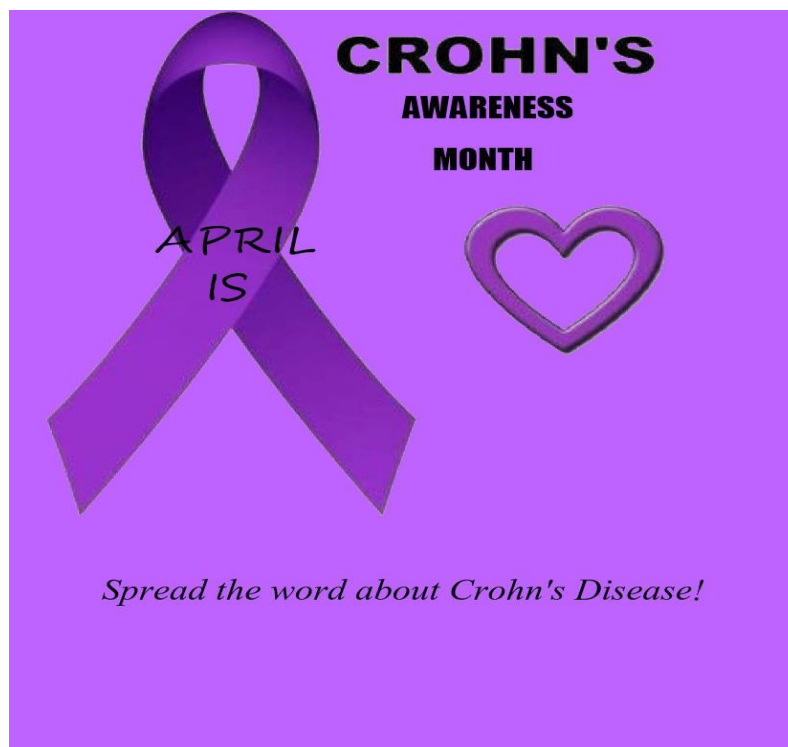




ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΥΡΙΑΚΗΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΛΕΥΚΟΘΕΑ ΜΑΤΣΟΥΛΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	6
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	8
Α' ΜΕΡΟΣ – Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN	
1. Ανατομία	9
2. Φυσιολογία	10
3. Παθολογία	12
4. Αίτια	12
5. Κλινική εικόνα	13
6. Επιπλοκές	14
7. Διάγνωση	15
8. Διαφορική διάγνωση	17
9. Πρόγνωση	18
10. Θεραπεία	18
10.1. Συντηρητική θεραπεία	19
10.2. Χειρουργική θεραπεία	20

Β' ΜΕΡΟΣ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

1. Ο ρόλος του νοσηλευτή	22
2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	22
3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση	24
4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία	24
5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χειρουργική αντιμετώπιση	25
5.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή προεγχειρητικά	25
5.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή διεγχειρητικά	27
5.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή μετεγχειρητικά	27
6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	28

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Νέα ερευνητικά άρθρα	30
----------------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	62
Ελληνική βιβλιογραφία	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η νόσος του Crohn αποτελεί μια χρόνια φλεγμονώδη διαταραχή. Το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στον πεπτικό σωλήνα προκαλώντας βλάβες από το στόμα μέχρι τον πρωκτό, παρουσιάζοντας μια μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων. Μερικά από τα βασικά συμπτώματα της νόσου είναι οι διάρροιες και το κοιλιακό άλγος. Παρουσιάζονται όμως και άλλα συμπτώματα που παραπέμπουν σε άλλες νόσους, καθώς η νόσος του Crohn επηρεάζει και άλλα συστήματα του οργανισμού. Στην εμφάνιση της νόσου συμβάλλουν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ περιβαλλοντικών, γενετικών και βακτηριακών παραγόντων σε γενετικά ευαίσθητους ανθρώπους, αλλά και οι διατροφικές συνήθειες.

Σκοπός: Σκοπός είναι η έρευνα μέσα από την ανασκόπηση επιστημονικών άρθρων, που αφορά στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η διαχείριση της νόσου από τους Νοσηλευτές και τις Νοσηλεύτριες, καθώς είναι γνωστό ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της νόσου αλλά και στη προαγωγή μιας ευχάριστης και φυσιολογικής ζωής για τους νοσούντες.

Υλικό και μέθοδος: Η έρευνα βασίστηκε στην ανασκόπηση επιστημονικών άρθρων, από την διεθνή βιβλιογραφία, που εντοπίστηκαν στην ηλεκτρονική βάση Google Scholar. Έπειτα από εκτενή μελέτη επιλέχθηκαν άρθρα τα οποία δημοσιεύθηκαν το έτος 2020 στην αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η νόσος του Crohn αποτελεί μια ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο που επηρεάζει τον πεπτικό σωλήνα σε όλο του το μήκος, απασχολώντας διαρκώς έναν αυξανόμενο αριθμό ανθρώπων τα τελευταία χρόνια. Με την νόσο ασχολούνται ένα πλήθος επαγγελματιών υγείας και φυσικά και οι επαγγελματίες του κλάδου της Νοσηλευτικής.

Συμπεράσματα: Αντιληπτό γίνεται ότι οι νοσηλευτές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο, προσφέροντας στους ασθενείς εξειδικευμένη φροντίδα για την αντιμετώπιση της νόσου. Επίσης σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό παρέχουν εξατομικευμένες συμβουλές για την πρόληψη, την θεραπεία και την προαγωγή μιας ποιοτικής ζωής.

Λέξεις κλειδιά: Νόσος του Crohn, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, νοσηλευτής, νοσηλευτική, θεραπεία, βελτίωση ποιότητας ζωής, πεπτικός σωλήνας.

ABSTRACT

Introduction: Crohn's disease is a chronic inflammatory disorder. The immune system attacks the digestive tract causing damage from the mouth to the anus, presenting a wide variety of symptoms. Some of the main symptoms of the disease are diarrhea and abdominal pain. However, there are other symptoms that refer to other diseases, as Crohn's disease affects other systems of the body. Interactions between environmental, genetic and bacterial factors in genetically susceptible people, as well as eating habits, contribute to the onset of the disease.

Purpose: The purpose is to research through the review of scientific articles, which concerns the way in which the disease is managed by Nurses, as it is known that they play an important role in treating the disease but also in promoting a pleasant and normal life for the patient.

Material and method: The research was based on a review of scientific articles, from the international literature, found in the Google Scholar online database. After an extensive study, articles were selected which were published in the year 2020 in English.

Results: Crohn's disease is an idiopathic inflammatory disease that affects the digestive tract along its entire length, constantly occupying an increasing number of people in recent years. The disease is dealt with by a number of health professionals and of course the professionals in the field of Nursing.

Conclusions: It is understood that nurses play a key role in providing patients with specialized care to treat the disease. Also in collaboration with the treating physician they provide personalized advice for the prevention, treatment and promotion of a quality life.

Keywords: Crohn's disease, nursing interventions, nurse, nursing, treatment, quality of life improvement, digestive tract.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΙΦΝΕ) είναι η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα, είναι χρόνιες παθήσεις του πεπτικού σωλήνα με άγνωστη αιτιολογία, όμως την εκδήλωσή τους πυροδοτούν ίσως οι κληρονομικοί παράγοντες και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι κλινικές εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ είναι παρόμοιες και για αυτό το λόγο η διάγνωση τους και ο διαχωρισμός τους είναι δύσκολος αλλά με τη λήψη ιστορικού, με αιματολογικές και ιστολογικές εξετάσεις γίνεται η διάγνωση. Η θεραπεία των ΙΦΝΕ μέσα από τα χρόνια βελτιώθηκε.

Η νόσος του Crohn ή αλλιώς τελική ειλεΐτιδα είναι μια αυτοάνοση νόσος που επηρεάζει τον γαστρεντερικό σωλήνα, προσβάλλοντας κυρίως τον ειλεό, δηλαδή την τελική μοίρα του λεπτού εντέρου. Ωστόσο υπάρχουν και περιπτώσεις κατά τις οποίες η νόσος επηρεάζει εκτενή τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα, καθιστώντας δύσκολη την ίαση της με χειρουργική εκτομή. Σε ποσοστό $\frac{1}{3}$ των ασθενών υπάρχει προσβολή από την νόσο που αφορά μόνο στο λεπτό έντερο. Η προσβολή του παχέος εντέρου ανέρχεται επίσης σε ποσοστό του $\frac{1}{3}$ των ασθενών, ενώ το λοιπό $\frac{1}{3}$ των ασθενών παρουσιάζει φλεγμονή σε όλο τον εντερικό σωλήνα.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Κατά τη περασμένη δεκαετία οι ΙΦΝΕ αποτέλεσαν μία υγειονομική πρόκληση σε παγκόσμιο επίπεδο. Στη Βόρεια Αμερική και Ευρώπη πάνω από 2 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από ΙΦΝΕ. Εκτός του Δυτικού κόσμου (δηλαδή των χωρών που επηρεάζονται από τη Δυτική πολιτισμική κληρονομιά, συμπεριλαμβανομένων των ΗΠΑ, του Καναδά, της Αυστραλίας, της Νέας Ζηλανδίας και όλων των χωρών της δυτικής Ευρώπης), ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο παραμένει ασαφής (Mak, W. Et al., 2019).

Επιδημιολογικά δεδομένα που αναφέρονται στις ΙΦΝΕ κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα, καταδεικνύουν πως από το 1950 η επίπτωση και ο επιπολασμός των ΙΦΝΕ αυξήθηκε σταθερά στις χώρες της Βόρειας Αμερικής, της Ευρώπης και της Αυστραλίας. Παρατηρήθηκε δηλαδή σημαντική αύξηση του ρυθμού της επίπτωσης στον Δυτικό κόσμο. Αντίθετα, υπάρχουν περιορισμένα επιδημιολογικά δεδομένα από χώρες της Αφρικής, της Ασίας και της Νότιας Αμερικής για αυτές τις δεκαετίες. Με την είσοδο στον 21ο αιώνα, προέκυψαν δεδομένα και επιδημιολογικές μελέτες χωρών που δεν ανήκουν στο Δυτικό κόσμο, όπου παρατηρήθηκε αλλαγή στα διεθνή επιδημιολογικά πρότυπα των ΙΦΝΕ (Mak, W. Et al., 2019).

Παρότι αντιμετωπίζονταν ως νοσήματα των δυτικών κοινωνιών, η επιδημιολογία των ΙΦΝΕ αρχίζει να αλλάζει κατά την μετάβαση στον 21ο αιώνα. Η επίπτωση της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου Crohn παρουσίασε αύξηση στις χώρες της Δύσης κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, όμως λίγα ήταν τα δεδομένα σχετικά με την επίπτωσή τους σε άλλες περιοχές του κόσμου (Mak, W. Et al., 2019).

Πλέον, νέα επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι η επίπτωση μπορεί να αυξάνει δραματικά στη Νότια Αμερική, στην ανατολική Ευρώπη, στην Ασία και στην Αφρική. Επιπρόσθετα, η αύξηση της επίπτωσης της νόσου ανάμεσα σε ιθαγένειες και εθνικότητες στις οποίες οι ΙΦΝΕ ήταν σπάνιες παλαιότερα, οδηγεί σε σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με την κατανόηση της παθογένειας και των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων στους διαφορετικούς πληθυσμούς. Αυτή η επιδημιολογική μετατροπή, η οποία έχει γίνει αντιληπτή στις πρόσφατα βιομηχανοποιημένες χώρες και σε Ασιάτες που μεταναστεύουν στη Δύση, εμφανίζεται μαζί με την ταχεία κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη (Mak, W. Et al., 2019).

Άνδρες και γυναίκες προσβάλλονται εξίσου συχνά. Αν και η νόσος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, συνήθως προσβάλλει άτομα νεαρής ηλικίας, δηλαδή είτε στην εφηβεία

είτε στην ηλικιακή δεκαετία 20-30 ετών. Μία δεύτερη ηλικιακή ομάδα στην οποία η νόσος εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα είναι αυτή των 50-70 ετών

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η νόσος του Crohn πήρε το όνομα της από τον διάσημο γαστρεντερολόγο Dr. Burril Crohn. Θεωρήθηκε για πρώτη φορά ως ιατρική κατάσταση όταν περιγράφηκε από τον Crohn και τους συνεργάτες του το 1932. Ωστόσο η πρώτη εξήγηση του Crohn για τη νόσο δόθηκε από τον Giovanni Battista Morgagni έναν Ιταλό ιατρό που διέγινωσε έναν ασθενή που έπασχε από μία εξουθενωτική και μακροχρόνια ασθένεια που προκαλούσε διάρροια. Παρόμοιες περιπτώσεις περιγράφονται από τον John Berg Dalziel το 1898 και από τον Antoni Lesniowski το 1904, ο John Berg Dalziel δημοσίευσε το 1913 στο BMJ επιστημονικό άρθρο σχετικά με τα ευρήματα του (Actis, G. et al., 2019).

Υπήρχε ξεκάθαρη κλινική εικόνα και αυτό ήταν το έναυσμα ώστε να το παρατηρήσουν, συνήθως παρουσίαζαν έντονη διάρροια, απώλεια βάρους και κοιλιακές κράμπες. Το 1923 εντοπίστηκαν 12 άτομα στο νοσοκομείο Mt Sinai της Νέας Υόρκης τα οποία παρουσίαζαν αυτού του είδους τα συμπτώματα και το 1930 ο Crohn παρατήρησε ότι και άλλοι 2 από τους ασθενείς του είχαν την ίδια συμπτωματολογία. Τον Μάιο του 1932 ο Crohn και 2 συνάδελφοι του παρουσίασαν σε επιστημονικό άρθρο την πάθηση «Τερματική ειλεΐτιδα» στο οποίο περιέγραψαν τα χαρακτηριστικά της νόσου του Crohn στην Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία (Actis, G. et al., 2019).

Σε αντίθεση με το επιστημονικό άρθρο του Dalziel το 1913 στο BMJ , το επιστημονικό άρθρο του Crohn και των συνεργατών του έλαβε σημαντική αναγνώριση. Ο Crohn έτυχε να είναι ο πρώτος που καταγράφηκε στο επιστημονικό άρθρο (λόγω αλφαβητική σειράς) και έτσι το όνομα του χρησιμοποιήθηκε για όταν αναφέρονται στην πάθηση αυτή (Actis, G. et al., 2019).

Α' ΜΕΡΟΣ – Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN

1. ANATOMIA

Το πεπτικό σύστημα αποτελείται από το γαστρεντερικό ή πεπτικό σωλήνα και από ορισμένα συμπαγή όργανα (Nigam, Y. et al., 2019).

Ο γαστρεντερικός σωλήνας:

- Είναι ένας μακρύς συνεχόμενος σωλήνας που ξεκινάει από το στόμα και τελειώνει στο πρωκτό
- Έχει μήκος περίπου 9 μέτρα
- Τα όργανα που αποτελούν το γαστρεντερικό σωλήνα είναι το στόμα, ο φάρυγγας, ο οισοφάγος, το στομάχι, το λεπτό έντερο και το παχύ έντερο (Nigam, Y. et al., 2019).

Τα όργανα που προσαρτώνται στον πεπτικό σωλήνα είναι τα δόντια, η γλώσσα, οι σιελογόνοι αδένες, το ήπαρ με το χοληφόρο δένδρο και το πάγκρεας (Nigam, Y. et al., 2019).

Διασχίζει 3 περιοχές του σώματος:

- Κεφάλι και αυχένα
- Θώρακα
- Κοιλιά (Nigam, Y. et al., 2019).

Το τελικό μέρος του οισοφάγου πριν καταλήξει στο στομάχι λειτουργεί σαν σφιγκτήρας και ονομάζεται καρδιακός σφιγκτήρας ή κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας και παρεμποδίζει την παλινδρόμηση του περιεχομένου του στομάχου προς τον οισοφάγο (Nigam, Y. et al., 2019).

Στομάχι, ήπαρ και πάγκρεας βρίσκονται στην κοιλιακή χώρα. Μετά τον οισοφάγο ακολουθεί το στομάχι που είναι μια διευρυμένη κοιλότητα σε σχήμα J. Στο κατώτερο μέρος του στομάχου βρίσκεται ο πυλωρικός σφιγκτήρας που αποτελεί το όριο στομάχου - δωδεκαδακτύλου (Nigam, Y. et al., 2019).

Το δωδεκαδάκτυλο, που είναι η αρχική μοίρα του λεπτού εντέρου, έχει σχήμα πετάλου C. Φέρεται πίσω από το στομάχι και μεταπίπτει στη νήστιδα & στον ειλεό που γεμίζουν το μεγαλύτερο μέρος της κοιλιάς. Το δωδεκαδάκτυλο, η νήστιδα και ο ειλεός αποτελούν το λεπτό έντερο. Στο τέλος του ειλεού στο σημείο που καταλήγει στο τυφλό, το πρώτο τμήμα

του παχέος εντέρου, υπάρχει σφιγκτήρας που λειτουργεί ως βαλβίδα και ονομάζεται ειλεοκολική βαλβίδα και η οποία εμποδίζει την παλινδρόμηση κοπράνων από το τυφλό προς τον ειλεό. Σε ένα σημείο του τυφλού βρίσκεται η σκωληκοειδής απόφυση (Nigam, Y. et al., 2019).

Το κόλον αποτελεί συνέχεια του τυφλού και έχει τα εξής τμήματα:

- Ανιόν κόλον
- Δεξιά κολική καμπή
- Εγκάρσιον κόλον
- Κατιόν κόλον (Nigam, Y. et al., 2019).

Το κατιόν κόλον ακολουθείται από ένα βραχύ τμήμα που λέγεται σιγμοειδές κόλον και το οποίο καταλήγει στο ορθό. Το τελικό στόμιο του πεπτικού σωλήνα τελειώνει στον πρωκτικό σφιγκτήρα (Nigam, Y. et al., 2019).

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το πεπτικό ή γαστρεντερικό σύστημα αποτελεί το όριο μεταξύ εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον, προετοιμάζει τη τροφή να εισαχθεί στο εσωτερικό περιβάλλον και εφοδιάζει το σώμα με συνεχή παροχή νερού, αλάτων, θρεπτικών συστατικών και ενέργειας. Για το σκοπό αυτό ακολουθούνται οι ακόλουθες διαδικασίες:

- Διακίνηση της τροφής στο γαστρεντερικό σωλήνα
- Έκκριση των πεπτικών χυμών και πέψη της τροφής
- Απορρόφηση των προϊόντων της πέψης, νερού και αλάτων
- Κυκλοφορία του αίματος στα όργανα του συστήματος
- Νευρικός και ορμονικός έλεγχος όλων αυτών των διαδικασιών (Faris, M., Al-Mukhtar, S. & Ibrahim, R., 2021).

