



Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστήμων Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**



Τμήμα Νοσηλευτικής  
Σχολή Επαγγελματων Υγείας & Πρόνοιας  
ΤΕΙ Ηπείρου

**ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ  
ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΠΑΘΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΩΝ**

Υπό

**Παναγιώτα Μπαφατάκη**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία  
υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής  
ΤΟΥ

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Νοσηλευτική  
του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

----- 2017 -----

© Παναγιώτα Μπαφατάκη



Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστήμων Υγείας  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα  
Μεταπτυχιακών Σπουδών

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**



Τμήμα Νοσηλευτικής  
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας  
ΤΕΙ Ηπείρου

## Basic Principles in Clinical Research Protocols in Idiopathic Inflammatory Bowel Disease

**Panagiota Mrafataki**

Master Thesis presented to the University Ioannina School of Medicine as part of the requirements for the Master of Science Degree in Nursing Pathology.

----- 2017 -----

© Panagiota Mrafataki

## **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Επιβλέπων:** ΚΑΤΣΑΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

*Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας*

**Μέλη:** ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

*Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας*

ΧΡΗΣΤΟΥ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

*Καθηγητής Παθολογίας*



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
“Νοσηλευτική Παθολογία”  
Επιστημονικός Υπεύθυνος: Καθηγητής Επ. Β. ΤΣΙΑΝΟΣ**

Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία

**«ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ  
ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΠΑΘΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΩΝ»**

**Εισηγητής: ΚΑΤΣΑΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ  
Επίκουρος καθηγητής**

**Επιμέλεια: ΜΠΑΦΑΤΑΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΤΕ**

Ιωάννινα 2017

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### **ΜΕΡΟΣ Α΄**

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	10
ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ.....	13
ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN.....	15
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: 1. Ανοσολογικοί μηχανισμοί.....	16
2. Γενετικοί μηχανισμοί.....	17
3. Λοιμώδεις παράγοντες.....	18
4. Ψυχοσωματικοί παράγοντες.....	18
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ.....	19
1) Τα ενδοσκόπια και η ασφάλεια της εξέτασης.....	19
2) Ενημέρωση του ασθενούς.....	20
3) Οι ανάγκες του πληθυσμού για ενδοσκόπηση.....	20
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ.....	21
ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΒΙΝΤΕΟ-ΚΑΨΟΥΛΑ.....	22
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ.....	23
ΘΕΡΑΠΕΙΑ: 1. Φαρμακευτική θεραπεία.....	24
2. Χειρουργική αντιμετώπιση.....	27
3. Διατροφική υποστήριξη ασθενών με ΙΦΝΕ.....	27

### **ΜΕΡΟΣ Β΄**

#### ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ - ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	29
ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	31

## ΜΕΡΟΣ Γ΄

<u>ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....</u>	<u>33</u>
Σύνολο ασθενών με ΙΦΝΕ.....	34
Ηλικία ασθενών με ΙΦΝΕ.....	34
Φύλο ασθενών με ΙΦΝΕ.....	35
Έτος διάγνωσης ασθενών με ΙΦΝΕ.....	39
Κατάσταση της πάθησης ασθενών με ΙΦΝΕ.....	41
Θεραπεία ασθενών με ΙΦΝΕ.....	45
Ύψος ασθενών με ΙΦΝΕ.....	47
Βάρος ασθενών με ΙΦΝΕ.....	48
Δείκτης μάζας σώματος ασθενών με ΙΦΝΕ.....	50
Αλλαγή βάρους ασθενών με ΙΦΝΕ.....	54
Διαιτητική φροντίδα ασθενών με ΙΦΝΕ.....	58
Αναφορά μειωμένης όρεξης ασθενών με ΙΦΝΕ.....	60
Συζητημένη διατροφή, όρεξη και απώλεια βάρους ασθενών με ΙΦΝΕ.....	65
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	68

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Διευθυντή: Αναπληρωτή Καθηγητή Γαστρεντερολογίας, κ Χριστοδούλου Δημήτριο που μου έδωσε την ευκαιρία να παρακολουθήσω το Μεταπτυχιακό <Νοσηλευτική Παθολογία> και να αποκτήσω περισσότερες γνώσεις σε αυτόν τον τομέα.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επίκουρο Καθηγητή Γαστρεντερολογίας του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων κ. Κατσάνο Κωνσταντίνο, ο οποίος ήταν ο άμεσος επιβλέπων της παρούσας εργασίας, για την αμέριστη βοήθεια που μου προσέφερε κατά τη διαδικασία συγκέντρωσης και επεξεργασίας των δεδομένων, την καθοδήγηση και την πολύτιμη συμβολή του έτσι ώστε να τελειοποιήσω την διπλωματική μου εργασία.

## **ΜΕΡΟΣ Α΄: ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

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

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

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

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

- Έχουν κοινά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά
- Προσβάλλουν συχνά άτομα της ίδιας οικογένειας
- Έχουν κοινές εξωεντερικές εκδηλώσεις (οζώδες ερύθημα, αρθρίτιδα, σκληρυντική χολαγγειίτιδα κ.α.)
- Και οι δυο νόσοι απαντούν σε άτομα με παθολογική ανοσολογική απάντηση (παρατεταμένη ενεργοποίηση του ανοσολογικού συστήματος του εντέρου έναντι ενός ειδικού ή μη ειδικού αντιγόνου)

Υπάρχουν όμως και σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο νόσων:

- Η ελκώδη κολίτιδα προσβάλλει το παχύ έντερο ενώ η νόσος του Crohn τον τελικό ειλεό και το δεξιό κόλον.
- Η προσβολή του εντέρου στη νόσο του Crohn είναι συνήθως ασυνεχής (κατά τόπους) ενώ στην ελκώδη κολίτιδα είναι συνεχής.
- Η ελκώδη προσβάλλει τον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα με εμφανή διάχυτα επιφανειακά έλκη ενώ η νόσος του Crohn



προσβάλει όλους τους χιτώνες του παχέος εντέρου με εμφανή γραμμοειδή έλκη και εγκάρσια (εικόνα λιθόστρωτου).

- Η ανάπτυξη καρκίνου είναι συχνή στην ελκώδη κολίτιδα με περιπρωκτικές αλλοιώσεις στο 25% ενώ στην νόσο του Crohn είναι ασυνήθης η ανάπτυξη καρκίνου, με περιπρωκτικές αλλοιώσεις στο 80%
- Οι στενώσεις κατά κανόνα είναι κακοήθεις στην ελκώδη κολίτιδα ενώ στην νόσο του Crohn είναι καλοήθεις.
- Μετά την κολεκτομή, η υποτροπή είναι σπάνια στην ελκώδη κολίτιδα ενώ στην νόσο Crohn η υποτροπή είναι συχνή (70%). <sup>(3)</sup>

## **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

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

Περιοχές με υψηλή επίπτωση της ελκώδης κολίτιδας και νόσο του Crohn είναι η Αγγλία, η Βόρεια Ευρώπη, οι ΗΠΑ και η Αυστραλία. Στις βιομηχανοποιημένες χώρες της Δύσης η επίπτωση της ελκώδης κολίτιδας κυμαίνεται από 3-15 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους το χρόνο και ο επιπολασμός από 50-80 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού το χρόνο αντίστοιχα. Ενώ η νόσος του Crohn κυμαίνεται γύρω στις 5 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού το χρόνο και ο επιπολασμός φτάνει στις 50 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού αντίστοιχα. <sup>(28)</sup>

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

Προσβάλλουν κατά κανόνα εφήβους και νέους ενήλικες ηλικίας 15-25 κυρίως, αλλά παρουσιάζουν όμως και μια δεύτερη αύξηση της συχνότητάς τους μεταξύ 55 έως 65 ετών. <sup>(24)</sup>

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

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

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

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

Οι ΙΦΠΕ προσβάλλουν εξίσου και τα δύο φύλα. Στις γυναίκες με ελκώδη κολίτιδα παρατηρήθηκε ότι κατά την εγκυμοσύνη ή μετά τον τοκετό υπάρχει έξαρση της νόσου σε ποσοστό 30% όταν η νόσος βρισκόταν σε ύφεση και περίπου 60% όταν ήταν σε αυτές εν ενεργεία πριν την εγκυμοσύνη. Αυτόματη αποβολή του εμβρύου επέρχεται σε 10% περίπου των γυναικών που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα. <sup>(24)</sup>

Επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα έχουν δείξει ότι η επίπτωση της ελκώδους κολίτιδας κυμαίνεται από 4-11 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους το χρόνο. <sup>(9)</sup>

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

ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και συσχετίζονταν με ηπιότερη, μικρότερης έκτασης νόσο, καθώς και με ήπια ή μέτρια πορεία. Ο επιπολασμός της ελκώδους κολίτιδας ήταν 4,9/10 κατοίκους και της νόσου του Crohn 5,1/10 κατοίκους. Η επίπτωση της νόσου του Crohn ήταν το ένα δέκατο της ελκώδους κολίτιδας. Το εύρημα αυτό αντιτίθεται στα έως τώρα ισχύοντα, όπου η επίπτωση της νόσου του Crohn δεν είναι μικρότερη από το ένα τρίτο της επίπτωσης της ελκώδους κολίτιδας. Συμπερασματικά, η σπανιότητα της νόσου του Crohn στην περιοχή μας δείχνει πιθανά την απουσία αιτιολογικών περιβαλλοντικών παραγόντων ειδικών για τη νόσο του Crohn ή ορισμένων άγνωστων γενετικών παραγόντων. Επιπρόσθετα, αν και η πλειονότητα των περιπτώσεων με ελκώδη κολίτιδα είχαν πανκολίτιδα ή αριστερή κολίτιδα με μέτρια ή βαριά νόσο, η πορεία της νόσου στην περιοχή μας φαίνεται να διατρέχει ήπια ή μέτρια, καθώς μόνο 5,9% των ασθενών υποβλήθηκαν σε κολεκτομή<sup>(11)</sup>.

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

Έτσι, το ήπιο κλινικό σχεδιάγραμμα της ασθένειας στην περιοχή της βορειοδυτικής Ελλάδας, εκτός από την Κέρκυρα, η απουσία της νόσου του Crohn στην Λευκάδα και η σχετικά χαμηλή επίπτωση των ιδιοπαθών φλεγμονωδών παθήσεων των εντέρων στις ηλικίες κάτω από 25 ετών, είναι παράμετροι που χρειάζονται περαιτέρω έρευνα, καθώς οι διαφορές που υπάρχουν στις δύο επιδημιολογικές μελέτες, την δεκαετή (1982-1991) και την εξαετή (1992-1997), θα γίνουν σαφέστερες τα επόμενα έτη<sup>(23)</sup>.

## ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

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

Η ελκώδη κολίτιδα είναι χρόνια ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο που ξεκινά με προσβολή του ορθού και συνεχίζει και στο κόλον σε ποικίλη έκταση. Όταν περιορίζεται στο ορθό ονομάζεται ελκωτική πρωκτίτιδα και στους περισσότερους από αυτούς τους ασθενείς, το 75-90% δεν προσβάλλει το υπόλοιπο παχύ έντερο. Συνήθως η νόσος περιορίζεται στο ορθό και στο ορθοσιγμοειδές στο 40-50% των περιπτώσεων, στο 30-40% προσβάλλει το αριστερό κόλον και στο 20% όλο το παχύ έντερο. Η προσβολή του ορθού αφορά το 99% των περιπτώσεων. <sup>(15)</sup>

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

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

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

Σε χρόνια νόσο παρατηρείται προοδευτικά βράχυνση και στένωση του κόλον που οφείλεται σε βλάβη των μυϊκών στιβάδων. Σε πολύ βαριά νόσο επέρχεται οξεία διάταση του εντέρου, με βαθιά έλκη και ελάχιστες νησίδες βλεννογόνου ( τοξικό megacolon ). <sup>(17)</sup>

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

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

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

Περιοχές με υψηλή επίπτωση της νόσου είναι η Αγγλία, η Βορειοδυτική Ευρώπη, η Βόρεια Αμερική και η Αυστραλία. <sup>(23)</sup>

## ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN

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

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

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

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

Όταν η νόσος προσβάλλει το λεπτό έντερο τότε συνυπάρχουν συμπτώματα δυσαπορρόφησης. Στους ασθενείς αυτούς συνυπάρχει διαταραχή του μεταβολισμού των χολικών αλάτων και αυξημένη απορρόφηση από το παχύ έντερο οξαλικών αλάτων, με αποτέλεσμα τη δημιουργία χολολιθίασης ή νεφρολιθίασης αντίστοιχα.

Συχνές είναι οι εξωεντερικές εκδηλώσεις της νόσου. Οι ασθενείς, μπορεί να εμφανίσουν υποθρεψία, υπολευκωματιναιμία, σιδηροπενική ή μεγαλοβλαστική αναιμία, αρθρίτιδα. <sup>(3)</sup>

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

## **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

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

### **1. Ανοσολογικοί μηχανισμοί**

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

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

Επίσης σημαντική συμμετοχή στη δημιουργία και διαίωνιση της φλεγμονής του εντέρου έχει η δυσλειτουργία του ανοσολογικού συστήματός του, που εκφράζεται μέσω των επιθηλιακών κυττάρων του, με δυσανάλογο πολλαπλασιασμό των Τ βοηθητικών λεμφοκυττάρων από ότι των Τ κατασταλτικών, ενώ στο φυσιολογικό έντερο συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο.

Επίσης έχει βρεθεί ο ορός αρρώστων με ελκωτική κολίτιδα περιέχει αντισώματα που αντιδρούν με αντιγόνα των βλεννοεκκριτικών επιθηλιακών κυττάρων του παχέος εντέρου (αντικολονικά αντισώματα). Η συχνότητα τέτοιων αντιδράσεων ποικίλλει από 15% με έμμεσο ανοσοφθορισμό μέχρι 90% με αιμοσυγκόλληση. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και σε αρρώστους με νόσο του Crohn. Με τη μέθοδο της αιμοσυγκόλλησης τα αντικολονικά αντισώματα ανήκουν κυρίως στην τάξη Μ των ανοσοσφαιρινών (IgM). Ο υψηλός τίτλος αντικολονικών αντισωμάτων σε υγιείς γυναίκες που είχαν πρώτου βαθμού συγγένεια με



αρρώστους με ελκωτική κολίτιδα υποδηλώνει κάποια γενετική προδιάθεση της νόσου. Η παρουσία και οι τίτλοι των αντικολονικών αντισωμάτων δεν συσχετίζονται με την ηλικία ή το φύλο του αρρώστου. Επίσης δεν υπάρχει συσχέτιση με οικογενειακό ιστορικό τέτοιων παθήσεων ούτε με τη θέση, δραστηριότητα, έκταση ή διάρκεια της νόσου. Τα αντισώματα αυτά είναι κυτταροτοξικά, *in vitro*, για τα επιθηλιακά κύτταρα του παχέος εντέρου. Τέλος έχουν ανιχνευθεί και σε υγιή άτομα.

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

## **2. Γενετικοί μηχανισμοί**

Η ελκωτική κολίτιδα και η νόσος του Crohn δεν αποτελούν κλασικές γενετικές νόσους. Παρόλα αυτά όμως έχουν αναφερθεί πολλαπλές οικογενείς περιπτώσεις σε ποσοστό από 15% μέχρι 40% , σε αρρώστους με “μη ειδική” φλεγμονώδη πάθηση των εντέρων. Επίσης η αυξημένη συχνότητα των παθήσεων αυτών μεταξύ ατόμων της Ιουδαϊκής φυλής και η αυξημένη συχνότητα συνύπαρξης με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα ενοχοποιούν γενετικά προκαθορισμένους μηχανισμούς.

Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας (HLA) παίζουν κάποιο ρόλο στην παθογένεια των “μη ειδικών” φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου. Για παράδειγμα σε μια εργασία όπου μελετήθηκαν 109 άρρωστοι, βρέθηκε αυξημένη συχνότητα του αντιγόνου HLA-A<sub>11</sub> μεταξύ των 58 αρρώστων με ελκωτική κολίτιδα ενώ στους 51 αρρώστους με νόσο του Crohn βρέθηκε αυξημένη η συχνότητα του αντιγόνου HLA-B<sub>18</sub>. Επίσης σε αρρώστους με τέτοιες παθήσεις και αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα βρέθηκε αυξημένη συχνότητα, μέχρι 50%, του αντιγόνου HLA-B<sub>27</sub>. Στους αρρώστους που δεν είχαν B<sub>27</sub> βρέθηκε το αντιγόνο HLA-Bw<sub>16</sub>. Επίσης αναφέρεται ότι ο συνδυασμός των αντιγόνων B<sub>12</sub>, Cw<sub>5</sub>, DR<sub>7</sub> είναι συχνότερος σε αρρώστους με νόσο του Crohn.

### **3. Λοιμώδεις παράγοντες**

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

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

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

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

### **4. Ψυχοσωματικοί παράγοντες**

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

Ψυχολογικοί παράγοντες, πεδία έντασης είτε στον άρρωστο ή στην οικογένειά του, συσχετίζονται με την εκδήλωση φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου. Οι ασθενείς αυτοί θεωρούνται, ότι έχουν αυξημένη συναισθηματική ευαισθησία.<sup>(3)</sup>

## **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ**

Είναι διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι, που έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία 35 χρόνια και έχουν τελειοποιηθεί την τελευταία δεκαετία. Με την ενδοσκόπηση ο ειδικός γιατρός (γαστρεντερολόγος) παρατηρεί όλη την εσωτερική επιφάνεια του οισοφάγου, στομάχου, δωδεκαδακτύλου και του παχέος εντέρου με τη βοήθεια λεπτών εύκαμπτων σωλήνων (ενδοσκόπιο). Επίσης, είναι δυνατόν με ειδικό ενδοσκόπιο και τη βοήθεια ακτινολογικού μηχανήματος να καθετηριάσει το χοληφόρο δέντρο (δηλαδή το αποχετευτικό σύστημα του ήπατος που μεταφέρει τη χολή στο έντερο) και τους παγκρεατικούς πόρους και να λάβει ακτινολογικές εικόνες για τη διάγνωση νοσημάτων των χοληφόρων οδών και των παγκρεατικών πόρων.

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

### **1. Τα ενδοσκόπια και η ασφάλεια της εξέτασης**

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

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

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

## **2. Ενημέρωση του ασθενούς**

Σε όλους τους ασθενείς είναι απαραίτητο ο γιατρός:

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

## **3. Οι ανάγκες του πληθυσμού για ενδοσκόπηση**

Λόγω της δυνατότητας που προσφέρει η ενδοσκόπηση για ακριβή διάγνωση και θεραπεία χωρίς ανοικτή χειρουργική επέμβαση, οι ανάγκες σε ενδοσκοπήσεις του πεπτικού συστήματος έχουν πολλαπλασιασθή την τελευταία εικοσαετία. Από μελέτες που έγιναν στην Αγγλία, υπολογίζεται ότι σήμερα τουλάχιστον 1/100 κατοίκους υποβάλλεται σε μια διαγνωστική ενδοσκοπική πράξη το χρόνο. Ακόμα μεγαλύτερη αύξηση παρουσιάζουν οι ανάγκες για θεραπευτικές ενδοσκοπήσεις. Αρκεί να αναλογισθεί κανείς ότι π.χ. οι πολύποδες του στομάχου ή του παχέος εντέρου και οι λίθοι του

χοληδόχου πόρου, που πριν 20 χρόνια θεραπεύονταν στο χειρουργείο με γενική αναισθησία και ανοικτή εγχείρηση, αντιμετωπίζονται σήμερα αποκλειστικά με ενδοσκοπική μικροχειρουργική θεραπεία.

