



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

Πτυχιακή εργασία:

ΦΛΕΓΜΟΝΕΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Εισηγήτρια:

ΔΑΝΕΛΛΑ ΜΑΡΙΑ

Σπουδαστής:

ΜΠΕΛΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Ιωάννινα 2018

Ευχαριστίες

Με την περάτωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Δανέλλα για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε, καθώς και όλους όσους με στήριξαν με τον δικό τους τρόπο.

Περιεχόμενα

Περίληψη	5
Abstract	7
Εισαγωγή	8
Ιστορική Αναδρομή	10
Επιδημιολογία	13

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Ανατομία Παχέος Εντέρου.....	16
Φυσιολογία Παχέος Εντέρου.....	20
Παθολογία Φλεγμονών	24
Ελκώδης Κολίτιδα	26
Νόσος Crohn	28
Αιτιοπαθογένεια Φλεγμονών.....	29
Διάγνωση	30
Διαφορική Διάγνωση	31
Πρόληψη	34
Θεραπεία	34
Θεραπεία Ελκώδους Κολίτιδας	35
Θεραπεία Νόσος του Crohn	35

Β΄ ΜΕΡΟΣ

Β. Ο ρόλος του Νοσηλευτή

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς	37
Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Διάγνωση	38

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση.....	38
--	----

Γ' ΜΕΡΟΣ

Γ. Έρευνα

Νέα Δεδομένα.....	40
-------------------	----

Βιβλιογραφία	85
---------------------------	-----------

Περίληψη

Στην παρούσα πτυχιακή στόχος είναι να παρουσιαστούν οι φλεγμονές εντέρου, με έμφαση στις δύο πιο αντιπροσωπευτικές κατηγορίες, την ελκώδη κολίτιδα και την νόσο του Crohn. Το γαστρεντερικό σύστημα κατέχει σημαντικό ρόλο για την επιβίωση του ατόμου. Ειδικά το παχύ έντερο είναι υπεύθυνο για μια σειρά από διαδικασίες οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε καθημερινή βάση. Οι φλεγμονές εντέρου είναι σημαντικό να διαγιγνώσκονται έγκαιρα προκειμένου να πραγματοποιούνται άμεσες παρεμβάσεις, κυρίως από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού. Πρόκειται για μια περίπτωση όπου ο ασθενής χρειάζεται να εκπαιδευτεί σωστά από τον νοσηλευτή και να αποκτήσει τις κατάλληλες γνώσεις. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός, τόσο στην εκτίμηση και την διάγνωση όσο και στην θεραπεία και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Σκοπός

Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να εξεταστούν βασικά σημεία της νόσου, όπως η αιτιολογία και τα συμπτώματα, η διάγνωση και η επιδημιολογία της νόσου καθώς και όλες οι γνωστικές και συναισθηματικές δεξιότητες που απαιτείται να έχει κάθε επαγγελματίας υγείας και δη κάθε νοσηλευτής για να μπορεί να εκτελεί τα καθήκοντά του.

Υλικό και μέθοδος

Για τους σκοπούς της έρευνας πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως το Pubmed, το Google Scholar και το Science Direct. Η επιλογή έγινε από άρθρα, μελέτες και ανασκοπήσεις. Το υλικό αποτέλεσαν άρθρα δημοσιευμένα τα τελευταία χρόνια, και συγκεκριμένα άρθρα της τελευταίας τριετίας. Για την εύρεση των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως : inflammatory bowel disease, ulcerative colitis (UC), Crohn's disease (CD), nursing interventions, therapy.

Συμπεράσματα

Η ελκώδη κολίτιδα αποτελεί μια πολυδιάστατη νόσο. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, όχι μόνο αναλαμβάνουν την φροντίδα των ασθενών στο χώρο του νοσοκομείου αλλά είναι και υπεύθυνοι για την εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, ώστε να είναι προετοιμασμένοι για τις αλλαγές που έχουν να αντιμετωπίσουν στον τρόπο ζωής. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μπορεί να βελτιώσει την περίθαλψη των ασθενών και την κατανόηση των προβλημάτων τους.

Λέξεις Κλειδιά: Φλεγμονές Εντέρου, ελκώδης κολίτιδα, νόσος του Crohn, νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Abstract

The aim of this diploma thesis is to present bowel inflammation, with emphasis on the two most representative categories, ulcerative colitis and Crohn's disease. The gastrointestinal system plays an important role in the survival of the individual. Especially the large intestine is responsible for a series of procedures that take place on a daily basis. Bowel inflammation is important to diagnose in time for immediate interventions, particularly from the nursing staff. This is a case where the patient needs to be properly trained by the nurse and acquire the appropriate knowledge. The role of the nurse is crucial in both assessment and diagnosis as well as in treatment and psychosocial support.

Purpose

The aim of this dissertation is to examine key signs of the disease, such as aetiology and symptoms, diagnosis and epidemiology of the disease, as well as all the cognitive and emotional skills required by every health professional and in particular every nurse to be able to perform his / her duties.

Material and method

For the purposes of the survey, a review of international bibliography and articles in electronic databases such as Pubmed, Google Scholar and Science Direct was carried out. The selection was made by articles, studies and reviews. The material has been articles published in recent years, specifically articles of the last three years. In order to find articles, keywords such as: inflammatory bowel disease, ulcerative colitis (UC), Crohn's disease (CD), nursing interventions, therapy were used.

Conclusions

Ulcerative colitis is a multidimensional disease. Nurses play an important role not only in caring for patients in the hospital but also responsible for education and psychological support for patients in order to be prepared for the changes they have to face in the way of life. Assessing the quality of life of patients can improve patient care and understanding of their problems.

Key words: Bowel inflammation, ulcerative colitis, Crohn's disease, nursing interventions

- **Εισαγωγή**

Οι φλεγμονώδεις ασθένειες του εντέρου (IBD), συμπεριλαμβανομένης της νόσου του Crohn και της ελκώδους κολίτιδας, είναι χρόνιες ασθένειες με υψηλή νοσηρότητα. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει αυξανόμενα παγκόσμια ποσοστά εμφάνισης και επικράτησης της IBD. Επιπλέον, έχει σημειωθεί αξιοσημείωτη πρόοδος στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας της νόσου, οδηγώντας σε νέες ιατρικές θεραπείες και χειρουργικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση του IBD. Αυτές οι τάσεις έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση του κόστους της περίθαλψης της IBD. 1 Οι ασθενείς με IBD έχουν μοναδικές απαιτήσεις συμπεριφοράς, πρόληψης και θεραπευτικής αγωγής. Λόγω της πολυπλοκότητας της περίθαλψης, υπάρχει μεγάλος βαθμός κατακερματισμού της διαχείρισης της IBD σε συστήματα υγείας και μεταξύ πολλών παρόχων.

Η διάγνωση των φλεγμονών του εντέρου βασίζεται επί του παρόντος σε συμπτώματα, στην ανίχνευση φλεγμονωδών μεταβολών μακροσκοπικά και ιστολογικά και στον αποκλεισμό μολυσματικών ή άλλων διαφορικών διαγνώσεων. Η νόσος του Crohn είναι διαφραγματική τμηματική φλεγμονή που μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε τμήμα της γαστρεντερικής οδού, από το στόμα στον πρωκτό, ενώ η ελκώδης κολίτιδα είναι μια συνεχής ομοιογενής φλεγμονή που περιλαμβάνει το ορθό και σε πολλές περιπτώσεις το κόλον, αλλά κανένα άλλο τμήμα της γαστρεντερικής οδού. Τα περισσότερα από τα ιστοπαθολογικά ευρήματα στο UC περιορίζονται στον βλεννογόνο και τον επιφανειακό υποβλεννογόνο με βαθύτερες στιβάδες ανεπηρέαστες εκτός από τη σοβαρή ασθένεια όπου επηρεάζονται επίσης και τα βαθύτερα στρώματα. Στην νόσο του Crohn τα μακροσκοπικά ευρήματα της ενδοσκόπησης είναι ασυνεχείς αλλοιώσεις των ελκών ή των βαθιών γραμμικών βλεννογόνων ελκών, ο σχηματισμός των λιθοστρωμάτων του βλεννογόνου, ο πυκνός τοίχος του εντέρου και η στένωση του αυλού. Εργαστηριακοί βιοδείκτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη διάγνωση και τη διαχείριση της IBD, αλλά κανένας δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι βέλτιστος.

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα της νόσου είναι η διάρροια, η επείγουσα ανάγκη, η δερματίτιδα, η αιμορραγία από το ορθό και / ή η βλέννα, ο κοιλιακός πόνος, η απώλεια βάρους, ο πυρετός και η κόπωση. Το κλινικό φάσμα του IBD είναι πολύ ευρύ και κυμαίνεται από ασυμπτωματική κατάσταση ηρεμίας έως απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Η μακροχρόνια πορεία του IBD χαρακτηρίζεται συχνά από

συμπτωματικές φλεγμονές και διαλείπουσες περιόδους ύφεσης. Η νόσος του Crohn έχει συχνά μια πιο προοδευτική πορεία, με επιπλοκές από εξελκώσεις και στενώσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε κοιλιακές ή περιπρωκτικές φάσεις, αποστήματα και εντερική απόφραξη. Η πορεία της νόσου αναφέρεται ότι είναι πολύ μεταβλητή, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν σχετικά περιορισμένα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με το φυσικό ιστορικό της IBD από μελέτες που βασίζονται στον πληθυσμό.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και δη των νοσηλευτών είναι πολύ σημαντικός σε κάθε σημείο, από την διάγνωση μέχρι και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τα ερωτήματα και τις ανησυχίες των ατόμων με IBD και πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν τις πληροφορίες με σαφή και συνοπτικό τρόπο. Οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες όπως οι φλεγμονές εντέρου απαιτούν ανταλλαγή πληροφοριών με έναν επαγγελματία υγείας προκειμένου να επιτευχθεί σε όσο το δυνατόν καλύτερο βαθμό η συνολική διαδικασία. Οι γνώσεις σχετικά με την ασθένεια μπορούν να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο στη διευκόλυνση της αποδοχής από τον ασθενή της ασθένειας και της κατανόησης των συμπεριφορικών αλλαγών, προκειμένου να συμμετάσχουν ενεργά στη θεραπεία και στην ανάπτυξη μιας καλύτερης σχέσης φροντιστή -ασθενούς.

- **Ιστορική Αναδρομή**

Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (IBD) είναι μια έννοια που περιλαμβάνει μια ομάδα ασθενειών όπου ένα ουσιαστικό μέρος του εντέρου ή / και άλλων τμημάτων του πεπτικού συστήματος είναι φλεγμονώδες. Οι κύριες κατηγορίες του IBD είναι η νόσος του Crohn (CD) και η ελκώδης κολίτιδα (UC). Άλλα IBD περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, κολλαγόνο κολίτιδα και λεμφοκυτταρική κολίτιδα. Η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα είναι χρόνιες παθήσεις. Οι ασθένειες δεν είναι μεταδοτικές, όμως η κληρονομικότητα δημιουργεί μια προδιάθεση γι' αυτούς. Η θεραπευτική αγωγή δεν έχει ανακαλυφθεί ακόμα. Ωστόσο, οι περίοδοι χωρίς παρασιτώσεις (ύφεση) κυμαίνονται με τις δραστικές περιόδους (υποτροπές). Και οι δύο ασθένειες εμφανίζονται κυρίως σε νεαρούς ενήλικες ηλικίας 15-35 ετών που αντιμετωπίζουν την πρόκληση μιας αλλαγής ζωής. Εκτός από τα εντερικά συμπτώματα, για παράδειγμα, προβλήματα άρθρωσης, ματιών και δερμάτων μπορεί να εμφανιστούν ως συννοσηρότητα (Mulder et al., 2014).

Οι πρώτες περιγραφές της ελκώδους κολίτιδας πραγματοποιούνται μέσα από αναφορές από γιατρούς σχετικά με την χρόνια διάρροια, που χρονολογούνται από την ελληνική αρχαιότητα. Ακόμη και ο Ιπποκράτης (~ 460-370 π.Χ.) συζήτησε τις πολλές πιθανές αιτιολογίες της διάρροιας. Η προβολή της φλεγμονής του εντέρου εμφανίστηκε σε αρκετές πρώιμες ιατρικές σχολές του 19ου αιώνα. Τόσο ο Francois-Joseph-Victor Broussais (1772-1838 CE) όσο και ο John Brown (1810-1882) έθεσαν τις θεωρίες ότι όλες οι ασθένειες προέρχονται από τη φλεγμονή στο γαστρεντερικό σωλήνα. Αυτή η θεωρία προέκυψε από την αύξηση των ανατομική έρευνα και τη χρήση του μικροσκοπίου αυτή τη στιγμή. Επίσης, τα κύματα χολέρας εξαπλώθηκαν σε ολόκληρο τον κόσμο τον 19ο αιώνα, εφιστώντας την προσοχή στις μεταδοτικές αιτίες διάρροιας. Στο τελευταίο μέρος του 18ου αιώνα ο Matthew Baillie πρότεινε ότι οι ασθενείς πέθαναν από την ελκώδη κολίτιδα. Το 1859, η πρώτη "επίπτωση" στην περιγραφή της Ελκώδους κολίτιδας από τον Samuel Wilks αφορούσε μια γυναίκα ηλικίας 42 ετών, της οποίας η αυτοψία κατέδειξε μια υπερφυσική ελκωτική φλεγμονή του παχέος εντέρου και του τελικού ειλεού, που αρχικά χαρακτηρίστηκε ως «απλή ελκώδης κολίτιδα». Έναν αιώνα αργότερα ωστόσο, αναγνωρίστηκε ως Νόσος του Crohn. Μια αναφορά περίπτωσης από τους Wilks και Moxon το 1875 που περιγράφει την εξέλκωση και τη φλεγμονή ολόκληρου του παχέος

εντέρου σε μια νεαρή γυναίκα περιγράφει μια πρόιμη επίπτωση της ελκώδους κολίτιδας. Το 1909 ήταν ένα τεράστιο έτος για την UC. Τον Ιανουάριο, η Royal Society of Medicine στο Λονδίνο πραγματοποίησε συνέδριο όπου παρουσιάστηκαν και συζητήθηκαν πάνω από 300 περιπτώσεις UC που συλλέχθηκαν από νοσοκομεία του Λονδίνου (Mulder et al., 2014).

Οι ευρωπαϊκές αναφορές περί φροντίδας της CD στις αρχές του 20ού αιώνα έχουν τεκμηριώσει την εμφάνιση παρόμοιου όρου. Μέχρι το 1920 οι Αμερικανοί γιατροί ανέφεραν παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά: νεαρούς ασθενείς που συχνά λειτουργούσαν για σκωληκοειδίτιδα, συμπτώματα όπως πυρετός, κοιλιακές κράμπες, διάρροια και απώλεια βάρους. Η νόσος συνήθως αφορούσε τον τερματικό ειλεό ή την ελεοκεκική περιοχή. Στη συνάντηση Αμερικανικής Γαστρεντερολογίας το 1932 ο Αμερικανός παθολόγος Burrill B. Crohn και συνάδελφοι συνέταξαν για πρώτη φορά την πλήρη ιστολογική και κλινική εικόνα της τερματικής ειλεΐτιδας και τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνεται η ασθένεια. Αργότερα η ασθένεια αναφέρθηκε ως "Νόσος του Crohn". Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, ξεκίνησε η εποχή των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών (RCTs), που εισήχθησαν στη σύγχρονη εποχή της τεκμηριωμένης ιατρικής. Μια από τις σπουδαιότερες μελέτες UC από αυτή τη χρονική στιγμή ήταν η εξαντλητική σειρά των Sloan κλινικών χαρακτηριστικών των 2000 ασθενών με ελκώδη κολίτιδα που δημοσιεύθηκαν το 1950. Επακόλουθες κλινικές δοκιμές άρχισαν να καθιερώνουν την αποτελεσματικότητα των φαρμακολογικών παρεμβάσεων. Το 1955, ο Truelove δημοσίευσε την πρώτη ελεγχόμενη δοκιμή σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα στο *Βρετανικό Ιατρικό Περιοδικό*, επιδεικνύοντας βελτίωση και μειωμένη θνησιμότητα για ασθενείς που έλαβαν κορτικοστεροειδή σε σύγκριση με τα άτομα στην ομάδα ελέγχου (Mulder et al., 2014).

Ενώ μπορεί να είναι βιολογικά ξεχωριστές ασθένειες, η εκλώδης κολίτιδα (UC) και η νόσος του Crohn (CD) είναι ενωμένες με τον όρο «IBD». Αυτή η ομαδοποίηση είναι σίγουρα χρήσιμη από την πλευρά του ασθενούς. Σήμερα, οι ομάδες υποστήριξης, όπως ο Ευρωπαϊκός οργανισμός Crohn και Colitis (ecco-ibd.eu), τα ιδρύματα του Crohn και Colitis Foundations of America (ccfa.org) και ο Καναδάς (ccfc.ca), λειτουργούν σε όλο τον κόσμο, συνδέοντας άτομα με ειδικούς και τους συναδέλφους ασθενείς. Αυτές οι ομάδες παρέχουν επίσης σημαντικές πρωτοβουλίες συλλογής κεφαλαίων που υποστηρίζουν εργαστηριακές έρευνες, κλινικές δοκιμές και παραγωγή πόρων για ασθενείς και γιατρούς. Οι εν λόγω οργανισμοί διαθέτουν επίσης πολυάριθμους ηλεκτρονικούς πόρους που μπορούν να είναι χρήσιμοι τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους γιατρούς - συμπεριλαμβανομένων των συνταγών διαιτητικής συνταγής IBD και των συμβουλών για ταξίδια. Φαίνεται πως η ιστορία της IBD εξελίσσεται ταχέως. Η νέες τεχνολογίες, όπως η

ευρεία χρήση των έξυπνων τηλεφώνων, αλλάζει τη διαχείριση της. Οι εφαρμογές έξυπνων τηλεφώνων (πολλές από τις οποίες είναι διαθέσιμες ελεύθερα) είναι τώρα διαθέσιμες στους ασθενείς για να παρακολουθήσουν τη διατροφή και τις κινήσεις του εντέρου (Mulder et al., 2014).

- **Επιδημιολογία**

Παρόλο που σήμερα αναγνωρίζεται παγκοσμίως, παραδοσιακά η IBD θεωρήθηκε μια κατάσταση που επηρέασε κυρίως τους Καυκάσιους σε όλη την Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική και την Αυστραλία. Ως εκ τούτου, τα περισσότερα από τα διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα για CD και UC προέρχονται από μελέτες που βασίζονται σε πληθυσμούς που διεξάγονται σε αυτές τις γεωγραφικές περιοχές. Η επίπτωση και ο επιπολασμός των CD και UC έχουν σταθεροποιηθεί στις προαναφερθείσες περιοχές. Ωστόσο, είναι ακόμα υψηλότερο από ό, τι στον υπόλοιπο κόσμο (Kaplan, 2014).

Επιπλέον, η εμφάνιση και η επικράτηση της IBD, κυρίως CD, έχουν αυξηθεί στον αναπτυσσόμενο κόσμο, ιδίως στη Μέση Ανατολή, τη Νοτιοανατολική Ασία και την περιοχή της Ασίας-Ειρηνικού. Εν τω μεταξύ, η Νότια Αμερική και η Αφρική έχουν σημαντικά χαμηλά ποσοστά επίπτωσης και επιπολασμού, αν και οι ανεπίσημες αναφορές έχουν υποδείξει αύξηση της συχνότητας εμφάνισης. Ακόμη και στη Δύση, η IBD έχει αναγνωριστεί όλο και περισσότερο από τους μειονοτικούς πληθυσμούς. Η σημαντικότερη αύξηση της συχνότητας εμφάνισης παρατηρήθηκε στους μετανάστες δεύτερης γενιάς από γεωγραφικές περιοχές χαμηλού κινδύνου στις δυτικές χώρες, δηλαδή στις περιοχές υψηλού κινδύνου. Αυτό υποστηρίζει την έννοια της ίσης ή όχι υψηλότερης συμβολής των περιβαλλοντικών επιρροών σε σύγκριση με τη γενετική προδιάθεση (Archampong & Nkrumah, 2013).

Επίσης, έχει διαπιστωθεί υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης της IBD μεταξύ των μεταναστών και των οικογενειών τους που μετανάστευσαν από κοινωνικοοικονομικά χαμηλότερες περιοχές. Επιπλέον, σε σύγκριση με τις μειονότητες στη Δύση, οι πρόσφατοι μετανάστες τείνουν να έχουν μια ομαλότερη πορεία της νόσου. Σε παγκόσμιο επίπεδο, παραμένει μια πλειονότητα ακριβών επιδημιολογικών δεδομένων λόγω της κλινικής αλληλοεπικάλυψης των οντοτήτων IBD με καταστάσεις όπως η μολυσματική κολίτιδα και οι διαφορές στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που αποκλείουν την αξιόπιστη εκτίμηση περιπτώσεων. Οι αναγνωρισμένες περιπτώσεις IBD μπορεί περαιτέρω να αντιπροσωπεύουν μόνο ένα κλάσμα της πραγματικής επιβάρυνσης της νόσου λόγω της διάγνωσης που απαιτεί επεμβατικές και ακριβές μεθόδους. Επιπλέον, κατά περιόδους, η CD δεν μπορεί να διακριθεί σαφώς από την UC, ιδιαίτερα νωρίς στην πορεία της νόσου πριν εκδηλωθούν διακριτικά χαρακτηριστικά, που συχνά απαιτούν επανατοποθέτηση της διάγνωσης της υποομάδας IBD. Παρά τους προαναφερθέντες περιορισμούς, η επίπτωση

και η επικράτηση τόσο των CD όσο και των UC έχουν δείξει μια τάση κατανομής. Τα δεδομένα επίπτωσης και επικράτησης ποικίλλουν ανά την υφήλιο σε συνάρτηση με τη γεωγραφική περιοχή, το περιβάλλον, τις μεταναστευτικές τάσεις, την εθνικότητα και διαφέρουν ακόμη και στην ίδια γεωγραφική περιοχή (Ananthakrishnan, 2015).

Οι Ng et al. (2013) παρατηρούν ότι υπάρχει διαβάθμιση διανομής βορρά-νότου για τον κίνδυνο εμφάνισης IBD σε ολόκληρο τον κόσμο. Αυτό οφείλεται στις περιφερειακές διαφορές στο φως του ήλιου και την έκθεση σε βιταμίνη D με υψηλά επίπεδα έκθεσης αντιστρόφως συσχετισμένα με τον κίνδυνο εμφάνισης IBD. Τα ετήσια ποσοστά εμφάνισης των CD είναι συγκρίσιμα σε όλο τον αναπτυγμένο κόσμο. Υπολογίζεται ότι είναι 20,2 ανά 100.000 ανθρωποέτη, 12,7 ανά 100.000 ανθρωποέτη, 29,3 ανά 100.000 ανθρωποέτη και 16,5 ανά 100.000 ανθρωποέτη στη Βόρεια Αμερική, την Ευρώπη, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία, αντίστοιχα. Αντίθετα, η Ασία έχει χαμηλό ποσοστό επίπτωσης περίπου 0,54 ανά 100.000 άτομα-έτη (Ng et al., 2013).

Παρομοίως, τα ποσοστά εμφάνισης UC στη Βόρεια Αμερική, την Ευρώπη και την Ασία κυμαίνονται από 7,6 έως 19,5 ανά 100.000 ανθρωποέτη, από 1,7 έως 13,6 ανά 100.000 άτομα-έτη και από 0,3 έως 5,8 ανά 100.000 άτομα-έτη, αντίστοιχα. Στο παρελθόν, η UC θεωρήθηκε ότι είναι ελαφρώς πιο διαδεδομένη. Ωστόσο, η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης CD κατά τις τελευταίες δεκαετίες οδήγησε σε αντιστροφή της τάσης. Οι πιο πρόσφατες εκτιμήσεις επικράτησης CD στη Βόρεια Αμερική είναι 25-300 ανά 100.000 ανθρωποέτη και ότι για την UC είναι 170-250 και 43-294 ανά 100.000 άτομα, αντίστοιχα, στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη. Συνολικά, τόσο η εμφάνιση όσο και ο επιπολασμός των CD και UC αυξάνονται με το χρόνο. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες, όπως η βελτίωση της έκθεσης σε υγιεινή, η διατροφή και η φαρμακευτική αγωγή, η αυξημένη ευαισθητοποίηση των ασθενών και των κλινικών γιατρών, η χρήση βελτιωμένων ενδοσκοπικών και ακτινολογικών διαγνωστικών μεθόδων και η διευρυμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Burisch & Munkholm, 2015).

Περίπου το 25% των ασθενών με IBD διαγιγνώσκονται τις πρώτες 2 δεκαετίες της ζωής τους. Από αυτούς, οι περισσότεροι διαγιγνώσκονται στην παιδική ηλικία (περίπου 13-18 ετών) και η επίπτωσή του αυξάνεται κατά τη διάρκεια της πρώτης δεύτερης δεκαετίας της ζωής. Επιπλέον, μελέτες από διάφορες χώρες δείχνουν ότι η συχνότητα εμφάνισης του IBD αυξάνεται, ειδικά στην εφηβεία. Επί του παρόντος, η υψηλότερη ετήσια συχνότητα εμφάνισης του IBD στην Ευρώπη ήταν 24,3 ανά 100.000 ανθρωποέτη για το UC και 12,7 ανά 100.000 ανθρωποέτη για CD, που στη Βόρεια Αμερική ήταν 19,2 ανά 100.000 άτομα-έτη για το UC και 20,2 ανά 100.000 άτομα-έτη για CD και ότι στην Ασία και τη Μέση Ανατολή ήταν 6,3 ανά 100.000 άτομα-έτη για UC και 5,0 ανά 100.000 άτομα-έτη για CD. Ο υψηλότερος επιπολασμός για το UC ήταν 505 ανά 100.000 άτομα στην Ευρώπη και 249 ανά 100.000 άτομα στη Βόρεια Αμερική. Η ετήσια επικράτηση CD

ήταν 322 ανά 100.000 άτομα στην Ευρώπη και 319 ανά 100.000 άτομα στη Βόρεια Αμερική. Μια ανάλυση της χρονικής τάσης έδειξε ότι το 75% των μελετών σε CD και το 60% των μελετών για το UC έδειξαν αυξημένη επίπτωση με στατιστική σημασία ($P < 0,05$) (Ye et al., 2015).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση ο επιπολασμός των UC και CD συγκρίθηκαν σε διαφορετικές περιοχές και με την πάροδο του χρόνου. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι η εμφάνιση και η επικράτηση της IBD ήταν η υψηλότερη στις δυτικές χώρες, συγκεκριμένα στη Βόρεια Ευρώπη και τον Καναδά. Ωστόσο, στη Nova Scotia, μια πόλη με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης IBD στον Καναδά, η επίπτωση και η επικράτηση της IBD μειώνονται. Ο De Wals υπολόγισε την εμφάνιση του IBD από το 1996 έως το 2009 και τα αποτελέσματά του αποκάλυψαν ότι η ετήσια τυποποιημένη συχνότητα εμφάνισης μειώθηκε από 27,4 / 100,000 πληθυσμό σε 17,7 / 100,000 πληθυσμό για CD και από 21,4 / 100,000 πληθυσμό σε 16,7 / 100,000 για UC. Η μειωμένη συχνότητα εμφάνισης του IBD μπορεί να εξηγηθεί από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η ενίσχυση του φολικού οξέος έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με μια δραματική μείωση της επίπτωσης των ελαττωμάτων του νευρικού σωλήνα και η μεγαλύτερη μείωση αναφέρεται στον Καναδά (Leddin et al., 2014).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

• Ανατομία Παχέος Εντέρου

Ως προς την ανατομία του το παχύ έντερο υπολογίζεται ότι έχει μήκος από 1,5 έως και 1,8 m. Επίσης εντοπίζεται στην υποκοιλική μοίρα στην κοιλιακή κοιλότητα και γύρω του υπάρχουν έλικες του λεπτού εντέρου. Η αρχή του παχέος εντέρου είναι η ειλεοτυφλική βαλβίδα και το τέλος του βρίσκεται στον πρωκτό. Η σύστασή του είναι 4 χιτώνες οι οποίοι αναφορικά από έξω προς τα μέσα είναι με τη σειρά ο ορογόνος, ο μυϊκός, ο υποβλεννογόνος και ο βλεννογόνος χιτώνας. Το παχύ έντερο κατά την πορεία του δίνει την αίσθηση του σχήματος μιας ατελούς στεφάνης η οποία περιβάλλει τους έλικες που βρίσκονται στο λεπτό έντερο. Ο αυλός του έχει διάμετρο μεγαλύτερη από εκείνη του λεπτού εντέρου και η έκτασή του στην περιοχή του τυφλού είναι μεγαλύτερη ενώ στενεύει στην συνέχεια μέχρι το ευθύ, στο οποίο υφίσταται διόγκωση και σχηματίζεται ο σωλήνας του πρωκτού, η κοπροδόχος λήκυθος (Phillips et al., 2018).

