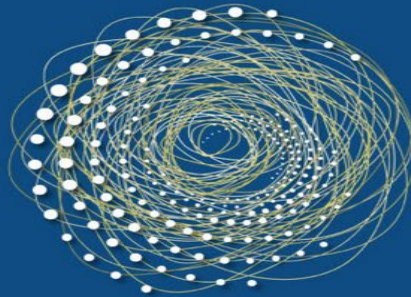


31^ο Έτος

Ημέρες Παθολογίας 2023

"Διλήμματα στην Κλινική Παθολογία"



Εκκολπωματική Νόσος Παχέος εντέρου

Κουτσουνάς Ιωάννης MD, PhD, FEBGH

Γαστρεντερολόγος

Ακαδημαϊκός Υπότροφος ΕΚΠΑ

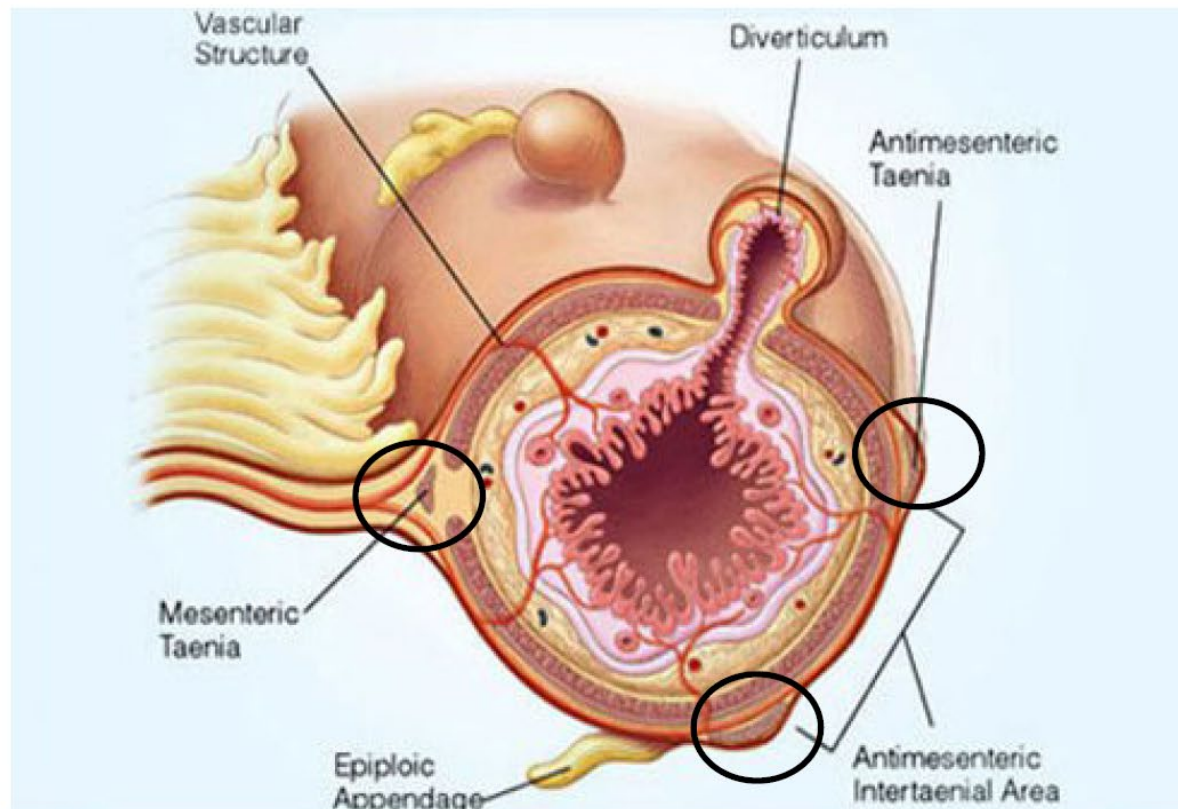
Η εκκολπωματική νόσος του κόλου αποτελεί σημαντική αιτία νοσηλειών και διάθεσης πόρων στην Δύση

Shaheen, AJG 2006

- Η εκκολπωματική νόσος ήταν η 8^η συχνότερη αιτία προσέλευσης στο εξωτερικό ιατρείο στις ΗΠΑ το 2010
- 216560 νοσηλείες για εκκολπωματίτιδα το 2012 (2.2 δις)
- 16^η συχνότερη αιτία θανάτου μεταξύ νοσημάτων του πεπτικού το 2012 στις ΗΠΑ (0.9/100000)

