

**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΣΡΟΗΝΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ»**



**ΚΑΡΑΦΩΤΙΑ ΕΥΡΥΔΙΚΗ
ΚΑΨΑΛΗ ΦΙΛΙΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΤΣΙΜΑ ΡΟΔΟΘΕΑ**

ΠΑΤΡΑ, 2014

Ευχαριστίες

Μέσα από την πτυχιακή μας εργασία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους δικούς μας ανθρώπους που δεν παύουν να μας στηρίζουν σε κάθε μας βήμα. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα την καθηγήτρια μας κα Τσιμάροδοθέα η οποία μας βοήθησε να φέρουμε εις πέρας την πτυχιακή μας εργασία.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	9
ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	9
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΝΤΕΡΟΥ	9
1.2 ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ	13
1.3 ΟΙ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	15
1.4 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΥ CROHN	17
1.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	19
1.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	24
Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	24
2.1 ΓΕΝΙΚΑ	24
2.2 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN	25
2.2.1 ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ	26
2.2.2 ΒΙΟΨΙΑ	27
2.2.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	28
2.2.4 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	30
2.2.5 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	32
2.3 Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN	33
2.3.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ VIENNA ΚΑΙ MONTREAL	33
2.3.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	34
2.3.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	35
2.3.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	36
2.4 ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΕΞΑΡΣΕΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	37
2.5 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	40
Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN	40
3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	40

3.2 ΚΛΙΝΗΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	41
3.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	48
3.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	51
3.5 ΤΥΠΟΙ ΝΟΣΟΥ.....	51
3.6 ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	52
3.7 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	53
3.8 ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	55
3.9 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	59
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN	59
4.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	59
4.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	60
4.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	61
4.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΦΕΣΗΣ.....	62
4.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ	66
4.6 ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.....	68
4.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN	70
4.8 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	74
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	74
5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1.....	74
5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2.....	78
5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	86
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	92

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι βιβλιογραφική ανασκόπηση της νόσου του Crohn και της νοσηλευτικής διεργασίας που ακολουθείται.

Στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η ανατομία του εντέρου, οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, η νόσος του Crohn, καθώς και οι παράγοντες που συμβάλουν στην εκδήλωσή της.

Το δεύτερο κεφάλαιο, αναλύει την νόσο του Crohn. Περιγράφονται τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, η κλινική εικόνα της νόσου, οι τύποι της νόσου, η αιτιοπαθογένεια, οι επιπλοκές της νόσου, καθώς επίσης και πως συμβάλλει η νόσος του Crohn στην κύηση και πως συνδέεται με την διατροφή.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να γίνει η διάγνωση της νόσου και εν συνεχεία, πως ταξινομείται η νόσος με βάση διάφορους παράγοντες.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας, παρουσιάζονται οι τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου του Crohn.

Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφονται δύο νοσηλευτικές διεργασίες, που συνδέονται με την νόσο του Crohn.

Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο, εξάγονται τα απαραίτητα από την πτυχιακή μας εργασία, συμπεράσματα.

ABSTRACT

This thesis is bibliographic review of Crohn's disease and the nursing process followed.

In the first chapter presents the anatomy of the intestine, inflammatory bowel disease, Crohn's, and the factors that contribute to the manifestation.

The second chapter discusses the disease of Crohn. In this chapter describes the epidemiological characteristics, clinical picture of the disease, types of disease, pathogenesis, complications of disease, and that contributes to Crohn's disease in pregnancy and how it relates to nutrition.

The third chapter analyzes the ways in which this can be done to diagnose the disease and then, how the disease is classified based on several factors.

In the fourth chapter of this thesis presents the ways of treating the disease of Crohn's.

The fifth chapter describes two nursing processes associated with Crohn's disease.

Finally, the sixth chapter, extracted the essential conclusions of our thesis.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το γαστρεντερικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα συστήματα για την ομαλή λειτουργία του. Βασικός ρόλος του γαστρεντερικού συστήματος είναι η λήψη της τροφής, η πέψη και η αποβολή της. Σε αυτό συμβάλλουν τα όργανα που ανήκουν στο γαστρεντερικό σύστημα. Ουσιαστικά το γαστρεντερικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού ξεκινάει από τον στόμα και καταλήγει στον πρωκτό.

Πιο συγκεκριμένα το γαστρεντερικό σύστημα αποτελείται από τα ακόλουθα όργανα:

- Στοματική κοιλότητα
- Φάρυγγας
- Οισοφάγος
- Στόμαχος
- Λεπτό Έντερο
- Παχύ Έντερο

Το λεπτό και το παχύ έντερο αποτελούν το κατώτερο τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος. Σε αυτό παρουσιάζονται κάποιες φλεγμονώδεις νόσοι. Οι νόσοι αυτοί είναι άγνωστης αιτίας και διακρίνονται στην ελκώδη κολίτιδα και την νόσο του Crohn.

Επειδή πολλές φορές οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου συγχέονται μεταξύ τους, η διαδικασία της διάγνωσης και της διαπίστωσης της κλινικής εικόνας του ασθενή κρίνεται πολύ σημαντική.

Εάν δεν γίνει σωστή διάγνωση της νόσου, δεν θα χορηγηθεί στον ασθενή η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, με αποτέλεσμα να υπάρχουν δυσμενείς εξελίξεις στην πορεία της υγείας του.

Η νόσος του Crohn επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες και φέρει διαφορετικά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά. Οι παράγοντες αυτοί

είναι γεωγραφικοί, περιβαλλοντικοί, κληρονομικοί, η ηλικία, η εθνικότητα, το κάπνισμα, ο τόπος διαμονής, κ.λπ.

Έχει αποδειχθεί ότι αυτοί οι άνθρωποι που διαμένουν σε ανεπτυγμένες πόλεις, αστικές και βιομηχανικές περιοχές παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου του Crohn. Υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου, παρουσιάζον επίσης, οι λευκοί συγκριτικά με τους υπόλοιπους πληθυσμούς, καθώς και οι κάτοικοι της Ευρώπης.

Σε γενικές γραμμές, η νόσος του Crohn εκδηλώνεται σε μία κλίμακα 5 ατόμων ανά 100.000, μέσα σε ένα έτος.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία, πραγματοποιείται η ανάλυση της νόσου του Crohn.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

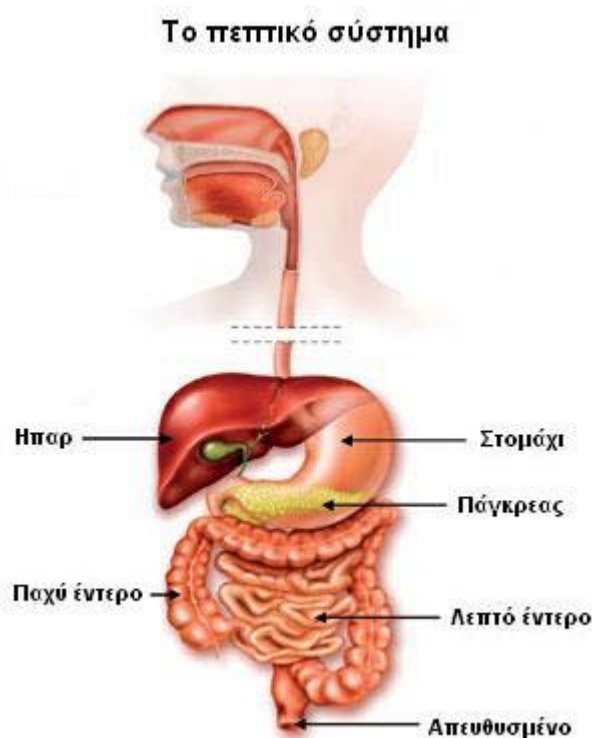
ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το έντερο αποτελεί το χαμηλότερο τμήμα γαστρεντερικού συστήματος. Το έντερο διακρίνεται σε δύο τμήματα. Πρόκειται για το λεπτό και το παχύ (κόλον, ορθό, πρωκτό) έντερο.

Το συνολικό μήκος του εντέρου ανέρχεται περίπου σε 8,5 με 9,5 μέτρα. Σε πλήρη έκταση, το έντερο μπορεί να φτάσει μέχρι 10 μέτρα. Το έντερο έχει την μορφή ελίκων.¹

Στην εικόνα που ακολουθεί παρουσιάζεται η ανατομία του πεπτικού συστήματος.



Εικόνα 1.1 Ανατομία πεπτικού συστήματος

¹Bernard Jensen, (2007). «Η φροντίδα του εντέρου». Εκδόσεις: Διόπτρα, Αθήνα

Όπως ήδη αναφέρθηκε, το έντερο αποτελείται από το λεπτό και παχύ έντερο.

Το λεπτό έντερο, είναι ένας σωλήνας 4 εκατοστών περίπου και μήκους 6 με 6,5 μέτρων. Το λεπτό έντερο συνδέει τον στόμαχο με το παχύ έντερο. Στο συγκεκριμένο τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος, το μέρος των ανέπαφων ή μερικώς διασπώμενων υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών, διασπώνται από τα υδρολυτικά ένζυμα σε μονοσακχαρίτες, λιπαρά οξέα και αμινοξέα αντίστοιχα.

Ορισμένα από αυτά τα ένζυμα βρίσκονται στα εντερικά κύτταρα της επιφάνειας του αυλού του εντέρου, ενώ άλλα εκκρίνονται από το πάγκρεας και κατόπιν εισέρχονται στον αυλό του εντέρου. Τελικά, τα προϊόντα της πέψης διαπερνούν τα επιθηλιακά κύτταρα και εισέρχονται στο αίμα ή την λέμφο.

Στο λεπτό έντερο απορροφώνται επίσης οι βιταμίνες, τα μέταλλα και το νερό. Πρόκειται για στοιχεία, για την πέψη των οποίων δεν είναι απαραίτητη η παρουσία ενζύμων.

Το λεπτό έντερο διακρίνεται σε τρία τμήματα: τον δωδεκαδάκτυλο, την νήστιδα και τον ειλεό. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης πραγματοποιείται στο τμήμα του δωδεκαδάκτυλου και της νήστιδας. Στον δωδεκαδάκτυλο εκκρίνουν ουσίες, δύο σημαντικοί αδένες: το πάγκρεας και το ήπαρ.

Στο λεπτό έντερο, οι μονοσακχαρίτες και τα αμινοξέα απορροφώνται από την μεμβράνη του πλάσματος των επιθηλιακών κυττάρων του εντέρου με συγκεκριμένα συστήματα διαμεσολαβούμενης μεταφοράς, ενώ τα λιπαρά οξέα εισέρχονται σε αυτά τα κύτταρα με διάχυση. Τα περισσότερα ιόντα μετάλλων απορροφώνται με διαδικασίες ενεργούς μεταφοράς ενώ, το νερό διαχέεται παθητικά λόγω διαφοράς στην ωσμωτική πίεση των διαφόρων διαμερισμάτων.

Η κινητικότητα του λεπτού εντέρου, η οποία επιτυγχάνεται με την συστολή των λειών μυών στα τοιχώματά του, εκτελεί τις εξής λειτουργίες:

- Την ανάμειξη του περιεχομένου του εντερικού αυλού με τα διάφορα εκκρίματα.
- Την επαφή του περιεχομένου του αυλού με την επιφάνεια των επιθηλίων, όπου πραγματοποιείται η απορρόφηση.
- Την αργή προώθηση του περιεχομένου του αυλού προς το παχύ έντερο.

Το παχύ έντερο έχει μήκος, 1,5 με 2 μέτρα και είναι ευρύτερο από το λεπτό έντερο, με πλάτος 6,5 εκατοστά. Επειδή οι περισσότερες ουσίες απορροφώνται στο αρχικό τμήμα του λεπτού εντέρου, στο παχύ έντερο προωθείται μικρός όγκος νερού, αλάτων και άπεπτων υλικών.

Το παχύ έντερο αποθηκεύει προσωρινά τις άπεπτες ουσίες και τις συμπυκνώνει απορροφώντας αλάτι και νερό. Οι συστολές του ορθού, αποτελούν το τελευταίο τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος και μαζί με τους συναφείς μύες του σφιγκτήρα, προκαλούν την αποβολή των κοπράνων από τον οργανισμό.²

Το τοίχωμα του παχέος εντέρου αποτελείται από 4 χιτώνες, οι οποίοι από έξω προς τα μέσα, είναι οι εξής:

1. Ο ορογόνος, ο οποίος προέρχεται από το περισπλάγγνιο πέταλο του περιτοναίου. Ο ορογόνος καλύπτει πλήρως το εγκάρσιο κόλον και το τυφλό, τα οποία είναι κινητά, ενώ το ανιόν και κατιόν κόλον, που είναι ακίνητα και προσκολλημένα στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, τα καλύπτει μόνο κατά τα τρία τέταρτα.

Το ορθό καλύπτεται από περιτόναιο κατά τα δυο άνω τριτημόρια.

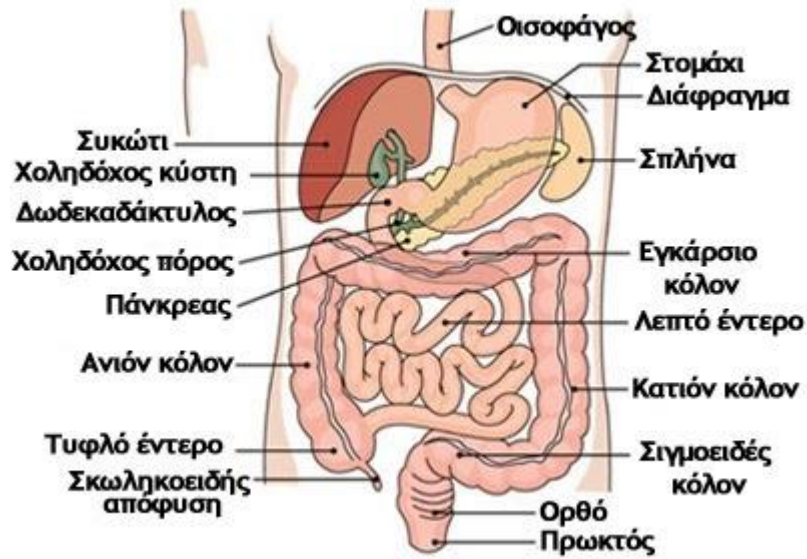
²VanderA., ShermanJ., LucianoD., ΤσακόπουλοςM., (2011). «Φυσιολογία του ανθρώπου. Μηχανισμοί της Λειτουργίας του οργανισμού». Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

2. Μυϊκός χιτώνας, ο οποίος αποτελείται από δυο στιβάδες λείων μυϊκών ινών: την έξω επιμήκη και την αραιή και την έσω κυκλοτερή. Η έξω επιμήκηπαχύνεται προς τις κολικές ταινίες, ενώ προς τις κυψέλες γίνεται λεπτή. Η έσω κυκλοτερή είναι συνεχής. Ιδιαίτερα μορφώματα του μυϊκού χιτώνα διαμορφώνουν σφιγκτηριακούς μηχανισμούς στην αρχή και στο τέλος του παχέος εντέρου (ειλεοτυφλική βαλβίδα, σφιγκτηριακό σύστημα πρωκτού).
3. Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας, ο οποίος αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και παρεμβάλλεται μεταξύ του μυϊκού χιτώνα και του βλεννογόνου.
4. Ο βλεννογόνος, ο οποίος αποτελείται από:
 - ✓ μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο με καλυκοειδή κύτταρα
 - ✓ χόριο
 - ✓ αδένες, σωληνοειδής, που μοιάζουν με τους αδένες Lieberkuhn του λεπτού εντέρου
 - ✓ βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα
 - ✓ μονήρη λεμφοζίδια

Σε αντίθεση με το βλεννογόνο του λεπτού εντέρου, το παχύ έντερο στερείται λάχνων και πλακών του Peyer.³

Στην εικόνα που ακολουθεί παρουσιάζεται το λεπτό και παχύ έντερο, καθώς και τα τμήματα από τα οποία αποτελούνται.

³BernardJensen, (2007). «Η φροντίδα του εντέρου». Εκδόσεις: Διόπτρα, Αθήνα



Εικόνα 1.2 Παχύ και λεπτό έντερο

1.2 ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ

Το τυφλό, το ανιόν και τμήμα του εγκάρσιου (λίγο μετά τη μεσότητα) αρματώνονται από τους εξής κλάδους της άνω μεσεντερίου αρτηρίας:

- α) την ειλεοκολική αρτηρία (για το τυφλό) και τον κλάδο της, την αρτηρία της σκωληκοειδούς (για την σκωληκοειδή απόφυση)
- β) τη δεξιά κολική αρτηρία (για το ανιόν κόλον) και
- γ) τη μέση κολική.

Το υπόλοιπο τμήμα του παχέος εντέρου μέχρι το ορθό αγγειώνεται από την αριστερή κολική και τις σιγμοειδικές αρτηρίες, οι οποίες είναι κλάδοι της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας.

Οι κολικές αρτηρίες, σε απόσταση 2,5-3 cm από το χείλος του εντέρου, διακλαδίζονται σε ανιόντες, κατιόντες, ή δεξιούς και αριστερούς κλάδους και σχηματίζουν τόξα, τα οποία αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν την επιχείλιο αρτηρία του Drummond.

Μέσω αυτής επικοινωνεί η άνω με την κάτω μεσεντέριο αρτηρία. Η επιχείλιος αρτηρία του Drummond μεταφέρει επαρκή ποσότητα αίματος, έτσι ώστε να είναι δυνατή η απολίνωση μιας από τις κολικές αρτηρίες, χωρίς να υπάρχει φόβος ισχαιμίας στα αντίστοιχα τμήματα του εντέρου.⁴

Οι φλέβες του παχέος εντέρου συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες. Έτσι η άνω μεσεντέριος φλέβα αθροίζει το αίμα από το δεξιό κόλον, καθώς και από το λεπτό έντερο, το πάγκρεας και από τμήμα του στομάχου και εκβάλλει στη ριζά της πυλαίας.

Η κάτω μεσεντέριος φλέβα αθροίζει το αίμα από την άνω μοίρα του ορθού μέχρι και την αριστερή κολική καμπή και εκβάλλει συνήθως στη σπληνική φλέβα.

Το αίμα από το κατώτερο τμήμα το ορθού αποχετεύεται μέσω της έσω λαγονίου στην κάτω κοίλη φλέβα.

Η λέμφος του παχέος εντέρου συγκεντρώνεται σε λεμφαγγεία, τα οποία σχηματίζουν δίκτυο στον υποβλεννογόνιο και υπορογόνιο χιτώνα του εντερικού τοιχώματος και στη συνέχεια αποχετεύεται σε λεμφαγγεία και λεμφαδένες, που συνοδεύουν τα αγγεία. Διακρίνονται οι εξής ομάδες λεμφαδένων: α) οι επιχώριοι, που βρίσκονται οπισθοπεριτοναϊκά στο μεσοκόλον, κοντά στο παχύ έντερο, β) οι ειλεκολικοί, γ) οι δεξιοί, δ) οι μεσοί, ε) οι αριστεροί κολικοί και στ) οι άνω και κάτω μεσεντέριοι.

Μέσα στα λεμφαγγεία υπάρχουν βαλβίδες, που εμποδίζουν την παλινδρόμηση της λέμφου.

Η νεύρωση του παχέος εντέρου γίνεται από εξωτοιχωματικά και ενδοτοιχωματικά νεύρα παρασυμπαθητικής και συμπαθητικής προέλευσης.

⁴Σμπαρουνης Χ. (1991). «Γενική χειρουργική. Κοιλία-Αγγεία. Τόμος Γ». Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη

Η παρασυμπαθητική νεύρωση γίνεται από ίνες του πνευμονογαστρικού και από το 2^ο, 3^ο και 4^ο σπλαγχνικό νεύρο. Οι συμπαθητικές ίνες ξεκινούν ως προφαγγιακές από το ύψος του 9^{ου} θωρακικού μέχρι και του 2^{ου} οσφυϊκού νευροτομίου, φτάνουν στα παρασπονδυλικά γάγγλια και από εκεί στα μεσεντέρια γάγγλια και πλέγματα, κατά μήκος των αντιστοίχων αγγείων.

