

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Crohn's Disease (CD)



Greek



European
Crohn's and Colitis
Organisation



United We Stand



Κατευθυντήριες οδηγίες ECCO-EFCCA για ασθενείς με νόσο του Crohn

Marc Dudley*¹, Martin Kojinkov*², Dusan Baraga³, Xavier Donnet⁴, Evelyn Grob⁵, Σοφία Λαντζανάκη⁶, Tineke Markus de Kwaadsteniet⁷, Tricia McArdle⁸, Malgorzata Mossakowska⁹, Marko Perovic¹⁰, Cornelia Sander¹¹, Helen Ludlow¹², Γεράσιμος Ι. Μάντζαρης¹³, Axel Dignass**¹⁴, Francisca Murciano**¹⁵

* Αυτοί οι συγγραφείς συνέβαλαν εξίσου ως πρώτοι συγγραφείς

** Αυτοί οι συγγραφείς συνέβαλαν εξίσου ως τελευταίοι συγγραφείς

¹LMF - Landsforeningen mot fordøysessykdommer, Postboks 808 ØSentrum, 0104 Όσλο, Νορβηγία. ²Bulgarian Crohn's and Ulcerative Colitis Association, Druzba 2, bl. 212, entr. V, apt. 66 Σόφια, 1582 Βουλγαρία. ³KVCB - Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen, Ljubljanska ulica 5, p.p. 640, 2000 Μάριμπορ, Σλοβενία. ⁴A.S.B.L Association Crohn-RCUH, Rue de la Forêt de Soignes 17, 1410 Βατερλώ, Βέλγιο. ⁵ÖMCCV – Österreichische Morbus Crohn - Colitis ulcerosa Vereinigung, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Βιέννη, Αυστρία. ⁶HELLESCC - Σύλλογος Ατόμων με Νόσο του Crohn και Ελκώδη Κολίτιδα Ελλάδας, Φυλής 232, Αθήνα, Ελλάδα. ⁷CCUVN - Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland, Houttuinlaan 4b, 3447 GM Woerden, Ολλανδία. ⁸ISCC - Irish Society for Colitis and Crohn's Disease, Carmichael Centre for Voluntary Groups, North Brunswick Street, Δουβλίνο 7, Ιρλανδία. ⁹Polish Association Supporting People with Inflammatory Bowel Disease "J-elita", ul. Ks. Trojdena 4, 02 109 Warsaw, Poland. ¹⁰UKUKS - Udruzenje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolutisa Srbije, Pere Cetkovic 23, 11060 Βελιγράδι, Σερβία. ¹¹DCCV e.V. - Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, Inselstraße 1, 10179 Βερολίνο, Γερμανία. ¹²University Hospital Llandough, Penlan Road, Llandough, South Wales, CF64 2XX, Ουαλία. ¹³Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Υψηλάντου 45-47, 10676 Αθήνα, Ελλάδα. ¹⁴Department of Medicine I Gastroenterology, Hepatology, Oncology and Nutrition, Agaplesion Markus Hospital, Goethe University, DE 60431 Φρανκφούρτη, Γερμανία. ¹⁵Hospital del Mar, Department of Gastroenterology, Passeig Maritim 25-29, 08003 Βαρκελώνη, Ισπανία

Οργανωτικές και αντεπιστέλλουσες εταιρείες: European Crohn's and Colitis Organisation, Ungargasse 6/13, 1030 Βιέννη, Αυστρία. European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, Rue Des Chartreux, 33-35 Βρυξέλλες Β 1000 Βέλγιο

Ευχαριστίες

Ο ECCO και η EFCCA θα ήθελαν να ευχαριστήσουν όλους εκείνους που έχουν συμβάλει στις κατευθυντήριες οδηγίες ECCO-EFCCA για ασθενείς. Ο ECCO και η EFCCA αναγνωρίζουν το έργο των ιατρικών συγγραφέων Sanna Lonnfors και Andrew McCombie που συνέβαλαν σημαντικά στη σύνταξη των κατευθυντήριων οδηγιών ECCO-EFCCA για ασθενείς.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Πολιτική διάδοσης

Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες ECCO-EFCCA για Ασθενείς βασίζονται πάνω στις Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες ECCO για τη Νόσο του Crohn και την Ελκώδη Κολίτιδα. Για πρόσβαση στις Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες ECCO, ακολουθείτε αυτό το link: <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

Μη διστάσετε να διαδώσετε τις Κατευθυντήριες Οδηγίες ECCO-EFCCA για Ασθενείς. Επισημαίνεται ότι οποιαδήποτε μετάφραση των Κατευθυντήριων Οδηγιών ECCO-EFCCA για Ασθενείς, πρέπει πρώτα να εγκρίνεται από την ECCO και την EFCCA.

Δήλωση αποσύνδεσης

Ο στόχος των Κατευθυντήριων Οδηγιών ECCO-EFCCA για Ασθενείς είναι να διευκολύνουν την ενημέρωση και την αυτεξουσιότητα των ασθενών, ως επίσης και να παρέχουν καθοδήγηση για τις βέλτιστες πρακτικές σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Επομένως, μερικές εισηγήσεις μπορεί να διαφέρουν σε εθνικό επίπεδο, αφού και η αγωγή διαφέρει από χώρα σε χώρα. Για οποιοσδήποτε αποφάσεις σχετικά με την αγωγή, είναι υπεύθυνος ο κάθε ιατρός και δεν πρέπει αυτές να βασίζονται αποκλειστικά στο περιεχόμενο των Κατευθυντήριων Οδηγιών ECCO-EFCCA για Ασθενείς. Η European Crohn's and Colitis Organization (ECCO), η European Federation of Crohn's & Ulcerative Colitis Associations (EFCCA) και/ή τα μέλη του προσωπικού και/ή οι συνεισφέροντες απαλλάσσονται της ευθύνης τους για οποιοσδήποτε πληροφορίες που δημοσιεύονται καλή τη πίστει στις Κατευθυντήριες Οδηγίες ECCO-EFCCA για Ασθενείς.

Πολιτική ECCO σχετικά με τις συγκρούσεις συμφερόντων

Ο ECCO ακολουθεί επιμελώς μια πολιτική δημοσιοποίησης πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων (CoI). Η δήλωση απουσίας σύγκρουσης συμφερόντων βασίζεται σε έντυπο που χρησιμοποιείται από την Διεθνή Επιτροπή Συντακτών Ιατρικών Περιοδικών (ICMJE). Η δήλωση απουσίας σύγκρουσης συμφερόντων, όχι μόνο είναι αποθηκευμένη στο γραφείο του ECCO και στο συντακτικό γραφείο της JCC, αλλά είναι και ανοικτή στο δημόσιο έλεγχο στην ιστοσελίδα του ECCO (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>) παρέχοντας μια συνολική εικόνα των πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων των συγγραφέων.

Εισαγωγή

Η νόσος του Crohn και η Ελκώδης Κολίτιδα, εν συντομία ΕΚ, ανήκουν στην ομάδα φλεγμονωδών διαταραχών του εντέρου που είναι γνωστές ως Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Οι ΙΦΝΕ αποτελούν παθήσεις που οφείλονται σε διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος και παρουσιάζονται σε ασθενείς με γενετική προδιάθεση όταν αυτοί εκτίθενται στην επίδραση των κατάλληλων, μέχρι σήμερα άγνωστων περιβαλλοντολογικών παραγόντων.

Οι παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες, αφορούν τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου του Crohn. Ο όρος νόσος του Crohn θα χρησιμοποιείται στις οδηγίες αυτές, οι οποίες προέρχονται από διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για τη νόσο του Crohn, που έχουν

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



αναπτυχθεί ως αποτέλεσμα μιας ολοκληρωμένης διαδικασίας με συμμετοχή κορυφαίων Ευρωπαίων ειδικών ιατρών και μετά από αξιολόγηση όλων των σημερινών δεδομένων, για τη βέλτιστη διαχείριση των ασθενών με νόσο του Crohn, έτσι ώστε αυτοί να κατανοούν, πώς γίνεται η βέλτιστη διάγνωση και θεραπεία από εξειδικευμένους ιατρούς. Πολλοί όροι, είναι υπογραμμισμένοι· αυτοί εξηγούνται στο γλωσσάριο, για να σας βοηθήσουν να κατανοήσετε καλύτερα τις κατευθυντήριες οδηγίες. Όσον αφορά την ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ), μπορείτε να μελετήσετε άλλες κατευθυντήριες οδηγίες, που έχουν θεσπιστεί ταυτόχρονα με τις παρούσες.

Η νόσος του Crohn είναι μια νόσος που προσβάλλει το λεπτό και το παχύ έντερο, και λιγότερο συχνά άλλα μέρη της γαστρεντερικής οδού. Μπορεί επίσης να προσβάλει άλλα όργανα και ιστούς εκτός του εντέρου, συνήθως το δέρμα, τις αρθρώσεις και τα μάτια.

Στις πλείστες περιπτώσεις η νόσος του Crohn προσβάλλει το τελευταίο τμήμα του λεπτού εντέρου και το παχύ έντερο. Εντούτοις, η νόσος του Crohn μπορεί επίσης να προσβάλει ολόκληρη την γαστρεντερική οδό, ξεκινώντας από το στόμα και τελειώνοντας στον πρωκτό. Συνήθως η φλεγμονή του εντέρου είναι 'ασυνεχής', και τα προσβεβλημένα τμήματα ('κατά τόπους προσβεβλημένο έντερο') εναλλάσσονται με υγιή μέρη του εντέρου ('εστιακές βλάβες'). Ανάλογα με τη βαρύτητα της φλεγμονής, ο εσωτερικός χιτώνας του εντέρου ('βλεννογόνο') δύναται να εμφανιστεί κόκκινος και πρησμένος ('οιδηματώδες') με διάφορου μεγέθους και μορφής έλκη (αφθώδη, επιπολής, εν τω βάθει, επιμήκη), και ο βλεννογόνο μπορεί να παρουσιάζει εικόνα «πλακόστρωτου». Οι βλάβες αυτές προσβάλλουν ολόκληρο το πάχος του εντέρου και μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές όπως απόφραξη και/ή διάτρηση του εντερικού τοιχώματος (διαφυγή του περιεχομένου του εντερικού αυλού στην κοιλιακή κοιλότητα) ή συρίγγια (πόροι που επικοινωνούν και αδειάζουν τα περιεχόμενα του εντερικού αυλού στο δέρμα ή σε γειτονικά όργανα όπως η ουροδόχος κύστη ή σε έλικες του εντέρου). Επιπλέον, σε ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών, η νόσος του Crohn μπορεί να προσβάλλει διάφορα μέρη του σώματος εκτός του εντέρου, συνηθέστερα το δέρμα, τις αρθρώσεις και τα μάτια. Αυτές οι εξωεντερικές εκδηλώσεις μπορεί να εμφανιστούν πριν την εξέλιξη των τυπικών εντερικών συμπτωμάτων της νόσου του Crohn (βλέπε πιο κάτω) και μερικές φορές η θεραπεία τους είναι πιο προβληματική και δύσκολη από εκείνη των εντερικών συμπτωμάτων.

Επειδή η νόσος του Crohn είναι πολυμορφική νόσος, οι βλάβες στο έντερο πρέπει να χαρτογραφηθούν με τις κατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις και να διαβαθμιστούν ανάλογα με τη βαρύτητά τους κατά τη χρονική στιγμή της διάγνωσης. Επιπλέον, αφού πρόκειται για μια εφ' όρου ζωής πάθηση χωρίς οριστική θεραπεία αυτή τη στιγμή, ο στόχος της θεραπευτικής αγωγής είναι να καταστείλει τη φλεγμονή στο έντερο και στα εξωεντερικά σημεία (εάν υπάρχουν), να διατηρήσει τη λειτουργία του εντέρου, να εμποδίσει τυχόν επιπλοκές και να προσφέρει στους ασθενείς μια κανονική ποιότητα προσωπικής, επαγγελματικής και κοινωνικής ζωής χωρίς αναπηρία. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τη διακοπή του καπνίσματος, τροποποιήσεις της διαίτας αλλά και διάφορα φάρμακα που χρησιμοποιούνται μόνα ή σε συνδυασμό, ανάλογα με τη θέση και τη βαρύτητα της νόσου.



Διάγνωση της νόσου Crohn

Συμπτώματα της νόσου Crohn

Τα συμπτώματα της νόσου του Crohn μπορεί να είναι ποικίλα. Περιλαμβάνουν συχνά κοιλιακό άλγος, απώλεια βάρους, και διάρροια για περισσότερες από τέσσερις εβδομάδες. Ιδιαίτερα όταν αυτά τα συμπτώματα παρουσιάζονται σε νεαρούς ασθενείς, ο ιατρός θα πρέπει να εξετάζει το ενδεχόμενο της νόσου του Crohn. Γενικά συμπτώματα όπως το αίσθημα αδιαθεσίας, η κούραση, η ανορεξία απώλεια όρεξης ή ο πυρετός παρατηρούνται συχνά.

Τα συμπτώματα μπορεί να παρουσιαστούν ξαφνικά, και σε ορισμένες περιπτώσεις η νόσος του Crohn ενδέχεται να εκληφθεί, κατά λάθος, ως οξεία σκωληκοειδίτιδα. Μπορεί επίσης τα συμπτώματα να είναι παρόμοια με εκείνα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ). Οι περισσότεροι ασθενείς υποφέρουν από κοιλιακό άλγος και απώλεια βάρους πριν από τη διάγνωση. Αίμα και βλέννα στα κόπρανα παρατηρούνται λιγότερο συχνά, απ' ό,τι στους ασθενείς της ΕΚ. **Εξωεντερικά συμπτώματα** που σχετίζονται με τη νόσο του Crohn, συνήθως στις αρθρώσεις, μπορεί να παρατηρηθούν πριν από τα συμπτώματα του εντέρου.

Διαγνωστικές εξετάσεις

Τα συμπτώματα της νόσου του Crohn ποικίλουν, ανάλογα με την ηλικία του ασθενή κατά την εκδήλωση της νόσου, τη θέση της νόσου στο έντερο και τη συμπεριφορά της νόσου.

Δεν υπάρχει μια ενιαία εξέταση για τη διάγνωση της νόσου Crohn. Η διάγνωση τεκμηριώνεται με ένα συνδυασμό κλινικών συμπτωμάτων, αναλύσεων αίματος, ευρημάτων στην απεικόνιση, ενδοσκόπηση, και την ιστολογική αξιολόγηση των βιοψιών του εντέρου (θα εξηγηθεί στο γλωσσάριο). Δεν συνιστάται προς το παρόν ο γενετικός έλεγχος ως εξέταση ρουτίνας για τη διάγνωση της νόσου Crohn.

Ιστορικό του ασθενή

Ο ιατρός σας θα πρέπει να σας κάνει πολλές λεπτομερείς ερωτήσεις, όπως π.χ. πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματα, αν έχετε ταξιδέψει πρόσφατα, αν έχετε δυσανεξία σε τροφές, αν παίρνετε ή παίρνατε στο παρελθόν φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των αντιβιοτικών και ΜΣΑΦ, αντιφλεγμονώδη ή παυσίπονα όπως ασπιρίνη ή δικλοφενάκη) ή αν έχετε υποβληθεί σε σκωληκοειδεκτομή. Ο ιατρός, θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή σε γνωστούς παράγοντες κινδύνου της νόσου του Crohn όπως το κάπνισμα, αν υπάρχει μέλος της οικογένειας με νόσο του Crohn, ή/και πρόσφατη λοίμωξη του πεπτικού συστήματος.

Το κάπνισμα, το οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ, και η προηγηθείσα σκωληκοειδεκτομή αποτελούν όλα παράγοντες κινδύνου για τη νόσο του Crohn. Βακτηριακής ή ιογενούς προελεύσεως λοιμώξεις του στομάχου ή του εντέρου αυξάνουν τον κίνδυνο για την ανάπτυξη νόσου του Crohn. Τα ευρήματα μελετών για το ρόλο των ΜΣΑΦ ως παράγοντα κινδύνου για τη νόσο του Crohn είναι λιγότερο σαφή.

Εξωεντερικά συμπτώματα της νόσου του Crohn

Υπάρχουν πολλά συμπτώματα που μπορούν να εκδηλωθούν με την νόσο του Crohn τα οποία δεν σχετίζονται όλα άμεσα με το έντερο. Όπως προαναφέρθηκε, η νόσος του Crohn μπορεί επίσης, να προσβάλλει διάφορα όργανα και ιστούς εκτός του εντέρου.



