



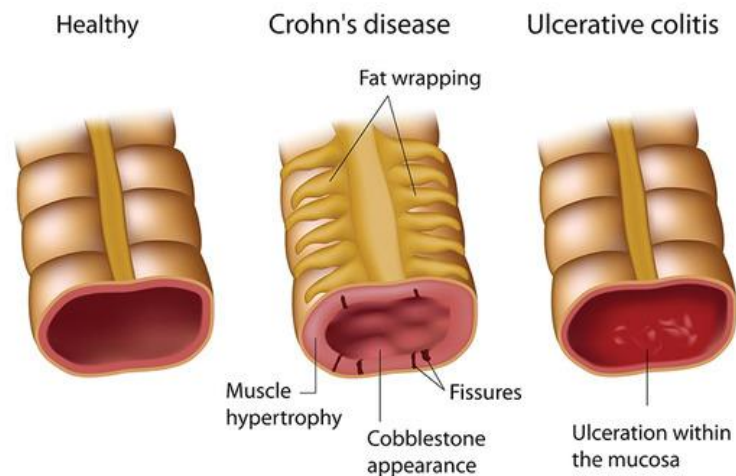
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΑΤΡΩΝ  
UNIVERSITY OF PATRAS

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΕΝΤΕΡΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ"

Inflammatory Bowel Disease



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΝΤΑΡΓΑΡΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ: ΜΠΕΧΛΟΥ ΛΑΜΠΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2020

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ –ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση των σπουδών μου καθώς με τη βοήθεια και συννενοήση της υπεύθυνης καθηγήτριας μου Μπέχλου εκτελέστηκε η παρούσα εργασία με θέμα: "Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου- νοσηλευτική παρέμβαση". Η επιλογή του θέματος προήλθε από το ενδιαφέρον μου προς τη διερεύνηση των συγκεκριμένων νοσημάτων.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την υπεύθυνη καθηγήτρια μου Μπέχλου για την υποστήριξη και βοήθεια της για την διεξαγωγή και ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας, καθώς και την οικογένειά μου για τη ψυχολογική υποστήριξη τους καθ'όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου (ΙΦΝΕ) είναι η νόσος Crohn και η ελκώδης κολίτιδα. Η αιτιολογία τους παραμένει ασαφής. Ωστόσο, ενδέχεται να οφείλονται σε γενετικούς αλλά και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Η νόσος Crohn προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του πεπτικού συστήματος και συνοδεύεται από ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων που καθιστούν δύσκολη τη διάγνωση.

Τα κύρια συμπτώματα της νόσου είναι η διάρροια, η απώλεια βάρους και πυρετός.

Η διάγνωση συντελείται με εξετάσεις όπως αίματος και ενδοσκόπηση.

Η ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει σε διάφορη έκταση και βαθμό το βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Το κύριο σύμπτωμα είναι οι διαρροϊκές κενώσεις. Επίσης, η διάγνωση γίνεται με τον ίδιο τρόπο όπως και στη νόσο Crohn.

Δυστυχώς, τα ΙΦΝΕ δεν έχουν ίαση αλλά μόνο ανακούφιση των συμπτωμάτων τους. Εξαιτίας αυτού οι ασθενείς αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα που χρήζουν αντιμετώπιση.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθούν τα ΙΦΝΕ καθώς και να παρουσιαστεί η νοσηλευτική παρέμβαση στα συγκεκριμένα νοσήματα.

Η μεθοδολογία της εργασίας βασίστηκε στη πολύωρη αναζήτηση επιστημονικών συγγραμμάτων καθώς και άρθρων στο διαδίκτυο (GoogleScholar, Pubmed, Iatronet, Healink).

Το αποτέλεσμα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρουσιάζει το σημαντικό ρόλο που έχει η νοσηλευτική παρέμβαση στη διαχείριση των νοσημάτων. Δηλαδή τη προεγχειριστική και μετεγχειριστική παρέμβαση, στο πως να αποδεχτούν τη νέα πραγματικότητα στη ζωή τους, τη πρακτική διαχείριση της κατάστασης, πως να φροντίσουν τη περιοχή σε περίπτωση στομίας αλλά και στη ψυχική ενδυνάμωση τους και την αποδοχή του εαυτού τους.

**Λέξεις κλειδιά:** ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου, ελκώδης κολίτιδα, νόσος Crohn, νοσηλευτική παρέμβαση, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, θεραπεία.

## SUMMARY

Idiopathic inflammatory bowel disease (IBD) is Crohn's disease and ulcerative colitis. Their reasoning remains unclear. However, they may be due to genetic as well as environmental factors.

Crohn's disease affects any part of the digestive system and is accompanied by a variety of clinical manifestations that make it difficult to diagnose.

The main symptoms of the disease are diarrhea, weight loss and fever.

The diagnosis is made by tests such as blood and endoscopy.

Ulcerative colitis affects the mucosa of the colon to varying degrees and degrees. The main symptom is diarrhea with blood. Also, the diagnosis is made in the same way as in Crohn's disease.

Unfortunately, IBD do not cured, but only alleviate the symptoms. Because of this, patients experience psychological problems that need to be addressed.

The **purpose** of this paper is to study IBD as well as to present the nursing intervention in specific diseases.

The **methodology** of the work was based on the long search of scientific books as well as articles on the internet (Google Scholar, Pubmed, Iatronet, Healink).

The **result** of the literature review presents the important role that nursing intervention has in the management of diseases. That is, the preoperative and postoperative intervention, in how to accept the new reality in their life, the practical management of the situation, how to take care of the area in case of an ostomy but also in their mental empowerment and acceptance of themselves.

**Keywords:** idiopathic inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn's disease, nursing intervention, etiopathogenesis, diagnosis, treatment.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u>	
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	8-9
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u>	
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	10-11
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</u>	
3. ΟΡΙΣΜΟΙ.....	11
3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	11-12
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</u>	
4. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	12-13
4.1 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	14-16
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</u>	
5. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....	16-17
5.1 ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....	17-23
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</u>	
6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	23
6.1 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ-ΟΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	23-27
6.2 ΚΛΑΣΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ.....	27-32
6.3 ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ.....	32-38
6.4 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ.....	38-40
6.5 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	40-42
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7</u>	
7. ΒΑΡΥΤΗΤΑ.....	43
7.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	44-45
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8</u>	
8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	45-51

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9. ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	51-54
9.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	54-55

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	55-56
10.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΓΧΟΥΣ.....	56
10.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ.....	56

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ.....	57
11.1 ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ.....	57
11.2 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	58

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

12. ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	58-59
12.1 ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	59-60

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

13. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	60
13.1 ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	60-61
13.2 ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ.....	61
13.3 ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	61-62
13.4 ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	62-63
13.5 ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ.....	63
13.6 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	63-64

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

14. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	64-67
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	68
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	69-72
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	72
ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	72

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ΙΦΝΕ δηλαδή η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος Crohn παρουσιάζουν κλινικές εκδηλώσεις όχι μόνο στο πεπτικό σωλήνα αλλά και σε άλλα συστήματα του οργανισμού (Hendrickson et al., 2002).

Η αιτιολογία τους είναι άγνωστη, φαίνεται όμως ότι πολλοί γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες προκαλούν την εκδήλωση των νοσημάτων (Danese & Focchi, 2006).

Οι κλινικές εκδηλώσεις των νοσημάτων είναι παρόμοιες, αλλά ο περιορισμός της ελκώδους κολίτιδας στο παχύ έντερο αποτελεί χαρακτηριστικό στοιχείο της νόσου (Hendrickson et al., 2002).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση έχει σημειώσει προόδους τα τελευταία χρόνια με την αύξηση των γνώσεων σχετικά με τα νοσήματα αυτά (Triantafillidis et al., 2011).

Η διάγνωση βασίζεται στη λήψη ιστορικού, σε αιματολογικές, ενδοσκοπικές αλλά και σε ιστολογικές εξετάσεις (Ouyang et al., 2001).

Η διάγνωση της νόσου Crohn μπορεί να είναι δύσκολη, ενώ και τα δύο νοσήματα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν. Επίσης, οι εξωεντερικές εκδηλώσεις μπορεί να προηγούνται των κλινικών εκδηλώσεων των ΙΦΝΕ από το πεπτικό σωλήνα (Ouyang et al., 2001).

Προκαλούνται ψυχολογικά προβλήματα στους ασθενείς λόγω της χρονιότητας των νοσημάτων, της φύσης τους, των διαιτητικών περιορισμών αλλά και της διατάραξης της λειτουργικότητας σε πολλούς τομείς της ζωής τους (Mawdsley & Rampton, 2005).

Λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερθέντα, οι ασθενείς είναι απαραίτητο να λάβουν θεραπεία για τα συγκεκριμένα προβλήματα. Αυτό θα επιτευχθεί με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών φαρμάκων που θα βοηθήσουν στα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους αλλά και με συμπεριφορικές τεχνικές ενίσχυσης αυτοελέγχου και διευθέτησης του στρες σε περιπτώσεις άγχους ή κρίσεων πανικού (Mawdsley & Rampton, 2005).

Ομαδικές ψυχοθεραπείες βοηθούν στη συναισθηματική εκφόρτιση και προώθηση συναισθημάτων αυτοαποδοχής και αυτοεπιβεβαίωσης. Σημαντική είναι η αξία δημιουργίας σταθερής θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης του γαστρεντερολόγου με τον ασθενή, ώστε να συμβάλλει στην αυτοδυναμία του ασθενή και στη μείωση της καθημερινής του ανασφάλειας (De Roy et al., 2001).

Επιπλέον, θεραπεία για το στρες αποτελεί η εκπαίδευση του ατόμου στη χαλάρωση με τη βοήθεια ενός εκπαιδευτή ή με αυτοκατευθυνόμενο τρόπο για τη δημιουργία ψυχικής ανάπαυσης (De Roy et al., 2001).

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

## **1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Το πεπτικό σύστημα χωρίζεται σε ανώτερη γαστρεντερική οδό και σε κατώτερη. Η ανώτερη περιλαμβάνει το στόμα, το φάρυγγα, τον οισοφάγο και το στομάχο. Η κατώτερη περιλαμβάνει το λεπτό έντερο και το παχύ έντερο και τα βοηθητικά όργανα όπου είναι το ήπαρ, το πάγκρεας και η χοληδόχος κύστη (Frederic et al., 2012).

Η ανώτερη γαστρεντερική οδός ξεκινά από τη στοματική κοιλότητα όπου βρίσκεται κάτω από τις ρινικές κοιλότητες και αποτελείται από οροφή, έδαφος και πλάγια τοιχώματα. Στην οροφή βρίσκεται η σκληρή και η μαλακή υπερώα. Το έδαφος αποτελείται από τη γλώσσα και τα πλάγια τοιχώματα δηλαδή οι παρειές όπου εξωτερικά περιβάλλονται από δέρμα και εσωτερικά από βλεννογόνο, είναι μυώδη και προβάλλουν προς τα εμπρός με τα χείλη και περιβάλλουν τη στοματική σχισμή. Η στοματική κοιλότητα χωρίζεται σε δυο περιοχές στην άνω και στη κάτω όπου βρίσκονται τα δόντια και τα αντίστοιχα φατνιακά οστά. Επίσης, αποτελείται από τα τμήματα πρόδρομος του στόματος όπου βρίσκεται μπροστά από τις οδοντοστοιχίες και τα ούλα και πίσω από τα χείλη και τις παρειές και το ιδίως κοίλον του στόματος όπου περιβάλλεται από τις οδοντοστοιχίες (Frederic et al., 2012).

Η σκληρή υπερώα είναι μια οστεώδης πλάκα όπου χωρίζει τη στοματική κοιλότητα από τη ρινική. Στο άνω μέρος καλύπτεται από το βλεννογόνο του αναπνευστικού και στο κάτω από το βλεννογόνο του στόματος. Η μαλακή υπερώα είναι η συνέχεια της σκληρής και η δομή της είναι μυϊκή και λειτουργεί σαν βαλβίδα όπου διαχωρίζει το ρινοφάρυγγα από το στοματοφάρυγγα καθώς ανυψώνεται και κλείνει το ρινοφάρυγγα από το στοματοφάρυγγα και καθώς χαμηλώνει κλείνει τη στοματική κοιλότητα από το στοματοφάρυγγα (Frederic et al., 2012).

Οι σιελογόνοι αδένες βρίσκονται στο έδαφος του στόματος και αποτελούνται από μικρότερους αδένες όπως τον υποβλεννογόνο αλλά και από μεγαλύτερους όπως τους παρωτιδικούς, τους υπογνάθιους και τους υπογλώσσους. Τα δόντια είναι 32 σε αριθμό σκληρές λευκές δομές δηλαδή 16 στην άνω και 16 στη κάτω γνάθο, και έχουν διαφορετικό σχηματισμό ανάλογα με τη λειτουργία τους. Σε κάθε πλευρά και στα δυο φατνιακά τόξα υπάρχουν δύο τομείς, ένας κυνόδοντας, δυο προγόμφιοι και τρεις γομφίοι (Frederic et al., 2012).

Η γλώσσα είναι ένα μυώδες όργανο που αποτελεί ένα μέρος της στοματικής κοιλότητας και ένα του πρόσθιου τοιχώματος του στοματοφάρυγγα. Στηρίζεται μέσω μυών στο υοειδές οστό και τη κάτω γνάθο στο πίσω μέρος του στόματος και προσφύεται στο έδαφος του στόματος με το χαλινό της γλώσσας όπου τη κρατά στη θέση της. Στην επιφάνεια της βρίσκεται βλεννογόνος και σιελογόνοι αδένες και στην άνω επιφάνεια της υπάρχουν θηλές όπου είναι προεκβολές βλεννογόνου καθώς και γευστικοί κάλυκες όπου βοηθούν στη αίσθηση της γεύσης δηλαδή το αλμυρό, γλυκό, πικρό και ξινό (Frederic et al., 2012).

Στη συνέχεια ακολουθεί ο φάρυγγας όπου είναι ένας μυϊκός σωλήνας μήκους 15 cm, συνδέει τη στοματική κοιλότητα με τη κρανιακή κοιλότητα της κεφαλής με το λάρυγγα και τον οισοφάγο στον τράχηλο. Ο φάρυγγας βρίσκεται στη βάση του



κρανίου και συνεχίζει μέχρι τον Α6 σπόνδυλο και διαχωρίζεται σε τρία σημεία, το ρινοφάρυγγα, το στοματοφάρυγγα και τον λαρυγγόφάρυγγα (Frederic et al., 2012).

Έπειτα, ο οισοφάγος είναι ένας μυϊκός σωλήνας μήκους 25cm και πλάτος 1,5-2cm, ανάλογα με το φύλο, τη φυσική κατάσταση και την ηλικία επηρεάζεται το μήκος του. Ξεκινά από τον 6ο αυχενικό σπόνδυλο έως τον 11ο θωρακικό και αποτελεί σύνδεσμο μεταξύ του φάρυγγα και του στομάχου. Είναι επενδυμένος από βλεννογόνο ιστό, βρίσκεται πίσω από την τραχεία και την καρδιά και μπροστά από τη σπονδυλική στήλη και περνά μέσα από το διάφραγμα και καταλήγει στο στομάχο (Frederic et al., 2012).

Το στομάχι είναι ένας σάκος όπου βρίσκεται κάτω από το διάφραγμα και αριστερά της κοιλιακής κοιλότητας ανάμεσα στον οισοφάγο και το δωδεκαδάκτυλο. Δέχεται στο εσωτερικό του μέχρι 1,5 λίτρο περιεχόμενο και αποτελείται χάρη των γαστρικών πτυχών που έχει εσωτερικά για να του προσδίδουν τη δυνατότητα της διεύρυνσής του. Αποτελείται από τέσσερα μέρη τη καρδιά, το θόλο, το σώμα και το πυλωρικό κανάλι. Η καρδιά αποτελεί το άνοιγμα μεταξύ του οισοφάγου και του στομάχου από όπου αρχικά περνά η τροφή. Έπειτα, ακολουθεί το σώμα όπου είναι το μεγαλύτερο τμήμα του στομάχου. Ο πυλωρός χωρίζεται σε δυο περιοχές το άντρο όπου συνδέεται με το στομάχο και το πυλωρικό κανάλι όπου συνδέεται με το δωδεκαδάκτυλο. Στο τέλος του πυλωρού βρίσκεται ο πυλωρικός σφιγκτήρας όπου επιτρέπει με τη χάλαση του την είσοδο της τροφής από το στομάχο στο δωδεκαδάκτυλο (Frederic et al., 2012).

Ακολουθεί το λεπτό έντερο που έχει μήκος 6m και αποτελείται από 3 περιοχές το δωδεκαδάκτυλο, τη νήστιδα και τον ειλεό και εκτείνεται από τον πυλωρικό σφιγκτήρα έως το ειλεοτυφλικό σφιγκτήρα όπου το διαχωρίζει από το παχύ έντερο. Το δωδεκαδάκτυλο είναι το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου όπου ξεκινά από το πυλωρικό σφιγκτήρα. Η νήστιδα αποτελεί το δεύτερο τμήμα του και βρίσκεται στο άνω αριστερό τεταρτημόριο της κοιλιάς και το τοίχωμα της είναι παχύτερο και ο αυλός της μεγαλύτερος από ότι του ειλεού. Ο ειλεός είναι το τελευταίο και το μακρύτερο τμήμα του λεπτού εντέρου βρίσκεται στο κάτω δεξί τεταρτημόριο της κοιλιάς και καταλήγει στο ειλεοτυφλικό σφιγκτήρα πριν το παχύ έντερο (Frederic et al., 2012).

Το πάγκρεας είναι ένας εξωκρινής και ενδοκρινής αδένας όπου έχει 12 με 15 cm μήκος βρίσκεται πίσω από το στομάχι. Χωρίζεται σε τέσσερα μέρη, τη κεφαλή, τον αυχένα, το σώμα και την ουρά. Η κεφαλή του βρίσκεται δεξιά και συνδέεται με το δωδεκαδάκτυλο μέσω του παγκρεατικού πόρου και η ουρά επεκτείνεται προς τα αριστερά του σώματος (Frederic et al., 2012).

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας όπου βρίσκεται δεξιά στη κοιλιά, ζυγίζει περίπου 3 κιλά και έχει κοκκινωπό χρώμα. Η χοληδόχος κύστη είναι όργανο σε σχήμα αχλαδιού και βρίσκεται ψηλά και δεξιά στη κοιλιακή χώρα κάτω από το ήπαρ και πάνω από το πάγκρεας (Frederic et al., 2012).

Τέλος, το παχύ έντερο είναι ένας σωλήνας όπου έχει μήκος 150cm αποτελεί το τελευταίο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, περιβάλλει το λεπτό έντερο και δέχεται το περιεχόμενο του μέσω του ειλεοτυφλικού σφιγκτήρα. Έχει μεγαλύτερη διάμετρο από το λεπτό έντερο και μικρότερο μήκος. Το παχύ έντερο αποτελείται από τη σκωληκοειδή απόφυση, το τυφλό, το ανιόν κόλον, το εγκάρσιο, το κατίον, το σιγμοειδές και το ορθό (Frederic et al., 2012).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Η προώθηση του περιεχομένου του γαστρεντερικού σωλήνα εξαρτάται από τη περισταλτικότητα των λείων μυικών ινών του γαστρεντερικού σωλήνα που βρίσκονται στο τοίχωμα. Η αυτόματη εκπόλωση στις μυικές ίνες οδηγεί στη δημιουργία ρίπων δυναμικών ενέργειας. Η αυτόματη δραστηριότητα μπορεί να τροποποιηθεί από τη νευρωνική δραστηριότητα, από ορμόνες και από τοπικούς παράγοντες όπως χημικά ερεθίσματα και μηχανική διάταση. Ο νευρονικός έλεγχος επιτυγχάνεται τόσο από εξωγενή νεύρα του αυτόνομου νευρικού συστήματος όσο και από ενδογενείς νευρώνες οι οποίοι σχηματίζουν το μυεντερικό και το υποβλεννογόνιο πλέγμα μέσα στο τοίχωμα του εντέρου (Vander et al., 2011).

#### **ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ**

Στο λεπτό έντερο παρατηρούνται τριών ειδών συσταλτικές δραστηριότητες. Η αυτόματη μηχανική δραστηριότητα στους λείους μυς του λεπτού εντέρου μπορεί να έχουν τη μορφή κατάτμησης. Στην κατάτμηση δεν υπάρχει ταξιδεύον κύμα σύσπασης. Οι μυς, αντίθετα, συσπώνται συγχρόνως σε κανονικά διαστήματα και κατά μήκος του τοιχώματος του εντέρου διαιρώντας έτσι την επιφάνειά του σε κανονικά μη συνεχή διαστήματα και εκτοπίζοντας το περιεχόμενό του. Στη συνέχεια ο μυς χαλαρώνει και έπειτα συσπάται η παρακείμενη περιοχή, προωθώντας για μια ακόμη φορά το χυμό και προς τις δύο κατευθύνσεις. Με τον τρόπο αυτό αναμειγνύεται το εντερικό περιεχόμενο και επιτυγχάνεται η πέψη και η απορρόφηση του. Η συχνότητα των κινήσεων αυτών ελαττώνεται καθώς απομακρύνεται από το δωδεκαδάκτυλο προς το ειλεό. Η ένταση της συστολής αυξάνεται σε διέγερση του παρασυμπαθητικού και ελατώνεται από τη διέγερση του συμπαθητικού ή από τις κατεχολαμίνες που βρίσκονται στη κυκλοφορία του αίματος. Η κύρια προωθητική δύναμη στο λεπτό έντερο προέρχεται από εντοπισμένα περισταλτικά κύματα (Vander et al., 2011).

Σε αντίθεση με τον οισοφάγο και το στόμαχο, τα περισταλτικά κύματα ταξιδεύουν μερικά μόνο εκατοστά κατά μήκος του λεπτού εντέρου πριν εξασθενήσουν και λησσει η προώθηση του εντερικού περιεχομένου είναι βραδεία, ειδικά αμέσως μετά την απορρόφηση του γεύματος. Αυτό βοηθά στο να υπάρχει επαρκής χρόνος για πέψη και απορρόφηση. Στο στάδιο της νηστείας, δηλαδή αρκετές ώρες μετά το γεύμα, όταν η απορρόφηση ουσιαστικά έχει λοκληρωθεί, αναπτύσσονται πιο ισχυρά προωθητικά περιπλανώμενα κινητικά συμπλέγματα. Αυτά βοηθούν στη προώθηση του εντερικού υπολλείματος προς το παχύ έντερο μέσω της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Η πρόσληψη αναστέλλει τη διαδικασία αυτή λόγω των συστολών κατάτμησης που αναπτύσσονται (Vander et al., 2011).

#### **ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ**

Φυσιολογικά το παχύ έντερο παρουσιάζει χαμηλή συχνότητα κινήσεων. Τρεις με τέσσερις φορές τη μέρα το παχύ έντερο παρουσιάζει σύσπαση του κυκλοτερούς μυός η οποία δεν ταξιδεύει όπως συμβαίνει αμέσως από το γεύμα, πιθανόν λόγω έκκλησης

του γαστροκολικού αντανακλαστικού το οποίο εξαρτάται από τη γαστρίνη. Οι μαζικές κινήσεις αναγκάζουν το εντερικό περιεχόμενο να μετακινηθεί προς το ορθό, το οποίο όταν διατείνεται εκλύει το αντανακλαστικό της αφόδευσης. Η προσαγωγός αισθητική οδός του αντανακλαστικού ξεκινά από τους μηχανοποδοχείς που βρίσκονται στο τοίχωμα του ορθού και διεγείρουν τα νεύρα του παρασυμπαθητικού της ιεράς μοίρας του νωτιαίου μυελού, τα οποία εν συνεχεία αυξάνουν τη σύσπαση του κόλου ενώ χαλαρώνουν το λείο μυ του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού. Τα σωματικά νεύρα προς το γραμμωτό μυ του έξω σφιγκτήρα ου πρωκτού αναστέλλονται επιτρέποντας έτσι τη χάλασή του. Η διάταση του ορθού, εξάλλου ενημερώνει για τη πίεση της αφόδευσης και λητσι μαθαίνουμε να απαντάμε με εκούσια σύσπαση του έξω σφιγκτήρα (Barrett et al., 2014).

Αυτό μας επιτρέπει να ελέγχουμε την αφόδευση. Όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν ο έξω σφιγκτήρας χαλαρώνει επιτρέποντας τη κένωση. Η κένωση υποβοηθείται με τη σύσπαση των κοιλιακών μυών και του διαφράγματος που αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση και έτσι νιώθουμε τη κοιλιακή ενόχληση (Barrett et al., 2014).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **3. ΟΡΙΣΜΟΙ**

Η νόσος Crohn είναι ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του πεπτικού σωλήνα και συνυπάρχουν κλινικές εκδηλώσεις που δυσκολεύουν ή καθυστερούν τη διάγνωση. Υποστηρίζεται ότι η νόσος Crohn προσβάλλει όλα τα τμήματα του πεπτικού σωλήνα, αλλά οι κλινικές εκδηλώσεις αντιπροσωπεύουν μόνο τη περιοχή με τη πιο προχωρημένη βλάβη. Η πλειοψηφία των ασθενών με νόσο Crohn παρουσιάζει αλλοιώσεις τελικού ειλεού οι οποίες συχνά επεκτείνονται και στο τυφλό. Η προσβολή του λεπτού εντέρου παρατηρείται στο 30% της νόσου. Ένα μικρό ποσοστό 5% εμφανίζει αλλοιώσεις διάχυτης νηστιδοειδείτιδος ή ανώτερου πεπτικού, αλλά μπορεί να εμφανιστεί με κύρια εντόπιση την νήστιδα ή την σκωληκοειδή απόφυση (Iatronet, 2004).

Η ελκώδης κολίτιδα είναι ΙΦΝΕ και προσβάλλει σε διάφορη έκταση και βαθμό το βλεννογόνο του παχέος εντέρου και δε παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα στη διάγνωση όπως η νόσος Crohn. Το κύριο σύμπτωμα της ελκώδους κολίτιδας είναι οι αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις. Η αιμορραγία μπορεί να είναι μικρή με ερυθρό χρώμα όταν προσβάλλεται ο ορθός ή πιο εμφανής και μαζική σε πανκολίτιδα (Iatronet, 2005).

Η διάρροια μπορεί να είναι μετά τα γεύματα ή νυχτερινή. Μπορεί να συνυπάρχει από τεινεσμό ή από ακράτεια. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να συνυπάρχει κοιλιακό άλγος, ναυτία και αδυναμία (Iatronet, 2005).

### **3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Περίπου το 25% των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου διαγιγνώσκονται κατά τις πρώτες δεκαετίες της ζωής τους. Οι περισσότεροι διαγιγνώσκονται στη παιδική ηλικία 13-18 ετών και η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται στις αρχές της δεύτερης δεκαετίας της ζωής τους. Επιπλέον, μελέτες δείχνουν ότι η συχνότητα εμφάνισης ιδιοπαθών φλεγμονώδων νοσημάτων εντέρου

αυξάνεται ειδικά στην εφηβεία. Η υψηλότερη ετήσια συχνότητα εμφάνισης των νοσημάτων αυτών στη Ευρώπη ήταν 24,3 ανά 100.000 άτομα για ελκώδη κολίτιδα και 12,7 ανά 100.000 άτομα για νόσο Crohn, στη Βόρεια Αμερική ήταν 19,2 ανά 100.000 άτομα για ελκώδη κολίτιδα και 20,2 ανά 100.000 άτομα για νόσο Crohn και στην Ασία και τη Μέση Ανατολή 6,3 ανά 100.000 άτομα για ελκώδη κολίτιδα και 5,0 ανά 100.00 άτομα για νόσο Crohn. Ο υψηλότερος επιπολασμός ελκώδους κολίτιδας ήταν 322 ανά 100.000 άτομα στην Ευρώπη και 319 ανά 100.000 άτομα στη Βόρεια Ευρώπη (Burisch & Munkholm, 2015).

Διεξάχθηκε μια συστηματική ανασκόπηση στην οποία η επίπτωση και ο επιπολασμός της ελκώδους κολίτιδας και νόσου Crohn συγκρίθηκαν σε διαφορετικές περιοχές και με τη πάροδο του χρόνου τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο επιπολασμός των ιδιοπαθών φλεγμονώδων νοσημάτων εντέρου ήταν υψηλότερες στις δυτικές χώρες ειδικά Βόρεια Ευρώπη και Καναδά. Ωστόσο στη Νέα Σκωτία μια πόλη με τα υψηλότερα ποσοστά των νοσημάτων αυτών η συχνότητα και ο επιπολασμός μειώνονται (Burisch & Munkholm, 2015).

Αυξήθηκε και η συχνότητα και ο επιπολασμός των ιδιοπαθών φλεγμονώδων νοσημάτων εντέρου της Ασίας- Ειρηνικού που παρατηρήθηκε σε περίοδο ενός έτους ( 2011-2012). Έδειξε ότι η ετήσια συνολική επίπτωση ήταν 1,37 ανά 100.000 άτομα στην Ασία για νόσο Crohn και 0,76 ανά 100.000 άτομα για ελκώδη κολίτιδα και 23,67 ανά 100.000 άτομα στην Αυστραλία για νόσο Crohn και 7,3 για ελκώδη κολίτιδα. Στην Ασία η υψηλότερη επίπτωση βρέθηκε στη Κίνα με 3,44 ανά 100.000 άτομα (Burisch & Munkholm, 2015).

Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης των νοσημάτων αυτών στις αναπτυσσόμενες χώρες αποδίδεται σε έλλειψη ιατρικών πόρων ειδικά σε ορισμένους ασθενείς με σοβαρή ασθένεια (Burisch & Munkholm, 2015).

Η συχνότητα εμφάνισης ιδιοπαθών φλεγμονώδων νοσημάτων εντέρου στα παιδιά αυξάνεται παγκοσμίως. Η Βόρεια Αμερική και η Ευρώπη έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα παιδιατρικών ιδιοπαθών φλεγμονώδων νοσημάτων εντέρου. Τα νοσήματα αυτά σε εφήβους και παιδιά αντιπροσωπεύουν το 30% του συνολικών νοσημάτων. Αναφέρθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης των νοσημάτων αυτών σε μια πόλη των ΗΠΑ ήταν 5 ανά 100.000 έως 11 ανά 100.000 παιδιά, 4,56 ανά 100.000 για νόσο Crohn και 2,14 για ελκώδη κολίτιδα, υποδεικνύοντας ότι η νόσος Crohn υπερισχύει της ελκώδους στα παιδιά (Burisch & Munkholm, 2015).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **4. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ**

#### **ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

Η ελκώδης κολίτιδα αρχίζει συνήθως στο ορθό, με φλεγμονή της περιοχής του ορθοσιγμοειδούς και του πρωκτικού σωλήνα, η οποία επεκτείνεται προς τις εγκύτερες μοίρες του παχέος εντέρου. Τις περισσότερες φορές η φλεγμονή παραμένει εντοπισμένη στο ορθό και στο σιγμοειδές στην ελκώδη πρωκτίτιδα ή επεκτείνεται μερικές φορές σε ολόκληρο το παχύ έντερο και σπάνια μέχρι τη ειλεοτυφλική συμβολή. Η φλεγμονή που προκαλείται από την ελκώδη κολίτιδα επηρεάζει το βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο του εντέρου και διακρίνεται ένα αιχμηρό

περίγραμμα μεταξύ του φυσιολογικού και του προσβεβλημένου ιστού. Μόνο σε σοβαρές περιπτώσεις προσβάλλεται το μυικό σύστημα (Sartor, 2006).

Η φλεγμονή αρχίζει στη βάση των κρύπτων του Liberkuhn στη περιφερική μοίρα του παχέος εντέρου και στο ορθό. Τα αποστήματα διαπερνούν την επιφανειακή μοίρα του υποβλεννογόνου και επεκτείνονται προς τα πλάγια, προκαλώντας νέκρωση και απόπτωση του βλεννογόνου του εντέρου. Η ιστική βλάβη είναι αποτέλεσμα του φλεγμονώδους εξιδρώματος και της απελευθέρωσης μεσολαβητών της φλεγμονής. Η εικόνα της βλεννογόνου μεμβράνης είναι ερυθριματώδης, λεπτώς κοκκώδης και εύθρυπτη, με απώλεια του φυσιολογικού αγγειακού σχεδίου και συχνά με διάσπαρτα αιμορραγικά σημεία, εμφανίζοντας αποστήματα στις κρύπτες (Sartor, 2006).

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εύκολη αιμορραγία του εντέρου και την εμφάνιση της αιμορραγικής κένωσης, που είναι το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα της ασθένειας. Το οίδημα προκαλεί μια μικροκοκκιάδη εμφάνιση του βλεννογόνου, στο οποίο μπορεί να σχηματιστούν και ψευδοπολύποδες κατά την ανάπλαση του επιθηλιακού στρώματος του εντέρου. Ατροφία, στένωση, ελάττωση του μήκους του παχέος εντέρου και απώλεια φυσιολογικών κολικών κυψελών είναι τα αποτελέσματα της χρόνιας φλεγμονής του εντέρου (Sartor, 2006).

