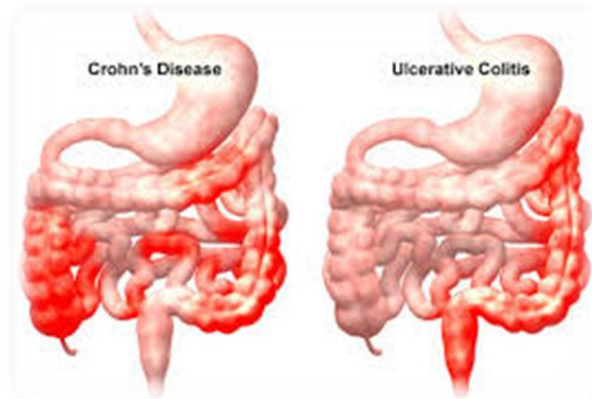




Πανεπιστήμιο Πατρών  
Σχολή Αποκατάστασης Υγείας  
Τμήμα Νοσηλευτικής  
Πτυχιακή Εργασία

## Ελκώδης κολίτιδα και Νόσος του Crohn

### *Ο ρόλος του νοσηλευτή*



Εποπτεύων καθηγητής: Μαρνέρας Χρήστος

Ονοματεπώνυμο σπουδάστριας: Θεοδοσίου Αγγελική

Πάτρα 2021

## Περίληψη:

### Εισαγωγή:

Στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδους νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ) ανήκουν η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn. Δύο χρόνιες παθήσεις με άγνωστη αιτιολογία όμως με πολλαπλές και ανόμοιες εκδηλώσεις εκτός του εντέρου.

Παρουσιάζονται τα επιδημιολογικά στοιχεία των νόσων, όπως και οι παράγοντες εμφάνισης τους. Επίσης, αναλύονται και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη διάγνωση και στη θεραπεία, αλλά και η υποστήριξη του νοσηλευτή στη ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.

### Σκοπός:

Στη παρούσα εργασία, σκοπός είναι να μελετηθούν και να κατανοηθούν οι ΙΦΝΕ από τη διαδικασία της διάγνωσης μέχρι και την θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς επίσης και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και στις δυο νόσους.

### Μεθοδολογία:

Βασίστηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση δημοσιευμένων άρθρων μετά από αναζήτηση σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (PubMed, Google Scholar).

### Αποτελέσματα:

Η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn είναι δια βίου παθήσεις, στις οποίες έχουν σημαντικό ρόλο οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις (προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής και το οικογενειακό περιβάλλον του, να προσαρμοστεί στα καινούργια δεδομένα και στην ψυχική ενδυνάμωση του.

### Συμπεράσματα:

Οι εκδηλώσεις των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου αυξάνονται ανά τα χρόνια. Με εξάρσεις και με υφέσεις αντιμετωπίζονται με οποιοδήποτε τρόπο είτε με διαιτητική, είτε με φαρμακευτική, είτε με χειρουργική αντιμετώπιση και προσαρμόζεται η ζωή των ασθενών. Μέσα από αυτές τις διαδικασίες, ο ασθενής λαμβάνει τη στήριξη του νοσηλευτή που βρίσκεται στο πλευρό του και τον εκπαιδεύει αλλά και τον υποστηρίζει ψυχολογικά, στις αλλαγές που οι παθήσεις θα επιφέρουν στη ζωή του.

### Λέξεις – κλειδιά:

Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι εντέρου, ελκώδης κολίτιδα, νόσος του Crohn, ρόλος του νοσηλευτή, διάγνωση, θεραπεία

# ABSTRACT

## **Introduction:**

Idiopathic inflammatory bowel disease (IBD) includes ulcerative colitis and Crohn's disease. Two chronic diseases with unknown etiology but with many different extra intestinal manifestations.

Epidemiological data of the diseases are presented, as well as the factors of their occurrence. Also, the nursing interventions in the diagnosis and treatment are analyzed. It is important to mention that nurses play a vital role in the process of providing psychological and emotional support for the patient.

## **Purpose:**

This dissertation aims to study and understand the IBD from the process of diagnosis to treatment, but also the nursing interventions in both diseases.

## **Methods:**

It was based on a literature review of published articles on international databases (PubMed, Google Scholar).

## **Results:**

Ulcerative colitis and Crohn's disease are chronic condition in which nursing interventions (preoperative, interoperative and postoperative) play a significant role. As a result, the patient and his family environment adapt to the new condition and to the patient's mental empowerment.

## **Conclusions:**

The manifestations of idiopathic inflammatory bowel diseases increase over the years. With flare-ups and recessions they are treated in any way either by dietary, pharmaceutical, or surgical treatment and the life of patients is adjusted. Through these procedures, the patient receives the support of the nurse who is by his side and trains him but also supports him mentally, in the changes that the diseases will bring to his life.

## **Key words:**

Idiopathic inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, Crohn's disease, nursing interventions, diagnosis, treatment

## **Περιεχόμενα:**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ.2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:</b>	
Κεφάλαιο 1.1 Ανατομία πεπτικού συστήματος.....	σελ.8
Κεφάλαιο 1.2 Ορισμοί ελκώδους κολίτιδας και νόσος του Crohn.....	σελ.10
Κεφάλαιο 1.3 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	σελ.11
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:</b>	
Κεφάλαιο 2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	σελ.16
Κεφάλαιο 2.2 Κλινική διάκριση.....	σελ.16
Κεφάλαιο 2.3 Κλινικές εκδηλώσεις.....	σελ.17
Κεφάλαιο 2.4 Εξωεντερικές εκδηλώσεις.....	σελ.18
Κεφάλαιο 2.5 Διαγνωστικές Εξετάσεις.....	σελ.19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:</b>	
Κεφάλαιο 3.1 Εκτίμηση Βαρύτητας Νόσου.....	σελ.23
Κεφάλαιο 3.2 Διαφορική Διάγνωση UC και CD.....	σελ.23
Κεφάλαιο 3.3 Διαιτητική Αγωγή.....	σελ.24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:</b>	
Κεφάλαιο 4.1 Επιπλοκές.....	σελ.30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:</b>	
Κεφάλαιο 5.1 Θεραπεία.....	σελ.36
Κεφάλαιο 5.2 Χειρουργική Αντιμετώπιση.....	σελ.39
Κεφάλαιο 5.3 Στομίες στις ΙΦΝΕ.....	σελ.41
Κεφάλαιο 5.4 Μετεγχειρητική Φροντίδα.....	σελ.43

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

Κεφάλαιο 6.1 Ποιότητα ζωής στους ασθενείς με UC και CD...	σελ.46
Κεφάλαιο 6.2 Ενημέρωση.....	σελ.46
Κεφάλαιο 6.3 Ψυχολογική Υποστήριξη.....	σελ.47
Κεφάλαιο 6.4 Νοσηλευτική Παρέμβαση .....	σελ.48
Κεφάλαιο 6.5 Συμβουλές στους ασθενείς με ΙΦΝΕ.....	σελ.53

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

Κεφάλαιο 7.1 ΙΦΝΕ σε παιδιά .....	σελ.55
-----------------------------------	--------

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

Κεφάλαιο 8.1 Νοσηλευτική Διεργασία .....	σελ.61
Συμπέρασμα .....	σελ.68
Βιβλιογραφία.....	σελ.70

## **Εισαγωγή:**

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn, είναι χρόνιες παθήσεις του πεπτικού σωλήνα με άγνωστη αιτιολογία. Όμως την εκδήλωσή τους πυροδοτούν ίσως οι κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

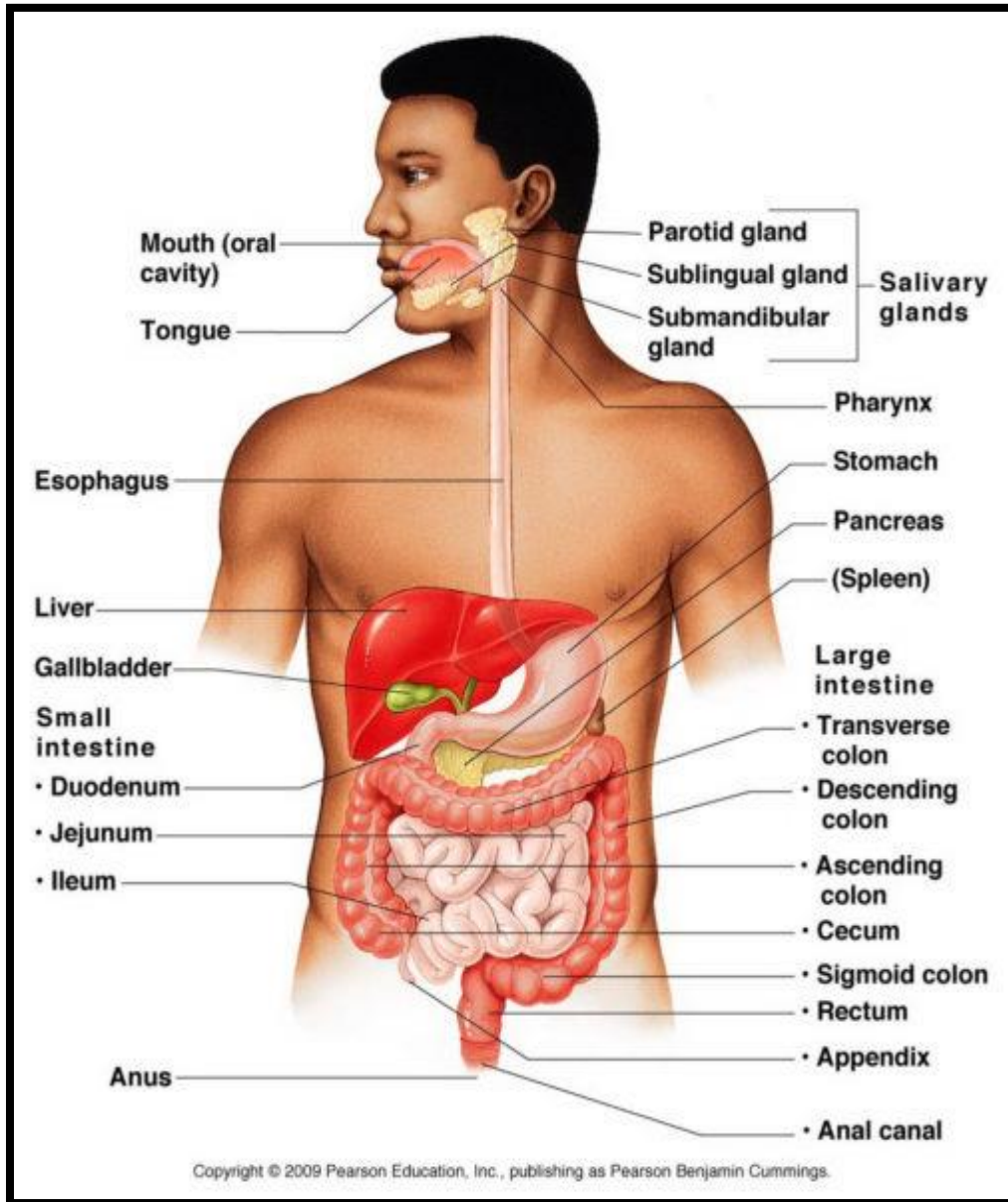
Οι κλινικές εκδηλώσεις των νόσων είναι παρόμοιες και για αυτό η διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη. Αλλά με τη λήψη ιστορικού, με αιματολογικές και ιστολογικές εξετάσεις βοηθείται η διάγνωση. Η θεραπεία, και των δύο παθήσεων, μέσα από τα χρόνια βελτιώθηκε αφού γίνονται πιο γνωστές οι νόσοι.

Οι δυο αυτές νόσοι έχουν κοινά όπως το ότι προσβάλλουν άτομα από την ίδια οικογένεια (κληρονομικοί παράγοντες), έχουν παρόμοιες επιπλοκές οι οποίες εμφανίζονται εκτός του πεπτικού συστήματος (οζώδες ερύθημα, αρθρίτιδα) κ.ά.. Έχουν βέβαια, εκτός από κοινά, και διαφορές όπως την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου που στην ελκώδη κολίτιδα είναι σπάνια ενώ στη νόσο του Crohn όχι, την προσβολή του εντέρου στη νόσο Crohn είναι συνήθως ασυνεχής ενώ στην ελκώδη κολίτιδα είναι συνεχής.

Λόγω του ότι οι παθήσεις είναι χρόνιες προκαλούν ψυχολογικά προβλήματα στους ασθενείς, μαζί με το γεγονός ότι έχουν διαιτητικούς περιορισμούς και την αλλαγή της πραγματικότητας.

Τέλος, ο νοσηλευτής καθ' όλη τη διαδικασία που περνάει ο ασθενής, από τη διάγνωση έως τη θεραπεία, βρίσκεται στο πλάι του στηρίζοντας τον και εκπαιδεύοντας τον για να ελέγχει το άγχος και τις αντιδράσεις του για τα νέα δεδομένα.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1



## **1,1 ANATOMIA ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ**

Το πεπτικό σύστημα χωρίζεται στο ανώτερο πεπτικό και στο κατώτερο πεπτικό σύστημα. Το ανώτερο πεπτικό σύστημα αποτελείται από τη στοματική κοιλότητα, το φάρυγγα, τον οισοφάγο και τέλος, το στομάχι.<sup>1,2</sup> Από την άλλη, το κατώτερο πεπτικό αποτελείται από το λεπτό έντερο, το παχύ έντερο και από τον πρωκτό. Στην προκειμένη περίπτωση, μεγαλύτερη έμφαση θα δώσουμε στο παχύ έντερο, άρα στο κατώτερο πεπτικό σύστημα, γιατί αυτό είναι που προσβάλλεται περισσότερο από την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn.<sup>3</sup>

Η στοματική κοιλότητα είναι η αρχή του πεπτικού συστήματος. Βρίσκεται στην κεφαλή στο κάτω μέρος του σπλαχνικού κρανίου, κάτω από την ρινική κοιλότητα και μπροστά από τον φάρυγγα. Ο οδοντικός φραγμός χωρίζει τη στοματική κοιλότητα σε δύο μέρη, το προστόμιο και τη κυρίως στοματική κοιλότητα.<sup>4</sup> Αρχικά, το προστόμιο είναι η περιοχή ανάμεσα στα δόντια, τα χείλη και τις παρειές. Ενώ, η κυρίως στοματική κοιλότητα εκτείνεται από την στοματική σχισμή που βρίσκεται στο πρόσθιο μέρος μέχρι τον ισθμό, που βρίσκεται στην είσοδο του στοματοφάρυγγα.<sup>5</sup>

Ο φάρυγγας είναι μυομεμβρανώδης σωλήνας, μήκους 15cm, που συνδέει την στοματική και την κρανιακή κοιλότητα με τον οισοφάγο και τον λάρυγγα στο τράχηλο. Περιέχει τις αμυγδαλές. Αποτελεί τμήμα τόσο του πεπτικού όσο και του αναπνευστικού συστήματος πολλών οργανισμών.<sup>3</sup> Στους ανθρώπους ο φάρυγγας παίζει σημαντικό ρόλο στην ομιλία, με την παραγωγή της φωνής. Βρίσκεται μπροστά από την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης μέχρι τον 6<sup>ο</sup> αυχενικό σπόνδυλο. Σε αυτή τη θέση μεταπίπτει στον οισοφάγο.<sup>6</sup>

Ο οισοφάγος είναι και αυτός ένας μυομεμβρανώδης σωλήνας με μήκος περίπου 30cm και πλάτος 2,5, ο οποίος συνδέει τον φάρυγγα με το στομάχι.<sup>3</sup> Επικοινωνεί με το στομάχι μέσω της καρδιοοισοφαγικής βαλβίδας που αποτρέπει την παλινδρόμηση των τροφών και των γαστρικών υγρών. Εκτείνεται από το ύψος του 6<sup>ου</sup> αυχενικού σπονδύλου μέχρι τον 10<sup>ο</sup> – 11<sup>ο</sup> θωρακικό. Χωρίζεται σε 4 μοίρες την αυχενική, την θωρακική, την διαφραγματική και την κοιλιακή.<sup>7</sup>

Το στομάχι είναι η προς τα κάτω συνέχεια του οισοφάγου και η πιο πλατιά μοίρα του γαστρικού σωλήνα. Βρίσκεται αριστερά κάτω από τον αριστερό θόλο του διαφράγματος και έχει την ικανότητα να διευρύνεται. Όταν είναι γεμάτο μπορεί να χωρέσει έως 1,5 λίτρο τροφής ενώ όταν είναι άδειο έχει μορφή μικρού σωλήνα με στενό στόμιο.<sup>3</sup> Την ικανότητα αυτή την οφείλει στην ύπαρξη πτυχών του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνου χιτώνα του τοιχώματος του.<sup>6</sup>

Χρησιμεύει στην αποθήκευση μεγάλων ποσοτήτων τροφής, στην έκκριση διαφόρων ουσιών, στην ανάμειξη τους με την τροφή, η μερική πέψη των τροφών με την



δράση του γαστρικού υγρού και, τέλος, η προώθηση του χυλού στο λεπτό έντερο. Διαιρείται σε δυο μοίρες, το κυρίως στομάχι και την πυλωρική μοίρα.<sup>4</sup> Το κυρίως στομάχι, χωρίζεται στο θόλο και το σώμα του στομάχου. Επίσης, η πυλωρική μοίρα χωρίζεται στο πυλωρικό άντρο και τον πυλωρικό σωλήνα.<sup>5</sup>

Με την είσοδο της τροφής στο στομάχι ξεκινά η έκκριση πεπτικών υγρών από τους γαστρικούς αδένες. Από την άλλη, η βλέννα καλύπτει εσωτερικά το στομάχι και το προστατεύει από την δράση της πεψίνης, του υδροχλωρικού οξέος και άλλων παραγόντων. Ανάλογα με τον βαθμό του μυϊκού τόνου διακρίνουμε τρεις τύπους στομάχου, τον ορθοτονικό με σχήμα J, τον υπερτονικό σαν κέρατο βοδιού και τον υποτονικό που είναι επιμήκεις. Τέλος, αποτελείται από τέσσερις χιτώνες, τον ορογόνο, τον μυϊκό, τον υποβλεννογόνο και τον βλεννογόνο.<sup>1,2</sup>

Το λεπτό έντερο αποτελεί τη συνέχεια του στομάχου και ξεκινά από τον πυλωρό και καταλήγει στο παχύ έντερο, στην ειλεοτυφλική βαλβίδα.<sup>1,2</sup> Έχει διάμετρο 2,5 cm και μήκος 6-7 cm. Το πρώτο μέρος του λεπτού εντέρου είναι το δωδεκαδάκτυλο, το οποίο αποτελεί τα πρώτα 25cm, και μέσω πόρου δέχεται από τη χοληδόχο κύστη, τη χολή και από το πάγκρεας, παγκρεατικές εκκρίσεις.<sup>5</sup> Επίσης, το λεπτό έντερο χωρίζεται και σε ακόμα δύο μέρη την νήστιδα και τον ειλέο.<sup>4</sup> Ο ειλέος είναι η συνέχεια της νήστιδας και μαζί αποτελούν το ελικοειδές έντερο. Είναι ευκίνητο και κρέμεται από το μεσεντέριο. Τέλος, το λεπτό έντερο είναι αυτό που συνήθως προσβάλλεται από τη νόσο του Crohn.<sup>3</sup>

Το παχύ έντερο αντιπροσωπεύει το τελικό τμήμα του πεπτικού σωλήνα.<sup>2</sup> Έχει μήκος 1,5 με 1,8 μέτρα και βρίσκεται στην υποκοιλιακή χώρα της κοιλιακής κοιλότητας και περιβάλλει τις έλικες του λεπτού εντέρου.<sup>8</sup> Διαιρείται σε τέσσερις μοίρες, το τυφλό και η σκωληκοειδής απόφυση, το κόλον το οποίο χωρίζεται στο ανιόν, στο εγκάρσιον, στο κατιόν και στο σιγμοειδές κόλον, το ορθό και τέλος, τον πρωκτικό σωλήνα.<sup>5</sup> Το τυφλό, το ανιόν και το μισό τμήμα του εγκάρσιου κόλον αποτελούν το δεξιό τμήμα του παχέως εντέρου, ενώ το αριστερό τμήμα αποτελείται από το υπόλοιπο μισό του εγκάρσιου, το κατιόν, το σιγμοειδές και το ορθό.<sup>9</sup> Το τυφλό συνδέεται με τον ειλέο, το οποίο είναι το τελικό τμήμα του λεπτού εντέρου.<sup>6</sup>

Το τυφλό και το κόλον χαρακτηρίζονται από τυπικά χαρακτηριστικά που τα κάνουν να ξεχωρίζουν από το λεπτό έντερο.<sup>10</sup> Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι οι κολικές ταινίες, οι οποίες ανάλογα με την εμφάνιση στο εγκάρσιον κόλον ονομάζονται μεσοκολική, επιπλοϊκή και ελεύθερη ταινία. Στη συνέχεια, είναι οι κολικές κυσέλες, οι οποίες είναι σακοειδείς σχηματισμοί και δημιουργούνται εξαιτίας διαδοχικών περισφίξεων.<sup>6</sup> Επίσης, οι εγκάρσιες αύλακες και, τέλος, οι επιπλοϊκές αποφύσεις, οι οποίες είναι υπορογόνιες λιπώδεις αποφύσεις και βρίσκονται στην εξωτερική επιφάνεια του παχέως εντέρου.<sup>9</sup>

Οι κύριες λειτουργίες του παχέως εντέρου είναι η απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών από το κοπρανώδες περιεχόμενο. Επίσης, γίνεται κατακράτηση εντερικών περιεχομένων και μετατρέπονται σε στερεά υπολείμματα μέσω μιας βραδείας περίσταλσης και αντιπερίσταλσης. Τελική λειτουργία είναι η αποβολή των εντερικών περιεχομένων προς το τελικό μέρος του παχέως εντέρου.<sup>5</sup>

Η λειτουργία του ορθού και του πρωκτικού σωλήνα είναι η εγκράτεια και η αφόδευση.

- Η εγκράτεια εξαρτάται από την ακεραιότητα αλλά και τη συνδυασμένη λειτουργία σειράς μηχανισμών της ορθοπρωκτικής περιοχής.<sup>9</sup> Η σωστή λειτουργία εξασφαλίζεται από την αυτόνομη και σωματική νεύρωση και τη συνεργασία μεταξύ των ανατομικών δομών.<sup>11</sup>
- Η αφόδευση αποτελεί σύνθετο φαινόμενο που βασίζεται σε συγχρονισμένες διαδικασίες. Αφορά τη συσσώρευση των κοπράνων μέσα στο ορθό και την αύξηση της πίεσης στο ορθό, την αύξηση της πίεσης εντός της κοιλίας, τη χαλάρωση των μυών του πυελικού εδάφους και χαλάρωση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού. Έτσι πραγματοποιείται η αποβολή/αφόδευση των κοπράνων.<sup>6</sup>

## **1,2 ΟΡΙΣΜΟΙ**

### **ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN**

Η νόσος του Crohn εκδηλώνεται συνήθως στις ηλικίες μεταξύ 15-35 ετών. Στις γυναίκες εμφανίζεται 20% συχνότερα και τον κίνδυνο για φλεγμονή αυξάνει το κάπνισμα και έτσι μπορεί να επιδεινωθεί η κλινική πορεία της νόσου.<sup>3</sup> Είναι μια διατοίχωματική, υποξία ή υποτροπιάζουσα φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει τον πεπτικό σωλήνα, γνωστή και ως τμηματική εντερίτιδα, αγνώστου αιτιολογίας. Μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε σημείο του γαστρεντερικού συστήματος, αλλά συχνότερα προσβάλλει το λεπτό έντερο. Παρατηρούνται περιοχές οξείας φλεγμονής και πάχυνσης. Ακολούθως, μπορεί να εμφανιστούν στενώσεις του εντέρου και συρίγγια μεταξύ γειτονικών ελίκων του εντέρου, ανάμεσα στο έντερο και στο δέρμα ή σε άλλα όργανα (π.χ. κόλπο, ουροδόχο κύστη). Αρχίζει από τον υποβλεννογόνο χιτώνα και μεταδίδεται στον βλεννογόνο και στους ορογόνους υμένες δημιουργώντας βλάβες σε ορισμένα τμήματα.<sup>12,13,14</sup>

Στη νόσο του Crohn παρατηρείται προσβολή μόνο του λεπτού εντέρου περίπου στο 40% των ασθενών και μόνο στο παχύ έντερο άλλο ένα 30%. Στο υπόλοιπο 30% των ασθενών, όμως, προσβάλλεται τόσο το λεπτό όσο και το παχύ έντερο.<sup>15</sup> Υπάρχει, επίσης, πιθανότητα να προσβληθεί και η στοματική κοιλότητα, ο οισοφάγος και ο στόμαχος με το δωδεκαδάχτυλο με συχνότητες 6-9%, 1% και 1-5% αντίστοιχα.<sup>1,2</sup>

Υπάρχει απώλεια εξιδρώματος από την περιοχή της φλεγμονής και κατ' επέκταση σε απώλεια πρωτεΐνης, σε απώλεια αιματηρών κοπράνων. Αυτό μπορεί να οδηγήσει μέχρι και σε υποσιτισμό.

