

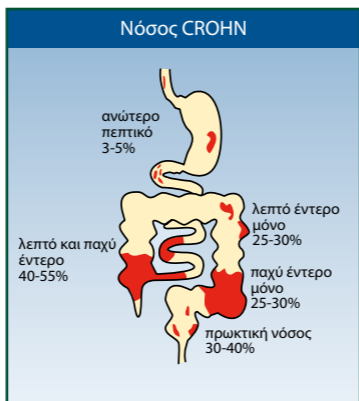
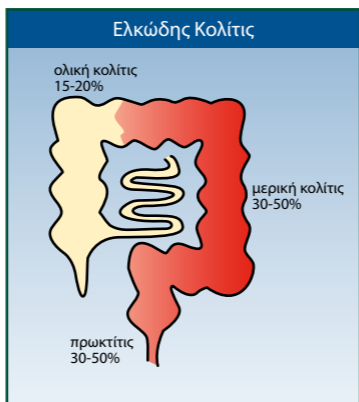


Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου

Ελκώδης Κολίτις
&
Νόσος του Crohn

ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδης Νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ), δηλαδή η Ελκώδης Κολίτις και η νόσος του Crohn είναι νοσήματα που προκαλούν μια χρόνια και ειδική φλεγμονή, μόνο στο παχύ έντερο η πρώτη και σε ολόκληρο το πεπτικό σύστημα η δεύτερη.



ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η επίπτωση των ΙΦΝΕ, δηλαδή ο αριθμός ατόμων που θα εμφανίσουν τη νόσο σε διάστημα ενός έτους και ο επιπολασμός, ο συνολικός δηλαδή αριθμός των ατόμων που νοσούν σε δεδομένη στιγμή, στις βιομηχανοποιημένες χώρες της Δύσης είναι για μεν την ελκώδη κολίτιδα 2-6 περιπτώσεις

ανά 100.000 πληθυσμού και 60-100 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού αντίστοιχα, ενώ για τη νόσο του Crohn 5 ανά 100.000 και 50 ανά 100.000 πληθυσμού, αντίστοιχα. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι πλέον του ενός εκατομμυρίου ατόμων πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn. Οι αριθμοί αυτοί είναι σημαντικά χαμηλότεροι στις αναπτυσσόμενες και υποανάπτυκτες χώρες. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν ακριβή πανελλαδικά δεδομένα που να αφορούν το σύνολο του πληθυσμού, δεδομένα όμως από την Ήπειρο και την Κρήτη δείχνουν μικρότερη για την ελκώδη κολίτιδα και ίση για τη νόσο του Crohn επίπτωση και επιπολασμό με τις ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΤΙΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ;

Η ακριβής αιτιολογία των δύο αυτών νόσων παραμένει άγνωστη. Η επικρατούσα πάντως άποψη είναι ότι η χρόνια φλεγμονή συνδέεται με μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικής προδιαθέσεως και αρκετών παραγόντων του περιβάλλοντος. Προσφάτως, βρέθηκαν αρκετές θέσεις στο ανθρώπινο γονιδίωμα (χρωμοσώματα) που προδιαθέτουν στην εμφάνιση των νόσων αυτών, αλλά που από μόνα τους δεν είναι δυνατόν να τις προκαλέσουν. Γι' αυτό χρειάζεται και η επίδραση διαφόρων παραγόντων όπως ιοί ή βακτήρια, το κάπνισμα, η λήψη αντιρευματικών φαρμάκων, η προσθήκη συντηρητικών στις τροφές, η αλλαγή στις διαιτητικές συνήθειες, ενδεχομένως το stress, καθώς και η μειονεκτική ή και λανθασμένη, για άγνωστους λόγους, αντίδραση του αμυντικού (ανοσολογικού) συστήματος του οργανισμού. Ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων είναι αμφίβολος, αλλά πιθανότατα είναι ένας παράγων που συντελεί για οξεία υποτροπή ήδη εγκατεστημένης νόσου.

Παρότι τα ΙΦΝΕ δεν χαρακτηρίζονται ως κληρονομικά νοσήματα, πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με ΙΦΝΕ έχουν τριπλάσια έως εικοσάπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν και αυτοί τη νόσο συγκριτικά με συγγενείς ατόμων χωρίς ιστορικό ΙΦΝΕ.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Μολονότι τα περισσότερα συμπτώματα είναι κοινά και για τις δύο νόσους, υπάρχουν βασικές διαφορές στη βαρύτητα και την ποικιλία της εμφάνισης τους, πράγμα που οφείλεται στη διαφορετική έκταση και την τοπογραφία της προσβολής του πεπτικού συστήματος.

Η ελκώδης κολίτις προσβάλλει τον βλεννογόνο (εσωτερική επικάλυψη) του παχέος εντέρου σε άλλοτε άλλη έκταση. Στους μισούς περίπου αρρώστους εντοπίζεται στην ορθοσιγμοειδική περιοχή (χαμηλότερο τμήμα του παχέος εντέρου), στο 30% εκτείνεται μέχρι την αριστερή κολική καμπή και στο υπόλοιπο 20% καταλαμβάνει και το εγκάρσιο ή και ολόκληρο το παχύ έντερο (μέχρι και το τυφλό). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η νόσος παραμένει εντοπισμένη στην έκταση της αρχικής προσβολής, όμως σε αρκετούς ασθενείς, με την πάροδο του χρόνου, μπορεί να επεκταθεί κεντρικότερα (εγκάρσιο, τυφλό).

Η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται από εξάρσεις που εναλλάσσονται με περιόδους υφέσεων. Μια άλλη μορφή της νόσου που ονομάζεται κεραυνοβόλος, χαρακτηρίζεται από βαριά κλινική εικόνα με υψηλό πυρετό και κακή γενική κατάσταση. Οι άρρωστοι αυτοί μπορούν να καταλήξουν σε τοξικό megacolon (βαριά επιπλοκή της νόσου), το οποίο χαρακτηρίζεται από διάταση τμήματος ή ολόκληρου του παχέος εντέρου, λόγω επεκτάσεως της φλεγμονής σε όλο το πάχος του τοιχώματος του εντέρου και έχουν άμεση ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο καθότι απειλείται και η ζωή τους ακόμη.