Το ενδοτοιχωματικό διεγείρει την κινητικότητα του εντέρου και την έκκριση των αδένων και αναστέλλει τη σύσπαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, ενώ το συμπαθητικό έχει αντίθετη δράση.

Έλλειψη του ενδοτοιχωματικού νευρικού συστήματος από το τμήμα του παχέος εντέρου προκαλεί απώλεια της κινητικότητας του συγκεκριμένου τμήματος.⁵

1.3 ΟΙ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου είναι χρόνιες παθήσεις, άγνωστης αιτίας, οι οποίες εκδηλώνονται στο κατώτερο τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος. Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου διακρίνονται σε δύο βασικές μορφές. Πρόκειται για την ελκώδη κολίτιδα και την νόσο του Crohn, η οποία αναλύεται στην παρούσα πτυχιακή εργασία.

Η ελκώδης κολίτιδα εκδηλώνεται στην περιοχή του παχέος εντέρου, ενώ η νόσος του Crohn ενδέχεται να παρουσιαστεί σε οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος. Ωστόσο, η νόσος του Crohn εκδηλώνεται κυρίως στο κατώτερο τμήμα του λεπτού εντέρου, τον ειλεό.

⁵ Vander A., Sherman J., Luciano D., Τσακόπουλος Μ., (2011). «Φυσιολογία του ανθρώπου. Μηχανισμοί της λειτουργίας του οργανισμού». Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι, παρόλο που οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου εκδηλώνονται στην συγκεκριμένη περιοχή, ενδέχεται να εκδηλώσουν συμπτώματα και σε άλλα όργανα του σώματος, όπως είναι η σπονδυλική στήλη, οι αρθρώσεις, το ήπαρ, καθώς επίσης και το δέρμα, κ.λπ.⁶

Όσον αφορά την παθογένεση των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, πρωταρχικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η απορρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έχει διαπιστωθεί ότι, τόσο η ελκώδης κολίτιδα, όσο και η νόσος του Crohn, προκαλούνται από εξασθένιση του φραγμού του εντέρου.

Η βασική διαφορά στην εκδήλωση της νόσου είναι ότι, η ελκώδης κολίτιδα συνοδεύεται από αυξημένη διήθηση με εντερικά βακτηρίδια και την επακόλουθη συσσώρευση ουδετεροφίλων λευκοκυττάρων και το σχηματισμό κρυπτικών αποστημάτων. Από την άλλη πλευρά, η νόσος του Crohn συνοδεύεται από αυξημένη διήθηση αντιγόνων και σωματιδίων που προέρχονται από τον εντερικό αυλό, έχοντας ως επακόλουθο, τη συσσώρευση μακροφάγων και το σχηματισμό κοκκιωμάτων.⁷

Ως αιτία ανάπτυξης της νόσου του Crohn, έχει επικρατήσει η υπόθεση ότι, οφείλεται στον τρόπο με τον οποίο το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού, χειρίζεται τα βακτηρίδια του εντέρου. Όταν υπάρχει μία διαταραχή της συγκεκριμένης διαδικασίας, δηλαδή ανεπαρκής ανταπόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος στα βακτηρίδια του εντέρου, τότε προκαλείται μία φλεγμονώδης κατάσταση, η οποία ενδέχεται να οδηγήσει σε κάποια αυτοάνοση διαταραχή. Κάτι

⁶Ελληνικό ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής, (2008). «Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου». Αθήνα

⁷BernardJensen, (2007). «Η φροντίδα του εντέρου». Εκδόσεις: Διόπτρα, Αθήνα

τέτοιο σημαίνει ότι το ανοσοποιητικό σύστημα του ξενιστή επιτίθεται και καταστρέφει υγιή ιστό του σώματος.

Όταν εκδηλώνεται κάποια από τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, συνήθως εμφανίζονται και έλκη στην περιοχή του εντέρου, όπως και αιμορραγία. Επιπλέον, στην νόσο του Crohn ενδέχεται να εμφανιστούν και ορισμένες επιπλέον επιπλοκές, όπως είναι οι στενώσεις, οι ραγάδες, κ.λπ., οι οποίες δεν εμφανίζονται τόσο συχνά στην περίπτωση της ελκώδους κολίτιδας.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι, η νόσος του Crohn ενδέχεται να προκαλέσει και κάποιο σύνδρομο δυσαπορρόφησης θρεπτικών συστατικών, όπως είναι οι βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία, απώλειας βάρους και διάρροια. Χαρακτηριστική περίπτωση είναι η δυσαπορρόφηση της βιταμίνης B12, κατά την εκδήλωση της νόσου του Crohn στον ειλεό, η οποία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση αναιμίας.⁸

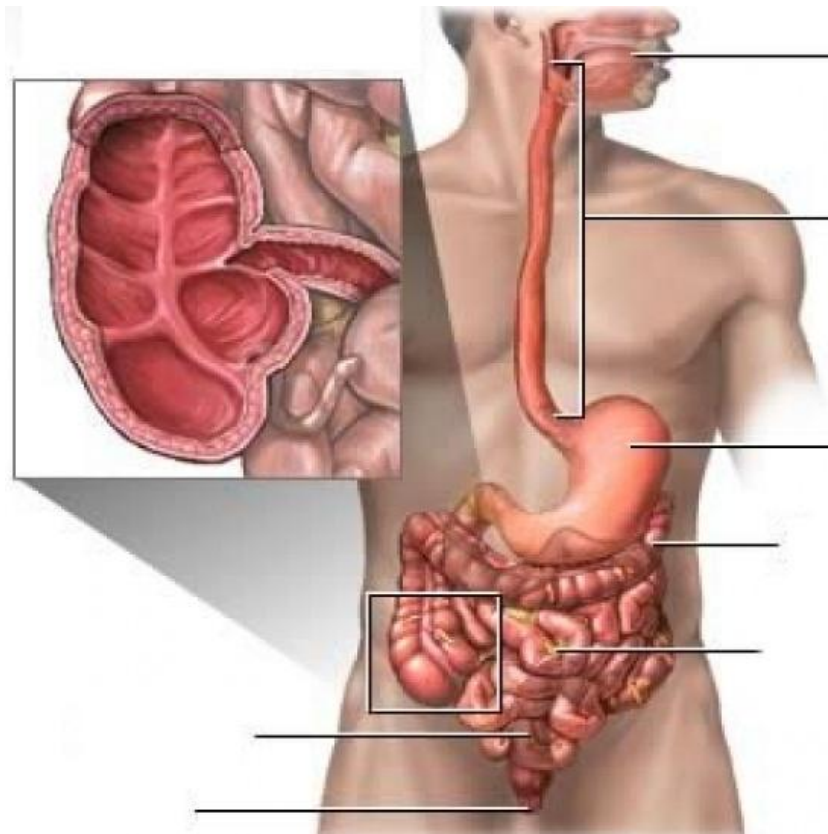
1.4 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΥ CROHN

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η νόσος του Crohn, ή αλλιώς κοκκιωματώδης κολίτιδα, αποτελεί μία φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, η οποία είναι άγνωστης αιτιολογίας. Η νόσος του Crohn προκαλεί φλεγμονή στο βλεννογόνο, σε όλο το τοίχωμα του εντέρου, δημιουργώντας καταστάσεις οι οποίες μπορεί να αποβούν μοιραίες για την ζωή ενός ασθενή.

Η νόσος του Crohn πήρε το όνομά της από τον ιατρό Burrill Crohn. Ο Burrill Crohn, καταγόταν από την Νέα Υόρκη και το 1932, παρουσίασε μία σειρά από ασθενείς που έπασχαν από την συγκεκριμένη νόσο.

⁸Ελληνικό ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής, (2008). «Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου». Αθήνα

Η εκδήλωση της νόσου του Crohn οφείλεται σε αλληλεπιδράσεις διάφορων παραγόντων, όπως είναι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι ανοσολογικοί παράγοντες και οι βακτηριακοί παράγοντες. Με την νόσο του Crohn, προσβάλλονται κυρίως άτομα τα οποία χαρακτηρίζονται από ευαίσθητο ανοσοποιητικό σύστημα.



Εικόνα 1.3 Η νόσος του Crohn

Κατά την εκδήλωσή της, η νόσος του Crohn ενδέχεται να επηρεάσει οποιοδήποτε μέρος του γαστρεντερικού συστήματος, από το στόμα, μέχρι τον πρωκτό. Τα βασικότερα συμπτώματα που προκαλούνται είναι το κοιλιακό άλγος, η διάρροια, ο εμετός, ο πυρετός και η απώλεια βάρους. Σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να εμφανιστούν και επιμέρους επιπλοκές τον ανθρώπινο οργανισμό, όπως

είναι η αρθρίτιδα, η φλεγμονή των οφθαλμών, η έλλειψη συγκέντρωσης, κ.λπ.⁹

1.5 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Οργανισμό Γαστρεντερολογίας (AmericanGastroenterologicalAssociation), η νόσος του Crohnκατατάσσεται στις ιδιοπαθή φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, οι οποίες εκδηλώνουν συμπτώματα σε όλο το τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος.

Έχει διαπιστωθεί ότι, σε ποσοστό 50%, οι ασθενείς που πάσχουν από ασθένειες που σχετίζονται με τον ειλεό και το παχύ έντερο και αναφέρονται ως CrohnIleocolic. Ένα ποσοστό 30%, διαγιγνώσκεται με ασθένειες που σχετίζονται αποκλειστικά με τον ειλεό και είναι γνωστές ως IlealCrohn. Έλος, ένα ποσοστό περίπου 20% εκδηλώνει ασθένειες του παχέος εντέρου. Πρόκειται για την κολίτιδα Crohnη οποία είναι αρκετά δύσκολο να διακριθεί από την ελκώδη κολίτιδα.

Μία ακόμη κατηγοριοποίηση της νόσου του Crohn που μπορεί να γίνει βασίζεται με την συμπεριφορά και την εξέλιξη της.¹⁰ Η εν λόγω διάκριση οφείλεται στην κατάταξη της Βιέννης, σύμφωνα με την οποία, η νόσος του Crohn, διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες, οι οποίες είναι οι εξής:

- ✓ Structuring: η νόσος που εντάσσεται στην συγκεκριμένη κατηγορία προκαλεί στένωση του εντέρου και μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη του, ή και σε αλλαγές στο διαμέτρημα των κοπράνων.

⁹Lan James, (2005). «Learning Sickness: A Year with Crohn's Disease». Capital Books (VA)

¹⁰ Kane Sunanda, (2010). «IBD Self Management: The AGA Guide To Crohn's Disease And Ulcerative Colitis». AGAPress

- ▼ Διεισδυτική νόσος του Crohn: η διεισδυτική νόσος προκαλεί συρίγγια μεταξύ του εντέρου και του δέρματος.
- ▼ Φλεγμονώδης νόσος: στην φλεγμονώδη νόσο, προκαλούνται φλεγμονές, χωρίς να παρουσιάζονται συρίγγια ή στενώματα.¹¹

1.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι παράγοντες που προκαλούν την νόσο του Crohn δεν έχουν ακόμη καταστεί σαφείς. Για πολλά χρόνια, είχε επικρατήσει η άποψη ότι η εκδήλωση της νόσου του Crohn οφειλόταν κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες και ειδικότερα στην αύξηση των ποσοστών άγχους στον άνθρωπο.

Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν ισχύει στην πραγματικότητα. Πλέον, έχει διαπιστωθεί ότι, η ανάπτυξη της νόσου δεν οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες αλλά επηρεάζεται από αυτούς.¹²

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση της νόσου του Crohn διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες, οι οποίες είναι οι εξής:

- Ø *Γεωγραφικοί παράγοντες*: η νόσος του Crohn εκδηλώνεται κυρίως σε λευκούς συγκριτικά με τους υπόλοιπους πληθυσμούς. Επιπλέον, οι Ευρωπαίοι εμφανίζουν τους υψηλότερους δείκτες επίπτωσης της

¹¹ Bernard Jensen, (2007). «Η φροντίδα του εντέρου». Εκδόσεις: Διόπτρα, Αθήνα

¹² Σωτηρόπουλος Βασίλειος. «Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου. Η συμβολή του απεικονιστικού ελέγχου».

Πρόσβαση και από τον διαδικτυακό ιστό

https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0CEAQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.exe1928.gr%2Fstatic%2Fmedia%2F2011%2F10%2Fe-cf83ceb5cebcecb9cebdceb1cf81ceb9cebf-ceb8ceb5cebcecb1-3-ceb2-cf83cf89cf84ceb7cf81cebfcf80cebfcf85cebbcebfef83.docx&ei=PEkCVJDFIcHiywOImYKQDA&usq=AFQjCNHoCEzMA6suY5xUUscsS_GQPhpRA&sig2=riNfrd8fHE4HAmJ_A6je6g&bvm=bv.74115972,d.bGQ

νόσου. Έχει υπολογιστεί ότι οι δείκτες επίπτωσης κυμαίνονται από 5 έως 12 ανά 100.000 ανθρώπους.

- Ø *Περιβαλλοντικοί παράγοντες:* ορισμένοι από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της νόσου είναι, οι λοιμώξεις, η έκθεση σε τοξίνες, ή ακόμη και η διαίτα.¹³
- Ø *Ηλικία:* η ηλικία εμφάνισης της νόσου δεν μπορεί να καθοριστεί. Σε αυτό οφείλεται το γεγονός ότι, η νόσος του Crohn μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία κατά την διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου. ωστόσο, μέσα από έρευνες που έχουν διεξαχθεί, έχει διαπιστωθεί ότι, η δεκαετία μεταξύ 20 και 30 ετών, αποτελεί την συνηθέστερη ηλικία εμφάνισης της νόσου.
- Ø *Κληρονομικότητα:* η συχνότητα εμφάνισης της νόσου του Crohn, με ιστορικό εμφάνισης από κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας, ανέρχεται σε ένα στα πέντε άτομα.
- Ø *Εθνικότητα:* όπως ήδη αναφέρθηκε και στους γεωγραφικούς παράγοντες, η νόσος του Crohn εκδηλώνεται περισσότερο στους λευκούς. Όσον αφορά την εθνικότητα, η συγκεκριμένη νόσος, μπορεί να εκδηλωθεί ανεξάρτητα από την εθνικότητα κάθε ανθρώπου. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι, τον υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου κατέχουν οι Εσκενάζυ Εβραϊκής καταγωγής.
- Ø *Κάπνισμα:* πρόκειται για τον σημαντικότερο παράγοντα ανάπτυξης και εκδήλωσης της νόσου. Το κάπνισμα συμβάλλει όχι μόνο στην πρόκληση της νόσου του Crohn, αλλά και στην εξέλιξή της σε βαριά μορφή, με αποτέλεσμα να καθίσταται αναγκαία η αντιμετώπισή της με χειρουργική επέμβαση.
- Ø *Τόπος διαμονής:* Οι άνθρωποι που έχουν τις περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν την νόσο του Crohn είναι αυτοί που

¹³Bernard Jensen, (2007). «Η φροντίδα του εντέρου». Εκδόσεις: Διόπτρα, Αθήνα

διαμένουν σε ανεπτυγμένες πόλεις, αστικές και βιομηχανικές περιοχές. Στον αντίποδα, μικρότερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου, κατέχουν οι άνθρωποι που ζουν σε λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές και αγροτικούς οικισμούς. Αξίζει να σημειωθεί ότι, ακόμη δεν έχει καταστεί σαφές ο λόγος για τον οποίο συμβαίνει κάτι τέτοιο. Ωστόσο, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι, ο τύπος διαμονής συνδέεται με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι κάτοικοι των πόλεων και των βιομηχανικών κέντρων έρχονται συχνά αντιμέτωποι με λοιμώξεις, τοξίνες, ακόμη και με έλλειψη τροφών. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι όσο πιο βόρεια κατοικούν οι άνθρωποι, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες εμφάνισης της νόσου.

Ø *Χρήση ισοτρετινοΐνης:* Η Ισοτρετινοΐνη (Accuran) είναι ένα ισχυρό φάρμακο το οποίο χορηγείται για την θεραπευτική αντιμετώπιση της ακμής, όταν αυτή δεν μπορεί να περιοριστεί με κάποια άλλη, λιγότερο ισχυρή θεραπεία. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, έχει διαπιστωθεί ότι, η νόσος του Crohn συσχετίζεται θετικά με την χρήση του εν λόγω φαρμάκου.

Ø *Αντιφλεγμονώδη φάρμακα:* στα αντιφλεγμονώδη φάρμακα, εντάσσονται η ιβπυπροφαΐνη, η ναπροξένη, η δικλοφενάκη, η πιροξικάμη, κ.λπ. Παρόλο που δεν έχει αποδειχθεί ότι τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα είναι υπεύθυνα για την εκδήλωση της νόσου, έχει διαπιστωθεί ότι, η χρήση τους από κάποιο οργανισμό μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα παρόμοια με την νόσο, η ακόμη σε περίπτωση ύπαρξης της νόσου, να επιδεινώσουν την κατάσταση του ασθενούς.¹⁴¹⁵

¹⁴Bernard Jensen, (2007). «Η φροντίδα του εντέρου». Εκδόσεις: Διόπτρα, Αθήνα

¹⁵Lan James, (2005). «Learning Sickness: A Year with Crohn's Disease». CapitalBooks (VA)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Όπως ήδη αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, η νόσος του Crohnaποτελεί μία πάθηση η οποία προέρχεται από φλεγμονή που μπορεί να αναπτυχθεί σε κάποιο τμήμα του εντέρου, ή ακόμη και κάποιο άλλο όργανο του γαστρεντερικού συστήματος. Το συνηθέστερο σημείο στο οποίο διαγιγνώσκεται η νόσος του Crohn, είναι το σημείο στο οποίο το λεπτό έντερο ενώνεται με το παχύ έντερο. Πρόκειται για το σημείο που ονομάζεται τελικός ειλεός.

Σημειώνεται επίσης, ότι μέχρι σήμερα, δεν έχει προσδιοριστεί με ακρίβεια η αιτία που προκαλεί την νόσο. Η νόσος του Crohn, μαζί με την άλλη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, την ελκώδη κολίτιδα, ανήκουν στα αυτοάνοσα νοσήματα. Επίσης, οι νόσοι αυτές, ανήκουν στην κατηγορία των ιδιοπαθών φλεγμονωδών εντερικών νόσων.

Όσον αφορά τον προσδιορισμό της νόσου και τους παράγοντες που πιθανότατα συμβάλλουν στην εκδήλωσή της, έχει διαπιστωθεί ότι, οι περιβαλλοντικοί και κληρονομικοί παράγοντες, είναι οι κυριότεροι παράγοντες για μία έξαρση της νόσου σε κάποιο ασθενή.

Στο παρόν κεφάλαιο, περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η διάγνωση της νόσου του Crohn.

Προκειμένου να γίνει η διάγνωση της νόσου, λαμβάνεται υπόψη από τους γιατρούς, το ιστορικό του ασθενή, η κλινική του εικόνα, καθώς και οι εξετάσεις που έχουν διενεργηθεί.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα ποσοστό 5%, το οποίο αποτελεί την πιθανότητα μίας λάθος διάγνωσης των ασθενών κατά το πρώτο έτος της εκδήλωσης της νόσου. Η λανθασμένη διάγνωση

θα συσχετίζεται με την ελκώδη κολίτιδα, την δεύτερη ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντερική νόσο.¹⁶

2.2 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN

Η διάγνωση της νόσου του Crohn, δεν αποτελεί μία εύκολη διαδικασία. Λόγω του ότι η κλινική συμπτωματολογία της νόσου μοιάζει με αυτήν του ευερέθιστου εντέρου, πολλές φορές, η διάγνωσή της καθυστερεί. Τα βασικά συμπτώματα της νόσου του Crohn, όπως είναι το κοιλιακό άλγος, η διάρροια, ο πυρετός και η απώλεια βάρους, συσχετίζονται και με την πάθηση του ευερέθιστου εντέρου.

Όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο, οι ασθενείς μπορεί να πάσχουν από νόσο του Crohn και να διαγνωστεί μετά από αρκετά χρόνια.¹⁷

Για τον λόγο αυτό, προκειμένου να διενεργηθεί μία έγκυρη διάγνωση, θα πρέπει να γίνει και ένας αριθμός ειδικών εξετάσεων και δοκιμών και απαιτείται ένας αριθμός δοκιμών.