Αν και η πρώτη αναφορά της νόσου έγινε από το Morgani το 1761, η κλασική κλινική και παθολογοανατομική περιγραφή της νόσου έγινε από τους Crohn, Ginzburg και Oppenheimer στο νοσοκομείο Mount Sinai της Νέας Υόρκης.<sup>1</sup>

### ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μια υποτροπιάζουσα, χρόνια φλεγμονώδης νόσος με εξελκώσεις η οποία προσβάλλει επίσης το βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο του παχέως εντέρου και του ορθού με υπεραίμια και οίδημα τα οποία επηρεάζουν την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και τελικά προκαλούν ένα στενωμένο, άκαμπτο, ουλοποιημένο έντερο. Μπορεί να παρατηρηθεί απώλεια βάρους και ανεπαρκής αύξηση, αν και αυτό είναι λιγότερο συχνό από ότι στη νόσο του Crohn.<sup>2,3</sup> Η πλειοψηφία των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα παρουσιάζουν ήπιας ή μέτριας εντάσεως συμπτώματα, με 6 ή λιγότερες κενώσεις την ημέρα. Η εμφάνιση της είναι ύπουλη, και διαρκεί από 1 έως 3 μήνες αλλά εμφανίζεται σε μεσοδιαστήματα μηνών ή ετών. Οι εξωεντερικές επιπλοκές περιλαμβάνουν το οξώδες ερύθημα και την αρθρίτιδα.<sup>12,13,14</sup>

Περίπου στο 15% των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα παρατηρείται η κεραυνοβόλος μορφή κολίτιδας, στην οποία προσβάλλεται ολόκληρο το παχύ έντερο.<sup>1</sup> Στην περίπτωση αυτή εμφανίζονται σοβαρή αιμορραγική διάρροια, οξύς κοιλιακός πόνος και πυρετός. Οι ασθενείς με κεραυνοβόλο νόσο διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών.<sup>16</sup>

### 1,3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

#### ΓΕΝΙΚΑ

Οι καταστάσεις αυτές παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες μεταξύ τους. Η αιτιολογία τους είναι άγνωστη, αν και αμφοτέρως παρουσιάζουν σαφή γεωγραφική κατανομή και έχουν κάποιο γενετικό υπόβαθρο.<sup>16</sup> Θεωρείται ότι εμπλέκεται η ανοσολογική δραστηριότητα γιατί ανιχνεύονται στο αίμα αντισώματα έναντι του εντέρου.<sup>17</sup> Η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου παρατηρείται πιο συχνά στις ΗΠΑ και στις Βορειοευρωπαϊκές χώρες παρά στη Νότια Ευρώπη και τις χώρες του Νότιου Ημισφαιρίου. Προσβάλλει μερικές εθνικές ομάδες πιο συχνά από ότι άλλες. Περίπου ένα εκατομμύριο Αμερικάνοι πάσχουν από ΙΦΝΕ, με τις δυο νόσους να έχουν περίπου την ίδια πιθανότητα νοσηρότητας.<sup>12</sup> Επίσης, είναι πιθανό να παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα σε μέλη οικογένειας.<sup>3</sup>

Παράγοντες όπως οι μικροοργανισμοί που εντοπίζονται φυσιολογικά στον εντερικό σωλήνα πιθανόν να κατέχουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου.<sup>2</sup>

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

Η ελκώδης κολίτιδα, κατά κύριο λόγο, προσβάλλει το παχύ έντερο, επεκτεινόμενη από τα περιφερικά προς τα εγγύτερα τμήματα του παχέος εντέρου με συνεχή τρόπο.<sup>10</sup> Στους περισσότερους ασθενείς, η νόσος περιορίζεται στο ορθό και το σιγμοειδές.<sup>2</sup> Άλλες φορές πάλι, η νόσος μπορεί να εξελιχθεί και να προσβάλλει ολόκληρο το παχύ έντερο, μέχρι την ειλεοτυφλική συμβολή.<sup>12</sup>

Στην ελκώδη κολίτιδα ελευθερώνονται κυτταροκίνες IL-4, IL-5 και IL-6 από T λεμφοκύτταρα και μακροφάγα, ενώ παράλληλα μειώνεται η κυτταροκίνη IL-2. Αυτό σημαίνει ότι η πάθηση διαμεσολαβείται από κυρίως βοηθητικά λεμφοκύτταρα Th-2.<sup>5</sup>

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN

Συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων φαίνεται να παίζει το βασικό ρόλο στην αιτιοπαθγένεια της νόσου του Crohn.<sup>1</sup>

Η νόσος του Crohn τυπικά αρχίζει ως ένα μικρό φλεγμονώδες αφθώδες έλκος (επιφανειακό έλκος με λευκή βάση και ανυψωμένα χείλη, παρόμοιο με αυτά της υποτροπιάζουσας αφθώδους στοματίτιδας) στο βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα του εντέρου.<sup>16</sup> Αυτές οι αρχικές βλάβες είναι δυνατόν να υποχωρήσουν. Σε άλλες όμως περιπτώσεις μπορεί να εξελιχθούν, προσβάλλοντας όλα τα στρώματα του εντερικού τοιχώματος.<sup>12</sup> Στη συνέχεια, αναπτύσσονται βαθύτερες εξελκώσεις, κοκκιωματώδεις βλάβες και ρωγμές.<sup>3</sup>

Στη νόσο του Crohn, η παρουσία των κυτταροκινών IL-2 και TNF-a οι οποίες ελευθερώνονται από τα T λεμφοκύτταρα υποδηλώνει μια φλεγμονώδη πάθηση όπου προέχοντα ρόλο παίζουν τα λεμφοκύτταρα Th-1.<sup>5</sup>

Έχει διατυπωθεί ότι μπορεί να θέσει σε κίνδυνο ανάπτυξης φλεγμονώδους νόσου του εντέρου ο ιός της ιλαράς ή η παραλαβή του εμβολιασμού της ιλαράς. Όμως αυτό δεν έχει επιβεβαιωθεί και για αυτό ο εμβολιασμός για την ιλαρά πρέπει να συνεχίσει να ενθαρρύνεται.<sup>2</sup>

### ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις που στηρίζουν την άποψη ότι οι IΦNE οφείλονται σε μεγάλο βαθμό σε γενετικούς παράγοντες.<sup>1</sup> Οι ενδείξεις περιλαμβάνουν αυξημένη συχνότητα, έως και 30 φορές, στους συγγενείς των πασχόντων και μεταξύ μονο-ωογενών διδύμων, συσχέτιση με σύνδρομα που έχουν γενετικό υπόβαθρο, και ύπαρξη γενετικών

δεικτών. Μεταξύ άλλων έχουν βρεθεί ασθενείς συσχετίσεις με το σύστημα αντιγόνων των λευκοκυττάρων, αλλιώς ως HLA.<sup>17</sup>

Ωστόσο, χάρη στη σύγχρονη μοριακή βιολογία, η κατανόηση της αιτιοπαθογένειας της νόσου είναι η ταυτοποίηση του γονιδίου το οποίο είναι υπεύθυνο για το σχηματισμό ενδοκυττάριας πρωτεΐνης CARD/NOD2, του οποίου οι μεταλλάξεις έχουν σχέση με την ανάπτυξη της νόσου του Crohn.<sup>17</sup>

Υπάρχουν νοσήματα τα οποία είναι σπάνια γενετικώς καθοριζόμενα, τα οποία σχετίζονται με τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου. Μερικά από αυτά είναι: Σύνδρομο Turner, Σύνδρομο Hermansky-Pudlak (το οποίο είναι μεταβολική διαταραχή τυροσίνης, με αλβινισμό που συνδυάζεται με τη νόσο του Crohn).<sup>14</sup>

### ΛΟΙΜΩΔΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες αυξάνεται συνεχώς η συχνότητα και της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn. Στην αρχή, είχαν ενοχοποιηθεί κοινά μικρόβια λόγω ομοιότητας της κλινικής εικόνας που σχετίζονται με την ελκώδη κολίτιδα, αλλά και ιστολογικών αλλοιώσεων που προκαλεί η *Shigella* και άλλα μικρόβια.<sup>13</sup> Δυο μυκοβακτηρίδια της φυματίωσης και της παραφυματίωσης έχουν θεωρηθεί πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες, λόγω της κοκκιοματώδους προσβολής που μπορούν να προκαλέσουν στο έντερο. Επιμένουσα λοίμωξη με τον ιό της ιλαράς και η εντερική λοίμωξη από *Yersinia enterocolitica* έχουν επίσης ενοχοποιηθεί και αυτοί.<sup>16</sup> Εξάλλου, οι πολλαπλοί λοιμώδεις αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να έχουν κοινό παρονομαστή, δηλαδή ειδική επίδραση στο ανοσολογικό σύστημα, ικανότητα αποικισμού και εισβολή στο επιθήλιο.<sup>1</sup>

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η πρώτη συστηματική υποστήριξη της ψυχοσωματικής αιτιολογίας της ελκώδους κολίτιδας έγινε από τον Murray το 1930. Σύμφωνα, με αυτή την υποστήριξη, υπάρχει χαρακτηριστικός τύπος προσωπικότητας που είναι προδιατεθειμένος στην εκδήλωση της ελκώδους κολίτιδας. Δηλαδή, άτομα συναισθηματικά ανώριμα και ευαίσθητα σε καταστάσεις αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα μπορεί να προκαλέσει στρες και μπορεί να παρουσιάσουν ελκώδη κολίτιδα.<sup>16</sup>

Η ψυχιατρική συνοσυρότητα είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με σοβαρά ή ανθεκτικά γαστρεντερολογικά συμπτώματα. Οι πιο συνήθεις διαγνώσεις που παρατηρούνται σε γαστρεντερολογικούς ασθενείς είναι οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές διάθεσης και οι σωματόφορμες διαταραχές. Το ψυχιατρικό σύμπτωμα συχνά προηγείται ή συμπίπτει με την έναρξη της πάθησης, με συχνή επισήμανση της μεταβολής της σπλαχνικής αίσθησης μετά από εκδήλωση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας.<sup>13</sup>

### ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τέτοιοι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί λόγω της παρουσίας αντισωμάτων έναντι αρκετών τροφικών αντιγόνων, όπως του γάλακτος και της μαγιάς. Αυτό όμως το φαινόμενο μπορεί απλά να οφείλεται στην αυξημένη διαπερατότητα του προσβεβλημένου εντερικού βλεννογόνου σε αυτά τα αντιγόνα. Μπορεί ορισμένοι ασθενείς να παρουσιάσουν ύφεση ή υποτροπή της νόσου αναλόγως της απομακρύνσεως ή επανεισαγωγής γάλακτος στο διαιτολόγιο τους.<sup>1</sup>

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Αποδεδειγμένα καπνιστές με νόσο του Crohn έχουν υψηλότερες πιθανότητες κλινικής και ενδοσκοπικής υποτροπής της νόσου, κάτι που δεν παρατηρείται, όμως στην ελκώδη κολίτιδα.<sup>1</sup> Ο προστατευτικός ρόλος που ασκεί το κάπνισμα εξηγεί το γεγονός ότι η μέση ηλικία έναρξης της νόσου στους τέως καπνιστές είναι μεγαλύτερη δηλαδή περίπου στα 45, από τους μη καπνιστές που είναι γύρω στα 30.<sup>17</sup>

### ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ

Προοπτικές μελέτες υποστηρίζουν ότι γυναίκες που λαμβάνουν αγωγή αντισυλληπτικών δισκίων έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn αλλά ο κίνδυνος είναι μικρός.<sup>5</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

## **2,1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Ο όρος ελκώδης κολίτιδα χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1859 από τον Wilks και επικράτησε από τότε. Η κλινική εικόνα της τοπικής ειλεΐτιδας περιγράφηκε από τους Crohn, Oppenheimer και Ginsdurg. Σήμερα, ο χαρακτηρισμός ‘νόσος του Crohn’ χρησιμοποιείται για περιπτώσεις που εκδηλώνονται σε όλα τα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα.<sup>18</sup> Περιοχές με υψηλή επίπτωση της ελκώδης κολίτιδας και νόσο του Crohn είναι η Αγγλία, η ΗΠΑ και η Βόρεια Ευρώπη.<sup>12</sup> Στις χώρες της Δύσης η επίπτωση της ελκώδης κολίτιδας εμφανίζεται από 3-15/100,000 περιπτώσεις ανά κατοίκους το χρόνο και ο επιπολασμός από 50-80/100,000 περιπτώσεις πληθυσμού το χρόνο αντίστοιχα. Ενώ η νόσος του Crohn κυμαίνεται γύρω στις 5 νέες περιπτώσεις ανά 100,000 πληθυσμού το χρόνο και ο επιπολασμός φτάνει στις 50 περιπτώσεις ανά 100,000 πληθυσμού αντίστοιχα.<sup>15,16,17</sup>

Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι 1,000,000 άτομα νοσούν από ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είτε είναι ελκώδη κολίτιδα είτε νόσο του Crohn. Ειδικότερα, η συχνότητα της ελκώδης κολίτιδας υπολογίζεται σε 6/100,000 κατοίκους ανά έτος, ενώ η νόσος του Crohn σε 2/100,000 κατοίκους με αυξητικές τάσεις.<sup>11</sup> Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα στο 17% των ασθενών να υπάρχει οικογενειακό ιστορικό νοσηρότητας. Συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου κινδυνεύουν 3 φορές περισσότερο, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.<sup>16</sup>

Προσβάλλονται συνήθως έφηβοι και νέοι ενήλικες ηλικίας 15-25 κυρίως, αλλά παρουσιάζουν όμως και δεύτερη αύξηση συχνότητας μεταξύ 55-65 ετών.<sup>15,17</sup>

Ακόμα, έχει βρεθεί ότι μετανάστες από χώρες με χαμηλή επίπτωση καρκινώματος παχέος εντέρου, όταν βρεθούν σε χώρες με υψηλή επίπτωση, υπόκεινται στους ίδιους κινδύνους με εκείνους που υπάρχουν στις χώρες αυτές, εφόσον ακολουθούν τον ίδιο τρόπο ζωής και διατροφής.<sup>2</sup> Τέλος, είναι γνωστή η συσχέτιση αδενώματος – καρκινώματος στη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα.<sup>13</sup>

## **2,2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ**

Η νόσος μπορεί να διακριθεί, ανάλογα με την βαρύτητα, σε ήπια, μέτρια και μεγάλη βαρύτητα.<sup>5</sup> Ασθενείς με ήπια ή μέτρια βαρύτητα νόσο αντιμετωπίζονται συντηρητικά σε εξωνοσοκομειακή βάση. Οι ασθενείς με μεγάλης βαρύτητας νόσο, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της έξαρσης των συμπτωμάτων, χρειάζεται να νοσηλευθούν και ορισμένοι από αυτούς μπορεί να φτάσουν στο σημείο χειρουργείου.<sup>14</sup>

## **ΟΞΕΙΑ ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

Περίπου το 5-10% των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου εκδηλώνουν οξεία κολίτιδα μεγάλης βαρύτητας. Έχει σημαντική σημασία η έγκαιρη



διάγνωση αυτής της μορφής της νόσου γιατί η καθυστέρηση για την έναρξη της θεραπείας μπορεί να προκαλέσει και θνησιμότητα. Η εκδήλωση αυτή οφείλεται στην κακή θρέψη, στις διαταραχές ύδατος και ηλεκτρολυτών και στην τοξιναιμία. Η απώλεια πρωτεϊνών στα κόπρανα σε συνδυασμό με ελάχιστη λήψη τροφής οδηγούν σε αρνητικό ισοζύγιο αζώτου. Επίσης, οι απώλειες ύδατος, νατρίου και καλίου με τη διάρροια έχουν σαν αποτέλεσμα υποογκαιμία και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, με κατάληξη την κυκλοφοριακή καταπληξία.<sup>5</sup>

Τα συμπτώματα των ασθενών με οξεία κολίτιδα μεγάλης βαρύτητας περιλαμβάνουν μεγάλες διαρροϊκές κενώσεις έως και 6 φορές το 24ωρο, με αίμα στα κόπρανα, απώλεια του 10% του σωματικού βάρους και ευαισθησία στην ψηλάφηση της κοιλιάς. Ακόμα, υπάρχει πιθανότητα να εκδηλωθούν ταυτόχρονα αναιμία, ταχυκαρδία και σημεία από τις διαταραχές ύδατος και ηλεκτρολυτών. Το κόλον είναι αυτό που συνήθως που νοσεί όλη του η έκταση.<sup>16</sup>

### ΤΟΞΙΚΗ ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η τοξική διάταση του εντέρου προκαλεί διάταση της κοιλιάς και συνήθως συνοδεύεται από πυρετό και ευαισθησία στην ψηλάφηση της κοιλιάς. Ο πυρετός και η ευαισθησία μπορεί να μην εμφανιστούν όταν ο ασθενής είναι υπό θεραπεία με στεροειδή.<sup>3</sup> Η διάταση του εντέρου φαίνεται καλύτερα σε μια απλή ακτινογραφία κοιλιάς και η διάγνωση είναι σαφής όταν η διάμετρος του κόλου είναι περισσότερη από 6 εκ. Η ακτινογραφία μπορεί να δείχνει πάχυνση του τοιχώματος του εντέρου, απουσία κοπράνων στο τυφλό και σκιάσεις που απεικονίζουν νησίδα οιδηματώδους βλεννογόνου.<sup>5</sup>

### 2,3 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn έχουν παρόμοιες, αν όχι ίδιες, κλινικές εκδηλώσεις.<sup>5</sup> Τα συμπτώματα μπορεί να είναι μη ειδικά και να υπάρχουν για αρκετά χρόνια πριν γίνει η διάγνωση.<sup>12</sup>

Τα συμπτώματα είναι:

1. Τα κολικοειδή κοιλιακά άλγη, μπορεί να είναι συνεχής ή διαλείπων και μπορεί να εντοπίζεται είτε στο αριστερό κάτω κοιλιακό τεταρτημόριο είτε στο δεξιό κάτω κοιλιακό τεταρτημόριο ή πιο διάχυτος με εντοπισμό σε όλη την κατώτερη κοιλιακή χώρα.<sup>1</sup> Ως συνήθως εμφανίζεται σε περιπτώσεις έξαρσης της νόσου. Σε πιο ήπιες περιπτώσεις παρατηρείται πιο ήπιος κοιλιακός πόνος ο οποίος έχει την δυνατότητα να υποχωρεί μετά την κένωση εφόσον οφείλεται στην διάταση του αυλού.<sup>3</sup>
2. Διάρροια. Μπορεί να προκληθούν το λιγότερο 6 κενώσεις την ημέρα και μπορεί να είναι υδαρής ή μαλακές και κάποιες φορές να περιέχουν αίμα, αν και συνήθως

εμφανίζεται συχνότερα στην ελκώδη κολίτιδα.<sup>3</sup> Η διάρροια συνοδεύεται από επιτακτική ανάγκη προς αφόδευση, από αίσθημα ατελούς κένωσης και από δυσάρεστη αίσθηση σπασμού του ορθού.<sup>1</sup> Οι ασθενείς με πρωκτίτιδα εμφανίζονται με λιγότερες από τέσσερις διααρροϊκές κενώσεις, με διαλείπουσα αιμορραγία από το ορθό, και αποβολή βλέννας και περιορισμένα συστηματικά συμπτώματα.<sup>13</sup>

3. Επείγουσα κένωση καράτια και αδυναμία μπορεί να εμφανιστούν και στις δυο νόσους.<sup>3</sup>
4. Κάποια άλλα συμπτώματα είναι η κόπωση, ο πυρετός, πόνος στις αρθρώσεις, λιπώδες ήπαρ, ραγοειδίτιδα, αυτοάνοση ηπατίτιδα, οζώδες ερύθημα και πρωτογενή σκληρυντική χολογγειίτιδα.<sup>12</sup>

Στην ελκώδη κολίτιδα παρατηρείτε επίσης διαταραχή κινητικότητας του λεπτού εντέρου και αδυναμία του ορθού να συγκρατήσει σημαντικό όγκο περιεχομένου, και αυτή είναι η αιτία για την ακράτεια κοπράνων και τις συνεχείς κενώσεις που έχουν οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα.<sup>5</sup>

## **2,4 ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου ποικίλουν, αφορούν διάφορα όργανα και οι δύο παθήσεις έχουν παρόμοιες εκδηλώσεις. Συνήθως ακολουθούν τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου, ενώ σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να αποτελέσει το κυριότερο πρόβλημα τους. Ειδικά στη νόσο του Crohn οι εξωεντερικές εκδηλώσεις είναι συχνότερες στις περιπτώσεις ασθενών με περιεδρική εντόπιση της νόσου.<sup>4</sup>

Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις κυρίως αφορούν το ερειστικό σύστημα, με μορφή αρθρίτιδων, το δέρμα, τα μάτια, τους νεφρούς. Η πιο σοβαρή και θανατηφόρα επιπλοκή που μπορεί να υπάρξει είναι η θρόμβωση και η πνευμονική εμβολή. Οι περισσότερες εξωεντερικές εκδηλώσεις με τη βελτίωση της πάθησης παρουσιάζουν ύφεση, με τη σκληρυντική χολαγγειίτιδα, την κίρρωση και την ιερολαγονίτιδα – σπονδυλίτιδα να μην ανήκουν σε αυτή την κατηγορία.<sup>13</sup>

Η πιο συνήθης εξωεντερική επιπλοκή είναι η προσβολή των αρθρώσεων. Η οξεία αρθροπάθεια η οποία εμφανίζεται στο 10-15% των ασθενών και γενικώς προσβάλλει δυσανάλογα τις μεγάλες αρθρώσεις ή συμμετρικά πολλές μικρές αρθρώσεις. Η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα η οποία εμφανίζεται στο 1-3% των ασθενών, η ασυμπτωματική ιερολαγονίτιδα, η πρώτη μορφή εμφανίζεται παράλληλα με την πορεία της νόσου, ενώ η δεύτερη επιμένει και όταν η νόσος είναι σε ύφεση.<sup>5</sup> Η ραγοειδίτιδα και την επισκληρίτιδα η οποία εμφανίζεται 5-15% των ασθενών. Επίσης, κάποιες δερματικές εξωεντερικές εκδηλώσεις είναι το οζώδες ερύθημα όπου εμφανίζεται στο 10-15%, το γαγγραινώδες πυόδερμα το οποίο εμφανίζεται σπάνια κάπου στο 1-2%

των ασθενών. Μια άλλη εκδήλωση που είναι αρκετά σπάνια είναι η σκληρωτική χολαγγειίτιδα με ποσοστό 2-7% των ασθενών.<sup>4</sup>

Στη νόσο του Crohn η πιο συνηθισμένη εξωεντερική εκδήλωση είναι η αρθρίτιδα, η οποία προσβάλλεται στις πιο μεγάλες αρθρώσεις. Καθώς μπορούν να εμφανισθούν και συρίγγια σε στιβάδες του παχέος εντέρου. Συνήθως εμφανίζονται ως μάζα ή απόστημα μεταξύ του παχέος εντέρου και της ουροδόχου κύστης. Υπάρχουν συρίγγια τα οποία παροχετεύουν προς το δέρμα και εκδηλώνονται με εκροή κοπρανώδους περιεχομένου και συνήθως εμφανίζονται περιπρωκτικά.<sup>5</sup>

Υπάρχουν, όπως αναφέραμε και πιο πριν, κοινές εξωεντερικές εκδηλώσεις. Εμφανίζονται εκδηλώσεις με ιδιαίτερη προτίμηση στο ήπαρ και τα χοληφόρα. Αρχικά παρουσιάζεται σκληρυντική χολαγγειίτιδα με κλινική εικόνα χολόστασης. Συνδέεται κυρίως με την ελκώδη κολίτιδα και μάλιστα έχει και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Είναι κατά κανόνα παγκολίτιδα αλλά ανταποκρίνεται εύκολα στη θεραπεία. Μια σημαντική εξέταση που παίζει ρόλο στην ελκώδη κολίτιδα όταν υπάρχει σκληρυντική χολαγγειίτιδα είναι η κολονοσκόπηση.<sup>4</sup>

Ακόμη, έχουμε εκδηλώσεις στην χοληδόχο κύστη με πολύποδες χοληδόχου κύστεως όπου υπάρχει παραπομπή για χολοκυστεκτομή. Το ίδιο ισχύει και για την χολολιθίαση αφού το 34% των ασθενών με νόσο του Crohn νοσεί. Μπορεί να νοσήσει και το ήπαρ λόγω των φαρμάκων δηλαδή από την ηπατοτοξικότητα. Οι θειοπουρίνες μπορεί να προκαλέσουν τρανσαμίνες, η ηπατοτοξικότητα υποδουλώνει έμμεσα και μη επαρκή δραστηριότητα των φαρμάκων στην ΙΦΝΕ. Η ηπατοτοξικότητα διαφέρει από την κάθε νόσο που θέλουμε να θεραπεύσουμε. Τέλος, η ολική παρεντερική θρέψη ενοχοποιείται για ηπατομεγαλία, χολόσταση και λιπώδη διήθηση.<sup>5</sup>

## **2,5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Η διάγνωση βασίζεται κυρίως στο ιστορικό του ασθενούς και στα συμπτώματα του. Αυτό βοηθάει τον ιατρό να διαγνώσει με σωστή ακρίβεια τις οποιεσδήποτε αλλοιώσεις εάν υπάρχουν στην περιοχή δακτυλίου όπως ραγάδες, συρίγγια, αποστήματα ή ακόμα το γενετικό υπόβαθρο.<sup>2</sup> Δηλαδή, μπορεί να διαγνωσθεί ότι και άλλα άτομα της ίδιας οικογένειας μπορεί να πάσχουν από κάποια μορφή κολίτιδας, με την βοήθεια μακροσκοπικής ή μικροσκοπικής εξέτασης κοπράνων αλλά και με την ενδοσκόπηση από αλλοιώσεις του εντερικού βλεννογόνου.<sup>4</sup>

Η κλινική εξέταση βοηθά στην εκτίμηση της γενικότερης κατάστασης του ασθενή και μπορεί να επισημανθεί η ύπαρξη αφυδάτωσης, πυρετού ή ταχυκαρδίας. Ακόμα, επισημαίνεται η ύπαρξη αναιμίας και εξωεντερικών εκδηλώσεων.<sup>8</sup>

Η διάγνωση μπορεί να είναι πολύ δύσκολη ειδικά εάν τα συμπτώματα είναι μη ειδικά.