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

### **Οι διαγνωστικές ενδοσκοπήσεις.**

Με τον όρο κολοσκόπηση εννοείται ο ενδοσκοπικός έλεγχος του παχέος εντέρου. Για να γίνει η εξέταση, απαιτείται καθαρισμός του εντέρου με υδρική δίαιτα 24 ωρών και λήψη ειδικών καθαρτικών φαρμάκων. Η εξέταση διαρκεί 15-30 λεπτά. Σε πολλούς ασθενείς είναι καλά ανεκτή. Σε εκείνους που αισθάνονται πόνο στην κοιλιά κατά την εξέταση, χορηγούνται ενδοφλέβια αναλγητικά και καταστολή.

Τα τελευταία δυο χρόνια έχουν επινοηθεί και κατασκευασθεί τρία διαφορετικά ειδικά κολοσκόπια με σκοπό την ευκολότερη, ταχύτερη και ανώδυνη εξέταση του παχέος εντέρου. Τα ενδοσκόπια αυτά βρίσκονται στο στάδιο δοκιμών σε πειραματόζωα και ανθρώπους.

Η κολοσκόπηση είναι απαραίτητη εξέταση για τη διάγνωση και παρακολούθηση νοσημάτων όπως ο καρκίνος και οι πολύποδες του παχέος εντέρου, η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn. Συμπτώματα που πρέπει να αξιολογούν οι ασθενείς και να προσφεύγουν στο γιατρό τους είναι διάρροιες, απότομη έναρξη δυσκοιλιότητας, ορατό αίμα στα κόπρανα και σιδηροπενική αναιμία. Προληπτικά πρέπει να υποβάλλονται σε κολονο-

σκόπηση όλα τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου.

Μια μελέτη του 2000 που δημοσιεύθηκε στο New England Journal of Medicine και συνέκρινε την κολοσκόπηση με την σιγμοειδοσκόπηση, υπολόγισε την ακρίβεια αυτών των μεθόδων στην διάγνωση του καρκίνου σε 17.732 άτομα χωρίς συμπτώματα. Η σιγμοειδοσκόπηση θα είχε <<χάσει>> τους μισούς από τους καρκίνους που ανευρέθησαν σε αυτή τη μέθοδο γιατί η νόσος εντοπιζόταν αρκετά μακριά στο κόλον, πέραν από το σημείο που μπορεί να φτάσει το σιγμοειδοσκόπιο.

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

### **Εντεροσκόπηση με βίντεο-κάψουλα**

Η κατασκευή της βίντεο-κάψουλας επιτεύχθηκε με την πρόοδο της ηλεκτρονικής τεχνολογίας, ώστε στις διαστάσεις της κάψουλας (11x30 χιλιοστά) να χωρέσουν μπαταρία ρεύματος διάρκειας οκτώ ωρών και σύστημα συνεχούς λήψεως και εκπομπής ηλεκτρονικών εικόνων καλής ποιότητας. Οι εικόνες μεταβιβάζονται σε δέκτη που φορά στη μέση του ο ασθενής.

Ο ασθενής καταπίνει τη βίντεο-κάψουλα, η οποία με τις περισταλτικές κινήσεις του πεπτικού σωλήνα προωθείται κατά μήκος του λεπτού εντέρου, ενώ συγχρόνως εκπέμπει συνεχώς ηλεκτρονικές εικόνες του βλεννογόνου, οι οποίες αποθηκεύονται στο δέκτη. Η βίντεο-κάψουλα είναι μιας χρήσεως και αποβάλλεται με τα κόπρανα του ασθενούς.

Η εξέταση με βίντεο-κάψουλα χρησιμοποιείται σε ασθενείς που υπάρχει υποψία νόσου του λεπτού εντέρου, όπως νόσος του Crohn, κοιλιόκακη, καλοήθεις όγκοι ή καρκίνος. Ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν

υποτροπιάζοντα επεισόδια μελαίνων κενώσεων ή σιδηροπενική αναιμία. Αν στους ασθενείς αυτούς η ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος και η κολοσκόπηση είναι χωρίς παθολογικά ευρήματα, η λογική ερμηνεία είναι ότι η εστία απώλειας αίματος εντοπίζεται στο λεπτό έντερο. Η εντεροσκόπηση με βίντεο-κάψουλα είναι αναντικατάστατη εξέταση για τη διάγνωση του αιτίου της αιμορραγίας.

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

### **Οι θεραπευτικές ενδοσκοπήσεις**

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

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

Η συγκεκριμένη τεχνική βασίζεται σε συγκεκριμένη επιστημονική φιλοσοφία,

σύμφωνα με την οποία ένας καρκινικός και ένας μη καρκινικός ιστός ανταποκρίνονται διαφορετικά σε φως συγκεκριμένου μήκους κύματος, διαφορά που γίνεται αντιληπτή με διαφορετικό χρώμα. Σε αυτή την τεχνική και πατώντας ένα κουμπί, η δυσπλασία και ο πρώιμος καρκίνος φαίνονται κόκκινα, ενώ ο φυσιολογικός ιστός πράσινος. Ενδοσκοπία που λειτουργούν βάσει αυτής της τεχνικής κυκλοφορούν ήδη σε Αγγλία και Ιαπωνία. <sup>(27)</sup>

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

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

Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν πολύ ήπια νόσο με αραιές εξάρσεις ενώ άλλοι υποφέρουν από πολύ σοβαρά και συχνά επεισόδια μερικά από τα οποία χρειάζονται νοσοκομειακή αντιμετώπιση ή και χειρουργική. Δυστυχώς δεν μπορούμε να προδιαγράψουμε το μέλλον καθενός αρρώστου ξεχωριστά μολονότι είναι γνωστό ότι περίπου οι μισοί άρρωστοι διάγουν τόσο ήπια νόσο που δεν θα χρειαστούν ούτε μια φορά να πάρουν κορτικοειδή στη ζωή τους. <sup>(25)</sup>

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

Η χειρουργική αντιμετώπιση των ασθενών με ΙΦΠΕ αφορά κυρίως στους ασθενείς εκείνους στους οποίους η έντονη συντηρητική αγωγή απέτυχε ή ασθενείς με σοβαρές επιπλοκές και σημεία οξείας κοιλίας (εντερική διάτρηση ή απόφραξη, τοξικό megacolon κλπ). Τέλος ο καρκίνος του παχέος ή λεπτού εντέρου αποτελεί μία ακόμη ένδειξη χειρουργικής επεμβάσεως. Στη διάρκεια των τελευταίων ετών τονίζεται όλο και ιδιαίτερα ο ρόλος και η σημασία της ιατρικής ομάδας που αντιμετωπίζει τον ασθενή με ΙΦΠΕ δηλαδή του γαστρεντερολόγου, του χειρουργού (κατά προτίμηση χειρουργού του



πεπτικού) και του ψυχιάτρου. Οι αποφάσεις για τους θεραπευτικούς χειρισμούς και (ακόμη περισσότερο) για τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης θα πρέπει να λαμβάνονται και με την σύμφωνη γνώμη του χειρουργού της ομάδας και μετά επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση. Είναι αυτονόητο ότι ο ασθενής θα πρέπει πάντα να είναι ενήμερος και να υπάρχει η συγκατάθεσή του για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

1. **Φαρμακευτική θεραπεία:** Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn επιτυγχάνεται με την χρήση των ίδιων φαρμακευτικών παραγόντων, αν και τα δύο νοσήματα φαίνεται να αποτελούν διαφορετικές κλινικές οντότητες με πολλές ομοιότητες, αλλά και διαφορές μεταξύ τους. Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει τέσσερις μεγάλες κατηγορίες φαρμάκων: αντιφλεγμονώδη, ανοσοκατασταλτικά, αντιβιοτικά και φάρμακα της συμπτωματικής αντιμετώπισης. Τελευταία γίνεται μεγάλη προσπάθεια ανεύρεσης νέων φαρμακευτικών προϊόντων πολλά από τα οποία έχουν δοθεί ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn σήμερα.

- **ΤΑ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ**

Κορτικοστεροειδή, Σουλφασαλαζίνη, Ανάλογα σουλφασαλαζίνης

- **ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ**

Tobramycin, Ciprofloxacin, Μετρονιδαζόλη, Ορνιδαζόλη,

- **ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ - ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΑ**

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

- **ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

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

- **ΑΛΛΑ** (σε βάση ερευνητική) Θεραπεία ελκώδους κολίτιδας Με βάση διάφορες κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους η βαρύτητα της προσβολής χαρακτηρίζεται ως ήπια, μέτρια ή βαριά. Ο διαχωρισμός αυτός έχει μεγάλη σημασία αφού ο τρόπος θεραπείας και η δοσολογία των φαρμάκων καθορίζεται από την βαρύτητα της προσβολής. Οι άρρωστοι με ήπια μορφή της νόσου παρουσιάζουν διάρροια (κενώσεις λιγότερες από 5 το 24ωρο) με πρόσμιξη αίματος και βλέννας. Τα κόπρανα είναι φυσιολογικά ή ημισχηματισμένα. Υπάρχει τεινεσμός και κοιλιακά άλγη. Οι άρρωστοι με

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

(Salofalk, Asacol ) 4. Αντιβιοτικά (Flagyl, ciproxin, Betiral) για τον έλεγχο των λοιμώξεων 5. Infliximab (remicade) 6. Ειδικές (εντερικές) δίαιτες.

## **2. Χειρουργική αντιμετώπιση**

Υπάρχουν ορισμένες απόλυτες ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης:

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

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

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1970, η θνητότητα της επείγουσας χειρουργικής αντιμετώπισης της βαριάς ελκώδους κολίτιδας ήταν σημαντική (ποσοστό 20%), ενώ σήμερα δεν υπερβαίνει το 2%. Η εντυπωσιακή αυτή μεταβολή κατά τα τελευταία χρόνια οφείλεται κυρίως στη θέσπιση σαφών κριτηρίων διακοπής της συντηρητικής αντιμετώπισης της βαριάς νόσου, υπέρ της έγκαιρης χειρουργικής αντιμετώπισης<sup>(25)</sup>.

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

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

## **3. Διατροφική υποστήριξη ασθενών με ΙΦΝΕ**

- Ενδείξεις διατροφικής υποστήριξης : Υπάρχουν τρεις μείζονες ενδείξεις για την έναρξη εφαρμογής διατροφικής υποστήριξης των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη πάθηση των εντέρων. Η πρώτη αφορά στην βελτίωση της διατροφικής κατάστασης ή της αποτροπής εμφάνισής της σε

οποιοδήποτε ασθενή, στον οποίο η δραστηριότητα της νόσου αποκλείει την επαρκή πρόσληψη των απαιτούμενων καθημερινώς διατροφικών ουσιών. Η δεύτερη αφορά σε ασθενείς στους οποίους η διατροφική φροντίδα εφαρμόζεται ως πρωτογενής θεραπεία σε συνδυασμό ή όχι με φάρμακα, καθώς και σε ασθενείς στους οποίους έχει προγραμματιστεί χειρουργική επέμβαση για διάφορους λόγους. Η τρίτη τέλος ένδειξη αφορά σε ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται μακρά θεραπεία με ολική παρεντερική θρέψη, λόγω εκτεταμένης προσβολής του εντέρου ή λόγω συνδρόμου βραχέος εντέρου μετά επανειλημμένες χειρουργικές επεμβάσεις.

- Γενικές διαιτητικές οδηγίες : Δεν υπάρχουν ειδικές διαιτητικές οδηγίες που να μπορούν να συσταθούν στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn. Όμως ορισμένες τροφές (όπως π.χ. σπόροι, αμαγείρευτα λαχανικά, κηπευτικά, λιπαρές τροφές, όσπρια φρούτα κλπ), οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν εντερική απόφραξη εφ' όσον υπάρχουν εκτεταμένες στενώσεις του εντέρου, θα πρέπει να αποφεύγονται. Επίσης μερικά άτομα με ελκώδη κολίτιδα έχουν παρατηρήσει ότι το κρασί, η μπύρα και ορισμένα άλλα οينوπνευματώδη τους προκαλούν διάρροια. Το σίγουρο είναι ότι πρέπει να αποφεύγονται τα οينوπνευματώδη όταν οι ασθενείς λαμβάνουν φάρμακα για την ελκώδη κολίτιδα γιατί μπορεί να φέρει πολλές φορές ως αποτέλεσμα πολλές και επικίνδυνες παρενέργειες. Διάφορα δισκία τα οποία ενδέχεται να μη προλάβουν να διαλυθούν στο έντερο, μπορεί να ενσφηνωθούν σε εστενωμένα του τμήματα. Γενικώς οι άρρωστοι με νόσο Crohn θα πρέπει να σιτίζονται με τροφές επαρκείς σε θρεπτικά στοιχεία χωρίς να απαγορεύονται αυτές που έχουν φυτική προέλευση αρκεί να είναι καλά μαγειρευμένες.

Η σύσταση για αποφυγή του γάλακτος στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις των εντέρων αν και δεν στηρίζεται σε επαρκή επιστημονικά δεδομένα, εν τούτοις για τις συνθήκες της ελληνικής πραγματικότητας με το υψηλό ποσοστό υπολακτασίας φαίνεται λογική, τουλάχιστον στις εξάρσεις της νόσου. Στα μεσοδιαστήματα οι άρρωστοι χωρίς επιπλοκές θα πρέπει να σιτίζονται κανονικά. Άλλωστε είναι γνωστό ότι η ελκώδης κολίτιδα είναι σπάνια σε μέρη όπως για παράδειγμα την Αφρική, όπου οι κάτοικοι εξακολουθούν να τρέφονται με παραδοσιακά φαγητά πλούσια σε δημητριακά, λαχανικά και φρούτα<sup>(28)</sup>.

## **ΜΕΡΟΣ Β΄ : ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ - ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ**

### **Ιστορική αναδρομή**

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε έδαφος χρόνιας ιδιοπαθούς φλεγμονώδους εντερικής νόσου είχε ήδη περιγραφεί το 1925, σε ασθενή με ελκώδη κολίτιδα, από τον Burrill Crohn. <sup>(19)</sup>

Σχετικά με την νόσο Crohn η πρώτη περιγραφή καρκίνου επί εδάφους της έγινε τη δεκαετία του 1940. Υπήρξαν αρκετές αναφορές σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου σε ασθενείς με νόσο Crohn κατά την επόμενη πενήκονταετία.

Στη συνέχεια και με αφετηρία τα έτη 1950-1980 , έγιναν αρκετές μελέτες σχετικά με την αθροιστική επίπτωση του καρκίνου επί του συνόλου των ασθενών με εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα, <sup>(5)</sup>

Το 1949 οι Warren και Sommers ήταν οι πρώτοι που ανέφεραν ότι η δυσπλασία είναι πρόδρομος αλλοίωση καρκινώματος και στους ασθενείς με κίνδυνος ανάπτυξης καρκινώματος είναι 11,2% στους ασθενείς με ΕΚ. Στην περίπτωση ασθενών με ΙΦΠΕ οι δυσπλαστικές αλλοιώσεις είναι σπάνια με την μορφή πολυπόδων και συχνότερα με την μορφή πλακών η οζιδίων η δαντελωτού βλεννογόνου και σε ορισμένες περιπτώσεις δεν είναι ορατές ενδοσκοπικά. Για τις ορατές ενδοσκοπικά δυσπλαστικές αλλοιώσεις χρησιμοποιείται ο ορός δυσπλασια συνοδευμένη με αλλοιώσεις η μάζες”DALMs (Dysplasia-associated Lesions or Masses). <sup>(5)</sup>

Η βαθμοποίηση των δυσπλαστικών αλλοιώσεων είναι όμοια με την βαθμοποίηση που γίνεται σε ένα αδένωμα η για οποιοδήποτε αδενικό επιθήλιο λαμβάνοντας υπ’ όψιν τον κυτταρικό και πυρηνικό πολυμορφισμό, τον πυρηνικό υπερχρωματισμό, την απώλεια του πυρηνικού προσανατολισμού και την στιβαδοποίηση των πυρήνων.

Ο ιστολογικός καθορισμός της δυσπλασίας στην ΕΚ είναι δύσκολος ακόμη και από έμπειρους παθολογοανατόμους και σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχουν διαφωνίες τόσο στην παρουσία όσο και στην βαθμοποίηση της δυσπλασίας. Η δυσκολία αυτή οφείλεται κυρίως στο

γεγονός της παρουσίας των εντόνων φλεγμονωδών και αναγεννητικών αλλοιώσεων στο επιθήλιο που συνοδεύουν την ΕΚ και γενικά τις ΙΦΠΕ με αποτέλεσμα τελικά να συγχέεται η αναγεννητική αλυπία με την δυσπλασία. <sup>(18)</sup>

Αρχικά και μέχρι το 1983, η ταξινόμηση της επιθηλιακής δυσπλασίας ήταν : αρνητική, ήπια, μέτρια και βαριά. Σήμερα χρησιμοποιείται η ταξινόμηση Riddell (1983) για τους τύπους επιθηλιακής δυσπλασίας στην ΕΚ που έχει ως εξής : 1.αρνητική 2. ακαθόριστη α). πιθανόν αρνητική (επανορθωτική) β).άγνωστης έκβασης γ).πιθανόν θετική 3. θετική α).χαμηλόβαθμη (ελαφρά και μέτρια) που συνδέεται κυρίως με αδενώματα β). υψηλόβαθμη (σοβαρή) που συσχετίζεται κυρίως με ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα. <sup>(14)</sup>

Ο έλεγχος της επιθηλιακής δυσπλασίας συνιστάται στην ενδοσκοπική παρακολούθηση και λήψη βιοψιών να αρχίζει σε περιπτώσεις παγκολίτιδας μετά από 8 χρόνια από την έναρξη της νόσου, ενώ σε αριστερόπλευρη κολίτιδα μετά από 10-12 χρόνια. Συνιστάται η λήψη 3-5 βιοψιών ανά 10 εκ βλεννογόνου κάθε 1-2 χρόνια ενώ πολλαπλές βιοψίες πρέπει επίσης να λαμβάνονται από κάθε αλλοίωση και κυρίως από μακροσκοπικά ύποπτες βλάβες όπως πλάκες, οζώδεις αλλοιώσεις και στενώσεις. <sup>(12)</sup> Επειδή αρκετές φορές υπάρχει δυσκολία στην αξιόπιστη διάγνωση της επιθηλιακής δυσπλασίας εφαρμόζονται εναλλακτικές μέθοδοι με στόχο την ασφαλέστερη διάγνωση και τον προσδιορισμό ομάδων υψηλού κινδύνου .Τέτοιες μέθοδοι είναι ένζυμες , ανοσοϊστοχημικές και μοριακές μελέτες, η κυτταρομετρία ροής, γενετικές έρευνες, εξειδικευμένες χρώσεις για Βιέννη και λεκτικές , η πλέον όμως αξιόπιστη μέθοδος παραμένει η ιστολογική προσέγγιση και αξιολόγηση κατανομή της έκφρασης του δείκτη κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67 (MIB-1) σε προβληματικές περιοχές μπορεί να βοηθήσει στην διαφορική διάγνωση μεταξύ δυσπλαστικών και αναγεννητικών επιθηλιακών αλλοιώσεων. Στις αναγεννητικές αλλοιώσεις η έκφραση του Ki-67 περιορίζεται στην βάση των κρυπών και στην αναγεννητική ζώνη ενώ αντιθέτως στις περιοχές με επιθηλιακή δυσπλασία η έκφραση του Ki-67 επεκτείνεται και προς το επιθήλιο της επιφάνειας<sup>(7)</sup>

Μεταξύ άλλων προβλεπτικών δεικτών που έχουν μελετηθεί στον βλεννογόνο με ΕΚ και θεωρούνται χρήσιμοι για τον προσδιορισμό ασθενών υψηλού κινδύνου ανάπτυξης καρκινώματος αναφέρονται η υπερέκφραση των μεταλλοθειονίνων, η υπερέκφραση πρωτοογκογονιδίων όπως του waf-19, η έκφραση της κυκλικής A24, η μεθυλίωση του προαγωγού του γονιδίου της E-cadherin8, η ανάδειξη πρωίμων μεταλλάξεων της p53 πρωτεΐνης και η μελέτη δραστηριότητας της τελομεράσης<sup>(12)</sup>

### **Σύγχρονα Δεδομένα**

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

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

Η ηλικία όμως κατά η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη πάθηση των εντέρων είναι μικρότερη αυτής του γενικού πληθυσμού. Έτσι, ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn παρατηρείται μία περίπου δεκαετία νωρίτερα συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό<sup>(1)</sup>.