Το παχύ έντερο, διαιρείται σε 4 μοίρες και πιο συγκεκριμένα στο τυφλό (σκωληκοειδής απόφυση), στο κόλον, το ορθό και στον σωλήνα του πρωκτού. Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι το παχύ έντερο αποτελείται από ενδόδερμα εκτός του πρωκτικού σωλήνα που αποτελείται από εξώδερμα. Το τυφλό είναι η αρχή του τμήματος του παχέος εντέρου και υπολογίζεται ότι έχει μήκος από 6 έως και 8 cm. Επίσης, το παχύ έντερο έχει χωρητικότητα μέχρι και 100-150 m² και επιπλέον ομοιάζει με σάκο και τοποθετείται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο ενώ σε αυτό βρίσκεται το στόμιο του ειλεού στο εσωτερικό του τοίχωμα. Η μεσοκολική ταινία βλέπει όπισθεν και μέσα, η επιπλοϊκή ταινία βλέπει όπισθεν και εκτός και η ελεύθερη κολική ταινία βρίσκεται ανάμεσά της μεσοκολικής και της ελεύθερης κολικής ταινίας και είναι έμπροσθεν εμφανής (Phillips et al., 2018).

Όσον αφορά τη σκωληκοειδής απόφυση, εκείνη βρίσκεται στο εσωτερικό άκρο του τυφλού, και η θέση του διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο, συνήθως όμως έχει παρατηρηθεί ότι βρίσκεται πίσω από το τυφλό στην ανιούσα οπισθοτυφλική θέση. Επίσης, οι 3 ταινίες του τυφλού έχουν ως σημείο συνάντησης το στόμιο της απόφυσης του σκωληκοειδή, ενώ δεν παρατηρείται σχηματισμός της επιμήκους στιβάδας στη σκωληκοειδή απόφυση στην οποία δεν υπάρχει ταινία (Phillips et al., 2018).

Η διάμετρος που έχει το ανιόν κόλον είναι κοντά στα 15 cm και συνεχίζει από το τυφλό προς τα άνωθεν ενώ η διάμετρος του αυλού του είναι μικρότερη. Το ανιόν κόλον καλύπτεται από το περιτόναιο από τις πλάγιες επιφάνειες και μπροστά ενώ, η πίσω επιφάνεια συσχετίζεται ανατομικά με τον ουρητήρα και η δεξιά κολική καμπή αποτελεί

επικάλυψη του κάτω πόλου που βρίσκεται στο δεξί νεφρό. Ακόμη, το μήκος που έχει το εγκάρσιον κόλον υπολογίζεται στα 45 cm, ξεκινά από την κολική καμπή και τελειώνει στο αριστερό υποχόνδριο από το κάτω άκρο στη σπλήνα συνεχίζει απότομα με κατεύθυνση προς τα κάτω και όπισθεν με μετάπτωση στο κατιόν κόλον. Το εγκάρσιον κόλον καλύπτεται από το περιτόναιο και κρεμιέται από τις 2 πτυχές που έχει το περιτοναίο, το εγκάρσιο, το μεσόκολο και ο γαστροκολικός σύνδεσμος. Η τοποθέτησή του έχει ως αποτέλεσμα το κατιόν κόλον να παρουσιάζει ευκινησία και ως εκ τούτου, το σχήμα και η θέση του να επηρεάζονται από την ηλικία, τη θέση του σώματος αλλά και τη σωματική διάπλαση που έχει το κάθε άτομο (Phillips et al., 2018).

Το μήκος που έχει το κατιόν κόλον υπολογίζεται στα 25 cm και έπειτα ξεκινά η καμπή του κόλπου προς την 9^η ή τη 10^η πλευρά η οποία έρχεται προς το κάτω μέρος και από εκεί ξεκινά το αριστερό υποχόνδριο ως συνέχεια της οσφυϊκής χώρας μέχρι και την λαγόνια ακρολοφία. Το κατιόν κόλον περιλαμβάνει 3 κολικές ταινίες με 2 στίχους από επιλοϊκές αποφύσεις, ενώ καλύπτεται στο μπροστινό και το πίσω μέρος από το περιτόναιο. Όσον αφορά το σιγμοειδές κόλον, αυτό αποτελεί τη συνέχιση που έχει το κατιόν κόλον και ανιχνεύεται ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το απευθυσμένο για το αρσενικό φύλο. Γύρω από το σιγμοειδές κόλον υπάρχει το περιτόναιο ενώ αυτό κρέμεται από την πτυχή του περιτόναιου και ονομάζεται μεσοσιγμοειδές. Η τελευταία μοίρα του παχέος εντέρου είναι το ορθό που φτάνει ως και τον αιμορροϊδικό δακτύλιο και περιλαμβάνει 2 μοίρες οι οποίες είναι η ενδοπυελική και η περινεϊκή με μήκος 15cm και έχει ως βάση στήριξης το περίνεο, το περιτόναιο και την περιτονία του απευθυσμένου. Ο ορθός καλύπτεται από το περιτόναιο και τα 2/3 του στο μπροστινό μέρος και πλαγίως. Η περιτονία του απευθυσμένου το πλαισιώνει ως εξωτερικό περίβλημα στο κάτω τριτημόριο του προς τα πάνω και όπισθεν (Phillips et al., 2018).

Χαρακτηριστικά του παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο διαθέτει 4 βασικά γνωρίσματα ως προς τη μορφή του. Τα 3 από τα γνωρίσματα αυτά υπάρχουν στην επιφάνειά του, ενώ το 1 υπάρχει στο εσωτερικό του, χαρακτηριστικά τα οποία είναι εκείνα που οδηγούν στο διαχωρισμό του λεπτού εντέρου από το παχύ έντερο. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα βασικά γνωρίσματα του παχέος εντέρου δεν ανιχνεύονται σε όλα τα τμήματά του, καθώς απουσιάζουν από το τυφλό, το ορθό και τη σκωληκοειδή απόφυση. Όπως παρατηρείται στα πιο πολλά τμήματα του παχέος εντέρου οι κολικές ταινίες, επιμήκεις ίνες από μύες που δεν σχηματίζουν ομοιόμορφο και συνεχές στρώμα γύρω από το τοίχωμα του εντέρου, αλλά συγκεντρώνονται όλες μαζί και προχωρούν στο σχηματισμό τριών επιμηκών δεσμίδων, οι οποίες είναι οι κολικές ταινίες. Τις κολικές ταινίες δεν τις συναντούμε στο ορθό και τη σκωληκοειδή απόφυση, Οι 3 κολικές ταινίες που αναφέραμε τείνουν να συναντώνται και

σχηματίζουν το μυϊκό χιτώνα που έχει η σκωληκοειδής απόφυση. Τέλος, οι επιπλοϊκές αποφύσεις περιέχουν λίπος ως προεξοχές που υπάρχουν στο ορογόνο και διαμοιράζονται σε όλη την επιφάνεια του παχέος εντέρου εξαιρουμένων του τυφλού και του ορθού. Τα εκκολπώματα αποτελούν προβολές του τοιχώματος με σακοειδή μορφή που υπάρχουν ανάμεσα στις εγκάρσιες πτυχές του παχέως εντέρου (Ahmadi et al., 2015).

Οι μηνοειδείς πτυχές μπορούν να γίνουν διακριτές κατ' αποκλειστικότητα στο εσωτερικό εν αντιθέσει με τα άλλα εξωτερικά γνωρίσματα. Οι μηνοειδείς πτυχές δημιουργούνται από τα γνωρίσματα των λειτουργιών μέσω της σύσπασης του μυϊκού χιτώνα. Κάθε εσωτερική πτυχή έρχεται σε αντιστοιχία με μια εξωτερική περίσφιξη και σχηματίζουν τα εκκολπώματα. Υπάρχουν 4 χιτώνες οι οποίοι αποτελούν το παχύ έντερο. Πιο συγκεκριμένα, ο πρώτος χιτώνας είναι ο ορογόνος, αποτελούμενος από το περισπλάχνιο πέταλο που υπάρχει στο περιτοναίο. Επίσης, ο μυϊκός χιτώνας του οποίου η σύσταση είναι λείες μυϊκές ίνες οι οποίες υπάρχουν σε 2 στοιβάδες, δηλαδή στην έξω επιμήκη και στην εσωτερική κυκλοτερή στοιβάδα. Ο χιτώνας αυτός βοηθάς το παχύ έντερο να περιστέλλεται και να αντιπεριστέλλεται. Ακόμη, ο υποβλεννογόνιος μεσολαβεί ανάμεσα στο μυϊκό και το βλεννογόνο χιτώνα ο οποίος είναι αποτελούμενος από μονόστιχο κυλινδρικό επιθήλιο, από μονήρη λεμφοζίδια και από αδένες που ομοιάζουν με τους αδένες που υπάρχουν στο λεπτό έντερο (Ahmadi et al., 2015).

Αγγεία και νεύρα του παχέος εντέρου

Όσον αφορά τα αγγεία και τα νεύρα που αποτελούν της σύσταση του παχέος εντέρου, αρχικά οι αρτηρίες εντοπίζονται στο τυφλό και στη σκωληκοειδή απόφυση και αρδεύονται εκατέρωθεν από την ειλεοκολική αρτηρία η οποία προεξέχει ως τελικός κλάδος εκ της άνω μεσεντέριας αρτηρίας. Υπολογίζεται πως το ανιόν κόλον αποτελεί τα 2/3 από το εγκάρσιο κόλο και αιματώνεται εκ της δεξιούς κολικής αρτηρίας και της μέσης κολικής αρτηρίας. Το αριστερό τριτημόριο το οποίο βρίσκεται στο εγκάρσιο κόλο αρδεύεται από την αριστερή κολική αρτηρία, όπως γίνεται και με το κατιόν κόλον. Ένα μεγάλο μέρος από το ορθό αρδεύεται από την άνω αιμορροϊδική αρτηρία και εξέρχεται από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία (Bhimji & Gossman, 2018).

Σχετικά με τη φλεβική αποχέτευση που βρίσκεται στο κόλο και το τυφλό, πραγματοποιείται μέσα απ τις φλέβες (ίδια ονομασία με τις αρτηρίες) και η εκβολές τους γίνονται από την άνω μεσεντέρια φλέβα ή την κάτω μεσεντέρια φλέβα που βρίσκεται στην ηπατική πυλαία φλέβα. Ακόμη, η συμπαθητική νεύρωση υφίσταται από το τυφλό, το ανιόν

κόλον και τα 2 κεντρικά τριτημόρια που βρίσκονται στο εγκάρσιο κόλον. Η νευρώσή τους πραγματοποιείται από τους μετασυναπτικούς κλάδους οι οποίοι βρίσκονται στο άνω μεσεντέριο γαγγλίο. Έτσι, το μεσεντέριο πλέγμα διακλαδώνεται σε κάποια εντερικά τμήματα σε όλο το μήκος των κλάδων στη μεσεντέρια αρτηρία. Ομοίως, το περιφερειακό τμήμα που βρίσκεται στο εγκάρσιο κόλον, στο ανώτερο τμήμα του ορθού και στ κατιόν κόλον υφίστανται νευρώσεις εκ των μετασυναπτικών ινών και το κάτω μεσεντέριο γαγγλίο στο αντίστοιχο πλέγμα. Κατ' αυτό τον τρόπο διαμοιράζεται σε όλο το μήκος στους κλάδους της μεσεντέριας αρτηρίας (Bhimji & Gossman, 2018).

Οι νευρώσεις του μέσου και του κατώτερου τμήματος του ορθού πραγματοποιούνται από τα οσφυϊκά και τα ιερά σπλαχνικά νεύρα από το κάτω υπογάστριου πλέγμα. Τέλος, η παρασυμπαθητική νευρώση συμβαίνει από το τυφλό ανιόν και από τα 2/3 του εγκάρσιου κόλου τα οποία υφίστανται νευρώσεις από το πνευμονογαστρικό στέλεχος και τους κλάδους αυτού. Το κόλον που απομένει αλλά και το ορθό νευρώνονται εκ των πυελικών σπλαχνικών νεύρων μέσω δώδεκα έως και δεκατεσσάρων νευροτόμιων του νωτιαίου μυελού (Bhimji & Gossman, 2018).

- **Φυσιολογία Παχέος Εντέρου**

Οι δυο βασικές λειτουργίες που έχει το παχύ έντερο είναι να επαναρροφά το νερό και τους ηλεκτρολύτες από το υλικό των κοπράνων και να προχωρά σε αποθήκευση των κοπράνων έως ότου απομακρυνθούν από το σώμα. Η απορρόφηση του νερού και των ηλεκτρολυτών βοηθά ώστε να φτάνουν στο παχύ έντερο περίπου 500-1500 ml χυμού και να υφίστανται ελάττωση κατά 100 έως 200 ml. Φαίνεται πως το παχύ έντερο δεν αποτελεί όργανο ζωτικής σημασίας, και σε περιπτώσεις που πρέπει να αφαιρεθεί τότε αυτό πραγματοποιείται χάριν μιας θεραπείας. Η πιο σημαντική λειτουργία που έχει το παχύ έντερο είναι πως έχει την ιδιότητα να επαναρροφά νερό από το υδαρές περιεχόμενο που απομένει μετά την πέψη και να απορροφά στη νήστιδα και τον ειλεό. Με αυτό τον τρόπο γίνεται μετατροπή του υδαρούς υλικού σε ημιστερεή μάζα κοπράνων η οποία αποβάλλεται από τον οργανισμό. Το μυϊκό σύστημα που έχει το κόλον αναμειγνύει και συνθλίβει το υλικό των κοπράνων ώστε να το προωθήσει στο ορθό. Στο κόλο υπάρχουν αρκετά κύτταρα που παράγουν βλέννες οι οποίες δημιουργούν λίπανση. Σε περίπτωση κολεκτομής, ίσως υπάρξει σημαντική απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών, αλλά μπορεί να πραγματοποιηθεί αν καταναλώνεται αρκετή ποσότητα αλατιού και νερού

Πέψη και Απορρόφηση

Η πέψη είναι ένας όρος που συναντάμε συχνά όταν αναφερόμαστε στη διάσπαση της τροφής σε πιο απλά στοιχεία ώστε να απορροφώνται εύκολα από το έντερο και να μεταβολίζονται με σωστό τρόπο στο σώμα. Η πέψη εξαρτάται αρκετά από τις εκκρίσεις που γίνονται στον γαστρεντερικό σωλήνα και σχετίζονται με τα υπόλοιπα όργανα του σώματος. Στα τοιχώματα που έχει το έντερο υπάρχουν κάποιοι εξωκρινείς αδένες οι οποίοι προχωρούν σε εκκρίσεις 7 με 8 λίτρα στον αυλό σε καθημερινή βάση

Μέσω της απορρόφησης μεταφέρονται τα προϊόντα της πέψης μαζί με κάποιες βιταμίνες, μέταλλα και νερό μέσω του αυλού στο αίμα. Το γεγονός αυτό συμβαίνει διότι όπως παρατηρείται στο λεπτό έντερο περιλαμβάνει ειδικά συστήματα που μεταφέρουν τα πολύτιμα αυτά στοιχεία αλλά και διαθέτει αρκετά μεγάλη επιφάνεια απορρόφησης. Από τα πιο σημαντικά στοιχεία για να υπάρξει η πέψη είναι τα ένζυμα τα οποία μπορούν να μετατρέψουν κάθε πολυμερές και πολύπλοκο συστατικό των τροφών σε μονομερή, ώστε να απορροφώνται εύκολα από τον σωλήνα της πέψης

Η πέψη των ενζύμων έχει ως σημείο έναρξης το στόμα και ειδικότερα τη σιαλική αμυλάση κατά την οποία γίνεται η διάσπαση του αμύλου σε σάκχαρα. Το γαστρικό οξύ είναι εκείνο

που προκαλεί αναστολή στην ενεργητικότητα της αμυλάσης και προχωρά σε ενεργοποίηση του γαστρικού πεπτινόγenu. Μέσω της διαδικασίας αυτής παράγεται η πεψίνη και ξεκινά η πέψη των πρωτεϊνών. Μεγάλο μέρος των ενζυμικών υποβοηθάται από την πέψη η οποία συμβαίνει στο δωδεκαδάχτυλο και τη νηστίδα, στα οποία τα ένζυμα που υπάρχουν στο πάγκρεας και το λεπτό έντερο λαμβάνουν δράση στο αλκαλικό περιβάλλον.

Μια από τις ιδιότητες που έχει το πάγκρεας είναι ότι μπορεί να προχωρήσει σε παραγωγή μεγάλης ποσότητας και ποικιλίας πεπτικών ενζύμων οι οποίες αναφορικά είναι οι λιπάσες, νουκλεάσες, πρωτεϊνάσες, αμυλάσες. Τα πεπτικά ένζυμα μπορούν να καταστρέψουν ορισμένα από τα συστατικά που έχουν τα κύτταρα, μέσω των οποίων παράγονται, έχουμε δηλαδή το φαινόμενο της αυτοπεψίας. Έτσι, γίνεται σύνθεση ανενεργών ενζύμων τα οποία στη συνέχεια ενεργοποιούνται μέσω της πρωτεολυτικής διασπάσεως που γίνεται από άλλα ένζυμα.

Τα κύτταρα των εντέρων εισέρχονται στο τελικό στάδιο που είναι η πέψη των ενζύμων. Ειδικότερα, οι δισακχαρίτες και οι πεπτιδάσες που βρίσκονται στην επιφάνειά τους (ψηκτροειδής παρυφή), προχωρούν σε διάσπαση των πεπτιδίων και των σακχάρων τα οποία προέρχονται από τη διαδικασία της πέψης στον εντερικό αυλό και τα μετατρέπει σε μονομερή ή ολιγομερή ώστε να απορροφηθούν. Έπειτα από την πέψη γίνεται απορρόφηση της τροφής, η οποία γίνεται ανάλογα με την έκταση και τη λειτουργικότητα που έχει η απορροφητική επιφάνεια. Η βασική απορροφητική επιφάνεια είναι το λεπτό έντερο. Μέσω των κυκλοτερειών πτυχών που βρίσκονται στο εσωτερικό του εντέρου αυξάνεται η επιφάνεια επί 3 φορές, ενώ οι λάχνες μπορούν να αυξήσουν την επιφάνεια απορρόφησης επί 20 φορές.

Κινητικότητα

Η κινητικότητα του παχέος εντέρου σχετίζεται άμεσα με της προώθηση περιεχομένου στον αυλό και τον ορθό τα οποία δημιουργούν παράταση στην επαφή των απορροφητικών κυττάρων και στο περιεχόμενο που έχει το έντερο. Η συγκεκριμένη μορφή κινητικότητας του παχέος εντέρου βοηθά στη μεγαλύτερη απορρόφηση του υγρού από τα κόπρανα. Αν και το παχύ έντερο φαίνεται να μην παρουσιάζει συχνές κινήσεις κατάτμησης, ωστόσο περίπου 3 έως και 4 φορές την ημέρα το παχύ έντερο υφίσταται συσπάσεις (μαζική κίνηση). Συνήθως το φαινόμενο αυτό παρατηρείται έπειτα από την πρόσληψη της τροφής, εξαιτίας της έκκλισης του γαστροκολικού αντανακλαστικού το οποίο είναι εξαρτημένο από τη γαστρίνη.

Πολλές φορές οι κινήσεις που γίνονται στο έντερο αναγκάζουν το περιεχόμενό του να μετακινηθεί με κατεύθυνση τον ορθό από το οποίο εκλύεται η αφόδευση. Η προσαγωγός αισθητική οδός που έχει το αντανακλαστικό έχει ως σημείο εκκίνησης τους

μηχανοϋποδοχείς οι οποίοι υπάρχουν στα τοιχώματα του ορθού και προκαλούν διέγερση στα νεύρα του παρασυμπαθητικού της ιεράς μοίρας στον νωτιαίο μυελό και έπειτα προκαλούν αύξηση στη σύσπαση του κόλου, ενώ προκαλούν χαλάρωση στο λείο μυ του εσωτερικού σφικτήρα που βρίσκεται στον πρωκτό.

Τα νεύρα του ανθρώπινου σώματος προς το γραμμωτό μυ του εξωτερικού σφικτήρα του πρωκτού τίθενται σε αναστολή και επιτρέπουν τη χάλασή του. Το ορθό καθώς διασπάται ενημερώνει τον οργανισμό για την πίεση που έχει η αφόδευση. Έτσι πολλές φορές είναι γνωστό ότι στην πίεση αυτή μπορούμε να οδηγηθούμε σε εκούσια σύσπαση του έξω σφικτήρα. Ο τρόπος αυτός βοηθά στον έλεγχο της αφόδευσης.

Όταν υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες που επιτρέπουν την αφόδευση, ο εξωτερικός σφικτήρας υφίσταται χαλάρωση και έτσι υπάρχει κένωση. Για την κένωση συχνά βοηθούν οι συσπάσεις των κοιλιακών μυών και του διαφράγματος ώστε να υπάρξει πίεση στο εσωτερικό της κοιλιάς και γι' αυτό το λόγο πολλές φορές δημιουργείται η αίσθηση των κοιλιακών ενοχλήσεων.

Οι κινήσεις γίνονται του παχέος εντέρου γίνονται είτε προωθητικά και περισταλτικά, δηλαδή με δακτυλοειδής συστολές που βοηθούν στην ανάμειξη του χυμού, είτε μέσω περισταλτικών κυμάτων, δηλαδή με αραιές συστολές που έπειτα από την αρχική χάλαση οδηγούνται σε προώθηση του χυμού κατά 20 cm, ή τέλος, μέσω μαζικών κινήσεων που μπορούν να εμφανιστούν σε 3 ή και 4 φορές την ημέρα ανάλογα την προώθηση του χυμού σε μεγάλες αποστάσεις.

Αφόδευση

Για να πραγματοποιηθεί η αφόδευση θα πρέπει να υπάρχει ακεραιότητα στο ορθοσφιγκτηριακό αντανεκλαστικό και στη χάλαση, στον ακούσιο εσωτερικό σφικτήρα αλλά και στον εκούσιο έξω σφικτήρα. Το άνω παχύ έντερο συσπάται και το ορθό προκαλεί την έξωση στα κόπρανα. Όταν πληρείται το άνω τμήμα του πρωκτού, δηλαδή η πρωκτική λήκυθος, με περιεχόμενο των εντέρων, τότε οι υποδοχείς του πρωκτού διεγείρονται και προκαλούν αντανεκλαστική χαλάρωση στον εντερικό σφικτήρα, ο εσωτερικός σφικτήρας συσπάται και δημιουργείται η ανάγκη της αφόδευσης.

Με την εκούσια απόφαση προς αφόδευση, παρατηρείται σμίκρυνση του απευθυσμένου. Επιπλέον, ο ηβοπρωκτικός και ο εξωτερικός σφιγκτήρας του πρωκτού τίθενται σε χαλάρωση από το νωτιαίο παρασυμπαθητικού αντανεκλαστικό. Οι συσπάσεις του

πρωκτού στους κυκλικούς μύες από το κατιόν κόλον, το ορθό και το σιγμοειδές κόλον αλλά και μέσω της πίεσης στο μέρος της κοιλιάς, προκαλούν προώθηση των κοπράνων

προς το εξωτερικό του σώματος. Η κένωση ενός εντέρου σε φυσιολογικά επίπεδα μπορεί να γίνει έως και 3 φορές ημερησίως και 3 φορές εβδομαδιαίως σύμφωνα με το περιεχόμενο της τροφής (την κυτταρίνη και την λιγνίνη). Τα υδαρή κόπρανα, γνωστά ως διάρροια ή η δυσκοιλιότητα οδηγούν σε διαταραχές της αφόδευσης.

- **Παθολογία Φλεγμονών**

Ορισμός Φλεγμονών Εντέρου

Για την εκδήλωση της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Εντερικής Νόσου (ΙΦΕΝ) χρειάζεται να υπάρχουν συγκεκριμένες συγκυρίες. Ως εκ τούτου σε ένα περιβάλλον όπου δεν υπάρχει προδιάθεση γενετικά, η επίδραση αντιγονικών παραγόντων ίσως προκαλέσει ανωμαλία στην ανοσία και έτσι η φλεγμονή είναι πιθανό να διαιωνιστεί. Σύμφωνα με τα κλινικά δεδομένα αλλά και της μελέτες περί επιδημιολογίας της νόσου, αλλά και βάσει των ενδείξεων της μοριακής γενετικής, πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την γένεση της παθολογίας της ΙΦΕΝ. (Zhang & Li., 2014).

Η νόσος αυτή εντοπίζεται αρχικά σε μικρές αιμορραγίες στην περιοχή του βλεννογόνου και η ανάπτυξή τους συνεχίζεται στις κρύπτες. Κάθε απόστημα περνά από τη επιφανειακή μοίρα που υπάρχει στον υποβλεννογόνο χιτώνα και εκτείνεται πλαγίως. Η κατάσταση αυτή προκαλεί νέκρωση και απόπτωση στο βλεννογόνο που έχει το έντερο. Οι μεσολαβητές που απελευθερώνονται αλλά και το φλεγμονώδες εξίδρωμα οδηγούν σε βλάβη των ιστών. Ο βλεννογόνος στο έντερο φαίνεται να έχει χρώμα ερυθρό και να διακρίνεται ως οίδημα, εξαιτίας της συμφόρησης των αγγείων που είναι εύθρυπτα και γεμάτα εξελκώσεις. Η αιμορραγία που προκαλείται είναι η συνήθης εκδήλωση της ελκώδους κολίτιδας. Δημιουργείται έτσι μια μικροκοκκιώδης εμφάνιση του βλεννογόνου εξαιτίας του οιδήματος και το επιθηλιακό στρώμα που βρίσκεται στο έντερο γίνεται από μόνο του, εμφανίζονται κάποιοι ψευδοπολύποδες. Οι φλεγμονές με μεγάλη διάρκεια προκαλούν ατροφία, ελάττωση και στένωση στο παχύ έντερο αλλά και απώλεια στις φυσιολογικές κολικές κυψέλες.

Όταν ζει κανείς με μια δια βίου ασθένεια, μπορεί να συγκλονιστεί από τα συναισθήματα της αδυναμίας και την απειλή της κοινωνικής και προσωπικής ταυτότητας. Οι ανησυχίες για το ότι δεν είναι πλέον σε θέση να βασίζεται στο σώμα του και τις λειτουργίες του μπορούν να κάνουν έναν ασθενή να βιώσει μια πάρα πολύ δύσκολη κατάσταση. Κατά συνέπεια προκαλείται πολλές φορές μια σειρά από αισθήματα ανασφάλειας και διαταραχής της ταυτότητας. Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις όπως οι φλεγμονές εντέρου πρέπει να αποδεχτούν την κατάστασή τους, να ενημερωθούν επαρκώς και εγκαίρως για αυτήν από τους πλέον κατάλληλους επαγγελματίες υγείας και να συνεργαστούν με αυτούς τηρώντας το πρόγραμμά τους.

Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (IBD) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης ασθένεια της γαστρεντερικής οδού, παραδοσιακά διαιρούμενη σε ασθένεια του Crohn (CD) και ελκώδη κολίτιδα (UC). Κατά τη διαδικασία της φλεγμονής, τα λευκά κύτταρα του αίματος απελευθερώνουν ουσίες στο αίμα ή τους ιστούς για να αντιμετωπίσουν λοιμώξεις που απειλούν τον οργανισμό. Αυτή η απελευθέρωση χημικών ουσιών δίνει στην φλεγμονή τα τέσσερα χαρακτηριστικά της που είναι ερυθρότητα και θερμότητα λόγω αυξημένης ροής του αίματος, διόγκωση των ιστών και πόνο (Allen & Peyrin-Biroulet, 2013).