Η διάγνωση της νόσου του Crohn, πραγματοποιείται μέσα από τις ακόλουθες μεθόδους και εξετάσεις:

- Ενδοσκόπηση
- Βιοψία
- Εργαστηριακός έλεγχος
- Απεικονιστικές μέθοδοι
- Εξετάσεις αίματος¹⁸

¹⁶Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

¹⁷Baumgart, Daniel, (2012). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis».Springer

¹⁸Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

2.2.1 ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

Όταν ένας άνθρωπος έχει υποψίες ότι μπορεί να έχει εκδηλώσει συμπτώματα νόσου του Crohn, θα πρέπει να υποβληθεί σε διαδικασίες ειλεοκολοσκόπησης και γαστροσκόπησης, ώστε να διενεργηθεί κλινική εξέταση του λεπτού του εντέρου.

Ωστόσο, πέρα από την κλινική εξέταση με ενδοσκοπήσεις, συνίσταται η λήψη βιοψιών, όχι μόνο του λεπτού εντέρου, αλλά και όλων των τμημάτων του πεπτικού συστήματος, ώστε η διάγνωση της νόσου να είναι ακόμα ισχυρότερη.

Όσον αφορά την κολονοσκόπηση, έχει διαπιστωθεί ότι η αποτελεσματικότητά της στην διάγνωση της νόσου του Crohn, δεν ξεπερνά το 70%. Ο λόγος είναι ότι, μέσω της κολονοσκόπησης εξετάζεται μόνο το κόλον και τα κατώτερα τοιχώματα του λεπτού εντέρου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην είναι εύκολη η διάγνωση των φλεγμονών του λεπτού εντέρου.

Επομένως, συμπεραίνεται ότι η κλινική εξέταση με κολονοσκόπηση και γαστροσκόπηση δεν μπορούν να προσδώσουν πλήρη εικόνα για την ομαλή λειτουργία του εντέρου. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιούνται, άλλες μέθοδοι, όπως είναι οι ακτίνες X και βρώσιμο εναιώρημα θεικού βαρίου. Τα κλύσματα βαρίου εισάγονται εντός του ορθού και η ακτινοσκόπηση χρησιμοποιείται για την απεικόνιση του λεπτού εντέρου. Είναι επίσης χρήσιμο και για ενδοκοιλιακές επιπλοκές της νόσου. Άλλες μέθοδοι που μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν είναι η μαγνητική τομογραφία και η εντερογραφία, οι οποίες επιδιώκουν να διαγνώσουν επιπλοκές στο λεπτό έντερο.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, μετά την πρώτη διάγνωση συνίσταται μία επανεκτίμηση της κατάστασης, μέσω μίας νέας ενδοσκόπησης. Οι περιπτώσεις αυτές είναι:

μία περίπτωση υποτροπής, η μη ανταπόκριση στην θεραπευτική αγωγή, η εμφάνιση νέων συμπτωμάτων, κ.λπ.

Επιπλέον, σημειώνεται ότι, πλέον υπάρχει η δυνατότητα ασύρματης ενδοσκόπησης με κάψουλα. Η συγκεκριμένη διαδικασία εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που ο ασθενής δεν παρουσιάζει συμπτώματα απόφραξης, ή δεν υπάρχει κάποια στένωση.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι, η προχωρημένη ηλικία και η χρήση της κορτιζόνης, αποτελούν βασικούς παράγοντες κατά τους οποίους μπορεί να προκύψει κάποια ρήξη εντέρου κατά την διαδικασία της εξέτασης με ενδοσκόπηση.¹⁹

Για την διαδικασία της ενδοσκόπησης, το νοσηλευτικό προσωπικό, ενθαρρύνει τον ασθενή και στην συνέχεια τον προετοιμάζει για την εξέταση κάνοντας τις απαραίτητες ενέργειες, οι οποίες περιγράφονται σε επόμενο κεφάλαιο.

2.2.2 ΒΙΟΨΙΑ

Μέσω της λήψης βιοψίας, η διάγνωση της νόσου του Crohn τεκμηριώνεται ακόμη περισσότερο. Προς βιοψία αποστέλλονται όλα τα τμήματα του πεπτικού συστήματος τα οποία εξετάζονται. Σημειώνεται επίσης, ότι λαμβάνονται από κάθε τμήμα, τουλάχιστον δύο βιοψίες, ώστε να μπορεί να είναι μακροσκοπικά φυσιολογικό ή παθολογικό.

Τα ευρήματα από την λήψη βιοψιών του πεπτικού συστήματος συνήθως περιλαμβάνουν κοκκιώματα. Ωστόσο, η παρουσία των κοκκιωμάτων δεν είναι πάντοτε βέβαιη, με αποτέλεσμα να κρίνεται

¹⁹Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

απαραίτητη η αξιολόγηση των ιστολογικών ευρημάτων, ώστε να γίνει η οριστική ιστολογική διάγνωση της νόσου.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η ενδοσκόπηση που αναλύθηκε σε προηγούμενη ενότητα, αποτελεί μία μέθοδο διάγνωσης της νόσου του Crohn, ιδιαίτερα αποτελεσματική και αξιόπιστη. Ωστόσο, οι βιοψίες του πεπτικού συστήματος λαμβάνονται όταν κρίνεται μία επιπλέον μέθοδος για την οριστική διάγνωση της νόσου.²⁰

2.2.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο εργαστηριακός έλεγχος αποτελεί ένα εργαλείο το οποίο συμβάλλει στον αποκλεισμό άλλων παθήσεων, των οποίων τα βασικά συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της νόσου του Crohn, δηλαδή, της διάρροιας, του κοιλιακού άλγους και της κολίτιδας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα νόσων με αντίστοιχα συμπτώματα είναι: οι ιογενείς ή βακτηριακές λοιμώξεις, οι παρασιτώσεις, οι φαρμακευτικές αγωγές, η κοιλιακή ή πυελική ακτινοβολία, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, η κυστική ίνωση, κ.λπ.

Οι εξετάσεις οι οποίες μπορεί να διενεργηθούν σε έναν ασθενή με νόσο του Crohn, για τον αποκλεισμό άλλων νόσων με παρόμοια συμπτώματα είναι οι ακόλουθες:

- ✓ Καλλιέργεια κοπράνων, για τον εντοπισμό μίας ενδεχόμενης βακτηριακής λοίμωξης.
- ✓ Εξέταση ωαρίων και παρασίτων για εντοπισμό παρασίτων.

²⁰Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

- ▼ Clostridiumdifficile για τον εντοπισμό της τοξίνης που παράγεται από τη βακτηριακή λοίμωξη και ανιχνεύεται μετά από αντιβιοτική θεραπεία.
- ▼ Εξέταση ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα λόγω λοίμωξης, φλεγμονής και καρκίνου.
- ▼ Εξέταση ανίχνευσης λευκών αιμοσφαιρίων στα κόπρανα, η παρουσία των οποίων αποτελεί ένδειξη φλεγμονής της πεπτικής οδού.

Επιπλέον, υπάρχουν και ορισμένες εξετάσεις οι οποίες δεν είναι ειδικές, αλλά διενεργούνται με σκοπό την ανίχνευση και την εκτίμηση της φλεγμονής και της αναιμίας. Στις εξετάσεις αυτές περιλαμβάνονται οι εξής:

- TKE (Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων), για την ανίχνευση της φλεγμονής.
- CRP (C-αντιδρώσα πρωτεΐνη) για την ανίχνευση της φλεγμονής.
- Γενική εξέταση αίματος για την ανίχνευση της αναιμίας.

Δύο επιπλέον κατηγορίες εργαστηριακών εξετάσεων που διενεργούνται από τους ασθενείς και χρησιμοποιούνται συνεχώς είναι: οι εξετάσεις κοπράνων και οι εξετάσεις αντισωμάτων.

Όσον αφορά τις πρώτες, διακρίνονται σε δύο υποκατηγορίες εξετάσεων. Πρόκειται για τις καλπροτεκτίνη και λακτοφερρίνηστα. Και οι δύο αυτές εξετάσεις συμβάλλουν στην ανίχνευση ουσιών που απελευθερώνονται από τα λευκά αιμοσφαίρια. Οι ουσίες αυτές σχετίζονται με την φλεγμονή και τη δραστικότητα, καθώς επίσης και την υποτροπή και τη σοβαρότητα της νόσου.

Η δεύτερη κατηγορία εξετάσεων, οι εξετάσεις αντισωμάτων διενεργούνται για να διακρίνουν σωστά την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn. Οι εξετάσεις αυτές δε παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθησία και

δεν είναι τόσο ισχυρές, ώστε να διαγνώσουντα νοσήματα αυτά. Αντίθετα,δίνουν πρόσθετες και χρήσιμες πληροφορίες στον γιατρό.²¹

Οι εξετάσεις των αντισωμάτων είναι οι ακόλουθες:

- § Περιπυρηνικά Αντισώματα κατά των Κυτταροπλασματικών Αντιγόνων των Ουδετεροφίλων (pANCA).
- § Αντισώματα έναντι του *Saccharomycescerevisiae*(ASCA), IgG και IgA.
- § Αντισώματα έναντι των *Clostridium*spp (Anti-CBir1). Έχουν βρεθεί στο 50% των κρουσμάτων με νόσο του Crohn.
- § Αντισώματα έναντι της *Escherichiacoli* (Anti-Omp C). Σχετίζονται με την ταχέως αναπτυσσόμενη νόσο του Crohn.
- § Αντισώματα έναντι της *Pseudomonasfluorescens* (Anti-I-2).

Σημειώνεται ότι, σε πολλούς ασθενείς ζητείται η διενέργεια περισσότερων από μία εξετάσεων αντισωμάτων, ώστε να αξιολογηθούν τα συνολικά ευρήματα. Για παράδειγμα,ενδέχεται να ζητηθούν συγχρόνως εξετάσεις αντισωμάτων ASCA, pANCA και Anti-Omp C με σκοπό να βοηθήσουν στην διάκριση μεταξύ νόσου του Crohn και ελκώδους κολίτιδας.²²

2.2.4 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι απεικονιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση της νόσου του Crohn είναι οι εξής:

α) Οι παραδοσιακές εξετάσεις, όπως είναι η εντερόκλυση. Η διαδικασία της εντερόκλυσης πραγματοποιείται με την έγχυση διαλύματος βαρίου απευθείας στο λεπτό έντερο,

²¹Saibil Fred, (2009). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Everything You Need to Know». Firefly Books

²²Baumgart, Daniel, (2012). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis». Springer

μέσω ενόσρινου γαστρικού καθετήρα. Με τον τρόπο αυτό, βελτιώνεται η διάταση του λεπτού εντέρου λόγω του μεγαλύτερου ρυθμού έγχυσης του σκιαγραφικού, με αποτέλεσμα να αναδεικνύονται καλύτερα πιθανές πρώιμες βλάβες.

Στην προετοιμασία του ασθενή για την εντερόκλυση συμβάλλει το νοσηλευτικό προσωπικό. Την προηγούμενη ημέρα ο ασθενής λαμβάνει ένα ήπιο καθαρτικό και παραμένει νηστικός μέχρι την ώρα της εξέτασης. Η εξέταση αρχίζει με τη μελέτη της απλής ακτινογραφίας της κοιλίας. Στην συνέχεια πραγματοποιείται τοπική αναισθησία και τοποθετείται δια της ρινός ή του στοματοφάρυγγος και με ειδικές κινήσεις, ειδικός καθετήρας. Η συγκεκριμένη διαδικασία περιγράφεται σε επόμενη ενότητα, όπου παρουσιάζεται αναλυτικά η νοσηλευτική παρέμβαση.

β) Η αξονική τομογραφία, η οποία χρησιμοποιείται προκειμένου να προσδιοριστεί το πάχος του τοιχώματος του εντέρου, καθώς επίσης και να διαγνωστούν και αποκλειστούν οι φλεγμονώδεις ενδοκοιλιακές περιοχές.

γ) Η μαγνητική τομογραφία (MRE) και η εντερογραφία (MR). Η μαγνητική τομογραφία συμβάλλει περισσότερο στην ανάδειξη περιεδρικών συριγγίων και αποστημάτων. Όσον αφορά την εντερογραφία, πρόκειται για ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία που χρησιμοποιούνται σήμερα, στην διάγνωση, τη διαπίστωση της ενεργότητας και την παρακολούθηση της νόσου του Crohn. Η μέθοδος της εντερογραφίας παρέχει επίσης, υψηλή σκιαγραφική αντίθεση των ιστών, καθώς και δυνατότητα μελέτης της κινητικότητας του εντέρου. Σημαντικό πλεονέκτημα της εντερογραφίας είναι ότι, δεν συνοδεύεται με έκθεση του ασθενή σε ακτινοβολία.²³

²³Σωτηρόπουλος Βασίλειος. «Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου. Η συμβολή του απεικονιστικού ελέγχου».

Πρόσβαση και από τον διαδικτυακό ιστό

2.2.5 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

Οι εξετάσεις αίματος αποτελούν μία ακόμη μέθοδο για την διάγνωση της νόσου του Crohn. Στην ουσία, οι εξετάσεις αίματος λειτουργούν παρόμοια με τον εργαστηριακό έλεγχο, δηλαδή αποσκοπούν στο να αποκλείσουν ορισμένες άλλες παθήσεις.

Μία πρώτη λειτουργία της εξέτασης αίματος είναι να διαγνώσει μία ενδεχόμενη αναιμία και τους λόγους πρόκλησής της. για παράδειγμα, μπορεί να έχει προκληθεί λόγω απώλειας ποσότητας αίματος, ή από ανεπάρκεια βιταμίνης B12. Μπορεί ακόμη να οφείλεται και σε κάποια περίπτωση αιμόλυσης.

Ωστόσο, η αιμόλυση, μπορεί να διαπιστωθεί και στον ελείτη, λόγω απορρόφησης της βιταμίνης B12 απορροφάται από τον ειλεό. Για την εκτίμηση της φλεγμονής και του βάθους που έχει προκληθεί, είναι χρήσιμη η διακρίβωση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων, η ESR και οι μετρήσεις της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης.

Όσον αφορά την φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, έχουν δοκιμαστεί κάποια αντισώματα, ώστε να αξιολογηθεί η ικανότητά τους να συμβάλλουν στην πρόγνωση της. Τα αντισώματα αυτά είναι ορολογικά αντισώματα και είναι τα εξής:

- § ASCA
- § antichitobioside
- § antiminaribioside

https://www.google.gr/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0CEAQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.exe1928.gr%2Fstatic%2Fmedia%2F2011%2F10%2Fe-cf83ceb5cebcecb9cebdceb1cf81ceb9cebf-ceb8ceb5cebcecb1-3-ceb2-cf83cf89cf84ceb7cf81cebfcf80cebfcf85cebbcebf83.docx&ei=PEkCVJDFIcHiywOImYKQDA&usq=AFQjCNHoCEzMA6suY5xUUscsS_GQPhpRA&sig2=riNfrd8fHE4HAmJ_A6je6g&bvm=bv.74115972,d.bGQ

§ antimannobioside

§ antilaminarin

§ antichitin²⁴

2.3 Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN

Στην παρούσα ενότητα, η νόσος του Crohn ταξινομείται με βάση διάφορα κριτήρια, όπως είναι ο βαθμός στον οποίο έχει επεκταθεί στον ασθενή, η κλινική της δραστηριότητα, καθώς και η ενδοσκοπική δραστηριότητα.

2.3.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ VIENNA ΚΑΙ MONTREAL

Η πρώτη ταξινόμηση γίνεται με βάση την ομάδα εργασίας της Βιέννης ή του Μόντρεαλ. Όσον αφορά την νόσο του Crohn, η ταξινόμηση κατά Vienna και Montreal, διακρίνουν την νόσο σε τρεις κατηγορίες.

Πρόκειται για την φλεγμονώδη μορφή, την στενωτική ή αποφρακτική μορφή, καθώς και την συριγγοποιητική μορφή.²⁵

Η ταξινόμηση του Montreal, εισήγαγε σε αυτές τις τρεις κατηγορίες, τρεις παράγοντες, οι οποίοι είναι οι εξής: ηλικία κατά την διάγνωση, εντόπιση και συμπεριφορά πάθησης. Σήμερα, έχουν εισαχθεί

²⁴Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

²⁵«8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του εντέρου». Τελικό πρόγραμμα, Βιβλίο ομιλιών και περιλήψεων
Πρόσβαση και από τον διαδικτυακό ιστό
<http://www.eomifne.gr/files/synedria/8.pdf>

περισσότερες κατηγορίες, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως τροποποιητές της νόσου και συμβολίζονται με το γράμμα p.

Στον πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζεται η ταξινόμηση της νόσου του Crohn, κατά Βιέννη και σύμφωνα με τις εισηγήσεις της ομάδας του Μόντρεαλ.

<i>Πίνακας 2.1</i>	
<i>Ταξινόμηση νόσου Crohn</i>	
<i>Ηλικία διάγνωσης</i>	A ₁ : < 40 ετών A ₂ : > 40 ετών
<i>Εντόπιση</i>	L ₁ : Τελικός ειλεός L ₂ : Παχύ έντερο L ₃ : Είλεοκολίτις L ₄ : Ανώτερο πεπτικό
<i>Συμπεριφορά</i>	B ₁ : Φλεγμονώδης B ₂ : Στενωτική B ₃ : Συριγγοποιητική

2.3.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Με βάση την έκταση της φλεγμονής, η νόσος του Crohn, διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

- Εντοπισμένη πάθηση: στην προκειμένη περίπτωση, η φλεγμονή του βλεννογόνου του εντέρου δεν ξεπερνά τα 30 εκατοστά.

ü Εκτεταμένη πάθηση: όταν πρόκειται για εκτεταμένη πάθηση η νόσος του Crohn έχει προσβάλλει το βλεννογόνο του εντέρου με μεγαλύτερη έκταση από 1 μέτρο και σε οποιαδήποτε περιοχή.²⁶

2.3.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Η κλινική δραστηριότητα της νόσου αναφέρεται στην ενεργότητα και την παρακολούθηση της πορείας και της εξέλιξής της. Η παρακολούθηση της νόσου του Crohn, γίνεται μέσα από μεθόδους και τεχνικές που έχουν ήδη αναφερθεί, όπως είναι οι εργαστηριακοί έλεγχοι, η κλινική εξέταση, η ενδοσκόπηση, τα ιστολογικά ευρήματα, αλλά και η ποιότητα της ζωής του ασθενή.

Με βάση λοιπόν την κλινική δραστηριότητα της νόσου, οι κατηγορίες στις οποίες διακρίνεται είναι οι εξής: ήπια, μέτρια και σοβαρή.

Σε περιπτώσεις που η νόσος του Crohn χαρακτηρίζεται ήπια, ο ασθενής δεν παρουσιάζει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα στον τρόπο ζωής του. Μπορεί να περπατήσει κανονικά, δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα στην διατροφή και την παροχή της μέσω του στόματος, ενώ επίσης δεν εκδηλώνει συμπτώματα αφυδάτωσης, κοιλιακού άλγους, απώλειας βάρους, απόφραξης, κ.λπ.

Στην περίπτωση της εκδήλωσης νόσου του Crohn, σε μέτριο βαθμό, ο ασθενής παρουσιάζει απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 10%, υποφέρει από εμετό, ενώ επίσης δεν ανταποκρίνεται στην φαρμακευτική αγωγή που του χορηγείται.

²⁶Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

Τέλος, όσον αφορά την σοβαρή περίπτωση νόσου του Crohn, ο ασθενής παρουσιάζει απόφραξη, απώλεια βάρους με δείκτη μάζας σώματος μικρότερο από 18, απόστημα, καθώς και όλα τα συμπτώματα της νόσου που έχουν περιγραφεί, παρά την εντατική χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

Στο σημείο αυτό σημειώνεται ότι, οι βασικότεροι δείκτες ενεργότητας που χρησιμοποιούνται στις κλινικές μελέτες είναι: ο δείκτης Crohn's Disease Activity Index (CDAI) και Harvey – Bradshaw Activity Index (HBI). Ασθενείς με δείκτη CDAI > 220, εντάσσονται στους ενεργά νοσούντες ασθενείς. Η ύφεση της νόσου ορίζεται σε δείκτη CDAI < 150.²⁷

2.3.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Τα δύο βασικά συστήματα αξιολόγησης της βλεννογονικής ενεργότητας της νόσου του Crohn είναι: ο Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity (CDEIS) και το Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (SES - CD).

