



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Ιατρικής

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Νοσηλευτική Παθολογία»

**«ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ
ΠΑΘΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΩΝ ΣΤΗ ΒΔ ΕΛΛΑΔΑ»**

ΤΟΚΗ ΣΟΦΙΑ-ΜΑΡΙΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

2016

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή

Κατσάνος Κωνσταντίνος

Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας Τμήματος Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (Επιβλέπων).

Χριστοδούλου Δημήτριος

Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας Τμήματος Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων (Μέλος).

Κοσμίδου Μαρία

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας Τμήματος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων (Μέλος).

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΜΕΡΟΣ Α΄	
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ</u>	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	11
ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ.....	15
ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN.....	17
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: 1. Ανοσολογικοί μηχανισμοί.....	19
2. Γενετικοί μηχανισμοί.....	20
3. Λοιμώδεις παράγοντες.....	21
4. Ψυχοσωματικοί παράγοντες.....	21
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ	22
1)Τα ενδοσκόπια και η ασφάλεια της εξέτασης	22
2)Ενημέρωση του ασθενούς	23
3)Οι ανάγκες του πληθυσμού για ενδοσκόπηση.....	23
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ.....	25
ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΒΙΝΤΕΟ-ΚΑΨΟΥΛΑ.....	27

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ.....	28
ΘΕΡΑΠΕΙΑ: 1. Φαρμακευτική θεραπεία.....	29
2. Χειρουργική αντιμετώπιση	32
3. Διατροφική υποστήριξη ασθενών με ΙΦΝΕ.....	32

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ - ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	35
ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	38

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΣΚΟΠΟΣ.....	42
ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ.....	43
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	44
ΠΙΝΑΚΑΣ-ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ: ΤΥΠΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	45
ΠΙΝΑΚΑΣ-ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ: ΕΥΡΗΜΑ.....	46
ΠΙΝΑΚΑΣ-ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ: ΑΛΛΑΓΗ ΕΥΡΗΜΑΤΟΣ.....	47
ΠΙΝΑΚΑΣ-ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ: ΒΙΟΨΙΕΣ.....	48
ΠΙΝΑΚΑΣ-ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ: ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ	49
ΠΙΝΑΚΑΣ: ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΚΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ.....	50
ΠΙΝΑΚΑΣ-ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ: ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΛΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ	51

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΕΥΡΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ.....	52
ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ.....	54
ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΛΛΑΓΗΣ ΕΥΡΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ – ΔΙΑΓΡΑΜΜ.....	56
ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΒΙΟΨΙΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ.....	57
ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΠΡΩΚΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ.....	58
ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΚΟΛΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ.....	60
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	66
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	72
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	75

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Καθηγητή Τσιάνο Επ. που μου έδωσε την ευκαιρία να παρακολουθήσω το Μεταπτυχιακό <Νοσηλευτική Παθολογία> και να αποκτήσω περισσότερες γνώσεις σε αυτόν τον τομέα.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επίκουρο Καθηγητή Γαστρεντερολογίας του Α.Ε.Ι. Ιωαννίνων κ. Κατσάνο Κων/νο ο οποίος ήταν ο άμεσος επιβλέπων της παρούσας εργασίας για την αμέριστη βοήθεια που μου προσέφερε έτσι ώστε να τελειοποιήσω την διπλωματική μου εργασία.

ΛΕΞΕΙΣ - ΚΛΕΙΔΙΑ

Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα των εντέρων, ελκώδης κολίτιδα, νόσος Crohn, εντεροπάθεια, δυσπλασίες, αδenoκαρκίνωμα, ενδοσκόπια, κολοσκόπηση, εντεροσκόπηση.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις των εντέρων (Ελκώδη κολίτιδα, Νόσο Crohn) είναι χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του πεπτικού σωλήνα άγνωστης αιτιολογίας, που χαρακτηρίζονται από ποικιλία εντερικών και εξωεντερικών εκδηλώσεων.

Επιδημιολογικές μελέτες υπαινίσσονται την παρουσία γενετικού παράγοντα και για τις δύο. Διάφοροι τόποι στα χρωμοσώματα 3, 7 και 12 έχουν συνδεθεί με τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου γενικά, ενώ τόποι στα χρωμοσώματα 2 και 6 συνδέονται μόνο με την ελκώδη κολίτιδα. Σύνδεση γονιδίων στο χρωμόσωμα 16 έχει παρατηρηθεί μόνο στη νόσο του Crohn.

Η ταυτοποίηση των δύο παθήσεων γίνεται από τα μακροσκοπικά και μικροσκοπικά χαρακτηριστικά τους.

Υπάρχει όμως ένας αριθμός παραγόντων που υποδηλώνει ότι η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn ίσως να είναι συναφή νοσήματα:

- Έχουν κοινά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

- Προσβάλλουν συχνά άτομα της ίδιας οικογένειας
- Έχουν κοινές εξωεντερικές εκδηλώσεις (οζώδες ερύθημα, αρθρίτιδα, σκληρυντική χολαγγειίτιδα κ.α.)
- Και οι δυο νόσοι απαντούν σε άτομα με παθολογική ανοσολογική απάντηση (παρατεταμένη ενεργοποίηση του ανοσολογικού συστήματος του εντέρου έναντι ενός ειδικού ή μη ειδικού αντιγόνου).
Υπάρχουν όμως και σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο νόσων:
- Η ελκώδη κολίτιδα προσβάλλει το παχύ έντερο ενώ η νόσος του Crohn τον τελικό ειλεό και το δεξιό κόλον.
- Η προσβολή του εντέρου στη νόσο του Crohn είναι συνήθως ασυνεχής (κατά τόπους) ενώ στην ελκώδη κολίτιδα είναι συνεχής.
- Η ελκώδη προσβάλλει τον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα με εμφανή διάχυτα επιφανειακά έλκη ενώ η νόσος του Crohn προσβάλλει όλους τους χιτώνες του παχέος εντέρου με εμφανή γραμμοειδή έλκη και εγκάρσια (εικόνα λιθόστρωτου).
- Η ανάπτυξη καρκίνου είναι συχνή στην ελκώδη κολίτιδα με περιπρωκτικές αλλοιώσεις στο 25% ενώ στην νόσο του Crohn είναι ασυνήθης η ανάπτυξη καρκίνου, με περιπρωκτικές αλλοιώσεις στο 80%
- Οι στενώσεις κατά κανόνα είναι κακοήθεις στην ελκώδη κολίτιδα ενώ στην νόσο του Crohn είναι καλοήθεις.
- Μετά την κολεκτομή, η υποτροπή είναι σπάνια στην ελκώδη κολίτιδα ενώ στην νόσο Crohn η υποτροπή είναι συχνή (70%).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η συχνότητα εμφάνισης των ιδιοπαθών φλεγμονωδών παθήσεων των εντέρων, έχει αυξηθεί σε παγκόσμια κλίμακα.

Περιοχές με υψηλή επίπτωση της ελκώδης κολίτιδας και νόσο του Crohn είναι η Αγγλία, η Βόρεια Ευρώπη, οι ΗΠΑ και η Αυστραλία. Στις βιομηχανοποιημένες χώρες της Δύσης η επίπτωση της ελκώδης κολίτιδας κυμαίνεται από 3-15 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους το χρόνο και ο επιπολασμός από 50-80 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού το χρόνο αντίστοιχα. Ενώ η νόσος του Crohn κυμαίνεται γύρω στις 5 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού το χρόνο και ο επιπολασμός φτάνει στις 50 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού αντίστοιχα.

Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι 1.000.000 άτομα πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn. Ειδικότερα, η συχνότητα της ελκώδης κολίτιδας υπολογίζεται σε 6/100.000 κατοίκους ανά έτος, ενώ η νόσος Crohn σε 2/100.000 κατοίκους με αυξητικές τάσεις. Θετικό οικογενειακό ιστορικό για ιδιοπαθή φλεγμονώδη πάθηση (Ε.Κ ή Ν.Σ) είναι δυνατόν να υπάρχει στο 17% των ασθενών.

Προσβάλλουν κατά κανόνα εφήβους και νέους ενήλικες ηλικίας 15-25 κυρίως, αλλά παρουσιάζουν όμως και μια δεύτερη αύξηση της συχνότητάς τους μεταξύ 55 έως 65 ετών.

Μεταξύ των γενετικών κληρονομούμενων παραγόντων που εκδηλώνονται με πολλούς τρόπους στο καρκίνωμα αυτό, είναι η μετάλλαξη των ογκογονιδίων K-Ras, c-myc καθώς και του κατασταλτικού γονιδίου p53, απώλεια του APC γονιδίου στο χρωμόσωμα 17 και του DCC γονιδίου στο χρωμόσωμα 18.

Ακόμα, έχει βρεθεί ότι μετανάστες από χώρες με χαμηλή επίπτωση καρκινώματος παχέος εντέρου, όταν βρεθούν σε χώρες με υψηλή επίπτωση, υπόκεινται στους ίδιους κινδύνους με εκείνους που υπάρχουν στις χώρες αυτές, εφόσον ακολουθούν τον ίδιο τρόπο ζωής και διατροφής.

Επίσης είναι γνωστή η συσχέτιση αδενώματος-καρκινώματος στην νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα.

Συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου κινδυνεύουν 3 φορές περισσότερο, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Οι ΙΦΠΕ προσβάλλουν εξίσου και τα δύο φύλα. Στις γυναίκες με ελκώδη κολίτιδα παρατηρήθηκε ότι κατά την εγκυμοσύνη ή μετά τον τοκετό υπάρχει έξαρση της νόσου σε ποσοστό 30% όταν η νόσος βρισκόταν σε ύφεση και περίπου 60% όταν ήταν σε αυτές εν ενεργεία πριν την εγκυμοσύνη. Αυτόματη αποβολή του εμβρύου επέρχεται σε 10% περίπου των γυναικών που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα.

Επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα έχουν δείξει ότι η επίπτωση της ελκώδους κολίτιδας κυμαίνεται από 4-11 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους το χρόνο.

Στο νομό Ιωαννίνων, στη διάρκεια 12 ετών (Ιούνιος 1982-31 Δεκεμβρίου 1993), πραγματοποιήθηκε επιδημιολογική μελέτη με σκοπό τον προσδιορισμό των διαφόρων επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της φλεγμονώδους πάθησης των εντέρων. Υπολογίστηκε η επίπτωση και ο επιπολασμός της φλεγμονώδους πάθησης των εντέρων στο νομό Ιωαννίνων, καθώς και η ειδική κατά φύλο και ηλικία επίπτωση, η επίπτωση ανάλογα με τη χωροταξική κατανομή, η παρουσία δυσκοιλιότητας στην έναρξη της νόσου, η έκταση και η βαρύτητά της κατά την προσβολή, η συχνότητα εξωεντερικών εκδηλώσεων και η πορεία της φλεγμονώδους πάθησης των εντέρων στο παραπάνω χρονικό διάστημα. 77 ασθενείς πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για την ελκώδη κολίτιδα (ετήσια επίπτωση 4,2/10 κατοίκους) και μόνο 8 για τη νόσο του Crohn (ετήσια επίπτωση 0,42/10 κατοίκους) σε ένα νόμο με 157.214 κατοίκους. Η επίπτωση της ελκώδους κολίτιδας ήταν χαμηλότερη στα πρώτα 3 έτη της μελέτης (1,8/10/έτος) και αυξήθηκε στη συνέχεια σε 4,8, 5,1/10/έτος για τις επιτυχείς περιόδους 4,3 και 2 ετών, αντίστοιχα. Η επίπτωση της ελκώδους κολίτιδας ήταν λίγο υψηλότερη στους άνδρες. Πάνω από το ένα τρίτο των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα είχε πανκολίτιδα, ενώ περίπου το ένα τέταρτο είχε μόνο ορθοπρωκτίτιδα. Βαριά ή μέτρια ελκώδη κολίτιδα είχαν 63,6% των ασθενών. Σε αστική περιοχή κατοικούσαν 70% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Εξωεντερικές εκδηλώσεις καταγράφηκαν στο 10,3%. Οκτώ ασθενείς (11,8%) είχαν βαριά πορεία και 4 (50%) υπέστησαν κολεκτομή (5,9% στο σύνολο των ασθενών). Δυσκοιλιότητα βρέθηκε σε 19,5% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και συσχετιζονταν με ηπιότερη, μικρότερης έκτασης νόσο, καθώς και με ήπια ή μέτρια πορεία. Ο επιπολασμός της ελκώδους κολίτιδας ήταν 4,9/10 κατοίκους και της νόσου του Crohn 5,1/10 κατοίκους. Η επίπτωση της νόσου του Crohn ήταν το ένα δέκατο της ελκώδους κολίτιδας. Το εύρημα αυτό αντιτίθεται στα έως τώρα

ισχύοντα, όπου η επίπτωση της νόσου του Crohn δεν είναι μικρότερη από το ένα τρίτο της επίπτωσης της ελκώδους κολίτιδας. Συμπερασματικά, η σπανιότητα της νόσου του Crohn στην περιοχή μας δείχνει πιθανά την απουσία αιτιολογικών περιβαλλοντικών παραγόντων ειδικών για τη νόσο του Crohn ή ορισμένων άγνωστων γενετικών παραγόντων. Επιπρόσθετα, αν και η πλειονότητα των περιπτώσεων με ελκώδη κολίτιδα είχαν πανκολίτιδα ή αριστερή κολίτιδα με μέτρια ή βαριά νόσο, η πορεία της νόσου στην περιοχή μας φαίνεται να διατρέχει ήπια ή μέτρια, καθώς μόνο 5,9% των ασθενών υποβλήθηκαν σε κολεκτομή.

Νεότερη επιδημιολογική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ήπειρο (νομοί Ιωαννίνων, Άρτας, Πρέβεζας και Θεσπρωτίας) και σε 2 από τα Ιόνια νησιά (Κέρκυρα και Λευκάδα) και αφορά χρονικό διάστημα 6 ετών, από το 1992 έως και το 1997, δείχνει ότι όλα τα νομαρχιακά διαμερίσματα έχουν αύξηση της επίπτωσης των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων των εντέρων, εκτός από το νομό Πρεβέζης, ο οποίος έχει ένα σταθερό πρότυπο. Τα υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης υπολογίσθηκαν στο νομό Ιωαννίνων, από 5,55/105 έως 8,94/105 και στην Κέρκυρα, από 2,69/105 έως 10,55/105. Σε ολόκληρη την περιοχή της Ηπείρου το χάσμα μεταξύ της προσβολής ασθενών από ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn μικραίνει κάθε χρόνο ως συνέπεια της αυξανόμενης εμφάνισης νέων περιπτώσεων ασθενών με νόσο του Crohn.

Έτσι, το ήπιο κλινικό σχεδιάγραμμα της ασθένειας στην περιοχή της βορειοδυτικής Ελλάδας, εκτός από την Κέρκυρα, η απουσία της νόσου του Crohn στην Λευκάδα και η σχετικά χαμηλή επίπτωση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών παθήσεων των εντέρων στις ηλικίες κάτω από 25 ετών, είναι παράμετροι που χρειάζονται περαιτέρω έρευνα, καθώς οι διαφορές που υπάρχουν στις δύο επιδημιολογικές μελέτες, την δεκαετή (1982-1991) και την εξαετή (1992-1997), θα γίνουν σαφέστερες τα επόμενα έτη.

ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Η πρώτη περιγραφή της νόσου και η διάκρισή της από τις μικροβιακές κολίτιδες έγινε το 1859 από τον Samuel Wilks στο Guy's Hospital του Λονδίνου. Το 1909 οι sir Arthur Hurst και Hwakens περιέγραψαν λεπτομερώς τη νόσο και τη φυσική της πορεία.

Η ελκώδη κολίτιδα είναι χρόνια ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο που ξεκινά με προσβολή του ορθού και συνεχίζει και στο κόλον σε ποικίλη έκταση. Όταν περιορίζεται στο ορθό ονομάζεται ελκωτική πρωκτίτιδα και στους περισσότερους από αυτούς τους ασθενείς, το 75-90% δεν προσβάλλει το υπόλοιπο παχύ έντερο. Συνήθως η νόσος περιορίζεται στο ορθό και στο ορθοσιγμοειδές στο 40-50% των περιπτώσεων, στο 30-40% προσβάλλει το αριστερό κόλον και στο 20% όλο το παχύ έντερο. Η προσβολή του ορθού αφορά το 99% των περιπτώσεων.

Οι ήπιες ενδοσκοπικές αλλοιώσεις συνίστανται σε οιδηματώδη, υπεραίμικο βλεννογόνο. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις υπάρχουν και μικροσκοπικά έλκη, τα οποία γίνονται μεγάλα και βαθιά με προεξέχοντα χείλη που επεκτείνονται στο χόριο. Μερικές φορές τα έλκη αυτά είναι επιμήκη και επεκτείνονται κατά μήκος των κολικών ταινιών. Όταν η νόσος είναι σε ύφεση, ο βλεννογόνος μπορεί να είναι φυσιολογικός ή ατροφικός. Σε μεγάλη διάρκεια ελκώδη κολίτιδα η άναρχη αναγέννηση του βλεννογόνου αποτελεί αιτία ανάπτυξης ψευδοπολυπόδων.

. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων συνήθως συμβαδίζει με τη βαρύτητα και την έκταση της νόσου. Μερικοί όμως ασθενείς με ενεργό νόσο είναι σχεδόν ασυμπτωματικοί.

Όταν η ελκώδη κολίτιδα είναι σε οξεία φάση εμφανίζονται συστηματικά συμπτώματα όπως : πυρετός, απώλεια βάρους, ανορεξία, έμετοι, οιδήματα, από υπολευκωματιναιμία, βαριά αναιμία και σοβαρές ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Σε χρόνια νόσο παρατηρείται προοδευτικά βράχυνση και στένωση του κόλον που οφείλεται σε βλάβη των μυϊκών στιβάδων. Σε πολύ βαριά νόσο επέρχεται οξεία διάταση του εντέρου, με βαθιά έλκη και ελάχιστες νησίδες βλεννογόνου (τοξικό megacolon).

Συνήθως εκδηλώνεται με αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις, διατρέχοντας κατά κανόνα χρόνια πορεία με υφέσεις και εξάρσεις. Στους ασθενείς αυτούς υπάρχει διαταραχή της κινητικότητας του παχέος εντέρου.

Επιπλέον η ελκώδη κολίτιδα χαρακτηρίζεται από ποικιλία εξωεντερικών εκδηλώσεων όπως : δέρμα, οφθαλμοί, αρθρώσεις, ήπαρ, καρδιά.

Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση ότι η ελκώδη κολίτιδα σε αντίθεση με τη νόσο Crohn, είναι πιο συχνή στους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος αυτός είναι ιδιαίτερα υψηλός σε καπνιστές που έχουν διακόψει πρόσφατα το κάπνισμα. Αυτό φαίνεται ότι οφείλεται στο γεγονός ότι ο καπνός βελτιώνει την παραγωγή της βλέννας από το επιθήλιο του κόλον, η οποία είναι ελαττωμένη σε ασθενείς με ελκώδη.

Περιοχές με υψηλή επίπτωση της νόσου είναι η Αγγλία, η Βορειοδυτική Ευρώπη, η Βόρεια Αμερική και η Αυστραλία.