Το γαστρεντερικό σύστημα είναι μία ομάδα οργάνων που λειτουργούν συλλογικά για να εκπληρώσουν τη διαδικασία της απορρόφησης που είναι η κύρια λειτουργία του συστήματος. Το κάθε τμήμα του συστήματος είναι προσαρμοσμένο στην εκτέλεση ειδικής λειτουργίας, στον οισοφάγο γίνεται απλή διέλευση της τροφής, στον στόμαχο γίνεται εναπόθεση της τροφής και στο λεπτό έντερο πραγματοποιείται πέψη και απορρόφηση της τροφής. Η απορρόφηση είναι η μεταφορά με διάχυση, διακίνηση με μεταφορέα ή με ενδοκυττάρωση,

του νερού, των ηλεκτρολυτών (ανόργανων ιόντων) και των οργανικών θρεπτικών συστατικών που προέρχονται από την τροφή, από τον αυλό του εντέρου στο αίμα της πυλαίας φλέβας και στη λέμφο και από εκεί στα κύτταρα του σώματος (Faris, M., Al-Mukhtar, S. & Ibrahim, R., 2021).

Επεξεργασία της τροφής στη στοματική κοιλότητα: γίνεται με τη μάσηση (τεμαχισμός της τροφής με τα δόντια) και έκκριση σιέλου (έναρξη της πέψης υδατανθράκων από αμυλάση) και προετοιμάζουν την τροφή για κατάποση (Faris, M., Al-Mukhtar, S. & Ibrahim, R., 2021).

Κατάποση: πραγματοποιείται μέσω του φάρυγγα και του οισοφάγου, γίνεται προώθηση της ημίρυστης μάζας τροφής διαμέσου του φάρυγγα και του οισοφάγου στο στομάχο (Faris, M., Al-Mukhtar, S. & Ibrahim, R., 2021).

Έναρξη της πέψης των τροφών: πραγματοποιείται στο στομάχο, γίνεται η ρευστοποίηση της μασημένης τροφής με συσπάσεις της άπω μοίρας του στομάχου και παραγωγή οπύ. Η έκκριση υδροχλωρικού οξέος διευκολύνει την πέψη των τροφών και ενεργοποιεί την πεψίνη που εκκρίνεται από το γαστρικό βλεννογόνο και αρχίζει τη πέψη των πρωτεϊνών. Ο στομάχος είναι ένα αποθηκευτικό όργανο και απελευθερώνει τον οπύ αργά διαμέσου του πυλωρού στο δωδεκαδάκτυλο (λεπτό έντερο) (Faris, M., Al-Mukhtar, S. & Ibrahim, R., 2021).

Πέψη στο λεπτό έντερο: το πάγκρεας εκκρίνει στο δωδεκαδάκτυλο διττανθρακικά για εξουδετέρωση του γαστρικού υγρού και πεπτικά ένζυμα που σχεδόν ολοκληρώνουν τη πέψη των τροφών. Η χολή (εκκρίνεται από το ήπαρ και εναποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη μεταξύ των γευμάτων) εκκενώνεται το δωδεκαδάκτυλο και παίζει σημαντικό ρόλο στη γαλακτοποίηση του λίπους, στη διαλυτοποίηση των προϊόντων πέψης του λίπους και διευκολύνει την απομάκρυνση της χολερυθρίνης, των τοξινών κ.α. (Faris, M., Al-Mukhtar, S. & Ibrahim, R., 2021).

Απορρόφηση στο λεπτό έντερο: οι μυϊκές κινήσεις του τοιχώματος του λεπτού εντέρου (δωδεκαδάκτυλο, νήστιδα και ειλεός) υποβοηθούν την ανακίνηση, ανάμιξη και προώθηση του οπύ διευκολύνοντας τη πέψη και τη απορρόφηση. Πρακτικά απορροφούνται όλα τα προϊόντα της πέψης των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών καθώς και του νερού και των ανόργανων αλάτων (Faris, M., Al-Mukhtar, S. & Ibrahim, R., 2021).

3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Στη νόσο του Crohn η υποβλεννογόνια στοιβάδα είναι το τμήμα του εντέρου που επηρεάζεται κυρίως. Ωστόσο η φλεγμονή μπορεί να επεκτείνεται σε μεγαλύτερο βάθος επηρεάζοντας όλες τις στοιβάδες του εντερικού τοιχώματος, σχηματίζοντας έλκη τα οποία αιμορραγούν. Τα τμήματα του εντέρου που έχουν προσβληθεί παχύνονται με αποτέλεσμα να στενεύει ο αυλός του εντέρου. Επίσης υπάρχουν νησίδες υγιών τμημάτων ανάμεσα στα τμήματα που έχουν νοσήσει. Ο ασθενής που πάσχει από νόσο του Crohn βιώνει συχνές εναλλαγές μεταξύ περιόδων έξαρσης και ύφεσης των συμπτωμάτων της νόσου (Χαράτση-Γιωτάκη, Ε., 2014).

Η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές ανάλογα με το τμήμα του πεπτικού συστήματος στο οποίο εκδηλώνεται:

- Ειλεοκολίτιδα: αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή της νόσου, προσβάλλοντας τον ειλεό αλλά και το κόλον.
- Ειλεΐτιδα: σε περίπτωση προσβολής μόνο του ειλεού.
- Γαστροδωδεκαδακτυλική νόσος του Crohn: στην συγκεκριμένη περίπτωση φλεγμαίνονται το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο.
- Νηστιδοειλεΐτιδα: σε περίπτωση τμηματικά νοσούντων περιοχών της νήστιδας.
- Η Crohn κολίτιδα: νοσεί αποκλειστικά το κόλον (Χαράτση-Γιωτάκη, Ε., 2014).

4. ΑΙΤΙΑ

Η αιτιολογία της νόσου δεν είναι γνωστή. Θεωρείται ότι ανήκει στα αυτοάνοσα νοσήματα, ενώ υπάρχει γενετική προδιάθεση προκειμένου κάποιος να νοσήσει, όμως η αιτιολογία της νόσου δεν κληρονομείται. Οι ακριβείς αιτίες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της νόσου δεν είναι ακόμα γνωστές. Γενετικοί και ανοσολογικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση της. Οι μεταλλάξεις στο γονίδιο NOD2 που εμφανίζονται συχνότερα στα άτομα που εκδηλώνουν την νόσο και έχουν συσχετιστεί με την εκδήλωση βαρύτερης νόσου, ανήκουν στους γενετικούς παράγοντες. Από την νόσο του Crohn προσβάλλονται κυρίως άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 20-30 ετών (Petagna, L. et al., 2020).

Άλλοι παράγοντες που ενδεχομένως να επηρεάζουν την εκδήλωση της νόσου είναι οι εξής:

- Η εθνικότητα (υπάρχει μεγάλος κίνδυνος εμφάνισης της νόσου στους εβραϊκής καταγωγής Εσκενάζυ).
- Το θετικό οικογενειακό ιστορικό, καθώς υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για τους συγγενείς πρώτου βαθμού.
- Το κάπνισμα
- Η χρήση ισοτρετινοΐνης για τη θεραπεία της ακμής (Petagna, L. et al., 2020).

5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η νόσος είναι χρόνια και υπάρχουν παροξύνσεις και περίοδοι ηρεμίας. Η νόσος του Crohn μπορεί να παρουσιάσει από απλή έως εξαιρετικά σύνθετη συμπτωματολογία. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου είναι:

- Διάρροια
- Οι κολλοειδείς πόνοι, ιδιαίτερα δεξιά που οφείλονται συνήθως σε ατελή εντερική απόφραξη
- Συμπτωματολογία δυσαπορρόφησης
- Μικρή πυρετική κίνηση
- Απώλεια βάρους
- Μετεωρισμός, ναυτία και έμετος μετά τα γεύματα
- Αιμορραγία
- Περιπρωκτικές αλλοιώσεις (ραγάδες, συρίγγια)
- Οροαρνητική αρθρίτιδα
- Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα
- Περιορθικές φλεγμονές
- Εξωεντερικές φλεγμονές
- Αφθώδεις έλκη του στομαχικού βλεννογόνου
- Οζώδες ερύθημα
- Γαγγραινώδης πυοδερμία
- Οφθαλμικές εκδηλώσεις με συχνότερη την επισκληρίτιδα
- Ηπατικές επιπλοκές (Kusulas-Delint, D. et al., 2016).

6. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές της νόσου του Crohn διακρίνονται σε εντερικές και σε εξωεντερικές (Torres, J., Mehandru, S. & Colombel, JF., 2017).

Οι εντερικές είναι:

- Βαριά, απειλητική για τη ζωή φλεγμονή του παχέος εντέρου: στις πιο ακραίες περιπτώσεις το κόλον διατείνεται (τοξικό megacolon) και οι βακτηριακές τοξίνες περνούν ελεύθερα διά του προσβεβλημένου βλεννογόνου στη πυλαία και κατόπιν στη συστηματική κυκλοφορία
- Διάρρηση του λεπτού εντέρου ή κόλου: αυτή μπορεί να συμβεί και χωρίς την ανάπτυξη τοξικού megacolon
- Απειλητική για τη ζωή οξεία αιμορραγία: η αιμορραγία οφείλεται σε διάβρωση μείζονος αρτηρίας
- Συρίγγιο και περιπρωκτική νόσος: συριγγώδης συνδέσεις μεταξύ ελίκων του προσβεβλημένου εντέρου ή μεταξύ εντέρου και ουροδόχου κύστεως ή κόλου
- Καρκίνος: υπάρχει μικρό ποσοστό εμφάνισης καρκίνου σε ασθενείς με νόσο του Crohn, οι όγκοι αναπτύσσονται σε περιοχές δυσπλασίας και μπορεί να είναι πολλαπλοί, το αδενοκαρκίνωμα του λεπτού εντέρου είναι μία σπάνια επιπλοκή (Torres, J., Mehandru, S. & Colombel, JF., 2017).

Οι εξωεντερικές είναι:

- Στα μάτια: μπορεί να κοκκινίσουν ή να ερεθιστούν εξαιτίας μιας πάθησης που ονομάζεται επισκληρίτιδα και προσβάλλει το λευκό των ματιών, σε πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να προσβληθεί η ίριδα
- Στο δέρμα: μπορεί να προκληθεί οζώδες ερύθημα το οποίο προκαλεί επώδυνες κόκκινες διογκώσεις, συνήθως στα κάτω άκρα οι οποίες κατά την υποχώρηση αφήνουν πίσω μελανές κηλίδες
- Στο στόμα: οι ασθενείς αναπτύσσουν φλεγμονές και διόγκωση μέσα και γύρω από το στόμα, καθώς και επώδυνα στοματικά έλκη
- Στις αρθρώσεις: μπορεί να προκαλέσει επώδυνη διόγκωση των αρθρώσεων, εξαιτίας της συσσώρευσης υγρού στο χώρο της άρθρωσης
- Στη σπονδυλική στήλη και στη πύελο: μπορεί να εμφανιστεί φλεγμονή στις αρθρώσεις και ονομάζεται αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα

- Στα οστά: μπορεί να αναπτύξουν αδυναμία στα οστά λόγω της μείωσης της οστικής μάζας (Torres, J., Mehandru, S. & Colombel, JF., 2017).

Οι μεταβολικές διαταραχές που εμφανίζει η νόσος Crohn είναι:

- Νεφρολιθίαση και διακοπή της εντεροηπατικής κυκλοφορίας
- Χολολιθίαση
- Μεταβολική οστεοπάθεια λόγω δυσαπορρόφησης βιταμίνης D και χρήση στεροειδών
- Οξεία παγκρεατίτιδα
- Πλευροπνευμονική νόσος
- Ινώδης κυψελίτιδα
- Αποφρακτική βρογχιολίτιδα
- Πληκτροδακτυλία
- Υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια
- Αμυλοείδωση (Torres, J., Mehandru, S. & Colombel, JF., 2017).

7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση βασίζεται κυρίως στο ιστορικό του ασθενούς, στα συμπτώματα, στην κλινική εξέταση και στις διαγνωστικές εξετάσεις. Οι διαγνωστικές εξετάσεις είναι:

- Η ενδοσκόπηση με βιοψία: Κατά την εξέταση της κολονοσκόπησης λαμβάνονται βλεννογονικά δείγματα βιοψίας και στη συνέχεια εξετάζονται αναλυτικότερα είτε για οξεία είτε για χρόνια φλεγμονή
- Οισοφαγοσκόπηση: Γίνεται για άμεση επισκόπηση οισοφάγου για να επιβεβαιωθεί ή να αποκλειστεί κάποια γαστρεντερική αιμορραγία, διαφραγματοκήλη, αλλοιώσεις, φλεγμονές, στενώσεις, όγκοι ή η παρουσία ξένων σωμάτων αλλά και λήψη δείγματος βιοψίας
- 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
- 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

- Κολονοσκόπηση: 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. Με την κολονοσκόπηση 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. Ο πιο σοβαρός λόγος για να γίνει κολονοσκόπηση είναι για την διαπίστωση της αιτίας 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
- 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 αιμοσφαιρίων, του σιδήρου του πλάσματος, των αιμοπεταλίων, της ΤΚΕ (ταχύτητα καθίζησης ερυθρών), του ινωδογόνου και της άλφα-1 γλυκοπρωτεΐνης γίνεται η διάγνωση, αλλά και μπορούμε να κατανοήσουμε τη σοβαρότητα της κατάστασης. 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. 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
- Συστηματική μελέτη κοπράνων: Η μελέτη κοπράνων γίνεται με τρεις διαφορετικούς τρόπους ο πρώτος είναι η μικροβιακή εξέταση των κοπράνων για τον εντοπισμό λευκοκυττάρων, ο δεύτερος είναι κατά τη παρουσία αίματος στα κόπρανα με χρώσεις και ο τρίτος είναι η εξέταση κοπράνων για εξακρίβωση πύου ή εκκρίσεων (Feuerstein, J. & Cheifetz, A., 2017).

Κατά τη διάγνωση της νόσου πραγματοποιείται και η ταξινόμηση της. Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Montreal η νόσος ταξινομείται ως ακολούθως με βάση την ηλικία κατά τη διάγνωση, την εντόπιση και τη κλινική συμπεριφορά:

- Ηλικία κατά τη διάγνωση:
 - <17 ετών – A1
 - 17-40 ετών – A2

- >40 ετών – A3
- Με βάση την εντόπιση:
 - Τελική ειλεΐτιδα – L1
 - Κολίτιδα – L2
 - Ειλεοκολίτιδα – L3
 - Ανώτερο πεπτικό μόνο – L4
- Με βάση την κλινική συμπεριφορά:
 - Μη στενωτική – μη διατιτραίνουσα – B1
 - Στενωτική – B2
 - Διατιτραίνουσα (συριγγική) – B3
 - Προσβολή της περιεδρικής περιοχής – B4 (Feuerstein, J. & Cheifetz, A., 2017).

8. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση πραγματοποιείται για να εξακριβωθεί ότι είναι η νόσος του Crohn και όχι κάποια άλλη νόσος. Στη διαφορική διάγνωση της νόσου συνήθως περιλαμβάνονται:

- Η ελκώδης κολίτιδα
- Η λοιμώδης κολίτιδα
- Η ισχαιμική κολίτιδα
- Η ακτινική εντερίτιδα
- Η εντεροκολίτιδα από μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα
- Η εκκολπωματίτιδα
- Η σκωληκοειδίτιδα
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου
- Το λέμφωμα
- Η φυματίωση
- Η αμοιβάδωση (Gecse, K. & Vermeire, S., 2018).

9. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η νόσος του Crohn είναι μία φλεγμονώδης πάθηση του εντέρου η οποία είναι πολύ σοβαρή και δεν έχει τόσο καλή πρόγνωση. Πέραν από την οξεία τμηματική κολίτιδα η οποία έχει πολύ καλή πρόγνωση γενικώς η νόσος δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί τις περισσότερες φορές ούτε με χειρουργική επέμβαση. Οι ΙΦΝΕ συνήθως έχουν κακή πρόγνωση καθώς δεν ανταποκρίνονται στα φαρμακευτικά σχήματα και η χειρουργικές επεμβάσεις παρουσιάζουν υποτροπές στον ασθενή. Οι περισσότεροι θάνατοι της νόσου οφείλονται σε περιτονίτιδα ή όταν ο ασθενής βρίσκεται σε σηπτική κατάσταση (Dias, CC. et al., 2013).

Σε όλους τους ασθενείς θα πρέπει να αναγνωρίζονται αν υπάρχουν τα κάτωθι προγνωστικά σημεία δυσμενούς πορείας της νόσου, προκειμένου να γίνεται πρωιμότερη έναρξη της επιθετικής θεραπείας για την πρόληψη των επιπλοκών της νόσου. Τα προγνωστικά σημεία δυσμενούς πορείας της νόσου είναι:

- Διάγνωση < 40 ετών
- Ανάγκη για λήψη στεροειδών στη διάγνωση
- Εκτεταμένη νόσος στο λεπτό έντερο
- Προσβολή του εγγύς πεπτικού σωλήνα
- Παρουσία μεγάλων και βαθέων ελκών
- Περιεδρική νόσος
- Κάπνισμα
- Ανάγκη για πρόιμη χορήγηση κλασικών ανοσοκατασταλτικών ή / και βιολογικής θεραπείας

10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι θεραπείες μπορεί να είναι φαρμακευτικές, χειρουργικές ή ένας συνδυασμός και των δύο. Για κάποιους ασθενείς επιλογή μπορεί να αποτελέσει και μια διατροφική θεραπεία. Η τελική επιλογή θεραπείας θα εξαρτηθεί από την κατάσταση και τις προτιμήσεις του ασθενή (Sulz, MC. Et al., 2020).

Οποιαδήποτε φαρμακευτική, χειρουργική ή διατροφική θεραπεία κι χρησιμοποιηθεί, μια από τις πιο σημαντικές θεραπείες είναι οι ασθενείς που καπνίζουν να κόψουν το κάπνισμα εντελώς (Sulz, MC. Et al., 2020).

10.1. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου του Crohn επιτυγχάνεται:

- Με χορήγηση μίας ή συνδυασμού περισσότερων της μίας φαρμακευτικών ουσιών όπως αντιδιαρροϊκών φαρμάκων, μακροχρόνια χορήγηση σουλφασαλαζίνης και φαρμάκων για την ανακούφιση του κοιλιακού άλγους
- Με συμπληρωματική φαρμακευτική υποστήριξη
- Με ψυχιατρική υποστήριξη
- Με κατάλληλη από του στόματος ή παρεντερικά διατροφική υποστήριξη φτωχή σε λίπος και φυτικές ίνες αλλά να είναι πλούσια σε πρωτεΐνη και υψηλή θερμιδική αξία (Sulz, MC. Et al., 2020).

Οι κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη νόσου του Crohn είναι:

- Αντιφλεγμονώδη: κορτικοστεροειδή, σουλφασαλαζίνη
- Αντιβιοτικά: μετρονιδαζόλη, σιπροφλοξασίνη και τομπραμυκίνη
- Ανοσοκατασταλτικά: αζαθειοπρίνη, 6-μερκαπτοπουρίνη και κυκλοσπορίνη
- Φάρμακα συμπτωματικής αντιμετώπισης: αντιδιαρροϊκά, σπασμολυτικά, αναλγητικά, και κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος (Sulz, MC. Et al., 2020).

