

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Ulcerative Colitis (UC)



ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Κατευθυντήριες οδηγίες ECCO-EFCCA για ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα (ΕΚ)

Salvatore Leone*¹, Alejandro Samhan-Arias*², Itamar Ben-Shachar³, Marc Derieppe⁴, Filiz Dinc⁵, Isabella Grosu⁶, Charlotte Guinea⁷, Jarkko Lignell⁸, Gediminas Smailys⁹, Sigurborg Sturludóttir¹⁰, Seth Squires¹¹, Paolo Gionchetti¹², Rami Eliakim**¹³, Janette Gaarenstroom**¹⁴

* Αυτοί οι συγγραφείς συνέβαλαν εξίσου ως πρώτοι συγγραφείς

** Αυτοί οι συγγραφείς συνέβαλαν εξίσου ως τελευταίοι συγγραφείς

¹AMICI Onlus - Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Μιλάνο, Ιταλία·²ACCU ESPAÑA - Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. C/ Enrique Trompeta 6, Bajo 1. C.P. 28045. Μαδρίτη, Ισπανία·³CCFI - The Israel Foundation for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, POB 39957, Τελ Αβιβ 61398·⁴AFA - Association Francois Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 Παρίσι, Γαλλία·⁵inflatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Κωνσταντινούπολη, Τουρκία·⁶ASPIIR - Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (Romanian Association of People with IBD), Calea Mosilor 268, Βουκουρέστι, Ρουμανία·⁷Crohns & Colitis UK – CCUK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Hertfordshire AL1 3AW, Ηνωμένο Βασίλειο·⁸CCAFIN - Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Tampere, Φινλανδία·⁹Klaipeda University Hospital, Department of Pathology, Liepojos g. 41, LT-92288 Klaipeda, Λιθουανία·¹⁰Crohn's og Colitis Ulcerosa samtökin á Island, P.o. Box. 5388, 125 Ρεϊκιάβικ, Ισλανδία·¹¹Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Paisley, Σκωτία, Ηνωμένο Βασίλειο, PA2 9PN·¹²University of Bologna, Department of Medical and Surgical Sciences, Via Massarenti, 9, 40138 Μπολόνια, Ιταλία·¹³Gastroenterology and Hepatology, Sheba Medical Center, 52621 Tel Hashomer, Ισραήλ·¹⁴University Medical Center Utrecht, Department of Gastroenterology, Heidelberglaan 100, P.O. Box 85500, 3584 GX Utrecht, Ολλανδία (μέχρι Σεπτέμβριο 2015)

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 B 1000 Βέλγιο

Ευχαριστίες

Η ECCO και η EFCCA θα ήθελαν να ευχαριστήσουν όλους εκείνους που έχουν συμβάλει στις κατευθυντήριες οδηγίες ECCO-EFCCA για ασθενείς. Η ECCO και η EFCCA αναγνωρίζουν τις εργασίες 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><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 των 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

Η 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 European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) είναι ο μεγαλύτερος οργανισμός ειδικών για Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου στον κόσμο. Παράλληλα με την εκπαίδευση και την έρευνα, ένας από τους στόχους του είναι και παραγωγή νέων

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



γνώσεων για τη νόσο. Με την ανάπτυξη πρακτικών κατευθυντηρίων οδηγιών για ΙΦΝΕ, η ECCO συγκεντρώνει την εμπειρογνωμοσύνη των καλύτερων ειδικών σε διάφορους τομείς για τη δημιουργία αυτών των έργων αναφοράς σε πνεύμα συνεργασίας και με συναινετικό τρόπο.

Το 2006, η ECCO δημοσίευσε τις πρώτες οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της νόσου Crohn^{1,2}. Από τότε, λόγω του συνεχούς ενδιαφέροντος για την προώθηση μιας κοινής ευρωπαϊκής προοπτικής σχετικά με τις ΙΦΝΕ, έχουν ήδη δημοσιευθεί συνολικά δεκαπέντε οδηγίες ECCO, που καλύπτουν διάφορες πτυχές του θέματος της Ελκώδους Κολίτιδας (ΕΚ), από τη γενική αντιμετώπιση της νόσου³, μέχρι πολύ συγκεκριμένα θέματα όπως την παιδιατρική ελκώδη κολίτιδα⁴.

Από την ίδρυσή της, ο κύριος στόχος της European Federation of Crohn's & Ulcerative Colitis Associations (EFCCA) υπήρξε η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με τη διάδοση καλών πρακτικών για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, συμπεριλαμβανομένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, με την ευαισθητοποίηση του κοινού, την προώθηση της έρευνας και της ανάπτυξης νέων εργαλείων ιατρικής περίθαλψης.

Με βάση μια πρωτοβουλία για την βελτίωση της συμβολής που έχουν οι Διασκέψεις Ομοφωνίας στις ΙΦΝΕ, η ECCO και η EFCCA κατέβαλαν από κοινού προσπάθειες για τη δημοσίευση των ακόλουθων οδηγιών για ασθενείς που υποφέρουν από ελκώδη κολίτιδα.

Οι συστάσεις που περιέχονται στο παρόν έγγραφο, αποτελούν μια συλλογή των πιο αξιολογών διαπιστώσεων για τη διάγνωση και θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας. Ο σκοπός αυτών των οδηγιών είναι να κάνει καλύτερα αντιληπτό, τον τρόπο διάγνωσης και θεραπείας της ΕΚ από τους εκπαιδευμένους/επαγγελματίες ιατρούς. Οι οδηγίες έχουν καταναμηθεί σε 5 θεματικές ενότητες που σχετίζονται με: Διάγνωση, ενεργή νόσο, ύφεση, χειρουργική επέμβαση, ορθοκολικό καρκίνο και εξωεντερικές επιπλοκές. Στο τέλος του εγγράφου θα βρείτε ένα γλωσσάριο για την καλύτερη κατανόηση της ορολογίας που χρησιμοποιείται. Επιπλέον, για να ελκύσουν όσο το δυνατότερο περισσότερους αναγνώστες-ασθενείς και να διευκολύνουν την ανάγνωση, οι οδηγίες αυτές έχουν συνταχθεί σε πιο απλή γλώσσα για τον ασθενή.

Διάγνωση της Ελκώδους Κολίτιδας (ΕΚ)

Η απόφαση για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας, θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό, από το πόσο μεγάλο είναι το μέρος του παχέος εντέρου σας που έχει προσβληθεί (δηλ. η έκταση της νόσου). Ο τύπος της θεραπείας εξαρτάται από το πόσο έχει επεκταθεί η νόσος και βοηθά τον ιατρό ή τον νοσηλευτή να αποφασίσει κατά πόσο η θεραπεία θα γίνει δια του στόματος και/ή τοπικά. Η έκταση της νόσου καθορίζει επίσης, το πότε θα πρέπει να ξεκινήσει και πόσο συχνά θα πρέπει να γίνεται η επιτήρηση της νόσου σας. Επομένως, η ταξινόμηση της ελκώδους κολίτιδας σας γίνεται με βάση, το πόσο από το παχύ έντερο έχει προσβληθεί.

Η προτιμώμενη μέθοδος για την ταξινόμηση της ΕΚ είναι η ενδοσκόπηση, που επιτρέπει στον ιατρό, να επιβεβαιώσει το βαθμό φλεγμονής στο έντερό σας. Η ΕΚ μπορεί να ταξινομηθεί σε ορθίτιδα, αριστερόπλευρη κολίτιδα, και εκτεταμένη κολίτιδα.

Οι εμπειρογνώμονες συμφωνούν, πως η βέλτιστη μέθοδος για την ταξινόμηση της ΕΚ είναι η κολonosκόπηση. Η ΕΚ θα πρέπει να υποδιαιρείται σε ορθίτιδα, αριστερόπλευρη κολίτιδα, και εκτεταμένη (πέραν της σπληνικής καμπής) κολίτιδα.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Υπάρχουν δύο γενικοί λόγοι, για τους οποίους οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα πρέπει να ταξινομούνται ανάλογα με την έκταση της νόσου :1. Επηρεάζει τον τύπο θεραπείας και 2. Καθορίζει το βαθμό επιτήρησης που θα έχει ένα άτομο. Όσον αφορά την αγωγή, τα υπόθετα χρησιμοποιούνται συχνά ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την ορθίτιδα. Ο υποκλυσμός χρησιμοποιείται για την αριστερόπλευρη κολίτιδα και η από του στόματος θεραπεία (συχνά σε συνδυασμό με την τοπική θεραπεία) για την εκτεταμένη κολίτιδα. Όσον αφορά την επιτήρηση, η έκταση της νόσου είναι σημαντική για την πρόβλεψη της πιθανότητας για ανάπτυξη ορθοκολικού καρκίνου. Οι ασθενείς με ορθίτιδα δεν χρειάζονται κολonosκόπηση παρακολούθησης, σε αντίθεση με εκείνους που πάσχουν από αριστερόπλευρη κολίτιδα ή εκτεταμένη κολίτιδα.

Είναι χρήσιμο για τους ιατρούς, να ταξινομούν την ΕΚ με βάση τη βαρύτητα της. Μια τέτοια ταξινόμηση θα βοηθήσει τον ιατρό, να αποφασίσει ποια είναι η καλύτερη θεραπεία. Από τη βαρύτητα της νόσου θα εξαρτηθεί, το αν η θεραπεία θα πρέπει να είναι τοπική, συστηματική, χειρουργική, ή γενικώς, αν θα ξεκινήσει. Οι δείκτες βαρύτητας της νόσου δεν έχουν ακόμα επικυρωθεί σωστά. Διάφορες κλινικές, εργαστηριακές, απεικονιστικές και ενδοσκοπικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων και των βιοψιών βοηθούν τους ιατρούς, να αποφασίσουν ποια θα είναι η καλύτερη θεραπεία. Δεν υπάρχει ακόμα πλήρης συμφωνία, όσον αφορά τον ορισμό της ύφεσης. Η ύφεση χαρακτηρίζεται με ένα συνδυασμό κλινικών ενδείξεων (π.χ. αριθμός κενώσεων του εντέρου ≤ 3 κάθε μέρα χωρίς αιμορραγία) και κανένα σύμπτωμα της νόσου κατά την ενδοσκόπηση. Η απουσία σημείων οξείας φλεγμονής στη βιοψία επίσης, βοηθά στην διαπίστωση ύφεσης.

Η αντιμετώπιση του ασθενή θα εξαρτηθεί εν μέρει από το πόσο βαρεία είναι η νόσος. Η βαρύτητα της φλεγμονής καθορίζει, αν ο ασθενής θα υποβληθεί σε αγωγή από του στόματος, ενδοφλέβια αγωγή ή χειρουργική επέμβαση, ή σε καθόλου αγωγή. Πολλοί δείκτες βαρύτητας νόσου έχουν προταθεί, αλλά κανένας δεν έχει μέχρι σήμερα επικυρωθεί (δηλ. αποδειχθεί ακριβής και χρήσιμος). Κατά γενική γνώμη, ένας συνδυασμός κλινικών χαρακτηριστικών, εργαστηριακών ευρημάτων (επίπεδα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης στο αίμα ή εξετάσεις καλπροτεκτίνης κοπράνων), τεχνικών απεικόνισης (π.χ. ακτίνων Χ) και ενδοσκοπικών ευρημάτων (συμπεριλαμβανομένων των βιοψιών) μπορούν να υποστηρίξουν τον ιατρό στην αντιμετώπιση των ασθενών του.

Δεν υπάρχει ακόμα πλήρης συμφωνία μεταξύ των ειδικών, όσον αφορά τον ορισμό της ύφεσης. Σήμερα ο καλύτερος χαρακτηρισμός της ύφεσης αποτελείται από ένα συνδυασμό των συμπτωμάτων του ασθενή και των ευρημάτων της κολonosκόπησης. Εκείνοι οι ασθενείς που θεωρούνται σε ύφεση έχουν δύο με τρεις λιγότερες κενώσεις κάθε μέρα χωρίς αιμορραγία και η κολonosκόπηση τους δεν δείχνει σημεία φλεγμονής. Επίσης, δε θα πρέπει να παρατηρείται μικροσκοπική φλεγμονή στις βιοψίες τους.

Συμπτώματα της ΕΚ

Τα συμπτώματα της ΕΚ θα εξαρτηθούν από το πόσο μεγάλο μέρος του παχέος εντέρου έχει προσβληθεί από φλεγμονή και πόσο βαρεία είναι η νόσος. Αίμα στα κόπρανα, διάρροια, αιμορραγία από το ορθό, τεινεσμός και/ή επείγουσα ανάγκη για αφόδευση είναι τα πιο κοινά συμπτώματα. Οι ασθενείς με ΕΚ συχνά έχουν ανάγκη να εκκενώσουν το έντερο τους κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η γενική αδιαθεσία, η ανορεξία και ο πυρετός αποτελούν ενδείξεις βαρείας προσβολής.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Τα βαριά συμπτώματα ΕΚ συχνά συμπίπτουν με βαριά φλεγμονή του παχέος εντέρου και με το σε ποιά έκταση έχει προσβληθεί το παχύ έντερο. Η φλεγμονή του παχέος εντέρου μετράται με τη βοήθεια κολonosκόπησης και βιοψίας.

Το πιο κοινό σύμπτωμα που παρουσιάζουν ασθενείς με ΕΚ είναι ορατό αίμα στα κόπρανα. Περισσότεροι από 90% των ασθενών αναφέρουν το σύμπτωμα αυτό. Οι **ασθενείς με εκτεταμένη και ενεργό ΕΚ** παρουσιάζουν χρόνια διάρροια συνήθως με αιμορραγία από το ορθό ή τουλάχιστο ορατό αίμα στα κόπρανα. Οι ασθενείς έχουν επίσης αναφέρει ανάγκη για κένωση, τεινεσμό, βλεννοαιματηρή κένωση, την ανάγκη να κενώσουν το έντερο τη νύχτα, κοιλιακές κράμπες και πόνο (συχνά στην αριστερή πλευρά της κάτω κοιλιακής χώρας) πριν την κένωση, ο οποίος ανακουφίζεται μετά την κένωση. Επιπλέον, όταν ένας ασθενής έχει βαριά φλεγμονή, συνήθως θα παρουσιάσει πυρετό, ταχυκαρδία, απώλεια βάρους, πρήξιμο της κοιλιακής χώρας, ή ελαττωμένους εντερικούς ήχους. Σε αντίθεση, οι **ασθενείς με ορθίτιδα** συνήθως αναφέρουν αιμορραγία, αίσθημα ανάγκης για κένωση, τεινεσμό, και περιστασιακά βαριά δυσκοιλιότητα.

