




HELLESCC

HELLENIC SOCIETY OF CROHN'S DISEASE'S AND ULCERATIVE COLITIS' PATIENTS  
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΕΛΛΑΔΑΣ



Οι Συννοσηρότητες  
στις  
**ΙΦΝΕ**

ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΕΝΤΕΡΟΥ



# ΟΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ)

**Ευανθία Ζαμπέλη**

Γαστρεντερολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

**Γεώργιος Λεωνιδάκης**

Γαστρεντερολόγος, Επικουρικός Επιμελητής, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

Οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ) περιλαμβάνουν τη νόσο Crohn και την ελκώδη κολίτιδα. Πρόκειται για ανοσιακής αρχής νοσήματα τα οποία προσβάλλουν τον γαστρεντερικό σωλήνα και οι κύριες εκδηλώσεις τους είναι η διάρροια, ο κοιλιακός πόνος και οι αιματηρές κενώσεις. Ωστόσο, κατά την μακροχρόνια διάρκεια αυτών των νοσημάτων, οι ασθενείς εκδηλώνουν συχνά συμπτώματα και εκτός γαστρεντερικού. Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και αρκετές φορές σε μεγαλύτερο βαθμό από την ίδια τη νόσο του εντέρου.

Από μία πρόσφατη Ελληνική καταγραφή φάνηκε ότι περίπου 1/3 των ασθενών με ΙΦΝΕ εμφανίζουν τουλάχιστον μία εξωεντερική εκδήλωση που συνήθως διαγιγνώσκεται μετά την διάγνωση της εντερικής νόσου. Αντίθετα, στο 25% των ασθενών η εμφάνισή τους προηγείται της διάγνωσης της εντερικής φλεγμονής κατά αρκετούς μήνες έως και χρόνια.

Η πιθανότητα εμφάνισης εξωεντερικών προβλημάτων φαίνεται πως αυξάνεται με τη διάρκεια της νόσου και σε ασθενείς που έχουν ήδη μία διαγνωσμένη εξωεντερική εκδήλωση. Το γυναικείο φύλο, το κάπνισμα, η νόσος Crohn (ιδίως η προσβολή του παχέος εντέρου) και η εκτεταμένη ελκώδης κολίτιδα έχουν επίσης συσχετισθεί με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης εξωεντερικών εκδηλώσεων.



Οι συχνότερες εξωεντερικές εκδηλώσεις αφορούν τις αρθρώσεις (25%) και εκδηλώνονται συνήθως με πόνο και δυσκαμψία. Μπορεί να προσβληθούν είτε ο κεντρικός άξονας του κορμού (αξονική σπονδυλαρθροπάθεια και ιερολαγονίτιδα), είτε οι περιφερικές αρθρώσεις. Η περιφερική αρθροπάθεια μπορεί να αφορά την προσβολή μίας ή λίγων μεγάλων αρθρώσεων (συνηθέστερα των γονάτων) ή συμμετρικά τις μικρές αρθρώσεις των άκρων.

Δεύτερες σε συχνότητα είναι οι δερματικές εκδηλώσεις (15%) με κυριότερους εκπροσώπους το οζώδες ερύθημα (συνηθέστερα στις κνήμες), το σπανιότερο αλλά σοβαρότερο γαγγραινώδες πυόδερμα, το σύνδρομο sweet, την «μεταστατική» νόσο Crohn και την αφθώδη στοματίτιδα.

Οι οφθαλμοί προσβάλλονται σε ποσοστό 5-10%. Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν την επισκληρίτιδα που είναι η συχνότερη οφθαλμική εκδήλωση με άριστη πρόγνωση, την σκληρίτιδα και την ραγοειδίτιδα που μπορεί να επηρεάσουν την όραση και απαιτούν πάντα άμεση οφθαλμολογική εκτίμηση και αντιμετώπιση.

Από το ήπαρ η κυριότερη και σοβαρότερη εκδήλωση είναι η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα (έως 5%) η οποία παρατηρείται συνηθέστερα στην ελκώδη κολίτιδα και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθειας του παχέος εντέρου και των χοληφόρων.

Πολλές εξωεντερικές εκδηλώσεις σχετίζονται με την ενεργότητα της εντερικής νόσου και συνήθως ανταποκρίνονται στην θεραπεία για αυτήν. Ωστόσο, άλλες, όπως η αξονική σπονδυλαρθροπάθεια, το γαγγραινώδες πυόδερμα, η ραγοειδίτιδα και η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα 'πορεύονται' συνήθως ανεξάρτητα από την εντερική φλεγμονή.

Επειδή οι εξωεντερικές εκδηλώσεις αποτελούν παράγοντα δυσμενέστερης πρόγνωσης των ΙΦΝΕ, έχουν μεγάλη σημασία κατά την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ και εξωεντερικές εκδηλώσεις έχουν ένδειξη για πρώιμη και επιθετική θεραπευτική αντιμετώπιση, κυρίως με βιολογικούς παράγοντες.

Τέλος, ειδική αναφορά πρέπει να γίνει και σε καταστάσεις οι οποίες μπορεί να συνυπάρχουν με τις ΙΦΝΕ ή να αποτελούν επιπλοκές της νόσου ή της

φαρμακευτικής αγωγής για τις ΙΦΝΕ, χωρίς να αποτελούν εξ ορισμού εξωεντερικές εκδηλώσεις. Σε αυτές περιλαμβάνονται η οστεοπόρωση, η αναιμία, η χολολιθίαση, η νεφρολιθίαση, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια, η παγκρεατίτιδα, η λιπώδης διήθηση του ήπατος, η αυτοάνοση ηπατίτιδα, η πρῶιμη αθηρωμάτωση, η βρογχίτιδα, η περιφερική νευροπάθεια, η ψωρίαση κ.ά.

Συμπερασματικά, οι ΙΦΝΕ είναι χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου που συχνά συνυπάρχουν με εξωεντερικές εκδηλώσεις οι οποίες μπορεί να εμφανισθούν οποιαδήποτε στιγμή κατά την μακροχρόνια πορεία τους. Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των ασθενών αλλά και των ιατρών, για την έγκαιρη αναγνώριση των εξωεντερικών εκδηλώσεων είναι πολύ σημαντικά. Η συνεργασία των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων είναι επίσης ζωτικής σημασίας με στόχο την ολιστική αντιμετώπιση και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΙΦΝΕ.

## ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ

**Δημήτριος Ζησόπουλος**

Ρευματολόγος, Επιμελητής Ρευματολογικής Κλινικής, 424 ΓΣΝΕ

Η ειδικότητα της Ρευματολογίας καλύπτει πάνω από διακόσιες νόσους που προσβάλλουν αρθρώσεις, οστά και μύες σε όλο το σώμα. Η αρθρίτιδα είναι η συχνότερη αιτία φυσικής δυσλειτουργίας σε όλο τον κόσμο.

Μια μεγάλη κατηγορία νοσημάτων στη ρευματολογία είναι οι Οροαρνητικές Σπονδυλοαρθροπάθειες (ΣΠΑ). Σε αυτήν την ομάδα περιλαμβάνονται παθήσεις που προκαλούν τόσο αρθρίτιδα σε περιφερικές αρθρώσεις όσο και στην σπονδυλική στήλη. Οι κυριότερες από αυτές είναι η Αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα, η Ψωριασική αρθρίτιδα, η Αντιδραστική αρθρίτιδα και η αρθρίτιδα σχετιζόμενη με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Είναι μια ομάδα νοσημάτων που μοιράζεται κοινά κλινικά χαρακτηριστικά και παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον αφού πρέπει ειδικοί διαφορετικών ειδικοτήτων να συνεργαστούν για το συμφέρον του ασθενούς.