Η επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής για τη νόσου του Crohn βασίζεται σε κάποιες παραμέτρους. Αυτοί οι παράμετροι είναι ο στόχος της αγωγής που είναι η επίτευξη ή η διατήρηση της ύφεσης, η έκταση και η βαρύτητα της νόσου, η απάντηση του ασθενούς στη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, η απάντηση του ασθενούς σε αγωγές που χορηγήθηκαν στο παρελθόν, η παρουσία επιπλοκών και το φάσμα των ανεπιθύμητων ενεργειών συγκεκριμένων φαρμάκων (Sulz, MC. Et al., 2020).

Η θεραπεία της νόσου του Crohn εξαρτάται από το τμήμα του εμπλεκόμενου γαστρεντερικού σωλήνα, τον βαθμό συμπτωμάτων και τυχόν εξωεντερικών επιπλοκών. Οι θεραπευτικές προσπάθειες κατά πρώτο λόγο αποβλέπουν στην ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα και κατά δεύτερο λόγο στην αποκατάσταση των διαταραγμένων εργαστηριακών αποτελεσμάτων κατά την διατήρηση της ύφεσης (Sulz, MC. Et al., 2020).

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί 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 (Sulz, MC. Et al., 2020).

10.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική επέμβαση συνήθως προτείνεται όταν τα συμπτώματα δεν μπορούν να ελεγχθούν ικανοποιητικά με άλλο τρόπο. Το πότε θα γίνει η επέμβαση μπορεί μερικά να εξαρτάται από το πότε ο ασθενής δεν διατίθεται πια να ανέχεται τα συμπτώματα που παρουσιάζει. Η επέμβαση συνήθως περιλαμβάνει την αφαίρεση του τμήματος του εντέρου που έχει προβληθεί περισσότερο και την ένωση του υπόλοιπου υγιούς εντέρου. Περιστασιακά μπορεί να είναι απαραίτητο να αφαιρεθεί όλο το κόλον (παχύ έντερο) και να δημιουργηθεί μια στομία (ένα χειρουργικά δημιουργημένο άνοιγμα στην κοιλιακή χώρα που καλύπτεται με σάκο). Η αφαίρεση ενός μεγάλου τμήματος του εντέρου μπορεί να προξενεί φόβο, όπως και η προοπτική χρήσης ενός σάκου στομίου. Στις μέρες μας έχουν γίνει μεγάλες πρόοδοι και βελτιώσεις στο σχεδιασμό των προϊόντων για στομίες. Είναι πολύ πιο διακριτικά και άνετα (Lightner, A. et al., 2020).

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που πραγματοποιούνται είναι:

- **Στενοπλαστική:** Αυτή η επέμβαση πραγματοποιείται όταν υπάρχουν μικρά τμήματα του λεπτού εντέρου το εύρος των οποίων έχει περιοριστεί δημιουργώντας στενώσεις. Διευρύνεται ο εντερικός σωλήνας στα σημεία των στενώσεων, ανοίγοντας, αναμορφώνοντας και τοποθετώντας στο τέλος ράμματα. Αυτό μπορεί να ανακουφίσει τα συμπτώματα απόφραξης χωρίς να αφαιρεθεί το έντερο
- **Εκτομή:** Αυτή περιλαμβάνει την αφαίρεση των τμημάτων του εντέρου που παρουσιάζουν σοβαρές αλλοιώσεις και την ένωση των υγιών τμημάτων μεταξύ τους. Η επέμβαση αυτή βοηθά ασθενείς που δεν υποχωρούν τα συμπτώματα απόφραξης με φαρμακευτική αγωγή εξαιτίας της στένωσης του λεπτού ή του παχέος εντέρου. Κάποιος με συρίγγιο που ενώνει το έντερο που νοσεί με το δέρμα (στο μπροστινό μέρος την κοιλιάς), ή που ενώνεται με κάποιο εσωτερικό όργανο (π.χ. την ουροδόχο κύστη ή άλλο τμήμα του εντέρου) μπορεί να βοηθηθεί και από μια επέμβαση που θα αφαιρέσει το τμήμα του εντέρου που παρουσιάζει την ανωμαλία
- **Πρωκτοκολεκτομή και ειλεοστομία:** στην επέμβαση αυτή αφαιρείται όλο το κόλον και το ορθό και το τέλος του λεπτού εντέρου βγαίνει στο κοιλιακό τοίχωμα δημιουργώντας ένα μόνιμο στόμιο (ειλεοστομία). Ένας σάκος τοποθετείται πάνω στο στόμιο στον οποίο καταλήγουν τα απόβλητα του λεπτού εντέρου που προηγουμένως

θα περνούσαν από το κόλον και θα κατέληγαν στον πρωκτό. Ο σάκος αδειάζει ή αντικαθίσταται όταν είναι απαραίτητο

- Ειλεοορθική αναστόμωση: Σε κάποιες περιπτώσεις, ακόμα και όταν χρειάζεται να αφαιρεθεί όλο το κόλον, μπορεί να είναι δυνατόν να ενωθεί ο ειλεός (το κατώτερο άκρο του λεπτού εντέρου) στο ανώτερο άκρο του ορθού. Αυτό ονομάζεται ειλεοορθική αναστόμωση. Αυτό είναι εφικτό διότι το ορθό συχνά δεν προσβάλλεται ακόμα και όταν το κόλον νοσεί σοβαρά. Η επέμβαση αυτή δεν ενδείκνυται όταν υπάρχει σοβαρή φλεγμονή ή έλκος στο ορθό, ή όταν οι πρωκτικοί μυς έχουν υποστεί κάποια ζημιά, διότι ο έλεγχος των κενώσεων του εντέρου γίνεται δυσκολότερος
- Μερική κολεκτομή: Αν μόνο το κατώτερο τμήμα έχει προσβληθεί και το ανώτερο τμήμα μπορεί να παραμείνει, τότε είναι δυνατό να δημιουργηθεί μια στομία (κολοστομία) με το άκρο του υγιούς τμήματος του εντέρου, συνήθως στο κάτω αριστερό τμήμα της κοιλιάς
- Προσωρινή στομία (ειλεοστομία ή κολοστομία): Κάποιες φορές η προσωρινή ειλεοστομία και κολοστομία πραγματοποιείται ώστε να εκτραπούν τα εντερικά απόβλητα και να δοθεί έτσι ευκαιρία στο έντερο να επουλωθεί. Κατά την επέμβαση ο ειλεός (το κατώτερο άκρο του λεπτού εντέρου) ή το κόλον (το παχύ έντερο) βγαίνουν στο τοίχωμα της κοιλιάς και δημιουργούν στομία που αδειάζει το περιεχόμενο του εντέρου σε σάκο. Μόλις το κόλον έχει αναρρώσει ικανοποιητικά θα γίνει σύγκλιση της στομίας σε κατοπινή επέμβαση (Lightner, A. et al., 2020).

B' ΜΕΡΟΣ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο νοσηλευτικός ρόλος απαιτεί διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια και έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του αρρώστου, την φυσική του φροντίδα και την ψυχολογική του υποστήριξη. Απαιτεί γνωστικές τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες, προϋποθέτει την αλληλεπίδραση και την συνεχή επικοινωνία με τον ασθενή με συνέπεια η ποιότητα του νοσηλευτικού έργου να επηρεάζεται καθοριστικά από το επίπεδο στελέχωσης και τις γενικότερες συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού (Dewit, S., 2009).

Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την αξιολόγηση της υγείας του ασθενή, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στον πόνο, την κατάσταση της θρέψης, την πρόσληψη υγρών, αλλά και το ισοζύγιο ηλεκτρολυτών (Dewit, S., 2009).

Οι νοσηλευτές φροντίζουν για την επίλυση των επιπλοκών μέσω της χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων, υγρών και ηλεκτρολυτών. Ωστόσο, για να διαπιστωθεί αν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις επέφεραν τα επιθυμητά αποτελέσματα, συλλέγονται δεδομένα για την αξιολόγησή τους. Αν δεν υπάρχει ικανοποιητική πρόοδος, αναθεωρείται ο σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας (Dewit, S., 2009).

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η εκτίμηση ασθενή περιλαμβάνει τη συλλογή πληροφοριών από τον ασθενή και ολοκληρώνεται με τα αντικειμενικά ευρήματα που προσδίδει η φυσική εξέταση (Nettina, S., 2014).

Η λήψη του ιστορικού είναι μία συζήτηση που έχει ένα σκοπό να βοηθήσει στη βελτίωση της υγείας του ασθενούς, με την εδραίωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης και υποστήριξης με τον ασθενή, τη συλλογή πληροφοριών από τον ασθενή και τη προσφορά πληροφοριών στον ασθενή. Πριν από την έναρξη λήψης του νοσηλευτικού ιστορικού απαιτείται η πληροφορημένη συναίνεση του ασθενή (Craig, L., 2007).

Κατά τη φυσική εξέταση ο νοσηλευτής θα πρέπει να : α) εξασφαλίσει την ιδιωτικότητα και άνεση στον ασθενή, β) εξηγήσει όλες τις διαδικασίες στον ασθενή, γ) αξιολογήσει τον ασθενή κατά συστήματα, δ) εξετάσει κάθε ανατομική δομή για ανωμαλίες ή δυσλειτουργίες και ε) σημειώνει τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς (Nettina, S., 2014).

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή για να πάρει την κατάλληλη θέση για εξέταση, δημιουργεί αίσθημα άνεσης στον ασθενή και να του εξηγήσει ότι δεν πρόκειται να γίνει τίποτα πέρα από τη διαδικασία της εξέτασης (Smrekar, M. et al., 2017).

Καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης ο νοσηλευτής παραμένει στο πλευρό του ασθενή. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής παρέχει βοήθεια στον ιατρό παρέχοντας του τα κατάλληλα εργαλεία όπως και ενημερώνοντας τον ιατρό για την γενική κατάσταση του ασθενούς (Smrekar, M. et al., 2017).

Ο νοσηλευτής κατά την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς είναι αναγκαίο να προβεί σε μία σειρά από ενέργειες προκειμένου να εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενούς ο οποίος πάσχει από νόσο του Crohn. Οι ερωτήσεις που πρέπει να κάνει είναι:

- Ποιά είναι τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής;
- Πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματα;
- Αν έχει ταξιδέψει πρόσφατα;
- Αν εμφανίζει κάποια δυσανεξία σε τροφές;
- Αν παίρνει κάποια φαρμακευτική αγωγή;
- Αν έχει υποβληθεί σε σκωληκοειδεκτομή;
- Αν είναι καπνιστής;
- Αν υπάρχει ιστορικό στην οικογένεια με νόσο του Crohn;
- Αν έχει περάσει κάποια λοίμωξη του πεπτικού συστήματος;
- Αν τα συμπτώματα παρουσιάζονται τη νύχτα; (Rosso, C. et al., 2021).

Ο νοσηλευτής πρέπει να προγραμματίσει την παρακολούθηση του ασθενούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα, προκειμένου να οριστεί και η θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής με τη νόσο του Crohn (Rosso, C. et al., 2021).

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η νοσηλευτική διάγνωση είναι μία κλινική κρίση για την ανταπόκριση του ατόμου, της οικογένειας για τα πραγματικά ή τα δυνητικά προβλήματα υγείας. Περιγράφει ένα πρόβλημα υγείας και παρέχει τις βάσεις για την επιλογή της νοσηλευτικής παρέμβασης. Ακόμη περιλαμβάνει την ανάλυση των δεδομένων και τη διαπίστωση των αναγκών / προβλημάτων (Rachmania & Yunitasari, 2016).

Οι τύποι της νοσηλευτικής διάγνωσης είναι:

- Πραγματική (ρεαλιστική) νοσηλευτική διάγνωση: αντιπροσωπεύει ένα πρόβλημα που έχει επικυρωθεί από την παρουσία των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων.
- Αυξημένου κινδύνου νοσηλευτική διάγνωση: ένα άτομο, η οικογένεια ή η κοινότητα είναι πιο ευάλωτη για την ανάπτυξη του προβλήματος.
- Πιθανή νοσηλευτική διάγνωση: δηλώσεις που περιγράφουν ένα ύποπτο πρόβλημα.
- Διάγνωση ευεξίας: χαρακτηρίζεται με μετάβαση από συγκεκριμένο επίπεδο ευεξίας σε ένα υψηλό επίπεδο.
- Σύνδρομο νοσηλευτικής διάγνωσης: σύμπλεγμα πραγματικής ή αυξημένου κινδύνου νοσηλευτικής διάγνωσης (Rachmania & Yunitasari, 2016).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση περιλαμβάνει κάποιες διαγνωστικές εξετάσεις και αυτές είναι:

- Η εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς
- Η μέτρηση ζωτικών σημείων
- Η παρατήρηση για ευαισθησία και οίδημα στην κοιλιακή χώρα
- Η ψηλάφηση μαζών
- Η επισκόπηση του περινέου
- Η επισκόπηση του στόματος
- Η μέτρηση του δείκτη μάζας σώματος (Rosso, C. et al., 2021).

4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία είναι να υπάρξει βελτίωση της ποιότητας ζωής, η επαγωγή ταχείας ύφεσης, η διατήρηση της κλινικής ύφεσης, η αποφυγή της χειρουργικής

επέμβασης, η μείωση των νοσηλειών του ασθενούς καθώς και η πρόληψη της θνητότητας η οποία οφείλεται στη νόσο του Crohn (Ribeiro de Barros, J. et al., 2021).

Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει όταν υπάρχει μείωση της άνεσης του ασθενούς, αλλαγή του σωματικού ειδώλου που οφείλεται στις χειρουργικές επεμβάσεις, στις βλάβες του δέρματος και των βλεννογόνων, όταν μειώνονται οι δραστηριότητες, όταν ο ασθενής αισθάνεται κόπωση, όταν αισθάνεται πόνο, όταν νιώθει δυσχέρεια και θλίψη (Ribeiro de Barros, J. et al., 2021).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνει τον ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας για τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκληθούν από τη φαρμακευτική θεραπεία που ακολουθεί αλλά και από τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν από τη χειρουργική επέμβαση που θα υποβληθεί (Ribeiro de Barros, J. et al., 2021).

5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η χειρουργική αντιμετώπιση πραγματοποιείται στον ασθενή με νόσο του Crohn όταν η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι πλέον ικανή να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της νόσου (Cierzniakowska, K., Szewczyk, MT. & Cwajda, J., 2007).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική αντιμετώπιση διαχωρίζεται σε προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά (Cierzniakowska, K., Szewczyk, MT. & Cwajda, J., 2007).

5.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Η προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει τη γενική προεγχειρητική ετοιμασία, την τοπική προεγχειρητική ετοιμασία και την τελική προεγχειρητική προετοιμασία (Golik, M. et al., 2014).

Γενική προεγχειρητική προετοιμασία:

- **Ψυχολογική ετοιμασία:** Η χειρουργική επέμβαση προκαλεί στρες στον ασθενή. Όσο πιο έντονο είναι το στρες, τόσο περισσότερο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τον οργανισμό του αρρώστου πριν, κατά και μετά την επέμβαση. Οι νοσηλευτές καλούνται να προσφέρουν βοήθεια στον ασθενή με σεβασμό και ενδιαφέρον. Πολλοί

εξωτερικεύουν τα συναισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στο νοσηλευτή από ό,τι στους συγγενείς τους. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του αρρώστου. Αυτό θα το πετύχει, όταν δίνει λογικές πληροφορίες και εξηγήσεις στον άρρωστο και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές τεχνικές με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση

- Φυσική ετοιμασία: Η καλή θρέψη και η ενυδάτωση στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την ελλιπή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών χωρίς σοβαρές συνέπειες. Ο ασθενής με κακή θρέψη έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό στρες και είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις εξαιτίας της μειωμένης αντίστασης του οργανισμού
- Διαγνωστικές εξετάσεις: Ανάλογα με την περίπτωση ακολουθούν και οι ειδικές εξετάσεις. Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του αρρώστου καλείται ο αναισθησιολόγος για την προεγχειρητική εκτίμηση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος
- Γραπτή συγκατάθεση: Πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση απαιτείται γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου ή των συγγενών του. Υπάρχει ειδικό έντυπο όπου ο ασθενής υπογράφει, αφού ενημερωθεί από το γιατρό. Αν πρόκειται για ασθενή με προβλήματα μνήμης τότε καλούνται και οι συγγενείς να υπογράψουν (Golík, M. et al., 2014).

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία: Σκοπός της τοπικής προεγχειρητικής ετοιμασίας είναι η κατά το δυνατόν απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια, χωρίς να προκληθεί ερεθισμός ή λύση. Αν κατά λάθος προκληθεί εκδορά του δέρματος, αναφέρεται στο χειρουργό πριν την επέμβαση. Η ατομική υγιεινή του ασθενούς είναι απαραίτητη την παραμονή της επέμβασης και περιλαμβάνει λουτρό καθαριότητας, λούσιμο κεφαλής, φροντίδα στόματος και νυχιών. Αν ο ασθενής είναι περιπατητικός, αφού του δώσουμε ορισμένες πληροφορίες και του εξηγήσουμε τη σπουδαιότητα της ατομικής υγιεινής, φροντίζει μόνος του τον εαυτό του. Αν όμως ο ασθενής είναι κλινήρης, οι παραπάνω νοσηλευτικές ενέργειες γίνονται από το νοσηλευτή στο κρεβάτι. Στο τέλος γίνεται αποτρίχωση του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου και τοπική αντισηψία (Golík, M. et al., 2014).

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία: Το βράδυ της προηγούμενης ημέρας επιδιώκουμε την εξασφάλιση ήρεμου ύπνου με χορήγηση στον ασθενή του κατευναστικού που έδωσε εντολή ο γιατρός. Ο νοσηλευτής προστατεύει τον ασθενή από παράγοντες που θα μπορούσαν να διαταράξουν τον ύπνο. Δίνεται ελαφρά τροφή στον ασθενή το μεσημέρι και το βράδυ μένει

νηστικός. Καθαριστικός υποκλυσμός γίνεται το προηγούμενο απόγευμα της επέμβασης με σκοπό τον καθαρισμό του εντέρου. Το έντερο πρέπει να είναι απαλλαγμένο από το περιεχόμενό του, ώστε να μην υπάρχει ακούσια κένωση στο χειρουργικό τραπέζι με τη χορήγηση των αναισθητικών φαρμάκων. Σε ειδικές περιπτώσεις ετοιμασίας εντέρου γίνονται περισσότεροι του ενός υποκλυσμοί και χορηγούνται καθαρτικά. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα αποτελέσματα και ενημερώνει το φύλλο νοσηλείας (Golik, M. et al., 2014).

