, לפי הסיכון. מי שיש לו גם PSC — כל שנה, כבר מרגע אבחנת ה־PSC, בלי להמתין 8 שנים. מי שהמחלה שלו רק בחלחולת אינו צריך מעקב מיוחד כזה.

7. מה אתם יכולים לעשות

- **ליטול את הטיפול בקביעות**, גם כשמרגישים מצוין. הפסקה עצמאית היא סיבה שכיחה להתלקחות.
- **חיסונים ובדיקות** — כבר באבחון, לפני טיפול מתקדם: שחפת רדומה, צהבת B ו־C, שפעת, פרבנאר 20, שינגריקס. חיסונים חיים — רק לפני תחילת הטיפול.
- **להימנע מנוגדי דלקת** (אדוויל, נורופן, וולטרן, אטופן) — הם עלולים לעורר התלקחות. לכאב: אקמול.
- **תזונה:** אין דיאטה אחת לכולם. מזון מלא ומהצומח, פחות מזון אולטרה־מעובד. בהתלקחות — לפי מה שנסבל. בהפוגה, כשיש נפיחות או שלשול בלי דלקת פעילה — דיאטה דלת FODMAP, בליווי דיאטנית.
- **עישון:** בקוליטיס הוא אינו מחמיר את המחלה, אבל זו אינה המלצה לעשן — בגלל הנזק לבריאות, מומלץ להפסיק.
- **תוכנית פעולה:** לסכם מראש עם הרופא מה עושים בהתלקחות. לא מתחילים סטרואידים לבד.
- **תמיכה:** המחלה פורצת לרוב בגיל צעיר, וחרדה, דכדוך ועייפות שכיחים — ויש להם מענה. אל תתמודדו לבד: שתפו בני משפחה וחברים. **העמותה הישראלית לקרוהן ולקוליטיס כיבית** (ccfi.co.il) מציעה קבוצת תמיכה של מטופלים, מפגשים והרצאות, קו חם (03-744-1391, א'–ה' 19:00–22:00), ליווי של פסיכולוגית רפואית ועזרה במיצוי זכויות. גם בצוות המטפל יש למי לפנות: אחות IBD, דיאטנית, פסיכולוג ועובד סוציאלי. טיפול קוגניטיבי־התנהגותי (CBT) ומיינדפולנס משפרים את איכות החיים, ובניסוי ישראלי בחולי קרוהן הקלו גם על התסמינים.

פונים בדחיפות לרופא או למיון

- **6 יציאות דמיות ביום או יותר**, עם חום, דופק מהיר או חולשה — התלקחות חמורה, שמחייבת אשפוז וסטרואידים בעירוי. נכון גם למי שכבר מקבל טיפול
- כאב בטן חזק, או בטן נפוחה ורגישה — חשש להרחבה חריפה של המעי הגס
- דימום רב, סחרחורת או עילפון
- סימני התייבשות: מעט שתן, יובש בפה, סחרחורת בעמידה
- חום גבוה בזמן טיפול מדכא חיסון — זיהום עלול להחמיר מהר
- כאב ונפיחות ברגל, או קוצר נשימה פתאומי — חשד לקריש דם

כשיש ספק — עדיף לפנות.

8. קוליטיס כיבית לאורך זמן

- **חיים רגילים:** עם הטיפולים של היום, רוב המטופלים לומדים, עובדים, מקימים משפחה, מטיילים ועוסקים בספורט. המפתח הוא שליטה בדלקת, לא רק בתסמינים.
- **הריון:** רצוי לתכנן אותו כשהמחלה בהפוגה, ולהתייעץ מראש — מסלזין ורוב התרופות ממשיכים גם בהריון.
- **סרטן המעי הגס:** הסיכון גבוה פי 2 עד 3 אצל מי שהמחלה במעי הגס, ועולה ככל שהדלקת נשארת פעילה שנים רבות. ריפוי הדלקת והקפדה על קולונוסקופיות המעקב מפחיתים אותו, והשכיחות ירדה ב־20 השנים האחרונות.
- **דיספלזיה (שינויים טרום־סרטניים): נגע שנראה בבירור בקולונוסקופיה ואפשר להסיר אותו בשלמותו** — מסירים אותו בבדיקה וממשיכים במעקב צמוד; לא צריך לכרות את המעי. **דיספלזיה בביופסיות מרירית שנראתה תקינה** — פתולוג נוסף מאשר אותה, וחוזרים על הקולונוסקופיה אצל מומחה, עם צביעה של הרירית. אם היא בדרגה גבוהה או בכמה מקומות — בדרך כלל ממליצים על כריתת המעי הגס; בדרגה נמוכה ובמקום אחד — מחליטים יחד: מעקב צמוד או כריתה.
- **אנמיה וחוסר ברזל** שכיחים בגלל הדימום — בודקים ומטפלים, לעיתים בברזל בעירוי.