Η νόσος Crohn, σε αντίθεση με την ελκώδη κολίτιδα που εντοπίζεται μόνο στο παχύ έντερο, μπορεί να προσβάλλει ολόκληρο τον πεπτικό σωλήνα από το στόμα μέχρι και τον πρωκτό. Οι τρεις κύριες ανατομικές θέσεις εντοπίσεως της νόσου αφορούν το λεπτό έντερο (30%), το λεπτό και το παχύ έντερο συγχρόνως (30-40%) και τέλος, το παχύ έντερο μόνο (20-30%). Ένα άλλο σημαντικό γνώρισμα της νόσου Crohn είναι το βάθος διεργασίας της φλεγμονώδους διεργασίας στο εντερικό τοίχωμα. Η νόσος του Crohn, σε αντίθεση με την ελκώδη κολίτιδα

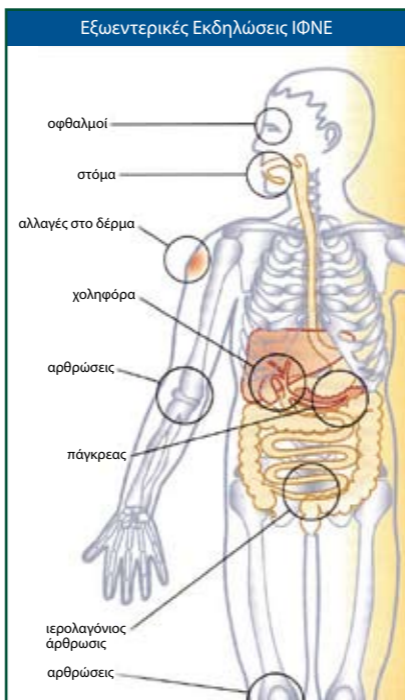
που προσβάλλει μόνο τον βλεννογόνο, εκτείνεται σε όλες τις στιβάδες του εντερικού τοιχώματος. Η ποικιλία των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου είναι πολύ μεγάλη.

Και στις δύο νόσους εμφανίζονται γενικά συμπτώματα όπως κόπωση, καταβολή, ανορεξία και μερικές φορές πυρετός. Τα συμπτώματα από το έντερο περιλαμβάνουν βλεννοαιματηρές (συνήθως διαρροϊκές) κενώσεις, που μπορούν να συνοδεύονται από τεινεσμό (επίμονη και επαναλαμβανόμενη τάση για αφόδευση) και κολικοειδή (δηλαδή με επαναλαμβανόμενες εξάρσεις και υφέσεις) κοιλιακό πόνο. Μερικοί εμφανίζουν ναυτία ή κάνουν εμετό. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα από άλλα όργανα του σώματος, όπως άφθες (μικρές λευκωπές πληγές) του στόματος, αρθρίτιδα (διόγκωση και πόνος στις αρθρώσεις), ερύθημα και γαγγραινώδες πυόδερμα (βαριά νεκρωτική προσβολή του δέρματος), ιριδοκυκλίτιδα (φλεγμονή των οφθαλμών), ηπατοπάθεια (προσβολή του ήπατος), οστεοπόρωση (προσβολή των οστών) και κυψελιδίτιδα ή ίνωση (προσβολή των πνευμόνων). Υπάρχουν και συμπτώματα που οφείλονται στις επιπλοκές των δύο νόσων. Η χαμηλή απορροφητικότητα βιταμινών και ιχνοστοιχείων οδηγεί σε δυσχέρεια της νυχτερινής όρασης, κώφωση, αγευσία, ευαισθησία στις λοιμώξεις, τριχόπτωση, στειρότητα (στους άνδρες), απώλεια διάθεσης για σεξουαλική επαφή (και στα δύο φύλα), μείωση ανάπτυξης (στα παιδιά), αναιμία (απώλεια σιδήρου ή δυσαπορρόφηση στη βιταμίνη B12 ή και στο φυλλικό οξύ), δερματοπάθειες, χολολιθίαση (δυσαπορρόφηση χολικών αλάτων) και νεφρολιθίαση (δυσαπορρόφηση οξαλικού οξέος).

Η ελκώδης κολίτις, η οποία προσβάλλει μόνο το παχύ έντερο, στην οξεία φάση χαρακτηρίζεται από τοπικές βλεννοαιματηρές διάρροιες των οποίων η βαρύτητα εξαρτάται από τη σοβαρότητα της νόσου αλλά και από την έκτασή της. Εάν ολόκληρο το παχύ έντερο είναι προσβεβλημένο, η διάρροια μπορεί να είναι πολύ σοβαρή. Εάν πάσχουν μόνο τα τελικά τμήματα (σιγμοειδές και το ορθό), τα κόπρανα μπορεί να είναι πιο σχηματισμένα και να έχουν πρόσμειξη αίματος ή βλέννης.

Σε περιπτώσεις όπου μικρό τμήμα του εντέρου πάσχει (ορθίτις ή πρωκτίτις) γενικά συμπτώματα δεν υπάρχουν.

Η νόσος του Crohn στην αρχική της φάση μπορεί να εμφανιστεί με λίγα συμπτώματα και σε περιπτώσεις όπου δεν πάσχει το παχύ έντερο ή το τελικό τμήμα του λεπτού (ειλεός) μπορεί να μην έχει ούτε διάρροια. Σε πολλές περιπτώσεις εμφανίζεται με άτυπο κοιλιακό πόνο που υποδύεται σκωληκοειδίτιδα.



Χρόνια φλεγμονώδης μορφή

Αποτελεί την πλέον συχνή κλινική εμφάνιση της νόσου και επικρατεί κυρίως στους αρρώστους με ειλεϊτίδα ή ειλεοκολίτιδα. Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν χαμηλό πυρετό, κακουχία, απώλειας βάρους και αδυναμία. Παραπονούνται επίσης συνήθως για διάρροια με ή χωρίς πόνο στην κοιλιά.

Αποφρακτική μορφή

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 (συνηθέστερα του λεπτού και σπανιότερα του παχέος εντέρου). Οι άρρωστοι περιγράφουν κολικοειδή κοιλιακά άλγη, μετεωρισμό κοιλίας (φούσκωμα) και βορβορυγμούς (αυξημένους εντερικούς ήχους).

Συριγγοποιός μορφή

Σε αξιοσημείωτη αναλογία των ασθενών (20-40%) αναπτύσσονται συρίγγια, δηλαδή οδοί επικοινωνίας μεταξύ εντερικών ελίκων (εντεροεντερικά), άλλων σπλάγγνων (εντεροσπλαγγνικά) ή μεταξύ εντέρου και δέρματος (εντεροδερματικά). Συρίγγια μεταξύ λεπτού και παχέος εντέρου έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση 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.

Περιπρωκτική νόσος

Περίπου 20-30% των ασθενών με προσβολή του λεπτού ή παχέος εντέρου θα αναπτύξει περιπρωκτική νόσο που εκδηλώνεται με πρωκτικές σχισμές, συρίγγια ή αποστήματα.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Το ιστορικό και η λεπτομερής κλινική εξέταση, συμπεριλαμβανομένης της δακτυλικής εξέτασης του ορθού, είναι απαραίτητα στοιχεία για τεκμηρίωση της σωστής διαγνώσεως.