Ο ιατρός σας, θα πρέπει να σας ρωτήσει για συμπτώματα που παρουσιάζονται τη νύχτα και συμπτώματα και/ή σημεία εκτός του εντέρου (παραδείγματος χάρη στο στόμα, το δέρμα, τα μάτια ή τις αρθρώσεις), αποστήματα γύρω από τον πρωκτό, ή πρωκτικές ραγάδες. Μια προληπτική ιατρική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- γενική κατάσταση της υγείας
- σφύξεις
- αρτηριακή πίεση
- θερμοκρασία
- ευαισθησία ή πρήξιμο στην κοιλιακή χώρα
- ψηλαφητές μάζες
- περίνεο (η περιοχή μεταξύ του πρωκτού και των γεννητικών οργάνων) και στόμα
- εξέταση του ορθού με το δάκτυλο
- μέτρηση του δείκτη σωματικής μάζας

Φυσική εξέταση και εργαστηριακές εξετάσεις

Ο ιατρός σας, θα πρέπει να ελέγξει για σημεία οξείας και/ή χρόνιας φλεγμονής, αναιμίας, αφυδάτωσης, ως επίσης και για σημεία διαταραχών θρέψης ή δυσανορρόφησης. Οι αρχικοί εργαστηριακοί έλεγχοι θα πρέπει να περιλαμβάνουν CRP και πλήρη αιματολογικό έλεγχο. Είναι επίσης δυνατή, η χρήση και άλλων δεικτών φλεγμονής όπως η καλπροτεκτίνη κοπράνων ή ΤΚΕ. Σε μερικές περιπτώσεις θα πρέπει ο ιατρός να ελέγξει για λοιμώδη διάρροια, συμπεριλαμβανομένης της τοξίνης του Clostridium difficile. Μπορεί να χρειαστούν επιπρόσθετες εξετάσεις κοπράνων, αν έχετε ταξιδέψει στο εξωτερικό.

Η αναιμία και η θρομβοκυττάρωση (όταν γίνεται αύξηση του αριθμού των θρομβοκυττάρων ή αιμοπεταλίων σε επίπεδα μεγαλύτερα των φυσιολογικών) αντιπροσωπεύουν τις πιο συχνές ενδείξεις στην εξέταση του αίματος, που σχετίζονται με τη νόσο του Crohn. Η CRP και η ΤΚΕ δείχνουν αν υπάρχει φλεγμονή • η CRP ευρέως συσχετίζεται με την ενεργότητα της νόσου, ενώ η ΤΚΕ είναι λιγότερο ακριβής. Η καλπροτεκτίνη κοπράνων συσχετίζεται, σε γενικές γραμμές, με την ενεργότητα της νόσου στα έντερα.

Καμία από τις πιο πάνω εξετάσεις δεν είναι όμως αρκετά εξειδικευμένη, για να επιτρέψει τη διάγνωση της νόσου του Crohn ή τη διάκριση της από την ελκώδη κολίτιδα.

Ενδοσκόπηση

Αν ο ιατρός σας υποψιάζεται πως έχετε τη νόσο του Crohn, θα καταστεί αναγκαία η ειλεοκολonosκόπηση με βιοψίες από το τέλος του λεπτού εντέρου, όπως επίσης και από κάθε τμήμα του παχέος εντέρου για αναζήτηση μικροσκοπικής παρουσίας νόσου του Crohn. Ανεξάρτητα από τα ευρήματα της ειλεοκολonosκόπησης, περαιτέρω διερεύνηση συνιστάται για την εξέταση της εντόπισης και της επέκτασης της νόσου του Crohn στο λεπτό έντερο. Δεν είναι σαφές αν η ενδοσκόπηση του άνω πεπτικού συστήματος από το στόμα θα πρέπει να αποτελέσει τη συνήθη μέθοδο διάγνωσης, σε ενήλικες ασθενείς που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα.

Η κολonosκόπηση και οι βιοψίες είναι οι εξετάσεις πρώτης γραμμής για τη διάγνωση φλεγμονής στο παχύ έντερο. Στις πλείστες κολonosκοπήσεις είναι δυνατή και η λήψη βιοψιών από το λεπτό έντερο. Ενδοσκοπικά σημεία της νόσου Crohn περιλαμβάνουν ασυνεχή, κατά τόπους φλεγμονή, περιπρωκτικές βλάβες και εικόνα «πλακόστρωτου» του τοιχώματος του εντέρου. Η κολonosκόπηση μπορεί να καθορίζει με ακρίβεια τη βαρύτητα της νόσου του Crohn, σε περίπτωση όμως που η νόσος του Crohn εντοπίζεται στο τέλος του λεπτού εντέρου, θα είναι πιο αποτελεσματική για τη διάγνωση η ειλεοκολonosκόπηση σε συνδυασμό με τεχνικές απεικόνισης. Οι τεχνικές απεικόνισης όπως η υπερηχοτομογραφία,



η αξονική τομογραφία (CT) ή η μαγνητική τομογραφία (MRI) δεν μπορούν από μόνες τους, να θέσουν την οριστική διάγνωση της νόσου Crohn.

Απεικονιστικοί έλεγχοι

Απεικονιστικοί έλεγχοι του εντέρου (MRI και CT) και υπερηχογράφημα της κοιλιακής χώρας μπορούν να ενισχύσουν τα ευρήματα της ενδοσκόπησης. Αυτοί βοηθούν στον εντοπισμό και τη διαπίστωση της έκτασης της φλεγμονής, αποφράξεων και συριγγίων που προκαλούνται από τη νόσο του Crohn. Πρέπει να ληφθεί υπόψη η έκθεση σε ακτινοβολία, ιδιαίτερα, όταν γίνεται επιλογή τεχνικών για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου σας. Αφού οι συμβατικές ακτινολογικές τεχνικές, που χρησιμοποιούν βάριο (δηλαδή σκιαγραφική ουσία) είναι χαμηλότερης ποιότητας και σας εκθέτουν σημαντικά σε ακτινοβολία, θα πρέπει να επιλέγονται άλλες μέθοδοι αν διατίθενται.

Η CT και MRI είναι οι τρέχουσες βασικές τεχνικές για την μελέτη του λεπτού εντέρου. Και οι δύο, μπορούν να δείξουν την έκταση και ενεργότητα της νόσου του Crohn, με βάση το πάχος του εντερικού τοιχώματος, οιδήματα και έλκη. Τόσο η CT όσο και η MRI είναι το ίδιο ακριβείς, αλλά η CT είναι πιο διαθέσιμη και λιγότερο χρονοβόρα από την MRI. Επειδή όμως η CT χρησιμοποιεί ακτινοβολία, η MRI θα πρέπει να προτιμάται όταν/εφόσον είναι εφικτό. Το κοιλιακό υπερηχογράφημα μπορεί να παρέχει πληροφορίες για την ενεργότητα και την εντόπιση της νόσου, ιδιαίτερα στο λεπτό έντερο. Επιπλέον, είναι ευρέως διαθέσιμη και μη δαπανηρή, και δεν εκθέτει τον ασθενή σε ακτινοβολία. Παρόλα αυτά, μπορεί να αποδειχθεί δύσκολη η απεικόνιση των εν τω βάθει τμημάτων του εντέρου, και να ποικίλουν οι γνώμες μεταξύ των απεικονιστών στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Ενδοσκόπηση λεπτού εντέρου

Η ενδοσκόπηση με κάψουλα λεπτού εντέρου (SBCE) θα πρέπει να χρησιμοποιείται, μόνο όταν είναι αρνητικές οι εξετάσεις με ειλεοκολονοσκόπηση και ο απεικονιστικός έλεγχος, αλλά ο ιατρός σας συνεχίζει να έχει έντονη υποψία για νόσο του Crohn. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί η SBCE να επιβεβαιώσει, ότι δεν πάσχετε από τη νόσο του Crohn. Η ενδοσκόπηση με τη βοήθεια συσκευής μπορεί να πραγματοποιηθεί από ειδικό, αν χρειάζεται βιοψία. Μπορεί επίσης, να χρησιμοποιηθεί όταν καταστεί αναγκαία η ενδοσκοπική θεραπεία, όπως η διαστολή των στενώσεων, η ανάκτηση μιας σφηνωμένης κάψουλας, ή η αντιμετώπιση αιμορραγίας.

Η SBCE αποτελεί μια νέα μέθοδο, που επιτρέπει στον ιατρό, να διακρίνει βλάβες του λεπτού εντέρου που μπορεί να μη γίνονται ορατές, με τις ενδοσκοπικές και απεικονιστικές εξετάσεις. Πρόκειται, για ένα αποτελεσματικό διαγνωστικό εργαλείο για τη νόσο του Crohn του λεπτού εντέρου, αλλά δεν μπορεί να χρησιμοποιείται όταν ο ασθενής έχει αποφράξεις, στενώσεις ή συρίγγια, εμφυτευμένες ηλεκτροϊατρικές συσκευές (π.χ. βηματοδότες) ή δυσκολίες κατάποσης.

Ενδοσκοπικές βιοψίες

Για την αξιόπιστη διάγνωση της νόσου του Crohn πρέπει να λαμβάνονται βιοψίες. Αυτές θα πρέπει να περιλαμβάνουν τουλάχιστον δύο βιοψίες από πέντε θέσεις του παχέος εντέρου (συμπεριλαμβανομένου και του ορθού) και από το τέλος του λεπτού εντέρου.

Η ανάλυση μιας σειράς βιοψιών από ολόκληρο το παχύ έντερο, είναι η πλέον αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος της νόσου του Crohn. Τα δείγματα θα πρέπει να λαμβάνονται τόσο από προσβεβλημένες από τη νόσο περιοχές, όσο και από μη προσβεβλημένες περιοχές. Στις εξετάσεις παρακολούθησης μπορεί να ληφθεί μικρότερος αριθμός βιοψιών για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, και στις εξετάσεις μετά από μια

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



χειρουργική επέμβαση, οι βιοψίες θα πρέπει να ληφθούν όταν υπάρχει υπόνοια υποτροπής. Σε ασθενείς με λήκυθο J (J-rouch) θα πρέπει να ληφθούν βιοψίες από την προσιούσα έλικα (δηλαδή το μέρος του λεπτού εντέρου που τελειώνει στο λήκυθο) αν υπάρχει υποψία νόσου του Crohn. Ενδείκνυται η λήψη πολλαπλών βιοψιών, σε περίπτωση υποψίας πρώιμων σταδίων καρκίνου.

Πρόβλεψη της πορείας της νόσου

Η πορεία της νόσου του Crohn μπορεί να προβλεφθεί με βάση κλινικούς παράγοντες και/ή ενδοσκοπικά ευρήματα. Αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη όταν γίνεται επιλογή της θεραπείας που θα χρησιμοποιηθεί.

Μελέτες έχουν προτείνει τους ακόλουθους προγνωστικούς παράγοντες, για την πρόβλεψη μιας πιο βαρείας πορείας της νόσου, εντός πέντε ετών μετά τη διάγνωση:

- περιπρωκτικές βλάβες,
- νόσος στο τέλος του λεπτού εντέρου και στην αρχή του παχέος εντέρου,
- νεαρή ηλικία κατά τη διάγνωση, και/ή
- ανάγκη αντιμετώπισης της πρώτης έξαρσης με στεροειδή.

Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι η πρώιμη εντατική θεραπεία με ανοσοτροποποιητικά φάρμακα και/ή βιολογικούς παράγοντες μπορεί, να αυξήσει τις πιθανότητες επούλωσης του βλεννογόνου και πρώιμης διαρκούς ύφεσης χωρίς τη χρήση στεροειδών. Η πρώιμη εντατική θεραπεία θα πρέπει, όμως, να λαμβάνεται υπόψη σε σοβαρές περιπτώσεις, λόγω των κινδύνων της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας.

Παρακολούθηση της ενεργότητας της νόσου και της επιτυχούς θεραπείας

Η CRP και βιοδείκτες στα κόπρανα (όπως η καλπροτεκτίνη ή η λακτοφερίνη κοπράνων) μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να κατευθύνουν τη θεραπεία. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τη βραχυπρόθεσμη παρακολούθηση και την πρόβλεψη υποτροπής. Η καλπροτεκτίνη κοπράνων μπορεί επίσης να βοηθήσει στη διαπίστωση του αν έχετε νόσο του Crohn ή σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ).

Η ενδοσκόπηση, θεωρείται ως η εξέταση εκλογής για την εκτίμηση της εντερικής επούλωσης, αλλά είναι επεμβατική και ακριβή μέθοδος. Η καλπροτεκτίνη και η λακτοφερρίνη κοπράνων μετρώνται πιο εύκολα. Και οι δύο δείχνουν τυχόν εντερική φλεγμονή οποιασδήποτε αιτίας, μπορούν να προβλέψουν την ενεργή νόσο του Crohn, και είναι καλύτερες από τα επίπεδα CRP για την εκτίμηση φλεγμονών, που σχετίζονται με το έντερο.

Ιατρική διαχείριση της Ενεργού Νόσου του Crohn, συμπεριλαμβανομένων και των Εναλλακτικών Θεραπειών

Γενικές εκτιμήσεις

Θα πρέπει να γίνει επιβεβαίωση της παρουσίας ενεργού φλεγμονής, που οφείλεται στη νόσο του Crohn πριν να γίνει έναρξη ή αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής.

Ο σχεδιασμός της θεραπείας της νόσου του Crohn, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ενεργότητα, την εντόπιση, και τη συμπεριφορά της νόσου, και θα πρέπει πάντοτε να συζητείται με τον ασθενή. Μερικές φορές, ιδιαίτερα στις σοβαρές περιπτώσεις, είναι πιθανό να καταστεί αναγκαίο να παρθούν αποφάσεις χωρίς να είναι γνωστή η πλήρης έκταση της



νόσου. Οι ιατροί μπορεί να μην είναι πάντοτε σε θέση να κρίνουν την ενεργότητα της νόσου, και για το λόγο αυτό πρέπει να λαμβάνονται αντικειμενικοί δείκτες (π.χ. βιοψίες, καλπροτεκτίνη κοπράνων) της ενεργότητας της νόσου πριν την έναρξη ή αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής.

Όταν αποφασίζεται η κατάλληλη θεραπεία, πρέπει ληφθούν υπόψη η ισορροπία μεταξύ της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων και των πιθανών παρενεργειών, η προηγούμενη ανταπόκριση στην αγωγή, και πιθανές επιπλοκές ή συμπτώματα εκτός του εντέρου.

Μέτριας ενεργότητας νόσος του Crohn

Η μέτριας ενεργότητας νόσος του Crohn, που προσβάλλει το τέλος του λεπτού εντέρου και την αρχή του παχέος εντέρου, θα πρέπει να υποβάλλεται σε αγωγή με βουδεζονίδη ή συστηματικά κορτικοστεροειδή όπως η πρεδνιζολόνη ή τη μεθυλοπρεδνιζολόνη. Θεραπεία με anti-TNF θα πρέπει να χρησιμοποιείται για ασθενείς, που δεν ανταποκρίθηκαν στα στεροειδή στο παρελθόν ή δεν τα ανέχεται ο οργανισμός τους. Στην περίπτωση ασθενών με νόσο που σπάνια παρουσιάζει υποτροπή, η εκ νέου χρήση στεροειδών μαζί με ένα ανοσοκατασταλτικό μπορεί να είναι κατάλληλη. Στην περίπτωση ασθενών που δεν ανταποκρίνονται στα στεροειδή και/ή σε θεραπεία anti-TNF, συνιστάται η χρήση της βεδολιζουμάμπης.

Η βουδεζονίδη και η πρεδνιζολόνη αποτελούν κατάλληλες αρχικές θεραπείες κατά της μέτριας ενεργότητας νόσου του Crohn. Η πρεδνιζολόνη είναι πολύ αποτελεσματική και λιγότερο δαπανηρή αλλά συνήθως παρουσιάζει περισσότερες παρενέργειες από τη βουδεζονίδη. Η έκθεση στα κορτικοστεροειδή θα πρέπει, όμως, να είναι όσο το δυνατό πιο περιορισμένη κατά τη θεραπεία της νόσου του Crohn, αφού δεν είναι αποτελεσματική στην διατήρηση της ύφεσης.