Ιστορικό του ασθενή

Ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να περιλαμβάνει πολλές ερωτήσεις. Για παράδειγμα, ο ιατρός θα πρέπει να ρωτήσει πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματα και ποιας μορφής είναι. Τέτοια συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- αίμα στα κόπρανα
- έκτακτη ανάγκη για κένωση
- σύσταση και συχνότητα των κοπράνων
- τεινεσμός
- κοιλιακό άλγος
- απώλεια ελέγχου του εντέρου
- ανάγκη για κένωση κατά τη διάρκεια της νύχτας
- μερικά συμπτώματα μπορεί να μη σχετίζονται άμεσα με το έντερο (π.χ. πόνος στις αρθρώσεις).

Ο ιατρός πρέπει επίσης να κάνει ερωτήσεις σχετικά με:

- πρόσφατα ταξίδια
- επαφή με λοιμώδεις νόσους που μπορεί να προσβάλουν το έντερο
- φαρμακευτική αγωγή (π.χ. αντιβιοτικά και ΜΣΑΦ)
- καπνιστικές συνήθειες
- σεξουαλική πρακτική
- αν υπάρχει μέλος της οικογένειας με νόσο του Crohn, ΕΚ, ή καρκίνο του εντέρου
- προηγηθείσα σκωληκοειδεκτομή

Η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας θα πρέπει να γίνεται με βάση κλινικά συμπτώματα όπως αίμα στα κόπρανα, έκτακτη ανάγκη για κένωση και η συχνότητά της, τεινεσμός, πόνος στην κοιλιακή χώρα, απώλεια ελέγχου του εντέρου και η ανάγκη για κένωση κατά τη διάρκεια της νύχτας. Ο ιατρός ή νοσοκόμος θα πρέπει να ρωτήσει για τυχόν οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ και καρκίνου του εντέρου. Επίσης, ο ασθενής θα πρέπει να ερωτηθεί σχετικά με συμπτώματα στα μάτια, το στόμα, τις αρθρώσεις ή το δέρμα. Πρέπει να εξετάζεται και να αποκλείεται το ενδεχόμενο λοιμώδους (π.χ. βακτηρίδια από ταξίδια στο εξωτερικό) ή φαρμακευτικής κολίτιδας (π.χ. ΜΣΑΦ όπως η ιβουπροφαίνη).

Η σκωληκοειδεκτομή λόγω επιβεβαιωμένης διάγνωσης σκωληκοειδίτιδας έχει αποδειχθεί πως μειώνει τον κίνδυνο να προσβληθεί το άτομο από ΕΚ αργότερα στη ζωή. Επιπλέον, η

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



ΕΚ παρουσιάζεται λιγότερο σοβαρή αν η σκωληκοειδεκτομή έγινε για 'πραγματική' σκωληκοειδίτιδα σε νεαρή ηλικία.
Αν μέλος της οικογένειας σας υποφέρει από νόσο του Crohn ή ΕΚ, διατρέχετε μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθείτε οι ίδιοι από ΕΚ.

Μελέτες κατέδειξαν, πως σε περίπτωση που ένα άτομο υποβλήθηκε σε νεαρή ηλικία σε σκωληκοειδεκτομή λόγω επιβεβαιωμένης διάγνωσης σκωληκοειδίτιδας έχει λιγότερες πιθανότητες να προσβληθεί από ΕΚ. Έχει αναφερθεί πως η μείωση του κινδύνου ανέρχεται στα 69%. Επιπρόσθετα, αν προσβληθείτε από ΕΚ μετά από σκωληκοειδεκτομή είναι λιγότερο πιθανό αυτή να είναι σοβαρή. Θα πρέπει να σημειωθεί πως η σκωληκοειδεκτομή δεν εμποδίζει την ανάπτυξη της πρωτοπαθούς σκληρυντικής χολαγγειίτιδας (ΠΣΧ). Δεν είναι σήμερα γνωστό, αν η σκωληκοειδεκτομή μετά την ανάπτυξη ΕΚ επηρεάζει την πορεία της νόσου.

Οι συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με ΕΚ εμφανίζουν δεκαπλάσιο έως δεκαπενταπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Εντούτοις, επειδή ο κίνδυνος είναι ούτως ή άλλως τόσο χαμηλός, η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου για ένα συγγενή πρώτου βαθμού είναι μόνο 2% μεγαλύτερη. Επομένως, αυτός ο αυξημένος κίνδυνος δεν θα πρέπει να επηρεάζει σημαντικά την απόφαση ενός ασθενή με ΕΚ για το αν θα αποκτήσει παιδιά ή όχι.

Φυσική εξέταση

Η αντικειμενική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει μια σειρά παραγόντων:

- γενική κατάσταση της υγείας
- καρδιακή συχνότητα
- θερμοκρασία σώματος
- αρτηριακή πίεση
- βάρος
- ύψος
- εξέταση της κοιλιακής χώρας για πρήξιμο και πόνο
- ορθοπρωκτική εξέταση

Όταν ο ιατρός ή νοσηλευτής εξετάζει αντικειμενικά τον ασθενή, τα ευρήματα θα εξαρτηθούν από το πόσο βαρεία είναι η ΕΚ και από την έκτασή της. Αν ένα άτομο υποφέρει από ήπιας ή μέτριας ενεργότητας νόσο, δεν θα ανευρεθούν πολλά κατά την εξέτάσή του εκτός από αίμα κατά την ορθοπρωκτική εξέταση. Επιπλέον, όταν ένας ασθενής έχει σοβαρή φλεγμονή, συνήθως θα παρουσιάσει και πυρετό, ταχυκαρδία, απώλεια βάρους, ευαισθησία στο παχύ έντερο, πρήξιμο της κοιλιακής χώρας, ή ελαττωμένους ήχους του εντέρου.

Διαγνωστικές εξετάσεις

Οι πρώιμοι έλεγχοι θα πρέπει να περιλαμβάνουν πλήρη αιματολογικό έλεγχο, έλεγχο των επιπέδων ουρίας στον ορό, της κρεατινίνης, των ηλεκτρολυτών, των ηπατικών ενζύμων, της βιταμίνης D, του σιδήρου, και της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP). Η καλπροτεκτίνη κοπράνων αποτελεί ακριβή δείκτη για την παρουσία φλεγμονής στο παχύ έντερο. Η CRP και η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών (ΤΚΕ) βοηθούν στη μέτρηση της ανταπόκρισης στην αγωγή κατά της βαρείας μορφής νόσου. Ο ιατρός θα πρέπει να ελέγξει για λοιμώδη

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



διάρροια, συμπεριλαμβανομένης της τοξίνης του *Clostridium difficile*. Ο ιατρός θα πρέπει να διαπιστώσει, αν ο ασθενής έχει ανοσοποιηθεί κατά ιογενών ασθενειών ή αν έχει φυματίωση.

Υπό ιδανικές συνθήκες, κατά τη διάγνωση ο κάθε ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε πλήρη αιματολογικό έλεγχο, έλεγχο για φλεγμονώδεις δείκτες (CRP ή ΤΚΕ), ηλεκτρολύτες, εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας, και λήψη δειγμάτων κοπράνων. Η καλπροτεκτίνη κοπράνων η οποία λαμβάνεται στα δείγματα κοπράνων θα μετρήσει με ακρίβεια αν υπάρχει φλεγμονή στο παχύ έντερο. Εντούτοις, οι εξετάσεις για τη διαπίστωση φλεγμονής μπορεί να έχουν φυσιολογικά αποτελέσματα στην περίπτωση ήπιας ή μέτριας βαρύτητας αριστερόπλευρης ΕΚ. Ο πλήρης αιματολογικός έλεγχος μπορεί να αναδείξει (α) ψηλά επίπεδα αιμοπεταλίων ως αποτέλεσμα επίμονης φλεγμονής, (β) αναιμία και χαμηλά επίπεδα σιδήρου τα οποία υποδεικνύουν τη βαρύτητα ή τη διάρκεια της νόσου (γ) αύξηση των λευκοκυττάρων που επισημαίνουν την πιθανότητα παρουσίας λοίμωξης.

Εκτός από την ορθίτιδα, τα επίπεδα CRP τείνουν να είναι αυξημένα στην περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει σοβαρά συμπτώματα. Ψηλά επίπεδα CRP συνήθως συμπίπτουν με υψηλή ΤΚΕ, σιδηροπενία, και χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης. Αυτοί οι δείκτες μπορούν επίσης, να χρησιμοποιηθούν για να διαπιστωθεί αν ένα άτομο με οξεία βαρεία κολίτιδα χρειάζεται χειρουργική επέμβαση. Όταν τα επίπεδα CRP και ΤΚΕ είναι ανεβασμένα, αυτό μπορεί επίσης να υποδεικνύει την παρουσία λοίμωξης. Αυτό σημαίνει, πως δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για τη διάκριση της ΕΚ από άλλες αιτίες ή συμπτώματα. Επομένως, ο ιατρός ή νοσοκόμος θα πρέπει επίσης να αποκλείει άλλες αιτίες, όπως τα βακτηρίδια (π.χ. το *Clostridium difficile*, *Campylobacter*, ή *E. coli*) ή τα παράσιτα (π.χ. αμοιβάδες).

Κολονοσκόπηση

Όταν υπάρχει υποψία ΕΚ, οι καλύτερες μέθοδοι για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και της βαρύτητας είναι η κολονοσκόπηση (κατά προτίμηση με ειλεοκολονοσκόπηση) και οι βιοψίες σε πολλά σημεία του εντέρου (συμπεριλαμβανομένου και του ορθού). Στην περίπτωση βαριάς προσβολής, πρέπει να γίνεται εξέταση της κοιλιακής χώρας με ακτίνες Χ και η ενεργή νόσος να επιβεβαιώνεται με σιγμοειδοσκόπηση ως μέθοδος πρώτης επιλογής. Η άμεση νοσηλεία δικαιολογείται στην περίπτωση όλων των ασθενών που πληρούν τα κριτήρια της βαρείας κολίτιδας για να αποφεύγεται η καθυστερημένη λήψη απόφασης, που μπορεί στη συνέχεια να οδηγήσει σε αυξημένη περιεγχειρητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Η κολονοσκόπηση με είσοδο του κολονοσκοπίου και στο λεπτό έντερο, παράλληλα με πολλές βιοψίες, είναι η καλύτερη μέθοδος για να εβιβεβαιωθεί η υποψία της διάγνωσης της ΕΚ. Αυτό θα επιτρέψει στον ιατρό ή το νοσηλευτή να εξετάσει μεγαλύτερο μέρος του παχέος εντέρου και μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικό από μια σιγμοειδοσκόπηση. Εντούτοις, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, τόσο η διαθεσιμότητα πόρων όσο και η βαρύτητα της υποψιαζόμενης νόσου. Η κολονοσκόπηση και η προετοιμασία του εντέρου πρέπει να αποφεύγονται σε ασθενείς με βαρεία κολίτιδα λόγω της πιθανής απώλειας χρόνου και του κινδύνου διάτρησης του παχέος εντέρου.

Όταν ένας ασθενής με υποψία ΕΚ υποφέρει από βαρεία προσβολή, μπορεί να γίνει αρχικά μια απλή ακτινογραφία της κοιλιακής χώρας, παρόλο που δεν εγγυάται τη διάγνωση. Σε

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



αντίθεση με την κολονοσκόπηση, στη συνέχεια, μπορεί να εκτελεστεί η σιγμοειδοσκόπηση αντί της κολονοσκόπησης για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση.

Αν η ΕΚ είναι ανενεργή, τα ευρήματα της ενδοσκόπησης μπορούν να βοηθήσουν στην πρόβλεψη της πορείας της νόσου. Επανάληψη της ενδοσκόπησης είναι χρήσιμη εάν και εφόσον γίνει και πάλι ενεργή η ΕΚ. Είναι επίσης χρήσιμη αν ο ασθενής χρειάζεται στεροειδή για να παραμείνει σε ύφεση ή αν δεν μπορεί να μπει σε ύφεση ακόμα και όταν παίρνει στεροειδή. Τέλος, η ενδοσκόπηση είναι χρήσιμη αν εξετάζεται το ενδεχόμενο κολεκτομής.

Μελέτες κατέδειξαν πως αν δεν υπάρχουν ευρήματα φλεγμονής κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης, είναι λιγότερο πιθανό να υποστεί υποτροπή ο ασθενής ή να χρειαστεί μελλοντικά κολεκτομή. Οι ασθενείς είναι πιο πιθανό να παραμείνουν χωρίς συμπτώματα το έτος που ακολουθεί την κολονοσκόπηση. Η εντόπιση της πάθησης που γίνεται με τη βοήθεια κολονοσκόπησης, είναι επίσης σημαντική για την πρόβλεψη της μελλοντικής έκβασης, την αξιολόγηση του κινδύνου καρκίνου, και για την επιλογή της αγωγής που θα εφαρμοστεί. Εντούτοις, παρά την σαφή/φαινομενική σημασία της κολονοσκόπησης για την εντόπιση της ασθένειας, δεν διεξήχθη ποτέ μελέτη που να διερευνά κολονοσκοπήσεις ρουτίνας μετά την πρώτη κολονοσκόπηση που έγινε κατά τη διάγνωση.

Στην περίπτωση στένωσης του παχέος εντέρου, ο ιατρός θα πρέπει να αποκλείσει το ενδεχόμενο παρουσίας καρκίνου ως αιτία της. Πρέπει να γίνεται λήψη πολλών βιοψιών από το παχύ έντερο και να εξετάζεται η ανάγκη χειρουργικής επέμβασης. Μερικές φορές δεν είναι δυνατή η ενδοσκοπική διασωλήνωση ολόκληρου του παχέος εντέρου. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να γίνει χρήση απεικονιστικών διαδικασιών όπως ο βαριούχος υποκλυσμός διπλής αντίθεσης, ή η κολονογραφία.