Οι κυριότερες αιματολογικές εξετάσεις περιλαμβάνουν τον προσδιορισμό του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης, του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευκοκυτταρικού τύπου, των αιμοπεταλίων, του σιδήρου, της βιταμίνης B12, του φυλλικού οξέος, της ΤΚΕ (καθίζηση), των πρωτεϊνών οξείας

φάσεως (CRP, ινωδογόνο, φερριτίνη) και τέλος, της αλβουμίνης και των ηλεκτρολυτών του ορού. Κάθε μία από αυτές τις εξετάσεις δίνει συγκεκριμένες πληροφορίες για ορισμένες κλινικές παραμέτρους. Ο έλεγχος θα πρέπει επίσης να συμπληρώνεται με καλλιέργειες και παρασιτολογικές εξετάσεις κοπράνων για αποκλεισμό λοιμώξεων του γαστρεντερικού που πιθανόν να αποτελούν την αιτία των συμπτωμάτων.

Η ακτινολογική διάβαση του λεπτού και παχέος εντέρου θα παράσχουν σημαντικές πληροφορίες για την εντόπιση και την έκταση της νόσου καθώς και για την ύπαρξη επιπλοκών (συριγγίων, στενώσεων κ.λπ.). Οι νεότερες απεικονιστικές εξετάσεις (διαδερμικό υπερηχογράφημα κοιλίας, αξονική και μαγνητική τομογραφία κοιλίας, σπινθηρογραφικός έλεγχος, ανιούσα παλίνδρομη ενδοσκοπική χολαγγειογραφία [ERCP], ή σπινθηρογράφημα με ραδιενεργώς σσημασμένα λευκά αιμοσφαίρια του ασθενούς) θα δώσουν επίσης πληροφορίες για τυχόν ύπαρξη αποστημάτων, συριγγίων, επιπλοκών από τα χοληφόρα κ.λπ.

Επίσης, η νεότερη τεχνική ενδοσκόπησης με ασύρματη κάψουλα μπορεί να δώσει πολύ χρήσιμες πληροφορίες, ειδικά όσον αφορά την προσβολή του λεπτού εντέρου.

Η ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου και σε ορισμένες περιπτώσεις του τελικού ειλεού, καθώς και η γαστροσκόπηση, θα παράσχουν σημαντικές διαγνωστικές πληροφορίες για την ακριβή εντόπιση όσο και βαρύτητα προσβολής της νόσου. Η ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου (κολονοσκόπηση) αποτελεί σημαντική μέθοδο ανάδειξης προσβολής του παχέος εντέρου. Τέλος, η δυνατότητα λήψεως βιοψιών από το βλεννογόνο μέσω του ενδοσκοπίου αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικά πλεονεκτήματα της ενδοσκόπησης. Τα τυπικά ενδοσκοπικά ευρήματα περιλαμβάνουν αφθώδη, αστεροειδή ή γραμμοειδή έλκη, στενώσεις και τμηματική προσβολή του εντέρου. Η ενδοσκόπηση σε περιπτώσεις χειρουργημένων ασθενών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την κατάδειξη υποτροπής στην περιοχή της αναστόμωσης.

Η ορθοσκόπηση (εξέταση των πρώτων 20–25 cm του παχέος εντέρου μπορεί να δώσει πολύ χρήσιμες πληροφορίες (ιδιαίτερα στην ελκώδη κολίτιδα) για μια πρώτη εντύπωση για τη διάγνωση και τη σοβαρότητα της νόσου. Το ποιες, πόσες και με ποια σειρά εξετάσεις θα γίνουν εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες που θα κρίνει ο γιατρός σας. Εκείνος επίσης θα κρίνει πόσο συχνά θα πρέπει να σας παρακολουθεί και τότε πρέπει να επαναλαμβάνει μερικές εξετάσεις, απαραίτητες για τον έλεγχο εξέλιξης της νόσου.

Η σχέση εμπιστοσύνης που πρέπει να αναπτυχθεί μεταξύ του ασθενούς και του γιατρού είναι απαραίτητη για τη σωστή έκβαση της πάθησής σας. Θα πρέπει να καταλάβετε ότι τόσο η ελκώδης κολίτιδα όσο και η νόσος του Crohn είναι χρόνιες ασθένειες και χρειάζεται προσεκτική και συνεχής παρακολούθηση σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού σας. Ακόμη και αν δεν έχετε καθόλου συμπτώματα θα πρέπει να επισκέπτεστε το γιατρό σας τουλάχιστον μία φορά το εξάμηνο.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

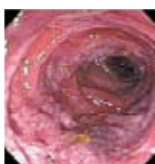
Η συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn επιτυγχάνεται: α) με χορήγηση μιας ή συνδυασμού περισσότερων της μιας, φαρμακευτικών ουσιών, β) με συμπτωματική φαρμακευτική υποστήριξη (δηλαδή αντιμετώπιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων, γ) με

ψυχιατρική υποστήριξη και τέλος, δ) με κατάλληλη, από του στόματος ή παρεντερικά, διατροφική υποστήριξη.

Η χειρουργική αντιμετώπιση των ασθενών με ΙΦΝΕ αφορά κυρίως τους ασθενείς εκείνους στους οποίους και η έντονη ακόμη συντηρητική αγωγή απέτυχε ή τους ασθενείς με σοβαρές επιπλοκές και σημεία οξείας κοιλίας (εντερική διάτρηση ή απόφραξη, τοξικό megacolon κ.λπ.). Τέλος, ο καρκίνος του παχέος ή λεπτού εντέρου (εξαιρετικά σπάνιος του λεπτού) αποτελεί μία ακόμη ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης. Στη διάρκεια των τελευταίων ετών τονίζεται όλως ιδιαιτέρως ο ρόλος και η σημασία της ιατρικής ομάδος που αντιμετωπίζει τον ασθενή με ΙΦΝΕ, δηλαδή του γαστρεντερολόγου, του χειρουργού (κατά προτίμηση χειρουργού του πεπτικού) και του ψυχιάτρου. Οι αποφάσεις για τους θεραπευτικούς χειρισμούς και (ακόμη περισσότερο) για τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης θα πρέπει να λαμβάνονται και με τη σύμφωνη γνώμη του χειρουργού της ομάδος και μετά επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση. Είναι αυτονόητο ότι ο ασθενής θα πρέπει πάντα να είναι ενήμερος και να υπάρχει η συγκατάθεσή του για τις προτεινόμενες ή συνιστώμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις.