Οι φλεγμονές εντέρου αποτελούν μια από τις πιο απαιτητικές καταστάσεις για κάθε ασθενή που καλείται να τις αντιμετωπίσει. Η εκδήλωσή τους εμφανίζεται τόσο στον σωλήνα της πέψης αλλά και σε άλλα όργανα του ανθρώπινου σώματος. Σύμφωνα με επιστημονικές περιγραφές η νόσος αυτή εμφανίζεται κάποιες δεκαετίες πριν, όπως εκφράζεται από την επιστολή του Αποστόλου Παύλου στην επιστολή Β' προς Κορινθίους, όπου περιγράφει ότι πάσχει από μια χρόνια νόσο από την οποία ο θεός δεν ήθελε να τον απαλλάξει. Είναι πιθανό να έπασχε λοιπόν από ελκώδη κολίτιδα σύμφωνα με τα δεδομένα που υπάρχουν ιστορικά. Συγκεκριμένα η ελκώδης κολίτιδα αφορά μια φλεγμονώδη εντερική νόσο της οποίας τα συμπτώματα είναι έλκος του στομάχου ή ανοιχτές πληγές και εμφάνιση διάρροιας με αίμα. Πολύ συχνά υπάρχει ταύτιση της νόσου της ελκώδους κολίτιδας με το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου κατά το οποίο εμφανίζεται φλεγμονή στο παχύ έντερο και διογκώνεται. Από έχει ως επακόλουθο τη μη απορρόφηση του νερού που θα πρέπει να προσληφθεί. Η ελκώδης κολίτιδα ομοιάζει σε αρκετά σημεία με τη νόσο του Crohn, η οποία είναι επίσης ασθένεια που παρατηρείται στο παχύ έντερο. Πριν προχωρήσει η επιστήμη και η μελέτες αυτής πολλοί ήταν εκείνοι που πίστευαν η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn είναι η ίδια ασθένεια. Σήμερα είναι γνωστό ότι ανήκουν στην ίδια κατηγορία των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, ομοιάζουν σε μερικά σημεία αλλά σε κάποια άλλα παρουσιάζουν διαφορές. Μια από τις πιο σημαντικές διαφορές που παρουσιάζουν είναι ότι η ελκώδης κολίτιδα επηρεάζει κατ' αποκλειστικότητα το παχύ έντερο, σε αντίθεση με τη νόσο του Crohn που μπορεί να επηρεάσει και το λεπτό έντερο (Yadav et al., 2016).

Ελκώδης Κολίτιδα

Η ελκώδης κολίτιδα μπορεί να ξεκινήσει από την περιοχή που βρίσκεται το ορθοσιγμοειδές και στον πρωκτικό σωλήνα και συνεχίζει προς τις κοντινότερες μοίρες που βρίσκονται στο παχύ έντερο. Οι περισσότεροι πάσχοντες από ελκώδη κολίτιδα η νόσος περιορίζεται κυρίως στο ορθό και το σιγμοειδές. Ωστόσο, πιθανή εξέλιξη της νόσου μπορεί να προσβάλει όλο το παχύ έντερο έως και την είλεοτυφλική συμβολή. Η έναρξη της ελκώδους κολίτιδας γίνεται από πιθανή φλεγμονή στη βάση των κρυπτών Lieberkuhn, οι οποίες βρίσκονται στην μοίρα της περιφέρειας του παχέος εντέρου αλλά και στο ορθό (Zhang & Li., 2014).

Από τους βασικούς παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν ελκώδη κολίτιδα είναι τα ψυχολογικά αίτια και τα λοιμώδη αίτια. Μάλιστα με αναφορά στη δεύτερη ομάδα αιτίων, κάθε φλεγμονώδης πάθηση στο έντερο ίσως σχετίζεται με τη σύνθεση της χλωρίδας του εντέρου. Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι που παρατηρούνται στο έντερο εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες και ίσως η ελκώδης κολίτιδα να είναι η εκδήλωση της δράσης διαφόρων αιτίων λόγω λοιμώξεων ή μη. Ακόμη, το λοιμώδες αίτιο που υποτίθεται είναι υπεύθυνο για την κατάσταση αυτή ίσως προκαλεί φλεγμονώδεις αντιδράσεις και καταστρέφει τους μηχανισμούς άμυνας στον οργανισμό ή τον οδηγούν στην παραμονή της μη καλλιεργήσιμης μορφής (Zhang & Li., 2014).

Όταν λοιπόν ένας άνθρωπος λαμβάνει την κατάλληλη ψυχική και σωματική υποστήριξη, τότε πιθανό να αποφύγει την ελκώδη κολίτιδα. Όμως, όπως υποστηρίζεται από τον Murray (1930), τα άτομα που παρουσιάζουν συναισθηματική ανωριμότητα, ή είναι εξαρτημένα ή έχουν παθητική συμπεριφορά, κυρίως όταν αποχωρίζονται αγαπημένα τους πρόσωπα, τότε το άγχος τους δημιουργεί ελκώδη κολίτιδα. Έτσι, οι μεταβολές στην αιμάτωση που υφίσταται το εντερικό βλεννογόνο αλλά και η εντερική κινητικότητα, δημιουργούν πολύπλοκες ορμονικές και νευρικές σχέσεις ανάμεσα στο κεντρικό νευρικό σύστημα και στο έντερο. Η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn είναι ασθένειες που προκαλούν χρόνιες ειδικές φλεγμονές, η πρώτη μόνο στο παχύ έντερο, ενώ η δεύτερη σε όλο το πεπτικό σύστημα. Επειδή το έντερο ανταποκρίνεται στα ποικίλα ερεθίσματα με παρόμοιο τρόπο, πολλές φορές η κάθε νόσος δεν γίνεται διακριτή και είναι αρκετά δύσκολη η διαφορική διάγνωση των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου, των εντεροκολιτιδών από φάρμακα, της εκκολπωματικής κολίτιδας κ.α. (Yadav et al., 2016).

Αναλογικά, η ελκώδης κολίτιδα μπορεί να γίνει εμφανής σε 35 έως 100 άτομα σε πληθυσμό περίπου 100.000 όπως παρατηρήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Οι

παράγοντες που επηρεάζουν την ελκώδη κολίτιδα δεν είναι διατροφικοί, εντούτοις κάποιες αλλαγές στη διατροφή ίσως βοηθήσουν τον ασθενή να παρουσιάσει βελτίωση. Όσον αφορά επίσης το οικογενειακό ιστορικό, αν αυτό είναι θετικό τότε υπάρχει μια πιθανότητα 17% στους ασθενείς η νόσος να υπάρχει εξαιτίας αυτού (O'Connor et al., 2014).

Η ελκώδης κολίτιδα μπορεί να επηρεάσει έναν άνθρωπο σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά συνήθως παρατηρείται σε νεαρά άτομα και εφήβους, ενώ η συχνότητά της αυξάνεται έως και τα 50 έτη. Τα συμπτώματα σε κάθε άτομο κάποιες φορές βρίσκονται σε ύφεση και κάποιες άλλες φορές σε έξαρση. Συχνά η ελκώδης κολίτιδα παρουσιάζεται στους μη καπνιστές ή τοξυ πρώην καπνιστές, άρα η νόσος δεν επηρεάζει ιδιαίτερα τους ενεργούς καπνιστές, ενώ παρατηρείται ότι μπορεί να σημειωθεί επιδείνωση σε περίπτωση που ένας ενεργός καπνιστής διακόψει το κάπνισμα. Τέλος η εκτομή του σκωληκοειδούς πριν από τα 20 έτη μπορεί να ελαττώσει πιθανό κίνδυνο της ελκώδους κολίτιδας. Παλαιότερα η νόσος επηρέαζε κυρίως το γυναικείο πληθυσμό, ωστόσο πρόσφατες πηγές αναφέρουν ότι δεν υπάρχει διαφορά της εκδήλωσης της νόσου στο αντρικό και το γυναικείο φύλο (O'Connor et al., 2014).

Πιθανές φλεγμονές στο βλεννογόνο του κόλου προσβάλλουν σχεδόν πάντα το ορθό του οποίου οι φλεγμονές συνεχίζουν να επεκτείνονται σε ολόκληρο τον ιστό και σε διαφορετικές εκτάσεις, χωρίς να επηρεάζει τις περιοχές στο ενδιάμεσο. Τα στοιχεία των ιστών περιλαμβάνουν τα κρυπτικά αποστήματα, φλεγμονές, βλάβες, επιθηλιακή βλάβη αλλά και απώλεια στα καλυκοειδή κύτταρα. Υπολογίζεται ότι περίπου το 1/3 από τους ασθενείς που πάσχει από τη νόσο της ελκώδους κολίτιδας εμφανίζει κυρίως ορθοσιγμοειδίτιδα και παραμένει στο στάδιο αυτό. Τα 2/3 των ασθενών που απομένουν εκδηλώνουν τη νόσο στην καμπή της σπλήνας, παθαίνουν επομένως αριστερή κολίτιδα, η οποία μπορεί να επεκταθεί και πιο κεντρικά με προορισμό το παχύ έντερο. Στην περίπτωση αυτή παρουσιάζεται πανκολίτιδα ή αλλιώς εκτεταμένη κολίτιδα.

Νόσος του Crohn

Η νόσος του Crohn είναι μια χρόνια, τμηματική εντοπισμένη κοκκιωματώδης ασθένεια που μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε μέρος ολόκληρης της γαστρεντερικής οδού από το στόμα μέχρι τον πρωκτό. Η νόσος του Crohn εκδηλώνεται με ποικίλη συμπτωματολογία αναλόγως την προσβολή και τη σοβαρότητα που έχει η φλεγμονή. Τα συμπτώματα συνήθως περιλαμβάνουν πυρετό, κοιλιακό άλγος, διάρροια ενώ αν έχουν πραγματοποιηθεί χειρουργικές επεμβάσεις στο παρελθόν θα πρέπει να λαμβάνοντα σοβαρά υπόψη κατά τη διάγνωση. Συνήθως κάθε φυσική εξέταση εστιάζει κυρίως στη γενική κατάσταση της παρουσίας που έχει ο πυρετός όπως και στη θρέψη, την κοιλιακή μάζα και την κοιλιακή ευαισθησία (Wang & Achkar, 2015).

Η κλινική μορφή της νόσου του Crohn εκδηλώνεται ως χρόνια φλεγμονώδης νόσος με άτομα που παρουσιάζουν τελική ειλειτίδα ή ειλεοκολίτιδα. Κάθε άτομο που παρουσιάζει τη συγκεκριμένη ασθένεια φαίνεται να παρατηρεί ορισμένα από τα συμπτώματα αδυναμίας, απώλειας βάρους, πυρετού, και φαίνεται να είναι καταπονημένο. Επιπλέον ίσως να παρουσιάζεται κοιλιακό κωλικοειδές άλγος σε έναν ασθενή, σταθερό άλγος δεξιού κάτω κοιλιακού τεταρτημόριου ή περιομφαλικό άλγος. Μέσω της φυσικής εξέτασης μπορεί να γίνει διακριτή η εστιακή ευαισθησία που εντοπίζεται συνήθως στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Στο κατώτερο μέρος της κοιλιάς μπορεί να ανιχνευτεί με την ψηλάφηση ευαίσθητη μάζα, εξαιτίας των παχυσμένων ή κολλημένων ανάμεσά τους φλεγμαινουσών ελίκων των εντέρων (Wang & Achkar, 2015).

Ακόμη, μπορούν να δημιουργηθούν συρίγγια με τη συνοδεία ή όχι κάποιας λοίμωξης. Σε ορισμένους ασθενείς εμφανίζονται συριγγώδεις πόροι που πολλές φορές τείνουν να διαπεράσουν τα τοιχώματα των εντέρων και να δημιουργήσουν συρίγγια σε αρκετά σημεία. Όσα από αυτά τα συρίγγια είναι εμφανή στο μεσεντέριο δεν οδηγούν σε συμπτώματα αλλά δημιουργούν απόστημα εντός της κοιλιάς ή στο οπισθοπεριτονακό απόστημα. Η εκδήλωσή των συμπτωμάτων γίνεται με πυρετό, με λευκοκυττάρωση, ευαισθησία στη μάζα της κοιλιάς, ή φρίκια. Τα συρίγγια από το παχύ έντερο προς το λεπτό έντερο και το στομάχι ευθύνονται για την ανάπτυξη βακτηρίων και οδηγούν σε διάρροια, απώλεια βάρους ή και χαμηλής ποιότητας θρέψη (Regueiro et al., 2017).

Τέλος μπορεί η νόσος του Crohn να εκδηλωθεί με απόφραξη των εντέρων, δηλαδή με στένωση στ λεπτό έντερο που οδηγεί σε σπασμούς, φλεγμονές, ινωτική στένωση. Αρκετά άτομα που πάσχουν από την εντερική απόφραξη δηλώνουν ότι έχουν τυμπανισμό έπειτα από το φαγητό, κοιλιακό κωλικοειδές άλγος ή ακόμη και ηχηρό γουργούρισμα. Η ακολουθία αυτής της κατάστασης έχει ως αποτέλεσμα οξεία φλεγμονή, η οποία μπορεί να ανιχνευτεί κυρίως τα άτομα με χρόνια νόσο και ίνωση χωρίς την παρουσία επιπλέον συμπτωμάτων ή φλεγμονών (Gomollón et al., 2017).

- **Αιτιοπαθογένεια**

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα αίτια που δημιουργούν την ελκώδη κολίτιδα. Ωστόσο η άποψη που επικρατεί είναι πως η νόσος αφορά την περίπλοκη αλληλεπίδραση που υπάρχει στους γενετικούς παράγοντες και το περιβάλλον όπου ζει ένα άτομο. Θα πρέπει να επισημάνουμε ότι έπειτα από μελέτη χρωμοσωμάτων που δείχνουν προδιάθεση για την εμφάνιση της νόσου, φάνηκε πως δεν μπορούν να προκαλέσουν από μόνα τους φλεγμονή. Έτσι κάποιες φορές ορισμένοι παράγοντες φαίνεται να έχουν επίδραση στην εκδήλωση της νόσου. Οι παράγοντες αυτοί είναι βακτήρια, ιοί, το άγχος, μειωμένη ή λανθασμένη αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος, το κάπνισμα, τα συντηρητικά που υπάρχουν στα τρόφιμα, η λήψη φαρμάκων με αντιρευματική δράση κ.α. Τέλος ένας εκ των παραγόντων αυτών είναι και οι ψυχολογικοί παράγοντες, οι οποίοι δεν γνωρίζουμε αν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την εκδήλωση της νόσου, όμως ίσως δημιουργεί περισσότερα προβλήματα στην ήδη υπάρχουσα νόσο.

Αν και οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου δεν είναι αποτέλεσμα της κληρονομικότητας, ωστόσο αν υπάρχει συγγένεια με άτομα που πάσχουν απ τη νόσο, τότε υπάρχει τριπλάσια πιθανότητα να εμφανιστεί αυτή και σε κάποιο άλλο συγγενικό μέλος εν συγκρίσει με άτομα που δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό των Ιδιοπαθών Φλεγμονώδων Νόσων του Εντέρου.

- **Διάγνωση**

Η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας βασίζεται κατά κύριο λόγο στο ιστορικό, στη μακροσκοπική και μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων ενώ σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην παρουσία των χαρακτηριστικών αλλοιώσεων του εντερικού βλεννογόνου που διαπιστώνονται με την ενδοσκόπηση. Μέσω μιας ακτινολογικής μελέτης είναι δυνατόν να λάβουν οι επαγγελματίες υγείας κάθε απαραίτητη πληροφορία. Πάραυτα η τελική επιβεβαίωση και οριστικοποίηση της διάγνωσης μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ιστολογικής εξέτασης από διάφορα δείγματα βλεννογόνου του ορθού ή από άλλες περιοχές του παχέος εντέρου (Mowat et al., 2014).

Επιπλέον, μέσω της κλινικής εξέτασης ο επαγγελματίας υγείας που αναλαμβάνει τον ασθενή μπορεί να εκτιμήσει καλύτερα την κατάσταση σε ευρύτερο πλαίσιο και να εντοπίσει χαρακτηριστικά σημεία όπως η ύπαρξη αφυδάτωσης, ο πυρετός και η ταχυκαρδία που συνιστούν τα πιο βασικά και συνεπώς τα πιο αξιόπιστα σημάδια της νόσου αυτής. Άλλα σημάδια που βοηθούν στην διάγνωση είναι η ύπαρξη αναιμίας (ωχρότητα) και υπολευκωματιναιμίας (οίδημα), αλλά και οι εξωεντερικές εκδηλώσεις όπως πληκροδακτυλία, ίκτερος, αρθρίτις, ιρίτις, αφθώδης στοματίτιδα, οζώδες ερύθημα κ.λπ. Επιπλέον, η φυσική εξέταση αποτελεί μια σημαντική διαδικασία προκειμένου να ανιχνευθούν σε πρώιμο στάδιο οι τοπικές επιπλοκές. Στην πλειοψηφία όμως των περιπτώσεων που σημειώνεται κολίτιδα ήπιας ή μέτριας βαρύτητας, η φυσική εξέταση είναι τελείως αρνητική εκτός από την παρουσία ελαφράς ευαισθησίας στην ψηλάφηση της κοιλιάς. Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος δείχνει συνήθως φυσιολογικά ευρήματα σε περιπτώσεις ήπιας ή μέτριας βαρύτητας. Σε βαρύτερες μορφές της νόσου με παρατεταγμένη συμπτωματολογία ανευρίσκεται σιδηροπενία και υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία. Η ενεργός δραστηριότητα της νόσου συνδέεται σε πολλές περιπτώσεις με την αύξηση της TKE και της CRP, των ορομουκοειδών και του αριθμού των αιμοπεταλίων (Magro et al., 2014).

- **Διαφορική Διάγνωση**

Μια από τις δυσκολίες που παρουσιάζονται κατά τη διάγνωση της νόσου είναι η διάκριση που υπάρχει ανάμεσα στην προσβολή της οξείας κολίτιδας από τη λοίμωξη. Τα υδαρή κόπρανα (διάρροια) που διαρκούν για διάστημα άνω των 10 ημερών δεν αποτελούν αποτέλεσμα κάποιας λοίμωξης, κυρίως στις χώρες της Δύσης. Ωστόσο το ιστορικό που υπάρχει στα ταξίδια του εξωτερικού, η λήψη αντιβιοτικών ή η επαφή των ομοφυλοφίλων δείχνουν ότι επρόκειτο για λοίμωξη. Προχωρώντας σε εξέταση των κοπράνων, η καλλιέργειά τους αλλά και ο έλεγχος για κάποια κύστη ή αυγά, η μελέτη για πιθανή εμφάνιση της τοξίνης *Clostridium difficile*, η καλλιέργεια αίματος αλλά και οι ορολογικές εξετάσεις για λοιμώξεις μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση της νόσου. Επιπλέον, μέσω της βιοψίας στο βλεννογόνο μπορεί να υπάρξει διαχωρισμός της ελκώδους κολίτιδας από την αμοιβαδική (Ha et al., 2015).

Η ανίχνευση του βακτηρίου *escherichia coli* και το *escherichia coli* 0157: H7 που διεισδύουν στο έντερο δεν ανιχνεύονται μέσω βακτηριολογικών καλλιεργειών. Η κολίτιδα από κυτταρομεγαλοϊό CMV γίνεται εμφανής στα άτομα με καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, κυρίως στα οροθετικά άτομα (AIDS), των οποίων η διάγνωση γίνεται με βιοψία του βεννογόνου. Πιθάνες λοιμώξεις από χλαμύδια, γονόρροια, σύφιλη ή έρπητα θα πρέπει να γίνεται έλεγχος σε όσους ασθενείς παρουσιάζεται πρωκτίτιδα. Στους ασθενείς που είναι ηλικιωμένοι και έχουν παρουσιάσει καρδιαγγειακή νόσο, η ισχαιμική κολίτιδα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στο ορθοσιγμοειδές. Τέλος άτομα που παρουσιάζουν ασθένεια και έχουν ιστορικό με ακτινοβολήση της πυέλου, μπορεί να εκδηλώσουν ακτινική πρωκτίτιδα κάποιους μήνες ή και χρόνια μετέπειτα (Ha et al., 2015).

Η νόσος του Crohn αποτελεί ασθένεια που μπορεί να εντοπιστεί ως φλεγμονή και να παρουσιάσει ανάπτυξη σε οποιοδήποτε μέρος του πεπτικού σωλήνα, ο οποίος έχει ως αφετηρία το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό. Συνήθως εμφανίζεται στο σημείο που ενώνεται το λεπτό έντερο με το παχύ έντερο, στον τελικό ειλεό δηλαδή. Τα αίτια που προκαλούν τη νόσο του Crohn παραμένουν μέχρι και σήμερα άγνωστα. Είναι γνωστό ωστόσο ότι αποτελεί αυτοάνοσο νόσημα και σε συνδυασμό με την ελκώδη κολίτιδα συχνά γίνεται αναφορά τους ως ιατρικός όρος με την ονομασία «ιδιοπαθής φλεγμονώδης εντερική νόσος- IΦΕΝ». Πολλοί είναι οι παράγοντες που αιτιολογούν την εμφάνιση της νόσου του Crohn, οι οποίοι είναι κυρίως περιβαλλοντικοί και γενετικοί. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η αιτιολογία της εμφάνισης της νόσου του Crohn παραμένει άγνωστη, εντούτοις στη σημερινή εποχή γίνεται προσπάθεια αποκωδικοποίησης των γενετικών τόπων που έχουν

άμεση σχέση με τη νόσο και την εμφάνισή της. Οι γενετικοί παράγοντες ίσως είναι σημαντικοί για την προδιάθεση της νόσου όμως δεν μπορούν από μόνοι τους να προκαλέσουν την νόσο. Η κληρονομικότητα παρατηρείται μέσω της επιδημιολογίας, αλλά τεκμηριώνεται τα τελευταία 10 έτη μέσω της μοριακής γενετικής (Baumgart & Sandborn, 2012).

Ο κίνδυνος των ατόμων με α' βαθμό συγγενείας να παρουσιάσουν τη νόσο Crohn υπολογίζεται ότι είναι αυξημένος κατά 14 έως και 15 φορές από τα υπόλοιπα άτομα. Επίσης, φαίνεται πως η νόσος εκδηλώνεται συχνότερα σε μονοζυγωτικά δίδυμα, αν ένα από αυτά εκδηλώνει τη νόσο σε ποσοστό 58% έως και 67%. Επιπροσθέτως, η νόσος του Crohn έχει παρατηρηθεί στην οικογενή διασπορά σύμφωνα με τον κάθε τύπο της νόσου, για παράδειγμα συριγγοποιητικό, στενωτικό κ.α. Ακόμη, πολλοί μελετητές αναφέρουν ότι οι απόγονοι όσων παρουσιάζουν την νόσο εμφανίζουν σε μικρότερη ηλικία από τους γονείς τους τα συμπτώματα της νόσου και έτσι γίνεται αντιληπτό αν πάσχουν από αυτή. Επίσης, έχει διαπιστωθεί επιστημονικά ότι η νόσος εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα με Εβραϊκή καταγωγή που ζουν στην Ανατολική Ευρώπη σε αντίθεση με τους υπόλοιπους κατοίκους στην ίδια περιοχή. Ακόμη, τα ειδικά αντισώματα (anti-saccharomyces cerevisiae, παγκρεατικά αντισώματα) υπάρχουν σε μεγαλύτερη συχνότητα στα φαινομενικά υγιή άτομα μιας οικογένειας που εμφανίζει τη νόσο του Crohn από ότι στο γενικό πληθυσμό. Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το έτος 1996 το NOD2 γονίδιο στο χρωμόσωμα 16 (16q , 12) σχετίζεται άμεσα με τη νόσο του Crohn και για αυτό το λόγο έλαβε την ονομασία Iocus IBD1, που αποτελεί γονιδιακό τόπο Της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Εντερικής Νόσου (ΙΦΕΝ). Στη σημερινή εποχή έχουν ανιχνευτεί τουλάχιστον 3 πολυμορφισμοί του γονιδίου NOD2/CARD15 (Devlen et al., 2014).

Η νόσος του Crohn, δεν οφείλεται στην κληρονομικότητα αλλά φαίνεται πως η κληρονομικότητα επιβαρύνει ως ένα βαθμό το άτομο. Η επιβάρυνση αυτή αφορά τα γονίδια που μεταβιβάζονται σε ένα άτομο ή το συνδυασμό τους, ενώ τα περισσότερα από αυτά τα γονίδια μπορούν να κωδικοποιήσουν τους παράγοντες που σχετίζονται με τις ανοσολογικές διεργασίες. Ένα ανοσολογικό σύστημα λοιπόν που παρουσιάζει ευαισθησία, χρειάζεται τα κατάλληλα αντιγόνα, ώστε να πυροδοτηθεί η φλεγμονή των διεργασιών που τελικά οδηγούν στην ιδιοπαθή φλεγμονώδη εντερική νόσο. Αρκετά βακτήρια και μικροοργανισμοί θεωρούνται υπεύθυνα για την εμφάνιση της νόσου όπως είναι τα χλαμύδια, το μυκοβακτηρίδια, τα παράσιτα, τα Λιστέρια, τα γερσίνια, ο παραμυξιδίος της ιλαράς κ.α. Τέλος, το mycobacterium paratuberculosis μπορεί να προκαλέσει τη νόσο του Johne's, νόσου που γίνεται παρατηρήσιμη στα μηρυκαστικά και ομοιάζει αρκετά με τη νόσο του Crohn (Ha & Khalil, 2015).

Η άποψη που επικρατεί σήμερα είναι πως, δεν χρειάζεται να υπάρχει κάποιος παθογόνος μικροοργανισμός, αλλά να υπάρχει χλωρίδα σε φυσιολογικά επίπεδα στο

έντερο ώστε να πυροδοτείται η πρώτη φλεγμονώδης αντίδραση. Η νόσος του Crohn παρουσιάζει γεωγραφικές διαφοροποιήσεις καθώς η συχνότητά του αυξάνεται στις ανεπτυγμένες κοινωνίες του δυτικού πολιτισμού, ενώ φαίνεται πως οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν την εκδήλωσή της νόσου αυτής όσο και οι γενετικοί παράγοντες. Επιπλέον, όσον αφορά την περίοδο του θηλασμού, κάποιες έρευνες έδειξαν πως αυτός μπορεί να βοηθήσει στην προστασία της εκδήλωσης της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Εντερικής Νόσου (ΙΦΕΝ) Πιθανότατα, το γάλα της μητέρας συμβάλλει θετικά στην πρόωμη ωρίμανση των ανοσολογικών αντιδράσεων στο γαστρεντερικό σύστημα που αναπτύσσεται καθημερινά. Ακόμη, φαίνεται πως η νόσος του Crohn εμφανίζεται πιο συχνά στα κατώτερα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα καθώς στα ανώτερα στρώματα τηρούνται οι συνθήκες υγιεινής και τα παιδιά δεν εκτίθενται σε αντιγόνα που υπάρχουν στο περιβάλλον (Ha & Khalil, 2015).