Στην περίπτωση μακροχρόνιας ελκώδους κολίτιδας, μια στένωση του παχέος εντέρου αποτελεί πιθανό σήμα κινδύνου για υποκείμενο καρκίνο του εντέρου και απαιτεί προσεκτική αξιολόγηση με τη βοήθεια κολονοσκόπησης και βιοψιών. Αν δεν μπορεί να ολοκληρωθεί η κολονοσκόπηση εξαιτίας της στένωσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί βαριούχος υποκλυσμός απλής ή διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης για αξιολόγηση της στένωσης και του γειτονικού παχέος εντέρου. Η κολονογραφία με αξονικό τομογράφο μπορεί να αξιολογήσει την κατάσταση του ιστού κοντά σε στένωση του παχέος εντέρου, ως επίσης και την εξωεντερική (δηλαδή ιστού που βρίσκεται εκτός του εντέρου) παθολογία, και για το λόγο αυτό εξελίσσεται σε μέθοδο επιλογής σε αυτή την περίπτωση.

Ο όρος ακαθόριστη κολίτιδα (ΑΚ) θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για τα δείγματα εκτομής. Αν μετά που θα γίνουν όλες οι δυνατές εξετάσεις ο ιατρός ακόμα δεν γνωρίζει αν έχετε νόσο του Crohn ή ΕΚ, τότε αυτή πρέπει να χαρακτηρίζεται ως αταξινόμητη ΙΦΝΕ.

Αταξινόμητη ΙΦΝΕ είναι ο καλύτερος όρος για εκείνες τις περιπτώσεις, στις οποίες δεν είναι δυνατή η διάκριση μεταξύ ελκώδους κολίτιδας, νόσου του Crohn, ή άλλων αιτίων κολίτιδας. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται όταν δεν είναι δυνατή η διάκριση ακόμα και αφού λήφθηκαν υπόψη το ιατρικό ιστορικό, η ενδοσκοπική εξέταση, η ιστοπαθολογική εξέταση πολλαπλών βιοψιών του βλεννογόνου και ο κατάλληλος ακτινολογικός έλεγχος. Η αταξινόμητη κολίτιδα είναι όρος που χρησιμοποιείται μόνο από τους παθολογοανατόμους για την περιγραφή ενός δείγματος κολεκτομής, που παρουσιάζει επικαλυπτόμενα χαρακτηριστικά τόσο ΕΚ όσο και νόσου του Crohn.



Φαρμακευτική αγωγή ενεργούς Ελκώδους Κολίτιδας

Ορθίτιδα

Υπόθετα 5-ASA 1g μια φορά την ημέρα συνιστούν την προτιμώμενη πρώιμη θεραπεία κατά της ήπιας ή μέτριας βαρύτητας ορθίτιδας. Είναι επίσης δυνατή η χρήση υποκλυσμών με αφρό 5-ASA. Τα υπόθετα πιθανόν να μεταφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό του φαρμάκου στο ορθό και προφανώς οι ασθενείς τα προτιμούν σε σχέση με τους υποκλυσμούς. Ο συνδυασμός της τοπικής με την από του στόματος χορήγηση 5-ASA ή με τοπικά στεροειδή είναι καλύτερος από την αντιμετώπισή της με μόνο μία απ' αυτές. Η χορήγηση 5-ASA από του στόματος μόνη της δεν είναι εξίσου αποτελεσματική με τη συνδυασμένη χορήγηση για την θεραπεία της νόσου. Μια πιο επίμονη ορθίτιδα μπορεί να χρειαστεί αγωγή με ανοσοκατασταλτικά και/ή φάρμακα anti-TNF.

Όταν ένα άτομο πάσχει από ορθίτιδα, η τοπική χορήγηση 5-ASA είναι η καλύτερη θεραπεία. Αυτό έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες, που κατέδειξαν πως το 5-ASA μειώνει τα συμπτώματα και βελτιώνει τα ευρήματα στην κολονοσκόπηση και τη βιοψία. Επιπλέον, τα υπόθετα είναι πιο αποτελεσματικά από τους υποκλυσμούς, αφού στοχεύουν το σημείο της φλεγμονής και εντοπίζονται ακόμα στο ορθό περισσότερων ασθενών μετά από 4 ώρες (40% έναντι 10%). Δεν διαπιστώθηκε αύξηση της αποτελεσματικότητας του 5-ASA με αύξηση της δόσης άνω του 1 γραμμαρίου τη μέρα, και η χορήγησή του μια φορά την ημέρα είναι εξίσου αποτελεσματική όσο και οι περισσότερες φορές.

Πολλαπλές μελέτες κατέδειξαν, πως η τοπική μεσαλαζίνη είναι πιο αποτελεσματική από τοπικά στεροειδή όσον αφορά τη μείωση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση των ευρημάτων στην κολονοσκόπηση και τη βιοψία. Η χορήγηση τοπικών στεροειδών πρέπει να περιορίζεται στους ασθενείς που δεν μπορούν να ανεχθούν την τοπική θεραπεία με 5-ASA.

Μόνη της η τοπική θεραπεία 5-ASA είναι πιο αποτελεσματική για την ορθίτιδα από τα από του στόματος χορηγούμενα 5-ASA. Ο συνδυασμός της τοπικής και της από του στόματος χορηγούμενης θεραπείας 5-ASA φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικός από την κάθε μια μόνη της, σε περίπτωση που ο ασθενής έχει νόσο που επεκτείνεται λιγότερο από 50 εκατοστά από τον πρωκτικό δακτύλιο. Ο συνδυασμός τοπικής θεραπείας 5-ASA με τοπικά στεροειδή είναι εξίσου αποτελεσματικός. Αν ο συνδυασμός από του στόματος χορηγούμενης ή τοπικής θεραπείας 5-ASA με τοπικά κορτικοστεροειδή δεν αντιμετωπίζει αποτελεσματικά την ορθίτιδα, θα πρέπει να προστίθεται πρεδνιζολόνη. Αν όλα τα άλλα αποτύχουν, θα πρέπει να γίνει χρήση ανοσοκατασταλτικών ή θεραπεία anti-TNF.

Αριστερόπλευρη κολίτιδα

Στο αρχικό στάδιο της θεραπείας, η ενεργή ήπια-μέτρια αριστερόπλευρη κολίτιδα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με 1g υποκλυσμό αμινοσαλικυλικών κάθε μέρα σε συνδυασμό με πάνω από 2,4gr από του στόματος χορηγούμενης μεσαλαζίνης κάθε μέρα. Η συνδυασμένη θεραπεία με από του στόματος χορηγούμενη και τοπική 5-ASA θεραπεία είναι καλύτερη από την χρήση τοπικών στεροειδών ή αμινοσαλικυλικού μόνων τους. Είναι επίσης καλύτερη από το από του στόματος χορηγούμενο αμινοσαλικυλικό μόνο του. Η τοπική χρήση 5-ASA είναι καλύτερη για την θεραπεία της νόσου από τα τοπικά στεροειδή. Η λήψη μιας δόσης 5-ASA κάθε μέρα είναι εξίσου αποτελεσματική με τη λήψη 5-ASA σε ξεχωριστές δόσεις. Τα συστηματικά κορτικοστεροειδή συνιστούνται όταν η 5-ASA δεν είναι



αποτελεσματική. Στην περίπτωση βαρείας νόσου, ο ασθενής θα πρέπει να νοσηλεύεται για εντατική θεραπεία.

Υπάρχουν σαφή αποδεικτικά στοιχεία από μελέτες, σύμφωνα με τα οποία, τα από του στόματος χορηγούμενα και τοπικά 5-ASA είναι εξίσου αποτελεσματικά κατά της αριστερόπλευρης ΕΚ. Επομένως, η θεραπεία πρώτης γραμμής για ήπια μέχρι μέτρια ενεργή αριστερόπλευρη κολίτιδα είναι η συνδυασμένη αγωγή με από του στόματος χορηγούμενα και τοπικά 5-ASA. Αποδείχθηκε πιο αποτελεσματική από την ξεχωριστή χορήγηση. Ο συνδυασμός της από του στόματος και της τοπικής χορήγησης είναι πιο αποτελεσματικός και πιο γρήγορος από την κάθε μια μόνη της. Τα αποτελέσματα από πολλές μελέτες κατέδειξαν πως η χορήγηση 5-ASA από το ορθό είναι πιο αποτελεσματική από κορτικοστεροειδή χορηγούμενα από το ορθό, παρόλο που πολλές μελέτες κατέδειξαν πως η μέσω του ορθού χορηγούμενη διπροπιονική βεκλομεθαζόνη (στεροειδές φάρμακο) είναι εξίσου αποτελεσματική με το μέσω του ορθού χορηγούμενο 5-ASA.

Αρκετές μελέτες κατέδειξαν, ότι δεν έχει κανένα πλεονέκτημα η χορήγηση σε ξεχωριστές δόσεις, έτσι συνιστάται η χορήγηση 5-ASA μια φορά την ημέρα. Εντούτοις, η αύξηση της δόσης φαίνεται να οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς, και η ελάχιστη συνιστώμενη ημερήσια δόση για την αριστερόπλευρη κολίτιδα είναι 2,4 gr.

Μερικές φορές όταν το 5-ASA δεν είναι αποτελεσματικό ή δεν το ανέχονται καλά οι ασθενείς με αριστερόπλευρη ΕΚ, πρέπει να εξετάζεται η χορήγηση κορτικοστεροειδών από το στόμα. Τα από του στόματος χορηγούμενα κορτικοστεροειδή μπορεί να ενεργήσουν πιο γρήγορα, αλλά μπορούν να προκαλέσουν περισσότερες παρενέργειες. Τα 5-ASAs παίρνουν κατά μέσο όρο 9-16 μέρες για να ενεργήσουν, και η ανταπόκριση θα είναι πιο γρήγορη με συνδυασμένη αγωγή σε σύγκριση με μονοθεραπεία από του στόματος. Αν τα συμπτώματα ενός ασθενή που λαμβάνει αγωγή με 5-ASA χειροτερεύσουν, παρουσιάσει αιμορραγία από τον ορθό για περισσότερες από 10-14 μέρες μετά την έναρξη της θεραπείας, ή αν δεν ανακουφιστεί από τα συμπτώματα εντός 40 ημερών, θα πρέπει να γίνει έναρξη συμπληρωματικής θεραπείας (συνήθως με κορτικοστεροειδή από το στόμα).

Εκτεταμένη κολίτιδα

Στα πρώτα στάδια της θεραπείας, η εκτεταμένη κολίτιδα ήπιας μέχρι μέτριας βαρύτητας θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με πάνω από 2,4g από στόματος χορηγούμενου 5-ASA την ημέρα. Αυτό θα πρέπει να συνδυάζεται με τοπικό 5-ASA εάν αυτό είναι ανεκτό, για να αυξήσει τις πιθανότητες παραμονής σε ύφεση. Η λήψη μιας δόσης 5-ASA κάθε μέρα είναι εξίσου αποτελεσματική με τη λήψη 5-ASA σε ξεχωριστές δόσεις. Τα συστηματικά κορτικοστεροειδή πρέπει να χορηγούνται αν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στο 5-ASA. Ασθενείς με βαριά εκτεταμένη κολίτιδα θα χρειαστούν νοσηλεία για εντατική θεραπεία.

Το από στόματος χορηγούμενο 5-ASA είναι αποτελεσματικό για επαγωγή ύφεσης στην ήπια έως μέτρια ενεργή εκτεταμένη ΕΚ. Επιπλέον, ο συνδυασμός από στόματος χορηγούμενου με τοπικό 5-ASA είναι πιο αποτελεσματικός από το πρώτο μόνο του· κλινική δοκιμή κατέδειξε πως η συνδυασμένη θεραπεία οδήγησε στην επίτευξη ύφεσης σε 64% των ασθενών σε σύγκριση με 43% που έπαιρναν μόνο από του στόματος χορηγούμενο 5-ASA. Η λήψη μιας δόσης 5-ASA κάθε μέρα είναι εξίσου αποτελεσματική με τη λήψη 5-ASA σε ξεχωριστές δόσεις για ασθενείς με εκτεταμένη κολίτιδα.

Αν η ήπια ή μέτριας ενεργότητας νόσος δεν απαντά στο 5-ASA θα πρέπει να ξεκινήσει η από του στόματος χορήγηση στεροειδών. Παρομοίως, όταν ένας ασθενής ήδη παίρνει

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



πάνω από 2gr 5-ASA ή ανοσοτροποποιητικά ως θεραπεία συντήρησης και παρουσιάσει υποτροπή, θα πρέπει να ξεκινήσει αγωγή με στεροειδή. Τα στεροειδή έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στην επίτευξη ύφεσης σε τουλάχιστο δύο μελέτες. Όταν ένα άτομο πάσχει από βαρεία εκτεταμένη ΕΚ, θα πρέπει να νοσηλεύεται, αφού αυτή μπορεί να απειλήσει τη ζωή του.

Βαρεία κολίτιδα

Σε περίπτωση εμφάνισης αιματηρής διάρροιας, περισσότερες από έξι φορές την ημέρα και οποιαδήποτε σημεία συστηματικής τοξικότητας (δηλ. περισσότερους από 90 παλμούς το λεπτό, πυρετό πάνω από 37,8°C, επίπεδα αιμοσφαιρίνης χαμηλότερα από 10,5g/dL, ή ΤΚΕ πάνω από 30mm/ώρα ή επίπεδα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης πάνω από 30mg/l), ο ασθενής πάσχει από βαρεία ΕΚ και θα πρέπει να νοσηλεύεται για εντατική θεραπεία.

Περίπου ένας στους έξι ασθενείς με ΕΚ θα υποστεί μια βαρεία έξαρση κατά την πορεία της νόσου του. Η βαρεία ΕΚ πρέπει να αντιμετωπίζεται σοβαρά. Παρά την πρόοδο που έγινε τον τελευταίο αιώνα στη θεραπεία, το 2,9% των ασθενών που νοσηλεύονται στο Ηνωμένο Βασίλειο με οξεία βαρεία ΕΚ πεθαίνουν, παρόλο που λιγότερο από 1% πεθαίνουν σε εξειδικευμένα κέντρα. Λόγω του κινδύνου θανάτου από τη βαρεία ΕΚ, είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται η εμφάνιση μιας βαρείας έξαρσης. Η βαρεία έξαρση ΕΚ εμφανίζεται όταν ο ασθενής έχει έξι ή περισσότερες αιματηρές κενώσεις κάθε μέρα σε συνδυασμό με ένα από τα ακόλουθα: (α) ταχυκαρδία (περισσότερους από 90 παλμούς το λεπτό), (β) πυρετό, (γ) αναιμία, ή (δ) ψηλά επίπεδα ΤΚΕ ή C-αντιδρώσας πρωτεΐνης.

