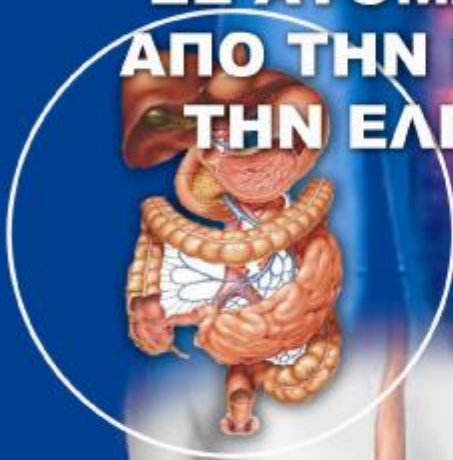




ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ΣΡΟΗΝ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ



Εισηγητής:
Βασίλειος Παπαδόπουλος
Νοσηλεύτης Π.Ε. ΜΙΣ.Σ.

Επιμέλεια:
Μαρία Μαργαριτίδη

Πάτρα, 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	9
1.2 Κληρονομικοί παράγοντες.....	10
1.3 Κλασικές αιτιολογικές θεωρίες.....	13
1.4 Άλλοι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες.....	18
1.5 Πειραματικά δεδομένα.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο - ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΕΝΤΕΡΟΥ

2.1 Τι είναι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου.....	24
2.2 Ελκώδης κολίτις και νόσος του Crohn: Πρόκειται για μια ή για δύο νόσους;.....	24
2.3 Ελκώδεις Κολίτις – Κλινικές Απόψεις.....	25
2.4 Παθολογοανατομικά στοιχεία.....	25
2.5 Παθολογοανατομικές αλλοιώσεις και συμπτώματα.....	26
2.6 Κλινική διαδρομή.....	27
2.7 Ταξινόμηση αναλόγως της κλινικής εικόνας.....	29
2.8 Διάγνωση - Κλινικοεργαστηριακά δεδομένα.....	32
2.9 Ενδοσκοπική μελέτη.....	33
2.10 Ιστολογική εικόνα.....	37
2.11 Ακτινολογική μελέτη.....	40
2.12 Νόσος Crohn - Κλινικές Απόψεις.....	43
2.13 Παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά της νόσου του Crohn.....	46
2.14 Απεικονιστικά ευρήματα.....	47
2.15 Ιστολογική διάγνωση.....	51
2.16 Δείκτες δραστηριότητας της νόσου του Crohn.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

3.1 Εντερικές επιπλοκές ελκώδους κολίτιδος και νόσου του Crohn.....	53
3.2 Εξωεντερικές επιπλοκές ιδιοπαθών φλεγμονωδών εντερικών νόσων.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.1 Θεραπεία ελκώδους κολίτιδος και νόσου του Crohn.....	66
4.2 Γενικά θεραπευτικά μέτρα.....	67
4.3 Προεγχειρητικά προβλήματα θρέψεως.....	71
4.4 Ψυχολογική υποστήριξη.....	72

4.5 Φαρμακευτική θεραπεία ελκώδους Κολίτιδος και νόσου του Crohn.....	74
4.6 Χειρουργική θεραπεία της ελκώδους κολίτιδος	75
4.7 Συντηρητική αγωγή της νόσου του Crohn	78
4.8 Χειρουργική θεραπεία της νόσου του Crohn. Γενικό σχόλιο	84
4.9 Ελκώδης κολίτις - Πορεία και πρόγνωση	85
4.10 Νόσος Crohn - Πορεία και πρόγνωση.....	86

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

5.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στις Ι.Φ.Ε.Ν.	90
5.2 Νοσηλευτική παρέμβαση ασθενούς με νόσο του Crohn.....	91
5.3 Νοσηλευτική παρέμβαση ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα	94
5.4 Προεγχειρητική – μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα	98
5.5 Νοσηλευτικές διαγνώσεις στις Ι.Φ.Ε.Ν.	101
5.6 Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσοι και κύηση	139
5.7 Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσοι και παιδική ηλικία.....	140
5.8 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε συγκεκριμένους αρρώστους με Ι.Φ.Ε.Ν.	142
Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	146
Περίληψη	148
Βιβλιογραφία.....	149
Παράρτημα	159

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι παθήσεις του εντέρου ταλανίζουν ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων σε όλο τον κόσμο, τα συμπτώματά τους πολλές φορές είναι οδυνηρά όπως π.χ. στον ειλέο, τον καρκίνο του εντέρου, στην απόφραξη του εντέρου, στο σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου όπου υπάρχει έντονο κοιλιακό άλγος και διάρροιες. Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί και στη χώρα μας τα κρούσματα των ιδιοπαθών φλεγμονώδων νόσων του εντέρου δηλαδή της νόσου Crohn και της ελκώδους κολίτιδος που αγγίζουν πλέον τα ευρωπαϊκά επίπεδα. Είναι χαρακτηριστικό ότι σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες υπάρχουν σήμερα διπλάσιες περιπτώσεις απ' όσες υπήρχαν πριν από 20 χρόνια. Κάτι τέτοιο βάζει πια έντονα την υποψία ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής μας, το άγχος και η διατροφή επηρεάζουν όλο και περισσότερο την υγεία μας.

Η νόσος Crohn και η ελκώδης κολίτιδα μοιάζουν μεταξύ τους και αποδίδονται σε ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού μηχανισμού του πεπτικού σωλήνα, προσβάλλουν άτομα κάθε ηλικίας, η συμπτωματολογία τους είναι αρκετά πολύπλοκη και υπάρχει μια μικρή πιθανότητα αν η νόσος μείνει χωρίς θεραπεία να εξελιχθεί σε κακοήθεια.

Έτσι εκτός από την ευνόητη επιβάρυνση του οργανισμού τους, τα άτομα που πάσχουν από αυτές τις νόσους, χρήζουν και ψυχολογικής υποστήριξης λόγω αλλαγής του σωματικού τους ειδώλου, τόσο από το οικογενειακό τους περιβάλλον όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό που θα τους νοσηλεύσει. Πρέπει να μάθουν να είναι αισιόδοξοι γιατί έχοντας Ι.Φ.Ν.Ε. μπορούν ζήσουν μια φυσιολογική ζωή, να ικανοποιούν τις επιθυμίες τους και να πετύχουν όλους τους προσωπικούς τους στόχους. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι υπάρχει και σύλλογος ατόμων με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn που στηρίζει τα άτομα αυτά.

Δυστυχώς όμως οι περισσότεροι άνθρωποι γνωρίζουν λίγα ή σχεδόν τίποτα για τις νόσους αυτές. Σκοπός λοιπόν της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση της μελέτης που σχετίζεται με τις Ι.Φ.Ν.Ε. που αντιμετωπίζονται από το κοινωνικό σύνολο με προκατάληψη.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον διευθυντή του γαστρεντερολογικού τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας Ευάγγελο Σκοπετέα για την πολύτιμη βοήθειά του σε αυτή την εργασία, τον Βασίλειο Παπαδούλα, υπεύθυνο καθηγητή της πτυχιακής μου για την καθοδήγησή του, καθώς και την οικογένειά μου για την στήριξή τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι λεγόμενες ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντεροπάθειες είναι χρόνιες παθολογικές καταστάσεις του πεπτικού σωλήνος αγνώστου αιτιολογίας που καλύπτουν ένα ευρύ κλινικοπαθολογικό φάσμα με δύο συγκεκριμένες οντότητες και μία αμφισβητούμενη περιοχή.

Οι δύο οντότητες είναι η ελκώδης κολίτις και η νόσος του Crohn. Στην αμφισβητούμενη περιοχή βρίσκονται περιπτώσεις που έχουν χαρακτηριστικά που ανήκουν τόσο στην ελκώδη κολίτιδα όσο και στη νόσο του Crohn ή γενικώς υπάρχουν κλινικές, ακτινολογικές, ενδοσκοπικές ή ιστολογικές ιδιοτυπίες που δεν επιτρέπουν την ένταξή τους στη μία ή την άλλη οντότητα. Αυτές οι περιπτώσεις αναφέρονται ως “αδιευκρίνιστες” ή “μη ταξινομήσιμες” (indeterminate), μέχρις ότου η πορεία της νόσου επιτρέψει την ταξινόμησή τους.

Η ελκώδης κολίτιδα περιορίζεται συνήθως στο παχύ έντερο και αφορά το βλεννογόνο (εσωτερικό τοίχωμα) του εντέρου, σε αντίθεση με την νόσο του Crohn που μπορεί να προσβάλλει όλο τον πεπτικό σωλήνα από το στόμα έως τον πρωκτό και όλο το πάχος του εντέρου.

Η ελκώδης κολίτις ήταν γνωστή από τον 19^ο αιώνα. Η πρώτη περιγραφή της νόσου αποδίδεται στον Samuel Wilks (1859). Το 1909 είχαν ήδη περιγραφεί εκατοντάδες περιπτώσεις στα νοσοκομεία του Λονδίνου. Η νόσος του Crohn φέρει το όνομα του Burrill B. Crohn που σε συνεργασία με τους Ginzburg και Oppenheimer περιέγραψαν την “κατά τόπους εντερίτιδα” το 1932 στη Νέα Υόρκη.

Η νόσος του Crohn παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με την ελκώδη κολίτιδα αλλά και ουσιώδεις διαφορές, δύο από τις οποίες είναι:

α) Η τάση για υποτροπή ακόμη και μετά τη χειρουργική εκτομή του πάσχοντος τμήματος του εντέρου. Ετσι ενώ η ελκώδης κολίτις (που εξ’ ορισμού προσβάλλει μόνο το παχύ έντερο), ιάται οριστικά μετά την ολική κολεκτομή, στη νόσο του Crohn υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος υποτροπής.

β) Σχέση με το κάπνισμα: Πρόκειται για σαφή διαφορά μεταξύ των δύο νόσων. Ενώ η ελκώδης κολίτις είναι νόσος που προσβάλλει συνήθως μη καπνιστές ή τέως καπνιστές, οι πάσχοντες από νόσο του Crohn είναι συχνότερα καπνιστές παρά ο γενικός πληθυσμός. Η σχέση αυτή των δύο ΙΦΕΝ με τη συνήθεια του καπνίσματος αποκτά ήδη διαγνωστική σημασία.

Τα αίτια που προκαλούν φλεγμονή του παχέος εντέρου είναι πολυάριθμα (ορισμένα από αυτά αναφέρονται στον πίνακα 1).

Στις δυτικές χώρες οι σπουδαιότερες μορφές φλεγμονώδους εντερικής νόσου είναι η ελκώδης κολίτις και η νόσος του Crohn.

Τα τελευταία δέκα χρόνια αυξάνεται η συχνότητα φλεγμονωδών παθήσεων του ορθού από σεξουαλικά μεταδιδόμενα λοιμώδη αίτια. Στους ασθενείς με AIDS παρατηρείται συνήθως διαρροϊκό σύνδρομο που μπορεί να υποδυθεί κλινικώς ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn. Στην Ελλάδα, μολονότι παρατηρούνται συχνά περιπτώσεις λοιμώδους κολίτιδος, κυριαρχεί, όπως και στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες η ελκώδης κολίτις και σε μικρότερο βαθμό η νόσος του Crohn.

<u>Πίνακας 1: Ταξινόμηση φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου</u>
Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσοι (ΙΦΕΝ)
Ελκώδης κολίτις
Νόσος του Crohn
Αδιευκρίνιστη ΙΦΕΝ
Λοιμώδεις κολίτιδες
Βακτηρίδια
Παράσιτα
Μύκητες
Διηθητοί ιοί
Χλαμύδια
Κολίτιδες σχετιζόμενες με κινητικές διαταραχές του εντέρου
Εκκολπωματίτις
Μονήρες έλκος ορθού
Κολίτιδες από ανεπαρκή αιμάτωση του παχέος εντέρου
Ισχαμική κολίτις
Κολίτις σχετιζόμενη με εντερική απόφραξη
Κολίτιδες ως επιπλοκές θεραπείας
Φαρμακευτική κολίτις
Ακτινική κολίτις
Κολίτις εκ παρακάμψεως της ροής του εντερικού περιεχομένου (Diversion colitis)
Κολίτιδες σχετιζόμενες με ορισμένες παθολογικές καταστάσεις
Νόσος Αδαμαντιάδη-Behcet
Διάφορες άλλες μορφές κολιτίδων
Κολλαγονική κολίτις - Μικροσκοπική κολίτις

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η συχνότης της ελκώδους κολίτιδος και της νόσου του Crohn διαφέρουν στις διάφορες περιοχές της γης. Η επίπτωση της ελκώδους κολίτιδος κυμαίνεται μεταξύ 4-14 νέων περιπτώσεων ανά 100 χιλιάδες πληθυσμού κάθε χρόνο (Binder, 1990) και της νόσου του Crohn από 1-10 (Mendeloff, 1992). Και οι δύο παθήσεις είναι συχνότερες στους λευκούς παρά στους μαύρους και ιδιαίτερος συχνές στους Εβραίους (Mayberry, 1986).

Υποστηρίζεται από πολλούς ότι οι ΙΦΕΝ είναι σπανιότερες στη Νότια Ευρώπη παρά στις βόρειες χώρες (Mendel, 1992). Σχετική μελέτη στη χώρα μας δείχνει ότι στον σταθερό πληθυσμό του νομού Ηρακλείου Κρήτης (263.000 κάτοικοι) στην τετραετία 1990-1994, οι νέες περιπτώσεις (επίπτωση) ελκώδους κολίτιδος είναι 8.3/100.000 τον χρόνο και της νόσου του Crohn 2.6 νέες περιπτώσεις τον χρόνο ανά 100.000 πληθυσμού (Mannoses, 1994).

Οι αριθμοί αυτοί για την ελκώδη κολίτιδα βρίσκονται στο επίπεδο που παρατηρείται στους πληθυσμούς της Βορείου Ευρώπης και φαίνεται πως δεν υπάρχει ουσιώδης διαφορά της συχνότητας της ελκώδους κολίτιδος μεταξύ “Βορρά και Νότου” (Leonard Jones, 1993). Η επίπτωση όμως της νόσου του Crohn στην Ελλάδα φαίνεται ότι είναι μάλλον χαμηλότερη από τις χώρες της Βορείου Ευρώπης.

Ηλικία και φύλο: Γενικώς η ελκώδης κολίτις προσβάλλει άτομα νεαρής ηλικίας αλλά περιγράφονται δύο αιχμές συχνότητας. Στην Αγγλία οι Evans και Acheson (1965) περιγράφουν μια κύρια αιχμή μεταξύ 20-30 ετών και μια δεύτερη στην ηλικία των 50. Σε μελέτη στον Ευαγγελισμό που περιελάμβανε ασθενείς από όλη την Ελλάδα, διαπιστώθηκε μια αιχμή της συχνότητας της νόσου μεταξύ 20-30 ετών που αφορά και τα δύο φύλα και μια δεύτερη μεταξύ 40-60 ετών αλλά μόνο για τους άνδρες (Εμμανουηλίδης, 1983). Στη μελέτη των ασθενών της Κρήτης η νόσος ήταν πιο συχνή στους άνδρες και παρουσίαζε δύο αιχμές αυξημένης συχνότητας, μία μεταξύ 35-44 ετών και μία μεταξύ 55 και 64. Η δεύτερη αιχμή στους άνδρες στην ηλικία των 60 ετών αποδίδεται στη διακοπή του καπνίσματος που παρατηρείται συχνά σ' αυτήν την ομάδα ασθενών (Mannousos, 1994).

Σε παλαιότερη ανάλυση 56 επιδημιολογικών μελετών (1930-1990) της ελκώδους κολίτιδος από τους Tusk και Jamerot (1992), προκύπτει ότι ενώ πριν η νόσος ήταν συχνότερη στις γυναίκες, τελευταία έχει αρχίσει να συμβαίνει το αντίθετο. Η μεταβολή αυτή αποδίδεται στην αύξηση του ποσοστού των καπνιστριών.

Οικονομικό - κοινωνικό επίπεδο: Τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα ως προς την επίδραση της κοινωνικο-οικονομικής καταστάσεως στη συχνότητα των ΙΦΕΝ αλληλοσυγκρούονται (Ekblom, 1992). Στην Ελλάδα φαίνεται ότι η ελκώδης κολίτις είναι συχνότερη στα οικονομικώς ισχυρότερα και μορφωτικώς ανώτερα στρώματα του πληθυσμού. Στους ασθενείς του Ευαγγελισμού με ελκώδη κολίτιδα, 55% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου ή Πανεπιστημίου (το αντίστοιχο ποσοστό στον γενικό πληθυσμό είναι μόνο 14%).

Σε ό,τι αφορά τον τόπο διαμονής διαπιστώνεται ότι η νόσος προσβάλλει συχνότερα τους κατοίκους των πόλεων παρά τον αγροτικό πληθυσμό. Στη μελέτη του Ευαγγελισμού, 81 % των πασχόντων ήταν κάτοικοι αστικής ή ημιαστικής περιοχής (το αντίστοιχο ποσοστό του γενικού πληθυσμού είναι 64%)[(Εμμανουηλίδης 1983, Mannoses, 1989)].

Στην Κρήτη, επιβεβαιώθηκε ότι η νόσος προσβάλλει κυρίως τους κατοίκους αστικών κέντρων και άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο (Manousos, 1994) . Στη μελέτη της Ηλείου (Dalekos, 1991) διαπιστώθηκε επίσης η προτίμηση της νόσου για τους κατοίκους των αστικών κέντρων.

1.2 Κληρονομικοί παράγοντες

Υπάρχουν πολλές ενδείξεις που στηρίζουν την άποψη ότι οι ΙΦΕΝ οφείλονται σε μεγάλο βαθμό σε γενετικούς παράγοντες. Οι ενδείξεις περιλαμβάνουν:

1. Αυξημένη συχνότητα: α) στους συγγενείς των πασχόντων, β) μεταξύ μονο-ωογενών διδύμων.
2. Συσχέτιση με σύνδρομα που έχουν γενετικό υπόβαθρο (Πίνακας 3).
3. Ύπαρξη γενετικών δεικτών.

Πίνακας 3: Γενετική βάση των ΙΦΕΝ
α) Νοσήματα με κληρονομική βάση που συνδυάζονται με ΙΦΕΝ
Αγκυλοποιητική σπονδυλίτις
Ψωρίαση
Ατοπικές καταστάσεις - Έκζεμα
Κοιλιοκάκη
Αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία
Πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτις
β) Σπάνια γενετικώς καθοριζόμενα σύνδρομα που σχετίζονται με ΙΦΕΝ
Σύνδρομο Turner (η συχνότης ΙΦΕΝ είναι πολλαπλάσια από την αναμενόμενη)
Σύνδρομο Hermansky-Pudlak (Διαταραχή του μεταβολισμού της τυροσίνης με αλβινισμό που συνδυάζεται συχνά με νόσο του Crohn).

Εξάλλου, οι σύζυγοι ασθενών με ΙΦΕΝ δεν προσβάλλονται συχνότερα από τον γενικό πληθυσμό, κάτι που θα αναμένετο να συμβαίνει αν οι παράγοντες του περιβάλλοντος έπαιζαν μεγαλύτερο ρόλο από την κληρονομικότητα.

Στην ελκώδη κολίτιδα έχει διαπιστωθεί ότι περί το 10-15% των περιπτώσεων έχουν θετικό κληρονομικό της νόσου. Οι ασθενείς με θετικό κληρονομικό εκδηλώνουν γενικώς τη νόσο σε νεώτερη ηλικία. Η συχνότης της νόσου του Crohn σε συγγενείς ασθενών με ελκώδη κολίτιδα είναι 3.5 φορές μεγαλύτερη από ότι στον γενικό πληθυσμό.

Γενικώς, οι συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn έχουν δεκαπλάσια πιθανότητα να νοσήσουν από την ίδια νόσο. Σε μελέτη μεταξύ διδύμων έχει διαπιστωθεί ότι σε μονο-ωογενείς διδύμους ο αδελφός του πάσχοντος από ΙΦΕΝ έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθεί από την ίδια νόσο από ότι σε μη μονο-ωογενείς διδύμους (Tysk, 1988). Μια σειρά από παθήσεις που θεωρείται ότι έχουν γενετικό υπόβαθρο συνυπάρχουν συχνά με ελκώδη κολίτιδα (Πίνακας 3).

Γενετικοί δείκτες: Αναζήτηση συσχετίσεων μεταξύ ΙΦΕΝ και διαφόρων γενετικών δεικτών λ.χ. ομάδες αίματος, α1 αντιθρυψίνη και άλλα ένζυμα απέβη αρνητική. Αρκετές μελέτες αποκαλύπτουν θετικές συσχετίσεις μεταξύ ΙΦΕΝ και των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας (HLA)

στο χρωμόσωμα 6, τα συστατικά του συμπληρώματος στο χρωμόσωμα 6, συστατικά των ανοσοσφαιρινών στο χρωμόσωμα 14 κ.ά. (Yang, 1993).

Αντιγόνα ιστοσυμβατότητας: Έτσι ενώ η μελέτη των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας προκάλεσε αρχικά μεγάλη σύγχυση, τελευταίως προκύπτουν ενδείξεις που δείχνουν ότι έχουν σημασία για την πρόκληση των ΙΦΕΝ. Οι αρχικές μελέτες έδειχναν αλληλοσυγκρουόμενα αποτελέσματα κυρίως λόγω μικρού αριθμού ασθενών στις διάφορες μελέτες. Αξιόλογη ήταν η μελέτη του Μαλλά σε Αγγλους ασθενείς (Mallas, 1976). Στη μελέτη ασθενών με ελκώδη κολίτιδα στον Ευαγγελισμό (Papasteriadis, 1986), διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση με το HLA-A11, 87 και 813 και αρνητική συσχέτιση με το HLA-814. Άλλες μελέτες κυρίως από την Ιαπωνία για αντιγόνα ιστοσυμβατότητας 2ας τάξεως, δείχνουν σημαντική συσχέτιση της ελκώδους κολίτιδος με το HLA-DR2 και HLA-DQ1 (Kobayashi, 1990). Η σχέση με το HLA-DR2 επιβεβαιώθηκε από τη μελέτη των (Sugimura, 1991) με τη χρήση της μεθόδου της αλυσιδωτής αντιδράσεως της πολυμεράσης (PCR).

Ουδετεροφιλικά αυτο-αντισώματα (ANCA): Μια νέα σημαντική εξέλιξη είναι η διαπίστωση της υπάρξεως των αντισωμάτων έναντι των πολυμορφοπύρηνων. Σε υψηλό ποσοστό ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (68-86%) ανευρίσκονται αυτοαντισώματα έναντι του πρωτοπλάσματος των πολυμορφοπύρηνων (ANCA), (Duerr, 1991). Σε μελέτη των συγγενών ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, διαπιστώθηκε ότι οι συγγενείς των ασθενών που ήσαν θετικοί στο αυτοαντίσωμα είχαν πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι επίσης θετικοί παρά οι συγγενείς των ασθενών που ήσαν αρνητικοί στο ANCA. Γενικώς, περίπου το 20% των μη προσβεβλημένων συγγενών ήσαν ANCA θετικοί (Shanahan 1991, 1992).

Υποστηρίζεται ότι η ετερογένεια της ελκώδους κολίτιδος όπως αποκαλύπτεται από την παρουσία ή μη των ουδετεροφιλικών αντισωμάτων έχει πιθανώς γενετική βάση. Για τη διευκρίνιση αυτής της υποθέσεως, η ομάδα του Targan (Yang, 1993), σε μια σημαντική εργασία εμελέτησε σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα τη σχέση μεταξύ HLA-DR2 και των ουδετεροφιλικών αντισωμάτων (ANCA). Διαπιστώθηκε ότι ασθενείς που ήσαν ANCA θετικοί είχαν αυξημένη συχνότητα HLA-DR2 σε σύγκριση με ANCA αρνητικούς μάρτυρες. Αντιθέτως η συχνότης του DR2 σε ANCA αρνητικούς ασθενείς ήταν ακριβώς η ίδια με τη συχνότητα σε φυσιολογικούς μάρτυρες. Οι ANCA αρνητικοί είχαν αυξημένη συχνότητα DR4. Έτσι σήμερα τείνει να γίνει δεκτό ότι υπάρχει ετερογένεια στην ελκώδη κολίτιδα και η ετερογένεια αυτή έχει

γενετική βάση. Κατά τον Pool (1993) η μελέτη των περιτυρητικών (pANCA) είναι σε θέση να διαχωρήσει με αρκετή ακρίβεια την ελκώδη κολίτιδα από τη νόσο του Crohn (80% στην ελκώδη κολίτιδα, 13% στη νόσο του Crohn). Στην Ελλάδα εδώ και καιρό έχουν αρχίσει μελέτες των αντι-ουδετεροφιλικών αντισωμάτων (Dalekos 1993, Ζουμπαρίδης 1993, Μάντζαρης 1993, Κρεμασμένου 1994).

Γενικώς μπορεί να υποστηριχθεί ότι η γενετική μελέτη των ΙΦΕΝ διανύει περίοδο ακμής και η διάχυτη αισιοδοξία φαίνεται επίσης από τις απόψεις για τη γενετική των ΙΦΕΝ όπως συνοψίζεται από τους Rotter και Yang (1993) που υποστηρίζουν ότι: “Οι ΙΦΕΝ είναι γενετικές παθήσεις με σύνθετους τρόπους κληρονομικής μεταβίβασης που δεν ακολουθούν τους νόμους του Mendel. Οι ενδείξεις που υπάρχουν σήμερα ενισχύουν την άποψη ότι οι ΙΦΕΝ αποτελούν γενετικώς ετερογενή ομάδα νόσων που έχουν κοινό τελικό χαρακτηριστικό τη φλεγμονή του εντερικού σωλήνος. Είναι πιθανόν ότι υπάρχουν περισσότεροι του ενός τύποι ελκώδους κολίτιδος και νόσου του Crohn”. Και οι συγγραφείς καταλήγουν: “Θεωρούμε ότι με την κατάλληλη αναζήτηση των γενετικών δεικτών είναι δυνατόν να επιτευχθεί η πρόληψη των ΙΦΕΝ όπως ακριβώς έχει συμβεί με την κυστική ίνωση και άλλες παθήσεις που καθορίζονται γενετικώς”

1.3 Κλασικές αιτιολογικές θεωρίες

Η έρευνα σχετικά με την αιτιολογία της ελκώδους κολίτιδος τα τελευταία 60 χρόνια περιστρέφεται γύρω από τρεις άξονες πιθανών αιτίων: α) λοιμώδη αίτια, β) ανοσοβιολογικοί παράγοντες και γ) ψυχολογικοί παράγοντες, χωρίς να μπορέσει να σταματήσει σε κάποιον απ' αυτούς. Αρχικά η νόσος θεωρήθηκε ψυχοσωματική, Κατόπιν αυτοάνοση και τώρα το εκκρεμές κλίνει προς τη λοιμώδη αιτιολογία. Θα σταματήσει άραγε εκεί;

Σήμερα, η τρέχουσα άποψη είναι ότι χρειάζεται μια συγκυρία για να εκδηλωθεί η ελκώδης κολίτις. Δηλαδή, σε έδαφος γενετικώς προδιατεθειμένο, η επίδραση κάποιου αντιγονικού παράγοντος προκαλεί ανώμαλη ανοσολογική απάντηση με αποτέλεσμα την εκδήλωση και τη διαίωση της ελκώδους κολίτιδος. Επειδή υπάρχουν πολλά κοινά σημεία μεταξύ ελκώδους κολίτιδος και νόσου του Crohn σχετικά με την αιτιολογία, παρακάτω θα εκτεθούν συνοπτικά τα κυριότερα βιβλιογραφικά δεδομένα που στηρίζουν τις διάφορες υποθέσεις για την αιτιολογία των δύο αυτών παθήσεων που απαρτίζουν τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσους

(ΙΦΕΝ).

Λοιμώδη αίτια: Στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου κυριαρχούν οι εντερικές λοιμώξεις, σπανίζουν οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου. Αντιθέτως, στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες αυξάνει διαρκώς η συχνότης τόσο της ελκώδους κολίτιδος όσο και της νόσου του Crohn, ενώ οι λοιμώδεις εντεροκολίτιδες είναι σπανιότερες.

Αρχικά είχαν ενοχοποιηθεί κοινά μικρόβια λόγω της ομοιότητας της κλινικής εικόνας αλλά και των ιστολογικών αλλοιώσεων της δυσεντερίας που προκαλεί η shigella με την κλινική και ιστολογική εικόνα της ελκώδους κολίτιδος. Εξάλλου, η ιστολογική ομοιότης μεταξύ φυματώσεως του εντέρου και νόσου του Crohn, οδήγησε αρχικά στην υπόθεση ότι η νόσος οφείλεται σε λοιμώδους θεωρίας δόθηκε κυρίως από τους Mitchell και Rees (1970) που ανακοίνωσαν την μετάδοση κοκκιοματωδών αλλοιώσεων στα πέλματα ποντικών μετά από ένεση υλικού που προερχόταν από εντερικό βλεννογόνο ανθρώπου με νόσο Crohn. Χαρακτηριστικό της παρατηρήσεως ήταν ο μακρύς χρόνος επώσεως μεταξύ του ενοφθαλμισμού και της αναπτύξεως των ιστολογικών βλαβών στους ιστούς των πειραματοζώων. Παρότι άλλοι ερευνητές δεν επιβεβαιώνουν τις παραπάνω παρατηρήσεις, η γενική εντύπωση είναι ότι η θεωρία της λοιμώδους αντιλήψεως των ΙΦΕΝ έχει μέλλον.

Τα τελευταία χρόνια ενοχοποιούνται οι λεγόμενες I-μορφές βακτηριδίων που έχουν χάσει το μεγαλύτερο μέρος της κυτταρικής τους μεμβράνης. Οι οργανισμοί αυτοί παρουσιάζουν κυμαινόμενη λοιμογόνο δύναμη και αντιγονικότητα και μπορούν από την αδρανή φάση να μεταπέσουν σε δραστήριες νοσογόνες μορφές. Τέτοιες μορφές μικροβίων έχουν απομονωθεί από βιοψίες ορθού σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (Belsheim, 1983) και έτσι αναζωπυρώθηκε το ενδιαφέρον για τη σημασία των λοιμώξεων όπως και από τον Gitnick (1990) που υπήρξε από τους μεγάλους υποστηρικτές της λοιμώδους θεωρίας. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι ορισμένοι μικροοργανισμοί σχετίζονται με τις ΙΦΕΝ. Υπάρχει η πιθανότητα, το υπεύθυνο λοιμώδες αίτιο να προκαλεί τη φλεγμονώδη αντίδραση και κατόπιν να καταστρέφεται από τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού ή να παραμένει σε μη καλλιεργήσιμη μορφή. Εξάλλου, οι διάφοροι λοιμώδεις αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να έχουν έναν κοινό παρονομαστή λ.χ. ειδική επίδραση στο ανοσολογικό σύστημα, ικανότητα αποικισμού και εισβολή στο επιθήλιο, επίδραση στη βλέννη και το επιθήλιο κ.λπ.

Η άποψη της λοιμώδους αιτιολογίας έχει ενισχυθεί και από τη δημοσίευση ορισμένων οικογενειών με πολύ μεγάλο αριθμό ασθενών με ΙΦΕΝ λ.χ. οι Van Kruijninge (1993) περιγράφουν δύο γαλλικές οικογένειες. Στην πρώτη οι 2 γονείς και 4 παιδιά έπασχαν από νόσο του Crohn και στην δεύτερη 7 από 11 παιδιά έπασχαν από τη νόσο. Σε καμιά από τις δύο οικογένειες δεν υπήρχε κληρονομικό της νόσου. Όλες οι περιπτώσεις είχαν μελετηθεί διεξοδικά και είχαν αποκλεισθεί όλες οι γνωστές λοιμώξεις, οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι πιθανότατα ένα άγνωστο λοιμώδες αίτιο ευθύνεται για την συγκέντρωση τόσων πολλών περιπτώσεων νόσου του Crohn σε αυτές τις δύο οικογένειες. Ο Ljungh (1992) καταλήγει: “Επί του παρόντος δεν υπάρχουν καθοριστικές ενδείξεις για την ενοχή συγκεκριμένων λοιμωδών αιτίων στην αιτιολογία της ελκώδους κολίτιδος ή της νόσου του Crohn”.

Ανοσολογικοί μηχανισμοί: Υπάρχουν αδιαφιλονίκητες ενδείξεις που δείχνουν ότι στη νόσο του Crohn και στην ελκώδη κολίτιδα διεγείρεται το ανοσολογικό σύστημα του εντέρου. Το χόριο του βλεννογόνου διηθείται από λεμφοκύτταρα, μακροφάγα και άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού ιστού.

Εδώ και 30 χρόνια πραγματοποιείται μια εντονότατη προσπάθεια για την αναγνώριση του ενόχου αντιγόνου που προκαλεί την έντονη ανοσολογική ανταπόκριση που παρατηρείται στις ΙΦΕΝ, μία προσπάθεια που δεν έχει αποδώσει ακόμη. Η ερευνητική προσπάθεια επικεντρώθηκε τότε κυρίως στη μελέτη των φαινομένων που διαδραματίζονται στον εντερικό βλεννογόνο που είναι και ο χώρος εκδηλώσεως των ανοσολογικών διαταραχών των ΙΦΕΝ (Ming και Strickland 1986, Lowes και Jewell 1990).

Πίνακας 4: Ανοσολογικά φαινόμενα στην ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn
1) Συσχετιζόμενα σύνδρομα Αιμολυτική αναιμία, οζώδες ερύθημα, αφθώδης στοματίτις, ιρίτις, αγκυλοποιητική σπονδυλίτις, σκληρυντική χολαγγειίτις, χρόνια ενεργός ηπατίτις.
2) Αυξημένα επίπεδα ανοσοσφαιρινών στον ορό.
3) Διήθηση του εντερικού βλεννογόνου με ανοσοπαραγωγά κύτταρα (λεμφοκύτταρα-πλασματοκύτταρα).
4) Βελτίωση της κλινικής εικόνας μετά θεραπεία με κορτικοειδή και ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.
5) Πειραματική πρόκληση κολίτιδος σε πειραματόζωα με ανοσολογικούς χειρισμούς.

Οι πιθανοί ανοσολογικοί μηχανισμοί που μπορεί να προκαλέσουν ιστική βλάβη στο έντερο είναι: α) αντιδράσεις που προκαλούνται μέσω αντισωμάτων ή ανόσων συμπλεγμάτων και β) αντιδράσεις που προκαλούνται από δραστηριοποιημένα λεμφοκύτταρα.

Αντισωματικές αντιδράσεις: Η αρχική ιδέα υπήρξε ότι κυκλοφορούντα αυτοαντισώματα έναντι των επιθηλιακών κυττάρων του εντέρου αντιδρούν με τα επιθηλιακά κύτταρα του εντερικού βλεννογόνου και προκαλούν την ιστική καταστροφή και την ενεργοποίηση του μηχανισμού της φλεγμονής. Πράγματι, αντισώματα έναντι των επιθηλιακών κυττάρων είχαν ανιχνευθεί στην κυκλοφορία πριν πολλά χρόνια (Broberger και Perlmann 1959). Ακολούθησαν πολλές άλλες εργασίες που επιβεβαίωσαν τα ευρήματα αυτά και οδήγησαν στη θεωρία που κυριάρχησε στις αρχές της δεκαετίας του 1960, ότι δηλαδή η ελκώδης κολίτις και η νόσος του Crohn είναι αυτοάνοσες νόσοι που οφείλονται στην παρουσία αυτοαντισωμάτων. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, τα αυτοαντισώματα κατευθύνονται εναντίον των αντιγόνων της επιφανείας ορισμένων κολοβακτηριδίων αλλά τελικώς καταστρέφουν τα επιθηλιακά κύτταρα του βλεννογόνου (κατά λάθος) επειδή τα κύτταρα αυτά φέρουν στην επιφάνειά των ομοίους αντιγονικούς καθοριστές με τα κολοβακτηρίδια.

Αργότερα, η άποψη αυτή έχασε έδαφος γιατί έχει διαπιστωθεί ότι τα αντισώματα έναντι των επιθηλιακών κυττάρων δεν είναι ειδικά διότι βρέθηκαν και σε φυσιολογικά άτομα καθώς και σε αρρώστους με ουρολοίμωξη, πολυποδίαση του εντέρου, ευερέθιστο έντερο κ.λπ. Εξάλλου, η ελκώδης κολίτις έχει περιγραφεί σε ασθενείς με αγαμμασφαιριναιμία και το κυριώτερο, τα αντισώματα αυτά δεν είχαν καμιά κυτταροτοξικότητα όταν μελετήθηκαν σε καλλιέργειες ιστών (Broberger και Perlmann 1963). Εντούτοις, μια σειρά από παρατηρήσεις σε έγκυρα ερευνητικά κέντρα έφερε στο προσκήνιο την άποψη ότι η αυτοάνοση ενδέχεται να συμμετέχει στην αιτιολογία της ελκώδους κολίτιδος. Κατ' αρχήν οι αναγνωρισμένες αυτοάνοσες καταστάσεις είναι συχνότερες στην ελκώδη κολίτιδα (6.6%) από ό,τι στη νόσο του Crohn (1.9%) ή στους φυσιολογικούς μάρτυρες (2%) (Snook, 1989). Όπως έχει αναφερθεί ήδη, τα αυτοαντισώματα έναντι του πρωτοπλάσματος των πολυμορφοκυττάρων (ANCA), θεωρούνται από ορισμένους ότι είναι δείκτης μιας ομάδος ασθενών με αυτοάνοση μορφή ελκώδους κολίτιδος (Duerr, 1991). Ο Takahasi (1990), διεπίστωσε ότι η ανοσοσφαιρίνη IgG που καθηλώνεται στον βλεννογόνο του παχέος εντέρου ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, αντιδρά ειδικώς με μια πρωτεΐνη του επιθηλιακού κυττάρου (40 KDa). Η πρωτεΐνη αυτή δείχνει διασταυρούμενη αντίδραση μόνο με το επιθήλιο του χοληφόρου δένδρου και το δέρμα. Ο Das (1992), υποστηρίζει ότι ο κοινός επίτοπος μεταξύ

παχέος εντέρου, χοληφόρων και δέρματος, μπορεί να έχει σημασία για την παθογένεια της ελκώδους κολίτιδος, της σκληρυντικής χολαγγειίτιδος και των δερματικών εκδηλώσεων της ελκώδους κολίτιδος. Υπάρχει όμως και αντίλογος που συνιστά επιφυλακτικότητα στην αποδοχή της παραπάνω υποθέσεως και υπενθυμίζει ότι “αν και η πρωτεΐνη 40kDa βρίσκεται μόνο στην ελκώδη κολίτιδα και όχι στη νόσο του Crohn, εντούτοις και οι ασθενείς με νόσο του Crohn παρουσιάζουν σκληρυντική χολαγγειΐτιδα και ότι πριν δεχθεί κανείς την σημασία των αυτοαντισωμάτων, καλό είναι να αναπολήσει όλες τις άλλες ελκυστικές θεωρίες που δεν επιβεβαιώθηκαν ποτέ”. Το θέμα της αυτοανοσίας στην ελκώδη κολίτιδα συζητήθηκε σε σημαντική ανάλυση των ανοσολογικών φαινομένων των ΙΦΕΝ από τους Strober και Ehrhardt (1993) που διατηρούσαν έντονες επιφυλάξεις.

Η άποψη ότι οι βλάβες της ελκώδους κολίτιδος μπορεί να προκαλούνται από άνοσα συμπλέγματα, υποστηρίχθηκε για πρώτη φορά όταν διαπιστώθηκε η παρουσία συμπληρώματος (C3) και γ σφαιρίνης στον βλεννογόνο του εντέρου ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Άλλες εργασίες αργότερα επιβεβαίωσαν την ύπαρξη άνοσων συμπλεγμάτων τόσο στην ελκώδη κολίτιδα όσο και στη νόσο του Crohn.

Εντούτοις, δεν υπάρχει ομοφωνία για την πραγματική σημασία του φαινομένου αυτού. Εκτός από τα αντισώματα και τα ανοσοσυμπλέγματα, ένας τρίτος μηχανισμός ιστικής βλάβης αντισωματικής φύσεως που έχει ενοχοποιηθεί είναι η άμεση υπερευαισθησία που χαρακτηρίζεται από την φλεγμονή που προκαλείται από τη δράση της IgE ανοσοσφαιρίνης στα μαστοκύτταρα και την ελευθέρωση φαρμακολογικώς δραστικών αμινών. Υποστηρίχθηκε μάλιστα και η άποψη ότι το disodium chromoglycate που εμποδίζει την αντίδραση μεταξύ IgE ανοσοσφαιρίνης και μαστοκυττάρων, θα μπορούσε να είναι αποτελεσματικό στην ελκώδη κολίτιδα αλλά η ελπίδα αυτή δεν επιβεβαιώθηκε από πολλές μελέτες και η σημασία της IgE στην αιτιολογία της ελκώδους κολίτιδος δεν υποστηρίζεται πλέον.

Ψυχολογικοί παράγοντες: Η πρώτη συστηματική υποστήριξη της ψυχοσωματικής αιτιολογίας της ελκώδους κολίτιδος έγινε από τον Murray (1930). Σύμφωνα με την άποψη αυτή υπάρχει χαρακτηριστικός τύπος προσωπικότητας που είναι προδιατεθειμένος στην εκδήλωση ελκώδους κολίτιδος. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι άτομα συναισθηματικώς ανώριμα εξηρημένα με παθητική συμπεριφορά ιδιαίτερος ευαίσθητα σε καταστάσεις αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα μπορεί κάτω από επίμονο stress να παρουσιάσουν ελκώδη κολίτιδα. Οι γνωστές παρατηρήσεις

των μεταβολών της αιματώσεως του εντερικού βλεννογόνου και της εντερικής κινητικότητας κάτω από συνθήκες stress (Almy, 1951) έδωσαν ώθηση στις απόψεις αυτές εν όψει μάλιστα των πολυπλόκων ορμονο-νευρικών σχέσεων μεταξύ κεντρικού νευρικού συστήματος και εντέρου. Εν τούτοις, συστηματικές συγκριτικές μελέτες δεν έδειξαν την ύπαρξη χαρακτηριστικής προσωπικότητας στην ελκώδη κολίτιδα (Mendel, 1970 και Monk, 1970).

Σε μια σημαντική βιβλιογραφία (North, 1991), που περιλαμβάνει κυρίως σύγκριση πασχόντων από ελκώδη κολίτιδα με α) ασθενείς παθολογικών κλινικών β) υγιείς μάρτυρες και γ) δείγματα γενικού πληθυσμού συμπεραίνει ότι σε ορισμένους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, ψυχοπαιστικά γεγονότα προκαλούν υποτροπή της παθήσεως αλλά δεν υποστηρίζεται ότι ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν το γενεσιουργό αίτιο της νόσου.

Ανεξαρτήτως όμως αυτού, η αναγνώριση και η θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών αυτών διαταραχών έχουν πολύ μεγάλη σημασία στον χειρισμό του συνόλου των κλινικών προβλημάτων των ασθενών.

1.4 Άλλοι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες

α. Αγγειακοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί εν όψει των παθολογοανατομικών ομοιοτήτων μεταξύ ΙΦΕΝ και ισχαιμικής κολίτιδος. Σε πειραματικό επίπεδο αλλοιώσεις τύπου ελκώδους κολίτιδος ή κοκκιωματώδους εντερικής νόσου έχουν παραχθεί σε πειραματόζωα με τροποποίηση της αγγειακής αρδεύσεως του εντέρου και παλαιότερα διατυπώθηκε η άποψη ότι διαλείπων εγκολεασμός του εντέρου μπορεί να προκαλέσει ανεπάρκεια της ειλεοκολικής αρτηρίας και να οδηγήσει σε ειλεΐτιδα. Ο Faimburn (1973), υποστήριξε ότι οι αλλοιώσεις του βλεννογόνου στην ελκώδη κολίτιδα προκαλούνται από ελάττωση της μικροκυκλοφορίας εξαιτίας παρατεταμένων συσπάσεων του παχέος εντέρου. Οι Wakefield και συν (1991) ύστερα από ενδελεχή μελέτη με ανοσοϊστοχημικές τεχνικές χειρουργικών παρασκευασμάτων ασθενών με νόσο του Crohn, διεπίστωσαν την παρουσία κοκκιωματώδους αγγειίτιδος στα παρασκευάσματα χωρίς κοκκιώματα. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η μικροκυκλοφορία του εντέρου συμμετέχει ενεργώς και ουσιαστικώς στην παθογένεια της νόσου του Crohn.

β. Διαιτητικοί παράγοντες: Προ 80 ετών ο Andersen υπεστήριξε ότι η ελκώδης κολίτις οφείλεται σε αλλεργία στο γάλα αγελάδος (Andersen 1925). Οι εργασίες του Truelove ενίσχυσαν

την άποψη ότι υπάρχει σχέση μεταξύ ελκώδους κολίτιδος και λήψεως γάλακτος (Taylor και Truelove 1961, Truelove 1961). Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις αυτές, ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν ύφεση ή υποτροπή της νόσου αναλόγως της απομακρύνσεως ή επανεισαγωγής γάλακτος στο διαιτολόγιό τους. Οι Wright και Truelove (1965) διεπίστωσαν αυξημένα επίπεδα αντισωμάτων έναντι των πρωτεϊνών του γάλακτος στον ορό ασθενών που παρουσίαζαν συχνές υποτροπές. Αργότερα που έγινε γνωστή η σημασία της υπολακτασίας και βρέθηκε μεγάλη συχνότητα της καταστάσεως αυτής σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, επεκράτησε η άποψη ότι οι διακυμάνσεις της συμπτωματολογίας της νόσου σε σχέση με τη λήψη ή μη γάλακτος, οφείλονται μάλλον στη δυσανεξία έναντι της λακτόζης. Αλλα αίτια σχετιζόμενα με τη διατροφή όπως λ.χ. υδράργυρος στις τροφές, έχουν συζητηθεί αλλά δεν υπάρχουν πειστικές ενδείξεις ότι έχουν αιτιολογική σημασία. Εδώ και αρκετά τελευταία χρόνια έχουν προκύψει ισχυρές ενδείξεις που υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με νόσο του Crohn καταναλώνουν περισσότερη ζάχαρη και λιγότερα φρούτα από τους φυσιολογικούς μάρτυρες (Panza, 1987 και Katschinski, 1988). Πολλοί ειδικοί επί του θέματος πιστεύουν ότι πρέπει να μελετηθούν ειδικώς οι επιπτώσεις της καταναλώσεως ζάχαρης στη διαπερατότητα του εντερικού επιθηλίου και την αλληλεπίδραση της διατροφής με το κάπνισμα.

γ. Διαπερατότης εντερικού επιθηλίου: Ο εντερικός βλεννογόμος είναι η μεγάλη τερη εξωτερική επιφάνεια του σώματος και εκτίθεται σε τεράστιες συγκεντρώσεις αντιγόνων που προέρχονται από τις τροφές, από μικροοργανισμούς και τα προϊόντα του μεταβολισμού των. Για την προστασία του οργανισμού από τις βλαπτικές επιδράσεις των παραγόντων αυτών, ο βλεννογόμος πρέπει να δημιουργήσει έναν φραγμό που θα παρεμποδίζει τη διέλευση των τοξικών συστατικών του εντερικού περιεχομένου στη γενική κυκλοφορία.

Η ποσοτική εκτίμηση της ικανότητας του βλεννογόνου να λειτουργεί ως “φραγμός”, αναφέρεται ως “διαπερατότης του εντερικού επιθηλίου”. Η εντερική διαπερατότης εκτιμάται με την από του στόματος χορήγηση μη μεταβολιζομένων ουσιών που διαπερνούν τον εντερικό βλεννογόνο και αποβάλλονται στα ούρα (λακτουλόζη κ.ά.).

Υπάρχουν σήμερα ενδείξεις για την παρουσία διαταραχών σε ορισμένους θεμελιώδεις φυσιολογικούς μηχανισμούς στις ΙΦΕΝ. Σε ασθενείς με νόσο του Crohn και στους συγγενείς τους, έχει διαπιστωθεί αυξημένη διαπερατότης του εντερικού-επιθηλίου (Hollander, 1986). Ανάλογες διαταραχές έχουν διαπιστωθεί και σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (Bjarnason, 1983).

Αυτή η παρατήρηση οδηγεί στην υπόθεση ότι ενδεχομένως υπάρχουν εκλεκτικές διαφορές της διαπερατότητας σε ασθενείς με εντόπιση της νόσου στο λεπτό ή το παχύ έντερο. Η αυξημένη διαπερατότης αυξάνει το αντιγονικό φορτίο που υποχρεώνεται να αντιμετωπίσει το εντερικό ανοσολογικό σύστημα. Έχει διαπιστωθεί ότι διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν τη διαπερατότητα του εντερικού επιθηλίου. Λ.χ. Ασθενείς με ΙΦΕΝ παρουσιάζουν ποιοτικές διαφορές των γλυκοπρωτεϊνών της βλέννης του εντέρου που αυξάνουν τη διαπερατότητα (Podolsky 1987). Σε αναφορά στο θέμα, ο Hollander (1993) υποστηρίζει ότι η σταθερή επιβεβαίωση αυξημένης διαπερατότητας του εντερικού επιθηλίου σε συγγενείς ασθενών με νόσο του Crohn, είναι στοιχείο αποδεικτικής σημασίας για τον αιτιολογικό ρόλο που έχει η αυξημένη εντερική διαπερατότης στη νόσο του Crohn. Η άποψη αυτή ενισχύεται και από τις παρατηρήσεις των May (1993).

δ. Κάπνισμα: Παρατηρήσεις που έγιναν στην Αγγλία και άλλες χώρες, απέδειξαν ότι υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και ελκώδους κολίτιδος. Στην πρώτη μελέτη (Harriss και συν 1982), από 230 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, μόνο το 8% ήσαν καπνιστές ενώ στην ομάδα των φυσιολογικών μαρτύρων το ποσοστό των καπνιστών ήταν 44%. Εκτοτε, η άποψη ότι η ελκώδης κολίτις είναι “νόσος των μη καπνιστών” επιβεβαιώθηκε από πολλούς άλλους ερευνητές Uick και Walker 1983, Logan 1984, Παπαδημητρίου 1984). Ο Calkins (1989) που ανέλυσε τα αποτελέσματα παραπέρα, υποστηρίζει ότι ο κίνδυνος εκδηλώσεως ελκώδους κολίτιδος είναι μεγαλύτερος στους τέως καπνιστές παρά σε όσους δεν κάπνισαν ποτέ. Ο προστατευτικός ρόλος που ασκεί το κάπνισμα εξηγεί το γεγονός ότι η μέση ηλικία έναρξεως της νόσου στους τέως καπνιστές είναι μεγαλύτερη (γύρω στα 45) από τους μη καπνιστές (γύρω στα 30 χρόνια), (Motley, 1988).