Εστιάζοντας στους ασθενείς με ΙΦΝΕ θα πρέπει να τονιστεί πως τα εντερικά συμπτώματα μπορεί να προηγούνται ή να έπονται των ρευματικών εκδηλώσεων. Επίσης η πορεία της νόσου να είναι τελείως διαφορετική για τις δύο καταστάσεις με συνέπεια ένας ασθενής να είναι σε ύφεση από την ΙΦΝΕ αλλά να βιώνει εκδηλώσεις της σπονδυλοαρθροπάθειας. Από μελέτες τονίζεται πως ένα ποσοστό μέχρι και 30% των ασθενών με ΙΦΝΕ αναπτύσσουν αξονική ή περιφερική αρθρίτιδα και αντίστοιχα 50-60% των ασθενών με ΣΠΑ εμφανίζουν υποκλινική φλεγμονή του εντερικού βλεννογόνου χωρίς να παρουσιάζουν απαραίτητα κλινικά συμπτώματα. Κάθε πόνος ή σύμπτωμα από το μυοσκελετικό δε σημαίνει απαραίτητα και τέτοιου τύπου αρθρίτιδα. Χρειάζεται προσοχή από τον ιατρό για να μειωθούν οι πιθανότητες λανθασμένης διάγνωσης που θα επιβαρύνει τον ασθενή με περαιτέρω εξετάσεις ή θεραπείες.

Εστιάζοντας στα συμπτώματα θα αναλυθεί ο πόνος στην σπονδυλική στήλη και η εμφάνιση πόνου με οίδημα τόσο σε μικρές αρθρώσεις χεριών και ποδιών όσο και σε μεγαλύτερες όπως καρποί, αγκώνες, γόνατα, ισχία κ.α. Ο πόνος στην σπονδυλική στήλη με κύρια εντόπιση στην οσφύ ο οποίος παρουσιάζει επιδείνωση με την ξεκούραση και βελτίωση με την κίνηση εγείρει την υποψία για ρευματική νόσο. Χαρακτηριστική είναι η πρωινή δυσκαμψία τουλάχιστον μιας ώρας η οποία αναγκάζει τον ασθενή να σηκωθεί από το κρεβάτι και να κινητοποιηθεί για να βελτιωθεί η συμπτωματολογία του. Αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό εύρημα που πρέπει να οδηγεί τον ασθενή σε διερεύνηση από ρευματολόγο. Από την άλλη πλευρά η προσβολή περιφερικών αρθρώσεων παρουσιάζει επίσης κάποια στοιχεία που δεν πρέπει να υπό αξιολογηθούν Πόνος ή και πρήξιμο σε μία ή περισσότερες αρθρώσεις που εμφανίζεται από το πρωί με συνοδό δυσκαμψία μεγάλης διάρκειας και επιμένει για τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες πρέπει να εκτιμηθεί. Η συνύπαρξη ψωρίασης δέρματος ή οικογενειακού ιστορικού ψωρίασης είναι σημαντική. Χαρακτηριστική είναι επίσης η εμφάνιση ενός οιδήματος σαν λουκάνικο (δακτυλίτιδα) σε ένα ή περισσότερα δάκτυλα χωρίς να έχει προηγηθεί κάποιος τραυματισμός. Στο ίδιο μήκος κύματος ένας ασθενής με ΙΦΝΕ που βασανίζεται από συχνές τενοντίτιδες χωρίς ουσιαστικά μεγάλη καταπόνηση πρέπει να εκτιμάται από ρευματολόγο.

Όπως αναφέρθηκε κάθε πόνος δεν είναι ρευματοπάθεια και για αυτό το λόγο πρέπει να γίνεται προσεκτική εξέταση, λήψη ιστορικού και διερεύνηση σε συνεργασία πάντα με τον θεράποντα γαστρεντερολόγο. Υπάρχουν πολλές παροδικές καταστάσεις όπως ιογενείς συνδρομές που μπορεί να προκαλέσουν πολυαρθρίτιδα ή και απλές εκφυλιστικές παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα που πρέπει να αποκλειστούν.

Η θεραπεία των ρευματικών εκδηλώσεων περιλαμβάνει πολλά φάρμακα που χρησιμοποιούνται και στις ΙΦΝΕ και αυτό δείχνει μια πιθανή συγγένεια των παθήσεων αυτών. Ανάλογα με τα ευρήματα οι θεράποντες ιατροί συναποφασίζουν, με την συμβολή του ασθενούς, σε θεραπεία που μπορεί να φέρει την ύφεση και στις δύο καταστάσεις.

## ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ & ΙΦΝΕ

### **Χαριτωμένη Βαβούλη**

Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Επιμελήτρια Α', Α' Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

### **Καλλιόπη Σωτηροπούλου**

Ειδικευόμενη Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένας μεγάλος αριθμός δερματολογικών εκδηλώσεων συνδέεται με νοσήματα του πεπτικού συστήματος. Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΙΦΝΕ) με τις οποίες θα ασχοληθούμε είναι η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn. Οι μισοί από τους ασθενείς με ΙΦΝΕ έχουν έλλειψη πληροφόρησης για τις δερματολογικές συσχετίσεις της νόσου. Σκοπός αυτού του άρθρου είναι να

παρουσιάσουμε τα πιο κοινά δερματολογικά προβλήματα που συνδέονται με τις ΙΦΝΕ ώστε αυτά να μπορούν να αναγνωριστούν από τους ασθενείς και να αναζητήσουν διάγνωση και θεραπεία από τους ειδικούς.

Όπως θα αναλύσουμε και παρακάτω, υπάρχουν εκδηλώσεις που σχετίζονται άμεσα με την ενεργότητα της νόσου, άλλες είναι παθογνωμονικές της ΙΦΝΕ, ορισμένες είτε συνυπάρχουν με το νόσημα είτε αποτελούν επιπλοκή αυτού, και τέλος έχουν επίσης παρατηρηθεί εκδηλώσεις λόγω της φαρμακευτικής αγωγής.

## 1 ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΦΝΕ

---

### 1.1 ΟΖΩΔΕΣ ΕΡΥΘΗΜΑ

Αποτελεί την πιο συχνή δερματολογική εκδήλωση (έως 3% σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και μέχρι 8% σε v.Crohn). Η εμφάνισή του συνήθως σχετίζεται με την ενεργότητα της νόσου και θεραπεύοντας την υποκείμενη ΙΦΝΕ οι βλάβες κατά κανόνα υποχωρούν. Μπορεί να προηγείται της ΙΦΝΕ σε ποσοστό λιγότερο από το 15%. Κλινικά εκδηλώνεται με την εμφάνιση συμμετρικών, επώδυνων, ερυθροϊωδών, υποδόριων οζιδίων, διαμέτρου 1-5 εκατοστών με κύρια εντόπιση τις επιφάνειες των κνημών. Σπανιότερα προσβάλλει τα άνω άκρα, τον κορμό ή το πρόσωπο.

Η νόσος συνήθως αυτοϊάται, οπότε και η θεραπεία μπορεί να περιοριστεί σε τοπικά μέτρα π.χ. υγρά επιθέματα, ελαστικές κάλτσες συμπίεσης, τοποθέτηση των άκρων σε ανάρροπη θέση και ανάπαυση. Σε εμμένουσες ή πιο σοβαρές περιπτώσεις χορηγείται αντιφλεγμονώδης αγωγή με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) ή και συστηματικά κορτικοστεροειδή με γρήγορη ανταπόκριση. Επίσης, θέση στη θεραπεία έχει και η χρήση διαλύματος ιωδιούχου καλίου. Τελευταία, στις πολύ σοβαρές μορφές οζώδους ερυθήματος χρησιμοποιούνται και οι βιολογικοί παράγοντες με πολύ καλά αποτελέσματα.