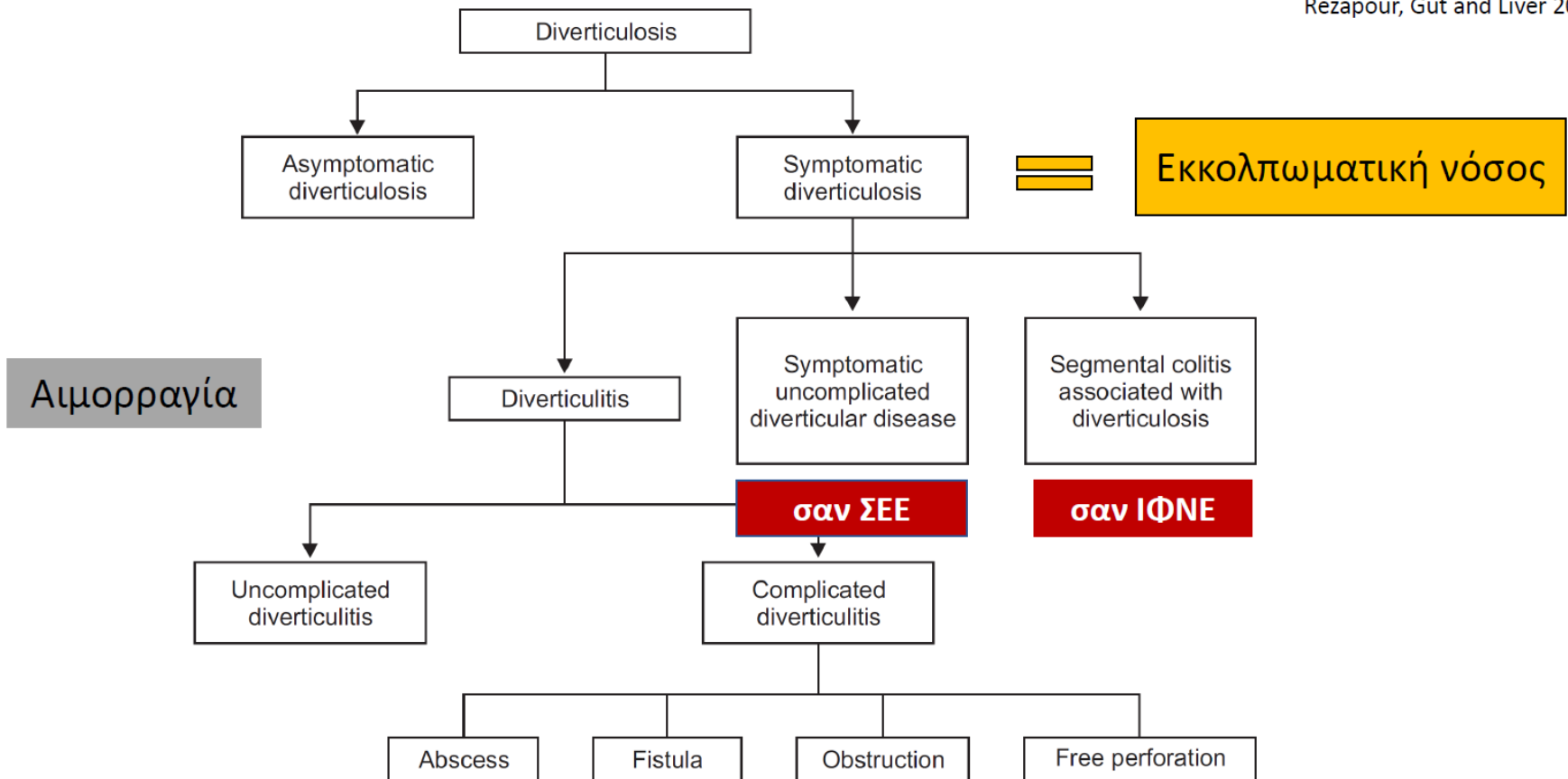
Peery, Gastro 2015

Τα εκκολπώματα αναπτύσσονται στα ευένδοτα σημεία όπου τα αγγεία vasa recta εισέρχονται στην κυκλοτερή μυϊκή στιβάδα

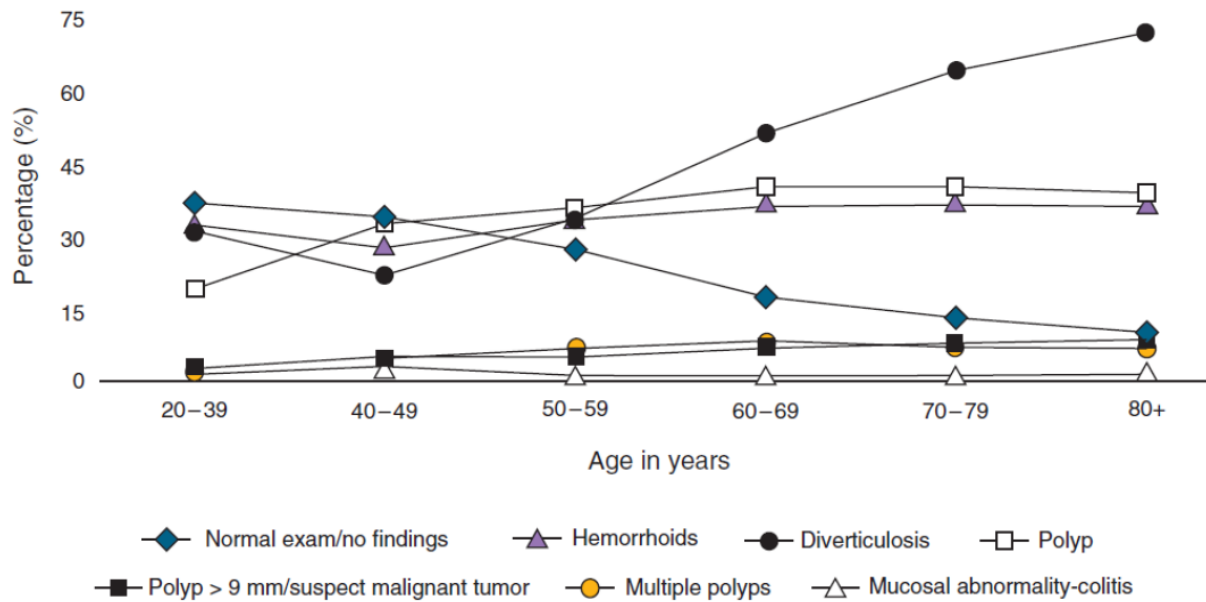


Ταξινόμηση εκκολπωμάτωσης

Rezapour, Gut and Liver 2018



Τα εκκολπώματα είναι η συχνότερα ανιχνεύσιμη 'βλάβη' σε κολονοσκοπήσεις ρουτίνας στις ΗΠΑ



Ο επιπολασμός της νόσου αυξάνεται με την ηλικία (και σχετίζεται με την γεωγραφία)

✓ Επιπολασμός εξαρτώμενος (αυξανόμενος) από την ηλικία (**<20% στα 40, 60% στα 60**)

☐ Δύση: επιπολασμός 5-40%

40%

25%

☐ Ασία: επιπολασμός 13-25%, κυρίως ΔΕ κόλο

✓ Αύξηση επιπολασμού στη Δύση και σε χώρες με 'Δυτικές' συνήθειες

✓ 95% έχουν εκκολπώματα σιγμοειδούς

✓ 65% έχουν μόνο εκκολπώματα σιγμοειδούς

Delvaux, APT 2003

Miura, Dis Colon Rectum 2000

Peery, Gastroenterology 2012

Αιμορραγία

- 5-15%
- Μαζική σε 1/3 ασθενών
- 50-90% από το ΔΕ κόλο

Wong, Dis Colon Rectum 1997

Εκκολπωματίτιδα

- 4-15%
- Αύξηση με την πρόοδο της ηλικίας
- Αύξηση συχνότητας που στο μεγαλύτερο ποσοστό αφορά νέους ασθενείς
- Άνδρες <50 ή Γυναίκες >70

Etzioni, Ann Surg 2009

Παθοφυσιολογία – παθογένεια - παράγοντες κινδύνου

Η συσχέτιση της δομής του εντερικού τοιχώματος και της κινητικότητας με την ανάπτυξη εκκολπωμάτων είναι αμφιλεγόμενη