#### ΝΟΣΟΥ CROHN

Η νόσος Crohn αρχίζει σαν αφθώδης φλεγμονώδης βλάβη στο βλεννογόνο και στο υποβλεννογόνο αυτή η βλάβη μπορεί να υποχωρήσει αλλά και να εξαληφθεί προσβάλλοντας όλα τα στρώματα του εντερικού τοιχώματος. Έπειτα, αναπτύσσονται βαθύτερες εξελκώσεις, κοκκιωματώδεις βλάβες και ρωγμές. Η φλεγμονή προσβάλλει ολόκληρο το παχύ έντερο. Ο αυλός του προσβεβλημένου εντέρου αποκτά ρωγμές και έλκη περιβάλλοντας νησίδες ανέπαφου βλεννογόνου πάνω από οίδηματώδη υποβλεννογόνο. Οι φλεγμονώδεις βλάβες της νόσου εμφανίζονται κατά τύπους με παρεμβολή φυσιολογικού εντέρου ανάμεσά τους (Molodecky et al., 2012).

Καθώς, η νόσος εξελίσσεται, οι ινώδεις αλλοιώσεις του τοιχώματος του εντέρου προκαλούν πάχυνση και απώλεια της ευκαμψίας του με αποτέλεσμα να παίρνει τη μορφή λαστιχένιου σωλήνα. Η φλεγμονή, το οίδημα και η ίνωση μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη του αυλού του εντέρου και δημιουργία αποστημάτων και συριγγίων μεταξύ των ελίκων του εντέρου ή μεταξύ του εντέρου και γειτονικών ομάδων. Τα συρίγγια που έχουν αναπτυχθεί μεταξύ των ελίκων του εντέρου ονομάζονται εντεροεντερικά συρίγγια. Εντεροκυστικά συρίγγια ονομάζονται τα συρίγγια μεταξύ του εντέρου και της ουροδόχου κύστης και εντεροδερματικά είναι αυτά που δημιουργούνται μεταξύ του εντέρου και του δέρματος (Beaugerie et al., 2006).

Τέλος, τα περινεϊκά συρίγγια που εξέρχονται από τον ειλεό εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα. Ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται η νόσος και της αλλοιώσεις που έχει υποστεί ο βλεννογόνος του εντέρου, επηρεάζεται η ικανότητα απορρόφησης θρεπτικών ουσιών με αποτέλεσμα την υποθρεψία και το σύνδρομο δυσαπορρόφησης (Beaugerie et al., 2006).

Όταν προσβάλλεται η νήστιδα και ο ειλεός έχουμε διαταραχή απορρόφησης θρεπτικών ουσιών, όπως υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη, βιταμίνες και βιταμίνη B12. Τέλος, αποτέλεσμα των εξελκώσεων είναι η απώλεια πρωτεϊνών και η χρόνια

απώλεια μικρών ποσοτήτων αίματος που οδηγούν στη προοδευτική αναιμία (Beaugerie et al., 2006).

#### 4.1 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι ο ρόλος της βιταμίνης D είναι πολυάριθμος και σχετίζεται με διάφορες ασθένειες συμπεριλαμβανομένων των ιδιοπαθών φλεγμονώδη νοσημάτων του εντέρου. Διαπιστώθηκε ότι η ανεπάρκεια της βιταμίνης D ήταν συχνή σε διαγνωσμένους ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου (Danese & Fiocchi, 2006).

Η επίδραση της ασπιρίνης και των μη στεροειδών αντιφλεγμονώδων φαρμάκων στο γαστρεντερικό σωλήνα είναι αναγνωρισμένη. Όμως υποστηρίζεται ότι η ασπιρίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη επιδρούν στην ενεργοποίηση ή υποτροπή στα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου. Δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της δόσης, της διάρκειας, ή της συχνότητας χρήσης ασπιρίνης και του κινδύνου για ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn αλλά η υψηλή δόση ή παρατεταμένη διάρκεια χρήσης και συχνή χρήση με στεροειδών αντιφλεγμονώδων φαρμάκων είχαν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο για ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn (Danese & Fiocchi, 2006).

Μελέτη διαπίστωσε ότι η χρήση αντιβιοτικών είναι ένας σημαντικός περιβαλλοντικός παράγοντας, επηρεάζοντας για τον κίνδυνο ιδιοπαθών φλεγμονώδων νόσων εντέρου, μέσω της επίδρασης τους στο μικρόβιο.

Το άγχος έχει προταθεί εδώ και καιρό ότι συσχετίζεται με τη παθογένεση της ελκώδους κολίτιδας και νόσου Crohn. Άτομα με χαμηλότερα επίπεδα άγχους είχαν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης των συγκεκριμένων νοσημάτων.

Η ατμοσφαιρική ρύπανση μπορεί να συμβάλλει στον κίνδυνο εμφάνισης ελκώδους κολίτιδας και νόσου Crohn. Η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης τους στις αναπτυσσόμενες χώρες συμπίπτει με την εξέλιξη της εκβιομηχανισής. Διαπιστώθηκε ότι τα υψηλά επίπεδα NO<sub>2</sub> και SO<sub>2</sub> σχετίζονται με τον αυξανόμεν κίνδυνο των νοσημάτων αυτών (Danese & Fiocchi, 2006).

Οι γενετικοί παράγοντες έχουν σημαντικό ρόλο στα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου. Σε σχέση με την ελκώδη κολίτιδα, η νόσος Crohn εμφανίζεται πιο συχνά μεταξύ συγγενών ασθενών με νόσο Crohn και οι μελέτες διδύμων υποστηρίζουν ισχυρότερη γενετική επίδραση στη νόσο Crohn. Επίσης, αυξημένος αριθμός μελετών δείχνει ότι η νόσος Crohn εμφανίζεται σε συγγενείς πρώτου βαθμού που δε μένουν γεωγραφικά μαζί. Επιπλέον, τα μονοζυγωτικά δίδυμα έχουν υψηλότερο ποσοστό αντιστοιχίας της νόσου από τα διζυγωτικά (Danese & Fiocchi, 2006).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η φλεγμονώδης σηματοδοτική απόκριση συνδέεται με την αντίσταση στην ινσουλίνη, δυσανεξία στην γλυκόζη και την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία που είναι γνωστές μεταβολές που συνδέονται με τη παχυσαρκία. Υποστηρίζεται ότι η αντίσταση στην ινσουλίνη είναι αυξημένη σε ασθενείς με νόσο Crohn σε σχέση με υγιή άτομα (Danese & Fiocchi, 2006).

Υπάρχουν αποδείξεις ότι το δυτικό διατροφικό πρότυπο σχετίζεται με κίνδυνο εμφάνισης ιδιοπαθών φλεγμονώδων νόσων εντέρου. Σε μια ομάδα παιδιατρικών

αμερικανικών ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου η συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας ήταν συγκρίσιμη με αυτή του γενικού πληθυσμού. Η παχυσαρκία μπορεί να συνδέεται με την υψηλότερη δραστηριότητα των νοσημάτων. Ωστόσο, η σωματική δραστηριότητα και η διατήρηση του δείκτη μάζας σώματος <25 μπορεί να βοηθήσει στη πρόληψη των ιδιοπαθών φλεγμονώδων νοσημάτων εντέρου (Danese & Fiocchi, 2006).

Υπήρξαν δεδομένα για τα αντισυλλιπτικά ότι προκαλούν αλλοιώσεις του βλεννογόνου του εντέρου που μοιάζουν με αυτές των ιδιοπαθών φλεγμονώδων νοσημάτων εντέρου. Ωστόσο, δεν έχει βρεθεί τι θα συνέβαινε αν σταματούσαν τη χρήση τους (Danese & Fiocchi, 2006).

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ψυχολογία κατέχει σημαντικό ρόλο στην αρχική εμφάνιση ΙΦΝΕ αλλά και στις υποτροπές. Οι ασθενείς θεωρούν ότι η κακή ψυχολογία ενισχύει τις υποτροπές των νόσων ή ότι αυτές συνέβαλλαν στην έναρξη τους. Σύμφωνα με μελέτες υπάρχουν διαφορές στη προσωπικότητα των ασθενών μεταξύ δύο νόσων. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με νόσο Crohn ήταν πιο εξωστρεφείς σε σχέση με αυτούς με ελκώδη κολίτιδα, αλλά και ψυχωσικοί (Triantafillidis et al., 2002).

Σύμφωνα με παλαιότερες θεωρίες τα άτομα με ανώριμη προσωπικότητα, εξαρτημένα, μπορεί σε περίπτωση έντονης συναισθηματικής φόρτισης να παρουσιάσουν ελκώδη κολίτιδα. Πρόσφατες μελέτες, υποστηρίζουν ότι τα στρεσογόνα ερεθίσματα συνδέονται με την ενεργότητα της ελκώδους κολίτιδας. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με ύπαρξη stress στο ιστορικό, η ιστολογική εξέταση δείχνει υψηλότερη αναλογία αλλοιώσεων σε σύγκριση με ασυμπτωματικούς ασθενείς χωρίς stress (Triantafillidis et al., 2002).

Με βάση τα παραπάνω, το συμπέρασμα είναι ότι μπορεί να υπάρχει ψυχοσωματικό υπόβαθρο που σχετίζεται με τις υποτροπές της ελκώδους κολίτιδας και ότι οι ασθενείς με έντονο stress αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση υποτροπής. Όσο αφορά τη νόσο Crohn, υπάρχει συσχέτιση της με την ύπαρξη κατάθλιψης, άγχους και καταστάσεων πανικού. Επίσης, υποστηρίζεται ότι ψυχολογικοί παράγοντες όπως η κατάθλιψη σε συνδυασμό με άγχος μπορεί να επιδρούν αρνητικά στη πορεία των ασθενών με νόσο Crohn καθώς ευνοούνται οι υποτροπές (Triantafillidis et al., 2002).

## ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Η διατροφή συμβάλλει στην αιτιοπαθογένεια του ΙΦΝΕ καθώς η μεγάλη κατανάλωση υδατανθράκων ευνοεί την ανάπτυξη τους. Επίσης, η κατανάλωση μαργαρίνης έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση ΙΦΝΕ. Η κατανάλωση δημητριακών, τροφίμων με συντηρητικά συνδέονται με την εμφάνιση τους. Η απουσία θηλασμού στη βρεφική ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ΙΦΝΕ στην ενήλικη ζωή και υπάρχουν σχετικές μελέτες που το επιβεβαιώνουν (Goh & O'Morain, 2003).

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Επιδημιολογικά δεδομένα παρουσιάζουν τη συσχέτιση του καπνίσματος με την ελκώδη κολίτιδα. Πιστεύεται ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης ελκώδους κολίτιδας είναι μεγαλύτερος στους πρώην καπνιστές παρά σε όσους δε κάπνισαν ποτέ. Η προστασία του καπνίσματος εξηγεί το γεγονός ότι η μέση ηλικία έναρξης της νόσου στους πρώην καπνιστές είναι μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές (Requiereo et al., 2005).

Οι ασθενείς με νόσο Crohn έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι καπνιστές σε σχέση με το φυσιολογικό πληθυσμό. Επίσης, το κάπνισμα επιδεινώνει τη πρόγνωση της νόσου, ευνοεί τις μετεγχειριντικές υποτροπές και μειώνει τη αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Σύμφωνα με μελέτες το κάπνισμα ευνοεί την ανάπτυξη νόσου Crohn στην ηλικία άνω των 40 ετών (Requiereo et al., 2005).

## ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Δεν είναι σαφείς οι μηχανισμοί δράσης του καπνίσματος αλλά πιστεύεται ότι οι μεταβολές στην προστατευτική λειτουργία του φραγμού του βλεννογόνου του εντέρου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Η προστατευτική επίδραση του καπνίσματος στην ελκώδη κολίτιδα φαίνεται ότι δημιουργείται μέσω της νικοτίνης (Birrenbach & Baker, 2001).

Άλλοι μηχανισμοί όπου εμπλέκονται στο κάπνισμα και στην εμφάνιση των ΙΦΝΕ είναι οι μηχανισμοί κυτταρικής και χημικής ανοσίας, μεταβολές κινητικότητας του εντέρου, μεταβολές αιματικής ροής του εντερικού τοιχώματος και μεταβολές της βλέννης του εντέρου (Birrenbach & Baker, 2001).

Σύμφωνα με μελέτες σε πειραματόζωα για την επίδραση της νικοτίνης στο βλεννογόνο του εντέρου, διαπιστώθηκε ότι το πάχος του στρώματος της βλέννης του βλεννογόνου του ορθού παρουσίασε ελάττωση με μικρές δόσεις νικοτίνης και αύξηση με μεγαλύτερες δόσεις. Ωστόσο, ο ρυθμός σύνθεσης της βλέννης δεν επηρεάστηκε από τη νικοτίνη (Birrenbach & Baker, 2001).

## ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΦΑΡΜΑΚΑ

Πιστεύεται ότι τα ΜΣΑΦ προδιαθέτουν για την εμφάνιση ΙΦΝΕ ή ότι επιδεινώνουν τις υποτροπές της. Σύμφωνα με μελέτες 22 ασθενείς περιγράφηκαν με υποτροπή ΙΦΝΕ η οποία ακολούθησε η λήψη ΜΣΑΦ. Επίσης, 4 ασθενείς μετά την ύφεση της υποροπής επανέλαβαν τη λήψη ΜΣΑΦ με αποτέλεσμα να επανεμφανιστούν οι υποτροπές. Επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι υπήρξε ένδειξη μεταξύ χρήσης παρακεταμόλης και ΜΣΑΦ και υποτροπής των ΙΦΝΕ. Επιπλέον, φαίνεται ότι το ιδιαίτερο φαρμακευτικό προφίλετο κάθε ΜΣΑΦ ευθύνεται για τη διαφορετική επίδραση του στη φλεγμονώδη διεργασία και στη πορεία των ΙΦΝΕ (Goh & O'Morain, 2003).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **5. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

#### **ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

Οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις της ελκώδους κολίτιδας είναι διάρροια με ποσότητα αίματος και κοιλιακό άλγος. Η αιμορραγία από το ορθό είναι το πιο σύνηθες χαρακτηριστικό σύμπτωμα. Η ενεργή ελκώδης κολίτιδα που παρουσιάζεται με διάρροια εμφανίζει και αίμα στα κόπρανα. Επίσης, συχνά οι ασθενείς εμφανίζουν τεινεσμό και επείγουσα ανάγκη για αφόδευση ή ακράτεια. Σε περιπτώσεις που η



φλεγμονή είναι σοβαρή και εκτεταμένη, οι κενώσεις εμφανίζονται κυρίως με αίμα αναμειγμένο με βλεννοπυώδες εξίδρωμα και μικρή ποσότητα διαρροικών κοπράνων (Hendrickson et al., 2002).

Πολλοί ασθενείς με ενεργή ελκώδη κολίτιδα εμφανίζουν αποβολή πολτώδων ή υδαρών κοπράνων. Η διάρροια παρουσιάζεται σε συνδυασμό με αίμα, βλέννη ή βλεννοπυώδους εξιδρώματος. Επίσης, ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα μπορεί να εκδηλώσουν δυσφορία στο υπογάστριο ή στον αριστερό λαγόνιο βόθρο κοιλιακό άλγος πριν την κένωση που στη συνέχεια υποχωρεί (Hendrickson et al., 2002).

## ΝΟΣΟΣ CROHN

Οι ασθενείς παρουσιάζουν ήπια ενόχληση στη δεξιά λαγόνιο χώρα, διάρροια, καταβολή, ανορεξία, και απώλεια βάρους. Ο ασθενής εμφανίζει πυρετό, ταχυκαρδία και ευαισθησία στη ψηλάφηση στη κοιλιά. Σε παλιές περιπτώσεις ασθενείς που προσβάλλεται ο τελικός ειλεός έχουν συμπτώματα ατελούς απόφραξης με κωλικό πόνο, ναυτία και εμετό. Παρουσιάζεται στένωση που προκαλείται από ίνωση τμήματος του λεπτού εντέρου αλλά συχνά συνυπάρχει και φλεγμονή (Hendrickson et al., 2002).

Υπάρχουν ασθενείς όπου παρουσιάζουν ακτινολογικά ευρήματα φλεγμονής, συμπτωματολογία και ουλώδεις στενώσεις. Επίσης, παρουσιάζονται περιπτώσεις ασθενών με μάζα στη δεξιά λαγόνιο χώρα. Σε αυτή τη περίπτωση η φυματίωση, το καρκίνωμα, γυναικολογικές παθήσεις και το απόστημα σκωληκοειδούς πρέπει να αποκλειστούν. Μερικοί ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν συρίγγιο αν και αυτό μπορεί να προκληθεί εξαιτίας της χρόνιας νόσου ή υποτροπής μετά τη χειρουργική επέμβαση. Το συρίγγιο σχηματίζεται συνήθως κεντρικότερα της στένωσης του τελικού ειλεού και συνυπάρχει μικροβιακή φλεγμονή στο συρίγγιο. Τα συρίγγια μπορεί να είναι τυφλά προκαλώντας τη δημιουργία αποστημάτων εντεροδερματικών, εντεροεντερικών και εντεροκυστικών (Hendrickson et al., 2002).

Επιπλέον, η νόσος μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια σκωληκοειδεκτομής για συμπτώματα οξείας σκωληκοειδίτιδας. Το ιστορικό του ασθενή βοηθά στη συγκεκριμένη περίπτωση καθώς και η λαπαροτομία όπου είναι απαραίτητη. Η εμφάνιση περιπρωκτικών βλαβών μπορεί να παρουσιαστεί σε συνδυασμό με προσβολή του λεπτού εντέρου και να συμβάλει στη διάγνωση. Οι αλλοιώσεις περιλαμβάνουν ραγάδες, συρίγγια, αποστήματα και δερματικά έλκη. Οι περιπρωκτικές αλλοιώσεις δεν εμφανίζουν έντονη φλεγμονή, έχουν ανώμαλη επιφάνεια και είναι ανώδυνες (Hendrickson et al., 2002).

Όσο αφορά προβλήματα μεταβολισμού και θρέψης συναντώνται σπάνια σαν πρώτη εμφάνιση στους ασθενείς. Η δυσαπορρόφηση που υπάρχει στη νόσο Crohn του λεπτού εντέρου μπορεί να εκδηλωθεί με αναιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές και συμπτώματα από έλλειψη βιταμινών. Η αναιμία εμφανίζεται συχνά λόγω απουσίας σιδήρου αλλά και στη δυσαπορρόφηση βιταμίνης B12 από το τελικό ειλεό. Σπάνια εμφανίζονται εκδηλώσεις μαζικής αιμορραγίας, διάτρηση, πνευμονολογικές εκδηλώσεις και αποστήματα ήπατος (Hendrickson et al., 2002).

## 5.1 ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

### ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Ο μυοσκελετικός πόνος εμφανίζεται στο 9-53% των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου. Η διαφορική διάγνωση αυτής της κατάστασης περιλαμβάνει αρθρική, περιαρθρική και μυική εμπλοκή, οστεοπόρωση και σχετικά κατάγματα και ινομυαλγία (Bourikas & Papadakis, 2009).

Η αρθρίτιδα μπορεί να επηρεάσει τη σπονδυλική στήλη, τις περιφερικές αρθρώσεις ή συνδιασμός αυτών. Η φλεγμονώδης αρθρίτιδα ορίζεται από τον πόνο, την αύξηση τοπικής θερμοκρασίας και το οίδημα των αρθρώσεων με ή χωρίς συλλογή, οδηγώντας σε μειωμένη κινητικότητα των αρθρώσεων (Bourikas & Papadakis, 2009).

Η περιφερική ή αξονική αρθρική εμπλοκή μπορεί να προηγηθεί ή να αναπτυχθεί μετά τη διάγνωση των ιδιοπαθών φλεγμονώδων νοσημάτων εντέρου. Η αρθροπάθεια που σχετίζεται με τα νοσήματα αυτά είναι μέρος ασθενειών που ονομάζονται "οροαρνητικές σπονδυλοπαραγωγικές" (Bourikas & Papadakis, 2009).

Η περιφερική αρθρίτιδα τύπου 1 περιλαμβάνει λιγότερες από 5 αρθρώσεις και συνδέεται με τη δραστηριότητα των νοσημάτων αυτών. Το γόνατο είναι μια περιοχή που προσβάλλεται πιο συχνά (Bourikas & Papadakis, 2009).

Η περιφερική αρθρίτιδα τύπου 2 είναι πολυαρθρική ανεξάρτητη από τη δραστηριότητα της νόσου. Οι λιγότερο προσβεβλημένες περιοχές περιλαμβάνουν τα γόνατα, τους αστραγάλους, τους ώμους και τη μεταταρσοφαλαγγική άρθρωση (Bourikas & Papadakis, 2009).

Η σπονδυλίτιδα μπορεί να εμφανιστεί στο 1-26% των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου. Οι άντρες επηρεάζονται περισσότερο από τις γυναίκες. Περιλαμβάνει πόνο στη πλάτη ή στους γλουτούς όπου επιδεινώνεται το πρωί ή μετά την ανάπαυση και ανακουφίζεται μετά την άσκηση. Ο νωτιαίος πόνος συχνά κατευθύνεται προς την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Ο πόνος εναλλάσσεται με πόνο στο στήθος (Bourikas & Papadakis, 2009).

Η θεραπεία της περιφερικής αρθρίτιδας στοχεύει στη θεραπεία της υποκείμενης νόσου του εντέρου καθώς και στην ανακούφιση από τα συμπτώματα (Bourikas & Papadakis, 2009).

Η χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονώδων φαρμάκων και εκλεκτικών αναστολέων κυκλοοξυγενάσης-2 (COX-2) προκαλεί τάση για επιδείνωση των συμπτωμάτων ιδιοπαθών φλεγμονώδων νοσημάτων του εντέρου. Επίσης, η σουλφασαλαζίνη έχει μελετηθεί για την ανακούφιση των συμπτωμάτων και χρησιμοποιείται συνήθως εάν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα δε βελτιώσουν τα συμπτώματα (Bourikas & Papadakis, 2009).

Η σπονδυλική ή αξονική εμπλοκή αντιμετωπίζονται παρόμοια με άλλες σπονδυλοαρθροπάθειες. Οι ασθενείς θα πρέπει να παραπέμπονται σε φυσιοθεραπευτή για ασκήσεις στη πλάτη που μπορεί να αποτρέψουν τις παραμορφώσεις της πλάτης και του αυχένα. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και αναστολείς COX-2 χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση των συμπτωμάτων (Bourikas & Papadakis, 2009).

Υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου. Εκτός από τους παράγοντες κινδύνου που αφορούν την ηλικία στο γενικό πληθυσμό, σχετίζονται και με τη θεραπεία με κορτικοστεροειδή, μειωμένη φυσική δραστηριότητα, διατροφική δυσαπορρόφηση

ασβεστίου και μαγνησίου, ανεπάρκεια βιταμίνης D, δυσαπορρόφηση ειλεού (Bourikas & Papadakis, 2009).

Ο κίνδυνος για κάταγμα σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου είναι 40% υψηλότερος από το γενικό πληθυσμό και ο κίνδυνος αυξάνεται με την ηλικία (Bourikas & Papadakis, 2009).

#### ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Δερματολογικές εκδηλώσεις εμφανίζονται στο 2-34% των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου. Το οζώδες ερύθημα και το γαγγραινώδες πυόδερμα είναι οι πιο συχνές. Άλλες δερματικές εκδηλώσεις, ψωρίαση, αφθώδης στοματίτιδα και σύνδρομο Sweet (Veloso, 2004).

Το οζώδες ερύθημα είναι η πιο συνηθισμένη δερματική βλάβη, περιλαμβάνει βαθιά οζίδια που βρίσκονται πάνω από τις κνήμες. Οι βλάβες του οζύδους ερυθήματος είναι ψηλαφητές και δεν είναι εύκολα ορατές. Η φλεγμονή βρίσκεται στο υποδόριο λίπος και μπορεί να εμφανιστεί όπου υπάρχει υποδόριο λίπος. Οι βλάβες έχουν διάμετρο 1-5cm. Επιπλέον, το οζώδες ερύθημα έχει συσχετιστεί με χρήση φαρμάκων όπως σουλφοναμίδια, ιωδιδια, βρωμίδια και οιστρογόνα. Το οζώδες ερύθημα είναι πιο συχνό στη νόσο Crohn και υποχωρεί μόνο όταν υποχωρήσει η νόσος Crohn (Veloso, 2004).

Το γαγγραινώδες πυόδερμα ξεκινά με μια φλύκταινα ή ερυθηματώδη βλατίδα ή οζίδιο που διασπάται και σχηματίζει έλκος. Τα έλκη είναι κολλημένα με πύον, περιέχουν φολιδωτές οδούς που ανοίγουν σε χαρακτηριστικές τρύπες που μοιάζουν με κρατήρα και αφήνουν ουλές όταν επουλωθούν. Παρόλο που τα πόδια επηρεάζονται περισσότερο, τα έλκη μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Μπορεί να αντιμετωπιστεί με ενδοφλέβια ένεση κορτικοστεροειδών και ανοσοκατασταλτικών παραγόντων όπως κυκλοφωσφαμίδη και αζαθειοπρίνη που έχουν χρησιμοποιηθεί μόνοι ή σε συνδυασμό με στεροειδή φάρμακα (Veloso, 2004).

Η ψωρίαση φαίνεται να είναι πιο συχνή σε ασθενείς με νόσο Crohn. Η ψωρίαση κατά μέσο όρο εμφανίζεται περίπου 16 χρόνια πριν την αρχική παρουσίαση της εντερικής νόσου (Veloso, 2004).

#### ΗΠΑΤΟΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Περιλαμβάνουν τη πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα, χολολιθίαση, θρόμβωση πυλαίας φλέβας, ηπατοτοξικότητα και παγκρεατίτιδα που προκαλείται από φάρμακα. Η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα είναι μια χρόνια προοδευτική διαταραχή άγνωστης αιτιολογίας και εκδηλώνεται με φλεγμονή, στένωση και ίνωση μεσαίων και μεγάλων ενδο και εξωηπατικών χολικών χολικών αγωγών. Τουλάχιστον 75% των ασθενών με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα έχουν συνυπάρχουσα ελκώδη κολίτιδα και 5-10% των ασθενών με την ίδια διαταραχή έχουν νόσο Crohn. Η διαταραχή αυτή μπορεί να αναπτυχθεί είτε χρόνια είτε μετά την εμφάνιση συμπτωμάτων του εντέρου (Ashwin et al., 2017).

Η χολολιθίαση είναι συχνή σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου. Ιδιαίτερα σε ασθενείς με ειλική νόσο. Η θρόμβωση της φλεβικής πύλης φλέβας είναι

μια σπάνια επιπλοκή που έχει παρατηρηθεί σε συνδιασμό με ανωμαλίες πήξης που οφείλονται στη χρόνια φλεγμονή του εντέρου (Ashwin et al., 2017).

Η παγκρεατίτιδα είναι μια κοινή παρενέργεια της θεραπείας με 6-μερκαπτοκπουρίνη ή αζαθειοπρίνη. Αρκετά φάρμακα προκαλούν ηπατοτοξικότητα όπως οι θειοπουρίνες, μεθοτρεξάτη, σουλφασαλαζίνη και κυκλοσπορίνη. Η χρήση αλκοόλ μπορεί να αυξήσει το κίνδυνο (Ashwin et al., 2017).

#### ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι οφθαλμικές εκδηλώσεις εμφανίζονται στο 0,3%-0,5% όλων των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου. Οι κύριες οφθαλμολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν επισκληρίτιδα, σκληρίτιδα και ραγοειδίτιδα και κερατοπάθεια. Η επισκληρίτιδα είναι φλεγμονή του αγγειακού στρώματος κάτω από τον επιπεφυκότα που εμφανίζεται με οξεία ερυθρότητα ενός ή και των δυο ματιών, με κάψιμο, κνησμό και πόνο στη ψηλάφηση. Η σκληρίτιδα είναι μια πιο σοβαρή διαταραχή που προκαλείται από φλεγμονή των βαθύτερων σκληρών αγγείων, παρουσιάζεται με πόνο και ερυθρότητα που μπορεί να περιλαμβάνει αλλαγές στην όραση. Η ραγοειδίτιδα περιλαμβάνει φλεγμονή της ίριδας, του υαλοειδούς, των χοριοειδών ή του αμφιβληστροειδούς. Οι ασθενείς εμφανίζουν οξεία ερυθρότητα πόνο και αλλαγές στην όραση. Αυτές οι καταστάσεις συνήθως ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία της υποκείμενης νόσου του εντέρου. Οι ασθενείς με επισκληρίτιδα μπορεί επίσης να ανταποκριθούν σε τοπικά στεροειδή. Η σκληρίτιδα και ραγοειδίτιδα είναι πιο πιθανό να ανταποκριθούν στη συστηματική θεραπεία και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σε συνδυασμό με τη θεραπεία (Ashwin et al., 2017).

Η νόσος του κερατοειδούς είναι σπάνια εκδήλωση των ΙΦΝΕ. Παρουσιάζει πόνο στα μάτια, αίσθηση ξένου σώματος, ερεθισμός και περιστασιακά μειωμένη όραση. Η κερατοπάθεια στα ΙΦΝΕ εμφανίζεται με δυο μορφές. Η πρώτη εμφανίζεται ως επιθηλιακές ή υποεπιθηλιακές μικρές γκρι κουκίδες που βρίσκονται στο πρόσθιο κερατοειδή. Το δεύτερο εμφανίζεται με βαθύτερα στρωματικά νεφελώδη υποεπιθηλιακά διηθήματα ή ουλές. Οι ασθενείς παρουσιάζουν συνήθως γνωστή διάγνωση ΙΦΝΕ αλλά η κερατοπάθεια δε προηγείται της διάγνωσης. Τα τοπικά στεροειδή πρέπει να αποφεύγονται καθώς επιδεινώνουν τη κατάσταση. Η συστηματική ανοσοκατασταλτική θεραπεία για ΙΦΝΕ είναι επαρκής γι' αυτή τη πάθηση (Ashwin et al., 2017).

#### ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Έχει αναφερθεί η συσχέτιση της νόσου των αεραγωγών από τη τραχεία προς τα βροχιόλια σε συνδιασμό με τα ΙΦΝΕ. Η σοβαρή τραχειακή φλεγμονή και απόφραξη είναι σπάνιες εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ και σχείζονται με τη παρουσίαση αιμορραγικού ιστού στη ενδοσκόπηση. Τα κύρια συμπτώματα είναι βήχας, δύσπνοια και βραχνάδα. Η εμπλοκή του ανώτερου αεραγωγού περιλαμβάνει υπογλωττιδική στένωση και τραχειακή φλεγμονή. Το μεγαλύτερο μέρος αυτού περιλαμβάνει τη τραχεία εμφανίζοντας δύσπνοια, δυσφωνία και βήχα. Η βρογχική φλεγμονή και ο

υπερκαπνισμός είναι οι πιο συχνές εκδηλώσεις πνευμονικής εμπλοκής στα ΙΦΝΕ και περιλαμβάνουν χρόνια βρογχίτιδα και βρογχιεκτασία στην οποία η βρογχική διαστολή απεικονίζεται σε ακτινογραφία θώρακος ή αξονική τομογραφία. Συχνά οι ασθενείς με ΙΦΝΕ αναπτύσσουν νέα, επίμονα και ανεξήγητα συμπτώματα ιδιαίτερα χρόνιου παραγωγικού βήχα και μπορεί να αποδειχθεί η παρουσία βρογχιεκτασίας. Η πλειονότητα των ασθενών με βρογχιεκτασία έχουν ελκώδη κολίτιδα. Η δεύτερη πιο συνηθισμένη νόσος των μεγάλων αεραγωγών στα ΙΦΝΕ είναι η χρόνια βρογχίτιδα. Το κύριο σύμπτωμα είναι ο χρόνιος βήχας με πυώδη πτύελα που δεν ανταποκρίνεται στα αντιβιοτικά (Ashwin et al., 2017).

Μεταξύ των ασθενειών των μικρών αεραγωγών που σχετίζονται με τα ΙΦΝΕ, η βρογχιολίτιδα είναι η πιο συχνά ανιχνεύσιμη. Η χρόνια βρογχιολίτιδα συμβάλλει στη νοσηρότητα ή θνησιμότητα εάν επιμένει και εξελίσσεται στη διάχυση της στένωσης και της παραμόρφωσης των αεραγωγών ή της πλήρους εξάλειψης. Τα κύρια συμπτώματα της βρογχιολίτιδας που σχετίζονται με τα ΙΦΝΕ περιλαμβάνουν ήπιο παραγωγικό βήχα και χρόνια βρογχόρροια, οι συριγμοί ακούγονται κατά την ακρόαση (Ashwin et al., 2017).