φυσιολογικό έντερο



ελκώδης κολίτις



νόσος CROHN

Φαρμακευτική θεραπεία

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn επιτυγχάνεται με τη χρήση των ίδιων πρακτικά φαρμακευτικών παραγόντων, αν και τα δύο νοσήματα φαίνεται να αποτελούν διαφορετικές κλινικές οντότητες με πολλές ομοιότητες, αλλά και διαφορές μεταξύ τους. Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει τέσσερις

μεγάλες κατηγορίες φαρμάκων: αντιφλεγμονώδη (ειδικά σαλυκιλικά), κορτικοειδή, ανοσοκατασταλτικά, αντιβιοτικά και φάρμακα συμπτωματικής αντιμετώπισης της νόσου. Τελευταία γίνεται μεγάλη προσπάθεια ανεύρεσης νέων φαρμακευτικών ουσιών για αρκετές από τις οποίες υπάρχουν αρχικά ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn σήμερα:

1. Αντιφλεγμονώδη (παράγωγα 5-αμινοσαλυκιλικού οξέος)
Σουλφασαλαζίνη, ανάλογα σουλφασαλαζίνης (μεσαλαζίνη)
2. Κορτικοειδή (κορτιζόνη και παράγωγα)
3. Αντιβιοτικά
4. Σιπροφλοξασίνη (Ciproxin®), Ριφαξιμίνη (Rifacol®), Μετρονιδαζόλη (Flagyl®), Ορνιδαζόλη (Betiral®)
5. Ανοσοκατασταλτικά - Ανοσοτροποποιητικά
Αζαθειοπρίνη, 6-μερκαπτοπουρίνη, κυκλοσπορίνη
6. Ειδική ομάδα ανοσοτροποποιητικών (βιολογικοί παράγοντες)
Infliximab (Remicade®, ενδοφλέβια χορήγηση)
Adalimumab (Humira®, υποδόρια χορήγηση)
7. Φάρμακα συμπτωματικής αντιμετώπισης
Αντιδιαρροϊκά, σπασμολυτικά, αναλγητικά, κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, χολεστυραμίνη (χορηγούνται με προσοχή)
8. Άλλα
Σε φάση έρευνας και μελέτης (δοκιμές σε ασθενείς).

Θεραπεία ελκώδους κολίτιδας

Με βάση διάφορες κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους, η βαρύτητα της προσβολής χαρακτηρίζεται ως ήπια, μέτρια ή βαριά. Ο διαχωρισμός αυτός έχει μεγάλη σημασία αφού ο τρόπος θεραπείας, η δοσολογία καθώς και η οδός χορήγησης (από το στόμα, υπό μορφή υποθέτων ή ενδοφλέβια) των φαρμάκων καθορίζεται τόσο από την έκταση όσο και τη βαρύτητα της προσβολής.

Οι ασθενείς με ήπια μορφή της νόσου παρουσιάζουν διάρροια (κενώσεις λιγότερες από 5 το 24ωρο) με πρόσμιξη αίματος και βλέννας. Τα κόπρανα είναι φυσιολογικά ή ημισχηματισμένα. Υπάρχει τεινισμός και κοιλιακά άλγη. Οι άρρωστοι με μέτριας βαρύτητας νόσο έχουν συχνές διαρροϊκές κενώσεις που είναι σχεδόν πάντα αιματηρές. Ο πόνος στην κοιλιά και η ευαισθησία υπάρχουν, αλλά συνήθως δεν είναι πολύ έντονα.

Η βαριά προσβολή χαρακτηρίζεται από πολλές αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις, πυρετό, αναιμία, πτώση της πίεσεως, απώλεια βάρους, διατροφικά ελλείμματα και κοιλιακό πόνο.

Στους περισσότερους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η νόσος αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση φαρμάκων από το στόμα ή και υπό μορφή υποθέτων για διάστημα μερικών εβδομάδων. Μετά την επίτευξη ύφεσης των συμπτωμάτων της νόσου ενδείκνυται η επ' αόριστον (συνήθως εφ' όρου ζωής) χορήγηση μεσαλαζίνης (Salofalk®, Asacol®) από του στόματος για την αποφυγή υποτροπής της νόσου. Τα φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι τα ακόλουθα:

1. Κορτιζόνη δηλαδή πρεδνιζολόνη (Presolon®) και μεθυλπρεδνιζολόνη (Medrol®). Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται στην οξεία φάση για τον έλεγχο της φλεγμονής. Χρησιμοποιούνται υπό μορφή δισκίων, υποκλυσμών ή ενδοφλέβιων ενέσεων σε βαριές προσβολές οπότε απαιτείται και νοσηλεία στο νοσοκομείο.
2. Υπάρχει ένα είδος κορτιζόνης (βουδεσονίδη, Budocol®, Budenofalk®), το οποίο αδρανοποιείται ταχύτατα, έχει κυρίως τοπική δράση στο έντερο και έχει

λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με τα άλλα είδη κορτιζόνης.

3. Μεσαλαζίνη (Salofalk®, Asacol®) χορηγείται τόσο στην οξεία προσβολή, όσο και ως θεραπεία συντηρήσεως. Χορηγείται από του στόματος καθώς και υπό μορφή υποκλυσμών και υποθέτων.
4. Αζαθειοπρίνη (Azathioprine®, Imuran®). Χρησιμοποιείται σε ασθενείς με χρόνια ενεργό νόσο, που απαιτεί για την αντιμετώπισή της συνεχή χορήγηση κορτιζόνης για μακρό διάστημα, μειώνοντας ή εξαλείφοντας την ανάγκη χορήγησης κορτιζόνης.
5. Η κυκλοσπορίνη είναι ένα φάρμακο που χρησιμοποιείται σε βαριές περιπτώσεις στις οποίες απέτυχε η χορήγηση κορτιζόνης.
6. Ο βιολογικός παράγοντας Infliximab (Remicade®) μπορεί επίσης να χορηγηθεί σε βαριές όπου απέτυχε η χορήγηση κορτιζόνης με αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Θεραπεία νόσου του Crohn

Η νόσος του Crohn παρουσιάζει σημαντικές δυσχέρειες στον καθορισμό μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής στρατηγικής λόγω του πολύπλοκου των κλινικών της εκδηλώσεων καθώς και εντοπίσεων της νόσου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ενδεχόμενη διαφορετική στρατηγική θεραπευτικής προσέγγισης παρόμοιων περιπτώσεων από διαφορετικούς ιατρούς, πράγμα που επαληθεύεται αρκετές φορές στην καθημερινή κλινική πράξη. Οι θεραπευτικές προσπάθειες αποβλέπουν πρωταρχικά στη συμπτωματική ανακούφιση του ασθενούς, στην αποκατάσταση των διαταραγμένων εργαστηριακών εξετάσεων (συνήθως ως επακόλουθο της ύφεσης) καθώς και τη διατήρηση της ύφεσης της νόσου.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη νόσο Crohn είναι:

1. Κορτιζόνη (Presolon[®], Medrol[®])
2. Αζαθειοπρίνη (Azathioprine[®], Imuran[®])
3. Μεσαλαζίνη (Salofalk[®], Asacol[®])
4. Αντιβιοτικά (Ciproxin[®], Flagyl[®], Betiral[®], Rifacol[®]) για έλεγχο πιθανών λοιμωδών παραγόντων
5. Οι βιολογικοί παράγοντες Infliximab (Remicade[®]) και Adalimumab (Humira[®])
6. Ειδικά διαιτητικά σκευάσματα (από το στόμα ή εντερικά μέσω ειδικών καθετήρων) ή ακόμη και ολική παρεντερική διατροφή (ενδοφλέβια).