Μελέτη	Συμπέρασμα	Σχέση με κινητικότητα
Burkitt, Cancer 1971	Χαμηλή επίπτωση εκκολπωματικής νόσου στην Αφρική πιθανώς λόγω υψηλής κατανάλωσης ινών και ταχύτερου χρόνου διάβασης	+
Peery, Gastro 2013	Χαμηλή εντερική κινητικότητα και σκληρά κόπρανα σχετίζονται με χαμηλή συχνότητα εκκολπωμάτωσης	-
Painter, Lancet 1969	Η δυσκοιλιότητα και οι υψηλές πιέσεις οδηγούν σε ανάπτυξη εκκολπωμάτων	+
Bassotti, Dis Colon Rectum 2001	Όσοι είχαν εκκολπώματα είχαν αυξημένη κινητικότητα και ισχυρή προωθητική δραστηριότητα	-

Η γενετική προδιάθεση για την εκκολπωματική νόσο φαίνεται να είναι αδιαμφισβήτητη

Μελέτη	Συμπέρασμα
Rajndra, Eur JGH 2005	Στην Δύση συνήθως στο AP κόλο, στην Ασία στο ΔΕ
Loffeld, Colorectal Dis 2005	Ολλανδία: συχνότητα 50% για τους 'γηγενείς' έναντι 7.5 % μεταξύ Τούρκων μεταναστών
Stemmermann, Arch Environ Health 1970	Ιάπωνες που ζουν στις ΗΠΑ: εκκολπώματα ΔΕ
Granlund, APT 2012	Ο κίνδυνος ανάπτυξης εκκολπωμάτων σε μονοζυγωτικά δίδυμα είναι 7.15 και σε διζυγωτικά 3.2



Ο ρόλος των 'ινών' στην εκκολπωματική νόσο

[και η ενδεχόμενη επίδρασή τους στην κινητικότητα, τις ενδοαυλικές πιέσεις, την φλεγμονή, την χλωρίδα]

- Η χορτοφαγία και η υψηλή περιεκτικότητα σε 'ίνες' σχετίστηκαν με μικρότερο κίνδυνο εισαγωγής στο νοσοκομείο και θανάτου από εκκολπωματική νόσο Crowe, BMJ 2011
- Ο συνδυασμός υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος και κόκκινο κρέας καθώς και η χαμηλή σε 'ίνες' δίαιτα προάγουν την συμπτωματική 'εκκολπωματική νόσο' Aldoori, Am J Clin Nutr 1994

Παρά τα αντικρουόμενα δεδομένα (και λόγω της ασφάλειάς τους) η υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες μπορεί να αναστέλλει την ανάπτυξη εκκολπωμάτων και πιθανώς μειώνει τον κίνδυνο συμπτωματικής εκκολπωματικής νόσου

Ασθενείς με ασυμπτωματική εκκολπωματική νόσο είχαν υψηλότερες τιμές βιταμίνης D αναφοράς σε σύγκριση με όσους νοσηλεύτηκαν για εκκολπωματίτιδα Maguire, CGH 2013

Ο ρόλος της παχυσαρκίας (μικροβίωμα;) και της άσκησης είναι αμφιλεγόμενος

Μελέτη	Συμπέρασμα	Συσχέτιση
Strate, Gastro 2009	Η παχυσαρκία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών	Θετική
Strate, AJG 2009	Η άσκηση μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών	Θετική
Rosemar, Dis Colon Rectum 2008	Η παχυσαρκία σε άρρενες σχετίστηκε ισχυρά με νοσηλεία για επιπλεγμένη νόσο	Θετική
Hjern, AJG 2012	Η παχυσαρκία και η έλλειψη άσκησης σε γυναίκες αυξάνει τον κίνδυνο νοσηλείας για επιπλεγμένη νόσο	Θετική
Peery, CGH 2013	Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση ανάμεσα στην ανάπτυξη εκκολπωμάτων και την άσκηση	Καμία

Aspirin and NSAID Use and the Risk of Diverticulitis and Diverticular Bleeding^a

	Non-users of Aspirin and NSAIDs	Regular Use of Aspirin only	Regular Use of NSAIDs only	Regular Use of Aspirin and NSAIDs
Person Years	367,223	273,233	96,726	120,609
Diverticulitis				
Incident cases	288	313	148	190
Age-adjusted HR (95% CI) ^b	1.0	1.32 (1.12–1.55)	1.87 (1.52–2.29)	1.85 (1.53–2.42)
Multivariate HR (95% CI) ^c	1.0	1.25 (1.05–1.47)	1.72 (1.40–2.11)	1.65 (1.36–2.01)
Diverticular Bleeding				
Incident cases	58	93	40	65
Age-adjusted HR (95% CI) ^b	1.0	1.90 (1.36–2.65)	1.92 (1.27–2.91)	2.45 (1.69–3.53)
Multivariate HR (95% CI) ^c	1.0	1.70 (1.21–2.39)	1.74 (1.15–2.64)	2.02 (1.38–2.96)

Nut, corn, and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease.
Strate LL, Liu YL, Syngal S, Aldoori WH, Giovannucci EL
JAMA. 2008;300(8):907

- Μελέτη παρατήρησης
- 47228 άνδρες ηλικίας 40-75 ετών
- 18 έτη παρακολούθησης
- 801 περιπτώσεις εκκολπωματίτιδας
- 383 περιπτώσεις εκκολπωματικής αιμορραγίας

Η κατανάλωση καλαμποκιού, ποπ-κορν και ξηρών καρπών δεν συνδέθηκε με αυξημένη συχνότητα εκκολπωματώσεως ή επιπλοκών της

Κλινική εικόνα

Ασυμπτωματική

Συμπτωματική (25%)

Εκκολπωματική 'νόσος'

Αιμορραγία (5-15%)

Εκκολπωματίτιδα

(15-25% ή και πολύ χαμηλότερη, σχέση με ηλικία)

επιπλεγμένη 25%

ανεπίπλεκτη 75%

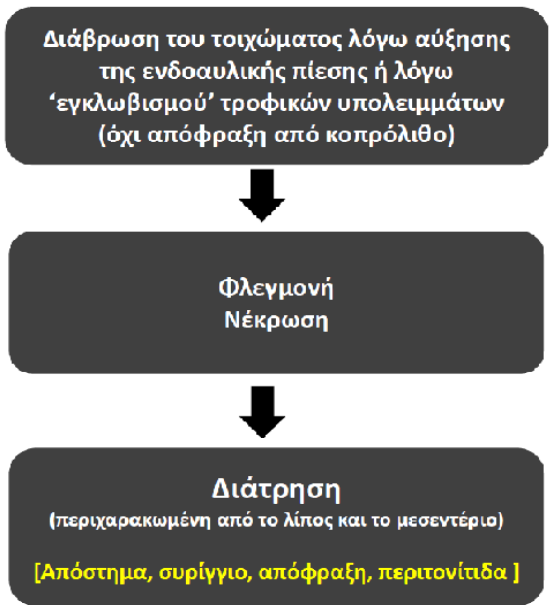
Εκκολπωματική κολίτιδα (SCAD)