Η αγωγή με στεροειδή μπορεί να ελαττωθεί αποτελεσματικά με την πρώιμη έναρξη θεραπείας anti-TNF. Συγκεκριμένοι ασθενείς ή ομάδες ασθενών, όπως εκείνοι που είναι εξαρτώμενοι από στεροειδή ή δεν ανταποκρίνονται σε αυτά, μπορεί να επωφεληθούν περισσότερο από την θεραπεία με anti-TNF.

Σε ασθενείς που βρίσκονται στα πρώιμα στάδια της νόσου, ο συνδυασμός ινφλιξιμάμπης και αζαθειοπρίνης αποδείχθηκε πιο αποτελεσματικός από την ινφλιξιμάμπη μόνη της για την επίτευξη και τη διατήρηση της ύφεσης της νόσου.

Σοβαρής ενεργότητας νόσος του Crohn

Η σοβαρής ενεργότητας νόσος του Crohn, που προσβάλλει το τέλος του λεπτού εντέρου και την αρχή του παχέος εντέρου θα πρέπει, αρχικά, να υποβάλλεται σε αγωγή με συστηματικά κορτικοστεροειδή. Η θεραπεία anti-TNF συνιστάται για εκείνους τους ασθενείς που παρουσίασαν υποτροπή. Στην περίπτωση ασθενών που δεν ανταποκρίνονται στα στεροειδή και/ή σε θεραπεία anti-TNF, συνιστάται η χρήση της βεδολιζουμάμπης. Για μερικούς ασθενείς με νόσο που σπάνια παρουσιάζει υποτροπή, η εκ νέου χρήση στεροειδών μαζί με ένα ανοσοκατασταλτικό μπορεί να είναι κατάλληλη. Θα πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή.

Παρόλο που η πρεδνιζολόνη ή η ενδοφλέβια υδροκορτιζόνη συνεχίζουν να χρησιμοποιούνται στην αρχική θεραπεία της σοβαρής ενεργότητας νόσου του Crohn που προσβάλλει το άκρο του λεπτού εντέρου, οι αντιστάσεις μας για να αρχίσουμε θεραπεία με anti-TNF έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια σε ασθενείς με κακή πρόγνωση. Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν, η συνεχής αγωγή με ουσίες anti-TNF όπως η ινφλιξιμάμπη ή η αδαλιμουμάμπη μειώνει τον κίνδυνο χειρουργικής επέμβασης και νοσηλείας στη νόσο του Crohn.



Η θεραπεία anti-TNF χρησιμοποιείται συχνά σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην αρχική θεραπεία και που δεν είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση. Ο ουδός για τη χειρουργική επέμβαση είναι χαμηλότερος για τη νόσο του Crohn που εντοπίζεται στο λεπτό έντερο και στην αρχή του παχέος εντέρου σε σχέση με εκείνη που παρουσιάζεται αλλού, ιδιαίτερα όταν η νόσος εντοπίζεται στο λεπτό έντερο, αφού η εκτεταμένη νόσος ή οι επανειλημμένες επεμβάσεις εκτομής λεπτού εντέρου, μπορεί να προκαλέσει υποθρεψία. Μερικοί ειδικοί, προτιμούν τη χειρουργική αντί της θεραπείας anti-TNF για νόσο που εντοπίζεται εδώ, ενώ άλλοι προτιμούν τη χειρουργική, αν η φαρμακευτική αγωγή δεν δρα αρκετά γρήγορα ή προκαλεί αφόρητες παρενέργειες.

Νόσος του Crohn του παχέος εντέρου

Η ενεργή νόσος του Crohn στο παχύ έντερο θα πρέπει να υποβάλλεται σε αγωγή με συστηματικά κορτικοστεροειδή. Για εκείνους που παρουσιάζουν υποτροπή, θεωρείται κατάλληλη η αγωγή με θειοπουρίνες, η θεραπεία anti-TNF, ή η αγωγή με βεδολιζουμάμπη. Για ασθενείς που δεν αντιδρούν στην αρχική θεραπεία anti-TNF, μπορεί να είναι κατάλληλη η αγωγή με βεδολιζουμάμπη.

Είναι πιο εύκολη και πιο έγκαιρα δυνατή η επιβεβαίωση της βαρείας νόσου του Crohn στο παχύ έντερο σε σχέση με τη νόσο του Crohn στο λεπτό έντερο. Αυτός μπορεί να είναι και ο λόγος, για τον οποίο η νόσος του Crohn στο παχύ έντερο, φαίνεται να ανταποκρίνεται καλύτερα στη θεραπεία anti-TNF από τη νόσο του Crohn στο λεπτό έντερο. Τα συστηματικά κορτικοστεροειδή όπως η πρεδνιζολόνη είναι αποτελεσματικά, αλλά η βουδεζονίδη δεν είναι αποτελεσματική στην αγωγή της νόσου Crohn του παχέος εντέρου.

Αν οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται ή σταματούν να ανταποκρίνονται στη θεραπεία με anti-TNF ή βεδολιζουμάμπη, τότε εξετάζεται η πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης. Η πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης πρέπει, όμως, να εξετάζεται όταν γίνεται έναρξη ή αλλαγή ανοσοκατασταλτικής θεραπείας.

Εκτεταμένη νόσος του Crohn

Η εκτεταμένη νόσος του Crohn στο λεπτό έντερο θα πρέπει να υποβάλλεται σε αγωγή με συστηματικά κορτικοστεροειδή. Πρέπει επίσης να εξετάζεται η πρώιμη θεραπεία με anti-TNF. Για ασθενείς με βαρεία μορφή της νόσου που παρουσίασαν υποτροπή συνιστάται θεραπεία με βάση τους anti-TNF.

Οι επιπτώσεις της συνεχούς εντερικής φλεγμονής όπως η υποθρεψία, η ανάπτυξη εντερικών στενώσεων και απόφραξης είναι σημαντικότερες σε σύγκριση με περιορισμένη νόσο του Crohn του λεπτού εντέρου. Για το λόγο αυτό, η αγωγή με στεροειδή σε συνδυασμό με την πρώιμη έναρξη αγωγής με ανοσοτροποποιητικά φάρμακα θεωρείται κατάλληλη για τους ασθενείς αυτούς.

Ανοσοκατασταλτική θεραπεία

Η πρώιμη θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φαίνεται να είναι η πιο κατάλληλη για ασθενείς που παρουσιάζουν σημεία και συμπτώματα που υποδηλώνουν ανεπαρκή έκβαση. Πρέπει να γίνεται έναρξη πρώιμης αγωγής με anti-TNF σε ασθενείς, που παρουσιάζουν πολύ ενεργή νόσο και σημεία και συμπτώματα που υποδηλώνουν κακή έκβαση.

Πολλές μελέτες, κατέδειξαν ότι η θεραπεία anti-TNF είναι πιο αποτελεσματική όταν ξεκινά νωρίς στην πορεία της νόσου, ιδιαίτερα σε ασθενείς με ορισμένους παράγοντες κινδύνου που υποδεικνύουν ανεπαρκές αποτέλεσμα. Τέτοιοι παράγοντες περιλαμβάνουν την εκτεταμένη νόσο, νεαρή ηλικία κατά τη διάγνωση, αρχική ανάγκη για αγωγή με στεροειδή, και περιπρωκτική νόσο.



Όλες οι αγωγές anti-TNF που είναι σήμερα διαθέσιμες, φαίνονται να είναι εξίσου αποτελεσματικές στην θεραπεία της προσβολής της νόσου του Crohn. Παρουσιάζουν επίσης, παρόμοιες παρανέργειες. Η επιλογή της θεραπευτικής αγωγής θα εξαρτηθεί από το τι διατίθεται, τον τρόπο χορήγησης του φαρμάκου, τις προτιμήσεις του ασθενή και το κόστος.

Η βασική απώλεια ανταπόκρισης στην θεραπεία με βάση anti-TNF θα πρέπει να εξακριβώνεται εντός 12 εβδομάδων.

Μετά από 12 εβδομάδες ανεπαρκούς ανταπόκρισης, είναι απίθανο να παρουσιαστεί θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, και θα πρέπει να γίνεται μετάβαση σε θεραπευτική αγωγή που είναι πιθανό να επιφέρει ύφεση.

Υπάρχει κίνδυνος σοβαρών λοιμώξεων όταν γίνεται αγωγή ασθενή με ανοσοκατασταλτικά, συμπεριλαμβανομένων και των anti-TNF. Ο κίνδυνος αυτός θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

Όλα τα ανοσοκατασταλτικά, συμπεριλαμβανομένων και των στεροειδών, των θειοπουρίνων, της μεθοτρεξάτης, και των anti-TNF μειώνουν τη δραστηριότητα και την ικανότητα του ανοσοποιητικού συστήματος. Αυτό μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο διαφόρων λοιμώξεων, που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές, ακόμα και θανατηφόρες νόσους. Η συνθεραπεία με περισσότερα από ένα ανοσοκατασταλτικά αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο λοιμώξεων. Συνεπώς, η μακροπρόθεσμη συνθεραπεία με ανοσοκατασταλτικά θα πρέπει να αποφεύγεται όπου είναι δυνατό. Εντούτοις, έχει αποδειχθεί πως η συνθεραπεία με ανοσοκατασταλτικά είναι πιο δραστική και μπορεί να καταστεί αναγκαία, ιδιαίτερα στην περίπτωση σοβαρής νόσου.

Συμπληρωματική και εναλλακτική φαρμακευτική αγωγή

Ο ιατρός θα πρέπει να σας ρωτήσει αν χρησιμοποιείτε συμπληρωματικά και εναλλακτικά φάρμακα. Δεν υπάρχουν επιστημονικά αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των προϊόντων αυτών, διατίθενται σε μεγάλη ποικιλία και είναι συχνά ακριβά. Αν ενδιαφέρεστε ιδιαίτερα για πιθανή χρήση/δοκιμή τους, θα πρέπει πρώτα να συμβουλευτείτε τον ιατρό σας.

Παρατηρείται συχνά, η χρήση συμπληρωματικών και εναλλακτικών φαρμάκων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Οι συμπληρωματικές αγωγές χρησιμοποιούνται παράλληλα με τα συμβατικά φάρμακα, ενώ οι εναλλακτικές θεραπείες χρησιμοποιούνται αντί των συμβατικών φαρμάκων. Είναι ανεπαρκή/περιορισμένα τα επιστημονικά αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των συμπληρωματικών και εναλλακτικών αγωγών, και πιθανόν να είναι δύσκολο για ένα/τον γαστρεντερολόγο να συμβουλευτεί τους ασθενείς του επαρκώς. Εξάλλου, υπάρχει μεγάλη ποικιλία προϊόντων που μπορεί να είναι ακριβά. Για το λόγο αυτό, αν ενδιαφέρεστε να τα δοκιμάσετε ή σκέφτεστε να αντικαταστήσετε τα συμβατικά με συμπληρωματικά/εναλλακτικά φάρμακα, θα πρέπει πρώτα να ζητήσετε τη συμβουλή του ιατρού σας. Αφού οι ασθενείς με ΙΦΝΕ υποφέρουν συχνά από υποθρεψία, η διατροφή μπορεί να θεωρηθεί ως σημαντική συμπληρωματική θεραπεία.



Διατήρηση της ύφεσης

Γενικές εκτιμήσεις

Αν έχετε απαλλαχτεί εντελώς από τα συμπτώματα (δηλ. ύφεση) με τη βοήθεια συστηματικών κορτικοστεροειδών, θα πρέπει να εξεταστεί θεραπεία με θειοπουρίνες ή μεθοτρεξάτη. Μερικοί ασθενείς μπορούν να παραμείνουν σε ύφεση χωρίς καμιά αγωγή.

Αφού μερικοί ασθενείς μπορούν να παραμείνουν σε ύφεση χωρίς θεραπεία, τότε η απουσία θεραπείας αποτελεί δυνατότητα επιλογής για μερικούς ασθενείς.

Δεν θα πρέπει να γίνεται χρήση στεροειδών για τη διατήρηση της νόσου σε ύφεση, αφού παρατηρήθηκε πως αυτά προκαλούν πολλές παρενέργειες και δεν είναι αποτελεσματικά στη διατήρηση της ύφεσης σε ανεκτές δόσεις.

Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία, που να αποδεικνύουν τη χρησιμότητα της μεσαλαζίνης για τη διατήρηση της ύφεσης με φαρμακευτική αγωγή. Μερικοί, θεωρούν πως η μη χορήγηση αγωγής για τη διατήρηση της ύφεσης αποτελεί δυνατότητα επιλογής μετά την πρώτη έξαρση. Λαμβάνοντας υπόψη το σοβαρό κίνδυνο υποτροπής και εξάρτησης από τα στεροειδή, ως επίσης και το μεγάλο ποσοστό επιτυχίας όταν γίνεται πρώιμη χορήγηση, προτιμάται η αζαθειοπρίνη αν έχει επιτευχθεί η ύφεση με συστηματικά στεροειδή. Η μερκαπτοπουρίνη μπορεί να δοκιμαστεί σε ασθενείς που δεν μπορούν να ανεχθούν θεραπεία με αζαθειοπρίνη, εκτός αν έπασχαν από παγκρεατίτιδα ή κυτταροπενία (δηλ. μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων). Μπορεί επίσης να γίνει και χρήση της μεθοτρεξάτης, ιδιαίτερα σε ασθενείς που δε μπορούν να ανεχθούν τις θειοπουρίνες.

Αν παρουσιάζετε υποτροπή, θα πρέπει να εξετάσετε την πιθανότητα αύξησης της θεραπείας συντήρησης για να διακοπεί η επιδείνωση της νόσου. Η χειρουργική επέμβαση θα πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψη στην περίπτωση ασθενών με εντοπισμένη νόσο.

Αν παρουσιαστεί υποτροπή, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η χορήγηση αζαθειοπρίνης. Τα κορτικοστεροειδή (συμπεριλαμβανομένης και της βουδεζονίδης) δεν είναι αποτελεσματικά ή κατάλληλα για τη διατήρηση της ύφεσης, και η μακροπρόθεσμη χρήση των κορτικοστεροειδών προκαλεί συχνά μη αποδεκτές παρενέργειες, ιδιαίτερα οστεοπόρωση (δηλ. απώλεια της μάζας των οστών) και επακόλουθα κατάγματα, ως επίσης καταρράκτη και γλαύκωμα.

Θεραπεία συντήρησης στην περίπτωση εκτεταμένης νόσου

Αν υποφέρετε από εκτεταμένη νόσο, συνιστώνται οι θειοπουρίνες για να διακοπεί/αποφευχθεί η επιδείνωση της νόσου. Στην περίπτωση επιθετικής ή βαρείας νόσου ή αν αναμένεται να είναι ανεπαρκές το αποτέλεσμα, θα πρέπει να εξετάζεται η θεραπεία anti-TNF.

Λαμβάνοντας υπόψη, τους κινδύνους υποτροπής και το μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχίας όταν γίνεται πρώιμη χορήγηση, συστήνεται η χρήση της αζαθειοπρίνης από ασθενείς με εκτεταμένη νόσο του Crohn.

Νόσος του Crohn με εξάρτηση από τα στεροειδή

Σε ασθενείς που δεν έχουν ακόμα υποβληθεί σε αγωγή με ανοσοκατασταλτικά και χρειάζονται κορτικοστεροειδή για να παραμείνουν χωρίς συμπτώματα (δηλ. σε ύφεση) θα πρέπει να χορηγείται θεραπεία με θειοπουρίνη, μεθοτρεξάτη ή ουσία anti-TNF. Θα πρέπει επίσης να συζητηθεί το ενδεχόμενο χειρουργικής επέμβασης.



Τα ανοσοκατασταλτικά (αζαθειοπρίνη/μερκαπτοπουρίνη, μεθοτρεξάτη) είναι αποτελεσματικά στην περίπτωση νόσου του Crohn με εξάρτηση στα στεροειδή. Η εκτομή ειλεού αποτελεί εναλλακτική λύση για μερικούς ασθενείς με εντοπισμένη νόσο. Μια πολύ αποτελεσματική προσέγγιση για την αποφυγή των στεροειδών είναι η πρώιμη χρήση ουσιών anti-TNF. Ασθενείς με εξάρτηση από στεροειδή μπορεί να επωφεληθούν ακόμη περισσότερο από πρώιμη έναρξη θεραπείας με anti-TNF. Έχει διαπιστωθεί πως ο συνδυασμός ινφλιξιμάμπης και αζαθειοπρίνης είναι πιο αποτελεσματικός από την ινφλιξιμάμπη μόνη της για τη διατήρηση της ύφεσης χωρίς στεροειδή σε ασθενείς που βρίσκονται σε αρχικό στάδιο της νόσου. Είναι επίσης δυνατή η χρήση βεδολιζουμάμπης στους ασθενείς αυτούς.

