



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδαστές:

Αριστείδου Ελένη

Κλεόπα Μιχάλης

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2018

Περιεχόμενα

Περίληψη	IV
Summary	V
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 2: Ιστορική Αναδρομή	2
Κεφάλαιο 3: Επιδημιολογία.....	3
Μέρος Α΄	4
3.1. Ανατομία	4
3.1.1. Λεπτό Έντερο	4
3.1.2. Παχύ Έντερο.....	6
3.2. Παθοφυσιολογία.....	7
3.3.1. Βασικότεροι παράγοντες	10
3.4. Κλινική Εικόνα.....	12
3.5. Διάγνωση.....	14
3.6. Διαφορική Διάγνωση	16
3.7. Πρόγνωση	17
3.8. Πρόληψη	18
3.9. Θεραπεία	20
3.9.1. Συντηρητική Θεραπεία	20
3.9.2. Χειρουργική Θεραπεία	21
3.10. Επιπλοκές	23
3.10.1. Εξωεντερικές Επιπλοκές	23
3.10.2. Επιπλοκές Από Το Παχύ Έντερο.....	25
Μέρος Β΄	27
3.11. Εκτίμηση Της Κατάστασης Του Αρρώστου	27
3.12. Ο Ρόλος Του Νοσηλευτή Στη Φροντίδα Ασθενούς Με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο Του Εντέρου.....	28

3.12.1. Διάρροια	28
3.13. Ο Ρόλος Του Νοσηλευτή Στην Κοινωνική Αποκατάσταση	30
3.13.1. Διαταραχή Της Εικόνας Του Σώματος	30
3.14. Κατ' Οίκων Φροντίδα	32
Μέρος Γ'	34
Κεφάλαιο 4: Έρευνα (Νέα Δεδομένα)	34
4.1. The impact of stress and personality on resilience of patients with ulcerative colitis.....	34
Περίληψη	35
4.2. Differing Relationship of Psycho-Social Variables with Active Ulcerative Colitis or Crohn's Disease	36
Περίληψη	37
4.3. Attachment and perceived stress in patients with ulcerative colitis, a case-control study.....	38
Περίληψη	39
4.4. Effect of threatening life experiences and adverse family relations in ulcerative colitis: analysis using structural equation modeling and comparison with Crohn's disease	40
Περίληψη	41
4.5. Attachment insecurity moderates the relationship between disease activity and depressive symptoms in ulcerative colitis.....	42
Περίληψη	43
4.6. Psychobiological subtypes of ulcerative colitis: pANCA status moderates the relationship between disease activity and psychological distress	44
Περίληψη	45
4.7. Evaluating clinical, dietary, and psychological risk factors for relapse of ulcerative colitis in clinical, endoscopic, and histological remission	46
Περίληψη	47

4.8. Genesis of anxiety, depression, and ongoing abdominal discomfort in ulcerative colitis-like colon inflammation.....	48
Περίληψη	49
4.9. Symptoms of anxiety and depression are independently associated with inflammatory bowel disease-related disability.....	50
Περίληψη	51
4.10. Associations of sense of coherence with psychological distress and quality of life in inflammatory bowel disease	52
Περίληψη	53
4.11. The combination of high-fat diet-induced obesity and chronic ulcerative colitis reciprocally exacerbates adipose tissue and colon inflammation.....	54
Περίληψη	55
4.12. Onset of Ulcerative Colitis during a low-carbohydrate weight-loss diet and treatment with a plant-based diet	56
Περίληψη	57
4.13. Dietary black raspberries modulate DNA methylation in dextran sodium sulfate (DSS)-induced ulcerative colitis.....	58
Περίληψη	59
4.14. Therapeutic potential of flavonoids in inflammatory bowel disease	60
Περίληψη	61
Κεφάλαιο 5: Συζήτηση	62
Κεφάλαιο 6: Συμπεράσματα	64
Βιβλιογραφία	65
Ξένη Βιβλιογραφία	65
Ελληνική Βιβλιογραφία	67

Περίληψη

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μη ειδική φλεγμονώδης πάθηση του παχέος εντέρου, η οποία πρωτοπαθώς εντοπίζεται στο βλεννογόνο και στον υποβλεννογόνιο χιτώνα του εντερικού τοιχώματος. Εμφανίζεται κυρίως σε νέους ή ενήλικες 15-30 ετών, λιγότερο συχνά σε ηλικιωμένους κατά την 6^η – 8^η δεκαετία της ζωής. Προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες. Η συχνότητα της ποικίλει από 5-12 ανά 100.000 κατοίκους και η ετήσια επίπτωσή της από 50-150 ανά 100.000 κατοίκους.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ενημέρωση σχετικά με τα νεότερα δεδομένα όσον αφορά την ιδιαίτερη αυτή νόσο, τι είναι η ελκώδης κολίτιδα, πως προκαλείται, πως αντιμετωπίζεται, ποιες θεραπείες είναι διαθέσιμες και με ποιον τρόπο μπορούν να βοηθηθούν οι ασθενείς αυτοί αλλά και η οικογένειά τους.

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε αναζητήθηκε στην ελληνική και στη διεθνή βιβλιογραφία των τελευταίων χρόνων, αλλά και σε ηλεκτρονικές πηγές όπως το «Pubmed», στις οποίες δημοσιεύονται άρθρα από πρόσφατες μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής φαίνεται ότι η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου και ειδικότερα η ελκώδης κολίτιδα είναι μία χρόνια νόσος η οποία αν και δεν είναι δυνατόν σήμερα να προβλεφθεί, η αποτελεσματική και έγκαιρη αντιμετώπισή της είναι δυνατόν αν μη τι άλλο να βοηθήσει τον ασθενή να αποφύγει την εμφάνιση των επιπλοκών της νόσου.

Συμπερασματικά, ο ρόλος του νοσηλευτή τόσο στη διάγνωση και στη θεραπεία όσο και στην κοινωνική αποκατάσταση είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Μέσα από την εκπαίδευση και την ενημέρωση του ασθενούς αλλά και της οικογένειας γενικότερα, είναι ο επιστήμονας υγείας που θα βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει όσο περισσότερο γίνεται την παθοφυσιολογία της νόσου, έτσι ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει τις εκάστοτε ανάγκες που θα προκύπτουν από τη νόσο.

Λέξεις ευρετηρίου: αυτοάνοσο νόσημα, νόσος του έντερου, παχύ έντερο, φλεγμονή πεπτικού συστήματος.

Summary

Ulcerative colitis is a non-specific inflammatory bowel disease, which is primarily localized in the mucosa and the intestinal wall submucosa. Appears mainly in young or adult 15-30 years old, less often in the elderly during the 6th - 8th decade of life. It affects women more often. Its frequency varies from 5-12 per 100,000 inhabitants and its annual incidence is from 50-150 per 100,000 inhabitants.

The purpose of this work is to inform about the latest data on this particular disease, what is ulcerative colitis, how it is caused, how it is treated, what treatments are available and how these patients and their families can be helped.

The material used was searched in the Greek and international bibliography of recent years, but also in electronic sources such as ‘‘Pubmed’’, in which articles from recent studies that have taken place in recent years are published.

According to the results of this work, idiopathic inflammatory bowel disease, and in particular ulcerative colitis, is a chronic disease which, although it can not currently be predicted, can be effectively and promptly addressed, if at all help the patient avoid the onset of complications of the disease.

In conclusion, the role of the nurse in both diagnosis and treatment as well as social rehabilitation is particularly important. By educating and informing the patient and the family in general, he is the health scientist who will help the patient to understand the pathophysiology of the disease as much as possible so that he / she can cope with the specific needs arising from the disease.

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

Η ελκώδης κολίτιδα αποτελεί χρόνια φλεγμονώδη διαταραχή του εντέρου που προσβάλλει τον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνιο του παχέος εντέρου και του ορθού. Η εμφάνισή της είναι ύπουλη, με προσβολές που διαρκούν από 1 έως 3 μήνες και που εκδηλώνονται με μεσοδιαστήματα μηνών έως ετών. Περίπου στο 15% των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα παρατηρείται η κεραυνοβόλος μορφή κολίτιδας, στην οποία προσβάλλεται ολόκληρο το παχύ έντερο. Στην περίπτωση αυτή εμφανίζονται σοβαρή αιμορραγική διάρροια, οξύς κοιλιακός πόνος και πυρετός. Οι ασθενείς με κεραυνοβόλο νόσο διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών (Lemone et al., 2014).

Στο Α΄ μέρος της παρούσας εργασίας γίνεται ανάλυση του πεπτικού συστήματος με αναφορά στην ανατομία, τη φυσιολογία και τις λειτουργίες του. Ειδικότερα, περιγράφονται τα επί μέρους όργανα του συστήματος. Ακολουθούν αναφορές στην παθοφυσιολογία, την αιτιολογία, την κλινική εικόνα τη διάγνωση καθώς και την πρόγνωση της νόσου. Επίσης, αναλύεται η θεραπεία που θα πρέπει να ακολουθείται, είτε αυτή είναι συντηρητική είτε χειρουργική, όπως επίσης και οι επιπλοκές που ενδέχεται να παρουσιαστούν.

Στο Β΄ μέρος υπογραμμίζεται η σημασία του ρόλου του νοσηλευτή τόσο στη διάγνωση και στη θεραπεία της νόσου, όσο και στην κοινωνική αποκατάσταση του ασθενή.

Τέλος, στο Γ΄ μέρος της εργασίας, αναπτύσσονται τα τελευταία δεδομένα που προκύπτουν από τη διεθνή βιβλιογραφία σε σχέση με τη νόσο, τα συμπεράσματα που εξάγονται καθώς επίσης καταγράφεται η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για την υλοποίηση της.

Κεφάλαιο 2: Ιστορική Αναδρομή

Η χρόνια ελκώδης κολίτιδα έχει αποκτήσει οντότητα ως ασθένεια τα τελευταία χρόνια. Ο Sir Samuel Wilks ανέφερε για πρώτη φορά την ασθένεια το 1875, χαρακτηρίζοντάς την «απλή ελκωτική κολίτιδα». Πριν από αυτό το διάστημα δεν την ξεχώριζαν από την δυσεντερία, αν και ο Wilks, ήδη από το 1859, εξέφρασε τη γνώμη ότι μεταξύ των δύο υπήρχε μια μεγάλη διαφορά (Classen et al., 2009).

Δεδομένου ότι η χρόνια ελκώδης κολίτιδα έχει γενικά αναγνωριστεί ως καθορισμένη ασθένεια, οι ερευνητές έχουν δώσει διάφορες θεωρίες ως προς την αιτιολογία της. Ο Lockhart-Mummery, το 1911, περιγράφει μια μορφή ελκωτικής κολίτιδας στην οποία μια αιμορραγική κατάσταση του βλεννογόνου του παχέος εντέρου προκαλείται από μια πρωτογενή μόλυνση του παχέος εντέρου η οποία οφείλεται στο *Diplococcus pneumoniae*. αλλά μέχρι το 1920 είχε φτάσει στο συμπέρασμα ότι εμπλέκονται τελικά και άλλοι πολλοί διαφορετικοί μικροοργανισμοί. Πολύ νωρίτερα όμως, κατά τη ρωμαϊκή εποχή, μορφές διάρροιας που δεν οφείλονταν σε λοιμώδη αίτια αναφέρθηκαν από τους ιατρούς εκείνων των χρόνων (Classen et al., 2009).

Μερικά χρόνια αργότερα Γενικός Χειρουργός της Αγγλίας κατάφερε να κάνει λήψεις μικροφωτογραφιών στις οποίες εμφανίζονται ιστολογικά ευρήματα σχετικά, με την ελκώδη κολίτιδα (Butcher, 2008).

Οι Wilks, Moxon, Allchin και Hale-White περιέγραψαν λεπτομερώς στην επόμενη χρονική περίοδο τα παθολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου (Classen et al., 2009).

Το 1909, η ελκώδης κολίτιδα αναγνωρίστηκε ευρέως ως νόσος από την Βασιλική Αγγλική Ιατρική Εταιρία. Εκείνη την εποχή μάλιστα, σε νοσοκομεία του Λονδίνου είχαν καταγραφεί τουλάχιστον 300 περιστατικά με τη νόσο αυτή (Butcher, 2008).

Τα τελευταία 30 χρόνια στη χώρα μας, οι έρευνες επικεντρώνονται κυρίως στην κλινική εκτίμηση της νόσου. Γενικότερα στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες, η κλινική σημασία και η συχνότητα της ελκώδους κολίτιδας αυξήθηκε κατά πολύ τις τελευταίες δεκαετίες. Στη Γαστρεντερολογική Κλινική του Θεραπευτηρίου «Ευαγγελισμός», μεταξύ των ετών 1977 - 1985 έγινε συστηματική μελέτη μεγάλου αριθμού ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Μετά από επιπλέον κλινικές μελέτες και

άλλων ελληνικών νοσοκομείων, προέκυψαν και άλλα έγκυρα συμπεράσματα για τη συμπεριφορά της νόσου στη χώρα μας (Μανούσος, 2004).

Κεφάλαιο 3: Επιδημιολογία

Η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (ΙΦΝΕ) περιλαμβάνει δύο διακριτές, αλλά στενά σχετιζόμενες παθολογικές καταστάσεις: την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn. Οι καταστάσεις αυτές παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες μεταξύ τους. Η αιτιολογία και των δύο είναι άγνωστη, αν και αμφότερες παρουσιάζουν σαφή γεωγραφική κατανομή και έχουν κάποιο γενετικό υπόβαθρο. Η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου παρατηρείται πιο συχνά στις ΗΠΑ και στις Βορειοευρωπαϊκές χώρες παρά στη Νότια Ευρώπη και τις χώρες του Νότιου Ημισφαιρίου (Lemone et al., 2014).

Η ελκώδης κολίτιδα στους περισσότερους ασθενείς αφορά το ορθό και όταν περιορίζεται μόνο σε αυτό (50%) ονομάζεται ελκώδης πρωκτίτιδα. Η φλεγμονή επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστού στο αριστερό κόλο και στο ένα τρίτο των περιπτώσεων προσβάλλει ολόκληρο το παχύ έντερο (πανκολίτιδα). Στο 15 – 40% των ασθενών υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ελκώδους κολίτιδας ή νόσου του Crohn. Είναι συχνή στους Εβραίους και στις Δυτικές χώρες (Παπαχριστοδούλου, 1995).

Η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου προσβάλλει μερικές εθνικές ομάδες πιο συχνά από ό,τι άλλες. Περίπου 1 εκατομμύριο Αμερικανοί πάσχουν από ΙΦΝΕ, με την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn να καταλαμβάνουν παρόμοιο ποσοστό (Crohn's & Colitis Foundation of America [CCFA], 2009). Επίσης, παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα στα μέλη της ίδιας οικογένειας, με το 15% έως 25% των ασθενών να έχουν κάποιο στενό συγγενή που πάσχει από κάποιο είδος ΙΦΝΕ. Παράγοντες όπως οι μικροοργανισμοί που εντοπίζονται φυσιολογικά στον εντερικό σωλήνα πιθανόν να κατέχουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ΙΦΝΕ. Επίσης, το κάπνισμα και η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων από του στόματος αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση ΙΦΝΕ (Lemone et al., 2014).

Η μέγιστη επίπτωση της νόσου παρατηρείται σε νεαρούς ενήλικους, ηλικίας μεταξύ 15 και 30 ετών. Υψηλή, ωστόσο, είναι και η συχνότητα της μεταξύ των ηλικιωμένων (Fauci et al., 2008). Πρόκειται για χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο. Αν και η απάντηση

στο σωματικό ή το ψυχολογικό στρες δεν μπορεί να προκαλέσει ΙΦΝΕ, συχνά όμως ευθύνεται για την εμφάνιση εξάρσεων της. Παρά τις παρατηρούμενες ομοιότητες, η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn παρουσιάζουν χαρακτηριστικές διαφορές. Η ελκώδης κολίτιδα, κατά κύριο λόγο, προσβάλλει το παχύ έντερο, επεκτεινόμενη από τα περιφερικά προς τα εγγύτερα τμήματα του παχέος εντέρου με συνεχή τρόπο. Στη νόσο του Crohn παρατηρείται προσβολή διαφόρων τμημάτων του πεπτικού σωλήνα και ιδίως του λεπτού εντέρου. Η ελκώδης κολίτιδα αφορά κυρίως το βλεννογόνο, ενώ στη νόσο του Crohn προσβάλλεται η υποβλεννογόνιος στιβάδα του εντέρου (Lemone et al., 2014).

Μέρος Α΄

3.1. Ανατομία

Το πεπτικό σύστημα αποτελεί έναν συνεχή κοίλο σωλήνα, που εκτείνεται από το στόμα μέχρι τον πρωκτό. Αφού προσληφθούν από το στόμα, οι τροφές υποβάλλονται σε διάφορες διεργασίες, προωθούμενες κατά μήκος του πεπτικού σωλήνα και διασπώμενες στα συστατικά τους, τα οποία στη συνέχεια απορροφώνται από τον αυλό του λεπτού εντέρου και εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος ή στη λέμφο. Οι διαδικασίες της πέψης είναι η πρόσληψη της τροφής, η προώθηση της τροφής και των υπολειμμάτων της πέψης, η έκκριση βλέννας, νερού και ενζύμων, η μηχανική και χημική επεξεργασία της τροφής, καθώς και η απορρόφηση των τροφών που έχουν υποστεί πέψη (Fritsch & Kuhnel, 2009).

3.1.1. Λεπτό Έντερο

Το λεπτό έντερο ξεκινά στον πυλωρικό σφιγκτήρα και τελειώνει στην ειλεοτυφλική βαλβίδα, στο σημείο όπου το λεπτό έντερο εκβάλλει στο παχύ. Το λεπτό έντερο έχει μήκος περίπου 6 μέτρα, η διάμετρός του, όμως, είναι μόλις 2,5 εκ. Αυτός ο μακρύς σωλήνας περιτυλίγεται σε έλικες μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, όπου κρέμεται από το μεσεντέριο, περιβαλλόμενος από το παχύ έντερο. Το λεπτό έντερο αποτελείται από τρεις μοίρες: το δωδεκαδάκτυλο, τη νήστιδα και τον ειλεό. Το δωδεκαδάκτυλο αρχίζει στον πυλωρικό σφιγκτήρα και πορεύεται γύρω από την κεφαλή του παγκρέατος, για μήκος περίπου 25 εκ. Τόσο τα παγκρεατικά ένζυμα όσο και η χολή εισέρχονται στο λεπτό έντερο στο ύψος του δωδεκαδακτύλου. Η νήστιδα, που αποτελεί το μέσο τμήμα του λεπτού εντέρου, έχει μήκος περίπου 2,4 μέτρα. Ο ειλεός,

η τελική μοίρα του λεπτού εντέρου, έχει μήκος περίπου 3,6 μέτρα και εκβάλλει στο παχύ έντερο, μέσω της ειλεοτυφλικής βαλβίδας (Lemone et al., 2014).

Στο λεπτό έντερο, η τροφή υποβάλλεται σε χημική πέψη και το μεγαλύτερο μέρος αυτής απορροφάται, καθώς προωθείται κατά μήκος του. Οι κυκλοτερείς πτυχές περιέχουν τις λάχνες (δακτυλοειδείς προσεκβολές του βλεννογόνου) και τις μικρολάχνες (μικροσκοπικές προσεκβολές των κυττάρων του βλεννογόνου), αυξάνουν την απορροφητική επιφάνεια του λεπτού εντέρου και διευκολύνουν την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών. Παρότι στον πεπτικό σωλήνα καθημερινά εισέρχονται μέχρι και 10 λίτρα τροφών, υγρών και εκκρίσεων, στο παχύ έντερο τελικά καταλήγει ποσότητα μικρότερη από 1 λίτρο (Lemone et al, 2014).

