

# 150

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ**  
Ελληνική Ομάδα Μελέτης  
Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών  
Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΟΝΕ)



## Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

<http://www.ifne2016.gr>

### 3-5

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

### ΙΟΥΝΙΟΥ 2016

Ξενοδοχείο Grand Serai

e-Abstract Book



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

3-5 Ιουνίου 2016, Ξενοδοχείο Grand Serai, Ιωάννινα

15ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

e-Abstract Book

*Abstracts are published under all authors' acceptance to be included in all official congress*

*publications/material. © All rights reserved.*





## Οργάνωση:



**Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών  
Νοσημάτων του Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)  
[www.eomifne.gr](http://www.eomifne.gr)**

# **15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου**

---

## **e-Abstract Book**

Διαλέξεις Προσκεκλημένων Ομιλητών  
Ηλεκτρονικά Αναρτημένες Ανακοινώσεις

---

**3-5 Ιουνίου 2016, Ξενοδοχείο Grand Serai, Ιωάννινα**



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο  
Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών  
Νοσημάτων του Εντέρου

# Οργάνωση



## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ιστοσελίδα: <http://eomifne.gr>

### Επίτιμοι Πρόεδροι

Δ. Γ. Καραμανώλης  
Γ. Κητής  
Ε. Β. Τσιάνος

### Διοικητικό Συμβούλιο

**Πρόεδρος:** Γ. Μάντζαρης  
**Αντιπρόεδρος:** Ι. Κουτρομπάκης  
**Γεν. Γραμματέας:** Γ. Μπάμιας  
**Ταμίας:** Ι. Παπακωνσταντίνου  
**Μέλη:** Ν. Βιάζης  
Κ. Κατσάνος  
Χ. Τζάθας

### Οργανωτική Επιτροπή

**Πρόεδρος:** Δ. Χριστοδούλου  
**Επίτιμοι Πρόεδροι:** Δ. Γ. Καραμανώλης  
Γ. Κητής  
Ε. Τσιάνος  
**Γεν. Γραμματέας:** Κ. Κατσάνος  
**Ταμίας:** Ι. Παπακωνσταντίνου  
**Μέλη:** Ν. Βιάζης  
Κ. Καρμίρης  
Ι. Κουτρομπάκης  
Γ. Μάντζαρης  
Ι. Μητσέλης  
Γ. Μπαηταγιάννης  
Δ. Μπαλωμένος  
Γ. Μπάμιας  
Δ. Πολίτης  
Δ. Πολύμερος  
Α. Σκαμνέλης  
Χ. Τζάθας  
Ν. Τζαμπούρας



## Επιστημονική Επιτροπή Συνεδρίου

### ΒΔ Ελλάδα

Π. Αγγέλη  
Α. Βλαχόπουλος  
Α. Γερμανόπουλος  
Σ. Γεωργίου  
Ι. Γκαρτζώνης  
Χ. Ζώης  
Δ. Θειακός  
Β. Καρέτσος  
Σ. Κατσαρός  
Κ. Κίστης  
Α. Κογεβίνας  
Μ. Κοντογιάννης  
Δ. Κουρτέσας  
Ν. Κώστας  
Γ. Λούβρος  
Ε. Λούτση  
Γ. Μάλλιος  
Κ. Μασσαλάς  
Ν. Μοναστηριώτης  
Ν. Μποβαρέτος  
Α. Μπούμπας  
Μ. Παπαδόπουλος  
Α. Παπαθανασόπουλος  
Θ. Πασσάς  
Χ. Παυλίδης  
Μ. Ρογαλίδου  
Γ. Ρουβάς  
Δ. Σάββας  
Σ. Σκούρας  
Κ. Σπυρούλιας  
Σ. Τάπραντζης  
Σ. Τασοδήμου  
Σ. Φίλης

### Λοιπά Μέλη

Ε. Ακριβιάδης  
Π. Αλεπός  
Μ. Αργυροπούλου  
Ε. Αρχαύλης  
Ι. Βλαχογιαννάκος  
Κ. Βλάχος  
Σ. Γεωργόπουλος  
Ο. Γιουλιέμ  
Κ. Γκαρτζονίκα  
Ι. Γουλής  
Α. Γούσια  
Κ. Δελής  
Θ. Εμμανουήλ  
Α. Ζέλου  
Α. Ηλίας  
Α. Θεοδωροπούλου  
Γ. Θεοχάρης  
Κ. Θωμόπουλος  
Χ. Καθαντζής  
Δ. Καπετάνος  
Δ. Καραγιάννης  
Ι. Καραγιάννης  
Γ. Καραμανώλης  
Ι. Καρούμπας  
Π. Κασσιδής  
Χ. Κάτσιος  
Α. Καψωριτάκης  
Γ. Κολλιός  
Γ. Κουκιάκης  
Η. Κουρούμαλης  
Σ. Μανωλακόπουλος  
Θ. Μάρης  
Ε. Μητσέλης  
Κ. Μιμίδης  
Σ. Μιχόπουλος  
Ι. Μουζάς  
Β. Μπαλατσός  
Χ. Μπαλή  
Α. Μπατιστάτου  
Μ. Μυλωνάκη  
Β. Νικοηοπούλου  
Β. Ντελής  
Κ. Παπαδάκης  
Γ. Παπαθεοδωρίδης  
Κ. Παπαμιχαήλ  
Ι. Παπανικολάου  
Γ. Πασπάτης  
Ι. Παχιαδάκης  
Κ. Πετράκη  
Σ. Ποταμιάνος  
Θ. Ροκκάς  
Ε. Ρώμα  
Δ. Τζιλιβές  
Μ. Τζουβαλά  
Ι. Τριανταφυλλίδης  
Κ. Τριανταφύλλου  
Χ. Τριάντος  
Ε. Τσιρώνη  
Ν. Χαλιάσος  
Γ. Χουλιάρης



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Διαλέξεις Προσκεκλημένων Ομιλητών</b>	<b>7</b>
<b>Νοσηλευτική Ενότητα</b>	<b>41</b>
<b>Ηλεκτρονικά Αναρτημένες Ανακοινώσεις</b>	<b>49</b>
Παρασκευή, 3 Ιουνίου 2016 (ePP01-eP21)	50
Σάββατο, 4 Ιουνίου 2016 (ePP22-eP42)	79



## **ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΩΝ ΟΜΙΛΗΤΩΝ**





## Παρουσίαση περιστατικού με βαρεία ελκώδη κολίτιδα και θεραπευτική αντιμετώπιση

Μάρης Θεοφάνης

Ασθενής άνδρας γεννημένος το 1986 πάσχει από ελκώδη κολίτιδα(ΕΚ) από βετίας. Η αρχική διάγνωση έγινε στα πλαίσια ΕΙ λόγω αιμορραγικών διαρροϊκών κενώσεων. Η κολοσκόπηση έδειξε αριστερή κολίτιδα και η βιοψία ήταν υπέρ ΕΚ. Τέθηκε σε θεραπεία με 5ΑΣΑ από το στόμα 500mgΧ3. Για 4 χρόνια η ασθένεια ήταν σε ύφεση. Προ διαίτας υποτροπή που αντιμετωπίστηκε με κορτικοειδή από του στόματος 16 mg μεθυλπρεδνιζολόνης για 2 μήνες με πλήρη ύφεση. Προ έτους νοσηλεία για αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις και εμπύρετο. Η κολοσκόπηση έδειξε πανκολίτιδα. Έλαβε κορτικοειδή IV και τοπικά 5ΑΣΑ. Είκοσι ημέρες μετά την διακοπή των κορτικοειδών και σε ταυτόχρονη θεραπεία με 5ΑΣΑ υποτροπίασε. Έλαβε 3<sup>ο</sup> κύκλο κορτικοειδών IV και έναρξη ΑΖΑ (μονοθεραπεία). Για ένα χρόνο περίπου ήταν σε ύφεση. Έκτακτη εισαγωγή με εικόνα βαρείας κολίτιδας. Έλαβε αγωγή διάσωσης με INFLIXIMAB χωρίς αποτέλεσμα. Οδηγήθηκε για κολεκτομή, ανακοπή μετά το τέλος της επέμβασης, νοσηλεία στην ΜΕΘ, εξιτήριο σε καλή κατάσταση.

Η βαρεία ελκώδη κολίτιδα είναι μία δυνητικά θανατηφόρος κατάσταση που απαιτεί μια δυναμική προσέγγιση είτε με αποτελεσματική ιατρική θεραπεία ή με έγκαιρη κολεκτομή. Τα ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή παραμένουν η πρώτη γραμμή θεραπείας. Σε ανασκόπηση που αφορά τη συστηματική χορήγηση κορτικοειδών σε βαριά ΕΚ, φάνηκε ότι, σε σύνολο 1991 ασθενών, το ποσοστό ανταπόκρισης στα στεροειδή ήταν 67% (95% CI: 65-69%) ή 1.429/1.991 ασθενείς. Από τους ασθενείς αυτούς χειρουργήθηκαν τελικά 565 (29%, 95% CI: 28-31%). Η θνητότητα ήταν 1% (22/1.991, 95% CI: 0,7-1,6%).

Επιπρόσθετα μέτρα για την αντιμετώπιση των ασθενών περιλαμβάνουν: Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, ορθοσιγμοειδοσκόπηση, αποκλεισμό λοιμωδών αιτιών (*Clostridium difficile*, CMV), ηπαρίνη, θρεπτική υποστήριξη, μεταγίσεις αίματος.

Σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία μετά από 3-5 ημέρες η που δεν μπορούν εξ αρχής να λάβουν κορτικοειδή συνιστάται θεραπεία είτε με κυκλοσπορίνη 2 mg / kg ή infliximab 5 mg / kg IV. Ελεγχόμενα δεδομένα υπο-





στηρίζουν τη χρήση και των δύο θεραπειών αλλά η θεραπεία διάσωσης δεν πρέπει να αναβάλλει την απόφαση για κολεκτομή σε ασθενείς με ανεπαρκή ανταπόκριση. Σαφής σύσταση για την επιλογή μεταξύ των δύο παραγόντων είναι αδύνατη λόγω της έλλειψης συγκριτικών μελετών. Η επιλογή του infliximab με γνωστό προφίλ ασφαλείας είναι δικαιολογημένη ειδικά σε ασθενείς που έχουν ήδη εκτεθεί σε ανοσοκατασταλτικά. Η ταχεία έναρξη της δράσης και ο βραχύς χρόνος ημιζωής είναι τα πλεονεκτήματα της κυκλοσπορίνης σε ασθενείς που δεν έχουν λάβει ανοσοκατασταλτικά. Ακόμη και αν η κυκλοσπορίνη και πιθανώς το INFLIXIMAB αναβάλει την κολεκτομή μόνο στις μισές τουλάχιστον από τους ασθενείς, εκλεκτική κολεκτομή σε μεταγενέστερο στάδιο της νόσου μπορεί να προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η παρατεταμένη έκθεση σε στεροειδή προδιαθέτει σε περι-εγχειρητικές επιπλοκές είναι ακόμη υπό συζήτηση το αν η κυκλοσπορίνη ή το INFLIXIMAB αυξάνει την περιεγχειρητική νοσηρότητα. Ο καθημερινός έλεγχος για τοξικό megacolon και η συνεκτίμηση από χειρουργό είναι ουσιώδη.

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Travis SP, Farrant JM, Ricketts C, et al. Predicting outcome in severe ulcerative colitis. *Gut* 1996;38:905e10.

Van Assche G, D'Haens G, Noman M, et al. Randomized, doubleblind comparison of 4 mg/kg versus 2 mg/kg intravenous cyclosporine in severe ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2003;125:1025e31.

Travis SPL, Stange EF, Le´mann M, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: current management. *J Crohn Colitis* 2008;2:24e62.

Jarnerot G, Hertervig E, Friis-Liby I, et al. Infliximab as rescue therapy in severe to moderately severe ulcerative colitis: a randomized, placebo-controlled study. *Gastroenterology* 2005;128:1805e11.

Campbell S, Travis S, Jewell D. Cyclosporin use in acute ulcerative colitis: a long-term experience. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005;17:79e84.



## **ΙΦΝΕ : Απεικονιστικές μέθοδοι και διάγνωση**

### Κώστα Παρασκευή

Ο ρόλος της απεικόνισης σε πιθανή ή γνωστή ΙΦΝΕ είναι η επιβεβαίωση της διάγνωσης, η εκτίμηση της έκτασης της νόσου, η ανάδειξη εξωεντερικών επιπλοκών, η παρακολούθηση και η εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η διερεύνηση μπορεί να γίνει με κλασικές μεθόδους απεικόνισης όπως με διάβαση του λεπτού εντέρου ή εντερόκλυση και βαριούχο υποκλυσμό. Σήμερα χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο οι νεώτερες τεχνικές που είναι η αξονική και η μαγνητική εντερογραφία ή εντερόκλυση, η αξονική και η μαγνητική τομογραφία, η μαγνητική κολονογραφία και το υπερηχογράφημα.

Τα πλεονεκτήματα της αξονικής και της μαγνητικής εντερογραφίας ή εντερόκλυσης στην ΙΦΝΕ είναι η απεικόνιση των διατοιχωματικών και εξωτοιχωματικών αλλοιώσεων όπως είναι τα αποστήματα, τα συρίγγια, η υπερπλασία και η ίνωση του μεσεντερίου λίπους και η λεμφαδενοπάθεια. Τα ευρήματα από τις νεότερες απεικονιστικές τεχνικές έχουν αλλάξει την διαγνωστική προσέγγιση και την φροντίδα των ασθενών. Μειονέκτημα αποτελεί η μη ικανοποιητική απεικόνιση των πρώιμων βλαβών του βλεννογόνου (διαβρώσεις, αφθώδη έλκη, οζίδια) και των εντεροεντερικών και εντεροδερματικών συριγγίων συγκριτικά με τις κλασικές μεθόδους.

Η αξονική εντερογραφία ενδείκνυται σε οξέως πάσχοντες ασθενείς με κλινική υποψία απόφραξης, διάτρησης είτε αποστήματος, ενώ η μαγνητική εντερογραφία για την τακτική παρακολούθηση ασθενών με γνωστή ΙΦΝΕ και η μαγνητική εντερόκλυση για τον αποκλεισμό ΙΦΝΕ σε νέους και σε εγκύους. Η μαγνητική κολονογραφία συνιστάται όταν η κολονοσκόπηση είναι ατελής ή ανέφικτη και το πλεονέκτημά της είναι η ανάδειξη των εξωτοιχωματικών βλαβών και η εκτίμηση της φλεγμονώδους δραστηριότητας.

Τα πλεονεκτήματα της μαγνητικής εντερογραφίας ή εντερόκλυσης σε σχέση με την αξονική εντερογραφία ή εντερόκλυση είναι η καλύτερη διάκριση ιστών, η μη έκθεση σε ακτινοβολία (νέοι, γυναίκες, έγκυοι), η δυνατότητα λειτουργικής μελέτης και η δυνατότητα συνδυασμού με εξέταση της περιπρωκτικής χώρας. Μειονεκτήματα αποτελούν η διαθεσιμότητα, το υψηλό κόστος, η μεγάλη διάρ-



κεια της εξέτασης και οι γνωστές αντενδείξεις για μαγνητική τομογραφία.

Η αξονική και η μαγνητική εντερογραφία είναι ευκολότερα αποδεκτές από τους ασθενείς σε σχέση με την αξονική και την μαγνητική εντερόκλιση γιατί δεν απαιτείται ρινοηθμοειδής καθήτρας και η διάρκεια της εξέτασης είναι μικρότερη. Δεν επιτυγχάνεται όμως ιδεώδης έκπτυξη του αυλού του λεπτού εντέρου. Η μαγνητική εντερόκλιση έχει καλύτερη ευαισθησία για τις πρώιμες βλάβες του βλεννογόνου και είναι πιο αξιόπιστη για την εκτίμηση της έκτασης της νόσου.

Στην αξονική και στην μαγνητική τομογραφία, αρκετά απεικονιστικά ευρήματα είναι κοινά σε v. Crohn και ελκώδη κολίτιδα όπως είναι το οίδημα, η πάχυνση και ο εμπλουτισμός του εντερικού τοιχώματος, η αγγειοβρίθεια του μεσεντερίου λίπους “comb sign” και οι φλεγμονώδεις ψευδοπολύποδες. Σημαντικό για την διαφορική διάγνωση είναι η εντόπιση των βλαβών, η συνέχεια ή μη των αλλοιώσεων και η παρουσία εξωτοιχωματικών βλαβών.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Small Bowel Imaging: Clinical Applications of the Different Imaging Modalities—A Comprehensive Review, [Gabriele Masselli](#), *ISRN Pathology Volume 2013* (2013), Article ID 419542

MR Imaging of the Small Bowel, Fidler et al, *RadioGraphics* 2009; 29:1811–1825

MR Enterographic Manifestations of Small Bowel Crohn Disease, Tolan et al, *RadioGraphics* 2010; 30:367–384

MR Enterography of Crohn Disease: Part 2, Imaging and Pathologic Findings, Rakesh Sinha et al, *AJR* 2011; 197:80–85

Role of 3.0-T MR colonography in the evaluation of inflammatory bowel disease, Rimola et al, [Radiographics](#). 2009 May-Jun;29(3):701-19



## Ιστολογική διάγνωση στην ελκώδη κολίτιδα

Μπατιστάτου Άννα

Η ελκώδης κολίτιδα χαρακτηρίζεται από φλεγμονή που προσβάλλει τον βλεννογόνο και την επιπολής μοίρα του υποβλεννογόνιου. Έτσι, *μακροσκοπικά*, αν δεν επιπλέκεται με ανάπτυξη καρκίνου ή με τοξικό megacolon, η εξωτερική επιφάνεια φαίνεται φυσιολογική. Στην οξεία μορφή αναγνωρίζονται ερυθρότητα, πετεχειώδεις αιμορραγίες και κοκκιώδης εμφάνιση του βλεννογόνου καθώς και έλκη ανώμαλου σχήματος. Τυπικά η νόσος ξεκινά από το ορθό, επεκτείνεται κεντρικότερα σε ποικίλη έκταση και σταματά απότομα. Ο τελικός ειλεός προσβάλλεται μόνο κατά συνέχεια ιστού, σε 5-20% των περιπτώσεων παν-κολίτιδας, και σε έκταση ως 10-25 εκ από την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Είναι ενδιαφέρον το ότι σε ένα πάσχον παχύ έντερο τα μικροσκοπικά χαρακτηριστικά της νόσου μπορούν να παρατηρηθούν και σε μακροσκοπικά υγιή βλεννογόνο. Σε αντίθεση με τη νόσο Crohn δεν παρατηρούνται νησίδες υγιούς βλεννογόνου ανάμεσα στις προσβεβλημένες περιοχές και τα έλκη δεν είναι βαθιά. Τα έλκη επεκτείνονται γραμμοειδώς. Παρατηρούνται επίσης πολλαπλοί μικροί φλεγμονώδεις ψευδοπολύποδες, αποτέλεσμα επέκτασης των ελκών κάτω από παρακείμενο άθικτο βλεννογόνο ή αναγέννησης του βλεννογόνου ή ανάπτυξης φλεγμονώδους κοκκιώδους ιστού. Σε χρόνια ελκώδη κολίτιδα ο βλεννογόνος είναι κοκκιώδης, συνήθως χωρίς μικρο-αιμορραγίες, ενώ μπορεί να υπάρχουν φλεγμονώδεις ψευδοπολύποδες. Σε πιο προχωρημένη νόσο, σε όλο το έντερο παρατηρείται ίνωση, στένωση του αυλού και ελάττωση του μήκους. Σε φάση ύφεσης δεν αναγνωρίζονται εξελκώσεις και ο βλεννογόνος είναι έστω και ήπια ατροφικός.

Μικροσκοπικά, η ελκώδης κολίτιδα διακρίνεται σε ενεργό, σε φάση υποχώρησης, και σε φάση ύφεσης. Στην ενεργό φάση αναγνωρίζονται επιφανειακές εξελκώσεις, αύξηση των φλεγμονωδών κυττάρων (κυρίως πολυμορφοπύρρηνα) στο χόριο, στοιχεία κρυπτίτιδας και σχηματισμός κρυπτικών αποστημάτων. Ακολουθεί καταστροφή και αναγέννηση των κρυπτών, με διαταραχή της αρχιτεκτονικής τους, ελάττωση της κυτταροπλασματικής βλέννης (βλεννοπενία) και μετάπλαση τύπου Paneth. Χαρακτηριστική είναι η λεμφοπλασματοκυτταρική διήθηση στο εν τω βάθει χόριο με επέκταση και στη βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα. Ανάλογα με το στάδιο της νόσου ο υποβλεννογόνιος χιτώννας μπορεί να είναι φυσιολογικός ή υπεραιμικός ή να φλεγμαίνει. Ο μυϊκός χιτώννας στην



πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι φυσιολογικός. Στην φάση υποχώρησης η αγγειακή συμφόρηση υποχωρεί, όπως υποχωρούν και το πολυμορφοκυτταρικό διήθημα και τα κρυπτικά αποστημάτια. Τα πλασματοκύτταρα παραμένουν στο εν τω βάθει χόριο, ενώ παρατηρείται αναγέννηση του επιθηλίου. Σε ύφεση παρατηρείται ποικίλη διαταραχή της αρχιτεκτονικής των κρυπτών, με ατροφία, διακλαδώσεις, βράχυνση και θηλώδη εμφάνιση. Αναγνωρίζονται επίσης μεταλλάξεις (Paneth ή πυλωρικού τύπου).

Η γνώση από τον Παθολογοανατόμο των ιστολογικών αλλοιώσεων της ελκώδους κολίτιδας, σε συνδυασμό με την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών για την εκτίμηση των ιστολογικών ευρημάτων, επιτρέπει την ασφαλή διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας στις περισσότερες περιπτώσεις, ακόμα και σε βιοπτικό υλικό. Ωστόσο, είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι σε μερικούς ασθενείς δεν είναι δυνατόν να τεθεί σαφής διάγνωση, καθώς τα ιστολογικά ευρήματα δεν επαρκούν. Επίσης, σε ποσοστό 5-20% των ΙΦΝΕ υπάρχει αλληλεπικάλυψη ιστολογικών ευρημάτων της νόσου Crohn και της ελκώδους κολίτιδας. Στις περιπτώσεις αυτές είναι ακόμα πιο σημαντική η πάντοτε απαραίτητη συνεργασία μεταξύ γαστρεντερολόγου, ακτινολόγου και παθολογοανατόμου.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Feakins RM: *Histopathology* 2014, 64(3):317-35.

Feakins RM, British Society of Gastroenterology. Inflammatory bowel disease biopsies: updated British Society of Gastroenterology reporting guidelines. *J Clin Pathol* 2013, 66(12):1005-26. Margo F, Langner C, Driessen A, et al. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. *J Crohn Colitis* 2013, 7(10):827-51.

*Gastrointestinal Pathology, an atlas and text.* CM Fenoglio-Preizer Ed, 3<sup>rd</sup> Edition.

*Rosai and Ackerman's Surgical Pathology,* J Rosai Ed, 10<sup>th</sup> Edition.



## Χειρουργική αντιμετώπιση της ΙΦΝΕ

Θεοδωρόπουλος Γεώργιος

### ΝΟΣΟΣ CROHN

Η χειρουργική θεραπεία μπορεί να αποτελέσει το αποτελεσματικότερο μέσο για την αποκατάσταση της υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με νόσο Crohn, ειδικά σε ασθενείς με ινο-στενωτική νόσο βραχέος τμήματος του εντέρου ή σε αυτούς με συριγγοποιό νόσο. Οι συντηρητικότερες εκτομές επιβάλλονται, λόγω του κινδύνου υποτροπών, που οδηγούν σε περαιτέρω εντερική απώλεια.

### Προεγχειρητική προετοιμασία

Διάκριση νόσου Crohn από ελκώδη κολίτιδα: Η διάγνωση δεν πρέπει να βασίζεται μόνο στα ιστοπαθολογικά ευρήματα, αλλά να λαμβάνονται υπόψη όλα τα κλινικά και παρακλινικά στοιχεία.

Βελτιστοποίηση της κατάστασης του ασθενούς: Διόρθωση αναιμίας, διαταραχών θρέψης, ύδατος, ηλεκτρολυτών, αναγνώριση ανεπιθύμητων ενεργειών φαρμάκων και συνοδών παθολογιών.

Ανοσο-ρυθμιστικές/κατασταλτικές θεραπείες: Η διακοπή ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων μπορεί να εφαρμοστεί πριν από το χειρουργείο χωρίς συνέπειες, εκτός από τα κορτικοστεροειδή που πρέπει να διακοπούν σταδιακά μετά το χειρουργείο. Η ασφάλεια των βιολογικών παραγόντων προεγχειρητικά είναι αμφιλεγόμενη και, σε πρόσφατη μετα-ανάλυση, η προεγχειρητική χορήγηση anti-TNF (όπως και των κορτικοστεροειδών) έχει συσχετιστεί με σηπτικές επιπλοκές.

Επιλογή θέσεων στομίας: Απαραίτητο το «μαρκάρισμα» προεγχειρητικά.

Προεγχειρητική απεικόνιση: Αξονική ή μαγνητική εντερογραφία για ανατομική κατανομή και περιπλοκότητα βλαβών.

Μηχανικός καθαρισμός εντέρου: Δεν συστήνεται σε επεμβάσεις λεπτού εντέρου, σε οξεία κοιλία, σε κεραυνοβόλο κολίτιδα. Αν και δεν είναι απαραίτητη, πολλοί χειρουργοί τον εφαρμόζουν πριν από λαπαροσκοπικές κολεκτομές.

Αντιβιοτική χημειοπροφύλαξη: Ενδοφλέβια κεφαλοσπορίνη β' γενιάς ή σιπροφλοξασίνη και μετρονιδαζόλη.

Θρομβοπροφύλαξη: Μέσου προς υψηλού κινδύνου ασθενείς και πρέπει να λαμβάνουν ηπαρίνη χαμηλού ΜΒ.



## Χειρουργική αντιμετώπιση

**Συντηρητική εντερεκτομή:** Συστήνεται η αφαίρεση μόνο του/-ων νοσούντος/-ων τμήματος/-ων που προκάλεσε/-αν την επιπλοκή (απόφραξη, αιμορραγία, διάτρηση). Η μακροσκοπική επισκόπηση, και όχι η ταχεία βιοψία των χειλέων εκτομής, καθορίζει τα όρια εκτομής και η παρουσία μικροσκοπικής νόσου ή και λίγων αφθωδών ελκών στα όρια εκτομής δεν αυξάνουν τις υποτροπές. Σε ασθενείς με ειλεοκολική εκτομή και μακροσκοπικά ελεύθερα όρια εκτομής 2 ή 12 cm δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Fazio και συν, 1996). Διεγχειρητική εντεροσκόπηση μπορεί να αποβεί χρήσιμη. Οι ενδείξεις (μετα-ανάλυση 8 συγκριτικών μελετών) υποστηρίζουν ότι η ευρεία πλάγιο-πλάγια (λειτουργικά τελικο-τελική) αναστόμωση με συρραπτικό αποτελεί την προτιμυτέα τεχνική (Επίπεδο ένδειξης: 2a, Βαθμός σύστασης: B, Κατευθυντήριες οδηγίες ECCO 2010, Πρόταση 7D).

**Λαπαροσκοπική προσπέλαση:** Είναι η προτιμυτέα προσπέλαση για την ειλεο-κολική εκτομή (Επίπεδο ένδειξης: 2a, Βαθμός σύστασης: B, Κατευθυντήριες οδηγίες ECCO 2010, Πρόταση 7F), αλλά δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για τις υποτροπές.

**Στενωσοπλαστική:** Σε πολλαπλές στενώσεις η πλαστική των στενωμάτων (strictureplasty) είναι ασφαλής εναλλακτική έναντι των εκτομών (Επίπεδο ένδειξης: 2a, Βαθμός σύστασης: C, Κατευθυντήριες οδηγίες ECCO 2010, Πρόταση 7C). Διενεργείται συμβατική στενωσοπλαστική κατά Heinecke-Mikulitz (στενώματα έως 10 εκατοστά) ή μη συμβατικές (Finney, Michelassi) για μακρύτερα στενώματα. Οι στενωσοπλαστικές αντενδείκνυνται σε φλεγμονώδεις στενώσεις και σε ενδοκοιλιακά αποστήματα ή εντερικά συρίγγια. Επεμβάσεις παράκαμψης πρέπει να αποφεύγονται.

**Συρίγγια:** Μετά την εντερεκτομή του πάσχοντος τμήματος και αναστόμωση, οι θέσεις συριγγίων στα όργανα-«στόχους» (στομάχι, ουροδόχος, σιγμοειδές) μπορούν απλά να συρραφούν.

**Δωδεκαδακτυλική στένωση:** Διενεργείται γαστρονηστιδική αναστόμωση και όχι εκτομή.

**Προσβολή παχέος εντέρου:** Σε διάχυτη νόσο με υγιές ορθό εκτελείται υφολική κολεκτομή και ειλεοορθική αναστόμωση, Σε διάχυτη ορθοκολική νόσο είναι αναγκαία η ολική πρωκτοκολεκτομή με δημιουργία μόνιμης ειλεοστομίας. Τμη-





ματικές εκτομές διενεργούνται σε εντοπισμένη νόσο, αν και με υψηλότερα ποσοστά υποτροπών. Σε σύγχρονη πρωκτική προσβολή εκτελείται κοιλιοπερινεϊκή εκτομή στο μεσσοσιγκτηριακό πλάνο (ελάττωση επιπλοκών από περινεϊκό τραύμα).

Ελεύθερη διάτρηση: Εκτομή και εκστόμωση.