Ακατάλληλη θεραπεία συντήρησης με θειοπουρίνες (ανθεκτική στις θειοπουρίνες νόσος του Crohn)

Αν σας χορηγείται αγωγή με θειοπουρίνες και εμφανιστεί υποτροπή, ο ιατρός θα πρέπει να ελέγξει αν ακολουθείτε το συμφωνημένο σχέδιο θεραπείας. Πρέπει επίσης να εξετάζεται αν υπάρχουν σημεία φλεγμονής. Η καλύτερη ρύθμιση της δόσης μπορεί να βελτιώσει το βαθμό ανταπόκρισης. Αν θεωρηθεί κατάλληλο, η αγωγή θα πρέπει να αλλάξει και να γίνει χορήγηση μεθοτρεξάτης ή anti-TNF. Η χειρουργική επέμβαση θα πρέπει πάντοτε να θεωρείται ως πιθανή επιλογή στην περίπτωση εντοπισμένης νόσου.

Σε ασθενείς που υπόκεινται σε θεραπεία αζαθειοπρίνης ή μερκαπτοπουρίνης και παρουσιάζουν υποτροπή, ενώ λαμβάνουν κανονικές δόσεις συντήρησης, μπορεί να γίνει αύξηση της δόσης μέχρι οι εξετάσεις αίματος να δείξουν μείωση των λευκοκυττάρων ή πως η 6-TGN (μεταβολίτης θειοπουρίνων που μπορεί να μετρηθεί στο αίμα) έχει ανεβεί σε κατάλληλα επίπεδα. Άλλες πιθανές επιλογές περιλαμβάνουν μεθοτρεξάτη, θεραπεία anti-TNF και βεδολιζουμάμπη.

Συνέχιση της θεραπείας συντήρησης

Αν ένας ασθενής που δεν είχε προηγουμένως υποβληθεί σε καμία αγωγή απαλλάσσεται πλήρως από τα συμπτώματα (δηλ. ύφεση) με το συνδυασμό anti-TNF και θειοπουρίνων, συνιστάται το ίδιο θεραπευτικό σχήμα ως θεραπεία συντήρησης. Για μερικούς ασθενείς η αποκλειστική αγωγή με θειοπουρίνες μπορεί να αποτελεί εφικτή επιλογή. Αν η ύφεση έχει επιτευχθεί μόνο με ουσίες anti-TNF, αυτό μπορεί να συνεχιστεί ως θεραπεία συντήρησης. Αν η ύφεση έχει επιτευχθεί με βεδολιζουμάμπη, αυτό μπορεί να συνεχιστεί ως θεραπεία συντήρησης.

Διάρκεια της θεραπείας συντήρησης

Στην περίπτωση ασθενών με μακροπρόθεσμη ύφεση, που υποβάλλονται σε θεραπεία συντήρησης με θειοπουρίνες, μπορεί να εξεταστεί ο τερματισμός της θεραπείας αν δεν υπάρχουν σημεία φλεγμονής. Δεν είναι δυνατό να γίνει σύσταση, όσον αφορά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής με μεθοτρεξάτη. Αν είναι απαραίτητο, μπορεί να εξεταστεί η παρατεταμένη χρήση anti-TNF.

Η νόσος του Crohn αποτελεί, συνήθως, δια βίου νόσο με επεισόδια ύφεσης και διάφορους βαθμούς ενεργότητας. Στόχος της θεραπείας είναι η επίτευξη και διατήρηση μιας παρατεταμένης ύφεσης. Δεν υπάρχει γενική συναίνεση, για το τι σημαίνει μακροχρόνια ύφεση, και είναι γενικώς περιορισμένα τα δεδομένα που να επιτρέπουν συστάσεις για το πότε να σταματά ή να αλλάζει η θεραπεία, αφού οι πλείστες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες δεν παρακολουθούν τους ασθενείς περισσότερο από 1-3 χρόνια.

Σύμφωνα με μια μελέτη, η διακοπή της χορήγησης αζαθειοπρίνης σε ασθενείς, που έπαιρναν το φάρμακο περισσότερο από τριάντισι χρόνια αύξησε τις πιθανότητες υποτροπής τους, 18



μήνες μετά τη διακοπή του, σε σχέση με εκείνους που το συνέχισαν (υποτροπή 21% έναντι 8%, αντίστοιχα). Η ίδια μελέτη παρατήρησε μακροπρόθεσμα τους ασθενείς και αποφάνθηκε, πως μεταξύ εκείνων που σταμάτησαν την αζαθειοπρίνη, 53% παρουσίασαν υποτροπή μετά από 3 χρόνια και 65% μετά από 5 χρόνια. Ευτυχώς, από τους 23 που ξεκίνησαν ξανά την αγωγή με αζαθειοπρίνη, όλοι εκτός από ένα επέστρεψαν σε ύφεση (δηλ. στο 95,7% η αζαθειοπρίνη επέφερε ξανά ύφεση).

Απώλεια της ανταπόκρισης στην αγωγή με anti-TNF

Αν δεν ανταποκρίνεστε πλέον στην θεραπεία με anti-TNF, ο ιατρός σας θα πρέπει, πρώτα, να προσπαθήσει να ρυθμίσει καλύτερα τη δόση. Η αύξηση της δόσης ή η μείωση των μεσοδιαστημάτων αγωγής αποτελούν εξίσου καλές στρατηγικές. Αν η ρύθμιση της δόσης δεν επιφέρει αποτέλεσμα, συνιστάται η μετάβαση σε διαφορετικό anti-TNF παράγοντα. Η μέτρηση των επιπέδων anti-TNF στο αίμα πριν τη χορήγηση της επόμενης δόσης και, αν είναι δυνατό, των αντισωμάτων κατά των φαρμάκων, μπορεί να βοηθήσουν στη λήψη απόφασης, για το πως να βελτιστοποιηθεί η αγωγή.

Κίνδυνος νεοπλασίας και ανοσοκατασταλτική θεραπεία

Ασθενείς που υποβάλλονται σε αγωγή με θειοπουρίνες, μπορεί να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο λεμφώματος, καρκίνων του δέρματος και του τραχήλου της μήτρας. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με anti-TNF είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν καρκίνο του δέρματος. Δεν είναι προς το παρόν γνωστό, αν οι ασθενείς που υποβάλλονται μόνο σε θεραπεία anti-TNF αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο, να αναπτύξουν λεμφουπερπλαστικές διαταραχές ή συμπαγείς όγκους, αλλά η χρήση anti-TNF και θειοπουρίνων μαζί αυξάνει τον κίνδυνο λεμφουπερπλαστικών διαταραχών. Ακόμα και με τον αυξημένο κίνδυνο καρκίνου, τα ποσοστά καρκίνου παραμένουν πολύ χαμηλά. Επομένως, πρέπει να ζυγίζονται προσεκτικά οι κίνδυνοι και τα οφέλη της θεραπείας και θα πρέπει να τα συζητήσετε με τον ιατρό σας.

Παρόλο που έχει αποδειχθεί επανειλημμένα αποτελεσματική η θεραπεία με την αζαθειοπρίνη, συσχετίζεται με ελαφρά αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μη Hodgkin λεμφώματος, μιας σοβαρής μορφής καρκίνου του ανοσοποιητικού συστήματος. Συνεπώς, πρέπει να σταθμίζονται προσεκτικά τα υπέρ και τα κατά της χρήσης της. Εντούτοις, μια μελέτη που ανέλυσε τους κινδύνους (συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου) και τα οφέλη (συμπεριλαμβανομένης της μείωσης συμπτωμάτων) της αζαθειοπρίνης κατέληξε στο συμπέρασμα πως τα οφέλη υπερτερούν των κινδύνων, ακόμα και όταν το μη Hodgkin λέμφωμα υπερεκτιμάται συντηρητικά. Αυτό διαπιστώθηκε ιδιαίτερα, σε νεαρά άτομα που έχουν ούτως ή άλλως χαμηλά ποσοστά λεμφώματος. Έχουν επίσης παρατηρηθεί και άλλες καρκινικές αλλοιώσεις, όπως αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του δέρματος και δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας σε γυναίκες, καθώς επίσης και σε ασθενείς, που υποβάλλονται σε αγωγή με ουσίες anti-TNF. Για το λόγο αυτό, είναι υποχρεωτική η στενή παρακολούθηση όλων των ασθενών, που υποβάλλονται στις αγωγές αυτές.

Χειρουργική επέμβαση για τη νόσο του Crohn

Αποφρακτικής μορφής νόσος του Crohn

Η χειρουργική επέμβαση είναι η προτιμητέα επιλογή, αν η νόσος του Crohn εντοπίζεται στο τέλος του λεπτού σας εντέρου και στην αρχή του παχέος σας εντέρου και παρουσιάζετε συμπτώματα απόφραξης, χωρίς όμως σημαντικές ενδείξεις ενεργού φλεγμονής.



Αν ένας ασθενής (α) έχει νόσο του Crohn που είναι περιορισμένη στο τέλος του λεπτού εντέρου και στην αρχή του παχέος εντέρου, (β) δεν ανταποκρίνεται στα στεροειδή, και (γ) παρουσιάζει επίμονα συμπτώματα απόφραξης, θα πρέπει να υποστεί σε χειρουργική επέμβαση. Παρομοίως, ασθενείς που παρουσιάζουν απόφραξη χωρίς φλεγμονή (δηλ. κανονικά επίπεδα CRP) μπορούν επίσης, να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Εντούτοις, αν σε ένα ασθενή έχει γίνει στο παρελθόν ειλεοκυφλική εκτομή και αυτός παρουσιάζει αναστομωτική απόφραξη (δηλ. του σημείου εκτομής), συνιστάται να δοκιμαστεί η ενδοσκοπική διαστολή (δηλ. άνοιγμα της απόφραξης), πριν να γίνει εντερική εκτομή.

Κοιλιακό απόστημα

Η ενεργός νόσος του Crohn στο λεπτό έντερο μπορεί να συνοδεύεται από κοιλιακό απόστημα. Αυτό θα πρέπει, πρώτα, να αντιμετωπίζεται με αντιβιοτικά, να παροχετεύεται με χειρουργική επέμβαση ή μέσω παρακέντησης με βελόνα. Αν καταστεί αναγκαίο, μπορεί να ακολουθήσει εκτομή μετά την επούλωση του αποστήματος.

Οι γνώμες για το αν η παροχέτευση θα πρέπει πάντοτε να ακολουθείται από εκτομή ποικίλουν.

Παράγοντες πρόγνωσης αυξημένου κινδύνου της πρώτης ή επακόλουθης χειρουργικής επέμβασης στη νόσο του Crohn

Ορισμένοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο χειρουργικής επέμβασης στη νόσο του Crohn. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται:

- συνεχιζόμενο κάπνισμα
- παρουσίαση στενώσεων ή συριγγίων
- πρώιμη χρήση στεροειδών (ιατρική ανάγκη χρήσης στεροειδών για την αγωγή της πρώτης έξαρσης)
- νόσος στο τέλος του λεπτού εντέρου (δηλ. στον τελικό ειλεό)
- νόσος στο μέσο μέρος του λεπτού εντέρου (δηλ. στη νηστίδα)
- νεαρή ηλικία κατά τη διάγνωση.

Πολλές μελέτες έχουν εξετάσει τους ενδεχόμενους παράγοντες κινδύνου υποτροπής, μετά την χειρουργική επέμβαση για νόσο του Crohn. Στις περισσότερες μελέτες, το κάπνισμα, η προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στο έντερο (συμπεριλαμβανομένης της σκωληκοειδεκτομής), διατηρητική συμπεριφορά της νόσου, περιπρωκτική εντόπιση, και εκτεταμένη εκτομή λεπτού εντέρου είναι προγνωστικοί παράγοντες πρώιμης μετεγχειρητικής υποτροπής. Σε πολλές μελέτες έχει αποδειχθεί αποτελεσματική η θεραπεία συντήρησης. Δεν είναι γνωστό, αν η ηλικία κατά την εμφάνιση της νόσου, το φύλο, η διάρκεια της νόσου, τα όρια της εκτομής, ή το είδος της χειρουργικής επέμβασης επηρεάζουν τον κίνδυνο υποτροπής. Δεν έχει, μέχρι σήμερα, αναπτυχθεί σύστημα κατανομής του πληθυσμού, σε κατηγορίες μικρού-μέτριου-υψηλού κινδύνου, παρόλο που αυτό θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμο.

Μείωση της αναγκαιότητας χειρουργικής επέμβασης με φαρμακευτική αγωγή

Ασθενείς που υποβάλλονται νωρίς σε φαρμακευτική αγωγή με θειοπουρίνες, είναι λιγότερο πιθανό, να χρειαστούν χειρουργική επέμβαση. Η αγωγή με anti-TNF μειώνει τον κίνδυνο, να καταστεί αναγκαία η χειρουργική επέμβαση.



Παρακολούθηση μετά τη χειρουργική επέμβαση

Η ειλεοκολonosκόπηση αποτελεί την καλύτερη μέθοδο για τη διάγνωση υποτροπής της νόσου, μετά από χειρουργική επέμβαση. Αυτή βοηθά στο να διαπιστωθεί ,αν έχει υποτροπιάσει η νόσος, πόσο βαρεία είναι, και να προβλεφθεί η κλινική της πορεία. Πρέπει, να πραγματοποιείται εντός του πρώτου έτους μετά τη χειρουργική επέμβαση, οπότε μπορεί να επηρεάσει την απόφαση για την περαιτέρω αγωγή.

Η ειλεοκολonosκόπηση συνιστάται εντός του πρώτου έτους μετά τη χειρουργική επέμβαση, οπότε μπορεί να επηρεάσει την απόφαση για την περαιτέρω αγωγή. Ο λόγος είναι επειδή πολλές μελέτες κατέδειξαν πως η κολonosκόπηση αποτελεί το πιο ευαίσθητη μέθοδο για τη διαπίστωση υποτροπής της νόσου. Η υποτροπή μπορεί να διαπιστωθεί με τη χρήση κολonosκόπησης και βιοψίας εντός μερικών εβδομάδων μέχρι και μηνών μετά τη χειρουργική επέμβαση και θα πρέπει να γίνονται εντός ενός έτους μετά την επέμβαση. Συνήθως η υποτροπή είναι εμφανής στην κολonosκόπηση πριν ακόμη ο ασθενής παρουσιάσει συμπτώματα. Αν τα ευρήματα της κολonosκόπησης είναι βαρεία, πρέπει να εντατικοποιείται η αγωγή, για να εμποδιστεί η ανάπτυξη πρώιμων μετεγχειρητικών επιπλοκών, όπως π.χ. αποστήματα ή αποφράξεις.

Διατίθενται νέες, λιγότερο επεμβατικές διαγνωστικές μέθοδοι, για την διαπίστωση της υποτροπής της νόσου μετά τη χειρουργική επέμβαση. Αυτές περιλαμβάνουν την καλπροτεκτίνη κοπράνων, το κοιλιακό υπερηχογράφημα, τη μαγνητική εντερογραφία με σκιαγραφική ουσία, και την ενδοσκόπηση με κάψουλα λεπτού εντέρου (SBCE).

Ακτινολογικές και ενδοσκοπικές μέθοδοι (US, MRI και CT) αξιολογούνται ως ανεξάρτητες μέθοδοι για τη διάγνωση μετεγχειρητικής υποτροπής. Η ενδοσκόπηση με κάψουλα λεπτού εντέρου 6 έως 12 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση, φαίνεται να είναι εξίσου ακριβής με την ειλεοκολonosκόπηση, για τη διάγνωση μετεγχειρητικής υποτροπής. Εντούτοις, δεν έχει μελετηθεί κατά πόσον η μαγνητική και η αξονική εντερογραφία ή η ενδοσκόπηση με κάψουλα λεπτού εντέρου, μπορούν να διαγνώσουν μια υποτροπή στον ειλεό ή στη νηστίδα.

