

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΕΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

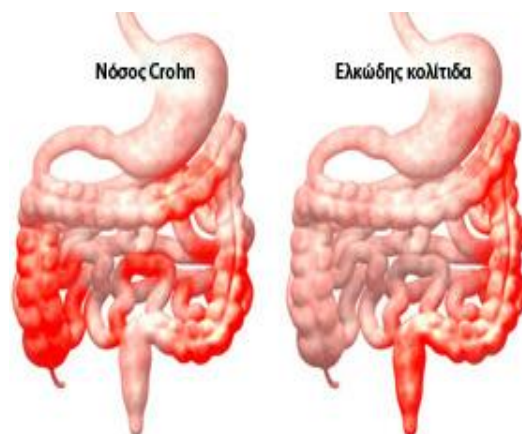
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ

CROHN



ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κος ΑΣΠΡΟΥΚΟΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΣΩΤΗΡΙΑ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα που επέλεξα για την πτυχιακή μου εργασία είναι η νόσος του crohn και η ελκώδης κολίτιδα λόγο του ότι πιστεύω πως είναι δυο πολύ συνηθισμένες αυτοάνοσες φλεγμονώδης νόσοι του έντερου και απασχολούν πολύ κόσμο . Ο σκοπός της εργασίας μου είναι να μπορέσει ο κόσμος να κατανοήσει τι ακριβώς είναι αυτές οι ασθένειες και με ποιον τρόπο θα μπορέσουν να το διαγνώσουν και να το αντιμετωπίσουν με την κατάλληλη θεραπεία και φροντίδα . Σε αυτή την εργασία θα δούμε την ανατομία του πεπτικού συστήματος , τον ορισμό των δυο αυτών νόσων την διάγνωση τα συμπτώματα. Επίσης θα δούμε τι διατροφή που πρέπει να καταναλώνουν τα άτομα που έχουν αυτές τις φλεγμονώδης νόσους καθώς και τους παράγοντες που οδηγούν σε αυτές τις ασθένειες . Στην συνέχεια θα ασχολιθούμε και με το πώς επιρρεάζουν αυτές οι ασθένειες στην εγκυμοσίνη και στην παιδική ηλικία. Η ενασχόληση μου με αυτό το θέμα μου έδωσε την δυνατότητα να καταλάβω ακριβώς τι συμβαίνει σε αυτές τις ασθένειες καθώς και πως επιρρεάζει την καθημερινότητα των ασθενών και την ψυχολογία τους και πως λειτουργούν αυτές στο σώμα μας .

SUMMARY

The topic I choose for my thesis is Crohn's disease and ulderative colitis for the reason that they are two very common autoimmune inflammatory bowel diseases and affect a lot of people . The purpose of my work is to enable people to understand what exactly these diseases are and how to be able to be diagnosed and deal with proper treatment and care . In this work we will see the anatomy of the digestive system, the definition of these two diseases , the diagnosis and the symptoms . We will also see what diet to be consumed by people having such inflammatory diseases as well as factors which lead to them . Then we will focus on how these diseases affect pregnancy and childhood. My preoccupation with this subject gave me the

opportunity to understand how they affect the daily life of the patients and their body.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ.2

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....σελ.4

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.6

Κεφάλαιο 1

Κεφάλαιο 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣσελ.7

Κεφάλαιο 1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN.....σελ.10

Κεφάλαιο 1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΩΝΤΕΣ.....σελ.12

Κεφάλαιο 2

Κεφάλαιο 2.1 ΕΠΙΔΙΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....σελ.18

Κεφάλαιο 2.2 ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....σελ.19

Κεφάλαιο 2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ.....σελ.20

Κεφάλαιο 3

Κεφάλαιο 3.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....σελ. 21

Κεφάλαιο 3.2 ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....σελ.23

Κεφάλαιο 4

Κεφάλαιο 4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....σελ.25

Κεφάλαιο 5

Κεφάλαιο 5.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΥ.....σελ.43

Κεφάλαιο 5.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHNσελ. 43

Κεφάλαιο 6

Κεφάλαιο 6.1 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....σελ. 44

Κεφάλαιο 7

Κεφάλαιο 7.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....σελ.50

Κεφάλαιο 8

Κεφάλαιο 8.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ.52

Κεφάλαιο 8.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ.55

Κεφάλαιο 8.3 ΣΤΟΜΙΕΣ ΣΤΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.....σελ.59	σελ.59
Κεφάλαιο 8.4 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....σελ.64	σελ.64
Κεφάλαιο 8.5 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....σελ.66	σελ.66
Κεφάλαιο 8.6 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΕ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ.....σελ.67	σελ.67
Κεφάλαιο 9	
Κεφάλαιο 9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....σελ.70	σελ.70
Κεφάλαιο 9.2 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ, ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.....σελ.73	σελ.73
Κεφάλαιο 9.3 ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.....σελ.74	σελ.74
Κεφάλαιο 9.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN.....σελ.75	σελ.75
Κεφάλαιο 9.5 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ.....σελ.75	σελ.75
Κεφάλαιο 9.6 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ.....σελ.76	σελ.76
Κεφάλαιο 9.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.....σελ.77	σελ.77
Κεφάλαιο 10	
Κεφάλαιο 10.1 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ.....σελ.78	σελ.78
Κεφάλαιο 11	
Κεφάλαιο 11.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....σελ.81	σελ.81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ 89	σελ 89

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την πάροδο των χρόνων η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn αυξάνεται και εξελίσσεται σε όλο και μεγαλύτερο πληθυσμό λόγω της αύξησης του άγχους και τους παράγοντες του στρες. Είναι σημαντικό λοιπόν να γνωρίζουμε για αυτές τις φλεγμονώδεις νόσους που ταλαιπωρούν πολύ κόσμο. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να καταλάβουμε την ανατομία του πεπτικού συστήματος ώστε να γνωρίζουμε τι ακριβώς και που προσβάλει η κάθε φλεγμονώδης νόσος καθώς επίσης και τον ορισμό αυτών των νόσων ώστε να γνωρίζουμε γιατί ακριβώς πρόκειται και τι προκαλεί στο πεπτικό μας σύστημα . Αφού κατανοήσουμε καλά για το τι ακριβώς συμβαίνει ένα εξίσου σημαντικό στάδιο είναι να ξέρουμε τι ακριβώς πρέπει να κάνουμε ώστε να το διαγνώσουμε έγκαιρα και ποια συμπτώματα θα μας οδηγήσουν στην διάγνωση. Το θέμα αυτό είναι πολύ σημαντικό λόγω του ότι η ενημέρωση δεν είναι αρκετή για ένα θέμα ιδιαίτερα συχνό και αρκετά σοβαρό . Θα έπρεπε να υπήρχε περισσότερη ενημέρωση και στα σχολεία αλλά και στην κοινότητα για το συγκεκριμένο θέμα .Έτσι λοιπόν επέλεξα αυτό το θέμα πτυχιακής ώστε να ενημερωθεί περισσότερος κόσμος για την νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε την ανατομία του πεπτικού συστήματος ώστε να καταλάβουμε καλύτερα και τις δυο αυτοάνοσες φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου καθώς η νόσος του Crohn αναφέρετε σε όλο το πεπτικό σύστημα .

Το πεπτικό σύστημα χωρίζετε στο ανώτερο πεπτικό σύστημα και στο κατώτερο πεπτικό σύστημα . Το ανώτερο πεπτικό σύστημα αποτελείτε από τη στοματική κοιλότητα, το φάρυγγα, τον οισοφάγο και το στομάχι . Ενώ το κατώτερο πεπτικό σύστημα αποτελείται από το παχύ και το λεπτό έντερο καθώς και από τον πρωκτό. Θα αναφερθούμε περισσότερο στο παχύ έντερο το οποίο είναι αυτό που προσβάλετε συνήθως και από τις δυο ασθενείς .Αλλά θα αναφερθούμε λίγο και στο υπόλοιπο πεπτικό σύστημα .(Σκανδαλάκης Ν. Παναγιώτης κ' Αρβανιτης Δ. Δημήτριος 2011)

Η στοματική κοιλότητα χωρίζεται με του φραγμούς των δοντιών σε δυο μοίρες . Την έξω η οποία είναι μικρότερη και λέγεται προστόμοιο και την έσω η οποία είναι μεγαλύτερη και λέγεται κυρίως στοματική κοιλότητα . Το προστόμοιο αποτελείτε από δυο τοιχώματα . το έσω το οποίο αποτελείτε από τα χείλη και της παρειές και σε αυτό βρίσκεται η στοματική σχισμή . Και το έσω το οποίο σχηματίζεται από τα δόντια και τα άυλα .Η κυρίως στοματική κοιλότητα αποτελείται από δεξιά και αριστερά από τα δόντια και τα ούλα , από κάτω από το έδαφος της στοματικής κοιλότητας στο οποίο βρίσκεται η γλώσσα και από πίσω από τον ισθμό του φάρυγγα.

Φάρυγγας και οισοφάγος . Ο φάρυγγας είναι ινομώδης σωλήνας 15εκ. . Βρίσκεται μπροστά από την σπονδυλική στήλη και πίσω από τις κοιλότητες της μύτης , του στόματος , του λάρυγγα με τις οποίες επικοινωνεί. Είναι αμυντικό όργανο καθώς περιέχει λεμφικό ιστό τις αμυγδαλές . Χωρίζεται σε τρεις μοίρες την ρινική, την στοματική και την λαρυγγική . Ο οισοφάγος είναι και αυτός ινομώδης σωλήνας 25εκ , αποτελεί την συνέχεια του φάρυγγα και φτάνει μέχρι το στομάχι. Ξεκίνα από τον 6 Α και καταλήγει μέχρι τον 5Θ . Χωρίζεται σε τέσσερις μοίρες την αυχενική, την θωρακική , την διαφραγματική και την κοιλιακή .

Το στομάχι είναι η προς τα κάτω συνέχεια του οισοφάγου και η πιο πλατιά μοίρα του γαστρικού σωλήνα . Ανήκει στα όργανα της άνω κοιλίας και βρίσκεται αριστερά κάτω από τον αριστερό θόλο του διαφράγματος . Χρησιμεύει για την πέψη των τροφών με την δράση του γαστρικού υγρού που εκκρίνεται από τους αδένες του . Εμφανίζει δυο στόμια το καρδιακό ή οισοφαγικό και το πυλωρικό το οποίο

επικοινωνεί με το δωδεκαδάκτυλο . Διαιρείται σε δυο μοίρες το κυρίως στομάχι και την πυλωρική μοίρα . Το κυρίως στομάχι αποτελείται από το θόλο και το σώμα του στομάχου . Και η πυλωρική μοίρα από το πυλωρικό άντρο και τον πυλωρικό σωλήνα. Ο οποίος καταλήγει στον πυλωρικό σωλήνα . Ανάλογα με τον βαθμό του μυϊκού τόνου διακρίνουμε τρεις τύπους στομάχου τον ορθοτονικό με σχήμα J, τον υπερτονικό σαν κέρατο βοδιού και τον υποτονικό που είναι επιμήκεις .Και αποτελείται από 4 χιτώνες τον ορογόνο, τον μυϊκό , τον υποβλεννογόνο και τον βλεννογόνο στον οποίο βρίσκονται και οι αδένες . Το στομάχι επίσης είναι ένα όργανο το οποίο συχνά προσβάλετε από την νόσο του Crohn .

Το λεπτό έντερο αποτελεί την συνέχεια του στομάχου και ξεκίνα από τον πυλωρό και καταλήγει στο παχύ έντερο στην ειλεοτυφλική βαλβίδα . Βρίσκεται στην κάτω κοιλία και έχει μήκος 6-7 μετρά . Διακρίνεται σε 3 μέρη το δωδεκαδάκτυλο, την νήστιδα και τον ειλεό . Το δωδεκαδάκτυλο έχει μήκος 25-30 εκ δηλαδή περίπου 12 δάκτυλα φτάνει μέχρι την νησιδοδωδεκαδακτυλική καμπή έχει σχήμα αγκύλης . Η νήστιδα ξεκίνα από την νησιδοδωδεκαδακτυλική καμπή , το εσωτερικό της παρουσιάζει κυκλικές πτυχές τις λάχνες οι οποίες είναι λεπτές προσεκβολές του βλεννογόνου και λεμφοζίδια που είναι άθροισμα λεμφοκυττάρων και πλάκες peyer . Ο ειλεός είναι συνέχεια της νήστιδας και το εσωτερικό του είναι ίδιο με αυτή και μαζί με την νήστιδα αποτελούν το ελικοειδές έντερο . Είναι ευκίνητο και κρέμεται από το μεσεντέριο . Και το λεπτό έντερο συνήθως προσβάλλεται από την νόσο του Crohn .

Το παχύ έντερο έχει μήκος 1,5 με 1,8 m και βρίσκεται στην υποκοιλιακή χώρα της κοιλιακής κοιλότητας και περιβάλλει τις έλικες του λεπτού εντέρου . Διαιρείται σε τέσσερις μοίρες οι οποίες είναι 1^{ov} το τυφλό και η σκωληκοειδής απόφυση 2^{ov} το κόλον το οποίο χωρίζεται στο ανιόν κόλον, εγκάρσιο κόλον και το κατιόν κόλον και το σιγμοειδές κόλον 3^{ov} το ορθό και 4^{ov} τον πρωκτικό σωλήνα . Το τυφλό και το κόλον χαρακτηρίζονται από τυπικά χαρακτηριστικά τα οποία τα κάνουν να ξεχωρίζουν το παχύ από το λεπτό έντερο . Αρχικά είναι οι κολικές ταινίες οι οποίες αποτελούν πεισμένες ταινίες της εξωτερική επιμήκους μυϊκής στιβάδας πλάτους περίπου 1cm. Ανάλογα με την εμφάνιση του στο εγκάρσιο κόλον ονομάζονται μεσοκολική ταινία, επιπλοική ταινία και ελεύθερη ταινία . Στην συνέχεια των τυπικών χαρακτηριστικών διακρίνουμε τις μηνοειδείς πτυχές του κόλου οι οποίες προβάλλονται μέσα στον εντερικό αυλό και αποτελούνται από όλες τις στιβάδες του τοιχώματος , παράγοντα από μυϊκές στιβάδες και έτσι ποικίλουν σε αριθμό και εντόπιση . Οι μηνοειδείς πτυχές δημιουργούν αύλακες σαν περισφίξεις γύρο από την εξωτερική επιφάνια του παχέος εντέρου σαν περισφίξεις . Κατόπιν έχουμε τις

κυψελίδες του παχέος εντέρου οι οποίες είναι σακοειδείς σχηματισμοί και δημιουργούνται εξαιτίας των διαδοχικών περισφίξεων όπου μεταξύ τους το τοίχωμα του παχέος εντέρου προβάλλει προς τα έξω και τέλος έχουμε τις επιπλοικές αποφύσεις οι οποίες είναι υπορογόνιες λιπώδεις αποφύσεις και βρίσκονται στην εξωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου .

Η κύρια λειτουργία του τυφλού και του παχέος εντέρου είναι η απορρόφηση του ύδατος και των ηλεκτρολυτών που εισέρχονται στον εντερικό αυλό μαζί με τα πεπτικά υγρά . Μετά την πεπτική διαδικασία μέσα στον τελικό ειλεό το παχύ έντερο δέχεται τα άπεπτα υπολείμματα τα οποία διασπώνται από τα βακτηρίδια . Τα εντερικά περιεχόμενα μεταφέρονται μέσω του παχέος εντέρου και μετατρέπονται σε στερεά άχρηστα υπολείμματα μέσω μιας βραδείας περίστασης και αντιπερίστασης . Μερικές προωθητικές κινήσεις είναι ικανές να προωθήσουν τα εντερικά περιεχόμενα προς τα κάτω μέσα στο παχύ έντερο .

Η σκωληκοειδής απόφυση αποτελεί μια σημαντική θέση που εξυπηρετεί το ανοσοποιητικό σύστημα του πεπτικού σωλήνα .

Η λειτουργία του ορθού και του πρωκτικού σωλήνα είναι η εγκράτεια και η αφόδευση . Εγκράτεια: η συνεχής τονική σύσπαση του σφικτήρα διατηρεί τον πρωκτό κλειστό . Ο ηβοορθικός μυς σχηματίζει μια μυϊκή σφενδόνη γύρο από την πρωκτοορθική καμπή τραβώντας το ορθό προς τα εμπρός και επίσης κλίνοντας τον πρωκτικό σωλήνα . Τα αρτηριοφλεβώδη πλέγματα που περιβάλλουν το σώμα του ορθού επίσης βοηθούν στην εξασφάλιση την πλήρους σύγκλεισης του πρωκτικού σωλήνα . Αφόδευση: Η συσσώρευση των κοπράνων μέσα στο ορθό αυξάνει την τάση του τοιχώματος προκαλώντας ερεθισμό για αφόδευση οποίος οδηγεί σε αντανεκλαστική χάλαση του έσω σφικτήρα του πρωκτού . Η εκούσια χάλαση του ηβοορθικού και του έξω σφικτήρα του πρωκτού και με την χρήση την ενδοκοιλιακής πίεσης οδηγεί στην εκούσια αφόδευση. (Παπαδόπουλος Τριαντάφυλλος και συν. 2008)

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ελκώδης κολίτιδα

Ελκώδης κολίτιδα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνου χιτώνα του παχέος εντέρου και του ορθού. Η επίπτωση της στην Ευρώπη είναι 40-150/ 100.000 κατοίκους και εμφανίζεται σε ηλικίες 30 με 60 χρονών και κατά 20% περισσότερο σε άνδρες .(Ζαμπέλας Αντώνιος 2011)

Εκδηλώνεται αρχικά στο ορθό και προχωρεί κεντρικά στο παχύ έντερο και συνήθως προσβάλλει το σιγμοειδές και το ορθό και περιορίζεται αρχικά στο αριστερό κόλον . Ξεκινά από την βάση των κρυπτών του Lieberkuhn και σχηματίζει βλεννογονικές αιμορραγίες και αποστήματα τα οποία επεκτείνονται δια μέσου του υποβλεννογονίου χιτώνα και τα οποία προκαλούν νέκρωση η οποία αυξάνει την απελευθέρωση μεσολαβητών της φλεγμονής προκαλώντας συμφόρηση και οίδημα και σχηματισμό εξελκώσεων οι οποίες αιμορραγούν και προκαλούν αιματηρές κενώσεις Με την πάροδο των χρόνων συγκεκριμένα σε μια 10ετια η νόσος μπορεί να επεκταθεί σε όλο το παχύ έντερο . Ατροφία και στένωση του παχέος εντέρου προκαλούνται με την χρόνια φλεγμονή .(Κουρκουτά Λαμπρινή , Ματζούκας Στέφανος, Παπαδημητρίου Μαρια και συν. 2013) Παλιότερα υπήρχε η πεποίθηση ότι η ελκώδης κολίτιδα οφείλεται σε ψυχιατρικές παθήσεις όμως η πραγματικότητα είναι ότι οφείλεται στην αποτυχία του ανοσοποιητικού συστήματος να μειώσει κατάλληλα την ανοσολογική του απάντηση σε κάποιο ερέθισμα . Η αχαλίνωτη αυτή ανοσολογική απάντηση έχει ως αποτέλεσμα την παράγωγη λεμφοεινών που συσχετίζονται με την φλεγμονή του βλεννογόνου στο παχύ έντερο .(Θεοδώρου Δημήτριος 2005)

Νόσος του crohn

Η νόσος του crohn εκδηλώνεται συνήθως σε ηλικίες των 20 με 50 χρονών και εμφανίζεται συχνότερα κατά 20% σε γυναίκες και αυξάνει τον κίνδυνο της εμφάνισης της φλεγμονής το κάπνισμα και επίσης επιδεινώνει και την κλινική πορεία της νόσου . Οφείλεται και αυτή στην αποτυχία του ανοσοποιητικού συστήματος να ελέγξει ή να μειώσει την έντονη φλεγμονή του εντερικού βλεννογόνου και γενικά του πεπτικού συστήματος καθώς μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιοδήποτε μέρος του γαστρεντερικού σωλήνα από το στόμα μέχρι το πρωκτό. Απατούνται πολλαπλές γονιδιακές μεταλλάξεις .(Θεοδώρου Δημήτριος 2005) Οι φλεγμονώδεις μεσολαβητές που παράγονται στην νόσο του Cohn είναι πιθανόν η απάντηση στην αντιγονική διέγερση και οδηγούν σε φλεγμονή του βλεννογόνου η οποία εισβάλλει οξέος με άλγος και ψηλαφητή μάζα στον δεξιό λαγόνιο βόθρο και εκλαμβάνεται συχνά ως οξέα σκωληκοειδίτιδα. (Ζαμπέλας Αντώνιος 2011) Συνήθως επηρεάζει τον ειλεό , την ειλεοκολική βαλβίδα και την νήστιδα όπου πολλές θρεπτικές ουσίες απορροφώνται και η παρουσία ιστών και ελκών επηρεάζουν την απορρόφηση , επίσης η απώλεια εξιδρώματος από την εξελκωμένη περιοχή οδηγεί σε απώλεια πρωτεΐνης άλλα και σε σκουρόχρωμα και ανοιχτόχρωμα αιματηρά κόπρανα ,έτσι υπάρχει δυσαπορρόφηση και υποσιτισμός. Για να δημιουργηθούν όλα αυτά δεν αρκεί μόνο η έναρξη της φλεγμονής αλλά και η διαιώνιση της .(Θεοδώρου Δημήτριος 2005) .Η νόσος του crohn αρχίζει από τον υποβλεννογόνο χιτώνα, μεταδίδεται στον βλεννογόνο και στους ορογόνους υμένες με αποτέλεσμα τις ασυνεχείς βλάβες καθώς επηρεάζει ορισμένα τμήματα και όχι άλλα . Οι βλάβες είναι κοκκιωματώδεις με περιοχές φλεγμαίνοντας ιστού που περικλείεται από ουλώδη ιστό . Η χρόνια φλεγμονή προκαλεί ίνωση και απώλεια της εντερικής ευελιξίας με αποτέλεσμα απόφραξη , απόστημα και σχηματισμό συριγγίου. Το χαρακτηριστικό της νόσου είναι ο τμηματικός και διατοιχωματικός χαρακτήρας εντόπισης της φλεγμονής .(Κουρκουτά Λαμπρινή , Μαντζούκας Στέφανος , Παπαδημητρίου Μαρία και συν. 2013)

1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΩΝΤΕΣ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

Πιθανολογείται ότι αυτές οι παθήσεις πυροδοτούνται από εξωγενείς παράγοντες όταν υπάρχει γενετική προδιάθεση , οπότε προκύπτει μια παθολογική ενεργοποίηση του βλεννογονικού ανοσολογικού συστήματος . Ως εκλυτικοί παράγοντες συζητούνται διάφορα αντιγόνα βακτηριδίων , ιών ή τροφίμων . Στην ελκώδη κολίτιδα ελευθερώνονται κυτταροκίνες IL-4 , IL-5 και IL-6 από T λεμφοκύτταρα και μακροφάγα , ενώ παράλληλα μειώνεται η κυτταροκίνη IL-2 . Αυτό σημαίνει ότι η πάθηση διαμεσολαβείται κυρίως από βοηθητικά λεμφοκύτταρα Th-2 .

Οι ψυχικοί παράγοντες δεν παίζουν κανένα ρόλο στην παθογένεση της ελκώδους κολίτιδας ,αλλά μπορούν να επηρεάσουν την περαιτέρω πορεία της πάθησης.

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η ελκώδης κολίτιδα εμφανίζεται σπανιότερα σε καπνιστές παρά σε μη καπνιστές , αλλά η ακριβής παθοφυσιολογική συσχέτιση παραμένει ασαφής.

Σε άτομα με σκωληκοειδεκτομή λόγω σκωληκοειδίτιδας , ο κίνδυνος να νοσήσουν από ελκώδη κολίτιδα είναι μειωμένος , πράγμα που υπογραμμίζει τη σημασία της σκωληκοειδούς απόφυσης στο βλεννογονικό ανοσολογικό σύστημα.(Γιωτάκη Ελένη, Δημητριάδης Γεώργιος και συν. 2009)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN

Όπως και στην περίπτωση της ελκώδους κολίτιδας αιτία της νόσου του Crohn είναι μια παθολογική ενεργοποίηση του ανοσολογικού συστήματος του βλεννογόνου . Στην νόσο του Crohn ,η παρουσία των κυτταροκινών IL-2 και TNF-α οι οποίες ελευθερώνονται από το T λεμφοκύτταρα υποδηλώνει μια φλεγμονώδη πάθηση όπου προέρχοντα ρόλο παίζουν τα λεμφοκύτταρα Th-1. (Γιωτάκη Ελένη , Δημητριάδης Γεώργιος και συν. 2009)

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι ο ίος της ιλαράς ή η παραλαβή του εμβολιασμού της ιλαράς μπορεί να θέσει σε κίνδυνο για ανάπτυξη φλεγμονώδους νόσου του εντέρου . Δεν υπάρχουν δεδομένα που να έχουν επιβεβαιώσει αυτή την υποψία και ο εμβολιασμός για την ιλαρά θα πρέπει να ενθαρρύνεται έντονα .(Mikula , Colleen 2000)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝΤΑΣ – ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ

Μόνο η θερμοκρασία το καλοκαίρι συσχετίστηκε σημαντικά με την εμφάνιση της ελκώδους κολίτιδας σύμφωνα με μελέτη .Όταν η θερμοκρασία του καλοκαίριου αυξάνεται κατά ένα βαθμό τότε η πιθανότητα για ανάπτυξη ελκώδους κολίτιδας μειώνεται κατά 9%.Στην μελέτη αυτή αναφέρει ότι συσχετίζεται η θερμοκρασία για την εμφάνιση της ελκώδους κολίτιδας αλλά όχι οι άλλες κλιματικές μεταβλητές όπως η ετήσια βροχόπτωση ή το υψόμετρο.

Η θερμοκρασία δεν επηρεάζει από μόνη της άμεσα την ανάπτυξη της ελκώδους κολίτιδας αλλά η θερμοκρασία διέπει μηχανισμούς οι οποίοι συνδέονται με τη πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου λόγω του ότι η θερμοκρασία αποτελεί οργανική μεταβλητή για την επίδραση των μικροβιακών ειδών πλούτου επί της ελκώδους κολίτιδας καθώς επίσης και είναι ο ισχυρότερος παράγοντας που συνδέεται με την βιοποικιλότητα .

Μια σημαντική προϋπόθεση είναι ότι μια μειωμένη μικροβιακή χλωρίδα των αβλαβών ειδών μπορεί να προκαλέσει ανοσορρυθμιστικές αντιδράσεις οι οποίες είναι σημαντικές για την έναρξη αυτοάνοσων νοσημάτων όπως η ελκώδη κολίτιδα . Συνεπώς μειωμένος αριθμός ειδών που αποικίζουν το ανθρώπινο έντερο θα αυξήσει την πιθανότητα για αλλαγές στην ισορροπία μεταξύ της εντερικής χλωρίδας και της ανοσορύθμισης η οποία αυξάνει την πιθανότητα για την ανάπτυξη της νόσου .Η θερμοκρασία επίσης είναι συνδεδεμένη με τα βακτήρια ,ελμίνθες και ιούς .

Ωστόσο λόγω της υψηλής συσχέτισης μεταξύ των ρυθμών εμφάνισης της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn και από την κοινή παθογένεση των δύο νοσών είναι πιθανό ότι η θερμοκρασία είναι επίσης ένα κοινός παράγοντας κινδύνου και στην νόσο του Crohn (Aamodt Geir , Bengtson May – Bante and Vath H Morten 2013)

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Υπάρχουν πολλές ενδείξεις που στηρίζουν την άποψη ότι οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου οφείλονται σε μεγάλο βαθμό σε γενετικούς παράγοντες . Οι ενδείξεις περιλαμβάνουν :

- 1) Αυξημένη συχνότητα στους συγγενείς των πασχόντων και μεταξύ μονο-ωογενών διδύμων.
- 2) Συσχέτιση με σύνδρομα που έχουν γενετικό υπόβαθρο.
- 3) Ύπαρξη γενετικών δεικτών .

Νοσήματα με κληρονομική βάση που συνδυάζονται με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου :

Αγκυλοποιητική σπονδυλίτις

Ψωρίαση

Ατοπικές καταστάσεις – έκζεμα

Κοιλιοκάκη

Αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία

Πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτις.

Σπάνια γενετικώς καθοριζόμενα σύνδρομα που σχετίζονται με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου :

Σύνδρομο Turner

Σύνδρομο Hermansky-Pudlak . Το οποίο είναι διαταραχή του μεταβολισμού της τυροσίνης με αλβινισμό που συνδιάζεται συχνά με νόσο του Crohn (Μανούσης Ορέστης 2003)

ΚΛΑΣΙΚΕΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Λοιμώδη αίτια : Στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου κυριαρχούν οι εντερικές λοιμώξεις σπανίζουν οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου . Αντιθέτως στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες αυξάνει διαρκώς η συχνότης τόσο της ελκώδους κολίτιδας όσο και της νόσου του Crohn , ενώ οι λοιμώδεις εντεροκολίτιδες είναι σπανιότερες. Αρχικά είχαν ενοχοποιηθεί κοινά μικρόβια λόγω της ομοιότητας της κλινικής εικόνας αλλά και των ιστολογικών αλλοιώσεων της δυσεντερίας που προκαλεί η *Shigella* και άλλα παθογόνα μικρόβια με την κλινική και ιστολογική εικόνα της ελκώδους κολίτιδας . Σχετικώς προσφατες δημοσιεύσεις υποστηρίζουν ότι το μυκοβακτηρίδιο της παραφυματώσεως ίσως ευθύνεται για ορισμένες περιπτώσεις νόσου του Crohn . Υπάρχει η πιθανότητα , το υποτιθέμενο υπεύθυνο

λοιμώδεις αίτιο να προκαλεί τη φλεγμονώδη αντίδραση και κατόπιν να καταστρέφεται από τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού ή να παραμένει σε μη καλλιεργήσιμη μορφή . Εξάλλου , οι διάφοροι λοιμώδεις αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να έχουν ένα κοινό παρονομαστή δηλαδή ειδική επίδραση στο ανοσολογικό σύστημα , ικανότητα αποικισμού και εισβολή στο επιθήλιο , επίδραση στη βλέννη και το επιθήλιο.