Όλοι οι ασθενείς που εμφανίζουν βαρεία έξαρση πρέπει να νοσηλεύονται για εντατική θεραπεία, η οποία αρχικά θα περιλαμβάνει ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή και στη συνέχεια μετάβαση σε κυκλοσπορίνη, τακρόλιμους, ή ινφλιξιμάμπη αν ο ασθενής δεν αντιδρά στα ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή εντός τριών ημερών. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στην αγωγή, θα χρειαστεί χειρουργική επέμβαση. Αποφάσεις σχετικά με την εντατική φαρμακευτική αγωγή και τη χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να παίρνονται γρήγορα αλλά και προσεκτικά. Αν καθυστερήσει πολύ η χειρουργική επέμβαση, μπορεί να παρουσιαστούν περισσότερες επιπλοκές κατά τη διάρκειά της.

Η βαρεία ενεργός ΕΚ πρέπει να αντιμετωπίζεται με ενδοφλέβια στεροειδή. Μπορεί να γίνει χρήση ενδοφλέβιας κυκλοσπορίνης μόνης της. Η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους θα πρέπει να χορηγείται για να μειωθεί ο κίνδυνος θρόμβων αίματος. Τον ασθενή θα πρέπει να φροντίζει από κοινού ομάδα γαστρεντερολόγου και χειρουργού παχέος εντέρου.

Η ανταπόκριση στα ενδοφλέβια στεροειδή θα διαπιστωθεί καλύτερα με ιατρικές εξετάσεις περίπου την τρίτη μέρα. Στην περίπτωση βαρείας ενεργού ΕΚ που δεν ανταποκρίνεται στα ενδοφλέβια στεροειδή, θα πρέπει να συζητούνται άλλες πιθανές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης και της χειρουργικής επέμβασης. Η κυκλοσπορίνη, ή η ινφλιξιμάμπη ή το τακρόλιμους μπορεί να είναι κατάλληλα ως θεραπεία δεύτερης γραμμής. Αν δεν παρουσιαστεί βελτίωση εντός 4-7 ημερών από την έναρξη της θεραπείας σωτηρίας, συστήνεται η κολεκτομή.

Η απόφαση για το πότε να συστήσει/συμβουλεύσει την κολεκτομή σε ένα ασθενή ΕΚ είναι μια από τις πιο δύσκολες που θα κληθεί να πάρει ένας γαστρεντερολόγος. Εντούτοις, ο

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



γαστρεντερολόγος σε συνεργασία με το χειρουργό θα πρέπει να είναι όσο το δυνατό πιο αποφασιστικός και να μην αφήνει την κρίση του να επηρεάζεται από την κατανοητή απροθυμία του ασθενή για να καθυστερήσει την επέμβαση. Η υπερβολική καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα επιπλοκών ή ακόμη και θανάτου.

Πρέπει να ληφθούν αντικειμενικά μέτρα (δηλ. μέτρα που να μην επηρεάζονται από τα συναισθήματα του ασθενή ή του ιατρού) που θα βοηθήσουν τον γαστρεντερολόγο να πάρει τη σημαντική απόφαση αν θα αντιμετωπίσει την ΕΚ με κολεκτομή ή φαρμακευτική αγωγή όπως κυκλοσπορίνη, ινφλιξιμάμπη ή τακρόλιμους. Οι κλινικές (π.χ. συχνή κένωση), βιοχημικές (π.χ. ψηλά επίπεδα ΤΚΕ), και ακτινολογικές (π.χ. διάταση του παχέος εντέρου) ενδείξεις αποτελούν αντικειμενικά μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Είναι επίσης σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι προσωπικές περιστάσεις του ασθενή όταν θα παρθεί μια τέτοια απόφαση. Παραδείγματος χάριν, η ενδοφλέβια κυκλοσπορίνη θα πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς με χαμηλή χοληστερόλη ή μαγνήσιο λόγω του αυξημένου κινδύνου νευρολογικών παρενεργειών σε αυτή την ομάδα των ασθενών.

Φαρμακευτική αγωγή για τη διατήρηση της ύφεσης

Η επιλογή της θεραπείας συντήρησης θα εξαρτηθεί από πολλούς παράγοντες:

- πόσο από το παχύ έντερο έχει προσβληθεί (δηλ. η έκταση της νόσου)
- πόσο συχνά εμφανίζονται εξάρσεις
- αν έχει αποτύχει προηγούμενη θεραπεία συντήρησης
- πόσο βαρειά ήταν η πιο πρόσφατη έξαρση
- τι θεραπεία χρησιμοποιήθηκε για επίτευξη της ύφεσης στην πιο πρόσφατη έξαρση
- την ασφάλεια της θεραπείας συντήρησης
- πρόληψη του καρκίνου.

Η επιλογή της σωστής θεραπείας για να παραμείνει η νόσος σε ύφεση θα εξαρτηθεί από μια σειρά παραγόντων. Οι ασθενείς με ορθίτιδα είναι πιο πιθανό να χρειαστούν μόνο τοπική θεραπεία, ενώ εκείνοι με αριστερόπλευρη ή εκτεταμένη ΕΚ θα χρειαστούν από του στόματος αγωγή. Επιπλέον, αν ένα άτομο έχει ιστορικό μικρών χρονικών διαστημάτων μεταξύ των εξάρσεων, θα ωφεληθεί περισσότερο από μια πιο έντονη θεραπεία επειδή αυτό μπορεί να αυξήσει τις περιόδους μεταξύ των εξάρσεων. Αν ένα φάρμακο δεν βοήθησε στην θεραπεία συντήρησης στο παρελθόν, δεν θα πρέπει να δοκιμάζεται ξανά. Αν μια πρόσφατη έξαρση ήταν πιο βαρειά, θα πρέπει να γίνεται πιο εντατική θεραπεία. Η βαρύτητα μιας τρέχουσας έξαρσης θα προβλέψει και την πιθανότητα μιας μελλοντικής έξαρσης. Αν ένας ασθενής χρειάζεται στεροειδή για την επίτευξη της ύφεσης, είναι πιο πιθανό να χρειαστεί εντατική θεραπεία για τη διατήρηση της ύφεσης. Οι παρενέργειες των φαρμάκων θα πρέπει να σταθμίζονται προσεκτικά έναντι των ωφελημάτων τους όσον αφορά τις εξάρσεις και την πρόληψη του καρκίνου.

Αμινοσαλικυλικό οξύ

Τα από του στόματος χορηγούμενα 5-ASA αποτελούν την θεραπεία συντήρησης πρώτης γραμμής αν οι ασθενείς ανταποκρίνονται στα 5-ASA ή στα (από του στόματος ή από το ορθό χορηγούμενα) στεροειδή. Τα από το ορθό χορηγούμενα 5-ASA αποτελούν την

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Θεραπεία συντήρησης πρώτης γραμμής για την ορθίτιδα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αριστερόπλευρη κολίτιδα. Ο συνδυασμός από του στόματος και από το ορθό χορηγούμενων 5-ASA μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία συντήρησης δεύτερης γραμμής.

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει, πως τα από του στόματος χορηγούμενα 5-ASA είναι αποτελεσματικά στη διατήρηση της ύφεσης. Επιπλέον, δύο μελέτες έχουν καταδείξει πως η χρήση από το ορθό χορηγούμενων 5-ASA είναι αποτελεσματική για τη διατήρηση της ύφεσης σε ασθενείς με αριστερόπλευρη ΕΚ. Η αγωγή με από του στόματος χορηγούμενα 5-ASA σε συνδυασμό με 5-ASA με υποκλυσμούς αποδείχθηκε πιο αποτελεσματική από την χορήγησή τους από του στόματος μόνο, για τη διατήρηση της ύφεσης. Μια έρευνα σε ασθενείς από το Ηνωμένο Βασίλειο κατέδειξε πως 80% προτιμούσαν την από του στόματος θεραπεία. Προφανώς η αγωγή δια του στόματος είναι πιο αποδεκτή για τους ασθενείς από την θεραπεία δια του ορθού.

Η από του στόματος χορήγηση 5-ASA δεν φέρνει αποτέλεσμα κάτω από δόση 1,2g την ημέρα. Για τη θεραπεία με χορήγηση από το ορθό, 3g την εβδομάδα σε ξεχωριστές δόσεις είναι αρκετά για να διατηρήσουν την ύφεση. Η δόση αυτή μπορεί να ρυθμιστεί/αλλαχθεί ανάλογα με το πόσο αποτελεσματική είναι. Σε ορισμένες περιπτώσεις βοηθούν μεγαλύτερες δόσεις με ή χωρίς τοπικά 5-ASA. Δεν θα παρουσιαστούν περισσότερες παρενέργειες αν πάρετε 5-ASA μια φορά την ημέρα. Άλλα δια του στόματος χορηγούμενα φάρμακα 5-ASA είναι προτιμότερα σε σχέση με τη σουλφασαλαζίνη (παρόλο που η σουλφασαλαζίνη μπορεί να είναι κάπως πιο αποτελεσματική) επειδή προκαλούν λιγότερες παρενέργειες. Όλα τα διαθέσιμα δια του στόματος χορηγούμενα 5-ASA είναι αποτελεσματικά. Δεν υπάρχουν ισχυρά στοιχεία που να αποδεικνύουν πως κάποιο συγκεκριμένο 5-ASA είναι καλύτερο από άλλα για τη θεραπεία συντήρησης.

Η ελάχιστη αποτελεσματική δόση για από του στόματος χορηγούμενα 5-ASA είναι 1,2g την ημέρα. Αφού δεν υπάρχει αύξηση παρενεργειών με μεγαλύτερες δόσεις 5-ASA, πρέπει να δίνονται μεγαλύτερες δόσεις σε ορισμένες περιπτώσεις. Επιπλέον, δεν έχει σημασία αν παίρνετε το 5-ASA μια φορά ή πολλές φορές την ημέρα. Δίνεται προτίμηση στη μια δόση κάθε μέρα επειδή βελτιώνει την συμμόρφωση του ασθενούς με τη θεραπεία. Παρόλο που τα από του στόματος χορηγούμενα 5-ASA έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα με τη σουλφασαλαζίνη, δίνεται προτίμηση στα 5-ASA επειδή προκαλούν λιγότερες παρενέργειες. Γενικά δεν υπάρχουν ισχυρά στοιχεία που να αποδεικνύουν πως κάποιο συγκεκριμένο 5-ASA είναι καλύτερο απ' τα άλλα.

Συνιστάται η μακροπρόθεσμη θεραπεία συντήρησης με 5-ASA επειδή μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο του καρκίνου του εντέρου.

Μια μελέτη κατέδειξε πως η τακτική θεραπεία με 5-ASA μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του εντέρου κατά 75%. Επομένως πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη ως θεραπεία συντήρησης.

Θειοπουρίνες

Αν χρειάζονται στεροειδή για να παραμείνει η νόσος σε ύφεση, ο ασθενής θα πρέπει να υποβάλλεται σε θεραπεία με θειοπουρίνη.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Η αζαθειοπρίνη είναι πιο αποτελεσματική από τα 5-ASA για τη μείωση των συμπτωμάτων και της φλεγμονής (όπως φαίνεται στην κολονοσκόπηση) με ασθενείς που χρειάζονται στεροειδή για να παραμείνουν σε ύφεση. Επιπλέον, περίπου οι μισοί των ασθενών με εξάρτηση από τα στεροειδή που παίρνουν αζαθειοπρίνη παραμένουν σε ύφεση χωρίς στεροειδή για τρία χρόνια. Επομένως, τα άτομα που παρουσιάζουν έξαρση όταν σταματήσουν τα στεροειδή θα πρέπει να ξεκινήσουν αγωγή με αζαθειοπρίνη.

Ασθενείς με μέτριας ενεργότητας ΕΚ που δεν ανταποκρίνονται στις θειοπουρίνες θα πρέπει να υποβάλλονται σε αγωγή με anti-TNF ή τακρόλιμους. Θεραπείες που δεν φέρνουν αποτέλεσμα πρέπει να σταματούν και η χειρουργική επέμβαση πρέπει να αποτελεί επιλογή.

Για ασθενείς με ΕΚ με εξάρτηση από τα στεροειδή που δεν ανταποκρίνονται στις θειοπουρίνες πρέπει στην ιδανική περίπτωση να γίνεται ξανά αξιολόγηση με κολονοσκόπηση και βιοψία για να επιβεβαιώνεται η διάγνωση και να καθίσταται βέβαια η αποφυγή άλλων επιπλοκών. Μια στρατηγική θεραπείας με στόχο την απεξάρτηση από τα στεροειδή θα πρέπει να συζητείται με τον ασθενή και να εξετάζεται το ενδεχόμενο θεραπείας με anti-TNF. Υπάρχουν απτά αποδεικτικά στοιχεία πως η θεραπεία με anti-TNF είναι αποτελεσματική για μέτρια έως βαριά ΕΚ που δεν ανταποκρίνεται στα κορτικοστεροειδή ή τα ανοσοτροποποιητικά. Μπορεί επίσης να εξετάζεται η πιθανότητα χορήγησης τακρόλιμους, αλλά τα στοιχεία για τη θεραπεία αυτή δεν είναι πειστικά.

Αν η ΕΚ δεν ανταποκρίνεται ή σταματά να ανταποκρίνεται σε όλες αυτές τις θεραπείες, θα πρέπει να εξετάζεται η πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης. Παρόλο που δεν είναι χωρίς κίνδυνο, η κολεκτομή έχει τη δυνατότητα να αφαιρέσει το παχύ έντερο που προσβλήθηκε και να "θεραπεύσει" έτσι την ΕΚ. Η αγωγή με ανοσοκατασταλτικά ή ανοσοτροποποιητικά είναι περιττή και παράλογη αν η νόσος δεν βελτιώνεται, αφού αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών κατά και μετά τη χειρουργική επέμβαση λόγω της καθυστέρησης.

Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία συντήρησης. Είναι δυνατό να υποβάλλεστε σε θεραπεία βασισμένη στις ανάγκες σας, μόνο στην περίπτωση που πάσχετε από περιορισμένης έκτασης νόσο (π.χ. ορθίτιδα).

Είναι σημαντικό να συνεχίσετε να παίρνετε τα φάρμακά σας ακόμα και αν νιώθετε καλύτερα, αφού εκείνοι που λαμβάνουν τα φάρμακά τους διατρέχουν λιγότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν έξαρση από εκείνους που δεν τα παίρνουν. Στην πραγματικότητα, η τήρηση φαίνεται να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για την διαπίστωση αν ένα άτομο θα παραμείνει σε ύφεση ή όχι. Για παράδειγμα, μια μελέτη κατέδειξε πως τα άτομα που παραλάμβαναν λιγότερες από 80% των συνταγών τους για θεραπεία συντήρησης με 5-ASA εμφάνιζαν πενταπλάσιο κίνδυνο υποτροπής από εκείνα που παραλάμβαναν περισσότερες από 80% των συνταγών τους.