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN.

Το 1923 οι Crohn, Ginsberg και Oppenheimer περιέγραψαν μία νόσο άγνωστης αιτιολογίας, που χαρακτηρίζονταν από χρόνια διατοιχωματική φλεγμονή, κοκκιώματα, συρίγγια και αποστήματα και εντοπίζονταν κυρίως στον τελικό ειλεό, στο παχύ έντερο και την ορθοπρωκτική περιοχή.

Τα ποσοστά εντόπισης μόνο στο λεπτό έντερο είναι 30-40% , στο λεπτό και στο παχύ είναι 40-45% και μόνο στο παχύ είναι 15-25%. Εφόσον συμμετέχει το λεπτό έντερο, ο τελικός ειλεός είναι προσβεβλημένος στο 90% των περιπτώσεων.

Τα συμπτώματα είναι πυρετός, διάρροια, κολικοειδές κοιλιακό άλγος και απώλεια βάρους. Η προσβολή των εντέρων γίνεται εστιακά. Σε ένα ποσοστό 60% περίπου των αρρώστων ανευρίσκονται πολλαπλά κοκκιώματα, ιδίως στον υποβλεννογόνο , που η παρουσία τους, χαρακτηρίζει την νόσο. Το τοίχωμα του εντέρου γίνεται παχύ και ακολουθεί ίνωση, ακαμψία, στένωση του εντέρου και έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη διατοιχωματικής φλεγμονής. Αποτέλεσμα της φλεγμονής αυτής είναι η δημιουργία πρωκτικών και περιπρωκτικών παθήσεων όπως αποστήματα, συρίγγια.

Όταν υπάρχει προσβολή του παχέος εντέρου η αιμορραγία από το ορθό είναι λιγότερο συχνό σύμπτωμα απ'ότι στην ελκώδη. Είναι όμως πιο έκδηλα ο πυρετός και το κοιλιακό άλγος. Το κοιλιακό άλγος επιδεινώνεται με τη λήψη τροφής και βελτιώνεται σε νηστεία.

Όταν η νόσος προσβάλλει το λεπτό έντερο τότε συνυπάρχουν συμπτώματα δυσαπορρόφησης. Στους ασθενείς αυτούς συνυπάρχει διαταραχή του μεταβολισμού των χολικών αλάτων και

αυξημένη απορρόφηση από το παχύ έντερο οξαλικών αλάτων, με αποτέλεσμα τη δημιουργία χολολιθίασης ή νεφρολιθίασης αντίστοιχα.

Συχνές είναι οι εξωεντερικές εκδηλώσεις της νόσου. Οι ασθενείς, μπορεί να εμφανίσουν υποθρεψία, υπολευκωματιναιμία, σιδηροπενική ή μεγαλοβλαστική αναιμία, αρθρίτιδα.

Αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι οι βιομηχανικές βορειοδυτικές Ευρωπαϊκές χώρες, η βόρεια Αμερική καθώς και η Αυστραλία.⁽²³⁾

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:

Η αιτιολογία και οι ακριβείς σχέσεις αυτών των παθήσεων παραμένουν άγνωστοι. Όμως κατά διαστήματα έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι μηχανισμοί ή παράγοντες των παθήσεων αυτών.

1. Ανοσολογικοί μηχανισμοί

Ανοσοβιολογικοί παράγοντες θεωρείται ότι ενέχονται στη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και η αρχική αιτία αποδίδεται σε ανοσολογική ανεπάρκεια του βλεννογόνου.

Απόρροια της ανεπάρκειας αυτής είναι η ελάττωση της αμυντικής του ικανότητας με προαγωγή της φλεγμονής τοπικώς, η οποία εν συνεχεία αποτελεί ερέθισμα για αυξημένη συστηματική ανοσολογική ανταπόκριση που οδηγεί σε βλάβη του εντέρου. Η Νόσο Crohn με αυτοάνοσο χαρακτήρα, έχει αυξημένη συχνότητα των HLA φαινοτύπων B27 και B44.

Επίσης σημαντική συμμετοχή στη δημιουργία και διαίωνιση της φλεγμονής του εντέρου έχει η δυσλειτουργία του ανοσολογικού συστήματός του, που εκφράζεται μέσω των επιθηλιακών κυττάρων του, με δυσανάλογο πολλαπλασιασμό των Τ βοηθητικών

λεμφοκυττάρων από ότι των T κατασταλτικών, ενώ στο φυσιολογικό έντερο συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο.

Επίσης έχει βρεθεί ότι ο ορός αρρώστων με ελκωτική κολίτιδα περιέχει αντισώματα που αντιδρούν με αντιγόνα των βλεννοεκκριτικών επιθηλιακών κυττάρων του παχέος εντέρου (αντικολονικά αντισώματα). Η συχνότητα τέτοιων αντιδράσεων ποικίλλει από 15% με έμμεσο ανοσοφθορισμό μέχρι 90% με αιμοσυγκόλληση. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και σε αρρώστους με νόσο του Crohn. Με τη μέθοδο της αιμοσυγκόλλησης τα αντικολονικά αντισώματα ανήκουν κυρίως στην τάξη M των ανοσοσφαιρινών (IgM). Ο υψηλός τίτλος αντικολονικών αντισωμάτων σε υγιείς γυναίκες που είχαν πρώτου βαθμού συγγένεια με αρρώστους με ελκωτική κολίτιδα υποδηλώνει κάποια γενετική προδιάθεση της νόσου. Η παρουσία και οι τίτλοι των αντικολονικών αντισωμάτων δεν συσχετίζονται με την ηλικία ή το φύλο του αρρώστου. Επίσης δεν υπάρχει συσχέτιση με οικογενειακό ιστορικό τέτοιων παθήσεων ούτε με τη θέση, δραστηριότητα, έκταση ή διάρκεια της νόσου. Τα αντισώματα αυτά είναι κυτταροτοξικά, *in vitro*, για τα επιθηλιακά κύτταρα του παχέος εντέρου. Τέλος έχουν ανιχνευθεί και σε υγιή άτομα.

Κυκλοφορόντα ανοσοσυμπλέγματα έχουν βρεθεί σε μερικούς αρρώστους με ελκωτική κολίτιδα και νόσο του Crohn. Η αντιγονική τους σύσταση είναι άγνωστη. Τα ανοσοσυμπλέγματα αυτά ανιχνεύονται σε αρρώστους με νόσο του Crohn μετά από επιτυχή αφαίρεση του εντέρου.

2. Γενετικοί μηχανισμοί

Η ελκωτική κολίτιδα και η νόσος του Crohn δεν αποτελούν κλασικές γενετικές νόσους. Παρόλα αυτά όμως έχουν αναφερθεί πολλαπλές οικογενείς περιπτώσεις σε ποσοστό από 15% μέχρι 40% , σε αρρώστους

με “μη ειδική” φλεγμονώδη πάθηση των εντέρων. Επίσης η αυξημένη συχνότητα των παθήσεων αυτών μεταξύ ατόμων της Ιουδαϊκής φυλής και η αυξημένη συχνότητα συνύπαρξης με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα ενοχοποιούν γενετικά προκαθορισμένους μηχανισμούς.

Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας (HLA) παίζουν κάποιο ρόλο στην παθογένεια των “μη ειδικών” φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου. Για παράδειγμα σε μια εργασία όπου μελετήθηκαν 109 άρρωστοι, βρέθηκε αυξημένη συχνότητα του αντιγόνου HLA-A₁₁ μεταξύ των 58 αρρώστων με ελκωτική κολίτιδα ενώ στους 51 αρρώστους με νόσο του Crohn βρέθηκε αυξημένη η συχνότητα του αντιγόνου HLA-B₁₈. Επίσης σε αρρώστους με τέτοιες παθήσεις και αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα βρέθηκε αυξημένη συχνότητα, μέχρι 50%, του αντιγόνου HLA-B₂₇. Στους αρρώστους που δεν είχαν B₂₇ βρέθηκε το αντιγόνο HLA-Bw₁₆. Επίσης αναφέρεται ότι ο συνδυασμός των αντιγόνων B₁₂, Cw₅, DR₇ είναι συχνότερος σε αρρώστους με νόσο του Crohn.

3. Λοιμώδεις παράγοντες

Οι συχνότητες εμφάνισης της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn δεν σχετίζονται ευθέως με αυτή των λοιμωδών δυσεντεριών. Παρόλα αυτά όμως οι μικροβιακές λοιμώξεις παραμένουν μια πιθανή αιτία για τους εξής λόγους:

- Υπάρχουν φλεγμονώδεις παθήσεις των εντέρων που οφείλονται σε γνωστά βακτηρίδια.
- Πρόσφατα έχουν αναγνωρισθεί “νέα” βακτηρίδια τα οποία προκαλούν εντερίτιδα και κολίτιδα, όπως π.χ. *Yersinia enterocolitica*, Non-O group 1 *Vibrio cholerae*.
- Πολυάριθμες φλεγμονώδεις παθήσεις των εντέρων στα ζώα, που έχουν κάποια ομοιότητα με τις “μη ειδικές” φλεγμονώδεις

παθήσεις εντέρων στους ανθρώπους οφείλονται σε βακτήρια ή ιούς.

Ειδικότερα η υπόνοια ότι οι δύο αυτές παθήσεις μπορεί να έχουν σαν αίτιο κάποιο ιό ή ιούς ξεκινά από παρατηρήσεις όπως κλινική ομοιότητα της ελκωτικής κολίτιδας με την κολίτιδα από τον ιό Lymphorathia Venereum και πρόκληση εντερίτιδας πειραματικά μετά από μόλυνση με τον ιό rotavirus.

Σε αντίθεση με αυτά είναι το γεγονός οι νοσηλεύτριες και οι γαστρεντερολόγοι που έρχονται σε στενή ή παρατεταμένη επαφή με αρρώστους που πάσχουν από τις παραπάνω παθήσεις, δεν έχουν αυξημένη συχνότητα τέτοιων παθήσεων.

4. Ψυχοσωματικοί παράγοντες

Ο ρόλος των ψυχοσωματικών παραγόντων σαν αιτία των “μη ειδικών” φλεγμονωδών παθήσεων των εντέρων είναι ο πιο αμφιλεγόμενος. Πιθανότατα όμως είναι ένας παράγοντας για την οξεία υποτροπή εγκατεστημένης νόσου.

Ψυχολογικοί παράγοντες, πεδία έντασης είτε στον άρρωστο ή στην οικογένειά του, συσχετίζονται με την εκδήλωση φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου. Οι ασθενείς αυτοί θεωρούνται, ότι έχουν αυξημένη συναισθηματική ευαισθησία.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ.

Είναι διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι, που έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία 35 χρόνια και έχουν τελειοποιηθεί την τελευταία δεκαετία. Με την ενδοσκόπηση ο ειδικός γιατρός (γαστρεντερολόγος) παρατηρεί όλη την εσωτερική επιφάνεια του οισοφάγου, στομάχου, δωδεκα-

δακτύλου και του παχέος εντέρου με τη βοήθεια λεπτών εύκαμπτων σωλήνων (ενδοσκόπιο). Επίσης, είναι δυνατόν με ειδικό ενδοσκόπιο και τη βοήθεια ακτινολογικού μηχανήματος να καθετηριάσει το χοληφόρο δέντρο (δηλαδή το αποχετευτικό σύστημα του ήπατος που μεταφέρει τη χολή στο έντερο) και τους παγκρεατικούς πόρους και να λάβει ακτινολογικές εικόνες για τη διάγνωση νοσημάτων των χοληφόρων οδών και των παγκρεατικών πόρων.

Η διαγνωστική ενδοσκόπηση του ανώτερου (οισοφάγος, στομάχι, δωδεκαδάκτυλο) ή του κατώτερου (παχύ έντερο) πεπτικού συστήματος γίνεται σε εξωτερικούς ασθενείς και δεν χρειάζεται νοσηλεία. Η ευαισθησία και η ειδικότητα της ενδοσκόπησης, δηλαδή η ικανότητα για ανίχνευση και αναγνώριση υπάρχουσας βλάβης φθάνει το 98-100%. Η ενδοσκόπηση πλεονεκτεί των ακτινολογικών μεθόδων, γιατί κατά τη διάρκειά της ο ενδοσκόπος βλέπει την ίδια τη βλάβη, μπορεί να πάρει βιοψίες και να επιβεβαιώσει ιστολογικά τη διάγνωση. Επίσης, μπορεί να κάνει ενδοσκοπική θεραπεία π.χ. να αφαιρέσει πολύποδες και μικρούς επιφανειακούς καρκίνους.

1. Τα ενδοσκόπια και η ασφάλεια της εξέτασης

Τα σύγχρονα ενδοσκόπια περιλαμβάνουν στο άκρο τους μικροσπίτ και το ηλεκτρονικό σήμα μεταφέρεται με τη βοήθεια συστήματος καλωδίων στο ηλεκτρονικό κέντρο της μονάδας ενδοσκόπησης, όπου και γίνεται η ηλεκτρονική σύνθεση της εικόνας που προβάλλεται σε οθόνη τηλεόρασης. Η μέθοδος αυτή ονομάζεται σήμερα και βίντεο-ενδοσκόπηση.

Τα βίντεο-ενδοσκόπια είναι ατραυματικά, στεγανά και αποστειρώνονται πλήρως από κάθε μικροβιακό ή ιογενή παράγοντα, με τη χρήση ειδικών αντισηπτικών σε αυτόματα πλυντήρια ενδοσκοπίων, ώστε να μην είναι δυνατή η μετάδοση λοιμώξεως από ασθενή σε ασθενή.

Η πιθανότητα επιπλοκών από τις διαγνωστικές ενδοσκοπήσεις είναι πάρα πολύ μικρή και η θνητότητα πρακτικά μηδαμινή. Δεν οφείλονται στην ενδοσκόπηση, αλλά σε πολύ σοβαρές χρόνιες παθήσεις της καρδιάς ή των πνευμόνων, από τις οποίες πάσχουν ορισμένοι ασθενείς. Οι επιπλοκές και η θνητότητα των θεραπευτικών ενδοσκοπικών μεθόδων είναι δέκα περίπου φορές μικρότερες από τις αντίστοιχες χειρουργικές επεμβάσεις, γι' αυτό άλλωστε οι τελευταίες δεν χρησιμοποιούνται, όπου είναι δυνατή η ενδοσκοπική θεραπεία.

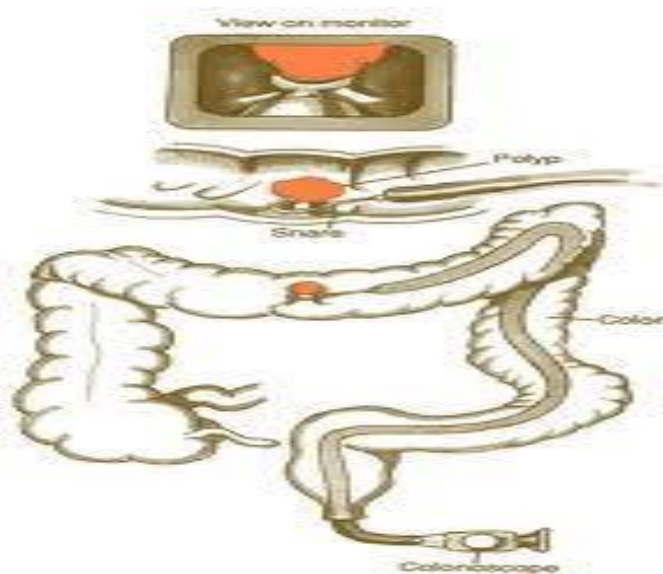
2. Ενημέρωση του ασθενούς

Σε όλους τους ασθενείς είναι απαραίτητο ο γιατρός:

- να εξηγήσει το λόγο που ενδείκνυται η ενδοσκόπηση
- να περιγράψει την εξέταση και την προετοιμασία γι' αυτή
- την ωφέλεια που θα έχει ο ασθενής από την εξέταση ή την επέμβαση
- τους πιθανούς κινδύνους από αυτή
- τις εναλλακτικές μεθόδους που υπάρχουν
- να παρέχει χρόνο για διευκρινιστικές ερωτήσεις και να απαντά σε αυτές
- να ζητήσει τη συγκατάθεση του ασθενούς για την εξέταση.

3. Οι ανάγκες του πληθυσμού για ενδοσκόπηση

Λόγω της δυνατότητας που προσφέρει η ενδοσκόπηση για ακριβή



διάγνωση και θεραπεία χωρίς ανοικτή χειρουργική επέμβαση, οι ανάγκες σε ενδοσκοπήσεις του πεπτικού συστήματος έχουν πολλαπλασιαστεί την τελευταία εικοσαετία. Από μελέτες που έγιναν στην Αγγλία, υπολογίζεται ότι σήμερα τουλάχιστον 1/100 κατοίκους υποβάλλεται σε μια διαγνωστική ενδοσκοπική πράξη το χρόνο. Ακόμα μεγαλύτερη αύξηση παρουσιάζουν οι ανάγκες για θεραπευτικές ενδοσκοπήσεις. Αρκεί να αναλογισθεί κανείς ότι π.χ. οι πολύποδες του στομάχου ή του παχέος εντέρου και οι λίθοι του χοληδόχου πόρου, που πριν 20 χρόνια θεραπεύονταν στο χειρουργείο με γενική αναισθησία και ανοικτή εγχείρηση, αντιμετωπίζονται σήμερα αποκλειστικά με ενδοσκοπική μικροχειρουργική θεραπεία.

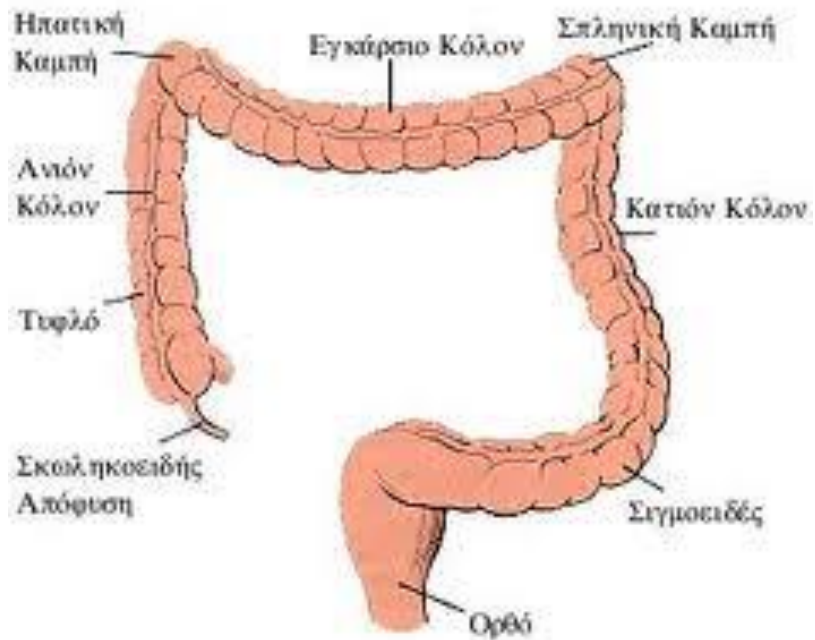
Λόγω της αλματώδους αύξησης της τεχνολογίας και της εφαρμογής της στην ενδοσκόπηση του πεπτικού συστήματος, το είδος των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων αυξάνεται συνεχώς, ώστε να παρίσταται η ανάγκη για ετήσια επιστημονική ενημέρωση στις νέες μεθόδους. Για το σκοπό αυτό σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες και την Ελλάδα έχουν από πολλά χρόνια δημιουργηθεί γαστρεντερολογικές εταιρείες και εταιρείες ενδοσκοπήσεως του πεπτικού συστήματος. Οι επιστημονικές αυτές εταιρείες συνεδριάζουν τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, με σκοπό την παρουσίαση ερευνητικών μελετών και την ενημέρωση των γαστρεντερολόγων στις νεότερες ενδοσκοπικές μεθόδους.