Ψυχολογικοί παράγοντες : Η πρώτη συστηματική υποστήριξη της ψυχοσωματικής αιτιολογίας της ελκώδους κολίτιδας έγινε από τον Murray το 1930. Σύμφωνα με την άποψη αυτή , υπάρχει χαρακτηριστικός τύπος προσωπικότητας που είναι προδιατεθειμένος στην εκδήλωση ελκώδους κολίτιδας . Υποστηρίζεται δηλαδή ότι άτομα συναισθηματικός ανώριμα , εξαρτημένα με παθητική συμπεριφορά , ιδιαίτερος ευαίσθητα σε καταστάσεις αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα μπορεί κάτω από επίμονο στρές να παρουσιάσουν ελκώδη κολίτιδα . Οι γνωστές παρατηρήσεις των μεταβολών της αιματώσεως του εντερικού βλεννογόνου και της εντερικής κινητικότητας κάτω από συνθήκες στρές έδωσαν ώθηση στις απόψεις αυτές εν όψει μάλιστα των πολυπλόκων ορμονο-νευρικών σχέσεων μεταξύ κεντρικού νευρικού συστήματος και εντέρου . Οι ψυχολογικοί παράγοντες δεν γεννούν την νόσο όμως την υποτροπιάζουν. Παρατηρήσεις σε πειραματική κολίτιδα δείχνουν ότι τα αποτελέσματα του στρές στην ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου έχουν ανοσολογική βάση και μάλιστα μέσω ευαισθητοποιημένων CD₄ κυττάρων . Διαπιστώθηκε ότι το στρές προκαλεί ελάττωση της βλεννίνης του παχέος εντέρου και αύξηση της διαπερατότητας του βλεννογόνου ενώ η προδιαθεσική ικανότητα των CD₄ κυττάρων να προκαλούν κολίτιδα εξακολούθησε να υπάρχει μονίμως . Σχετικά με την νόσο του Crohn δύο σημαντικές μελέτες δείχνουν σαφείς συσχετίσεις μεταξύ νόσου του Crohn και κατάθληξης , άγχους και καταστάσεων πανικού .(Watts, Satsangi 2002)

ΑΛΛΟΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΩΝΤΕΣ

Αγγειακοί παράγοντες : Οι αγγειακοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί εν όψει των παθολογοανατομικών ομοιοτήτων μεταξύ ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου και ισχαιμικής κολίτιδος . Παλαιότερα είχε διατυπωθεί η άποψη ότι ο διαλείπων εγχολεασμός του εντέρου μπορεί να προκαλέσει ανεπάρκεια της ειλεοκολικής αρτηρίας και να οδηγήσει σε ειλεΐτιδα . Οι Wakefield και συν το 1991 ύστερα από ενδέλεχη μελέτη με ανοσοϊστοχημικές τεχνικές χειρουργικών παρασκευασμάτων ασθενών με νόσο του Crohn , διεπίστωσαν την παρουσία κοκκιωματώδους αγγειΐτιδος στα παρασκευάσματα χωρίς κοκκιώματα .

Υποστηρίζεται ότι η μικροκυκλοφορία του εντέρου συμμετέχει ενεργώς και ουσιαστικώς στην παθογένεια της νόσου του Crohn .

Διαιτητικοί παράγοντες : Προ πολλών ετών ο Andersen υποστήριξε ότι η ελκώδης κολίτιδα οφείλεται σε αλλεργία στο γάλα αγελάδος και οι εργασίες του Truelove ενίσχυσαν την άποψη ότι υπάρχει σχέση μεταξύ ελκώδους κολίτιδας και λήψεως γάλακτος . Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις αυτές ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν ύφεση ή υποτροπή της νόσου αναλόγως της απομακρύνσεως ή επανεισαγωγής γάλακτος στο διαιτολόγιο τους . Αργότερα που έγινε γνωστή η σημασία της υπολακτασίας και βρέθηκε μεγάλη συχνότητα της καταστάσεως αυτής σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα , επικράτησε η άποψη ότι οι διακυμάνσεις της συμπτωματολογίας της νόσου σε σχέση με την λήψη ή μη γάλακτος , οφείλονται μάλλον στη δυσανεξία έναντι της λακτόζης. Ο Reif και συν το 1997 από μελέτη που έκαναν διαπίστωσαν ότι η μεγάλη κατανάλωση ζάχαρης συσχετίζεται με ανάπτυξη ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου . Μεγάλη κατανάλωση ζωικού λίπους προδιαθέτει σε ελκώδη κολίτιδα . Η κατανάλωση λακτόζης δεν έχει καμία επίδραση ενώ η φρουκτόζη ασκεί μικρή προστατευτική δράση έναντι των ιδιοπαθών φλεγμονώδων νόσων του εντέρου .

Διαπερατότης εντερικού επιθηλίου : Ο εντερικός βλεννογόνος είναι η μεγαλύτερη εξωτερική επιφάνεια του σώματος και εκτίθεται σε τεράστιες συγκεντώσεις αντιγόνων που προέρχονται από τις τροφές , από μικροοργανισμούς και τα προϊόντα του μεταβολισμού αυτών . Για την προστασία του οργανισμού από βλαπτικές επιδράσεις των παραγόντων αυτών , ο βλεννογόνος πρέπει να δημιουργήσει έναν φραγμό που θα παρεμποδίζει τη διέλευση των τοξικών συστατικών του εντερικού περιεχομένου στη γενική κυκλοφορία . Η ποσοτική εκτίμηση της ικανότητας του βλεννογόνου να λειτουργεί ως φραγμός αναφέρεται ως διαπερατότης του εντερικού επιθηλίου . Η εντερική διαπερατότης εκτιμάται με την από του στόματος χορήγηση μη μεταβολιζόμενων ουσιών που διαπερνούν τον εντερικό βλεννογόνο και αποβάλλονται στα ούρα όπως είναι η λακτουλόζη . Υπάρχουν σήμερα ενδείξεις για την παρουσία διαταραχών σε ορισμένους θεμελιώδεις φυσιολογικούς μηχανισμούς στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου . Σε ασθενείς με νόσο του Crohn και στους συγγενείς τους έχει διαπιστωθεί αυξημένη διαπερατότης του εντερικού επιθηλίου . Ανάλογες διαταραχές έχουν διαπιστωθεί και σε ασθενείς με εντόπιση της νόσου στο λεπτό ή το παχύ έντερο . Η αυξημένη διαπερατότης αυξάνει το αντιγονικό φορτίο που υποχρεώνεται να αντιμετωπίσει το εντερικό ανοσολογικό σύστημα . Έχει διαπιστωθεί ότι διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τη διαπερατότητα του εντερικού επιθηλίου για παράδειγμα ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδους

νόσους του εντέρου παρουσιάζουν ποιοτικές διαφορές των γλυκοπρωτεϊνών της βλέννης του εντέρου που αυξάνουν την διαπερατότητα . (Κοντρομπάκης 2002)

Σκωληκοειδεκτομή : Επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η σκωληκοειδεκτομή προστατεύει από την εμφάνιση ελκώδους κολίτιδας . Η άποψη αυτή στηρίζεται στην υπόθεση ότι η αφαίρεση της σκωληκοειδούς αποφύσεως ίσως τροποποιεί την ανοσολογική κατάσταση του εντέρου που ευθύνεται για την ελκώδη κολίτιδα . Για τους ασθενείς με σκωληκοειδίτιδα , η αντίστροφη σχέση για ανάπτυξη ελκώδους κολίτιδος διαπιστώθηκε μόνο για όσους υποβλήθηκαν σε σκωληκοειδεκτομή πριν από την ηλικία των 20 ετών . Δηλαδή από έρευνες υποδηλώθηκε ότι η φλεγμονώδης κατάσταση που προηγείται της σκωληκοειδεκτομής , παρά η ίδια η σκωληκοειδεκτομή , μειώνει τις πιθανότητες για την ανάπτυξη ελκώδους κολίτιδας.

Κάπνισμα : Παρατηρήσεις που έγιναν στην Αγγλία και άλλες χώρες , απέδειξαν ότι υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και ελκώδους κολίτιδας . Έκτοτε η άποψη ότι η ελκώδης κολίτιδα είναι νόσος των μη καπνιστών επιβεβαιώθηκε από πολλούς άλλους ερευνητές . Ο Calkins το 1989 που ανέλυσε τα αποτελέσματα παραπέρα , υποστηρίζει ότι ο κίνδυνος εκδηλώσεως ελκώδους κολίτιδας είναι μεγαλύτερος στους τέως καπνιστές παρά σε όσους δεν κάπνισαν ποτέ . Ο προστατευτικός ρόλος που ασκεί το κάπνισμα εξηγεί το γεγονός ότι η μέση ηλικία ενάρξεως της νόσου στους τέως καπνιστές είναι μεγαλύτερη δηλαδή γύρω στην ηλικία των 45 ετών από τους μη καπνιστές που είναι η ηλικία γύρω στα 30 ετών . Ο τρόπος με τον οποίο ασκείται η προστατευτική επίδραση του καπνίσματος δεν είναι γνωστός . Από μικρές μελέτες προκύπτει ότι η δράση αυτή ασκείται μέσω νικοτίνης. Πολλοί ασθενείς που ξαναρχίζουν το κάπνισμα και παρατηρούν βελτίωση , την αποδίδουν στη γενικότερη χαλάρωση και ευφορία καθώς και στον ομαλότερο ρυθμό κενώσεων που τους εξασφαλίζει το κάπνισμα . Πιθανοί μηχανισμοί μέσω των οποίων το κάπνισμα επιρεάζει την ελκώδη κολίτιδα είναι: οι μεταβολές στην σύνθεση ή παραγωγή βλέννης στο έντερο , η αιμάτωση του βλεννογόνου του εντέρου , ανοσολογικοί μηχανισμοί , επίδραση στις ελεύθερες ρίζες του οξυγόνου , παραγωγή εικοσανοειδών από το βλεννογόνο . Στην νόσο του Crohn το κάπνισμα επιδεινώνει την πρόγνωση της νόσου , ευνοεί τις μετεγχειρητικές υποτροπές και μειώνει την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής .

Μεταβολισμός επιθηλιακών κυττάρων εντέρου : Μια άλλη σημαντική παρατήρηση είναι ότι τα επιθηλιακά κύτταρα του παχέος εντέρου χρησιμοποιούν ως πηγή ενέργειας τα λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου βακτηριακής προελεύσεως . Ο βλεννογόνος του περιφερικού κυρίως τμήματος του παχέος εντέρου εξαρτάται

μεταβολικώς από το η-βουτυρικό οξύ , ενώ ο βλεννογόνος των κεντρικότερων μοίρων του κόλου χρησιμοποιεί περισσότερο γλυκόζη και γλουταμίνη . Μελέτη επιθηλιακών κυττάρων παχέος εντέρου από ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα δείχνει αδυναμία των κυττάρων να καταναλώνουν η-βουτυρικό και άλλα γεγονός που κατά κάποιο τρόπο δικαιολογεί και την εντόπιση της κολίτιδας κατά κανόνα στο περιφερικό τμήμα του εντέρου.

Αντισυλληπτικά δισκία: Προοπτικές μελέτες υποστηρίζουν ότι γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά δισκία έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn αλλά ο κίνδυνος είναι μικρός. (Μανούσης Ορέστης 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο όρος ελκώδης κολίτιδα χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Wilks το 1859 και έχει επικρατήσει έκτοτε. Η κλινική εικόνα της τοπικής ειλειτιδίας περιγράφηκε το 1932 από τους Crohn, Ginzburg και Oppenheimer. Σήμερα , ο χαρακτηρισμός <<νόσος του Crohn>> χρησιμοποιείται για ανάλογες εκδηλώσεις σε όλα τα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα. Η επίπτωση των φλεγμονόδων νόσων ποικίλει στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές . Συναντώνται και οι δύο μαζί δηλαδή η ελκώδη κολίτιδα και η νόσος του Crohn με μεγαλύτερη επίπτωση στη Ευρώπη, το Ηνωμένο βασίλειο και την βόρεια Αμερική . Στην βόρεια Αμερική τα ποσοστά επίπτωσης κυμαίνονται από 2,2 έως 14,3 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα / χρόνια για την ελκώδη κολίτιδα και 3,1 έως 14,6 ανα 100.000 άτομα / χρόνο για νόσο του Crohn. Η μονάδα Βρετανικής παιδιατρικής αναφέρει συχνότητα εμφάνισης σε παιδιά ηλικίας κάτω των 16 ετών στο Ηνωμένο Βασίλειο από 1,4 ανά 100.000 με ένα μεγαλύτερο ποσοστό στα ασιατικά παιδιά απ'ότι στα υπόλοιπα . Στην Ευρώπη η επίπτωση κυμαίνεται από 1,5 έως 20,3 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα –χρόνια για ελκώδη

κολίτιδα και από 0,7 έως 9,8 περιπτώσεις για την νόσο του Crohn. Ειδικά η ελκώδη κολίτιδα αυξάνεται στην Ιαπωνία , την Νότια Κορέα , την Σιγκαπούρη , την Βόρεια Ινδία και την Λατινική Αμερική , περιοχές που προηγουμένως είχαν θεωρηθεί ότι είχαν χαμηλή επίπτωση . Το υψηλότερο ποσοστό θνητότητας των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου εντοπίζεται κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της νόσου και στην μακρά διάρκεια της νόσου λόγω του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου .

Η ηλικιακή κορύφωση επίπτωσης της νόσου του Crohn και της ελκώδους κολίτιδας εντοπίζεται μεταξύ των 15 με 30 ετών . Μια δεύτερη κορύφωση συμβαίνει μεταξύ των 60 και των 80 ετών . Η αναλογία ανδρών και γυναικών για την ελκώδη κολίτιδα είναι 1/1 και για την νόσο του Crohn είναι 1,1-1,8/1 . Μια αύξηση της συχνότητας της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn κατά 2 έως 4 φορές έχει περιγραφεί στους εβραϊκούς πληθυσμούς των Η.Π.Α., της Ευρώπης και της Νοτίου Αφρικής . Επιπλέον η συχνότητα της νόσου διαφέρει μετά των εβραϊκών πληθυσμών. Η συχνότητα των Ευραίων Askenazi είναι διπλάσια από αυτή αυτών που γεννήθηκαν στο Ισραήλ , των Ευραίων Sepharie ή των Oriental . Η συχνότητα των φλεγμονώδων νόσων του εντέρου μειώνεται στους Καυκάσιους που δεν είναι Ευραίοι , στους Αφροαμερικανούς , στους Ισπανόφωνους και στους ασιατικούς πληθυσμούς . Στις αστικές περιοχές η συχνότητα είναι μεγαλύτερη από αυτήν των αγροτικών περιοχών . (Νικολοπούλου Βασιλική 2013)

2.2 ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Πειραματική κολίτις : Φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου έχουν περιγραφεί σε πειραματόζωα είτε μετά πρόκληση φλεγμονώδους αντιδράσεως με πειραματικούς χειρισμούς είτε ως αυτόματη εκδήλωση νόσου. Διάφοροι τοξικοί παράγοντες όπως οξεικό οξύ , φορμαλίνη , BCG υπό μορφή ενέσεων στον εντερικό βλεννογόνο με ή χωρίς προηγούμενη ευαισθητοποίηση έχουν προκαλέσει Φλεγμονώδη νόσο του εντέρου σε διάφορα πειραματόζωα . Ο σκοπός της προκλήσεως πειραματικής κολίτιδος είναι η προγραμματισμένη μελέτη των ανοσολογικών φαινομένων του εντέρου και η εκτίμηση των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων . Συνήθως οι κολίτιδες που προκαλούνται με τις μεθόδους που αναφέρουμε παραπάνω δεν έχουν μεγάλες ομοιότητες με την ελκώδη κολίτιδα του ανθρώπου ή την νόσο του Crohn . Χρόνια νόσος με ομοιότητες με την ελκώδη κολίτιδα του ανθρώπου μπορεί να προκληθεί εάν σε ένα πειραματόζωο που έχει ευαισθητοποιηθεί έναντι αντιγόνων

των εντεροβακτηριδίων προκληθεί τοπική φλεγμονή στο παχύ έντερο με έγχυση φορμαλίνης. Αυτόματη εκδήλωση της ελκώδους κολίτιδας με όλους τους κλινικούς, ενδοσκοπικούς και ιστολογικούς χαρακτήρες της ελκώδους κολίτιδας καθώς και των επιπλοκών της έχει περιγραφεί σε ένα είδος πιθήκου το Cotton-Top Tamarin. Γίνεται δεκτό ότι από τη μελέτη της κολίτιδας του συγκεκριμένου πιθήκου είναι ενδεχόμενο να προκύψουν πολλές χρήσιμες πληροφορίες για την παθογένεια της ελκώδους κολίτιδας του ανθρώπου και των επιπλοκών της . (Shanahan 2011)

2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ

Η νόσος μπορεί να διακριθεί , ως προς την βαρύτητα της σε ήπια , μέτρια και μεγάλης βαρύτητας . Ασθενείς με ήπια ή μέτρια βαρύτητα νόσο αντιμετωπίζονται συνήθως συντηρητικά σε εξωνοσοκομειακή βάση . Οι ασθενείς με μεγάλης βαρύτητας νόσο , ιδιαίτερα στην διάρκεια μιας αιφνίδιας έξαρσης των συμπτωμάτων, χρειάζεται να νοσηλευθούν στο νοσοκομείο και ορισμένοι από αυτούς θα χρειαστεί να χειρουργηθούν. (Μπονάτσος Γεράσιμος και συν. 2005)

ΟΞΕΙΑ ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Περίπου το 5-10 % των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn με εντόπιση στο παχύ έντερο εκδηλώνουν οξεία κολίτιδα μεγάλης βαρύτητας . Έχει ιδιαίτερη σημασία η έγκαιρη διάγνωση αυτής της μορφής της νόσου γιατί η καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας συνοδεύεται από σημαντική θνησιμότητα. Η νοσηρή αυτή εκδήλωση οφείλεται σε τρεις παράγοντες : κακή θρέψη , διαταραχές ύδατος και ηλεκτρολυτών και τοξιναιμία . Η απώλεια πρωτεϊνών στα κόπρανα σε συνδυασμό με ελάχιστη λήψη τροφής οδηγούν σε αρνητικό ισοζύγιο αζώτου . Οι απώλειες ύδατος , νατρίου και καλίου με τη , διάρροια , έχουν σαν αποτέλεσμα υποογκαιμία και ηλεκτρολυτικές διαταραχές , με κατάληξη την κυκλοφοριακή καταπληξία. Η διάσπαση του βλεννογονικού εντερικού φραγμού οδηγεί σε σηψαιμία και , καθώς η νόσος προχωρεί , το κόλον διατείνεται με τον κίνδυνο της διάτρησης και περιτονίτιδας . Τα συμπτώματα των ασθενών με οξεία κολίτιδα μεγάλης βαρύτητας περιλαμβάνουν μεγάλη συχνότητα διαρροϊκών κενώσεων δηλαδή πάνω από 6 φορές το 24 ωρο , αίμα στα κόπρανα , απώλεια του 10% του σωματικού βάρους και ευαισθησία στην ψηλάφηση της κοιλιάς . Επίσης είναι δυνατόν να συνυπάρχουν αναιμία , υπολευκωματιναίμια, ταχυκαρδία και σημεία από τις διαταραχές ύδατος και ηλεκτρολυτών . Συχνά εμφανίζονται και εξωεντερικές

εκδηλώσεις . Το κόλον , συνήθως πάσχει σε όλη του την έκταση. (Μπονάτσος Γεράσιμος και συν. 2005)

ΤΟΞΙΚΗ ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η τοξική διάταση του εντέρου προκαλεί διάταση της κοιλίας και συνήθως συνοδεύεται από πυρετό και ευαισθησία στην ψηλάφηση της κοιλίας . Ο πυρετός και η ευαισθησία μπορεί και να απουσιάζουν όταν ο ασθενής βρίσκεται υπο θεραπεία με στεροειδή . Η διάταση του εντέρου φαίνεται καλύτερα σε μια απλή ακτινογραφία κοιλίας και η διάγνωση είναι σαφής όταν η διάμετρος του κόλου είναι μεγαλύτερη από 6εκ. . Η ακτινογραφία μπορεί να δείχνει πάχυνση του τοιχώματος του εντέρου , απουσία κοπράνων στο τυφλό και σκιάσεις που απεικονίζουν νησίδα οιδηματώδους βλεννογόνου (Μπονάτσος Γεράσιμος και συν. 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn έχουν παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις . Τα συμπτώματα μπορεί να είναι μη ειδικά και να υφίστανται για πολλά χρόνια πριν τεθεί η διάγνωση .

Τα συμπτώματα είναι: 1) Κοιλιακός πόνος που έχει ως χαρακτηριστικό ένα αίσθημα κράμπας , συνεχείς ή διαλείπων και μπορεί να εντοπίζετε είτε στο αριστερό είτε στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο ή πιο διάχυτος εντοπιζόμενος σε όλη την κατώτερη κοιλιακή χώρα . Παρατηρείται σε σπάνιες περιπτώσεις κεραυνοβόλου μορφής της νόσου . Σε ήπιες μορφές της νόσου παρατηρείται ήπιος κοιλιακός πόνος που υφίεται με την κένωση και οφείλεται στην διάταση του κοιλιακού αυλού 2) Διάρροια . Μπορεί να προκληθούν 10-20 κενώσεις την ημέρα μαλακές ή υδαρείς και να περιέχουν αίμα το οποίο εμφανίζετε συχνότερα στην ελκώδη κολίτιδα συχνά η διάρροια συνοδεύεται και από έπηξη προς αφόδευση , από αίσθημα ατελούς κένωσης

και από δυσάρεστη αίσθηση σπασμού του ορθού. Οι ασθενείς με πρωκτίτιδα εμφανίζονται με συχνά σχηματιζόμενες κενώσεις μια ή δυο φορές την ημέρα αλλά αναφέρουν πολύ συχνά αποβολή αιματηρής βλέννας από το ορθό και εμφανίζεται κύριος μετά τα γεύματα . Όταν η διάρροια εμφανίζεται στην νόσο του Crohn έχει χαρακτήρες στεατόρροιας επί εντόπισης της νόσου στο λεπτό έντερο ενώ επί προσβολής μόνο του κόλου περιέχουν βλενοαιματηρές κενώσεις. Όταν είναι προσβεβλημένο μεγαλύτερο τμήμα του εντέρου ο ασθενής έχει περισσότερο διαρροϊκές κενώσεις , κολλοειδής κοιλιακό άλγος που εντοπίζεται χαμηλά και γενικά φαίνεται ότι πάσχει περισσότερο . 3) Επείγουσα κένωση καράτια και τεινισμός μπορεί να εμφανιστούν και στις δυο νόσους 4) έχουν και συστηματικές εκδηλώσεις οι οποίες είναι : πυρετός, κόπωση, πόνο στις αρθρώσεις, έλκη στο στόμα, λιπώδες ήπαρ, ραγοειδίτιδα, αυτοάνοση ηπατίτιδα και πρωτογενή σκληρυντική χολογγειίτιδα . Αυτές οι συστηματικές εκδηλώσεις θεωρείτε ότι είναι ανοσολογικής φύσεως .(Αρχιμανδρίτης Ι. Αθανάσιος 2010) Στην ελκώδη κολίτιδα παρατηρείτε επίσης διαταραχή της κινητικότητας του λεπτού εντέρου και αδυναμία του ορθού να συγκρατήσει σημαντικό όγκο περιεχομένου, αυτή η αδυναμία του ορθού είναι η αιτία για την ακράτεια κοπράνων και τις συχνές κενώσεις που παρατηρείται συχνά στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα . Επίσης υπάρχει στάση στο δεξιό τμήμα του παχέος εντέρου και στο λεπτό έντερο και για το λόγο αυτό υπάρχει ένα ποσοστό μικρό με δυσκοιλιότητα αντί για διάρροια .(Μανούσος Ορέστης 2003)

ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΡΟΣΒΛΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΛΕΓΜΩΝΗ:

Ορθίτις: Εμφανίζεται στα κατώτερα 5-10 εκ. του παχέος εντέρου , παρατηρείται ερυθρό αίμα στις κενώσεις που είναι συνήθως φυσιολογικής συστάσεως και υπάρχει δυσκοιλιότητα με αιματηρές βλέννες . Ακολουθεί διαλείπουσα υποτροπιάζουσα πορεία και σε μελέτη που έγινε στο νοσοκομείο St. Mark's συμπεραίνεται ότι σε παρακολούθηση 9 ετών οι 24 από τις 76 αρχικές περιπτώσεις παρουσιάζουν πλήρη ύφεση και απαλλαγή από τα συμπτώματα

Ήπια κολίτιδα : Εντοπίζεται στο ορθοσιγμοειδές και έχει κύριο σύμπτωμα τις διαρροϊκές κενώσεις

Μέτρια κολίτιδα : στο ¼ των περιπτώσεων προέχει η διάρροια και ο κοιλιακός πόνος ο οποίος μπορεί να ξυπνήσει τον ασθενή την νύχτα και υφίεται με την κένωση . Υπάρχει και χαμηλή πυρετική κίνηση και ο ασθενής νιώθει συχνά κουρασμένος και άκεφος

Βαριά κολίτιδα : Έχει μεγάλο αριθμό αιματηρών και διαρροϊκών κενώσεων , υψηλό πυρετό , ταχυκαρδία ανορεξία και επέρχεται αναιμία , υπολευκοματιναιμία , υποκαλιαιμία , λευκοκυττάρωση και η ζωή του ασθενούς διατρέχει άμεσο κίνδυνο και πρέπει να γίνει άμεση χειρουργική επέμβαση δηλαδή κολεκτομή .(Ritchie 2011)

3.2 ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Υπάρχουν και εξωεντερικές εκδηλώσεις οι οποίες εμφανίζονται σε ολόκληρο το σώμα αυτές είναι : Η οξέα αρθροπάθεια η οποία εμφανίζεται στο 10-15% των ασθενών και γενικά προσβάλλει ασύμμετρα της μεγάλες αρθρώσεις ή συμμετρικά πολλές μικρές αρθρώσεις . Η ιερολαγονίτιδα ,αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα η οποία εμφανίζεται στο 1-3% των ασθενών , την ραγοειδίτιδα και την επισκληρίτιδα η οποία εμφανίζεται 5-15% των ασθενών , το οζώδες ερύθημα όπου εμφανίζεται στο 10-15% , το γαγγραινώδες πυόδερμα το οποίο εμφανίζεται πολύ σπάνια δηλαδή στο 1-2% των ασθενών και την σκληρωτική χολαγγειίτιδα η οποία και αυτή εμφανίζεται πολύ σπάνια δηλαδή σε ποσοστό 2-7% των ασθενών .

Στην νόσο του Crohn η πιο συνηθισμένη εξωεντερική εκδήλωση είναι η αρθρίτιδα η οποία περιλαμβάνει μεγάλες αρθρώσεις . Καθώς επίσης μπορεί να εμφανιστούν και συρίγγια λόγω του ότι προσβάλλει άλλες στιβάδες του παχέος εντέρου . Συνήθως εμφανίζονται μεταξύ παχέος εντέρου και ουροδόχου κύστης και εμφανίζονται ως μάζα ή απόστημα . Τα συρίγγια που παροχετεύουν προς το δέρμα εκδηλώνονται με εκροή κοπρανώδους περιεχομένου και συνήθως εμφανίζονται περιπρωκτικά.

(Θεοδώρου Δημήτριος 2005)

Υπάρχουν και κοινές εξωεντερικές παθήσεις . Στις ιδιοπαθής φλεγμονώδεις νόσους εμφανίζοντε πλήθος εξωεντερικών εκδηλώσεων με ιδιαίτερη προτίμηση στο ήπαρ και τα χοληφόρα . Η σχέση ελκώδους κολίτιδας και ηπατικής προσβολής αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1874 από τον Thomas στην Αμερική . Το ίδιο ποσοστό ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn παρουσιάζουν ευρήματα από το ήπαρ και τα χοληφόρα .

Αρχικά παρουσιάζεται πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτις με βιοχημική εικόνα χολόστασης , ύπια τρανσανισαιμία . Η διάγνωση βασίζεται στην απεικονιστική μέθοδο με ανάδειξη της ίνωσης στα ενδοηπατικά και εξωηπατικά χοληφόρα . Η πρωτοπαθής σκληρυντική χαλαγγειίτις συνδέεται κυρίως με ελκώδη κολίτιδα και μάλιστα αυτή η ελκώδης έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά . Είναι κατά κανόνα παγκολίτις αλλά εντυποσιάζει πόσο εύκολα ανταποκρίνεται στην θεραπεία . Εκείνο που πρέπει να τονίσουμε είναι ότι θα πρέπει να γίνεται κολονοσκόπηση πρόληψης στην ελκώδη κολίτιδα όταν υπάρχει σκληρυντική χολαγγειίτιδα .

Στην συνέχεια έχουμε εκδηλώσεις και στην χοληδόχο κύστη και αυτές είναι πολύποδες χοληδόχου κύστεως όπου υπάρχει παραπομπή για χολοκυστεκτομή . Επίσης το ίδιο ισχύει και για την χολολιθίαση που 34% των ασθενών με Crohn παρουσιάζει.

Επίσης μπορεί να προκύψουν εξωεντερικές εκδηλώσεις και από την τοξικότητα των φαρμάκων στο ήπαρ δηλαδή από την ηπατοτοξικότητα . Οι θειοπουρίνες μπορεί να προκαλέσουν αυξημένες τρανσαμινάσες , η ηπατοτοξικότητα υποδουλώνει έμμεσα και μη επαρκή δραστηριότητα των φαρμάκων στην ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου . Η ηπατοτοξικότητα της μεθοτρεξάτης φαίνεται πως είναι διαφορετική ανάλογα με την νόσο που θεραπεύουμε . Η σουλφασαλαζίνη αποτελεί τον τοξικό παράγοντα και το αίτιο κοκκιωματώδους ηπατίτιδας . Επίσης η ολική παρεντερική θρέψη ενοχοποιείται για ηπατομεγαλία , χολόσταση και λιπώδη διήθηση .

Λιπώδης διήθηση ήπατος . Είναι η συχνότερη αλλοίωση του ήπατος σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδους νόσους του εντέρου η παθογένεια δεν έχει ξεκαθαριστεί έχουν ενοχοποιηθεί η κακή θρέψη, η αναιμία , η τοξιναιμία ακόμα και η χρόνια λήψη κορτικοειδών .

Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα . Η νόσος σχετίζεται συχνότερα με την ελκώδη κολίτιδα . Η ηπατική νόσος μπορεί να προηγηθεί ή να ακολουθεί την εντερική νόσο . Η τυπική εικόνα της αυτοάνοσης χρόνιας ενεργού ηπατίτιδος είναι συχνά εκδηλη. Η θεραπεία με κορτικοειδή προκαλεί κλινική ύφεση της χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας αλλά δεν εμποδίζει την εξέλιξή της σε κίρρωση.

Ίνωση και κίρρωση ήπατος . Η παρουσία της κίρρωσης στην ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου κυμαίνεται από 1 έως 5 % . Πολλοί ασθενείς καταγράφονται σαν περιστατικά φλεγμονώδους εντερικής νόσου με παρουσία χολικής κίρρωσης . Υπάρχουν αναφορές που απέδειξαν ότι η κίρρωση μπορεί να οφείλεται σε χρόνια ηπατίτιδα C λόγω προηγούμενων μεταγγίσεων αίματος .