Αποφυγή της ανάγκης για επακόλουθη χειρουργική επέμβαση μετά την ειλεοκολική εκτομή

Στους ασθενείς, που παρουσιάζουν τουλάχιστον ένα παράγοντα κινδύνου για υποτροπή της νόσου, συνιστάται προληπτική αγωγή μετά την ειλεοκολική εκτομή (δηλ. αφαίρεση του τέλους του λεπτού εντέρου και της αρχής του παχέος εντέρου). Η καλύτερη προληπτική αγωγή είναι η χορήγηση θειοπουρίνων ή anti-TNF. Η μεσαλαζίνη σε υψηλές δόσεις αποτελεί επιλογή για ασθενείς, στους οποίους αφαιρέθηκε μόνο το τέλος του λεπτού εντέρου. Τα αντιβιοτικά είναι αποτελεσματικά μετά την ειλεοκολική εκτομή, αλλά δεν είναι εξίσου καλά ανεκτά.

Όλοι οι ασθενείς με νόσο του Crohn πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους που σχετίζονται με το κάπνισμα. Πρέπει, να ενθαρρύνονται και να υποστηρίζονται για να σταματήσουν το κάπνισμα.

Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου για την υποτροπή και την ανάγκη χειρουργικής εκτομής στη νόσο του Crohn. Συνεπώς, όλοι οι ασθενείς με νόσο του Crohn θα πρέπει να καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να σταματήσουν το κάπνισμα.



Αντιμετώπιση των συριγγίων της περιεδρικής περιοχής στη νόσο του Crohn

Στρατηγικές διάγνωσης

Η μαγνητική τομογραφία της λεκάνης, αποτελεί την πρώτη μέθοδο για την εξακρίβωση περιεδρικών συριγγίων στη νόσο του Crohn. Αν αποκλειστεί η πρωκτική απόφραξη, τότε το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα του ορθού θα αποτελέσει καλή επιλογή. Και οι δύο μέθοδοι είναι πιο ακριβείς, όταν συνδυάζονται με εξέταση υπό γενική αναισθησία (EUA). Δεν συνιστάται η συριγγογραφία. Αν εντοπισθεί συρίγγιο στην πρωκτική περιοχή, η καλύτερη μέθοδος είναι η EUA από ένα πεπειραμένο χειρουργό.

Αν είναι δυνατό, η μαγνητική τομογραφία θα πρέπει να χρησιμοποιείται, αρχικά, αφού παρουσιάζει ποσοστό ακρίβειας 76-100%. Εντούτοις, αν δεν είναι άμεσα διαθέσιμη η μαγνητική τομογραφία, θα πρέπει να γίνεται εξέταση υπό γενική αναισθησία με παροχέτευση του αποστήματος ή του συριγγίου, για να αποφεύγεται ο κίνδυνος από τη μη παροχέτευσης της σήψης· η εξέταση υπό γενική αναισθησία έχει ποσοστό ακρίβειας 90% και επιτρέπει στο χειρουργό, να παροχετεύσει το απόστημα, κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Χειρουργική επέμβαση ανεπίπλεκτου συριγγίου

Στην περίπτωση ανεπίπλεκτου χαμηλά εντοπισμένου πρωκτικού συριγγίου μπορεί να εξεταστεί η πιθανότητα μιας απλής συριγγοτομής. Πρέπει να αποκλείεται η παρουσία αποστήματος στην πρωκτική περιοχή και αν αυτό υπάρχει, πρέπει να παροχετεύεται.

Αν ένας ασθενής παρουσιάζει χαμηλά εντοπισμένο πρωκτικό συρίγγιο, μπορεί να εξεταστεί η πιθανότητα συριγγοτομής (δηλ. η χειρουργική διάνοιξη του συριγγώδους πόρου). Εντούτοις, η συριγγοτομή πρέπει να γίνεται πολύ επιλεκτικά λόγω της πιθανής επιπλοκής της ακράτειας που μπορεί να προκαλέσει. Αν υπάρχει απόστημα (δηλ. συσσώρευση πύου) στην πρωκτική περιοχή, είναι σημαντικό να παροχετεύεται και να αντιμετωπίζεται σωστά, αφού τα αποστήματα που δεν έχουν αντιμετωπιστεί μπορούν, να επηρεάσουν αρνητικά τον ιστό γύρω από τις περιπρωκτικές στενώσεις, συμπεριλαμβανομένων και των μυών, που ελέγχουν τις κινήσεις του εντέρου.

Συντηρητική θεραπεία του απλού συριγγίου

Θα πρέπει να αντιμετωπίζονται τα απλά συρίγγια (δηλ. ένας μόνο πόρος) στην πρωκτική περιοχή που προκαλούν συμπτώματα. Η τοποθέτηση seton (δηλ. μεταξένιο ή λάτεξ νήμα) μαζί με αντιβιοτικά (μετρονιδαζόλη και/ή σιπροφλοξασίνη) αποτελεί την προτιμώμενη θεραπεία. Αν μια νόσος που προκαλεί απλά συρίγγια παρουσιάζει υποτροπή και δεν απαντά σε αντιβιοτικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν θειοπουρίνες ή φάρμακα anti-TNF ως θεραπεία δεύτερης γραμμής.

Αν ένα απλό περιεδρικό συρίγγιο (δηλ. συρίγγιο με έναν μόνο πόρο) δεν προκαλέσει συμπτώματα, δεν υπάρχει ανάγκη να γίνει τίποτα. Εντούτοις, αν παρουσιάζει συμπτώματα, θα πρέπει να γίνει συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και χειρουργικής επέμβασης. Η προτιμώμενη θεραπεία είναι η χρήση αντιβιοτικών, η παροχέτευση του αποστήματος, και η τοποθέτηση νήματος seton.

Αν το συρίγγιο παρουσιάζει υποτροπή και δεν απαντά σε αντιβιοτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν θειοπουρίνες ή φάρμακα anti-TNF ως θεραπεία δεύτερης γραμμής. Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα από πέντε μελέτες κατέδειξαν, πως οι θειοπουρίνες είναι αποτελεσματικές για το κλείσιμο των συριγγίων και τη διατήρησή του. Εν τω μεταξύ, άλλες μελέτες κατέδειξαν πως η ινφλιξιμάμπη είναι αποτελεσματική για το κλείσιμο των συριγγίων,



τη διατήρηση της σύγκλεισης και την αποφυγή της ανάγκης για νοσηλεία και χειρουργική επέμβαση.

Αντιμετώπιση πολύπλοκων περιεδρικών συριγγίων

Αν η νόσος του Crohn που προκαλεί συρίγγια στην πρωκτική περιοχή, προκαλεί πολύπλοκα συρίγγια (δηλ. με πολλαπλούς πόρους), μπορεί να χρησιμοποιηθεί ινφλιξιμάμπη ή αδαλιμουμάμπη ως θεραπεία πρώτης γραμμής μετά την χειρουργική παροχέτευση των συριγγίων, αν αυτή ενδείκνυται. Η αγωγή με σιπροφλοξασίνη, σε συνδυασμό με φάρμακα anti-TNF βελτιώνει τη βραχυπρόθεσμη έκβαση.

Για τη βελτίωση της δράσης της αγωγής anti-TNF σε νόσο του Crohn που προκαλεί πολύπλοκα συρίγγια (δηλ. με πολλαπλούς πόρους) συνιστάται ο συνδυασμός της αγωγής anti-TNF με θειοπουρίνες.

Θεραπεία συντήρησης σε νόσο του Crohn που προκαλεί συρίγγια

Ως θεραπεία συντήρησης θα πρέπει να χρησιμοποιούνται οι θειοπουρίνες, η ινφλιξιμάμπη ή αδαλιμουμάμπη, η παροχέτευση με seton (δηλ. χρησιμοποιώντας μεταξένιο ή λατέξ νήμα) ή συνδυασμός αυτών.

Δεν υπάρχουν στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των θειοπουρίνων, ως θεραπεία συντήρησης για συρίγγια, μετά την επαγωγή της ύφεσης με ινφλιξιμάμπη, ή κατά τη διάρκεια της θεραπείας συντήρησης με ινφλιξιμάμπη. Μόνο η θεραπεία συντήρησης με ινφλιξιμάμπη, φαίνεται να μειώνει τη νοσηλεία και τις χειρουργικές επεμβάσεις. Η αδαλιμουμάμπη, φαίνεται να είναι αποτελεσματική στο να διατηρεί κλειστά τα συρίγγια, αλλά δεν είναι γνωστό αν μειώνει τις νοσηλείες και τις χειρουργικές επεμβάσεις.

Σε γενικές γραμμές, περισσότεροι από 90% των γαστρεντερολόγων συμφωνούν, πως είναι υποχρεωτική η θεραπεία συντήρησης μετά την επιτυχή διακοπή της παροχέτευσης των συριγγίων. Τα προτιμώμενα φάρμακα είναι οι θειοπουρίνες ή τα anti-TNF και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τουλάχιστον για ένα έτος.

Εξωεντερικές εκδηλώσεις (συμπτώματα εκτός του εντέρου που σχετίζονται με τη νόσο του Crohn)

Προβλήματα αρθρώσεων

Οι διαγνώσεις νόσων των αρθρώσεων που σχετίζονται με ΙΦΝΕ, γίνονται μετά τη διεξαγωγή κλινικών εξετάσεων κλινικά κριτήρια, δηλαδή, με βάση τυπικά συμπτώματα και αποκλείοντας οποιοσδήποτε άλλες συγκεκριμένες μορφές αρθρίτιδας.

Υπάρχουν δύο ευρύτεροι τύποι νόσων των αρθρώσεων που σχετίζονται με ΙΦΝΕ, η περιφερική και η αξονική αρθροπάθεια. Η περιφερική αρθρίτιδα εμφανίζεται σε δύο τύπους, την τύπου 1 και τύπου 2. Η τύπου 1 προσβάλλει τις μεγάλες αρθρώσεις (π.χ. γόνατα, αγκώνες και ώμους), συμπίπτει με τη φλεγμονή στα έντερα και παρουσιάζεται σε 4-17% των ασθενών με νόσο του Crohn. Η τύπου 2 προσβάλλει τις μικρές αρθρώσεις (π.χ. στο χέρι) και εμφανίζεται μόνο σε 2,5% των ασθενών με νόσο του Crohn.

Η διάγνωση της αρθρίτιδας γίνεται με την διαπίστωση επώδυνων πρησμένων αρθρώσεων, και οι άλλες νόσοι που πρέπει να αποκλείονται είναι η οστεοαρθρίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η αρθρίτιδα που σχετίζεται με ασθένειες του συνδετικού ιστού (π.χ. ο λύκος). Επιπλέον, οι αρθριτικές εκδηλώσεις που οφείλονται σε φαρμακευτική αγωγή και που πρέπει

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



να αποκλείονται είναι η αρθραλγία (δηλ. πόνος στις αρθρώσεις) που προκαλείται από την διακοπή των στεροειδών, η οστεονέκρωση (δηλ. μείωση της παροχής αίματος στις αρθρώσεις), και ο φαρμακευτικός λύκος που προκαλείται από την ινφλιξιμάμπη.

Εν τω μεταξύ, η αξονική αρθρίτιδα συμπεριλαμβάνει και τη ιερολαγονίτιδα (που παρουσιάζεται σε 25-50% των ασθενών με νόσο του Crohn) και τη σπονδυλοαρθρίτιδα (που προσβάλλει 4-10%). Η αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα χαρακτηρίζεται από χρόνια οσφυαλγία, ακαμψία στις αρθρώσεις το πρωί, περιορισμένη ικανότητα για λύγισμα της σπονδυλικής στήλης και, σε αργότερα στάδια, περιορισμένο άνοιγμα του θώρακα. Ο χρυσός κανόνας για τη διάγνωση της αγκυλοποιητικής σπονδυλοαρθρίτιδας είναι η μαγνητική τομογραφία, αφού αυτή μπορεί να διαγνώσει φλεγμονή πριν να εμφανιστούν αλλοιώσεις στα οστά.

Η περιφερική αρθρίτιδα προσβάλλει συνήθως τις μεγάλες αρθρώσεις στα άκρα. Αυτή μπορεί να αντιμετωπιστεί με φυσιοθεραπεία, ΜΣΑΦ για περιορισμένο χρονικό διάστημα, και τοπικές ενέσεις στεροειδών. Η έμφαση θα πρέπει να δίνεται στην αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου του Crohn. Η σουλφασαλαζίνη μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση επίμονης περιφερικής αρθρίτιδας.

Οι συστάσεις για την αντιμετώπιση της αρθροπάθειας, που σχετίζεται με τη νόσο του Crohn, βασίζονται στις μελέτες που έγιναν στον τομέα της σπονδυλοαρθροπάθειας, και κυρίως της αγκυλοποιητικής σπονδυλοαρθρίτιδας. Δεν έχουν πραγματοποιηθεί καλοσχεδιασμένες μελέτες στο χώρο των ΙΦΝΕ, έτσι οι συστάσεις στο χώρο αυτό έχουν συναχθεί από άλλες νόσους.

Στην περιφερική αρθρίτιδα, η αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου του Crohn με τη χρήση κορτικοστεροειδών, ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων και anti-TNF αναμένεται να κατευνάσει τα συμπτώματα. Αν η αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου του Crohn δεν ανακουφίζει τον πόνο των αρθρώσεων, τότε ο ασθενής θα πρέπει να λάβει υπόψη τη χορήγηση ΜΣΑΦ για μικρό χρονικό διάστημα. Παρόλο που τα ΜΣΑΦ μπορεί να επιδεινώσουν την υποκείμενη νόσο του Crohn, ο κίνδυνος να συμβεί αυτό φαίνεται μικρός. Η φυσιοθεραπεία και η ανάπαυση μπορούν επίσης να ανακουφίσουν τα συμπτώματα. Η χρήση αναστολέων της COX-2 (π.χ. ετορικοξίμη και σελεκοξίμη) φαίνεται πιο ασφαλής με λιγότερο κίνδυνο έξαρσης της νόσου από τα συμβατικά ΜΣΑΦ. Η σουλφασαλαζίνη μπορεί να βοηθήσει στην περίπτωση αρθροπάθειας στις μεγάλες αρθρώσεις. Τέλος, η ινφλιξιμάμπη μπορεί να έχει πολύ θετικά αποτελέσματα στην περιφερική αρθρίτιδα.

Η αξονική αρθρίτιδα προκαλεί πόνο και ακαμψία στις αρθρώσεις της οσφυϊκής χώρας. Συνιστάται η εντατική φυσιοθεραπεία και τα ΜΣΑΦ, αλλά η μακροπρόθεσμη αγωγή με ΜΣΑΦ πρέπει να αποφεύγεται για λόγους ασφαλείας. Η χρήση anti-TNF προτιμάται στην αντιμετώπιση της αγκυλοποιητικής σπονδυλοαρθρίτιδας όταν ο ασθενής δεν ανέχεται τα ΜΣΑΦ ή όταν δεν υπάρχει ανταπόκριση. Η σουλφασαλαζίνη, η μεθοτρεξάτη και οι θειοπουρίνες δεν είναι αποτελεσματικές.

Οι συστάσεις για την αντιμετώπιση της αξονικής αρθρίτιδας που σχετίζεται με τη νόσο του Crohn βασίζονται στις μελέτες που έγιναν στον τομέα της αγκυλοποιητικής σπονδυλοαρθρίτιδας. Μπορεί να γίνει χρήση εντατικής φυσιοθεραπείας και ΜΣΑΦ, παρόλο που πρέπει να αποφεύγεται η παρατεταμένη χορήγηση ΜΣΑΦ. Μπορεί να χορηγηθούν τοπικές ενέσεις κορτικοστεροειδών. Η σουλφασαλαζίνη, η μεθοτρεξάτη και η αζαθειοπρίνη δεν είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της αγκυλοποιητικής σπονδυλοαρθρίτιδας με αξονική αρθρίτιδα. Συνιστώνται οι ουσίες anti-TNF για ασθενείς με ενεργή αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα οι οποίοι δεν αντιδρούν ή δεν ανέχονται τα ΜΣΑΦ. Τόσο η αδαλιμουμάμπη όσο και η ινφλιξιμάμπη έχουν αποδειχθεί επαρκώς ασφαλείς και αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της αγκυλοποιητικής σπονδυλοαρθρίτιδας.