5.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή διεγχειρητικά είναι να έχει ατομικές δεξιότητες, να μπορεί να συνεργαστεί ομαδικά με άλλους εργαζόμενους με συγκεκριμένους κανόνες και ικανότητες οργάνωσης για να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα κατά την προετοιμασία, κατά τη διενέργεια και κατά την ανάνηψη των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση (Smith, A., 2016).

Η διεγχειρητική φροντίδα είναι ιδιαίτερα σημαντική, ξεκινάει από τη στιγμή που ο ασθενής βρίσκεται στην αίθουσα του χειρουργείου μέχρι και τη στιγμή που επανέρχεται πλήρως στην αίθουσα ανάνηψης. Ο νοσηλευτής του χειρουργείου έχει ιδιαίτερα καθήκοντα και συνήθως αναλαμβάνει έναν από τους παρακάτω ρόλους:

- Νοσηλευτής κίνησης / κυκλοφορίας: ο νοσηλευτής κίνησης επιτελεί σπουδαίο έργο μέσα στη χειρουργική αίθουσα. Οφείλει να παραμένει πάντα σε εγρήγορση και να τη χρησιμοποιεί πάντα προς όφελος της επέμβασης
- Εργαλειοδότης νοσηλευτής: το έργο του νοσηλευτή εργαλειοδότη αρχίζει με την έναρξη της επέμβασης και απαιτεί δεξιοτεχνία και ικανότητα. Χρειάζεται πολύχρονη εξάσκηση για να αποκτήσει υψηλή ταχύτητα και δεξιοτεχνία
- Νοσηλευτής αναισθησιολογικού: έχει εξειδικευμένες γνώσεις σχετικά με τα φάρμακα του αναισθησιολογικού τμήματος και έχει γνώσεις για τη φροντίδα του ασθενούς προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά (Smith, A., 2016).

5.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα ξεκινά από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στην αίθουσα ανάνηψης και ολοκληρώνεται όταν ο ασθενής επανέρχεται πλήρως η κατάσταση της υγείας του ακόμη και αν έχει επιστρέψει στο σπίτι του (Smith, A., 2016).

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Την παραλαβή και την εκτίμηση του ασθενή κατά την άμεση μετεγχειρητική φάση στην αίθουσα ανάνηψης, τα κριτήρια για την απόφαση μεταφοράς προς το θάλαμο και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη σταθεροποίηση του ασθενή.
- Την παραλαβή και την εκτίμηση του ασθενή κατά την άμεση μετεγχειρητική φάση στο θάλαμο και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την πλήρη ανάνηψη.
- Τις μετεγχειρητικές (τοπικές και συστηματικές) επιπλοκές και τα μέτρα πρόληψης αυτών.
- Τη συμμετοχή του ασθενή στην αυτοφροντίδα μετά από ενδείξεις σε αναπνευστικές ασκήσεις, ασκήσεις κάτω άκρων και έγκαιρη κινητοποίηση.
- Προετοιμασία του ασθενή για την έξοδο (Smith, A., 2016).

6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Οι ασθενείς με νόσο του Crohn είναι μία ευάλωτη ψυχικά και σωματικά πληθυσμιακή ομάδα η οποία χρήζει ψυχοκοινωνικής υποστήριξης από τους νοσηλευτές. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις που φέρει η νόσος του Crohn απαιτούν την εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβάσεων οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των ατόμων αυτών. Οι ασθενείς χρήζουν από μακροχρόνια υποστήριξη και εκπαίδευση ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της καθημερινότητας με την ασθένεια τους.

Η αναζήτηση και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, έννοια, η οποία σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της νοσηλευτικής και αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου, από τη διάγνωση και τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης, την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου.

Η αποκατάσταση είναι ένα από τα σημαντικότερα βήματα για τη διαχείριση της νόσου του Crohn, οι θεραπείες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση της νόσου προξενούν πολυδιάστατες επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών, οι οποίες τους επηρεάζουν λειτουργικά σε σωματικό, αισθητηριακό, γνωστικό, ψυχοκοινωνικό, οικογενειακό και πνευματικό επίπεδο

Η αποκατάσταση είναι πολύτιμη για οποιονδήποτε προσπαθεί να ανακάμψει από τις θεραπείες για τη νόσο του Crohn, συμβάλλει στη:

- Βελτίωση της σωματικής και ψυχολογικής δύναμης που θα βοηθήσει στην αντιστάθμιση τυχόν περιορισμών που προκαλούνται από τη νόσο ή από τη θεραπεία αυτής.
- Αποκατάσταση της καλής φυσικής κατάστασης προκειμένου να επιστρέψουν στην καθημερινότητα τους.
- Βελτίωση της αυτοδιαχείρισης για τη μείωση του άγχους, τη βελτίωση του ύπνου καθώς και της συναισθηματικής ισορροπίας και ευημερίας.
- Ανάκτηση της αυτοπεποίθησης.
- Ανάπτυξη περισσότερης ανεξαρτησίας και λιγότερης εξάρτησης από τους επαγγελματίες υγείας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

1. Chronic diarrhea due to bile salt malabsorption: nurse-led assessment, medical treatment and dietary management

ABSTRACT

Bile salt malabsorption (BSM) occurs when bile salts, which are secreted in the small bowel to aid digestion of fats and vitamins, are not sufficiently re-absorbed in the terminal ileum. Consequently, an excess of bile salts enters the colon, causing chronic explosive diarrhoea, associated with abdominal cramps, flatulence and urgent, frequent and unpredictable bowel habits. BSM affects around 1% of the population, often occurring in ileal Crohn's disease or after ileal resection. Diagnosis begins with a nurse-led assessment, including blood and stool tests, to exclude other potential organic causes of chronic diarrhoea. BSM can then be confirmed and classified with a ⁷⁵Se-homocholeic acid taurine (SeHCAT) scan. BSM can be treated medically with bile salt sequestrants, including colestyramine sachets, which are approved but have an unpleasant taste, and colesevelam tablets, which are more tolerable but more expensive and not yet approved. However, long-term sequestrant use can impact absorption of vitamins and other medications. BSM can also be managed with a low-fat diet, which is cost-effective and can reduce the amount of bile secreted. Nurses should provide patient education to ensure adherence and safe use.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δυσαπορρόφηση του χολικού άλατος (BSM) εμφανίζεται όταν τα χολικά άλατα, τα οποία εκκρίνονται στο λεπτό έντερο για να βοηθήσουν την πέψη των λιπών και των βιταμινών, δεν απορροφούνται επαρκώς στον τελικό ειλεό. Κατά συνέπεια, μια περίσσεια χολικών αλάτων εισέρχεται στο κόλον, προκαλώντας χρόνια εκρηκτική διάρροια, που σχετίζεται με κοιλιακές κράμπες, μετεωρισμό και επείγουσες, συχνές και απρόβλεπτες συνήθειες του εντέρου. Το BSM επηρεάζει περίπου το 1% του πληθυσμού, συχνά εμφανίζεται στη νόσο του Crohn του ειλεού ή μετά από εκτομή του ειλεού. Η διάγνωση ξεκινά με αξιολόγηση από νοσοκόμα, συμπεριλαμβανομένων εξετάσεων αίματος και κοπράνων, για να αποκλειστούν άλλες πιθανές οργανικές αιτίες χρόνιας διάρροιας. Το BSM μπορεί στη συνέχεια να επιβεβαιωθεί και να ταξινομηθεί με σάρωση ταυρίνης ⁷⁵Se-ομοχολικού οξέος (SeHCAT). Το BSM μπορεί

να αντιμετωπιστεί ιατρικά με δεσμευτές χολικού άλατος, συμπεριλαμβανομένων φακελίσκων χολεστυραμίνης, τα οποία είναι εγκεκριμένα αλλά έχουν δυσάρεστη γεύση και δισκίων colesvelam, τα οποία είναι πιο ανεκτά αλλά πιο ακριβά και δεν έχουν ακόμη εγκριθεί. Ωστόσο, η μακροχρόνια χρήση αποκλειστικής χρήσης μπορεί να επηρεάσει την απορρόφηση βιταμινών και άλλων φαρμάκων. Το BSM μπορεί επίσης να αντιμετωπιστεί με μια διαίτα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, η οποία είναι οικονομικά αποδοτική και μπορεί να μειώσει την ποσότητα της χολής που εκκρίνεται. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρέχουν εκπαίδευση στους ασθενείς για να διασφαλίζουν την τήρηση και την ασφαλή χρήση.

2. A dietary intervention to improve the microbiome composition of pregnant women with Crohn's disease and their offspring: The MELODY (Modulating Early Life Microbiome through Dietary Intervention in Pregnancy) trial design

ABSTRACT

Crohn's disease (CD), a type of inflammatory bowel disease (IBD), is a chronic condition of the gastrointestinal tract that is caused by the loss of mucosal tolerance towards the commensal bacteria resulting in inflammatory responses. It has long been postulated that the gut microbiota, a complex and dynamic population of microorganisms, plays a key role in the pathogenesis of IBD. Maternal diagnosis of IBD has been identified as the greatest risk factor for IBD in offspring increasing the odds of developing the disease >4.5-fold. Moreover, babies born to mothers with IBD have demonstrated reduced gut bacterial diversity. There is accumulating evidence that the early life microbiota colonization is informed by maternal diet within the 3rd trimester of pregnancy. While babies born to mothers with IBD would pose an ideal cohort for intervention, no primary prevention measures are currently available. Therefore, we designed the MELODY (Modulating Early Life Microbiome through Dietary Intervention in Pregnancy) trial to test whether the IBD-AID™ dietary intervention during the last trimester of pregnancy can beneficially shift the microbiome of CD patients and their babies, thereby promoting a strong, effective immune system during a critical time of the immune system development. We will also test if favorable changes in the microbiome can lead to a reduced risk of postpartum CD relapse and lower mucosal inflammation in the offspring. This study will help create new opportunities to foster a healthy microbiome in the

offspring at high risk of other immune-mediated diseases, potentially reducing their risk later in life.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος του Crohn (CD), ένας τύπος φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (IBD), είναι μια χρόνια πάθηση του γαστρεντερικού σωλήνα που προκαλείται από την απώλεια της ανοχής του βλεννογόνου προς τα κοινά βακτήρια με αποτέλεσμα φλεγμονώδεις αποκρίσεις. Έχει υποστηριχθεί εδώ και πολύ καιρό ότι η μικροχλωρίδα του εντέρου, ένας πολύπλοκος και δυναμικός πληθυσμός μικροοργανισμών, παίζει βασικό ρόλο στην παθογένεση της IBD. Η μητρική διάγνωση IBD έχει αναγνωριστεί ως ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για IBD στους απογόνους αυξάνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου >4,5 φορές. Επιπλέον, τα μωρά που γεννήθηκαν από μητέρες με IΦNE έχουν δείξει μειωμένη βακτηριακή ποικιλομορφία του εντέρου. Υπάρχουν συσσωρευμένες ενδείξεις ότι ο πρώιμος αποικισμός της μικροχλωρίδας βασίζεται στη διατροφή της μητέρας εντός του 3ου τριμήνου της εγκυμοσύνης. Ενώ τα μωρά που γεννιούνται από μητέρες με IΦNE θα αποτελούσαν την ιδανική κοόρτη για παρέμβαση, δεν υπάρχουν επί του παρόντος διαθέσιμα πρωτογενή μέτρα πρόληψης. Ως εκ τούτου, σχεδιάσαμε τη δοκιμή MELODY (Modulating Early Life Microbiome through Dietary Intervention in Pregnancy) για να ελέγξουμε εάν η διατροφική παρέμβαση IBD-AID™ κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης μπορεί να μετατοπίσει ευεργετικά το μικροβίωμα των ασθενών με CD και των μωρών τους, προωθώντας έτσι ένα ισχυρό και αποτελεσματικό ανοσοποιητικό σύστημα κατά τη διάρκεια μιας κρίσιμης περιόδου ανάπτυξης του ανοσοποιητικού συστήματος. Θα εξετάσουμε επίσης εάν οι ευνοϊκές αλλαγές στο μικροβίωμα μπορούν να οδηγήσουν σε μειωμένο κίνδυνο υποτροπής του CD μετά τον τοκετό και χαμηλότερη φλεγμονή του βλεννογόνου στους απογόνους. Αυτή η μελέτη θα βοηθήσει στη δημιουργία νέων ευκαιριών για την ενίσχυση ενός υγιούς μικροβιώματος στους απογόνους με υψηλό κίνδυνο άλλων ασθενειών που προκαλούνται από το ανοσοποιητικό, μειώνοντας ενδεχομένως τον κίνδυνο αργότερα στη ζωή τους.

3. Analysis of 61 exclusive enteral nutrition formulas used in the management of active Crohn's disease—new insights into dietary disease triggers

ABSTRACT

Exclusive enteral nutrition (EEN) is an effective treatment for Crohn's disease. To investigate the hypothesis that ingredients of EEN formulas are unlikely to initiate a disease flare and that their dietary elimination is not essential for disease amelioration. We performed compositional analysis of EEN formulas with evidence of efficacy in management of active Crohn's disease. Macronutrient content was compared against the dietary reference values (DRV), the UK National Diet and Nutrition Survey (NDNS) and intake of Crohn's disease children. Food additives were cross-referenced against the FAO/WHO database. Sixty-one formulas were identified with variable composition (carbohydrates [22.8%-89.3%], protein [7.8%-30.1%], fat [0%-52.5%]). Maltodextrin, milk protein and vegetable/plant oils were the commonest macronutrient sources. Their n-6:n-3 fatty acid ratio varied from 0.25 to 46.5. 56 food additives were identified (median per formula: 11). All formulas were lactose-free, gluten-free, and 82% lacked fibre. The commonest food additives were emulsifiers, stabilisers, antioxidants, acidity regulators and thickeners. Food additives, implicated in Crohn's disease aetiology, were present in formulas (modified starches [100%], carrageenan [22%], carboxymethyl cellulose [13%] and polysorbate 80 [5%]). Remission rates did not differ between EEN formulas with and without those food additives. Analysis including only formulas from randomised controlled trials (RCTs) retained in the latest Cochrane meta-analysis produced similar findings. EEN formulas contained less energy from saturated fat than NDNS intake. We have identified food ingredients which are present in EEN formulas that are effective in Crohn's disease and challenge perceptions that these ingredients might be harmful.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αποκλειστική εντερική διατροφή (EEN) είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τη νόσο του Crohn. Για τη διερεύνηση της υπόθεσης ότι τα συστατικά των σκευασμάτων EEN είναι απίθανο να προκαλέσουν έξαρση ασθένειας και ότι η διαιτητική εξάλειψή τους δεν είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της νόσου. Πραγματοποιήσαμε ανάλυση σύνθεσης των τύπων EEN με στοιχεία αποτελεσματικότητας στη διαχείριση της ενεργού νόσου του Crohn. Το περιεχόμενο μακροθρεπτικών συστατικών συγκρίθηκε με τις διατροφικές τιμές αναφοράς (DRV), την Εθνική Έρευνα Διατροφής και Διατροφής του Ηνωμένου Βασιλείου (NDNS) και την πρόσληψη παιδιών με νόσο του Crohn. Τα πρόσθετα τροφίμων διασταυρώθηκαν με τη βάση δεδομένων FAO/WHO. Εξήντα ένας τύποι ταυτοποιήθηκαν με μεταβλητή σύνθεση (υδατάνθρακες [22,8%-89,3%], πρωτεΐνη [7,8%-30,1%], λίπος [0%-52,5%]). Η μαλτοδεξτρίνη, η πρωτεΐνη γάλακτος και τα φυσικά/φυτικά έλαια ήταν οι πιο κοινές πηγές

μακροθρεπτικών συστατικών. Η αναλογία n-6:n-3 λιπαρών οξέων κυμαινόταν από 0,25 έως 46,5. Ταυτοποιήθηκαν 56 πρόσθετα τροφίμων (διάμεση τιμή ανά τύπο: 11). Όλες οι φόρμουλες ήταν χωρίς λακτόζη, χωρίς γλουτένη και 82% δεν είχαν φυτικές ίνες. Τα πιο κοινά πρόσθετα τροφίμων ήταν γαλακτωματοποιητές, σταθεροποιητές, αντιοξειδωτικά, ρυθμιστές οξύτητας και πυκνωτικά. Τα πρόσθετα τροφίμων, που εμπλέκονται στην αιτιολογία της νόσου του Crohn, υπήρχαν στις φόρμουλες (τροποποιημένα άμυλα [100%], καραγενάνη [22%], καρβοξυμεθυλοκυτταρίνη [13%] και πολυσορβικό 80 [5%]). Τα ποσοστά ύφεσης δεν διέφεραν μεταξύ των συνθέσεων EEN με και χωρίς αυτά τα πρόσθετα τροφίμων. Ανάλυση που περιλαμβάνει μόνο τύπους από τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές (RCTs) που διατηρήθηκαν στην τελευταία μετα-ανάλυση Cochrane έδωσε παρόμοια ευρήματα. Οι φόρμουλες EEN περιείχαν λιγότερη ενέργεια από κορεσμένα λιπαρά από την πρόσληψη NDNS. Έχουμε εντοπίσει συστατικά τροφίμων που υπάρχουν σε συνθέσεις EEN που είναι αποτελεσματικά στη νόσο του Crohn και αμφισβητούν τις αντιλήψεις ότι αυτά τα συστατικά μπορεί να είναι επιβλαβή.

4. Role of Diet in the Development and Management of Crohn's Disease

ABSTRACT

Higher intake of dietary fiber (fruit fiber) has been associated with a reduced risk for CD. The exclusive enteral nutrition (EEN) diet remains the most validated nutritional recommendation for inducing remission in CD. The specific carbohydrate diet (SCD) has demonstrated reductions in CD severity scores in conjunction with medical therapies, and larger trials on its efficacy are ongoing. Several new exclusion diets modeled after EEN and SCD have shown potential efficacy in smaller studies that warrant replication. There is a paucity of clear dietary recommendations for the reduction in risk of CD clinical relapse. There are various components of diet that likely impact risk for CD development and contribute to its disease course; however, studies are often limited in their size or ability to demonstrate mechanistic causation. Further studies including diets that aim to expand on the restrictive nature of EEN may lead to stronger evidence for a diet-based approach to CD management.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υψηλότερη πρόσληψη διαιτητικών ινών (ίνες φρούτων) έχει συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο για CD. Η δίαιτα αποκλειστικής εντερικής διατροφής (EEN) παραμένει η πιο

επικυρωμένη διατροφική σύσταση για την πρόκληση ύφεσης σε CD. Η ειδική διαίτα με υδατάνθρακες (SCD) έχει δείξει μειώσεις στις βαθμολογίες σοβαρότητας CD σε συνδυασμό με ιατρικές θεραπείες και μεγαλύτερες δοκιμές για την αποτελεσματικότητά της, βρίσκονται σε εξέλιξη. Αρκετές νέες δίαιτες αποκλεισμού που διαμορφώθηκαν μετά από EEN και SCD έχουν δείξει πιθανή αποτελεσματικότητα σε μικρότερες μελέτες που δικαιολογούν την αναπαραγωγή. Υπάρχει έλλειψη σαφών διατροφικών συστάσεων για τη μείωση του κινδύνου κλινικής υποτροπής του CD. Υπάρχουν διάφορα συστατικά της διαίτας που πιθανώς επηρεάζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης CD και συμβάλλουν στην πορεία της νόσου. Ωστόσο, οι μελέτες είναι συχνά περιορισμένες ως προς το μέγεθος ή την ικανότητά τους να καταδεικνύουν μηχανιστική αιτιότητα. Περαιτέρω μελέτες που περιλαμβάνουν δίαιτες που στοχεύουν στην επέκταση της περιοριστικής φύσης του EEN μπορεί να οδηγήσουν σε ισχυρότερα στοιχεία για μια προσέγγιση που βασίζεται στη διαίτα στη διαχείριση του CD.