Τα τελευταία 25 χρόνια γίνεται προσπάθεια ανιχνεύσεως του καρκίνου σε πρώιμα στάδια με την αξιολόγηση "δυσπλαστικών αλλοιώσεων" που συνυπάρχουν ή και προηγούνται της αναπτύξεως του καρκίνου. Οι Morson και Pang (1967) εισήγαγαν πρώτοι αυτή την ιδέα της μελέτης της προκαρκινικής δυσπλασίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ελκώδη κολίτιδα.

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

Η αξία της στρατηγικής της τακτική ενδοσκοπικής παρακολουθήσεως έγκειται στη μεγάλη πιθανότητα ανευρέσεως δυσπλαστικών αλλοιώσεων στο ορθοσιγμοειδές ακόμη κι όταν ο καρκίνος εντοπίζεται σε υψηλότερα επίπεδα του παχέος εντέρου.

Η ύπαρξη δυσπλασίας υψηλού βαθμού σε διάφορα σημεία του παχέος εντέρου είναι ικανός λόγος για την εκτέλεση προφυλακτικής κολεκτομής αν ληφθεί υπ' όψιν η διαπίστωση ότι σε 50% των αρρώστων αυτών βρίσκεται διηθητικός καρκίνος στο εγχειρητικό παρασκεύασμα του παχέος εντέρου.

Έτσι τα τελευταία χρόνια γίνεται δεκτό, ότι η μελέτη των δυσπλαστικών αλλοιώσεων του βλεννογόνου του παχέος εντέρου σε αρρώστους με μακρό ιστορικό ελκώδους κολίτιδος, φαίνεται πως είναι η μέθοδος του μέλλοντος, για τη ανίχνευση καρκίνου του παχέος εντέρου σε πρώιμο στάδιο στους ασθενείς αυτούς. Στη μελέτη των Choi και συν (1992) από την Lahey Clinic , είναι σαφές ότι η ενδεδειγμένη εφαρμογή προγράμματος ανιχνεύσεως του καρκίνου στην ελκώδη κολίτιδα είναι σε θέση να διαγνώσει καρκινώματα στην ελκώδη κολίτιδα που βρίσκονται σε πρώιμο , ιάσιμο στάδιο. <sup>(13)</sup>



## **ΜΕΡΟΣ Γ' : ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

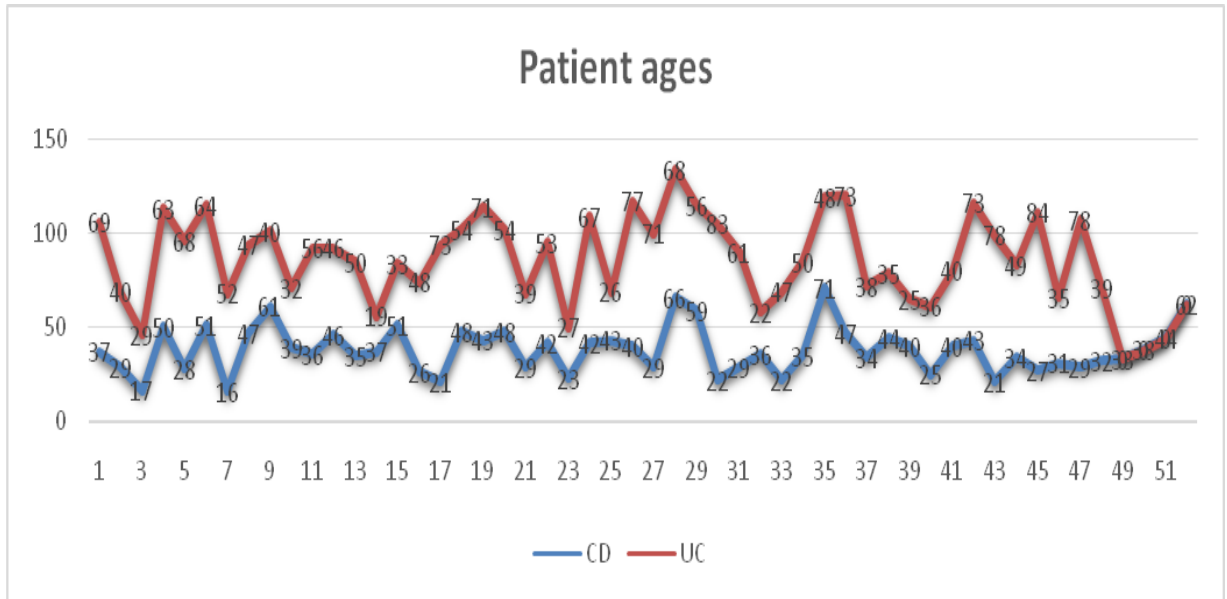
Αντικείμενο της μελέτης είναι να μετρηθεί η επικράτηση του υποσιτισμού σε ένα τυχαίο, αλλά αντιπροσωπευτικό δείγμα των ασθενών με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ), που προσέρχονται στο εξωτερικό Γαστρεντερολογικό ιατρείο του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. Να εντοπιστούν οι ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο ή υποσιτισμό και να αξιολογηθεί κατά πόσο η συζήτηση σχετικά με τη διατροφή και τη δίαιτα είναι κοινή πρακτική μέθοδος ή αν χρειάζεται μια διαιτητική αναθεώρηση. Επίσης βλέποντας τη θεραπεία παρακολουθούμε την πορεία των ασθενών σχετικά με την εξέλιξη ή όχι στην ιδιοπαθή φλεγμονώδη πάθηση των εντέρων.

Είναι πολύ σημαντικό ότι έχουμε προσλάβει έναν τυχαίο, αντιπροσωπευτικό δείγμα αποτελούμενο από ασθενείς που προσέρχονται για τον περιοδικό έλεγχο, στο εξωτερικό Γαστρεντερολογικό ιατρείο του Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, κατά τη διάρκεια εξέλιξης της συγκεκριμένης μελέτης.

Η ερευνητική διαδικασία, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώθηκαν από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με προσωπική συνέντευξη η οποία περιελάμβανε πληροφορίες σχετικά με το φύλο, την ηλικία, τον τύπο της IBD, έτος από τη διάγνωση, ο ασθενής ανέφερε την κατάσταση της νόσου, τη θεραπεία, τη χρήση διατροφικών συμπληρωμάτων, την πρόσφατη απώλεια βάρους, τη μείωση ή όχι πρόσληψης τροφής, το ύψος του, το σημερινό και το προηγούμενο βάρος του.

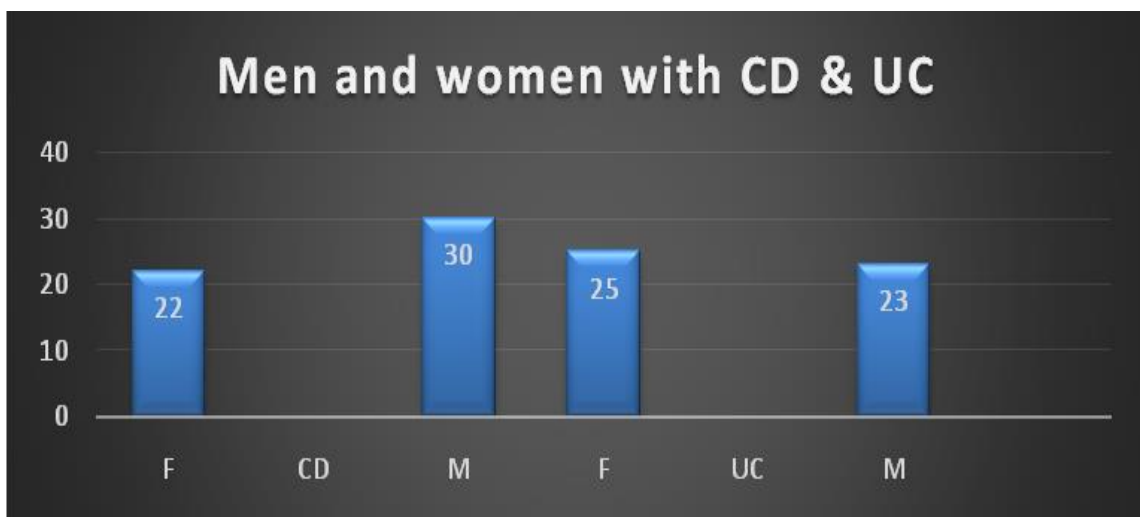
Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, συλλέχθηκε από 100 ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα με ευχαρίστηση.

Οι ηλικίες των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν από 16 έως 71 ετών για τα άτομα με CD και 19 έως 84 για τα άτομα με UC. Παρατηρούμε πως υπάρχει μεγάλο ηλικιακό εύρος που αφορά, νέους και ενήλικες. (πιν.1).



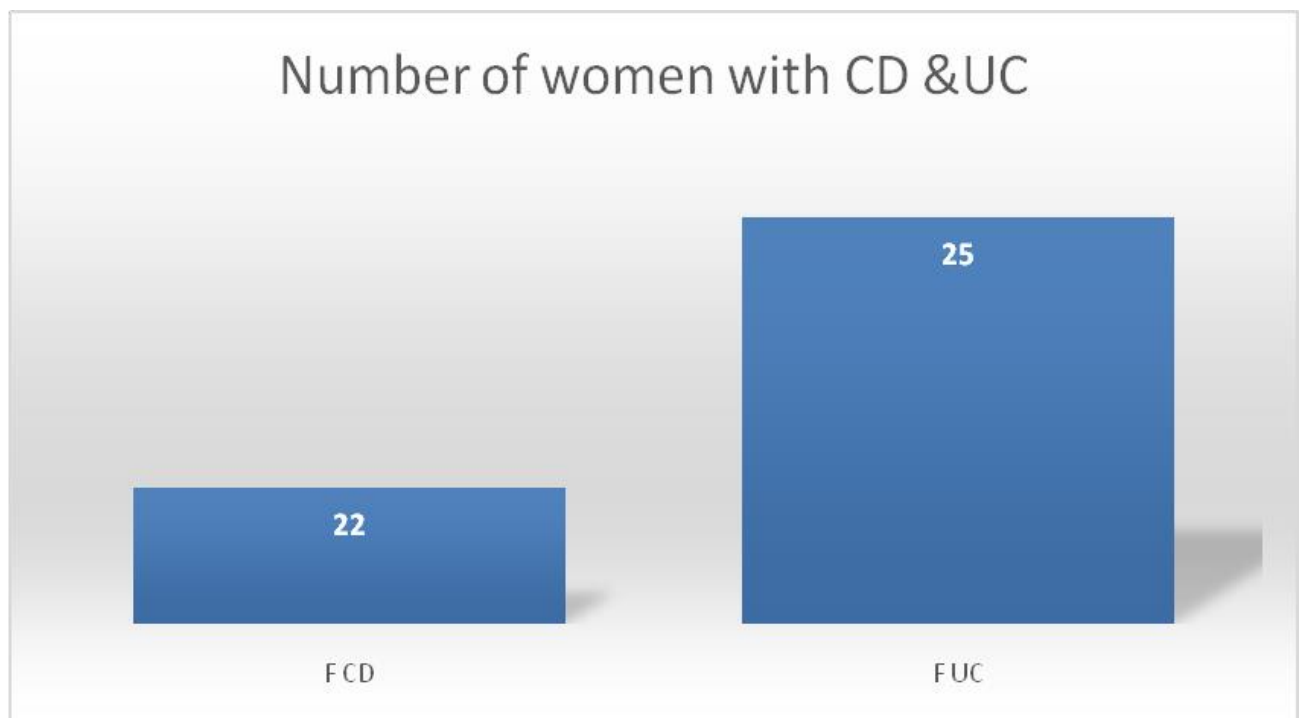
Η ένταξη των ασθενών σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, (πιν. 1).

Από τα 100 ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν οι 52 ασθενείς πάσχουν από τη νόσο του Crohn, CD (22 γυναίκες και 30 άνδρες). Με διάγνωση ελκώδους κολίτιδα UC ήταν 48 ασθενείς (25 γυναίκες και 23 άνδρες). (πιν.2)



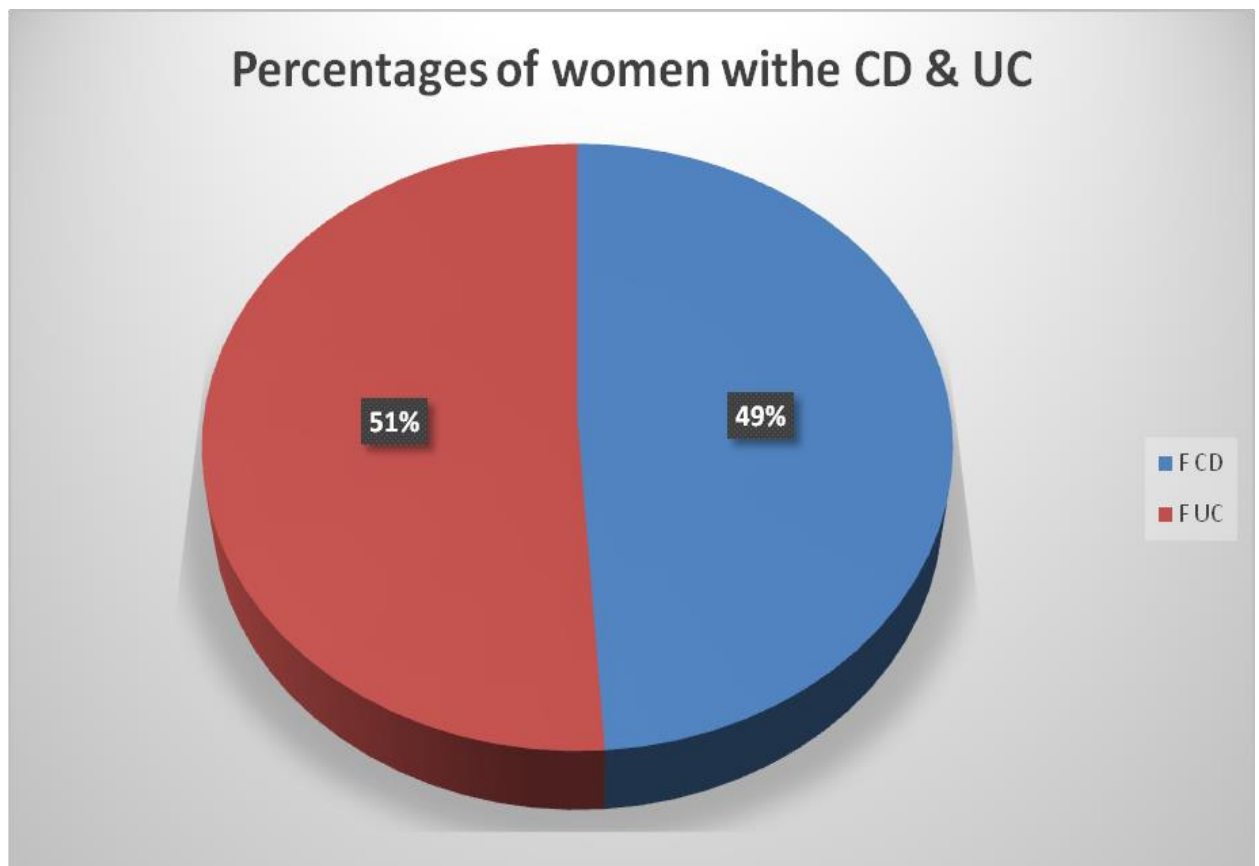
(πιν. 2) Κατανομή των ασθενών με CD & UC ανά φύλο.

Ο αριθμός των γυναικών που πάσχουν από τη νόσο του Crohn, είναι 22 και 25 είναι ο αριθμός των γυναικών που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα.(πιν.3).