## 1.2 ΓΑΓΓΡΑΙΝΩΔΕΣ ΠΥΟΔΕΡΜΑ (ΓΠ)

Αποτελεί την δεύτερη συχνότερη δερματολογική εκδήλωση (ωστόσο το ποσοστό των ασθενών που αναπτύσσουν γαγγραινώδες πυόδερμα είναι μικρό). Απαντάται συχνότερα στην ελκώδη κολίτιδα και σε γυναίκες ηλικίας 20 - 50 ετών. Άτομα της Αφρικανικής φυλής και με θετικό οικογενειακό ιστορικό εμφανίζουν επίσης μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ΓΠ. Περίπου το 50% των ασθενών παρουσιάζει και άλλες παθήσεις εκτός από ΙΦΝΕ, π.χ. αρθρίτιδα, αιματολογικές κακοήθειες. Κλινικά εκδηλώνεται με την εμφάνιση επώδυνων μονήρων ή πολλαπλών ερυθρηματωδών βλατίδων ή φλυκταινιδίων που εξελίσσονται λόγω νέκρωσης ταχέως σε επώδυνο έλκος με υπεσκαμμένα ιώδη χείλη και ρυπαρό άσηπτο πυθμένα. Επιπλέον, παρατηρείται και το φαινόμενο παθήργιας σε ποσοστό 50%, δηλαδή η ανάπτυξη βλάβης στο δέρμα σε θέση τραυματισμού. Οι βλάβες του πυοδέρματος απαντώνται κυρίως στα κάτω άκρα και γύρω από στομίες αλλά μπορεί να εντοπίζονται οπουδήποτε στο δέρμα. Υπάρχουν τέσσερις κλινικοί τύποι, ο κλασσικός που περιγράψαμε παραπάνω, ο φλυκταινώδης με διακριτές φλύκταινες που όμως δεν εξελίσσονται σε έλκη, ο πομφολυγώδης, στον οποίο εμφανίζονται πομφόλυγες που εξελκώνονται και τέλος ο βλαστικός που χαρακτηρίζεται από υπερτροφική ιστική αντίδραση στην περιοχή επιφανειακών ελκώσεων που στην πορεία γίνονται εξωφυτικές βλάβες με διαβρωμένη επιφάνεια. Ο κλασσικός και φλυκταινώδης τύπος σχετίζονται κυρίως με ΙΦΝΕ, ενώ ο πομφολυγώδης με αιματολογικές νεοπλασίες.

Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει τοπικά και συστηματικά μέτρα. Τοπικά, συνιστάται καθημερινός, μη τραυματικός καθαρισμός του έλκους, εφαρμογή ισχυρών κορτικοστεροειδών και χρήση αλοιφής τακρόλιμους. Συστηματική θεραπεία πρώτης γραμμής αποτελούν τα κορτικοστεροειδή σε υψηλές δόσεις. Η θεραπεία με σουλφασαλαζίνη, αζαθειοπρίνη και δαψόνη είναι αρκετά αποτελεσματικές τόσο για την ΙΦΝΕ όσο και για το πυόδερμα. Επιπρόσθετα, χρησιμοποιούνται κυκλοσπορίνη, κλοφαζιμίνη, θαλιδομίδη, κολχικίνη, μυκοφαινόλη μοφετίλη, κυκλοφωσφαμίδη και βιολογικοί

παράγοντες (τα τελευταία χρόνια με πολύ καλά αποτελέσματα). Αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει μια ιδιαίτερη μορφή ΓΠ, το περιστομιακό δηλαδή αυτό που εμφανίζεται γύρω από στομίες π.χ. κολεοστομία (μετά από κολεκτομή), το οποίο απαντάται σχεδόν αποκλειστικά σε ν. Crohn και για το οποίο η θεραπεία είναι δύσκολη. Φαίνεται ότι ο συνεχής ερεθισμός του δέρματος διαδραματίζει ρόλο στη συντήρηση της φλεγμονής στο σημείο της στομίας και επομένως στην ανθεκτικότητα της βλάβης στη θεραπεία. Η αφαίρεση της στομίας είναι η πλέον αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας.

### 1.3 ΟΞΕΙΑ ΕΜΠΥΡΕΤΟΣ ΟΥΔΤΕΡΟΦΙΛΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑ – ΣΥΝΔΡΟΜΟ SWEET (SS)

Αποτελεί σπάνια δερματολογική εκδήλωση ΙΦΝΕ

Παρουσιάζει τρεις κλινικές μορφές:

- ◆ Κλασσικό SS
- ◆ Σχετιζόμενο με κακοήθεια SS και
- ◆ Φαρμακοεπαγόμενο SS

Κλινικά και στις τρεις μορφές εμφανίζεται ξαφνική εισβολή πυρετικής κίνησης και έκθυση επώδυνων ερυθρών ή ερυθροϊωδών βλατίδων, οζιδίων ή πλακών, με ασύμμετρη κατανομή και με εντόπιση συνήθως σε άνω άκρα, πρόσωπο, λαιμό. Οι βλάβες είναι τόσο οιδηματώδεις που δίνουν την εντύπωση ότι είναι φυσαλιδώδεις. Επίσης, μπορεί να συρρέουν σε μεγάλες ακανόνιστου σχήματος βλάβες. Είναι δυνατόν να υπάρχουν συστηματικές εκδηλώσεις όπως αρθρίτιδα, πυρετός και οφθαλμικές βλάβες (επιπεφυκίτιδα). Επιπρόσθετα διαγνωστικά ευρήματα είναι τα αυξημένα λευκά αιμοσφαίρια στη γενική αίματος και η χαρακτηριστική ιστολογική εξέταση. Μπορεί να εμφανιστεί πριν, παράλληλα ή συνηθέστερα (στο 52%) μετά τη διάγνωση ΙΦΝΕ. Η κλασσική μορφή απαντάται συχνότερα σε γυναίκες. Έχει περιγραφεί σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες.

Θεραπεία εκλογής είναι τα συστηματικά κορτικοστεροειδή, μετά την χορήγηση των οποίων παρατηρείται γρήγορη υποστρόφη των βλαβών.

Εναλλακτικά μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν ιωδιούχο κάλιο, κολχικίνη, κυκλοσπορίνη, δαψόνη, ινδομεθακίνη και κλοφαζιμίνη. Επειδή το SS σχετίζεται με την ενεργότητα της εντερικής νόσου, κλειδί στη θεραπεία του αποτελεί η θεραπεία της υποκείμενης ΙΦΝΕ.

#### 1.4 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΑΦΘΩΔΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ

Οι στοματικές βλάβες συνοδεύουν συχνά τις δερματικές και σχετίζονται με έξαρση ή υποτροπή της ΙΦΝΕ. Παρατηρούνται στο 4-5% των ασθενών, κυρίως με ελκώδη κολίτιδα και συχνότερα σε ασθενείς με ν. Crohn. Σε ποσοστό 25% εκδηλώνονται πριν τη διάγνωση της εντερικής νόσου. Εμφανίζονται αιφνίδια ως αφθώδη έλκη δηλαδή κυκλικά-ωοειδή επώδυνα έλκη της στοματικής κοιλότητας καλυμμένα με κιτρινωπή ψευδομεμβράνη και ερυθματώδη όρια. Μπορεί να εντοπίζονται οπουδήποτε στο βλεννογόνο του στόματος και στα χείλη.

Ανάλογα με το μέγεθός τους διακρίνονται σε άφθες «ελάσσονος» τύπου (διάμετρος <1 εκατοστό) και «μείζονος» (διάμετρος >1 εκατοστό). Υπάρχει και μία ακόμη μορφή που εκδηλώνεται με πολυάριθμα συρρέοντα μικρά έλκη που δίνουν την εντύπωση ερπητόμορφων βλαβών.