Όσο αφορά την θεραπεία τα εισπνεόμενα στεροειδή φαίνονται αποτελεσματικά και είναι καλύτερα ανεκτά από τα στεροειδή του στόματος. Η νόσος των μικρών αεραγωγών είναι συνήθως ανθεκτική στα εισπνεόμενα στεροειδή και η βελτίωση που προκαλείται από τα στεροειδή από το στόμα κυμαίνεται από ελεφρά έως μέτρια. Η χειρουργική επέμβαση του παχέος εντέρου μπορεί να επιδεινώσει τη νόσο των αεραγωγών και δε συνίσταται για τη θεραπεία (Ashwin et al., 2017).

Η παρεγχυματική νόσος των πνευμόνων που σχετίζεται με τα ΙΦΝΕ είναι ασυνήθιστη, η οποία είναι η κρυπτογενής πνευμονία (COP). Η κρυπτογενής πνευμονία προκαλείται συχνά από μόλυνση ή από φάρμακα και μπορεί να παρουσιάσει υποξία, πυρετό, βήχα και πλευρίτιδα στο στήθος. Συστηματικά στεροειδή συνιστώνται για θεραπεία, αλλά η κρυπτογενής πνευμονία μπορεί να απομακρυνθεί χωρίς θεραπεία σε μερικές περιπτώσεις (Ashwin et al., 2017).

## ΑΙΜΑ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΑ

Εξωεντερικές εκδηλώσεις που αφορούν το αίμα και τα αγγεία είναι η αναιμία, η υπερπηκτικότητα αίματος και αγγειίτιδες, όπου είναι οι κυριότερες. Η αναιμία στα ΙΦΝΕ αποτελεί συχνό πρόβλημα. Το 30% των ασθενών με ΙΦΝΕ παρουσιάζουν κάποιο βαθμό αναιμίας. Οι ασθενείς είναι νεαρής ηλικίας και ανέχονται για μεγάλα χρονικά διαστήματα την αναιμία. Ωστόσο η παρουσία σημαντικού βαθμού αναιμίας συμβαδίζει με επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και απαιτεί τη χορήγηση αποτελεσματικής θεραπείας (Ashwin et al., 2017).

Η παθογένεια της αναιμίας είναι πολλαπλή, δύο όμως είναι οι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες, η έλλειψη σιδήρου και η αναιμία χρόνιας νόσου. Η σιδηροπενία οφείλεται κατά κύριο λόγο στην απουσία σιδήρου από τον εντερικό σωλήνα. Υπολογίζεται ότι σε μέτρια βαρύτητας παρόξυνσης κολίτιδας χάνεται το 25% των

αποθεμάτων σιδήρου. Παρ' όλα αυτά και οι ασυμπτωματικοί ασθενείς συνεχίζουν να χάνουν από το έντερο και υποστηρίζεται ότι η εμμένουσα αναιμία συνεπάγεται διατήρηση της νόσου (Ashwin et al., 2017).

Σε περιπτώσεις διαιτητικών περιορισμών αυξάνεται το έλλειμα σιδήρου ενώ στη νόσο του Crohn με προσβολή του δωδεκαδακτύλου και της νήστιδος, ελαττώνεται και η απορρόφηση του σιδήρου από το έντερο. Επιπλέον, πρέπει να αναφερθεί ότι η χρόνια φλεγμονή και η σιδηροπενία κινητοποιούν μηχανισμούς που οδηγούν σε παρακράτηση του σιδήρου από τη δεξαμενή του πλάσματος στους ιστούς και έτσι έχουμε λειτουργική σιδηροπενία. Η θεραπεία της σιδηροπενικής αναιμίας συνίσταται με τη χορήγηση σιδήρου από το στόματος αλλά κυρίως παρεντερικά (Ashwin et al., 2017).

Μια άλλη σημαντική επιπλοκή των ΙΦΝΕ και ιδιαίτερα της ελκώδους κολίτιδας είναι η αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία. Εμφανίζεται με ποσοστό 2% που συνοδεύεται με κυρίως ενεργό εκτεταμένη νόσο ενώ μπορεί να συμβεί και αμέσως μετά από κολεκτομή. Η θεραπεία περιλαμβάνει χορήγηση κορτικοειδών ή συνδυασμός αυτών με ανοσοκατασταλτικά (Ashwin et al., 2017).

#### ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Συχνότερη στις εξωεντερικές εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ είναι η νεφρολιθίαση που εμφανίζεται σε ποσοστό 2 έως 10% των ασθενών που πάσχουν από τη νόσο Crohn. Η αφυδάτωση, η ολιγουρία, η κατάκλιση και οι ουρολοιμώξεις αποτελούν προδιαθεσιακούς παράγοντες.

Επίσης, επιπλοκές στο ουροποιητικό μπορεί να είναι η απόφραξη των ουρητήρων, η υδρονέφρωση από επέκταση της φλεγμονής, καθώς και τα εντεροκυστικά συρίγγια με υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις (Ashwin et al., 2017).

#### ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις εμφανίζονται και στη στοματική κοιλότητα ιδιαίτερα στη νόσο Crohn όπου μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα. Στην ελκώδη κολίτιδα οι στοματικές εκδηλώσεις είναι λιγότερο συχνές και παρουσιάζονται με έλκη, βλαστική πυοστοματίτιδα, συγγειλίτιδα και μονιλίαση. Στη νόσο Crohn οι στοματικές εκδηλώσεις είναι αρκετά συχνές και περιλαμβάνουν:

- διόγκωση χειλιών, διάχυτη και εμμένουσα
- κάθετες αύλακες στα χείλη
- περιστοματικό ερύθημα
- απολέπιση δέρματος
- συγγειλίτιδα
- φλεγμονώδη διόγκωση των ούλων
- ουλορραγίες
- διαβρώσεις ή έλκη
- οίδημα και πάχυνση του βλεννογόνου της παρειάς

- μονιλίαση
- ξηροστομία
- υπογνάθια λεμφαδενίτιδα (Ashwin et al., 2017).

Η συχνότητα εμφάνισης στοματικών βλαβών κυμαίνεται από 0,5 έως 20%. Οι πιο συνήθεις θέσεις εντόπισης των βλαβών είναι τα χείλη, τα ούλα και ο βλεννογόμος της παρειάς. Οι στοματικές εκδηλώσεις εμφανίζονται συχνότερα στο ανδρικό φύλο και παρατηρούνται σε νεότερες ηλικίες (Ashwin et al., 2017).

Επίσης, οι ασθενείς με νόσο Crohn έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης τερηδόνας λόγω της διαίτας που ακολουθούν που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες αλλά και εξαιτίας της παραμέλησης της στοματικής υγιεινής. Οι στοματικές εκδηλώσεις προηγούνται των εντερικών αλλά μπορεί να συνυπάρχουν ή να έπονται. Η διάγνωση στηριζόμενη μόνο με βάση τη παρουσία στοματικών εκδηλώσεων είναι δύσκολη. Η τελική διάγνωση διεξάγεται μετά από λεπτομερή εξέταση και εκτίμηση κλινικών και ιστολογικών ευρημάτων (Ashwin et al., 2017).

Επιπλέον, για να τεκμηριωθεί η διάγνωση από τις στοματικές βλάβες είναι απαραίτητος ο ενδεδειγμένος έλεγχος για να αποκλειστεί ή να επιβεβαιωθεί η ασυμπτωματική εντερική νόσος. Παρ' όλα αυτά είναι άγνωστο το ποσοστό ασθενών που θα την αναπτύξουν καθώς και το χρονικό διάστημα που θα χρειαστεί, εξαιτίας αυτού οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται (Ashwin et al., 2017).

Η θεραπεία των στοματικών εκδηλώσεων συντελείται με ανακούφιση των συμπτωμάτων. Συχνά χρησιμοποιούνται ανοσοκατασταλτικά αλλά και τοπική θεραπεία επιτυγχάνοντας την εξαφάνιση των βλαβών στις μισές περιπτώσεις (Ashwin et al., 2017).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

#### **6.1 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ-ΟΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Η εργαστηριακή διερεύνηση μέσω αιματολογικών και ορολογικών δεικτών των ασθενών με ΙΦΝΕ είναι πολύ σημαντική, αφού επιτρέπει σε πολλές περιπτώσεις τον καθορισμό όχι μόνο της ενεργότητας και της βαρύτητας της προσβολής, αλλά και της εξέλιξής της. Όμως, ενώ ενδέχεται οι εξετάσεις αυτές να έχουν σημασία όσον αφορά στη διαφορική διάγνωση από άλλα είδη φλεγμονωδών εντεροπαθειών, δεν μπορούν να καθορίσουν το είδος της υποκείμενης ΙΦΝΕ (Capello et al., 2016).

#### **ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΦΑΣΕΩΣ**

Η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα είναι φλεγμονώδεις διεργασίες. Επομένως εκείνο που λογικά αναμένεται είναι να αυξηθούν στον ορό τα επίπεδα των ουσιών που υποδηλώνουν την παρουσία φλεγμονής. Οι ουσίες αυτές, γνωστές ως πρωτείνες οξείας φάσεως, είναι πρωτεϊνικά μόρια με βραχύ χρόνο ημισείας ζωής, που αυξάνουν ταχέως με την έναρξη της φλεγμονώδους διεργασίας. Αυτό έχει μεγάλη πρακτική σημασία, αφού πολλές φορές συμπτώματα του αρρώστου τα οποία είναι ίδια με τα

συμπτώματα της υποτροπής της νόσου μπορεί να οφείλονται σε απόφραξη του εντερικού αυλού και όχι σε φλεγμονώδη διεργασία. Τονίζεται ότι οι ουσίες αυτές μπορούν να αυξηθούν και σε άλλες φλεγμονώδεις καταστάσεις, καλοήθειες ή κακοήθειες. Αντίθετα δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φλεγμονώδους διεργασίας και επιπέδων πρωτεϊνών με μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής, όπως οι γ-σφαιρίνες, η α2-μακροσφαιρίνη, η β2-μικροσφαιρίνη, η σερουλοπλασμίνη, η θρυψίνη και η β-λιποπρωτεΐνη. Υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ αυξημένων επιπέδων πρωτεϊνών οξείας φάσεως και εξάρσεως της νόσου, αφού η υποχώρηση της φλεγμονής προκαλεί ταχεία επάνοδο των τιμών των ουσιών αυτών στο φυσιολογικό. Από τις πρωτεΐνες οξείας φάσεως η πλέον ευαίσθητη φαίνεται ότι είναι η α1-όξινη-γλυκοπρωτεΐνη, όμως ο προσδιορισμός των επιπέδων της ουσίας αυτής δεν είναι παντού εφικτός. Το γονίδιο το οποίο κωδικοποιεί την CRP εδράζεται στο μακρύ σκέλος του χρωμοσώματος 1 (Capello et al., 2016).

Τελευταία έχουν διαπιστωθεί απλοί νουκλεοτιδικοί πολυμορφισμοί του γονιδίου της CRP. Η CRP εκτός από δείκτης φλεγμονής φαίνεται ότι έχει και πολλές άλλες δράσεις. Δρα ως οφωνίνη, και ενεργοποιεί το συμπλήρωμα προάγοντας της φαγοκυττάρωση πυρηνικών συστατικών και βακτηριδιακών τμημάτων. Αποτελεί επομένως σημαντικό στοιχείο της φυσικής ανοσίας και προφυλάσσει έναντι της εμφάνισης αυτοανοσίας. Ο ποσοτικός προσδιορισμός των επιπέδων της CRP του ορού είναι ο πλέον συνήθως χρησιμοποιούμενος στην καθημερινή κλινική πράξη. Τα επίπεδα της CRP αυξάνουν επίσης ταχέως επανερχόμενα επίσης ταχέως στο φυσιολογικό μετά την πάροδο των οξέων φλεγμονωδών φαινομένων. Η CRP παράγεται σχεδόν αποκλειστικά από τα ηπατοκύτταρα μετά διέγερση από την Ιντερλευκίνη-6 τον TNF-α και την Ιντερλευκίνη-1 ουσίες οι οποίες παράγονται στις θέσεις της φλεγμονώδους διεργασίας. Ο βραχύς χρόνος ημίσειας ζωής την καθιστά έναν πολύ αξιόλογο δείκτη παρακολούθησης της φλεγμονώδους διεργασίας ιδιαίτερα σε ασθενείς με νόσο Crohn. Σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα οι μεταβολές των επιπέδων της είναι λιγότερο εμφανείς παρά την ύπαρξη ενεργού νόσου. Οι λόγοι αυτής της διαφοράς δεν είναι γνωστοί. Ακόμη στη νόσο του Crohn τα επίπεδα της α1-όξινης γλυκοπρωτεΐνης, τείνουν να είναι υψηλότερα και το ποσοστό των ασθενών με παθολογικές τιμές μεγαλύτερο. Θα πρέπει πάντως να επισημανθεί ότι υπάρχει σημαντική αλληλεπικάλυψη τιμών μεταξύ φυσιολογικών ατόμων με ΙΦΝΕ (Capello et al., 2016).

Τέλος ενώ οι τιμές της CRP, εφ' όσον είναι παθολογικές, παρουσιάζουν σημαντική απόκλιση προς τα επάνω σε σχέση με τις φυσιολογικές τιμές, οι τιμές της α1-όξινης γλυκοπρωτεΐνης τείνουν να κυμαίνονται σε παθολογικά μεν, αλλά στενά όρια. Στη νόσο Crohn τα επίπεδα της CRP βαίνουν παράλληλα με τον βαθμό ενεργότητας της νόσου καθώς και με άλλους δείκτες φλεγμονής όπως είναι ο Crohn's Disease Activity Index, τα επίπεδα του αμυλοειδούς-A του ορού, της Ιντερλευκίνης-6 και της καλπροτεκτίνης των κοπράνων. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι στις μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε ως κύριο φάρμακο το Infliximab ή αντισώματα έναντι των προσκολλητικών μορίων, υψηλά επίπεδα CRP πριν από την έναρξη της θεραπείας, αποτελούσαν δείκτες καλύτερης ανταπόκρισης στη θεραπεία συγκριτικώς με ασθενείς οι οποίοι είχαν χαμηλά επίπεδα CRP κατά την έναρξη της θεραπείας. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει τάση προσδιορισμού και άλλων ορολογικών δεικτών, όπως της λακτοφερρίνης<sup>6</sup>, της βήτα-N-ακετυλεξοζαμινιδάσης<sup>7</sup> και της νεοπτερίνης. Η σημασία των πρωτεϊνών αυτών δεν είναι αρκετά σαφής (Capello et al., 2016).



## ΑΛΛΕΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

Άλλες απλές αιματολογικές παράμετροι χρήσιμες στην καθημερινή κλινική πράξη είναι η Ταχύτητα Καθίζησης των Ερυθρών, η Αιμοσφαιρίνη, τα αιμοπετάλια, η ηλεκτροφόρηση των πρωτεϊνών του ορού, ο σίδηρος, ο κορεσμός της τρανσφερρίνης και ο παράγοντας πήξεως XIII (Capello et al., 2016).

ΤΚΕ: Η ΤΚΕ αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας και είναι υψηλότερη στις γυναίκες. Δεν είναι ειδικός δείκτης και οι τιμές της αυξάνονται σε απειράριθμες παθολογικές καταστάσεις, ενώ αντίθετα μπορεί να είναι φυσιολογικές παρά την ύπαρξη ενεργού φλεγμονής. Επομένως οι τιμές της ΤΚΕ θα πρέπει να εκτιμώνται με προσοχή και πάντοτε σε συνάρτηση με τα υπόλοιπα κλινικοεργαστηριακά δεδομένα (Capello et al., 2016).

Αιμοσφαιρίνη: Η αιμοσφαιρίνη, αν και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως απώλεια αίματος, χρόνια ένδεια σιδήρου και βιταμίνης Β12, καθώς και από τοξική επίδραση στο μυελό της υποκείμενης φλεγμονώδους διεργασίας, εν τούτοις έχει αρκετά ικανοποιητικό βαθμό συσχέτισης με την έκταση της φλεγμονής. Αποτελεί την μοναδική εργαστηριακή παράμετρο του CDAI (Capello et al., 2016).

Αιμοπετάλια: Τόσο στην ελκώδη κολίτιδα όσο και στη νόσο του Crohn παρατηρούνται διαταραχές στον αριθμό και την λειτουργία των αιμοπεταλίων. Χαρακτηριστικά, τα αιμοπετάλια του αίματος αυξάνουν σε ενεργό ΙΦΝΕ ενώ στον βλεννογόνο του πάσχοντος εντέρου παρατηρούνται συχνότητα αθροίσματα αιμοπεταλίων σε μικροθρόμβους. Τιμές αιμοπεταλίων μεγαλύτερες από 600.000/mm<sup>3</sup> δεν είναι ασυνήθιστες. Η αιτία αλλά και η σημασία της αύξησης των αιμοπεταλίων δεν είναι επακριβώς γνωστή. Όμως τα αιμοπετάλια εκτός από την γνωστή τους δράση στην πήξη του αίματος, δρουν και ως προφλεγμονώδη κύτταρα αφού εκκρίνουν μεγάλο αριθμό προφλεγμονωδών κυτταροκινών όπως ακριβώς τα ενεργοποιημένα κύτταρα που συμμετέχουν στη φλεγμονώδη διεργασία της ΙΦΝΕ. Η αύξηση των αιμοπεταλίων φαίνεται ότι είναι μεγαλύτερη σε περιπτώσεις προσβολής του παχέος εντέρου και λιγότερο του λεπτού (Cioffi et al., 2015).

Ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών του ορού: Η ηλεκτροφόρηση των λευκωμάτων του ορού επιτρέπει την εκτίμηση της αναλογίας των πρωτεϊνών οξείας φάσεως αλλά και της αλβουμίνης και των σφαιρινών του περιφερικού αίματος (Cioffi et al., 2015).

Αλβουμίνη: Η αλβουμίνη του ορού αποτελεί την κύρια ουσία διατήρησης φυσιολογικής της κολλοειδωσμοτικής πίεσης του πλάσματος καθώς και την πρωτεΐνη άμεσου καταβολισμού του οργανισμού. Τα επίπεδα στο πλάσμα είναι απότοκα του ρυθμού σύνθεσης από τα ηπατοκύτταρα και της κατανάλωσής της αλλά και της απώλειάς της από τις θέσεις φλεγμονής. Υπό φυσιολογικές καταστάσεις παρατηρείται ημερήσια απώλεια 1g από τον εντερικό σωλήνα και 15mg από τους νεφρούς. Ημερησίως συντίθενται στο ήπαρ 150-200 mg/KgBW. Ο χρόνος ημισείας ζωής της είναι 19 ημέρες. Η αλβουμίνη χάνεται από τις θέσεις της εντερικής φλεγμονής σε αναλογία με την έκταση της φλεγμονής. Εφ' όσον η απώλεια υπερβαίνει την σύνθεση από το ήπαρ, τότε τα επίπεδα αλβουμίνης του ορού πέφτουν σε επίπεδα χαμηλότερα του κατώτερου φυσιολογικού ορίου. Η αλβουμίνη μειώνεται επίσης ανάλογα με την παρουσία ή μη μεταβολικών (καταβολικών) φλεγμονωδών καταστάσεων. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα επίπεδα της αλβουμίνης συνδέονται στατιστικά σημαντικά με τον βαθμό της φλεγμονώδους διεργασίας. Τα

επίπεδα της αλβουμίνης είναι επίσης μειωμένα σε ασθενείς με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα (Cioffi et al., 2015).

Σίδηρος, φερριτίνη και κορεσμός τρανσφερρίνης: Τα επίπεδα του σιδήρου του ορού είναι μειωμένα σε ΙΦΝΕ λόγω χρόνιας απώλειας από τον εντερικό σωλήνα αλλά και λόγω της χρόνιας φλεγμονώδους κατάστασης. Σε περιπτώσεις εκτεταμένης προσβολής του λεπτού εντέρου από νόσο Crohn παρατηρείται μειωμένη απορρόφηση σιδήρου από την νήστιδα. Η λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων από ασθενείς με ΙΦΝΕ και αρθρίτιδα μπορεί να συμβάλλει στα χαμηλά επίπεδα σιδήρου. Επίπεδα σιδήρου ορού μικρότερα των 40μg/dl είναι ενδεικτικά σιδηροπενίας. Τα επίπεδα φερριτίνης και ο κορεσμός της τρανσφερρίνης είναι επίσης μειωμένα. Η αποκατάσταση απαιτεί την θεραπεία της υποκείμενης φλεγμονώδους νόσου παράλληλα με την αντικατάσταση των ελλειμμάτων (Cioffi et al., 2015).

Παράγοντας XIII: Φαινόμενα τοπικής θρόμβωσης και σχηματισμός θρόμβου στις προσβεβλημένες περιοχές του εντέρου είναι συνήθη ευρήματα σε ασθενείς με ενεργό νόσο Crohn. Η ανεύρεση χαμηλών επιπέδων παράγοντος XIII στους ασθενείς αυτούς είναι φυσικό επακόλουθο. Ο παράγων XIII στους ασθενείς με νόσο Crohn ευθύνεται για τον σχηματισμό πλακών ινώδους στον φλεγμαίνοντα βλεννογόνο. Συσχετίζεται στενά με χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης του ορού και λιγότερο με τα επίπεδα της CRP. Ο παράγων XIII έχει ειδική σημασία σε ασθενείς με βαρεία αιμορραγική κολίτιδα. Πτώση του παράγοντος XIII μπορεί να προκαλέσει πορφύρα Schoenlein-Henoch η οποία εκδηλώνεται με παρόμοια συμπτώματα (Cioffi et al., 2015).

Κατάδειξη επιπλοκών από άλλα όργανα: Διάφορες άλλες απλές εργαστηριακές εξετάσεις μπορούν να πιθανολογήσουν την ύπαρξη επιπλοκών από άλλα όργανα και συστήματα. Αύξηση των τιμών των χολοστατικών ενζύμων κάνει πιθανή την ύπαρξη σκληρυντικής χολαγγειίτιδος, ενώ αύξηση των τιμών της κρεατινίνης του ορού καθώς και αύξηση των γ-σφαιρινών είναι ενδεχόμενο να σημαίνει την ανάπτυξη αμυλοειδώσεως (Cioffi et al., 2015).

Εκτίμηση διατροφικής κατάστασης: Ο προσδιορισμός της αλβουμίνης, της προαλβουμίνης, της τρανσφερρίνης και της Retinol-binding-protein, μπορούν να παράσχουν σημαντικές πληροφορίες για το επίπεδο της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς σε συνδυασμό με άλλες, κυρίως ανθρωπομετρικές, παραμέτρους (Cioffi et al., 2015).

Εκτίμηση του βαθμού απώλειας πρωτεϊνών: Ο προσδιορισμός της αλβουμίνης του ορού, η έκκριση της α1-αντιθρυψίνης, καθώς και του σπινθηρογραφήματος σε σεσημασμένα με ραδιενεργό Ινδίο αυτόλογα λευκοκύτταρα μπορούν να παράσχουν πληροφορίες σχετικά με το βαθμό απώλειας πρωτεϊνών από τον πεπτικό σωλήνα (Cioffi et al., 2015).

Εργαστηριακές εξετάσεις σχετιζόμενες με την εντόπιση της νόσου: Η ύπαρξη περιφερικής θρομβοκυττάρωσης σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με την ύπαρξη νόσου στο παχύ έντερο. Προσβολή του τελικού ειλεού από νόσο Crohn συνοδεύεται σε πολλές περιπτώσεις από παθολογική δοκιμασία ραδιοκοβαλαμίνης και παθολογικές αναπνευστικές δοκιμασίες. Η προσβολή της νήστιδος τέλος μπορεί να συνοδεύεται από παθολογικές δοκιμασίες D-ξυλόζης, λακτουλόζης και λακτόζης (Cioffi et al., 2015).

Εκτίμηση της τοξικότητας: Διάφορες εργαστηριακές παράμετροι μπορούν επίσης να παράσχουν πληροφορίες σχετικά με το βαθμό της τοξικότητας του ασθενούς. Η ύπαρξη λευκοκυτταρώσεως με στροφή του τύπου προς τα αριστερά, η ύπαρξη οξείας αρνητικής περίσσειας βάσεως, μειώσεως του ινωδογόνου και η παρουσία μονομερών του ινώδους, αποτελούν τους συνηθέστερους αιματολογικούς δείκτες τοξικότητας (Cioffi et al., 2015).

Εκτίμηση βαρύτητας φλεγμονώδους διεργασίας: Ο βαθμός αυξήσεως των πρωτεϊνών οξείας φάσεως, τα επίπεδα της απτοσφαιρίνης, α1-αντιθρυψίνης, της αιμοσφαιρίνης, του αιματοκρίτη, της ΤΚΕ και της αλβουμίνης του ορού, έχουν συσχετισθεί θετικά με τη βαρύτητα της φλεγμονής. Πολλές από αυτές τις παραμέτρους έχουν συμπεριληφθεί σ' αυτό που αποκαλείται δείκτης δραστηριότητας της νόσου. Διάφοροι δείκτες έχουν προταθεί κατά καιρούς, οι περισσότεροι για τη νόσο του Crohn και ελάχιστοι για την ελκώδη κολίτιδα, για την οποία η μόνη εργαστηριακή παράμετρος που λαμβάνεται υπ' όψιν είναι η ΤΚΕ και ο αιματοκρίτης (Cioffi et al., 2015).

## 6.2 ΚΛΑΣΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ

Η κλασική ακτινολογική απεικόνιση βοηθά σημαντικά στη διάγνωση των ΙΦΝΕ και στη κατάδειξη των επιπλοκών τους. Η βελτίωση των χρησιμοποιούμενων τεχνικών και σκιαγραφικών υλικών στη διάρκεια των τελευταίων ετών κατέστησε πολύ σημαντικό το ρόλο των κλασικών απεικονιστικών εξετάσεων στη διερεύνηση αυτών των ασθενών, παρά τη μεγάλη πρόοδο που σημειώθηκε σε άλλες διαγνωστικές εξετάσεις (Leidl et al., 2002).

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι όπως και με άλλες ειδικότητες, έτσι και στην ακτινολογική μελέτη των ασθενών θα πρέπει να υπάρχει στενή συνεργασία και αλληλοβοήθεια μεταξύ γαστρεντερολόγου και ακτινολόγου (Leidl et al., 2002).

### ΑΠΛΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΚΟΙΛΙΑΣ

Η διαγνωστική αξιολόγηση και εκτίμηση του ασθενούς με πιθανή φλεγμονώδη εντεροπάθεια αρχίζει με την απλή ακτινογραφία κοιλίας σε ύπτια θέση. Ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια ή κατακεκλιμένη θέση λαμβάνεται όταν υπάρχει υποψία διατρήσεως ή αποφράξεως (Leidl et al., 2002).

Το διαγνωστικό όφελος από την απλή ακτινογραφία κοιλίας, υπο την έννοια ποσοστού ανάπτυξης παθολογικών σημείων χρήσιμων στη κλινική αξιολόγηση του ασθενούς αγγίζει το 10% περίπου του συνόλου των ακτινογραφιών που εκτελούνται. Η απλή ακτινογραφία κοιλίας μπορεί να καταδείξει τοξικό megacolon, εντερικό έμφρακτο, εντερική απόφραξη και εντερική διάτρηση (Ebinger et al., 2002).

Τα χαρακτηριστικά του εντερικού αυλού η πάχυνση του εντερικού τοιχώματος, τα χαρακτηριστικά των κολικών κυψελών και του βλεννογόνου των εντερικών πτυχών αλλά και του περιεχομένου του εντέρου σε αέρα και κόπρανα πρέπει να αξιολογούνται προσεκτικώς σε κάθε απλή ακτινογραφία κοιλίας. Πολλές ακόμα καταστάσεις χρήσιμες για τη πιθανολόγηση υποκείμενης φλεγμονώδους εντεροπάθειας όπως νεφρολιθίαση, χολολιθίαση, αγγυλοποιητική σπονδυλίτιδα, ιερολαγονίτιδα και ισχαιμική νέκρωση της μηριαίας κεφαλής μπορούν εύκολα να καταδεχθούν με την απλή ακτινογραφία κοιλίας (Ebinger et al., 2002).

## ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα στοιχεία για την εκτίμηση της βαρύτητας και της έκτασης της νόσου:

α) Ποσότητα και κατανομή του κοπρανώδους περιεχομένου. Η παρουσία του κοπρανώδους περιεχομένου δίνει πληροφορίες για την έκταση της νόσου. Αν δεν υπάρχει κοπρανώδες υπόλειμμα τότε ο άρρωστος έχει ενεργό πανγκολίτιδα. Αν το κοπρανώδες υπόλειμμα φτάνει μέχρι το σιγμοειδές η πιθανότητα ορθίτιδας είναι μεγάλη. Γενικά ισχύει η παραδοχή ότι κόπρανα υπάρχουν πάντα σε σημεία εντοπιζόμενα κεντρικότερα της φλεγμονώδους εντερικής διεργασίας (Ebinger et al., 2002).

β) Εμφάνιση βλεννογόνου. Σε περιπτώσεις ενεργού κολίτιδας η παρυφή του εντερικού τοιχώματος μπορεί να είναι κοκκιώδης ή να διακόπτεται συγκριτικά με την ομαλή εμφάνιση του φυσιολογικού εντέρου. Εφόσον υπάρχουν εκτεταμένες εξελκώσεις παραμένουν μόνο νησίδες του βλεννογόνου. Ενδοτοιχωματική ύπαρξη αέρα υποδηλώνει είτε βαθιές εξελκώσεις, είτε διάτρηση με είσοδο του αέρα στους περικολικούς μαλακούς ιστούς (Ebinger et al., 2002).

γ) Εύρος και αριθμός των κολικών κυψελών. Διεύρυνση των κολικών κυψελών μεγαλύτερη των 5 έως 6 mm είναι ένδειξη οιδήματος σε ασθενή με ελκώδη κολίτιδα. Το χαρακτηριστικό αυτό θα πρέπει να αξιολογείται μόνο όταν υπάρχει ποσότητα αέρα στο έντερο τέτοια που να μπορεί να προκαλέσει διάταση του εντέρου (Ebinger et al., 2002).

δ) Εσωτερικός αυλός του εντέρου. Η διάμετρος του φυσιολογικού εγκαρσίου είναι μικρότερη από 5.5 cm. Σε χρόνια ελκώδη κολίτιδα το παχύ έντερο στενεύει και χάνει τις κολικές κυψέλες. Διάμετρος εγκαρσίου μεγαλύτερη των 7 cm υποδηλώνει τοξικό megacolon (Ebinger et al., 2002).

ε) Πάχος του εντερικού τοιχώματος. Η πάχυνση του τοιχώματος εκτιμάται με τη μέτρηση της αποστάσεως μεταξύ της γραμμής του περικολικού λίπους και του αυλού που είναι γεμάτος με αέρα. Υπο φυσιολογικές συνθήκες το πάχος του εντερικού τοιχώματος είναι μικρότερο των 3 έως 5 mm, όμως σε ασθενή με ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn μπορεί να υπερβεί τα 10 mm (Ebinger et al., 2002).

## ΝΟΣΟΣ CROHN

Η απλή ακτινογραφία κοιλίας σε ασθενείς με νόσο Crohn μπορεί να καταδείξει εικόνα αποφρακτικού ειλεού με διαταταμένες εντερικές έλικες προσθενωτικά ή μεταξύ στενωμένων εντερικών τμημάτων. Το στενωμένο τμήμα δεν σκιαγραφείται. Σε ασθενείς με εντόπιση της νόσου στο παχύ έντερο η εικόνα παρόμοια με αυτή της ελκώδους κολίτιδας. Αν υπάρχει εκτεταμένη στενωτική περιοχή στο παχύ έντερο αυτή είναι συμβατή περισσότερο με νόσο του Crohn, όμως μπορεί να παρατηρηθεί σε καρκίνωμα, επαπειλούμενη ισχαιμική κολίτιδα ή ελκώδη κολίτιδα (Ebinger et al., 2002).

## ΤΟΞΙΚΟ ΜΕΓΑΚΟΛΟ

Η διάταση του παχέος εντέρου είναι το κύριο ακτινολογικό χαρακτηριστικό σημείο του τοξικού megacolon στις απλές ακτινογραφίες κοιλίας με διάμετρο που κυμαίνεται από 8 έως 9 cm. Αυλός εντέρου με διάμετρο μεγαλύτερη των 5 cm υποδηλώνει έλκη

στη μυική στιβάδα και πρέπει να θεωρείται ως προστάδιο επικείμενης διάτασης του εντέρου σε έδαφος σοβαρής ελκώδης κολίτιδας. Ένα άλλο χαρακτηριστικό σημείο είναι ότι η προσβολή του εντέρου μπορεί να είναι τμηματική (Ebinger et al., 2002).