Στην προκειμένη περίπτωση δεν υπάρχει κάποιο σύστημα βαθμολόγησης, όπως συμβαίνει και στην ταξινόμηση της νόσου με βάση την κλινική της δραστηριότητα.²⁸

Η αξιολόγηση της μετεγχειρητικής υποτροπής του νέου τελικού ειλεού, πραγματοποιείται μέσω του Rutgeerts' score. Η βαθμολογία του Rutgeerts' score παρουσιάζεται στον πίνακα 3.2 που ακολουθεί.

²⁷Saibil Fred, (2009). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Everything You Need to Know». FireflyBooks

²⁸Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

<i>Πίνακας 2.2</i>	
<i>Βαθμολογία του Rutgeerts' score</i>	
0	Καθόλου βλάβες
1	Λιγότερες από πέντε αφθώδεις βλάβες
2	Περισσότερες από πέντε αφθώδεις βλάβες με φυσιολογικό βλεννογόνο μεταξύ των βλαβών, ή βλάβες στην περιοχή της ειλεοκολικής αναστόμωσης
3	Διάχυτες αφθώδεις βλάβες με διάχυτα φλεγμονώδη βλεννογόνο
4	Διάχυτες αφθώδεις βλάβες με διάχυτα φλεγμονώδη βλεννογόνο και μεγάλα έλκη με οζώδη διαμόρφωση του βλεννογόνου ή στένωση

2.4 ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΕΞΑΡΣΕΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η νόσος του Crohn χαρακτηρίζεται από τις εναλλαγές μεταξύ της ύφεσης και των εξάρσεων. Οι εξάρσεις της νόσου διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες, με βάση την συχνότητα εμφάνισή τους μέσα σε ένα έτος.

Όταν οι εξάρσεις της νόσου του Crohn πραγματοποιούνται το πολύ μέχρι μία φορά μέσα στο έτος, τότε αναφερόμαστε σε σπάνιες εξάρσεις. Η δεύτερη κατηγορία είναι αυτή των συχνών εξάρσεων, οι οποίες παρουσιάζονται στους ασθενείς περισσότερες από δύο φορές μέσα στο έτος. Τέλος, υπάρχουν και οι συνεχείς εξάρσεις, κατά τις οποίες ο ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα της νόσου, καθ' όλη την διάρκεια του έτους, χωρίς να παρεμβάλλονται διαστήματα υφέσεων.

Πέρα όμως από τις εξάρσεις της νόσου, υπάρχει και η περίπτωση εμφάνισης νέων σημείων εκδήλωσής της, πρόκειται για τις υποτροπές

της νόσου του Crohn, οι οποίες εμφανίζονται κυρίως στον τελικό ειλεό και την εντερική αναστόμωση, μετά από κάποια εκτομή.

Η διάγνωση μίας πιθανής υποτροπής της νόσου, πραγματοποιείται μέσω της ενδοσκόπησης, του ακτινολογικού ελέγχου, ή ακόμη και της χειρουργικής επέμβασης.²⁹

2.5 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN

Οι δείκτες μέσω των οποίων παρακολουθείται η εκδήλωση της νόσου του Crohn είναι τρεις και είναι οι εξής:

- **Ορολογικοί δείκτες:** ο προσδιορισμός των ορολογικών δεικτών έχει χρησιμοποιηθεί για τη διάκριση μεταξύ των ιδιοπαθών φλεγμονωδών εντερικών νόσων. Για τον λόγο αυτό, χρησιμοποιηθεί δύο είδη αντισωμάτων. Πρόκειται για τα περιπυρηνικά αντισώματα έναντι του κυτταροπλάσματος των ουδετεροφίλων (perinuclearantineutrofiliccytoplasmicantibodies-pANCA) και τα αντισώματα έναντι του κυτταρικού τοιχώματος του *Saccharomyces cerevisiae* ή ASCA. Έχει διαπιστωθεί ότι, τα pANCA ανευρίσκονται σε ποσοστό 60-80% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, ενώ τα ASCA στο 40-60% περίπου των ασθενών με NC. Σημειώνεται επίσης ότι, ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα μπορεί να εμφανίζουν θετικά αντισώματα ASCA, ενώ από την άλλη πλευρά, ασθενείς με νόσο του Crohn μπορεί να παρουσιάζουν θετικά αντισώματα pANCA.³⁰ Στους ορολογικούς δείκτες για την διάγνωση της νόσου του Crohn,

²⁹Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

³⁰http://www.iatrikionline.gr/Gastro_37/2.pdf

συμπεριλαμβάνονται η αλβουμίνη και η CRP, καθώς επίσης και η αιμοσφαιρίνη και ο αριθμός των αιμοπεταλίων.

- Û *Δείκτες κοπράνων*: ένας δείκτης κοπράνων, ο οποίος συμβάλλει στην διάγνωση εάν η εντερική λειτουργία είναι ομαλή και φυσιολογική, ή παρουσιάζει διαταραχές, είναι η καλπροτεκτίνη. Η καλπροτεκτίνη κοπράνων είναι ένας δείκτης πολυμορφοπυρήνων. Έχει διαπιστωθεί ότι, ο ποσοτικός προσδιορισμός της καλπροτεκτίνης συνδέεται θετικά με την αποβολή των λευκών αιμοσφαιρίων με Indium-111.
- Û *Δείκτες παρακολούθησης ειλεοστομίας*: οι συγκεκριμένοι δείκτες, αποτελούν μέθοδο παρακολούθησης της πορείας της νόσου και της ανταπόκρισής της στην θεραπεία που έχει χορηγηθεί σε κάθε ασθενή. Θα πρέπει λοιπόν να υπολογίζονται οι απώλειες των υγρών και των ηλεκτρολυτών σε ημερήσια βάση. Επιπλέον, θα πρέπει να γίνεται προσεκτική φροντίδα της στομίας και τέλος, να γίνεται έγκαιρα και σωστά η αναγνώριση και η αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου.³¹

³¹Κατσάνος Κωνσταντίνος. «Μέθοδοι παρακολούθησης της ενεργότητας & της ανταπόκρισης στη θεραπεία των ΙΦΠΕ». Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Πρόσβαση και από τον διαδικτυακό ιστό
<http://www.eligast.gr/files/8.pdf>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN

Στο παρόν κεφάλαιο, αναλύεται η νόσος του Crohn. Περιγράφεται η κλινική εικόνα της νόσου, τα συμπτώματα που παρουσιάζει, διάφορες επιπλοκές που προκαλούνται, η αιτιοπαθογένεια της νόσου, καθώς επίσης και πως επιδρά η νόσος του Crohn σε περίπτωση εγκυμοσύνης.

3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Όπως ήδη αναφέρθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο, η νόσος του Crohn, εκδηλώνεται κυρίως στα αστικά κέντρα και τις περιοχές που έχουν αναπτύξει βιομηχανίες. Αντιθέτως, τα μικρότερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου διαπιστώνονται στις αγροτικές περιοχές. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι οι βόρειοι λαοί, πάσχουν περισσότερο από την φλεγμονώδη νόσο του Crohn, συγκριτικά με τους νότιους λαούς. Τέλος, υψηλότερα ποσοστά εκδήλωσης της νόσου, εμφανίζονται στους λευκούς ανθρώπους.

Αναλυτικότερα, έχει υπολογιστεί ότι ο αριθμός των ατόμων που νοσούν από φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και η οποία διαρκεί για διάστημα ενός έτους, ανέρχεται σε 5 άτομα ανά 100.000. Όσον αφορά την εκδήλωση της νόσου σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή (επιπολασμός) και με ανεξάρτητη διάρκεια, το ποσοστό εμφάνισής της είναι 5 προς 10.000 ανθρώπους.³²

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι, η νόσος του Crohn εμφανίζεται συχνότερα σε συγγενείς των ασθενών που πάσχουν ήδη από την ίδια νόσο. Σε περίπτωση που ένα άτομο έχει κάποιο συγγενή που

³²Lan James, (2005). «Learning Sickness: A Year with Crohn's Disease». Capital Books (VA)

πάσχει από την νόσο του Crohn, οι πιθανότητες εκδήλωσης της νόσου, είναι 10 φορές μεγαλύτερες συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, η πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου σε κάποιο παιδί ενός ήδη πάσχοντα, είναι 30 φορές μεγαλύτερη.

Αναφορικά με την χώρα μας, ακόμη δεν έχουν διευκρινιστεί τα ακριβή επιδημιολογικά στοιχεία. Μέσα από μελέτες που έχουν διεξαχθεί, το μοναδικό συμπέρασμα που έχει διαπιστωθεί είναι ότι, στις περιοχές της Κρήτης και της Ηπείρου, η εμφάνιση και ο επιπολασμός της νόσου παρουσιάζουν τα ίδια ποσοστά με αυτά των ανεπτυγμένων δυτικών χωρών.³³

3.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η νόσος του Crohn χαρακτηρίζεται από τις συνεχείς εναλλαγές μεταξύ εξάρσεων και υφέσεων. Η κλινική εικόνα της νόσου οφείλεται στην φλεγμονή του τοιχώματος του τμήματος του εντέρου, αλλά και σε πιθανές επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν σε έναν ασθενή.

Όταν η νόσος του Crohn είναι σε έξαρση, τότε ο ασθενής εκδηλώνει τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα που αναγράφονται στην συνέχεια:

Ü Διάρροια. Η διάρροια αποτελεί ένα από τα πρώτα συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται στην νόσο του Crohn. Πρόκειται για ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα που εκδηλώνει ένας ασθενής. Ένα χαρακτηριστικό της διάρροιας είναι ότι διαβαθμίζεται από ήπια έως σοβαρή. Επιπλέον, παρατηρείται μία έντονη τάση από τον ασθενή να πάει τουαλέτα. Ωστόσο, πολλές φορές η ανάγκη του αυτή δεν έχει αποτέλεσμα. Το φαινόμενο αυτό αποκαλείται

³³Harper Virginia, (2002). «Controlling Crohn's Disease: The Natural Way». Kensington

τεινεσμός.Σημειώνεται επίσης ότι, η διάρροια ενδέχεται να περιέχει βλέννα, πύον ή ακόμη και αίμα.Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο νοσηλευτής συστήνει στον ασθενή να ακολουθεί ένα συγκεκριμένο διαιτολόγιο και να ακολουθεί ορισμένες τροφές όπως είναι, τα βαριά φαγητά και οι ξηροί καρποί. Επιπλέον, χορηγεί σε αυτόν παυσίπονα και άλλα αντιδιαρροϊκά φάρμακα.

Û Πόνος. Η συχνότητα εμφάνισης του πόνου έχει υπολογιστεί περίπου σε 8 από τους 10 ασθενείς. Το τμήμα του εντέρου στο οποίο εκδηλώνεται ο πόνος, διαφέρει ανάλογα με το που έχει διαπιστωθεί η φλεγμονή. Ωστόσο, παρατηρείται ότι η περιοχή η οποία προσβάλλεται συχνότερα είναι ο τελικός ειλεός. Πρόκειται για το τελικό τμήμα του λεπτού εντέρου. Επίσης, πολλές φορές, ο πόνος του εντέρου, συνδέεται και με τον πόνο της σκωληκοειδίτιδος. Για την αντιμετώπιση του πόνου του ασθενούς, συνίσταται η χορήγηση παυσίπονων και αντιδιαρροϊκών φαρμάκων.

Û Απώλεια βάρους. Πρόκειται για ένα ακόμη σύμπτωμα της νόσου.

Û Γενικό αίσθημα κακουχίας με ανορεξία εύκολη κόπωση και πυρετό.

Û Αναιμία

Û Άφθες στο στόμα. Οι άφθες στο στόμα εμφανίζονται συνήθως σε επιπλοκές της νόσου. Η αποφυγή του εν λόγω συμπτώματος θα πρέπει να επισημαίνεται στον ασθενή από τον νοσηλευτή, με την τήρηση κανόνων υγιεινής του στόματος. Σημειώνεται ότι ο ασθενής θα πρέπει να χρησιμοποιεί ατομικά προϊόντα καθαρισμού και να πλένει καθημερινά τα χέρια του και το στόμα του.

Û Ραγάδες του πρωκτού αλλά και περιπρωκτικάσυρίγγια. Η περιποίηση του πρωκτού θεωρείται αναγκαία για τον περιορισμό των συμπτωμάτων της νόσου.

ü Άλλα συμπτώματα. Εκτός από τα συμπτώματα που έχουν αναφερθεί, υπάρχουν και ορισμένα συμπτώματα, τα οποία οφείλονται στην προσβολή άλλων συστημάτων του οργανισμού, εκτός από το έντερο. Στα συστήματα αυτά περιλαμβάνονται: οι αρθρώσεις, το δέρμα, το ήπαρ, τα μάτια, κ.λπ. Τα συμπτώματα αυτά περιγράφονται και στην συνέχεια της ενότητας. Για την αποφυγή τέτοιων συμπτωμάτων, ο νοσηλευτής επισημαίνει τον ασθενή την αναγκαιότητα της διατήρησης συνθηκών υγιεινής του σώματος, ενώ όπου κρίνεται αναγκαίο προβαίνει και στην λήψη ζωτικών σημείων.

Στην συνέχεια, παρουσιάζεται η κλινική εικόνα της νόσου, με βάση τις μορφές της και τις επιπλοκές που παρουσιάζει.³⁴

Χρόνια φλεγμονώδης νόσος

Η χρόνια φλεγμονώδης νόσος του Crohn αποτελεί την πιο κοινή μορφή και εμφανίζεται συνήθως σε ασθενείς που πάσχουν με ειλεΐτιδα, η ειλεοκολίτιδα.

Η κλινική εικόνα των ασθενών που έχουν εκδηλώσει χρόνια φλεγμονώδη νόσο είναι η εξής: Οι ασθενείς εκδηλώνουν χαμηλό πυρετό, αδιαθεσία, απώλεια βάρους και διάρροια. Όσον αφορά την διάρροια, δεν συνοδεύεται με αίμα.

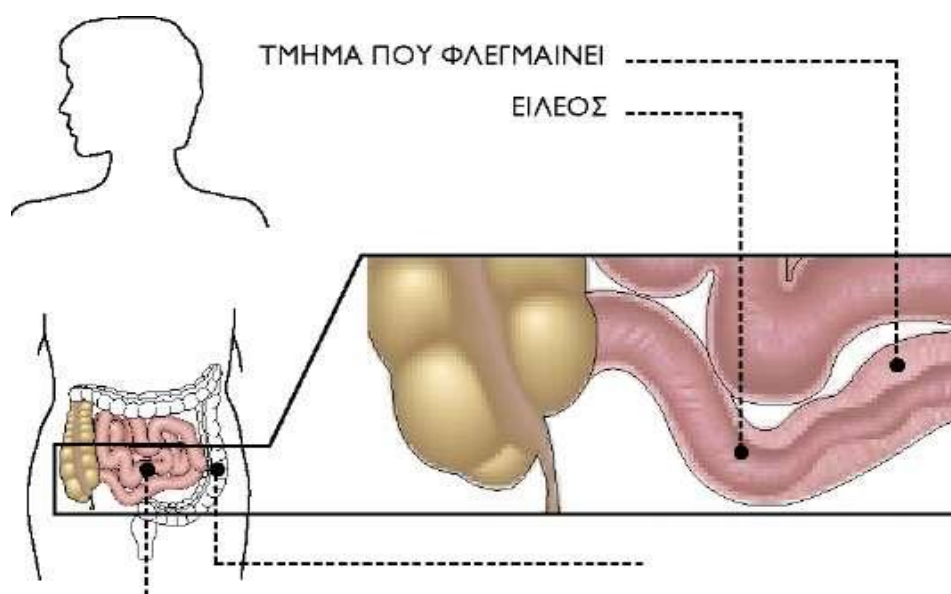
Επιπλέον, ο ασθενής παρουσιάζει πόνο στο δεξιό κατώτερο πλάγιο της κοιλιάς, ο οποίος ενδέχεται να συγχέεται με πόνους οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Σημειώνεται επίσης, ότι σε ορισμένες περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει την μέθοδο της ψηλάφησης στην περιοχή που

³⁴ Warner A., Barto A., (2007). «100 Q&A About Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: A Lahey Clinic Guide». Jones & Bartlett Publishers

έχει εκδηλωθεί η φλεγμονή του τοιχώματος του εντέρου. Λόγω της χρόνιας φλεγμονής, σε περιπτώσεις που η νόσος προσβάλλει το λεπτό έντερο, υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων δυσαπορρόφησης.³⁵

Στην εικόνα 2.1 παρουσιάζεται η νόσος του Crohn, όταν προσβάλλεται ο ειλεός. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο ειλεός αποτελεί το τελευταίο τμήμα του λεπτού εντέρου. Στην περίπτωση αυτή σχηματίζονται έλκη, τα οποία επεκτείνονται σε όλο το πάχος του εντερικού τοιχώματος. Καθώς το προσβεβλημένο τμήμα του εντέρου γίνεται παχύ και αναπτύσσει ουλές, ο αυλός στενεύει, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η απορρόφηση θρεπτικών ουσιών και η φυσιολογική εντερική λειτουργία.



Εικόνα 2.1 Η νόσος του Crohn, όταν εκδηλώνεται στον ειλεό

Εντερική απόφραξη

Η εντερική απόφραξη οφείλεται σε μία στένωση του αυλού του εντέρου, ύστερα από μία φλεγμονή του. Η εντερική απόφραξη

³⁵Saibil Fred, (2009). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Everything You Need to Know». Firefly Books

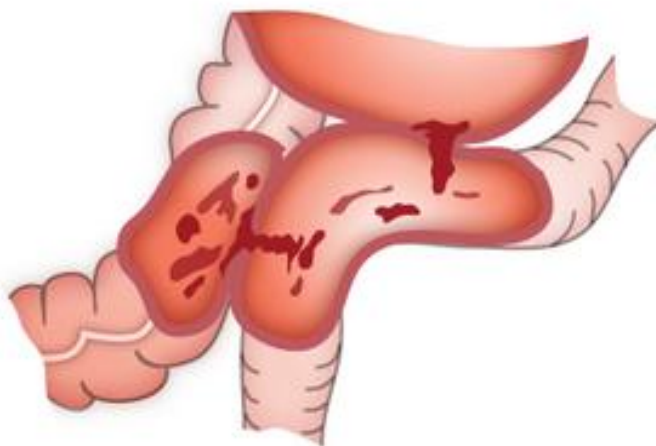
εκδηλώνεται με συμπτώματα πόνου στην περιοχή της κοιλίας, αλλά και αίσθημα κοιλιακής διάτασης ύστερα από ένα γεύμα.

Δημιουργία συριγγίων

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα συρίγγια είναι οδοί επικοινωνίας του εντέρου με τα τριγύρω όργανα του ανθρώπινου σώματος.

Λόγω του περιεχομένου του εντέρου, όταν εκδηλώνεται μία φλεγμονή σε κάποιο τοίχωμα, δημιουργούνται τα συρίγγια τα οποία προκαλούν φλεγμονές και εν συνεχεία δημιουργούνται τα αποστήματα.

Στην εικόνα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα συρίγγια που δημιουργούνται στα τοιχώματα του εντέρου.



Εικόνα 2.2 Η δημιουργία συριγγίων στην νόσο του Crohn

Περιπρωκτικές εκδηλώσεις

Οι περιπρωκτικές εκδηλώσεις αποτελούν επιπλοκή της νόσου και εκδηλώνονται περίπου στο 1/3 των ασθενών που πάσχουν από

φλεγμονώδη νόσο του Crohn. Οι ασθενείς αυτοί αισθάνονται ενοχλήσεις και πόνο στην περιοχή του πρωκτού. Σε αυτό συμβάλει η δημιουργία των ραγάδων, τα περιπρωκτικά συρίγγια και τα αποστημάτα.