Οστικές διαταραχές

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία κορτικοστεροειδών ή εκείνους με μειωμένη οστική μάζα θα πρέπει να χορηγείται ασβέστιο και συμπληρώματα βιταμίνης D. Η άσκηση για την ενδυνάμωση των μυών και η διακοπή του καπνίσματος βοηθούν στη βελτίωση. Οι ασθενείς με κατάγματα θα πρέπει να υποβάλλονται σε αγωγή με διφωσφονικά, παρόλο που δεν έχει αποδειχθεί η δυνατότητά τους να εμποδίσουν κατάγματα. Η τακτική ορμονική υποκατάσταση σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες δεν συνιστάται λόγω του κινδύνου παρενεργειών. Άντρες με χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης μπορεί να επωφεληθούν από μια τέτοια αγωγή.

Η αγωγή με ασβέστιο 500–1000 mg/ημέρα και βιταμίνη D (800–1000 IU/ημέρα) αυξάνει την οστική μάζα σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, παρόλο που δεν έχει μελετηθεί η δυνατότητά τους να εμποδίσουν κατάγματα σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Συνεπώς, δεν μπορεί να γίνει μια γενική σύσταση για την αγωγή με διφωσφονικά λόγω μειωμένης οστικής μάζας. Αυτό σημαίνει ότι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ή εκείνες με οστεοπόρωση από κορτικοστεροειδή θα ωφεληθούν από τη χρήση τους. Γενικά, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η αγωγή σε ασθενείς με χαμηλή οστική μάζα και επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου.

Οι ασθενείς με χρόνια ενεργή νόσο θα πρέπει να υποβάλλονται σε αγωγή με ανοσοκατασταλτικά όπως η αζαθειοπρίνη και τα anti-TNF έτσι ώστε να αποφύγουν τη χρήση στεροειδών και να μειώσουν τις αρνητικές επιπτώσεις της φλεγμονής στην οστική τους μάζα. Έχει αποδειχθεί, πως πολλοί ασθενείς με νόσο του Crohn μπορούν να ανακτήσουν την κανονική οστική τους μάζα, μετά από τρία χρόνια σταθερής ύφεσης.

Εκδηλώσεις από το δέρμα

Η αντιμετώπιση του οζώδους ερυθήματος βασίζεται συνήθως σε εκείνη της υποκείμενης νόσου του Crohn. Συνήθως απαιτείται η χρήση συστηματικών στεροειδών. Το γαγγραινώδες πυόδερμα αντιμετωπίζεται αρχικά με συστηματικά στεροειδή, θεραπεία anti-TNF ή αναστολείς της καλσινευρίνης.

Το οζώδες ερύθημα (δηλ. κόκκινοι όζοι στο δέρμα στις κνήμες, τους μηρούς και τους βραχίονες) συνήθως εντοπίζεται εύκολα και εμφανίζεται σε περίπου 5-10% των ασθενών με νόσο του Crohn. Συνήθως εμφανίζεται όταν η νόσος είναι ενεργή. Η διάγνωση μπορεί συνήθως να επιβεβαιώνεται χωρίς την ανάγκη βιοψιών. Συνήθως είναι απαραίτητη η αντιμετώπιση υποκείμενης νόσου με από του στόματος στεροειδή, και αν τα στεροειδή δεν φέρνουν αποτέλεσμα ή παρατηρείται συχνή υποτροπή, μπορεί να προστεθεί αζαθειοπρίνη και/ή ινφλιξιμάμπη. Εντούτοις, είναι σπάνια η ανάγκη για τη χρήση αζαθειοπρίνης ή ινφλιξιμάμπης.

Το γαγγραινώδες πυόδερμα (δηλ. μεγάλα επίπονα έλκη στο δέρμα) μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος, συμπεριλαμβανομένων και των γεννητικών οργάνων, αλλά τα πιο κοινά σημεία είναι οι κνήμες και κοντά σε στόμια. Συνήθως ξεκινούν επιφανειακά αλλά με το χρόνο βαθύνουν. Μεταξύ 0,6% και 2,1% των ασθενών με νόσο του Crohn θα προσβληθούν σε κάποια στιγμή από αυτό, και μπορεί να συμπίπτει ή να μη συμπίπτει καθόλου με την ενεργότητα της νόσου. Το γαγγραινώδες πυόδερμα αποτελεί διάγνωση εξ αποκλεισμού, δηλαδή γίνεται διάγνωση του, όταν δεν είναι δυνατό να βρεθούν άλλα αίτια για τα έλκη. Η βιοψία μπορεί να βοηθήσει στο ν' αποκλειστούν άλλες διαταραχές του δέρματος. Ο στόχος της θεραπείας πρέπει να είναι η γρήγορη επούλωση, αφού μπορεί να προκαλέσει σοβαρή αναπηρία. Πρέπει πρώτα να δοκιμάζονται τα κορτικοστεροειδή πριν να γίνει χρήση αναστολέων της καλσινευρίνης. Έχει αρχίσει να γίνεται πιο κοινή η χρήση της ινφλιξιμάμπης και έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε μια μεγάλη μελέτη και δύο μικρές περιπτώσιολογικές μελέτες. Δεν έχουν γίνει μέχρι σήμερα μελέτες, που να συγκρίνουν μεταξύ τους τα συστηματικά στεροειδή, την αγωγή με anti-TNF και τους αναστολείς της



καλσινευρίνης. Πρέπει να αποφεύγονται οι χειρουργικές επεμβάσεις όπως στην περίπτωση άλλων δερματικών εξελκώσεων.

Θρομβοεμβολικές επιπλοκές

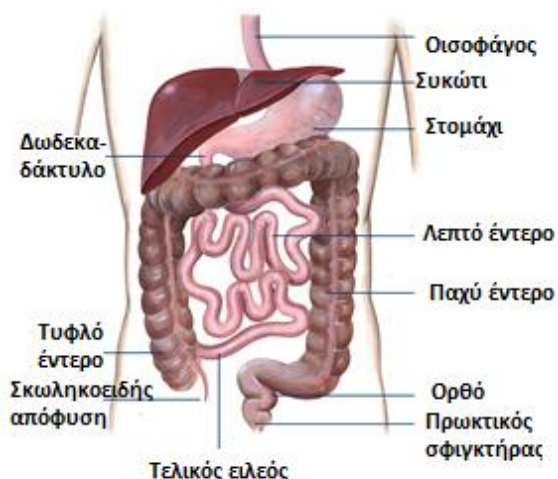
Πρέπει να προλαμβάνεται η θρόμβωση (δηλ. ο σχηματισμός ενός θρόμβου αίματος) σε όλους τους νοσηλευόμενους και στους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με βαριά μορφή της νόσου. Η αγωγή των ασθενών με ΙΦΝΕ με φλεβική θρομβοεμβολή (δηλ. θρόμβο αίματος που φράζει τη/μια φλέβα) θα πρέπει να ακολουθεί τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους κατά της θρόμβωσης.

Για ως επί το πλείστον άγνωστους λόγους, οι ασθενείς με νόσο του Crohn αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο σχηματισμού θρόμβων αίματος στις φλέβες, γνωστό ως φλεβική θρομβοεμβολή. Είναι σημαντικό να γίνεται πρόληψη και αντιμετώπιση αυτών αφού μπορεί να προκαλέσουν επιπλοκές ή ακόμη και θάνατο. Η διάγνωση αυτών των θρόμβων πρέπει να γίνεται με τις κατάλληλες τεχνικές απεικόνισης όπως το υπερηχογράφημα και τη φλεβογραφία.

Όσον αφορά την αγωγή, συνιστάται η χρήση αντιπηκτικών φαρμάκων (αντιθρομβωτικά) για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των θρόμβων αίματος. Αν κάποιος ασθενής παρουσιάσει δεύτερο επεισόδιο θρόμβωσης, θα πρέπει να εξετάσει το ενδεχόμενο μακροπρόθεσμης θεραπείας. Δεν φαίνεται οι ασθενείς με ΙΦΝΕ να παρουσιάζουν περισσότερες αιμορραγίες, που να προκαλούνται από τα αντιπηκτικά από εκείνους που δεν πάσχουν από ΙΦΝΕ. Τέλος, οι ασθενείς με νόσο του Crohn θα πρέπει να είναι προσεκτικοί, όσον αφορά τα μακρά σε διάρκεια ταξίδια και τα αντισυλληπτικά χάπια, αφού αυτά αυξάνουν τον κίνδυνο των θρόμβων αίματος, και θα πρέπει, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, να εξετάζουν το ενδεχόμενο αντιθρομβωτικής θεραπείας.

Γλωσσάριο

Ανατομική απεικόνιση της γαστρεντερικής οδού



© Hendrik Jonas για το πρακτορείο BAR M Berlin

Όρος	Με τι σχετίζεται ο όρος	Ορισμός
5-ASA ή 5-Αμινοσαλικυλικό οξύ ή μεσαλαζίνη	Φάρμακο	Πρόκειται για φαρμακευτικό προϊόν που προορίζεται για τοπική χρήση στη θεραπεία των ΙΦΝΕ, κατά προτίμηση της ελκώδους κολίτιδας (ΕΚ) και υπό ορισμένες συνθήκες και της νόσου του Crohn. Ονομάζεται και μεσαλαζίνη και η χορήγησή της μπορεί να γίνει από το στόμα ή από το ορθό ως διάλυμα για υποκλυσμό, αφρό ή υπόθετο.
6-TGN	Φάρμακο	Ο ενεργός μεταβολίτης της αζαθειοπρίνης ή της μερκαπτοπουρίνης.
Anti-TNF	Φάρμακο	Φάρμακα βιοτεχνολογικής προέλευσης που χρησιμοποιούνται συνήθως στην αντιμετώπιση της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Νόσου του Εντέρου. Τα πιο κοινά είναι η ινφλιξιμάμνη, η αδαλιμουμάμνη, η σερτολιζουμάμνη, και η γκολιμουμάμνη.
Clostridium difficile	Νόσος	Βακτηρίδιο που μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα παρόμοια με εκείνα των ΙΦΝΕ.
C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP)	Εξέταση	Εξέταση αίματος για τη διαπίστωση φλεγμονής στον οργανισμό. Χρησιμοποιείται για την εντόπιση φλεγμονής στον οργανισμό, παρόλο που τα ψηλά επίπεδα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης δεν σημαίνουν αναγκαστικά πως η φλεγμονή είναι στο παχύ έντερο. Επομένως, πρέπει να γίνονται και άλλες εξετάσεις για να διαπιστωθεί



		εάν η προέλευση της φλεγμονής είναι το έντερο του ασθενή με ΙΦΝΕ.
p-ANCA	Εξέταση	p-ANCA σημαίνει περιπυρηνικά αντιουδετεροφιλικά κυτταροπλασματικά αντισώματα. Αυτά εντοπίζονται στο αίμα.
Patient-centered approach	Άλλο	Προσέγγιση στη θεραπεία που σέβεται και ανταποκρίνεται στις ατομικές ανάγκες του ασθενή και όπου οι αξίες του ασθενή καθοδηγούν όλες τις κλινικές αποφάσεις.
Seton	Χειρουργική επέμβαση	Νήμα που χρησιμοποιείται για να κρατήσει ανοικτό τον συριγγώδη πόρο και να αποφεύγεται η συλλογή πύου σε απόστημα.
T-score	Εξέταση	Μέθοδος για τη μέτρηση της πυκνότητας των οστών.
VSL#3	Φάρμακο	Αποτελεί προβιοτικό (ζωντανοί μικροοργανισμοί που όταν χορηγούνται σε επαρκείς ποσότητες επιφέρουν όφελος στην υγεία) που έχει αποδειχθεί θετικό στη θεραπεία της ληκυθιτίδας.
Weaning (απεξάρτηση)	Φάρμακο	Η απεξάρτηση είναι η σταδιακή και όχι απότομη διακοπή μιας φαρμακευτικής αγωγής. Αυτό θα πρέπει να γίνεται στην περίπτωση των στεροειδών, αφού η απότομη διακοπή τους μπορεί να έχει σοβαρές παρενέργειες.
Αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα	Νόσος που σχετίζεται με την ΙΦΝΕ	Αποτελεί μορφή αρθρίτιδας, που χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή που, κυρίως, προσβάλλει την σπονδυλική στήλη, προκαλώντας πόνο και ακαμψία στην πλάτη, και επεκτείνεται στο στήθος και το λαιμό.
Αδαλιμουμάμπη	Φάρμακο	Φαρμακευτικό προϊόν anti-TNF που χρησιμοποιείται συνήθως στην αντιμετώπιση των ΙΦΝΕ, και που ανήκει στην ομάδα των φαρμάκων βιοτεχνολογικής προέλευσης. Χορηγείται με ένεση κάτω από το δέρμα (υποδόρια) από τον ίδιο τον ασθενή ή από νοσοκόμο.
Αζαθειοπρίνη	Φάρμακο	Βλέπε θειοπουρίνες
ΑΚ ή ακαθόριστη κολίτιδα	Περιγραφέας νόσου	Στη περιπτώσεις που δεν είναι δυνατό να εξακριβωθεί αν ένα άτομο υποφέρει από από νόσο του Crohn ή ΕΚ, μπορεί να αναφέρεται ως ΑΚ. Εντούτοις, ο όρος ΑΚ θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για τα δείγματα εκτομής.
Αμινοσαλικυλικό	Φάρμακο	Είναι φάρμακο που χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση των ΙΦΝΕ, γνωστό και ως 5-ASA.
Αναιμία	Νόσος	Πάθηση στην οποία δεν διαθέτετε αρκετά υγιή ερυθρά αιμοσφαίρια ή αιμοσφαιρίνη. Η παρουσία αναιμίας μπορεί να σας κάνει να νιώθετε κουρασμένοι και αδύνατοι.
Αναιμία χρόνιας νόσου	Νόσος που σχετίζεται με τις ΙΦΝΕ ή	Πρόκειται για αναιμία που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα μιας χρόνιας νόσου, όπως της ΙΦΝΕ ή άλλων φλεγμονωδών διαδικασιών.