Κίνδυνο αποτελεί η λήψη αντιβιοτικών στην παιδική ηλικία, καθώς επίσης και η λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και αντισυλληπτικών δισκίων. Όπως γίνεται αντιληπτό, η κατανάλωση αντισυλληπτικών χαπιών μπορούν να οδηγήσουν σε θρομβώσεις που αυξάνονται με τη νόσο του Crohn, ενώ τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα μπορούν να αυξήσουν τη διαπερατότητα που έχει το βλεννογόνο του εντέρου. Μελέτες που έγιναν σχετικά με τις διαιτητικές συνήθειες των ασθενειών που σχετίζονταν με την ΙΦΕΝ, κατέληξαν πως τα συμπτώματα αυξήθηκαν μαζί με την κατανάλωση περισσότερης ποσότητας ζάχαρης και λιγότερης κατανάλωσης λαχανικών και φρούτων. Βέβαια η διαπίστωση αυτή ίσως δεν ευσταθεί διότι τα συμπτώματα της νόσου επιδεινώνονται με τη λήψη τροφών πλούσια σε υπολείμματα. Τέλος, κίνδυνο αποτελεί το κάπνισμα για την επιδείνωση της νόσου, καθώς αυτό επηρεάζει 3 μηχανισμούς, δηλαδή τη διαπερατότητα του βλεννογόνου, την παραγωγή κυτταροκινών και την πρόκληση αγγειακών εμφράκτων

- **Πρόληψη**

Σε κάθε περίπτωση η πρόληψη είναι πολύ σημαντικό ζήτημα. Το γαστρεντερικό σύστημα μπορεί να προκαλέσει σημαντικά προβλήματα στο άτομο. Απαραίτητο λοιπόν είναι καθένας από εμάς να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην διατροφή του, η οργάνωση και τήρηση μιας φυσιολογικής ισορροπημένης διατροφής μπορεί να ενισχύει την διαδικασία της πέψης. Ύψιστος είναι επίσης ο ρόλος της στοματικής υγιεινής. Όταν διατηρείται σε ορθά επίπεδα, μπορεί να βοηθήσει στην συνολική προαγωγή της υγείας. Επιπλέον το σωματικό βάρος θα πρέπει να διατηρείται σε επίπεδα που κρίνονται φυσιολογικά. Σε επόμενο σημείο είναι σημαντικό να αναπτύσσονται υγιείς μηχανισμοί αντιμετώπισης. Το άγχος θα πρέπει να περιορίζεται προκειμένου να προλαμβάνεται η δημιουργία ελκών και χρόνιου ερεθισμού του εντέρου. Τέλος, αν και εφόσον πραγματοποιηθεί ταυτοποίηση των τροφίμων που υπεύθυνα για τις φλεγμονές εντέρου ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να τα αποφεύγει και να προσαρμόσει στις ανάγκες του την καθημερινή του διατροφή.

- **Θεραπεία**

Οι στόχοι της θεραπείας των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου είναι η επίτευξη ύφεσης της φλεγμονής δηλαδή η επιμήκυνση των χρονικών διαστημάτων όπου ο ασθενής είναι ελεύθερος συμπτωμάτων και η διατήρηση της καθώς και η αποκατάσταση της θρέψης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Παρά τις προόδους, τόσο στην φαρμακευτική αγωγή όσο και στις χειρουργικές τεχνικές, οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn αποτελούν μια ειδική ομάδα χρόνιων πασχόντων ασθενών, που χρειάζονται όχι μόνο ιατρική, αλλά και οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη. Η φύση των παθολογικών αυτών καταστάσεων απαιτεί μια στενή συνεργασία γαστρεντερολόγων, χειρουργών, ακτινολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών, καθώς και νοσηλευτών με ειδική εκπαίδευση στην αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών και με δυνατότητα να περιποιούνται τις στομίες (Αβραμίκι και συν., 2013).

Η φαρμακευτική θεραπεία στην οξεία φάση των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου στηρίζεται στην χορήγηση ισχυρών ανοσοκατασταλτικών σκευασμάτων όπως κορτικοστεροειδή, αντισώματα έναντι του παράγοντα TNE κ.α. με τα οποία επιτυγχάνετε συνήθως ύφεση της φλεγμονώδους διεργασίας και κλινική ύφεση των γαστρεντερικών και εξωεντερικών εκδηλώσεων των νόσων. Διατήρηση της ύφεσης επιδιώκεται με χορήγηση ανοσοκατασταλτικών και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Αντιβιοτικά χορηγούνται σε συνδυασμό με τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα σε μικροβιακές επιπλοκές ή συρίγγια. Τέλος προβιοτικά σκευάσματα που περιέχουν ζώντες μικροοργανισμούς και μεταβάλουν την εντερική χλωρίδα έχουν δοκιμαστεί θεραπευτικά στις φλεγμονώδεις νόσους του

εντέρου . Συγκεκριμένα ένα προβιοτικό σκεύασμα που περιλαμβάνει 3 είδη *Bifidobacterium*, 4 είδη λακτοβακίλων και 1 είδος στρεπτόκοκκου έχει δείξει καλά

αποτελέσματα στην διατήρηση της ύφεσης τόσο της ελκώδους κολίτιδας όσο και της νόσου του Crohn (Αβραμικά και συν., 2013).

Θεραπεία Ελκώδους Κολίτιδας

Η θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από το σημείο του παχέος εντέρου το οποίο έχει προσβληθεί. Στην περίπτωση της πρωκτίτιδας χορηγούνται ανάλογα υπόθετα μεσαλαμίνης 500mg. Πιο συγκεκριμένα η ημερήσια συνιστώμενη ποσότητα είναι 2 υπόθετα την ημέρα για ένα διάστημα 1-2 μηνών. Επιπλέον είναι δυνατόν να χορηγηθούν υπόθετα ή αφρός υδροκορτιζόνης. Στην περίπτωση της ορθοσιγμοειδίτιδας χορηγούνται υποκλυσμοί μεσαλαμίνης, Asacol σκεύασμα 5-A5A δόση 800-1600mg 3/ημερα, σουλφασαλαζίνη 2-4mg ημερησίως σε 2-4 δόσεις μαζί με αυτό θα πρέπει να χορηγείται και φυλικό οξύ 1mg λόγω δυσασπορρόφησης του. στην σοβαρή νόσο χορηγούνται ενδοφλέβια στεροειδή, ενώ στην μέτρια προς σοβαρή ελκώδη κολίτιδα έχει εγκριθεί για της θεραπεία της το μονοκλωνικό αντίσωμα golimumab (Simponi) το οποίο επιλέγεται σε ενήλικες που είναι ανθεκτικοί σε άλλη θεραπεία ή που απαιτούν συνεχή θεραπεία με στεροειδή. Στην θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας το φάρμακο χορηγείται υποδορίως την εβδομάδα κατά την έναρξη της νόσου ή τουλάχιστον την εβδομάδα που πραγματοποιείται η διάγνωση. Σε επόμενο στάδιο, αυτό γίνεται κατά την 2^η εβδομάδα της νόσου και έπειτα κάθε μήνα. Οι πιο συνηθισμένες επιπλοκές στην θεραπεία με golimumab είναι η λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού και ερυθρότητα στο σημείο της ένεσης. Εξαιτίας της ανοσοκατασταλτικής δράσης του golimumab οι νοσούντες που δέχονται αυτή την θεραπεία παρουσιάζουν σημαντικό κίνδυνο να σημειωθούν σοβαρές λοιμώξεις. Πιθανό επίσης είναι να εκδηλωθούν συμπτώματα όπως η φυματίωση, η σηψαιμία, οι διηθητικές μυκητιασικές λοιμώξεις και άλλες ευκαιριακές λοιμώξεις. Προτού ξεκινήσει ο θεραπευόμενος την θεραπεία με golimumab ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να επιβεβαιώσει ότι ο ασθενής του δεν έχει εν τέλει παρουσιάσει λανθάνουσα φυματίωση. Σε κάθε τέτοια περίπτωση η αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι άμεση. Σε περιπτώσεις που η ελκώδης κολίτιδα δεν μπορεί να ανταποκριθεί άμεσα και εγκαίρως στην συντηρητική θεραπεία μπορεί να παρουσιαστεί μείζων επιπλοκή και να εκτελεστεί χειρουργική πρωκτοκολεκτομή με σχηματισμό νεοληκύθου (Drug Watch 2013).

Θεραπεία Νόσου του Crohn

Σε μέτρια νόσο : χορηγείται 5- αμυνοσαλικυλικά, σαλφασαλαζίνη, Asacol σε δόση 800-1600mg 3 την ημέρα, Pentasa 1gr 4 την ημέρα, μετρονιδαζόλη σε δόση 250- 500mg 3 την ημέρα για 12 εβδομάδες και σιπροφλοξασίνη. Σε μέτρια προς σοβαρή νόσο :χορηγείται πρεδνιζόλη σε δόση 40-60mg κάθε μέρα και μειώνεται κατά 5mg κάθε εβδομάδα, βουδεσονίδη, αζαθεταπρίνη ή 6- μερκαπτοπουρίνη σε δόση 2-2,5 mg/kg κατά της 6 mp 1-

1,5mg/kg Σοβαρή νόσο : χορηγείτε μεθοτρεξάτη , κυκλοσπορήνη και infliximab (Garcia et al., 2014).

Χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου του Crohn επιλέγεται μονάχα όταν ο ασθενής βρίσκεται σε επικίνδυνη κατάσταση και έχει παρουσιάσει επικίνδυνες επιπλοκές. Η νόσος του Crohn παρουσιάζει στις μέρες μας υψηλή νοσηρότητα αλλά ταυτόχρονα χαμηλή θνησιμότητα. Πάραυτα, η συντηρητική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει μια καλή ποιότητα ζωής. Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το ζήτημα αυτό της ποιότητας ζωής μπορεί να ασκήσει έντονη επίδραση στην περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει εκτεταμένη ανθεκτική νόσο του Crohn ή εκτεταμένες χειρουργικές εκτομές λεπτού εντέρου. Κατ' επέκταση, είναι απαραίτητη η προσεκτική και συνεχείς διατροφική υποστήριξη και παρακολούθηση των ασθενών (Ahmed et al., 2016).

Β' ΜΕΡΟΣ

B. Ο ρόλος του Νοσηλευτή

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια επιτυχή εκτίμηση της κατάστασης του εκάστοτε ασθενούς είναι η λήψη νοσηλευτικού ιστορικού από την πλευρά του νοσηλευτή ο οποίος θα πρέπει να λάβει μια σειρά από απαραίτητες πληροφορίες αφού πρώτα θέσει τις κατάλληλες ερωτήσεις. Σημαντικές είναι οι πληροφορίες που αφορούν το οικογενειακό ιστορικό φλεγμονώδους πάθησης του εντέρου καθώς και προηγούμενες ή τρέχουσες θεραπείες για τη νόσο. Δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να ξεχνά να ρωτά για περιπτώσεις και χρονοδιάγραμμα τυχόν χειρουργικής επέμβασης ενώ από τις πιο σημαντικές ερωτήσεις και απαντήσεις είναι αυτές που σχετίζονται με τις διατροφικές συνήθειες του ασθενούς. Αναφορικά με την διατροφή θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα σε τρόφιμα στα οποία ο ασθενής έχει δυσανεξία. Από αυτές τις τροφές οι πιο συνήθεις είναι τα γαλακτοκομικά. Σε επόμενο στάδιο για μια ολοκληρωμένη εκτίμηση χρειάζεται να ρωτήσει για τα πιο ειδικά συμπτώματα και τον συνδυασμό αυτών (κοιλιακό άλγος, απώλεια βάρους και συσπάσεις, διάρροια κ.ά) αλλά και για την συχνότητα των καθημερινών του κενώσεων και σχετικές λεπτομέρειες. Οφείλει επίσης ο νοσηλευτής να εξετάζει προσεκτικά τα ζωτικά σημεία. Χαρακτηριστικό είναι πως σε φυσιολογικά επίπεδα ο ασθενής παρουσιάζει την νόσο στην ήπια μορφή της, ενώ σε σοβαρότερες περιπτώσεις ο χαμηλός πυρετός είναι χαρακτηριστικό σημάδι. Σε κάθε περίπτωση ο νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με τον κίνδυνο βλάβης του εντέρου. Τέλος, σημαντικό είναι να εξεταστεί ο τρόπος ζωής και οι συνήθειες του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα κάθε άτομο που παρουσιάζει φλεγμονές εντέρου είναι χρόνιος και τακτικός καπνιστής, ενώ χαρακτηριστικό είναι πως έχει ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα άγχους. Επιβάλλεται λοιπόν να πραγματοποιηθεί μια συζήτηση και να εξεταστούν πτυχές που αφορούν το κοινωνικό – βιοτικό επίπεδο του ασθενούς (Chadda, 2013).

Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Διάγνωση

Εφόσον ο ασθενής περάσει από το παραπάνω στάδιο, ο νοσηλευτής είναι σε θέση να εξάγει ένα συμπέρασμα και κατ'επέκταση να ολοκληρωθεί η διάγνωση. Οι περιπτώσεις που ο ασθενής αντιμετωπίζει φλεγμονές εντέρου έχουν ως χαρακτηριστικό στοιχείο την επώδυνη διάρροια και το κοιλιακό άλγος τα οποία είναι τόσο έντονα που μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τις καθημερινές δραστηριότητες και την καθημερινή ζωή γενικότερα. Για μια επιτυχημένη διάγνωση και κατ'επέκταση για μια επιτυχημένη και κυρίως άμεση θεραπευτική παρέμβαση, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσέξει σε σημαντικό βαθμό τις λεπτομέρειες αυτές. Σημαντικές επίσης λεπτομέρειες είναι ο έλεγχος των κοπράνων για τυχόν αιμορραγίες. Επιπλέον, θα πρέπει να γίνεται λήψη των ζωτικών οργάνων ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Το ίδιο θα πρέπει να γίνεται και με το σωματικό βάρος του ασθενούς, ακριβώς επειδή η αυξημένη και ταχεία απώλεια σωματικού βάρους σε μικρό χρονικό διάστημα συνεπάγεται την απώλεια όγκου υγρών. Εάν χρειαστεί χορηγούνται αντιφλεγμονώδη και αντιδιαρροϊκά σκευάσματα. Σίγουρα ο ενδιαφερόμενος οφείλει να ακολουθεί πιστά τις οδηγίες που έχουν δοθεί και φυσικά θα πρέπει να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα (O'Connor et al., 2014).

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση

Ο ψυχολογικός τομέας στους ασθενείς με φλεγμονές εντέρου επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό, καθώς τα άτομα αυτά καλούνται να αντιμετωπίσουν μια περίπλοκη πρόκληση. Το ανθρώπινο σώμα είναι προγραμματισμένο από την φύση του να ρυθμίζει και να ελέγχει σημαντικές λειτουργίες. Αυτό δεν επιτυγχάνεται κάθε φορά που συμβαίνει ένα τέτοιο περιστατικό. Οι επιδράσεις είναι άμεσες στο σώμα του ασθενούς και κατ'επέκταση στην ψυχολογική του ισορροπία και στον τρόπο που αντιμετωπίζει την κατάσταση. Ειδικά σε περιπτώσεις που η νόσος είναι προχωρημένη, τα συμπτώματα και η νόσος γενικότερα αρχίζουν να αποτελούν μέρος της ταυτότητας του ασθενούς. Για παράδειγμα, ένα απρόβλεπτο κοιλιακό άλγος ή μια διάρροια μπορεί να αναγκάσει κάποιον να αποχωρήσει επειγόντως από έναν χώρο και να του προκαλέσει σύγχυση και αποδιοργάνωση. Σίγουρα οι

επιπτώσεις από κάθε τέτοια περίπτωση είναι αρνητικές, αλλά φυσικά εξαρτώνται από την προσωπικότητα του ατόμου και των γύρω του (Chadda, 2013).

Δεν είναι λίγοι οι ασθενείς εκείνοι που εκφράζουν τις ανησυχίες τους αναφορικά με την συχνότητα των κενώσεων και την εμφάνιση αίματος σε αυτές. Οι φλεγμονές εντέρου είναι μια χρόνια πάθηση που επηρεάζουν σημαντικά τον ασθενή και του προκαλούν σημαντικά επίπεδα άγχους. Μπορεί επίσης να του δημιουργήσουν συναισθήματα αρνητισμού αλλά και εξάρτησης. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να έχει την ανάγκη να βρίσκεται κοντά σε τουαλέτα συνεχώς, ή να φοβάται να επισκέπτεται μεγάλους και άγνωστους χώρους. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι φλεγμονές εντέρου αποτελούν μια από τις ασθένειες αυτές που ο ασθενής αποκτά μια νέα ταυτότητα, τόσο ιδιωτική όσο και κοινωνική, η οποία διαμορφώνεται βάσει των ατομικών του ιδιαιτεροτήτων. Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αποδεχτεί τη νέα αυτή πρόκληση και όλες της τις ανάγκες. Σε κάθε περίπτωση ο ασθενής θα πρέπει να αποδέχεται την ιδιαιτερότητά του και να μην νιώθει άσχημα για τις ανάγκες του ενώ σημαντικό είναι να αποφευχθεί ο κοινωνικός στιγματισμός (Golik et al., 2014).

Για να επιτύχει κάτι τέτοιο ο νοσηλευτής και ο εκάστοτε επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ενημερώσει έγκαιρα και έγκυρα τον ασθενή για την πάθησή του και να τον προτρέψει να υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Όπως και να χει είναι απαραίτητο το άτομο αυτό να κατέχει τις κατάλληλες δεξιότητες, μεταξύ των οποίων η συναισθηματική νοημοσύνη και η ενσυναίσθηση προκειμένου να δώσει στον ασθενή την ευκαιρία να αισθάνεται οικεία και άνετα μαζί του, αλλά κυρίως να τον εμπιστευτεί και μαζί να ξεπεράσουν το πρόβλημα (Kaitlyn et al., 2018).

Ο ασθενής λοιπόν θα πρέπει να λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση και κυρίως θα πρέπει να αλλάξει τον τρόπο και την στάση ζωής του. επιβάλλεται να αποβάλλει τις πηγές που προκαλούν άγχος και επιβαρύνουν την κατάστασή του. σίγουρα στην διαδικασία αυτή κεντρικό ρόλο έχει η οικογένεια αλλά και η κοινωνία. Στόχος είναι ο ασθενής να αλλάξει τις συνήθειές του αλλά φυσικά να συνεχίσει την κοινωνική αλληλεπίδραση ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να εκπαιδευτεί σχετικά με την αυτοφροντίδα του. Η ποιότητα ζωής του ασθενούς ανεξαρτήτως της κατάστασής του θα πρέπει να διατηρείται σε υψηλά επίπεδα, ενώ επίσης σημαντικό είναι να προλαμβάνονται συμπτώματα κατάθλιψης τα οποία είναι πολύ συχνά σε άτομα μικρότερης ηλικίας. Τέλος, σημαντικό ρόλο κατέχει η ψυχολογική υποστήριξη με στόχο την ποιότητα ζωής σε άτομα τα οποία έχουν χειρουργηθεί (Kozłowska et al., 2014).

Γ' ΜΕΡΟΣ

Γ. ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να διερευνηθεί το ζήτημα που αναπτύχθηκε στα παραπάνω μέρη της εργασίας και να παρουσιαστούν επαρκή στοιχεία τα οποία σχετίζονται με την νόσο και φυσικά με την θεραπεία. Στόχος είναι επίσης να παρουσιαστεί ο ρόλος του νοσηλευτή αλλά και να εξεταστούν νέα δεδομένα που προκύπτουν από την διεθνή αρθρογραφία των τελευταίων ετών.

Υλικά και Μέθοδος

Για τους σκοπούς της έρευνας πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως το Pubmed, το Google Scholar και το Science Direct. Η επιλογή έγινε από άρθρα, μελέτες και ανασκοπήσεις. Το υλικό αποτέλεσαν άρθρα δημοσιευμένα τα τελευταία χρόνια, και συγκεκριμένα άρθρα της τελευταίας τριετίας. Για την εύρεση των άρθρων χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά όπως : inflammatory bowel disease, ulcerative colitis (UC), Crohn's disease (CD), nursing interventions, therapy.

Αποτελέσματα

Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (IBD) αναφέρεται σε μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από χρόνια φλεγμονή της πεπτικής οδού. Οι δύο πιο συχνές από αυτές τις ασθένειες είναι η ελκώδης κολίτιδα (UC) και η νόσος του Crohn (CD). Το IBD επηρεάζει κυρίως τους νέους κατά τη διάρκεια των παραγωγικών τους χρόνων κατά κύριο λόγο και έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Περίπου 80 % των ασθενών αναφέρουν περιορισμούς στην ικανότητα να έχουν μια "κανονική" κοινωνική ζωή λόγω συμπτωμάτων όπως η διάρροια, το κοιλιακό άλγος ή η εξασθένιση. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός τόσο σε όλες τις φάσεις της νόσου, από την εκτίμηση έως την θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Νέα Δεδομένα

Abstract 1^ο

A survey of people with inflammatory bowel disease to investigate their views of food and nutritional issues.

Survey aims were to investigate the dietary concerns, beliefs and opinions of people with inflammatory bowel disease (IBD), and differences between those with Crohn's disease (CD) or ulcerative colitis (UC). A cross-sectional postal questionnaire was sent to people with IBD who were booked into an adult IBD or Gastroenterology clinic over a 6-week period. There were 416 eligible people and 168 (40%) responded. Sixty-four (42%) people indicated that food affects their symptoms a lot or severely. Eighty (51%) respondents indicated that diet was important or extremely important in controlling symptoms. Significantly more people with CD reported meat, fatty foods, chocolate and salad as a trigger than people with UC. Significantly more people with UC reported wheat as a trigger. More people with CD avoided meat and chocolate than UC. This survey highlights the importance of nutrition and diet to people with IBD. Frequent food avoidance was reported. This may impact on nutrition-related health problems.

Περίληψη

Μια έρευνα για άτομα με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου για να διερευνήσουν τις απόψεις τους σχετικά με τα τρόφιμα και τα θρεπτικά θέματα.

Σκοπός της έρευνας των Kinsey & Burden (2016), ήταν να διερευνήσει τις διατροφικές ανησυχίες, τις πεποιθήσεις και τις απόψεις των ανθρώπων με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD) και τις διαφορές μεταξύ των ασθενών με νόσο του Crohn (CD) ή ελκώδη κολίτιδα (UC). Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο εστάλη στους συμμετέχοντες. Στην έρευνα συμμετείχαν άτομα τα οποία είχαν λάβει σχετική διάγνωση και είχαν περάσει μια περίοδο άνω των 6 μηνών σε κλινική ενηλίκων με IBD ή σε κάποια κλινική Γαστρεντερολογία. Υπήρχαν 416 επιλέξιμοι και 168 (40%)

απάντησαν. Από αυτούς, οι 64 (42%) δήλωσαν ότι τα τρόφιμα επηρεάζουν τα συμπτώματά τους πολύ ή σοβαρά. Ογδόντα ερωτηθέντες (51%) έδειξαν ότι η διατροφή ήταν σημαντική ή εξαιρετικά σημαντική για τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Σημαντικά περισσότεροι άνθρωποι με CD ανέφεραν το κρέας, τα λιπαρά τρόφιμα, την σοκολάτα και την σαλάτα ως

φαγητά που δημιουργούσαν επιπτώσεις, πολύ περισσότερο απ' ό,τι τα άτομα με UC. Σημαντικά περισσότεροι άνθρωποι με UC ανέφεραν σιτάρι ως μια προβληματική τροφή. Περισσότεροι άνθρωποι με CD αποφεύγουν το κρέας και τη σοκολάτα σε σχέσεις με τους ασθενείς UC. Αυτή η έρευνα υπογραμμίζει τη σημασία της διατροφής και της δίαιτας για τα άτομα με IBD. Παρατηρήθηκε συχνή αποφυγή τροφής, κάτι το οποίο μπορεί να έχει επιπτώσεις στα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τη διατροφή.

Abstract 2

The lived experience of adults with ulcerative colitis.

The purpose of this study was to explore the experiences of adults living with ulcerative colitis. Research to date has focused on the impact of inflammatory bowel disease, by analysing the responses of persons with ulcerative colitis and Crohn's disease collectively. This article addresses the dearth in literature by exploring the experiences of adults living with ulcerative colitis. An exploratory qualitative phenomenological design was used. Semi-structured interviews were conducted with a purposive sample of 10 adults with ulcerative colitis. Verbatim transcripts were analysed using Interpretative Phenomenological. Three super-ordinate themes emerged from the analysis: 'living with physical discomfort', 'emotional turmoil in living the experience' and 'social interactions'. The participants described a fundamental change in their lifestyle, as a result of physical discomfort and emotional turmoil. Misconceptions held regarding the causes of their disease, further compounded their negative emotional experience. It is of importance that health care professionals understand and explore the unique perspectives of individuals with ulcerative colitis. These perspectives relate to both physical and psychosocial issues. The needs and concerns of persons with ulcerative colitis can then guide the formulation and development of an individualised care plan.

Περίληψη

Η ζωντανή εμπειρία των ενηλίκων με ελκώδη κολίτιδα.

Σκοπός αυτής της μελέτης των Sammut et al. (2015) ήταν να διερευνήσει τις εμπειρίες των ενηλίκων που ζουν με ελκώδη κολίτιδα. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η έρευνα μέχρι σήμερα έχει επικεντρωθεί κατά κύριο λόγο στην επίδραση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, με την ανάλυση των απαντήσεων των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn συλλογικά. Αντιθέτως η προσπάθεια αυτή επικεντρώνεται στη διερεύνηση των εμπειριών των ενηλίκων που ζουν με ελκώδη κολίτιδα. Στην έρευνα συμμετείχαν 10 ενήλικες οι οποίοι έδωσαν συνεντεύξεις εφόσον επιλέχθηκε η ποιοτική μέθοδος. Από την ανάλυση προέκυψαν τρία θέματα υπερσυνόλου: «ζουν με σωματική ταλαιπωρία», «συναισθηματικές αναταραχές στη ζωή της εμπειρίας» και «κοινωνικές αλληλεπιδράσεις». Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν μια θεμελιώδη αλλαγή στον τρόπο ζωής τους, ως αποτέλεσμα σωματικής δυσφορίας και συναισθηματικής αναταραχής. Οι παρερμηνείες που έγιναν σχετικά με τα αίτια της ασθένειάς τους, συνένωναν την αρνητική συναισθηματική τους εμπειρία. Οι ερευνητές ολοκληρώνουν την προσπάθειά τους αυτή αναφέροντας ότι είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν και να διερευνήσουν τις μοναδικές προοπτικές των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα. Αυτές οι προοπτικές αφορούν τόσο τα σωματικά όσο και τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα. Οι ανάγκες και οι ανησυχίες των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα μπορούν στη συνέχεια να καθοδηγήσουν τη διαμόρφωση και την ανάπτυξη ενός εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας.

Abstract 3

Tolerance Limits, Self-understanding, and Stress Resilience in Integrative Recovery of Inflammatory Bowel Disease.

People living with chronic inflammatory bowel disease (IBD) experienced that knowledge about their embodied tolerance limits, diet, mental problem solving, and change

in lifestyle together with integrative health care could promote recovery from their diagnosed disease in calmer periods of suffering. A hermeneutic approach was used to analyze interviews with patients living with IBD outside hospitals. Thirteen young adults between 18 and 45 years of age in calmer phases of IBD participated in the study. Three main themes emerged from the analysis of the interviews: (1) Understanding limits in

embodied tolerance, (2) Restoring balance is creating a new equilibrium, and (3) Creating resilience through integrative care. Anxiety, depression, stress, insomnia, and fatigue are known consequences of IBD and create a lower degree of well-being for the patients. The digestive system is very important in establishing the interface between the body and the external world. Properly functioning digestion, psychosocial stress reduction, and sleep quality are important to rebuild a balanced immune system. Stress resilience during a patient's recovery from IBD requires self-understanding, self-recognition, and psychosocial support from health care professionals at hospital outpatient clinics.

Περίληψη

Όρια ανοχής, αυτογνωσία και ανθεκτικότητα στο στρες στην ολοκληρωτική ανάκτηση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου.

Σχετική έρευνα πραγματοποίησαν και οι Skrautvol & Nå- den, (2017). Στόχος ήταν να εξεταστούν οι εμπειρίες των ασθενών με φλεγμονές εντέρου που πάσχουν από ψυχοκοινωνικό στρες. Στόχος της έρευνας ήταν επίσης να αναδειχθούν οι τρόποι που αυτοί χρησιμοποιούν για να βελτιώσουν τα επίπεδα της υγείας και της ευημερίας τους. Οι άνθρωποι που ζουν με χρόνια φλεγμονώδη νόσο του εντέρου γνωρίζουν ότι η γνώση σχετικά με τα ενσωματωμένα όρια ανοχής τους, τη διατροφή, την επίλυση των διανοητικών προβλημάτων και την αλλαγή του τρόπου ζωής μαζί με την ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη θα μπορούσε να προωθήσει την ανάκαμψή τους από την διαγνωσμένη τους νόσο σε πιο ήρεμες περιόδους που υποφέρουν. Στην παρούσα προσπάθεια οι ερευνητές επέλεξαν την ποιοτική ανάλυση δεδομένων. Συμμετείχαν μάλιστα ασθενείς που ζούσαν με IBD εκτός νοσοκομείων. Πιο συγκεκριμένα συμμετείχαν δεκατρείς νέοι ενήλικες ηλικίας μεταξύ 18 και 45 ετών σε πιο ήρεμες φάσεις της IBD. Από την ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψαν τρία κύρια θέματα: (1) Κατανόηση των ορίων στην ενσωματωμένη ανοχή, (2) Η αποκατάσταση της ισορροπίας δημιουργεί μια νέα ισορροπία και (3) Δημιουργία ανθεκτικότητας μέσω ολοκληρωμένης φροντίδας. Το άγχος, η κατάθλιψη, η αϋπνία και η κόπωση είναι γνωστές συνέπειες του IBD και δημιουργούν χαμηλότερο βαθμό ευεξίας για τους ασθενείς. Το πεπτικό σύστημα είναι πολύ σημαντικό

για τη δημιουργία της διεπαφής μεταξύ του σώματος και του εξωτερικού κόσμου. Η σωστή λειτουργία της πέψης, η μείωση του ψυχοκοινωνικού στρες και η ποιότητα του ύπνου είναι σημαντικές λεπτομέρειες για την ανοικοδόμηση ενός ισορροπημένου ανοσοποιητικού συστήματος. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ανθεκτικότητα του στρες κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης του ασθενούς από το IBD απαιτεί αυτογνωσία και

ψυχοκοινωνική υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας σε νοσοκομειακές κλινικές εξωτερικών ασθενών.