Περιεδρική νόσος: Αποστήματα διανοίγονται και παροχετεύονται. Η τοποθέτηση seton είναι απαραίτητη στα περιεδρικά συρίγγια για έλεγχο περινεϊκής σήψης κατά τη χορήγηση βιολογικού παράγοντα. Εφόσον δεν υπάρχει ορθίτιδα και η βιολογική θεραπεία αποτύχει, αντιμετώπιση με πρόωθηση βλεννογονικού κρημού.

## **ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

### **Προεγχειρητική προετοιμασία**

Ανάλογη με αυτή για τη νόσο Crohn.

### **Επείγον χειρουργείο**

Διενεργείται υφολική κολεκτομή και τελική ειλεοστομία. Το ορθό καταλείπεται ως απολειτουργικοποιημένο κολόβωμα τύπου Hartmann με ή χωρίς τη μερική εκστόμωσή του ως βλεννογονικό συρίγγιο (1<sup>ο</sup> στάδιο). Μετά τη σταθεροποίηση του ασθενούς, σε δεύτερο χρόνο εκτελείται συμπληρωματική ορθεκτομή και αποκατάσταση με ειλεϊκή ληκυθο-πρωκτική αναστόμωση (ΕΛΠΑ), η οποία προφυλάσσεται με ειλεοστομία εκτροπής ("loop" ileostomy) (2<sup>ο</sup> στάδιο), που συγκλείεται αργότερα (3<sup>ο</sup> στάδιο).

### **Εκλεκτικό χειρουργείο**

Ολική ορθο-κολεκτομή και ΕΛΠΑ σε 1 στάδιο ή με προφυλακτική ειλεοστομία, που συγκλείεται σε δεύτερο χρόνο (επέμβαση 2 σταδίων). Είναι η επέμβαση εκλογής, διότι αφαιρεί όλο το «άρρωστο» κόλον και ορθό, διατηρεί το σιγκτηριακό μηχανισμό και, συχνά, προσφέρει ιδιαίτερα ικανοποιητική εντερική λειτουργία και επάρκεια. Σε ασθενείς με δυσπλασία ή καρκίνο στη μεταβατική ζώνη, απαιτείται διαπρωκτική βλεννογονεκτομή, η οποία ακολουθείται από ΕΛΠΑ που γίνεται με χειροποίητη συρραφή. Στους υπόλοιπους ασθενείς προ-



τιμάται η αναστόμωση με κυκλικό αναστομωτήρα και διατήρηση της μεταβατικής ζώνης, η οποία, λόγω της πλούσιας αισθητικής νεύρωσής της, βοηθά στη διατήρηση της πρωκτικής αισθητικότητας και της καλύτερης εγκράτειας, με κύριο πλεονέκτημα την αποφυγή της νυκτερινής «διαβροχής».

Υφολική κολεκτομή και ειλεο-ορθική αναστόμωση. Διενεργείται σπάνια, με σχετικές ενδείξεις:

Ασθενείς που δεν είναι υποψήφιοι για ΕΛΠΑ, αλλά και αρνούνται τη μόνιμη ειλεοστομία, ή που έχουν αντένδειξη για ειλεοστομία (πυλαία υπέρταση, ασκίτης). Πρέπει να έχουν «ελάχιστη» νόσο στο ορθό για να υποβληθούν σε αυτή την επέμβαση.

Νέες γυναίκες, που επιθυμούν τη διατήρηση της γονιμότητάς τους.

Ασθενείς με «απροσδιόριστη» ("indeterminate") κολίτιδα, στους οποίους δεν μπορεί να αποκλειστεί η νόσος Crohn.

Ασθενείς με προχωρημένη κολονική κακοήθεια και περιορισμένο προσδόκιμο ζωής.

Ολική πρωκτο-ορθο-κολεκτομή και μόνιμη τελική ειλεοστομία. Είναι πλήρως θεραπευτική και η τελική ειλεοστομία μπορεί να κατασκευαστεί ως εγκρατής (Kock) ή ως ακρατής (Brooke).

### **Λαπαροσκοπική προσπέλαση**

Όλες οι επεμβάσεις μπορούν να διενεργηθούν «ανοικτά», λαπαροσκοπικά, ρομποτικά ή «μέσω μίας οπής». Η λαπαροσκοπική προσπέλαση προσφέρει βραχυπρόθεσμα οφέλη (λιγότερες λοιμώξεις τραύματος, συμφύσεις), καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα, ταχεία ανάρρωση, διατήρηση της γονιμότητας στις νέες γυναίκες, αλλά με παρόμοια τα υπόλοιπα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (επιπλοκές της ληκύθου, υποτροπές) σε σχέση με τις «ανοικτές» επεμβάσεις.

### **Επιπλοκές**

Στένωση, πυελική σήψη, συρίγγια, ανεπάρκεια της ληκύθου, ληκυθίτιδα, ακράτεια κοπράνων, δυσπλασία/καρκίνος, σεξουαλική δυσλειτουργία, γυναικεία υπογονιμότητα.



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

**15<sup>ο</sup>** Πανελλήνιο Συνέδριο  
Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών  
Νοσημάτων του Εντέρου

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Fichera A, Michelassi F. Surgical treatment of Crohn's disease. J Gastrointest Surg 2007; 11:791.

Jones DW, Finlayson SR. Trends in surgery for Crohn's disease in the era of infliximab. Ann Surg 2010; 252:307.

Bernstein CN, Ng SC, Lakatos PL, et al. A review of mortality and surgery in ulcerative colitis: milestones of the seriousness of the disease. Inflamm Bowel Dis 2013; 19:2001.

Bartels SA, Gardenbroek TJ, Ubbink DT, et al. Systematic review and meta-analysis of laparoscopic versus open colectomy with end ileostomy for non-toxic colitis. Br J Surg 2013; 100:726.

Theodoropoulos GE, Choman EN, Wexner SD. Salvage procedures after restorative proctocolectomy: a systematic review and meta-analysis. J Am Coll Surg. 2015; 220:225-42.



## Θρεπτική υποστήριξη ασθενών με υποθρεψία

Κονταρή Έφη, Τριάντος Χρήστος

Η υποθρεψία (malnutrition) αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα υγείας, το οποίο συναντάται συχνά σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η δυσθρεψία ορίζεται ως «η κυτταρική ανισορροπία μεταξύ της παροχής θρεπτικών συστατικών και ενέργειας, και των απαιτήσεων του οργανισμού, ώστε να εξασφαλίσει την ανάπτυξη, τη διατήρηση και ειδικές λειτουργίες». Σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, ιδιαιτέρως στη νόσο Crohn (NC), παρατηρείται συχνά υποθρεψία, ο βαθμός της οποίας εξαρτάται από τη διάρκεια, την έκταση και τη σοβαρότητα της νόσου. Οι σημαντικότεροι μηχανισμοί πρόκλησης υποθρεψίας, κυρίως όταν συμμετέχει το λεπτό έντερο, είναι η ανορεξία με επακόλουθη τη μειωμένη λήψη τροφής, η διαταραχή μεταβολισμού, η δυσαπορρόφηση και η αυξημένη απώλεια των θρεπτικών συστατικών από τον εντερικό σωλήνα, η μειωμένη αξιοποίηση τους ως συνέπεια της αλληλεπίδρασής τους με τα φάρμακα, η απώλεια της απορροφητικής επιφάνειας, η υπερανάπτυξη βακτηριδίων και οι αυξημένες θερμιδικές ανάγκες [1]. Κατά συνέπεια, προκαλείται πρωτεϊνικός-θερμιδικός υποσιτισμός, με πιο συνήθη προβλήματα τις ελλείψεις μικροσυστατικών στους ενήλικες, και στα παιδιά. Ενδεικτικά, οι εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας, ως διατροφική αξιολόγηση ασθενών με ΙΦΝΕ έδειξαν υποαλβουμιναιμία, αναιμία, έλλειψη σιδήρου, βιταμίνης Β12, φυλλικού, ασβεστίου, μαγνησίου, καλίου, ανεπάρκεια όλων των λιποδιαλυτών βιταμινών (Α, D, E, K), ανεπάρκεια ψευδαργύρου, χαλκού, βιταμίνης C, θειαμίνης και νιασίνης.

Η διατροφική υποστήριξη στοχεύει στην αποκατάσταση των ελλειμμάτων και την πρόληψη ή άρση των συνεπειών τους. Σε ασθενείς με διαταραχές στο ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών, υποπρωτεϊναιμία και έλλειψη ιχνοστοιχείων η πρόγνωση της νόσου επιβαρύνεται και η πιθανότητα λοίμωξης αυξάνεται. Επιπλέον, οι διαταραχές της ανοσίας αυξάνουν τον κίνδυνο διασποράς μικροβίων από τον εντερικό αυλό με κίνδυνο συστηματικής λοίμωξης [2]. Η δυσαπορρόφηση ασβεστίου και βιταμίνης D, αλλά και η θεραπευτική χρήση γλυκοκορτικοειδών έχουν ως συνέπεια μειωμένη οστική μάζα. Οι ελλείψεις σε Β12 και φυλλικό οξύ μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλοβλαστική αναιμία, ενώ μπορεί να υπάρξει και σιδηροπενική αναιμία. Παιδιά και έφηβοι μπορεί να εμφανίσουν καθυστέρηση ανάπτυξης, εφηβείας και εμμηναρχής. Κλινικά, οι



ασθενείς έχουν συχνά αξιοσημείωτη απώλεια βάρους και μειωμένο μυϊκό και λιπώδη ιστό. Τέλος, η υποθρεψία πριν από τη χειρουργική επέμβαση αυξάνει την πιθανότητα επιπλοκών, αλλά και αντιστρόφως η ίδια επιδεινώνεται μετά το χειρουργείο.

Η ανεπάρκεια βιταμίνης D και η έλλειψη σιδήρου είναι τα πιο συχνά προβλήματα, σε ποσοστά που φτάνουν έως και το 80% των ασθενών. Σε ασθενείς με ήπια αναιμία (αιμοσφαιρίνη 10-12 g/dl για γυναίκες και παιδιά, ή 10-13 g/dl για άντρες), ή ήπια δραστηριότητα νόσου, συστήνεται αρχικά συμπλήρωμα σιδήρου από του στόματος. Η ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου ενδείκνυται σε ασθενείς με σοβαρή αναιμία, ή μέτρια προς σοβαρή ενεργότητα νόσου, ή επί μη ανταπόκρισης ή μη αντοχής στο σίδηρο από του στόματος. Είναι ευνόητο ότι όταν υπάρχει υποθρεψία δεν αρκούν οι διαιτητικές συμβουλές ως μέθοδος αποκατάστασης. Απαιτείται ειδική διατροφική παρέμβαση με χορήγηση ειδικών σκευασμάτων τεχνητώς παρασκευασμένης πλήρους ή εξειδικευμένης τροφής. Οι κύριοι μέθοδοι χορήγησης θρεπτικής υποστήριξης είναι η από του στόματος (per os) χορήγηση θρεπτικών συμπληρωμάτων παράλληλα με την ελεύθερη σίτιση, η εντερική σίτιση μέσω καθετήρα και η παρεντερική διατροφή.

Τα συμπληρώματα διατροφής είναι διαθέσιμα στο εμπόριο ώστε να αυξήσουν τη πρόσληψη θερμίδων και πρωτεΐνης. Το υγρό συμπλήρωμα διατροφής μπορεί να λάβει τη μορφή στοιχειακής δίαιτας, ημι-στοιχειακής ή δίαιτας με πολυμερή. Καθένα αποτελείται από υγρά θρεπτικά συστατικά σε απορροφήσιμη μορφή, που διαφέρει ως προς την πρωτεϊνική πηγή τους, η οποία είναι τα ελεύθερα αμινοξέα, τα ολιγοπεπίδια, και ολόκληρες πρωτεΐνες αντιστοίχως.

Η από του στόματος σίτιση με συμπληρώματα διατροφής είναι η μέθοδος εκλογής, αν και συχνά απαιτείται η τοποθέτηση ρινογαστρικού ή ρινοδωδεκαδακτυλικού σωλήνα. Αυτό μπορεί να συμβεί είτε επειδή ο ασθενής συχνά δε μπορεί να ανεχτεί τη γεύση τους, είτε επειδή μια μεγαλύτερη θερμιδική πρόσληψη μέσω τεχνητών σκευασμάτων είναι δύσκολη και απαιτεί ρινογαστρικό σωλήνα. Μια χαρακτηριστική περίπτωση είναι η εντερική σίτιση με σκοπό την ύφεση της οξείας φάσης της νόσου, όπου ο ασθενής μπορεί να λάβει φυσική τροφή per os αλλά επιπρόσθετα έως 600 kcal ημερησίως μέσω σκευασμάτων. Πιο συγκεκριμένα, η εντερική σίτιση έχει κάποια δραστηριότητα ως προς την επαγωγή ύφεσης σε ασθενείς με ενεργό νόσο του Crohn (NC). Σε ασθενείς με



υποθρεψία ή φλεγμονώδη στένωση του εντέρου, η χορήγηση τεχνητής εντερικής διατροφής, ωστόσο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως συμπληρωματική θεραπεία, σε συνδυασμό με κορτικοειδή. Παράλληλα με τη χορήγηση θερμιδικών και πρωτεϊνικών σκευασμάτων, μπορεί να συστηθεί η λήψη πολυβιταμινούχων σκευασμάτων, συμπληρώματα μικροσυστατικών, όπως ασβεστίου, βιταμίνης D και σιδήρου, αλλά και φυλλικού οξέος και προβιοτικών.

Πρόσφατα δεδομένα [3] φαίνεται να αμφισβητούν τα οφέλη και από μερικές ήδη χρησιμοποιούμενες διαιτητικές παρεμβάσεις, παραδείγματος χάριν, τη χρήση προβιοτικών. Παρόλα ταύτα, σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και επαναλαμβανόμενες εκκολπωματίτιδες, το προβιοτικό VSL-3 έχει αποδειχθεί ότι είναι επωφελές στην πρόληψη της υποτροπής [4]. Επιπλέον, η περιεχειρητική χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής δεν έχει αποδειχθεί ευεργετική για τη βελτίωση της έκβασης σε χειρουργικούς ασθενείς. Ωστόσο, ορισμένοι σοβαρά υποσιτισμένοι ασθενείς θα μπορούσαν να επωφεληθούν από την περιεχειρητική τεχνητή διατροφή.

Εάν ο ασθενής δεν δύναται να σιτισθεί δια της εντερικής οδού ή δεν μπορεί να επιτευχθεί η χορήγηση του επιθυμητού όγκου τροφής με την εντερική σίτιση μέσω καθετήρα, τότε είναι απαραίτητη η χορήγηση συμπληρωματικής ή και ολικής παρεντερικής διατροφής ενδοφλεβίως. Η παρεντερική οδός επιτρέπει την «ανάπαυση» του εντέρου και απομακρύνει τα αντιγονικά ερεθίσματα από το βλεννογόνο. Να σημειωθεί ότι η εντερική σίτιση αποτελεί πρώτη εκλογή για τη θρεπτική υποστήριξη ασθενών, καθώς ενέχει πρωτογενή θεραπευτική αξία και επιτυγχάνει ύφεση της νόσου, καταστέλλοντας την εντερική φλεγμονή και βελτιώνοντας τους δείκτες φλεγμονής [5], ενώ σύμφωνα με μελέτες η παρεντερική σίτιση δε φαίνεται να έχει κάποιο όφελος στη θεραπεία ρουτίνας ΙΦΝΕ, ούτε να υπερέχει της εντερικής διατροφής στην ενεργό νόσο Crohn, ούτε και στη διατήρηση της ύφεσης. Ωστόσο, η ολική παρεντερική διατροφή (ΟΠΔ) έχει ρόλο στις σοβαρές περιπτώσεις ενεργού νόσου Crohn, όπου η εντερική δεν είναι ανεκτή ή αποτελεσματική. Η ΟΠΔ χορηγείται, επίσης, για να διορθώσει διατροφικές ελλείψεις πριν από μια χειρουργική επέμβαση ή ως επιλογή στο σπίτι σε ασθενείς με νόσο Crohn. Η ΟΠΔ στο σπίτι μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε ασθενείς με νόσο Crohn με πολλαπλές μικροεκτομές εντέρου, με αποτέλεσμα σύνδρομο βραχέος εντέρου. Τέλος, διάφορες τροποποιήσεις στη διατροφή του ασθενούς είναι πολύ βοηθητικές για τη βελτίωση των συμπτωμάτων



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

του. Η δίαιτα εξάλειψης είναι ένα τέτοιο παράδειγμα, όπου με την αφαίρεση ενός τροφίμου τη φορά από τη διατροφή.



Συμπερασματικά, η αναγνώριση ασθενών που υποσιτίζονται είναι πολύ σημαντική, προκειμένου να εντοπισθεί η ομάδα αυτών που χρήζει διατροφικής παρέμβασης. Η μέτρηση της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς στην ΙΦΝΕ περιλαμβάνει μια συνολική αξιολόγηση.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Dale Lee, Lindsey Albenberg, Charlene Compher, Robert Baldassano, David Piccoli, James D. Lewis, Gary D. Wu, « Diet in the Pathogenesis and Treatment of Inflammatory Bowel Diseases», *Gastroenterology* 2015;148:1087–1106

Danila Guagnozzi, Sonia González-Castillo, Antonio Olveira and Alfredo J. Lucendo «Nutritional treatment in inflammatory bowel disease. An update», *REV ESP ENFERM DIG* 2012; 104 (9): 479-488

Seksik P, Dray X, Sokol H, Marteau P. Is there any place for alimentary probiotics, prebiotics or synbiotics, for patients with inflammatory bowel disease? *Mol Nutr Food Res* 2008; 52:906.

Gionchetti P, Rizzello F, Venturi A, et al. Oral bacteriotherapy as maintenance treatment in patients with chronic pouchitis: a double-blind, placebo-controlled trial. *Gastroenterology* 2000; 119:305.

Roberta Altomare, Giuseppe Damiano , Alida Abruzzo, Vincenzo Davide Palumbo, Giovanni Tomasello, Salvatore Buscemi and Attilio Ignazio Lo Monte, « Enteral Nutrition Support to Treat Malnutrition in Inflammatory Bowel Disease», *Journal of Nutrients*, 25 March 2015





## Θρόμβωση και ΙΦΝΕ



Καρακώιδας Χρήστος

Τα θρομβοεμβολικά επεισόδια, φλεβικά και αρτηριακά, αποτελούν σημαντικές εξωεντερικές εκδηλώσεις των Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου (ΙΦΝΕ) με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Η θρόμβωση αφορά συχνότερα φλέβες του εν τω βάθει φλεβικού δικτύου των κάτω άκρων και της πνευμονικής κυκλοφορίας. Εντούτοις μπορεί να εμφανισθεί σε αρτηριακούς κλάδους και σε άλλες λιγότερο συχνές θέσεις του φλεβικού δικτύου (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ισχαιμική καρδιακή νόσος, θρόμβωση μεσεντερίου και πυλαίας φλέβας, απόφραξη έσω καρωτίδας, νεφρικής φλέβας κλπ).

Ο επιπολασμός της θρόμβωσης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ κυμαίνεται σε διάφορες μελέτες από 1,3% έως 7%. Η επίπτωση των θρομβοεμβολικών επεισοδίων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ υπολογίζεται σε 0,1% έως 0,5% το χρόνο, με συνολικό ποσοστό θνησιμότητας 25% ανά επεισόδιο. Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ εμφανίζουν περίπου 2 - 3 φορές αυξημένο κίνδυνο για φλεβική θρόμβωση (DVT, Deep Vein Thrombosis και πνευμονική εμβολή) σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Ο κίνδυνος της φλεβικής θρόμβωσης κατά τη διάρκεια μίας έξαρσης είναι 6 φορές μεγαλύτερος κατά τη διάρκεια νοσηλείας σε σχέση με μη νοσηλευόμενο ασθενή. Η φλεβική θρόμβωση εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία κάτω των 40 ετών, συνήθως αυθόρμητα (χωρίς την παρουσία προδιαθεσικού παράγοντα), υποτροπιάζει (ποσοστό 30%) και μπορεί να εκδηλωθεί σε περιόδους έξαρσης, αλλά και ύφεσης της νόσου. Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση ενός φλεβοθρομβωτικού επεισοδίου θεωρούνται η ενεργότητα της νόσου (νοσηλευόμενοι και περιπατητικοί ασθενείς), η χρήση κορτικοειδών, η πρόσφατη χειρουργική επέμβαση, η σοβαρότητα της υποκείμενης νόσου (απόστημα, στένωση, συρίγγιο), η εκτεταμένη προσβολή του παχέος εντέρου, η εγκυμοσύνη, η πρόσφατη νοσηλεία, το ιστορικό προηγούμενου επεισοδίου φλεβοθρόμβωσης, το οικογενειακό ιστορικό θρομβωτικών επεισοδίων.

Τα αρτηριακά θρομβωτικά επεισόδια εμφανίζονται σε μικρότερο ποσοστό σε ασθενείς με ΙΦΝΕ σε σχέση με τα φλεβικά. Εκδηλώνονται σε νεαρή ηλικία, σε γυναίκες, είναι συνήθως αυθόρμητα ή μετά από χειρουργικές επεμβάσεις, έχουν μεγάλη νοσηρότητα και θνητότητα και σχετίζονται με περιόδους ενεργότητας της υποκείμενης νόσου.



Σε αντίθεση με την αιμόσταση η οποία αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση σε μία αγγειακή βλάβη, η θρόμβωση αποτελεί έναν παθολογικό μηχανισμό που μπορεί να εμφανισθεί αυθόρμητα ή μετά από μία ελάχιστη αγγειακή βλάβη. Η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ προ- και αντιθρομβωτικών μηχανισμών αποτελεί την υποκείμενη αιτία της θρόμβωσης. Σύμφωνα με την τριάδα του Virchow η τάση προς θρόμβωση σχετίζεται με διαταραχή των ακόλουθων μηχανισμών: α. φλεβική στάση, β. αγγειακή/ενδοθηλιακή βλάβη και γ. υπερπηκτικότητα. Η ακριβής αιτιολογία της θρόμβωσης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι άγνωστη, αν και πολλαπλοί επίκτητοι και κληρονομικοί παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνισή της. Παράγοντες όπως η ενεργός φλεγμονή, η χειρουργική επέμβαση, η ανοσοκαταστολή, η χρήση κορτικοειδών, το κάπνισμα, τα αντισυλληπτικά δισκία, η χρήση κεντρικών φλεβικών καθετήρων, η αφυδάτωση παρατηρούνται σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, αλλά η παρουσία τους δεν μπορεί επακριβώς να αιτιολογήσει τον αυξημένο κίνδυνο για θρομβοεμβολικά επεισόδια. Από την άλλη πλευρά η υπερπηκτικότητα ή η αγγειακή/ενδοθηλιακή δυσλειτουργία συνεπεία της φλεγμονής δεν μπορούν να εξηγήσουν αποκλειστικά τη θρόμβωση.

Η αντιμετώπιση της θρόμβωσης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ περιλαμβάνει την πρωτογενή προφύλαξη έναντι θρομβωτικού επεισοδίου, τη δευτερογενή προφύλαξη για την αποφυγή υποτροπής, καθώς και την αντιμετώπιση ενός θρομβοεμβολικού επεισοδίου. Η απόφαση για τη χορήγηση προφυλακτικής αγωγής στηρίζεται στην εκτίμηση του κινδύνου θρόμβωσης και πρόκλησης αιμορραγίας κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η νοσηλεία σε νοσοκομείο αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την πρόκληση φλεβικής θρόμβωσης και για αυτό το λόγο όλοι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με ΙΦΝΕ (εξαιρέση η μαζική αιμορραγία) πρέπει να λαμβάνουν αντιπηκτική θρομβοπροφυλακτική αγωγή. Ως πρώτες επιλογές θεωρούνται οι χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνες (Low Molecular Weight Heparinw, LMWH), η χαμηλή δόση κλασικής ηπαρίνης και η Fondaparinux (Arixtra) (πιο ειδική στον αποκλεισμό του παράγοντα Χα). Η μαζική πνευμονική εμβολή με συνοδό αιμοδυναμική αστάθεια και καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια αποτελεί ένδειξη θρομβόλυσης. Κατά ανάλογο τρόπο σε εξαιρετικά επείγουσες καταστάσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν η τοποθέτηση φίλτρου στην κάτω κοίλη φλέβα και η θρομβοενδαρτηριοεκτομή.

Πρόσφατα δημοσιεύθηκαν κατευθυντήριες οδηγίες από την Ένωση Γαστρεντερολόγων του Καναδά (Gastroenterology 2014) σχετικά τον κίνδυνο, την προφύλαξη και τη θεραπεία της φλεβικής θρόμβωσης στην Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη



Νόσο του Εντέρου. Ειδικότερα σε περιπτώσεις απειλητικής αιμορραγίας προτείνεται αρχικά η μηχανική θρομβοπροφύλαξη, που μπορεί σε δεύτερο χρόνο μετά τον έλεγχο της αιμορραγίας να αντικατασταθεί με την κλασική αντιπηκτική αγωγή. Παράλληλα σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με ιστορικό θρόμβωσης συστήνεται η έναρξη προφύλαξης κατά τη διάρκεια έξαρσης της νόσου, ενώ σε ασθενείς που εμφάνισαν θρόμβωση σε φάση ύφεσης και χωρίς να υπάρχει επιβαρυντικός παράγοντας συστήνουν ισόβια προφύλαξη με περιοδική επαναξιολόγηση. Αντίθετα σε παρουσία αναστρέψιμου επιβαρυντικού παράγοντα η προφύλαξη θα πρέπει να παρατείνεται για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών από το επεισόδιο και 1 μήνα από την εξαφάνιση της υποκείμενης αιτίας. Έγκυες που έχουν υποβληθεί σε καισαρική τομή θα πρέπει να λαμβάνουν προφύλαξη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (ηπαρίνη), ενώ αν απαιτείται λήψη αγωγής και μετά τον τοκετό (ιστορικό προηγούμενης θρόμβωσης), η θεραπεία θα πρέπει να συνεχίζεται έως 6 εβδομάδες μετά. Αντίθετα σε παιδιατρικούς ασθενείς (ηλικίας κάτω των 18 ετών) χωρίς ιστορικό φλεβοθρόμβωσης δεν προτείνεται η χρήση προφύλαξης κατά την εισαγωγή λόγω έξαρσης της νόσου.

Τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά φάρμακα (New Oral Anticoagulants, NOACs) είναι έμμεσοι αναστολείς, είτε του παράγοντα Χα (Rivaroxaban/Xarelto, Apixaban/Eliquis, Edoxaban/Lixiana), είτε της θρομβίνης (Dabigatran/Pradaxa). Αυτά τα φάρμακα έχουν μικρό MB, δεν απαιτούν εργαστηριακή παρακολούθηση (σε αντίθεση με τους ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ) και έχουν μικρότερο κίνδυνο αιμορραγικών επιπλοκών (σε πρόσφατη μελέτη αναφέρεται ότι η Arixaban ίσως έχει το μικρότερο κίνδυνο πρόκλησης αιμορραγιών). Για αυτό το λόγο τα ανωτέρω φάρμακα είναι χρήσιμα για ασθενείς με ΙΦΝΕ εκτός νοσοκομείου (μετά από χειρουργική επέμβαση, πρόσφατη φλεβική θρόμβωση, πρωτογενής πρόληψη). Υπενθυμίζεται όμως ότι η συνταγογράφσή τους θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή γιατί δεν υπάρχουν ακόμα μελέτες σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες για την ασφάλεια τους.

Επομένως, η θρόμβωση αποτελεί μία σημαντική εξωεντερική εκδήλωση των ΙΦΝΕ με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. Για αυτό το λόγο η πρόληψη είναι καθοριστική και απαιτείται η εγρήγορη και εκπαίδευση της Ιατρικής Κοινότητας και ιδιαίτερα των Γαστρεντερολόγων.