	φλεγμονώδεις παθήσεις	
Αναστολείς της COX-2	Φάρμακο	Αποτελεί ένα πιο συγκεκριμένο ΜΣΑΦ με λιγότερες παρενέργειες και καλύτερη ανεκτικότητα από τους ασθενείς με ΙΦΝΕ.
Αναστολείς της καλσινευρίνης	Φάρμακο	Ανοσοκατασταλτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της ΙΦΝΕ και για να εμποδίσουν την απόρριψη οργάνων σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση.
Ανοσοκατασταλτικό	Φάρμακο	Ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων των στεροειδών, των θειοπουρίνων, της μεθοτρεξάτης, των φαρμάκων anti-TNF, και της βεδολιζουμάμπης. Επειδή οι ΙΦΝΕ μπορεί να προκαλούνται από υπερενεργό ανοσοποιητικό σύστημα, τα ανοσοκατασταλτικά μπορεί να είναι χρήσιμα στη θεραπεία τους.
Ανοσοποιημένο	Άλλο	Ένα άτομο είναι ανοσοποιημένο όταν έχει αποκτήσει αντίσταση σε μια λοίμωξη. Οι πιο κοινές ανοσοποιήσεις είναι κατά της ιλαράς, της παρωτίτιδας, και του τετάνου, άλλα υπάρχουν πολλές άλλες.
Ανοσοτροποποιητικό	Φάρμακο	Τα ανοσοτροποποιητικά αδυνατίζουν ή αυξάνουν τη δραστηριότητα του ανοσοποιητικού συστήματος. Μια κοινή ομάδα ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων είναι τα ανοσοκατασταλτικά που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των ΙΦΝΕ, αφού πιστεύεται πως η ΙΦΝΕ προκαλείται τουλάχιστον κατά μέρος από ένα υπερενεργό ανοσοποιητικό σύστημα.
Αντιβιοτικά	Φάρμακο	Φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση λοιμώξεων που προκαλούνται από βακτηρίδια. Δεν είναι αποτελεσματικά κατά των ιών.
Αντιδιαρροϊκά	Φάρμακο	Φάρμακα που προσφέρουν ανακούφιση από τα συμπτώματα της διάρροιας. Το πιο κοινό από αυτά είναι η λοπεραμίδη.
Αξονική αρθρίτιδα	Νόσος που σχετίζεται με την ΙΦΝΕ	Ασθένεια των αρθρώσεων, μπορεί να προσβάλει την σπονδυλική στήλη και τα ισχία.
Αξονική τομογραφία (CT - computed tomography)	Εξέταση	Είναι μια μορφή ακτινογραφίας που πραγματοποιείται σε μηχανή σάρωσης.
Απεικόνιση	Εξέταση	Η παραγωγή φωτογραφίας ή εικόνας μέρος του σώματος με τη χρήση διαφόρων τεχνικών όπως οι ακτίνες Χ, το υπερηχογράφημα, η CT ή η MRI. Οι τεχνικές απεικόνισης είναι συχνά αναγκαίες για να διαπιστωθεί ποιο μέρος του σώματος έχει προσβληθεί από την ΙΦΝΕ.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Απεικόνιση Μαγνητικού Συντονισμού (MRI)	Εξέταση	Μέθοδος εξέτασης που χρησιμοποιεί μαγνητικά κύματα για τη λήψη διαγνωστικών εικόνων σε διάφορα μέρη του σώματος. Δεν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια.
Από του στόματος	Φάρμακο	Τρόπος χορήγησης φαρμάκου.
Απόστημα	Επιπλοκή της νόσου Crohn	Το απόστημα είναι μια κλειστή κοιλότητα με συσώρευση υγροποιημένου ιστού (πύον) σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Αποτελεί την αμυντική αντίδραση του σώματος σε ξένο υλικό.
Απόφραξη	Επιπλοκή της νόσου του Crohn	Απόφραξη παρουσιάζεται όταν η φλεγμονή που προκαλείται από τη νόσο του Crohn αυξάνει το πάχος του εντερικού τοιχώματος, στενεύοντας το έντερο, ή όταν σχηματίζονται συμφύσεις σε μέρη του εντέρου, που εμποδίζουν τη ροή του περιεχομένου του πεπτικού συστήματος.
Αρθρίτιδα	Νόσος που σχετίζεται με την ΙΦΝΕ	Φλεγμονή των αρθρώσεων που προκαλεί πόνο στις αρθρώσεις και οίδημα.
Αρθροπάθεια		Κάθε ασθένεια ή ασυνήθης κατάσταση που επηρεάζει μια άρθρωση.
Αριστερή κολίτιδα	Περιγραφέας νόσου	Αυτή είναι ελκώδης κολίτιδα που εμφανίζεται μέχρι το αριστερό μέρος του παχέος εντέρου χωρίς να το ξεπερνά, και που μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με τοπική θεραπεία.
Αταξινόμητη ΙΦΝΕ ή ΦΕΝ	Περιγραφέας νόσου	Όταν δεν είναι δυνατό μετά τη διεξαγωγή όλων των εξετάσεων να διαπιστωθεί αν ένα άτομο υποφέρει από νόσο του Crohn ή ΕΚ, θα πρέπει να χρησιμοποιείται ο όρος αταξινόμητη ΙΦΝΕ.
Αυτοάνοση	Περιγραφέας νόσου	Οι αυτοάνοσες ασθένειες είναι εκείνες στις οποίες το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στα υγιή κύτταρα του οργανισμού.
Βάριο (σκιαγραφική ουσία)	Διαγνωστική εξέταση	Ουσία που χρησιμοποιείται σε ορισμένες ακτινολογικές εξετάσεις για την βελτίωση της απεικόνισης ανατομικών δομών.
Βαριούχος υποκλυσμός διπλής αντίθεσης	Εξέταση	Πρόκειται για διαδικασία στην οποία γίνονται ακτινογραφίες του παχέος εντέρου και του ορθού μετά τη χορήγηση στο ορθό υγρού που περιέχει βάριο. Το βάριο απεικονίζει το περίγραμμα του παχέος εντέρου και του ορθού στην ακτινογραφία, βοηθώντας στην εντόπιση ανωμαλιών.
Βεδολιζουμάμπη	Φάρμακο	Η βεδολιζουμάμπη είναι βιολογικό (βιοτεχνολογικής προέλευσης) φάρμακο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία των ΙΦΝΕ. Χορηγείται απευθείας στο αίμα του ασθενή με τη βοήθεια ορού.
Βιολογικά φάρμακα	Φάρμακο	Συνήθως ανοσοσφαιρίνες (IG) που παράγονται με τη βοήθεια γενετικά τροποποιημένων

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		κυττάρων, π.χ. ουσίες anti-TNF ή βεδολιζουμάμμη.
Βιοψία	Διαγνωστική εξέταση	Η βιοψία είναι ένα δείγμα ιστού που παίρνεται από το σώμα για να γίνει πιο λεπτομερής εξέτασή του. Γίνεται λήψη βιοψιών από το τοίχωμα του εντέρου κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης.
Βουδεζονίδη	Φάρμακο	Φάρμακο που ανήκει στην ομάδα των κορτικοστεροειδών. Η βουδεσονίδη έχει αντιφλεγμονώδη επίδραση και χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση οξέων εξάρσεων σε ασθενείς με νόσο του Crohn και ΕΚ. Χορηγείται μέσω του παχέος εντέρου με υποκλυσμούς. Τα κορτικοστεροειδή είναι επίσης ορμόνες που παράγονται φυσικά από τους αδένες του σώματός μας.
Γαγγραινώδες πυόδερμα	Νόσος	Φλεγμονή του δέρματος που προκαλεί οδυνηρές εξελκώσεις και που οφείλεται σε αυτοάνοσους μηχανισμούς και όχι σε λοίμωξη, παρατηρείται κάποτε σε ασθενείς με ΙΦΝΕ
Γαστρεντερολόγος	Άλλο	Ιατρός που ειδικεύεται στη θεραπεία γαστρεντερικών νόσων όπως οι ΙΦΝΕ.
Γόνιμο	Άλλο	Ως γόνιμο χαρακτηρίζεται ένα άτομο που είναι σωματικά ικανό να κάνει παιδιά.
Δείκτες βαρύτητας της νόσου	Εξέταση	Ο δείκτης βαρύτητας της νόσου αποτελεί τρόπο μέτρησης της βαρύτητας της νόσου με βάση τα συμπτώματα του ασθενή και συγκεκριμένες εξετάσεις (π.χ. πως εμφανίζεται το έντερο στην ενδοσκόπηση). Συνήθως μια πιο βαρείας μορφής νόσος χαρακτηρίζεται από πιο ψηλούς βαθμούς. Παραδείγματα είναι ο Δείκτης Δραστηριότητας της Ελκώδους Κολίτιδας (UCDAI) ή ο Δείκτης Δραστηριότητας της Νόσου του Crohn (CDAI)
Διφωσφονικά	Φάρμακο	Ενώσεις που επιβραδύνουν την απώλεια οστών και αυξάνουν τη οστική μάζα.
Δυσαπορρόφηση	Επιπλοκή της νόσου Crohn	Η μειωμένη ικανότητα απορρόφησης των θρεπτικών συστατικών στη γαστρεντερική οδό.
Ειλεοκολονοσκόπηση	Εξέταση	Ενδοσκόπηση για την εξέταση του παχέος εντέρου και του ειλεού.
Ειλεοδακτυλική αναστόμωση	Χειρουργική επέμβαση	Αυτή η χειρουργική επέμβαση γίνεται συνήθως σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, στην οποία το τέλος του λεπτού εντέρου μετατρέπεται σε μιά λήκυθο, αναλαμβάνοντας τη δουλειά που έκανε το παχύ έντερο πριν την αφαίρεσή του.
Ειλεοορθική αναστόμωση	Χειρουργική επέμβαση	Χειρουργική επέμβαση στην οποία το ορθό διατηρείται και ο ειλεός συνδέεται με το ορθό. Αυτό είναι σε αντίθεση με την ειλεοδακτυλική αναστόμωση, στην οποία δεν διατηρείται το ορθό.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Ειλεοσκόπηση	Εξέταση	Η χρήση ενδοσκόπησης για την εξέταση του ειλεού, του πιο χαμηλού τμήματος του λεπτού εντέρου.
ΕΚ ή ελκώδης κολίτιδα	Περιγραφέας νόσου	Η ΕΚ αποτελεί μια από τις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου
Έκταση (της νόσου)	Περιγραφέας νόσου	Αυτό αναφέρεται στο πόσο μεγάλο μέρος του εντέρου έχει προσβληθεί από μια ΙΦΝΕ.
Έκταση της νόσου	Περιγραφέας νόσου	Αυτό αναφέρεται στο πόσο μεγάλο μέρος του εντέρου έχει προσβληθεί από την ΕΚ ή τη νόσο του Crohn. Δεν πρέπει να συγχέεται με τη βαρύτητα, η οποία αναφέρεται στο πόσο βαθιά και εκτεταμένη είναι η φλεγμονή. Η έκταση της νόσου είναι χρήσιμη στην ταξινόμηση της ΕΚ σε ορθίτιδα, αριστερή κολίτιδα, και εκτεταμένη κολίτιδα, και παρομοίως στη νόσο του Crohn με προσβολή του λεπτού εντέρου, του παχέος εντέρου, και του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα.
Εκτεταμένη κολίτιδα	Περιγραφέας νόσου	Ελκώδης κολίτιδα που προσβάλλει ολόκληρο το έντερο.
Εκτομή	Χειρουργική επέμβαση	Η αφαίρεση όλου ή μέρους ενός οργάνου ή άλλου μέρους του σώματος με χειρουργική επέμβαση.
Ενδοσκόπηση	Εξέταση	Διαδικασία στην οποία γίνεται στο σώμα εισαγωγή κάμερας στην άκρη ενός μακρύ σωλήνα για την απευθείας εξέταση των οργάνων. Η πιο κοινή ενδοσκόπηση για τους ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι η (ειλεο)κολονοσκόπηση.
Ενδοσκόπηση με κάψουλα λεπτού εντέρου (SBCE)	Εξέταση	Σε αυτή την εξέταση ο ασθενής καταπίνει μια κάψουλα με μικροκάμερα. Η κάμερα αυτή καταγράφει εικόνες της γαστρεντερικής οδού.
Ενδοσκόπηση με τη βοήθεια συσκευής	Εξέταση	Εξέταση του λεπτού εντέρου με ειδικό ενδοσκόπιο.
Ενδοσκοπική	Εξέταση	Το επίθετο της ενδοσκόπησης.
Ενδοσκοπική διασωλήνωση	Εξέταση	Η τοποθέτηση σωλήνα στο σώμα με τη βοήθεια ενδοσκοπίου.
Ενδοφλέβιο	Φάρμακο	Πρόκειται για φάρμακο που χορηγείται με απευθείας έγχυση στις φλέβες.
Εντοπισμένη νόσος	Περιγραφέας νόσου	Νόσος που περιορίζεται σε ένα σύστημα του οργανισμού ή μια εντοπισμένη περιοχή του εντέρου.
Έξαρση ή υποτροπή	Περιγραφέας νόσου	Αποτελεί κατάσταση της ενεργής νόσου και είναι το αντίθετο της νόσου σε ύφεση. Ασθενής του οποίου η νόσος είναι σε έξαρση θα παρουσιάσει συμπτώματα και φλεγμονή.
Επικυρωμένη	Εξέταση	Όταν μια μέθοδος έχει επικυρωθεί σημαίνει πως έχει αποδειχθεί ως ακριβής ένδειξη εκείνου που ισχυρίζεται πως μετρά. Για παράδειγμα, ένας δείκτης βαρύτητας νόσου θα επικυρωθεί όταν έχει αποδειχθεί πως μετρά με ακρίβεια την βαρύτητα της νόσου.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Επίπεδα αιμοσφαιρίνης	Εξέταση	Η εξέταση αυτή βοηθά στη διαπίστωση της ποσότητας αιμοσφαιρίνης στο αίμα σας. Η αιμοσφαιρίνη μεταφέρει οξυγόνο στο αίμα. Χαμηλά επίπεδα αιμοσφαιρίνης αποτελούν ένδειξη αναιμίας.
Επίπεδα φερριτίνης στον ορό	Εξέταση	Μέθοδος εξέτασης για την μέτρηση της ποσότητας σιδήρου που είναι αποθηκευμένο στο σώμα.
Ερυθροποιητίνη	Φάρμακο	Αυτό είναι φάρμακο που αυξάνει την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων.
Ηλεκτρολύτες	Εξέταση	Μετρώνται με ανάλυση αίματος και είναι ανόργανα συστατικά (π.χ. νάτριο, κάλιο, και χλώριο) στο αίμα σας ή σε άλλα υγρά του σώματος, τα οποία φέρουν ηλεκτρικό φορτίο. Οι ΙΦΝΕ μπορεί να προκαλέσουν αυξημένα επίπεδα ηλεκτρολυτών.
Ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους	Φάρμακο	Είναι φάρμακο που χρησιμοποιείται συνήθως για την αποφυγή θρόμβων αίματος.
Θειοπουρίνες	Φάρμακο	Τα φάρμακα αυτά είναι ανοσοκατασταλτικά. Η αζαθειοπρίνη και η μερκαπτοπουρίνη είναι εκείνα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά στη θεραπεία των ΙΦΝΕ.
Θεραπεία συντήρησης	Αγωγή	Θεραπεία που εφαρμόζεται για να διατηρηθεί ο ασθενής σε ύφεση.
Θεραπεία σωτηρίας	Θεραπεία	Η θεραπεία σωτηρίας είναι εκείνη που εφαρμόζεται όταν όλες οι συμβατικές θεραπείες έχουν αποτύχει και χρησιμοποιείται ως τελευταία απόπειρα για να τεθεί η ασθένεια υπό έλεγχο.
Θρομβοκυττάρωση	Εξέταση	Αυξημένος αριθμός αιμοπεταλίων (θρομβοκυττάρων).
Ιερολαγονίτιδα	Νόσος	Φλεγμονή που προσβάλλει τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις, δηλ. τις αρθρώσεις μεταξύ του ιερού οστού και των λαγονίων οστών της λεκάνης.
Ινφλιξιμάμπη	Φάρμακο	Βιολογικό φάρμακο anti-TNF που χρησιμοποιείται συνήθως στη θεραπεία των ΙΦΝΕ. Χορηγείται απευθείας στο αίμα του ασθενή με τη βοήθεια ορού.
Ιστολογική	Εξέταση	Η ιστολογική εξέταση είναι η εξέταση ιστών που λήφθηκαν με βιοψίες κάτω από το μικροσκόπιο.
ΙΦΝΕ	Νόσος	Ακρωνύμιο για τις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου, είναι ο συλλογικός όρος για τη Νόσο του Crohn και την Ελκώδη Κολίτιδα.
Καλπροτεκτίνη κοπράνων	Εξέταση	Πρωτεΐνη που εκλύεται στο έντερο όταν αυτό παρουσιάσει φλεγμονή. Τα επίπεδα της καλπροτεκτίνης κοπράνων ανεβαίνουν μόνο στην περίπτωση φλεγμονής εντέρου, καθιστώντας την καλύτερη μέθοδο για τη μέτρηση φλεγμονής από τη CRP ή την ΤΚΕ. Δεν είναι ειδική για τις ΙΦΝΕ. Για τη μέτρησή της είναι αναγκαίο να ληφθεί δείγμα κοπράνων από τον ασθενή.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Καρκίνος του εντέρου	Νόσος που σχετίζεται με τη νόσο του Crohn/EK ή τη θεραπεία της	Είναι επίσης γνωστός και ως ορθοκολικός καρκίνος. Αποτελεί τύπο καρκίνου του εντέρου από τον οποίο διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προσβληθούν οι ασθενείς με ΙΦΝΕ. Μεταξύ άλλων, μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα όπως αίμα στα κόπρανα, αλλαγές στην εντερική συμπεριφορά, κοιλιακό άλγος, σβόλους στην κοιλιακή χώρα και απώλεια βάρους.
Κάταγμα	Άλλο	Το κάταγμα είναι ένα σπάσιμο του οστού που προκαλείται από τραύμα ή συνεχή πίεση στο οστό.
Κένωση, κενώσεις	Άλλο	Η κένωση είναι μια κίνηση του εντέρου ή τα κόπρανα.
Κερατολυτική ουσία	Φάρμακο	Πρόκειται για φάρμακο που χρησιμοποιείται για την απομάκρυνση των μηρυμυγκιών και άλλων αλλοιώσεων.
Κολεκτομή	Χειρουργική επέμβαση	Η αφαίρεση του παχέος εντέρου από χειρουργό. Προηγείται της χειρουργικής επέμβασης της ειλεοδακτυλικής αναστόμωσης (ΙΡΑΑ) σε ασθενείς με ΕΚ.
Κολονογραφία	Εξέταση	Αυτή μπορεί να γίνει με αξονικό τομογράφο (CT) ή απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI). Αποτελεί μέθοδο εξέτασης του εσωτερικού του παχέος εντέρου χωρίς τη χρήση ενδοσκοπίου.
Κολονοσκόπηση	Εξέταση	Στην εξέταση αυτή γίνεται τοποθέτηση κάμερας σε όλο το παχύ έντερο από τον ορθό για να διαπιστωθεί η ενεργότητα της νόσου και να γίνει λήψη βιοψιών.
Κορεσμός τρανσφερρίνης	Εξέταση	Ένδειξη για την ικανότητα του σώματος να δεσμεύσει το σίδηρο, και επίπεδα κάτω του 16% υποδεικνύουν σιδηροπενία.
Κορτικοστεροειδή (στεροειδή)	Φάρμακο	Ομάδα φαρμάκων που μιμούνται τις ενέργειες των ορμονών που παράγονται φυσικά από τους αδένες και δρουν ως ανοσοκατασταλτικά. Η υδροκορτιζόνη και η πρεδνιζολόνη είναι δύο που χρησιμοποιούνται συνήθως στη θεραπεία των ΙΦΝΕ.
Κρεατινίνη	Εξέταση	Η εξέταση της κρεατινίνης αίματος βοηθάει στην εξακρίβωση του βαθμού καλής λειτουργίας των νεφρών.
Κυκλοσπορίνη	Φάρμακο που σχετίζεται με την ΕΚ	Ανήκει στους αναστολείς της καλσινευρίνης, και είναι φάρμακο που χρησιμοποιείται για την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος και επομένως στη θεραπεία της ΕΚ.
Λακτοφερρίνη	Εξέταση	Πρωτεΐνη που εκλύεται στο έντερο όταν αυτό παρουσιάσει φλεγμονή. Για τη μέτρησή της είναι αναγκαίο να ληφθεί δείγμα κοπράνων από τον ασθενή.
Λαπαροσκοπική	Χειρουργική επέμβαση	Η λαπαροσκοπική χειρουργική αποτελεί τρόπο χειρουργικής επέμβασης στην οποία γίνονται