Έτσι, για την σωστή διάγνωση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου γίνονται με τις παρακάτω εξετάσεις:

1. Ενδοσκόπηση με βιοψία όπου κατά την εξέταση της κολποσκόπησης λαμβάνουμε βλεννογονικά δείγματα βιοψίας και εν συνεχεία εξετάζονται αναλυτικότερα είτε για οξεία είτε για χρόνια φλεγμονή.<sup>12,13</sup> Η ελκώδης κολίτιδα, σε αντίθεση με τη νόσο του Crohn που έχει ακανόνιστη φλεγμονή με ασυνεχής βλάβες, έχει συνεχή φλεγμονή.<sup>3</sup>
2. Οισοφαγοσκόπηση. Γίνεται για άμεση επισκόπηση οισοφάγου για να επιβεβαιωθεί ή να αποκλειστεί κάποια γαστρεντερική αιμορραγία, διαφραγματοκήλη, αλλοιώσεις, φλεγμονές, στενώσεων, όγκων ή την παρουσία ξένων σωμάτων αλλά και λήψη δείγματος βιοψίας.<sup>3</sup>
3. Γαστροσκόπηση. Γίνεται για την άμεση επισκόπηση του βλεννογόνου του στομάχου για να επιβεβαιωθεί ή να αποκλειστεί η ύπαρξη της νόσου του Crohn, αιμορραγίας, έλκους, καρκινώματος και λήψη δείγματος για βιοψία στομάχου και δωδεκαδακτύλου.<sup>5</sup>
4. Λαπαροσκόπηση. Είναι μια διαδικασία όπου γίνεται η άμεση επισκόπηση της πρόσθιας επιφάνειας του ήπατος, της χοληδόχου κύστης και τμημάτων του μεσεντερίου. Με την βοήθεια αυτής της εξέτασης μπορούμε να διαγνώσουμε όγκους και αποφράξεις αλλά και εξωεντερικές επιπλοκές της νόσου του Crohn.<sup>12</sup>
5. Κολonosκόπηση. Είναι μια πιο ακριβής και πιο σίγουρη διαγνωστική μέθοδος για την διάγνωση των παθήσεων του παχέος εντέρου. Υπερισχύει από τον ακτινολογικό έλεγχο γιατί μπορεί να γίνει και λήψη δείγματος για βιοψία.<sup>19</sup> Με την κολonosκόπηση μπορούν να διαγνωσθούν παθήσεις του αριστερού κόλου πιο εύκολα από τον ακτινολογικό έλεγχο. Ενώ, σε σχέση με τις παθήσεις του δεξιού κόλου έχουν ίδιο αποτέλεσμα.<sup>4</sup> Ο πιο σοβαρός λόγος για να γίνει κολonosκόπηση είναι για την διαπίστωση της αίτιας και την πηγή της ανεξήγητης εντερορραγίας. Χρήσιμη είναι, επίσης, και για την παρακολούθηση τοπικών υποτροπών, καθώς και ο έλεγχος του παχέος εντέρου ειδικότερα σε υψηλές ομάδες κινδύνου.<sup>3</sup>
6. Εξετάσεις αίματος. Με διάφορες εξετάσεις που γίνονται διευκολύνεται η διάγνωση αλλά ελέγχεται και ο βαθμός προσβολής από τη νόσο. Έτσι, με τον προσδιορισμό του αιματοκρίτη των λευκών αιμοσφαιριών, του σιδήρου του πλάσματος, των αιμοπεταλίων, της ΤΚΕ (ταχύτητα καθίζησης ερυθρών), του ινοδογόνου και της άλφα-1 γλυκοπρωτεΐνης γίνεται η διάγνωση, αλλά και μπορούμε να κατανοήσουμε τη σοβαρότητα της κατάστασης.<sup>8</sup> Γίνεται γενική αίματος για ανίχνευση απώλειας αίματος λόγω αναιμίας, για την αύξηση λευκών

αιμοσφαιρίων ευθύνεται η φλεγμονώδης διαδικασία και ο σχηματισμός αποστήματος, η ΤΚΕ είναι αυξημένη σε αυτές τις περιπτώσεις.<sup>12</sup> Επίσης, ελέγχονται οι ηλεκτρολύτες ορού, η γλυκόζη, η ουρία, τα επίπεδα βιταμινών ορού και η κρεατινίνη. Οι εξετάσεις αίματος όμως δεν αποτελούν από μόνες τους διαγνωστικές εξετάσεις αλλά συνδυάζονται με άλλες εξετάσεις.<sup>3</sup>

7. Συστηματική μελέτη κοπράνων. Η μελέτη των κοπράνων γίνεται με τρεις διαφορετικούς τρόπους.<sup>12</sup> Ο πρώτος είναι η μικροβιακή εξέταση όπου συστήνεται σε όλες τις περιπτώσεις των φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου και συγκεκριμένα όπου υπάρχει διάρροια και υπόνοια αμοιβάδωσης. Το δείγμα συλλέγεται πριν την έναρξη της θεραπείας γιατί διαφορετικά τα κόπρανα ανακατεύονται με τα ούρα. Εάν δεν σταλεί το δείγμα απευθείας για εξέταση τότε τα κόπρανα μπορούν να συντηρηθούν στο ψυγείο σε θερμοκρασία 4°C.<sup>8</sup> Όμως, υπό φυσιολογικές συνθήκες η εξέταση γίνεται άμεσα και στη συνέχεια αυτοκαλλιεργείται με αερόβιες και αναερόβιες συνθήκες. Τα περισσότερα μικρόβια όπως ασκαρίδες είναι εμφανή στο μικροσκόπιο ενώ τα βακτήρια και οι ιοί χρειάζονται ειδικές εξετάσεις. Ο δεύτερος τρόπος είναι το αίμα. Δηλαδή, αν και σε άτομα με εντερορραγία είναι εμφανή με άλλους διαγνωστικούς τρόπους, χρειάζεται σε καταστάσεις υποτροπών της νόσου, σε μακροχρόνιο καρκίνο και λαμβάνεται και για προληπτικούς λόγους. Η πιο απλή και συχνή δοκιμασία είναι η γουιακόλη, η οποία όταν οξειδωθεί έχει ένα μπλε χρώμα και από αυτό διαπιστώνεται εάν υπάρχει αίμα στα κόπρανα. Βέβαια, γίνεται και μια άλλη διαδικασία η οποία όμως βασίζεται στο πως τα αντισώματα αντιδρούν στην ανθρώπινη αιμοσφαιρίνη. Και τέλος, ο τρίτος τρόπος είναι η εξέταση πύον και εκκρίσεων. Η εξέταση του πύον γίνεται για καλλιέργεια και για ύπαρξη μικροοργανισμών με δύο τρόπους, εάν οι εκκρίσεις είναι άφθονες τότε μπορούμε να συλλέξουμε αρκετό δείγμα σε αποστειρωμένο φιαλίδιο εάν όμως δεν είναι άφθονο τότε συλλέγεται με γάζα κάνοντας αποσπόγγιση της περιοχής. Στην συνέχεια, το υλικό στέλνεται στο εργαστήριο αμέσως γιατί εάν καθυστερήσει καταστρέφονται οι μικροοργανισμοί για δυο λόγους. Είτε το δείγμα αφυδατώθηκε είτε άλλαξαν οι συνθήκες συντήρησης του δείγματος.<sup>5</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **3,1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΥ**

Πριν την έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να εκτιμηθεί η βαρύτητα της νόσου αφού έχει γίνει ήδη η διάγνωση της νόσου. Για να υπολογισθεί όμως η βαρύτητα της νόσου θα πρέπει να συλλεχθούν διάφορα στοιχεία τα οποία είναι η έκταση της νόσου, η κατάσταση της διατροφής και της ανάπτυξης, η ένταση των συμπτωμάτων, η κατάσταση της εξωεντερικής νόσου, το ποσοστό της αιμοσφαιρίνης και άλλα ποσοστά αίματος, τα ισοζύγια ύδατος και ηλεκτρολυτών, τα σημεία τοξικότητας, η ευαισθησία και η διάταση της κοιλιάς και η κατάσταση της περιπρωκτικής νόσου.<sup>8</sup>

Η έκταση της νόσου προσδιορίζεται με ακρίβεια από την ενδοσκόπηση και τον ακτινολογικό έλεγχο που έγιναν κατά τη διάρκεια της διάγνωσης.<sup>5</sup> Τα συμπτώματα μπορούμε να τα διακρίνουμε σε κατηγορίες: σε αυτά που αφορούν το έντερο όπως η συχνότητα και ο έλεγχος των κενώσεων, η απώλεια αίματος και ο πόνος στην κοιλιά, και σε εκείνα που αφορούν στην συστηματική επιβάρυνση του ασθενούς, όπως η ανορεξία, η απώλεια βάρους, η κακουχία και άλλα σημεία αναιμίας ή κακής διατροφής. Το σωματικό βάρος και το ύψος, αλλά και το πάχος της δερματικής πτυχής μας καθορίζουν την κατάσταση της διατροφής και της ανάπτυξης.<sup>8</sup>

Η παρουσία εξωεντερικών εκδηλώσεων δείχνει ότι υπάρχει βαριά νόσος. Η φυσική πορεία της ελκώδης κολίτιδας και της νόσου του Crohn, χαρακτηρίζεται τόσο από υφέσεις αλλά και τόσο από εξάρσεις. Επομένως, το πόσο συχνές και το πόσο σοβαρές είναι οι υποτροπές, και ο βαθμός της αναπηρίας των ασθενών με χρόνια πάθηση, είναι ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες για τον προσδιορισμό της βαρύτητας της νόσου.<sup>8</sup>

Για την καλύτερη αξιολόγηση της βαρύτητας της νόσου είναι σημαντικό οι ίδιοι οι ασθενείς να λαμβάνουν μέρος στις καθημερινές δραστηριότητες της εργασίας, ή των αθλητικών δραστηριοτήτων.<sup>5</sup>

### **3,2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ CROHN**

Υπάρχουν αρκετές διαφορές μεταξύ της ελκώδης κολίτιδας και της νόσου του Crohn σε κλινικό, ενδοσκοπικό, ακτινολογικό και παθολογοανατομικό επίπεδο.<sup>11</sup> Κυριότερες όμως διαφορές είναι η έκταση του γαστρεντερικού σωλήνα, η διάσπαρτη κατανομή της νόσου του Crohn σε σχέση με τη συνεχή προσβολή του εντερικού βλεννογόνου στην ελκώδη κολίτιδα, και η προσβολή του παχέος εντερικού τοιχώματος στην νόσο του Crohn σε αντίθεση με την φλεγμονή μόνο του βλεννογόνου στην ελκώδη κολίτιδα.<sup>8</sup>

Η διαφορική διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό βακτηριακών και παρασιτικών λοιμώξεων του εντέρου, καθώς και άμεση βλάβη του εντέρου από ακτινοβολία ή ισχαιμία. Το ιστορικό του ασθενούς είναι σημαντικό για τον περιορισμό της διαγνωστικής λίστας.<sup>12</sup> Η έκθεση σε παθογόνα, οι αγγειακοί παράγοντες κινδύνου, το ιστορικό έκθεσης σε ακτινοβολία και το φαρμακευτικό ιστορικό είναι σημαντικά στοιχεία του ιστορικού. Εάν ένας ασθενής νοσηλευθεί μόνο με αιμορραγία από το κατώτερο γαστρεντερικό, οι αιμορροΐδες, οι πολύποδες του κόλου, οι αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες, και η κακοήθεια περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση.<sup>10</sup>

Η διαφορική διάγνωση της νόσου του Crohn του κόλου δεν διαφέρει από εκείνη της ελκώδους κολίτιδας.<sup>12</sup> Σε ασθενείς που προσέρχονται με συμπτώματα από το λεπτό έντερο, θα πρέπει να εξετάζονται διάφορα νοσήματα που επηρεάζουν το λεπτό έντερο. Σε αυτά περιλαμβάνονται λοιμώξεις, φλεγμονώδη νοσήματα άλλων ενδοκοιλιακών οργάνων και άλλες ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του λεπτού εντέρου.<sup>3</sup>

### **3,3 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Οι χειρισμοί όσο αφορά τη διαίτα για τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου είναι διαφορετικοί για κάθε ασθενή και αυτό μπορεί να έχει καταλυτικό ρόλο στην εξέλιξη της νόσου αλλά και για την κατάσταση υγείας του ασθενούς. Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι εάν υπάρχει σωστή και καλή διατροφική κατάσταση για τον ασθενή τότε τόσο πιο καλή είναι και η ανταπόκριση του οργανισμού στη φαρμακευτική αγωγή.<sup>13</sup>

Ως συνήθως, μερικοί ασθενείς εξαιρούν από το διαιτολόγιο τους το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα γιατί υπάρχει πιθανότητα να προκληθεί κοιλιακός πόνος κατά τη διάρροια. Αντιθέτως, η διατροφή που είναι πλούσια σε φυτικές ίνες μπορεί να μειώσει την διάρροια και να βελτιώσει την επιτακτική ανάγκη για κένωση αλλά και ανακουφίζει τον ασθενή σε τυχόν άλλα συμπτώματα του ορθού.<sup>5</sup> Επίσης, σε ασθενείς που έχουν στενώσεις εντέρου, οι οποίες μπορεί να προκλήθηκαν από φλεγμονές, ή άλλα σοβαρά οξέα συμπτώματα οι φυτικές ίνες αντενδείκνυται.<sup>13</sup>

Κατά τη διάρκεια παροξυσμών της νόσου του Crohn η χορήγηση τροφής από το στόμα πρέπει να διακόπτεται. Αυτό γίνεται για να αναπαυτεί το έντερο, δηλαδή να «ηρεμήσει» και αυτό βοηθά το έντερο να ανακουφιστεί από διάφορα συμπτώματα. Αυτή η μέθοδος υποστηρίζει μια θεωρία ότι κάποιες φορές ορισμένες τροφές και μικρόβια μπορεί να γίνουν αντιγονικά και να προκαλέσουν τυχόν φλεγμονές στο έντερο.<sup>5</sup>

Οι ηλεκτρολύτες και το νερό θα πρέπει να βρίσκονται σε μια ισορροπία και αυτό καλό θα είναι να παρακολουθείται κυρίως σε ασθενείς με διάρροια και παροχέτευση στομίας. Θα πρέπει καθημερινά οι ασθενείς με ΙΦΝΕ να προσλαμβάνουν περίπου 35ml



υγρών/kg του σωματικού βάρους. Η παρακολούθηση θα πρέπει να είναι συχνή στους ασθενείς με ΙΦΝΕ για να εντοπιστούν τυχόν ανεπάρκειες θρεπτικών συστατικών και να γίνει διόρθωση τους.<sup>5</sup>

Όπως προαναφέραμε, όταν η διατροφική κατάσταση είναι σε καλό επίπεδο τότε και η ανταπόκριση είναι καλύτερη στη φαρμακευτική αγωγή. Όμως, υπάρχουν μερικές φορές όπου η φαρμακευτική θεραπεία επηρεάζει αρνητικά την διατροφική κατάσταση του ασθενούς. Για παράδειγμα, μπορεί να προκληθεί καταστολή της ανάπτυξης στα παιδιά, Σακχαρώδης Διαβήτης, οστεοπόρωση, νεφρική ανεπάρκεια, υπέρταση και άλλα, όταν γίνεται χρόνια χρήση κορτικοστεροειδών. Γι' αυτό το λόγο, γίνονται προσαρμογές στη δίαιτα για να είναι σε ισορροπία, όπως περιορισμό απλών υδατανθράκων, περιορισμό κορεσμένων λιπών και αύξηση της πρωτεϊνικής πρόσληψης.<sup>5</sup>

### ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΥΦΕΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Στις περιόδους ύφεσης, οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται για να καταναλώνουν μια φυσιολογική, ελεύθερη διατροφή. Δηλαδή, πρέπει να καταναλώνονται τρόφιμα αυξημένης ενεργειακής πυκνότητας ή συμπληρώματα διατροφής, πλούσια σε θερμίδες και πρωτεΐνη, και, ειδικότερα όταν ο ασθενής βρίσκεται στα πρόθυρα ή πάσχει από ανορεξία.<sup>5</sup> Η ανεπάρκεια λακτάσης είναι πιθανόν να παρουσιαστεί σε ασθενείς με νόσο Crohn και πιο σπάνια στην ελκώδη κολίτιδα.<sup>2</sup>

Γενικότερα, ένα διαιτητικό πρωτόκολλο δεν υπάρχει για να εφαρμοστεί σε όλους τους ασθενείς. Όμως, με το να σημειώνουν οι ασθενείς ποιες τροφές είναι ενοχλητικές και ποιες όχι για τους ίδιους, θα διευκολύνει και τον διατροφολόγο να δώσει μια σωστή δίαιτα. Αυτό, επίσης, δείχνει ποιες τροφές είναι πιο θρεπτικές για τον ασθενή. Τέλος, καλό θα ήταν να υπάρχει αποφυγή διαιτητικών περιορισμών κατά τις περιόδους ύφεσης όμως, μερικές φορές, οι περιορισμοί βοηθούν και στο να μην βρεθεί σε κατάσταση έξαρσης ο ασθενής, αλλά και μπορεί να τροποποιηθεί η διατροφή και να γίνεται πιο σωστή πρόσληψη θρεπτικών ουσιών, προσθήκη συμπληρωμάτων και αυξημένη ποσότητα τροφίμων.<sup>13</sup>

### ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΕΞΑΡΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Για να γίνει η επιλογή της διαιτητικής αντιμετώπισης σε κάθε ασθενή εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Η διατροφική αντιμετώπιση και υποστήριξη έχει ως στόχο την διατήρηση και την ανάκτηση της θρέψης, την ύφεση της δραστηριότητας της νόσου. Επίσης, η διατροφική υποστήριξη επιλέγεται από ενδείξεις. Η πρώτη ένδειξη αφορά τη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης σε κάθε ασθενή, όπου η κατάσταση του αποκλείει ένα σημαντικό βαθμό πρόσληψης των βασικών διατροφικών ουσιών. Η δεύτερη αφορά τους ασθενείς που η διατροφική υποστήριξη εφαρμόζεται πρώτη είτε ο ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή είτε όχι, αλλά και σε ασθενείς που έχουν

προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση. Και τέλος, η τρίτη αφορά τους ασθενείς που σιτίζονται αποκλειστικά, μετά από απόφαση ότι χρειάζονται «μόνιμη» θεραπεία, με ολική παρεντερική διατροφή, λόγω συνεχής προσβολής του εντέρου, είτε επειδή πάσχουν από σύνδρομο βραχέος εντέρου, είτε έχουν δυσανεξία στην εντερική διατροφή όπως απόφραξη ή διάτρηση του εντέρου.<sup>13</sup>

### Νόσος του Crohn

Σε περιόδους έξαρσης, ο ασθενής είναι σύνηθες να μην λαμβάνει τροφή από το στόμα. Έτσι, για να διατηρείται το επίπεδο θρέψης των ασθενών χρησιμοποιούνται σκευάσματα εντερικής διατροφής ή ολικής παρεντερικής διατροφής.<sup>2</sup> Ως συνήθως, η ολική παρεντερική διατροφή είναι πιο επικίνδυνη από την εντερική διατροφή για αυτό και δεν επιλέγεται εύκολα. Ο μοναδικός λόγος για να προτιμηθεί η ολική παρεντερική διατροφή είναι γιατί υπάρχει κάποια εντερική στένωση, ο ασθενής πάσχει και από σύνδρομο βραχέος εντέρου ή εντεροδερματικό συρίγγιο. Οι εντερικές στενώσεις, παρόλο που είναι συχνό φαινόμενο, κάποιες είναι παροδικές και δημιουργούνται από οιδήματα και «φεύγουν» μόνες τους. Ενώ, από την άλλη υπάρχουν και οι πιο σοβαρές που απειλούν με απόφραξη και αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω ίνωσης στο εντερικό τοίχωμα, όμως υπάρχει λύση για να αποφευχθεί η απόφραξη και αυτή είναι μια δίαιτα με χαμηλή περιεκτικότητα σε ίνες. Κάποιοι ασθενείς, όμως, υπάρχει πιθανότητα να χρειαστούν και συμπληρώματα βιταμινών και μετάλλων αφού αυτά που θα λαμβάνουν από τη δίαιτα θα είναι λιγοστά.<sup>5</sup>

Επίσης, υπάρχει ακόμα μια δίαιτα, η οποία είναι η στοιχειακή δίαιτα (Ensure) που είναι μια πρωταρχική και βοηθητική θεραπεία αφού περιέχει βασικές θρεπτικές ουσίες και δεν αφήνει υπολείμματα στον εντερικό αυλό. Επίσης, βοηθά στο να μειωθεί η χορήγηση κορτικοστεροειδών. Η συγκεκριμένη δίαιτα, επειδή, δεν είναι καθόλου εύγευστη και είναι δυσάρεστη αίσθηση αυτή για τον ασθενή, προτιμάται να μην χορηγείται από το στόμα αλλά με ρινογαστρική χορήγηση. Για να απορροφηθούν όλες οι θρεπτικές ουσίες καλό θα είναι η δίαιτα να διαρκέσει το λιγότερο 4 εβδομάδες. Κατά τη διάρκεια, όμως, θα πρέπει να ελέγχεται η ανοχή του ασθενούς όσο αφορά το σκεύασμα, την πρόσληψη υγρών, τα συμπτώματα και τη συμμόρφωση του ασθενούς για τη συγκεκριμένη δίαιτα εάν δεν έχει δεχθεί και αντιμετωπίζει δυσκολίες.<sup>20</sup> Υπάρχει πιθανότητα να προκύψουν προβλήματα όπως απώλεια βάρους, ορθοστατική υπόταση ή αίσθημα πείνας. Μετά, αφού η δίαιτα φτάσει στο τέλος της, ο ασθενής σταδιακά θα πρέπει να επανέρχεται στην καθημερινότητα του. Όμως, για να μην υπάρξουν και πάλι επιπλοκές θα πρέπει να αποφευχθεί η κατανάλωση γάλακτος, γλουτένης, τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες, τηγανιτών φαγητών και αλκοόλ και άλλων.<sup>5</sup>

## Ελκώδης κολίτιδα

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι στην ελκώδη κολίτιδα, όπως και στη νόσο του Crohn, υπολογίζουμε τον βαθμό σοβαρότητας της νόσου και αυτό θα καθορίσει τον τύπο της διαίτας που θα δοθεί.<sup>16</sup>

Επίσης, πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών, είτε ο ασθενής βρίσκεται σε ύφεση είτε σε έξαρση, αφού τους προκαλούν διάρροια. Ακόμη αποφυγή του αλκοόλ πρέπει να γίνεται και όταν ο ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, γιατί μπορεί να προκαλέσει ασυνήθεις και επικίνδυνες παρενέργειες. Μερικά από τα δισκία που μπορεί να λαμβάνει ο ασθενής στη φαρμακευτική του αγωγή ενδέχεται να μην προλαβαίνουν να διαλυθούν με κίνδυνο να σφηνωθούν σε στενώσεις που προϋπάρχουν.<sup>13</sup>