Ο τρόπος με τον οποίο ασκείται η προστατευτική επίδραση του καπνίσματος δεν είναι γνωστός. Από μικρές μελέτες προκύπτει ότι η δράση αυτή ασκείται μέσω νικοτίνης. Πολλοί ασθενείς που ξαναρχίζουν το κάπνισμα και παρατηρούν βελτίωση, την αποδίδουν στη γενικότερη χαλάρωση και ευφορία καθώς και στον ομαλότερο ρυθμό κενώσεων που τους εξασφαλίζει το κάπνισμα. Εντούτοις, αυτές είναι αυθαίρετες απόψεις και γενικώς δεν πρέπει ο γιατρός να ενθαρρύνει την έναρξη του καπνίσματος ως θεραπευτικού μέτρου, λόγω των πολλών και σοβαρών αρνητικών επιπτώσεών του. Οι πιθανοί μηχανισμοί μέσω των οποίων το κάπνισμα επηρεάζει την ελκώδη κολίτιδα αναφέρονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5: Κάπνισμα και ελκώδης κολίτις. Πιθανοί μηχανισμοί	
1	Μεταβολές στη σύνθεση ή παραγωγή βλέννης στο έντερο
2	Αιμάτωση βλεννογόνου εντέρου
3	Ανοσολογικοί μηχανισμοί
4	Επίδραση στις ελεύθερες ρίζες οξυγόνου
5	Παραγωγή εικοσανοειδών από τον βλεννογόνο

Το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά το ανοσολογικό σύστημα με διάφορους τρόπους (Τ κύτταρα, μακροφάγα και κύτταρα φυσικοί φονείς), (Barton και συν 1990). Σχετικά με τη δράση του καπνίσματος στα ανοσολογικά φαινόμενα του παχέος εντέρου, οι Srivastava και συν (1991) και οι Motley και συν (1990), έκαναν σημαντικές παρατηρήσεις: Σε εκπλύματα του εντέρου πασχόντων από ελκώδη κολίτιδα και φυσιολογικών ατόμων, μελετήθηκαν τα αντισώματα έναντι διαφόρων μικροβιακών και άλλων αντιγόνων. Η μόνη διαφορά που διαπιστώθηκε ήταν ότι υπήρχαν ελαττωμένες πυκνότητες της ανοσοσφαιρίνης IgA στους καπνιστές με ελκώδη κολίτιδα σε σχέση με τους φυσιολογικούς μάρτυρες και το γενικό συμπέρασμα ήταν ότι το κάπνισμα δεν επενεργεί μέσω καταστολής των ανοσολογικών μηχανισμών του εντέρου.

Σε πειραματική εργασία μελέτης της επιδράσεως της νικοτίνης στον βλεννογόνο του εντέρου κουνελιών, από τους παραπάνω ερευνητές, διαπιστώθηκε ότι το πάχος του στρώματος της βλέννης του βλεννογόνου του ορθού παρουσίαζε ελάττωση με μικρές δόσεις νικοτίνης και αύξηση με μεγαλύτερες δόσεις. Ο ρυθμός συνθέσεως της βλέννης δεν επηρεάστηκε από τη νικοτίνη. Η νικοτίνη προκάλεσε ελάττωση της παραγωγής εικοσανοειδών από τον βλεννογόνο των πειραματοζώων. Σε συγκριτική μελέτη βιοψιών του ορθού φυσιολογικών ατόμων (καπνιστών και μη καπνιστών), διαπιστώθηκε μια γενική τάση ελαττώσεως παραγωγής εικοσανοειδών (Motley, 1990).

Αν και οι μέχρι τώρα μελέτες δεν διευκρινίζουν τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και ελκώδους κολίτιδος, υπάρχουν ελπίδες ότι τελικώς θα προκύψουν συμπεράσματα που ίσως επηρεάσουν τη θεραπευτική τακτική των φλεγμονωδών εντεροπαθειών.

Ελληνικά δεδομένα: Στη μελέτη του Ευαγγελισμού (Παπαδημητρίου, 1984), έγινε σύγκριση μεταξύ 100 ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και 100 καταλλήλων φυσιολογικών μαρτύρων. Διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ ελκώδους κολίτιδος και

καπνίσματος. σε μεγάλο ποσοστό ασθενών, η ελκώδης κολίτις εκδηλώθηκε σε χρονικό διάστημα μικρότερο του έτους μετά τη διακοπή του καπνίσματος (Σχήμα 1.5.). Επίσης, από την μελέτη αυτή προέκυψαν ενδείξεις ότι το κάπνισμα είχε ευνοϊκή επίδραση στην πορεία της νόσου.

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

ζ. Προϊόντα του μεταβολισμού: Σε μια θεωρητική προσπάθεια, ο Crotty (1994) υποστηρίζει ότι οποιαδήποτε υπόθεση της αιτιολογίας της ελκώδους κολίτιδος και της νόσου του Crohn πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν τους γενετικούς, γεωγραφικούς και εθνικούς παράγοντες, καθώς και την επίδραση του καπνίσματος και των αντισυλληπτικών όπως επίσης την ανατομική εντόπιση, τον υποτροπιάζοντα χαρακτήρα των ΙΦΕΝ και τη σχέση με τη σκληρυντική χολαγγειίτιδα. Ο Crotty υποστηρίζει ότι όλα αυτά τα φαινόμενα μπορούν να ερμηνευθούν από τη δράση μεταβολικών προϊόντων μιας εξωγενούς ουσίας που αποβάλλεται με τη χολή και ενεργοποιείται κατά τη διαδρομή της μέσα στον εντερικό αυλό.

1.5 Πειραματικά δεδομένα

Πειραματική κολίτις: Φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου έχουν περιγραφεί σε πειραματόζωα είτε μετά πρόκληση φλεγμονώδους αντιδράσεως με πειραματικούς χειρισμούς είτε ως αυτόματη εκδήλωση νόσου. Διάφοροι τοξικοί παράγοντες όπως οξείκο οξύ, φορμαλίνη, BCG υπό μορφήν ενέσεων στον εντερικό βλεννογόνο με ή χωρίς προηγούμενη ευαισθητοποίηση έχουν προκαλέσει φλεγμονώδη νόσο του εντέρου σε διάφορα πειραματόζωα. Ο σκοπός της προκλήσεως πειραματικής κολίτιδος είναι η προγραμματισμένη μελέτη των ανοσολογικών φαινομένων του εντέρου και η εκτίμηση των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων. Συνήθως οι κολίτιδες που προκαλούνται με τις μεθόδους που αναφέρθηκαν παραπάνω δεν έχουν μεγάλες ομοιότητες με την ελκώδη κολίτιδα του ανθρώπου ή τη νόσο του Crohn. Χρόνια νόσος με αρκετές ομοιότητες με την ελκώδη κολίτιδα του ανθρώπου μπορεί να προκληθεί εάν σε ένα πειραματόζωο (κουνέλι) που έχει ευαισθητοποιηθεί έναντι αντιγόνων των εντεροβακτηριδίων, προκληθεί τοπική φλεγμονή στο παχύ έντερο με έγχυση φορμαλίνης (Hodgson και συν 1978).

Αυτόματη εκδήλωση κολίτιδος με όλους τους κλινικούς, ενδοσκοπικούς και ιστολογικούς

χαρακτήρες της ελκώδους κολίτιδος καθώς και των επιπλοκών της έχει περιγραφεί σε ένα είδος πιθήκου (Cotton-Top Tamarin), (Clapp, 1988 και Madara, 1985). Σήμερα γίνεται δεκτό ότι από τη μελέτη της κολίτιδος του Cotton-Top Tamarin είναι ενδεχόμενο να προκύψουν πολλές χρήσιμες πληροφορίες για την παθογένεια της ελκώδους κολίτιδος του ανθρώπου και των επιπλοκών της (Warren και Watkins 1993).

Επίσης έχουν περιγραφεί ενδιαφέροντα δεδομένα από τη μελέτη ποντικών με ειδικά ανοσολογικά ελαττώματα. Οι Kuhn και συν (1993) περιγράφουν ποντικούς με ανεπάρκεια της ιντερλευκίνης 10 που αναπτύσσουν χρόνια εντεροκολίτιδα. Οι Sadlack (1993) μελέτησαν ποντικούς με ανεπάρκεια ιντερλευκίνης 2 που παρουσίασαν φλεγμονώδη εντεροπάθεια με εκπληκτική ομοιότητα προς την ελκώδη κολίτιδα του ανθρώπου. Οι Strober και Ehrhardt (1993) σε μια σε βάθος ανασκόπηση των ανοσολογικών φαινομένων της κολίτιδος των πειραματοζώων και των ΙΦΕΝ του ανθρώπου, καταλήγουν ότι οι ΙΦΕΝ οφείλονται σε μια μη ελεγχόμενη ανοσολογική αντίδραση απέναντι σε ένα ή περισσότερα φυσιολογικά αντιγόνα του εντερικού αυλού. Έτσι το ερώτημα που είχε τεθεί το 1988 από τον Joe Kirsner, αν πρόκειται για ανώμαλη αντίδραση σε κάποιον άγνωστο αντιγονικό παράγοντα με ειδικούς χαρακτήρες ή σε ανώμαλη αντίδραση έναντι φυσιολογικών αντιγόνων, φαίνεται ότι έχει απαντηθεί.

Την τρέχουσα άποψη για την αιτιολογία των ΙΦΕΝ διατυπώνει ο Pena (1992) ως εξής: “Η ελκώδης κολίτις και η νόσος του Crohn είναι ετερογενείς καταστάσεις πολυπαραγοντικής αιτιολογίας στις οποίες κληρονομικοί παράγοντες και παράγοντες του περιβάλλοντος αλληλεπιδρούν με τελικό αποτέλεσμα την πρόκληση της νόσου.” Η ασάφεια της διατυπώσεως τονίζει την άγνοια των βασικών αιτίων και μηχανισμών που εξακολουθεί να υπάρχει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΕΝΤΕΡΟΥ

2.1 Τι είναι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου

Σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται δύο κύριες παθήσεις, η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα. Οι δύο αυτές καταστάσεις μοιάζουν μεταξύ τους και αποδίδονται σε ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού μηχανισμού του πεπτικού σωλήνα. Η ελκώδης κολίτιδα περιορίζεται συνήθως στο παχύ έντερο και αφορά το βλεννογόνο (εσωτερικό τοίχωμα) του εντέρου, σ' αντίθεση με τη νόσο του Crohn, που μπορεί να προσβάλλει όλο τον πεπτικό σωλήνα από το στόμα έως τον πρωκτό και όλο το πάχος του εντέρου.

Σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται δύο κύριες παθήσεις, η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα. Οι δύο αυτές καταστάσεις μοιάζουν μεταξύ τους και αποδίδονται σε ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού μηχανισμού του πεπτικού σωλήνα. Η ελκώδης κολίτιδα περιορίζεται συνήθως στο παχύ έντερο και αφορά το βλεννογόνο (εσωτερικό τοίχωμα) του εντέρου, σ' αντίθεση με τη νόσο του Crohn, που μπορεί να προσβάλλει όλο τον πεπτικό σωλήνα από το στόμα έως τον πρωκτό και όλο το πάχος του εντέρου.

2.2 Ελκώδης κολίτις και νόσος του Crohn: Πρόκειται για μια ή για δύο νόσους;

Σχετικά με το ερώτημα αν η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτις καλύπτουν δύο περιοχές ενός νοσολογικού φάσματος ή αποτελούν ξεχωριστές νόσους, υπάρχει ακόμη ασάφεια. Σε ανάλυση των ενδείξεων υπέρ της μιας ή της άλλης απόψεως, ο Hodgson (1991) δηλώνει ότι από τα υπάρχοντα δεδομένα δεν είναι δυνατόν να υπάρξει απάντηση. Ο Shanahan (1993) υποστηρίζει ότι παρ' ό,τι οι δύο νόσοι έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά, οι τρέχουσες ενδείξεις δείχνουν ότι πρόκειται για δύο παθήσεις ξεχωριστές. Εκτός από τις κλινικές και επιδημιολογικές διαφορές, ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στην αντίθετη επίδραση που έχει το κάπνισμα στις δύο νόσους, αλλά οι κυρίως ενδείξεις που ενισχύουν την άποψη ότι πρόκειται περί διαφορετικών νόσων είναι ανοσολογικής φύσεως (Πίνακας 6). Μια άλλη δυνατότητα για τον διαχωρισμό μεταξύ ελκώδους

κολίτιδος και νόσου του Crohn φαίνεται ότι προσφέρει ο προσδιορισμός των αυτοαντισωμάτων έναντι των πολυμορφοπύρηνων (Pool, 1993).

Πίνακας 6: Ανοσολογικές διαφορές ελκώδους κολίτιδος και νόσου του Crohn		
	Ελκώδης κολίτις	Νόσος Crohn
Συσχέτιση με αυτοάνοσες νόσους	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Συσχέτιση με αυτοαντισώματα	ΙΣΧΥΡΗ	ΑΣΘΕΝΗΣ
Καθίζηση ανοσοσφαιρινών και αντισώματος	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Σχηματισμός κοκκιομάτων	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Τύπος ανοσοσφαιρινών βλεννογόνου	Ig G1	Ig G2
Εντερικά κύτταρα με έκφραση υποδοχέων IL2	Κυρίως μακροφάγα	Κυρίως κύτταρα T

Shanahan (1993)

2.3 Ελκώδεις Κολίτις – Κλινικές Απόψεις

“Όποιος γνωρίζει καλά την ελκώδη κολίτιδα γνωρίζει όλη την Ιατρική”

Sidney Truelove

Η ιδιοπαθής ελκώδης κολίτις είναι μία φλεγμονώδης νόσος που θίγει τον βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Είναι πάθηση χρόνια με υφέσεις και εξάρσεις που προσβάλλει κυρίως άτομα νέας και μέσης ηλικίας. Εκδηλώνεται με αιματηρές κενώσεις, διάρροια, πυρετό, κοιλιακό πόνο και μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές και κίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς. Επειδή δεν είναι γνωστή η αιτιολογία της νόσου, η θεραπεία είναι εμπειρική.

2.4 Παθολογοανατομικά στοιχεία

Οι φλεγμονώδεις αλλοιώσεις εντοπίζονται στον βλεννογόνο και σε μικρότερη έκταση στον υποβλεννογόνο. Τα βαθύτερα στρώματα των μυϊκών χιτώνων και ο ορογόνο δεν

προσβάλλονται και οι επιχώριοι λεμφαδένες δε συμμετέχουν πλην ίσως μιας μη ειδικής αντιδραστικής υπερπλασίας. Η φλεγμονή αυτή δεν είναι ειδική για την ελκώδη κολίτιδα, όμοιες αλλοιώσεις μπορούν να παρατηρηθούν και σε λοιμώδεις κολίτιδες. Παρόλ' αυτά η χρονιότητα της φλεγμονής, η παρουσία ψευδοαποστημάτων και η κοκκίωση του βλεννογόνου είναι ιδιαίτερος συχνά χαρακτηριστικά της ελκώδους κολίτιδος. Πολλές φορές η κατάσταση χρονίζει με χαρακτηριστική την ταυτόχρονη παρουσία αλλοιώσεων ιστικής καταστροφής και επουλώσεως. Οι περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζουν υποτροπιάζουσα πορεία. Σε περιόδους υφέσεως, ο βλεννογόνος μπορεί να ιαθεί τελείως ή να παραμείνει ατροφικός με ελαττωμένο αριθμό αδένων, παραμόρφωση της αρχιτεκτονικής των αδενικών κρυπτών και ανώμαλη πάχυνση του χορίου του βλεννογόνου.

2.5 Παθολογοανατομικές αλλοιώσεις και συμπτώματα

Τα δυο κορυφαία συμπτώματα, Οι αιματηρές κενώσεις και η διάρροια, εξηγούνται από την εκτεταμένη προσβολή του βλεννογόνου. Η αιμορραγία οφείλεται στις εξελκώσεις, στην υπεραιμία του βλεννογόνου και στον σχηματισμό του αγγειοβριθούς ευθρύπτου κοκκιώδους ιστού. Οι υδαρείς κενώσεις αποδίδονται στις μεταβολές της λειτουργίας του βλεννογόνου που λόγω της βλάβης παρουσιάζει ελάττωση της ικανότητας για την απορρόφηση νατρίου και ύδατος. Η συχνότης της διάρροιας στην ελκώδη κολίτιδα κυμαίνεται μεταξύ 62 και 92% σε διάφορες σειρές ασθενών (Wilson, 1992).

Για την αξιολόγηση της διάρροιας στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν τουλάχιστον πέντε πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί:

α) ενεργητική έκκριση νερού και ηλεκτρολυτών, β) δυσαπορρόφηση, γ) αυξημένη κινητικότητα και κατά συνέπεια ελαττωμένος χρόνος διαδρομής του εντερικού περιεχομένου, δ) διαταραχές της διαπερατότητας των μεμβρανών των κυττάρων και ε) ιατρογενή αίτια.

Στην ελκώδη κολίτιδα παρατηρείται επίσης διαταραχή της κινητικότητας του λεπτού εντέρου (Manousos και Salem 1965, Rao, 1987) αλλά η κύρια διαταραχή της κινητικότητας που συμβάλλει στην διάρροια είναι η αδυναμία του ορθού να συγκρατήσει σημαντικό όγκο περιεχομένου. Το ορθό που φλεγμαίνει έχει μεγάλη ευερεθιστότητα και μόλις διαταθεί αποβάλλει το περιεχόμενό του χωρίς καθυστέρηση. Η ιδιότης αυτή του ορθού είναι υπεύθυνη για

τις συχνές κενώσεις και την ακράτεια κοπράνων που παρατηρούνται συχνά στην ελκώδη κολίτιδα (Rao, 1987). Απ' όλα αυτά προκύπτει επίσης ότι υπάρχει στάση στο δεξιό τμήμα του παχέος εντέρου και στο λεπτό έντερο, εύρημα που υπογραμμίζει τους κινδύνους χορηγήσεως οπιούχων ή άλλων ισχυρών αντιδιαρροϊκών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της διαρροίας της ελκώδους κολίτιδος. Επίσης η παρατήρηση αυτή εξηγεί το φαινομενικώς παράδοξο φαινόμενο ότι ένα ποσοστό ασθενών με ελκώδη κολίτιδα δεν παρουσιάζει διάρροια αλλά δυσκοιλιότητα (Rao, 1987). Εχουν επίσης περιγραφεί περιπτώσεις επιδεινώσεως της διαρροίας λόγω αλλεργικής αντιδράσεως στη χορήγηση σαλαζοπυρίνης και των νεωτέρων σαλικυλικών φαρμάκων (Schwartz, 1982). Εδώ πρέπει να αναφερθεί επίσης ότι υπάρχουν χρόνιες περιπτώσεις με εκτεταμένη ή καθολική προσβολή του εντέρου που, ενώ βρίσκονται σε ύφεση της φλεγμονής που επιβεβαιώνεται ενδοσκοπικώς, παρουσιάζουν πολλές και επίμονες διαρροϊκές κενώσεις. Η διάρροια αυτή, που οφείλεται προφανώς σε αδυναμία απορροφήσεως ύδατος από τον ατροφικό βλεννογόνο, δεν υφίεται με την υποχώρηση της φλεγμονής του βλεννογόνου και πρέπει να αντιμετωπίζεται συμπτωματικώς.

Ο περιορισμός των αλλοιώσεων στον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο εξηγεί τη σπανιότητα ισχυρού κοιλιακού πόνου, περιτοναϊκών σημείων, αποφράξεως, διατρήσεως και τον σχηματισμό συριγγίων. Βέβαια στη σπάνια κεραυνοβόλο μορφή της νόσου μπορούν να παρατηρηθούν οι επικίνδυνες επιπλοκές της διατρήσεως και του τοξικού μεγακόλου, που αποδίδονται στη διατοιχωματική επέκταση της φλεγμονής μέχρι και του ορογόνου. Ο πυρετός είναι σύμπτωμα κολίτιδος βαρείας μορφής αλλά μπορεί να παρατηρηθεί και σε ηπιότερες περιπτώσεις της νόσου που επιπλέκονται από αποστήματα.

2.6 Κλινική διαδρομή

Οι ασθενείς αναφέρουν συχνά ότι η έναρξη της νόσου συνδυάζεται με διάφορους παράγοντες όπως λ.χ. λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος, “ίωση των εντέρων” ταξίδι, ψυχική υπερένταση ή με κάποιο συγκεκριμένο δυσάρεστο γεγονός.

Η ελκώδης κολίτις είναι νόσος που παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία στην κλινική διαδρομή, στην ένταση των συμπτωμάτων και στην τελική έκβαση. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (60-75%) παρουσιάζει συχνούς παροξυσμούς (υποτροπιάζουσα μορφή) με πλήρεις υφέσεις στα

μεταξύ των παροξυσμών χρονικά διαστήματα. Ένα μικρό ποσοστό (5-15%) παρουσιάζει τη χρόνια συνεχή μορφή της νόσου με ήπια αλλά αδιάκοπα συμπτώματα και τέλος ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό χαρακτηρίζεται από ένα τυπικό επεισόδιο κολίτιδος, πλήρη ύφεση για πολλά χρόνια και κατόπιν παρουσιάζει υποτροπή (Edwards και Truelove 1963). Αναφέρονται σπανιότατες περιπτώσεις που κάνουν μόνο ένα αρχικό επεισόδιο συμπτωμάτων και μετά ακολουθεί μόνιμη ύφεση της νόσου. Υπάρχει όμως πάντοτε η πιθανότητα, οι ασθενείς αυτοί να μην έπασχαν από ελκώδη κολίτιδα αλλά από κάποια μορφή λοιμώδους κολίτιδος.

Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για την ανεύρεση δεικτών που θα επιτρέψουν την πρόβλεψη των υποτροπών της νόσου αλλά τα μέχρι τώρα αποτελέσματα δεν είναι ενθαρρυντικά. Από ορισμένους έχει υποστηριχθεί ότι οι υποτροπές της νόσου συμβαίνουν συχνότερα ορισμένες εποχές του χρόνου. Έτσι μόνη μέθοδος που έχει πιθανότητες να προβλέψει υποτροπές της νόσου είναι η συστηματική ενδοσκοπική και ιστολογική εξέταση βιοψιών παχέος εντέρου κατά τακτά διαστήματα. Ο Μάντζαρης (1993) διεπίστωσε ότι η ύπαρξη ιστολογικών στοιχείων φλεγμονής του βλεννογόνου του παχέος εντέρου ακόμη και όταν ο βλεννογόνος ήταν μακροσκοπικώς φυσιολογικός, ήταν αψευδές σημείο επικείμενης κλινικής υποτροπής της νόσου.

Η ένταση των συμπτωμάτων της ελκώδους κολίτιδος είναι ανάλογη με τη βαρύτητα των ιστολογικών αλλοιώσεων και την έκταση της προσβολής του παχέος εντέρου αλλά όχι πάντοτε. Υπάρχουν λ.χ. περιπτώσεις που ο ασθενής παραπονείται για υδαρείς κενώσεις χωρίς παρουσία αίματος ή άλλων στοιχείων φλεγμονής και μόνο η ενδοσκόπηση αποκαλύπτει την παρουσία τυπικών αλλοιώσεων της ελκώδους κολίτιδος.

Αιμορραγία: Το αίμα είναι συνήθως αναμεμιγμένο με κοπρανώδη στοιχεία. Σε βαρειές μορφές της νόσου το εντερικό περιεχόμενο παίρνει βυσσινί χρώμα και η σύσταση του είναι κρεμώδης λόγω της αναμίξεως του αίματος με πύον, βλέννη και κόπρανα. Σπανίως παρατηρείται ραγδαία αιμορραγία που απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

Διάρροια: Οι περισσότεροι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα παρουσιάζουν 5-10 ρευστές κενώσεις την ημέρα καθώς και νυχτερινή διάρροια. Χαρακτηριστικώς παρατηρείται διαρροϊκή κένωση αμέσως μετά τα γεύματα. Η ανάγκη για κένωση είναι επίμονη έτσι που ο άρρωστος φοβάται να απομακρυνθεί από το σπίτι του. Συχνά παρατηρείται πλήρης ακράτεια κοπράνων. Δεν πρέπει όμως να διαφεύγει ότι σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών προέχει η δυσκοιλιότητα.

Άλλο χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι ο **τεινεσμός** που οδηγεί τον ασθενή συχνά στην

τουαλέτα.

Κοιλιακός πόνος: Δεν παρατηρείται στην ελκώδη κολίτιδα ισχυρός κοιλιακός πόνος παρά μόνο στις σπάνιες περιπτώσεις κεραυνοβόλου μορφής της νόσου που επιπλέκεται από διάτρηση του παχέος εντέρου. Στις συνήθεις μορφές της νόσου παρατηρείται ήπιος κοιλιακός πόνος ιδίως στο υπογάστριο που υφίεται με την κένωση. Ο πόνος αποδίδεται στη διάταση του εντερικού αυλού.

Η παρουσία των άλλων συμπτωμάτων (πυρετός, ταχυκαρδία κ.λπ.) της ελκώδους κολίτιδος είναι συνάρτηση της κλινικής βαρύτητας εκτός από τις εξωεντερικές εκδηλώσεις που μπορεί να υπάρχουν ανεξαρτήτως του βαθμού της φλεγμονής του εντέρου.

2.7 Ταξινόμηση αναλόγως της κλινικής εικόνας.

Μεγάλη σημασία για τον θεραπευτικό χειρισμό μιας περιπτώσεως έχει η κατάταξή της από πλευράς βαρύτητας (Πίνακας 7). Η ταξινόμηση που έχει προταθεί από τους Truelove και Witts (1955), έχει αντέξει στη δοκιμασία του χρόνου και είναι γενικά αποδεκτή. Σύμφωνα με αυτήν, βαρείας μορφής χαρακτηρίζεται η νόσος όταν ο αριθμός των διαρροϊκών κενώσεων που περιέχουν αίμα και πύον υπερβαίνει τις 6 ανά 24ωρο, συνυπάρχει πυρετός, ταχυκαρδία, αναιμία και αύξηση της ταχύτητας καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Πίνακας 7: Κριτήρια καθορισμού της βαρύτητας των επεισοδίων της ελκώδους κολίτιδος

	Βαρύ επεισόδιο	Ηπιο επεισόδιο
Διαρροϊκές κενώσεις / 24ωρο	>6	4 ή <4
Αίμα στις κενώσεις	Αφθονο	Ελάχιστο
Πυρετός	>380	Όχι
Σφύξεις	>90	Φυσιολογικές
Αναιμία	Αιμοσφαιρίνη < 75%	Όχι
ΤΚΕ (1 η ώρα)	>30	Φυσιολογική

Στα επεισόδια μετρίας βαρύτητας τα συμπτώματα είναι ενδιάμεσα. (Truelove – Witts 1955)

Μια περίπτωση χαρακτηρίζεται ως ήπια μορφή, όταν οι κενώσεις είναι κάτω από 4 το 24ωρο, δεν υπάρχει μεγάλη ποσότητα αίματος στα κόπρανα ούτε συστηματικές εκδηλώσεις (πυρετός-ταχυκαρδία) και η ΤΚΕ είναι φυσιολογική. Οσες περιπτώσεις βρίσκονται ανάμεσα στις δύο αυτές μορφές, θεωρούνται “ενδιάμεσης” ή “μετρίου” βαρύτητας (Πίνακας 1.7).

Από απόψεως κλινικών εκδηλώσεων περιγράφονται τέσσερις τύποι που αναφέρονται στον πίνακα 8.

Πίνακας 8: Κλινικοί τύποι ελκώδους κολίτιδος
Ορθίτις
Κολίτις ηπίας μορφής
Κολίτις μέσης βαρύτητας
Βαρεία ή κεραυνοβόλος κολίτις

Ορθίτις: Η αιμορραγική ή ελκώδης ορθίτις χαρακτηρίζεται από εντόπιση της φλεγμονής στα κατώτερα 5-10 μόνο εκ. του παχέος εντέρου. Τα συμπτώματα της ορθίτιδος είναι αρκετά τυπικά, ο άρρωστος παραπονείται για παρουσία ερυθρού αίματος στις κενώσεις που είναι συνήθως φυσιολογικής συστάσεως. Διάρροια κατά κανόνα απουσιάζει, αντιθέτως οι ασθενείς παραπονούνται συνήθως για δυσκοιλιότητα. Η αιμορραγία αποδίδεται από τους ασθενείς σε αιμορροΐδες, αν όμως επιμείνει κανείς σε λεπτομερές ιστορικό, θα διαπιστώσει ότι εκτός από καθαρό αίμα υπάρχουν και αιματηρές βλέννες, στοιχείο που κατευθύνει στη διάγνωση φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Στις περισσότερες περιπτώσεις η ορθίτις παραμένει εντοπισμένη και προκαλεί μόνο τοπικά συμπτώματα (αιμορραγία, τεινεσμό, πόνο κ.λπ.) Σε ένα ποσοστό μπορεί να γενικευτεί και να μεταπέσει σε τυπική ελκώδη κολίτιδα (Powell-Tuck, 1977). Η πιθανότητα επεκτάσεως στο σιγμοειδές είναι 30% σε 10 χρόνια ενώ πλήρης γενίκευση της νόσου παρατηρείται σε 5-10% σε διάστημα 10 ετών (Ritchie, 1978).

Η ορθίτις ακολουθεί διαλείπουσα υποτροπιάζουσα πορεία. Από τη μελέτη του νοσοκομείου St Mark's του Λονδίνου (Ritchie και Hawley 1983) προκύπτει ότι σε διάστημα παρακολούθησής τους 9 ετών, οι 24 από τις 76 αρχικές περιπτώσεις παρουσίασαν πλήρη ύφεση και

απαλλαγή από τα συμπτώματα. Επίσης προκύπτει ότι η πορεία της ιδιοπαθούς ορθίτιδος είναι γενικώς ήπια.

Εντούτοις υπάρχουν περιπτώσεις ορθίτιδος με πολύ επίμονη και βασανιστική συμπτωματολογία που δεν υφίεται με τα συνήθη θεραπευτικά μέτρα και θέτει σε δοκιμασία όλη την επινοητικότητα και φαντασία του θεράποντος.

Ήπια κολίτις: Πρόκειται για τον συνηθέστερο τύπο της νόσου που συνήθως χαρακτηρίζεται από εντόπιση της νόσου στο ορθοσιγμοειδές αν και σπανίως μπορεί να υπάρχει και πιο εκτεταμένη προσβολή του παχέος εντέρου. Από πλευράς κλινικών εκδηλώσεων το κύριο σύμπτωμα είναι οι αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις ενώ απουσιάζουν οι συστηματικές εκδηλώσεις. Σπανίως το μόνο σύμπτωμα είναι αίμα στα κόπρανα χωρίς διάρροια ή διαρροϊκές κενώσεις, χωρίς πρόσμιξη αίματος ή,ακόμη, σπανιότερα δεν υπάρχουν καθόλου εντερικά ενοχλήματα και η νόσος εκφράζεται μόνο με εξωεντερικές εκδηλώσεις (οζώδες ερύθημα, αρθρίτιδα κλπ).

Κολίτις μετρίας βαρύτητας: Η μορφή αυτή της νόσου παρουσιάζεται στο 1/4 περίπου των περιπτώσεων. Εδώ προέχει η διάρροια ενώ ο κοιλιακός πόνος μπορεί να ξυπνήσει τον ασθενή τη νύχτα και υφίεται με την κένωση. Συχνά παρατηρείται χαμηλή πυρετική κίνηση και ο ασθενής νιώθει κουρασμένος και άκεφος. Η όρεξη όμως διατηρείται σχετικώς καλή. Η μορφή αυτή της νόσου ανταποκρίνεται συνήθως στη θεραπεία με θεαματικό τρόπο και είναι ακριβώς οι περιπτώσεις μετρίας βαρύτητας στις οποίες η εισαγωγή των Κορτικοειδών στη θεραπευτική υπήρξε ιδιαίτερος αποτελεσματική (Edwards και Truelove 1989, Μανούσος, 1992).

Πρέπει πάντως να τονισθεί ότι μία περίπτωση “μετρίας βαρύτητας” μπορεί από τη μια στιγμή στην άλλη να παρουσιάσει επιδείνωση και να μεταπέσει στην επόμενη βαθμίδα.

Βαρεία (κεραυνοβόλιος) κολίτις: Ένα μικρό ευτυχώς μόνο ποσοστό των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, παρουσιάζει βαρεία κλινική εικόνα με μεγάλο αριθμό αιματηρών διαρροϊκών κενώσεων, υψηλό πυρετό, ταχυκαρδία, ανορεξία. Συνήθως η κατάσταση συνεχίζει να επιδεινώνεται με ραγδαίο ρυθμό, επέρχεται αναιμία, υπολευκωματιναιμία, υποκαλιαιμία, λευκοκυττάρωση και η ζωή του ασθενούς διατρέχει άμεσο κίνδυνο γιατί εκτός από τα παραπάνω ευρήματα υπάρχει και η πιθανότητα των επικινδύνων επιπλοκών (διάτρηση εντέρου, τοξικό megacolon). Όταν ο άρρωστος φτάσει σ' αυτήν την κατάσταση υπάρχει απόλυτη ένδειξη για άμεση χειρουργική επέμβαση με σκοπό την επείγουσα κολεκτομή.

2.8 Διάγνωση - Κλινικοεργαστηριακά δεδομένα

Η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδος στηρίζεται στο ιστορικό/ στην μακροσκοπική και μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων αλλά κυρίως στην παρουσία των χαρακτηριστικών αλλοιώσεων του εντερικού βλεννογόνου που διαπιστώνονται με την ενδοσκόπηση. Η ακτινολογική μελέτη δίδει πολύτιμες πληροφορίες αλλά η τελική επιβεβαίωση της διαγνώσεως γίνεται με την ιστολογική εξέταση δειγμάτων βλεννογόνου του ορθού ή άλλων περιοχών του παχέος εντέρου. Η κλινική εξέταση βοηθά στην εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς επισημαίνει την ύπαρξη αφυδατώσεως πυρετού ή ταχυκαρδίας (που είναι αξιόπιστοι δείκτες της βαρύτητας της νόσου) την ύπαρξη αναιμίας (ωχρότης), υπολευκοματιναιμίας (οίδημα) και των εξωεντερικών εκδηλώσεων (πληκτροδακτυλία, ίκτερος, αρθρίτις, ιρίτις, αφθώδης στοματίτις, οζώδες ερύθημα κ.λπ). Επίσης η φυσική εξέταση είναι πολύ χρήσιμη για την ανίχνευση σε πρώιμο στάδιο των τοπικών επιπλοκών (τοξικό megacolon και διάτρηση). Στις συνήθεις όμως περιπτώσεις κολίτιδος ηπίας ή μετρίου βαρύτητας, η φυσική εξέταση είναι τελείως αρνητική εκτός από την παρουσία ελαφράς ευαισθησίας στην ψηλάφηση της κοιλιάς. Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος δείχνει συνήθως φυσιολογικά ευρήματα σε περιπτώσεις ηπίας ή μετρίου βαρύτητας. Σε βαρύτερες μορφές της νόσου με παρατεταμένη συμπτωματολογία ανευρίσκεται σιδηροπενία και υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία. Η ενεργός δραστηριότητα της νόσου συνδυάζεται συχνά με αύξηση της ΤΚΕ και της CRP, των ορομυκοειδών και του αριθμού των αιμοπεταλίων.

Σημαντικές διαγνωστικές πληροφορίες παρέχονται από την εξέταση των κοπράνων ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Οι ασθενείς με ορθίτιδα έχουν συνήθως κόπρανα σκληράς συστάσεως που καλύπτονται από πρόσφατο αίμα και πύον.

Αντιθέτως ασθενείς με εκτεταμένη νόσο έχουν ρευστές ή ημισχηματισμένες κενώσεις που περιέχουν αίμα και βλέννη. Μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων αποκαλύπτει την παρουσία μεγάλων αριθμών πυοσφαιρίων καθώς και η ωσινοφίλων. Για τον αποκλεισμό λοιμωδών αιτιών κολίτιδος πρέπει να γίνονται καλλιέργειες για διάφορα παθογόνα (σαλμονέλλες, σιγκέλλες, καμπυλοβακτηρίδιο της νήστιδος, *Clostridium difficile*) καθώς και μικροσκοπική εξέταση για την αναζήτηση ιστολυτικών αμοιβάδων (Jewell, 1992).

2.9 Ενδοσκοπική μελέτη

Η ενδοσκοπική εκτίμηση του παχέος εντέρου είναι η κορυφαία μέθοδος για τη διάγνωση και την παρακολούθηση της ελκώδους κολίτιδος. Αν και η σφραγίδα της διαγνώσεως είναι η ιστολογική επιβεβαίωση, η ενδοσκόπηση έχει μεγάλο βαθμό διαγνωστικής αυτοδυναμίας όταν εκτελείται από πεπειραμένο γιατρό.

Η κλασική ορθοσιγμοειδοσκόπηση που προσέφερε μεγάλες υπηρεσίες τόσο στη διαγνωστική όσο και στην ερευνητική μελέτη της ελκώδους κολίτιδος, εξακολουθεί να χρησιμοποιείται και να επαρκεί κυρίως σε περιπτώσεις ορθίτιδος ή ορθοσιγμοειδίτιδος. Με την εξέλιξη της τεχνολογίας και την διαρκώς μεγαλύτερη χρησιμοποίηση των εύκαμπτων ενδοσκοπίων, το άκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο παραχωρεί έδαφος στο εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο που καλύπτει τα κατώτερα 70 cm του παχέος εντέρου και στο κολονοσκόπιο που χρησιμοποιείται για την πλήρη ενδοσκοπική εκτίμηση ολοκλήρου του παχέος εντέρου και του τελικού ειλεού.

Τρόποι ενδοσκοπικής προσεγγίσεως

α) Ορθοσιγμοειδοσκόπηση: Η εξέταση αυτή είναι “εκ των ων ουκ άνευ”.

Πρέπει να εκτελείται σε κάθε άρρωστο με διαρροϊκό σύνδρομο και μάλιστα χωρίς προηγούμενη εντερική προετοιμασία. Έτσι, ακόμη και οι πρώιμες ηπιότατες αλλοιώσεις του βλεννογόνου των πολύ αρχικών σταδίων της ελκώδους κολίτιδος, θα γίνουν αντιληπτές, ενώ αν προηγηθεί προετοιμασία με υποκλυσμούς ή καθαρτικά, οι ήπιες αλλοιώσεις μπορεί να αποδοθούν στον ερεθισμό που προκαλεί η εντερική προετοιμασία. Η τακτική αυτή της ορθοσκοπήσεως χωρίς προετοιμασία είναι χρήσιμη για τη μελέτη γενικευμένων αλλοιώσεων του βλεννογόνου όπως συμβαίνει στην ελκώδη κολίτιδα. Όταν όμως η κλινική υποψία κατευθύνει στην αναζήτηση νεοπλασίας, τότε πρέπει να προηγείται επιμελής καθαρισμός του εντέρου.

β) Κολονοσκόπηση: Η μελέτη του παχέος εντέρου με τα εύκαμπτα ενδοσκόπια είναι στην εποχή μας η κεντρική διαγνωστική μέθοδος για την μελέτη των κολιτίδων. Αν και για την πλήρη αξιοποίηση των δυνατοτήτων του κολονοσκοπίου απαιτείται μεγάλη τεχνική επάρκεια από τον εξεταστή εξαιτίας της ελικοειδούς πορείας του εντέρου, είναι σήμερα δυνατή η πλήρης διαγνωστική εκτίμηση σχεδόν στο σύνολο των περιπτώσεων. Βιοψίες μπορούν να ληφθούν από όλα τα σημεία του παχέος εντέρου καθώς και από τον τελικό ειλεό.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εκτέλεση ικανοποιητικής κολονοσκοπήσεως είναι η ενδεδειγμένη προετοιμασία του εντέρου (τριήμερη υδρική διαίτα και χορήγηση ισχυρού καθαρτικού την παραμονή της ημέρας της κολονοσκοπήσεως). Μια αρνητική πλευρά της εξετάσεως είναι η δυσφορία και ο κοιλιακός πόνος που προκαλείται σε μεγάλο αριθμό ασθενών ώστε να είναι πάντοτε απαραίτητη η χορήγηση ισχυρών αναλγητικών και κατευναστικών.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίδεται στην απολύμανση των κολονοσκοπίων μετά τη χρησιμοποίησή τους.

Ενδοσκοπικά ευρήματα: Ο φυσιολογικός βλεννογόνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται ως λεία και στιλπνή επιφάνεια που αντανακλά το φως του ενδοσκοπίου με ομαλό τρόπο. Το χρώμα του βλεννογόνου είναι ρόδινο αλλά μπορεί νοείναι και πιο σκούρο κόκκινο, ιδίως αν έχει προηγηθεί εντερική προετοιμασία. Ο βλεννογόνος είναι διαφανής και τα αγγεία του υποβλεννογονίου είναι ορατά και φαίνονται να διακλαδίζονται όπως τα "νεύρα" ενός φύλλου δένδρου. Ο φυσιολογικός βλεννογόνος είναι πολύ ανθεκτικός και δεν αιμορραγεί εύκολα με την απλή επαφή ακόμη και του ακάμπτου ενδοσκοπίου, ούτε με την άσκηση πίεσεως στον βλεννογόνο με τολύπιο βάμβακος. Το ορθοσιγμοειδές διατείνεται εύκολα και η εξέταση αν γίνεται με αβρότητα από έμπειρο εξεταστή δεν προκαλεί καθόλου πόνο στις περισσότερες περιπτώσεις φυσιολογικών ατόμων. Βεβαίως οι άρρωστοι με ευερέθιστο έντερο παρουσιάζουν συχνά επώδυνο σπασμό του εντέρου κατά τη διάρκεια της εξετάσεως.

Στην ελκώδη κολίτιδα ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου πάσχει από πολλές απόψεις. Πρώτα-πρώτα αναπτύσσεται οίδημα έτσι που ο βλεννογόνος γίνεται αδιαφανής και τα υποβλεννογονία αγγεία δεν είναι πλέον ορατά. Η φλεγμονώδης διήθηση και οι επιπολής διαβρώσεις δίδουν στην επιφάνεια του βλεννογόνου μια ανώμαλη όψη και η αντανάκλαση του φωτός στις πολλές μικρές επιφάνειες του φλεγμαίνοντος βλεννογόνου δίδει την τυπική κοκκιώδη εμφάνιση που είναι χαρακτηριστική για την ελκώδη κολίτιδα. Ένα σπουδαίο διαγνωστικό σημείο είναι η ευθρυπτότης του βλεννογόνου που οφείλεται στη μεγάλη υπεραιμία και την ύπαρξη των διαβρώσεων. Απλή επαφή με το ενδοσκόπιο ή ακόμη και ηπιότατο σκούπισμα του βλεννογόνου με τολύπιο προκαλεί αιμορραγία (Εικόνα 1).

Σε βαρύτερες μορφές της νόσου ο βλεννογόνος αιμορραγεί αυτομάτως και τα έλκη που είναι μεγάλου μεγέθους διακρίνονται εύκολα (Εικόνα 2). Επίσης, παρατηρούνται ψευδοπολύποδες που οφείλονται σε υπερπλασία νησιδίων βλεννογόνου και παρουσιάζονται ως ανώμαλες

προσεκβολές του βλεννογόνου στον εντερικό αυλό (Εικόνα 3). Στον βλεννογόνο είναι συχνά προσκολλημένα στρώματα πυοβλεννώδους υγρού που μπορεί να υπάρχει και στον εντερικό αυλό. Σε προχωρημένες χρόνιες μορφές κολίτιδος τα τοιχώματα του εντέρου παρουσιάζουν δυσκαμψία και ελάττωση της ελαστικότητας που γίνεται αντιληπτή ιδίως μετά από εμφύσηση αέρος. Η ενδοσκόπηση δείχνει σκλήρυνση του αυλού και ατροφία του βλεννογόνου χωρίς εμφανή σημεία φλεγμονών (Εικόνα 4, 5).

Τα ευρήματα που περιγράφηκαν παραπάνω δεν υπάρχουν σε όλες τις περιπτώσεις. Στις ήπιες μορφές κολίτιδος ο βλεννογόνος δείχνει μόνο ευθρυπτότητα. Η παρουσία ή όχι των άλλων χαρακτηριστικών ενδοσκοπικών ευρημάτων εξαρτάται από το στάδιο εξέλιξης της νόσου και από τη θεραπεία που έχει προηγηθεί.

Λ.χ. τοπική θεραπεία με υποκλυσμούς κορτικοειδών μπορεί να οδηγήσει σε εντυπωσιακή υποχώρηση των αλλοιώσεων του βλεννογόνου στην περιοχή που έρχεται σε επαφή με το φάρμακο ενώ στα ανώτερα επίπεδα του εντέρου, οι αλλοιώσεις διατηρούνται.

Η ιστολογική εκτίμηση του βλεννογόνου του ορθού με χρώσεις αιματοξυλίνης-ηωσίνης είναι σήμερα ο εγκυρότερος τρόπος εκτιμήσεως της πορείας της ελκώδους κολίτιδος. Οι λεπτές λαβίδες βιοψίας του κολονοσκοπίου είναι σχεδόν τελείως ασφαλείς και χρησιμοποιούνται για τη λήψη βιοψιών από όλα τα επίπεδα του παχέος εντέρου αλλά τα δείγματα του βλεννογόνου που λαμβάνονται με τις λαβίδες αυτές είναι πολύ μικρά. Η κολονοσκόπηση όταν εκτελείται από πεπειραμένο εξεταστή είναι ασφαλής διαγνωστική μέθοδος ακόμη και σε βαρείες περιπτώσεις κολίτιδος. Η μόνη προετοιμασία που χρησιμοποιείται είναι υποκλυσμός με ισότονο διάλυμα NaCl (Alemayehu και Jarnerot 1991).



Εικόνα 1

Βαρεία ελκώδης κολίτις με βαθιά έλκη του βλεννογόνου



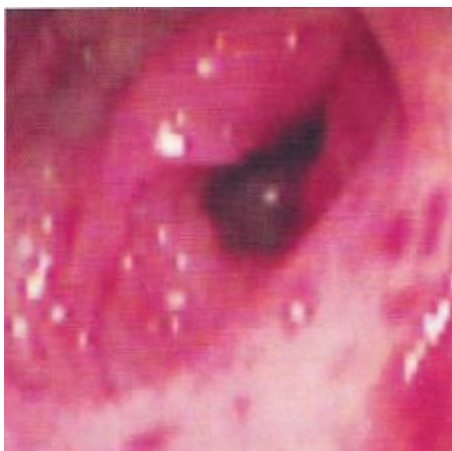
Εικόνα 2

Ελκώδης κολίτις σε ύφεση, πολλαπλούς ψευδοπολύποδες



Εικόνα 3

Ελκώδης κολίτις σε χρόνια φάση. Ύφεση της φλεγμονής του βλεννογόνου, σκλήρυνση αυλού, εικόνα 'μολυβδοσωλήνος'.



Εικόνα 4: Ενδοσκοπική εικόνα φυσιολογικού βλεννογόνου παχέος εντέρου



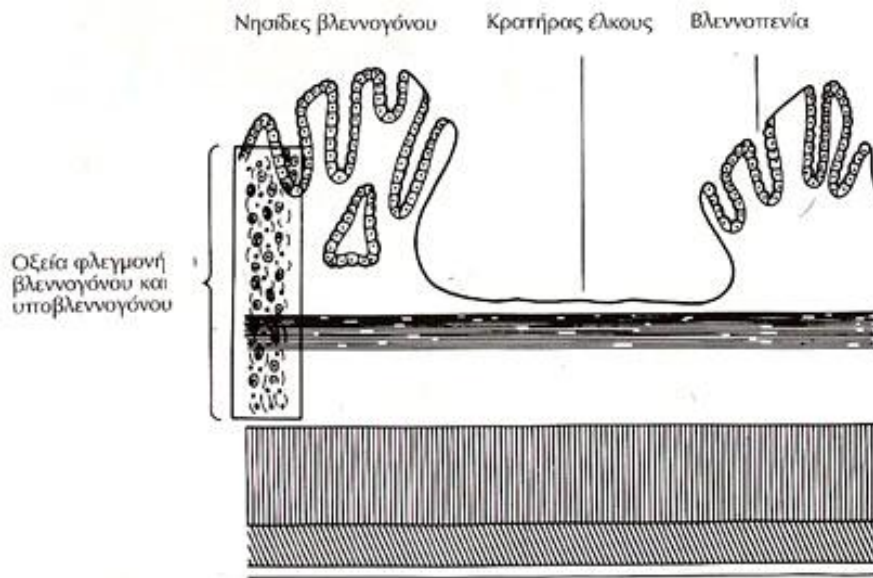
Εικόνα 5: Ελκώδης κολίτις, ευθρυπτότης του βλεννογόνου

2.10 Ιστολογική εικόνα

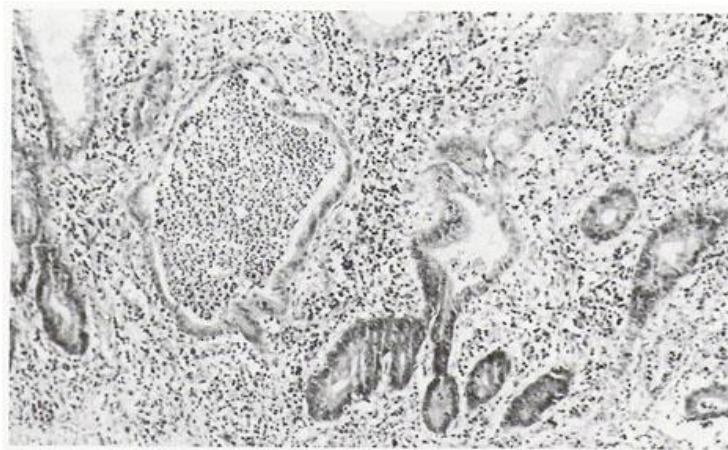
Η μικροσκοπική εικόνα του βλεννογόνου εξαρτάται από το στάδιο της κολίτιδος. Με μελέτη συχνών βιοψιών έγινε δυνατό να αναγνωρισθούν τρία στάδια εξέλιξης της κολίτιδος από ιστολογικής απόψεως: 1) ενεργός νόσος, 2) κολίτις σε ύφεση και 3) αδρανής νόσος.

Ενεργός νόσος: Χαρακτηρίζεται από συμφόρηση και διάταση του τριχοειδικού αγγειακού δικτύου του βλεννογόνου που συνδυάζεται με διαφόρου βαθμού καταστροφή επιθηλιακών κυττάρων.

Το σπουδαιότερο ίσως ιστολογικό χαρακτηριστικό είναι η ελάττωση του αριθμού των βλεννοπαραγωγών κυττάρων που μπορεί σε μια έντονη παρόξυνση να εξαφανισθούν τελείως. Η συγκέντρωση πολυμορφοπύρηνων μέσα στις αδενικές κρύπτες (ψευδοαποστημάτια) θεωρείται χαρακτηριστικό στοιχείο (Εικόνα 6). Όλες οι αλλοιώσεις περιορίζονται στον βλεννογόνο αλλά όταν υπάρχουν εξελκώσεις παρατηρείται διήθηση και του υποβλεννογονίου από κύτταρα χρόνιας φλεγμονής (Σχήμα 1). Πάντως το χαρακτηριστικό της ελκώδους κολίτιδος είναι ότι η φλεγμονή περιορίζεται στον βλεννογόνο και βαθύτερη διήθηση στα υπόλοιπα στρώματα του τοιχώματος του εντέρου παρατηρείται μόνο όταν η περίπτωση εξελιχθεί προς την κατεύθυνση τοξικού μεγακόλου.