Τα ένζυμα του λεπτού εντέρου διασπούν τους υδατάνθρακες, τις πρωτεΐνες, τα λιπίδια και τα νουκλεϊνικά οξέα. Η παγκρεατική αμυλάση δρα στους υδατάνθρακες, μετατρέποντας τους σε μαλτόζη, δεξτρίνες και ολιγοσακχαρίτες. Τα εντερικά ένζυμα δεξτρινάση, γλυκοαμυλάση, μαλτάση, σακχαράση και λακτάση προκαλούν περαιτέρω διάσπαση αυτών των προϊόντων σε μονοσακχαρίτες. Τα παγκρεατικά ένζυμα (θρυψίνη και χυμοθρυψίνη) μαζί με τα εντερικά ένζυμα συνεχίζουν τη διάσπαση των πρωτεϊνών σε πεπτίδια. Οι παγκρεατικές λιπάσες είναι υπεύθυνες για τη διάσπαση και την πέψη των λιπών στο λεπτό έντερο. Τα τριγλυκερίδια εισέρχονται στο έντερο υπό τη μορφή σωματιδίων λίπους, τα οποία συνδέονται με χολικά άλατα με αποτέλεσμα να γαλακτωματοποιούνται. Τα νουκλεϊκά οξέα υδρολύονται από τα παγκρεατικά ένζυμα και διασπώνται, στη συνέχεια, από τα εντερικά ένζυμα. Τόσο τα παγκρεατικά ένζυμα, όσο και η χολή εκκρίνονται προς το δωδεκαδάκτυλο ως απάντηση στην έκκριση εκκριματίνης και χολοκυστοκινίνης, ορμόνες που παράγονται από τα κύτταρα του εντερικού βλεννογόνου όταν ο χυμός εισέρχεται στο λεπτό έντερο (Lemone et al, 2014).

Οι θρεπτικές ουσίες απορροφώνται από το βλεννογόνο των εντερικών λαχνών με ενεργό μεταφορά, διευκολυνόμενη διάχυση και παθητική διάχυση, εισερχόμενες κατόπιν στην κυκλοφορία του αίματος ή στη λέμφο. Σχεδόν όλα τα προϊόντα της πέψης των τροφών και το νερό, όπως επίσης οι βιταμίνες και οι περισσότεροι ηλεκτρολύτες, απορροφώνται από το λεπτό έντερο. Στο παχύ έντερο τελικά φθάνουν μόνο οι άπεπτες φυτικές ίνες, μία μικρή ποσότητα νερού και μικρόβια (Lemone et al, 2014).

3.1.2. Παχύ Έντερο

Το παχύ έντερο ή κόλον ξεκινά από την ειλεοτυφλική βαλβίδα και καταλήγει στον πρωκτό. Το μήκος του είναι περίπου 1,5 μέτρο και αποτελείται από το τυφλό, τη σκωληκοειδή απόφυση, το κόλον, το ορθό και τον πρωκτικό σωλήνα. Το κόλον διαιρείται σε ανιόν, εγκάρσιο και κατίον. Το ορθό είναι ένας σωλήνας που επαλείφεται από βλεννογόνο και έχει μήκος περίπου 12 εκατοστά. Απόληξη του πεπτικού σωλήνα είναι ο πρωκτός, ένα άνοιγμα που περιβάλλεται από σκουρόχρωμο και άτριχο δέρμα. Το σημείο όπου το ορθό μεταπίπτει στον πρωκτικό σωλήνα ονομάζεται ορθοπρωκτική συμβολή. Στην περιοχή αυτή εμφανίζονται οι εσωτερικές αιμορροΐδες (συσσώρευση διατεταμένων φλεβών μέσα σε οίδηματώδη πρωκτικό ιστό). Η διάμετρος του αυλού του παχέος εντέρου είναι μεγαλύτερη από τη διάμετρο του λεπτού εντέρου, ενώ η έκταση στην περιοχή του τυφλού είναι μεγαλύτερη και μικραίνει στη συνέχεια σταδιακά έως το ευθύ. Μετά το ευθύ διογκώνεται και σχηματίζοντας πιο πάνω τον πρωκτικό σωλήνα την κοπροδόχο λήκυθο (Χατζημούγιας, 2002).

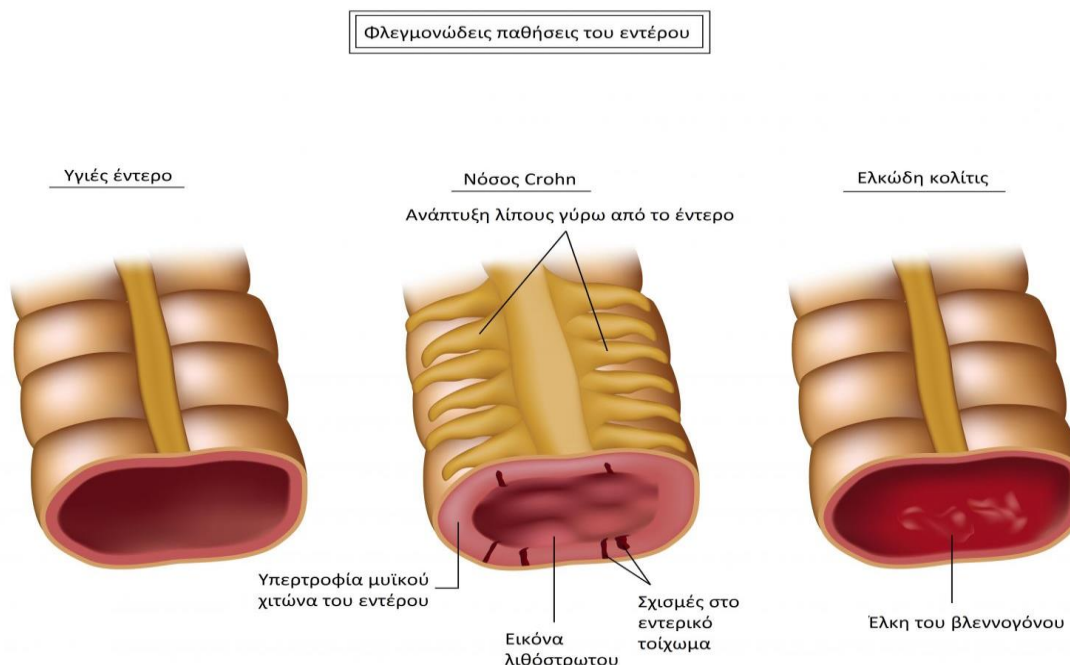
Η βασική λειτουργία του παχέος εντέρου είναι η αποβολή των υπολειμμάτων της τροφής που δεν έχουν υποστεί πέψη. Το παχύ έντερο απορροφά νερό, άλατα και βιταμίνες, που δημιουργούνται από το υπόλειμμα των τροφών και τη δράση των βακτηρίων. Ο ημιστερεός χυμός που διέρχεται μέσω της ειλεοτυφλικής βαλβίδας μετατρέπεται σε κόπρανα καθώς προχωρά μέσω στο παχύ έντερο χάρη στον εντερικό περισταλτισμό. Τα καλυκοειδή κύτταρα, που επαλείφουν εσωτερικά το παχύ έντερο, εκκρίνουν βλέννα που λιπαίνει τα κόπρανα και διευκολύνει την προώθησή τους (Χατζημούγιας, 2002).

Το αντανάκλαστικό της αφόδευσης ενεργοποιείται όταν τα κόπρανα εισέρχονται στο ορθό και προκαλούν διάταση του τοιχώματός του. Το νωτιαίο αυτό αντανάκλαστικό προκαλεί σύσπαση των τοιχωμάτων του σιγμοειδούς και χάλαση των σφιγκτήρων του πρωκτού. Το αντανάκλαστικό της αφόδευσης μπορεί να κατασταλεί με την εκούσια σύσπαση του έξω σφιγκτήρα. Η αποβολή των κοπράνων διευκολύνεται με την σύγκλιση της γλωττίδας και τη σύσπαση του διαφράγματος και των κοιλιακών μυών, προκειμένου να αυξηθεί η ενδοκοιλιακή πίεση. Η κίνηση αυτή είναι γνωστή και ως χειρισμός Valsalva. Η παρατεινόμενη καταστολή της επιθυμίας για κένωση είναι δυνατόν να οδηγήσει σε εξασθένηση του αντανάκλαστικού της αφόδευσης και τελικά

στην εμφάνιση δυσκοιλιότητας (αραιές και συχνά επώδυνες κενώσεις, κατά τις οποίες αποβάλλονται σκληρά και στεγνά κόπρανα). Ως αποτέλεσμα των συχνών επεισοδίων δυσκοιλιότητας, είναι δυνατόν να εμφανισθούν εξωτερικές αιμορροΐδες στην περιοχή του εξωτερικού αιμορροϊδικού πλέγματος (Lemone et al., 2014).

3.2. Παθοφυσιολογία

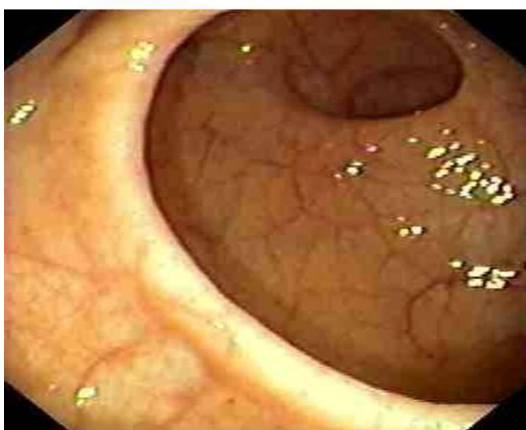
Η ελκώδης κολίτιδα εμφανίζει διάφορες μακροσκοπικές εικόνες, αναλόγως με το στάδιο της εξέλιξής της. Στα αρχικά στάδια ο βλεννογόνος εμφανίζεται υπεραιμικός, οίδηματώδης, εύθρυπτος και αιμορραγεί εύκολα κατά την εξέταση. Σε προχωρημένες καταστάσεις το τοίχωμα του εντέρου είναι πεπαχυμένο και σκληρό, λόγω υπερτροφίας του μυϊκού χιτώνα (εικόνα 1). Ο βλεννογόνος εμφανίζει εξελκώσεις διάσπαρτες σε όλη την έκταση του εντέρου, οι οποίες συνενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν ψευδοπολύποδες. Στα μεσοδιαστήματα ηρεμίας αρχικά ο βλεννογόνος είναι φυσιολογικός, αργότερα όμως, με την πρόοδο της νόσου, γίνεται ατροφικός με ανάπτυξη κοκκιωματώδους ιστού και παραμονή των ψευδοπολυπόδων. (Φερτάκης, 2010).



Εικόνα 1. Εξελκώσεις στο βλεννογόνο του εντέρου (Πηγή: www.smyrlis-laparoscopic.gr)

Μικροσκοπικώς, παρατηρούνται οίδημα, υπεραιμία του βλεννογόνου και διήθηση των κρυπτών του Lieberkuhn με πολυμορφοπύρρηνα και ερυθρά αιμοσφαίρια, η οποία προκαλεί αποστήματα (εικόνα 2). Η οριζόντια επέκταση των αποστημάτων αυτών έχει ως αποτέλεσμα τη διήθηση του υποβλεννογόνιου χιτώνα και την αποκόλληση του βλεννογόνου δίκην ψευδοπολυπόδων. Οι μυϊκοί χιτώνες δεν βλάπτονται, εκτός από την κεραυνοβόλο μορφή της νόσου, όπου αρχικώς υπερτρέφονται, αργότερα παραλύουν και το έντερο διατείνεται (τοξικό megacolon) ή ρήγνυται, με αποτέλεσμα την εμφάνιση περιτονίτιδας (Παπαχριστοδούλου, 1995).

Φυσιολογικό έντερο



Ελκώδης κολίτιδα



Εικόνα 2. Αλλαγή της εικόνας του εντέρου λόγω της φλεγμονής από ελκώδη κολίτιδα (Πηγή: www.ippokratis-hospital.gr)

Με τον όρο ελκώδη κολίτιδα εννοούμε επίσης την άγνωστης αιτιολογίας φλεγμονώδη νόσο, που προσβάλλει το βλεννογόνο του παχέος εντέρου και που, πρακτικά (95%), προσβάλλει πάντοτε και το ορθό, ενώ μπορεί να επεκτείνεται και σε άλλα τμήματα του παχέος εντέρου, ακόμη και σε όλο το μήκος του, χωρίς όμως να υπάρχουν ενδιάμεσα περιοχές ελεύθερες από τη νόσο. Ανάλογα με την έκταση της προσβολής διακρίνουμε ορθίτιδα, ορθοσιγμοειδίτιδα κλπ., μέχρι πανκολίτιδα (Φερτάκης, 2010).

Η φλεγμονώδης διεργασία της ελκώδους κολίτιδας αρχίζει στην περιοχή του ορθοσιγμοειδούς και στον πρωκτικό σωλήνα και επεκτείνεται προς τις εγγύτερες μοίρες του παχέος εντέρου. Στους περισσότερους ασθενείς, η νόσος περιορίζεται στο ορθό και το σιγμοειδές. Άλλες φορές πάλι, η νόσος μπορεί να εξελιχθεί και να

προσβάλλει ολόκληρο το παχύ έντερο, μέχρι την ειλεοτυφλική συμβολή. Όπως και αναφέρθηκε και παραπάνω, η ελκώδης κολίτιδα αρχίζει με φλεγμονή στη βάση των κρυπών του Lieberkuhn στην περιφερική μοίρα του παχέος εντέρου και στο ορθό. Παρατηρούνται μικροσκοπικές (εν είδει κεφαλής καρφίτσας) αιμορραγίες στον βλεννογόνο, ενώ αναπτύσσονται αποστήματα στις κρύπτες. Τα αποστήματα αυτά διαπερνούν την επιφανειακή μοίρα του υποβλεννογόνιου χιτώνα και επεκτείνονται προς τα πλάγια, με αποτέλεσμα την εμφάνιση νέκρωσης και απόπτωσης του βλεννογόνου του εντέρου. Το φλεγμονώδες εξίδρωμα και η απελευθέρωση μεσολαβητών της φλεγμονής (π.χ. προσταγλανδίνες και άλλες κυτοκίνες) προκαλούν περαιτέρω ιστική βλάβη. Ο βλεννογόνος του εντέρου εμφανίζεται εξέρυθρος και οιδηματώδης λόγω της αγγειακής συμφόρησης, εύθρυπτος και γεμάτος εξελκώσεις. Αιμορραγεί εύκολα, με αποτέλεσμα η αιμορραγία από το ορθό να αποτελεί συνηθισμένη κλινική εκδήλωση της διαταραχής. Το οίδημα δημιουργεί μια μικροκοκκιώδη εμφάνιση του βλεννογόνου. Καθώς το επιθηλιακό στρώμα του εντέρου αναγεννάται, μπορούν να εμφανισθούν ψευδοπολύποδες (γλωσσοειδείς προσεκβολές του βλεννογόνου προς τον αυλό του εντέρου). Η χρόνια φλεγμονή έχει ως αποτέλεσμα την ατροφία, τη στένωση και την ελάττωση του μήκους του παχέος εντέρου, όπως επίσης και την απώλεια των φυσιολογικών κολικών κυψελών (Lemone et al., 2014).

Η νόσος χαρακτηρίζεται μακροσκοπικά από την ύπαρξη οιδήματος, ερυθρότητας και ευθρυπτότητας του βλεννογόνου του εντέρου και από την παρουσία εξελκώσεων. Οι εξελκώσεις αυτές μπορεί να είναι επιπόλαιες ή να «κυποσκάπτουν» το βλεννογόνο. Από την προσβλημένη περιοχή αναβλύζει συνήθως βλεννοαιματηρό υγρό, ενώ το έντερο γίνεται «κοντύτερο» και οι κολικές κυψέλες εξαφανίζονται. Τα τελευταία αυτά θεωρούνται σαν επακόλουθα της σύσπασης της μυϊκής στοιβάδας του εντέρου. Σε απογυμνωμένες από βλεννογόνο πάσχουσες περιοχές του εντέρου μπορεί να προβάλλουν νησίδες ανέπαφου βλεννογόνου που αντιπροσωπεύουν τους γνωστούς ψευδοπολύποδες. Μικροσκοπικά παρατηρείται οίδημα και αιμορραγίες του βλεννογόνου, τα βλενώδη (goblet) κύτταρα ελαττώνονται και το χόριο διηθείται από πολυμορφοπύρηννα και λεμφοκύτταρα. Η άθροιση πολυμορφοπύρηννων στις κρύπτες του βλεννογόνου δημιουργεί τα «κρυπτικά» αποστήματα. Αποτέλεσμα των παραπάνω εξεργασιών είναι η καταστροφή του βλεννογόνου και η ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού (Φερτάκης, 2010).

Συχνότητα: Φαίνεται ότι διαφέρει στους διάφορους λαούς. Στον πίνακα φαίνονται οι υπολογισθείσες συχνότητες από διάφορες μελέτες.

Επίπτωση (ανά 10^5 πληθυσμού/έτος)	Συχνότητα (ανά 10^5 /πληθυσμού)
1,3 – 15,1 (λευκοί)	24 – 122,2 (λευκοί)
1,9 – 2,9 (μαύροι)	

Πίνακας 1. Επίπτωση – Συχνότητα ελκώδους κολίτιδας (Πηγή: Φερτάκης, 2010).

3.3. Αιτιολογία

Τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (IBD) αποτελούν μια σύνθετη γαστρεντερική διαταραχή και η αιτιολογία τους είναι ασαφής ακόμη. Η τρέχουσα θεωρία επικεντρώνεται στη γενετική, την ανοσία και τα εντερικά μικρόβια. Αναδυόμενες κλινικές ενδείξεις και πειραματικά αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι μορφολογικές ανωμαλίες και η δυσλειτουργία των μεσεντερικών λεμφατικών μπορεί να έχουν ενδεχόμενους ρόλους στην παθογένεση και την πορεία της νόσου αυτών (Ge et al., 2018). Τα αίτια της ελκώδους κολίτιδας ως εκ τούτου είναι άγνωστα αφού οι αιτίες δεν είναι πλήρως γνωστές. Κατά καιρούς έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες, οι οποίοι δεν αιτιολογούν πλήρως την παθογένεια της νόσου. Ωστόσο, οι ερευνητές πιστεύουν ότι η διαταραχή είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει γενετικούς (κληρονομικούς) παράγοντες, το ανοσοποιητικό σύστημα και το περιβάλλον (Swierzewski, 2015).

3.3.1. Βασικότεροι παράγοντες

1. Εξωγενείς: α) Χημικοί και β) Λοιμώδεις η ομοιότητα της κλινικής εικόνας της ελκώδους κολίτιδας με εκείνη των ειδικών φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου ενοχοποίησε βακτηρίδια, παράσιτα, μύκητες και ιούς.
2. Ενδογενείς: α) Αγγειακοί, β) Νευρογενείς και γ) Ανοσοβιολογικοί έχουν ενοχοποιηθεί διαταραχές της κυτταρικής (ευαισθητοποιημένα λεμφοκύτταρα δρουν τοξικά έναντι των επιθηλιακών κυττάρων του παχέος εντέρου) και της χημικής ανοσίας (κυκλοφορία αντισωμάτων έναντι του βλεννογόνου του παχέος

εντέρου). δ. Γενετικοί παράγοντες: είναι ύποπτοι λόγω του οικογενούς ιστορικού ελκώδους κολίτιδας και της συχνής συνυπάρξεως με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα (HLA B27).

Η ευνοϊκή επίδραση των κορτικοστεροειδών ή της διακοπής των γαλακτοκομικών προϊόντων στην πορεία της νόσου έγινε αιτία για να υποστηριχθεί η θεωρία της αλλεργίας. Άλλη θεωρία ενοχοποιεί την επίδραση πρωτεολυτικών ενζύμων ή την αυξημένη τοπική έκκριση ισταμίνης και σεροτονίνης από τα ιστιοκύτταρα του εντερικού βλεννογόνου. Αμφιλεγόμενη είναι η επίδραση των ψυχικών διαταραχών στην εμφάνιση της νόσου. Πολλοί υποστηρίζουν ότι αυτές είναι το αποτέλεσμα της νόσου και όχι το αίτιο. Η θεωρία που υποστηρίζεται σήμερα είναι ότι εξωγενείς παράγοντες (μικροβιακοί, διαιτητικοί), σε συνδυασμό με την απάντηση του ξενιστή (ασθενής) και τους γενετικούς ανοσολογικούς μηχανισμούς του, αλληλεπιδρούν στην παθογένεση της νόσου. Ο ξενιστής ευαισθητοποιείται στα αντιγόνα του ερεθιστικού εξωτερικού παράγοντα ή παραγόντων και αντιδρά με φλεγμονή του εντερικού τοιχώματος (Παπαχριστοδούλου, 1995).