5. The Medical Management of Paediatric Crohn's Disease: an ECCO-ESPGHAN Guideline Update

ABSTRACT

Objective: We aimed to provide an evidence-supported update of the ECCO-ESPGHAN guideline on the medical management of paediatric Crohn's disease [CD].

Methods: We formed 10 working groups and formulated 17 PICO-structured clinical questions [Patients, Intervention, Comparator, and Outcome]. A systematic literature search from January 1, 1991 to March 19, 2019 was conducted by a medical librarian using MEDLINE, EMBASE, and Cochrane Central databases. A shortlist of 30 provisional statements were further refined during a consensus meeting in Barcelona in October 2019 and subjected to a vote. In total 22 statements reached $\geq 80\%$ agreement and were retained.

Results: We established that it was key to identify patients at high risk of a complicated disease course at the earliest opportunity, to reduce bowel damage. Patients with perianal disease, stricturing or penetrating behaviour, or severe growth retardation should be considered for up-front anti-tumour necrosis factor [TNF] agents in combination with an immunomodulator. Therapeutic drug monitoring to guide treatment changes is recommended over empirically escalating anti-TNF dose or switching therapies. Patients with low-risk luminal CD should be induced with exclusive enteral nutrition [EEN], or with corticosteroids

when EEN is not an option, and require immunomodulator-based maintenance therapy. Favourable outcomes rely on close monitoring of treatment response, with timely adjustments in therapy when treatment targets are not met. Serial faecal calprotectin measurements or small bowel imaging [ultrasound or magnetic resonance enterography] are more reliable markers of treatment response than clinical scores alone.

Conclusions: We present state-of-the-art guidance on the medical treatment and long-term management of children and adolescents with CD.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος: Στόχος μας ήταν να παρέχουμε μια επικαιροποιημένη τεκμηριωμένη ενημέρωση της κατευθυντήριας γραμμής ECCO-ESPGHAN σχετικά με την ιατρική διαχείριση της παιδιατρικής νόσου του Crohn [CD].

Μέθοδοι: Σχηματίσαμε 10 ομάδες εργασίας και διατυπώσαμε 17 κλινικές ερωτήσεις δομημένες με PICO [Ασθενείς, Παρέμβαση, Συγκριτής και Έκβαση]. Μια συστηματική αναζήτηση βιβλιογραφίας από την 1η Ιανουαρίου 1991 έως τις 19 Μαρτίου 2019 διεξήχθη από ιατρικό βιβλιοθηκάριο χρησιμοποιώντας βάσεις δεδομένων MEDLINE, EMBASE και Cochrane Central. Ένας σύντομος κατάλογος 30 προσωρινών δηλώσεων βελτιώθηκε περαιτέρω κατά τη διάρκεια μιας συναινετικής συνεδρίασης στη Βαρκελώνη τον Οκτώβριο του 2019 και υποβλήθηκε σε ψηφοφορία. Συνολικά 22 δηλώσεις επιτεύχθηκε συμφωνία \geq 80% και διατηρήθηκαν.

Αποτελέσματα: Διαπιστώσαμε ότι ήταν βασικό να εντοπιστούν ασθενείς με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης περίπλοκης πορείας της νόσου το συντομότερο δυνατό, ώστε να μειωθεί η βλάβη του εντέρου. Ασθενείς με περιπρωκτική νόσο, συμπεριφορά στένωσης ή διείδυσης ή σοβαρή καθυστέρηση της ανάπτυξης θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για την χρησιμοποίηση αρχικών παραγόντων κατά του παράγοντα νέκρωσης του όγκου [TNF] σε συνδυασμό με έναν ανοσοτροποποιητή. Συνιστάται η παρακολούθηση θεραπευτικών φαρμάκων για την καθοδήγηση των αλλαγών στη θεραπεία έναντι της εμπειρικής κλιμάκωσης της δόσης anti-TNF ή των θεραπειών αλλαγής. Οι ασθενείς με αυλικό CD χαμηλού κινδύνου θα πρέπει να επάγονται με αποκλειστική εντερική διατροφή [EEN] ή με κορτικοστεροειδή όταν το EEN δεν αποτελεί επιλογή και χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με βάση ανοσοτροποποιητές. Τα ευνοϊκά αποτελέσματα βασίζονται στη στενή παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία, με έγκαιρες προσαρμογές στη θεραπεία όταν δεν επιτυγχάνονται οι στόχοι της

θεραπείας. Οι σειριακές μετρήσεις καλπροτεκτίνης κοπράνων ή η απεικόνιση του λεπτού εντέρου [εντερογράφημα με υπερηχογράφημα ή μαγνητικό συντονισμό] είναι πιο αξιόπιστοι δείκτες ανταπόκρισης στη θεραπεία από ό,τι μόνο οι κλινικές βαθμολογίες.

Συμπεράσματα: Παρουσιάζουμε καθοδήγηση αιχμής για την ιατρική θεραπεία και τη μακροχρόνια διαχείριση παιδιών και εφήβων με CD.

6. A virtual clinic increases anti-TNF dose intensification success via a treat-to-target approach compared with standard outpatient care in Crohn's disease

ABSTRACT

Background: Virtual clinics represent a novel model of care in inflammatory bowel disease. Their effectiveness in promoting high quality use of biologic therapy and facilitating a treat-to-target approach is unknown.

Aim: To evaluate clinical and process-driven outcomes in a virtual clinic compared to standard outpatient care amongst patients receiving intensified anti-TNF therapy for secondary loss of response.

Methods: We performed a retrospective multi-centre, parallel, observational cohort study of Crohn's disease patients receiving intensified anti-TNF therapy for secondary loss of response. Objective assessments of disease activity and anti-TNF trough levels at secondary loss of response and during subsequent 6-month semesters, were compared longitudinally between virtual clinic and standard outpatient care cohorts. The primary endpoint was treatment success, with appropriateness of dose intensification, tight disease monitoring and treatment de-escalation representing secondary outcomes.

Results: Of 149 patients with similar baseline characteristics, 69 were managed via a virtual clinic and 80 via standard outpatient care. There were higher rates of treatment success in the virtual clinic cohort (60.9 vs 35.0%, $P < 0.002$). Rates of appropriate dose intensification (82.6% vs 40.0%, $P < 0.001$), biomarker remission (faecal calprotectin $P = 0.002$), tight-disease monitoring (84.1% vs 28.8%, $P < 0.001$) and treatment de-escalation (21.3% vs 10.0%, $P = 0.027$) also favoured the virtual clinic cohort.

Conclusion: This study favoured a virtual clinic-led model-of-care over standard outpatient care in facilitating treatment success as part of an effective treat-to-target approach in Crohn's disease. A virtual clinic model-of-care also improved treatment outcomes and quality of use of intensified anti-TNF therapy through processes that promoted appropriate dose intensification and tight-disease monitoring, while encouraging more frequent dose de-escalation.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι εικονικές κλινικές αντιπροσωπεύουν ένα νέο μοντέλο φροντίδας στη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Η αποτελεσματικότητά τους στην προώθηση υψηλής ποιότητας χρήσης βιολογικής θεραπείας και στη διευκόλυνση μιας προσέγγισης θεραπείας προς στόχο είναι άγνωστη.

Σκοπός: Να αξιολογηθούν τα κλινικά αποτελέσματα και τα αποτελέσματα που βασίζονται στη διαδικασία σε μια εικονική κλινική σε σύγκριση με την τυπική φροντίδα εξωτερικών ασθενών μεταξύ ασθενών που λαμβάνουν εντατική θεραπεία αντι-TNF για δευτερογενή απώλεια ανταπόκρισης.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε μια αναδρομική πολυκεντρική, παράλληλη, κούρτη μελέτη παρατήρησης ασθενών με νόσο του Crohn που έλαβαν εντατική θεραπεία αντι-TNF για δευτερογενή απώλεια ανταπόκρισης. Οι αντικειμενικές αξιολογήσεις της δραστηριότητας της νόσου και των κατώτερων επιπέδων anti-TNF στη δευτερογενή απώλεια ανταπόκρισης και κατά τη διάρκεια των επόμενων εξαμήνων 6 μηνών, συγκρίθηκαν διαχρονικά μεταξύ εικονικών κλινικών και τυπικών κοορτών φροντίδας εξωτερικών ασθενών. Το κύριο καταληκτικό σημείο ήταν η επιτυχία της θεραπείας, με την καταλληλότητα της εντατικοποίησης της δόσης, την αυστηρή παρακολούθηση της νόσου και την αποκλιμάκωση της θεραπείας να αντιπροσωπεύουν δευτερεύοντα αποτελέσματα.

Αποτελέσματα: Από 149 ασθενείς με παρόμοια βασικά χαρακτηριστικά, 69 αντιμετωπίστηκαν μέσω εικονικής κλινικής και 80 μέσω τυπικής φροντίδας εξωτερικών ασθενών. Υπήρχαν υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας της θεραπείας στην κούρτη της εικονικής κλινικής (60,9 έναντι 35,0%, $P < 0,002$). Ρυθμοί κατάλληλης εντατικοποίησης της δόσης (82,6% έναντι 40,0%, $P < 0,001$), ύφεση βιοδεικτών (καλπροτεκτίνη κοπράνων $P = 0,002$), παρακολούθηση στενών παθήσεων (84,1% έναντι 28,8%, $P < 0,001$) και αποκλιμάκωση της θεραπείας (2) έναντι 10,0%, $P = 0,027$) ευνόησε επίσης την κούρτη της εικονικής κλινικής.

Συμπέρασμα: Αυτή η μελέτη ευνόησε ένα μοντέλο φροντίδας που καθοδηγείται από εικονική κλινική έναντι της τυπικής φροντίδας εξωτερικών ασθενών για τη διευκόλυνση της επιτυχίας της θεραπείας, ως μέρος μιας αποτελεσματικής προσέγγισης θεραπείας, με στόχο τη νόσο του Crohn. Ένα μοντέλο φροντίδας εικονικής κλινικής βελτίωσε επίσης τα αποτελέσματα θεραπείας και την ποιότητα χρήσης της εντατικής θεραπείας κατά του TNF μέσω διαδικασιών που προάγουν την κατάλληλη εντατικοποίηση της δόσης και την αυστηρή παρακολούθηση της νόσου, ενώ ενθαρρύνει τη συχνότερη αποκλιμάκωση της δόσης.

7. Dysplastic Progression to Adenocarcinoma is Equivalent in Ulcerative Colitis and Crohn's Disease

ABSTRACT

Background: We sought to determine the rate of progression from dysplasia to adenocarcinoma in ulcerative colitis [UC] vs Crohn's diseases [CD] and describe the risk factors unique to each.

Methods: All adult patients [≥ 18 years] with a known diagnosis of either UC or CD who underwent a surveillance colonoscopy between January 1, 2010 and January 1, 2020 were included.

Results: A total of 23 751 surveillance colonoscopies were performed among 12 289 patients between January 1, 2010 and January 1, 2020; 6909 [56.2%] had a diagnosis of CD and 5380 [43.8%] had a diagnosis of UC. There were a total of 668 patients [5.4%] with low-grade dysplasia [LGD], 76 patients [0.62%] with high-grade dysplasia [HGD], and 68 patients [0.55%] with adenocarcinoma in the series; the majority of the dysplastic events were located in the right colon. Significantly more UC patients had a dysplastic event, but the rate of LGD and HGD dysplasia progression to adenocarcinoma was not significantly different in CD or UC [$p = 0.682$ and $p = 1.0$, respectively]. There was no significant difference in the rate of progression from LGD/HGD to adenocarcinoma based on random biopsies vs targeted biopsies of visible lesions [$p = 0.37$]. However, the rate of progression from LGD vs HGD to adenocarcinoma was significantly greater for HGD [$p < 0.001$].

Conclusion: While more UC patients were found to have neoplasia on colonoscopy, the rate of progression from LGD and HGD to adenocarcinoma was equivalent in UC and CD, suggesting that endoscopic surveillance strategies can remain consistent for all IBD patients.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Επιδιώξαμε να προσδιορίσουμε το ρυθμό εξέλιξης από τη δυσπλασία στο αδενοκαρκίνωμα στην ελκώδη κολίτιδα [UC] έναντι των παθήσεων του Crohn [CD] και να περιγράψουμε τους παράγοντες κινδύνου που είναι μοναδικοί για το καθένα.

Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν όλοι οι ενήλικες ασθενείς [≥ 18 ετών] με γνωστή διάγνωση είτε UC είτε CD που υποβλήθηκαν σε κολonosκόπηση επιτήρησης μεταξύ 1 Ιανουαρίου 2010 και 1 Ιανουαρίου 2020.

Αποτελέσματα: Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 23 751 κολonosκοπήσεις επιτήρησης μεταξύ 12 289 ασθενών μεταξύ 1ης Ιανουαρίου 2010 και 1ης Ιανουαρίου 2020. 6909 [56,2%] είχαν διάγνωση CD και 5380 [43,8%] είχαν διάγνωση UC. Υπήρχαν συνολικά 668 ασθενείς [5,4%] με χαμηλού βαθμού δυσπλασία [LGD], 76 ασθενείς [0,62%] με υψηλού βαθμού δυσπλασία [HGD] και 68 ασθενείς [0,55%] με αδενοκαρκίνωμα στη σειρά. η πλειονότητα των δυσπλαστικών συμβάντων εντοπίστηκε στο δεξιό κόλον. Σημαντικά περισσότεροι ασθενείς με UC είχαν δυσπλαστικό συμβάν, αλλά ο ρυθμός εξέλιξης της δυσπλασίας LGD και HGD σε αδενοκαρκίνωμα δεν ήταν σημαντικά διαφορετικός σε CD ή UC [$p = 0,682$ και $p = 1,0$, αντίστοιχα]. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στο ρυθμό εξέλιξης από LGD/HGD σε αδενοκαρκίνωμα με βάση τυχαίες βιοψίες έναντι στοχευμένων βιοψιών ορατών βλαβών [$p = 0,37$]. Ωστόσο, ο ρυθμός εξέλιξης από LGD έναντι HGD σε αδενοκαρκίνωμα ήταν σημαντικά μεγαλύτερος για HGD [$p < 0,001$].

Συμπέρασμα: Ενώ περισσότεροι ασθενείς με UC βρέθηκαν να έχουν νεοπλασία στην κολonosκόπηση, ο ρυθμός εξέλιξης από LGD και HGD σε αδενοκαρκίνωμα ήταν ισοδύναμος σε UC και CD, υποδηλώνοντας ότι οι στρατηγικές ενδοσκοπικής επιτήρησης μπορούν να παραμείνουν συνεπείς για όλους τους ασθενείς με IBD.

8. Perioperative management of ileocecal Crohn's disease in the current era

ABSTRACT

Introduction: The ileocecal region is most commonly involved in patients with Crohn's disease (CD).

Areas covered: In the management of ileocecal CD, this review discusses the underlying clinical issues with perioperative management and surgical intervention.

Expert opinion: Despite advances in medical treatments, surgery is required in a proportion of patients. Preoperative optimization including weaning of corticosteroids, initiation of enteral feeds, venous thromboembolism prophylaxis and smoking cessation may lead to improved postoperative outcomes. Several surgical approaches regarding anastomotic technique and range of mesentery division are now attempted to reduce the incidence of postoperative recurrence. Disease recurrence is common after surgery for CD. Early endoscopic assessment and subsequent treatment adjustment are optimal strategies for the prevention of recurrence after ileocolonic resection.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ειλεοτυφλική περιοχή προσβάλλεται συχνότερα σε ασθενείς με νόσο του Crohn (CD).

Τομείς που καλύπτονται: Στη διαχείριση του ειλεοτυφλικού CD, αυτή η ανασκόπηση συζητά τα υποκείμενα κλινικά ζητήματα με την περιεγχειρητική διαχείριση και τη χειρουργική επέμβαση.

Γνώμη ειδικού: Παρά την πρόοδο στις ιατρικές θεραπείες, απαιτείται χειρουργική επέμβαση σε ένα ποσοστό ασθενών. Η προεγχειρητική βελτιστοποίηση συμπεριλαμβανομένου του απογαλακτισμού κορτικοστεροειδών, της έναρξης εντερικών τροφών, της προφύλαξης από φλεβική θρομβοεμβολή και της διακοπής του καπνίσματος μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένα μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Αρκετές χειρουργικές προσεγγίσεις σχετικά με την αναστομωτική τεχνική και το εύρος της διαίρεσης του μεσεντερίου επιχειρούνται τώρα για τη μείωση της συχνότητας μετεγχειρητικής υποτροπής. Η υποτροπή της νόσου είναι συχνή μετά από χειρουργική επέμβαση για CD. Η πρώιμη ενδοσκοπική αξιολόγηση και η επακόλουθη προσαρμογή της θεραπείας είναι οι βέλτιστες στρατηγικές για την πρόληψη της υποτροπής μετά την ειλεοκολική εκτομή.

9. Pre-operative optimisation in Crohn's Disease

ABSTRACT

Surgery plays an important role in the treatment of Crohn's Disease (CD) and the timing of surgical treatment is crucial in order to prevent complications, need for further surgeries and occurrence of disabling events. The need for surgical treatment should be discussed with patient in a multidisciplinary team including surgeon and gastroenterologist, during which patient should be extensively informed about clinical situation, therapeutic options, type of surgical intervention and its possible consequences and complications. The aim of the article is to analyze pre-operative risk factors in CD patients and how they could be optimized. Assessment of pre-operative risk factors should include radiological imaging, evaluation of current medical therapies, nutritional status, presence of abdominal sepsis, thromboembolic prophylaxis, cessation of smoking and patient counselling. We discuss different therapeutic agents for CD, with relative impact on post-operative outcomes and their possible pre-operative wash-out. Optimisation of nutritional status is also discussed, with reference to different types of nutrition and their influence on the post-operative course. Each factor has been discussed in order to define a standard pre-operative strategy and achieve the best outcomes also in patients with depleted resources.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η χειρουργική επέμβαση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της νόσου του Crohn (CD) και ο χρόνος της χειρουργικής θεραπείας είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη επιπλοκών, την ανάγκη περαιτέρω χειρουργικών επεμβάσεων και την εμφάνιση συμβάντων αναπηρίας. Η ανάγκη για χειρουργική θεραπεία θα πρέπει να συζητηθεί με τον ασθενή σε μια διεπιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει χειρουργό και γαστρεντερολόγο, κατά την οποία ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται εκτενώς για την κλινική κατάσταση, τις θεραπευτικές επιλογές, το είδος της χειρουργικής παρέμβασης και τις πιθανές συνέπειες και επιπλοκές της. Ο στόχος του άρθρου είναι να αναλύσει τους προεγχειρητικούς παράγοντες κινδύνου σε ασθενείς με CD και πώς θα μπορούσαν να βελτιστοποιηθούν. Η αξιολόγηση των προεγχειρητικών παραγόντων κινδύνου θα πρέπει να περιλαμβάνει ακτινολογική απεικόνιση, αξιολόγηση τρεχουσών ιατρικών θεραπειών, διατροφική κατάσταση, παρουσία κοιλιακής σήψης, θρομβοεμβολική προφύλαξη, διακοπή του καπνίσματος και παροχή συμβουλών για τους ασθενείς. Συζητάμε διαφορετικούς θεραπευτικούς παράγοντες για το CD, με σχετικό αντίκτυπο στα μετεγχειρητικά αποτελέσματα και την πιθανή προεγχειρητική έκπλυση τους.