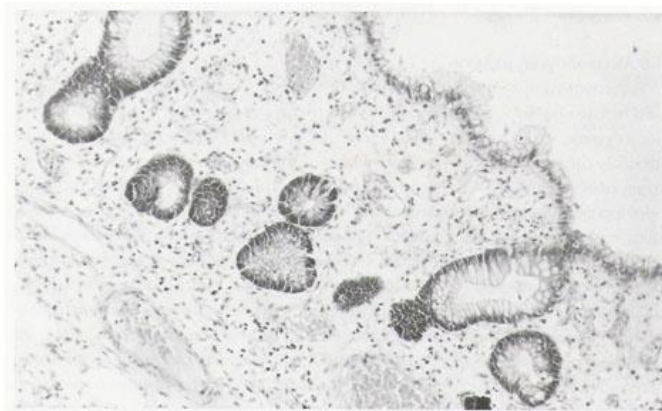
Σχήμα 1: Ιστολογικά χαρακτηριστικά ελκώδους κολίτιδος σε οξεία φάση



Εικόνα 6: Ενεργός φάση ελκώδους κολίτιδος. Ψευδοαποστημάτιο. Διαταραχή αρχιτεκτονικής, βλεννοπενία.

Κολίτις σε ύφεση: Η μακροσκοπική όψη του βλεννογόνου όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε κλινική ύφεση είναι φυσιολογική. Η ιστολογική όμως εξέταση μπορεί να δείξει ενδιαφέρουσες αλλοιώσεις και κυρίως διάφορους βαθμούς ατροφίας του βλεννογόνου. (Εικόνα 7)

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



Εικόνα 7: Ατροφία βλεννογόνου παχέος εντέρου σε ελκώδη κολίτιδα

Αδρανής κολίτις: Ο όρος αδρανής κολίτις ή “στάσιμη” (quiescent) κολίτις, χρησιμοποιείται από τους ιστολόγους για την περιγραφή των αλλοιώσεων της χρονίας συνεχούς μορφής της νόσου που παραμένει αμετάβλητη για μακρά χρονικά διαστήματα. Σ’ αυτές τις περιπτώσεις η φλεγμονή περιορίζεται σε μικρή αύξηση του αριθμού των πλασματοκυττάρων και λεμφοκυττάρων του χορίου του βλεννογόνου και σπανιότατα παρατηρούνται ψευδοαποστημάτια. Ο αριθμός των βλεννοκυττάρων δεν ελαττώνεται πολύ ενώ υπάρχει υπερπλασία των λεμφοζιδίων του βλεννογόνου.

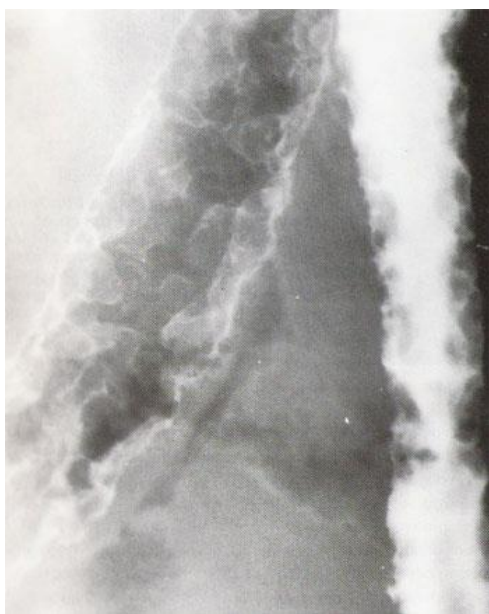
Συμπερασματικά τονίζεται ότι η ελκώδης κολίτις χαρακτηρίζεται από τοπική φλεγμονή του βλεννογόνου, ότι ακόμη και όταν συμμετέχει ο υποβλεννογόνιος οι αλλοιώσεις του είναι ηπιότερες από εκείνες του βλεννογόνου. Αντίθετα απ' ό,τι συμβαίνει στη νόσο του Crohn, στην ελκώδη κολίτιδα υπάρχουν κατά κανόνα αλλοιώσεις των βλενωδών κυττάρων σε φάση δραστηριότητας της νόσου.

2.11 Ακτινολογική μελέτη

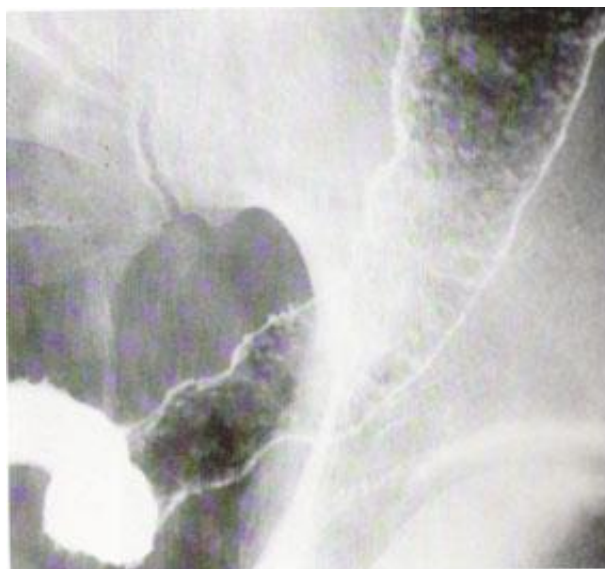
Η ακτινολογική εξέταση του παχέος εντέρου έχει προσφέρει πάρα πολλά στη μελέτη της ελκώδους κολίτιδος, ιδίως πριν αναπτυχθούν οι σύγχρονες ενδοσκοπικές τεχνικές. Τα τελευταία ιδίως χρόνια με την εφαρμογή νέων ακτινολογικών μεθόδων όπως είναι η διπλή σκιαγραφική αντίθεση, αυξήθηκε σημαντικά η διαγνωστική ακρίβεια της ακτινολογικής μελέτης των φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου. Επειδή όμως τα περισσότερα από τα ακτινολογικά ευρήματα δεν είναι παθογνωμονικά, για να δώσει την καλύτερη δυνατή γνώμη του ο ακτινολόγος, πρέπει να γνωρίζει το ιστορικό, τα ενδοσκοπικά και άλλα εργαστηριακά ευρήματα της περιπτώσεως.

Σε σημαντικό ποσοστό ασθενών με ελκώδη κολίτιδα ο απλός βαριούχος υποκλυσμός δίδει τελείως φυσιολογική απεικόνιση του παχέος εντέρου ακόμη και όταν τα συμπτώματα της νόσου είναι έντονα.

Η διπλή σκιαγραφική αντίθεση μελετά λεπτομέρειες του βλεννογόνου που στην περίπτωση της ελκώδους κολίτιδος παρουσιάζονται ως μια διάχυτη κοκκιώδης εικόνα που εκτείνεται σε όλο το μήκος του εντέρου που έχει προσβληθεί από τη νόσο καθώς και ψευδοπολύποδες (Εικόνες 8 και 9).



Εικόνα 8: Συνεχής συμμετρική προσβολή της αριστερής κολικής καμπής απο ελκώδη κολίτιδα. Πολλαπλές εξελκώσεις με φλεγμαίνουσες νησίδες βλεννογόνου που σχηματίζουν ψευδοπολύποδες.



Εικόνα 9: Συνεχής συμμετρική προσβολή του παχέως εντέρου απο ελκώδη κολίτιδα. Παρατηρούνται, αδρή κοκκώδεις απεικόνιση του βλεννογόνου με οδόντωση της παρυφής και ατελείς έκπτυξη του αυλού, σημεία ενδεικτικά ενεργού νόσου.

Οι ενδείξεις εκτελέσεως βαριούχου υποκλυσμού είναι:

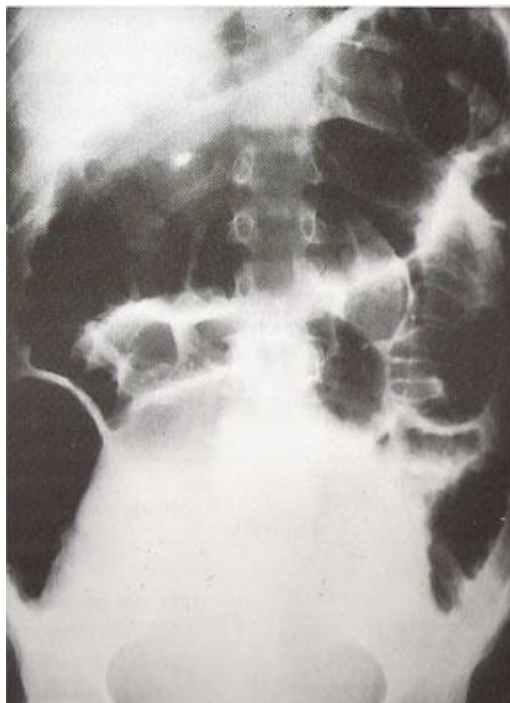
1. Όταν τα ενδοσκοπικά ευρυματα είναι αμφίβολα ή στις σπάνιες περιπτώσεις (2-4%) ελκώδους κολίτιδος χωρίς προσβολή του ορθού.
2. Στη διαφορική διάγνωση μεταξύ ελκώδους κολίτιδος και νόσου του Crohn.
3. Για την ανίχνευση κακοήθους εξαλλαγής σε βάθος μη προσιτό στην ορθοσιγμοειδοσκόπηση (βέβαια σήμερα η ένδειξη αυτή έχει περιορισθεί με την ευρύτερη χρήση της κολονοσκόπησης).

Ο βαριούχος υποκλυσμός στην ελκώδη κολίτιδα δεν είναι ακίνδυνη εξέταση και η εντερική προετοιμασία με καθαρτικά και υποκλυσμούς μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση και να μεταβάλλει μια ήπια μορφή σε περίπτωση βαρείας κολίτιδος. Για την προετοιμασία του εντέρου εφαρμόζεται υδρική διαίτα για 2-3 ημέρες και λίγο πριν την εξέταση εκτελείται χαμηλός υποκλυσμός με νερό. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να χρησιμοποιηθούν καθαρτικά σε βαρείες μορφές της νόσου.

Η απλή ακτινογραφία κοιλίας έχει πολλή μεγάλη αξία ειδικώς στις βαρείες περιπτώσεις της

νόσου. Το παχύ έντερο στις περιπτώσεις αυτές δεν περιέχει εντερικό περιεχόμενο αλλά είναι συνήθως γεμάτο αέρα και διαγράφεται ικανοποιητικά.

Η απλή ακτινογραφία κοιλίας είναι αποφασιστικής σημασίας στην παρακολούθηση βαρέως πασχόντων ασθενών με κίνδυνο αναπτύξεως τοξικού megacolon. Σ' αυτούς τους αρρώστους όταν η διάμετρος του εγκαρσίου κόλου όπως διαγράφεται στην απλή ακτινογραφία κοιλίας υπερβεί τα 7-8 εκ., πιστεύεται γενικώς ότι έφθασε η ώρα για την εκτέλεση επείγουσας κολεκτομής (Εικόνα 10).



Εικόνα 10: Απλή ακτινογραφία κοιλίας που δείχνει εκσεσημασμένη διάταση εγκαρσίου κόλου σε περίπτωση ελκώδους κολίτιδος με τοξικό megacolon.

2.12 Νόσος Crohn - Κλινικές Απόψεις

“Η νόσος του Crohn είναι πιο πολύπλοκη και δύσκολη νόσος από την ελκώδη κολίτιδα κυρίως λόγω της εντοπίσεώς της σε διάφορα σημεία του πεπτικού σωλήνος που δημιουργεί ιδιάζοντα διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα.”

Stenson και MacDermott (1991)

Η κλινική εικόνα της νόσου του Crohn χαρακτηρίζεται από τρία κεντρικά συμπτώματα: Τη διάρροια, τον κοιλιακό πόνο και την απώλεια βάρους. Η αρχική εκδήλωση της νόσου μπορεί να είναι πολύ ύπουλη και η διαδρομή τόσο ήπια ώστε πολλές περιπτώσεις να διαφεύγουν τη διάγνωση για μακρά χρονικά διαστήματα. Άλλοτε η νόσος εισβάλλει οξέως με πόνο και ψηλαφητή μάζα στον δεξιό λαγόνιο βόθρο και η διάγνωση τίθεται στη διάρκεια εγχειρήσεως που γίνεται με την προεγχειρητική υποψία οξείας σκωληκοειδίτιδος. Σπανίως το πρώτο σύμπτωμα της νόσου του Crohn είναι πυρετός αγνώστου αιτιολογίας, εντερική απόφραξη, μάζα κοιλίας, περιοριστικό συρίγγιο, εντερική διάτρηση, μεγάλη αιμορραγία ή εξωεντερική εκδήλωση (οζώδες ερύθημα ή γαγγραινώδης πυοδερματίτις). Άλλες ακόμη σπανιότερες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου του Crohn αναφέρονται στον πίνακα 10.

Πίνακας 10: Ασυνήθεις εκδηλώσεις νόσου του Crohn
Πελλάγρα (PoHack, 1982)
Υποτροπιάζον πνευμονικό οίδημα (Bradshaw, 1981)
Θρόμβωση πυλαίας φλεβός (Brinberg, 1991)
Απόστημα ήπατος (Teague, 1988)
Πολυποειδής εικόνα λεπτού εντέρου (Zalev, 1991)
Προσβολή του αιδοίου (Reyman, 1986)
Προσβολή δέρματος (Boerr, 1987)
Πνευμάτωση του παχέος εντέρου (John, 1992)

Οι κύριες θέσεις εντοπίσεως της νόσου είναι: α) τελικός ειλεός και η περιοχή του τυφλού, β) λεπτό έντερο και γ) το παχύ έντερο.

Μία σπάνια μορφή της νόσου του Crohn είναι η διάχυτη νηστιδοειλειτις. Από την περιγραφή 34 περιπτώσεων από τους Tan και Allan (1993), προκύπτει ότι η μορφή αυτή της νόσου προσβάλλει σχετικώς νέα άτομα, εκδηλώνεται με τα συνήθη ενοχλήματα, παρουσιάζει χαρακτηριστική ακτινολογική εικόνα και παρά την έκτασή της η γενική πρόγνωση είναι αρκετά ικανοποιητική.

Σε πολύ μικρό ποσοστό (1 - 2%) η νόσος εντοπίζεται αποκλειστικά σε περιοχές του ανωτέρου πεπτικού συστήματος (στόμα, οισοφάγος, στόμαχος, δωδεκαδάκτυλο), (Μουζάς και Κουτρομπάκης 1994).

Τα συμπτώματα της νόσου του Crohn εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την εντόπιση. Διάρροια παρατηρείται στο σύνολο σχεδόν των περιπτώσεων ανεξαρτήτως εντοπίσεως. Η διάρροια στις τυπικές περιπτώσεις νόσου Crohn του λεπτού εντέρου έχει χαρακτήρες στεατορροίας ενώ σε προσβολή του παχέος εντέρου προέχουν οι βλεννοαιματηρές διαρροϊκές κενώσεις. Είναι όμως δυνατόν το διαρροϊκό σύνδρομο να έχει χαρακτήρες ατάκτων επεισοδίων χωρίς συγκεκριμένη αφορμή και χωρίς εμφανείς επιπτώσεις στην κατάσταση της γενικής υγείας του ατόμου ώστε να μπορεί να εκληφθεί ως εκδήλωση ευερεθίστου εντέρου.

Σε νόσο Crohn του παχέος εντέρου οι συχνότερες ενοχλήσεις είναι οι αιμορραγικές κενώσεις και η προσβολή των μεγάλων αρθρώσεων (Farmer, 1989).

Ο πόνος της νόσου του Crohn εντοπίζεται συνήθως στον δεξιό λαγόνιο βόθρο, εκδηλώνεται μετά τα γεύματα και οφείλεται προφανώς σε παροδική ατελή απόφραξη του εντερικού αυλού. Ο πόνος συνοδεύεται συχνά από κοιλιακή διάταση, ναυτία και έμετο. Η απώλεια σωματικού βάρους είναι συχνότατο σύμπτωμα ανεξαρτήτως εντοπίσεως και οφείλεται εν μέρει σε δυσαπορρόφηση των θρεπτικών ουσιών από το λεπτό έντερο (ιδίως όταν υπάρχουν εντερικές στενώσεις και συρίγγια που ευνοούν την υπερανάπτυξη παθογόνων βακτηριδίων στον εντερικό αυλό), αλλά κυρίως στο ότι οι ασθενείς αποφεύγουν τη σίτιση λόγω του φόβου του κοιλιακού πόνου που ακολουθεί συνήθως τα γεύματα.

Η γνώση της φύσεως της στενώσεως που προκαλεί τον κοιλιακό πόνο έχει μεγάλη πρακτική σημασία. Αν πρόκειται για στένωση που οφείλεται σε έξαρση της φλεγμονής δικαιολογείται αναμονή και επιμονή στη συντηρητική αγωγή. Αν όμως η στένωση είναι το μόνιμο αποτέλεσμα

ινώδους στενωτικής εξεργασία του εντέρου, η μόνη αποτελεσματική αντιμετώπιση είναι η χειρουργική.

Η κλινική εικόνα ποικίλλει αναλόγως της βαρύτητας της νόσου και της εντοπίσεως. Σε φάσεις παροξυσμού της νόσου συχνά κλινικά ευρήματα είναι: απίσχναση, ωχρότης, περιορθικές φλεγμονές, οίδημα σφυρών και ψηλαφητή μάζα στην κοιλιά με ευαισθησία στην ψηλάφηση. Ο πυρετός της νόσου του Crohn δεν έχει συγκεκριμένο ρυθμό και τύπο και οφείλεται είτε στη φλεγμονώδη εξεργασία οπότε είναι συνήθως συνεχής και χωρίς εξάρσεις είτε στον σχηματισμό αποστήματος ή συριγγίου οπότε παρουσιάζει συχνά, ρίγη, έντονες πυρετικές αιχμές και λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρηνικό τύπο. Έχουν περιγραφεί περιπτώσεις που η νόσος του Crohn είχε ως μόνη εκδήλωση τον πυρετό.

Λόγω της διατοιχωματικής επεκτάσεως της φλεγμονής της νόσου του Crohn, ένα από τα χαρακτηριστικά της νόσου είναι ο σχηματισμός συριγγίων και αποστημάτων. Αναλόγως των ανατομικών σχέσεων του τμήματος του εντέρου από το οποίο ξεκινά ο σχηματισμός των συριγγίων, η νόσος επεκτείνεται σε γειτονικά όργανα και δημιουργούνται διάφορες κλινικές εικόνες.

Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν δείχνει ειδικές αλλοιώσεις. Στις φάσεις δραστηριότητας της νόσου παρατηρείται αύξηση της ΤΚΕ και της C-αντιδρώσης πρωτεΐνης, σιδηροπενική ή μεγαλοβλαστική αναιμία, υποκαλιαιμία, θρομβοκυττάρωση, υπολευκοματιναιμία και χαμηλές τιμές ασβεστίου, μαγνησίου, ψευδαργύρου στον ορό. Επίσης, η χοληστερόλη και τα λιπίδια του αίματος είναι συχνά ελαττωμένα λόγω της δυσασποροφήσεως και της υποθρεψίας.

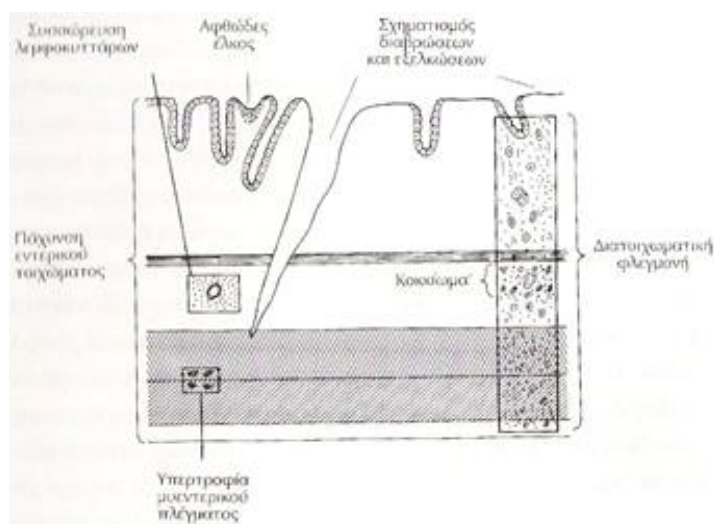
Πρωκτικές και περιπρωκτικές βλάβες: Πρόκειται για αποστήματα, συρίγγια, ραγάδες ή συνδυασμό αυτών των βλαβών. Τα συρίγγια έχουν είτε χαμηλή εντόπιση είτε επεκτείνονται σε βαθύτερα στρώματα οπότε στις γυναίκες υπάρχει φόβος επεκτάσεως και στον κόλπο. Οι περιπρωκτικές αλλοιώσεις δεν παρουσιάζουν έντονη φλεγμονή, έχουν ανώμαλη επιφάνεια, βαθύερυθη απόχρωση, υπεσκαμμένα χείλη και παρά την αποκρουστική των εμφάνιση είναι συχνά τελείως ανώδυνες βλάβες. Σε πολλούς ασθενείς με περιορθικές φλεγμονές απουσιάζουν τελείως τα εντερικά ενοχλήματα και σε τέτοιες περιπτώσεις η λεπτομερής μελέτη του πεπτικού σωλήνος αποκαλύπτει ενδείξεις νόσου Crohn στο έντερο σε 10-15% των ασθενών. Αναφέρονται περιπτώσεις όπου η εντερική συμμετοχή της νόσου του Crohn εκδηλώθηκε πολλά χρόνια μετά την εκδήλωση των περιορθικών συριγγίων.

Γυναικολογικές εκδηλώσεις: Λόγω της τάσεως της νόσου του Crohn να επεκτείνεται σε γειτονικά όργανα δεν είναι σπάνια η προσβολή των σαλπίνγων ή των βαρθολινίων αδένων. Συχνό σύμπτωμα προσβολής των γεννητικών οργάνων των γυναικών είναι η επώδυνη συνουσία.

Ουρολογικές εκδηλώσεις: Συρίγγια μεταξύ εντέρου και ουροδόχου κύστεως καθώς και απόφραξη του ουρητήρος (συνήθως δεξιά) με αποτέλεσμα τον σχηματισμό υδρονεφρώσεως, είναι συχνές επιπλοκές της νόσου του Crohn. Η απόφραξη του ουρητήρος οφείλεται συνήθως σε ινώδη στένωση. Συχνά παρατηρείται επίσης νεφρολιθίαση (25-30%) από οξαλικούς λίθους. Η αυξημένη συχνότης νεφρολιθίασεως στους ασθενείς με νόσο του Crohn αποδίδεται στη συχνή δυσλειτουργία του τελικού ειλεού που έχει ως αποτέλεσμα τη δυσσαπορρόφηση των χολικών αλάτων.

2.13 Παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά της νόσου του Crohn

Σε μακροσκοπική εξέταση, το έντερο στη νόσο του Crohn είναι πεπαχυμένο και σκληράς συστάσεως. Το μεσεντέριο είναι οίδηματώδες και παρουσιάζει επίσης πάχυνση. Ο λιπώδης ιστός του μεσεντερίου επεκτείνεται στον ορογόνο του εντέρου. Η χαρακτηριστική ιδιότης της νόσου του Crohn να παρουσιάζει διατοιχωματική φλεγμονή οδηγεί σε συγκόλληση εντερικών ελίκων μεταξύ των. Ενώ το εντερικό τοίχωμα παρουσιάζει εκσεσημασμένη πάχυνση, ο αυλός παρουσιάζει στένωση και ο βλεννογόνος διατρέχεται από βαθειά έλκη που εκτείνονται από τη βλεννογονική επιφάνεια μέχρι τον ορογόνο (Σχήμα 2).



Σχήμα 2: Ιστολογικά ευρήματα σε νόσο του Crohn.

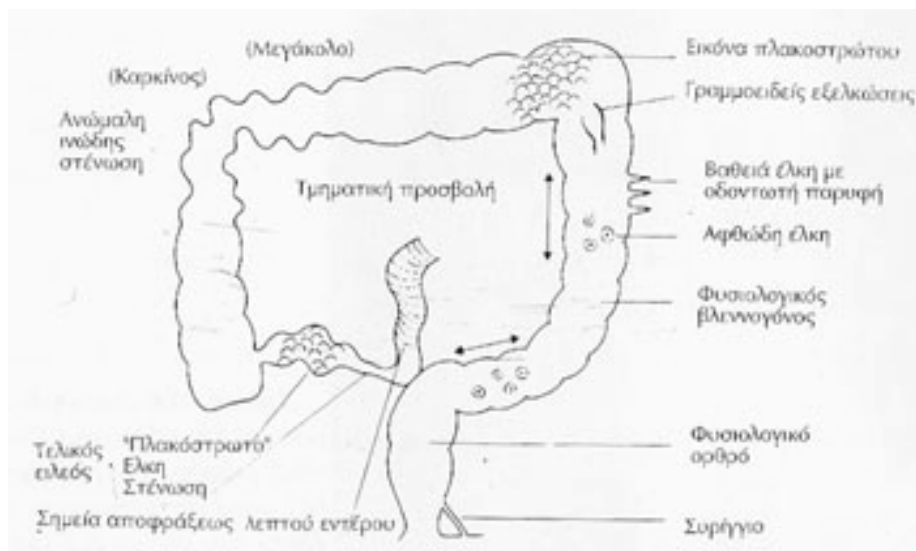
Άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά της νόσου είναι παρεμβολή υγιών τμημάτων του εντέρου μεταξύ των περιοχών που έχουν προσβληθεί από τη νόσο καθώς και η συχνή παρουσία φλεγμονής του ορθού. Το πρωιμότερο σημείο της νόσου είναι η ανάπτυξη αφθωδών ελκών (Stenson και MacDermott 1991).

2.14 Απεικονιστικά ευρήματα

Η κλασική ακτινολογική μελέτη με χρήση βαρίου εξακολουθεί να κατέχει κεντρική θέση στη διαγνωστική προσπέλαση της νόσου του Crohn και θεωρείται πάντοτε συμπληρωματική και όχι αντίπαλος της ενδοσκοπήσεως. Χρησιμοποιείται κατά κανόνα η μέθοδος της διπλής σκιαγραφικής αντιθέσεως εκτός από τις περιπτώσεις μελέτης συριγγίων ή στενώσεων για τις οποίες καλύτερα αποτελέσματα δίδει η απλή ακτινολογική απεικόνιση (Lee, 1990).

Σε περιπτώσεις βαρείας προσβολής του παχέος εντέρου πρέπει να εφαρμόζονται οι προφυλάξεις που ισχύουν για την ελκώδη κολίτιδα σχετικά με τον φόβο προκλήσεως τοξικού megacóλου από την εμφύσηση αέρος ή την έγχυση διαλύματος βαρίου στο έντερο, αν και πολλοί θεωρούν ότι οι κίνδυνοι αυτοί έχουν υπερεκτιμηθεί.

Τα κυριότερα ακτινολογικά χαρακτηριστικά της νόσου του Crohn που παρουσιάζονται στο σχήμα 3, είναι το οίδημα, οι εξελκώσεις η ίνωση και τα συρίγγια:



Σχήμα 3: Διάγραμμα κυρίων ακτινολογικών ευρημάτων βαριούχου υποκλυσμού σε νόσο του Crohn.

Ραδιοϊσοτοπικές τεχνικές: Η χρήση του ραδιενεργού ινδίου είναι ιδιαίτερος αποτελεσματική στην ανίχνευση ενδοκοιλιακών αποστημάτων που επιπλέκουν νόσο του Crohn. Σε μελέτη 24 περιπτώσεων νόσου του Crohn με σοβαρή υποτροπή και πτωχή ανταπόκριση στην θεραπεία με κορτικοστεροειδή έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων τριών διαγνωστικών μεθόδων υπερήχων αξονικής τομογραφίας και χρήσεως ραδιενεργού ινδίου (Wheeler, 1992)]. Η αξονική τομογραφία κατέδειξε 7 από τα 8 ενδοκοιλιακά αποστήματα και την παθολογική πάχυνση του τοιχώματος του εντέρου στις περισσότερες περιπτώσεις. Η μέθοδος του ραδιενεργού ισοτόπου απεκάλυψε και τα 8 ενδοκοιλιακά αποστήματα αλλά είχε μικρότερη ακρίβεια από την αξονική τομογραφία στην καταγραφή των φλεγμονωδών αλλοιώσεων του εντερικού τοιχώματος. Η μελέτη με τους υπερήχους έδωσε τα πτωχότερα αποτελέσματα από όλες τις μεθόδους.

Ακτινολογική μελέτη σε διάφορες εντοπίσεις της νόσου του Crohn

Οισοφάγος: Πρόκειται για σπάνια εντόπιση στην οποία η ακτινολογική μελέτη δεν αποκαλύπτει χαρακτηριστικά σημεία για τη διάγνωση της νόσου του Crohn.

Στόμαχος: Οι ακτινολογικές αλλοιώσεις συνίστανται σε οίδημα των πτυχών ανάδειξη αφθωδών ελκών και οζώδη διαμόρφωση των πτυχών του στομάχου που απαντούν όμως και σε

διάφορες μορφές γαστρίτιδος.

Δωδεκαδάκτυλο: Προσβολή του δωδεκαδακτύλου συνήθως σε συνδυασμό με εντόπιση της νόσου και στο άντρο του στομάχου θεωρείται σήμερα αρκετά συχνή σε ασθενείς με γνωστή νόσο Crohn του λεπτού εντέρου.

Εντόπιση στο λεπτό έντερο: Τα τελευταία χρόνια έχει επικρατήσει η μελέτη του λεπτού εντέρου με τη μέθοδο της εντεροκλύσεως. Κατά τον Chemish (1992) η εντερόκλυση είναι σε θέση να ανιχνεύσει ακόμη και πρωιμότες βλάβες του βλεννογόνου υπό την προϋπόθεση ότι εκτελείται από πεπειραμένο ειδικό και ακολουθούνται οι προϋποθέσεις εντερικής προετοιμασίας κ.λπ.

Παχύ έντερο: Σήμερα χρησιμοποιείται πρακτικώς μόνο η μέθοδος της διπλής σκιαγραφικής αντιθέσεως που αναδεικνύει με σαφήνεια τα πρώιμα ευρήματα (οίδημα και αφθώδη έλκη) (Εικόνες 11 και 12)



Εικόνα 11: Νόσος του Crohn. Έλκη ποικίλλου μεγέθους στον βλεννογόνο του παχέος εντέρου.



Εικόνα 12: Νόσος του Crohn. Συρρέοντα βαθειά έλκη και εικόνα λιθοστρώτου

Ενδοσκόπηση στη νόσο του Crohn

Η ενδοσκόπηση έχει αποφασιστική σημασία στη διάγνωση της νόσου του Crohn και την εκτίμηση της διαδρομής της γιατί επιτρέπει την παρατήρηση των μακροσκοπικών αλλοιώσεων του βλεννογόνου όχι μόνο του παχέος εντέρου αλλά και του ανωτέρου πεπτικού σωλήνος και κυρίως γιατί δίδει τη δυνατότητα λήψεως βιοψιών για ιστολογική εκτίμηση.

Η ενδοσκόπηση του ανωτέρου πεπτικού σωλήνος αποκαλύπτει αλλοιώσεις του βλεννογόνου στον οισοφάγο, στόμαχο ή δωδεκαδάκτυλο που συνίστανται συνήθως σε οίδημα, επιτολής ή βαθύτερα έλκη, εικόνα λιθοστρώτου, διάχυτη ευθρυπτότητα του βλεννογόνου και εικόνες στενώσεως στον οισοφάγο, στόμαχο ή δωδεκαδάκτυλο. Όπως και κατά την ακτινολογική μελέτη, οι εικόνες δεν είναι παθογνωμονικές αλλά δημιουργούν ισχυρές κλινικές υποψίες για τη διάγνωση η οποία μπορεί (αν και όχι πάντοτε) να επιβεβαιωθεί με την ανεύρεση των χαρακτηριστικών κοκκιωμάτων στην ιστολογική εξέταση.

Η λεπτομερής ενδοσκοπική μελέτη και η εκτίμηση των ηπίων βλαβών του βλεννογόνου έχει μεγάλη διαγνωστική αξία.

Η ενδοσκοπική μελέτη του παχέος εντέρου με εύκαμπτα όργανα επί νόσου Crohn χρησιμποιείται για μια σειρά από συγκεκριμένες ενδείξεις (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Ενδείξεις κολonosκοπήσεως στη νόσο του Crohn
Διαφορική διάγνωση
Εκτίμηση εκτάσεως της νόσου
Αξιολόγηση στενώσεων και μαζών βλεννογόνου
Προ και μετεγχειρητική εκτίμηση
Ανίχνευση δυσπλασίας

Τα κυριότερα ενδοσκοπικά ευρήματα στην εντόπιση της νόσου στο παχύ έντερο είναι: τα αφθώδη έλκη και τα γραμμοειδή, βαθειά έλκη του βλεννογόνου που θεωρούνται χαρακτηριστικά της νόσου καθώς και η “εικόνα λιθοστρώτου” (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Μορφολογικά χαρακτηριστικά που ενισχύουν τη διάγνωση νόσου του Crohn του παχέος εντέρου
I Συνηγορούν υπέρ της νόσου του Crohn
1) Εστιακή φλεγμονή βλεννογόνου
2) Προσβολή τελικού ειλεού
3) Γραμμοειδή έλκη
4) Μη προσβολή του ορθού
5) Εντόπιση στο δεξιό κόλο
II Κριτήρια μείζονος σημασίας
1) Ασυνεχής τμηματική προσβολή
2) Αφθώδη έλκη
III Κριτήρια παθολογικής σημασίας
1) Κοκκιώματα
2) Διατοιχωματική φλεγμονή με λεμνικά οζίδια
3) Συρίγγια (σε περιοχές εκτός του περινέου)

Η κολονοσκόπηση υπερέχει σαφώς της ακτινολογικής μελέτης. Παρά ταύτα η ακτινολογική μελέτη έχει μεγάλη αξία στη διαφορική διάγνωση μεταξύ ελκώδους κολίτιδος και νόσου του Crohn.

2.15 Ιστολογική διάγνωση

Η οριστική σφραγίδα της διαγνώσεως τίθεται με την ιστολογική κατοχύρωση (Πίνακας 13). Δυστυχώς η ιστολογική εξέταση δεν είναι πάντοτε σε θέση να τεκμηριώσει τη διάγνωση που τελικώς είναι η συνισταμένη κλινικών, ακτινολογικών, ενδοσκοπικών, εργαστηριακών και ιστολογικών δεδομένων.

Πίνακας 13: Αξία της μελέτης βιοψιών στις φλεγμονώδεις εντεροπάθειες.
Κατοχύρωση της διάγνωσης της κολίτιδος
Διάκριση μεταξύ ΙΦΕΝ και άλλων κολιτιδών
Διάκριση μεταξύ ελκώδους κολίτιδος και νόσου
Ανίχνευση δυσπλασίας ή καρκίνου

Για την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση της ιστολογικής εξέτασης πρέπει να τηρούνται ορισμένοι τεχνικοί κανόνες σχετικά με τον χειρισμό και την εξέταση των δειγμάτων ιστού.

2.16 Δείκτες δραστηριότητας της νόσου του Crohn

Η εκτίμηση της δραστηριότητας της νόσου και η έκφρασή της με ποσοτικό τρόπο, παρουσιάζουν προβλήματα. Οι διάφορες κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις δεν συμπορεύονται πάντοτε και είναι δύσκολη η σύγκριση των αποτελεσμάτων εργασιών που δείχνουν βελτίωση σε ορισμένους δείκτες και επιδείνωση σε άλλους.

Ο γνωστότερος δείκτης αξιολόγησης της βαρύτητας της νόσου και της επιδράσεως της θεραπείας είναι ο CDAI (Crohn's disease activity index) που χρησιμοποιήθηκε στην εθνική μελέτη των ΗΠΑ (Best, 1976). Ο δείκτης καθορίζεται από τον υπολογισμό των αριθμητικών μεγεθών 8 συγκεκριμένων παραμέτρων. Ο δείκτης Harvey-Bradshaw (1980) ή απλοποιημένος CDAI περιλαμβάνει 5. Ο δείκτης van Hees (1980) περιλαμβάνει συνολικά 18 παραμέτρους.

Οι δείκτες δραστηριότητας έχουν ιδιαίτερη σημασία κατά την εκτέλεση πολυκεντρικών θεραπευτικών μελετών και παρά τις πολυάριθμες προσπάθειες δεν έχει ακόμη επινοηθεί ο ιδανικός “δείκτης” που θα περιλαμβάνει κριτήρια ικανά να καλύψουν όλους τους συντελεστές που συναπαρτίζουν αυτό που ονομάζεται “βαρύτης της νόσου”. Για σκοπούς καθημερινής χρήσεως αρκεί η αναφορά των κύριων κλινικών σημείων (πόνου, διαρροίας, πυρετού, απώλειας βάρους, ανορεξίας κ.λπ) και των κυριωτέρων εργαστηριακών ευρημάτων (αιματοκρίτης, λευκοματίνη ορού, αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων, CRP, ηλεκτρολυτικές διαταραχές κ.λπ).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

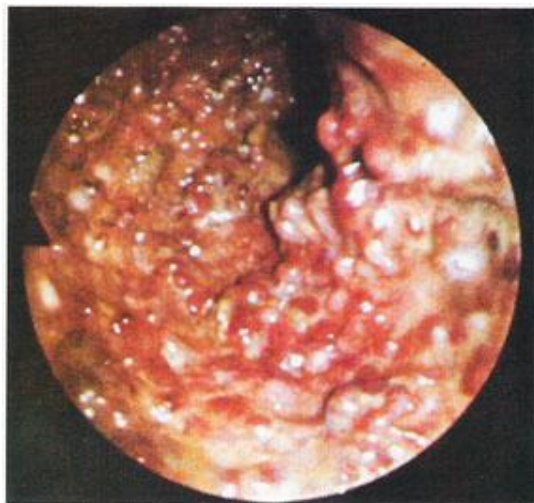
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

3.1 Εντερικές επιπλοκές ελκώδους κολίτιδος και νόσου του Crohn

Οι συχνότερες εντερικές επιπλοκές της ελκώδους κολίτιδος είναι οι ψευδοπολύποδες (Εικόνα 13), το τοξικό megacolon, η αιμορραγία, η διάτρηση του παχέος εντέρου και οκαρκίνος του παχέος εντέρου. Στη νόσο του Crohn προέχουν η εντερική απόφραξη, οι περιοριστικές φλεγμονές, τα συρίγγια, η διάτρηση και η αιμορραγία.

Εντερική διάτρηση: Η διάτρηση είναι η πλέον επικίνδυνη τοπική επιπλοκή γιατί προκαλεί γενικευμένη περιτονίτιδα. Παρατηρείται κυρίως σε περιπτώσεις με κεραυνοβόλο μορφή της ελκώδους κολίτιδος και μάλιστα στο πρώτο επεισόδιο (Edwards και Truelove 1963).

Τοξικό megacolon: Πρόκειται για τη δεύτερη σε σοβαρότητα επιπλοκή της ελκώδους κολίτιδος. Συνήθως παρουσιάζεται στο εγκάρσιο κόλον. Τα κυριότερα κλινικά σημεία της οξείας αυτής διατάσεως του παχέος εντέρου είναι η απότομη επιδείνωση της γενικής καταστάσεως, η ταχυκαρδία, ο έντονος μετεωρισμός της κοιλίας και η απουσία εντερικών ήχων. Οι άρρωστοι με βαρεία μορφή κολίτιδος πρέπει να παρακολουθούνται καθημερινώς με μέτρηση της περιμέτρου της κοιλίας και απλές ακτινογραφίες που δείχνουν την προοδευτική διάταση του παχέος εντέρου. Διάμετρος εγκαρσίου κόλου πάνω από τα 6-7 εκ.μ. θεωρείται χαρακτηριστική τοξικού megacolon.



Εικόνα 13: Πολλαπλοί ψευδοπολύποδες, σε έδαφος βαρείας νόσου Crohn παχέος εντέρου.

Παράγοντες που θεωρείται ότι προδιαθέτουν στην εκδήλωση τοξικού megacolon είναι η υποκαλιαιμία και η μεταβολική αλκάλωση ώστε ανάταξη αυτών των διαταραχών στα αρχικά στάδια μπορεί να αναστείλει την εξέλιξη σε τοξικό megacolon (Torsoli 1981). Επίσης, φάρμακα μπορεί να παίζουν ρόλο όπως τα οπιούχα, η λοπεραμίδη και τα αντιχολινεργικά που ευνοούν την πάρεση του εντέρου. Αυτά τα φάρμακα πρέπει να αποφεύγονται πάντοτε σε περιπτώσεις βαρείας κολίτιδος.

Η συντηρητική αγωγή επικεντρώνεται στη ρύθμιση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, στη διόρθωση της αναιμίας, την περιστολή συνυπαρχουσών λοιμώξεων μετά κατάλληλα αντιβιοτικά και την αναχαίτιση της φλεγμονώδους αντιδράσεως με ενδοφλέβια χορήγηση μεγάλων δόσεων κορτικοστεροειδών. Σε αποτυχία της συντηρητικής αγωγής ο άρρωστος καταλήγει στο χειρουργείο για επείγουσα κολεκτομή.

Η ακατάσχετη αιμορραγία είναι ασύνηθες (περί το 5%) σύμπτωμα που αντιμετωπίζεται με μεταγγίσεις αλλά μπορεί να χρειασθεί και επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση.

Οι ψευδοπολύποδες παρά την αποκρουστική των εμφάνιση είναι αθώες υπερπλασίες του βλεννογόνου που αποτελούνται κυρίως από κοκκιωματώδη ιστό και δεν έχουν προκαρκινικό χαρακτήρα. Σε μεγάλο ποσοστό υποχωρούν αυτομάτως.

Πρέπει να αναφερθεί ότι πολλές φορές οι ψευδοπολύποδες αιμορραγούν. Η αιμορραγία αυτή δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία της κολίτιδος και ελέγχεται μόνο με την αφαίρεση των

πολυπόδων.

Καλοήθειες στενώσεις του παχέος εντέρου είναι σπάνιες στην ελκώδη κολίτιδα αντίθετα από τη νόσο του Crohn όπου είναι αρκετά συχνές. Η κλινική σημασία των στενώσεων δεν είναι μεγάλη γιατί σπανίως μόνο προκαλούν προβλήματα στον ρυθμό κενώσεως του εντέρου.

Εντερική απόφραξη στη νόσο του Crohn εκδηλώνεται κλινικώς είτε με υποτροπιάζουσα μορφή ατελούς ειλεού που κατά κανόνα λύεται με συντηρητική αντιμετώπιση είτε με οξεία εκδήλωση πλήρους εντερικής αποφράξεως που απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

Καρκίνος του παχέος εντέρου σε αρρώστους με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn

Η σπουδαιότερη επιπλοκή των ΙΦΕΝ είναι ο καρκίνος. Οι αρρώστοι με κολίτιδα έχουν 8-30 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν καρκίνο του παχέος εντέρου παρά ο γενικός πληθυσμός. Οι κυριώτεροι παράγοντες κινδύνου είναι η έκταση της νόσου, η διάρκεια της νόσου και ίσως η έναρξη στην παιδική ηλικία.

Τα τελευταία 25 χρόνια γίνεται προσπάθεια ανιχνεύσεως του καρκίνου σε πρώιμα στάδια με την αξιολόγηση “δυσπλαστικών αλλοιώσεων” που συνυπάρχουν ή και προηγούνται της αναπτύξεως του καρκίνου. Η αναγνώριση της προκαρκινικής δυσπλασίας είναι πολύ μεγάλης σημασίας για την έγκαιρη εκτέλεση προφυλακτικής κολεκτομής στην ομάδα υψηλού κινδύνου των αρρώστων με ελκώδη κολίτιδα. Το ζήτημα παρουσιάζει στην πράξη πολλές δυσκολίες γιατί δεν είναι εύκολη η διάκριση μεταξύ προκαρκινικής δυσπλασίας και των αλλοιώσεων που προκαλεί η ίδια η φλεγμονή.

Έτσι έχει γίνει εδώ και χρόνια προσπάθεια καθορισμού σαφών κριτηρίων διαγνώσεως της δυσπλασίας για την καλύτερη συνεννόηση των παθολογοανατόμων (Riddell, 1983) . Στην ταξινόμηση αυτή διακρίνουν δυσπλασία χαμηλού και υψηλού βαθμού. Στη δεύτερη περίπτωση είναι απαραίτητη η στενή παρακολούθηση με εξέταση πολλών βιοψιών από διάφορα σημεία του εντέρου σε συχνά χρονικά διαστήματα. Η τακτική που ακολουθείται στα οργανωμένα κέντρα παρακολούθησεως της ελκώδους κολίτιδος είναι ο ετήσιος έλεγχος των ασθενών με ιστορικό άνω των 8 ετών. Σε πρώτη φάση συνιστάται μια ορθοσιγμοειδοσκόπηση με ιστολογική εκτίμηση βιοψιών (κυρίως από περιοχές που παρουσιάζουν υπερπλασία και προβάλλουν ως επίπεδες αλλοιώσεις του βλεννογόνου) ακόμη και όταν η νόσος βρίσκεται σε πλήρη κλινική ηρεμία. Σε

ασθενείς με γενικευμένη κολίτιδα διαρκείας άνω των 8 ετών συνιστάται κολονοσκοπικός έλεγχος κάθε χρόνο με βιοψίες από ύποπτες περιοχές. Σε ασθενείς με εντόπιση της νόσου μόνο στο αριστερό τμήμα του παχέος εντέρου δικαιολογείται τακτική παρακολούθηση για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου μόνο σε περιπτώσεις που η νόσος διαρκεί άνω των 15 ετών (Editorial, 1986). Εκτός από την ιστολογική μελέτη των βιοψιών χρησιμοποιείται και η μέθοδος της κυτταρομετρίας ροής για την ανίχνευση παθολογικού DNA που είναι δείκτης της νεοπλασματικής εκτροπής της ελκώδους κολίτιδος (Loefberg, 1990).

Η αξία της στρατηγικής της τακτικής ενδοσκοπικής παρακολουθήσεως, έγκειται στη μεγάλη πιθανότητα ανευρέσεως δυσπλαστικών αλλοιώσεων στο ορθοσιγμοειδές ακόμη κι όταν ο καρκίνος εντοπίζεται σε υψηλότερα επίπεδα του παχέος εντέρου.

Η ύπαρξη δυσπλασίας υψηλού βαθμού σε διάφορα σημεία του παχέος εντέρου είναι ικανός λόγος για την εκτέλεση προφυλακτικής κολεκτομής αν ληφθεί υπ' όψιν η διαπίστωση ότι σε 50% των αρρώστων αυτών βρίσκεται διηθητικός καρκίνος στο εγχειρητικό παρασκεύασμα του παχέος εντέρου.

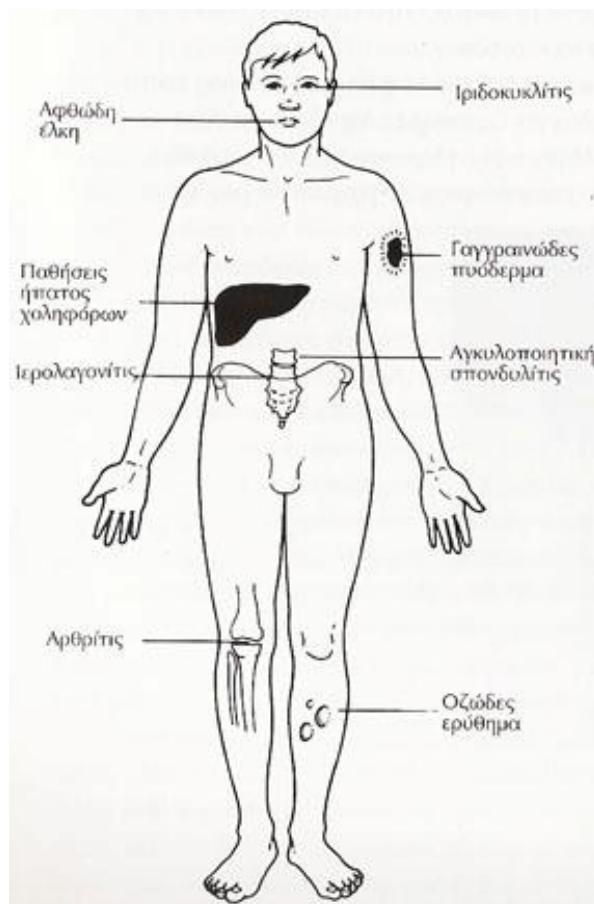
Έτσι τα τελευταία χρόνια γίνεται δεκτό ότι η μελέτη των δυσπλαστικών αλλοιώσεων του βλεννογόνου του παχέος εντέρου σε αρρώστους με μακρύ ιστορικό ελκώδους κολίτιδος, φαίνεται πως είναι η μέθοδος του μέλλοντος για την ανίχνευση καρκίνου του παχέος εντέρου σε πρώιμο στάδιο στους ασθενείς αυτούς.

Η αξία της παρακολουθήσεως των τιμών του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) στον ορό των ασθενών αυτών είναι περιορισμένη γιατί παρουσιάζονται αυξημένες τιμές όχι μόνο όταν υπάρχει καρκίνος αλλά και στις παροξύνσεις της ελκώδους κολίτιδος.

Η εγχείρηση εκλογής είναι η ολική πρωκτοκολεκτομή με μόνιμη ειλεοστομία γιατί έχουν περιγραφεί πολλές περιπτώσεις καρκίνου στο κολόβωμα του ορθού μετά την εφαρμογή ειλεο-ορθικής αναστομώσεως. Η διαρκώς και συχνότερη εφαρμογή της ειλεο-δακτυλικής αναστομώσεως που σημαίνει την αφαίρεση ολοκλήρου του ορθικού βλεννογόνου και αναστόμωση του ειλεού με τον δακτύλιο, δίδουν ελπίδες ότι τελικώς θα πραγματοποιηθεί ο στόχος που είναι η απαλλαγή του ασθενούς από τον κίνδυνο του καρκίνου χωρίς το τίμημα της μόνιμης ειλεοστομίας.

3.2 Εξωεντερικές επιπλοκές ιδιοπαθών φλεγμονωδών εντερικών νόσων

Στην ελκώδη κολίτιδα αλλά και στη νόσο του Crohn μεγάλο ποσοστό ασθενών παρουσιάζει κλινικές εκδηλώσεις από άλλα συστήματα εκτός από το έντερο. Στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται για ασήμαντες ενοχλήσεις που υποχωρούν όταν η κύρια νόσος περάσει σε φάση ύφεσεως. Σε ένα μικρό όμως ποσοστό οι εξωεντερικές επιπλοκές προκαλούν πραγματική αναπηρία ή θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου και τότε αποκτούν μεγαλύτερη σημασία από την κύρια νόσο και γίνονται οι αποφασιστικοί παράγοντες για τον καθορισμό του είδους της θεραπευτικής αγωγής και κυρίως για την απόφαση εκλεκτικής κολεκτομής. Από παρατηρήσεις που έχουν γίνει στο Νοσοκομείο Mount Sinai της Ν. Υόρκης υπάρχουν σαφείς συσχετίσεις μεταξύ της εντοπίσεως της φλεγμονής και των εξωεντερικών εκδηλώσεων των ΙΦΕΝ. Η ελκώδης κολίτις και η Crohn κολίτις συνδυάζονται με δερματικές και οφθαλμικές εκδηλώσεις με εκδηλώσεις από το στόμα και με αρθρίτιδες (Σχήμα 4). Οι εξωεντερικές αυτές επιπλοκές ακολουθούν συχνά αλλά όχι πάντοτε παράλληλη διαδρομή με τη δραστηριότητα της νόσου και υποχωρούν μετά την ύφεση της φλεγμονής ή τη χειρουργική εκτομή του πάσχοντος τμήματος του εντέρου. Πρέπει όμως να τονισθεί ότι ορισμένες επιπλοκές όπως η σκληρυντική χολαγγειίτις δεν συμπορεύονται με την κλινική δραστηριότητα της κολίτιδος που είναι δυνατόν να διατρέχει με ελάχιστα συμπτώματα. Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις που συσχετίζονται συχνότερα με εντόπιση της νόσου του Crohn στο λεπτό έντερο είναι η νεφρολιθίαση, η αποφρακτική ουροπάθεια, η χολολιθίαση και οι κλινικές επιπτώσεις της δυσαπορροφήσεως (O' Brien 1992).