Το εγκάρσιο θεωρείται ως η κύρια εντόπιση της νόσου. Αυτό όμως οφείλεται στο ότι το εγκάρσιο είναι το τμήμα εκείνο του παχέος εντέρου το οποίο στην ύπτια θέση είναι το λιγότερο σταθερό. Αν τοποθετήσουμε τον ασθενή πρηνή θέση αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ενδοαυλικής πίεσης και έχει χρησιμοποιηθεί ως προφυλακτικό μέσο κατά της ανάπτυξης τοξικού megacolon σε ασθενείς με κεραυνοβόλο κολίτιδα (Ebinger et al., 2002).

Άλλες εικόνες στο τοξικό megacolon περιλαμβάνουν: απεικόνιση υπολειμματικών νησίδων του βλεννογόνου που υποδηλώνουν σοβαρή καταστροφή του. Το τοίχωμα του εντέρου εμφανίζεται ακτινολογικά πεπαχυσμένο, πιθανώς ως αποτέλεσμα του οιδήματος. Μπορεί να παρατηρηθεί μια ακτινοδιαφανής ταινία που διατρέχει παράλληλα το παχύ έντερο και πιθανώς να έχει αντιστοιχία στο περιτολικό λίπος. Οι κολικές κυψέλες εξαλείφονται λόγω της έντονης φλεγμονής και των εξελκώσεων (Ebinger et al., 2002).

Μπορεί ακόμα να παρατηρηθούν εκτεταμένες συλλογές υγρών καθώς και διάταση ελίκων λεπτού εντέρου που προσομοιάζουν με ειλεό. Ο βαριούχος υποκλυσμός θεωρείται ότι προδιαθέτει στην εμφάνιση τοξικού megacolon αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι η σχέση αυτή δεν είναι τόσο σταθερή. Παρ' όλα αυτά ισχύει η σύσταση για αποφυγή διενέργειας βαριούχου υποκλυσμού σε άτομα με πολύ σοβαρή κολίτιδα. Τέλος, τοξικό megacolon μπορεί ακόμη να παρατηρηθεί σε αμοιβαδική, ισχαιμική, ψευδομεμβρανώδη ή Crohn κολίτιδα (Ebinger et al., 2002).

## ΔΙΑΒΑΣΗ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΟΚΛΥΣΗ

Η νόσος Crohn του λεπτού εντέρου αποτελεί την δεύτερη κατά σειρά συχνότητα νοσολογική οντότητα για την οποία εκτελείται εντερόκλυση. Η συνήθης διάβαση του λεπτού εντέρου έχει διαγνωστική αξία υπό την προϋπόθεση ότι εκτελείται ταυτόχρονα από του στόματος πλήρωση του παχέος εντέρου με αέρα. Η εντερόκλυση είναι δυνατόν να παράσχει σημαντικές πληροφορίες για την έκταση, κατανομή και βαρύτητα των αλλοιώσεων της νόσου του Crohn. Διακρίνει πρώιμες βλάβες της νόσου που εντοπίζονται στον βλεννογόνο ή υποβλεννογόνο και καταδεικνύει με ακρίβεια μεμονωμένες βλάβες (Amosy M' Koma, 2014).

Η διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου εγγίζει σύμφωνα με διάφορες στατιστικές το 99%. Σε ασθενείς με γνωστή νόσο Crohn τελικού ειλεού, η διάβαση του λεπτού εντέρου αποτελεί ιδανική εξέταση, ενώ ενδείκνυται και για διερεύνηση ενδεχόμενης προσβολής του ειλεού σε αρρώστους με γνωστή νόσο Crohn του παχέος εντέρου. Σε συνδιασμό με αξονική τομογραφία ενδείκνυται επίσης για την διερεύνηση ασθενών με υπόνοια υπέρξεως συριγγίων. Εφ' όσον συνδιαστεί με έγχυση μεθυλσελλουλόζης μπορεί να διακρίνει τη φύση της εντερικής στενώσεως, πχ μπορεί να διακρίνει ενεργό ελκωτική νόσο με μειωμένη διατασιμότητα του εντέρου από ινώδη στένωση με απεικονιστικά άνηφο βλεννογόνο (Amosy M' Koma, 2014).

Το πλέον πρώιμο ακτινολογικό εύρημα στη νόσο Crohn του λεπτού εντέρου είναι οι σπαστικές και παθολογικά πεπαχυσμένες πτυχές της προσβεβλημένης εντερικής έλικος. Αργότερα, οι πτυχές εξαλείφονται και ο βλεννογόνος παίρνει όψη λεία και κοκκιώδη. Συχνό εύρημα αποτελούν οι οδοντώσεις του βλεννογόνου που οφείλονται

σε μικρές εξελκώσεις. Η προοδευτική αύξηση του πάχους του εντερικού τοιχώματος αυξάνει την απόσταση μεταξύ γειτονικών εντερικών ελίκων και προκαλεί περαιτέρω στένωση του εντερικού αυλού. Ο σπασμός του εντέρου που επιπροστίθεται προκαλεί μεγαλύτερη στένωση του αυλού και εμφάνιση του χαρακτηριστικού σημείου του σπάγγου. Τα προσβεβλημένα εντερικά τμήματα εμφανίζονται στενωμένα και καθηλωμένα στο σωλήνα. Μερική απόφραξη του αυλού είναι σύνηθες φαινόμενο όπως και η συνοδός προστενωτική διάταση, όμως η πλήρης απόφραξη είναι σπάνιο φαινόμενο (Amosy M' Koma, 2014).

Η φλεγμονή και η ίνωση επεκτείνονται βαθμιαίως και προς το μεσεντέριο και τους μεσεντέριους λεμφαδένες, η διόγκωση των οποίων προκαλεί την εμφάνιση εξωεντερικών μαζών οι οποίες απωθούν και παραμορφώνουν το τυφλό και τις γειτονικές έλικες του ειλεού. Η δημιουργία συριγγίων μεταξύ των εντερικών ελίκων αν και είναι σχετικώς συχνή, εν τούτοις δυσχερώς καταδεικνύεται. Διάφορα άλλα συρίγγια, είτε εντεροδερματικά και εντεροεντερικά, είτε μεταξύ εντέρου και άλλων εσωτερικών οργάνων μπορούν επίσης να δημιουργηθούν (Amosy M' Koma, 2014).

Είναι γνωστό ότι η ακτινολογική εξέταση του λεπτού εντέρου μπορεί να γίνει είτε με τη μέθοδο της κατάποσης του βαρίου (διάβαση λεπτού εντέρου) είτε με εντερόκλυση. Οι υποστηρικτές της εντερόκλυσης ισχυρίζονται ότι αν και το ακριβές διαγνωστικό όφελος των δύο εξετάσεων είναι δύσκολο να εκτιμηθεί εξ αιτίας της σπανιότητας των νοσημάτων του λεπτού εντέρου, η εντερόκλυση υπερτερεί όσον αφορά στη κατάδειξη μορφολογικών ανωμαλιών του λεπτού εντέρου. Υποστηρίζεται πάντως ότι η διάβαση του λεπτού εντέρου με βάριο αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την ακτινολογική μελέτη ασθενών με γνωστή νόσο Crohn επειδή είναι ασφαλέστερη από την εντερόκλυση, προτιμάται από τους ασθενείς, ενώ δεν χάνεται τυχόν συνυπάρχουσα γαστροδωδεκαδακτυλική νόσος. Όταν τα αποτελέσματα της διάβασης του λεπτού εντέρου είναι φυσιολογικά δεν υπάρχει ανάγκη να διενεργηθεί εντερόκλυση (Amosy M' Koma, 2014).

## ΒΑΡΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΣ

Αποτελεί ουσιώδη απεικονιστική μέθοδο για τη μελέτη ορισμένων ασθενών με φλεγμονώδη εντεροπάθεια, αν και η σημασία της μειώνεται σταθερά στη διάρκεια των τελευταίων ετών λόγω της ευρείας διαθεσιμότητας, αλλά και της ευχέρειας μελέτης του παχέος εντέρου που προσφέρεται από την κολονοσκόπηση. Αντενδείκνυται σε περιπτώσεις υπέρτασης κεραυνοβόλου κολίτιδος ή τοξικού megacolon, λόγω του κινδύνου διατρήσεως. Επι πλέον το βάριο εμποδίζει την ενδοσκόπηση και τη λήψη βιοψιών καθώς και τη μικροβιολογική εξέταση των κοπράνων. Ο βαριούχος υποκλυσμός διπλής αντιθέσεως υπερτερεί του απλού βαριούχου στην κατάδειξη λεπτών βλαβών, όπως είναι η κοκκίωση του βλεννογόνου και οι επιπολής εξελκώσεις. Επι πλέον ο βαριούχος υποκλυσμός διπλής αντιθέσεως καταδεικνύει την ύπαρξη και την έκταση της φλεγμονώδους εντεροπάθειας πολύ πρωιμότερα σε σχέση με τον απλό βαριούχο. Ο βαριούχος υποκλυσμός διπλής αντιθέσεως προτιμάται σε άτομα που ανέχονται την προπαρασκευή του εντέρου, ενώ ο απλός βαριούχος προτιμάται σε κατακεκλιμένα άτομα στα οποία επιδιώκεται η διαπίστωση απλών μόνο βλαβών. Τέλος ο στιγμιαίος βαριούχος υποκλυσμός, είναι μια τροποποιημένη τεχνική στην οποία εισάγεται στο παχύ έντερο ποσότητα βαρίου. Βασίζεται στην υπόθεση ότι τα εξιδρώματα και ο σπασμός του εντέρου στις περιοχές ενεργού φλεγμονής απομακρύνουν το κοπρανώδες περιεχόμενο. Η εξέταση γίνεται αφού προηγηθεί απλή ακτινογραφία κοιλίας ώστε να αποκλειστεί η ύπαρξη τοξικού

μεγακόλου. Η τεχνική συνίσταται στα ακόλουθα: Το βάριο αραιώνεται σε ποσοστό 80% και εισάγεται μέχρι το σημείο στο οποίο διαπιστώνεται η ύπαρξη υπολειμματικών κοπράνων. Μετά την έξοδο της περίσσειας του βαρίου από τον πρωκτό, εισάγεται CO<sub>2</sub> και λαμβάνονται πολλαπλές ακτινογραφίες. Τα πλεονεκτήματα συνίστανται στην ασφάλεια και την ευκολία εκτέλεσης ακόμα και σε ασθενείς με οξεία προσβολή (Amosy M' Koma, 2014).

## ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Σε ασθενείς με γνωστή ελκώδη κολίτιδα ή σε ασθενείς που βρίσκονται στο αρχικό στάδιο διερεύνησης, ο βαριούχος υποκλυσμός διενεργείται με σκοπό: α) να επιβεβαιώσει την κλινική διάγνωση β) να εκτιμήσει την έκταση και την βαρύτητα της νόσου γ) να διαφοροδιαγνώσει ελκώδη κολίτιδα από νόσο Crohn δ) να βοηθήσει στην παρακολούθηση των ασθενών και ε) να καταδείξει τυχόν επιπλοκές. Στα πρώιμα στάδια της ελκώδους κολίτιδος ο βαριούχος υποκλυσμός μπορεί να είναι αρνητικός αν και το προσβεβλημένο τμήμα του εντέρου φαίνεται σπαστικό σε σχέση με το υπόλοιπο παχύ έντερο. Σε κάπως πλέον προχωρημένο στάδιο παρατηρείται αυτό που αποκαλείται ως το πλέον πρώιμο ακτινολογικό σημείο δηλωτικό της υπάρξεως της νόσου, δηλαδή η κοκκιώδης εμφάνιση του βλεννογόνου που συχνά συνοδεύεται από μερική εξάλειψη των κολικών κυψελών. Ο ομαλός άνυφος βλεννογόνος στον φυσιολογικό βαριούχο υποκλυσμό διπλής αντιθέσεως αντικαθίσταται από διάχυτα κοκκιώδη στην όψη βλεννογόνο. Όσο η φλεγμονώδης διεργασία εξελίσσεται μπορεί να παρατηρηθούν βλεννογονικές κατακρατήσεις που οφείλονται στην πλήρωση των αποστηματιών των κρυπτών του Lieberkuhn από βάριο. Αργότερα τα έλκη διασπύουν το χόριο και τον μυϊκό υποβλεννογόνο χιτώνα προκαλώντας διάβρωση του υποβλεννογόνου που υπό φυσιολογικές συνθήκες έχει μικρότερη αντίσταση (Amosy M' Koma, 2014).

Ο υποβλεννογόνος καθίσταται νεκρωτικός, τα έλκη επεκτείνονται πλαγίως υποσκάπτοντας περαιτέρω τον υποβλεννογόνο. Αρχικώς η βλάβη του βλεννογόνου είναι μικρότερη σε σχέση με την βλάβη που υπόκειται, προκαλώντας έλκη με εμφάνιση προσομοιάζουσα με φιάλη ή κουμπί κολλάρου. Καθώς τα έλκη μεγαλώνουν και συνδέονται μεταξύ τους η εμφάνιση που περιγράφηκε χάνεται και παραμένει ένα δίκτυο υπολειμματικών νησίδων του βλεννογόνου. Αυτός ο φλεγμονώδης οιδηματώδης βλεννογόνος προβάλλει πάνω από τις περιβάλλουσες ελκωτικές περιοχές και δίνει στον βλεννογόνο πολυποειδή όψη. Οι πολύποδες αυτοί ονομάζονται φλεγμονώδεις ψευδοπολύποδες επειδή αντιπροσωπεύουν φλεγμονώδη και οιδηματώδη βλεννογόνο, παρά αληθή νεοπλασματικό ιστό. Σε πλέον προχωρημένα στάδια της νόσου, αλλά και σε περιπτώσεις εκτεταμένης προσβολής του εντέρου, ολόκληρο το παχύ έντερο βραχύνεται, οι κολικές κυψέλες καταργούνται ενώ ο χώρος μεταξύ ιερού οστού και ορθού μεγεθύνεται. Ο βαριούχος υποκλυσμός είναι επίσης πολύ σημαντική εξέταση όσον αφορά στην κατάδειξη στενώσεων του παχέος εντέρου (Seyed et al., 2019).

## ΝΟΣΟΣ CROHN

Στον βαριούχο υποκλυσμό τα αφθώδη έλκη εμφανίζονται ως μικρές επιφανειακές συλλογές βαρίου, που περιβάλλονται από λεπτή διαφανή άλω παράγοντας εικόνα που προσομοιάζει με το μάτι του βοδιού, ή με στόχο. Στον βαριούχο υποκλυσμό διπλής αντιθέσεως τα αφθώδη έλκη διαπιστώνεται ότι μπορεί να εντοπίζονται διάσπαρτα σε

όλο το παχύ έντερο, στις παρυφές της πλέον σοβαρής προσβολής του εντέρου ή ως αθροίσεις ποικίλλου μεγέθους. Συνήθως περιβάλλονται από φυσιολογικό βλεννογόνο σε αντίθεση με την λεπτή ομοιόμορφη κοκκίωση και τα έλκη της πρώιμης φάσης της ελκώδους κολίτιδος (Seyed et al., 2019).

Τα αφθώδη έλκη μπορεί να υποχωρήσουν αυτόματα, επανεμφανίζονται μετά απο ένα χρονικό διάστημα, τις περισσότερες φορές όμως μεγαλώνουν και βαθαίνουν. Καθώς επεκτείνονται παίρνουν ανώμαλη απεικονιστική μορφή και χάνουν την περιβάλλουσα διαφανή άλω. Γειτονικά έλκη συνενούνται σχηματίζοντας ένα δίκτυο επιμήκων γραμμοειδών ελκών και εγκαρσίων σχισμών με οιδηματώδη τον μεταξύ αυτών βλεννογόνο σχηματίζοντας έτσι εικόνα λιθοστρώτου (Seyed et al., 2019).

Τελικώς ο βλεννογόνος εξαλείφεται πλήρως και αναπτύσσονται περιοχές μόνιμης στένωσης ή παραμόρφωσης και μερικές φορές εσωτερικά συρίγγια ή περικολικές φλεγμονώδεις συλλογές. Χαρακτηριστικά, οι αλλοιώσεις αυτές προσβάλλουν το εντερικό τοίχωμα ασύμμετρα. Οι αλλοιώσεις της νόσου του Crohn του παχέος εντέρου δεν μπορούν πάντα να διαφοροδιαγνωσθούν ευχερώς από τις αλλοιώσεις της ελκώδους κολίτιδος. Ομως η τμηματική και ασύμμετρη προσβολή, η προσβολή του δεξιού παχέος εντέρου κυρίως, η μή ύπαρξη αλλοιώσεων στο ορθό, οι στενώσεις και τα συρίγγια είναι σημεία υπέρ της διαγνώσεως της νόσου του Crohn (Seyed et al., 2019).

Όσον αφορά στη διερεύνηση ασθενούς με πιθανή υποτροπή της νόσου του Crohn μετά χειρουργική εκτομή τμήματος του εντέρου, ο βαριούχος υποκλυσμός θεωρείται ως η καλύτερη μέθοδος. Το βάριο μπορεί να διέλθει ακωλύτως από την ειλεοορθική αναστόμωση και να σκιαγραφήσει ευχερώς τον νέο τελικό ειλέο. Πρώιμα ακτινολογικά σημεία υποτροπής αποτελούν η πάχυνση των πτυχών του εντέρου, η τραχύτητα της απεικόνισης του βλεννογόνου και τα αφθώδη έλκη. Σε σπάνιες περιπτώσεις προσβάλλεται ο στομάχος ή /και το δωδεκαδάκτυλο σχεδόν πάντα σε συνδιασμό με προσβολή του λεπτού ή/και του παχέος εντέρου (Seyed et al., 2019).

Στις περιπτώσεις προσβολής του στομάχου οι βλάβες σχεδόν πάντα εντοπίζονται στο άντρο το οποίο στενούται. Χαρακτηριστική επίσης είναι η ακαμψία του καθώς και η λιθοστρώτη εμφάνιση. Στις περισσότερες των περιπτώσεων παρατηρείται κατά συνέχεια προσβολή και του βολβού του δωδεκαδακτύλου, μια εικόνα που δηλώνει την ύπαρξη προσβολής του στομάχου από νόσο Crohn (Seyed et al., 2019).

### **6.3 ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ**

Είναι ένας τύπος εξέτασης όπου ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια μπορούν να δουν το εσωτερικό του πεπτικού συστήματος. Το ενδοσκόπιο είναι ένας λεπτός, εύκαμπτος, μακρύς σωλήνας με φως και βιντεοκάμερα. Εισάγεται μέσω του στόματος για το άνω μέρος του πεπτικού και μέσω του πρωκτού για το παχύ έντερο και το ορθό. Μέσω της βιντεοκάμερας μεταδίδονται εικόνες στην οθόνη έξω απο το σώμα δίνοντας σαφή εικόνα του τμήματος του εντέρου που εξετάζεται. Το ενδοσκόπιο μπορεί να λάβει και βιοψία δηλαδή μικρό δείγμα ιστού με απόξεση κυττάρων του εντέρου που θα εξεταστεί (Maaser et al., 2018).

#### **ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ**

Οι ενδείξεις ενδοσκόπησης στα ΙΦΝΕ είναι οι εξής:



- ακριβής διάγνωση
- καθορισμός έκτασης και κατανομής της νόσου
- εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου
- διαφορική διάγνωση ελκώδους κολίτιδας και νόσου Crohn
- διαφορική διάγνωση από άλλες κολίτιδες
- επιπλοκές
- μετεγχειρητική παρακολούθηση
- παρακολούθηση για πρόληψη του καρκίνου (Maaser et al., 2018).

## **ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

### **ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

Τα ενδοσκοπικά ευρήματα εξαρτώνται από τη βαρύτητα, την έκταση και τη φάση της νόσου.

**Ήπια προσβολή:** Τα ενδοσκοπικά ευρήματα είναι ερυθρότητα του βλεννογόνου λόγω υπεραιμίας, οίδημα που προκαλεί τη μη διαγραφή των υποβλεννογονίων αγγείων. Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά προκαλούν προβλήματα διαφορικής διάγνωσης από κολίτιδες άλλης αιτιολογίας (Maaser et al., 2018).

**Μέτρια προσβολή:** Σε αυτή την περίπτωση το οίδημα και η ερυθρότητα είναι πιο έντονα και παρουσιάζονται μικρές υποβλεννογονίες αιμορραγικές εστίες με τη μορφή ερυθρών κηλίδων με αποτέλεσμα την αιμορραγία του βλεννογόνου όπου καλύπτεται από βλεννοπυώδες εξίδρωμα (Maaser et al., 2018).

**Βαριά προσβολή:** Στις βαρύτερες μορφές της νόσου βλεννογόνος αιμορραγεί αυτόματα και εμφανίζονται μεγάλα και βαθιά έλκη που καταλαμβάνουν μεγάλο τμήμα του εντέρου (Maaser et al., 2018).

**Φάση ύφεσης ελκώδους κολίτιδας:** Όταν υποχωρήσει η φλεγμονή, υποχωρούν και η ερυθρότητα, το οίδημα και το φλεγμονώδες εξίδρωμα και επουλώνονται οι εξελκώσεις και τα έλκη. Επίσης, με την πάροδο του χρόνου αποκαθίσταται πλήρως το βλεννογόνο και δεν διαφέρει από το φυσιολογικό (Maaser et al., 2018).

### **ΝΟΣΟΣ CROHN**

Η κολonosκόπηση είναι η βασικότερη μέθοδος ελέγχου του παχέος εντέρου σε ασθενείς με νόσο Crohn, διότι το ορθό παραμένει πολλές φορές ανέπαφο και η νόσος εντοπίζεται σε κεντρικότερα σημεία του παχέος εντέρου που δεν είναι προσβάσιμα με την ορθοσιγμοενδοσκόπηση. Επίσης, σε περίπτωση υποψίας της νόσου Crohn, πρέπει να γίνεται έλεγχος ολόκληρου του παχέος εντέρου (Panes et al., 2013).

Στα αρχικά στάδια της νόσου ο βλεννογόνος είναι κατά τόπους ερυθρός και οίδηματώδης χωρίς να διαγράφονται τα υποβλεννογόνα αγγεία και παρατηρούνται μικρές αιμορραγικές κηλίδες. Επίσης, παρουσιάζονται μικρά αφθώδη έλκη διαμέτρου 2-5 cm στρογγυλού σχήματος (Panes et al., 2013).

Σε έντονη μορφή της νόσου τα έλκη μεγαλώνουν, γίνονται βαθύτερα και αλλάζουν χρώμα. Ο βλεννογόνος μεταξύ των ελκών μπορεί να είναι φυσιολογικός ή έντονα οίδηματώδης και διογκωμένος (Panes et al., 2013).

**Εκκολπωματίδα:** Η φλεγμονή εκκολπωμάτων του παχέος εντέρου προκαλεί κλινική εικόνα που μοιάζει με αυτή της νόσου Crohn και παρουσιάζει κοιλιακό πόνο, πυρετό, λευκοκυττάρωση, μερική απόφραξη και συρίγγια. Οι ενδοσκοπικές αλλοιώσεις είναι σχετικά ήπιες σε σχέση με αυτές της νόσου Crohn. Ο βαριούχος υποκλυσμός παρουσιάζει τη χαρακτηριστική εικόνα των εκκολπωμάτων που παρατηρούνται και στη νόσο Crohn (Panaset al., 2013).

**Μικροσκοπική κολίτιδα:** Είναι φλεγμονώδης και χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονώδη διήθηση του χορίου. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν χρόνια υδαρή διάρροια, χωρίς πρόσμιξη αίματος που εμφανίζεται αιφνίδια και μπορεί να διαρκέσει χρόνια (Panes et al., 2013).

**Κολίτιδα εκ παρακάμψεως:** Η παράκαμψη τμήματος του παχέος εντέρου για μεγάλο χρονικό διάστημα, προκαλεί φλεγμονή του βλεννογόνου του παρακαμφέντος τμήματος. Εκδηλώνεται κλινικά με αποβολή κάκοσμης βλέννης, με αίμα ή και πύον. Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν χαμηλό πυρετό, κοιλιακό πόνο, τεινεσμό και πρωκτικό συρίγγιο. Η ενδοσκοπική εικόνα παρουσιάζεται με αφθώδη έλκη (Panes et al., 2013).

**Μονήρες έλκος ορθού:** Το σύνδρομο μονήρους έλκους σαν όρος δεν αποδίδει στην πραγματικότητα, αφού έλκος παρατηρείται στο 50% των περιπτώσεων και οι βλάβες συχνά δεν είναι μονηρείς. Αποδίδεται σε ατελή κένωση του ορθού και αδυναμία χαλάσεως του ηβοορθικού μυός. Εμφανίζεται συνήθως σε νέες γυναίκες με δυσκοιλιότητα, κένωση με αποβολή αίματος και βλεννών, κοιλιακό πόνο, διάρροια και τεινεσμό (Panes et al., 2013).

## **ΕΙΔΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ**

### **ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ**

Πέραν του γεγονότος ότι παθήσεις του ανώτερου πεπτικού συστήματος παρουσιάζονται με την ίδια συχνότητα σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, ο ρόλος της οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπησης είναι προφανής στη νόσο του Crohn λόγω της συχνής εντόπισης της νόσου στον ανώτερο πεπτικό σωλήνα. Πράγματι, σε ασθενείς με γνωστή νόσο του Crohn η ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού αποκαλύπτει σε μεγάλο ποσοστό βλάβες στο άντρο και στο δωδεκαδάκτυλο, ενώ η ιστολογική εξέταση ανευρίσκει κοκκιώματα σε ποσοστό μέχρι 30%. Είναι ακόμη αξιοσημείωτο ότι ιστολογικές αλλοιώσεις παρατηρούνται πολλές φορές σε βιοψίες που προέρχονται από μακροσκοπικά φυσιολογικό βλεννογόνο του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου. Το φάσμα των ενδοσκοπικών ευρημάτων στο ανώτερο πεπτικό στη νόσο του Crohn είναι ιδιαίτερα ευρύ: Υπεραιμία, οίδημα, ευθρυπτότης του βλεννογόνου, μικρά αιμορραγικά στίγματα, επιπολής, αφθώδη ή βαθύτερα έλκη καθώς και εικόνα λιθοστρώτου είναι ευρήματα που παρατηρούνται ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου (Lee & Cohen, 2002).

## ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Έλεγχος του λεπτού εντέρου είναι δυνατός με τη χρήση του εντεροσκοπίου, που ανευρίσκει βλάβες του βλεννογόνου που δεν αναδεικνύονται με άλλες διαγνωστικές μεθόδους. Η εντερόκλυση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη διάγνωση νόσου του Crohn του λεπτού εντέρου απαιτεί όμως μεγάλη εξειδίκευση και εμπειρία του ενδοσκόπου, ενώ απαραίτητη είναι και η καλή συνεργασία του ασθενούς, κυρίως λόγω της μεγάλης χρονικής διάρκειας της (Lee & Cohen, 2002).

Υπάρχουν δύο μέθοδοι εντεροσκόπησης:

α) με ώθηση όπου χρησιμοποιείται κολονοσκόπιο ή ειδικό εντεροσκόπιο, η εξέταση διαρκεί 15-45 λεπτά και το βάθος διεσόδου είναι μέχρι 120 cm μετά τον σύνδεσμο του Treitz.

β) με ολίσθηση, όπου υπάρχει η δυνατότητα ελέγχου ολοκλήρου του λεπτού εντέρου, η εξέταση όμως διαρκεί 6-8 ώρες και είναι ιδιαίτερα ενοχλητική για τον ασθενή. Τους περιορισμούς αυτούς αίρει μερικώς ή τα τελευταία χρόνια αναπτυχθείσα εντεροσκόπηση με ασύρματη κάψουλα M2A, που καταπίνεται από τον ασθενή, καταγράφει τις εικόνες κατά την διαδρομή της μέσα στον πεπτικό σωλήνα και αποβάλλεται με τις κενώσεις. Η διαγνωστική ακρίβεια της εξέτασης ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 70%, ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό σε σύγκριση με άλλες μεθόδους ελέγχου του λεπτού εντέρου και αναμένεται να αυξηθεί με την περαιτέρω εξέλιξη της τεχνολογίας (Lee & Cohen, 2002).

## ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

Η χοληδοχοσκόπηση και κυρίως η ενδοσκοπική παλίνδρομος χολαγγειοπαγκρεατογραφία χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της σκληρυντικής χολαγγειίτιδος και του χολαγγειοκαρκινώματος, επιπλοκών που ενδέχεται να παρουσιασθούν σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Είναι γνωστό ότι ασθενείς με σκληρυντική χολαγγειίτιδα έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης χολαγγειοκαρκινώματος, αλλά πιθανόν και καρκίνου του παχέος εντέρου λόγω ανάπτυξης δυσπλασίας και ανευπλοιδικότητας του DNA του πυρήνος των επιθηλιακών κυττάρων του παχέος εντέρου (Lee & Cohen, 2002).

## ΟΡΘΟΣΚΟΠΗΣΗ-ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η ορθοσκόπηση και η ορθοσιγμοειδοσκόπηση αποτελούν τις εξετάσεις “πρώτης γραμμής” στον έλεγχο των ασθενών με συμπτωματολογία ύποπτη για ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντερική νόσο. Είναι προτιμότερο να εκτελούνται χωρίς προηγούμενη προετοιμασία του εντέρου που ενδέχεται να προκαλέσουν ερεθισμό του εντέρου, τεχνητή ερυθρότητα του βεννογόνου αλλά και ήπιες ιστολογικές φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, δυσχεραίνοντας έτσι την ορθή ερμηνεία των ευρημάτων. Σε περίπτωση όμως ελέγχου ασθενών με μακροχρόνιο ιστορικό της νόσου που εξετάζονται στα πλαίσια επιτήρησης για πρόληψη καρκίνου, απαιτείται σχολαστικός καθαρισμός του εντέρου. Η ορθοσκόπηση με άκαμπτο όργανο και η ορθοσιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο ινοσκόπιο είναι εξετάσεις που δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες τεχνικές δυσκολίες και μπορούν εύκολα να πραγματοποιηθούν και στο εξωτερικό ιατρείο. Η διαγνωστική τους αξία είναι προφανής, εφ’ όσον προσφέρουν την δυνατότητα ελέγχου του τμήματος του παχέος εντέρου που κατ’ εξοχήν προσβάλλεται στις παθήσεις αυτές (Lee & Cohen, 2002).

## ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η κολονοσκόπηση αποτελεί σήμερα την κύρια διαγνωστική μέθοδο για την μελέτη των κολιτίδων. Παρέχει την δυνατότητα επισκόπησης του βλεννογόνου ολόκληρου του παχέος εντέρου καθορίζοντας έτσι την έκταση καθώς και την βαρύτητα της νόσου. Για την διενέργεια της εξέτασης απαιτείται προετοιμασία του εντέρου, η οποία πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με την γενική κατάσταση του ασθενούς και την βαρύτητα της νόσου. Συνήθως ο ασθενής τίθεται σε υδρική δίαιτα και του χορηγείται κάποιο καθαρτικό την παραμονή της εξέτασης. Τα διατιθέμενα σήμερα ηλεκτρολυτικά διαλύματα μεγάλου όγκου συντομεύουν τον χρόνο προετοιμασίας και είναι γενικά ασφαλή, η χορηγησή τους όμως αντενδείκνυται σε βαρείες μορφές με έντονη φλεγμονή του εντέρου καθώς και επί υποψίας στένωσης του λεπτού εντέρου (Lee & Cohen, 2002).

Η κολονοσκόπηση είναι ασφαλής μέθοδος με χαμηλό ποσοστό επιπλοκών σε ήπια ή μέσης βαρύτητας προσβολή του εντέρου. Σε περίπτωση βαρείας προσβολής χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην προετοιμασία και μεγάλη εμπειρία του ενδοσκοπού λόγω του κινδύνου διάτρησης του εντέρου. Αντένδειξη για την εκτέλεση κολονοσκόπησης αποτελεί η βαρεία γενική κατάσταση του ασθενούς και η τοξική διάταση του εντέρου. Στις περιπτώσεις αυτές ο έλεγχος πρέπει να περιορίζεται αρχικά στην ορθοσιγμοειδοσκόπηση χωρίς προετοιμασία. Με την κολονοσκόπηση, όπως και με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση, παρέχεται η δυνατότητα λήψης υλικού για ιστολογική εξέταση, κάτι που έχει ιδιαίτερη αξία τόσο στη διάγνωση και διαφορική διάγνωση, όσο και στους θεραπευτικούς χειρισμούς και στην αντιμετώπιση των επιπλοκών των νόσων (Lee & Cohen, 2002).