Κατά την περίοδο έξαρσης της νόσου, καλό είναι να αποφεύγεται το γάλα και ο ασθενής να λαμβάνει μια διαιτητική αγωγή η οποία να περιέχει υγρά στοιχεία, σε πρώτο στάδιο. Σε δεύτερο στάδιο, μια υγρή αλλά με στερεά υπολείμματα. Εάν, ο ασθενής έχει στένωση τότε αποφεύγονται και οι φυτικές ίνες.<sup>5</sup>

## ΒΙΤΑΜΙΝΗ D ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ CROHN

Στη νόσο του Crohn, έχουμε αρκετές ελλείψεις στα θρεπτικά συστατικά και μια από αυτές είναι και η βιταμίνης D, μια λιποδιαλυτή βιταμίνη με διάφορες λειτουργίες. Σύμφωνα, με έρευνα όπου μελετήθηκαν τα επίπεδα της βιταμίνης D σε ασθενείς που πάσχουν από νόσο του Crohn, ανακαλύφθηκε πως οι ασθενείς που βρίσκονται σε έξαρση έχουν χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης D συγκριτικά με τους ασθενείς που βρίσκονται σε ύφεση.<sup>5</sup>

Η βιταμίνη D είναι υπεύθυνη για την ρύθμιση των συγκεντρώσεων ασβεστίου και του οστικού μεταβολισμού, του ανοσοποιητικού συστήματος, της φλεγμονής αλλά και της κυτταρικής διαφοροποίησης. Ο λόγος ο οποίος μπορεί να οδήγησε στην έλλειψη της είναι η δύσκολη απορρόφηση της μετά από την χειρουργική εκτομή του ειλεού. Αυτό δυσκολεύει το λίπος και τις λιποδιαλυτές βιταμινών. Επίσης, εάν ένας ασθενής έχει δυσανεξία στη λακτόζη αυτό αυτομάτως απαγορεύει την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων και λόγω αυτού υπάρχει πιθανότητα να προκληθεί αυξημένη έλλειψη βιταμίνης D.<sup>20</sup>

Μέχρι τώρα, η χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμίνης D στους ασθενείς που πάσχουν από νόσο του Crohn ήταν αναγκαία, έτσι ώστε να αποφευχθούν προβλήματα οστεοπόρωσης και οστεοπενίας, κάτι το οποίο είναι συχνό φαινόμενο ιδιαίτερα σε ασθενείς που τους χορηγούνται κορτικοστεροειδή. Αν και, μελέτες καταδεικνύουν πως η διατήρηση των φυσιολογικών επιπέδων βιταμίνης D μπορεί να έχει περισσότερες ενεργητικές δράσεις για τους ασθενείς.<sup>5</sup>

Σε πρόσφατη μελέτη, που έγινε σε περισσότερους από 3,000 ασθενείς με νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα έδειξε ότι τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D συνδέονται με αυξημένο αριθμό νοσηλειών και αυξημένο κίνδυνο χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου. Επίσης, η επίτευξη φυσιολογικών επιπέδων βιταμίνης D πιθανώς βοηθά στη μείωση του κινδύνου της χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου του Crohn.<sup>20</sup>

#### ΑΙΤΙΕΣ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΥ ΣΕ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΗ ΝΟΣΟ CROHN

- Μειωμένη λήψη τροφών από το στόμα: όταν υπάρχουν αλλοιώσεις στην στοματική κοιλότητα και όταν ο ασθενής είναι σε δίαιτα.<sup>21</sup>
- Κακή απορρόφηση: όταν υπάρχει μείωση της απορροφητικής επιφάνειας του εντέρου, έλλειψη χολικών αλάτων, υπερπαραγωγή μικροβίων και εξαιτίας των φαρμάκων.
- Αύξηση των εντερικών εκκρίσεων, απώλεια θρεπτικών υλικών: απώλεια πρωτεϊνών, απώλειες ηλεκτρολυτών, στοιχείων ή ιχνοστοιχείων και απώλεια αίματος.
- Αύξηση αναγκών του μεταβολισμού: λόγω της φλεγμονής, λοίμωξης και της αυξημένης αναγεννητικότητας των εντερικών κυττάρων.
- Φάρμακα: κορτικοστεροειδή, σουλφασαλαζίνη και χολεστυραμίνη.
- Εγχείρηση.<sup>5</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

## 4,1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ

Όπως σε όλες τις νόσους έτσι και στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου υπάρχουν διάφορες επιπλοκές. Αρχικά, και στην νόσο του Crohn αλλά και στην ελκώδη κολίτιδα, οι επιπλοκές είναι τοπικές από το έντερο και την περιπρωκτική χώρα αλλά και από άλλα όργανα. Όμως οι τοπικές επιπλοκές δεν είναι όμοιες στα δύο νοσήματα, δηλαδή στην ελκώδη κολίτιδα υπάρχει προδιάθεση για ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου ενώ στη νόσο του Crohn δεν φαίνεται να προδιαθέτει αν και δεν είναι απίθανο. Επίσης, η συχνότητα μεταξύ των τοπικών επιπλοκών για τις δύο νόσους διαφέρουν.<sup>4</sup>

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΟΣΟΥ CROHN

Ορισμένες, και πιο συνήθεις επιπλοκές, της νόσου του Crohn είναι η απόφραξη του εντέρου, τα συρίγγια (εντεροδερματικά, εντεροκολπικά), αποστήματα, έλκη και εξωεντερικές εκδηλώσεις. Αυτά οδηγούν σε κοιλιακό πόνο, κοιλιακό άλγος, ναυτία και έμετος.<sup>15</sup> Επίσης, κάποιες επιπλοκές που δεν είναι κοινές είναι η αιμορραγία και η κακοήθεια.<sup>1</sup>

- ❖ Απόφραξη: Η απόφραξη του εντέρου είναι η συνηθέστερη επιπλοκή στη νόσο του Crohn.<sup>3</sup> Μπορεί να είναι μερική αναστρέψιμη ή ινοστενωτική, μη αναστρέψιμη. Προκαλείται από συνεχόμενα και χρόνια επεισόδια φλεγμονής και αντιστοίχως, συνεχόμενες επουλώσεις των βλαβών σε διάφορα τμήματα που προκαλούνται και έτσι δημιουργούνται ινωτικές στενώσεις σε διάφορα επίπεδα.<sup>1</sup> Κίνδυνος υπάρχει να προκληθεί απόφραξη και στον εντερικό αυλό, με συνέπεια αυτού τη διάταση της κοιλιάς και τα κοιλιακά άλγη. Επίσης, οι ασθενείς είναι δυνατόν να αντιμετωπίσουν την ναυτία και τον έμετο. Η απόφραξη αντιμετωπίζεται σε πρώτο στάδιο με συντηρητικό τρόπο εάν όμως ο ασθενής δεν ανταποκριθεί στην αγωγή και στη θεραπεία τότε, σε δεύτερο στάδιο, θα αντιμετωπιστεί με χειρουργική επέμβαση.<sup>5</sup>
- ❖ Διάτρηση εντέρου: Η διάτρηση του εντέρου είναι τοπική επιπλοκή και σχηματίζεται όπως μια φλεγμονή ή ένα απόστημα. Είναι σπάνια επιπλοκή με αποτέλεσμα να εμφανίζεται μια γενικευμένη περιτονίτιδα.<sup>3</sup> Εάν εμφανιστεί τότε αντιμετωπίζεται χειρουργικά.<sup>5</sup>
- ❖ Συρίγγιο: Τα συρίγγια είναι από τις πιο συχνές επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν στη νόσο του Crohn. Ενδεχομένως, να είναι κάποια ασυμπτωματικά αλλά ως επί το πλείστον είναι συμπτωματικά.<sup>3</sup> Ως συνήθως, εμφανίζονται στο λεπτό έντερο κατά την περίοδο της έξαρσης της νόσου. Τα συνηθέστερα είναι τα εντερο-εντερικά, τα οποία μπορεί να μην εμφανίσουν συμπτώματα. Στη συνέχεια, εμφανίζονται τα εντεροκυστικά συρίγγια που οδηγούν σε υποτροπή και δημιουργούνται ουρολοιμώξεις.<sup>1</sup> Η αντιμετώπιση τους είναι αρκετά δύσκολη και γίνεται ως συνήθως χειρουργικά. Τέλος, τα

εντεροκολπικά συρίγγια εμφανίζονται ως κοπρανώδη υλικό που εξέρχεται από το κόλλο, και τα εντεροδερματικά συρίγγια, επίσης, αναπτύσσονται σε περίοδο βαριάς προσβολής του εντέρου. Εάν τα συρίγγια αναπτυχθούν μεταξύ το λεπτό και το παχύ έντερο τότε υπάρχει κίνδυνος επιδείνωσης της διάρροιας, της απώλειας βάρους και των διαταραχών θρέψης.<sup>3</sup>

- ❖ Ενδοκοιλιακό απόστημα: Τα αποστήματα είναι και αυτά συχνή επιπλοκή στη νόσο Crohn. Η εμφάνιση τους συνήθως συνδυάζεται με παρουσία πυρετού, ρίγη και εφίδρωση, πόνο στην κοιλιά και λευκοκυττάρωση.<sup>3</sup> Αυτά τα αποστήματα παρουσιάζονται οπισθοπεριτοναϊκά, μπροστά από το ψοΐτη μυ και σε εκείνο το σημείο μπορεί να ενοχληθεί ο ουρητήρας και να προκληθεί υδρονέφρωση. (Ψοΐτης μυς ελέγχει μεταξύ άλλων και τη λειτουργία των κοιλιακών οργάνων).<sup>1</sup>
- ❖ Καρκίνος του εντέρου: Ο καρκίνος του εντέρου δεν είναι τόσο συχνή επιπλοκή στη νόσο του Crohn όσο στην ελκώδη κολίτιδα.<sup>1</sup> Η επίπτωση του καρκίνου στο λεπτό έντερο φτάνει το 6%, ενώ ο καρκίνος στο παχύ έντερο στο 1- 4%. Ένας λόγος για ανάπτυξη του καρκίνου στο λεπτό ή στο παχύ έντερο είναι η χρόνια προσβολή από τη νόσο του Crohn. Η πιθανότητα εμφάνισης καρκινώματος μπορεί να αποβεί μοιραία.<sup>3</sup> Θα εμφανιστεί με τα εξής συμπτώματα: αίμα στα κόπρανα, πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς, αίσθημα ατελούς κένωσης, φούσκωμα, δυσφορία και αναιμία. Αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με χειρουργική εκτομή του πάσχοντος τμήματος του εντέρου. Επίσης, μπορεί να αντιμετωπιστεί και με ακτινοθεραπεία αφού η ακτινοβολία θα απαλλάξει το έντερο από τα καρκινικά κύτταρα. Και, τέλος, με χημειοθεραπεία όπου με τη σωστή αγωγή θα εξοντωθούν τα καρκινικά κύτταρα.<sup>13</sup>
- ❖ Εξωεντερικές εκδηλώσεις: Υπάρχουν φορές που οι εξωεντερικές εκδηλώσεις συνυπάρχουν με τη νόσο Crohn ή προηγούνται. Υπάρχουν διαφορετικές επιπλοκές όπως δερματολογικές (οζώδες ερύθημα, γαγγραινώδες πυόδερμα), οι στοματικές (αφθώδης στοματίτιδα, χρόνια κοκκιωματώδης φλεγμονή), οι οφθαλμικές (επισκληρίτιδα, πρόσθια χοριοειδίτιδα) και μυοσκελετικές (άσηπτη νέκρωση, οστεομαλακία, αγκυλωτική σπονδυλίτιδα, πυελική οστεομυελίτιδα).<sup>1</sup> Κάποιες από αυτές τις εξωεντερικές εκδηλώσεις είναι:
  - Η προσβολή των αρθρώσεων είναι η πιο συνηθισμένη εξωεντερική επιπλοκή, μπορεί να εκδηλωθεί είτε ως περιφερική μη παραμορφωτική αρθρίτιδα που αφορά τις μεγάλες αρθρώσεις, είτε ως αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και ασυμπτωματική ιερολογονίτιδα. Η 1<sup>η</sup> μορφή συμβαδίζει με πορεία νόσου, ενώ η 2<sup>η</sup> επιμένει και κατά την ύφεση της νόσου.<sup>10</sup>
  - Η θρόμβωση είναι αρκετά σπάνια επιπλοκή αλλά πολύ σοβαρή εάν εμφανιστεί, έως θανατηφόρα. Αυτό μπορεί να συμβεί στο ¼ των

ασθενών που η θρόμβωση εξελίχθηκε σε πνευμονική εμβολή.<sup>13</sup> Η αιτιολογία για τις θρομβώσεις στους ασθενείς με σοβαρή μορφή ΙΦΝΕ είναι ότι ο πηκτικός μηχανισμός προβαίνει σε αυξημένα επίπεδα πήξης. Για την κατάσταση αυτή μπορούν οι γιατροί να προβούν σε πρόληψη και αντιμετώπιση με αντιπηκτικά. Με αυτό μειώνεται ίσως ο κίνδυνος ανάπτυξης θρομβώσεων.

- Εκτός από τις εξωεντερικές εκδηλώσεις των οφθαλμών υπάρχουν και επιπλοκές οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν σε καταστάσεις ΙΦΝΕ. Είναι δυνατόν να προκαλεί δυσαπορρόφηση της βιταμίνης Α και αυτό συνεπάγεται με κερατοπάθεια και νυχτερινή τύφλωση. Η συνεχής χρήση στεροειδών προκαλούν αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης και γλαύκωμα. Σπάνια οι επιπλοκές αυτές είναι αγγειακής αιτιολογίας του αμφιβληστροειδούς (απόφραξη κεντρικής φλέβας ή αγγειίτις). Η ανοσοκατασταλτική αγωγή ειδικότερα η κυκλοσπορίνη μπορεί να προκαλέσει οπτική νευροπάθεια, νυσταγμό και οφθαλμοπληγία. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς που παίρνουν ανοσοκατασταλτική αγωγή θα πρέπει να έχουν στενή νευρο-οφθαλμολογική και νευρολογική παρακολούθηση.<sup>13</sup>
- ❖ Τοξικό megacolon: Το τοξικό megacolon είναι μια σοβαρή επιπλοκή όπου με τη βαθιά φλεγμονή του παχέος εντέρου προκαλείται πρήξιμο και παράλυση του εντέρου.<sup>20</sup>
- ❖ Υποσιτισμός: Παράγοντες σχετικοί με τη νόσο δυσκολεύουν την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών για τον οργανισμό. Έτσι προκαλείται υποσιτισμός και χρήζει άμεση χορήγηση θεραπείας με ορό και συμπληρώματα.<sup>21</sup>
- ❖ Εκδηλώσεις ουροποιητικού: Σε ασθενείς με νόσο του Crohn σχεδόν όλες οι επιπλοκές περιλαμβάνουν ουρολοιμώξεις, υδρονέφρωση κτλ. Η υδρονέφρωση, όπως προείπαμε και πιο πάνω, χρήζει χειρουργική αντιμετώπιση.<sup>3</sup>

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

Όπως στη νόσο του Crohn, έτσι και στην ελκώδη κολίτιδα, υπάρχουν αρκετές επιπλοκές.<sup>14</sup> Μερικές από αυτές τις επιπλοκές μπορεί να είναι από σοβαρές έως και απειλητικές για τη ζωή: η στένωση του ορθού, η αιμορραγία, το τοξικό megacolon, η διάτρηση του εντέρου και ο καρκίνος του παχέος εντέρου.<sup>21</sup>

- ❖ Αιμορραγία: Οι περισσότεροι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα παρουσιάζουν κάποιου βαθμού αιμορραγία από το ορθό, και σε σοβαρούς παροξυσμούς υπάρχει κίνδυνος να συνδέεται με μαζική αιμορραγία. Η μαζική αιμορραγία ως επιπλοκή επηρεάζει το 3% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Η αρχική αντιμετώπιση είναι συντηρητικά με μεταγγίσεις αίματος, ενώ σε δεύτερο στάδιο



εάν δεν ελεγχθεί η αιμορραγία ο ασθενής θα πρέπει να οδηγηθεί σε χειρουργείο για επείγουσα κολεκτομή.<sup>20,21</sup>

- ❖ **Τοξικό megacolon:** Είναι από τις σοβαρότερες επιπλοκές των ασθενών που πάσχουν από σοβαρή μορφή ελκώδη κολίτιδα.<sup>21</sup> Αυτές οι περιπτώσεις είναι το 7,9% με 17% των ασθενών. Το τοξικό megacolon είναι μια επιπλοκή που χαρακτηρίζεται από οξεία κινητική παράλυση και διάταση του εντέρου είτε είναι τμηματική είτε ολική διάταση. Η διάταση αυτή μπορεί να υπερβεί τα 6 εκατοστά και συχνότερα προσβάλλει το εγκάρσιον κόλον.<sup>3</sup> Κλινικό σημείο η απότομη επιδείνωση της γενικής κατάστασης. Στις εκδηλώσεις του τοξικού megacolon περιλαμβάνονται ο πυρετός, η ταχυκαρδία, η υπόταση, η αφυδάτωση, η ευαισθησία της κοιλιάς και το κοιλιακό άλγος με διάταση της κοιλιάς, καθώς και η μεταβολή του αριθμού των κενώσεων ανά ημέρα.<sup>20</sup> Σε περίπτωση, που η διάτρηση του εντέρου δεν υποχωρήσει, αφού κατά 35% μπορεί να οδηγήσει σε ρήξη, με φαρμακευτική αγωγή εντός 72 ωρών υπάρχει κίνδυνος για να αναπτυχθεί περιτονίτιδα, οπότε προτείνεται χειρουργική αντιμετώπιση.<sup>21</sup>
- ❖ **Εντερική διάτρηση:** Η διάτρηση του εντέρου παρατηρείται σε περιπτώσεις βαριάς και σοβαρής μορφής ελκώδη κολίτιδα. Η διάτρηση του εντέρου μπορεί να προκαλέσει περιτονίτιδα.<sup>3</sup> Αυτό όμως σχετίζεται με το τοξικό megacolon αφού πριν την εντερική διάτρηση προηγείται διάταση του παχέος εντέρου. Αυτό συμβαίνει όταν η φλεγμονή επεκτείνεται σε όλο το πάχος του εντέρου ακόμη και όταν ξεκίνησε από ένα συγκεκριμένο σημείο του εντέρου. Αντιμετωπίζεται με κορτικοειδή, τα οποία ελαττώνουν την επίδραση των συμπτωμάτων και τα βασικά συμπτώματα όπως ο πυρετός, το κοιλιακό άλγος και η σύσπαση του κοιλιακού τοιχώματος μειώνονται έως και απουσιάζουν.<sup>20</sup>
- ❖ **Στένωση παχέος εντέρου:** Στην ελκώδη κολίτιδα υπάρχει ένα μικρό ποσοστό ασθενών το οποίο μπορεί να παρουσιάσει στένωση του παχέος εντέρου.<sup>21</sup> Αυτό συμβαίνει λόγω επαναλαμβανόμενων επεισοδίων φλεγμονής ή σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να οφείλεται σε υπερτροφία του μυϊκού ιστού. Επίσης, το πιο συχνό σημείο το οποίο εντοπίζεται η στένωση του παχέος εντέρου είναι το ορθό και μπορεί να προκαλέσει απόφραξη εντέρου. Η αντιμετώπιση που συνιστάται είναι η χειρουργική επέμβαση ειδικότερα σε περιπτώσεις όπου οι αποφράξεις του εντέρου ή οι στενώσεις του εντέρου εμφανίζονται όλο και συχνότερα και δεν μπορούν να εκτιμηθούν για να θεωρηθούν καλοήθεις ή κακοήθεις και αυτό γίνεται με ενδοσκόπηση και βιοψία.<sup>20</sup>
- ❖ **Καρκίνος παχέος εντέρου:** Οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου.<sup>3</sup> Ο κίνδυνος μετά από τα 8 με 10 πρώτα χρόνια της νόσου, αυξάνεται σημαντικά. Εάν, υπάρχει ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου τότε ο κίνδυνος ανάπτυξης είναι μεγαλύτερος. Το θέμα είναι να εντοπιστούν οι ασθενείς οι οποίοι έχουν αυξημένο κίνδυνο

ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου και να υποβληθούν σε χειρουργική κολεκτομή.<sup>20</sup>

Ο κίνδυνος προσβολής θα προσδιοριστεί από δύο πλευρές, την κλινική εικόνα και την ιστολογική. Όσον αφορά τη πρώτη προσέγγιση έχουμε τα κλινικά σημεία τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Μερικά από αυτά τα σημεία είναι η πλήρης προσβολή του εντέρου, ή εκτεταμένη προσβολή, τα συνεχόμενα συμπτώματα, και η έναρξη της νόσου από την παιδική ή την εφηβική ηλικία. Εάν ο ασθενής, πάσχει πάνω από 10 χρόνια και παρουσιάζει πάνω από δυο συμπτώματα, τότε προχωρούν σε κολεκτομή για προληπτικούς λόγους.<sup>5</sup>

Επίσης, όσον αφορά τη δεύτερη προσέγγιση που είναι η ιστολογική, είναι η πιο σύγχρονη προσέγγιση και έχει βάση την παρατήρηση σε παρασκευάσματα κολεκτομών για καρκίνο σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, υπήρχε έντονη επιθηλιακή δυσπλασία.<sup>22</sup> Έτσι, για αποφυγή ανάπτυξης καρκίνου ο ασθενής παρακολουθείται συχνά με κολονοσκόπηση και λαμβάνονται βιοψίες από ύποπτες περιοχές. Θα προβούν οι ασθενείς σε προφυλακτική κολεκτομή εάν υπάρξει επανειλημμένη εξέταση για έντονη δυσπλασία.<sup>5</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

## 5,1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ

Οι στόχοι της θεραπείας των ΙΦΝΕ είναι να επιτευχθεί η επαγωγή της ύφεσης είτε για την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn, δηλαδή να επιτευχθεί ο ασθενής να είναι ελεύθερος συμπτωμάτων για μεγάλα χρονικά διαστήματα και αυτό να διατηρηθεί αλλά και να αποκατασταθεί η θρέψη και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.<sup>17</sup> Επίσης, ακόμα ένας στόχος είναι να χρησιμοποιούνται τα λιγότερο τοξικά φάρμακα για να μην χρησιμοποιούνται στεροειδή για μεγάλο χρονικό διάστημα.<sup>12</sup> Δεν πρέπει όμως να παραμερίσουμε τις ανάγκες των ασθενών είτε με UC είτε με CD, ότι παρά την φαρμακευτική αγωγή και την χειρουργική τεχνική, οι ασθενείς είναι μια ομάδα χρόνιων πασχόντων ασθενών που χρειάζονται την ιατρική, την οικογενειακή αλλά και την κοινωνική υποστήριξη.<sup>5</sup> Οι ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν από την αρχή της θεραπείας ότι περιπτώσεις όπως η ελκώδη κολίτιδα και η νόσος του Crohn δεν έχουν δια βίου θεραπεία ή πλήρη θεραπεία και αυτό σημαίνει ότι θα πορευτούν μαζί με την νόσο σε όλη τους τη ζωή.<sup>13</sup>

Για να αποφασιστεί ποιο είδος θεραπείας θα χρησιμοποιηθεί για τον κάθε ασθενή θα πρέπει να συνεργαστούν μεταξύ τους ιατροί διάφορων ειδικοτήτων όπως γαστρεντερολόγοι, χειρουργοί, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ακτινολόγοι και νοσηλεύτες οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί ειδικά πάνω στην αντιμετώπιση ασθενών με ΙΦΝΕ και γνωρίζουν με ακρίβεια να περιποιοούνται στομίες.<sup>5</sup> Η θεραπεία των ΙΦΝΕ αποφασίζεται ανάλογα και σε πιο βαθμό βρίσκεται η νόσος αν είναι ήπιας, μέτριας ή σοβαρής μορφής.<sup>17</sup>

Οι ασθενείς με ήπια νόσο έχουν πολύ σπάνια εξάρσεις ενώ ασθενείς με σοβαρή νόσο έχουν πιο συχνά εξάρσεις μερικές από τις οποίες χρήζουν νοσηλευτική αντιμετώπιση ή ακόμα και χειρουργική αντιμετώπιση.<sup>22</sup> Δυστυχώς δεν μπορούμε να γνωρίζουμε το μέλλον του κάθε ασθενούς ξεχωριστά μολονότι είναι γνωστό ότι περίπου οι μισοί άρρωστοι περνάνε τόσο ήπια νόσο που δεν θα χρειαστούν ποτέ στην ζωή τους να τους χορηγηθούν κορτικοειδή.<sup>13</sup>

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

- i.* Με χορήγηση μιας ή συνδυασμού περισσότερων της μιας, φαρμακευτικών ουσιών όπως αντιδιαρροϊκών φαρμάκων (Hidrasec), μακροχρόνια χορήγηση σουλφασαλαζίνης (Salopyrine) και φαρμάκων για ανακούφιση κοιλιακού άλγους,
- ii.* Με συμπτωματική φαρμακευτική υποστήριξη,<sup>22</sup>
- iii.* Με ψυχιατρική υποστήριξη και,