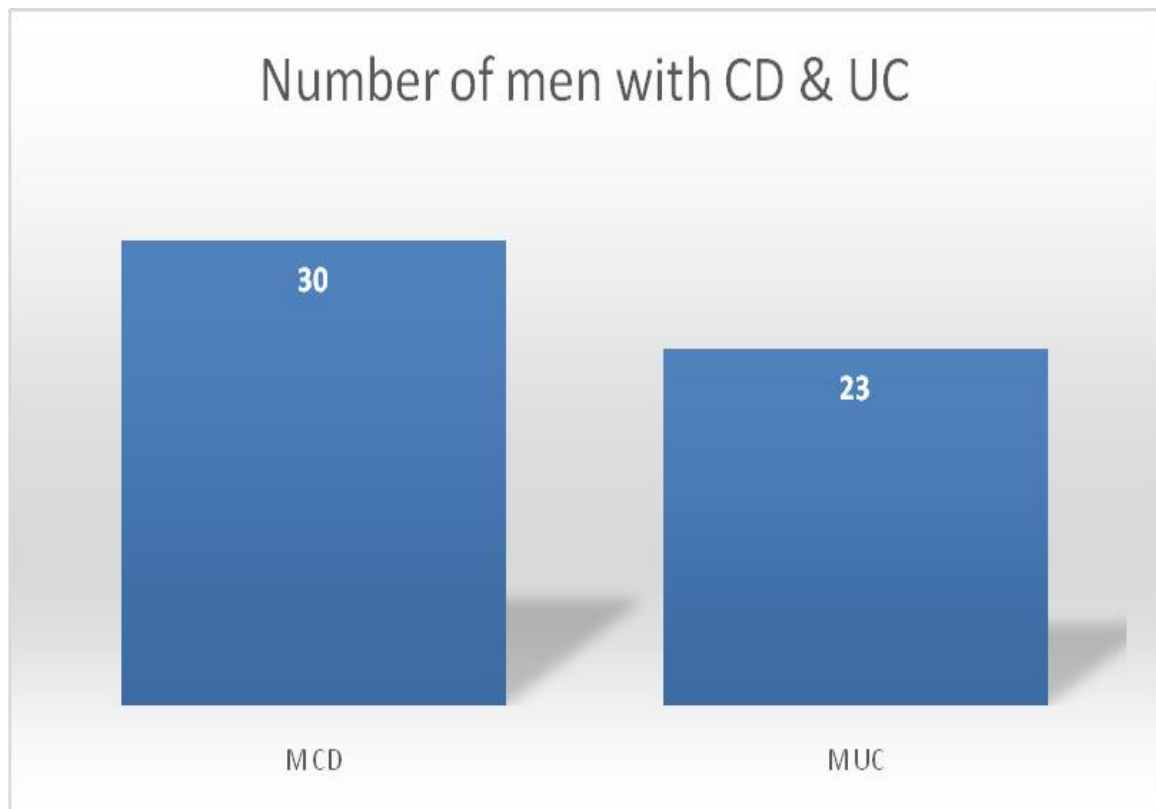
(πιν. 3) Σχηματική παράσταση γυναικών με CD & UC

Τα ποσοστά νοσηρότητας στις γυναίκες με νόσο του Crohn CD είναι 51%, ενώ με ελκώδη κολίτιδα UC είναι 49%. Το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί στις γυναίκες με νόσο του Crohn, με 2% διαφορά. (πιν.4)



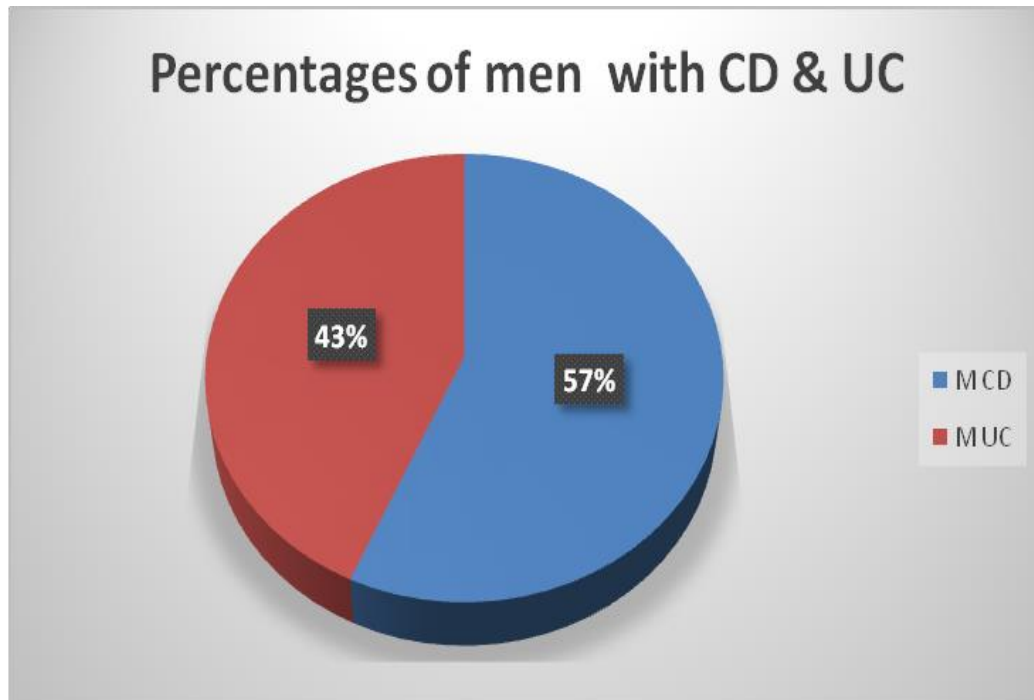
(πιν.4) ποσοστά γυναικών με CD & UC

Από τα 100 άτομα ο αριθμός των ανδρών που πάσχουν από τη νόσο του Crohn, είναι 30 και 23 είναι ο αριθμός των ανδρών που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα.(πιν.5).



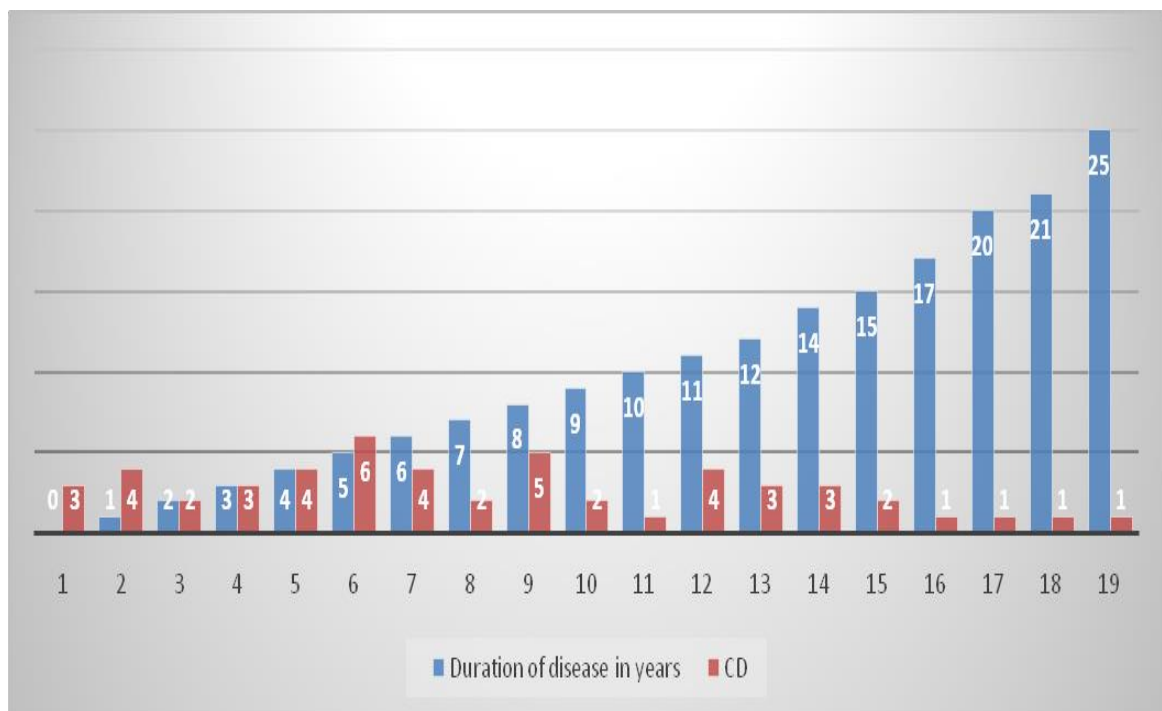
(πιν. 5) Σχηματική παράσταση ανδρών με CD & UC

Τα ποσοστά νοσηρότητας στους άνδρες με νόσο του Crohn CD είναι 43%, ενώ με ελκώδη κολίτιδα UC είναι 57%, (πιν.6)

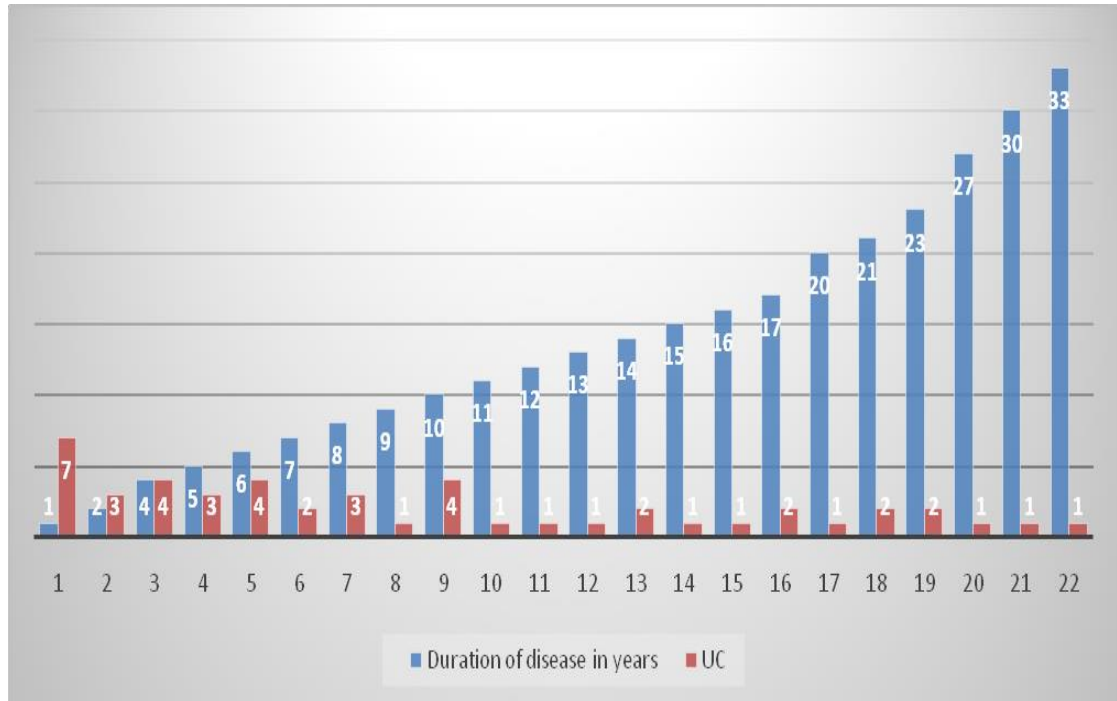


(πιν.6) ποσοστά ανδρών με CD & UC

Με βάση το έτος διάγνωσης οι ασθενείς με νόσο του Crohn CD, οι περισσότεροι έχουν διαγνωστεί κατά την τελευταία δεκαετία. (πιν.7). Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα UC. (πιν.8).



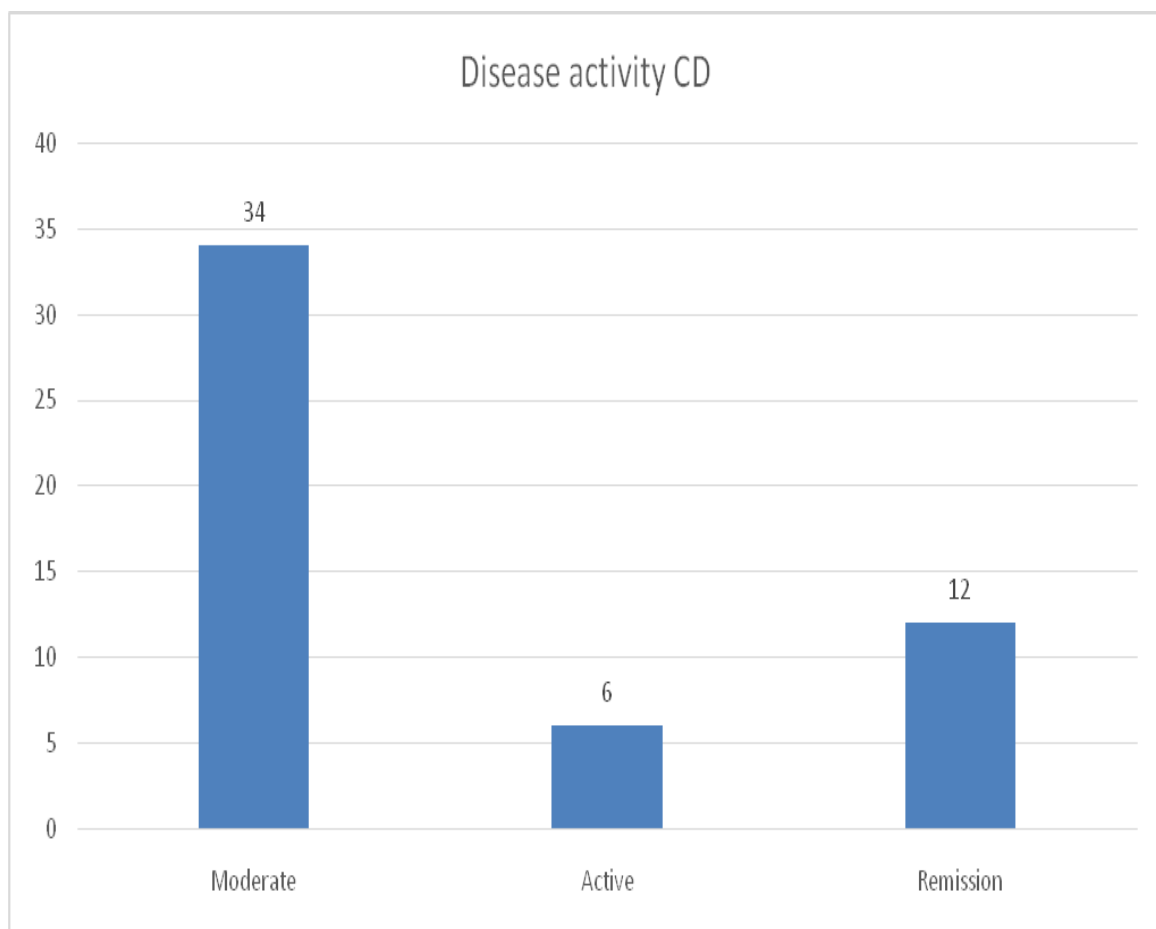
(πιν.7). Κατανομή των ασθενών με νόσο του Crohn CD ανά έτος διάγνωσης.



(πιν.8).Κατανομή των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα UC ανά έτος διάγνωσης.

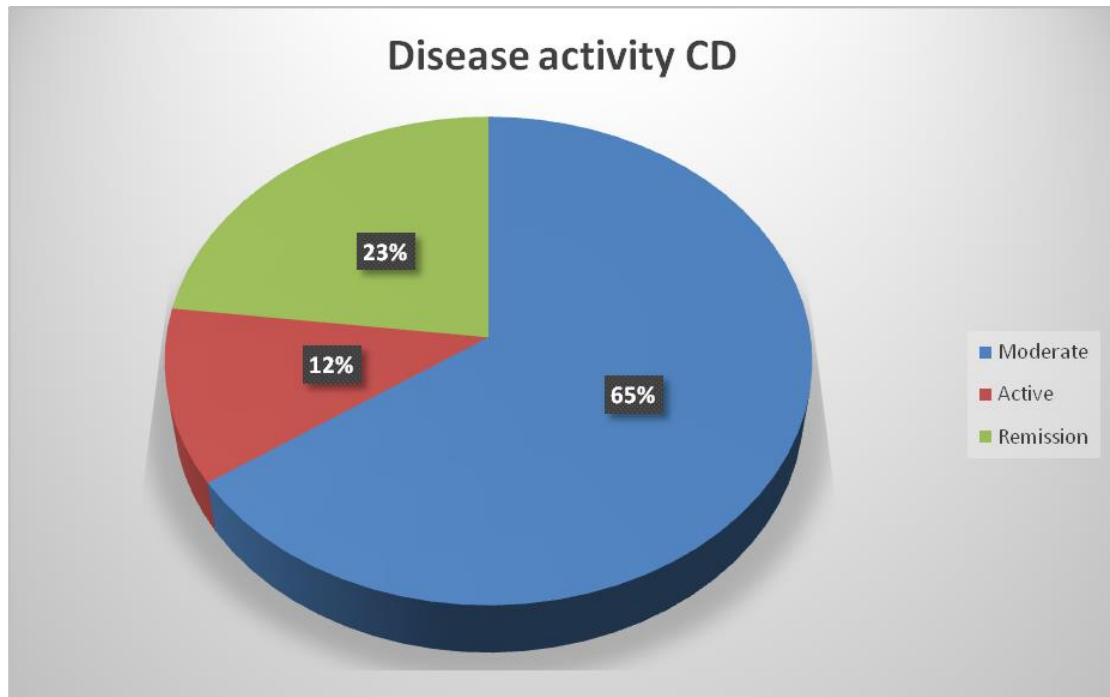


Οι ασθενείς με νόσο του Crohn CD, ανέφεραν πως η κατάσταση της πάθησης τους είναι ενεργή, μέτρια ή ότι βρίσκεται σε ύφεση. Αυτό που φαίνεται στο γράφημα είναι πως τα περισσότερα από τα άτομα που προσήλθαν στο ιατρείο παρουσίαζαν βελτίωση των συμπτωμάτων λαμβάνοντας την κατάλληλη θεραπεία.(πιν.9)



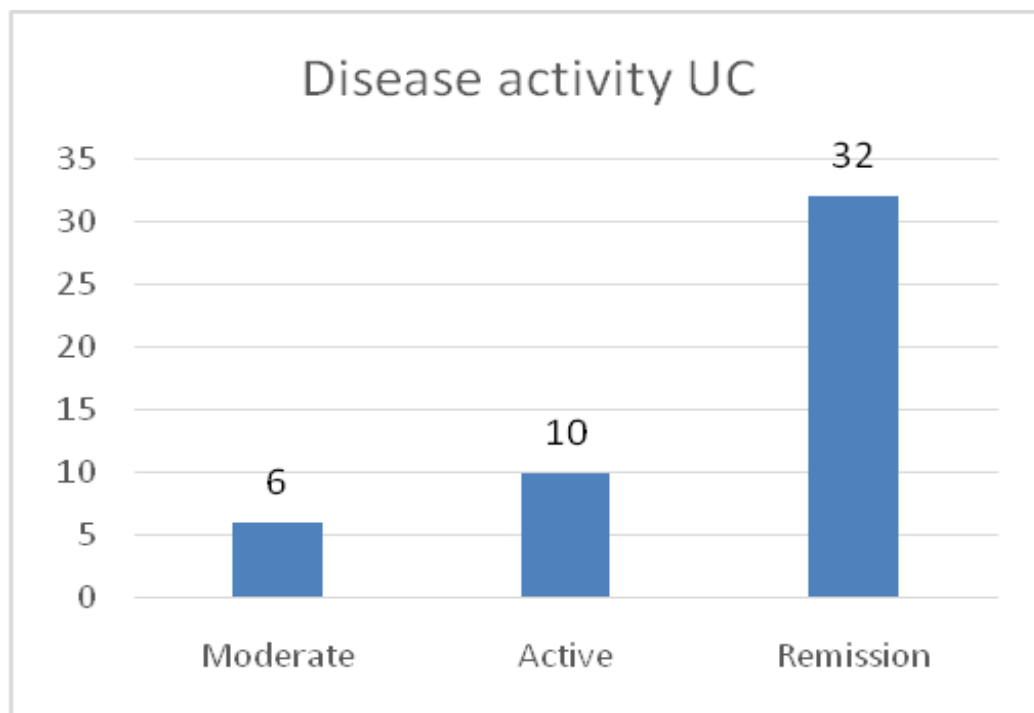
(πιν.9).Κατανομή των ασθενών με νόσο του Crohn CD ανάλογα με τη κατάσταση της πάθησης

Το 65% των ασθενών με νόσο του Crohn CD, ανέφεραν πως τα συμπτώματα ήταν μέτρια ,το 23% πως η κατάσταση της πάθησης βρισκόταν σε ύφεση και μόνο το 12% πως η πάθηση ήταν ενεργή. (πιν.10)