Σχήμα 4: Εξωεντερικές εκδηλώσεις ΙΦΕΝ.

Ηπατοχολικές επιπλοκές: Διάφορες ηπατοχολικές διαταραχές έχουν περιγραφεί στην ελκώδη κολίτιδα και στη νόσο του Crohn. Οι κυριότερες ηπατοχολικές επιπλοκές είναι οι εξής:

Περιχολαγγειίτις: Η βλάβη αυτή που επίσης αναφέρεται ως “πυλαία τριαδίτις” και “ενδο-λοβιώδης ηπατίτις” θεωρείται πολύ συχνή. Περιγράφεται στο 70% των αρρώστων που υποβάλλονται σε κολεκτομή και σε 30% των αρρώστων με ΙΦΕΝ που παρουσιάζουν εργαστηριακές διαταραχές της ηπατικής βιολογίας.

Η λιπώδης διήθηση του ήπατος είναι εξαιρετικά συχνή και θεωρείται μη ειδικό φαινόμενο, χωρίς ιδιαίτερη σημασία.

Σκληρυντική χολαγγειΐτις: Η σκληρυντική χολαγγειΐτις παρατηρείται και εν απουσία ΙΦΕΝ

αλλά στο μεγαλύτερο ποσοστό συνυπάρχει με ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn. Η συχνότητα της σκληρυντικής χολαγγειίτιδος στην ελκώδη κολίτιδα υπολογίζεται στο 4% περίπου των περιπτώσεων.

Η θεραπεία της σκληρυντικής χολαγγειίτιδος δεν είναι γενικώς ικανοποιητική και η κατάσταση εξελίσσεται σε χολική κίρρωση που οδηγεί σε θάνατο του αρρώστου από ρήξη κιστών οισοφάγου ή ηπατική ανεπάρκεια.

Παρά τις δυσκολίες που προκαλεί η σκλήρυνση των χολαγγείων, η μεταμόσχευση ήπατος είναι προς το παρόν η μόνη αποτελεσματική θεραπεία. Με τη χρησιμοποίηση κυκλοσπορίνης τα ποσοστά επιβιώσεως ένα χρόνο μετά τη μεταμόσχευση κυμαίνονται στο 70% περίπου (Perpercom 1990). Η επιβίωση μετά από μεταμόσχευση ήπατος είναι περί τα 12 έτη και γενικώς κακοί προγνωστικοί παράγοντες είναι η ηπατο-σπληνομεγαλία και η υψηλή τιμή της αλκαλικής φωσφατάσης.

Άλλες σπάνιες επιπλοκές από το ήπαρ και τα χοληφόρα είναι **χρονία ηπατίτις και κίρρωση** που παρατηρούνται σε 1-2% των περιπτώσεων ελκώδους κολίτιδος και ο καρκίνος των χοληφόρων που αν και γενικώς σπανιότατος, είναι 7 φορές συχνότερος στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα παρά στον γενικό πληθυσμό. Η κρίσιμη ερώτηση εάν οι ηπατοχολικές επιπλοκές της ελκώδους κολίτιδος και της νόσου του Crohn υποχωρούν μετά από χειρουργική αφαίρεση του νοσούντος εντέρου, δεν έχει απαντηθεί ικανοποιητικά. Άλλες επιπλοκές από το ηπατοχολικό σύστημα είναι η σπάνια ανάπτυξη ηπατικών αποστημάτων και κοκκιωμάτων και η χολολιθίαση που είναι συχνή στη νόσο του Crohn που προσβάλλει το λεπτό έντερο και ιδίως τον τελικό ειλεό (μέχρι 30%).

Εκτός από τις παραπάνω επιπλοκές που αποδίδονται στη βασική νόσο, το ηπατοχολικό σύστημα μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα και από τη θεραπεία. λ.χ. η σαλαζοπυρίνη και η παρεντερική θρέψη που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της ελκώδους κολίτιδος μπορούν να προκαλέσουν επιπλοκές από το ήπαρ.

Εκδηλώσεις από το δέρμα

Οι σημαντικότερες δερματολογικές επιπλοκές των ΙΦΕΝ είναι το οζώδες ερύθημα και η γαγγραινώδης πυοδερματίτις. Σπανιότερες εκδηλώσεις είναι η φουρκαλιδώδης επιδερμόλυση που

μετά την επούλωση καταλείπει ουλές του δέρματος (O' Brien 1992). Στις δερματολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνονται και όσες αναφέρονται με τον όρο “μεταστατική νόσος του Crohn” που χαρακτηρίζονται από την παρουσία κοκκιωμάτων σε εξηλωμένα οζία που παρατηρούνται στο δέρμα του κοιλιακού τοιχώματος ή των μηρών (Burgdozf 1981). Η ψωρίαση παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα στους πάσχοντες από νόσο του Crohn και τους συγγενείς τους από τον γενικό πληθυσμό (Lee και συν 1990).

Οζώδες ερύθημα (Erythema nodosum): Πρόκειται για τη συχνότερη δερματολογική εκδήλωση των ΙΦΕΝ. Απαντά σε 15% των ασθενών με νόσο του Crohn. Είναι συχνότερο στις γυναίκες και πολύ συχνό στα παιδιά. Πρόκειται για οζώδεις υπόσκληρες επώδυνες διηθήσεις του δέρματος διαστάσεων 1-8 εκ.μ. που εντοπίζονται στις εκτατικές επιφάνειες των άκρων και κυρίως στην κνήμη (Εικόνα 15). Το οζώδες ερύθημα παρουσιάζεται ταυτοχρόνως με τη δραστηριότητα της νόσου ή προηγείται των εντερικών συμπτωμάτων.



Εικόνα 15: Οζώδες ερύθημα σε ασθενή με νόσο του Crohn.

Γαγγραινώδης πυοδερματίτις (Pyoderma gangrenosum): Είναι συχνότερη στην ελκώδη κολίτιδα παρά στη νόσο του Crohn και απαντά σε 1-3% των περιπτώσεων. Η βλάβη αρχίζει ως ερυθρή πλάκα που εντοπίζεται συνήθως στις κνήμες. Αργότερα παρατηρείται νέκρωση και εξέλκωση της επιφάνειας η εξέλκωση επεκτείνεται και καταστρέφει τους παρακείμενους ιστούς.

Συνήθως η γαγγραινώδης πυοδερματίτις συνδυάζεται με γενικευμένη κολίτιδα βαρείας μορφής και συνήθως δεν υποχωρεί αν δεν εκτελεσθεί κολεκτομή. Αναφέρονται όμως περιπτώσεις υφέσεως της δερματικής βλάβης μετά από ανταπόκριση της κολίτιδος σε συντηρητική αγωγή (O'Brien 1992).

Αλλοιώσεις του στόματος: Η κυριώτερη εκδήλωση από το στόμα είναι η **αφθώδης στοματίτις** που χαρακτηρίζεται από αφθώδη έλκη στο έδαφος του στόματος τη γλώσσα και την επιφάνεια της παρειάς και παρατηρείται σε 6-20% των ασθενών με ΙΦΕΝ και ιδίως στη νόσο του Crohn (Εικόνα 16). Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα η αφθώδης στοματίτις προηγείται σταθερά του επεισοδίου παροξύνσεως της νόσου. Οι άφθες του στόματος είναι συνήθως πολύ επώδυνες και εμποδίζουν τη μάσηση.

Άλλες σπανιότερες αλλοιώσεις του στόματος στις ΙΦΕΝ είναι η υπερπλαστική αλλοίωση του εσωτερικού της παρειάς με εμφάνιση λιθοστρώτου (Yarley, 1972) πολυποειδή εξέφυθρα μορφώματα που μπορούν να εξελκωθούν καθώς και επώδυνες ρωγμώδεις εξελκώσεις των χειλέων (Schiller, 1971).



Εικόνα 16: Αφθώδη έλκη στόματος σε ασθενή με νόσο του Crohn.

Αρθροπάθειες: Οι κυριότερες αρθροπάθειες που παρατηρούνται στην ελκώδη κολίτιδα είναι α) αρθρίτις μεγάλων αρθρώσεων (εντεροπαθητική αρθρίτις), β) αγκυλοποιητική σπονδυλίτις, γ) συμμετρική ιερολαγονίτις και δ) πληκτροδακτυλία.

Η εντεροπαθητική αρθρίτις προσβάλλει τις μεγάλες αρθρώσεις των κάτω άκρων κυρίως. Είναι συχνή επιπλοκή (6% στους Έλληνες ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα). Βελτίωση της κολίτιδος οδηγεί συνήθως σε ύφεση των συμπτωμάτων από τις αρθρώσεις αλλά πολλές φορές τα συμπτώματα της αρθρίτιδος είναι τόσο έντονα ώστε να απαιτείται κολεκτομή.

Η αγκυλοποιητική σπονδυλίτις παρατηρείται σε μικρή αναλογία ασθενών με ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn του παχέος εντέρου (2% στους Έλληνες ασθενείς). Είναι βαρεία επιπλοκή που προκαλεί μόνιμη αναπηρία γιατί δεν επηρεάζεται από τη θεραπεία της κολίτιδος ούτε από την κολεκτομή.

Σε ποσοστό 4-18% παρατηρείται **ιερολαγονίτις** που μπορεί να προκαλέσει κλινική συνδρομή ή να παραμείνει μόνο ως ακτινολογικό εύρημα (Gravallese και Kantrowitz 1988).

Πληκτροδακτυλία: Η συσχέτιση μεταξύ ΙΦΕΝ και πληκτροδακτυλίας είναι γενικώς παραδεκτή και σύμφωνα με διάφορες σειρές παρατηρείται σε 4-50% των περιπτώσεων. Παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς με εκτεταμένη προσβολή του παχέος εντέρου και μακροχρόνια πορεία. Η πληκτροδακτυλία μπορεί να εξαφανισθεί τελείως μετά την ύφεση της νόσου.

Οφθαλμικές αλλοιώσεις: Παρατηρούνται σε σημαντικό ποσοστό ασθενών με ΙΦΕΝ και καλύπτουν ευρύ φάσμα. Σε ασθενείς με θετικό κληρονομικό για ΙΦΕΝ παρατηρείται μεγαλύτερη αναλογία οφθαλμικών επιπλοκών. Επίσης οι επιπλοκές αυτές είναι συχνότερες όταν οι ΙΦΕΝ εντοπίζονται στο παχύ έντερο (Calkins και Reed 1990). Η συχνότερη επιπλοκή είναι η **ιρίτις** που παρατηρείται σε 4% τουλάχιστον των περιπτώσεων ελκώδους κολίτιδος ή νόσου του Crohn και συνδυάζεται συχνά με το HLA-B27. Τα συνήθη συμπτώματα είναι κεφαλαλγία, φωτοφοβία, πόνος του οφθαλμικού βολβού και θάμβος οράσεως που υποχωρούν με τοπική και συστηματική θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Μπορεί να διατρέχει και χωρίς καθόλου συμπτώματα. Η ιρίτις μπορεί να προηγηθεί των εντερικών εκδηλώσεων της κολίτιδος ή να εκδηλωθεί και όταν η κολίτις βρίσκεται σε πλήρη ύφεση ή ακόμη και μετά από κολεκτομή. Έχουν περιγραφεί και αλλοιώσεις του κερατοειδούς που υποχωρούν γρήγορα ύστερα από τοπική θεραπεία με κορτικοειδή. Σπανίως παρατηρείται οπισθοβολβική νευρίτις που εκδηλώνεται με θάμβος οράσεως, κεντρικά σκοτώματα και επώδυνες κινήσεις των οφθαλμών. Παρά τη βαρύτητα των συμπτωμάτων άμεση θεραπεία με κορτικοειδή οδηγεί συνήθως σε πλήρη ύφεση.

Αιματολογικές επιπλοκές: Οι ασθενείς με ΙΦΕΝ παρουσιάζουν πολυάριθμα προβλήματα σχετιζόμενα με το αιμοποιητικό σύστημα. Το συχνότερο από αυτά είναι η σιδηροπενική αναιμία.

Εχει διαπιστωθεί ότι σε μια παρόξυνση της κολίτιδος, χάνονται 0.5-1.3 γρ. σιδήρου (σχεδόν τα 25% όλου του αποθέματος σιδήρου του οργανισμού). Συχνά, ακόμη και ασθενείς που είναι κλινικώς ασυμπτωματικοί συνεχίζουν να χάνουν αίμα από το έντερο και η επίμονη αυτή αναιμία παρά την παρεντερική χορήγηση σιδήρου, δείχνει ότι συνεχίζεται η δραστηριότητα της νόσου. Αντιστρόφως, διατήρηση του αιματοκρίτη σε φυσιολογικά επίπεδα είναι ένδειξη ότι η νόσος οδηγείται σε ύφεση. Σε νόσο του Crohn με προσβολή του τελικού ειλεού μπορεί να παρατηρηθεί μεγαλοβλαστική αναιμία.

Άλλες αιματολογικές επιπλοκές μπορεί να προκληθούν από τη θεραπεία με σουλφαμιδούχα παράγωγα.

Σπάνια αλλά πολύ σημαντική επιπλοκή των ΙΦΕΝ είναι η **αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία** που χαρακτηρίζεται από θετική αντίδραση Coombs και αύξηση τωνδικτυοκυττάρων στο αίμα. Άλλα διαγνωστικά χαρακτηριστικά είναι η αύξηση της χολερυθρίνης και LDH. Πρόκειται για σπάνια επιπλοκή της ελκώδους κολίτιδος (περίπου 7 τοις χιλίοις) που είναι συχνότερη στις γυναίκες και σε περιπτώσεις με μακρά διάρκεια νόσου. Η θεραπευτική αντιμετώπιση παρουσιάζει δυσχέρειες.

Περιγράφεται επίσης οξεία μυελοβλαστική λευχαιμία σε συσχέτιση με ελκώδη κολίτιδα (Fabry, 1980).

Θρομβώσεις αγγείων

Φλεβικές θρομβώσεις συμβαίνουν σε 3-4% των περιπτώσεων ΙΦΕΝ σε διάφορα στελέχη (μηριαία, πυλαία, εγκεφαλικές, πνευμονικές κ.λπ. φλέβες). Η θρόμβωση των φλεβών της πυέλου ή των κάτω άκρων μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονική εμβολή που θέτει σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου και πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπ' όψιν όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αιφνιδίως δύσπνοια ή shock. Η κλινική εξέταση δεν αποκαλύπτει τη θέση της φλεβοθρομβώσεως ούτε στο 50% των περιπτώσεων. Πυελική εντόπιση της φλεβοθρομβώσεως είναι πιθανή όταν η κατάσταση του αρρώστου επιδεινώνεται με παρουσία κοιλιακού πόνου και πυρετού χωρίς έξαρση των συμπτωμάτων της κολίτιδος.

Αρτηριακές θρομβώσεις σκοτεινής παθογενείας που σημαίνουν κακή πρόγνωση, έχουν επίσης περιγραφεί στην καρωτίδα, μηριαία, υποκλείδιο, και άλλες αρτηρίες.

Άλλοι παράγοντες που ευνοούν τα θρομβωτικά επεισόδια είναι η μακρά κατάκλιση, η αφυδάτωση και η αγγειΐτις που παρατηρείται επίσης στις ΙΦΕΝ.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των θρομβοεμβολικών επεισοδίων της ελκώδους κολίτιδος δυσχεραίνεται από τους κινδύνους αιμορραγίας από τη χρήση αντιπηκτικών.

Το φάρμακο εκλογής είναι η ηπαρίνη που πρέπει να χορηγείται ενδοφλεβίως κάθε 4 ώρες. Επανάληψη της πνευμονικής εμβολής παρά τη χορήγηση ικανοποιητικής αντιπηκτικής αγωγής ή η πρόκληση μαζικής αιμορραγίας από το έντερο εξαιτίας της αντιπηκτικής θεραπείας, είναι ένδειξη για χειρουργική επέμβαση με σκοπό την περιίδεση της κάτω κοιλής φλεβός ή την τοποθέτηση ειδικού πλέγματος με ή χωρίς ταυτόχρονη κολεκτομή.

Αγγειΐτις που αποδίδεται στην κυκλοφορία ανόσων συμπλεγμάτων έχει περιγραφεί στην ελκώδη κολίτιδα και αφορά συνήθως τα αγγεία του δέρματος και των πνευμόνων.

Βρογχοπνευμονικές εκδηλώσεις: Τα τελευταία χρόνια έχουν επισημανθεί συσχετισμοί μεταξύ αναπνευστικού συστήματος και ΙΦΕΝ. Έχουν περιγραφεί σειρές ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και σοβαρές παθήσεις του αναπνευστικού, όπως βρογχεκτασία ή χρόνια πυώδη βρογχίτιδα σε συνδυασμό με περιφερική αρθρίτιδα και δερματικά εξανθήματα.

Ουρολογικές επιπλοκές: Μια από τις συχνότερες εξωεντερικές επιπλοκές των ΙΦΕΝ (και ιδίως της νόσου του Crohn) είναι η **νεφρολιθίαση** που έχει περιγραφεί σε υψηλό ποσοστό, μέχρι και 30%.

Η αμυλοείδωση με προσβολή των νεφρών και πρόκληση νεφρωτικού συνδρόμου και νεφρικής ανεπάρκειας είναι σπανιότατη επιπλοκή της νόσου του Crohn και της ελκώδους κολίτιδος. έχει αναφερθεί υποχώρηση της αμυλοειδώσεως μετά από κολεκτομή.

Άλλες επιπλοκές που παρατηρούνται κυρίως στη νόσο του Crohn είναι η ανάπτυξη συριγγίων μεταξύ ουρητήρος και εντέρου ή εντέρου και ουροδόχου κύστεως.

Ενδοκρिनοπάθειες: Υψηλά ποσοστά βρογχοκήλης και υπερθυρεοειδισμού έχουν περιγραφεί σε ορισμένες σειρές ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (Lyer και Karlstadt 1980, Triantafyllidis, 1992).

Καθυστέρηση σωματικής αναπτύξεως: Στο πλαίσιο των εξωεντερικών επιπλοκών των ιδιοπαθών φλεγμονωδών εντερικών νόσων, πρέπει να περιληφθεί και η αναστολή της σωματικής αναπτύξεως που παρατηρείται όταν οι πάσχοντες από ΙΦΕΝ και ιδίως από νόσο του Crohn διανύουν την παιδική ή εφηβική ηλικία. Η διαταραχή αυτή αποδίδεται στην κακή διατροφή, στην δευτεροπαθή υπολειτουργία της υποφύσεως και στη θεραπεία με κορτικοειδή.

Υποχώρηση της νόσου ή χειρουργική εκτομή του πάσχοντος εντέρου οδηγεί σε αποκατάσταση της σωματικής αναπτύξεως.

Εξωεντερικές επιπλοκές σχετιζόμενες με την θεραπεία

Τα φάρμακα της σειράς της σουλφασαλαζίνης μπορεί να ευθύνονται για πολλές "ασυνήθεις" εξωεντερικές επιπλοκές από το δέρμα, το αίμα, τους πνεύμονες, το ήπαρ ή τους νεφρούς και η πιθανότητα αυτή δεν πρέπει να αγνοείται. Επίσης, έχουν περιγραφεί παροδικά δερματικά εξανθήματα, αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία, αναιμία από έλλειψη φυλλικού οξέος, διηθήματα με ηωσινοφιλία καθώς και περίπτωση ερυθρηματώδους λύκου που αποδόθηκε στη θεραπεία με σουλφασαλαζίνη (Mayer και Janowitz 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.1 Θεραπεία ελκώδους κολίτιδος και νόσου του Crohn

“Οιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντεροπάθειες προκαλούν μια συρροή βιοϊατρικών προβλημάτων που δεν παρατηρείται σε καμιά άλλη πάθηση του ανθρώπου.”

Joe Kirsner

Οι άρρωστοι με ΙΦΕΝ εκτός από τα άμεσα συμπτώματα της νόσου, παρουσιάζουν επίσης προβλήματα ψυχολογικής και συναισθηματικής φύσεως καθώς και ζητήματα σχετικά με την κοινωνική και επαγγελματική τους προσαρμογή. Η αβεβαιότητα της προγνώσεως σε συνδυασμό με τις παρενέργειες της φαρμακευτικής και τις ατέλειες της χειρουργικής θεραπείας, δημιουργούν ένα χρόνιο αίσθημα ανασφάλειας που υποσκάπτει την ψυχολογία του ασθενούς, ιδίως στις φάσεις παροξυσμού της νόσου.

Ο κλινικός που επωμίζεται τη θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τις τρέχουσες φαρμακευτικές δυνατότητες, τις προοπτικές των νέων φαρμάκων και τις δυνητικές παρενέργειες της θεραπείας. Πρέπει επίσης να είναι σε θέση να εκτιμά και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα θρέψεως. Η διάρροια, η κακή πέψη και η πλημμελής απορρόφηση που παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς με προσβολή κυρίως του λεπτού εντέρου από νόσο του Crohn, οδηγούν σε ανεπάρκεια ουσιωδών στοιχείων της διατροφής (πρωτεϊνών, σιδήρου, φυλλικού οξέος, βιταμίνης Β12 κ.ά.) που η έλλειψή των επιδεινώνει ακόμη περισσότερο την ακεραιότητα του εντερικού επιθηλίου. Έτσι, η διόρθωση των ελλειμμάτων θρέψεως αποτελεί θεμέλιο λίθο της θεραπευτικής προσπάθειας.

Εκτός όμως από τις “βιολογικές” αυτές πλευρές της νόσου υπάρχει σε ίση μοίρα και το ψυχολογικό πρόβλημα του ασθενούς και των συγγενών. Η δυσκολία προσαρμογής στην αδυσώπητη πραγματικότητα της χρονιότητας της νόσου και όλων των περιορισμών και

προβλημάτων που δημιουργεί, απαιτεί τον καλύτερο δυνατό χειρισμό από τους θεράποντες. Εκτός από την αναμενόμενη αντίδραση του ασθενούς, πολλές φορές οι γονείς και ο/η σύζυγος δείχνουν ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία προσαρμογής και άρνηση της πραγματικότητας. Οι οικείοι του ασθενούς μπορεί να αντιδράσουν με εκδηλώσεις πανικού, θυμού, μνησικακίας, φθόνου ή να γίνουν υπερπροστατευτικοί ή εχθρικοί προς τον άρρωστο. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να είναι μόνιμα ή να επανέρχονται.

4.2 Γενικά θεραπευτικά μέτρα

Το πρώτο καθήκον του γιατρού αλλά και των μελών των οικογενειών των ασθενών είναι να δείχνουν συνεχώς πραγματικό ενδιαφέρον και να τονώνουν με κάθε τρόπο το ηθικό των αρρώστων. Στις ΗΠΑ, στη Βρετανία και σε άλλες χώρες υπάρχουν σύλλογοι ασθενών με ΙΦΕΝ που συνεργάζονται με γιατρούς, ψυχολόγους, τεχνικούς εξαρτημάτων ειλωστομίας κλπ για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ειδικών αναγκών. Οι σύλλογοι αυτοί προσφέρουν μεγάλες υπηρεσίες στους ασθενείς, ιδίως όταν πρόκειται να υποβληθούν σε μεγάλες ακρωτηριαστικές χειρουργικές επεμβάσεις. Η ανθρώπινη επαφή με έναν ασθενή που έχει ήδη περάσει από το ίδιο στάδιο, ενισχύει συνήθως το ηθικό του αρρώστου διότι του δίδει τη δυνατότητα να φαντασθεί ποιά θα είναι η εξέλιξη της καταστάσεώς του μετά την εγχείρηση και την εγκατάσταση της ειλωστομίας ή οποιασδήποτε άλλης χειρουργικής τεχνικής. Η αισιοδοξία που συνήθως έχει ο επισκέπτης βοηθά τον άρρωστο να δεχθεί την εγχείρηση και να έχει ελπίδες για το μέλλον του.

Επίσης και στην Ελλάδα έχει ιδρυθεί ο σύλλογος πασχόντων από ΙΦΕΝ και συμβάλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των Ελλήνων ασθενών.

Διατροφή: Το ζήτημα της διατροφής στις ΙΦΕΝ έχει δύο σκέλη: α) αν ορισμένες τροφές μπορεί να προκαλέσουν επιδείνωση και β) αν χρειάζεται συμπληρωματική χορήγηση θρεπτικών ουσιών. Σχετικά με το πρώτο ερώτημα έχει αποδειχθεί από παλαιές μελέτες (Wright και Truelove 1985) ότι κανένα στοιχείο της διατροφής δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι επιδεινώνει την ελκώδη κολίτιδα εκτός από το γάλα που μπορεί να επιτείνει τη διάρροια, επίδραση που αποδίδεται στη δυσανεξία στη λακτόζη. Στη νόσο του Crohn έχει διαπιστωθεί ότι οι άρρωστοι καταναλώνουν πολύ περισσότερους επεξεργασμένους υδατανθρακες από ό,τι ο γενικός πληθυσμός τόσο πριν όσο και μετά την έναρξη της νόσου. Η σημασία της διαπιστώσεως αυτής δεν έχει

διευκρινισθεί. Για άλλες θρεπτικές ουσίες ή χημικά πρόσθετα δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ ασθενών με ΙΦΕΝ και φυσιολογικών μαρτύρων.

Μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το ζήτημα της ανάγκης για προσθήκη συμπληρωματικών ουσιών στη διατροφή των ασθενών. Οι θερμιδικές ανάγκες των ασθενών με ΙΦΕΝ είναι πολύ αυξημένες αλλά μπορεί να καλυφθούν στις περισσότερες περιπτώσεις με βελτίωση της ποσότητας και ποιότητας της τροφής. Όταν αυτό δεν είναι εφικτό λόγω ανορεξίας ή άλλων παραγόντων (ύπαρξη συριγγίων, εντερικής αποφράξεως κ.λπ) πρέπει να ληφθούν ειδικά μέτρα (Πίνακας 14).

Η υποθρεψία στις ΙΦΕΝ εκδηλώνεται συνήθως ως υπολευκωματιναιμία και απώλεια βάρους. Οι μηχανισμοί της κακής θρέψεως είναι: α) ανεπαρκής πρόσληψη τροφής (λόγω ανορεξίας κ.λπ), β) δυσαπορρόφηση από ελαττωμένη απορροφητική επιφάνεια του λεπτού εντέρου (στη νόσο Crohn λεπτού εντέρου αλλά και σε βαρειές μορφές ελκώδους κολίτιδος στις οποίες επηρεάζεται η λειτουργία του λεπτού εντέρου και ιδίως του ειλεού), γ) εντεροπάθεια με απώλεια πρωτεΐνης και ηλεκτρολυτών και δ) αλληλεπίδραση μεταξύ φαρμάκων και θρεπτικών ουσιών (Η σαλαζοπυρίνη (azulfidin) επηρεάζει την απορρόφηση φυλλικού οξέος, τα κορτικοειδή εμποδίζουν την απορρόφηση ασβεστίου κ.ά.). Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι συνήθως η απώλεια βάρους και τα συμπτώματα που προκαλεί η υπολευκωματιναιμία (οίδημα κ.λπ) και η κακή απορρόφηση ηλεκτρολυτών, ιχνοστοιχείων και βιταμινών (Πίνακας 15).

Πίνακας 14: Διαταραχές της θρέψεως στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσους		
	Νόσος Crohn	Ελκώδης κολίτις
Απώλεια βάρους	65 - 75%	18 - 62%
Υπολευκωματιναιμία	25 - 80%	25 - 50%
Αναμία	25 - 85%	66%
Σιδηροπενία	39%	81 %
Ανεπάρκεια βιταμίνης 812	48%	5%
Ανεπάρκεια φυλ/ικού οξέος	67%	30 - 40%
Ανεπάρκεια μαγνησίου	14 - 33%	*
Υποκαλιαιμία	5 - 20%	*
Ανεπάρκεια βιταμίνης Α	11 %	*
Ανεπάρκεια βιταμίνης Ο	75%	35%
Ανεπάρκεια ψευδαργύρου	50%	*

* Δεν είχαν ανακοινωθεί.

(Rombeau και Alonso 1992)

Πίνακας 15: Συχνότητα διαταραχών θρέψεως στις ΙΦΕΝ		
	Νόσος Crohn %	Ελκώδης κολίτις %
Απώλεια βάρους	70	40
Υπολευκοματιναίμια	40	30
Αναμία 70 60	40	80
Ελάττωση Fe 812	40	5
Ca 10 "Mg 25 "κ 15	50	30

Ιχνοστοιχεία

Μαγνήσιο: Η ανεπάρκεια μαγνησίου χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα σε περιπτώσεις νόσου Crohn με σύνδρομο βραχέος εντέρου.

Ψευδάργυρος: Στη νόσο του Crohn παρατηρείται συχνά σημαντική απώλεια ψευδαργύρου. Η ανεπάρκεια ψευδαργύρου χαρακτηρίζεται από διαταραχές της γεύσεως, καθυστέρηση στην επούλωση τραυμάτων και συριγγίων καθώς και χαρακτηριστικές δερματικές βλάβες (εντεροπαθητική ακροδερματίτις).

Σελήνιο: Τα επίπεδα του σεληνίου του ορού παρουσιάζουν διακυμάνσεις αλλά δεν διαφέρουν από τις τιμές των φυσιολογικών μαρτύρων.

Χαλκός: Τα επίπεδα του χαλκού στον ορό είναι γενικώς αυξημένα στην ενεργό νόσο του Crohn. Κατά τους Fernandes-Benares (1990), οι χαμηλές τιμές ψευδαργύρου και τα υψηλά επίπεδα χαλκού σχετίζονται με τη διαιώνιση της φλεγμονής στις ΙΦΕΝ.

Λιποδιαλυτές βιταμίνες

Λόγω της στεατορροίας που παρατηρείται συχνά στη νόσο του Crohn που προσβάλλει το λεπτό έντερο, προκαλείται ατελής απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών Α,Ο,Ε,Κ. Κλινικά προβλήματα από έλλειψη των λιποδιαλυτών βιταμινών είναι σπάνια και αφορούν στο δέρμα, τον σκελετό και την πηκτικότητα του αίματος (παρατεταμένος χρόνος προθρομβίνης). Για προληπτικούς λόγους είναι σκόπιμη η χορήγηση και των λιποδιαλυτών βιταμινών σε βαρείες περιπτώσεις νόσου Crohn με προσβολή του λεπτού εντέρου. Για τον περιορισμό των συνεπειών της στεατορροίας είναι σκόπιμη η χαμηλή περιεκτικότητας λίπους στη διατροφή και η χορήγηση

της μεγαλύτερης ποσότητας λίπους στο πρώτο γεύμα της ημέρας λόγω της μεγάλης συγκεντρώσεως χολικών αλάτων στο εγγύς τμήμα του εντέρου το πρωί. Σε εξαιρετικά δύσκολες περιπτώσεις με βαρείες εκδηλώσεις υποθρεψίας και στεατορροίας συνιστάται η χορήγηση τριγλυκεριδίων μέσης αλύσου (M.C.T.) που δεν απορροφούνται μέσω της λεμφικής οδού αλλά περνούν κατ' ευθείαν στη φλεβική κυκλοφορία και επιτυγχάνουν ελάττωση της στεατορροίας και καλύτερη αφομοίωση του λίπους.

Βιταμίνη Α: Χαμηλές τιμές βιταμίνης Α ορού έχουν περιγραφεί.

Βιταμίνη D: Χαμηλές τιμές ορού της 25-υδροξυβιταμίνης D (25-OH-D) παρατηρούνται σε μεγάλα ποσοστά (50-80%) ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn που αποδίδονται α) στη χαμηλή πρόσληψη γαλακτοκομικών λόγω δυσανεξίας στη λακτόζη, β) σε χαμηλή ηλιοφάνεια ή γ) σε θεραπεία με χολεστυραμίνη. Οι τιμές είναι ιδιαίτερα χαμηλές μετά από εντερεκτομή. Συνήθως δεν υπάρχει εμφανής κλινική εικόνα οστεοπαθείας αλλά η οστική βιοψία αποκαλύπτει την παρουσία οστεοπενίας σε 30-75% των ασθενών που δεν ανταποκρίνεται πάντοτε στη χορήγηση βιταμίνης D.

Η Βιταμίνη Ε είναι επίσης ελαττωμένη στη νόσο Crohn λεπτού εντέρου (Kuroki, 1993).

Υδατοδιαλυτές βιταμίνες

Βιταμίνη C: Έχει διαπιστωθεί ότι οι άρρωστοι με νόσο του Crohn έχουν χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης C στον ορό και τα λευκοκύτταρα από τους υγιείς μάρτυρες. Αυτό οφείλεται α) σε ανεπαρκή πρόσληψη λόγω διατροφής πτωχής σε τροφές φυτικής προελεύσεως και β) στις μεγάλες ανάγκες σε βιταμίνη C των ασθενών αυτών λόγω της νόσου. Μάλιστα οι ασθενείς με συρίγγια έχουν ακόμη χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης C στον ορό. Η χορήγηση βιταμίνης C επιταχύνει την επούλωση των συριγγίων. Το αποτέλεσμα αυτό αποδίδεται στον κεντρικό ρόλο που παίζει η βιταμίνη C στη σύνθεση του κολλαγόνου. Γενικώς συνιστάται η προληπτική χορήγηση βιταμίνης C (500 mg ημερησίως) στους ασθενείς με νόσο του Crohn που βρίσκεται σε κλινική έξαρση.

Φυλλικό οξύ: Μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΙΦΕΝ παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα φυλλικού οξέος στον ορό του αίματος. Οι κυριώτερες αιτίες είναι α) ανεπαρκής πρόσληψη λόγω ανορεξίας ή αποφυγής προσλήψεως ωμών λαχανικών και φρούτων, β) αυξημένες ανάγκες φυλλικού οξέος

λόγω φλεγμονής και γ) δυσαπορρόφηση εξαιτίας της νόσου ή λόγω επιδράσεως της σουλφασαλαζίνης.

Βιταμίνες του συμπλέγματος Β: Από τη μελέτη των Kuroki και συν (1993) σε 24 ασθενείς με νόσο του Crohn και ισάριθμους φυσιολογικούς μάρτυρες διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα των βιταμινών Β1, Β2 και Β6 ήσαν σημαντικώς χαμηλότερα στον ορό και τα ερυθρά αιμοσφαίρια των ασθενών. Τα επίπεδα της βιταμίνης Β12 και του παντοθενικού οξέος ήταν μέσα σε φυσιολογικά όρια.

4.3 Προεγχειρητικά προβλήματα θρέψεως

Ο κίνδυνος μετεγχειρητικών επιπλοκών στη νόσο του Crohn είναι αντιστρόφως ανάλογος του επιπέδου της λευκωματίνης του ορού και της δεσμευτικής ικανότητας του σιδήρου (total-iron binding capacity). Επίσης στους ασθενείς με νόσο του Crohn έχει διαπιστωθεί ελάττωση του ενδοκυτταρίου καλίου. Προεγχειρητική αποκατάσταση του ελλείμματος καλίου οδηγεί σε ελάττωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Τρόποι θρέψεως ασθενών με ΙΦΕΝ

Η διατροφή πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες και πρωτεΐνες και περιορισμοί επιβάλλονται μόνο για ειδικούς λόγους λ.χ. α) δίαιτα χαμηλού υπολείμματος σε περιπτώσεις στενώσεως του εντέρου που εκδηλώνεται κλινικώς με κοιλιακό πόνο ή επεισόδια ατελούς ειλεού β) δίαιτα χαμηλή σε οξαλικά σε ασθενείς με νόσο Crohn λεπτού εντέρου για την αποφυγή νεφρολιθιάσεως και γ) δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε λακτόζη όταν υπάρχει δυσανεξία στο γάλα.

Στοιχειακή δίαιτα (Elemental diet)

Ο όρος στοιχειακή διατροφή σημαίνει τη χορήγηση διαλυμάτων που περιέχουν αμινοξέα και υδατάνθρακες σε αφομοιώσιμη μορφή χωρίς να υπάρχει ανάγκη της μεσολαβήσεως του μηχανισμού πέψεως. Η χορήγηση στοιχειακής διατροφής στηρίζεται στην άποψη ότι υποβοηθείται η λειτουργία του εντέρου ενώ παράλληλα λόγω της “υποαλλεργικότητός” της,

ελαττώνονται οι ανοσολογικές αντιδράσεις του εντέρου.

Ο τρόπος με τον οποίο δρα η στοιχειακή διατροφή δεν είναι ακριβώς γνωστός. Θεωρείται ότι λόγω της μικρής περιεκτικότητας σε αντιγονικές ουσίες επέρχεται βελτίωση της ανοσολογικής λειτουργίας και τροποποίηση της εντερικής χλωρίδος.

Εντερική διατροφή με πρωτεϊνικά πολυμερή

Τα σοβαρά μειονεκτήματα της στοιχειακής διατροφής (κακή γεύση, υπεροσμωτικότητα, υψηλό κόστος) εμποδίζουν τη χρησιμοποίηση της μεθόδου σε μεγάλη κλίμακα. Άλλες μορφές τυποποιημένης διατροφής χωρίς τα μειονεκτήματα της στοιχειακής διαίτας έχουν μελετηθεί τα τελευταία χρόνια. Η χορήγηση πολυμερών με βάση ολική πρωτεΐνη έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες με καλά γενικώς αποτελέσματα.

Ολική παρεντερική θρέψη [Total Parenteral Nutrition (TPN)]

Ολική παρεντερική θρέψη χρησιμοποιείται στις ΙΦΕΝ κάτω από ορισμένες συνθήκες α) για ενίσχυση της συμβατικής φαρμακευτικής ή χειρουργικής θεραπείας και β) ως βασική θεραπευτική αγωγή σε ασθενείς με εκτεταμένη νόσο Crohn λεπτού εντέρου και αδυναμία του εντέρου να ανταποκριθεί στις ανάγκες του οργανισμού. Στην ελκώδη κολίτιδα, οι μέχρι τώρα μελέτες, δεν δείχνουν υπεροχή της TPN έναντι των συμβατικών μέτρων θεραπείας και δεν συνιστάται η ολική παρεντερική θρέψη ως μείζον θεραπευτικό μέτρο. Εντούτοις σε εξατομικευμένες περιπτώσεις βαρειάς νόσου με μεγάλη υποθρεψία και σοβαρό έλλειμμα πρωτεϊνών και βιταμινών, αυτή δεν πρέπει να αποκλείεται.

4.4 Ψυχολογική υποστήριξη

Οι Kurlander και O' Brien (1990) που έχουν ασχοληθεί διεξοδικά με τα ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών με ΙΦΕΝ, προτείνουν την εξής τακτική: Οι άρρωστοι δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ψυχικά ασθενείς αλλά ως άτομα που πάσχουν από μια σοβαρή σωματική νόσο που προκαλεί ψυχική κατάπτωση και δυσκολίες στην προσαρμογή.

Ο στόχος είναι να βοηθηθούν οι ασθενείς ώστε να αποφεύγουν ψυχοπιεστικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος, να προσαρμοσθούν στην πραγματικότητα της νόσου, να διατηρήσουν θετική άποψη για τον εαυτό τους (positive self-image), ψυχική ισορροπία και ικανοποιητικές σχέσεις με το περιβάλλον (Cohen και Lazarus 1979). Οι ασθενείς πρέπει να υποστηριχθούν ψυχικά για να πεισθούν ότι δεν είναι τελείως αβοήθητοι στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους αλλά εκ των πραγμάτων πρέπει να δεχθούν ότι όταν κανείς πάσχει από μια χρόνια πάθηση άγνωστης αιτιολογίας είναι λογικό να φροντίζει ο ίδιος τον εαυτό του και να παίρνει όλα τα μέτρα που υποδεικνύουν οι θεράποντες.

Η αλληλεπίδραση μεταξύ σωματικών προβλημάτων και ψυχικής κατάστασεως είναι ιδιαίτερος σημαντική στις εξής 6 περιπτώσεις:

- 1) αντιμετώπιση του Stress
- 2) επίπεδο δραστηριότητας (εργασία κ.λπ)
- 3) διατροφή
- 4) ψυχολογική ευεξία
- 5) διαπροσωπικές σχέσεις
- 6) σκοπός και στόχοι στη ζωή.

Για όλα αυτά τα επιμέρους προβλήματα χρειάζεται συνεχής επαγρύπνηση γιατρού και οικογενειακού περιβάλλοντος. Υπάρχουν ειδικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του stress που ίσως πρέπει να διδαχθεί ο ασθενής. Επίσης, ορισμένοι ειδικοί (ψυχολόγοι ή ψυχίατροι) με επίδοση σε αυτά τα ζητήματα μπορεί να χρειασθεί να εκπαιδεύσουν τον άρρωστο για τον καλύτερο χειρισμό προβλημάτων σχέσεων με το περιβάλλον του. Σε περιπτώσεις νέων ατόμων που αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις σπουδές τους λόγω των προβλημάτων της νόσου, μπορεί να πρέπει να πεισθούν να αναθεωρήσουν εν μέρει ή εν όλω το εκπαιδευτικό πρόγραμμα λ.χ. να διακόψουν προσωρινά τις σπουδές τους.

Ο στόχος της ψυχολογικής υποστηρίξεως είναι να γίνει ο ασθενής ικανός όχι μόνο να προσαρμοσθεί στο πρόβλημα του αλλά να εκτιμήσει και τις θετικές πλευρές που έχει ακόμη και η χειρότερη κακοτυχία (ουδέν κακόν αμιγές καλού!) ώστε ει δυνατόν να αντλήσει διδάγματα που θα ευρύνουν την προσωπικότητά του και τη φιλοσοφική του τοποθέτηση στη ζωή.

Δυστυχώς πρόκειται για πολύ δύσκολο έργο. Οι ασθενείς συνήθως προσδοκούν άμεσα αποτελέσματα, αποκαρδιώνονται γρήγορα και γίνονται εριστικοί προς το περιβάλλον και τον γιατρό. Βεβαίως όλοι οι ασθενείς δεν ανήκουν στην ίδια κατηγορία από ψυχολογικής απόψεως. Ασθενείς με ψυχοπαθολογία που προσβάλλονται από ΙΦΕΝ παρουσιάζουν επιδείνωση του ψυχικού προβλήματος όπως λ.χ. σχιζοφρενικοί ασθενείς (Karush, 1969).

Σε άτομα με ασταθή προσωπικότητα που δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που τους προκαλεί η νόσος μπορεί να χρησιμοποιηθούν αγχολυτικά ή αντικαταθλιπτικά (Stokes 1978) αλλά ως γενική αρχή είναι προτιμότερο να εφαρμόζεται η ψυχοθεραπεία παρά η φαρμακευτική αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών με ΙΦΕΝ (Kurlauder και O' Brien 1990).

Ειδικώς για τη νόσο του Crohn πρέπει να υπογραμμισθεί ότι σε μεγάλο ποσοστό ασθενών παρατηρείται καταθλιπτική συνδρομή η οποία μεταξύ άλλων παρεμποδίζει την εφαρμογή της συμβατικής θεραπευτικής αγωγής και των χειρισμών ενισχύσεως της διατροφής. Κατά τους Stenson και MacDermott (1991), σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να δοκιμάζεται αγωγή με μικρές δόσεις τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών.

4.5 Φαρμακευτική θεραπεία ελκώδους Κολίτιδος και νόσου του Crohn

Παρά τις πολλές και μεγάλες διαφορές της ελκώδους κολίτιδος και της νόσου του Crohn, η θεραπευτική αντιμετώπισή τους στηρίζεται στην ίδια κεντρική ιδέα και στα ίδια περίπου φάρμακα. Ενώ προ 40-50 ετών άρχισαν ορισμένες συστηματικές προσπάθειες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ΙΦΕΝ που στηρίχθηκαν σε τελείως εμπειρικά κριτήρια, σήμερα βρισκόμαστε στην αρχή της εποχής που η θεραπεία θα στηρίζεται διαρκώς και περισσότερο στη γνώση των μηχανισμών της παθογενείας και της αιτιολογίας των ΙΦΕΝ και λιγότερο σε τυχαίες παρατηρήσεις. Η προσπάθεια περιορισμού των διαφόρων παραγόντων που προκαλούν την φλεγμονή του εντέρου στις ΙΦΕΝ οδηγεί τελικώς σε τρεις μορφές θεραπευτικών δυνατοτήτων (Πίνακας 16).

1. αντιμικροβιακά φάρμακα (εάν γίνει δεκτό ότι υπάρχουν ειδικοί μικροοργανισμοί που ευθύνονται για τις ΙΦΕΝ).
2. αναστολείς των ανοσολογικών μηχανισμών.

3. αναστολείς των μεσαζόντων της φλεγμονής.

Πίνακας 16: Φαρμακευτικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των ΙΦΕΝ
Κορτικοστεροειδή
Σουλφασαλαζίνη
Ανοσοκατασταλτικά
5 Αμινοσαλικυλικό οξύ (5-ASA)
Κυκλοσπορίνη
Μετρονιδαζόλη
Ιχθυέλαια
Παρεντερική και εντερική θρέψη

Σουλφασαλαζίνη (Αζουλφιδίνη) και νεώτερα σαλικυλικά

Η σουλφασαλαζίνη (azulfidipe) έχει χρησιμοποιηθεί τα τελευταία 40 χρόνια για τη θεραπευτική αντιμετώπιση ηπίων μορφών ελκώδους κολίτιδος καθώς και για την πρόληψη των υποτροπών. Σήμερα υπάρχουν τα νεώτερα σαλικυλικά, προϊόντα εξέλιξης της σουλφασαλαζίνης με λιγότερες παρενέργειες από το μητρικό φάρμακο.

4.6 Χειρουργική θεραπεία της ελκώδους κολίτιδος

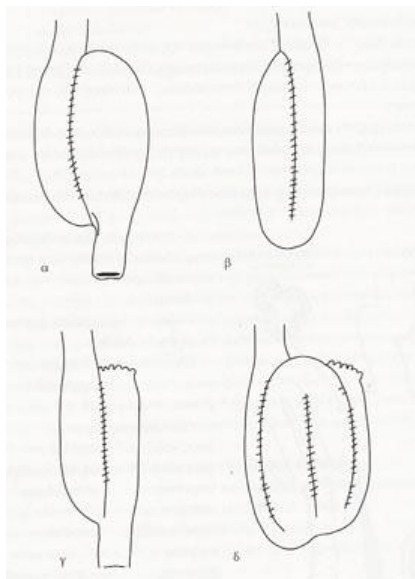
Η προσπάθεια αντιμετώπισης των προβλημάτων της ελκώδους κολίτιδος με χειρουργικές μεθόδους έχει περάσει από πολλά στάδια.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι οι εξής:

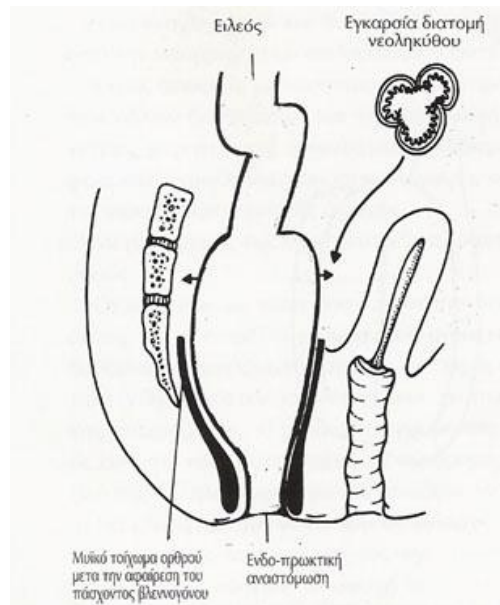
- 1) Πρωκτοκολεκτομή με μόνιμη ειλεοστομία που οδηγεί σε πλήρη ίαση αλλά με το τίμημα της μόνιμης ειλεοστομίας.
- 2) Κολεκτομή με αναστόμωση που περιορίζει την ευάλωτη περιοχή μόνο στο εναπομείναν μικρό τμήμα του περιφερικού κόλου και
- 3) Σφιγκτηροσωστική αναστόμωση (ειλεοδακτυλική αναστόμωση) μεταξύ ειλεού και τελικού

άκρου του πρωκτού που αποτελεί την ιδανική εγχείρηση διότι η απομάκρυνση ολόκληρου του βλεννογόνου του παχέος εντέρου μηδενίζει την πιθανότητα υποτροπής της νόσου ενώ διατηρεί την φυσιολογική λειτουργία του σφιγκτηριακού μηχανισμού (Parks, 1980 και Williams και Johnston 1985), (Σχήμα 17).

Έχουν προταθεί 4 τεχνικές α) τριπλή ή 5, β) διπλή ή J, γ) πλάγια ή ισοπερισταλτική και δ) τετραπλή ή W νεολήκυθος (Σχήμα 18).



Σχήμα 17: Διάφοροι τύποι ειλεοδακτυλικής αναστομώσεως.



Σχήμα 18: Κατασκευή S-Ληκύθου κατά Park με ειλεοπρωκτική αναστόμωση

Η επιλογή της χειρουργικής μεθόδου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες οι κυριότεροι από τους οποίους είναι η εξοικείωση του χειρουργού με τις διάφορες τεχνικές.

Οι ενδείξεις κολεκτομής είναι οι εξής:

Επείγουσες ενδείξεις: 1. Σταθερή επιδείνωση της καταστάσεως του ασθενούς παρά την εφαρμογή της ειδικής θεραπευτικής αγωγής (Truelove και Jewell 1974).

2. Εκδήλωση επικίνδυνης επιπλοκής (διατηρήσεως, ακατάσχετης αιμορραγίας τοξικού μεγακόλου).

Εκλεκτική κολεκτομή: 1. Συχνά επεισόδια ελκώδους κολίτιδος που δεν ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στην θεραπεία και η ζωή του ασθενούς γίνεται μαρτυρική.

2. Χρόνιες σοβαρές επιπλοκές λ.χ. καρκίνος παχέος εντέρου ή επίμονη αρθρίτις κ.λπ.

3. Προφυλακτική κολεκτομή για την εξουδετέρωση του κινδύνου αναπτύξεως καρκίνου του παχέος εντέρου.

4. Αναστολή σωματικής αναπτύξεως στα παιδιά.

Σήμερα στα ειδικά κέντρα χειρουργικής του εντέρου αλλά και στα μεγάλα νοσοκομεία, γενικώς, η θνητότης της χειρουργικής της ελκώδους κολίτιδος βρίσκεται στο επίπεδο του 4-5% εκτός για επείγουσες περιπτώσεις λ.χ. τοξικού μεγακόλου που μπορεί να φθάσει στο 17% των περιπτώσεων. Η κυριότερη επιπλοκή είναι η ανάπτυξη σηπτικών βλαβών της περιοχής του περινέου ή στένωση της περιοχής της ειλεοστομίας, σεξουαλικές διαταραχές και η φλεγμονή της νεολυκήθου (pouchitis) που παρουσιάζεται στη νεολύκηθο που κατασκευάζει ο χειρουργός στη διάρκεια της ειλωπρωκτικής αναστομώσεως. Η νεολυκηθίτις ανταποκρίνεται συνήθως στη θεραπεία με μετρονιδαζόλη (Church και Fajio 1992).