Η θεραπεία της υποκείμενης ΙΦΝΕ και ιδιαίτερα η χρήση βιολογικών παραγόντων οδηγεί σε ύφεση και των στοματικών βλαβών. Συμπληρωματικά μπορεί να χορηγηθούν διαλύματα με τοπικά αναισθητικά και αντισηπτικά, καθώς και κορτικοστεροειδή

## 2 ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΕ ΙΦΝΕ

---

### 2.1. ΔΙΑΠΥΗΤΙΚΗ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑ

Αποτελεί νόσημα που απαντάται με αυξημένη συχνότητα σε ασθενείς με ΙΦΝΕ (0,4% σε ν. Crohn και 0,1% σε ελκώδη κολίτιδα). Πρόκειται για χρόνια φλεγμονώδη νόσο της τριχοσμηγματογόνου μονάδας κατά την οποία προκαλείται απόφραξη των τριχοθυλακίων. Απαντάται στο 1-4% του πληθυσμού με συνήθη

ηλικία εμφάνισης 20-30 έτη. Είναι τρεις φορές πιο συχνή στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες αλλά οι άνδρες έχουν την τάση να νοσούν πιο βαριά. Υπάρχουν τρία σημεία κλειδιά στη διάγνωσή της:

- ◆ Εμφάνιση τυπικών βλαβών (αμφοτερόπλευρα, φλεγμονώδη, επώδυνα, ερυθρηματώδη οζίδια και βλατίδες, συρίγγια, αποστήματα, διπλοί ψευδοφαγέσωρες και ουλές).
- ◆ Εντόπιση σε τυπικές θέσεις (μασχάλες, μηροβουβωνικές πτυχές, μεσογλουτιαία πτυχή, πρωκτογεννητική περιοχή, υπομαζικές πτυχές)
- ◆ Υποτροπές και χρονιότητα.

Σε αυτό το σημείο να τονίσουμε ότι οι βλάβες της διαπηθητικής ιδρωταδενίτιδας που εντοπίζονται περιπρωκτικά ομοιάζουν πολύ με αυτές της περιπρωκτικής v. Crohn από την οποία και θα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί διενεργώντας MRI περινέου στην οποία επί v. Crohn θα απεικονιστούν τα παθογνωμονικά για τη νόσο συρίγγια που έχουν σχηματιστεί κατά συνέχεια ιστών μεταξύ εντέρου και δέρματος.

Η θεραπεία της ιδρωταδενίτιδας περιλαμβάνει τοπική και συστηματική αγωγή. Η τοπική αγωγή δίδεται σε αρχικά στάδια ή συμπληρωματικά σε συστηματική ή χειρουργική θεραπεία προχωρημένων σταδίων και περιλαμβάνει τοπικά αντιβιοτικά, ρετινοειδή και ενδοβλαβικές εγχύσεις κορτικοστεροειδών. Συστηματικά μπορούν να χορηγηθούν αντιβιοτικά, αντιανδρογόνα, ρετινοειδή και σε ανθεκτικές στη θεραπεία καθώς και σοβαρές μορφές δίνεται βιολογικός παράγοντας.

## 2.2 ΨΩΡΙΑΣΗ

Απαντάται συχνότερα σε σχέση με την διαπηθητική ιδρωταδενίτιδα στους ασθενείς με ΙΦΝΕ (3.3% σε v. Crohn και 2,1% σε ελκώδη κολίτιδα). Πρόκειται για μια χρόνια φλεγμονώδη πάθηση του δέρματος που χαρακτηρίζεται από μια μεγάλη ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων με πιο συχνή την ψωρίαση κατά πλάκας στην οποία εμφανίζονται σαφώς αφοριζόμενες ερυθρηματολεπιδώδεις πλάκες στο σώμα (κυρίως σε αγκώνες, γόνατα, οσφυϊκή χώρα) που καλύπτονται από παχιά αργυρόχρωμα λέπια. Μπορεί να υπάρχουν και άλλες θέσεις

εντόπισης όπως το τριχωτό κεφαλή, τα νύχια. Επίσης, μπορεί να προσβληθούν και οι αρθρώσεις σε ποσοστό περίπου 30%. Η ηλικία έναρξης της ψωρίασης παρουσιάζει δύο αιχμές: η πρώτη τη 2η-3η δεκαετία και η δεύτερη μετά την 5η δεκαετία της ζωής. Από μελέτες έχει διαπιστωθεί γενετική συσχέτιση μεταξύ ψωρίασης και ΙΦΝΕ. Μάλιστα η συσχέτιση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα και πιο βαριές μορφές ψωρίασης. Όσον αφορά τη θεραπεία της ψωρίασης σήμερα είναι διαθέσιμοι πλήθος τοπικών και συστηματικών παραγόντων. Η θεραπεία εξατομικεύεται και η επιλογή της εξαρτάται από παράγοντες που αφορούν τόσο την ίδια την ψωριασική νόσο (ψωρίαση και συννοσηρότητες) όσο και τον ασθενή. Στην διαθεσή μας έχουμε τοπικά κορτικοστεροειδή, ανάλογα βιταμίνης D και τοπικά ανοσοτροποποιητικά για τις ήπιες και εντοπισμένες μορφές ψωρίασης, ενώ για τη μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση χρησιμοποιούνται φωτοθεραπεία, συστηματική αγωγή με κυκλοσπορίνη, μεθοτρεξάτη, συστηματικά ρετινοειδή, διμεθυλεστέρας φουμαρικού οξέος, απρεμιλάστη και πλήθος βιολογικών παραγόντων (αναστολείς του παράγοντα νέκρωσης των όγκων και αναστολείς ιντερλευκίνης).

## 3 ΠΑΘΟΓΝΩΜΟΝΙΚΕΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ-ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΙΦΝΕ

---

### 3.1. ΠΑΘΟΓΝΩΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

#### 3.1.1 ΦΛΥΚΤΑΙΝΩΔΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑ

Εκτός από το κλασικό γαγγραινώδες πυόδερμα που περιγράψαμε παραπάνω, είναι δυνατόν να εκδηλωθούν φλυκταινώδεις δερματικές βλάβες που όμως είναι πιο ήπιες, υποστρέφουν, δεν οδηγούν σε ελκώσεις και προσβάλλουν είτε το δέρμα είτε τον στοματικό βλεννογόνο. Προσβάλλονται συνήθως οι μεγάλες πτυχές του σώματος, ο κορμός και οι εγγύς περιοχές των άκρων. Εμφανίζεται τόσο σε περιόδους έξαρσης όσο και σε περιόδους ηρεμίας της ελκώδους κολίτιδας.

### **3.1.2 ΒΛΑΣΤΙΚΗ ΠΥΟΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ**

Αυτή η κλινική εικόνα, που παρατηρείται σχεδόν αποκλειστικά στην ελκώδη κολίτιδα, εκδηλώνεται με πολυάριθμα φλυκταινίδια στο στοματικό βλεννογόνο και στα χείλη, τα οποία διαρρηγνύονται, συρρέουν και εγκαταλείπουν αιμορραγικές ελκώσεις. Η μορφή των βλαβών εξελίσσεται με τέτοιο τρόπο που μοιάζουν με εικόνα «πλακόστρωτου».

Η βλαστική πυοστοματίτιδα είναι αρκετά ανθεκτική στην τοπική θεραπεία. Καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα πετυχαίνονται με χορήγηση συστηματικών κορτικοστεροειδών, αν και ύφεση προκαλείται συνήθως παράλληλα με τον έλεγχο της ενεργότητας της ελκώδους κολίτιδας. Στο πλαίσιο αυτό έχουν παρατηρηθεί καλά αποτελέσματα με τη χρήση βιολογικών παραγόντων.

## **3.2. ΠΑΘΟΓΝΩΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΝΟΣΟΥ CROHN**

### **3.2.1 ΑΝΩΔΥΝΕΣ ΡΑΓΑΔΕΣ, ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ, ΣΥΡΙΓΓΙΑ ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ**

Οι βλάβες αυτές είναι συχνές στη ν. Crohn έως και 60% ή μπορεί και να αποτελούν πρώτη εκδήλωση της νόσου για μήνες ή χρόνια πριν από τη διάγνωση της εντερικής προσβολής.

### **3.2.2 «ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ» ΝΟΣΟΣ CROHN**

Πρόκειται για δερματική εντόπιση της νόσου Crohn που δεν οφείλεται σε βλάβη κατά συνέχεια ιστών από τον εντερικό σωλήνα αλλά διαχωρίζεται σαφώς με την παρεμβολή υγιών ιστών από τυχόν εντερική προσβολή. Είναι «αυτόνομες» βλάβες που μπορεί να προηγούνται έτη πριν την εκδήλωση της εντερικής προσβολής. Οι βλάβες είναι ιδιαίτερα πολύμορφες όπως έλκη, οζίδια και ερυθρηματώδεις πλάκες. Στα παιδιά προεξάρχουν οιδηματώδεις βλάβες, ενώ ελκωτικές απαντώνται συχνότερα σε ενήλικες. Διακρίνονται σε γεννητικές και εξωγεννητικές εκδηλώσεις. Στη γεννητική περιοχή παρατηρούνται στα 2/3 των παιδιών και στο 1/2 των ενηλίκων. Οι εξωγεννητικές αλλοιώσεις χαρακτηρίζονται από παρουσία ερυθρηματωδών πλακών που συχνά εξελκώνονται και παροχετεύουν οροαιματηρό περιεχόμενο δια μέσου πόρων ή συριγγίων. Εντοπίζονται οπουδήποτε στο δέρμα όπως υπομαζική περιοχή, οπισθοωτιαία, πρόσωπο, άκρα, κορμό, με συχνότερη θέση εμφάνισης

στα κάτω άκρα. Οι παραπάνω αναφερόμενες δερματικές εκδηλώσεις της v. Crohn παρουσιάζουν ομοιότητα με κοινές δερματικές παθήσεις (λοιμώξεις, λεμφοίδημα, λεμφαγγείωμα, σαρκοείδωση, v.Behcet, πυώδη ιδρωταδενίτιδα κ.ά.) επομένως δυσχεραίνεται η διάγνωση. Χρειάζεται προσοχή σε ασθενείς παιδικής ηλικίας με οίδημα στα γεννητικά όργανα, σε ενήλικες με ερυθηματώδη οζίδια ή πλάκες με ή χωρίς εξέγκωση στα άκρα ή με έλκη γεννητικών οργάνων.

Η θεραπεία αυτών των εκδηλώσεων περιλαμβάνει τη χρήση μετρονιδαζόλης, κορτικοστεροειδών και σε ανθεκτικές περιπτώσεις χορηγούνται βιολογικοί παράγοντες με ικανοποιητικά αποτελέσματα σε ενήλικες και παιδιά.

Επίσης αποτελεσματική είναι και η συμπληρωματική τοπική θεραπεία με τακρόλιμους.

### **3.2.3 ΣΤΟΜΑΤΟ-ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΝΟΣΟΣ CROHN & ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΗΣ ΧΕΙΛΙΤΙΔΑ**

Αποτελούν χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της v. Crohn και διακρίνονται δύο μορφές, μία οξεία με σχηματισμό ελκώσεων και αφθών στοματικής κοιλότητας-χειλέων (στοματο-προσωπική) και μία υποξεία που χαρακτηρίζεται από ασυμπτωματικό μόνιμο οίδημα (κοκκιωματώδης χειλίτιδα) και κοκκιωματώδη φλεγμονή συνήθως του κάτω χείλους. Όταν η εντόπιση αφορά το άνω χείλος οδηγεί στην παραμόρφωση εν είδει προβοσκίδας. Θεραπευτικά μπορούν να χορηγηθούν ενδοβλαβικά κορτικοστεροειδή με ικανοποιητικά αποτελέσματα και μετρονιδαζόλη από του στόματος.

## **4 ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΘΡΕΨΗΣ, ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ**

---

### **4.1. ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΚΡΟΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ**

Η ΙΦΝΕ μπορεί να οδηγήσει, ειδικά όταν υπάρχει εκτεταμένη προσβολή του λεπτού εντέρου, σε διαταραχές θρέψης, μεταβολισμού και δυσαπορρόφησης. Έχουν παρατηρηθεί υπολευκωματιναιμία, διαταραχές στο μεταβολισμό υδατοδιαλυτών βιταμινών και ψευδαργύρου. Επίσης, η θεραπεία με σουλφασαλαζίνη, αζαθειοπρίνη ή χολεστυραμίνη μπορεί να επιβαρύνει

την έλλειψη βιταμινών. Οι πιο συχνές δερματικές εκδηλώσεις της ΙΦΝΕ είναι η εντεροπαθητική ακροδερματίτιδα, η πελλάγρα και οι εκδηλώσεις στοματίτιδας, γλωσσίτιδας και χειλίτιδας. Η εντεροπαθητική ακροδερματίτιδα αποτελεί το πιο συχνό σύνδρομο εκδήλωσης έλλειψης ψευδαργύρου (Zn). Ο Zn είναι το πλέον απαραίτητο ιχνοστοιχείο για τον ανθρώπινο οργανισμό καθώς αποτελεί συστατικό πολλών ενζύμων που συμμετέχουν στον μεταβολισμό θρεπτικών συστατικών. Κατά συνέπεια ο Zn είναι απαραίτητος για την επιτέλεση σημαντικών λειτουργιών του οργανισμού π.χ. καρδιαγγειακή, νευροψυχιατρική κ.ά. Η έλλειψή του μπορεί να είναι συγγενής ή επίκτητη. Στην επίκτητη μορφή, που παρατηρείται σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, η κλινική εικόνα περιλαμβάνει δερματίτιδα των άκρων, στοματίτιδα, διάρροια, αλωπεκία. Επίσης, εμφανίζεται εξάνθημα τύπου σμηγματοροϊκής δερματίτιδας (εκζεματοειδές ερυθματώδες εξάνθημα) κυρίως στο πρόσωπο (περιστοματικά) και στην περινεογεννητική/περιπρωκτική περιοχή με επιβράδυνση της επούλωσης. Η θεραπεία συνιστάται στην αναπλήρωση με χορήγηση γλυκονικού ή θειϊκού ψευδαργύρου από του στόματος.

#### **4.2. ΆΛΛΕΣ ΜΗ ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΔΥΣΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ**

Περιλαμβάνουν την επίκτητη ιχθύαση (ξηροδερμία δίκην λεπιών ιχθύος), υπερμελάγχρωση, διάχυτη αλωπεκία, ελάττωση του ρυθμού ανάπτυξης κυρίως στα παιδιά με ν. Crohn, ατροφία των ονύχων, εμφάνιση χαρακτηριστικών οριζόντιων γραμμώσεων στην ονυχοφόρο πλάκα (γραμμές Beau), κοιλονυχία και γωνιακή χειλίτιδα σε ποσοστό έως 8% σε ασθενείς με ν. Crohn πιθανά λόγω έλλειψης σιδήρου.

#### **5. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΙΦΝΕ**

Έχουν παρατηρηθεί, αν και σπάνια, θρομβοεμβολικά επεισόδια, ως επιπλοκή της ΙΦΝΕ και κυρίως της ελκώδους κολίτιδας. Πρόκειται για θρομβώσεις κυρίως σπλαχνικών αγγείων λόγω της διαταραχής του μηχανισμού πήξης σε συνάρτηση με την ενεργότητα της νόσου. Ωστόσο έχουν περιγραφεί και περιστατικά με θρομβώσεις περιφερικών αρτηριών στα άκρα ή στα γεννητικά όργανα με επακόλουθη γάγγραινα.