Μη επιπλεγμένη νόσος (SUDD)

Αιμορραγία από εκκολπώματα

- Η συχνότερη αιτία αιματοχεσίας
- 15% μεταξύ ασθενών με εκκολπώματα
- 50-90% αιμορραγούν τα εκκολπώματα του ΔΕ κόλου
- Μέχρι 40% ο κίνδυνος επαναιμορραγίας
- 75% αυτόματος έλεγχος
- 20% θνητότητα (πληθυσμός μεγάλης ηλικίας)

Παθογένεια εκκολπωματίτιδας

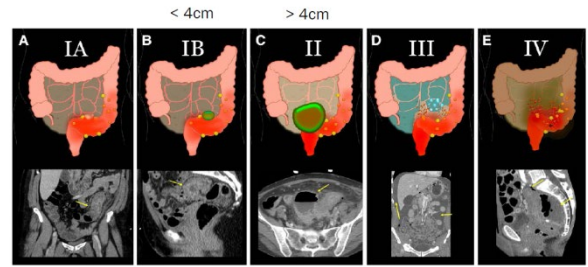


Ανεπίπλεκτη εκκολπωματίτιδα

Επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα

- Απόστημα
- Συρίγγιο
- Διάτρηση/περιτονίτιδα
- Στένωση

- Ανεπίπλεκτη: Hinchey 0 & Ia
- Επιπλεγμένη: Hinchey Ib, II, III, IV



Οξεία εκκολπωματίτιδα σε νεότερη ηλικία (<40-50έτη)

- Επιθετικότερη
- Συχνότερη η ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης
- Σοβαρότερη υποτροπή
- Χειρότερη έκβαση αν χρειαστεί χειρουργείο για την υποτροπή

Schauer, Am J Surg 1992

Freischlag, Dis Colon Rectum 1986

Pautrat, Dis Colon Rectum 2007

Ambrosetti, J Am Coll Surg 1994

• Υποτροπή (μέχρι και 40%)

- Επιπλεγμένη υποτροπή σπάνια (4%)
- *Η κολεκτομή δεν προφυλάσσει πλήρως από την υποτροπή*

Προγνωστικές παράμετροι υποτροπής:

- ❖ Οικογενειακό ιστορικό
- ❖ Μεγάλο μήκος προσβολής >5εκ
- ❖ Απόστημα οπισθοπεριτοναϊκό
- ❖ Ηλικία <40
- ❖ Προηγούμενη υποτροπή

Εκκολπωματική
Κολίτιδα {SCAD}

ΙΦΝΕ



ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΣΗ/ΤΙΤΙΔΑ

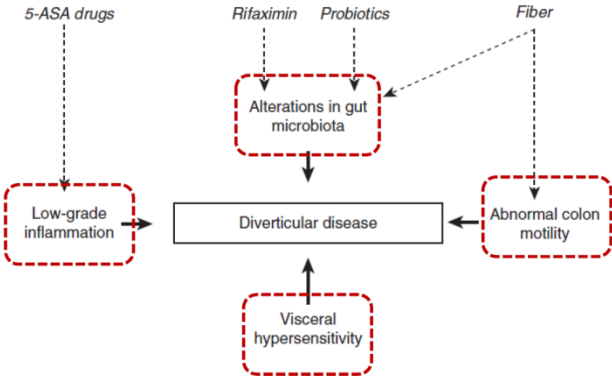


Χρόνιο κοιλιακό
άλγος {SUDD}
(ΣΕΕ;) 20%

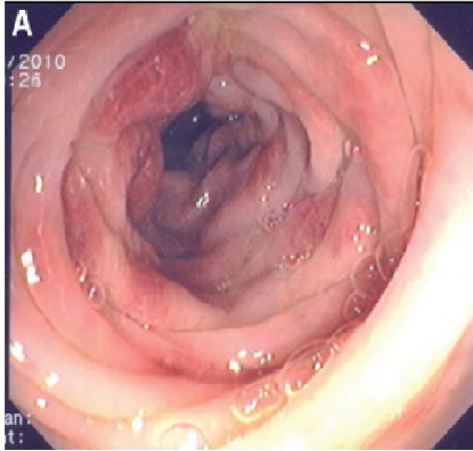
ΣΕΕ

- Πρόπτωση του βλεννογόνου
- 'Στάση'
- Διαταραχή μικροβιακής χλωρίδας
- Ισχαιμία
- Διαταραχές διαπερατότητας
- Μεταβολές στην μικρο-κυκλοφορία

- Σπλαχνική υπερευαισθησία
- Διαταραχή κινητικότητας
- Φλεγμονή



Εκκολπωματική κολίτιδα: Φλεγμονή του βλεννογόνου μεταξύ των στομίων (δεν φλεγμαίνουν τα στόμια)



- Συνήθως στο σιγμοειδές (+κατιόν), **φείδεται του ορθού**
 - Επιπολασμός σε ασθενείς με εκκολπωμάτωση 0.26-1.5%
 - Υπεροχή ανδρών
 - Μέση ηλικία 64 έτη
-
- Άλγος, αιματοχεσία, διάρροιες
 - Συνήθως στα πλαίσια διερεύνησης για κοιλιακό άλγος και χρόνια διάρροια
 - Αυτόνομη οντότητα (;) και όχι επιπλοκή της εκκολπωμάτωσης (;)
-
- CT: πάχυνση τοιχώματος του πάσχοντος σιγμοειδούς,
μερικές φορές ασαφοποίηση/θολερότητα του λίπους
 - WBC συνήθως φυσιολογικά
 - Καλπροτεκτίνη/λακτοφερρίνη συνήθως 'παθολογικά'

Διαφορική διάγνωση τμηματικής κολίτιδας (διάρροια, άλγος, κολίτιδα)

- **ΜΣΑΦ**

(ιστορικό λήψης)

- **Μετακτινική**

(ιστορικό, ιστολογικά αγγειεκτασίες και ίνωση)