- iv.* Με κατάλληλη από του στόματος ή παρεντερικά, διατροφική υποστήριξη πτωχή σε λίπος και φυτικές ίνες, αλλά να είναι πλούσια σε πρωτεΐνη και υψηλή θερμιδική αξία.<sup>13</sup>

Προτιμώνται τα μικρά και συχνά γεύματα με αποφυγή της λακτόζης, η οποία βοηθά κάποιους ασθενείς.<sup>2</sup>

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn επιτυγχάνεται με την χρήση των ίδιων φαρμακευτικών παραγόντων, αν και τα δυο νοσήματα φαίνεται να έχουν πολλές διαφορές και ομοιότητες μεταξύ τους.<sup>22</sup> Στην συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες φαρμάκων και είναι τα αντιφλεγμονώδη, τα ανοσοκατασταλτικά, τα αντιβιοτικά και φάρμακα συμπτωματικής αντιμετώπισης.<sup>13</sup> Κάποια φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας και νόσος του Crohn:

- Αντιφλεγμονώδη: Κορτικοστεροειδή, σουλφασαλαζίνη,
- Αντιβιοτικά: Μετρονιδαζόλη, Ciprofloxacin, Tobramycin,<sup>20</sup>
- Ανοσοκατασταλτικά: Αζαθειοπρίνη, 6-μερκαπτοπουρίνη, κυκλοσπορίνη,
- Φάρμακα Συμπτωματικής Αντιμετώπισης: Αντιδιαρροϊκά, σπασμολυτικά, αναλγητικά, κατασταλτικά του ΚΝΣ<sup>13</sup>

Η επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής για τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου βασίζεται σε κάποιες παραμέτρους. Αυτοί οι παράμετροι είναι ο στόχος της αγωγής που είναι η επίτευξη ή διατήρηση της ύφεσης, η έκταση και βαρύτητα της νόσου, η απάντηση του ασθενούς στη χορηγούμενη αγωγή, η απάντηση ασθενούς σε αγωγές που χορηγήθηκαν στο παρελθόν, την παρουσία επιπλοκών και το φάσμα ανεπιθύμητων ενεργειών συγκεκριμένων φαρμάκων.<sup>21</sup>

Σε ασθενείς με ΙΦΝΕ όπου απέτυχε η συντηρητική αγωγή (φαρμακευτική, διαιτητική) ή σε ασθενείς με σοβαρές επιπλοκές και σημεία οξείας κοιλίας (εντερική διάτρηση ή απόφραξη, τοξικό megacolon κ.α.), η χειρουργική αντιμετώπιση είναι το τελευταίο στάδιο για την επίλυση των θεμάτων.<sup>1</sup> Τέλος, ο καρκίνος του παχέος ή λεπτού εντέρου αποτελεί μια ακόμη ένδειξη χειρουργικής επέμβασης. Στη διάρκεια των τελευταίων ετών τονίζεται περισσότερο ο ρόλος και η σημασία της ιατρικής ομάδας που αντιμετωπίζει τον ασθενή με ΙΦΝΕ. Για να προβούν σε χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να είναι σύμφωνος και ο χειρουργός της ομάδας και να αποφασίζεται με επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση. Αν και είναι δεδομένο, ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για τα πάντα και να δίνει την συγκατάθεση του για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.<sup>13</sup>

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ CROHN

Η θεραπεία της CD εξαρτάται από το τμήμα του εμπλεκόμενου γαστρεντερικού σωλήνα, τον βαθμό συμπτωμάτων και τυχόν εξωεντερικών επιπλοκών.<sup>17</sup> Οι

θεραπευτικές προσπάθειες κατά πρώτο λόγο αποβλέπουν στην ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα και κατά δεύτερο λόγο στην αποκατάσταση των διαταραγμένων εργαστηριακών αποτελεσμάτων και την διατήρηση της ύφεσης.<sup>13</sup>

Οι ασθενείς με ήπια μορφή νόσου μπορεί να μην χρειαστούν θεραπεία εάν όμως χρειαστούν τότε ξεκινά με τη χορήγηση μεσαλαζίνης, η οποία μπορεί εάν χρειαστεί να αυξηθεί με τη χρήση στοματικής βουδεσονίδης (Budenofalk), ένα στεροειδές με σημαντικό μεταβολισμό που περιορίζει τις συστηματικές παρενέργειες.<sup>17</sup> Επίσης και οι ασθενείς με ύφεση πιθανόν να μην χρειαστούν κάποια θεραπεία.<sup>15</sup> Για μέτρια μορφή νόσου, απαιτείται συστηματική θεραπεία με στεροειδή. Ο στόχος είναι τα στεροειδή να απογαλακτιστούν εντός 6 εβδομάδων και εάν αυτό δεν γίνει σε μερικούς ασθενείς τότε προστίθεται ένας ανοσοκατασταλτικός παράγοντας όπως 6-μερκαπτοπουρίνη (πουρινόλη), αζαθειοπρίνη (Imuran) ή μεθοτρεξάτη χαμηλής δόσης. Σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρής μορφής νόσου θα πρέπει να χορηγηθεί 6-μερκαπτοπουρίνη με 2-2,5 mg/kg, βουδεσονίδη και παράγοντας κατά του όγκου νέκρωσης (αντι-TNF).<sup>17</sup> Σε σοβαρή μορφή νόσο χορηγείται μεθοτρεξάτη (Nordimet), κυκλοσπορίνη (Imunofar) και infliximab.<sup>5</sup>

Ωστόσο αυτά τα φάρμακα μπορούν απλά να φέρουν την ύφεση όμως σε καμία περίπτωση ο ασθενής δεν θα απαλλαγεί από την νόσο. Οι ασθενείς θα περνούν από περιόδους υποτροπής σε περιόδους ύφεσης. Κατά την διάρκεια των υποτροπών τα συμπτώματα όπως κοιλιακός πόνος, διάρροια και αιμορραγία επιδεινώνονται ενώ κατά τη διάρκεια της ύφεσης βελτιώνονται.<sup>15</sup>

Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από επικίνδυνες επιπλοκές για την ζωή τους. Όμως η υποτροπή της ασθένειας μετά την επέμβαση είναι αυξημένη μετά από λίγα έτη.<sup>5</sup> Η χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη στα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν συρίγγια, αποστήματα, αιμορραγία και εντερικές αποφράξεις.<sup>15</sup>

Η νόσος του Crohn έχει πλέον υψηλά ποσοστά νοσηρότητας αλλά χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας.<sup>5</sup> Παρόλα αυτά η συντηρητική θεραπεία επιτρέπει σε ένα ποσοστό ασθενών να έχουν μια καλή ποιότητα ζωής.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Η θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας εξαρτάται από μεγάλο βαθμό από την έκταση της νόσου και την παρουσία εξωεντερικών εκδηλώσεων.<sup>17</sup> Η βαρύτητα της προσβολής της νόσου χαρακτηρίζεται ως ήπια, μέτρια ή βαριά. Ο διαχωρισμός αυτός βοηθά αφού ο τρόπος θεραπείας και η δοσολογία των φαρμάκων καθορίζεται από το σημείο που βρίσκεται η φλεγμονή και τη βαρύτητα της προσβολής.<sup>5</sup> Η ήπια μορφή νόσου που περιορίζεται στο ορθό, οι αμινοσαλικυλικοί παράγοντες όπως η μεσαλαζίνη είναι οι

βασικοί παράγοντες. Η μεσαλαζίνη χορηγείται από το ορθό αλλά μπορεί να συνδυαστεί με στοματική θεραπεία για να προκαλέσει ή να διατηρήσει την ύφεση.<sup>17</sup> Επίσης, οι ασθενείς με ήπια μορφή παρουσιάζουν διάρροια (κενώσεις λιγότερες από 5 το 24ωρο) με πρόσμιξη αίματος και βλέννας. Τα κόπρανα είναι είτε φυσιολογικά είτε ημισχηματισμένα. Υπάρχουν κοιλιακά άλγη.<sup>13</sup>

Οι άρρωστοι με μέτριας βαρύτητας νόσο έχουν συχνές διαρροϊκές κενώσεις που είναι σχεδόν πάντα αιματηρές. Ο πόνος στην κοιλιά και η ευαισθησία υπάρχουν αλλά δεν είναι πολύ έντονοι.<sup>5</sup> Επίσης, οι ασθενείς που είναι και ανθεκτικοί στη μεσκαλίνη ή απαιτούν συνεχή θεραπεία με στεροειδή, από του στόματος ανοσορυθμιστές όπως golimumab ή infliximab (μονοκλωνικό αντίσωμα) μπορεί να είναι μια επιλογή.<sup>17</sup> Το 25% όλων των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα θα απαιτήσει ολική κολεκτομή για την ανεξέλεγκτη νόσο.<sup>16</sup> Η βαριά προσβολή νόσος αντιμετωπίζεται με ενδοφλέβια στεροειδή. Χαρακτηρίζεται από πολλές αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις, αναιμία, πτώση πίεσης, απώλεια βάρους και κοιλιακό πόνο.<sup>13</sup>

Τα φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι η κορτιζόνη (πρεδνιζολόνη, μεθυλπρεδνιζολόνη) που χρησιμοποιείται στην οξεία φάση για τον έλεγχο της φλεγμονής σε μορφή δισκίων, υποκλυσμών ή ενδοφλέβιων ενέσεων. Στις βαριές προσβολές χρειάζεται νοσηλεία. Σε περιπτώσεις βαριάς μορφής όπου η χορήγηση κορτιζόνης απέτυχε τότε χορηγείται κυκλοσπορίνη.<sup>22</sup> Επίσης, χορηγείται στην οξεία προσβολή αλλά και στη θεραπεία συντήρησης η μεσαλαζίνη (Salofalk, Asacol) σε μορφή υποκλυσμών, δισκίων και υπόθετων. Τέλος, χρησιμοποιείται η αζαθειοπρίνη σε ασθενείς με βαριά και ενεργό νόσο, που απαιτείται συνεχής χορήγηση κορτιζόνης.<sup>13</sup>

Όταν η ελκώδης κολίτιδα δεν ανταποκρίνεται έγκαιρα στην συντηρητική θεραπεία ή εμφανιστεί επιπλοκή προχωράμε σε χειρουργική πρωκτοκολεκτομή.<sup>20</sup> Η ειλεοστομία εκτελείται μόνο σε ασθενείς με υψηλό χειρουργικό κίνδυνο.<sup>5</sup>

## **5,2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Αν και συνήθως προτιμάται η συντηρητική αγωγή, όπου στις περισσότερες περιπτώσεις το πρόβλημα αντιμετωπίζεται και καθυστερείτε η χειρουργική επέμβαση, ωστόσο δεν αποκλείεται ως ενδεχόμενο.<sup>22</sup> Οι ενδείξεις για τη χειρουργική θεραπεία είναι η παρουσία εντερικής απόφραξης, συνήθως αυτό προκαλείται από στένωση, η ύπαρξη εντερο-εντερικού ή εντερο-κυστικού ή εντερο-κολπικού συριγγίου, το ενδοκοιλιακό απόστημα, η χρόνια αναιμία από αιμορραγία, η αποτυχία της συντηρητικής αγωγής (διαιτητική, φαρμακευτική) και στα παιδιά και στους εφήβους όταν αναστέλλεται η ανάπτυξη της.<sup>5</sup>

Προεγχειρητική προετοιμασία: ο ασθενής θα προετοιμαστεί για το χειρουργείο ανάλογα, δηλαδή παρεντερική ή εντερική θρέψη του αρρώστου σε υποθρενία και

διόρθωση ηλεκτρολυτών, πρωτεϊνών, αναιμίας και βιταμινών. Σε μερικές περιπτώσεις οι ασθενείς θα καλύψουν τις ανάγκες με κορτικοστεροειδή, εφόσον τα έχουν λάβει και στην συντηρητική θεραπεία.<sup>5</sup>

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

Η φλεγμονή στην ελκώδη κολίτιδα κατά κύριο λόγο περιορίζεται στο παχύ έντερο σαν πάθηση βλεννογόνου, για αυτό το να αφαιρεθεί ολόκληρο το βλεννογόνο θεωρείται θεραπευτικό όμως δεν είναι αποδεκτή όταν βρίσκεται σε ήπια μορφή.<sup>23</sup> Οι κύριοι τύποι χειρουργικών επεμβάσεων είναι:

- Η ολική κολεκτομή με διατήρηση του ορθού: αυτή η επέμβαση γίνεται σε επείγουσα και σε προγραμματισμένη περίπτωση και μπορεί να συνδυαστεί με πρωκεκτομή ή με μια δημιουργία θύλακου.<sup>16</sup> Η εκτομή αποτελεί συνδυασμό μιας δεξιάς, εγκάρσιας και αριστερής κολεκτομής, ολόκληρο το κόλον χρησιμοποιείται. Αν η κολεκτομή γίνεται για μακροχρόνια κολίτιδα με δυσπλασία τότε ο κίνδυνος ανάπτυξης κακοήθειας πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν. Σε μια επείγουσα κολεκτομή για σοβαρή μορφή, το κόλον είναι εύθραυστο και εύκολα μπορεί να διαλυθεί, έτσι δεν διαχωρίζεται το εγκάρσιο κόλον από το επίπλουν.<sup>5</sup>
- Ειλεϊκός θύλακας: η τελική έλικα του ειλεού που είναι κατάλληλη και η κορυφή της έλικας πρέπει να είναι ικανή να φτάσει στο πρωκτό χωρίς τάση. Ο απλούστερος θύλακας είναι ο θύλακας J όπου σχηματίζεται από την οπίσθια πτυχή του τελικού ειλεού. Ο θύλακας μπορεί να κατασκευαστεί με μηχανικό συρραπτικό το οποίο εισέρχεται μέσω μιας μικρής εντεροτομής στην κορυφή της έλικας. Μπορούν να τοποθετηθούν ραφές υποστηρικτικές του ειλεού για να το στηρίξουν. Υπάρχουν θύλακες καταλληλότεροι για τη συρραφή με το χέρι οι οποίοι είναι οι S και W, αλλά παρουσιάζουν κατώτερη λειτουργικότητα. Τέλος, ο θύλακας S σχεδιάζεται με σοβαρές δυσκολίες.<sup>5</sup>

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΣΟΣ CROHN

Το 25%-35% των ασθενών με νόσο του Crohn ίσως χρειαστεί να υποβληθούν σε κάποια χειρουργική επέμβαση κάποια στιγμή στη ζωή τους.<sup>24</sup> Η επέμβαση γίνεται στη νόσο του Crohn, όπως και στην ελκώδη κολίτιδα, όταν η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι πλέον ικανή να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της νόσου.<sup>1</sup> Ακόμα ένας λόγος για να γίνει η επέμβαση είναι η τυχόν εμφάνιση καρκίνου, τα συρίγγια και οι περιπρωκτικές ραγάδες, όπως και η απόφραξη εντέρου ή η ύπαρξη αποστήματος. Ως στόχο όλων των επεμβάσεων σε άτομα με νόσο του Crohn έχουμε την συντήρηση της καλής κατάστασης του εντέρου και η επίτευξη, όσο το δυνατόν, καλύτερη ποιότητα ζωής. Όταν το χειρουργείο είναι αναπόφευκτο στη νόσο του Crohn, υπάρχει ένας γενικός κανόνας που λέει ότι θα αφαιρεθεί όσο το δυνατόν μικρότερο τμήμα εντέρου.<sup>13</sup> Η χειρουργική



αντιμετώπιση είναι δυνατόν να μην αποτελεί οριστική λύση καθώς η νόσος μπορεί να υποτροπιάσει σε άλλες περιοχές, μετά την εκτομή των προσβεβλημένων τμημάτων του εντέρου.<sup>5</sup>

Η χειρουργική θεραπεία στη νόσο του Crohn γίνεται με τμηματικές εκτομές ή πλαστική των στενωμάτων. Επίσης απαιτούνται χειρουργική αποκατάσταση των συρριγίων που έχουν ήδη προσβάλλει και προκαλούν συμπτώματα.<sup>18</sup>

Νόσος Crohn – λεπτού εντέρου: η αποτυχία της συντηρητικής αγωγής είναι το αίτιο για το χειρουργείο. Η αποτυχία φαίνεται όταν εμφανίζονται τα συμπτώματα παρά το γεγονός ότι χορηγούνται τα φάρμακα, όταν έχουμε επιπλοκές από την φαρμακευτική αγωγή και αδυναμία στο να πείσουμε τον ασθενή για την φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, οι εξωεντερικές εκδηλώσεις αποτελούν ένδειξη για επέμβαση. Το να εμφανιστούν στενώσεις στο λεπτό έντερο είναι μια συνήθης επιπλοκή στη νόσο του Crohn. Η σφιγκτηροπλαστική είναι μια εναλλακτική επιλογή για να αντιμετωπιστούν οι στενώσεις ειδικά όταν υπάρχει κίνδυνος δημιουργίας συνδρόμου βραχέος εντέρου. Ενδείκνυται στις περιπτώσεις μικρών και ινώδων στενώσεων ή πολλαπλών στενώσεων ενώ παράλληλα υπάρχει προσβολή σε μεγάλα τμήματα του λεπτού εντέρου.<sup>20</sup>

Νόσος Crohn – παχέος εντέρου: η κυριότερη ένδειξη για την συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση είναι και εδώ η αποτυχημένη φαρμακευτική αγωγή και η εμφάνιση επιπλοκών όπως διάτρηση, μαζική αιμορραγία. Η ανεύρεση καρκίνου αποτελεί ένδειξη κολεκτομής.<sup>20</sup>

Μετεγχειρητικά είναι δυνατόν να εμφανιστούν: διαφυγή από την αναστόμωση (7-10%), ενδοκοιλιακό απόστημα (4-5%), αποφρακτικός ειλεός (3-4%), αιμορραγία (4-5%) και διαπύση χειρουργικού τραύματος (10-35%). Η θνητότητα έχει μειωθεί στο 2%.<sup>18</sup>

### **5,3 ΣΤΟΜΙΕΣ ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ**

Με τον όρο στομία εννοούμε την τεχνική επικοινωνία του εντερικού αυλού με το κοιλιακό τοίχωμα. Η φροντίδα της απαιτεί τη συνεργασία ομάδας ανθρώπων που περιλαμβάνει χειρουργό, γαστρεντερολόγο, ψυχίατρο και νοσηλευτικό προσωπικό.<sup>16</sup> Η μετεγχειρητική περίοδος είναι η περίοδος που ασθενής δεν έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και για αυτό εάν η ιατρική ομάδα δεν είναι σε θέση να παρέχει ψυχολογική βοήθεια τότε ο ασθενής θα καταρρεύσει ψυχολογικά. Πριν ο ασθενής ή οικογένεια του δώσει τη συγκατάθεση του/της θα πρέπει να τονιστεί ότι επιλέγει να ζήσει με στομία για την υπόλοιπη ζωή του ή να διακινδυνεύσει να ζήσει χωρίς στομία.<sup>5</sup>

Ενδείξεις δημιουργίας στομίων σε ασθενείς με UC και CD:

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

- ii. Παρακαμπτήριες στομίες: οι οποίες είναι προσωρινές γίνονται στον ειλεό με σκοπό την παράκαμψη εντερικού περιεχομένου στη νόσο του Crohn με συρίγγια και σε απόφραξη του αριστερού παχέος εντέρου.
- iii. Στομίες εξόδου: οι οποίες είναι μόνιμες και γίνονται είτε στον ειλεό σε περιπτώσεις ελκώδους κολίτιδας, νόσο του Crohn παχέος εντέρου, καρκίνου παχέος εντέρου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ είτε στο κόλον σε περιπτώσεις βαριών ορθοπρωκτικών βλαβών σε ασθενείς με νόσο του Crohn.<sup>5</sup>

### ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΑΣ

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για την νοσηλεία που θα κάνουν και ζητά την συνεργασία του. Για να εξασφαλιστεί ιδιωτικότητα καλό θα είναι να κλείσουν οι κουρτίνες. Στην συνέχεια ο ασθενής πρέπει να λάβει αναπαυτική θέση, ημικαθιστή ή ύπτια με κλίση προς το πλάι της στομίας. Ο νοσηλευτής τοποθετεί αδιάβροχο κοντά στη στομία για να προστατευτεί ο χώρος που θα εκτελεστεί η φροντίδα και αλλαγή της στομίας. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής ανοίγει τη σακούλα έτσι ώστε να αποσύρει τα άχρηστα και φοράει γάντια. Ο νοσηλευτής αποκολλά τον σάκο και τον απορρίπτει στη σακούλα. Τοποθετείται ένα νεφροειδές κάτω από τη στομία έτσι ώστε τα υγρά και οι εκκρίσεις που υπάρχουν να μαζευτούν μέσα. Ο νοσηλευτής καθαρίζει καλά την περιοχή της στομίας με φυσιολογικό ορό χρησιμοποιώντας αποστειρωμένη λαβίδα και τολύπιο βάμβακος. Ύστερα ο νοσηλευτής σαπουνίζει καλά τη περιοχή γύρω από τη στομία με χλιαρό νερό και σαπούνι, ξεπλένει και στεγνώνει καλά. Στο τέλος, αφού η περιοχή είναι στεγνή ο νοσηλευτής τοποθετεί τον καθαρό σάκο και βεβαιώνεται ότι έχει κουμπωθεί καλά και δεν υπάρχει διαρροή.<sup>24</sup>

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΟΜΙΑΣ

Υπάρχουν αρκετές επιπλοκές στις στομίες και για αυτό ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται συχνά. Μερικές από τις επιπλοκές είναι:

- i. Απόφραξη ειλεοστομίας η οποία μπορεί να είναι μηχανική, συνήθως όμως προκαλείται από συσσώρευση σπόρων και άλλων άπεπτων υλικών τροφικής προέλευσης. Η λύση είναι το πλύσιμο της στομίας με θερμό νερό με τη βοήθεια ελαστικού μαλακού καθετήρα,<sup>5</sup>
- ii. Ισχαιμία όπου τελικές στομίες μπορεί να παρουσιάσουν ισχαιμία αν η κάτω μεσεντέριο αρτηρία απολινωθεί υψηλά. Ιδιαίτερο κίνδυνο παρουσιάζουν τα αρτηριοσκληρωτικά άτομα. Η ισχαιμία γίνεται εμφανής τις πρώτες 24 ώρες. Τέλος, ισχαιμία μπορεί να εμφανιστεί όταν η ειλεοστομία συστέλλεται και με αυτό μπορεί να καταστρέψει τα μικρά αγγεία του μεσεντέριου του τελικού ειλεού με αποτέλεσμα ίνωση και στένωση,<sup>24</sup>

- iii. Συστολή η οποία είναι επακόλουθο τάσεως στη στομία λόγω κακής κινητικότητας από ισχαιμία. Μπορεί να προκαλέσει αρκετά προβλήματα λόγω διαφυγής εντερικού περιεχομένου,
- iv. Στένωση η οποία συνήθως είναι επακόλουθο ισχαιμίας ή μικρού ανοίγματος στο κοιλιακό τοίχωμα. Σε αυτή τη περίπτωση χρειάζεται να χειρουργηθεί ξανά,
- v. Διάτρηση η οποία είναι μια σοβαρή επιπλοκή με μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα. Μπορεί να εμφανιστεί μετά από πλύση της στομίας, αν και ο κίνδυνος αυτός είναι σήμερα μικρός.<sup>5</sup>

## **5,4 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Ο ασθενής μεταφέρεται στο χώρο ανάνηψης του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την επίβλεψη αναισθησιολόγου και ειδικά εκπαιδευμένων νοσηλευτών. Ο άρρωστος παραμένει στο χώρο ανάνηψης μέχρι να περάσει η επήρεια του αναισθητικού και τα ζωτικά σημεία του σταθεροποιηθούν.<sup>5</sup>

Ο νοσηλευτής μέχρι να ανανήψει ο ασθενής πρέπει να:

- i. Διατηρεί τον άρρωστο σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι,
- ii. Λήψη ζωτικών σημείων και γενικής κατάστασης, αμέσως μετά την μεταφορά στο χώρο ανάνηψης και ανά τακτά χρονικά διαστήματα,
- iii. Συνδέσει τους σωλήνες παροχέτευσης με φιάλες,
- iv. Παρακολουθεί τις γάζες του τραύματος για πιθανή αιμορραγία,
- v. Παρακολουθεί την διανοητική και ψυχική κατάσταση του αρρώστου,
- vi. Τηρεί το δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι όταν ο ασθενής αρχίζει να ανακτά τις αισθήσεις του και το αναισθητικό εξασθενεί. Είναι πιθανό να νιώσει πόνο, είναι μια πρόιμη μετεγχειρητική δυσχέρεια, έμετος, ανησυχία – δυσφορία, δίψα, διάταση του εντέρου, διάταση κύστης και δυσκοιλιότητα.<sup>24</sup>