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

**15<sup>ο</sup>** Πανελλήνιο Συνέδριο  
Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών  
Νοσημάτων του Εντέρου

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Nguyen GC, et al, Gasroenterology.2014; 146:835-848

Zeos P, et al, World J Gastroenterol 2014; 20(38):13863-13878

Papa A, et al, Inflamm Bowel Dis 2015; 21:1204-1213

Purnak Tugrul, Yuksel Osman, Inflamm Bowel Dis 2015; 21:1195-1203



**Προχωρημένες θεραπευτικές τεχνικές για δυσπλαστικές και ογκομορφες βλάβες του εντέρου, σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Στοχευμένες βιοψίες, EMR, ESD.**



Κασαπίδης Παναγιώτης

Η επιτήρηση, με κολονοσκόπηση, ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (ΙΦΝΕ), είναι απαραίτητη για τη διερεύνηση δυσπλασίας ή/και κακοήθειας. Οι περισσότερες γαστρεντερολογικές εταιρείες προτείνουν η επιτήρηση να ξεκινά, στους ασθενείς με ΙΦΝΕ, στα 8 – 10 έτη, από την έναρξη της νόσου. Βέβαια και άλλοι παράγοντες, εκτός από τη χρονική διάρκεια της νόσου, πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν, όπως : έκταση και δραστηριότητα της νόσου, οικογενειακό ιστορικό ορθοκολικού καρκίνου (ΟΚ), βαρύτητα ενδοσκοπικών βλαβών, στένωση και ιστορικό προηγούμενης δυσπλαστικής αλλοίωσης, πρωτ. σκληρυντική χολαγγειίτιδα (PSC). Υπολογίζοντας όλους τους παραπάνω επιβαρυντικούς παράγοντες, μπορεί να είναι αναγκαία η πρωιμότερη έναρξη της ενδοσκοπικής επιτήρησης. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου, την πρώτη δεκαετία, είναι 1.15% - 1.6%, ενώ την τρίτη δεκαετία εκτινάσσεται στο 18%.<sup>1</sup> Σύγχρονες μελέτες αναφέρουν μικρότερο κίνδυνο ΟΚ σε σύγκριση με παλαιότερες, αφού ο ετήσιος κίνδυνος είναι 0,06% - 0,20%. Η AGA προτείνει επιτήρηση κάθε 2 έτη, αρχικά. Έπειτα, εάν δύο διαδοχικές κολονοσκοπήσεις είναι αρνητικές, κάθε 1 – 3 έτη, μέχρι το τέλος της δεύτερης δεκαετίας. Κατόπιν η ενδοσκοπική επιτήρηση γίνεται πάλι συχνότερη, κάθε 1 – 2 έτη.<sup>1</sup>

Μέχρι πρόσφατα, κατά την ενδοσκοπική επιτήρηση (κολονοσκόπηση) των ασθενών, με μακροχρόνια νόσο (6 – 10 έτη από έναρξη), εφαρμοζόταν το πρωτόκολλο της λήψης βιοψιών, για ιστολογική εξέταση, από τέσσερα σημεία κάθε 10εκ για όλη την έκταση του παχέος εντέρου. Αυτή η οδηγία, με τη ραγδαία τεχνολογική εξέλιξη των ενδοσκοπιών (high definition endoscopy – narrow band imaging – chromoendoscopy – confocal endomicroscopy – endocytoscopy – autofluorescence imaging) και τη δυνατότητα της οπτικής διάγνωσης των αλλοιώσεων με αξιοπιστία, έχει διαφοροποιηθεί σήμερα. Έτσι οι στοχευμένες βιοψίες, από τις αλλοιώσεις, αποτελεί τη νέα τεχνική κατά την επιτήρηση ασθενών με ΙΦΝΕ. Αυτή η σύσταση ενισχύεται και από την παρατήρηση μελετών ότι, οι μακροσκοπικά ορατές βλάβες, σ' αυτούς τους ασθενείς, αποτελούν μόνον το 72% - 77% των συνολικών αλλοιώσεων.<sup>2</sup> Η υψηλής ευκρίνειας εν-



δοσκόπηση, έχει τριπλάσια δυνατότητα ανάδειξης δυσπλαστικών αλλοιώσεων σε σύγκριση με την κανονική ενδοσκόπηση. Η λήψη στοχευμένων βιοψιών με τη βοήθεια της κλασσικής χρωμοενδοσκόπησης (indigo carm.- methyl. blue, όχι σε έλλειψη G6PD – acetic acid) ή της εικονικής (NBI Olympus – FICE Fujinon – i SCAN Pentax) παρουσιάζει σημαντικά υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα στην ανάδειξη δυσπλαστικών ή/και καρκινικών βλαβών.<sup>1,2</sup> Η κλασσική χρωμοενδοσκόπηση, με στοχευμένες βιοψίες, υπερτερούσε εννέα φορές της κλασσικής ενδοσκόπησης (white light endoscopy) στην ανεύρεση δυσπλασίας. Πρόσφατες μελέτες καταδεικνύουν ότι, η NBI ενδοσκόπηση δεν πλεονεκτεί της κλασσικής χρωμοενδοσκόπησης και δεν προτείνεται για την ενδοσκοπική επιτήρηση ασθενών με ΙΦΝΕ.<sup>3</sup> Σύμφωνα με τα προηγούμενα, οι ECCO, ASGE, BSG ομόφωνα συστήνουν τη χρωμοενδοσκόπηση, με στοχευμένες βιοψίες, ως την ενδεικνυόμενη αξιόπιστη τεχνική για την επιτήρηση ασθενών με ΙΦΝΕ.<sup>4</sup>

Σύγχρονες μετα-αναλύσεις συνιστούν την ενδοσκοπική αφαίρεση (EMR & ESD) των βλαβών (πολυποειδών και μη), σαν την αρχική αντιμετώπιση, αντί της πρωκτοκολεκτομής.<sup>1</sup> Οι πολυποειδείς αλλοιώσεις, μεγέθους έως 2εκ – 2,5εκ, αφαιρούνται με την τεχνική της ενδοσκοπικής βλεννογονεκτομής (EMR). Μεγαλύτερες αλλοιώσεις είναι προτιμότερο να αφαιρούνται με ενδοσκοπική υποβλεννογόνια διατομή (ESD). Η αφαίρεση των βλαβών ενδείκνυται να γίνεται όταν η νόσος βρίσκεται σε ύφεση και χωρίς βλεννογονική φλεγμονή (Mayo endoscopic subscore  $\leq 2$ ). Με την χρήση της χρωμοενδοσκόπησης και τη λήψη στοχευμένων βιοψιών, συστήνεται να γίνεται και έλεγχος του παρακείμενου, της βλάβης, βλεννογόνου για την παρουσία δυσπλασίας.<sup>2,3</sup> Το ίδιο ισχύει και για τις DALM (dysplasia-associated lesions/masses) αλλοιώσεις. Η ενδοσκοπική αφαίρεση των αδενωμάτων DALM είναι αποτελεσματική, αφού ο κίνδυνος εμφάνισης OK μελλοντικά είναι σημαντικά χαμηλός (2.4%).<sup>3,4</sup> Σήμερα πολλοί προτείνουν την εγκατάλειψη του DALM και την αντικατάστασή του με τον όρο βλάβες, με ευδιάκριτα ενδοσκοπικά όρια (κατά Paris class.). Οι επίπεδες ή μη πολυποειδείς βλάβες (κατάταξη κατά Paris : 0-IIa επίπεδες με υπέγερση, 0-IIβ επίπεδες, 0-IIc καθηλωμένες) είναι οι δυσκολότερα αφαιρούμενες, συνήθως με την τεχνική της ESD, η οποία απαιτεί ειδικά υλικά και εκπαίδευση του ενδοσκόπου. Συχνά η προϋπάρχουσα φλεγμονή (υποβλεννογόνια ίνωση), παρά την ύφεση της ΙΦΝΕ, εμποδίζει την επαρκή ανύψωση της αλλοίωσης (ψευδοκαθήλωση) και παραποιεί την οπτική της εικόνα (pit pattern). Ετσι δυσκολεύει



την υποβλεννογόνια (ESD) διατομή της δυσπλασίας. Η επιτυχής ανύψωση της δυσπλαστικής βλάβης επιβάλλεται για την ασφαλή και αποτελεσματική αφαίρεσή της με EMR ή ESD. Όλες οι μελέτες συστήνουν τη χρήση βελόνας έγχυσης 25G (αντί 21G – 23G) και διάλυμα κολλοειδούς (gelofusine, sodium hyaluronate). Η δυνατότητα ανύψωσης επίσης αποτελεί και έμμεσο δείκτη της καθήλωσης και του βάθους διήθησης της βλάβης, στον υποβλεννογόνο. Το μέγεθος της αλλοίωσης, ο βαθμός ανύψωσής της, το βάθος διήθησής της και η παρουσία δυσπλασίας, στον παρακείμενο της βλάβης βλεννογόνο, είναι κριτήρια για την επιλογή της τεχνικής EMR ή ESD.<sup>1,3</sup> Στην περίπτωση δυσπλασίας ή/και κακοήθειας, τόσο στη βλάβη, όσο και στον περιβάλλοντα αυτή βλεννογόνο, οι περισσότεροι προτείνουν την πρωκτοκολεκτομή, σαν την ασφαλέστερη αντιμετώπιση. Προτιμότεροι είναι οι σκληροί βρόγχοι πολυπεκτομής (spiral type 20mm ή oval type 25mm), για την EMR. Ειδικότερα σε επίπεδες ή μη πολυποειδείς αλλοιώσεις, με  $\Delta > 2\text{εκ}$ , η ESD θεωρείται αποτελεσματική για την πλήρη (en bloc) εξαίρεσή τους. Συχνά, ειδικότερα στην τμηματική πολυπεκτομή (piecemeal EMR), είναι αναγκαία η θερμοκαυτηρίαση (APC), στα χείλη της προηγηθείσας πολυπεκτομής, λόγω της πιθανής ύπαρξης εναπομεινάντων νησιδίων δυσπλασίας. Ο κίνδυνος ανάπτυξης ΟΚ, μετά από ενδοσκοπική αφαίρεση δυσπλαστικής βλάβης, είναι μικρός. Όμως σε πρόσφατη Ιταλό-Ιαπωνική μελέτη, η υποτροπή μετά EMR – ESD, ήταν 55%, σε 2 έτη παρακολούθησης (43% στην ESD). Μετα-ανάλυση παρουσιάζει μικρότερα ποσοστά υποτροπής (18%), μετά από 53 μήνες. Έτσι η στενή ενδοσκοπική παρακολούθηση με χρωμοενδοσκόπηση, ολόκληρου του παχέος εντέρου, μετά την πολυπεκτομή, επιβάλλεται σε 1 – 3 μήνες λαμβάνοντας στοχευμένες βιοψίες, ιδιαίτερα από το σημείο – ουλή της αφαιρεθείσας βλάβης. Ανάλογα με τα ευρήματα, η περαιτέρω παρακολούθηση θα εξατομικεύεται.

### **Συμπεράσματα:**

- 1) Η ενδοσκοπική αφαίρεση βλαβών, σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, είναι μία από τις απαιτητικότερες τεχνικές και χρειάζεται μεγάλη εξειδίκευση και εμπειρία από τον ενδοσκόπο. Η φλεγμονή και η υποβλεννογόνια ίνωση, καθιστούν την τεχνική της αφαίρεσης δύσκολη.
- 2) Η χρωμοενδοσκόπηση και οι στοχευμένες βιοψίες, είναι η ενδεδειγμένη τεχνική, κατά την ολική κολονοσκόπηση, για την ανάδειξη των αλλοιώσεων.
- 3) Η ολική (όχι τμηματική) αφαίρεση με EMR ή ESD είναι η καταλληλότερη τεχνική.
- 4) Συστηματικό ενδοσκοπικό πρωτόκολλο παρακολούθησης επιβάλλεται.





### **ECCO – 2013 - Statements 1 – 5** <sup>5</sup>

1. Έναρξη ενδοσκοπικής επιτήρησης στα 8 έτη, από την εμφάνιση της ΙΦΝΕ, σε όλους τους ασθενείς.

(ομοφωνία 100%)

2. Κλασική χρωμοενδοσκόπηση και στοχευμένες βιοψίες, από τις βλάβες.

(ομοφωνία 100%)

3. NBI & Autofluorescence, δεν υπερτερούν της WLE και της χρωμοενδοσκόπησης, στην ανάδειξη νεοπλασιών.

(ομοφωνία 93%)

4. Αδύνατη ενδοσκοπική αφαίρεση (EMR – ESD) και δυσπλασία, στον παρακείμενο της βλάβης, βλεννογόνο, αποτελούν ένδειξη πρωκτοκολεκτομής.

(ομοφωνία 100%)

5. α) Ασθενείς υψηλού κινδύνου (στένωση, δυσπλασία, PSC, εκτεταμένη σε βαρή κολίτιδα, οικογενειακό ιστορικό ΟΚ), ετήσιος έλεγχος.

(ομοφωνία 93%)

β) Ασθενείς ενδιάμεσου κινδύνου (εκτεταμένη ήπια-μέτρια κολίτιδα, φλεγμονώδεις πολύποδες, οικογενειακό ιστορικό ΟΚ), ανά 2 – 3 έτη έλεγχος.

(ομοφωνία 100%)

γ) Ασθενείς χαμηλού κινδύνου, ανά 5 έτη έλεγχος.

(ομοφωνία 93%)

δ) Ασθενείς με νεολήκυθο, υψηλού κινδύνου, έλεγχος με βιοψίες, ανά έτος. Χαμηλού κινδύνου, ανά 5 έτη.

### **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

East JE, Toyonaga T, Suzuki N. Endoscopic Management of Nonpolypoid, Colorectal Lesions in Colonic IBD. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2014 Jul;(24)3:435

Desai D, Desai N. Colorectal cancer surveillance in IBD. A critical analysis. *World J Gastrointest Endosc.* 2014;6(11):541

Soetikno R, Subramanian V, Kalfenbach T, et al. The detection of nonpolypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in patients with IBD. *Gastroenterology* 2013;144:1349

Tontini GE, Rath T, Neumann H. Advanced gastrointestinal endoscopic imaging 



for IBD. World J Gastroenterol. 2016;22(3):1246

Annese V, Daperno M, Rutter MD, et al. European evidence based consensus (ECCO guidelines) for endoscopy in IBD. J Crohn's Colitis 2013;7:982



## **Στρατηγικές για τη πρόληψη και θεραπεία των ευκαιριακών λοιμώξεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ: παρουσίαση περιπτώσεων**

Μιμίδης Κωνσταντίνος

### **Εισαγωγή**

Η θεραπευτική προσέγγιση των ΙΦΝΕ έχει παρουσιάσει τεράστια πρόοδο τη τελευταία δεκαετία με τη εισαγωγή των βιολογικών θεραπειών. Βασικό πρόβλημα ασφάλειας των θεραπειών αυτών είναι η πιθανότητα ανάπτυξης ευκαιριακών λοιμώξεων, οι οποίες δημιουργούν ιδιαίτερα προβλήματα για το κλινικό γιατρό: αναγνωρίζονται δύσκολα και συνδέονται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα.

Χαρακτηριστικό του ανοσοκατασταλμένου ασθενούς είναι η παθολογική φαγοκυτταρική, κυτταρική και χυμική ανοσία γεγονός που αυξάνει το κίνδυνο λοιμώξεων. Ανοσοκατασταλμένοι είναι επίσης οι ασθενείς που εμφανίζουν ρήξη δερματικού ή βλεννογονικού φραγμού με αποτέλεσμα τη δυνατότητα τοπικής ή συστηματικής λοίμωξης. Ειδικότερα, οι ασθενείς με ΙΦΝΕ δεν θα πρέπει να θεωρούνται καθ' εαυτόν ανοσοκατασταλμένοι παρά το ότι έχει περιγραφθεί σε αυτούς διαταραχή της φυσικής ανοσίας. Αντίθετα, η θεραπευτική χρήση ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων μπορεί να επιφέρει με διάφορους μηχανισμούς άλλοτε σε άλλο βαθμό διαταραχή της ανοσιακής απάντησης. Προς το παρόν δεν υπάρχει καμία μέθοδος για την ασφαλή αξιολόγηση και ποσοτικοποίηση της ανοσοκαταστολής σε αυτούς τους ασθενείς.

Ανοσοτροποιστικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνά σε ασθενείς με ΙΦΝΕ περιλαμβάνουν τα κορτικοειδή, τις θειοπουρίνες, τη μεθοτρεξάτη, τους αναστολή της καλσινευρίνης, τους αντι-TNF και άλλους βιολογικούς παράγοντες. Για τα κορτικοειδή, μία ημερήσια δόση >20mg πρεδνιζολόνης για >2 εβδομάδες σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων. Διάφοροι άλλοι, πλην των φαρμάκων, προδιαθεσικοί παράγοντες φαίνεται ότι όχι μόνο ελαττώνουν την αντίσταση σε λοιμώξεις αλλά καθιστούν το λοιμογόνο παράγοντα ικανό να εξελιχθεί με ένα απρόβλεπτο τρόπο. Μία πρόσφατη μελέτη ανέδειξε την ηλικία, την ανοσοσφαιρίνη, την υποθρεψία, την ολική παρεντερική διατροφή και τις χειρουργικές επεμβάσεις στο έντερο ως ανεξάρτητους προδιαθεσικούς παράγοντες. Λόγω των περιορισμένων πληροφοριών σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, χρησιμοποιούνται επίσης δεδομένα από ρευματολογικούς ασθενείς: σε αυτούς ορίζονται



δύο κατηγορίες προδιαθεσικών παραγόντων: αυτών που είναι εξωτερικοί του ασθενούς (ανοσοτροποποιητική θεραπεία, έκθεση σε παθογόνα, γεωγραφική κατανομή) και σε συμφυείς με τον ασθενή (ηλικία, συννοσηρότητα και υποθρεψία).

### Περίπτωση 1

Ένας 38χρονος άνδρας με ιστορικό νόσου Crohn (τελικού ειλεού και παχέος εντέρου) από 10ετίας και υπό αγωγή με infliximab (500mg), προσήλθε λόγω λίγων επώδυνων φουσαλίδων στη δεξιά ωμοπλάτη και στο ημιθωράκιο. Τρεις ημέρες μετά εμφανίστηκε ένας τυπικός έρπης ζωστήρας με συνοδό πυρετό (μέχρι 39°C), αδυναμία, ναυτία και κεφαλαλγία. Το φουσαλιδώδες εξάνθημα ήταν σαφώς περιγεγραμμένο με παρουσία μεγάλων και εν μέρει νεκρωτικών πομφόλυγων ενώ η κατανομή του περιελάμβανε πολλαπλά δερμοτόμια (T5, T6, T7, T8 και T9). Η πορεία της νόσου Crohn είχε επιπλακεί στο παρελθόν με δημιουργία κολο-κυστικών συριγγίων και ατελών ειλεών λεπτού εντέρου λόγω απόφραξης. Στην φυσική εξέταση ο ασθενής, εκτός του επώδυνου εξανθήματος, εμφάνιζε μία ουλή 6εκ στη κοιλιά. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε 10800 λευκά με 77% πολυμορφοπύρνηνα. Θεραπευτικά έλαβε ενδοφλεβίως ganciclovir (10mg/kg/d) για 11 ημέρες, τοπικά αλοιφή acyclovir, παυσίπονα και σύμπλεγμα βιταμινών Β. Μετά από 12 ημέρες θεραπείας παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση τόσο της δερματικής βλάβης όσο και των γενικών συμπτωμάτων. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε 7100 λευκά με 50% πολυμορφοπύρνηνα, ΤΚΕ 14mm/h και CRP 6,9mg/l.



Σύμφωνα με τις οδηγίες της ECCO (2014) ασθενείς με ΙΦΝΕ ελέγχονται με ιστορικό για ευαισθησία σε πρωτογενή λοίμωξη με VZV. Ασθενείς χωρίς ιστορικό ανεμοβλογιάς, έρπητα ζωστήρα ή εμβολιασμού, οφείλουν να ελεγχθούν για VZV IgG αντισώματα. Όπου εφικτό, οροαρνητικοί ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν το εμβόλιο δύο δόσεων 3 εβδομάδες τουλάχιστον πριν την έναρξη ανο-



σοτροποποιητικής θεραπείας. Εμβολιασμός σε ασθενείς υπό θεραπεία επιτρέπεται μόνο μετά από διακοπή της θεραπείας για 3-6 μήνες. Οροαρνητικοί ασθενείς μετά από έκθεση στον ιό θα πρέπει να λαμβάνουν εγκαίρως προφύλαξη. Ανοσοτροποποιητική θεραπεία δεν θα πρέπει να ξεκινά κατά τη διάρκεια οξείας λοίμωξης (ανεμοβλογιάς) ή ερπητα ζωστήρα. Σε περίπτωση VZV λοίμωξης κατά τη διάρκεια ανοσοτροποποιητικής θεραπείας θα πρέπει άμεσα να ξεκινά αντιική θεραπεία ενώ η ανοσοτροποποιητική θεραπεία θα πρέπει να διακόπτεται όπου αυτό είναι εφικτό. Η επανέναρξη της θεραπείας επιτρέπεται μόνο μετά την ίαση του εξανθήματος και της ύφεσης του πυρετού.

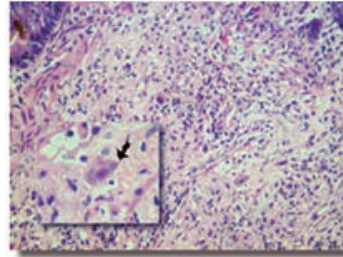
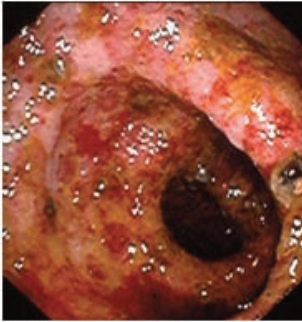
### Περίπτωση 2

Ένας 34χρονος άνδρας εισήχθη λόγω αιμορραγικής διάρροιας και πυρετού από εβδομάδας. Στον ασθενή είχα διαγνωσθεί προ 9 ετών ελκώδη κολίτιδα. Η κολοноσκόπηση προ ενός έτους ανέδειξε μία ήπια ενεργό πανκολίτιδα. Εννέα μήνες πριν την εισαγωγή ξεκίνησε η χορήγηση αζαθειοπρίνης 50mg 2 φορές ημερησίως. Η υπόλοιπη φαρμακευτική αγωγή περιελάμβανε πρεδνιζολόνη 20mg και μεσαλαζίνη 400mg 3 φορές ημερησίως. Στην κλινική εξέταση παρατηρήθηκε πυρετός 38,5°C και ευαισθησία στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε ήπια λευκοπενία (3600 λευκά), αυξημένη CRP (46mg/l) και διαταραχή ηπατικών δοκιμασιών (ALT 617, ALP 1164, αλβουμίνη 33g/l, χολερυθρίνη 15μmol/l). Η λευκοπενία έγινε πιο έντονη τις επόμενες 48 ώρες (2600 λευκά) με σαν αποτέλεσμα να διακοπεί η αζαθειοπρίνη. Η CT-κοιλίας ανέδειξε πάχυνση του εντερικού βλεννογόνου στο κατίον. Με τη πιθανότητα ανιούσης χολαγγειίτιδας ο ασθενής ετέθη εμπειρικά σε κεφουροξίμη και μετρονιδαζόλη ενδοφλεβίως. Η πυρετική κίνηση δεν ανταποκρίθηκε για αυτό και διεκόπη η αντιβιοτική αγωγή. Στη σιγμοειδοσκόπηση ανεδείχθη μία σοβαρού βαθμού κολίτιδα στο ορθοσιγμοειδές με ύπαρξη φυσιολογικού βλεννογόνου μετά το μέσον του κατιόντος. Ελήφθησαν βιοψίες και αυξήθηκε η δόση της μεσαλαζίνης σε 800mg τρεις φορές ημερησίως. Ο ασθενής αρνήθηκε να κάνει υποκλυσμούς με 5ASA ή κορτικοειδή. Τέλος, λόγω της εμμένουσας διαταραχής των ηπατικών ενζύμων διενεργήθηκε βιοψία ήπατος.

Η ιστολογική εξέταση των βιοψιών του παχέος εντέρου ανέδειξε σοβαρού βαθμού ενεργό κολίτιδα με παρουσία πολλών ενδοθηλιακών κυττάρων με έγκλειστα συμβατά με CMV. Παράλληλα η ηπατική βιοψία ανέδειξε ήπια λοβιδιακή ηπατίτιδα με παρουσία ενός εγκλείστου συμβατού με CMV σε επιθηλιακό κύτταρο χοληφόρου. Ετέθη η διάγνωση CMV-κολίτιδας και ηπατίτιδας λόγω ανο-



σοκαταστολής με αζαθειοπρίνη. Ο ασθενής ετέθη σε ενδοφλέβια χορήγηση ganciclovir (5mg/kg/d για 14 ημέρες) 16 ημέρες μετά την εισαγωγή του και παρουσίασε ταχεία βελτίωση της κολίτιδας και της ηπατίτιδας.



Σύμφωνα με τις οδηγίες της ECCO (2014) έλεγχος για λοίμωξη με CMV δεν είναι απαραίτητος πριν την έναρξη ανοσοτροποποιητικής θεραπείας. Σε ασθενείς με οξεία κολίτιδα ανθεκτική στα κορτικοειδή, θα πρέπει να αποκλείεται η παρουσία του CMV με ανοσοισστοχημεία ή PCR σε βιοψία, πριν την αύξηση της ανοσοτροποποιητικής θεραπείας. Στην περίπτωση σοβαρής κορτικοανθεκτικής κολίτιδας με CMV στη βιοψία του βλεννογόνου και υπό ανοσοτροποποιητική θεραπεία, θα πρέπει να διακόπτεται αυτή και να ξεκινά άμεσα αντιϊκή θεραπεία μέχρι της βελτίωσης των συμπτωμάτων. Σε περίπτωση συστηματικής νόσου με CMV η ανοσοτροποποιητική θεραπεία θα πρέπει να διακόπτεται.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Rahier JF, et al. Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2014;8:443-468

Dave M, et al. Opportunistic infections due to inflammatory bowel disease therapy. *Inflamm Bowel Dis* 2014;1:196-212

Wang X, et al. Herpes zoster in Crohn's disease during treatment with infliximab. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2014;26:237-239

Hamlin PJ, et al. Systemic cytomegalovirus infection complicating ulcerative colitis: a case report and review of the literature. *Postgrad Med* 2004;80:233-235



## **Ασθενείς με Ι.Φ.Ν.Ε. – Νοσηλευτική προσέγγιση και ευθύνη**

Βαζούρα Μαρία

### **Ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου**

Η ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου περιλαμβάνει δύο διακριτές αλλά στενά σχετιζόμενες παθολογικές καταστάσεις: την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn. Η μέγιστη επίπτωση της νόσου παρατηρείται σε νεαρούς ενήλικες, ηλικίας μεταξύ 15 και 35 ετών. Διακρίνεται από περιόδους ύφεσης και έξαρσης στις οποίες σημαντικά ρόλο παίζει η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς .

### **Ελκώδη κολίτιδα**

Η ελκώδη κολίτιδα είναι χρόνια φλεγμονώδη διαταραχή του εντέρου που προσβάλλει τον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα του παχέος εντέρου και συνηθέστερα του ορθού.

### **Νόσος Crohn**

Η νόσος Crohn είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει τον πεπτικό σωλήνα. Μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε τμήμα του πεπτικού σωλήνα από το στόμα έως τον πρωκτό, συνήθως όμως προσβάλλει τον τελικό ειλεό και το ανιόν κόλο.

Οι κλινικές εκδηλώσεις και οι επιπλοκές ποικίλουν ανάλογα με το τμήμα του εντέρου που έχει προσβληθεί από τη βαρύτητα της νόσου και τη φυσική κατάσταση του ασθενούς. Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να είναι συντονισμένη και προσαρμοσμένη στις προσωπικές ανάγκες.

### **Νοσηλευτική προσέγγιση και ευθύνη**

Η νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είναι εξατομικευμένη, επηρεάζεται από τη βαρύτητα της νόσου, τις προσωπικές ανάγκες των ασθενών και τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, που προκύπτουν από τη συνεχή εκτίμηση της κατάστασής τους. Η φροντίδα ξεκινά από τις διαγνωστικές εξετάσεις και φτάνει έως την εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του, για την έξοδο από το νοσοκομείο. Το κύριο μέλημα της φροντίδας είναι να κατανοήσει ο ασθενής τη χρονιότητα της νόσου και να προληφθούν, όσο αυτό είναι εφικτό οι επιπλοκές.





## **Νοσηλευτική εκτίμηση**

Η εκτίμηση ξεκινά από τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού. Συλλέγονται πληροφορίες για την έναρξη της νόσου, τη διάρκεια, τη βαρύτητα των κλινικών εκδηλώσεων (αριθμός κενώσεων, ύπαρξη αίματος ή βλέννης στα κόπρανα, κοιλιακά άλγη, τεινεσμός), τις διαιτητικές συνήθειες, το επίπεδο θρέψης, τη δυσανεξία σε τροφές, την ύπαρξη συνοδών εκδηλώσεων, όπως αρθραλγίες, κόπωση, κακουχία, την ακολουθούμενη φαρμακευτική αγωγή. Η φυσική εξέταση ολοκληρώνει την νοσηλευτική εκτίμηση. Αξιολογείται η γενική εμφάνιση, το σωματικό βάρος, τα ζωτικά σημεία, η κοιλιακή χώρα σχήμα, η διάταση, ύπαρξη στομίας ή ουλών.

## **Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας**

Οι πληροφορίες από το ιστορικό και την φυσική εξέταση καθορίζουν τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, που αφορούν τον κάθε ασθενή και το πλάνο φροντίδας του. Στους ασθενείς που υπόκεινται σε ενδοσκοπικό έλεγχο (κολοноσκόπηση, ορθοσιγμοενδοσκόπηση) λαμβάνεται ιδιαίτερη μέριμνα για τη σωστή λήψη της προετοιμασίας (καθαριστικό διάλυμα), την ενημέρωση του ασθενούς για την εξέταση, την χορήγηση ήπιας καταστολής κατά τη διάρκεια της εξέτασης, τον έλεγχο των ζωτικών σημείων, την άμεση αναγνώριση επιπλοκών κατά τη διάρκεια αλλά και μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης, τη λήψη βιοψιών και το στάλσιμο στο παθολογοανατομικό εργαστήριο.

Οι ασθενείς που είναι αναγκαίο να ελέγχουν ακτινολογικά, ενημερώνονται για την εξέταση δίνονται οδηγίες για τα καθαρτικά διαλύματα, την αποβολή του βαρίου, το χρωματισμό των κοπράνων κ.ά.

Ιδιαίτερα σημαντική για τη βελτίωση των συμπτωμάτων και την πορεία της νόσου είναι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Οι ασθενείς λαμβάνουν αντιφλεγμονώδη, ανοσοκατασταλτικά, βιολογικούς παράγοντες, αντιβιώσεις, κορτικοστεροειδή. Κάποια από τα φάρμακα αυτά, όπως τα κορτικοστεροειδή και τα αντιβιοτικά λαμβάνονται σε περιόδους έξαρσης. Οι ασθενείς ενημερώνονται για τη σημασία της σωστής τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής, λαμβάνονται μέτρα για τη διαφύλαξη της νεφρικής λειτουργίας, την πρόληψη των λοιμώξεων, την αναγνώριση και αντιμετώπιση παρενεργειών, την αντιμετώπιση αλλεργικών αντιδράσεων, την αποφυγή κατακράτησης ύδατος, την αποφυγή διαταραχής της γλυκόζης και της αρτηριακής πίεσης. Παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή, δίδονται και οι κατάλληλες διαιτητικές οδηγίες, αποφυγή γα-



λακτοκομικών, λήψη πρωτεϊνικών τροφών κ.ά.