Αμυλοείδωση . Η ανάπτυξη δευτεροπαθούς αμυλοείδωσης του ήπατος είναι συχνή τόσο στην ελκώδη κολίτιδα όσο και στην νόσο του Crohn.

Σπάνιες ηπατικές επιπλοκές . Πέραν αυτών έχουν περιγραφεί και σπάνιες ηπατικές επιπλοκές στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδους νόσους του εντέρου κυρίως στην ελκώδη κολίτιδα όπως είναι η αρτηρίτιδα , η αιμοσιδήρωση , ηπατικά αποστήματα , πρωτοπαθής χολική κίρρωση , Θρόμβωση πυλαίας φλέβας με ποικίλη ιστολογικά ηπατική βλάβη και συμπτωματολογία. (Δήμου Βασιλική 2015)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η διάγνωση βασίζεται κυρίως στο **ιστορικό**, όπου η λήψη ενός καλού και λεπτομεριακού ιστορικού πάντοτε προσανατολίζει το γιατρό προς την σωστή διάγνωση εάν μάλιστα απ' αυτό προκύπτει ότι υπάρχουν και αλλοιώσεις στην περιοχή δακτυλίου π.χ ραγάδες, συρίγγια, αποστήματα ή ακόμα ότι και άλλα άτομα της ίδιας οικογένειας υποφέρουν από κάποια μορφή κολίτιδας, στην **μακροσκοπική και μικροσκοπική εξέταση κοπράνων** αλλά κυρίως στην παρουσία των χαρακτηριστικών αλλοιώσεων του εντερικού βλεννογόνου που διαπιστώνεται με **ενδοσκόπηση**. Η **κλινική εξέταση** βοήθα στην εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή επισημαίνει την ύπαρξη αφυδατώσεως, πυρετού ή ταχυκαρδίας, την ύπαρξη αναιμίας, υπολευκοματιναιμίας και των εξωεντερικών εκδηλώσεων. Η **φυσική εξέταση** του ασθενούς είναι χρήσιμη για την ανίχνευση σε πρώιμο στάδιο των τοπικών επιπλοκών. (Ahmed AH.et al 2016)

Η διάγνωση μπορεί να είναι πολύ δύσκολη ειδικότερα αν τα συμπτώματα είναι μη ειδικά. Ο στόχος της θεραπείας είναι η εξάλειψη της φλεγμένης του έντερου και ο έλεγχος της αντίδρασης στο μέλλον.

Για να διαγνώσουμε αυτές τις δυο νόσους κάνουμε τις εξής εξετάσεις : 1)

Ενδοσκόπηση στην οποία γίνεται διενέργεια κολποσκόπησης κατά την οποία λαμβάνουμε βλεννογονικά δείγματα βιοψίας και στην συνέχεια εξετάζονται μικροσκοπικά για οξεία ή χρόνια φλεγμονή. Η ελκώδης κολίτιδα έχει συνεχής φλεγμονή ενώ η νόσος του Crohn έχει διαλείπον φλεγμονή με χαρακτηριστικές ασυνεχής βλάβες. Ένας φλεγμένων ειλεός μπορεί να αποδοθεί σε νόσο του Crohn

Ελκώδης κολίτιδα ενδοσκόπηση.

Αναλυτικότερα. Γίνεται ενδοσκόπηση ολόκληρου του παχέος εντέρου με διασωλήνωση του τελικού ειλεού και λήψη βιοψιών από το λεπτό και το παχύ έντερο. Αυτό αποτελεί το χρυσό κανόνα στην διαγνωστική προσέγγιση και επιβάλλεται σε κάθε περίπτωση. Μια μερική ενδοσκόπηση δεν είναι αρκετή. Στις ενεργές φάσεις της πάθησης ο φλεγμαίνων βλεννογόνος είναι έντονα υπεραιμικός και αιμορραγεί κατά την επαφή με το ενδοσκόπιο. Εάν οι αρχικά επιφανειακές

διαβρώσεις προχωρήσουν στον υποβλεννογόνιο τότε προκύπτουν οι εξελκώσεις που έδωσαν το όνομα ελκώδης κολίτιδα στην πάθηση. Πάντως εξελκώσεις παρατηρούντε μόνο σε μερικούς ασθενείς. Άλλα ενδοσκοπικά σημεία είναι η κατάργηση των φυσιολογικών σακοειδών προβολών του τοιχώματος του παχέος εντέρου μεταξύ των κολικών ταινιών και η παρουσία ψευδοπολυπόδων οι οποίοι αντιστοιχούν σε νησίδες υπολειμματικού βλεννογόνου ανάμεσα σε εκτεταμένες εξελκώσεις . Μετά την πρώτη εξέταση οι ενδοσκοπήσεις ελέγχου δεν είναι επειγόντως απαραίτητες . Πάντως ύστερα από 10ετή περίπου πορεία της πάθησης πρέπει να διενεργούνται ενδοσκοπικοί έλεγχοι με λήψη βιοψιών κάθε 1 με 2 έτη λόγω του κινδύνου της κακοήθους εξαλλαγής.

Νόσος του Crohn ενδοσκόπηση.

Σε υπόνοια νόσο του Crohn η ειλεοκολονοσκόπηση και λήψη βιοψιών είναι απολύτως απαραίτητη . Τυπικά ενδοσκοπικά ευρήματα σε νόσο του Crohn είναι η ασυνεχής επέκταση των αλλοιώσεων , οι αφθοειδείς βλάβες , οι οποίες είναι δυνατόν να συρρέουν σε επιμήκεις εξελκώσεις σαν ραγάδες . Δεδομένου ότι είναι συχνή η συμμετοχή του τελικού ειλεού , είναι απαραίτητη η ενδοσκοπική διασωλήνωση της ειλεοτυφλικής βαλβίδας . Στο πλαίσιο της ενδοσκόπησης είναι δυνατόν να ανακαλυφθούν και επιπλοκές όπως συριγγώδεις πόροι και στενώσεις . Βραχείας έκτασης στενώσεις του εντέρου είναι δυνατόν να διασταλούν ενδοσκοπικώς . Στο πλαίσιο της αρχικής διάγνωσης πρέπει να γίνεται ενδοσκοπικός έλεγχος του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα , προκειμένου να αποκλεισθεί ενδεχόμενη συμμετοχή του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου. (Αβραμίου Μαρία, Γκοβίνα Ουρανία, Δοκουτσίδου Ελένη και συν. 2013)

ΟΙΣΟΦΑΓΟΣΚΟΠΗΣΗ

Άμεση επισκόπηση του οισοφάγου για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό γαστρεντερικής αιμορραγίας , διαφραγματοκήλης , αλλοιώσεων , φλεγμονής , εξέλκωσης , κισμών , στενώσεων, όγκων ή παρουσία ξένων σωμάτων και για λήψη δείγματος βιοψίας

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει

- Εξήγηση στον ασθενή για το τι πρόκειται να συμβεί κατά και μετά την εξέταση
- Τίποτα από το στόμα τουλάχιστον για 6 ώρες πριν την εξέταση
- Αφέρεση οδοντοστοιχιών
- Χορήγηση ατροπίνης αν υπάρχει εντολή για μείωση των εκκρίσεων
- Χορήγηση ήπιου ακατευναστικού ή ηρεμιστικού αν υπάρχει εντολή

- Μεταφορά του αρρώστου στο δωμάτιο ενδοσκοπήσεων με καρότσι ή φορείο

Η διαδικασία περιλαμβάνει :

- Αναισθησία του λαιμού του αρρώστου με spray για κατάργηση του φαρυγγικού αντανακλαστικού
- Εισαγωγή του οισοφαγοσκοπίου καθώς αναπνέει ο άρρωστος
- Δυνατή η ανάγκη αλλαγής της θέσης του αρρώστου κατά την διάρκεια της εξέτασης για βελτίωση της ορατότητας των ιστών
- Λήψη δειγμάτων βιοψίας αν χρειαστεί

Μετά την εξέταση:

- Τίποτα από το στόμα για 2-4 ώρες μετά την εξέταση ώσπου να επιστρέψει το φαρυγγικό αντανακλαστικό
- Έλεγχος ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα ως την σταθεροποίησή τους
- Διατήρηση των προφυλακτικών ώσπου να εκπεύσει η δράση του κατευναστικού
- Παρακολούθηση για συμπτώματα διάτρησης όπως πυρετό , πόνο, αιμορραγία ή υποδόριο εμφύσημα
- Γαργάρες με χλιαρό διάλυμα χλωριούχου νατρίου

ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Γίνεται με σκοπό την άμεση επισκόπηση του βλεννογόνου του στομάχου για την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό ύπαρξης νόσου του Crohn , αιμορραγίας , έλκους, καρκινώματος και για λήψη δειγμάτων για βιοψία του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου

Προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει :

- Εξήγηση στον άρρωστο για το τι πρόκειται να συμβεί κατά και μετά την εξέταση
- Τίποτα από το στόμα για 6 ώρες τουλάχιστον πριν από την εξέταση
- Αφαίρεση οδοντοστοιχίων
- Χορήγηση ατροπίνης αν υπάρχει εντολή
- Χορήγηση ελαφρού κατευναστικού ή ηρεμιστικού αν υπάρχει εντολή

- Μεταφορά στο δωμάτιο ενδοσκοπήσεων με καρότσι ή φορείο

Η διαδικασία περιλαμβάνει :

- Αναισθησία του λαιμού του αρρώστου με spray
- Εισαγωγή του γαστροσκοπίου ενώ ο άρρωστος αναπνέει
- Πιθανή εισαγωγή αέρα όταν το ενδοσκόπιο φτάσει στο στομάχι για καλύτερη εξέταση των ιστών
- Λήψη δειγμάτων για βιοψία αν είναι ανάγκη

Μετά την εξέταση:

- Τίποτα από το στόμα μέχρι να επιστρέψει το φαρυγγικό αντανακλαστικό δηλαδή 2-4 ώρες μετά την εξέταση
- Έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα ως την σταθεροποίησή τους
- Διατήρηση των προφυλακτικών ως την παύση της δράσης των κατευναστικών
- Παρακολούθηση για συμπτώματα διάτρησης
- Ασπιρίνη ή γαργάρες με χλιαρό διάλυμα NaCl για ανακούφιση από τον πόνο εξαιτίας ερεθισμού του λαιμού

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η λαπαροσκόπηση είναι ειδική διαδικασία που επιτρέπει την άμεση επισκόπηση της πρόσθιας επιφάνειας του ήπατος, της χοληδόχου κύστεως και τμημάτων του μεσεντερίου. Με την εξέταση αυτή μπορούν να διαπιστωθούν όγκοι και αποφράξεις καθώς και εξωεντερικές επιπλοκές της νόσου του Crohn και λήψη βιοψίας χωρίς ερευνητική λαπαροτομία. Μετά τον καθαρισμό, την αντισηψία και την ένεση τοπικού αναισθητικού εισάγεται ένα όργανο μέσα από τομή του κοιλιακού τοιχώματος που επιτρέπει την άμεση επισκόπηση των κοιλιακών οργάνων.

Για να αποχωριστούν οι εντερικές έλικες μεταξύ τους, ώστε να είναι δυνατή η εξέταση των σπλάχνων η περιτοναϊκή κοιλότητα γεμίζεται με αέρα που εισάγεται μέσα από ξεχωριστή κάνουλα.

Μετά την εξέταση ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τον άρρωστο για αιμορραγία επί 24 ώρες και να παίρνει τα ζωτικά σημεία κάθε 15 λεπτά για τις πρώτες 4 ώρες ως την σταθεροποίησή τους .

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

Η κολονοσκόπηση είναι η πιο ακριβής και σίγουρη διαγνωστική μέθοδος για την διάγνωση των παθήσεων του παχέος εντέρου . Πλεονεκτεί από τον ακτινολογικό έλεγχο γιατί με ατήν μπορεί να γίνει και βιοψία . Είναι εφικτή σε ποσοστό 80% περίπου . Με την κολονοσκόπηση γίνεται ευκολότερα η διάγνωση των παθήσεων του αριστερού κόλου από ότι με τον ακτινολογικό έλεγχο ενώ με τις παθήσεις του δεξιού κόλου έχουν τα ίδια αποτελέσματα . Η σοβαρότερη ένδειξη για κολονοσκόπηση είναι για να διαπιστωθεί η αιτία και η πηγή ανεξήγητης εντερορραγίας καθώς και για να διευκρινιστούν αμφίβολα ακτινολογικά ευρήματα . Χρήσιμη είναι η ενδοσκοπική αυτή μέθοδος για την παρακολούθηση τοπικών υποτροπών , καθώς και ο έλεγχος του παχέος εντέρου σε ομάδες υψηλού κινδύνου. (Λεουτσάκος Γ. ΒΑΣ 2012)

Ο γιατρός δίνει συνήθως γραπτές οδηγίες για το πώς θα πρέπει να προετοιμαστεί ο ασθενής για την κολονοσκόπηση . Η διαδικασία προετοιμασίας του εντέρου για την εξέταση έχει ως στόχο το άδιασμα όλων των στερεών που υπάρχουν στον γαστρεντερικό σωλήνα πριν από την εξέταση.

Αρχικά θα πρέπει αν ο ασθενής λαμβάνει φάρμακα που περιέχουν σίδηρο , ασπιρίνη, Salospir, ή λαμβάνει φάρμακα για την διάρροια θα πρέπει να τα σταματήσει 5 μέρες πριν την εξέταση.

Επίσης ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει μια ειδική διαίτα 2 μέρες πριν την κολονοσκόπηση χωρίς φυτικές ίνες . Η διατροφή του πρέπει να βασίζεται σε υγρές τροφές και χωρίς ποτά που περιέχουν κόκκινες ή βυσσινί χρωστικές ουσίες . Στα υγρά που επιτρέπονται να λαμβάνει ο ασθενής είναι οι ζωμοί χωρίς λίπος , οι χυμοί που είναι φιλτραρισμένοι και δεν έχουν φυτικές ίνες, το νερό , ο καφές και το τσάι χωρίς προσθήκες άλλων σκευασμάτων .

Δηλαδή 2 μέρες πριν την εξέταση ο ασθενής θα πρέπει να φάει κρέας, ψάρι, κοτόπουλο βραστό, τον ζωμό αυτών δηλαδή σούπες χωρίς ρύζι και ζυμαρικά, κρέμες , ζελέδες, γιαούρτι, γάλα , τσάι, χαμομήλι . Πρέπει να πίνει όσο μπορεί περισσότερα υγρά . Δεν πρέπει να τρώει ψωμί, φρυγανιές, ζυμαρικά, ρύζι, όσπρια, χορταρικά, φρούτα, πατάτες, ξηρούς καρπούς και κομπόστες.

Μια μέρα πριν την εξέταση ο ασθενής τρώει το μεσημέρι σούπα σκέτη και γιαούρτι

και το βράδυ σούπα . Την νύχτα θα χρειαστεί ο ασθενής να λάβει καθαρτικό από το φαρμακείο . Αυτό το φάρμακο λέγεται KLEAN PREP. Το ένα κουτί περιέχει 4 φακελάκια κάθε φακελάκι θα πρέπει να το διαλύσει ο ασθενής σε 1 λίτρο νερό ώστε να υπάρχουν 4 λίτρα νερό με φάρμακο διαλυμένο . Θα πρέπει ο ασθενής να πίνει από αυτό το νερό 1-1,5 ποτήρι κάθε 15 λεπτά . Το φάρμακο θεωρείται ότι έδρασε καλά όταν ο ασθενής αφοδεύσει καθαρό νερό και αυτό επιτυγχάνεται με τουλάχιστον 3 λίτρα από το νερό με το φάρμακο.(Healthy living. Gr 2013)

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

Σε κάθε περίπτωση η κολονοσκόπηση γίνεται με μέθη δηλαδή χορηγείται ένα ύπιο κατασταλτικό φάρμακο έτσι ώστε ενώ διατηρεί ο ασθενής τις αισθήσεις του δεν αντιλαμβάνεται τον πόνο . Πρόκειται για ενδοφλέβια ένεση με κάποιο ηρεμιστικό . Η κολονοσκόπηση όταν γίνεται από έναν έμπειρο , εξειδικευμένο γαστρεντερολόγο είναι μια εντελώς ανώδυνη για τον ασθενή εξέταση . Ο ασθενής τοποθετείται σε εμβριακή στάση στο κρεβάτι της εξέτασης . Στην συνέχεια ο γιατρός εισάγει έναν εύκαμπτο σωλήνα μήκος 120 εκ. το ενδοσκόπιο δια μέσου του πρωκτού . Σιγά σιγά προωθεί το ενδοσκόπιο προς το ορθό και στην συνέχεια προς το σιγμοειδές κόλον. Το ενδοσκόπιο εισάγει διοξειδίο του άνθρακα το οποίο διογκώνει λίγο το έντερο και επιτρέπει στον γιατρό να βλέπει καλύτερα. Υπάρχει μια μικρή κάμερα ενσωματωμένη στο ενδοσκόπιο η οποία μεταφέρει εικόνες – βίντεο στην οθόνη ενός υπολογιστή . Με τον τρόπο αυτό ο γιατρός μπορεί να εξετάσει προσεκτικά τα εσωτερικά τοιχώματα του εντέρου . Ο γιατρός είναι δυνατόν να ζητήσει από τον ασθενή να κινηθεί λίγο κάποιες φορές για να μπορέσει να δει καλύτερα το εσωτερικό του εντέρου . Το ενδοσκόπιο προχωρεί από το σιγμοειδές κόλον στο κατάν , στο εγκάρσιο και τέλος στο ανιόν κόλον όταν φτάσει στο άνοιγμα του λεπτού εντέρου σταματά και ο γιατρός αρχίζει και τραβά σιγά σιγά προς τα έξω το ενδοσκόπιο. Κατά την διάρκεια της εξόδου ο γιατρός ξανά εξετάζει τα τοιχώματα του εντέρου. Στην μια ώρα που ακολουθεί μετά την εξέταση ο ασθενής είναι δυνατόν να αισθανθεί κάποιο πόνο ή φούσκωμα . Το ηρεμιστικό φάρμακο χρειάζεται χρόνο για να αποβληθεί . (Healthy living .gr 2013)

ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση εξετάζει εσωτερικά τα τελευταία 60 εκατοστά του παχέος εντέρου περίπου το μισό παχύ έντερο . Εισάγεται ένας λεπτός εύκαμπτος

σωλήνας με μια πηγή φωτισμού και ελέγχεται το εσωτερικό του εντέρου αναδεικνύοντας τις βλάβες όπως καρκίνο παχέος εντέρου ,πολύποδες και φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου. Η εξέταση ,εάν γίνεται κάθε 5-10 χρόνια μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του κατώτερου μισού παχέος εντέρου, κατά τα 2/3. Το μειονέκτημα της εξέτασης είναι ότι δεν μπορεί να εξετάσει το εγγύς τμήμα του παχέος εντέρου για καρκίνο , πολύποδες και φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου . Εάν βρεθούν ευρήματα κατά την εξέταση συνιστάται περαιτέρω έλεγχος με κολonosκόπηση.

Οι διαφορές που έχει με την κολonosκόπηση είναι ότι δεν απαιτείται η λήψη καταστολής μιας και ελέγχεται μόνο ένα μικρό τμήμα του παχέος εντέρου . Η ετοιμασία είναι πιο απλή γίνεται με υποκλησμούς ενώ σε κάποιες περιπτώσεις η εξέταση γίνεται χωρίς προετοιμασία .

Οι ενδείξεις για αυτή την εξέταση είναι : η αποβολή ζωηρού ερυθρού αίματος από το ορθό σε νεαρά άτομα χωρίς ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο ή πολύποδες ή φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, έλεγχος του πρωκτικού σωλήνα για βλάβες όπως κονδυλώματα από HPV λοίμωξη και διερεύνηση ή επανεκτίμηση γνωστών νοσημάτων πρωκτού ορθού και σιγμοειδούς .

Η προετοιμασία γίνεται από το προηγούμενο βράδυ της εξέτασης όπου γίνεται ένας χαμηλός υποκλησμός fleet enema που το προμηθεύεται ο ασθενής από το φαρμακείο ή χαμηλό υποκλησμό με χαμομήλι .Επίσης η προετοιμασία περιλαμβάνει αποχή από τροφές με υψηλό υπόλλειμα την προηγούμενη της εξέτασης. Το ίδιο θα επαναληφθεί το πρωί της εξέτασης .

Η εξέταση αυτή πραγματοποιείται με την βοήθεια του ορθοσιγμοειδοσκοπίου . Πρόκειται για ένα λεπτό σωλήνα μήκους 60 εκ. το οποίο συνδέεται με μια φωτιστική πηγή και επιτρέπει στον ιατρό να παρατηρήσει το εσωτερικό των τμημάτων αυτών και έχει αυλό για αναρρόφηση εμφυσηση αέρα και λήψη βιοψιών. Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση είναι μια ανώδυνη και εύκολη εξέταση η οποία διαρκεί 15 λεπτά .Πραγματοποιείται με σκοπό την διερεύνηση φλεγμονών του εντέρου . Επίσης μπορεί να πραγματοποιηθεί με σκοπό την λήψη τμημάτων ιστού για βιοψία καθώς και θεραπευτικά στην αφαίρεση πολύποδων ή αιμορροϊδων ή στην διάνοιξη στενωμένων τμημάτων. (Francis A. Ferraye 2011)

ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΚΑΨΟΥΛΑΣ



Η ενδοσκόπηση με κάψουλα είναι μια σύγχρονη εξέταση του γαστρεντερικού σωλήνα . Η διαδικασία εκτελείται μέσω μιας μικροσκοπικής ασύρματης κάμερας που βρίσκεται κατάλληλα τοποθετημένη μέσα σε μια μικρή κάψουλα που έχει παρόμοιο σχήμα και μέγεθος με μια μεγάλη φαρμακευτική κάψουλα όπως αυτές που περιέχουν συμπληρώματα βιταμινών . Μετά την ενεργοποίηση της η κάψουλα καταπίνεται από τον εξεταζόμενο ασθενή . Καθώς ταξιδεύει μέσα στον πεπτικό σωλήνα η κάψουλα τραβάει χιλιάδες φωτογραφίες που άλλες μαζί συνθέτουν ένα βίντεο . Το ηλικό αυτό μεταδίδεται ασύρματα σε μια συσκευή καταγραφής μεγέθους φοριτού μικρού ραδιοφώνου που φέρει ο ασθενής σε μια ζώνη γύρο από την μέση του (εικόνα 1) ή κρεμασμένη σε μια τσάντα από τον ώμο του . Η κάψουλα είναι μιας χρήσεως και αποβάλεται με την φυσιολογική οδό . Αν και υπάρχουν ειδικές κάψουλες και για την εξέταση του παχέος εντέρου , η ενδοσκοπική κάψουλα χρησιμοποιείται από το γιατρό κυρίως για τον έλεγχο του λεπτού εντέρου . Η περιοχή αυτή του γαστρεντερικού σωλήνα βρίσκεται ανάμεσα στο στομάχι και το έντερο και δεν μπορεί εύκολα να εξεταστεί με την συμβατική ενδοσκόπηση δηλαδή την γαστροσκόπηση ή την κολonosκόπηση . Η ενδοσκόπηση με κάψουλα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ενήλικες αλλά και σε παιδιά που όμως έχουν την ικανότητα να την καταπιούν . Η διαδικασία ξεκινά συνήθως στο γραφείο του γιατρού

Ο έλεγχος με ασύρματη ενδοσκοπική κάψουλα είναι απαραίτητος και μπορεί να τον συστήσει ο γιατρός στην διάγνωση ή θεραπεία μιας αφανούς γαστρεντερικής αιμορραγίας όπου η ενδοσκόπηση με κάψουλα μπορεί να βοηθήσει στην ακριβή εντόπιση της αιμορραγίας , των φλεγμονώδων νόσων του εντέρου όπου η ενδοσκόπηση με κάψουλα μπορεί να εντοπίσει περιοχές με φλεγμονή στο λεπτό έντερο με τον τρόπο αυτό μπορεί να τεθεί η διάγνωση φλεγμονώδων νόσων του λεπτού εντέρου όπως είναι η νόσος του Crohn , όγκων όπου με την ενδοσκοπική κάψουλα μπορεί να εντοπίσει σπάνιους όγκους του λεπτού εντέρου που διαφορετικά θα ήταν δύσκολο να ανιχνευτούν , πολύποδων και κοιλιοκάκης όπου η ενδοσκοπική κάψουλα μπορεί να εντοπίσει αλλαγές στις εντερικές λάχνες που σχετίζονται με

ανοσολογικά νοσήματα όπως η κοιλιοκάκη μια ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού στην κατανάλωση γλουτένης.

Τι προετοιμασία απαιτεί και πως γίνεται η εξέταση: Η κατάλληλη προετοιμασία περιλαμβάνει συνήθως την λύψη μόνο διαυγών υγρών για 24 ώρες πριν την διαδικασία και τήποτα από το στόμα το πρωί της ημέρας της εξέτασης ώστε να εξασφαλιστεί ότι η κάμερα θα καταγράψει καθαρές εικόνες κατά την διαδρομή της στον πεπτικό σωλήνα . Η διαδικασία ξεκινά τοποθετώντας 8 ειδικά αυτοκόλλητα αισθητήρες στον θώρακα και την κοιλία του ασθενούς .Τα αυτοκόλλητα περιέχουν κεραίες που μέσο καλωδίων συνδέονται με την συσκευή καταγραφής στην ζώνη του ασθενούς . Η συσκευή συλλέγει και αποθηκεύει της εικόνες που λαμβάνονται από την κάμερα της κάψουλας καθώς περνά μέσα από τον πεπτικό σωλήνα. Μετά την σύνδεση της συσκευής η κάψουλα ενεργοποιείται και ακολούθως καταπίνεται από τον ασθενή . Μια ολισθηρή επίστρωση κάνει την κάψουλα πιο εύληπτη. Η κάψουλα κινείται φυσιολογικά με τις περισταλτικές κινήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα . Μετά την κατάποση της κάψουλας και για τις επόμενες 2 ώρες δεν λαμβάνεται τήποτα από το στόμα στην συνέχεια επιτρέπονται μόνο υγρά νερό, τσάι και χαμομήλι. 4 ώρες μετά την έναρξη της εξέτασης ο ασθενής μπορεί να φάει ένα ελαφρύ γεύμα .Η κάμερα καταγράφει εικόνες για 8 με 12 ώρες ανάλογα με την εταιρεία κατασκευής της κάψουλας . Ενώ γίνεται η εξέταση ο ασθενής μπορεί να κάνει τις συνήθειες δραστηριότητες του. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας αφαιρούνται τα αυτοκόλλητα και η συσκευή της ασύρματης καταγραφής και επιστρέφονται στον γιατρό για να γίνει η εκτίμηση των αποτελεσμάτων και η δίαιτα είναι πλέον ελεύθερη.(Alemayehu , Jarnerot 2001)



Εικόνα 1 συσκευή καταγραφής εικόνων από την συλλογή της κάψουλας

2) **Απεικονιστικός έλεγχος** ο οποίος γίνεται με βαριούχο γεύμα για παρακολούθηση του λεπτού έντερου και βαριούχο υποκλυσμό για την ανίχνευση αλλοιώσεων όπως εξελκώσεις όπου το πρωιμότερο σημείο εξέλκωσης είναι η δημιουργία των οφθωδών ελκών ,ίνωση η οποία είναι η ανάπτυξη του συνδετικού ιστού που δημιουργεί την φάση επουλώσεων και δημιουργεί μόνιμη στένωση του αυλού που δυσχεραίνει την φυσιολογική προώθηση του εντερικού περιεχομένου , διάταση του παχέος εντέρου, απόφραξη και συρίγγια τα οποία προέρχονται από την επέκταση των γραμμοειδών ελκών στους παρακείμενους ιστούς και τα συνηθέστερα συρίγγια είναι μεταξύ του τελικού ειλεού και του σιγμοειδούς . Με την ακτινογραφία υπάρχει κίνδυνος διάτρησης του παχέος εντέρου. Στην νόσο του Crohn συρίγγια και αποστήματα μπορούν να ανιχνευτούν και με μαγνητική τομογραφία . Επίσης γίνεται και ακτινολογικός έλεγχος στην νόσο του Crohn σε ολόκληρο το πεπτικό σύστημα και ανάλογα με το σημείο έχουμε και διάφορες μελέτες και ευρήματα . Στον οισοφάγο δεν αποκαλύπτονται χαρακτηριστικά σημεία . Στον γαστέρα έχουμε οίδημα των πτυχών , ανάδειξη των αφθωδών ελκών και οζώδη διαμόρφωση των πτυχών και χαρακτηριστικό εύρημα είναι η εικόνα μωσαϊκού . Στο δωδεκαδάκτυλο έχουμε βαρύτητα και έκταση της ελκωτικής εξεργασίας και η συνοδός ινώδης αντίδραση προκαλεί ένα βαθμό στένωσης . Εντόπιση στο λεπτό έντερο με την μέθοδο της εντερόκλεισης διαπιστώνουμε παρουσία γενικευμένου οιδήματος , παχύνσεως των πτυχών του βλεννογόνου ή οζώδες διαμόρφωση και παρουσία ελκών καθώς επίσης στενώσεις του εντερικού τοιχώματος και ευερεθιστότητα του εντέρου . Και τέλος στο παχύ έντερο με την μέθοδο της διπλή σκιαγραφικής αντιθέσεως ,οι παθολογικές περιοχές του παχέος εντέρου παρουσιάζονται συνήθως ως διακεκομμένες και προσβάλλουν το τμήμα του παχέος εντέρου το προσκείμενο προς το μέσο κόλον και χαρακτηριστικό εύρημα είναι η εικόνα λιθόστρωτου. Και γίνεται και υπερηχογραφία του εντερικού τοιχώματος.(Smedh 2009)

Υπερηχογραφία του εντερικού τοιχώματος στην ελκώδη κολίτιδα.

Γίνεται χρησιμοποιώντας σαρωτές υψίσυχνων υπερήχων . Ένας πεπειραμένος εξεταστής μπορεί να διαπιστώσει μια πάχυνση του εντερικού τοιχώματος ως σημείο φλεγμονής . Ως μέθοδος διαλογής η υπερηχογραφία του εντερικού τοιχώματος έχει ευαισθησία 90% , ωστόσο δεν μπορεί να υποκαταστήσει την ειλεοκολονοσκόπηση με λήψη βιοψιών , στο πλαίσιο της αρχικής διάγνωσης ή της μετέπειτα παρακολούθησης για ανίχνευση δυπλασιών . Κατά την εξέλιξη της πάθησης η υπερηχογραφία μπορεί να δώσει ενδείξεις για την επέκταση της ελκώδους κολίτιδας , τα ευρήματα όμως δεν συσχετίζονται με την δραστηριότητα της νόσου .

Υπερηχογραφία του εντερικού τοιχώματος στην νόσο του Crohn.