Πρέπει να τονισθεί, ότι μερικές φορές, η ιστολογική εξέταση ακόμη και από έμπειρο παθολογοανατόμο, ενδέχεται να μην θέτει με βεβαιότητα την διάγνωση. Έτσι, στην τελική απόφαση πρέπει να καταλήγει κανείς συνεκτιμώντας όλες τις παραμέτρους. Δεν πρέπει τέλος να λησμονεί κανείς, ότι στην ερμηνεία των ενδοσκοπικών ευρημάτων υπεισέρχεται σε μεγάλο βαθμό ο υποκειμενικός παράγοντας. Δεν υπάρχει επίσης πάντοτε απόλυτη ταυτότητα περιγραφής από τους διάφορους ενδοσκόπους, έτσι ώστε η αξιολόγηση των στοιχείων είναι πολλές φορές αυθαίρετη. Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει προσπάθεια χρησιμοποίησης κοινών όρων και κοινής γλώσσας συνεννόησης και αυτό αναμένεται να συνδράμει σημαντικά στο έργο των ενδοσκόπων (Lee & Cohen, 2002).

## ΕΙΚΟΝΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η εικονική κολονοσκόπηση είναι μια νέα απεικονιστική μέθοδος η οποία μελετά με ειδικό λογισμικό τα ογκομετρικά δεδομένα της ελικοειδούς Αξονικής Τομογραφίας που λαμβάνονται από λεπτές τομές, με αποτέλεσμα να προκύπτουν δυσδιάστατες εξ ανασυνθέσεως εικόνες αλλά κυρίως τρισδιάστατες ενδοαυλικές εικόνες του βλεννογόνου που προσομοιάζουν με αυτές της συμβατικής κολονοσκόπησης. Η δυνατότητα της εικονικής κολονοσκόπησης δεν περιορίζεται μόνο στις τρισδιάστατες ενδοαυλικές ανασυνθέσεις, μπορεί ταυτόχρονα να μελετά το πάχος του εντερικού

τοιχώματος και τα γειτονικά όργανα, χρησιμοποιώντας τις εγκάρσιες ή τις πολυεπίπεδες ανασυνθέσεις μιας πάσχουσας περιοχής επιτρέποντας την συνδυαστική μελέτη των εικόνων (Fireman et al., 2003).

Είναι μέθοδος καλώς ανεκτή, απλή, σύντομη, χωρίς επιπλοκές. Επιτυγχάνεται μελέτη του συνόλου του εντέρου και κεντρικότερα των στενωτικών περιοχών ενώ συγχρόνως εκτιμάται το πάχος του εντερικού τοιχώματος, το μεσεντέριο, τα γειτονικά και τα υπόλοιπα όργανα της κοιλιάς. Η εικονική κολονοσκόπηση έχει την δυνατότητα εκτιμώντας τις ενδοσκοπικές εικόνες να περιγράψει αλλοιώσεις όπως: τραχεία απεικόνιση του βλεννογόνου, εικόνα λιθόστρωτου, ψευδοπολύποδες, στενώσεις του αυλού. Οι ψευδοπολύποδες που αναγνωρίζονται από την εικονική κολονοσκόπηση ως πολυποειδή μορφώματα προβάλλοντα από τον βλεννογόνο εμφανίζονται κατά την εξελικτική πορεία της νόσου και περιγράφονται με τον ορό μεταφλεγμονώδης πολυποδίαση με εικόνα "λιθόστρωτου". Βεβαίως δεν είναι δυνατή η ιστολογική προσέγγιση των αλλοιώσεων αυτών με μόνα τα ευρήματα της εικονικής κολονοσκόπησης, επομένως ο συνδυασμός του γνωστού κλινικού ιστορικού με μια τοιχωματική πολυποειδή πάχυνση που ανταποκρίνεται στην διάρκεια της νόσου και συνοδεύεται από αντιδραστική υπερπλασία του λιπώδη ιστού και διήθηση του περιτολικού λίπους μπορεί να θέσει με σχετική βεβαιότητα την διάγνωση (Fireman et al., 2003).

Μια άλλη μεταφλεγμονώδης οντότης η οποία ευχερώς εκτιμάται με την εικονική κολονοσκόπηση είναι η μετά από επανειλημμένες προσβολές βαθμιαία εξάλειψη των πτυχών του βλεννογόνου αλλά και των κολικών κυψελών με αποτέλεσμα τη σωληνώδη απεικόνιση του εντερικού αυλού εύρημα που απαντάται στην ελκώδη κολίτιδα. Η εικονική κολονοσκόπηση απεικονίζει τις στενωτικές μεταφλεγμονώδους αιτιολογίας βλάβες των ΙΦΝΕ. Με την συνδυαστική μελέτη των εικόνων εκτιμά τον βαθμό της στένωσης, την έκταση, το πάχος του τοιχώματος, την διήθηση του περιτολικού λίπους, την ύπαρξη διογκωμένων λεμφαδένων αλλά και την εικόνα του βλεννογόνου της στενωτικής περιοχής συμβάλλοντας ικανοποιητικά στην διαφορική διάγνωση από άλλης αιτιολογίας στενώσεις. Ταυτόχρονα έχει την ικανότητα να απεικονίζει το έντερο κεντρικότερα των στενωτικών περιοχών. Η ένδειξη για ενδοσκοπική περιοδική παρακολούθηση ασθενών με ΙΦΝΕ είναι από μακρού γνωστή δεδομένου του υψηλού κινδύνου στην ανάπτυξη κακοηθείας. Θεωρείται ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης κακοηθείας σε ασθενείς που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα από 20ετίας φαίνεται να διπλασιάζεται σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Fireman et al., 2003).

Αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου διατρέχουν επίσης και οι ασθενείς με νόσο του Crohn. Ο κίνδυνος αυξάνει όταν η νόσος είναι εκτεταμένη η ολική όπως και όταν εμφανίζεται το πρώτον πριν την ηλικία των 30 ετών και άρα η περιοδική παρακολούθηση είναι αναγκαία και σε αυτούς τους ασθενείς. Η εικονική κολονοσκόπηση έχει την δυνατότητα να αναδεικνύει τόσο τον καρκίνο του παχέος εντέρου όσο και τους πολύποδες με υψηλότατα ποσοστά ευαισθησίας. Μπορεί ως εκ τούτου να αποτελεί ένα σημαντικό συμπληρωματικό διαγνωστικό όπλο σε προγράμματα παρακολούθησης ασθενών υψηλού κινδύνου. Λόγω των γνωστών πλεονεκτημάτων ανεκτικότητας της μεθόδου της εικονικής κολονοσκόπησης συγκριτικά με την συμβατική κολονοσκόπηση πολλοί θεωρούν ότι εάν με την εικονική κολονοσκόπηση όλες οι περιοχές του εντέρου ελέγχονται ικανοποιητικά, δεν υπάρχουν πολύποδες ή σημεία προηγηθείσης φλεγμονής και ο άρρωστος είναι

ασυμπτωματικός είναι δυνατόν να μην επιχειρείται συμβατική κολονοσκόπηση. Επομένως επειδή οι ασθενείς με νόσο Crohn είναι συνήθως νεαρότερης ηλικίας η χρήση της ιονίζουσας ακτινοβολίας θα πρέπει να αποφασίζεται με φειδώ. Στην πραγματικότητα η εικονική κολονοσκόπηση μπορεί και στην νόσο του Crohn να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες. Μπορεί π.χ. να μελετήσει πιθανές βλάβες του εντέρου κεντρικότερα μιας στενωτικής αδιαπέραστης για το κολονοσκόπιο περιοχής. Μπορεί επίσης να συμβάλει στην διαφορική διάγνωση μεταξύ ψευδοελκών και πραγματικών συριγγίων αφού εκτιμά το εντερικό τοίχωμα σε όλο του το βάθος. Παρ' όλα αυτά, επειδή πολλές φορές την μοναδική παθολογία σε νόσο Crohn μπορεί να αποτελούν μονήρεις βλάβες του βλεννογόνου μη εκτιμητές με την εικονική κολονοσκόπηση η μέθοδος πρέπει να χρησιμοποιείται με περίσκεψη. Η εικονική κολονοσκόπηση φαίνεται ότι θα αποτελέσει σημαντικό διαγνωστικό όπλο σε περιπτώσεις ασθενών με ΙΦΝΕ και ιδιαίτερα σε ασθενείς με εκτεταμένες εντερικές στενώσεις. Στερείται βεβαίως της δυνατότητας λήψης βιοψιών (Fireman et al., 2003).

## 6.4 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η αξονική τομογραφία με την δυνατότητα που έχει να απεικονίζει το εντερικό τοίχωμα, το μεσεντέριο, τα ενδοκοιλιακά όργανα και το κοιλιακό τοίχωμα, μελετά την διατοιχωματική έκταση της νόσου καθώς και τις ενδο-εξωπεριτοναϊκές επιπλοκές διεκδικώντας έτσι ένα σημαντικό και κρίσιμο ρόλο στο χειρισμό των ασθενών με ΙΦΝΕ. Επιπλέον σε ασθενείς που πάσχουν οξέως η ct είναι συχνά η μόνη μέθοδος που μπορεί να εφαρμοσθεί παρέχοντας κρίσιμες πληροφορίες για την νόσο και τις επιπλοκές της. Η εξέταση γίνεται μετά από χορήγηση σκιαγραφικού μέσου από το στόμα η και από το ορθό καθώς πριν και μετά την χορήγηση σκιαγραφικού. Τα ανωτέρω τροποποιούνται κατά περίπτωση (Maaser et al., 2018).

Η μελέτη με την ct περιλαμβάνει:

- α) εκτίμηση πάχους εντερικού τοιχώματος
- β) εκτίμηση του τρόπου πρόσληψης του σκιαγραφικού από το εντερικό τοίχωμα.
- γ) εκτίμηση του όγκου και της ομοιογενείας του λίπους του μεσεντερίου, του επίπλου, του περιπρωκτικού και οπισθοπεριτοναϊκού χώρου.
- δ) μελέτη των μεσεντερίων αγγείων.
- ε) εκτίμηση του αριθμού και του μεγέθους των λεμφαδένων.
- στ) πιθανή ύπαρξη εξωαυλικών συλλογών σκιαγραφικού, συριγγίων-αποστημάτων, φλεγμονωδών μαζών
- ζ) πιθανή παρουσία εντερικής απόφραξης (Maaser et al., 2018).

Αν και παρατηρείται βαθμός επικάλυψης των ακτινολογικών ευρημάτων στην νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα εν τούτοις δυνατόν να έχουμε σημεία που βοηθούν στην διαφορική διάγνωση μεταξύ των δύο. Εκτεταμένη προσβολή του δεξιού κόλου και του λεπτού εντέρου είναι πιο κοινή στην νόσο του Crohn παρότι βεβαίως είναι δυνατή και η προσβολή του αριστερού κόλου. Αντιθέτως στην ελκώδη κολίτιδα έχουμε τυπικά προσβολή του αριστερού κόλου ή διάχυτη προσβολή ολόκληρου του πάχους εντέρου και σπανίως προσβολή μόνο του δεξιού κόλου. Το σημαντικότερο και συχνότερο εύρημα στην ct είναι η απεικόνιση παθολογικού-πεπαχυσμένου τοιχώματος. Η μέση πάχυνση στην νόσο του Crohn είναι 11-13mm συνήθως μεγαλύτερη αυτής της ελκώδους κολίτιδας που είναι 7,8mm. Η πάχυνση του τοιχώματος στην ελκώδη κολίτιδα είναι συνεχής και συμμετρική ενώ στην Crohn ασύμμετρη και ασυνεχής με παρουσία φυσιολογικού εντέρου μεταξύ παθολογικών

περιοχών. Τυπικά στην νόσο του Crohn έχουμε προσβολή του εντέρου κατά μήκος του μεσεντερικού χείλους και σχηματισμό ψευδοεκκολώματος στο αντιμεσεντερικό χείλος. Μετά την χορήγηση σκιαγραφικού το παθολογικά πεπαχυσμένο τοίχωμα του εντέρου δυνατόν να ακολουθεί διάφορα παθολογικά patterns: Υπόπυκνη απεικόνιση του υποβλεννογόνιου χιτώνα λόγω παρουσίας οιδήματος χαρακτηρίζει την οξεία φάση της ΙΦΝΕ (Maaser et al., 2018).

Την οξεία φάση της ΙΦΝΕ χαρακτηρίζει επίσης η ομοιογενώς αυξημένη πρόσληψη του τοιχώματος. Η παρουσία υπόπυκνου δακτυλίου στο τοίχωμα του εντέρου συνέπεια εναπόθεσης υποβλεννογόνιου λίπους είναι σημείο που απαντάται στην χρόνια φάση. Στη φάση της ίνωσης το τοίχωμα απεικονίζεται ομοιογενές. Στον ίδιο ασθενή δυνατόν να αναγνωρίσουμε παθολογικές περιοχές σε διαφορετική φάση χρονιότητας. Αύξηση της ποσότητας του λίπους του μεσεντερίου απεικονίζεται σχεδόν αποκλειστικά στην νόσο του Crohn, σε αντίθεση με την παρουσία αυξημένου περιορθικού λίπους ευρήματος μη ειδικού που μπορεί να παρατηρηθεί και στις δυο παθολογικές καταστάσεις αλλά και στην ψευδομεβρανώδη και στην ακτινική εντερίτιδα. Παθολογικά διογκωμένοι λεμφαδένες απαντώνται συνήθως στην Crohn παρά στην ελκώδη κολίτιδα. Συρίγγια - αποστήματα και φλεγμονώδεις μάζες απαντώνται σχεδόν κατά αποκλειστικότητα στην νόσο του Crohn. Ενώ οι εξετάσεις με βάριο βοηθούν στην μελέτη των πρώιμων σταδίων των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, η απεικόνιση των επιπλοκών και των προχωρημένων σταδίων της νόσου επιτυγχάνεται αποκλειστικά με την βοήθεια της ct . Αποστήματα-συλλογές απαντώνται στο 12-25% των ασθενών με Crohn κατά την διάρκεια της νόσου. Δημιουργούνται είτε συνέπεια της διατοιχωματικής επέκτασης της νόσου και της ανάπτυξης συριγγίων είτε ως μετεγχειρητικές επιπλοκές. Αναπτύσσονται ενδοπεριτοναϊκά γύρω από το προσβεβλημένο τοίχωμα του εντέρου αλλά δυνατόν να εντοπίζονται στον ισchioρθικό βοθρο, στους γλουτιαίους μύες και στο ήπαρ. Απεικονίζονται ως χαμηλής πυκνότητας σχηματισμοί με παρουσία υγρικών στοιχείων και πιθανώς αέρα, είτε λόγω της επικοινωνίας με το έντερο είτε λόγω ανάπτυξης αναερόβιων μικρόβιων (Maaser et al., 2018).

Η διαδερμική, υπό ct , παροχέτευση των αποστημάτων επιτρέπει την αποφυγή της χειρουργικής επέμβασης σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των περιπτώσεων. Φλεγμονώδεις μάζες απεικονίζονται ως μάζες μαλακού ιστού με ασαφή όρια, διήθηση του γειτονικού μεσεντερίου λίπους και δυνατόν να εξελιχθούν σε αποστήματα. Συρίγγια επίσης είναι δυνατόν να καταδειχθούν αξιόπιστα με την ct. Η παρουσία φυσαλίδων αέρα εκτός του εντερικού αυλού και η παρουσία σκιαγραφικού που δόθηκε από το στόμα η από το ορθό εκτός του εντέρου είναι τα απεικονιστικά ευρήματα της ύπαρξης συριγγίου. Τα συρίγγια δυνατόν να είναι: εντεροεντερικά, εντεροκυστικά, εντεροκολικά, εντεροδερματικά και περιορθικά. Στένωση του αυλού του εντέρου με πιθανή απόφραξη και διάταση του υπερκείμενου τμήματος του συνδέεται με πάχυνση του τοιχώματος τόσο στην οξεία όσο και στην χρόνια φάση της νόσου. Συμβαίνει όμως και συνέπεια εξωτερικής πίεσης από φλεγμονώδη μάζα, απόστημα η ινολιπώδη αύξηση του μεσεντερίου λίπους. Τα ανωτέρω διακρίνονται μεταξύ τους με την ct . Ειδικότερα στην νόσο του Crohn επισημαίνουμε και τα εξής: Στη χρόνια φάση η ανάπτυξη διατοιχωματικής ίνωσης προκαλεί ομοιογενή απεικόνιση του πεπαχυσμένου εντερικού τοιχώματος, εύρημα που μπορεί να έχει κλινική σημασία στην επιλογή θεραπευτικής αγωγής όταν υπάρχουν σημεία απόφραξης του εντέρου (Maaser et al., 2018).

Η παρουσία αυξημένης περικολικής-περιεντερικής αγγειοβρίθειας σημαίνει ότι η νόσος είναι κλινικά ενεργός και εκτεταμένη. Σ' αυτούς τους ασθενείς απαιτείται πλέον επιθετική θεραπεία από εκείνους που δεν εμφανίζουν το εύρημα αυτό στην ct . Το σημείο αυτό συνδυάζεται με την παρουσία πολλών επιμηκών και εγκάρσιων ελκών και μεγάλο μήκος προσβολής του εντέρου. Το πλήθος των πληροφοριών που παρέχονται από την αξονική τομογραφία τόσο γι' αυτή καθ' αυτή την βλάβη του εντέρου όσο και για το πλήθος των επιπλοκών που δυνατόν να συμβούν κατά την μακρόχρονη πορεία των νοσημάτων αυτών, την καθιστά σημαντικό διαγνωστικό όπλο στον χειρισμό των ασθενών με ΙΦΝΕ (Maaser et al., 2018).

## 6.5 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Λοιμώδη κολίτιδα: Συχνά οι ασθενείς με λοιμώδη κολίτιδα εμφανίζουν διάρροιες όπου συνοδεύονται με αιματηρά κόπρανα και στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι σημαντικό να καταλάβουμε αν είναι λοιμώδης ή ελκώδης κολίτιδα. Σε αντίθεση με τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου η λοιμώδης κολίτιδα βελτιώνεται μόνη της και εμφανίζει γρήγορη πρόοδο. Αν υπάρχουν βλάβες βλεννογόνου, το ορθό είναι άθικτο και εμφανίζονται έλκη καλυμμένα με κίτρινα εξιδρώματα. Η βιοψία βοηθά στην απόκλιση της λοιμώδους κολίτιδας με βάση τη χρόνια φλεγμονώδη αλλαγή (Gian et al., 2015).

Ισχαιμική κολίτιδα: Εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στους ηλικιωμένους και συνυπάρχουν καρδιακές παθήσεις ή αγγειακή σκλήρυνση. Οι ασθενείς με ισχαιμική κολίτιδα αντιμετωπίζουν κοιλιακό άλγος και αιματηρά κόπρανα. Οι βλάβες εμφανίζονται στον αυλό και εισβάλλουν σε συγκεκριμένο τμήμα, αφήνοντας τον υπόλοιπο βλεννογόνο υγιή. Η ισχαιμική κολίτιδα με την ελκώδη κολίτιδα διακρίνεται με βάση τη κλινική εξέλιξη (Gian et al., 2015).

Ακτινολογική κολίτιδα: Ασθενείς με ιστορικό ακτινολογικής θεραπείας για καρκίνο προστάτη ή τραχήλου της μήτρας, εμφανίζουν αιματηρή διάρροια, στη περίπτωση αυτή υπάρχει υποψία για ακτινολογική κολίτιδα που εισβάλλει στο ορθό και στο σιγμοειδές. Η διάκριση της ακτινολογικής κολίτιδας και ελκώδους μπορεί να μην είναι τόσο σαφής με την επιδείνωση των συμπτωμάτων, αιμορραγίες και σοβαρά έλκη. Η προσεκτική χρησιμοποίηση και παρατήρηση με το ενδοσκόπιο θα βοηθήσει να γίνει η διάκριση μεταξύ των δυο (Gian et al., 2015).

Νόσος Crohn και εντερική φυματίωση: Η παρουσία έλκων διαμήκους είναι τυπικό ενδοσκοπικό εύρημα σε νόσο Crohn, ενώ τα εγκάρσια έλκη εμφανίζονται στην εντερική φυματίωση. Παρ' όλα αυτά είναι δύσκολο να γίνει η διάκριση των ασθενειών (Gian et al., 2015).

Νόσος Crohn και νόσος Behcet: Η νόσος Behceteίναί μια συστηματική αγγειίτις που προσβάλλει το λεπτό έντερο και εμφανίζει επώδυνες εξελκώσεις στο στόμα και στα γεννητικά όργανα. Ενδεικτικό χαρακτηριστικό είναι στρογγυλό έλκος ή σε συγκεκριμένα σημεία κατανεμημένες βλάβες που δηλώνουν τη νόσο Behcet (Gian et al., 2015).

Λοίμωξη από *Yersinia enterocolitica*: Προσβάλλεται το τελικό ειλεό και οι αδένες του μεσεντερίου και εμφανίζει κλινική εικόνα οξείας σκωληκοειδίτιδας. Η νόσος αυτοπεριορίζεται χωρίς να αφήνει ουλοποιήσεις, συρίγγια ή στενώσεις. Η διάγνωση γίνεται με ορολογικές δοκιμές και ειδική καλλιέργεια κοπράνων (Gian et al., 2015).



Λαμβλίαση: Αποτελεί λοίμωξη απο μαστιγοφόρο πρωτόζωο Giardia. Προκαλεί πολυάριθμα συμπτώματα όμως μπορεί να είναι και ασυμπτωματική. Τα συμπτώματα είναι πυρετός με διάρροια που διαρκεί πεντε μέρες εως και εβδομάδες, διάχυτοι κοιλιακοί πόνοι, αίσθημα ατελούς κένωσης, ναυτία και απώλεια βάρους. Οι κενώσεις είναι λιπαρές και κάκοσμες.

Επίσης, μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο δυσαπορρόφησης και η διάγνωση γίνεται με παρασιτολογική εξέταση κοπράνων ή με μικροσκοπική εξέταση δωδεκαδακτυλικού υγρού (Gian et al., 2015).

Παθήσεις σαλπίγγων και ωοθήκης: Οι παθήσεις σαλπίγγων και ωοθήκης σχετίζονται με τη διαφορική διάγνωση. Φλεγμονή όπως η έκτοπη κύηση μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα ειλειίτιδας. Το γυναικολογικό ιστορικό βοηθά στη συμπτωματολογία απο τα γεννητικά όργανα ενώ το υπερηχογράφημα στη τεκμηρίωση της διάγνωσης. Η παρουσία κύστεων ωοθήκης, όγκων ή ενδομητρίωσης μπορεί να θεωρηθεί οτι είναι εντερίτις ειδικά αν προσβληθεί και το έντερο (Gian et al., 2015).

Κοιλιοκάκη: Η κοιλιοκάκη δε παρουσιάζει ιδιαίτερα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα αλλά μια συγγενής νόσος η χρόνια μη κοκκιωματώδης ελκώδης νηστιδοειλείτις αποτελεί σοβαρό πρόβλημα. Έχει παρόμοια συμπτώματα με τη νόσο Crohn αλλά δεν έχει εξωεντερικές εκδηλώσεις, κοκκιωμάτων και συριγγίων (Gian et al., 2015).

Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου: Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι μια λειτουργική διαταραχή του εντέρου που εμφανίζει κοιλιακό άλγος, δυσφορία στην αφόδευση ή στην αλλαγή της συνήθειας του εντέρου με ανώμαλη αφόδευση. Δεν υπάρχουν σαφής διαγνωστικοί δείκτες για το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου, άρα η διάγνωση βασίζεται στη κλινική παρουσίαση. Διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν ανώμαλη μορφή κοπράνων, υδαρής, χαλαρή, αίσθημα ατελούς κένωσης με βλέννα και φούσκωμα (Gian et al., 2015).

Επίσης, εμφανίζει δυσκοιλιότητα και διάρροια. Η διάρροια αποτελεί κοινό στοιχείο με τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου (Gian et al., 2015).

Αδενοκαρκίνωμα: Το αδενοκαρκίνωμα είναι τύπος καρκίνου του παχέως εντέρου, προκύπτει στο επιθήλιο και καλύπτει εσωτερικά το παχύ έντερο, εξαπλώνεται εισβάλλοντας στο τοίχωμα του εντέρου. Αφού διασχίσει το στρώμα των μυών μέσα στο τοίχωμα, εισάγεται στα λεμφικά αγγεία και εξαπλώνεται στους λεμφαδένες. Μέσω της εξάπλωσης με τη ροή του αίματος προκαλείται μετάσταση στο ήπαρ (Gian et al., 2015).

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αιμορραγία απο το ορθό ή αιματηρά κόπρανα, αλλαγή συνήθειας εντέρου, αναιμία, δυσκοιλιότητα, διάρροια και αίσθημα ατελούς κένωσης (Gian et al., 2015).

Βακτηριακή γαστρεντερίτιδα: Η βακτηριακή γαστρεντερίτιδα συμβαίνει όταν τα βακτήρια προκαλούν λοίμωξη στο έντερο. Τα συμπτώματα της βακτηριακής γαστρεντερίτιδας είναι απώλεια όρεξης, ναυτία, εμετός, διάρροια, κοιλιακοί πόνοι, αίμα στα κόπρανα και πυρετός. Μπορεί να προκληθεί από yersinia που βρίσκεται στο χοιρινό, σταφυλόκοκο που βρίσκεται στα γαλακτοκομικά προϊόντα, κρέας και αυγά, campylobacter που βρίσκεται στο κρέας και στα πουλερικά, E. Coli που βρίσκεται στο βόειο κρέας και τις σαλάτες (Gian et al., 2015).

Κολίτιδα του κυτταρομεγαλοϊού: Η κολίτιδα του κυτταρομεγαλοϊού εμφανίζεται συχνότερα σε ανοσοκατεσταλμένους ξενιστές, συμπεριλαμβανομένου του AIDS, μεταμόσχευση οργάνων, αιματολογική κακοήθεια, θεραπεία καρκίνου και θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Ωστόσο, η κολίτιδα μπορεί να εμφανιστεί και σε υγιή άτομα χωρίς ανοσοανεπάρκεια. Εμφανίζονται συνοδά συμπτώματα διάρροιας, κοιλιακού πόνου και αιματηρές κενώσεις (Gian et al., 2015).

Η διάγνωση της κολίτιδας του κυτταρομεγαλοϊού απαιτεί ιστολογική εξέταση βιοψίας που λαμβάνεται από το έλκος καθώς και κλινικές εξετάσεις και ενδοσκόπηση που θα βοηθήσει και στη διαφορική διάγνωση με άλλες ασθένειες (Yantiss & Odze, 2005).

Δυσανεξία στη λακτόζη: Άτομα με δυσανεξία στη λακτόζη δε μπορούν να αφομοιώσουν σημαντικές ποσότητες λακτόζης λόγω της μειωμένης ποσότητας του ενζύμου της λακτάσης. Η δυσασπορόφηση οδηγεί σε γαστρεντερικά συμπτώματα όπως κοιλιοκάκη, άλγος, φούσκωμα και υδαρή κόπρανα. Η δυσανεξία της λακτόζης είναι κληρονομική αλλά μπορεί και να είναι προσωρινό αποτέλεσμα μόλυνσης ή προσβολής του βλεννογόνου (Yantiss & Odze, 2005).

Η διάγνωση της δυσανεξίας στη λακτόζη γίνεται με βάση το ιστορικό και υποστηρίζεται από τη διαχείριση της διατροφής. Χρησιμοποιούνται δυο τεστ για τη δυσανεξία στη λακτόζη. Αυτά είναι η δοκιμή της ανοχής λακτόζης δίνοντας από το στόμα 1 με 1,5 γραμμάρια λακτόζη και με τη μέτρηση επιπέδων γλυκόζης στο αίμα (Yantiss & Odze, 2005).

Σαλμονέλωση: Η σαλμονέλωση είναι νόσημα που μεταδίδεται με τα τρόφιμα. Στον άνθρωπο η σαλμονέλα προκαλεί λίμωξη του εντέρου και αποτελεί αίτιο τροφικών δηλητηριάσεων. Τα συμπτώματα είναι διάρροια, πυρετός, κοιλιακό άλγος, αδυναμία και αφυδάτωση. Τα συμπτώματα εμφανίζονται 12 έως 72 ώρες μετά τη κατανάλωση μολυσμένου τροφίμου ή νερού (Yantiss & Odze, 2005).

Ιογενής γαστρεντερίτιδα: Η ιογενής γαστρεντερίτιδα είναι μια φλεγμονή του στομάχου και του εντέρου που προκαλείται από ιούς. Είναι γνωστή ως γρίπη του στομάχου ή ιογενής γαστρεντερίτιδα. Είναι μεταδοτική ασθένεια εξ επαφής με άτομα που έχουν μολυνθεί από νερό ή τρόφιμο. Οι πιο συνηθισμένοι ιοί είναι ο νοροϊός και ο ροταϊός (Yantiss & Odze, 2005).

Προκαλείται από ακατάλληλο πλύσιμο χεριών, μολυσμένα τρόφιμα, νερό, κατανάλωση ωμών ή μαγειρεμένων οστρακοειδών. Τα συμπτώματα της ιογενής γαστρεντερίτιδας είναι η ναυτία, διάρροια, πυρετός και πόνος στο σώμα (Yantiss & Odze, 2005).

Λοιμώξεις σε ανοσοκατασταλμένους: Οι ασθενείς με AIDS σε προχωρημένο στάδιο μπορεί να εμφανίσουν ευκαιριακή λοίμωξη που προκαλεί εικόνα παρόμοια με αυτή των ΙΦΝΕ (Yantiss & Odze, 2005).

Φάρμακα: Η χρήση αντιβιοτικών μπορεί να προκαλέσει κολίτιδα σχετιζόμενη με αντιβιοτικά. Τα αντιβιοτικά που σχετίζονται είναι οι πενικιλίνες, οι κεφαλοσπρίνες, οι μακρολίδες και οι αμυνογλυκοσίδες. Εκδηλώνεται με υδαρή κόπρανα καλυμμένα με αίμα, κοιλιακό άλγος, πυρετό και λευκοκυττάρωση. Αιτία της νόσου είναι η τοξίνη του *Clostridium difficile* όπου δεν βρίσκεται στα κόπρανα υγιών ατόμων (Yantiss & Odze, 2005).

Επίσης, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν βλάβες στο λεπτό και παχύ έντερο. Συνήθως δε προκαλούν διάρροια αλλά σιδηροπενία και υπολευκωματιναιμία (Yantiss & Odze, 2005).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **7. ΒΑΡΥΤΗΤΑ**

#### **ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

Ελαφρά νόσος: Η ελαφρά ελκώδη κολίτιδα είναι η πιο συχνή μορφή της νόσου. Στις περιπτώσεις αυτές εντοπίζεται στο ορθό ή ορθοσιγμοειδές και πιο σπάνια στο υπόλοιπο παχύ έντερο. Οι ασθενείς παρουσιάζουν διαλείπουσα αποβολή αίματος από το ορθό που συνοδεύεται με βλέννη και ήπια διάρροια με μικρές σε όγκο, χαλαρές κενώσεις. Ήπιο κολικοειδές άλγος, τεινεσμός και περιόδους με δυσκοιλιότητα, είναι συχνά συμπτώματα αλλά σοβαρό κοιλιακό άλγος, απώλεια μεγάλης ποσότητας αίματος, πυρετός και απώλεια βάρους δεν αποτελούν συμπτώματα της ελαφράς νόσου. Ο εργαστηριακός έλεγχος και η αντικειμενική εξέταση είναι συνήθως αρνητική. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν διάρροια χωρίς πρόσμιξη αίματος. Η ύπαρξη δυσκοιλιότητας με αποβολή αίματος από το ορθό μπορεί να οδηγήσει στην εσφαλμένη διάγνωση της αιμορροιδοπάθειας (Μπονάτσος, 2005).

Μέτριας βαρύτητας νόσος: Χαρακτηρίζεται ανατομικά από προσβολή μεγαλύτερη της ορθοσιγμοειδίτιδας με φλεγμονή που επεκτείνεται μέχρι τη σπληνική καμπή. Η κλινική εικόνα εμφανίζεται με παρουσία 4 έως 6 διαρροϊκών κενώσεων που κατά κύριο λόγο περιέχουν αίμα, μπορεί να συνοδεύονται από κολικοειδή κοιλιακά άλγη, χαμηλός πυρετός, κόπωση, ανορεξία και απώλεια βάρους. Ο εργαστηριακός έλεγχος εμφανίζει ελαφρά αναιμία που δεν απαιτεί μετάγγιση αίματος (Μπονάτσος, 2005).

Σοβαρή νόσος: Οι ασθενείς με σοβαρή ή κεραυνοβόλο εμφάνιση της νόσου έχουν εκτεταμένη προσβολή του παχέος εντέρου που συχνά εκτείνεται έως το τυφλό. Οι ασθενείς έχουν περισσότερες από 6 διαρροϊκές κενώσεις με σοβαρό κοιλιακό άλγος, πυρετό που μπορεί να φθάσει 39,5C° και αιμορραγία που μπορεί να απαιτεί μετάγγιση. Επίσης, παρουσιάζουν ταχυκαρδία, ανορεξία, κακουχία και γρήγορη απώλεια βάρους. Συχνά εργαστηριακά ευρήματα αποτελούν η αναιμία, η λευκοκυττάρωση και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Στη φυσική εξέταση ο ασθενής μπορεί να έχει ωχρότητα, ταχυσφυγμία και υπόταση ενώ η κοιλία μπορεί να είναι διατεταμένη και ευαίσθητη στη ψηλάφηση (Μπονάτσος, 2005).