Abstract 4

Identifying disease-specific distress in patients with inflammatory bowel disease.

Inflammatory bowel disease (IBD) imposes a significant burden on patients. The authors have noticed an underlying presence of distress, seemingly distinct from anxiety and depression, in qualitative data collected for previous studies. Disease-related distress has been explored in diabetes, but has not been addressed in IBD. The authors aimed to determine the presence of IBD distress to inform development of a scale for assessing the phenomenon. This three-phase study used (1) a conceptual framework based on diabetes distress to conduct secondary analysis of qualitative data from four previous IBD studies (n=49 transcripts). Patient advisors confirmed the themes identified as causing distress, which guided (2) a focus group with people with IBD (n=8) and (3) items generated from phase 1 and 2 were subsequently used for a modified Delphi survey of IBD health professionals. Five IBD-distress themes were identified: emotional distress; healthcare-related distress; interpersonal/social distress; treatment-related distress; and symptom-related distress. Disease-specific distress in IBD was identified and is distinct from stress, anxiety and depression. Some causes of IBD distress overlap with diabetes distress, but existing diabetes-distress scales do not explain all the distress experienced by people with IBD and development of a new IBD-distress scale is warranted.

Περίληψη

Εντοπισμός της ασθένειας που σχετίζεται με την ασθένεια σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Οι Woodward et al. (2016) παρατήρησαν μια υποκείμενη παρουσία δυσφορίας, φαινομενικά διακριτή από το άγχος και την κατάθλιψη, σε ποιοτικά στοιχεία που συλλέχθηκαν για προηγούμενες μελέτες όπου το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς με φλεγμονές εντέρου. Σίγουρα, καθεμία από τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (IBD) επιβάλλουν σημαντική επιβάρυνση στους ασθενείς. Οι συγγραφείς στόχευαν να προσδιορίσουν την ύπαρξη δυσφορίας στους ασθενείς με IBD για να ενημερώσουν την ανάπτυξη μιας κλίμακας για την αξιολόγηση του φαινομένου. Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκε μια μεικτή μεθοδολογία με δευτερογενή ανάλυση δεδομένων από προγενέστερες έρευνες, συζήτηση σε ένα focus group και έρευνα σε επαγγελματίες υγείας. Συμπερασματικά οι ερευνητές εντόπισαν πέντε θέματα IBD-κινδύνου: την συναισθηματική δυσφορία, την σχετική με την υγειονομική περίθαλψη διαπροσωπική / κοινωνική αναταραχή, την αγωνία που σχετίζεται με τη θεραπεία και άγχος που σχετίζεται με τα συμπτώματα.

Abstract 5

Psychiatric illnesses in inflammatory bowel diseases - psychiatric comorbidity and biological underpinnings.

Inflammatory bowel disease is a group of chronic medical conditions comprising Crohn's disease and ulcerative colitis that involves increased frequency of mental disorders. The most common psychiatric disorders in inflammatory bowel disease are depression and anxiety, however, some epidemiologic and biological evidence suggest that other disorders like bipolar disorder occur more often. Biological mechanisms concerning both inflammatory bowel disease and depression or anxiety explain susceptibility to developing mental disorders in inflammatory bowel disease. Interactions of brain gut-axis, immunological disturbances, oxidative stress and vagus nerve dysfunction play a role in pathophysiology of inflammatory bowel disease and mental disorders as well. Significance

of these factors was covered in this paper. Psychiatric comorbidity in IBD may affect course of intestinal disease. It can increase frequency and severity of relapses and hinder the

treatment so knowledge about relationship between IBD and mental health appears to be vital for proper management of patients with inflammatory bowel disease.

Περίληψη

Ψυχιατρικές ασθένειες σε φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου - ψυχιατρική συννοσηρότητα και βιολογικές βάσεις.

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου είναι μια ομάδα χρόνιων ιατρικών καταστάσεων που περιλαμβάνουν νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα. Μια τέτοια κατάσταση που συνεπάγεται αυξημένη συχνότητα ψυχικών διαταραχών. Οι πιο κοινές ψυχιατρικές διαταραχές στη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Ωστόσο, μερικές επιδημιολογικές και βιολογικές ενδείξεις υποδηλώνουν ότι άλλες διαταραχές όπως η διπολική διαταραχή εμφανίζονται συχνότερα. Οι βιολογικοί μηχανισμοί που αφορούν τόσο τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου όσο και την κατάθλιψη ή το άγχος εξηγούν την ευαισθησία στις αναπτυσσόμενες ψυχικές διαταραχές στην ασθένεια του φλεγμονώδους εντέρου. Οι αλληλεπιδράσεις του άξονα του εντέρου στον εγκέφαλο, οι ανοσολογικές διαταραχές, το οξειδωτικό στρες και η δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος παίζουν ρόλο στην παθοφυσιολογία της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου και των ψυχικών διαταραχών. Οι ερευνητές, Nowakowski et al. (2016) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ψυχιατρική συννοσηρότητα στην IBD μπορεί να επηρεάσει την πορεία της εντερικής ασθένειας. Μπορεί επίσης να αυξήσει την απαίτηση και τη σοβαρότητα των υποτροπών και να εμποδίσει τη θεραπεία, έτσι ώστε η γνώση σχετικά με τη σχέση μεταξύ της IBD και της ψυχικής υγείας φαίνεται να είναι ζωτικής σημασίας για την ορθή αντιμετώπιση των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Abstract 6

Increased arterial stiffness - similar findings in patients with inflammatory bowel disease without prior hypertension or diabetes and in patients with well-controlled hypertension

Chronic inflammatory diseases are related with earlier onset of atherosclerosis. We hypothesized that inflammatory bowel disease patients with chronic, systemic inflammation have an increased arterial stiffness associated with the disease duration.

Also, we wanted to compare arterial stiffness markers between inflammatory bowel disease and well-controlled hypertension patients. A total of 89 inflammatory bowel disease patients (60 patients with Crohn's disease and 29 patients with ulcerative

colitis, age range 20-64 years) without history of arterial hypertension or diabetes were enrolled and age matched with a control group of patients (73 patients, age range 25-69 years, 41 (56.1%) males) with known history of well-controlled arterial hypertension. We have used a noninvasive device that simultaneously measures brachial blood pressure and estimates PWV and AIx in inflammatory bowel disease and hypertension groups of patients. Patients with pathological PWV values were significantly older, had significantly longer duration of inflammatory bowel disease, higher values of serum cholesterol and HDL-cholesterol, and higher AIx (17.4% vs. 9.8%) (all $p < .05$). Higher PWV was associated with age and duration of inflammatory bowel disease in the linear regression model. PWV values were higher in hypertensive patients in the first two age quartiles while interestingly, in the last two quartiles, PWV was lower than in inflammatory bowel disease group of patients. Chronic subclinical inflammation is responsible for dyslipidemia and accelerated atherosclerosis which consequently alters arterial elasticity. Inflammatory bowel disease and its duration should also be considered a risk factor for subclinical organ damage, as well as hypertension.

Περίληψη

Αυξημένη αρτηριακή δυσκαμψία - παρόμοια ευρήματα σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου χωρίς προηγούμενη υπέρταση ή διαβήτη και σε ασθενείς με καλά ελεγχόμενη υπέρταση

Οι χρόνιες φλεγμονώδεις ασθένειες σχετίζονται με την προηγούμενη εμφάνιση της αθηροσκλήρωσης. Οι Prijić et al. (2018), ξεκίνησαν την έρευνά τους υποθέτοντας ότι οι ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου με χρόνιες συστηματικές φλεγμονές έχουν αυξημένη αρτηριακή δυσκαμψία που συνδέεται με τη διάρκεια της νόσου. Επίσης, στόχος της έρευνας ήταν να συγκρίνουν δείκτες αρτηριακής δυσκαμψίας μεταξύ της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου και των ασθενών με καλά ελεγχόμενη υπέρταση. Στην έρευνα συμμετείχαν 89 ασθενείς. Από αυτούς οι 60 ήταν ασθενείς με νόσο του Crohn και οι 29 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, ενώ το εύρος ηλικίας ήταν 20-64 έτη. Δεν υπήρχε ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης ή διαβήτη. Για τους σκοπούς της έρευνας συμμετείχαν ακόμα 73 ασθενείς οι οποίοι λειτούργησαν ως ομάδα ελέγχου. Η ηλικία τους ήταν 25-69

ετών, και το 56,1% ήταν αρσενικά με γνωστό ιστορικό καλά ελεγχόμενης αρτηριακής υπέρτασης. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν μια μη επεμβατική συσκευή που μετρά ταυτόχρονα την αρτηριακή πίεση του βραχίονα και εκτιμά τις PWV και AIx σε

ομάδες φλεγμονώδους νόσου του εντέρου και υπέρτασης ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με παθολογικές τιμές PWV ήταν σημαντικά μεγαλύτεροι, είχαν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, υψηλότερες τιμές χοληστερόλης στον ορό και HDL-χοληστερόλη και υψηλότερη AIx (17,4% έναντι 9,8%) (όλες οι τιμές $<0,05$). Η υψηλότερη PWV συσχετίστηκε με την ηλικία και τη διάρκεια της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου στο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης. Οι τιμές PWV ήταν υψηλότερες σε υπερτασικούς ασθενείς στα πρώτα δύο τεταρτημόρια ηλικίας, ενώ ενδιαφέροντα, στα τελευταία δύο τεταρτημόρια, η PWV ήταν χαμηλότερη από την ομάδα των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Οι ερευνητές κατέληξαν έτσι στο συμπέρασμα ότι η χρόνια υποκλινική φλεγμονή είναι υπεύθυνη για τη δυσλιπιδαιμία και την επιταχυνόμενη αθηροσκλήρωση, η οποία κατά συνέπεια αλλοιώνει την αρτηριακή ελαστικότητα. Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου και η διάρκειά της πρέπει επίσης να θεωρούνται παράγοντας κινδύνου για υποκλινική βλάβη οργάνων, καθώς και υπέρταση.

Abstract 7

Assessment of Quality of Life in Chinese Patients With Inflammatory Bowel Disease and their Caregivers.

Chronic diseases such as inflammatory bowel disease (IBD) usually affect the psychological status and health-related quality of life (HRQOL) of patients and their caregivers. The aim of this study was to evaluate the level of anxiety, depression, and HRQOL and find the risk factors predictive of HRQOL in IBD patients and their caregivers in a Chinese population. One hundred four adult patients with IBD, 102 family caregivers, and 99 healthy controls were enrolled. They completed self-administered surveys related to QOL and psychological questionnaires, including the Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (patients only), the Short Form-36 Health Survey (SF-36), Self-rating Anxiety Scale (SAS), and Self-rating Depression Scale (SDS). Both the mean SAS total score and the mean SDS total score among the patients and the caregivers were found to be significantly higher than those among the general population ($P < 0.05$). Total SF-36 score was significantly different between the patients and the general population ($P = 0.001$), and between caregivers and the general population ($P = 0.011$). The result showed that the total

SF-36 score of the patients had a significant negative correlation with SAS score in the patients ($P = 0.040$), SDS score in the patients ($P = 0.004$), annual income ($P = 0.036$), use of biologicals ($P = 0.028$), frequency of hospitalization in the last year ($P = 0.033$), and severity of IBD ($P = 0.021$). The total SF-36 score of the caregivers was significantly and

negatively correlated with SDS score in the caregivers ($P = 0.010$), SDS score in the patients ($P = 0.010$), use of biologicals ($P = 0.013$), and frequency of hospitalization in the last year ($P = 0.010$) of the patients. A large proportion of IBD patients and their caregivers experience a high level of anxiety and depression and an impaired HRQOL. Higher levels of anxiety and depression, annual income, use of biologicals, higher frequency of hospitalization in the last year, and disease activity were independent predictors of reduced patient HRQOL; higher levels of depression in both caregivers and patients, use of biologicals, and frequency of hospitalization in the last year of the patients were independent predictors of reduced caregiver HRQOL.

Περίληψη

Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής σε Κινέζους Ασθενείς με Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου και τους Φροντιστές τους.

Σε κάθε περίπτωση που παρουσιάζεται κάποια από τις χρόνιες ασθένειες όπως η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (IBD), επηρεάζεται μαζί με την ψυχολογία του ασθενούς και η ποιότητα ζωής. Άμεση είναι η επίδραση της κατάστασης και στους φροντιστές. Στην έρευνα των Liu et al. (2018), συμμετείχαν 104 ενήλικες ασθενείς με IBD, 102 φροντιστές οικογένειας και 99 υγιείς μάρτυρες. Ολοκληρώθηκαν αυτοελεγχόμενες έρευνες που σχετίζονται με QOL, δηλαδή ποιότητα ζωής και ψυχολογικά ερωτηματολόγια, συμπεριλαμβανομένου του ερωτηματολογίου για τη βραχεία φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (μόνο για τους ασθενείς), την έρευνα υγείας Short Form-36 (SF-36), την αυτοαξιολόγηση κλίμακα ανησυχίας (SAS) βαθμολογία κατάθλιψης (SDS). Τόσο η μέση συνολική βαθμολογία του SAS όσο και η μέση συνολική βαθμολογία SDS μεταξύ των ασθενών και των φροντιστών βρέθηκαν να είναι σημαντικά υψηλότερες από αυτές του γενικού πληθυσμού ($P < 0,05$). Η συνολική βαθμολογία SF-36 ήταν σημαντικά διαφορετική μεταξύ των ασθενών και του γενικού πληθυσμού ($P = 0,001$), και μεταξύ των φροντιστών και του γενικού πληθυσμού ($P = 0,011$). Το αποτέλεσμα έδειξε ότι η συνολική βαθμολογία SF-36 των ασθενών είχε σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη βαθμολογία SAS στους ασθενείς ($P = 0,040$), τη βαθμολογία SDS στους ασθενείς ($P = 0,004$), το ετήσιο εισόδημα ($P = 0,036$) ($P = 0,028$), συχνότητα νοσηλείας κατά το τελευταίο έτος ($P = 0,033$) και σοβαρότητα της IBü ($P = 0,021$). Η συνολική βαθμολογία SF-36 των φροντιστών συσχετίστηκε σημαντικά και αρνητικά με την βαθμολογία SDS στους φροντιστές ($P =$

0,010), τη βαθμολογία SDS στους ασθενείς ($P = 0$). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ένα μεγάλο μέρος των ασθενών με IBD και οι φροντιστές τους παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο άγχους και κατάθλιψης και μειωμένο HRQOL. Τα

υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, το ετήσιο εισόδημα, η χρήση βιολογικών φαρμάκων, η υψηλότερη συχνότητα νοσηλείας κατά το τελευταίο έτος και η ασθένεια ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της μειωμένης HRQOL του ασθενούς. Τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης τόσο στους φροντιστές όσο και στους ασθενείς, η χρήση βιολογικών φαρμάκων και η συχνότητα της νοσηλείας στο τελευταίο έτος των ασθενών ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες πρόβλεψης του μειωμένου νοσηλευτή HRQOL.

Abstract 8

Impact of Obesity on Short- and Intermediate-Term Outcomes in Inflammatory Bowel Diseases: Pooled Analysis of Placebo Arms of Infliximab Clinical Trials.

To assess whether obesity may affect natural history of inflammatory bowel diseases (IBD), we conducted an individual participant data (IPD) pooled analysis of placebo arms, using data from clinical trials of infliximab in IBD and using the Yale Open Data Access (YODA) Project. We obtained IPD from 4 placebo-controlled trials of infliximab in adults with IBD (ACCENT-I and ACCENT-II; ACT-1 and ACT-2). Patients were categorized into quartiles based on body mass index (BMI) or weight at time of trial entry. Primary outcome was clinical remission (Crohn's disease activity index [CDAI]<150, Mayo Clinic Score <3); secondary outcomes were clinical response and mucosal healing. Using multivariable logistic regression analysis, we compared association between quartiles of BMI (or weight) and achieving remission, after adjusting for sex, smoking, disease activity, and concomitant prednisone or immunomodulators. We included 575 placebo-treated patients (mean age 38 years, 51.6% males, 16% obese). Obesity was not associated with odds of achieving clinical remission (Q4 vs Q1: adjusted OR, 1.36; 95% CI, 0.65-2.89; P -value for trend = 0.57), clinical response (Q4 vs Q1: adjusted OR, 1.31; 95% CI, 0.61-2.81; $P = 0.45$), or mucosal healing remission (Q4 vs Q1: adjusted OR, 0.55; 95% CI, 0.12-2.34; $P = 0.31$). These results were consistent across strata based on disease type (CD and ulcerative colitis) and trial design (induction and maintenance therapy). Based on IPD pooled analysis of placebo arms, obesity does not significantly impact short- and intermediate-term clinical outcomes in patients with IBD. The impact of obesity on long-term patient-important outcomes like surgery and hospitalization merits evaluation.

Περίληψη

Ο αντίκτυπος της παχυσαρκίας σε βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα σε φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου: Συγκεντρωμένη ανάλυση των όπλων placebo των κλινικών δοκιμών του Infliximab.

Για να εκτιμήσουν αν η παχυσαρκία μπορεί να επηρεάσει το φυσικό ιστορικό φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (IBD), οι Singh et al. (2018) πραγματοποίησαν μια συγκεντρωτική ανάλυση των συμμετεχόντων στοιχείων (IPD) των ομάδων με εικονικό φάρμακο, χρησιμοποιώντας δεδομένα από κλινικές δοκιμές του infliximab στην IBD και χρησιμοποιώντας την υπηρεσία YODA Open Access Data (YODA) Εργο. Για τους σκοπούς της έρευνας έλαβαν IPD από 4 ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δοκιμές με infliximab σε ενήλικες με IBD (ACCENT-I και ACCENT-II, ACT-1 και ACT-2). Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε τεταρτημόρια με βάση τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) ή το βάρος κατά τη στιγμή της εισόδου της δοκιμής. Το πρωταρχικό αποτέλεσμα ήταν η κλινική ύφεση (δείκτης δραστηριότητας της νόσου του Crohn [CDAI] <150, βαθμολογία κλινικής Mayo <3). Δευτερεύοντα αποτελέσματα ήταν κλινική απόκριση και επούλωση του βλεννογόνου. Χρησιμοποιώντας ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών λογικής παλινδρόμησης, πραγματοποιήθηκε σύγκριση στη σχέση μεταξύ των τεταρτημορίων του BMI (ή του βάρους) και επιτεύχθηκε ύφεση, μετά από προσαρμογή για το φύλο, το κάπνισμα, τη δραστηριότητα της νόσου και την ταυτόχρονη πρεδνιζόνη ή ανοσορρυθμιστές. Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν 575 ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο (μέση ηλικία 38 ετών, 51,6% αρσενικά, 16% παχύσαρκοι). Με βάση την συγκεντρωτική ανάλυση IPD των ομάδων εικονικού φαρμάκου, η παχυσαρκία δεν επηρεάζει σημαντικά τις βραχυπρόθεσμες και ενδιάμεσες κλινικές εκβάσεις σε ασθενείς με IBD. Ο αντίκτυπος της παχυσαρκίας σε μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ασθενών, όπως η χειρουργική επέμβαση και η νοσηλεία σε νοσοκομεία, αξίζει την αξιολόγηση

Abstract 9

Pregnancy-Onset Inflammatory Bowel Disease: A Subtle Diagnosis.

Inflammatory bowel diseases (IBDs) are commonly diagnosed during the reproductive years. IBD first manifested during pregnancy (pregnancy-onset IBD [POIBD]) is still an undescribed entity. The aim of the study was to evaluate the characteristics and maternal and neonatal outcomes of patients with POIBD. Data of

all pregnant women with IBD within a single multidisciplinary referral clinic, IBD-MOM, between 2011-2016, were analyzed. Maternal and neonatal characteristics and outcomes were compared between the POIBD group and those diagnosed before pregnancy (non-POIBD). We identified 237 women, 31 (15%) from the POIBD group and 206 (85%) from the non-POIBD group. Eight (3.5%) patients experienced early spontaneous pregnancy loss, all in the non-POIBD group. The POIBD diagnosis occurred in 16 (52%) patients during the first trimester, 10 (32%) in second trimester, and 5 (16%) during third trimester. Diagnosis of ulcerative colitis (UC) was significantly more common in the POIBD group compared with the non-POIBD group (22/31, 71% vs 50/206, 24%, respectively, $P < 0.001$). More UC than Crohn's disease patients had active disease during pregnancy (69% vs 50%, $P = 0.03$, respectively). POIBD patients experienced vaginal delivery in 100% of births, compared with 164 (79.6%) in the non-POIBD group ($P = 0.017$). The mean gestational age at birth and the neonatal weight were similar among the study groups; 38.6 weeks and 3040 g for POIBD patients, compared with 38.7 weeks and 3055 g in the non-POIBD group.

Περίληψη

Εγκυμοσύνη-εκδήλωση φλεγμονώδους νόσου του εντέρου: μια λεπτή διάγνωση.

Οι φλεγμονώδεις ασθένειες του εντέρου (IBDs) διαγιγνώσκονται συνήθως κατά τη διάρκεια των αναπαραγωγικών ετών. Το IBD που εκδηλώθηκε αρχικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (εγκυμοσύνη-εμφάνιση IBD [POIBD]) εξακολουθεί να είναι μια απερίγραπτη οντότητα. Σκοπός της μελέτης ήταν των Koslowsky et al. (2018) ήταν η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών και των μητρικών και νεογνικών αποτελεσμάτων των ασθενών με POIBD. Τα δεδομένα όλων των εγκύων γυναικών με IBD σε μια ενιαία πολυεπιστημονική κλινική παραπομπής, IBD-MOM, μεταξύ 2011-2016, αναλύθηκαν. Τα μητρικά και νεογνά χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν μεταξύ της ομάδας POIBD και εκείνων που διαγνώστηκαν πριν από την εγκυμοσύνη (μη POIBD). Οι ερευνητές εντόπισαν 237 γυναίκες, 31 (15%) από την ομάδα POIBD και 206 (85%) από την ομάδα μη POIBD. Οκτώ (3,5%) ασθενείς παρουσίασαν πρόωρη αυθόρμητη απώλεια της εγκυμοσύνης, όλες στην ομάδα χωρίς POIBD. Η διάγνωση POIBD εμφανίστηκε σε 16 (52%) ασθενείς κατά το πρώτο τρίμηνο, 10 (32%) στο δεύτερο τρίμηνο και 5 (16%) κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου. Η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας (UC) ήταν σημαντικά πιο συχνή στην ομάδα POIBD σε σύγκριση με την ομάδα χωρίς POIBD (22/31,

71% έναντι 50/206, 24%, αντίστοιχα, $P < 0,001$). Περισσότερο UC από τους ασθενείς με νόσο του Crohn είχαν ενεργό νόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (69% έναντι 50%, $P = 0,03$, αντίστοιχα). Οι ασθενείς με POIBD παρουσίασαν κολπική διανομή σε 100% των γεννήσεων, σε σύγκριση με 164 (79,6%) στην ομάδα χωρίς POIBD ($P = 0,017$). Η μέση ηλικία κύησης κατά τη γέννηση και το νεογνικό βάρος ήταν παρόμοια μεταξύ των ομάδων μελέτης ήταν τα 38 έτη. Οι ερευνητές λοιπόν κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το POIBD είναι μια μοναδική κλινική οντότητα και η διάγνωση είναι ως επί το πλείστον UC. Ωστόσο, τα μητρικά και νεογνά αποτελέσματα είναι παρόμοια.

Abstract 10

P414 Cannabidiol for symptomatic treatment of ulcerative colitis: Results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel group, multi-centred pilot study

There is accumulating evidence that cannabidiol (CBD) has anti-inflammatory properties that could be exploited for the symptomatic relief of IBD. This proof-of-concept double blind, randomised, placebo controlled trial assessed the efficacy, safety and tolerability of CBD botanical drug substance (BDS) in patients with mild to moderate UC. Patients with left-sided or extensive UC aged ≥ 18 years, with a Mayo score 4-10 (endoscopy score ≥ 1) and on a stable dose of 5-ASA (or previously used 5-ASA), were randomised 1:1 to receive either CBD BDS (GWP42003) (29 patients) or placebo (31 patients). The IMP was presented as hard gelatin capsules containing 50 mg GWP42003 (purified from a proprietary Cannabis sativa L. chemotype containing predominantly CBD and 4% $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol [THC]); or excipients alone for the placebo. Patients titrated to their maximal tolerated dose over two-weeks, aiming to achieve 500 mg daily (250 mg b.d.) and maintained this dose for 10 weeks. The primary endpoint was the number of patients in remission (Mayo total score ≤ 2 ; no sub-score > 1) at week 10. Statistical tests were two-sided at the 10% significance level. Patients in the active group found the IMP more difficult to tolerate than placebo patients, taking on average one-third fewer capsules during the maintenance period, and having a higher number of compliance-related major protocol deviations than placebo (12 vs. 4); principally insufficient exposure. With only 59% protocol-compliance in the GWP42003 group, the more relevant per-protocol (PP) analysis set was used to assess many efficacy measures. Remission was observed in both treatment groups at the end of treatment; whilst proportionally in

favour of GWP42003 (28% vs. 26%), the difference was not significant ($p=0.753$; Intention to treat analysis set). PP analysis of the Mayo total and partial Mayo scores revealed significant treatment differences in favour of GWP42003 ($p=0.068$ and $p=0.038$, respectively). PP analysis of Physician's Global Assessment of Illness Severity, Subject Global Impression of Change and patient-reported quality of life outcomes also significantly favoured GWP42003 ($p=0.069$, $p=0.003$ and $p=0.065$, respectively). All 60 patients were included in the safety analysis; the majority of AEs were mild to moderate in severity and many in the GWP42003 group were likely attributed to the THC. A higher proportion of GI-related AEs, indicative of a worsening in underlying UC, were seen in placebo patients. Whilst this exploratory trial did not reach its primary endpoint, several signals suggest that GWP42003 may be beneficial for the symptomatic treatment of UC; larger trials are warranted

Περίληψη

P414 Κανναβιδιόλη για τη συμπτωματική θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας: Αποτελέσματα από μια τυχαιοποιημένη, διπλά τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, παράλληλη ομάδα, πολυκεντρική πιλοτική μελέτη

Η κανναβιδιόλη (CBD) εμφανίζει αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες που θα μπορούσαν να βελτιώσουν τη δραστηριότητα της νόσου σε φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Αυτή η μελέτη απόδειξης αξιολόγησης των Irving et al. (2018), αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την ανεκτικότητα του βοτανικού εκχύλισματος πλούσιου σε CBD σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (UC). Οι ασθενείς ηλικίας 18 ετών και άνω, με αριστερόστροφο ή εκτεταμένο UC, βαθμολογίες Mayo 4-10 (βαθμολογίες ενδοσκόπησης ≥ 1) και με σταθερή δόση 5-αμινοσαλικυλικού οξέος, τυχαιοποιήθηκαν σε φυτικό εκχύλισμα πλούσιο σε CBD 10 εβδομάδων ή κάψουλες placebo. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς ήταν λιγότερο ανεκτικοί σε βοτανικό εκχύλισμα πλούσιο σε CBD σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, λαμβάνοντας κατά μέσο όρο το ένα τρίτο λιγότερες κάψουλες και έχοντας περισσότερες αποκλίσεις πρωτοκόλλων που σχετίζονταν με τη συμμόρφωση (κυρίως ανεπαρκής έκθεση), προκαλώντας την αναγνώριση ενός συνόλου ανάλυσης ανά πρωτόκολλο (PP). Το πρωτεύον τελικό σημείο ήταν αρνητικό και τα ποσοστά αφαίρεσης της θεραπείας ήταν παρόμοια για βοτανικό εκχύλισμα πλούσιο σε CBD (28%) και εικονικό φάρμακο (26%). Ωστόσο, η ανάλυση PP των συνολικών και μερικών βαθμολογιών Mayo ευνοούσε το βοτανικό εκχύλισμα πλούσιο σε CBD ($P = 0,068$ και $P = 0,038$, αντίστοιχα). Επιπροσθέτως, οι αναλύσεις PP της συνολικής εκτίμησης της υποκειμενικής ιατρικής για την σοβαρότητα της νόσου, την υποκείμενη παγκόσμια εντύπωση αλλαγής και τα αποτελέσματα για την ποιότητα ζωής των ασθενών βελτιώθηκαν για τους ασθενείς που έλαβαν βοτανικό εκχύλισμα πλούσιο σε CBD ($P = 0,069$, $P = 0,003$

και $P = 0,065$, αντιστοίχως). Σε αυτή την έρευνα οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι παρόλο που το πρωτεύον τελικό σημείο δεν επιτεύχθηκε, αρκετά σήματα υποδεικνύουν ότι το βοτανικό εκχύλισμα πλούσιο σε CBD μπορεί να είναι ευεργετικό για τη συμπτωματική θεραπεία του

Abstract 11

Endoscopic Stricturectomy Versus Balloon Dilation in the Treatment of Anastomotic Strictures in Crohn's Disease.