Ποιες είναι οι παρενέργειες των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων στη θεραπεία ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn;

Οι παρενέργειες των φαρμάκων αυτών είναι αρκετές και μερικές εξ αυτών ιδιαίτερα σημαντικές και επικίνδυνες. Εκτός από τον γιατρό, και οι ασθενείς θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τους κινδύνους αυτούς έτσι ώστε και να προλαμβάνονται (κατά το δυνατόν), λαμβάνοντας τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα και να αναγνωρίζονται έγκαιρα όταν εμφανίζονται. Ενδεικτικά αναφέρονται:

1. Μεσαλαζίνη, Σουλφασαλαζίνη (Salofalk[®], Asacol[®]): Κεφαλαλγία, εξάνθημα δέρματος, ναυτία, αναιμία, νεφρική βλάβη
2. Αζαθειοπρίνη: Ελάττωση αριθμού λευκών αιμοσφαιρίων, τοξική βλάβη ήπατος, παγκρέατος, νεφρών
3. Κορτιζόνη: Αύξηση της πίεσης του αίματος, οστεοπόρωση, αύξηση σακχάρου, λοιμώξεις, μείωση μυϊκής μάζας, αναστολή ανάπτυξης στα παιδιά, καταρράκτης κ.λπ.

4. Βιολογικοί παράγοντες: Λοιμώξεις (με ιδιαίτερη έμφαση στη φυματίωση), λεμφώματα (εξαιρετικά σπάνια).

Διατροφική υποστήριξη ασθενών με νόσο Crohn και ελκώδη κολίτιδα

α) Ενδείξεις διατροφικής υποστήριξης

Υπάρχουν τρεις κύριες ενδείξεις για την έναρξη εφαρμογής διατροφικής υποστήριξης των ασθενών με ΙΦΝΕ. Η πρώτη αφορά στη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης ή της αποτροπής εμφάνισής της σε οποιονδήποτε ασθενή στον οποίο η δραστηριότητα της νόσου εμποδίζει την επαρκή πρόσληψη των απαιτούμενων καθημερινά διατροφικών ουσιών.

Η δεύτερη αφορά σε ασθενείς στους οποίους η διατροφική φροντίδα εφαρμόζεται ως πρωτογενής θεραπεία σε συνδυασμό ή όχι με φάρμακα, καθώς και σε ασθενείς στους οποίους έχει προγραμματιστεί χειρουργική επέμβαση για διαφόρους λόγους.

Η τρίτη, τέλος, ένδειξη αφορά σε ασθενείς, οι οποίοι χρειάζονται μακρά θεραπεία με ολική παρεντερική θρέψη, λόγω εκτεταμένης προσβολής του εντέρου ή λόγω συνδρόμου βραχείου εντέρου μετά επανειλημμένες χειρουργικές επεμβάσεις.

β) Γενικές διαιτητικές οδηγίες

Δεν υπάρχουν ειδικές διαιτητικές οδηγίες που να μπορούν να συσταθούν στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn. Όμως, ορισμένες τροφές (όπως π.χ. σπόροι, αμαγείρευτα λαχανικά, φρούτα κ.λπ.), οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν εντερική απόφραξη εφόσον υπάρχουν εκτεταμένες στενώσεις του εντέρου, θα πρέπει να αποφεύγονται. Επίσης, διάφορα ευμεγέθη δισκία τα οποία ενδέχεται να μην προλάβουν να διαλυθούν στο έντερο, μπορεί να ενσφηνωθούν σε εστενωμένα του τμήματα. Γενικώς, οι ασθενείς με νόσο Crohn θα πρέπει να σιτίζονται με τροφές επαρκείς σε θρεπτικά στοιχεία χωρίς να απαγορεύονται αυτές που έχουν φυτική προέλευση, αρκεί να είναι καλά μαγειρευμένες.

Η σύσταση για αποφυγή του γάλακτος στις ΙΦΝΕ αν και δεν στηρίζεται σε επαρκή επιστημονικά δεδομένα, εντούτοις για τις συνθήκες της ελληνικής

πραγματικότητας με το υψηλό ποσοστό υπολακτασίας φαίνεται λογική, τουλάχιστον στις εξάρσεις της νόσου. Στα μεσοδιαστήματα οι άρρωστοι χωρίς επιπλοκές μπορούν να διατρέφονται ελεύθερα (με περιορισμό στο αλάτι στην περίπτωση που λαμβάνουν κορτιζόνη).

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Στην ελκώδη κολίτιδα η χειρουργική επέμβαση επιφυλάσσεται:

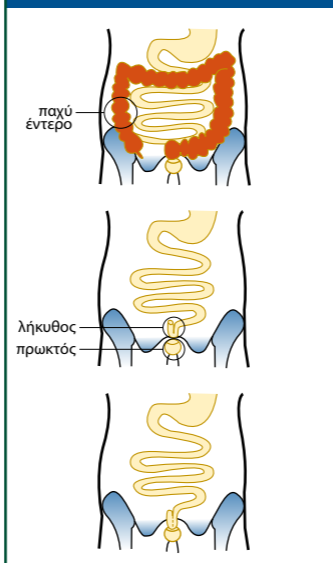
α) Σε ασθενείς με τοξικό megacolon, δηλαδή σε οξεία προσβολή που δεν αντιμετωπίζεται με συντηρητικά μέσα και κινδυνεύει άμεσα η ζωή του ασθενούς.

β) Σε χρόνια νόσο που δεν αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά με φαρμακευτική αγωγή ή όταν απαιτείται συχνά επαναλαμβανόμενη ή και συνεχής λήψη μεγάλων δόσεων κορτιζόνης.

γ) Σε περιπτώσεις εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου.

Σε όλες τις περιπτώσεις διενεργείται ολική κολεκτομή και ειλεοπρωκτική αναστόμωση. Αυτό σημαίνει ότι ενώνεται το λεπτό έντερο με τον πρωκτό με κατάλληλη και εξειδικευμένη χειρουργική τεχνική. Οι περιπτώσεις όπου γίνεται μόνιμη ειλεοστομία (παρά φύση έδρα) είναι πλέον όλο και λιγότερες.

Χειρουργικές επεμβάσεις σε Ελκώδη Κολίτιδα



Στη νόσο του Crohn

Στένωση, απόστημα, συρίγγιο και περιπρωκτική νόσος αποτελούν ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης όταν αυτά δεν αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά με φαρμακευτική αγωγή.