Η υπερηχογραφία , με ηχοβολείς υψηλής ανάλυσης παίζει πολύ σημαντικό ρόλο ως μέθοδος διαλογής καθώς και στους ελέγχους της πορείας της πάθησης . Η μέθοδος είναι κατάλληλη κυρίως για την εκτίμηση της έκτασης των αλλοιώσεων καθώς και για την διάγνωση επιπλοκών όπως στενώσεων , συριγγίων και αποστημάτων . Λόγο της μικρής διαγνωστικής της ειδικότητας η υπερηχογραφία δεν επαρκεί στο πλαίσιο της αρχικής εξέτασης προκειμένου να τεθεί η διάγνωση . Ο βαθμός πάχυνσης του εντερικού τοιχώματος συσχετίζεται ελάχιστα ή καθόλου με τα κλινικά ενοχλήματα οπότε σπάνια μπορεί να αξιοποιηθεί ως κριτήριο για επιμέρους θεραπευτικά μέτρα . (Αβραμικά Μαρία, Γκοβίνα Ουρανία και συν. 2013)

Εντερόκλυση

Η εντερόκλυση επιτρέπει την σκιαγράφιση ολόκληρου του λεπτού εντέρου και την λήψη παροναμικών ακτινογραφιών . Είναι πλέον ενδεδειγμένη ακτινολογική μέθοδος για την διάγνωση παθήσεων του λεπτού εντέρου όπως η νόσος του Crohn , οι φλεγμονές , οι στενώσεις , οι πολύποδες , το καρκινοειδές και οι κακοήθεις όγκοι του λεπτού εντέρου καθώς και το σύνδρομο Peutz-jeghers . Η εντερόκλυση αντεδεικνύεται σε περιπτώσεις διατρήσεως του εντέρου , σε πλήρη απόφραξη του παχέος εντέρου και σε εγκυμοσύνη .

Προετοιμασία: Την προηγούμενη μέρα ο ασθενής λαμβάνει ένα καθαρτικό το οποίο είναι ήπιο και παραμένει νήστις μέχρι την ώρα της εξετάσεως . Πιο αναληθικά η εξέταση έχει τριήμερη προετοιμασία δηλαδή υπάρχει διακοπή λήψης στερεάς τροφής τρεις μέρες πριν την εξέταση και λήψη μόνο υγρών ζωμό και ζελέ χωρίς φρούτα , απαραίτητα 12-15 ποτήρια υγρών την ημέρα απαγορεύεται η λήψη γάλακτος , την προηγούμενη μέρα το μεσημέρι λήψη 4-5 tab. Dulcolax και την ημέρα της εξέτασης πλήρη νηστεία .

Η εξέταση αρχίζει με την μελέτη της απλής ακτινογραφίας της κοιλίας η οποία θα αποκλείσει την περίπτωση αποφράξεως του λεπτού εντέρου . Ακολούθως λαμβάνεται δεύτερη ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση που πρέπει να συμπεριλαμβάνει και τα ημιδιαφράγματα ώστε να απεικονισθεί η τυχόν ύπαρξη αέρος υποδιαφραγματικά σε περίπτωση διατρήσεως . Μετά από τοπική αναισθησία τοποθετείται δια της ρινός ή του στοματοφάρυγγος ο ειδικός καθετήρας Bilbao Dotter . Με κατάλληλες κινήσεις ο καθετήρας προωθείται μέχρι την αγγύλη του δωδεκαδακτύλου αντιστοίχως προς την αγγύλη του Treitz . Στην συνέχεια

χορηγούμε θειϊκό βάριο περίπου 200c.c , ακολουθεί χορήγηση αέρος ή ύδατος σε μια προσπάθεια να προωθηθεί η σκιογόνος ουσία χωρίς να καταταμηθεί ,στα τμήματα της νήστιδος και ακολούθως του ειλεού . Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται ικανοποιητική διάταση των εντερικών ελίκων και επάλειψη όλων των τμημάτων του λεπτού εντέρου με την σκιογόνο ουσία . Η εξέταση τελειώνει με την σκιαγράφιση του τελικού ειλεού και την είσοδο της σκιογόνου ουσίας στο παχύ έντερο . Σε όλη την διάρκεια της εξέτασεως λαμβάνονται κατά τακτικά χρονικά διαστήματα ακτινογραφίες πολλές φορές και σκοπευτικές για την σωστή απεικόνιση όλων των εντερικών τμημάτων και την ανάδειξη τυχόν παθολογικών βλαβών , ώστε να διευκολυνθεί η μετέπειτα ακτινολογική μελέτη . Κριτήριο ορθής εξέτασεως είναι η απεικόνιση όλων των εντερικών ελίκων με ιδιαίτερη προσοχή στην τελευταία έλικα του τελικού ειλεού και την ειλεοτυφλική βαλβίδα . Ακτινολογικά ευρήματα σε φλεγμονώδεις καταστάσεις όπως στην νόσο του Crohn αναδεικνύονται εξελκώσεις του βλεννογόνου που λαμβάνουν την μορφή πλακόστρωτου ή στενώσεις συνέπεια ινώδων εξεργασιών και πιθανά συρίγγια. Σκοπός της ακτινολογικής εξέτασεως του λεπτού εντέρου είναι η ανάδειξη και η επιβεβαίωση της κλινικής διαγνώσεως η οποία έχει τεθεί με βάση τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα. Με την εντερόκλυση του λεπτού εντέρου είναι δυνατόν να μελετηθεί προσεκτικά η ακτινομορφολογία του βλεννογόνου ,των πτυχώσεων του λεπτού εντέρου και η ανάδειξη των παθολογικών ακτινομορφολογικών εικόνων ώστε ο ακτινοδιαγνώστης να μπορέσει να βοηθήσει σε σημαντικό βαθμό τον θεράποντα ιατρό και τον ασθενή για να τεθεί η σωστή διάγνωση και η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή . (Zijlstra 2009)

Αξονική / εικονική κολονοσκόπηση :

Η αξονική εικονική κολονοσκόπηση αποτελεί μια νέα απεικονιστική εξέταση του παχέος εντέρου με σκοπό την μελέτη του αυλού του χωρίς την χρήση ενδοσκοπίου . Ο όρος εικονική κολονοσκόπηση δανίζεται από την εικονική πραγματικότητα διότι στην ουσία δημιουργούμε μια τρισδιάστατη απεικόνιση και ταξιδεύουμε εντός αυτής με το μάτι μας προς τα όποια κατεύθυνση θέλουμε . Διεθνώς η κλασική κολονοσκόπηση προτίνεται ως εξέταση ρουτίνας σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες όπως οι άντρες ηλικίας άνω των 50 ετών για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου .Λόγο όμως του γεγονότος ότι η εξέταση δεν είναι και ιδιαίτερα ευχάριστη , συζητείται σε ορισμένες χώρες του εξωτερικού να προτείνεται ως εξέταση ρουτίνας η εικονική κολονοσκόπηση και σε περίπτωση ανίχνευσης

παθολογικού ευρήματος να οδηγείται ο ασθενής στην ενδοσκόπηση . Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσε να γίνει ιδιαίτερα αποτελεσματικά πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση του εξαιρετικά συχνού στις μέρες μας καρκίνου του παχέος εντέρου αλλά και φλεγμονώδων νόσων του παχέος εντέρου .Η εικονική κλωνοσκόπηση πραγματοποιείται μετά από 24ωρη προετοιμασία του ασθενούς με ειδική καθαρκτική ουσία όπως και για την κλασική μέθοδο . Γίνεται εισαγωγή αέρα μέσω ενός μικρού ρύγχους που τοποθετείται με τοπική αναισθησία στον πρωκτό και ακολουθεί τομογραφία της κοιλιακής χώρας κατά την ύπτια και πρηνή θέση του ασθενούς . Έχει το μεγάλο πλεονέκτημα ότι αποφεύγεται η αρκετά δυσάρεστη για τον ασθενή διείδυση του ενδοσκοπίου σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου καθώς και το γεγονός ότι μπορεί να εξετάσει και περιοχές που το ενδοσκόπιο δεν μπορεί να φτάσει λόγω ανοτομικών προβλημάτων , κακής συνεργασίας του ασθενή ή ύπαρξης εμποδίων στον αυλό του εντέρου . Υπάρχει το μειονέκτημα της μη δυνατότητας λήψης βιοψίας σε περίπτωση ύπαρξης παθολογικού ευρήματος όμως η εικονική κολοноσκόπηση συνδυάζεται στον ίδιο χρόνο με την διενέργεια κλασικής υπολογιστικής τομογραφίας που αναδεικνύει με κάθε λεπτομέρεια το εντερικό τοίχωμα και τα λοιπά κοιλιακά όργανα ιδίως εάν γίνει ταυτόχρονη έγχυση ενδοφλέβιου σκιαγραφικού . Με αυτό τον τρόπο είναι πολύ συχνή η αποκάλυψη και άλλων εξωεντερικών ευρημάτων σχετικών ή όχι με το παχύ έντερο.

Μαγνιτική εντερογραφία

Είναι μια ειδική εξέταση η οποία είναι παρόμοια με την αξονική έχει οστόσο το πλεονέκτημα ότι η εξέταση γίνεται χωρίς την χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας το οποίο είναι αξερετικά σημαντικό σε ασθενείς με φλεγμονώδης νόσο του εντέρου και ειδικά για άτομα νεαρής ηλικίας που θα πρέπει να υποβάλλονται σε πολλαπλές απεικονιστικές εξετάσεις . Επιπρόσθετος μπορεί να αναδείξει καλύτερα τις αλλοιώσεις είτε στο τοίχωμα είτε εκτός του αυλού συγκριτικά με την αξονική τομογραφία .

Προετοιμασία

Παίρνουμε από το φαρμακείο το σκεύασμα CITRAFLEET .Η συσκευασία αυτή περιλαμβάνει 2 φακελάκια .Την προηγούμενη μέρα ανοίγουμε το ένα φακελάκι και το διαλύουμε σε ένα ποτήρι νερό και το πίνουμε στις 18:00 . Στην συνέχεια καταναλώνουμε 2 λίτρα νερό χωρίς την προσθήκη φαρμάκου .Την ημέρα της εξέτασης επιτρέπεται μόνο η λήψη νερού .Οι τροφές που επιτρέπονται μια μέρα πριν την εξέταση είναι σούπες και ελάχιστο ρύζι μέχρι νωρίς το μεσημέρι. Επίσης ο ασθενής προσέρχεται 1 ώρα πριν την εξέταση με το σκεύασμα Gastrografin που θα

έχει προμηθευτεί από το φαρμακείο το οποίο δίνονται οδηγίες για την χρήση του από τον γιατρό πριν την εξέταση . Τα ενδοφλέβια φάρμακα που θα χορηγηθούν κατά την διάρκεια της εξέτασης τα προμηθεύεται και αυτά ο ασθενής από το φαρμακείο είναι το Godovist 10ml και Glucagen Hypokit.(Francis A. Farraye 2011)

3) **Εξετάσεις αίματος.** Με διάφορες εξετάσεις που γίνονται όχι μόνο διευκολύνεται η διάγνωση αλλά ελέγχεται και ο βαθμός δραστηριότητας της νόσου . Έτσι με τον προσδιορισμό του αιματοκρίτη των λευκών αιμοσφαιρίων, του σιδήρου του πλάσματος, των αιμοπεταλίων της άλφα-1 αντιθρυψίνης , ΤΚΕ, της άλφα-2 σφαιρίνης , της άλφα-1 γλυκοπρωτεΐνης της c αντιδρώσας πρωτεΐνης και του ινοδογόνου βοηθάται όχι μόνο η διάγνωση αλλά και η σοβαρότητα της νόσου . (Λεουτσάκος .Γ ΒΑΣ. 2012) Γίνεται μια γενική αίματος για την ανίχνευση απώλειας αίματος λόγω της φλεγμονής δηλαδή αναιμία , για την αύξηση λευκών αιμοσφαιρίων είναι υπεύθυνη η φλεγμονώδης διαδικασία και ο σχηματισμός αποστήματος ,η ΤΚΕ είναι αυξημένη και αυτό παρατηρείται σε κάθε φλεγμονή, για την παρακολούθηση της δυσαιμορραγίας εξετάζονται οι ηλεκτρολύτες ορού, η γλυκόζη ,η αλβουμίνη ,η ουρία και η κρεατινίνη, και τα επίπεδα βιταμινών ορού . Οι αιματολογικές εξετάσεις δεν είναι από μόνες τους διαγνωστικές αλλά χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλες εξετάσεις . Υπάρχουν δυο γενετικοί δείκτες για κλινική χρήση και αυτοί είναι: τα αντί- *saccharomyces cerevisiae* αντισώματα τα οποία είναι θετικά στο 60% των ατόμων με νόσο του crohn . Τα περιπυρηνικά αντί ουδετεροφιλικά κυτταροπλασματικά αντισώματα είναι παρόντα στο 60-80% των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα .Σε βαριές μορφές της νόσου παρατηρείται σιδηροπενία και υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία . (Schmidt R. 2010).

4) **Συστηματική μελέτη των κοπράνων .**

α) Μικροβιακή

Η εξέταση αυτή συστήνεται στις φλεγμονώδεις παθήσεις του παχέος εντέρου, σε άλλες της περιπτώσεις που υπάρχει διάρροια και σε υπόνοια αμοιβάδωσης. Το προς εξέταση υλικό συλλέγεται πριν από την θεραπεία και μέσω του σιγμοειδοσκοπίου , γιατί διαφορετικά τα κόπρανα ανακατεύονται με τα ούρα . Τα κόπρανα που πρόκειται να εξετασθούν μπορεί να συντηρηθούν σε ψυγείο σε θερμοκρασία 4° μέσα σε αποστειρωμένο σάκκο.Η εξέταση στο κοπρανώδες υλικό είναι άμεση και στην

συνέχεια αυτοκαλιεργείται με αερόβιες και αναερόβιες συνθήκες . Τα περισσότερα παράσιτα π.χ οξύουροι, ασκαρίδες κλπ. διαπιστώνονται άμεσα με το μικροσκόπιο ενώ για τα βακτήρια και τους ιούς γίνονται ειδικές εξετάσεις και καλλιέργιες . Οι περισσότεροι παθογόνοι μικροοργανισμοί εντοπίζονται μέσα σε 48 ώρες .

β) Αίμα

Η αναζήτηση αίματος στα κόπρανα δεν είναι εξέταση ρουτίνας γιατί στους αρρώστους με εντερορραγία προσδιορίζεται εύκολα , συνήθως , η εστία της με άλλους διαγνωστικούς τρόπους . Παρ' όλα αυτά ο προσδιορισμός αίματος στα κόπρανα έχει θέση σε υποτροπές της νόσου , σε μετάχρονο καρκίνο και ιδιαίτερα για προληπτικούς λόγους . Η πιο συνηθισμένη δοκιμασία αλλά και η πιο απλή είναι η χρησιμοποίηση γουιακόλης η οποία όταν οξειδωθεί παίρνει ένα μπλέ χρώμα και έτσι διαπιστώνεται αν υπάρχει αίμα στα κόπρανα. Στο εμπόριο είναι γνωστά ως Haemocult και Faecatest. Εφαρμόζεται και μια άλλη δοκιμασία η οποία βασίζεται στην αντίδραση αντισώματος στην ανθρώπινη αιμοσφαιρίνη . Η μέθοδος αυτή έχει μεγάλη ευαισθησία , όταν γίνεται με μεγαλύτερη αραιώση.

γ) Πύον και εκκρίσεις

Η εξέταση του πύον για μικροοργανισμούς και για καλλιέργεια, γίνεται με δύο τρόπους . Εάν το πύον ή οι εκκρίσεις είναι άφθονες συλλέγεται αρκετό υλικό σε ένα αποστειρωμένο φιαλίδιο ή σωληνάριο εάν όχι τότε με γάζα γίνεται αποσπόγγιση της περιοχής . Το υλικό που με οποιοδήποτε τρόπο συλλέγεται αποστέλεται στο εργαστήριο το ταχύτερο γιατί με την καθυστέρηση καταστρέφονται οι μικροοργανισμοί είτε γιατί το παρασκεύασμα αφυδατώθηκε, είτε γιατί άλλαξαν οι συνθήκες συντήρησης των μικροοργανισμών . (Λεουτσάκος Γ. ΒΑΣ . 2012)

Όταν έχουμε διάγνωση ορθρίτιδας έχουμε κόπρανα σκληράς συστάσεως που καλύπτονται από αίμα και πύον . Όταν έχουμε εκτεταμένη νόσο υπάρχουν ρευστές ή ημισχηματισμένες κενώσεις που περιέχουν αίμα και βλέννα και υπάρχει και μεγάλος αριθμός πυσφαιρίων και ιωσινόφιλων. (Αβραμικά Μαρία , Γκοβίνα Ουρανία και συν. 2013)

5) Ραδιοισοτοπικές τεχνικές . Διάφορες ραδιοισοτοπικές τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί στη μελέτη των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn με ικανοποιητικά αποτελέσματα . Οι τεχνικές αυτές που αποτελούν συμπληρωματικές εξετάσεις του υπόλοιπου απεικονιστικού ελέγχου , περιλαμβάνουν το σπινθηρογράφημα κοιλίας με σημασμένα με ραδιενεργό Ινδίο 111 αυτόλογα

λευκοκύτταρα και το σπινθηρογράφημα κοιλίας με ραδιενεργό Γάλλιο 67 (Bennink 2010)

Σπινθηρογράφημα κοιλίας με αυτόλογα λευκοκύτταρα σημασμένα με ραδιενεργό Ινδίο 111

Είναι χρήσιμη εξέταση για την εντόπιση και την έκταση της νόσου ασθενών με σοβαρή κολίτιδα στους οποίους αντενδείκνυται η διενέργεια βαριούχου υποκλυσμού ή κολονοσκόπηση . Τα σημασμένα λευκοκύτταρα μεταναστεύουν στις περιοχές της ενεργού φλεγμονής . Βοηθά στην διαφορική διάγνωση με την νόσο του Crohn και θεωρείται ως αρκετά ικανοποιητική εξέταση και για την κατάδειξη ενδοκοιλιακών αποστημάτων . Η εξέταση έχει το πλεονέκτημα της ταχείας λήψεως των αποτελεσμάτων μετά την ένεση του εναιωρήματος των λευκοκυττάρων , όμως η απομόνωση των λευκοκυττάρων από το περιφερικό αίμα προϋποθέτει κατάλληλο εργαστηριακό εξοπλισμό . Μελέτη του πεπτικού σωλήνος μετά από ενδοφλέβια χορήγηση λευκών αιμοσφαιρίων του ασθενούς σεσημασμένων με ραδιενεργό ίνδιο δίδει αρκετά ακριβείς πληροφορίες για την εντόπιση και την έκταση της νόσου .

Σπινθηρογράφημα κοιλίας με ραδιενεργό Τεχνήτιο

Η εξέταση θεωρείται ότι έχει πολύ καλή ευαισθησία και ειδικότητα στην κατάδειξη των περιοχών της φλεγμονώδους διεργασίας . Το τεχνήτιο είναι διαθέσιμο σε καθημερινή βάση , υπάρχει λιγότερη έκθεση στη ραδιενέργεια και είναι λιγότερο χρονοβόρο . Η διάγνωση γίνεται ανάλογα με το σημείο που θα συγκεντρωθεί το ραδιοφάρμακο δηλαδή αν συγκεντρωθεί στο δεξιό λαγόνιο βόθρο με ή χωρίς συγκέντρωση στο παχύ έντερο υποδηλώνει νόσο του Crohn ενώ αντίθετα συγκέντρωση στο αριστερό κόλον μόνο είναι ένδειξη ελκώδους κολίτιδας . Συγκέντρωση όμως σε ολόκληρο το παχύ έντερο σημαίνει είτε ελκώδης κολίτιδα είτε νόσο του Crohn του παχέος εντέρου.(Kapsoritakis 2010)

6) Ιστολογικές εξετάσεις

Η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση στις περισσότερες παθήσεις του πεπτικού συστήματος καθώς και στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου γίνεται όταν υπάρχει μια καλή ιστολογική επιβεβαίωση τις νόσου. Στις περισσότερες παθήσεις αρκεί η βιοψία του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνιου τοιχώματος του ορθού . Η βιοψία δεν πρέπει να γίνεται όταν υπάρχουν διαταραχές στην πήκτικότητα του αίματος , ή

όταν ο ασθενής παίρνει αντιπηκτικά ή φάρμακα που επιρεάζουν την πήκτικότητα του αίματος . Στις φλεγμονώδεις παθήσεις του παχέος εντέρου , ιδιαίτερα όταν αυτές χρονολογούνται από πολύ καιρό π.χ ελκώδης κολίτιδα και κατά δεύτερο λόγο νόσος του Crohn πρέπει να γίνονται συστηματικά βιοψίες κατά διάφορα χρονικά διαστήματα γιατί είναι γνωστό ότι αυτές , ιδιαίτερα η πρώτη έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου . Η ιστολογική διάγνωση ότι στο βλεννογόνο του παχέος εντέρου υπάρχει δυσπλασία , βοηθάει το χειρουργό για να αποφασίσει στην αφέρεση του εντέρου πριν αυτή εξελιχθεί σε καρκίνο . Σε όσες περιπτώσεις έχει γίνει ειλεο-ορθική αναστόμωση συστήνεται συστηματικά ο ενδοσκοπικός έλεγχος του ορθού και της αναστόμωσης.(Λεουτσάκος Γ. ΒΑΣ 2012)

Ελκώδη κολίτιδα

Η μικροσκοπική εικόνα του βλεννογόνου εξαρτάται από το στάδιο της κολίτιδας . Με μελέτη συχνών βιοψιών έγινε δυνατόν να αναγνωριστούν τρία στάδια εξέλιξης της κολίτιδος από ιστολογικής απόψεως 1) ενεργός νόσος 2) κολίτις σε ύφεση 3) ανενεργός νόσος

Ενεργός νόσος

Χαρακτηρίζεται από συμφόρηση και διάταση του τριχοειδικού αγγειακού δικτύου του βλεννογόνου που συνδυάζεται με διάφορου βαθμού καταστροφή επιθηλιακών κυττάρων. Το σπουδέστερο ίσως ιστολογικό χαρακτηριστικό είναι η ελάττωση του αριθμού των βλεννοπαραγωγών κυττάρων που μπορεί σε μια έντονη παρόξυνση να εξαφανιστούν τελείως . Το χόριο του βλεννογόνου παρουσιάζει διήθηση με λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα . Η συγκέντρωση πολυμορφοκυττάρων μέσα στις αδενικές κρύπτες θεωρείται χαρακτηριστικό στοιχείο. Όλες οι αλλοιώσεις περιορίζονται στο βλεννογόνο αλλά όταν υπάρχουν εξελκώσεις παρατηρείται διήθηση και του υποβλεννογονίου από κύτταρα χρόνιας φλεγμονής . Τα ψευδοαποστημάτια φέρεται πως είναι ο σπουδαιότερος μηχανισμός προκλήσεως των ελκών .

Κολίτις σε ύφεση

Η μακροσκοπική όψη του βλεννογόνου όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε κλινική ύφεση είναι φυσιολογική. Η ιστολογική όμως εξέταση μπορεί να δείξει ενδιαφέρουσες αλλοιώσεις και κυρίως διάφορους βαθμούς ατροφίας του

βλεννογόνου. Οι αλλοιώσεις κυμαίνονται από απλή διαταραχή της διατάξεως των αδενικών κρυπτών που παύουν να είναι παράλληλες και παρουσιάζουν ελικοειδή πορεία μέχρις ελαττώσεως του αριθμού των αδενίων και βράχυνση του μήκους των αδενίων . Σε χρόνιες περιπτώσεις η ατροφία μπορεί να είναι τόσο εκσεσημασμένη ώστε ο βλεννογόνος να αποτελείται μόνο από ένα στρώμα κυλινδρικού επιθηλίου και ελάχιστους αδένες . Όταν η κολίτιδα είναι σε ύφεση δεν υπάρχει διήθηση από φλεγμονώδη κύτταρα , τα επιθηλιακά κύτταρα είναι υπερπλασματικά ιδίως στην βάση των κρυπτών και ο αριθμός των βλεννοκυττάρων δεν είναι πολύ ελαττωμένος .

Ανένεργος κολίτις

Ο όρος αδρανής κολίτις ή στάσιμη κολίτις χρησιμοποιείται από τους ιστολόγους για την περιγραφή των αλλοιώσεων της χρόνιας συνεχούς μορφής της νόσου που παραμένει αμετάβλητη για μακρά χρονικά διαστήματα . Σ' αυτές τις περιπτώσεις η φλεγμονή περιορίζεται σε μικρή αύξηση του αριθμού των πλασματοκυττάρων και λεμφοκυττάρων του χορίου του βλεννογόνου και σπανιότερα παρατηρούνται ψευδοαποστημάτια . Ο αριθμός των βλεννοκυττάρων δεν ελαττώνεται πολύ ενώ υπάρχει υπερπλασία των λεμφοζιδίων του βλεννογόνου .

Οι περισσότερες ιστολογικές αλλοιώσεις της ελκώδους κολίτιδας φέρονται πως είναι δευτεροπαθείς .(Owen 2010)

Νόσος του Crohn

Η οριστική σφραγίδα της διάγνωσης τίθεται με την ιστολογική κατοχύρωση η οποία είναι η κατοχύρωση της διαγνώσεως της κολίτιδας , η διάκριση μεταξύ ιδιοπαθούς φλεγμονώδους παθήσεων και άλλων κολίτιδων , η διάκριση μεταξύ ελκώδους κολίτιδας και νόσου του Crohn και η ανίχνευση δυσπλασίας ή καρκίνου . Δυστυχώς η ιστολογική εξέταση δεν είναι πάντοτε σε θέση να τεκμηριώσει τη διάγνωση που τελικώς είναι η συνισταμένη κλινικών , ακτινολογικών , ενδοσκοπικών , εργαστηριακών και ιστολογικών δεδομένων .

Για την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση της ιστολογικής εξέτασεως πρέπει να τηρούνται κάποιοι τεχνικοί κανόνες σχετικά με το χειρισμό και την εξέταση των δειγμάτων ιστού . Τα κυριότερα ιστολογικά χαρακτηριστικά στην νόσο του Crohn είναι : η φλεγμονή η οποία είναι κατά τόπους στον βλεννογόνου και στον υποβλεννογόνο , τα κρυπτοαποστημάτια είναι σπάνια , η διαταραχή αρχιτεκτονικής αδένων βλεννογόνου είναι ήπια , η ατροφία βλεννογόνου είναι σπάνια , η βλεννοπενία είναι ήπια , μεταπλασία κυττάρων Paneth είναι σπάνια και επιθηλιοειδή κοκκιώματα παρουσιάζονται μόνο διαγνωστικά .(Μανούσης Ορέστης 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μόλις τεθεί η διάγνωση της φλεγμονώδους εντερικής νόσου , το επόμενο βήμα είναι η εκτίμηση της βαρύτητας της ,έτσι ώστε να επιλεγεί η καταλληλότερη θεραπεία . Για να υπολογισθεί η βαρύτητα της νόσου συνοψίζονται διάφορα στοιχεία τα οποία είναι : η έκταση της νόσου , η ένταση των συμπτωμάτων , η κατάσταση διατροφής και ανάπτυξης, η εξωεντερική νόσος , η αιμοσφαιρίνη και άλλοι δείκτες αίματος, ισοζύγιο ύδατος και ηλεκτρολυτών , σημεία τοξικότητας , η κοιλιακή ευαισθησία και διάταση και η περιπρωκτική νόσος.

Η έκταση της νόσου καθορίζεται από την ενδοσκόπηση και τον ακτινολογικό έλεγχο που έγιναν για να τεθεί η διάγνωση . Τα συμπτώματα μπορούν να διακριθούν σε εκείνα που αφορούν το έντερο όπως η συχνότητα και ο έλεγχος των κενώσεων , η απώλεια αίματος και ο κοιλιακός πόνος και σε εκείνα που αφορούν συστηματική επιβάρυνση του ασθενούς ,όπως η ανορεξία, η απώλεια βάρους , η κακουχία και άλλα σημεία αναιμίας ή κακής διατροφής .Η κατάσταση της διατροφής και της ανάπτυξης μπορεί να εκτιμηθεί από το σωματικό βάρος και το ύψος, καθώς και από το πάχος της δερματικής πτυχής . Η παρουσία εξωεντερικών εκδηλώσεων υποδηλώνει βαρεία νόσο . Η φυσική πορεία τόσο της ελκώδους κολίτιδας , όσο και της νόσου του Crohn , χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις . Συνεπώς , η συχνότητα και η σοβαρότητα των υποτροπών και ο βαθμός της αναπηρίας των ασθενών με χρόνια πάθηση ,είναι παράγοντες με ιδιαίτερη σημασία για τον καθορισμό της βαρύτητας της νόσου . Ο καλύτερος δείκτης της βαρύτητας της νόσου είναι η δυνατότητα των ασθενών να συμμετέχουν στις καθημερινές δραστηριότητες της εργασίας , των αθλητικών δραστηριοτήτων καθώς και από την ανάγκη για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία . (Μπονάτσος Γεράσιμος και συν. 2005)

5.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN

Οι κλινικές , ενδοσκοπικές , ακτινολογικές και παθολογοανατομικές διαφορές της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn ποικίλουν . Οι κυριότερες όμως διαφορές είναι η έκταση του γαστεντερικού σωλήνα που νοσεί , η διάσπαρτη

κατανομή της νόσου του Crohn σε σχέση με τη συνεχή προσβολή του εντερικού βλεννογόνου στην ελκώδη κολίτιδα και η προσβολή όλου του πάχους του εντερικού τοιχώματος στην νόσο του Crohn σε αντίθεση με την φλεγμονή μόνο του βλεννογόνου στην ελκώδη κολίτιδα . Η διάσπαρτη κατανομή της νόσου του Crohn είναι ένα πολύ χαρακτηριστικό γνώρισμα που μπορεί να διαπιστωθεί ενδοσκοπικά , ακτινολογικά και παθολογοανατομικά .(Μπονάτσος Γεράσιμος και συν. 2005)

Το ορθό προσβάλεται σχεδόν πάντα στις περιπτώσεις ελκώδους κολίτιδας ενώ φλεγμαίνει μόνο το 50% των περιπτώσεων κολίτιδας Crohn . Η προσβολή του εντέρου στην ελκώδη κολίτιδα προχωρεί από την περιφέρεια προς το κέντρο . Στη νόσο του Crohn η προσβολή όλου του πάχους του εντερικού τοιχώματος οδηγεί σε ίνωση , σχηματισμό στένωσης και συνακόλουθι απόφραξη . Οι εξελκώσεις προχωρούν βαθιά μέχρι τον ορογόνο , προκαλώντας τοπική περιτοναϊκή αντίδραση και σχηματισμό περιεντερικών αποστημάτων και συριγγίων σε παρακείμενα όργανα

Περίπου στο ένα τρίτο των ασθενών με νόσο του Crohn είναι προσβεβλημένο και το παχύ έντερο οπότε τα συμπτώματα είναι πρακτικά αδιάκριτα από αυτά της ελκώδους κολίτιδας . Σε ένα ποσοστό 15% των περιπτώσεων μη λοιμώδων φλεγμονώδων παθήσεων είναι αδύνατο να τεθεί ακριβείς διάγνωση με την εισβολή της νόσου . Η διάγνωση στις περιπτώσεις αυτές τίθεται συνήθως με την μακρόχρονη και στενή παρακολούθηση των ασθενών .