Ωστόσο κάποιοι ασθενείς παρά τη συντονισμένη φροντίδα οδηγούνται στο χειρουργείο για την αφαίρεση κάποιου τμήματος λεπτού ή παχέος εντέρου. Στην περίπτωση αυτή ενημερώνονται για το είδος του χειρουργείου και την αποθεραπεία. Ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα χρειάζονται αυτοί που υπόκεινται σε ειλεοστομία. Η ψυχολογική στήριξη, η αλλαγή της εικόνας του σώματος, η μεγάλη απώλεια υγρών, η δερματίτιδα στο σημείο της στομίας είναι κάποια από τα προβλήματα που η ομάδα υγείας και οι ασθενείς καλούνται να αντιμετωπίσουν.

### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις ξεκινούν και ολοκληρώνονται με την εκπαίδευση του ασθενούς και του περιβάλλοντος του για τη νόσο, τη χρονιότητα, τις επιπλοκές, τη θεραπεία, τις διαιτητικές ανάγκες, τη σημασία του επανελέγχου και της ιατρικής παρακολούθησης.

Εξίσου σημαντική ωστόσο είναι και η αντιμετώπιση της διάρροιας που επηρεάζει δραματικά την καθημερινή δραστηριότητα του ασθενή και της οικογένειάς του. Καταγράφεται η συχνότητα, η ποσότητα και το χρώμα των κενώσεων. Ελέγχονται συχνά τα ζωτικά σημεία. Η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια και ο πυρετός αποτελούν ενδείξεις υποογκαιμίας. Μετριέται και καταγράφεται καθημερινά το σωματικό βάρος για να αξιολογηθεί τυχόν υποθρεψία. Αξιολογούνται το δέρμα, οι βλεννογόνοι, η ύπαρξη αδυναμίας, λήθαργου, δίψας για την εκτίμηση της απώλειας υγρών. Διακόπτεται η σίτιση ή περιορίζεται η λήψη τροφής από το στόμα για να αποσυμφορηθεί το έντερο. Αναπληρώνονται συνεχώς τα υγρά που χάνονται με χορήγηση υγρών ενδοφλεβίων. Λαμβάνονται μέτρα προστασίας του δέρματος για την αποφυγή λύσης συνεχείας. Εφαρμόζονται ιδιαίτερα μέτρα φροντίδας της περιπρωκτικής περιοχής λόγω του τοπικού ερεθισμού από τις διαρροϊκές κενώσεις (μη ερεθιστικοί παράγοντες για τον καθαρισμό, ειδικές κρέμες κ.ά.).

Η διαταραχή της εικόνας του σώματος αποτελεί άλλο ένα πρόβλημα για την ομάδα υγείας και τον ασθενή. Ο ασθενής ενθαρρύνεται στην έκφραση των συναισθημάτων του για την αντίληψη που έχει για το σώμα του. Συζητούνται οι ανησυχίες και οι προβληματισμοί του για τη νόσο, το μέλλον, τη σχέση του με σημαντικά για αυτόν πρόσωπα. Ενημερώνεται συνεχώς για τη φροντίδα του



και αφήνονται περιθώρια συμμετοχής του σε αυτή, έτσι αισθάνεται ότι ελέγχει περισσότερο τη νόσο και τη ζωή του. Ενισχύεται η αυτοφροντίδα μετά από κατάλληλη εκπαίδευση γεγονός που αυξάνει το αίσθημα ανεξαρτησίας. Σημαντική είναι επίσης και η επαφή του ασθενούς με άλλα άτομα, που πάσχουν από την ίδια νόσο, η συζήτηση μαζί τους θα μπορούσε να βοηθήσει ψυχολογικά τον ασθενή.

Οι διαταραχές θρέψης που οι ασθενείς με Ι.Φ.Ν.Ε. αντιμετωπίζουν ελέγχονται με την παρακολούθηση των εργαστηριακών εξετάσεων, οι οποίες δίνουν πληροφορίες για το επίπεδο θρέψης και αναιμίας. Χορηγείται η κατάλληλη υψηλής θερμιδικής αξίας δίαιτα. Σε περίπτωση που η σίτιση δεν ενδείκνυται εφαρμόζεται παρεντερική διατροφή και τηρούνται όλα τα μέτρα για την αποφυγή επιπλοκών από την παρεντερική (αλλαγή συσκευής και διαλύματος καθημερινά, έλεγχος του φλεβοκαθετήρα για σημεία θρομβοφλεβίτιδας κ.ά.). Προγραμματίζεται η εκτίμηση του ασθενούς από διαιτολόγο, χορηγούνται ειδικά στοιχειακά σκευάσματα διατροφής.

Στη διάρκεια της νοσηλείας τους η κλινική εικόνα και οι ανάγκες των ασθενών αλλάζουν και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις διαμορφώνονται ανάλογα. Σε περίπτωση που ο ασθενής πάρει εξιτήριο προκύπτουν άλλες ανάγκες.

### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την έξοδο**

Η εκπαίδευση του ασθενούς και των οικείων του είναι περισσότερο επιτακτική κατά την έξοδο μια και οι ίδιοι θα αναλάβουν την θεραπεία και θα ζήσουν με τη νόσο. Δίνονται πληροφορίες για το είδος της νόσου, τις επιπλοκές, τις συνθήκες που πρέπει να αλλάξουν κ.ά. Για τη φαρμακευτική αγωγή, τις ανεπιθύμητες ενέργειες, τη σταδιακή μείωση στα κορτικοστεροειδή. Τη συνιστώμενη δίαιτα, τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής, τη σημασία πρόσληψης επαρκούς ποσότητας υγρών. Ενημέρωση για τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου και τη σημασία των περιοδικών εξετάσεων. Σε περίπτωση που ο ασθενής φύγει με στομία, μαθαίνει να ελέγχει το στόμιο, να φροντίζει τη στομία και να αλλάζει τους σάκους. Παρέχονται πληροφορίες για την προμήθεια των υλικών και τις ομάδες υποστήριξης των ατόμων με στομία.

### **Συμπεράσματα**

Η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο είναι εξατομικευμένη, ξεκινά από τη διάγνωση φτάνει στην έξοδο του ασθενούς από



το νοσοκομείο αλλά συνεχίζεται και με τον περιοδικό εργαστηριακό και ενδοσκοπικό έλεγχο. Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου πολλές φορές δεν είναι εύκολο να αντιμετωπιστούν, απαιτούν μακροχρόνια παραμονή στο νοσοκομείο, συχνές εισαγωγές και συνεχή έλεγχο, επηρεάζοντας έτσι την ποιότητα ζωής και περιορίζοντας τις δραστηριότητες των ασθενών. Η ψυχολογική υποστήριξη, η εκπαίδευση, η κατάλληλη νοσηλευτική προσέγγιση και ο σεβασμός της προσωπικότητάς τους μπορούν να κάνουν τη νοσηλεία τους λιγότερο τραυματική.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Berman, A., Synder, S., & Jackson Ch. (2009). *Η νοσηλευτική στην κλινική πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός

Lemone, P., & Karen B., (2004). *Παθολογική – χειρουργική νοσηλευτική Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις

Taylor, C., Lillis C., & Lemone P., (2002). *Θεμελιώδεις αρχές τη νοσηλευτικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη

Αποστολοπούλου, Ε., (2010). *Λοιμώξεις σχετιζόμενες με τη φροντίδα υγείας*. Αθήνα: ΕΚΠΑ

Μαυρογιάννης, Χ., (2008). *Ενδοσκοπήσεις πεπτικού συστήματος*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα



## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ



## **Αναγνώριση και αντιμετώπιση ανεπιθύμητων αντιδράσεων κατά την θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες**

Μπιμπούδη Μαρία

Η χρήση βιολογικών παραγόντων έχει αλλάξει προς το καλύτερο την θεραπευτική προσέγγιση στους πάσχοντες από ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Η χορήγησή τους όμως συνδέεται με ένα αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων αντιδράσεων. Οι αντιδράσεις αυτές ταξινομούνται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) σε 2 μεγάλες κατηγορίες, ανάλογα με τον χρόνο που μεσολαβεί από την χορήγηση ως την εμφάνισή τους, τις άμεσες και τις επιβραδυνόμενες<sup>1</sup>. Οι άμεσες εμφανίζονται κατά την διάρκεια της χορήγησης έως και 24 ώρες μετά, με την μεγάλη πλειοψηφία να αναπτύσσεται τις πρώτες 1-2 ώρες. Η συχνότητα εμφάνισή τους ποικίλει από 5-23% σε διάφορες μελέτες. Οι πιο συχνά αναφερόμενες εκδηλώσεις είναι κνησμός (στο 22,1% όλων των αναφερόμενων αντιδράσεων), έξαψη (9,9%), δύσπνοια (6,2%), δυσφορία στο στήθος (5,9%), υπέρταση (5,9%), μυαλγίες (5%), ναυτία (4,7%), κνίδωση (4,7%), κεφαλαλγία (4%), δερματικά εξανθήματα (3,4%) και ζάλη (2,8%)<sup>2</sup>. Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ που έλαβαν βιολογικό παράγοντα στο παρελθόν και ανέπτυξαν αντισώματα έχουν συνολικά 2πλάσιο κίνδυνο εμφάνισης οξέων αντιδράσεων κατά την χορήγηση και 6πλάσιο κίνδυνο σοβαρής οξείας αντίδρασης<sup>3</sup>. Ανάλογα με την σοβαρότητα τους οι αντιδράσεις κατατάσσονται σε 5 βαθμούς (Κλίμακα NCI)<sup>4</sup>. Τις ήπιες, όπως παροδικές εξάψεις ή εξάνθημα (απατούν μόνο παρακολούθηση), τις μέτριες όπως κνίδωση, μυαλγία, πυρετός (αρκεί η προφορική παρέμβαση), τις σοβαρές χωρίς να είναι απειλητικές για την ζωή, όπως βρογχόσπασμος, αγγειοοίδημα, υπόταση (συνήθως απαιτούν παρεντερική χορήγηση φαρμάκων), την απειλητική για την ζωή συστηματική αναφυλακτική αντίδραση, (πολυσυστηματική συμμετοχή που απαιτεί επείγουσα και κρίσιμη φροντίδα) και τέλος ο θάνατος<sup>4</sup>. Οι άμεσες αντιδράσεις επαναλαμβάνονται στο ένα τρίτο των ασθενών και στις επόμενες χορηγήσεις.

Οι άμεσες αντιδράσεις πιθανολογείται ότι οφείλονται στον ρυθμό απελευθέρωσης κυτταροκινών από τον πάσχοντα και αυτός εξαρτάται από την ρυθμό χορήγησης του βιολογικού παράγοντα. Στις ήπιες αντιδράσεις η μείωση του ρυθμού χορήγησης είναι αποτελεσματικός τρόπος μείωσης του βαθμού αντιδράσεων. Άμεση διακοπή της χορήγησης απαιτείται σε εμφάνιση βρογχόσπασμου, υπότασης και πιθανά απαιτεί την χορήγηση επινεφρίνης. Σε κάθε περίπτωση η χορήγηση των βιολογικών παραγόντων πρέπει να γίνεται σε ορ-



γανωμένη Νοσοκομειακή μονάδα. Πρέπει να διατίθεται εξοπλισμός αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών, όπως αδρεναλίνη, αντιισταμινικά, κορτικοστεροειδή και τεχνητός αεραγωγός. Προτείνονται αλγόριθμοι αντιμετώπισης των αμέσων αντιδράσεων από πρωτοπαθή και επαναληπτική χορήγηση βιολογικών παραγόντων.

Οι επιβραδυνόμενες αντιδράσεις εμφανίζονται μετά τις πρώτες 24 ώρες και περιλαμβάνουν μια ποικιλία από τοπικές και συστηματικές φλεγμονώδεις αποκρίσεις. Συχνότερες είναι δερματικά εξανθήματα με κνησμό, πυρετός, κακουχία και πολυαρθραλγία. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν χαρακτηριστικό πόνο στο σάγόνι. Αν και οι ασθενείς αυτοί αισθάνονται πολύ άρρωστοι, η κατάστασή τους είναι αυτοπεριοριζόμενη και τα συμπτώματά τους υποχωρούν σε λίγες μέρες ή εβδομάδες χωρίς να απαιτούν θεραπεία. Μπορεί να βοηθήσουν τα αντιισταμινικά στον κνησμό και η παρακεταμόλη σε πυρετό, κακουχία και πολυαρθραλγία.

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

World Health Organization. Progress in the characterization of Venoms and standardization of antivenoms. Geneva: WHO Offset Publication; 1981

Choquette D, et al. What are the implication of concomitant and pre-medication on infusion reaction to infliximab: results from from "RemiTRAC infusion", a prospective real-world community registry. Arthritis Rheum 2013; S 197.

O' Meara S, et al. Antibodies to infliximab and risk of infusion reaction in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and metanalysis. Inflamm Bowel Dis 2014; 20: 1-6.

Natinal Institutes of Health. National cancer Institute Common Terminology Criteria for adverse Events. [http:// ctep cancer gov/protocolDevelopment/electronic applications/docs/ctcae3pdf.2006](http://ctepcancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/ctcae3pdf.2006).





## **Ενδοφλέβια θεραπεία με σίδηρο σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και αναιμία**

Ζιώγα Χριστίνα

Πολλοί ασθενείς με ΙΦΝΕ έχουν αναιμία και σοβαρή δυσανεξία στη λήψη σιδήρου από το στόμα. Αντίθετα με την per os χορήγηση, ο ενδοφλέβιος σίδηρος βοηθάει στην παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων, η καταστολή των οποίων σχετίζεται με την φλεγμονή.

Η φλεγμονή και η έλκωση, που αποτελούν τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της νόσου, οδηγούν σε σημαντική εντερική αιμορραγία. Επιπλέον, ο χρόνιος κοιλιακός πόνος και η ναυτία οδηγούν σε φτωχή διατροφική πρόσληψη, ενώ παράλληλα η φλεγμονή του εντερικού βλεννογόνου έχει σαν αποτέλεσμα την ανεπαρκή απορρόφηση θρεπτικών συστατικών. Η χορήγηση σιδήρου από το στόμα δεν ενδείκνυται σε ασθενείς με ΙΦΝΕ διότι δεν απορροφάται και επιπλέον προκαλεί επιδείνωση της φλεγμονής. Έτσι σε ασθενείς με ΙΦΝΕ η προτιμώμενη μέθοδος είναι η ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου, η οποία έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική.

Η σοβαρότερη παρενέργεια της παρεντερικής χορήγησης Fe είναι η αναφυλακτική αντίδραση. Ο κίνδυνος έχει περιοριστεί με τα νεότερα σκευάσματα, ωστόσο θα πρέπει να ακολουθούνται πιστά οι οδηγίες χορήγησης και να λαμβάνονται όλα τα μέτρα για την αντιμετώπιση τυχόν αντιδράσεων.



## Εξωεντερικές εκδηλώσεις των ιδιοπαθών



### φλεγμονωδών νόσων του εντέρου

Πανταζή Βαρβάρα

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΙΦΝΕ) – ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn- είναι χρόνιες συστηματικές διαταραχές, οι οποίες προσβάλλουν κυρίως το έντερο και συνδέονται με εξωεντερικές εκδηλώσεις, επιπλοκές και άλλες αυτοάνοσες διαταραχές. Η αντιμετώπιση των ασθενών με ΙΦΝΕ στην καθημερινή κλινική πράξη αποτελεί πρόκληση, λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό, τη συχνότητα και τους διαφορετικούς τρόπους εκδήλωσης των ποικίλων εξωεντερικών παθήσεων.

Η συχνότητα των εξωεντερικών εκδηλώσεων στους ασθενείς που πάσχουν από ΙΦΝΕ υπολογίζεται περίπου 25-40%. Σχεδόν κάθε σύστημα μπορεί να προσβληθεί. Οι συχνότερες εξωεντερικές εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ αφορούν τους οφθαλμούς, το δέρμα, τις αρθρώσεις, το ήπαρ, τα χοληφόρα, τους νεφρούς και το αγγεία ενώ δεν είναι σπάνιες αυτές που οφείλονται σε μεταβολικές διαταραχές στα πλαίσια των ΙΦΝΕ όπως η οστεοπόρωση, η χολολιθίαση, η δημιουργία λίθων του ουροποιητικού συστήματος και η αναιμία. Οι εκδηλώσεις από κάθε σύστημα είναι αποτέλεσμα διαφορετικών παθογενετικών μηχανισμών. Σε ποσοστό 25% των ασθενών με ΙΦΝΕ συνυπάρχουν περισσότερες από μία εξωεντερικές εκδηλώσεις και συχνά αφορούν διαφορετικά οργανικά συστήματα.

Η πλειοψηφία των ασθενών, εμφανίζει εξωεντερικές εκδηλώσεις ενώ υπάρχει ήδη εγκατεστημένη εντερική προσβολή (φλεγμονή). Ωστόσο σε ορισμένες περιπτώσεις, οι εξωεντερικές εκδηλώσεις προηγούνται της έναρξης των συμπτωμάτων από το έντερο.

Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη περιλαμβάνει αντιδραστικές εκδηλώσεις που συνήθως σχετίζονται με την ενεργότητα της εντερικής φλεγμονής και αντανακλούν παρόμοιο παθογενετικό μηχανισμό με την εντερική νόσο (π.χ αρθρίτιδα, οζώδες ερύθημα, γαγγραινώδες πυόδερμα, αφθώδης στοματίτιδα, ιρι-



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

δίττα, ραγοειδίτιδα). Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει αυτοάνοσα νοσήματα, τα οποία διαδράμουν ανεξάρτητα από την εντερική νόσο, γεγονός που υποδηλώνει μεγάλη ευαισθησία των ασθενών στην αυτοανοσία.

Διάφορες αυτοάνοσες νόσοι όπως η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, η πρωτοπαθής χολική κίρρωση, η γυροειδής αλωπεκία και αυτοάνοσες θυρεοειδίτιδες (εξαίρεση αποτελεί η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα), θεωρούνται περισσότερο ότι συσχετίζονται με τις ΙΦΝΕ παρά ότι αποτελούν ειδικές εκδηλώσεις.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Wordsworth, Curr Rheumatol Rep 2000, Orchard et al. Gut 1998; Lakatos L et al. World J Gastroenterol, Christodoulou et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2002

Journal of Crohn's and Colitis 2015 Oxford University, Ellman et al. J Clin Rheumatol 2003



## Επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων στην εμφάνιση και εκδήλωση ΙΦΝΕ

Σιάνου Σταυρούλα

Για πολλά χρόνια υπήρχε η θεωρία ότι η νόσος αυτή οφειλόταν, σε ένα μεγάλο ποσοστό, σε ψυχολογικούς παράγοντες και ειδικότερα σε αυξημένα ποσοστά στρες και άγχους στο άτομο. Στην πραγματικότητα, η εμφάνιση της νόσου ΙΦΝΕ δεν οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες αλλά επηρεάζεται από αυτούς .

Η παρουσία ψυχολογικής αναταραχής στην ΙΦΝΕ συμβάλλει στην κακή ποιότητα της ζωής σε σχέση με την υγεία. Η ανίχνευση και η θεραπεία της ψυχολογικής αναταραχής στην νόσο φέρνουν τη δυνατότητα να βελτιωθεί η σχετική με την υγεία ποιότητα της ζωής για αυτούς τους ασθενείς.

Οι ασθενείς έχουν ένα μικρότερο δίκτυο κοινωνικών επαφών αλλά περισσότερες σχέσεις με κάποια πιο στενά μέλη της οικογένειας. Από την μελέτη φάνηκε ότι τα πιο στενά μέλη της οικογένειας είναι συνήθως αρμόδια για την κοινωνική υποστήριξη του ασθενή. Η Ψυχολογική υποστήριξη θα μπορούσε να εστιάσει την προσοχή στο να μειώσει την πίεση και να προκαλέσει βαθιά χαλάρωση, να μειώσει τα συμπτώματα της ασθένειας, να μειώσει την κατάθλιψη και την ανησυχία, να αυξήσει την αίσθηση της ευημερίας, της συνειδητοποίησης και της δημιουργικότητας, να αυξήσει τη δυνατότητα του σώματος να ελέγξει τον πόνο και να ισορροπήσει την ενέργεια του σώματος ώστε να μειώσει το συναισθηματικό τραύμα, να βελτιώσει τη δύναμη της θέλησης, να τονώσει την αυτοεικόνα, να ανορθώσει την αυτοεκτίμηση.

Η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού δικτύου γύρω από το άτομο (οικογένεια , φίλοι , σύνδεσμοι, ομάδες υποστήριξης και ενημέρωσης) όπως και η αναζήτηση ενός ειδικού της ψυχικής υγείας μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην διαχείριση των ψυχολογικών ζητημάτων που σχετίζονται με μια χρόνια ασθένεια όπως η νόσος του Crohn και η ελκώδη κολίτιδα.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Walters S. National Association for Colitis and Crohn's Disease (NACC) Audit in Inflammatory Bowel Disease (IBD). Chichester: Aeneas Press, 2000.

Love JR, Irvine EJ, Fedorak RN. Quality of life in inflammatory bowel dis-





## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο  
Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών  
Νοσημάτων του Εντέρου

ease. *J Clin Gastroenterol* 1992; **14**: 15–9.

Farmer RG, Whelan G, Fazio VW. Long-term follow-up of patients with Crohn's disease. Relationship between the clinical pattern and prognosis. *Gastroenterology* 1985; **88**: 1818–25.

WHO. World Health Organisation Definition of Quality of Life.

Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Med Care* 1988; **26**: 724–35.



## Ηλεκτρονικά Αναρτημένες Ανακοινώσεις



ePP01

**ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΧΡΟΝΩΝ ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΩΝ  
ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΛΑΓΟΝΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

<sup>1</sup> Κ. Ντάμπος, <sup>2</sup> J. Larsson, <sup>3</sup> Α. Γιαννάκου, <sup>4</sup> Α. Nemeth,  
<sup>4</sup> G. Wurm-Johansson, <sup>2</sup> K. Sjoberg,  
<sup>2</sup> E. Toth, <sup>1</sup> Ι. Πλεύρης, <sup>1</sup> Α. Κουλαουζίδης

<sup>1</sup>Centre of Liver and Digestive Disorders, Royal Infirmary of Edinburgh,  
Edinburgh, Scotland, UK

<sup>2</sup>Department of Gastroenterology, Skane University Hospital, Malmo,  
Sweden

<sup>3</sup>Open University Cyprus

<sup>4</sup>Endoscopy Unit, Skane University Hospital, Malmo, Sweden

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η κολληγονική κολίτιδα (ΚΚ) είναι ένα κληνοκοπαθολογικό σύνδρομο με κύριο σύμπτωμα χρόνια υδαρή διάρροια. Τα στοιχεία σχετικά με τις εξωεντερικές νεοπλασίες στην κολληγονική νόσο είναι πολύ λίγα. Ο σκοπός της εργασίας ήταν να εξετάσει την ύπαρξη εξωεντερικών νεοπλασιών σε ασθενείς με ΚΚ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Πραγματοποιήσαμε μια αναδρομική μελέτη σε δυο κέντρα (Μάλμιο και Εδιμβούργο). Στοιχεία συνελέγησαν για τις εξωεντερικές νεοπλασίες σε ασθενείς με ΚΚ σε διάστημα 14 ετών (2000-2013). Η ομάδα ελέγχου ήταν ο πληθυσμός της ευρύτερης περιοχής του Εδιμβούργου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά στην μελέτη συμπεριελήφθησαν 538 ασθενείς με ΚΚ (394 από το Εδιμβούργο και 344 από το Μάλμιο). Από αυτούς 71 ανέπτυξαν μεταχρονες νεοπλασίες (ομάδα Α). Πενήντα ήταν γυναίκες και 21 άνδρες. Οι υπόλοιποι 667 ασθενείς αποτέλεσαν την ομάδα Β. Δεν υπήρχαν ηλικιακές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων. Η μέση παρακολούθηση των ασθενών ήταν 3 ± 2,9 έτη ενώ οι εξωεντερικές νεοπλασίες παρουσιάσθηκαν 5 ± 3,8 έτη μετρά την εμφάνιση ΚΚ. Αναλυτικότερα τα αποτελέσματα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα

Τύπος νεοπλασίας	Αποθλ. Αριθμ.	RR	95% CI	P
Πνεύμονας	18	3,9	1,6-9,3	0,001
Δέρμα	16	15,0	2,6-87,1	0,001
Ουροδόχος	6	9,2	1,1-75,0	0,019
Προστάτης	5	2,7	0,6-12,3	0,1
Στήθος	5	1,1	0,4-2,3	0,538
Όλες οι μορφές	71	36,8	34,5-39,3	<0.001





**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η σχετική επίπτωση των νεοπλασιών σε ασθενείς με ΚΚ είναι πολύ αυξημένη. Οι νεοπλασίες πνεύμονα και ουροδόχου μπορούν ίσως να εξηγηθούν από την συσχέτιση καπνίσματος και ΚΚ. Μεγαλύτερες επιδημιολογικές μελέτες είναι αναγκαίες για την πληρέστερη μελέτη του φαινομένου.



ePPO2

## **ΙΦΝΕ ΚΑΙ ΨΩΡΙΑΣΗ**

<sup>1</sup> Μ. Παπασπύρου, <sup>2</sup> Π. Παρτσιοπούλου, <sup>3</sup> Ε. Γιάγκου, <sup>4</sup> Κ. Κατσάνος,  
<sup>4</sup> Δ. Χριστοδούλου

<sup>1</sup> Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ. Ν. Τρικάλων

<sup>2</sup> Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών., Γ.Ν. Ημαθίας Υ.Μ. Νάουσας

<sup>3</sup> Καρδιολογική, Π. Γ. Ν. Ιωαννίνων

<sup>4</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** ΙΦΝΕ, ομάδα χρόνιων φλεγμονωδών παθήσεων του πεπτικού σωλήνα, άγνωστης αιτιολογίας. Η ψωρίαση, συχνή, χρόνια, υποτροπιάζουσα, οικογενής δερματοπάθεια, η οποία εκδηλώνεται με διαφορετικές κλινικές εικόνες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η έρευνα είχε ως στόχο την οργάνωση και τη μελέτη του αρχείου των ασθενών με ψωρίαση, οι οποίοι παρουσίαζαν ΙΦΝΕ αλλά και άλλες εκδηλώσεις και την συσχέτιση τους. Την καταγραφή γαστρεντερικών ευρημάτων και συμπτωμάτων σε ασθενείς με ψωρίαση, την οργάνωση του αρχείου και τη συλλογή στοιχείων που θα βοηθήσει περαιτέρω σε μελέτες σχετικά με τις εξωεντερικές εκδηλώσεις της ΙΦΝΕ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στη ΒΔ Ελλάδα και έγινε αναδρομική καταγραφή των ασθενών με ψωρίαση από το έτος 1990 έως και το πρώτο τρίμηνο του 2015. Καταγράφηκαν όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με ψωρίαση στη Δερματολογική κλινική του Π.Γ.Ν.Ι με προσωπικές συνεντεύξεις και με μελέτη των ιατρικών φακέλων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μελετώντας τους φακέλους αλλά και τις αφηγήσεις τους, διαπιστώθηκε ότι από το σύνολο των ασθενών, η διάγνωση τέθηκε με την κλινική εικόνα σε ποσοστό 64,81% και από την ιστολογική εξέταση σε 32,71%. Ένα άτομο (0,62%) παρουσίαζε Ελκώδη κολίτιδα και δυο ασθενείς ήταν υπό διερεύνηση για πιθανή ΙΦΝΕ και (1,24%). Για τέσσερεις ασθενείς δεν υπήρχε πληροφορία, για τους επτά υπήρχαν διάφορα γαστρεντερολογικά προβλήματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα και με διεθνείς μελέτες το 1-2% των ασθενών με ψωρίαση σχετίζονται και με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο των εντέρων, ποσοστό σχετικώς χαμηλό. Χρήζει περαιτέρω μελέτης η περίπτωση των ατόμων που έχουν κάποια μορφή ψωρίασης χωρίς όμως ποτέ να έχουν νοσηλευτεί, καθώς και των οικογενειών των ασθενών με ΙΦΝΕ για ψωρίαση.



ePP03

## ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΕΝΤΕΡΟΥ

<sup>1</sup> Δ. Λυκούρας, <sup>2</sup> Χ. Τσοτλιάς, <sup>1</sup> Κ. Καρκούλιας, <sup>1</sup> Φ. Σαμψώνας, <sup>2</sup> Γ. Θεοχάρης,  
<sup>2</sup> Κ. Θωμόπουλος, <sup>1</sup> Κ. Σπυρόπουλος, <sup>2</sup> Χ. Τριάντος