Όταν η εγχείρηση καθίσταται αναπόφευκτη, γενικός κανόνας για τον χειρουργό είναι να προσπαθεί να αφαιρεί το μικρότερο δυνατό μήκος λεπτού εντέρου με σκοπό την αποφυγή εμφάνισης «συνδρόμου βραχέος εντέρου» στις περιπτώσεις που ενδεχομένως θα απαιτηθούν πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις.

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ρόλος της είναι αβέβαιος. Μολονότι είναι βέβαιο ότι οι ΙΦΝΕ δεν μπορούν να θεραπευτούν μόνο με ψυχοθεραπεία πολλοί ασθενείς βιώνουν πιο ήπιες εξάρσεις με ψυχολογική υποστήριξη (των ιδίων αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι πάσχοντες από ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn πρέπει να γνωρίζουν ότι δεν υπάρχει πλήρης και δια βίου θεραπεία, έτσι θα συνυπάρχουν με τη νόσο τους για όλη τους τη ζωή. Παρ' όλα αυτά, οι περισσότεροι θα μπορέσουν να βιώσουν μια πλήρη και φυσιολογική ζωή σε όλες τις εκφάνσεις της (διατροφή, σεξουαλική ζωή, εργασία, γάμος κ.λπ.). Βασική σημασία έχει η σωστή και συνεχής παρακολούθηση της εξελίξεως και συμπεριφοράς της νόσου με το θεράποντα ιατρό.

ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Συρίγγια: Περίπου ένα τρίτο των ασθενών που πάσχουν από νόσο του Crohn αναπτύσσουν συρίγγια, δηλαδή μια επικοινωνία μεταξύ του εντέρου με άλλο τμήμα του εντέρου ή με την ουροδόχο κύστη, τον κόλπο ή και το δέρμα. Τα πιο συχνά συρίγγια δημιουργούνται στην περιοχή γύρω από τον πρωκτό και είναι πολύ ενοχλητικά και η θεραπεία τους γενικά δύσκολη. Η θεραπεία τους περιλαμβάνει αντιβιοτικά, κορτικοειδή, ανοσοκατασταλτικά καθώς και (ιδιαίτερα) τους νεότερους βιολογικούς παράγοντες. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις η χειρουργική θεραπεία μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική. Σε περιπτώσεις όπου το συρίγγιο αφορά δύο εντερικές έλικες, η αφαίρεση του τμήματος του εντέρου που το δημιούργησε είναι πολύ δραστική θεραπεία.

Οστεοπόρωση-Οστεοπενία: Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με ΙΦΝΕ εμφανίζουν σημαντική απώλεια οστικής μάζας. Αυτό οφείλεται στη μη ικανοποιητική απορρόφηση θρεπτικών ουσιών από το πεπτικό σύστημα που πάσχει αλλά και από τη μακροχρόνια λήψη κορτιζόνης. Για τη μέτρηση της οστικής μάζας χρησιμοποιούνται ακτινολογικές μέθοδοι καθώς και η μέτρηση οστικής μάζας γνωστή ως (BMD). Η θεραπεία της περιλαμβάνει χορήγηση Βιταμίνης D, ασβεστίου καθώς και ομάδα φαρμάκων που ονομάζονται διφωσφονικά (Fosamax® και άλλα ανάλογα).

ΙΦΝΕ στα παιδιά: Οι στατιστικές λένε ότι όλο και περισσότερα παιδιά προσβάλλονται από τις δύο

νόσους, ιδιαίτερα από τη νόσο Crohn. Η θεραπεία είναι γενικά η ίδια όπως και στους ενήλικες, αλλά η φθοροποιός επίδραση της νόσου είναι πιο σοβαρή γιατί επηρεάζει την ανάπτυξη. Ειδική μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται για τη θερμιδική κάλυψή τους για αποφυγή ψυχοσωματικής καθυστέρησης. Επίσης, η ψυχολογική επίπτωση των προβλημάτων που συνοδεύουν τη νόσο στα παιδιά μπορεί να είναι μεγάλη και στις περιπτώσεις αυτές συνιστάται παιδοψυχιατρική υποστήριξη. Για την αντιμετώπιση παιδιών με ΙΦΝΕ πρέπει να υπάρχει στενή επικοινωνία μεταξύ του θεράποντος οικογενειακού ιατρού και εξειδικευμένου παιδογαστρεντερολογικού κέντρου.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΙΦΝΕ

Το κάπνισμα φαίνεται ότι ασκεί κάποιου βαθμού προστατευτική δράση όσον αφορά την εμφάνιση ελκώδους κολίτιδας (μερικά άτομα εκδηλώνουν τη νόσο μετά τη διακοπή του καπνίσματος), χωρίς όμως να προσφέρει θεραπευτικό αποτέλεσμα μετά την εκδήλωση της νόσου. Αντίθετα, όσον αφορά τη νόσο Crohn, το κάπνισμα αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση της νόσου και η διακοπή του καπνίσματος συνιστάται απολύτως σε ασθενείς με νόσο Crohn (ιδίως εγκύους).

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ

Ο/Η ασθενής ενθαρρύνεται να ζει μια φυσιολογική σεξουαλική ζωή όταν βέβαια το επιθυμεί και το μπορεί. Είναι φυσικό στις περιόδους εξάρσεως της νόσου η libido να είναι μειωμένη και στα δύο φύλα, ενώ στις γυναίκες μπορεί να υπάρχει αναστολή της περιόδου. Πρόβλημα αποτελεί η ύπαρξη εντεροκολπικών συριγγίων. Στην περίπτωση αυτή η αντιμετώπιση (φαρμακευτική ή και χειρουργική) πρέπει να διενεργείται έγκαιρα. Είναι γνωστό ότι οι ΙΦΝΕ συνοδεύονται από μια γενετική προδιάθεση, η οποία, ωστόσο, δεν είναι τόσο σημαντική ώστε να μην δημιουργεί κανείς οικογένεια ή να αποφεύγει να κάνει παιδιά. Απλά, οι μέλλοντες γονείς πρέπει να ενημερώνονται πλήρως για τις πιθανότητες από το θεράποντα ιατρό.