Συζητείται επίσης η βελτιστοποίηση της διατροφικής κατάστασης, με αναφορά στους διαφορετικούς τύπους διατροφής και την επιρροή τους στη μετεγχειρητική πορεία. Κάθε παράγοντας έχει συζητηθεί προκειμένου να καθοριστεί μια τυπική προεγχειρητική στρατηγική και να επιτευχθούν τα καλύτερα αποτελέσματα και σε ασθενείς με εξαντλημένους πόρους.

10. Profound remission in Crohn's disease requiring no further treatment for 3–23 years: a case series

ABSTRACT

Background: Crohn's disease (CD) is rising in incidence and has a high morbidity and increased mortality. Current treatment use immunosuppressives but efficacy is suboptimal, and relapse is common. It has been shown that there is an imbalance present in the gut microbiome (dysbiosis) in CD with a possible infective aetiology—*Mycobacterium avium* subsp. paratuberculosis (MAP) being the most proposed. Antibacterial therapy and Faecal Microbiota Transplantation (FMT) are emerging treatments which can result in clinical and endoscopic remission, if employed correctly. The objective of this study was to report on the treatment and clinical outcomes of patients with CD in prolonged remission.

Results: Ten patients were identified to have achieved prolonged remission for 3–23 years (median 8.5 years). Of these, 7/10 took targeted Anti-MAP therapy (AMAT) for a median 36 months and then ceased AMAT treatment. After stopping AMAT five patients underwent Faecal Microbiota Transplantation (FMT) (average four infusions). In 4/7, AMAT was combined with infliximab (mean of six infusions) that was withdrawn within 6 months after fistulae resolution. One patient achieved deep mucosal healing with AMAT alone. Of the 3/10 patients not prescribed AMAT, one had a combination of anti-inflammatory agents and a single antibiotic (metronidazole) followed by FMT. The other two received only FMT for *Clostridioides difficile* Infection.

Conclusions: Prolonged remission has been achieved for 3–23 years with individualised treatments, with the majority using AMAT ± infliximab and FMT. Treatment with antibiotics and/or FMT provides a potential new avenue for treatment of CD. These findings should stimulate thinking, investigations and better therapy against MAP and the dysbiosis of the gut flora, to enable higher rates of prolonged remission.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η νόσος του Crohn (CD) αυξάνεται σε συχνότητα εμφάνισης και έχει υψηλή νοσηρότητα και αυξημένη θνησιμότητα. Η τρέχουσα θεραπεία χρησιμοποιεί ανοσοκατασταλτικά, αλλά η αποτελεσματικότητα είναι υποβέλτιστη και η υποτροπή είναι συχνή. Έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει ανισορροπία στο μικροβίωμα του εντέρου (δυσβίωση) σε CD με πιθανή μολυσματική αιτιολογία—*Mycobacterium avium* subsp. η παραφυματίωση (MAP) είναι η πιο προτεινόμενη. Η αντιβακτηριακή θεραπεία και η μεταμόσχευση μικροβίων κοπράνων (FMT) είναι αναδυόμενες θεραπείες που μπορούν να οδηγήσουν σε κλινική και ενδοσκοπική ύφεση, εάν χρησιμοποιηθούν σωστά. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν η αναφορά σχετικά με τη θεραπεία και τα κλινικά αποτελέσματα ασθενών με CD σε παρατεταμένη ύφεση.

Αποτελέσματα: Δέκα ασθενείς εντοπίστηκαν να έχουν επιτύχει παρατεταμένη ύφεση για 3-23 χρόνια (μέσος όρος 8,5 έτη). Από αυτούς, τα 7/10 έλαβαν στοχευμένη θεραπεία Anti-MAP (AMAT) για διάμεσο 36 μήνες και στη συνέχεια διέκοψαν τη θεραπεία με AMAT. Μετά τη διακοπή του AMAT, πέντε ασθενείς υποβλήθηκαν σε Μεταμόσχευση Μικροβίωσης κοπράνων (FMT) (μέσος όρος τέσσερις εγχύσεις). Το 4/7, το AMAT συνδυάστηκε με infliximab (μέσος όρος έξι εγχύσεων) που αποσύρθηκε εντός 6 μηνών μετά την υποχώρηση των συριγγίων. Ένας ασθενής πέτυχε βαθιά επούλωση του βλεννογόνου μόνο με AMAT. Από τους 3/10 ασθενείς που δεν τους χορηγήθηκε AMAT, ο ένας είχε συνδυασμό αντιφλεγμονωδών παραγόντων και ενός μόνο αντιβιοτικού (μετρονιδαζόλη) ακολουθούμενο από FMT. Οι άλλοι δύο έλαβαν μόνο FMT για λοίμωξη από *Clostridioides difficile*.

Συμπεράσματα: Παρατεταμένη ύφεση έχει επιτευχθεί για 3-23 χρόνια με εξατομικευμένες θεραπείες, με την πλειοψηφία να χρησιμοποιεί AMAT ± infliximab και FMT. Η θεραπεία με αντιβιοτικά και/ή FMT παρέχει μια πιθανή νέα οδό για τη θεραπεία του CD. Αυτά τα ευρήματα θα πρέπει να διεγείρουν τη σκέψη, τις έρευνες και την καλύτερη θεραπεία κατά της MAP και της δυσβίωσης της εντερικής χλωρίδας, για να επιτρέψουν υψηλότερα ποσοστά παρατεταμένης ύφεσης.

11. Dietary Patterns Associated to Clinical Aspects in Crohn's Disease Patients

ABSTRACT

Diet is an important factor in both the pathogenesis and in the clinical course of Crohn's disease (CD). However, data on dietary patterns of CD patients are rather limited in the literature. This cross-sectional study included 60 patients with CD, aged 18–60 years. Dietary intake was assessed using a validated food frequency questionnaire to measure food consumption patterns by principal component analysis (PCA). Multiple regression analysis was performed to investigate the association between dietary patterns and clinical and demographic variables. Three dietary patterns were identified: “Traditional + FODMAP” was associated with symptoms, gender, previous surgeries, and duration of the disease. “Fitness style” was positively associated with physical activity and negatively associated with body mass index and smoking. “Snacks and processed foods” was positively associated with duration of the disease and negatively associated with age. According to the weekly food consumption analysis, patients with active disease consumed less coffee and tea. We found significant associations between the three dietary patterns and the variables, but not with the stage of the disease. Prospective studies are necessary to determine the effects of food consumption patterns on the clinical course of CD.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διατροφή είναι ένας σημαντικός παράγοντας τόσο στην παθογένεση όσο και στην κλινική πορεία της νόσου του Crohn (CD). Ωστόσο, τα δεδομένα για τα διατροφικά πρότυπα ασθενών με CD είναι μάλλον περιορισμένα στη βιβλιογραφία. Αυτή η συγχρονική μελέτη περιελάμβανε 60 ασθενείς με CD, ηλικίας 18–60 ετών. Η διατροφική πρόσληψη αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας ένα επικυρωμένο ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφής για τη μέτρηση των προτύπων κατανάλωσης τροφής με ανάλυση κύριου συστατικού (PCA). Πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ διατροφικών προτύπων και κλινικών και δημογραφικών μεταβλητών. Προσδιορίστηκαν τρία διατροφικά πρότυπα: Το «Παραδοσιακό + FODMAP» συσχετίστηκε με συμπτώματα, φύλο, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις και διάρκεια της νόσου. Το «στυλ γυμναστικής» συνδέθηκε θετικά με τη σωματική δραστηριότητα και αρνητικά με τον δείκτη μάζας σώματος και το κάπνισμα. Τα «σνακ και επεξεργασμένα τρόφιμα» συσχετίστηκαν θετικά με τη διάρκεια της νόσου και αρνητικά με την ηλικία. Σύμφωνα με την εβδομαδιαία ανάλυση κατανάλωσης τροφίμων, οι ασθενείς με ενεργό νόσο κατανάλωναν

λιγότερο καφέ και τσάι. Βρήκαμε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των τριών διατροφικών προτύπων και των μεταβλητών, αλλά όχι με το στάδιο της νόσου. Απαιτούνται προοπτικές μελέτες για τον προσδιορισμό των επιδράσεων των προτύπων κατανάλωσης τροφής στην κλινική πορεία του CD.

12. Unusual intestinal and extra intestinal findings in Crohn's disease seen on abdominal computed tomography and magnetic resonance enterography

ABSTRACT

The magnetic resonance (MR) enterography technique has improved over the past few years to provide an excellent means of evaluating the gastrointestinal tract for suspected Crohn's disease. Although the prevalent intestinal manifestations of Crohn's disease have been extensively discussed in the radiology literature, some of its rare complications, especially extra intestinal, have received less attention. Uncommon findings that may be seen on MR enterography and abdominal CT examinations performed in patients with Crohn's disease include hepatic sinusoidal dilatation, primary sclerosing cholangitis, fistulas in unusual locations, hepatic and splenic abscesses, and spondylarthritis. Radiologists should be aware of these potentially rare manifestations. They should be kept in mind during clinical examinations and should be routinely searched for and reported if present.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η τεχνική εντερογραφίας μαγνητικού συντονισμού (MR) έχει βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια για να παρέχει ένα εξαιρετικό μέσο αξιολόγησης της γαστρεντερικής οδού για ύποπτη νόσο του Crohn. Αν και οι επικρατούσες εντερικές εκδηλώσεις της νόσου του Crohn έχουν συζητηθεί εκτενώς στην ακτινολογική βιβλιογραφία, ορισμένες από τις σπάνιες επιπλοκές της, ιδιαίτερα οι εξωεντερικές, έχουν λάβει λιγότερη προσοχή. Ασυνήθιστα ευρήματα που μπορεί να παρατηρηθούν στην εντερογραφία MR και στις εξετάσεις CT κοιλίας που πραγματοποιούνται σε ασθενείς με νόσο του Crohn περιλαμβάνουν ηπατική ιγμοροειδή διάταση, πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα, συρίγγια σε ασυνήθιστες θέσεις, ηπατικά και σπληνικά αποστήματα και σπονδυλαρθρίτιδα. Οι ακτινολόγοι θα πρέπει να γνωρίζουν αυτές τις δυνητικά σπάνιες εκδηλώσεις. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διάρκεια των κλινικών εξετάσεων και θα πρέπει να αναζητούνται τακτικά και να αναφέρονται εάν υπάρχουν.

13. P481 Repeated surgery for recurrent ileocolonic Crohn's disease: does the outcome keep worsening operation after operation? A comparative study of 1224 consecutive procedures.

ABSTRACT

Background: Despite relevant improvement in the medical treatment of ileocolic Crohn's disease (CD), still surgery is needed in 80% of patients and clinical recurrence occurs in more than 50% of cases after surgery. Aim of the study is to assess the outcome for patients undergoing repeated surgery for recurrent CD.

Methods: All patients undergoing surgery for ileal or colonic CD between 1993 and 2018 in our tertiary care centre were retrospectively reviewed. We considered all small bowel resections, colonic resections, conventional (SP) and not conventional strictureplasties (NCSP).

Results: In the study period, 1224 CD patients underwent a surgical operation. We performed 713 (58.2%) primary operations (1R), 325 (26.5%) re-operations (2R group) and 186 (15.3%) three or more interventions ($\geq 3R$ group). A CD diagnosis and the time of first surgery at early age were a negative prognostic factor, favouring repeated surgery in the time (R1 vs. R2 $p < 0.004$ and R1 vs. $\geq 3R$ $p < 0.0001$ comparing age at diagnosis; R1 vs. R2 $p < 0.0001$ and R1 vs. $\geq 3R$ $p < 0.0001$ regarding the time to first surgery). The indication for surgery (stenosis, fistula/abscess and refractoriness to medical therapy) does not change significantly with the number of surgeries regarding the analysis of variance of the three groups ($p = 0.3$). In the repeated surgery (R2 and $\geq 3R$ group) the incidence of recurrence appears to be more frequent at the anastomotic site for the 2R group (197/325, 61% vs. 103/186, 55% $p < 0.05$) and at SP site for the $\geq 3R$ group (19/325, 5% vs. 23/186, 12% $p < 0.01$). The $\geq 3R$ group underwent to a higher number of strictureplasties in comparison to the 1R group (100/186, 53% vs. 305/713, 43% $p < 0.0001$) and the 2R group (100/186, 53 vs. 127/325, 43% $p < 0.0004$). The duration of the surgical procedure tends to be higher for the $\geq 3R$ group but without reaching a statistical significance ($p = 0.2$). Postoperative morbidity (Clavien Dindo I-V) was increased in the 2R and in the $\geq 3R$ group but not in a significant way: (1R group $n = 187$ (26%); 2R group $n = 102$ (31%); $\geq 3R$ group $n = 64$ (34%); 1R vs. 2R $p = 0.1$, 2R vs. $\geq 3R$ group $p = 0.5$). In particular there was no difference between the groups in the incidence of severe postoperative morbidity (Clavien-Dindo ≥ 3): 1R group $n = 69$ (9.6%); 2R group $n = 37$ (11%); $\geq 3R$ group $n = 24$ (12%); 1R vs. 2R $p = 0.4$, 2R vs. $\geq 3R$ group $p = 0.7$.

Conclusion: In this series, we treated more than 40% of the small bowel segments with SP and NCSP at first surgery. This percentage gradually increases to 49% in 2R group and to 53% in $\geq 3R$ group. Even if the overall morbidity rate was higher, repeated surgery for recurrent CD doesn't appear to be related to an increased risk of severe postoperative morbidity in our experience.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Παρά τη σχετική βελτίωση στην ιατρική θεραπεία της ειλεοκολικής νόσου του Crohn (CD), εξακολουθεί να απαιτείται χειρουργική επέμβαση στο 80% των ασθενών και κλινική υποτροπή εμφανίζεται σε περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων μετά την επέμβαση. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της έκβασης για ασθενείς που υποβάλλονται σε επαναλαμβανόμενη χειρουργική επέμβαση για υποτροπιάζοντα CD.

Μέθοδοι: Όλοι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για CD ειλεού ή παχέος εντέρου μεταξύ 1993 και 2018 στο κέντρο τριτοβάθμιας φροντίδας μας, εξετάστηκαν αναδρομικά. Εξετάσαμε όλες τις εκτομές του λεπτού εντέρου, τις εκτομές του παχέος εντέρου, τις συμβατικές (SP) και όχι τις συμβατικές στενοπλαστικές (NCSP).

Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο της μελέτης, 1224 ασθενείς με CD υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση. Πραγματοποιήσαμε 713 (58,2%) πρωτογενείς επεμβάσεις (1R), 325 (26,5%) επανεπεμβάσεις (ομάδα 2R) και 186 (15,3%) τρεις ή περισσότερες παρεμβάσεις ($\geq 3R$ ομάδα). Η διάγνωση CD και ο χρόνος της πρώτης χειρουργικής επέμβασης σε νεαρή ηλικία ήταν ένας αρνητικός προγνωστικός παράγοντας, ευνοώντας την επαναλαμβανόμενη χειρουργική επέμβαση στο χρόνο (R1 έναντι R2p < 0,004 και R1 έναντι $\geq 3R$ p < 0,0001 σύγκριση ηλικίας κατά τη διάγνωση· R1 έναντι R2p < 0,0001 και R1 έναντι $\geq 3R$ < 0,0001 όσον αφορά το χρόνο μέχρι την πρώτη χειρουργική επέμβαση). Η ένδειξη για χειρουργική επέμβαση (στένωση, συρίγγιο/απόστημα και ανθεκτικότητα στην ιατρική θεραπεία) δεν αλλάζει σημαντικά με τον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων όσον αφορά την ανάλυση διακύμανσης των τριών ομάδων (p = 0,3). Στην επαναλαμβανόμενη χειρουργική επέμβαση (ομάδα R2 και $\geq 3R$) η συχνότητα υποτροπής φαίνεται να είναι πιο συχνή στην αναστομωτική θέση για την ομάδα 2R (197/325, 61% έναντι 103/186, 55% p < 0,05) και στην SP τοποθεσία για την ομάδα $\geq 3R$ (19/325, 5% έναντι 23/186, 12% p < 0,01). Η ομάδα $\geq 3R$ υποβλήθηκε σε μεγαλύτερο αριθμό πλαστικών στένωσεων σε σύγκριση με την ομάδα 1R (100/186, 53% έναντι 305/713, 43% p < 0,0001) και την ομάδα 2R (100/186, 53% έναντι 127/325, 43% p < 0,0004). Η διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης τείνει να είναι μεγαλύτερη για την ομάδα

≥3R αλλά χωρίς να φθάνει σε στατιστική σημασία ($p = 0,2$). Η μετεγχειρητική νοσηρότητα (Clavien Dindo IV) αυξήθηκε στην ομάδα 2R και στην ομάδα ≥3R αλλά όχι με σημαντικό τρόπο: (ομάδα 1R $n = 187$ (26%)· ομάδα 2R $n = 102$ (31%)· ≥3R ομάδα $n = 64$ (34%)· 1R έναντι 2R $p = 0,1$, 2R έναντι ≥3R ομάδα $p = 0,5$). Ειδικότερα, δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των ομάδων στη συχνότητα εμφάνισης σοβαρής μετεγχειρητικής νοσηρότητας (Clavien-Dindo ≥3): 1R ομάδα $n = 69$ (9,6%). 2R ομάδα $n = 37$ (11%); ≥3R ομάδα $n = 24$ (12%); 1R έναντι 2R $p = 0,4$, 2R έναντι ≥3R ομάδα $p = 0,7$.

Συμπέρασμα: Σε αυτή τη σειρά, αντιμετωπίσαμε περισσότερο από το 40% των τμημάτων του λεπτού εντέρου με SP και NCSP στην πρώτη επέμβαση. Αυτό το ποσοστό αυξάνεται σταδιακά σε 49% στην ομάδα 2R και σε 53% στην ομάδα ≥3R. Ακόμη και αν το συνολικό ποσοστό νοσηρότητας ήταν υψηλότερο, η επαναλαμβανόμενη χειρουργική επέμβαση για υποτροπιάζουσα CD δεν φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο σοβαρής μετεγχειρητικής νοσηρότητας από την εμπειρία μας.