<sup>1</sup> Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών  
<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (ΙΦΝΕ) αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας και επηρεάζουν τη γενική κλινική κατάσταση των ασθενών. Ωστόσο, δεν έχει μελετηθεί η ικανότητα των ασθενών για φυσική άσκηση και η αντοχή τους στην κόπωση. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι ο έλεγχος της αντοχής ασθενών με ΙΦΝΕ για άσκηση με τη βοήθεια της καρδιοαναπνευστικής δοκιμασίας κόπωσης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήσαμε 18 ασθενείς με ΙΦΝΕ από τους οποίους 10 είχαν ανενεργή νόσο, και 8 είχαν ενεργή νόσο. Οι συμμετέχοντες είχαν παρόμοια χαρακτηριστικά όσον αφορά στην ηλικία, το φύλο και το BMI (Body Mass Index). Όλοι υπεβλήθησαν σε σπιρομέτρηση (FEV1/Forced Exhaled Volume in 1sec και λόγος FEV1/FVC), διαχυτική ικανότητα (TLCO, KCO) και πλήρη καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης σε κυλιόμενο διάδρομο με μέτρηση της μέγιστης κατανάλωσης οξυγόνου (VO<sub>2</sub>max), μέγιστης παραγωγής διοξειδίου (VCO<sub>2</sub>max) και του ολικού αερισμού στο αναερόβιο κατώφλι (VEAT).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Έγινε ανάλυση των αποτελεσμάτων της σπιρομέτρησης, της διαχυτικής ικανότητας και της δοκιμασίας κόπωσης και σύγκριση των τιμών ανάμεσα στις ομάδες των ασθενών με ανενεργή και ενεργή νόσο. Ωστόσο, δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την FEV1 (104,3±2,3vs99,2±9,1) και το λόγο FEV1/FVC (83,8±1,5vs80,0±2,9), την TLCO (105,0±6,2vs118,2±10,6) και την KCO (99,4±7,3vs112,4±7,6). Επίσης στην εργομετρία δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σχετικά με το VO<sub>2</sub>max (1,75±0,20vs1,92±0,26), το VCO<sub>2</sub>max (1,60±0,20vs1,96±0,35) και το VEAT (29,8±4,1vs33,5±3,2).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη αυτή έδειξε ότι οι ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο εντέρου με ενεργό νόσο έχουν ανοχή στην κόπωση συγκρίσιμη με τους ασθενείς με ανενεργό νόσο.



ePPO4

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ INFLAMMATORY BOWEL DISEASE-FATIGUE (IBD-F) ΣΤΗΝ ΑΥΤΟ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ)**

Ι. Βαρμπομπίτης, Σ. Σιακαβέλλης, Χ. Κοσμίδης, Ι. Κουτσούνάς, Β. Ξουραφάς,  
Μ. Γκίτζης, Γ. Παπαθεοδωρίδης, Γ. Μπάμιας

*Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. “Λαϊκό”*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η κόπωση αποτελεί «αναφερόμενη από τους ασθενείς έκβαση» [Patient Reported Outcome (PRO)] στις ΙΦΝΕ. Το ερωτηματολόγιο IBD-Fatigue βαθμολογεί τη σχετιζόμενη με ΙΦΝΕ κόπωση (SCORE1) και την επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες (SCORE2). Στόχος μας ήταν η επικύρωση του IBD-F και η αναγνώριση παραγόντων που επηρεάζουν την κόπωση και την καθημερινή δραστηριότητα σε Έλληνες ασθενείς με ΙΦΝΕ.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Μεταφράστηκε και επικυρώθηκε στα Ελληνικά η Αγγλική έκδοση του IBD-F. Ασθενείς με ΙΦΝΕ χωρίς σοβαρές συννοσηρότητες που παρακολουθούνται στη Κλινική μας συμπλήρωσαν 1-2 φορές το ερωτηματολόγιο. Εκτιμήθηκε η επίδραση στη βαθμολόγηση της κόπωσης δημογραφικών στοιχείων (ηλικία/φύλο/BMI/κατάσταση εργασίας/καπνίσματος), χαρακτηριστικών της νόσου (τύπος/διάρκεια/ενεργότητα, τύπος/διάρκεια θεραπείας, προηγηθείσες εγχειρήσεις) και εργαστηριακών παραμέτρων. Η στατιστική ανάλυση έγινε με χρήση του πακέτου SPSS.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπεριλήφθηκαν 71 ασθενείς (μέση ηλικία 37 έτη, 43Α/28Γ, 47 ΝC). Σε 41 ζεύγη ερωτηματολογίων βρέθηκαν ικανοποιητική εγκυρότητα περιεχομένου και φαινομενική (face and content validity), αξιοπιστία επανελέγχου (Intraclass Correlation Coefficient 0,89 για SCORE1 και 0,91 για SCORE2) και εσωτερική συνοχή (Cronbach's alpha 0,92 για SCORE1 και 0,965 για SCORE2). Συνολικά, το διάμεσο SCORE1 ήταν 1,8 (0-4, 1=ήπια και 2=μέτρια κόπωση) και το διάμεσο SCORE2 0,84 (0-4, 0=καθόλου και 1=μικρή επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες). Στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις το SCORE1 συσχετίστηκε σημαντικά με κάπνισμα ( $p=0,02$ ), ηλικία ( $p=0,018$ ), Harvey-Bradshaw Index (HBI) ( $p=0,039$ ), διάρκεια νόσου ( $p=0,07$ ), Ht ( $p=0,027$ ) και Hb ( $p=0,09$ ). Το SCORE2 συσχετίστηκε με κάπνισμα ( $p=0,009$ ), διάρκεια νόσου ( $p=0,002$ ), έναρξη βιολογικού παράγοντα ( $p=0,038$ ), ηλικία ( $p=0,036$ ),



HbI ( $p=0,018$ ) και Ht ( $p=0,014$ )/Hb ( $p=0,003$ ). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, παρέμεινε στατιστικά σημαντική μόνο η σχέση ανάμεσα στο SCORE1 και το δείκτη HbI ( $p=0,017$ ).



ePP05

**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ. ΑΛΩΠΕΚΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΣΕ  
ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN**

<sup>1</sup> Μ.Ρογαλίδου, <sup>1</sup> Α.Γκούτσιαις, <sup>2</sup> Κ.Κατσάνος, <sup>3</sup> Γ.Γαιτάνης, <sup>4</sup> Α.Ζιώγα,  
<sup>1</sup> Μ.Πράπα, <sup>2</sup> Ε.Τσιάνος, <sup>1</sup> Α.Σιαμοπούλου-Μαυρίδου, <sup>2</sup> Δ.Χριστοδουίλου,  
<sup>1</sup> Ν.Χαλιιάσος

<sup>1</sup> Παιδογαστρεντερολογικό Τμήμα, Παιδιατρική Κλινική, Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων  
<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο  
Ιωαννίνων

<sup>3</sup> Δερματολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων  
<sup>4</sup> Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η νόσος Crohn συνήθως εκδηλώνεται με συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα ωστόσο σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να προβάλλει κυρίως ή αποκλειστικά με εξωεντερικές εκδηλώσεις.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να παρουσιαστεί μία ενδιαφέρουσα περίπτωση όπου ένα παιδί 10 χρόνων, εμφάνισε αλωπεκία ως πρώτη εκδήλωση της νόσου Crohn.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η ασθενής εισήχθη στην Παιδιατρική Κλινική για έλεγχο λόγω απώλειας βάρους 5κιλών, πυρετικής κίνησης (37.8-38.6) 2-3 φορές/εβδομάδα και διαλείποντες εμετούς 1-2/εβδομάδα τους τελευταίους δύο μήνες. Το ατομικό ιστορικό ήταν ελεύθερο έως πριν ένα χρόνο όταν εμφάνισε διάχυτη αλωπεκία, ανθεκτική στην λαμβανόμενη αγωγή. Από τετραμήνου εμφάνισε και ήπια σιδηροπενία χωρίς αναιμία και λάμβανε αγωγή με συμπληρώματα σιδήρου. Παρά την αγωγή η αλωπεκία επιδεινώνονταν και επιπλέον εμφάνισε σημεία απόσυρσης από τις δραστηριότητες της ηλικίας της. Δυο μήνες πριν την εισαγωγή της εμφάνισε διαλείποντως αφθώδη στοματικά έλκη και μαλακής σύστασης κενώσεις. Η αντικειμενική εξέταση ήταν φυσιολογική πλην ήπιας ωχρότητας και αλωπεκίας με ευθρυπτότητα τριχών. Ο εργαστηριακός έλεγχος (πηκτικότητας, βιοχημικός, ανοσολογικός, ιολογικός και ορμονολογικός) ήταν φυσιολογικός πλην αυξημένης ΤΚΕ. Κ/εσ κοπράνων (-). Μαντουχ (-). Οφθαλμολογική εκτίμηση ΚΦ Η μαγνητική εντερόκλιση ανέδειξε πάχυνση τοιχώματος τελικού ειλεού και στην ενδοσκόπηση αναδείχθηκαν αφθώδη έλκη στο δωδεκαδάκτυλο και έλκη με βλεννοπύδες εξίδρωμα στον τελικό ειλεό. Στην ιστολογική εξέταση φάνηκαν κοκκιώματα στον τελικό ειλεό και το στομάχι. Μετά τη διάγνωση η ασθενής ξεκίνησε αγωγή και ένα χρόνο



αργότερα και ενώ βρίσκεται σε πλήρη ύφεση της νόσου η αλωπεκία υποχώρησε.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η αλωπεκία θα πρέπει να θεωρείται ως μια πιθανή εξωεντερική εκδήλωση της νόσου Crohn ιδιαίτερα αν υπάρχουν και άλλα ύποπτα σημεία.





ePP06

**Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΜΕ ΑΣΥΡΜΑΤΗ ΚΑΨΟΥΛΑ  
ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΟ CROHN**

<sup>1</sup> Ν. Βιάζης, <sup>1</sup> Μ. Γαλανόπουλος, <sup>1</sup> Α. Τσιγαρίδας, <sup>1</sup> Κ. Κατωπόδη,  
<sup>1</sup> Λ. Βαρυτιμιάδης,  
<sup>1</sup> Ε. Τσοούκαλη, <sup>1</sup> Χρ. Πόντας, <sup>1</sup> Κ. Μάρκογλου, <sup>1</sup> Ε. Κείμαλη, <sup>1</sup> Γ. Μάντζαρης

*<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ιδανική μετεγχειρητική επιτήρηση ασθενών με νόσο Crohn (NC) μετά από δεξιά ημικολεκτομή δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί, αλλά μέθοδος αναφοράς θεωρείται η ενδοσκόπηση στους 6-12 μήνες μετά την επέμβαση. Η παρούσα μελέτη διερευνά τη διαγνωστική αξία της ενδοσκόπησης με κάψουλα λεπτού εντέρου στην τεκμηρίωση της μετεγχειρητικής ενδοσκοπικής υποτροπής της NC.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναδρομική μελέτη προοπτικά συλλεγέντος υλικού [Μάρτιος 2003-Δεκέμβριος 2015] για έλεγχο με κάψουλα της μετεγχειρητικής υποτροπής NC. Καταγράφηκαν ενδοσκοπικές βλάβες στον τελικό ειλεό και στο εγγύς λεπτό έντερο (αφθώδη έλκη, βαθιά έλκη, διάχυτη φλεγμονή του βλεννογόνου). Έγινε συγκριτική αξιολόγηση των ευρημάτων του νεοτελικού ειλεού στην ειλεοκολοноσκόπηση, όπως αυτά περιγράφονται στο Rutgeerts Score i0-i4. Ως ενδοσκοπική υποτροπή θεωρήθηκε το score>i2 (>5 έλκη).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από σύνολο 3025 εξετάσεων, αναγνωρίστηκαν 411 ασθενείς με NC και 36 (8.7%) ασθενείς με δεξιά ημικολεκτομή που υποβλήθηκαν σε κάψουλα 6-12 μήνες μετεγχειρητικά. Υποτροπή στον νεοτελικό ειλεό ανιχνεύτηκε σε 13/35 (36.1%) ασθενείς με ειλεοκολοноσκόπηση. Η κάψουλα ανίχνευσε βλάβες στον νεοτελικό ειλεό σε 12/35 (33.3%) ασθενείς. Σε ένα ασθενή με ενδοσκοπική υποτροπή στην ειλεοκολοноσκόπηση, η κάψουλα δεν έφτασε στον νεοτελικό ειλεό κατά τη διάρκεια ζωής της μπαταρίας. Πιο εκτεταμένη προσβολή με συμμετοχή και του εγγύς λεπτού εντέρου ανιχνεύτηκε με την κάψουλα σε 11 (30.5%) ασθενείς από τους οποίους μόνο οι 8 είχαν ενδοσκοπική υποτροπή και με τις 2 μεθόδους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η ολοκληρωμένη εξέταση με ΕΚ είναι τουλάχιστο ίσης διαγνωστικής αξίας με την ειλεοκολοноσκόπηση στην ανίχνευση ενδοσκοπικής υποτροπής ασθενών με δεξιά ημικολεκτομή για ειλεοκολική NC. Η κλινική σημασία της ανεύρεσης αλλοιώσεων και στο εγγύς λεπτό έντερο μένει να διευκρινισθεί.



ePP07

## **ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΥΜΒΑΤΑ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΠΟΥ ΑΝΕΥΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΤΥΧΑΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΚΑΨΟΥΛΑ ΓΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ**

<sup>1</sup> N. Βιάζης, <sup>1</sup> Α. Τσιγαρίδας, <sup>1</sup> Μ. Γαλανόπουλος, <sup>1</sup> Χρ. Πόντας, <sup>1</sup> Ε. Τσούκαλη,  
<sup>1</sup> Μ. Μελά,  
<sup>1</sup> Ν. Ράπτης, <sup>1</sup> Ε. Βιέννα, <sup>1</sup> Δ. Γ. Καραμανώλης, <sup>1</sup> Γ. Μάντζαρης

*<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. “Ο Ευαγγελισμός”*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της European Society of Gastrointestinal Endoscopy η κάψουλα του λεπτού εντέρου θεωρείται εξέταση εκλογής σε ασθενείς με βάσιμη υποψία νόσου Crohn (NC) παρά την αρνητική ειλεοκολονοσκόπηση. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί σε τι ποσοστό ανιχνεύονται ευρήματα συμβατά με NC σε ασθενείς που υποβάλλονται σε κάψουλα για αιμορραγία πεπτικού αδιευκρίνιστης αιτιολογίας (ΑΠΑΑ), συγκριτικά με το ποσοστό ασθενών που υποβάλλονται σε κάψουλα λόγω υποψίας NC.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναδρομική μελέτη σε προοπτικά συλλεγέν αρχειακό υλικό [Μάρτιος 2003-Δεκέμβριος 2015] επί 3025 ασθενών που υποβλήθηκαν σε κάψουλα με βασικές ενδείξεις: ΑΠΑΑ (n=1396, 46.1%), ανίχνευση προσβολής λεπτού εντέρου σε βεβαιωμένη NC (n=411, 13.6%) και ανίχνευση προσβολής λεπτού εντέρου σε υποψία NC (n=552, 18.2%) λόγω κοιλιακού άλγους ή διαρροϊκών κενώσεων (αρνητικό ιστορικό λήψη ασπιρίνης ή αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, + δείκτες φλεγμονής).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 552 ασθενείς με υποψία NC ανευρέθηκαν ευρήματα συμβατά με τη νόσο (έληκη αφθώδη ή βαθιά με φλεγμονή του ενδιάμεσου βληνογόνου) σε 139 (25.2%) ασθενείς με χρόνια διαρροϊκό σύνδρομο και σε 72 (13.0%) ασθενείς με κοιλιακό άλγος. Από τους 1396 ασθενείς με ΑΠΑΑ ανευρέθηκαν ευρήματα συμβατά με NC σε 211 (15.1%). Δεδομένου ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς αυτούς ήταν παραπομπές στο Τμήμα μας δεν γνωρίζουμε αν τελικά η NC επιβεβαιώθηκε στην μετέπειτα παρακολούθηση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που υποβάλλονται σε εντεροσκόπηση με κάψουλα για ΑΠΑΑ, χωρίς να υπάρχει κλινική υποψία NC, ανευρίσκονται τυχαία ευρήματα συμβατά με τη νόσο. Μολονότι η κλινική σημασία των ως άνω ευρημάτων παραμένει αδιευκρίνιστη, η προσεκτική προοπτική παρακολούθηση των ασθενών είναι απαραίτητη.



ePP08

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ  
ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΓΛΥΚΟΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΗ  
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ T-SPOT.TB**

<sup>1</sup>Σ. Καράμπελα, <sup>2</sup>Γ. Σακιζλής, <sup>1</sup>Σ.Δ. Κοτσάκης, <sup>1</sup>Μ. Παναγή, <sup>1</sup>Ε.Δ. Βογιατζάκης,  
<sup>2</sup>Ν. Δημάκου, <sup>3</sup>Χ. Σπηλιάδη, <sup>2</sup>Δ. Καραγιάννης

<sup>1</sup> Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων, Νοσοκομείο Σωτήρια

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

<sup>3</sup> Παθολογοανατομικό Τμήμα, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Κατά τη θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας με ανοσοκατασταλτικά γλυκοκορτικοειδή απαιτείται έλεγχος ύπαρξης λανθάνουσας λοίμωξης από *Mycobacterium tuberculosis* ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα επαγωγής ενεργού φυματίωσης. Οι τεχνικές που ανιχνεύουν παραγωγή ιντερφερόνης-γ από T-κύτταρα που είναι αυαισθητοποιημένα με αντιγόνα *M. tuberculosis* (Interferon-Gamma Release Assays, IGRAs) υπερτερούν σε σχέση με την εξέταση φυματίνης (TST). Από τις δύο εμπορικά διαθέσιμες IGRAs, ήτοι QuantiFERON και T-SPOT.TB, η πρώτη παρουσιάζει αυξημένα ποσοστά απροσδιόριστων αποτελεσμάτων σε ασθενείς που λαμβάνουν γλυκοκορτικοειδή ενώ για τη δεύτερη δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της δυνατότητας επίλυσης αδιευκρίνιστων αποτελεσμάτων QuantiFERON σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα που λαμβάνουν γλυκοκορτικοειδή εφαρμόζοντας την τεχνική T-SPOT.TB.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Συνολικά εξετάσθηκαν 5 ασθενείς οι οποίοι λάμβαναν το γλυκοκορτικοειδές prednison και κατά τον έλεγχο λανθάνουσας φυματίωσης χρησιμοποιώντας το kit QuantiFERON TB Gold έδωσαν αδιευκρίνιστο αποτέλεσμα λόγω μικρής αντιδραστικότητας στο μη ειδικό μιτογόνο (θετικός μάρτυρας).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το T-SPOT.TB αποσαφήνισε και τα 5 αδιευκρίνιστα αποτελέσματα του QuantiFERON. Από τα 5 δείγματα, τα 4 βρέθηκαν αρνητικά και το ένα θετικό ως προς την ύπαρξη λανθάνουσας φυματίωσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το T-SPOT.TB φαίνεται ότι είναι περισσότερο αποδοτικό κατά τη διάγνωση λανθάνουσας φυματίωσης.



ePP09

**ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΛΗΠΡΟΤΕΚΤΙΝΗΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ Η/ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ  
ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ**

<sup>1</sup> Α. Κώστας, <sup>1</sup> Χ. Κοσμίδης, <sup>1</sup> Σ. Σιακαβέλλης, <sup>2</sup> Α. Τάκου, <sup>2</sup> Γ. Νίκου,  
<sup>2</sup> Γ. Μαρόπουλος,  
<sup>1</sup> Γ. Παπαθεοδωρίδης, <sup>1</sup> Γ. Μπάμιας

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική ΓΝΑ Λαϊκό  
<sup>2</sup> Βιοχημικό τμήμα ΓΝΑ ΛΑΙΚΟ

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να επιβεβαιωθεί η εγκυρότητα και η χρησιμότητα της καληπροτεκτινής κοπράνων για την πρόβλεψη υποτροπής και ανάγκης εντατικοποίησης της θεραπείας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκαν τιμές καληπροτεκτινής και λοιπές εργαστηριακές εξετάσεις που είχαν σταλεί στον ίδιο χρόνο από το τμήμα μας. Για τους ασθενείς με ΙΦΝΕ καταγράφηκε σε σύντομο βάθος χρόνου (< 6 μήνες) η εμφάνιση υποτροπής ή ανάγκης για αλλαγή θεραπείας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εστάθησαν 274 μετρήσεις καληπροτεκτινής κοπράνων την τελευταία διετία, 241 αφορούσαν ασθενείς με ΙΦΝΕ (NC=144, EK=97, Άρρηνες=131, Ηλικία  $38,7 \pm 13,8$ , 16-77 έτη). Οι τιμές καληπροτεκτινής ήταν σημαντικά υψηλότερες στους ασθενείς με ΙΦΝΕ σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ( $p < 0,0001$ ). Από τους ασθενείς με ΙΦΝΕ σε τακτική παρακολούθηση ( $n=211$ ) το 24,6% ( $n=52$ ) παρουσίασε υποτροπή, ενώ το 25,1% ( $n=53$ ) χρειάστηκε step up της θεραπευτικής αγωγής. Σε ενδοσκόπηση υποβλήθηκαν 138 ασθενείς. Η καληπροτεκτινή παρουσιάζει σημαντικές συσχετίσεις με τις CRP, τα score Harvey-Bradshaw, Mayo, με τον αριθμό των ουδετερόφιλων και των αιμοπεταλίων. Ασθενείς με υποτροπή είχαν σημαντικά μεγαλύτερες τιμές καληπροτεκτινής σε σχέση με τους ασθενείς σε ύφεση ( $p < 0,0001$ ). Ασθενείς με ανάγκη για step up παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερες τιμές καληπροτεκτινής σε σχέση με τους ασθενείς που παρέμειναν με την ίδια αγωγή ( $p < 0,0001$ ). Εύρεση φλεγμονής συνδεόταν με σημαντικά υψηλότερες τιμές καληπροτεκτινής ( $p < 0,0001$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μέτρηση της καληπροτεκτινής κοπράνων είναι αξιόπιστη μέθοδος για την πρόβλεψη υποτροπής ή ανάγκης εντατικοποίησης της θερα-



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

πείας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Η χρήση της στην καθημερινή κλινική πράξη μπορεί να βελτιώσει την παρακολούθηση των ασθενών, επιλέγοντας αυτούς με μεγαλύτερες πιθανότητες για υποτροπή και χρήζουν στενότερης παρακολούθησης.



ePP10

**ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΚΗΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ), ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΗ ΥΦΕΣΗ ΥΠΟ ΑΝΟΣΟΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΑ**

<sup>1</sup> Α. Κώστας, <sup>1</sup> Σ. Σιακαβέλλης, <sup>1</sup> Χ. Κοσμίδης, <sup>3</sup> Γ. Μιχαλόπουλος,  
<sup>1</sup> Γ. Παπαθεοδωρίδης,  
<sup>3</sup> Χ. Τζάθας, <sup>2</sup> Ι. Παπακωνσταντίνου, <sup>1</sup> Γ. Μπάμιας

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική ΓΝΑ Λαϊκό

<sup>2</sup> Β Χειρουργική Κλινική Αρεταίειο Νοσοκομείο

<sup>3</sup> Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά Τζάνειο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να προσδιοριστούν βιοδείκτες με προγνωστική αξία (μόνοι ή σε συνδυασμό) για την παρουσία ή όχι επούλωσης του βλεννογόνου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν ανοσοτροποποιητικά φάρμακα και βρίσκονται σε κλινική ύφεση.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Υποψήφιοι για ένταξη ήταν ασθενείς με ΙΦΝΕ που λάμβαναν θεραπεία με anti-TNF παράγοντες για >6 μήνες (3 δόσεις συντήρησης για INFLIXIMAB και 8 δόσεις συντήρησης για το ADALIMUMAB) και βρίσκονταν σε κλινική ύφεση. Σε όλους τους ασθενείς καταγράφονταν κάθε 2 μήνες επί ένα έτος οι κλινικοί δείκτες ενεργότητας της νόσου (Harvey-Bradshaw, SCAI, Mayo score) και προσδιορίζονταν εργαστηριακές παράμετροι (αιματολογικές-βιοχημικές, δείκτες φλεγμονής και καληπροτεκτίνη κοπράνων). Μετά το τέλος της περιόδου των 6 μηνών όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κολινοσκόπηση και καταγράφηκε η παρουσία ή όχι βλεννογονικής επούλωσης (πλήρης, ατελής, απύουσα).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στη μελέτη έχουν συμπεριληφθεί 21 ασθενείς (ΝC/ΕΚ=19/2, Άνδρες=10, Ηλικία:  $36,4 \pm 14,1$ , 19-69 έτη). Από αυτούς οι 11 (52,4%) εμφάνισαν πλήρη βλεννογονική επούλωση. Οι ασθενείς χωρίς βλεννογονική επούλωση είχαν σημαντικά αυξημένες τιμές καληπροτεκτίνης στη 2η ( $p=0,023$ ) και την 3η επίσκεψη ( $p=0,003$  καθώς και σημαντικά αυξημένες τιμές αμυλάσης στη 2η ( $p=0,043$ ) και 3η επίσκεψη ( $p=0,003$ ). Δεν παρατηρήθηκε ανίστιχη συσχέτιση με τα επίπεδα των CRP. Οι ασθενείς με επούλωση είχαν σημαντικά μικρότερη διάρκεια νόσου ( $p=0,016$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η καληπροτεκτίνη κοπράνων υπερέχει της CRP στην πρό-



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

Βλѳψη της βλεννογονικής επούλωσης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ σε κλινική ύφεση υπό anti-TNF. Η χρήση της στην καθημερινή κλινική πράξη μπορεί να βελτιώσει την παρακολούθηση των ασθενών, επιλέγοντας αυτούς με μεγαλύτερη πιθανότητα υπολειμματικής/ενεργού φλεγμονής και υποτροπής.





ePP11

## ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ANCA ΚΑΙ ASCA ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

<sup>1</sup> Κ. Κυριακίδη, <sup>1</sup> Β. Τσιάνος, <sup>2</sup> Κ. Κατσάνος, <sup>3</sup> Ε. Τσιάνος, <sup>2</sup> Δ. Χριστοδούλου

<sup>1</sup> Εργαστήριο Ανοσολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

<sup>3</sup> Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Από τους πλέον γνωστούς δείκτες είναι τα αντισώματα ASCA και ANCA, τα οποία εμφανίζουν μεγαλύτερη ειδικότητα στην νόσο Crohn και στην ελκώδη κολίτιδα, αντίστοιχα. ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των δύο αυτών ορολογικών δεικτών ASCA και ANCA σε ασθενείς με νόσο Crohn και ελκώδη κολίτιδα.

**ΜΕΘΟΔΟΙ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ:** Πραγματοποιήθηκε εργαστηριακή μελέτη από δείγματα ορού 114 ασθενών με νόσο του Crohn και 92 ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, μελετήθηκαν επίσης και ορισμένοι υγιείς μάρτυρες. Η μελέτη αφορούσε την ύπαρξη αντισωμάτων ANCA με την τεχνική του έμμεσου ανοσοφθορισμού και συγκεκριμένα τον διαχωρισμό pANCA και cANCA αντισωμάτων. Επίσης, μελετήσαμε την παρουσία ASCA IgA και IgG αντισωμάτων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αποτελέσματα ανοσοφθορισμού: Από τους 114 ασθενείς με νόσο Crohn εντοπίστηκαν 19 με pANCA αντισώματα (16.7%), 21 cANCA (18.4%) και 17 άτομα ANCA (14.9%). Για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 22/92 (24.0%), 25/92 (27.2%) και 18/92 (19.6%). Από 52 υγιείς μάρτυρες που μελετήθηκαν, οι 48 βρέθηκαν αρνητικοί, ενώ 3 είχαν cANCA και 5 είχαν άτομα ANCA αντισώματα.