4. Οι διαγνωστικές ενδοσκοπήσεις.

Με τον όρο κολοσκόπηση εννοείται ο ενδοσκοπικός έλεγχος του παχέος εντέρου. Για να γίνει η εξέταση, απαιτείται καθαρισμός του εντέρου με υδρική δίαιτα 24 ωρών και λήψη ειδικών καθαρικών

φαρμάκων. Η εξέταση διαρκεί 15-30 λεπτά. Σε πολλούς ασθενείς είναι καλά ανεκτή. Σε εκείνους που αισθάνονται πόνο στην κοιλιά κατά την εξέταση, χορηγούνται ενδοφλέβια αναλγητικά και καταστολή. Τα τελευταία δυο χρόνια έχουν επινοηθεί και κατασκευασθεί τρία διαφορετικά ειδικά κολοσκόπια με σκοπό την ευκολότερη, ταχύτερη και ανώδυνη εξέταση του παχέος εντέρου. Τα ενδοσκόπια αυτά βρίσκονται στο στάδιο δοκιμών σε πειραματόζωα και ανθρώπους. Η κολοσκόπηση είναι απαραίτητη εξέταση για τη διάγνωση και παρακολούθηση νοσημάτων όπως ο καρκίνος και οι πολύποδες του παχέος εντέρου, η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn. Συμπτώματα που πρέπει να αξιολογούν οι ασθενείς και να προσφύγουν στο γιατρό τους είναι διάρροιες, απότομη έναρξη δυσκοιλιότητας, ορατό αίμα στα κόπρανα και σιδηροπενική αναιμία. Προληπτικά πρέπει να υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση όλα τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου. Μια μελέτη του 2000 που δημοσιεύθηκε στο New England Journal of Medicine και συνέκρινε την κολοσκόπηση με την σιγμοειδοσκόπηση, υπολόγισε την ακρίβεια αυτών των μεθόδων στην διάγνωση του καρκίνου σε 17.732 άτομα χωρίς συμπτώματα. Η σιγμοειδοσκόπηση θα είχε <<χάσει>> τους μισούς από τους καρκίνους που ανευρέθησαν σε αυτή τη μέθοδο γιατί η νόσος εντοπιζόταν αρκετά μακριά στο κόλον, πέραν από το σημείο που μπορεί να φτάσει το σιγμοειδοσκόπιο.

Οι οδηγίες (Oslo, 2004) της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ενδοσκόπησης συνιστούν προληπτική κολοσκόπηση κάθε 10 χρόνια σε όλα τα άτομα άνω των 50 ετών, γιατί ο καρκίνος του παχέος εντέρου και προλαμβάνεται (με την αφαίρεση πολυπόδων) και θεραπεύεται με εγχείρηση, αν διαγνωσθεί έγκαιρα.



5. Εντεροσκόπηση με βίντεο-κάψουλα

Η κατασκευή της βίντεο-κάψουλας επιτεύχθηκε με την πρόοδο της ηλεκτρονικής τεχνολογίας, ώστε στις διαστάσεις της κάψουλας (11x30 χιλιοστά) να χωρέσουν μπαταρία ρεύματος διάρκειας οκτώ ωρών και σύστημα συνεχούς λήψεως και εκπομπής ηλεκτρονικών εικόνων καλής ποιότητας. Οι εικόνες μεταβιβάζονται σε δέκτη που φορά στη μέση του ασθενούς. Ο ασθενής καταπίνει τη βίντεο-κάψουλα, η οποία με τις περισταλτικές κινήσεις του πεπτικού σωλήνα προωθείται κατά μήκος του λεπτού εντέρου, ενώ συγχρόνως εκπέμπει συνεχώς ηλεκτρονικές εικόνες του βλεννογόνου, οι οποίες αποθηκεύονται στο δέκτη. Η βίντεο-κάψουλα είναι μιας χρήσεως και αποβάλλεται με τα κόπρανα του ασθενούς. Η εξέταση με βίντεο-κάψουλα χρησιμοποιείται σε ασθενείς που υπάρχει υποψία νόσου του λεπτού εντέρου, όπως νόσος του Crohn, κοιλιοκάκη, καλοήθεις όγκοι ή καρκίνος. Ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν υποτροπιάζοντα επεισόδια μελαίνων κενώσεων ή σιδηροπενική αναιμία. Αν στους ασθενείς αυτούς η ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος και η κολοσκόπηση είναι χωρίς παθολογικά ευρήματα, η λογική ερμηνεία είναι ότι η εστία απώλειας αίματος εντοπίζεται στο λεπτό έντερο. Η εντεροσκόπηση με βίντεο-κάψουλα είναι αναντικατάστατη εξέταση για τη διάγνωση του αιτίου της αιμορραγίας. Αντένδειξη για εξέταση με βίντεο-κάψουλα αποτελεί σοβαρή στένωση του λεπτού εντέρου.

Επίσης, δεν επιτρέπεται να υποβληθεί ο ασθενής σε μαγνητική τομογραφία μέχρι να αποβληθεί η κάψουλα. Τα τελευταία δυο χρόνια έχει κατασκευασθεί βίντεο-κάψουλα για τον έλεγχο του παχέος εντέρου. Η εξέταση βρίσκεται σε φάση κλινικών δοκιμών.

6. Οι θεραπευτικές ενδοσκοπήσεις

Γίνονται χωρίς γενική νάρκωση. Η αφαίρεση των πολυπόδων και η διαστολή στενώσεων συνήθως γίνονται σε εξωτερικούς ασθενείς, ενώ σε άλλες θεραπευτικές ενδοσκοπήσεις η νοσηλεία στο νοσοκομείο διαρκεί 2-3 μέρες

Συμπεράσματα : Η σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική ενδοσκόπηση έχει αλλάξει τη διαγνωστική προσέγγιση και τη θεραπεία πολλών νοσημάτων του πεπτικού συστήματος. Είναι όμως ανάγκη να τονισθεί, ότι η ενδοσκοπική εικόνα που φθάνει στο μάτι του εξεταστή, πρέπει πάντοτε να αξιολογείται παράλληλα με το ιστορικό, τα ευρήματα από την κλινική εξέταση και τις υπόλοιπες εργαστηριακές εξετάσεις του αρρώστου. Η εφαρμογή της σύγχρονης τεχνολογίας στη γαστρεντερολογία, δεν είναι ο μοναδικός καθοριστικός παράγοντας για σωστή διάγνωση και θεραπεία. Οι αποφάσεις του θεράποντα γιατρού συνεχίζουν και σήμερα να εξαρτώνται από την ικανότητα του ανθρώπινου νου για ανάλυση και αξιολόγηση του συνόλου των δεδομένων, ώστε να ληφθεί η σωστή απόφαση για την ενδεικνυόμενη θεραπεία. Άλλη μια τεχνική είναι auto-fluorescence endoscopy (ενδοσκόπηση αυτοφθορισμού).

Η συγκεκριμένη τεχνική βασίζεται σε συγκεκριμένη επιστημονική φιλοσοφία, σύμφωνα με την οποία ένας καρκινικός και ένας μη καρκινικός ιστός ανταποκρίνονται διαφορετικά σε φως συγκεκριμένου μήκους κύματος, διαφορά που γίνεται αντιληπτή με διαφορετικό χρώμα.

Σε αυτή την τεχνική και πατώντας ένα κουμπί, η δυσπλασία και ο πρώιμος καρκίνος φαίνονται κόκκινα, ενώ ο φυσιολογικός ιστός πράσινος. Ενδοσκόπια που λειτουργούν βάσει αυτής της τεχνικής κυκλοφορούν ήδη σε Αγγλία και Ιαπωνία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι πάσχοντες από ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn πρέπει να γνωρίζουν ότι δεν υπάρχει πλήρης και δια βίου θεραπεία, έτσι θα συνυπάρχουν με την νόσο τους σε όλη τους την ζωή.

Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν πολύ ήπια νόσο με αραιές εξάρσεις ενώ άλλοι υποφέρουν από πολύ σοβαρά και συχνά επεισόδια μερικά από τα οποία χρειάζονται νοσοκομειακή αντιμετώπιση ή και χειρουργική. Δυστυχώς δεν μπορούμε να προδιαγράψουμε το μέλλον καθενός

αρρώστου ξεχωριστά μολονότι είναι γνωστό ότι περίπου οι μισοί άρρωστοι διάγουν τόσο ήπια νόσο που δεν θα χρειαστούν ούτε μια φορά να πάρουν κορτικοειδή στη ζωή τους.⁽²⁵⁾

Η συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση της Ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn επιτυγχάνεται α) με χορήγηση μιας ή συνδυασμού περισσότερων της μιας, φαρμακευτικών ουσιών, β) με συμπτωματική φαρμακευτική υποστήριξη γ) με ψυχιατρική υποστήριξη και τέλος, δ) με κατάλληλη από του στόματος ή παρεντερικά, διατροφική υποστήριξη.

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

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

περιλαμβάνει τέσσερις μεγάλες κατηγορίες φαρμάκων: αντιφλεγμονώδη, ανοσοκατασταλτικά, αντιβιοτικά και φάρμακα της συμπτωματικής αντιμετώπισης. Τελευταία γίνεται μεγάλη προσπάθεια ανεύρεσης νέων φαρμακευτικών προϊόντων πολλά από τα οποία έχουν δοθεί ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn σήμερα.

- **ΤΑ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ**

Κορτικοστεροειδή, Σουλφασαλαζίνη, Ανάλογα σουλφασαλαζίνης

- **ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ**

Tobramycin, Ciprofloxacin, Μετρονιδαζόλη, Ορνιδαζόλη,

- **ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ - ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΑ**

Αζαθειοπρίνη, 6-μερκαπτοπουρίνη, κυκλοσπορίνη, infliximab (remicade)

- **ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

Αντιδιαρροϊκά, σπασμολυτικά, αναλγητικά, κατασταλτικά του ΚΝΣ, χολεστυραμίνη (χορηγούνται με προσοχή).

- **ΑΛΛΑ** (σε βάση ερευνητική) Θεραπεία ελκώδους κολίτιδας με βάση διάφορες κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους η βαρύτητα της προσβολής χαρακτηρίζεται ως ήπια, μέτρια ή βαριά. Ο διαχωρισμός αυτός έχει μεγάλη σημασία αφού ο τρόπος θεραπείας και η δοσολογία των φαρμάκων καθορίζεται από την βαρύτητα της προσβολής. Οι άρρωστοι με ήπια μορφή της νόσου παρουσιάζουν διάρροια (κενώσεις λιγότερες από 5 το 24ωρο) με πρόσμιξη αίματος και βλέννας. Τα κόπρανα είναι φυσιολογικά ή ημισχηματισμένα. Υπάρχει τεινεσμός και κοιλιακά άλγη. Οι άρρωστοι με μέτριας βαρύτητας νόσο έχουν συχνές διαρροϊκές κενώσεις που είναι σχεδόν πάντα αιματηρές. Ο πόνος στην κοιλιά και η ευαισθησία υπάρχουν αλλά δεν είναι πολύ έντονοι. Η βαριά προσβολή χαρακτηρίζεται από πολλές αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις, αναιμία, πτώση της πίεσεως,

απώλεια βάρους, διατροφικά ελλείμματα και κοιλιακό πόνο. Στους περισσότερους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η νόσος αντιμετωπίζεται με την χορήγηση φαρμάκων από του στόματος ή παρεντερικά για διάστημα μερικών εβδομάδων. Μετά την επίτευξη ύφεσης των συμπτωμάτων της νόσου ενδείκνυται η επ' αόριστον (συνήθως εφ'όρου ζωής) χορήγηση μεσαλαζίνης (Salofalk, Asacol) από του στόματος για την αποφυγή της υποτροπής της νόσου. Τα φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι τα ακόλουθα : 1. Κορτιζόνη δηλαδή Πρεδνιζολόνη (Presolon) και μεθυλπρεδνιζολόνη (Medrol). Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται στην οξεία φάση για τον έλεγχο της φλεγμονής. Χρησιμοποιούνται υπό μορφή δισκίων, υποκλυσμών ή ενδοφλέβιων ενέσεων. Οι βαριές προσβολές χρειάζονται νοσηλεία στο νοσοκομείο. Η κυκλοσπορίνη είναι ένα φάρμακο που χρησιμοποιείται σε βαριές περιπτώσεις στις οποίες απέτυχε η χορήγηση κορτιζόνης. Υπάρχει ένα είδος κορτιζόνης (butezonide, budocol, budenofalk) το οποίο αδρανοποιείται ταχύτατα και επομένως έχει πολύ λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με τα άλλα είδη κορτιζόνης. 2. Μεσαλαζίνη (Salofalk, Asacol) χορηγείται τόσο στην οξεία προσβολή, όσο και ως θεραπεία συντηρήσεως. Χορηγείται από του στόματος καθώς και υπό μορφή υποκλυσμών και υποθέτων. 3. Αζαθειοπρίνη. Χρησιμοποιείται σε ασθενείς με χρόνια ενεργό νόσο, που απαιτεί για την αντιμετώπισή της συνεχή χορήγηση κορτιζόνης για μακρό διάστημα. Θεραπεία της νόσου του Crohn Η νόσος του Crohn παρουσιάζει σημαντικές δυσχέρειες στον καθορισμό μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής στρατηγικής λόγω του πολύπλοκου των κλινικών του εκδηλώσεων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση της ίδιας περιπτώσεως από διαφορετικούς ιατρούς, πράγμα που επαληθεύεται στην καθημερινή κλινική πράξη. Οι θεραπευτικές προσπάθειες αποβλέπουν κατά πρώτο λόγο στην συμπτωματική ανακούφιση του αρρώστου και κατά δεύτερο λόγο στην

αποκατάσταση των διαταραγμένων εργαστηριακών εξετάσεων και την διατήρηση της ύφεσης. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη νόσο Crohn είναι: 1. Κορτιζόνη (presolon, Medrol) 2. Αζαθειοπρίνη 3. Μεσαλαζίνη (Salofalk, Asacol) 4. Αντιβιοτικά (Flagyl, ciproxin, Betiral) για τον έλεγχο των λοιμώξεων 5. Infliximab (remicade) 6. Ειδικές (εντερικές) δίαιτες.

2. Χειρουργική αντιμετώπιση

Υπάρχουν ορισμένες απόλυτες ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης:

- Στην ελκώδη κολίτιδα, σε όλες τις περιπτώσεις, η χειρουργική επέμβαση που διενεργείται είναι η ολική κολεκτομή και ειλεοπρωκτική αναστόμωση. Αυτό σημαίνει ότι ενώνεται το λεπτό έντερο με τον πρωκτό. Οι περιπτώσεις όπου γίνεται μόνιμη ειλεοστομία (παρά φύση έδρα) είναι πλέον σπάνιες.

Ενδείκνυται η χειρουργική αντιμετώπιση σε τοξικό megacolon, δηλαδή σε οξεία προσβολή που δεν αντιμετωπίζεται με συντηρητικά μέσα και κινδυνεύει άμεσα η ζωή του ασθενή, σε χρόνια νόσο που δεν υφίεται με φαρμακευτική αγωγή ή χρειάζεται συνεχώς λήψη μεγάλων δόσεων κορτιζόνης και στις περιπτώσεις ανάπτυξης καρκίνου.

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1970, η θνητότητα της επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης της βαριάς ελκώδους κολίτιδας ήταν σημαντική (ποσοστό 20%), ενώ σήμερα δεν υπερβαίνει το 2%. Η εντυπωσιακή αυτή μεταβολή κατά τα τελευταία χρόνια οφείλεται κυρίως στη θέσπιση σαφών κριτηρίων διακοπής της συντηρητικής αντιμετώπισης της βαριάς νόσου, υπέρ της έγκαιρης χειρουργικής αντιμετώπισης.

- Στη νόσο του Crohn, όταν η εγχείρηση είναι αναπόφευκτη, γενικός κανόνας είναι να εξαιρεθεί όσο το δυνατόν λιγότερο τμήμα εντέρου μπορεί.

Ενδείκνυται η χειρουργική αντιμετώπιση σε απόστημα, πρωκτική νόσο (ραγάδα), στένωση, συρίγγιο.

3. Διατροφική υποστήριξη ασθενών με ΙΦΝΕ

Ενδείξεις διατροφικής υποστήριξης : Υπάρχουν τρεις μείζονες ενδείξεις για την έναρξη εφαρμογής διατροφικής υποστήριξης των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη πάθηση των εντέρων. Η πρώτη αφορά στην βελτίωση της διατροφικής κατάστασης ή της αποτροπής εμφάνισής της σε οποιονδήποτε ασθενή, στον οποίο η δραστηριότητα της νόσου αποκλείει την επαρκή πρόσληψη των απαιτούμενων καθημερινώς διατροφικών ουσιών.

Η δεύτερη αφορά σε ασθενείς στους οποίους η διατροφική φροντίδα εφαρμόζεται ως πρωτογενής θεραπεία σε συνδυασμό ή όχι με φάρμακα, καθώς και σε ασθενείς στους οποίους έχει προγραμματιστεί χειρουργική επέμβαση για διάφορους λόγους. Η τρίτη τέλος ένδειξη αφορά σε ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται μακρά θεραπεία με ολική παρεντερική θρέψη, λόγω εκτεταμένης προσβολής του εντέρου ή λόγω συνδρόμου βραχέος εντέρου μετά από επανειλημμένες χειρουργικές επεμβάσεις.

Γενικές διαιτητικές οδηγίες : Δεν υπάρχουν ειδικές διαιτητικές οδηγίες που να μπορούν να συσταθούν στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn. Όμως ορισμένες τροφές (όπως π.χ. σπόροι, αμαγείρευτα λαχανικά, κηπευτικά, λιπαρές τροφές, όσπρια φρούτα κλπ), οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν εντερική απόφραξη εφ' όσον υπάρχουν εκτεταμένες στενώσεις του εντέρου, θα πρέπει να αποφεύγονται. Επίσης μερικά άτομα με ελκώδη κολίτιδα έχουν παρατηρήσει ότι το κρασί, η μπύρα και ορισμένα άλλα οينوπνευματώδη τους προκαλούν διάρροια. Το σίγουρο είναι ότι πρέπει να αποφεύγονται τα οينوπνευματώδη όταν οι ασθενείς

λαμβάνουν φάρμακα για την ελκώδη κολίτιδα γιατί μπορεί να φέρει πολλές φορές ως αποτέλεσμα πολλές και επικίνδυνες παρενέργειες. Διάφορα δισκία τα οποία ενδέχεται να μη προλάβουν να διαλυθούν στο έντερο, μπορεί να ενσφηνωθούν σε εστενωμένα του τμήματα. Γενικώς οι άρρωστοι με νόσο Crohn θα πρέπει να σιτίζονται με τροφές επαρκείς σε θρεπτικά στοιχεία χωρίς να απαγορεύονται αυτές που έχουν φυτική προέλευση αρκεί να είναι καλά μαγειρευμένες.

Η σύσταση για αποφυγή του γάλακτος στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις των εντέρων αν και δεν στηρίζεται σε επαρκή επιστημονικά δεδομένα, εν τούτοις για τις συνθήκες της ελληνικής πραγματικότητας με το υψηλό ποσοστό υπολακτασίας φαίνεται λογική, τουλάχιστον στις εξάρσεις της νόσου. Στα μεσοδιαστήματα οι άρρωστοι χωρίς επιπλοκές θα πρέπει να σιτίζονται κανονικά. Άλλωστε είναι γνωστό ότι η ελκώδης κολίτιδα είναι σπάνια σε μέρη όπως για παράδειγμα την Αφρική, όπου οι κάτοικοι εξακολουθούν να τρέφονται με παραδοσιακά φαγητά πλούσια σε δημητριακά, λαχανικά και φρούτα.

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντεροπάθειες προκαλούν μια συρροή βιοϊατρικών προβλημάτων που δεν παρατηρείται σε καμιά άλλη πάθηση του ανθρώπου.

Ο κλινικός που επωμίζεται τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ΙΦΕΝ πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τις τρέχουσες φαρμακευτικές δυνατότητες, τις προοπτικές των νέων φαρμάκων και τις δυνητικές παρενέργειες της θεραπείας.

Πρέπει επίσης να είναι σε θέση να εκτιμά και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα θρέψεως. Η διάρροια, η κακή πέψη και η πλημμελής απορρόφηση που παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς με προσβολή κυρίως του λεπτού εντέρου από νόσο του Crohn οδηγούν σε ανεπάρκεια ουσιαδών στοιχείων της διατροφής (πρωτεϊνών, σιδήρου, φυλλικού

οξέως , βιταμίνης B₁₂ κ.ά.) που η έλλειψή των επιδεινώνει ακόμη περισσότερο την ακεραιότητα του εντερικού επιθηλίου. Έτσι, η διόρθωση των ελλειμάτων θρέψεως αποτελεί θεμέλιο λίθο της θεραπευτικής προσπάθειας.

Εκτός όμως από τις «βιολογικές» αυτές πλευρές της νόσου υπάρχει σε ίση μοίρα και το ψυχολογικό πρόβλημα του ασθενούς και των συγγενών. Η δυσκολία προσαρμογής στην αδυσώπητη πραγματικότητα της χρονιότητας της νόσου και όλων των περιορισμών και προβλημάτων που δημιουργεί απαιτεί τον καλύτερο δυνατό χειρισμό από τους θεράποντες. Εκτός από την αναμενόμενη αντίδραση του ασθενούς , πολλές φορές οι γονείς και ο/η σύζυγος δείχνουν ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία προσαρμογής και άρνηση της πραγματικότητας. Οι οικείοι του ασθενούς μπορεί να αντιδράσουν με εκδηλώσεις πανικού, θυμού, μνησικακίας, φθόνου ή να γίνουν υπερπροστατευτικοί ή εχθρικοί προς τον άρρωστο. Τα συναισθήματα αυτά μπορεί να είναι μόνιμα ή να επανέρχονται. Ακόμη , η αβεβαιότητα της προγνώσεως σε συνδυασμό με τις παρενέργειες της φαρμακευτικής και τις ατέλειες της χειρουργικής θεραπείας δημιουργούν ένα χρόνιο συναίσθημα ανασφάλειας που υποσκάπτει την ψυχολογία του ασθενούς, ιδίως στις φάσεις παροξυσμού της νόσου.

Το πρώτο καθήκον του γιατρού αλλά και των μελών των οικογενειών των ασθενών είναι να δείχνουν συνεχώς πραγματικό ενδιαφέρον και να τονώσουν με κάθε τρόπο το ηθικό των αρρώστων.

ΜΕΡΟΣ Β' : ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ **- ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ**

Ιστορική αναδρομή

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε έδαφος χρόνιας ιδιοπαθούς φλεγμονώδους εντερικής νόσου είχε ήδη περιγραφεί το 1925, σε ασθενή με ελκώδη κολίτιδα, από τον Burrill Crohn. Σχετικά με την νόσο Crohn η πρώτη περιγραφή καρκίνου επί εδάφους της έγινε τη δεκαετία του 1940. Υπήρξαν αρκετές αναφορές σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου σε ασθενείς με νόσο Crohn κατά την επόμενη πενήνταετία.

Στη συνέχεια και με αφετηρία τα έτη 1950-1980 , έγιναν αρκετές μελέτες σχετικά με την αθροιστική επίπτωση του καρκίνου επί του συνόλου των ασθενών με εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα.

Το 1949 οι Warren και Sommers ήταν οι πρώτοι που ανέφεραν ότι η δυσπλασία είναι πρόδρομος αλλοίωσης καρκινώματος και στους ασθενείς με κίνδυνο ανάπτυξης καρκινώματος είναι 11,2% στους ασθενείς με ΕΚ. Στην περίπτωση ασθενών με ΙΦΠΕ οι δυσπλαστικές αλλοιώσεις είναι σπάνια με την μορφή πολυπόδων και συχνότερα με την μορφή πλακών η οζιδίων η δαντελωτού βλεννογόνου και σε ορισμένες περιπτώσεις δεν είναι ορατές ενδοσκοπικά. Για τις ορατές ενδοσκοπικά δυσπλαστικές αλλοιώσεις χρησιμοποιείται ο ορός δυσπλασία συνοδευμένη με αλλοιώσεις ή μάζες DALMs (Dysplasia-associated Lesions or Masses).

Η βαθμοποίηση των δυσπλαστικών αλλοιώσεων είναι όμοια με την βαθμοποίηση που γίνεται σε ένα αδένωμα η για οποιοδήποτε

αδενικό επιθήλιο λαμβάνοντας υπ' όψιν τον κυτταρικό και πυρηνικό πολυμορφισμό, τον πυρηνικό υπερχρωματισμό, την απώλεια του πυρηνικού προσανατολισμού και την στιβαδοποίηση των πυρήνων. Ο ιστολογικός καθορισμός της δυσπλασίας στην ΕΚ είναι δύσκολος ακόμη και από έμπειρους παθολογοανατόμους και σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχουν διαφωνίες τόσο στην παρουσία όσο και στην βαθμοποίηση της δυσπλασίας. Η δυσκολία αυτή οφείλεται κυρίως στο γεγονός της παρουσίας των εντόνων φλεγμονωδών και αναγεννητικών αλλοιώσεων στο επιθήλιο που συνοδεύουν την ΕΚ και γενικά τις ΙΦΠΕ με αποτέλεσμα τελικά να συγχέεται η αναγεννητική αλυψία με την δυσπλασία.

Αρχικά και μέχρι το 1983, η ταξινόμηση της επιθηλιακής δυσπλασίας ήταν : αρνητική, ήπια, μέτρια και βαριά. Σήμερα χρησιμοποιείται η ταξινόμηση Riddell (1983) για τους τύπους επιθηλιακής δυσπλασίας στην ΕΚ που έχει ως εξής :

1.αρνητική 2. ακαθόριστη α). πιθανόν αρνητική (επανορθωτική) β).άγνωστης έκβασης γ).πιθανόν θετική 3. θετική α).χαμηλόβαθμη (ελαφρά και μέτρια) που συνδέεται κυρίως με αδενώματα β). υψηλόβαθμη (σοβαρή) που συσχετίζεται κυρίως με ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα.

Ο έλεγχος της επιθηλιακής δυσπλασίας συνιστάται στην ενδοσκοπική παρακολούθηση και λήψη βιοψιών να αρχίζει σε περιπτώσεις πανκολίτιδας μετά από 8 χρόνια από την έναρξη της νόσου, ενώ σε αριστερόπλευρη κολίτιδα μετά από 10-12 χρόνια. Συνιστάται η λήψη 3-5 βιοψιών ανά 10 εκ βλεννογόνου κάθε 1-2 χρόνια, ενώ πολλαπλές βιοψίες πρέπει επίσης να λαμβάνονται από κάθε αλλοίωση και κυρίως από μακροσκοπικά ύποπτες βλάβες όπως πλάκες, οζώδεις αλλοιώσεις και στενώσεις. ⁽¹²⁾ Επειδή αρκετές φορές

υπάρχει δυσκολία στην αξιόπιστη διάγνωση της επιθηλιακής δυσπλασίας εφαρμόζονται εναλλακτικές μέθοδοι με στόχο την ασφαλέστερη διάγνωση και τον προσδιορισμό ομάδων υψηλού κινδύνου. Τέτοιες μέθοδοι είναι ένζυμες, ανοσοϊστοχημικές και μοριακές μελέτες, η κυτταρομετρία ροής, γενετικές έρευνες, εξειδικευμένες χρώσεις για Βιέννη και λεκτικές, η πλέον όμως αξιόπιστη μέθοδος παραμένει η ιστολογική προσέγγιση και αξιολόγηση κατανομή της έκφρασης του δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67 (MIB-1) σε προβληματικές περιοχές μπορεί να βοηθήσει στην διαφορική διάγνωση μεταξύ δυσπλαστικών και αναγεννητικών επιθηλιακών αλλοιώσεων. Στις αναγεννητικές αλλοιώσεις η έκφραση του Ki-67 περιορίζεται στην βάση των κρυπτών και στην αναγεννητική ζώνη ενώ αντιθέτως στις περιοχές με επιθηλιακή δυσπλασία η έκφραση του Ki-67 επεκτείνεται και προς το επιθηλιο της επιφάνειας.

Μεταξύ άλλων προβλεπτικών δεικτών που έχουν μελετηθεί στον βλεννογόνο με ΕΚ και θεωρούνται χρήσιμοι για τον προσδιορισμό ασθενών υψηλού κινδύνου ανάπτυξης καρκινώματος αναφέρονται η υπερέκφραση των μεταλλοθειονίνων, η υπερέκφραση πρωτοογκογονιδίων όπως του waf-19, η έκφραση της κυκλικής A24, η μεθυλίωση του προαγωγού του γονιδίου της E-cadherin8, η ανάδειξη πρώιμων μεταλλάξεων της p53 πρωτεΐνης και η μελέτη δραστηριότητας της τελομεράσης.

Σύγχρονα Δεδομένα

Πάνω από το 95% των καρκίνων του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα. Η συχνότητα όμως εμφάνισης καρκίνου σε κάθε τμήμα του παχέος εντέρου έχει ως εξής: ορθό 22,1%, σιγμοειδές 23,5%, κατιόν κόλον 6,1%, εγκάρσιο κόλον 11%, ανιόν κόλον 9%, τυφλό 12,5% και σκωληκοειδής 0,6%.

Ο καρκίνος σε έδαφος μακροχρόνιας ιδιοπαθούς φλεγμονώδους πάθησης των εντέρων εντοπίζεται συχνότερα στο περιφερικό παχύ έντερο (67% στο ορθοσιγμοειδές και 6% στο κατιόν), όπως και ο σποραδικός καρκίνος του παχέος εντέρου, η δε πρόγνωσή του είναι παρόμοια με αυτή του σποραδικού.

Η ηλικία όμως κατά τη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη πάθηση των εντέρων είναι μικρότερη αυτής του γενικού πληθυσμού. Έτσι, ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn παρατηρείται μία περίπου δεκαετία νωρίτερα συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.

Τα τελευταία 25 χρόνια γίνεται προσπάθεια ανιχνεύσεως του καρκίνου σε πρώιμα στάδια με την αξιολόγηση "δυσπλαστικών αλλοιώσεων" που συνυπάρχουν ή και προηγούνται της αναπτύξεως του

καρκίνου. Οι Morson και Pang (1967) εισήγαγαν πρώτοι αυτή την ιδέα της μελέτης της προκαρκινικής δυσπλασίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ελκώδη κολίτιδα. Στη μελέτη αυτών διαπιστώθηκε παρουσία των δυσπλαστικών αλλοιώσεων σε 20% των παρασκευασμάτων κολεκτομής σε αρρώστους με ιστορικό κολίτιδος άνω των 10 ετών αλλά χωρίς καρκίνο στο έντερο ενώ οι αλλοιώσεις υπήρχαν σε 100% των αρρώστων με καρκίνο. Ανάλογα ευρήματα είχε και ο Dobbins (1977). Η αναγνώριση της προκαρκινικής δυσπλασίας είναι πολύ μεγάλης σημασίας για την έγκαιρη εκτέλεση προφυλακτικής κολεκτομής, στην ομάδα υψηλού κινδύνου των αρρώστων, με ελκώδη κολίτιδα.

Η αξία της στρατηγικής της τακτικής ενδοσκοπικής παρακολουθήσεως έγκειται στη μεγάλη πιθανότητα ανευρέσεως δυσπλαστικών αλλοιώσεων στο ορθοσιγμοειδές ακόμη κι όταν ο καρκίνος εντοπίζεται σε υψηλότερα επίπεδα του παχέος εντέρου. Η ύπαρξη δυσπλασίας υψηλού βαθμού σε διάφορα σημεία του παχέος εντέρου είναι ικανός λόγος για την εκτέλεση προφυλακτικής κολεκτομής αν ληφθεί υπ' όψιν η διαπίστωση ότι σε 50% των αρρώστων αυτών βρίσκεται διηθητικός καρκίνος στο εγχειρητικό παρασκεύασμα του παχέος εντέρου.

Έτσι τα τελευταία χρόνια γίνεται δεκτό, ότι η μελέτη των δυσπλαστικών αλλοιώσεων του βλεννογόνου του παχέος εντέρου σε αρρώστους με μακρό ιστορικό ελκώδους κολίτιδος, φαίνεται πως είναι η μέθοδος του μέλλοντος, για τη ανίχνευση καρκίνου του παχέος εντέρου σε πρώιμο στάδιο στους ασθενείς αυτούς. Στη μελέτη των Choi και συν (1992) από την Lahey Clinic, είναι σαφές ότι η ενδελεχής εφαρμογή προγράμματος ανιχνεύσεως του καρκίνου στην

εγκώδη κολίτιδα είναι σε θέση να διαγνώσει καρκινώματα στην εγκώδη κολίτιδα που βρίσκονται σε πρώιμο , ίασιμο στάδιο.

Τμήματα και συνήθεις παθήσεις παχίος εντέρου



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΡΟΣ Γ΄ :

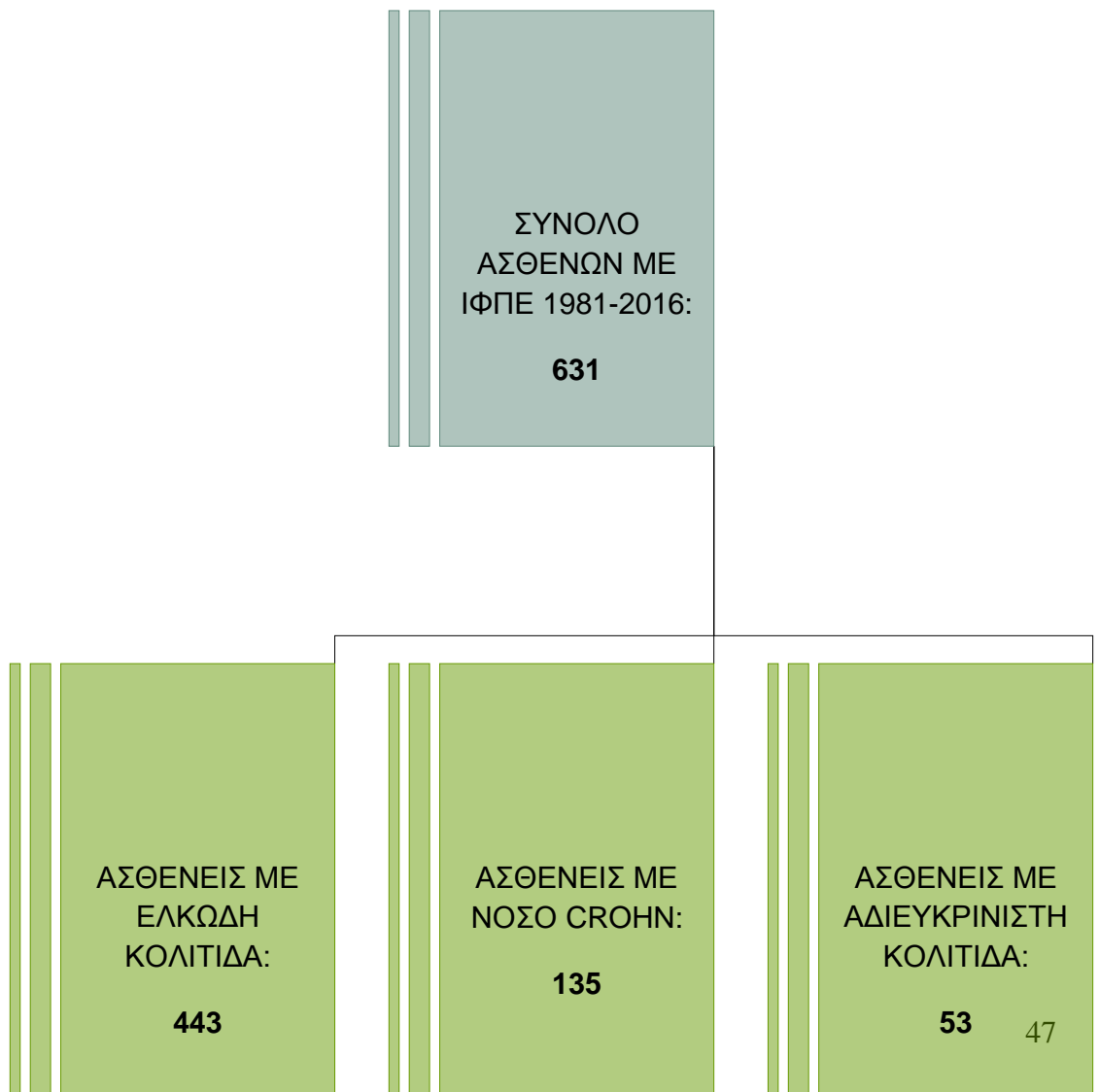
ΣΚΟΠΟΣ

Αντικείμενο της μελέτης είναι η ενδοσκοπική εντόπιση της πάθησης στο κατώτερο πεπτικό σε ασθενείς με ΙΦΠΕ στη ΒΔ Ελλάδα οι οποίοι παρακολουθούνται από την Ηπατολογική –Γαστρεντερολογική μονάδα της Α΄ Π/Θ Κλινικής του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων και τη Γαστρεντερολογική Ομάδα της Βορειοδυτικής Ελλάδας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε αναδρομική καταγραφή των ασθενών με ΙΦΠΕ από το έτος 1981 έως και το έτος 2016(36 χρόνια).Αποτυπώθηκαν κλινικά- ενδοσκοπικά δεδομένα, συσχετίστηκαν με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα .Η συλλογή των στοιχείων έγινε από τους ιατρικούς φακέλους και το αρχείο της μονάδας .

Βρέθηκαν συνολικά 631 ασθενείς με ΙΦΠΕ οι οποίοι ενδοσκοπήθηκαν τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

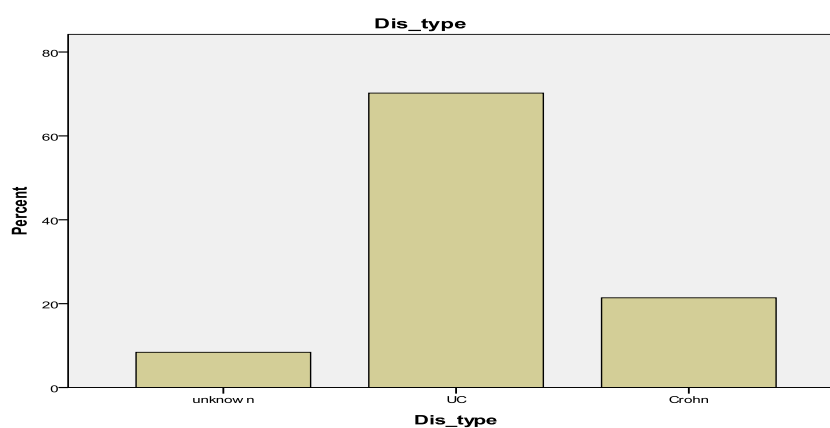
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ

		number_endosc opies	rectal_endosco pies_number	colonoscopies_ number	Age	Dx_date1	Birth_date
N	Valid	631	631	631	631	631	631
	Missing	0	0	0	0	0	0
Percentiles	25 (1 st quartile)	1.00	.00	1.00	33.00	1991.00	1935.00
	50 (median)	1.00	.00	1.00	48.00	2000.00	1950.00
	75 (3 rd quartile)	2.00	.00	2.00	63.00	2006.00	1966.00

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ

ΤΥΠΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

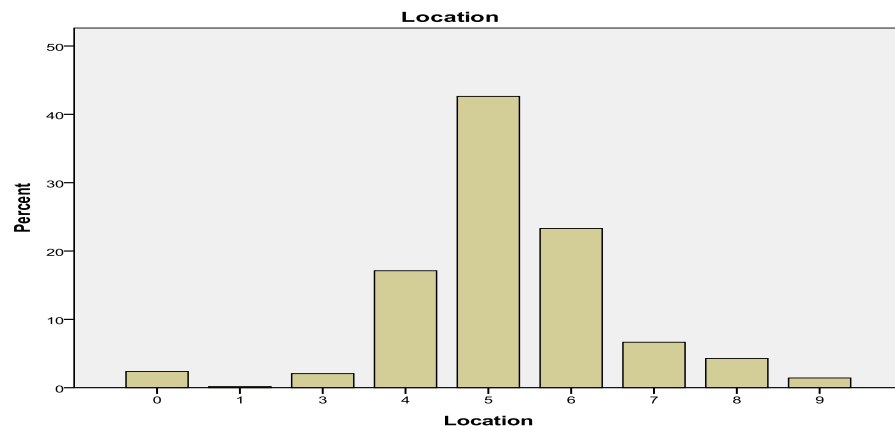
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	unknown	53	8.4	8.4	8.4
	UC	443	70.2	70.2	78.6
	Crohn	135	21.4	21.4	100.0
	Total	631	100.0	100.0	



Σε δείγμα 631 ασθενών το 70,2% παρουσίασε ελκώδη κολίτιδα, το 21,4% παρουσίασε νόσο του Crohn και το 8,4% παρουσίασε αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

**ΕΥΡΗΜΑ(ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΑΡΙΘΜΩΝ ΔΕΝ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΑΡΧΕΙΟ
EXCEL)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	15	2.4	2.4	2.4
	1	1	.2	.2	2.5
	3	13	2.1	2.1	4.6
	4	108	17.1	17.1	21.7
	5	269	42.6	42.6	64.3
	6	147	23.3	23.3	87.6
	7	42	6.7	6.7	94.3
	8	27	4.3	4.3	98.6
	9	9	1.4	1.4	100.0
	Total	631	100.0	100.0	

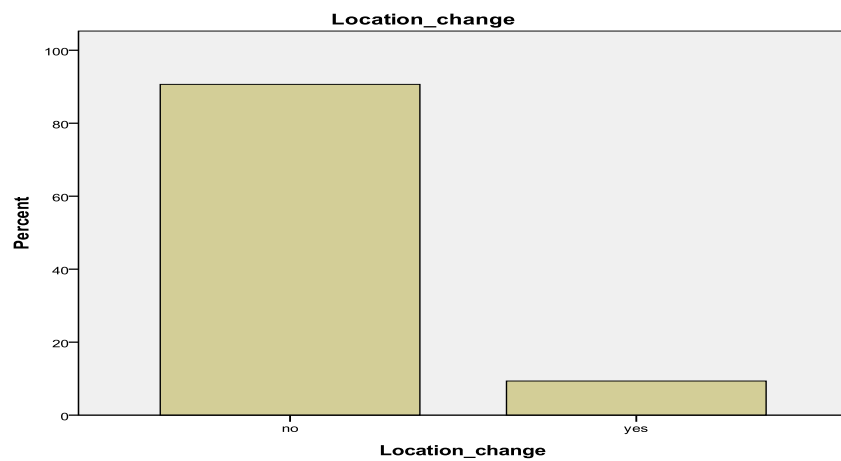


Σε σύνολο 631 ασθενών το 42,6% παρουσίασε συγκεκριμένη εντόπιση στην ασθένεια όπως ορθοσιγμοειδίτιδα, αριστερή κολίτιδα, ή πρόβλημα μέχρι την σπληνική καμπή.

Το 23,3% παρουσίασε πανκολίτιδα
Το 17,1% παρουσίασε ορθίτιδα
Το 6,7% παρουσίασε ειλείτιδα
Το 4,3% παρουσίασε ειλεοκολίτιδα
Το 2,4% παρουσίασε ολική κολεκτομή ή κολεοστομία
Το 2,1% παρουσίασε πρωκτίτιδα
Το 0,2% παρουσίασε τμηματική κολεκτομή
Το 1,4% παρουσίασε κάτι άλλο(επανέλεγχος, κανένα πρόβλημα).

ΑΛΛΑΓΗ ΕΥΡΗΜΑΤΟΣ

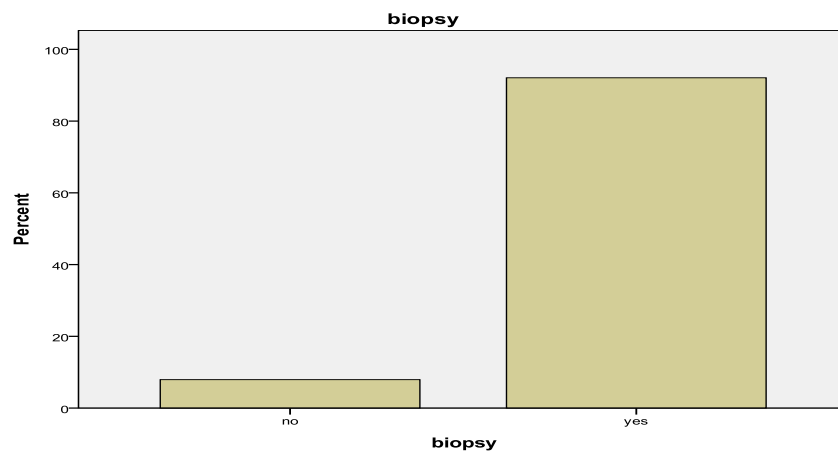
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	572	90.6	90.6	90.6
	yes	59	9.4	9.4	100.0
	Total	631	100.0	100.0	



Σε δείγμα 631 ασθενών αλλαγή ευρήματος παρουσιάστηκε σε ποσοστό 9,4% , ενώ μη αλλαγή ευρήματος σε ποσοστό ασθενών 90,6%.

ΒΙΟΨΙΣ

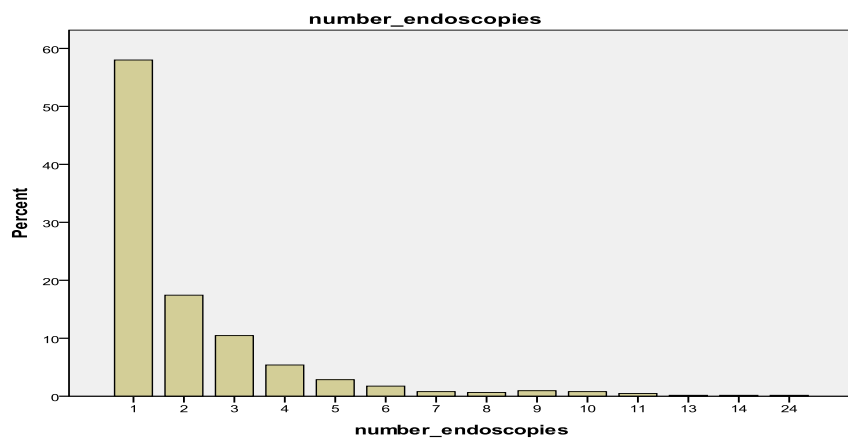
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	50	7.9	7.9	7.9
	yes	581	92.1	92.1	100.0
Total		631	100.0	100.0	



Σε δείγμα 631 ασθενών βιοψία έκανε το 92,1% των ασθενών, ενώ μόνο το 7,9% των ασθενών δεν έκαναν βιοψία.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	366	58.0	58.0	58.0
	2	110	17.4	17.4	75.4
	3	66	10.5	10.5	85.9
	4	34	5.4	5.4	91.3
	5	18	2.9	2.9	94.1
	6	11	1.7	1.7	95.9
	7	5	.8	.8	96.7
	8	4	.6	.6	97.3
	9	6	1.0	1.0	98.3
	10	5	.8	.8	99.0
	11	3	.5	.5	99.5
	13	1	.2	.2	99.7
	14	1	.2	.2	99.8
	24	1	.2	.2	100.0
Total		631	100.0	100.0	



Σε δείγμα 631 ασθενών τουλάχιστον μία ενδοσκόπηση έκανε το 58%, δύο ενδοσκοπήσεις έκανε το 17,4%, τρεις ενδοσκοπήσεις το 10,5%, τέσσερις ενδοσκοπήσεις το 5,4%, έξι ενδοσκοπήσεις το 1,7%, δέκα ενδοσκοπήσεις το 0,8%, έντεκα ενδοσκοπήσεις το 0,5%, δεκατέσσερις ενδοσκοπήσεις το 0,2% και είκοσι τέσσερις ενδοσκοπήσεις το 0,2% των ασθενών.

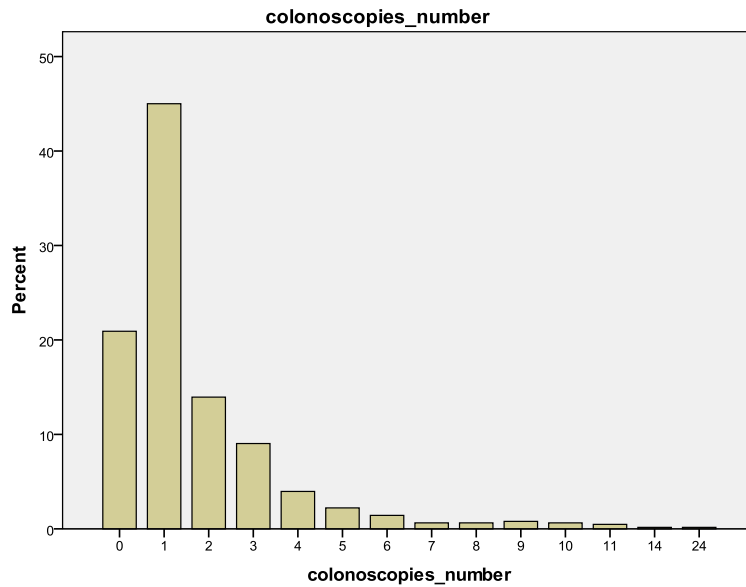
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΚΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	499	79.1	79.1	79.1
	1	81	12.8	12.8	91.9
	2	22	3.5	3.5	95.4
	3	9	1.4	1.4	96.8
	4	9	1.4	1.4	98.3
	5	4	.6	.6	98.9
	6	2	.3	.3	99.2
	7	1	.2	.2	99.4
	9	1	.2	.2	99.5
	10	2	.3	.3	99.8
	13	1	.2	.2	100.0
	Total	631	100.0	100.0	

Σε δείγμα 631 ασθενών ορθοσκόπηση δεν έκανε το 79,1%. Αντίθετα μία ορθοσκόπηση έκανε το 12,8% των ασθενών , δύο ορθοσκοπήσεις έκανε το 3,5%, τρεις ορθοσκοπήσεις έκανε το 1,4%, πέντε ορθοσκοπήσεις έκανε το 0,6%, έξι ορθοσκοπήσεις το 0,3%, εννέα ορθοσκοπήσεις έκανε το 0,2%, δέκα ορθοσκοπήσεις έκανε το 0,3%, δεκατρείς έκανε το 0,2% των ασθενών.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΛΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	132	20.9	20.9	20.9
1	284	45.0	45.0	65.9
2	88	13.9	13.9	79.9
3	57	9.0	9.0	88.9
4	25	4.0	4.0	92.9
5	14	2.2	2.2	95.1
6	9	1.4	1.4	96.5
7	4	.6	.6	97.1
8	4	.6	.6	97.8
9	5	.8	.8	98.6
10	4	.6	.6	99.2
11	3	.5	.5	99.7
14	1	.2	.2	99.8
24	1	.2	.2	100.0
Total	631	100.0	100.0	



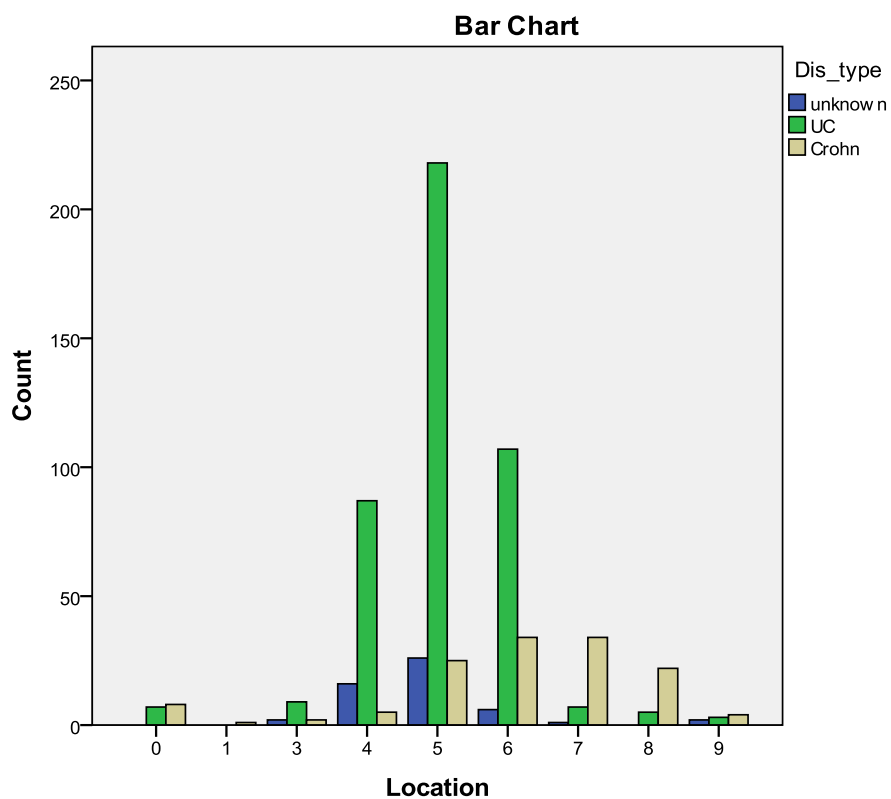
Σε δείγμα 631 ασθενών καμία κολοσκόπηση δεν έκανε το 20,9% των ασθενών, μία κολοσκόπηση έκανε το 45% , δύο κολοσκοπήσεις το 13,9%, τρείς κολοσκοπήσεις το 9,0%, τέσσερις το 4,0%, πέντε το 2,2%, έξι το

1,4%, δέκα το 0,6%, έντεκα το 0,5%, δεκατέσσερις κολοσκοπήσεις το 0,2% και είκοσι τέσσερις κολοσκοπήσεις έκανε το 0,2%.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΕΥΡΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

	Dis_type			Total	
	unknown	UC	Crohn		
Location 0	Count	0	7	8	15
	% within Location	.0%	46.7%	53.3%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	1.6%	5.9%	2.4%
1	Count	0	0	1	1
	% within Location	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	.0%	.7%	.2%
3	Count	2	9	2	13
	% within Location	15.4%	69.2%	15.4%	100.0%
	% within Dis_type	3.8%	2.0%	1.5%	2.1%
4	Count	16	87	5	108
	% within Location	14.8%	80.6%	4.6%	100.0%
	% within Dis_type	30.2%	19.6%	3.7%	17.1%
5	Count	26	218	25	269
	% within Location	9.7%	81.0%	9.3%	100.0%
	% within Dis_type	49.1%	49.2%	18.5%	42.6%
6	Count	6	107	34	147
	% within Location	4.1%	72.8%	23.1%	100.0%
	% within Dis_type	11.3%	24.2%	25.2%	23.3%
7	Count	1	7	34	42
	% within Location	2.4%	16.7%	81.0%	100.0%
	% within Dis_type	1.9%	1.6%	25.2%	6.7%
8	Count	0	5	22	27
	% within Location	.0%	18.5%	81.5%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	1.1%	16.3%	4.3%
9	Count	2	3	4	9
	% within Location	22.2%	33.3%	44.4%	100.0%
	% within Dis_type	3.8%	.7%	3.0%	1.4%
Total	Count	53	443	135	631
	% within Location	8.4%	70.2%	21.4%	100.0%
	% within Dis_type	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΕΥΡΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ



Σε δείγμα 631 ασθενών τα άτομα που πάσχουν από UC έχουν συγκεκριμένο εύρημα(ορθοσιγμοειδίτιδα,αρ.κολίτιδα ήπρόβλημα μέχρι την σπληνική καμπή) σε ποσοστό 81,0%. Άτομα που πάσχουν από νόσο του Crohn έχουν το ίδιο εύρημα σε ποσοστό 9,3%, ενώ άτομα που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα έχουν ανάλογο εύρημα σε ποσοστό 9,7%.

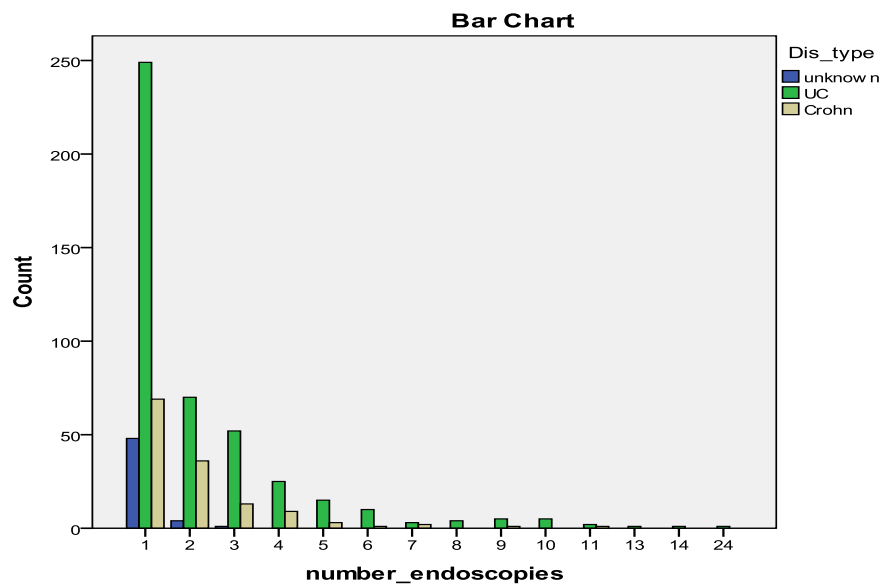
Πανκολίτιδα παρουσιάστηκε σε ποσοστό 72,8% ατόμων που πάσχουν από UC,ορθίτιδα στο 80,6%,ειλεΐτιδα στο 16,7%,ειλεοκολίτιδα στο 18,5%.Πανκολίτιδα στα άτομα με Crohn παρουσιάστηκε σε ποσοστό 23,1%,ορθίτιδα στο 4,6%,ειλεΐτιδα στο 81,0%,ειλεοκολίτιδα στο 81,5%.Πανκολίτιδα στα άτομα με αδιευκρίνιστη κολίτιδα παρουσιάστηκε στο 4,1%, ορθίτιδα στο 14,8%, ειλεΐτιδα στο 2,4%

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

		Dis_type			Total	
		unknown	UC	Crohn		
number _endos copies	1	Count	48	249	69	366
		% within number_endoscopies	13.1%	68.0%	18.9%	100.0%
		% within Dis_type	90.6%	56.2%	51.1%	58.0%
	2	Count	4	70	36	110
		% within number_endoscopies	3.6%	63.6%	32.7%	100.0%
		% within Dis_type	7.5%	15.8%	26.7%	17.4%
	3	Count	1	52	13	66
		% within number_endoscopies	1.5%	78.8%	19.7%	100.0%
		% within Dis_type	1.9%	11.7%	9.6%	10.5%
	4	Count	0	25	9	34
		% within number_endoscopies	.0%	73.5%	26.5%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	5.6%	6.7%	5.4%
	5	Count	0	15	3	18
		% within number_endoscopies	.0%	83.3%	16.7%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	3.4%	2.2%	2.9%
	6	Count	0	10	1	11
		% within number_endoscopies	.0%	90.9%	9.1%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	2.3%	.7%	1.7%
	7	Count	0	3	2	5
		% within number_endoscopies	.0%	60.0%	40.0%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	.7%	1.5%	.8%
	8	Count	0	4	0	4
		% within number_endoscopies	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	.9%	.0%	.6%
	9	Count	0	5	1	6
		% within number_endoscopies	.0%	83.3%	16.7%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	1.1%	.7%	1.0%
	10	Count	0	5	0	5
		% within number_endoscopies	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	1.1%	.0%	.8%

11	Count	0	2	1	3
	% within number_endoscopies	.0%	66.7%	33.3%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	.5%	.7%	.5%
13	Count	0	1	0	1
	% within number_endoscopies	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	.2%	.0%	.2%
14	Count	0	1	0	1
	% within number_endoscopies	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	.2%	.0%	.2%
24	Count	0	1	0	1
	% within number_endoscopies	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	.2%	.0%	.2%
Total	Count	53	443	135	631
	% within number_endoscopies	8.4%	70.2%	21.4%	100.0%
	% within Dis_type	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

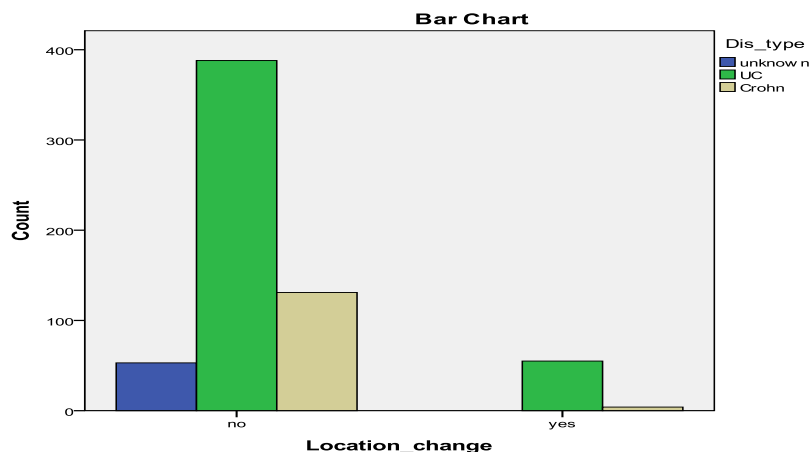
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ



Σε δείγμα 631 ασθενών , τα άτομα που πάσχουν από UC έκαναν τουλάχιστον μία ενδοσκόπηση σε ποσοστό 68,0%, άτομα που πάσχουν από νόσο του Crohn έκαναν μία ενδοσκόπηση σε ποσοστό 18,9%, άτομα που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα έκαναν μία ενδοσκόπηση σε ποσοστό 13,1%. Δύο ενδοσκοπήσεις έκανε το 63,6% των ατόμων που πάσχουν από UC, δύο ενδοσκοπήσεις το 32,7% ατόμων που πάσχουν από νόσο του Crohn , ενώ ανάλογα από αδιευκρίνιστη κολίτιδα το 3,6%. Τρεις ενδοσκοπήσεις έκαναν 52 άτομα από UC δηλαδή ποσοστό 78,8%, τέσσερις ενδοσκοπήσεις έκαναν 25 άτομα από UC , ποσοστό 73,5%, είκοσι τέσσερις ενδοσκοπήσεις έκανε ένα άτομο από UC , ποσοστό 100,0%. Τρεις ενδοσκοπήσεις έκαναν 13 άτομα που πάσχουν από νόσο του Crohn δηλ. 19,7%, τέσσερις ενδοσκοπήσεις έκαναν 9 άτομα που έχουν νόσο του Crohn δηλ. ποσοστό 26,5%. Τρεις ενδοσκοπήσεις έκανε 1 άτομο που πάσχει από αδιευκρίνιστη κολίτιδα δηλ. ποσοστό 1,5%, ενώ παραπάνω ενδοσκοπήσεις δεν έκανε κανένα άτομο που πάσχει από αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΛΛΑΓΗΣ ΕΥΡΗΜΑΤΟΣ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

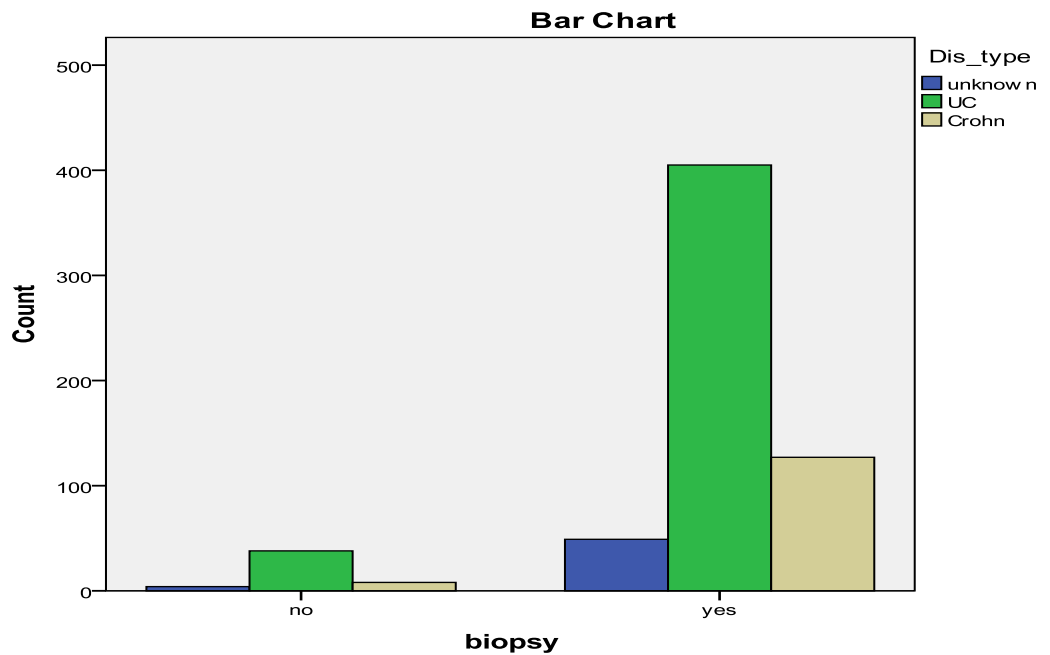
			Dis_type			Total
			unknown	UC	Crohn	
Location_change	no	Count	53	388	131	572
		% within Location_change	9.3%	67.8%	22.9%	100.0%
		% within Dis_type	100.0%	87.6%	97.0%	90.6%
	yes	Count	0	55	4	59
		% within Location_change	.0%	93.2%	6.8%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	12.4%	3.0%	9.4%
Total	Count	53	443	135	631	
	% within Location_change	8.4%	70.2%	21.4%	100.0%	
	% within Dis_type	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	



Σε δείγμα 631 ασθενών, 388 άτομα που πάσχουν από UC δεν παρουσίασαν αλλαγή ευρήματος σε ποσοστό 67,8%. Αντίθετα 55 άτομα δηλ. ποσοστό 93,2% παρουσίασαν αλλαγή ευρήματος. Ανάλογα 131 άτομα που πάσχουν από νόσο του Crohn, ποσοστό 22,9% δεν παρουσίασαν αλλαγή ευρήματος. Αντίθετα 4 άτομα από την ίδια νόσο παρουσίασαν αλλαγή ευρήματος, ποσοστό 6,8%. Επίσης 53 άτομα που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα δεν παρουσίασαν αλλαγή ευρήματος, δηλ. ποσοστό 9,3% στο σύνολο των ασθενών.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΒΙΟΨΙΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

			Dis_type			Total
			unknown	UC	Crohn	
biopsy	no	Count	4	38	8	50
		% within biopsy	8.0%	76.0%	16.0%	100.0%
		% within Dis_type	7.5%	8.6%	5.9%	7.9%
	yes	Count	49	405	127	581
		% within biopsy	8.4%	69.7%	21.9%	100.0%
		% within Dis_type	92.5%	91.4%	94.1%	92.1%
Total	Count	53	443	135	631	
	% within biopsy	8.4%	70.2%	21.4%	100.0%	
	% within Dis_type	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	



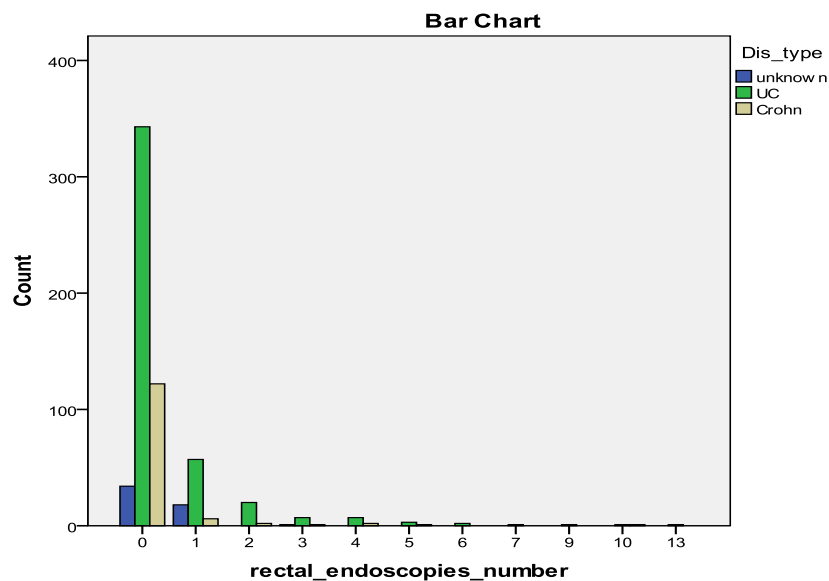
Σε δείγμα 631 ασθενών , άτομα που έκαναν βιοψία από UC είναι 69,7%, από νόσο του Crohn είναι 21,9% ,από αδιευκρίνιστη κολίτιδα 8,4%. Τα άτομα που δεν έκαναν βιοψία είναι 50. 38 από ελκώδη κολίτιδα, ποσοστό 76,0%, 8 ασθενείς από νόσο του Crohn, ποσοστό 16,0% και 4 από αδιευκρίνιστη κολίτιδα, ποσοστό 8,0%.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΠΡΩΚΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

			Dis_type			Total
			unknown	UC	Crohn	
rectal_endoscopies_number	0	Count	34	343	122	499
		% within rectal_endoscopies_number	6.8%	68.7%	24.4%	100.0%
		% within Dis_type	64.2%	77.4%	90.4%	79.1%
	1	Count	18	57	6	81
		% within rectal_endoscopies_number	22.2%	70.4%	7.4%	100.0%
		% within Dis_type	34.0%	12.9%	4.4%	12.8%
	2	Count	0	20	2	22
		% within rectal_endoscopies_number	.0%	90.9%	9.1%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	4.5%	1.5%	3.5%
	3	Count	1	7	1	9
		% within rectal_endoscopies_number	11.1%	77.8%	11.1%	100.0%
		% within Dis_type	1.9%	1.6%	.7%	1.4%
	4	Count	0	7	2	9

	% within rectal_endoscopies_number	.0%	77.8%	22.2%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	1.6%	1.5%	1.4%
5	Count	0	3	1	4
	% within rectal_endoscopies_number	.0%	75.0%	25.0%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	.7%	.7%	.6%
6	Count	0	2	0	2
	% within rectal_endoscopies_number	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	.5%	.0%	.3%
7	Count	0	1	0	1
	% within rectal_endoscopies_number	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	.2%	.0%	.2%
9	Count	0	1	0	1
	% within rectal_endoscopies_number	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	.2%	.0%	.2%
10	Count	0	1	1	2
	% within rectal_endoscopies_number	.0%	50.0%	50.0%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	.2%	.7%	.3%
13	Count	0	1	0	1
	% within rectal_endoscopies_number	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	% within Dis_type	.0%	.2%	.0%	.2%
Total	Count	53	443	135	631
	% within rectal_endoscopies_number	8.4%	70.2%	21.4%	100.0%
	% within Dis_type	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΠΡΩΚΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ



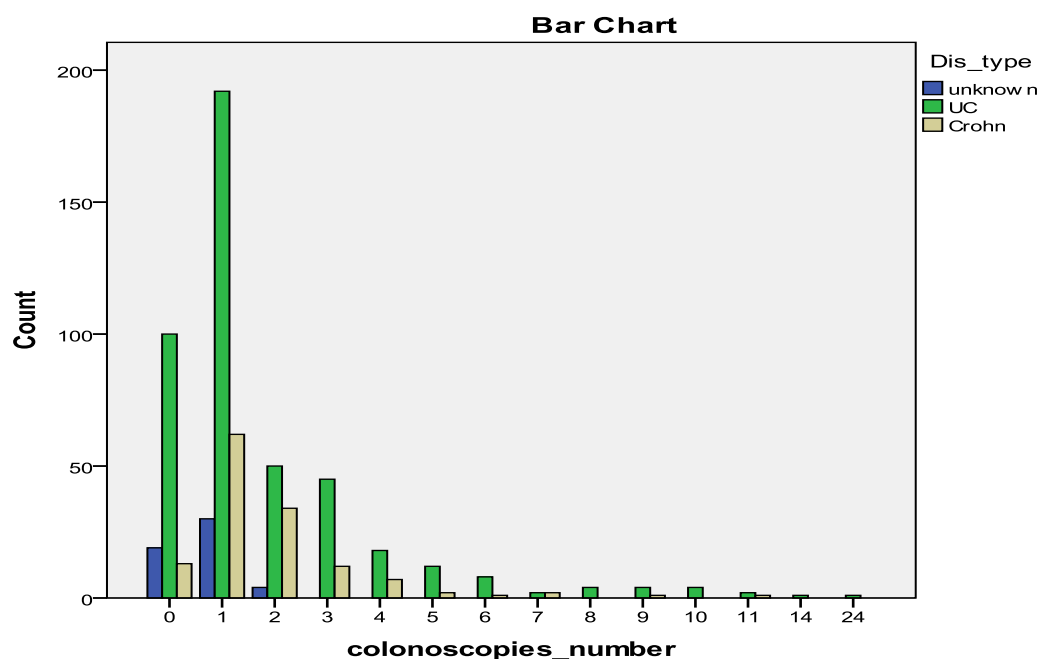
Σε δείγμα 631 ασθενών το 68,7% των ατόμων που πάσχουν από UC δεν έκαναν ορθοσκόπηση,επίσης το 24,4% των ατόμων που πάσχουν από νόσο του Crohn δεν έκαναν ορθοσκόπηση και το ίδιο ισχύει για το 6,8% των ατόμων που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα.Για τα άτομα που πάσχουν από UC , μία ορθοσκόπηση έκανε το 70,4%,δύο ορθοσκοπήσεις το 90,9%, τρεις ορθοσκοπήσεις έκανε το 77,8%,ενώ δεκατρείς ορθοσκοπήσεις έκανε ένα άτομο που πάσχει από UC.Αντίστοιχα μία ορθοσκόπηση έκανε το 7,4% ατόμων που πάσχουν από νόσο του Crohn,δύο το 9,1% και τρεις το 11,1%.Επίσης μία ορθοσκόπηση έκανε το 22,2% ατόμων που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα και τρεις το 11,1%.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΚΟΛΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

		Dis_type			Total	
		unknown	UC	Crohn		
colonoscopies_ number	0	Count	19	100	13	132
		% within colonoscopies_number	14.4%	75.8%	9.8%	100.0%
		% within Dis_type	35.8%	22.6%	9.6%	20.9%
1		Count	30	192	62	284
		% within colonoscopies_number	10.6%	67.6%	21.8%	100.0%
		% within Dis_type	56.6%	43.3%	45.9%	45.0%
2		Count	4	50	34	88
		% within colonoscopies_number	4.5%	56.8%	38.6%	100.0%
		% within Dis_type	7.5%	11.3%	25.2%	13.9%
3		Count	0	45	12	57
		% within colonoscopies_number	.0%	78.9%	21.1%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	10.2%	8.9%	9.0%
4		Count	0	18	7	25
		% within colonoscopies_number	.0%	72.0%	28.0%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	4.1%	5.2%	4.0%
5		Count	0	12	2	14
		% within colonoscopies_number	.0%	85.7%	14.3%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	2.7%	1.5%	2.2%
6		Count	0	8	1	9
		% within colonoscopies_number	.0%	88.9%	11.1%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	1.8%	.7%	1.4%
7		Count	0	2	2	4
		% within colonoscopies_number	.0%	50.0%	50.0%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	.5%	1.5%	.6%
8		Count	0	4	0	4
		% within colonoscopies_number	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	.9%	.0%	.6%
9		Count	0	4	1	5
		% within colonoscopies_number	.0%	80.0%	20.0%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	.9%	.7%	.8%
10		Count	0	4	0	4
		% within colonoscopies_number	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	.9%	.0%	.6%
11		Count	0	2	1	3
		% within colonoscopies_number	.0%	66.7%	33.3%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	.5%	.7%	.5%
14		Count	0	1	0	1
		% within colonoscopies_number	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	.2%	.0%	.2%
24		Count	0	1	0	1
		% within colonoscopies_number	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% within Dis_type	.0%	.2%	.0%	.2%
Total		Count	53	443	135	631

% within colonoscopies_number	8.4%	70.2%	21.4%	100.0%
% within Dis_type	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΔΙΠΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΚΟΛΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΑΝΑ ΤΥΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ



Σε δείγμα 631 ασθενών , 100 άτομα που πάσχουν από UC δεν έκαναν κολοσκόπηση δηλ. ποσοστό 75,8%, 13 άτομα που πάσχουν από νόσο του Crohn 9,8% δεν έκαναν κολοσκόπηση ,19 άτομα που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα δεν έκαναν κολοσκόπηση δηλ. ποσοστό 14,4%.Αντίθετα στα άτομα που πάσχουν από UC μία κολοσκόπηση έκανε το 67,6%, δύο κολοσκοπήσεις το 56,8%, τρεις το 78,9%,έξι κολοσκοπήσεις το 88,9% και είκοσι τέσσερις έκανε μόνο 1 άτομο που

πάσχει από UC. Στα άτομα που πάσχουν από νόσο του Crohn μία κολοσκόπηση έκανε το 21,8%, δύο το 38,6%, τρεις το 21,1% έξι το 11,1%. Στα άτομα που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα μία κολοσκόπηση το 10,6% και δύο κολοσκοπήσεις το 4,5%.

Σε σχέση με τον τύπο της ασθένειας τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 70,2% των ασθενών παρουσίασε UC, το 21,4% παρουσίασε νόσο του Crohn και το 8,4% παρουσίασε αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

Σε σχέση με την εντόπιση της ασθένειας το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών το 42,6% παρουσίασε ορθοσιγμοειδίτιδα ή αριστερή κολίτιδα ή πρόβλημα μέχρι την σπληνική καμπή. Αρκετά μεγάλο ποσοστό το 23,3% των ασθενών παρουσίασε πανκολίτιδα, το 17,1% παρουσίασε ορθίτιδα, το 2,4% έκανε ολική κολέκτομη ή κολεοστομία, το 2,1% πάσχει από πρωκτίτιδα, το 6,7% από ειλείτιδα, το 4,3% παρουσίασε ειλεοκολίτιδα, το 1,4% εισήλθε στη γαστρεντερολογική μονάδα για επανέλεγχο ή δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα. Μόνο το 0,2% των ασθενών έκανε τμηματική κολεκτομή.

Επίσης η έρευνα έδειξε ότι αλλαγή ευρήματος παρουσιάστηκε σε 59 ασθενείς από το συνολικό δείγμα των 631 ατόμων, δηλαδή σε ποσοστό 9,4%, ενώ το 90,6% δηλαδή 572 ασθενείς δεν παρουσίασαν αλλαγή ευρήματος σε σχέση με την αρχική ενδοσκοπική διάγνωση.

Σε σχέση με τις βιοψίες, σύμφωνα με την έρευνα το 92,1% έκανε βιοψία, ενώ μόνο το 7,9% των ασθενών δεν έκαναν βιοψία.

Με βάση τον αριθμό των ενδοσκοπήσεων συνολικά, τουλάχιστον μία ενδοσκόπηση έκαναν 366 άτομα, ποσοστό 58% των ασθενών. Το 17,4% έκανε δύο ενδοσκοπήσεις, τρεις ενδοσκοπήσεις έκανε το 10,5%, τέσσερις ενδοσκοπήσεις το 5,4%, πέντε ενδοσκοπήσεις το 2,9%, έξι ενδοσκοπήσεις το 1,7%, δέκα ενδοσκοπήσεις το 0,8%, έντεκα το 0,5%, δεκατρείς ενδοσκοπήσεις το 0,2% και είκοσι τέσσερις ενδοσκοπήσεις το 0,2% των ασθενών.

Σε σχέση με τον αριθμό των κολοσκοπήσεων τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, 284 άτομα, δηλαδή 45% έκαναν μία κολοσκόπηση. Κολοσκόπηση δεν έκανε το 20,9%, δύο κολοσκοπήσεις έκανε το 13,9%, τρεις κολοσκοπήσεις το 9,0%, τέσσερις το 4,0%, πέντε κολοσκοπήσεις το 2,2%, έξι το 1,4%, δέκα κολοσκοπήσεις το 0,6%, έντεκα το 0,5%, δεκατέσσερις το 0,2% και είκοσι τέσσερις επίσης το 0,2% των ασθενών.

Στο ίδιο δείγμα των ασθενών, ο αριθμός των πρωκτικών ενδοσκοπήσεων είναι μικρότερος. Ορθοσκόπηση δεν έκανε το 79,1% των ασθενών. Μία ορθοσκόπηση έκανε το 12,8%, δύο ορθοσκοπήσεις έκανε το 3,5%, τρεις ορθοσκοπήσεις το 1,4%, πέντε το 0,6%, έξι ορθοσκοπήσεις το 0,3%, εννέα ορθοσκοπήσεις το 0,2% και δέκα ορθοσκοπήσεις το 0,3%.

Τα αποτελέσματα της έρευνας σύμφωνα με τον πίνακα διπλής εισόδου ευρήματος ανά τύπο ασθένειας, έδειξαν ότι τα άτομα που πάσχουν από UC έχουν συγκεκριμένη εντόπιση στην ασθένεια όπως ορθοσιγμοειδίτιδα, αριστερή κολίτιδα ή πρόβλημα μέχρι την σπληνική καμπή, σε ποσοστό 81,0%. Τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Crohn εμφανίζουν το ίδιο εύρημα σε ποσοστό 9,3%, ενώ τα άτομα που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα έχουν επίσης το ίδιο εύρημα σε ποσοστό 9,7%.

Πανκολίτιδα εμφανίστηκε σε ποσοστό 72,8% των ατόμων που πάσχουν από UC. Το ίδιο εύρημα εμφανίστηκε σε ποσοστό 23,1% των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του Crohn και το ίδιο εμφανίστηκε επίσης στο 4,1% των ατόμων που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

Ορθίτιδα παρουσιάστηκε σε ποσοστό 80,6% των ατόμων που πάσχουν από UC. Ανάλογο εύρημα εμφανίστηκε σε ποσοστό 4,6% των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του Crohn και στο 14,8% των ατόμων που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

Ειλεΐτιδα παρουσιάστηκε στο 16,7% των ατόμων που πάσχουν από UC, στο 81,0% των ατόμων που πάσχουν από νόσο του Crohn και στο 2,4% των ατόμων που έχουν αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

Ειλεοκολίτιδα παρουσίασε το 18,5% ατόμων που έχουν UC, το 81,5% ατόμων που πάσχουν από νόσο του Crohn, ενώ σε κανένα άτομο που πάσχει από αδιευκρίνιστη κολίτιδα δεν παρουσιάστηκε ειλεοκολίτιδα.

Σύμφωνα με τον πίνακα αριθμού ενδοσκοπήσεων ανά τύπο ασθένειας η έρευνα έδειξε ότι μία ενδοσκόπηση έκανε το 68,0% των ατόμων που πάσχουν από UC, τα άτομα που πάσχουν από νόσο του Crohn έκαναν μία ενδοσκόπηση σε ποσοστό 18,9% και τα άτομα που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα έκαναν επίσης μια ενδοσκόπηση σε ποσοστό 13,1%.

Δύο ενδοσκοπήσεις έκανε το 63,6% των ατόμων που πάσχουν από UC, τον ίδιο αριθμό ενδοσκοπήσεων έκανε το 32,7% των ατόμων που πάσχουν από νόσο του Crohn, ενώ ανάλογες ενδοσκοπήσεις έκανε το 3,6% των ατόμων που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

Τρείς ενδοσκοπήσεις έκαναν 52 άτομα που πάσχουν από UC, δηλαδή ποσοστό 78,8%, άλλες τόσες έκαναν 13 άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Crohn δηλαδή ποσοστό 19,7% και ένα άτομο από αδιευκρίνιστη κολίτιδα, δηλαδή ποσοστό 1,5%.

Τέσσερις ενδοσκοπήσεις έκαναν 25 άτομα από UC, ποσοστό 73,5%, τον ίδιο αριθμό ενδοσκοπήσεων έκαναν 9 άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Crohn, δηλαδή ποσοστό 26,5%, ενώ κανένα άτομο που πάσχει από αδιευκρίνιστη κολίτιδα, δεν έκανε τέσσερις ενδοσκοπήσεις. Αξιοσημείωτο είναι ότι 24 ενδοσκοπήσεις έκανε ένα άτομο που πάσχει από UC, δηλαδή ποσοστό 100,0%.

Σημαντικό στοιχείο της έρευνας ήταν η αλλαγή ευρήματος ανά τύπο ασθένειας. Παρουσιάστηκε δηλαδή επέκταση της πάθησης σε σύγκριση με παλιότερη ενδοσκόπηση. Έτσι στο σύνολο των 631 ατόμων, 388 άτομα που πάσχουν από UC, δεν παρουσίασαν αλλαγή εντόπισης, δηλαδή ποσοστό 67,8%. Αντίθετα 55 άτομα που πάσχουν από την ίδια ασθένεια παρουσίασαν αλλαγή ευρήματος, δηλαδή ποσοστό 93,2%. Συγκεκριμένα η πρωκτίτιδα, σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας εξελίχθηκε σε ορθίτιδα. Η ορθίτιδα εξελίχθηκε σε αριστερή κολίτιδα και η ορθοσιγμοειδίτιδα εξελίχθηκε σε πανκολίτιδα. Το χρονικό διάστημα εξέλιξης ήταν κατά μέσο όρο 5-10 έτη.

Ανάλογα 131 άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Crohn, δεν παρουσίασαν αλλαγή ευρήματος, ποσοστό 22,9%. Αντίθετα 4 άτομα με

την ίδια νόσο παρουσίασαν αλλαγή ευρήματος , δηλαδή ποσοστό 6,8%. Επίσης 53 άτομα που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα ,δεν παρουσίασαν αλλαγή ευρήματος , δηλαδή ποσοστό 9,3%, στο σύνολο των ασθενών.

Σε σχέση με τον αριθμό βιοψιών ανά τύπο ασθένειας , τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι 405 άτομα που πάσχουν από UC, έκαναν βιοψία, ποσοστό 69,7%. 127 άτομα που πάσχουν από νόσο του Crohn έκαναν βιοψία , ποσοστό 21,9% και 49 άτομα που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα ,ποσοστό 8,4%, έκαναν βιοψία.

Τα άτομα που δεν έκαναν βιοψία είναι 38 άτομα που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα, ποσοστό 76,0%, 8 άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Crohn, δηλαδή ποσοστό 16,0% και 4 άτομα από αδιευκρίνιστη κολίτιδα, δηλαδή ποσοστό 8,0%.

Όσον αφορά τον αριθμό των πρωκτικών ενδοσκοπήσεων σε σχέση με τον τύπο ασθένειας , τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από UC,343 άτομα, δηλαδή ποσοστό 68.7% δεν έκαναν ορθοσκόπηση . 122 άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Crohn, δηλαδή ποσοστό 24,4%, επίσης δεν έκαναν ορθοσκόπηση. Το ίδιο συνέβη και σε 34 άτομα που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα, ποσοστό 6,8%.

Μία ορθοσκόπηση έκανε το 70,4% όσων πάσχουν από UC , δύο έκανε το 90,9% και τρεις έκανε το 77,8%.

Επίσης μία ορθοσκόπηση έκανε το 7,4% όσων πάσχουν από τη νόσο του Crohn, δύο έκανε το 9,1% και τρεις το 11,1%.

Τέλος μία ορθοσκόπηση έκανε το 22,2% όσων πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα και τρεις ορθοσκοπήσεις έκανε το 11,1% ατόμων της ίδιας ασθένειας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι 13 ορθοσκοπήσεις έκανε μόνο 1 άτομο που πάσχει από ελκώδη κολίτιδα.

Τέλος με βάση τον αριθμό κολοσκοπήσεων ανά τύπο ασθένειας η έρευνα έδειξε ότι τα περισσότερα άτομα έκαναν μία τουλάχιστον κολοσκόπηση. Συγκεκριμένα 192 άτομα που πάσχουν από UC έκαναν μία

κολοσκόπηση δηλαδή ποσοστό 67,6%. 62 άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Crohn έκαναν μία κολοσκόπηση ,ποσοστό 21,8% και 30 άτομα που πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα έκαναν μόνο μία κολοσκόπηση,δηλαδή ποσοστό 10,6%.

Επίσης δύο κολόσκοπήσεις έκανε το 56,8% όσων πάσχουν από UC, το 38,6% όσων πάσχουν από νόσο του Crohn και το 4,5% όσων πάσχουν από αδιευκρίνιστη κολίτιδα.

Τρείς κολοσκοπήσεις έκανε το 78,9% των ατόμων που παρουσιάζουν UC,το 21,1% όσων έχουν νόσο του Crohn.

Έξι κολοσκοπήσεις έκανε το 88,9% όσων παρουσιάζουν UC και το 11,1% όσων πάσχουν από νόσο του Crohn.

Αναφέρουμε επίσης ότι 24 κολοσκοπήσεις έκανε μόνο 1 άτομο που πάσχει από ελκώδη κολίτιδα ,δηλαδή ποσοστό 100,0%.

Συμπερασματικά λοιπόν, η ενδοσκόπηση είναι απαραίτητη όχι μόνο για την αρχική εντόπιση της νόσου, αλλά και για την παρακολούθηση της εξέλιξής της και την πρόληψη πιθανών δυσπλασιών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το καλύτερο χρονικό σημείο για να ξεκινήσει η παρακολούθηση είναι περίπου 8-10 χρόνια μετά την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων , καθώς σε αυτό το σημείο αυξάνεται ο κίνδυνος καρκίνου παχέος εντέρου . Ασθενείς που έχουν λιγότερο γνωστή ανώτερη έκταση πέρα από τη σπληνική κάμψη πρέπει να υποβληθούν κολοσκόπηση σε αυτή τη χρονική στιγμή (π.χ. 10 χρόνια) για να αποκλειστεί περαιτέρω επέκταση της ασθένειας.

Σε πρόσφατη έρευνα, αποδείχθηκε ανάπτυξη καρκινώματος σε ποσοστό 3% μετά από 10 χρόνια ελκώδη κολίτιδα, 23% μετά από 20 χρόνια και 43% μετά τα 35 χρόνια της νόσου.

Τα σημεία στα οποία πρέπει να εφαρμόζεται η κολοσκόπηση παρακολούθησης εξαρτάται εμφανώς από την ιστοπαθολογική αναφορά από την αρχική προληπτική κολοσκόπηση. Οι ακόλουθες κατευθύνσεις που βασίζονται στα ευρήματα των παθολόγων, είναι :

Μη δυσπλασία, αόριστες, πιθανόν αρνητικές (ίσως επανενεργές) μεταλλάξεις και αόριστες, άγνωστες μεταλλάξεις

Αφού ένας ασθενής έχει λάβει αρνητικά αποτελέσματα από τις κολοσκοπήσεις ελέγχου και παρακολούθησης, τα διαστήματα ανάμεσα στις κολοσκοπήσεις δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 2 χρόνια, από μερικούς ειδικούς συστήνονται ετήσιες εξετάσεις . Στις σουηδικές μελέτες έχουν υιοθετηθεί διετείς εξετάσεις ανάμεσα στα 8 με 20 έτη , με ετήσιες κολοσκοπήσεις από αυτό το σημείο.

Αόριστες, πιθανόν θετικές (ίσως δυσπλαστικές) μεταλλάξεις.

Η σπουδαιότητα των αόριστων μεταλλάξεων, ίσως θετικές για δυσπλασία, δεν είναι σαφής. Σε μερικές μελέτες η προγνωστική αξία τέτοιων ευρημάτων είναι κάπως περιορισμένη όσον αφορά τη μελλοντική ανάπτυξη της δυσπλασίας σε υψηλότερα επίπεδα . Σε μια πρόσφατη έρευνα οι συγγραφείς ανακάλυψαν ότι η δυσπλασία οποιουδήποτε βαθμού, συμπεριλαμβανομένου και των αόριστων, πιθανόν δυσπλαστικών μεταλλάξεων, αποτελούσε ένδειξη για κολεκτομή, εξαιτίας της υψηλής πιθανότητας συνύπαρξης καρκινώματος. Για αυτούς τους ασθενείς συνιστώνται ετήσιες εξετάσεις.

Χαμηλού βαθμού δυσπλασία.

Η αντιμετώπιση των ευρημάτων χαμηλού βαθμού δυσπλασίας στις επίπεδες βλεννογόνους είναι το πιο αμφιλεγόμενο σημείο της κολοσκοπικής παρακολούθησης σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Τα μέλη της ομάδας του νοσοκομείου St.Marks στο Λονδίνο υπήρξαν οι πρωτοπόροι στον τομέα της κολοσκοπικής παρακολούθησης, οι πιο πρόσφατες έρευνες του μας παρείχαν τη μεγαλύτερη κλινική εμπειρία μέχρι τώρα. Σε 322 ασθενείς με εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα, που εισήχθησαν ανάμεσα στο 1971 και 1992, οι κολοσκοπικές παρακολουθήσεις συνεισέφεραν στον εντοπισμό 11 ασυμπτωματικών ορθοπρωκτικών καρκίνων, και 12 ακόμη ασθενείς υποβλήθηκαν σε κολεκτομή εξαιτίας ευρημάτων δυσπλασίας. Παρόλα αυτά, βρέθηκαν επίσης 6 συμπτωματικοί όγκοι, εν μέρει εξαιτίας προβλημάτων συμμόρφωσης.

Μία από τις πιο σημαντικές ανακαλύψεις σε αυτή τη μελέτη ήταν η πενταετής προγνωστική αξία της χαμηλού βαθμού δυσπλασίας, ως δείκτης για καρκίνο ή υψηλού βαθμού δυσπλασία, στο 54%, από την κατηγοριοποίηση του Riddell και των συνεργατών του . Εφόσον έχει

επιβεβαιωθεί από έναν έμπειρο παθολόγο, μερικοί συγγραφείς προτείνουν πρωκτοκολεκτομή εξαιτίας του γεγονότος ότι πολλοί ασθενείς μπορεί ήδη να έχουν ορθοπρωκτικό καρκίνο, του υψηλού ποσοστού εξέλιξης σε πιο σοβαρές μορφές νεοπλασίας.

Αντίθετα, μόνο ένας αρχικός καρκίνος παχέος εντέρου, μαζί με άφθονες χαμηλού βαθμού δυσπλασίες, ήταν τα κάπως αποθαρρυντικά αποτελέσματα σε μια φιλόδοξη έρευνα από το Leeds . Αξιοσημείωτα, η ύπαρξη πολλών ασθενών με προχωρημένο καρκίνο παχέος εντέρου ανάμεσα σε αυτούς που αποχώρησαν από τη έρευνα και σε ασθενείς που δε συνέχισαν τη δεύτερη επιτήρηση στα προγράμματα παρακολούθησης τονίζει τη σπουδαιότητα συμμόρφωσης σαν έναν από τους ουσιαστικούς παράγοντες της επιτυχούς παρακολούθησης. Δύο πρόσφατες έρευνες επικρίνουν επίσης την προγνωστική αξία της χαμηλού βαθμού δυσπλασίας ως δείκτη καρκίνου ή εξέλιξης σε πιο σοβαρές μορφές νεοπλασίας, και, αντί για κολεκτομή, οι συγγραφείς συστήνουν αυξημένη παρακολούθηση.

Με αυτές τις σχετικά αντικρουόμενες αναφορές, που συστήνουν είτε κολεκτομή είτε αυξημένη παρακολούθηση όταν εντοπίζεται χαμηλού βαθμού δυσπλασία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η παρακάτω προσέγγιση.

Αν εντοπιστεί χαμηλού βαθμού δυσπλασία σε ένα μόνο τμήμα του βλεννογόνου του παχέος εντέρου , προτείνεται αυξημένη επιτήρηση με επανεξετάσεις ετησίως. Στην περίπτωση πολυεστιακής χαμηλού βαθμού δυσπλασίας, πρέπει να εφαρμοστεί μια νέα εξέταση παρακολούθησης μέσα σε 6 μήνες. Αν κατά αυτήν την εξέταση παρατηρηθούν επαναλαμβανόμενα ευρήματα πολυεστιακής χαμηλού βαθμού δυσπλασίας, πρέπει να συμβουλευόμαστε τον ασθενή να υποβληθεί σε πρωκτοκολεκτομή.

Υψηλού βαθμού δυσπλασία, κάκωση ή όγκος όμοιος με δυσπλασία και καρκίνος.

Η ανακάλυψη ενός καρκινώματος, μιας κάκωσης όμοιας με δυσπλασία με υψηλού ή χαμηλού βαθμού δυσπλασία, ή υψηλού βαθμού δυσπλασίας στις επίπεδες βλεννογόνους, θεωρούνται ως ενδείξεις για πρωκτοκολεκτομή . Όταν προσαρμόζονται στο στάδιο Dukes δεν υπάρχει εμφανής διαφορά στην πενταετή επιβίωση ανάμεσα στον σποραδικό ορθοπρωκτικό και τον σχετικό με την ελκώδη κολίτιδα καρκίνο.

Τα καρκινώματα στην ελκώδη κολίτιδα είναι συχνά επίπεδα, πολλαπλά και διακρίνονται με δυσκολία , και μπορεί συχνά να εξελιχθούν αν βρίσκονται σε συμπτωματικό στάδιο. Φαίνεται ότι η κολοσκοπική παρακολούθηση έχει τη δυνατότητα να ανιχνεύει επίσης καρκίνους που σχετίζονται με την ελκώδη κολίτιδα χωρίς να προσπερνούν τη δυσπλασία σε αρχικό στάδιο, με την προϋπόθεση ότι τα διαστήματα παρακολούθησης τηρούνται αυστηρά . Μια κάκωση όμοια με δυσπλασία με μόνο αόριστες μεταλλάξεις πρέπει να αντιμετωπίζεται με κατάλληλο τρόπο, μπορεί κάτω από επιθήλιο να κρύβεται πιο σοβαρή δυσπλασία ή ακόμη και καρκίνωμα. Προτείνεται, έτσι, προσεκτικότερη παρακολούθηση ή κολεκτομή.

Πολύποδες στην ελκώδη κολίτιδα.

Αν εντοπιστούν μακροσκοπικές κακώσεις, εγγυάται ειδική προσοχή και πρέπει να γίνουν επιπλέον βιοψίες για να αποκλειστεί η περίπτωση κάκωσης όμοιας με δυσπλασία . Τα αδενώματα που βρίσκονται σε μη δυσπλαστικούς, περιβαλλοντικούς βλεννογόνους μπορούν να

αντιμετωπιστούν όπως και σε ασθενείς που δεν πάσχουν από κολίτιδα (π.χ. snare-πολυποδεκτομή) , ενώ οι άμισχοι πολύποδες πρέπει να θεωρηθούν ως πιθανή κάκωση όμοια με δυσπλασία τουλάχιστον σε ασθενείς πάνω από 40-45 ετών. ⁽¹⁶⁾

Όμως, σε μια πρόσφατη μελέτη 24 ασθενών με κακώσεις σχετικές με δυσπλασία που έπασχαν από ελκώδη κολίτιδα, οι συγγραφείς πρότειναν την ίδια αντιμετώπιση όπως και για τους σποραδικούς πολύποδες (π.χ. snare-πολυποδεκτομή) επειδή κανένας ασθενής δεν ανέπτυξε καρκίνο ή δυσπλασία κάπου αλλού στο κόλον ή στο ορθό. Υπάρχει έλλειψη μακροπρόθεσμων επακόλουθων πληροφοριών από αυτή και άλλες μελέτες [1999] που χρησιμοποίησαν μια παρόμοια προσέγγιση, έτσι ώστε να είναι δύσκολο και πρώιμο να συστηθεί αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης, αν και, μόλις πρόσφατα, προτάθηκε ένας αλγόριθμος για τη διαχείριση νεοπλαστικών πολύποδων σε ασθενείς με φλεγμονώδη ασθένεια του εντέρου . Σε ασθενείς με σοβαρούς αριθμούς μετα-φλεγμονωδών ψευδοπολυπόδων, μπορεί να μην προσφερθεί ποτέ ασφαλής παρακολούθηση και , αντί για αυτή, πρέπει να συζητηθεί το ενδεχόμενο προληπτικής κολεκτομής. ⁽⁷⁾

Για να συνοψίσουμε, έχουμε δείξει ότι υπάρχει υψηλή συχνότητα εμφάνισης καρκίνου ή προχωρημένης κακοήθειας όταν εμφανιστεί δυσπλασία χαμηλού βαθμού και υπάρχει επίσης μια αυξητική τάση συχνότητας καρκίνου με το πέρασμα των χρόνων. Έχουμε επίσης δώσει χρήσιμα νούμερα για τον απαραίτητο αριθμό κολοσκοπήσεων για να διαπιστωθεί καρκίνος ή κάποια προχωρημένη κάκωση αφού έχει διαγνωστεί χαμηλού βαθμού δυσπλασία κατά την επιτήρηση. Η χαμηλού βαθμού δυσπλασία κατά την παρουσία κακοηθειών ή όγκων όμοιων με δυσπλασία αποτελεί υψηλή προγνωστική αξία για συντρέχοντα καρκίνο και για εξέλιξη σε προχωρημένη κακοήθεια. Η ομαλή χαμηλού βαθμού

δυσπλασία έχει υψηλή προγνωστική αξία 22% να ενισχύσει καρκίνο και 14.6% να εξελιχθεί σε προχωρημένη κακοήθεια. Η απόφαση που αφορά συνεχή επιτήρηση, κολεκτομή, ενδοσκοπική πολυποδεκτομή ή ενδοβλεννογονική αφαίρεση (για σποραδικά αδενώματα και αδενώματα σαν όγκους) πρέπει να είναι ενημερωμένη και να περιλαμβάνει μια εξειδικευμένη και μεγάλη ομάδα. Οι εκτιμήσεις του κινδύνου καρκίνου στην ανάλυσή μας θα συνεισφέρουν σημαντικά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Όπως και στην ελκώδη κολίτιδα, η παρακολούθηση της δυσπλασίας στην κολίτιδα Crohn είναι μια μη αποδεδειγμένη αλλά αποδεκτή πρακτική. Η θεωρία της κολίτιδας Crohn είναι η ίδια όπως και της ελκώδους κολίτιδας: η δυσπλασία αποτελεί το μεσαίο σημείο στην ακολουθία από την κολίτιδα στον καρκίνο. Ομοίως με την ελκώδη κολίτιδα, η δυσπλασία έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει και κοντά και μακριά από τον ορθοπρωκτικό καρκίνο. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν την ακολουθία κολίτιδα-δυσπλασία-καρκίνωμα.

Έχει ανιχνευθεί ότι είναι αυξημένη η παρουσία αδενοκαρκινώματος του λεπτού εντέρου σε πάσχοντες από την ασθένεια Crohn. Ο απόλυτος κίνδυνος, όμως, είναι αρκετά μικρός. Σε μερικές έρευνες, η δυσπλασία ανιχνεύθηκε τόσο κοντά όσο και πιο μακριά από τέτοια αδενοκαρκινώματα, αλλά δεδομένου του μικρού αριθμού ασθενών με την ασθένεια Crohn που είναι πιθανό να αναπτύξουν αδενοκαρκίνωμα στη ζωή τους εξαιτίας του μικρού απόλυτου κινδύνου, δεν υπάρχει ανάγκη για παρακολούθηση του λεπτού εντέρου στην ασθένεια Crohn. ⁽⁵⁾.

Επομένως, η παρακολούθηση της δυσπλασίας, αν και πιθανόν περιορισμένη ως εργαλείο, πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση των ασθενών με κολίτιδα Crohn με το ίδιο τρόπο όπως και στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο αυξημένος κίνδυνος να εμφανιστεί καρκίνος σε μεγάλη διάρκεια ελκώδης κολίτιδας είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στην μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση και θεραπεία αυτών των ασθενών, και η ιδέα των διαδεδομένων δυσπλαστικών κακοηθειών στους βλεννογόνους, που προηγούνται της ανάπτυξης επιθετικού καρκινώματος, αποτελεί το στήριγμα της κολοσκοπικής παρακολούθησης. Οι εξετάσεις και οι πολλαπλές βιοψίες, σε τακτά διαστήματα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως όργανο επιλογής ασθενών υψηλού κινδύνου, που είναι επιρρεπείς σε καρκίνο, για προληπτική κολεκτομή πριν την εμφάνιση καρκίνου, ή αν ανιχνευθεί καρκίνος, σε κάποιο πιθανόν ιάσιμο στάδιο. Αν και υπάρχει έλλειψη από ελεγχόμενες έρευνες που συγκρίνουν τον αντίκτυπο της θνησιμότητας του καρκίνου σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα που συμμετείχαν σε έρευνες και σε αυτούς που δεν συμμετείχαν, πολλά επίδοξα προγράμματα επακόλουθης παρακολούθησης δηλώνουν τόσο το τεχνικά εφικτό όσο και τη χαμηλή συχνότητα θανατηφόρων καρκίνων μιας τέτοιας προσέγγισης.

Παρά τα εμφανή μειονεκτήματα στην ερμηνεία της ιστοπαθολογικής δυσπλασίας, θεωρείται ακόμη ως ο μοναδικός αποδεκτός τρόπος πρόληψης του καρκίνου σε αυτούς τους ασθενείς. Εκτός από έναν

έμπειρο, εξειδικευμένο γαστρεντερολόγο, άλλες αναγκαίες προϋποθέσεις μιας επιτυχημένης παρακολούθησης περιλαμβάνουν ένα πλήρως ενημερωμένο και συμμορφωμένο ασθενή και αυστηρά κριτήρια για εγχείρηση (π.χ. ορθοπρωκτικό καρκίνο, υψηλού βαθμού δυσπλασία, κακοήθεια όμοια με δυσπλασία και επαναλαμβανόμενη, επιβεβαιωμένη χαμηλού βαθμού δυσπλασία). Η χρήση της βελτιωμένης κολοσκοπικής επιτήρησης, με τη χρήση δεικτών που είναι πιο ευαίσθητοι (από τη δυσπλασία), μπορεί να είναι ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπιστεί, στο μέλλον, ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου σε ασθενείς με επίμονη ελκώδη κολίτιδα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή :

Υπάρχουν ποικίλα δεδομένα για την συχνότητα της ενδοσκοπικής εντόπισης σε ασθενείς με ΙΦΠΕ.

Σκοπός:

Η μελέτη έχει ως στόχο την ενδοσκοπική εντόπιση της πάθησης στο κατώτερο πεπτικό σε ασθενείς με ΙΦΠΕ στη ΒΔ Ελλάδα οι οποίοι παρακολουθούνται

- από την Ηπατο-Γαστρεντερολογική μονάδα της Α' Π/Θ κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων και

- Τη Γαστρεντερολογική ομάδα της ΒΔ Ελλάδας

Υλικό και Μέθοδος:

- Έγινε αναδρομική καταγραφή των ασθενών με ΙΦΝΕ από το έτος 1981 έως το 2016(36 χρόνια)
- Αποτυπώθηκαν κλινικά δεδομένα
- Συσχετίστηκαν με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα
- Η μελέτη φιλοδοξεί να αποτελέσει συνέχεια προηγούμενων μελετών στο τμήμα
- Η συλλογή των στοιχείων έγινε από τους ιατρικούς φακέλους και το αρχείο της μονάδας
- Η στατιστική ανάλυση έγινε μέσω του EXCEL και του SPSS

Αποτελέσματα:

Η έρευνα έδειξε ότι τα άτομα που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα έχουν πιο συχνή εντόπιση στην ασθένεια την ορθοσιγμοειδίτιδα , αριστερή κολίτιδα ή κάποιο πρόβλημα μέχρι την σπληνική καμπή σε ποσοστό 81,0%, την πανκολίτιδα σε ποσοστό 72,8% και την ορθίτιδα σε ποσοστό 80,6%.

Στα άτομα με νόσο του Crohn εμφανίζεται συχνότερα ειλεοκολίτιδα με ποσοστό 81,5%,ειλεΐτιδα με ποσοστό 81,0% και πανκολίτιδα με ποσοστό 23,1%. Όσοι εμφανίζουν αδιευκρίνιστη κολίτιδα έχουν πιο συχνή εντόπιση την ορθίτιδα με ποσοστό 14,8%, την ορθοσιγμοειδίτιδα ή την αριστερή

κολίτιδα με ποσοστό 9,7% και λιγότερο συχνά την πανκολίτιδα με ποσοστό 4,1%.

Επίσης σημαντικό στοιχείο της έρευνας είναι ότι παρουσιάστηκε επέκταση της πάθησης σε σχέση με παλιότερη ενδοσκόπηση. Έτσι από τα 631 άτομα, 59 ασθενείς παρουσίασαν αλλαγή ευρήματος. Τα 55 άτομα, είναι ασθενείς με UC, ποσοστό 93,2% και 4 άτομα πάσχουν από νόσο του Crohn, ποσοστό 6,8%. Τα άτομα με αδιευκρίνιστη κολίτιδα δεν παρουσίασαν αλλαγή ευρήματος.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) CHOI PM, NUGENT FM, SCHOETZ DJ Jr, SILVERMANN ML, HAGGITT RC. Colonoscopic Surveillance reduced mortality from colorectal cancer in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1993, 105 :418-424.
- 2) Cohen S, Brooks, F.P :Inflammatory bowel disease. In *Gastrointestinal pathophysiology Brooks*, Second edition, N.Y 1978
- 3) EKBOM A, HELMICK C, ZACK M, ADAMI HO. Increased risk of large-bowel cancer in Crohn's disease with colonic involvement. *Lancet* 1990, 336:357-359.
- 4) Jess T, Edward VL, VL, Velayos FS, et al . Incidence and prognosis of colorectal dysplasia in inflammatory bowel disease : A population-based study from Olmsted County, Minnesota. *Inflammatory Bowel Disease* 2006; 12(8):669-76
- 5) Friedman S. Odze RD, Farraye FA (2003) Management of neoplastic polyps in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* :260-266
- 6) K.H. Katsanos, S. Vermeire, D.K. Christodoulou, L.Riis, F. Wolters, S. Odes, J. Freitas, Ole Hoie, Marina Beltrami, G. Fornaciari, J. Clofent, P. Bodini, M. Vatn, Paula Borrvalho Nunes, B. Moum, P. Munkholm, C. Limonard, R. Stockbrugger, P. Rutgeerts, E.V. Tsianos on behalf of the EC-IBD Study Group: Dysplasia and cancer in inflammatory bowel disease 10 years after diagnosis: Results of a population-based European collaborative follow-up study (*Digestion: IBD dysplasia and cancer in a European population-based cohort*)
- 7) LADAS SD , GIORGIOTIS K, TRIGONIS D, MARKADAS A, RAPTIS SA: Incidence of ulcerative colitis in central Greece. *A*

prospective study (1990-1994) 13th Congress of the EAIM (1995)

- 8) Lim CH, Dixon MF, Vail A, Forman D, et ai. Ten year follow up, of ulcerative colitis patients wiht low-grade dysplasia. Cut 2003;52:1127-32.
- 9) Πετράκη Κ :Διάγνωση και προγνωστική αξία της απεικόνισης στην στην ΙΦΠΕ- παθολογοανατομική εικόνα. Τόμος Πρακτικών του Παννελλήνιου Συνεδρίου ΙΦΠΕ σελ. 43-45 Αθήνα 2003.
- 10) PARKER SL, TONG T, BOLLDEN S, WINGO PA. Cancer statistics 1997. CA Cancer J Clin 1997, 47:5-27
- 11) Σπηλιάδης Χ.Α : Ενδοσκοπική και ιστολογική προσέγγιση Ελκώδους Κολίτιδας Αθήνα, 1991
- 12) Τζαρδής Μ, Ζωης Ε : Ιστολογική διάγνωση της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Εντεροπάθειας και Δυσπλασία στη Φλεγμονώδες Εντεροπάθειας : Η Ελληνική Κατάθεση σελ. 143-152 Αθήνα 2001
- 13) TSIANOS EV, MASALAS CV, MERKOUROPOULOS M, DALEKOS GN, LOGAN RFA :Incidence of inflammatory bowl disease in north west Greece : rarity of Grohn's disease in an area where ulcerative colitis is common. Gut 1994, 35:369-372
- 14) Hurlstone DP, Sanders DS, Lobo AJ , MC ALINDON ME, Cross SS. Indigo car-mone assisted high-magnification chronoscopic colonoscopy for the detection and characterization of intraepithelial neoplasia in ulcerative colitis : a prospective evaluation. Endoscopy 2005, 37 (12) : 1186-22.

- 15) Tsianos E. V., Katsanos K. H., Christodoulou D., Kogevinas A., Logan R. F. and the N.W. Greece IBD group: The epidemiological profile of inflammatory bowel disease between different parts of north-west greece
Katsanos K. H., Christodoulou D. K., Michael M., Ioachim Elli, Tsianos G. V., Agnantis Niki and Tsianos E.V. : Inflammatory bowel disease-related dysplasia and cancer: A referral center study in northwestern Greece. European Journal of Internal Medicine, Volume 16, Issue 3, June 2005, Pages 170-175
- 16) <http://www.eligast.gr/ell/information/pdisease/ibd/>
- 17) <http://www.mednet.gr/articles/2000>
- 18) <http://www.ladas.Pblogs.gr/diagnostiki-therapeutiki-endoskopisi.html>
- 19) <http://www.iatronet.gr/article>

Οι εικόνες έχουν παρθεί από το Internet

[images CAVTSYPM.jpg](#)

[images CAFSXC38.jpg](#)

[images CAHOO434.jpg](#)