Εξωεντερικές εκδηλώσεις

Με την έννοια των εξωεντερικών εκδηλώσεων αναφέρονται τα συμπτώματα που εμφανίζονται και σε άλλα όργανα του ανθρώπινου οργανισμού, εκτός του εντέρου. Σημειώνεται επίσης, ότι τα συμπτώματα αυτά ενδέχεται να παρουσιαστούν και στην άλλη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, την ελκώδη κολίτιδα.³⁶

Μερικές από τις εκδηλώσεις αυτές, μπορεί να εμφανιστούν και στην ελκώδη κολίτιδα και αφορούν άλλα όργανα εκτός του εντέρου.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται οι εξωεντερικές εκδηλώσεις της νόσου του Crohn. Οι επιπλοκές που δημιουργούνται σε όργανα εκτός του εντέρου είναι οι εξής:

- ✓ Αρθρίτιδα των περιφερικών αρθρώσεων. Πρόκειται για ασθένειες που χαρακτηρίζονται από φλεγμονές στις αρθρώσεις και τις ενθέσεις των μυών. Οι παθήσεις αυτές αποτελούν ένα είδος ρευματολογικής ασθένειας, τηνσπονδυλοαρθροπάθεια.
- ✓ Φλεγμονές του εσωτερικού τμήματος του οφθαλμού. Η πιο γνωστή εξωεντερική εκδήλωση της νόσου στην περιοχή των οφθαλμών είναι η ραγοειδίτιδα. Η συγκεκριμένη πάθηση προκαλεί πόνο στον οφθαλμό, ειδικότερα όταν ο ασθενής εκτίθεται στο φως. Μία ακόμη νόσος των οφθαλμών που σχετίζεται με επιπλοκή της νόσου του Crohn, είναι η φλεγμονή του σκληρού χιτώνα του ματιού, γνωστή ως επισκληρίτιδα.

³⁶Lan James, (2005). «Learning Sickness: A Year with Crohn's Disease». Capital Books (VA)

- ✓ Στη στοματική κοιλότητα οι ασθενείς που πάσχουν από νόσο του Crohn, ενδέχεται να εκδηλώσουν χειλίτιδα *granulomatosa*, ή άλλες μορφές της στοματοπροσωπικής κοκκιομάτωσης.
- ✓ Η νόσος του Crohn, ενδέχεται να προκαλέσει επιπλοκές και στο δέρμα. Εκδηλώσεις του δέρματος είναι το οζώδες ερύθημα και το γαγγραινικό πυόδερμα.
- ✓ Λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Πρόκειται για την εκδήλωση λιθίασης του ουροποιητικού και ουρολοιμώξεων.
- ✓ Η νόσος του Crohn μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο για χολόλιθους, καθώς επηρεάζει τον ειλεό.
- ✓ Η νόσος του Crohn ενδέχεται να προκαλέσει επίσης, επιπλοκές και στο αίμα. Έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με νόσο του Crohn, έχουν υψηλά ποσοστά πρόκλησης θρόμβωσης, ενώ επίσης έχει διαπιστωθεί ότι τα κάτω άκρα διογκώνονται.
- ✓ Τέλος, υπάρχει πιθανότητα εκδήλωση οστεοπόρωσης.³⁷

Στο σημείο αυτό παρατίθεται ένας πίνακας με τα βασικά συμπτώματα που περιγράφουν την κλινική εικόνα της νόσου του Crohn, με βάση την συχνότητα εμφάνισής τους.

<i>Πίνακας 3.1</i>	
<i>Συμπτώματα της νόσου του Crohn και η συχνότητα εμφάνισής τους</i>	
<i>Συμπτώματα</i>	<i>Ποσοστό εμφάνισης</i>
Πόνος	87%
Διάρροια	66%
Απώλεια βάρους	55%
Ανορεξία	37%
Πυρετός	36%

³⁷Zonderman Jon, (2002). «Understanding Crohn Disease and Ulcerative Colitis». University Press of Mississippi

Εμετοί	35%
Κόπωση	32%
Ναυτία	30%
Οξεία κοιλία	25%
Κακή διατροφή	14%
Συρίγγια	15%

3.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η ακριβής αιτιολογία της νόσου ακόμη δεν έχει διευκρινιστεί, παρά τις μελέτες των επιστημόνων. Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί, έχουν αποδείξει ότι, η φλεγμονή που παρατηρείται κατά την εκδήλωση της νόσου του Crohn, οφείλεται στον συνδυασμό διάφορων παραγόντων, όπως είναι για παράδειγμα, το ανοσολογικό σύστημα του ασθενή, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, η κληρονομικότητα, κ.λπ.

Αναφορικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, έχει διαπιστωθεί ότι, στο περιβάλλον υπάρχουν διάφορες ουσίες, οι οποίες λειτουργούν ως αντιγόνα και μπορούν να προκαλέσουν φλεγμονές.

Παρόλο που οι ουσίες αυτές, μπορεί να μην είναι ικανές να προκαλέσουν με άμεσο τρόπο κάποια φλεγμονή, έχουν την δυνατότητα να επηρεάσουν το ανοσολογικό σύστημα ενός ανθρώπου, διεγείροντας την άμυνα του οργανισμού του. Όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο είναι πολύ πιθανό να εκδηλωθεί κάποια φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου, όπως είναι η νόσος του Crohn.

Κάποιοι άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την νόσο του Crohn, είναι το κάπνισμα και τα φάρμακα.

Όσον αφορά το κάπνισμα, έχει διαπιστωθεί ότι, οι καπνιστές έχουν αυξημένες πιθανότητες υποτροπής της νόσου. Μία τέτοια εξέλιξη καθιστά αναγκαία και την αντιμετώπιση της νόσου με χειρουργική

επέμβαση. Αντίθετα, οι μη καπνιστές, οι αυτοί που διακόπτουν το κάπνισμα, βελτιώνουν την φυσική πορεία και εξέλιξη της νόσου, σε περίπτωση που έχει ήδη εκδηλωθεί. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι καθοριστικό ρόλο στην διακοπή του καπνίσματος από τους ασθενείς διαδραματίζει και το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή ότι το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες επιπλοκής της νόσου και επομένως να τον προτρέψει να το διακόψει οριστικά.

Αναφορικά με τα φάρμακα, ορισμένα είδη φαρμάκων και συγκεκριμένα χαπιών, φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με την εκδήλωση της νόσου. Πρόκειται για τα αντιρευματικά και αντισυλληπτικά χάπια. Για τον λόγο αυτό, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι άρτια καταρτισμένο ώστε να γνωρίζει τα φάρμακα που ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την πορεία της νόσου, ενώ παράλληλα θα πρέπει να είναι σε θέση να χορηγεί στον ασθενή την σωστή δοσολογία και την κατάλληλη ώρα.

Κατά το παρελθόν, έχουν διεξαχθεί έρευνες, προκειμένου να διαπιστωθεί η συσχέτιση της νόσου με διάφορους ψυχολογικούς παράγοντες όπως είναι το άγχος, καθώς και με τις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων. Έχει διαπιστωθεί ότι, τόσο η διατροφή όσο και το άγχος δεν αποτελούν παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν την εκδήλωση συμπτωμάτων φλεγμονώδους διαταραχής στο έντερο. Οι παράγοντες αυτοί έχουν ενοχοποιηθεί από πολλούς επιστήμονες, αλλά στο μόνο που συμβάλλουν είναι στην επιδείνωση της νόσου και όχι στην πρόκλησή της. Ωστόσο, από πολλούς επιστήμονες έχει αναπτυχθεί και η αντίθετη άποψη, η οποία αποδεικνύεται λανθασμένη.

Από την άλλη πλευρά, οι έρευνες αυτές, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, οι παράγοντες οι οποίοι μπορεί να διαδραματίζουν

καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου του Crohn είναι, η κληρονομικότητα και η δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.

Στο σημείο αυτό αξίζει να γίνει μία ιδιαίτερη αναφορά στις μεταλλάξεις. Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί ότι, ορισμένοι εξωτερικοί παράγοντες προδιαθέτουν την ανάπτυξη της νόσου. Χαρακτηριστικά παραδείγματα εξωτερικών παραγόντων είναι οι ιοί και τα βακτηρίδια. Η ύπαρξη ενός ιού ή ενός βακτηριδίου σε έναν οργανισμό, ενδέχεται να προκαλέσει δυσλειτουργία στο ανοσολογικό σύστημα του ανθρώπου, με αποτέλεσμα την εκδήλωση της νόσου. Πέρα όμως από την άμεση εκδήλωση της νόσου, υπάρχει και η πιθανότητα, ο παράγοντας αυτός να προκαλέσει κάποια βλάβη στο τοίχωμα του εντέρου, όπως για παράδειγμα μία γαστρεντερίτιδα, έχοντας ως επακόλουθο την ανάπτυξη μίας φλεγμονής στο έντερο.³⁸

Αξίζει να σημειωθεί ότι, έχει διαπιστωθεί ένα γονίδιο το οποίο ονομάζεται NOD2 και στο οποίο, οι μεταλλάξεις αποτελούν συχνότερο φαινόμενο στους ασθενείς από νόσο του Crohn. Επιπλέον, οι ασθενείς που έχουν υποστεί μετάλλαξη στο εν λόγω γονίδιο, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά πραγματοποίησης κάποιας χειρουργικής επέμβασης.

Τέλος, σημειώνεται ότι, στην νόσο του Crohn, η φλεγμονή μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος. Αναφορικά με τα τμήματα του γαστρεντερικού συστήματος που επηρεάζονται περισσότερο, ένα ποσοστό ασθενών περίπου 70% με 80%, εκδηλώνει φλεγμονή στον τελικό ειλεό. Παράλληλα, υπάρχει και ένα ποσοστό ασθενών που εκδηλώνει την νόσο στον ειλεό, αλλά σε συνδυασμό με προσβολή και του παχέος εντέρου.³⁹

³⁸Zonderman Jon, (2002). «Understanding Crohn Disease and Ulcerative Colitis». University Press of Mississippi

³⁹Lan James, (2005). «Learning Sickness: A Year with Crohn's Disease». Capital Books (VA)

3.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ένα βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της παθοφυσιολογίας της νόσου του Crohn είναι ότι, προκαλεί φλεγμονή στο τοίχωμα του εντέρου, η οποία μπορεί να επεκταθεί. Σε περιπτώσεις που η νόσος έχει εξελιχθεί αρκετά, παρατηρείται εξέλκωση.

Η διάγνωση της νόσου πραγματοποιείται κυρίως, μέσω της διαδικασίας της κολονοσκόπησης και της βιοψίας του παχέος εντέρου.

Μικροσκοπικά οι βιοψίες του κόλον που έχει προσβληθεί από την νόσο, ενδέχεται να εμφανίζουν φλεγμονή βλεννογόνου. Η φλεγμονή αυτή, χαρακτηρίζεται από εστιακή διήθηση των ουδετερόφιλων εντός του επιθηλίου.

3.5 ΤΥΠΟΙ ΝΟΣΟΥ

Η νόσος του Crohn, διακρίνεται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες, οι οποίες είναι οι εξής:

- Ο χρόνιας φλεγμονώδης τύπος: στην συγκεκριμένη περίπτωση, ο ασθενής παρουσιάζει χαμηλό πυρετό, κακουχία, απώλεια βάρους, αδυναμία και διάρροια. Επιπλέον, ενδέχεται να διαπιστωθούν και άλγη στην περιοχή της κοιλίας. Ο χρόνιας φλεγμονώδης τύπος, αποτελεί την συχνότερη κατηγορία νόσου του Crohn και επικρατεί κυρίως στους αρρώστους με ειλεΐτιδα ή ειλεοκολίτιδα.
- Ο αποφρακτικός τύπος: στον αποφρακτικό τύπο προκαλείται πόνος στην κοιλιά, ο οποίος μοιάζει σαν κολικός. Επιπλέον, διαπιστώνεται φούσκωμα και αυξημένοι εντερικοί ήχοι της κοιλίας. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, η στένωση του αυλού του εντέρου εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της χρόνιας φλεγμονώδους

διεργασίας, η οποία μπορεί να καταλήξει σε μόνιμη ούλωση σε ένα ή και περισσότερα τμήματα του εντέρου.

- Ü Η νόσος του Crohn που εκδηλώνεται με συρίγγια: πρόκειται για δημιουργία «οδών» επικοινωνίας μεταξύ των εντέρων, σπλάγχνων, ακόμη και του δέρματος. Συρίγγια μεταξύ λεπτού και παχέος εντέρου έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων διάρροιας, απώλειας βάρους και εκδηλώσεις δυσαπορρόφησης. Συρίγγια προς την ουροδόχο κύστη ή τον κόλπο προκαλούν αντίστοιχες λοιμώξεις, ενώ εντεροδερματικά συρίγγια εκδηλώνονται κυρίως στις θέσεις των ουλών προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων για τη νόσο. Σημειώνεται ότι, συρίγγια αναπτύσσονται σε μία αναλογία των ασθενών, της τάξης 20% έως 40%.
- Ü Η περιπρωκτική νόσος: εκδηλώνεται με πρωκτικές σχισμές, συρίγγια και αποστήματα. Το ποσοστό των ασθενών που θα αναπτύξουν περιπρωκτική νόσο, ύστερα από προσβολή του λεπτού ή παχέος εντέρου, ανέρχεται σε 20% με 30% περίπου.⁴⁰

3.6 ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η νόσος του Crohn, παρουσιάζει συχνά υποτροπές. Έχει διαπιστωθεί ότι, σχεδόν όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν μία υποτροπή σε μία εικοσαετία. Η θνησιμότητα της νόσου ποικίλει ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης κάθε ασθενούς.

Γενικά, ο δείκτης θνησιμότητας είναι διπλάσιος για τους ασθενείς με νόσο του Crohn, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Σημειώνεται

⁴⁰Zonderman Jon, (2002). «Understanding Crohn Disease and Ulcerative Colitis». University Press of Mississippi

ότι, οι περισσότεροι θάνατοι ασθενών με φλεγμονή του εντέρου, πραγματοποιούνται ύστερα από μία χειρουργική επέμβαση.

Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι ένα υψηλό ποσοστό ασθενών ζουν μία φυσιολογική ζωή. Προκειμένου ένας ασθενής να ζήσει όσο το δυνατόν με φυσιολογικό τρόπο, απαιτείται, πέρα από τις διατροφικές οδηγίες και ψυχολογική υποστήριξη. Για τους ασθενείς της νόσου, οι οδηγίες και η βοήθεια από εξειδικευμένο προσωπικό, καθίστανται αναγκαίες καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους.⁴¹

3.7 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η νόσος του Crohn μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες μηχανικές επιπλοκές του λεπτού εντέρου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελούν, η απόφραξη, τα συρίγγια και τα αποστήματα.

Πιο συγκεκριμένα, οι επιπλοκές που ενδέχεται να παρουσιαστούν από κάποια φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου, όπως είναι η νόσος του Crohn, είναι οι ακόλουθες:

- Ø Απόφραξη: η απόφραξη οφείλεται στην ανάπτυξη ουλώδους ιστού που δημιουργείται σε σημεία που έχει προσβληθεί το έντερο. Η απόφραξη στενεύει τον αυλό και είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει δυσκολία στην διόδο του εντερικού περιεχομένου. Κάτι τέτοιο θα έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να βιώνει συμπτώματα πόνου και συχνώνεμετών. Η αποφυγή των συγκεκριμένων συμπτωμάτων πραγματοποιείται με την χορήγηση των κατάλληλων παυσίπων και φαρμάκων, καθώς και με την χορήγηση συγκεκριμένης διατροφής.

⁴¹Saibil Fred, (2009). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Everything You Need to Know». Firefly Books

- Ø Συρίγγια: Τα συρίγγια μπορούν να αναπτυχθούν σε τρία σημεία. Το πρώτο σημείο είναι ανάμεσα στο έντερο και στην κύστη, το δεύτερο, ανάμεσα στο έντερο και στον κόλπο και το τρίτο σημείο, ανάμεσα στο έντερο και στο δέρμα. Τα συρίγγια εμφανίζονται όταν η φλεγμονή αναπτύσσει πόρους ανάμεσα στα διαφορετικά τμήματα του σώματος που μόλις αναφέρθηκαν.
- Ø Αποστήματα: τα αποστήματα αποτελούν μολυσμένα ανοιχτά τοιχώματα τα οποία βρίσκονται συνήθως στην περιοχή της κοιλιάς ή στην περιπρωκτική περιοχή. Τα αποστήματα αναπτύσσονται στις περιοχές αυτές πύον.
- Ø Καρκίνος: Οι ασθενείς με νόσο Crohn έχουν έναν μικρό αλλά σαφώς αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στην περιοχή της φλεγμονής, συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό. Για τον λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητος ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του εντέρου. Ο έλεγχος πραγματοποιείται με την διαδικασία της κολonosκόπησης και είναι απαραίτητη για τους ασθενείς, τουλάχιστον κάθε 8 χρόνια.
- Ø Οστεοπόρωση: η οστεοπόρωση οφείλεται στην φτωχή απορρόφηση των συστατικών της τροφής από τα τμήματα του εντέρου που έχουν προσβληθεί από κάποια φλεγμονή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή ότι μία από τις επιπλοκές της νόσου είναι η εμφάνιση οστεοπόρωσης.
- Ø Υποσιτισμός: οι ασθενείς με νόσο του Crohn είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσουν πρόβλημα υποσιτισμού. Κάτι τέτοιο συμβαίνει λόγω της μειωμένης ποσότητας τροφής που λαμβάνει ο ασθενής, καθώς επίσης και της δυσκολίας στην απορρόφηση της. Σημειώνεται ότι, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επισημαίνει στον ασθενή την αναγκαιότητα της λήψης τροφής, η οποία θα πρέπει να περιέχει ελαφριές τροφές.

Ø Σε περίπτωση εγκυμοσύνης: η νόσος του Crohn, ενδέχεται να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές τόσο στην μητέρα, όσο και στο έμβryo, εξαιτίας ορισμένων φαρμάκων που μπορεί να χορηγούνται στην γυναίκα. Η συνύπαρξη της νόσου και η εγκυμοσύνη, αναλύονται στην συνέχεια σε επόμενη ενότητα.⁴²⁴³

3.8 ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Στην προηγούμενη ενότητα αναφέρθηκε, ότι η νόσος του Crohn ενδέχεται να προκαλέσει επιπλοκές τόσο στην μητέρα, όσο και στο έμβryo. Στην παρούσα ενότητα αναμένεται να γίνει μία πιο εκτενής αναφορά στην νόσο του Crohn και την εγκυμοσύνη.

Η πλειοψηφία των γυναικών που πάσχουν από νόσο του Crohn, μπορούν να αποκτήσουν κάποιο παιδί χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα, ή κάποια ανεπιθύμητη επιπλοκή. Όταν η σύλληψη και η εγκυμοσύνη γίνονται σε φάσεις, κατά τις οποίες η νόσος βρίσκεται σε ύφεση, τότε δεν συντρέχει κάποια ανησυχία για πιθανές βλάβες στο έμβryo και την μητέρα, ή ακόμη και για αποβολή του εμβρύου. Για το λόγο αυτό, συνίσταται στα ζευγάρια που επιθυμούν να αποκτήσουν παιδί και η γυναίκα πάσχει από νόσο του Crohn, να προβούν σε έναν προγραμματισμό και να επιδιώκουν μία εγκυμοσύνη, όταν η νόσος δεν είναι σε έξαρση και δεν εκδηλώνονται συμπτώματα.⁴⁴

Όταν η νόσος βρίσκεται σε έξαρση, προτείνεται στην γυναίκες να αποφεύγουν τις προσπάθειες για σύλληψη. Έχει διαπιστωθεί ότι, σε

⁴²Zonderman Jon, (2002). «Understanding Crohn Disease and Ulcerative Colitis». University Press of Mississippi

⁴³Saibil Fred, (2009). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Everything You Need to Know». Firefly Books

⁴⁴Saibil Fred, (2009). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Everything You Need to Know». Firefly Books

γυναίκες στις οποίες η νόσος βρίσκεται σε έξαρση, υπάρχει και μειωμένη γονιμότητα.