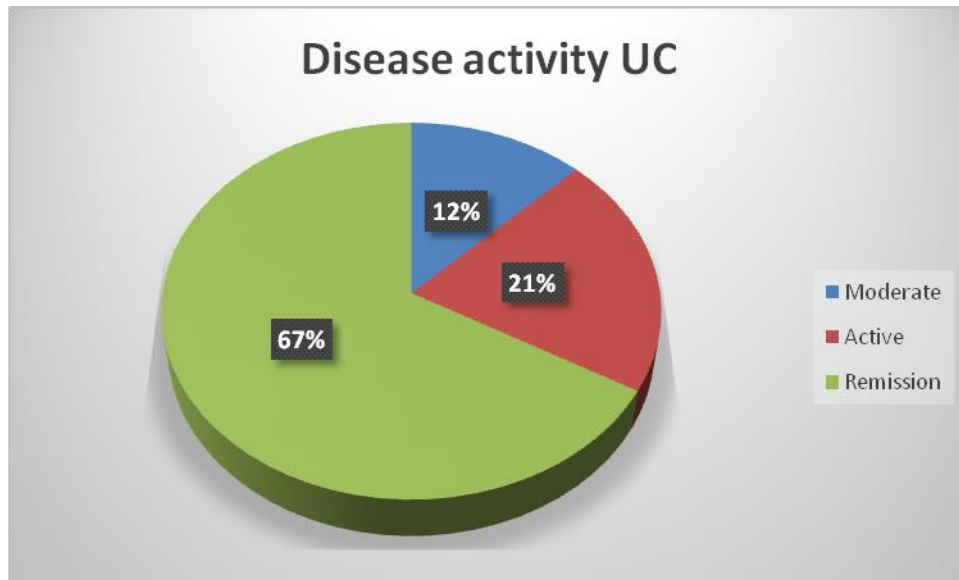
(πιν. 10). Ποσοστιαία κατανομή των ασθενών με νόσο του Crohn CD ανάλογα με τη κατάσταση της πάθησης

Από τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα UC, στους περισσότερους η κατάσταση της πάθησης τους βρίσκεται σε ύφεση. Αυτό που φαίνεται στο γράφημα είναι πως τα λιγότερα από τα άτομα που προσήλθαν στο ιατρείο παρουσίαζαν συμπτώματα της νόσου.(πιν.11)



(πιν. 11).Κατανομή των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα UC ανάλογα με τη κατάσταση της πάθησης

Το 67% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα UC, ανέφεραν πως τα συμπτώματα βρισκόταν σε ύφεση, το 21% πως η κατάσταση της πάθησης ήταν ενεργή και το 12% πως τα συμπτώματα ήταν μέτρια. (πιν.12)

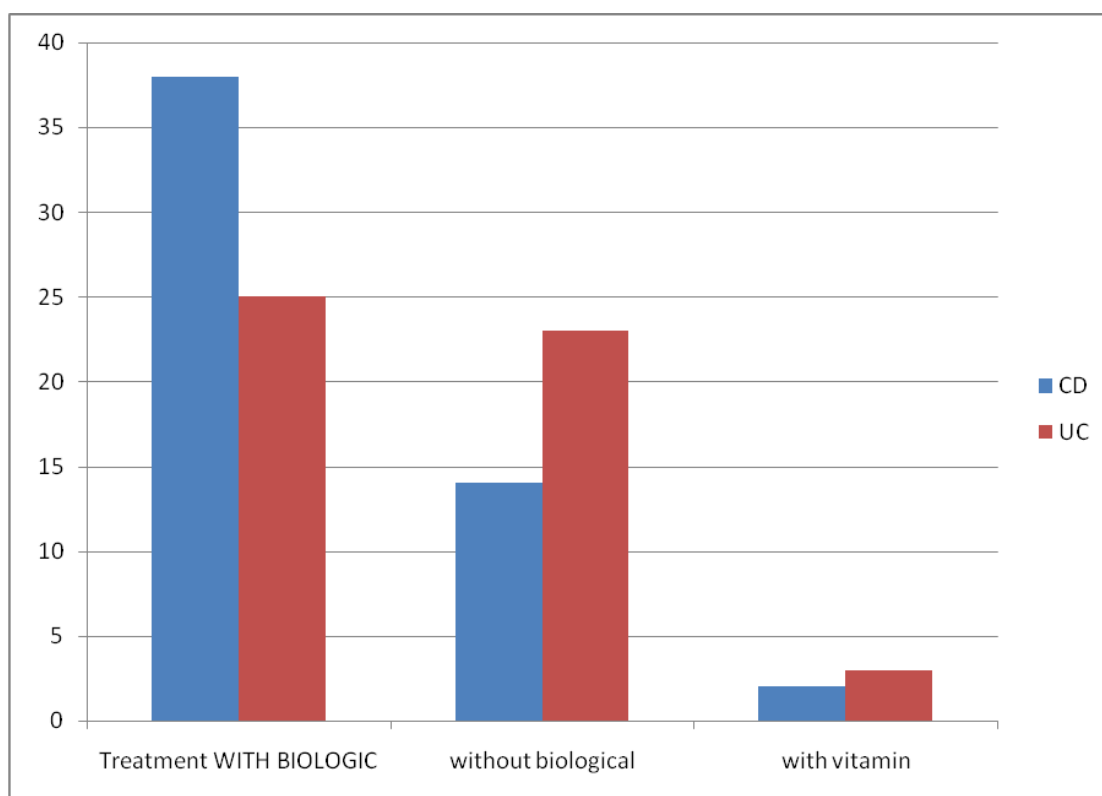


(πιν. 12). Ποσοστιαία κατανομή των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα UC ανάλογα με τη κατάσταση της πάθησης

Μελετώντας στη συνέχεια, τη Φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι ασθενείς με τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα δημιουργείται η παρακάτω κατηγοριοποίηση όσον αφορά τη λήψη η όχι βιολογικών παραγόντων, καθώς και τη λήψη βιταμινών. Από τους 52 ασθενείς με νόσο του Crohn, οι 38 έκαναν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες και οι 14 με φαρμακευτική αγωγή (Salofalc, Pentasa, Asacol, Azathioprine),

Από τους 48 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, οι 25 έκαναν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες και οι 23 με φαρμακευτική αγωγή (Salofalc, Pentasa, Asacol, Azathioprine). Συμπληρώματα βιταμινών λάμβαναν 2 άτομα με CD και 3 άτομα με UC.( Vitamin C & Vitamin D). (πιν. 13)

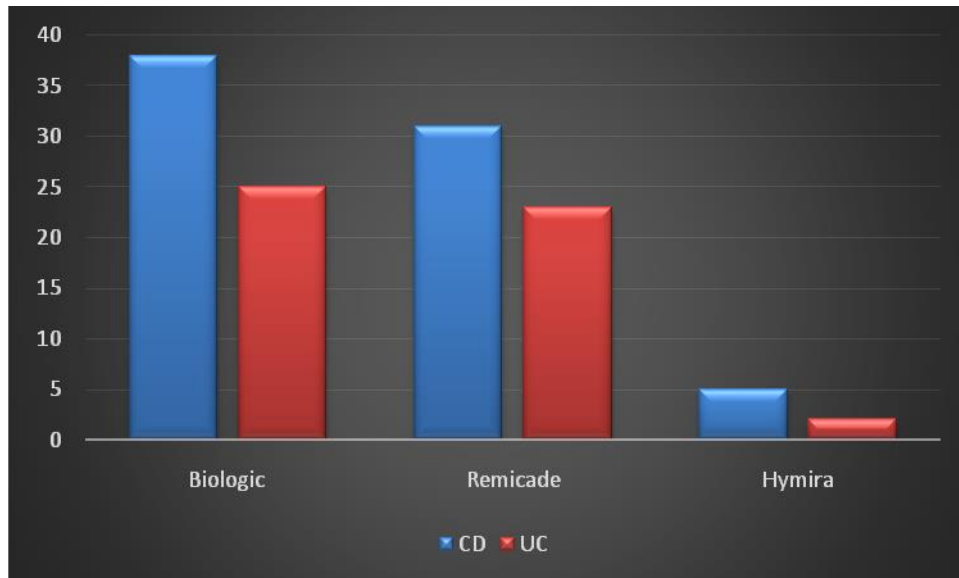
Κάποιοι ασθενείς λαμβάνουν συνδυαστική θεραπεία, για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων η οποία περιλαμβάνει και τη λήψη steroids(medrol methotrexate).



(πιν. 13)Θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες- χωρίς βιολογικούς- με συμπληρώματα βιταμινών.

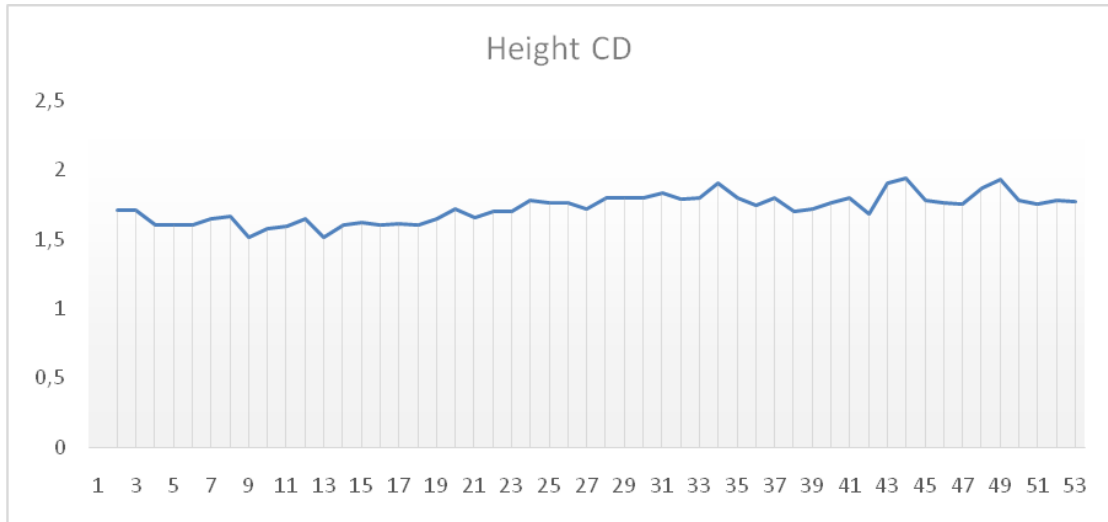
Από τους 38 ασθενείς με νόσο του Crohn, οι 31 έκαναν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες λαμβάνοντας Remicade , οι 5 με Hymira και οι 2 με Entyvio.

Από τους 25 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, που έκαναν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες 23 λάμβαναν Remicade, και 2 Hymira. (πιν. 14)

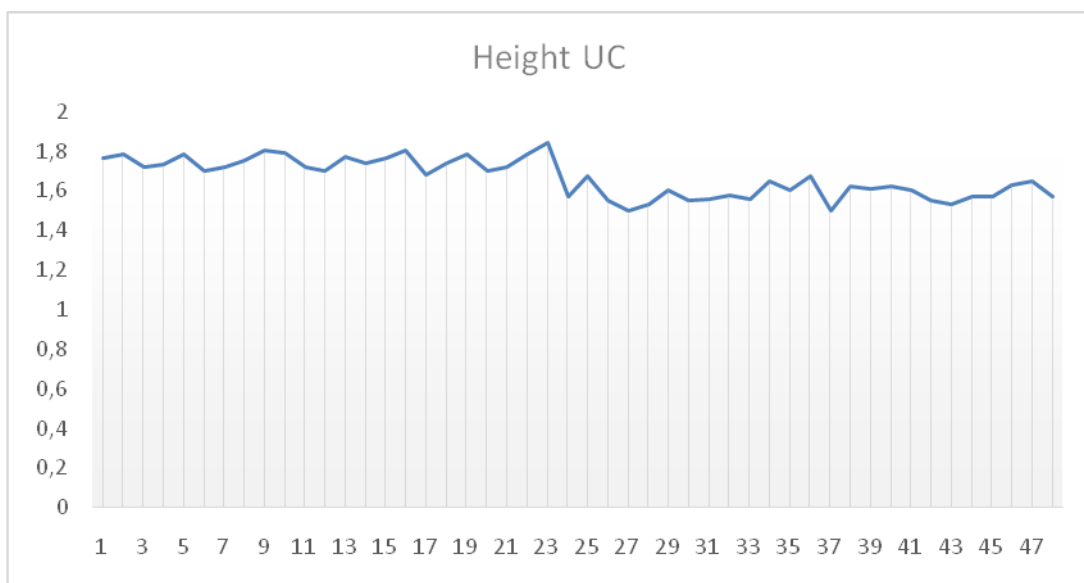


(πιν. 14)Θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες

Καταγραφή ύψους των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα. Στο πρώτο γράφημα βλέπουμε το ύψος των ασθενών με CD (πιν. 15) και στο δεύτερο το ύψος των ασθενών με UC (πιν. 16).

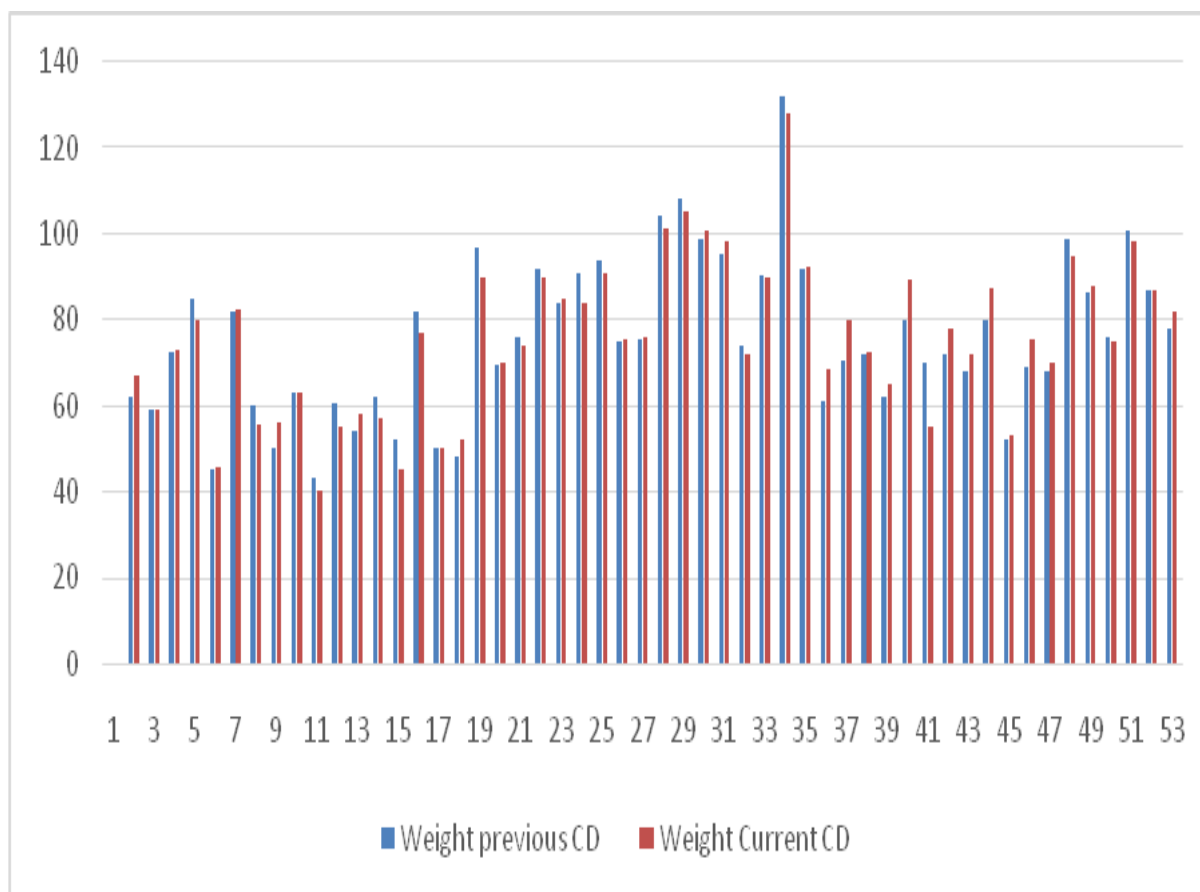


(πιν. 15) Ύψος των ασθενών με CD



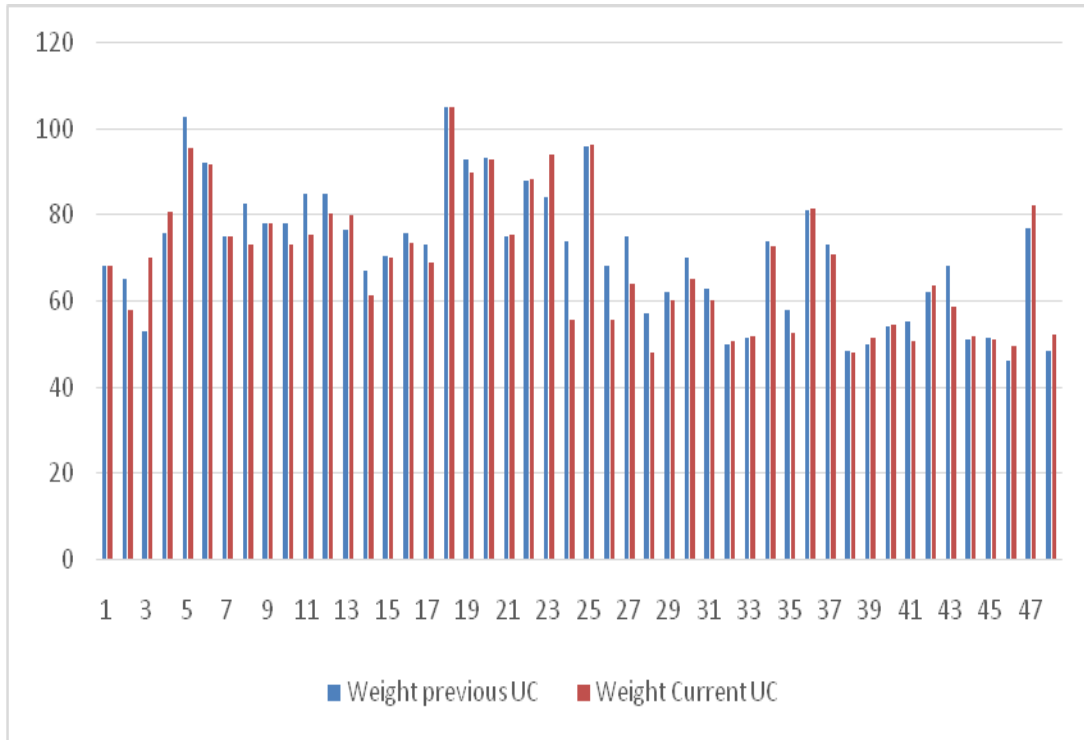
(πιν. 16) Ύψος των ασθενών με UC

Η μέτρηση του βάρους των ασθενών αποτέλεσε κύριο μέρος της έρευνας. Γινόταν καταμέτρηση του σωματικού βάρους και καταγραφή του προηγούμενου βάρους των ασθενών. Πολλοί ήταν εκείνοι που έχασαν βάρος με την έναρξη της πάθησης, αρκετοί ήταν και αυτοί που με τη λήψη της κατάλληλης θεραπείας και διατροφής κατάφεραν να αυξήσουν το βάρος τους. Η παρουσίαση προηγούμενου και σημερινού βάρους των ασθενών με CD (πιν. 17) και των ασθενών με UC (πιν. 18).