#### **6. ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ANTI-TNF ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ**



Στις μέρες μας οι φαρμακοεπαγόμενες δερματικές εκδηλώσεις από τη χρήση anti-TNF παραγόντων, λόγω της ευρείας και αυξανόμενης χρήσης αυτών, γίνονται ολοένα και συχνότερες. Οι βλάβες που προκαλούνται από τους anti-TNF δεν φαίνεται να σχετίζονται ούτε με την ηλικία των ασθενών, ούτε με τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση anti-TNF δεν σχετίζεται μόνο με εκδήλωση παράδοξων βλαβών από το δέρμα αλλά και από άλλα συστήματα π.χ. αρθρώσεις (αρθρίτιδα), ήπαρ (ηπατίτιδα). Ποσοστό 5-10% των ασθενών με ΙΦΝΕ υπό αγωγή με anti-TNF θα αναπτύξουν παράδοξες δερματικές εκδηλώσεις. Δύο τύποι τέτοιων παράδοξων εκδηλώσεων έχουν περιγραφεί:

◆ Εκζεματοειδείς ◆ Ψωριασιόμορφες

Πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση αυτών αποτελούν το γυναικείο φύλο και το θετικό οικογενειακό ιστορικό για ψωρίαση ή ατοπία. Έχουν καταγραφεί δερματικές βλάβες από τη χρήση όλων των anti-TNF (infliximab 69,37%, adalimumab 22,52%, certolizumab 2,7%). Ο μέσος χρόνος εμφάνισης αυτών των βλαβών κυμαίνεται στους 17 μήνες για τα ψωριασιόμορφα εξανθήματα και 11 μήνες για τις εκζεματικές εκδηλώσεις σε ασθενείς που έλαβαν infliximab. Οι εκζεματοειδείς εκδηλώσεις χαρακτηρίζονται από απολέπιση, ξηρότητα και κνησμώδες ερυθηματοφυσαλιδώδες εξάνθημα. Τα ψωριασιόμορφα εξανθήματα εμφανίζονται με απολεπιστικές ερυθηματώδεις πλάκες ή φλύκταινες και με αντίστοιχες της ψωρίασης βλάβες στα νύχια. Η εντόπιση των ψωριασιόμορφων εκδηλώσεων είναι κυρίως στο τριχωτό της κεφαλής, στη γεννητική περιοχή, στις πτυχώσεις του σώματος και όχι στις εκτατικές επιφάνειες των άκρων (αγκώνες, γόνατα) όπως παρατηρείται στην ψωρίαση. Δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ αυτών των φαρμακοεπαγόμενων δερματικών εκδηλώσεων και της ενεργότητας της εντερικής νόσου.

Επίσης στις δερματικές αντιδράσεις από την χρήση anti-TNF παραγόντων περιλαμβάνονται συχνότερα ευκαιριακές λοιμώξεις, αλλεργικές αντιδράσεις αλλά και σπανιότερα διάφορες κακοήθειες.

Η αντιμετώπιση των παράδοξων δερματικών εκδηλώσεων περιλαμβάνει τοπική θεραπεία με μαλακτικά, κορτικοστεροειδή, κερατολυτικά, ανάλογα βιταμίνης D και φωτοθεραπεία με ικανοποιητικά αποτελέσματα ανταπόκρισης

των ασθενών (περίπου 40%). Δεν γίνεται, ούτε συστήνεται αλλαγή της anti-TNF αγωγής εκτός από ένα μικρό ποσοστό ασθενών (10%) με επίμονο εξάνθημα και βαριά δερματολογική βλάβη.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι δερματικές εκδηλώσεις είναι συχνές και μπορεί να είναι από ήπιες και εύκολες στη θεραπεία, όπως το οζώδες ερύθημα, μέχρι σοβαρότερες και πιο απαιτητικές στην αντιμετώπισή τους όπως το γαγγραινώδες πυόδερμα. Η παρουσία αυτών των εκδηλώσεων πρέπει να ευαισθητοποιήσει τόσο τον ασθενή όσο και τον θεράποντα ιατρό ώστε να αναγνωριστούν έγκαιρα και να ελεγχθούν άμεσα.

## ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ

### Παναγιώτης Θεοδώρου

Οφθαλμίατρος, Γενικό Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας  
«Μποδοσάκειο»

Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις στις ΙΦΝΕ συμβαίνουν στο ένα τρίτο των ασθενών. Οι οφθαλμικές εκδηλώσεις συμβαίνουν σε λιγότερο από το 10% των ασθενών, αλλά μπορεί να συνοδεύονται από σημαντική νοσηρότητα ακόμα και τύφλωση.

Τα οφθαλμικά συμπτώματα είναι μη ειδικά γι' αυτό μπορεί να μην γίνει συσχέτιση με τις ΙΦΝΕ. Η εκτίμηση των οφθαλμών θα πρέπει να είναι βασική εξέταση στην φροντίδα των ασθενών με ΙΦΝΕ. Τα συμπτώματα και οι οφθαλμικές εκδηλώσεις μπορεί να προηγούνται της διάγνωσης των ΙΦΝΕ. Αυτά περιλαμβάνουν θολή όραση, μάτια με δακρύρροια, κάψιμο ή κνησμό, άλγος στα μάτια, φωτοφοβία, επιπεφυκοτική ή σκληρική υπεραιμία, απώλεια όρασης ακόμα και τύφλωση.

Η πιο συχνή επιπλοκή των ΙΦΝΕ είναι η επισκληρίτιδα, το στρώμα ακριβώς κάτω από τον επιπεφυκότα και χαρακτηριστικά ξεσπά μεταξύτεων εξάρσεων των ΙΦΝΕ. Πρέπει να την υποπτευόμαστε σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που εμφανίζουν

οξεία υπεραιμία στο ένα ή και στα δύο μάτια και ενοχλήματα όπως κάψιμο ή ερεθισμό, πόνο ή ευαισθησία κατά την ψηλάφηση αλλά και σε ασθενείς με έξαρση εντερικών συμπτωμάτων και κόκκινο μάτι, ευαίσθητο στη ψηλάφηση χωρίς αλλαγή στην όραση. Η θεραπεία εξατομικεύεται ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και τη θεραπεία της υποκείμενης πάθησης, συνήθως με βιολογικό παράγοντα infliximab. Επίσης χορηγούνται τεχνητά δάκρυα σε συνδυασμό με τοπικά μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ή τοπικά στεροειδή. Μία πολύ σοβαρή και επώδυνη φλεγμονή των λευκών των ματιών συγκεκριμένα του σκληρού χιτώνα των οφθαλμών αποτελεί η σκληρίτιδα.

Συνήθως εμφανίζεται σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς, μπορεί να μειώσει σοβαρά την όραση, χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση όμως ευτυχώς είναι σπάνια στις ΙΦΝΕ. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια σκληρίτιδας μπορεί να προκαλέσουν σκληρομαλάκυνση ή ακόμα και λέπτυνση του σκληρού που μπορεί να προκαλέσει τη ρήξη του. Η θεραπεία και μείωση των υποτροπών της συνίσταται στην επιθετική αντιμετώπιση της υποκείμενης πάθησης.

Μία σπάνια επιπλοκή αποτελεί η κερατοπάθεια, η οποία εμφανίζεται με πόνο, αίσθηση ξένου σώματος ερεθισμό και περιστασιακά μείωση της όρασης. Παρουσιάζεται με μικρές γκρι επιθηλιακές ή υποεπιθηλιακές διηθήσεις του προσθίου στρώματος του κερατοειδούς αλλά και ως βαθύτερες στρωματικές, νεφελώδεις διηθήσεις ή ουλές. Οι οφθαλμίατροι πρέπει να παρατηρούν με προσοχή τις θολερότητες στην περιφέρεια του κερατοειδούς οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε λέπτυνση και διάτρηση του κερατοειδούς. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα τοπικά στεροειδή πρέπει να αποφεύγονται λόγω πιθανής επιδείνωσης της λέπτυνσης. Ενώ η θεραπεία γίνεται με συστηματική ανοσοκαταστολή.