Οι γυναίκες που πάσχουν από φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και ειδικά όταν αυτή βρίσκεται σε έξαρση, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για έναν πρόωρο τοκετό, για γέννηση λιποβαρών νεογνών, ή ακόμη και με συγγενείς ανωμαλίες.

Κρίνεται λοιπόν σαφές, ότι όταν η νόσος του Crohn βρίσκεται σε έξαρση, η κύηση θα πρέπει να αποφεύγεται. Επιπλέον, κρίνεται απαραίτητο, οι γυναίκες ασθενείς να παρακολουθούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα από τον γυναικολόγο τους και να βρίσκονται σε συνεχή επαφή με το γαστρεντερολόγο για την ταχεία αντιμετώπιση μίας πιθανής έξαρσης.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι, δεν έχει διαπιστωθεί κάποια θετική συσχέτιση μεταξύ της κύησης και της πιθανότητας έξαρσης της νόσου. Αντίθετα, έχει διεξαχθεί το συμπέρασμα ότι, όταν μία γυναίκα που πάσχει από νόσο του Crohn, είναι πιθανότερο να παρουσιάσει βελτίωση κατά την διάρκεια της κύησης, παρά έξαρση. Σημειώνεται επίσης, ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η γυναίκα θα πρέπει να προσέχει ιδιαίτερα την διατροφή της και να λαμβάνει σίδηρο και βιταμίνες.

Όσον αφορά την χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της νόσου, όταν η ασθενής βρίσκεται σε κύηση, συνίσταται, η χορήγηση τους να γίνεται ύστερα από συνεννόηση τόσο με τον γυναικολόγο, όσο και τον γαστρεντερολόγο.

Έχει διαπιστωθεί ότι, τα περισσότερα είδη φαρμάκων, δεν προκαλούν κάποιο πρόβλημα ή επιπλοκή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ακόμη και η χρήση της κορτιζόνης δεν σχετίζεται αρνητικά με κάποια επιπλοκή της νόσου.

Από την κατηγορία των ανοσοκατασταλτικών, απαγορεύεται η χρήση της μεθοτρεξάτης. Επίσης, η αζαθειοπρίνη, παρόλο που αρχικά είχε θεωρηθεί ότι προκαλεί επιπλοκές στα έμβρυα, δεν έχει αποδειχθεί κάτι τέτοιο. Η αζαθειοπρίνη, έχει χρησιμοποιηθεί σε πειράματα με έμβρυα πειραματόζωα. Η ύπαρξη θετικής σχέσης μεταξύ των εμβρύων και την αζαθειοπρίνης, είναι αυτή που οδήγησε στην αντίληψη ότι κάτι ανάλογο θα συμβαίνει και με την κύηση των ασθενών με νόσο του Crohn.⁴⁵

Όσον αφορά τα αμινοσαλικυλικά, αυτά αποτελούν ασφαλή φάρμακα, τα οποία δεν συνοδεύονται με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών. Τα αμινοσαλικυλικά φάρμακα, όπως η σουλφασαλαζίνη και η μεσαλαζίνη, μπορούν να χορηγηθούν με ασφάλεια τόσο κατά την διάρκεια της κύησης, όσο και μετέπειτα, στον θηλασμό.

Ωστόσο, έχουν παρατηρηθεί και ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις, κατά τις οποίες τα βρέφη που θηλάζουν απόμητέρες που λαμβάνουν μεσαλαζίνη μπορεί να εμφανίσουν διάρροιες. Στην περίπτωση που συμβαίνει κάτι τέτοιο, θα πρέπει να διακόπτεται το φάρμακο.⁴⁶

Αξίζει να σημειωθεί ότι, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνει την ασθενή ότι, σε περίπτωση που ενδιαφέρονται να δημιουργήσουν οικογένεια, θα πρέπει να το επιδιώξουν σε περιόδους που η νόσος βρίσκεται σε ύφεση και όχι σε έξαρση.

3.9 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί, έχει διαπιστωθεί ότι λίγο διάστημα πριν την εκδήλωση της νόσου, αρκετοί ασθενείς έχουν

⁴⁵Saibil Fred, (2009). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Everything You Need to Know». Firefly Books

⁴⁶Baumgart, Daniel, (2012). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis». Springer

λάβει υψηλότερες ποσότητες ζάχαρης και δημητριακών, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, το αντίθετο δεν ισχύει. Δηλαδή, αν ένας ασθενής πάσχει από νόσο του Crohn, δεν σημαίνει ότι αν ελαττώσει την ζάχαρη ή τα επεξεργασμένα δημητριακά, θα υπάρξει και θετική εξέλιξη για την νόσο.

Σημειώνεται επίσης ότι, οργανισμοί που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στένωσης του εντέρου, συνίσταται μία πιο προσεκτική διατροφή, η οποία θα είναι απαλλαγμένη από ορισμένες δύσπεπτες τροφές όπως είναι, το σκληρό κρέας, οι ξηροί καρποί, τα ινώδη λαχανικά, τα ωμά πορτοκάλια και γενικά οι τροφές που έχουν την τάση να φουσκώνουν ή να δημιουργούν ινώδεις μάζες.

Επιπλέον, τα βαριά φαγητά ή ακόμη και μεγάλα γεύματα, ενδέχεται να προκαλέσουν φράξιμο του εντέρου. Κάτι τέτοιο θα έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση πόνων και φουσκώματος στην περιοχή της κοιλίας, καθώς και κολίτιδας.

Μια δίαιτα η οποία μπορεί να περιέχει λίγα λιπαρά, είναι πολύ πιθανό να βελτιώσει την διάρροια σε ασθενείς που πάσχουν από φλεγμονή του εντέρου.

Γενικά, στους περισσότερους ασθενείς συνίσταται να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην δίαιτα που θα πρέπει να ακολουθηθεί, ώστε να διατηρηθεί το βάρος και η δύναμη τους.⁴⁷

⁴⁷Baumgart, Daniel, (2012). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis». Springer

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN

4.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο σχεδιασμός του τρόπου με τον οποίο θα αντιμετωπιστεί η νόσος του Crohn, διαφέρει από ασθενή και ασθενή. Ο λόγος που συμβαίνει κάτι τέτοιο είναι ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση, καθορίζεται με βάση ορισμένους παράγοντες, οι οποίοι είναι οι εξής:

- Η έκταση της φλεγμονής.
- Η συμπεριφορά της νόσου. Εάν είναι δηλαδή, φλεγμονώδης, στενωτική, ή συριγγοποιητική.
- Το τμήμα του πεπτικού σωλήνα που έχει προσβληθεί.
- Η σοβαρότητα της κατάστασης.
- Πιθανή ύπαρξη περιεδρικής νόσου.
- Πιθανές εξωεντερικές εκδηλώσεις.

Επιπλέον, προκειμένου να σχεδιαστεί η αποτελεσματικότερη θεραπευτική αγωγή για τους ασθενείς με την νόσο του Crohn, συνίσταται η πλήρης απεικόνιση των τμημάτων του πεπτικού σωλήνα, ώστε να διαπιστωθεί η καλύτερη δυνατή κλινική εικόνα.

Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι η αντιμετώπιση της νόσου του Crohn, θα πρέπει να βασίζεται στους παραπάνω παράγοντες, αλλά και στην μετέπειτα πορεία του ασθενή. Θα πρέπει δηλαδή να διερευνώνται οι πιθανές παρενέργειες από την αγωγή που θα χορηγηθεί στον ασθενή.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι, σε ασθενείς που είναι καπνιστές είναι απαραίτητο να προτείνεται η διακοπή του καπνίσματος. Για να συμβεί κάτι τέτοιο, τόσο το ιατρικό, όσο και το νοσηλευτικό

προσωπικό, επισημαίνουν στον ασθενή, τα ευεργετικά οφέλη στην εξέλιξη της θεραπείας της νόσου.⁴⁸

4.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι στόχοι της θεραπείας της νόσου του Crohn, αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου, την έγκαιρη πρόληψη πιθανών επιπλοκών, την ελαχιστοποίηση των νοσηλειών, κ.λπ.

Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι που τίθενται κατά τον σχεδιασμό και χορήγηση της θεραπευτικής αγωγής σε έναν ασθενή με νόσο του Crohn, είναι οι ακόλουθοι:

- Ø Διατήρηση της ύφεσης, χωρίς την συνεχή χορήγηση κορτικοστεροειδών φαρμάκων.
- Ø Αναγνώριση των ασθενών με δυσμενή πρόγνωση.
- Ø Έγκαιρη χρήση των ανοσοκατασταλτικών.
- Ø Ορθολογική χρήση των ανοσοκατασταλτικών.
- Ø Διατήρηση του ισοζυγίου κόστους – οφέλους.
- Ø Τεκμηρίωση της αρνητικής εξέλιξης της θεραπευτικής αγωγής.
- Ø Επίτευξη επούλωση του βλεννογόνου.
- Ø Ελαχιστοποίηση των νοσηλειών.
- Ø Περιορισμός των επιπλοκών της νόσου.
- Ø Μείωση του ποσοστού των ασθενών που υποβάλλονται σε κάποια χειρουργική επέμβαση.
- Ø Εξασφάλιση της λειτουργικότητας του οργανισμού και της καλής ποιότητας ζωής.

⁴⁸Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

- Ø Πλήρη ενημέρωση του ασθενή για την νόσο, καθώς και παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο προς αυτόν, όσο και προς τα μέλη της οικογένειάς του.⁴⁹

4.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι κυριότεροι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για μία δυσμενή εξέλιξη στην θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου του Crohn και μία ενδεχόμενη επιπλοκή της, είναι οι εξής:

Η ηλικία. Η νεαρή ηλικία κατά την διάγνωση της νόσου ενδέχεται να συντελέσει σε κάποια πιθανή αρνητική εξέλιξη, στην πορεία της νόσου. Ως νεαρής ηλικίας ασθενείς θεωρούνται όσοι είναι μικρότεροι των 35 με 40 χρόνων.

α) Η χρήση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων σε πρώιμο στάδιο και όταν η νόσος δεν έχει παρουσιάσει ακόμη εξάρσεις, αλλά ορισμένα απλά συμπτώματα.

β) Η μεγάλη έκταση του τμήματος του πεπτικού συστήματος που έχει προσβληθεί.

γ) Πιθανές εξωεντερικές εκδηλώσεις. Οι επιπλοκές της νόσου σε άλλα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού επηρεάζουν την καθημερινή δραστηριότητα του ασθενή και προκαλούν αυξημένη συννοσηρότητα.

δ) Διάφορες ενδοσκοπικές αλλοιώσεις, όπως είναι τα πολλαπλά βαθειά έλκη.⁵⁰

⁴⁹ Eugene Braunwald, StephendHauser, Dennis L Kasper, Dan L Longo, Anthony S Fauci, (2001). «Principles of internal Medicine». Harrison's 15th edition, McGraw-Hill Professional Publishing

⁵⁰ Lan James, (2005). «Learning Sickness: A Year with Crohn's Disease». CapitalBooks (VA)

4.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΦΕΣΗΣ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου του Crohn και η διατήρηση της ύφεσης, διακρίνεται σε διάφορες κατηγορίες, ανάλογα με την κλινική δραστηριότητα και το τμήμα του πεπτικού συστήματος που έχει προσβληθεί, από αυτή.

Οι κατηγορίες αυτές αναπτύσσονται στην συνέχεια της παρούσας ενότητας.

Θεραπεία επαγωγής και διατήρησης της ύφεσης της νόσου, τελικού ειλεού ή/και παχέος εντέρου ήπιας δραστηριότητας

Η συνηθέστερη αγωγή και αυτή που συνίσταται από τους γιατρούς για την αντιμετώπιση της νόσου του Crohn, που έχει εκδηλωθεί στον τελικό ειλεό ή το παχύ έντερο και χαρακτηρίζεται ήπιας δραστηριότητας είναι η βουδεζονίδη.

Στις εν λόγω περιπτώσεις, η βουδεζονίδη χορηγείται σε τρεις δόσεις την ημέρα, για διάστημα 4 με 6 ημερών, σε συνολική ποσότητα 9mg. Δύναται επίσης, να λαμβάνεται η ποσότητα που πρέπει μία φορά την ημέρα και όχι σε ισόποσες διαιρεμένες δόσεις.

Μία ακόμη ουσία που χρησιμοποιείται για την διατήρηση της ύφεσης της νόσου είναι η μεσαλαζίνη. Η μεσαζαλίνη χορηγείται μέσω δισκίων, σε ποσότητα 3 έως 4,5gr ανά ημέρα.

Σημειώνεται επίσης ότι, είναι αποδεκτή από τους ασθενείς και η επιλογή τους να μην λάβουν κάποια ειδική φαρμακευτική αγωγή. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής θα πρέπει να μην εμφανίζει την κλινική εικόνα της νόσου, ή να εμφανίζεται σε επιτρεπτά όρια.

Θεραπεία επαγωγής και διατήρησης της ύφεσης της νόσου, τελικού ειλεού ή/και παχέος εντέρου μέτριας δραστηριότητας

Όπως και στην περίπτωση της ήπιας δραστηριότητας, έτσι και στην προκειμένη περίπτωση, δίνεται η δυνατότητα χορήγησης βουδεζονίδης.

Πέρα όμως από την βουδεζονίδα, συνίσταται και η από του στόματος χορήγηση κορτικοστεροειδών. Το αποτελεσματικότερο φάρμακο της συγκεκριμένης κατηγορίας είναι η πρεδνιζολόνη. Η πρεδνιζολόνη χορηγείται σε δόση 40mg ημερησίως. Σημειώνεται επίσης, ότι η χορήγηση των κορτικοστεροειδών, αποτελεί μία ποιο οικονομική φαρμακευτική αγωγή, συγκριτικά με την βουδεζονίδα. Ωστόσο, οι παρενέργειες που παρουσιάζει είναι περισσότερες σε σχέση με αυτή (βουδεζονίδα).

Σε περίπτωση που υπάρχει υποψία σηπτικών επιπλοκών, χορηγούνται αντιβιοτικά, όπως η αζαθειοπρίνη και η μεθοτρεξάτη.

Θεραπεία επαγωγής και διατήρησης της ύφεσης της νόσου, τελικού ειλεού ή/και παχέος εντέρου σοβαρής δραστηριότητας

Η προτιμότερη φαρμακευτική αγωγή που συνίσταται στην περίπτωση εκδήλωσης νόσου του Crohn στον τελικό ειλέο, ή το παχύ έντερο και με σοβαρή δραστηριότητα, είναι τα ενδοφλέβια ή από στόματος κορτικοστεροειδή. Τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται με πρώτη δόση 40 – 50mg.

Προκειμένου να διατηρηθεί η ύφεση της νόσου χορηγούνται τα αντιβιοτικά αζαθειοπρίνη και μεθοτρεξάτη. Εναλλακτικά, σε περίπτωση που δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά δυσμενούς εξέλιξης της νόσου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι αντι – TNFα παράγοντες.

Σημειώνεται ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως η περίπτωση ο ασθενής να μην έχει λάβει ποτέ το αντιβιοτικό αζαθειοπρίνη και κάποιον αντι – TNFα παράγοντα, μπορεί να χορηγηθεί συνδυαστική αγωγή για την διατήρηση της ύφεσης για ένα διάστημα από 6 έως 12 μήνες.

Επιπλέον, σημειώνεται ότι σε περιπτώσεις, όπως η προχωρημένη ηλικία κατά την διάγνωση, ή η πρόιμη διάγνωση σε συνδυασμό με φαινόμενα απόφραξης, προτείνεται από τους γιατρούς η χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της νόσου.

Θεραπεία επαγωγής και διατήρησης της ύφεσης της νόσου, παχέος εντέρου ήπιας δραστηριότητας

Στην συγκεκριμένη περίπτωση, η περισσότερο αποδεκτή και αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή είναι η σουλφασαλαζίνη, η οποία χορηγείται είτε σε μία δόση 3gr ανά ημέρα, είτε σε 3 ισόποσες δόσεις.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η σουλφασαλαζίνη, παρουσιάζει και ένα αρκετά υψηλό ποσοστό πρόκλησης παρενεργειών.

Πέρα από την σουλφασαλαζίνη, μπορούν να χορηγηθούν ως εναλλακτική επιλογή τα κορτικοστεροειδή. Συνηθέστερο ανασταλτικό είναι η πρεδνιζολόνη με δόση έναρξης 25-30 mg.

Θεραπεία επαγωγής και διατήρησης της ύφεσης της νόσου, παχέος εντέρου μέτριας ή σοβαρής δραστηριότητας

Η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται στην προκειμένη περίπτωση, είναι αντίστοιχη με την αγωγή που χορηγείται όταν η νόσος έχει προσβάλλει τον τελικό ειλεό, ή το παχύ έντερο με μέτρια ή σοβαρή κλινική δραστηριότητα.

Σε περίπτωση που η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής δεν επιφέρει κάποιο αποτέλεσμα, ακολουθείται η χειρουργική επέμβαση. Όταν η έκταση του τμήματος που έχει προσβληθεί είναι μικρότερη από το 1/3 του συνολικού τμήματος, συνίσταται η εκτομή του συγκεκριμένου τμήματος.

Σε περίπτωση που η νόσος του Crohn έχει προβάλλει το παχύ έντερο και χαρακτηρίζεται επιθετική, διενεργείται χειρουργική επέμβαση για την διακοπή της συνέχειας του αυλού του παχέος εντέρου, καθώς και εκτροπή της ροής του εντερικού περιεχομένου, μέσω κολοστομίας.

Θεραπεία επαγωγής και διατήρησης της ύφεσης της νόσου λεπτού εντέρου

Λόγω της δυσμενούς εξέλιξης της νόσου και του σημείου που έχει προσβληθεί, θα πρέπει να διενεργούνται τακτικές αξιολογήσεις, ώστε να γίνεται η εναλλαγή από τα κορτικοστεροειδή σε αντι – TNFα παραγόντες.

Επιπλέον, θα πρέπει να γίνεται σωστός έλεγχος για την ποσότητα των βιταμινών, ιχνοστοιχείων και λευκόματος, έτσι ώστε να χορηγείται κάποια θρεπτική υποστήριξη, όπου κρίνεται απαραίτητο.

Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι, συνιστώνται η πλαστική στενώσεων, καθώς και η παράκαμψη του τμήματος του λεπτού εντέρου που εκδηλώνει φλεγμονή, ώστε να μην επηρεάζεται η φυσιολογική λειτουργία και ο τρόπος ζωής του ασθενή. Όταν πρόκειται για νέους έφηβους και ενήλικες, η διαδικασία αυτή κρίνεται άκρως σημαντική.

Τέλος, σε περίπτωση αποτυχίας, όλων των προαναφερθέντων επιλογών, ως επιτακτική λύση κρίνεται η χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση μεγάλων τμημάτων του λεπτού εντέρου. Με τον τρόπο αυτό, περιορίζεται ο κίνδυνος ανάπτυξης συνδρόμου βραχέος εντέρου.

Θεραπεία επαγωγής και διατήρησης της ύφεσης της νόσου, οισοφάγου, στομάχου και δωδεκαδάκτυλου

Σε περίπτωση εντοπισμού νόσου του Crohn στο ανώτερο πεπτικό σύστημα, η θεραπευτική αντιμετώπιση που ακολουθείται είναι παρόμοια με την αγωγή που θα χορηγηθεί στην περίπτωση εκδήλωσης της νόσου στο κατώτερο πεπτικό σύστημα και με βάση το τμήμα που έχει προσβληθεί και την βαρύτητα της δραστηριότητας της νόσου.

Σε γενικές γραμμές μπορεί να λεχθεί ότι, σε συνδυασμό με την αγωγή που θα ακολουθηθεί, συνίσταται η χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων.

Επίσης, λόγω της δυσμενούς πρόγνωσης της νόσου του Crohn στο ανώτερο πεπτικό σύστημα, αλλά και της αναποτελεσματικής εφαρμογής χειρουργικών μεθόδων, συνίσταται η πρόιμη χρήση ανοσοκατασταλτικών και αντι – TNFα παραγόντων.