Αποτελέσματα ELISA: Από τους 114 ασθενείς με νόσο Crohn οι 24 βρέθηκαν θετικοί για IgG ASCA αντισώματα και 25 για IgA ASCA αντισώματα. 15 ασθενείς με νόσο Crohn είχαν ταυτόχρονα IgG και IgA ASCA αντισώματα. Από τους 92 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα οι 4 είχαν IgG ASCA αντισώματα και ένας IgA. Ενώ, ένας ασθενής με ελκώδη κολίτιδα είχε ταυτόχρονα IgG και IgA ASCA αντισώματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα ποσοστά εμφάνισης των αντισωμάτων ASCA και ANCA στους ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι σημαντικά μικρότερα από τα αντίστοιχα άλλων ερευνητικών ομάδων.



ePP12

**ΛΑΚΤΟΦΕΡΡΙΝΗ, ΠΡΩΤΕΙΝΗ ΒΡ1, ΚΑΘΕΨΙΝΗ G ΚΑΙ ΕΛΑΣΤΑΣΗ  
ΩΣ ΟΡΟΛΟΓΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΗΝ ΙΦΝΕ**<sup>1</sup> Κ. Κυριακίδη, <sup>2</sup> Κ. Κατσάνος, <sup>3</sup> Β. Τσιάνος, <sup>2</sup> Δ. Χριστοδούλου<sup>1</sup> Εργαστήριο Ανοσολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Σχολή Επιστημών Υγείας,  
Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων<sup>3</sup> Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ποικίλες πρωτεΐνες και αντισώματα έχουν μελετηθεί ως πιθανοί ορολογικοί δείκτες με προγνωστική ή διαγνωστική αξία στην ΙΦΝΕ. Μεταξύ αυτών τέσσερις πρωτεΐνες οι οποίες εδράζονται στα κοκκία των ουδετερόφιλων και των μονοκύτταρων, η λακτοφερρίνη, η πρωτεΐνη ΒΡ1, η καθεψίνη G και η ελαστάση, παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον ως προς την συσχέτισή τους με την ΙΦΝΕ.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των πρωτεϊνών, λακτοφερρίνης, καθεψίνης G, ελαστάσης και πρωτεΐνης ΒΡ1, καθώς και του ρόλου τους ως πιθανοί ορολογικοί δείκτες στην ΙΦΝΕ.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση στην Pubmed και PMC για την αναζήτηση μελετών που αναφέρονται στις ανωτέρω πρωτεΐνες και στην προγνωστική ή διαγνωστική τους αξία στην ΙΦΝΕ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην πλειοψηφία τους όλες οι μελέτες αποδεικνύουν την ύπαρξη και των τεσσάρων πρωτεϊνών κυρίως σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, αλλά και σε ασθενείς με Crohn κολίτιδα. Τα ποσοστά ποικίλουν στους ασθενείς με ΙΦΝΕ, στην λακτοφερρίνη 3-70%, στην πρωτεΐνη ΒΡ1 5-37%, στην καθεψίνη G 0-46% και στην ελαστάση 0-46% σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Υψηλές συγκεντρώσεις της λακτοφερρίνης υποδεικνύουν ενεργό φλεγμονώδη νόσο, ενώ αντίστοιχα υψηλοί τίτλοι της καθεψίνης G και της πρωτεΐνης ΒΡ1 σχετίζονται με ενεργό φάση της ελκώδους κολίτιδας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι πρωτεΐνες δεν εμφανίζουν μεγάλη ειδικότητα για την ΙΦΝΕ, καθώς ανιχνεύονται και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις. Όμως, η λακτοφερρίνη αποτελεί έναν εν δυνάμει δείκτη, ο οποίος αντανακλά την ένταση της φλεγμονώδους αντίδρασης στο έντερο. Εξαιτίας του ρόλου τους στην άμυνα του οργανισμού, η καθεψίνη G και η ελαστάση θα μπορούσαν να αποτελέσουν θεραπευτικούς στόχους.



ePP13

**ΟΡΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ  
ΓΙΑ ΗΒΝ ΛΟΙΜΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ:  
ΜΙΑ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

<sup>1</sup> Δ. Καλογερά, <sup>2</sup> Ε. Ζαμπέλη, <sup>3</sup> Ε. Τσιρώνη, <sup>4</sup> Μ. Τζουβαλά, <sup>2</sup> Η. Κουρκουτάς,  
<sup>1</sup> Σ. Σιακαβέλλης, <sup>4</sup> Δ. Μοσχοβής, <sup>2</sup> Σ. Μιχόπουλος, <sup>1</sup> Γ. Παπαθεοδωρίδης,  
<sup>1</sup> Γ. Μπάμιας

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα

<sup>3</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Μεταξά

<sup>4</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να εκτιμηθούν α) το ποσοστό των Ελλήνων ασθενών με ΙΦΝΕ με προστατευτικά επίπεδα anti-HBs, β) η ανταπόκριση τους στον εμβολιασμό.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανατρέξαμε στους φακέλους όλων των ασθενών με ΙΦΝΕ με τακτική παρακολούθηση σε 4 τριτοβάθμια νοσοκομεία των Αθηνών. Οι ασθενείς ελέγχθηκαν με ορολογικές εξετάσεις για ηπατίτιδα Β (HBsAg, anti-HBs και anti-HBc). Το πρωτόκολλο για ασθενείς με αρνητικά HBsAg και anti-HBc ήταν ως εξής: α) anti-HBs (-) χωρίς γνωστό εμβολιασμό: κλασικός εμβολιασμός σε 3 δόσεις, β) ιστορικό εμβολιασμού: για επίπεδα anti-HBs > 100iu/l: ετήσια παρακολούθηση επιπέδων anti-HBs, για επίπεδα anti-HBs 10-100iu/l, 1-3 δόσεις εμβολίου - μέτρηση anti-HBs μετά από κάθε δόση, μη ανιχνεύσιμο anti-HBs, 1-3 διπλές δόσεις - μέτρηση anti-HBs μετά από κάθε δόση. Ο εμβολιασμός οριζόταν ως επιτυχημένος όταν anti-HBs > 100iu/l.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 528 ασθενείς (NC=312, EK=210, Άρρενες=275, Ηλικία: 42,5 ± 15,2 έτη). Από τους 406 ασθενείς με πρόσφατο ορολογικό έλεγχο, ανοσία λόγω προηγούμενου εμβολιασμού είχε το 22,9% (n=93). Επίπεδα anti-HBs κάτω του ορίου είχε το 12% (n=49). Η πλειοψηφία των ασθενών είχε όλους τους δείκτες αρνητικούς (n=228, 56,2%). Υπήρχε αντίστροφη συσχέτιση (p<0.001) μεταξύ της ηλικίας και της παρουσίας ανοσίας, πιθανώς λόγω του υποχρεωτικού εμβολιασμού τις τελευταίες δεκαετίες. Ξεκινήσαμε εμβολιασμό σε 166 άτομα μέχρι στιγμής, με 126 να έχουν ολοκληρώσει το σχήμα. Η ανταπόκριση ελέγχθηκε σε 104 ασθενείς με 65,3% να επιτυγχάνουν ανοσία.



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σημαντικό ποσοστό ΙΦΝΕ ασθενών δεν έχει ανοσία έναντι του ΗΒV. Το κλασικό σχήμα εμβολιασμού στην ομάδα αυτή συχνά αποτυγχάνει. Αυξημένη επαγρύπνηση, εντατικά σχήματα εμβολιασμού και συχνή παρακολούθηση της ορολογικής εικόνας είναι ιδιαίτερα σημαντικά.



ePP14

## ΟΛΙΚΟ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟ ΦΟΡΤΙΟ ΣΕ ΒΙΟΨΙΕΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΜΕΤΑΘΕΣΗ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ ΣΤΙΣ ΙΦΝΕ

<sup>1</sup> Σ.Βρακάς, <sup>2</sup> Μ.Γαζούλη, <sup>3</sup> Κ.Μουντζούρης, <sup>1</sup> Γ.Μιχαλόπουλος,  
<sup>4</sup> Γ.Καραμανώλης,  
<sup>5</sup> Γ.Παπαθεοδωρίδης, <sup>1</sup> Χ.Τζάθας

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο, Πειραιάς, Ελλάδα

<sup>2</sup> Τμήμα Βασικών Ιατρικών Επιστημών, Εργαστήριο Βιολογίας, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>3</sup> Εργαστήριο Φυσιολογίας Θρέψεως και Διατροφής, Γ.Π.Α., Αθήνα, Ελλάδα

<sup>4</sup> Γαστρεντερολογική Μονάδα, Β' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα, Ελλάδα

<sup>5</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ, Αθήνα, Ελλάδα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μετρήσει το μικροβιακό φορτίο σε βιοψίες εντέρου και να εκτιμήσει τη διαμετάθεση των μικροβίων στις ΙΦΝΕ. ΥΛΙΚΟ-

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έγινε κολονοσκόπηση και συλλογή ιστού και αίματος από παιδιά (n=6) και ενήλικες ασθενείς με νόσο Crohn (n=3) και ελκώδη κολίτιδα (n=6) σε έξαρση και από υγιείς ασθενείς (controls) (n=9) οι οποίοι υποβλήθηκαν σε προληπτική κολονοσκόπηση. Από τους ενήλικες ασθενείς τρεις ελάμβαναν αντι-TNF παράγοντα και οι υπόλοιποι ήταν υπό αγωγή με 5 ASA. Για κάθε δείγμα ιστού και αίματος αναλύθηκε το ολικό μικροβιακό φορτίο χρησιμοποιώντας κατάλληλους εκκινητές για το 16S rRNA γονίδιο με τη βοήθεια της Real-Time PCR. Ως μικρόβιο αναφοράς χρησιμοποιήθηκε η Escherichia coli.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το ολικό μικροβιακό φορτίο ήταν ίδιο τόσο στο αίμα όσο και στους ιστούς. Οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα είχαν αυξημένο μικροβιακό φορτίο σε σχέση με τους ασθενείς με νόσο Crohn (p<0.05). Στα παιδιά το μικροβιακό φορτίο ήταν μειωμένο σε σχέση με το αντίστοιχο των ενηλίκων (p<0.001). Στο σύνολο των ασθενών με ΙΦΝΕ το μικροβιακό φορτίο ήταν αυξημένο σε σχέση με το αντίστοιχο των controls (p<0.001). Στους ασθενείς που έλαβαν anti-TNF, το μικροβιακό φορτίο είχε εντυπωσιακή μείωση μετά την έναρξη του βιολογικού παράγοντα σε επίπεδα παρόμοια με των controls (p<0.01).



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Υπάρχουν ενδείξεις βακτηριακής διαμετάθεσης στη συστηματική κυκλοφορία στους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Το μικροβιακό φορτίο στο αίμα μπορεί να αποτελέσει μη επεμβατικό δείκτη ανταπόκρισης στη θεραπεία με anti-TNF. Αναμένονται νέα δεδομένα για τον καθορισμό των μικροβιακών ειδών που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο.



ePP15

## ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΠΑΘΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΑ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

<sup>1</sup> T. M. Μάστορα, <sup>2</sup> Κ. Κατσάνος, <sup>2</sup> Δ. Χριστοδούλου

<sup>1</sup> Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων & ΤΕΙ Ηπείρου, Ιωάννινα

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Υπάρχουν ποικίλα δεδομένα στη μελέτη της Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους Πάθησης των Εντέρων (IBD) και τα αναφερθέντα συνυπάρχοντα κλινικά σύνδρομα. Αυτά μπορεί να αφορούν τόσο σπάνιες εξωεντερικές εκδηλώσεις όσο και γενετικά σύνδρομα ή άλλες γονιδιακά εξαρτώμενες διαταραχές. Ως σύνδρομο ορίζεται ένα σύνολο κλινικών συμπτωμάτων και σημείων που σχετίζονται με την ίδια κλινική εικόνα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο τη μελέτη της IBD και των αναφερθέντων συνυπαρχόντων κλινικών συνδρόμων καθώς και την αποτύπωση κλινικών-θεραπευτικών δεδομένων.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση και συστηματική καταγραφή των άρθρων που αφορούν τη μελέτη της IBD και τα αναφερθέντα συνυπάρχοντα κλινικά σύνδρομα, κωδικοποίηση και αποτύπωση κλινικών-θεραπευτικών δεδομένων. Η μελέτη αποτέλεσε τη συνέχεια προηγούμενων μελετών του τμήματος. Συγκεκριμένα, καταγράφηκαν το όνομα του συνδρόμου, η IBD που συνυπάρχει, η αιτιολογία, η κλινική του εικόνα, ο ορισμός του συνδρόμου, τα συνυπάρχοντα νοσήματα, τα εργαστηριακά ευρήματα, η κλινική πορεία, η θεραπεία, ο συγγραφέας-είς του επιστημονικού άρθρου, το περιοδικό και τέλος το έτος δημοσίευσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Καταγράφηκαν και μελετήθηκαν 51 σύνδρομα που συνυπάρχουν κλινικά με IBD. Επιπλέον, οι θεραπείες που χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται καθώς και αυτές που είναι υπό μελέτη στην παρούσα χρονική περίοδο. Σε αρκετές περιπτώσεις η φαρμακευτική θεραπεία αποτελούσε αιτιολογικό παράγοντα ύπαρξης του συνδρόμου και τις περισσότερες φορές η απλή ανάκλιση της οδηγούσε την εξάλειψη του συνδρόμου. Η καλή γνώση και αναγνώριση των κλινικών συνυπαρχόντων συνδρόμων μπορεί να συμβάλει στην γρήγορη θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

**ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥ:** Inflammatory bowel disease(s), ulcerative colitis, Crohn's disease, indeterminate colitis, syndrome (s).



ePP16

## **H. PYLORI ΛΟΙΜΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΕΝΤΕΡΟΥ**

<sup>1</sup> Κ. Αναστασιάδου, <sup>1</sup> Ν. Γιωργάκης, <sup>1</sup> Π. Κατσινέλος, <sup>1</sup> Ε. Στεφανίδης,  
<sup>1</sup> Σ. Πολύζος,  
<sup>2</sup> Ι. Βενιζέλος, <sup>1</sup> Χ. Γκάτσος, <sup>1</sup> Μ. Τουλουμτζή, <sup>1</sup> Ι. Κουντουράς

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β. Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ:** Υφίστανται ορισμένα διφορούμενα σύγχρονα δεδομένα όσον αφορά τον αιτιολογικό ή προστατευτικό ρόλο της *H. pylori* λοίμωξης έναντι των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου (ΙΦΝΕ), βασιζόμενα κυρίως σε *H. pylori*-σχετιζόμενο ορολογικό έλεγχο. Επιπλέον, υφίσταται ελλιπή δεδομένα συσχέτισης της λοίμωξης και μεταβολικού συνδρόμου (ΜΣ) στα ΙΦΝΕ.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν συνολικά 15 ασθενείς με ΙΦΝΕ (9 γυναίκες και 6 άνδρες) οι οποίοι υπεβλήθησαν σε λεπτομερή ενδοσκοπικό και ιστολογικό έλεγχο ανώτερου και κατώτερου πεπτικού συστήματος κατά κύριο λόγο για έλεγχο παρουσίας ενεργού *H. pylori* λοίμωξης. Επιπλέον, εκτιμήθηκαν παράμετροι ΜΣ (κεντρική παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, μη αλκοολική λιπώδης νόσος ήπατος).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 15 ασθενείς με ΙΦΝΕ, 8 είχαν νόσο Crohn's (NC) και 7 ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ). Μέση ηλικία για τη NC και ΕΚ ήταν τα 33 και τα 47 έτη, αντίστοιχα. Η ενεργότητα της νόσου διακρίθηκε σε μέτρια με τη χρήση του Mayo score και του CDAI για την ΕΚ και NC, αντίστοιχα. Παρουσία *H. Pylori* στο γαστρικό και εντερικό βλεννογόνο παρατηρήθηκε στους 6 από τους 7 ασθενείς με ΕΚ (86%) και στους 5 από τους 8 ασθενείς με NC (62%). Παράμετροι ΜΣ παρατηρήθηκαν: α) στους 3 από τους 6 *H. Pylori* θετικούς ασθενείς με ΕΚ (50%) και β) στους 3 από τους 5 *H. Pylori* θετικούς ασθενείς με NC (60%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η *H. pylori* λοίμωξη με συνοδό παρουσία ΜΣ, πιθανόν να εμπλέκονται στην παθογένεση μιας εκτιμητής αναλογίας ασθενών ΕΚ και NC.. Εντούτοις, απαιτούνται μεγάλου μεγέθους σχετικές μελέτες για την διαλεύκανση αυτών των ευρημάτων.





ePP17

## ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΑΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

<sup>1</sup> Ε. Διγενάκης, <sup>1</sup> Α. Μαντακα, <sup>1</sup> Ε. Ορφανουδάκη, <sup>1</sup> Γ. Ντούνας,  
<sup>1</sup> Ι. Κουτρομπάκης

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Υπάρχουν ενδείξεις ότι η περιφερική ηωσινοφιλία (ΠΗ) είναι συχνή στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ), κυρίως στην ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) και σχετίζεται με ενεργότητα της νόσου. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τον επιπολασμό και τον ρόλο της ΠΗ σε Έλληνες ασθενείς με ΙΦΝΕ.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήσαμε αναδρομική ανάλυση των δεδομένων ασθενών με ΙΦΝΕ και πλήρη στοιχεία παρακολούθησης, συμπεριλαμβανομένων εργαστηριακών εξετάσεων. ΠΗ ορίστηκε απόλυτος αριθμός ηωσινοφίλων  $\geq 0,5 \times 10^9/\text{lt}$ . Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά σε ασθενείς που είχαν ΠΗ τουλάχιστον μια φορά συγκρίθηκαν με αυτά ασθενών χωρίς ΠΗ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 319 ασθενείς με ΙΦΝΕ [130 ΕΚ, 189 νόσος Crohn (NC), μέση ηλικία 48 έτη, γυναίκες 42,3%, μέση διάρκεια νόσου 8 έτη] με πλήρη παρακολούθηση συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Ο επιπολασμός της ΠΗ ήταν 18,5% (59 ασθενείς, 26 ΕΚ, 33 NC), ενώ υποτροπιάζουσα ΠΗ (2 ή περισσότερες φορές) παρατηρήθηκε σε 28 ασθενείς (12 ΕΚ, 16 NC, 8,8%). Δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ ΕΚ και NC. Ανάλυση των υποομάδων δεν ανέδειξε σημαντική συσχέτιση της ΠΗ με εντόπιση και φαινότυπο νόσου. Κατά την διάρκεια της παρακολούθησης οι ασθενείς με ΠΗ είχαν παρόμοια αναλογία χρήσης κορτικοειδών (61.1% vs 54.5%  $p=0.52$ ) και ανοσοκατασταλτικών (41.4% vs 51.5%,  $p=0.37$ ) αλλά υψηλότερα ποσοστά χρήσης αντι-TNF (47.6% vs 31.1%  $p=0.02$ ) σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς ΠΗ. Δεν βρέθηκε διαφορά στις νοσηλείες και χειρουργεία σχετιζόμενα με ΙΦΝΕ μεταξύ των δύο ομάδων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η περιφερική ηωσινοφιλία είναι το ίδιο συχνή σε ασθενείς με ΕΚ και NC. Ασθενείς με ΙΦΝΕ και ΠΗ χρειάζονται συχνότερα αντι-TNF αγωγή σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ΠΗ.



ePP18

**ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΝΩΣΤΗ  
ΝΟΣΟ CROHN; ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΚΑΦΟΥΛΑΣ  
ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

<sup>1</sup> Ι. Μητσέλιος, <sup>1</sup> Κ. Κατσάνος, <sup>1</sup> Α. Σκαμνέλιος, <sup>1</sup> Δ. Μπαλωμένος, <sup>1</sup> Δ. Πολίτης,  
<sup>1</sup> Δ. Χριστοδούλου

*<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η χρήση της Κάψουλας Λεπτού Εντέρου (ΚΛΕ) αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους, μη επεμβατικούς τρόπους για την εκτίμηση της εντόπισης, έκτασης και βαρύτητας της φλεγμονής (άφθες,έληκη) του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου (ΛΕ), σε ασθενείς με νόσο του Crohn. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή της εντόπισης και έκτασης της νόσου στο ΛΕ αυτών των ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αναδρομική μελέτη 55 ασθενών, με νόσο Crohn, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε ΚΛΕ για την εκτίμηση της έκτασης της νόσου στο ΛΕ ή την ανταπόκριση στην θεραπευτική αγωγή, από τον Φεβρουάριο του 2005 έως και τον Φεβρουάριο του 2016 στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην εξέταση με ΚΛΕ, 19 ασθενείς εμφάνιζαν ενδοσκοπική ύφεση της νόσου και 36 εικόνα φλεγμονής του βλεννογόνου του ΛΕ. Από τους 36 ασθενείς, 19 εμφάνιζαν φλεγμονή του τελικού ειλεού (ΤΕ), 16 φλεγμονή του ειλεού και της νήστιδας και 1 φλεγμονή μόνο της νήστιδας. Σε όλους τους ασθενείς με ταυτόχρονη προσβολή νήστιδας-ειλεού, η φλεγμονή του ειλεού ήταν σημαντικότερη από αυτή της νήστιδας. 7 ασθενείς παρουσίασαν εξελκώσεις ή/και άφθες του ανώτερου πεπτικού. Από αυτούς 1 είχε ταυτόχρονη προσβολή του ΤΕ, 5 ταυτόχρονη προσβολή της νήστιδας και του ειλεού και σε 1 ασθενή δεν αναγνωρίστηκαν βλάβες στην περιοχή της νήστιδας ή του ειλεού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μεμονωμένη προσβολή της νήστιδας βρέθηκε μόνο σε 1 ασθενή του πληθυσμού μας. Στο μεγαλύτερο ποσοστό, οι ασθενείς με φλεγμονή της νήστιδας παρουσίασαν και προσβολή του ειλεού. Επιπλέον, οι ασθενείς με φλεγμονή στην περιοχή της νήστιδας, παρουσίασαν σε μεγαλύτερο ποσοστό βλάβες του ανώτερου πεπτικού.



ePP19

## Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΨΥΧΟΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ

<sup>1</sup> Δ. Ξάνθης, <sup>2</sup> Κ. Σουφλήρης, <sup>1</sup> Μ. Κατσαρός, <sup>1</sup> Ε. Γαβαλάς, <sup>1</sup> Π. Ανυφαντή,  
<sup>2</sup> Γ. Χατζηνάκος,  
<sup>1</sup> Α. Τσιμπερίδης, <sup>1</sup> Ν. Γραμματικός, <sup>2</sup> Δ. Τζιλιβές, <sup>1</sup> Ο. Γιουλιμέ

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,  
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης “Ιπποκράτειο”

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης  
“Θεαγένειο”

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η εκτίμηση της επίπτωσης της ψυχοσεξουαλικής δυσλειτουργίας σε Έλληνες ασθενείς με ΙΦΝΕ σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν συνολικά 151 ασθενείς, 77 άντρες και 74 γυναίκες, 99 με Νόσο του Crohn-σε ύφεση το 79,8% (μ.ο Harvey Bradshaw Index 2,45) και 52 με Ελκώδη Κοιλίτιδα-σε ύφεση το 73,1% (μ.ο Partial Mayo Scoring Index 1,56), με μ.ο ηλικίας 40,02 έτη (εύρος 18-65) και μέση διάρκεια νόσου 9.26 έτη (SE ± 0,63). Ως μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 47 άτομα αντίστοιχης ηλικίας, φύλου, BMI και χρήσης καπνού. Η ανδρική και γυναικεία σεξουαλική λειτουργία αξιολογήθηκαν με τον Διεθνή Δείκτη Στυτικής Λειτουργικότητας (IIEF) και με το Δείκτη Σεξουαλικής Λειτουργικότητας στις Γυναίκες (FSFI) αντίστοιχα. Για την ανίχνευση Αγχώδους Διαταραχής και Κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα άγχους του Hamilton και η κλίμακα κατάθλιψης του W. Zung αντίστοιχα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σεξουαλική δυσλειτουργία βρέθηκε στο 43,8% των ασθενών έναντι μόλις του 9,5% των υγιών μαρτύρων (OR=7,39, p<0,001). Στους άντρες τα ποσοστά ήταν 33,8% και 5,9% (p<0,012) και στις γυναίκες 55% και 12% (p<0,001) αντίστοιχα. Άγχος καταγράφηκε στο 33,1% των ασθενών έναντι 12,8% των μαρτύρων (p<0,006) και κατάθλιψη στο 10,6% των ασθενών έναντι 4,3% των μαρτύρων (p<0,11).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ, ακόμη και με σχετικά ικανοποιητικό κλινικά έλεγχο της νόσου, εμφανίζουν σημαντική ψυχοσεξουαλική δυσλειτουργία σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες.



ePP20

**ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΚΗΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ  
(ANTI-TNF-A)**

<sup>1</sup> Μ. Γιακουμής, <sup>1</sup> Ν. Βιάζης, <sup>2</sup> Γ. Μπάμιας, <sup>2</sup> Δ. Γούκος, <sup>1</sup> Θ. Κουκουράτος,  
<sup>1</sup> Κ. Κατωπόδη,  
<sup>1</sup> Π. Καρατζάς, <sup>2</sup> Σ. Δ. Λαδάς, <sup>1</sup> Δ. Γ. Καραμανώλης, <sup>1</sup> Γ. Μάντζαρης

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. “Ο Ευαγγελισμός”

<sup>2</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. “Λαϊκόν”

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να ταυτοποιήσουμε, κατά τη διάγνωση, προγνωστικούς δείκτες της βλεννογονικής επούλωσης σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (ΕΚ) που θα λάβουν θεραπεία με βιολογικό παράγοντα (anti-TNF).

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Το πρωτοκολλο της μελέτης περιελάμβανε καταγραφή μιας σειράς προγνωστικών παραγόντων βλεννογονικής επούλωσης και της δραστηριότητας της νόσου πριν και 12 μήνες μετά την έναρξη infliximab και adalimumab στις συνήθεις δόσεις, σε ασθενείς με κορτικοανθεκτική ή κορτικοεξαρτώμενη ΕΚ. Ελέγχθηκαν κλινικοί, βιολογικοί και ενδοσκοπικοί δείκτες, αλλά και ανοσιακοί δείκτες στον ορό και τον εντερικό βλεννογόνο. Ασθενείς που ήταν σε θεραπεία με ανοσοτροποποιητικά συνέχισαν την αγωγή για 6 μήνες. Ως βλεννογονική επούλωση θεωρήθηκε το ενδοσκοπικό Mayo score 0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από το Μάιο 2012 έως το Σεπτέμβριο 2014, 12 ασθενείς με ΕΚ (εκτεταμένη=8, αριστερόπλευρη=4) έλαβαν αγωγή με infliximab (n= 9) και adalimumab (n=3). Μετά 1 έτος 5/12 (41,7%) ασθενείς είχαν βλεννογονική επούλωση και 7/12 (58,3%) είχαν μερική ή καθόλου βλεννογονική επούλωση. Ο μόνος κλινικός προγνωστικός δείκτης βλεννογονικής επούλωσης ήταν η χορήγηση ανοσοτροποποιητικών κατά την έναρξη των anti-TNF παραγόντων (βλεννογονική επούλωση: 4 ασθενείς σε αζαθειοπρίνη έναντι 1, χωρίς βλεννογονική επούλωση: 1 ασθενής σε αζαθειοπρίνη έναντι 6, p=0,02). Ασθενείς που ανταποκρίθηκαν πλήρως στην αγωγή είχαν σημαντικά χαμηλότερες αρχικές τιμές του μεταγραφικού παράγοντα T-bet που καθορίζει την τύπου 1 (Th-1) ανοσιακή απόκριση (p<0,05) και σημαντικά χαμηλότερες αρχικές τιμές συγκεντρώσεως IL-6 στον ορό (p<0,05).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χορήγηση ανοσοτροποποιητικών, χαμηλότερες αρχικές τιμές βλεννογονικής έκφρασης των T-bet καθώς και χαμηλότερες αρχικές



τιμές συγκέντρωσης IL-6 στον ορό αναδεικνύονται ως προγνωστικοί δείκτες βληνογονικής επούληωσης σε ασθενείς με ΕΚ που λαμβάνουν αγωγή με αντι-TNF.



ePP21

**ΕΙΝΑΙ Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΠΑΡΕΛΘΟΥΣΑ ΛΟΙΜΩΣΗ ΑΠΟ ΙΟ ΕΡΣΤΕΙΝ-BARR  
(EBV) ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ (CMV) ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ  
ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΙΦΝΕ)  
ΩΦΕΛΙΜΟΣ ΒΑΣΕΙ ΚΟΣΤΟΥΣ;**

<sup>1</sup> Ε. Τσοούκαλη, <sup>1</sup> Π. Καρατζάς, <sup>1</sup> Χ. Χατζηευαγγελινού, <sup>1</sup> Αρχαύλης Ε.,  
<sup>1</sup> Α. Χρηστίδου,

<sup>1</sup> Ν. Βιάζης, <sup>1</sup> Ι. Ιντέρνος, <sup>1</sup> Σ. Αναστασιάδης, <sup>2</sup> Ε. Σκορδά, <sup>1</sup> Γ. Μάντζαρης

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική - ΓΝΑ Ευαγγελισμός - Πολυκλινική - Οφθαλμιατρεία

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο - ΓΝΑ Ευαγγελισμός - Πολυκλινική - Οφθαλμιατρεία

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τις ΙΦΝΕ συστήνουν κατά την διάγνωση έλεγχο των ασθενών για παρελθούσα λοίμωξη από Epstein-Barr (EBV) και κυτταρομεγαλοϊό (CMV). Σκοπός της μελέτης ήταν να ελεγχθεί το κόστος έναντι της ωφέλειας του ελέγχου για παρελθούσα EBV ή CMV λοίμωξη κατά τη διάγνωση των ΙΦΝΕ. Δομή μελέτης: Αναδρομική μελέτη βασισμένη σε προοπτικώς συλλεγέντα δεδομένα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η διάγνωση παρελθούσας λοίμωξης EBV και CMV βασίστηκε στην ανίχνευση IgG τάξης αντισωμάτων ορού κατά των EBV και CMV.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μεταξύ 1/1/2010 και 31/12/2015, ελέγχθηκαν 580 ασθενείς. Μόνο 12/580 (2.1%) ασθενείς δεν είχαν ανάμνηση EBV λοίμωξης. 11/12 ήταν άρρενες και 10/12 είχαν ηλικία 14-18 ετών. 145 (24%) ασθενείς, όλοι <30 έτη, δεν είχαν ανάμνηση CMV λοίμωξης. 8/580 ασθενείς, όλοι <18 ετών, δεν είχαν ανάμνηση τόσο EBV όσο και CMV. 67/580 επανελέγχθηκαν μετά 3.2 (1.0-5.3) έτη και επιβεβαιώθηκε η ανάμνηση της λοίμωξης (αντι-EBV και CMV θετικοί) τουλάχιστον μια φορά. Αντίθετα ουδείς από 12 και 30 EBV- και CMV-ασθενείς που επανελέγχθηκαν σε υποτροπές ΙΦΝΕ εντός 1.2-5.3 ετών μετά τη διάγνωση εμφάνισε θετικοποίηση των αντισωμάτων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο έλεγχος βάσης για αντί-EBV δεν είναι αποτελεσματικός από άποψης κόστους-ωφέλειας και πρέπει να διενεργείται μόνο σε νέους ασθενείς, κυρίως άρρενες που πρόκειται να λάβουν θειοπουρίνες. Ο έλεγχος αντί-CMV είναι χρήσιμος κατά τη διάγνωση της ΙΦΝΕ ώστε να καθίσταται δυνατή η διάκριση μεταξύ αναζωπύρωσης νόσου και πρωτολοίμωξης σε περίπτωση που χρειαστεί κατά την πορεία της νόσου.



ePP22

**ΕΥΝΟΪΚΑ ΠΡΩΪΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ  
GOLIMUMAB ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΛΗΚΥΘΙΤΙΔΑ:  
ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

<sup>1</sup> Ν. Βιάζης, <sup>1</sup> Λ. Βαρυτιμιάδης, <sup>1</sup> Στ. Αναστασιάδης, <sup>1</sup> Ι. Τζιωρτζιώτης,  
<sup>1</sup> Ι. Ιντέρνος,  
<sup>1</sup> Χ. Χατζηευαγγελινού, <sup>1</sup> Ε. Αρχαύλης, <sup>1</sup> Α. Χρηστίδου, <sup>1</sup> Ε. Αδάμου,  
<sup>1</sup> Γ. Μάντζαρης