14. Low psoas muscle area is associated with postoperative complications in Crohn's disease

ABSTRACT

Background and aims: Crohn's disease (CD) is associated with increased postoperative morbidity. Sarcopenia correlates with increased morbidity and mortality in various medical conditions. We assessed correlations of the lean body mass marker and psoas muscle area (PMA), with postoperative outcomes in CD patients undergoing gastrointestinal surgery.

Methods: We included patients with CD who underwent gastrointestinal surgery between June 2009 and October 2018 and had CT/MRI scans within 8 weeks preoperatively. PMA was measured bilaterally on perioperative imaging.

Results: Of 121 patients, the mean age was 35.98 ± 15.07 years; 51.2% were male. The mean BMI was 21.56 ± 4 kg/m². The mean PMA was 95.12 ± 263.2 cm². Patients with postoperative complications ($N = 31$, 26%) had significantly lower PMA compared with patients with a normal postoperative recovery (8.5 ± 2.26 cm² vs. 9.85 ± 2.68 cm², $P = 0.02$). A similar finding was noted comparing patients with anastomotic leaks to those without anastomotic leaks (7.48 ± 0.1 cm² vs. 9.6 ± 2.51 cm², $P = 0.04$). PMA correlated with the

maximum degree of complications per patient, according to the Clavien-Dindo classification (Spearman's coefficient = -0.26, P = 0.004). Patients with major postoperative complications (Clavien-Dindo \geq 3) had lower mean PMA (8.12 ± 2.75 cm² vs. 9.71 ± 2.57 cm², P = 0.03). Associations were similar when stratifying by gender and operation urgency. On multivariate analysis, PMA (HR = 0.72/cm², P = 0.02), operation urgency (HR = 3.84, P < 0.01), and higher white blood cell count (HR = 1.14, P = 0.02) were independent predictive factors for postoperative complications.

Conclusion: PMA is an easily measured radiographic parameter associated with postoperative complications in patients with CD undergoing bowel resection.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή και Στόχοι: Η νόσος του Crohn (CD) σχετίζεται με αυξημένη μετεγχειρητική νοσηρότητα. Η σαρκοπενία σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε διάφορες ιατρικές καταστάσεις. Αξιολογήσαμε τις συσχετίσεις του δείκτη άλιπης μάζας σώματος και της μυϊκής περιοχής ψόα (PMA), με μετεγχειρητικά αποτελέσματα σε ασθενείς με CD που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση στο γαστρεντερικό.

Μέθοδοι: Συμπεριλάβαμε ασθενείς με CD που υποβλήθηκαν σε γαστρεντερική επέμβαση μεταξύ Ιουνίου 2009 και Οκτωβρίου 2018 και υποβλήθηκαν σε αξονική/μαγνητική τομογραφία εντός 8 εβδομάδων προεγχειρητικά. Το PMA μετρήθηκε αμφοτερόπλευρα στην περιεγχειρητική απεικόνιση.

Αποτελέσματα: Από 121 ασθενείς, η μέση ηλικία ήταν $35,98 \pm 15,07$ έτη. Το 51,2% ήταν άνδρες. Ο μέσος ΔΜΣ ήταν $21,56 \pm 4$ kg/m². Το μέσο PMA ήταν $95,12 \pm 263,2$ cm². Οι ασθενείς με μετεγχειρητικές επιπλοκές (N = 31, 26%) είχαν σημαντικά χαμηλότερο PMA σε σύγκριση με ασθενείς με φυσιολογική μετεγχειρητική αποκατάσταση ($8,5 \pm 2,26$ cm² έναντι $9,85 \pm 2,68$ cm², P = 0,02). Παρόμοιο εύρημα σημειώθηκε συγκρίνοντας ασθενείς με αναστομωτικές διαρροές με αυτούς χωρίς αναστομωτικές διαρροές ($7,48 \pm 0,1$ cm² έναντι $9,6 \pm 2,51$ cm², P = 0,04). Το PMA συσχετίστηκε με τον μέγιστο βαθμό επιπλοκών ανά ασθενή, σύμφωνα με την ταξινόμηση Clavien-Dindo (συντελεστής Spearman = -0,26, P = 0,004). Οι ασθενείς με μείζονες μετεγχειρητικές επιπλοκές (Clavien-Dindo \geq 3) είχαν χαμηλότερο μέσο PMA ($8,12 \pm 2,75$ cm² έναντι $9,71 \pm 2,57$ cm², P = 0,03). Οι συσχετισμοί ήταν παρόμοιοι κατά τη διαστρωμάτωση ανά φύλο και επείγουσα ανάγκη λειτουργίας. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, το PMA (HR = 0,72/cm², P = 0,02), η επείγουσα επέμβαση (HR

= 3,84, $P < 0,01$) και ο υψηλότερος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων ($HR = 1,14$, $P = 0,02$) ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για μετεγχειρητική επιπλοκή.

Συμπέρασμα: Το PMA είναι μια εύκολα μετρήσιμη ακτινογραφική παράμετρος που σχετίζεται με μετεγχειρητικές επιπλοκές σε ασθενείς με CD που υποβάλλονται σε εκτομή του εντέρου.

15. Ileocolonic End-to-End Anastomoses in Crohn's Disease Increase the Risk of Early Post-operative Endoscopic Recurrence in Those Undergoing an Emergency Resection.

ABSTRACT

Background and aim: Several risk factors affecting post-operative recurrence in Crohn's disease patients have been studied, and of these, the role of the anastomosis remains contentious. We aimed to compare the risk of developing early post-operative endoscopic recurrence (EPER), in resections that had an end-to-end anastomosis (ETEA) to a side-to-side anastomosis (STSA).

Methods: All Crohn's disease patients that underwent an ileocolic or small bowel resection between January 2012 and June 2017 at two tertiary IBD centres were reviewed retrospectively. Included patients had a minimum of 12-month clinical follow-up and a colonoscopy within 12 months of the resection or stoma reversal. Univariate and multivariate binary logistic regression analyses determined the independent risk factors for early post-operative endoscopic recurrence, defined as a Rutgeerts score of $\geq i2b$.

Results: Ninety-two resections associated with an ETEA or a STSA were included for analysis. The ETEA was the most common anastomosis, constructed in 55 patients (59.8%). Forty-nine operations (53.3%) resulted in a $\geq i2b$ recurrence at the first surveillance colonoscopy. The multivariate analysis showed that there was no difference between the ETEA and STSA in determining the odds ratio (OR) for developing EPER (OR = 2.41 (0.95-6.05), $P = 0.06$). In those that underwent a resection emergently however, the significant determinants of EPER were as follows: having an ETEA (OR = 38.12 (2.44-595.87), $P = 0.01$), failing to commence a biologic and/or an immunosuppressant early (OR = 24.21 (1.69, 347.81), $P = 0.02$), and active smoking (OR = 7.19 (1.12-46.21), $P = 0.04$).

Conclusion: The ETEA is best avoided in those undergoing an emergency resection. The early commencement of a biologic and/or an immunosuppressant and smoking cessation is imperative this high-risk group of patients.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή και στόχος: Διάφοροι παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τη μετεγχειρητική υποτροπή σε ασθενείς με νόσο του Crohn έχουν μελετηθεί και από αυτούς ο ρόλος της αναστόμωσης παραμένει αμφιλεγόμενος. Στόχος μας ήταν να συγκρίνουμε τον κίνδυνο ανάπτυξης πρώιμης μετεγχειρητικής ενδοσκοπικής υποτροπής (EPER), σε εκτομές που είχαν αναστόμωση από άκρο σε άκρο (ETEΑ) με αναστόμωση από πλευρά σε πλευρά (STSA).

Μέθοδοι: Όλοι οι ασθενείς με νόσο του Crohn που υποβλήθηκαν σε ειλεοκολική εκτομή ή εκτομή λεπτού εντέρου μεταξύ Ιανουαρίου 2012 και Ιουνίου 2017 σε δύο τριτοβάθμια κέντρα IBD εξετάστηκαν αναδρομικά. Οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν είχαν κλινική παρακολούθηση τουλάχιστον 12 μηνών και κολonosκόπηση εντός 12 μηνών από την εκτομή ή την αναστροφή της στομίας. Οι μονομεταβλητές και πολυμεταβλητές δυαδικές αναλύσεις λογιστικής παλινδρόμησης προσδιόρισαν τους ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για πρώιμη μετεγχειρητική ενδοσκοπική υποτροπή, που ορίζονται ως βαθμολογία Rutgeerts \geq i2b.

Αποτελέσματα: Ενενήντα δύο εκτομές που σχετίζονται με ETEA ή STSA συμπεριλήφθηκαν για ανάλυση. Η ETEA ήταν η πιο συχνή αναστόμωση, που κατασκευάστηκε σε 55 ασθενείς (59,8%). Σαράντα εννέα επεμβάσεις (53,3%) κατέληξαν σε υποτροπή \geq i2b στην πρώτη κολonosκόπηση επιτήρησης. Η πολυμεταβλητή ανάλυση έδειξε ότι δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ του ETEA και του STSA στον προσδιορισμό του λόγου πιθανοτήτων (OR) για την ανάπτυξη EPER (OR = 2,41 (0,95-6,05), P = 0,06). Σε εκείνα που υποβλήθηκαν σε εκτομή επείγοντως, ωστόσο, οι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες του EPER ήταν οι εξής: η ύπαρξη ETEA (OR = 38,12 (2,44-595,87), P = 0,01), η αποτυχία έναρξης ενός βιολογικού ή/και ενός ανοσοκατασταλτικού νωρίς (OR = 24,21 (1,69, 347,81), P = 0,02) και ενεργό κάπνισμα (OR = 7,19 (1,12-46,21), P = 0,04).

Συμπέρασμα: Το ETEA καλό είναι να αποφεύγεται σε όσους υποβάλλονται σε επείγουσα εκτομή. Η έγκαιρη έναρξη βιολογικού ή/και ανοσοκατασταλτικού και η διακοπή του καπνίσματος είναι επιτακτική σε αυτή την ομάδα ασθενών υψηλού κινδύνου.

16. Analysis of Risk Factors and Nursing Intervention Measures Affecting Nutritional Status of Children with Crohn's Disease

ABSTRACT

In recent years, the incidence of Crohn's disease (CD) in the Asia-Pacific region is gradually increasing, and the onset age is decreased at the same time. The relapse of illness and long course of disease easily lead to malnutrition, which will affect the treatment effect of the disease and even worsen the disease. Therefore, it is very important to find the risk factors affecting the nutritional status of children with CD and to carry out effective nursing intervention accordingly. In our study, a total of 180 children with CD who were admitted to our hospital from April 2017 to April 2020 were analyzed retrospectively. The multivariate analysis showed that Pediatric Crohn's Disease Activity Index (PCDAI), platelet (PLT), hemoglobin (HB), hematocrit (HCT), and albumin (ALB) were independent risk factors affecting the nutritional status of children with CD. The results of AUC showed that combined monitoring of the PCDAI score and the expression of PLT, HB, HCT, and ALB indexes was of great value to evaluate the nutritional status of children with CD. Finally, a series of nursing intervention measures were proposed based on these results. It provides a theoretical basis for improving the nutritional status of children with CD and promoting the clinical outcome.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια, η συχνότητα εμφάνισης της νόσου του Crohn (CD) στην περιοχή Ασίας-Ειρηνικού αυξάνεται σταδιακά και η ηλικία εμφάνισης μειώνεται ταυτόχρονα. Η υποτροπή της ασθένειας και η μακρά πορεία της νόσου οδηγούν εύκολα σε υποσιτισμό, ο οποίος θα επηρεάσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα της νόσου και θα επιδεινώσει ακόμη και την ασθένεια. Ως εκ τούτου, είναι πολύ σημαντικό να βρεθούν οι παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τη διατροφική κατάσταση των παιδιών με CD και να πραγματοποιηθεί αναλόγως αποτελεσματική νοσηλευτική παρέμβαση. Στη μελέτη μας, συνολικά 180 παιδιά με CD που εισήχθησαν στο νοσοκομείο μας από τον Απρίλιο του 2017 έως τον Απρίλιο του 2020 αναλύθηκαν αναδρομικά. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι ο δείκτης δραστηριότητας της παιδιατρικής νόσου του Crohn (PCDAI), τα αιμοπετάλια (PLT), η αιμοσφαιρίνη (HB), ο αιματοκρίτης (HCT) και η λευκωματίνη (ALB) ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τη διατροφική κατάσταση των παιδιών με CD. Τα αποτελέσματα της AUC έδειξαν ότι η συνδυασμένη παρακολούθηση της βαθμολογίας PCDAI και της έκφρασης των

δεικτών PLT, HB, HCT και ALB ήταν μεγάλης αξίας για την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης των παιδιών με CD. Τέλος, προτάθηκε μια σειρά από μέτρα νοσηλευτικής παρέμβασης με βάση αυτά τα αποτελέσματα. Παρέχει μια θεωρητική βάση για τη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης των παιδιών με CD και την προώθηση του κλινικού αποτελέσματος.

17. Specialist inflammatory bowel disease nursing in the UK: current situation and future proofing

ABSTRACT

Objective: To determine the impact to date of the ongoing Crohn's & Colitis UK inflammatory bowel disease (IBD) clinical nurse specialists (CNS) campaign.

Methods: A survey-based design was used. 2 questionnaires were sent to the UK IBD nursing community and promoted via nursing and clinical networks. Respondents were asked to provide data at both an individual and trust level about their nursing services.

Results: 394 IBD CNS posts were identified across the UK, with a 32% increase in posts since the start of the campaign. 27% felt the campaign had been influential in securing new posts. Greater numbers of posts were reported in England when compared with the devolved nations. Most services remain below the UK standards recommendation of 2.5 IBD CNS per 250 000 patient population. Cross site working was reported in 59% of services. 45% of respondents were non-medical prescribers, with 13% educated to MSc level. High levels of stress were reported by IBD CNS associated with managing advice line services.

Conclusions: Crohn's & Colitis UK's 'More IBD Nurses-Better Care' campaign has contributed to the numbers of CNS posts in IBD continuing to rise, but they remain lower than the recommended standard of 2.5 IBD CNS per 250 000. Educational and career pathways are not clearly defined, and aspects of the role such as advice line provision contribute to stress within the workforce. The ongoing aims of the charity campaign hope to address these issues by improving access to formal education pathways with peer support for IBD specialist nurses, and advice line training, in addition to supporting trusts and services throughout the UK to reduce the workforce deficit with effective business cases.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή και Στόχος: Να προσδιοριστεί ο αντίκτυπος μέχρι σήμερα της συνεχιζόμενης εκστρατείας κλινικών νοσηλευτών (CNS) για τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD) του Crohn και της κολίτιδας στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκε σχεδιασμός βασισμένος σε έρευνα. 2 ερωτηματολόγια στάλθηκαν στη νοσηλευτική κοινότητα της IBD του Ηνωμένου Βασιλείου και προωθήθηκαν μέσω νοσηλευτικών και κλινικών δικτύων. Ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να παράσχουν δεδομένα τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο εμπιστοσύνης σχετικά με τις νοσηλευτικές τους υπηρεσίες.

Αποτελέσματα: 394 αναρτήσεις IBD CNS εντοπίστηκαν σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο, με αύξηση 32% στις αναρτήσεις από την έναρξη της εκστρατείας. Το 27% θεώρησε ότι η καμπάνια είχε επιρροή στην εξασφάλιση νέων θέσεων. Μεγαλύτερος αριθμός θέσεων αναφέρθηκε στην Αγγλία σε σύγκριση με τις αποκεντρωμένες χώρες. Οι περισσότερες υπηρεσίες παραμένουν κάτω από τη σύσταση των προτύπων του HB για 2,5 IBD CNS ανά 250.000 πληθυσμό ασθενών. Η εργασία μεταξύ τοποθεσιών αναφέρθηκε στο 59% των υπηρεσιών. Το 45% των ερωτηθέντων ήταν μη συνταγογράφοι, με το 13% να έχει σπουδάσει σε επίπεδο MSc. Υψηλά επίπεδα άγχους αναφέρθηκαν από το IBD CNS που σχετίζεται με τη διαχείριση υπηρεσιών συμβουλευτικής γραμμής.

Συμπεράσματα: Η εκστρατεία του Crohn's & Colitis UK 'More IBD Nurses-Better Care' συνέβαλε στο να συνεχίζει να αυξάνεται ο αριθμός των θέσεων CNS στην IBD, αλλά παραμένει χαμηλότερος από το συνιστώμενο πρότυπο των 2,5 IBD CNS ανά 250.000. Οι εκπαιδευτικές και επαγγελματικές διαδρομές δεν ορίζονται σαφώς, όπως και οι πτυχές του ρόλου, όπως η παροχή συμβουλών, συμβάλλουν στο άγχος στο εργατικό δυναμικό. Οι συνεχιζόμενοι στόχοι της φιλανθρωπικής εκστρατείας ελπίζουν να αντιμετωπίσουν αυτά τα ζητήματα βελτιώνοντας την πρόσβαση σε επίσημες εκπαιδευτικές οδούς με υποστήριξη από ομοτίμους για ειδικευμένους νοσηλευτές για την IBD και εκπαίδευση σε γραμμές παροχής συμβουλών, επιπλέον της υποστήριξης καταπιστεύσεων και υπηρεσιών σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο για τη μείωση του ελλείμματος εργατικού δυναμικού με αποτελεσματικές επιχειρησιακές περιπτώσεις.

18. The role of exclusive enteral nutrition in the pre-operative optimisation of adult patients with Crohn's disease. A systematic review

ABSTRACT

Aim: To conduct a systematic review in order to bring together the current knowledge about the use of exclusive enteral nutrition (EEN) in the pre-operative optimisation of adult patients with Crohn's disease undergoing intestinal resection.

Methods: We searched Pubmed, Cochrane Library, ClinicalTrials.gov and the EU clinical trial register to identify experimental and observational studies on the effect of pre-operative EEN on nutritional and clinical outcomes of patients undergoing surgery. Methodological quality was assessed using the Downs and Black checklist.

Results: Seven studies were included in the final analysis. Of these 5 were retrospective cohort studies and 2 were retrospective case-control studies. There were 4 ongoing RCTs, however they have not reported data to analyse. Overall the 7 retrospective studies, support that with EEN; body mass index (BMI) does not increase, C-reactive protein decreases (CRP), albumin usually increases and haemoglobin does not significantly change. There were fewer infectious complications in patients who had taken EEN. There was a trend towards fewer stomas but only one of the studies was powered enough to demonstrate significance. There was no significant difference in recurrence rates of Crohn's disease at 12 months in any of the studies. Quality of the studies were either medium or poor.