Στα δύο τρίτα των ασθενών με νόσο του Crohn η νόσος εμφανίζεται με προσβολή μόνο του λεπτού εντέρου . Στο 20% όλων των περιπτώσεων η φλεγμονή περιορίζεται στο λεπτό έντερο αλλά στο 40% των ασθενών προσβάλεται τόσο ο τελικός ειλεός όσο και το δεξιό κόλο.(Μανούσης Ορέστης 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα μπορεί να αυξήσουν τον κοιλιακό πόνο σε κάποιους κατά την διάρροια και συνεπώς πρέπει να αποφεύγονται. Αντίθετα η διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες μειώνει την διάρροια και βελτιώνει τον τεινισμό

και την επηξή για κένωση. Όταν είναι γνωστό ότι στον ασθενή υπάρχει στένωση ή πολύ σοβαρά οξεία συμπτώματα οι φυτικές ίνες αντενδείκνυνται.

Κατά την διάρκεια οξείας επιδείνωσης κυρίως της νόσου του Crohn ο ασθενής δεν πρέπει να λαμβάνει καμία τροφή από το στόμα . Αυτός ο τρόπος λέγεται ανάπαυση του έντερου και βοηθά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και υποστηρίζει την θεωρία ότι ορισμένες τροφές και βακτήρια μπορεί να είναι αντιγονικά προκαλώντας φλεγμονή στο έντερο .

Στις εναλλακτικές θεραπείες ανήκει η χρήση της υπνοθεραπείας .(Αβραμικά Μαρία, Γκοβίνα Ουρανία και συν. 2013).

Η ισορροπία ύδατος και ηλεκτρολυτών πρέπει να παρακολουθείται στενά κυρίως σε ασθενείς με πυρεξία, διάρροια και παροχέτευση στομίας και πρέπει να είναι >500-800 ml την ημέρα. Πρόσληψη 35ml υγρών / kg σωματικού βάρους ημερησίως, συν τις απόλυτες πρέπει να επιδιώκεται στους ασθενής με ΙΦΝΕ . Η παρακολούθηση θα πρέπει να είναι στενή σε αυτούς τους ασθενής για τον εντοπισμό και την διόρθωση οποιασδήποτε ανεπάρκεια μικροθρεπτικού συστατικού ιδιαίτερα σε αυτούς με επίμονη διάρροια ή εμετό.

Η φαρμακευτική θεραπεία έχει επίσης αντίκτυπο στην διατροφική κατάσταση .

Όπως η μακροχρόνια χρήση κορτικοστεροειδών, μπορεί να προκαλέσει καταστολή της ανάπτυξης στα παιδιά , μυϊκό καταβολισμό , σακχαρώδη διαβήτη, οστεοπόρωση, ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, κατακράτηση νατρίου και ύδατος και υπέρταση. Γι' αυτό επιβάλλονται κάποιες διαιτητικές προσαρμογές όπως περιορισμό πρόσληψης νατρίου δηλαδή – 2000 mg / ημέρα , περιορισμό των απλών υδατανθράκων ιδίως σε εμφάνιση υπεργλυκαιμίας , περιορισμό του κορεσμένου λίπους και αύξηση της πρωτεϊνικής πρόσληψης . Τα κορτικοστεροειδή μειώνουν την οστεοβλαστική δραστηριότητα και εμποδίζουν την απορρόφηση του ασβεστίου προκαλώντας έτσι δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμό και αύξηση της οστικής απορρόφησης . Σημαντική οστική απώλεια είναι γνωστό ότι συμβαίνει και σε ασθενείς που λαμβάνουν ημερησίως δόση 7,5mg πρεδνιζολόνης.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΥΦΕΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Όταν οι ασθενείς βρίσκονται σε ύφεση θα πρέπει να ενθαρρύνονται να καταναλώνουν μια φυσιολογική, ελεύθερη διατροφή. Δηλαδή τρόφιμα αυξημένης ενεργειακής πυκνότητας ή και συμπληρώματα διατροφής, πλούσια σε θερμίδες και πρωτεΐνη . Ανεπάρκεια λακτάσης μπορεί να υπάρξει σε ασθενείς με νόσο του Crohn

ενώ σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα είναι λιγότερο πιθανόν να παρουσιαστεί.
Γενικά θα πρέπει να υπάρχει αποφυγή διαιτητικών περιορισμών και απαγορεύσεων

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΟΠΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΕΞΑΡΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ CROHN

Η πλειονότητα των ασθενών με νόσο του Crohn χρειάζονται κάποιας μορφής θρεπτική υποστήριξη . Η εντερική διατροφή προτιμάται από την παρεντερική διατροφή εκτός αν αντενδείκνυται λόγω εντερικής απόφραξης ,σύνδρομο βραχέος έντερου ή υψηλής παροχής εντεροδερματικό συρίγγιο . Η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία δεν αποτελεί λύση εκλογής γιατί σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου σχηματισμού συριγγίου . Οι στενώσεις είναι συχνή επιπλοκή της νόσου . Μερικές είναι παροδικές και δημιουργούνται από οιδήματα και εξαφανίζονται μόνες τους , ενώ κάποιες άλλες προκαλούνται λόγω ίνωσης του εντερικού τοιχώματος και σε αυτές μια δίαιτα με χαμηλή περιεκτικότητα σε ίνες μπορεί να βοηθήσει μειώνοντας τον κίνδυνο απόφραξης . Αρκετοί ασθενείς θα χρειαστούν ένα συμπλήρωμα βιταμινών και μετάλλων . Η στοιχειακή δίαιτα είναι μια πρωταρχική και βοηθητική θεραπεία σε αυτήν την δίαιτα είναι η μείωση στην χορήγηση κορτικοστεροειδών . Αυτή η δίαιτα είναι προτιμότερο να χορηγείται από το στόμα ωστόσο επειδή δεν είναι εύγεστη η ρυνογαστρική χορήγηση ίσως κριθεί απαραίτητη . Θα πρέπει να διαρκέσει αυτή η δίαιτα για διάστημα 4-6 εβδομάδες . Θα χρειαστεί έλεγχος για την ανοχή του ασθενούς στο σκεύασμα , τον όγκο της διαίτας, τα συμπτώματα, την πρόσληψη υγρών και την συμμόρφωση του ασθενούς στην δίαιτα και στην θεραπεία. Μπορεί να υπάρξουν κάποια προβλήματα όπως απώλεια βάρους, αίσθημα κόπωσης, ορθοστατική υπόταση και αίσθημα πίνας . Μετά την δίαιτα θα πρέπει η είσοδος των τροφών να είναι σταδιακή με παράλληλη σταδιακή μείωση της στοιχειακής διαίτας . Ένα πρόγραμμα επανεισαγωγής τροφίμων από τον Holt ο οποίος προτείνει αρχικά την αποφυγή γάλακτος και των προϊόντων του , ψωμιών και άλλων πηγών γλουτένης, τροφίμων πλούσιων σε φυτικές ίνες, λιπαρών και τηγανιτών φαγητών και τέλος καρυκευμάτων και αλκοόλ και στην συνέχεια τη σταδιακή χορήγηση τους υπό την επίβλεψη διαιτολόγου .

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΟΠΙΣΗ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΕΞΑΡΣΗΣ ΤΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

Στην φάση έξαρσης της νόσου χορηγείται αρχικά μια υδρική διαίτα και στην συνέχεια μια στερεού υπολείμματος. Σε ασθενείς με στενώσεις συνίσταται μια διαίτα χαμηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες .

Ο ΡΟΛΟΣ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η χορήγηση συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών που ασκούν τροφική δράση στο έντερο ή ρυθμίζουν την ανοσία έχει διερευνηθεί για την αντιμετώπιση των φλεγμονώδων νόσων του εντέρου και μερικά από αυτά θα αναπτύξω παρα κατω .

Λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου : Τα λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου παράγονται στο κόλον κατά την βακτηριακή ζύμωση φυτικών ινών και ανθεκτικών αμύλων , τα οποία δεν απορροφήθηκαν στο έντερο . Αποτελούν πρώτης εκλογής πηγή ενέργειας για τα εντεροκύτταρα παρέχοντας 4,4 kcal/g και οι κυριότεροι εκπρόσωποι είναι το οξικό , το προπιονικό και το βουτυρικό λιπαρό οξύ . Επίσης προάγουν την απορρόφηση νατρίου και νερού ελαττώνοντας έτσι την διάρροια και ασκούν τροφική δράση στο βλεννογόνο του κόλου . Στην συνέχεια εμποδίζουν ή βελτιώνουν φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του παχέος εντέρου και η χορήγηση τους σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα βελτίωσε την κλινική και ιστολογική εικόνα .

Γλουταμίνη : Η γλουταμίνη αποτελεί πρωταρχικής σημασίας ενεργειακό υπόστρωμα για το λεπτό έντερο και έχει δειχθεί ότι εμποδίζει την διαπερατότητα του εντέρου , προστατεύει έναντι της ατροφίας του εντερικού βλεννογόνου και ενδεχομένος βελτιώνει την ανοσοποιητική λειτουργία του εντέρου .

Προβιοτικά : Η χορήγηση προβιοτικών στοχεύει στην τροποποίηση του εντερικού μικροπεριβάλλοντος το οποίο υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι υπεύθυνο για την έναρξη και την διαίωση των φλεγμονώδων νόσων του εντέρου και ιδιαίτερα της νόσου

Crohn . Τα προβιοτικά είναι μη παθογόνοι μικροοργανισμοί που ασκούν θετική επίδραση στην υγεία του ξενιστή , επηρεάζοντας την φυσιολογία του εντέρου είτε έμμεσα είτε άμεσα μέσω ρύθμισης του ενδογενούς οικοσυστήματος ή του ανοσοποιητικού συστήματος. Χορήγηση προβιοτικών σε ασθενείς με νόσο του Crohn , για 7 εβδομάδες παράλληλα με την θεραπεία ρουτίνας , μείωσε σημαντικά τη δραστηριότητα της ασθένειας στην ομάδα των προβιοτικών , ενώ σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα , χορήγηση από του στόματος προβιοτικών ήταν το ίδιο αποτελεσματική με την μεσαλαζίνη , στην προαγωγή και διατήρηση της ύφεσης της νόσου.

Ω-3 λιπαρά οξέα : Τα ω-3 λιπαρά οξέα , όπως το εικοσαπεντανοϊκό και το δοκοσαεξανοϊκό αναστέλλουν την παραγωγή φλεγμονωδών κυτταροκινών , μειώνουν τη μικρού βαθμού ενεργή φλεγμονή , αναστέλλοντας την παραγωγή κυτταροκινών και φαίνεται ότι επιμηκύνουν τις περιόδους ύφεσης της νόσου όταν δίνονται σε συμπληρωματικές δόσεις σε ασθενείς με έξαρση των φλεγμονώδων νόσων του εντέρου . Θα πρέπει να επιλέγεται όταν η συμβατική θεραπεία αποτυγχάνει. (Ζαμπέλας Αντώνιος 2011)

Ο ρόλος της βιταμίνης D στην νόσο του Crohn:

Στις συχνότερες ανεπάρκειες θρεπτικών συστατικών συμπεριλαμβάνεται και η έλλειψη βιταμίνης D μιας λιποδιαλυτής βιταμίνης με πολλαπλές λειτουργίες . Πολύ πρόσφατα ερευνητές από τη Δανία μελέτησαν τα επίπεδα της βιταμίνης D σε ασθενείς με νόσο του Crohn και διαπίστωσαν ότι ασθενείς σε έξαρση είχαν χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης D σε σχέση με τους ασθενείς σε ύφεση και μάλιστα τα επίπεδα ήταν χαμηλότερα σε εκείνους με υψηλή ενεργότητα της νόσου. Η βιταμίνη D είναι υπεύθυνη για την ρύθμιση των συγκεντώσεων του ασβεστίου και του οστικού μεταβολισμού , του ανοσοποιητικού συστήματος , της φλεγμονής αλλά και του κυτταρικού πολλαπλασιασμού και διαφοροποίησης . Η έλλειψη της μπορεί να είναι αποτέλεσμα της δυσαπορρόφησης της μετά από εκτομή του ειλεού που δυσχεραίνει την απορρόφηση λύπους και κατά συνέπεια και την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών . Ακόμη ο αποκλεισμός των γαλακτοκομικών προϊόντων λόγω δυσανεξίας της λακτόζης που είναι πολύ συνήθης στους ασθενείς με νόσο του Crohn μπορεί να προκαλέσει ακόμα έναν λόγο έλλειψης της βιταμίνης D . Η μειωμένη εκθεση στον ήλιο μπορεί να εντείνει το πρόβλημα. Εως τώρα η χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμίνης D στους ασθενείς με νόσο του Crohn κρινόταν αναγκαία , προκειμένου να αποφευχθούν προβλήματα οστεοπενίας και οστεοπόρωσης συχνά φαινόμενα ιδιαίτερος σε ασθενείς που λαμβάνουν κορτικοστεροειδή. Ωστόσο ολοένα και περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν πως η διατήρηση φυσιολογικών επιπέδων

βιταμίνης D μπορεί να έχει περισσότερες ευεργετικές δράσεις για τους ασθενείς αυτούς . Συγκεκριμένα πρόσφατη μελέτη σε περισσότερους από 3.000 ασθενείς με νόσο του Crohn αλλά και ελκώδη κολίτιδα έδειξε ότι τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D συνδέονται με αυξημένο αριθμό νοσηλειών και αυξημένο κίνδυνο χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου . Επιπρόσθετα η επίτευξη φυσιολογικών επιπέδων βιταμίνης D φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο της χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου του Crohn . Μια ακόμα πρόσφατη πιλοτική μελέτη σε μικρό αριθμό ασθενών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συμπληρωματική χορήγηση βιταμίνης D μειώνει σημαντικά το δείκτη ενεργότητας της νόσου Crohn και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και μείωσε σημαντικά το αίσθημα κόπωσης και μυικής αδυναμίας . Το συμπέρασμα είναι ότι η βιταμίνη D επιδρά θετικά στην ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος και στην μείωση της φλεγμονής (Παπαδά Ευσταθία 2017)

Αιτίες υποθρεψίας σε παραμελημένη νόσο του Crohn :

- Μειωμένη λήψη τροφών από το στόμα : όταν υπάρχουν αλλοιώσεις στην στοματική κοιλότητα και όταν το άτομο είναι σε δίαιτα
- Κακή απορρόφηση: όταν υπάρχει μείωση της απορροφητικής επιφάνειας του εντέρου, έλλειψη χολικών αλάτων ,υπερπληθυσμός μικροβίων και εξαιτίας των φαρμάκων
- Αύξηση των εντερικών εκκρίσεων , απώλεια θρεπτικών υλικών : απώλεια πρωτεϊνών , απώλειες ηλεκτρολυτών , στοιχείων ή ιχνοστοιχείων και απώλεια αίματος.
- Αύξηση αναγκών του μεταβολισμού : λόγω της φλεγμονής , λοίμωξης και λόγω της αυξημένης αναγεννητικότητας των εντερικών κυττάρων
- Φάρμακα : όπως κορτικοστεροειδή , σουλφασαλαζίνη και χολεστυραμίνη
- Εγχείρηση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η διάτρηση είναι η πιο επικίνδυνη από της τοπικές επιπλοκές . Μολονότι η διάτρηση είναι σπάνια η θνητότητα από διάτρηση που εμπλέκει ένα τοξικό μεγακόλο αγγίζει το 15%. Στην συνέχεια οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν τοξική κολίτιδα και τόσο σοβαρά έλκη ώστε το έντερο να διατηρηθεί χωρίς πρώτα να διαταθεί .Αποφράξεις από στενώσεις οι οποίες πρέπει να αφαιρεθούν λόγω κινδύνου κακκοηθών όγκων. Ραγαδες μπορεί να εμφανιστούν στον πρωκτό και περιστασιακά αποστήματα και αιμορροΐδες .Και η πιο συχνή και επικίνδυνη επιπλοκή είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου .

Οι ασθενείς με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη φλεβικής θρομβοεμβολής . Οι ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου συχνά απευτούν την εισαγωγή συσκευών φλεβικής πρόσβασης μακροπρόθεσμα όπως για παράδειγμα περιφερικά τοποθετούνται κεντρικοί καθετήρες για την πρόσβαση των φαρμάκων , για την διατήρηση υγρών και την διατροφή . Οι κεντρικοί καθετήρες συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση άνω άκρου . Οι περιπτώσεις αυτές υπογραμίζουν την ανάγκη για τις νοσηλεύτριες και τους γιατρούς οι οποίοι πρέπει να αυξήσουν την επιτήρηση και να συμμετάσχουν σε προληπτικές στρατηγικές για την πρόληψη της φλεβικής θρομβοεμβολής σε αυτό τον πλυθησμό ασθενών .(Maneval et al. 2016)

Επιπλοκές της κολίτιδας από νόσο του Crohn

1. Αιμορραγία : Η χρόνια απώλεια μικρών ποσοτήτων αίματος είναι σύνηθες σύμπτωμα της νόσου , ενώ η οξεία, με μεγάλη απώλεια αίματος δεν είναι τόσο συνηθισμένη . Η μεγάλη απώλεια αίματος έχει την ίδια συχνότητα εμφάνισης μέχρι 6% όπως και στην ελκώδη κολίτιδα . Οι αιμορραγίες είναι ποιο συχνές

όταν η νόσος εντοπίζεται στο παχύ έντερο , απ' ότι όταν η βλάβη είναι στο λεπτό .

2. Εντόπιση της νόσου στην στοματοπροσωπική περιοχή : Είναι γνωστό ότι η νόσος μπορεί να εντοπίζεται οπουδήποτε κατά μήκος του πεπτικού σωλήνα, αλλά η εντόπιση στην στοματοπροσωπική χώρα είναι η πιο σύνηθης όταν υπάρχει κολίτιδα από την νόσο . Το 50% των αρρώστων με αυτή την εντόπιση έχουν και κάπου αλλού την ίδια αρρώστια , ενώ στο 30% οι εκδηλώσεις από την στοματοπροσωπική περιοχή αποτελούν την πρώτη εκδήλωση . Οι εκδηλώσεις αυτές είναι είτε εξελκώσεις , είτε υπερπλαστικές βλάβες και μπορεί να συνυπάρχει οίδημα , ερύθημα , κυστίδια ή φλύκτενες.
3. Εξωεντερικές παθολογικές εκδηλώσεις : Αυτές μπορεί να αφορούν τους βρόγχους και τους πνεύμονες και να εκδηλωθούν με το σύνδρομο της νόσου της σουλφασαλαζίνης σε αυτό υπάρχει εωσινοφιλική πνευμονία, ινοποιητική κυψελίτιδα και μεσοκυτταρια πνευμονία. Η βρογχοπνευμονική νόσος εκδηλώνεται στην ελκώδη κολίτιδα δεν έχει σχέση με το σύνδρομο της σουλφασαλαζίνης.(Λουτσάκος Γ. ΒΑΣ 2012)

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με χρόνια ελκώδη κολίτιτα έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου . Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι μικρός κατά τα 10 πρώτα χρόνια της νόσου , αλλά αυξάνεται σημαντικά έκτοτε . Το πρόβλημα είναι να εντοπίσουν οι ασθενείς εκείνοι που έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο και να υποβληθούν σε προληπτική κολεκτομή .

Το πρόβλημα προσεγγίζεται από δύο πλευρές : Την κλινική και την ιστολογική . Με βάση την πρώτη προσέγγιση έχουν εντοπιστεί τα κλινικά εκείνα σημεία που έχει βρεθεί στατιστικά ότι αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου και αυτά είναι : Η πρώτη προσβολή ιδιαίτερα μεγάλης βαρύτητας , η πλήρης ή εκτεταμένη προσβολή του εντέρου , τα συνεχή συμπτώματα και η έναρξη της νόσου κατά την παιδική ή την εφηβική ηλικία . Όταν ο ασθενής με διάρκεια νόσου πάνω από 10 χρόνια έχει δύο ή περισσότερα από τα παραπάνω σημεία συνιστάται προφυλακτική κολεκτομή.

Η ιστολογική η οποία είναι πιο σύγχρονη προσέγγιση βασίζεται στην παρατήρηση ότι σε παρασκευάσματα κολεκτομών για καρκίνο σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα , υπήρχε έντονη επιθηλιακή δυσπλασία . Έτσι οι ασθενείς με διάρκεια νόσου μεγαλύτερη της δεκαετίας παρακολουθούνται συστηματικά με κολονοσκόπηση και λαμβάνονται βιοψίες από ύποπτες περιοχές . Αν βρεθεί έντονη δυσπλασία η οποία

επιμένει σε επανειλημμένες εξετάσεις , τίθεται η ένδειξη της προφυλακτικής κολεκτομής.(Garcia .Sarjuan Sofia et el. 2014)

Τοξικό μεγακόλο . Αποτελεί την συμβατότερη επιπλοκή των φλεγμονώδων παθήσεων του εντέρου . Η χρήση οπιοειδών ή αντιχολινεργικών φαρμάκων, η υποκαλιαιμία , η διενέργεια βαριούχου υποκλυσμού έχουν ενοχοποιηθεί ως εκλυτικά αίτια. Η κλινική εικόνα είναι βαριά και χαρακτηρίζεται συνήθως από υψηλό πυρετό , κοιλιακά άλγη με έκδειλο μετεωρισμό της κοιλίας και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση, μείωση ή και εξαφάνιση των εντερικών ήχων , ταχυκαρδία , λευκοκυττάρωση και γενικώς σηπτική κατάσταση . Η απλή ακτινογραφία είναι χαρακτηριστική . Η διάτρηση όπως είπαμε και παραπάνω είναι σπάνια αλλά εμφανίζεται ως επιπλοκή στην επιπλοκή .(Οικονομόπουλος Π. 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι στόχοι της θεραπείας των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου είναι η επίτευξη ύφεσης της φλεγμονής δηλαδή η επιμήκυνση των χρονικών διαστημάτων όπου ο ασθενής είναι ελεύθερος συμπτωμάτων και η διατήρηση της καθώς και η αποκατάσταση της θρέψης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών .Παρά τις προόδους , τόσο στην φαρμακευτική αγωγή όσο και στις χειρουργικές τεχνικές , οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn αποτελούν μια ειδική ομάδα χρόνιων πασχόντων ασθενών , που χρειάζονται όχι μόνο ιατρική , αλλά και οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη .Η φύση των παθολογικών αυτών καταστάσεων απαιτεί μια στενή συνεργασία γαστρεντερολόγων , χειρουργών , ακτινολόγων , ψυχιάτρων , κοινωνικών λειτουργών , καθώς και νοσηλευτών με ειδική εκπαίδευση στην αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών και με δυνατότητα να περιποιούνται τις στομίες. (Μπονάτσος Γεράσιμος και συν 2006) Η φαρμακευτική θεραπεία στην οξεία φάση των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου στηρίζεται στην χορήγηση ισχυρών ανοσοκατασταλτικών σκευασμάτων όπως κορτικοστεροειδή , αντισώματα έναντι του παράγοντα ΤΝΕ κ.α. με τα οποία επιτυγχάνετε συνήθως ύφεση της φλεγμονώδους διεργασίας και κλινική ύφεση των γαστρεντερικών και

εξωεντερικών εκδηλώσεων των νόσων. Διατήρηση της ύφεσης επιδιώκεται με χορήγηση ανοσοκατασταλτικών και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων . Αντιβιοτικά χορηγούνται σε συνδυασμό με τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα σε μικροβιακές επιπλοκές ή συρίγγια. Τέλος προβιοτικά σκευάσματα που περιέχουν ζώντες μικροοργανισμούς και μεταβάλουν την εντερική χλωρίδα έχουν δοκιμαστεί θεραπευτικά στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου . Συγκεκριμένα ένα προβιοτικό σκεύασμα που περιλαμβάνει 3 είδη *Bifidobacterium*, 4 είδη λακτοβακίλων και 1 είδος στρεπτόκοκκου έχει δείξει καλά αποτελέσματα στην διατήρηση της ύφεσης τόσο της ελκώδους κολίτιδας όσο και της νόσου του Crohn .(Ζαμπέλας Αντώνιος 2011)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

Η θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας ανάλογα με το μέρος του παχέος εντέρου που έχει προσβληθεί είναι :

Για την πρωκτίτιδα : υπόθετα μεσαλαμίνης 500mg τα οποία χορηγούνται 2 την ημέρα για 4-8 εβδομάδες και επίσης μπορεί να δοθούν και υπόθετα ή αφρός υδροκορτιζόνης

Για την ορθοσιγμοειδίτιδα : χορηγούνται υποκλυσμοί μεσαλαμίνης , Asacol σκεύασμα 5-A5A δόση 800-1600mg 3/ημερα , σουλφασαλαζίνη 2-4mg ημερησίως σε 2-4 δόσεις μαζί με αυτό θα πρέπει να χορηγείται και φυλικό οξύ 1mg λόγω δυσαπορρόφησης του

Νόσος πέραν του σιγμοειδές : Asacol 800mg δόση 3 το 24ωρο , σουλφασαλαμίνη , ολσαλαζίνη η οποία χρησιμοποιείται λιγότερο συχνά διότι προκαλεί διάρροια

Σοβαρή νόσο : χορηγούνται ενδοφλέβια στεροειδή(Θεοδώρου Δημήτριος 2005)

Στην μέτρια προς σοβαρή ελκώδη κολίτιδα έχει εγκριθεί για της θεραπεία της το μονοκλωνικό αντίσωμα golimumab (Simponi) το οποίο επιλέγεται σε ενήλικες που είναι ανθεκτικοί σε άλλη θεραπεία ή που απευθύνονται σε συνεχή θεραπεία με στεροειδή

Στην θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας το φάρμακο χορηγείται υποδορίως την εβδομάδα κατά την έναρξη της νόσου ή τουλάχιστον την εβδομάδα που το διαγνώσκουμε μετά κατά την δεύτερη εβδομάδα της νόσου και μετά ανά 4 εβδομάδες. Οι πιο συχνές επιπλοκές στην θεραπεία με golimumab είναι η λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού και ερυθρότητα στο σημείο της ένεσης . Λογο της ανοσοκατασταλτικής δράσης του golimumab οι ασθενείς που το λαμβάνουν έχουν αυξημένο κίνδυνο για σοβαρές λοιμώξεις καθώς επίσης και για φυματίωση , σηψαιμία , διηθητικές μυκητιασικές λοιμώξεις και άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις καθώς και λέμφωμα και άλλες κακοήθειες , επανενεργοποίηση της λοίμωξης από ηπατίτιδα β , καρδιακή ανεπάρκεια , διαταραχές του νευρικού συστήματος και αλλεργικές αντιδράσεις . Πριν αρχίσει ο ασθενής την θεραπεία με golimumab η νοσηλεύτρια θα πρέπει να επιβεβαιώσει ότι ο ασθενής δεν έχει λανθάνουσα φυματίωση . Αν υπάρχει λανθάνουσα φυματίωση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται πριν την έναρξη της θεραπείας με golimumab επίσης δεν πρέπει να ξεκινήσει θεραπεία σε ασθενή με ενεργό λοίμωξη και θα πρέπει να αξιολογούν την αλλεργία σε λάτεξ καθώς το κάλυμμα της βελόνας για της προγεμισμένες σύριγγες περιέχει ξυρό φυσικό ελαστικό . Στην συνέχεια θα πρέπει οι ασθενείς να διδαχθούν πώς να αυτό - διαχειρίζονται το golimumab υποδορίως .(Drug Watch 2013)

Όταν η ελκώδης κολίτιδα δεν ανταποκρίνεται έγκαιρα στην συντηρητική θεραπεία ή εμφανιστεί μείζων επιπλοκή εκτελείται χειρουργική πρωκτοκολεκτομή με σχηματισμό νεοληκύθου . Ειλεοστομία εκτελείται μόνο σε ασθενείς υψηλού χειρουργικού κινδύνου .(Ζαμπέλας Αντώνιος 2011)

ΘΕΡΑΠΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN

Σε μέτρια νόσο : χορηγείται 5- αμυνοσαλικιλικά , σαλφασαλαζίνη , Asacol σε δόση 800-1600mg 3 την ημέρα , Pentasa 1gr 4 την ημέρα , μετρονιδαζόλη σε δόση 250-500mg 3 την ημέρα για 12 εβδομάδες και σιπροφλοξασίνη .

Σε μέτρια προς σοβαρή νόσο : χορηγείται πρεδνιζόλη σε δόση 40-60mg κάθε μέρα και μειώνεται κατά 5mg κάθε εβδομάδα , βουδεσονίδη ,αζαθεταπρίνη ή 6-μερκαπτοπουρίνη σε δόση 2-2,5 mg/kg κατά της 6 ημ 1-1,5mg/kg

Σοβαρή νόσο : χορηγείτε μεθοτρεξάτη , κυκλοσπορήνη και infliximab .(Θεοδώρου Δημήτριος 2005)

Χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου του Crohn εφαρμόζεται μόνο σε επικίνδυνες επιπλοκές για την ζωή του ασθενή επειδή συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα μετεγχειρητικής υποτροπής της νόσου μετά από λίγα συνήθως έτη .

Η νόσος του Crohn έχει σήμερα υψηλή νοσηρότητα αλλά χαμηλή θνησιμότητα παρόλα αυτά η συντηρητική θεραπεία επιτρέπει καλή ποιότητα ζωής στους περισσότερους ασθενείς . Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται σημαντικά σε περιπτώσεις εκτεταμένης ανθεκτικής νόσου του Crohn ή εκτεταμένων χειρουργικών εκτομών λεπτού εντέρου οπότε απαιτείται προσεκτική και συνεχείς διατροφική υποστήριξη και παρακολούθηση των ασθενών . (Ζαμπέλας Αντώνιος 20011)

8.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ιδανικά αντιμετωπίζονται με συνεργασία γαστρεντερολόγων και χειρουργών και η απόφαση για το αν και πότε πρέπει να γίνει η επέμβαση είναι σύνθετη . Συνήθως προτιμάται η συντηρητική θεραπεία όπου στις περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζουν το πρόβλημα και καθυστερούν την χειρουργική επέμβαση . Επίσης οι χειρουργοί είναι καλύτερο να λάβουν υπόψη τους και την νόσο του Crohn καθώς μελετούν τις χειρουργικές επιλογές (Κέκος Π. Γεώργιος 2010)

Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας

- Η παρουσία εντερικής απόφραξης . συνήθως αυτό προκαλείται από στένωση
- Η ύπαρξη εντερο-εντερικού ή εντερο-κυστικού ή εντερο κολπικού συριγγίου
- Ενδοκοιλιακό απόστημα
- Χρόνια αναιμία από αιμορραγία
- Αποτυχία της συντηρητικής αγωγής (διαιτητική, φαρμακευτική)
- Στα παιδιά και στους έφηβους όταν αναστέλλεται η ανάπτυξή τους.