Current treatment modalities for anastomotic stricture in Crohn's disease (CD) include endoscopic balloon dilation (EBD) and surgery. We recently published a case series of inflammatory bowel disease patients treated with the novel endoscopic stricturectomy (ES). The aim of this case-control study was to compare the efficacy and safety of ES versus conventional EBD in the treatment of anastomotic strictures in CD patients. All eligible patients with CD anastomotic stricture who were treated with ES or EBD were included. The primary outcomes were surgery-free survival and post-procedural complications. A total of 185 patients were studied, including 21 treated with ES since 2009, and 164 treated with EBD since 1998. The immediate technical success after therapy was achieved in 100% of patients treated with ES and 89.5% of patients with EBD. Symptomatic and endoscopic improvement rates were higher in those treated with ES than EBD. Subsequent surgery was needed in 2 (9.5%) patients with ES and 55 (33.5%) with EBD ($P = 0.03$), during a median of 0.8 (interquartile range [IQR]:0.1-1.6) year and 4.0 (IQR: 0.8-6.9) years, respectively. Five procedure-associated perforation (1.1% per procedure) occurred in the EBD group and none in the ES group. In contrast, 4 procedure-associated, transfusion-required bleeding (8.8% per procedure) occurred in the ES group and none in the EBD group. ES appears to be more effective in treating CD patients with anastomotic stricture than EBD. Although ES may have a lower risk for perforation, the procedure needs to be perfected to reduce its bleeding risk.

Περίληψη

Ενδοσκοπική Stricturectomy Versus διαστολή μπαλονιού στη θεραπεία των αναστομωτικών διαταραχών στη νόσο του Crohn.

Οι τρέχοντες τρόποι θεραπείας για την αναστομωτική στένωση στη νόσο του Crohn (CD) περιλαμβάνουν την ενδοσκοπική διαστολή μπαλονιού (EBD) και την χειρουργική επέμβαση. Σκοπός αυτής της μελέτης των Lan & Shen (2018) ήταν η σύγκριση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της θεραπείας με τη νέα ενδοσκοπική στρεπτοτοτροπία (ES) έναντι του συμβατικού EBD στη θεραπεία των αναστομωτικών στενώσεων σε ασθενείς με CD. Για τους σκοπούς της έρευνας αυτής συμπεριλήφθηκαν όλοι οι επιλέξιμοι ασθενείς με αναστομωτική αρτηρία CD οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αγωγή με ES ή EBD. Τα πρωταρχικά αποτελέσματα ήταν η επιβίωση χωρίς χειρουργική επέμβαση και οι μετα-διαδικαστικές επιπλοκές. Συνολικά 185 ασθενείς μελετήθηκαν, από τους οποίους 21 υποβλήθηκαν σε θεραπεία με ES από το 2009 και 164 έλαβαν EBD από το 1998. Η άμεση τεχνική επιτυχία μετά τη θεραπεία επιτεύχθηκε στο 100% των ασθενών που έλαβαν ES και 89,5% των ασθενών με EBD. Τα συμπτωματικά και τα ενδοσκοπικά ποσοστά βελτίωσης ήταν υψηλότερα σε εκείνα που έλαβαν θεραπεία με ES από το EBD. Η μεταγενέστερη χειρουργική επέμβαση ήταν απαραίτητη σε 2 (9,5%) ασθενείς με ES και 55 (33,5%) με EBD ($P = 0,03$), κατά τη διάμεση τιμή 0,8 (interquartile range [IQR]: 0,1-1,6 έτη) και 4,0 (IQR: -6,9) έτη αντίστοιχα. Πέντε διατρήσεις σχετιζόμενες με τη διαδικασία (1,1% ανά διαδικασία) εμφανίστηκαν στην ομάδα EBD και καμία στην ομάδα ES. Αντίθετα, στην ομάδα ES παρατηρήθηκαν 4 αιμοληψίες που απαιτήθηκαν από τη διαδικασία, 8,8% ανά διαδικασία) και καμία στην ομάδα EBD. Το ES φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικό στη θεραπεία ασθενών με CD με αναστομωτική στένωση από την EBD. Αν και το ES μπορεί να έχει μικρότερο κίνδυνο διάτρησης, η διαδικασία πρέπει να τελειοποιηθεί για να μειώσει τον κίνδυνο αιμορραγίας.

Abstract 12

Low dose naltrexone for induction of remission in Crohn's disease.

Crohn's disease is a transmural, relapsing inflammatory condition afflicting the digestive tract. Opioid signalling, long known to affect secretion and motility in the gut, has been implicated in the inflammatory cascade of Crohn's disease. Low dose naltrexone, an opioid antagonist, has garnered interest as a potential therapy. The primary objective was to evaluate the efficacy and safety of low dose naltrexone for induction of remission in Crohn's disease. A systematic search of MEDLINE, Embase, PubMed, CENTRAL, and the Cochrane IBD Group Specialized Register

was performed from inception to 15 January 2018 to identify relevant studies. Abstracts from major gastroenterology conferences including Digestive Disease Week and United European Gastroenterology Week and reference lists from retrieved articles were also screened. Randomized controlled trials of low dose naltrexone (LDN) for treatment of active Crohn's disease were included. Data were analyzed on an intention-to-treat basis using Review Manager (RevMan 5.3.5). The primary outcome was induction of clinical remission defined by a Crohn's disease activity index (CDAI) of < 150 or a pediatric Crohn's disease activity index (PCDAI) of < 10 . Secondary outcomes included clinical response (70- or 100-point decrease in CDAI from baseline), endoscopic remission or response, quality of life, and adverse events as defined by the included studies. Risk ratios (RR) and 95% confidence intervals (CI) were calculated for dichotomous outcomes. The methodological quality of included studies was evaluated using the Cochrane risk of bias tool. The overall quality of the evidence supporting the primary outcome and selected secondary outcomes was assessed using the GRADE criteria. Two studies were identified (46 participants). One study assessed the efficacy and safety of 12 weeks of LDN (4.5 mg/day) treatment compared to placebo in adult patients (N = 34). The other study assessed eight weeks of LDN (0.1 mg/kg, maximum 4.5 mg/day) treatment compared to placebo in pediatric patients (N = 12). The primary purpose of the pediatric study was to assess safety and tolerability. Both studies were rated as having a low risk of bias. The study in adult patients reported that 30% (5/18) of LDN treated patients achieved clinical remission at 12 weeks compared to 18% (3/16) of placebo patients, a difference that was not statistically significant (RR 1.48, 95% CI 0.42 to 5.24). The study in children reported that 25% of LDN treated patients achieved clinical remission (PCDAI < 10) compared to none of the patients in the placebo group, although it was unclear if this result was for the randomized placebo-controlled trial or for the open label extension study. In the adult study 70-point clinical response rates were significantly higher in those treated with LDN than placebo. Eighty-three per cent (15/18) of LDN patients had a 70-point clinical response at week 12 compared to 38% (6/16) of placebo patients (RR 2.22, 95% CI 1.14 to 4.32). The effect of LDN on the proportion of adult patients who achieved a 100-point clinical response was uncertain. Sixty-one per cent (11/18) of LDN patients achieved a 100-point clinical response compared to 31% (5/16) of placebo patients (RR 1.96, 95% CI 0.87 to 4.42). The proportion of patients who achieved endoscopic response (CDEIS decline > 5 from baseline) was significantly higher in the LDN group compared to placebo. Seventy-two per cent (13/18) of LDN patients achieved an endoscopic response compared to 25% (4/16) of placebo patients (RR 2.89; 95% CI 1.18 to 7.08). However, there was no statistically significant difference in the proportion of patients

who achieved endoscopic remission. Endoscopic remission (CDEIS < 3) was achieved in 22% (4/18) of the LDN group compared to 0% (0/16) of the placebo group (RR 8.05; 95% CI 0.47 to 138.87). Pooled data from both studies show no statistically significant differences in withdrawals due to adverse events or specific adverse events including sleep disturbance, unusual dreams, headache, decreased appetite, nausea and fatigue. No serious adverse events were reported in either study. GRADE analyses rated the overall quality of the evidence for the primary and secondary outcomes (i.e. clinical remission, clinical response, endoscopic response, and adverse events) as low due to serious imprecision (sparse data).

Περίληψη

Χαμηλή δόση ναλτρεξόνης για την πρόκληση ύφεσης στη νόσο του Crohn.

Η νόσος του Crohn αποτελεί μια διαθωρακική, υποτροπιάζουσα φλεγμονώδη κατάσταση που προσβάλλει την πεπτική οδό. Η οπιοειδής σηματοδότηση, που είναι γνωστό ότι επηρεάζει την έκκριση και την κινητικότητα στο έντερο, έχει εμπλακεί στον φλεγμονώδη καταρράκτη της νόσου του Crohn. Η χαμηλή δόση ναλτρεξόνης, ένας ανταγωνιστής οπιοειδών, έχει συγκεντρώσει ενδιαφέρον ως πιθανή θεραπεία. Έτσι λοιπόν, στόχος της έρευνας των Parker et al.(2018) ήταν να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της χαμηλής δόσης ναλτρεξόνης για την πρόκληση ύφεσης στη νόσο του Crohn. Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων όπως το MEDLINE, το Embase και το PubMed. Έγιναν τυχαίες ελεγχόμενες δοκιμές χαμηλής δόσης ναλτρεξόνης (LDN) για τη θεραπεία της ενεργού νόσου του Crohn. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με βάση την πρόθεση για θεραπεία χρησιμοποιώντας το Διαχειριστή Ανασκόπησης (RevMan 5.3.5). Το κύριο αποτέλεσμα ήταν η πρόκληση κλινικής ύφεσης που ορίστηκε από δείκτη δραστηριότητας της νόσου του Crohn (CDAI) <150 ή από δείκτη δραστηριότητας παιδιατρικής ασθένειας Crohn (PCDAI) <10. Τα δευτερογενή αποτελέσματα συμπεριλάμβαναν κλινική ανταπόκριση (μείωση 70 ή 100 σημείων στο CDAI από την αρχική τιμή), ενδοσκοπική ύφεση ή απόκριση, ποιότητα ζωής και ανεπιθύμητα συμβάντα όπως ορίζονται από τις μελέτες που περιλαμβάνονται. Οι αναλογίες κινδύνου (RR) και τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95% (CI) υπολογίστηκαν για διχοτομικές εκβάσεις. Η μελέτη σε ενήλικες ασθενείς ανέφερε ότι το 30% (5/18) των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με LDN πέτυχε κλινική ύφεση στις 12 εβδομάδες σε σύγκριση με 18% (3/16) των ασθενών που έλαβαν εικονικό φάρμακο, μια διαφορά που δεν ήταν στατιστικά σημαντική (RR 1,48, 95% CI 0,42 έως 5,24). Η μελέτη σε παιδιά ανέφερε ότι το 25% των ασθενών που έλαβαν LDN πέτυχαν κλινική ύφεση (PCDAI < 10) σε σύγκριση με κανένα από τους ασθενείς στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου, αν και δεν ήταν σαφές εάν αυτό το αποτέλεσμα ήταν για τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη ή για ανοιχτή μελέτη επέκτασης. Στη μελέτη ενηλίκων τα ποσοστά κλινικής ανταπόκρισης 70 σημείων ήταν σημαντικά υψηλότερα σε εκείνα που έλαβαν θεραπεία με LDN από το εικονικό φάρμακο. Το 83% (15/18) των ασθενών με LDN είχε κλινική απόκριση 70 μονάδων την 12η εβδομάδα σε σύγκριση με 38% (6/16) των ασθενών που έλαβαν εικονικό φάρμακο (RR 2,22, 95% CI 1,14 έως 4,32). Η επίδραση του LDN στην αναλογία των ενηλίκων ασθενών που πέτυχαν κλινική απόκριση 100 σημείων ήταν αβέβαιη. Εξήντα ένα τοις εκατό (11/18) ασθενών με LDN επέτυχαν κλινική απόκριση 100 σημείων σε σύγκριση με το 31% (5/16) των ασθενών που έλαβαν εικονικό φάρμακο (RR 1,96, 95% CI 0,87 έως 4,42). Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά

στοιχεία που να επιτρέπουν την εξαγωγή σταθερών συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του LDN που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ασθενών με ενεργή νόσο του Crohn. Δεδομένα από μία μικρή μελέτη υποδηλώνουν ότι το LDN μπορεί να προσφέρει ένα όφελος όσον αφορά την κλινική και ενδοσκοπική απόκριση σε ενήλικες ασθενείς με ενεργή νόσο του Crohn. Δεδομένα από δύο μικρές μελέτες δείχνουν ότι το LDN δεν αυξάνει τον ρυθμό των συγκεκριμένων ανεπιθύμητων ενεργειών σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, καθώς βασίζονται σε πολύ μικρό αριθμό ασθενών και η συνολική ποιότητα των στοιχείων εκτιμάται ότι είναι χαμηλή λόγω σοβαρής ανακρίβειας. Απαιτούνται περαιτέρω τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της θεραπείας με LDN στην ενεργή νόσο του Crohn τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά.

Abstract 13

Treatment of Inflammatory Bowel Disease in the Older Patient.

The incidence of inflammatory bowel disease (IBD) is increasing, and as our population ages, there is a growing number of IBD patients who are transitioning into advanced age; 15% to 20% of IBD patients are classified as late-onset (between 60-65 years of age). This has led clinicians to treat a large number of older patients with IBD. The principles of management of IBD in older patients are the same as those who are younger. There are, however, phenotypic differences that are unique to late-onset IBD and age-related concerns that clinicians must consider when initiating therapy for their older patients with IBD. Given the increasing number of older IBD patients, the aim of this article is to present an updated, evidence-based review of the therapeutic options and issues that arise in this unique patient population.

Περίληψη

Θεραπεία της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου στον παλαιότερο ασθενή

Η συχνότητα εμφάνισης φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (IBD) αυξάνεται και καθώς ο πληθυσμός μας μεγαλώνει, υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών με IBD που μεταβαίνουν σε προχωρημένη ηλικία. Το 15% έως 20% των ασθενών με IBD ταξινομείται ως καθυστερημένη έναρξη (μεταξύ 60-65 ετών). Αυτό οδήγησε τους κλινικούς γιατρούς να θεραπεύσουν ένα μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ασθενών με IBD. Οι αρχές της διαχείρισης του IBD σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι οι ίδιες με αυτές που είναι νεότερες. Υπάρχουν, ωστόσο, φαινοτυπικές διαφορές οι οποίες είναι μοναδικές για τις καθυστερημένες εμφάνισης των IBD και των ανησυχιών που σχετίζονται με την ηλικία που πρέπει να λάβουν υπόψη οι κλινικοί γιατροί κατά την έναρξη της θεραπείας για τους ηλικιωμένους ασθενείς τους με IBD. Δεδομένου του αυξανόμενου αριθμού των παλαιότερων ασθενών με IBD, ο στόχος της έρευνας των Dorreen et al. (2018) είναι να παρουσιάσει μια επικαιροποιημένη επισκόπηση των θεραπευτικών επιλογών και των θεμάτων που προκύπτουν σε αυτόν τον μοναδικό πληθυσμό ασθενών. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση σε επίσημες βάσεις δεδομένων προκειμένου οι ερευνητές να προχωρήσουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων. Οι Dorreen et al. (2018) κατέληξαν στο συμπέρασμα λοιπόν ότι ένας βασικός στόχος της θεραπείας θα πρέπει να είναι η ελαχιστοποίηση της έκθεσης των κορτικοστεροειδών όπου είναι δυνατόν, καθώς αυτοί οι παράγοντες έχουν ένα εκτεταμένο προφίλ παρενεργειών που ενισχύεται σε ηλικιωμένους ασθενείς. Υποστηρίζουν επίσης ότι χρειάζονται περισσότερα μελλοντικά δεδομένα, ειδικά όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των υφιστάμενων και νέων βιολογικών θεραπειών. Η δημιουργία ειδικών για την ηλικία αλγορίθμων θεραπείας μπορεί να βοηθήσει τους ιατρούς να αποφασίσουν ποιες ιατρικές και χειρουργικές θεραπείες είναι κατάλληλες για χρήση μεταξύ συγκεκριμένων πληθυσμών.

Abstract 14

Clinical and Fecal Microbial Changes With Diet Therapy in Active Inflammatory Bowel Disease.

IBD is a chronic idiopathic inflammatory intestinal disorder associated with fecal dysbiosis. Diet is a potential therapeutic option for IBD based on the hypothesis that changing the fecal dysbiosis could decrease intestinal inflammation. Pediatric patients with mild to moderate IBD defined by pediatric Crohn's disease activity index

(PCDAI 10-45) or pediatric ulcerative colitis activity index (PUCAI 10-65) were enrolled into a prospective study of the SCD. Patients started SCD with follow-up evaluations at 2, 4, 8, and 12 weeks. PCDAI/PUCAI, laboratory studies were assessed. Twelve patients, ages 10 to 17 years, were enrolled. Mean PCDAI decreased from 28.1 ± 8.8 to 4.6 ± 10.3 at 12 weeks. Mean PUCAI decreased from 28.3 ± 23.1 to 6.7 ± 11.6 at 12 weeks. Dietary therapy was ineffective for 2 patients while 2 individuals were unable to maintain the diet. Mean C-reactive protein decreased from 24.1 ± 22.3 to 7.1 ± 0.4 mg/L at 12 weeks in Seattle Cohort ($nL < 8.0$ mg/L) and decreased from 20.7 ± 10.9 to 4.8 ± 4.5 mg/L at 12 weeks in Atlanta Cohort ($nL < 4.9$ mg/L). Stool microbiome analysis showed a distinctive dysbiosis for each individual in most prediet microbiomes with significant changes in microbial composition after dietary change. SCD therapy in IBD is associated with clinical and laboratory improvements as well as concomitant changes in the fecal microbiome. Further prospective studies are required to fully assess the safety and efficacy of dietary therapy in patients with IBD.

Περίληψη

Κλινικές και κόπρανες μικροβιακές μεταβολές με τη θεραπεία της δίαιτας στην ενεργό φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Με την έρευνά τους οι Suskind et al. (2018) είχαν ως στόχο να προσδιορίσουν την επίδραση της ειδικής δίαιτας υδατανθράκων (SCD) στην ενεργό φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD). Είναι χαρακτηριστικό πως το IBD είναι μια χρόνια ιδιοπαθής φλεγμονώδης εντερική διαταραχή που σχετίζεται με τη δυσκοιλιότητα των κοπράνων. Η δίαιτα είναι μια πιθανή θεραπευτική επιλογή για κάθε ασθενή με το πρόβλημα αυτό, με βάση την υπόθεση ότι η αλλαγή της κοπώδους δυσβολίας θα μπορούσε να μειώσει την φλεγμονή του εντέρου. Οι παιδιατρικοί ασθενείς, οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας δηλαδή με ήπια έως μέτρια IBD που ορίζονται από τον δείκτη δραστηριότητας της παιδιατρικής νόσου του Crohn (PCDAI 10-45) ή από τον δείκτη δραστηριότητας των παιδιατρικών ελκωτικών κολίτιδων (PUCAI 10-65) εγγράφηκαν σε προοπτική μελέτη του SCD. Οι ασθενείς ξεκίνησαν SCD με αξιολογήσεις παρακολούθησης στις 2, 4, 8 και 12 εβδομάδες. PCDAI / PUCAI, αξιολογήθηκαν εργαστηριακές μελέτες. Συνολικά συμμετείχαν 12 ασθενείς ηλικίας 10 έως 17 ετών. Η μέση τιμή PCDAI μειώθηκε από $28,1 \pm 8,8$ σε $4,6 \pm 10,3$ στις 12 εβδομάδες. Η μέση τιμή PUCAI μειώθηκε από $28,3 \pm 23,1$ σε $6,7 \pm 11,6$ στις 12 εβδομάδες. Η διατροφική θεραπεία ήταν αναποτελεσματική για 2 ασθενείς, ενώ 2 άτομα δεν μπόρεσαν να διατηρήσουν τη διατροφή. Η ανάλυση μικροβιομέτρων κοπράνων έδειξε μια ξεχωριστή

δυσβολία για κάθε άτομο στα περισσότερα microbiomes πριν από τη χορήγηση, με σημαντικές μεταβολές στη μικροβιακή σύνθεση μετά από διαιτητική αλλαγή. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η θεραπεία με SCD στο IBD σχετίζεται με κλινικές και εργαστηριακές βελτιώσεις καθώς και με συνακόλουθες αλλαγές στο μικροβιοκτόνο των κοπράνων. Κλείνουν την προσπάθειά τους αναφέροντας ότι απαιτούνται σίγουρα περαιτέρω προοπτικές μελέτες για την πλήρη αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της διαιτητικής θεραπείας σε ασθενείς με IBD.

Abstract 15

Specific carbohydrate diet for pediatric inflammatory bowel disease in clinical practice within an academic IBD center.

Despite dietary factors being implicated in the pathogenesis of inflammatory bowel disease (IBD), nutritional therapy, outside of exclusive enteral nutrition (EEN), has not had a defined role within the treatment paradigm of pediatric IBD within IBD centers. Based on emerging data, Seattle Children's Hospital IBD Center has developed an integrated dietary program incorporating the specific carbohydrate diet (SCD) into its treatment paradigm. This treatment paradigm uses the SCD as primary therapy as well as adjunctive therapy for the treatment of IBD. The aim of this study was to evaluate the potential effects of the SCD on clinical outcomes and laboratory studies of pediatric patients with Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC). In this retrospective study, we reviewed the medical records of patients with IBD on SCD. We analyzed 26 children on the SCD: 20 with CD and 6 with UC. Duration of the dietary therapy ranged from 3 to 48 mo. In patients with active CD (Pediatric Crohn's Disease activity index [PCDAI] >10), PCDAI dropped from 32.8 ± 13.2 at baseline to 20.8 ± 16.6 by 4 ± 2 wk, and to 8.8 ± 8.5 by 6 mo. The mean Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index for patients with active UC decreased from a baseline of 28.3 ± 10.3 to 20.0 ± 17.3 at 4 ± 2 wk, to 18.3 ± 31.7 at 6 mo. This retrospective review provides evidence that the SCD can be integrated into a tertiary care center and may improve clinical and laboratory parameters for pediatric patients with nonstructuring, nonpenetrating CD as well as UC. Further prospective studies are needed to fully assess the safety and efficacy of the SCD in pediatric patients with IBD.

Περίληψη

Ειδική δίαιτα υδατανθράκων για παιδιατρική φλεγμονώδη νόσο του εντέρου στην κλινική πρακτική μέσα σε ένα ακαδημαϊκό κέντρο IBD

Παρά την ύπαρξη διατροφικών παραγόντων που εμπλέκονται στην παθογένεση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (IBD), η διατροφική θεραπεία, εκτός της αποκλειστικής εντερικής διατροφής (EEN), δεν είχε καθορισμένο ρόλο στο θεραπευτικό παράδειγμα της παιδιατρικής IBD στα κέντρα IBD. Με βάση τα αναδυόμενα δεδομένα, το Παιδικό Νοσοκομείο του Seattle IBD Center έχει αναπτύξει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα διατροφής που ενσωματώνει τη συγκεκριμένη δίαιτα υδατανθράκων (SCD) στο θεραπευτικό του υπόδειγμα. Αυτό το παράδειγμα θεραπείας χρησιμοποιεί το SCD ως πρωτεύουσα θεραπεία καθώς και συμπληρωματική θεραπεία για τη θεραπεία της IBD. Σκοπός της παρούσας μελέτης των **Obih et al. (2016)** ,ήταν να αξιολογήσει τις πιθανές επιδράσεις του SCD στις κλινικές εκβάσεις και τις εργαστηριακές μελέτες παιδιατρικών ασθενών με νόσο του Crohn (CD) και ελκώδη κολίτιδα (UC). Σε αυτή την αναδρομική μελέτη, εξετάστηκαν τα ιατρικά αρχεία των ασθενών με IBD στο SCD. Οι ερευνητές ανέλυσαν 26 παιδιά στο SCD: 20 με CD και 6 με UC. Η διάρκεια της διατροφικής θεραπείας κυμαινόταν από 3 έως 48 mo. Σε ασθενείς με ενεργό CD (δείκτης δραστηριότητας παιδιατρικού Crohn Disease [PCDAI]> 10), η PCDAI μειώθηκε από $32,8 \pm 13,2$ στην αρχική τιμή σε $20,8 \pm 16,6$ κατά 4 ± 2 εβδομάδες και σε $8,8 \pm 8,5$ κατά 6 mo. Ο μέσος Δείκτης Δραστηριότητας της Δευτεροπαθούς Ουκτικής Κολίτιδας για ασθενείς με ενεργό UC μειώθηκε από μια βασική γραμμή $28,3 \pm 10,3$ σε $20,0 \pm 17,3$ σε 4 ± 2 εβδομάδες, σε $18,3 \pm 31,7$ στα 6 mo. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το SCD μπορεί να ενσωματωθεί σε ένα κέντρο τριτοβάθμιας φροντίδας και μπορεί να βελτιώσει τις κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους για τους παιδιατρικούς ασθενείς με μη κατασταλτικούς, μη διεισδυτικούς CD καθώς και UC. Απαιτούνται περαιτέρω προοπτικές μελέτες για την πλήρη αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας του SCD σε παιδιατρικούς ασθενείς με IBD.

Abstract 16

Probiotics are a good choice in remission of inflammatory bowel diseases: A meta analysis and systematic review.

Altered gut bacteria and bacterial metabolic pathways are two important factors in initiation and progression of inflammatory bowel disease (IBD). However, efficacy of probiotics in remission of patients with IBD has not been characterized. This study was performed on the studies that specifically assessed the efficacy of probiotics in attaining clinical response on patients with various types of IBD. The efficacy of variant species of probiotics in different conditions and the influence of study quality in outcomes of randomized controlled trials (RCTs) were also assessed. The RCTs were collected by searching in MEDLINE Web of Science and Google scholar. Then all studies were abstracted in abstraction form and the outcomes were analyzed with fixed-effect and mixed-effect models for assessment of efficacy of variant species of probiotics in subgroups of IBDs. Analysis of 9 trials showed that probiotics had not significant effect on Crohn's disease (CD) ($p = 0.07$) but analysis of 3 trials in children with IBD revealed a significant advantage ($p < 0.01$). Analysis of 18 trials revealed that probiotics in patients with Ulcerative colitis (UC) in different conditions have significant effects ($p = 0.007$). VSL#3 probiotics in patients with UC had significant effect ($p < 0.01$). Combination of Lactobacillus probiotic, prebiotics had significant effect ($p = 0.03$) only in patients with UC. Combination of Saccharomyces boulardii, Lactobacillus, and VSL#3 probiotics in CD had also a trend for efficiency ($p = 0.057$). In children with IBD, the combination of Lactobacillus with VSL#3 probiotics had significant effect ($p < 0.01$). Probiotics are beneficial in IBD, especially the combination ones in UC.