## **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

1. Μετεγχειρητικά προβλήματα ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας. Περίσσια νερού, αναπνευστική οξέωση κ.ά.<sup>24</sup>
2. Μετεγχειρητικές επιπλοκές από το κυκλοφορικό: Shock – ολιγαμικό, καρδιογενές, σηπτικό, αναφυλακτικό, νευρογενές.<sup>5</sup>

## **ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ**

- Αναστολείς μεταβολιτών του οξυγόνου: Οι ρίζες οξυγόνου ελκύονται από τα ενεργοποιημένα μακροφάγα και ουδετερόφιλα και ασκούν εξαιρετικά έντονη κυτταροτοξική δράση,<sup>10</sup>

- Μαστοκύτταρα: Θεωρητικά τα μαστοκύτταρα αναμένεται να συμμετέχουν στη φλεγμονή των ΙΦΝΕ λόγω της παραγωγής μεγάλων ποσοτήτων αγγειοκινητικών αμινών και άλλων δραστικών ουσιών,<sup>5</sup>
- Τοπική εφαρμογή lidocaine: Η επιδίωξη της θεραπείας είναι η αναστολή της λειτουργίας του νευρικού ιστού του βλεννογόνου εν όψει της γνωστής επίδρασης του νευρικού συστήματος στα κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος του εντέρου. Σε μεγάλο ποσοστό ασθενών παρατηρήθηκε ύφεση της νόσου,<sup>10</sup>
- Σωματοστατίνη: Σε μικρό αριθμό περιπτώσεων με νόσο του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα με επίμονη διάρροια από ειλεοστομία, η χορήγηση σωματοστατίνης έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα για το διάστημα χορήγησης,
- Νικοτίνη: Η διαπίστωση ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν μικρότερη συχνότητα ελκώδους κολίτιδας οδήγησε στην εμπειρική χρησιμοποίηση νικοτίνης με την μορφή τσίγλας ή δερματικών επιθεμάτων με ικανοποιητικά καταρχήν αποτελέσματα,<sup>10</sup>
- Ηπαρίνη: Η χορήγηση ηπαρίνης σε σοβαρή παρόξυνση ελκώδους κολίτιδας ξεκίνησε από την παρατήρηση ότι ασθενής ο οποίος είχε παρουσιάσει εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και ο οποίος λάμβανε θεραπευτικά ηπαρίνη παρουσίασε ύφεση της ελκώδους κολίτιδας. Οι γλυκοζαμινογλυκάνες που αποτελούν την χημική δομή της ηπαρίνης παρουσιάζουν πολλές βιολογικές δράσεις, όπως αντιφλεγμονώδη καθώς και ενίσχυση της δράσεως διαφόρων αυξητικών παραγόντων.<sup>5</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

## **6,1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ UC ΚΑΙ CD**

Οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn καθημερινά αντιμετωπίζουν δυσκολίες που αρκετές φορές επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή τους ενώ ταυτόχρονα δεν είναι εμφανείς στους γιατρούς, στην οικογένεια, στους φίλους των ασθενών.<sup>25</sup>

Αρχικά, η ελκώδη κολίτιδα και η νόσος του Crohn επηρεάζει σε μεγάλο ποσοστό την κοινωνική δραστηριότητα στους περισσότερους από τους μισούς ασθενείς. Το πρόβλημα αυτό χαρακτηρίζεται έντονο σε ένα στους πέντε ασθενείς. Αδιαμφισβήτητα, οι ενοχλήσεις στην ποιότητα ζωής των νόσων είναι πιο έντονες στους ασθενείς με νόσο του Crohn σε σχέση με την ελκώδη κολίτιδα.<sup>5</sup>

Οι έξι στους δέκα ασθενείς νιώθουν θλίψη και απογοήτευση λόγω της επίδρασης της νόσου στο ψυχολογικό κομμάτι τους και αυτό εντείνει το πρόβλημα και νιώθουν πιο έντονα τις επιδράσεις και το στρες ειδικότερα σε αυτούς που διαγνώστηκαν και πιο πρόσφατα, δηλαδή να έχει διαγνωστεί λιγότερο από 5 χρόνια.<sup>5</sup> Τέλος, οι γυναίκες και τα παιδιά εκφράζουν εντονότερα τις ενοχλήσεις και εκφράζουν θυμό πιο συχνά.<sup>26</sup>

## **6,2 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

- ✓ Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τρεις στους δέκα ασθενείς δεν ενημερώνονται για θέματα σχετικά με την νόσο και τις θεραπείες που είναι διαθέσιμες. Το μεγαλύτερο ποσοστό όσων ενημερώνονται που είναι το 30%, λαμβάνουν την πληροφόρηση από το θεράποντα ιατρό τους, όμως χαρακτηριστικό είναι και το γεγονός ότι το διαδίκτυο πλέον έχει γίνει ένα σημαντικό μέσω πληροφόρησης.
- ✓ Ένας στους τέσσερις ασθενείς δεν έχει ενεργό ρόλο στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων αφού αναφέρεται ότι δεν προηγείται συζήτηση με τον θεράποντα ιατρό του σε σχέση με τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές που υπάρχουν.
- ✓ Περίπου οι μισοί ασθενείς δεν είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που έχουν σχετικά με την ασθένεια και τις επιπλοκές της στην ζωή τους. Μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης πάντως αναφέρουν οι άνδρες πάσχοντες με νόσο του Crohn σε σχέση με τις γυναίκες.<sup>20</sup>
- ✓ Μια μεγάλη μερίδα ασθενών εκφράζει την ανάγκη για μεγαλύτερη ενημέρωση σχετικά με τις πιθανές επιπλοκές της νόσου, συμπεριλαμβάνονται και ο καρκίνος και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής θεραπείας. Περισσότερο όμως ενδιαφέρον για παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή εκφράζουν οι ασθενείς με ηλικία 30-39 ετών και οι ασθενείς που πάσχουν από νόσο του Crohn.
- ✓ Οι περισσότεροι ασθενείς αναφέρουν ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες που τους προσφέρονται θα βελτιώνονταν εάν υπήρχαν περισσότεροι εξειδικευμένοι γαστρεντερολόγοι στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου και την λειτουργία περισσότερων εξωτερικών εξειδικευμένων ιατρείων για τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου.<sup>25</sup>

### **6,3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ**

Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου αντιμετωπίζουν ψυχικό μπέρδεμα και δυσκολίες στο να προσαρμοστούν. Αυτό δεν τους καθιστά ψυχικά ασθενείς αλλά άτομα που πάσχουν από μια σωματική σοβαρή νόσο η οποία επηρεάζει την ψυχολογία τους. Στόχος είναι οι ασθενείς να αποφεύγουν την ψυχολογική πίεση από το περιβάλλον και να προσαρμοστούν στην καινούργια πραγματικότητα με την νόσο, να κρατήσουν επαφή με το περιβάλλον τους και να μην τους απομακρύνουν έτσι ώστε να έχουν και αυτοί μια ψυχική ισορροπία χωρίς εναλλαγές.<sup>5</sup>

Οι ψυχολογικές κρίσεις είναι αποτέλεσμα αυτών των νόσων λόγω του μεγάλου χρονικού διαστήματος, των συμπτωμάτων που υπάρχουν αλλά και των διαιτητικών περιορισμών που είναι υποχρεωμένοι να ακολουθήσουν ειδικά σε περιόδους υποτροπής. Οι πιο συνήθεις διαταραχές είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Τέλος, για την αντιμετώπιση του άγχους βοηθάει η εκπαίδευση από ειδικό με κάποιες τεχνικές.<sup>20</sup>

Υπάρχει μια μεγάλη μερίδα ασθενών οι οποίοι προτιμούν να έχουν την υποστήριξη από τους ειδικούς διαιτολόγους και τους ψυχολόγους τους, την καλύτερη ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματά τους και τη νόσο τους και αυτό επιτυγχάνεται σε ένα βαθμό με την συμμετοχή τους σε ομαδικές συνεδρίες που αφορούν την νόσο τους.<sup>24</sup>

Οι ομάδες ψυχοθεραπείας βοηθούν τον ασθενή να εκφράσει όλα του τα συναισθήματα έτσι ώστε αν αποφορτιστεί και να καταφέρει να δεχτεί τον εαυτό του με το πρόβλημα του και να προχωρήσει. Η σχέση που δημιουργείται με τον γαστρεντερολόγο και τον ασθενή είναι μια σχέση η οποία χτίζεται από την κατανόηση που δείχνει ο ιατρός στον ασθενή αλλά και στην εμπιστοσύνη που δείχνει ο ασθενής στον ιατρό του. Αυτό βοηθάει τον ασθενή κάνοντας τον δυνατότερο και μειώνει την ανασφάλεια του.<sup>20</sup>

Η στήριξη από την οικογένεια και τους φίλους είναι πολύ σημαντική για τους ασθενείς και ικανοποιητική για μια μεγάλη πλειονότητα των ασθενών, χωρίς την οποία θα ήταν δύσκολο να ανταπεξέλθουν στα προβλήματα της νόσου. Περισσότερο σημαντικό είναι η στήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον για τα παιδιά, τους εφήβους και για τους νέους μέχρι 29 ετών.<sup>24</sup>

Γνωρίζοντας ότι ο ασθενής παρουσιάζει συναισθηματικές διαταραχές που αφορούν την νόσο του, είναι απαραίτητη η ψυχοθεραπευτική και η φαρμακευτική αντιμετώπιση. Σε πρώτο στάδιο χρησιμοποιείται η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση όμως εάν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται τότε αντιμετωπίζεται με φάρμακα. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και τα αγχολυτικά με περιστασιακή χρήση μπορούν να βοηθήσουν στα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους.<sup>20</sup>

## **6,4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Ένα ποσοστό των ασθενών που πάσχουν από ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, όπως αναφέραμε και πιο πάνω, αντιμετωπίζουν τη νόσο τους είτε με διαιτητική αγωγή είτε με φαρμακευτική αγωγή.<sup>5</sup> Εάν όμως η νόσος παρά την διαιτητική και φαρμακευτική αγωγή δεν φέρει κάποιο αποτέλεσμα τότε έρχεται στο προσκήνιο η τελευταία λύση που είναι η χειρουργική αντιμετώπιση. Καθ' όλη αυτή την διαδικασία οι νοσηλευτές είναι δίπλα στους ασθενείς και τους θεωρούν μια ψυχοσωματική οντότητα και αντιμετωπίζονται σαν ενιαίο σύνολο με διάφορους παράγοντες.<sup>20</sup>

Οι νοσηλευτές έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην ζωή των ασθενών ειδικά στις περιόδους έξαρσης αφού προετοιμάζουν τους ασθενείς για εξετάσεις, χορηγούν τα φάρμακα τους, προσπαθούν να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή και έχουν την φροντίδα του ασθενή μετά το χειρουργείο.<sup>5</sup>

Πριν από την έναρξη οποιασδήποτε εξέτασης, ο νοσηλευτής προκειμένου να εκτιμήσει την κατάσταση της νόσου του ασθενούς, πρέπει να προβεί σε μια σειρά από ερωτήσεις, Κάποιες από αυτές είναι:<sup>18</sup>

- Ποια συμπτώματα εμφανίζει και πότε ξεκίνησαν;
- Αν εμφανίζει δυσανεξία σε τροφές και αν ναι, ποιες είναι αυτές;
- Αν παίρνει φαρμακευτική αγωγή
- Αν είναι καπνιστής
- Αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό της νόσου,

### **ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Στη διάγνωση των ΙΦΝΕ καταγράφεται το λεπτομερώς ιστορικό του ασθενούς, η κλινική εξέταση και οι αιματολογικές εξετάσεις που περιλαμβάνουν το βαθμό διαταραχής του αιματοκρίτη, τον αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων, των αιμοπεταλίων, του σιδήρου, της βιταμίνης Β12, της αλβουμίνης και των ηλεκτρολυτών του ορού για τη βαρύτητα των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου κ.ά.<sup>18</sup> Γίνονται και εξετάσεις ορθού με το δάχτυλο, του περινέου και του στόματος σε ασθενείς με νόσο του Crohn.<sup>20</sup>

Γίνονται ενδοσκόπηση, κολονοσκόπηση, σιγμοειδοσκόπηση, οι αναλύσεις κοπράνων και σε κάποιες περιστάσεις γαστροσκόπηση, έτσι καθορίζεται και η έκταση της νόσου. Και με την βοήθεια ακτινογραφιών κοιλίας και αξονικών κοιλίας προσφέρεται μεγαλύτερο ποσοστό πληροφοριών.<sup>10</sup> Οι διαδικασίες διάγνωσης που πρέπει να ανταπεξέλθουν οι ασθενείς είτε με ελκώδη κολίτιδα είτε με νόσο του Crohn είναι πολύ επίπονες και χρειάζονται αρκετό χρόνο και για αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να δείχνει τον ανάλογο σεβασμό στον ασθενή.<sup>19</sup>



Ο νοσηλευτής καταγράφει το ιστορικό του ασθενή και αξιολογεί τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου (π.χ. πόνος, ναυτία, διάρροια και άλλα συμπτώματα), πρέπει να αξιολογήσουν την διάρκεια των συμπτωμάτων, το διαιτολόγιο, τη χρήση αντισυλληπτικών από τις γυναίκες και τυχόν πιθανότητα κύησης. Ακόμη, εξετάζεται και το σωματικό βάρος, τα ζωτικά σημεία, η σύσταση των κοπράνων, οι εντερικοί ήχοι, η ύπαρξη στομίας και η εξέταση κοιλιάς. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ρωτήσει τον ασθενή για τυχόν αλλεργίες σε περίπτωση που δοθεί σκιαγραφικό.<sup>23</sup>

Ο ασθενής κατά τη διάρκεια όλων των εξετάσεων για τη διάγνωση με τη στήριξη του νοσηλευτή θα πρέπει να είναι ήρεμος και να ακολουθεί τις οδηγίες που του δίνονται. Τέλος, αφού ολοκληρωθεί η εξέταση ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή με οδηγίες που μπορεί να χρειάζονται μετά.<sup>20</sup>

### ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αρχικά οι θεραπευτικοί στόχοι για την αντιμετώπιση της νόσου του Crohn και της ελκώδους κολίτιδας, όπως είχαμε αναφέρει και πιο πάνω, είναι να διατηρηθεί η ύφεση αλλά και να βελτιώνει όσο το δυνατόν γίνεται την ποιότητα ζωής των ασθενών. Θεραπευτικός στόχος ακόμα είναι και η προσπάθεια αποφυγής της χειρουργικής επέμβασης και η μείωση των νοσηλειών.<sup>18</sup>

Ο νοσηλευτής ο οποίος επωμίζεται τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τις φαρμακευτικές δυνατότητες που υπάρχουν, καθώς και να είναι ενήμερος για τις παρενέργειες που πιθανόν να επιφέρουν τα φάρμακα.<sup>16</sup> Επίσης, πρέπει να γνωρίζουν τους τρόπους αντιμετώπισης των παρενεργειών των φαρμάκων, αλλά και να είναι σε θέση να εκτιμούν και να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα θρέψης.<sup>5</sup>

Ακόμη, η δυσκολία που αντιμετωπίζει ο ασθενής για να προσαρμοστεί στην καινούργια του ζωή όπου θα είναι αντιμετώπος για χρόνια, εάν όχι και για εφ' όρου ζωής, με την νόσο του και με τους περιορισμούς, απαιτεί άψογος χειρισμός από τον νοσηλευτή.<sup>16</sup> Η αντίδραση του ασθενούς είναι γεγονός το οποίο αναμένει ο νοσηλευτής και πρέπει να το αντιμετωπίσει, όμως θα πρέπει να ανταπεξέλθει και στις αντιδράσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή. Αυτό συμβαίνει γιατί αρνούνται να παραδεχτούν την νέα πραγματικότητα, δυσκολεύονται να προσαρμοστούν αλλά και γιατί οι συγγενείς νιώθουν σε μεγάλο βαθμό αβεβαιότητα για το μέλλον. Για αυτό, ο νοσηλευτής συνεργάζεται με ψυχολόγο για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν και να στηρίξουν με το σωστό τρόπο τον ασθενή και την οικογένεια του.<sup>5</sup>

Ένα ωραίο βήμα το οποίο μπορεί και ο νοσηλευτής να ενθαρρύνει τον ασθενή θα είναι εάν συμμετέχει στη δημιουργία του πλάνου φροντίδας του. Και το στενό οικογενειακό του περιβάλλον θα ήταν καλό να συμμετάσχει εάν κριθεί απαραίτητο.<sup>10</sup>

### Ρόλος του νοσηλευτή στη διατροφική αγωγή

Η θεραπεία που θα ακολουθήσει ο ασθενής βγαίνει σύμφωνα με το πόσο έχει προσβληθεί ο γαστρεντερικός σωλήνας και το πόσο σοβαρή είναι η νόσος.<sup>20</sup> Η διατροφική υποστήριξη των ασθενών, η οποία χορηγείται παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή, βελτιώνει την κλινική πορεία της νόσου, αν και γίνεται με περιορισμούς.<sup>16</sup> Με λίγα λόγια, εάν ο ασθενής είναι σε περίοδο έξαρσης τότε πρέπει να αποφεύγει μερικά τρόφιμα τα οποία επιδεινώνουν την κατάσταση όπως όξινα τρόφιμα, ωμά λαχανικά, γαλακτοκομικά προϊόντα, όσπρια, τηγανιτές τροφές κ.ά. Ενώ εάν βρίσκεται σε περιόδους ύφεσης μπορεί να τρώει μικρά και συχνά γεύματα, κατόπιν εντολής του διαιτολόγου ο οποίος βάσει των αποτελεσμάτων των εξετάσεων και των ενεργειών που έλαβε, σχεδίασε δίαιτα η οποία μπορεί να περιέχει δημητριακά, γαλακτοκομικά προϊόντα εάν ο ασθενής δεν έχει δυσανεξία στη λακτόζη, λαχανικά και φρούτα.<sup>19</sup>

Σε όλη αυτή τη διαδικασία ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον ασθενή συνεχώς, και αξιολογεί τυχόν παρενέργειες και διαταραχές από τη διαιτητική αγωγή. Μια περίπτωση είναι όταν ο ασθενής αδυνατεί να λάβει από το στόμα την τροφή ή/και να απορροφήσει τις θρεπτικές ουσίες οπότε εφαρμόζεται παρεντερική διατροφή, και αν χρειαστεί θα δοθούν συμπληρώματα διατροφής. Αυτό θα βοηθήσει να απορροφηθούν οι θρεπτικές ουσίες και να αυξηθεί το σωματικό βάρος του ασθενή το οποίο είχε μειωθεί λόγω της νηστείας.<sup>16</sup>

Τέλος, ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για τυχόν αλλαγές που μπορεί να γίνουν στην διατροφή του από τον νοσηλευτή και μαζί να δημιουργήσουν πλάνο εκπαίδευσης για τον ασθενή όπου θα μάθει να αντιμετωπίζει την αλλαγή στην διατροφή του.<sup>24</sup>

### Ρόλος του νοσηλευτή στη φαρμακευτική αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή έχει ως στόχο την ανακούφιση των ασθενών από τα συμπτώματα που παρουσιάζονται, την πρόληψη για αποφυγή νέων επεισοδίων και πρόληψη επιπλοκών, την διατήρηση της ύφεσης για μεγάλο χρονικό διάστημα και την αντικατάσταση των θρεπτικών ουσιών που λόγω της νόσου δεν προσλαμβάνονται.<sup>18</sup>

Από την άλλη πλευρά, η φαρμακευτική αγωγή εξαρτάται και από διάφορους παράγοντες και από τις περιόδους ύφεσης και υποτροπής.<sup>19</sup> Η αγωγή έχει το κεντρικό ρόλο για την επίτευξη των στόχων, που αναφέραμε πιο πάνω. Και για αυτό όταν ο νοσηλευτής που συνεργάζεται με τον θεράποντα ιατρό του ασθενούς και μια ομάδα ιατρών είναι έτοιμοι να ξεκινήσουν την χορήγηση των φαρμάκων, θα πρέπει να έχουν ολοκληρωμένη και σωστή κατάσταση υγείας του ασθενούς.<sup>18</sup>

Χορηγούνται αντιφλεγμονώδη και αντιδιαρροϊκά φάρμακα. Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα όπως η σουλφασαλαζίνη και η μεσαλαζίνη, μειώνουν τη βαρύτητα της

φλεγμονής του εντέρου και τη διάρροια.<sup>16</sup> Εκτός και εάν υπάρχουν αντενδείξεις, τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα συμβάλλουν στη μείωση των απωλειών σε υγρά και βοηθούν τον ασθενή ώστε να αισθάνεται άνετα.

Όταν ο ιατρός δίνει εντολή να χορηγηθούν αντιδιαρροϊκά φάρμακα, τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή για τυχόν εκδηλώσεις τοξικού μεγακόλου (πυρετός, ταχυκαρδία, αφυδάτωση, πόνος στην κοιλία και υποχώρηση της διάρροιας) στην ελκώδη κολίτιδα.<sup>23</sup> Όταν ο ασθενής πάσχει από νόσο του Crohn χορηγούνται κορτικοστεροειδή (γλυκοκορτικοειδή) και εάν υπάρχει αδυναμία στο να ελεγχθεί και να περιοριστεί η νόσος τότε χορηγείται αντι – TNF. Ο νοσηλευτής είναι δίπλα στον ασθενή για να ανιχνεύσει τυχόν επιπλοκές και παρενέργειες των φαρμάκων αλλά και για να τον στηρίξει ψυχολογικά.<sup>19</sup>

### Ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική αντιμετώπιση

Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η τελευταία επιλογή για τον ασθενή εάν δεν πετύχει η διατροφική αγωγή και η φαρμακευτική θεραπεία. Καθ' όλη τη διάρκεια της χειρουργικής αντιμετώπισης ο νοσηλευτής είναι παρόν και στηρίζει τον ασθενή και ελέγχει για τυχόν επιπλοκές.

- Προεγχειρητική φροντίδα: Κατά την προεγχειρητική φροντίδα είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγξει και να σιγουρευτεί ότι το κόλον έχει αδειάσει από το περισσότερο ποσοστό κοπρανώδους υλικού.<sup>16</sup> Εάν υπάρχει ακόμη υλικό τότε ο ασθενής για 3 ημέρες πριν από το χειρουργείο τρέφεται δίαιτα μικρού υπολείμματος ή υδρική.<sup>10</sup> Φυσικά, μόνο από το περιορισμό στη τροφή δεν απομακρύνονται πλήρως τα υπολείμματα έτσι πραγματοποιούνται υποκλυσμοί για να καθαρίσει το έντερο από τα υπολείμματα.<sup>24</sup> Τέλος, επειδή το διάστημα δεν προσλαμβάνει τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες ο ασθενής, του χορηγούνται βιταμίνες και μέταλλα για να ανταπεξέλθει ο οργανισμός και μετά, ίσως, από το χειρουργείο.<sup>18</sup>

Όμως, παρόλα αυτά ο νοσηλευτής έχει και κάποιες άλλες ενέργειες την ημέρα της επέμβασης πριν ο ασθενής μεταφερθεί στο χειρουργείο. Οι οποίες είναι:

- Να βοηθήσει τον ασθενή να πλυθεί για να απομακρυνθούν τα μικρόβια που υπάρχουν και να φορέσει την χειρουργική ένδυση.<sup>18</sup>
- Να διασφαλίσει ότι δεν θα χορηγηθεί στον ασθενή τίποτα per os και να διασφαλίσει στον ασθενή ότι πληροφορίες θέλει να γνωρίζει
- Να απομακρύνει βαφές νυχιών εάν είναι γυναίκα για να είναι πιο εύκολη η εκτίμηση της κυκλοφορίας κατά τη διάρκεια της επέμβασης.<sup>16</sup>
- Να αφαιρέσει ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη αλλά και δαχτυλίδια και άλλα κοσμήματα.<sup>10</sup>

- Να επιβεβαιώσει ότι οι ειδικές ταινίες επισήμανσης για ομάδα αίματος του ασθενούς και αλλεργιών είναι σωστές και ευανάγνωστες.<sup>16</sup>
- Να ξυρίσει την περιοχή γύρω από το σημείο που θα χειρουργηθεί.<sup>18</sup>
- Να τοποθετήσει ουροκαθετήρα ή φλεβική γραμμή, σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.
- Να επιβεβαιώσει ότι ο ασθενής έχει υπογράψει την συγκατάθεση του.
- Να επιβεβαιώσει ότι τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων βρίσκονται στον φάκελο του ασθενούς.<sup>16</sup>
- Να χορηγήσει τα προεγχειρητικά φάρμακα και την προνάρκωση αμέσως μετά από την εντολή του ιατρού.<sup>24</sup>
- Να παρακολουθεί και να καταγράφει τα ζωτικά σημεία.
- Να προετοιμάσει το θάλαμο του ασθενή για τη μετεγχειρητική φροντίδα.<sup>16</sup>

Από τη στιγμή που ολοκληρώθηκε ο έλεγχος και ύστερα από την ‘κλήση’ της χειρουργικής αίθουσας, ο ασθενής αποχωρεί και η προεγχειρητική φροντίδα έχει ολοκληρωθεί.