Σε σοβαρά πάσχοντες, η φλεγμονή μπορεί να επεκταθεί πέρα από το βλεννογόνο στους μυϊκούς χιτώνες του τοιχώματος του παχέος εντέρου. Εάν η κινητικότητα του παχέος εντέρου μειωθεί, το έντερο διατείνεται και έχουμε ως αποτέλεσμα την επιπλοκή τοξικού megacolon. Η επέκταση της φλεγμονής στον ορογόνο χιτώνα μπορεί να οδηγήσει σε διάτρηση εντέρου (Μπονάτσος, 2005).

## 7.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

### ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Εντερική διάτρηση: Η διάτρηση του παχέος εντέρου παρατηρείται σε περιπτώσεις βαριάς ή κεραυνοβόλου μορφής της νόσου. Σε αρκετές περιπτώσεις προηγείται οξεία διάταση του παχέος εντέρου το τοξικό megacolon. Η επιπλοκή αυτή συμβαίνει όταν η φλεγμονή επεκταθεί σε όλο το πάχος του τοιχώματος ακόμη και αν εμφανιστεί σε συγκεκριμένη περιοχή. Τα κορτικοειδή βοηθούν στην ελάττωση της έντασης των συμπτωμάτων και μπορεί τα κλασικά συμπτώματα αιφνιδίου κοιλιακού άλγους, πυρετού και σύσπασης του κοιλιακού τοιχώματος να απουσιάζουν. Η διάτρηση εμφανίζεται με απότομη επιδείνωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς και ταχυκαρδία (Gasche, 2000).

Τοξικό megacolon: Η επιπλοκή αυτή εμφανίζεται στο 7,9% με 17% των νοσηλευόμενων ασθενών. Το τοξικό megacolon εμφανίζεται με τμηματική ή ολική διάταση του παχέος εντέρου μεγαλύτερη των 6 cm που προκαλείται στη διατοιχωματική επέκταση της φλεγμονής. Αυτή η επιπλοκή εμφανίζεται στο εγκάρσιο κόλο. Κλινικά σημεία είναι η απότομη επιδείνωση της γενικής κατάστασης. Ο ασθενής παρουσιάζει πυρετό, ταχυκαρδία, υπόταση και κοιλιακό άλγος με διάταση κοιλίας. Η απότομη μείωση του αριθμού των κενώσεων αποτελεί τη πρώτη κλινική εκδήλωση της επιπλοκής αυτής (Gasche, 2000).

Μέσω αντικειμενικής εξέτασης επιβεβαιώνεται η διάταση της κοιλίας, ελάττωση των εντερικών ήχων, ευαισθησία στη ψηλάφηση του εντερικού τοιχώματος. Η παρουσία διάτρησης που εμφανίζεται συχνά στο τοξικό megacolon επιδεινώνει τη κλινική εικόνα με την ανάπτυξη περιτονίτιδας και σηψαιμίας. Η διάτρηση και η περιτονίτιδα είναι σχετιζόμενη με το 50% της θνητότητας στην ελκώδη κολίτιδα (Gasche, 2000).

Μαζική αιμορραγία: Αυτή η επιπλοκή αφορά το 3% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Κατά βάση αντιμετωπίζεται συντηρητικά με μεταγγίσεις αίματος, ενώ αν δεν ελεγχθεί η αιμορραγία ο ασθενής εισάγεται για χειρουργείο για επείγουσα κολεκτομή (Gasche, 2000).

Καλοήθης στένωση παχέος εντέρου: Η καλοήθης στένωση παχέος εντέρου συμβαίνει λόγω συχνών επεισοδίων φλεγμονής, ενώ σε μερικές περιπτώσεις οφείλεται σε υπερτροφία του μυϊκού ιστού. Η στένωση εντοπίζεται στη ορθοσιγμοειδική περιοχή και είναι δυνατόν να προκαλεί συμπτώματα απόφραξης του εντέρου. Η στένωση στην ελκώδη κολίτιδα πρέπει να θεωρείται κακοήθης μέχρι να αποδειχθεί το αντίθετο μέσω ενδοσκόπησης και βιοψίας. Ως αντιμετώπιση συνίσταται η χειρουργική επέμβαση σε περιπτώσεις που προκαλούν συχνά συμπτώματα απόφραξης ή για στενώσεις που δε δύναται να εκτιμηθούν για να χαρακτηριστούν κακοήθεις ή όχι (Gasche, 2000).

Καρκίνος παχέος εντέρου: Η ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα έχει να κάνει με τη διάρκεια αλλά και με τη έκταση της νόσου. Η επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνεται 7 με 8 χρόνια μετά την έναρξη της νόσου σε ασθενείς με νόσο που επεκτείνεται κεντριότερα της σπληνικής καμπής.

Η αύξηση κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου είναι 0,5% για κάθε έτος μεταπο 7 με 8 χρόνια νόσου. Αν υπάρχει ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος (Gasche, 2000).

## ΝΟΣΟΣ CROHN

Οι επιπλοκές της νόσου Crohn είναι συχνές και εμφανίζονται με: αποφρακτικό ειλεό, εντερική διάτρηση, αποστήματα, συρίγγια, νεφρικές βλάβες, καρκίνο του πεπτικού σωλήνα, υποσιτισμό και τοξικό megacolon (Marrero et al., 2008).

Αποφρακτικός ειλεός: Αποτελεί συνηθέστερη επιπλοκή στη νόσο Crohn. Συνήθως αντιμετωπίζεται συντηρητικά. Χειρουργική εκτομή του πασχόντος εντερικού τμήματος συμβαίνει μόνο σε περιπτώσεις πλήρους απόφραξης ή αν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία (Marrero et al., 2008).

Διάτρηση εντέρου: Χαρακτηρίζεται από τοπική εντερική διάτρηση με σχηματισμό φλεγμονής ή αποστήματος. Η διάτρηση με εικόνα περιτονίτιδας δεν είναι συνήθης στη νόσο Crohn. Αντιμετωπίζεται χειρουργικά (Marrero et al., 2008).

Αποστήματα και συρίγγια: Αποτελεί συχνή επιπλοκή της νόσου Crohn και συμβαίνει σε περιόδους έξαρσης της φλεγμονής. Γίνεται η διάκριση σε εντεροσπλαχνικά και σε εντεροδερματικά συρίγγια. Είναι δύσκολη η αντιμετώπιση των συριγγίων ειδικά τψνευτεροκυστικών όπου πρέπει να αντιμετωπιστούν χειρουργικά (Marrero et al., 2008).

Εκδηλώσεις ουροποιητικού: Σε ασθενείς με νόσο Crohn σχεδόν όλες οι επιπλοκές περιλαμβάνουν: ουρολοιμώξεις, νεφρολιθίαση, πυελονεφρίτις, υδρονέφρωση. Η τελευταία είναι συχνή και χρήζει χειρουργικής απελευθέρωσης του ουρητήρα μετά από τοποθέτηση pig-tail στον ουρητήρα (Marrero et al., 2008).

Καρκίνος πεπτικού συστήματος: Η επιπλοκή αυτή είναι δυνητικά θανατηφόρα. Τα συμπτώματα που εμφανίζει είναι αίμα στα κόπρανα, αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου, πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς, αίσθημα ατελούς κένωσης, φούσκωμα, δυσφορία και αναιμία. Η αντιμετώπιση του γίνεται με χειρουργική επέμβαση με την αφαίρεση του προσβεβλημένου τμήματος του εντέρου, με ακτινοθεραπεία όπου η ακτινοβολία θα εξοντώσει τα καρκινικά κύτταρα και με χημειοθεραπεία όπου με το κατάλληλο φάρμακο θα σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα (Marrero et al., 2008).

Τοξικό megacolon: Είναι μια σοβαρή επιπλοκή όπου με τη βαθιά φλεγμονή του παχέος εντέρου προκαλείται πρήξιμο και παράλυσή του (Marrero et al., 2008).

Υποσιτισμός: Παράγοντες σχετικοί με τη νόσο καθιστούν δύσκολη την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών για τον οργανισμό. Με αποτέλεσμα να προκαλείται υποσιτισμός και να χρήζει χορήγησης θεραπείας με ορό (Marrero et al., 2008).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

#### **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Θαλιδομίδη: Αποτελεί ένα αποτελεσματικό ηρεμιστικό για την αυπνία, κρυολόγημα, πονοκεφάλους. Ωστόσο, το φάρμακο αυτό εμπλέκεται στη παθοφυσιολογία της νόσου Crohn (Triantafillidis et al., 2011).

Μικροκάψουλες με φάρμακα: Ωφελούν την επιστημονική έρευνα. Μπορεί να περιέχει ποικιλία μοριακών δομών, όπως DNA, φάρμακα, ένζυμα, αντισώματα, βακτηριακά κύτταρα και άλλους μικροοργανισμούς (Triantafillidis et al., 2011).

Αμινοσαλκυλικά: Η σουλφασαλαζίνη χρησιμοποιείται ως θεραπευτικό μέσο για την αντιμετώπιση ελαφριάς ή μέσης βαρύτητας ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νοσήματος εντέρου. Η εύρεσή του ότι το αμινοσαλκυλικό οξύ είναι ένα ενεργό μόριο του φαρμάκου, βοήθησε στη δημιουργία νεότερων σκευασμάτων που με αυτο το τρόπο συντελεί τη μεγαλύτερη συγκέντρωση του φαρμάκου στα πάσχοντα τμήματα του εντέρου. Στην ελκώδη κολίτιδα τα αμινοσαλκυλικά χρησιμοποιούνται στη θεραπεία μέτριας ή ελαφριάς νόσου αλλά και για τη πρόληψη υποτροπών και στη πρόληψη καρκίνου (Triantafillidis et al., 2011).

Η δόση είναι 1,5 έως 5 γραμμάτια ημερήσια. Η δόση συντήρησης είναι 1,6 έως 2 γραμμάτια ημερήσια. Η μεσαλαμίνη γίνεται με τη μορφή υποκλυσμού είναι αποτελεσματικότερη για την αντιμετώπιση ελκώδους κολίτιδας. Τα νεότερα αμινοσαλκυλικά είναι ανεκτά από τους ασθενείς και δε δημιουργούν την εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων, κολίτιδας, αιματολογικών διαταραχών, διάμεσης νεφρίτιδας, ηπατίτιδας, παγκρεατίτιδας, πνευμονικής ίνωσης, μυοκαρδίτιδας και ερυθριματώδη λύκου. Δεν ενδείκνυται η χορήγηση του σε ασθενείς που έχουν υπερευαισθησία στα σαλκυλικά ή με νεφρική ανεπάρκεια (Triantafillidis et al., 2011).

Κορτικοστεροειδή: Τα κορτικοστεροειδή αποτελούν θεραπεία για μέτρια και βαριά έξαρση ιδιοπαθών φλεγμονώδων νοσημάτων εντέρου. Στη μέτρια βαρύτητα χορηγούνται από το στόμα 40mgπρεδνιζόνης τη μέρα με σταδιακή ελάττωση της δόσης μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων σε 5mgκάθε 7 ημέρες μέχρι τη δόση των 20mgκαι στη συνέχεια με μείωση κατά 2,5 έως 5mgανά εβδομάδα. Οι ασθενείς που δε ανταποκρίνονται μέσα σε 7 έως 14 μέρες με τη χορήγηση από το στόμα κορτιζόνης λαμβάνουν ενδοφλέβια θεραπεία (Triantafillidis et al., 2011).

Στη βαριά ελκώδη κολίτιδα γίνεται χορήγηση ενδοφλέβια 40 έως 60mgτης πρεδνιζόνης τη μέρα με σταδιακή μείωση. Η βουδεσονίδη χρησιμοποιείται με τη μορφή υποκλυσμού. Όταν επέλθει η ύφεση της νόσου τα κορτικοστεροειδή δε συνιστώνται ως θεραπεία συντήρησης για τη πρόληψη υποτροπών, καθώς δεν έχουν αποδεδειγμένη ωφέλεια (Triantafillidisetal., 2011).

Η παρενέργειες της θεραπείας με κορτικοστεροειδή είναι υπέρταση, οστεοπόρωση, οστεονέκρωση της κεφαλής του μηριαίου, ο καταρράκτης, γλαύκωμα, σακχαρώδης διαβήτης, ευπάθεια στις λοιμώξεις, κατάθλιψη (Triantafillidis et al., 2011).

Αντιβιοτικά: Λειτουργούν μειώνοντας τη ανοσολογική απάντηση του εντερικού βλεννογόνου στα αναερόβια βακτήρια του εντερικού αυλού. Χρησιμοποιείται για ασθενείς με νόσο Crohnενώ στη ελκώδη κολίτιδα χρησιμοποιούνται μόνο όταν συνυπάρχουν τοξικά φαινόμενα. Τα αντιβιοτικά που χρησιμοποιούνται στη νόσο Crohnείναι η μετρονιδαζόλη και η σιπροφλοξάνη. Αντιβιοτικά όπως η ριφαξιμίνη και τα αντιφυματικά δεν συμβάλλουν στην αντιμετώπισή της. Στη περιπρωκτική συριγγοποιό νόσο Crohn ενδείκνυται η χορήγηση μετρονιδαζόλης 750 έως 1500mg

τη μέρα με ή χωρίς σιπροφλοξασίνης 1000mg τη μέρα. Χορηγούνται μέχρι 6 μήνες μέχρι να εμφανιστούν παρενέργειες.

Η χορήγηση μετρονιδαζόλης για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει περιφερική νευροπάθεια ενώ η χορήγηση σιπροφλοξασίνης σχετίζεται με την εμφάνιση τενοντίτιδας και ρήξη αχίλλειου τένοντα (Triantafillidis et al., 2011).

Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα: Η αζαθειοπρίνη 6-μερκαπτοπουρίνη έχουν ανοσοκατασταλτικές ιδιότητες. Η αζαθειοπρίνη μετατρέπεται στο ήπαρ σε μερκαπτοπουρίνη, έπειτα μεταβολίζεται προς νουκλεοτίδια της 6-θειογουανίνης που αποτελούν ενεργούς μεταβολίτες (Triantafillidis et al., 2011).

Στην ελκώδη κολίτιδα δεν είναι αποδεδειγμένη η αποτελεσματικότητά τους όσο στη νόσο Crohn. Επιπλέον, εξαιτίας της λύσης που προσφέρει η χειρουργική επέμβαση με ελκώδη κολίτιδα, η χορήγηση τους θα μπορούσε να περιοριστεί σε ασθενείς με αντένδειξη ή άρνηση για χειρουργείο. Η αζαθειοπρίνη και η 6-μερκαπτοπουρίνη χορηγούνται σε δόση 2 έως 3 mg ανά σωματικό βάρος και 1 έως 1,5mg ανά σωματικό βάρος τη μέρα, και ο χρόνος ανταπόκρισης είναι 3 μήνες (Triantafillidis et al., 2011).

Οι ασθενείς που ενδείκνυται για τη θεραπεία αυτή είναι κορτιζονοεξαρτώμενη ή κορτιζονοανθεκτική νόσο, ενώ δεν έχουν ένδειξη στην αντιμετώπιση της οξείας φάσης. Άλλη ένδειξη είναι η συντήρηση της ύφεσης που επιτεύχθηκε μετά από φαρμακευτική χορήγηση κορτικοστεροειδών σε ασθενείς που παρουσίασαν σοβαρή έξαρση της νόσου, υποτροπή εντός 3 μηνών από τη διακοπή κορτικοειδών ή που παρουσίασαν τουλάχιστον δύο υποτροπές της νόσου που αντιμετωπίστηκαν με κορτικοειδή μέσα σε ένα έτος (Triantafillidis et al., 2011).

Το 20% των ασθενών που λαμβάνουν αζαθειοπρίνη εμφανίζουν ναυτία, επιγαστρολογία, κεφαλαλγία, εξάνθημα, πυρετό και αρθραλγία με την έναρξη της θεραπείας. Στις πιο σοβαρές παρενέργειες του φαρμάκου περιλαμβάνονται η οξεία παγκρεατίτιδα, η χολοστατική ηπατίτιδα, η καταστολή του μυελού, η ευκαιριακές λοιμώξεις, η εμφάνιση καρκίνου του δέρματος και το λέμφωμα (Triantafillidis et al., 2011).

Κυκλοσπορίνη Α: Χρησιμοποιείται αρχικά ενδοφλέβια και στη συνέχεια από το στόμα για την ύφεση και την αποφυγή κολεκτομής σε οξεία ελκώδη κολίτιδα που δεν ανταποκρίνεται σε θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Οι ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στην ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοστεροειδών μέσα σε 7 έως 10 μέρες με σοβαρή ελκώδη κολίτιδα, τους χορηγείται ενδοφλέβια 2 έως 4 mg ανά σωματικό βάρος κυκλοσπορίνη τη μέρα.

Όσο αφορά τις παρενέργειες προκαλείται ναυτία, εμετός, κεφαλαλγία, διάμεση νεφρίτιδα, ευκαιριακές λοιμώξεις, επιληπτικοί σπασμοί, μυοπάθεια, παραισθήσεις, υπερκαλιαιμία, υπομαγνησισαμία, χολοστατική ηπατίτιδα. Αντενδείκνυται σε ασθενείς με υπομαγνησισαμία και χαμηλή χοληστερόλη λόγω της αύξησης του κινδύνου σπασμών (Triantafillidis et al., 2011).

Μεθοτρεξάτη: Είναι ανταγωνιστής του φυλλικού οξέος με αντιμεταβολικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Η μεθοτρεξάτη δε συνίσταται στην αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας. Στη νόσο Crohn χορηγείται σε δόση 25mg ανά εβδομάδα ενδομυϊκά ή υποδόρια και μπορεί να χορηγηθεί και από το στόμα. Ενδείκνυται και η

συγχορήγηση φυλλικού οξέος 1mg την μέρα. Όσο αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες δημιουργούνται γαστρεντερικές διαταραχές, ηπατοτοξικότητα, πνευμονίτιδα. Η μεθοτρεξάτη αντενδείκνυται στην κύηση λόγω τερατογόνου δράσης (Triantafyllidis et al., 2011).

## ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ελκώδης κολίτιδα: Περίπου το 25 έως 35% των ασθενών με εκλώδη κολίτιδα θα χρειαστεί να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση είτε γιατί τα συμπτώματα της νόσου δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική θεραπεία είτε για την αντιμετώπιση κάποιας επιπλοκής. Η επέμβαση μπορεί να είναι επείγουσα ή προγραμματισμένη (Hwang & Varma, 2008).

Επείγουσα χειρουργική επέμβαση: Η επιδείνωση των κλινικών σημείων ή συμπτωμάτων της εκλώδους κολίτιδας, οι πολλές κενώσεις με αίμα, πυρετός, αναιμία, ταχυκαρδία, διάταση παχέος εντέρου στην ακτινογραφία κοιλίας και η κοιλιακή διάταση με παρουσία ευαισθησίας στην ψηλάφηση είναι οι κυριότερες ενδείξεις για την πιθανή εισαγωγή του ασθενή σε χειρουργείο. Οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίνονται σε χρονικό διάστημα 48-96 ωρών στη φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, εανμεταπο τις 3 ημέρες θεραπείας ο ασθενής παρουσιάζει 8 κενώσεις τη μέρα τότε η πιθανότητα εισαγωγής σε χειρουργείο αυξάνεται (Hwang & Varma, 2008).

Η πιθανότητα να αναπτύξει ο ασθενής με εκλώδη κολίτιδα τοξικό megacolon είναι 0,5-2,3% στη διάρκεια της ζωής του. Η εμφάνιση τοξικού megacolon είναι μια από τις ενδείξεις εισαγωγής του ασθενή σε χειρουργείο, ειδικά αν συνοδεύεται από διάτρηση, προοδευτικά αυξανόμενη διάταση παχέος εντέρου και μαζική αιμορραγία. Η εμφάνιση μαζικής αιμορραγίας ή η παρουσία πολυοργανικής ανεπάρκειας είναι ενδείξεις για επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Η επέμβαση που προτιμάται στις περιπτώσεις επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης ασθενών με εκλώδη κολίτιδα είναι η ολική κολεκτομή με τελική ειλεοστομία. Ο πρωκτός παραμένει και αν υπάρχει φλεγμονή μπορεί να αντιμετωπιστεί φαρμακευτικά, ενώ σε δεύτερη φάση μπορεί να γίνει κλείσιμο της ειλεοστομίας και αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου (Hwang & Varma, 2008).

Προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση σε ασθενής με εκλώδη κολίτιδα: Αν η φαρμακευτική αγωγή αποτύχει εξακολουθεί να παραμένει η κυριότερη ένδειξη προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης σε ασθενή με εκλώδη κολίτιδα. Ως αποτυχία ορίζεται η παραμονή συμπτωμάτων παρά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι μια ακόμα ένδειξη για χειρουργική επέμβαση. Αν κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης βρεθεί καρκίνος, τότε ο ασθενής πρέπει να οδηγηθεί στο χειρουργείο (Hwang & Varma, 2008).

Η παρουσία στένωσης αποτελεί ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση, ειδικά αν δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί ενδοσκοπικά ή αν η βιοψία δε μπορεί να αποκλείσει την ύπαρξη κακοήθειας. Η προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να προτείνεται σε ασθενείς με σοβαρές εξωεντερικές εκδηλώσεις που σχετίζονται με τη δραστηριότητα της νόσου. Η προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς με εκλώδη κολίτιδα είναι η ολική πρωκτολεκτομή η οποία έχει χαμηλά ποσοστά περιεγχειριντικής θνητότητας (Hwang & Varma, 2008).



Νόσος Crohn λεπτού εντέρου: Η αποτυχία φαρμακευτικής αγωγής είναι αίτιο για χειρουργείο. Η αποτυχία χαρακτηρίζεται από παρουσία συμπτωμάτων που δεν ελέγχονται παρά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, εμφάνιση επιπλοκών από τη φαρμακευτική αγωγή και αδυναμία συμμόρφωσης ασθενούς με τη φαρμακευτική αγωγή. Η παρουσία εξωεντερικών εκδηλώσεων, που σχετίζονται με την ενεργότητα της νόσου αποτελούν ένδειξη για χειρουργείο. Η εμφάνιση στενώσεων του λεπτού εντέρου αποτελεί μια συχνή επιπλοκή της νόσου Crohn του λεπτού εντέρου. Οι οξείες στενώσεις μπορεί να αντιμετωπιστούν με φαρμακευτική αγωγή, αλλά οι χρόνιες απαιτούν χειρουργική επέμβαση. Η σφικτηροπλαστική αποτελεί μια εναλλακτική επιλογή για την αντιμετώπιση των στενώσεων ειδικά όταν υπάρχει κίνδυνος δημιουργίας συνδρόμου βραχέος εντέρου (Hwang & Varma, 2008).

Η σφικτηροπλαστική ενδείκνυται στη περίπτωση μικρών και ινώδων στενώσεων, πολλαπλών στενώσεων με παράλληλη προσβολή μεγάλων τμημάτων του λεπτού εντέρου από τη νόσο. Επίσης ιστορικό πολλαπλών χειρουργικών επεμβάσεων και εκτομή τμημάτων παχέος εντέρου για τη νόσο, παρουσία στένωσης σε ασθενή με σύνδρομο βραχέος εντέρου και τέλος η εμφάνιση στένωσης σε ασθενή με δωδεκαδακτυλική νόσο Crohn (Hwang & Varma, 2008).

Η σφικτηροπλαστική αντενδείκνυται όταν υπάρχει στένωση μεγάλου μήκους, όταν υπάρχουν πολλαπλές στενώσεις σε μικρό μήκος του παχέος εντέρου ή όταν υπάρχει συρίγγιο ή φλεγμονή σε στένωση (Hwang & Varma, 2008).

Νόσος Crohn- παχέος εντέρου: Η κυριότερη ένδειξη για εισαγωγή του ασθενή σε χειρουργείο αποτελεί η αποτυχία της φαρμακευτικής αγωγής και η εμφάνιση επιπλοκών όπως διάτρηση, μαζική αιμορραγία αποτελούν ενδείξεις για χειρουργείο. Η ανεύρεση καρκίνου αποτελούν ενδείξεις κολεκτομής. Οι επιλεγόμενες χειρουργικές επεμβάσεις και η ολική κολεκτομή με ειλεο-ορθική αναστόμωση (Hwang & Varma, 2008).

## ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πολλοί βιολογικοί παράγοντες έχουν δοκιμαστεί σε πειραματικές αλλά και κλινικές μελέτες για τη θεραπεία νόσου Crohn και ελκώδους κολίτιδας. Αξιόλογη θεραπευτική παρέμβαση αποτελούν οι αναστολείς του παράγοντα νέκρωση του όγκου TNFα, μιας κυτταροκίνης που προάγει τη φλεγμονή και κατέχει σημαντικό ρόλο στη παθογένεια των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων εντέρου. Οι αναστολείς TNFα είναι το infliximab, όπου είναι εγκεκριμένο για την αντιμετώπιση της νόσου Crohn και της ελκώδους κολίτιδας και το adalimumab που είναι εγκεκριμένο για την αντιμετώπιση της νόσου Crohn (Katsanos, 2019).

Infliximab: Είναι μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του TNFα. Η ταχεία δράση του και η ταυτόχρονη κλινική ενδοσκοπική και βιολογική ανταπόκριση βοηθούν στη καλύτερη θεραπεία με infliximab. Χρησιμοποιείται δόση των 5mg ανά σωματικό βάρος για αρχή και στη συνέχεια και έπειτα ως θεραπεία συντήρησης κάθε 8 εβδομάδες. Ενδείξεις για τη νόσο Crohn θεωρούνται η επίτευξη ύφεσης σε ασθενή με ενεργή νόσο που είναι κορτικοεξαρτώμενη ή ανθεκτική στη κλασική θεραπεία, η αντιμετώπιση ανθεκτικών στη κλασική θεραπεία εντεροδερματικών, ορθοκολικών και περιπρωκτικών συριγγίων και ως συντήρηση της ύφεσης σε ασθενείς με φλεγμονώδη ή συριγγοειδή νόσο που ανταποκρίθηκαν στο αρχικό σχήμα θεραπείας (Katsanos, 2019).

Adalimumab: Το adalimumab είναι ανασυνδυασμένο μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι του TNFα. Το συγκεκριμένο φάρμακο έχει πλεονέκτημα το ότι χορηγείται υποδορίως και δεν απαιτεί νοσηλεία. Η δόση του φαρμάκου είναι 160mg ανά εβδομάδα και 80mg την επόμενη. Δόση συντήρησης είναι 40mg κάθε δεύτερη εβδομάδα. Σε περίπτωση που οι ασθενείς δεν ανταποκριθούν μέχρι τη 12η εβδομάδα θα πρέπει να διακοπεί το φάρμακο (Katsanos, 2019).

Αντενδείξεις χορήγησης: Anti-TNF παραγόντων είναι η κύηση, ο θηλασμός, ενεργή λοίμωξη, παρουσία ή ιστορικό κακοήθειας, συμπτώματα εντερικής απόφραξης και η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Οι παρενέργειες εμφανίζονται με αντιδράσεις υπερευαισθησίας, λοιμώξεις, επιδεινώσεις συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, ερυθματώδης λύκος. Μεγάλο ποσοστό ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία με anti-TNF εμφανίζουν δερματικές βλάβες όπως τύπου ψωριασιόμορφου εξανθήματος ή εκζέματος που αντιμετωπίζονται με τοπική θεραπεία. Η συγχορήγησηανοσοκατασταλτικής αγωγής με αζαθειοπρίνη μπορεί να βελτιώνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας διότι με αυτό το τρόπο μειώνεται η συχνότητα σχηματισμού αντισωμάτων έναντι του infliximab (Katsanos, 2019).

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συμπτωματική αντιμετώπιση στοχεύει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων χωρίς να εμπλέκεται στην αιτιολογική αντιμετώπιση της νόσου. Σε περιπτώσεις που δεν αρκεί η βασική αγωγή για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μπορούν να χορηγηθούν για τη θεραπεία αντιδιαρροϊκά σπασμολυτικά και αναλγητικά φάρμακα. Από τα αντιδιαρροϊκά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η λοπεραμίδη, η χολεστυραμίνη και η διφαινιόξυλάτη. Συνίσταται η χορήγηση μικρότερης δυνατής αποτελεσματικής δόσης για μικρό χρονικό διάστημα (Leiman et al, 2014).

Επιπλέον τα αντιδιαρροϊκά βοηθούν στη μείωση του τεινισμού στους ασθενείς. Η χολεστυραμίνη βοηθά ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε κολεκτομή ή παράκαμψη του τελικού ειλεού. Για να προκληθεί η αναλγησία στα ΙΦΝΕ συνίσταται η χρήση απλών σπασμολυτικών για την ανακούφιση των κοιλιακών πόνων. Φάρμακα όπως τα αντιχολινεργικά τύπου ατροπίνης όπως το βρωμιούχοκλινίδιο, η προπανθελίνη, η δικυκλομίνη, η μεμπεβερίνη και η βρωμιούχοσοματροπίνη. Ο συνδυασμός αναλγητικών και αντιδιαρροϊκών βοηθούν στη μείωση κοιλιακών αλγών και τεινισμού (Leiman et al., 2014).

### ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η διατροφική θεραπεία των ΙΦΝΕ εστιάζουν στην υποκατάσταση του υποσιτισμού και τη παροχή επαρκών θρεπτικών συστατικών και ενέργειας για την επίτευξη της ύφεσης της νόσου. Η θρέψη παίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της ύφεσης της νόσου αλλά δεν είναι η κύρια θεραπεία. Ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρή κεραυνοβόλο ασθένεια μπορεί να χρειαστούν διατροφική υποστήριξη με χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά ή στοιχειακά πολυμερούς εντερικής διατροφικής αγωγής. Τα σκευάσματα μπορούν να ληφθούν από το στόμα ή μέσω ενός σωλήνα σίτισης. Οι συγκεκριμένες δίαιτες απαιτούν ελάχιστη πέψη για την απορρόφηση τους (Hartman et al., 2009).

Επίσης ο νοσηλευτής πρέπει να παρακολουθεί την πρόσληψη και την ανοχή. Σε περίπτωση που κάποιος ασθενής έχει αναπτύξει εντερική απόφραξη, διάτρηση δεν

είναι αναγκαία η παρεντερική διατροφή για τη θεραπεία της νόσου, όπως συμβαίνει στην εντερική απόφραξη. Μια δίαιτα χαμηλών καταλοίπων με επαρκή ενέργεια και πρωτεΐνες ενδείκνυται, καθώς οι ασθενείς αναρρώνουν από μια παρόξυνση της νόσου και επιστρέφουν στη διατροφή τους. Φρούτα που περιέχουν φυτικές ίνες και λαχανικά, δημητριακά ολικής αλέσεως, σπόροι, ξηροί καρποί πρέπει να αποφεύγονται, για να μειθούν τα περιττωματικά κατάλοιπα και η συχνότητα κένωσης του εντέρου (Hartman et al., 2009).

Οι ασθενείς με στένωση πρέπει να αποφεύγουν διατροφή πλούσια σε ίνες για να μειωθεί ο κίνδυνος εντερικής απόφραξης. Οι τροφές που περιέχουν λακτόζη μπορεί να χρειαστεί να περιοριστούν σε ασθενείς που έχουν δυσανεξία στη λακτόζη. Εξαιτίας της έλλειψης της συμμετοχής του λεπτού εντέρου, οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα πιθανόν να επωφεληθούν από τη μεταβολή στη πρόσληψη λακτόζης. Διατροφικά συμπληρώματα ενδείκνυται για ασθενείς που δε μπορούν να ανεχθούν επαρκή ποικιλία στη διατροφή τους ή με ενεργή νόσο. Η αναιμία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με κατάλληλη δόση σιδήρου, φυλλικού οξέος ή βιταμίνης B12 ανάλογα με το τύπο αναιμίας (Hartman et al., 2009).

Συμπληρώματα ασβεστίου ενδείκνυται για ασθενείς με περιορισμένη διατροφή που λαμβάνουν κορτικοστεροειδή ή με πρόβλημα δυσαπορρόφησης. Ο ψευδάργυρος αποβάλλεται όταν υπάρχει εντερική κένωση μεγάλου όγκου, όπως σε διάρροια ή εντερικό συρίγγιο. Η επούλωση των τραυμάτων και η επούλωση του συριγγίου απαιτεί ψευδάργυρο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογεί τακτικά τους ασθενείς με ΙΦΝΕ για επαρκή πρόσληψη (Hartman et al., 2009).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

### **9. ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Τα ΙΦΝΕ χαρακτηρίζονται από εξάρσεις καιάλλοτε υφέσεις, οι οποίες επέρχονται σε διαφορετικό χρονικό διάστημα. Ο χρόνος άφιξης των υποτροπών και η βαρύτητα τους διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Επίσης, λόγω της βελτίωσης των διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων βελτιώθηκε η πρόγνωση των ασθενών. Το προσδόκιμο ζωής τους είναι σχεδόν παρόμοιο με το φυσιολογικό πληθυσμό (Εμμανουηλίδης & Γλαράκης, 2006).