Οι θειοπουρίνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην περίπτωση ήπιας ή μέτριας ενεργότητας της νόσου με πρῶιμη ή συχνή υποτροπή ενώ λαμβάνεται η βέλτιστη δόση 5-ASA, σε περίπτωση δυσανεξίας στα 5-ASA, σε περίπτωση που είναι αναγκαία τα στεροειδή για να διατηρηθεί η ύφεση, ή όταν γίνεται επίτευξη της ύφεσης με κυκλοσπορίνη (ή τακρόλιμους). Όταν κάποιος ανταποκρίνεται στη θεραπεία με anti-TNF, έχει δύο επιλογές για να παραμείνει σε ύφεση. Η πρώτη είναι να παίρνει μια από τις θειοπουρίνες. Η δεύτερη επιλογή είναι να συνεχίσει τη θεραπεία anti-TNF με ή χωρίς θειοπουρίνες. Αν έχετε βαριά κολίτιδα που ανταποκρίνεται στα ενδοφλέβια στεροειδή, κυκλοσπορίνη, ή ινφλιξιμάμπη, τότε θα πρέπει να εξετάσετε την πιθανότητα θεραπείας συντήρησης με θειοπουρίνες.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Εντούτοις, αν ανταποκρίνεστε στην ινφλιξιμάμπη, είναι επίσης σωστό να συνεχίσετε την ινφλιξιμάμπη. Αν οι θειοπουρίνες δεν ήταν αποτελεσματικές για σας στο παρελθόν, θα πρέπει να προσπαθήσετε να παραμείνετε σε ύφεση με θεραπεία anti-TNF. Σε ασθενείς με βαρεία κολίτιδα που ανταποκρίνονται στα στεροειδή, την κυκλοσπορίνη ή το τακρόλιμους και που δεν χρησιμοποίησαν ποτέ θειοπουρίνες, συνιστώνται οι θειοπουρίνες για τη διατήρηση της ύφεσης.

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει πως οι θειοπουρίνες είναι αποτελεσματικές για τη διατήρηση των ασθενών σε ύφεση, παρόλο που τα αποδεικτικά στοιχεία για τη χρήση τους στην ΕΚ είναι λιγότερο ισχυρά από εκείνα για τη νόσο του Crohn. Μια πρόσφατη μελέτη κατέδειξε πως η αζαθειοπρίνη ήταν πιο αποτελεσματική για τη διατήρηση ύφεσης χωρίς στεροειδή για έξι μήνες από ότι τα 5-ASA (53% παρέμειναν σε ύφεση με αζαθειοπρίνη, έναντι του 21% με 5-ASA). Επιπλέον, οι θειοπουρίνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν μετά την επίτευξη της ύφεσης με την κυκλοσπορίνη (ή το τακρόλιμους). Με αυτό τον τρόπο μειώνεται ο κίνδυνος της ανάγκης για κολεκτομή τόσο βραχυπρόθεσμα (δηλ. 1 χρόνο) όσο και μακροπρόθεσμα (δηλ. 5 χρόνια).

Υπάρχει επίσης η επιλογή υποβολής σε θεραπεία με anti-TNF. Μελέτες έχουν δείξει πως η χρήση της ινφλιξιμάμπης βοηθά τους ασθενείς τόσο στην επαγωγή και τη διατήρηση της ύφεσης όσο και την απεξάρτηση από τα στεροειδή. Πιθανόν να συμβάλλει και στην αποφυγή της κολεκτομής. Η αδαλιμουμάμπη αποδείχθηκε επίσης, πως βοηθά τους ασθενείς με μέτρια ως βαρεία ΕΚ στην επαγωγή και τη διατήρηση της ύφεσης, τη μείωση των συμπτωμάτων, τη μείωση της φλεγμονής στο παχύ έντερο και στην απεξάρτηση από τα στεροειδή.

Μια περαιτέρω επιλογή είναι ο συνδυασμός θειοπουρίνων με θεραπεία με anti-TNF. Αυτό μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της κακής αντίδρασης της anti-TNF ή της απώλειας της αποτελεσματικότητας της αν παραχθούν αντισώματα κατά των anti-TNF. Μια μελέτη ανέφερε πως ο συνδυασμός της ινφλιξιμάμπης με την αζαθειοπρίνη ήταν πιο αποτελεσματικός στην απεξάρτηση των ασθενών από τα στεροειδή απ' ότι η κάθε μια μόνη της. Ο συνδυασμός των δύο, πιθανόν να συμβάλλει και στην αποφυγή της κολεκτομής. Επιπλέον, είναι δυνατό να σταματήσει η χορήγηση της αζαθειοπρίνης μετά τους πρώτους έξι μήνες της συνδυασμένης θεραπείας επειδή τα αντισώματα που εμποδίζουν τη δράση της ινφλιξιμάμπης και που παρεμποδίζονται από τις θειοπουρίνες τείνουν να εμφανίζονται μέσα στους πρώτους μήνες της θεραπείας με anti-TNF.

Χειρουργική επέμβαση για την ΕΚ

Ο κίνδυνος χειρουργικών επιπλοκών είναι μεγαλύτερος όταν καθυστερείται η χειρουργική επέμβαση.

Μια κατά φάσεις διαδικασία (κολεκτομή πρώτα) θα πρέπει να ακολουθείται στην οξεία περίπτωση που δεν υπάρχει ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή, ή σε περίπτωση που ο ασθενής έπαιρνε 20mg πρεδνιζολόνη ή παραπάνω για περισσότερο από έξι εβδομάδες. Αν διατίθεται, είναι καλύτερα για τον ασθενή να κάνει την χειρουργική επέμβαση χειρουργός με πείρα στη λαπαροσκοπική χειρουργική.

Στις περιπτώσεις οξείας βαρείας ΕΚ, είναι σημαντικό να συνεργάζονται πεπειραμένοι χειρουργοί και γαστρεντερολόγοι για να εξασφαλιστεί η ασφαλής αντιμετώπισή της. Παρόλο που είναι σημαντικό να δοκιμάζεται η φαρμακευτική αγωγή πριν να εξετάζεται η χειρουργική επέμβαση, είναι εξίσου σημαντικό να μην καθυστερήσει άνευ λόγου η

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



απόφαση. Η καθυστέρηση μιας αναγκαίας χειρουργικής επέμβασης οδηγεί συχνά σε χειρότερες εκβάσεις κατά και μετά την επέμβαση. Επομένως, όταν έχει αποτύχει η φαρμακευτική αγωγή, πρέπει ο ασθενής να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Η επέμβαση θα πρέπει να γίνεται σε δύο έως τρία στάδια (δηλ. κολεκτομή και ειλεοστομία πρώτα) όταν ο ασθενής έχει οξεία βαρεία ΕΚ ή έχει λάβει πολλά στεροειδή. Ο λόγος είναι ότι θα αφαιρεθεί το παχύ έντερο που προσβλήθηκε, επιτρέποντας έτσι στον ασθενή να επανακτήσει την υγεία του και να αρχίσει να τρέφεται ξανά κανονικά. Μετά την κολεκτομή ο ασθενής μπορεί να αποφασίσει αν θέλει να υποβληθεί σε ειλεοληκτοπρωκτική αναστόμωση ή να συνεχίσει με ειλεοστομία. Η κολεκτομή θα επιτρέψει επίσης τον αποκλεισμό διάγνωσης της νόσου του Crohn. Αν βρεθεί νόσος του Crohn στο δείγμα του παχέος εντέρου, τότε δεν είναι κατάλληλη η ειλεοδακτυλική αναστόμωση. Τέλος, θα ήταν ωφέλιμο να γίνει η κολεκτομή λαπαροσκοπικά, αφού αυτή οδηγεί σε πιο γρήγορη ανάρρωση και λιγότερες επιπλοκές.

Η ειλεοδακτυλική αναστόμωση θα πρέπει να γίνεται σε ειδικά κέντρα αναφοράς, που διαθέτουν πείρα στη διενέργεια αυτής της διαδικασίας, για να μειώνεται ο κίνδυνος επιπλοκών και να υπάρχουν καλύτερες πιθανότητες διάσωσης της ειλεοδακτυλικής αναστόμωσης αν παρουσιαστούν επιπλοκές.

Η ειλεοδακτυλική αναστόμωση αποτελεί μια εξαιρετικά πολύπλοκη χειρουργική επέμβαση. Επομένως, οι χειρουργοί και τα νοσοκομεία που κάνουν πολλές τέτοιες επεμβάσεις τείνουν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα και λιγότερες επιπλοκές από εκείνα που κάνουν μόνο λίγες. Επιπλέον, πιο πεπειραμένοι χειρουργοί και νοσοκομεία μπορούν να αντεπεξέλθουν καλύτερα σε επιπλοκές και είναι πιο πιθανό να «διασώσουν» την ειλεοδακτυλική αναστόμωση αν παρουσιαστούν σοβαρές επιπλοκές. Επομένως, είναι καλύτερο να κάνει ο ασθενής την ειλεοδακτυλική αναστόμωση σε ειδικά κέντρα που κάνουν πολλές τέτοιες παρά σε κείνα που δεν κάνουν πολλές.

Οι γόνιμες γυναίκες ασθενείς θα πρέπει να εξετάσουν άλλες χειρουργικές επιλογές τόσο με γαστρεντερολόγο όσο και με χειρουργό παχέος εντέρου, αφού υπάρχει κίνδυνος να μην μπορούν να κάνουν παιδιά μετά την ειλεοδακτυλική αναστόμωση. Τέτοιες επιλογές περιλαμβάνουν την υφολική κολεκτομή, την τελική ειλεοστομία, ή την ειλεορθική αναστόμωση.

Μία στις δύο γυναίκες ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση ειλεοδακτυλική αναστόμωσης δεν μπορούν μετά να αποκτήσουν παιδιά και η ειλεοδακτυλική αναστόμωση τριπλασιάζει τον κίνδυνο υπογονιμότητας σε σύγκριση με τη φαρμακευτική αγωγή της ΕΚ (ποσοστό στειρότητας 48% σε ασθενείς με ειλεοδακτυλική αναστόμωση έναντι 15% σε εκείνους που υποβάλλονται σε φαρμακευτική αγωγή). Αυτό πιθανό να συμβαίνει επειδή οι υδροσάλπιγγες σχηματίζουν συμφύσεις από την χειρουργική επέμβαση. Επομένως, οι γυναίκες που επιθυμούν να συλλάβουν θα πρέπει να αναζητήσουν εναλλακτικές επιλογές όπως τη μόνιμη ειλεοστομία ή την ειλεορθική αναστόμωση. Το πλεονέκτημα της ειλεορθικής αναστόμωσης είναι πως δεν φαίνεται να μειώνει τη γονιμότητα. Το μειονέκτημά της είναι πως το παχύ έντερο με τη φλεγμονή παραμένει (και ο σχετικός κίνδυνος καρκίνου του εντέρου).

Η ειλεορθική αναστόμωση πρέπει να εξετάζεται σε ειδικές περιπτώσεις. Αν αυτή γίνει, το διατηρημένο ορθό θα πρέπει να παρακολουθείται από τον γαστρεντερολόγο σας.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Γενικά η ειλεοορθική αναστόμωση δεν είναι καλή επιλογή αφού δεν επιφέρει την εξάλειψη της ΕΚ και τα συμπτώματα της ΕΚ μπορεί να παραμείνουν λόγω του διατηρημένου ορθού. Εντούτοις, ένας στους δύο ασθενείς που έκανε ειλεοορθική αναστόμωση θα συνεχίσει να την έχει μετά από δέκα χρόνια και η ποιότητα ζωής είναι ικανοποιητική σε σχέση με την ειλεοδακτυλική αναστόμωση. Επομένως, μπορεί να εξεταστεί ως επιλογή από ορισμένους ασθενείς, ιδιαίτερα γυναίκες που επιθυμούν να συλλάβουν στο μέλλον. Εντούτοις, το ορθό θα χρειαστεί παρακολούθηση λόγω του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του εντέρου στο διατηρημένο ορθό.

Η λήψη ημερήσιας δόσης $\geq 20\text{mg}$ πρεδνιζολόνης (ή αντίστοιχου φαρμάκου) για περισσότερες από έξι εβδομάδες αυξάνει τον κίνδυνο χειρουργικών επιπλοκών. Για το λόγο αυτό, αν είναι δυνατό η χορήγηση κορτικοστεροειδών θα πρέπει να διακόπτεται σταδιακά πριν γίνει η χειρουργική επέμβαση.

Πολλές μελέτες κατέδειξαν πως ασθενείς που παίρνουν $\geq 20\text{mg}$ πρεδνιζολόνης για περισσότερες από έξι εβδομάδες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο χειρουργικών επιπλοκών. Για το λόγο αυτό, αν είναι δυνατό τα στεροειδή θα πρέπει να διακόπτονται σταδιακά πριν γίνει η χειρουργική επέμβαση.

Επιπλέον, όταν γίνεται σταδιακή διακοπή των στεροειδών μετά τη χειρουργική επέμβαση, είναι σημαντικό να μη δημιουργηθούν στερητικά συμπτώματα όπως η χαμηλή πίεση, και χαμηλά επίπεδα νατρίου και γλυκόζης στο αίμα.

Η χορήγηση θειοπουρίνων ή κυκλοσπορίνης πριν από την επέμβαση δεν αυξάνει τον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η χορήγηση ινφλιξιμάμπης πριν από την επέμβαση δεν αυξάνει τον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Η χορήγηση θειοπουρίνων ή κυκλοσπορίνης πριν από την επέμβαση δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά την κολεκτομή. Σύμφωνα με μερικές μελέτες, η ινφλιξιμάμπη φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών αμέσως μετά τη χειρουργική επέμβαση, και πιθανόν αυτές οι επιπλοκές να σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης από την ανοσοκαταστολή. Αφετέρου, πολλές άλλες μελέτες δεν φανέρωσαν αύξηση του κινδύνου μετεγχειρητικών επιπλοκών, έτσι αυτό δεν είναι βέβαιο. Λόγω της έλλειψης μελετών στον τομέα αυτό, δεν είναι γνωστό αν το τακρόλιμους αυξάνει τον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Χειρουργικές επιπλοκές - Ληκυθίτιδα

Η διάγνωση της ληκυθίτιδας περιλαμβάνει συμπτώματα και ορισμένες ενδοσκοπικές και ιστολογικές ανωμαλίες. Η ληκυθίτιδα εμφανίζεται πιο συχνά αν είχε προσβληθεί μεγαλύτερο μέρος του παχέος εντέρου πριν τη χειρουργική επέμβαση, ή αν υπήρχε νόσος εκτός του εντέρου (δηλ. ΠΣΧ), όταν ο ασθενής δεν είναι καπνιστής, αν παρουσιάζει p-ANCA στον ορό, ή έκανε χρήση ΜΣΑΦ.