Περίληψη

Τα προβιοτικά είναι μια καλή επιλογή στην ύφεση των φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου: Μια μετα-ανάλυση και συστηματική ανασκόπηση.

Τα τροποποιημένα βακτήρια του εντέρου και τα βακτηριακά μεταβολικά μονοπάτια είναι δύο σημαντικοί παράγοντες στην έναρξη και την πρόοδο της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (IBD). Οι Ganji-Arjenaki & Rafieian-Kopaei (2018) αναφέρουν ότι η αποτελεσματικότητα των προβιοτικών σε ύφεση των ασθενών με IBD δεν έχει χαρακτηριστεί. Η έρευνα αυτή των Ganji-Arjenaki & Rafieian-Kopaei (2018) διεξήχθη στις μελέτες που συγκεκριμένα αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα των προβιοτικών για την επίτευξη κλινικής απόκρισης σε ασθενείς με διάφορους τύπους IBD. Αξιολογήθηκε

επίσης η αποτελεσματικότητα των παραλλαγών ειδών προβιοτικών σε διαφορετικές συνθήκες και η επίδραση της ποιότητας της μελέτης σε αποτελέσματα τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών (RCTs). Τα RCT συλλέχθηκαν με αναζήτηση στο MEDLINE Web of Science και στο μελετητή της Google. Στη συνέχεια, όλες οι μελέτες αφαιρέθηκαν σε μορφή αφαίρεσης και τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με μοντέλα σταθερού και μεικτού αποτελέσματος για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παραλλαγμένων ειδών προβιοτικών σε υποομάδες των IBD. Η ανάλυση 9 μελετών έδειξε ότι τα προβιοτικά δεν είχαν σημαντική επίδραση στη νόσο του Crohn ($p = 0,07$), αλλά η ανάλυση 3 μελετών σε παιδιά με IBD αποκάλυψε σημαντικό πλεονέκτημα ($p < 0,01$). Ανάλυση 18 δοκιμών αποκάλυψε ότι τα προβιοτικά σε ασθενείς με Ulcerative colitis (UC) σε διαφορετικές καταστάσεις έχουν σημαντικές επιδράσεις ($p = 0,007$). Τα προβιοτικά VSL # 3 σε ασθενείς με UC είχαν σημαντική επίδραση ($p < 0,01$). Ο συνδυασμός προβιοτικών Lactobacillus, τα προβιοτικά είχαν σημαντική επίδραση ($p = 0,03$) μόνο σε ασθενείς με UC. Συνδυασμός Saccharomyces boulardii, Lactobacillus, και τα προβιοτικά VSL # 3 στο CD είχαν επίσης μια τάση για απόδοση ($p = 0,057$). Σε παιδιά με IBD, ο συνδυασμός Lactobacillus με προβιοτικά VSL # 3 είχε σημαντική επίδραση ($p < 0,01$). Τα προβιοτικά είναι ευεργετικά στην IBD, ειδικά σε αυτά που συνδυάζονται στο UC.

Abstract 17

Evaluation of a 12-week targeted vitamin D supplementation regimen in patients with active inflammatory bowel disease

Vitamin D at serum 25(OH)D concentrations above 100 nmol/L is associated with disease remission in patients with IBD, suggesting targeted dosing might be anti-inflammatory. This study aimed to assess the effectiveness, safety and predictors of a 12-week regimen of vitamin D supplementation to achieve such a target in patients with active disease. In a pilot study, patients with active colitis and a serum 25(OH)D concentration < 75 nmol/L were prescribed oral liquid vitamin D supplementation over 12 weeks using a specific protocol with dose adjusted 4-weekly to aim for a target level of 100–125 nmol/L. Five patients each with Crohn's colitis or ulcerative colitis (UC) had mean 25(OH)D concentration 52 (range 27–73 nmol/L). Five reached the targeted level and four 89–95 nmol/L. One withdrew after 4 weeks (88 nmol/L). Target dose was met only in those with BMI < 30 kg/m² and total dose inversely correlated with initial serum 25(OH)D. One patient had developed a high level at 8 weeks (146 nmol/L) and another new hypercalciuria. There were no serious adverse

events attributable to the therapy. Clinical disease activity consistently declined, but faecal calprotectin and circulating markers of inflammation did not. A specified oral vitamin D regimen successfully and safely achieved target or near-target levels, improved symptom-based activity scores, but did not alter objective measures of intestinal or systemic inflammation. A modified version of this dose-escalating regimen would be suitable for a randomised placebo-controlled trial, but does require regular safety monitoring.

Περίληψη

Αξιολόγηση ενός σκευάσματος συμπληρώματος βιταμίνης D διάρκειας 12 εβδομάδων σε ασθενείς με ενεργό φλεγμονώδη νόσο του εντέρου

Η βιταμίνη D σε συγκεντρώσεις ορού 25 (OH) D πάνω από 100 nmol / L σχετίζεται με ύφεση της νόσου σε ασθενείς με IBD, υποδηλώνοντας ότι η στοχοθετημένη δόση μπορεί να είναι αντιφλεγμονώδης. Αυτή η μελέτη των Garg et al. (2017) στοχεύει στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και των προγνωστικών για ένα σχήμα 12 εβδομάδων συμπληρώματος βιταμίνης D για την επίτευξη ενός τέτοιου στόχου σε ασθενείς με ενεργό νόσο. Σε μία πιλοτική μελέτη, οι ασθενείς με ενεργή κολίτιδα και συγκέντρωση ορού 25 (OH) D <75 nmol / L είχαν συνταγογραφηθεί από το στόμα σε υγρή χορήγηση βιταμίνης D σε διάστημα 12 εβδομάδων χρησιμοποιώντας ένα ειδικό πρωτόκολλο με δόση προσαρμοσμένο 4 εβδομάδες για να στοχεύσουν ένα επίπεδο στόχο 100-125 nmol / L. Πέντε ασθενείς με νόσο του Crohn ή ελκωτική κολίτιδα (UC) είχαν συγκέντρωση συγκέντρωσης 25 (OH) D 52 (εύρος 27-73 nmol / L). Πέντε πέτυχαν στο στοχευόμενο επίπεδο και τέσσερα 89-95 nmol / L. Ένας αποσύρθηκε μετά από 4 εβδομάδες (88 nmol / L). Ένας ασθενής είχε αναπτύξει υψηλό επίπεδο στις 8 εβδομάδες (146 nmol / L) και μια άλλη νέα υπερασβεστιουρία. Δεν υπήρξαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες που να οφείλονται στη θεραπεία. Η ενεργότητα της κλινικής νόσου μειώθηκε σταθερά, αλλά η καλπτεκτίνη των περιττωμάτων και οι κυκλοφορούντες δείκτες της φλεγμονής δεν το έκαναν. Μια συγκεκριμένη χορήγηση βιταμίνης D από το στόμα επιτυχώς και με ασφάλεια επιτυγχάνει επίπεδα στόχου ή κοντά στο στόχο, βελτιωμένη βαθμολογία δραστηριότητας με βάση τα συμπτώματα, αλλά δεν αλλοίωσε αντικειμενικά μέτρα εντερικής ή συστηματικής φλεγμονής. Μία τροποποιημένη εκδοχή αυτού του δοσολογικού κλιμακωτικού σχήματος θα ήταν κατάλληλη για τυχαioποιημένη ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο δοκιμή, αλλά απαιτεί τακτική παρακολούθηση της ασφάλειας.

Abstract 18

Colorectal Cancer in Inflammatory Bowel Disease

Patients with inflammatory bowel disease (IBD) are at significantly increased risk of colorectal cancer (CRC), principally resulting from the pro-neoplastic effects of chronic intestinal inflammation. Epidemiologic studies continue to highlight the increased risk of CRC in IBD. However, the incidence has declined over the past 30 years, attributed to both successful CRC-surveillance programs and improved control of mucosal inflammation. Risk factors that further increase the risk of IBD-related CRC include disease duration, extent and severity, the presence of inflammatory pseudopolyps, coexistent primary sclerosing cholangitis, and a family history of CRC. All major professional societies agree that IBD-CRC surveillance should occur more frequently than in the general population. Yet, guidelines and consensus statements differ on the surveillance schedule and preferred method of surveillance. Improved sensitivity to previously “invisible” flat dysplastic lesions using high definition and chromoendoscopy methods has resulted in many guidelines abandoning requirements for random untargeted biopsies of the colon. While colonic dysplasia remains a worrisome finding, and several clinical scenarios remain best addressed by total proctocolectomy due to concerns of synchronous undetected lesions and the unpredictable tempo of progression to malignancy, better detection techniques have also increased opportunities for endoscopic resection of dysplastic lesions that can be clearly delineated. Finally, the expanding armamentarium of medical options in IBD, including anti-tumor necrosis factor and anti-adhesion biologic therapies, have substantially improved our ability to control severe inflammation and likely reduce the risk of CRC over time.

Περίληψη

Καρκίνος του παχέος εντέρου σε φλεγμονώδη νόσο του εντέρου

Οι ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD) έχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου (ΚΓΚ), κυρίως λόγω των προ-νεοπλασματικών επιδράσεων της χρόνιας εντερικής φλεγμονής. Οι επιδημιολογικές μελέτες συνεχίζουν να υπογραμμίζουν τον αυξημένο κίνδυνο CRC στην IBD. Οι Stidham & Higgins (2018).

Στην έρευνά τους αναφέρουν ότι η επίπτωση έχει μειωθεί τα τελευταία 30 χρόνια, γεγονός ότι αποδίδεται τόσο στα επιτυχή προγράμματα παρακολούθησης CRC όσο και στον καλύτερο έλεγχο της φλεγμονής του βλεννογόνου. Παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν περαιτέρω τον κίνδυνο CRC που σχετίζεται με IBD περιλαμβάνουν τη διάρκεια, την έκταση και τη σοβαρότητα της ασθένειας, την παρουσία φλεγμονωδών ψευδοπολυπών, τη συνυπάρχουσα πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα και το οικογενειακό ιστορικό CRC. Όλες οι μεγάλες επαγγελματικές εταιρείες συμφωνούν ότι η παρακολούθηση του IBD-CRC θα πρέπει να γίνεται συχνότερα από ό, τι στο γενικό πληθυσμό. Ακόμη, οι κατευθυντήριες γραμμές και οι δηλώσεις συναίνεσης διαφέρουν ως προς το χρονοδιάγραμμα επιτήρησης και την προτιμώμενη μέθοδο επιτήρησης. Η βελτιωμένη ευαισθησία σε προηγούμενες "αόρατες" επίπεδες δυσπλαστικές αλλοιώσεις χρησιμοποιώντας μεθόδους υψηλής ευκρίνειας και χρωμοενδοσκοπίας έχει οδηγήσει σε πολλές κατευθυντήριες γραμμές που εγκαταλείπουν τις απαιτήσεις για τυχαίες μη στοχευμένες βιοψίες του παχέος εντέρου. Ενώ η κολπική δυσπλασία παραμένει ένα ανησυχητικό εύρημα και πολλά κλινικά σενάρια παραμένουν καλύτερα αντιμετωπισμένα από την ολική πρωκτοεκλεκτομή λόγω προβλημάτων σύγχρονων μη ανιχνευόμενων βλαβών και του απρόβλεπτου ρυθμού εξέλιξης προς κακοήθεια, οι καλύτερες τεχνικές ανίχνευσης έχουν επίσης αυξημένες ευκαιρίες για ενδοσκοπική εκτομή δυσπλασιών σαφώς οριοθετημένη.

Abstract 19

Autism spectrum disorders (ASD) and inflammatory bowel disease (IBD) both have multifactorial pathogenesis with an increasing number of studies demonstrating gut-brain associations. We aim to examine the association between ASD and IBD using strict classification criteria for IBD. We conducted a retrospective case-cohort study using records from the Military Health System database with IBD defined as having one encounter with an ICD-9-CM diagnostic code for IBD and at least one outpatient prescription dispensed for a medication to treat IBD. Children with ASD were more likely to meet criteria for Crohn's disease (CD) and Ulcerative colitis (UC) compared to controls. This higher prevalence of CD and UC in children with ASD compared to controls confirms the association of ASD with IBD.

Περίληψη

Οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού (ASD) και η φλεγμονώδης νόσο του εντέρου (IBD) έχουν πολυπαραγοντική παθογένεση με αυξανόμενο αριθμό μελετών που καταδεικνύουν συσχετισμούς εντέρου-εγκεφάλου. Στόχος των Lee et al. (2018) ήταν να εξεταστεί η σχέση μεταξύ ASD και IBD χρησιμοποιώντας αυστηρά κριτήρια ταξινόμησης για την IBD. Διεξήχθη μια μελέτη αναδρομικής περιπτωσιολογικής κοόρτης χρησιμοποιώντας αρχεία από τη βάση δεδομένων του Στρατιωτικού Υγειονομικού Συστήματος με IBD που ορίστηκαν ως έχοντα μία συνάντηση με έναν ICD-9-CM διαγνωστικό κώδικα για το IBD και τουλάχιστον μία συνταγή εξωτερικών ασθενών που διανεμήθηκε για φάρμακο για θεραπεία της IBD. Τα παιδιά με ASD ήταν πιο πιθανό να πληρούν τα κριτήρια για τη νόσο του Crohn (CD) και την Ελικοειδή κολίτιδα (UC) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Αυτός ο υψηλότερος επιπολασμός CD και UC σε παιδιά με ASD σε σύγκριση με τους μάρτυρες επιβεβαιώνει τη σύνδεση της ASD με την IBD.

Abstract 20

Thrombosis in the setting of obesity or inflammatory bowel disease.

Obesity and inflammatory bowel disease (IBD) are systemic inflammatory disorders that predispose to arterial and venous thrombosis through similar prothrombotic mechanisms. Obesity and IBD are chronic risk factors that lead to a persistently elevated risk of thrombosis, although the thrombotic risk with IBD appears to wax and wane with disease severity. Because of the lack of high-quality evidence to guide management decisions, approaches to the prevention and treatment of thrombosis in patients with obesity or IBD are based on extrapolation from general guidelines for antithrombotic therapy. Obesity alters the pharmacokinetics of some anticoagulant drugs, and IBD patients present the added management challenge of having a high risk of gastrointestinal bleeding while taking anticoagulants. An extended duration of anticoagulant therapy is often recommended for obese or IBD patients with unprovoked venous thromboembolism unless there is a high risk of bleeding, although more data and better biomarkers are needed to determine whether anticoagulation can be safely stopped in a subset of IBD patients during remission of active disease. Most patients with obesity or IBD require thromboprophylaxis in conjunction with hospitalization or surgery, with adjustment of anticoagulant dosing in patients with severe obesity (Lentz, 2016).

Περίληψη

Θρόμβωση στη ρύθμιση της παχυσαρκίας ή της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου.

Η παχυσαρκία και η φλεγμονώδης νόσο του εντέρου (IBD) είναι συστηματικές φλεγμονώδεις διαταραχές που προδιαθέτουν σε αρτηριακή και φλεβική θρόμβωση μέσω παρόμοιων προθρομβωτικών μηχανισμών. Η παχυσαρκία και η IBD είναι χρόνιοι παράγοντες κινδύνου που οδηγούν σε έναν επίμονα αυξημένο κίνδυνο θρόμβωσης, παρόλο που ο θρομβωτικός κίνδυνος με IBD φαίνεται ότι αποδυναμώνεται και εξασθενεί με τη σοβαρότητα της νόσου. Λόγω της έλλειψης αποδεικτικών στοιχείων υψηλής ποιότητας για την καθοδήγηση των διαχειριστικών αποφάσεων, οι προσεγγίσεις στην πρόληψη και θεραπεία της θρόμβωσης σε ασθενείς με παχυσαρκία ή IBD βασίζονται σε παρεκβολή από γενικές κατευθυντήριες γραμμές για την αντιθρομβωτική θεραπεία. Η παχυσαρκία μεταβάλλει τη φαρμακοκινητική ορισμένων αντιπηκτικών φαρμάκων και οι ασθενείς με IBD παρουσιάζουν την προστιθέμενη πρόκληση της διαχείρισης ότι έχουν υψηλό κίνδυνο γαστρεντερικής αιμορραγίας ενώ λαμβάνουν αντιπηκτικά. Μια εκτεταμένη διάρκεια αντιπηκτικής θεραπείας συνιστάται συχνά για παχύσαρκους ασθενείς ή για ασθενείς με IBD με μη διεγερθείσα φλεβική θρομβοεμβολή, εκτός εάν υπάρχει υψηλός κίνδυνος αιμορραγίας, αν και απαιτούνται περισσότερα δεδομένα και καλύτεροι βιοδείκτες για να καθοριστεί εάν η αντιπηκτική αγωγή μπορεί να διακοπεί με ασφάλεια σε ένα υποσύνολο ασθενών με IBD απόσβεση της ενεργού νόσου. Οι περισσότεροι ασθενείς με παχυσαρκία ή IBD απαιτούν θρομβοπροφύλαξη σε συνδυασμό με νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση, με προσαρμογή της δόσης αντιπηκτικών σε ασθενείς με σοβαρή παχυσαρκία (Lentz, 2016).

Άρθρο 21

Τα συστήματα τηλεϊατρικής έχουν χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με IBD με ευρεία αποδοχή από τον ασθενή. Ωστόσο, οι πρώιμες κλινικές δοκιμές κατέδειξαν υψηλά ποσοστά τριβής μεταξύ των ασθενών της παρέμβασης. Γενικά, η χρήση συστημάτων τηλεϊατρικής συνδέεται με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, τη βελτίωση της γνώσης των ασθενών και τη μειωμένη χρήση των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης. Οι πρώτες μελέτες που αξιολογούν τις συναντήσεις ασθενούς-νοσηλεύτη μέσα από την χρήση ανάλογων συστημάτων αναφέρουν υψηλή ικανοποίηση των ασθενών, μειωμένο έμμεσο κόστος για τους ασθενείς και καμία μείωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Με

την ευρεία πρόσβαση στους υπολογιστές και τα έξυπνα τηλέφωνα μεταξύ των ασθενών, η τηλεϊατρική θα συνεχίσει να επεκτείνεται στη φροντίδα των ασθενών με IBD. Για να βελτιστοποιηθεί η χρήση και η αποτελεσματικότητα της τηλεϊατρικής, πρέπει να αντιμετωπιστούν τα εμπόδια στη χρήση, συμπεριλαμβανομένων των ανησυχιών σχετικά με την αυξημένη ευθύνη, την ανάγκη για συνειδητή συναίνεση, περιορισμούς όσον αφορά τη χορήγηση άδειας για την παροχή διακρατικών τηλεθεατικών επισκέψεων και ασφάλειας στον κυβερνοχώρο.

Abstract 22

Current Landscape of Telemedicine Practice in Inflammatory Bowel Disease.

Inflammatory bowel disease (IBD), comprised of Crohn's disease and ulcerative colitis, affects 1.6 million people in the United States. Although effective medical treatments exist to treat the disease, outcomes are still suboptimal. The reasons for poor outcomes vary but include nonadherence to therapy, inadequate monitoring of patients, limited access to IBD specialty care, concurrent psychiatric disease, limited patient knowledge of the disease and treatments, and patient provider discordance. Telemedicine is a candidate intervention that can be used to improve patient outcomes through more frequent monitoring, patient self-management, delivery of education (patient and provider), and to increase access to multidisciplinary IBD care. Telemedicine includes remote monitoring, telehealth, teleconsultation, and teleconferencing. Telemedicine systems have been used in patients with IBD with widespread patient acceptance of the technology. However, early clinical trials demonstrated high attrition rates among intervention patients. In general, use of telemedicine systems have been associated with improved quality of life, improved patient knowledge, and decreased utilization of health care resources. Early studies evaluating telehealth visits report high patient satisfaction, decreased indirect costs to patients, and no decrease in quality of care delivered. Due to widespread access to computers and smart phones among patients, telemedicine will continue to expand in the care of patients with IBD. To optimize use and effectiveness of telemedicine, barriers for use including concerns over increased liability, need for informed consent, licensure restrictions to providing interstate telehealth visits, and cybersecurity need to be addressed.

Περίληψη

Τρέχον τοπίο πρακτικής τηλεϊατρικής στην φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (IBD), που αποτελείται από τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα, επηρεάζει 1,6 εκατομμύρια ανθρώπους στις Ηνωμένες Πολιτείες. Παρόλο που υπάρχουν αποτελεσματικές ιατρικές θεραπείες για τη θεραπεία της νόσου, τα αποτελέσματα εξακολουθούν να είναι ανεπαρκή. Οι λόγοι για τα φτωχά αποτελέσματα ποικίλλουν, αλλά περιλαμβάνουν τη μη προσήλωση στη θεραπεία, την ανεπαρκή παρακολούθηση των ασθενών, την περιορισμένη πρόσβαση στην περίθαλψη ειδικών ασθενειών της IBD, την ταυτόχρονη ψυχιατρική ασθένεια, την περιορισμένη γνώση των ασθενών σχετικά με τη νόσο και τις θεραπείες. Οι Patil & Cross, (2018) αναφέρουν ότι η τηλεϊατρική είναι μια υποψήφια παρέμβαση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών μέσω της συχνότερης παρακολούθησης, της αυτοδιαχείρισης των ασθενών, της παράδοσης μαθημάτων που αφορούν την εκπαίδευση του ασθενούς και της αύξησης της πρόσβασης στη διεπιστημονική περίθαλψη των ασθενών. Η τηλεϊατρική περιλαμβάνει απομακρυσμένη παρακολούθηση. Ωστόσο, παρά την απόσταση η διαδικασία μπορεί να επιτευχθεί με μεγάλη επιτυχία αν και εφόσον ο ασθενής που παρακολουθείται πιο εντατικά ακολουθεί τις οδηγίες κατά γράμμα.

Abstract 24

Explore Small Molecule-induced Genome-wide Transcriptional Profiles for Novel Inflammatory Bowel Disease Drug

Inflammatory Bowel Disease (IBD) is a chronic and relapsing disorder, which affects millions people worldwide. Current drug options cannot cure the disease and may cause severe side effects. We developed a systematic framework to identify novel IBD drugs exploiting millions of genomic signatures for chemical compounds. Specifically, we searched all FDA-approved drugs for candidates that share similar genomic profiles with IBD. In the evaluation experiments, our approach ranked approved IBD drugs averagely within top 26% among 858 candidates, significantly outperforming a state-of-art genomics-based drug repositioning method (p -value $< e^{-8}$). Our approach also achieved significantly higher average precision than the state-of-art approach in predicting potential IBD drugs from clinical trials (0.072 vs. 0.043, $p < 0.1$) and off-label IBD drugs (0.198 vs. 0.138,

$p < 0.1$). Furthermore, we found evidences supporting the therapeutic potential of the top-ranked drugs, such as Naloxone, in literature and through analyzing target genes and pathways.

Περίληψη

Εξερεύνηση των μεταγραφικά προφίλ που προκαλούνται από το μικρό γονίδιο που προκαλείται από το μικρό γονίδιο για το νέο φάρμακο φλεγμονώδους νόσου του εντέρου

Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (IBD) είναι μια χρόνια και υποτροπιάζουσα διαταραχή, η οποία επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Οι τρέχουσες επιλογές φαρμάκων δεν μπορούν να θεραπεύσουν την ασθένεια και μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές παρενέργειες. Στην έρευνά τους οι Cai et al. (2016) ανέπτυξαν ένα συστηματικό πλαίσιο για την ταυτοποίηση νέων φαρμάκων IBD που εκμεταλλεύονται εκατομμύρια γονιδιωματικών υπογραφών για χημικές ενώσεις. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε έρευνα σε όλα τα φάρμακα εγκεκριμένα από την FDA για υποψηφίους που μοιράζονται παρόμοια γονιδιακά προφίλ με το IBD. Στα πειράματα αξιολόγησης, η προσέγγισή που πραγματοποιήθηκε κατέταξε τα εγκεκριμένα φάρμακα IBD κατά μέσο όρο στο ανώτατο 26% μεταξύ των 858 υποψηφίων, υπερβαίνοντας σημαντικά τη μέθοδο επανατοποθέτησης φαρμάκων με βάση τη γονιδιωματική (p -value $< e-8$). Η προσέγγισή αυτή έδειξε επίσης σημαντικά υψηλότερη μέση ακρίβεια από την προσέγγιση της πρόβλεψης των δυνητικών φαρμάκων IBD από κλινικές δοκιμές (0,072 έναντι 0,043, $p < 0,1$) και εκτός φαρμάκου φάρμακα IBD (0,198 έναντι 0,138, $p < 0,1$). Επιπλέον, εντοπίστηκαν στοιχεία που υποστηρίζουν το θεραπευτικό δυναμικό των φαρμάκων που κατατάσσονται στην κορυφή, όπως η ναλοξόνη, στη βιβλιογραφία και στην ανάλυση των γονιδίων-στόχων και των οδών. Τέλος, οι ερευνητές αναφέρουν ότι η προσπάθειά τους αυτή είχε πολλούς περιορισμούς τους οποίους θα βελτιώσουν σε μελλοντική ερευνητική προσπάθεια.

Abstract 25

Inflammatory Bowel Disease: An Overview of Immune Mechanisms and Biological Treatments

Inflammatory bowel diseases (IBD) are characterized by chronic inflammation of the intestinal tract associated with an imbalance of the intestinal microbiota. Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC) are the most widely known types of IBD and have been the focus of attention due to their increasing incidence. Recent studies have pointed out genes associated with IBD susceptibility that, together with environment factors, may contribute to the outcome of the disease. In ulcerative colitis, there are several therapies available, depending on the stage of the disease. Aminosalicylates, corticosteroids, and cyclosporine are used to treat mild, moderate, and severe disease, respectively. In Crohn's disease, drug choices are dependent on both location and behavior of the disease. Nowadays, advances in treatments for IBD have included biological therapies, based mainly on monoclonal antibodies or fusion proteins, such as anti-TNF drugs. Notwithstanding the high cost involved, these biological therapies show a high index of remission, enabling a significant reduction in cases of surgery and hospitalization. Furthermore, migration inhibitors and new cytokine blockers are also a promising alternative for treating patients with IBD. In this review, an analysis of literature data on biological treatments for IBD is approached, with the main focus on therapies based on emerging recombinant biomolecules.

Περίληψη

Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου: Επισκόπηση των ανοσολογικών μηχανισμών και των βιολογικών θεραπειών

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (IBD) χαρακτηρίζονται από χρόνια φλεγμονή της εντερικής οδού που συνδέεται με μια ανισορροπία της εντερικής μικροβιακής. Η νόσος του Crohn (CD) και η ελκώδης κολίτιδα (UC) είναι οι πιο ευρέως γνωστοί τύποι IBD και αποτέλεσαν το επίκεντρο της προσοχής λόγω της αυξανόμενης επίπτωσής τους. Πρόσφατες μελέτες έχουν επισημάνει τα γονίδια που σχετίζονται με την ευαισθησία στην IBD η οποία, μαζί με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, μπορεί να συμβάλει στην έκβαση της νόσου. Στην ελκώδη κολίτιδα, υπάρχουν αρκετές θεραπείες διαθέσιμες, ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Τα αμινοσαλικυλικά, τα κορτικοστεροειδή και η κυκλοσπορίνη χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ήπιας, μέτριας και σοβαρής ασθένειας, αντίστοιχα. Στη νόσο του Crohn, οι επιλογές φαρμάκων εξαρτώνται από τη

θέση και τη συμπεριφορά της νόσου. Σήμερα, οι προοδευτικές εξελίξεις στις θεραπείες για την IBD συμπεριέλαβαν βιολογικές θεραπείες βασισμένες κυρίως σε μονοκλωνικά αντισώματα ή πρωτεΐνες σύντηξης, όπως αντι-TNF φάρμακα. Παρά το υψηλό κόστος, αυτές οι βιολογικές θεραπείες παρουσιάζουν υψηλό δείκτη ύφεσης, επιτρέποντας σημαντική μείωση των περιπτώσεων χειρουργικής επέμβασης και νοσηλείας. Επιπλέον, οι αναστολείς μετανάστευσης και οι νέοι αναστολείς κυτοκίνης είναι επίσης μια υποσχόμενη εναλλακτική λύση για τη θεραπεία ασθενών με IBD. Σε αυτή την επισκόπησή τους οι de Mattos et al. (2015) προσεγγίζουν μια ανάλυση των δεδομένων της βιβλιογραφίας σχετικά με τις βιολογικές θεραπείες για την IBD, με κύριο άξονα τις θεραπείες που βασίζονται σε αναδυόμενα ανασυνδυασμένα βιομόρια.