Τέλος, σε περίπτωση εκδήλωσης φαινομένων στένωσης και απόφραξης, ως αποδεκτή λύση θεωρείται η εφαρμογή διαστολών.⁵¹⁵²

4.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Όταν ο ασθενής εμφανίζει εκ νέου συμπτώματα νόσου του Crohn, θα πρέπει να διενεργείται ενδοσκόπηση, καθώς και εργαστηριακός έλεγχος, προκειμένου να αποκλειστούν άλλες πιθανές αιτίες που παρουσιάζουν παρόμοια κλινική εικόνα με την νόσο του Crohn. Ορισμένες από τις ασθένειες που παρουσιάζουν την ίδια κλινική

⁵¹Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

⁵²Lan James, (2005). «Learning Sickness: A Year with Crohn's Disease». CapitalBooks (VA)

συμπτωματολογία με την νόσο του Crohn είναι: το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου, η βακτηριακή υπερανάπτυξη, η εκκολωματίτιδα, η ισχαιμική κολίτιδα, η μιτωτική νόσος, κ.λπ.

Όταν πραγματοποιηθεί η διάγνωση της νόσου, αναμένεται να σχεδιαστεί η θεραπεία που θα ακολουθηθεί. Η θεραπεία που χορηγείται στον ασθενή για την αντιμετώπιση της υποτροπής, εξαρτάται από πότε παρουσιάστηκε η υποτροπή, ή ο αριθμός των εκδηλώσεων που έχουν πραγματοποιηθεί.

Όταν η υποτροπή της νόσου, γίνεται εντός τριών μηνών, ή έχουν πραγματοποιηθεί περισσότερες από δύο υποτροπές, ακολουθείται η χορήγηση των κορτικοστεροειδών, τα οποία χορηγούνται στην αμέσως μεγαλύτερη κλινική δραστηριότητα. Για παράδειγμα, όταν ένας ασθενής που πάσχει από νόσο του Crohn, ήπιας μορφής, παρουσιάσει υποτροπή, χορηγούνται σε αυτόν τα κορτικοστεροειδή που χορηγούνται και σε ασθενείς με μέτρια δραστηριότητα της νόσου.

Όταν η υποτροπή της νόσου παρουσιάζεται σε διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών, τότε επιδιώκεται η βελτιστοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής που ήδη λαμβάνεται. Ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενή στην αγωγή, χορηγούνται η αζαθειοπρίνη, η μεθοτρεξάτη, ή οι αντι – TNFα παράγοντες.

Σε περιπτώσεις που οι υποτροπές της νόσου είναι πιο περιστασιακές, συνίσταται η χορήγηση της αγωγής, η οποία είχε χρησιμοποιηθεί κατά το παρελθόν για την επίτευξη της ύφεσης.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι, όταν εκδηλώνονται βραχείς στενώσεις επί της ειλεοτυφλικής βαλβίδας, προκαλούνται φαινόμενα απόφραξης, με αποτέλεσμα να εφαρμόζονται οι διαστολές.⁵³

⁵³ Eugene Braunwald, Stephen Hauser, Dennis L Kasper, Dan L Longo, Anthony S Fauci, (2001). «Principles of internal Medicine». Harrison's 15th edition, McGraw-Hill Professional Publishing

4.6 ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Τα συνηθέστερα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση και την ύφεση της νόσου του Crohn, είναι: η βουδεζονίνη, η πρεδνιζολόνη και η υδροκορτιζόνη. Η βουδεζονίνη, χορηγείται με αρχική δόση 9mg ημερησίως, ή με τρεις ισόποσες δόσεις των 3mg. Μετά την πάροδο δύο μηνών, η δόση ελαττώνεται κατά 3mg, ανά 2 μήνες περίπου.

Η πρενδιζολόνη, χορηγείται είτε με δισκία, είτε ενδοφλέβια, μία φορά την ημέρα σε ποσότητα 0,5-1mg/kg. Η ποσότητα της πρενδιζολόνης που χορηγείται εξαρτάται από την βαρύτητα της νόσου. Όσον αφορά την υδροκορτιζόνη, η αρχική δόση που χορηγείται είναι 300-400mg ανά ημέρα.

Οι ασθενείς, οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή μέσα σε ένα διάστημα 2 έως 4 εβδομάδων, θα πρέπει να συζητούν με τον γιατρό, την αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής, η οποία δεν θα γίνεται μέσω των κορτικοστεροειδών.

Στην προκειμένη περίπτωση, η ελάττωση της δόσης των κορτικοστεροειδών συνίσταται ύστερα από μία εβδομάδα περίπου. Ωστόσο, σημειώνεται ότι, η φαρμακευτική αγωγή και η ποσότητα που θα χορηγείται στον ασθενή, προσδιορίζεται από τα βασικά χαρακτηριστικά του ασθενή, αλλά και της νόσου.

Η παρατεταμένη χρήση των κορτικοστεροειδών αυξάνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση λοιμώξεων. Για τον λόγο αυτό η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου του Crohn, περιλαμβάνει πέρα από τα κορτικοστεροειδή τα αντιβιοτικά και τους αντι – TNFα παράγοντες.

Τα αντιβιοτικά χορηγούνται κυρίως σε περιπτώσεις σηπτικών επιπλοκών. Η πλέον αποδεκτή επιλογή, η οποία έχει δοκιμαστεί και επιτυγχάνει θετικά αποτελέσματα, είναι ο συνδυασμός της

σιπροφλοξασίνης και μετρονιδαζόλης, για ένα διάστημα 10 ημερών περίπου. Ωστόσο, λόγω της πρόκλησης παρενεργειών, αποφεύγεται η μακροχρόνια χορήγηση των δύο φαρμάκων.

Δύο ακόμη φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της νόσου, είναι η αζαθειοπρίνη, η μεθοτρεξάτη και η μερκαπτοπουρίνη. Και τα τρία φάρμακα χορηγούνται σε μακροπρόθεσμη βάση, τουλάχιστον μία πενταετία, λόγω των υψηλών ποσοστών υποτροπής που παρουσιάζουν μετά την διακοπή τους.

Τέλος, χορηγούνται και αντι – TNFα παράγοντες, όπως είναι το Infliximab (IFX) και το Adalimumab (ADA). Οι συγκεκριμένοι αντι – TNFα παράγοντες, είναι οι μοναδικοί που έχουν άδεια κυκλοφορίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Το Infliximab χορηγείται ενδοφλεβίως σε τρεις δόσεις, την πρώτη φορά, μετά από δύο εβδομάδες και μετά από έξι εβδομάδες. Κατόπιν χορηγείται κάθε οκτώ εβδομάδες σε δόση 5mg/kg. σε περίπτωση μη ανταπόκρισης του ασθενή, το μεσοδιάστημα μεταξύ των πρώτων δόσεων περιορίζεται, ενώ παράλληλα ενδέχεται να αυξηθεί και η δόση.

Όσον αφορά το Adalimumab, χορηγείται υποδορίως σε δύο δόσεις και κατόπιν, κάθε 14 ημέρες, με δόση 40mg. στην περίπτωση που το συγκεκριμένο φάρμακο δεν ανταποκρίνεται στην ύφεση της νόσου του Crohn, ελαττώνεται το μεσοδιάστημα μεταξύ των δόσεων.

Η κλινική αξιολόγηση των αντι – TNFα παραγόντων θα πρέπει να γίνεται κάθε 12 με 14 εβδομάδες από την πρώτη χορήγησή τους σε έναν ασθενή. Η διακοπή της χορήγησης των αντι – TNFα παραγόντων, πραγματοποιείται όταν ο ασθενής παρουσιάσει καλύτερη κλινική εικόνα,

η οποία θα αποδειχθεί και μέσα από διαδικασία ενδοσκόπησης και εργαστηριακό έλεγχο.⁵⁴

Η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να συνοδεύεται και με πλήρη ενημέρωση από τον νοσηλευτή για τα φάρμακα και την δοσολογία που αναμένεται να του χορηγηθεί. Όπως ήδη αναφέρθηκε, η δοσολογία και το φάρμακο που θα επιλεγθεί, διαφέρει ανάλογα με το ιστορικό της νόσου και του ίδιου του ασθενή. Για παράδειγμα, η παρατεταμένη χορήγηση κορτικοστεροειδών, είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει διάφορες λοιμώξεις όπως είναι, οι λοιμώξεις του ουροποιητικού, του ήπατος, των οφθαλμών, κ.λπ.

4.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN

Η περιεδρική νόσος του Crohn, αναφέρεται στην δημιουργία περιεδρικών συριγγίων, τα οποία συμβάλλουν στην επέκταση της φλεγμονώδους νόσου σε παρακείμενα όργανα, ιστούς και το δέρμα.

Το ποσοστό εμφάνισης περιεδρικής νόσου του Crohn ανέρχεται σε 40% και αποτελεί ένδειξη επιθετικής εξέλιξης της νόσου. Αξίζει να σημειωθεί ότι, παρόλο που η προσβολή του ορθού στην νόσο του Crohn δεν είναι τόσο σύνηθες, στην περιεδρική νόσο του Crohn, αποτελεί ένα πολύ συχνό φαινόμενο.

Η διάγνωση της περιεδρικής νόσου του Crohn πραγματοποιείται με τρεις τρόπους. Πρόκειται για την διενέργεια χειρουργικής επέμβασης, την μαγνητική τομογραφία, καθώς και το διορθικό ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα.

⁵⁴Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της περιεδρικής νόσου εξαρτάται από την σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τον αριθμό των συμπτωμάτων, τον αριθμό πιθανών προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων, καθώς και την λειτουργία του σφιγκτηριακού μηχανισμού.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της περιεδρικής νόσου του Crohn, επιτυγχάνεται με την χορήγηση αντιβιοτικών, ανοσοκατασταλτικών, αντι – TNFα παραγόντων, ή με χειρουργική επέμβαση.

Από την κατηγορία των αντιβιοτικών χρησιμοποιούνται η μετρονιδαζόλη και η σιπροφλοξασίνη. Η μετρονιδαζόλη χορηγείται σε δόση 750-1500 mg/d, ενώ η σιπροφλοξασίνη χορηγείται σε δόση 1000 mg/d. Τα εν λόγω φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν τόσο μεμονωμένα, όσο και μεταξύ τους. Επιπλέον, ενδέχεται και ο συνδυασμός τους με άλλα ανοσοκατασταλτικά ή αντι – TNFα παράγοντες.

Όσον αφορά τα ανοσοκατασταλτικά, η χορήγηση της αζαθειοπρίνης και της μερκαπτοπουρίνης, αποτελούν τις πρώτες επιλογές. Χορηγούνται είτε μόνα τους, είτε σε συνδυασμό με άλλα αντιβιοτικά. Σε σοβαρές περιπτώσεις, συνίσταται ο συνδυασμός των εν λόγω ανοσοκατασταλτικών με αντι – TNFα παράγοντες.

Μέσα από έρευνες που έχουν διεξαχθεί έχει διαπιστωθεί ότι, τα δύο βασικότερα μειονεκτήματα των ανοσοκατασταλτικών και συγκεκριμένα της αζαθειοπρίνης είναι η καθυστερημένη έναρξη της δράσης και η ύπαρξη αυξημένου κινδύνου δυσανεξίας.

Οι αντι – TNFα παράγοντες χορηγούνται με στόχο την βελτίωση της κλινικής δραστηριότητας της νόσου και την πλήρη επούλωση των συριγγίων.

Τέλος, αναφορικά με την χειρουργική θεραπεία, πρωταρχικό μέλημα είναι ο έλεγχος της σήψης. Η χειρουργική προσέγγιση που αποδίδει τα καλύτερα αποτελέσματα είναι η παροχέτευση των περιεδρικών αποστημάτων. Άλλες χειρουργικές παρεμβάσεις είναι: η

συριγγιοτομή, η προσωρινή κολοστομία και η ενδο-πρθική προωθούμενη πτυχή. Ως τελευταία και επιτακτική λύση θεωρείται η πρωκτοκολεκτομή.⁵⁵

4.8 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN

Το ποσοστό των ασθενών που πάσχουν από νόσο του Crohn και θα υποβληθούν σε εντερική εκτομή, ανέρχεται σε 80%. Επομένως κρίνεται σκόπιμο να γίνει μία σύντομη αναφορά στην μετεγχειρητική νόσο του Crohn και στους παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν μία ενδεχόμενη υποτροπή.

Το ποσοστό της μετεγχειρητικής υποτροπής διαφέρει με βάση την κλινική εικόνα, τα αποτελέσματα της ενδοσκόπησης, καθώς επίσης και τα αποτελέσματα των απεικονιστικών και ιστολογικών ελέγχων. Όταν ο υπολογισμός του ποσοστού γίνεται με βάση τον αριθμό των εκτομών, τότε αυτό χαρακτηρίζεται χαμηλό.

Στην περίπτωση υπολογισμού του ποσοστού μετεγχειρητικής υποτροπής της νόσου, με βάση την κλινική εικόνα που παρουσιάζει ο ασθενής, αυτό χαρακτηρίζεται μέτριο.

Τέλος, με βάση τις ενδοσκοπικές αλλοιώσεις και τα ιστολογικά ευρήματα, το ποσοστό μετεγχειρητικής υποτροπής, χαρακτηρίζεται υψηλό.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόιμη μετεγχειρητική υποτροπή της νόσου του Crohn, είναι οι ακόλουθοι:

- ✓ Κάπνισμα
- ✓ Προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση του πεπτικού σωλήνα

⁵⁵ Eugene Braunwald, StephendHauser, Dennis L Kasper, Dan L Longo, Anthony S Fauci, (2001). «Principles of internal Medicine». Harrison's 15th edition, McGraw-Hill Professional Publishing

- ✓ Εκτεταμένη εκτομή του λεπτού εντέρου
- ✓ Περιπρωκτική εντόπιση της νόσου⁵⁶

⁵⁶Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Άνδρας ασθενής ΚΜ ηλικίας 34 ετών εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου στην παθολογική κλινική ύστερα από εκδήλωση (κοκκιωματώδης) κολίτιδα του *crohn*.

Συγκεκριμένα ο ασθενής παρουσιάζει πολλές και μικρές διάρρεις κενώσεις, πρωκτική αιμορραγία, πόνους στις αρθρώσεις, εξανθήματα στο δέρμα, έλλειψη συγκέντρωσης, αίσθημα κόπωσης και ναυτίες.

Εισήχθη στο νοσοκομείο στις 1/06/2014 ώρα 10:30 π.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Κ.Μ.

ΦΥΛΟ: Άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.: 17/05/1980

ΗΛΙΚΙΑ: 34

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Κολίτιδα του *crohn*

ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: έγγαμος

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής δεν έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν, ούτε παρουσιάζει τυχόν συμπτώματα παρόμοια με αυτά. Τα δυο τελευταία χρόνια λόγω τεράστιου φόρτου εργασίας παρουσίασε κρίσης άγχους στις οποίες και δεν έδωσε καμία σημασία. Αύξησε το κάπνισμα όπως ο ίδιος αναφέρει στα τρία πακέτα ημερησίως και η διατροφή του περιορίστηκε σε γρήγορο

έτοιμο φαγητό, πλούσιο σε λιπαρά, περιορίζοντας ακόμα και αποκλείοντας ομάδες τροφίμων από το διαιτολόγιο του.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο ασθενής πριν ενάμιση μήνα άρχισε να παρουσιάζει μικρές διάρρεις κενώσεις κατά την διάρκεια της ημέρας, στην αρχή δεν έδωσε την απαιτούμενη σημασία πιστεύοντας πως οφείλονταν σε κάποια κοινή ίωση. Στην συνέχεια όμως μετά το διάστημα των πρώτων δεκαπέντε ημερών οι κενώσεις άρχισαν να αυξάνονται και κάποιες από αυτές να συνοδεύονται με μικρές ποσότητες αίματος. Εκτός από αυτά τα συμπτώματα ο ασθενής παρουσίαζε απώλεια βάρους, πόνους στις αρθρώσεις, ναυτίες, και κατά τόπους εξανθήματα σε διάφορα σημεία του δέρματος και κυρίως γύρο από τον όρθρο. Ακόμα εμφάνιζε έλλειψη συγκέντρωσης και σημάδια κόπωσης.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο παρουσίαζε διάρροια συνοδευομένη από πρωκτική αιμορραγία, ναυτίες, πόνους στις αρθρώσεις, έλλειψη συγκέντρωσης και αίσθημα κόπωσης.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ο ιατρός αφού πραγματοποίησε τυπική φυσική εξέταση του σώματος, λήψη ιστορικού και πληροφορίες σχετικά με την γενική υγεία και το περιβάλλον, συνέχισε σε εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και κοπράνων ύλης, καθώς και σε αιματολογικό έλεγχο για αναιμία και για αξιολόγηση της οξύτητας της φλεγμονής του εντέρου. Με την

πραγματοποίηση αξονικής τομογραφίας (genterographies) επικυρώθηκε η διάγνωση της νόσου κολίτιδα του crohn, λόγω φλεγμονής στην άνω και κάτω κοιλία.

Οι ιατρικές οδηγίες περιλαμβάνουν από φαρμακευτικής άποψης την χορήγηση κορτικοειδών και ανοσοκατασταλτικών για την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος που προκαλεί τα συμπτώματα για έλεγχο και ύφεση αυτών.

Από διαιτολογικής άποψης περιλαμβάνουν διαιτολόγιο πλούσιο σε βιταμίνες, ιχνοστοιχεία καθώς και σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες.

Συγκεκριμένα περιλαμβάνεται ενδοφλέβια χορήγηση θρεπτικών συστατικών το πρώτο 24ωρο.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Διάρροια • Πρωκτική αιμορραγία • Πόνος στις αρθρώσεις • Ναυτία • Αίσθημα κόπωσης • Απώλεια βάρους • Εξανθήματα στο δέρμα • Έλλειψη συγκέντρωσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Αποκατάσταση της γενικής υγείας του ασθενούς • Ανακούφιση του ασθενούς • Αποκατάσταση πρωκτικής αιμορραγίας • Ανακούφιση από την ναυτία • Εξάλειψη εξανθημάτων δέρματος • Επαναφορά φυσιολογικού βάρους ασθενούς • Αποφυγή επιπλοκών 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ασθενούς για το θεραπευτικό πλάνο • Λήψη ζωτικών σημείων • Ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την νόσο και τις επιπλοκές της • Αποκατάσταση γενικής υγείας ασθενούς • Αποκατάστασης υγείας δέρματος • Ανακούφιση ασθενούς από πόνους στις αρθρώσεις • Περιποίηση και διακοπή πρωκτικής αιμορραγίας • Αύξηση βάρους ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Τονίζουμε ότι θα έχει την βοήθεια και την υποστήριξη. • Χορήγηση κορτικοειδών • Χορήγηση ανοσοκατασταλτικών • Χορήγηση θρεπτικών συστατικών – ενδοφλέβια • Χορήγηση παυσίπονων • Περιποίηση πρωκτού • Χορήγηση αντιδιαρροϊκών • Αύξηση βάρους 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Αποκατάσταση της γενικής υγείας του ασθενούς • Εξάλειψη της φλεγμονής • Πρόληψη επιπλοκών προερχομένων από το γαστρεντερολογικό σύστημα

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Έφηβος ασθενής ΒΚ ηλικίας 17 ετών εισήχθη στο πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου στην χειρουργική κλινική ύστερα από εμφάνιση ειλεοκολίτιδας. Συγκεκριμένα ο ασθενής παρουσίαζε διάρροια διαλείπουσα, κράμπες και οξύ πόνο στο δεξί κάτω μέρος της κοιλιάς, σημαντική απώλεια βάρους, αδιαθεσία, χαμηλό πυρετό που δεν ξεπερνούσε τις 37,6 μονάδες και έλλειψη συγκέντρωσης.

Εισήχθη στο νοσοκομείο στις 7/06/2014 και ώρα 12.30πμ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Β.Κ.