Κατά καιρούς έχουν εμφανισθεί επίσης διάφορες θεωρίες που υποστηρίζουν ως αίτια: α) Ανοσοβιολογικούς μηχανισμούς β) Γενετική προδιάθεση γ) Ψυχολογικούς παράγοντες και «ειδική», κατά κάποιο τρόπο, προσωπικότητα των πασχόντων δ) Λοιμώδη αίτια. Η πρώτη θεωρία είναι η επικρατέστερη (Φερτάκης, 2010). Πράγματι οι άρρωστοι με ελκώδη κολίτιδα εμφανίζουν, σε σαφώς μεγαλύτερη αναλογία από τους υγιείς, γνωστά «αλλεργικά» νοσήματα, όπως άσθμα, πυρετό εκ χόρτου, έκζεμα. Εξάλλου, είναι γεγονός η συνύπαρξη της νόσου με «αυτοάνοσες» εκδηλώσεις από άλλα όργανα και συστήματα όπως θρομβοπενία, αιμολυτική αναιμία, οζώδες ερύθημα κ.α. και η ευνοϊκή επίδραση των κορτικοειδών στη νόσο (Φερτάκης, 2010).

Υπάρχει η εικασία ότι η ελκώδης κολίτιδα μπορεί να είναι κληρονομική. Έχουν διεξαχθεί έρευνες για τον εντοπισμό γενετικών μεταλλάξεων που μπορεί να συμβάλλουν στη διαταραχή. Οι Καυκάσιοι και οι άνθρωποι εβραϊκής ή ευρωπαϊκής καταγωγής έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ελκώδους κολίτιδας (Swierzewski, 2015).

Το περιβάλλον και ο τρόπος ζωής μπορούν επίσης να διαδραματίσουν ένα ρόλο. Οι άνθρωποι σε αστικές περιοχές ή σε εκβιομηχανισμένα έθνη έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, όπως συμβαίνει και σε βόρεια κλίματα. Μπορεί επίσης να υπάρξει σύνδεση

με δίαιτες υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά και ραφιναρισμένα τρόφιμα (Swierzewski, 2015).

Η ελκώδης κολίτιδα δεν προκαλείται από συναισθηματικό στρες ή ευαισθησία σε ορισμένα τρόφιμα. Ωστόσο, το άγχος και τα πικάντικα τρόφιμα μπορεί να επιδεινώσουν τα συμπτώματα. Έτσι, η ελκώδης κολίτιδα δεν έχει συνδεθεί άμεσα με τη διατροφή ή το άγχος (αν και το στρες μπορεί να επιδεινώσει τη διαταραχή όταν είναι ενεργό). Δεν είναι ακόμη ξεκάθαροι οι παράγοντες κινδύνου. Η τρέχουσα αντίληψη είναι ότι "υπάρχει κάποια γενετική ευαισθησία ή προδιάθεση για την ύπαρξη της κατάστασης, σε συνδυασμό με μια περιβαλλοντική σκανδάλη", λέει ο Δρ Rubin. Τα αίτια εξηγεί, μπορεί να περιλαμβάνουν διατροφικές αλλαγές, οποιαδήποτε από μια ποικιλία ρύπων ή ακόμη και βακτηρίδια που βρίσκονται στο έντερό σας. Η ελκώδης κολίτιδα είναι συχνότερη σε ενήλικες ηλικίας 15 έως 30 ετών, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και στους ηλικιωμένους. Ένα οικογενειακό ιστορικό ελκώδους κολίτιδας, ειδικά σε έναν αδελφό, αυξάνει επίσης τον κίνδυνο λέει ο Δρ Remzi. Ορισμένοι λαοί όπως οι Εβραίοι Ashkenazi, διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο, όπως και εκείνοι που ζουν σε ανεπτυγμένες χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες. Τα καλά νέα: Παρόλο που η ελκώδης κολίτιδα είναι μια δια βίου κατάσταση, είναι διαθέσιμες άριστες θεραπείες αλλά και αποτελεσματική βοήθεια.

3.4. Κλινική Εικόνα

Η έναρξη μπορεί να είναι ύπουλη ή οξεία ή κεραυνοβόλος και τα κλινικά ευρήματα διαφέρουν αναλόγως. Τα αρχικά συμπτώματα της ελκώδους κολίτιδας είναι ύπουλα. Συνίσταται σε μικρή ή προοδευτική αύξηση της αιμορραγίας από το ορθό και σε φυσιολογικές ή αυξημένες σε αριθμό κενώσεις ή, παραδόξως, εμφανίζεται δυσκοιλιότητα. Αυτή η κλινική εικόνα συνοδεύεται από καλή γενική κατάσταση. Συνήθως, όμως, η έναρξη της νόσου χαρακτηρίζεται από διαρροϊκές κενώσεις και αιμορραγία από το ορθό. Τα κόπρανα είναι υδαρή και περιέχουν αίμα, πύο και βλέννη, συνοδεύονται δε από τεινεσμό, προς αφόδευση και ακράτεια. Τα 2/3 των ασθενών παραπονούνται για κωλικοειδή κοιλιακά άλγη στο υπογάστριο, πυρετό, εμέτους, απώλεια βάρους και αφυδάτωση. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις, τα μόνα συμπτώματα που υπάρχουν είναι συστηματικές επιπλοκές, όπως η αρθροπάθεια και το πυόδερμα (Φερτάκης, 2010).

Όταν η νόσος είναι ήπια, τα ευρήματα από τη φυσική εξέταση είναι φυσιολογικά, αλλά σε σοβαρές μορφές η κοιλιά είναι ευαίσθητη, ιδίως στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο, και το παχύ έντερο είναι διατεταμένο. Ο πρωκτός είναι ευαίσθητος, σπαστικός, με ραγάδες και ο βλεννογόνος του ορθού είναι ανώμαλος. Κατά τη δακτυλική εξέταση το γάντι καλύπτεται με αίμα, πύο και βλέννη. Από τις εργαστηριακές εξετάσεις αποκαλύπτεται αναιμία, λευκοκυττάρωση, αύξηση της ΤΚΕ, υποπρωτεϊναιμία, απώλεια ύδατος, ηλεκτρολυτών και βιταμινών. Η παρατηρούμενη μείωση της αντιθρομβίνης ΙΙΙ συμβάλει σε θρομβοεμβολικές επιπλοκές (Παπαχριστοδούλου, 1995).

Προσβάλλονται άτομα όλων των ηλικιών, συχνότερα όμως άτομα ηλικίας 20-40 χρονών. Η νόσος εμφανίζεται σαν οξεία «κεραυνοβόλος» ή σαν χρόνια που διατρέχει με ήπιες ή σοβαρές παροξύνσεις. Γενικά, η συμπτωματολογία και τα επακόλουθα εξαρτώνται από την έκταση της νόσου, τη σοβαρότητα της φλεγμονής και φυσικά, από τη διάρκειά της.

Σύμπτωμα	Συχνότητα (%)
Διάρροια	78,5
Αιμορραγία από το έντερο	54,5
Κοιλιακός πόνος	70,5
Πυρετός	11,2
Απώλεια βάρους	17,9
Τεινεσμός	16,0
Έμετος	14,3
Αρθραλγίες	1,9
Δυσκοιλιότητα	4,8

Πίνακας 2. Φαίνονται ενδεικτικά τα συμπτώματα και η συχνότητά τους σε 525 αρρώστους (Πηγή: Φερτάκης, 2010).

Φαίνεται λοιπόν πως οι βλεννοπυοαιματηρές διαρροϊκές κενώσεις αποτελούν το συχνότερο σύμπτωμα σε συνδυασμό με κοιλιακό πόνο, συνήθως ήπιο. Δεν είναι εξάλλου σπάνια η ευαισθησία στη ψηλάφηση του αριστερού λαγόνιου βόθρου.

Όταν η νόσος είναι βαριά στην εικόνα προέχουν τα συμπτώματα της έντονης διάρροιας με αφυδάτωση και διαταραχές των ηλεκτρολυτών και της θρέψης. Σε χρόνιες μορφές το έντερο χάνει την ικανότητα «αποθήκευσης» των κοπράνων και μειώνεται η απορροφητικότητά του με αποτέλεσμα την εγκατάσταση επίμονης διάρροιας. Πάντως, σε περιπτώσεις που η νόσος εντοπίζεται στο ορθοσιγμοειδές μπορεί να παρατηρηθεί δυσκοιλιότητα σαν αποτέλεσμα έντονου σπασμού του πάσχοντος τμήματος του εντέρου (Φερτάκης, 2010).

Οι ασθενείς με σοβαρή νόσο μπορεί επίσης να παρουσιάζουν συστηματικές εκδηλώσεις όπως αρθρίτιδα που αφορά μία ή περισσότερες αρθρώσεις, βλάβες του δέρματος και των βλεννογόνων ή ραγοειδίτιδα (φλεγμονή της ίριδας και του αγγειώδους χιτώνα του οφθαλμού, που μπορεί επίσης να επεκτείνεται στον σκληρό χιτώνα και τον κερατοειδή). Σε κάποιους ασθενείς παρατηρούνται θρομβοεμβολικά επεισόδια, με απόφραξη των αιμοφόρων αγγείων από θρόμβους που μεταφέρονται από τη θέση στην οποία σχηματίστηκαν. Είναι επίσης δυνατόν να αναπτυχθεί σκληρυντική χολαγγειίτιδα (φλεγμονή και σχηματισμός ουλώδους ιστού στα χοληφόρα) (Fauci et al., 2008).

Εργαστηριακά μπορεί να παρατηρηθεί αναιμία, λευκοκυττάρωση και αύξηση της ΤΚΕ. Σε βαριές μορφές παρατηρούνται διαταραχές των πρωτεϊνών και των ηλεκτρολυτών του ορού (Φερτάκης, 2010).

3.5. Διάγνωση

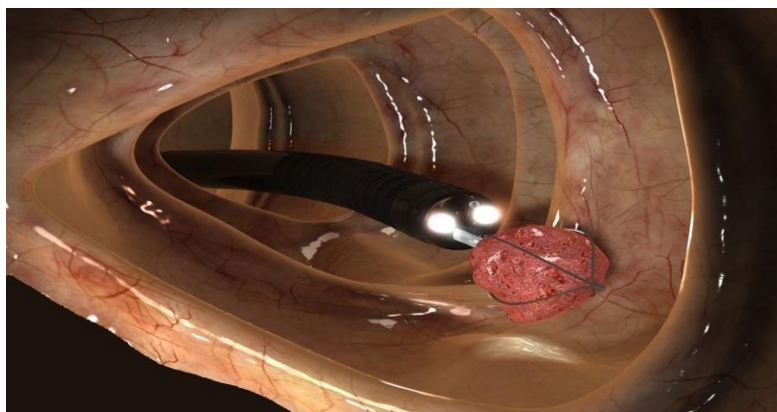
Το ιστορικό, η φυσική εξέταση, ο ακτινολογικός έλεγχος και η ενδοσκόπηση με τη λήψη βιοψιών, αποτελούν τη βάση για τη διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας. Στις οξείες μορφές της νόσου, ο βαριούχος υποκλυσμός επιβάλλεται να γίνεται χωρίς προετοιμασία του εντέρου, ενώ η εξέταση αυτή στους ασθενείς με βαριά εικόνα, λόγω της οξείας διατάσεως του παχέος εντέρου που προκαλεί, δεν πρέπει να εκτελείται. Ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου, τα ακτινολογικά ευρήματα ενδέχεται να διαφοροποιούνται. Επιπρόσθετα, στον βαριούχο υποκλυσμό με διπλή σκιαγραφική

αντίθεση εντοπίζεται ανωμαλία του βλεννογόνου του παχέος εντέρου, η οποία ποικίλει από τη λεπτή οδόντωση του τοιχώματος έως την εμφάνιση αδρών εξελκώσεων που προβάλλουν έξω από την παρυφή του εντερικού τοιχώματος ενώ ο αιματολογικός έλεγχος τις περισσότερες φορές εμφανίζει φυσιολογικά ευρήματα σε περιπτώσεις ήπιας βαρύτητας. Επίσης παρατηρείται σιδηροπενία και υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία, σε βαρύτερες μορφές της ελκώδους κολίτιδας με αυξημένη συμπτωματολογία (Μανούσος, 2004).

Στις χρόνιες μορφές παρατηρούνται απώλεια των κολικών κυψελών, στένωση του αυλού και βράχυνση του εντέρου λόγω της δυσκαμψίας και υπερτροφίας και του μυϊκού χιτώνα. Η εμφάνιση ψευδοπολυπόδων υποδεικνύει σοβαρή μορφή ελκών. Η διεύρυνση του προϊερού χώρου οφείλεται στην προσβολή της περιπρωκτικής περιοχής από τη νόσο είτε στην βράχυνση του εντέρου. Η παρουσία στενώσεως πρέπει να θεωρείται ύποπτη αναπτύξεως καρκίνου, αν και οι περισσότερες από αυτές είναι καλοήθειες. Η απλή ακτινογραφία κοιλίας ενδείκνυται όταν έχει τεθεί η υποψία επιπλοκής της νόσου (διάτρηση – τοξικό megacolon) (Παπαχριστοδούλου, 1995).

Προκειμένου να αποκλείσουμε τυχόν λοιμώδη αίτια κολίτιδας πραγματοποιούνται καλλιέργειες προς ανεύρεση παθογόνων (σαλμονέλλες, σιγκέλλες, καμπυλοβακτηρίδιο της νήστιδος, *Clostridium difficile*) συμπληρωματικά με μικροσκοπική εξέταση για την αναζήτηση ιστολυτικών αμοιβάδων (Μανούσος, 2004).

Η κολονοσκόπηση στις περισσότερες περιπτώσεις υποκαθιστά τον βαριούχο υποκλυσμό. Για την αρχική διάγνωση φλεγμονής του βλεννογόνου, το ενδοσκόπιο προωθείται συνήθως μέχρι το σιγμοειδές (εικόνα 3).

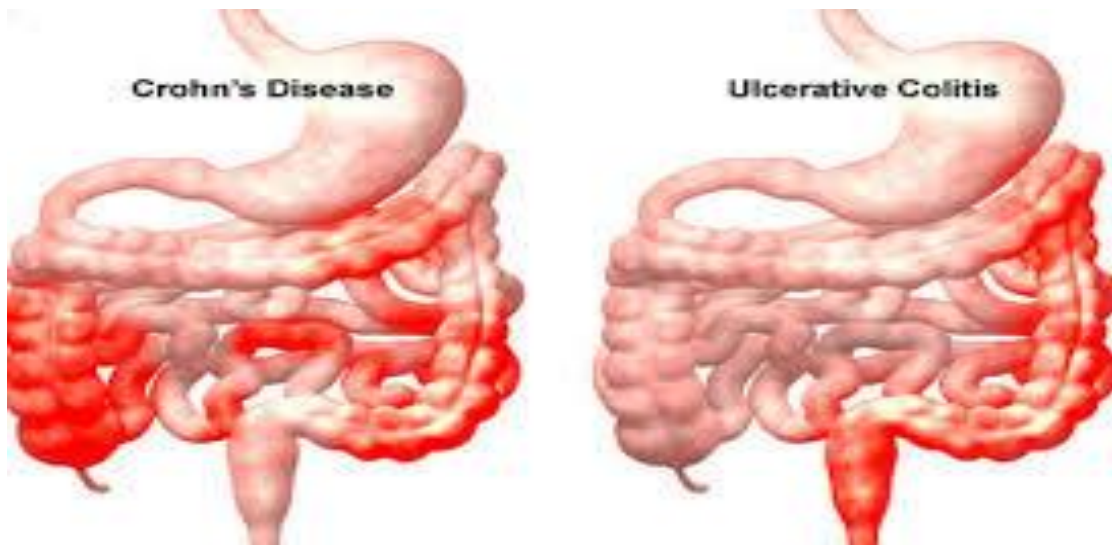


Εικόνα 3. Εισαγωγή καθετήρα στο εσωτερικό του παχέος εντέρου (www.freepen.gr)

Λόγω του κινδύνου διατρήσεως, η κολονοσκόπηση γίνεται με προσοχή και δεν εκτελείται όταν υπάρχει διάταση του εντέρου. Ο βλεννογόνος του ορθού είναι κοκκιώδης, υπεραιμικός, εύθρυπτος και αιμορραγεί εύκολα. Το υποβλεννογόνιο αγγειακό δίκτυο χάνεται λόγω του οιδήματος. Βαθιά έλκη δεν είναι ορατά, λόγω της επιφανειακής φύσεως των βλαβών. Σε προχωρημένα στάδια ο βλεννογόνος είναι πορφυροειδής, βελούδινος και υπερβολικά εύθρυπτος. Ο αυλός περιέχει αίμα, πύον και βλέννη. Η νόσος εμφανίζει ομοιόμορφη κατανομή. Όταν πρόκειται για ήπια μορφή, ο βλεννογόνος δε νοσεί εμφανώς και η διάγνωση τίθεται με βιοψίες. Στις περιόδους υφέσεως της νόσου, η υπεραιμία και το οίδημα υποχωρούν και εμφανίζονται φλεγμονώδεις πολύποδες. Ο βλεννογόνος έχει κοκκιώδη υφή και παρουσιάζει νεοαγγείωση με τη μορφή τηλεαγγειεκτασιών. Ο σπινθηρογραφικός έλεγχος με λευκοκύτταρα σεσημασμένα με Indium 111 είναι χρήσιμος όταν αμφισβητείται η φλεγμονή του παχέος εντέρου (Παπαχριστοδούλου, 1995).

3.6. Διαφορική Διάγνωση

Η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας πρέπει να γίνει με αποκλεισμό των ειδικών φλεγμονών που προκαλούν διάρροιες. Με βακτηριολογικές, ορολογικές, βιοχημικές, ακτινολογικές, ενδοσκοπικές και ιστολογικές εξετάσεις θα γίνει η διαφορική διάγνωση από αμοιβάδωση, βακτηριδιακή δυσεντερία (*Cambylobacter jejuni*, *E.coli*, *Legionella* σαλμονέλλωση, σιγκέλωση), φυματίωση του εντέρου, εκκολπωματίτιδα, μετακτινική πρωκτίτιδα και κυρίως καρκίνο του παχέος εντέρου, νόσο του Crohn (εικόνα 4) και ισχαιμική κολίτιδα αλλά και αιμορραγική κολίτιδα η οποία σχετίζεται με αντιβιοτικά. Έτσι, σημαντικά σημεία κατά τη διαφορική διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας από άλλες φλεγμονώδεις διαταραχές είναι η ενδοσκοπική εξέταση και οι μικροβιακές μελέτες στα κόπρανα. Σε οξεία φάση εντεροκολίτιδας, στην οποία εμφανίζεται διάρροια με αιματηρά κόπρανα και κοιλιακό άλγος, πρέπει να διακρίνεται προσεκτικά η μολυσματική εντεροκολίτιδα από *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter* και *Yersinia*, που μερικές φορές προκαλεί οίδημα του βλεννογόνου, υπεραιμία, διάβρωση και εξέλκωση. Στη χρόνια φάση των φλεγμονωδών ασθενειών του εντέρου, παρατηρείται χρόνια διάρροια που σχετίζεται με τα κόπρανα των βλεννογόνων και τον κοιλιακό πόνο (Matsumoto et al., 1999).