Abstract 26

Vaccinating Patients With Inflammatory Bowel Disease.

Patients with inflammatory bowel disease (IBD) are not vaccinated at the same rate as general medical patients. IBD places patients at increased risk for developing vaccine-preventable illnesses, and this risk is further exacerbated by immunosuppressive therapy. Therefore, gastroenterologists should familiarize themselves with health maintenance measures pertaining to patients with IBD. This article highlights the vaccinations required for patients with IBD, especially those who are immunosuppressed: influenza; pneumococcal pneumonia; hepatitis A and B viruses; human papilloma virus; meningococcal disease; tetanus, diphtheria, and pertussis; measles, mumps, and rubella; varicella zoster; and herpes zoster. This article also discusses issues regarding patients with IBD who travel outside of the United States, as well as highlights and provides suggestions for areas of quality improvement that are needed in the field.

Περίληψη

Εμβολιασμός ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Οι ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD) δεν εμβολιάζονται με τον ίδιο ρυθμό όπως οι ασθενείς γενικής ιατρικής. Το IBD τοποθετεί τους ασθενείς σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ασθενειών που μπορούν να προληφθούν από τον εμβολιασμό και ο κίνδυνος αυτός επιδεινώνεται περαιτέρω με ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Επομένως, οι γαστρεντερολόγοι θα πρέπει να εξοικειωθούν με τα μέτρα συντήρησης της υγείας που αφορούν τους ασθενείς με IBD. Στην προσπάθειά τους οι Reich et al. (2016)

υπογραμμίζουν τους εμβολιασμούς που απαιτούνται για τους ασθενείς με IBD, ειδικά αυτούς που είναι ανοσοκατεσταμένοι: γρίπη, πνευμονιοκοκκική πνευμονία, τους ιούς της ηπατίτιδας Α και Β. κάνουν επίσης λόγο για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων, την μηνιγγιτιδοκοκκική ασθένεια. τετάνου, αυτήν της διφθερίτιδας και του κοκκύτη, της ιλαράς, της παρωτίτιδας και της ερυθράς, ενώ δεν παραλείπουν να μιλήσουν για τον έρπητα ζωστήρα.

Abstract 27

Health Maintenance in Inflammatory Bowel Disease.

Patients with inflammatory bowel disease (IBD) are not receiving preventative care services at the same rate as the general population. IBD patients are at increased risk for infections, osteoporosis, and certain malignancies secondary to their disease and as they are on immunosuppressive therapy. They are a younger population and often times consider their gastroenterologist as their primary care physician. In this review, we discuss up-to-date evidence pertaining to vaccine-preventable illnesses in the immunosuppressed IBD patient, screening for bone health, cervical cancer, skin malignancies, psychological wellbeing, and smoking cessation. Vaccinations are recommended in the IBD population as they are immunosuppressed and at increased risk for acquiring influenza and pneumonia. Not only are they at greater risk to acquire it but they also have a much more severe complicated course. Ideally, IBD patients should be vaccinated prior to initiating immunosuppression and most inactive vaccines can be administered to them while they are on therapy. All IBD patients should be encouraged to stop smoking and have adequate vitamin D intake along with appropriate applicable cancer screenings. Gastroenterologists must work in collaboration with primary care providers along with other specialists to help provide our patients well-rounded care for their IBD.

Περίληψη

Συντήρηση της Υγείας στη Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου.

Οι ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD) δεν λαμβάνουν υπηρεσίες προληπτικής φροντίδας με τον ίδιο ρυθμό με τον γενικό πληθυσμό. Οι ασθενείς με IBD διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων, οστεοπόρωσης και ορισμένων κακοηθειών δευτερογενών της νόσου τους επειδή βρίσκονται σε ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Σε αυτή την ανασκόπηση οι Mir & Kane, (2018). Κάνουν λόγο και αναζητούν

τα επικαιροποιημένα στοιχεία σχετικά με τις ασθένειες που μπορούν να προληφθούν από τον εμβολιασμό στον ανοσοκατεσταλμένο ασθενή με IBD, τον έλεγχο της οστικής υγείας, τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, τις κακοήθειες του δέρματος, την ψυχολογική ευεξία και την διακοπή του καπνίσματος. Όχι μόνο βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν κάποια πολύ σοβαρή ασθένεια αλλά έχουν και πολύ σοβαρή περίπλοκη πορεία. Ιδανικά, οι ασθενείς με IBD πρέπει να εμβολιάζονται πριν την έναρξη της ανοσοκαταστολής και τα περισσότερα ανενεργά εμβόλια μπορούν να χορηγηθούν σε αυτά ενώ βρίσκονται σε θεραπεία. Όλοι οι ασθενείς με IBD θα πρέπει να ενθαρρύνονται να σταματήσουν το κάπνισμα και να έχουν επαρκή πρόσληψη βιταμίνης D μαζί με τις κατάλληλες εφαρμογές καρκίνου. Οι γαστρεντερολόγοι πρέπει να συνεργαστούν με τους φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας μαζί με άλλους ειδικούς για να βοηθήσουν τους ασθενείς μας να έχουν ολιστική φροντίδα για να βοηθήσουν τους ασθενείς με IBD να προσαρμοστούν και να αντιμετωπίσουν την κατάστασή τους.

Abstract 28

Online social networks and inflammatory bowel disease

Enrolling patients for epidemiologic studies represents a challenge for researchers. Those who use traditional approaches, including in-person interviews and telephone or mail surveys, obtain increasingly lower participations. In the study by Martín-Fernández et al., the authors obtained 44 responses via mail and forums, and then 376 responses in just five days via Facebook. Online social networks (OSN) provide a unique opportunity to obtain epidemiologic data with resource savings and presumably collecting higher-quality information. However, disadvantages include loss of anonymity, selection and sampling biases, social acceptance bias, behavior changes, and lack of representativity(de la Coba Ortiz & Mayol, 2018).

Περίληψη

Διαδικτυακά κοινωνικά δίκτυα και ασθένεια φλεγμονώδους εντέρου

Η καταγραφή των ασθενών για επιδημιολογικές μελέτες αποτελεί πρόκληση για τους ερευνητές. Εκείνοι που χρησιμοποιούν παραδοσιακές προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανομένων προσωπικών συνεντεύξεων και τηλεφωνικών ή ταχυδρομικών ερευνών, αποκτούν ολοένα και μικρότερες συμμετοχές. Στη μελέτη αυτή οι ερευνητές έλαβαν 44 απαντήσεις μέσω ταχυδρομείου και φόρουμ και στη συνέχεια 376 απαντήσεις σε μόλις πέντε ημέρες μέσω του Facebook. Τα ηλεκτρονικά κοινωνικά δίκτυα (OSN)

παρέχουν μια μοναδική ευκαιρία για την απόκτηση επιδημιολογικών δεδομένων με εξοικονόμηση πόρων και πιθανώς τη συλλογή πληροφοριών υψηλότερης ποιότητας. Ωστόσο, τα μειονεκτήματα περιλαμβάνουν απώλεια ανωνυμίας, μεροληψίες επιλογής και δειγματοληψίας, μεροληψία κοινωνικής αποδοχής, αλλαγές συμπεριφοράς και έλλειψη αντιπροσωπευτικότητας (de la Coba Ortiz & Mayol, 2018).

Abstract 29

Perceived Illness Stigma, Thwarted Belongingness, and Depressive Symptoms in Youth With Inflammatory Bowel Disease (IBD)

Studies have begun to identify psychosocial factors associated with depressive symptoms in youth with IBD. However, despite considerable speculation in the literature regarding the role of perceived stigma in both social and emotional adjustment outcomes, youth appraisals of stigma have yet to receive empirical attention. The primary purpose of this study was to examine the indirect effect of perceived illness stigma on depressive symptoms through its impact on social belongingness. Eighty youth ($M_{\text{age}} = 14.96$) with IBD completed measures of illness stigma, thwarted belongingness, and depressive symptoms during a scheduled clinic visit. Pediatric gastroenterologists provided estimates of disease activity. Analyses examined the direct and indirect effects of illness stigma on perceived thwarted belongingness and depressive symptoms. Bootstrapped regression results revealed significant *illness stigma* $\rightarrow$ *depressive symptoms* ($\beta = 0.33$, 95% CI, 0.108 to 0.526), *illness stigma* $\rightarrow$ *thwarted belongingness* ($\beta = 0.41$, 95% CI, 0.061 to 0.739), and *thwarted belongingness* $\rightarrow$ *depressive symptoms* ($\beta = 0.32$, 95% CI, 0.143 to 0.474) direct paths. Mediation analyses revealed a significant *illness stigma* $\rightarrow$ *thwarted belongingness* $\rightarrow$ *depressive symptoms* indirect path ($\beta = 0.14$, 95% CI, 0.034 to 0.310), suggesting increased appraisals of illness stigma impede youths' perceptions of social belongingness, which in turn, contribute to elevated depressive symptoms. Youth perceptions of illness stigma negatively impact social belongingness and depressive symptoms in youth with IBD. Further, decreased perceptions of social belongingness may be one potential route through which stigma influences emotional adjustment outcomes. Results support clinical observations regarding the relevance of illness stigma and social functioning as targets of intervention for improving emotional adjustment in youth with IBD.

Περίληψη

Αντιληπτό στίγμα ασθένειας, αναχρονισμένη ανικανότητα και καταθλιπτικά συμπτώματα σε νεολαία με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (IBD)

Τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει διάφορες μελέτες οι οποίες επικεντρώνονται στον εντοπισμό ψυχοκοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με καταθλιπτικά συμπτώματα στη νεολαία με IBD. Ωστόσο, παρά τη βαρύτητα και την σημασία του στίγματος που αντιλαμβάνονταν τόσο στα κοινωνικά όσο και στα συναισθηματικά αποτελέσματα προσαρμογής, οι εκτιμήσεις στιγματισμού της νεολαίας δεν έχουν ακόμη λάβει εμπειρική προσοχή. Ο πρωταρχικός σκοπός αυτής της μελέτης των Kaitlyn et al. (2018) ήταν να εξεταστεί η έμμεση επίδραση του στίγματος της ασθένειας που αντιλαμβάνονταν στα συμπτώματα της κατάθλιψης μέσω της επίδρασής της στην κοινωνική αδυναμία. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 80 νέοι οι οποίοι είχαν λάβει διάγνωση για φλεγμονές εντέρου. Οι γαστρεντερολόγοι που τους εξέτασαν έδωσαν εκτιμήσεις για τη δραστηριότητα της νόσου. Η μέση ηλικία τους ήταν 14, 96 ετών. Οι αναλύσεις εξέτασαν τις άμεσες και έμμεσες επιδράσεις του στιγματισμού της ασθένειας σε σχέση με την αντιλαμβανόμενη ανυπαρξία ανικανότητας και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα της παλινδρόμησης αποκάλυψαν σημαντικό στίγμα της νόσου → συμπτώματα κατάθλιψης ($\beta = 0,33$, 95% CI, 0,108 έως 0,526) 0,41, 95% CI, 0,061 έως 0,739), και μειωμένη ανικανότητα → συμπτώματα κατάθλιψης ($\beta = 0,32$, 95% CI, 0,143 έως 0. 474) άμεσες διαδρομές. Οι αναλύσεις διαμεσολάβησης αποκάλυψαν ένα σημαντικό στίγμα της νόσου → αποδυναμωμένη ανικανότητα → έμμεση διαταραχή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ($\beta = 0,14$, 95% CI, 0,034 έως 0,310), γεγονός που υποδηλώνει αυξημένες εκτιμήσεις στίγματος ασθένειας εμποδίζουν τις αντιλήψεις των νέων σχετικά με την κοινωνική ανικανότητα, καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι νοητικές αντιλήψεις για το στίγμα της νόσου επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνική ανικανότητα και τα συμπτώματα κατάθλιψης στη νεολαία με IBD. Επιπλέον, οι μειωμένες αντιλήψεις για την κοινωνική ανικανότητα μπορεί να είναι μια πιθανή οδός μέσω της οποίας το στίγμα επηρεάζει τα συναισθηματικά αποτελέσματα προσαρμογής και τις αντιλήψεις για κοινωνική ανυπαρξία, οι οποίες με τη σειρά τους συμβάλλουν σε αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι γνώσεις του νευρικού στιγματισμού των ασθενών επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνική ανικανότητα και τα συμπτώματα κατάθλιψης στη νεολαία με IBD. Επιπλέον, οι μειωμένες αντιλήψεις για την κοινωνική ανικανότητα μπορεί να είναι μια πιθανή οδός μέσω της οποίας το στίγμα επηρεάζει τα συναισθηματικά αποτελέσματα προσαρμογής. Τα

αποτελέσματα λοιπόν της έρευνας υποστηρίζουν τις κλινικές παρατηρήσεις σχετικά με τη συνάφεια του στιγματισμού των ασθενειών και της κοινωνικής λειτουργίας ως σημαντικούς στόχους παρέμβασης για τη βελτίωση της συναισθηματικής προσαρμογής στη νεολαία με IBD.

Abstract 30

The importance of intestinal ultrasound and elastographic techniques in inflammatory bowel diseases

Inflammatory bowel diseases have an important impact upon the economic and social status due to their increasing incidence and prevalence, often affecting young people. At the moment, the therapeutic goal goes beyond the improvement of symptoms and laboratory parameters, being represented by endoscopic mucosal healing, changing the disease's natural history. Even though endoscopy is the gold standard for the assessment of mucosal healing, it is an invasive maneuver and it lacks good repeatability. These patients require frequent evaluation; therefore, interest for noninvasive techniques has risen. As a consequence, the importance of intestinal ultrasound has increased lately and recent studies support its use to assess the degree of inflammation, to differentiate between remission and relapse, to monitor therapy response and guide treatment, to evaluate prognosis, and to diagnose complications. Another promising noninvasive imagistic technique is elastography which has gained interest because of its capacity to discriminate between inflammatory and fibrotic tissue, taking into account the different therapeutic options for the fibrotic strictures compared to inflammatory processes. This review summarizes the actual recommendations regarding the use of intestinal ultrasound and elastographic techniques for the diagnosis and monitoring of inflammatory bowel diseases

Περίληψη

Η σημασία των εντερικών υπερήχων και των ελαστογραφικών τεχνικών σε φλεγμονώδεις παθήσεις των εντέρων

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην οικονομική και κοινωνική κατάσταση λόγω της αυξανόμενης συχνότητας εμφάνισης και επικράτησης, που συχνά πλήττει τους νέους. Προς το παρόν, ο θεραπευτικός στόχος υπερβαίνει τη βελτίωση των συμπτωμάτων και των εργαστηριακών παραμέτρων, που αντιπροσωπεύεται από την ενδοσκοπική επούλωση του βλεννογόνου, αλλάζοντας τη

φυσική ιστορία της νόσου. Παρόλο που η ενδοσκόπηση είναι το χρυσό πρότυπο για την αξιολόγηση της επούλωσης των βλεννογόνων, είναι ένας διεισδυτικός ελιγμός και δεν έχει καλή επαναληψιμότητα. Αυτοί οι ασθενείς απαιτούν συχνή αξιολόγηση. Ως εκ τούτου, η σημασία του εντερικού υπερηχογραφήματος έχει αυξηθεί πρόσφατα και πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν τη χρήση του για την εκτίμηση του βαθμού φλεγμονής, τη διαφοροποίηση μεταξύ ύφεσης και υποτροπής, την παρακολούθηση της θεραπευτικής απόκρισης και την καθοδήγηση της θεραπείας, να αξιολογήσει την πρόγνωση και να διαγνώσει τις επιπλοκές. Μια άλλη ελπιδοφόρα μη επεμβατική τεχνική απεικόνισης είναι η ελαστογραφία η οποία έχει κερδίσει ενδιαφέρον εξαιτίας της ικανότητάς της να διακρίνει μεταξύ του φλεγμονώδους και του ινωτικού ιστού, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές για τις ινώδεις κατακρημνίσεις σε σύγκριση με τις φλεγμονώδεις διεργασίες (Marin et al., 2018).

Βιβλιογραφία

- Αβραμικά, Μ., Γκοβινά Ο., Δοκουτσίδου Ε. και συν. (2013). *Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα
- Ahmadi, O., McCall, J.L., Stringer, M.D.,(2015). Mesocolic Lymph Node Number, Size, and Density: An Anatomical Study. *Dis. Colon Rectum.* ;58(8):726-35.
- Ahmed. Ah.,Sonnenburg K. , Foli KJ. , Walters B.(2016) . Maneging Ulcerative Colitis in the Adolecsent. *Highlighting Developmental and self management Needs Holistic nursing practice journal* , 30(1) ,39-46
- Allen PB & Peyrin-Biroulet L. (2013) Moving towards disease modification in inflammatory bowel disease therapy. *Curr Opin Gastroenterol* 29(4): 397-404.
- Ananthakrishnan AN. Epidemiology and risk factors for IBD. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015 Apr;12(4):205-17.
- Archampong TN, Nkrumah KN. (2013). Inflammatory bowel disease in Accra: what new trends. *West Afr J Med.*;32(1):40-44.
- Baumgart & Sandborn W. (2012) Crohn's disease. *Lancet* 380: 1590–1605.
- Bhimji SS, Gossman WG. Anatomy, Abdomen, Large Intestine. [Updated 2017 Dec 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-. Available from: <https://europepmc.org/books/NBK470577>
- Burisch J, Munkholm P. (2015). The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol*. 1-10.
- Cai, X., Chen, Y., Gao, Z., Xu, R., (2016). Explore Small Molecule-induced Genome-wide Transcriptional Profiles for Novel Inflammatory Bowel Disease. *Drug AMIA Summits Transl Sci Proc*.22-31
- Chadda, S. (2013). Nurse perspectives in ulcerative colitis: an approach to individualised care. *Gastrointestinal Nursing*, 11(5): 24–29.
- de la Coba Ortiz, C., & Mayol, J.(2018). Online social networks and inflammatory bowel disease. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas* :

- *Organo Oficial de la Sociedad Espanola de Patologia Digestiva*. 110(5):271-273.
- Devlen J., Beusterien K., Yen L., Ahmed A., Cheifetz A., Moss A. (2014) The Burden of inflammatory bowel disease: a patient-reported qualitative analysis and development of a conceptual model. *Inflamm Bowel Dis* 20: 545–552.
- de Mattos, B. R, Garcia, M.P, Nogueira, J.B, Paiatto, L.N, Albuquerque, C.G, Souza, C.L, Fernandes, L.G, Tamashiro, W.M & Simioni, P.U (2015). Inflammatory Bowel Disease: An Overview of Immune Mechanisms and Biological Treatments. *Mediators Inflamm*.xx
- Dorreen, A., Heisler, C., & Jones, J. (2018). Treatment of Inflammatory Bowel Disease in the Older Patient, *Inflammatory Bowel Diseases*, 24, 6, p.1155–1166
- Drug Watch (2013). *AJN American Journal of Nursing* , 9, 9-26
- Ganji-Arjenaki, M., & Rafieian-Kopaei, M. (2018). Probiotics are a good choice in remission of inflammatory bowel diseases: A meta analysis and systematic review. *J Cell Physiol*. 233(3):2091-2103.
- Garcia . Sarjuan Sofia et al. (2014). Life Experiences of people Affected by Crohn's Disease and Their Support Networks . *University of Alicante Spain* , 1, 20-25
- Golik, M., Kurek, M., Poteralska, A., Bieniek, E., Marynka, A., Pabich, G., Liebert, A., Kłopocka, M., Rydzewska, G. (2014).Working Group Guidelines on the nursing roles in caring for patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in Poland. *Przegląd gastroenterologiczny*, 9(4):179-93.
- Gomollón, F., Dignass, A., Annese, V..and ECCO. (2017). 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016, part 1: Diagnosis and Medical Management. *J Crohns Colitis*. 11: 3–25
- Ha, F., & Khalil, H. (2015). Crohn's disease: a clinical update. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 8(6), 352–359.
- Hall, N., Betteridge, J., Singla M. (2017). IBD HINTS for Preventive Care, *Inflammatory Bowel Diseases*, 23, (9) p. 42-46.
- Irving, P., Iqbal, T., Nwokolo, C., Subramanian, S., Bloom,S., Prasad, N., Hart, A., Murray, C., O Lindsay, J., Taylor, A., Barron, R., Wright, S. (2018). A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Parallel-group, Pilot Study of

Cannabidiol-rich Botanical Extract in the Symptomatic Treatment of Ulcerative Colitis, *Inflammatory Bowel Diseases*, 24, 4, 714–724.

- Kaitlyn, L., Gamwell, Marissa, N., Baudino, Dana M Bakula, Christina M Sharkey, Caroline M Roberts, John E Grunow, Noel J Jacobs, Stephen R Gillaspay, Larry L Mullins, John M Chaney; Perceived Illness Stigma, Thwarted Belongingness, and Depressive Symptoms in Youth With Inflammatory Bowel Disease (IBD), *Inflammatory Bowel Diseases*, Volume 24, Issue 5, 23 April 2018, Pages 960–965,
- Kaplan GG. (2014). IBD Global variations in environmental risk factors for IBD. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 11(12):708-9.
- Kinsey, L & Burden, S (2016). 'A survey of people with Inflammatory Bowel Disease to investigate their views of food and nutritional issues' *European Journal of Clinical Nutrition*, vol 70, pp. 852-854.
- Koslowsky B , Grisaru-Granovsky S , Livovsky DM , Milgrom Y , Goldin E, Bar-Gil Shitrit A Pregnancy-Onset Inflammatory Bowel Disease: A Subtle Diagnosis, *Inflammatory Bowel Diseases*, , 12, 1, 1081.
- Kozłowska, KA., Bączyk, G., Krokowicz, P. (2014). Quality of life in patients with ulcerative colitis treated surgically. *Przegląd gastroenterologiczny*, 9(4):220-6
- Lan, N., & Shen B., Endoscopic Stricturotomy Versus Balloon Dilation in the Treatment of Anastomotic Strictures in Crohn's Disease, *Inflammatory Bowel Diseases*, 24, 4, 1 p. 897–907.
- Leach, P., De Silva, M., Mountifield, R., Edwards, S., Chitti, L., Fraser, RJ., Bampton, P. (2014). The effect of an inflammatory bowel disease nurse position on service delivery. *Journal of Crohn's & Colitis*, 8(5):370-4.
- Leddin D, Tamim H, Levy AR.(2014). Decreasing incidence of inflammatory bowel disease in eastern Canada: a population database study. *BMC Gastroenterol*. 14:140.
- Lee, M., Krishnamurthy, J., Susi, A. , Sullivan, C., Gorman, GH., Hisle-Gorman, E. , Erdie-Lalena, CR., Nylund, CM. (2018). Association of Autism Spectrum Disorders and Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 48(5):1523-152
- Lentz S. (2016). Thrombosis in the setting of obesity or inflammatory bowel disease. *Hematology. American Society of Hematology*. (1):180-187]

- Liu, R., Tang, A ., Wang, X ., Shen, S., (2018). Assessment of Quality of Life in Chinese Patients With Inflammatory Bowel Disease and their Caregivers. *Inflamm Bowel Dis*, 5, 45-49
- M’Koma AE. Inflammatory bowel disease: an expanding global health problem. *Clin Med Insights Gastroenterol*. 2013;6:33–47.
- Marin, A., Tribus. L., & Fierbinteanu-Braticevici, C. (2018). The importance of intestinal ultrasound and elastographic techniques in inflammatory bowel diseases. *Medical Ultrasonography* 20(2):228-236.
- Magro F, Langner C, Driessen A, et al.(2013). European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*,7. 827-51.
- Mir, F.A. & Kane, S.V. (2018). Health Maintenance in Inflammatory Bowel Disease. *Current Gastroenterology Reports*, 20(5):23.
- Mowat C, Cole A, Windsor A, et al. (2014). Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*, 60.571-607.
- Ng SC, Tang W, Ching J, et al. Incidence and phenotype of inflammatory bowel disease based on results from the Asia-Pacific Crohn's and Colitis Epidemiology Study. *Gastroenterology* 2013; 145:158-65.
- Nowakowski , J., Chrobak, A., & Dudek, D., (2016). Psychiatric illnesses in inflammatory bowel diseases – psychiatric comorbidity and biological underpinnings. *Psychiatr. Pol.* 50(6): 1157–1166
- Obih, C., Wahbeh, G., Lee, D., Braly, K., Giefer, M., Shaffer, ML, Nielson, H., Suskind, DL., (2016). Specific carbohydrate diet for pediatric inflammatory bowel disease in clinical practice within an academic IBD center. *Nutrition*. 32(4):418-25.
- O'Connor, M.,, Gaarenstroom, J., Kemp, K., Bager, P., van der Woude, CJ. (2014). NECCO survey results of nursing practice in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis in Europe. *Journal of Crohn’s & Colitis*, 8(10):1300-7.
- Parker, CE. , Nguyen, TM., Segal, D., MacDonald ,JK., Chande, N., Low dose naltrexone for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. Issue 4. .
- Patil, SA & Cross, RK. (2018). Current Landscape of Telemedicine Practice in Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. Xx

- Phillips, M., Patel, A., Meredith, P., Will, O., Brassett, C., (2015). Segmental colonic length and mobility. *Ann R Coll Surg Engl.*; 97(6):439-44.
- Prijić, R., Premužić, V., Brinar, M., Krznarić, Ž., Jelaković, B., Čuković-Čavka, S., (2018). Increased arterial stiffness - similar findings in patients with inflammatory bowel disease without prior hypertension or diabetes and in patients with well-controlled hypertension. *Blood Press*, 23:1-7.
- Regueiro M, Greer JB, Szigethy E.(2017). Etiology and treatment of pain and psychosocial issues in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 152:430–439.
- Reich, J., Wasan, S., & Farraye, F.(2016). Vaccinating Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology & Hepatology*. 12(9):540-546.
- Sammut, J., Scerri, J. & Borg Xuereb, R. (2015). The lived experience of adults with ulcerative colitis. *Journal of Clinical Nursing*. 24, 2659-2667.
- Stidham R & Higgins P.(2018). Colorectal Cancer in Inflammatory Bowel Disease. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 31(3):168-178.
- Singh, S., Proudfoot, J., Xu, R., Sandborn., WJ. (2018). Impact of Obesity on Short- and Intermediate-Term Outcomes in Inflammatory Bowel Diseases: Pooled Analysis of Placebo Arms of Infliximab Clinical Trials. *Inflamm Bowel Dis.xx*
- Skrautvol, K. & Nå- den, D. (2017) Tolerance Limits, Self-understanding, and Stress Resilience in Integrative Recovery of Inflammatory Bowel Disease. *Holistic Nursing Practice*. 31(1), 30-41.
- Suskind, D. L., Cohen, S. A., Brittnacher, M. J., Wahbeh, G., Lee, D., Shaffer, M. L., Miller, S. I. (2018). Clinical and Fecal Microbial Changes With Diet Therapy in Active Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 52(2), 155–163
- Wang MH & Achkar JP.(2015). Geneenvironment interactions in inflammatory bowel disease pathogenesis. *Curr Opin Gastroenterol*. 31(4):277-282
- Woodward, S., Dibley, L., Coombes, S., Bellamy, A., Clark, C., Czuber-Dochan, W., Everelm, L., Kutner, S., Sturt, J. & Norton, C. (2016). Identifying disease-specific distress in patients with inflammatory bowel disease. *British Journal of Nursing*. (25), 12, 649-660

- Ye, Y., Pang, Z., Chen, W., Ju, S., & Zhou, C. (2015). The epidemiology and risk factors of inflammatory bowel disease. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(12), 22529–22542.
- Yadav V., Varum F., Bravo R., Furrer E., Bojic D., Basit A. W.(2016). Inflammatory bowel disease: exploring gut pathophysiology for novel therapeutic targets. *Translational Research*;176:38–68.
- Zhang, Y.-Z., & Li Y.-Y.(2014). Inflammatory bowel disease: pathogenesis. *World Journal of Gastroenterology*. 20(1):91–99.