- **Λοιμώδης**

- Οξεία (ανεπίπλεκτη) εκκολπωματίτιδα

CT: μικρότερου βαθμού πάχυνση τοιχώματος και *μεγάλου βαθμού θολερότητα λίπους*
(διόγκωση των μεσεντερίων αγγείων και υγρό στην ρίζα του μεσο-σιγμοειδούς)

Υψηλοί φλεγμονώδεις δείκτες

- **ΙΦΝΕ**

Συμπτωματική μη επιπλεγμένη Εκκολπωματική νόσος (SUDD)

- **Επιμένον κοιλιακό άλγος χωρίς κολίτιδα ή εκκολπωματίτιδα**
- *Στην αξονική μπορεί να υπάρχει πάχυνση του τοιχώματος αλλά χωρίς φλεγμονώδεις αλλοιώσεις*
- **Παρά την φαρμακευτική ή και την χειρουργική αντιμετώπιση της οξείας εκκολπωματίτιδας, τα συμπτώματα δεν υποχωρούν**
- **Επιμένουν (μήνες) το άλγος κυρίως και ίσως αλλαγή των συνηθειών και απώλεια αίματος από το ορθό**
- **Κάποιοι από αυτούς τους ασθενείς έχουν λειτουργικά προβλήματα!**

Συμπτωματική μη επιπλεγμένη Εκκολπωματική νόσος (SUDD) Χρόνια (βραδυφλεγής) υποβόσκουσα εκκολπωματίτιδα (smouldering)

- Το σοβαρού βαθμού, επιμένον άλγος AP κάτω κοιλίας είναι το σύμπτωμα που (καλύτερα) χαρακτηρίζει την SUDD και την διακρίνει από το ΣΕΕ
- Καλπροτεκτίνη κοπράνων
 - 64% των ασθενών με SUDD (+) καλπροτεκτίνη
 - Κανένας ασθενής με ΣΕΕ δεν είχε (+) καλπροτεκτίνη ($p < 0.0001$)

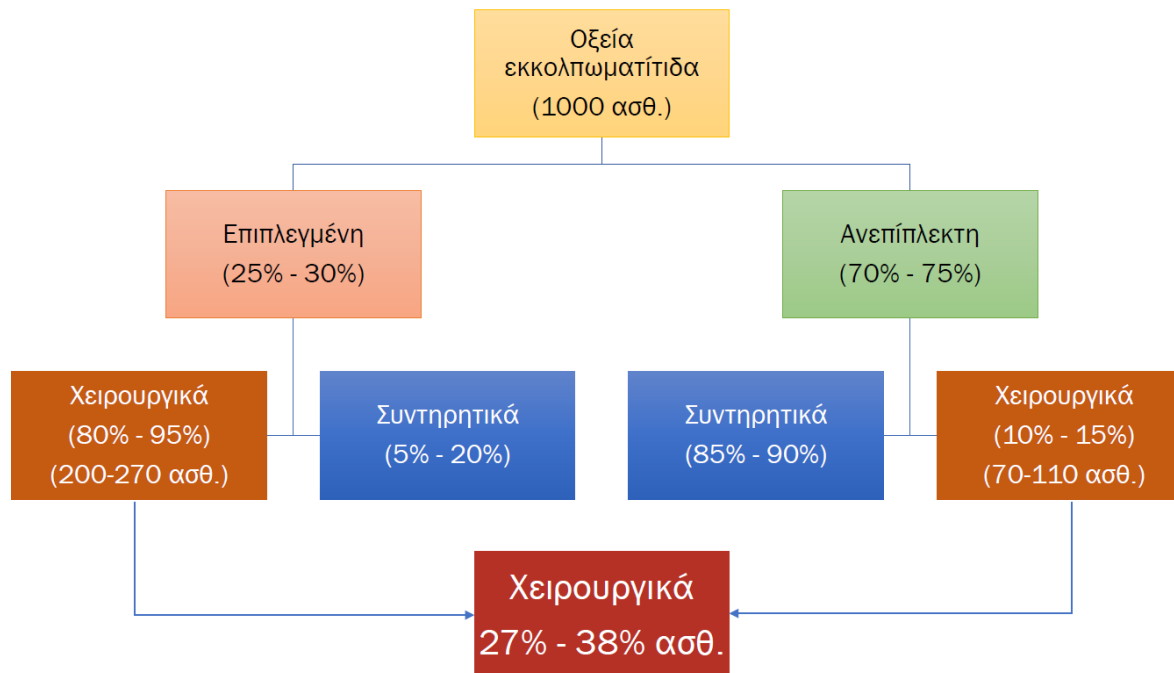
Tursi, J Clin Gastroenterol 2014

- ❖ Μετά- εκκολπωματίτιδα ΣΕΕ;
- ❖ Αναλογίες με μετά- γαστρεντερίτιδα ΣΕΕ;