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		μικρές τομές στον ασθενή και εισαγωγή καμερών για την παρακολούθηση του χειρουργικού πεδίου. Ως αποτέλεσμα των μικρών τομών, η ανάρρωση είναι πιο γρήγορη από την συνήθη χειρουργική.
Λεμφουπεριπλαστικές διαταραχές (LPDs)	Νόσος	Μια ομάδα ασθενειών στις οποίες παρατηρείται υπερβολική παραγωγή λεμφοκυττάρων (λευκών αιμοσφαιρίων). Στις LPDs περιλαμβάνονται και διάφορες λευχαιμίες και λυμφώματα.
Ληκυθίτιδα	Επιπλοκή	Φλεγμονή της ληκύθου του ειλεού.
Λοπεραμίδη	Φάρμακο	Συνηθισμένο αντιδιαρροϊκό φάρμακο, βλέπε Αντιδιαρροϊκά.
Μαγνητική εντερογραφία (MRI)	Εξέταση	Μέθοδος εξέτασης που χρησιμοποιεί μαγνητικά κύματα για να λάβει διαγνωστικές εικόνες του λεπτού εντέρου με τη βοήθεια σκιαγραφικού που χορηγείται από το στόμα. Δεν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια.
Μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία συντονισμού (MRCP)	Εξέταση	Ειδική εξέταση που χρησιμοποιεί μηχανή μαγνητικής τομογραφίας για την εντόπιση διαταραχών του ήπατος και των χοληφόρων.
Μεθοτρεξάτη	Φάρμακο	Φάρμακο που ανήκει στην ομάδα των ανοσοκατασταλτικών και χρησιμοποιείται συνήθως στη θεραπεία της νόσου του Crohn. Δεν είναι τόσο αποτελεσματικό κατά της ελκώδους κολίτιδας.
Μεσαλαζίνη	Φάρμακο	Φάρμακο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία των ΙΦΝΕ. Μπορεί να γίνει χορήγησή του από το στόμα ή από το ορθό.
Μετρονιδαζόλη	Φάρμακο	Αντιβιοτικό που χρησιμοποιείται συνήθως για την αντιμετώπιση της ληκυθίτιδας ή σε νόσο του Crohn που προκαλεί συρίγγια.
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ)	Φάρμακο	Αυτά τα φάρμακα προσφέρουν ανακούφιση από τον πόνο και μειώνουν τον πυρετό και τη φλεγμονή εκτός του εντέρου. Τα πιο κοινά είναι η ιβουπροφαίνη και η ασπιρίνη, τα οποία πρέπει να αποφεύγονται από τους ασθενείς με ΙΦΝΕ, αφού μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο έξαρσης.
Νόσος του Crohn	Περιγραφέας νόσου	Πρόκειται για φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Η νόσος του Crohn μπορεί να προσβάλει όλα τα μέρη της γαστρεντερικής οδού, συμπεριλαμβανομένου συχνά και του λεπτού εντέρου, το οποίο η ΕΚ δεν προσβάλλει.
Οζώδες ερύθημα	Νόσος που σχετίζεται με την ΙΦΝΕ	Φλεγμονώδης διαταραχή του δέρματος.
Ορθικό	Μέρος του σώματος	Αναφέρεται στο τέλος του παχέος εντέρου, που ονομάζεται ορθό. Όταν π.χ. ένα φάρμακο

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		χαρακτηρίζεται ως ορθικό, η χορήγησή του γίνεται στο ορθό μέσω του πρωκτού.
Ορθό	Μέρος του σώματος	Πρόκειται για το τελικό τμήμα του παχέος εντέρου. Τελειώνει στον πρωκτό.
Ορολογική	Εξέταση	Οι ορολογικές εξετάσεις σχετίζονται με τον ορό και άλλα υγρά του σώματος. Συνήθως χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση αντισωμάτων στον ορό.
Οστεοπενία	Νόσος	Η οστεοπενία είναι η χαμηλή οστική πυκνότητα που δεν είναι όμως τόσο σοβαρή ώστε να θεωρείται ως οστεοπόρωση.
Οστεοπόρωση	Νόσος	Πάθηση κατά την οποία παρατηρείται σταδιακή μείωση της πυκνότητας των οστών, αυξάνοντας τον κίνδυνο του ατόμου να υποστεί κατάγματα.
Ουρία στον ορό	Εξέταση	Η ουρία είναι μια ουσία που συνήθως απομακρύνεται από το αίμα και αποβάλλεται από τους νεφρούς στα ούρα. Είναι σημαντικό να ελέγχονται τα επίπεδα ουρίας στον ορό αφού ανώμαλες τιμές δείχνουν αν έχουν προσβληθεί οι νεφροί ή αν ο ασθενής είναι αφυδατωμένος.
Ουρσοδεοξυχολικό οξύ	Φάρμακο	Αυτό είναι φάρμακο που χορηγείται δια στόματος και δίνεται σε ασθενείς με πρωτοπαθή σκληρυντική χολαγγειίτιδα (PSC, χρόνια πάθηση του συκωτιού που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή και ίνωση των χοληφόρων οδών εντός και εκτός του συκωτιού) για να προστατεύσει το συκώτι και να εμποδίσει την εμφάνιση καρκίνου του εντέρου.
Παρακολούθηση	Εξέταση	Η παρακολούθηση γίνεται όταν ο ιατρός εξετάζει τακτικά τον ασθενή με ΙΦΝΕ, συχνά με ενδοσκόπιο, για να διαπιστώσει αν έχει αναπτυχθεί καρκίνος του εντέρου. Η παρακολούθηση είναι σημαντική επειδή οι ασθενείς με ΙΦΝΕ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο του εντέρου.
Παρενέργειες	Αγωγή	Οι ανεπιθύμητες (επιβλαβείς) επιδράσεις ενός φαρμάκου ή μιας επέμβασης.
Παχύ έντερο (βλέπε εικόνα)	Μέρος του σώματος	
Περιφερική αρθρίτιδα	Νόσος	Φλεγμονή των αρθρώσεων που προσβάλλει συνήθως τις μεγάλες αρθρώσεις στα άκρα.
Ραγοειδίτιδα	Νόσος	Αυτή είναι μια μορφή φλεγμονής του ραγοειδούς χιτώνα του ματιού
Σιγμοειδοσκόπηση	Εξέταση	Αυτή η εξέταση είναι παρόμοια με την κολονοσκόπηση, αλλά εξετάζει μόνο το τελευταίο τμήμα του παχέος εντέρου αντί ολόκληρο το παχύ έντερο.
Σιδηροπενία	Νόσος	Αυτή εμφανίζεται όταν δεν υπάρχει αρκετό σίδηρο στο αίμα.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Σιδηροπενία χωρίς αναιμία	Νόσος	Διαταραχή στην οποία είναι μειωμένο το σίδηρο στο αίμα αλλά όχι σε βαθμό που να προκαλεί αναιμία.
Σιδηροπενική αναιμία	Νόσος	Διαταραχή στην οποία το αίμα δεν διαθέτει αρκετά ερυθρά αιμοσφαίρια λόγω σιδηροπενίας.
Σιπροφλοξασίνη	Φάρμακο	Αντιβιοτικό που χρησιμοποιείται στη θεραπεία των ΙΦΝΕ και της ληκυθιτίδας.
Σκωληκοειδεκτομή	Χειρουργική επέμβαση	Η αφαίρεση της σκωληκοειδούς από χειρουργό. Αυτό γίνεται συνήθως μετά την εμφάνιση σκωληκοειδίτιδας.
Σκωληκοειδίτιδα	Νόσος	Η φλεγμονή της σκωληκοειδούς, η οποία αποτελεί επέκταση του παχέος εντέρου. Μεταξύ άλλων, η σκωληκοειδίτιδα μπορεί να προκαλέσει πόνο, ανορεξία και πυρετό ή διάτρηση.
Σουλφασαλαζίνη	Φάρμακο	Η σουλφασαλαζίνη είναι φάρμακο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία των ΙΦΝΕ. Η σουλφασαλαζίνη αποτελείται από δύο μέρη, το ενεργό μέρος 5-ASA, και τη σουλφαπυριδίνη που είναι αντιβιοτικό. Η σουλφασαλαζίνη διασπάται στο παχύ έντερο από βακτηρίδια και απελευθερώνει 5-ASA.
Στένωση του εντέρου	Νόσος	Η στένωση του εντέρου που είναι αρκετά σοβαρή έτσι ώστε να προκαλέσει ενόχληση στον ασθενή.
Στεροειδή	Φάρμακο	Τα στεροειδή χρησιμοποιούνται συνήθως στη θεραπεία των ΙΦΝΕ και έχουν ανοσοκατασταλτική δράση. Μπορεί να γίνει τοπική ή συστηματική χορήγησή τους. Λόγω των πολλαπλών παρενεργειών τους, θα πρέπει η χρήση τους να μειώνεται όσο το δυνατόν περισσότερο.
Συμφύσεις	Επιπλοκή της χειρουργικής επέμβασης	Γίνεται "κόλλημα" μερών του εντέρου μεταξύ τους λόγω φλεγμονωδών αντιδράσεων. Μπορεί να προκαλέσει απόφραξη και πόνο.
Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ)	Νόσος	Μια κοινή πάθηση με συμπτώματα παρόμοια με εκείνα των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νόσων του Εντέρου, χωρίς όμως φλεγμονή.
Συρίγγιο, συρίγγια	Επιπλοκή της νόσου Crohn	Πρόκειται για έλκος που διαπερνά το τοίχωμα του εντέρου και δημιουργεί ένα αφύσικο πέρασμα μεταξύ του εντέρου και του δέρματος ή μεταξύ του εντέρου και άλλου οργάνου. Το απλό συρίγγιο αποτελείται από ένα μόνο πόρο. Τα πολύπλοκα συρίγγια έχουν πολλαπλούς πόρους. Μια μορφή της νόσου Crohn συσχετίζεται με την παρουσίαση συριγγίων.
Συριγγιογραφία	Εξέταση	Η εξέταση συριγγίου με τη βοήθεια ακτίνων Χ.
Συριγγοτομή	Χειρουργική επέμβαση	Το άνοιγμα συριγγίου με χειρουργική επέμβαση.
Συστηματικό	Φάρμακο	Ένα φάρμακο που δρα σε ολόκληρο τον οργανισμό. Σε αντίθεση, τα τοπικά φάρμακα δεν κατανέμονται σε ολόκληρο τον οργανισμό.

Τακρόλιμους	Φάρμακο	Ανοσοκατασταλτικό φάρμακο παρόμοιο με την κυκλοσπορίνη που χορηγείται από του στόματος στη θεραπεία της ΕΚ.
Τεινεσμός	Περιγραφέας νόσου	Ο τεινεσμός είναι επώδυνος σπασμός ή κράμπα στο ορθό/στον πρωκτό που συνήθως συνοδεύεται από αθλήτη απόπειρα κένωσης και επείγουσα ανάγκη προς αφόδευση, χωρίς όμως αποτέλεσμα.
Τελική ειλεοστομία	Χειρουργική επέμβαση	Στην επέμβαση αυτή το τέλος του λεπτού εντέρου χωρίζεται και διοχετεύεται μέσω του κοιλιακού τοιχώματος στο δέρμα όπου και ράβεται για να δημιουργήσει στόμιο. Ο ασθενής που έχει ειλεοστομία φέρει σακούλα στην κοιλιά του για τη συλλογή των κοπράνων.
ΤΚΕ - ταχύτητα καθίζησης ερυθρών	Εξέταση	Ανάλυση αίματος για τη μέτρηση του βαθμού φλεγμονής στο σώμα, παρόμοια με τη CRP.
Τοπικό	Φάρμακο	Αυτό είναι φάρμακο που αντιμετωπίζει απευθείας τη φλεγμονή χωρίς να απορροφάται από το σώμα.
Τραχηλική δυσπλασία	Νόσος	Ανώμαλη ανάπτυξη ιστού στον τράχηλο της μήτρας.
Υπερηχογράφημα	Εξέταση	Μέθοδος απεικόνισης που χρησιμοποιεί ηχητικά κύματα για την εξέταση οργάνων του σώματος.
Υπόθετο	Φάρμακο	Αυτό είναι φάρμακο που χορηγείται μέσω του πρωκτού και στη συνέχεια λιώνει και καλύπτει το εσωτερικό στρώμα του εντέρου για την καταπολέμηση της φλεγμονής.
Υποθρεψία	Επιπλοκή της νόσου του Crohn	Η μη σωστή διατροφή μπορεί να προκληθεί, π.χ. από τη αδυναμία του ασθενή να φάει αρκετό ή το σωστό φαγητό, ή από δυσαπορρόφηση (βλέπε δυσαπορρόφηση).
Υποκλυσμός	Φάρμακο	Υγρό που χορηγείται στο τελικό μέρος του εντέρου μέσω του ορθού. Αυτό μπορεί να γίνει για σκοπούς εξέτασης ή ως μέθοδος χορήγησης φαρμάκων.
Υποτροπή	Περιγραφέας νόσου	Επανενεργοποίηση της νόσου.
Ύφεση	Περιγραφέας νόσου	Ως ύφεση περιγράφεται η κατάσταση στη οποία ο ασθενής δεν έχει ενεργή νόσο. Αυτή είναι σε αντίθεση με την έξαρση ή υποτροπή που σημαίνουν πως ο ασθενής έχει ενεργή νόσο.
Υφολική κολεκτομή	Χειρουργική επέμβαση	Σε αντίθεση με την κολεκτομή, στην υφολική κολεκτομή αφαιρείται μόνο μέρος και όχι ολόκληρο το παχύ έντερο.
Φυματίωση	Νόσος	Μεταδοτική νόσος που προσβάλλει τους πνεύμονες και άλλα μέρη του σώματος και που προκαλείται από το Mycobacterium tuberculosis.
Χειρουργός Παχέος Εντέρου	Άλλο	Χειρουργός που ειδικεύεται στην χειρουργική του ορθού, του πρωκτού και του παχέος εντέρου.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Χρόνιες νόσοι	Περιγραφέας νόσου	Αυτές είναι ασθένειες από τις οποίες κάποιος υποφέρει για μεγάλο διάστημα (συνήθως εφ' όρου ζωής). Οι ΙΦΝΕ είναι χρόνιες νόσοι.
---------------	-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