### **ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

Η ελκώδης κολίτιδα αποτελεί μια χρόνια φλεγμονώδη νόσο που η αιτιολογία της παραμένει ακόμα άγνωστη. Επίσης, παρουσιάζει ιδιαιτερότητες όπως η μη προβλέψιμη ανταπόκριση των ασθενών στη θεραπεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχουν ασθενείς που παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα σε αραιά χρονικά διαστήματα και άλλοι που υποφέρουν από σοβαρά προβλήματα που μπορεί να οδηγήσουν σε κολεκτομή και ορισμένες φορές σε θάνατο. Όπως και στις περισσότερες νόσους έτσι και στην ελκώδη κολίτιδα υπάρχουν προγνωστικοί

παράγοντες που μπορεί να πιθανολογήσουν την βαρύτητα, εξέλιξη και έκβαση της νόσου (Εμμανουηλίδης & Γλαράκης, 2006).

Η έκταση της προσβολής του παχέος εντέρου αλλά και η βαρύτητα κάθε επεισοδίου ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή και από υποτροπή σε υποτροπή. Μετά την ύφεση του αρχικού επεισοδίου της νόσου και στις επόμενες υποτροπές μπορεί να αυξηθούν όσο η έκταση προσβολής του εντέρου όσο και η συχνότητα των βαρειών επεισοδίων και αυτό συμβαίνει στα πρώτα χρόνια από την εισβολή της νόσου (Εμμανουηλίδης & Γλαράκης, 2006).

Προγνωστικό παράγοντα για τη βαρύτητα επεισοδίου της νόσου αποτελεί η έκταση προσβολής του εντέρου που υπάρχει σε αυτό το επεισόδιο. Όσο μεγαλύτερη είναι η έκταση προσβολής τόσο αυξάνεται η πιθανότητα για εμφάνιση επεισοδίου βαρείας μορφής. Επίσης, η νεαρή ηλικία προδιαθέτει σε βαριά επεισόδια και ενεργεί μέσω της έκτασης προσβολής του εντέρου. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι όσο πιο νέο είναι το άτομο τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες για παρουσία εκτεταμένης ή καθολικής προσβολής του εντέρου (Εμμανουηλίδης & Γλαράκης, 2006).

Σημαντικά για τη βραχυχρόνια πρόγνωση της νόσου έχουν κυρίως τα βαριά επεισόδια που μπορεί να οδηγήσουν σε κολεκτομή ή ακόμη στο θάνατο. Παράγοντες που επηρεάζουν δυσμενώς την εξέλιξη τέτοιας βαρύτητας επεισοδίου είναι η μεγάλη ηλικία του ασθενούς, η γρήγορη εξέλιξη των συμπτωμάτων, η παρουσία πυρετού, απώλειας βάρους και η εκτεταμένη προσβολή του εντέρου. Η εκτεταμένη προσβολή και το συνεπακόλουθο βαρύ επεισόδιο σε κάποια φάση της νόσου δεν επηρεάζουν αρνητικά τη πορεία της (Εμμανουηλίδης & Γλαράκης, 2006).

Κατά το πρώτο επεισόδιο, το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών ανταποκρίνεται σε συντηρητική αγωγή. Ένα μικρό ποσοστό μεταπίπτει στη συνεχή μορφή της νόσου και ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό καταλήγει σε κολεκτομή. Μετά την ύφεση του πρώτου επεισοδίου, η νόσος λαμβάνει κλασική μορφή των υφέσεων και εξάρσεων και έχει διαπιστωθεί ότι κατά τη διάρκεια ενός έτους το 50% των ασθενών βρίσκεται σε ύφεση, ποσοστό που αυξάνεται με τη πάροδο του χρόνου (Εμμανουηλίδης & Γλαράκης, 2006).

Προοδευτικά μειώνεται και το ποσοστό των ασθενών με συνεχή μορφή της νόσου αλλά η μείωση αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι ορισμένοι από αυτούς τους ασθενείς καταλήγουν σε κολεκτομή. Επίσης, δεν είναι δυνατόν να προβλεφθεί το κατά πόσο ο ασθενής θα παρουσιάσει υποτροπή της νόσου και τότε θα συμβεί αυτό. Όσο περισσότερο παραμένει σε ύφεση τόσο αυξάνουν οι πιθανότητες να παραμείνει σε ύφεση και στο άμεσο μέλλον και το αντίθετο (Εμμανουηλίδης & Γλαράκης, 2006).

Βελτίωση έχει παρατηρηθεί στη μακροχρόνια πρόγνωση που εκτιμάται με βάση ορισμένους δείκτες. Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται είναι η θνητότητα, ποσοστό κολεκτομής, νοσηρότητα, ικανότητα για εργασία και ποιότητα ζωής των ασθενών. Η βελτίωση σχετίζεται με τη πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιστατικών, όσο

και στη μεταβολή προς το καλύτερο της φυσικής εξέλιξης της νόσου (Εμμανουηλίδης & Γλαράκης, 2006).

Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει αυξημένη θνητότητα στα πρώτα χρόνια από την έναρξη της νόσου και κυρίως το πρώτο χρόνο, ενώ μετέπειτα η θνητότητα μειώνεται σημαντικά. Οι θάνατοι παρατηρούνται κυρίως σε βαριά επεισόδια. Οι ασθενείς με νόσο περιορισμένη στο ορθό μπορεί να μην παρουσιάσουν κίνδυνο θανάτου σε αντίθεση με αυτούς που παρουσιάζουν εκτεταμένη νόσο. Ένας άλλος παράγοντας που καθορίζει τη βαρύτητα της νόσου είναι το ποσοστό κολεκτομής, δεδομένου ότι σε αυτή καταλήγουν ασθενείς στους οποίους η συντηρητική αγωγή αποτυγχάνει (Εμμανουηλίδης & Γλαράκης, 2006).

Προδιαθετικοί παράγοντες για τη κολεκτομή είναι η μεγάλη έκταση προσβολής του εντέρου κατά την εισβολή της νόσου και ακόμη η έναρξη της νόσου σε νεαρή ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό κολεκτομών παρατηρείται κυρίως το πρώτο χρόνο από την εισβολή της νόσου και τα επόμενα 4 με 8 χρόνια, ενώ στη συνέχεια το ποσοστό μειώνεται σημαντικά και σταθεροποιείται. Οι ενδείξεις κολεκτομής στην αρχική περίοδο της νόσου είναι τα βαριά επεισόδια, η αιμορραγία και πρόληψη ή θεραπεία καρκίνου του παχέος εντέρου (Εμμανουηλίδης & Γλαράκης, 2006).

Η νοσηρότητα εκφράζεται με το ποσοστό των ασθενών στους οποίους απαιτείται νοσοκομειακή νοσηλεία. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι προοδευτικά το ποσοστό νοσηλείας μειώνεται, ως αποτέλεσμα τη μείωση του ποσοστού των υποτροπών της νόσου. Η ικανότητα προς εργασία, τόσο στους ασθενείς που αντιμετωπίζονται συντηρητικά όσο και σε αυτούς που έχουν υποστεί κολεκτομή, που υπάρχει σε ποσοστό που φτάνει το 90% των περιπτώσεων. Το ποσοστό αυτό επιτυγχάνεται συνήθως μετά από 2 με 3 χρόνια από την εισβολή της νόσου (Εμμανουηλίδης & Γλαράκης, 2006).

Σχετικά με την ποιότητα ζωής έχουν επινοηθεί διάφορα ερωτηματολόγια που σχετίζονται με τη κλινική εικόνα και με τη ψυχολογική και κοινωνική πλευρά της κατάστασης του. Ο δείκτης της ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών ύστερα από κολεκτομή και ανεξάρτητα από το τύπο της επέμβασης, η ποιότητα ζωής των ασθενών μετεγχειρητικά είναι ικανοποιητική (Εμμανουηλίδης & Γλαράκης, 2006).

## ΝΟΣΟΣ CROHN

Η κλινική πορεία της νόσου είναι δύσκολο να προβλεφθεί. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια η πρόγνωση έχει αλλάξει προς το καλύτερο ως αποτέλεσμα της πρόόδου τόσο στη συντηρητική αγωγή όσο και στη χειρουργική. Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με εντόπιση της νόσου στο τελικό ειλέο είχαν πιο συχνά ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης αντί της συντηρητικής. Η νόσος με ειλεοκολική αντιμετώπιση είναι πιο επιθετική, και εάν η διάγνωση έγινε σε μικρότερη ηλικία η πιθανότητα να παραμείνουν σε ύφεση κατά τη διάρκεια της πορείας της είναι μικρότερη (Ζερβακάκης, 2006).

Σε περίπτωση που η νόσος εντοπιστεί στο παχύ έντερο, οι ασθενείς έχουν μικρότερη ανάγκη συντηρητικής αντιμετώπισης όσο και χειρουργικής. Σύμφωνα με μια μελέτη, επιλέχθηκαν 19 ασθενείς με ηλικία έναρξης 60 ετών και άνω, διαπιστώθηκε ότι παρουσίασαν μεγαλύτερη συχνότητα επιπλοκών. Στις ενδείξεις για εγχείρηση και στο είδος της απαιτούμενης επέμβασης δε παρουσιάστηκαν αξιολογες διαφορές στην ομάδα των ηλικιωμένων, αν και λιγότεροι ασθενείς από την ομάδα αυτή χρειάστηκε να χειρουργηθούν για περιπρωκτικά αποστήματα (Ζερβακάκης, 2006).

Όταν η νόσος εκδηλώνεται στα πρώτα χρόνια της ζωής είναι συχνά επιθετική, με προβλήματα υποθρεψίας και ελλειμματικής ανάπτυξης (Ζερβακάκης, 2006).

## 9.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με τη ποιότητα ζωής είναι η ηλικία, το φύλο, οι συνήθειες καπνίσματος, η χειρουργική θεραπεία και η ύπαρξη ενεργού νόσου. Η μεγαλύτερη ηλικία, το κάπνισμα και το γυναικείο φύλο σχετίζονται με τη δυσμενέστερη ποιότητα ζωής (Habibi et al., 2017).

Υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις για το εάν η χρονιότητα της νόσου επιδρά στη ποιότητα ζωής των ασθενών. Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξάχθηκε στη Κρήτη με 135 ασθενείς διαπιστώθηκε ότι ο κύριος ρυθμιστής της ποιότητας ζωής είναι η βαρύτητα της νόσου (Habibi et al., 2017).

Είναι αυτονόητο ότι οι χρόνιες νόσοι δημιουργούν προβλήματα στη καθημερινή ζωή των ατόμων που πάσχουν. Επηρεάζει την οικογενειακή κατάσταση, τη συναισθηματική και κοινωνική ζωή καθώς και άλλες πλευρές της καθημερινότητας. Όσο αφορά το πόσο επηρεάζεται ο πάσχων σχετίζεται με πολλούς παράγοντες, όπως παράγοντες ανεξάρτητοι της βαρύτητας της νόσου και της ποιότητας της παροχής υπηρεσιών, αλλά και σχετικά με τη προσωπικότητα του ασθενούς, δηλαδή η ηλικία, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, στάση απέναντι στη νόσο. Επιπλέον, έχει να κάνει και με παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο, όπως η βαρύτητα της, οι υποτροπές, φαρμακευτική και χειρουργική αγωγή. Επίσης, σχετίζεται και με τη θεραπεία που εφαρμόζεται, η χορήγηση περίθαλψης και η ποιότητά της (Habibi et al., 2017).

Εξαιτίας των υφέσεων και των εξάρσεων που παρατηρούνται επηρεάζουν τη ζωή του πάσχοντος. Η αξιολόγηση της κατάστασης του πάσχοντος δεν εξαρτάται μόνο από τη βαρύτητα, την ενεργότητα και την κλινική εκτίμηση της πάθησης αλλά και από τη ψυχολογική κατάσταση, επαγγελματική, κοινωνική και ερωτική ζωή, επιπλοκές και παρενέργειες της θεραπείας (Habibi et al., 2017).

Για την εκτίμηση της επίδρασης των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων εντέρου στην υγεία, χρησιμοποιούνται μέθοδοι που υπολογίζουν τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Αυτοί οι παράγοντες μετρούνται αντικειμενικά για την αξιολόγηση με στατικές μεθόδους (Habibi et al., 2017).

Χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια όπου είναι αξιόπιστα, παρέχουν περισσότερες πληροφορίες για ειδικά προβλήματα και ανησυχίες για μια συγκεκριμένη νόσο. Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής επικρατούν ως αξιόπιστα, το ερωτηματολόγιο για τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου (IBDQ) και η κάρτα εκτίμησης ανησυχιών του ασθενή (RFIPC) (Habibi et al., 2017).

Το ερωτηματολόγιο για τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου έχει 32 ερωτήσεις. Η θεματολογία αφορά ερωτήσεις 4 κατηγοριών, συμπτώματα πεπτικού, γενικά συμπτώματα, συναισθηματικές λειτουργίες και κοινωνικές λειτουργίες. Το ερωτηματολόγιο έχει αξιολογηθεί και έχει αποδειχθεί αξιόπιστο σε διαφορετικά πολιτιστικά και κοινωνικά περιβάλλοντα (Habibi et al., 2017).

Η κάρτα εκτίμησης των ανησυχιών των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου, περιέχει 25 ερωτήσεις και συμπληρώνονται από τον ασθενή. Αναφέρονται ανησυχίες σχετικά με τη φύση της νόσου (Habibi et al., 2017).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10**

### **10. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**

Η δυσλειτουργία του πεπτικού σωλήνα είναι συχνό σύμπτωμα καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών, ενώ συναισθηματικές φορτίσεις όπως το άγχος, φόβος, θλίψη, θυμός μπορεί να προκαλέσουν μετεωρισμό, δυσπεψία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα (Mawdsley & Rampton, 2005).

Μελέτες που διεξάχθηκαν στο στάδιο της προνοσηρής προσωπικότητας των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn, συνέθεσαν χαρακτηριστικά στοιχεία όπως, αναποφασιστικότητα, σχολαστικότητα, τελειοθηρία, ισχυρογνωμοσύνη, αυτοσυγκράτηση μέσω αυστηρού ελέγχου συναισθημάτων, παθητικότητα και τάσεις εξάρτησης. Σύμφωνα με ψυχολογικές εκτιμήσεις, στη προδιάθεση για ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου συμβάλλουν ψυχοπιεστικά γεγονότα απώλειας, όπως θάνατος, αποχώρηση, επαγγελματική αποτυχία (Mawdsley & Rampton, 2005).

Υπάρχει μεγάλη επίπτωση των παθήσεων αυτών στη ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς εξαιτίας της χρονιότητας, της φύσης των συμπτωμάτων, των διαιτητικών περιορισμών αλλά και της διατάραξης της λειτουργικότητας σε πολλούς τομείς της ζωής. Συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές σε ασθενείς με νόσο Crohn ή ελκώδη κολίτιδα είναι η κατάθλιψη και το άγχος (Mawdsley & Rampton, 2005).

Ψυχιατρικά προβλήματα ασθενών με ελκώδη κολίτιδα όπως η παρουσία αγχώδους ή καταθλιπτικής διαταραχής, ένα χρόνο ή λιγότερο πριν την εμφάνιση της σωματικής νόσου μπορεί να αποδοθεί είτε στο ότι οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν πρώιμες εκδηλώσεις της σωματικής νόσου είτε μπορεί να αποτελούν αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες ελκώδους κολίτιδας (Mawdsley & Rampton, 2005).

Σε μελέτη βρέθηκε ότι η κατάθλιψη αποτελεί τη συχνότερη αιτία παραπομπής ασθενών με νόσο Crohn στο ψυχίατρο σχετιζόμενη συχνά με πόνο και προβλήματα εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες. Η ψυχιατρική νοσηρότητα των ασθενών συσχετίζεται με τη χρονιότητα της νόσου, τις επανειλημμένες νοσηλείες χειρουργικής θεραπείας και παιδικών ψυχολογικών τραυμάτων (Mawdsley & Rampton, 2005).

## **10.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΓΧΟΥΣ**

Η μεγαλύτερη ηλικία θεωρείται παράγοντας κινδύνου. Σύμφωνα με μια κορεάτικη μελέτη άτομα άνω των 40 ετών θεωρήθηκε προγνωστικός παράγοντας της μειωμένης ποιότητας ζωής και διαταραχών διάθεσης. Η μείωση της ποιότητας ζωής επηρεάζει το γυναικείο φύλο περισσότερο καθώς είναι και πιο επιρρεπής στη κατάθλιψη (Mawdsley & Rampton, 2005).

Πολλοί ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου πρέπει να εισαχθούν σε χειρουργείο και να καταλήξουν με μόνιμη στομία με την αφαίρεση του παχέος εντέρου, αυτό αποτελεί μεγάλη αλλαγή για τη ζωή τους, πράγμα που τους προκαλεί μεγάλη ανησυχία. Σε μια μελέτη σε ασθενείς με Crohn και στομία βρέθηκε ότι είχαν υψηλά ποσοστά ψυχολογικής συνοσηρότητας και χαμηλή ποιότητα ζωής (Mawdsley & Rampton, 2005).

Οι ψυχικές επιδράσεις που δέχονται οι ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου οφείλονται στη σοβαρότητα της νόσου, στις παρενέργειες καθώς και στο περιβάλλον του νοσοκομείου που θεωρείται συχνά από τους ασθενείς εκφοβιστικό (Mawdsley & Rampton, 2005).

## **10.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ**

Λαμβάνοντας υπ' όψη τη παρουσία συναισθηματικών διαταραχών στους ασθενείς ιδιοπαθών φλεγμονώδων νοσημάτων εντέρου, απαραίτητη θεωρείται η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση και η ψυχοφαρμακοθεραπεία (DeRoy et al., 2001).

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα νεότερης γενιάς και αγχολυτικά με περιστασιακή χρήση μπορούν να βοηθήσουν στα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Συμπεριφορικές τεχνικές ενίσχυσης του αυτοελέγχου και διευθέτησης του stress ευδοκιμούν στις περιπτώσεις κρίσεων άγχους ή πανικού που προκαλούν τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου (DeRoy et al., 2001).

Ομαδικές ψυχοθεραπείες βοηθούν στη συναισθηματική εκφόρτιση και προώθηση συναισθημάτων αυτοαποδοχής και αυτοεπιβεβαίωσης. Σημαντική είναι η αξία δημιουργίας σταθερής θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης του γαστρεντερολόγου με τον ασθενή, ώστε να συμβάλλει στην αυτοδυναμία του ασθενή και στη μείωση της καθημερινής του ανασφάλειας (DeRoy et al., 2001)



Επιπλέον, θεραπεία για το στρες αποτελεί η εκπαίδευση του ατόμου στη χαλάρωση με τη βοήθεια ενός εκπαιδευτή ή με αυτοκατευθυνόμενο τρόπο για τη δημιουργία ψυχικής ανάπαυσης (DeRoy et al., 2001).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11**

### **11. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ**

Τα ΙΦΝΕ δεν είναι κληρονομούμενα. Φαίνεται για την εμφάνιση της νόσου απαιτείται εκτός από το κατάλληλο γονιδιακό υπόστρωμα και οι κατάλληλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες που πυροδοτούν την εμφάνιση της νόσου. Παιδί με ένα γονέα πάσχοντα από ΙΦΝΕ, αναμένεται να έχει πιθανότητα εμφάνισης νόσου 5% και 1,6% εάν ο γονέας πάσχει από νόσο Crohn και ελκώδη κολίτιδα αντίστοιχα. Σε περίπτωση που και οι δύο γονείς πάσχουν από ΙΦΝΕ τότε η πιθανότητα εμφάνισης νόσου στους απογόνους είναι 35%, ίσως και υψηλότερη ανάλογα με το πότε εμφανίστηκαν τα συμπτώματα των γονιών σε σχέση με τη σύλληψη (Cornish et al., 2007).

Σύμφωνα, με μελέτες οικογενειών με δίδυμα τέκνα βοηθούν στη κατανόηση της κληρονομικότητας των ΙΦΝΕ. Μονοζυγωτικοί δίδυμοι με πάσχοντα αδελφό έχουν πιθανότητα εμφάνισης νόσου Crohn 44 με 50%, ενώ οι διζυγωτικοί δίδυμοι 0 έως 3%. Αντίστοιχα, σε ελκώδη κολίτιδα η πιθανότητα είναι 6 έως 14% και 0 έως 5% για μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς δίδυμους αδελφούς. Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα η γενετική προδιάθεση παίζει μεγαλύτερο ρόλο στη νόσο του Crohn από ότι στην ελκώδη κολίτιδα (Cornish et al., 2007).

#### **11.1 ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ**

Η γονιμότητα είναι κάτι που ανησυχεί τους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Οι γυναίκες ασθενείς που έχουν υπό έλεγχο τα ΙΦΝΕ και δεν είχαν υποβληθεί ξανά σε χειρουργική επέμβαση της πύελου έχουν ποσοστά γονιμότητας συγκρίσιμα με γυναίκες που δε πάσχουν από ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα εντέρου. Η ύφεση της νόσου βελτιώνει τη γονιμότητα και έχει θετικά αποτελέσματα για την εγκυμοσύνη (Mountifield et al., 2009).

Η χειρουργική επέμβαση για ελκώδη κολίτιδα περιλαμβάνει ολική κοιλιακή κολεκτομή και δημιουργία μιας πρωκτικής αναστόμωσης του ειλεϊκού σάκου. Η γονιμότητα είναι η φυσική ικανότητα παραγωγής απογόνων αλλά τα μειωμένα ποσοστά γονιμότητας δεν σχετίζονται με τα ΙΦΝΕ αλλά είναι καθαρά συνέπεια της χειρουργικής επέμβασης. Τα ποσοστά γονιμότητας των ασθενών με νόσο του Crohn σε ύφεση είναι παρόμοια με τα ποσοστά ατόμων που δεν έχουν ΙΦΝΕ. Το αποθεματικό των ωοθηκών σε νεαρές γυναίκες μικρότερες των 30 ετών με νόσο Crohn σε ύφεση, είναι συγκρίσιμο με το αποθεματικό νεαρών γυναικών που δεν έχουν ΙΦΝΕ άνω των 30 ετών, όπου το αποθεματικό των ωοθηκών μειώνεται σημαντικά. Αυτή η μείωση είναι ακόμη πιο έντονη σε εκείνους που η νόσος Crohn περιλαμβάνει το παχύ έντερο (Mountifield et al., 2009).

## 11.2 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ, τείνουν να έχουν αποτελέσματα εγκυμοσύνης χειρότερα από εκείνα των γυναικών χωρίς ΙΦΝΕ. Μελέτες αναφέρουν ότι οι πιθανότητες κακής έκβασης της εγκυμοσύνης σε ασθενείς με νόσο Crohn είναι υψηλότερες από αυτές σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Σύμφωνα με μια μελέτη εξετάστηκαν ασθενείς που είχαν εγκυμοσύνη πριν την διάγνωση ΙΦΝΕ και πάλι μετά την διάγνωση. Συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα από κάθε ασθενή και διαπιστώθηκε ότι μετά την διάγνωση του ΙΦΝΕ, ο πρόωρος τοκετός και το χαμηλό βάρος ήταν πιο συχνό από ότι πριν από την διάγνωση. Η δραστηριότητα των ασθενειών, η θέση και η έκταση της νόσου, η παρουσία περιπρωκτικών επιπλοκών και ο τρόπος παράδοσης δεν επηρέασαν τα αποτελέσματα της εγκυμοσύνης (Stephansson et al., 2010).

Δεδομένα, σχετικά με την επίδραση της δραστηριότητας της νόσου στα αποτελέσματα της εγκυμοσύνης είναι ασυνεπή, αλλά οι γιατροί συμβουλεύουν τις γυναίκες ασθενείς να συλλάβουν ενώ η νόσος βρίσκεται σε ύφεση. Παράλληλα, να συνεχίσουν τα φάρμακα τους καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να διατηρηθεί η ύφεση και να αποφύγουν χειρότερα αποτελέσματα. Σύμφωνα με μελέτες τα ποσοστά απώλειας εμβρύου και πρόωρου τοκετού είναι υψηλότερα σε ασθενείς που συλλαμβάνουν όταν η νόσος είναι ενεργή. Επίσης, παιδιά ασθενών με ελκώδη κολίτιδα όπου είχαν ενεργή νόσο κατά την εγκυμοσύνη έχουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης ασθενών της παιδικής ηλικίας (Stephansson et al., 2010).

Στις περισσότερες γυναίκες ασθενείς με ΙΦΝΕ που συλλάβουν ενώ η νόσος τους βρίσκεται σε ύφεση, τα ΙΦΝΕ τείνουν να είναι σε ύφεση και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά τον τοκετό. Από τις ασθενείς με ΙΦΝΕ που συλλάβουν όταν η νόσος τους είναι ενεργή, το 66% συνεχίζει να έχει ενεργή νόσο ή να την επιδεινώνει. Έως και 45% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα που συλλάβουν ενώ η ασθένεια είναι ενεργή, η ελκώδης κολίτιδα επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Stephansson et al., 2010).

Σύμφωνα με μελέτες τα ποσοστά φλεγμονής ΙΦΝΕ είναι παρόμοια σε έγκυες και μη έγκυες ασθενείς με ΙΦΝΕ τόσο στην ελκώδη όσο και στη νόσο Crohn. Το ποσοστό υποτροπής ήταν 34% ετησίως μεταξύ εγκύων ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, σε σύγκριση με 32% ετησίως μεταξύ ασθενών με ελκώδη κολίτιδα που δεν ήταν έγκυες. Η προσέγγιση ασθενών με ΙΦΝΕ που εμφανίζουν εξάρσεις κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης, είναι παρόμοια με εκείνη των ασθενών που δεν είναι σε εγκυμοσύνη. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ΙΦΝΕ είναι ασφαλή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι σημαντικό οι έγκυες ασθενείς να ακολουθούν σωστά την αγωγή τους προκειμένου να διατηρηθεί η ύφεση της νόσου (Stephansson et al., 2010).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12**

### **12. ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Όσο αφορά την κλινική παρουσίαση τους η έλλειψη των γαστρεντερικών συμπτωμάτων μπορεί να οδηγήσει στην καθυστέρηση της διάγνωσης ενός ή περισσότερων χρόνων μέχρι να διαγνωστεί ΙΦΝΕ. Ατυπες κλινικές παρουσιάσεις της νόσου είναι ο επαναλαμβανόμενος πυρετός, αρθραλγίες ή αρθρίτιδα, αποστήματα, συρίγγια, βλάβες στο στόμα και ανεξήγητη ανορεξία (Michael et al., 2016).

Τα συνηθισμένα μη φυσιολογικά εργαστηριακά ευρήματα σε παιδιά με ΙΦΝΕ περιλαμβάνουν αναιμία, θρομβοκυττάρωση και αυξημένα επίπεδα φλεγμονωδών δεικτών. Η έγκυρη παραπομπή σε παιδιατρικό γαστρεντερολόγο συνίσταται όταν υπάρχει υποψία για ΙΦΝΕ βάσει κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων (Michael et al., 2016).

#### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία για ΙΦΝΕ μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με την ικανότητα τους να προκαλούν ύφεση της νόσου και να διατηρούν την ύφεση στους ασθενείς (Michael et al., 2016).

**Κορτικοστεροειδή:** Τα κορτικοστεροειδή είναι αποτελεσματικά για την πρόκληση κλινικής ύφεσης στη νόσο Crohn και ελκώδους κολίτιδας σε παιδιατρικούς ασθενείς. Τα κορτικοστεροειδή δεν είναι κατάλληλα για θεραπεία συντήρησης λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών από την μακροχρόνια χρήση (Michael et al., 2016).

**Αμινοσαλκυκλικά:** Τα αμινοσαλκυκλικά έχουν αντιφλεγμονώδη δράση στον εντερικό βλεννογόνο. Μπορούν να χορηγηθούν από το στόμα ή από τον ειλεό, το κόλον μέσω κλύσματος ή υπόθετων. Ωστόσο μπορεί να εμφανίσουν σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως επιδείνωση κολίτιδας, διάμεση νευρίτιδα και περικαρδίτιδα (Michael et al., 2016).

#### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική επέμβαση είναι σημαντική για τη διαχείριση των ΙΦΝΕ. Η ολική κολεκτομή με πρακτική αναστόμωση ενδείκνυται σε παιδιά με ανθεκτική ελκώδη κολίτιδα στην ιατρική θεραπεία. Επίσης έχει εξαιρετικά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, με ποιότητα ζωής παρόμοια μ' εκείνη του γενικού πληθυσμού (Michael et al., 2016).

### 12.1 ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η γήρανση προκαλεί εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος κάνοντας τον οργανισμό επιρρεπή σε λοιμώξεις και ασθένειες. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι ασθενείς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο λόγω διαβήτη, υπέρτασης, λοιμώξεων, γλαυκώματος, καταρράκτη, οστεοπόρωσης και καταγμάτων. Η κλινική εμφάνιση ΙΦΝΕ των ηλικιωμένων σε σχέση με των νεότερων εμφανίζουν ομοιότητες αλλά και πολλές διαφορές. Μπορεί να υπάρξει καθυστέρηση στη διάγνωση σε ηλικιωμένα άτομα λόγω της διαφορετικής διάγνωσης, της λανθασμένης διάγνωσης αλλά και της απροθυμίας στην αναζήτηση ιατρικής συμβουλής (Shung et al., 2015).

Η διαφορική διάγνωση ΙΦΝΕ σε ηλικιωμένους περιλαμβάνει λοιμώδη κολίτιδα, ισχαιμική νόσο του εντέρου και κακοήθεια. Το οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ είναι λιγότερο συχνό σε ηλικιωμένους με ΙΦΝΕ καθώς και η επικράτηση εξωεντερικών

εκδηλώσεων. Η συχνότητα των θρομβοεμβολικών επιπλοκών είναι πολύ υψηλότερη σε ηλικιωμένους ασθενείς πιθανόν λόγω υπερπηκτικών καταστάσεων, ακινησίας και αφυδάτωσης που σχετίζεται με ασθένεια. Όσο αφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά, η συχνότητα του κοιλιακού πόνου, η απώλεια βάρους και του πυρετού είναι χαμηλότερη στους ηλικιωμένους από ότι στους νεότερους. Ωστόσο η ελκώδης κολίτιδα παρουσιάζεται με μεγαλύτερη σοβαρότητα. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με νόσο Crohn έχουν περισσότερη πρωκτική αιμορραγία αλλά λιγότερο κοιλιακό άλγος, πυρετό ή απώλεια βάρους (Shung et al., 2015).

#### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

5-αμινοσαλκυλικό οξύ: Προτείνεται η χορήγηση 5-αμινοσαλκυλικού οξέος που θα βοηθήσει στην ύφεση και τη θεραπεία σε ήπια και μέτρια ελκώδη κολίτιδα. Επιπλέον, δεν υπάρχουν στοιχεία που να δηλώνουν ότι υπάρχει διαφορά αποτελεσματικότητας μεταξύ νεότερων και ηλικιωμένων πληθυσμών με ΙΦΝΕ. Στους ηλικιωμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ εμφανίζονται ορισμένες ιδιαιτερότητες όπως το ότι είναι δύσκολο να χορηγηθεί υπόθετο σε ένα ηλικιωμένο άτομο. Επιπλέον, ο επιπολασμός της ακράτειας κοπράνων είναι υψηλός, γεγονός που προκαλεί ανησυχία για ανεπαρκή απορρόφηση ή χορήγηση υπόθετων και κλυσμάτων (Shung et al., 2015).

Στεροειδή: Τα κορτικοστεροειδή παίζουν σημαντικό ρόλο στην ύφεση του ΙΦΝΕ. Ωστόσο, σύμφωνα με οδηγίες δεν συνίσταται η χορήγηση τους για θεραπεία λόγω των παρενεργειών τους. Σύμφωνα με μελέτες υπάρχει κίνδυνος ανεπιθύμητων ενεργειών στη χρήση κορτικοστεροειδών σε ηλικιωμένους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Αυτές εκτείνονται από σοβαρές λοιμώξεις έως και θάνατο. Οι προγνωστικοί παράγοντες θανάτου αποδείχθηκαν ως προς την ηλικία, τη διάρκεια της νόσου Crohn και τη χρήση πρεδνιζόνης. Όσο αφορά τις λοιμώξεις, 106 ασθενείς υπέφεραν από αυτή την επιπλοκή. Οι προγνωστικοί παράγοντες στις λοιμώξεις περιλάμβαναν τη φυλή, τη διάρκεια της νόσου του Crohn, τη μέτρια έως σοβαρή νόσο Crohn και τη χρήση πρεδνιζόνης. Επιπλέον με την έναρξη χρήσης κορτικοστεροειδών οι ηλικιωμένοι έχουν αυξημένο κίνδυνο κατάγματος σε διάστημα ενός έτους. Επίσης τα κορτικοστεροειδή αλληλεπιδρούν με διάφορα φάρμακα όπως ριφαμπίνη αλλά και αντιπηκτικά (Shung et al., 2015).