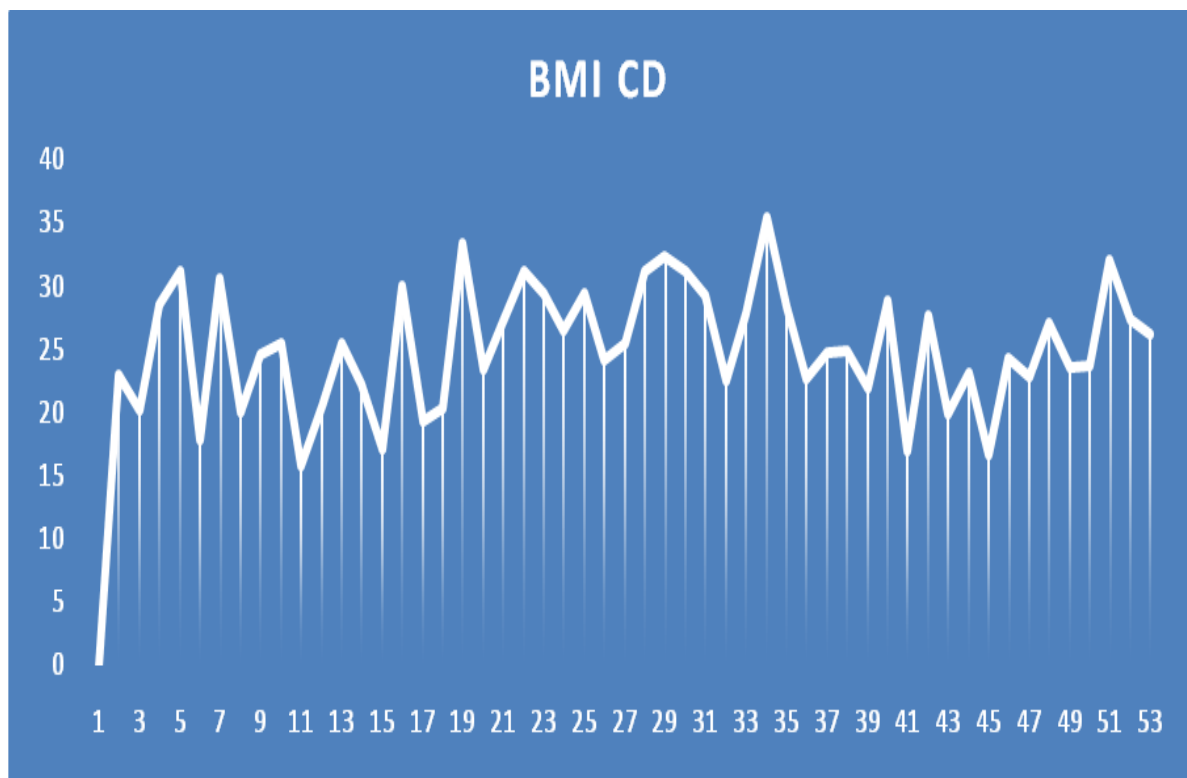
(πιν. 17) Προηγούμενο και σημερινό βάρος ασθενών με CD





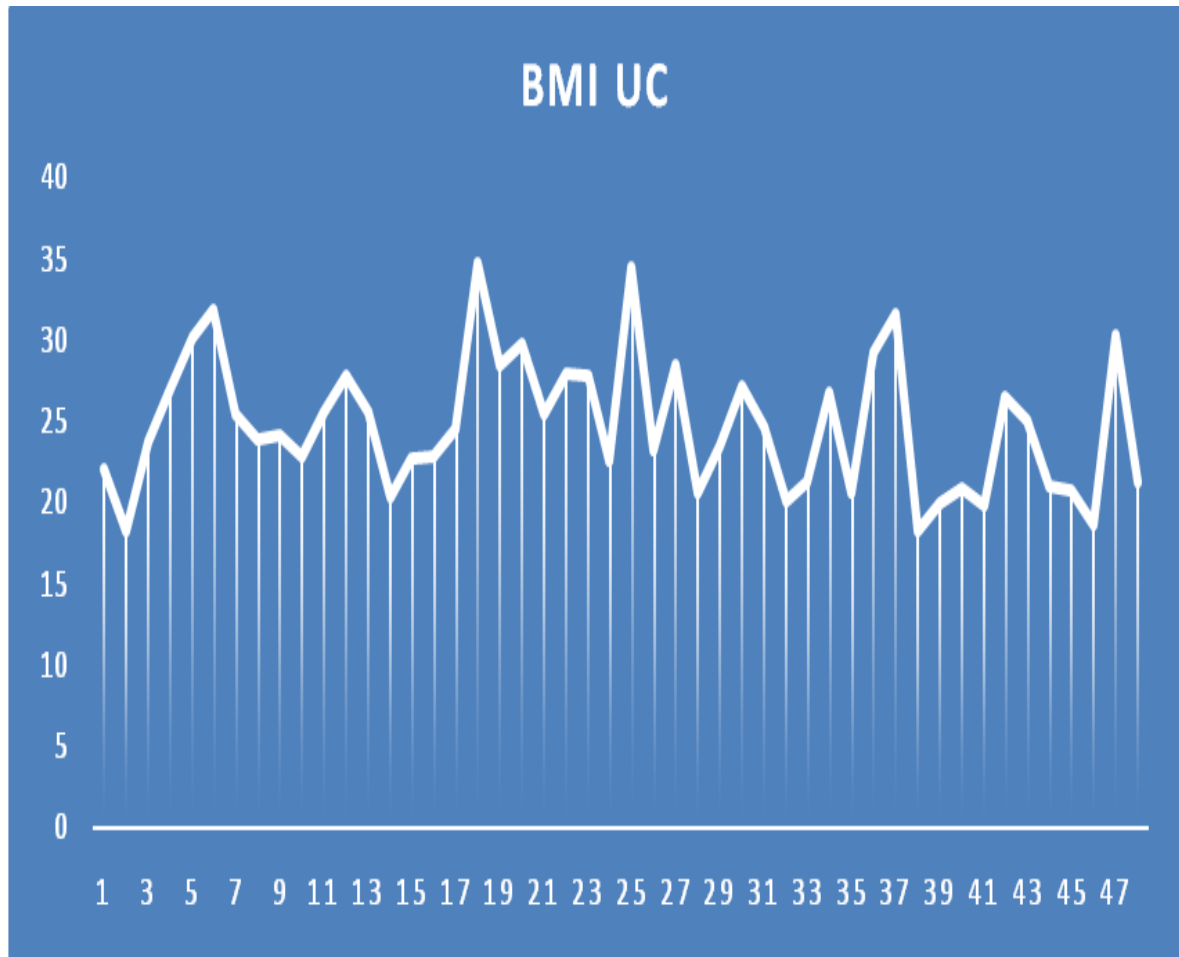
(πιν. 18) Προηγούμενο και σημερινό βάρος ασθενών με UC

Ο δείκτης μάζας σώματος των ασθενών χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό του υποσιτισμού. Υπήρχαν ασθενείς με ακούσια απώλεια βάρους με κίνδυνο υποσιτισμού. Με βάση τον τύπο του  $\Delta\text{Μ}\Sigma = \frac{\text{βάρους (kg)}}{(\text{ύψους})^2(\text{m})^2}$  υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος για τον κάθε ασθενή και στη συνέχεια υπολογίστηκε η επικράτηση ή όχι του υποσιτισμού  $\Delta\text{Μ}\Sigma < 18,5$ , του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας  $\Delta\text{Μ}\Sigma > 25$  και 30 αντίστοιχα. Δείκτης μάζας σώματος ασθενών με CD (πιν 19)



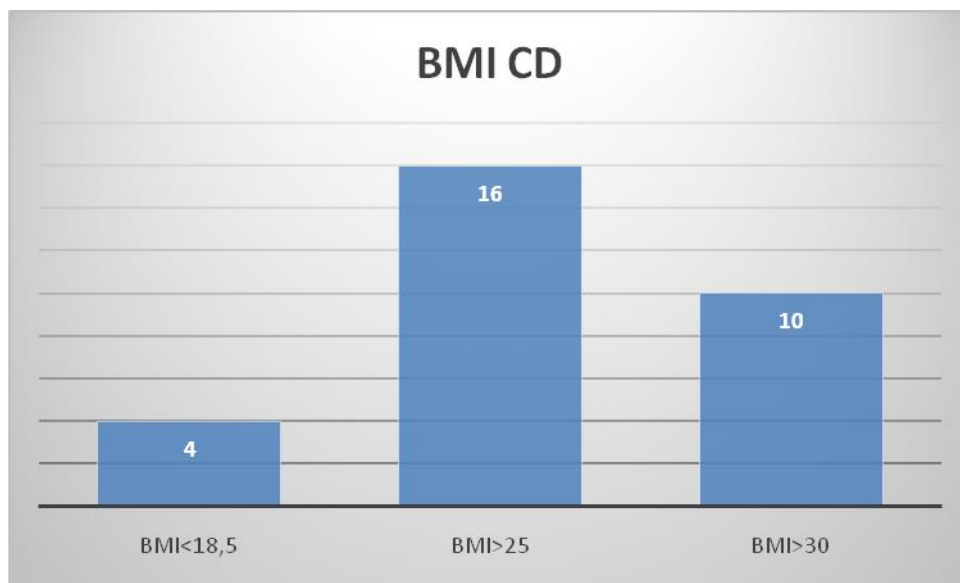
(πιν. 19) Παρουσίαση  $\Delta\text{Μ}\Sigma$  για τους ασθενείς με CD

Δείκτης μάζας σώματος ασθενών με UC (πιν 20).



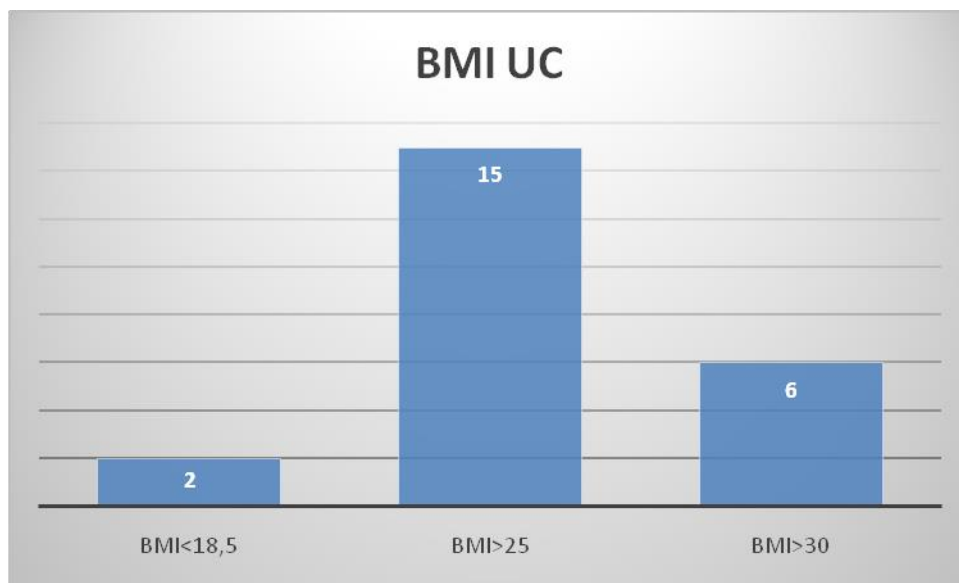
(πιν. 20) Παρουσίαση ΔΜΣ για τους ασθενείς με UC

Με βάση τα στοιχεία που προέκυψαν από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος για τον κάθε ασθενή και βρέθηκε πως ο αριθμός των ασθενών που κινδυνεύουν από υποσιτισμό είναι 4 άτομα, από υπερβολικό βάρος 16 άτομα και από παχυσαρκία 10 άτομα με νόσο του Crohn. Το βάρος των υπολοίπων 22 ατόμων είναι εντός φυσιολογικών ορίων. (πιν 21).



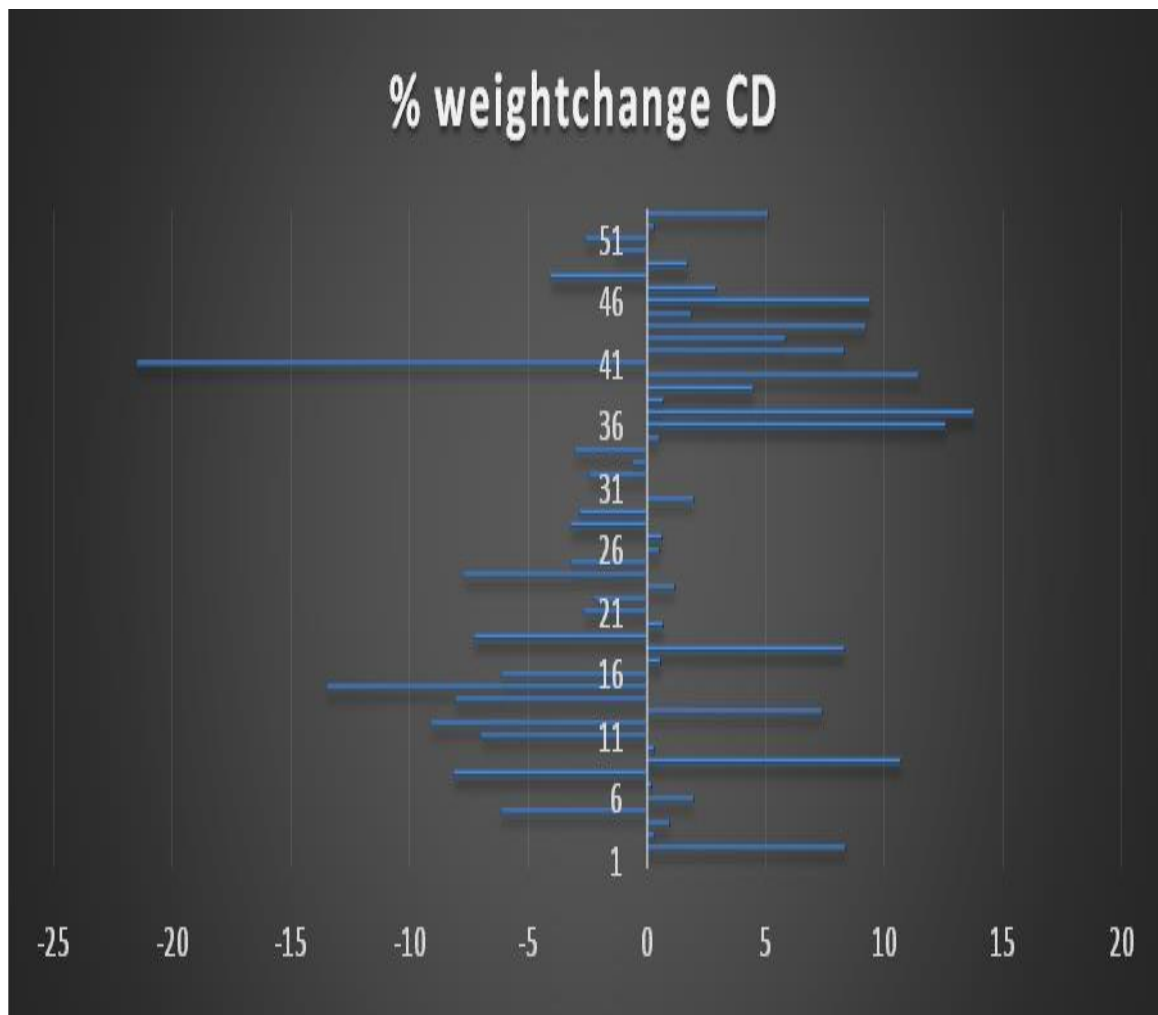
(πιν. 21) Παρουσίαση υποσιτισμού, υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας, για τους ασθενείς με CD

Η ίδια επεξεργασία έγινε και για του ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, τα αποτελέσματα έδειξαν πως ο αριθμός των ασθενών που κινδυνεύουν από υποσιτισμό είναι 2 άτομα, από υπερβολικό βάρος 15 άτομα και από παχυσαρκία 6 άτομα. Εντός των φυσιολογικών ορίων ήταν το βάρος των υπολοίπων 25 ατόμων. (πιν 22).



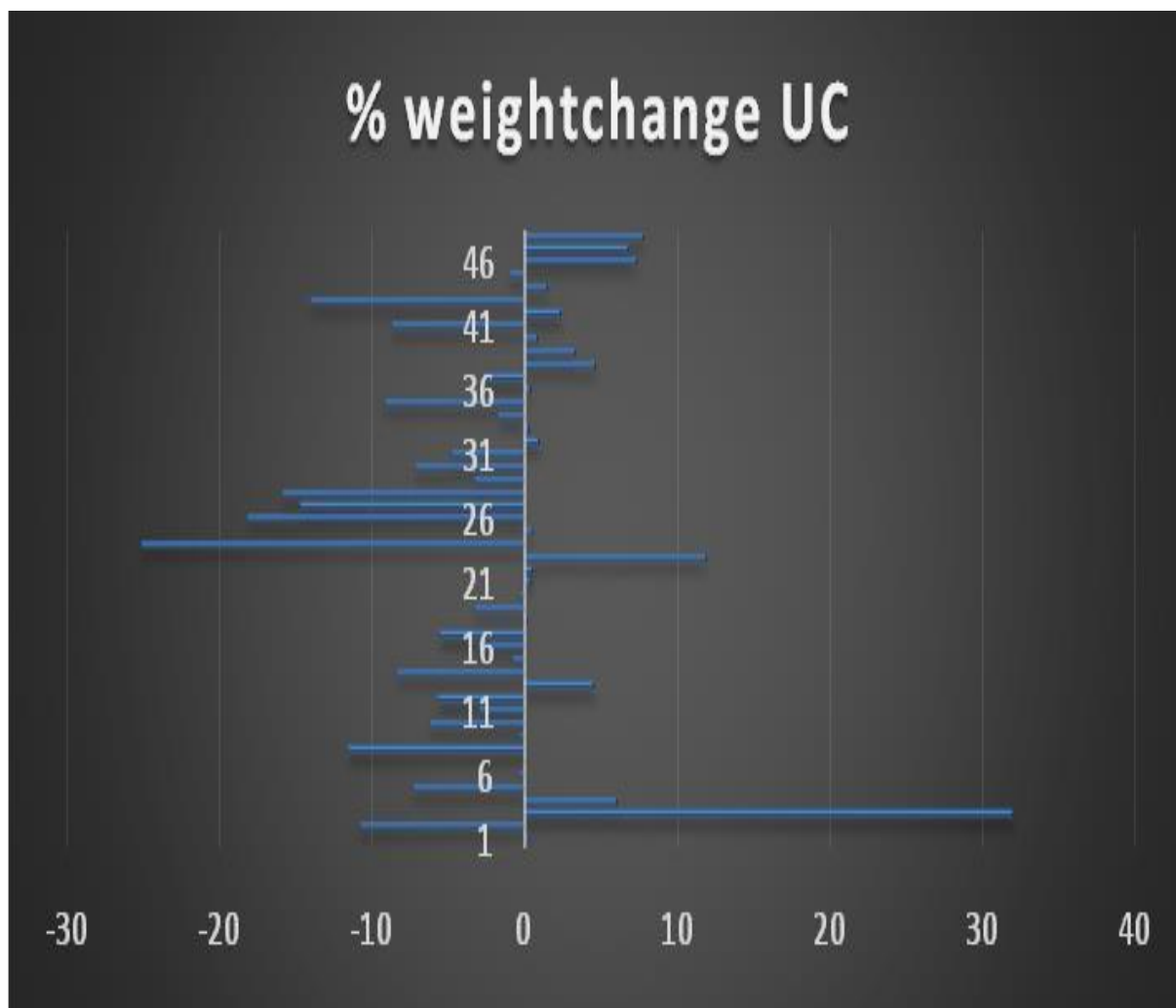
(πιν. 22) Παρουσίαση υποσιτισμού, υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας, για τους ασθενείς με UC

Το επόμενο βήμα του ερωτηματολογίου, μας δίνει πληροφορίες για την αλλαγή βάρους των ασθενών. Καταγράφονται αυξομειώσεις του βάρους των ασθενών με CD και UC σε διαφορετικές χρονικές περιόδους ανάλογα με τη δραστηριότητα της πάθησης και τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο κάθε ασθενής. Αλλαγή βάρους (%) για τους ασθενείς με CD (πιν 23).