- Διεγχειρητική φροντίδα: Η διεγχειρητική φάση ξεκινάει όταν ο ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο και ολοκληρώνεται όταν αποχωρεί από το χειρουργείο και μεταφέρεται στο χώρο ανάνηψης. Ο νοσηλευτής επικεντρώνεται στην ασφάλεια του ασθενούς και στην παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. Ο νοσηλευτής κίνησης βρίσκεται δίπλα στον ασθενή και τον στηρίζει.<sup>16</sup> Όταν μπει ο ασθενής στην αίθουσα, ο νοσηλευτής επιβεβαιώνει την ταυτότητα του ασθενούς, το είδος του χειρουργείου και τα δεδομένα για την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή. Ο ασθενής τοποθετείται στο χειρουργικό τραπέζι και από εδώ και πέρα ο νοσηλευτής προσέχει για προβλήματα και επιπλοκές και ενημερώνει τους γιατρούς.<sup>10</sup>
- Μετεγχειρητική φροντίδα: Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς είναι η πιο σοβαρή απασχόληση του νοσηλευτή μετά την έξοδο του από το χειρουργείο. Ο νοσηλευτής που θα παραλάβει τον ασθενή μετά το τέλος του χειρουργείου θα πρέπει να έχει βασικές γνώσεις για την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενή.<sup>24</sup> Θα πρέπει να ελέγχει τα ζωτικά σημεία, τις αναπνοές κάθε 15 λεπτά και την χειρουργική τομή, την διανοητική κατάσταση και το επίπεδο συνείδησης του ασθενή.<sup>16</sup> Ο ασθενής παραμένει στην αίθουσα ανάνηψης έως ότου σταθεροποιηθούν τα ζωτικά σημεία και ανταποκρίνεται σε ερεθίσματα και δείχνει να επικοινωνεί.<sup>10</sup> Όταν ο ασθενής ξυπνάει από την νάρκωση και δεν γνωρίζει τι αποτέλεσμα έχει το χειρουργείο νιώθει ευάλωτος και εξαρτάται από τους άλλους και για αυτό χρειάζεται υποστήριξη.<sup>16</sup> Ο ασθενής αφού περάσει από την αίθουσα ανάνηψης, η οποία ανάνηψη μπορεί να διαρκέσει μέχρι και έξι ώρες, επιστρέφει στην κλινική όπου αρχικά ελέγχεται η ταυτότητα του και τοποθετείται στο

κρεβάτι του το οποίο είναι στρωμένο με καθαρά σεντόνια και τακτοποιημένο. Επίσης, ελέγχονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα εάν είναι ασταθή η αναπνοή και τα ζωτικά σημεία.<sup>10</sup> Τέλος, ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται και για επιπλοκές αλλά χρειάζεται να φροντίζεται το χειρουργικό τραύμα και να αλλάζει θέσεις για να αποφευχθεί κατάκλιση.<sup>18</sup>

## **6,5 ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ**

Αποχωρώντας οι ασθενείς από το νοσοκομείο λαμβάνουν οδηγίες και συμβουλές από τον ιατρό τις οποίες πρέπει να ακολουθούν κατά γράμμα. Το πιο σωστό είναι οι ασθενείς να επισκέπτονται τον θεράποντα ιατρό τους σε τακτά χρονικά διαστήματα είτε βρίσκονται σε περιόδους υποτροπής είτε σε περιόδους ύφεσης και αυτό γιατί ίσως σε περιόδους ύφεσης μπορεί να αισθανθούν κάποια ενόχληση.<sup>5</sup>

Ένα γεγονός που απαγορεύεται ρητά είναι οι ασθενείς που μπορεί να βρίσκονται σε ύφεση να κάνουν τον ιατρό στον εαυτό τους είτε αυξάνοντας είτε μειώνοντας την δόση των φαρμάκων τους. Κάτι το οποίο εκπαιδεύτηκαν οι ασθενείς να κάνουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους είναι να ξεχωρίζουν τα σημάδια της υποτροπής της νόσου. Δηλαδή πυρετό, ανορεξία, απώλεια βάρους, κοιλιακός πόνος κ.ά. είναι συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν κατά την υποτροπή. Επίσης, εξανθήματα, πόνοι στις αρθρώσεις, φλεγμονή των ματιών και άλλα είναι σημάδια που πρέπει να προσέξει ο ασθενής αν εμφανιστούν να επικοινωνήσει ή να επισκεφτεί τον ιατρό.<sup>10</sup>

Τέλος, το πιο σωστό είναι να σκέφτεται θετικά για την εξέλιξη της νόσου γιατί ακόμα και αν πάσχει από ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, είτε είναι ελκώδης κολίτιδα είτε είναι νόσος του Crohn, μπορεί να ζήσει μια φυσιολογική ζωή επιτυγχάνοντας όλα όσα έχει θέσει ως στόχους.<sup>5</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7



## 7,1 ΙΦΝΕ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Η συχνότητα εμφάνισης των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου στα παιδιά έχει αυξηθεί αρκετά τις 2 τελευταίες δεκαετίες. Περίπου στο ¼ των ασθενών με ΙΦΝΕ εμφανίζουν συμπτώματα στη παιδική ηλικία ή την εφηβική ηλικία.<sup>24</sup> Ο λόγος εμφάνισης της νόσου στα παιδιά, όπως φυσικά και στους ενήλικες, δεν είναι σαφής.<sup>27</sup> Επίσης, το γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη γαστρεντερικών συμπτωμάτων οδηγεί την καθυστέρηση της διάγνωσης για ένα ή περισσότερα χρόνια μέχρι να διαγνωστεί η ΙΦΝΕ.<sup>20</sup>

Η νόσος του Crohn μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε μέρος του πεπτικού σωλήνα από το στόμα έως το πρωκτό, ενώ στην ελκώδη κολίτιδα η φλεγμονή περιορίζεται στο παχύ έντερο. Η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου προκύπτει ως αποτέλεσμα επιδράσεων περιβαλλοντικών αιτιών σε ένα άτομο που έχει γενετική προδιάθεση.<sup>27</sup> Μπορεί να προκαλέσει μια γενική κατάσταση στην υγεία που θα είναι άσχημη και έχει αρνητικές επιπτώσεις σε όλα τα σημεία και για αυτό χρειάζεται μια ομάδα που είναι εξειδικευμένη σε αυτό το κομμάτι.<sup>28</sup> Η θεραπεία είναι παρόμοια με αυτή που περιγράφηκε για τους ενήλικους και μπορεί να απαιτεί τη χρήση κορτικοειδών, ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων και χειρουργείου.<sup>29</sup>

### ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN

Η νόσος του Crohn, όπως και στους ενήλικες, έτσι και στα παιδιά προσβάλλει το λεπτό έντερο και/ή το παχύ έντερο με την πιο συνηθισμένη περιοχή τον τελικό ειλεό. Εμπλέκει όλα τα στρώματα του εντέρου με κατάληξη την πάχυνση και την απόφραξη. Οι βλάβες της νόσου εντοπίζονται κατά τόπους με περιοχές φυσιολογικού ιστού ανάμεσα.<sup>30</sup> Χαρακτηρίζεται η νόσος του Crohn, όπως και η ελκώδη κολίτιδα, από υποτροπές και υφέσεις, και πιθανόν να συμβαίνουν σε παιδιά μικρής ηλικίας όμως πιο συχνά εμφανίζεται στους εφήβους.<sup>31</sup>

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου Crohn συνοψίζονται στα:

- Καθυστέρηση της ανάπτυξης και της εφηβείας,<sup>24</sup>
- Κλασική κλινική εικόνα: κοιλιακό άλγος, διάρροια, απώλεια βάρους,<sup>31</sup>
- Κακή γενική κατάσταση: πυρετός, λήθαργος,<sup>27</sup>
- Εξωεντερικές εκδηλώσεις: στοματικές βλάβες ή δερματικά ράκη, οζώδες ερύθημα, αρθραλγία ή αρθρίτιδα.<sup>31</sup>

Η παρουσία λήθαργου και η κακή γενική κατάσταση της υγείας χωρίς συμπτώματα από το γαστρεντερικό, μπορεί να είναι το προέχον σύμπτωμα, ιδιαίτερα σε μεγαλύτερα παιδιά, όπως και το να μπερδευτεί με ψυχολογικά προβλήματα. Μπορεί επίσης να μιμηθεί τη νευρική ανορεξία.<sup>24</sup> Η παρουσία αυξημένων δεικτών φλεγμονής (αριθμός

αιμοπεταλίων, CRP), η σιδηροπενική αναιμία και τα χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης στον ορό είναι χρήσιμα τόσο για να τεθεί η διάγνωση όσο και για την επιβεβαίωση της υποτροπής.<sup>27</sup>

Η διάγνωση βασίζεται στα ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα κατά τη βιοψία. Πρέπει επίσης να γίνει ενδοσκόπηση του ανώτερου γαστρεντερικού, απεικόνιση του λεπτού εντέρου και ειλεοκολonosκόπηση.<sup>29</sup> Η απεικόνιση του λεπτού εντέρου μπορεί να αποκαλύψει την παρουσία στενώσεων, συριγγίων, διαταραχών του βλεννογόνου και πάχυνσης του τοιχώματος του εντέρου. Στην ύφεση της νόσου σημαντικό ρόλο έχει και η διατροφική θεραπεία που παίρνει την θέση της φυσιολογικής διατροφής και αντικαθίσταται από πρωτεϊνική διατροφή για μια περίοδο 6-8 εβδομάδων, και αυτό έχει περίπου 75% αποτέλεσμα. Εάν η διατροφική θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική τότε περνάμε στη φαρμακευτική και χειρουργική θεραπεία.<sup>27</sup>

### ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Οι βλάβες της ελκώδους κολίτιδας είναι συνεχείς στο προσβεβλημένο τμήμα του εντέρου. Η ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει επίσης το βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο του παχέως εντέρου και του ορθού με υπεραιμία και οίδημα τα οποία επηρεάζουν την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και τελικά προκαλούν ένα στενωμένο, άκαμπτο, ουλοποιημένο έντερο.<sup>30</sup> Όπως και στη νόσο του Crohn, έτσι και στην ελκώδη κολίτιδα υπάρχουν υφέσεις και υποτροπές και στην παιδική ηλικία αλλά και στην εφηβική ηλικία.<sup>32</sup>

Χαρακτηριστικά η νόσος εκδηλώνεται με αιμορραγία από το ορθό, διάρροια και κωλικοειδή άλγη.<sup>28</sup> Μπορεί να παρατηρηθεί και απώλεια βάρους και ανεπαρκής ανάπτυξη, όμως αυτό είναι λιγότερο συχνό στην ελκώδη κολίτιδα από ότι στην νόσο του Crohn. Υπάρχουν και εξωεντερικές εκδηλώσεις όπως το οζώδες ερύθημα και η αρθρίτιδα. Η διάγνωση γίνεται με βάση τα αποτελέσματα που έχουμε από την ενδοσκόπηση (ανώτερου πεπτικού και ειλεοκολonosκόπηση) και των ιστολογικών χαρακτηριστικών, μετά τον αποκλεισμό των λοιμωδών αιτιών κολίτιδας.<sup>32</sup> Σε αντίθεση με τους ενήλικες, όπου η κολίτιδα συνήθως βρίσκεται στο άνω κόλον, το 90% των παιδιών έχουν πανκολίτιδα. Η ιστολογική εξέταση εμφανίζει την φλεγμονή που υπάρχει στο βλεννογόνο, τα αποστήματα, την απώλεια των κρυπών και εξέλκωση. Επίσης, γίνεται και μια απεικόνιση του λεπτού εντέρου για να αποκλειστεί το γεγονός ότι δεν υπάρχει φλεγμονή που επεκτείνεται στο παχύ έντερο. Εάν υπάρχει τότε δεν έχουμε πλέον να αντιμετωπίσουμε την ελκώδη κολίτιδα αλλά την νόσο του Crohn.<sup>5</sup>

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όπως προαναφέρθηκε και στην ελκώδη κολίτιδα αλλά και στη νόσο του Crohn η διάγνωση περισσότερο βασίζεται στα ενδοσκοπικά και ιστολογικά ευρήματα. Δηλαδή,



εξετάσεις αίματος, ακτινογραφικός έλεγχος λεπτού εντέρου (νόσος Crohn), εξέταση κοπράνων (ελκώδης κολίτιδα), βιοψία.<sup>31,32</sup> Όμως υπάρχουν και οι συνήθεις νοσηλευτικές διαγνώσεις που βοηθούν στην ανακάλυψη των νόσων. Κάποιες από αυτές θα αναπτυχθούν παρακάτω:

✓ Μη ισορροπημένη διατροφή: Λήψη λιγότερη από τις σωματικές ανάγκες:

Σχετίζεται με: Ανικανότητα κατάποσης και πέψης φαγητού, απορρόφησης θρεπτικών συστατικών.

Καθοριστικά χαρακτηριστικά: Ανορεξία, διάρροια, κοιλιακή σύσπαση, απώλεια βάρους, καθυστέρηση της ανάπτυξης, κοιλιακή διάταση, πιθανό εμετό.<sup>31</sup>

✓ Διάρροια:

Σχετίζεται με: Ερεθισμός ή δυσαπορρόφηση από το έντερο, διατροφική πρόσληψη.

Καθοριστικά χαρακτηριστικά: κοιλιακό άλγος, σύσπαση, αυξημένη συχνότητα εντερικών ήχων, υδαρή κόπρανα, αλλαγές στο χρώμα και τη σύσταση (αίμα, βλέννα), λήψη φαγητών με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες.<sup>31</sup>

✓ Κίνδυνος διαταραχής ακεραιότητας δέρματος:

Σχετίζεται με: Εξωτερικούς παράγοντες εκκρίσεων και απεκκρίσεων, εσωτερικούς παράγοντες έξω-εντερικών δερματικών βλαβών.

Καθοριστικά χαρακτηριστικά: ερεθισμός, ερυθρότητα, πόνος στην περιπρωκτική περιοχή, διάσπαση της επιφάνειας του δέρματος, χρόνια και έντονη διάρροια.<sup>30</sup>

✓ Ανεπαρκής αύξηση και ανάπτυξη:

Σχετίζεται με: Αποτέλεσμα σωματικής αναπηρίας.

Καθοριστικά χαρακτηριστικά: αλλαγές στη σωματική ανάπτυξη, καθυστέρηση σεξουαλικής ωρίμανσης, καθυστέρηση της οστικής ηλικίας, απώλεια βάρους, σχολικές απουσίες κατά τη διάρκεια των υποτροπών.<sup>30</sup>

✓ Κίνδυνος: Έλλειμμα όγκου υγρών:

Σχετίζεται με: Υπερβολικές απώλειες μέσω φυσιολογικών οδών.

Καθοριστικά χαρακτηριστικά: διάρροια, αποβολή μεγαλύτερη από πρόσληψη, σημεία και συμπτώματα αφυδάτωσης, διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών (K+).

Επίσης έχουμε και κάποιες επιπρόσθετες νοσηλευτικές διαγνώσεις οι οποίες είναι:

- ✓ Πόνος: Ο πόνος σχετίζεται με βιολογικούς τραυματικούς παράγοντες, φλεγμονή και ερεθισμό του εντέρου. Χαρακτηριστικά εκδηλώνονται με κοιλιακή σύσπαση, κοιλιακή διάταση, διαλείπων πόνος που επιδεινώνεται με το φαγητό ή πόνος που είναι συνεχής, έκφραση και άλλων περιγραφών πόνου, αμυντική και προστατευτική συμπεριφορά προς την κοιλιά. Στόχος των νοσηλευτών και των γιατρών είναι το παιδί να βιώσει λιγότερο πόνο μέχρι την προκαθορισμένη ημερομηνία για την επόμενη εκτίμηση. Ως κριτήριο αποτελέσματος για το αν πετυχαίνει η θεραπεία είναι το παιδί να βαθμολογήσει τον πόνο (προσδιορίστε κλίμακα: καθόλου, ήπιο, μέτριο, σοβαρό).<sup>31</sup>
- ✓ Άγχος: Το άγχος σχετίζεται με την απειλή για την αυτό-αντίληψη (εικόνα του σώματος), αλλαγές στην κατάσταση υγείας. Τα χαρακτηριστικά με τα οποία εκδηλώνονται είναι φόβος και αβεβαιότητα, αισθήματα ανεπάρκειας μεταξύ συνομηλίκων, αίσθημα απελπισίας για τις συνέπειες, καθυστερημένη ανάπτυξη και σεξουαλική ωρίμανση, αίσθημα διαφορετικότητας ή συχνές ασθένειες, σχολικές απουσίες, διαρκείς διαιτητικοί περιορισμοί, παρουσία κολοστομίας αν πραγματοποιηθεί κολεκτομή. Ο στόχος είναι το παιδί να βιώσει μείωση το άγχος μέχρι την καθορισμένη ημερομηνία για την επόμενη εκτίμηση. Κριτήρια Έκβασης: Εκφρασμένη μείωση του άγχους. Το παιδί εκφράζει μείωση του άγχους σε (προσδιορίστε επίπεδο π.χ. ουδέν, ήπιο, μέτριο, σοβαρό ή επίπεδο πανικού).<sup>31</sup>
- ✓ Διαταραχή στην προσαρμογή: Η διαταραχή στην προσαρμογή σχετίζεται με αναπηρία που απαιτεί αλλαγές στον τρόπο ζωής, ανεπαρκή συστήματα υποστήριξης. Τα χαρακτηριστικά εκδήλωσης είναι έκφραση μη αποδοχής της αλλαγής στην κατάσταση υγείας, μη επιτυχία στην ικανότητα συμμετοχής στην επίλυση προβλημάτων, έλλειψη κινήσεων προς περισσότερη ανεξαρτησία. Ο στόχος είναι το παιδί να υιοθετήσει τις αλλαγές στον τρόπο ζωής. Κριτήρια έκβασης είναι το παιδί και η οικογένεια να εκφράζουν τις δυνατότητες προσαρμογής και, επίσης, το παιδί και η οικογένεια να αναγνωρίζουν 3 τρόπους να αντεπεξέρθουν στην ασθένεια.
- ✓ Έλλειμμα γνώσεων: Η έλλειψη γνώσεων σχετίζεται με την έλλειψη πληροφοριών για τη μακροπρόθεσμη ιατρική αγωγή. Τα χαρακτηριστικά εκδήλωσης είναι η αναζήτηση πληροφοριών για τα φάρμακα, το διατροφικό σχήμα, τη φροντίδα της κολοστομίας ή της ειλεοστομίας. Ως στόχος είναι οι γονείς να αποκτήσουν γνώσεις για τη φροντίδα μέχρι την ημερομηνία που καθόρισε ο γιατρός. Κριτήρια Έκβασης είναι οι γονείς έχουν πλάνο φροντίδας του παιδιού.<sup>30</sup>

## ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η υποτροπή είναι συνήθης στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου και αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική θεραπεία.<sup>20</sup> Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται στις

ιδιοπαθείς νόσους του εντέρου μπορούν να ταξινομηθούν με βάση το ποσοστό επίτευξης της ύφεσης αλλά της διατήρησης της για τους ασθενείς που θα την λάβουν.<sup>28</sup>

Σε ήπια μορφή νόσο χρησιμοποιούνται αμινοσαλκυκλικά (βαλσαλαζίδη και μεσαλαζίνη) τα οποία έχουν αντιφλεγμονώδη δράση στον εντερικό βλεννογόνο, για την θεραπεία εφόδου και τη θεραπεία συντήρησης.<sup>32</sup> Μπορούν να χορηγηθούν per os ή από τον ειλέο, το κόλον με υπόθετα και κλύσματα. Φυσικά υπάρχει το ενδεχόμενο να εμφανιστούν επιπλοκές όπως η επιδείνωση της κολίτιδας, η περικαρδίτιδα και η διάμεση νευρίτιδα.<sup>20</sup>

Όταν η νόσος βρίσκεται μόνο στο ορθό και το σιγμοειδές μπορεί να αντιμετωπιστεί με τοπικά στεροειδή. Όμως εάν η νόσος είναι μέτριας ή εκτεταμένης μορφής νόσος τότε χρειάζεται συστηματική χρήση στεροειδών για τις οξείες κρίσεις όπως η αζαθειοπρίνη, μερκαπτοπουρίνη ή μεθοτρεξάτη για τη διατήρηση της ύφεσης είτε χορηγείται μόνη της είτε σε συνδυασμό με κορτικοστεροειδή.<sup>31</sup> Τα κορτικοστεροειδή χρησιμοποιούνται σε βαριάς μορφής νόσο γιατί μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες παρενέργειες από τη μακροχρόνια χρήση εάν είναι σε πιο ήπια μορφή.<sup>20</sup> Για αυτό σε περιπτώσεις βαριάς μορφής νόσο ταυτόχρονα με την εντερική σίτιση η οποία προσφέρει τις θρεπτικές ουσίες που δεν λαμβάνει ο ασθενής, χορηγούνται κορτικοστεροειδή και μερκαπτοπουρίνη.<sup>30</sup>

Εάν δεν με αυτό τον τρόπο δεν επιτευχθεί η ύφεση τότε χρησιμοποιείται κυκλοσπορίνη και ως τελευταίο μέσο η χειρουργική θεραπεία.<sup>27</sup>

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική επέμβαση είναι σημαντική για τη διαχείριση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου. Στην ελκώδη κολίτιδα σε περιπτώσεις σοβαρής κεραυνοβόλου νόσου, η οποία μερικές φορές συνδυάζεται με τοξικό megacolon ή σε χρόνια φτωχά ελεγχόμενη νόσο η ολική κολεκτομή με πρακτική αναστόμωση ενδείκνυται σε παιδιά.<sup>27</sup> Επίσης, έχει εξαιρετικά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, με ποιότητα ζωής παρόμοια μ' εκείνη του γενικού πληθυσμού και γίνεται τακτικός έλεγχος με κολονοσκόπηση που πραγματοποιείται 10 χρόνια μετά τη διάγνωση.<sup>20</sup>

Το χειρουργείο προβλέπεται στις επιπλοκές της νόσου Crohn, όπως η απόφραξη, τα συρίγγια, τα αποστήματα ή η σοβαρή εντοπισμένη νόσος που δεν ανταποκρίνεται όμως στη φαρμακευτική αγωγή και εκδηλώνεται ως ανεπαρκής αύξηση.<sup>29</sup> Σε γενικές γραμμές η μακροχρόνια πρόγνωση της νόσου του Crohn που ξεκίνησε στην παιδική ή εφηβική ηλικία είναι καλή, και οι περισσότεροι ασθενείς διάγουν μια φυσιολογική ζωή παρά τις περιστασιακές υποτροπές της νόσου.<sup>27</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

## **8,1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ**

### 1° ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

#### Ιστορικό

Άντρας ασθενής, 30 ετών, εισήλθε στα ΤΕΠ με διαρροϊκές κενώσεις και απώλεια βάρους. Ελήφθη το ιστορικό από το νοσηλεύτη και έγινε φυσική εξέταση από το γαστρεντερολόγο. Έγιναν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις.

Με εντολή του γαστρεντερολόγου, ο ασθενής θα υποβληθεί σε κολονοσκόπηση και για αυτό του δίνεται δίαιτα με μικρό υπόλειμμα για να απομακρυνθούν ότι απέμειναν στο έντερο, αλλά τοποθετήθηκε και υπόθετο για σίγουρη επίτευξη. Κατά την κολονοσκόπηση παρουσίασε άγχος και δεν ένιωθε ασφάλεια.

Από το αποτέλεσμα της κολονοσκόπησης διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής πάσχει από ελκώδη κολίτιδα.