ΦΥΛΟ: Άρρεν

*ΗΜ.ΓΕΝ.:*17/11/1997

ΗΛΙΚΙΑ: 17

*ΔΙΑΓΝΩΣΗ:*ειλεοκολίτιδα

ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: άγαμος

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο έφηβος προ τριών μηνών λίγο πριν την έναρξη των τελικών εξετάσεων του σχολείου του παρουσίασε αδικαιολόγητη απώλεια βάρους, συχνό χαμηλό πυρετό, αδιαθεσία και έλλειψη συγκέντρωσης με αποτέλεσμα μάλιστα την αποτυχία στις εξετάσεις. Στην συνέχεια εμφάνισε διαλείπουσες διάρροιες και έντονο οξύ πόνο καθώς και κράμπες στο δεξί κάτω μέρος της κοιλιάς οπού ήταν και ο λόγος που οι γονείς μετέφεραν τον έφηβο στο νοσοκομείο.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι κατά την λήψη του ιστορικού αναφέρθηκε από τους γονείς ότι η γιαγιά του παιδιού νοσούσε από την νόσο του Crohn και συγκεκριμένα από την μορφή της ειλεοκολίτιδας. Καθώς επίσης και ότι ο έφηβος το τελευταίο διάστημα είχε παρουσιάσει δυσανεξία στην λακτόζη.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο έφηβος παραπονιόταν εδώ και τρεις μήνες για μικρής έντασης πόνους στην κοιλιά, με την πάροδο του χρόνου οι πόνοι αποκτούσαν μεγαλύτερη ένταση και συνοδεύονταν από κράμπες όπου ο πόνος έγινε ανυπόφορος με αποτέλεσμα την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Ακόμα υπήρχε η παρατήρηση σημαντικής απώλειας βάρους, διάρροιες και χαμηλός πυρετός.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όταν ο έφηβος εισήλθε στο νοσοκομείο παρουσίαζε διάρροιες, σημαντική απώλεια βάρους, αδιαθεσία, συνεχή χαμηλό πυρετό, έλλειψη συγκέντρωσης και έντονο πόνο καθώς και κράμπες στο δεξί κάτω μέρος της κοιλιάς.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Τα αποτελέσματα της φυσικής τυπικής εξέτασης του σώματος, του ιστορικού, των εργαστηριακών εξετάσεων αίματος, κοπράνων ύλης, του ενδοσκοπικού και ακτινολογικού έλεγχου καθώς και των εργαστηριακών ευρημάτων όπως η αναιμία και η αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων επιβεβαιώνουν την εικόνα που είχε ο ιατρός για ειλεοκολίτιδα.

Η θεραπεία που συστάθηκε από τον ιατρό αποτελούνταν από 3 σκέλη: πρώτον την φαρμακευτική αγωγή με την χορήγηση φαρμάκων όπως κορτικοειδή, ανοσοκατασταλτικά για την εξάλειψη των συμπτωμάτων και αντιβιοτικά.

Δεύτερον αποτελούνταν από την διατροφή η οποία πρέπει να είναι πλούσια σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία με αποφυγή των γαλακτοκομικών λόγω της δυσανεξίας του ασθενούς.

Τρίτον περιλάμβανε την χειρουργική επέμβαση η οποία είχε σκοπό την αφαίρεση της εντερικής περιοχής που νοσεί και την επανένωση των υγιών άκρων του εντέρου για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Διαλείπουσες διάρροιες • Αδιαθεσία • Σημαντική απώλεια βάρους • Οξύς πόνος και κράμπες • Έλλειψη συγκέντρωσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Αποφυγή επιπλοκών • Αφαίρεση της περιοχής που νοσεί • Αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς • Ανακούφιση ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση οικογένειας • Ενθάρρυνση εφήβου και εξάλειψη φόβου • Λήψη ζωτικών σημείων • Προεγχειρητικός έλεγχος • Μετεγχειρητικός έλεγχος • Παρακολούθηση πορείας άσθενους 	<ul style="list-style-type: none"> • Τονίζουμε ότι θα έχει την βοήθεια και την υποστήριξη. • Χορήγηση κορτικοειδών • Χορήγηση αντιβιοτικών και ανοσοκατασταλτικών • Χειρουργική επέμβαση • Ψυχολογική στήριξη και διδασκαλία 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Επιτυχής αφαίρεση του τμήματος που νοσεί • Επιτυχής αποκατάσταση του εντέρου • Αποκατάσταση γενικής υγείας ασθενούς • Πρόληψη περαιτέρω επιπλοκών

5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η νοσηλευτική παρέμβαση ασθενών που νοσούν από Crohn απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και διαθέτει πολύ μεγάλο εύρος, λόγω όχι μόνο του μεγάλου αριθμού συμπτωμάτων και επιπλοκών της, αλλά και ότι αναφερόμαστε σε μια νόσο με χρόνια κατάσταση. Η νοσηλευτική παρέμβαση λοιπόν στο άτομο που πάσχει από τη νόσο του Crohn πρέπει να περιλαμβάνει τις εξής αρχές.

- Û Ενημέρωση του ασθενή για την νόσο και ενθάρρυνση.
- Û Τακτική λήψη ζωτικών σημείων για πλήρη εικόνα της πορείας του ασθενή και για έγκαιρη αποκατάσταση της όποιας ανωμαλίας αυτών.
- Û Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή.
- Û Ανάπτυξη πρόσφορου εδάφους για ανταλλαγή πληροφοριών.
- Û Προεγχειριστική- Μετεγχειριστική φροντίδα στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επέμβαση αφαίρεσης τμήματος εντέρου. Στόχος είναι η αφαίρεση της νοσήσας περιοχής και επικόλλησης των υγιών τμημάτων μεταξύ τους για την αποκατάσταση του εντέρου.
- Û Λήψη αίματος για αιματολογικές εξετάσεις.
- Û Λήψη κοπράνων για καλλιέργεια και εξέταση ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα. Το δείγμα λαμβάνεται τις πρωινές ώρες σε δειγματοληπτικό δοχείο και αποστέλλεται στο μικροβιολογικό τμήμα για καλλιέργεια και εξέταση ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα.
- Û Προετοιμασία ασθενή για κολonosκόπηση και γαστροσκοπικό έλεγχο. Η συγκεκριμένη διαδικασία περιλαμβάνει εκκένωση του εντέρου με την χρήση κλύσματος.

- Û Ανακούφιση του ασθενή από χρόνια συμπτώματά του με χορήγηση ατιδιαρροϊκών φαρμάκων, παυσίπονα (διάρροια, πόνος, εμετοί, ναυτία, αίσθημα κακουχίας, κ.λπ.)
- Û Διδασκαλία και προτροπή του ασθενή για σωστή διατροφή και διακοπή καπνίσματος. Ο νοσηλευτής προτρέπει τον ασθενή να αποφεύγει τροφές όπως ξηροί καρποί, σκληρό κρέας, ινώδη λαχανικά και βαριά φαγητά που προκαλούν φούσκωμα. (κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της νόσου)
- Û Ενημέρωση για τις επιπλοκές στην νόσο από έκθεση σε τοξίνες και από την λήψη αντισυλληπτικών και αντιρρευματικών φαρμάκων. Ο νοσηλευτής πρέπει να ηγηθεί εκστρατείας η οποία θα ξεκινά από τα σχολεία και θα επεκτείνεται σε όλη την κοινότητα, για την ενημέρωση της για τις επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό από την έκθεση σε τοξίνες και από την αλόγιστη χρήση φαρμάκων (στην νόσο του Crohn επηρεάζει σημαντικά η λήψη αντισυλληπτικών και αντιρρευματικών φαρμάκων)
- Û Προετοιμασία και ενημέρωση του ασθενή για μαγνητική εξέταση και εντερογραφία.
- Û Άσηπτη τεχνική κατά την τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα (εντερόκλυση). Την προηγούμενη ημέρα ο ασθενής λαμβάνει ένα ήπιο καθαρτικό και παραμένει νήστις μέχρι την ώρα της εξέτασης. Η εξέταση αρχίζει με τη μελέτη της απλής ακτινογραφίας της κοιλίας, η οποία θα αποκλείσει την περίπτωση αποφράξεως του λεπτού εντέρου. Ακολούθως λαμβάνεται δεύτερη ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση, που πρέπει να συμπεριλαμβάνει και τα ημιδιαφράγματα, ώστε να απεικονισθεί η τυχόν ύπαρξη αέρος υποδιαφραγματικά, σε περίπτωση διατήσεως. Μετά από τοπική αναισθησία, τοποθετείται δια της ρινός ή του στοματοφάρυγγος, ο ειδικός καθετήρας Bilbao - Dotter.

Με κατάλληλες κινήσεις ο καθετήρας προωθείται μέχρι την αγκύλη του δωδεκαδακτύλου, αντιστοίχως προς την αγκύλη του Treitz. Στη συνέχεια χορηγείται θειϊκό βάριο, περίπου 200 c.c., ακολουθεί χορήγηση αέρος ή ύδατος, σε μια προσπάθεια να προωθηθεί η σκιογόνο ουσία, χωρίς να κατατμηθεί, στα τμήματα της νήστιδος και ακολούθως του ειλεού. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται ικανοποιητική διάταση των εντερικών ελίκων και επάλειψη όλων των τμημάτων του λεπτού εντέρου με τη σκιογόνο ουσία. Η εξέταση τελειώνει με τη σκιαγράφιση του τελικού ειλεού και την είσοδο της σκιογόνου ουσίας στο παχύ έντερο. Σε όλη τη διάρκεια της εξέτασεως λαμβάνονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα ακτινογραφίες, πολλές φορές και σκοπευτικές, για τη σωστή απεικόνιση όλων των εντερικών τμημάτων και την ανάδειξη τυχόν παθολογικών βλαβών, ώστε να διευκολυνθεί η μετέπειτα ακτινολογική μελέτη. Κριτήριο ορθής εξέτασεως είναι η απεικόνιση όλων των εντερικών ελίκων με ιδιαίτερη προσοχή στην τελευταία έλικα του ειλεού, δηλαδή τον τελικό ειλέο και την ειλεοτυφλική βαλβίδα.

- Û Χορήγηση φαρμάκων για την ύφεση της νόσου.
- Û Πρόληψη επιπλοκών και ενημέρωση του ασθενούς για αυτές.
- Û Χορήγηση αντιθρομβωτικών για την αποφυγή δημιουργίας θρόμβων.
- Û Πρόληψη της οστεοπόρωσης.
- Û Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του εντέρου (ο καρκίνος είναι συχνή επιπλοκή σε ασθενείς με νόσο του Crohn)
- Û Πρόληψη αποφυγής υποσιτισμού (συνήθης σε ασθενείς που νοσούν). Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον ασθενή για λήψη τροφής και του επισημαίνει την αναγκαιότητα της.

- Û Ενημέρωση στις γυναίκες ασθενείς που ενδιαφέρονται να δημιουργήσουν οικογένεια ότι η σύλληψη πρέπει να γίνει όταν η νόσος βρίσκεται σε ύφεση και όχι σε έξαρση.
- Û Διδασκαλία ασθενών και προετοιμασία τόσο αυτών όσο και των οικογενειών τους να αποδεχθούν και να μάθουν να ζουν με την νόσο στην καθημερινότητά τους και να την εντάξουν σε αυτή (λόγω της χρόνιας κατάστασης).
- Û Σχεδιασμός θεραπείας και πραγματοποίηση αυτής για την ύφεση της νόσου.
- Û Πρόληψη αποφυγής πιθανών εξωεντερικών εκδηλώσεων.
- Û Περιορισμός επιπλοκών (όπως λοιμώξεως του ουροποιητικού, επιπλοκές στο δέρμα και στους οφθαλμούς).Ο νοσηλευτής επισημαίνει την αναγκαιότητα της διατήρησης των κανόνων υγιεινής που θα πρέπει να ακολουθεί ο ασθενής (καθημερινό μπάνιο,πλύσιμο χεριών,ατομικά προϊόντα καθαρισμού: σαπούνι, σφουγγάρι, πετσέτα, κ.λπ.) για την αποφυγή λοιμώξεων του ουροποιητικού,επιπλοκές στο δέρμα και στους οφθαλμούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νόσος του Crohn ενδέχεται να παρουσιαστεί σε οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος. Ωστόσο, αυτή εκδηλώνεται κυρίως στο κατώτερο τμήμα του λεπτού εντέρου, τον ειλεό.

Η εκδήλωση της νόσου, επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες και φέρει διαφορετικά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά. Οι παράγοντες αυτοί είναι γεωγραφικοί, περιβαλλοντικοί, κληρονομικοί, η ηλικία, η εθνικότητα, το κάπνισμα, ο τόπος διαμονής, κ.λπ.

Έχει αποδειχθεί ότι αυτοί οι άνθρωποι που διαμένουν σε ανεπτυγμένες πόλεις, αστικές και βιομηχανικές περιοχές παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου του Crohn. Υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου, παρουσιάζον επίσης, οι λευκοί συγκριτικά με τους υπόλοιπους πληθυσμούς. Όσον αφορά τον τόπο διαμονής, οι κάτοικοι της Ευρώπης έχουν επίσης αυξημένα ποσοστά εμφάνισης της νόσου.

Ο σημαντικότερος παράγοντας εκδήλωσης της νόσου του Crohn είναι το κάπνισμα. Το κάπνισμα συμβάλλει όχι μόνο στην πρόκληση της νόσου του Crohn, αλλά και στην εξέλιξή της σε βαριά μορφή, με αποτέλεσμα να καθίσταται αναγκαία η αντιμετώπισή της με χειρουργική επέμβαση.

Σε γενικές γραμμές, η νόσος του Crohn εκδηλώνεται σε μία κλίμακα 5 ατόμων ανά 100.000, μέσα σε ένα έτος.

Η νόσος του Crohn χαρακτηρίζεται από τις συνεχείς εναλλαγές μεταξύ εξάρσεων και υφέσεων. Η κλινική εικόνα της νόσου οφείλεται στην φλεγμονή του τοιχώματος του τμήματος του εντέρου, αλλά και σε πιθανές επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν σε έναν ασθενή.

Τα συνηθέστερα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε έναν ασθενή είναι: η διάρροια, το κοιλιακό άλγος, η απώλεια βάρους, η αναιμία, ο πυρετός, τα περιπρωκτικά συρίγγια, ανορεξία, εμετοί, κ.λπ.

Η ακριβής αιτιολογία της νόσου ακόμη δεν έχει διευκρινιστεί. Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί, έχουν αποδείξει ότι, η φλεγμονή που παρατηρείται κατά την εκδήλωση της νόσου του Crohn, οφείλεται στον συνδυασμό διάφορων παραγόντων, όπως είναι για παράδειγμα, το ανοσολογικό σύστημα του ασθενή, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, η κληρονομικότητα, κ.λπ.

Η νόσος του Crohn, παρουσιάζει συχνά υποτροπές. Έχει διαπιστωθεί ότι, σχεδόν όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν μία υποτροπή σε μία εικοσαετία. Η θνησιμότητα της νόσου ποικίλει ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης κάθε ασθενούς.

Γενικά, ο δείκτης θνησιμότητας είναι διπλάσιος για τους ασθενείς με νόσο του Crohn, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Σημειώνεται ότι, οι περισσότεροι θάνατοι ασθενών με φλεγμονή του εντέρου, πραγματοποιούνται ύστερα από μία χειρουργική επέμβαση.

Η νόσος του Crohn μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες επιπλοκές του λεπτού εντέρου. Χαρακτηριστικά παραδείγματα, αποτελούν, η απόφραξη, τα συρίγγια και τα αποστήματα.

Προκειμένου να γίνει η διάγνωση της νόσου, λαμβάνεται υπόψη από τους γιατρούς, το ιστορικό του ασθενή, η κλινική του εικόνα, καθώς και οι εξετάσεις που έχουν διενεργηθεί. Η διάγνωση της νόσου του Crohn πραγματοποιείται με τις εξής διαδικασίες – εξετάσεις: ενδοσκόπηση, βιοψία, εργαστηριακός έλεγχος, απεικονιστικές μέθοδοι και εξετάσεις αίματος

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα ποσοστό 5%, το οποίο αποτελεί την πιθανότητα μίας λάθος διάγνωσης των ασθενών κατά το πρώτο έτος της εκδήλωσης της νόσου. Η λανθασμένη διάγνωση

θα συσχετίζεται με την ελκώδη κολίτιδα, την δεύτερη ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντερική νόσο.

Ύστερα από την διάγνωση της νόσου σχεδιάζεται η κατάλληλη θεραπεία. Οι βασικοί στόχοι της θεραπείας της νόσου είναι: η αποτελεσματική αντιμετώπισή της και η έγκαιρη πρόληψη πιθανών επιπλοκών.

Όσον αφορά την νοσηλευτική παρέμβαση στην νόσο του Crohn, αυτή απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Ο λόγος είναι ότι τα συμπτώματα και οι επιπλοκές της νόσου έχουν τέτοιο εύρος που καθιστούν αναγκαία την τήρηση κανόνων και αρχών για την αντιμετώπιση της νόσου.

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε έναν ασθενή που πάσχει από νόσο του Crohn, δεν είναι μονοσήμαντη, αλλά πολυσήμαντη. Πέρα από την ενημέρωση και την ενθάρρυνση του ασθενή, ο νοσηλευτής παρεμβαίνει και τον υποστηρίζει, τόσο κατά την διάρκεια των εργαστηριακών εξετάσεων, όσο και σε προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό στάδιο. καθοριστικό ρόλο στην ομαλή εξέλιξη της νόσου διαδραματίζει και η ψυχολογική στήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό, προς τον ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνικό ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής, (2008). «Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου». Αθήνα

Κατσάνος Κωνσταντίνος. «Μέθοδοι παρακολούθησης της ενεργότητας & της ανταπόκρισης στη θεραπεία των ΙΦΠΕ». Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Πρόσβαση και από τον διαδικτυακό ιστό
<http://www.eligast.gr/files/8.pdf>

Κουτρομπάκης Ι.Ε., Καρμίρης Χ., Κατσάνος Κ.Χ. «Προτεινόμενες θέσεις της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας για τη διάγνωση, αντιμετώπιση και παρακολούθηση της νόσου του Crohn και των εξωεντερικών εκδηλώσεων».

Σμπαρουνης Χ. (1991). «Γενική χειρουργική. Κοιλία-Αγγεία. Τόμος Γ». Εκδόσεις: UniversityStudioPress, Θεσσαλονίκη

Σωτηρόπουλος Βασίλειος. «Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου. Η συμβολή του απεικονιστικού ελέγχου».

Πρόσβαση και από τον διαδικτυακό ιστό
https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0CEAQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.exe1928.gr%2Fstatic%2Fmedia%2F2011%2F10%2Fe-cf83ceb5cebcb9cebdceb1cf81ceb9cebf-ceb8ceb5cebcb1-3-ceb2-cf83cf89cf84ceb7cf81cebfcf80cebfcf85cebbcebfcf83.docx&ei=PEkCVJDFIcHiywOlmYKQDA&usg=AFQjCNHoCEzMA6suY5xUUscsS_GQPhttpRA&sig2=riNfrd8fHE4HAmJ_A6je6g&bvm=bv.74115972,d.bGQ

Baumgart, Daniel, (2012). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis».Springer

BernardJensen, (2007). «Ηφροντίδατουεντέρου».Εκδόσεις: Διόπτρα, Αθήνα

Eugene Braunwald, StephendHauser,Dennis L Kasper, Dan L Longo, Anthony S Fauci, (2001). «Principles of internal Medicine».Harrison's 15th edition, McGraw-Hill Professional Publishing

Harper Virginia, (2002).«Controlling Crohn's Disease: The Natural Way». Kensington

Kane Sunanda, (2010). «IBD Self Management: The AGA Guide To Crohn's Disease And Ulcerative Colitis». AGA Press

Lan James, (2005). «Learning Sickness: A Year with Crohn's Disease». Capital Books (VA)

Saibil Fred, (2009). «Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Everything You Need to Know». Firefly Books

Vander A., Sherman J., Luciano D., ΤσακόπουλοςΜ., (2011). «Φυσιολογία του ανθρώπου. Μηχανισμοί της Λειτουργίας του οργανισμού». Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

Warner A.,BartoA., (2007). «100 Q&A About Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: A Lahey Clinic Guide». Jones&BartlettPublishers

Zonderman Jon, (2002). «Understanding Crohn Disease and Ulcerative Colitis».University Press of Mississippi

«8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του εντέρου
».Τελικό πρόγραμμα, Βιβλίο ομιλιών και περιλήψεων

Πρόσβαση και από τον διαδικτυακό ιστό

<http://www.eomifne.gr/files/synedria/8.pdf>

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

http://www.iatrikionline.gr/Gastro_37/2.pdf