Στα συμπτώματα που σχετίζονται με την ληκυθίτιδα ανήκουν συχνές κενώσεις, υδαρές κενώσεις, σπασμοί στην κοιλιακή χώρα, έκτακτη ανάγκη για εκκένωση, τεινεσμός και ενόχληση στη λεκάνη. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί αίμα από το ορθό, πυρετός, ή εξωεντερικές εκδηλώσεις. Τα συμπτώματα από μόνα τους δεν επιβεβαιώνουν τη διάγνωση ληκυθίτιδας. Η φλεγμονή του υπόλοιπου ορθικού κολοβώματος μπορεί να προκαλέσει παρόμοια συμπτώματα. Παρομοίως, η νόσος του Crohn της ληκύθου και η ευερέθιστη

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



λήκυθος (που ισοδυναμεί με το ευερέθιστο έντερο) μπορούν να προκαλέσουν παρόμοια συμπτώματα. Επομένως, πρέπει να γίνεται ληκυθοσκόπηση, δηλαδή ενδοσκόπηση της ειλεοδακτυλικής ληκύθου, για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Η φλεγμονή που προκαλείται από τη ληκυθίτιδα έχει διαφορετική εμφάνιση από τη φλεγμονή της ΕΚ επειδή πρόκειται για διαφορετική νόσο. Πρέπει να λαμβάνονται βιοψίες κατά τη ληκυθοσκόπηση για να επιβεβαιωθεί η ληκυθίτιδα και να αποκλειστεί η πιθανότητα άλλης νόσου όπως του Crohn ή της *C. diff*.

Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται με την πιθανότητα προσβολής από ληκυθίτιδα. Ο κίνδυνος της ληκυθίτιδας αυξάνεται αν ο ασθενής είχε πιο εκτεταμένη ΕΚ πριν τη χειρουργική επέμβαση, ειλεΐτιδα εκ παλινδρομώσεως (δηλ. φλεγμονή του τελικού ειλεού), εξωεντερική πάθηση (ιδιαίτερα ΠΣΧ), αν δεν είναι καπνιστής, και αν κάνει τακτική χρήση ΜΣΑΦ. Παρόλο που αυτοί οι παράγοντες κινδύνου δεν πρέπει να εμποδίζουν κάποιο να προχωρήσει στην ειλεοδακτυλική αναστόμωση, θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη συζήτηση με τον ασθενή.

Τα πιο συχνά συμπτώματα της ληκυθίτιδας είναι η αύξηση των υδαρών κενώσεων, έκτακτη ανάγκη για κένωση, κοιλιακές κράμπες και ενόχληση στη λεκάνη (δηλ. στην κάτω κοιλιακή χώρα και τον πρωκτό). Ο πυρετός και η αιμορραγία είναι σπάνια συμπτώματα. Δεν είναι αναγκαία η ληκυθοσκόπηση, αν δεν υπάρχουν συμπτώματα.

Τα συμπτώματα της ληκυθίτιδας περιλαμβάνουν συχνές κενώσεις, υδαρές κενώσεις, σπασμούς στην κοιλιακή χώρα, έκτακτη ανάγκη για κένωση, τεινεσμό και ενόχληση στη λεκάνη. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί αίμα από το ορθό, πυρετός, ή εξωεντερικές εκδηλώσεις. Η αιμορραγία στο ορθό σχετίζεται πιο συχνά με φλεγμονή της ορθικής 'μαντσέτας' (δηλαδή του παραμένοντος ορθικού βλεννογόνου κατά την ειλεοδακτυλική επέμβαση) παρά με ληκυθίτιδα. Ακράτεια των κοπράνων μπορεί να παρουσιαστεί χωρίς να υπάρχει ληκυθίτιδα μετά την ειλεοδακτυλική αναστόμωση, αλλά είναι πιο κοινή σε ασθενείς με ληκυθίτιδα.

Η μετρονιδαζόλη ή η σιπροφλοξασίνη είναι αποτελεσματικές στους πλείστους ασθενείς με ληκυθίτιδα, παρόλο που δεν είναι σαφής η καλύτερη μέθοδος θεραπείας. Η σιπροφλοξασίνη προκαλεί λιγότερες παρενέργειες. Τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα (π.χ. η λοπεραμίδη) πιθανό να μειώσουν τον αριθμό υδαρών κενώσεων (με ή χωρίς ληκυθίτιδα).

Τα αντιβιοτικά είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση της ληκυθίτιδας. Η μετρονιδαζόλη και η σιπροφλοξασίνη είναι τα πιο συχνά χορηγούμενα αντιβιοτικά. Φαίνεται πως η σιπροφλοξασίνη είναι η πιο αποτελεσματική για τη μείωση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση των ευρημάτων της ληκυθοσκόπησης, και επιφέρει λιγότερες παρενέργειες. Τα αντιδιαρροϊκά (π.χ. η λοπεραμίδη) θα πρέπει επίσης να εξετάζονται στην περίπτωση ασθενών με ειλεοδακτυλική αναστόμωση, αφού μπορούν να μειώσουν σημαντικά τον αριθμό των υδαρών κενώσεων, ανεξάρτητα από το αν το άτομο έχει ληκυθίτιδα.

Όταν η επαγωγή της ύφεσης της ληκυθίτιδας έγινε με αντιβιοτικά, το VSL#3 μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της ύφεσης. Το VSL#3 μπορεί επίσης να εμποδίσει την εκδήλωση της ληκυθίτιδας, αν ξεκινήσει η χορήγησή του μόλις ολοκληρωθούν οι επεμβάσεις της ειλεοδακτυλικής αναστόμωσης.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Αφού επιτευχθεί ύφεση στην χρόνια ληκυθίτιδα, η αγωγή με το συμπυκνωμένο προβιοτικό μείγμα VSL#3 βοηθά στη διατήρηση της ύφεσης. Έχει αποδειχθεί πως η προληπτική χρήση του VSL#3 μπορεί να αποτρέψει την πρώτη εκδήλωση οξείας ληκυθίτιδας τον πρώτο χρόνο μετά την χειρουργική επέμβαση με μόνο 10% των ασθενών που πήραν VSL#3 να προσβάλλονται από ληκυθίτιδα σε σχέση με τους 40% που πήραν εικονικό φάρμακο. Είναι ως επί το πλείστον άγνωστο γιατί είναι αποτελεσματικό το VSL#3, αλλά πιστεύεται πως μπορεί να δρα αυξάνοντας τη βακτηριακή ποικιλότητα και μειώνοντας την ποικιλότητα μυκήτων στην ειλεοδακτυλική λήκυθο.

Επιπλοκές - Ορθοκολικός καρκίνος

Οι ασθενείς με μακροπρόθεσμη και εκτεταμένη ΕΚ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του εντέρου.

Ο κίνδυνος ενός ασθενή με ΕΚ να αναπτύξει καρκίνο του εντέρου είναι 2% στα 10 χρόνια, 8% στα 20 χρόνια, και 18% στα 30 χρόνια. Επιπλέον, εκείνοι που πάσχουν από εκτεταμένη κολίτιδα αντιμετωπίζουν το μεγαλύτερο κίνδυνο, εκείνοι με αριστερόπλευρη κολίτιδα μέτριο κίνδυνο, και εκείνοι με ορθίτιδα δεν έχουν αυξημένο κίνδυνο. Επομένως, όσο αυξάνεται ο χρόνος που ένα άτομο υποφέρει από ΕΚ και όσο πιο μεγάλο είναι το μέρος του εντέρου του που προσβλήθηκε, τόσο πιο μεγάλος είναι ο κίνδυνος να αναπτύξει καρκίνο του εντέρου.

Μερικοί ασθενείς με ΕΚ αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρκίνου του εντέρου από άλλους:

Ασθενείς με:

- ΠΣΧ
- φλεγμονώδεις πολύποδες
- μέλη της οικογένειας που έχουν ή είχαν καρκίνο του εντέρου
- πιο βαριά ή επίμονη φλεγμονή.

Οι πιο σταθεροί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του εντέρου είναι η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα (ΠΣΧ) και ιστολογική ή κλινική ενεργότητα νόσου. Οι ασθενείς ΠΣΧ αντιμετωπίζουν εφ' όρου ζωής κίνδυνο καρκίνου του εντέρου μέχρι και 31%. Οι φλεγμονώδεις πολύποδες έχουν επίσης αποδειχθεί ως σοβαροί παράγοντες κινδύνου, παρόλο που ο αυξημένος αυτός κίνδυνος να οφείλεται σε δυσπλαστικές αλλοιώσεις που να εκλαμβάνονται ως φλεγμονώδεις πολύποδες. Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του εντέρου συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο, παρόλο που τα ευρήματα δεν είναι ομόφωνα σε όλες τις μελέτες.

Ο ιατρός θα πρέπει να υπολογίσει τον κίνδυνο καρκίνου του εντέρου κατά τη διάρκεια της εξέτασης με κολonosκόπηση ή στην πρώτη κολonosκόπηση επιτήρησης έξι με οκτώ χρόνια μετά τα πρώτα σημεία ΕΚ. Ο βαθμός του κινδύνου θα εξαρτηθεί κυρίως από το πόσο μεγάλο μέρος του παχέος εντέρου έχει προσβληθεί και πόσο σοβαρή είναι η φλεγμονή.

Ο βαθμός κινδύνου εκδήλωσης καρκίνου του εντέρου του ασθενή μπορεί να καθοριστεί κατά τη διάρκεια της πρώτης εξέτασης με κολonosκόπηση ή κατά την πρώτη κολonosκόπηση επιτήρησης οκτώ χρόνια μετά την εκδήλωση της νόσου. Οι παράγοντες κινδύνου είναι (α) εκτεταμένη κολίτιδα, (β) ενδοσκοπική και/ή ιστολογική φλεγμονή, (γ) ψευδοπολύποδες και (δ) οικογενειακό ιστορικό ορθοκολικού καρκίνου. Όταν ένα άτομο

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



συνδυάζει τρεις ή περισσότερους από αυτούς τους παράγοντες, αντιμετωπίζει μεγάλο κίνδυνο, ενώ αν έχει δύο ή λιγότερους, ο κίνδυνος είναι μικρός.

Αν ένα άτομο είναι στην κατηγορία μεγάλου κινδύνου και υποφέρει από αριστερόπλευρη ΕΚ, θα πρέπει να υποβάλλεται σε κολονοσκόπηση κάθε 1-2 χρόνια ύστερα από το όγδοο έτος μετά τη διάγνωση, αν είναι στην κατηγορία μικρού κινδύνου θα πρέπει να κάνει κολονοσκόπηση κάθε 3-4 χρόνια. Αν δεν υπάρχουν μικροσκοπικά σημεία καρκίνου ή ενδοσκοπικής και/ή ιστολογικής φλεγμονής σε δύο διαδοχικές κολονοσκοπήσεις επιτήρησης, μπορεί να αυξηθεί το χρονικό διάστημα μεταξύ των εξετάσεων (π.χ. από κάθε 1-2 χρόνια σε κάθε 3-4 χρόνια).

Τα 5-ASA μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του εντέρου. Στην περίπτωση ΠΣΧ, θα πρέπει να δοθεί στον ασθενή ουρσοδεοξυχολικό οξύ για να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του εντέρου. Δεν είναι γνωστό αν οι θειοπουρίνες μπορούν ή θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη μείωση του κινδύνου καρκίνου του εντέρου.

Χημειοπροφυλακτικές ουσίες χρησιμοποιούνται για την παρεμπόδιση, την επιβράδυνση ή την αναστροφή της ανάπτυξης και της εξέλιξης του καρκίνου. Τα 5-ASA είναι ένα παράδειγμα χημειοπροφυλακτικής ουσίας στην ΕΚ. Πολλές μελέτες κατέδειξαν πως τα 5-ASA μειώνουν τον κίνδυνο καρκίνου του εντέρου σε ασθενείς με ΕΚ. Ο κίνδυνος μπορεί και να μειωθεί μέχρι και στο μισό με τη χορήγηση 5-ASA. Αφετέρου, συμπληρώματα φολικού οξέος, ασβέστιο, πολυβιταμίνες, ή στατίνες δεν μειώνουν τον κίνδυνο καρκίνου του εντέρου στην ΕΚ, ενώ δεν είναι γνωστό αν οι θειοπουρίνες είναι αποτελεσματικές σε αυτή την περίπτωση.

Μερικές φορές, οι ασθενείς με ΕΚ έχουν ταυτόχρονα και ΠΣΧ, και αυτοί οι ασθενείς αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του εντέρου. Ο εφ' όρου ζωής κίνδυνος για τους ασθενείς αυτούς μπορεί να ανέρχεται στο 31%. Ευτυχώς, το ουρσοδεοξυχολικό οξύ έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του εντέρου σε ασθενείς με ΕΚ και ΠΣΧ, και για το λόγο αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιείται συστηματικά στους ασθενείς αυτούς.

Άλλες επιπλοκές

Ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της ΕΚ. Ασθενείς που υποφέρουν από στρες ή κατάθλιψη μπορεί να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής της νόσου. Εκείνοι που είναι συχνά θλιμμένοι έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής από άποψη υγείας και εκείνοι που πάσχουν από άγχος είναι λιγότερο πιθανό ν' ακολουθήσουν τη θεραπεία τους.

Πολλές μελέτες σε ασθενείς με ΕΚ έχουν αποδείξει, πως το ψυχολογικό στρες και η ενεργότητα της νόσου συμπίπτουν. Επίσης έχει αποδειχθεί σε μελέτες πως ψηλά επίπεδα αντιληπτού στρες, άγχους, και κατάθλιψης μπορεί να επιταχύνουν την παρουσία εξάρσεων, παρόλο που μια μελέτη κατέδειξε πως εκείνοι με κατάθλιψη δεν διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής. Επομένως, τα αποδεικτικά στοιχεία στην περίπτωση αυτή είναι σχετικά μεικτά. Εντούτοις, η κατάθλιψη και ο νευρωτισμός (χαρακτηριστικό προσωπικότητας με συναισθηματική αστάθεια, άγχος, φόβο και ανησυχία) έχουν συσχετιστεί με χειρότερη ποιότητα ζωής. Το άγχος και οι αλλαγές σε χαμηλή διάθεση φαίνεται να σχετίζονται με την μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή.



Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της νόσου και τη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής θα πρέπει να συζητούνται μεταξύ του ασθενή και του ιατρού. Πρέπει να γίνεται εξατομικευμένη ενημέρωση του ασθενή και επεξήγηση της ΕΚ. Ο συνδυασμός αυτοδιαχείρισης και ραντεβού με τον ιατρό που να ανταποκρίνεται στις ατομικές ανάγκες του ασθενή μπορεί να βελτιώσουν τον έλεγχο της ΕΚ.

Οι αντιλήψεις του ασθενή για την υγεία θα έχουν επιπτώσεις στην εμπειρία της νόσου από τον ίδιο. Οι ψυχολογικά ταραγμένοι ασθενείς μπορεί να έχουν δυσκολίες στην επεξεργασία σημαντικών πληροφοριών για τη νόσο τους. Η ευαισθητοποίηση γι' αυτό μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη επικοινωνία μεταξύ ασθενών και ιατρών ή νοσηλευτών/ατόμων ασχολούμενων επαγγελματικά με την υγεία. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να είναι προσωπικά ενημερωμένοι για την κατάστασή τους και να τους δίνεται συναισθηματική υποστήριξη. Αυτό γίνεται επειδή ασθενείς με λιγότερη κατανόηση της νόσου τείνουν να έχουν μεγαλύτερες ανησυχίες.

Η χρήση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σχετίζεται στενά με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η μη συμμόρφωση με τις ιατρικές συμβουλές έχει παρατηρηθεί σε 40% των ασθενών και αποτελεί κατάσταση στην οποία η σχέση μεταξύ ασθενή και ιατρού ή νοσηλεύτη είναι βασική. Οδηγοί αυτοδιαχείρισης σε συνδυασμό με την παροχή εξατομικευμένων συμβουλών θα βελτιώσουν τον έλεγχο της νόσου από τον ασθενή. Εκπαιδευτικά φυλλάδια από μόνα τους δεν φαίνεται να είναι χρήσιμα και μπορεί να χειροτερεύσουν την έκβαση της νόσου. Επιπλέον, τα προγράμματα εκπαίδευσης ασθενών φαίνεται να έχουν λίγη ή καθόλου επιρροή στην πορεία της νόσου ή την ψυχολογική τους ευημερία.

Εξωεντερικές επιπλοκές - οστά και αρθρώσεις

Στην ΕΚ μπορεί μερικές φορές να παρουσιαστεί αρθρίτιδα (δηλ. πόνος στις αρθρώσεις με πρήξιμο) στις αρθρώσεις των βραχιόνων και των ποδιών (γνωστή ως «περιφερική αρθρίτιδα») ή στην οσφυϊκή χώρα (στο κάτω μέρος της πλάτης, γνωστή ως «αξονική αρθρίτιδα»). Όταν η αρθρίτιδα προσβάλλει τις μεγάλες αρθρώσεις των βραχιόνων και των ποδιών, η θεραπεία της ΕΚ συνήθως ανακουφίζει τα συμπτώματα. Αν τα συμπτώματα εξακολουθούν να υπάρχουν και αφού έχουν εξαφανιστεί τα συμπτώματα της ΕΚ, τότε μπορεί να γίνει χρήση ΜΣΑΦ βραχυπρόθεσμα. Οι τοπικές ενέσεις στεροειδών και η φυσιοθεραπεία επίσης βοηθούν στη θεραπεία της περιφερικής αρθρίτιδας. Αν η περιφερική αρθρίτιδα επιμένει, μπορεί να γίνει χορήγηση σουλφασαλαζίνης. Υπάρχουν περισσότερα στοιχεία που υποδεικνύουν πως η εντατική φυσιοθεραπεία με χρήση ΜΣΑΦ μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση της αρθρίτιδας στην οσφυϊκή χώρα. Εντούτοις, πρέπει καλύτερα ν' αποφεύγονται τα ΜΣΑΦ λόγω της έλλειψης ασφαλείας. Στην αξονική αρθρίτιδα, η σουλφασαλαζίνη, η μεθοτρεξάτη και η αζαθειοπρίνη συνήθως δεν δρουν καθόλου ή δρουν σε μικρό βαθμό. Τα φάρμακα anti-TNF αποτελούν καλή θεραπεία για την αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα και όταν οι ασθενείς δεν ανέχονται ή δεν ανταποκρίνονται στα ΜΣΑΦ.

Οι συστάσεις για την αντιμετώπιση της αρθροπάθειας που σχετίζεται με την ΕΚ 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 έχουν συναχθεί από άλλες νόσους.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Στην περιφερική αρθρίτιδα, η αντιμετώπιση της υποκείμενης ΕΚ με τη χρήση κορτικοστεροειδών, ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων και anti-TNF αναμένεται να θεραπεύσει την περιφερική αρθρίτιδα. Αν η αντιμετώπιση της υποκείμενης ΕΚ δεν ανακουφίζει τον πόνο των αρθρώσεων, τότε ο ασθενής θα πρέπει να εξετάσει τη χορήγηση ΜΣΑΦ για μικρό χρονικό διάστημα. Παρόλο που τα ΜΣΑΦ μπορεί να επιδεινώσουν την υποκείμενη ΕΚ, ο κίνδυνος να συμβεί αυτό φαίνεται μικρός. Η φυσιοθεραπεία μπορεί επίσης να ανακουφίσει 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. Η ινφλιξιμάμη μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στην περιφερική αρθρίτιδα.

Όσον αφορά την αξονική αρθροπάθεια στην ΕΚ, οι περισσότερες θεραπείες βασίζονται σε 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 ληφθούν υπόψη 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 είτε που δεν αντιδρούν στα ΜΣΑΦ είτε που δεν ανέχονται τα ΜΣΑΦ. Τόσο η αδαλιμουμάμη όσο και η ινφλιξιμάμη έχουν αποδειχθεί επαρκώς ασφαλείς και αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της αγκυλοποιητικής σπονδυλοαρθρίτιδας.

Η οστεοπενία μπορεί να βοηθήσει στην πρόβλεψη μελλοντικής οστεοπόρωσης, αλλά παρουσιάζει μικρό άμεσο κίνδυνο. Εντούτοις, αν ικανοποιείται ένα συγκεκριμένο κριτήριο (δηλ. το T score είναι χαμηλότερο από -1,5), θα πρέπει να γίνεται χορήγηση ασβεστίου και βιταμίνης D. Πρέπει να γίνεται αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης σε περίπτωση προηγούμενου κατάγματος (ακόμη και αν τα T scores είναι κανονικά).

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 επωφεληθούν από τη χρήση τους. Γενικά, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η αγωγή σε ασθενείς με χαμηλή οστική μάζα και επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου.

Ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης μελλοντικού κατάγματος είναι πιθανό προηγούμενο κάταγμα της σπονδυλικής, ακόμα και σε ασθενείς με κανονική οστική μάζα. Επομένως, όλοι οι ασθενείς με προηγούμενα κατάγματα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ανάλογα.

Δέρμα

Η θεραπεία με anti-TNF μπορεί να προκαλέσει φλεγμονή του δέρματος. Συνήθως αυτή εξαφανίζεται όταν σταματήσει η χορήγηση του φαρμάκου. Όταν δεν είναι σαφής η αιτία της φλεγμονής του δέρματος, ο ασθενής θα πρέπει να παραπέμπεται σε δερματολόγο. Σχετικά με αυτό, η αγωγή που θα χρησιμοποιηθεί βασίζεται κυρίως στο τι συνέβηκε σε άλλες χρόνιες νόσους. Αυτές οι θεραπείες μπορεί να περιλαμβάνουν τοπικά στεροειδή, τοπικές κερατολυτικές ουσίες, βιταμίνη D, μεθοτρεξάτη, ή αλλαγή ή διακοπή θεραπειών anti-TNF.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Η θεραπεία anti-TNF σε ασθενείς ΕΚ μπορεί μερικές φορές να προκαλέσει ανωμαλίες στο δέρμα, όπως ψωρίαση ή έκζεμα. Περίπου 22% των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία anti-TNF θα παρουσιάσουν αυτές τις ανωμαλίες. Τραύματα του δέρματος δεν συνέπιπταν με συμπτώματα ΙΦΝΕ αλλά παρουσιάζονταν πιο συχνά σε γυναίκες. Η τοπική θεραπεία με κορτικοστεροειδή, κερατολυτικές ουσίες (π.χ. σαλικυλικό οξύ, ουρία), μαλακτικά, ανάλογα βιταμίνης D και θεραπεία υπεριώδους ακτινοβολίας (UVA ή στενής ζώνης UVB) είχαν ως αποτέλεσμα μερική ή ολική ύφεση σε σχεδόν τους μισούς ασθενείς. Γενικά, 34% των ατόμων με προβλήματα του δέρματος αναγκάστηκαν τελικά να σταματήσουν την αγωγή με anti-TNF επειδή δεν κατέστη δυνατό να θέσουν υπό έλεγχο τα δερματικά αυτά προβλήματα. Ευτυχώς, τα προβλήματα του δέρματος συνήθως εξαφανίζονται όταν σταματήσει η θεραπεία anti-TNF.

Μάτια

Ασθενείς με προβλήματα στα μάτια θα πρέπει να παραπέμπονται σε οφθαλμίατρο. Η επισκληρίτιδα (δηλ. φλεγμονή στο μάτι) μπορεί να μη χρειαστεί συστηματική θεραπεία και ανταποκρίνεται συνήθως στα τοπικά στεροειδή ή στα ΜΣΑΦ. Η ραγοειδίτιδα αντιμετωπίζεται με τοπικά ή συστηματικά στεροειδή. Στις πιο επίμονες περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει η χορήγηση ανοσοτροποποιητικών, συμπεριλαμβανομένων και των anti-TNF.

Η ραγοειδίτιδα και η επισκληρίτιδα αποτελούν τα πιο κοινά συμπτώματα που προκαλούνται από ΙΦΝΕ στο μάτι. Η επισκληρίτιδα μπορεί να είναι ανώδυνη και να προκαλεί μόνο κοκκίνισμα στα μάτια, παρόλο που μπορεί να συνοδεύεται και από κνησμό και αίσθηση καψίματος. Η φλεγμονή μπορεί να θεραπευτεί από μόνη της χωρίς αγωγή, αλλά ανταποκρίνεται συνήθως σε τοπικά στεροειδή, ΜΣΑΦ ή απλά αναλγητικά παράλληλα με τη θεραπεία της υποκείμενης ΕΚ.

Η ραγοειδίτιδα (δηλ. η φλεγμονή του ραγοειδούς χιτώνα του ματιού) είναι λιγότερο κοινή αλλά έχει ενδεχομένως πιο σοβαρές συνέπειες. Όταν σχετίζεται με την ΕΚ, παρουσιάζεται συνήθως και στα δύο μάτια, εκδηλώνεται ύπουλα και διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι ασθενείς αναφέρουν πόνο στα μάτια, θόλωση της όρασης, ευαισθησία στο φως και πονοκεφάλους. Επειδή είναι σοβαρή και μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της όρασης, οι ασθενείς με ραγοειδίτιδα πρέπει να επισκέπτονται αμέσως οφθαλμίατρο. Η θεραπεία θα περιλαμβάνει συνήθως τόσο τοπικά όσο και συστηματικά στεροειδή. Έχει παρατηρηθεί πως η αζαθειοπρίνη, η μεθοτρεξάτη, η ινφλιξιμάμπη, και η αδαλιμουμάμπη είναι αποτελεσματικές σε επίμονες περιπτώσεις.

Συκώτι και χοληδόχος κύστη

Μερικές φορές η ΕΚ συνοδεύεται από διαταραχές του συκωτιού, της χοληδόχου κύστης, των χοληφόρων οδών ή της χολής που ονομάζονται ηπατοχολικές διαταραχές. Στην περίπτωση παθολογικών ευρημάτων σε εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας, ο ιατρός θα πρέπει να εξετάζει το ενδεχόμενο τους. Το υπερηχογράφημα και οι ορολογικές εξετάσεις βοηθούν στη διαπίστωση της ύπαρξης αυτοάνοσων ή λοιμωδών αιτίων. Μια πιθανή ηπατοχολική διαταραχή είναι η ΠΣΧ και η καλύτερη μέθοδος για τη διάγνωσή της η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία συντονισμού (MRCP). Άτομα με ΠΣΧ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου.

Οι διαταραχές στις εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας είναι κοινό φαινόμενο στις ΙΦΝΕ. Η ΠΣΧ είναι η πιο κοινή πάθηση που προκαλεί ηπατικές ανωμαλίες σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, παρόλο

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



που εμφανίζονται παράλληλα και άλλες διαταραχές στις ΙΦΝΕ (π.χ. κίρρωση, χολόλιθοι, χρόνια ηπατίτιδα). Μερικά φάρμακα (π.χ. η αζαθειοπρίνη) που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία κατά των ΙΦΝΕ μπορούν επίσης να προκαλέσουν ανωμαλίες στις εξετάσεις του συκωτιού. Συνήθως, οι ανωμαλίες αυτές θα παρουσιαστούν σε εξετάσεις ρουτίνας πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα.

Αν το υπερηχογράφημα είναι φυσιολογικό, αν έχουν αποκλειστεί οι παρενέργειες φαρμάκων ως απίθανες, και τα αποτελέσματα των ορολογικών εξετάσεων για άλλη πρωτοπαθή νόσο του ήπατος είναι αρνητικά, είναι πιθανό οι ανωμαλίες να προκαλούνται από ΠΣΧ. Η συνήθης διαγνωστική εξέταση για ΠΣΧ είναι η ΜRCP. Αν υπάρχει ΠΣΧ, η εξέταση θα δείξει ανώμαλες χοληφόρους οδούς τόσο με στενώσεις όσο και διατάσεις. Αν η ΜRCP δεν αποκαλύψει τίποτα, θα πρέπει να γίνεται βιοψία του συκωτιού. Είναι σημαντικό να βεβαιωθεί ο ιατρός αν υπάρχει ΠΣΧ επειδή αυτό αυξάνει τον κίνδυνο του ασθενή με ΕΚ να αναπτύξει καρκίνο του εντέρου. Επομένως, οι ασθενείς με ΠΣΧ χρειάζονται πιο στενή παρακολούθηση.