במה המעקב שונה ממחלת קרוהן?

קוליטיס כיבית
עוקבים בעיקר אחרי **הרירית של המעי הגס**, ומקפידים על קולונוסקופיות מעקב לסרטן. חשוב לבדוק תפקודי כבד, בגלל PSC — דלקת כרונית של דרכי המרה.

מחלת קרוהן
עוקבים בעיקר אחרי **היצרויות, פיסטולות ומורסות**, ולכן גם בהדמיה של המעי הדק. אחרי ניתוח — קולונוסקופיה תוך 6 עד 12 חודשים.

לרופא המשפחה — בקצרה (לפי ECCO 2025–2026, AGA 2024, STRIDE-III)

1. **סיווג מונטריאול:** היקף — E1 פרוקטיטיס, E2 שמאלית (עד הכפיף הטחולי), E3 נרחבת. חומרה (Truelove–Witts): קלה — פחות מ־4 יציאות ביום; בינונית — 4 עד 5 דמיות; חמורה — 6 דמיות ומעלה עם דופק מעל 90, חום מעל 37.8, המוגלובין מתחת ל־10.5 או שקיעת דם מעל 30 — **אשפוז**.
2. **5-ASA:** פרוקטיטיס — נר 1 גרם ביום; שמאלית — חוקן 1 גרם ומעלה, יחד עם כדורים; נרחבת — 2 גרם ומעלה ביום בכדורים. היענות היא המפתח. קריאטינין ובדיקת שתן לפני הטיפול ומדי פעם (נפריטיס אינטרסטיציאלית, נדירה).
3. **בהתלקחות:** לשלול C. difficile, ובדיקת PCR לפתוגנים בצואה, לפני הגברת טיפול; סטרואידים לקורס קצר בלבד, עם סידן וויטמין D. צורך חוזר או תלות — הפניה מחדש לשינוי טיפול.
4. **לפני טיפול מתקדם, כבר באבחון:** מנטו או IGRA וצילום חזה; סרולוגיה ל־HBV, HCV, HIV, EBV, VZV; חיסונים — שפעת, פרבנאר 20, שינגריקס, HBV לפי נוגדנים. אין חיסונים חיים בזמן טיפול מדכא חיסון.
5. **להימנע מ־NSAIDs.** תפקודי כבד תקופתיים — פוספטאזה בסיסית או GGT מוגברים מחייבים בירור ל־PSC. ספירת דם, ברזל ופריטין.

יש עוד הרבה מידע — בעמוד מחלות המעי הדלקתיות באתר

סרטונים, עלונים ותשובות ליותר מ־150 שאלות: טיפולים, תזונה, הריון, צבא, חיים עם המחלה ועוד.

shachar-gastro.co.il/ibd

ד"ר איל שחר, גסטרואנטרולוג · עודכן: אוקטובר 2026. מידע כללי, שאינו מחליף ייעוץ רפואי אישי.

מקורות עיקריים: ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment, J Crohns Colitis 2026 · Adamina M et al., ECCO Guidelines on Therapeutics in UC: Surgical Treatment, J Crohns Colitis 2026 · Kucharzik T et al., ECCO-ESGAR-ESP-IBUS Guideline on Diagnostics and Monitoring, J Crohns Colitis 2025 · AGA Living Clinical Practice Guideline on Pharmacological Management of Moderate-to-Severe Ulcerative Colitis, Gastroenterology 2024 · ECCO Guideline on Diet in IBD 2025 · ECCO Guideline on Infections in IBD 2026 · Turner D et al., STRIDE-III, Lancet Gastroenterol Hepatol 2026 · Laine L et al., SCENIC, Gastroenterology 2015 · Satsangi J et al., Montreal classification, Gut 2006 · Truelove SC, Witts LJ, BMJ 1955 · Gordon H et al., ECCO Guidelines on IBD and Malignancies, J Crohns Colitis 2023 · East JE et al., BSG guidelines on colorectal surveillance in IBD, Gut 2025.

איורים: ד"ר איל שחר; המבט האנדוסקופי — מתוך מצגת «קוליטיס כיבית» של ד"ר שחר.