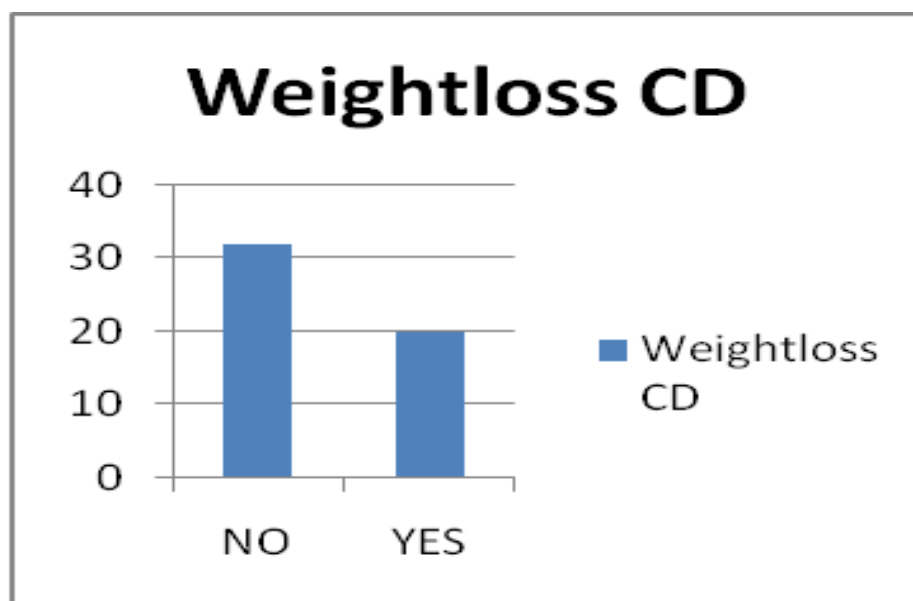
(πιν. 23) Παρουσίαση αλλαγής βάρους για τους ασθενείς με CD

Αλλαγή βάρους (%) για τους ασθενείς με UC (πιν 24).



(πιν. 24) Παρουσίαση αλλαγής βάρους για τους ασθενείς με UC

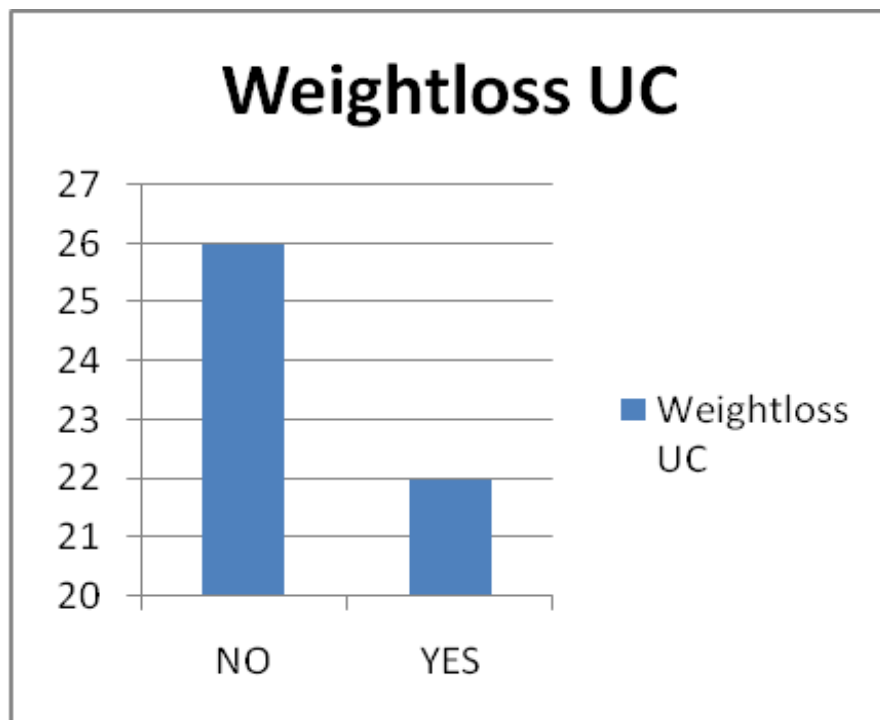
Κάποιοι από τους ασθενείς, παρουσιάζουν απώλεια βάρους και κάποιοι άλλοι όχι. Από τους 52 ασθενείς με νόσο του Crohn, 20 ανέφεραν ότι έχασαν βάρος και 32 από αυτούς δεν έχασαν (πιν 25).



(πιν. 25) Αναφορά απώλειας βάρους για τους ασθενείς με CD

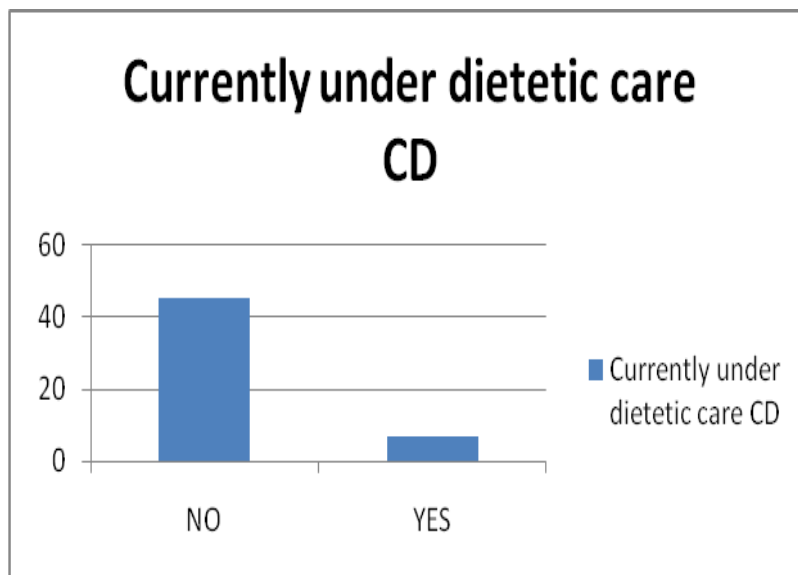


Από τους 48 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, 22 ανέφεραν ότι έχασαν βάρος και 26 από αυτούς δεν έχασαν (πιν 26).



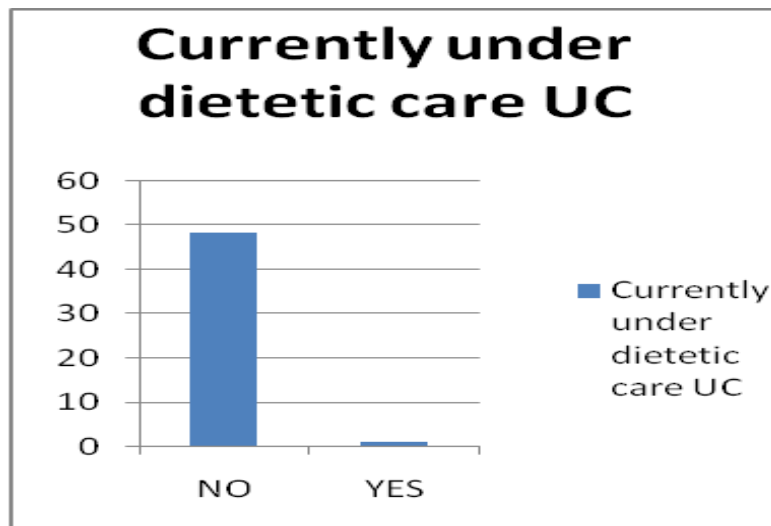
(πιν. 26) Αναφορά απώλειας βάρους για τους ασθενείς με UC

Από τους ασθενείς με CD οι περισσότεροι ανέφεραν πως η απώλεια βάρους δεν οφειλόταν σε δίαιτα, 45 ασθενείς και μόνο 7 ασθενείς ανέφεραν πως έκαναν δίαιτα κατά τη περίοδο που έχασαν βάρος (πιν 27).



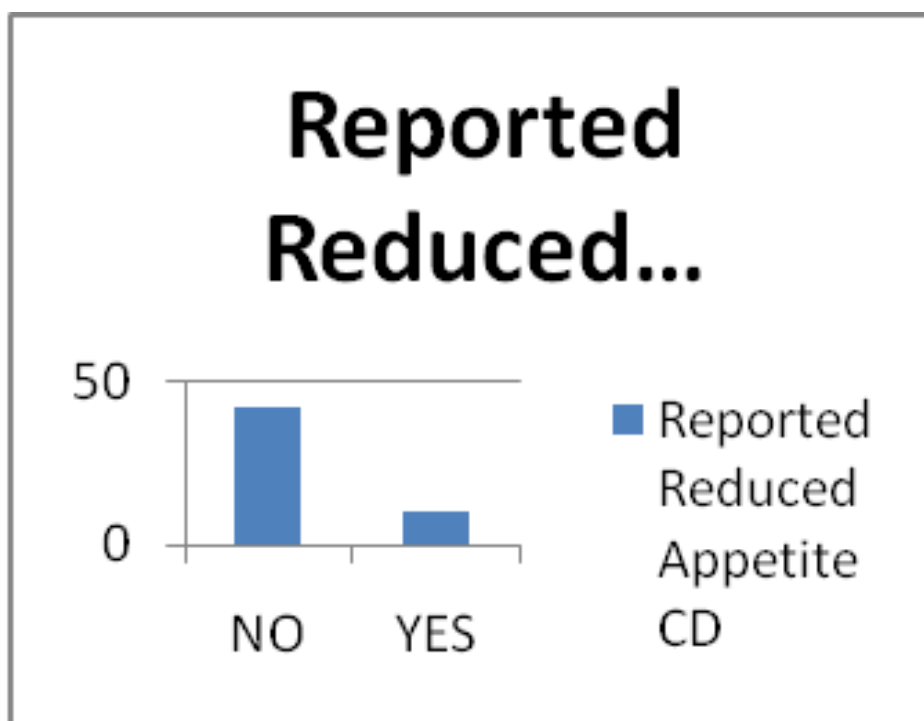
(πιν. 27) Αναφορά διαιτητικής φροντίδας για τους ασθενείς με CD

Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα που απορρέουν και από τους ασθενείς με UC οι περισσότεροι ανέφεραν πως η απώλεια βάρους δεν οφειλόταν σε δίαιτα, 47 ασθενείς και μόνο 1 ασθενής ανέφερε πως έκανε δίαιτα κατά τη περίοδο που έχασε βάρος. (πιν 28).



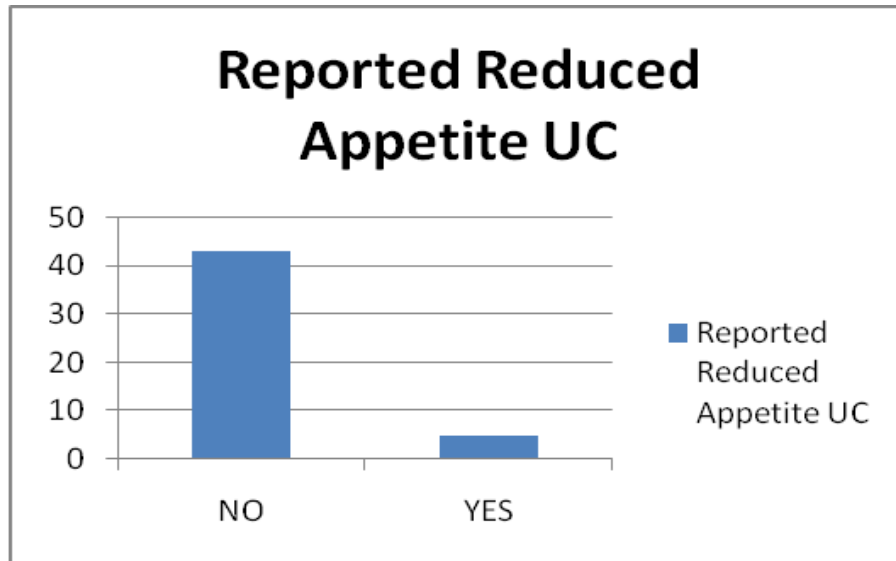
(πιν. 28) Αναφορά διαιτητικής φροντίδας για τους ασθενείς με UC

Από τους ασθενείς με CD οι περισσότεροι ανέφεραν πως δεν είχαν μειωμένη όρεξη, συγκεκριμένα 42 από τους ασθενείς. Μόνο 10 άτομα ήταν αυτά που είχαν μειωμένη όρεξη κατά την τελευταία εβδομάδα. (πιν 29)



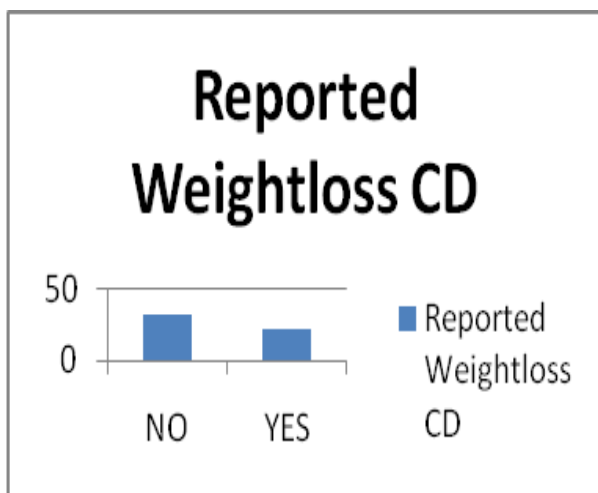
(πιν. 29) Αναφορά μειωμένης όρεξης για τους ασθενείς με CD

Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα που αφορούν τους ασθενείς με UC, 43 άτομα δεν παρατήρησαν κάποια αλλαγή στην όρεξη τους και μόνο 5 άτομα ανέφεραν μειωμένη όρεξη για φαγητό (πιν 30).



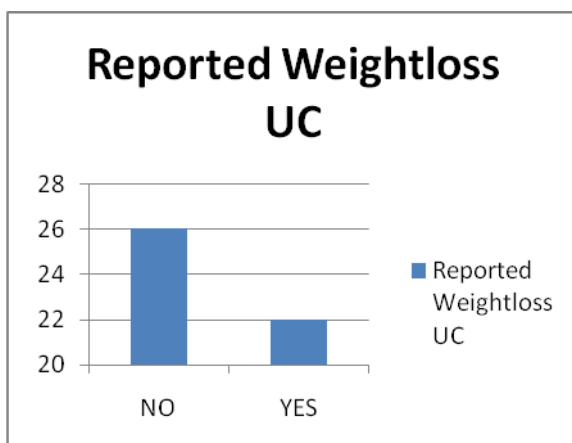
(πιν. 30) Αναφορά μειωμένης όρεξης για τους ασθενείς με UC

Η αναφερθείσα απώλεια βάρους των ασθενών για τα άτομα με CD είναι  
ΝΑΙ για 21 από τους ασθενείς και  
ΟΧΙ για 31 από τους ασθενείς.(πιν 31).



(πιν. 31) Αναφερθείσα απώλεια βάρους για τους ασθενείς με CD

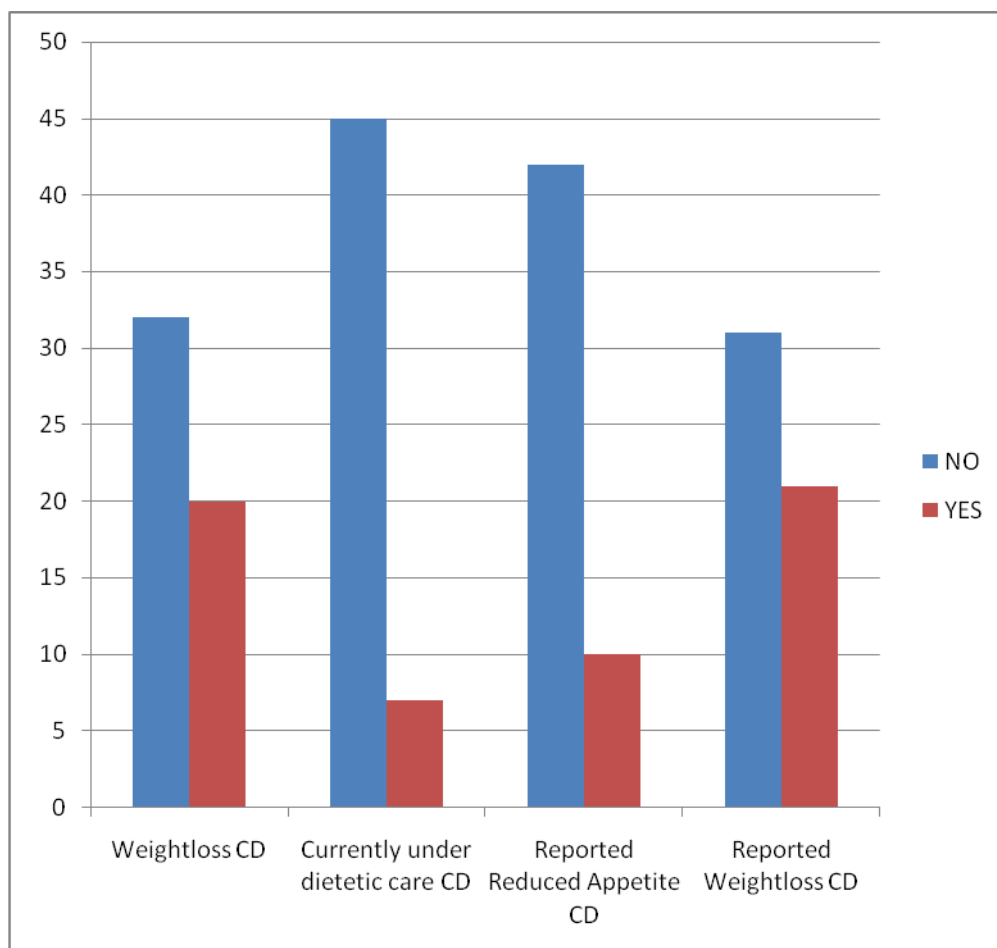
Η αναφερθείσα απώλεια βάρους των ασθενών για τα άτομα με UC είναι  
ΝΑΙ για 22 από τους ασθενείς και  
ΟΧΙ για 26 από τους ασθενείς (πιν 32).