Προεγχειρητική προετοιμασία

Η γενική κατάσταση του ασθενή προετοιμάζεται ανάλογα δηλαδή παρεντερική ή εντερική θρέψη του αρρώστου σε υποθρεψία , διόρθωση ηλεκτρολυτων ,πρωτεϊνών , αναιμίας και βιταμινών . Στις περισσότερες περιπτώσεις οι άρρωστοι καλύπτονται με κορτικοστεροειδή , επειδή στην συντηρητική τους θεραπεία έχουν πάρει αυτά τα φάρμακα . Το παχύ έντερο προετοιμάζεται κατά τον ίδιο τρόπο όπως και στους καρκίνους .(Λεουτσάκος Γ. ΒΑΣ. 2012).

Χειρουργικές επιλογές ελκώδους κολίτιδας

Η φλεγμονή στην ελκώδη κολίτιδα περιορίζεται κυρίως στο παχύ έντερο σαν μια πάθηση του βλεννογόνου για το λόγο αυτό η αφαίρεση ολόκληρου του βλεννογόνου είναι θεραπευτική αλλά σε μια έκταση που δεν είναι αποδεκτή για ήπια νόσο . Η κατασκευή θυλάκου κατά το χειρουργείο επιφέρει διάφορα αποτελέσματα ,αλλά είναι καλύτερη στα χέρια εξειδικευμένων ιατρών .

Οι χειρουργικές επιλογές για την ελκώδη κολίτιδα είναι οι εξής :

Ολική κολεκτομή με διατήρηση του ορθού : Αυτή η επέμβαση μπορεί να γίνει σε επείγουσα και προγραμματισμένη βάση και μπορεί να συνδιαστεί με μια πρωκτεκτομή και ακόμα και με μια δημιουργία θυλάκου . Κινητοποιείται ολόκληρο το κόλον , η εκτομή αποτελεί συνδυασμό μιας δεξιάς , εγκάρσιας και αριστερής κολεκτομής . Η εκτομή δεν πρέπει να περιλαμβάνει μια ριζική λεμφαδενεκτομή καθώς επίσης πρέπει να διατηρείται η άνω ορθική αρτηρία και είναι σημαντικό να υπάρχει αρκετό μήκος κολοβώματος του ορθού . Αν η κολεκτομή γίνεται για μακροχρόνια κολίτιδα με δυσπλασία , ο κίνδυνος ανάπτυξης κακοήθειας πρέπει να ληφθεί υπ' όψη και σε αυτή την περίπτωση απαιτείται μια ριζική λεμφαδενεκτομή , με απολινώσεις των αγγείων κατά την πορεία στο μεσεντέριο. Σε μια επείγουσα κολεκτομή για σοβαρή ελκώδη κολίτιδα το κόλον είναι εύθραυστο και μπορεί εύκολα να ραγεί και επομένως δεν πρέπει να γίνει καμιά απόπειρα διαχωρισμού του εγκάρσιου κόλου από το επίπλουν.

Πρωκτεκτομή : Όταν η πρωκτεκτομή αποτελεί επέκταση της ολικής κολεκτομής η εκτομή σχεδιάζεται γύρο από το κινητοποιημένο σιγμοειδές , καθώς αυτό φέρεται στο πλάνο γύρο από το μεσοορθό . Πολλοί χειρουργοί πραγματοποιούν μια κλειστή διατομή του ορθού καθώς η εκτομή αυτή θα μείνει μακριά από τα νεύρα. Αυτό επιτυγχάνει την αφαίρεση του ορθού αφήνοντας στη θέση του το κυριότερο μεσοορθό. Μερικοί χειρουργοί προτιμούν να ακολουθήσουν το ακριβές ανατομικό πλάνο γύρο από το μεσοορθό σαν να κάνουν μια χαμηλή πρόσθια εκτομή

αναγνωρίζοντας προσεκτικά και διατηρώντας τα νεύρα. Η διατομή γίνεται προσεκτικά και με μικρότερη αιμορραγία .

Ειλεϊκός θύλακας : Η τελική έλικα του ειλεού που είναι κατάλληλη και η κορυφή της έλικας πρέπει να είναι ικανή να φτάσει στο πρωκτό χωρίς τάση . Ο απλούστερος θύλακας είναι ο θύλακας J όπου σχηματίζεται από την οπίσθια πτυχή του τελικού ειλεού . Σχηματίζεται μια αναστόμωση μεταξύ των δύο άκρων της έλικας κάθε ένα από τα οποία πρέπει να έχει 15-20 εκ. μήκος όπου χρειάζονται για τον θύλακο 30-40 εκ. του τελικού ειλεού . Ο θύλακας μπορεί να κατασκευαστεί με ένα μηχανικό συρραπτικό το οποίο εισέρχεται μέσω μιας μικρής εντεροτομής στην κορυφή της έλικας . Μπορούν να τοποθετηθούν ραφές υποστηρικτικές του ειλεού ενώ γλιστρά ένα δάκτυλο μεταξύ των σκελών του συρραπτικού για να τραβήξει το μεσεντέριο έξω από το πεδίο της συρραφής πριν συγκλεισθούν τα σκέλη του συρραπτικού μεταξύ τους . Για συρραφή με το χέρι κατάλληλοι είναι οι θύλακοι S και w αλλά παρουσιάζουν κατώτερη λειτουργικότητα και ο θύλακας S σχεδιάζεται με ιδιαίτερα σοβαρές δυσκολίες . (Ζωγράφος Γεωργιος 2009)

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN

Η χειρουργική θεραπεία δεν αποτελεί την οριστική λύση καθώς η νόσος μπορεί να προσβάλλει όλο το γαστρεντερικό σύστημα από το στόμα μέχρι και πρωκτο όμως σε εκείνους τους ασθενείς που έχουν εντοπισμένη πάθηση η αφαίρεση όλης της συμπτωματικής νόσου μπορεί να έχει μακροπρόθεσμα αποτελέσματα .

Νόσος Crohn του κόλου : Η πρωκτοκολεκτομή μπορεί να ενδείκνυται ως επείγουσα σε μια κεραυνοβόλο περίπτωση ή σε μια προγραμματισμένη επέμβαση όταν η φαρμακευτική θεραπεία αποτυγχάνει να ελέγξει τα συμπτώματα. Ο ειλεοπρωκτικός θύλακας μεταφέρει έναν απαράδεκτο κίνδυνο επιπλοκών μέσω συριγγίων και πρέπει γενικά να αποφεύγεται . Η ολική πρωκτοκολεκτομή με μια τελική ειλεοστομία είναι η κατάλληλη επιλογή αν περιλαμβάνεται και ο πρωκτός . Η κολεκτομή και η ειλεοορθική αναστόμωση μπορεί να είναι ασφαλείς εναλλακτικές επιλογές στην κολίτιδα Crohn με διατήρηση του ορθού .

Νόσος Crohn τελικού ειλεού : Αυτή είναι η πιο κοινή μορφή της πάθησης και η εκτομή μέσω δεξιάς ημικολεκτομής μπορεί να είναι προτιμότερη από την φαρμακευτική αντιμετώπιση με στεροειδή και ανασοκαταστολή . Είναι ιδιαίτερα η περίπτωση εφήβων ασθενών των οποίων η ανάπτυξη αναστέλλεται και κατά την ενηλικίωση είναι αναπόφευκτο το χειρουργείο. Η νόσος του Crohn του τελικού

ειλεού μπορεί να εμπλακεί με μια σκωληκοειδίτιδα σε πολλές περιπτώσεις και να δημιουργήσει ένα δύσκολο χειρουργικό δίλημμα. Σε αυτή την περίπτωση γίνεται μια δεξιά ημικολεκτομή και απαιτεί μικρότερα όρια εκτομής από τον καρκίνο καθώς δεν είναι απαραίτητη η λεμφαδενεκτομή όμως εάν υπάρχουν έλικες λεπτού εντέρου οι οποίες συμφύονται στη φλεγμονώδη μάζα θα πρέπει να αφαιρεθούν συγχρόνως .

Απόφραξη από νόσο του Crohn : Οι ινώδεις στενώσεις της νόσου που προκαλούν τμηματική απόφραξη είτε του λεπτού είτε του παχέος εντέρου αντιμετωπίζονται καλύτερα με οριστική εκτομή , αλλά πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην διατήρηση επιθυμητού μήκους του λ.εντέρου και στην μη αποδεκτή δημιουργία αναστόμωσης με προσβεβλημένο έντερο. Πολλαπλές στενώσεις του λεπτού εντέρου μπορούν πολλές φορές να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με πλαστική των στενώσεων , αλλά τελευταία αποτελεί μια άλλη επιλογή η ενδοσκοπική διάταση των στενώσεων.

Συρίγγιο νόσου του Crohn : Αυτό μπορεί να δημιουργηθεί μέσα σε μια άλλη έλικα εντέρου , ή μέσα στην ουροδόχο κύστη ή το δέρμα . Η θεραπεία γίνεται με εκτομή του συριγγίου και αποκατάσταση διαμέσου υγιών ιστών , αν είναι πιθανό. Η παράκαμψη του κοπρανώδους περιεχομένου μπορεί πολλές φορές να είναι η μόνη πρακτική επιλογή .

Ο πρωκτός στην νόσο του Crohn : Η ανακούφιση που προσφέρει μια κολοστομία μπορεί να είναι μια προσωρινή λύση γιατί σπάνια υπάρχει μακροχρόνια λύση του προβλήματος μετά την αποκατάσταση της συνέχειας του κόλου. Μια μόνημη κολοστομία χωρίς εκτομή του πρωκτού δεν προφυλάσσει από συνεχιζόμενες περινεϊκές λοιμώξεις . Πολλοί ασθενείς περιστασιακά χρειάζονται αφαίρεση του πρωκτού είτε λόγω υποτροπής των λοιμώξεων είτε λόγω ακράτειας που μπορεί να οφείλεται εν μέρει σε ιατρογενή κάκωση του σφιγκτήρα κατά την προσπάθεια χειρουργικής θεραπείας . Η πρόγνωση είναι κακή στους ασθενείς που υπάρχει προσβολή του πρωκτού , ειδικά εάν υπάρχει ορθοπρωκτική στένωση ή φλεγμονώδης βλάβη άνωθεν των ανελκτάρων . Η επούλωση του περινέου μετά από εκτομή του πρωκτού για ορθοπρωκτική προσβολή από νόσο του Crohn μπορεί να είναι παρατεταμένη. (Ζωγράφος Γεώργιος 2009)

8.3 ΣΤΟΜΙΕΣ ΣΤΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Όπως είναι γνωστό με το όρο στομία εννοούμε την τεχνική επικοινωνία του εντερικού αυλού με το κοιλιακό τοίχωμα . Είναι μια ακρωτηριαστική επέμβαση που επιδρά σημαντικά στην εικόνα που έχει ο ασθενής για το σώμα του . Η φροντίδα της απαιτεί τη συνεργασία ομάδος ανθρώπων που περιλαμβάνει χειρουργό , γαστρεντερολόγο , νοσηλευτικό προσωπικό και ψυχολόγους και η οποία επιβάλλεται να συνεχίζεται και μετά τη δημιουργία της . Η άμεση μετεγχειρητική περίοδος είναι αυτή κατά την οποία ο ασθενής έχει τη μικρότερη εμπιστοσύνη στον εαυτό του . Είναι βέβαιο ότι αν η ιατρική ομάδα δεν είναι σε θέση να παρέχει επαρκή ψυχολογική βοήθεια στον ασθενή , ο ασθενής θα αποσυντεθεί ψυχικώς . Η ομάδα αυτή θα βοηθήσει στην προεγχειρητική εξασφάλιση συγκατάθεσης του ασθενούς ή του άμεσου συγγενικού του περιβάλλοντος για την διενέργεια της κολοστομίας ενώ ταυτόχρονα θα στηρίζει τον ασθενή ψυχολογικά . Θα πρέπει να τονίζεται στον ασθενή ότι επιλέγει μεταξύ του να ζήσει με στομία ή να διακινδυνεύσει την επιβίωση του χωρίς στομία . Τα επακόλουθα της στομίας θα πρέπει να αναφέρονται αλλά όχι να υπερτονίζονται .

Ο αριθμός των ατόμων με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου που υποβάλλονται ετησίως σε δημιουργία προσωρινής ή μόνιμης στομίας στην χώρα μας δεν είναι γνωστός . Από δεδομένα όμως άλλων χωρών προκύπτει ότι ο συνολικός τους αριθμός θα πρέπει να είναι αρκετά υψηλός για παράδειγμα 10.000 στομίες ετησίως στην Μεγάλη Βρετανία . Σε όλες σχεδόν τις Δυτικόμεντροπαϊκές χώρες και φυσικά στις ΗΠΑ υπάρχουν σύλλογοι ασθενών με στομίες αποστολή των οποίων είναι η αλληλοβοήθεια των μελών τους . Τέτοιος σύλλογος με μικρό όμως αριθμό μελών υπάρχει και στην χώρα μας .

Ήδη από το 1940 ολική πρωκτοτομή με μόνιμη ειλεοστομία είχε καθιερωθεί ως η πλέον κατάλληλη επέμβαση για την αντιμετώπιση των βαρειών προσβολών της ελκώδους κολίτιδας που δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική θεραπεία . Η εγχείρηση αυτή άντεξε στην δοκιμασία του χρόνου , αλλά , παρά την εξασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου υγείας στον ασθενή , δεν παύει να παρουσιάζει αρκετά μειωνεκτήματα και επιπτώσεις κυρίως ψυχολογικές . Τα τελευταία χρόνια επιχειρείται με άριστα αποτελέσματα και η δημιουργία κολοστομίας αγκύλης με λαπαροσκοπική μέθοδο .

Ενδείξεις δημιουργίας στομιών σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn

Επείγουσες στομίες : Στο λεπτό ή στο παχύ έντερο γίνεται σε περιπτώσεις απόφραξης του εντέρου σε ασθενείς με νόσο του Crohn.

Παρακαμπτήριες στομίες : Οι οποίες είναι προσωρινές γίνονται στον ειλεό με σκοπό την παράκαμψη εντερικού περιεχομένου στην νόσο του Crohn με συρίγγια και σε απόφραξη του αριστερού παχέος εντέρου

Στομίες εξόδου : Οι οποίες είναι μόνιμες και γίνονται είτε στον ειλεό σε περιπτώσεις ελκώδους κολίτιδας , νόσο του Crohn παχέος εντέρου , καρκίνου παχέος εντέρου σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είτε στο κόλον σε περιπτώσεις βαριών ορθοπρωκτικών βλαβών σε ασθενείς με νόσο του Crohn

Παθοφυσιολογικά επακόλουθα

Η παροχή από την ειλεοστομία είναι περίπου 500 ml ημερησίως και αυτό έχει ως συνέπεια ορισμένες παθοφυσιολογικές διαταραχές όπως είναι το νάτριο των κοπράνων το οποίο είναι 4 φορές μεγαλύτερο σε ποσότητα σε σχέση με τα φυσιολογικά κόπρανα και το ίδιο συμβαίνει και στο κάλιο , υποκλινική ένδεια νερού και νατρίου υπάρχει σε πολλούς ασθενείς όταν η περιοχή της στομίας είναι αυξημένη . Τα συμπτώματα δεν είναι ειδικά και είναι απώλεια όρεξης, ναυτία, κεφαλαλγία ,κράμπες και φωτοφοβία . Εξαιτίας του μειωμένου όγκου ούρων οι ασθενείς με ειλεοστομία έχουν αυξημένο κίνδυνο για νεφρολιθίαση . Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες νερού ημερησίως . Η μεγάλη απώλεια υγρών από την στομία μπορεί να περιοριστεί με την χορήγηση φωσφορικής κωδεΐνης 30mg ή λοπεραμίδης 2mg ανάλογα με τις ανάγκες και μέχρι 6 φορές ημερησίως.Επίσης έχουμε και διαταραχές στο ασβέστιο και στο μαγνήσιο όπου και τα δύο χάνονται σε σημαντικές ποσότητες όμως μόνο παρατεταμένες απώλειες καθίστανται κλινικώς εμφανές . Στην συνέχεια διαταραχές υπάρχουν και στα χολικά άλατα λόγω του ότι η εκτομή του τελικού ειλεού έχει ως αποτέλεσμα καταστροφή της εντεροηπατικής κυκλοφορίας των χολικών αλάτων προδιαθέτοντας έτσι στο σχηματισμό χολολίθων . Περίπου 25% των ατόμων με ειλεοστομία έχουν χολολιθίαση , μια αναλογία τριπλάσια από την αναμενόμενη στο φυσιολογικό πληθυσμό . Θεραπεία με χολικά οξέα αντεδεικνύεται γιατί μπορεί να προκαλέσουν βαρεία διάρροια. Τέλος υπάρχει διαταραχή στην βιταμίνη B₁₂ καθώς υπάρχει μειωμένη απορρόφηση της, τους πρώτους 12 μήνες μετά την εγχείρηση πιθανότατα οφειλόμενη σε μεταβολές της μικροβιακής χλωρίδος .(Σουμίλας Γρηγόριος-Αγησίλαος 2011).

Φροντίδα στομίας

Το δέρμα πέριξ της περιοχής της στομίας θα πρέπει να διατηρείται σε πολύ καλή κατάσταση για να μπορεί να εφαρμόζει στεγανά ο σάκος . Ένας συνηθισμένος τρόπος καθαρισμού του δέρματος γύρω από τη στομία είναι ο καθαρισμός με χλιαρό

νερό και σαπούνι . Ο σάκος που θα χρησιμοποιεί ο ασθενής θα πρέπει να αποτελείται από δύο μέρη : ένα δακτύλιο από κυτταρίνη με χαμηλό PH και βακτηριοστατικό που έχει ικανοποιητική απορροφητικότητα και ένα δεύτερο πορώδη αντιαλλεργικό . Πριν χρησιμοποιηθεί ο σάκος θα πρέπει το δέρμα να είναι εντελώς στεγνό . Αυτό επιτυγχάνεται με στεγνωτήρα ο οποίος στεγνώνει το δέρμα από απόσταση 30 cm . Η εκπαίδευση για την φροντίδα της στομίας θα πρέπει να γίνεται όσο ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο . Σε περίπτωση αύξησης του βάρους του ασθενή θα πρέπει να γίνει αλλαγή του μεγέθους του σάκου που χρησιμοποιείται

Επιπλοκές στομίας

Ορισμένα είδη στομιών όπως είναι η στομία αγκύλης στο εγκάρσιο θα πρέπει να αποφεύγονται όπου είναι δυνατό . Οι επιπλοκές των στομιών είναι αρκετές και σημαντικές . Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά.

Οι επιπλοκές είναι : **Αιμορραγία** η οποία στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο προέρχεται συνήθως από μικρά αγγεία του βλεννογόνου και μπορεί να αντιμετωπιστεί με βαμβάκι εμποτισμένο σε διάλυμα αδρεναλίνης Η δημιουργία κοκκιώδους ιστού μπορεί να ευθύνεται για μεταγενέστερη αιμορραγία που μπορεί να αντιμετωπισθεί με διάλυμα νιτρικού αργύρου . Σε άτομα με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου η ανάπτυξη μετάχρονου καρκινώματος μπορεί να εκδηλωθεί με αιμορραγία . **Ισχαιμία** όπου τελικές στομίες μπορεί να παρουσιάσουν ισχαιμία αν η κάτω μεσεντέριο αρτηρία απολινωθεί υψηλά ή οι κλάδοι ειλεοκολικής αρτηρίας απολινωθούν κοντά στο έντερο . Ιδιαίτερο κίνδυνο παρουσιάζουν τα αρτηριοσκληρωτικά άτομα . Η ισχαιμία γίνεται εμφανής τις πρώτες 24 ώρες . Τέλος ισχαιμία μπορεί να εμφανιστεί όταν η ειλεοστομία προπίπτει ή συστέλλεται γεγονός που μπορεί να καταστρέψει τα μικρά αγγεία του μεσεντερίου του τελικού ειλεού με αποτέλεσμα ίνωση και στένωση. **Απόφραξη ειλεοστομίας** η οποία μπορεί να είναι μηχανική , συνήθως όμως προκαλείται από συσσώρευση σπόρων και άλλων άπεπτων υλικών τροφικής προέλευσης . Η έκπλυση της στομίας με θερμό νερό μέσω ενός μαλακού ελαστικού καθετήρα λύνει το πρόβλημα . **Πρόπτωση** η οποία είναι ασυνήθεις και όταν παρουσιαστεί συνήθως οφείλεται σε ανεπαρκή καθήλωση του μεσεντερίου στο κοιλιακό τοίχωμα . Όταν το άνοιγμα στο κοιλιακό τοίχωμα είναι πολύ μεγάλο η στομία προπίπτει και συστέλλεται προκαλώντας διαφυγή . Πρόπτωση εγκαρσιοστομίας είναι πλέον συνήθης και εμφανίζεται στο 15% περίπου των περιπτώσεων . Η μονή λύση είναι η σύγκλειση της στομίας εφ' όσον αυτό είναι εφικτό . **Συστολή** η οποία είναι επακόλουθο τάσεως στη στομία λόγω κακής κινητικότητας από ισχαιμία . Μπορεί να προκαλέσει αρκετά προβλήματα λόγω

διαφυγής εντερικού περιεχομένου . **Στένωση** η οποία συνήθως είναι επακόλουθο ισχαιμίας ή μικρού ανοίγματος στο κοιλιακό τοίχωμα . Σε αυτή την περίπτωση η επανεγχείρηση είναι απαραίτητη . **Κήλη** όπου μικρού βαθμού κήλη παρατηρείται σε πολλές στομίες αν και σπάνια αποτελεί κλινικό πρόβλημα . Σε περιπτώσεις έκδηλης κήλης οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν προβλήματα σχετικά με την εφαρμογή του σάκου ενώ υπάρχει και κίνδυνος απόφραξης . Μπορεί να επιχειρηθεί τοπική αποκατάσταση της κήλης με σκοπό τη σμίκρυνση του κηλικού σάκου . **Φλεγμονές** δηλαδή αποστήματα πέριξ της στομίας είναι δυνατόν να εμφανιστούν όταν τμήματα της βλεννογονοδερματικής σύνδεσης διασπασθούν ή εφόσον επιμολυνθεί ένα αιμάτωμα . Αποστήματα, φλεγμονές και στενώσεις μπορεί να αποτελούν εκδηλώσεις νόσου του Crohn . **Διάτρηση** η οποία είναι μια σοβαρή επιπλοκή με μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα . Μπορεί να εμφανιστεί μετά προσπάθεια έκπλυσης της στομίας , αν και ο κίνδυνος αυτός είναι σήμερα μικρός. Ενδείκνυται άμεση λαπαροτομία . **Κακοήθεια** όπου ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος σε ειλεοστομία είναι σπάνια . Καρκίνωμα όμως που αναπτύσσεται σε κολοστομία είναι σχετικώς σύνηθες φαινόμενο και μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους 1) Αν το σημείο εκτομής είναι πολύ κοντά στον όγκο 2) όταν υπάρχει ενδοπεριτοναϊκή διασπορά 3) αν αναπτυχθεί μετάχρονη κακοήθεια σε σημείο του εντέρου κοντά στην προηγούμενη εκτομή . Σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου το ενδεχόμενο ανάπτυξης καρκίνου στην στομία θα πρέπει πάντοτε να υπάρχει κατά νουν. **Κεφαλή μεδούσης** . Ασθενείς με στομία και πυλαία υπέρταση μπορεί να εμφανίσουν κίρσους στην δερματοεντερική συμβολή γύρο από την στομία . Τοπική διήθηση με σκληρυντικές ουσίες συνήθως επιλύει το πρόβλημα . **Δερματικές επιπλοκές** . Η δερματίτις μπορεί να προκύψει είτε από διαφυγή εντερικού περιεχομένου είτε εξ επαφής . Η πρώτη προκαλείται από υδαρή κόπρανα συνήθως σε ασθενείς με ειλεοστομία . Εφόσον έχουν πρόσφατα ληφθεί αντιβιοτικά , οι δευτερογενείς λοιμώξεις είναι πιθανότατες . Η δερματίτις εξ επαφής προκαλείται από αλλεργία στα πλαστικά υλικά της στομίας . Η θεραπεία συνίσταται σε προσεκτική καθαριότητα με έκπλυση και προσεκτικό στέγνωμα . Σε περίπτωση δερματίτιδος από διαφυγή θα πρέπει να εντοπίζεται το σημείο της διαφυγής και να συγκλείεται έτσι ώστε ο σάκος να εφαρμόζεται ασφαλώς και πλήρως . Η αποκατάσταση της διάρροιας μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη . Τοπική εφαρμογή κορτικοστεροειδών υπό μορφή αλοιφής για μικρό χρονικό διάστημα μπορεί να βοηθήσει .

Κοινωνικές δραστηριότητες ασθενών με στομία

Όλη η προηγούμενη κοινωνική ζωή μπορεί συνεχιστεί κανονικά μετά την ανάρρωση .Ειδικότερα :

Μπάνιο :Ο ασθενής μπορεί να κάνει κανονικά μπάνιο με ή χωρίς σάκο .

Σεξουαλική ζωή : Συνήθως υπάρχουν δύο τύποι σεξουαλικών προβλημάτων . Ο πρώτος σχετίζεται με ανατομικούς λόγους όπως οι συμφύσεις και ουλές πυέλου και ο δεύτερος σχετίζεται με ψυχολογικά αίτια . Είναι δύσκολο να πιστέψει κανείς ότι η φυσιολογική σεξουαλική ζωή μπορεί να είναι αδιατάρακτη με την παρουσία της στομίας . Το πρόβλημα θα πρέπει να συζητηθεί με τον ερωτικό σύντροφο . Η αγάπη και η κατανόηση θα βοηθήσουν στην επαρκή επίλυση του προβλήματος .

Εργασία : Δεν υπάρχει λόγος για αποχή από την εργασία του ασθενούς με στομία . Αυτοί με προσωρινή στομία συζητούν με το θεράποντα για το διάστημα που θα απέχουν από την εργασία τους . Ασθενείς με μόνιμη στομία μπορούν να επιστρέψουν χωρίς φόβο στην δουλειά τους και να αντικρίσουν τους συναδέλφους με τους οποίους μπορούν να συζητούν το πρόβλημά τους μέχρι του σημείου που δεν τους προκαλεί ψυχική δυσφορία .

Άσκηση : Η κολοστομία δεν αποτελεί εμπόδιο για καμία άσκηση ή άθλημα . Η κολύμβηση , το βάδισμα και η ποδηλασία θεωρούνται απαραίτητα αθλήματα . Βοηθούν στο να αισθάνεται ο ασθενής ευεξία , ενώ βοηθούν και στην κατά το δυνατόν φυσιολογική λειτουργία του εντέρου

Οικογένεια : Η συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα του ασθενούς με στομία στο κοινωνικό σύνολο είναι πολύ σημαντική , εφόσον είναι επιθυμητή από τον ή την σύζυγο ή τον πλησιέστερο συγγενή . Με τον τρόπο αυτό θα πληροφορηθούν και εκείνοι για τις επιπτώσεις της στομίας , πράγμα που θα τους κάνει να δείξουν την ανάλογη υποστήριξη και κατανόηση που τόσο έχουν ανάγκη οι συγγενείς.(Hall Feldt 2000)

8.4 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΙΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο ασθενής μεταφέρεται στο δωμάτιο ανάνηψης που αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου . Βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται από ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές και άλλο προσωπικό . Εδώ οι άρρωστοι βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση . Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται . Τα απαραίτητα μηχανήματα , συσκευές , εργαλεία, διαλύματα και φάρμακα καθώς και οι δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακού μασάζ και βρογχοσκόπησης είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή . Ο άρρωστος παραμένει στο δωμάτιο ανάνηψης μέχρι ότου ανανήψει δηλαδή αντιδράσει από το αναισθητικό και η θερμοκρασία , πίεση και αναπνοές του σταθεροποιηθούν μετά την χειρουργική επέμβαση .

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου είναι :

1. Διατήρηση του αρρώστου σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι
2. Λήψη αμέσως και σε τακτά χρονικά διαστήματα κατόπιν, των ζωτικών σημείων . Επίσης παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου
3. Σύνδεση σωλήνων παροχέτευσης με φιάλες και παρακολούθηση της λειτουργίας τους
4. Εκτέλεση των οδηγιών μιας φοράς
5. Παρακολούθηση των γαζών του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας
6. Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του αρρώστου
7. Τήρηση του δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών . Εξετίας του μετεγχειρτικού στρές ο όγκος των ούρων ανεξάρτητα από την ποσότητα των υγρών που χορηγούνται στον άρρωστο είναι μικρός . Τις πρώτες μετεγχειρτικές μέρες τα ούρα του 24ώρου μπορεί να είναι μόνο 600-700 ml και σε ψυλό ειδικό βάρος .

Ο νοσηλευτής κατά την αλλαγή τραυμάτων :

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθάει τον γιατρό κατά την αλλαγή τραυμάτων για τους ακόλουθους λόγους :

1. Η ομάδα ως σύνολο δίδει στον άρρωστο πιο επιμελή φροντίδα.
2. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί την κατάσταση του αρρώστου και έτσι μπορεί να του δώσει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα .
3. Φροντίζει για την προμήθεια επιδεσμικού υλικού , ανάλογα με τις ανάγκες και για την απομάκρυνση του μολυσμένου υλικού.
4. Αναλαμβάνει την εκτέλεση των αλλαγών αφού ο γιατρός κάνει τις πρώτες.

5. Καταγράφει στο δελτίο παρακολούθησης του αρρώστου την κατάσταση του τραύματος και του επιδεσμικού υλικού .

Μετεγχειριτικές δυσχέρειες

Πόνος: Πρώιμη μετεγχειριτική δυσχέρεια . Μπορεί να ξεκινά από το δέρμα , μυς, τένοντες, οστά, περιτόναιο ή σπλάχνα και ο νοσηλευτής οφείλει να εντοπίζει τον πόνο και που οφείλεται αυτός , να διαπιστώνει αν είναι συνεχείς ή διαλείπων , αμβλύς ή οξύς , αν ακτινοβολεί και προς τα πού , αν έχει σχέσει με την αναπνοή , αν επιδεινώνεται την νύχτα και να καταγράφει της διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στον χειρουργό και στον αναισθησιολόγο.