4.7 Συντηρητική αγωγή της νόσου του Crohn

“Don't treat the x-ray, treat the patient.”

Lennard Jones

Το πλήθος των δυνητικών επιπλοκών της νόσου του Crohn δεν επιτρέπει την τυποποίηση της θεραπευτικής προσεγγίσεως της νόσου. Όταν υπάρχει κλινική δραστηριότητα χωρίς σημαντικές επιπλοκές οι θεραπευτικές προσπάθειες επικεντρώνονται στον έλεγχο των συμπτωμάτων. Η επιδίωξη της επαναφοράς των παθολογικών εργαστηριακών ευρημάτων σε φυσιολογικά επίπεδα με χρήση δυνητικώς τοξικών φαρμάκων δεν συνιστάται. Ο Lennard Jones (1992) λέει χαρακτηριστικά:

“Μην θεραπεύετε την ακτινολογική εικόνα. Θεραπεύετε τον άρρωστο”.

Όταν το κύριο ενόχλημα είναι διάρροια που οφείλεται σε ήπια δραστηριότητα της νόσου, σε εντερεκτομή ή σε δυσαπορρόφηση χολικών αλάτων, ενδείκνυται κατ' αρχήν η χρήση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων και διαιτητικά μέτρα. Η αποφυγή διατροφής πλούσιας σε φυτικό υπόλειμμα και λακτόζη σε συνδυασμό με τη λογική χρήση λοπεραμίδης και διφαινοξυλάτης, μπορεί να επιτύχουν ικανοποιητικό έλεγχο των ενοχλημάτων και θα ήταν λάθος χειρισμού η χορήγηση κορτικοειδών πριν από την εφαρμογή των απλούστερων αυτών μέτρων.

Στους ασθενείς με νόσο του Crohn παρατηρείται συχνά κατάθλιψη που εκτός των άλλων δυσχεραίνει και την εφαρμογή οποιασδήποτε ειδικής θεραπείας. Σε τέτοιες περιπτώσεις συνιστάται μια δοκιμαστική θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα (τρικυκλικές ενώσεις σε μικρές σχετικώς δόσεις) πριν από την έναρξη της ειδικής θεραπευτικής αγωγής. Μεγάλο μέρος της θεραπευτικής προσπάθειας ανήκει στους διαιτητικούς χειρισμούς.

Οι ασθενείς με νόσο του Crohn υποσιτίζονται συχνά για διάφορους λόγους όπως: 1) η ανορεξία είναι συχνό σύμπτωμα 2) προσπαθούν να αποφύγουν δυσάρεστα ενοχλήματα όπως ο έμετος, η διάρροια ή ο κοιλιακός πόνος 3) λόγω των εντερικών στενώσεων μπορούν να παρατηρηθούν επεισόδια ατελούς εντερικής αποφράξεως 4) μετά από εγχειρήσεις παρατηρείται το σύνδρομο του βραχέος εντέρου και 5) συμμετέχει το σύνδρομο εντεροπαθείας με απώλεια πρωτεϊνών ενώ παράλληλα παρατηρείται απώλεια ηλεκτρολυτών και ιχνοστοιχείων.

Για όλους αυτούς τους λόγους υπάρχει μεγάλη ανάγκη διαιτητικών χειρισμών. Ελάττωση της

περιεκτικότητα της τροφής σε Μπος ελαττώνει τον αριθμό των διαρροϊκών κενώσεων. αποφυγή λακτόζης ελαττώνει τα συμπτώματα από υπερπαραγωγή αερίων στον εντερικό αυλό. Για την ενίσχυση της θρέψεως απαιτείται αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών και θερμίδων καθώς και προσθήκη βιταμινών σιδήρου και ιχνοστοιχείων.

Η νόσος του Crohn παρουσιάζει μεγαλύτερες δυσκολίες από την ελκώδη κολίτιδα και λόγω της εκτεταμένης και “κατά τόπους” προσβολής του πεπτικού σωλήνος αλλά και λόγω της ελλείψεως αποτελεσματικής χειρουργικής θεραπείας.

Εντούτοις, οι συντηρητικές και χειρουργικές μέθοδοι θεραπείας που υπάρχουν δημιουργούν συνήθως προϋποθέσεις ικανοποιητικής αντιμετώπισης των παροξύνσεων και των επιπλοκών της νόσου. Ο γιατρός λοιπόν στηριζόμενος στη γνώση της φυσικής ιστορίας της νόσου και των δυνατοτήτων της φαρμακευτικής και χειρουργικής θεραπείας, πρέπει να είναι αισιόδοξος και να μεταδίδει το πνεύμα της αισιοδοξίας του στον ασθενή και το περιβάλλον του. Οι σύλλογοι των ασθενών με ΙΦΕΝ που υπάρχουν σε όλο τον κόσμο, συμβάλλουν πολύ στην οικοδόμηση κλίματος εμπιστοσύνης και αισιοδοξίας.

Ένα από τα παράδοξα της νόσου του Crohn είναι ότι σοβαρές και εκτεταμένες ανατομικές αλλοιώσεις του εντέρου μπορεί να συνοδεύονται από ελάχιστα συμπτώματα που δεν επηρεάζουν πολύ τον ρυθμό της ζωής του αρρώστου. Αντιστρόφως, έντονα συμπτώματα όπως λχ. κοιλιακός πόνος ή διάρροια μπορεί να υπάρχουν χωρίς βαρείες αλλοιώσεις του εντέρου.

Γι αυτό το λόγο η σωστή τακτική είναι η περιστασιακή αντιμετώπιση των οξέων προβλημάτων (problem oriented approach). Ο γιατρός με γνώση των πιθανών υποκειμένων μηχανισμών των συμπτωμάτων αναλύει τα κλινικά δεδομένα και επικεντρώνει την προσοχή του περισσότερο στην αντιμετώπιση των ενοχλημάτων παρά στην προσπάθεια να εξουδετερώσει με φάρμακα ή χειρουργικούς χειρισμούς τις παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που προκαλεί η νόσος (Lennard Jones 1992).

Σε μερικούς ασθενείς οι φάσεις παροξύνσεως εναλλάσσονται με περιόδους κλινικής ηρεμίας. Οι παροξύνσεις οφείλονται α) σε δραστηριοποίηση της βασικής νόσου, β) σε δευτερογενή λοίμωξη των εξηλωμένων περιοχών, γ) σε μηχανικά προβλήματα (εντερική απόφραξη), δ) επιμονή της φλεγμονής της νόσου που απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία συντηρήσεως, ε) μετεγχειρητικά προβλήματα λχ. επίμονη διάρροια λόγω εκτομής του τελικού ειλεού και στ) βαρύ σύνδρομο δυσαπορροφήσεως λόγω εκτομής μεγάλου τμήματος του εντέρου. Έχει ήδη αναφερθεί η σημασία

που έχει η θερμιδική κάλυψη και η αναπλήρωση των ελλειμμάτων βιταμινών και ηλεκτρολυτών στις σοβαρές μορφές της νόσου.

Οξεία παρόξυνση της νόσου του Crohn

Εκτός από τα γενικά μέτρα συνιστάται η αποφυγή λήψεως τροφής από το στόμα και η ενδοφλέβια χορήγηση 60 mg πρεδνιζολόνης, 1500 mg μετρονιδαζόλης και ενός αντιβιοτικού ευρέος φάσματος λ.χ. μιας αμινογλυκοσίδης. Κατά κανόνα επέρχεται βελτίωση σε 4-5 ημέρες.

Νόσος μετρίως βαρύτητας

Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχουν πολλές εναλλακτικές λύσεις. Συνήθως χρησιμοποιούνται κορτικοειδή από το στόμα (40 mg πρεδνιζολόνης) επί 1-2 εβδομάδες με βαθμιαία ελάττωση της δόσεως μετά την επίτευξη ύφεσεως. Καλά αποτελέσματα δίδει επίσης η στοιχειακή διατροφή αντί των κορτικοειδών. Η στοιχειακή διατροφή έχει ιδιαίτερη ένδειξη στα παιδιά γιατί βελτιώνει την σωματική ανάπτυξη (Sanderson, 1987).

Χρονία επίμονη συμπτωματολογία

Σε πολλούς ασθενείς η αρχική θεραπεία με κορτικοειδή προκαλεί ύφεση αλλά τα συμπτώματα υποτροπιάζουν μόλις επιχειρηθεί η ελάττωση της δόσεως στα 7.5-15 mg. Η προσθήκη σουλφασαλαζίνης ή των νεωτέρων σαλικυλικών δεν βελτιώνει την κατάσταση. Η χορήγηση του κορτικοειδούς μέρα παρά μέρα σε δόση 20 mg πρεδνιζολόνης πολλές φορές επαρκεί για τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Σε άλλους αρρώστους είναι απαραίτητη η χορήγηση μικρών δόσεων (5-10 mg συνεχώς). Είναι ευτύχημα ότι η πρεδνιζολόνη απορροφείται ατελώς στους αρρώστους με νόσο του Crohn και ίσως γι αυτόν τον λόγο οι παρενέργειες από τη συνεχή κορτικοθεραπεία είναι σπάνιες. Πάντως ως γενική αρχή, η συχνή χορήγηση κορτικοειδών είναι καταδικαστέα και δικαιολογείται μόνο σε εξαιρετικές περιστάσεις.

Νόσος σε ύφεση

Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων υπάρχουν ενδείξεις ότι η χορήγηση μεσαλαζίνης σε δόση συντηρήσεως εμποδίζει την υποτροπή (International mesalazine study 1990).

Θεραπεία των διαφόρων εντοπίσεων της νόσου του Crohn

Στόμα και χείλη: Χρονία προσβολή των χειλέων, προκαλεί μόνιμο, επώδυνο παραμορφωτικό οίδημα. Τοπικά κορτικοειδή είναι αναποτελεσματικά ενώ δεν υπάρχει πάντοτε ανταπόκριση σε συστηματική χορήγηση κορτικοειδών ή ανοσοκατασταλτικών. Ευτυχώς, συχνά το οίδημα υποχωρεί αυτομάτως ύστερα από διάφορα χρονικά διαστήματα. Τα αφθώδη έλκη του στόματος ανταποκρίνονται στη θεραπεία με πλύσεις του στόματος με διαλύματα κορτικοειδών (πρεδνιζολόνη 5 mg διαλυμένη σε 20 ml ύδατος. Πλύσεις του στόματος 3-4 φορές την ημέρα). Το διάλυμα μπορεί να καταποθεί ή να απορριφθεί μετά την πλύση.

Γαστροδωδεκαδακτυλική εντόπιση: Η εντόπιση της νόσου του Crohn στο γαστρικό άντρο ή στο δωδεκαδάκτυλο μπορεί να προκαλέσει χρόνιο επιγαστρικό πόνο ή αποφρακτικά φαινόμενα. Αρχικώς χορηγούνται ισχυρά φάρμακα ανασταλτικά της γαστρικής εκκρίσεως (ρανιτιδίνη, ομεπραζόλη, λανσοπραζόλη κ.λπ), που κατά κανόνα προκαλούν συμπτωματική βελτίωση και πρέπει να χορηγούνται σε χρονία βάση. Αν αποτύχει αυτή η προσέγγιση χορηγούνται κορτικοειδή.

Εκτεταμένη νόσος λεπτού εντέρου: Η μορφή αυτή της νόσου που συνήθως προσβάλλει νέα άτομα εκδηλώνεται με πυρετό, δυσαπορρόφηση, απώλεια πρωτεϊνών από το έντερο και αναστολή σωματικής αναπτύξεως.

Η ακτινολογική μελέτη δείχνει την παρουσία οιδήματος και παραμόρφωση του εντερικού βλεννογόνου. Με το πέρασμα του χρόνου αναπτύσσονται πολλαπλές στενώσεις που εκδηλώνονται με αποφρακτικά φαινόμενα (πόνος, μετεωρισμός, έμετος). Στα αρχικά στάδια της νόσου η χορήγηση κορτικοειδών προκαλεί ταχεία ύφεση αλλά τα συμπτώματα συνήθως επανέρχονται με την ελάττωση της δόσεως κάτω από τα 10 mg πρεδνιζολόνης.

Αν τα αποφρακτικά συμπτώματα επιμείνουν παρά την χορήγηση διατροφής πτωχής σε άπεπτο φυτικό υπόλειμμα και κορτικοειδή, η εγχείρηση γίνεται αναπόφευκτη. Συνήθως εκτελούνται πολλαπλές πλαστικές των στενώσεων (strictureplasty) ή εκτομές περιορισμένων στενωτικών περιοχών.

Προσβολή του ειλεού - τυφλού - παχέος εντέρου: Ο τελικός ειλεός προσβάλλεται σε 60-70% των περιπτώσεων άλλοτε ως μοναδική εντόπιση και άλλοτε σε συνδυασμό με προσβολή του τυφλού ή άλλων τμημάτων του παχέος εντέρου. Η εντόπιση στον τελικό ειλεό προκαλεί συχνά μόνιμη στένωση ενώ η επέκταση της νόσου μπορεί να προκαλέσει διήθηση του ψοΐτου μυός με

αποτέλεσμα την αδυναμία εκτάσεως του ισχίου ή απόφραξη του δεξιού ουρητήρος. Άλλη συνήθης σοβαρή επιπλοκή είναι η δημιουργία εντεροεντερικών συριγγίων ή επικοινωνία του εντέρου με την ουροδόχο κύστη.

Για όλους αυτούς τους λόγους θεωρείται γενικώς σκόπιμο να εφαρμόζεται χειρουργική θεραπεία με εκτομή της πασχούσης περιοχής (περιορισμένη εκτομή ή δεξιά ημικολεκτομή ή ακόμη και υφολική κολεκτομή και ειλεορθική αναστόμωση, αναλόγως της εκτάσεως της νόσου).

Η ποιότης ζωής των ασθενών μετά την εκτομή του πάσχοντος τμήματος του εντέρου είναι καλή και η πιθανότης υποτροπής δεν πρέπει να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την εκτέλεση της εγχείρησης όταν υπάρχουν οι απαραίτητες ενδείξεις (αποφρακτικά φαινόμενα, φλεγμονώδης μάζα, φλεγμονώδεις επιπλοκές, κακή γενική κατάσταση, καθυστέρηση σωματικής αναπτύξεως).

Crohn Κολίτις

Ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων που χαρακτηρίζονται ως “κεραυνοβόλος ελκώδης κολίτις” είναι στην πραγματικότητα περιπτώσεις νόσου του Crohn και όχι ελκώδους κολίτιδος. Η διαφορική διάγνωση σε αυτή την φάση δεν είναι εύκολη.

Η οξεία "Crohn κολίτις" ανταποκρίνεται καλύτερα στη χορήγηση μετρονιδαζόλης και άλλων αντιβιοτικών και έχει γενικώς καλύτερη άμεση πρόγνωση από την κεραυνοβόλο ελκώδη κολίτιδα. Οι ενδείξεις για εγχείρηση είναι η αιμορραγία, τοτοξικό megacolon και η αδυναμία ανταποκρίσεως στην συντηρητική αγωγή (Mortensen 1984).

Η χρόνια ενεργός νόσος ανταποκρίνεται στη θεραπεία με μετρονιδαζόλη 750/800 mg ημερησίως. Σε περιπτώσεις αποτυχίας χρησιμοποιούνται κορτικοειδή αλλά η προσπάθεια διακοπής τους συνοδεύεται συχνά από υποτροπή και τότε υπάρχει σαφής ένδειξη για μακροχρόνια χορήγηση ανοσοκατασταλτικών. Οι ενδείξεις για χειρουργική θεραπεία είναι α) χρόνια συμπτώματα μη ανταποκρινόμενα στη συντηρητική θεραπεία, β) εκδήλωση σοβαρών τοπικών επιπλοκών (απόστημα, συρίγγιο ή βαρείες βλάβες στην περιοχή του πρωκτού, και γ) σπανίως η παρουσία δυσπλασίας ή καρκίνου.

Ορθοπρωκτική εντόπιση: Ο πρωκτός και η περιοχή του δακτυλίου προσβάλλονται στη νόσο του Crohn είτε α) εν συνεχεία νόσου του ορθού είτε β) σε συνδυασμό με εντοπίσεις της νόσου σε άλλα τμήματα του εντέρου αλλά χωρίς προσβολή του ορθού. Στην δεύτερη περίπτωση η αντιμετώπιση των πρωκτικών βλαβών είναι ευκολότερη. Δημιουργείται μια κολοστομία και εφαρμόζεται θεραπεία μεμετρονιδαζόλη και τοπική περιποίηση των πρωκτικών βλαβών. Σε ένα ποσοστό οι πρωκτικές αλλοιώσεις επουλώνονται και γίνεται δυνατό το κλείσιμο της κολοστομίας και αποκατάσταση της συνεχείας του εντέρου. Η περιφερική εντόπιση της νόσου του Crohn με προσβολή του ορθού και της περιοχής του πρωκτού αντιμετωπίζεται όπως η “Crohn κολίτις” με την προσθήκη τοπικής θεραπείας με κορτικοειδή. Χειρουργική θεραπεία απαιτείται σε 30-40% των περιπτώσεων στη διάρκεια των 5-6 ετών μετά τη διάγνωση (Andrews, 1989). Εκτελείται εκτομή του ορθού σε συνδυασμό με μόνιμη κολοστομία.

Δερματικά ράκη (Skin tags): Στην περιοχή του πρωκτού παρατηρούνται ρακόμορφα δερματικά μορφώματα υποκίανου χρώματος, οίδηματώδη και επώδυνα. Μερικά από αυτά αντιπροσωπεύουν το περιφερικό τμήμα μιας χρονίας ραγάδος. Τοπική θεραπεία είναι αναποτελεσματική αλλά ούτε η χειρουργική συνιστάται γιατί συνήθως δεν επουλώνεται το χειρουργικό τραύμα. Η ίδια επιφύλαξη ισχύει για τις περιπτώσεις αιμορροΐδων όταν συμπτωματικώς συνυπάρχουν με νόσο του Crohn του πρωκτού.

Πρωκτικά έλκη και ραγάδες: Έλκη στο περίνω ή χρόνιες ραγάδες επιπλέκουν συχνά την πρωκτική εντόπιση της νόσου του Crohn. Τοπική θεραπεία με κορτικοειδή σε συνδυασμό με χορήγηση μετρονιδαζόλης από το στόμα είναι συχνά αποτελεσματική και η χειρουργική παρέμβαση πρέπει να αποφεύγεται λόγω του κινδύνου επεκτάσεως της βλάβης.

Περιπρωκτικά αποστήματα και συρίγγια: Αποστήματα της περιοχής του περινέου είναι πολύ συχνή επιπλοκή της νόσου του Crohn και συνήθως παροχετεύονται αυτομάτως στο δέρμα του περινέου ή στον αυλό του παχέος εντέρου ή του ορθού.

Χειρουργική θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται στα αρχικά στάδια για να αναχαιτισθεί η επέκταση του αποστήματος.

Συρίγγια μεταξύ κόλπου και ορθού ή δακτυλίου: Οι Radcliffe το 1988 διεπίστωσαν ότι 10% των γυναικών με νόσο του Crohn παρουσίαζαν συρίγγια μεταξύ κόλπου και ορθού ή δακτυλίου. Το συρίγγιο προκαλούσε περιορισμένη συμπτωματολογία από τον κόλπο σε 20% των ασθενών και σε 60-70% τα άλλα συμπτώματα της νόσου απασχολούσαν περισσότερο ασθενείς από τα

συμπτώματα από τον κόλπο. Η αποβολή αερίων ή κοπράνων από τον κόλπο προκαλεί δυσφορία και προβλήματα καθαριότητας αν και σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων οι σεξουαλικοί σύντροφοι των ασθενών δεν είχαν αντιληφθεί τίποτα!

Ένα σημαντικό ποσοστό των περιπτώσεων βελτιώνεται με απλά μέτρα (διαιτητικές προσπάθειες να γίνουν τα κόπρανα σχηματισμένα, μετρονιδαζόλη κ.λπ).

4.8 Χειρουργική θεραπεία της νόσου του Crohn. Γενικό σχόλιο

Στους ασθενείς με νόσο του Crohn η χειρουργική παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Εγχειρητική παρέμβαση απαιτείται σε 20% των ασθενών λόγω οξέων φαινομένων (διάτρηση, μεγάλη αιμορραγία, τοξικό megacolon). Η εκλεκτική χειρουργική θεραπεία χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις χρόνιας ατελούς εντερικής αποφράξεως, συριγγίων, αποστημάτων ή επιμόνων ενοχλημάτων που δεν ανταποκρίνονται στην κατάλληλη συντηρητική θεραπεία. Σήμερα επικρατεί γενικώς η τάση της συντηρητικής χειρουργικής, λόγω της μεγάλης συχνότητας υποτροπών μετά από εκτομές πασχόντων τμημάτων του εντέρου και των σημαντικών φυσιολογικών επιπτώσεων της εξαιρέσεως μεγάλων τμημάτων του πεπτικού σωλήνος. Στο πλαίσιο των προσπαθειών για αποφυγή εντερεκτομών, μεγάλη συμβολή υπήρξε η επινόηση της πλαστικής των εντερικών στενώσεων “strictureplasty” από τους Lee και Papaioannou (1982). Κατά τους Kendal (1986), η πλαστική των στενώσεων έχει μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας όταν η νόσος βρίσκεται σε ύφεση ενώ σε φάσεις δραστηριότητας της φλεγμονής μπορούν να συμβούν επιπλοκές (συρίγγια κ.λπ).

Μια άλλη μορφή ακόμη συντηρητικότερης χειρουργικής παρεμβάσεως είναι η προσπάθεια διατάσεως των στενώσεων στη διάρκεια λαπαροτομίας. Η μέθοδος μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ενδοσκοπικώς (Alexander Williams, 1986).

4.9 Ελκώδης κολίτις - Πορεία και πρόγνωση

“Η ελκώδης κολίτις μοιάζει με πυρκαγιά που σιγοκαίει διαρκώς αλλά μπορεί, οποιαδήποτε στιγμή, να πάρει επικίνδυνες διαστάσεις ενώ πάρα πολύ σπανίως σβήνει μόνη της.”

Sir Francis Avery Jones

Η επίδραση της ελκώδους κολίτιδος (όπως και κάθε άλλης χρονίας νόσου) στη ζωή του ασθενούς εξαρτάται από τρεις κυρίως παράγοντες

α) την κατάσταση του ασθενούς προ της ενάρξεως της νόσου (ηλικία, διανοητική και φυσική κατάσταση προοπτικές στη ζωή κ.λπ).

β) τη διαδρομή της νόσου (υποτροπιάζουσα ή συνεχής βαθμός βαρύτητας, ανάγκη χειρουργικών επεμβάσεων κίνδυνοι για τη ζωή του ασθενούς κ.λπ) και

γ) την αποτελεσματικότητα και το είδος της θεραπευτικής αγωγής.

Αυτοί οι παράγοντες μαζί προσδιορίζουν την πρόγνωση της ελκώδους κολίτιδος με βάση την επιβίωση και την ποιότητα ζωής.

Η πρόγνωση της ελκώδους κολίτιδος μπορεί να συνοψισθεί ως εξής: Η μεγάλη πλειοψηφία των αρρώστων με ελκώδη κολίτιδα υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια παροξυσμού της νόσου. Μικρό ποσοστό έχει ήπια συνεχή ενοχλήματα. Η εισαγωγή των κορτικοειδών βελτίωσε σημαντικά την πρόγνωση κυρίως στις μορφές με ήπια ή μετρίως βαρεία νόσο. Τα επεισόδια βαρείας νόσου εξακολουθούν να είναι επικίνδυνα για τη ζωή του αρρώστου ιδιαίτερα όταν αφορούν στη μεγάλη ηλικία και αν καθυστερήσει η διάγνωση. Εντούτοις η εξέλιξη των μέσων θεραπείας (αντιβιοτικά, ηλεκτρολυτική αποκατάσταση αναισθησία, χειρουργική τεχνική) εβελτίωσε αποφασιστικά την κατάσταση. Η θνητότης των βαρέων επεισοδίων από 33% της προ των κορτικοειδών εποχής έχει περιορισθεί σημαντικά στις ημέρες μας που βρίσκεται στο ύψος του 2-3%.

Η γενική επιβίωση έχει επίσης βελτιωθεί λόγω και της ελαττώσεως των υποτροπών που επιτυγχάνεται από την προληπτική χορήγηση σουλφασαλαζίνης και των νεωτέρων αμινοσαλικυλικών φαρμάκων. Η ποιότης της ζωής και η ικανότης για εργασία επηρεάζονται χωρίς αμφιβολία, ιδίως κατά τη διάρκεια των παροξύνσεων αλλά και σε φάσεις ηρεμίας της

νόσου. Το άγχος για την πιθανότητα υποτροπής και για τις ενδεχόμενες επιπτώσεις της χειρουργικής ή φαρμακευτικής θεραπείας δηλητηριάζουν τη ζωή των ασθενών.

Ελκώδης κολίτις στην Ελλάδα

Σε μελέτη 85 ασθενών με ΙΦΕΝ από το Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, (Archimandritis, 1992) διαπιστώθηκε ότι η ελκώδης κολίτις στην Ελλάδα έχει την ίδια βαρύτητα με την παρατηρούμενη στις χώρες της Βορείου Ευρώπης, ενώ σε παλιότερες μελέτες, είχε υποστηριχτεί ότι η νόσος διατρέχει ηπιότερα στη χώρα μας. Από τη μελέτη του Τριανταφυλλίδη (1993) στην οποία έγινε σύγκριση της ποιότητας ζωής 24 ασθενών με ειλεαδακτυλική αναστόμωση και 17 ασθενών με ειλεοορθική αναστόμωση, περίπου 90% των ασθενών και στις δύο ομάδες ανέφεραν ότι ήταν ικανοποιημένοι από την κατάστασή τους, άνω των 70% ανέφεραν απουσία σεξουαλικών δυσχερειών ενώ σημαντικό ποσοστό και των δύο ομάδων επέτυχαν βελτίωση της επαγγελματικής των καταστάσεως μετά την εγχείρηση.

4.10 Νόσος Crohn - Πορεία και πρόγνωση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου του Crohn, πολύ απέχει από το να θεωρείται ικανοποιητική. Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να προκαλέσει περισσότερα προβλήματα από την ίδια τη νόσο αν δεν εφαρμοσθεί με μεγάλη προσοχή. Το ίδιο ισχύει και για την επιλογή του χρόνου και του είδους των χειρουργικών επεμβάσεων.

Η πορεία και η εξέλιξη μεγάλων ομάδων ασθενών με νόσο του Crohn στις ΗΠΑ, της Βρετανία και την Ολλανδία, έχει μελετηθεί σε βάθος (Cooke, 1980, Farmer, 1985, Weterman, 1990). Υστερα από παρακολούθηση πολλών ετών (μέχρι και 50), προκύπτει ότι η θνητότης των ασθενών με νόσο του Crohn είναι περίπου διπλάσια από τη θνητότητα του γενικού πληθυσμού (Prior, 1981).

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται βελτίωση της προγνώσεως της νόσου του Crohn δεδομένου ότι έχουν εξαφανισθεί ορισμένες από τις παλαιότερες θανατηφόρες επιπλοκές (λ.χ. αμυλοείδωση, βαρειές σηπτικές καταστάσεις).

Νόσος του Crohn στην Ελλάδα

Μόνο τα τελευταία χρόνια άρχισε η μελέτη της νόσου του Crohn στη χώρα μας. Σχετικά με τη συχνότητα, οι μόνες έγκυρες πληροφορίες αφορούν τον πληθυσμό του Νομού Ηρακλείου Κρήτης όπου έχει διαπιστωθεί ότι εμφανίζονται 2.6 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού το χρόνο (επίπτωση) ενώ ο “επιπολασμός” δηλαδή το σύνολο των περιπτώσεων ανά 100.000 πληθυσμού υπολογίζεται στις 15.9 (Manousos, 1994).

Όπως προκύπτει από τις δύο τελευταίες μελέτες τα κυριότερα χαρακτηριστικά της νόσου του Crohn στην Ελλάδα είναι τα εξής:

1. Η χρονική διάρκεια από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι τη διάγνωση παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις. Μόνο στο 30% των ασθενών έγινε η διάγνωση μέσα στους πρώτους 6 μήνες ενώ σε 33% των ασθενών πέρασαν πάνω από 3 χρόνια και σε 15% άνω από 8 χρόνια.
2. Παρατηρείται ελαφρά υπεροχή των ανδρών (που παρουσίασαν εντόπιση μόνο στο λεπτό έντερο σε μεγάλη αναλογία).
3. Η νόσος προσβάλλει συχνότερα τους κατοίκους των αστικών κέντρων, τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα, άτομα 20-40 ετών και τους καπνιστές.
4. Η νόσος προσβάλλει σε ίση αναλογία το λεπτό, το παχύ ή το λεπτό και παχύ έντερο συγχρόνως.
5. Τα συχνότερα συμπτώματα της νόσου ήταν: διάρροια, απώλεια βάρους, κοιλιακός πόνος, πυρετός και αιματηρές κενώσεις.
6. Οι αιματηρές κενώσεις ήταν ιδιαίτερος συχνές όταν είχε προσβληθεί το παχύ έντερο και η απώλεια βάρους όταν υπήρχε συμμετοχή του λεπτού εντέρου.
7. Σε 25% των περιπτώσεων, υπήρχε ναυτία, έμετος, ανορεξία και όταν ακόμη δεν υπήρχε προσβολή του ανωτέρου πεπτικού συστήματος από τη νόσο.
8. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων υπήρχαν εξάρσεις και υφέσεις και μόνο σπανίως υπήρχαν μακρές χρονικές περιόδους χωρίς συμπτώματα. Η συχνότητα των εξωεντερικών επιπλοκών είναι όμοια με την αναφερομένη διεθνώς.
9. Η ανταπόκριση στη συντηρητική θεραπεία είναι συνήθως ικανοποιητική αλλά απαιτήθηκε χειρουργική θεραπεία στο 50% των περιπτώσεων στη διάρκεια των 9 ετών παρακολούθησής τους.

10. Η θνητότης της νόσου είναι 5 φορές μεγαλύτερη στην ομάδα των ασθενών που χρειάστηκε να υποβληθούν σε χειρουργική θεραπεία και έφθανε το 20% των ασθενών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

5.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στις Ι.Φ.Ε.Ν.

Οι ασθενείς που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn θα πρέπει να γνωρίζουν ότι θα τους συνοδεύουν για όλη τη ζωή τους. Η σοβαρότητα και η εξέλιξη της νόσου όμως, διαφέρει σημαντικά από άρρωστο σε άρρωστο. Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν πολύ ήπια νόσο με αραιές εξάρσεις ενώ άλλοι υποφέρουν από πολύ σοβαρά και συχνά επεισόδια μερικά από τα οποία χρειάζονται νοσοκομειακή αντιμετώπιση ή και χειρουργική. Δυστυχώς δεν μπορούμε να προδιαγράψουμε το μέλλον καθενός αρρώστου ξεχωριστά μολονότι είναι γνωστό ότι περίπου οι μισοί άρρωστοι διάγουν τόσο ήπια νόσο που δεν θα χρειαστούν ούτε μια φορά να πάρουν κορτικοειδή στη ζωή τους.

Η συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση της Ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn επιτυγχάνεται :

- με χορήγηση μιας ή συνδυασμού περισσότερων της μιας, φαρμακευτικών ουσιών,
- με συμπτωματική-φαρμακευτική- υποστήριξη
- με ψυχιατρική υποστήριξη και τέλος,
- με κατάλληλη από του στόματος ή παρεντερικά, διατροφική υποστήριξη.

Η χειρουργική αντιμετώπιση των ασθενών με ΙΦΕΝ αφορά κυρίως στους ασθενείς εκείνους στους οποίους η έντονη συντηρητική αγωγή απέτυχε ή ασθενείς με σοβαρές επιπλοκές και σημεία οξείας κοιλίας (εντερική διάτρηση ή απόφραξη, τοξικό megacolon κλπ). Τέλος ο καρκίνος του παχέος ή λεπτού εντέρου αποτελεί μία ακόμη ένδειξη χειρουργικής επεμβάσεως.

Στη διάρκεια των τελευταίων ετών τονίζεται όλοως ιδιαιτέρως ο ρόλος και η σημασία της ιατρικής ομάδας που αντιμετωπίζει τον ασθενή με ΙΦΕΝ δηλαδή του γαστρεντερολόγου, του χειρουργού (κατά προτίμηση χειρουργού του πεπτικού) και του ψυχιάτρου. Οι αποφάσεις για τους θεραπευτικούς χειρισμούς και (ακόμη περισσότερο) για τη διενέργεια χειρουργικής

επέμβασης θα πρέπει να λαμβάνονται και με την σύμφωνη γνώμη του χειρουργού της ομάδας και μετά επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση. Είναι αυτονόητο ότι ο ασθενής θα πρέπει πάντα να είναι ενήμερος και να υπάρχει η συγκατάθεσή του για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Οι στόχοι της φροντίδας είναι η μείωση της δυσφορίας, η μείωση της λειτουργίας του εντέρου, η διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης και ενυδάτωσης, η πρόληψη των επιπλοκών και η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τον αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης της νόσου στο σπίτι (Σταματιάδης Α, 2003).

5.2 Νοσηλευτική παρέμβαση ασθενούς με νόσο του Crohn

Αντιμετώπιση

Στόχος είναι αρχικά η αντιμετώπιση της έξαρσης και ακολούθως αγωγή συντήρησης, ώστε να προληφθούν νέες κρίσεις.

Δίαιτα ισορροπημένη, εξατομικευμένη σε ορισμένες περιπτώσεις, με αποφυγή γαλακτοκομικών. Αν υπάρχει προσβολή του παχέος εντέρου, μπορεί να βοηθήσει δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες. Αν υπάρχουν αποφρακτικά φαινόμενα αντιθέτως, δίαιτα φτωχή σε υπόλειμμα. Κατά τη διάρκεια των εξάρσεων μπορεί να απαιτηθούν ειδικές εντερικές δίαιτες (στοιχειακές) ή και παρεντερικές για «ανάπαυση» του εντέρου έως την ύφεση των συμπτωμάτων.

Αντιδιαρροϊκά ή σπασμολυτικά φάρμακα.

Ειδική αντιφλεγμονώδης θεραπεία

- Σουλφασαλαζίνη
- 5-αμινο-σαλικυλικό οξύ (μεσαλαμίνη)
- κορτικοειδή
- ανοσοκατασταλτικά (μερκαπτοπουρίνη, αζαθειοπρίνη, κυκλοσπορίνη) (Καραγιάννης Δ, 2005).

Χειρουργική θεραπεία

- Σε επιπλοκές
- Μη ανταπόκριση στην αγωγή

Με τη σωστή αγωγή οι ασθενείς μπορούν να ζήσουν μια ομαλή ζωή, αντιμετωπίζοντας με επιτυχία τη χρόνια αυτή νόσο (<http://www.care.gr/enc/diseases>, 29/10/2005).

Προβλήματα του αρρώστου

1. Κακή κυκλοφορία οξυγόνου (αναιμία, πόνος)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (κακή εντερική απορρόφηση θρεπτικών ουσιών)
3. Υδατοηλεκτρικό ανισοζύγιο (διάρροια)
4. Περιορισμός δραστηριοτήτων (απώλεια βάρους)
5. Μείωση άνεσης (πόνος, κακουχία)
6. Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός)
7. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου και ίσως προσωπικότητας του ατόμου.

Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι

- α. Απαλλαγή από τα συμπτώματα
- β. Διόρθωση ανισοζύγων
- γ. Διατήρηση θρέψης
- δ. Αντιμετώπιση φλεγμονής

2. Μακροπρόθεσμοι

- α. Αποφυγή υποτροπών
- β. Διατήρηση θρέψης

Παρέμβαση

1. Προαγωγή άνεσης, επαρκής θρέψη και πρόσληψη υγρών

- α. Χορήγηση διαίτας με χαμηλό υπόλειμμα, ίνες και λίπος και πλούσια σε θερμίδες, λεύκωμα και υδατάνθρακες, με συμπληρώματα βιταμινών (ειδικά Κ).
- β. Χορήγηση σιδήρου αν υπάρχει αναιμία.
- γ. Αντιμετώπιση πόνου και διάρροιας συμπτωματικά, ενθάρρυνση αρρώστου να αναπαύεται

2. Πρόληψη μετάδοσης παθογόνων οργανισμών

- α. Συνεχής εφαρμογή πλύσης χεριών πριν και μετά τη φροντίδα του αρρώστου.
- β. Διατήρηση πρακτικών καλής υγιεινής και διδασκαλία του αρρώστου αυτών των πρακτικών.
- γ. Απομάκρυνση βρεγμένων λευχειμάτων σύμφωνα με την πολιτική του νοσοκομείου.

3. Φαρμακευτική θεραπεία

- α. Αντιβιοτικά και σουλφοναμίδες για έλεγχο φλεγμονώδους εξεργασίας.
- β. Ορισμένοι γιατροί χρησιμοποιούν σχήμα με σουλφοναμίδες και κορτικοστεροειδή.
- γ. Αν ο άρρωστος δεν απαντά στη συντηρητική θεραπεία, μπορεί να είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση, η οποία εξατομικεύεται για τον άρρωστο. Μπορεί να γίνει εκτομή του πάσχοντος τμήματος με αναστόμωση ή παράκαμψη του πάσχοντος τμήματος. Δυστυχώς, είναι δυνατή η υποτροπή μετά την επέμβαση.

4. Ψυχολογική υποστήριξη

- α. Ο άρρωστος που πάσχει από τοπική εντερίδα νοιώθει συχνά απωθημένος, ανίκανος και ψυχικά πιεσμένος για τις συχνές και δύσσομες κενώσεις, πολλές φορές μάλιστα φοβάται να φάει.
- β. Ο νοσηλευτής πρέπει να του δείχνει κατανόηση και συμπάθεια και να του παρέχει ψυχική υποστήριξη.

Αξιολόγηση

1. Αναμενόμενα αποτελέσματα

- α. Ο άρρωστος πετυχαίνει απαλλαγή από πόνο μετά από μερικές μέρες διαιτητικής, φαρμακευτικής και ψυχολογικής θεραπείας.
- β. Διατηρεί επαρκή θρεπτική και υδρική πρόσληψη.
- γ. Εκφράζεται θετικά και δείχνει για τους τρόπους που πρέπει να ζει με την αρρώστια του και την κοινωνική επαφή με άλλους. (Σαχίνη – Καρδάση Α, Πάνου Μ, 2002).

5.3 Νοσηλευτική παρέμβαση ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα

Αντιμετώπιση

Στόχος, είναι αρχικά η αντιμετώπιση της έξαρσης της νόσου και ακολούθως η εφαρμογή αγωγής συντήρησης, ώστε να προληφθούν νέες κρίσεις.

- Η διαίτα πρέπει να είναι εξατομικευμένη. Οι τροφές πλούσιες σε φυτικό υπόλειμμα μειώνουν τη διάρροια.
- Αντιδιαρροϊκά φάρμακα βοηθούν ασθενείς με χρόνια συμπτώματα και δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται στην οξεία φάση της νόσου.

Ειδική αντιφλεγμονώδης θεραπεία

- Μεσαλαμίνη (5-αμινοσαλικυλικό οξύ), σε υπόθετα, υποκλυσμούς ή χάπια
- Κορτικοειδή σε υπόθετα, υποκλυσμούς, χάπια ή ενδοφλέβια σκευάσματα.
- Σουλφασαλαζίνη
- Ανοσοκατασταλτικά (κυκλοσπορίνη, αζαθειοπρίνη, μερκαπτοπουρίνη)

Σε πολύ βαριές μορφές ή κεραυνοβόλες καταστάσεις, απαιτείται νοσηλεία στο νοσοκομείο με:

- διακοπή σίτισης και τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα (με σκοπό την «ανάπαυση του εντέρου»)
- εκτίμηση ζωτικών σημείων και υποστήριξη της κυκλοφορίας
- ακτινογραφίες κοιλίας για έγκαιρη διάγνωση τοξικού μεγακόλου
- υψηλές δόσεις κορτικοειδών ενδοφλεβίως
- χειρουργική εκτίμηση (Καραγιάννης Δ, 2005)

Χειρουργική αντιμετώπιση

Ολική κολεκτομή, (ορθο-πρωκτο-κολεκτομή), είναι η εγχείρηση εκλογής στους περισσότερους ασθενείς. Χειρουργική θεραπεία απαιτείται σε:

- Επιπλοκές (αιμορραγία, διάτρηση)
- Βαριά, οξεία προσβολή μη ανταποκρινόμενη σε 48-72 ώρες

- Ανάπτυξη καρκίνου

- Ασθενείς με ανθεκτική νόσο, που υποτροπιάζουν μετά τη διακοπή της θεραπείας με κορτιζόνη ή απαιτούνται μεγάλες δόσεις κορτικοειδών ή αδυναμία, κακή θρέψη με ανικανότητα προς εργασία.

Με τη σωστή αγωγή, οι ασθενείς μπορούν να επιτύχουν μια ομαλή και παραγωγική ζωή (<http://www.care.gr/enc/diseases>, 29/10/2005).

Προβλήματα του αρρώστου με ελκώδη κολίτιδα

1. κακή οξυγόνωση των ιστών (αναιμία, πόνος, μετεωρισμός)
2. θρεπτικό ανισοζύγιο (διάρροια, ελλιπής απορρόφηση θρεπτικών ουσιών)
3. ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός, κακή ιστική οξυγόνωση)
4. υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια (διάρροια, πυρετός)
5. οξεοβασικά ανισοζύγια (διάρροια, πυρετός)
6. μείωση άνεσης και δραστηριοτήτων (πόνος, κακουχία, καχεξία)
7. πόνος, αγωνία
8. προβλήματα προσωπικότητας
9. προβλήματα χρονιότητας της νόσου
10. προβλήματα παραδοχής του νέου σωματικού ειδώλου (αν γίνει ειλεοστομία ή κολοστομία).

Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι
 - α. Απαλλαγή από διάρροια
 - β. καταπολέμηση πόνου
 - γ. μείωση θερμοκρασίας σώματος
 - δ. προαγωγή επαρκούς θρέψης
 - ε. πρόληψη επιπλοκών

στ. αντιμετώπιση κολονικών και εξωκολονικών φλεγμονών

2. Μακροπρόθεσμοι

α. Προαγωγή επαρκούς θρέψης

β. Πρόληψη εξάρσεων της νόσου

γ. προαγωγή υγιών στρατηγικών στην αντιμετώπιση του stress

Παρέμβαση

1. Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη συντηρητική αντιμετώπιση

α. Αντιφλεγμονώδη φάρμακα για καταπολέμηση της φλεγμονής. Συχνά χρησιμοποιείται η αζουλφινίδη (salicylazosulfapyridine). Αν δεν φέρει αποτέλεσμα ή αν η διάρροια είναι βαριά, μπορεί να χρησιμοποιηθούν κορτικοστεροειδή, που έχουν το πλεονέκτημα ότι ανακουφίζουν τον άρρωστο και από τις εξωκολονικές φλεγμονώδεις εκδηλώσεις.

β. Αρχικά, τίποτα από το στόμα. Κάλυψη θερμιδικών, ηλεκτρολυτικών, υδατικών και βιταμινικών αναγκών του αρρώστου με ενδοφλέβιες χορηγήσεις. Με τη βελτίωση της κατάστασης, υγρά και κατόπιν τροφή από το στόμα. Στενή παρακολούθηση ηλεκτρολυτών του ορού και του αρρώστου για σημεία αφυδάτωσης.

γ. Πιθανή χορήγηση αντιχολινεργικών για μείωση σπασμού και πόνου. Ακόμα, χορήγηση αντιδιαρροϊκών. Μελετάται η χρησιμοποίηση ανοσοκατασταλτικών.

δ. Μεγάλης σπουδαιότητας είναι η επαρκής ανάπαυση, αφού η φυσική δραστηριότητα αυξάνει την κινητικότητα του εντέρου. Ηρεμιστικά για προαγωγή γενικής χαλάρωσης του οργανισμού.

ε. Πιθανή χορήγηση αναλγητικών για μείωση του πόνου. Αποφυγή οπιούχων εξαιτίας του εθιστικού τους αποτελέσματος. Η εφαρμογή θερμοφόρας στην κοιλιά μπορεί να προαγάγει την άνεση του αρρώστου. Αν ο πρωκτός παρουσιάζει ραγάδες και πόνο, η επάλειψη με κορτιζονούχα αλοιφή. Διατήρηση καθαρού του αρρώστου. Υδρόλουτρα για ανακούφιση από πόνο.

στ. Αν η απώλεια αίματος είναι μεγάλη, μεταγγίσεις αίματος.

ζ. Εξαιτίας της κακής απορρόφησης αμινοξέων από το έντερο, η θρέψη του αρρώστου είναι ελλιπής. Γι' αυτό, σε βαριές καταστάσεις γίνεται πλήρης παρεντερική διατροφή.

- Πλήρης παρεντερική διατροφή είναι μια διαδικασία με την οποία εξασφαλίζονται θρεπτικές ουσίες με ενδοφλέβια χορήγηση, όταν η χρησιμοποίηση της γαστρεντερικής οδού δεν είναι δυνατή για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η τεχνική χορήγησης μπορεί να διαφέρει από ίδρυμα σε ίδρυμα, όλες όμως οι διαδικασίες περιλαμβάνουν:
- Απόλυτα άσηπτη τεχνική (συμπεριλαμβανομένης και χρησιμοποίησης ρόμπας, μάσκας και γαντιών).
- Αλλαγή εξωτερικής συσκευής τουλάχιστον κάθε δύο μέρες.
- Προσεκτική παρακολούθηση αρρώστου για σημεία φλεγμονής στο σημείο εισόδου του καθετήρα και αύξηση της θερμοκρασίας του.
- Καθημερινή αλλαγή γαζών στο σημείο εισόδου του καθετήρα, ή όπως ορίζεται από την τακτική του τμήματος.
- Καθαρισμός και χρησιμοποίησης αντιβιοτικής αλοιφής στο σημείο εισόδου του καθετήρα.
- Κάλυψη καθετήρα με αποστειρωμένη γάζα και στερέωσή του.
- Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και καθημερινή ζύγιση του αρρώστου.
- Μετά το οξύ στάδιο μπορεί να εφαρμοστεί υπερθερμική, πρωτεϊνούχα και χαμηλού υπολείμματος διαίτα. Αποφυγή τροφών που ερεθίζουν μηχανικά ή χημικά το έντερο.
- Περιορισμός γάλακτος σε αρρώστους που στο ιστορικό τους υπάρχει μειωμένη ανοχή του. Πιθανή η καθημερινή χορήγηση από το στόμα συμπληρωμάτων σιδήρου. Ο άρρωστος διδάσκεται για τη σημασία της διαίτας.

η. Οι ψυχολογικές απόψεις της φροντίδας του αρρώστου μπορεί να είναι πολύπλοκες. Παροχή εξηγήσεων και ενθάρρυνση κατά το οξύ στάδιο. Περιορισμός στο ελάχιστο του συγκινησιακού stress. Πιθανή αναζήτηση βοήθειας από ψυχίατρο. Πιθανόν, ωφέλιμη για τον άρρωστο και η ομαδική θεραπεία. Απαραίτητη η συμμετοχή της οικογένειας. Πιθανή η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

θ. Πρόληψη επιπλοκών.

- Άρρωστοι που πάσχουν από τη νόσο πάνω από 10 χρόνια είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη καρκίνου του κόλου. Η κατά τακτά χρονικά διαστήματα σιγμοειδοσκόπηση βοηθά στην έγκαιρη διαπίστωση κακοήθους εξαλλαγής.
- Μια μικρή αναλογία αρρώστων αναπτύσσουν τοξικό megacolon.
- Διάτρηση και περιτονίτιδα μπορεί να συμβούν εξαιτίας λεπτονσης του τοιχώματος του κόλου.
- Συνηθισμένες είναι οι πρωκτορθικές επιπλοκές: ορθικές διαβρώσεις, ορθικά συρίγγια, ορθικά αποστήματα και αιμορροΐδες.
- Άλλες επιπλοκές είναι στενώσεις και ψευδοπολύποδες.

Οι βαριές επιπλοκές όπως ο καρκίνος, το megacolon και η διάτρηση απαιτούν χειρουργική παρέμβαση (Σαχίνη – Καρδάση Α, Πάνου Μ, 2002).

5.4 Προεγχειρητική – μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα

Το 15% έως 40% περίπου των αρρώστων που πάσχουν από κολίτιδα έχει ανάγκη χειρουργικής θεραπείας. Η χειρουργική παρέμβαση μπορεί να είναι μόνιμη ή παροδική και ανάλογα με την έκταση της φλεγμονής μπορεί να είναι ειλεοστομία (στις πιο πολλές περιπτώσεις, γιατί φλεγμαίνει όλο το κόλο) ή κολοστομία (ανιούσα, εγκάρσια ή κατιούσα).

Στην ειλεοστομία αφαιρείται όλο το φλεγμένο κόλο και το τελευταίο τμήμα του ειλεού εξτομώνεται στο κοιλιακό τρίχωμα.

Σήμερα εφαρμόζεται και η ειλεοστομία με βαλβίδα. Ο χειρουργός δημιουργεί ένα στόμιο στο επίπεδο του δέρματος και έναν εσωτερικό ασκό με βαλβίδα τύπου θηλής, που συγκρατεί το περιεχόμενο του ειλεού. Η ειλεοστομία με βαλβίδα δεν μπορεί να γίνει σε αρρώστους με νόσο του Crohn, παχυσαρκία και καρκίνο του εντέρου (Σαχίνη – Καρδάση Α, Πάνου Μ, 2002).

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας για ελκώδη κολίτιδα

1. Νόσος που δεν ανταποκρίνεται στην φαρμακευτική θεραπεία
2. Ακατάσχετη αιμορραγία από το ορθό
3. Τοξικό megacolon, που δεν ανταποκρίνεται στην επιθετική φαρμακευτική αγωγή
4. Κίνδυνος κακοήθειας. Άρρωστοι που πάσχουν πάνω από επτά χρόνια, πρέπει να υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση κάθε 1 με 2 χρόνια και να λαμβάνονται βιοψίες. Σε περίπτωση που βρεθεί δυσπλασία του βλεννογόνου, αυτό είναι ένδειξη για εγχείρηση.

Επεμβάσεις για ελκώδη κολίτιδα

Μπορούμε να μιλάμε για θεραπευτική εγχείρηση, αφού η νόσος περιορίζεται στο παχύ έντερο, που μπορεί να αφαιρεθεί ολόκληρο.

Παλαιότερα, η εγχείρηση εκλογής ήταν η ολική πρωκτοκολεκτομή και μόνιμη ειλεοστομία, δηλαδή αφαίρεση όλου του παχέως εντέρου, συμπεριλαμβανομένου και του σφιγκτηριακού μηχανισμού. Όμως τα τελευταία 20 χρόνια, η εγχείρηση επιλογής είναι αυτή που διατηρεί άθικτο το σφιγκτηριακό μηχανισμό, αφαιρώντας όλο το παχύ έντερο, έως και το ανώτερο ορθό, καθώς και το βλεννογόνο του υπόλοιπου ορθού σχηματίζει ένα ρεζερβουάρ από τον τελικό ειλέο, που το αναστομώνει στην οδοντωτή γραμμή (στους σφιγκτήρες). Έτσι από τη μία αφαιρείται η βλάβη, ενώ από την άλλη διατηρείται η εγκράτεια (ο έλεγχος των κενώσεων).