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ - ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Η πάσχουσα από ΙΦΝΕ γυναίκα μπορεί στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων να κυοφορήσει και να περατώσει επιτυχώς την εγκυμοσύνη της. Συνιστάται ιδιαίτερα, η προσπάθεια σύλληψης να γίνεται όταν η νόσος βρίσκεται σε ύφεση οπότε και οι εν γένει προοπτικές της εγκυμοσύνης είναι πολύ καλύτερες. Η νόσος, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, και εάν υποθεθεί ότι η έγκυος δεν λαμβάνει θεραπευτική αγωγή έχει περίπου ίσες πιθανότητες είτε να παραμείνει ως έχει, είτε να βελτιωθεί ακόμη περισσότερο είτε και να εμφανίσει έξαρση. Για το λόγο αυτό, συνιστάται ιδιαίτερα η έγκυος να συνεχίσει να λαμβάνει τη θεραπεία στην οποία ήδη βρίσκεται. Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα (αμινοσαλικυλικά) όσο και η μετρονιδαζόλη (όχι όμως η σιπροφλοξασίνη) δεν θεωρούνται γενικά επιβλαβή για το έμβρυο και το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για την αζαθειοπρίνη, αν και δεν υπάρχει επισημοποιημένη ένδειξη για τη χορήγησή τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Υπάρχουν όμως αρκετά στοιχεία, σε παγκόσμιο επίπεδο, που δείχνουν ότι τα νεογνά που γεννήθηκαν από γυναίκες που λάμβαναν αζαθειοπρίνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είχαν περισσότερες πιθανότητες να γεννηθούν με συγγενείς ανωμαλίες. Έτσι, γενικά, η σύσταση είναι να συνεχίσουν να λαμβάνουν τα φάρμακα αυτά. Αντίθετα, η χορήγηση μεθοτρεξάτης απαγορεύεται (τερατογόνος δράση στο έμβρυο). Η χορήγηση κυκλοσπορίνης θεωρείται ασφαλής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσον αφορά τόσο την έγκυο όσο και το έμβρυο. Όσον αφορά τους νεότερους βιολογικούς παράγοντες, δεν υπάρχει ακόμη μεγάλη εμπειρία για τη δράση τους στο έμβρυο και η γενική σύσταση είναι η χορήγησή τους να διακόπτεται εν όψει εγκυμοσύνης. Πάντως, η υπάρχουσα μικρή εμπειρία από εγκύους με ΙΦΝΕ που με δική τους πρωτοβουλία συνέχισαν τη θεραπεία με τους παράγοντες αυτούς (είτε τους συνέβη να μείνουν έγκυες ενώ τους λάμβαναν) δεν έδειξε βλαπτική δράση στο έμβρυο. Έτσι, γενικά, δεν συνιστάται διακοπή της κύησης όταν αυτή συμβεί υπό χορήγηση ανοσοκατασταλτικών ή βιολογικών παραγόντων εκτός εάν αυτό ζητηθεί από

την ίδια την έγκυο. Εάν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανισθεί έξαρση της νόσου, αυτή γενικά αντιμετωπίζεται κατά τον καθιερωμένο τρόπο (η χορήγηση κορτιζόνης δεν αντεδεικνύεται κατά τη διάρκεια της κύησης). Όπως προαναφέρθηκε, η μεγάλη πλειοψηφία γυναικών με ΙΦΝΕ φέρουν εις πέρας με επιτυχία την εγκυμοσύνη, ενώ όσον αφορά τα νεογνά αυτά γεννιούνται φυσιολογικά, αν και σε μικρό ποσοστό μπορεί να υπολείπονται λίγο σε βάρος (ελλιποβαρή). Όσον αφορά τον τρόπο τοκετού (φυσιολογικά ή με καισαρική) αυτός καθορίζεται μόνο με βάση τα μαιευτικά δεδομένα.

Αυτονόητο είναι ότι, όπως και σε κάθε εγκυμοσύνη, μπορεί να εμφανισθούν διάφορα προβλήματα και ιδιαιτερότητες όσον αφορά τόσο την πορεία της ΙΦΝΕ όσο και της κύησης αυτής καθ' εαυτής και για το λόγο αυτό η συνεργασία γυναικολόγου και γαστρεντερολόγου πρέπει να είναι στενή.

Κατά τη διάρκεια προσπάθειας σύλληψης καθώς και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η χρήση καφέ πρέπει να περιορίζεται σε δύο το πολύ ροφήματα ημερησίως.

Όσον αφορά τους άνδρες τονίζεται ότι η λήψη σουλφαζαλαζίνης (Azulfidine®, Salopyrin®) προκαλεί σημαντικό μεν βαθμού διαταραχή του σπέρματος (ολιγοσπερμία, αζωοσπερμία), η οποία όμως είναι πλήρως αναστρέψιμη με τη διακοπή του φαρμάκου (έμμεση δράση ως ανδρικού αντισυλληπτικού).

ΓΑΛΟΥΧΙΑ (ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ)

Αν και η σουλαφασαλαζίνη διέρχεται στο μητρικό γάλα δεν υπάρχει λόγος διακοπής του θηλασμού, αφού ο κίνδυνος πυρηνικού ικτέρου στο βρέφος δεν υπερβαίνει τον αναμενόμενο. Το ίδιο ισχύει και για τα αμινοσαλκυλικά. Η λήψη κορτιζόνης κατά τον θηλασμό γενικά επιτρέπεται και το ίδιο ισχύει και για τη μετρονιδαζόλη, αντίθετα με τη σιπροφλοξασίνη η χρήση της οποίας συνιστάται να αποφεύγεται. Όσον αφορά την αζαθειοπρίνη η χρήση της δεν συνιστάται κατά τη διάρκεια του θηλασμού, αν και δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για βλαπτική της δράση στο θηλάζον βρέφος. Δεν είναι γνωστό εάν οι βιολογικοί παράγοντες

διέρχονται (απεκκρίνονται) στο μητρικό γάλα και η χρήση τους κατά τη διάρκεια του θηλασμού πρέπει να συνεκτιμάται σε συνάρτηση με τη θεραπευτική τους δράση στη θηλάζουσα μητέρα.

Η ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο παχύ έντερο, περισσότερο στην ελκώδη κολίτιδα απ' ό,τι στη νόσο Crohn, φαίνεται ότι εξαρτάται τόσο από την έκταση προσβολής του παχέος εντέρου (ολική ή εκτεταμένη κολίτιδα) όσο και από τη διάρκεια της νόσου (μεγαλύτερη από δεκαετία). Ανάλογες, επομένως, είναι και οι ενδείξεις κολεκτομής σε τέτοιους ασθενείς λαμβανομένων υπόψη, βεβαίως, και άλλων παραγόντων. Της εμφάνισης του καρκίνου προηγείται, σε αρκετές περιπτώσεις, η εμφάνιση επιθηλιακής δυσπλασίας του βλεννογόνου του παχέος εντέρου (προκαρκινική κατάσταση). Θα πρέπει πάντως να τονιστεί ότι αν και ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στις περιπτώσεις ελκώδους κολίτιδας είναι υπαρκτός, εντούτοις το απόλυτο μέγεθος του προβλήματος δεν είναι σημαντικό, δεδομένου ότι εκτεταμένη προσβολή του παχέος εντέρου παρατηρείται σε μικρό ποσοστό των ασθενών και επιπλέον μικρό ποσοστό των ασθενών με εκτεταμένη προσβολή και μακρά διάρκεια νόσου θα εμφανίσει καρκίνο. Όλοι οι ασθενείς που πάσχουν από εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα ή εκτεταμένη νόσο Crohn του παχέος εντέρου με διάρκεια μεγαλύτερη της δεκαετίας θα πρέπει να κάνουν ολική κολονοσκόπηση με λήψη πολλαπλών και διάσπαρτων βιοψιών κάθε δύο χρόνια για την έγκαιρη και πρώιμη αναγνώριση τυχόν βαριάς δυσπλασίας ή και εγκατεστημένης κακοήθους νεοπλασίας (καρκίνος). Αυτονόητο είναι ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση στην περίπτωση αυτή είναι ολική πρωκτοκολεκτομή (με δημιουργία στομίας ή νεοληκύθου).

ΣΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΝΕΟΛΗΚΥΘΟΣ

Η μόνιμη ειλεοτομία γίνεται πλέον πολύ σπάνια σε ασθενείς που χρειάζεται να κάνουν ολική κολεκτομή. Η συντριπτική πλειοψηφία κάνει τις επεμβάσεις

ενώσεως του λεπτού εντέρου με τον πρωκτό με σχηματισμό τεχνητής ληκύθου. Η ύπαρξη στομίας, πάντως, επιτρέπει πλήρη φυσική δραστηριότητα συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής και της αθλήσεως αρκεί να υπάρξει σωστή ενημέρωση. Το ίδιο συμβαίνει και με το σχηματισμό νεοληκύθου. Με τις σωστές οδηγίες μπορεί κανείς να έχει φυσιολογικές ή σχεδόν φυσιολογικές κενώσεις.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να έχουν φυσιολογικές δραστηριότητες αν και θα πρέπει να καθορίζουν μόνοι έως που φθάνουν τα όριά τους.

ΣΥΛΛΟΓΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Όπως τονίζεται από όλους τους ασχολούμενους με το θέμα, η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn είναι ανίατα νοσήματα που διαρκούν δια βίου. Το γεγονός αυτό έχει σημαντικές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στους πάσχοντες. Σημαντική ψυχολογική, αλλά και ουσιαστική βοήθεια παρέχουν οι εθνικοί σύλλογοι πασχόντων. Ο θεράπων ιατρός θα πρέπει πάντα να ενθαρρύνει τους ασθενείς να καταστούν μέλη του αντίστοιχου εθνικού συλλόγου πασχόντων. Στη χώρα μας υπάρχουν δύο τουλάχιστον σύλλογοι πασχόντων από ΙΦΝΕ.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΘΥΜΑΣΑΙ

- Να ακολουθείς πιστά τις οδηγίες του θεράποντος ιατρού σου, να τον εμπιστεύεσαι και να τον επισκέπτεσαι τακτικά ακόμη και τις περιόδους που η νόσος σου είναι σε πλήρη ύφεση. Αν αισθανθείς κάτι ασυνήθιστο να τον επισκεφθείς αμέσως.
- Μην κάνεις το γιατρό στον εαυτό σου προσθέτοντας φάρμακα και μην αυξάνεις ή μειώνεις τη δόση των φαρμάκων μόνος σου.
- Μάθε να ξεχωρίζεις μόνος σου τα σημάδια έξαρσης της νόσου. Αλλαγές στη συχνότητα και τη σύνθεση των κενώσεων, βλενοαιματηρές κενώσεις, κοιλιακός

πόνος, καταβολή, πυρετός, ανορεξία και απώλεια βάρους μπορεί να είναι συμπτώματα που συνηγορούν για έξαρση. Επίσης πόνοι στις αρθρώσεις, φλεγμονή των ματιών, εξανθήματα, οσφυαλγία και κολικοί νεφρών ή χοληφόρων. Επισκέψου αμέσως το γιατρό σου, μολονότι είναι πιθανό τα παραπάνω να μην οφείλονται σε ενεργοποίηση ΙΦΝΕ.

- Να είσαι αισιόδοξος. Έχοντας ΙΦΝΕ μπορείς να ζήσεις μια απολύτως φυσιολογική ζωή, να ικανοποιείς τις επιθυμίες σου και να πετύχεις όλους στους στόχους σου.

Το περιεχόμενο αυτού του φυλλαδίου έχει γενικό ενημερωτικό περιεχόμενο για το κοινό όσον αφορά τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου και δεν προορίζεται ούτε συνιστάται ως υποκατάστατο ιατρικών συμβουλών όσον αφορά τη διάγνωση και θεραπεία των νοσημάτων αυτών. Να απευθύνεσθε πάντοτε στο θεράποντα ιατρό σας όσον αφορά κάθε ιατρική φροντίδα σχετική με τη νόσο σας.

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Όνοματεπώνυμο:

Διεύθυνση:

Πόλη/Νομός:

Ταχ. Κώδικας:

Επάγγελμα:

Ειδικότητα:

Ιατροί/Διαιτολόγοι:

e-mail:

Τηλέφωνο:

Fax:

Επιθυμώ να λαμβάνω τα
έντυπα του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

Ναι

Επιθυμώ να συμμετάσχω στις
δραστηριότητες του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

Ναι

Για να γίνετε μέλος του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ., κόψτε
και ταχυδρομήσατε την αίτηση εγγραφής
στη διεύθυνση:

Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας
και Διατροφής
Πατριάρχου Ιωακείμ 30
106 75 Αθήνα

ή στείλτε την με fax στο: 210 72 31 332

* Αίτηση εγγραφής θα βρείτε και στο
δικτυακό μας τόπο www.eligast.gr
e-mail: info@eligast.gr

Το κοινωφελές και μη κερδοσκοπικό Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής (ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.) δημιουργήθηκε με βασικό σκοπό την ενημέρωση του κοινού, για την κατανόηση της σημασίας των νοσημάτων του πεπτικού και της υγιεινής διατροφής. Ευνοεί τη διοργάνωση σεμιναρίων για τα θέματα αυτά, την παραγωγή σχετικών εντύπων και δημοσιεύσεων, την υποστήριξη ερευνητικών προγραμμάτων, τη διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών και τη χορήγηση υποτροφιών για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς.

Όλα τα μέλη προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε εθελοντική βάση και δεν έχουν καμία οικονομική υποχρέωση. Η υλοποίηση των στόχων του ιδρύματος στηρίζεται αποκλειστικά σε χορηγίες και δωρεές οι οποίες, μολονότι ευπρόσδεκτες, είναι αυστηρά προαιρετικές.



Πατριάρχου Ιωακείμ 30, Αθήνα, 10675
τηλ. /fax: 210 - 7231332
www.eligast.gr
e.mail: info@eligast.gr