Εμετός: Αιτίες αυτής της δυσχέρειας είναι η χορήγηση αιθέρα, η συλλογή στο στομάχι υγρών ή η λύση από το στόμα υγρών ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περίστασης του γαστρεντερικού σωλήνα . Σήμερα έχει ελαττωθεί η εμφάνιση του λόγω νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων . Καθήκον του νοσηλευτή είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμετού . Ο μετεγχειριτικός εμετός διακρίνεται σε εμετό κατά την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού , στον εμετό που διαρκεί κατά την πρώτη μετεγχειριτική μέρα και νύχτα και στον εμετό που συνεχίζεται.

Ανησυχία-δυσφορία: Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι : βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος, επίσχεση ούρων, μετεωρισμός και λόξιγκας , αυπνία. Ο νοσηλευτής οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο , να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου του κάνει ελαφρά εντριβή ειδικά στην ράχη και τον αυχένα , αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα. Του δίνει ζεστό κακάο αν αυτό τον βοηθάει να κοιμηθεί.

Δίψα : Η δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρικά και στην μεγάλη απώλεια ποσότητας υγρών κατά την διάρκεια της εγχείρησης. Απαγορεύεται η χορήγηση νερού επί 24 ώρες ή και περισσότερο . Τολίπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας βοηθούν στην διάλυση της βλέννης του στόματος .

Διάταση του εντέρου: Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια . Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περίσταλη για 24-48 ώρες . Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση . Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός ακόμα βοηθά και η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι.

Διάταση κύστης : Η κατακράτηση ούρων μπορεί να παρατηρηθεί μετά από κάθε επέμβαση συχνότερα όμως παρατηρήται μετά από επεμβάσεις του ορθού , πρωκτού,

κόλπου, κήλης και επεμβάσεων στο επιγάστριο . Οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα . Χρησιμοποιούνται όλα τα συντηρητικά μέτρα αν όμως αποτύχουν καταφεύγουμε στον καθετηριασμό .

Δυσκοιλιότητα: Αίτια μετεγχειριτικής δυσκοιλιότητας είναι ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά την διάρκεια της εγχείρησης , τοπική φλεγμονή , περιτονίτιδα και τοπικό απόστημα . Αντιμετωπίζεται με έγκαιρη έγερση του ασθενή από το κρεβάτι , το είδος της διαίτας , η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλυσμοί.(Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία 2013)

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

1. Μετεγχειρητικά προβλήματα ισορροπίας νερού , ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας: Περίσσια νερού, αναπνευστική οξέωση κ.α
2. Μετεγχειρητικές επιπλοκές από το κυκλοφορικό : Shock-ολιγαιμικό, καρδιογενές, σηπτικό, αναφυλακτικό, νευρογενές.(Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία 2013)

8.5 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι βιολογικοί παράγοντες είναι ουσίες οι οποίες παράγονται φυσιολογικά στον οργανισμό μας αλλά για την θεραπεία των φλεγμονώδων νόσων του εντέρου παράγονται με βιομηχανικό τρόπο και χορηγούνται υπό μορφή ορού ή ενέσεων στους ασθενείς που τους χρειάζονται. Η χρήση των βιολογικών παραγόντων σηματοδότησε μια πραγματική επανάσταση στον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης των φλεγμονώδων νόσων του εντέρου και βελτίωσε σημαντικά τον τρόπο ζωής των ασθενών . Τέτοια φάρμακα είναι Infliximab, adalimumab, certolizumab pegol και αποτελούν σημαντική θεραπευτική μέθοδο για την εντερική και πρωκτική νόσο αλλά και τις εξωεντερικές εκδηλώσεις . Ο μηχανισμός δράσης των βιολογικών θεραπειών δεν έχει σαφώς διευκρινιστεί όμως στοχεύει στον παράγοντα νέκρωσης των όγκων και την γενικότερη φλεγμονώδη διεργασία .Πριν την έναρξη αυτών των θεραπειών θα πρέπει να γίνει πολύ προσεκτικός έλεγχος για φυματίωση , καρδιακή ανεπάρκεια και ύπαρξη ειδικών λοιμώξεων . Η χορήγηση των θεραπευτικών αυτών μεθόδων δεν πρέπει να γίνεται σε ασθενείς με φυματίωση και λοιμώξεις γιατί μπορεί να προκληθούν σοβαρά προβλήματα και πρέπει να

διακόπτεται η χορήγηση τους . Θα πρέπει να χορηγούνται σε ειδικά κέντρα και από εκπαιδευμένους γιατρούς καθώς είναι συχνή η ανάγκη τροποποίησης της δόσης τους ή του τρόπου χορήγησης . (Καστάνος Χ. Κωσταντίνος, Τσιάνος Β. Επαμεινώντας 2016)

8.6 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Προβιοτικά . Ο ρόλος των προβιοτικών στη διατήρηση καλής υγείας και στην θεραπεία πολλών νοσηρών καταστάσεων του πεπτικού σωλήνα άρχισε να διερευνάται τα τελευταία χρόνια . Τα προβιοτικά είναι ζώντες μικροοργανισμοί προσλαμβανόμενοι από του στόματος και οι οποίοι προάγουν την υγεία μέσω ποικίλων δράσεων στη διατροφική αλυσίδα καθώς και μέσω βελτίωσης της μικροβιακής ισορροπίας του πεπτικού σωλήνα. Πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν την άποψη ότι τα προβιοτικά παίζουν σημαντικό θεραπευτικό ρόλο τόσο στην έναρξη όσο και στην διαίωνιση της χρόνιας ιδιοπαθούς νόσου του εντέρου . Υπάρχουν πολλές μελέτες που δείχνουν ότι τα προβιοτικά προλαμβάνουν και θεραπεύουν πολλές λοιμώδεις εντερίτιδες και βοηθούν αποτελεσματικά στην θεραπεία της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου . Όσον αφορά την ελκώδη κολίτιδα τα μέχρι τώρα κλινικά δεδομένα δείχνουν ότι τα προβιοτικά δρουν ευνοϊκά στην θεραπεία της νόσου . Η προσδοκία για ευρεία και αποτελεσματική χρησιμοποίηση των προβιοτικών στην θεραπεία των ιδιοπαθών φλεγμονώδων νόσων του εντέρου δεν θα πραγματοποιηθεί πριν αποσαφηνισθεί ο ακριβής ρόλος της εντερικής χλωρίδας και οι μηχανισμοί δράσεως των προβιοτικών . Οι δυσκολίες που παρουσιάζει η καλλιέργεια των μικροβίων της εντερικής χλωρίδας φαίνεται ότι παρακάπτονται επιτυχώς με την χρήση μοριακών τεχνικών , που μελετούν τα γονίδια του RNA . Με αυτόν τον τρόπο γίνεται δυνατή η αναγνώριση της πλειονότητας των μελών της εντερικής χλωρίδος και ο καθορισμός των κυριαρχούντων μικροβιακών πλυθησμών . Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής υποστηρίζουν ότι προβιοτικά που περιέχουν bifidobacteria πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά προτίμηση στη θεραπεία της νόσου του Crohn .(Podolsky 2012)

Αναστολείς μεταβολιτών του οξυγόνου . Οι ρίζες οξυγόνου εκκλύονται από τα ενεργοποιημένα μακροφάγα και ουδετερόφιλα και ασκούν εξαιρετικά έντονη κυτταροτοξική δράση . Μελέτες in vitro δείχνουν ότι το 5-αμινοσαλικυλικό οξύ έχει ισχυρή εξουδετερωτική δράση εναντίον των ελεύθερων ριζών οξυγόνου.

Μαστοκύτταρα. Θεωρητικώς τα μαστοκύτταρα αναμένεται να συμμετέχουν στη φλεγμονή των ιδιοπαθών φλεγμονώδων νόσων του εντέρου λόγω της παραγωγής

μεγάλων ποσοτήτων αγγειοκινητικών αμινών και άλλων δραστικών ουσιών . Εντούτοις , η χρησιμοποίηση χρωμογλυκονικού νατρίου που σταθεροποιεί τη μεμβράνη των μαστοκυττάρων δεν απέδωσε στη θεραπεία των ιδιοπαθών φλεγμονώδων νόσων του εντέρου . Ίσως η αποτυχία αυτή να οφείλεται στις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των μαστοκυττάρων του εντέρου και των μαστοκυττάρων του αίματος

Αναστολείς της λυποοξυγονάσης (ιχθυέλαια) Πολυακόρεστα ω-3 λιπαρά οξέα (εικοσιπεντανοειδή) (EPA) . Τα EPA δρουν αναστέλοντας την δράση των ενζύμων που οδηγούν στη σύνθεση της λευκοτριένης B₄. Σε δόση 2,7 g ημερησίως επί 8 εβδομάδες προκάλεσαν μερική ύφεση και ελάττωση των αναγκών για χορήγηση κορτικοειδών σε 7 από 10 περιπτώσεις με ελκώδη κολίτιδα μέσης βαρύτητας , ανθεκτικής στην θεραπεία με κορτικοειδή και μεσαλαζίνη . Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαιώθηκαν και από τους Stenson και συν το 1992 .Οι Aslan και Τριανταφυλλόπουλος την ίδια χρονιά διαπίστωσαν ύφεση στο 53% των περιπτώσεων με ανθεκτική κολίτιδα μετά από θεραπεία με ω-3 λιπαρά οξέα έναντι μόνο 4% της ομάδος των μαρτύρων . Επίσης σημαντική ελάττωση του ρυθμού υποτροπής σε μετεγχειρητική νόσο του Crohn διαπιστώθηκε σε παρακολούθηση ενός έτους σε ασθενείς σε σύγκριση χορήγησης ιχθυελαίων και Placebo.

Τοπική εφαρμογή Lidocaine. Οι Bjorck και συν χορήγησαν υποκλυσμούς lidocaine 400mg σε ειδική γέλη σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ή χρησιμοποίησαν διάλυμα lidocaine 2% σε ορθίτιδες . Η επιδίωξη της θεραπείας ήταν η αναστολή της λειτουργίας του νευρικού ιστού του βλεννογόνου εν όψει της γνωστής επιδράσεως του νευρικού συστήματος στα κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος του εντέρου . Σε μεγάλο ποσοστό ασθενών παρατηρήθηκε ύφεση της νόσου . Δείκτης της δραστηριότητας της θεραπείας ήταν η εξαφάνιση των T λεμφοκυττάρων από το βλεννογόνο .

Απομάκρυνση T-κυττάρων . Η απομάκρυνση των T-κυττάρων από την κυκλοφορία του αίματος είναι προφανώς αποτελεσματική θεραπεία της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου αλλά πολύ δαπανηρή. Έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως στην Ιαπωνία ενώ αρχίζει να εφαρμόζεται και στην Γερμανία και σε ελάχιστες άλλες ευρωπαϊκές χώρες . Τα αποτελέσματα των Ιαπώνων ερευνητών από την εφαρμογή της απομάκρυνσης T-κυττάρων σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου δείχνουν ευνοϊκή επίδραση στην ελκώδη κολίτιδα.

Λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου(SCFA). Είναι γνωστό ότι τα λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου αποτελούν την κυριότερη πηγή ενέργειας για τα κύτταρα του βλεννογόνου

του παχέως εντέρου . Στην ελκώδη κολίτιδα παρατηρείται αδυναμία του βλεννογόνου να χρησιμοποιήσει τα SCFA και ιδίως το βουτυρικό οξύ . Σε πειραματική εργασία σε κουνέλια αποδείχθηκε ότι τα SCFA διεγείρουν την έκκριση του πεπτιδίου YY που ελλατώνει την έκκριση ύδατος και νατρίου από το βλεννογόνο του εντέρου . Χορήγηση υποκλυσμού λιπαρών οξέων βραχείας αλύσου σε ασθενής με κολίτιδα του περιφερικού τμήματος του παχέος εντέρου προκαλεί εντυπωσιακή ύφεση της φλεγμονής συγκρίσιμη με τα αποτελέσματα θεραπείας με κορτικοειδή ή μεσαλαζίνη . Τα λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου αποτελούν τρόπο θεραπείας της ελκώδους κολίτιδας ο οποίος αν και δεν έχει μελετηθεί σε μεγάλο αριθμό ασθενών εν τούτοις αποτελούν χημικές ουσίες αρκετά υποσχόμενες στην αντιμετώπιση των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα .

Σωματοστατίνη . Σε μικρό αριθμό περιπτώσεων με νόσο του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα με επίμονη διάρροια από ειλεοστομία , η χορήγηση σωματοστατίνης έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα για το διάστημα της χορήγησης

Νικοτίνη. Η διαπίστωση ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν μικρότερη συχνότητα ελκώδους κολίτιδας οδήγησε στην εμπειρική χρησιμοποίηση νικοτίνης με την μορφή τσίγλας ή δερματικών επιθεμάτων με ικανοποιητικά κατ'αρχήν αποτελέσματα

Ηπαρίνη. Η χορήγηση ηπαρίνης σε σοβαρή παρόξυνση ελκώδους κολίτιδας ξεκίνησε από την παρατήρηση ότι ασθενής ο οποίος είχε παρουσιάσει εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και ο οποίος ελάμβανε θεραπευτικά ηπαρίνη παρουσίασε ύφεση της ελκώδους κολίτιδας . Οι γλυκοζαμινογλυκάνες που αποτελούν την χημική δομή της ηπαρίνης παρουσιάζουν πολλές βιολογικές δράσεις , όπως αντιφλεγμονώδη καθώς και ενίσχυση της δράσεως διαφόρων αυξητικών παραγόντων.(Seksik 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι περισσότεροι ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου αντιμετωπίζουν με φαρμακα όπως είπαμε και παραπάνω καθώς επίσης και με διατροφικές αλλαγές και μείωση του στρες . Ενώ η χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιείται ως τελευταία επιλογή .

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την προετοιμασία του ασθενούς για τις διαγνωστικές εξετάσεις , την χορήγηση των φαρμάκων , την εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή και την μείωση του στρες , την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων και την φροντίδα του ασθενούς μετά την χειρουργική επέμβαση .

Οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με νόσο του Crohn έχουν έλλειψη ενέργειας , απώλεια του έλεγχου του σώματος , έχουν ψυχολογικά με την εικόνα του σώματος τους λόγο του ότι καταστρέφεται με την θεραπεία και ιδιαίτερα με την χειρουργική θεραπεία , έχουν φόβο ο οποίος σχετίζεται με τα συμπτώματα της νόσου έχουν και αίσθημα ότι επιβαρύνουν τους άλλους λόγω έληψης ανεξαρτησίας . Για αυτούς τους λόγους οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να στηρίζουν τους ασθενείς αυτούς και ψυχολογικά αλλά και ηθικά αλλά και να κατανοούν διάφορες συμπεριφορές των ασθενών αυτών προς τους επαγγελματίες υγείας αλλά και προς τις οικογένειες των ασθενών οι οποίες θα πρέπει να ενημερώνονται από τους ειδικούς ώστε να γνωρίζουν περι τίνος πρόκειται και να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις ενός τέτοιου ασθενούς . (Gouslandi at el 2011)

Νοσηλευτικά μέτρα για αντιμετώπιση ανομαλιών της απεκκριτικής λειτουργίας του εντερικού σωλήνα

Καθώς και στην νόσο του Crohn και στην ελκώδη κολίτιδα υπάρχουν ανομαλίες σχετικά με την απέκκριση καθώς υπάρχει σε αρκετές περιπτώσεις δυσκοιλιότητα και διάρροια για αυτό το λόγο θα πρέπει ο/η νοσηλευτής/τρια να εξηγεί και να τονίζει την σπουδαιότητα της φυσιολογικής λειτουργίας των απεκκριτικών οργάνων .

Δυσκοιλιότητα : Σε αυτήν η κένωση είναι στεγνή , σκληρή και με ακανόνιστο σχήμα. Ένα άτομο μπορεί να χαρακτηρίζεται ως δυσκοίλιο και να έχει μια κένωση την ημέρα ή 4 κενώσεις την εβδομάδα

Διάρροια :υδαρείς , ασχημάτιστες κενώσεις που εμφανίζονται σε συχνά χρονικά διαστήματα . Η διάρροια λητουργεί συχνά σαν προστατευτικός μηχανισμός του οργανισμού για να τον απαλλάξει από ερεθιστικές ή τοξικές ουσίες

Τα νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση ανωμαλιών που έχουν σχέση με την εκκένωση του εντέρου είναι :

Εφαρμογή υποθέτου : Είναι στερεά ουσία μικρού μεγέθους ειδικά κατασκευασμένη για να εισχωρεί στο απευθυσμένο . Κατασκευάζεται από γλυκερίνη ή βούτυρο του κακάου και μέσα αναμειγνύονται φάρμακα όπως καθαρτικά αναλγητικά και άλλα . Τα υποθέτα βοηθούν στην δημιουργία φυσιολογικής κένωσης με το να μαλακώνουν το περιεχόμενο του εντέρου και διευκολύνεται η αποβολή των κοπράνων , αυξάνει τις περισταλτικές κινήσεις με την επίδραση φαρμάκων στις απολήξεις των νεύρων και προκαλούν διάταση του εντέρου με την ελευθέρωση διοξυδίου του άνθρακα κατά την θέρμανση και υγροποίηση του καθώς έτσι ερεθίζονται οι κινητικές νευρικές ίνες του βλεννογόνου και προκαλείται περιστροφή και στην συνέχεια κένωση . Τοποθετείται 30 λεπτά πριν το γεύμα . Διατηρούντε στο ψυγείο και τοποθετείται από άντρα νοσηλεύτη στους άντρες και από γυναίκα νοσηλεύτρια σε γυναίκες . Αν ο ασθενής μπορεί να το κάνει μόνος του τον ενθαρρύνουμε να το κάνει οφού πρώτα ο νοσηλεύτης του εξηγήσει την διαδικασία και τον τρόπο της εφαρμογής του . Βλέπουμε αποτελέσματα μετά από 15-30 λεπτά από την εφαρμογή του .

Εφαρμογή σωλήνα αερίων : Κατά την εφαρμογή σωλήνα αερίων τοποθετείται σωλήνας από ελαστικό κόμμι ή συνθετική ύλη μέσα στο απευθυσμένο . Ο σωλήνας αυτός είναι μήκος από 5-10 εκ. . Δεν πρέπει να παραμένει μέσα στο απευθυσμένο για παραπάνω από 20-30 λεπτά αλλά μπορεί να επαναλυφθεί η διαδικασία μετά από 2-3 ώρες

Υποκλυσμοί: Υποκλυσμός είναι η εισαγωγή υγρού μέσα στο ορθό . Υπάρχουν πολλά είδη υποκλυσμού ανάλογα με το είδος του εισαγόμενου υγρού και τον σκοπό για τον οποίο γίνονται οι υποκλυσμοί διαιρούνται σε:καθαρτικούς υποκλυσμούς, φαρμακευτικούς υποκλυσμούς, υπερτονικούς υποκλυσμούς, θρεπτικούς υποκλυσμούς. Ανάλογα με την χρησιμοποιημένη ποσότητα του υγρού διαιρούνται σε : μεγάλους υποκλυσμούς και μικρούς υποκλυσμούς και ανάλογα με την θερμοκρασία του χρησιμοποιούμενου υγρού διαιρούνται σε: ψυχρούς υποκλυσμούς, χλιαρούς υποκλυσμούς και θερμούς ή πολύ θερμούς υποκλυσμούς.

Για όλλα αυτά η νοσηλευτές θα πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενεις και να ακούν τις απορίες και τους προβληματισμούς των ασθενών και να βοηθάνε στην αντιμετώπιση τους.(Μαλγαρινού Μ.Α , Κωσταντινίδου Σ.Φ 2010)

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για μείωση της αβεβαιότητας και του στρές

Ο προσωπικός έλεγχος έχει θεωρηθεί παράγοντας που τροποποιεί τις αντιδράσεις σε στρεσογόνες εμπειρίες . Εχουν γίνει πολλές ερευνητικές μελέτες που αφορούν νοσηλευτικές παρεμβάσεις οι οποίες περιλαμβάνουν διάφορα μέσα για εξάσκηση προσωπικού ελέγχου από τον άρρωστο σε μετεγχειρητικά του βιώματα . Μια τέτοια νοσηλευτική παρέμβαση είναι η ενίσχυση των ικανοτήτων του αρρώστου να προβλέπει τις εμπειρίες με παροχή περιγραφής των επικείμενων εμπειριών (Καυγά-Παλτόγλου Άννα 2010)

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην διάγνωση

Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στην διάγνωση των φλεγμονώδων νόσων του παχέος εντέρου με διάφορους τρόπους αλλά οι πιο σημαντικοί από αυτούς είναι :

1. Η καταγραφή της ποσότητας , της συχνότητας και του χρώματος των κενώσεων και καταγραφή της απώλειας υγρών καθώς οι διαρροϊκές κενώσεις αποτελούν απώλεια υγρών και η βαρύτητα τους αποτελεί ένδειξη της σοβαρότητας της νόσου .
2. Παρατηρεί για μικροσκοπική αιμορραγία στα κόπρανα το οποίο πρέπει να αναφέρει στον γιατρό διότι μπορεί να είναι και σημάδι για επείγουσα χειρουργική επέμβαση .
3. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενή καθώς η ταχυκαρδία μπορεί να υποδειλώνει μείωση του όγκου των υγρών.
4. Μετράει και καταγράφει καθημερινά το σωματικό βάρος.
5. Αξιολογεί τις ανάγκες του ασθενή για τυχόν παθολογικά εβρήματα δηλαδή δίψα , λίθαργος κ.α.
6. Παρατηρεί το δέρμα του ασθενή για αφηδάτωση.
7. Εξετάζει την περιπρωκτική περιοχή για τυχόν ερεθισμό ή εξελκώσεις του δέρματος λόγω της διάρροιας .(Lemone & Bruke 2006).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία

Ο νοσηλευτής που θα ασχοληθεί με την θεραπεία των συγκεκριμένων νόσος θα πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τα συγκεκριμένα φάρμακα καθώς και να γνωρίζει πολύ καλά τις παρενέργειες που μπορεί να επιφέρουν τα συγκεκριμένα φάρμακα

στον ασθενή καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης τους . Επίσης πρέπει να είναι σε θέση να εκτιμά και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα θρέψης. Τέλος ο νοσηλευτής καλήται να ανταπεξέλθει στην κακή ψυχολογία του ασθενή καθώς και των συγγενών του λόγω του ότι ο ασθενής έχει αβεβαιότητα για το μέλλον του για αυτό τον λόγο θα πρέπει ο νοσηλευτής σε συνεργασία με τον ψυχολόγο να αντιμετωπίσουν αυτό το πρόβλημα και να στηρίξουν τον ασθενή στο μέλλον . (Osborn et al. 2013).

9.2 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ , ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Όλα τα φάρμακα θεωρητικά μπορούν να επιδράσουν στην γονιμότητα – εγκυμοσύνη των ασθενών όμως θα πρέπει να παρουσιάσουμε στους ασθενείς αναλυτικά τους κινδύνους και να τους αντισταθμίσουμε σε σχέση με την επιθυμία για τεκνοποίηση. Η μεθοτρεξάτη θα πρέπει να διακόπτεται ενώ για την AZA και το Infliximab η ασφάλεια κατά την εγκυμοσύνη έχει αναφερθεί ικανοποιητική .Τα περισσότερα φάρμακα μπορούν να συνεχιστούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συμπεριλαμβανομένης και της κορτιζόνης .Η αζαθειοπρίνη παρόλο που έχει ενοχοποιηθεί για διαταραχές εμβρύων σε πειραματόζωα δεν υπάρχουν παρόμοιες περιπτώσεις ή παρενέργειες σε γυναίκες που την έπερναν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης . Φυσικά η διακοπή της πριν την προγραμματισμένη εγκυμοσύνη θα πρέπει να γίνεται μετά από επιθυμία της ασθενούς και συζήτηση με τον θεράποντα ιατρό και αφού ληφθεί σοβαρά υπόψη η πιθανότητα μελλοντικής υποτροπής μετά την διακοπή του φαρμάκου. Οι περισσότερες γυναίκες με ελκώδη κολίτιδα μπορούν να γίνουν μητέρες χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα. Σε γενικές γραμμές η γονιμότητα τους δεν διαφέρει από τις άλλες υγιείς γυναίκες . Μειωμένη γονιμότητα έχει παρατηρηθεί μόνο σε γυναίκες με ελκώδη κολίτιδα που βρίσκονται σε φάση έξαρσης της νόσου .Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρχει σωστός οικογενειακός προγραμματισμός και να αποφεύγεται η εγκυμοσύνη όταν υπάρχει ενεργός νόσος με συμπτώματα . Είναι φυσικό ότι κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η γυναίκα θα πρέπει να προσέχει ιδιαίτερα την διατροφή της και την θρέψη της και να παίρνει σίδηρο και βιταμίνες . (Καστάνος Χ. Κωσταντίνος, Τσίανος Β. Επαμεινώντας 2016)

Η ΣΥΝΤΑΓΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΙΦΝΕ.

Για να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια από την χρήση των παραδοσιακών θεραπειών αλλά και των βιολογικών παραγόντων επιβάλεται τούτη να γίνεται μόνο από ιατρούς οι οποίοι ασχολούνται συστηματικά με την πάθηση και οι οποίοι έχουν την θεωρητική γνώση και την κλινική εμπειρία όλου του φάσματος των θεραπευτικών επιλογών . Μέγιστη σημασία έχει η απόλυτη και αμοιβαία εμπιστοσύνη και συνεργασία με τον ασθενή αφού προηγηθεί κατάλληλη και πλήρης ενημέρωση.(Καστάνος Χ. Κωσταντίνος , Τσίανος Β. Επαμεινώντας 2016)

9.3 ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Θα πρέπει να ακολουθούν πιστά τις οδηγίες του γιατρού τους και να τον επισκέπτονται τακτικά ακόμα και τις περιόδους που η νόσος τους είναι σε πλήρη ύφεση και αν αιστανθούν κάτι ασυνήθιστο να τον επισκευτούν αμέσως.

Δεν επιτρέπεται να κάνουν τον γιατρό στον εαυτό τους προσθέτοντας φάρμακα και δεν πρέπει να αυξάνουν ή να μειώνουν την δόση των φαρμάκων μόνοι τους .

Θα πρέπει να μάθουν να ξεχωρίζουν τα σημάδια έξαρσης της νόσου μόνοι τους . Αλλαγές στην συχνότητα και στην σύνθεση των κοπράνων , βλεννοαιματηρές κενώσεις , κοιλιακός πόνος , καταβολή , πυρετός , ανορεξία και απώλεια βάρους μπορεί να είναι συμπτώματα που συνηγορούν για έξαρση . Επίσης πόνοι στις αθρώσεις , φλεγμονή των ματιών , εξανθήματα , οσφυαλία και κολλικοί των νεφρών ή χοληφόρων . Είναι σημάδια τα οποία πρέπει όπως δίποτε να επισκευτούν τον γιατρό τους λόγω του ότι μπορεί να μην οφείλεται στην παρουσία φλεγμονώδους νόσου του εντέρου .

Θα πρέπει να είναι αισιόδοξος . Έχοντας φλεγμονώδη νόσο εντέρου μπορεί να ζήσει μια απολύτως φυσιολογική ζωή , να ικανοποιεί τις επιθυμίες του και να πετύχει όλους τους στόχους του.(Μπολάνης Κ. Ιωάννης 2005)

9.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟ CROHN

Η νόσος επηρεάζει δυσμενώς την κοινωνική δραστηριότητα σε άλλοτε άλλο βαθμό σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς .Με 1 στους 5 να χαρακτηρίζει το πρόβλημα έντονο . Η επίδραση είναι πιο έντονη σε ασθενείς με νόσο του Crohn σε σχέση με την ελκώδη κολίτιδα . 6 στους 10 ασθενείς αισθάνονται θλίψη ή απογοήτευση λόγω της νόσου τους με το πρόβλημα να είναι πιο έντονο στους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί πρόσφατα . Ομοίως περισσότεροι από 6 στους 10 αναφέρουν αίσθημα ψυχικής έντασης ως αποτέλεσμα της νόσου . 1 στους 4 ασθενείς μπορεί να αιστανθούν μέχρι και θυμό λόγο των προβλημάτων των σχετικών με την νόσο με τις γυναίκες και τους νέους να το εκφράζουν εντονότερα .

9.5 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Είναι αξιοσημείωτο ότι 3 στους 10 ασθενείς δεν ενημερώνονται για θέματα σχετικά με την ασθένεια και τις διαθέσιμες θεραπείες. Το μεγαλύτερο ποσοστό όσων ενημερώνονται λαμβάνουν την πληροφόρηση από τον θεράποντα ιατρό ενώ χαρακτηριστικό είναι ότι το διαδίκτιο κερδίζει έδαφος ως πηγή πληροφόρησης . 1 στους 4 ασθενείς φέρεται ότι δεν έχει ενεργό ρόλο στην λήψη θεραπευτικών αποφάσεων αφού αναφέρει ότι δεν προηγείται συζήτηση με τον γιατρό του σε σχέση με τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές . Περίπου οι μισοί ασθενείς δεν είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που έχουν σχετικά με την νόσο και τις επιπτώσεις της στην ζωή τους . Η πλειονότητα των ασθενών εκφράζει την ανάγκη για περισσότερη ενημέρωση σχετικά με τις επιπλοκές της νόσου συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου και των ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής θεραπείας . Μεγαλύτερο ενδιαφέρον για πιθανές παρενέργειες από τα φάρμακα έχουν τα άτομα μεταξύ 30-39 ετών και οι πάσχοντες από νόσο του Crohn . 4 στους 10 ασθενείς θεωρούν ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες που τους παρέχονται από το σύστημα υγείας δεν είναι ικανοποιητικές . Οι περισσότεροι ασθενείς πιστεύουν ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες που τους προσφέρονται θα βελτιωνόταν με την ύπαρξη περισσότερων εξειδικευμένων γαστρεντερολόγων στις φλεγμονώδης νόσους του εντέρου και την λειτουργία περισσότερων εξωτερικών

ιατρείων για φλεγμονώδη νόσους εντέρου . Επίσης άλλο ένα συμαντικό πρόβλημα που καταγράφεται είναι η έλλειψη και άλλων εξειδικευμένων επιστημόνων απαραίτητων για την υποστήριξη των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου όπως διαιτολόγοι και ψυχολόγοι . (Παπαδάκης Γ. 2011)

9.6 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

4 στους 10 ασθενείς αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα στην εκπλήρωση των επαγγελματικών τους υποχρεώσεων λόγω της νόσου . Οι νέοι 18-39 και οι ενήλικες 40-49 ετών φέρεται να επηρεάζονται σε εντονότερο βαθμό . Πάνω από 1 στους 2 ασθενείς αναγκάζεται να απουσιάζει από μια έως και πάνω από 20 ημέρες τον χρόνο από την εργασία του είτε λόγω των προβλημάτων από την νόσο είτε λόγω του χρόνου που πρέπει να αφιερωθεί στην παρακολούθηση και την θεραπεία του . Ο 1 στους 3 ασθενείς δεν έχει αποκαλύψει σε κανέναν στο εργασιακό περιβάλλον την ύπαρξη της νόσου αφού το θεωρεί προσωπικό δεδομένο ή φοβάται ότι θα έχει επιπτώσεις στην επαγγελματική του ζωή . Επίσης 3 στους 10 ασθενείς αναφέρουν ότι δεν έχουν την επιθυμητή υποστήριξη από το εργασιακό τους περιβάλλον όταν είναι γνωστό το πρόβλημα υγείας και δεν έχουν την κατάλληλη διευκόλυνση από τους εργοδότες τους για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τα οποία προκύπτουν από την νόσο τους . Τέλος λιγότεροι από 4 στους 10 ασθενείς αναφέρουν ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για την επαγγελματική τους ζωή και τους υποστηρίζει ώστε να συνεχίζουν να εργάζονται.