Αίμα και θρόμβωση

Ο κίνδυνος **θρόμβωσης** και θανάτου που οφείλεται σε θρόμβους είναι διπλάσιος σε ασθενείς με **ΕΚ** σε σύγκριση με άτομα χωρίς **ΕΚ**. Αν παρουσιαστεί κίνδυνος θρόμβων στα αιμοφόρα αγγεία, η πρόληψη μπορεί να γίνεται μηχανικά (π.χ. κάλτσες συμπίεσης) ή με φαρμακευτική αγωγή (π.χ. ηπαρίνη). Η αντιμετώπιση των θρόμβων στην **ΕΚ** θα πρέπει να ακολουθεί τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους με αντιπηκτικά, λαμβάνοντας υπόψη τον πιθανώς αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας.

Για ως επί το πλείστον άγνωστους λόγους, οι ασθενείς με ΕΚ αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο σχηματισμού θρόμβων αίματος στις φλέβες, γνωστό ως φλεβική θρομβοεμβολική νόσος. Είναι σημαντική η αντιμετώπιση τους, 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 αντιμετώπιση των θρόμβων αίματος. Αν κάποιος ασθενής παρουσιάσει δεύτερο επεισόδιο θρόμβωσης, θα πρέπει να εξετάσει το ενδεχόμενο μακροπρόθεσμης θεραπείας. Δεν είναι σαφές αν οι ασθενείς με ΙΦΝΕ υποφέρουν από περισσότερες αιμορραγίες που να προκαλούνται από τα αντιπηκτικά από εκείνους που δεν πάσχουν από ΙΦΝΕ. Οι ασθενείς με ΕΚ θα πρέπει να είναι προσεκτικοί όσον αφορά τα μακρά ταξίδια και τα αντισυλληπτικά χάπια, αφού αυτά αυξάνουν τον κίνδυνο των θρόμβων αίματος.

Θα χρειαστεί χορήγηση συμπληρωμάτων σιδήρου στην περίπτωση **σιδηροπενικής αναιμίας**. Πρέπει επίσης να εξεταστεί το ενδεχόμενο της ύπαρξης **σιδηροπενίας χωρίς αναιμία**. Η **ενδοφλέβια** χορήγηση σιδήρου είναι πιο αποτελεσματική και καλύτερα ανεκτή από τα **δια του στόματος χορηγούμενα** χάπια σιδήρου. Αν υπάρχει **βαριά αναιμία**, **δυσανεξία στον δια του στόματος χορηγούμενο** σίδηρο ή ανεπαρκής ανταπόκριση στο **δια του στόματος χορηγούμενο** σίδηρο, θα πρέπει να γίνεται **ενδοφλέβια** χορήγηση σιδήρου. Αν απαιτούνται γρήγορα αποτελέσματα, η **ενδοφλέβια** χορήγηση σιδήρου θα πρέπει να γίνεται σε συνδυασμό με **ερυθροποιητική ουσία**.

Αν υπάρχει αναιμία και έχει αποδειχθεί σιδηροπενία, πρέπει να ξεκινήσει χορήγηση συμπληρωμάτων σιδήρου. Σε περιπτώσεις σιδηροπενίας χωρίς αναιμία, πρέπει να γίνεται εξατομικευμένη αγωγή. Ο κύριος στόχος της θεραπείας της σιδηροπενικής αναιμίας είναι η

25

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



παροχή επαρκούς σιδήρου για την αύξηση της αιμοσφαιρίνης. Στην ιδανική περίπτωση, τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης θα πρέπει να αυξηθούν κατά πάνω από 2 g/dL ή σε κανονικά επίπεδα εντός 4 εβδομάδων, τα αποθέματα σιδήρου να αναπληρωθούν (κορεσμός τρανσφερρίνης πάνω από 30%), να ανακουφιστούν τα συμπτώματα που σχετίζονται με την αναιμία, και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής. Επίπεδα κορεσμού τρανσφερρίνης πάνω από 50% και φερριτίνης πάνω από 800 g/L θεωρούνται τοξικά και θα πρέπει να αποφεύγονται.

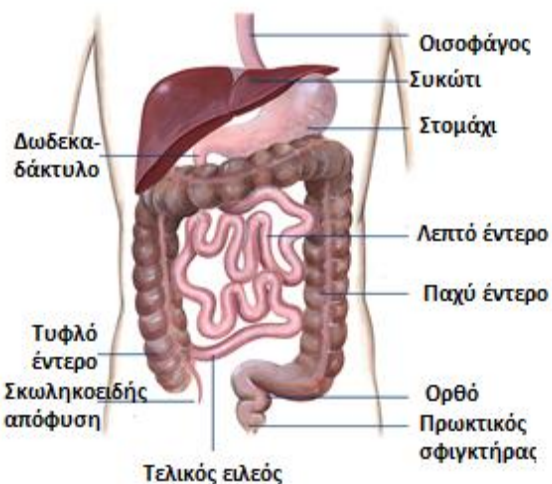
Τα συμπληρώματα σιδήρου μπορούν να χορηγούνται δια του στόματος, ή με ενδομυϊκή ή ενδοβλέβια ένεση. Η επιλογή της μεθόδου θα εξαρτηθεί από τα συμπτώματα, τις αιτίες, τη βαρύτητα της νόσου, και αν ο ασθενής υποφέρει από άλλες παθήσεις παράλληλα με την ΕΚ. Η φαρμακευτική αγωγή δια του στόματος, παρόλο που προτιμάται από τους γαστρεντερολόγους, προκαλεί συχνά γαστρεντερικά συμπτώματα όπως ναυτία, μετεωρισμό και διάρροια. Επιπλέον, το 90% του σιδήρου δεν απορροφάται και μπορεί επομένως να προκαλέσει επιδείνωση της ΙΦΝΕ. Για το λόγο αυτό η ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου γίνεται όλο και πιο δημοφιλής, δεν είναι όμως ακόμη καθιερωμένη παρόλο που είναι εξίσου αποτελεσματική, πιο γρήγορη και πιο ασφαλής από την δια του στόματος χορήγηση σιδήρου. Γενικά, οι ασθενείς που θα πρέπει να υποβάλλονται σε ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου είναι εκείνοι που δεν ανέχονται ή δεν ανταποκρίνονται στο δια του στόματος χορηγούμενο σίδηρο, εκείνοι με βαρεία αναιμία, με σοβαρή φλεγμονή, και εκείνοι που παίρνουν φάρμακα που προωθούν την παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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 ΙΦΝΕ, κατά προτίμηση της ελκώδους κολίτιδας (ΕΚ) και υπό ορισμένες συνθήκες και της νόσου του Crohn (CD). 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 δραστικός 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 ινφλιξιμάμπη, η αδαλιμουμάμπη, η σερτολιζουμάμπη, και η γκολιμουμάμπη.
CD ή νόσος Crohn	Περιγραφέας νόσου	Πρόκειται για φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Η νόσος Crohn μπορεί να

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		προσβάλλει όλα τα μέρη της γαστρεντερικής οδού, συμπεριλαμβανομένου συχνά και του λεπτού εντέρου, ενώ η ΕΚ δεν το προσβάλλει.
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 πρόελευση της φλεγμονής είναι το έντερο του ασθενή με ΙΦΝΕ.
MR (Magnetic Resonance) εντερογραφία	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.
MRI ή απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού	Εξέταση	Μέθοδος εξέτασης που χρησιμοποιεί μαγνητικά κύματα για τη λήψη διαγνωστικών εικόνων σε διάφορα μέρη του σώματος. Δεν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια.
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 συσσώρευση 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

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		περίπτωση των στεροειδών, αφού η απότομη διακοπή τους μπορεί να έχει σοβαρές παρενέργειες.
Αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα	Νόσος που σχετίζεται με τις ΙΦΝΕ	Αποτελεί μορφή αρθρίτιδας που χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή και 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 Crohn ή ΕΚ, μπορεί να αναφέρεται ως ΑΚ. Εντούτοις, ο όρος ΑΚ θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για τα δείγματα εκτομής.
Αμινοσαλικυλικός	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 νοιώθετε κουρασμένοι και αδύνατοι.
Αναιμία ή χρόνια νόσος	Νόσος που σχετίζεται με τις ΙΦΝΕ ή φλεγμονώδεις παθήσεις	Πρόκειται για αναιμία που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα μιας χρόνιας νόσου όπως της ΙΦΝΕ ή άλλων φλεγμονωδών διαδικασιών.
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 των 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

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		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 οι ΙΦΝΕ προκαλούνται 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 το ευερέθιστο έντερο	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 ΙΦΝΕ.
Από του στόματος	Φάρμακο	Τρόπος χορήγησης φαρμάκου.
Απόστημα	Επιπλοκή της CD	Το απόστημα είναι μια κλειστή κοιλότητα με συσσώρευση υγροποιημένου ιστού (πύου) σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Αποτελεί την αμυντική αντίδραση του σώματος σε ξένο υλικό.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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.
Απόφραξη	Επιπλοκή της νόσου του Crohn	Μια στένωση του εντέρου που είναι αρκετά σοβαρή έτσι ώστε να προκαλέσει ενόχληση στον ασθενή.
Αρθρίτιδα	Νόσος που σχετίζεται με το ευερέθιστο έντερο	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	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 υγρού που περιέχει βάριο, στο ορθό. Το βάριο απεικονίζει το περίγραμμα του παχέος εντέρου και του ορθού στην ακτινογραφία, βοηθώντας στην εντόπιση ανωμαλιών.
Βεδολιζουμάμνη	Φάρμακο	Η βεδολιζουμάμνη 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 κυττάρων, π.χ. ουσίες

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		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 κολonosκόπησης.
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 των 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 Νόσου του Crohn (CDAI)
Διφωσφονικά	Φάρμακο	Ενώσεις που επιβραδύνουν την απώλεια οστών και αυξάνουν τη οστική μάζα.
Δυσαπορρόφηση	Επιπλοκή της CD	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 θύλακο, αναλαμβάνοντας

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		τη δουλειά που έκανε το παχύ έντερο πριν την αφαίρεσή του.
Ειλεορθητική αναστόμωση	Χειρουργική επέμβαση	Χειρουργική επέμβαση στην οποία το ορθό διατηρείται και ο ειλέος συνδέεται με το ορθό. Αυτό είναι σε αντίθεση με την ειλεοδακτυλική αναστόμωση, στην οποία δε διατηρείται το ορθό.
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 την 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 μακρού 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.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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.
Επικυρώθηκε	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.
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 αποθηκευμένος στο σώμα.
Επιτήρηση	Εξέταση	Η επιτήρηση 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.
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 χλωρίδιο) στο αίμα σας ή σε άλλα υγρά του σώματος, τα οποία φέρουν ηλεκτρικό φορτίο. Οι ΙΦΝΕ μπορούν 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.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Θεραπεία συντήρησης	Φάρμακο	Θεραπεία που εφαρμόζεται για να διατηρηθεί ο ασθενής σε ύφεση.
Θεραπεία σωτηρίας	Επεξεργασία	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 ιερολαγονίες 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.
Ιστολογικό	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, το συλλογικό όρο 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.
Καρκίνος του εντέρου	Νόσος που σχετίζεται με τη νόσο του Crohn/ΕΚ 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.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Κερατολυτική ουσία	Φάρμακο	Πρόκειται για φάρμακο που χρησιμοποιείται για την απομάκρυνση των κονδυλωμάτων 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 βοηθά 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 στον οποίο γίνονται 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.
Λεμφοπερπλαστικές διαταραχές (LPDs)	Νόσος	Μια ομάδα ασθενειών στις οποίες παρατηρείται υπερβολική παραγωγή

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		λεμφοκυττάρων (λευκών αιμοσφαιρίων). Στις LPDs περιλαμβάνονται και οι διάφορες λευχαιμίες και λυμφώματα.
Ληκυθίτιδα	Επιπλοκή	Φλεγμονή της ληκύθου του ειλεού.
Λοπεραμίδη	Φάρμακο	Συνηθισμένο αντιδιαρροϊκό φάρμακο, βλέπε Αντιδιαρροϊκά.
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 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.
Οζώδες ερύθημα	Νόσος που σχετίζεται με το ευερέθιστο έντερο	Φλεγμονώδης διαταραχή του δέρματος.
Ορθικό	Μέρος του σώματος	Αναφέρεται στο τέλος του παχέος εντέρου, που ονομάζεται ορθό. Όταν π.χ. ένα φάρμακο 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.
Ορολογική εξέταση	Εξέταση	Η ανάλυση του ορού ή άλλων υγρών του σώματος

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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 αφύσικες ενδείξεις δείχνουν αν έχουν προσβληθεί οι νεφροί ή αν ο ασθενής είναι αφυδατωμένος.
Ουρσοδεοξυχολικό οξύ	Αγωγή	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.
Παρενέργειες	Φάρμακο	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 κολonosκόπηση, 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.
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 δε διαθέτει αρκετά ερυθρά αιμοσφαίρια λόγω σιδηροπενίας.
Σιπροφλοξασίνη	Φάρμακο	Αντιβιοτικό που χρησιμοποιείται στη θεραπεία των ΙΦΝΕ και της ληκυθίτιδας.
Σκωληκοειδεκτομή	Χειρουργική	Η αφαίρεση της σκωληκοειδούς από

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	επέμβαση	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 διάρρηση.
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 ανασταλτική 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 CD	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 συστηματικό φάρμακο που δρα σε ολόκληρο τον οργανισμό. Σε αντίθεση, τα τοπικά φάρμακα δεν κατανέμονται σε

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		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 αθέλγητη 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 των 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 λειώνει και καλύπτει το εσωτερικό στρώμα του εντέρου για την καταπολέμηση της φλεγμονής.
Υποθρεψία	Επιπλοκή της CD	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.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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 <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .
Χειρουργός Παχέος Εντέρου	Άλλο	Χειρουργός που ειδικεύεται στην χειρουργική του ορθού, του πρωκτού και του παχέος εντέρου.
Χρόνιες νόσοι	Περιγραφέας νόσου	Αυτές είναι ασθένειες από τις οποίες κάποιος υποφέρει για μεγάλο διάστημα (συνήθως εφ' όρου ζωής). Οι ΙΦΝΕ είναι χρόνιες νόσοι.