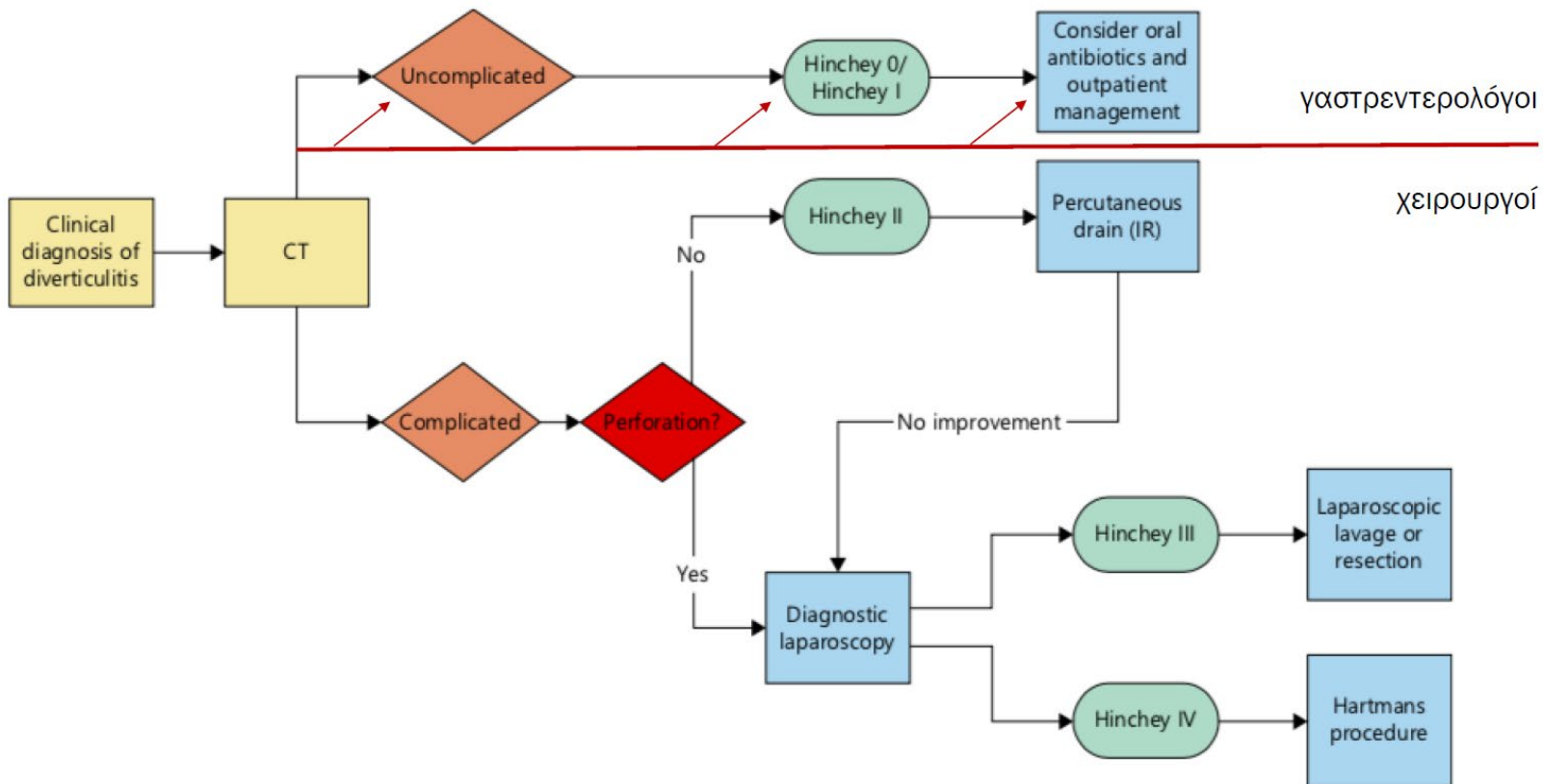
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οξεία εκκολπωματίτιδα

- Χρειάζεται πάντα αντιβιοθεραπεία;
- Πότε χρειάζεται νοσηλεία;
- Η προσαρμογή στην Ελληνική πραγματικότητα βάσει «πίστης» ή επιστημονικών δεδομένων;
- Τι κάνουμε με τα ΜΣΑΦ;
- Τι κάνουμε με τις φυτικές ίνες;
- Τι κάνουμε με τις διάφορες χρόνιες θεραπείες (ριφαξιμίνη, μεσαλαζίνη κλπ);



Οξεία εκκολπωματίτιδα

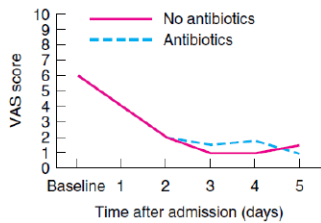


Οξεία εκκολπωματίτιδα

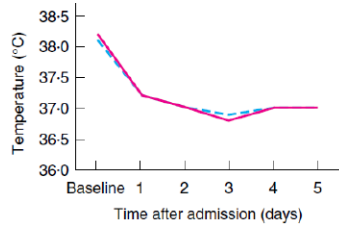
Θα δώσουμε αντιβιοτικά;

AVOD Study Group. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis

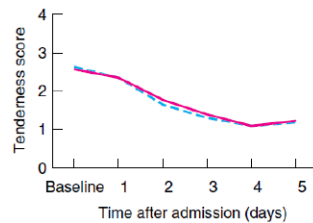
- Τυχαιοποιήθηκαν 623 νοσηλεύόμενοι ασθενείς



a Abdominal pain



b Temperature

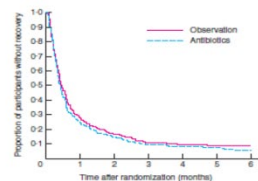
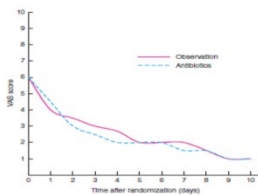


c Abdominal tenderness

	No antibiotics (n = 309)	Antibiotics (n = 314)	P†
Complications	6 (1.9)	3 (1.0)	0.302
Sigmoid perforation	3 (1.0)	3 (1.0)	0.985
Abscess	3 (1.0)	0 (0)	0.080
Sigmoid resections	7 (2.3)	5 (1.6)	0.541
During hospital stay	1 (0.3)	3 (1.0)	0.324
During follow-up	6 (1.9)	2 (0.6)	0.148
Hospital stay (days)*	2.9(1.6)	2.9(1.9)	0.717‡
Recurrent diverticulitis	47 of 290 (16.2)	46 of 292 (15.8)	0.881

non-antibiotics $\xrightarrow{32\%}$ antibiotics

- Τυχαιοποιήθηκαν 523 ασθ.
- Hinchey Ia & Ib



	Observation (n = 262)	Antibiotics (n = 266)	Unadjusted P†	Adjusted P‡
Outpatient treatment	34 (13.0)	1 (0.4)	< 0.001	0.006
Duration of initial admission (days)†	2 (1-3)	3 (2-3)	< 0.001*	0.006
Recovery within 6 months	234 (89.3)	248 (93.2)	0.055	0.183
Readmission within 6 months	46 (17.6)	32 (12.0)	0.037	0.148
Total number of readmissions	66	35		
Proportion of time outside hospital in the 6 months after surgery†§	0.989 (0.978-0.994)	0.983 (0.978-0.989)	< 0.001*	0.006
Complications				
Abscess (> 5 cm)	2 (0.8)	2 (0.8)	0.682	0.682
Perforation	3 (1.1)	2 (1.1)	0.650	0.678
Obstruction	4 (1.5)	2 (0.8)	0.336	0.448
Flatus	1 (0.4)	0 (0)	0.496	0.553
Bleeding	2 (0.8)	0 (0)	0.246	0.390
All index admission interventions	3 (1.1)	6 (2.3)	0.260	0.390
Percutaneous	2 (0.8)	1 (0.4)	0.494	0.553
Surgery	8 (3.1)	5 (1.9)	0.192	0.354
Ongoing diverticulitis within 6 months	19 (7.3)	11 (4.1)	0.061	0.183
Imaging-proven	10	5		
Needing admission	15	4		
Recurrent diverticulitis within 6 months	9 (3.4)	8 (3.0)	0.391	0.494
Imaging-proven	7	4		
Needing admission	4	5		
Sigmoid resection within 6 months	10 (3.8)	8 (3.0)	0.148	0.323
Emergency	2 (0.8)	3 (1.1)	0.507	0.553
Elective	8 (3.1)	5 (1.9)	0.106	0.254
Morbidity‡	127 (48.5)	145 (54.5)	0.083	0.221
Mild	89 (34.0)	114 (42.9)	0.018	0.086
Serious	69 (26.3)	61 (22.9)	0.182	0.354
Antibiotic-related	1 (0.4)	22 (8.3)	< 0.001	0.006
Mortality	1 (1.1)	0 (0)	0.306	0.422

Οξεία εκκολπωματίτιδα

The [AGA](#) suggests that antibiotics **should be used selectively**, rather than routinely, in patients with acute uncomplicated diverticulitis.