Κατάλληλοι για την επέμβαση είναι κυρίως νέοι κάτω των 50 ετών, που έχουν ικανοποιητικό σφιγκτηριακό μηχανισμό και είναι αποδεδειγμένο ότι δεν πάσχουν από τη νόσο του Crohn . Η επέμβαση έχει κάποιες επιπλοκές, με τις οποίες όμως οι άρρωστοι συνηθίζουν να ζουν και να τις ανέχονται. Τέτοιες είναι η ήπια ακράτεια, πολλές κενώσεις ημερησίως, υποτροπιάζουσα επεισόδια φλεγμονής του ρεζερβουάρ (<http://www.iscc.com/pepinfo>, 03/05/2005).

1. Προεγχειρητική φροντίδα

α. Η ψυχολογική ετοιμασία του αρρώστου για αποδοχή της αλλαγής του σωματικού ειδώλου με την δημιουργία μόνιμης ειλεοστομίας είναι πρωταρχικής σημασίας. Εξήγηση στον άρρωστο της χειρουργικής επέμβασης και της μετεγχειρητικής του φροντίδας. Παροχή ευκαιριών στον άρρωστο να εκφράσει τις σκέψεις του που αφορούν την επέμβαση και τη φροντίδα του. Ειλικρινείς απαντήσεις στις τυχόν ερωτήσεις του. Πολύ βοηθά η επίσκεψη ενός ατόμου με ειλεοστομία, που έχει ήδη αποκατασταθεί.

β. Ενίσχυση της αντίστασης του αρρώστου με χορήγηση αίματος, λευκωματίνης, ηλεκτρολυτών, βιταμινών, υπερθερμιδικής διαίτας ή με εφαρμογή πλήρους παρεντερικής θρέψης, ανάλογα με τις ανάγκες του.

γ. Καθαρισμός του εντέρου με διαίτα χωρίς υπόλειμμα, καθαρτικά και υποκλυσμούς. ακόμα, χορήγηση αντιβιοτικών για μείωση της μικροβιακής χλωρίδας.

2. Μετεγχειρητική φροντίδα

Στοχεύει στην πρόληψη επιπλοκών, τη διατήρηση θρέψης, την παροχέτευση του εντέρου και τη βοήθεια του αρρώστου να διαπραγματευτεί με το νέο τρόπο κένωσης του εντέρου.

α. Αμέσως μετά η χειρουργική επέμβαση, ενθάρρυνση του αρρώστου να γυρίζει, να βήχει και να αναπνέει βαθιά.

β. Για αποφυγή διάτασης του εντέρου, χρησιμοποίηση ρινογαστρικού σωλήνα, που αφαιρείται όταν αποκατασταθεί ο περισταλτισμός του εντέρου. Καθορισμός και συχνή φροντίδα το ρουθουνιών του αρρώστου.

γ. Αν έχει ειλεοστομία με βαλβίδα, μέσα στον ασκό είναι τοποθετημένος σωλήνας. Σύνδεσή του με διαλειπούσα αναρρόφηση.

δ. Τακτική παρακολούθηση θερμοκρασίας και άλλων ζωτικών σημείων του αρρώστου.

ε. Διατήρηση θρέψης με ενδοφλέβιες εγχύσεις ως την αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου. Δίαιτα, υπερλευκωματούχα και υπερυδατανθρακούχα, όταν εφαρμόζεται. Αποφυγή φρέσκων φρούτων και σιτιών που περιέχουν ίνες, γιατί προκαλούν διάρροια ή συλλογή αερίων

στο έντερο. Αν δεν απορροφώνται τα λιπαρά σιτάρια, πιθανή η χορήγηση, συμπληρωματικά, λιποδιαλυτών βιταμινών.

στ. Αναπλήρωση απώλειας υγρών από την ειλεοστομία. το ειλεϊκό υγρό είναι πλούσιο σε κάλιο και η απώλειά του μπορεί να προκαλέσουν υποκαλιαιμία.

ζ. Η φροντίδα του στομίου του ειλεού και του γύρω από αυτό δέρματος περιγράφεται στις νοσηλευτικές διαδικασίες.

η. Όταν ο άρρωστος είναι έτοιμος να μάθει, διδασκαλία φροντίδας της ειλεοστομίας καθώς και τρόπου κένωσης και αλλαγής του σάκου. Στην διδασκαλία συμπεριλαμβάνονται και μέλη της οικογένειας, που πρέπει να βοηθήσουν το άτομο στο νέο τρόπο ζωής.

θ. Μετά την περίοδο ανάρρωσης, ο άρρωστος μπορεί να αναλάβει τις κανονικές δραστηριότητες εργασίας και κοινωνικότητας και πρέπει να ενθαρρύνεται γι' αυτό.

ι. Η μετέπειτα παρακολούθηση του αρρώστου στοχεύει στην εκτίμηση του βαθμού ικανότητάς του να φροντίζει την ειλεοστομία του. Ακόμα, στοχεύει στην εκτίμηση της οικονομικής του ικανότητας για προμήθεια του υλικού που του είναι απαραίτητο (Σαχίνη – Καρδάση Α, Πάνου Μ, 2002).

5.5 Νοσηλευτικές διαγνώσεις στις ΙΦΕΝ

1. Διαταραχή του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών:
 - α. Έλλειμμα όγκου υγρών, υποκαλιαιμία, υποχλωραιμία, υπομαγνησιαμία και υπασβεστιαμία.
 - β. Μεταβολική οξέωση.
2. Διαταραχή θρέψης: ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος.
3. Πόνος:
 - α. Κοιλιακός πόνος και κολικοειδή κοιλιακά άλγη
 - β. Πόνος στις αρθρώσεις
 - γ. Περιεδρικός πόνος
4. Αυξημένος κίνδυνος για διαταραχή της ακεραιότητας του δέρματος
5. Υπεθερμία

6. Δυσανεξία στην κόπωση
7. Διάρροια
8. Διαταραχές του ύπνου
9. Αυξημένος κίνδυνος για λοίμωξη
10. Δυνητικές επιπλοκές:
 - α. Νεφρολιθίαση
 - β. Περιεδρικά, ορθοκολπικά, εντεροκυστικά και ενδοκοιλικά αποστήματα, ραγάδες και συρίγγια.
 - γ. Τοξικό megacolon
 - δ. Εντερική απόφραξη
 - ε. Περιτονίτιδα
11. Άγχος
12. Διαταραχές της αντίληψης του εαυτού
13. Αναποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων
14. Έλλειμμα γνώσεων

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- Ορθοσιγμοειδοσκόπηση
- Κολονοσκόπηση
- Βαριούχος υποκλυσμός (αντενδείκνυται στην οξεία φάση της νόσου)
- Βαριούχος έλεγχος του ανώτερου πεπτικού (εντερόκλυση)
- Βιοψίες από το βλεννογόνο
- Ανάλυση κοπράνων
- Γενική αίματος
- Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (ΤΚΕ)
- Αλβουμίνη ορού

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ

Πριν από την έξοδο του ασθενούς θα πρέπει:

- να έχει μειωθεί ο κοιλιακός πόνος
- να έχει λιγότερα επεισόδια διάρροιας
- να ανέχεται τη χορηγούμενη δίαιτα και να έχει βελτιωθεί το επίπεδο θρέψης
- να είναι ελεύθερος σημείων και συμπτωμάτων επιπλοκών
- να γνωρίζει τρόπους μείωσης των εξάρσεων της νόσου
- να αναφέρει τους τρόπους διατήρησης ενός ιδανικού επιπέδου θρέψης
- να γνωρίζει τους τρόπους διατήρησης άθικτου του δέρματος στην περιπρωκτική περιοχή
- να αναφέρει ότι κατάλαβε τη φαρμακευτική αγωγή που του χορηγείται, συμπεριλαμβανομένων του σκοπού, των παρενεργειών, του προγράμματος χορήγησης των φαρμάκων και της σημασίας της εφαρμογής των οδηγιών λήψης των φαρμάκων
- να γνωρίζει τα σημεία και τα συμπτώματα που θα πρέπει να αναφέρει στον ιατρό.
- να γνωρίζει τα μέσα που μπορεί να τον βοηθήσουν στην προσαρμογή στις αλλαγές που προέρχονται από τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και τη θεραπευτική αντιμετώπισή της
- να εκφράζει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του σχετικά με τα αποτελέσματα της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου στον τρόπο ζωής και στην αντίληψη του εαυτού του.
- να αναφέρει ότι κατάλαβε και ότι θα ακολουθήσει το προτεινόμενο πρόγραμμα νοσηλείας κατά την περίοδο της μετεγχειρητικής παρακολούθησης συμπεριλαμβανομένων των μελλοντικών συναντήσεων με τον ιατρό και του επιπέδου δραστηριότητας (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακέας Σ, 2002).

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών:

- **έλλειμμα όγκου υγρών, υποκαλιαιμία, υποχλωραιμία, υπομαγνησιαίμια και υπασβεστιαίμια** που σχετίζονται με:
 1. παρατεταμένη ανεπαρκή πρόσληψη από το στόμα που οφείλεται σε πόνο, κόπωση, διαιτητικούς περιορισμούς και φόβο για επεισόδιο κοιλιακού πόνου και κολικοειδούς κοιλιακού άλγους.
 2. διαταραχή της απορρόφησης υγρών και ηλεκτρολυτών, που οφείλεται σε φλεγμονή και εξέλκωση του εντέρου

3. υπέρμετρη απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών, που οφείλεται σε επίμονη διάρροια.
- **μεταβολική οξέωση**, που σχετίζεται με υπέρμετρη απώλεια διττανθρακικών και οφείλεται σε επίμονη διάρροια.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Ο ασθενής διατηρεί το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών, όπως φαίνεται από:

- τη φυσιολογική σπαργή του δέρματος
- τους υγρούς βλεννογόνους
- το σταθερό σωματικό βάρος
- τις φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης και σφύξεων για τον ασθενή και τη διατήρησή τους σε σταθερά επίπεδα με τις αλλαγές θέσης
- τη διατήρηση του χρόνου πλήρωσης των μικρών φλεβών σε επίπεδα κάτω από 3-5 sec
- το ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών
- τη διατήρηση του ειδικού βάρους των ούρων μέσα σε φυσιολογικές τιμές
- τη μαλακή, χωρίς διάταση κοιλιά με φυσιολογικούς εντερικούς ήχους
- τη συνηθισμένη διανοητική κατάσταση
- την απουσία καρδιακής αρρυθμίας, μυϊκής αδυναμίας, παραισθησίας, νιδισμών, σπασμών και ζάλης
- την απουσία πονοκεφάλου, ναυτίας και εμέτου
- τα αρνητικά σημεία Chvostek και Trousseau
- τις φυσιολογικές τιμές ηλεκτρολυτών πλάσματος και αερίων αίματος.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα:

1. ελλείμματος όγκου υγρών:

- **Ü** μειωμένη σπαργή δέρματος, ξηρότητα βλεννογόνων, δίψα
- **Ü** αιφνίδια απώλεια βάρους κατά 2% ή μεγαλύτερη
- **Ü** χαμηλή αρτηριακή πίεση και/ή ορθοστατική υπόταση

- ασθενής, ταχύς σφυγμός
 - καθυστέρηση του χρόνου πλήρωσης των μικρών φλεβών (μεγαλύτερος από 3-5 sec)
 - μειωμένη παραγωγή ούρων με αύξηση του ειδικού βάρους (δείχνει πραγματικό και όχι δυνητικό έλλειμμα όγκου)
 - σημαντική αύξηση της ουρίας και του αιματοκρίτη πάνω από τα συνηθισμένα επίπεδα
2. υποκαλιαμία (π.χ. καρδιακές αρρυθμίες, ορθοστατική υπόταση, μυϊκή αδυναμία, παραισθησία, ναυτία και έμετοι, διάταση της κοιλιάς, μείωση ή απουσία των εντερικών ήχων)
 3. υποχλωραιμία (πχ ζάλη, ευερεθιστότητα, παραισθησία, μυϊκοί ινιδισμοί ή σπασμοί)
 4. υπομαγνησαιμία και/ή υποκαλιαμία (πχ άγχος, ευερεθιστότητα, καρδιακή αρρυθμία, θετικά σημεία Chrostek και Trousseau, αναισθησία ή αιμωδία στα δάκτυλα του χεριού και του ποδιού, αύξηση των αντανακλαστικών, τετανία, σπασμοί)
 5. μεταβολική οξέωση (πχ σύγχυση, αποπροσανατολισμός, κώμα, ταχείες και βαθιές αναπνοές, πονοκέφαλος, ναυτία και έμετος, καρδιακές αρρυθμίες).
 - Καταγράψτε τις τιμές των ηλεκτρολυτών και των αερίων αίματος.
 - Αναφέρατε παθολογικές τιμές.
 - Λάβετε μέτρα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των διαταραχών του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών:
- 1.ενεργήστε για τον έλεγχο της διάρροιας
 - 2.διατηρήστε την πρόσληψη υγρών τουλάχιστον στα 2500 ml/ημέρα, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη. εάν η πρόσληψη από το στόμα είναι ανεπαρκής ή αντενδείκνυται, διατηρήστε την ενδοφλέβια αγωγή, σύμφωνα με τις οδηγίες
 - 3.όταν επιτραπεί η από του στόματος πρόσληψη τροφής:
 - ενεργήστε για τη βελτίωση της πρόσληψης τροφής από το στόμα
 - βοηθήστε τον ασθενή να επιλέξει τροφές/υγρά από τη συνταγογραφημένη διαιτητική αγωγή για την αναπλήρωση των ηλεκτρολυτών (πρέπει να γνωρίζετε ότι οι περισσότερες τροφές/ υγρά με υψηλή περιεκτικότητα σε κάλιο και νάτριο αντενδείκνυται όταν ο ασθενής είναι σε δίαιτα με χαμηλό υπόλειμμα)
1. τροφές/υγρά με υψηλή περιεκτικότητα σε κάλιο (πχ μπανάνες, βερίκοκα, πατάτες)
 2. τροφές/υγρά με υψηλή περιεκτικότητα σε νάτριο (π.χ. επεξεργασμένο τυρί, σούπες σε

κονσέρβια και λαχανικά)

3. τροφές/υγρά με υψηλή περιεκτικότητα σε μαγνήσιο (π.χ. λαχανικά, θαλασσινά)

4. χορηγήστε τα πιο κάτω σύμφωνα με τις οδηγίες:

• σκευάσματα ηλεκτρολυτών (π.χ. χλωριούχο κάλιο, θεϊκό μαγνήσιο, γλυκονικό ασβέστιο, ανθρακικό ασβέστιο, χλωριούχο νάτριο, διπανθρακικό νάτριο)

• σκευάσματα βιταμίνης Ο για την αύξηση της εντερικής απορρόφησης ασβεστίου.

- Εάν υπάρξουν σημεία και συμπτώματα υπομαγνησισμίας ή υπασβεστιασμίας, αρχίστε την αγωγή κατά των σπασμών.
- Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα διαταραχής των υγρών και των ηλεκτρολυτών επιμένουν ή επιδεινώνονται (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακέας Σ, 2002).

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Διαταραχή της θρέψης: ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος που οφείλεται σε:

- μείωση της πρόσληψης τροφής από το στόμα που οφείλεται στον πόνο, στην κόπωση, στους διαιτητικούς περιορισμούς και στη γνώση ότι το φαγητό συχνά προκαλεί κολικοειδή κοιλιακά άλγη και διάρροια.
- μειωμένη απορρόφηση θρεπτικών ουσιών, που σχετίζεται με φλεγμονή και εξέλκωση του εντέρου.
- απώλεια θρεπτικών ουσιών που σχετίζεται με διάρροια.
- διαταραχή στην απορρόφηση φολικού οξέος, που σχετίζεται με τη θεραπεία με sulfasalazine.
- αυξημένο μεταβολισμό των θρεπτικών ουσιών, που σχετίζεται με τον αυξημένο ρυθμό μεταβολισμού και που μπορεί να παρατηρηθεί κατά τις περιόδους έξαρσης της νόσου.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Ο ασθενής θα παρουσιάσει βελτίωση του επιπέδου θρέψης του, όπως φαίνεται από:

- το σωματικό βάρος, που προσεγγίζει τις φυσιολογικές τιμές για την ηλικία, το ύψος και

τον ιδιοσυστασικό τύπο του ασθενούς

- τις βελτιωμένες τιμές ουρίας και αλβουμίνης ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης και φολικού οξέος τρανσφερίνης και αριθμού λεμφοκυττάρων
- την αύξηση του πάχους της δερματικής πτυχής του τρικεφάλου
- την αυξημένη δύναμη και αντοχή στις δραστηριότητες
- τον υγιή βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα κακής θρέψης:
 1. σωματικό βάρος μικρότερο από το φυσιολογικό για την ηλικία, το ύψος και τον ιδιοσυστασικό τύπο του ασθενούς
 2. παθολογική ουρία και χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης, φολικού οξέος, τρανσφερίνης και λεμφοκυττάρων
 3. μικρότερη από το φυσιολογικό πάχος δερματικής πτυχής του τρικεφάλου
 4. αδυναμία και κόπωση
 5. στοματίτιδα.
- Όταν επιτραπεί η πρόσληψη τροφής από το στόμα, καταγράψτε το ποσοστό των κανονικών και των προχείρων γευμάτων που καταναλώνει ο ασθενής. Αναφέρατε ανεπαρκή πρόσληψη.
- Λάβετε μέτρα για τη βελτίωση της κατάστασης θρέψης:
 1. χορηγήστε ολική παρεντερική σίτιση, σύμφωνα με τις οδηγίες
 2. ενεργήστε για τη μείωση της φλεγμονής και της υπερκινητικότητας του εντέρου (για να μειωθούν τα επεισόδια διάρροιας και να αυξηθεί η απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών)
 3. διατηρείτε τους περιορισμούς της δραστηριότητας σύμφωνα με τις οδηγίες (συνήθως κλινήρης και αυτοεξυπηρέτηση στο κρεβάτι ή στην τουαλέτα) για τη μείωση των θερμιδικών αναγκών
 4. όταν επιτραπεί η λήψη τροφής ή υγρών:
 - χορηγήστε στοιχειακές δίαιτες (π.χ. Vivonex, Criticare HN) σύμφωνα με τις οδηγίες (οι δίαιτες αυτές έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες και θρεπτικές ουσίες)
 - προχωρήστε στη δίαιτα εάν το ανέχεται ο ασθενής (η συνήθης εξέλιξη είναι από τη

στοιχειακή διαίτα σε μια ελαφρά, χαμηλού υπολείμματος, με υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες και πρωτεΐνες διαίτα)

• ενεργήστε για τη βελτίωση της πρόσληψης τροφής από το στόμα:

1. λάβετε μέτρα για τη μείωση του
2. ενθαρρύνετε μια περίοδο ανάπαυσης πριν από τα γεύματα για να ελαχιστοποιηθεί η κούραση
3. διατηρήστε ένα καθαρό περιβάλλον και μία ήρεμη, ευχάριστη ατμόσφαιρα
4. να γίνεται υγιεινή του στόματος πριν από τα γεύματα
5. λάβετε μέτρα για να είναι εύγεστη η στοιχειακή διαίτα (πχ δώστε ποικίλες γεύσεις, σερβίρετέ την κρύα)
6. χρησιμοποιήστε διαιτολόγο εάν χρειάζεται για να βοηθήσει τον ασθενή να επιλέξει μια ελαφρά διαίτα, χαμηλού υπολείμματος ή υδρική, που να ανταποκρίνεται στις θερμιδικές του ανάγκες καθώς και στις κοινωνικές και προσωπικές του προτιμήσεις, όταν είναι αυτό δυνατό
7. σερβίρετε μικρές μερίδες θρεπτικών τροφών/υγρών, που αρέσουν στον ασθενή
8. δώστε αρκετό χρόνο για τα γεύματα ξαναζεστάνετε το φαγητό εάν χρειάζεται

• Χορηγήστε τα πιο κάτω σύμφωνα με τις οδηγίες:

1. σκευάσματα σιδήρου (τα σκευάσματα σιδήρου όταν χορηγούνται στην οξεία φάση από το στόμα μπορεί να μην είναι αποτελεσματικά επειδή μπορεί να μην απορροφώνται ικανοποιητικά από το φλεγμαίνον έντερο)
2. ασκορβικό οξύ για να βελτιώσει την απορρόφηση του σιδήρου και να συμβάλλει στην επούλωση των εξελκώσεων του εντέρου
3. βιταμινούχα σκευάσματα (πχ λιποδιαλυτές βιταμίνες, κυανοκοβαλαμίνη, φολικό οξύ)
4. τριγλυκερίδια μεσαίας αλύσου (Mcn σε ελαιούχο διάλυμα για να αυξηθεί η πρόσληψη θερμίδων.
5. Υπολογίστε τις προσλαμβανόμενες θερμίδες σε 72 ώρες σύμφωνα με τις οδηγίες. Αναφέρατε το σύνολο στο διαιτολόγο και στον ιατρό.
6. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν η θρεπτική κατάσταση συνεχίζει να επιδεινώνεται (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακάς Σ, 2002).

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Πόνος:

- **κοιλιακός πόνος και κολικοειδή κοιλιακά** άλγη που σχετίζονται με:
 1. φλεγμονή και εξέλκωση του εντέρου
 2. διαταραχή στη δίοδο του εντερικού περιεχομένου που οφείλεται σε στένωση του αυλού του εντέρου σαν αποτέλεσμα της φλεγμονής και της υπερτροφίας, και της ίνωσης του τοιχώματος του εντέρου όταν υπάρχει.
- **πόνος στις αρθρώσεις** (εξωεντερική εκδήλωση) που οφείλεται σε συμμετοχή των αρθρώσεων (η αρθρίτιδα των μεγάλων αρθρώσεων, η αγκυλωική σπονδυλίτιδα και η φλεγμονή της ιερολαγονίου αρθρώσεως είναι πολύ συνήθεις).
- **πόνος στην περιεδρική περιοχή** που οφείλεται στον ερεθισμό και στη λύση της συνέχειας του δέρματος της περιεδρικής περιοχής από την επίμονη διάρροια και/ή την ύπαρξη ορθοπρωκτικού συριγγίου.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Ο ασθενής έχει μειωμένης έντασης πόνο, όπως φαίνεται από: .

- τη λεκτική έκφραση της ανακούφισης από τον πόνο
- την ήρεμη έκφραση του προσώπου και της θέσης του σώματος
- την αυξημένη συμμετοχή σε δραστηριότητες
- τα σταθερά ζωτικά σημεία

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Γνωρίστε τον τρόπο που αντιδρά ο ασθενής στον πόνο.
- Καθορίστε την αντίληψη του πόνου από τον ασθενή, συμπεριλαμβανομένων της εντόπισης, της έντασης και του τύπου του πόνου. Χρησιμοποιήστε αριθμητική κλίμακα για να βαθμολογήσετε την ένταση του πόνου.
- Αναζητήστε μη λεκτικά σημεία πόνου (π.χ. συνοφρύωση προσώπου, σφίξιμο γροθιάς, απροθυμία μετακίνησης, ανησυχία, ωχρότητα προσώπου, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία).
- Αναζητήστε παράγοντες που φαίνεται να επιτείνουν και να ανακουφίζουν τον πόνο.

- Λάβετε μέτρα για να μειωθεί ο πόνος:
 1. ενεργήστε για να μειωθεί ο φόβος και το άγχος σχετικά με τον επικείμενο πόνο (πχ διαβεβαιώστε τον ασθενή ότι οι ανάγκες του για παυσίπονα θα καλυφθούν, ενημερώστε τον πριν από κάθε ιατρική πράξη)
 2. χορηγήστε αναλγητικά πριν από τις επώδυνες επεμβάσεις (πχ ενδοσκοπήσεις) και προτού ο πόνος γίνει έντονος
 3. ενεργήστε για να μειωθεί η φλεγμονή και η υπερκινητικότητα του εντέρου για να μειωθεί ο πόνος και τα κολικοειδή κοιλιακά άλγη
 4. ενεργήστε για να μειωθεί ο πόνος στις αρθρώσεις:
 - α. συμβουλευτείτε τον ιατρό σχετικά με:
 - την εφαρμογή κολάρου/επιδέσμου στην πάσχουσα άρθρωση
 - την εφαρμογή θερμών επιθεμάτων στην πάσχουσα άρθρωση
 - β. χορηγήστε αντιφλεγμονώδη σύμφωνα με τις οδηγίες
 5. ενεργήστε για την ανακούφιση του περιεδρικού πόνου:
 - λάβετε μέτρα για τον έλεγχο της διάρροιας
 - καθαρίστε την περιεδρική περιοχή με φαρμακευτικό ειδικό χαρτί μετά από κάθε κένωση
 - εφαρμόστε προστατευτική αλοιφή ή κρέμα στην περιεδρική χώρα μετά από κάθε κένωση
 - συμβουλευτείτε τον ιατρό σχετικά με τις πλύσεις της περιεδρικής χώρας
 - τοποθετήστε αναισθητικά σκευάσματα στην περιεδρική χώρα ή μέσα στο ορθό σύμφωνα με τις οδηγίες
 - χορηγήστε κορτικοστεροειδή υπό μορφή αφρού, υποθέτων ή κλυσμάτων σύμφωνα με τις οδηγίες
 6. εφαρμόστε ή βοηθήστε με μη φαρμακολογικά μέσα ανακούφισης από τον πόνο (πχ αλλαγή θέσης, τεχνικές ηρεμίας, κατευθυνόμενη φαντασίωση, ήρεμη συζήτηση, χαλαρό-άνετο περιβάλλον, διάφορες δραστηριότητες)
 7. χορηγήστε αναλγητικά σύμφωνα με τις οδηγίες (τα ναρκωτικά αναλγητικά θα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή, γιατί μειώνουν την κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα και μπορεί να προκαλέσουν τοξικό megacolon ή απόφραξη του εντέρου).
- Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα πιο πάνω μέσα αποτύχουν να ανακουφίσουν τον

ασθενή από τον πόνο (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακέας Σ, 2002).

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Αυξημένος κίνδυνος για διαταραχή της ακεραιότητας του δέρματος που σχετίζεται με:

- βλάβη του δέρματος και/ή του υποδόριου που οφείλεται σε παρατεταμένη πίεση στους ιστούς, και δυνάμεις τριβής και αποκόλλησης που μπορεί να συμβούν όταν μειωθεί η κινητικότητα.
- συχνή επαφή με ερεθιστικούς παράγοντες που οφείλονται σε επίμονη διάρροια.
- αυξημένη ευθραυστότητα του δέρματος που οφείλεται σε κακή θρέψη και ξηρότητα (μπορεί να προέρχεται από έλλειμμα όγκου υγρών).

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Ο ασθενής διατηρεί την ακεραιότητα του δέρματος, όπως φαίνεται από:

- την απουσία ερυθρότητας και ερεθισμού
- την απουσία λύσης της συνέχειας του δέρματος

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Ερευνήστε το δέρμα (ιδιαίτερα σε οστικές προεξοχές και στην περιεδρική χώρα) για ωχρότητα, ερυθρότητα και λύση της συνέχειας αυτού.
- Λάβετε μέτρα για την πρόληψη της λύσης της συνέχειας του δέρματος:
 1. ενημερώστε και/ή βοηθήστε τον ασθενή να γυρίζει τουλάχιστον κάθε 2 ώρες. χρησιμοποιήστε και τις 4 θέσεις (ύπτια, πρηνή, στο πλευρό), εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
 2. κάνετε προσεκτικά μασάζ γύρω από τις ερυθρές περιοχές, τουλάχιστον κάθε 2 ώρες
 3. ενεργήστε για να προλάβετε την αποκόλληση ιστών (η αποκόλληση ιστών συμβαίνει όταν το ένα στρώμα ιστού γλιστράει πάνω στο άλλο) και τις εκδορές στο δέρμα:
 - επαλείψτε ένα λεπτό στρώμα πούδρας ή αμύλου στο κάτω σεντόνι ή στο δέρμα για να απορροφά την υγρασία (το υγρό δέρμα κολλάει πιο εύκολα στο σεντόνι) για να μειώνεται έτσι η τριβή
 - ενθαρρύνετε τον ασθενή να περιορίσει το χρόνο που κάθεται σε θέση ημι-Fowler

σε 30min (σε αυτή τη θέση ο ασθενής έχει την τάση να γλιστράει στο κρεβάτι)

4. ενημερώστε ή βοηθήστε τον ασθενή να μετακινεί το βάρος του κάθε 30 min
 5. εάν ο χρόνος αλλαγής χρώματος (το χρονικό διάστημα που χρειάζεται μία ερυθρή περιοχή να εξαλειφθεί όταν αίρεται η πίεση) είναι μεγαλύτερο από **15 min**, αυξήστε τη συχνότητα αλλαγής θέσης
 6. διατηρήστε το δέρμα καθαρό και ξηρό
 7. επαλείψτε ένα λεπτό στρώμα πούδρας ή αμύλου στις περιοχές με αντικείμενες δερματικές επιφάνειες (π.χ. μασχάλες, περίνεο, κάτω από τους μαστούς) εάν ενδείκνυται για να απορροφήσει την υγρασία και/ή να μειώσει την τριβή
 8. διατηρήστε τα σεντόνια στεγνά και χωρίς μυχές
 9. αυξήστε τη δραστηριότητα όσο επιτρέπεται και γίνεται ανεκτή
 10. χρησιμοποιήστε συσκευές που μειώνουν την πίεση στο δέρμα, μειώνουν την τάση και/ή προφυλάσσουν από τη συσσώρευση της υγρασίας (π.χ. στρώματα εναλλασσόμενης πίεσης, στρώματα νερού)
 11. ενεργήστε για να βελτιωθεί η κατάσταση θρέψης
 12. ενεργήστε για την πρόληψη της ξηρότητας του δέρματος:
 - **Ü** ενθαρρύνετε την πρόσληψη 2500 ml υγρών την ημέρα εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
 - **Ü** χρησιμοποιήστε ένα ουδέτερο σαπούνι για το μπάνιο
 - **Ü** χρησιμοποιήστε υδατική κρέμα και/ή μαλακτικό του δέρματος τουλάχιστον μία φορά την ημέρα
 13. ενεργήστε για την πρόληψη του ερεθισμού του δέρματος που οφείλεται στη διάρροια:
 - **Ü** λάβετε μέτρα για τον έλεγχο της διάρροιας
 - **Ü** βοηθήστε τον ασθενή να καθαρίσει προσεκτικά και να στεγνώσει την περιεδρική χώρα με ένα μαλακό πανί ή χαρτί μετά από κάθε κένωση του εντέρου. επαλείψτε με μία προστατευτική αλοιφή ή κρέμα
 - **Ü** δώστε πάνες ακράτειας εάν χρειάζεται για να απορροφηθεί η υγρασία. μην αφήνετε το δέρμα να έρχεται σε επαφή με τα πλαστικά τμήματα της πάνας.
- Εάν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος:
 1. ενημερώστε τον ιατρό

2. συνεχίστε τα πιο πάνω μέτρα για την πρόληψη του επιπλέον ερεθισμού και της λύσης της συνέχειας του δέρματος
3. εφαρμόστε φροντίδα κατακεκλιμένου ασθενούς, σύμφωνα με τις οδηγίες ή με το τυποποιημένο σχέδιο του νοσοκομείου
4. αξιολογήστε τον ασθενή προσεκτικά και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα λοίμωξης (π.χ. αύξηση της θερμοκρασίας, ερυθρότητα, θερμότητα και οίδημα γύρω από την περιοχή της λύσης της συνέχειας του δέρματος, ασυνήθης εκροή υγρού από την περιοχή του τραύματος) (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακέας Σ, 2002).

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: **Υπερθερμία** που σχετίζεται με διέγερση του θερμορυθμιστικού κέντρου του υποθαλάμου από ενδογενή πυρετογόνα που απελευθερώνονται από τα ουδετερόφιλα και τα μακροφάγα κατά τη διεργασία της φλεγμονής.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Ο ασθενής εμφανίζει ύφεση της υπερθερμίας, όπως φαίνεται από:

- τη συνηθισμένη θερμοκρασία και χρώμα του δέρματος
- τη διατήρηση των σφύξεων μεταξύ 60" 100 ανά λεπτό
- τη συχνότητα των αναπνοών 14"20 ανά λεπτό
- τη φυσιολογική θερμοκρασία του σώματος.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα υπερθερμίας (πχ ζεστό, ερυθρό δέρμα, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, αύξηση της θερμοκρασίας).
- Λάβετε μέτρα για να μειωθεί ο πυρετός:
 1. ενεργήστε για να μειωθεί η φλεγμονή και η υπερκινητικότητα του εντέρου
 2. χορηγήστε αντιπυρετικά σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν η θερμοκρασία παραμένει υψηλότερη από 38,5° C (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακέας Σ, 2002).

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Δυσανεξία στην κόπωση που σχετίζεται με:

- ανεπαρκές επίπεδο θρέψης.
- δυσκολία στην ανάπαυση και στον ύπνο που οφείλεται σε πόνο, ανάγκη για συχνή αφόδευση, φόβο και άγχος.
- ιστική υποξία που οφείλεται σε αναιμία που προκύπτει από την:
 1. απώλεια αίματος από το εξελκωμένο έντερο
 2. μείωση της πρόσληψης από το στόμα και διαταραχή της απορρόφησης σιδήρου, βιταμίνης B₁₂ και φολικού οξέος.
- αύξηση της απώλειας ενέργειας από την αύξηση του μεταβολικού ρυθμού, που μπορεί να υπάρχει κατά τις περιόδους έξαρσης.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Ο ασθενής εμφανίζει αυξημένη αντοχή στις δραστηριότητες, όπως φαίνεται από:

- τα λεγόμενά του ότι αισθάνεται λιγότερη κούραση και αδυναμία
- τη δυνατότητα να εκτελεί τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής χωρίς δύσπνοια, πόνο στο στήθος, ζάλη και σημαντική μεταβολή των ζωτικών σημείων.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα έλλειψης αντοχής στις δραστηριότητες:
 1. δηλώσεις του ασθενούς ότι αισθάνεται κούραση και αδυναμία
 2. δύσπνοια, πόνος στο στήθος, ζάλη
 3. παθολογική καρδιακή συχνότητα κατά την άσκηση (π.χ. αύξηση του ρυθμού κατά 20 σφύξεις/λεπτό πάνω από το επίπεδο ηρεμίας, μείωση των σφύξεων, συχνότητα που δεν επανέρχεται στα προ της ασκήσεως επίπεδα μέσα σε 3 λεπτά αφού σταματήσει η δραστηριότητα, αλλαγή από ρυθμικό σε άρρυθμο σφυγμό)
 4. μείωση της συστολικής ή αρτηριακής πίεσης ή σημαντική αύξηση (10-15 mm Hg) της συστολικής ή της διαστολικής πίεσης.
- Λάβετε μέτρα για τη βελτίωση της αντοχής στις δραστηριότητες:
 1. ενεργήστε για την ανάπαυση του ασθενούς και/ή της εξοικονόμησης ενέργειας:
 - ü διατηρήστε τους περιορισμούς στις δραστηριότητες σύμφωνα με τις οδηγίες
 - ü ελαχιστοποιήστε τις δραστηριότητες του περιβάλλοντος και τους θορύβους

- οργανώστε τη νοσηλεία κατά τρόπο ώστε να υπάρχουν περίοδοι αδιάκοπης ανάπαυσης
 - περιορίστε τον αριθμό των επισκεμών και το χρόνο παραμονής τους
 - βοηθήστε τον ασθενή στις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης όταν χρειάζεται
 - διατηρείτε τα τρόφιμα και τα προσωπικά αντικείμενα σε θέση προσιτή
 - ενημερώστε τον ασθενή για τις τεχνικές εξοικονόμησης ενέργειας (π.χ. να χρησιμοποιεί κάθισμα όταν κάνει ντους, να κάθεται όταν βουρτσίζει τα δόντια ή όταν χτενίζεται)
 - λάβετε μέτρα για να μειωθεί ο φόβος και το άγχος
 - λάβετε μέτρα για να βελτιωθεί ο ύπνος
 - λάβετε μέτρα για να μειωθεί ο πόνος
2. ενεργήστε για να μειωθεί η φλεγμονή και η υπερκινητικότητα του εντέρου για να μειωθούν οι αυξημένες ενεργειακές απαιτήσεις λόγω της φλεγμονής, να βελτιωθεί η απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών, να μειωθεί ο πόνος και να αυξηθεί η ικανότητα του ασθενούς για ανάπαυση και ύπνο
 3. ενεργήστε για τη βελτίωση της θρεπτικής κατάστασης του ασθενούς
 4. χορηγήστε ολικό αίμα ή συμπυκνωμένα ερυθρά σύμφωνα με τις οδηγίες
 5. αυξήστε προοδευτικά τη δραστηριότητα του ασθενούς όσο επιτρέπεται και γίνεται ανεκτό.
- Ενημερώστε τον ασθενή:
 1. να αναφέρει μείωση της αντοχής στις δραστηριότητες
 2. να διακόπτει όποια δραστηριότητα του προκαλεί πόνο στο στήθος, δύσπνοια, ζάλη ή υπερβολική κόπωση και αδυναμία.
 - Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και συμπτώματα της έλλειψης αντοχής στις δραστηριότητες επιμένουν ή επιδεινώνονται (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακέας Σ, 2002).

7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Διάρροια που οφείλεται στην υπερκινητικότητα του εντέρου και στη μειωμένη απορρόφηση νερού από το έντερο που συνδυάζεται με τη φλεγμονή του εντέρου.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Ο ασθενής έχει λιγότερες κενώσεις του εντέρου και περισσότερο σχηματισμένα κόπρανα.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Ενημερωθείτε για τις συνήθειες κενώσεων του εντέρου του ασθενούς.
- Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα διά~ροιας (π.χ. συχνά υδαρή κόπρανα, ανάγκη για αφόδευση, κοιλιακός πόνος και κολικοειδή κοιλιακά άλγη).
- Αξιολογήστε τους εντερικούς ήχους συχνά. Αναφέρατε αύξηση της συχνότητας των εντερικών ήχων.
- Λάβετε μέτρα για τη μείωση της φλεγμονής και της υπερκινητικότητας του εντέρου για τον έλεγχο της διάρροιας:

1. ενεργήστε για να ελαττωθεί η λειτουργία του εντέρου:

- διατηρείτε τους περιορισμούς σε τροφή και υγρά σύμφωνα με τις οδηγίες (συνήθως τίποτε από το στόμα στην οξεία φάση)
- διατηρείτε τους περιορισμούς της δραστηριότητας του ασθενούς σύμφωνα με τις οδηγίες (αρχικά μπορεί να μένει κλινήρης και να αυτοεξυπηρετείται στο κρεβάτι ή στην τουαλέτα)
- λάβετε μέτρα για τη μείωση του stress (π.χ. εξηγήστε τη διαδικασία, διατηρήστε σταθερή τη σύνθεση της ομάδας του προσωπικού που έχει την ευθύνη της νοσηλείας του ασθενούς, ενεργήστε για να μειωθεί ο πόνος)
- αποθαρρύνετε το κάπνισμα (η νικοτίνη έχει διεγερτική δράση στο γαστρεντερικό σύστημα)
- όταν επιτραπεί η λήψη τροφής από το στόμα:
 - α. προχωρήστε την διαίτα σύμφωνα με τις οδηγίες (η διαίτα συνήθως προχωρά από στοιχειακές δίαιτες όπως Vivonex ή Criticare HN [οι δίαιτες αυτές είναι μικρής περιεκτικότητας σε λίπος και υπόλειμμα και απορροφούνται στη νήστιδα και έτσι ελαχιστοποιείται η διέγερση του εντέρου] σε ήπια, χαμηλού υπολείμματος διαίτα)
 - β. ενημερώστε τον ασθενή να αποφεύγει τροφές/υγρά που μπορεί να μην απορροφούνται τελείως ή δρουν σαν ερεθιστικοί παράγοντες στο φλεγμαίνον

έντερο:

- γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα (οι ασθενείς με νόσο του Crohn μπορεί να έχουν δυσανεξία σε τροφές πλούσιες σε λακτόζη, λόγω ανεπάρκειας της λακτάσης)
- τροφές πλούσιες σε λίπος (π.χ. βούτυρο, κρέμα, πλήρες γάλα, παγωτό, τηγανητά φαγητά)
- τροφές πλούσιες σε ίνες ή σε υπόλειμμα (π.χ. δημητριακά ολικής αλέσεως, καρύδια, ωμά φρούτα και λαχανικά)
- τροφές που δημιουργούν αέρια (π.χ. λάχανο, κρεμμύδι, φασόλια)
- τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε καφεΐνη (π.χ. καφές, τσάι, ποτά τύπου cola)
- τροφές με μπαχαρικά
- πολύ ζεστά ή παγωμένα φαγητά/υγρά

γ. ενημερώστε τον ασθενή να προσθέτει νέες τροφές προοδευτικά στη διαίτά του

δ. χορηγείτε μικρά, συχνά γεύματα

2. χορηγήστε τα πιο κάτω φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες:

- κορτικοστεροειδή ή ACTH για να μειωθεί η φλεγμονή του εντέρου
- sulfasalazine ή ένα από τα παράγωγά της (π.χ. olsalazine, mesalamine σε σακχαρόπηκτα δισκία) για να μειωθεί η φλεγμονή του εντέρου
- αντιδιαρροϊκά φάρμακα:
 - α. loperamide hydrochloride για την επιβράδυνση της κινητικότητας του εντέρου παράγοντες που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων (πχ methylcellulose, psyllium hydrophillic
 - β. mucilloid, calcium polycarbophil) για να απορροφήσουν νερό από το έντερο και έτσι τα κόπρανα να είναι πιο σχηματισμένα
- ανοσοκατασταλτικούς παράγοντες όπως azathioprine ή mercaptopurine (χρησιμοποιούνται για να μειωθούν τα εντερικά συμπτώματα στις περιπτώσεις που αυτά είναι επίμονα και έντονα. η αποτελεσματικότητα και η δράση των παραγόντων αυτών είναι ακόμα αμφιλεγόμενη, αλλά πιστεύεται ότι μπορεί να μειώσουν την απαιτούμενη δόση κορτικοστεροειδών).

- Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν επιμένει η διάρροια (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακέας Σ, 2002).

8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με συχνή ανάγκη αφόδευσης, πόνο, φόβο και άγχος.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Ο ασθενής έχει ικανοποιητικές

περιόδους ύπνου, μέσα στις παραμέτρους της θεραπευτικής αγωγής, όπως φαίνεται από:

- τις δηλώσεις του ότι αισθάνεται ξεκούραστος
- το συνηθισμένο διανοητικό του επίπεδο
- την απουσία συχνών χασμουρητών, μαύρων κύκλων κάτω από τα μάτια και τρόμου στα χέρια.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα διαταραχής του ύπνου (π.χ. παράπονα ότι δυσκολεύεται να κοιμηθεί, διακοπές στον ύπνο ή αίσθημα ότι δεν έχει ξεκουραστεί καλά, ευερεθιστότητα, λήθαργος, αποπροσανατολισμός, συχνά χασμουρητά, σκούροι κύκλοι κάτω από τα μάτια, μέτριος τρόμος χεριών).
- Γνωρίστε τις συνήθειες του ασθενούς στον ύπνο.
- Λάβετε μέτρα για τη βελτίωση του ύπνου:
 1. αποθαρρύνετε μεγάλες περιόδους ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας, εκτός και εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα έλλειψης ύπνου ή εάν ο ύπνος την ημέρα είναι συνήθεια του ασθενούς
 2. ενεργήστε για να μειωθεί ο φόβος και το άγχος
 3. ενεργήστε για να μειωθεί ο πόνος
 4. ενεργήστε για να μειωθεί η φλεγμονή και η υπερκινητικότητα του εντέρου για να μειωθεί ο κοιλιακός πόνος και τα κολικοειδή κοιλιακά άλγη, καθώς και η συχνότητα αφόδευσης

5. ενθαρρύνετε τη συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες που φέρουν ηρεμία, τις απογευματινές ώρες
6. αποθαρρύνετε την πρόσληψη υγρών με υψηλή περιεκτικότητα σε καφεΐνη (π.χ. καφέ, τσάι, coca cola) ιδιαίτερα το απόγευμα
7. προσφέρετε στον ασθενή ένα μικρό απογευματινό γεύμα πλούσιο σε πρωτεΐνες (π.χ. σάντουιτς γαλοπούλας) εάν επιτρέπεται από τη διαιτητική αγωγή του
8. επιτρέψτε στον ασθενή να συνεχίσει τις συνήθειες του ύπνου του (πχ θέση, χρόνος, συνήθειες στο κρεβάτι, όπως διάβασμα και αυτοσυγκέντρωση) εάν είναι δυνατόν
9. ικανοποιήστε τις βασικές ανάγκες του, όπως θέρμανση και άνεση, πριν από τον ύπνο
10. ενθαρρύνετε τον ασθενή να αδειάζει την ουροδόχο κύστη του πριν ξαπλώσει .
11. διατηρείτε μια ήρεμη, ευχάριστη ατμόσφαιρα. δώστε ωτοασπίδες στον ασθενή εάν τις χρειάζεται
12. χρησιμοποιήστε τεχνικές χαλάρωσης (π.χ. ασκήσεις προοδευτικής χαλάρωσης, μασάζ στην πλάτη, αυτοσυγκέντρωση, απαλή μουσική) πριν από τον ύπνο
13. εξασφαλίστε καλό αερισμό στο δωμάτιο
14. χορηγήστε ηρεμιστικά-υπνωτικά σύμφωνα με τις οδηγίες
15. ενεργήστε για να μειωθούν οι διακοπές κατά τη διάρκεια του ύπνου (για να ολοκληρωθεί ένας πλήρης κύκλος ύπνου συνήθως χρειάζονται 80-100 λεπτά αδιατάραχτου ύπνου):
 - **Û** περιορίστε τις επισκέψεις
 - **Û** εφαρμόστε ομαδική νοσηλεία στο θάλαμο του ασθενούς (π.χ. φαρμακευτική αγωγή, φυσιοθεραπεία, αξιολόγηση στους λοιπούς ασθενείς του θαλάμου, με ανάλογο πρόγραμμα) όταν αυτό είναι δυνατόν.
- Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα της έλλειψης ύπνου επιμένουν ή επιδεινώνονται (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακάς Σ, 2002).

9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Αυξημένος κίνδυνος για λοίμωξη που σχετίζεται με:

- εξελκώσεις στο τοίχωμα του εντέρου.
- μειωμένη αντίσταση σε λοιμώξεις, που οφείλονται στην κακή θρέψη και στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή και/ή σε ανοσοκαταστολή.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Ο ασθενής δεν θα παρουσιάσει λοίμωξη, όπως φαίνεται από:

- τη μείωση της θερμοκρασίας προς τα φυσιολογικά επίπεδα
- την απουσία ρίγους
- τη διατήρηση του αριθμού των σφύξεων μέσα στα φυσιολογικά όρια
- τους φυσιολογικούς αναπνευστικούς ήχους
- την αποβολή διαυγών ούρων, χωρίς παράπονα για συχνουρία και καύσος κατά την ούρηση
- τη μη αύξηση των επεισοδίων διάρροιας, κοιλιακού πόνου και κολικοειδούς κοιλιακού άλγους
- την έλλειψη θερμότητας, πόνου, ερυθρότητας, οιδήματος και ασυνήθιστης εκροής υγρού από οποιαδήποτε περιοχή
- την απουσία παραπόνων για αίσθηση αδυναμίας και εύκολης κόπωσης
- τη μείωση του αριθμού του τύπου των λευκών αιμοσφαιρίων προς τα φυσιολογικά επίπεδα
- τα αρνητικά αποτελέσματα των καλλιιεργειών.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Αναζητήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα λοίμωξης:
 1. σημαντική αύξηση της θερμοκρασίας (η πυρετική κίνηση μπορεί να οφείλεται στη φλεγμονή του εντέρου)
 2. ρίγος
 3. αύξηση του αριθμού των σφύξεων
 4. παθολογικούς αναπνευστικούς ήχους
 5. θολερά, δύσσομα ούρα
 6. παράπονα για συχνουρία και καύσος κατά την ούρηση
 7. ύπαρξη λευκών αιμοσφαιρίων, βακτηριδίων και/ή νιτρωδών στα ούρα
 8. αύξηση του αριθμού των επεισοδίων διάρροιας, κοιλιακού πόνου και κολικοειδών

κοιλιακών αλγών

9. θερμότητα, πόνο, ερυθρότητα, οίδημα ή ασυνήθιστη εκροή υγρού από οποιαδήποτε περιοχή

10. αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων πάνω από τα προηγούμενα επίπεδα (ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων συνήθως αυξάνεται από τη φλεγμονή του εντέρου) και/ή σημαντική μεταβολή του τύπου τους.

- Στείλτε δείγματα (π.χ. ούρα, κοιλιακό υγρό, κόπρανα, επίχρισμα στοματικής κοιλότητας, μύελα, αίμα) για καλλιέργεια, σύμφωνα με τις οδηγίες. Αναφέρατε θετικά αποτελέσματα.
- Λάβετε μέτρα για την πρόληψη της λοίμωξης:
 1. διατηρείτε μία πρόσληψη υγρών τουλάχιστον 2.500 ml την ημέρα, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
 2. χρησιμοποιήστε καλή τεχνική πλυσίματος των χεριών και ενθαρρύνετε τον ασθενή να κάνει το ίδιο
 3. χρησιμοποιήστε σχολαστικά άσηπτες τεχνικές κατά τη διάρκεια όλων των επεμβατικών πράξεων (π.χ. καθετηριασμοί, παρακεντήσεις φλεβών και αρτηριών, ενέσεις)
 4. προστατεύστε τον ασθενή από άλλα άτομα με λοίμωξη και συμβουλευστε τον να κάνει το ίδιο και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο
 5. αλλάζετε τους φλεβοκαθετήρες και τα υγρά που χορηγούνται ενδοφλέβια, καθώς και τις θέσεις φλεβοκέντησης, σύμφωνα με την τακτική του νοσοκομείου
 6. ενεργήστε για τη βελτίωση της θρεπτικής κατάστασης του ασθενούς
 7. τονίστε τη σημασία της καλής στοματικής υγιεινής
 8. ενεργήστε για να μειωθεί το stress (πχ εξηγήστε τη διαδικασία, διατηρήστε την ίδια σύνθεση της ομάδας του προσωπικού που έχει την ευθύνη της νοσηλείας, ενεργήστε για να μειωθεί ο πόνος) και για να μειωθεί η υπέρμετρη έκκριση κορτιζόλης (η κορτιζόλη καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα)
 9. ενεργήστε για να αποτρέψετε τη στάση των εκκρίσεων του αναπνευστικού (π.χ. ενημερώστε τον ασθενή να γυρίζει στο πλευρό του, να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές, αυξήστε τη δραστηριότητα όσο γίνεται ανεκτή και όσο επιτρέπεται)
 10. ενεργήστε για να αποτρέψετε τη λύση της συνέχειας του δέρματος

11. ενεργήστε για να αποτρέψετε την επίσχεση των ούρων (πχ ενημερώστε τον ασθενή να ουρεί αμέσως μόλις αισθανθεί την ανάγκη, να χαλαρώνει μεταξύ των προσπαθειών ούρησης) για να αποφευχθεί η στάση τους
12. ενεργήστε για την πρόληψη του ενοφθαλμισμού μικροοργανισμών στο ουροποιητικό σύστημα (πχ βοηθήστε τον ασθενή στη φροντίδα του περινέου, ενημερώστε και βοηθήστε τη γυναίκα ασθενή να σκουπίζεται από εμπρός προς τα πίσω μετά την ούρηση και την αφόδευση, χρησιμοποιήστε άσημες τεχνικές κατά την τοποθέτηση ουροκαθετήρα)
13. ενεργήστε για να μειωθεί η φλεγμονή και η υπερκινητικότητα του εντέρου για να προλάβετε την επιπλέον εξέλκωση του εντέρου και συνεπώς να μειώσετε τον κίνδυνο εντερικής λοίμωξης
14. χορηγήστε αντιβιοτικά σύμφωνα με τις οδηγίες (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακάς Σ, 2002).

10. ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ: Δυνητικές επιπλοκές:

- **νεφρολιθίαση** που σχετίζεται με:
 1. αύξηση των οξαλοξικών στο αίμα (τα οξαλοξικά των τροφών φυσιολογικά συνδέονται με το ασβέστιο στο έντερο και αποβάλλονται στα κόπρανα. στους ασθενείς με ΦΝΕ, το ασβέστιο ενώνεται με το μη απορροφούμενο λίπος και έτσι τα οξαλοξικά παραμένουν ελεύθερα στο έντερο από όπου και απορροφώνται)
 2. συμπύκνωση των ούρων που οφείλεται σε έλλειμμα όγκου και στάση των ούρων σαν αποτέλεσμα της μειωμένης δραστηριότητας (και τα δύο συμβάλλουν στη συγκέντρωση και εναπόθεση αλάτων στη νεφρική πύελο)
 3. θεραπεία με sulfasalazine (η φαρμακευτική αυτή ουσία μπορεί να κρυσταλλοποιηθεί και να καθιζάνει όταν τα ούρα είναι όξινα).
- **περιεδρικά, ορθοκολπικά, εντεροκυστικά και ενδοκοιλιακά αποστήματα, ραγάδες και συρίγγια** που οφείλονται στη φλεγμονή, εξέλκωση και τοπική διάτρηση του εντέρου
- **τοξικό megacolon** που οφείλεται σε απώλεια του μυϊκού τόνου του παχέος εντέρου και προκαλείται από την εξάπλωση της φλεγμονής στο έντερο, τη χρήση ορισμένων φαρμακευτικών ουσιών (π.χ. οπιοειδών, αντιχολινεργικών) και την υποκαλιαιμία.

- **απόφραξη του εντέρου** που οφείλεται σε στένωση του εντερικού αυλού από τη φλεγμονή και τη δημιουργία ουλώδους ιστού.
- **περιτονίτιδα** που οφείλεται σε διάτρηση του εντέρου ή διαφυγή από απόστημα ή συρίγγιο.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

- Ο ασθενής δεν θα παρουσιάσει λίθους στους νεφρούς, όπως φαίνεται από:
 1. την απουσία πόνου στην οσφύ, αιματουρίας, συχνουρίας, ναυτίας και εμέτου
 2. τα καθαρά ούρα χωρίς λίθους.
- Στον ασθενή θα παρατηρηθεί υποχώρηση των ενοχλημάτων από τα αποστήματα, τις ραγάδες και τα συρίγγια - που έχουν αναπτυχθεί - όπως φαίνεται από:
 1. τη μείωση της θερμοκρασίας προς τα φυσιολογικά επίπεδα
 2. τη μείωση του κοιλιακού πόνου
 3. την απουσία ερυθρότητας και οιδήματος στην περιεδρική χώρα και καυσαλγίας στο ορθό μετά την αφόδευση
 4. την απουσία ασυνήθιστης εκροής υγρού από τον κόλπο
 5. τα διαυγή, κίτρινα ούρα
 6. τη μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων προς τα φυσιολογικά επίπεδα.
- Ο ασθενής δεν θα εμφανίσει τοξικό megacolon, όπως φαίνεται από:
 1. την απουσία διάτασης της κοιλιάς
 2. την προοδευτική ύφεση του κοιλιακού πόνου
 3. τους φυσιολογικούς εντερικούς ήχους
 4. την προοδευτική ύφεση της διάρροιας
 5. την πτώση της θερμοκρασίας και του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων προς τα φυσιολογικά επίπεδα.
- Ο ασθενής δεν θα παρουσιάσει απόφραξη του εντέρου όπως φαίνεται από:
 1. την απουσία εμέτων και διάτασης της κοιλιάς
 2. την προοδευτική επάνοδο των φυσιολογικών εντερικών ήχων.
- Ο ασθενής δεν θα ανπτύξει περιτονίτιδα, όπως φαίνεται από:
 1. τη μείωση της θερμοκρασίας προς τα φυσιολογικά επίπεδα

2. τη μαλακή, χωρίς διάταση κοιλιά
3. την προοδευτική ύφεση του κοιλιακού πόνου
4. την προοδευτική επάνοδο των φυσιολογικών εντερικών ήχων
5. την απουσία ναυτίας και εμέτων
6. τα σταθερά ζωτικά σημεία
7. τη μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων προς τα φυσιολογικά επίπεδα.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Αναζητήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα νεφρολιθίασης (π.χ. βύθιος ή οξύς κολλικοειδής πόνος στην οσφύ, αιματουρία, συχνουρία, ναυτία, έμετος).
- Συγκεντρώστε δείγμα ούρων για ανάλυση σύμφωνα με τις οδηγίες.

Αναφέρατε υπεροξαλουρία και/ή την ύπαρξη κρυστάλλων.

- Λάβετε μέτρα για την πρόληψη του σχηματισμού λίθων στους νεφρούς:

1. ενεργήστε για την πρόληψη της στάσης των ούρων:

- ü ενθαρρύνετε μία ελάχιστη πρόσληψη υγρών 2.500 ml την ημέρα, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη

- ü βοηθήστε τον ασθενή να αλλάζει θέση τουλάχιστον κάθε 2 ώρες

- ü αυξάνετε προοδευτικά τη δραστηριότητά του όσο το ανέχεται και του επιτρέπεται

- ü λάβετε μέτρα για να βοηθήσετε τον ασθενή να ουρήσει (π.χ. εξασφαλίστε απομόνωση, επιτρέψτε στον ασθενή να πάρει τη συνηθισμένη θέση ούρησης εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη, ρίξτε χλιαρό νερό στο περίνεο)

- ü ενημερώστε τον ασθενή να ουρεί όταν αισθάνεται την ανάγκη

- ü διατηρείτε βατό τον ουροκαθετήρα εάν υπάρχει

2. εάν ο ασθενής παίρνει sulfasalazine:

- ü καταγράψτε το pH των ούρων και αναφέρατε τιμές μικρότερες του 6 (η sulfasalazine έχει την τάση να κρυσταλ/οποιείται και να καθιζάνει όταν τα ούρα είναι όξινα)

- ü χορηγήστε φαρμακευτικές ουσίες που αλκαλοποιούν τα ούρα (π.χ. sodium bicarbonate, κιτρικά) σύμφωνα με τις οδηγίες

3. ενεργήστε για να μειωθεί η απορρόφηση οξαλοξικών από το έντερο:
 - ενθαρρύνετε τον άρρωστο να μειώσει την πρόσληψη τροφών/ υγρών με υψηλή περιεκτικότητα σε οξαλοξικά (π.χ. φρουτοσαλάτα, μούρα, φιστίκια, φυσικοβούρνο, μπρόκολο, σοκολάτα, σπανάκι)
 - ενθαρρύνετε τον ασθενή να ακολουθεί δίαιτα με χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος (αυτή ελατώνει τη διαθέσιμη ποσότητα λίπους για την ένωση με το ασβέστιο, ελευθερώνοντας έτσι το ασβέστιο για να ενωθεί με τα οξαλοξικά στον αυλό του εντέρου)
4. ενεργήστε για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση του ελλείμματος όγκου υγρών
5. χορηγήστε τα πιο κάτω φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες:
 - ιοντοανταλλακτικές ρητίνες (π.χ. cholestyramine) για να δεσμεύσουν τα οξαλοξικά και να μειώσουν την απορρόφησή τους από το έντερο
 - σκευάσματα ασβεστίου (π.χ. ανθρακικό ασβέστιο, γλυκονικό ασβέστιο) για να δεσμεύσουν τα οξαλιζικά και να μειώσουν την απορρόφησή τους από το έντερο
 - σκευάσματα κιτρικών για να αυξήσουν τη διαλυτότητα των αλάτων στα ούρα.
- Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα νεφρολιθίασης:
 1. διηθήστε τα ούρα και φυλάξτε τους λίθους για ανάλυση. αναφέρατε τα αποτελέσματα στον ιατρό
 2. ενθαρρύνετε μια ελάχιστη πρόσληψη υγρών 2500 ml την ημέρα, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
 3. χορηγήστε αναλγητικά σύμφωνα με τις οδηγίες
 4. προετοιμάστε τον ασθενή για αφαίρεση των λίθων (π.χ. εξωσωματική λιθοτριψία, διαδερμική υπερηχοτομογραφική ή laser λιθοτριψία) εάν έχει προγραμματιστεί.
- Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα ανάπτυξης αποστήματος και/ή συριγγίου (π.χ. πρόσθετη αύξηση της θερμοκρασίας, αύξηση της έντασης του κοιλιακού πόνου ή διατήρηση σταθερής της έντασής του, ερυθρότητα και οίδημα στην περιεδρική χώρα, καυσalgία στο ορθό μετά από αφόδευση, εκροή κοπρανόδους υλικού από τον κόλπο, κοπρανουρία, πρόσθετη αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων) .
- Αναζητήστε ραγάδες στον πρωκτό.
- Λάβετε μέτρα για τη μείωση της φλεγμονής και της υπερκινητικότητας του εντέρου για να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης αποστημάτων, ραγάδων και συριγγίων και για να

βελτιωθεί η επούλωσή τους, εάν υπάρχουν.

- Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα ραγάδων, συριγγίων ή αποστημάτων:
 1. χορηγήστε αντιβιοτικά σύμφωνα με τις οδηγίες
 2. περιποιηθείτε τα τραύματα σύμφωνα με τις οδηγίες
 3. προετοιμάστε τον ασθενή για χειρουργική επέμβαση (π.χ διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος, εκτομή/διάνοιξη του συριγγίου, κολεκτομή) εάν προγραμματισθούν
 4. υποστηρίξτε συναισθηματικά τον ασθενή και τα άτομα του περιβάλλοντός του.
- Αναζητήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα τοξικού megacolon:
 1. διάταση της κοιλιάς και αύξηση του πόνου και της ευαισθησίας
 2. μείωση ή εξαφάνιση των εντερικών ήχων με τυμπανικότητα κατά την επίκρουση της κοιλιάς
 3. αιφνίδια μείωση των επεισοδίων διάρροιας
 4. υψηλά πυρετά (συνήθως 40-40.50 C) και ταχυκαρδία
 5. αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων.
- Καταγράψτε τα αποτελέσματα των ακτινογραφικών της κοιλιάς.
Αναφέρατε τυχόν διάταση του παχέος εντέρου.
- Λάβετε μέτρα για την πρόληψη της ανάπτυξης τοξικού megacolon:
 1. ενεργήστε για να μειωθεί η φλεγμονή του εντέρου
 2. χορηγήστε οπιούχα, φάρμακα με οπιούχο δράση και αντιχολινεργικά με προσοχή (όλα μειώνουν την κινητικότητα του εντέρου)
 3. ενεργήστε για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της υποκαλιαιμίας
- Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα τοξικού megacolon:
 1. σταματήστε τη λήψη τροφής και υγρών, σύμφωνα με τις οδηγίες
 2. συμβουλευτείτε τον ιατρό σχετικά με τη διακοπή χορήγησης οπιούχων, φαρμάκων με οπιούχοδράση και αντιχολινεργικών
 3. τοποθετήστε ρινογαστρικό καθετήρα και διατηρήστε τον σε αναρρόφηση σύμφωνα με τις οδηγίες
 4. χορηγήστε τα πιο κάτω σύμφωνα με τις οδηγίες:
 - ενδοφλέβια υγρά για τη διατήρηση επαρκούς όγκου στον ενδαγγειακό χώρο (υπάρχει μετακίνηση υγρών στον τρίτο χώρο σαν αποτέλεσμα της

αυξημένης διαπερατότητας των τριχοειδών που οφείλεται σε αύξηση της ενδοαυλικής πίεσης)

• κορτικοστεροειδή για να μειωθεί η φλεγμονή του εντέρου

• αντιβιοτικά για την πρόληψη της λοίμωξης (ο κίνδυνος διάτρησης αυξάνεται όταν αναπτυχθεί τοξικό megacolon)

5. προετοιμάστε τον ασθενή για χειρουργική επέμβαση εάν έχει προγραμματισθεί
 6. υποστηρίξτε συναισθηματικά τον ασθενή και τα άτομα του περιβάλλοντός του.
- Αναζητήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα απόφραξης του εντέρου:
 1. έμετοι
 2. διάταση της κοιλιάς
 3. αλλαγή των εντερικών ήχων (στη μηχανική απόφραξη, οι εντερικοί ήχοι είναι στην αρχή υψίσυχοι και έντονοι, στον παραλυτικό ειλεό οι εντερικοί ήχοι απουσιάζουν).
 - Καταγράψτε τα αποτελέσματα των ακτινογραφικών της κοιλιάς.

Αναφέρατε ευρήματα μερικής ή πλήρους απόφραξης του εντέρου.

- Λάβετε μέτρα για να μειωθεί η φλεγμονή του εντέρου έτσι ώστε να μειωθεί ο βαθμός απόφραξης του εντέρου και η ανάπτυξη ουλώδους ιστού.
- Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα απόφραξης του εντέρου:
 1. σταματήστε τη λήψη τροφής και υγρών σύμφωνα με τις οδηγίες
 2. τοποθετήστε ρινογαστρικό ή εντερικό σωλήνα και διατηρήστε τον σε αναρρόφηση σύμφωνα με τις οδηγίες
 3. χορηγήστε ενδοφλέβια υγρά, σύμφωνα με τις οδηγίες, για τη διατήρηση επαρκούς όγκου στον ενδαγγειακό χώρο (η αφυδάτωση είναι αποτέλεσμα των έντονων εμέτων και της λίμνασης στον τρίτο χώρο, της αυξημένης τριχοειδικής διαπερατότητας που οφείλεται σε αύξηση της ενδοαυλικής πίεσης όταν υπάρχει απόφραξη του εντέρου)
 4. προετοιμάστε τον ασθενή για χειρουργική επέμβαση (π.χ. κολεκτομή) αν έχει προγραμματισθεί
 5. υποστηρίξτε συναισθηματικά τον ασθενή και τους οικείους του.
- Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα περιτονίτιδας (π.χ. πρόσθετη αύξηση της θερμοκρασίας, ευαίσθητη σανιδώδης κοιλιά, αύξηση της έντασης του

κοιλιακού πόνου, αναπηδώσα ευαισθησία, μείωση ή απουσία των εντερικών ήχων, ναυτία, έμετοι, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, υπόταση).

- Καταγράψτε τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων. Αναφέρατε τυχόν αύξηση του αριθμού τους ή μη επάνοδό τους προς φυσιολογικές τιμές.
- Λάβετε μέτρα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των αποστημάτων, των συριγγίων, του τοξικού megacolon και/ή της απόφραξης του εντέρου για να μειωθεί ο κίνδυνος της περιτονίτιδας.
- Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα περιτονίτιδας:
 1. σταματήστε τη χορήγηση τροφής και υγρών σύμφωνα με τις οδηγίες
 2. τοποθετήστε τον ασθενή κλινήρη σε θέση ημι-Fowler, για να διευκολυνθεί η συγκέντρωση του διαφυγόντος εντερικού περιεχομένου στην ελάσσονα πύελο και όχι υποδιαφραγματικά
 3. τοποθετήστε ρινογαστρικό καθετήρα και διατηρήστε τον σε αναρρόφηση σύμφωνα με τις οδηγίες
 4. χορηγήστε αντιβιοτικά σύμφωνα με τις οδηγίες, χορηγήστε ενδοφλέβια υγρά και/ή παράγοντες που αυξάνουν τον όγκο του κυκλοφορούντος αίματος, σύμφωνα με τις οδηγίες, για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση του shock (μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη διαπερατότητα των τριχοειδών που συμβαίνει με τη φλεγμονή και την επακόλουθη διαφυγή πρωτεϊνών, ύδατος και ηλεκτρολυτών από τον ενδοαγγειακό χώρο στην περιτοναϊκή κοιλότητα)
 5. προετοιμάστε τον ασθενή για χειρουργική επέμβαση (πχ συρραφή της διάτρησης, διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος, κολεκτομή) εάν έχει προγραμματιστεί
 6. υποστηρίξτε συναισθηματικά τον ασθενή και τα άτομα του περιβάλλοντός του
(Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακέας Σ, 2002).

11. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Άγχος που σχετίζεται με τον πόνο, την επίμονη διάρροια, τις πιθανές δυσκολίες στην κοινωνική ζωή, την έλλειψη κατανόησης της διάγνωσης, των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας, το μη οικείο περιβάλλον, την αβέβαιη πρόγνωση και την πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης εάν τα συμπτώματα, δεν ελεγχθούν.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Ο ασθενής θα παρουσιάζει ύφεση του άγχους, όπως φαίνεται από:

1. τα λεγόμενά του, ότι αισθάνεται λιγότερο αγχωμένος και φοβισμένος
2. το συνηθισμένο τρόπο ύπνου
3. την ήρεμη έκφραση του προσώπου και τις κινήσεις του σώματος
4. τα σταθερά ζωτικά σημεία
5. τη συνηθισμένη ικανότητα αντίληψης και σχέσεων με άλλα άτομα.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Αναζητήστε στον ασθενή σημεία και συμπτώματα άγχους (π.χ. διατύπωση των φόβων και των ανησυχιών του, ένταση, τρόμος, ευερεθιστότητα, ανησυχία, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ωχρότητα ή ερυθρότητα στο πρόσωπο, μείωση του πεδίου αντίληψης, απομόνωση, μη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή) .
- Λάβετε μέτρα για να μειωθεί ο φόβος και το άγχος:
 1. προσανατολίστε τον ασθενή στο περιβάλλον του νοσοκομείου, στις συσκευές και στις τυποποιημένες ενέργειες
 2. συστήστε του το προσωπικό που θα συμμετέχει στη φροντίδα του εάν είναι δυνατόν διατηρήστε σταθερό το προσωπικό που ασχολείται με την νοσηλεία, έτσι ώστε να δημιουργηθούν συναισθήματα σταθερότητας και άνεσης με το περιβάλλον
 3. διαβεβαιώστε τον ασθενή ότι τα άτομα του προσωπικού είναι κοντά του. ανταποκριθείτε στις κλήσεις του το συντομότερο δυνατόν
 4. διατηρείτε ένα ήρεμο, υποστηρικτικό, σταθερό ύφος όταν συνδιαλέγεστε με τον ασθενή
 5. ενθαρρύνετε τη λεκτική έκφραση του φόβου και του άγχους
 6. εξηγήστε όλες τις διαγνωστικές εξετάσεις
 7. τονίστε τις εξηγήσεις του ιατρού και διευκρινίστε παρανοήσεις του ασθενούς σχετικά με τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, τη θεραπευτική αγωγή και την πρόγνωση
 8. ενεργήστε για να μειωθεί ο πόνος

9. ενεργήστε για να μειωθεί η φλεγμονή και η υπερκινητικότητα του εντέρου για να μειωθούν τα επεισόδια διάρροιας
 10. εξασφαλίστε ένα ήρεμο, ευχάριστο περιβάλλον
 11. ενημερώστε τον ασθενή για τις τεχνικές χαλάρωσης και ενθαρρύνετε τη συμμετοχή του σε διάφορες δραστηριότητες
 12. βοηθήστε τον ασθενή να αντιμετωπίσει τη διάγνωση και τα αποτελέσματά της
 13. ενθαρρύνετε τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς να δείχνουν μια συμπεριφορά που να αντανακλά το ενδιαφέρον και τη φροντίδα τους, χωρίς άγχος
 14. εάν ενδείκνυται η χειρουργική αντιμετώπιση, αρχίστε την προεγχειρητική προετοιμασία
 15. χορηγήστε αγχολυτικά φάρμακα, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Συμπεριλάβετε τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς σε ομάδες προσανατολισμού και διδασκαλίας και ενθαρρύνετε τη συνεχή υποστήριξή τους στον ασθενή.
 - Δώστε πληροφορίες βασιζόμενες στις τρέχουσες ανάγκες του ασθενούς και του περιβάλλοντός του με τρόπο κατανοητό. Ενθαρρύνετε ερωτήσεις και διευκρινίσεις σχετικά με τις πληροφορίες που δίδονται.
 - Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν οι πιο πάνω ενέργειες δεν μπορέσουν να ελέγξουν το φόβο και το άγχος (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακάας Σ, 2002).

12. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Διαταραχές της αντίληψης του εαυτού που σχετίζονται με:

- την εξάρτηση από τους άλλους για την ικανοποίηση των ατομικών αναγκών.
- τη ντροπή λόγω της διάρροιας.
- τις αλλαγές στη σεξουαλική λειτουργία, που οφείλονται σε πόνο, κούραση και αδυναμία.
- τις αλλαγές στον τρόπο ζωής από τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και τη θεραπεία της.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Ο ασθενής αρχίζει να προσαρμόζεται στις αλλαγές της λειτουργίας του σώματός του, στον τρόπο και στους ρόλους της ζωής, όπως φαίνεται από:

- τη λεκτική έκφραση συναισθημάτων αυτοεκτίμησης και σεξουαλικής επάρκειας
- τη διατήρηση των σχέσεων με τα άτομα του περιβάλλοντός του
- την ενεργό συμμετοχή σε καθημερινές δραστηριότητες της ζωής

- το ενεργό ενδιαφέρον για την ατομική του εμφάνιση
- τη θέληση να αναλάβει τους συνηθισμένους ρόλους και να συμμετάσχει σε κοινωνικές δραστηριότητες
- τη λεκτική έκφραση ενός σχεδίου προσαρμογής του τρόπου ζωής στους περιορισμούς που υπαγορεύει η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα διαταραχών της αντίληψης του εαυτού (π.χ. λεκτικά ή μη λεκτικά στοιχεία που δείχνουν αρνητική απάντηση στις αλλαγές που έχουν γίνει, απομόνωση από τα άτομα του περιβάλλοντός του).
- Καθορίστε τη σημασία των αλλαγών της λειτουργίας του σώματος και του τρόπου ζωής/ρόλων στον ασθενή, ενθαρρύνοντάς τον να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματά του και σημειώνοντας τις μη λεκτικές αντιδράσεις του στις αλλαγές που υπέστη.
- Συζητήστε με τον ασθενή ρεαλιστικά σε τι βαθμό μπορεί να περιμένει βελτίωση της λειτουργίας του εντέρου και αποκατάσταση της δραστηριότητας και της άνεσής του.
- Λάβετε μέτρα για να βοηθήσετε τον ασθενή να αυξήσει την αυτοεκτίμησή του (π.χ. περιορίστε την αρνητική κριτική, ενθαρρύνετε τα θετικά σχόλια σχετικά με τον εαυτό του, βοηθήστε τον να ανακαλύψει τις δυνάμεις του, επαινείτε τα επιτεύγματά του και τη συμπεριφορά που είναι ενδεικτική υψηλού βαθμού αυτοεκτίμησης).
- Λάβετε μέτρα για να βοηθήσετε τον ασθενή να αντιμετωπίσει τα αποτελέσματα της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου
- Λάβετε μέτρα για να μειώσετε το αίσθημα ντροπής που οφείλεται στη διάρροια:
 1. εξασφαλίστε στον ασθενή μοναχικό δωμάτιο εάν είναι δυνατόν
 2. διατηρήστε τη σκωραμίδα σε προσιτή θέση για τον ασθενή
 3. χρησιμοποιήστε αποσμητικά δωματίου και αδειάζετε τη σκωραμίδα μόλις είναι δυνατόν, αμέσως μετά την κένωση του εντέρου, για να μειωθεί η δυσσομία.
- Ενθαρρύνετε τον ασθενή να συζητά τις ανησυχίες του σχετικά με την σεξουαλική λειτουργία. Προτείνετε του τρόπους για να τον βοηθήσετε να αποκτήσει ένα ιδανικό επίπεδο σεξουαλικής λειτουργίας (π.χ. ανάπαυση πριν από τη σεξουαλική

δραστηριότητα).

- Αναζητήστε και υποστηρίξτε την συμπεριφορά που δείχνει θετική προσαρμογή στις αλλαγές που έγιναν (π.χ. συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή, λεκτική έκφραση συναισθημάτων αυτοεκτίμησης, διατήρηση των σχέσεων με τα άτομα του περιβάλλοντός του).
- Ενθαρρύνετε τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς να του επιτρέπουν να κάνει ό,τι μπορεί, έτσι ώστε να αποκτήσει και πάλι την ανεξαρτησία και την αυτοεκτίμηση.
- Βοηθήστε για την προσαρμογή του ασθενούς και των ατόμων του περιβάλλοντός του ακούγοντας, διευκολύνοντας την επικοινωνία και δίνοντας πληροφορίες.
- Βοηθήστε τον ασθενή και τα άτομα του περιβάλλοντός του να έχουν τις ίδιες προσδοκίες για το μελλοντικό τρόπο ζωής και να γνωρίσουν τρόπους με τους οποίους οι ατομικοί και οι οικογενειακοί στόχοι μπορούν να αναπροσαρμοστούν μάλλον παρά να εγκαταλειφθούν.
- Ενθαρρύνετε τις επισκέψεις και υποστηρίξτε τα άτομα του περιβάλλοντός του.
- Ενθαρρύνετε τον ασθενή να αποκτήσει τους συνηθισμένους ρόλους και ενδιαφέροντα και να συνεχίσει τις κοινωνικές του δραστηριότητες. Εάν δεν μπορεί να ασχοληθεί με τους ρόλους, τα ενδιαφέροντα και τα χόμπι του παρελθόντος ενθαρρύνετε τον να αναζητήσει καινούργια.
- Δώστε πληροφορίες σχετικά με τη χρησιμοποίηση των κοινωνικών φορέων και ενθαρρύνετε την υποστήριξή τους (π.χ. ομάδες υποστήριξης, συμβουλές για σεξουαλικά, οικογενειακά και ατομικά ζητήματα).
- Συμβουλευτείτε τον ιατρό σχετικά με την εξέταση του ασθενούς από ψυχολόγο, εάν το επιθυμεί, εάν φαίνεται απρόθυμος ή ανίκανος να προσαρμοστεί στις αλλαγές που οφείλονται στη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακέας Σ, 2002).

13. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Αναποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων που σχετίζεται με:

- τη χρονιότητα της κατάστασης και τα αποτελέσματά της στον τρόπο ζωής.
- πόνο.
- φόβο για μελλοντική ανάγκη ειλεοστομίας.

- ανεπαρκές σύστημα υποστήριξης.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

Ο ασθενής δείχνει ότι έχει αποτελεσματικές ικανότητες αντιμετώπισης των προβλημάτων, όπως φαίνεται από:

- τα λεγόμενά του ότι είναι ικανός να αντιμετωπίσει τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και τα αποτελέσματά της
- τη χρησιμοποίηση των καταλλήλων τεχνικών επίλυσης των προβλημάτων
- τη θέλησή του να συμμετέχει στη θεραπευτική αγωγή και να ικανοποιεί βασικές του ανάγκες
- την έλλειψη καταστροφικής συμπεριφοράς για τον εαυτό του και για τα άτομα του περιβάλλοντός του
- την κατάλληλη χρήση των μηχανισμών άμυνας
- την αναγνώριση και τη χρησιμοποίηση των προσφερομένων συστημάτων υποστήριξης.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα αναποτελεσματικού τρόπου αντιμετώπισης των προβλημάτων (π.χ. λεκτική έκφραση της αδυναμίας του ασθενούς να αντιμετωπίσει την ασθένεια, αδυναμία να ζητήσει βοήθεια, να επιλύσει προβλήματα ή να ικανοποιήσει βασικές του ανάγκες, απροθυμία να συμμετάσχει στη θεραπευτική αγωγή, καταστροφική συμπεριφορά για τον εαυτό του και για τα άτομα του περιβάλλοντός του, ακατάλληλη χρησιμοποίηση των μηχανισμών άμυνας, αδυναμία να ανταποκριθεί στις προσδοκίες του ρόλου του).
- Αξιολογήστε την αντίληψη του ασθενούς για την τρέχουσα κατάσταση, συμπεριλαμβανομένων των παραγόντων που προκαλούν επιδείνωση και των μηχανισμών αποτελεσματικής αντιμετώπισης.
- Λάβετε μέτρα για να βελτιώσετε τον αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων:

1. βοηθήστε τον ασθενή να αναγνωρίσει και να χειριστεί κατάλληλα την απρόσφορη

άρνηση εάν υπάρχει

2. ενεργήστε για να μειωθεί ο φόβος και το άγχος
3. ενεργήστε για να μειωθεί ο πόνος
4. ενθαρρύνετε τον ασθενή να εκφρασθεί σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση και για τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίστηκαν ανάλογες καταστάσεις στο παρελθόν
5. βοηθήστε τον ασθενή να γνωρίσει τα αποθέματα των προσωπικών του δυνάμεων και τις πηγές που μπορεί να χρησιμοποιήσει για να διευκολυνθεί στην αντιμετώπιση της τρέχουσας κατάστασης
6. δείξτε αποδοχή του ασθενούς, αλλά θέστε όρια στην ακατάλληλη συμπεριφορά
7. δημιουργήστε μία ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και υποστήριξης
8. οργανώστε επίσκεψη από ένα άλλο άτομο που προσαρμόστηκε με επιτυχία στη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.
9. διατηρήστε σταθερό το προσωπικό που ασχολείται με τη φροντίδα του ασθενούς. πληροφορήστε τον ασθενή για το εάν θα υπάρξει αλλαγή στην ομάδα της νοσηλείας, έτσι ώστε να μην αξιολογήσει την αλλαγή σαν απόρριψη
10. συμπεριλάβετε τον ασθενή στο σχεδιασμό της νοσηλείας και ενθαρρύνετε τη μέγιστη συμμετοχή του στη θεραπευτική αγωγή και επιτρέψτε του να κάνει επιλογές όταν αυτό είναι δυνατόν για να διατηρεί μία αίσθηση ελέγχου της κατάστασης
11. ενημερώστε τον ασθενή για τις τεχνικές αποτελεσματικής επίλυσης προβλημάτων (π.χ. αναγνώριση των ερεθισμάτων που προκαλούν stress, καθορισμός των εναλλακτικών λύσεων για την επίλυση προβλημάτων)
12. βοηθήστε τον ασθενή να συνεχίσει τις συνηθισμένες καθημερινές του δραστηριότητες όταν είναι δυνατόν
13. ενθαρρύνετε διάφορες δραστηριότητες σύμφωνα με τα ενδιαφέροντα του ασθενούς
14. βοηθήστε τον ασθενή στο σχεδιασμό των αναγκαίων αλλαγών στον τρόπο ζωής και στους ρόλους του μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. βοηθήστε τον ασθενή να γνωρίσει τις προτεραιότητες και να θέσει εφικτούς στόχους
15. βοηθήστε τον ασθενή να προετοιμαστεί για τις αρνητικές αντιδράσεις των άλλων για τη διάρροια και τα δύσσομα αέρια

16. βοηθήστε τον ασθενή να γνωρίσει και να χρησιμοποιεί τα προσφερόμενα συστήματα υποστήριξης. δώστε του πληροφορίες σχετικά με τους κοινωνικούς φορείς που μπορούν να βοηθήσουν αυτόν και τα άτομα του περιβάλλοντός του να αντιμετωπίσουν την ασθένεια (π.χ. ομάδες υποστήριξης, συμβουλευτικές υπηρεσίες)
 17. χορηγήστε αγχολυτικά και/ή αντικαταθλιπικά φάρμακα, σύμφωνα με τις οδηγίες
 18. ενθαρρύνετε τη συνεχή συναισθηματική υποστήριξη από τα άτομα του περιβάλλοντός του. τονίστε τη σημασία διατήρησης μιας ήρεμης χωρίς stress ατμόσφαιρας κατά τις επισκέψεις
 19. ενθαρρύνετε τον ασθενή να συμερίζεται με τα άτομα του περιβάλλοντός του το είδος υποστήριξης που θα τον ωφελήσει περισσότερο (π.χ. ακούγοντας και δημιουργώντας ελπίδες, δίνοντας ακριβείς πληροφορίες)
 20. υποστηρίξτε τη συμπεριφορά που δείχνει θετική προσαρμογή στις αλλαγές που έγιναν (π.χ. αυξημένη συμμετοχή σε δραστηριότητες φροντίδας του εαυτού του και στη θεραπευτική αγωγή, λεκτική έκφραση για τους τρόπους προσαρμογής στις αναγκαίες αλλαγές στον τρόπο ζωής).
- Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν χρειάζεται ψυχολογική εξέταση. Ξεκινήστε τη διαδικασία παραπομπής (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακάς Σ, 2002).

14. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Έλλειμμα γνώσεων σχετικά με τη φροντίδα κατά την περίοδο της παρακολούθησης.

Επιθυμητό Αποτέλεσμα

- Ο ασθενής γνωρίζει τρόπους μείωσης των εξάρσεων της νόσου.
- Ο ασθενής αναφέρει τρόπους διατήρησης ενόσιδανικού επιπέδου θρέψης
- Ο ασθενής γνωρίζει τρόπους πρόληψης της λύσης της συνέχειας του δέρματος τ/ς περιεδρικής χώρας
- Ο ασθενής αναφέρει ότι κατάλαβε τη φαρμακευτική αγωγή που του έχει χορηγηθεί, συμπεριλαμβανομένων του σκοπού, των παρενεργειών, της δοσολογίας και της σημασίας της πιστής εφαρμογής του θεραπευτικού σχήματος, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Ο ασθενής γνωρίζει τα σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στο ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό.

- Ο ασθενής γνωρίζει τους φορείς που μπορούν να τον βοηθήσουν να προσαρμοστεί στις αλλαγές που οφείλονται στη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και στη θεραπεία της.
- Ο ασθενής αναφέρει ότι κατάλαβε και θα ακολουθήσει το προτεινόμενο σχέδιο νοσηλείας κατά την περίοδο της παρακολούθησης, συμπεριλαμβανομένων των μελλοντικών συναντήσεων με τους ιατρούς και του συνιστώμενου επιπέδου δραστηριότητας.

Νοσηλευτικές Πράξεις και Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία

- Τονίστε τη σημασία της εφαρμογής της θεραπευτικής αγωγής για τη μείωση των εξάρσεων της νόσου.
- Ενημερώστε τον ασθενή σχετικά με τους τρόπους μείωσης του ερεθισμού του εντέρου:
 1. αποφύγετε τροφές/υγρά που μπορεί να πέπτονται ατελώς ή μπορεί να ερεθίζουν το έντερο (π.χ. φρέσκα φρούτα και λαχανικά, δημητριακά ολικής αλέσεως, τηγανητά φαγητά, φαγητά με καρυκεύματα, γαλακτοκομικά προϊόντα, ποτά που περιέχουν καφεΐνη, παγωμένα ποτά)
 2. αποφεύγετε να χρησιμοποιείτε καθαρτικά
 3. αποφεύγετε την κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα.
- Εξηγήστε ότι το stress μπορεί να προκαλεί έξαρση της νόσου. Δώστε πληροφορίες σχετικά με τις ομάδες ελέγχου του stress και τις συμβουλευτικές υπηρεσίες που μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του stress.
- Δώστε οδηγίες σχετικά με τους τρόπους διατήρησης ενός ιδανικού επιπέδου θρέψης:
 1. τονίστε τις οδηγίες σχετικά με τη διαιτητική αγωγή (χαμηλού υπολείμματος, με υψηλό θερμιδικό περιεχόμενο και πλούσια σε πρωτεΐνες)
 2. ενημερώστε τον ασθενή ότι τρώγοντας συχνά, μικρά γεύματα (και όχι 3 μεγάλα γεύματα) μπορεί να επιτύχει υψηλή θερμιδική πρόσληψη
 3. τονίστε πόσο σημαντικό είναι να τρώει όταν αναπαύεται σε μία ήρεμη ατμόσφαιρα
 4. τονίστε τη σημασία της πρόσληψης βιταμινών και ιχνοστοιχείων σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Δώστε στον ασθενή τις πιο κάτω πληροφορίες σχετικά με τους τρόπους πρόληψης της λύσης της συνέχειας του δέρματος της περιεδρικής χώρας:

1. να χρησιμοποιεί μαλακό χαρτί τουαλέτας για να σκουπιστεί μετά την αφόδευση
 2. να καθαρίζει την περιεδρική χώρα με ένα ήπιο σαπούνι και με χλιαρό νερό μετά την αφόδευση και να τη στεγνώνει σχολαστικά
 3. να τοποθετεί προστατευτική κρέμα ή αλοιφή στην περιεδρική χώρα μετά τον καθαρισμό του δέρματος.
- Εξηγήστε στον ασθενή το σκοπό, τις παρενέργειες και τη σημασία της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις οδηγίες.
 - Εάν μετά την έξοδό του ο ασθενής παίρνει sulfasalazine ενημερώστε τον:
 1. να πίνει τουλάχιστον 10 ποτήρια υγρών/ημέρα για να μειωθεί ο κίνδυνος της νεφρολιθίασης
 2. να περιμένει ότι τα ούρα του θα έχουν πορτοκαλί χρώμα
 3. να παίρνει τα φάρμακα μαζί με τροφή ή μετά από τα γεύματα, αλλά να μην παίρνει αντιόξινα (ο χρόνος απορρόφησης τροποποιείται με τα αντιόξινα)
 4. να αναφέρει ξηρότητα στο φάρυγγα ή στο στόμα, πυρετό, ανεξήγητη κούραση, συνεχή πονοκέφαλο ή αρθραλγίες, ασυνήθιστες εκχυμώσεις ή αιμορραγία, ναυτία και έμετο, εξάνθημα ή σημαντική μείωση της αποβολής ούρων
 5. να ενημερώσει τον ιατρό εάν δεν μπορεί να τεκνοποιήσει με τη σύντροφό του (η sulfasalazine μπορεί να προκαλέσει μείωση του αριθμού των σπερματοζωαρίων)
 6. να διατηρεί τις προγραμματισμένες συναντήσεις για έλεγχο αίματος και ούρων.
 - Εάν μετά την έξοδό του ο ασθενής παίρνει σκευάσματα κορτικοστεροειδών, ενημερώστε τον:
 1. να παίρνει τα φάρμακα, ακριβώς σύμφωνα με τις οδηγίες
 2. να τροποποιεί τη δοσολογία μόνον κατόπιν εντολής του ιατρού
 3. να ειδοποιήσει τον ιατρό εάν δεν μπορεί να ανεχθεί τ/ν από το στόμα αγωγή
 4. να αποφεύγει την αιφνίδια διακοπή των φαρμάκων
 5. να παίρνει τα φάρμακα μαζί με τροφή ή αντιόξινα για να μην ερεθίζεται το στομάχι
 6. να τρώει μικρά και συχνά γεύματα εάν υπάρχει ερεθισμός στο στομάχι
 7. να ζυγίζεται κάθε μέρα και να αναφέρει ασυνήθη αύξηση του σωματικού βάρους
 8. να περιμένει ότι μπορεί να εμφανισθούν κάποιες παρενέργειες, όπως σεληνοειδές προσώπιο, μικρή αύξηση του σωματικού βάρους και οίδημα, αύξηση της όρεξης

και αλλαγές της διάθεσής του.

9. να αναφέρει ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας με κορτικοστεροειδή, όπως σημαντική διόγκωση των άκρων, σημαντική αύξηση του σωματικού βάρους, ακραίες συναισθηματικές αλλαγές και αλλαγές συμπεριφοράς, σημαντική αδυναμία, κόπρανα στο χρώμα της πίσσας, αιματηρά ή καφεοειδή εμέσματα, συχνοί ή επίμονοι πονοκέφαλοι και διαταραχές της εμμήνου ρύσεως

10. να αποφεύγει επαφές με άτομα που έχουν λοίμωξη, επειδή τα κορτικοστεροειδή μειώνουν την αντίσταση στις λοιμώξεις.

- Εάν στον ασθενή χορηγούνται υποκλυσμοί με κορτικοστεροειδή ή mesalamine ή υπόθετα στο σπίτι, ενημερώστε τον για την τεχνική και τη διάρκεια που πρέπει να κρατάει το διάλυμα ή το υπόθετο. Δώστε χρόνο για ερωτήσεις, διευκρινίσεις και επίδειξη.
- Ενημερώστε τον ασθενή να συμβουλευέται τον ιατρό πριν πάρει οποιαδήποτε φάρμακο με συνταγή ή μη.
- Ενημερώστε τον ασθενή να πληροφορεί το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τα φάρμακα που παίρνει.
- Ενημερώστε τον ασθενή να αναφέρει τα πιο κάτω σημεία και συμπτώματα:
 - 1.υποτροπιάζοντα επεισόδια διάρροιας, κοιλιακού πόνου και κολικοειδών κοιλιακών αλγών
 2. αυξημένη διάταση της κοιλιάς
 - 3.επίμονους εμέτους
 - 4.ασυνήθη εκροή υγρού από τον κόλπο ή το ορθό
 - 5.πόνος στο ορθό
 - 6.κίτρινη χρώση του δέρματος, διαταραχές στην όραση, πόνος στα μάτια, ή αρθραλγία ή οίδημα (μπορεί να είναι ένδειξη εξωεντερικής εκδήλωσης της νόσου)
 - 7.πόνος στην οσφύ.
- Δώστε πληροφορίες σχετικά με τους φορείς που μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή και τα άτομα του περιβάλλοντός του να προσαρμοσθούν στη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και στα αποτελέσματά της (π.χ. τοπικές ομάδες υποστήριξης, συμβουλευτικές υπηρεσίες, ομάδες αντιμετώπισης του stress).
- Ξεκινήστε την διαδικασία παραπομπής εάν ενδείκνυται.

- Τονίστε τη σημασία της, τήρησης των ραντεβού με το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό.
- Τονίστε τη σημασία των συχνών περιόδων ξεκούρασης κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Λάβετε μέτρα για να βελτιώσετε την ανοχή του ασθενούς:

συμπεριλάβετε τα άτομα του περιβάλλοντός του στις ομάδες διδασκαλίας εάν είναι δυνατόν

1. ενθαρρύνετε τις ερωτήσεις και δώστε χρόνο για να υπογραμμισθούν και διευκρινισθούν οι πληροφορίες που δόθηκαν
2. δώστε γραπτές οδηγίες στον ασθενή για τις μελλοντικές συναντήσεις με τον ιατρό, τα χορηγούμενα φάρμακα, τα σημεία και τα συμπτώματα που θα πρέπει να αναφέρει και τις μελλοντικές εργαστηριακές εξετάσεις (Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακέας Σ, 2002).

5.6 Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσοι και κύηση

Η συχνότης με την οποία η ελκώδης κολίτις και η νόσος του Crohn προσβάλλουν νέες γυναίκες δημιουργεί ερωτήματα για την επίδραση της νόσου αλλά και της φαρμακευτικής θεραπείας στην εγκυμοσύνη και το έμβρυο.

Οι πιθανότητες επιδράσεως της εγκυμοσύνης στην εξέλιξη της νόσου είναι οι εξής: Αν η νόσος βρίσκεται σε ύφεση όταν γίνει η σύλληψη θα παραμείνει κατά πάσαν πιθανότητα σε φάση υφέσεως στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αν η ασθενής πάσχει από ελκώδη κολίτιδα εν ενεργεία, είναι πιθανόν ότι θα επιδεινωθεί η νόσος. Η νόσος του Crohn που είναι σε έξαρση κατά την σύλληψη είναι πιθανόν να παραμείνει στον ίδιο βαθμό βαρύτητας.

Στην πλειονότητα των κύσεων σε ασθενείς με ΙΦΕΝ, τα παιδιά που γεννώνται είναι υγιή. Η συχνότης αποβολής του εμβρύου ή διαμαρτιών της διαπλάσεως είναι η ίδια με τις κύσεις γυναικών που δεν πάσχουν από ΙΦΕΝ. Σε γυναίκες όμως με έντονη δραστηριότητα της νόσου παρατηρούνται περισσότεροι πρόωροι τοκετοί.

Όλες οι μελέτες συμφωνούν ότι η χορήγηση σαλαζοπυρίνης, των νεωτέρων σαλικυλικών και των κορτικοειδών δεν επηρεάζει δυσμενώς την κύηση ούτε το

έμβρυο και ότι είναι προτιμότερο να ελέγχεται η δραστηριότης της νόσου με τα υπάρχοντα

φάρμακα παρά να αφήνεται στην τύχη της. Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάγκη χορηγήσεως φυλλικού οξέος στις εγκύους που βρίσκονται σε θεραπεία με σαλαζοπυρίνη (2 mg ημερησίως) λόγω των αυξημένων αναγκών της ασθενούς αλλά και του εμβρύου.

Η πιθανότητα τερατογενέσεως από τη χρήση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων (αζαθειοπρίνη και 6MP) που όπως είναι γνωστό διέρχονται τον πλακούντα ή μετρονιδαζόλης που είναι τερατογόνος σε πειραματόζωα, έχει μελετηθεί ιδιαίτέρως.

Σχετικά με το ερώτημα αν μια γυναίκα με ειλεοστομία είναι σε θέση να φέρει επιτυχώς σε πέρας μια εγκυμοσύνη, η απάντηση είναι καταφατική. Σπανίως εμφανίζονται προβλήματα με το στόμιο της ειλεοστομίας που συνήθως τακτοποιούνται χωρίς χειρουργική παρέμβαση. Σπανιότερα παρατηρείται απόφραξη του λεπτού εντέρου που απαιτεί επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση.

5.7 Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσοι και παιδική ηλικία

Η ελκώδης κολίτις και ακόμη περισσότερο η νόσος του Crohn εκδηλώνονται για πρώτη φορά στην παιδική ηλικία σε σημαντικό ποσοστό. Μια αξιολογή ιδιομορφία των φλεγμονωδών εντεροπαθειών στα παιδιά είναι ότι εκτός από τις δύο ΙΦΕΝ, υπάρχει συχνά και η αλλεργική κολίτις που αποδίδεται σε αλλεργία στο γάλα αγελάδος και υποχωρεί ταχέως μετά την εφαρμογή διαίτας χωρίς γάλα.

Η ελκώδης κολίτις εκδηλώνεται κλινικώς με αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις αλλά σε μεγάλο ποσοστό παρατηρείται μόνο ήπια διάρροια ενώ προέχει μία ή περισσότερες εξωεντερικές εκδηλώσεις (αρθρίτις, ιρίτις, σκληρυντική χολαγγειίτις κ.λπ), ενώ σε 10% εισβάλλει με κεραυνοβόλο μορφή που εξελίσσεται συνήθως σε τοξικό megacolon και απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση (Booth και Harries 1996). Η διάγνωση τίθεται κατά κανόνα με την ενδοσκοπική εξέταση που δεν παρουσιάζει δυσκολίες αν χρησιμοποιηθούν εύκαμπτα παιδιατρικά ενδοσκόπια. Η εργαστηριακή μελέτη δεν προσφέρει ουσιαστική συμβολή εκτός της αξίας που αποδίδεται στην λευκωματίνη του ορού που το επίπεδό της συνδυάζεται με την βαρύτητα της νόσου.

Η νόσος του Crohn παρουσιάζει περισσότερες ιδιοτυπίες στην παιδική ηλικία. Κατ'αρχήν, ενώ

η συχνότης της ελκώδους κολίτιδος στα παιδιά παραμένει σταθερή στις χώρες του Δυτικού ημισφαιρίου η συχνότης της νόσου του Crohn σημειώνει διαρκή αύξηση (Stenson και MacDermott, 1991). Η κλασική τριάς συμπτωμάτων (κοιλιακός πόνος, διάρροια και απώλεια βάρους) δεν παρατηρείται πάντοτε. Σε μεγάλο ποσοστό η μόνη ή η πλέον προβάλλουσα εκδήλωση είναι μία εξωεντερική επιπλοκή, ενώ ο κοιλιακός πόνος που μπορεί να είναι το μόνο σύμπτωμα, είναι συχνά περιομφαλικός και άτυπος και εκλαμβάνεται συχνά ως εκδήλωση λειτουργικής διαταραχής του εντέρου. Καθυστέρηση σωματικής και σεξουαλικής αναπτύξεως παρατηρείται στο 30% των παιδιών που πάσχουν από νόσο του Crohn. Η διάγνωση καθυστερεί συνήθως από 7-36 μήνες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Θεραπευτική αντιμετώπιση: Τόσο στην ελκώδη κολίτιδα όσο και στη νόσο του Crohn, ο σκοπός της θεραπείας είναι η εξασφάλιση υφέσεως του οξέος επεισοδίου. Τούτο επιτυγχάνεται ευκολότερα στην ελκώδη κολίτιδα παρά στη νόσο του Crohn. Μέτρα σχετικά με τη διατροφή έχουν μεγάλη σημασία στην αντιμετώπιση των ΙΦΕΝ στην παιδική ηλικία. Η αξία της στοιχειακής διαίτας στη θεραπεία της νόσου του Crohn των ενηλίκων έχει επιβεβαιωθεί και στα παιδιά (Νούσια Αρβανιτάκη 1992).

Λόγω των πολλαπλών προβλημάτων που προκαλούν οι ΙΦΕΝ στα παιδιά, η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να στηρίζεται στη συνεργασία γαστρεντερολόγου-παιδιάτρου-χειρουργού-ψυχιάτρου-κοινωνικού λειτουργού και νοσηλευτού με πείρα στην περιποίηση κολοστομίας-ειλεαστομίας. Γενικώς η θεραπευτική τακτική δεν διαφέρει πολύ από εκείνη που εφαρμόζεται στους ενηλίκους. Σχετικά με την επιλογή της χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου, εκτός από τις ενδείξεις που υπάρχουν για τις ΙΦΕΝ των ενηλίκων, στα παιδιά η καθυστέρηση της σωματικής αναπτύξεως αποτελεί ισχυρό επιχείρημα υπέρ της εγχειρήσεως.

Από απόψεως προγνώσεως ή έναρξης των ΙΦΕΝ στην παιδική ηλικία είναι ισχυρός επιβαρυντικός παράγων, μεταξύ των άλλων και λόγω του κινδύνου κακοήθους εξαλλαγής που είναι συνάρτηση της χρονικής διάρκειας της νόσου.

5.8 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε συγκεκριμένους αρρώστους με Ι.Φ.Ε.Ν.

1^ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΦΥΛΛΟ: άρρεν

ΗΛΙΚΙΑ: 34

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: αστυνομικός

ΠΑΘΗΣΗ: ελκώδης κολίτιδα (κεραυνοβόλος μορφή γενικευμένης κολίτιδας)

Άνδρας ηλικίας 34 ετών, κάτοικος Καλαμάτας, αστυνομικός, τέως καπνιστής, προσήλθε τον Ιανουάριο του 2006 στο νοσοκομείο με 10-15 βλεννοαιματηρές κενώσεις, δεκατική πυρετική κίνηση, άλγος υπογαστρίου με αντανάκλαση στην οσφύ και απώλεια βάρους 13 χιλιογράμμων από δύο εβδομάδων.

Η αντικειμενική εξέταση έδειξε άτομο πάσχον με ωχρότητα και ταχυσφυγμία.