Θειοπουρίνες: Σύμφωνα με μελέτες έχουν δείξει μειωμένη χρήση θειοπουρινών που οφείλεται στον υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθειας που σχετίζεται με τα φάρμακα. Επίσης διαπιστώθηκε ότι η συνεχιζόμενη και η προηγούμενη έκθεση σε θειοπουρίνες αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του δέρματος και καρκίνου του ουροποιητικού συστήματος (Shung et al., 2015).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13**

### **13. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Οι νοσηλευτές θεωρούν ότι ο κάθε άνθρωπος είναι μια ψυχοσωματική οντότητα και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ενιαίο σύνολο. Τα ΙΦΝΕ απαιτούν ιδιαίτερη φροντίδα. Οι ασθενείς συχνά βιώνουν συναισθήματα όπως θυμό, άρνηση κατάθλιψη εξαιτίας της δύσκολης προσαρμογής τους. Οι νοσηλευτές είναι αναγκαίο να συνηθειοποιήσουν τον αντίκτυπο των ασθενειών στη ζωή του ασθενούς και να προσπαθήσουν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (Dewit, 2013).

### 13.1 ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στη διάγνωση των ΙΦΝΕ καταγράφεται το ιστορικό του ασθενούς, η κλινική εξέταση καθώς και άλλες εξετάσεις. Αξιολογούνται οι αιματολογικές εξετάσεις που περιλαμβάνουν το βαθμό διαταραχής του αιματοκρίτη, το προσδιορισμό της αιμοαφαιρίνης, το αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευκοκυτταρικού τύπου, των αιμοπεταλίων, του σιδήρου, της βιταμίνης Β12, του φυλλικού οξέος, της ΤΚΕ, των πρωτεϊνών οξείας φάσεως και την αλβουμίνη και των ηλεκτρολυτών του ορού για τη βαρύτητα των ΙΦΝΕ. Η ενδοσκόπηση, κολονοσκόπηση, σιγμοειδοσκόπηση, ορθοσιγμοειδοσκόπηση και με τη γατροσκόπηση προσδιορίζεται η έκταση της νόσου. Η διαδικασία της διάγνωσης είναι μια επίπονη διαδικασία για το ασθενή κάτι που θα πρέπει ο νοσηλευτής να σεβαστεί (Treglia et al., 2013).

Ο νοσηλευτής λαμβάνει το ιστορικό όπου αξιολογεί τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου, όπως το πόνο, τη διάρροια, τη ναυτία, τον εμετό και άλλα συμπτώματα, τη διάρκεια των συμπτωμάτων, παράγοντες κινδύνου, άλλα νοσήματα, διαιτολόγιο, χρήση αντισυλλιπτικών από τις γυναίκες, καθώς και η πιθανότητα κύησης. Επίσης, διενεργείται και η φυσική εξέταση του ασθενούς, όπου ελέγχεται το σωματικό του βάρος, το δέρμα, εξετάζεται η κοιλιά και αξιολογείται το χρώμα και η σύσταση των κοπράνων (Moortgat, 2018).

Σημαντικό είναι ο νοσηλευτής να γνωρίζει ότι οι εξετάσεις ελέγχου θα πρέπει να πραγματοποιούνται με σωστή σειρά και καθώς και τη προετοιμασία που χρειάζεται η κάθε εξέταση. Ελέγχεται ο ασθενής για τυχόν αλλεργίες σε περίπτωση χορήγησης σκιαγραφικού. Κατά τη διάρκεια των εξετάσεων φροντίζεται ο ασθενής να είναι ήρεμος και να ακολουθεί σωστά τις οδηγίες και μετά την ολοκλήρωση των εξετάσεων ο νοσηλευτής ενημερώνει για τυχόν οδηγίες (Moortgat, 2018).

### 13.2 ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Τα συμπτώματα των ΙΦΝΕ εμφανίζονται με διαφορετικό τρόπο στο κάθε άνθρωπο. Το κύριο σύμπτωμα της ελκώδους κολίτιδας είναι η αιματηρή διάρροια που διαρκεί αρκετό καιρό, μπορεί και μήνες, με υδαρή κόπρανα αναμειγμένα με αίμα και βλέννα ή πύον. Ανάλογα με το σημείο που έχει προσβληθεί η εντερική φλεγμονή της νόσου Crohn συνήθως παράγει κοιλιακούς πόνους και διάρροια, αν και κάποιες φορές η στένωση του ειλεού προκαλεί φραγμό προς την έξοδο με αποτέλεσμα τάση για εμετό και δυσκοιλιότητα. Η διάρροια είναι πιθανόν να συνοδεύεται και από αιμορραγία, ενώ οι ασθενείς με ενεργή νόσου του Crohn συχνά νιώθουν κουρασμένοι, ληθαργικοί και μπορεί να έχουν πυρετό (Wickman et al., 2016).

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου είναι ασθένειες που χαρακτηρίζονται από περιόδους ύφεσης και υποτροπής της ενεργού συμπτωματικής νόσου από τη στιγμή της διάγνωσης για το υπόλοιπο της ζωής και οι ασθενείς θα πρέπει να μάθουν πως να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που προκύπτουν από την ασθένεια. Τα συμπτώματα αποτελούν σημαντικό περιορισμό για τη ζωή των ασθενών. Τα κύρια συμπτώματα του πόνου και της συχνής διάρροιας προκαλούν περιορισμό στη ζωή, ανησυχία για το μέλλον και επηρεάζουν τις ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ζωής τους. Οι ιατρικές και χειρουργικές επεμβάσεις ανακουφίζουν από τα συμπτώματα αλλά οι

ασθενείς πρέπει να μάθουν να διαειρίζονται την ασθένειά τους μέσω της αυτοεξυπηρέτησης ( Wickman et al., 2016).

### **13.3 ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Οι στόχοι για τη θεραπεία των ΙΦΝΕ είναι να τερματιστεί η οξεία συμπτωματική προσβολή και να αποφευχθεί η υποτροπή των συμπτωμάτων. Η θεραπεία εξαρτάται από την έκταση της προσβολής του γαστρεντερικού σωλήνα και τη σοβαρότητα της νόσου. Λαμβάνονται μέτρα τα οποία αφορούν τη λήψη τροφής και νερού, παράλληλα με περιορισμούς αυτών. Στις περιόδους έξαρσης, κάθε ασθενής αποφεύγει τρόφιμα που επιδεινώνουν τα συμπτώματα. Αυτά είναι τα ωμά λαχανικά τα φρούτα με τη φλούδα, τα εσπεριδοειδή και άλλα όξινα τρόφιμα, τα γαλακτοκομικά, οι ξηροί καρποί, τα όσπρια, τα προιόντα ολικής άλεσης, οι λιπαρές και τηγανητές τροφές. Ωφέλιμα τρόφιμα είναι τα καλά μαγειρεμένα λαχανικά, τα φρούτα χωρίς φλούδα, το κοτόπουλο, η γαλοπούλα και το ψάρι, το λευκό ψωμί, τα ζυμαρικά, το ρύζι και ο πουρές πατάτας (Scrautvol & Naden, 2017).

Σε περιόδους ύφεσης πρέπει να προτιμώνται τα μικρά και συχνά γεύματα που είναι συνήθως καλύτερα αποδεκτά από τους πάσχοντες λόγω της μειωμένης όρεξης για φαγητό εξαιτίας των συμπτωμάτων και των παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής. Σε κατάσταση ύφεσης, η ελεύθερη και ισοροπημένη διατροφή με επιλογή τροφών από όλες τις ομάδες όπως δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, γαλακτοκομικά όταν η λακτόζη είναι ανεκτή, άπαχο κρέας, θα πρέπει να προτείνεται σε όλους τους πάσχοντες (Scrautvol & Naden, 2017).

Οι απλές αλλαγές στη διατροφή, η λήψη φυσικών συμπληρωμάτων και η ανάπτυξη ενός προγράμματος για την ανακούφιση του στρες μπορεί να προκαλέσει μια βαθιά και διαρκή διαφορά στη ζωή τους. Εάν ο ασθενής πάσχει από άγχος, κόπωση και κατάθλιψη, το πρώτο πράγμα που θα πρέπει να διερευνηθεί είναι ο υποσιτισμός των μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών στη διατροφή του. Με παρεμβάσεις για την βελτίωση της διατροφικής κατάστασης, υπάρχουν δυνατότητες για την ανακούφιση των συνοδευτικών ψυχολογικών καταστάσεων όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η κόπωση μέσω της ευημερίας (Scrautvol & Naden, 2017).

Οι ασθενείς χρειάζονται γνώσεις σχετικά με το τρόπο συμπεριφοράς στη καθημερινή ζωή, ώστε να μην προκαλούν επιδείνωση της κατάστασής τους. Οι γνώσεις σχετικά με το τι πρέπει να κάνουν για να αποφευχθεί η υποτροπή τους βοήθησαν να αισθανθούν ότι θα μπορούσαν να διαχειριστούν τη καθημερινή ζωή σε μεγαλύτερο βαθμό από πριν (Scrautvol & Naden, 2017).

### **13.4 ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Η φαρμακευτική αγωγή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες καθώς και από το στάδιο ύφεσης και έξαρσης των ΙΦΝΕ. Συνήθως δίνονται κορτικοστεροειδή σε διαφορετικές δόσεις κάθε φορά. Επίσης, δίνονται 5-αμινοσαλκυλικό οξύ, αντιβιοτικά και ανοσοτροποποιητικά φάρμακα. Η χορήγηση αντι-TNF παραγόντων γίνεται σε αδυναμία ελέγχου της νόσου με άλλα φάρμακα. Στόχος του θεραπευτικού σχήματος είναι η διατήρηση της ύφεσης για όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο. Σύμφωνα με τις εκθέσεις συναίνεσης, η ιατρική θεραπεία για ασθενείς με νόσο Crohn και ελκώδη κολίτιδα περιλαμβάνει κυρίως φάρμακα για την πρόκληση και διατήρηση της

ύφεσης. Οι πληροφορίες σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή βοηθούν τους ασθενείς να γίνουν πιο προσεκτικοί σχετικά με πιθανά σοβαρά συμπτώματα και να τους προετοιμάσουν να λάβουν αποφάσεις σχετικά με τη διακοπή ή την αλλαγή της θεραπείας (Mikocka-Walus et al., 2018).

Οι νοσηλευτές εμπλέκονται όλο και περισσότερο στη φροντίδα των ΙΦΝΕ και θεωρούνται ως το πρώτο σημείο επαφής στις κλινικές ειδικότητες που φέρουν την ευθύνη παροχής κοινωνικής υποστήριξης στους ασθενείς. Αυτό θέτει τους νοσηλευτές σε προνομιακή θέση για να ανιχνεύσουν τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών και είτε να παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες είτε να παραπέμπουν τους ασθενείς σε παρόχους ψυχικής υγείας. Ο κυριότερος στόχος της φαρμακευτικής αγωγής είναι η παράταση των περιόδων ύφεσης και η ελάττωση των εμφανιζόμενων επιπλοκών (Mikocka-Walus et al., 2018).

### **13.5 ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ**

Οι επιπλοκές των ΙΦΝΕ αποτελούν τη κυριότερη ανησυχία των ασθενών. Εμφανίζονται με μεγάλη διάταση του παχέος εντέρου ή αλλιώς τοξικό megacolon που μπορεί να οδηγήσει στη διάτρηση του, η απόφραξη του εντέρου από τη φλεγμονή, η μεγάλη αιμορραγία, τα συρίγγια μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων του εντέρου και ο καρκίνος του παχέος εντέρου (Lesnovska et al., 2017).

Σε αντίθεση με την ελκώδη κολίτιδα, η νόσος Crohn μπορεί να προκαλέσει φλεγμονή σε όλο το πεπτικό σύστημα και η φλεγμονή του εντέρου μπορεί να περιλαμβάνει το πλήρες πάχος του τοιχώματος του εντέρου και τα συμπτώματα είναι πιο σοβαρά. Οι ασθενείς με νόσο Crohn εμφανίζουν περιστασιακά σοβαρές μεταβολές στις καταστάσεις των ασθενειών λόγω αυτών των επιπλοκών και βιώνουν περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις για αυτές τις επιπλοκές, έτσι ώστε να ενδιαφέρονται περισσότερο για τη νόσο και να έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση σε εκπαιδευτικές ευκαιρίες από τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (Lesnovska et al., 2017).

### **13.6 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Έχει μεγάλη σημασία η εκπαίδευση των ασθενών για τη διαχείριση των ΙΦΝΕ. Η αμοιβαία εμπιστοσύνη, η δέουσα μεταχείριση και η ενσυναίσθηση αποτελούν σημαντικές πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης και σχετίζονται με την επαγγελματική στάση των νοσηλευτών. Τα άτομα με ΙΦΝΕ βιώνουν μεγάλη ανάγκη για πληροφορίες σχετικά με τη νόσο και τα συμπτώματα για να διαχειριστούν τη καθημερινή ζωή. Ο τρόπος και ο χρόνος μετάδοσης και ενημέρωσης πληροφοριών είναι σημαντικός, ενώ θεωρείται δύσκολο να επιτευχθεί η ισορροπία μεταξύ του τι πρέπει να γνωρίζει το άτομο για να διαχειριστεί τη κατάστασή του και τι θέλει να γνωρίζει (Lesnovska et al., 2017).

Η πληροφόρηση αποτελεί τη πιο σημαντική πτυχή της υψηλής ποιότητας φροντίδας όσο αφορά την ενημέρωση σχετικά με τις εξετάσεις και τα πιθανά φυσικά προβλήματα που δε σχετίζονται με τη νόσο. Επομένως, οι πληροφορίες που σχετίζονται με τα ΙΦΝΕ μέσω της εκπαίδευσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των νοσημάτων από τους ασθενείς, τη κατανόηση της παθογένεσης και

τη κατανόηση της σημασίας της θεραπείας, η οποία μπορεί στη συνέχεια να βελτιώσει τη συμμόρφωση, ικανοποίηση και αντιμετώπιση των ασθενών ( Lesnovska et al., 2017).

Οι ασθενείς εκφράζουν μεγάλο ενδιαφέρον για τη συμπεριφορά που οδηγεί σε βελτίωση της ευημερίας και είναι θετικοί στην ιδέα πραγματοποίησης αλλαγών στη συμπεριφορά τους. Έχουν μεγάλη ανάγκη για γνώση σχετικά με την αυτοδιαχείριση και τις αλλαγές συμπεριφοράς για να επηρεάσουν την ευημερία τους και την πρόοδο της νόσου ( Lesnovska et al., 2017).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14**

### **14. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Η νοσηλευτική διεργασία εφαρμόζεται στα πλαίσια λήψης αποφάσεων και διαχείρισης της νοσηλευτικής φροντίδας. Περιλαμβάνει ιστορικό, φυσική εξέταση και διαγνωστικές εξετάσεις. Επίσης, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις οδηγούνται με βάση τη διάγνωση (Αντωνοπούλου, 2016).

#### **1<sup>ο</sup> ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ**

##### **Ιστορικό:**

Αντρας, ασθενής 65 ετών, εισήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών με αίσθημα αδυναμίας και μέτριας έντασης κοιλιακό άλγος, που εμφανιζόταν με τη λήψη τροφής και αποχωρούσε με την κένωση του εντέρου. Ο πόνος ήταν εντοπισμένος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Επίσης, συνυπήρχε μέτριος πυρετός 38,2°C.

Αφού λήφθηκε το απαραίτητο ιστορικό από τον αρμόδιο γιατρό, γαστρεντερολόγο, διεξάχθηκαν αιματολογικές εξετάσεις, εξετάσεις κοπράνων καθώς και η κλινική εξέταση του ασθενούς.

Χορηγήθηκαν ενδοφλέβια υγρά καθώς και παυσίπονα για την αντιμετώπιση του πόνου.

Κρίθηκε απαραίτητο να υποβληθεί σε γαστροσκόπηση. Ο ασθενής έπρεπε να παραμείνει νηστικός για 8 ώρες χωρίς να καταναλώσει στερεή τροφή και έγινε διακοπή της κατανάλωσης νερού 3 ώρες πριν την εξέταση. Με την διεξαγωγή της γαστροσκόπησης διαγνώστηκε ο ασθενής με νόσο Crohn.



Αξιολόγηση Ανάγκες	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
Κοιλιακό άλγος	Κοιλιακό άλγος που έχει σχέση με τη φλεγμονή του εντέρου	Χορήγηση παρακεταμόλης κατόπιν ιατρικής οδηγίας	Χορηγήθηκε παρακεταμόλη συστηματικά	Ο ασθενής ανταποκρίθηκε θετικά στην αναλγητική αγωγή και σταμάτησε να πονάει
Πυρετός 38,2°C	Πυρετός που έχει σχέση με τη φλεγμονή	Χορήγηση παρακεταμόλης κατόπιν ιατρικής οδηγίας  Εφαρμογή δροσερών κομπρεσών στο μέτωπο του ασθενούς	Χορηγήθηκε I.V παρακεταμόλη  Εφαρμόστηκαν δροσερές κομπρέσες στο μέτωπο του ασθενούς	Ο πυρετός υποχώρησε και ο ασθενής είναι άπυρετος
Αδυναμία	Αδυναμία που έχει σχέση με τη κακουχία της ασθένειας και των συμπτωμάτων της	Ξεκούραση ασθενούς  Επίτευξη περιβάλλοντος ηρεμίας	Δόθηκε προτεραιότητα στη ξεκούραση του ασθενούς και εξασφαλίστηκε περιβάλλον ηρεμίας με χαμηλό φωτισμό στο θάλαμο και περιορισμό του επισκεπτηρίου	Ο ασθενής πλέον δεν νιώθει αδυναμία

## 2° ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

### Ιστορικό:

Γυναίκα, ασθενής 18 ετών, εισήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών με βλεννοαιματηρή διάρροια, απώλεια βάρους 3 κιλών, ανορεξία και ακράτεια.

Λήφθηκε ιστορικό και έγινε φυσική εξέταση από τον αρμόδιο γιατρό, γαστρεντερολόγο. Διεξάχθηκαν αιματολογικές εξετάσεις και εξετάσεις κοπράνων κατόπιν οδηγίας του ίδιου.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε συγκεκριμένη δίαιτα για το καθαρισμό του εντέρου από τις προηγούμενες μέρες και δόθηκε per os καθαρτικό για την επίτευξη του καθαρισμού του, αφού κρίθηκε αναγκαίο να διεξαχθεί κολονοσκόπηση.

Από τα αποτελέσματα της κολονοσκόπησης διαπιστώθηκε ότι η ασθενής πάσχει από ελκώδη κολίτιδα.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
Βλεννοαιματηρή διάρροια	Βλεννοαιματηρή διάρροια που έχει σχέση με τη φλεγμονή του εντέρου	Χορήγηση ρασεκαδοτρίλης κατόπιν ιατρικής οδηγίας  Μέτρηση ηλεκτρολυτών  Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών  Μέτρηση ισοζυγίου υγρών	Χορηγήθηκε ρασεκαδοτρίλη  Ελέγχθηκαν οι ηλεκτρολύτες και χορηγήθηκαν οροί εμπλουτισμένοι με KCl  Μετρήθηκαν τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά ανά τρεις ώρες Έγινε ισοζύγιο υγρών 24ώρου	Η ασθενής σταμάτησε να έχει πλέον βλεννοαιματηρή διάρροια  Αποφεύχθηκαν ηλεκτρολυτικές διαταραχές  Διατηρήθηκε σταθερό το ισοζύγιο των υγρών
Ακράτεια	Ακράτεια που έχει σχέση με τη φλεγμονή του εντέρου	Χορήγηση ρασεκαδοτρίλης κατόπιν ιατρικής οδηγίας  Μέτρηση κενώσεων	Χορηγήθηκε ρασεκαδοτρίλη  Μετρήθηκαν και καταγράφηκαν οι κενώσεις ανά δωρο	Δεν παρουσιάζει πλέον ακράτεια
Απώλεια βάρους	Απώλεια βάρους που έχει σχέση με την κακουχία ως σύμπτωμα της ασθένειας αλλά και τη	Χορήγηση βιταμινών και ενδοφλέβιων σκευασμάτων για την ενίσχυση της θρέψης  Παρακολούθηση	Χορηγήθηκαν βιταμίνες και ενδοφλέβια σκευάσματα για τη θρέψη  Πραγματοποιήθηκε	Το βάρος της Ασθενούς σταθεροποιήθηκε και δεν παρουσιάζει επιπλέον απώλεια βάρους

	φλεγμονή του εντέρου	σωματικού βάρους	καθημερινό πρωινό ζύγισμα της ασθενούς	
Ανορεξία	Ανορεξία που έχει σχέση με τη δυσμενή ψυχολογική και σωματική κατάσταση της ασθενούς	Ψυχική ενδυνάμωση της ασθενούς  Καταπολέμηση των επίπονων συμπτωμάτων με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας	Έγινε η ψυχική ενδυνάμωση της ασθενούς με την έκκληση ψυχολόγου και την ενθάρρυνση της επικοινωνίας των οικείων ατόμων με την ασθενή  Χορηγήθηκε παυσίπονη φαρμακευτική αγωγή	Είναι σε καλύτερη ψυχική και σωματική κατάσταση και τρέφεται ικανοποιητικά  Καταπολεμήθηκαν τα επίπονα συμπτώματα

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος Crohn είναι ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Η αιτιολογία τους παραμένει άγνωστη αν και πιθανολογείται ότι υπεύθυνοι είναι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Προσβάλλει και τα δύο φύλα ανεξαιρέτως ηλικίας.

Δυστυχώς, δεν υπάρχει ίαση των νοσημάτων αυτών. Η θεραπεία αποσκοπεί στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, στη μείωση των παρενεργειών καθώς και στην εξασφάλιση ποιότητας ζωής των ασθενών.

Οι επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν αφορούν στην περιοχή του γαστρεντερικού συστήματος αλλά και άλλων οργάνων όπως οφθαλμοί, δέρμα, αγγεία και μύες.

Εξαιτίας της χρονιότητας των νοσημάτων και των συμπτωμάτων είναι φυσικό να εμφανιστούν και ψυχικές διαταραχές, όπως φόβος, άγχος και κατάθλιψη. Λόγω αυτού κάποιοι από τους ασθενείς χρήζουν ψυχικής υποστήριξης από ειδικούς με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών ή αγχολιτικών φαρμάκων αλλά και με τη κατάλληλη ψυχοθεραπεία για τη καταπολέμησή τους.

Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη του ασθενούς καθώς περνά αρκετό χρόνο μαζί του από τη στιγμή που θα εισέλθει στο νοσοκομείο μέχρι και το εξιτήριο του από αυτό. Επίσης, περνά αρκετό χρόνο μαζί του στα πλαίσια παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι ή όταν εργάζεται ως φροντιστής του. Οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να συμβάλουν στην ενδυνάμωσή του, με την επίλυση τυχόν αποριών για την ασθένεια, τη κατάλληλη εκπαίδευση του και με την κατανόηση της κατάστασής του.

Η εκπαίδευση του ασθενούς για τη καλύτερη ποιότητα ζωής του θα μπορούσε να αφορά στην καταπολέμηση της κακοσμίας σε περίπτωση στομίας. Ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει τροφές που προκαλούν οσμές και αέρια. Επιπλέον, να εκπαιδευτεί στο πως να απομακρύνει τον αέρα από το σάκο συλλογής, έτσι ώστε να αποφευχθεί η αποκόλλησή του.

Επίσης, το οικογενειακό περιβάλλον είναι αναγκαίο να υποστηρίξει τον ασθενή, καθώς να τον κάνει να νιώσει κατανόηση και στήριξη, γεγονός που θα τον βοηθήσει στο να κατανοήσει και να ανταπεξέλθει με μεγαλύτερη ευκολία στο νόσημά του.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Amosy F M' Koma. Diagnosis of inflammatory bowel disease: Potential role of molecular biomarkers. World J Gastrointest Surg 2014, 6: 208-219

Ashwin, N. & Ananthakrishnan & Ramnik, J. (2017). Inflammatory bowel diseases: A clinician's guide. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel diseases. John Wiley & Sons Ltd

Bourikas, L. A. & Papadakis, K. A. (2009). Musculoskeletal manifestations of inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis, 15:1915-1924

Birrenbach, T. & Bocker, U. (2004) Inflammatory bowel disease and smoking: a review of epidemiology, pathophysiology, and therapeutic implications. Inflamm Bowel Dis, 10:848-859

Burisch, J. & Munkholm, P. (2015) The epidemiology of inflammatory bowel disease. Scand J Gastroenterol, 44:942-51

Barrett, K.E. et al., 2014. Ganong's Review of Medical Physiology. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Ανωγειανάκη και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.

Cappello M., Gaetano C. M. The role of laboratory Tests in Crohn's Disease. Clin Med Insights Gastroenterol 2016, 9: 51-62

Cioffi M., Antonella D. R., Rosalba S., Maria P., Maria T. V. Laboratory markers in ulcerative colitis: Current insights and future advances. World J. Gastrointest Pathophysiol 2015; 6: 13-22

Danese, S. & Fiocchi, C. (2006) Etiopathogenesis of inflammatory bowel diseases. World J Gastroenterol, 12:4807-4812

De Rooy, E. C. & Toner, B. B. & Maunder, R. G. (2001). Concerns of patients with inflammatory bowel disease: results from a clinical population. Am J Gastroenterol, 96:1816-21

Dewit, S., 2013. Fundamental Concepts and Skills for Nursing. Μεταφρασμένο από αγγλικά από μεταφραστική ομάδα των εκδόσεων Λαγός. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Ebinger M, Rieber A, Leidl R. Cost-effectiveness of magnetic resonance imaging and enteroclysis in the diagnostic imaging of Crohn's disease. *Int J Technol Asses Health Care* 2002, 18: 711-717

Frederic, H. M. & Robert, B. & Judi, L. N. (2012) *Human anatomy*. EsisesSrl: Napoli

Fireman Z, Mahajna E, Sternberg A, et al. Diagnosing smallbowel Crohn's disease with wireless capsule endoscopy. *Gut* 2003;52:390-392

Goh, J.& O' Morain,C.A.(2003) Review article:nutrition and adult inflammatory bowel disease. *Aliment PharmacoloTher*, 307-320

Gian, E. & Maurizio, V. &Pastorelli, L. (2015). Differential diagnosis in inflammatory bowel disease colitis: state of the art and future perspectives. *World Journal of Gastroenterology*, 21-46

Gasche, C. (2000). Complications of inflammatory bowel disease. *Hepatogastroenterology*, 49-56

Hendrickson, B. A. & Gokhale, R. & Cho, H. J. (2002). *Clinical microbiology review*, 79-94

Hartman, C. & Eliakim, R. & Shamir, R. (2009). Nutritional status and nutritional therapy in inflammatory bowel diseases. *World Journal of Gastroenterology*, 2570

Habibi, F. &Emadoddin, H. M. & Hassan, M. (2017). Quality of life in inflammatory bowel disease patients. A cross-sectional study: *J Res Med Sci*, 104

Hwang, J. M. & Varma, M. G. (2008). Surgery for inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*, 2678-2690

Katsanos, K. H. (2019). Biological therapies in inflammatory bowel disease: Beyond anti-TNF therapies. *Clin Immunol*

Leiman, D. A. & Lichtenstein & Gary, R. (2014). Therapy of inflammatory bowel disease: what to expect in the next decade. *Current opinion in gastroenterology*, 385-390

Lesnovska, K. P., Hollman Frisman, G., Hjortswang, H., Hjelm, K., & Börjeson, S., 2017. Health care as perceived by persons with inflammatory bowel disease—a focus group study. *Journal of clinical nursing*, 26(21-22), p.3677-3687.

Lee SD, Cohen RD, Endoscopy in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am* 2002;31:119-132.

Mawdsley, J. & Rampton, D. (2005). Psychological stress in inflammatory bowel disease. *Gut*, 1481-1491

Maaser, C. & Sturm, A. & Vavricka, S. R. (2018). Guideline for diagnostic assessment in IBD part 1: Initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications. *J Crohns Colitis*

Marrero, F. & Qadeer, M. A. & Lashner, B. A. (2008). Severe complications of inflammatory bowel disease, *medical clinics of north America*, 671-686

Mikocka-Walus, A., Power, M., Rook, L., Robins, G., & CCUK York Walk Planning Committee., 2018. What do participants of the Crohn's and colitis UK (CCUK) annual york walk think of their inflammatory bowel disease care? A short report on a survey. *Gastroenterology Nursing*, 41(1), p. 59-64.

Mountifield, R. & Bampton, P. & Prosser, R. (2009). Fear and fertility in inflammatory bowel disease: a mismatch of perception and reality effects family planning decisions. *Inflamm Bowel Dis*, 720-725

Michael, J. R. & Ashish, D. & Shehzad, A. S. (2016). Inflammatory bowel disease in children and adolescents. *JAMA Pediatr*, 1053-1060

Ouyang, Q. & Guozong, P. & Zhonghui, W. (2001). Suggested guidelines for the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease. *Chinese Journal of digestive diseases*, 202-208

Panes, J. & Bouhnik, Y. & Reinisch, W. (2013). Imaging techniques for assessment of inflammatory bowel disease: evidence-based consensus guidelines. *J Crohns Colitis*, 556-85

Requeiro, M. & Kip, K.E. & Cheung, O.J., (2005). Cigarette smoking and age at diagnosis of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*, 42-47

Sartor RB. (2006) "Mechanisms of Disease: Pathogenesis of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis" *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*; Jul 3; pp: 390-407.

Seyed, Foregh N., Mehrdad D. M. A review of the diagnosis, prevention and treatment methods of inflammatory bowel disease. *J Med Life* 2019, 12: 113-122

Skrautvol, K., & Nåden, D., 2017. Tolerance Limits, Self-understanding, and Stress Resilience in Integrative Recovery of Inflammatory Bowel Disease. *Holistic nursing practice*, 31(1), p.30-41.

Stephansson, O. & Larsson, H. & Padersen, L. (2010). Crohn's disease is a risk factor for preterm birth. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 509-515

Triantafillidis, J. K. & Merikas, E. & Georgopoulos, F. (2011). Current and emerging drugs for the treatment of inflammatory bowel disease. *Drug Des Derel Ther*, 185-210

Triantafillidis, J. K. & Hyphntis, Th. & Cheracakis, P. 2002) Suicide as an outcome on patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*, 1066-1068

Treglia, G. & Sadeghi, 2013. Meta-analysis and systematic reviews on PET and PET/CT in oncology: the state of the art. Clin. Translat. Imaging. 1 (2), p. 73-75.

Moortgat, L., 2018. Defining nursing roles in inflammatory bowel disease. Gastrointestinal Nursing, 16(4), p.22-24.

Veloso, F. T. (2004). Skin complications associated with inflammatory bowel disease. Alimentary pharmacology & therapeutics

Vander, A., Sherman, J., Luciano, D. & Τσακόπουλος, Μ., 2011. Human Physiology: The Mechanisms of Body Function. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ν. Γελάδας και συν. Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

Wickman, U. L., Yngman-Uhlin, P., Hjortswang, H., Riegel, B., Stjernman, H., & Frisman, G. H., 2016. Self-care among patients with inflammatory bowel disease: An interview study. Gastroenterology Nursing, 39(2), p.121-128.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Εμμανουηλίδης, Α. & Γλαράκης, Ι. (2006). Πρόγνωση ελκώδους κολίτιδας, Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Εντερική Νόσος, Αθήνα, 379-382

Ζερβακάκης, Α. (2006). Πρόγνωση της νόσου Crohn, Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Εντερική Νόσος, Αθήνα, 384-387

Μπονάτσος, Γ. (2005). Χειρουργική παθολογία ιατρικές εκδόσεις. Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

## **ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Αντωνοπούλου, Η.(2016)Νοσηλευτική διεργασία. Διαθέσιμοστο:<https://docplayer.gr/11898419-Nosileytiki-diergasia.html>. Τελευταία προσπέλαση [1 Μαΐου 2020]

Iatronet (2004). Η νόσος του Crohn. Διαθέσιμοστο: [iatronet.gr/ygeia/peptiko-ipar/article/196/i-nosos-toy-crohn.html](http://iatronet.gr/ygeia/peptiko-ipar/article/196/i-nosos-toy-crohn.html)