<b>Προβλήματα / Ανάγκες ασθενή</b>	<b>Αντικειμενικός σκοπός</b>	<b>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</b>	<b>Αξιολόγηση αποτελέσματος</b>
<b>Διαρροϊκές κενώσεις</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Πρόληψη αφυδάτωσης</li> <li>✓ Μείωση διαρροϊκών κενώσεων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Εξασφάλιση χορήγησης υγρών και τροφής.</li> <li>✓ Εκτίμηση κενώσεων και παρακολούθηση για σημεία επιδείνωσης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορήγηση ορών κατόπιν εντολής ιατρού</li> <li>✓ Σίτιση με τροφές μαλακές αλλά και συμπληρώματα θρεπτικών ουσιών</li> <li>✓ Έλεγχος των κενώσεων και καταγραφή και ενημερώνουμε τον ιατρό</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Μείωση των διαρροϊκών κενώσεων</li> <li>✓ Υποχώρηση αφυδάτωσης</li> </ul>
<b>Απώλεια βάρους</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Κάλυψη θρεπτικών αναγκών του ασθενούς</li> <li>✓ Σταθεροποίηση του βάρους στα φυσιολογικά επίπεδα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Κάλυψη θρεπτικών αναγκών με χορήγηση παρεντερικής σίτισης ή με χορήγηση ενδοφλέβιων σκευασμάτων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</li> <li>✓ Παρακολούθηση σωματικού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορηγήθηκαν βιταμίνες και συμπληρώματα ενδοφλεβίως για τη θρέψη</li> <li>✓ Συνεχής παρακολούθηση σωματικού βάρους</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Καλύφθηκαν οι θρεπτικές ανάγκες του ασθενή</li> <li>✓ Το σωματικό βάρος επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα</li> </ul>

<b>Άγχος και απώλεια ασφάλειας</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ο ασθενής να ανακτήσει τις δυνάμεις του για να συνεχιστεί η διαδικασία</li> <li>✓ Να εξασφαλιστεί ένας χώρος ασφαλής για τον ασθενή</li> </ul>	<p style="text-align: center;">βάρους</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Διατήρηση ασθενούς σε ασφαλή και καθαρό χώρο</li> <li>✓ Δημιουργία ενός προγράμματος για ανάκτηση δυνάμεων</li> <li>✓ Έλεγχος τροφής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς και περιποίηση του</li> <li>✓ Ενημέρωση ασθενή για το σωστό τρόπο ανάπαυσης</li> <li>✓ Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου χωρίς θορύβους και φωτισμό</li> <li>✓ Ορθή λήψη τροφής με όλα τα θρεπτικά συστατικά</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ο ασθενής νοσηλεύεται σε ένα ασφαλές και καθαρό χώρο</li> <li>✓ Επανάκτηση των δυνάμεων του.</li> </ul>
------------------------------------	---	--	---	--

## 2<sup>0</sup> ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

### Ιστορικό

Ασθενής γυναίκα, 42 ετών, εισέρχεται στο Γαστρεντερολογικό τμήμα του ΠΓΝΠ με έντονο κοιλιακό άλγος, πόνο κατά την αφόδευση και αιματηρές διάρροιες. Αφού ελήφθη το απαραίτητο ιστορικό με εντολές του θεράποντα ιατρού διεξάχθηκαν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις (αιματολογικές, εξετάσεις κοπράνων) και η φυσική εξέταση.

Η ασθενής εκμυστηρεύτηκε στον ιατρό της ότι εδώ και λίγο διάστημα νιώθει να έχει απομονωθεί κοινωνικά από τους συναδέλφους, τους φίλους και την οικογένεια της και δεν νιώθει ασφαλής γύρω της.

Μετά από εντολή ιατρού, δόθηκε στην ασθενή παυσίπονο για την μείωση του πόνου και χορηγήθηκαν υγρά ενδοφλεβίως, αλλά και καθαρτικά για να γίνει κολonosκόπηση. Κατά τη διάρκεια της ημέρας όμως, η ασθενής παρουσίασε πυρετό 38,5° C και παραπονέθηκε για όξινες ερυγές εξαιτίας του καθαρτικού.

Η κολonosκόπηση έδειξε ότι η ασθενής πάσχει από νόσο Crohn.



Προβλήματα / Ανάγκες ασθενή	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
<b>Έντονο κοιλιακό άλγος</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ανακούφιση και απαλλαγή ασθενούς από τον πόνο</li> <li>✓ Εξασφάλιση άνεσης της ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Τοποθέτηση ασθενούς σε κατάλληλη θέση για να ανακουφιστεί από τον πόνο</li> <li>✓ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής</li> <li>✓ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος για την ασθενή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Η ασθενής τοποθετήθηκε σε κατάλληλη θέση και ανακουφίστηκε μερικώς από τον πόνο</li> <li>✓ Χορηγήθηκε παυσίπονο ενδοφλεβίως με εντολή ιατρού</li> <li>✓ Εξασφαλίστηκε η ηρεμία στο περιβάλλον και η ασθενής ηρέμησε</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Η ασθενής ανακουφίστηκε από το κοιλιακό άλγος</li> </ul>
<b>Πόνος κατά την αφόδευση</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Μείωση πόνου κατά την αφόδευση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Διατήρηση καθαρής περιοχής του πρωκτού</li> <li>✓ Επάλειψη της περιοχής με κορτιζονούχο κρέμα για μείωση πόνου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Έγινε η διατήρηση της καθαρής περιοχής</li> <li>✓ Έγινε επάλειψη της περιοχής με την κορτιζονούχο κρέμα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο κατά την αφόδευση</li> </ul>
<b>Αιματηρές διάρροιες</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Παύση των αιματηρών διαρροιών και ολική αντιμετώπιση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορηγήθηκαν αντιδιαρροϊκά φάρμακα κατόπιν ιατρικής εντολής</li> <li>✓ Χορήγηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Υποχώρηση αιματηρών διαρροιών</li> </ul>

		εντολής ✓ Μέτρηση ηλεκτρολυτών	ηλεκτρολυτών	
<b>Πυρετός 38,5° C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ανακούφιση ασθενούς από τον πυρετό</li> <li>✓ Επαναφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορήγηση αντιπυρετικού ενδοφλέβια σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού</li> <li>✓ Εφαρμογή κομπρεσών στο μέτωπο της ασθενούς</li> <li>✓ Αύξηση IV υγρών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορήγηση Apotel 1000 mg IV σύμφωνα με τις οδηγίες ιατρού</li> <li>✓ Εφαρμόστηκαν κομπρέσες στο μέτωπο της ασθενούς</li> <li>✓ Αύξηση ενδοφλέβιων υγρών για την αποφυγή αφυδάτωσης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ο πυρετός υποχώρησε και ο ασθενής νιώθει καλύτερα.</li> </ul>
<b>Όξινες ερυγές</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Μείωση αίσθησης αναούλας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορήγηση αντιεμετικών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χορήγηση αντιεμετικών μέσω του φλεβοκαθετήρα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Μειώθηκε η αίσθηση αναούλας</li> </ul>
<b>Κοινωνική απομόνωση</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Αποκατάσταση της κοινωνικής της ζωής</li> <li>✓ Εφαρμογή ψυχολογικής υποστήριξης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Επικοινωνία και ενημέρωση των συγγενών και φίλων</li> <li>✓ Εφαρμογή ψυχολογικής υποστήριξης από συμβούλους και ψυχολόγους</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Δόθηκαν οι πληροφορίες στους συγγενείς και τους φίλους για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.</li> <li>✓ Η ψυχολόγος και η σύμβουλος πραγματοποίησαν μια συζήτηση με</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Οι συγγενείς και οι φίλοι πλησίασαν προσεκτικά μετά από τις συμβουλές της ψυχολόγου και έλαβαν μια θετική στάση από την ασθενή</li> <li>✓ Η ασθενής</li> </ul>

			την ασθενή για τα συναισθήματα της τονίζοντας όμως ότι υπάρχει και μια θετική πλευρά των πραγμάτων που πρέπει να σκέφτεται.	φαίνεται πιο ευδιάθετη και συνειδητοποιημένη με το πρόβλημα υγείας της.
			✓ Οι συγγενείς και οι φίλοι μίλησαν με την ψυχολόγο για το πώς πρέπει να την προσεγγίσουν	
<b>Απώλεια ασφάλειας</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Να εξασφαλιστεί χώρος ο οποίος είναι ασφαλής για την ασθενή.</li> <li>✓ Να ενημερωθεί ψυχολόγος για να παρέμβει και να κατανοήσει το πρόβλημα της ασθενή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Διατήρηση ασθενούς σε ασφαλή χώρο.</li> <li>✓ Ενημέρωση των συγγενών της ασθενή για την κατάσταση της</li> <li>✓ Επικοινωνία ασθενούς και ψυχολόγου για την κατανόηση και την επίλυση του προβλήματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Παρακολούθηση του ασθενούς σε τακτικά χρονικά διαστήματα</li> <li>✓ Ενημερώθηκε το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή.</li> <li>✓ Η ψυχολόγος κατανόησε την κατάσταση και παρότρυνε την ασθενή να ακολουθήσει κάποια βήματα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Η ασθενής νιώθει ασφάλεια στον χώρο μαζί με το οικογενειακό της περιβάλλον</li> <li>✓ Ακολουθεί τις παροτρύνσεις της ψυχολόγου</li> </ul>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η νόσος του Crohn (CD) και η ελκώδης κολίτιδα (UC) ανήκουν στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ), πρόκειται για δυο χρόνιες παθήσεις, οι οποίες παρουσιάζονται με χρόνια διάρροια με βλέννα και αίμα. Χαρακτηρίζονται από φλεγμονή του βλεννογόνου, του υποβλεννογόνου και σε οποιοδήποτε σημείο του πεπτικού συστήματος. Χρηζουν αντιμετώπιση από ιατρούς και νοσηλευτές που έχουν εξειδικευτεί σε αυτές τις νόσους. Η αιτία παραμένει άγνωστη, αν και πιθανόν είναι να επηρεάζεται η εμφάνιση τους από ανοσολογικούς, κληρονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Κοινό και των δυο νόσων είναι ότι προσβάλλουν και τα δυο φύλα ασχέτως ηλικίας με διαφορετικό τρόπο.

Λόγω του ότι οι παθήσεις είναι εφ' όρου ζωής, δεν υπάρχει ολική θεραπευτική αντιμετώπιση αλλά ανακούφιση των συμπτωμάτων για ένα χρονικό διάστημα, μείωση παρενεργειών έτσι ώστε να υπάρχει όσο το δυνατόν γίνεται φυσιολογική ποιότητα ζωής των ασθενών. Αυτό ισχύει και για τις δύο νόσους όμως στην ελκώδη κολίτιδα όταν η νόσος είναι ήπια έως μέτρια υπάρχει θεραπεία που διατηρεί την ύφεση της νόσου. Αυτό επιτυγχάνεται με την χρήση 5-ASA (5 – αμινοσαλικυλικό οξύ), στους ασθενείς που χρειάζονται συνεχή θεραπεία για να διατηρηθεί η ύφεση.

Σε μερικά άτομα, εκτός από το γαστρεντερολογικό σύστημα, προσβάλλονται και άλλα μέρη του σώματος, με τις προσβολές αυτές να είναι γνωστές ως εξωεντερικές εκδηλώσεις. Σε μερικές περιπτώσεις, οι εξωεντερικές εκδηλώσεις προηγούνται της νόσου, όμως στις περισσότερες περιπτώσεις συνυπάρχουν με μια ή περισσότερες επιπλοκές. Ως συνήθως εμφανίζονται με μορφή αρθρίτιδας, πρόβλημα στα μάτια ή στο δέρμα, με πιο σοβαρές και θανατηφόρες την θρόμβωση και την πνευμονική εμβολή.

Σύνηθες γεγονός είναι οι ασθενείς μετά την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων τους από το θεράποντα ιατρό αρνούνται να δεχτούν την διάγνωση. Και εξαιτίας αυτού αλλά και των υποτροπών σε συνδυασμό με τα συμπτώματα και τις επιπλοκές που είναι δυνατόν να προκύψουν και λόγω της χρονιότητας των νόσων, ο ασθενής παρουσιάζει ψυχικές διαταραχές. Αυτό είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που χρήζει αντιμετώπισης από ειδική ομάδα ιατρών και νοσηλευτών. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να χρήζουν φαρμακευτικής αγωγής με χορήγηση αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών, όπως και ψυχοθεραπεία.

Επιπρόσθετα, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός όσο αφορά την υποστήριξη του ασθενούς, από την εισαγωγή του μέχρι το εξιτήριο του. Αρχικά, με την εισαγωγή του ασθενούς, ο νοσηλευτής λαμβάνει το ιστορικό του ασθενή και αξιολογεί τις εκδηλώσεις της νόσου (πόνος, ναυτία), αξιολογεί την διάρκεια των συμπτωμάτων και τις τροφές που προσλαμβάνει. Εξετάζει τα ζωτικά σημεία και την στομία εάν υπάρχει. Στις εξετάσεις

που υποβάλλεται ο ασθενής, ο νοσηλευτής είναι δίπλα προσπαθώντας να τον ηρεμήσει και να του δίνει τις σωστές οδηγίες για τις εξετάσεις.

Στη συνέχεια, ο ασθενής περνάει στο στάδιο της θεραπείας όπου δίπλα του βρίσκεται ο νοσηλευτής, ο οποίος έχει μεγάλη ευθύνη αφού θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζει την διαδικασία. Ξεκινάει με τη διατροφική αγωγή όπου ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον ασθενή και αξιολογεί για τυχόν παρενέργειες της αγωγής εάν έχει εφαρμοστεί παρεντερική σίτιση στον ασθενή αλλά και να τον ενημερώνει για πιθανές αλλαγές. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η διατροφική αγωγή να μην είναι αποτελεσματική και ο ασθενής πρέπει να προβεί σε φαρμακευτική αγωγή. Σε αυτή την περίπτωση, ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει τη θεραπεία του ασθενούς πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τα φάρμακα που θα χορηγήσει στον ασθενή, ενημερωμένος για τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν και εκπαιδευμένος για την αντιμετώπιση των παρενεργειών των φαρμάκων.

Στην περίπτωση που η φαρμακευτική αγωγή δεν δώσει τα επιθυμητά αποτελέσματα, τότε περνάμε στη χειρουργική αντιμετώπιση. Αρχικά, ο νοσηλευτής προετοιμάζει τον ασθενή για το χειρουργείο και πρέπει να σιγουρευτεί ότι το κόλον είναι άδειο και αν δεν είναι να δώσει υποκλυσμό στον ασθενή. Επίσης, βοηθάει τον ασθενή να ετοιμαστεί για το χειρουργείο, να απομακρύνει κοσμήματα, να επιβεβαιώσει ότι υπογράφηκε η συγκατάθεση του ασθενή και τα αποτελέσματα των εξετάσεων βρίσκονται στον φάκελο του ασθενούς. Στη συνέχεια, όταν ο ασθενής μεταφερθεί στο χειρουργείο ο νοσηλευτής επιβεβαιώνει την ταυτότητα του ασθενή και ελέγχει τον ασθενή και τα ζωτικά του σημεία. Αφού, το χειρουργείο φτάσει στο τέλος του και ο ασθενής μεταφερθεί στο χώρο ανάληψης και ο νοσηλευτής αναλαμβάνει να είναι δίπλα στον ασθενή για να ελέγχει τα ζωτικά σημεία, την χειρουργική τομή και το επίπεδο συνείδησης ανά 15 λεπτά. Όταν ο ασθενής ξυπνήσει από την νάρκωση νιώθει ευάλωτος και χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη.

Τέλος, στο πλάι του ο ασθενής χρειάζεται και αναζητεί το οικογενειακό του περίγυρο για την στήριξη και την κατανόηση τους στο πρόβλημα, αλλά και να τους δώσουν δύναμη για να συνεχίσουν και να ανταπεξέλθουν στις δύσκολες καταστάσεις, είτε κατά τη διάρκεια της θεραπείας είτε πριν και μετά το χειρουργείο.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Ευστάθιος Α. Παπαλάμπρος, Χειρουργική – Από το Διδακτικό και Ερευνητικό Προσωπικό του Χειρουργικού Τομέα, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Κύπρος 2011, σελ. 226, 514, 522-524, 536-540, 566, 572
2. Dewit Susan, Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Έννοιες και Πρακτική, Μετάφραση – Επιμέλεια Λαμπρινού Αικατερίνη και Λεμονίδου Χρυσούλα, Τόμος 2<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Κύπρος 2009, σελ. 924-931, 997-1000.
3. Priscilla LeMone, Karen Burke, Gerene Bauldoff, Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Έκδοση 5<sup>η</sup>, Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα 2014, σελ. 665, 670-672, 811-826.
4. *Παθήσεις Πεπτικού: Κατανοώντας το πεπτικό σύστημα*, Κούτσικας Κωνσταντίνος & Παπαχρήστος Πάρης, 05 – Δεκ – 2016. (Πρόσβαση: 15 – Αυγ – 2020). Διαθέσιμο στο: <https://www.mednutrition.gr/portal/ygeia/pathiseis-peptikoy/14698-katanoontas-to-peptiko-systima>
5. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, Παναγιωτοπούλου Σωτηρία Μαρία, 2017. «Ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn». (Πρόσβαση: 12 – Αυγ – 2020). Διαθέσιμο στο: <http://repository.library.teimes.gr/xmlui/>
6. Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam W. M. Mitchell, Grey's Ανατομία, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Κύπρος 2006, σελ. 272-275, 279-283, 937, 982
7. *Καρκίνος οισοφάγου: Παράγοντες κινδύνου, συμπτώματα & προδιαθέτουσες καταστάσεις*, Φιλόπουλος Ευάγγελος, 2017 (Πρόσβαση: 12 – Αυγ – 2020). Διαθέσιμο στο: <https://www.onmed.gr/ygeia/story/355106/karkinos-oisofagoy-paragontes-kindynoy-symptomata-prodiathetoyses-katastaseis>
8. *Γνωριμία με το Παχύ Έντερο*, Τσάμης Δημήτριος (Πρόσβαση: 12 – Αυγ – 2020) Διαθέσιμο στο: <https://dtsamis.gr/services/gnorimia-me-to-paxu-entero/>
9. *Τι είναι το παχύ έντερο, το ορθό και ο πρωκτός (πρωκτικός σωλήνας)*, Φελέκουρας Ευάγγελος Σ., 13 – Ιαν – 2016. (Πρόσβαση: 12 – Αυγ – 2020). Διαθέσιμο στο: <https://surgery.gr/ti-einai-to-paxy-entero-to-ortho-kai-o-proktos/>
10. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Μιχαλιτσλή Ιωάννα, 2019. «Η νόσος του Crohn και ο ρόλος του νοσηλευτή». (Πρόσβαση: 15 – Αυγ – 2020). Διαθέσιμο στο: <https://apothetirio.lib.uoi.gr/xmlui/>
11. *Ανατομία και φυσιολογία του πρωκτικού σωλήνα*, Υγεία με ευθύνη για τη ζωή, Δημόπουλος Χρήστος, Αύγουστος 2015. (Πρόσβαση: 13 – Αυγ – 2020). Διαθέσιμο στο: <https://www.hygeia.gr/anatomia-kai-fysiologia-toy-proktikoy-solina/>

12. Marschall S. Runge, M. Andrew Greganti, Παθολογία Βασικές Αρχές, Μετάφραση – Συντονισμός Τζιούφας Αθανάσιος, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Κύπρος 2016, σελ. 365-370.
13. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τσιλιγιάννη Άρτεμις, 2017. «Εξωεντερικές εκδηλώσεις στην Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Πάθηση των Εντέρων στη ΒΔ Ελλάδα». (Πρόσβαση: 15 – Αυγ – 2020). Διαθέσιμο στο: <https://apothetirio.lib.uoi.gr/xmlui/>
14. Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ψυχολόγος Μπόζας Αντώνιος, 2016. «Διερεύνηση θετικών ψυχολογικών παραγόντων σε ασθενείς με νόσους του Γαστρεντερολογικού συστήματος: Ο ρόλος τους στη διαμόρφωση του αναφερόμενου πόνου και η σχέση τους με τα επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας». (Πρόσβαση: 20 – Αυγ – 2020). Διαθέσιμο στο: <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/>
15. *Νόσος Crohn και Ψυχολογικά Προβλήματα*, e-Journal of Science & Technology (e-JST), Χαραλάμπους Παντελής, Ιούλιος 2009. (Πρόσβαση: 15 – Νοε – 2020). Διαθέσιμο στο: [http://hypatia.lb.teiath.gr/bitstream/11400/5002/1/Charalambous\\_13.pdf](http://hypatia.lb.teiath.gr/bitstream/11400/5002/1/Charalambous_13.pdf)
16. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, Γεωργίου Μαρία, 2016. «Ελκώδης κολίτιδα & Νοσηλευτικές Διεργασίες». (Πρόσβαση: 17 – Αυγ – 2020). Διαθέσιμο στο: <https://apothetirio.lib.uoi.gr/xmlui/>
17. *Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου*, StatPearls, Ιανουάριος 2020. (Πρόσβαση: 15 – Αυγ – 2020). Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470312/#article-18477.s7>
18. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, Νικολαΐδου Χρυσούλα, Ιωάννινα 2017. «Νόσος Crohn και ο ρόλος του νοσηλευτή». (Πρόσβαση: 15 – Δεκ – 2020). Διαθέσιμο στο: <https://apothetirio.lib.uoi.gr/xmlui/>
19. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Δημητράκη Γλυκερία & Βελέντζα Αγγελική, 2019. «Νοσηλευτικές Διεργασίες στην Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο των Εντέρων (ΙΦΝΕ)». (Πρόσβαση: 15 – Δεκ – 2020). Διαθέσιμο στο: <https://apothetirio.lib.uoi.gr/xmlui/>
20. Πανεπιστήμιο Πατρών, Νταργαρά Βασιλική, 2020. «Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα Εντέρου Νοσηλευτική Παρέμβαση». (Πρόσβαση: 15 – Ιαν – 2021). Διαθέσιμο στο: <http://repository.library.teimes.gr/xmlui/>
21. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Καραβιδόγλου Χριστίνα, 2013. «Διατροφή και Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου». (Πρόσβαση: 29 – Νοε – 2020). Διαθέσιμο στο: <http://nefeli.lib.teicrete.gr/>
22. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Γιάγκου Ευτυχία, 2018. «Μελέτη εξωεντερικών εκδηλώσεων των ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Πάθηση των Εντέρων στη Βορειοδυτική Ελλάδα». (Πρόσβαση: 13 – Ιαν – 2021). Διαθέσιμο στο: <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/>

23. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, Αριστείδου Ελένη & Κλεόπα Μιχάλης, 2018. «Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση Ελκώδους κολίτιδας». (Πρόσβαση: 10 – Ιαν – 2021). Διαθέσιμο στο: <https://apothetirio.lib.uoi.gr/xmlui/>
24. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, Καπράλος Χρήστος, 2015. «Νόσος του Crohn και νοσηλευτική παρέμβαση». (Πρόσβαση: 10 – Ιαν – 2021). Διαθέσιμο στο: <http://repository.library.teimes.gr/xmlui/>
25. Πανεπιστήμιο Πατρών, Νεάρχου Νεάρχος & Κανελλάκης Αλέξανδρος, 2020. «Ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου – Αναπηρικές επιπλοκές και ρόλοι του νοσηλευτή». (Πρόσβαση: 12 – Ιαν – 2021). Διαθέσιμο στο: <http://repository.library.teimes.gr/xmlui/>
26. *Η Ποιότητα Ζωής των ασθενών με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ)*, Σύλλογος Ατόμων με Νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Αττικής. (Πρόσβαση: 15 – Ιαν – 2021). Διαθέσιμο στο: <http://www.crohnhellas.gr/entypa/ASCC%20Triptixo%20Quality%20of%20Life.pdf>
27. Dr Tom Lissauer & Dr Graham Clayden, Σύγχρονη Παιδιατρική, Πρόλογος Χρυσός Γεώργιος, Έκδοση 4<sup>η</sup>, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Κύπρος 2016, σελ.332-335
28. *Παιδιατρική ελκώδης κολίτιδα: Ο θεραπευτικός δρόμος προς το Infliximab*, Springer Link, Pamela R. Puthoor and Edwin F. De Zoeten, 04 Ιανουαρίου 2013. (Πρόσβαση: 20 – Ιαν – 2021). Διαθέσιμο στο: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13554-012-0006-1>
29. *Παιδιατρική νόσος του Crohn*, Clinics in Colon and Rectal Surgery, Daniel von Allmen, 31 Μαρτίου 2018. (Πρόσβαση: 20 – Ιαν – 2021). Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5825885/>
30. Karla L. Luxner, Παιδιατρική Νοσηλευτική, Επιμέλεια και Πρόλογος Ελληνικής Έκδοσης Δρ. Γκεσούλη – Βολτυράκη Ευτυχία και Δρ. Νταφογιάννη Χρυσούλα, Έκδοση 3<sup>η</sup>, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2011, σελ.220-224
31. *Η νόσος του Crohn σε παιδιατρικούς ασθενείς*, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 5, Τεύχος 3, Λέρα Μαρία & Ταχτσόγλου Κυριακή, 2016. (Πρόσβαση: 01 – 02 – 2021). Διαθέσιμο στο: [https://www.spnj.gr/articlefiles/volume5\\_issue3/pn\\_may\\_53\\_166\\_174.pdf](https://www.spnj.gr/articlefiles/volume5_issue3/pn_may_53_166_174.pdf)
32. *Ιατρική και χειρουργική αντιμετώπιση της παιδιατρικής ελκώδους κολίτιδας*, Clinics in Colon and Rectal Surgery, Jose M. Cabrera and Tomas T. Sato, 31 Μαρτίου 2018. (Πρόσβαση: 20 – Ιαν – 2021). Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5825852/>