Conclusion: The current data on the use of EEN in pre-operative optimisation is of poor quality and underpowered to demonstrate significance. Randomised controlled trials are needed to demonstrate whether or not EEN can improve outcomes and reduce stoma formation in adult patients undergoing intestinal resection.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Διεξαγωγή συστηματικής ανασκόπησης προκειμένου να συγκεντρωθούν οι τρέχουσες γνώσεις σχετικά με τη χρήση της αποκλειστικής εντερικής διατροφής (EEN) στην προεγχειρητική βελτιστοποίηση ενηλίκων ασθενών με νόσο του Crohn που υποβάλλονται σε εντερική εκτομή.

Μέθοδοι: Αναζητήσαμε το Pubmed, τη βιβλιοθήκη Cochrane, το ClinicalTrials.gov και το μητρώο κλινικών δοκιμών της ΕΕ για να προσδιορίσουμε πειραματικές και παρατηρητικές

μελέτες σχετικά με την επίδραση του προεγχειρητικού EEN στα διατροφικά και κλινικά αποτελέσματα ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Η μεθοδολογική ποιότητα αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τη λίστα ελέγχου Downs και Black.

Αποτελέσματα: Επτά μελέτες συμπεριλήφθηκαν στην τελική ανάλυση. Από αυτές οι 5 ήταν αναδρομικές μελέτες κοόρτης και οι 2 ήταν αναδρομικές μελέτες περιπτώσεων ελέγχου. Υπήρχαν 4 εν εξελίξει RCT, ωστόσο δεν έχουν αναφέρει δεδομένα για ανάλυση. Συνολικά οι 7 αναδρομικές μελέτες, υποστηρίζουν ότι με την EEN. Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) δεν αυξάνεται, η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη μειώνεται (CRP), η λευκωματίνη συνήθως αυξάνεται και η αιμοσφαιρίνη δεν αλλάζει σημαντικά. Υπήρχαν λιγότερες μολυσματικές επιπλοκές σε ασθενείς που είχαν λάβει EEN. Υπήρχε μια τάση προς λιγότερες στομίες, αλλά μόνο μία από τις μελέτες ήταν αρκετά ισχυρή για να καταδείξει τη σημασία της. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στα ποσοστά υποτροπής της νόσου του Crohn στους 12 μήνες σε καμία από τις μελέτες. Η ποιότητα των μελετών ήταν είτε μέτρια είτε κακή.

Συμπέρασμα: Τα τρέχοντα δεδομένα σχετικά με τη χρήση του EEN στην προεγχειρητική βελτιστοποίηση είναι κακής ποιότητας και δεν έχουν επαρκή ισχύ για να καταδεικνύουν τη σημασία τους. Απαιτούνται τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές για να αποδειχθεί εάν το EEN μπορεί να βελτιώσει ή όχι τα αποτελέσματα και να μειώσει το σχηματισμό στομίων σε ενήλικες ασθενείς που υποβάλλονται σε εντερική εκτομή.

19. Medication Belief is Associated with Improved Adherence to Exclusive Enteral Nutrition in Patients with Crohn's Disease

ABSTRACT

Background: The prevalence of Crohn's disease (CD) has been increasing rapidly in China, and the role of exclusive enteral nutrition (EEN) in the management of adult patients with active CD is evolving. Adherence is a key factor in the effective treatment of many chronic diseases.

Aim: The aim of this study was to assess adherence to EEN of CD patients and to evaluate the relationship between medication belief and EEN adherence.

Methods: A cross-sectional study was conducted, and demographic information, adherence to EEN, and beliefs about EEN were investigated. Medication belief was measured using the Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)-Specific.

Results: In all, 131 CD patients completed the questionnaire and were enrolled in this study. The high adherence rate was 73.3% (96 of 131 patients), and we found that medication belief, residency, medical insurance, and history of enteral nutrition therapy were factors affecting EEN adherence. More patients with a high BMQ score had high adherence to EEN (n = 54, 56.2%) compared to those with a low BMQ (n = 42, 43.8%). Moreover, price, taste, storage method, portability, and purchase convenience of EEN were not associated with adherence.

Conclusion: The adherence to EEN among patients with CD is relatively high and is related to medication belief, residency and history of enteral nutrition. The type of enteral nutrition, taste, storage, and convenience of purchase were not associated with EEN adherence. Future study is warranted to explore the possible role of improving patients' beliefs in increasing adherence.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο επιπολασμός της νόσου του Crohn (CD) αυξάνεται ραγδαία στην Κίνα και ο ρόλος της αποκλειστικής εντερικής διατροφής (EEN) στη διαχείριση ενηλίκων ασθενών με ενεργό CD εξελίσσεται. Η συμμόρφωση είναι βασικός παράγοντας για την αποτελεσματική θεραπεία πολλών χρόνιων ασθενειών.

Σκοπός: Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη συμμόρφωση με την EEN ασθενών με CD και να αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ της πεποίθησης για φαρμακευτική αγωγή και της συμμόρφωσης με την EEN.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη και διερευνήθηκαν δημογραφικά στοιχεία, η συμμόρφωση με την EEN και οι πεποιθήσεις για την EEN. Η πεποίθηση της φαρμακευτικής αγωγής μετρήθηκε χρησιμοποιώντας το Ειδικό Ερωτηματολόγιο πεποιθήσεων για τα φάρμακα (BMQ).

Αποτελέσματα: Συνολικά, 131 ασθενείς με CD συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και εντάχθηκαν σε αυτή τη μελέτη. Το υψηλό ποσοστό συμμόρφωσης ήταν 73,3% (96 από τους 131 ασθενείς) και διαπιστώσαμε ότι η πίστη στη φαρμακευτική αγωγή, η διαμονή, η ιατρική ασφάλιση και το ιστορικό θεραπείας εντερικής διατροφής ήταν παράγοντες που επηρέαζαν

την τήρηση της EEN. Περισσότεροι ασθενείς με υψηλή βαθμολογία BMQ είχαν υψηλή προσκόλληση στο EEN (n = 54, 56,2%) σε σύγκριση με εκείνους με χαμηλό BMQ (n = 42, 43,8%). Επιπλέον, η τιμή, η γεύση, η μέθοδος αποθήκευσης, η φορητότητα και η ευκολία αγοράς του EEN δεν συσχετίστηκαν με την τήρηση.

Συμπέρασμα: Η προσκόλληση στην EEN μεταξύ των ασθενών με CD είναι σχετικά υψηλή και σχετίζεται με την πεποίθηση της φαρμακευτικής αγωγής, την παραμονή και το ιστορικό εντερικής διατροφής. Ο τύπος της εντερικής διατροφής, η γεύση, η αποθήκευση και η ευκολία αγοράς δεν συσχετίστηκαν με την τήρηση του EEN. Μελλοντική μελέτη δικαιολογείται για τη διερεύνηση του πιθανού ρόλου της βελτίωσης των πεποιθήσεων των ασθενών στην αύξηση της συμμόρφωσης.

20. Levels and predictors of fear and health anxiety during the current outbreak of COVID-19 in immunocompromised and chronic disease patients in Saudi Arabia: A cross-sectional correlational study

ABSTRACT

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection has become a clinical threat to healthy people as well as immunocompromised patients and those with pre-existing chronic diseases around the world. This study, which used a cross-sectional correlational design, aimed to assess the levels of fear and health anxiety and to investigate their predictors during the current outbreak of COVID-19 in immunocompromised and chronic disease patients in Saudi Arabia. Sociodemographic and clinical data, fear of COVID-19, and health anxiety measurements were collected by online surveys from June 15 to July 15, 2020. Univariate and multiple linear regression analysis was used to identify predictors. A total of 1,030 patients in 13 provinces in Saudi Arabia completed the questionnaire. A significant number of patients with chronic diseases experienced considerable levels of fear and anxiety during the COVID-19 outbreak. It was found that 21.44% of participants met the criteria for anxiety cases, and 19.4% were considered borderline anxiety cases. In regression analysis, significant predictors of fear and health anxiety were female gender, lower education, middle-aged, divorced or widowed, receiving immunosuppressants, type of chronic disease (Crohn's disease, hypertension, and cardiovascular diseases), and media use as a source of knowledge about COVID-19. Immunocompromised and chronic disease patients are vulnerable to fear

and anxiety during epidemic infectious diseases such as COVID-19. Optimizing this population's compliance with appropriate infection prevention and control strategies is crucial during the infectious outbreaks to ensure their safety, to decrease the risk of infection and serious complications, and reduce their fear and health anxiety. Effective positive psychological interventions and support strategies also need to be immediately implemented to increase psychological resilience and improve the mental health of these patients. Due to the COVID-19 outbreak, chronic disease patients in Saudi Arabia need special attention from health authorities, policymakers, and healthcare professionals to manage maladaptive forms of health anxiety and fear.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η λοίμωξη από τη νόσο του κορονοϊού 2019 (COVID-19) έχει γίνει κλινική απειλή για υγιείς ανθρώπους, καθώς και για ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς και για άτομα με προϋπάρχουσες χρόνιες ασθένειες σε όλο τον κόσμο. Αυτή η μελέτη, η οποία χρησιμοποίησε ένα εγκάρσιο συσχετιστικό σχεδιασμό, είχε ως στόχο να αξιολογήσει τα επίπεδα φόβου και άγχους για την υγεία και να διερευνήσει τους προγνωστικούς παράγοντες τους κατά την τρέχουσα έξαρση του COVID-19 σε ανοσοκατεσταλμένους και χρόνιους ασθενείς στη Σαουδική Αραβία. Τα κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά δεδομένα, ο φόβος για τον COVID-19 και οι μετρήσεις του άγχους για την υγεία συλλέχθηκαν από διαδικτυακές έρευνες από τις 15 Ιουνίου έως τις 15 Ιουλίου 2020. Χρησιμοποιήθηκε μονομεταβλητή και πολλαπλή γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης για τον προσδιορισμό των προγνωστικών παραγόντων. Συνολικά 1.030 ασθενείς σε 13 επαρχίες της Σαουδικής Αραβίας συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με χρόνιες ασθένειες παρουσίασαν σημαντικά επίπεδα φόβου και άγχους κατά τη διάρκεια της επιδημίας COVID-19. Διαπιστώθηκε ότι το 21,44% των συμμετεχόντων πληρούσε τα κριτήρια για τις περιπτώσεις άγχους και το 19,4% θεωρήθηκαν οριακές περιπτώσεις άγχους. Στην ανάλυση παλινδρόμησης, σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης του φόβου και του άγχους για την υγεία ήταν το γυναικείο φύλο, η κατώτερη εκπαίδευση, η μέση ηλικία, η διάζευξη ή η χηρεία, η λήψη ανοσοκατασταλτικών, ο τύπος χρόνιας νόσου (νόσος του Crohn, υπέρταση και καρδιαγγειακές παθήσεις) και η χρήση των μέσων ενημέρωσης ως πηγή γνώσεων για τον COVID-19. Οι ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς και οι ασθενείς με χρόνια νόσο είναι ευάλωτοι στο φόβο και το άγχος κατά τη διάρκεια επιδημικών μολυσματικών ασθενειών όπως το COVID-19. Η βελτιστοποίηση της συμμόρφωσης αυτού του πληθυσμού με τις κατάλληλες στρατηγικές πρόληψης και ελέγχου των λοιμώξεων είναι ζωτικής σημασίας κατά τη διάρκεια των λοιμωδών εστιών για τη

διασφάλιση της ασφάλειάς τους, τη μείωση του κινδύνου μόλυνσης και σοβαρών επιπλοκών και τη μείωση του φόβου και του άγχους για την υγεία. Πρέπει επίσης να εφαρμοστούν άμεσα αποτελεσματικές θετικές ψυχολογικές παρεμβάσεις και στρατηγικές υποστήριξης για την αύξηση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας αυτών των ασθενών. Λόγω της επιδημίας COVID-19, οι ασθενείς με χρόνια νόσο στη Σαουδική Αραβία χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή από τις υγειονομικές αρχές, τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τους επαγγελματίες υγείας για τη διαχείριση δυσπροσαρμοστικών μορφών άγχους και φόβου για την υγεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Actis, G. et al., 2019. History of Inflammatory Bowel Diseases. *Journal of Clinical Medicine*. 8(1970), p.1-14.

Adio, J., & Burch, J. 2020. Chronic diarrhoea due to bile salt malabsorption: nurse-led assessment, medical treatment and dietary management. *Gastrointestinal Nursing*, 18(1), p.26-31.

Agrawal, G. et al., 2020. Profound remission in Crohn's disease requiring no further treatment for 3–23 years: a case series. *Gut pathogens*, 12, p.1-8.

Ainouche, A. et al., 2020. Unusual intestinal and extra intestinal findings in Crohn's disease seen on abdominal computed tomography and magnetic resonance enterography. *Clinical imaging*, 59(1), p.30-38.

Al-Rahimi, J. et al., 2021. Levels and predictors of fear and health anxiety during the current outbreak of COVID-19 in immunocompromised and chronic disease patients in Saudi Arabia: A cross-sectional correlational study. *Plos One*. 16(4), p.1-13.

Craig, L., 2007. A guide to taking a patient's history. *Art & Science Clinical Skills*. 22(13), p.42-48.

Colombo, F., et al., 2020. P481 Repeated surgery for recurrent ileocolonic Crohn's disease: does the outcome keep worsening operation after operation? A comparative study of 1224 consecutive procedures. *Journal of Crohn's and Colitis*, 14(Supplement_1), p. S423-S424.

Di Candido, F., Moggia, E., & Spinelli, A., 2020. Pre-operative optimisation in Crohn's Disease. *Elsevier*. 31(2), p. 1-12.

Dias, CC. et al., 2013. Clinical prognostic factors for disabling Crohn's disease: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Gastroenterology*. 19(24), p.3866-3871.

De Castro, M. et al., 2020. Dietary patterns Associated to clinical Aspects in crohn's Disease patients. *Scientific reports*, 10(1), p.1-9.

Dewit, S., 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

- Fan, C.** et al., 2021. Analysis of Risk Factors and Nursing Intervention Measures Affecting Nutritional Status of Children with Crohn's Disease. *Evid Based Complement Alternat Med.* 11(12), p.1-12.
- Faris, M.,** Al-Mukhtar, S. & Ibrahim, R., 2021. Physiology of the Digestive System. *ResearchGate.* p.1-9.
- Feuerstein, J. &** Cheifetz, A., 2017. Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management. *Mayo Clinic.* 92(7), p.1088-1103.
- Gecse, K. &** Vermeire, S., 2018. Differential diagnosis of inflammatory bowel disease: imitations and complications. *The Lancet.* 3(9), p.644-653.
- Goens, D., &** Micic, D. 2020. Role of Diet in the Development and Management of Crohn's Disease. *Current Gastroenterology Reports,* 22(4), p.1-9.
- Golik, M.** et al., 2014. Working Group Guidelines on the nursing roles in caring for patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in Poland. *Prazegląd Gastroenterologiczny.* 9(4), p.179-193.
- Gordon-Dixon, A.** et al., 2021. The role of exclusive enteral nutrition in the pre-operative optimisation of adult patients with Crohn's disease. A systematic review. *Clin Nutr ESPEN.* 46, p.99-105.
- Inga, P.** et al., 2020. A dietary intervention to improve the microbiome composition of pregnant women with Crohn's disease and their offspring: The MELODY (Modulating Early Life Microbiome through Dietary Intervention in Pregnancy) trial design. *Contemporary Clinical Trials Communications,* 100573.
- Kusulas-Delint, D.** et al., 2016. Crohn's Disease: Review and Current Concepts. *Rev Invest Med Sur Mex.* 23(1), p.10-20.
- Li, S.** et al., 2021. Medication Belief is Associated with Improved Adherence to Exclusive Enteral Nutrition in Patients with Crohn's Disease. *Patient Prefer Adherence.* 16(15), p.1-10.
- Lightner, A.** et al., 2020. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease. *Diseases Of The Colon & Rectum.* 63(8), p.1028-1052.

- Lightner**, A. L. et al., 2021. Dysplastic Progression to Adenocarcinoma is Equivalent in Ulcerative Colitis and Crohn's disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 15(1), p.24-34.
- Logan**, M., et al., 2020. Analysis of 61 exclusive enteral nutrition formulas used in the management of active Crohn's disease—new insights into dietary disease triggers. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 51(10), p.935-947
- Mak**, W. Et al., 2019. The epidemiology of inflammatory bowel disease: East meets west. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 35, p.380-389.
- Nettina**, S., 2014. *The Lippincott manual of nursing practice*. 10th edition. Philadelphia. Lippincott.
- Nigam**, Y. et al., 2019. Gastrointestinal tract 4: anatomy and role of the jejunum and ileum. *Nursing Times*. 115(9), p.43-46.
- Petagna**, L. et al., 2020. Pathophysiology of Crohn's disease inflammation and recurrence. *Biology Direct*. 15(23), p.1-10.
- Rachmania**, D. & Yunitasari, E., 2016. Development of Nursing Diagnosis & Intervention Instrument Based on Standardizes Nursing Language. *Jurnal Ners*. 11(2), p.157-163.
- Ribeiro de Barros**, J. et al., 2021. Nursing Process in a Patient with Crohn's Disease: Case Report. *Open Journal of Nursing*. 11, p.258-265.
- Rosso**, C. et al., 2021. Inflammatory Bowel Disease Nurse—Practical Messages. *Nursing Reports*. 11, p.229-241.
- Smith**, A., 2016. *Oxford Handbook of Surgical Nursing*. Oxford.
- Smrekar**, M. et al., 2017. Use of the Objective Structured Clinical Examination in Undergraduate Nursing Education. *Croat Nurs Journal*. 1(1), p.91-102.
- Srinivasan**, A., et al., 2020. A virtual clinic increases anti-TNF dose intensification success via a treat-to-target approach compared with standard outpatient care in Crohn's disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 51(12), p.1342-1352.
- Sulz**, MC. Et al., 2020. Treatment Algorithms for Crohn's Disease. *Karger*. 101(1), p.43-57.

Thin, L. W., et al., 2021. Ileocolonic End-to-End Anastomoses in Crohn's Disease Increase the Risk of Early Post-operative Endoscopic Recurrence in Those Undergoing an Emergency Resection. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, p.1-11.

Torres, J., Mehandru, S. & Colombel, JF., 2017. Crohn's Disease. *The Lancet*. 389(10080), p.1741-1755.

Van Rheenen., et al., 2020. The medical management of paediatric Crohn's disease: an ECCO-ESPGHAN guideline update. *Journal of Crohn's and Colitis*.

Yamamoto, T. et al., 2020. Perioperative management of ileocecal Crohn's disease in the current era. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 14(9), p. 843-855.

Younge, L., Mason, I. & Kapasi, R., 2020. Specialist inflammatory bowel disease nursing in the UK: current situation and future proofing. *Frontline Gastroenterol*. 12(3), p.169-174.

Zager, Y., et al., 2021. Low psoas muscle area is associated with postoperative complications in Crohn's disease. *International Journal of Colorectal Disease*, p.1-8.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Χαράτση-Γιωτάκη, Ε., 2014. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία: ΙΔΙΩΤΙΚΗ*