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN

Η πλειονότητα των ασθενών πιστεύει ότι θα βοηθούσαν στην καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου τους η υποστήριξη από ειδικούς διαιτολόγους και ψυχολόγους , η καλύτερη ενημέρωση τους σχετικά με τα δικαιώματά τους και η συμμετοχή του σε σύλλογο ασθενών .

Η στήριξη από οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον είναι ικανοποιητική για την μεγάλη πλειονότητα των ασθενών , χωρίς την οποία θα ήταν δύσκολο να ανταπεξέλθουν στα προβλήματα της νόσου . Αυτός είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγωντας για τους εφίβους και για τους νέους μέχρι 29 ετών .(Μπολάκης Κ. Ιωάννης 2005)

9.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Οι άρρωστοι δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ψυχικά ασθενείς αλλά ως άτομα που πάσχουν από μια σοβαρή σωματική νόσο που προκαλεί ψυχική κατάπτωση και δυσκολίες στην προσαρμογή . Ο στόχος είναι να βοηθηθούν οι ασθενείς ώστε να αποφεύγουν ψυχοπιεστικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος , να προσαρμοστούν στην πραγματικότητα της νόσου , να διατηρήσουν θετική άποψη για τον εαυτό τους , ψυχική ισορροπία και ικανοποιητικές σχέσεις με το περιβάλλον. Οι ασθενείς πρέπει να υποστηριχθούν ψυχικά για να πεισθούν ότι δεν είναι τελείως αβοήθητοι στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους αλλά εκ των πραγμάτων πρέπει να δεχθούν ότι όταν κανείς πάσχει από μια χρόνια πάθηση άγνωστης αιτιολογίας είναι λογικό να φροντίζει ο ίδιος τον εαυτό του και να παίρνει όλα τα μέτρα που υποδεικνύουν οι θεράποντες . Η αλληλεπίδραση μεταξύ σωματικών προβλημάτων και ψυχικής καταστάσεως είναι ιδιαίτερος σημαντική σε 6 περιπτώσεις : 1) στην αντιμετώπιση του stress 2) επίπεδο δραστηριότητας 3) διατροφή 4) ψυχολογική ευεξία 5) διαπροσωπικές σχέσεις 6) σκοπός και στόχοι στη ζωή . Για όλα αυτά τα επιμέρους προβλήματα χρειάζεται συνεχής επαγρύπνηση γιατρού και οικογενειακού περιβάλλοντος . Υπάρχουν ειδικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του stress που ίσως πρέπει να διδαχθεί ο ασθενής . Επίσης , ορισμένοι ειδικοί με επίδοση σε αυτά τα ζητήματα μπορεί να χρειαστεί να εκπαιδεύσουν τον άρρωστο για τον καλύτερο χειρισμό προβλημάτων σχέσεων με το περιβάλλον του . Ο στόχος της ψυχολογικής υποστηρίξεως είναι να γίνει ο ασθενής ικανός όχι μόνο να προσαρμοσθεί στο πρόβλημα του αλλά να εκτιμήσει και τις θετικές πλευρές που έχει ακόμα και η χειρότερη κακοτυχία ώστε ει δυνατόν να αντλήσει διδάγματα που θα ευρύνουν την προσωπικότητα του και τη φυλοσοφική του τοποθέτηση στη ζωή . Είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται η ψυχοθεραπευτική μέθοδος παρά η φαρμακευτική αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων . Ειδικώς για την νόσο του Crohn πρέπει να υπογραμμισθεί ότι σε μεγάλο ποσοστό ασθενών παρατηρείται καταθληπτική συνδρομή η οποία μεταξύ άλλων παρεμποδίζει την εφαρμογή της συμβατικής αγωγής και των χειρισμό ενισχύσεως της διατροφής σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να δοκιμάζεται αγωγή με μικρές δόσεις τρικυκλικών αντικαταθληπτικών .(Μανούσης Ορέστης 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ



Στους ενήλικες με νόσο του Crohn σε έξαρση η χαμηλή κατανάλωση τροφής οδηγεί σε χαμηλό βάρος. Ενώ στα παιδιά επιπλέον μπορεί να καθυστερήσει την σωματική και σεξουαλική τους ανάπτυξη . Κατά συνέπεια δίνεται μεγάλη έμφαση στην αποκατάσταση της κατανάλωσης τροφής στα παιδιά ώστε η διατροφή τους να έρθει σε κανονικά επίπεδα με συμπληρώματα ή από το στόμα ή περιστασιακά ενδοφλεβίως . Η παρατεταμένη θεραπεία με στεροειδή μπορεί επίσης να καθυστερήσει την ανάπτυξη. Οι στοιχειακές δίαιτες χρησιμοποιούνται συχνότερα σε παιδιά για να αποφευχθούν οι παρενέργειες των στεροειδών ενώ συγχρόνως παρέχουν ικανοποιητική διατροφή . Κατά συνέπεια για τα παιδιά αλλά και τους ενήλικες που δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή υπάρχει πιο ουσιαστικός λόγος για επέμβαση ώστε να αφαιρεθούν οι περιοχές του εντέρου που έχουν προσβληθεί . Αυτό διευκολύνει την ομαλή ανάπτυξη του ασθενούς . Τα παιδιά και η έφηβοι μπορεί επίσης να αντιμετωπίζουν ειδικά προβλήματα εξετίας απουσίας από το σχολείο , την αίσθηση ότι είναι διαφορετικοί από τα άλλα παιδιά και μια δυσκολία στην ανάπτυξη της ανεξαρτησίας. Σε μεγάλο ποσοστό η μόνη ή η πλέον προβάλλουσα εκδήλωση είναι μία εξωεντερική επιπλοκή , ενώ ο κοιλιακός πόνος που μπορεί να είναι το μόνο σύμπτωμα , είναι συχνά περιομφαλικός και άτυπος και εκλαμβάνεται συχνά ως εκδήλωση λειτουργικής διαταραχής του εντέρου .(Booth , Harries 2002)

Οι φλεγμονώδης νόσοι του εντέρου παρουσιάζονται συχνότερα σε παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους αλλά ειδική γαστρεντερολόγοι δηλώνουν ότι έχουν δει την ασθένεια σε ένας αυξημένο αριθμό των παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών . Περισσότερα από 100.000 παιδιά στις Η.Π.Α. έχουν φλεγμονώδη νόσο του εντέρου σύμφωνα με το ίδρυμα της Αμερικής . Η νόσος του Crohn παρουσιάζει περισσότερες ιδιοτυπίες στην παιδική ηλικία. Κατ' αρχήν ενώ η συχνότητα της ελκώδους κολίτιδας στα παιδιά παραμένει σταθερή στις χώρες του Δυτικού ημισφαιρίου η συχνότητα της νόσου του Crohn σημειώνει διαρκή αύξηση. Οι λόγοι για την αύξηση της ανάπτυξης

των φλεγμονώδων νόσων του εντέρου παραμένουν ασαφή αλλά γεννητικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες σύγουρα παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη αυτών των νόσων στα παιδιά λένε οι ειδικοί . Επειδή το γεννητικό υλικό δεν αλλάζει δραστικά σε πληθισμούς μέσα σε σύντομα χρονικά διαστήματα είναι πιο πιθανό ως παράγοντας κινδύνου η αλλαγή των περιβαλλοντολογικών παραγόντων οι οποίοι ενεργοποιούν τα νέα κρούσματα σε γεννητικά προδιαθετιμένα παιδιά.

Ελληνικά δεδομένα : Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στην παιδιατρική κλινική του πανεπιστημίου Αθηνών Αγία Σοφία από 116 παιδιά η αναλογία των δύο νοσών ήταν μια περίπτωση νόσου του Crohn προς 4 περιπτώσεις ελκώδους κολίτιδας . Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου ήταν 6-8 ετών για την ελκώδη κολίτιδα και 11 ετών για την νόσο του Crohn . Στην κλινική εικόνα της ελκώδους κολίτιδας κυριαρχούν οι αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις ενώ στην νόσο του Crohn προέχει η καθυστέρηση της σωματικής αναπτύξεως, ο πυρετός και οι εξωεντερικές εκδηλώσεις ενώ τα συμπτώματα από το πεπτικό σωλήνα περιορίζονται συνήθως σε ήπια διάρροια και μόνο σε 20% υπήρχαν αιματηρές κενώσεις.

Στα παιδιά υπάρχει συχνά και η αλλεργική κολίτις που αποδίδεται σε αλλεργία στο γάλα αγελάδος και υποχωρεί ταχέως μετά την εφαρμογή δίαιτας χωρίς γάλα . Η διάγνωση τίθεται κατά κανόνα με ενδοσκοπική εξέταση που δεν παρουσιάζει δυσκολίες αν χρησιμοποιηθούν εύκαμπτα παιδιατρικά ενδοσκόπια. Η εργαστηριακή μελέτη δεν προσφέρει ουσιαστική συμβολή εκτός της αξίας που αποδίδεται στη λευκοματίνη του ορού που το επίπεδο της συνδιάζεται με την βαρύτητα της νόσου .

Η διάγνωση καθυστερεί συνήθως από 7-36 μήνες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Συνήθως η αρχική διάγνωση είναι λοιμώδης διάρροια ή νόσος του συνδετικού ιστού .(Ρώμα , Γιαννίκου 2003)

Θεραπευτική αντιμετώπιση στα παιδιά :

Τόσο στην ελκώδη κολίτιδα όσο και στην νόσο του Crohn όπως και στους ενήλικες ο σκοπός της θεραπείας είναι η εξασφάλιση υφέσεως του οξέος επεισοδίου . Τούτο επιτυγχάνεται καλύτερα στην ελκώδη κολίτιδα παρά στην νόσο του Crohn . Λόγω των πολλαπλών προβλημάτων που προκαλούν οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου στα παιδιά , η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να στηρίζεται στη συνεργασία γαστρεντερολόγου – παιδιάτρου - χειρουργού – ψυχιατρού – κοινωνικού λειτουργού και νοσηλευτικού με πείρα στην περιποίηση κολοστομίας – ειλεοστομίας. Στην ελκώδη κολίτιδα χρησιμοποιούνται η σαλαζοπυρίνη και τα

νεώτερα σαλικυλικά και κορτικοειδή . Συνήθως πρεδνιζολόνη 1-2 mg/kg μέρα παρά μέρα για την αποφυγή των παρενεργειών . Στη νόσο του Crohn εκτός από τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιείται η μετρονιδαζόλη και ανοσοκατασταλτικά του τύπου της αζαθειοπρίνης που γίνονται συνήθως καλώς ανεκτά . Σχετικά με την επιλογή της χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου , εκτός από τις ενδείξεις που υπάρχουν για τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου των ενηλίκων , στα παιδιά η καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης αποτελεί ισχυρό επιχείρημα υπέρ της εγχειρήσεως .(Νούσια, Αρβανιτάκη 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ιστορικό :

Ασθενής γυναίκα ηλικίας 35 προσήλθε στο τμήμα επιγόντων περιστατικών του νοσοκομείου με έντονο κοιλιακό πόνο διαλήπων με ένα αίσθημα κράμπας στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας και διαρροϊκές κενώσεις καθώς επίσης και τεινισμό . Την παρακολούθησε γαστρεντερολόγος και αφού πήρε το ιστορικό της ασθενή έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις δηλαδή αιματολογικές , μελέτη κοπράνων κλινική και φυσική εξέταση της ασθενούς .

Της παραχωρήθηκε παυσίπονο για τον πόνο και τοποθετήθηκε φλεβοκαθετήρας για χορηγήσει υγρών . Έγινε εισαγωγή στο γαστρεντερικό τμήμα με σκοπό να της χορηγηθούν καθαρτικά ώστε να γίνει κολονοσκόπηση . Την ίδια μέρα το απόγευμα ο ασθενής παρουσίασε πυρετό 38^οc καθώς και αναγούλες από τη χορήγηση του καθαρτικού και νιώθει έντονο αίσθημα πίνας καθώς δεν επιτρέπετε να φάει τίποτα

Έγινε η κολονοσκόπηση και βρέθηκε νόσος του Crohn .

Ανάγκες προβλήματ α	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Εκτίμησ η αποτελεσ μάτων
Νοσηλευτι κή Διάγνωση				
Πυρετός 38 °C	<ul style="list-style-type: none"> Ανακούφισ η του ασθενή από τον πυρετό Πτώση της θερμοκρασί ας στα φυσιολογικά επίπεδα 	<ul style="list-style-type: none"> Διατήρησ η σωστής θερμοκρα σίας περιβάλλο ντος Αύξηση της IV χορηγίας των υγρών Χορήγηση φαρμάκων και αντιπυρετι κών για διατήρηση της φυσιολογικ ής θερμοκρα σίας 	<ul style="list-style-type: none"> Αποφυγή θερμών και σφικτών ενδυμάτων Μείωση θερμοκρασία ς περιβάλλοντ ος Αύξηση της IV χορηγίας υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης Χορηγήθικα ν τα αντιπυρετικά 	Ανακουφ ήστηκε ο ασθενής από τον πυρετό Έπεσε η θερμοκρ ασία στα φυσιολογ ικα επίπεδα
Πόνος στο αριστερό κάτω τεταρτημό ριο της κοιλίας	Ανακούφιση του ασθενή από το πόνο	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του πόνου με χορήγηση φαρμάκων Διατήρησ η ήρεμου περιβάλλο ντος 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση άλλων αναλγητικών όταν ο πόνος είναι έντονος περιορισμός των επισκεπτών 	Περιορίσ τικε ο πόνος Το περιβάλλ ον διατηρήθ ικε ήρεμο
Αναγούλα και αίσθημα πίνας	Μείωση αίσθησης αναγούλας και αίσθησης πίνας	Χορήγηση αντιεμετικών και χορήγηση περισσότερων	Χορήγηση αντιεμετικών μέσω του φλεβοκαθετήρα	Μειώθηκε η αίσθηση αναγούλα

		υγρών		ς και πίνας
Αίσθηση άγχους και αγωνίας για την κατάσταση της υγείας του	Να αντιμετωπιστεί με την κατάλληλη συζήτηση	<ul style="list-style-type: none"> · Να ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να εκφράσει τα συναισθήματα του · Να απαντήσουμε με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις του αρρώστου μέσα στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων μας 	<ul style="list-style-type: none"> · Μηλήσαμε στον ασθενή, τον καθησυχάσαμε και τον ενημερώσαμε για την κατάσταση της υγείας του · Δόθηκαν οδηγίες – συμβουλές για καλύτερο έλεγχο και αντιμετώπιση του προβλήματος του. 	Μειώθηκε η αίσθηση άγχους και αγωνίας

2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ιστορικό :

Ασθενής ηλικίας 50 ετών εισέχθει στην χειρουργική κλινική για προγραμματισμένη εγχείρηση ημικολεκτομή λόγο νόσο του Crohn . Μετά την επέμβαση ο ασθενής θα έπρεπε να παραμείνει στο κρεβάτι της κλινικής για 2 ημέρες ώστε να σταθεροποιηθεί η καταστασή του και για παρακολούθηση επιπλοκών από την επέμβαση έτσι του τοποθετήθηκε ουρακαθετήρας με σκοπό να μπορεί να ουρεί χωρίς να ασκεί πίεση στο σημείο της επέμβασης . Την δεύτερη μέρα και λίγο πριν ο ασθενής πάρει εξειτήριο καθώς όλα ήταν καλά με την κατάσταση του ο ασθενής παρουσίασε πυρετό 39°C με ρίγος , αίσθημα καύσου και βάρος στην ουροδόχο κύστη , συχνουρία και πόνο .

Αντικαταστάθηκε ο ουροκαθετήρας και λήφθηκε δείγμα ούρων για ουροκαλλιέργεια η ανάλυση έδειξε μόλυνση με e-coli . Προστέθηκε αντιβίωση στην θεραπευτική αγωγή και δόθηκαν οδηγίες για περετέρο νοσηλεία

Ανάγκες προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Πυρετός 39 μερίγος	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση του ασθενούς από τον πυρετό • Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα • Εξάλειψη του ρίγους 	<ul style="list-style-type: none"> • Διατήρηση σωστής θερμοκρασίας περιβάλλοντος • Αύξηση της IV χορήγησης υγρών • Χορήγηση αντιπυρετικών για διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας • Τοποθέτηση κουβερτών για εξάλειψη του ρίγους 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή θερμών και σφιγχτών ενδυμάτων • Μείωση θερμοκρασίας περιβάλλοντος • Αύξηση της IV χορήγησης υγρών για την αποφυγή αφυδάτωσης • Χορηγήθηκαν τα αντιπυρετικά • Τοποθετήθηκαν κουβέρτες για να ζεσταθεί ο άρρωστος 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση ανά 3 ώρες των ζωτικών σημείων • Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα
Αίσθημα καύσου και βάρους στην	Να υποχωρήσει το αίσθημα καύσου και βάρους	Χορήγηση αντιβίωσης σύμφωνα με την ιατρική οδηγία	Χορηγήθηκε αντιβίωση	Μετά την χορήγηση αντιβίωσης τα συμπτώματα της λοίμωξης

ουροδόχο κύστη	,σύμπτωμα για το οποίο παραπονιέται ο ασθενής			υποχωρούν σταδιακά
Συχνουρία	<ul style="list-style-type: none"> · Ανακούφιση του ασθενούς από την συχνουρία · Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών σε φυσιολογικά επίπεδα 	<ul style="list-style-type: none"> · Ακριβής μέτρηση , εκτίμηση και καταγραφή ή προσλαμβανόμενων υγρών · Παρότρυνση να παίρνει υγρά ο ασθενής · Ακριβής μέτρηση ποσότητας , συχνότητας και σύστασης ούρων · Δήγμα ούρων προς εξέταση 	<ul style="list-style-type: none"> · Ετέθει διάγραμμα ισοζυγίου υγρών , Έγινε σχολαστική μέτρηση , εκτίμηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων υγρών · Παρότρυνση ασθενούς να παίρνει πολλά υγρά διότι έχει την τάση να τα μειώνει λόγω συχνουρίας · Έγινε έλεγχος της σύστασης των ούρων · Εστάλη δείγμα ούρων για εξέταση · Έγινε 	<ul style="list-style-type: none"> · Ανακουφίστηκε ο ασθενής από την συχνουρία και με την βοήθεια ψυχολόγου · Επιτευχθέν ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών

			καταγραφ ή του ποσοστού των ούρων που αποβλήθη καν	
Σχετικά με την ύπαρξη του καθετήρ α	<ul style="list-style-type: none"> · Να αποφευχθεί η ανάπτυξη περαιτέρω μικροοργανισμών · Να αποφεύγουμε την πρόκληση τραυματισμού της ουροδόχου κύστης · Να προλάβουμε την παλινδρομηση των ούρων προς την ουροδόχο κύστη για την αποφυγή ανούσιας λοίμωξης 	<ul style="list-style-type: none"> · Τήρηση κανόνων αντισηψίας · Σταθεροποίηση του καθετήρα · Χρησιμοποίηση σάκου περισυλλογής ούρων με ειδική βαλβίδα κατά της παλινδρομησης σε συνδιασμό με χορήγηση αντιβίωσης · Διατήρηση του ουροσυλλέκτη σε επίπεδο χαμηλότερο από την κύστη · Άδιασμα του ουροσυλλέκτη ανά 	<ul style="list-style-type: none"> · Τηρούνται αυστηρά οι κανόνες αντισηψίας · Ο καθετήρας σταθεροποιήθηκε στο μηρό · Χορηγήθηκε αντιβίωση και σάκος περισυλλογής ούρων με βαλβίδα κατά της παλινδρομησης · Ο καθετήρας διατηρήθηκε σε επίπεδο χαμηλότερο από την ουροδόχο κύστη και ο καθετήρας αδιάζει 	<ul style="list-style-type: none"> · Οι κανόνες αντισηψίας τηρήθηκαν αυστηρά · Η ουροδόχο κύστη δεν τραυματίστηκε καθώς κατά την αφαίρεση δεν παρατηρήθηκε αίμα στην προέκταση του καθετήρα · Εφαρμόστηκε στον ουροσυλλέκτη σάκος περισυλλογής ούρων με βαλβίδα κατά της παλινδρομησης · Τα συμπτώματα ουρολοίμωξης στον άρρωστο άρχισαν να

		τακτά χρονικά διαστήματ α	ανα τακτά χρονικά διαστήματ α	υποχωρούν σταδιακά
Αίσθημα αδυναμί ας και κόπωσης	<ul style="list-style-type: none"> · Να εξαλειφθεί το αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης Και ο άρρωστος να αποκτήσει τις δυνάμεις του · Εξασφάλιση της σωστής διατροφής 	<ul style="list-style-type: none"> · Να διατηρήσουμε τους περιορισμούς της κινητικότητας με βάση τις ιατρικές οδηγίες · Να ελαχιστοποιήσουμε τις δραστηριότητες και τους θορύβους του περιβάλλοντος · Χορήγηση IV υγρών και τροφών για ενδυνάμωση του οργανισμού · Οργάνωση της νοσηλείας ώστε να υπάρχουν διαστήματα ανάπαυσης 	<ul style="list-style-type: none"> · Συστήσαμε στον ασθενή να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες και τον συμβουλευσαμε τεχνικές εξοικονόμησης ενέργειας · Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες και ο αριθμός επισκεπτών · Χορηγήθηκαν IV υγρά και βιταμίνες · Οργανώσαμε την νοσηλεία έτσι ώστε να υπάρχει επαρκής χρόνος ανάπαυσης 	<ul style="list-style-type: none"> · Ο ασθενής αισθάνεται λιγότερο εξαντλημένος και αδύναμος

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

- Aamodt Geir , Bengtson May – Bante and Vath H. Morten (2013) . Can temperature explain the latitudinal gradient of ulcerative colitis? Cohort of Norway . B.M.C Public Health , 10, 520-530
- Ahmed. Ah.,Sonnenburg K. , Foli KJ. , Walters B.(2016) . Managing Ulcerative Colitis in the Adolescent. Highlighting Developmental and self management Needs Holistic nursing practice journal , 30(1) ,39-46
- Alemayehu , Jernerot (2011) . Colonoscopy during an attack of severe ulcerative colitis is a safe procedure and of great value in clinical decision making . Am J Gastroenterol ,86, 187-190
- Bennink R. et al (2011). Tc-99m HMPAO white blood cell scintigraphy in the assessment of the extent and severity of an acute exacerbation of ulcerative colitis . Clin Nucl Med , 26, 99-104
- Drug Watch (2013). AJN American Journal of Nursing , 9, 9-26
- Francis A. Farraye (2011) . 20 Questions and Answers About ulcerative colitis. Compliments of Centocor Ortho Biotech Inc., 3, 14-20
- Garcia . Sarjuan Sofia et al. (2014). Life Experiences of people Affected by Crohn’s Disease and Their Support Networks . University of Alicante Spain , 1, 20-25
- Gouslandi et al (2011) . Saccharomyces boulardii in maintenance treatment of Crohn’s disease . Dig Dis Sci , 45 , 1462-1464
- HallFeldt (2000).Laparoscopic loop colostomy for advanced ovarian cancer , cancer and rectovaginal fistulas . Gynecol Oncol , 76, 380-382
- [http:// www. Healthy living . gr](http://www.Healthyliving.gr) . Τελευταία προσπέλαση Μαρτιος 2013
- Kapsoritakis An.et al(2010). Mean platelet volum : a useful marker of inflammatory bowel disease activity. Am J Gastroenterol, 96 , 776-781

- Lemone & Bruke (2006). Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική Κριτική σκέψη κατά την φροντίδα ασθενούς . Τόμος Α' , Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος , Αθήνα
- Maneval et al (2016) .Case Report: inflammatory Bowel Disease and Thrombosis . Journal of Infusion Nursing , 39(3) , 151-157
- Mikula , Collen (2000). Measles vaccination a Risk Factor for inflammatory Bowel Disease ? . Gastroenterology Nursing , 23(4) , 168-17
- Owen DA(2010) . Pathology of inflammatory bowel disease. In MacDermott RP, Stenson WF inflammatory bowel disease. Elsevier, 493-521
- Podolsky DK(2012) . Glycoproteins in inflammatory bowel disease. In Jarneror G inflammatory bowel disease. Raven Press New York , 53-65
- Schmidt R. (2010). Συνοπτική Φυσιολογία του ανθρώπου. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης , Αθήνα
- Seksik P.et al (2012) . Alterations of the dominant faecal bacterial groups in patients with Crohn's disease of the colon , Gut 52, 237-243
- Shanahan F.et al (2011). Neutrophil autoantibodies in ulcerative colitis–familial aggregation and genetic heterogeneity. Gastroenterology , 100, A614
- Smedh K.et al (2009) . Interobserver variation of coloileoscopic findings in Crohn's disease. Scand J Gastroenterol, 30, 81-86
- Ritchie JK et al (2011) . Inflammatory bowel disease . Churchill Livingstone, Edinburgh, 101-106
- Watts DA, Satsaugi J (2002) . The genetic jigsaw of inflammatory bowel disease . 50(3) , 31-36
- Zijlstra FJ(2009) . Disabilities and how to live with them . Ulcerative colitis, 1 , 215-216

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αβραμικά Μαρία , Γκοβινά Ουρανία , Δοκουτσίδου Ελένη και συν. (2013). Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική . Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης , Αθήνα
- Αρχιμανδρίτης Ι. Αθανάσιος (2010) . Εθνικό-Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Ιατρική σχολή Εσωτερική Παθολογία . Β' έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης , Αθήνα
- Γιωτάκη Ελένη , Δημητριάδης Γεώργιος και συν. (2009). Εσωτερική Παθολογία και Διαφορική διάγνωση Βασικές Αρχές Διαφορικής Διάγνωστικής . Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης , Αθήνα
- Δήμου Βασιλική (2015) . Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου και ήπαρ. Εφημερίδα Πατρής , Υγεία , 25
- Ζαμπέλας Αντώνιος (2011). Κλινική διαιτολογία και διατροφή με στοιχεία παθολογίας . Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης , Αθήνα
- Ζωγράφος Γεώργιος (2009) . FARQUHARSON'S χειρουργική εγχειρητικές τεχνικές . Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης , Αθήνα
- Θεοδώρου Δημήτριος (2005). Βασικές αρχές πρωτοβάθμιας περίθαλψης παθήσεις γαστρεντερικού συστήματος και ήπατος . Επιστημονικές εκδόσεις Παρισίανου Α.Ε , Αθήνα
- Καστάνος Χ. Κωσταντίνος , Τσίανος Β. Επαμεινώντας (2016). Η συνταγή της επιτυχίας για την ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn . Α' Παθολογική Κλινική και Ηπατο-γαστρεντερολογική Μονάδα Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων
- Καυκά-Παλτόγλου Άννα (2010). Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για μείωση της αβεβαιότητας και του στρες. ΕΣΝΕ Νοσηλευτικές προσεγγίσεις στα σύγχρονα προβλήματα υγείας, 37, 59

- Κέκος Π. Γεώργιος. (2010). Θεραπευτική Ενδοσκόπηση. Εκδόσεις Στυλιανή Φούντα- Κέκου, Αθήνα
- Κουτρομπάκης Ι. και συν. (2002). Οργάνωση και εκτέλεση επιδημιολογικής μελέτης ιδιοπαθών φλεγμονώδων εντερικών νόσων . Ελληνική Γαστρεντερολογία . Suppl.1,64
- Κουρκουτά Λαμπρινή ,Μαντζούκας Στέφανος , Μπατσολάκη Μαρία (2013) . Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική προετοιμασία για την νοσηλευτική πρακτική . Β' έκδοση , Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης , Αθήνα
- Λεουτσάκος Γ. ΒΑΣ.(2012). Παθήσεις παχέος εντέρου και ορθού . Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Αθήνα
- Μαλγαρινού Μ.Α., Κωσταντινίδου Σ.Φ. (2010). Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική . Εκδόσεις Επιστημονικές Παρισιανού, Αθήνα
- Μανούσης Ορέστης (2003) . Κολίτιδες και ‘‘κολίτιδες’’. Β' έκδοση , Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα , Αθήνα
- Μπολάνης Κ. Ιωάννης (2005). Νόσος του Crohn .Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα
- Μπονάτσος Γεράσιμος και συν. (2005) . Χειρουργική παθολογία . Δ' έκδοση , ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης , Αθήνα
- Νικολοπούλου Βασιλική (2013). Harrison Γαστρεντερολογία και ηπατολογία . Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα
- Νούσια – Αρβανιτάκη Σ. (2003) . Διαγνωστική προσέγγιση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου . Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος ,4,291-298
- Οικονομόπουλος Π. (2011). Η θεραπεία και τα φάρμακα των παθήσεων του πεπτικού συστήματος. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα
- Παπαδά Ευσταθία (2017). Βιταμίνη D και νόσος του Crohn . medNutrition , 90, 50-55
- Παπαδάκης Γ. (2011). Αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων από τον γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας . Εκδόσεις Γεώργιος Τσίπης , Πειραιά
- Παπαδόπουλος Τριαντάφυλος και συν. (2008). ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ τεχνικά επαγγελματικά εκπαιδευτήρια β' τάξη 1^{ου} κύκλου. Οργανισμός εκδόσεων διδακτικών βιβλίων , Αθήνα
- Ρώμα , Γιαννίκου και συν. (2003). Χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου στα παιδιά . Ελληνική Γαστρεντερολογία.6,67
- Σαχίνη-Καρδάση Άννα , Πάνου Μαρία (2013). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές Διαδικασίες . Εκδόσεις ΒΗΤΑ , Αθήνα

- Σκανδαλάκης Ν. Παναγιώτης και Αρβανίτης Δ. (2011). Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής . Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα
- Σουμίλας Γρηγόριος-Αγησίλαος (2011). Χειρουργική Νοσηλευτική . Τόμος β' , Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα