



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η νόσος του Crohn και ο ρόλος του νοσηλευτή»**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΙΧΑΛΙΤΣΛΗ ΙΩΑΝΝΑ**

**A.M.: 16771**

**Εισηγήτρια: Ζαμπίρα Ίρις**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Εισαγωγή.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Σκοπός.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Μεθοδολογία.....	5Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Αποτελέσματα.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Συμπεράσματα .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Λέξεις κλειδιά .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Abstract.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Introduction .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Purpose.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Methodology .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Results .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Conclusions .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Key words .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Κεφάλαιο 1 .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Εισαγωγή.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Κεφάλαιο 2 .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Σκοπός και Στόχοι της Εργασίας .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Κεφάλαιο 3 .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.1 Ορισμός Νόσου του Crohn .....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.2 Επιδημιολογία της νόσου του Crohn	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.3 Ανατομία γαστρεντερικού σωλήνα...	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.4 Φυσιολογία γαστρεντερικού σωλήνα	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.5 Παθοφυσιολογία της νόσου Crohn και αιτιοπαθογένεια	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
3.6 Κλινική εικόνα της νόσου του Crohn	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

- 3.7 Διάγνωση της νόσου του Crohn.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.7.1 Διαφορική διάγνωση της νόσου του Crohn**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.8 Επιπλοκές της νόσου του Crohn .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.9 Αντιμετώπιση και Θεραπεία .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.9.1 Φαρμακευτική Αγωγή .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.9.2 Χειρουργική θεραπεία .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.9.3 Θεραπείες σε πειραματικό στάδιο**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.9.4 Αντιμετώπιση των επιπλοκών διαφόρων μορφών της νόσου του Crohn .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.9.5 Μελλοντικές κατευθύνσεις.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.10 Πρόγνωση της νόσου του Crohn.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.11 Νοσηλευτικοί ρόλοι .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.11.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή του ασθενούς στη κλινική με νόσο του Crohn.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.11.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παραμονή του ασθενούς στη κλινική με νόσο του Crohn.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.11.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη προεγχειρητική ετοιμασία ασθενούς με νόσο του Crohn.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.11.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην υποδοχή του ασθενούς στο χειρουργείο με νόσο του Crohn.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.11.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική φάση του ασθενούς με νόσο του Crohn.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.11.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ψυχοκοινωνικής υγείας ασθενούς με νόσο του Crohn.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- 3.11.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενούς με νόσο του Crohn.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**
- Κεφάλαιο 4 .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**

4.1 Το Είδος της Έρευνας .....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>
4.2 Περιγραφή του Δείγματος.....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>
4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων .....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>
4.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων .....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>
Κεφάλαιο 5 .....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>
Κεφάλαιο 6 .....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>
Συμπεράσματα .....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>
Βιβλιογραφία .....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η νόσος του Crohn ανήκει στις φλεγμονώδους νόσους του εντέρου, οι οποίες συνιστούν μια ομάδα νοσημάτων αγνώστου αιτιολογίας. Τα συμπτώματα της εξαρτώνται από την εντόπιση, την έκταση και την οξύτητα των φλεγμονωδών βλαβών.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι έχει να παρουσιάσει πληροφορίες που αφορούν τη νόσο του Crohn και τον ρόλο που έχει ο νοσηλευτής σε όλα τα στάδια της νόσου βασιζόμενη στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία. πληροφορίες σχετικά. Ακόμη βασισμένη σε διεθνή επιστημονικά άρθρα απαντάται η ερευνητική ερώτηση της εργασίας που αφορά την εγκυμοσύνη και τη νόσο του Crohn και το ρόλο που έχει ο νοσηλευτής.

**Μεθοδολογία:** Για τη συγγραφή της εργασίας πραγματοποιήθηκε έρευνα σε νοσηλευτικά και ιατρικά βιβλία από έλληνες και ξένους συγγραφείς τα οποία έχουν σχέση με τη νόσο του Crohn. Η ερευνητική ερώτηση της εργασίας που αφορά την εγκυμοσύνη στη νόσο του Crohn απαντήθηκε από 9 επιστημονικά άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα, τα τελευταία δέκα χρόνια. Η ηλεκτρονική αναζήτηση των άρθρων έγινε στο Pubmed και Ingenta Connect.

**Αποτελέσματα:** Πρόκειται για χρόνια πάθηση που μπορεί δυνητικά να προκαλέσει αναπηρία, που συχνά απαιτεί πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις. Ακόμη, μπορεί να δημιουργήσει συρίγγια και να εξαλλαγούν σε καρκίνο. Η νόσος του Crohn μπορεί να έχει ως συνέπεια παρατεταμένη απουσία του ασθενή από το σχολείο ή την εργασία του, διαταραχή της οικογενειακής του ζωής, δυσαπορρόφηση των τροφών, κακή θρέψη και ανάγκη για πολλαπλές νοσηλείες. Η νόσος του Crohn σε μια γυναίκα που επιθυμεί την τεκνοποίηση ή που κυοφορεί αποτελεί μία πολύπλοκη κατάσταση και απαιτεί περισσότερη προσοχή σε σχέση με τις γυναίκες που δεν νοσούν.

**Συμπεράσματα:** Τα τελευταία χρόνια, η νόσος του Crohn παρουσιάζει μεγάλη αύξηση. Απασχολεί πολλούς συνανθρώπους μας κυρίως νεαρά άτομα (15-30 ετών) δημιουργώντας δυσκολίες στη σχολική, στην επαγγελματική, στην κοινωνική και προσωπική τους ζωή με το νοσηλευτή να κατέχει σημαντική θέση στην αντιμετώπιση

της νόσου. Ιδίως για τις γυναίκες που επιθυμούν μι εγκυμοσύνη ή είναι έγκυες, εάν υπάρχει ιατρό-νοσηλευτική παρακολούθηση και φροντίδα, η εγκυμοσύνη θα εξελιχθεί ομαλά και με ασφάλεια τόσο για το έμβρυο όσο και για την μητέρα.

**Λέξεις κλειδιά:** Νόσος του Crohn, εγκυμοσύνη, νοσηλευτικός ρόλος, νοσηλευτική φροντίδα.

## **Abstract**

**Introduction:** Crohn's disease belongs to the inflammatory bowel diseases, which constitute a group of diseases of unknown origin. Its symptoms depend on the location, extent and severity of the inflammatory lesions.

**Purpose:** The purpose of this thesis is to present information about Crohn's disease and the role of the nurse at all stages of the disease based on international and Greek literature. Also, based on international scientific articles, the research question of Crohn's pregnancy and disease research and the role of the nurse is answered.

**Methodology:** Research was done on nursing and medical textbooks by Greek and foreign authors related to Crohn's disease. The research question on pregnancy and Crohn's disease has been answered by 9 scientific articles published in English during the last ten years. The articles were searched online at Pubmed and Ingenta Connect.

**Results:** Crohn's disease is a chronic condition that can potentially cause disability that often requires multiple surgeries. It can also create syringes and become cancerous. Crohn's disease can result in the patient being away from school or work, disrupting family life, malnutrition and the need for multiple hospitalizations. Crohn's disease in a woman who wishes to have a baby or is pregnant is a complicated situation and requires more attention than in non-pregnant women.

**Conclusions:** In recent years, Crohn's disease has increased significantly. It concerns many of our fellow human beings, mainly young people (15-30 years old), creating difficulties in their school, professional, social and personal lives with the nurse playing an important role in the management of the disease. Especially for women who want a pregnancy or are pregnant, if there is medical monitoring and care, pregnancy will proceed smoothly and safely for both the fetus and the mother.

**Key words:** Crohn's disease, pregnancy, nursing role, nursing care.

# Κεφάλαιο 1

## Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε έξι κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο είναι της εισαγωγής, δηλαδή περιλαμβάνει περιληπτικά το θέμα της εργασίας, ενώ το δεύτερο κεφαλαίο πραγματεύεται τον σκοπό και τους στόχους που θα επιτευχθούν με τη συγγραφή της εργασίας. Το τρίτο κεφάλαιο κατά σειρά είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπου γίνεται αναφορά στην ανατομία, στη φυσιολογία και στη παθοφυσιολογία του γαστρεντερικού σωλήνα, τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου του Crohn και γίνεται αναφορά στο ρόλο του νοσηλευτή κατά την χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου του Crohn. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στη Μεθοδολογία που εφαρμόζεται στην για τη συλλογή των νεότερων δεδομένων σχετικά με τη νόσο του Crohn κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνη και το ρόλο που έχει ο νοσηλευτής. Περιλαμβάνει δηλαδή την ερευνητική ερώτηση, το είδος της έρευνας, το δείγμα, τη μέθοδο και τη διαδικασία συλλογής δεδομένων. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα νέα δεδομένα που έχουν προκύψει σχετικά με τη νόσο του Crohn και την εγκυμοσύνη. Στο έκτο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα.



## Κεφάλαιο 2

### Σκοπός και Στόχοι της Εργασίας

Τα τελευταία χρόνια, η νόσος του Crohn παρουσιάζει μεγάλη αύξηση. Απασχολεί πολλούς συνανθρώπους μας κυρίως νεαρά άτομα (15-30 ετών) δημιουργώντας δυσκολίες στη σχολική, στην επαγγελματική, στην κοινωνική και προσωπική τους ζωή. Καλό θα είναι να υπάρχει ενημέρωση και σωστή πληροφόρηση για τη νόσο του Crohn, στα άτομα τα οποία πάσχουν ήδη από την νόσο του Crohn για να γνωρίσουν καλύτερα την ασθένεια από την οποία πάσχουν ώστε να μπορέσουν να την αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά, χωρίς να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στη καθημερινή τους ζωή. Η εργασία απευθύνεται και σε άτομα που δεν νοσούν τα ίδια αλλά κάποιος από το περιβάλλον τους είτε οικογενειακό είτε εργασιακό. Η συγκεκριμένη εργασία με τίτλο “ Η νόσος του Crohn και ο ρόλος του νοσηλευτή ”, μελετά τη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία παρέχοντας σύγχρονα δεδομένα σχετικά με τη νόσο του Crohn. Η εκπόνηση της εργασίας γίνεται κυρίως για επαγγελματικούς λόγους αλλά παράλληλα και για προσωπικούς λόγους. Οι στόχοι που θα επιτευχθούν με την συγγραφή της πτυχιακής εργασίας είναι :

- 1) Ο εμπλουτισμός των νοσηλευτικών γνώσεων και δεξιοτήτων (μου).
- 2) Η προσωπική κατανόηση και εκμάθηση πληροφοριών της νόσου.
- 3) Η ενημέρωση και πληροφόρηση των αναγνωστών.

## Κεφάλαιο 3

### 3.1 Ορισμός Νόσου του Crohn

Η νόσος Crohn είναι μια κοκκιοματώδης, διατοιχωματική φλεγμονώδης προσβολή του γαστρεντερικού σωλήνα αγνώστου αιτιολογίας. Μαζί με την ελκώδη κολίτιδα αποτελούν τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου. Αν και η πρώτη αναφορά έγινε από το Morgani το 1761 και ανάλογες αναφορές συνέβησαν κατά τη διάρκεια του 19<sup>ου</sup> και του 20<sup>ου</sup> αιώνα, η κλασσική κλινική και παθολογοανατομική περιγραφή της νόσου έγινε από τους Crohn, Ginzburg και Oppenheimer. (Παπαλάμπρος Ε., 2011)

### 3.2 Επιδημιολογία της νόσου του Crohn

Προσβάλλονται συνήθως άτομα ηλικίας 20- 30 ετών Το θετικό οικογενειακό ιστορικό έχει μεγάλη σημασία, καθώς μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών. Επίσης το κάπνισμα και ακόμη και η εθνικότητα (αυξημένος κίνδυνος για τους Εσκενάζυ εβραϊκής καταγωγής) (Γιωτάκη, 2014). Η νόσος προσβάλλει σε ίση αναλογία το λεπτό, το παχύ ή το λεπτό και το παχύ έντερο συγχρόνως. Η θνητότητα της νόσου είναι 5 φορές μεγαλύτερη στην ομάδα των ασθενών που χρειάστηκε να υποβληθούν σε χειρουργική θεραπεία και έφθανε το 20% των ασθενών. (Μανούσος, 2003)

### 3.3 Ανατομία γαστρεντερικού σωλήνα

Ο γαστρεντερικός σωλήνας του ανθρώπου ξεκινά από το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό. Τα κύρια τμήματα του είναι η στοματική κοιλότητα, ο φάρυγγας (αποτελεί και τμήμα του αναπνευστικού συστήματος), ο οισοφάγος, ο στομάχος, το λεπτό και το παχύ έντερο.

Η **στοματική κοιλότητα** αποτελείται από δύο μέρη, το προστόμιο και την κυρίως κοιλότητα του στόματος. Οριοθετείται εμπρός από τα χείλη, στα πλάγια από τις παρειές, κάτω από τη γλώσσα, πάνω από την υπερώα, και πίσω από τον φάρυγγα. Ο

**οισοφάγος** είναι ένας μυώδης σωλήνας (μήκους περίπου 25 εκατοστών) με μια μέση διάμετρο 2 εκατοστών, ο οποίος μεταφέρει την τροφή από τον φάρυγγα στο στόμαχο. Ο οισοφάγος φυσιολογικά έχει τρία στενώματα όπου παρακείμενες δομές παράγουν εντυπώματα: το τραχηλικό στένωμα (άνω οισοφαγικός σφικτήρας), το θωρακικό (βρόγχο-αορτικό στένωμα) και το διαφραγματικό στένωμα. Η γνώση αυτών των στενωμάτων είναι σημαντική όταν περνώνται συσκευές διαμέσου του οισοφάγου μέσα στο στόμαχο και όταν παρατηρούνται οι ακτινογραφίες σε ασθενείς που έχουν δυσφαγία (Moore et al, 2012).

Ο **στόμαχος** αποτελεί τη συνέχεια του οισοφάγου και αποτελεί την διευρυμένη μοίρα του πεπτικού σωλήνα μεταξύ του οισοφάγου και του λεπτού εντέρου. Είναι εξειδικευμένος για την συσσώρευση της προσλαμβανόμενης τροφής, την οποία προπαρασκευάζει χημικά και μηχανικά για την πέψη και την δίοδο της ως το δωδεκαδάκτυλο. Ο στόμαχος δρα ως ένα μίξερ τροφής και ως αποθήκη. Η κύρια λειτουργία του είναι η ενζυμική πέψη. Ο γαστρικός χυμός βαθμιαία μετατρέπει μια μάζα τροφής σε ένα ημιδαρές μείγμα, τον χυμό, ο οποίος έχει μόνο ελαφρώς μεγαλύτερη διάμετρο από την διάμετρο του παχέος εντέρου. Όμως είναι ικανός για σημαντική επέκταση και μπορεί να χωρέσει 2-3 λίτρα τροφής. Ο στόμαχος έχει τέσσερις μοίρες (Moore et al, 2012):

- Την καρδιά: η μοίρα που περιβάλλει το καρδιακό στόμιο, το άνω στόμιο ή την είσοδο του στομάχου.
- Το θόλο: τη διευρυμένη άνω μοίρα η οποία συσχετίζεται με τον αριστερό θόλο του διαφράγματος και αφορίζεται κάτω από το οριζόντιο επίπεδο του καρδιακού στομίου. Η καρδιακή εντομή βρίσκεται μεταξύ του οισοφάγου και του θόλου. Ο θόλος μπορεί να διευρυνθεί από αέρια, υγρά, τροφή, ή από οποιονδήποτε συνδυασμό των παραπάνω.
- Το σώμα: η μεγάλη μοίρα του στομάχου μεταξύ του θόλου και του πυλωρικού άντρου.
- Η πυλωρική μοίρα: η χωνοειδούς σχήματος περιοχή εκροής του στομάχου. Το ευρύτερο μέρος του πυλωρικού άντρου οδηγεί στο πυλωρικό σωλήνα, το στενότερο μέρος του. Ο πυλωρός αποτελεί την άπω, σφικτηριακή περιοχή της πυλωρικής μοίρας. Αυτός αποτελεί μια εκσεσημασμένη πάχυνση της κυκλοτερούς λείας μυϊκής στοιβάδας του στομάχου που ελέγχει την κένωση του περιεχομένου του στομάχου διαμέσου του πυλωρικού στομίου.

Το **λεπτό έντερο** αποτελείται από το δωδεκαδάκτυλο, τη νήστιδα και τον ειλεό. Το *δωδεκαδάκτυλο* είναι η πρώτη μοίρα του λεπτού εντέρου, που δέχεται το χυμό ανακατεμένο με γαστρικό οξύ και πεψίνης απευθείας από το στόμαχο διαμέσου του πυλωρού. Το δωδεκαδάκτυλο ακολουθεί κυρίως μια δευτερογενή πορεία σχήματος C ή αγκύλης γύρω από τη κεφαλή του παγκρέατος. Η κατιούσα μοίρα του δωδεκαδακτύλου δέχεται αμφοτέρους το χοληφόρο και το παγκρεατικό πόρο. Πάνω σε ή λίγο από κάτω από αυτό το επίπεδο, συμβαίνει μια μετάβαση της αιμάτωσης της κοιλιακής μοίρας του πεπτικού σωλήνα. Η μοίρα που βρίσκεται άνω ή πέραν αυτής της περιοχής, αρδεύεται από κλάδους της άνω μεσεντέριας αρτηρίας. Η νήστιδα και ο ειλεός σχηματίζουν τις έλικες του λεπτού εντέρου που καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της υποκοιλιακής υποδιαίρεσης του μείζονος σάκου της περιτοναϊκής κοιλότητας. Η *νήστιδα* καταλαμβάνει κυρίως το άνω δεξιό μέρος και ο ειλεός το κάτω αριστερό μέρος. Μαζί έχουν μήκος 3-4 μέτρα, η διάμετρος του λεπτού εντέρου γίνεται προοδευτικά μικρότερη καθώς ο ημιδαρής χυμός προχωράει διάμεσο αυτού. Τα αιμοφόρα αγγεία γίνονται επίσης μικρότερα, αλλά ο αριθμός των τριτογενών τόξων αυξάνεται ενώ το μήκος των ευθέων αγγείων μειώνεται. Ο *ειλεός* χαρακτηρίζεται από αφθονία λεμφικού ιστού, ο οποίος συναθροίζεται σε λεμφοζίδια (πλάκες του Peyer). Η ενδοπεριτονική μοίρα του λεπτού εντέρου(νήστιδα και ειλεός) κρέμεται μέσω του μεσεντερίου, η ρίζα του οπίου εκτείνεται από την νηστιδωδωδεκαδακτυλική συμβολή αριστερά της μέσης γραμμής προς το O2 επίπεδο προς την ειλεοτυφλική συμβολή μέσα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο (Moore et al, 2012).

Το **παχύ έντερο** αποτελείται από το τυφλό, τη σκωληκοειδή απόφυση, το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν και το σιγμοειδές κόλον, το ορθό και το πρωκτικό σωλήνα. Το παχύ έντερο χαρακτηρίζεται από τις κολικές ταινίες, τις κολικές κυψέλες, τις επιπλοικές αποφύσεις και το μεγάλο αυλό. Αρχίζει από την ειλεοτυφλική βαλβίδα, αλλά η πρώτη μοίρα του, το *τυφλό*, είναι ,μια σακοειδής διεύρυνση η οποία κρέμεται κάτω από την βαλβίδα. Το δίκην τσέπης τυφλό, η ευρύτερη μοίρα του παχέος εντέρου βρίσκεται όλο ενδοπεριτονοικά και δεν έχει μεσεντέριο, ούτως ώστε αυτό να είναι κινητό μέσα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Η ειλεοτυφλική βαλβίδα είναι ένας συνδυασμός βαλβίδας και ασθενούς σφιγκτήρα, ανοίγοντας ενεργά περιοδικά για να επιτραπεί η είσοδος των περιεχόμενων του ειλεού και σχηματίζοντας μια κυρίως παθητική βαλβίδα μιας κατεύθυνσης μεταξύ του ειλεού και του τυφλού, παρεμποδίζοντας την παλινδρόμηση. Η *σκωληκοειδής απόφυση* αποτελεί ένα

εντερικό εκκόλπωμα πλούσιο σε λεμφικό ιστό, η όποια εισέρχεται στην έσω επιφάνεια του τυφλού, συνήθως κάτω από την ένωση του έξω τριτημορίου και των έσω δύο τριτημορίων της ακανθοομφαλικής γραμμής. Πιο συχνά η σκωληκοειδής απόφυση λαμβάνει μια οπισθοτυφλική θέση, αλλά στο 32% των περιπτώσεων αυτή κατέρχεται μέσα στην ελάσσονα πύελο. Το τυφλό και η σκωληκοειδής απόφυση αρδεύονται από κλάδους των ειλεοτυφικών αγγείων. Μετά το τυφλό ακολουθεί το *κόλον*, το οποίο αποτελείται από σε τέσσερα μέρη, το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν και το σιγμοειδές. Το *ανιόν* έχει ανοδική κατεύθυνση και καταλήγει κάτω από το δεξιό λοβό του ήπατος, όπου στρίβει, σχηματίζοντας την δεξιά κολική ή ηπατική καμπή. Το *εγκάρσιο* κόλον είναι το μακρύτερο τμήμα του παχέος εντέρου και καταλήγει στην αριστερή κολική ή σπληνική καμπή, η οποία βρίσκεται λίγο ψηλότερα από τη δεξιά, στο κάτω άκρο του αριστερού. Το *κατιόν* κόλον που αρχίζει μετά την αριστερή κολική καμπή είναι μεταπίπτει στο *σιγμοειδές* κόλον, το οποίο ακολουθώντας ελικοειδή πορεία καταλήγει στο ορθό στην ορθοσιγμοειδική συμβολή.

Το *ορθό* αποτελεί την πυελική μοίρα του πεπτικού σωλήνα και συνεχίζεται προς τα πάνω με το *σιγμοειδές* κόλον και προς τα κάτω με τον πρωκτικό σωλήνα. Σε αυτό το σημείο, οι κολικές ταινίες του σιγμοειδούς κόλου διασπείρονται και σχηματίζουν μια συνεχή εξωτερική επιμήκη λεία μυϊκή στοιβάδα και οι λιπώδεις επιπλοκές αποφύσεις τελειώνουν. (Moore et al, 2012). Το τελικό μέρος του ορθού είναι διευρυμένο και ονομάζεται λήκυθος του ορθού και δέχεται τα κόπρανα ενώ ο πρωκτός αποτελεί το τελικό τμήμα του ορθού.

### **3.4 Φυσιολογία γαστρεντερικού σωλήνα**

Οι βασικές λειτουργίες του γαστρεντερικού σωλήνα συνίστανται στην πέψη και απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών. Οι βασικοί αυτοί στόχοι επιτυγχάνονται με τις με τέσσερις βασικές λειτουργίες και με τη βοήθεια ορισμένων αδένων (σιελογόνοι αδένες, ήπαρ και χοληφόρο σύστημα, πάγκρεας) (Costanzo, 2010):

1) *Κινητικότητα*: η τροφή που προσλαμβάνεται από το στόμα προωθείται προς το ορθό και κατά τη διάρκεια της μετακίνησης αυτής η τροφή αναμειγνύεται και διασπάται σε μικρότερα τεμάχια. Η ταχύτητα με την οποία προωθείται η τροφή κατά μήκος του γαστρεντερικού ρυθμίζεται έτσι ώστε να βελτιστοποιείται η πέψη και η απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών.

2) *Εκκρίσεις αδένων*: οι εκκρίσεις των σιελογόνων αδένων, του παγκρέατος και του ήπατος αυξάνουν τον όγκο των υγρών, όπως επίσης και την ποσότητα των ηλεκτρολυτών, ενζύμων και βλέννας στον αυλό του γαστρεντερικού σωλήνα. Οι εκκρίσεις αυτές συμβάλλουν περαιτέρω στην πέψη και απορρόφηση των τροφών.

3) *Διάσπαση των τροφών*: οι τροφές που έχουν προσληφθεί έτσι ώστε να σχηματιστούν απορροφήσιμα μόρια.

4) *Απορρόφηση θρεπτικών ουσιών*: Οι θρεπτικές ουσίες, οι ηλεκτρολύτες και το νερό απορροφούνται στη συνέχεια από τον αυλό του εντέρου και εισέρχονται στη κυκλοφορία του αίματος.

Οι εκκρίσεις από το ήπαρ, τη χοληδόχο κύστη και το πάγκρεας εισέρχονται στο λεπτό έντερο μέσω του κοινού χοληφόρου πόρου και μέσω του σφιγκτήρα του Oddi, στο δωδεκαδάκτυλο. Μια σημαντική πτυχή του λεπτού εντέρου είναι η παρουσία δακτυλοειδών προεξοχών στο βλεννογόνο του εντέρου (μικρολάχνες ψηκτροειδούς παρυφής), που αυξάνει την επιφάνεια απορρόφησης. Κατά μήκος της οδού, υπάρχει μονό μια στοιβάδα επιθηλιακών κυττάρων ή εντεροκυττάρων μεταξύ του αυλού του σωλήνα και της συστηματικής κυκλοφορίας. Ενώ αυτό κρατάει με επιτυχία τα περιεχόμενα του αυλού στο λεπτό έντερο, κατά την απορρόφηση υπάρχει ταχεία και αποτελεσματική μετακίνηση των θρεπτικών στοιχείων προς το αίμα. Τα εντεροκύτταρα είναι ευαίσθητα στο αυστηρό περιβάλλον που επικρατεί στον αυλό του εντέρου και πρέπει να προστατευθούν. Αυτή η προστασία επιτυγχάνεται με ουσίες ρυθμιστές και τη βλέννα. Παρά της παρουσίας των προστατευτικών μέσων, τα εντερικά κύτταρα θα αποβληθούν και θα αντικατασταθούν από νέα κύτταρα κάθε 3 με 4 μέρες. Το μεγαλύτερο μέρος της πέψης γίνεται στη νήστιδα με τη δράση των παγκρεατικών ενζύμων. Όταν τα θρεπτικά συστατικά διασπαστούν στα βασικά στοιχεία (π.χ. μονοσακχαρίτες, μονογλυκερίδια, αμινοξέα, κτλ) η απορρόφηση μπορεί να γίνει σε όλο το μήκος του λεπτού εντέρου, αν και τα περισσότερα συστατικά απορροφώνται στο μέσο της νήστιδας. Το τελικό μέρος του ειλού είναι το μέρος απορρόφησης της B12 και της ανακύκλωσης των χολικών αλάτων. Ο χυμός που παραμένει στο σωλήνα εγκαταλείπει το λεπτό έντερο μέσω του ειλεοτυφλικού σφιγκτήρα προς το παχύ έντερο (κόλον). Το παχύ έντερο δεν έχει ψηκτροειδή παρυφή και οι κύριες λειτουργίες του είναι η αφυδάτωση του χυμού για την παραγωγή κοπράνων και η αποθήκευση των κοπράνων μέχρι την αφόδευση. Το παχύ

έντερο αποτελείται από το τυφλό, σκωληκοειδή απόφυση, κόλον, ορθό και το πρωκτικό σωλήνα. Στο τέλος του ορθού, οι εσωτερικοί και εξωτερικοί πρωκτικοί σφιγκτήρες ρυθμίζουν την εξώθηση των κοπράνων. (Mulroney & Myers, 2010)

### **3.5 Παθοφυσιολογία της νόσου Crohn και αιτιοπαθογένεια**

Η νόσος του Crohn προσβάλλει όλο το πάχος του εντερικού τοιχώματος, έχει κοκκιωματώδη χαρακτήρα και μπορεί να αφορά σε οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα (Μουτσόπουλος, 2009). Στην νόσο Crohn προσβάλλεται κυρίως η υποβλενογόνια στοιβάδα του εντέρου. Στο 1/3 των ασθενών προσβάλλεται μόνο το λεπτό έντερο, στο 1/3 το παχύ, και στο υπόλοιπα 1/3 η προσβολή του εντέρου είναι καθολική. Η φλεγμονή μπορεί να επεκτείνεται σε βάθος και να αφορά όλες τις στοιβάδες του τοιχώματος του εντέρου μέχρι το βλεννογόνο, όπου σχηματίζονται έλκη που αιμορραγούν. Τα προσβληθέντα τμήματα του εντέρου παχύνονται και ο αυλός τους στενεύει. Ανάμεσα στα προσβληθέντα τμήματα υπάρχουν και νησίδες υγιών τμημάτων. Η πάθηση έχει χρόνια διαδρομή με συχνές εξάρσεις και υφέσεις. (Γιωτάκη, 2014).

Η νόσος του Crohn θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα μη φυσιολογικής απάντησης του ανοσολογικού συστήματος του ξενιστή στα φυσιολογικά αντιγόνα του γαστρεντερικού σωλήνα. Από μελέτες ενισχύεται η υπόθεση ότι τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (νόσος Crohn και ελκώδης κολίτιδα) είναι αποτέλεσμα διαταραχής της λεπτής ισορροπίας της επίδρασης των βοηθητικών και των κατασταλτικών T- λεμφοκυττάρων στη λειτουργία των B- λεμφοκυττάρων. Οι δύο μορφές των φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου, έχουν χαρακτηριστικές διαφορές αλλά και πολλές περιπτώσεις παρουσιάζουν σημαντική αλληλεπικάλυψη στη κλινική τους εικόνα. Το κοινό χαρακτηριστικό των νοσημάτων αυτών είναι η φλεγμονή (και εξέλκωση) του βλεννογόνου της γαστρεντερικής οδού, όπου δεν διαφέρει από την οξεία φλεγμονή που παρατηρείται σε λοιμώδη διάρροια διεισδυτικού τύπου. Στη κοινή τελική οδό της μη φυσιολογικής ανοσολογικής απάντησης πιθανών συμμετέχουν και άλλοι παράγοντες εκτός των γενετικών, όπως είναι οι περιβαλλοντικοί, ψυχολογικοί και διαιτητικοί (Μουτσόπουλος, 2009). Πιο συγκεκριμένα:

- Ανοσολογικοί παράγοντες: Το εντερικό επιθήλιο των ασθενών με νόσο Crohn χαρακτηρίζεται από σχετική αδυναμία στο να αποκλείει την ενεργοποίηση της ανοσολογικής φλεγμονώδους απάντησης έναντι των ενδοκυτταρικών βακτηρίων και των διαιτητικών αντιγόνων. Η παρουσία της τοπικής αυτής ανοσολογικής απορύθμισης ενισχύεται και από το ότι η ιστική κατανομή της τάξης II των αντιγόνων μείζονος ιστοσυμβατότητας (που έχουν σημαντικό ρόλο στην αντιγονοπαρουσίαση) μοιάζει σημαντικά με την ανατομική κατανομή της προσβολής της νόσου. Τα επιθηλιακά κύτταρα του προσβεβλημένου από τη νόσο εντερικού βλεννογόνου προκαλούν μια «ανεπίκαιρη» επαγωγή των βοηθητικών T- λεμφοκυττάρων. Έτσι τα διεργεμένα βοηθητικά Tα-λεμφοκύτταρα στη νόσο Crohn ευοδώνουν με μη ειδικό τρόπο μια «καταιγίδα» ανοσολογικών μηχανισμών ενεργοποίησης, με αποτέλεσμα τη σοβαρή φλεγμονώδη διήθηση του εντερικού τοιχώματος (Παπαλάμπρος, 2011).
- Γενετικοί παράγοντες: Το θετικό οικογενειακό ιστορικό, καθώς μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών (Γιωτάκη, 2014). Ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου Crohn σε αδέρφια ασθενών είναι 30 φορές μεγαλύτερος από ότι σε αδέρφια υγείων ατόμων που δεν έχουν τη νόσο. Μεταξύ άλλων έχουν βρεθεί ασθενείς συσχετίσεις με το σύστημα αντιγόνων των λευκοκυττάρων γνωστό ως HLA (Human Leukocyte Antigen). Ανοσολογικά ελλείμματα όπως το σύστημα του συμπληρώματος και η αυξημένη κυτταροτοξικότητα από ανοσοκύτταρα του οργανισμού εναντίον του ίδιου του εντερικού βλεννογόνου φαίνεται επίσης να παίζουν κάποιο ρόλο. Ωστόσο η πιο σημαντική συνεισφορά της σύγχρονης μοριακής βιολογίας στη κατανόηση της αιτιοπαθογένειας της νόσου είναι η ταυτοποίηση του γονιδίου που είναι υπεύθυνο για τη σύνθεση της ενδοκυτταρικής πρωτεΐνης CARD/NOD2, μεταλλάξεις του οποίου έχουν αιτιολογική σχέση με τη νόσο Crohn (Παπαλάμπρος, 2011). Στη θεωρία της κληρονομικότητας εντάσσονται και οι μεταλλάξεις στο γονίδιο NOD2 που συμβαίνουν συχνότερα σε ανθρώπους με την νόσο και συσχετίζονται με βαρύτερη πρόγνωση (Γιωτάκη, 2014).
- Λοιμώδεις παράγοντες: Δυο μυκοβακτηρίδια (της φυματίωσης και της παραφυματίωσης) έχουν θεωρηθεί ως πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες, λόγω της κοκκιοματώδους προσβολής που μπορούν να προκαλέσουν στο έντερο. Έχει μάλιστα ανευρεθεί DNA των παραπάνω μικροβίων σε ιστούς που έχουν τη νόσο



με τη βοήθεια μοριακών τεχνικών ανίχνευσης, όπως η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης. Επιμένουσα λοίμωξη από τη *Yersinia enterocolitica* έχουν επίσης ενοχοποιηθεί ως αιτιολογικοί παράγοντες της νόσου (Παπαλάμπρος, 2011).

- Διαιτητικοί παράγοντες: Τέτοιοι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί λόγω της παρουσίας αντισωμάτων έναντι αρκετών τροφικών αντιγόνων, όπως του γάλακτος και της μαγιάς. Αυτό το φαινόμενο μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη διαπερατότητα του προσβεβλημένου εντερικού βλεννογόνου σε αυτά τα αντιγόνα (Παπαλάμπρος, 2011).

Στους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν στην εμφάνιση της νόσου περιλαμβάνονται η εθνικότητα (αυξημένος κίνδυνος για τους Εσκενάζυ εβραϊκής καταγωγής), η ισοτρετινοΐνη (accuran), μετά από χρήση του φαρμάκου στην θεραπεία της ακμής και το κάπνισμα (Γιωτάκη, 2014). Επιπλέον, όσον αφορά το κάπνισμα, καπνιστές με νόσο του Crohn έχουν υψηλότερες πιθανότητες κλινικής και ενδοσκοπικής υποτροπής της νόσου (Παπαλάμπρος, 2011).

### **3.6 Κλινική εικόνα της νόσου του Crohn:**

Τα μη λοιμώδη φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου διακρίνονται από τις λοιμώδεις παθήσεις εξ αποκλεισμού: υποτροπιάζοντα επεισόδια βλεννοπυώδους διάρροιας (δηλαδή με βλέννα και λευκοκύτταρα), με πρόσμιξη αίματος που χαρακτηρίζεται από αρνητικές καλλιέργειες και από τη μη ανταπόκριση στα αντιβιοτικά. Επειδή τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου χαρακτηρίζονται από υφέσεις και εξάρσεις, η ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή είναι δύσκολο να διακριθεί από τις αυτόματες υφέσεις που χαρακτηρίζουν τη φυσική πορεία της νόσου (Μουτσόπουλος, 2009). Τα κύρια συμπτώματα είναι της νόσου του Crohn (Γιωτάκη, 2014):

- Η διάρροια η οποία παρουσιάζεται ως συνεχής ή επεισοδιακή
- Ο πόνος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο(συχνά οι ασθενείς χειρουργούνται για σκωληκοειδίτιδα)
- Η απώλεια βάρους

Άλλα συμπτώματα είναι οι περιοριστικές φλεγμονές, η αρθρίτιδα(ως εξωεντερική φλεγμονή) και η μικρή πυρετική κίνηση ενώ στη ψηλάφηση της κοιλίας συχνά εντοπίζεται μάζα. Προοδευτικά εμφανίζονται αναιμία, καταβολή των δυνάμεων και απώλεια βάρους. Σπάνια το πρώτο σύμπτωμα είναι πυρετός, εντερική διάτρηση,

μεγάλη αιμορραγία ή εξωεντερική εκδήλωση όπως το οζώδες ερύθημα (Γιωτάκη, 2014). Οι συνηθέστερες μορφές της νόσου είναι (Γιωτάκη, 2014):

- Ειλεοκολίτιδα: αποτελεί την συνηθέστερη μορφή και προσβάλλει τόσο τον ειλεό, όσο και το κόλον.
- Ειλειτίδα: προσβάλλεται μόνο ο ειλεός.
- Γαστροδωδεκαδακτυλική νόσος του Crohn: η μορφή αυτή εντοπίζεται στο στομάχι και στο δωδεκαδάκτυλο.
- Νηστιδοειλεϊτίδα: προσβάλλονται τμηματικές περιοχές της νήστιδας.
- Crohn κολίτιδα: προσβάλλει μόνο το κόλον.

### 3.7 Διάγνωση της νόσου του Crohn

Η διάγνωση της νόσου του Crohn μπορεί να είναι δύσκολη, ειδικά όταν τα συμπτώματα είναι μη ειδικά (Osborn et al, 2014). Η κλινική εκδήλωση υπαγορεύει το είδος και το χρόνο της διαγνωστικής εξέτασης (Netter, 2006). Ο χρυσός κανόνας για τη διάγνωση της νόσου του Crohn είναι η διενέργεια κολονοσκόπησης ωστόσο, η κολονοσκόπηση πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς με βαρεία φλεγμονή (Osborn et al, 2014). Η σιγμοειδοσκόπηση, η κολονοσκόπηση ή και οι δύο είναι χρήσιμες στη διάγνωση της κολίτιδας, αφού η ενδοσκοπική εκτίμηση μπορεί να βοηθήσει στον καθορισμό της έκτασης και σοβαρότητας της νόσου εντέρου. Επίσης, σε ασθενείς που παρουσιάζουν διαρροϊκή νόσο θα πρέπει να γίνει διαγνωστική εξέταση κοπράνων. Η εξέταση με καλλιέργεια κοπράνων για βακτηριακά παθογόνα τοξίνη του *C.difficile* και τα παράσιτα θα βοηθήσει να αποκλεισθούν οι λοιμώδεις αιτίες. Σε οποιοδήποτε ασθενή με ταξιδιωτικό ιστορικό ή πιθανή έκθεση σε παράσιτα πρέπει να γίνεται ένας ενδεδειγμένος έλεγχος ανίχνευσης παρασίτων. Η ποιοτική εξέταση των κοπράνων για λίπος βοηθάει στην αναγνώριση της διάρροιας από δυσαπορρόφηση (Netter, 2006).

Αν και οι ορολογικές εξετάσεις είναι τώρα διαθέσιμες, δεν χρησιμοποιούνται ευρέως. Δεν είναι από μόνες τους διαγνωστικές, αλλά χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλες εξετάσεις (Osborn et al, 2014). Παραδείγματος χάρη, ο ορολογικός έλεγχος για αντί-ουδετεροφιλικά κυτταροπλασματικά αντισώματα και αντισώματα ενάντια του *Saccharomyces cerevisiae* έχει περιορισμένη διαγνωστική αξία (Netter, 2006). Ακόμη, έχουν αναπτυχθεί δυο γενετικοί δείκτες για κλινική χρήση. Τα αντί-

*Saccharomyces cerevisiae* αντισώματα (ASCA). Τα περιτυρινικά αντιουδετεροφιλικά κυτταροπλασματικά αντισώματα (pANCA) (Osborn et al, 2014).

Επιπλέον, οι αιματολογικές μελέτες θα πρέπει να περιλαμβάνουν την αιμοσφαιρίνη, την μέτρηση των λευκοκυττάρων, την ΤΚΕ (ταχύτητα καθίζησης ερυθρών), την C-αντιδρώσα πρωτεΐνη και την αλβουμίνη που θα βοηθήσουν να καθοριστεί η σοβαρότητα της νόσου και στη τεκμηρίωση της έκτασης της συμμετοχής του λεπτού εντέρου (Netter, 2006). Η αναιμία είναι συχνό εύρημα, ενώ η λευκοκυττάρωση αναπτύσσεται σε περιπτώσεις σηπτικών επιπλοκών. Αυξημένη ταχύτητα καθίζησης υποδηλώνει ενεργή νόσο. Συχνά απαντάται υπολευκωματιναιμία αλλά και στεατόρροια με τα ανάλογα επακόλουθα, είναι αποτέλεσμα εκτεταμένης ειλεϊκής νόσου. Τέλος, ανώμαλη απορρόφηση D-ξυλόζης υποδηλώνει εκτεταμένη νόσο ή ύπαρξη συριγγίου (Παπαλάμπρος, 2011).

Η οριστική σφραγίδα της διαγνώσεως τίθεται με την ιστολογική κατοχύρωση. Δυστυχώς η ιστολογική εξέταση δεν είναι πάντοτε σε θέση να τεκμηριώσει τη διάγνωση που τελικώς είναι η συνιστώμενη κλινικών, ακτινολογικών, ενδοσκοπικών, εργαστηριακών και ιστολογικών δεδομένων. Για τη καλύτερη δυνατή αξιοποίηση της ιστολογικής εξετάσεως πρέπει να τηρούνται ορισμένοι τεχνικοί κανόνες σχετικά με το χειρισμό και την εξέταση των δειγμάτων ιστού. Τα κυριότερα διαφοροδιαγνωστικά σημεία νόσου Crohn αναφέρονται στο πίνακα 1 (Μανούσος, 2003).

<b>Πίνακας 1: Ιστολογικά χαρακτηριστικά τη νόσου του Crohn (Μανούσος, 2003).</b>	
<b>Ιστολογικά χαρακτηριστικά</b>	<b>Νόσος του Crohn</b>
Φλεγμονή	Κατά τόπους, βλεννογόνου και υποβλεννογόνου
Κρυπτοαποστήματα	σπάνια
Διαταραχή αρχιτεκτονικής αδένων βλεννογόνου	ήπια
Βλεννοπενία	σπάνια
Μεταπλασία κυττάρων Paneth	σπάνια
Επιθηλιοειδή κοκκιώματα	διαγνωστικά

Η μεγαλύτερη αξία της ιστολογικής εξέτασης έγκειται στη διαφορική διάγνωση μεταξύ της νόσου του Crohn και άλλων μορφών κολίτιδος. Μορφολογικά

χαρακτηριστικά που ενισχύουν τη διάγνωση νόσου του Crohn του παχέος εντέρου (Μανούσος, 2003):

- Συνηγορούν υπέρ της νόσου του Crohn
  - 1) Εστιακή φλεγμονή βλεννογόνου
  - 2) Προσβολή τελικού ειλεού
  - 3) Γραμμοειδή έλκη
  - 4) Μη προσβολή του ορθού
  - 5) Εντόπιση στο δεξιό κόλον
- Κριτήρια μείζονος σημασίας
  - 1) Ασυνεχής τμηματική προσβολής
  - 2) Αφθώδη έλκη
- Κριτήρια παθογνωμονικής σημασίας
  - 1) Κοκκιώματα
  - 2) Διατοιχωματική φλεγμονή με λεμφικά οζίδια
  - 3) Συρίγγια (σε περιοχές εκτός περινέου)

Οι κλασσικές απεικονιστικές εξετάσεις διαδραματίζουν σημαντικότατο ρόλο στο να πιθανολογήσουν τη διάγνωση χωρίς όμως να την επισφραγίζουν. Συνεισφέρουν επίσης σημαντικότατα στην απεικόνιση και κατάδειξη διαφόρων εντερικών και εξωεντερικών επιπλοκών. Οι νεώτερες απεικονιστικές εξετάσεις, όπως η αξονική και μαγνητική τομογραφία και το διαδερμικό υπερηχογράφημα κοιλίας, βοηθούν στο να καταδείξουν ενδοκοιλιακές συλλογές ή μάζες καθώς και στο να εκτιμήσουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα μέσω διαδοχικών μετρήσεων του πάχους του εντερικού τοιχώματος. Πιο συγκεκριμένα (Μανούσος, 2003):

- *Αξονική τομογραφία κοιλίας*: αποτελεί μεγάλης αξίας απεικονιστική μέθοδο για την μελέτη και αξιολόγηση των ασθενών με φλεγμονώδη εντεροπάθεια. Τα πλεονεκτήματα της συνιστάται στο ότι δεν είναι «αιματηρή» τεχνική, έχει μεγάλη ακρίβεια στην κατάδειξη ενδοτοιχωματικής νόσου και επιτρέπει τη μορφολογική μελέτη του τοιχώματος του εντέρου, του μεσεντερίου, των επιφανειών του περιτοναίου καθώς και των γειτονικών οργάνων. Η αξονική τομογραφία επιτρέπει την αξιολόγηση ενδοκοιλιακών αποστημάτων, εντερικής αποφράξεως και διατρήσεως. Στις περισσότερες περιπτώσεις διαρκεί μόνο 15 λεπτά . Το φυσιολογικό πάχος του εντερικού τοιχώματος κυμαίνεται από 3-5

mm όταν ο αυλός του είναι επαρκώς διατεταμένος. Σε περιπτώσεις φλεγμονώδους εντεροπάθειας με πάχυνση εντερικού τοιχώματος, η πάχυνση αυτή φαίνεται στην αξονική τομογραφία ως ομοιογενής ή ως έχουσα πολλαπλές στιβάδες που αντανακλούν στη διαφορά πυκνότητας μεταξύ των υποβλεννογόνιων στιβάδων.

- *Ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία:* η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία είναι μέθοδος που συνεισφέρει διαγνωστικά στην αξιολόγηση κυρίως περιπρωκτικών συριγγίων και αποστημάτων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Βοηθά και στην αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων αφού επιτρέπει την κατάδειξη της βλάβης και των ανατομοπαθολογικών λεπτομερειών της. Πρόσφατα δεδομένα συσχετίζουν πολύ ικανοποιητικά τα ευρήματα της ενδοσκοπικής υπερηχοτομογραφίας με τα αντίστοιχα της ενδοσκοπικής και ιστολογικής εξέτασης. Το εντερικό τοίχωμα αποτελείται υπερηχογραφικώς από 5 στοιβάδες που αντιστοιχούν στις ιστολογικές του στοιβάδες. Συγκρινόμενη με άλλες απεικονιστικές εξετάσεις και κυρίως την αξονική τομογραφία σχετικώς με την απεικόνιση και διαφορική διάγνωση των περιπρωκτικών επιπλοκών της νόσου Crohn, η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία (διορθικό υπερηχογράφημα) φαίνεται να υπερτερεί, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις αποστημάτων και συριγγίων, οπωσδήποτε όμως σε χέρια έμπειρων εξεταστών. Αποτελεί επίσης χρησιμότητα μέθοδο για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας των σφιγκτήρων του πρωκτού, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, οι οποίοι πρόκειται να υποβληθούν σε ειλεοδακτυλιακή αναστόμωση. Υποστηρίζεται ότι το διακολπικό υπερηχογράφημα είναι εξίσου αποτελεσματικό με το διορθικό στις περιπτώσεις των ασθενών στις οποίες το τελευταίο δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί. Η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία έχει επιπλέον πλεονέκτημα της απουσίας ακτινοβολήσης. Το διορθικό υπερηχογράφημα μπορεί να είναι χρήσιμη μέθοδος για την θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με ΙΦΝΕ και πιθανολογούμενες περιπρωκτικές βλάβες ή βλάβες του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού.
- *Μαγνητική τομογραφία:* η μαγνητική τομογραφία δεν έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην αξιολόγηση των ασθενών με ΙΦΝΕ, λόγω των επιδράσεων της αναπνοής και των περισταλτικών κινήσεων του εντέρου στην ποιότητα των εικόνων, άλλα και λόγω του ακατάλληλου υλικού αντιθέσεως στον εντερικό

αυλό και του μεγάλου χρόνου λήψεως των εικόνων. Μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε μαγνητική τομογραφία fast pulse frequencies και ενδοφλεβίως Gd-DTPA απέδειξαν ότι υπάρχει ικανοποιητική συσχέτιση μεταξύ ευρημάτων μαγνητικής τομογραφίας και ιστοπαθολογικών ευρημάτων όσον αφορά στο πάχος του εντερικού τοιχώματος, το μήκος του προσβεβλημένου εντέρου και τη βαρύτητα της εντερικής προσβολής. Η μαγνητική τομογραφία βοηθά σημαντικώς στην αξιολόγηση ασθενών με εντερικά συρίγγια. Πρόσφατες πληροφορίες επικεντρώνονται στο σημαντικό ρόλο της μαγνητικής τομογραφίας στην εκτίμηση της δραστηριότητας της ΙΦΝΕ. Αν και δυσχερώς εφαρμόσιμη στη καθημερινή κλινική πράξη υπάρχουν επαρκείς βιβλιογραφικές ενδείξεις για το ρόλο της στην εκτίμηση της ενεργότητας της νόσου του Crohn σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

- *Μαγνητική εντερόκλυση*: μια από τις πρόσφατες σημαντικές εξελίξεις στην απεικονιστική μελέτη του λεπτού εντέρου είναι η μαγνητική εντερόκλυση, η οποία υπόσχεται πολλά. Η μέθοδος έχει κύριες ενδείξεις τη μελέτη της νόσου του Crohn και ιδίως τις εξωεντερικές – περιτοναϊκές συνοδές αλλοιώσεις (μεσεντέριο- λεμφαδένες κ.λπ.). Παρά το υψηλό κόστος φαίνεται ότι δίδει πληροφορίες που δεν παρέχονται από τις άλλες μεθόδους.
- *Η «εικονική» κολονοσκόπηση* (virtual colonoscopy), τα τελευταία χρόνια αξιολογείται σε ασθενείς με ΙΦΝΕ η χρήση της εικονικής κολποσκόπησης ως μέθοδος εκτίμησης της έκτασης της νόσου και της κατάδειξης ενδοαυλικών εξεργασιών. Η μέθοδος προϋποθέτει την πλήρωση του παχέος εντέρου με αέρα (γεγονός ανεπιθύμητο στους ασθενείς με ΙΦΝΕ) καθώς και τη λήψη εικόνων με σπироειδή.
- *Αξονική τομογραφία*. Η μέθοδος θεωρείται χρήσιμη για την κατάδειξη βλαβών που εντοπίζονται κεντρικότερα στενωτικών περιοχών του εντέρου.

Οι ακτινολογικές μελέτες του λεπτού εντέρου βοηθούν στη διάγνωση της νόσου Crohn του λεπτού εντέρου με ευρήματα όπως στένωση του αυλού, ανωμαλίες και εσωτερικά συρίγγια όπως και στη τεκμηρίωση της έκτασης της συμμετοχής του λεπτού εντέρου (Netter, 2006). Ωστόσο ακτινολογική μελέτη σε διάφορες εντοπίσεις της νόσου του Crohn έδειξε τα εξής: (Μανούσος, 2003)

- Οισοφάγος: Πρόκειται για σπάνια εντόπιση στην οποία η ακτινολογική μελέτη δεν αποκαλύπτει χαρακτηριστικά σημεία για τη διάγνωση της νόσου του Crohn.
- Στόμαχος: Οι ακτινολογικές αλλοιώσεις συνίσταται σε οίδημα των πτυχών, ανάδειξη αφθωδών ελκών και οζώδη διαμόρφωση των πτυχών του στομάχου που απαντούν όμως και σε διάφορες μορφές γαστρίτιδος. Χαρακτηριστικό εύρημα θεωρείται μια εικόνα μωσαϊκού που δεν παρατηρείται σε άλλες καταστάσεις και αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της εξέλιξης βαρειών εξελκώσεων του άντρου ή του σώματος του στομάχου.
- Δωδεκαδάκτυλο: Προσβολή του δωδεκαδάκτυλου συνήθως σε συνδυασμό με εντόπιση της νόσου και στο άντρο του στομάχου θεωρείται σήμερα αρκετά συχνή σε ασθενείς με γνωστή νόσο του Crohn του λεπτού εντέρου. Με τη μέθοδο της διπλής σκιαγραφικής αντιθέσεως, ποσοστά από 20-40% αναφέρονται σε κέντρα αναφοράς της νόσου. Κατά τους Lee και συν (1990), η γαστροδωδεκαδακτυλική προσβολή συνυπάρχει κατά κανόνα με εντοπίσεις της νόσου σε άλλες μοίρες του πεπτικού σωλήνος. Τα κυριότερα ακτινολογικά χαρακτηριστικά σε προσβολή του δωδεκαδάκτυλου είναι η βαρύτης και η έκταση της ελκωτικής εξεργασίας και η συνοδός ινώδης αντίδραση που προκαλεί ένα βαθμό στενώσεως. Αντίθετα από το πεπτικό έλκος του βολβού, η προσβολή από νόσο του Crohn επεκτείνεται συχνά ινώδη στένωση και ελκωτική επιφάνεια είναι πολύ μεγαλύτερη από την παρατηρούμενη σε σύνηθες έλκος του δωδεκαδακτύλου. Η προκύπτουσα ακτινολογική εικόνα έχει χαρακτηριστεί «κέρας αιγάγρου». Εντόπιση στο λεπτό έντερο: Τα τελευταία χρόνια έχει επικρατήσει η μελέτη του λεπτού εντέρου με τη μέθοδο της εντεροκλύσεως. Με τη μέθοδο αυτή αποκαλύπτεται η παρουσία γενικευμένου οιδήματος, παχύνσεως των πτυχών του βλεννογόνου ή οζώδης διαμόρφωση και η παρουσία ελκών καθώς επίσης στενώσεων του εντερικού τοιχώματος και ευερεθιστότητας του εντέρου. Κατά του Chernish και συν (1992), η εντερόκλυση είναι σε θέση να ανιχνεύσει ακόμη και πρωιμότερες βλάβες του βλεννογόνου, υπό την προϋπόθεση ότι εκτελείται από πεπειραμένο ειδικό και ακολουθούνται οι προϋποθέσεις εντερικής προετοιμασίας κ.λπ.

- Παχύ έντερο: Σήμερα χρησιμοποιείται πρακτικώς μόνο η μέθοδος της διπλής σκιαγραφικής αντιθέσεως και αναδεικνύεται με σαφήνεια τα πρώιμα ευρήματα (οίδημα και αφθώδη έλκη). Κατά τους Lee και συν (1990), οι κίνδυνοι επιπλοκών από το εντερικό καθαρισμό έχουν υπερτονισθεί και ο ίδιος πιστεύει ότι, εκτός από τους ελάχιστους ασθενείς με επικείμενο τοξικό megacolon, σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις γίνεται καλώς ανεκτή η χρήση καθαρτικών και υποκλυσμών. Οι παθολογικές περιοχές του παχέος εντέρου παρουσιάζονται συνήθως ως διακεκομμένες και προσβάλουν το τμήμα του παχέος εντέρου το προσκείμενο προς το mesocolon. Μεταξύ των προσβεβλημένων μοιρών παρεμβάλλονται υγιή τμήματα εντέρου. Με την εξέλιξη της νόσου, τα γραμμοειδή έλκη συνενώνονται με τις εγκάρσιες βαθύτερες εξελκώσεις με αποτέλεσμα την εμφάνιση εικόνας λιθόστρωτου. Η εμφάνιση του τελικού ειλεού θεωρείται ότι έχει διαφοροδιαγνωστική αξία μεταξύ νόσου του Crohn και ελκώδους κολίτιδας. Η στενωτική ελκωτική προσβολή του τελικού ειλεού στη νόσο του Crohn διαφέρει σαφώς από την ειλειτίδα «εκ παλινδρομήσεως» (back wash ileitis) της ελκώδους κολίτιδας.

### 3.7.1 Διαφορική διάγνωση της νόσου του Crohn

Έχει μεγάλη σημασία να διαπιστωθεί εάν ο ασθενής έχει νόσο του Crohn, ελκώδη κολίτιδα ή άλλες ειδικές φλεγμονές του εντέρου π.χ. φλεγμονή της εκκολπωματικής νόσου, ισχαιμική κολίτιδα και φυματίωση. Η σωστή διαφορική διάγνωση βοηθάει όχι μόνο στην επιλογή της πιο κατάλληλης θεραπείας, αλλά καθορίζει και τη πρόγνωση. Πολλές φλεγμονές του παχέος εντέρου συγχέονται με την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn. Δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση υπάρχουν όταν η φλεγμονή της εκκολπωματικής νόσου εντοπίζεται στο σιγμοειδές. Η αναφορά σε οικογενειακό ιστορικό και η συνύπαρξη περιπρωκτικών αλλοιώσεων συνηγορούν για τη νόσο του Crohn. Η ισχαιμική κολίτιδα, που συνήθως αφορά τη σπληνική καμπή, δίνει περίπου την ίδια κλινική και ακτινολογική εικόνα με τη νόσο του Crohn της ίδιας περιοχής, αλλά διαφέρουν στο ιστορικό π.χ. αιφνίδια εισβολή των συμπτωμάτων, διάφορες καρδιοπάθειες και ότι στην ισχαιμική κολίτιδα η αποβολή αίματος από το ορθό, το οποίο είναι πάντοτε φυσιολογικό, είναι πιο συχνή. Η φυματίωση αφορά πιο μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, έχει πολλές δυσκολίες στη διάκριση της από τη νόσο του



Crohn κλινικά, ακτινολογικά και διεγχειρητικά. Τα συμπτώματα από το έντερο, κατά τη διάρκεια της έμμηνου ρύσης προσανατολίζουν στη σωστή διάγνωση. Αλλεργικές αντιδράσεις που προκαλούνται από τροφές μοιάζουν με τη συμπτωματολογία της νόσου Crohn, δεν έχουν όμως φλεγμονή στο έντερο, εξάλλου ο περιορισμός βοηθάει στη σωστή διάγνωση. Υπάρχουν φυσικά και περιπτώσεις που αυτές συνυπάρχουν. Έχουν περιγραφεί περιπτώσεις εντεροπάθειας με κυκλοφορία στο αίμα εντεροκυτταρικών αντισωμάτων. Με την ιστολογική εξέταση διαπιστώνεται λεμφοκυτταρική διήθηση της κύριας στοιβάδας του κυττάρου, με μικροσκοπική διήθηση του λεπτού και του παχέος εντέρου. Κλινικά η νόσος αυτή η οποία δεν είναι γνωστό ακόμη εάν είναι πρόδρομος εμφάνιση της νόσου του Crohn ή νέα ασθένεια, εκδηλώνεται με διάρροια, αποβολή αίματος και πύου. Τέλος, οι εξάρσεις της νόσου πολλές φορές δεν οφείλονται σε αυτή καθεαυτή τη νόσο, αλλά σε συνυπάρχουσες φλεγμονές του εντέρου από διάφορους μικροοργανισμούς. Οι τοξίνες του κλωστηριδίου difficile, είναι υπεύθυνες για αυτές τις εξάρσεις. Οι διαταραχές των πρωτόζωων μπορεί να προκαλέσουν έντονα συμπτώματα στη νόσο του Crohn επειδή η διάγνωση τους είναι δύσκολη να γίνει με κλινική, ενδοσκοπική και ιστολογικά εικόνα. Συστήνεται πάντοτε η κοπρανοκαλλιέργεια (Λεουτσάκος, 1994).

### **3.8 Επιπλοκές της νόσου του Crohn**

Η νόσος του Crohn αφορά χαρακτηριστικά τον τελικό ειλεό ή το παχύ έντερο, αν και μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα από το στόμα μέχρι τον πρωκτό, με μη συνεχή τρόπο. Χαρακτηρίζεται από εξελκώσεις και φλεγμονή που αφορούν όλο το πάχος του εντερικού τοιχώματος καθώς και από υποτροπές της νόσου σε περιοχές του εντέρου προηγουμένως υγιείς, μπορεί δε να προσβάλλει το παρακείμενο μεσεντέριο και τους λεμφαδένες. Στο προσβεβλημένο βλεννογόνο, ο συνδυασμός της σε βάθος εξέλκωσης με την πάχυνση του υποβλεννογόνιου χιτώνα προκαλεί την χαρακτηριστική εμφάνιση “πλακόστρωτου”. Η διάτρηση, ο σχηματισμός συριγγίων και αποστημάτων και η απόφραξη του λεπτού εντέρου είναι συχνές επιπλοκές της νόσου του Crohn, αν και στους περισσότερους ασθενείς η πορεία της νόσου είναι πιο ήπια. Η προσβολή όλου του πάχους του τοιχώματος του εντέρου πιθανώς προδιαθέτει για τις παραπάνω επιπλοκές. Η αιμορραγία από τις εξελκώσεις του βλεννογόνου μπορεί να είναι λανθάνουσα ή

μαζική, το ίδιο δεν ισχύει και για την εντεροπάθεια με απώλεια πρωτεΐνης. Άλλη σημαντική επιπλοκή της νόσου είναι η αυξημένη πιθανότητα καρκίνου του εντέρου. Οι ασθενείς με νόσο του Crohn συχνά εμφανίζουν εξωεντερικές εκδηλώσεις όπως είναι η μεταναστευτικού τύπου αρθρίτιδα. Μπορούν να παρατηρηθούν επίσης φλεγμονώδεις διαταραχές του δέρματος, των οφθαλμών και των βλεννογόνων, κυρίως άφθες του στοματικού βλεννογόνου. Νεφρικές διαταραχές κυρίως νεφρολιθίαση, παρατηρούνται στο ένα τρίτο των ασθενών με νόσο του Crohn και πιθανώς σχετίζονται με την αυξημένη απορρόφηση οξαλικών από το έντερο λόγω της στεατόρροιας. Σοβαρές επιπλοκές της νόσου του Crohn είναι επίσης η αμιλοείδωση και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια. Και οι δύο αυτές οι επιπλοκές της νόσου πιθανώς αποτελούν έκφραση συστηματικού χαρακτήρα της φλεγμονώδους διεργασίας. Συχνά οι ασθενείς υποσιτίζονται με αποτέλεσμα να εμφανίζουν κλινικά σημεία ανεπάρκειας διαφόρων θρεπτικών ουσιών (Μουτσόπουλος, 2009).

### **3.9 Αντιμετώπιση και Θεραπεία**

Η θεραπεία της νόσου εξαρτάται από τη θέση της βλάβης, την έκταση της νόσου και τη σοβαρότητα. Οι σοβαρές εξάρσεις της νόσου ενδέχεται να απαιτήσουν νοσοκομειακή θεραπεία (Netter, 2006). Οι στόχοι θεραπείας αφορούν α) στην αντιμετώπιση του οξέος επεισοδίου, β) στη διατήρηση της υφέσεως και πρόληψη υποτροπών, γ) στην επιλογή του κατάλληλου χρόνου για χειρουργική θεραπεία (αν χρειαστεί) και δ) στην ενημέρωση και καθησύχηση του ασθενούς και της οικογένειας σε όλες τις φάσεις της πορείας της νόσου (Μανούσος, 2003).

Πριν την έναρξη της θεραπείας είναι απαραίτητο να αξιολογηθούν η εντόπιση της νόσου, η έκταση της νόσου, η ένταση της φλεγμονής και οι δείκτες δραστηριότητας της νόσου (Μανούσος, 2003).

Η αντιμετώπιση-θεραπεία της νόσου του Crohn μπορεί να περιλαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή, τη χειρουργική προσέγγιση, τις θεραπείες σε πειραματικό στάδιο και την αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου:

### 3.9.1 Φαρμακευτική Αγωγή

Στη φαρμακευτική θεραπεία, οι στόχοι είναι να χρησιμοποιηθούν αρχικά τα λιγότερο τοξικά φάρμακα, να μειωθεί η μακροχρόνια χρήση στεροειδών και να επιτευχθεί η ύφεση της νόσου. Τα 5-αμινοσαλικυλικά(5-ASA), η πρώτη γραμμή θεραπείας για την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο Crohn. Τα 5-ASA διαφέρουν όσο αφορά στη θέση και το μηχανισμό της απελευθέρωσης. Η δραστηριότητα τους είναι δοσοεξαρτώμενη και η κλιμάκωση της δόσης μπορεί να βελτιώσει την ανταπόκριση του ασθενούς σε αυτά τα φάρμακα. (Netter, 2006).

Η *σουλφασαλαζίνη* είναι ένα 5-ASA που είναι δεσμευμένο σε σουλφαπυριδίνη μέσω ενός διαζικού δεσμού. Η σουλφαπυριδίνη είναι ένας φορέας που εμποδίζει την απορρόφηση του φαρμάκου από το λεπτό έντερο. Ο διαζικός δεσμός διασπάται από βακτήρια στο παχύ έντερο, απελευθερώνοντας το 5-ASA και την σουλφαπυριδίνη. Στις παρενέργειες περιλαμβάνονται η ναυτία, ο εμετός, η αδιαθεσία, η ευαισθησία στο φως του ήλιου και το εξάνθημα, το οποίο μπορεί να προκληθεί από το θειικό συστατικό της ουσίας. Οι ασθενείς μπορούν να απευαισθητοποιηθούν σε κάποιες από αυτές τις παρενέργειες. Οι άνδρες ασθενείς μπορούν να παρουσιάσουν μείωση στον αριθμό των σπερματοζωαρίων με μειωμένη γονιμότητα. Έχει επίσης περιγραφεί ακοκκιοκυτταραιμία. Παρόλα αυτά τα πιθανά προβλήματα, η σουλφασαλαζίνη είναι ένα πολύ χρήσιμο φάρμακο και μπορεί να ωφελήσει και την αρθρίτιδα σε αυτούς τους ασθενείς στους οποίους συνυπάρχει εντερική νόσος και αρθρίτιδα. (Netter, 2006).

Η *οσαλαζίνη* είναι ένα διμερές 5-ASA στο οποίο τα 5-ASA συνδέονται με διαζικό δεσμό, που διασπάται από βακτήρια στο παχύ έντερο απελευθερώνοντας τα 5-ASA. Μέχρι και 20% των ασθενών μπορεί να εμφανίσει εκκριτική διάρροια, η οποία περιορίζει τη χρησιμότητα του φαρμάκου στην αντιμετώπιση της κολίτιδας. Η από του στόματος χορηγούμενη μεσαλαμίνη είναι διαθέσιμη σε μορφή όπου η αποδέσμευση της εξαρτάται από το pH και σε μορφή με βραδεία αποδέσμευση. Η μορφή με τη βραδεία αποδέσμευση απελευθερώνεται στο τελικό ειλέο και το παχύ έντερο. Όταν ανοίγει η κάψουλα στον ειλέο ή στο παχύ έντερο, αποδεσμεύεται το φάρμακο. Η τυπική δόση ποικίλει από 2,4 ως 4,8 g/ημέρα. Η μορφή του εξαρτάται από το pH βασίζεται στη διάχυση του ύδατος μέσα σε ένα καψίδιο αιθυλ-κυτταρίνης

και στην απομάκρυνση του φαρμάκου από το καψίδιο. Το φάρμακο απελευθερώνεται στο δωδεκαδάκτυλο. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις που συμμετέχει το λεπτό έντερο ή το παχύ έντερο. Η τυπική δόση είναι 4 g/ημέρα. Διατίθεται τοπική μεσαλαμίνη σε μορφή κλύσματος και υπόθετου. Τα υπόθετα (500mg) είναι χρήσιμα στη τοπική θεραπεία της νόσου του ορθού. Η μορφή κλύσματος, σε δόση 4g, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε νόσο του παχέος εντέρου ως τη σπληνική καμπή. Δεν απαιτείται η αποδέσμευση από έναν φορέα όπως με τις από του στόματος χορηγούμενες μορφές. (Netter, 2006).

Η *βαλσαλαζίδη* είναι ένα 5-ASA συνδεδεμένο μέσω διαζικού δεσμού με έναν αδρανή φορέα, την 4-αμινοβενζουλ-βήτα-αλανίνη. Η απελευθέρωση στο παχύ έντερο είναι παρόμοια με αυτή της σουλφασαλαζίνης αλλά χωρίς τις παρενέργειες από το θειικό συστατικό. Η τυπική δόση είναι 6,75 g/ημέρα. Τα στεροειδή χρησιμοποιούνται για πιο σοβαρή νόσο Crohn. Τα κορτικοστεροειδή μπορούν να χρησιμοποιηθούν τοπικά, από του στόματος ή ενδοφλέβια. Η *πρεδνιζόνη* είναι το πιο κοινώς χρησιμοποιούμενο στεροειδές από του στόματος. Η *βουδεσονίδη*, ένα εναλλακτικό στεροειδές στη θεραπεία της νόσου του Crohn στον ειλέο, έχει πρόσφατα γίνει διαθέσιμη σε μορφή με απελευθέρωση στον ειλέο. Έχει το πλεονέκτημα του ραγδαίου μεταβολισμού κατά την πρώτη διέλευση της ουσίας και θεωρητικά, έχει χαμηλότερο προφίλ παρενεργειών από τη χρήση στεροειδών. Από του στόματος, το εύρος της δοσολογίας της πρεδνιζόνης είναι χαρακτηριστικά 40 ως 60 mg/ημέρα για 3 εβδομάδες με σχήμα σταδιακής διακοπής που ποικίλει ανάλογα με την ανταπόκριση, ενώ δεν υπάρχει όφελος από τη χρήση υψηλότερων δόσεων από αυτές. Μπορούν να χορηγηθούν ενδοφλέβια στεροειδή σε bolus ή συνεχή έγχυση. Υπάρχουν ανέκδοτες αναφορές που υποστηρίζουν ότι η συνεχής έγχυση κορτικοστεροειδών είναι καλύτερη από τη bolus έγχυση. Στις βραχυπρόθεσμες παρενέργειες περιλαμβάνονται η δυσανεξία στη γλυκόζη, η ακμή, οι αλλαγές στη διάθεση, οι διαταραχές στον ύπνο και η αύξηση βάρους. Οι μακροπρόθεσμες παρενέργειες περιλαμβάνουν την οστεοπόρωση και τον καταρράκτη. Οι ουσίες αυτές δεν έχουν κάποιο όφελος από τη μακροχρόνια χορήγηση αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για την θεραπεία της οξείας νόσου. Τοπικά στεροειδή διατίθενται σε υπόθετα, αφρό και κλύσματα. Ο αφρός και τα υπόθετα χρησιμοποιούνται στη νόσο του ορθού. Τα κλύσματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε νόσο στην αριστερή μούρα του παχέος εντέρου. (Netter, 2006).

Τα *αντιβιοτικά* έχει δεχθεί ότι παίζουν κάποιο ρόλο στη νόσο του παχέος εντέρου, στην περινεϊκή νόσο, στην υπερβολική ανάπτυξη των βακτηρίων στο λεπτό έντερο και τις λοιμώδεις επιπλοκές, όπως το σχηματισμό αποστημάτων και τη φλεγμονή του εκκολώματος. Το αντιβιοτικό πρώτης γραμμής είναι η μετρονιδαζόλη σε δόση από 10 ως 20 mg/Kg. Δυστυχώς, δεν είναι καλά ανεκτή από πολλούς ασθενείς εξαιτίας της ναυτίας και της διαταραχής στη γεύση που προκαλεί. Μπορεί να παρατηρηθεί περιφερική νευροπάθεια με τη μακροχρόνια χρήση και οι παραισθησίες είναι συχνά το πρώιμο σημείο αυτής παρενέργειας. Η μετρονιδαζόλη θα πρέπει να διακοπεί αν παρατηρηθούν παραισθησίες επειδή η νευροπάθεια είναι προϊούσα και μπορεί να είναι μη αναστρέψιμη. Άλλα αντιβιοτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί με κάποια επιτυχία είναι η σιπροφλαξασίνη και η κλαρυθρομυκίνη. (Netter, 2006).

Τα *ανοσοκατασταστικά* φάρμακα όπως η αζαθειοπρίνη ή η 6-μερκαπτοπουρίνη χρησιμοποιούνται για ανθεκτική νόσο του εντέρου, περιπτώσεις που έχουν αναπτύξει εξάρτηση από τα στεροειδή καθώς και περινεϊκή νόσο. Οι ουσίες αυτές χρησιμοποιούνται πιο συχνά στη νόσο Crohn, αλλά η χρήση τους αυξάνει όλο και περισσότερο και για την ελκώδη κολίτιδα. Πρέπει να παρακολουθείται στενά ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων για στοιχεία καταστολής του μυελού των οστών. Η μέτρηση των μεταβολιτών μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο στο καθορισμό της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και της πιθανότητας για την ανάπτυξη τοξικότητας. Οι ουσίες αυτές έχουν καθυστερημένη έναρξη δράσης και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για 3 έως 6 μήνες πριν ληφθεί η απόφαση για τυχόν αποτυχία της αγωγής. Άλλες παρενέργειες είναι η παγκρεατίτιδα και η χολόσταση. Ο μακροπρόθεσμος κίνδυνος για την ανάπτυξη νεοπλασίας δεν είναι σαφής. (Netter, 2006).

Η *μεθοτρεξάτη* έχει φανεί να ωφελεί στη ενεργό νόσο του Crohn όπως και στη φάση συντήρησης της θεραπείας. Οι δόσεις ποικίλουν από 15 ως 25 mg ενδομυϊκά ή υποδόρια μια φορά την εβδομάδα. Τα σημεία τοξικότητας είναι οι ηπατικές ανωμαλίες και η πνευμονική ίνωση. Αντενδείκνυται στην εγκυμοσύνη και θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία. (Netter, 2006).

Η *κυκλοσπορίνη* χρησιμοποιείται στη σοβαρή, οξεία κολίτιδα. Έχει περιορισμένο ρόλο στη θεραπεία της νόσου Crohn. Στην κεραυνοβόλο κολίτιδα, η ενδοφλέβια

χορήγηση φαίνεται να προλαμβάνει ή να καθυστερεί τη διενέργεια κολεκτομής σε ασθενείς που θεραπεύονται με αυτό το φάρμακο. Έχει στενό θεραπευτικό παράθυρο. Στις παρενέργειες περιλαμβάνονται η νεφρική τοξικότητα, η υπέρταση, ο δυσυτρίχισμός και οι σπασμοί. Ένας χειρουργός, που παρακολουθεί τον ασθενή για συμπτώματα και σημεία που θα οδηγούσαν σε επείγουσα κολεκτομή, θα πρέπει να παρακολουθεί αυτούς τους ασθενείς. (Netter, 2006).

Η *ινφλιξιμάμπη*, ένα χημειρικό αντίσωμα έναντι του παράγοντα νέκρωσης όγκων α (TNF-α), είναι πολύ χρήσιμο στη θεραπεία της νόσου Crohn με συρίγγια, όπως και στην ύφεση και μείωση των απαιτήσεων για στεροειδή σε ασθενείς με νόσο του αυλού του εντέρου. Χορηγείται σε IV έγχυση σε διάστημα 2 ωρών. Η μέση διάρκεια της ανταπόκρισης είναι 8 εβδομάδες. Οι πιθανές παρενέργειες περιλαμβάνουν τις αντιδράσεις στην έγχυση, τις λοιμώξεις, την αρθρίτιδα ή αρθραλγία και την κακοήθεια. (Netter, 2006).

### **3.9.2 Χειρουργική θεραπεία**

Οι ενδείξεις της χειρουργικής θεραπείας είναι (Παπαλάμπρος, 2011):

1. Επιπλοκές της νόσου, όπως οξεία κοιλιά λόγω οξείας ειλεΐτιδας, απόφραξη (πλήρης ή μη υφέσιμη μερική απόφραξη, που αντιμετωπίζεται με εκτομή εντέρου το οποίο φαίνεται να νοσεί μακροσκοπικά, χωρίς να είναι απαραίτητη η μικροσκοπική εξάλειψη της νόσου ή με στενωσοπλαστική, εφόσον η απόφραξη είναι συνέπεια χρόνιας ινωτικής στένωσης), συρίγγια (αυτά που συνοδεύονται από ενδοκοιλιακή σήψη ή αυτά που περιλαμβάνουν επικοινωνία του λεπτού εντέρου με άλλα όργανα, όπως η κύστη, ο κόλπος, η μήτρα), η διάτρηση, η μαζική αιμορραγία(σπάνια αλλά επικίνδυνη επιπλοκή), καθυστέρηση ανάπτυξης στη παιδική ηλικία, απόφραξη ουρητήρα. (Παπαλάμπρος, 2011)
2. Αποτυχία της συντηρητικής θεραπείας: αποτυχία στο να επιτευχθεί ύφεση της νόσου αποτελεί ένδειξη για εκτομή του νοσούντος τμήματος του εντέρου, ιδιαίτερα αν ο ασθενής παρουσιάζει δυσανεξία στη φαρμακευτική αγωγή ή έχουν αναπτύξει επιπλοκές ή τοξικότητα από τα φάρμακα. (Παπαλάμπρος, 2011)

### 3.9.3 Θεραπείες σε πειραματικό στάδιο

Οι θεραπείες που βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο περιλαμβάνουν (Μανούσος, 2003):

1. *Προβιοτικά*: ο ρόλος των προβιοτικών στη διατήρηση καλής υγείας και στη θεραπεία πολλών νοσηρών καταστάσεων του πεπτικού σωλήνα άρχισε να διερευνάται τα τελευταία χρόνια. Το 1992 εισήχθη ο όρος «προβιοτικά» σύμφωνα με τον οποίο τα προβιοτικά είναι «ζώντες μικροοργανισμοί προσλαμβανόμενοι από του στόματος και οι οποίοι προάγουν την υγεία μέσω ποικίλων δράσεων στη διατροφική αλυσίδα καθώς και μέσω βελτίωσης της μικροβιακής ισορροπίας του πεπτικού σωλήνα». Τα προβιοτικά κατέχουν σήμερα σημαντική θέση στη θεραπευτική ή και συμπτωματική αντιμετώπιση πολλών νόσων του πεπτικού σωλήνα ιατρογενών και μη. Πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν την άποψη ότι τα προβιοτικά παίζουν σημαντικό θεραπευτικό ρόλο τόσο στην έναρξη όσο και στη διαιώνιση της χρόνιας ΙΦΝΕ. Είναι γνωστό ότι η νόσος του Crohn εμφανίζεται σε θέσεις στις οποίες παρατηρούνται μεγάλες συγκεντρώσεις μικροβιακού πληθυσμού, ότι η ανάπαυση του εντέρου βοηθά, καθώς και ότι τα αντιβιοτικά (ορισμένα τουλάχιστον) βελτιώνουν τις εκδηλώσεις της νόσου. Η εντερική χλωρίδα των ασθενών με ενεργό νόσο του Crohn διαφέρει σημαντικά από αυτήν με νόσο του Crohn σε ύφεση ή ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Πλέον συγκεκριμένα φαίνεται ότι η συγκέντρωση των αερόβιων βακτηριδίων αυξάνει, ιδιαίτερα της E.Coli, ενώ από τα αναερόβια αυξάνουν το *Bacteroides fragilis* και το *Bacteroides vulgatus*. Από πολλούς θεωρείται ότι το ανοσολογικό σύστημα υπεραντιδρά έναντι του φυσιολογικού βακτηριδιακού πληθυσμού, ο οποίος διατηρείται ουσιωδώς φυσιολογικός. Υπάρχουν πολλές μελέτες που δείχνουν ότι τα προβιοτικά προλαμβάνουν και θεραπεύουν πολλές λοιμώδεις εντερίτιδες μέσω γενικής ανοσοτροποποίησης και μεταβολών της εντερικής χλωρίδας. Στελέχη του *Lactobacillus* αυξάνουν την έκκριση της IgA και ορισμένων αντιφλεγμονωδών κυττοκινών προλαμβάνοντας και θεραπεύοντας τη διάρροια των ταξιδιωτών, τη διάρροια οφειλόμενη σε *C.difficile* και τη διάρροια την σχετιζόμενη με λήψη αντιβιοτικών. Τα προβιοτικά βοηθούν αποτελεσματικά στη θεραπεία της ΙΦΝΕ καθώς και στη θεραπεία ασθενών με ληκυθίτιδα. Σε άλλη μελέτη οι Gionchetti και συν (1998) χορήγησαν ένα ειδικό εναιώρημα 8 διαφορετικών προβιοτικών μικροοργανισμών (*B.longum*,

*B.infantis*, *B.brevis*, *L.acidophilus*, *L.casei*, *L.derbueckii* subs, *Bulgaricus*, *L.plantarum*, *S.salivarius* subs *Thermophilus*) για 6 μήνες σε ασθενείς με ανθεκτική ληκυθίτιδα, αφού έχει επιτευχθεί ύφεση με αντιβιοτικά. Στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης 85% των ασθενών που πήραν προβιοτικά ήταν ασυμπτωματικοί, συγκριτικά με 100% ρυθμού υποτροπής της ομάδας του εικονικού φαρμάκου. Σε πρόσφατη επίσης μελέτη οι Guslandi et al (2000) χορήγησαν τυχαιοποιημένα σε 32 ασθενείς με νόσο του Crohn είτε *Saccharomyces boulardii* 1g μαζί με 2g μεσαλαμίνης ημερησίως ή 3g μεσαλαμίνης ημερησίως σε διηρημένες δόσεις. Το ποσοστό υποτροπής ήταν 37.5% στην ομάδα της μεσαλαζίνης και 6.25% στην ομάδα που πήρε το προβιοτικό μαζί με τη μεσαλαζίνη. Πρόσφατα ακόμη πειράματα σε ζώα στα οποία αναπτύχθηκε πειραματικά κολίτις ενισχύουν περαιτέρω την άποψη που επικρατεί, ότι δηλαδή τα προβιοτικά αποτελούν πολλά υποσχόμενο φάρμακο. Απαιτείται όμως σημαντική ερευνητική προσπάθεια προκειμένου αυτό να καθιερωθεί στη καθημερινή κλινική πράξη. Η προσδοκία για ευρεία και αποτελεσματική χρησιμοποίηση των προβιοτικών στη θεραπεία των ΙΦΝΕ δεν θα πραγματοποιηθεί πριν αποσαφηνιστεί ο ακριβής ρόλος της εντερικής χλωρίδας και οι μηχανισμοί δράσεως των προβιοτικών. Οι δυσκολίες που παρουσιάζει η καλλιέργεια των μικροβίων της εντερικής χλωρίδας φαίνεται ότι παρακάμπτονται επιτυχώς με τη χρήση μοριακών τεχνικών, που μελετούν τα γονίδια του RNA. Μ' αυτό τον τρόπο γίνεται δυνατή η αναγνώριση της πλειονότητας των μελών της εντερικής χλωρίδας και ο καθορισμός των κυριαρχούντων μικροβιακών πληθυσμών. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής υποστηρίζουν ότι προβιοτικά που περιέχουν *bifidobacteria* πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά προτίμηση στη θεραπεία της νόσου του Crohn.

2. *Αναστολείς μεταβολιτών του οξυγόνου*: οι ρίζες του οξυγόνου ελκύονται από τα ενεργοποιημένα μακροφάγα και ουδετερόφιλα που ασκούν εξαιρετικά έντονη κυτταροτοξική δράση. Μελέτες *in vitro* δείχνουν ότι το 5-ανιμοσαλικυλικό οξύ έχει ισχυρή εξουδετερωτική δράση εναντίον των ελεύθερων ριζών οξυγόνου.
3. *Μαστοκύτταρα*: θεωρητικώς τα μαστοκύτταρα αναμένεται να συμμετέχουν στη φλεγμονή των ΙΦΝΕ λόγω της παραγωγής μεγάλων ποσοτήτων αγγειοκινητικών αμινών και άλλων δραστικών ουσιών. Εντούτοις η χρησιμοποίηση χρωμογλυκονικού νατρίου που σταθεροποιεί τη μεμβράνη των μαστοκυττάρων δεν απέδωσε στη θεραπεία των ΙΦΝΕ. Ίσως η αποτυχία αυτή να οφείλεται στις



διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των μαστοκυττάρων του εντέρου και των μαστοκυττάρων του αίματος.

4. *Αναστολείς της λιποξυγόνοσης (ιχθυέλαιο)*: πολυακόρεστα ω-3 λιπαρά οξέα (εικοσιπεντανοειδή) (EPA): Τα EPA δρουν αναστέλλοντας τη δράση των ενζύμων που οδηγούν στη σύνθεση της λευκοτριένης B4. Σημαντική ελάττωση του ρυθμού υποτροπής σε μετεγχειρητική νόσο του Crohn διαπιστώθηκε σε παρακολούθηση ενός έτους σε ασθενείς σε σύγκριση χορήγησης ιχθυελαίων και placebo.
5. *Τοπική εφαρμογή Lidocaine*: Οι Bjorck και συν (1992) χορήγησαν υποκλυσμούς lidocaine 400 mg σε ειδική γέλη σε ασθενείς με εκτεταμένη κολίτιδα ή χρησιμοποίησαν διάλυμα lidocaine 2% σε ορθίτιδες. Η επιδίωξη της θεραπείας ήταν η αναστολής της λειτουργίας του νευρικού ιστού του βλεννογόνου εν όψει της γνωστής επιδράσεως του νευρικού συστήματος στα κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος του εντέρου. Σε μεγάλο ποσοστό ασθενών παρατηρήθηκε ύφεση της νόσου. Δείκτης της δραστηριότητας της θεραπείας ήταν η εξαφάνιση των Τα λεμφοκυττάρων από το βλεννογόνο.
6. *Απομάκρυνση T-κυττάρων (λευκαφαίρεση)*: η απομάκρυνση των T-κυττάρων από την κυκλοφορία του αίματος είναι προφανώς αποτελεσματική θεραπεία της ΙΦΝΕ αλλά πολύ δαπανηρή. Έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως στην Ιαπωνία ενώ αρχίζει να εφαρμόζεται στη Γερμανία και σε ελάχιστες άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Τα αποτελέσματα των Ιαπώνων ερευνητών από την εφαρμογή λευκαφαίρεσης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ δείχνουν ευνοϊκή επίδραση στην ελκώδη κολίτιδα.
7. *Λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου (SCFA)*: είναι γνωστό ότι τα βραχείας αλύσου λιπαρά οξέα αποτελούν την κυριότερη πηγή ενέργειας για τα κύτταρα του βλεννογόνου του παχέος εντέρου. Σε πειραματική εργασία σε κουνέλια αποδείχθηκε ότι τα SCFA διεγείρουν την έκκριση του πεπτιδίου YY που ελαττώνει την έκκριση ύδατος και νατρίου από το βλεννογόνο του εντέρου. Χορήγηση υποκλυσμού λιπαρών οξέων βραχείς αλύσου σε ασθενείς με κολίτιδα του περιφερειακού τμήματος του παχέος εντέρου προκαλεί εντυπωσιακή ύφεση της φλεγμονής συγκρίσιμη με το αποτέλεσμα θεραπείας με κορτικοειδή ή μεσαλαζίνη. Η γλουταμίνη αποτελεί σημαντικό συστατικό του μεταβολισμού των κυττάρων του εντέρου και των λεμφοκυττάρων. Η προσθήκη γλουταμίνης στα διαλύματα παρεντερικής θρέψεως αποδεικνύεται χρήσιμη στα πειραματόζωα, αλλά δεν έχει επιβεβαιωθεί η σημασία της στη θεραπεία των

ΙΦΝΕ του ανθρώπου. Εκτός από τη θεραπευτική επίδραση στη κολίτιδα τα λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου είναι αποτελεσματικά και στη θεραπεία της κολίτιδας εκ παρακάμψεως. Τα λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου αποτελούν τρόπο θεραπείας της κολίτιδας, ο οποίος αν και δεν έχει μελετηθεί σε μεγάλο αριθμό ασθενών (όλες οι μελέτες περιλαμβάνουν μερικές δεκάδες μόνο ασθενών) εν τούτοις αποτελούν χημικές ουσίες αρκετά υποσχόμενες στην αντιμετώπιση των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα.

8. *Σωματοστατίνη*: σε μικρό αριθμό περιπτώσεων με νόσο του Crohn με επίμονη διάρροια από ειλεοστομία, η χορήγηση σωματοστατίνης (οκτρεοτίδιο 0,5 mg δις ημερησίως), έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα για το διάστημα της χορήγησης.
9. *Ηπαρίνη*: η χορήγηση ηπαρίνης σε σοβαρή παρόξυνση ελκώδους κολίτιδος ξεκίνησε από την παρατήρηση ότι ασθενής ο οποίος είχε παρουσιάσει εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και ο οποίος λάμβανε θεραπευτικά ηπαρίνη παρουσίασε ύφεση της ελκώδους κολίτιδος. Έκτοτε πολλές μελέτες ελεγχόμενες ή όχι παρουσίασαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα με χορήγηση ηπαρίνης σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Αν και, όπως προαναφέρθηκε, οι περισσότερες μελέτες είναι μη ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο και περιλαμβάνουν σχετικά μικρό αριθμό ασθενών, εν τούτοις σταθερά και σχεδόν όλες παρουσιάζουν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Οι μηχανισμοί δράσεως του φαρμάκου είναι προς το παρόν άγνωστοι. Το αντιπηκτικό αποτέλεσμα μπορεί να είναι ένας από τους λόγους δεν εξηγεί όμως γιατί άλλα αντιπηκτικά όπως η warfarin δεν έχουν αποτελεσματικότητα. Λόγω του έντονα αρνητικού τους φορτίου, οι γλυκοζαμινογλυκάνες που αποτελούν τη χημική δομή της ηπαρίνης παρουσιάζουν πολλές βιολογικές δράσεις, όπως αντιφλεγμονώδη καθώς και ενίσχυση της δράσεως διαφόρων αυξητικών παραγόντων.

#### **3.9.4 Αντιμετώπιση των επιπλοκών διαφόρων μορφών της νόσου του Crohn**

Όπως έχει αναφερθεί, το πλήθος των δυνητικών επιπλοκών της νόσου του Crohn δεν επιτρέπει την τυποποίηση της θεραπευτικής προσεγγίσεως της νόσου. Όταν υπάρχει κλινική δραστηριότητα χωρίς σημαντικές επιπλοκές, οι θεραπευτικές προσπάθειες επικεντρώνονται στον έλεγχο των συμπτωμάτων. Η επιδίωξη της επαναφοράς των

παθολογικών εργαστηριακών ευρημάτων σε φυσιολογικά επίπεδα με χρήση δυνητικώς τοξικών φαρμάκων δεν συνιστάται. Όταν το κύριο ενόχλημα είναι η διάρροια που οφείλεται σε ήπια δραστηριότητα της νόσου, σε εντεροκτομή ή σε δυσαπορρόφηση χολικών αλάτων, ενδείκνυται καταρχήν η χρήση αντιδιαρροικών φαρμάκων και διαιτητικά μέτρα. Η αποφυγή διατροφής πλούσια σε φυτικά υπόλειμμα και λακτόζη σε συνδυασμό με τη λογική χρήση λοπεραμίδης και διφαινοξυλάτης μπορεί να επιτύχουν ικανοποιητικό έλεγχο των ενοχλημάτων και θα ήταν λάθος χειρισμού η χορήγηση κορτικοειδών πριν από την εφαρμογή των απλούστερων αυτών μέτρων. Στους ασθενείς με νόσο του Crohn παρατηρείται συχνά κατάθλιψη που εκτός των άλλων δυσχεραίνει και την εφαρμογή οποιασδήποτε ειδικής θεραπείας. Σε τέτοιες περιπτώσεις συνιστάται μια δοκιμαστική θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα (τρικυκλικές ενώσεις σε μικρές σχετικά δόσεις) πριν από την έναρξη της ειδικής θεραπευτικής αγωγής. Μεγάλο μέρος της θεραπευτικής προσπάθειας ανήκει στους διαιτητικούς χειρισμούς. Οι ασθενείς με νόσο του Crohn υποσιτίζονται συχνά για διάφορους λόγους όπως η ανορεξία είναι συχνό σύμπτωμα, προσπαθούν να αποφύγουν δυσάρεστα ενοχλήματα όπως ο εμετός, η διάρροια ή ο κοιλιακός πόνος, λόγω των εντερικών στενώσεων μπορούν να παρατηρηθούν επεισόδια ατελούς εντερικής αποφράξεως, μετά από εγχειρήσεις παρατηρείται το σύνδρομο βραχέως εντέρου και συμμετέχει το σύνδρομο εντεροπάθειας με απώλεια πρωτεϊνών ενώ παράλληλα παρατηρείται απώλεια ηλεκτρολυτών και ιχνοστοιχείων. Για όλους αυτούς τους λόγους υπάρχει μεγάλη ανάγκη διαιτητικών χειρισμών. Ελάττωση της περιεκτικότητας της τροφής σε λίπος ελαττώνει τον αριθμό των διαρροϊκών κενώσεων. Αποφυγή λακτόζης ελαττώνει τα συμπτώματα από υπερπαραγωγή αερίων στον εντερικό αυλό. Για την ενίσχυση της θρέψεως απαιτείται αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών και θερμίδων καθώς και προσθήκη βιταμινών, σιδήρου και ιχνοστοιχείων. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η νόσος του Crohn παρουσιάζει μεγαλύτερες δυσκολίες από την ελκώδη κολίτιδα και λόγω της εκτεταμένης και «κατά τόπους» προσβολής του πεπτικού σωλήνα άλλα και λόγω της ελλείψεως αποτελεσματικής χειρουργικής θεραπείας. Εντούτοις οι συντηρητικές και χειρουργικές μέθοδοι θεραπείας που υπάρχουν δημιουργούν συνήθως προϋποθέσεις ικανοποιητικής αντιμετώπισης των παροξύνσεων και των επιπλοκών της νόσου. Ο ιατρός λοιπόν, στηριζόμενος στη γνώση της φυσικής ιστορίας της νόσου και των δυνατοτήτων της φαρμακευτικής και χειρουργικής θεραπείας πρέπει να είναι αισιόδοξος και να μεταδίδει το πνεύμα της αισιοδοξίας τόσο στον ασθενή όσο και

στο περιβάλλον του. Οι σύλλογοι ασθενών με ΙΦΝΕ που υπάρχουν σε όλο τον κόσμο συμβάλλουν πολύ στην οικοδόμηση κλίματος ασφάλειας και αισιοδοξίας. Ένα από τα παράδοξα της νόσου του Crohn είναι ότι οι σοβαρές και εκτεταμένες ανατομικές αλλοιώσεις του εντέρου μπορεί να συνοδεύονται από ελάχιστα συμπτώματα που δεν επηρεάζουν πολύ το ρυθμό της ζωής του αρρώστου. Αντιστρόφως, έντονα συμπτώματα όπως πχ κοιλιακός πόνος ή διάρροια μπορεί να υπάρχουν χωρίς βαρείες αλλοιώσεις του εντέρου. Γι αυτό το λόγο η σωστή τακτική είναι η περιστασιακή αντιμετώπιση των οξέων προβλημάτων. Ο ιατρός με γνώση πιθανών υποκειμενικών μηχανισμών των συμπτωμάτων μπορεί να αναλύει τα κλινικά δεδομένα και επικεντρώνει την προσοχή του περισσότερο στην αντιμετώπιση των ενοχλημάτων παρά στη προσπάθεια να εξουδετερώσει με φάρμακα ή χειρουργικούς μηχανισμούς τις παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που προκαλεί η νόσος. Σε μερικούς ασθενείς οι φάσεις παροξύνσεως εναλλάσσονται με περιόδους κλινικής ηρεμίας. Οι παροξύνσεις οφείλονται α) σε δραστηριότητα της βασικής νόσου, β) σε δευτερογενή λοίμωξη των εξελκώμενων περιοχών, γ) σε μηχανικά προβλήματα (εντερική απόφραξη), δ) επιμονή της φλεγμονής της νόσου που απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία συντηρήσεως, ε) μετεγχειρητικά προβλήματα πχ επίμονη διάρροια λόγω εκτομής του τελικού ειλεού, στ) βαρύ σύνδρομο δυσαπορρόφησης λόγω εκτομής μεγάλου τμήματος του εντέρου. Έχει ήδη αναφερθεί η σημασία που έχει η θερμιδική κάλυψη και η αναπλήρωση των ελλειμμάτων βιταμινών και ηλεκτρολυτών στις σοβαρές μορφές της νόσου. (Μανούσος, 2003)

Σε **οξεία παρότρυνση της νόσου** εκτός από τα γενικά μέτρα συνιστάται η αποφυγή λήψεως τροφής από το στόμα και η ενδοφλέβια χορήγηση 60 mg πρεδνιζολόνης, 1500 mg μετρονιδαζόλης και ενός αντιβιοτικού ευρέως φάσματος πχ σιπροφλοξασίνης. Κατά κανόνα επέρχεται βελτίωση σε 4-5 μέρες. Σε **νόσο μέτριας βαρύτητας** υπάρχουν πολλές εναλλακτικές λύσεις. Συνήθως χορηγούνται κορτικοειδή από το στόμα (40 mg πρεδνιζολόνης) επί 1-2 εβδομάδες με βαθμιαία ελάττωση της δόσεως μετά τη επίτευξη υφέσεως. Η μετρονιδαζόλη καθώς και η σαλαζοπυρίνη και η μεσαλαζίνη είναι πολύ αποτελεσματικά φάρμακα στην αντιμετώπιση ιδίως της νόσου που εντοπίζεται στο παχύ έντερο. Καλά αποτελέσματα έχει επίσης η στοιχειακή διατροφή αντί των κορτικοειδών. Η στοιχειακή διατροφή έχει ιδιαίτερη ένδειξη στα παιδιά γιατί βελτιώνει τη σωματική ανάπτυξη. Σε **χρόνια επίμονη συμπτωματολογία** της νόσου παρατηρείται ότι σε πολλούς ασθενείς η

αρχική θεραπεία με κορτικοειδή προκαλεί ύφεση αλλά τα συμπτώματα υποτροπιάζουν μόλις επιχειρηθεί η ελάττωση της δόσεως στα 7,5 -15 mg. Η προσθήκη σουλφασαλαζίνης ή των νεότερων σαλικυλικών δεν βελτιώνει την κατάσταση. Η χορήγηση του κορτικοειδούς μέρα πάρα μέρα σε δόση 20 mg πρεδνιζολόνης πολλές φορές επαρκεί για τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Σε άλλους ασθενείς είναι απαραίτητη η χορήγηση μικρών δόσεων (5-10 mg συνεχώς). Η βουδεξονίδη που έχει λιγότερες παρενέργειες μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί για πρεδνιζολόνη. Είναι ευτύχημα ότι η πρεδνιζολόνη απορροφιάται ατελώς στους ασθενείς με νόσο του Crohn και ίσως γι αυτό το λόγο οι παρενέργειες από τη συνεχή κορτικοθεραπεία είναι σπάνιες. Πάντως ως γενική αρχή, η συχνή χορήγηση κορτικοειδών είναι καταδικαστέα και δικαιολογείται μόνο σε εξαιρετικές περιστάσεις. Τα ανοσοκατασταλτικά 6-μερκαπτοπουρίνη και αζαθειοπρίνη καταστέλλουν τη φλεγμονή και επιτρέπουν τη απόσυρση των κορτικοειδών. Η χορήγηση των φαρμάκων αυτών δικαιολογείται όταν η νόσος δεν ελέγχεται με ασφαλέστερα φάρμακα όπως τα σαλικυλικά και η μετρονιδαζόλη ούτε ενδείκνυται η χειρουργική θεραπεία. Υπάρχει θέση στη θεραπευτική της νόσου του Crohn για τη κυκλοσπορίνη (5mg/kg) σε χρόνια ενεργό νόσο. Όταν η **νόσος βρίσκεται σε ύφεση**, δηλαδή μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων, υπάρχουν ενδείξεις ότι η χορήγηση μεσαλαζίνης σε δόση συντηρήσεως εμποδίζει την υποτροπή. (Μανούσος, 2003)

Η θεραπεία διάφορων εντοπίσεων της νόσου του Crohn μπορεί να αφορά (Μανούσος, 2003):

- *Στόμα και χείλη*: χρόνια προσβολή των χειλιών, προκαλεί μόνιμο, επώδυνο παραμορφωτικό οίδημα. Τοπικά κορτικοειδή είναι αναποτελεσματικά ενώ δεν υπάρχει πάντοτε ανταπόκριση σε συστηματική χορήγηση κορτικοειδών ή ανοσοκατασταλτικών. Ευτυχώς συχνά το οίδημα υποχωρεί αυτομάτως ύστερα από διάφορα χρονικά διαστήματα. Τα αφθώδη έλκη του στόματος ανταποκρίνονται στη θεραπεία με πλύσεις του στόματος με διαλύματα κορτικοειδών (πρεδνιζολόνη 5mg διαλυμένη σε 20ml ύδατος. Πλύσεις του στόματος 3-4 φορές την ημέρα).
- *Γαστροδωδεκαδακτυλική εντόπιση*: η εντόπιση της νόσου Crohn στο άντρο ή στο δωδεκαδάκτυλο μπορεί να προκαλέσει χρόνιο επιγαστρικό πόνο ή αποφρακτικά φαινόμενα. Αρχικώς χορηγούνται φάρμακα ανασταλτικά της γαστρικής εκκρίσεως (ρανιτιδίνη, ομεπραζόλη, λανσοπραζόλη κ.α.), που κατά κανόνα

προκαλούν συμπτωματική βελτίωση και πρέπει να χορηγούνται σε χρόνια βάση. Αν αποτύχει αυτή η προσέγγιση χορηγούνται κορτικοειδή.

- *Εκτεταμένη νόσος του λεπτού εντέρου:* η μορφή αυτής της νόσου που συνήθως προσβάλλει νέα άτομα εκδηλώνεται με πυρετό, δυσαπορρόφηση, απώλεια πρωτεϊνών από το έντερο και αναστολή σωματικής αναπτύξεως. Η ακτινολογική μελέτη δείχνει την παρουσία οιδήματος και παραμορφώσεως του εντερικού βλεννογόνου. Με το πέρασμα του χρόνου αναπτύσσονται πολλαπλές στενώσεις που εκδηλώνονται με αποφρακτικά φαινόμενα (πόνος, μετεωρισμός, εμετό). Στα αρχικά στάδια της νόσου η χορήγηση κορτικοειδών προκαλεί ταχεία ύφεση αλλά τα συμπτώματα συνήθως επανέρχονται με την ελάττωση της δόσεως κάτω από τα 10 mg πρεδνιζολόνης. Το 5-ASA προκαλεί επίσης ύφεση της νόσου σε μεγάλο ποσοστό και δικαιολογείται απολύτως η χρησιμοποίησή του. Αν τα αποφρακτικά συμπτώματα επιμένουν παρά την χορήγηση κορτικοειδών και διατροφής πτωχής σε άπεπτο φυτικό υπόλειμμα, η εγχείρηση γίνεται αναπόφευκτη. Συνήθως εκτελούνται πολλαπλές πλαστικές των στενώσεων ή εκτομές περιορισμένων στενωτικών περιοχών.
- *Προσβολή του ειλεού- παχέος εντέρου:* ο τελικός ειλεός προσβάλλεται σε 60-70% των περιπτώσεων άλλοτε ως μοναδική εντόπιση και άλλοτε σε συνδυασμό με προσβολή του τυφλού ή των άλλων τμημάτων του παχέος εντέρου. Η εντόπιση στον τελικό ειλεό προκαλεί συχνά μόνιμη στένωση ενώ η επέκταση της νόσου μπορεί να προκαλέσει διήθηση του ψοϊτού μυός με αποτέλεσμα την αδυναμία εκτάσεως του ισχίου ή απόφραξη του δεξιού ουρητήρος. Άλλη συνήθης σοβαρή επιπλοκή είναι η δημιουργία εντερο-εντερικών συριγγίων ή επικοινωνία εντέρου με την ουροδόχο κύστη. Για όλους αυτούς τους λόγους θεωρείται γενικώς σκόπιμο να εφαρμόζεται χειρουργική θεραπεία με εκτομή της πασχούσης περιοχής (περιορισμένη εκτομή ή δεξιά ημικολεκτομή ή ακόμη και υφαλική κολεκτομή και ειλεορθική αναστόμωση, αναλόγως της εκτάσεως της νόσου). Ο ρυθμός υποτροπής είναι ταχύς. Ενδοσκοπική ένδειξη υποτροπής παρατηρείται συνήθως λίγους μήνες μετά την εγχείρηση που είναι συνήθως τελείως ασυμπτωματική. Στενωτικά φαινόμενα που επιβάλλουν νέα χειρουργική επέμβαση παρατηρούνται περίπου στο 30-40% των ασθενών στη διάρκεια 10 ετών μετά την επέμβαση. Η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την εκτομή του πάσχοντος τμήματος του εντέρου είναι καλή και η πιθανότητα υποτροπής δεν

πρέπει να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την εκτέλεση της εγχειρήσεως όταν υπάρχουν οι απαραίτητες ενδείξεις (αποφρακτικά φαινόμενα, φλεγμονώδης μάζα, φλεγμονώδεις επιπλοκές, κακή γενική κατάσταση, καθυστέρηση σωματικής κατάστασης).

- *Crohn κολίτιδα*: ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων που χαρακτηρίζονται ως «κεραυνοβόλος ελκώδης κολίτιδα» είναι στη πραγματικότητα περιπτώσεις νόσου του Crohn και όχι ελκώδους κολίτιδος. Η διαφορική διάγνωση σε αυτή τη φάση δεν είναι εύκολη. Η οξεία Crohn κολίτιδα ανταποκρίνεται καλύτερα στη χορήγηση μετρονιδαζόλης και άλλων αντιβιοτικών και έχει γενικώς καλύτερη άμεση πρόγνωση από την κεραυνοβόλο ελκώδη κολίτιδα. Οι ενδείξεις για εγχείρηση είναι αιμορραγία, το τοξικό megacolon και η αδυναμία ανταποκρίσεως στη συντηρητική αγωγή. Η χρόνια ενεργός νόσος ανταποκρίνεται στη θεραπεία με μετρονιδαζόλη 750-800mg ημερησίως. Μεγαλύτερες δόσεις προκαλούν περιφερική νευρίτιδα αν χορηγηθούν επί διάστημα αν των 6 μηνών. Επίσης η μεσαλαζίνη ελέγχει τη δραστηριότητα της νόσου για μακρά χρονικά διαστήματα. Σε περιπτώσεις αποτυχίας χρησιμοποιούνται κορτικοειδή αλλά η προσπάθεια διακοπής τους συνδέεται συχνά από υποτροπή και υπάρχει σαφής ένδειξη για μακροχρόνια χορήγηση ανασταλτικών ή infliximab. Οι ενδείξεις για χειρουργική θεραπεία είναι: α) χρόνια συμπτώματα μη ανταποκρινόμενα στη συντηρητική θεραπεία, β) εκδήλωση σοβαρών τοπικών επιπλοκών (απόστημα, συρίγγιο ή βαρείες βλάβες στη περιοχή του πρωκτού και γ) σπανίως η παρουσία δυσπλασίας ή καρκίνου. Η συχνότητα της νόσου του Crohn που εντοπίζεται αποκλειστικά στο παχύ έντερο φαίνεται ότι αυξάνει με τη πάροδο του χρόνου. Η νοσηρότητα είναι υπολογίσιμη αφού το ήμισυ περίπου των ασθενών θα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στη διάρκεια των πρώτων 10 ετών από τη διάγνωση ενώ το ποσοστό 50% τελικώς θα υποβληθούν σε ειλεοστομία. Είναι ενδιαφέρουσα η παρατήρηση ότι παρά τη βελτίωση των θεραπευτικών μέσων και δυνατοτήτων η πιθανότητα χειρουργικής εκτομής στη πορεία της νόσου δεν έχει μεταβληθεί.
- *Ορθοπρωτική εντόπιση*: ο πρωκτός και η περιοχή του δακτυλίου προσβάλλονται στη νόσο του Crohn είτε α) εν συνεχεία νόσου του ορθού είτε β) σε συνδυασμό με εντοπίσεις της νόσου σε άλλα τμήματα του εντέρου αλλά χωρίς προσβολή του ορθού. Στη δεύτερη περίπτωση η αντιμετώπιση των πρωκτικών βλαβών είναι ευκολότερη. Δημιουργείται μια κολοστομία και εφαρμόζεται θεραπεία με

μετρονιδαζόλη και τοπική περιποίηση των πρωκτικών βλαβών. Σε ένα ποσοστό οι πρωκτικές αλλοιώσεις επουλώνονται και γίνεται δυνατό το κλείσιμο της κολοστομίας και αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου. Η περιφερική εντόπιση της νόσου του Crohn με προσβολή του ορθού και της περιοχής του πρωκτού αντιμετωπίζεται όπως η Crohn κολίτιδα με την προσθήκη τυπικής θεραπείας με κορτικοειδή ή 5-ASA (Salofalk υποκλυσμοί ή υπόθετα). Χειρουργική θεραπεία απαιτείται σε 30-40% των περιπτώσεων στη διάρκεια των 5-6 ετών μετά τη διάγνωση. Εκτελείται εκτομή του ορθού σε συνδυασμό με μόνιμη κολοστομία.

- *Δερματικά ράκη* (skin tags): στη περιοχή του πρωκτού παρατηρούνται ρακόμορφα δερματικά μορφώματα υποκίανου χρώματος, οιδηματώδη και επώδυνα. Μερικά από αυτά αντιπροσωπεύουν το περιφερικό τμήμα μιας χρόνιας ραγάδας. Τοπική θεραπεία είναι αναποτελεσματική αλλά ούτε η χειρουργική συνιστάται γιατί συνήθως δεν επουλώνεται το χειρουργικό τραύμα. Η ίδια επιφύλαξη ισχύει για τις περιπτώσεις αιμορροϊδων όταν συμπτωματικώς συνυπάρχουν με τη νόσο του Crohn του πρωκτού.
- *Πρωκτικά έλκη και ραγάδες*: έλκη στο περίνεο ή χρόνιες ραγάδες επιπλέκουν συχνά την πρωκτική εντόπιση της νόσου του Crohn. Τοπική θεραπεία με κορτικοειδή σε συνδυασμό με χορήγηση μετρονιδαζόλης από το στόμα είναι συχνά αποτελεσματική και η χειρουργική παρέμβαση πρέπει να αποφεύγεται λόγω του κινδύνου επεκτάσεως της βλάβης.
- *Περιπρωκτικά αποστήματα και συρίγγια*: αποστήματα της περιοχής του περινέου είναι πολύ συχνή επιπλοκή της νόσου του Crohn και συνήθως παροχετεύονται αυτομάτως στο δέρμα του περινέου ή στον αυλό του παχέος εντέρου ή του ορθού. Το συρίγγιο που σχηματίζεται εκβάλλει είτε πάνω από τους σφιγκτήρες (υψηλό συρίγγιο) είτε κάτω από αυτούς (χαμηλό συρίγγιο). Χορήγηση μετρονιδαζόλης οδηγεί συνήθως σε υποχώρηση των συμπτωμάτων που επανέρχονται όμως μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Χειρουργική θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται στα αρχικά στάδια για να αναχαιτιστεί η επέκταση του αποστήματος. Τα «χαμηλά» συρίγγια ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στη χειρουργική επέμβαση με πλήρη διάνοιξη του συριγγίου. Τα «υψηλά» συρίγγια είναι δυσκολότερα στο χειρισμό και απαιτούν συνδυασμό συντηρητικής αγωγής και χειρουργικών τεχνικών που αποβλέπουν στη παροχέτευση χωρίς βλάβη των



σφιγκτηριακών μηχανισμών. Τα τελευταία χρόνια στη θεραπεία υψηλών διασφιγκτηριακών συριγγίων, των διασφιγκτηριακών και των υπερσφιγκτηριακών συριγγίων χρησιμοποιείται με επιτυχία εκτός από το seton, αντιβιοτικά και ανοσοκατασταλτικά και το χιμαιρικό αντίσωμα (infliximab) έναντι του παράγοντος νέκρωσης του όγκου. Ως γενικός κανόνας πάντως στην αντιμετώπιση των συριγγίων θα πρέπει να ισχύει ο αφορισμός: μείωση της φλεγμονής του εντέρου, παροχέτευση, συντηρητική φαρμακευτική αγωγή.

- *Συρίγγια μεταξύ κόλπου και ορθού ή δακτυλίου:* Οι Radcliffe και συν (1988) διαπίστωσαν ότι 10% των γυναικών με νόσο του Crohn παρουσιάζουν συρίγγια μεταξύ του κόλπου και του ορθού ή δακτυλίου. Το συρίγγιο προκαλούσε περιορισμένη συμπτωματολογία από το κόλπο σε 20% των ασθενών και σε 60-70% τα άλλα συμπτώματα της νόσου απασχολούσαν περισσότερο ασθενείς από τα συμπτώματα από το κόλπο. Η αποβολή αερίων ή κοπράνων από το κόλπο προκαλεί δυσφορία και προβλήματα καθαριότητας αν και σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων οι σεξουαλικοί σύντροφοι δεν είχαν αντιληφθεί τίποτε. Ένα σημαντικό ποσοστό των περιπτώσεων βελτιώνεται με απλά μέτρα (διαιτητικές προσπάθειες να γίνουν τα κόπρανα σχηματισμένα, μετρονιδαζόλη κ.α.). χειρουργική θεραπεία για το «χαμηλό» συρίγγιο είναι αποτελεσματική και χειρουργική διόρθωση άλλων συριγγίων μπορεί να προκαλέσει υποχώρηση και εξαφάνιση των συμπτωμάτων.

### **3.9.5 Μελλοντικές κατευθύνσεις**

Υπάρχει μια έκρηξη γνώσεων αναφορικά με τους σημαντικούς παράγοντες στη παθοφυσιολογία της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου που αντανακλάται στο τρόπο που σκεφτόμαστε και αντιμετωπίζουμε τη νόσο Crohn. Καθώς προχωράμε μπροστά σε μια εποχή θεραπείας, η ανακάλυψη του κλινικού γενετικού φαινοτύπου της νόσου μπορεί να αποκαλύψει την ανάπτυξη πιο συγκεκριμένων θεραπευτικών αγωγών. Υπάρχει πρόοδος σχετικά με χρήση βιολογικών ουσιών στη θεραπεία της ΦΝΕ και είναι πιθανόν να δούμε θεραπείες που περιλαμβάνουν παράγοντες αύξησης, αντισώματα σε διαφορετικά συστατικά των ανοσοενεργών κυττάρων και φάρμακα που διεγείρουν τάξεις λευκών αιμοσφαιρίων. Η ανακάλυψη ότι η βακτηριακή χλωρίδα του εντέρου μπορεί να παίξει κάποιο ρόλο στη δραστηριότητα της νόσου, θα

οδηγήσει πιθανών σε αύξηση του χειρισμού της χλωρίδας του εντέρου τόσο με προβιοτικές, όσο και με αντιβιοτικές ουσίες. Με αυτές τις νέες θεραπείες θα γίνουν προσπάθειες ανάπτυξης θεραπευτικών αγωγών στις οποίες θα αποφεύγεται η έκθεση σε στεροειδή και θα επιτρέπεται η πρόωμη παρέμβαση που μπορεί να αλλάξει την πορεία της νόσου. (Netter, 2006)

### **3.10 Πρόγνωση της νόσου του Crohn**

Η πρόγνωση της νόσου του Crohn είναι δυσάρεστη. Αν εξαιρεθεί ένα μικρό ποσοστό ασθενών, οι οποίοι μετά από 1-2 επεισόδια παραμένουν σε ύφεση ισοβίως, στους υπόλοιπους η νόσος υποτροπιάζει συχνά και συνήθως για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Έτσι οι μισοί από τους ασθενείς σε κάποια φάση της ζωής τους οδηγούνται στο χειρουργείο. Μετά την χειρουργική εκτομή του πάσχοντος εντερικού τμήματος, η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών υποτροπιάζει και πάλι, ενώ μεγάλο ποσοστό χειρουργείτε ξανά. Η νόσος καθώς είναι συχνή στα νέα άτομα έχει σοβαρές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στο εργασιακό ενεργό πληθυσμό, αρκετά μεγάλο μέρος του οποίου όμως, παρά την χρόνια νόσο καταφέρνει να ζει μακρές δημιουργικές περιόδους (Ζερβακάκης & Μανούσος, 1993).

### **3.11 Νοσηλευτικοί ρόλοι**

#### **3.11.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή του ασθενούς στη κλινική με νόσο του Crohn**

Όταν ασθενής με νόσο του Crohn καταφτάνει στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ή στην κλινική πρέπει ο νοσηλευτής να ακολουθήσει μια σειρά από ενέργειες. Αρχικά να πάρει το ιστορικό του ώστε να γίνει ακριβής διάγνωση. Η διενέργεια κολonosκόπησης, η ενδοσκόπηση με βιοψία, ο βαριούχος υποκλυσμός και οι αναλύσεις των κοπράνων μπορούν να πραγματοποιηθούν για την τεκμηρίωση της διάγνωσης. Η πλήρης αξιολόγηση της συνολικής κατάστασης της υγείας του ασθενούς πραγματοποιείται με ιδιαίτερη έμφαση στο πόνο, την κατάσταση θρέψης και την κατάσταση των υγρών και ηλεκτρολυτών. Επίσης πραγματοποιείται πλήρης αξιολόγηση της κοιλίας. (Dewit, 2009)

Στη συνέχεια ο νοσηλευτής θα κάνει ερωτήσεις που αφορούν τα συμπτώματα που μπορεί να οδηγήσουν έναν ασθενή με νόσο του Crohn στο νοσοκομείο, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει το περιστατικό (Swartz, 2010):

- *Ερωτήσεις που να αφορούν τις αλλαγές στις κενώσεις*
  - «Πόσο καιρό έχετε τη διάρροια?»
  - «Πόσες κενώσεις έχετε την ημέρα?»
  - «Η διάρροια εμφανίστηκε ξαφνικά ή βαθμιαία?»
  - «Μήπως η διάρροια εμφανίστηκε μετά από κάποιο γεύμα?» εάν ναι «Τι είχατε φάει?»
  - «Πως είναι τα κόπρανα? Υδαρή?, αιμορραγικά?, δύσοσμα?»
  - «Συνοδεύεται η διάρροια από κοιλιακό πόνο? Ανορεξία?, ναυτία?, εμετούς?»
- *Ερωτήσεις που να αφορούν τη χρόνια διάρροια*
  - «Εδώ και πόσο καιρό έχετε διάρροια?»
  - «Υπήρχαν περίοδοι κατά τις οποίες είχατε εναλλαγή διάρροιας και δυσκοιλιότητας?»
  - «Είναι τα κόπρανα υδαρή? μαλακής σύστασης? δύσοσμα? Μήπως επιπλέον στη λεκάνη και δύσκολα παρασέρνονται τραβώντας το καζανάκι?»
  - «Έχετε μήπως παρατηρήσει αίμα στα κόπρανα? βλέννη? Άπεπτες τροφές?»
  - «Τι χρώμα έχουν τα κόπρανα σας?»
  - «Πόσες κενώσεις έχετε την ημέρα?»
  - «Μήπως η διάρροια εμφανίζεται μετά τη λήψη τροφής?»
  - «Τι συμβαίνει όταν μένετε νηστικός? Έχετε πάλι διάρροια?»
  - «Μήπως η διάρροια συνδυάζεται με πόνο στη κοιλιά? Διάταση της κοιλιά? Ναυτία? Εμετό?»
  - «Μήπως έχετε παρατηρήσει αν η διάρροια επιδεινώνεται κάποιες συγκεκριμένες ώρες της ημέρας?»
  - «Πως είναι η όρεξη σας?»
  - «Μήπως έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στο βάρος σας?»
- *Ερωτήσεις που να αφορούν την αιμορραγία από το ορθό:*
  - «Εδώ και πόσο καιρό έχετε παρατηρήσει την αποβολή ζωηρού ερυθρού χρώματος με τις κενώσεις?»
  - «Είναι το αίμα αναμεμιγμένο με τα κόπρανα?»
  - «Μήπως το αίμα επικάθεται σε γραμμές στην επιφάνεια των κοπράνων?»

«Έχετε μήπως παρατηρήσει κάποια αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου σας?»  
«Μήπως έχετε παρατηρήσει κάποια επίμονη αίσθηση στο ορθό ότι θέλετε να αποδεύετε αλλά δεν μπορείτε?»

### **3.11.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παραμονή του ασθενούς στη κλινική με νόσο του Crohn**

Ο σχεδιασμός της φροντίδας για έναν ασθενή, ο οποίος πάσχει από οξεία προσβολή φλεγμονώδους νόσου του εντέρου πρέπει να περιλαμβάνει την παρατήρηση και την καταγραφή της ποσότητας και του χαρακτήρα των κοπράνων, την περιοδική ακρόαση των εντερικών ήχων, τη μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων, και την ημερήσια μέτρηση του σωματικού βάρους. Απαιτείται έλεγχος για σημεία εσωτερικής αιμορραγίας και αναιμίας και παρακολούθηση των εργαστηριακών ευρημάτων των σχετικών με τις τιμές των ηλεκτρολυτών. Τα συχνά επεισόδια διάρροιας και κοιλιακού πόνου μπορούν να κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται ντροπή και κατάθλιψη. Η κόπωση και η κακουχία που συχνά συνοδεύουν τα επεισόδια αυτά, κάνουν τη πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων δύσκολη. Είναι απαραίτητες περίοδοι ανάπαυσης και υπάρχει ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη και ενσυναίσθηση. Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να συμμετέχει στο σχεδιασμό της φροντίδας του. Η οικογένεια και το στενό του περιβάλλον καλό είναι να συμμετέχει όταν κριθεί απαραίτητο. Για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων φροντίδας συλλέγονται δεδομένα σχετικά με το αποτέλεσμα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων προκειμένου να διαπιστωθεί εάν βοήθησαν στην επίτευξη των αναμενόμενων εκβάσεων. Αν η πρόοδος δεν είναι ικανοποιητική, το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να αναθεωρηθεί (Dewit, 2009).

### **3.11.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη προεγχειρητική ετοιμασία ασθενούς με νόσο του Crohn**

Η εξέταση του προεγχειρητικού ασθενή αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη, αναγνωρισμένη από τους κανόνες πρακτικής. Μια πλήρης και διεξοδική προεγχειρητική εξέταση εξυπηρετεί αρκετούς σκοπούς. Για παράδειγμα, η εξέταση ταυτοποιεί παράγοντες κινδύνου για ενδοεγχειρητικά και μετεγχειρητικά προβλήματα. Ο κίνδυνος του χειρουργείου επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες,

περιλαμβανόμενης της ηλικίας του ασθενούς, του ιατρικού του ιστορικού, της τρέχουσας καρδιακής και πνευμονικής του κατάστασης, της λειτουργικής του ικανότητας και του είδους του προγραμματισμένου χειρουργείου. Μόλις οι παράγοντες κινδύνου αναγνωριστούν, ο νοσηλευτής επιχειρεί να τους διορθώσει, να τους ελαχιστοποιήσει ή να προλάβει πιθανά προβλήματα. Η εξέταση προσφέρει τα αναγκαία δεδομένα για την δημιουργία του προεγχειρητικού και μετεγχειρητικού σχεδίου εκπαίδευσης. Η προεγχειρητική εξέταση προσφέρει μια αρχική εκτίμηση της σωματικής και λειτουργικής ικανότητας. Οι νοσηλευτές που θα φροντίσουν τον ασθενή μετεγχειρητικά, θα χρησιμοποιήσουν την προεγχειρητική εξέταση για να αποφασίσουν εάν ένα σημείο ή σύμπτωμα είναι νέο εύρημα, αν ο ασθενής προοδεύει όπως αναμένεται, και εάν ο ασθενής χρειάζεται εξειδικευμένη φροντίδα, αποκατάσταση ή κατ' οίκον παρακολούθηση. Η προεγχειρητική εξέταση μπορεί να γίνει σε ξεχωριστό ραντεβού πριν το χειρουργείο ή το πρωί του χειρουργείου. Η προεγχειρητική εξέταση περιλαμβάνει το ιστορικό του ασθενούς με τη φυσική εξέταση και τη λειτουργική αξιολόγηση. Το ιστορικό του ασθενούς περιλαμβάνει τα ακόλουθα (Osborn et al, 2014):

- Ηλικία
- Αλλεργίες
- Τρέχον πρόβλημα υγείας
- Είδος προγραμματισμένου χειρουργείου
- Σχεδιασμός για αυτόλογη δωρεά αίματος
- Οικογενειακό ιστορικό
- Προηγούμενο παθολογικό ιστορικό
- Παρελθόν χειρουργικό ιστορικό και εμπειρίες με την αναισθησία
- Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή
- Τρέχουσα αγωγή με βότανα και διατροφικά συμπληρώματα
- Χρήση αλκοόλ, τσιγάρου και ναρκωτικών ουσιών

Διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται προεγχειρητικά περιλαμβάνουν (Osborn et al., 2014):

- ❖ Γενική ανάλυση αίματος(ερυθροκύτταρα, αιμοσφαιρίνη, αιματοκρίτης, λευκοκύτταρα)

- ❖ Ηλεκτρολύτες και άλλες εξετάσεις(νάτριο, κάλιο, χλώριο, διττανθρακικά, γλυκόζη, εγκεφαλικό νατριουρητικό πεπτίδιο, αλβουμίνη, προαλβουμίνη ή εξέταση τρανσθυρετίνης, αιμοσφαιρίνη)
- ❖ Μελέτες πήκτικότητας (διεθνής κανονικοποιημένος λόγος (INR -international normalized ratio), χρόνος προθρομβίνης (PT -prothrombin time), χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης (APTT -activated partial thromboplastin time).
- ❖ Αέρια αρτηριακού αίματος
- ❖ Ομάδα διασταύρωσης για χορήγηση αίματος
- ❖ Τεστ κύησης
- ❖ Εξέταση ούρων
- ❖ Ακτινογραφία θώρακα
- ❖ Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- ❖ Εξετάσεις πνευμονικής λειτουργίας

Οι γενικές πληροφορίες που πρέπει να λαμβάνουν σχεδόν όλοι οι χειρουργικοί ασθενείς πρέπει να περιλαμβάνουν πληροφορίες για (Dewit, 2009):

- Προεγχειρητικές διαδικασίες: υποκλυσμός, προετοιμασία του δέρματος, φροντίδα προσωπικών αντικειμένων, περιορισμός λήψης τροφής και υγρών και χορήγηση κατασταλτικών υγρών προ του ύπνου και προεγχειρητικών φαρμάκων, χρόνος που απαιτείται για την προσέλευση στο νοσοκομείο.
- Τεχνικές πληροφορίες: προβλεπόμενη χειρουργική διαδικασία, θέση τομής, επιθέματα, σωληνάκια, σωλήνες παροχέτευσης, καθετήρες ή εξοπλισμός που αναμένεται να χρησιμοποιηθεί.
- Ημέρα χειρουργείου: προγραμματισμένος χρόνος εκτέλεσης της επέμβασης, χρόνος προσέλευσης, στο νοσοκομείο ή μεταφοράς από το θάλαμο στο χειρουργείο, πιθανή διάρκεια επέμβασης, δράση των προεγχειρητικών φαρμάκων, χώρος αναμονής των συγγενών, πότε και που θα μπορούν να τον ασθενή μετά το χειρουργείο, έλεγχος του πόνου και συνήθης μετεγχειρητική φροντίδα.
- Θάλαμος ανάληψης μετά την αναισθησία: γενικό περιβάλλον, συχνή λήψη των ζωτικών σημείων, παλμική οξυμετρία και χορήγηση οξυγόνου.
- Χειρουργική μονάδα εντατικής θεραπείας: (αν ο ασθενής πρόκειται να μεταφερθεί μετά την αίθουσα ανάληψης) θέση της μονάδας, εκτιμώμενη διάρκεια παραμονής και ώρες επισκεπτηρίου.

Αναλυτικότερα, οι ασθενείς πριν το χειρουργείο πρέπει να ακολουθήσουν πιστά τις παρακάτω οδηγίες (Dewit, 2009):

- *Περιορισμός υγρών και τροφής:* η λήψη υγρών και τροφής συνήθως περιορίζεται 6-8 ώρες πριν το χειρουργείο. Ένα ελαφρύ γεύμα, όπως τοστ και υγρά, μπορεί να επιτρέπεται έως και 6 ώρες πριν την επέμβαση και ένα κανονικό γεύμα 8 ώρες πριν την επέμβαση. Σε ορισμένες προγραμματισμένες περιπτώσεις, πιθανόν να επιτρέπεται να καταναλωθούν υγρά όπως καφές, τσάι, χυμός μύλου ή ανθρακούχα αναψυκτικά έως και δύο ώρες πριν το χειρουργείο.
- *Προετοιμασία του εντέρου:* αν ο ασθενής έχει προγραμματιστεί για επέμβαση στην κοιλία ή το παχύ έντερο, μπορεί να έχουν δοθεί οδηγίες για υποκλυσμό μέχρι την πλήρη κένωση του εντέρου και την αποβολή καθαρού νερού. Μερικές φορές, χορηγείτε διάλυμα καθαρτικού από το στόμα αντί για υποκλυσμό. Ο ασθενής μπορεί να έχει τεθεί σε ελαφρά ή υδρική διαίτα για 3 μέρες πριν το χειρουργείο ώστε να μειωθεί το περιεχόμενο του εντέρου. Από τν ασθενή ζητείται να ουρήσει, εκτός και αν φέρει καθετήρα, πριν του χορηγηθεί οποιοδήποτε προεγχειρητικό κατασταλτικό φάρμακο. Η ουροδόχος κύστη δεν πρέπει να είναι διατεταμένη κατά την διάρκεια του χειρουργείου κοιλίας λόγω κινδύνου διάτρησης της. Η χάλαση που προκαλείται από τα φάρμακα και την αναισθησία, προκαλεί έπειξη προς ούρηση, αν η ουροδόχος κύστη δεν έχει κενωθεί. Ο ασθενής δεν επιτρέπεται να σηκωθεί από το κρεβάτι του για χρήση του μπάνιου, μετά τη χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων.
- *Αναμενόμενοι καθετήρες και εξοπλισμός:* αν αναμένεται να τοποθετηθεί ρινογαστρικός καθετήρας κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, για μετεγχειρητική χρήση, ο ασθενής ενημερώνεται για το σκοπό του, τη φροντίδα που χρειάζεται και την αίσθηση που προκαλεί. Επίσης, δίνεται και μια εκτίμηση για τη διάρκεια παραμονής του καθετήρα στο στομάχι. Ο ασθενής ενημερώνεται για τη λειτουργία άλλων καθετήρων, όπως παροχετεύσεις, ενδοφλέβιες γραμμές, συσκευή χορήγησης οξυγόνου, σωλήνα παροχέτευσης θώρακα και καθετήρα ουροδόχου κύστεως, καθώς και για τη φροντίδα που απαιτείται και την πιθανή διάρκεια παραμονής τους.
- *Ανάπαυση και καταστολή:* είναι επιθυμητό ο ασθενής να έχει αναπαυθεί επαρκώς πριν από το χειρουργείο ώστε το σώμα να μπορεί να ανταπεξέλθει στο στρες της αναισθησίας και της χειρουργικής διαδικασίας. Ένα ήπιο κατασταλτικό μπορεί

να χορηγηθεί τη νύκτα πριν από την επέμβαση, αλλά ο νοσηλευόμενος ασθενής πρέπει συνήθως να το ζητήσει.

- *Έλεγχος του πόνου:* πολλοί χειρουργοί δίνουν οδηγία για τον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου με την ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία μέσω αντλίας (PCA- patient control analgesia). Αν υπάρχει οδηγία για αντλία, ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για αυτήν και για την λειτουργία της πριν από την επέμβαση.
- *Προετοιμασία δέρματος:* συνήθως ζητείται από τον ασθενή να κάνει ντους με ειδικό αντιβακτηριδιακό παράγοντα τη νύκτα ή το πρωί πριν την επέμβαση, ώστε να απομακρυνθούν όσο το δυνατόν περισσότεροι μικροοργανισμοί από το δέρμα. Ο ευπρεπισμός του χειρουργικού πεδίου (ξύρισμα) μπορεί να γίνει την ημέρα του χειρουργείου, είτε στο θάλαμο είτε στη χειρουργική αίθουσα. Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τη διαδικασία, την περιοχή που θα προετοιμαστεί και την ώρα που θα πραγματοποιηθεί. Αφαιρείται το βερνίκι νυχιών, ώστε το οξύμετρο να λειτουργεί σωστά κατά τη τοποθέτηση του στο δάκτυλο. Επίσης, αφαιρείται το μακιγιάζ, ενώ γίνεται έλεγχος για πιθανή ύπαρξη μόνιμου μακιγιάζ στο προεγχειρητικό κατάλογο προετοιμασίας. Ο ασθενής ενημερώνεται ότι πρέπει να αφαιρέσει τους φακούς επαφής (αν φοράει) (Dewit, 2009).

#### Προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς

Ο ασθενής φοράει μια καθαρή νοσοκομειακή μπλούζα, χωρίς εσώρουχα, όταν προετοιμάζεται για την χειρουργική αίθουσα. Το τριχωτό της κεφαλής καλύπτεται με τον ειδικό χειρουργικό σκούφο. Τα μακριά μαλλιά πρέπει να μαζεύονται, ώστε να μην εξέχουν και να ενοχλούν και όλα τα τσιμπιδάκια και κοκαλάκια μαλλιών να αφαιρούνται. Ο ασθενής ερωτάται για τρυπήματα στο σώμα και για την παρουσία κοσμημάτων σε αυτά, συμπεριλαμβανόμενων των περιοχών της γλώσσας και της γεννητικής περιοχής. Ο ασθενής ενημερώνεται ότι όλα τα κοσμήματα πρέπει να αφαιρεθούν για την ασφάλεια του, λόγω της χρήσης ηλεκτροκαυτηρίασης στο χειρουργείο και του κινδύνου δημιουργίας ηλεκτρικού εγκαύματος από τη μεταφορά του ηλεκτρικού ρεύματος μέσω του μετάλλου. Τα κοσμήματα, τα χρήματα και οι πιστωτικές κάρτες δίνονται στο συνοδό του ασθενούς ή φυλάσσονται σε ειδικό φάκελο, ο οποίος κλειδώνεται σε συγκεκριμένο σημείο, σύμφωνα με τη συνήθη



πρακτική του τμήματος. Αν ο ασθενής φοράει βέρα και δεν μπορεί να αφαιρεθεί στερεώνεται στο δάκτυλο με ταινία, χωρίς να περιορίζεται η κυκλοφορία του αίματος. Οι τεχνίτες οδοντοστοιχίες αφαιρούνται, τοποθετούνται σε ένα δοχείο με ετικέτα που φέρει το όνομα του ασθενούς και φυλάσσονται. Μερικές φορές, οι αναισθησιολόγοι ζητούν την παραμονή της τεχνικής οδοντοστοιχίας στη θέση της, επειδή διευκολύνεται η χορήγηση αναισθησίας με μάσκα. Αν κάποιο ακουστικό βοήθημα έχει παραμείνει στη θέση του, πρέπει να σημειωθεί ευκρινώς στη πρώτη σελίδα του διαγράμματος καθώς και στο προεγχειρητικό κατάλογο ελέγχου. Το βραχιόλι με τα στοιχεία που φέρει ο ασθενής ελέγχεται και συγκρίνεται με το διάγραμμα για να αποφευχθεί οποιοδήποτε λάθος ή σύγχυση των ασθενών στη χειρουργική αίθουσα. Πιστοποιείται ότι η περιοχή στην οποία θα γίνει η διαδικασία και έχει υπογράψει ο ασθενής στο έντυπο συναίνεσης, είναι ίδια με αυτή που αναφέρει ο ασθενής. Η περιοχή της χειρουργικής επιβεβαιώνεται και σημειώνεται στο προθάλαμο του χειρουργείου (Dewit, 2009).

#### Προετοιμασία του θαλάμου του ασθενούς μετά την επιστροφή του από το χειρουργείο

Την περίοδο που ο ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο, προετοιμάζεται το δωμάτιο για την επιστροφή του. Στρώνεται το κρεβάτι με καθαρά λευκά σεντόνια και το τοποθετείται υποσέντονο στη περιοχή μεταξύ ώμων και γονάτων, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αλλαγή της θέσης του ασθενούς. Για τους ασθενείς με επεμβάσεις κοιλίας ή περινέου, τοποθετείται ένα επίστρωμα στη περιοχή των ισχίων, για να συγκροτεί τα υγρά των παροχετεύσεων. Το κρεβάτι ανυψώνεται μέχρι το ύψος του φορείου με το οποίο θα επιστρέψει ο ασθενής και μετακινούνται τα έπιπλα έτσι ώστε το φορείο να εφάπτεται κατά μήκος του κρεβατιού. Το στατό για ενδοφλέβια έγχυση τοποθετείται στη κεφαλή του κρεβατιού. Στο κομοδίνο του ασθενούς δίπλα στο κρεβάτι τοποθετούνται νεφροειδές (για πιθανό εμετό), χαρτοβάμβακο, ένα έντυπο συχνής καταγραφής ζωτικών σημείων ή μετεγχειρητικών δεδομένων, ένα έντυπο προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων, μια μικρή πετσέτα, τρίφτης μπάνιου. Συνδέονται το οξυγόνο και η συσκευή αναρρόφησης, αν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν. Πρέπει να είναι έτοιμα το θερμόμετρο, το σφυγμομανόμετρο, το παλμικό οξύμετρο και το στηθοσκόπιο για να χρησιμοποιηθούν αμέσως μετά την επιστροφή του ασθενούς από το χειρουργείο. Αν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί αντλία

ελεγχόμενης από τον ασθενή αναλγησίας, συσκευές περιοδικής συμπίεσης των κάτω άκρων ή μηχανήματα παθητικής κινησιοθεραπείας, γίνεται έλεγχος ώστε να είναι διαθέσιμα και έτοιμα για χρήση. (Dewit, 2009)

#### **3.11.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην υποδοχή του ασθενούς στο χειρουργείο με νόσο του Crohn**

Στον προθάλαμο του χειρουργείου, ο νοσηλευτής κίνησης πιστοποιεί την ταυτότητα του ασθενούς, επιβεβαιώνει ότι έχουν εκτελεστεί όλες οι προεγχειρητικές οδηγίες, καθώς και ότι είναι διαθέσιμα όλα τα απαραίτητα, σχετικά έγγραφα και διαγνωστικές εξετάσεις. Ο υπεύθυνος για την αναισθησία τοποθετεί ενδοφλέβια γραμμή, αν δεν υπάρχει ήδη. Επιβεβαιώνεται το σημείο που θα πραγματοποιηθεί η χειρουργική τομή και σημειώνεται η θέση (δεξιά- αριστερά), αν περιλαμβάνει πολλές δομές, ή πολλαπλά επίπεδα όπως στις επεμβάσεις της σπονδυλικής στήλης. Όταν η αίθουσα του χειρουργείου είναι έτοιμη, ο ασθενής μεταφέρεται στο χειρουργικό τραπέζι. Πιστοποιείται ξανά η ταυτότητα του από το νοσηλευτή κίνησης. Στον ασθενή τοποθετούνται μαλακά προθέματα, ώστε να προληφθεί η κάκωση των νεύρων και να ελαχιστοποιηθεί η πίεση που ασκείται από τα υποκείμενα οστά. Είναι δυνατόν να εμφανιστούν σοβαρές κακώσεις και έλκη πίεσης, λόγω ακατάλληλης τοποθέτησης ή έλλειψη μαλακών προθεμάτων κατά την διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης. Επίσης, με ειδικές ταινίες εξασφαλίζεται η ασφαλής συγκράτηση του ασθενούς (Dewit, 2009).

Ο περιεγχειρητικός νοσηλευτής υποδέχεται τον ασθενή κατά την άφιξη του, ρωτώντας το όνομα του και ελέγχοντας το σε συνδυασμό με το αναγνωριστικό του βραχιόλι που φέρει, το φάκελο και την κάρτα του νοσοκομείου, χρησιμοποιώντας δύο τουλάχιστον αναγνωριστικά στοιχεία, π.χ. το όνομα και την ημερομηνία γέννησης. Ο νοσηλευτής επιθεωρεί το φάκελο του ασθενούς, την καρτέλα φαρμάκων και την προεγχειρητική λίστα ελέγχου και διασφαλίζει πως η συναίνεση έχει υπογραφεί και πως όλα τα έγγραφα, οι προεγχειρητικές διαδικασίες και οι εντολές έχουν ολοκληρωθεί. (Osborn et al, 2014)

### **3.11.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική φάση του ασθενούς με νόσο του Crohn**

Ο νοσηλευτής της ανάνηψης αξιολογεί τον ασθενή κάθε 15 λεπτά ή ανάλογα με την κατάσταση του. Η αξιολόγηση για πιθανές επιπλοκές από την αναισθησία ή την συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση είναι συνεχής. Ο ασθενής παραμένει στην αίθουσα ανάνηψης έως ότου σταθεροποιηθούν τα ζωτικά σημεία, είναι ξύπνιος και απαντά σε ερεθίσματα. Πιθανόν να χρησιμοποιηθεί η κλίμακα Aldrete, για να εκτιμηθεί αν ο ασθενής είναι έτοιμος να μεταφερθεί στο νοσηλευτικό τμήμα. Η δραστηριότητα, η αναπνοή, η κυκλοφορία, η συνείδηση, το χρώμα του δέρματος και ο κορεσμός του οξυγόνου βαθμολογούνται από το 0 ως το 2. Μια συνολική βαθμολογία 9 ως 10 συνήθως υποδεικνύει ότι ο ασθενής είναι έτοιμος να μεταφερθεί στο νοσηλευτικό τμήμα και ο νοσηλευτής δίνει αναφορά στο νοσηλευτή του τμήματος. (Dewit, 2009).

Μετά την επιστροφή του ασθενούς από την αίθουσα ανάνηψης, ο νοσηλευτής ελέγχει την ταυτότητα του, τον τακτοποιεί στο κρεβάτι και προχωρά στην αρχική μετεγχειρητική αξιολόγηση. Πρώτες προτεραιότητες αποτελούν ο αεραγωγός, η αναπνοή και η κυκλοφορία. Η αρχική αξιολόγηση αποτελεί βάση με την οποία τα υπόλοιπα μετεγχειρητικά στοιχεία θα συγκριθούν και θα συνεκτιμηθούν για την πρόληψη ή την έγκαιρη διάγνωση σημείων επιπλοκών. Τα ζωτικά σημεία λαμβάνονται συχνότερα αν είναι ασταθή και αυτό αποτελεί νοσηλευτική κρίση. Η παρακολούθηση για σημεία μετεγχειρητικών επιπλοκών αποτελεί μείζονα νοσηλευτική ευθύνη. Οι πρώτες 72 ώρες μετά την χειρουργική επέμβαση, απαιτούν συχνό έλεγχο για την ανίχνευση σημείων, ενδεικτικών μετεγχειρητικών επιπλοκών. Συχνά, κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας εκτελείται και επαναξιολόγηση (Dewit, 2009).

### **3.11.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ψυχοκοινωνικής υγείας ασθενούς με νόσο του Crohn**

Ο ασθενής μπορεί να ανησυχεί για την ικανότητα αυτοφροντίδας μετεγχειρητικά ή για την αποδοχή μια αλλαγής στην εικόνα σώματος ή την κατάσταση υγείας σε σχέση με την οικογένεια και τους φίλους του. Ανάλογα με τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης που εκτελέστηκε, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει σημαντικές

μεταβολές στην εμφάνιση του. Σε περιπτώσεις εκτεταμένης ουλής αλλάζει η εικόνα του σώματος. Αν αφαιρεθεί χειρουργικά τμήμα άκρου, οργάνου ή μαστός κρίνεται αναγκαία η ψυχολογική υποστήριξη, η οποία μπορεί να διαρκέσει μεγάλη χρονική περίοδο. Ο ασθενής πρέπει να αξιολογείται για σημεία αναποτελεσματικότητας, όπως είναι η απόσυρση και η καταθλιπτική συμπεριφορά, η μειωμένη διάθεση για προσωπική περιποίηση σε σχέση με το παρελθόν και οι μειωμένες προσπάθειες επικοινωνίας. Αν εμφανιστούν τέτοια σημεία, χρειάζεται συνεργασία με τον ασθενή ώστε να εντοπιστούν οι περιοχές ανησυχίας και στη συνέχεια, συνεργασία με άλλους επαγγελματίες της ομάδας φροντίδας υγείας για την δημιουργία ενός σχεδίου βοήθειας για τον ασθενή. Παρέχεται βοήθεια στον ασθενή με την ενθάρρυνση να συζητήσει τα συναισθήματα του σχετικά με το αποτέλεσμα της επέμβασης, καθώς και τις συνέπειες που μπορεί να έχεις τη ζωή του. Η ενεργητική ακρόαση και η ενθάρρυνση του ασθενούς να εστιάζει στα θετικά σημεία παρά σε αυτά που χάνει με την επέμβαση μπορεί να είναι βοηθήσουν σημαντικά. Επίσης, μπορεί να είναι βοηθητική η παραπομπή σε ομάδα υποστήριξης ατόμων με ίδιες εμπειρίες, που έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά την κατάσταση (Dewit, 2009).

### **3.11.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενούς με νόσο του Crohn**

Οι ασθενείς που εξέρχονται για το σπίτι πρέπει να λαμβάνουν πλήρη και ακριβή πληροφόρηση για το πώς θα φροντίσουν τον εαυτό τους. Οι πληροφορίες δίνονται προφορικά καθώς και γραπτά, χρησιμοποιώντας απλή γλώσσα. Όταν η φροντίδα στο σπίτι περιλαμβάνει κάποια ειδικά διαδικασίες, τότε ο νοσηλευτής επιδεικνύει αυτή τη τεχνική και ζητά από τον ασθενή να επαναλάβει και ο ίδιος. Ο νοσηλευτής επιθεωρεί κάθε νέο φάρμακο και συζητά με τον ασθενή τον σκοπό, τη δόση, τη συχνότητα της χορήγησης και τις σημαντικότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Η διαχείριση του πόνου συζητιέται, καθώς και η φροντίδα του τραύματος. Ο νοσηλευτής δίνει κατευθυντήριες οδηγίες για την προσωπική υγιεινή, την κινητοποίηση και την απαιτούμενη δίαιτα. Οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν με σαφήνεια πως αναμένεται να νιώθουν μετά την επέμβαση και ποια συμπτώματα θα οδηγήσουν στην επανεξέτασή τους από τον χειρουργό τους. Επίσης λαμβάνουν οδηγίες για το πώς θα έρθουν σε επαφή με τον ιατρό τους αν προκύψει κάποιο πρόβλημα και δίνονται στον ασθενή πληροφορίες για τις ημερομηνίες επανεξέτασης (Osborn et al, 2014).

Η συνέχιση της φροντίδας του ασθενούς μπορεί να γίνει σε εξωτερικό ιατρείο, σε ιδιωτικό ιατρείο, σε μονάδα αποκατάστασης, σε μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας ή κατ' οίκον. Ο νοσηλευτής αξιολογεί την κατάσταση και την εξέλιξη του ασθενούς και παρέχει φροντίδα τραύματος. Ο νοσηλευτής διαχείρισης περίπτωσης ασθενούς, συντονίζει την λειτουργία ολόκληρης της ομάδας, συνεργαζόμενος με κοινωνικό λειτουργό, φυσιοθεραπευτή, φυσιοθεραπευτή αναπνευστικής λειτουργίας, βοηθό νοσηλευτή, διαιτολόγο, φαρμακοποιό, ιατρό, και με άλλους επαγγελματίες υγείας. Η πρόληψη των επιπλοκών και της επανεισαγωγής του ασθενούς συχνά οφείλεται στην ποιότητα παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής της κατ' οίκον φροντίδας, του ιδιωτικού ιατρείου ή του εξωτερικού ιατρείου πρέπει να επαναλαμβάνει την εκπαίδευση για τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών, όπως είναι η λοίμωξη, η διάσπαση τραύματος, η πνευμονική εμβολή ή θρομβοφλεβίτιδα και να επιβεβαιώνει ότι ο ασθενής μπορεί επαρκώς να εκτελεί την αυτοφροντίδα του. Μερικοί ιατροί δίνουν εξιτήριο σε ασθενείς που είναι κινητοποιημένοι και μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, πιστεύοντας ότι είναι ικανοί να εφαρμόσουν πιο περίπλοκες διαδικασίες για την φροντίδα του τραύματος. Αυτό ωστόσο, δε συμβαίνει συχνά. Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται βοήθεια για οτιδήποτε άλλο εκτός της απλής αλλαγής του τραύματος. Αυτό έχει μεγάλη σημασία αν ο ασθενής ζει μόνος του. Ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον ασθενή, τον ιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό και την κοινωνική υπηρεσία για την διασφάλιση της αναγκαίας βοήθειας για τον ασθενή. (Dewit, 2009)

## **Κεφάλαιο 4**

### **4.1 Το Είδος της Έρευνας**

Στην παρούσα εργασία η έρευνα είναι δευτερογενής, δηλαδή τα στοιχεία που συλλέχθηκαν είναι από δημοσιευμένα άρθρα ήδη υπάρχοντα και δεν συλλέχθηκαν από προσωπική μου έρευνα. Το ερευνητικό ερώτημα που απαντάται στην εργασία είναι η νόσος του Crohn στις έγκυες γυναίκες ή γυναίκες που θέλουν να τεκνοποιήσουν και ο νοσηλευτικός ρόλος. Παρακάτω ακολουθούν τα νεότερα δεδομένα γι' αυτό το θέμα και πόσα πρέπει να γνωρίζει μια γυναίκα με ενεργή νόσο του Crohn για να τεκνοποιήσει.

### **4.2 Περιγραφή του Δείγματος**

Το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε αποτελείται από εννέα επιστημονικά άρθρα δημοσιευμένα στα αγγλικά, τα οποία έχουν δημοσιευθεί τα τελευταία δέκα χρόνια στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Ingenta Connect.

### **4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων**

Για τη συλλογή των νεότερων ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Ingenta Connect. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων ελέχθηκαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας.

### **4.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων**

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Ingenta Connect ώστε να βρεθούν οι νεώτερες πληροφορίες σχετικά με τη νόσο του Crohn και την κύηση. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν κατά την προηγμένη αναζήτηση χρησιμοποιώντας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed και τις λέξεις κλειδιά Crohn's disease, pregnancy, nurse, care. Συγκεκριμένα ακολουθήθηκε

ο αλγόριθμος Crohn's disease pregnancy nurse care με αποτέλεσμα να προκύψουν 22 άρθρα. Με την χρήση του φίλτρου human, εμφανίστηκαν 18 άρθρα. Με το φίλτρο 10 years, προέκυψαν 13 άρθρα όπως επίσης και με το φίλτρο για τη γλώσσα English πάλι 13 άρθρα. Στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Ingenta Connect, οι λέξεις κλειδιά ήταν Crohn disease, pregnancy, nurse. Ο αλγόριθμος που ακολούθησε ήταν Crohn disease pregnancy nurse και προέκυψε 1 άρθρο. Με το φίλτρο για τη γλώσσα δημοσίευσης «English», το αποτέλεσμα ήταν πάλι 1 άρθρο. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που εντοπίστηκαν με την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέχθησαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Από το σύνολο των 14 άρθρων αποκλειστήκαν τα 5. Τα κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων παρουσιάζονται στο πίνακα 1. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αφηγηματική σύνθεση των αποτελεσμάτων των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης μετά από ανάλυση του περιεχομένου τους.

α/α	Συγγραφέας(και συν.), έτος, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κύρια ευρήματα
1	Maliszewska, A.M., et al., (2017), Πολωνία	Ποιοτική μελέτη	στοχεύει στη βελτίωση της παροχής συμβουλών πριν από τη σύλληψη σε γυναίκες ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου .	Η ατεκνία σε γυναίκες με νόσο του Crohn είναι πολύ συχνή, αυξημένος κίνδυνος κληρονομικότητας της νόσου στα βρέφη.
2	McConnell, R.A., et al., (2016), Σαν Φρανσίσκο	Ποιοτική μελέτη	Ο ρόλος της διεπιστημονικής ομάδας στη φροντίδα της εγκύου με νόσο του Crohn.	Πρέπει να διατηρείται ύφεση της νόσου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
3	Mahadevan, U., Matro, R., (2015), Καλιφόρνια	Ποιοτική μελέτη	Η έγκυος με νόσο του Crohn μπορεί να έχει ασφαλή εγκυμοσύνη εφόσον παρακολουθείται από διεπιστημονική ομάδα.	Οι εγκυμονούσες με νόσο του Crohn πρέπει να αντιμετωπίζονται ως υψηλού κινδύνου και ότι μπορούν να συνεχίσουν τη φαρμακευτική τους αγωγή κανονικά.
4	Yarur, A., Kane, S.V., (2013), Φλόριντα	Ποιοτική μελέτη	Ορισμένα φάρμακα της νόσου δεν ενδείκνυται στη εγκυμοσύνη και στη γονιμότητα.	Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε εγχείρηση πυέλου έχουν μειωμένη γονιμότητα και η μεθοτρεξάτη και μονοκλωνικά αντισώματα να αποφεύγονται στην κύηση.
5	Ellul, P., et al, (2016), Ιταλία	Ποσοτική μελέτη	Εσφαλμένες αντιλήψεις και ελλείψεις γνώσεις εμποδίζουν τις γυναίκες με νόσο του Crohn να προχωρήσουν σε τεκνοποίηση.	Η εκπαίδευση από τους επαγγελματίες υγείας έχει θετική επίδραση στις γυναίκες με νόσο του Crohn που κυφορούν.
6	Habal, F.M., Huang, V.W., (2012), Τορόντο	Ποιοτική μελέτη	Η εγκυμοσύνη της γυναίκας με νόσο του Crohn είναι ασφαλείς	Η φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ασφαλής. Η γυναίκα



			όταν παρακολουθείται από διεπιστημονική ομάδα υγείας.	που θέλει να τεκνοποιήσει πρέπει να είναι σε ύφεση της νόσου.
7	Beaulieu, D.B., Kane, S., (2011), Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	Ποιοτική μελέτη	Η έγκυος γυναίκα με νόσο του Crohn όταν βρίσκεται σε ύφεση έχει τα βέλτιστα αποτελέσματα στη διάρκεια εγκυμοσύνης και τοκετού.	Πρέπει να γίνεται έλεγχος πριν τη τεκνοποίηση και συνεχής παρακολούθηση από επαγγελματίες υγείας.
8	Mañosa, M., et al., (2013), Ισπανία	Ποσοτική μελέτη	Η σωστή πληροφόρηση από την ομάδα υγείας στα άτομα με νόσο του Crohn συμβάλλει στις σωστές αποφάσεις για τεκνοποίηση ή όχι.	Μεγάλα είναι τα ποσοστά στειρότητας, αποβολών, προώρου τοκετού και καισαρικής σε γυναίκες με νόσο του Crohn.
9	Pinder, M., et al., (2016), Ηνωμένο Βασίλειο	Ποιοτική μελέτη	Η έλλειψη γνώσεων και πληροφοριών οδηγεί τις γυναίκες με νόσο του Crohn στην απόφαση της μη τεκνοποίησης.	Παρά τα δυσμενή αποτελέσματα της νόσου στις εγκύους με νόσο του Crohn, πρέπει να απευθύνονται στους επαγγελματίες υγείας για τη σωστότερη πληροφόρηση.

*Πίνακας 1. Τα κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων που συμπεριελήφθησαν στην εργασία.*

## Κεφάλαιο 5

Η νόσος του Crohn τα τελευταία χρόνια έχει πάρει μεγάλη διάσταση εξαιτίας του ότι απασχολεί όλο και περισσότερους νέους ανθρώπους. Χαρακτηριστικά της ασθένειας είναι ότι προσβάλλει σε μεγαλύτερο ποσοστό τις γυναίκες και νεότερες ηλικίες (15-30 ετών). Γι' αυτό το λόγο υπάρχει η ανάγκη για έρευνα στις γυναίκες που προσπαθούν να τεκνοποιήσουν και σε περίπτωση εγκυμοσύνης και τοκετού ποιες είναι οι δυνητικές επιπλοκές. Από την έρευνα που έγινε σε διεθνή άρθρα γίνεται ξεκάθαρο ότι για μπορέσει η γυναίκα με νόσο του Crohn να κυοφορήσει, θα πρέπει η νόσος να βρίσκεται σε ύφεση. Οι Beaulieu et. al., (2011) τονίζουν ότι σε περίπτωση που η νόσος βρίσκεται σε ύφεση μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές όπως πρόωρος τοκετός και χαμηλό βάρος γέννησης. Επίσης αναφέρουν ότι πρέπει στη γυναίκα με νόσο του Crohn να έχει προηγηθεί έλεγχος πριν την τεκνοποίηση. Σε περίπτωση λήψης φαρμακευτικής αγωγής, η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι ασφαλής, τόσο για το έμβρυο όσο και για τη μητέρα εφόσον παρακολουθείται από τους επαγγελματίες υγείας, ωστόσο οι Yagur et. al., (2013) κάνουν λόγο για την αποφυγή ορισμένων φαρμάκων που έχει αποδεχθεί ότι διαπερνούν τον πλακούντα και επηρεάζουν το έμβρυο. Αυτά τα φάρμακα είναι η μεθοτρεξάτη και μονοκλωνικά αντισώματα. Επομένως, παρόλο που οι εγκυμονούσες με νόσο του Crohn πρέπει να αντιμετωπίζονται ως υψηλού κινδύνου και μπορούν να συνεχίσουν τη φαρμακευτική τους αγωγή κανονικά (Mahadevan & Matro, 2015).

Σχεδόν σε όλες τις μελέτες των τελευταίων δέκα ετών σχετικά με την εγκυμοσύνη και τη νόσο του Crohn και κυρίως στην έρευνα των Mc Connell et. al., (2016) τονίζεται η σπουδαιότητα που έχει η φροντίδα της διεπιστημονικής ομάδας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε γυναίκες με νόσο του Crohn, προκειμένου να είναι ασφαλής και να εξελιχθεί ομαλά. Κάτι που δεν είναι πολύ γνωστό είναι ότι οι γυναίκες με νόσο του Crohn, έχουν τα ίδια ποσοστά γονιμότητας σε σχέση με τις γυναίκες που δεν νοσούν, αλλά οι γυναίκες με νόσο του Crohn έχουν μεγαλύτερα ποσοστά ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (όπως αποβολές, πρόωρος τοκετός και καισαρική) (Mañosa et al., 2013). Γι' αυτό το λόγο πρέπει να υπάρχει σωστή

ενημέρωση και πληροφόρηση κυρίως των γυναικών που πάσχουν από τη νόσο και θέλουν να τεκνοποιήσουν, αλλά και του συντρόφου τους και του οικογενειακού περιβάλλοντος από τους επαγγελματίες υγείας (π.χ. υπάρχει αυξημένος κίνδυνος κληρονομικότητας της νόσου στα βρέφη) (Maliszewska et. al., 2017). Σημαντικό είναι να αναφερθεί και το γεγονός ότι υπάρχουν πολλές αναληθείς πληροφορίες που προκαλούν άγχος και αρνητικά συναισθήματα στις γυναίκες χωρίς λόγο (Ellul et. al., 2016; Mañosa et. al., 2013; Pinder et. al., 2016; Maliszewska et. al., 2017). Με τη σωστή πληροφόρηση οι γυναίκες καταλήγουν σε σωστές αποφάσεις σχετικά με την απόκτηση παιδιού και την εγκυμοσύνη.

## Κεφάλαιο 6

### Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας την εργασία και με βάση τις έρευνες που γίνονται πάνω στο θέμα της εγκυμοσύνης και της νόσου του Crohn, η δημιουργία οικογένειας για μια γυναίκα με τη νόσο δεν είναι απίθανο και άπιαστο όνειρο. Φυσικά υπάρχουν ορισμένες βασικές παράμετροι που διαφοροποιούν την κατάσταση της σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες που δεν νοσούν. Είναι πολύ σημαντικό η νόσος να βρίσκεται σε ύφεση τόσο πριν όσο και κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης για να είναι ασφαλείς το έμβρυο αλλά και η μητέρα. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να συνεχιστεί κατόπιν συνεννόησης με τον θεράπων ιατρό χωρίς να επηρεάζεται το έμβρυο. Η εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητη για την ομαλή έκβαση της εγκυμοσύνης, χωρίς να υπάρχουν επιπλοκές, αλλά και για να νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια η γυναίκα ότι παρέχονται οι σωστές πληροφορίες για την κατάσταση της. Η κάθε περίπτωση γυναίκας με νόσο του Crohn είναι μοναδική και διαφορετική από τις άλλες, γι' αυτό απαιτεί προσοχή και ιατρικό-νοσηλευτική παρακολούθηση.

## Βιβλιογραφία

- Beaulieu D.B., Kane S. (2011). Inflammatory bowel disease in pregnancy. *World J Gastroenterol. Jun 14; 17(22):2696-701*
- Γιωτάκη, Ε. (2014). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. 2<sup>η</sup> εκδ. Ιωάννινα.
- Costanzo, L.S., (2013). *Φυσιολογία*. 4<sup>η</sup> εκδ. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Dewit, S.C., (2009). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*. 1<sup>η</sup> εκδ. Κύπρος: εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Ellul P., Zammita S.C., Katsanos K.H., Cesarini M., Allocca M., Danese S., Karatzas P., Moreno SC., Kopylov U., Fiorino G., Torres J., Lopez-Sanroman A., Caruana M., Zammit L., Mantzaris G. (2016). Perception of Reproductive Health in Women with Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis. Aug; 10(8):886-91*
- Ζερβακάκης, Α.Μ., & Μανούσος, Ο.Ν. (1993). *Λεπτό Εντερο Γαστρεντερολογία Ι*. 2<sup>η</sup> εκδ. Αθήνα: ιατρικές εκδόσεις Βήτα.
- Habal F.M., Huang V.W. (2012). Review article: a decision-making algorithm for the management of pregnancy in the inflammatory bowel disease patient. *Aliment Pharmacol Ther. Mar; 35(5):501-15*.
- Λεουτσάκος, Β. (1994). *Παθήσεις παχέος εντέρου και ορθού*. 1<sup>η</sup> εκδ. Αθήνα: εκδόσεις “Γρηγόριος Παρισσιανός”.
- Mahadevan U., Matro R. (2015). Care of the Pregnant Patient With Inflammatory Bowel Disease. *Obstet Gynecol. Aug; 126(2):401-12*
- Maliszewska A.M., Warska A., Cendrowski K., Sawicki W. (2017). Inflammatory bowel disease and pregnancy. *Ginekol Pol.88 (7):398-403*
- Mañosa M., Navarro-Llavat M., Marín L., Zabana Y., Cabré E., Domènech E. (2013). Fecundity, pregnancy outcomes, and breastfeeding in patients with inflammatory bowel disease: a large cohort survey. *Scand J Gastroenterol. Apr; 48(4):427-32*
- Μανούσος, Ο. (2003). *Κολίτιδες και «κολίτιδες»*. 2<sup>η</sup> εκδ. Αθήνα: ιατρικές εκδόσεις Ζήτα

- McConnell R.A., Mahadevan U. (2016). Pregnancy and the Patient with Inflammatory Bowel Disease: Fertility, Treatment, Delivery, and Complications. *Gastroenterol Clin North Am. Jun; 45(2):285-301*
- Moore, K.L., & Dalley, A.F., & Agur, A.M.R., (2012). *Κλινική Ανατομία*. 2<sup>η</sup> εκδ. Αθήνα: εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
- Μουτσόπουλος, Χ. (2009). *Παθολογική Φυσιολογία*. 1<sup>η</sup> εκδ. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Mulrone, S.E., & Myers, A.K., (2010). *Βασικές Αρχές Φυσιολογίας του Ανθρώπου*. Αθήνα: εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
- Netter, F.H., (2006). *Παθολογία*. Αθήνα: εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
- Osborn, K.S., Wraa, C.E., Watson, A.B., Holleran, R., (2014). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*. Τόμος 1 & 2. 2<sup>η</sup> εκδ. Κύπρος: εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Pinder M., Lummis K., Selinger C.P. (2016). Managing inflammatory bowel disease in pregnancy: current perspectives. *Clinical and Experimental Gastroenterology, Volume 55, Number 1, pp. 325-335(11)*.
- Παπαλάμπρος, Ε.Λ., (2011). *Χειρουργική*. 1<sup>η</sup> εκδ. Κύπρος: εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Swartz, M.H., (2010). *Κλινική Διάγνωση*. 6<sup>η</sup> εκδ. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Yarur A., Kane S.V. (2013). Update on pregnancy and breastfeeding in the era of biologics. *Dig Liver Dis. Oct;45(10):787-94*