Εικόνα 4. Σημεία του εντέρου που φλεγμαίνουν (Πηγή: www.smyrlis-laparoscopic.gr)

Αξίζει να τονιστεί ότι πολλές ασθένειες μπορεί να εμφανιστούν με συμπτώματα παρόμοια με αυτά της ελκώδους κολίτιδας. Σε περίπτωση διάρροιας με οξεία έναρξη, θα πρέπει να αποκλειστούν λοιμώξεις ή αλλεργικές παθήσεις και οξεία σκωληκοειδίτιδα πριν τεθεί η διάγνωση. Τα χρόνια ή υποτροπιάζοντα εντερικά συμπτώματα υποδεικνύουν περισσότερο την ελκώδη κολίτιδα. Η μόλυνση, η κοιλιοκάκη ή η αλλεργία στα τρόφιμα θα πρέπει να αποκλείονται με τη διαφορική διάγνωση σε αυτή την περίπτωση. Το νεόπλασμα και οι αγγειωτικές διαταραχές εμπλέκονται σπανιότερα. Θα πρέπει να αναζητηθούν διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος, ειδικά σε περιπτώσεις συμπτωμάτων πρώιμης έναρξης (<6 ετών), καθώς επί του παρόντος ανακαλύπτονται πολυάριθμες μονογονικές διαταραχές με ειδικές θεραπευτικές επιλογές. Επίσης θα πρέπει να εξετάζονται τα ενδεχόμενα άλλων διαγνώσεων όπως είναι οι όγκοι ή η φυματίωση σε περιπτώσεις κοιλιακής μάζας, πεπτική νόσος σε περιπτώσεις απομονωμένης εμπλοκής του (esophagogastroduodenal), σύνδρομο ανοσοανεπάρκειας (Mamula et al., 2017).

3.7. Πρόγνωση

Η θνητότητα των σοβαρών περιστατικών από 33% της προ των κορτικοειδών εποχής, έχει μειωθεί αισθητά πλέον στο ύψος του 2-3%. Οι πρώτες κρίσεις της νόσου σπανίως είναι θανατηφόρες όταν αντιμετωπίζονται από ειδικούς. Η θνησιμότητα της ελκώδους κολίτιδας κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους από την εμφάνισή της

κυμαίνεται στο 1%. Η επείγουσα κολεκτομή έχει θνησιμότητα 6% και οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται στη διάτρηση του παχέος εντέρου, επιπλοκή η οποία είναι θανατηφόρα στο 40% των περιπτώσεων (Μανούσος, 2004).

Η πρόγνωση της ελκώδους κολίτιδας είναι καλή, καθώς μόνο 10% των ασθενών αυτών θα εμφανίσουν προσβολή του παχέος εντέρου κατά την πρώτη 10ετία νοσήσεως, και η θνησιμότητα είναι χαμηλή. Εάν η κολίτιδα αφορά το αριστερό κόλο, η πρόγνωση είναι χειρότερη. Οι ασθενείς με πανκολίτιδα έχουν πιθανότητα 25% να οδηγηθούν σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση κατά τον πρώτο χρόνο νοσήσεως και η θνησιμότητα είναι 5% την πρώτη 10ετία. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου στην ελκώδη κολίτιδα διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Ο τακτικός έλεγχος με κολονοσκόπηση και βιοψίες έχει μειώσει τη θνησιμότητα, αλλά ακόμη υπάρχουν πολλοί ασθενείς που διαφεύγουν της πρώιμης διαγνώσεως του καρκίνου. Η εγχειρητική θνησιμότητα στις εκλεκτικές κολεκτομές είναι μικρότερη του 1%. Η μετεγχειρητική ποιότητα ζωής είναι άριστη. Το 90% των ασθενών που επιζούν με κολεκτομή και ειλεοστομία έχουν φυσιολογική ζωή, αλλά μερικοί εμφανίζουν προβλήματα, όπως απόφραξη του λεπτού εντέρου και δυσλειτουργία της ειλεοστομίας (Παπαχριστοδούλου, 1995).

Η συχνή τάση για κένωση του εντέρου και οι δυσάρεστοι πόνοι στην περιοχή του πρωκτού έχουν ως αποτέλεσμα την αρνητική επιρροή στη ζωή, την δουλειά αλλά και τη κοινωνική ζωή των ασθενών. Στους περισσότερους δημιουργούνται σοβαρά σεξουαλικά προβλήματα. Αξιοσημείωτο είναι ότι στο 1/3 των περιπτώσεων τα η σοβαρότητα της νόσου οδήγησε σε ενίσχυση των συζυγικών σχέσεων (Μανούσος, 2004).

3.8. Πρόληψη

Δεν μπορεί να αποφευχθεί η ελκώδης κολίτιδα, αλλά υπάρχουν βήματα που μπορούν να ληφθούν για τη μείωση ή την εξάλειψη των συμπτωμάτων. Αποτελέσματα ερευνών καταδεικνύουν ότι, η σωστή διατροφή των ασθενών, σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, μειώνει τη φλεγμονή με αποτέλεσμα ο ασθενής να έχει καλύτερη κλινική πορεία (Κατσιλάμπρος, 2010).

Οι διατροφικές αλλαγές, συμπεριλαμβανομένης της αποφυγής ορισμένων τροφίμων (π.χ. γαλακτοκομικά προϊόντα, λάχανο, μπρόκολο, φασόλια, πικάντικα τρόφιμα) και η αύξηση των φυτικών ινών, μπορεί να βοηθήσει σε ορισμένες περιπτώσεις. Άλλα τρόφιμα που μπορεί να αυξήσουν τα συμπτώματα της ελκώδους κολίτιδας περιλαμβάνουν ωμά φρούτα, ποπ κορν, αλκοόλ, καφέ, σοκολάτα και σόδα. Ως εκ τούτου, τα ένοχα τρόφιμα πρέπει να αποφεύγονται, ώστε να μειώνεται η φλεγμονή αλλά και τα συμπτώματα της ελκώδους κολίτιδας (Dewit, 2009).

Οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα πρέπει να καταναλώνουν μικρά, συχνά γεύματα. Εάν η κατάσταση είναι ενεργή, τα ήπια, μαλακά τρόφιμα μπορεί να προκαλέσουν λιγότερη δυσφορία. Οι ασθενείς πρέπει επίσης να είναι βέβαιοι ότι πίνουν πολλά υγρά, ιδιαίτερα νερό. Μια καθημερινή πολυβιταμίνη μπορεί να είναι χρήσιμη, καθώς η κολίτιδα παρεμποδίζει την σωστή απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών. Οι ασθενείς πρέπει να συμβουλευονται διατροφολόγο ή διαιτολόγο εάν οι περιορισμοί ή οι περιορισμοί των τροφίμων είναι δύσκολο να διαχειριστούν (Stanley, 2008).

Αν και το άγχος δεν προκαλεί ελκώδη κολίτιδα, έχει αποδεδειγμένη επίδραση στο πεπτικό σύστημα. Τα υψηλά επίπεδα πίεσης μπορούν να προκαλέσουν την εκροή του στομάχου πιο αργά και την παραγωγή περισσότερων οξέων. Η ελκώδης κολίτιδα μπορεί να προκαλέσει συναισθηματικά προβλήματα - η ανάγκη για συνεχή χρήση του μπάνιου μπορεί να οδηγήσει σε άγχος, αμηχανία, κοινωνική απομόνωση και τελικά κατάθλιψη. Οι ασθενείς που αισθάνονται ότι μπορεί να υποφέρουν από κατάθλιψη θα πρέπει να αναζητούν συμβουλευτική ή να επικοινωνούν με έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (Stanley, 2008).

Η άσκηση, ακόμα και η ήπια άσκηση, όπως το περπάτημα, μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του στρες. Οι τεχνικές βιοανάδραση, η γιόγκα, ο διαλογισμός και η ύπνωση μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μειώσουν την ένταση των μυών και τον αργό καρδιακό ρυθμό. Η εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες, όπως η ανάγνωση, η μουσική ή η ζεστή μπάνιο τη νύχτα, μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του στρες και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της ελκώδους κολίτιδας (Stanley, 2008).

3.9. Θεραπεία

3.9.1. Συντηρητική Θεραπεία

Σκοπός της είναι η επίτευξη γρήγορης και πλήρους υποχωρήσεως της οξείας εισβολής της νόσου και η πρόληψη των υποτροπών της. Η αντιμετώπιση της εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κρίσεως και την ηλικία. Τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα.

Ήπια μορφή: Οι ασθενείς που εμφανίζουν ήπια ή ύπουλη μορφή της νόσου η οποία περιορίζεται στο ορθό και το σιγμοειδές, συνήθως αντιμετωπίζονται ως εξωτερικοί ασθενείς. Συνίσταται μείωση της φυσικής δραστηριότητας ή και κλινοστατισμός. Η δίαιτα δεν πρέπει να περιέχει γαλακτοκομικά προϊόντα ή άλλες τροφές που προκαλούν παρόξυνση της διάρροιας. Χορηγείται σουλφασαλαζίνη, 2 – 8 gr ημερησίως από το στόμα, ενώ σε αλλεργία στις σουλφοναμίδες χορηγείται μεσαλαμίνη, 2 -5 gr ημερησίως, με τα ίδια θεραπευτικά αποτελέσματα. Η περιφερική κολίτιδα μπορεί να θεραπευτεί με τοπική χορήγηση μεσαλαμίνης ή κορτικοστεροειδών. Οι παράγοντες αυτοί χορηγούνται με τη μορφή υπόθετων εάν η νόσος αφορά μόνο τα 15 – 20 cm του περιφερικού εντέρου και με τη μορφή ενεμάτων (υποκλυσμών) εάν η κολίτιδα επεκτείνεται μέχρι τα 60 cm από τον πρωκτό.

Σοβαρή μορφή: Η σοβαρή ή κεραυνοβόλος μορφή ελκώδους κολίτιδας απαιτεί νοσοκομειακή περίθαλψη. Στους ασθενείς με διάταση του παχέος εντέρου τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας. Όταν ο κίνδυνος διατάσεως του εντέρου περάσει, η πολυμερής ολική εντερική διατροφή είναι ασφαλής και εξίσου αποτελεσματική με την ολική περεντερική θρέψη, χορηγούνται κορτικοστεροειδή, αρχικώς ενδοφλεβίως, όπως υδροκορτιζόνη (100 – 300 mg/ημερησίως) ή πρεδνιζολόνη (20 – 80mg/ημερησίως), ενώ συχνά χορηγούνται και αντιβιοτικά ευρέως φάσματος (μετρονιδαζόλη και γενταμυκίνη ή κεφαλοσπορίνη). Στις σοβαρές κολίτιδες που ανθίστανται στη θεραπεία με τα κορτικοστεροειδή χορηγείται κυκλοσπορίνη 4mg/kg ημερησίως, παρά τη δυνητική τοξικότητα του φαρμάκου. Απαιτείται επίσης η διόρθωση της υποκαλσιμίας.

Συντήρηση: τα ολονύκτια υπόθετα μεσαλαμίνης και τα από του στόματος χορηγούμενα σκευάσματα της ουσίας αυτής ενδείκνυνται στους ασθενείς με

περιφερική κολίτιδα. Η peros χορήγηση μεσαλαμίνης ή 5 – αμινο-σαλικυλικού οξέος μειώνει τις υποτροπές στους ασθενείς με πιο εκτεταμένη νόσο. Η χρόνια χορήγηση κορτικοστεροειδών πρέπει να αποφεύγεται, λόγω των συστηματικών παρενεργειών τους. Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (μερκαπτοπουρίνη, αζαθειοπρίνη) χορηγούνται στους ασθενείς που εμφανίζουν υποτροπή της νόσου μετά από διακοπή των κορτικοστεροειδών. Προσφάτως εφαρμόζεται ως θεραπεία η διαδερμική χορήγηση νικοτίνης, χωρίς όμως να έχει γίνει μελέτη των αποτελεσμάτων της μακροχρόνιας χορηγήσεως της.

3.9.2. Χειρουργική Θεραπεία

Ένα ποσοστό ασθενών με ελκώδη κολίτιδα (25%) αντιμετωπίζεται χειρουργικός, όμως επιδιώκεται πάντα η κατά το δυνατόν καθυστέρηση της χειρουργικής παρεμβάσεως, γιατί η μόνιμη ειλεοστομία που μπορεί να δημιουργηθεί μετά την εγχείρηση αποτελεί πηγή νοσηρότητας και ψυχολογικών προβλημάτων, λόγω του ακρωτηριαστικού χαρακτήρα της. Χειρουργική θεραπεία ενδείκνυται σε όλες τις βαριές επιπλοκές και σε όλες τις περιπτώσεις όπου αποτυγχάνει η φαρμακευτική αγωγή. Ένδειξη για επείγουσα χειρουργική παρέμβαση είναι η αποδεδειγμένη διάτρηση του παχέος εντέρου ή η υποψία παρουσίας της επιπλοκής αυτής (Γιωτάκη, 2010).

3.9.2.1. Απαιτούμενη Άμεση Χειρουργική Επέμβαση

1. Μαζική αιμορραγία που δεν ελέγχεται συντηρητικά.
2. Τοξικό megacolon που δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική αγωγή μετά την πάροδο λίγων ωρών.
3. Κεραυνοβόλο μορφή της νόσου χωρίς megacolon, που δεν βελτιώνεται σε διάστημα 4 – 5 ημερών.

3.9.2.2. Ενδείξεις Εκλεκτικής Χειρουργικής Επέμβασης

1. Η αποτυχία της συντηρητικής αγωγής να ελέγξει τη νόσο. Συχνές υποτροπές, χρόνια συνεχή συμπτωματολογία, κακή θρέψη, αδυναμία, ανικανότητα για εργασία, φυσιολογική, κοινωνική και σεξουαλική ζωή είναι στοιχεία που

χαρακτηρίζουν την νόσο ανίατη. Επίσης, η εμφάνιση υποτροπής μετά τη σταδιακή μείωση των κορτικοστεροειδών αποτελεί ένδειξη κολεκτομής.

2. Η καθυστέρηση της σωματικής αναπτύξεως στα παιδιά.
3. Η πρόληψη (αποδεδειγμένη δυσπλασία μετά από βιοψία κατά τη κολονοσκόπηση) ή θεραπεία του καρκίνου.
4. Η παρουσία σοβαρών εξωεντερικών επιπλοκών (αρθρίτιδα, γαγγραινώδες πυόδερμα κ.α.)

3.9.2.3. Είδη Χειρουργικών Επεμβάσεων

1. Ολική πρωκτοκολεκτομή με μόνιμη ειλεοστομία (συνεχή ή εγκρατή με βαλβιδικό μηχανισμό).
2. Προκειμένου να αποφευχθεί η μόνιμη ειλεοστομία, έχει εφαρμοσθεί η υφολική κολεκτομή με ειλεό – ορθική αναστόμωση. Μειονέκτημα της επεμβάσεως αυτής είναι το υψηλό ποσοστό υποτροπών της νόσου και της εμφάνισης επιπλοκών στο τμήμα του ορθού που διατηρείται.
3. Ολική κολεκτομή με συναφαίρεση του ορθού και ειλεοπρωκτική αναστόμωση (ειλεοδακτυλική αναστόμωση) αποτελεί την επέμβαση εκλογής. Συνδυάζεται με τη δημιουργία τεχνητής ληκύθου από τον τελικό ειλεό. Μερικοί χειρουργοί συνδυάζουν την εγχείρηση αυτή με προφυλακτική ειλεοστομία (εικόνα 5), η οποία συγκλείεται μετά από δύο μήνες. Η παχυσαρκία και η προχωρημένη ηλικία αποτελούν περιοριστικούς παράγοντες για την εκτέλεση αυτής της επεμβάσεως. Έχει ποσοστό επιτυχίας 95% και στο 40% των περιπτώσεων επιπλέκεται από φλεγμονή της τεχνητής ληκύθου (Μπονάτσος και συν., 2011).



Εικόνα 5. Αποκατάσταση ειλεοστομίας (Πηγή: www.nurseblog.gr)

Στις επείγουσες επεμβάσεις εκτελείται υφολική κολεκτομή με ειλεοστομία και διατηρείται το ορθό, με σκοπό τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και τη δυνατότητα ειλεοπρωκτικής αναστομώσεως σε δεύτερο χρόνο (Μπονάτσος και συν., 2011).

3.10. Επιπλοκές

3.10.1. Εξωεντερικές Επιπλοκές

Υποδηλώνουν αλλεργικό ή αυτοάνοσο μηχανισμό προκλήσεως. Υπάρχει μια ανακόλουθη σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της κολίτιδας και των εκδηλώσεων αυτών (Μπονάτσος και συν., 2011).

1. Βλάβες από το δέρμα και τους βλεννογόνους: οζώδες ερύθημα, πολύμορφο ερύθημα, γαγγραινώδες πυόδερμα, φλυκταινώδης δερματίτιδα και αφθώδης στοματίτιδα.
2. Οφθαλμικές βλάβες όπως ιρίτιδα, επιπεφυκίτιδα, χοριοειδίτιδα και ιριδοκυκλίτιδα.
3. Επιπλοκές από τα οστά και τις αρθρώσεις: αρθραλγίες, αρθρίτιδα, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα.
4. Από τα χοληφόρα, το ήπαρ και το πάγκρεας: λιπώδης διήθηση ήπατος, κίρρωση, περιχολαγγειίτιδα, σκληρυντική χολαγγειίτιδα, χολολιθίαση, καρκίνος χοληφόρων και παγκρεατική ανεπάρκεια.
5. Σιδηροπενική αναιμία, κακή θρέψη, καθυστέρηση της αναπτύξεως.
6. Από τους νεφρούς: νεφρολιθίαση, νεφρωσικό σύνδρομο, πυελονεφρίτιδα.
7. Περικαρδίτιδα, αμηνόρροια, παροδική αλωπεκία, φλεβικές θρομβώσεις των κάτω άκρων.

Εδώ επίσης περιλαμβάνονται η εντεροπαθητική αρθρίτιδα, η αφθώδης στοματίτιδα, η ιρίτιδα, δερματικές εκδηλώσεις (οζώδες ερύθημα, γαγγραινώδες πυόδερμα), εκδηλώσεις από το ήπαρ και τα χοληφόρα (σκληρυντική χολαγγειίτιδα, κίρρωση) κ.α. Στη συνέχεια φαίνονται οι εξωεντερικές συστηματικές εκδηλώσεις της ελκώδους κολίτιδας και η συχνότητα εμφάνισής τους σε 202 αρρώστους (Φερτάκης, 2010).

Δερματικές (19%):

1. Οζώδες ερύθημα,
2. Γαγγραινώδες πυόδερμα,
3. Μη ειδική πυώδης δερματοπάθεια και
4. Πολύμορφο ερύθημα.

Βλεννογονικές (4%):

1. Αφθώδης στοματίτιδα και
2. Ελκωτική οισοφαγίτιδα.

Οφθαλμικές (4%):

1. Επισκληρίτιδα,
2. Ιρίτιδα,
3. Επιπεφυκίτιδα,
4. Ιριδοκυκλίτιδα και
5. Έλκη κερατοειδούς.

Οστά και αρθρώσεις (26%):

1. Αρθραλγίες,
2. Ιερολαγονίτιδα,
3. Αρθρίτιδα,
4. Αγκυλωτική σπονδυλίτιδα και
5. Ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Ήπαρ - Χοληφόρα (7%):

1. Χρονία ενεργός ηπατίτιδα,
2. Περιχολαγγειίτιδα,
3. Αταξινόμητες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις,
4. Κίρρωση (χολική – μετανεκρωτική),
5. Καρκίνος εξωηπατικών χοληφόρων και
6. Πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα.

Καρδιά:

1. Περικαρδίτιδα.

Νεφροί:

2. Νεφρολιθίαση.

3.10.2. Επιπλοκές Από Το Παχύ Εντερο

1. Ορθοπρωκτικές επιπλοκές εμφανίζονται στο 15-20% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Οι ραγάδες του πρωκτού είναι η συχνότερη βλάβη (12%), ενώ ορθοπρωκτικά αποστήματα και συρίγγια (περιεδρικά, ορθοκολπικά) απαντώνται στο 5% των ασθενών.
2. Η μαζική αιμορραγία είναι σπάνια, αλλά μπορεί να απειλήσει τη ζωή του ασθενούς. Αντιμετωπίζεται συντηρητικά και μόνο όταν επιμένει απαιτείται χειρουργική επέμβαση (κολεκτομή).
3. Καρκίνος του εντέρου. Η εμφάνισή του εξαρτάται από τη χρονιότητα της νόσου, την έκτασή της και την ηλικία έναρξής της. Ο κίνδυνος εμφανίζεται ουσιαστικά μετά την πρώτη δεκαετία της νόσησης και αυξάνεται κατά 20% σε κάθε επόμενη δεκαετία.
4. Στένωση του εντέρου (11%).
5. Ραγάδες του δακτυλίου, αποστήματα, συρίγγια. Οι τελευταίες αυτές επιπλοκές είναι σχετικά σπάνιες.
6. Διάτρηση εμφανίζεται στο 3% των νοσηλευόμενων ασθενών και είναι υπεύθυνη για τους περισσότερους θανάτους σε σχέση με τις υπόλοιπες επιπλοκές. Ο κίνδυνος διατήσεως είναι μεγαλύτερος στην αρχική εισβολή της νόσου και σχετίζεται με την έκταση και τη σοβαρότητά της. Εντοπίζεται στο σιγμοειδές ή στη σπληνική καμπή και έχει ως αποτέλεσμα ενός περιχαρακωμένου αποστήματος ή την εκδήλωση γενικευμένης κοπρανώδους περιτονίτιδας. Οι ασθενείς με τοξικό megacolon είναι ιδιαιτέρως επιρρεπείς στη διάτρηση. Η συστηματική θεραπεία (κορτικοστεροειδή, αντιβιοτικά) μπορεί να καλύψει την εμφάνιση αυτής της επιπλοκής.
7. Οξεία διάταση – τοξικό megacolon συμβαίνει στο 3 - 10% των ασθενών και στο 9% των ασθενών που εισάγονται για επείγουσα επέμβαση. Χαρακτηρίζεται από την οξεία διάταση τμήματος (συνήθως του εγκαρσίου) ή ολόκληρου του παχέος εντέρου. Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται η επέκταση της φλεγμονής στο μυϊκό χιτώνα, η υποκαλιαιμία, τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα (οπιούχα, αντιχολινεργικά) και ο βαριούχος υποκλυσμός κατά την οξεία φάση. Την επιπλοκή αυτή θα πρέπει να υποπτευθούμε σε έναν ασθενή με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας, ο οποίος εμφανίζει κωλικοειδή ή συνεχή κοιλιακά άλγη που δεν υποχωρούν με τις κενώσεις, υψηλή πυρετική κίνηση με ταχυκαρδία, προοδευτική

διάταση της κοιλίας, διάχυτη ευαισθησία στην ψηλάφηση και ελάττωση ή κατάργηση των εντερικών ήχων (Μπονάτσος και συν., 2011) .

Η απλή ακτινογραφία κοιλίας ή ο βαριούχος υποκλυσμός αναδεικνύει πεπαχυμένο έντερο με διατεταμένο αυλό (μεγαλύτερο από 6 cm στο εγκάρσιο), ενώ ο περιεχόμενος αέρας διαγράφει τους ανώμαλους οζώδεις ψευδοπολύποδες. Η θεραπεία συνίσταται στην παρεντερική σίτιση, στη χορήγηση αντιβιοτικών, στη ρύθμιση του ισοζυγίου του ύδατος και των ηλεκτρολυτών και στις μεταγγίσεις αίματος και πλάσματος. Η χορήγηση ή όχι κορτικοστεροειδών θα εξαρτηθεί από την κρίση του θεράποντος ιατρού. Η παρακολούθηση του ασθενούς είναι εντατική, με καθημερινές ακτινογραφίες κοιλίας λόγω του κινδύνου της διατρήσεως. Ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης αποτελεί η υποψία διατρήσεως, η επιδείνωση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς και η μη βελτίωση της κλινικής εικόνας μετά την πάροδο 72 ωρών συντηρητικής αγωγής. Επέμβαση εκλογής είναι η ολική ή η υφολική κολεκτομή, με διατήρηση του κολοβώματος του ορθού και ειλεοστομία (Μπονάτσος και συν., 2011) .

1. Καλοήθειες στενώσεις αναπτύσσονται στο 10% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Είναι συχνές στις χρόνιες μορφές της νόσου, αλλά μπορούν να εμφανισθούν και στις οξείες περιπτώσεις. Οφείλονται στην πάχυνση των μυϊκών χιτώνων, στην ίνωση, στην άθροιση φλεγμονωδών πολυπόδων ή σε συνδυασμό αυτών των διεργασιών. Κατά σειρά συχνότητας αφορά το ορθό, το εγκάρσιο και το ανιόν κόλο.
2. Φλεγμονώδεις πολύποδες ή ψευδοπολύποδες: Συμβαίνουν σε μεγάλο ποσοστό στην ελκώδη κολίτιδα (15-30%). Εμφανίζονται 1-2 χρόνια μετά την έναρξη της νόσου, ενώ σπανίως εξαφανίζονται όταν η νόσος μεταπίπτει σε χρονιότητα. Δεν θεωρούνται προκαρκινωματώδεις και δεν απαιτούν θεραπευτική αντιμετώπιση.
3. Καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού. Αρχίζει να εμφανίζεται 5-8 χρόνια μετά την έναρξη της ελκώδους κολίτιδας. Δέκα χρόνια μετά την έναρξη της νόσου, περίπου 5% των ασθενών αναπτύσσουν καρκίνο, ενώ η σχετική επίπτωση είναι 20-25% μετά από 20 χρόνια και 30-40% στα 30 χρόνια. Ο καρκίνος αναπτύσσεται νωρίτερα στην πορεία της νόσου στην πανκολίτιδα και στην αριστερή εντόπιση της νόσου. Η σκληρυντική χολαγγειίτιδα σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου στα πλαίσια ελκώδους κολίτιδας. Ο καρκίνος στους ασθενείς

αυτούς είναι συνήθως πολυεστατικός, διηθητικός και αδιαφοροποιήτος, γι' αυτό και η πρόγνωση του είναι χειρότερη από αυτή του πρωτοπαθούς καρκίνου. Περιοδικός κολονοσκοπικός έλεγχος με λήψη πολλαπλών βιοψιών επιβάλλεται για την ανεύρεση επιθηλιακής δυσπλασίας. Η ανεύρεση χαμηλού βαθμού δυσπλασίας είναι ένδειξη πιθανής προφυλακτικής κολεκτομής. Σε παρουσία υψηλού βαθμού δυσπλασίας, η πιθανότητα ανευρέσεως καρκίνου στο παχύ έντερο είναι 30-50% (Lemone et al., 2014).

Μέρος Β΄

3.11. Εκτίμηση Της Κατάστασης Του Αρρώστου

Αν και η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου δεν είναι δυνατόν σήμερα να προβλεφθεί ή να προληφθεί, η αποτελεσματική αντιμετώπισή της μπορεί ωστόσο να βοηθήσει τον ασθενή να αποφύγει την εμφάνιση των επιπλοκών της νόσου. Τονίστε τη σημασία της συμμόρφωσης με το προταθέν θεραπευτικό σχήμα και της έγκαιρης αναφοράς των εκδηλώσεων τυχόν παροξυσμών της νόσου στον υπεύθυνο ιατρό.

Στα δεδομένα από την εκτίμηση του ασθενούς που αφορούν τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου περιλαμβάνονται τα εξής υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα (Lemone et al., 2014).

- Ιστορικό υγείας: εκδηλώσεις που παρουσιάζει ο ασθενής, συμπεριλαμβανομένων της έναρξης της νόσου, της διάρκειας, της βαρύτητας των κλινικών εκδηλώσεων (αριθμός κενώσεων ανά ημέρα, ύπαρξη αίματος ή βλέννας στα κόπρανα, κολικοειδή κοιλιακά άλγη, τεινεσμός), συνήθης δίαιτα, ικανότητα του ασθενούς να διατηρεί το σωματικό του βάρος και το επίπεδο θρέψης, δυσανεξία σε τροφές, συνοδές εκδηλώσεις όπως αρθραλγίες, κόπωση, κακουχία, ακολουθούμενη φαρμακευτική αγωγή, προηγούμενες θεραπείες και διαγνωστικές εξετάσεις.
- Φυσική εξέταση: γενική εμφάνιση, σωματικό βάρος, ζωτικά σημεία, συμπεριλαμβανομένης και της μέτρησης σε όρθια θέση της αρτηριακής πίεσης για την αναγνώριση τυχόν ορθοστατικής υπότασης, εξέταση της κοιλίας (συμπεριλαμβανομένων του σχήματος και της περιμέτρου), εντερικοί ήχοι, ψηλάφηση για ευαισθησία και μάζες, ύπαρξη στομίας ή ουλών.

3.12. Ο Ρόλος Του Νοσηλευτή Στη Φροντίδα Ασθενούς Με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο Του Εντέρου

Κατά το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας για τον ασθενή με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, θα πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη η χρόνια φύση της νόσου και η τάση της να υποτροπιάζει. Η εκπαίδευση του ασθενούς αποτελεί βασικό τμήμα της φροντίδας.

Η διάρροια και η διαταραχή της εικόνας του σώματος είναι σημαντικά προβλήματα για τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Στις βαριές μορφές της νόσου, θα πρέπει να δίδεται προτεραιότητα και στην αντιμετώπιση των διαταραχών της θρέψης (Μελέτη Περιστατικού και Σχέδιο Νοσηλευτικής Φροντίδας για τον ασθενή με ελκώδη κολίτιδα) (Lemone et al., 2014).

3.12.1. Διάρροια

Κατά τη διάρκεια ενός παροξυσμού της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, η διάρροια μπορεί να είναι συχνή και επώδυνη. Η συχνότητα των κενώσεων και ο συνοδός κοιλιακός πόνος μπορεί να επηρεάσουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης ελλείμματος όγκου υγρών και λύσης της συνέχειας του δέρματος (Lemone et al., 2014).

- Καταγράφεται η συχνότητα, η ποσότητα και το χρώμα των κενώσεων χρησιμοποιώντας ένα ειδικό διάγραμμα. Μετριοούνται και καταγράφονται οι υδαρείς κενώσεις ως αποβαλλόμενα υγρά. Η βαρύτητα της διάρροιας αποτελεί ένδειξη της σοβαρότητας της νόσου και βοηθά στον προσδιορισμό της ανάγκης αναπλήρωσης των απωλειών σε υγρά.
- Παρατηρούνται τα κόπρανα για ύπαρξη μακροσκοπικής αιμορραγίας και γίνεται έλεγχος για λανθάνουσα απώλεια αίματος, ανάλογα με τις ενδείξεις. Αναφέρεται η ύπαρξη σημείων αιμορραγίας, όπως μακροσκοπικά ορατού αίματος στις κενώσεις ή αιματοχεσίας. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να απαιτηθεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση.
- Ελέγχονται τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κάθε 4 ώρες. Η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια και ο πυρετός αποτελούν ενδείξεις ύπαρξης ελλείμματος όγκου υγρών.

- Μετριέται και καταγράφεται καθημερινά το σωματικό του βάρος. Η ταχεία απώλεια σωματικού βάρους (σε διάστημα ημερών ή μίας εβδομάδας) συνήθως υποδηλώνει απώλεια όγκου υγρών, ενώ η απώλεια βάρους σε διάστημα εβδομάδων ή μηνών μπορεί να υποδηλώνει υποθρεψία.
- Αξιολογούνται τυχόν ενδείξεις ελλείμματος όγκου υγρών: ζεστό, ξηρό δέρμα, πτωχή σπαργή δέρματος, ξηροί και στυλπνοί βλεννογόνοι, αδυναμία, λήθαργος, δίψα. Το μέγεθος της απώλειας του όγκου υγρών από τη διάρροια μπορεί να μην είναι δυνατόν να γίνει αντιληπτό και ιδιαίτερα όταν ο ασθενής χρησιμοποιεί την τουαλέτα χωρίς βοήθεια. Οι συστηματικές εκδηλώσεις του ελλείμματος όγκου υγρών μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη του προβλήματος.
- Διακόπτεται η σίτιση ή περιορίζεται η πρόσληψη τροφής από το στόμα, έτσι ώστε το έντερο να αποσυμφορηθεί. Η αποσυμφόρηση του εντέρου κατά τη διάρκεια ενός οξέος παροξυσμού της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου διευκολύνει την επούλωση των ιστικών βλαβών και μειώνει τη διάρροια και τη βαρύτητα των άλλων συμπτωμάτων.
- Χορηγούνται αντιφλεγμονώδη και αντιδιαρροϊκά φάρμακα, σύμφωνα με τις οδηγίες. Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα μειώνουν τη βαρύτητα της φλεγμονής του εντέρου και τη διάρροια. Εκτός και εάν υπάρχουν αντενδείξεις, τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα συμβάλλουν στη μείωση των απωλειών σε υγρά και βοηθούν τον ασθενή ώστε να αισθάνεται άνετα.
- Όταν χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα στον ασθενή με ελκώδη κολίτιδα, θα πρέπει να παρακολουθείται στενά για εκδηλώσεις τοξικού megacolon (πυρετός, ταχυκαρδία, υπόταση, αφυδάτωση, πόνος στην κοιλία ή κολικοειδή άλγη και αιφνίδια υποχώρηση της διάρροιας).
- Συνεχίζεται η χορήγηση υγρών είτε από το στόμα είτε ενδοφλεβίως, ανάλογα με τις ενδείξεις. Ο ασθενής με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου θα πρέπει να υποβάλλεται σε αναπλήρωση υγρών, έτσι ώστε να αποκατασταθούν οι απώλειες, ενώ ταυτόχρονα να χορηγούνται τα υγρά για την κάλυψη των συνήθων ημερήσιων αναγκών του οργανισμού. Εάν δοθεί οδηγία για τη χορήγηση δίαιτας ή ολικής παρεντερικής διατροφής, μπορεί να απαιτηθούν επιπρόσθετα υγρά για την κάλυψη των αναγκών του οργανισμού.
- Εφαρμόζεται σωστή φροντίδα του δέρματος. Το έλλειμα όγκου υγρών και η αφυδάτωση των ιστών αυξάνουν τον κίνδυνο λύσης της συνέχειας του δέρματος και εμφάνισης δερματικών βλαβών.

- Εξετάζεται η περιπρωκτική περιοχή για ερεθισμό ή εξελκώσεις του δέρματος λόγω της διάρροιας. Χρησιμοποιούνται μη ερεθιστικοί παράγοντες για τον καθαρισμό του δέρματος ή τολύπια βάμβακος που έχουν εμποτισθεί με φυτικό εκχύλισμα.
- Εφαρμόζεται σε μία προστατευτική κρέμα, όπως σκευάσματα με βάση το οξείδιο του ψευδαργύρου, για την προστασία του δέρματος από την ερεθιστική δράση των διαρροϊκών κενώσεων. Τα πεπτικά ένζυμα που περιέχονται στις διαρροϊκές κενώσεις έχουν πολύ ισχυρή διαβρωτική δράση, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο λύσης της συνέχειας του δέρματος.

3.13. Ο Ρόλος Του Νοσηλευτή Στην Κοινωνική Αποκατάσταση

3.13.1. Διαταραχή Της Εικόνας Του Σώματος

Ο ασθενής με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είναι δυνατόν να αισθανθεί απογοήτευση λόγω του ότι δεν είναι σε θέση να ελέγξει ή ακόμη και να προβλέψει την αποβολή κοπράνων και ιδιαίτερα όταν η νόσος είναι σοβαρής μορφής. Η διάρροια μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά του να επιτυγχάνει τους στόχους του, να διατηρεί τη θέση του στην εργασία, να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες ή ακόμη και να καλύπτει και βασικές ανάγκες όπως η λήψη τροφής, ο ύπνος και η σεξουαλική δραστηριότητα.

Ως αποτέλεσμα αυτών, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί διαταραχή της εικόνας του σώματος. Η θεραπεία της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, είτε πρόκειται για ολική κολεκτομή, ειλεοστομία ή χρόνια χορήγηση κορτικοστεροειδών, είναι επίσης δυνατόν να προκαλέσει διαταραχή της εικόνας του σώματος (Dewit, 2013).

- Αποδοχή των συναισθημάτων και της αντίληψης που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του. Η απόρριψη των αντιλήψεων του ασθενούς παρεμποδίζει τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης με αυτόν.
- Ενθάρρυνση της συζήτησης με τον ασθενή για τις μεταβολές της εικόνας του σώματός του και τις συνέπειες που έχουν στην αντίληψη που έχει για τον εαυτό του. Με αυτόν τον τρόπο επιδεικνύεται η αποδοχή δίνοντας στον ασθενή τη

δυνατότητα να εκφράσει την επίδραση που έχουν στη ζωή του η νόσος και η θεραπεία της.

- Ενθάρρυνση της συζήτησης για τις ανησυχίες που έχει ο ασθενής, όσον αφορά τις συνέπειες της νόσου ή της θεραπείας, στις στενές προσωπικές του σχέσεις. Με τον τρόπο αυτό προσφέρεται η δυνατότητα στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του σχετικά με την επίδραση της νόσου στις σχέσεις του με τα σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα.
- Ενθάρρυνση του να επιλέγει και να αποφασίζει σχετικά με την φροντίδα του. Έτσι ενισχύεται η αίσθηση ελέγχου της κατάστασης όσον αφορά τη νόσο και το μέλλον του.
- Συζήτηση ανοικτά και με ειλικρίνεια των πιθανών θεραπευτικών επιλογών και των συνεπειών τους. Η ανοιχτή συζήτηση δίνει τη δυνατότητα για τη λήψη αποφάσεων μετά από πλήρη ενημέρωση του ασθενούς.
- Ενθάρρυνση του ασθενή να συμμετέχει στη φροντίδα του, εκπαιδεύοντας τον και επιδεικνύοντας τις απαραίτητες διαδικασίες, ανάλογα με τις ανάγκες. Με τον τρόπο αυτό προάγεται το αίσθημα της ανεξαρτησίας και διευκολύνεται η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων.
- Φροντίδα του ασθενή δείχνοντάς του ότι τον αποδεχόμαστε και ότι δεν τον κατακρίνουμε. Η εκ μέρους μας αποδοχή του ασθενούς, παρά τις πιθανές ενοχλήσεις λόγω των δυσάρεστων οσμών ή της διάρροιας, ενισχύει την αυτοεκτίμησή του.
- Φροντίδα ώστε ο ασθενής να έλθει σε επαφή με άλλους ασθενείς ή ομάδες ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ή με άτομα που φέρουν στομίες. Ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ότι κάποιος που δεν έχει βιώσει το πρόβλημά του δεν μπορεί να καταλάβει τα συναισθήματά του.
- Εκπαίδευση στρατηγικών αντιμετώπισης του προβλήματος (έλεγχος οσμών, τροποποίηση διαίτας, κλπ.) και ενθαρρύνετε την εφαρμογή τους. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η σταδιακή προσαρμογή του ασθενούς στην πραγματικότητα της νόσου του .

3.14. Κατ' Οίκων Φροντίδα

Η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου είναι χρόνια νόσος και ο ασθενής εφαρμόζει ο ίδιος καθημερινά τα απαραίτητα θεραπευτικά μέτρα. Για το λόγο αυτό, η εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό τμήμα της φροντίδας του. Θα πρέπει να εκπαιδευτεί στα εξής (Lemon et al., 2014):

1. Το είδος της ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου του εντέρου από την οποία πάσχει ο ασθενής, συμπεριλαμβανομένων της υποκείμενης παθολογικής διεργασίας, των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων συνεπειών, της σχέσης του στρες με τους παροξυσμούς της νόσου και των κλινικών εκδηλώσεων τυχόν επιπλοκών.
2. Τη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, συμπεριλαμβανομένων των ονομασιών των ιδιοσκευασμάτων, των επιθυμητών δράσεων, των σχημάτων για τη σταδιακή μείωση της δόσης εάν έχει δοθεί τέτοια οδηγία (όπως στα κορτικοστεροειδή), των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών και της αντιμετώπισης των τελευταίων.
3. Τη συνιστώμενη δίαιτα και το λόγο για τον οποίο έχουν τεθεί τυχόν ειδικοί διαιτητικοί περιορισμοί.
4. Τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής (Ensure) για τη διατήρηση του σωματικού βάρους και του επιπέδου θρέψης του ασθενούς.
5. Τις ενδείξεις δυσαπορρόφησης και υποθρεψίας, συστάσεις για τη φροντίδα του ασθενούς από τον ίδιο, καθώς και οδηγίες για το πότε θα αναζητά βοήθεια από τον ιατρό του.
6. Εάν ο ασθενής εξέρχεται με κεντρικό φλεβικό καθετήρα μέσω του οποίου θα χορηγείται παρεντερική διατροφή και στο σπίτι, δίδονται γραπτές και προφορικές οδηγίες σχετικά με τη φροντίδα του καθετήρα, την αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων και τη χορήγηση σκευασμάτων παρεντερικής διατροφής (ο ασθενής και ένα μέλος της οικογένειας θα πρέπει να κάνουν επίδειξη των δεξιοτήτων που απαιτούνται για τη φροντίδα του καθετήρα και τη χορήγηση των σκευασμάτων ολικής παρεντερικής διατροφής).
7. Τη σημασία της διατήρησης της πρόσληψης επαρκούς ποσότητας υγρών (τουλάχιστον 2 έως 3 λίτρα την ημέρα) και η αύξηση της πρόσληψης υγρών όταν ο καιρός είναι ζεστός ή όταν ο ασθενής ασκείται ή απασχολείται σε κοπιαστική δουλειά ή όταν παρουσιάζει πυρετό.
8. Ενημέρωση για τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου – ορθού και για τη σημασία των περιοδικών εξετάσεων του εντέρου.

9. Ενημέρωση για τους κινδύνους και τα οφέλη των διαφόρων θεραπευτικών επιλογών.
10. Τη σημασία της ενημέρωσης της διεπιστημονικής ομάδας φροντίδας υγείας σχετικά με τη χρήση συμπληρωματικών και εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας.

Εάν προγραμματίζεται χειρουργική επέμβαση ή εάν ο ασθενής έχει ήδη υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, στις οδηγίες για τη φροντίδα του ασθενούς στο σπίτι να συμπεριλαμβάνονται και τα ακόλουθα (Lemone et al., 2014):

1. Φροντίδα της αναστόμωσης IPAA (αναστόμωση ειλεϊκού θυλάκου-πρωκτού) ή της ειλεοστομίας.
2. Υπόδειξη πηγών προμήθειας υλικού για τη φροντίδα της στομίας.
3. Χρήση φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, όπως εντεροδιαλυτά φάρμακα και κάψουλες βραδείας αποδέσμευσης που μπορεί να μην απορροφηθούν επαρκώς πριν από την αποβολή τους από την ειλεοστομία.
4. Ενημέρωση ασθενούς για τις ομάδες υποστήριξης των ατόμων με στομία (σε τοπικό και εθνικό επίπεδο).

Μέρος Γ΄

Κεφάλαιο 4: Έρευνα (Νέα Δεδομένα)

4.1. The impact of stress and personality on resilience of patients with ulcerative colitis.

Objective: To study relevant factors that influence psychological resilience in patients with ulcerative colitis (UC), especially the role of perceived stress and personality.

Methods: Patients with UC were recruited from January 2015 to December 2016 in the First Hospital of Zhengzhou University. Education levels, income, duration of disease, Mayo score and disease phenotype according to Montreal classification were collected. Resilience was measured using Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Perceived stress was measured by perceived stress scale (PSS). Personality was evaluated using Eysenck personality questionnaire (EPQ). Univariate analyses were conducted to determine the correlation of variables with resilience and thereafter those statistically significant were reanalyzed via a multivariate regression model.

Results: A total of 188 patients with UC were finally recruited. Univariate analyses demonstrated resilience was inversely associated with perceived stress, Mayo score and neuroticism. Extraversion, income, college education were positively related to resilience. However, multivariate analyses revealed that perceived stress (OR=0.901, 95%CI 0.833-0.975), extraversion (OR=1.257, 95%CI 1.087-1.454), neuroticism (OR=0.818, 95%CI 0.679-0.985), Mayo score (OR=0.856, 95%CI 0.742-0.988) and income (OR=6.411, 95%CI 2.136-9.244) were significantly related to resilience.

Conclusions: Resilience of UC patients is not only associated with disease activity, but also with personality, perceived stress and income (Liu et al., 2018).

Περίληψη

Στόχος: Να μελετηθούν οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ψυχολογική αντοχή σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (UC), και ιδιαίτερα ο ρόλος του αντιληπτού στρες αλλά και της προσωπικότητας.

Μέθοδοι: Το δείγμα αποτέλεσαν ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα οι οποίοι νοσηλεύτηκαν από τον Ιανουάριο του 2015 έως τον Δεκέμβριο του 2016 στο Πρώτο Νοσοκομείο του Πανεπιστημίου του Zhengzhou. Οι παράμετροι οι οποίες μελετήθηκαν ήταν το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, το πότε εμφανίστηκε η νόσος, η βαθμολογία Mayo και ο φαινότυπος της ασθένειας σύμφωνα με την ταξινόμηση του Μόντρεαλ. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ψυχολογικής αντοχής Connor-Davidson (CD-RISC). Το αντιληπτό άγχος μετρήθηκε με την κλίμακα τάσης (PSS). Η προσωπικότητα εκτιμήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου για την προσωπικότητα του Eysenck (EPQ). Διεξήχθησαν μονομεταβλητές αναλύσεις για τον προσδιορισμό της συσχέτισης των μεταβλητών με την ανθεκτικότητα και στη συνέχεια αναλύθηκαν οι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές μέσω ενός μοντέλου πολλαπλασιαστικής παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Σε τελικό δείγμα 188 ασθενών με ελκώδη κολίτιδα οι αναλύσεις κατέδειξαν ότι η ψυχολογική αντοχή στη νόσο συνδέεται αντιστρόφως με το αντιληπτό άγχος, τη βαθμολογία του Mayo και τον νευρωτισμό. Η εξωστρέφεια, το εισόδημα, η σχολική φοίτηση σχετίζονταν θετικά με την ανθεκτικότητα.

Συμπεράσματα: Η ανθεκτικότητα των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα δεν συνδέεται μόνο με τη δραστηριότητα της νόσου, αλλά και με την προσωπικότητα, το άγχος και το εισόδημα.

4.2. Differing Relationship of Psycho-Social Variables with Active Ulcerative Colitis or Crohn's Disease

Purpose: How psycho-social variables affect the degree of disease activity in patients with ulcerative colitis (UC) or Crohn's disease (CD) is incompletely understood. Therefore, we measured and compared the impact of psycho-social variables on the active disease state in UC and CD.

Method: One hundred and twenty-two UC and 305 CD patients with active disease completed questionnaires detailing their psychological symptoms, threatening experiences, disease-coping strategies, satisfaction with life, quality of life, and demographics.

Results: UC and CD patients were aged (mean, SD) 38.6 ± 14.0 and 45.2 ± 15.1 years, respectively. The psychological symptom index (median, IQR) was greater in UC 1.24 (0.8) than CD 0.9 (0.8), $p < 0.001$. UC used more emotion-focused strategies, 24.5 (5.7) than CD, 23.0 (5.7), $p < 0.03$; problem-focused strategies, 16.4 (4.5) vs. 15.4 (4.2), $p < 0.04$; and dysfunctional strategies, 23.7 (5.7) vs. 22.0 (5.0), $p < 0.01$. UC activity correlated with gender, age, economic status, psychological symptoms, threatening experiences, all coping strategies, satisfaction with life, and quality of life ($p < 0.02$ -0.001). CD activity correlated with economic status, psychological symptoms, threatening experiences, dysfunctional strategies, satisfaction with life, and quality of life ($p < 0.05$ -0.001). UC activity was predicted by psychological symptoms (9.1% variance), economic status (6.9%), problem-focused strategies (4.2%), and threatening experiences (1.3%); CD activity by threatening experiences (5% variance) and psychological symptoms (4%). In path analysis, psychological symptoms and problem-focused strategies mediated the effects of economic status, age, and threatening experiences on UC activity. In CD, the dominant pathway was threatening experiences impacting on psychological symptoms.

Conclusion: The impact of psycho-social variables on the active disease state differs between UC and CD, thus indicating a need for specifically tailored psychotherapies (Sarid et al., 2018).

Περίληψη

Σκοπός: Το πως οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές επηρεάζουν τον βαθμό δραστηριότητας της νόσου σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (UC) ή ασθένεια του Crohn (CD) δεν είναι πλήρως κατανοητό. Ως εκ τούτου, μετρήσαμε και συγκρίναμε την επίδραση των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στην ενεργό κατάσταση της νόσου σε UC και CD.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν εκατόν είκοσι δύο ασθενείς με ενεργό νόσο ελκώδους κολίτιδας και 305 ασθενείς με νόσο του Crohn. Συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια που περιγράφουν τα ψυχολογικά τους συμπτώματα, απειλητικές εμπειρίες, στρατηγικές αντιμετώπισης ασθενειών, ικανοποίηση από τη ζωή, ποιότητα ζωής και δημογραφικά στοιχεία.

Αποτελέσματα: Η δραστηριότητα της ελκώδους κολίτιδας συσχετίζεται με το φύλο, την ηλικία, την οικονομική κατάσταση, τα ψυχολογικά συμπτώματα, τις απειλητικές εμπειρίες, όλες τις στρατηγικές αντιμετώπισης, την ικανοποίηση από τη ζωή και την ποιότητα ζωής ($p < 0,02-0,001$). Η δραστηριότητα της νόσου του Crohn συσχετίζεται με την οικονομική κατάσταση, τα ψυχολογικά συμπτώματα, τις απειλητικές εμπειρίες, τις δυσλειτουργικές στρατηγικές, την ικανοποίηση από τη ζωή και την ποιότητα ζωής ($p < 0,05-0,001$). Η δραστηριότητα της ελκώδους κολίτιδας σχετιζόταν με ψυχολογικά συμπτώματα (9,1% διακύμανση), οικονομική κατάσταση (6,9%), στρατηγικές εστιασμένες σε προβλήματα (4,2%) και απειλητικές εμπειρίες (1,3%). Η δραστηριότητα της νόσου του Crohn σχετιζόταν με απειλητικές εμπειρίες (5% διακύμανση) και ψυχολογικά συμπτώματα (4%). Στην ανάλυση της πορείας, έπαιζαν καθοριστικό ρόλο τα ψυχολογικά συμπτώματα αλλά και η οικονομική κατάσταση, η ηλικία και οι απειλητικές εμπειρίες στη δραστηριότητα της ελκώδους κολίτιδας.

Συμπέρασμα: Η επίδραση των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στην ενεργό κατάσταση της νόσου διαφέρει μεταξύ της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn, υποδηλώνοντας έτσι την ανάγκη για ειδικά προσαρμοσμένες ψυχοθεραπείες.

4.3. Attachment and perceived stress in patients with ulcerative colitis, a case-control study

Introduction: Ulcerative colitis (UC) is a chronic disorder characterized by recurrent intestinal symptoms. The attachment theory provides a psychodynamic perspective to investigate the relationship between interpersonal relationships and stress in UC.

Aim: The aim of this study was to compare the attachment dimensions between UC patients and controls and to evaluate the impact of these dimensions on perceived stress in patients.

Method: 101 patients with UC completed the attachment style questionnaire and the perceived stress questionnaire (PSQ). Clinical and psychometric parameters were added as predictor variables in a regression with the PSQ score as dependent variable. One hundred and five healthy subjects took part in the study as controls.

Results: Compared to controls, UC patients exhibited greater scores in relationships as secondary, need for approval and preoccupation with relationships. In UC, disease activity, confidence and preoccupation with relationships resulted predictors of perceived stress.

Discussion: Compared to healthy controls, UC patients exhibited more pronounced attachment insecurity that, in turn, was a significant predictor of the perceived stress. Implications for practice. The knowledge of attachment insecurity may help the nurses and all health care providers to face with dysfunctional patients' styles of manifesting distress, help seeking and expectations of health professionals (Agostini et al., 2016).

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ελκώδης κολίτιδα (UC) είναι μια χρόνια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα εντερικά συμπτώματα. Η θεωρία της προσκόλλησης παρέχει μια ψυχοδυναμική προοπτική για να διερευνήσει κανείς τη σχέση μεταξύ διαπροσωπικών σχέσεων και στρες στην ελκώδη κολίτιδα.

Σκοπός: Η σύγκριση των διαστάσεων σύνδεσης μεταξύ των ασθενών με UC και των μαρτύρων και η αξιολόγηση του αντίκτυπου αυτών των διαστάσεων στο συνειδητό άγχος στους ασθενείς.

Μέθοδος: 101 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ολοκλήρωσαν το ερωτηματολόγιο που αφορούσε στην προσκόλληση και στο αντιληπτό στρες (PSQ). Κλινικές και ψυχομετρικές παράμετροι προστέθηκαν ως μεταβλητές πρόβλεψης σε μια παλινδρόμηση με την βαθμολογία PSQ ως εξαρτημένη μεταβλητή. Εκατόν πέντε υγιή άτομα συμμετείχαν στη μελέτη ως ομάδα ελέγχου.

Αποτελέσματα: Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα εμφάνισαν περισσότερο στρες όσον αφορά την ανάγκη για έγκριση αλλά και ανησυχία στις σχέσεις. Στην ελκώδη κολίτιδα η δραστηριότητα της νόσου, η εμπιστοσύνη και η εμπλοκή με τις σχέσεις προκάλεσαν προγνωστικούς παράγοντες για το αντιληπτό άγχος.

Συζήτηση: Σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες, οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα εμφάνιζαν πιο έντονη ανασφάλεια προσκόλλησης, η οποία, με τη σειρά της, ήταν ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης του αντιληπτού στρες. Συμπερασματικά, διαφαίνεται ότι η γνώση της ανασφάλειας της προσκόλλησης μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές και όλους τους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης να αντιμετωπίσουν τις δυσλειτουργικές μορφές ασθενών που εκδηλώνουν δυσφορία και αυξημένο στρες.

4.4. Effect of threatening life experiences and adverse family relations in ulcerative colitis: analysis using structural equation modeling and comparison with Crohn's disease

Aim: We published that threatening life experiences and adverse family relations impact Crohn's disease (CD) adversely. In this study, we examine the influence of these stressors in ulcerative colitis (UC).

Method: Patients completed demography, economic status (ES), the Patient-Simple Clinical Colitis Activity Index (P-SCCAI), the Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (SIBDQ), the Short-Form Health Survey (SF-36), the Brief Symptom Inventory (BSI), the Family Assessment Device (FAD), and the List of Threatening Life Experiences (LTE). Analysis included multiple linear and quantile regressions and structural equation modeling, comparing CD.

Conclusion: Threatening life experiences, adverse family relations, and poor ES make UC patients less healthy both physically and mentally. The impact of ES is worse in UC than CD (Slonim-Nevo et al., 2017).

Περίληψη

Σκοπός: Η απειλητική εμπειρία ζωής και οι αρνητικές οικογενειακές σχέσεις επηρεάζουν δυσμενώς τη νόσο του Crohn (CD). Σε αυτή τη μελέτη, εξετάζουμε την επίδραση αυτών των στρεσογόνων παραγόντων στην ελκώδη κολίτιδα (UC).

Μέθοδος: Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια που αφορούσαν στα δημογραφικά στοιχεία, στην οικονομική κατάσταση (ES), στον δείκτη δραστηριότητας, στον απλό δείκτη κλινικής κολίτιδας (P-SCCAI), το ερωτηματολόγιο βραχείας φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (SIBDQ), την υγειονομική έρευνα βραχείας μορφής (SF-36), τον σύντομο κατάλογο συμπτωμάτων (BSI), το εργαλείο οικογενειακής αξιολόγησης (FAD) και τον κατάλογο των απειλητικών εμπειριών ζωής (LTE). Η ανάλυση περιελάμβανε πολλαπλές γραμμικές και ποσοτικές παλινδρομήσεις και μοντελοποίηση διαρθρωτικών εξισώσεων, συγκρίνοντας με τη νόσο του Crohn.

Συμπέρασμα: Οι απειλητικές εμπειρίες της ζωής, οι δυσμενείς οικογενειακές σχέσεις και η κακή οικονομική κατάσταση καθιστούν τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα λιγότερο υγιείς τόσο σωματικά όσο και διανοητικά. Τέλος, καταδεικνύεται ότι η οικονομική κατάσταση επηρεάζει περισσότερο τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα από ότι τους ασθενείς με νόσο του Crohn.

4.5. Attachment insecurity moderates the relationship between disease activity and depressive symptoms in ulcerative colitis

Aim: Among people with ulcerative colitis, depression occurs more frequently when inflammation is active. We hypothesized that individual differences in interpersonal style affect the risk that active disease will be accompanied by depressive symptoms.

Method: In this study, disease activity, depressive symptoms, and 2 dimensions of interpersonal style, attachment anxiety and attachment avoidance, were measured in 146 ulcerative colitis outpatients at time 1 and in 99 of these patients at a second time-point, 7 to 37 months later. Test-retest correlations of attachment anxiety ($r = 0.83$, $P < 0.001$) and attachment avoidance ($r = 0.76$, $P < 0.001$) confirmed that these dimensions are stable.

Conclusions: Attachment anxiety meets all tested criteria as a moderator of the relationship between disease activity and depressive symptoms. Further attention to interpersonal style as a moderator of depressive risk in ulcerative colitis is warranted (Maunder et al., 2005).

Περίληψη

Σκοπός: Μεταξύ των ατόμων με ελκώδη κολίτιδα, η κατάθλιψη συμβαίνει συχνότερα όταν η φλεγμονή είναι ενεργή. Υποθέσαμε ότι οι μεμονωμένες διαφορές στο διαπροσωπικό στυλ επηρεάζουν τον κίνδυνο ότι η ενεργός ασθένεια θα συνοδεύεται από συμπτώματα κατάθλιψης.

Μέθοδος: Σε αυτή τη μελέτη μετρήθηκαν η δραστηριότητα της νόσου, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και οι δύο διαστάσεις του διαπροσωπικού στυλ, το άγχος της προσκόλλησης και η αποφυγή προσκόλλησης, σε 146 εξωτερικούς ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, κατά το χρόνο 1 και σε 99 από αυτούς τους ασθενείς σε ένα δεύτερο χρονικό σημείο, 7 έως 37 μήνες αργότερα. Οι συσχετίσεις δοκιμής-επανεξέτασης του άγχους προσάρτησης ($r = 0,83$, $P < 0,001$) και η αποφυγή προσκόλλησης ($r = 0,76$, $P < 0,001$) επιβεβαίωσαν ότι αυτές οι διαστάσεις είναι σταθερές.

Συμπεράσματα: Το άγχος της προσκόλλησης φαίνεται ότι αυξάνεται όταν η νόσος είναι ενεργή όπως και τα συμπτώματα κατάθλιψης. Απαιτείται περαιτέρω προσοχή στο προφίλ κάθε ασθενούς το οποίο καθορίζει και τον κίνδυνο της κατάθλιψης στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα.

4.6. Psychobiological subtypes of ulcerative colitis: pANCA status moderates the relationship between disease activity and psychological distress

Aim: Studies of psychological factors in ulcerative colitis (UC) have produced inconsistent findings. This study sought to determine whether perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibody (pANCA) demarcates subtypes which differ with respect to psychobiological interactions.

Method: In 148 outpatients with UC, the strength of the relationship between current UC disease activity and psychological distress was assessed. pANCA was determined by ELISA and immunofluorescence, disease activity was determined by symptoms, physical examination, and endoscopy using the St. Mark's index, and depressive symptoms and health anxiety were measured with self-report scales. Pearson correlations between disease activity and depressive symptoms and between disease activity and health anxiety were calculated.

Conclusions: pANCA status demarcates psychobiologically distinct subtypes of UC, such that the absence of pANCA is associated with greater psychobiological interaction. These findings have implications for clinical care and understanding the pathophysiology of intestinal inflammation (Maunder et al., 2006).

Περίληψη

Σκοπός: Μελέτες οι οποίες πραγματεύονται τους ψυχολογικούς παράγοντες στην ελκώδη κολίτιδα (UC) έχουν προκαλέσει ασυνεπή ευρήματα. Αυτή η μελέτη επεδίωκε να προσδιορίσει εάν το κυτταροπλασματικό αντίσωμα των περιπυρηνικών αντινετεροφυλλών (pANCA) οριοθετεί υπότυπους οι οποίοι διαφέρουν σε σχέση με τις ψυχοβιολογικές αλληλεπιδράσεις.

Μέθοδοι: Σε 148 εξωτερικούς ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, αξιολογήθηκε η ισχύς της σχέσης μεταξύ της τρέχουσας ασθένειας και της ψυχολογικής δυσφορίας. Ο τίτλος των αντισωμάτων pANCA προσδιορίστηκε με τη μέθοδο ELISA και τον ανοσοφθορισμό, η δραστηριότητα της νόσου καθορίστηκε με συμπτώματα, φυσική εξέταση και ενδοσκόπηση χρησιμοποιώντας τον δείκτη του Αγίου Μάρκου και τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το άγχος της υγείας μετρήθηκαν με κλίμακες αυτοαναφοράς. Οι συσχετισμοί Pearson μεταξύ της δραστηριότητας της νόσου και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και μεταξύ της δραστηριότητας της νόσου και του άγχους υγείας υπολογίστηκαν.

Συμπεράσματα: Η κατάσταση αντισωμάτων οριοθετεί τους ψυχολογικώς διακριτούς υποτύπους της ελκώδους κολίτιδας, έτσι ώστε η απουσία του pANCA να συνδέεται με μεγαλύτερη ψυχοβιολογική αλληλεπίδραση. Αυτά τα ευρήματα έχουν επιπτώσεις στην κλινική περίθαλψη και την κατανόηση της παθοφυσιολογίας της εντερικής φλεγμονής.

4.7. Evaluating clinical, dietary, and psychological risk factors for relapse of ulcerative colitis in clinical, endoscopic, and histological remission

Aim: To determine if low psychosocial stress resilience in adolescence (increasing chronic stress arousal throughout life) is associated with an increased inflammatory bowel disease (IBD) risk in adulthood. Subclinical Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC) can exist over many years and we hypothesise that psychosocial stress may result in conversion to symptomatic disease through its proinflammatory or barrier function effects.

Method: National register-based cohort study of men followed from late adolescence to middle age. A general population cohort of men in Sweden. Swedish population-based registers provided information on all men born between 1952 and 1956 who underwent mandatory Swedish military conscription assessment (n=239 591). Men with any gastrointestinal diagnoses (except appendicitis) prior to follow-up were excluded.

Results: An inpatient or outpatient diagnosis of CD or UC recorded in the Swedish Patient Register (1970-2009). A total of 938 men received a diagnosis of CD and 1799 UC. Lower stress resilience in adolescence was associated with increased IBD risk, with unadjusted HRs (95% CIs) of 1.54 (1.26 to 1.88) and 1.24 (1.08 to 1.42), for CD and UC, respectively. After adjustment for potential confounding factors, including markers of subclinical disease activity in adolescence, they are 1.39 (1.13 to 1.71) and 1.19 (1.03 to 1.37).

Conclusions: Lower stress resilience may increase the risk of diagnosis of IBD in adulthood, possibly through an influence on inflammation or barrier function (Dhingra et al., 2017).

Περίληψη

Σκοπός: Να διαπιστωθεί αν η χαμηλή ψυχοκοινωνική καταπόνηση στην εφηβεία (αύξηση της χρόνιας διέγερσης του στρες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής) σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο φλεγμονώδους νόσου του εντέρου (IBD) κατά την ενηλικίωση. Η υποκλινική νόσος του Crohn (CD) και η ελκώδης κολίτιδα (UC) μπορεί να υπάρχουν πολλά χρόνια και υποθέτουμε ότι το ψυχοκοινωνικό στρες μπορεί να οδηγήσει σε συμπτωματική ασθένεια προφλεγμονώδεις καταστάσεις.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε εθνική βιβλιογραφική που αφορά σε κλινικές μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε άνδρες από την εφηβεία μέχρι τη μέση ηλικία. Μια γενική πληθυσμιακή ομάδα ανδρών στη Σουηδία. Τα σουηδικά μητρώα βασισμένα στον πληθυσμό παρείχαν πληροφορίες για όλους τους άνδρες που γεννήθηκαν μεταξύ 1952 και 1956 και υποβλήθηκαν σε υποχρεωτική εκτίμηση στρατιωτικής στρατολόγησης ($n = 239\,591$). Οι άνδρες με τυχόν γαστρεντερικές διαγνώσεις (εκτός από την σκωληκοειδίτιδα) πριν από την παρακολούθηση αποκλείστηκαν.

Αποτελέσματα: Πραγματοποιήθηκε διαγνωστικός έλεγχος νόσου του Crohn ή ελκώδους κολίτιδας σε νοσοκομειακούς ή εξωτερικούς ασθενείς που καταγράφεται στο Σουηδικό Μητρώο Ασθενών (1970-2009). Συνολικά 938 άνδρες έλαβαν διάγνωση νόσου του Crohn και 1799 ελκώδους κολίτιδας. Η χαμηλότερη ανθεκτικότητα στο στρες στην εφηβεία συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο IBD, με μη προσαρμοσμένα HRs (95% CIs) 1,54 (1,26 έως 1,88) και 1,24 (1,08 έως 1,42), για CD και UC αντίστοιχα. Μετά την προσαρμογή για πιθανούς παράγοντες συγχύσεως, συμπεριλαμβανομένων δεικτών υποκλινικής νόσου κατά την εφηβεία, είναι 1,39 (1,13 έως 1,71) και 1,19 (1,03 έως 1,37).

Συμπεράσματα: Η χαμηλότερη ανθεκτικότητα στο στρες στην εφηβεία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο διάγνωσης φλεγμονωδών νόσων του εντέρου (IFNE) κατά την ενηλικίωση, πιθανώς μέσω επιρροής στη φλεγμονή ή τη λειτουργία φραγμού.

4.8. Genesis of anxiety, depression, and ongoing abdominal discomfort in ulcerative colitis-like colon inflammation

Psychological disorders are prevalent in patients with inflammatory bowel disease; the underlying mechanisms remain unknown. We tested the hypothesis that ulcerative colitis-like inflammation induced by dextran sodium sulfate (DSS) exacerbates the ongoing spontaneous activity in colon-projecting afferent neurons that induces abdominal discomfort and anxiety, and depressive-like behaviors in rats.

In this study, we used the conditioned place preference and standard tests for anxiety- and depression-like behaviors. DSS rats developed anxiety- and depression-like behaviors 10 to 20 days after the start of inflammation. Single-fiber recordings showed an increase in the frequency of spontaneous activity in L6-S1 dorsal root ganglion (DRG) roots. Prolonged desensitization of transient receptor potential vanilloid 1 (TRPV1)-expressing colonic afferents by resiniferatoxin (RTX) suppressed the spontaneous activity, as well as the anxiety- and depressive-like behaviors. Reduction in spontaneous activity in colon afferents by intracolonic administration of lidocaine produced robust conditioned place preference (CPP) in DSS rats, but not in control rats. Patch-clamp studies demonstrated a significant decrease in the resting membrane potential, lower rheobase, and sensitization of colon-projecting L6-S1 DRG neurons to generate trains of action potentials in response to current injection in DSS rats. DSS inflammation upregulated the mRNA levels of transient receptor potential ankyrin 1 and TRPV1 channels and downregulated that of Kv1.1 and Kv1.4 channels.

Ulcerative colitis-like inflammation in rats induces anxiety- and depression-like behaviors, as well as ongoing abdominal discomfort by exacerbating the spontaneous activity in the colon-projecting afferent neurons (Chen et al., 2014).

Περίληψη

Οι ψυχολογικές διαταραχές επικρατούν σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Οι υποκείμενοι μηχανισμοί παραμένουν άγνωστοι.

Δοκιμάσαμε την υπόθεση ότι η φλεγμονή που προκαλείται από ελκώδη κολίτιδα προκαλούμενη από θειικό νάτριο δεξτράνης (DSS) επιδεινώνει τη συνεχιζόμενη αυθόρμητη δραστηριότητα στους προσαγωγούς νευρώνες του εντέρου που προκαλούν κοιλιακή δυσφορία και άγχος και καταθλιπτικές συμπεριφορές σε αρουραίους.

Σε αυτή τη μελέτη, χρησιμοποιήσαμε την προτιμώμενη θέση και τις τυπικές δοκιμασίες για συμπεριφορές όπως άγχος και κατάθλιψη. Οι αρουραίοι DSS εμφάνισαν συμπεριφορές άγχους και κατάθλιψης 10 έως 20 ημέρες μετά την έναρξη της φλεγμονής. Η φλεγμονή της ελκώδους κολίτιδας σε αρουραίους προκαλεί συμπεριφορές που μοιάζουν με άγχος και κατάθλιψη, καθώς και συνεχιζόμενη κοιλιακή δυσφορία, επιδεινώνοντας την αυθόρμητη δραστηριότητα στους προσαγωγούς νευρώνες του κόλον.

4.9. Symptoms of anxiety and depression are independently associated with inflammatory bowel disease-related disability

Aim: We assessed the relationship between symptoms of anxiety and depression, quality of life and disability in a Singaporean IBD cohort and their predictors.

Method: Cross-sectional study. We assessed consecutive IBD subjects' IBD-Disability Index (IBD-DI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and IBD questionnaire (IBDQ). Clinical and demographic variables were collected. Non-parametric statistical analyses were performed. Independent predictors of disability were identified through multivariate logistic regression.

Results: 200 consecutive subjects were recruited (males: 69%; median age: 43.8 (± 15.4) years; 95 had Crohn's disease (CD), 105 had ulcerative colitis (UC); median IBD duration: 10.8 (± 9.0) years.) 27% of the cohort had anxiety and/or depression, which worsened disability (IBD-DI: -9 (± 14) with anxiety vs 6 (± 13) without anxiety, $P < 0.001$; -12 (± 16) with depression vs 5 (± 13) without depression, $P < 0.001$). Age at diagnosis, use of prednisolone, stricturing CD and active IBD were significant predictors of disability. IBDQ strongly correlated with IBD-DI ($r_s = 0.82$, $P < 0.01$).

Conclusion: Symptoms of anxiety and depression were common in this Asian cohort of IBD and were strongly associated with IBD-related disability. Recognizing psychological issues contributing to disability in IBD is important to ensure holistic care and appropriate treatment (Chan et al., 2017).

Περίληψη

Σκοπός: Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου (IBD) συχνά οδηγεί σε αναπηρία. Η συνάφεια των ψυχολογικών επιδράσεων στην πρόκληση αναπηρίας και το αν η αναπηρία συμβαίνει παρομοίως σε μη δυτικές ομάδες είναι μέχρι τώρα άγνωστη.

Μέθοδος: Εκτίμηση της σχέσης μεταξύ των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, της ποιότητας ζωής και της αναπηρίας σε μια μελέτη της Σιγκαπούρης σε ασθενείς με ιδιοπαθείς νόσους του εντέρου και των προγνωστικών τους.

Αποτελέσματα: Ελήφθησαν 200 διαδοχικά άτομα (άνδρες: 69%, διάμεση ηλικία: 43,8 ($\pm$ 15,4) έτη, 95 είχαν ασθένεια του Crohn (CD), 105 είχαν ελκώδη κολίτιδα (UC), διάμεση διάρκεια IBD: 10,8 ($\pm$ 9,0) % της ομάδας εμφάνισε άγχος και / ή κατάθλιψη, η οποία χειροτέρεψε την αναπηρία (IBD-DI: -9 ($\pm$ 14) με άγχος έναντι 6 ($\pm$ 13) χωρίς άγχος, $P < 0.001$, -12 ($\pm$ 16) ($\pm$ 13) χωρίς κατάθλιψη, $P < 0,001$). Η ηλικία κατά τη διάγνωση, η χρήση πρεδνιζολόνης, ο στυλεός CD και η ενεργή IBD ήταν σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της αναπηρίας. Το IBDQ συσχετίζεται έντονα με το IBD-DI ($r_s = 0,82$, $P < 0,01$).

Συμπέρασμα: Τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης ήταν συνηθισμένα σε αυτή την ασιατική μελέτη των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου και συσχετίστηκαν έντονα με την αναπηρία που σχετίζεται με την IBD. Η αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων που συμβάλλουν στην αναπηρία στην IBD είναι σημαντική για την εξασφάλιση ολιστικής φροντίδας και κατάλληλης θεραπείας.

4.10. Associations of sense of coherence with psychological distress and quality of life in inflammatory bowel disease

Aim: To investigate the relationship between sense of coherence, psychological distress and health related quality of life in inflammatory bowel disease (IBD).

Methods: Sixty-four participants met diagnostic criteria for Crohn's disease, while eighty-three patients had ulcerative colitis. Socio-demographic data (education, age, race, gender, gross monthly income and marital status), disease-related variables (illness activity, relapse rate in past 2 years, history of surgery and time since diagnosis), sense of coherence (Antonovsky's SOC scale), psychological distress symptoms (Hospital Anxiety and Depression Scale) and health-related quality of life (HRQoL; WHOQOL-Bref) were assessed.

Conclusion: Our data indicated that SOC is an important construct, as it influences psychological distress and has significant albeit indirect effects on several HRQoL domains in IBD (Freitas et al., 2015).

Περίληψη

Σκοπός: Να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της αίσθησης της συνοχής, της ψυχολογικής δυσφορίας και της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία στην ασθένεια του φλεγμονώδους εντέρου (IBD).

Μέθοδος: Εξήντα τέσσερις συμμετέχοντες πληρούσαν διαγνωστικά κριτήρια για τη νόσο του Crohn, ενώ ογδόντα τρεις ασθενείς είχαν ελκώδη κολίτιδα. Κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα (εκπαίδευση, ηλικία, φυλή, φύλο, ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα και οικογενειακή κατάσταση), μεταβλητές σχετιζόμενες με τη νόσο (ασθένεια, ποσοστό υποτροπής κατά τα τελευταία 2 χρόνια, ιστορικό χειρουργικής επέμβασης και χρόνο από τη διάγνωση) Κλίμακα SOC), τα συμπτώματα της ψυχολογικής δυσφορίας (κλίμακα ανησυχίας και κατάθλιψης του νοσοκομείου) και η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL, WHOQOL-Bref).

Συμπέρασμα: Τα δεδομένα μας έδειξαν ότι η κλίμακα SOC είναι ένα σημαντικό εργαλείο, καθώς μετράει την ψυχολογική δυσφορία που έχουν οι σημαντικές έστω και έμμεσες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία στους ασθενείς με IBD.

4.11. The combination of high-fat diet-induced obesity and chronic ulcerative colitis reciprocally exacerbates adipose tissue and colon inflammation

Aim: This study evaluated the relationship between ulcerative colitis and obesity, which are both chronic diseases characterized by inflammation and increases in immune cells and pro-inflammatory cytokines.

Methods: Mice with chronic ulcerative colitis induced by 2 cycles of dextran sodium sulfate (DSS) in the first and fourth week of the experiment were fed a high-fat diet (HFD) to induce obesity by 8 weeks. The animals were divided into 4 \ groups (control, colitis, HFD and colitis + HFD).

Results: Obesity alone did not raise histopathology scores, but the combination of obesity and colitis worsened the scores in the colon compared to colitis group. Despite the reduction in weight gain, there was increased inflammatory infiltrate in both the colon and visceral adipose tissue of colitis + HFD mice due to increased infiltration of macrophages, neutrophils and lymphocytes. Intravital microscopy of VAT microvasculature showed an increase in leukocyte adhesion and rolling and overexpression of adhesion molecules compared to other groups. Moreover, circulating lymphocytes, monocytes and neutrophils in the spleen and cecal lymph nodes were increased in the colitis + HFD group.

Conclusion: Our results demonstrated the relationship between ulcerative colitis and obesity as aggravating factors for each disease, with increased inflammation in the colon and adipose tissue and systemic alterations observed in the spleen, lymph nodes and bloodstream (Leonel et al., 2011).

Περίληψη

Σκοπός: Η μελέτη αυτή αξιολόγησε τη σχέση μεταξύ της ελκώδους κολίτιδας και της παχυσαρκίας, οι οποίες είναι χρόνιες παθήσεις που χαρακτηρίζονται από φλεγμονή και αυξήσεις στα ανοσοκύτταρα και τις προ-φλεγμονώδεις κυτοκίνες.

Μέθοδοι: Οι ποντικοί με χρόνια ελκώδη κολίτιδα που προκλήθηκαν από 2 κύκλους θειικής δεξτράνης (DSS) στην πρώτη και τέταρτη εβδομάδα του πειράματος τράφηκαν με δίαιτα με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά (HFD) για να προκαλέσουν παχυσαρκία 8 εβδομάδες. Τα ζώα διαιρέθηκαν σε 4 ομάδες (έλεγχος, κολίτιδα, HFD και κολίτιδα + HFD).

Αποτελέσματα: Μόνο η παχυσαρκία δεν αύξησε τις βαθμολογίες της ιστοπαθολογίας, αλλά ο συνδυασμός της παχυσαρκίας και της κολίτιδας επιδείνωσε τις βαθμολογίες στο κόλον σε σύγκριση με την ομάδα κολίτιδας. Παρά τη μείωση της αύξησης βάρους, υπήρξε αυξημένη φλεγμονώδης διήθηση τόσο στον κόλον όσο και στον σπλαχνικό λιπώδη ιστό της κολίτιδας + ποντίκια HFD λόγω της αυξημένης διήθησης μακροφάγων, ουδετερόφιλων και λεμφοκυττάρων.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα κατέδειξαν τη σχέση μεταξύ της ελκώδους κολίτιδας και της παχυσαρκίας ως επιβαρυντικών παραγόντων για κάθε ασθένεια, με αυξημένη φλεγμονή στο κόλον και λιπώδη ιστό και συστηματικές αλλοιώσεις που παρατηρούνται στον σπλήνα, στους λεμφαδένες και στην κυκλοφορία του αίματος.

4.12. Onset of Ulcerative Colitis during a low-carbohydrate weight-loss diet and treatment with a plant-based diet

Overweight and obesity are global health concerns. Various effective weight-loss diets have been developed, including the Atkins diet. The Atkins diet is known as an extreme low-carbohydrate diet. This diet reduces body weight and has gained widespread popularity. However, the metabolite profiles of such a diet have been shown to be detrimental to colonic health. Therefore, a concern for the long-term health effects of this diet exists. We encountered a case in which ulcerative colitis developed while the patient was following the Atkins diet.

A man, 172 cm in height and weighing 72 kg, at age 36 years followed a low-carbohydrate weight-loss diet. His weight decreased to 66 kg as desired. Thereafter he noticed bloody stool. Colonoscopy revealed diffuse inflammation limited to the rectum, and he was diagnosed with ulcerative colitis. He underwent an educational hospitalization for ulcerative colitis. A plant-based/semi-vegetarian diet was provided during hospitalization. Bloody stool disappeared during hospitalization and he achieved remission without medication for inflammatory bowel disease.

This case indicates that an onset of ulcerative colitis can be an adverse event to a low-carbohydrate weight-loss diet (Chiba et al., 2016).

Περίληψη

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία αποτελούν παγκόσμιες ανησυχίες για την υγεία. Διάφορες αποτελεσματικές δίαιτες απώλειας βάρους έχουν αναπτυχθεί, συμπεριλαμβανομένης της δίαιτας Atkins. Η δίαιτα Atkins είναι γνωστή ως εξαιρετική διατροφή χαμηλών υδατανθράκων. Αυτή η δίαιτα μειώνει το σωματικό βάρος και έχει αποκτήσει ευρεία δημοτικότητα. Ωστόσο, το προφίλ του μεταβολίτη μιας τέτοιας διατροφής έχει αποδειχθεί ότι είναι επιβλαβές για την υγεία του παχέους εντέρου. Συνεπώς, υπάρχει ανησυχία για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις αυτής της διατροφής στην υγεία. Συναντήσαμε μια περίπτωση στην οποία αναπτύχθηκε ελκώδης κολίτιδα ενώ ο ασθενής ακολουθούσε τη δίαιτα Atkins.

Ένας άντρας, ύψους 172 cm και βάρους 72 kg, στην ηλικία των 36 ετών ακολούθησε δίαιτα με χαμηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες. Το βάρος του μειώθηκε στα 66 κιλά όπως ήταν επιθυμητό. Στη συνέχεια, παρατήρησε αιμορραγία από το ορθό. Η κολονοσκόπηση αποκάλυψε διάχυτη φλεγμονή στο ορθό και διαγνώστηκε με ελκώδη κολίτιδα. Εκπαιδεύτηκε κατά τη διάρκεια νοσηλείας για την ελκώδη κολίτιδα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας παρέχόταν φυτική διατροφή. Η αιμορραγία εξαφανίστηκε και πέτυχε ύφεση χωρίς φαρμακευτική αγωγή για τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Αυτή η περίπτωση αποδεικνύει ότι η εμφάνιση ελκωτικής κολίτιδας μπορεί να είναι ένα ανεπιθύμητο γεγονός σε δίαιτα με απώλεια βάρους με χαμηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες.

4.13. Dietary black raspberries modulate DNA methylation in dextran sodium sulfate (DSS)-induced ulcerative colitis

Ulcerative colitis (UC) is characterized by chronic inflammation of the colon. During inflammation, NF- κ B is increased in colonic epithelial cells and in immune cells, leading to increases in proinflammatory cytokines. These events then increase DNA methyltransferases (DNMTs), which silence a subset of tumor suppressor genes by promoter methylation. Negative regulators of the Wnt pathway are frequently methylated in UC, leading to dysregulation of the pathway and, potentially, to colorectal cancer.

We determined if black raspberries (BRBs) influence promoter methylation of suppressors in the Wnt pathway in dextran sodium sulfate (DSS)-induced UC. C57BL/6J mice received 1% DSS and were fed either control or 5% BRB diets. Mice were euthanized on days 7, 14 and 28, and their colons, spleen and bone marrow were collected. Berries reduced ulceration at day 28. This was accompanied by decreased staining of macrophages and neutrophils and decreased NF- κ B p65 nuclear localization in the colon at all-time points. At day 7, BRBs demethylated the promoter of *dkk3*, leading to its increased messenger RNA (mRNA) expression in colon, spleen and bone marrow. β -Catenin nuclear localization, c-Myc staining as well as protein expression of DNMT3B, histone deacetylases 1 and 2 (HDAC1 and HDAC2) and methyl-binding domain 2 (MBD2) were all decreased in colon; mRNA expression of these four proteins was decreased in bone marrow cells by BRBs.

These results suggest that BRBs suppress colonic ulceration by correcting promoter hypermethylation of suppressor genes in the colon, as well as in the spleen and bone marrow that systematically regulate inflammation (Li-Shu et al., 2013).

Περίληψη

Η ελκώδης κολίτιδα (UC) χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή του παχέος εντέρου. Κατά τη διάρκεια της φλεγμονής, το NF-κΒ αυξάνεται στα επιθηλιακά κύτταρα του κόλου και στα ανοσοκύτταρα, οδηγώντας σε αυξήσεις στις προφλεγμονώδεις κυτοκίνες. Αυτά τα γεγονότα αυξάνουν τότε τις μεθυλτρανσφεράσες DNA (DNMTs), οι οποίες σιωπούν ένα υποσύνολο γονιδίων καταστολέων όγκων με μεθυλίωση προαγωγέα. Οι αρνητικοί ρυθμιστές της οδού Wnt συχνά μεθυλιώνονται στην ελκώδη κολίτιδα, οδηγώντας σε δυσλειτουργία της οδού και, ενδεχομένως, σε καρκίνο του παχέος εντέρου.

Προσδιορίσαμε εάν τα μαύρα σμέουρα (BRBs) επηρεάζουν την μεθυλίωση προαγωγέα των καταστολέων στην οδό Wnt σε UC που προκαλείται από δεξτράνη θειικό νάτριο (DSS). C57BL / 6J ποντίκια έλαβαν 1% DSS και τροφοδοτήθηκαν είτε με έλεγχο είτε με 5% BRB δίαιτες. Τα ποντίκια υποβλήθηκαν σε ευθανασία στις ημέρες 7, 14 και 28, και συλλέχθηκαν οι αποικίες, ο σπλήνας και ο μυελός των οστών. Τα μούρα μειώνουν την εξέλιξη την 28η ημέρα. Αυτό συνοδεύεται από μειωμένη χρώση μακροφάγων και ουδετερόφιλων και μειωμένη πυρηνική εντοπισμό NF-κΒ p65 στο κόλον σε όλα τα χρονικά σημεία. Την 7η ημέρα, τα BRB απομεθυλίωσαν τον προαγωγό του *dkk3*, οδηγώντας στην αυξημένη έκφρασή του αγγελιοφόρου RNA (mRNA) στο κόλον, τον σπλήνα και τον μυελό των οστών. Ο πυρηνικός εντοπισμός β-Κατενίνης, η βαφή c-Myc καθώς και η έκφραση πρωτεϊνών DNMT3B, οι αποακετυλάσες ιστονών 1 και 2 (HDAC1 και HDAC2) και η περιοχή δέσμευσης μεθυλίου 2 (MBD2) Η έκφραση mRNA αυτών των τεσσάρων πρωτεϊνών μειώθηκε σε κύτταρα μυελού των οστών από BRBs.

Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι τα μαύρα σμέουρα καταστέλλουν την ελκώδη κολίτιδα διορθώνοντας την υπερμεθυλίωση προαγωγέα γονιδίων καταστολής στο κόλον, καθώς και στον σπλήνα και τον μυελό των οστών που ρυθμίζουν συστηματικά τη φλεγμονή. Τα αποτελέσματά μας υποδεικνύουν ότι τα μαύρα σμέουρα καταστέλλουν την ταλαιπωρία του παχέος εντέρου, διορθώνοντας την υπερμεθυλίωση προαγωγού γονιδίων καταστολής στο κόλον καθώς και στον σπλήνα και τον μυελό των οστών που ρυθμίζουν συστηματικά τη φλεγμονή της εντερικής κολίτιδας που προκαλείται από τη δεξτράνη θειικού νατρίου.

4.14. Therapeutic potential of flavonoids in inflammatory bowel disease

The inflammatory process plays a central role in the development and progression of numerous pathological situations, such as inflammatory bowel disease (IBD), autoimmune and neurodegenerative diseases, metabolic syndrome, and cardiovascular disorders. IBDs involve inflammation of the gastrointestinal area and mainly comprise Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC).

Both pathological situations usually involve recurring or bloody diarrhea, pain, fatigue and weight loss. There is at present no pharmacological cure for CD or UC. However, surgery may be curative for UC patients. The prescribed treatment aims to ameliorate the symptoms and prevent and/or delay new painful episodes. Flavonoid compounds are a large family of hydroxylated polyphenolic molecules abundant in plants, including vegetables and fruits which are the major dietary sources of these compounds for humans, together with wine and tea. Flavonoids are becoming very popular because they have many health-promoting and disease-preventive effects. Most interest has been directed towards the antioxidant activity of flavonoids, evidencing a remarkable free-radical scavenging capacity. However, accumulating evidence suggests that flavonoids have many other biological properties, including anti-inflammatory, antiviral, anticancer, and neuroprotective activities through different mechanisms of action (Salaritabar et al., 2017).

Περίληψη

Η φλεγμονώδης διαδικασία διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη και εξέλιξη πολυάριθμων παθολογικών καταστάσεων, όπως η ασθένεια του φλεγμονώδους εντέρου (IBD), οι αυτοάνοσες και νευροεκφυλιστικές ασθένειες, το μεταβολικό σύνδρομο και οι καρδιαγγειακές διαταραχές. Τα IBD περιλαμβάνουν φλεγμονή της γαστρεντερικής περιοχής και περιλαμβάνουν κυρίως τη νόσο του Crohn (CD) και την ελκώδη κολίτιδα (UC).

Και οι δύο παθολογικές καταστάσεις συνήθως περιλαμβάνουν επαναλαμβανόμενη ή αιματηρή διάρροια, πόνο, κόπωση και απώλεια βάρους. Δεν υπάρχει σήμερα φαρμακολογική θεραπεία για CD ή UC. Ωστόσο, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι θεραπευτική για τους ασθενείς με UC. Η συνταγογραφούμενη θεραπεία στοχεύει στη βελτίωση των συμπτωμάτων και στην πρόληψη ή / και καθυστέρηση νέων επώδυνων επεισοδίων. Οι ενώσεις φλαβονοειδών είναι μια μεγάλη οικογένεια υδροξυλιωμένων πολυφαινολικών μορίων που είναι άφθονα στα φυτά, συμπεριλαμβανομένων των λαχανικών και των φρούτων που αποτελούν τις κυριότερες διατροφικές πηγές αυτών των ενώσεων για τον άνθρωπο, μαζί με το κρασί και το τσάι. Τα φλαβονοειδή γίνονται πολύ δημοφιλή επειδή προάγουν την υγεία και προλαμβάνουν την ασθένεια. Το μεγαλύτερο ενδιαφέρον έχει στρέψει προς την αντιοξειδωτική δράση των φλαβονοειδών, αποδεικνύοντας μια αξιοσημείωτη ικανότητα καθαρισμού ελεύθερων ριζών. Ωστόσο, οι συσσωρευμένες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι τα φλαβονοειδή έχουν πολλές άλλες βιολογικές ιδιότητες, όπως αντιφλεγμονώδεις, αντι-ιικές, αντικαρκινικές και νευροπροστατευτικές δραστηριότητες μέσω διαφορετικών μηχανισμών δράσης.

Κεφάλαιο 5: Συζήτηση

Σε παλαιότερη έρευνα του (2005) από τους Maunder et al., φάνηκε ότι το άγχος της προσκόλλησης αυξάνεται όταν η νόσος είναι ενεργή όπως και τα συμπτώματα κατάθλιψης. Σύμφωνα με έρευνες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια για την ελκώδη κολίτιδα σχετικά με τους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ψυχολογική αντοχή στους ιδιαίτερους αυτούς ασθενείς, και ειδικότερα ο ρόλος του αντιληπτού στρες αλλά και της προσωπικότητας (μελετήθηκαν το 2015 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Zhengzhou από τον Liu και τους συνεργάτες του) φάνηκε ότι η ψυχολογική αντοχή στη νόσο αυτή είναι μεγαλύτερη όσο μεγαλύτερο είναι το εκπαιδευτικό αλλά και το οικονομικό επίπεδο των ασθενών. Το 2016 επιβεβαίωσε αυτά τα αποτελέσματα και η έρευνα του Agostini ο οποίος υποστήριξε ότι στην ελκώδη κολίτιδα η δραστηριότητα της νόσου εξαρτάται από την εμπιστοσύνη και την εμπλοκή των σχέσεων οι οποίες είναι προκαλούν προγνωστικούς παράγοντες για το αντιληπτό άγχος.

Σε πρόσφατη μάλιστα έρευνα του 2018 η οποία εκπονήθηκε από τον Sarid και τους συνεργάτες του, φάνηκε ότι η δραστηριότητα της νόσου επίσης συσχετίζεται με την οικονομική κατάσταση, την ικανοποίηση από τη ζωή και την ποιότητα ζωής γενικότερα, ενώ ένα χρόνο νωρίτερα το 2017 ο Slonim μελέτησε τις απειλητικές εμπειρίες της ζωής, τις δυσμενείς οικογενειακές σχέσεις και την κακή οικονομική κατάσταση, παράγοντες οι οποίοι καθιστούν τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα λιγότερο υγιείς τόσο σωματικά όσο και διανοητικά. Σε μία προσπάθεια μελέτης των προδιαθεσικών παραγόντων σε έρευνα η οποία διεξήχθη από τον Dhingra και τους συνεργάτες του το 2017 αποδείχθηκε ότι η χαμηλότερη ανθεκτικότητα στο στρες στην εφηβεία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο διάγνωσης των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου κατά την ενηλικίωση. Ο Chan και οι συνεργάτες του σε μελέτη η οποία δημοσιεύτηκε το 2017 και διεξήχθη στη Σιγκαπούρη κατέδειξαν ότι η αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων που συμβάλλουν στην αναπηρία στην IBD είναι σημαντική για την εξασφάλιση ολιστικής φροντίδας και κατάλληλης θεραπείας.

Συνεχίζοντας την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας άρθρων που αναφέρονται σε μελέτες σχετικά με τη διατροφή των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, τα αποτελέσματα κατέδειξαν τη σχέση μεταξύ της ελκώδους κολίτιδας και της παχυσαρκίας, η οποία αυξάνει την φλεγμονή στο κόλον (Leonel et al., 2011), ενώ σε

έρευνα που εκπονήθηκε από τους Chiba et al., το 2016 φάνηκε ότι η εμφάνιση ελκωτικής κολίτιδας μπορεί να είναι ένα ανεπιθύμητο γεγονός ακόμη και σε δίαιτα με απώλεια βάρους με χαμηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες όπως είναι για παράδειγμα η δίαιτα Atkins.

Αντιφλεγμονώδη δράση εμφανίζουν σύμφωνα με μελέτες των Montrose et al (2010), τα μαύρα βατόμουρα, όπως υποστηρίζει άλλωστε και ο Li-Shu (2013) ο οποίος υποδεικνύει ότι τα μαύρα βατόμουρα καταστέλλουν την ταλαιπωρία του παχέος εντέρου, διορθώνοντας την υπερμεθυλίωση προαγωγού γονιδίων καταστολής στο κόλον καθώς και στον σπλήνα και τον μυελό των οστών, που ρυθμίζουν συστηματικά τη φλεγμονή της εντερικής κολίτιδας, η οποία προκαλείται από τη δεξτράνη θεικού νατρίου. Σε έρευνα η οποία έλαβε χώρα το 2017 από τον Ali και τους συνεργάτες του, φάνηκε ότι τα φλαβονοειδή (κρασί, πράσινο τσάι) έχουν αντιφλεγμονώδεις, αντι-ιικές αλλά και αντικαρκινικές ιδιότητες.

Κεφάλαιο 6: Συμπεράσματα

Η ελκώδης κολίτιδα όπως αναφέρθηκε παραπάνω είναι μη ειδική φλεγμονώδης πάθηση του παχέος εντέρου, η οποία προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες, ενώ εμφανίζεται κυρίως σε νέους ή ενήλικες 15-30 ετών και λιγότερο συχνά σε ηλικιωμένους κατά την 6^η - 8^η δεκαετία της ζωής. Η φλεγμονώδης αυτή πάθηση του παχέος εντέρου στους περισσότερους ασθενείς αφορά το ορθό και όταν περιορίζεται μόνο σε αυτό (50%) ονομάζεται ελκώδης πρωκτίτιδα.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα στα μέλη της ίδιας οικογένειας, με το 15% έως 25% των ασθενών να έχουν κάποιο στενό συγγενή που πάσχει από ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ), ενώ το κάπνισμα και η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων από του στόματος αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση ΙΦΝΕ.

Ο ασθενής με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου συχνά νιώθει απογοήτευση λόγω του ότι δεν είναι σε θέση πάντα να ελέγξει ή να προβλέψει την αποβολή κοπράνων ειδικότερα όταν η νόσος είναι σοβαρής μορφής. Η διάρροια ίσως επηρεάσει την ικανότητά του να επιτυγχάνει τους στόχους του, να διατηρεί τη θέση του στην εργασία, να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες ή ακόμη και να καλύπτει και βασικές ανάγκες όπως η λήψη τροφής, ο ύπνος και η σεξουαλική δραστηριότητα. Ως αποτέλεσμα αυτών, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί διαταραχή της εικόνας του σώματος.

Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής που επιφέρει σταδιακά η νόσος στο σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα, επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου και συμβάλλουν αρνητικά στην ποιότητα της ζωής του. Έτσι, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη παροχής εξειδικευμένης αλλά και εξατομικευμένης φροντίδας από τους ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές, οι οποίοι με τις επιστημονικές τους γνώσεις μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν την δυσφορία, το αυξημένο στρες και τα συμπτώματα κατάθλιψης. Απαιτείται λοιπόν, περαιτέρω προσοχή στο προφίλ κάθε ασθενούς το οποίο καθορίζει και τον κίνδυνο της κατάθλιψης στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα.

Βιβλιογραφία

Ξένη Βιβλιογραφία

Agostini et al. (2016). Attachment and perceived stress in patients with ulcerative colitis, a case-control study.

Butcher, G. (2008). Γαστρεντερολογία Έγχρωμο Εικονογραφημένο Εγχειρίδιο. (Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Κολιός, Γ.). Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου.

Chan et al. (2017). Symptoms of anxiety and depression are independently associated with inflammatory bowel disease-related disability.

Chen et al. (2014). Genesis of anxiety, depression, and ongoing abdominal discomfort in ulcerative colitis-like colon inflammation.

Chiba et al. (2016). Onset of Ulcerative Colitis during a Low-Carbohydrate Weight-Loss Diet and Treatment with a Plant-Based Diet: A Case Report.

Classen, A.K. Bunker, B.D., Harvey, K.F., Vaccari, T., Bilder, D. (2009). A tumor suppressor activity of Drosophila Polycomb genes

Dewit, S. (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική. Τόμος Ι. (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Λαμπρινού, Αι., & Λεμονίδου, Χ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Dhingra et al. (2017). Evaluating clinical, dietary, and psychological risk factors for relapse of ulcerative colitis in clinical, endoscopic, and histological remission.

Fausi, A., Braunwald, E., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., et al. (2008). Harrison's principles of internal medicine (17th ed.). New York, NY: McGraw Hill.

Freitas et al. (2015). Associations of sense of coherence with psychological distress and quality of life in inflammatory bowel disease.

Fritsch, H., & Kuhnel, W. (2009). Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομίας. Τόμος II (Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Δημητρίου, Θ., Θαλασσινός, Ν., Καναβάρος, Π., Μανώλης, Ε., Νάτσης, Κ., Παπαδήτριου, Ε.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Ge et al. (2018). Mesenteric organ lymphatics and inflammatory bowel disease.

Lemon P., Burke K., and Bauldoff G. (2014). Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα Ασθενούς. Αθήνα: Λαγός.

Leonel et al. (2011). The combination of high-fat diet-induced obesity and chronic ulcerative colitis reciprocally exacerbates adipose tissue and colon inflammation.

Liu et al. (2018). The impact of stress and personality on resilience of patients with ulcerative colitis.

Mamula P., Grossman A., Baldassano R., Kelsen J., Markowitz J. (2017) .Pediatric Inflammatory Bowel Disease.

Maunder et al. (2005). Attachment insecurity moderates the relationship between disease activity and depressive symptoms in ulcerative colitis.

Maunder et al. (2006). Psychobiological subtypes of ulcerative colitis: pANCA status moderates the relationship between disease activity and psychological distress.

Montrose et al. (2010). Anti-inflammatory effects of freeze-dried black raspberry powder in ulcerative colitis.

Salaritabar Ali et al. (2017). Therapeutic potential of flavonoids in inflammatory bowel disease: A comprehensive review.

Sarid et al. (2018). Differing Relationship of Psycho-Social Variables with Active Ulcerative Colitis or Crohn's Disease.

Slonim-Nevo et al. (2017). Effect of threatening life experiences and adverse family relations in ulcerative colitis: analysis using structural equation modeling and comparison with Crohn's disease.

Swierzewski S. (2008). Ανανεώθηκε 04/09/2015. Διαθέσιμο στο: <http://www.healthcommunities.com/colitis/prevention.shtml> Ανακτήθηκε 16/7/2018

Wang Li-Shu et al. (2013). Dietary black raspberries modulate DNA methylation in dextran sodium sulfate (DSS)-induced ulcerative colitis. Source: Crohn's & Colitis Foundation of America, Inflammatory Bowel Disease Center at the University of Chicago Medical Center, Dept. of Colorectal Surgery at the Cleveland Clinic, OH.)

Ελληνική Βιβλιογραφία

Γιωτάκη-Χαράτση, Ε. (2010). Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. Αθήνα, Εκδόσεις Σιώκης.

Κατσίλάμπρος, Ν. (2010). Κλινική Διατροφή. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Μανούσος, Ο. (2004). Κολίτιδες και “Κολίτιδες”. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα.

Μπονάτσος, Γ., Κακλαμάνος, Ι., Γολεμάτης, Β. (2011). Χειρουργική Παθολογία. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Παπαχριστοδούλου Α. (1995). Χειρουργική Παχέος Εντέρου. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Φερτάκης, Α. (2010). Επίτομη εσωτερική παθολογία. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδη

Χατζημπούγιας, Ι. (2002). Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις GM Design.