Φλεγμονές συμβαίνουν και στο ραγοειδή χιτώνα του οφθαλμού, με συνηθέστερη την ιρίτιδα που προσβάλλει το χρωματιστόμημα του οφθαλμού. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κόκκινα, ερεθισμένα μάτια με φωτοφοβία, θολή όραση ή κεφαλαλγία. Αντίθετα με την επισκληρίτιδα, την σκληρίτιδα και την κερατοπάθεια, η ραγοειδίτιδα δεν συσχετίζεται με έξαρση δηλαδή ενεργή ΙΦΝΕ. Η ραγοειδίτιδα και η ιρίτιδα είναι πιο συχνή ιδιαίτερα εάν υπάρχει επιπλοκή από το δέρμα, όπως το οζώδες ερύθημα αλλά και πόνοι στις αρθρώσεις. Η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει τοπικά στεροειδή ή σπανιότερα συστηματικά στεροειδή ή ανοσοκατασταλτικά. Σύνδρομο ξηροφθαλμίας

μπορεί να εμφανιστεί λόγω ελλείψεως βιταμινών. Η θεραπεία περιλαμβάνει χορήγηση και συμπληρωμάτων διατροφής. Συνήθως οι επιπλοκές αφορούν το πρόσθιο τμήμα του οφθαλμού, έχουν αναφερθεί όμως πολλές σπάνιες οπίσθιες και κογχικές εκδηλώσεις. Αυτές περιλαμβάνουν ενδιάμεση ραγοειδίτιδα, φλεγμονώδες σύνδρομο του κόγχου (μη ειδικές φλεγμονές των μυών, των αδένων και του συνδετικού ιστού που περιβάλλουν τον οφθαλμό), απόφραξη κεντρικής ή κλαδικής αρτηρίας ή φλέβας, οπτική νευρίτιδα ή αμφιβληστροειδική αγγειϊτιδα. Αυτές οι επιπλοκές εάν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα μπορεί να είναι καταστροφικές για την όραση. Εξέταση ρουτίνας συστήνεται σε όλους τους ασθενείς με ΙΦΝΕ ειδικά πριν και μετά τις αλλαγές στη θεραπεία των ασθενών γιατί κάποια φάρμακα προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες στους οφθαλμούς. Ασθενείς με χρόνια ή επαναλαμβανόμενη χρήση συστηματικών κορτικοστεροειδών θα πρέπει να ενημερώνονται για τον κίνδυνο γλαυκώματος και καταρράκτη. Η γνώση των ασθενών για την πιθανή συμμετοχή των ματιών είναι σημαντική για την πρώιμη διάγνωση και επιτυχή θεραπεία.

## ΙΦΝΕ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

### Γεώργιος Κοσιώνης

Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, Επιμελητής Α', ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΙΦΝΕ) είναι αδιαμφισβήτητο ότι επηρεάζουν τη ζωή και την καθημερινότητα των ασθενών. Εδώ και αρκετά χρόνια έρευνες έχουν φέρει στο προσκήνιο τη σύνδεση ψυχικών διαταραχών με τις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου ενώ τα τελευταία έτη αρχίζει να αποδεικνύεται όλο και περισσότερο η μεταξύ τους συσχέτιση. Ψυχολογικοί παράγοντες όπως η κατάθλιψη και το άγχος φαίνεται πως παίζουν ρόλο στην πρόκληση υποτροπών της νόσου και επηρεάζουν και τη βαρύτητα αυτών. Ο συνδυασμός των ΙΦΝΕ με ψυχικές διαταραχές εν τέλει επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα των ασθενών. Οι αλληλεπιδράσεις του ΓΕΣ συστήματος με την ψυχική κατάσταση του ατόμου όπως αυτή εκφράζεται μέσω του κεντρικού (ΚΝΣ) και περιφερικού νευρικού συστήματος (ΠΝΣ), είναι γνωστές μέσα από την καθημερινή εμπειρία. Καταστάσεις stress και απότομες μεταβολές του συναισθήματος μετά από

ψυχοπιεστικά γεγονότα, επιφέρουν άμεσες ή μεσοπρόθεσμες μεταβολές στη λειτουργία του ΓΕΣ ανεξάρτητα από την ύπαρξη οποιασδήποτε παθολογικής κατάστασης. Η διαδραστικότητα αυτή οφείλεται στη διασύνδεση των δύο συστημάτων μέσω ποικίλων οδών:

**α)** Χρησιμοποιούνται κοινοί νευροδιαβιβαστές, όπως οι κατεχολαμίνες και η ακετυλοχολίνη.

**β)** Επικοινωνούν ανατομικά και λειτουργικά μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου.

**γ)** Βασικοί νευροδιαβιβαστές που χρησιμοποιούνται απ τον εγκέφαλο (σεροτονίνη και GABA) συντίθενται κυρίως στο έντερο.

**δ)** Ο εντεροεγκεφαλικός άξονας (gut - brain axis) αποτελεί πρόσφατο επιστημονικό εύρημα και αναφέρεται στην κινητοποίηση ανοσολογικών μηχανισμών λόγω της ανατροπής της ισορροπίας μεταξύ "ωφέλιμων" και παθογόνων βακτηρίων της λωρίδας του εντέρου. Αυτή η υπερβολική αντίδραση των αμυντικών κυττάρων του οργανισμού μπορεί να προκαλέσει φλεγμονώδεις καταστάσεις τόσο στο βλενογόνο του εντέρου όσο και στο ΚΝΣ. Σε ότι αφορά στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΙΦΝΕ) διατηρούν την πρωτοκαθεδρία λόγου του επώδυνου, επεισοδιακού και μακροχρόνιου χαρακτήρα της. Τα ίδια αυτά χαρακτηριστικά χρόνιας, υποτροπιάζουσας και εκφυλιστικής νόσου απαντούνται σε σοβαρές ψυχοπαθολογικές οντότητες όπως η διπολική διαταραχή, η μονοπολική κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις. Ο κοινός τόπος στην αιτιοπαθολογία αυτών των νόσων φαίνεται ότι είναι η αλληλεπίδραση αυτοάνοσων μηχανισμών σε συνδυασμό με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Την τελευταία δεκαετία υπό το φως των νέων γνώσεων γύρω απ τη στενή αλληλεπίδραση εντέρου και ΚΝΣ, διενεργήθηκαν νέες μελέτες με άρτιο μεθοδολογικά σχεδιασμό που απέδειξαν τεκμηριωμένα τη συσχέτιση της ΙΦΝΕ με ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Σε μια μελέτη που διεξήχθη στο Κάλγκαρι σε πληθυσμό 763.449 ατόμων με διάγνωση ελκώδους κολίτιδας, σε βάθος δεκαετίας βρέθηκε ότι το 82% αυτών είχαν λάβει και διάγνωση κάποιας ψυχικής διαταραχής! Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές ήταν πιθανότερο να προηγούνται της έναρξης της ελκώδους κολίτιδας. Σε άλλη μεγάλη μελέτη όπου χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τον εθνικό οργανισμό NHANES στις ΗΠΑ μετά από σύγκριση 190.269.933 ατόμων χωρίς διάγνωση ΙΦΝΕ με 2.325.226 με ΙΦΝΕ, βρέθηκε καταθλιπτική συμπτωματολογία στο 49% της ομάδας ΙΦΝΕ έναντι 23% στην υγιή ομάδα. Επιπρόσθετα αποδείχτηκε ότι η ΙΦΝΕ αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών. (Gut Liver 2017;11:512-519). Σε Σουηδική μελέτη που αφορούσε σε πάσχοντες από ΙΦΝΕ (3228 με ελκώδη