Στην ορθοσιγμοειδοσκόπηση ο βλεννογόνος του ορθού εμφανίσθηκε οιδηματώδης με μεγάλη ευθρυπτότητα, αιμορραγική διαπότιση και έλκη. Η ιστολογική εξέταση έδειξε βλάβες συμβατές με ελκώδη κολίτιδα ενώ ο βαριούχος υποκλυσμός έδειξε γενικευμένη νόσο με συμμετοχή όλου του παχέος εντέρου. Ο αιματοκρίτης παρουσίασε σταδιακή πτώση έως 27/100 mf και χρειάστηκε να μεταγγισθεί με 3 μονάδες ολικού αίματος ενώ η ΤΚΕ ήταν πολύ υψηλή (86 χλστ.) και οι λευκωματίνες 19 g/l.

Ο ασθενής ετέθη σε θεραπεία με 4,5 gr σουλφασαλαζίνη, 50 mg πρεδνιζολόνη, υποκλυσμούς μεσαλαζίνης 1χ2, μετρονιδαζόλη και λευκωματίνη ενδοφλεβίως. Στη συνέχεια και λόγω επιδεινώσεως της γενικής του καταστάσεως με υψηλό πυρετό, πολλές βλεννοαιματηρές κενώσεις και κοιλιακό άλγος, διεκόπη η σίτιση και ετέθη σε ολική παρεντερική διατροφή για 8 ημέρες με αποτέλεσμα προοδευτική βελτίωση και υποχώρηση των οξέων φαινομένων. Εξήλθε από την κλινική 46 ημέρες μετά την είσοδο με κανονικές κενώσεις και βελτίωση των εργαστηριακών ευρημάτων. Έκτοτε βρίσκεται σε θεραπεία συντηρήσεως με σαλαζοπυρίνη και δεν έχει κάνει άλλη μεγάλη υποτροπή στη διάρκεια της παρακολουθήσεως.

Αξιολόγηση του ατόμου. Ανάγκες - Προβλήματα.	Αντικειμενικός σκοπός.	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας.	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Ο ασθενής έχει βλάβες συμβατές με ελκώδη κολίτιδα, γενικευμένη νόσος με συμμετοχή όλου του παχέως εντέρου</p> <p>Σταδιακή πτώση αιματοκρίτη 27/100 ml οπότε χρειάζεται να μεταγγισθεί</p> <p>Συνοδεύεται από υψηλό πυρετό, πολλές βλεννοιματηρές κενώσεις, κοιλιακό άλγος</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση του ασθενή και διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών - Ανακούφιση του ασθενή από το κοιλιακό άλγος - Επαναφορά θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα - Μετάγγιση αίματος 	<ul style="list-style-type: none"> - Ετέθη κεντρική φλεβική γραμμή για την ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμάκων - Χορήγηση 3 μονάδων ολικού αίματος λόγω χαμηλού αιματοκρίτη - Χορήγηση παυσίπονων και ενυδάτωση του ασθενή - Διακοπή σίτισης και εφαρμογή ολικής παρεντερικής διατροφής για υποχώρηση οξέων φαινομένων - Χορήγηση κατάλληλης αντιβίωσης 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση 3 μονάδων ολικού αίματος - Χορήγηση 4.5gr σουλφασαλαζίνης και 50mg πρενιδικολόνης - Εφαρμογή υποκλυσμών μεσαλαζίνης 1x2 - Χορήγηση μετρονιδαζόλης και λευκοματίνης ενδοφλεβίως - Εφαρμογή ολικής παρεντερικής διατροφής για 8 ημέρες λόγω κατάστασής του 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής ένωσε ανακούφιση από τον πόνο, είναι απύρετος και πιο ήρεμος. - Ο ασθενής δείχνει ανακούφιση από τα συμπτώματά του - Τα συμπτώματα υποχωρούν σταδιακά - Οι κενώσεις του είναι κανονικές και τα εργαστηριακά ευρήματα βελτιωμένα

Σχόλιο: Περίπτωση νέου ανδρός του οποίου η νόσος εισβάλλει οξέως και εξελίσσεται γρήγορα σε κεραυνοβόλο μορφή γενικευμένης κολίτιδος. Η εφαρμογή της κλασικής αγωγής ακολουθείται από πλήρη ύφεση. Είναι ενδιαφέρον ότι παρά τη βαρύτητα της εισβολής της νόσου, η πορεία του ασθενούς είναι πολύ ικανοποιητική χωρίς ουσιώδη συμπτώματα ούτε περιορισμό της δραστηριότητος του.

2^ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΦΥΛΛΟ: Θήλυ

ΗΛΙΚΙΑ: 21

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Φοιτήτρια

ΠΑΘΗΣΗ: Νόσος Crohn – χρόνια διαρροϊκό σύνδρομο

Ασθενής 18 ετών μαθήτρια, προσήλθε στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Πατρών τον Οκτώβριο του 2003 λόγω βλεννοαιματηρών διαρροϊκών κενώσεων (5-7 ημερησίως) κοιλιακού άλγους, δεκαδικής πυρετικής κινήσεως και απωλείας βάρους (6 kg το τελευταίο τρίμηνο).

Εργαστηριακάς: Ht:32%, Λευκά:11600, ΤΚΕ:42 χιλστ. , CRP: 4.18 (ΦΤ <0.8).

Βαριούχος υποκλυσμός: Κοκκιώδης υφή ορθού σιγμοειδούς.

Κολονοσκόπηση: Πολλαπλά αφθώδη έλκη ορθού. Οίδημα, εξελκώσεις και κοκκιώδης υφή του βλεννογόνου στο σιγμοειδές και κατιών.

Γαστροσκόπηση: Οίδημα του βλεννογόνου με οζώδεις προσεκβολές και εξελκώσεις κυρίως στον θόλο και το σώμα του στομάχου.

Οι βιοψίες τόσο του παχέος εντέρου όσο και του στομάχου έδειξαν επιθηλιοειδή κοκκιώματα συμβατά με νόσο του Crohn.

Αρχικά η ασθενής αντιμετωπίστηκε με μεσαλαζίνη, μετρονιδαζόλη και ομεπραζόλη με μερική ύφεση συμπτωμάτων.

Τον Ιανουάριο του 2004 παρουσίασε υποτροπή των συμπτωμάτων και ετέθη σε αγωγή με πρεδνιζολόνη 30 mg. Υπήρξε προσωρινή ύφεση και κατά την προσπάθεια μείωσης της πρεδνιζολόνης παρουσίασε υποτροπή εκ νέου με νοσηλεία πάλι στην κλινική μας. Λόγω συνεχίσεως των συμπτωμάτων παρά την αγωγή με υψηλές δόσεις πρεδνιζολόνης (50-60 mg) ετέθη σε ολική παρεντερική διατροφή με καλή ανταπόκριση και ύφεση των συμπτωμάτων.

Ακολούθησαν 3 επεισόδια υποτροπών σε διάστημα ενός έτους που αντιμετωπίστηκαν με υψηλές δόσεις κορτικοειδών και τελικώς τον Απρίλιο του 2005 ετέθη σε αγωγή με αζαθειοπρίνη 100 mg με καλή ανταπόκριση. Σήμερα (14 μήνες μετά) υπό την αγωγή αυτή παραμένει ελεύθερη συμπτωμάτων.

Αξιολόγηση του ατόμου. Ανάγκες - Προβλήματα.	Αντικειμενικός σκοπός.	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας.	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Οι ασθενής έχει επιηλιοειδή κοκκιώματα συμβατά με νόσο του Crohn. Εισήχθη στο νοσοκομείο με:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Έντονες βλεννοαιματηρές διαρροϊκές κενώσεις, κοιλιακό άλγος, δεκατική πυρετική κίνηση και απώλεια βάρους 	<p>Εστιάζουμε την φροντίδα στην πλήρη ανάταξη της παρούσας φάσης, έτσι ώστε:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Να απαλλαγεί από το κοιλιακό άλγος - Να μειωθούν οι βλεννοαιματηρές κενώσεις - Να επέλθει επαναφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα - Να ενυδατωθεί ο οργανισμός 	<ul style="list-style-type: none"> - Επέθη κεντρική φλεβική γραμμή για την ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμάκων - χορήγηση παυσίτων και ενυδάτωση της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση μεσαζίνης, μετρονιδαζόλης και ομεπραζόλης - Χορήγηση ηλεκτρολυτών - Λήψη αίματος και ούρων για την πραγματοποίηση των εξετάσεων που θα συμβάλλουν στο σχεδιασμό της θεραπείας της ασθενούς - Έλεγχος της διατροφής της ασθενούς για την πλήρη λήψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών 	<ul style="list-style-type: none"> - Υπάρχει μερική ύφεση των συμπτωμάτων μέσα στα επιθυμητά χρονικά περιθώρια - Μειώθηκαν αισθητά οι διαρροϊκές κενώσεις και δεν εντοπίζονται μέσα σε αυτές βλέννες και αίμα - Ελαττώθηκε το κοιλιακό άλγος - Φυσιολογική θερμοκρασία

Σχόλιο: Η περίπτωση είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα ανταποκρίσεως στα ανοσοκατασταλτικά.

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Η ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ) και η νόσος του Crohn (NC) είναι δύο χρόνιες, υποτροπιάζουσες φλεγμονώδεις παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα, που επειδή παρουσιάζουν πολλά κοινά σημεία, θεωρούνται ως δύο αποχρώσεις του ίδιου νοσολογικού φάσματος των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Εντερικών Νόσων (ΙΦΕΝ).

Και οι δύο παθήσεις προσβάλλουν κυρίως άτομα νέας και μέσης ηλικίας και ως χρόνιες νόσοι χαρακτηρίζονται από εξάρσεις και υφέσεις. Εκδηλώνονται με βλενοαιματηρές κενώσεις, διάρροια, πυρετό, κοιλιακό πόνο, συνοδεύονται από πλήθος εξωεντερικών εκδηλώσεων, ενώ μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές θανατηφόρες επιπλοκές.

Η θεραπεία εξαρτάται από τη βαρύτητα και την εντόπιση της νόσου. Εάν η νόσος είναι ήπια (ελαφρά) τότε μπορεί να είναι αρκετά ορισμένα φάρμακα που ονομάζονται σαλικυλικά. Ορισμένα αντιβιοτικά επίσης χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της νόσου. Η κορτιζόνη χορηγείται στους ασθενείς που έχουν πιο βαρεία μορφή της νόσου. Σε ακόμη βαρύτερες περιπτώσεις η κορτιζόνη συνδυάζεται με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ή με ένα νεότερο φάρμακο που ονομάζεται ινφλιξιμάμπη (Remicade). Μερικές φορές είναι επιτακτική η ανάγκη της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Ακόμη, μπορεί να χρειασθεί εγχείρηση, η οποία όμως δεν θεραπεύει τη νόσο αλλά βοηθά σε ορισμένες επιπλοκές της (π.χ. στένωση εντέρου).

Οι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η μείωση της δυσφορίας, η μείωση της λειτουργίας του εντέρου, η διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης και ενυδάτωσης, η πρόληψη των επιπλοκών και η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τον αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης της νόσου στο σπίτι.

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι εντέρου απαιτούν γνώσεις σε πάρα πολλούς τομείς από το νοσηλευτικό προσωπικό, χρήζουν εξειδίκευση και φυσικά επιστημονική συνεργασία έτσι ώστε τα άτομα αυτά να νοσηλευτούν και να αντιμετωπιστεί η οποιαδήποτε κατάστασή τους με τον σωστότερο και με τον πιο επιτυχημένο τρόπο. Επίσης δεν πρέπει να ξεχνάμε εμείς οι νοσηλευτές ότι οι ασθενείς με νόσο Crohn και ελκώδη κολίτιδα εκτός από την καθ' αυτού νοσηλευτική μας φροντίδα χρειάζονται και ψυχολογική υποστήριξη τόσο από εμάς όσο και από το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον γι' αυτό και πρέπει να συμπεριλάβουμε τα άτομα του ασθενούς σε ομάδες προσανατολισμού και διδασκαλίας και να ενθαρρύνουμε τη συνεχή υποστήριξή τους τον ασθενή.

Περίληψη

Στην Ελλάδα κυριαρχεί όπως και στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες η ελκώδης κολίτις και σε μικρότερο βαθμό η νόσος του Crohn.

Οι διαταραχές των χρόνιων αυτών νόσων, έχουν ομοιότητες αλλά συνήθως μπορούν να διαφοροδιαγνωσθούν με τα κλινικά, ακτινολογικά και παθολογικά ευρήματα. Οι κλινικές εκδηλώσεις των Ι.Φ.Ν.Ε. περιλαμβάνουν διάρροια, κοιλιακό πόνο και κολικοειδή άλγη, αιματηρά κόπρανα και πυρετό. Η σοβαρότητα και το είδος των σημείων και συμπτωμάτων εξαρτώνται από το τμήμα του εντέρου που έχει προσβληθεί, καθώς και από το βάθος του τοιχώματος του εντέρου που νοσεί.

Οι ασθενείς που πάσχουν από κάποιο είδος φλεγμονώδους νόσου εντέρου μπορεί να εμφανίζουν όμοιες επιπλοκές. Εντούτοις οι ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομείο κατά τις περιόδους έξαρσης της νόσου, παρουσία ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού.

Τόσο η νόσος του Crohn όσο και η ελκώδης κολίτιδα καταβάλλει τους ασθενείς, ενώ ταυτόχρονα προκαλεί διαρκώς τους γιατρούς ώστε σιγά, σιγά και κομμάτι, κομμάτι να φτιάξουν το πάζλ με απώτερο στόχο να υπάρξει μια πιο δραστική θεραπεία και μακροχρόνια η μόνιμή ίαση. Το σίγουρο είναι ότι δεν είναι μεταδοτικές νόσοι. Παρόλο που τα συμπτώματά τους μπορεί να είναι τα ίδια με μια γαστρεντερίτιδα από ένα μικρόβιο, έχει σημασία να γίνει κατανοητό ότι πρόκειται για εντελώς διαφορετικές παθήσεις που χρίζουν ειδικής θεραπείας, έτσι η νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτές τις χρόνιες νόσους είναι σημαντική για την εξέλιξή τους και για την αποφυγή υποτροπών και εξάρσεων. Επίσης μέσα στα πλαίσια της νοσηλευτικής παρέμβασης ο νοσηλευτής πρέπει να δείχνει στον ασθενή συνεχή κατανόηση και συμπάθεια στο προβλημά του.

Βιβλιογραφία

- Alemayehu G, Jarnerot G, 1991. Colonoscopy during an attack of severe ulcerative colitis is a safe procedure and of great value in clinical decision making. *Am J Gastroenterol* 86: 187-190.
- Alexander-Williams J, Allan A, Morel P et al 1986. The therapeutic dilatation of enteric strictures due to Crohn's disease. *Ann R Coll Surg Engl* 68: 97- 107.
- Almy TP 1951. Experimental studies on the irritable colon. *Am J Med* 10: 60.
- Andersen AFR 1925 Gastrointestinal manifestations of food allergy. *Med J Rec (suppl)* 122: 271-275.
- Andrews HA, Lewis P, Allan RN 1989, Prognosis after surgery for colonic Crohn's disease. *Br J Surg* 76:1184-1190.
- Archimandritis A, Tzivras M, Davaris P, Papadimitriou CA, Mussurakis S, Alexiou A, Fertakis A 1992, Inflammatory Bowel Disease in Greece. A clinical study of 85 consecutive cases. *Hepato-Gastroenterol* 39: 99-102.
- Barton JR, Raid MA, Gaze MN et al 1990, Mucosal immunodeficiency in smokers and in patients with epithelial head and neck tumors. *Gut* 31: 378-382.
- Belsheim MR, Darwish RZ, Watson WC et al 1983, Bacterial L-form isolation from inflammatory bowel disease patients. *Gastroenterology* 85: 364-369.
- Best WR, Bectel JM, Singleton JW 1976, Development of a Crohn's disease activity index: National cooperative Crohn's disease study. *Gastroenterology* 70: 439.
- Bjarnason I, O' Morain C, Levi AJ et al 1983, Absorption of 51-chromium labeled ethylenediaminetetraacetate in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 85: 318-822.
- Binder V 1990, Ulcerative colitis. In Allan RN et al (eds) *Inflammatory Bowel Diseases*, 2nd edn. Edinburgh, Churchill Livingstone, 309-31.
- Booth I, Harries JT 1996, Inflammatory bowel disease in childhood. *Gut* 26: 188-202.
- Broberger O, Perlmann P 1959, Autoantibodies in human ulcerative colitis. *J EXP Med* 110: 657-674.
- Broberger O, Perlmann P 1963, In vitro studies of ulcerative colitis. *J EXP Med* 117: 705-706.
- Burgdozf W 1981, Cutaneous manifestations of Crohn's disease. *J Am Acad Dermatol* 5: 689.
- Calkins BM 1989, A meta-analysis of the role of the smoking in inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci* 34: 1841-1854.

Calkins BM, Reed JF 1990, The occurrence of extraintestinal complications in IBO patients by location and family history of IBD. *Lit Rev Ther IBO* 56: 531.

Chernish SM, Mglinte OT, O' Connor K 1992, Evaluation of the small intestine by enteroclysis for Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 87: 696- 701.

Church JM, Fazio VW 1992, The surgical treatment of ulcerative colitis. In Jarnerot G, Lennard-Jones J, Truelove 5 (eds) *Inflammatory bowel disease*, Corona Astra, 377-399.

Clapp N, Henke M, Lushbaugh CC et al 1988, Effect of various biological factors on spontaneous marmoset and tamarin colitis. A retrospective histological study. *Dig Dis Sci* 33: 1013-1019.

Cohen F, Lazarus RS 1979, *Coping with the Stresses of Illness*, Health Psychology. San Francisco, Jossey-Bass 217-254.

Cooke WT, Malas E, Prior P et al 1980, Crohn's disease: course, treatment and long-term prognosis. *J Med* 195: 363-384.

Crotty B 1994, Ulcerative colitis and xenobiotic metabolism. *Lancet* 343: 35- 38.

Dalekos GN, Massalas CN, Merkouropoulos M, Tsianos Ev 1991, Epidemiology of ulcerative colitis in the area of Epirus, Greece. *Hellenic J Gastroenterol* 4(4): 283-288.

Das KM, Squillante I, Chitayet D, et al 1992, Simultaneous appearance of a unique common epitope in fetal colon, skin, and biliary epithelial cells. A possible link for extracolonic manifestations in ulcerative colitis. *J Clin Gastroenterol* 15: 311-316.

Duerr RH, Targan SR, Landers CJ et al 1991, Neutrophil cytoplasmic antibodies: A link between primary sclerosing cholangitis and ulcerative colitis. *Gastroenterology* 100: 1385-1391.

Editorial 1986, Colorectal carcinoma in ulcerative colitis. *Lancet* 2: 197-198.

Edwards FC, Truelove SC 1963, The course and prognosis of ulcerative colitis: Part I Short term prognosis. *Gut* 4:229.

Edwards FC, Truelove SC 1989, The course and prognosis of ulcerative colitis: Iv Carcinoma of the colon. *Gut* 5:15.

Ekbom A, Helmick CG, Zack M, Holmberg I, Adami H-O 1992, Survival and causes of death in patients with inflammatory bowel disease: A population- based study. *Gastroenterology* 103: 954-960.

Εμμανουηλίδης Α 1983, Η ελκώδης κολίτις στην Ελλάδα. Κλινική και επιδημιολογική μελέτη. Διατριβή επι Υφηγεσία, Αθήνα.

Evans JG, Acheson EO 1965, An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis in the Oxford area. *Gut* 63: 11-324.

Ζουμπαρίδης Ν, Κοκοζίδης Γ, Καρβούνης Κ, Μαυροματίδης Κ, Σόμπολος Κ, Κητής Γ 1993, Ανίχνευση αυτοαντισωμάτων κατά συστατικών του κυτταροπλάσματος των ουδετεροφύλων (ANCA) σε φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου-πρόδρομη ανακοίνωση. *Ελληνική Γαστρεντερολογία*, suppl. 1: 69.

Fabry TI, Sachar OB, Janowitz HO 1980, Acute myelogenous leukemia in patients with ulcerative colitis. *J Clin Gastroenterol* 2: 225.

Fairburn RA 1973, On the aetiology of ulcerative colitis. A vascular hypothesis. *Lancet* 1: 697-699

Farmer RG, Whelan G, Fazio VW 1985, Long-term follow-up of patients with Crohn's disease. *Gastroenterology*, 88: 1818-1825.

Farmer RG 1989, Clinical features, laboratory findings, and course of Crohn's disease. In Kirsner JB, Shorter RG (eds) *Inflammatory bowel disease*, 3rd edn, Lea & Febiger, 175-183.

Fernandez-Benares F, Mingorance MO, Esteve M et al 1990, Serum Zinc, Copper, and Selenium levels in Inflammatory Bowel Disease: Effect of total enteral nutrition on trace element status. *Am J Gastroenterol*, 85: 1584- 1589.

Gitnick G 1990, Evidence for infectious agents in IBD. In Tytgat GNJ, van Blankenstein M (eds) *Current topics in Gastroenterology and Hepatology*, Thieme Medical Publishers, INC N.Y., 458-461.

Gravallese EM, Kantrowitz FG 1988, Arthritic manifestations of inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 83: 703-709.

Harries AD, Baird A, Rhodes J 1982, Non-smoking a feature of ulcerative colitis. *BMJ* 284: 706.

Harvey RF, Bradshaw JM 1980, A simple index of Crohn's disease activity. *Lancet* 514.

Hodgson HJF, Potter BJ, Skinner J, Jewell D 1978, Immune - complex mediated colitis in rabbits. *Gut* 19: 240-243.

Hodgson HJF 1991, One disease or two? In Allan RN et al (eds) *Inflammatory Bowel Diseases*, 2nd edn. Edinburgh, Churchill Livingstone, 121-126.

Hollander D, Vadheim CM, Brettholz E et al 1986, Increased intestinal permeability in patients with Crohn's disease and their relatives - A possible etiologic factor. *Ann Intern Med* 105: 883-885.

Hollander O 1993, Increased intestinal permeability in healthy relatives of patients with Crohn's disease. *Falk Symposium 72 (IV Symposium on inflammatory bowel disease)*. Strasbourg France

(Sept. 6-8, 1993).

<http://www.care.gr/enc/diseases>, 29/10/2005.

<http://www.iscc.com/pepinfo>, 03/05/2005.

Jewell DP, Chapman RGW, Mortensen N 1992, Ulcerative colitis and Crohn's disease. Churchill Livingstone.

Καραγιάννης Δ, 2005, Νόσος του Crohn, <http://www.health.in.gr>

Karush A, Daniels GE, O'Connor JF et al 1969, The response to psychotherapy in chronic ulcerative colitis.11. Factors arising from the therapeutic situation. Psychosom Med 31: 201-226.

Katschinski B, Logan RFA, Edmond M, Langman MJS 1988, Smoking and sugar intake are separate but interactive risk factors in Crohn's disease. Gut 29: 1202-1208.

Kendall GPN, Hawley PR, Nicholls RJ et al 1986, Strictureplasty: a good operation for small bowel Crohn's disease! Dis Colon Rectum 29: 312-316.

Kobayashi K, Atoh M, Konoeda Y et al 1990, HLA-DR, DQ and T cell antigen receptor constant beta genes in Japanese patients with ulcerative colitis. Clin exp Immunol 80: 400-403.

Κρεμασμένου Ε, Κουτρομπάκης Ι, Γιανναδάκη Ε, Μουζάς Ι, Μανούσος ΟΝ 1994, Μελέτη των αντιουδετεροφιλικών, πρωτοπλασματικών αντισωμάτων (ANCA) στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσους. Υπό δημοσίευση.

Kuhn R, Lohler I, Rennick D et al 1993, Interleukin-10-Deficient Mice Develop Chronic Enterocolitis. Cell 75: 263-274.

Kurlander KA, O'Brien MF 1990, Psychosocial issues. In Peppercorn MA (ed) Therapy of inflammatory bowel disease. New medical and surgical approaches. Oekker, 243-264.

Kuroki F, Iida M, Tominaga M et al 1993, Multiple vitamin status in Crohn's disease. Correlation with disease activity. Oig Ois Sci 38(9): 1614-1618.

Lee ECG, Papaioannou N 1982, Minimal surgery for chronic obstruction in patients with extensive of universal Crohn's disease. Annals of the Royal College of Surgeons of England 64: 229-233.

Lee F, Bellary S, Francis C 1990, Increased occurrence of psoriasis in patients with Crohn's disease and their relatives. Am J Gastroenterol 85: 902.

Lennard-Jones JE 1989, Classification of inflammatory bowel disease. Scand J Gastroenterol 24 (suppl.170): 2-6.

Lennard-Jones JE 1992, Inflammatory bowel disease: medical therapy revisited. Scand J

Gastroenterol. 27(192): 110-116.

Lennard-Jones JE, Binder Y, Bodini P et al 1993, Inflammatory bowel disease. Gastroenterol Int 6: 90-92.

Ljungh A 1992, Microbiological aspects of inflammatory bowel disease. In Jarnerot G, Lennard - Jones J, Truelove S (eds) Inflammatory Bowel Disease.

Lockhart-Mummery H and Morson B 1960, Crohn's disease (regional enteritis) of the large intestine and its distinction from Ulcerative colitis. Gut 1: 87.

Loefberg R, Brostroem O, Karlen P et al 1990, Colonoscopic surveillance in long standing total ulcerative colitis. A 15 year follow-up study. Gastroenterology 99: 1021-1031.

Logan RFA, Edmond M, Somerville KW, Langman MJ 1984, Smoking and ulcerative colitis. BMJ 288: 751-753.

Λορεντζιάδης Μ, Αγγελόπουλος Ν, Νικολακέας Σ, Αθήνα 2002, Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου: Ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn, Σακοράφας, Τόμος 2^{ος}, 3^η έκδοση, Λαγός, σελ. 691-712.

Lowes JR, Jewell DP 1990, Immunology of inflammatory bowel disease. Semin Immunopathol 12: 251-268.

Lyer S, Karlstadt R 1980, Hyperthyroidism and ulcerative colitis: report of two cases and review of the literature. J Natl Med Assoc 72: 127-131.

Madara JL, Podolsky DK, King NW et al 1985, Characterization of spontaneous colitis in cotton-top tamarins (*saguinus oedipus*) and its response to sulfasalazine. Gastroenterology 88: 13-19.

Mallas E, MacKintosh P, Asquith P et al 1976, Histocompatibility antigens in inflammatory bowel disease. Gut 17: 906.

Manousos ON, Salem SN 1965, Abnormal motility of the small intestine in ulcerative colitis. Gastroenterologia 104: 249-257.

Manousos ON, Triantaphylidis I, Emmanouilidis A, Papadimitriou C 1989, Ulcerative colitis in Greece. Epidemiologic and clinical data. Scand Gastroenterol 24 (suppl 170): 25-26.

Μανούσος ΟΝ, Γιανναδάκη Ε, Κουτρομπάκης Ι, Τσιγλάκης Ν, Φανουράκης Χ, Ταμιωλάκης Κ, Δατσέρης Γ, Σπανάκη Μ, Ρούσος Ν, Κουρούμαλης Η 1991, Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντεροπάθειες. Συχνότητα στο νομό Ηρακλείου. Πρόδρομη ανακοίνωση. Ελληνική Γαστρεντερολογία 4: suppl. 31.

Manousos ON, Giannadaki E, Koutroubakis I, Kouroumalis E, Tsihlikis N, Mouzas I, Fanourakis C, Tzardi M 1992, Inflammatory bowel disease in Greece. Incidence and prevalence in Heraklion Crete. Hell J Gastroenterol 5: suppl 207.

Manousos ON, Giannadaki E, Koutroubakis I, Tzardi M, Vasilakis S, Gourtsogiannis N, Mouzas I, Kouroumalis E, Vlachonicolis I 1994, A prospective epidemiological study of inflammatory bowel disease at Heraklion, Crete Greece. Gut (submitted).

Μάντζαρης Π, Οικονόμου Μ, Τσιρογιάννης Α, Ζωγράφος Χ, Τριανταφύλλου Γ, Οικονομίδου Ι 1993, Αντισώματα κατά του κυτταροπλάσματος των ουδετεροφίλων (ANCA) Ελληνική Γαστρεντερολογία. suppl. 1: 62.

Μάντζαρης ΓΙ, Χατζής Α, Πετράκη Κ, Τριανταφύλλου Γ 1993, Προγνωστικοί παράγοντες υποτροπής της ελκώδους κολίτιδος. Ελληνική Γαστρεντερολογία suppl. 1: 66.

May GR, Sutherland LRI Meddings JB 1993, 15 small intestinal permeability really increased in relatives of patients with Crohn's disease? Gastroenterology 104: 1627-1632.

Mayberry JF, Judd D, Smart H et al 1986, Crohn's disease in Jewish people - an epidemiological study from South East Wales. Digestion 35: 237-240.

Mayer L, Janowitz HD 1990, Extraintestinal manifestations. In Allan RN et al (eds) Inflammatory Bowel Disease 2nd edn. Edinburgh, Churchill Livingstone 501-511.

Mendeloff AI 1992, The epidemiology of chronic inflammatory bowel disease. In Jannerot GI Lennard-Jones I Truelove S (eds) Inflammatory Bowel Disease Corona Astrat 17-33.

Ming RH, Strickland RG 1986, Ulcerative colitis. In D.R. Triger Wright Clinical immunology of G.I. Tract Bristol.

Mitchell DN, Rees RJ 1970, Agent transmissible from Crohn's disease tissue. Lancetii: 168-171.

Monk M, Mendeloff AI, Siegel CI et al 1970, An epidemiological study of ulcerative colitis and regional enteritis among adults in Baltimore. 111. Psychological and possible stress-precipitating factors. J Chron. Dis 22: 565.

Mortensen NJ Mc C, Ritchie Jean K, Hawley PR et al 1984, Surgery for acute Crohn's colitis: results and long term follow-up. Br J Surg 71: 783-4.

Motley RJ, Rhodes J, Jay S et al 1988, Late presentation of ulcerative colitis in ex-smokers. Int J Color Dis 3:1 71-1 75.

Motley RJ, Rhodes J, Williams G et al 1990, Smoking, eicosanoids and ulcerative colitis. J Pharm Pharmacol. 42: 288-289.

Μουζάς Ι, Κουτρομπάκης Ι 1994, Γαστροδωδεκαδακτυλική προσβολή επί νόσου του Crohn. Ανασκόπηση. Ιατρική (Δεκτή υπό δημοσίευση).

Murray CO 1930, Psychogenic factors in the aetiology of ulcerative colitis and bloody diarrhoea. Am J Med Sci 180: 239-248.

Νικολάκης ΔΓ 1994, Νόσος Crohn στην Ελλάδα. Κλινικοεπιδημιολογική μελέτη και παρακολούθηση 155 περιπτώσεων. Διατριβή επί Διδακτορία 1- 144.

North CS 1991, Psychiatric evaluation. Textbook of Gastroenterology, T. Yamada, Lippincot, 2583.

Νούσια-Αρβανιτάκη Σ 1992, Διαγνωστική προσέγγιση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος 4: 291-298.

O' Brien J 1992, Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. In MacOermott RP, Stenson WF (eds) Inflammatory bowel disease. Elsevier 387-403.

Panza E, Franceshi S, La Vecchia S et al 1987, Dietary factors in the aetiology of inflammatory bowel disease. Ital J Gastroenterol 19: 205-209.

Παπαδημητρίου Χ, Εμμανουηλίδης Α, Τριανταφυλλίδης Ι, Μανούσος Ο 1984, Ελκώδης κολίτις. Νόσος των μη καπνιστών. Ιατρική 45: 135-156.

Papasteriades C, Spiliades C, Emmanouilidis A, Papadimitriou C, Economidou J, Manousos ON 1986, Histocompatibility antigens (HLA-A,B) and ulcerative colitis in a Greek population. Digestion 33: 229-232.

Parks AG, Nicholls RJ, Beliveau P 1980, Proctectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. Br J Surg. 67: 533-538.

Pena AS 1992, Genetic aspects. In Jarnerot G, Lennard-Jones J, Truelove S (eds) Inflammatory Bowel Disease, Corona Astra PP 37-49.

Peppercorn MA 1990, Extraintestinal and malignant complications. In Peppercorn MA (ed) Therapy of inflammatory bowel disease. New medical and surgical approaches, Dekker, 203-211

Pool MO, Ellerbroek PM, Ridwan B et al 1993, Serum antineutrophil cytoplasmic autoantibodies in inflammatory bowel disease are mainly associated with ulcerative colitis. A correlation study between autoantibodies and clinical parameters, medical and surgical treatment. Gut 34: 46-50.

Powell-Tuck J, Lennard-Jones JE, Bingley J et al 1977, The prognosis of idiopathic proctitis. Scand J Gastroenterol, 12: 727-732.

Prior P, Gyde S, Cooke WT, et al 1981, Mortality in Crohn's disease. Gastroenterology 80: 307-312.

Radcliffe AG, Ritchie DM, Hawley PR 1988, Anovaginal and rectovaginal fistulas in Crohn's disease. Dis Colon Rectum 31: 94-99.

Rao SC, Read NW, Holdworth CD 1987, Is the diarrhoea in ulcerative colitis related to a failure

of colonic salvage of carbohydrate? Gut 28: 1090-1094.

Rao 55C, Read NW, Brown C, Bruce C, Holdsworth CD 1987, Studies on the mechanism of bowel disturbance ulcerative colitis. Gastroenterology 93: 934-940.

Rao 55C, Read NW, Davidson PA et al 1987, Anorectal sensitivity and responses to rectal distension in patients with ulcerative colitis. Gastroenterology 93: 1270-1275.

Riddell RH, Goldman H, Ransohoff DF et al 1983, Dysplasia in inflammatory bowel disease. Standardized classification with provisional clinical applications. Hum Pathol 14: 931-968.

Ritchie JK, Powell-Tuck J, Lennard-Jones JE 1978, Clinical outcome of the first ten years of ulcerative colitis and proctitis. Lancet 2: 1140-1143.

Ritchie JK, Hawley PR 1983, Idiopathic proctitis. In Allan RN, Hawkins C, Keighley MRB, Alexander-Williams J (eds) Inflammatory bowel disease. Churchill Livingstone, Edinburgh, 101-106.

Rombeau JL, Alonso JJ 1992, Clinical and scientific basis for nutritional support of patients with inflammatory bowel disease. In MacDermott RP, Stenson WF (eds) Inflammatory bowel disease. Elsevier, 525-553.

Rotter JI, Yang H 1993, Delineating the major aetiological risk factors for IBO: the genetic susceptibilities. In SchoImerich J et al (eds) Inflammatory Bowel Diseases. Pathophysiology as basis of treatment. Falk symposium 67. Kluwer academic publisher 9-18.

Sadlack B, Merz H, Schorle H, Schimpf A, Feller AC, Horak I 1993, Ulcerative Colitis-like Disease in Mice with a Disrupted Interleukin-2 Gene. Cell 75: 253-261.

Sanderson IR, Udeen S, Davies PSW, Savage MO, Walker-Smith JA 1987, Remission induced by an elemental diet in small bowel Crohn's disease. Arch Dis Child 62: 123-127.

Σαχίνη – Καρδάση Α, Πάνου Μ, Αθήνα 2002, Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες, 2^{ος} Τόμος, Β' έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, σελ. 279-284.

Σαχίνη – Καρδάση Α, Πάνου Μ, Αθήνα 2002, Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, 3^{ος} Τόμος, Β' έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, σελ. 314-321.

Schiller KFR, Golding P, Peebles R 1971, Crohn's disease of the mouth and lips. Gut 12: 864.

Schwartz AG, Targan SR, Saxon A, Weinstein WM 1982, Sulfasalazine- induced exacerbation of ulcerative colitis. N Engl J Med 306: 409-412.

Shanahan F, Duerr R, Rotter JI et al 1991, Neutrophil autoantibodies in ulcerative colitis-familial aggregation and genetic heterogeneity. Gastroenterology 100: A614.

Shanahan F, Duerr R, Rotter JI et al 1992, Neutrophil autoantibodies in ulcerative colitis-familial

aggregation and genetic heterogeneity. *Gastroenterology* 103: 456-461.

Shanahan F 1993, Pathogenesis of ulcerative colitis. *Lancet* 342: 407-411.

Snook JA, de Silva H), Jewell OP 1989, The association of autoimmune disorders with inflammatory bowel disease. *QJ Med* 72: 835-840.

Srivastava EO, Barton JR, O' Mahony S et al 1991, Smoking, humoral immunity, and ulcerative colitis. *Gut* 32: 1016-1019.

Σταματιάδης Α Dr 2003, Πώς εκδηλώνονται και πώς αντιμετωπίζονται οι Ν.Σ. και Ε.Κ., <http://www.athenscolectlaboratory.com>.

Stenson WF, MacDermott RP 1991, *Inflammatory Bowel Disease* in Yamada T et al (eds) Lippincott, 2: 1588.

Stokes DK 1978, Lorazepam in anxiety associated with chronic enteritis and ulcerative colitis. *J Clin Psychiatr* 39: 53-57.

Strober W, Ehrhardt RO 1993, Chronic Intestinal Inflammation. An Unexpected Outcome in Cytokine or T Cell Receptor Mutant mice. *Cell* 75: 203-205.

Sugimura K, Asakura H, Hibi T et al 1991, Molecular analysis of genes responsible for the susceptibility to ulcerative colitis within the HLA region. *Gastroenterology*, 100: A619.

Tan WC, Allan RN 1993, Diffuse jejunoileitis of Crohn's disease. *Gut* 34: 1374-1378.

Taylor KB, Truelove SC 1961, Circulating antibodies to milk proteins in ulcerative colitis. *BMJ* 2: 924-929.

Torsoli A 1981, Toxic megacolon. Part 11: Prevention. *Clin Gastroenterol*, 10(1): 117-121.

Τριανταφυλλίδης ΙΚ, Εμμανουηλίδης Α, Μανούσος ΟΝ, Παπαδημητρίου Χ, Νικολάου Α 1988, Νόσος του Crohn στην Ελλάδα: Κλινικοεργαστηριακή μελέτη, επιδημιολογικά δεδομένα και παρακολούθηση 129 περιπτώσεων. *Γαστρεντερολογικές Ημέρες Πρακτικά*, 26.

Truelove SC, Witts L] 1955, Cortisone in ulcerative colitis. *BMJ* 2: 1041.

Truelove SC 1961, Ulcerative colitis and Crohn's disease provoked by milk. *BMJ* 1: 154-160.

Truelove SC, Jewell DP 1974, Intensive intravenous regimen for severe attacks of ulcerative colitis. *Lancet* 1:1067.

Tysk C, Lindberg E Järnerot G et al 1988, Ulcerative colitis and Crohn's disease in an unselected population of monozygotic and dizygotic twins. A study of heritability and the influence of smoking. *Gut* 29: 990-996.

Tysk C, Jarnerot G 1992, Ulcerative proctocolitis in Orebro Sweden. A retrospective epidemiologic study 1963-1987. *Scand J Gastroenterol* 27: 945-950.

Van Hees PAM, Val Elteren PH, Van Lier HJJ et al 1980, An index of inflammatory activity in patients with Crohn's disease. *Gut* 21: 279-286

Van Kruiningen H), Colombel JF, Cartun RW et al 1993, An in depth study of Crohn's disease in two French families. *Gastroenterology* 104: 351-360

Wakefield AJ, Sankey EA, Dhillon AP et al 1991, Granulomatous vasculitis In Crohn's disease. *Gastroenterology* 100: 1279-1287

Warren BF, Watkins PE 1993, Animal models. In Scholmerich et al (eds) *Inflammatory Bowel Disease. Pathophysiology as basis of treatment. Falk symposium 67*, Kluwer academic publishers, 3-8.

Weterman IT, Biemond I, Pena S 1990, Mortality and causes of death in Crohn's disease. Review of 50 years experience in Leiden University Hospital. *Gut* 31: 1387-1390

Wheeler JG, Slack NF, Duncan A et al 1992, The diagnosis of intra- abdominal abscesses in patients with severe Crohn's disease. *Quarterly Journal of Medicine, New Series*, 82: 159-167.

Williams NS, Johnston D 1985, The current status of mucosal proctectomy and ileoanal anastomosis in the surgical treatment of ulcerative colitis and adenomatous polyposis. *Br J Surg* 72: 159-168.

Wilson KT, Musch MW, Chang EB 1992, Diarrhea in inflammatory bowel disease. In MacDermott RP, Stenson WF, *Inflammatory bowel disease*. Elsevier, 273-299.

Wright R, Truelove SC 1965, A controlled therapeutical trial of various diets in ulcerative colitis. *BMJ* 2: 138-141.

Yang H, Rotter JI, Toyoda H et al 1993, Ulcerative colitis. A genetically heterogeneous disorder defined by genetic (HLA class II) and subclinical (Antinuclear cytoplasmic antibodies) markers. *J Clin Invest* 92:1080- 1084.

Yarley FWB 1972, Crohn's disease of the mouth. *Oral Surg* 33: 570.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Βακτηρίδιο πιθανό αίτιο της νόσου του Crohn



Λονδίνο: Ένας συγκεκριμένος τύπος βακτηριδίου ενδέχεται να αποτελεί την αιτία εκδήλωσης της νόσου του Crohn, μιας φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, όπως τονίζει μελέτη Βρετανών επιστημόνων που δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό έντυπο *Journal of Clinical Microbiology*.

Η νόσος του Crohn είναι ένα χρόνια φλεγμονώδες νόσημα που μπορεί να αφορά οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και τα συμπτώματά της εκδηλώνονται με πόνο στην κοιλιά, διάρροια, αρθρίτιδα, άφθες, κόπωση, εμετό, απώλεια βάρους, αναιμία λόγω έλλειψης βιταμίνης B12, και υποθρεψία.

Μέχρι σήμερα η αιτιολογία της νόσου παρέμενε άγνωστη. Ωστόσο, μια ομάδα Βρετανών επιστημόνων από την Ιατρική Σχολή του Νοσοκομείου St. George ανακάλυψε πως ένα βακτηρίδιο που φέρει την ονομασία *Mycobacterium avium paratuberculosis* (MAP) είναι πολύ πιθανό να ευθύνεται για την εκδήλωσή της, αφού η ύπαρξή του εντοπίστηκε στον οργανισμό του 92% των πασχόντων.

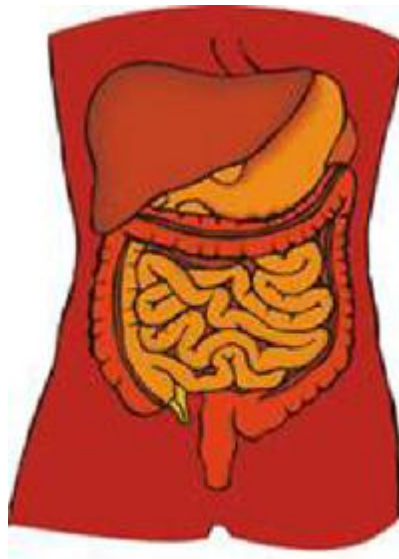
Οι ίδιοι ερευνητές τονίζουν ότι το βακτηρίδιο ενδέχεται να “κρύβεται” στη σύσταση του παστεριωμένου γάλακτος.

Όπως τονίζεται στη μελέτη, η νέα ανακάλυψη είναι πολύ σημαντική, καθώς αποδείχθηκε ότι το συγκεκριμένο βακτηρίδιο πλήττει και τους πάσχοντες από το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, που έχει παρόμοια συμπτώματα με τη νόσο του Crohn.

Τέλος, επισημαίνεται ότι το βακτηρίδιο βρέθηκε και στον οργανισμό ενός μεγάλου αριθμού υγιών ατόμων, αλλά σε πολύ μικρότερο ποσοστό (26%), γεγονός που οδήγησε στην υπόθεση ότι ενδέχεται η παρουσία του να ενέχει “ρόλο-κλειδί” για τη μετάδοση της φλεγμονώδους πάθησης.

“Ευελπιστούμε ότι τα καινούργια στοιχεία θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε σε πλήρη έκταση το μηχανισμό δράσης της νόσου, ώστε να βοηθήσουμε χιλιάδες άτομα από τον κόσμο να απαλλαγούν από αυτήν”, αναφέρει χαρακτηριστικά ένα από τα βασικά μέλη της επιστημονικής ομάδας.

Νόσος του Crohn: Πιο ευπαθείς όσοι γεννήθηκαν καλοκαίρι:



Λονδίνο: Δανοί επιστήμονες υποστηρίζουν, ύστερα από έρευνα που έκαναν στην πατρίδα τους, ότι τα παιδιά που γεννιούνται τον Αύγουστο έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τη νόσο του Crohn, σε αντίθεση με όσα γεννιούνται το Μάρτη.

Η νόσος του Crohn είναι μια πάθηση του εντέρου που σχετίζεται με διάρροιες, απώλεια βάρους αλλά και εξωεντερικές εκδηλώσεις (όπως, για παράδειγμα, αρθρίτιδα). Μαζί με την ελκώδη κολίτιδα αποτελούν τις μη ειδικές φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου. Η αιτιολογία τους δεν είναι ακόμα σαφής, όμως υπάρχουν ενδείξεις ότι πρόκειται για ένα συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η έρευνα διήρκεσε από το 1977 έως το 1992 και συμπεριέλαβε 627 άτομα που έπασχαν από τη νόσο του Crohn και ήταν ηλικίας μικρότερης των 21 ετών. Οι Δανοί επικέντρωσαν την προσοχή τους στο μήνα γέννησης του κάθε ασθενή και διαπίστωσαν ότι οι περισσότεροι είχαν γεννηθεί τον Αύγουστο, ενώ οι λιγότεροι το Μάρτιο.

Τα ευρήματα αυτά αποκτούν νόημα εφόσον συνδυαστούν με παλαιότερες μελέτες που κατέδειξαν ότι η έκθεση σε συγκεκριμένες λοιμώξεις πριν από τη γέννηση ή κατά την πρώιμη παιδική ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου Crohn.

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η εμφάνιση συγκεκριμένων λοιμωδών παραγόντων (π.χ., ιώσεις) σε συγκεκριμένες εποχές του χρόνου αυξάνει τη πιθανότητα για την ανάπτυξη της νόσου σε αυτά τα χρονικά διαστήματα.

“Εμείς βρήκαμε ότι η πιθανότητα να αναπτύξει κάποιος τη νόσο κυμαίνεται, αλλά τα δεδομένα μας δεν επιτρέπουν να υποδείξουμε κάποιο συγκεκριμένο λοιμογόνο παράγοντα” υποστηρίζει ο καθηγητής Henrik Toft Sorensen του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Aarhus και Aalborg, ο οποίος και ηγήθηκε της ερευνητικής ομάδας.

Οι Βρετανοί διαφωνούν.

Ωστόσο, στο χώρο της επιστήμης και της έρευνας συχνά υπάρχουν αντιφατικά αποτελέσματα..

Βρετανοί επιστήμονες πρόσφατα είχαν κάνει παρόμοια μελέτη και τα αποτελέσματά τους ήταν ακριβώς τα αντίθετα: διαπίστωσαν δηλαδή ότι η νόσος του Crohn εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα γεννημένα το πρώτο εξάμηνο του έτους (δηλαδή και το Μάρτιο).

Ο Δρ Simon Travis, Βρετανός γαστρεντερολόγος, επισήμανε, μιλώντας στο BBC, ότι από τα μέσα της δεκαετίας του '60 υπάρχει η άποψη ότι η νόσος αυτή σχετίζεται με λοιμώξεις.

"Η πιο αξιόπιστη έρευνα σχετικά με το θέμα έγινε στη Νορβηγία και περιέλαβε 420 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, καθώς και 142 ασθενείς με νόσο του Crohn. Τα αποτελέσματα έδειξαν εποχιακή διακύμανση στην έναρξη της ελκώδους κολίτιδας, αλλά όχι της νόσου του Crohn. Πράγματι, η αύξηση των περιστατικών κατά τη θερινή περίοδο έρχεται σε αντίθεση με αυτό που θα περίμενε κανείς, καθώς οι λοιμώξεις είναι πιο συχνές τους χειμερινούς μήνες" συνέχισε.

Ο Βρετανός επιστήμονας υποστήριξε ότι η έρευνα των Δανών προστίθεται στην τεράστια βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα και δήλωσε: "Είναι ενδιαφέρουσα, αλλά δεν πρέπει να υπερεκτιμηθεί".

"Θα μπορούσε (το αίτιο της νόσου) να είναι κάποια λοίμωξη, το πιθανότερο όμως είναι ότι κάποιο από τα βακτήρια που φυσιολογικά υπάρχουν στο έντερο προκαλεί εκδήλωση της Crohn σε άτομα γενετικά 'επιρρεπή' σε αυτήν" κατέληξε ο Δρ Travis.

Γονίδιο ο ένοχος παράγοντας της νόσου του Crohn:

Λονδίνο: Ελαττωματικό γονίδιο που μπορεί να καταστήσει τα άτομα ευπαθή στη νόσο του Crohn απομόνωσαν δύο ξεχωριστές ερευνητικές ομάδες, από το ίδρυμα Jean Daussett CEPH στο Παρίσι και την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Michigan στις ΗΠΑ.

Η ανακάλυψη του γονιδίου, με την ονομασία Nod2, ανοίγει νέους ορίζοντες στην ανακάλυψη θεραπειών για τη νόσο του Crohn. Το συγκεκριμένο γονίδιο φέρεται να παίζει κάποιο ρόλο στην παθογένεια της νόσου μέσω ανοσολογικού μηχανισμού.

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί ελάχιστη μόνο πρόοδος στην ανακάλυψη της προέλευσης της νόσου, παρά το γεγονός ότι η συχνότητά της αυξάνει, ιδιαίτερα μεταξύ νεαρών ατόμων.

Η νόσος του Crohn είναι μία φλεγμονώδης νόσος του εντέρου η οποία συχνά οδηγεί στη δημιουργία ελκών στο τοίχωμά του. Τα συμπτώματά της περιλαμβάνουν αίσθημα κόπωσης, διάρροια, κοιλιακό πόνο και απώλεια βάρους. Η ήπια μορφή της νόσου αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή, η οποία αποσκοπεί στον περιορισμό της φλεγμονής, ενώ μερικές φορές απαιτείται και χειρουργική εκτομή τμημάτων του εντέρου. Η χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις που οι διαδοχικές εξάρσεις της νόσου έχουν οδηγήσει στο σχηματισμό ουλών και στη στένωση του αυλού του.

Παρά το γεγονός ότι σε πολλούς ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο του Crohn βρέθηκαν αντίγραφα του γονιδίου που είχαν υποστεί μεταλλάξεις, η νόσος δεν εκδηλώθηκε σε όλους. Αυτό, πιθανώς, οφείλεται στο ότι δεν ευθύνεται αποκλειστικά το εν λόγω γονίδιο για την εμφάνιση της νόσου.

Ο Ρίτσαρντ Ντρίσκολ, διευθυντής της Αμερικανικής Εταιρείας Κολίτιδας και Νόσου του Crohn, δήλωσε στο BBC Online: “Η ελπίδα μας είναι να καταφέρουμε να αναγνωρίσουμε τους διάφορους παράγοντες που ευθύνονται για την εκδήλωση της νόσου, με σκοπό να τους αντιμετωπίσουμε κατάλληλα. Εάν τελικά αποδειχθεί ότι το συγκεκριμένο γονίδιο ανήκει σε αυτούς τους παράγοντες, τότε τα οφέλη για τους ασθενείς θα είναι μεγάλα”.