Gastroenterology 2015; 149:1950-1976

Κριτήρια χορήγησης αντιβιοτικών: υψηλός πυρετός, WBC > 12000, μεγάλη ηλικία, συννοσηρότητα (ΚΑ, ΧΝΑ, ΣΔ, κίρρωση κλπ)

Εισαγωγή στο νοσοκομείο ή θεραπεία στο σπίτι;

Outpatient versus hospitalization management for uncomplicated diverticulitis: a prospective, multicenter randomized clinical trial (DIVER Trial).

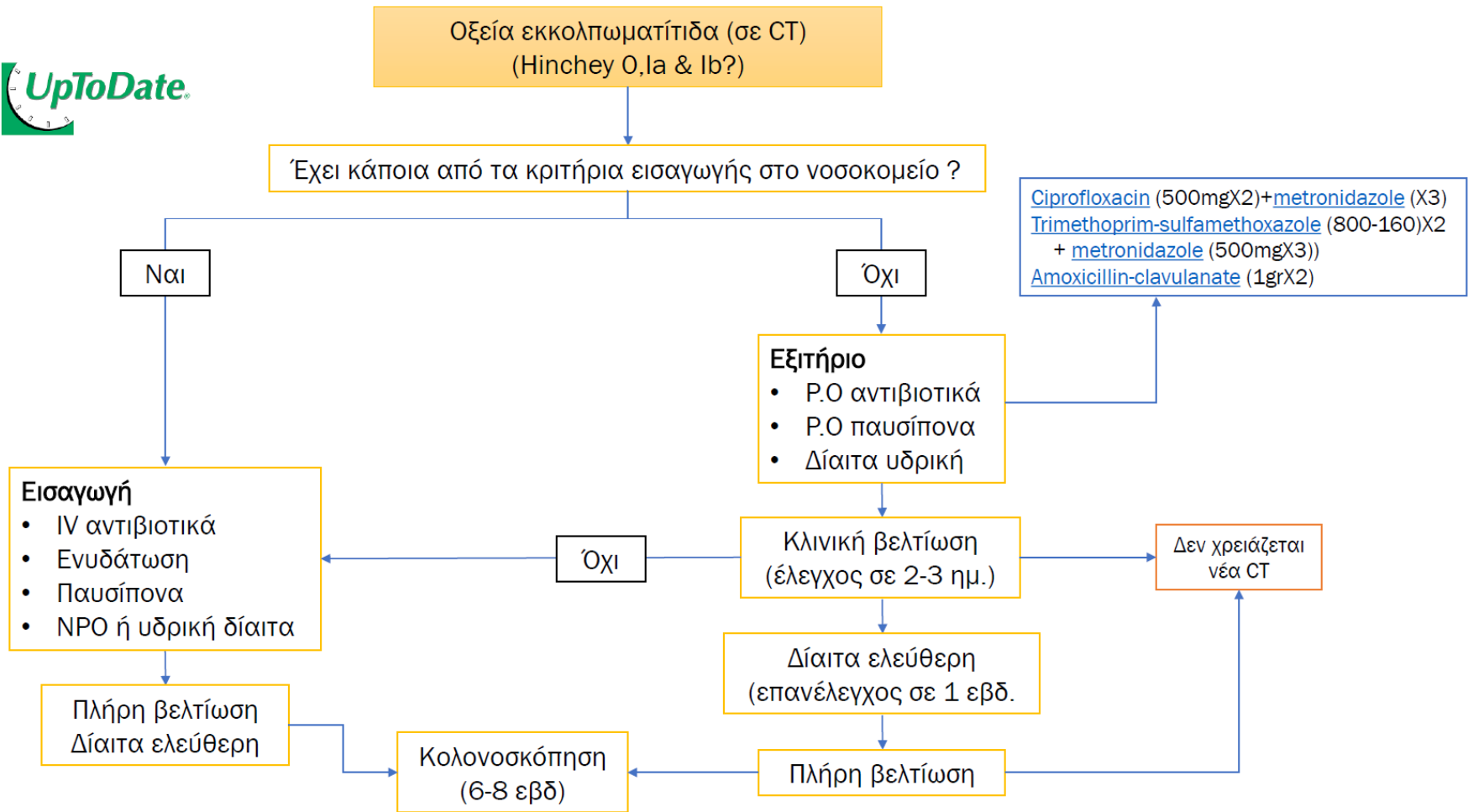
RESULTS: No differences were observed between the groups in terms of treatment failure and quality of life.

Biondo et al. Ann Surg. 2014.

Table 4. Outcomes of failure of medical treatment and recurrence rate at follow-up in treatment of UD

Study ID	Failure rate of medical treatment		Recurrence rate at follow-up	
	OP	IP	OP	IP
Biondo et al. [1], 2014*	3/66	4/66	–	–
Lorente et al. [19], 2013*	5/90	2/46	16/90	10/46
Rodriguez-Cerrillo et al. [12], 2013	0/34	0/18	–	–
Rueda et al. [13], 2012	8/38	5/18	–	–
Moya et al. [20], 2012	2/32	0/44	3/32	2/44
Lutwak and Dill [18], 2012	3/21	0/21	–	–
Alonso et al. [17], 2010	2/70	0/26	6/70	2/26
TCN, n (%)	23/351 (6.5)	11/239 (4.6)	25/192 (13.0)	14/116 (12.1)
Mora Lopez et al. [16], 2013*	4/68	–	–	–
Martin Gil et al. [14], 2009*	4/74	–	–	–
Paláez et al. [15], 2006*	2/40	–	–	–
Overall total, n (%)	33/533 (6.2)	11/239 (4.6)	25/192 (13.0)	14/116 (12.1)