*<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. “Ο Ευαγγελισμός”*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ασθενείς με νεολήκυθο J ως θεραπεία ανθεκτικής στη θεραπεία ελκώδους κολίτιδας εμφανίζουν σε ποσοστό 5-19% ανθεκτικότητα σε διάφορα συνδυασμένα σχήματα αντιβιοτικής θεραπείας (χρόνια ανθεκτική ληκυθίτιδα, ΧΑΛ) και 1% εξ αυτών χάνουν τη λήκυθο ετησίως. Η θεραπεία με infliximab έχει δείξει πρώιμα θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της ΧΑΛ. Στην παρούσα πιλοτική μελέτη ελέγξαμε την αποτελεσματικότητα του golimumab στη θεραπεία της ΧΑΛ.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Τρεις ασθενείς με ΧΑΛ στη συνδυασμένη θεραπεία αντιβιοτικών, που δεν είχαν ισχαιμία της ληκύθου, cuffitis ή νόσο Crohn (αρνητική εντερόκλιση ή/και ενδοσκοπική κάψουλα λεπτού εντέρου), χωρίς συρίγγια ή εξωεντερικές εκδηλώσεις έλαβαν golimumab [200mg/100mg sc τις εβδομάδες 0-2 και μετά 100mg ή 50mg/μήνα (βάσει ΣΒ< ή >80kg)]. Η κλινική δραστηριότητα της ΧΑΛ και η ανταπόκριση στη θεραπεία εκτιμήθηκαν πριν και 6 μήνες μετά τη χορήγηση του golimumab βάσει του Pouchitis Disease Activity Index-PDAI (τιμές > 7 υποδηλώνουν ληκυθίτιδα, τιμές > 13 σοβαρή ληκυθίτιδα) και χαρακτηρίστηκε ως πλήρης, μερική ή αναποτελεσματική.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Και οι 3 ασθενείς βελτιώθηκαν κλινικά μετά τη χορήγηση του golimumab. Μετά 6 μήνες θεραπείας 2/3 ασθενείς είχαν πλήρη και 1 ασθενής μερική ανταπόκριση. Ο δείκτης PDAI υποχώρησε από το 11 (range, 10-12) αρχικά στο 6 (range, 5-7). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι 2 από τους ασθενείς της μελέτης (1 με πλήρη ανταπόκριση και 1 με μερική ανταπόκριση) είχαν αποτύχει στη θεραπεία με golimumab όταν αυτή τους είχε χορηγηθεί πριν από την ολική πρωκτοκολεκτομή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με την πιλοτική θεραπεία το golimumab εμφανί-



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

ζει ευνοϊκά αποτελέσματα στη θεραπεία ασθενών με ΧΑΛ και χρήζει περαιτέρω μελέτης σε μεγάλη σειρά ασθενών.





ePP23

**ΒΙΟΠΑΡΟΜΟΙΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ.  
ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ INFLECTRA**<sup>1</sup> Θ. Καλλή, <sup>2</sup> Α. Κλώνης, <sup>1</sup> Α. Ζήνωνος, <sup>1</sup> Χ. Κλώνης<sup>1</sup> Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, Κύπρος<sup>2</sup> New Cross Hospital Birmingham, UK

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρακολούθηση των πρώτων ασθενών που λαμβάνουν βιοπαρόμοιο αντι-TNF παράγοντα στην Κύπρο στις επαρχίες Λάρνακας και Αμμοχώστου.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Λόγω της δομής του συστήματος Υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας η χορήγηση βιολογικών παραγόντων πρέπει πάντα να εγκρίνεται από τις φαρμακευτικές υπηρεσίες. Από τον 9/2014 βιολογικός παράγοντας 1ης επιλογής ανεξαρτήτως διάγνωσης αποτελεί το inflectra. Καταγράψαμε όλους τους ασθενείς που λαμβάνουν από το τμήμα μας το συγκεκριμένο φάρμακο από τον 9/2014 έως και σήμερα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καταγράφηκαν 25 ασθενείς, 7 με ελκώδη κολίτιδα και 18 με νόσο Crohn. 14 άντρες και 11 γυναίκες. Οι 15/25 λαμβάνουν ταυτόχρονα και θειοπουρίνες ενώ 4/25 διέκοψαν τη θειοπουρίνη λόγω παρενεργειών. Οι δείκτες φλεγμονής (CRP) στην έναρξη της χορήγησης κυμαίνονταν 15-351mg/L. Όλοι οι ασθενείς εκτός από 2 ήταν παύει ενώ 4 είχαν και εξωεντερικές εκδηλώσεις. Παρενέργειες παρατηρήθηκαν σε 3 ασθενείς με αποτέλεσμα διακοπή του φαρμάκου (πάρεση κάτω άκρων). Από τους 25 ασθενείς έως τώρα ανταποκρίθηκαν ικανοποιητικά οι 19 ποσοστό 76%. Η παρακολούθηση των ασθενών κυμαίνεται από 3 έως και 24μήνες. Δε χρειάστηκε να λάβει κανένας ασθενείς από τους 19 στεροειδή κατά τη διάρκεια χορήγησης του βιοπαρόμοιου φαρμάκου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με τα μέχρι στιγμής δεδομένα φαίνεται ότι η αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου βιοπαρόμοιου αντί-TNF παράγοντα είναι συγκρίσιμη με την αποτελεσματικότητα του πρωτοτύπου. Χρειάζονται όμως μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και μεγαλύτερο διάστημα παρακολούθησης για ασφαλέστερα συμπεράσματα.



ePP24

**ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ CROHN**<sup>1</sup> Π. Χέρας, <sup>1</sup> Μ. Κουτρουπή, <sup>1</sup> Α. Μπραϊμάκης, <sup>1</sup> Ε. Ανδρικόπουλος<sup>1</sup> Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστή εκ της βιβλιογραφίας η ευνοϊκή επίδραση της ψυχοθεραπείας στην επιβίωση των ασθενών με νόσο crohn. Δεν υπάρχουν, όμως, μελέτες προς αυτήν την κατεύθυνση για ασθενείς με νόσο crohn. Σκοπός της παρούσης μελέτης, με βάση τα προαναφερθέντα, ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης της ομαδικής ψυχοθεραπείας στην επιβίωση των ασθενών αυτών.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Διερευνήσαμε την επιβίωση 70 ασθενών με νόσο crohn που συμμετείχαν σε ομάδες ψυχοθεραπείας εν συγκρίσει με 70 ασθενείς με την ίδια νόσο, την ίδια πρόγνωση και την ίδια δεκαετία ηλικίας καθώς και με 12 ασθενείς που απέρριψαν τη συμμετοχή τους σε ψυχοθεραπευτικές ομάδες. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 19.0, χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία  $\chi^2$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην διάρκεια του ενός έτους παρακολούθησης των συμμετεχόντων στις θεραπευτικές ομάδες δεν παρατηρήθηκαν θάνατοι, στο δείγμα των μαρτύρων σημειώθηκαν 8 θάνατοι και στο δείγμα των απορριψάντων τη ψυχοθεραπεία 4 θάνατοι. Τα ανωτέρω αποτελέσματα διερευνήθηκαν στατιστικώς διά της δοκιμασίας  $\chi^2$  και παρουσιάζουν ισχυρές στατιστικές διαφορές σε επίπεδο  $p < 0.01$ .

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μελέτη μας συνηγορεί προς την κατεύθυνση της θετικής επίδρασης της ψυχοθεραπείας στην επιμήκυνση της επιβίωσης των ασθενών με νόσο crohn.



ePP25

**ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΥΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ (ΕΚ)**<sup>1</sup> Π. Χέρας, <sup>1</sup> Μ. Κουτρουμπή, <sup>1</sup> Α. Μπραϊμάκης, <sup>1</sup> Ε. Ανδρικόπουλος<sup>1</sup> Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ελκώδης κολίτιδα προκαλεί διάφορα σωματικά, αλλά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, και μάλιστα στους ασθενείς με συχνές υποτροπές, οι οποίοι συχνά βιώνουν έντονο άγχος και εμφανίζουν κατάθλιψη. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση επιπέδων άγχους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και αναγνώριση διαμεσολαβητικών παραγόντων αυτών σε μια ομάδα ασθενών με ΕΚ που επισκέπτονται κλινική μιας ημέρας.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Πιλοτική περιγραφική μελέτη συσχέτισης με χρήση δομημένων ερωτηματολογίων άγχους και κατάθλιψης (G-HADS) και συμπτώματα (MSAS-SF), σε ασθενείς με ΕΚ υπό βιολογική θεραπεία. Το συνολικό δείγμα ασθενών ήταν 32, ενώ το χρονικό διάστημα της μελέτης ήταν μεταξύ Ιανουαρίου και Δεκεμβρίου 2015. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 19.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση ηλικία των ασθενών, που εντάχθηκαν στη μελέτη, ανήλθε σε 44,2±10,8 έτη και 64,5% των ασθενών ήταν γυναίκες. Το 22,2% των ασθενών ελάμβαναν σε συστηματική βάση αγχολυτικά ή αντικαταθλιπτική αγωγή. Ποσοστό 53,3% των ασθενών βαθμολόγησε πάνω από το κριτικό σημείο για πιθανή αγχώδη συνδρομή και 44,4% των ασθενών για πιθανή καταθλιπτική συμπτωματολογία, αντίστοιχα. Η παρουσία άγχους συσχετίστηκε ισχυρά και θετικά με τη παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ( $r_s=0,800$ ,  $p<0,001$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και οι σημαντικοί δημογραφικοί, κλινικοί και υποκειμενικοί παράγοντες εκδήλωσης αυτών καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για αυξημένη ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών που λαμβάνουν βιολογικές θεραπείες για ΕΚ σε εξωνοσοκομειακή βάση.



ePP26

**ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ IRILIMUMAB ΚΑΙ  
ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΙΜΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ INFlixIMAB**

<sup>1</sup> Κ. Σουφλήρης, <sup>1</sup> Μ. Χαραλαμπίδης, <sup>1</sup> Γ. Χατζηνάκος, <sup>1</sup> Δ. Ξάνθης,  
<sup>2</sup> Ν. Βλαδήκα,  
<sup>1</sup> Γ. Λαζαράκη, <sup>3</sup> Ν. Διαμαντόπουλος, <sup>3</sup> Α. Μπούτνης, <sup>1</sup> Δ. Τζιθβές

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup> Παθολογοανατομικό Τμήμα, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

<sup>3</sup> Α΄ Χημειοθεραπευτικό Ογκολογικό Τμήμα, «Θεαγένειο» Αντικαρκινικό Νοσοκομείο  
Θεσσαλονίκης

Άνδρας 76 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου και διαβήτη που ελάμβανε θεραπεία με irilimumab (Yervoy®) 3mg/kg Β.Σ. για μεταστατικό μελάνωμα, εισήχθη εκτάκτως για πολλαπλές διαρροϊκές κενώσεις (>12/ημέρα) 10 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας. Αφού υπεβλήθη σε διαγνωστικό έλεγχο που περιλάμβανε εκτός των άλλων καλλιέργειες αίματος-κοπράνων και εξέταση για Clostridium Difficile, ετέθη σε υψηλές δόσεις στεροειδών ενδοφλεβίως καθώς και σε αντιβιοτική αγωγή. Στην καλλιέργεια αίματος απομονώθηκε Escherichia Coli ευαίσθητη στην χορηγούμενη αντιβιοτική αγωγή. Μετά τη συμπλήρωση 7 ημερών αγωγής και παρά την ομαλοποίηση των τιμών CRP και προκαλσιτονίνης και τις αρνητικές πλέον αιμοκαλλιέργειες ο αριθμός των διαρροιών παρέμεινε αμετάβλητος και ο ασθενής υπεβλήθη σε ειλεοκολονοσκόπηση με λήψη βιοψιών. Η ενδοσκοπική και ιστολογική εικόνα ήταν συμβατή με κολίτιδα από irilimumab, κορτικοανθεκτική και μη οφειλόμενη πλέον σε λοιμογόνο παράγοντα. Αποφασίστηκε η χορήγηση στον ασθενή infliximab 5 mg/Kg Β.Σ. (Inflixtra®). Ο ασθενής εμφάνισε πλήρη ανταπόκριση και εξήλθε του νοσοκομείου 5 ημέρες μετά με βραχύ σχήμα αντιβίωσης και tapering των στεροειδών. Η θεραπεία με irilimumab διεκόπη οριστικά και ετέθη σε βέλτιστη υποστηρικτική φροντίδα. Η χρήση ανοσοθεραπειών όπως το irilimumab στην ογκολογία διευρύνεται συνεχώς. Η διαχείριση της κολίτιδας που επάγεται από ανοσοθεραπεία εμφανίζει ιδιαιτερότητες που οφείλονται στη συνύπαρξη καρκίνου, ανοσοκαταστολής, λοιμώξεων και προχωρημένης συνήθως ηλικίας με συννοσηρότητες. Ο αποκλεισμός λοιμογόνων παραγόντων και η χρήση αντιβίωσης πριν από το infliximab αυξάνουν τις πιθανότητες επιτυχούς αντιμετώπισης.



ePP27

## Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΟΥ MONTREAL ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΙΣΑ ΝΟΣΟ CROHN ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Δ. Μαγγανάς, Γ. Κυριακόπουλος, Σ. Βούλγαρης, Ε. Δασκαλάκη, Β. Καλιατζής, Σ. Δρακόπουλος

*Α' Χειρουργικό Τμήμα Νοσοκομείο Ευαγγελισμός*

Πρόκειται για μία αναδρομική μελέτη 125 ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για νόσο Crohn στη κλινική μας στο διάστημα 2007-2015. Οι παράμετροι που μελετήθηκαν ήταν η ηλικία, το φύλο, η κλινική παρουσίαση σύμφωνα με την ταξινόμηση Montreal, η διάρκεια της νόσου πριν από την επέμβαση, η ένδειξη και ο τύπος της επεμβάσεως, οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, η φαρμακευτική θεραπεία συντηρήσεως και ο χρόνος και το είδος της επανεπεμβάσεως. 50.4% ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία τα 46,12 έτη,. Η πλειονότητα των ασθενών διαγνώσθηκε σε νεαρή ηλικία (<40 ετών- 63,2%) . Η πρώτη επέμβαση πραγματοποιήθηκε κατά μέσο όρο 29 μήνες μετά τη διάγνωση. Οι συχνότερες ενδείξεις ήταν η οξεία ενδοκοιλιακή φλεγμονή και εντερική απόφραξη. Η ταξινόμηση κατά Montreal ήταν L1 (58.4%), (L2) (17.6%), L3 (23.2%), L4 (4,8%). 12 ασθενείς (9.6%) είχαν μη στενωτική/ μη διατιτραίνουσα νόσο (B1), 56 (44.8%) στενωτική νόσο (B2) και 57 (45.6%) διατιτραίνουσα (B3), 33 ασθενείς (26.4%) είχαν περιεδρική συμμετοχή: 5 (4%) (B1P), 5(4%) (B2P) και 23 (18.4%) (B3p). Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 76,2 μήνες . Υπήρξαν 2 μετεγχειρητικοί θάνατοι και η μετεγχειρητική νοσηρότητα ήταν 22%. Υποτροπή που αντιμετωπίσθηκε χειρουργικά παρατηρήθηκε σε 27 ασθενείς (21,6) με μέσο χρόνο εμφάνισης τους 58 μήνες από την πρώτη επέμβαση. Στους 17 (62,9%) η υποτροπή ήταν στην αναστόμωση ή άμεσα προαναστομωτικά. Μετεγχειρητική θεραπεία έλαβαν οι 79/125. Από τους παράγοντες που μελετήθηκαν, η ειλεοτυφλική εντόπιση (L3), ο διατιτραίνων φαινότυπος (B3) ή ύπαρξη περιεδρικής νόσου (B3p), καθώς επίσης και η διάρκεια προόδου της νόσου συσχετίζονται ισχυρά ( $p < 0,03$ ) με υποτροπή που απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση.



ePP28

**ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΕΠΑΝΕΠΕΜΒΑΣΗ  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΗ ΝΟΣΟ CROHN**

Δ. Μαγγανάς, Γ. Κυριακόπουλος, Β. Καλατζής, Ε. Δασκαλάκη, Σ. Βούλγαρης,  
Σ. Δρακόπουλος

*Α' Χειρουργικό Τμήμα Νοσοκομείο Ευαγγελισμός*

Η επανεπέμβαση σε ασθενείς με νόσο Crohn αποτελεί μείζον γεγονός στην πορεία της νόσου. Με εξαίρεση το κάπνισμα, δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση για τους άλλους παράγοντες που έχουν συσχετισθεί με αυξημένη πιθανότητα επανεπέμβασης σε ασθενείς με περιεδρική νόσο. Παρουσιάζεται μία αναδρομική μελέτη 91 ασθενών που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στη κλινική μας με περιεδρική νόσο Crohn στη δεκαετία 2006-2015. Από αυτούς οι 55 χειρουργήθηκαν για πρώτη φορά μετά το 2005, ενώ από τους υπόλοιπους 35, οι 29 είχαν χειρουργηθεί ήδη μία τουλάχιστον φορά, και οι 7 αποκλείστηκαν λόγω ανεπαρκών δεδομένων. Από τους 84 αυτούς ασθενείς, οι 31 (36,9) υποβλήθηκαν σε νέα επέμβαση για περιεδρική νόσο. Ο διάμεσος χρόνος έως την επανεπέμβαση ήταν 68 μήνες. Η πιθανότητα επανεπέμβασης στα 3 και 5 έτη ήταν 32,2% και 38,8% αντίστοιχα. Από τους διάφορους παράγοντες που μελετήθηκαν, θετική συσχέτιση με αυξημένη πιθανότητα επανεπέμβασης (Hazard Ratio- HR) είχαν η έναρξη της νόσου πριν από τα 20 έτη (HR 1.93) και προηγούμενη ενδοκοιλιακή επέμβαση (HR 1.99). Αντιθέτως ο τύπος της περιεδρικής βλάβης (υψηλό/χαμηλό συρίγγιο, με/ χωρίς απόστημα), η εντόπιση της ενδοκοιλιακής νόσου, η φαρμακευτική αγωγή, και ο φαινότυπος της νόσου (στενωτική/συριγγοποιός) δε φάνηκε να σχετίζονται ισχυρά με την πιθανότητα επανεπεμβάσεως, πιθανώς λόγω του μικρού δείγματος. Ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης ήταν ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εκτομή όλου ή τμήματος του συριγγίου είχαν μικρότερο ποσοστό επανεπέμβασης, σε σχέση με εκείνους που αντιμετωπίστηκαν με απλή παροχέτευση ή τοποθέτηση seton (HR 0,19 έναντι HR 0,57). Αρτιότερες μελέτες θα επιτρέψουν την αξιοποίηση του ευρήματος αυτού στη κλινική πράξη.



ePP29

**ΛΕΜΦΩΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ CROHN ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΑΖΑΘΕΙΟΠΡΙΝΗ : ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ**

<sup>1</sup> Γ. Θεοχάρη, <sup>1</sup> Γ. Τσιαούσης, <sup>1</sup> Χρ. Τσολιάς, <sup>2</sup> Β. Λάζαρης, <sup>2</sup> Ε. Τζουβάρη, <sup>3</sup> Μ. Κυριακοπούλου Μ, <sup>1</sup> Κ. Θωμόπουλος

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα Παν. Νοσ. Πατρών

<sup>2</sup> Αιματολογική Κλινική Παν. Νοσ. Πατρών

<sup>3</sup> Ακτινολογικό Τμήμα Παν. Νοσ. Πατρών

Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενή, άνδρα, 45 ετών, με διάγνωση νόσου Crohn's από το 1992 ο οποίος προσήλθε με δύσπνοια και αμφοτερόπλευρες πνευμονικές βλάβες. Η νόσος εντοπιζόταν στον τελικό ειλεό και περιεδρικά. Ο ασθενής είχε παρουσιάσει δύο φορές έξαρση της νόσου οι οποίες αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με βραχυχρόνια κορτικοθεραπεία. Το 2011 παρουσίασε περιεδρικό απόστημα έλαβε αντιβιοτική αγωγή και έγινε χειρουργική παροχέτευση. Ο ασθενής ήταν σε αγωγή με αζαθειοπρίνη 50 mg x 3 ενώ για λόγους αδυναμίας ιατροφαρμακευτικής κάλυψης δεν είχε λάβει αγωγή με βιολογικό παράγοντα. Το 2015 παρουσίασε βήχα μη παραγωγικό, χαμηλό πυρετό και σταδιακά επιδεινούμενη δύσπνοια και αδυναμία. Στην ακτινογραφία θώρακος ανευρέθησαν πολλαπλά διηθήματα άμφω στους πνεύμονες. Έγινε αξονική τομογραφία όπου βρέθηκαν ευμεγέθεις συμπαγείς μάζες άμφω στους πνεύμονες καθώς και στους παραρρινίους κόλπους. Έγινε βροχοσκόπηση και ελήφθη υλικό. Τα ευρήματα έθεσαν την διάγνωση της λεμφωματοειδούς κοκκιωμάτωσης σταδίου 3. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε χημειοθεραπεία (6 σχήματα R-CHOEP) την οποία ανέχθηκε καλά και ανταποκρίθηκε. Η λεμφωματοειδής κοκκιωμάτωση (LYG) είναι μια σπάνια λεμφοϋπερπλαστική διαταραχή που σχετίζεται με τον ιό Epstein-Barr. Παρατηρείται κυρίως σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς και η κλινική της έκβαση ποικίλει. Η θεραπεία με αζαθειοπρίνη φαίνεται να σχετίζεται με την σπάνια αυτή νοσολογική οντότητα.



ePP30

**ΤΜΗΜΑΤΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ  
ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 3 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

<sup>1</sup> Κ. Σουφλήρης, <sup>1</sup> Γ. Χατζηνάκος, <sup>1</sup> Δ. Ξάνθης, <sup>1</sup> Α. Κουτσουμουράκης,  
<sup>1</sup> Θ. Παντελίδης,  
<sup>1</sup> Κ. Παρασκευαΐδου, <sup>1</sup> Γ. Λαζαράκη, <sup>1</sup> Δ. Τζιλιβές

*<sup>1</sup> Γαστρεντερολογικό Τμήμα, «Θεαγένειο»  
Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η ολική κολεκτομή με δημιουργία νεοπλαστικού αποτελεί την καθιερωμένη θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα και διάγνωση Καρκίνου Παχέος Εντέρου σε ενδοσκόπηση επιτήρησης. Η τμηματική κολεκτομή, αν και λιγότερο αναπηρική, εμφανίζει υψηλό κίνδυνο μετάχρονης δυσπλασίας.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από το σύνολο των ασθενών με Ελκώδη Κολίτιδα που υπεβλήθησαν σε ενδοσκόπηση επιτήρησης επιλέχθηκαν 3 περιπτώσεις που διαγνώστηκαν με αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου και αντιμετωπίστηκαν με τμηματική κολεκτομή. Όλοι οι ασθενείς βρίσκονταν σε κλινική/ενδοσκοπική ύφεση. Σε όλους ελήφθησαν βιοψίες επιτήρησης από όλο το παχύ έντερο και αποκλείστηκε η παρουσία δυσπλασίας εκτός του νεοπλασματος. Μετά την εκτομή συνεχίστηκε ετήσια ενδοσκοπική επιτήρηση. Ο πρώτος ασθενής, 81 ετών, διαγνώστηκε με αδενοκαρκίνωμα εγκάρσιου σε έδαφος πανκολίτιδας. Επιλέχτηκε η αντιμετώπιση με δεξιά ημικολεκτομή λόγω ηλικίας και συννοσηροτήτων. Η δεύτερη ασθενής, 67 ετών, διαγνώστηκε με αδενοκαρκίνωμα σιγμοειδούς σε έδαφος αριστερόπλευρης κολίτιδας. Επιλέχτηκε η αντιμετώπιση με σιγμοειδεκτομή λόγω απουσίας ιστολογικά προσβολής του ορθού και πρόσφατης χειρουργικής αντιμετώπισης άλλης νεοπλασίας. Ο τρίτος ασθενής, 57 ετών, διαγνώστηκε με αδενοκαρκίνωμα σιγμοειδούς σε έδαφος αριστερόπλευρης κολίτιδας. Επιλέχτηκε η αντιμετώπιση με σιγμοειδεκτομή λόγω άρνησής του να υποβληθεί σε ολική κολεκτομή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι καρκίνοι ήταν σταδίου pT3N0, pT3N0 και pT1N0 αντίστοιχα. Οι ασθενείς συνέχισαν να λαμβάνουν αμινοσαλικυλικά ως αγωγή συντήρησης. Η διάρκεια παρακολούθησης μετά την κολεκτομή ήταν 58, 48 και 47 μήνες αντίστοιχα. Κανείς ασθενής δεν εμφάνισε σε αυτό το διάστημα κλινική ή ενδοσκοπική υποτροπή της φλεγμονής, μετάχρονο καρκίνο ή δυσπλασία.





**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πολύ αυστηρά επιλεγμένοι ασθενείς με Ελκώδη Κοιλίτιδα και Καρκίνο Παχέος Εντέρου θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με τμηματική κολεκτομή.



ePP31

**ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΙΡΙΛΙΜΟΥΜΑΒ:  
ΚΛΙΝΙΚΑ, ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

<sup>1</sup> Σ. Σιακαβέλλας, <sup>1</sup> Γ. Μπάμιας, <sup>2</sup> Ι. Δελλαδέτσιμα, <sup>2</sup> Μ. Περγίκη, <sup>1</sup> Μ. Γκίζης,  
<sup>3</sup> Γ.Λ. Δαΐκος, <sup>3</sup> Ε. Γκόγκα

<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών

<sup>2</sup> 1ο Τμήμα Παθολογικής Ανατομικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

<sup>3</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας με την κολίτιδα σχετιζόμενη με τη χορήγηση ipilimumab (IpiColitis) στο Νοσοκομείο μας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ανατρέξαμε στους φακέλους των ασθενών με συμπτώματα από το πεπτικό μετά από τη χορήγηση ipilimumab λόγω μεταστατικού μελανώματος στο Ογκολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου μας από το 2011 έως σήμερα. Καταγράψαμε όλα τα σχετικά κλινικά, ενδοσκοπικά και ιστολογικά στοιχεία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 10 ασθενείς (Άρρενες=7, Μέση Ηλικία: 57,5 έτη) που παραπέμφθηκαν στο Τμήμα μας λόγω ενοχλημάτων από το πεπτικό μετά τη λήψη ipilimumab. Όλοι οι ασθενείς είχαν διαρροϊκό σύνδρομο, ενώ 4 παρουσίασαν εμπύρετο με έντονο κοιλιακό άλγος. Οι ασθενείς είχαν λάβει κατά μέσο όρο 2,5 δόσεις (εύρος 1-4) πριν την εμφάνιση των ενοχλημάτων τους, ενώ το μέσο διάστημα μεταξύ τελευταίας δόσης και εμφάνισης ενοχλημάτων ήταν 4,1 εβδομάδες. Έγινε κολονοσκόπηση σε όλους τους ασθενείς. Τα ενδοσκοπικά ευρήματα περιελάμβαναν εξελκώσεις του εντερικού βλεννογόνου σε 7 ασθενείς, ενώ σε 3 περιπτώσεις παρατηρήθηκε μόνο ήπιο οίδημα και ασάφεια του αγγειακού δικτύου. Ελήφθησαν βιοψίες από όλους τους ασθενείς, οι οποίες ανέδειξαν κολίτιδα παρόμοια των ΙΦΝΕ εκτός από μία περίπτωση. Η παρουσία κρυπτίτιδας ήταν εμφανής σε όλα τα δείγματα, ενώ τα κυτταρικά διηθήματα αποτελούνταν κυρίως από λεμφοκύτταρα και πλάσματοκύτταρα. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν αρχικά υψηλές δόσεις στεροειδών. Σε 4 ασθενείς χρειάστηκε να χορηγηθεί Infliximab (καθώς δεν ανταποκρίθηκαν στην αρχική αγωγή) με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η IpiColitis είναι μια οξεία και πιο συχνά αναγνωριζόμενη κλινική οντότητα. Οι Γαστρεντερολόγοι, οφείλουν να είναι ενήμεροι για αυτή την πάθηση, η οποία μιμείται τις ΙΦΝΕ ενδοσκοπικά αλλά και ιστολογικά.



ePP32

## Η ΘΕΤΙΚΗ Η΄ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΙΦΝΕ ΣΤΙΣ ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΥΤΩΝ

<sup>1</sup> Χ. Λαμούρη, <sup>1</sup> Κ. Σάρρας, <sup>1</sup> Κ. Κατσάνος, <sup>1</sup> Δ. Χριστοδούλου

*<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι εξωεντερικές εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ εμφανίζονται περίπου στο 1/3 των ασθενών και επιβαρύνουν την πορεία της νόσου. Οι εκδηλώσεις που αφορούν τον οφθαλμό προσβάλλουν ένα ποσοστό ασθενών το οποίο κυμαίνεται στο 3,5-10%.

**ΣΤΟΧΟΙ:** Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει εάν η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται σε ασθενείς με ΙΦΝΕ επιβαρύνει-προκαλεί ή απαλύνει-θεραπεύει τις οφθαλμικές εκδηλώσεις που προκύπτουν.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Ως μέθοδος χρησιμοποιήθηκε η μελέτη της υπάρχουσας αγγλικής βιβλιογραφίας από την μηχανή αναζήτησης Pubmed με σχετικούς όρους αναζήτησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα κορτικοστεροειδή προκαλούν πληθώρα παρενεργειών όταν χορηγούνται συστηματικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Άλλα φάρμακα όπως η σουλφασαλαζίνη και τα παράγωγά της είναι αναποτελεσματικά όταν χορηγούνται μεμονωμένα. Το tacrolimus δεν εμφανίζει κάποιο όφελος στις βλάβες του οφθαλμού, αντίθετα έχει συσχετιστεί με βλάβη του οπτικού νεύρου. Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα όπως η Αζαθειοπρίνη και η Μεθοτρεξάτη είναι καλύτερα να χορηγούνται σε συνδυασμό /και με κορτικοστεροειδή. Η 6-Μερκαπτοπουρίνη δεν προσφέρει κανένα όφελος στις οφθαλμικές εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ. Μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα παρουσιάζουν οι anti-TNFα παράγοντες (Infliximab, Adalimumab). Έχει αναφερθεί ωστόσο ότι συσχετίζονται με την εμφάνιση Οπτικής Νευρίτιδας (ΟΠΝ) και τοξικότητα σε ενδοϋαλοειδική έγχυση. Τέλος η Ριτουξιμάμπη (anti-CD20) καλύπτει μεγάλο εύρος οφθαλμικών παθήσεων καθώς και την ΟΠΝ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** σύμφωνα με τα ευρήματα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας καλύτερη κάλυψη των οφθαλμικών εκδηλώσεων των ΙΦΝΕ προσφέρουν οι anti-TNFα παράγοντες. Τα υπόλοιπα φάρμακα παρουσιάζουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα όταν χορηγούνται σε συνδυασμό χωρίς ωστόσο να στερούνται την εμφάνιση παρενεργειών.



ePP33

**Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΩΝ ΣΥΡΙΓΓΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ  
ΝΟΣΟ CROHN: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**

<sup>1</sup> Α. Γκλήβας, <sup>1</sup> Μ. Καραγεώργου, <sup>1</sup> Χ. Κυπριανού, <sup>1</sup> Α. Παπαηλία,  
<sup>1</sup> Ι. Παπακωνσταντίνου

<sup>1</sup> Β' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο

**ΣΚΟΠΟΣ:** Τα περιεδρικά συρίγγια είναι συχνό πρόβλημα σε ασθενείς με νόσο Crohn, τα οποία συνοδεύονται από σημαντική νοσηρότητα. Σκοπός της μελέτης είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της χειρουργικής αντιμετώπισης έπειτα από συριγγοτομή ή τοποθέτηση seton σε ασθενείς με συριγγοποιό περιεδρική νόσο Crohn

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη παρατήρησης 92 ασθενών με νόσο Crohn, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην κλινική μας από το 2010 έως το 2016. Η εκτίμηση της πορείας των συριγγίων έγινε με λεπτομερή φυσική εξέταση, μαγνητική τομογραφία ορθού (MRI) και εξέταση υπό γενική αναισθησία (EUA). Αναλύθηκε το ποσοστό υποτροπής των συριγγίων και η μετεχειρητική ακράτεια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Υψηλά διασφιγκτηριακά συρίγγια βρέθηκαν στο 45% των ασθενών, ενώ μεσαία ή χαμηλά στο 51%. Τέσσερεις γυναίκες (4%) εμφάνιζαν ορθοκολπικά συρίγγια. Όλοι οι ασθενείς με υψηλά διασφιγκτηριακά συρίγγια αντιμετωπίστηκαν με τοποθέτηση seton. Ασθενείς με μεσαία ή χαμηλά συρίγγια αντιμετωπίστηκαν είτε με συριγγοτομή είτε με τοποθέτηση seton, ανάλογα με την κλινική εκτίμηση. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν τα 2,48±1,65 έτη. Υποτροπή εμφανίστηκε σε έναν ασθενή μετά από συριγγοτομή και σε δύο ασθενείς με τοποθέτηση seton μέσα σε 6 μήνες από την αφαίρεση του. Ελάσσωσ ακράτεια εμφανίστηκε σε 8 ασθενείς έπειτα από συριγγοτομή και σε 5 ασθενείς έπειτα από τοποθέτηση seton.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συριγγοτομή είναι αποτελεσματική μέθοδος όταν εφαρμόζεται σε αυστηρά επιλεγμένους ασθενείς με χαμηλά διασφιγκτηριακά συρίγγια. Για μεσαία, πιο περίπλοκα συρίγγια η τοποθέτηση seton πρέπει να προτιμάται. Για υψηλά διασφιγκτηριακά συρίγγια η τοποθέτηση χαλαρού seton αποτελεί την μόνη επιλογή



ePP34

## ΕΧΙΝΑΤΣΙΑ ΚΑΙ ΙΦΝΕ – ΠΙΘΑΝΟΣ ΕΚΛΥΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ ΕΞΙΑΡΣΗΣ;

<sup>1</sup> Χ. Καπιζιώνη, <sup>1</sup> Γ. Μιχαλόπουλος, <sup>1</sup> Κ. Μακρής, <sup>1</sup> Χ. Τζάθας

<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ) οφείλονται σε διαταραχή της ανοσιακής απάντησης του ξενιστή έναντι περιβαλλοντικών παραγόντων σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα. Η Εχινάτσια αποτελεί ένα ευρέως διαδεδομένο φυτικό προϊόν, κυρίως χρησιμοποιούμενο για προστασία από τις ροιμώξεις. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση δυο περιστατικών ασθενών με ΙΦΝΕ σε χρόνια ύφεση που μετά τη λήψη σκευάσματος με Εχινάτσια παρουσίασαν έξαρση της νόσου, χωρίς ανεύρεση άλλου πιθανού εκλυτικού παράγοντα.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Περιστατικό 1: Πρόκειται για ασθενή 40 ετών με μακρόχρονη ελκώδη κολίτιδα σε κλινική, εργαστηριακή και ενδοσκοπική ύφεση χωρίς αγωγή. Προσήλθε με κλινική και εργαστηριακή εικόνα ήπιας προς μέτριας έξαρσης της νόσου, η οποία επιβεβαιώθηκε τόσο ενδοσκοπικά (μέτρια αριστερή κολίτιδα) όσο και ιστολογικά.

Περιστατικό 2: Πρόκειται για ασθενή 59 ετών με μακροχρόνια νόσο Crohn σε κλινική και ενδοσκοπική ύφεση υπό infliximab από 3ετίας. Προσήλθε με κλινική εικόνα έξαρσης της νόσου και συνοδό αύξηση της καλπροτεκτίνης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι δυο ασθενείς ελάμβαναν τις δυο εβδομάδες προ της έξαρσης, χάπια εχινάτσιας. Το σκεύασμα διεκόπη, ο μὲν πρώτος έλαβε 5-ΑΣΑ, η μὲν δεύτερη συνέχισε τις προγραμματισμένες εγχύσεις της και ανέρρωσαν πλήρως.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρόνια φλεγμονή στις ΙΦΝΕ έχει αποδοθεί σε διαταραχή των Τ λεμφοκυττάρων με τα Τ17 να την προάγουν και τα Τ-ρυθμιστικά να την αναστέλλουν. Πρόσφατα αναδείχτηκε ο ρόλος των anti-TNF στην αύξηση των Τ-ρυθμιστικών κυττάρων. Η εχινάτσια μειώνει τον αριθμό και τη λειτουργία των Τ-ρυθμιστικών, ενώ ενεργοποιεί τα ΝΚ και μακροφάγα κύτταρα. Η λεπτή ισορροπία μεταξύ προφλεγμονωδών και αντιφλεγμονωδών παραγόντων των ασθενών μας πιθανώς διαταράχθηκε λόγω της χρήσης της εχινάτσιας.



ePP35

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ  
ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**<sup>1</sup> Α. Μάντακα, <sup>1</sup> Ε. Διγενάκης, <sup>1</sup> Ε. Ορφανουδάκη, <sup>1</sup> Ι.Ε. Κουτρομπάκης<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου,  
Κρήτη

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να υπολογιστεί ο επιπολασμός της έλλειψης βιταμίνης D σε Έλληνες ασθενείς με ΙΦΝΕ και να διερευνηθεί ο πιθανός προγνωστικός της ρόλος.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μετρήθηκε η 25-υδροξυβιταμίνη D (25 OH VitD) στον ορό ενενήντα ασθενών που παρακολουθούνται στη Γαστρεντερολογική Κλινική ΠαΓΝΗ το 2009. Η κλινική κατάσταση εκτιμήθηκε βάσει της φαρμακευτικής αγωγής, τις εισαγωγές για τη νόσο στο νοσοκομείο και την αναγκαιότητα για χειρουργική επέμβαση σε διάστημα παρακολούθησης 6 ετών (2009-2015). Οι τιμές των επιπέδων της βιταμίνης D στη βάση αναλήφθηκαν σε σχέση με τις προαναφερθείσες παραμέτρους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 47.8% των ασθενών (63 με νόσο Crohn και 27 με ελκώδη κολίτιδα, μέσος ηλικίας 45.2±15.3 έτη, 47.8% θήλεα) είχαν χαμηλά επίπεδα 25 OH Vit D. Έλλειψη 25 OH VitD ήταν στατιστικά σημαντικά συχνότερη σε ασθενείς με νόσο Crohn (36.5% vs 7.4%, p=0.015). Οι ασθενείς με ειλεοκολονική νόσο είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα OH Vit D σε σχέση με νόσο παχέος ή τελικού ειλεού μόνο (35.3% vs 46.7% και 50% αντίστοιχα, p<0.001). Καμία συσχέτιση δεν βρέθηκε ανάμεσα στα επίπεδα της 25 OH Vit D και το κάπνισμα, την έκταση της νόσου στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, τη χρήση κορτικοστεροειδών, ανοσορυθμιστικών φαρμάκων, βιολογικών παραγόντων, τις εισαγωγές σε νοσοκομείο ή την αναγκαιότητα για χειρουργική επέμβαση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οί Έλληνες ασθενείς με νόσο Crohn έχουν χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης D, και κυρίως οι ασθενείς με ειλεοκολονική εντόπιση της νόσου, σε σύγκριση με τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Τα χαμηλά επίπεδα 25 OH Vit D δεν σχετίζονται με τη σοβαρότητα της νόσου ή με χειρότερη πρόγνωση.



ePP36

**ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ – ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ**

Β. Σταθακόπουλος, Α. Ευαγγελιάτος, Γ. Παινέσης, Κ. Κοττίκας

*Τμήμα Μάρκετινγκ & Επικοινωνίας, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συγκεκριμένη πανελλαδική έρευνα σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα, είχε σκοπό να καταγράψει: α) το ταξίδι του ασθενούς από το πρώτο σύμπτωμα μέχρι την διάγνωση και τις ιατρικές ειδικότητες που επισκέφθηκε, β) το ποσοστό των ασθενών που λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και γ) τη σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση αυτών των νοσημάτων.

**ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μια καινοτόμος ερευνητική μεθοδολογία ακολουθήθηκε. Αρχικά, 1.030.000 τυχαία επιλεγμένα νοικοκυριά προσεγγίστηκαν μέσω ενός τηλεφωνικού συστήματος διαδραστικής φωνητικής απόκρισης (IVR) και στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Κατόπιν, 1.422 νοικοκυριά έδωσαν τηλεφωνική συνέντευξη με δομημένο ερωτηματολόγιο σε ερευνητή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εντοπίστηκαν 91 και 83 ασθενείς με Νόσο Crohn (NC) και Ελκώδη Κολίτιδα (ΕΚ) αντίστοιχα. Ο χρόνος διάγνωσης ήταν 26,67 μήνες για την NC και 13,72 μήνες για την ΕΚ. Η πρώτη επίσκεψη των ασθενών με NC γινόταν σε γαστρεντερολόγους (44%) και παθολόγους (44%) ενώ στην ΕΚ τα ποσοστά ανέρχονταν σε 65% και 24% αντίστοιχα. Η διάγνωσή τους γινόταν σχεδόν αποκλειστικά από γαστρεντερολόγο (>90%). Το ποσοστό των ασθενών με NC και ΕΚ που λάμβαναν κάποια φαρμακευτική αγωγή ανήλθε στο 79,1% και 65,1% αντίστοιχα. Η ψυχολογική και σωματική επιβάρυνση των δυο ασθενειών (MOS SF12v2) ήταν παρόμοια για τα 2 νοσήματα και είχε θετική σχέση με την ενεργότητα της νόσου (SIBDQ) ( $p < 0,05$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ΕΚ φαίνεται να διαγιγνώσκεται γρηγορότερα σε σχέση με την NC, ενώ το σωματικό και ψυχολογικό φορτίο των 2 νοσημάτων ήταν παρόμοιο και σχετιζόμενο με την ενεργότητα. Μία πιο οργανωμένη και στοχευμένη διαχείριση των ασθενών με ΙΦΝΕ θα μπορούσε να οδηγήσει σε μία πιο έγκαιρη διάγνωση και συνεπώς σε καλύτερο έλεγχο.



ePP37

**ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ CLOSTRIDIUM DIFFICILE ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ  
ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΠΑΘΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΤΕΡΩΝ**

<sup>1</sup> Ν. Καραβασιλή, <sup>2</sup> Μ. Κοσμίδου, <sup>3</sup> Ε. Πριάβαλη, <sup>4</sup> Κ. Χ. Κατσάνος,  
<sup>3</sup> Σ. Λεβειδιώτου-Στεφάνου, <sup>4</sup> Δ.Κ. Χριστοδουίλου

<sup>1</sup> Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο  
Ιωαννίνων

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική Α΄ Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

<sup>3</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

<sup>4</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το Clostridium Difficile (CD) ευθύνεται για τις συνδεόμενες με τη χρήση αντιβιοτικών κοιλίτιδες. Ο αποικισμός του γαστρεντερικού σωλήνα διευκολύνεται από τη διαταραχή της φυσιολογικής εντερικής χλωρίδας οφειλόμενη στην αντιμικροβιακή αγωγή. Παραγόμενες εξωτοξίνες, οι οποίες συνδέονται με υποδοχείς των εντερικών επιθηλιακών κυττάρων, οδηγούν σε φλεγμονή και διάρροια. Το CD αποτελεί το πιο συχνό αίτιο νοσοκομειακής διάρροιας, καθώς και σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας μεταξύ νοσηλευόμενων ασθενών.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Να συγκριθεί ο επιπολασμός και η σοβαρότητα των λοιμώξεων από CD σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Πάθηση των Εντέρων (ΙΦΠΕ), σε σχέση με των αντίστοιχων του συνόλου των περιστατικών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκαν, για το έτος 2015, όλα τα επιβεβαιωμένα περιστατικά διάρροιας συνδεόμενης με το CD στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (ΠΓΝΙ). Διερευνήθηκε, η αιτία εισαγωγής των συγκεκριμένων ασθενών στο νοσοκομείο και επισημάνθηκε η συνύπαρξη της ΙΦΠΕ. Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 35 περιπτώσεων με επιβεβαιωμένη λοίμωξη από CD, 3 περιστατικά παρουσίαζαν και Ελκώδη Κοιλίτιδα, τα οποία εξήλθαν του νοσοκομείου έπειτα από μακρόχρονη συγκριτικά νοσηλεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σε αυτή την πρώτη προσπάθεια μελέτης των περιστατικών με ΙΦΠΕ, τα οποία παρουσίασαν λοίμωξη από CD στο ΠΓΝΙ, διαπιστώθηκε ότι συγκριτικά με το σύνολο των περιστατικών, 3 ανέπτυξαν CD. Η συγκεκριμένη συχνότητα εμφάνισης θεωρείται σημαντική, με δεδομένο την παράταση νοσηλείας και τα σοβαρά επακόλουθα συμπτώματα της λοίμωξης από CD, η οποία στην πλειοψηφία των περιπτώσεων επηρεάζει την πορεία της νόσου.





ePP38

**ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΨΕΥΔΟΠΟΛΥΠΩΔΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΦΝΕ ΣΤΗ ΒΟΡΕΙ-ΟΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ**<sup>1</sup> Δ. Πολίτης, <sup>1</sup> Κ. Κατσάνος, <sup>1</sup> Α. Σκαμνέλιος, <sup>1</sup> Ι. Μητσέλιος, <sup>1</sup> Δ. Χριστοδούλου

*<sup>1</sup> Πανεπιστημιακή Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες με αναφερόμενο εύρος επίπτωσης ψευδοπολυπόδων από 4-74 %(1, 2), με τις περισσότερες να αναφέρουν ως επίπτωση από 10-20%(3). Επίσης αναφέρεται διπλάσια επίπτωση σε ασθενείς με UC σε σχέση με ασθενείς με CD. Στην UC αναφέρεται διεθνώς μεγαλύτερη επίπτωση ψευδοπολυπόδων σε ασθενείς με μεγαλύτερη έκταση νόσου.(4)

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο έλεγχος της επίπτωσης των ψευδοπολυπόδων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που παρακολουθούνται από τη Γαστρεντερολογική κλινική του Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν αναδρομικά το ηλεκτρονικό αρχείο και οι φάκελοι ασθενών με ΙΦΝΕ τη περίοδο 1982-2011. Συνολικά μελετήθηκαν οι φάκελοι 635 ασθενών με κριτήριο την ανεύρεση ψευδοπολυπόδων σε τουλάχιστον ένα ενδοσκοπικό έλεγχο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ανευρέθησαν ψευδοπολύποδες σε 107 ασθενείς (16.8%). Από αυτούς, οι 30 με CD (28,1%), οι 74 UC (69.1%) και οι 3 με αδιευκρίνιστη κοιλίτιδα (2.8%). Στους ασθενείς με UC, οι 44 διαπιστώθηκαν με E3 (59.4%), οι 25 με E2 (33.7%) και οι 5 με E1 (6.7%), σύμφωνα με την ταξινόμηση του Μόντρεαλ για την έκταση της UC.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Στη μελέτη αυτή ανευρέθη παρόμοιο ποσοστό επίπτωσης ψευδοπολυπόδων σύμφωνα με τις περισσότερες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία. Τα αποτελέσματά μας επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση της αυξημένης επίπτωσης ψευδοπολυπόδων με την έκταση της UC. Η επίπτωση ψευδοπολυπόδων συγκριτικά σε ασθενείς με UC και CD είναι 2.4 : 1, ελαφρώς αυξημένη σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία. 1 Chawla LS et al. Journal of the Indian Medical Association 1990 Jun;88(6):159-60. 2 Bockus HL et al. Gastroenterologia 1956;86(5):549-81. 3 Sheikholeslami MR et al. Archives of pathology & laboratory medicine 2004 Nov;128(11):1286-8 4 de Dombal FT et al British Medical Journal 1966;1(5501):1442-7



ePP39

**Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΟΛΟ-ΟΡΘΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ  
ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ. ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ  
ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΝΑΦΟΡΑΣ**

<sup>1</sup> Μ. Φραγκάκη, <sup>1</sup> Μ. Μπαχλιτζανάκη, <sup>1</sup> Κ. Καρμίρης, <sup>1</sup> Α. Θεοδωροπούλου,  
<sup>1</sup> Ε. Βάρδας,  
<sup>1</sup> Γ. Πασπάτης

*<sup>1</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική Βενιζελείου Νοσοκομείου Ηρακλείου*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ:** Η ανάπτυξη κολο-ορθικού καρκίνου αποτελεί σημαντική δυσμενή εξέλιξη στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ). Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης κολοορθικού καρκίνου σε ασθενείς με ΙΦΝΕ και ο προσδιορισμός πιθανών προδιαθεσικών παραγόντων ανάπτυξης αυτού.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναδρομική ανασκόπηση των ενδοσκοπήσεων της περιόδου 1996-2016 των ασθενών με ΙΦΝΕ. Στη μελέτη εντάχθηκαν ασθενείς με ενδοσκοπική και ιστολογική τεκμηρίωση ΙΦΝΕ. Έγινε καταγραφή δημογραφικών στοιχείων, χαρακτηριστικών νόσου (ταξινόμηση Montreal), επέκτασης και αλλαγής συμπεριφοράς νόσου, εντόπισης του κολο-ορθικού καρκίνου και τυχόν συσχέτισής του με τη λαμβανόμενη αγωγή. Ως κολonoσκόπηση αναφοράς ορίστηκε αυτή της διάγνωσης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 550 ασθενείς με ΙΦΝΕ που έχουν υποβληθεί σε 1805 κολonoσκοπήσεις έχουν καταγραφεί έως τώρα. 279 (50,7%) είναι άνδρες. Διάμεση ηλικία διάγνωσης της ΙΦΝΕ: 41 έτη (εύρος 2-87). Διάμεσο διάστημα παρακολούθησης: 37,2 μήνες (εύρος 0-504,4). 274 (49,8%) έχουν ελκώδη κολίτιδα [EK], 272 (49,5%) νόσο του Crohn [NC] και 4 (0,7%) αταξινόμητη κολίτιδα. 8 ασθενείς (1,5%) ανέπτυξαν κολο-ορθικό καρκίνο: 2 με NC (ειλεοκολίτιδα, αμφότεροι στο δεξιό κόλον) και 6 με EK (4 εκτεταμένη, 2 στο ορθό, 1 στο δεξιό και 1 στο αριστερό κόλον και 2 αριστερόπλευρη, αμφότεροι στο αριστερό κόλον) ενώ 2 λάμβαναν αζαθειοπρίνη για περισσότερα από 3 έτη και κανένας δεν έλαβε antiTNFalpha βιολογικό παράγοντα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συχνότητα εμφάνισης κολο-ορθικού καρκίνου σε σειρά ασθενών με ΙΦΝΕ ενός κέντρου αναφοράς είναι χαμηλή και συμβατή με τα διεθνή δεδομένα.



ePP40

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

<sup>1</sup> Γ. Κούρτης, <sup>2</sup> Ε. Αλμπάνη, <sup>3</sup> Ι. Τριανταφυλλιάκης, <sup>4</sup> Ε. Γιάγκου, <sup>5</sup> Κ. Κατσάνος,  
<sup>5</sup> Δ. Χριστοδούλου

<sup>1</sup> Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία»

<sup>2</sup> Γ.Ν. Παίδων «Καραμανδάνειο» Πατρών

<sup>3</sup> Κ.Υ. Αστακού

<sup>4</sup> Καρδιολογική κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

<sup>5</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο  
Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα φαίνεται να μην έχουν περισσότερες, ή μόνο λίγο περισσότερες, ψυχολογικές διαταραχές συγκριτικά με ασθενείς με άλλες χρόνιες νόσους. Οι ψυχολογικές διαταραχές φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα της νόσου παρά η αιτία της, ή ειδικές για ελκώδη κολίτιδα. Ο βαθμός της ψυχολογικής επιβάρυνσης και των διαταραχών συσχετίζεται με τη σοβαρότητα της νόσου, προηγνώσκει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και επηρεάζει την πορεία της νόσου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανίχνευση της αλληλεπίδρασης που έχουν οι ψυχολογικές διαταραχές στην πορεία της νόσου, και στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση Ελληνικής και Διεθνούς βιβλιογραφίας κατά την τελευταία πενταετία, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, «Medline», «PubMed», «Ιατροτέκ».

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την Αναζήτηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε ,μια σταθερή συσχέτιση μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και της επίπτωσης συμπτωμάτων τύπου ΣΕΕ σε ασθενείς σε ύφεση. Υπάρχουν επίσης αποδείξεις ότι τα παιδιά και οι έφηβοι συνιστούν ένα πληθυσμό με αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει ψυχιατρική διαταραχή. Μια πρόσφατη μελέτη με μεγάλο πληθυσμό ΙΦΝΕ έδειξε ότι οι ασθενείς ΙΦΝΕ έχουν βαθμό κατάθλιψης τριπλάσιο από το γενικό πληθυσμό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην κλινική πράξη στις τακτικές επισκέψεις. Η ατομική πληροφόρηση και επεξήγηση σχετικά με τη



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

νόσο θα πρέπει να παρέχεται μέσω προσωπικής συνέντευξης. Η πορεία της νόσου μπορεί να βελτιωθεί με τον συνδυασμό αυτοδιαχείρισης και συμβουλευτικής με επίκεντρο τον ασθενή.

**ΛΕΞΕΙΣ- ΚΛΕΙΔΙΑ:** ψυχολογικές διαταραχές , ελκώδη κολίτιδα, ψυχολογία.



ePP41

**ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ  
ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ**

<sup>1</sup>Ε.Ν. Αλημπάνη, <sup>2</sup>Γ.Φ.Κούρτης, <sup>3</sup>Ι. Τριανταφυλλιάκης, <sup>4</sup> Ε. Π. Γιάγκου,  
<sup>5</sup>Κ. Κατσάνος,  
<sup>5</sup>Δ. Χριστοδούλου

<sup>1</sup> Ν. Υ., Γ.Ν. Παίδων «Καραμανδάνειο» Πατρών

<sup>2</sup>Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης Γεν. Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος  
Αθηνών «Σωτηρία»

<sup>3</sup> Κ.Υ. Αστακού

<sup>4</sup> Καρδιολογική κλινική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

<sup>5</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο  
Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διαχείριση των χρόνιων ασθενειών αποτελεί παγκόσμια πρόκληση και οι κοινές ανησυχίες εντοπίζονται στις αναπτυγμένες, αναπτυσσόμενες και υπό μετάβαση χώρες, καθώς η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού επιδεινώνει το πρόβλημα. Για τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για προγράμματα αυτοδιαχείρισης της νόσου, τα οποία υπογραμμίζουν την κεντρική έννοια της εκπαίδευσης των ασθενών στη διαχείριση της νόσου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας να παρουσιάσει βασικές έννοιες της αυτοδιαχείρισης της νόσου, να γνωρίσει την τρέχουσα κατάσταση και να συζητήσει και να υποστηρίξει τον νοσηλευτικό ρόλο στην εκπαίδευση του ασθενούς στην αυτοδιαχείριση της νόσου.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση Ελληνικής και Διεθνούς βιβλιογραφίας κατά την τελευταία πενταετία, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, «Medline», «PubMed», «Ιατροτέκ».

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η τρέχουσα και προβλεπόμενη συχνότητα εμφάνισης των χρόνιων ασθενειών σημαίνει ότι υπάρχει ανάγκη να αλλιάξει ο τρόπος παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε αναγνώριση της ανάγκης αυτής υπάρχει μια αυξανόμενη εστίαση στον επανασχεδιασμό των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και κατάλληλων υπηρεσιών παροχής φροντίδας και υποστήριξης στην κοινότητα για τα άτομα με χρόνιες παθήσεις. Στις χώρες του εξωτερικού, σύμφωνα με τη



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Ελληνική Ομάδα Μελέτης Ιδιοπαθών  
Φλεγμονωδών Νοσημάτων Εντέρου (ΕΟΜΙΦΝΕ)

# 15<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου

Βιβλιογραφία, τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης της νόσου πραγματοποιούνται κυρίως σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στην Ελλάδα ανάλογα προγράμματα έχουν αναπτυχθεί ενδονοσοκομειακά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο ρόλος του νοσηλευτή ως μέλος διεπιστημονικής ομάδας είναι σημαντικός, διότι βοηθάει στην απόκτηση δεξιοτήτων αυτοφροντίδας του ασθενούς. Ολοκληρωμένα προγράμματα αυτοδιαχείρισης της νόσου με συμμετοχή των νοσηλευτών στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, θα προσφέρουν σημαντικό όφελος στον ασθενή, όσο και επαγγελματικό όφελος στους νοσηλευτές.

**ΛΕΞΕΙΣ- ΚΛΕΙΔΙΑ:** εκπαίδευση ασθενούς, χρόνια νόσος, αυτοφροντίδα, αυτοδιαχείριση της νόσου.



ePP42

## ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

<sup>1</sup> Ι. Τριανταφυλλιάκης, <sup>2</sup> Ε. Αλημάνη, <sup>3</sup> Γ. Κούρτης, <sup>4</sup> Ε. Γιάγκου, <sup>4</sup> Κ. Κατσάνος,  
<sup>4</sup> Δ. Χριστοδούλου

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Αστακού Αιτωλοακαρνανίας

<sup>2</sup> Γ.Ν. Παίδων «Καραμανδάνειο» Πατρών

<sup>3</sup> Γ.Ν. Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»

<sup>4</sup> Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ) συνδέονται με χρόνια φλεγμονή. Οι ασθένειες αυτές έχουν πολλές ομοιότητες, αλλά ταυτόχρονα παρουσιάζουν και ουσιώδεις διαφορές. Η ακριβής αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη, αλλά ενοχοποιούνται γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ανοσολογικοί, ψυχολογικοί και διατροφικοί παράγοντες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανίχνευση της επίδρασης που έχει η διατροφή στην πορεία των ΙΦΝΕ.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση Ελληνικής και Διεθνούς βιβλιογραφίας κατά την τελευταία πενταετία, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, «Medline», «PubMed», «Ιατροτέκ».

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε, ότι υπάρχουν τρεις κύριες ενδείξεις για την έναρξη διατροφικής υποστήριξης στους ασθενείς με ΙΦΝΕ. Η πρώτη αφορά στη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης σε όποιον ασθενή η δραστηριότητα της νόσου εμποδίζει την επαρκή ημερήσια πρόσληψη θρεπτικών συστατικών. Η δεύτερη αφορά σε ασθενείς στους οποίους η διατροφική φροντίδα εφαρμόζεται ως πρωτογενής θεραπεία, σε συνδυασμό ή όχι με φάρμακα, καθώς και σε ασθενείς στους οποίους έχει προγραμματιστεί χειρουργική επέμβαση. Στην τρίτη περίπτωση ανήκουν οι ασθενείς που χρειάζονται μακρά θεραπεία με ολική παρεντερική θρέψη, λόγω εκτεταμένης προσβολής του εντέρου. Δεν υπάρχει κάποιο κοινό διαιτητικό πρωτόκολλο που να μπορεί να εφαρμοστεί από όλους τους ασθενείς, αλλά γενικές ή/και ειδικές διαιτητικές οδηγίες

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η διατροφή αποτελεί ένα βασικό περιβαλλοντικό εργαλείο για τον έλεγχο των χρόνιων νοσημάτων. Η διατροφή μπορεί να βοηθήσει στην πορεία των ΙΦΝΕ και στην πρόσληψη των επιπλοκών τους, έτσι ώστε να αποφευχθεί η χειρουργική επέμβαση, να εξασφαλίσει στο σώμα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και να βοηθήσει στην διαδικασία της επούλωσης.