(πιν.32) Αναφερθείσα απώλεια βάρους για τους ασθενείς με UC

Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους ασθενείς με νόσο Crohn, συγκεντρωτικά (πιν 33), για τις εξής ερωτήσεις ήταν:

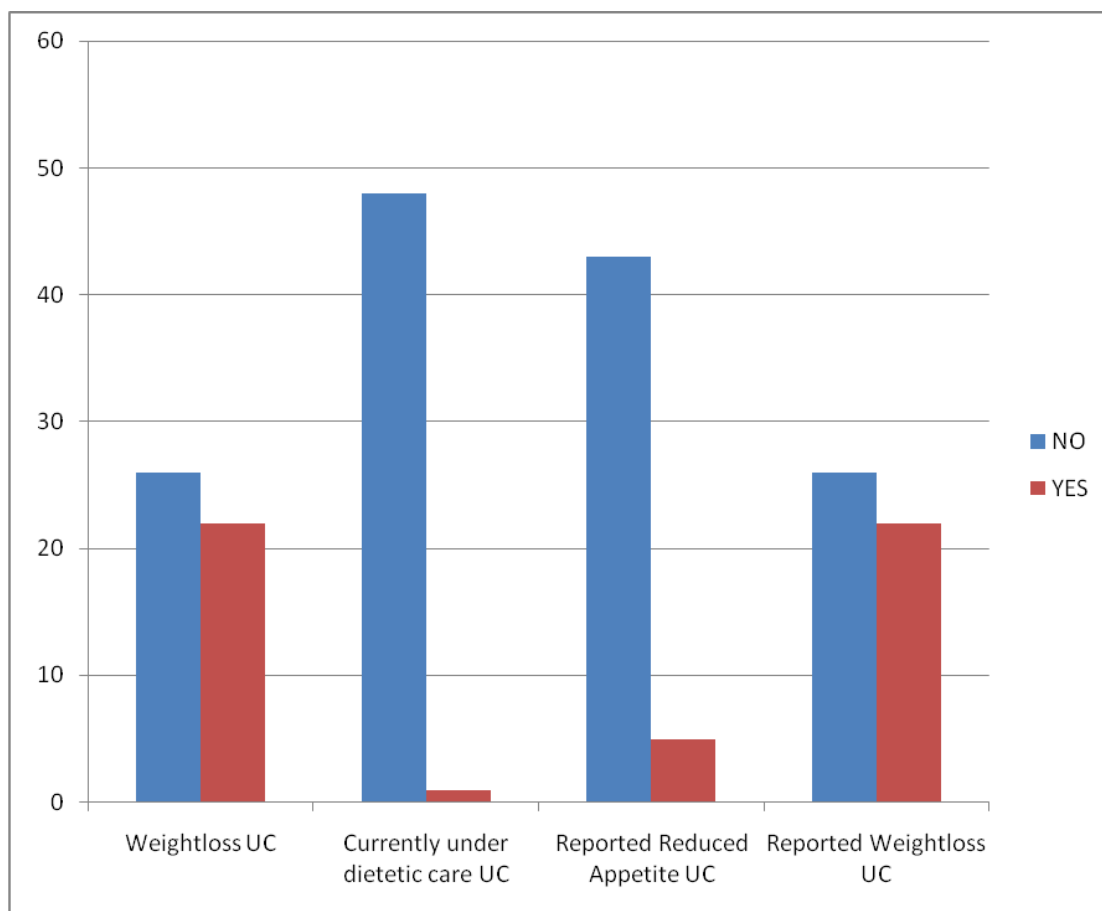
	NO	YES
Weightloss CD	32	20
Currently under dietetic care CD	45	7
Reported Reduced Appetite CD	42	10
Reported Weightloss CD	31	21



(πιν. 33) Αναφορά απώλειας βάρους, διαιτητικής φροντίδας, αναφορά μειωμένης όρεξης και αναφερθείσα απώλεια βάρους για τους ασθενείς με CD

Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, συγκεντρωτικά (πιν 34), για τις εξής ερωτήσεις ήταν:

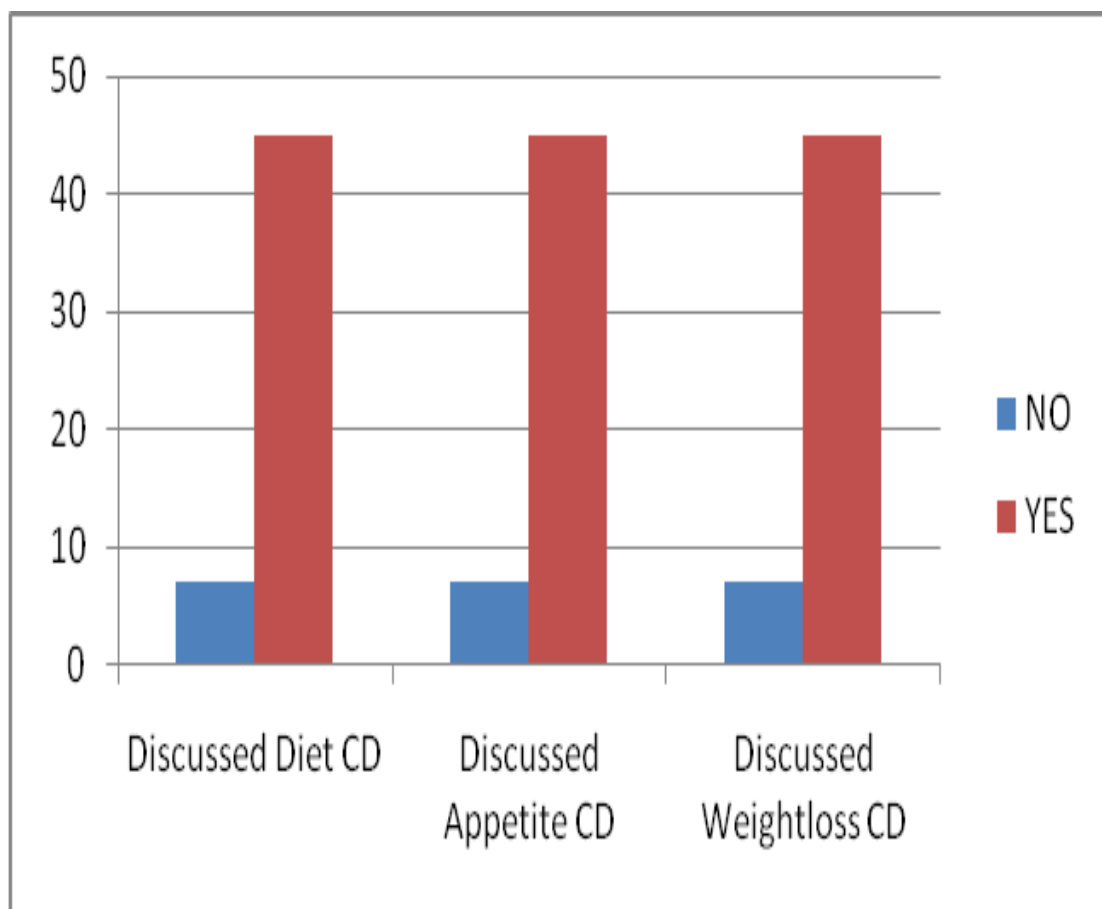
	NO	YES
Weightloss CD	26	22
Currently under dietetic care CD	47	1
Reported Reduced Appetite CD	43	5
Reported Weightloss CD	26	22



(πιν. 34) Αναφορά απώλειας βάρους, διαιτητικής φροντίδας, αναφορά μειωμένης όρεξης και αναφερθείσα απώλεια βάρους για τους ασθενείς με UC.

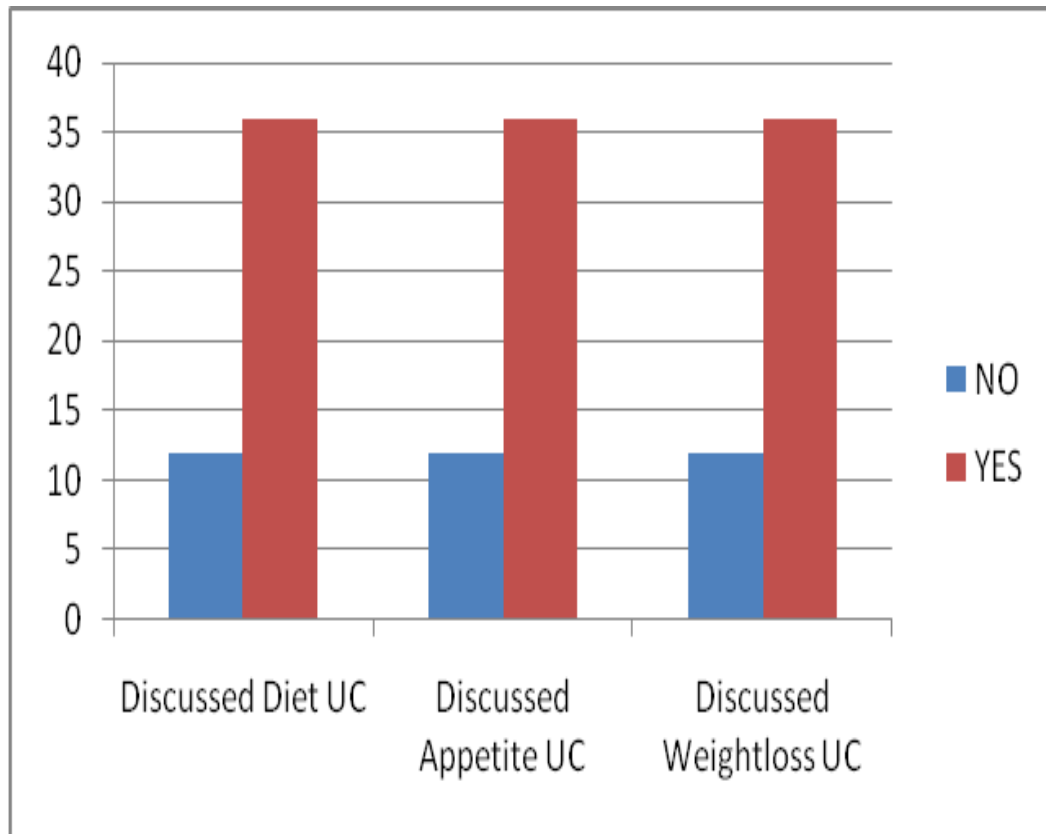


Στο τελευταίο τμήμα της μελέτης, ζητείται από τους ασθενείς, να απαντήσουν αν έγινε συζήτηση σχετικά με τη διατροφή, την όρεξη και την απώλεια βάρους τους κατά την εξέταση τους στο εξωτερικό ιατρείο, οι απαντήσεις που δόθηκαν καταγράφονται στα παρακάτω γραφήματα : (πιν 35) ασθενείς με νόσο Crohn και (πιν 36) ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα.



(πιν. 35) Συζητημένη διατροφή, όρεξη και απώλεια βάρους για τους ασθενείς με CD

Τα αποτελέσματα δείχνουν πώς οι περισσότεροι ασθενείς συζητούν με το γιατρό τους για τη διατροφή τους, την όρεξη και την απώλεια βάρους τους, είναι ενήμεροι σχετικά με το τι πρέπει να προσέχουν και γνωρίζουν βασικές πληροφορίες για τις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ).



(πιν. 36) Συζητημένη διατροφή, όρεξη και απώλεια βάρους για τους ασθενείς με UC

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι δύο αρχικές μορφές των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου (ΙΦΝΕ), Νόσος του Crohn και Ελκώδης Κολίτιδα, έχουν αρκετά κοινά συμπτώματα, αλλά αντιμετωπίζονται πολύ διαφορετικά ιατρικά και χειρουργικά. Η εκπαίδευση του ασθενή είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να συμμετέχει ενεργά και συνειδητά στο σχέδιο θεραπείας μαζί με το γιατρό του.

Η διατροφική αγωγή και παρέμβαση έχει ευεργετική επίπτωση στη συνολική πορεία της νόσου και είναι εξαιρετικό μέσον για τον έλεγχο της δραστηριότητάς της. Ανατρέπει την υποθρεψία των ασθενών και επιτυγχάνει ύφεση των συμπτωμάτων μέσω της θρεπτικής υποστήριξης.

Η διατροφή των ασθενών με Νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα θα πρέπει να εξατομικεύεται γιατί δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο διαιτητικό πρόγραμμα που μπορεί να εφαρμοστεί σε όλους. Οι διαιτητικές αλλαγές βοηθούν αποτελεσματικά στην βελτίωση των συμπτωμάτων στην καλύτερη αντιμετώπιση της συνολικής πορείας των ασθενών και στην καλύτερη απόδοση της θεραπευτικής αγωγής που θα θέσει ο θεράπων ιατρός μετά τη διάγνωση.

Η παρούσα μελέτη θέτει ως στόχο την ανάδειξη της διατροφικής παρέμβασης με σκοπό τη βελτίωση της πορείας των ασθενών με ΙΦΝΕ, εξασφαλίζοντας τους καλύτερη ποιότητα ζωής. Πραγματοποιείται διερεύνηση των διατροφικών πτυχών των ασθενών και καταγράφεται ο βαθμός υποσιτισμού ή παχυσαρκίας των ασθενών που συμμετείχαν στην συγκεκριμένη έρευνα.

Καταλήγοντας, θα λέγαμε πως η διατροφική αγωγή προσφέρει πολλαπλά οφέλη για τους ασθενείς με ΙΦΝΕ, όπως βελτίωση των συμπτωμάτων, διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα, βελτίωση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας, αύξηση της συνειδητότητας σχετικά με την υγεία, μείωση της κατανάλωσης φαρμάκων, διατήρηση της υγείας και πρόληψη της ασθένειας.

Συμπερασματικά η επίδραση της διατροφικής παρέμβασης στην Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Πάθηση των εντέρων αποτελεί θέμα για περαιτέρω έρευνα.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1) Andersen SN, Rognum TO, Bakka A et al : Ki-67 : a useful marker for the evaluation of dysplasia in ulcerative colitis Mol Pathol 51:327 1998
- 2) CHOI PM, NUGENT FM, SCHOETZ DJ Jr, SILVERMANN ML, HAGGITT RC. Colonoscopic Surveillance reduced mortality from colorectal cancer in ulcerative colitis. Gastroenterology 1993, 105 :418-424.
- 3) Cohen S, Brooks, F.P :Inflammatory bowel disease. In Gastrointestinal pathophysiology Brooks,Second edition, N.Y 1978
- 4) Eaden JA, Abrams K.A, Mayberry JF. Canser risk in ulcerative colitis : A meta-analysis and systematic review. Gut 2001 : 48(4) :526-35
- 5) EKBOM A, HELMICK C, ZACK M, ADAMI HO. Increased risk of large-bowel cancer in Crohn's disease with colonic involvement. Lancet 1990, 336:357-359.
- 6) Jess T, Edward VL, VL,Velayos FS, et al . Incidence and prognosis of colorectal dysplasia in inflammatory bowl disease : A population-based study from olmstead country, Minnesota. Inflammatory Bowel Diseased 2006: 12(8):669-76
- 7) Friedman S. Odze RD, Farraye FA (2003) Management of neoplastic polyps in inflammatory bowl disease. Inflamm Bowl Dis :260-266
- 8) K.H. Katsanos, S. Vermeire, D.K. Christodoulou, L.Riis, F. Wolters, S. Odes, J. Freitas, Ole Hoie, Marina Beltrami, G. Fornaciari, J. Clofent, P. Bodini, M. Vatn, Paula Borralho Nunes, B. Moum, P. Munkholm, C. Limonard, R.Stockbrugger, P. Rutgeerts, E.V.Tsianos on behalf of the EC-IBD Study Group: Dysplasia and cancer in inflammatory bowel disease 10 years after diagnosis: Results of a population-based European collaborative follow-up study (Digestion: IBD dysplasia and cancer in a European population-based cohort)
- 9) LADAS SD , GIORGIOTIS K, TRIGONIS D, MARKADAS A, RAPTIS SA: Incidence of ulcerative colitis in central Greece. A prospective study (1990-1994) 13<sup>th</sup> Congress of the EAIM (1995)

- 10)** Lim CH, Dixon MF, Vail A, Forman D, et al. Ten year follow up, of ulcerative colitis patients with low-grade dysplasia. *Gut* 2003;52:1127-32.
- 11)** Νταλεκος Γ.Ν, Βλαχόπουλος Α, Τσιάνος Ε.Β : Η επιδημιολογία της φλεγμονώδης πάθησης των εντέρων. *Ιατρική* 69 (1), 1996, 066-74
- 12)** Πετράκη Κ :Διάγνωση και προγνωστική αξία της απεικόνισης στην στην ΙΦΠΕ- παθολογοανατομική εικόνα. Τόμος Πρακτικών του Πανελληνίου Συνεδρίου ΙΦΠΕ σελ. 43-45 Αθήνα 2003.
- 13)** PARKER SL, TONG T, BOLLIDEN S, WINGO PA. Cancer statistics 1997. *CA Cancer J Clin* 1997, 47:5-27
- 14)** Ridell RH, Goldman H, Ransohoff DF, Appelman HD, Fenoglio CM, Haggitt RC et al. Dysplasia in inflammatory bowel disease - standard dises classification with provisional clinical applications. *Hum Pathol*, 1983, 14: 931-968
- 15)** Rutter MD, Saunders DP, Schofield JF : How gastroenterologists screen for colonic cancer in ulcerative colitis : an analysis of performance. *Gastrointest Endosc* 2000. 51 (2) : 123-28
- 16)** Rubin PH, Friedman S, Harpaz η, Cooldstein E, Weiser J, Schiller J, et al (1999). Colonoscopic polypectomy in chronic colitis : concervative management after endoscopic recection of dysplastic polyps. *Castroenterology* 117 : 1295-1300
- 17)** Σπηλιάδης Χ.Α : Ενδοσκοπική και ιστολογική προσέγγιση Ελκώδους Κολίτιδας Αθήνα, 1991
- 18)** Τζαρδής Μ, Ζωης Ε : Ιστολογική διάγνωση της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Εντεροπάθειας και Δυσπλασία στη Φλεγμονώδες Εντεροπάθειας : Η Ελληνική Κατάθεση σελ. 143-152 Αθήνα 2001
- 19)** ΤΖΟΥΡΜΑΚΛΙΩΤΗΣ Δ. Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. *Info-Gastroenterology* 1999, 4: 2-5
- 20)** TSIANOS EV, MASALAS CV, MERKOUROPOULOS M, DALEKOS GN, LOGAN RFA :Incidence of inflammatory bowel disease in north west Greece : rarity of Grohn's disease in an area where ulcerative colitis is common. *Gut* 1994, 35:369-372

- 21)** Hurlstone DP, Sanders DS, Lobo AJ , MC ALINDON ME, Cross SS. Indigo car-mone assisted high-magnification chronoscopic colonoscopy for the detection and characterization of intraepithelial neoplasia in ulcerative colitis : a prospective evaluation. *Endoscopy* 2005, 37 (12) : 1186-22.
- 22)** Langholz E, Munkholm P, Davidsen M, et al. Colorectal cancer risk and mortality in patients with ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1992 :103: 1444-51
- 23)** Tsianos E. V., Katsanos K. H., Christodoulou D., Kogevinas A., Logan R. F. and the N.W. Greece IBD group: The epidemiological profile of inflammatory bowel disease between different parts of north-west greece  
Katsanos K. H., Christodoulou D. K., Michael M., Ioachim Elli, Tsianos G. V., Agnantis Niki and Tsianos E.V. : Inflammatory bowel disease-related dysplasia and cancer: A referral center study in northwestern Greece. *European Journal of Internal Medicine*, Volume 16, Issue 3, June 2005, Pages 170-175
- 24)** <http://www.eligast.gr/ell/information/pdisease/ibd/>
- 25)** <http://www.exe1928.gr/ell/articles>
- 26)** <http://www.mednet.gr/articles/2000>
- 27)** <http://www.ladas.Pblogs.gr/diagnostiki-therapeutiki-endoskopisi.html>
- 28)** <http://www.iatronet.gr/article>