Οξεία εκκολπωματίτιδα



Χειρισμός ασθενών μετά το οξύ επεισόδιο

- Σε ανεπίπλεκτη οξεία εκκολπωματίτιδα σε ανοσοεπαρκή ασθενή δεν απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση, **ανεξάρτητα τον αριθμό των επεισοδίων στο παρελθόν**
 - Εξαιρέσεις (ίσως): Ναυτικοί, κάτοικοι απομονωμένων περιοχών κλπ
- Διαιτητικές παρεμβάσεις: μειώνουν την πιθανότητα υποτροπών
- Υψηλή κατανάλωση φυτικών ινών (όχι στην οξεία φάση)
- Ελεύθερα: σπόρους – καλαμπόκι – ξηρούς καρπούς (όχι στην οξεία φάση)

Φαρμακευτική πρόληψη υποτροπών

- The AGA recommends **against** the use of **mesalamine** after acute uncomplicated diverticulitis.

Strong Recommendation

- The AGA suggests **against** the use of **rifaximin** after acute uncomplicated diverticulitis.

Conditional Recommendation

- The AGA suggests **against** the use of **probiotics** after acute uncomplicated diverticulitis.

Conditional Recommendation



Θεραπευτικοί στόχοι

- A. Ανακούφιση πόνου & βελτίωση ποιότητας ζωής
- B. Αναστολή εξέλιξης προς οξεία εκκολπωματίτιδα (→ 2.5%)

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

- ❖ Φυτικές ίνες, προβιοτικά
- ❖ Ριφαξιμίνη [400 mg x 2, 7-10 ημ./3 μήνες]
- ❖ Μεσαλαζίνη

Τμηματική κολίτιδα σχετιζόμενη με εκκολπώματα (SCAD)

1^ο βήμα

- **Ciprofloxacin** 500mgX2 + **metronidazole** 500mgX3, για 7-14ημ.
- Επί αποτυχίας: **Mesalazine** 2.4g/day, για 7-10ημ
Επί νέας αποτυχίας: Mesalazine 4.8 g/day, για 2 - 4 εβδ.
- Επί υποτροπής (σε ασθενείς που αρχικά ανταποκρίθηκαν στα αντιβιοτικά): επανάληψη αρχικής αγωγής αντιβιοτικά.
Επί νέας υποτροπής: μακροχρόνια θεραπεία με ciprofloxacin.

2^ο βήμα

- **Prednizone*** 40mg/day, για μία εβδομάδα (& tapering σε 6 εβδ.)

3^ο βήμα

- **Χειρουργική επέμβαση**: Σε ασθενείς κορτικο-ανθεκτικούς (υποτροπή άμα κορτιζόνη δεν μπορεί να μειωθεί <10mg/day εντός 3 μηνών ή ο ασθενής αρχικά ανταποκρίνεται, αλλά στην πορεία υποτροπιάζει εντός 3 μηνών από διακοπή στεροειδών)

Αιμορραγία από εκκολπώματα

- Γρήγορη εκτίμηση και αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς
- **2 μεγάλοι περιφερικοί οδοί**
- Αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς, με ενεργό αιμορραγία ή και με σημαντικά συνυπάρχοντα νοσήματα θα πρέπει να οδηγούνται απ' ευθείας σε ΜΑΦ, εν αναμονή των εργαστηριακών εξετάσεων.
- Αναζητούμε και διορθώνουμε τυχόν διαταραχές πήκτικότητας

Πότε πρέπει να ενδοσκοπηθεί ο ασθενής;

Αιμορραγία από εκκολπώματα

Παράμετροι αξιολόγησης σωστού “timing” ενδοσκόπησης

- ❖ *Συνεχιζόμενη vs επισχεθείσας αιμορραγίας (80%)*
- ❖ *Πρόσφατη απεικόνιση ή κολονοσκόπηση του ασθενούς για ανάδειξη άλλης πιθανής εστίας αιμορραγίας*
- ❖ *Πρακτικές δυσκολίες (ποιότητα προετοιμασίας κλπ)*
- ❖ *Τεχνικά απαιτητική η ενδοσκοπική αιμόσταση σε αιμορραγίες κατωτέρου πεπτικού (δύσκολος ο εντοπισμός του εκκολπώματος που αιμορραγεί)*
- ❖ *Κυρίως διαγνωστική η αξία της ενδοσκόπησης (ή διάγνωση εξ' αποκλεισμού)*

Αιμορραγία από εκκολπώματα

Ενδοσκοπική αιμόσταση

- Υποβλεννογόνια έγχυση διαλύματος **αδρεναλίνης/NaCl** 0.9% (1:10000, 1:20000)
 - Όσεις των 1-2mL, στο σημείο της ενεργού αιμορραγίας ή πέριξ του στομίου ή πέριξ του ορατού αγγείου ή του προσκολλημένου θρόμβου
- Θερμικές μέθοδοι αιμόστασης
 - Argon plasma coagulation
 - Gold probe (10-15W, 3-5 sec) (Προσοχή διατρήσεις ~ 2-3%)
- Μηχανικές μέθοδοι αιμόστασης
 - **Αιμοστατικά clips** (\pm διαφανές cup)
 - Ελαστικοί δακτύλιοι
- Αιμοστατικές ουσίες
 - Hemospray



Αιμορραγία από εκκολπώματα

Αγγειογραφία

- **Ενδείξεις:** αδυναμία εντοπισμού εστίας αιμορραγίας ή αποτυχία ελέγχου της αιμορραγίας ενδοσκοπικά
- Ενεργό αιμορραγία με ρυθμό τουλάχιστον 0.5 mL/min.
- Εάν έχει εντοπισθεί ενδοσκοπικά το σημείο της αιμορραγίας, η τοποθέτηση clip είναι βοηθητικό.

Χειρουργική αντιμετώπιση

- ❖ επείγουσα δεξιά ημικολεκτομή, σιγμοειδεκτομή ή ολική κολεκτομή (αν δεν έχει ανευρεθεί η εστία της αιμορραγίας)

Συμπερασματικά

- ✓ Συχνό και σημαντικό αίτιο νοσηρότητας η εκκολπωματική νόσος
- ✓ Ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων
- ✓ Εφαρμογή στρατηγικής πρόληψης των επιπλοκών (υγιεινοδιαιτητική – φαρμακευτική)
- ✓ Έγκαιρη & *evidence-based* αντιμετώπιση των επιπλοκών