στο 49% της ομάδας ΙΦΝΕ έναντι 23% στην υγιή ομάδα. Επιπρόσθετα αποδείχτηκε ότι η ΙΦΝΕ αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών. (Gut Liver 2017;11:512-519). Σε Σουηδική μελέτη που αφορούσε σε πάσχοντες από ΙΦΝΕ (3228 με ελκώδη κολίτιδα, 2536 με νόσο Crohn και 700 με αδιαφοροποίητη ΙΦΝΕ) με κοινό χαρακτηριστικό την πρώιμη έναρξη στην παιδική ηλικία, διαπιστώθηκε ιδιαίτερα μεγαλύτερη επίπτωση ψυχικών διαταραχών και ιδιαίτερα ψύχωσης, κατάθλιψης, αγχώδων διαταραχών, διαταραχών προσωπικότητας καθώς και αυτοκτονικότητας. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκε ότι αφορούν και σε αδέρφια των πάσχοντων από ΙΦΝΕ, πράγμα που υποδεικνύει τη γονιδιακή διεισδυτικότητα ως νοσογόνος παράγοντας στις νόσους αυτές JAMA Pediatrics. Μια άλλη ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος πέραν των κοινών παθοφυσιολογικών μηχανισμών και των γενετικών παραγόντων, είναι οι πιθανές παρενέργειες στο ΚΝΣ κάποιων θεραπευτικών παραγόντων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των ΙΦΝΕ. Κορτικοστεροειδή και ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες μπορεί να επιφέρουν την ανάδυση αγχώδους, καταθλιπτικής η και ψυχωτικής ακόμα συμπτωματολογίας. Σε περιπτώσεις ήδη υπάρχουσας ψυχικής διαταραχής μπορεί να επέλθει επιδείνωση συμπτωμάτων ή/και υποτροπή της προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, ενισχύοντας με τον τρόπο αυτό τη δεδομένη επιβάρυνση της ψυχικής υγείας και γενικότερης ποιότητας ζωής του ασθενούς με ΙΦΝΕ.

Συμπερασματικά κάθε ασθενής με ΙΦΝΕ επιβάλλεται να συμπεριλάβει Με την ευγενική χορηγία: χρήσης ψυχομετρικών δοκιμασιών που ανιχνεύουν την πιθανή συνύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής. Πολύ συχνά κάποια ψυχικά προβλήματα όπως stress, καταθλιπτικό συναίσθημα, ευερεθιστότητα, έκπτωση κοινωνικής, επαγγελματικής ή διαπροσωπικής λειτουργικότητας, διαταραχές συγκέντρωσης, μνήμης η διαταραχές στο περιεχόμενο και την οργάνωση της σκέψης αποδίδονται ή εκλαμβάνονται λαθεμένα ως αναμενόμενη συνέπεια της επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής που επιφέρουν οι ΙΦΝΕ, ενώ στην πραγματικότητα οφείλονται σε κάποια αδιάγνωστη ψυχική διαταραχή που διατρέχει παράλληλα των ΙΦΝΕ.


Η διάγνωση και η έγκαιρη αντιμετώπιση συννοσηρών ψυχικών παθήσεων επιφέρει βελτίωση στην πορεία των ΙΦΝΕ καθιστώντας την πορεία τους ηπιότερη και τη συμπτωματολογία των εξάρσεων της νόσου λιγότερο επιθετική.




# HELLESCC

HELLENIC SOCIETY OF CROHN'S DISEASE'S AND ULCERATIVE COLITIS' PATIENTS  
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΕΛΛΑΔΑΣ

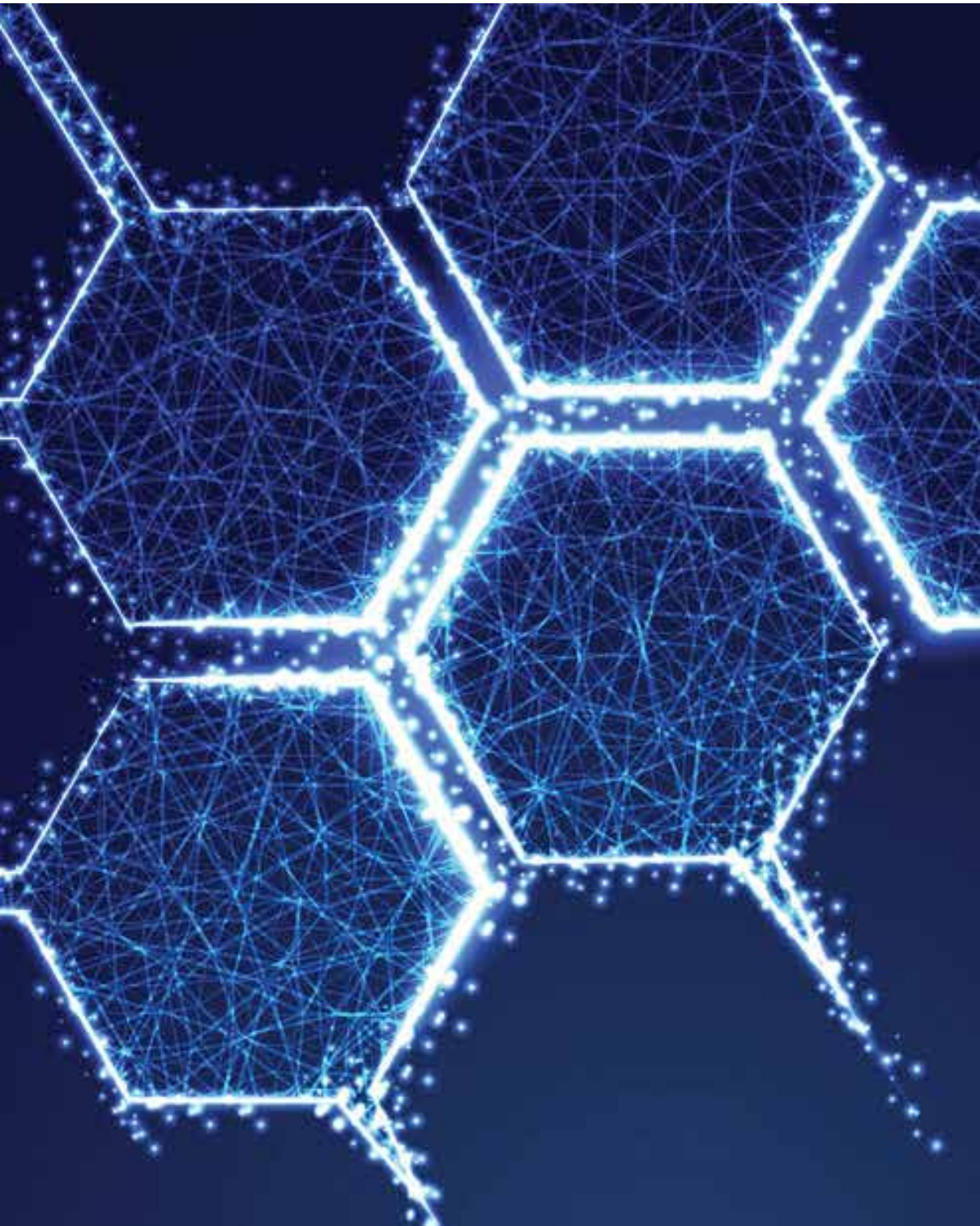
---

694 40 25 788 

690 76 05 369 

[www.crohnhellas.gr](http://www.crohnhellas.gr) 

[info@crohnhellas.gr](mailto:info@crohnhellas.gr) 



Με την ευγενική χορηγία:

