

ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ & ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΚΑΛΗΣΠΕΡΑΤΗ ΠΟΛΥΞΕΝΗ

ΕΠΙΚ. ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑΣ

ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»

Πολύποδες παχέος εντέρου

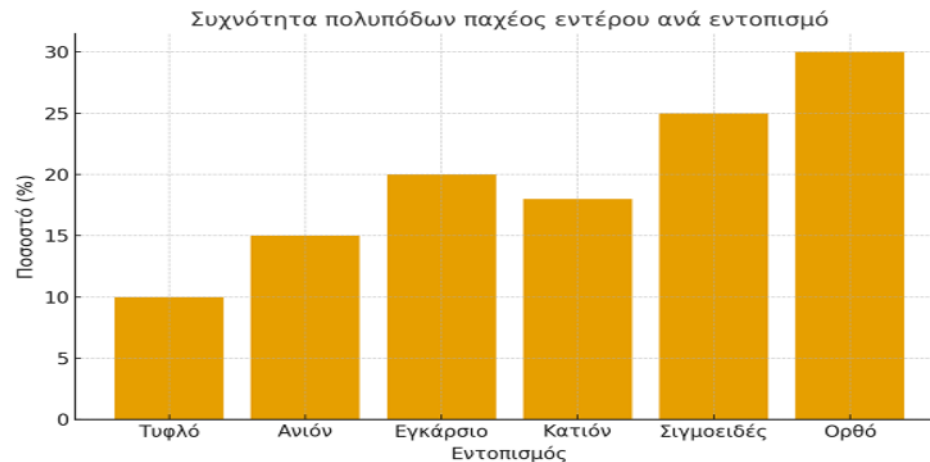
Τι είναι πολύποδας;

Ορισμός

- Προσεκβολή στον αυλό του παχέος εντέρου.
- μη νεοπλασματική ή νεοπλασματική βλάβη.
- Κλινικός στόχος η αφαίρεση – εκτομή προκαρκινωματώδων αλλοιώσεων .

Γιατί μας ενδιαφέρει;

- Προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις
- Η πλήρης ενδοσκοπική αφαίρεση μειώνει τον κίνδυνο μελλοντικής νεοπλασίας.
- Αύξηση της συχνότητας με την άνοδο της ηλικίας (20-40%)
- Η παρακολούθηση εξαρτάται από τον αριθμό, το μέγεθος, την ιστολογία και την ποιότητα της αρχικής κολονοσκόπησης.



Είδη πολυπόδων: απλή κλινική ταξινόμηση

Αδενωματώδεις

- Σωληνώδη, λαχνωτά ή σωληνολαχνωτά.
- Ο κίνδυνος αυξάνει με μέγεθος ≥ 10 mm, υψηλόβαθμη δυσπλασία ή λαχνωτό στοιχείο.

όστίτητι στqςτι

- Sessile serrated lesions και παραδοσιακά serrated αδενώματα.
- Σημασία έχουν το μέγεθος, η δυσπλασία και η εγγύς εντόπιση.

Μη νεοπλασματικοί

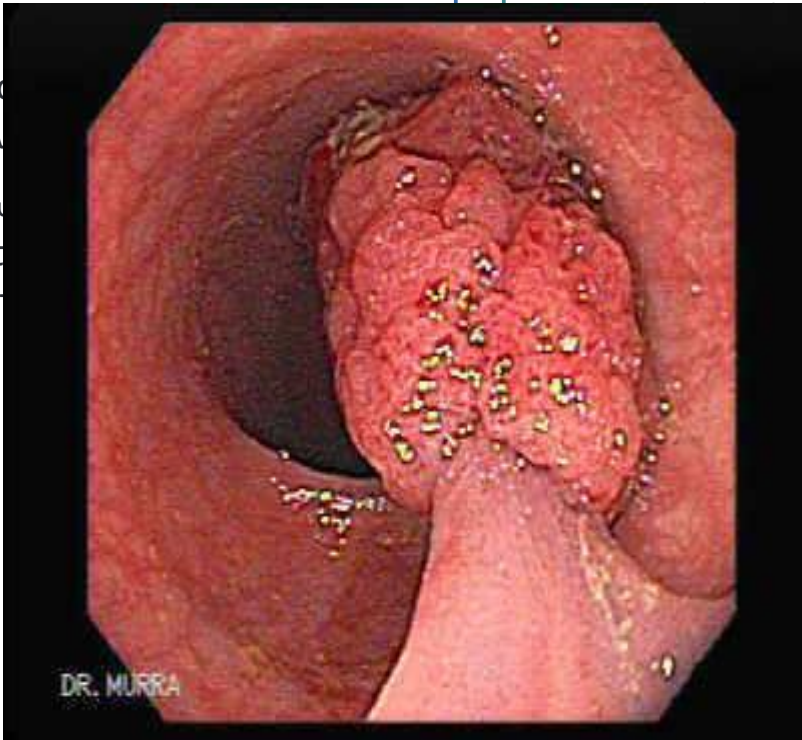
- Υπερπλαστικοί πολύποδες, φλεγμονώδεις ή αμαρτωματώδεις βλάβες.
- Συνήθως χαμηλότερος κίνδυνος, αλλά αξιολογούνται με βάση το κλινικό πλαίσιο.

1. Αδενώματα

Οι συχνότερες προκαρκινικές επιθηλιακές βλάβες

Ιστολογικοί τύποι

- Σωληνώδες αδένωμα: ο συχνότερος υπότυπος.
- Σωληνολαχνωτό αδένωμα: συνδυασμός σωληνώδους και λαχνωτού.
- Λαχνωτό αδένωμα: αναλογία λαχνωτού αδενώματος συνήθως μεγαλύτερη από 10%.

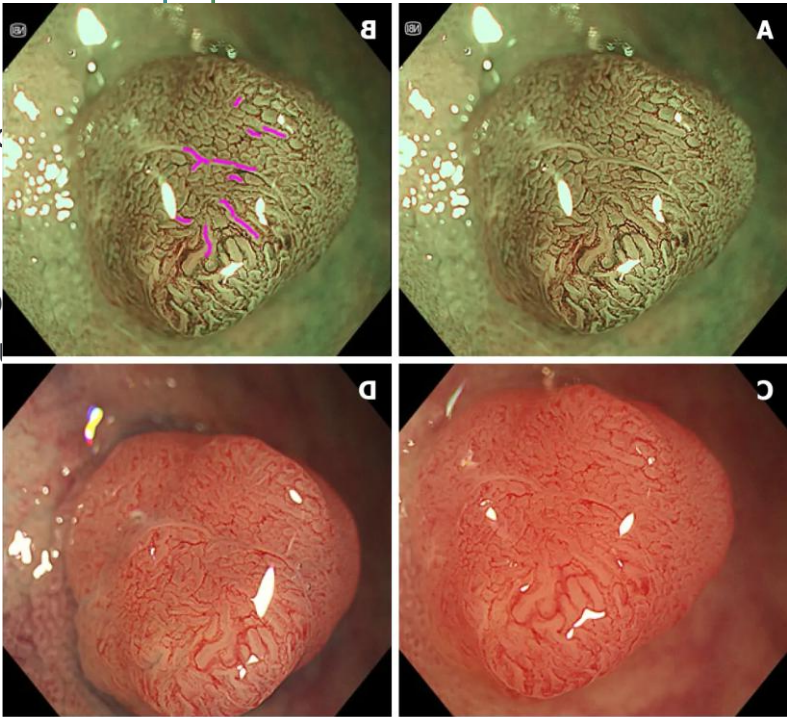


Κλινική σημασία

- Η δυσπλασία αποτελεί βασικό κριτήριο για την εκτίμηση του κινδύνου πρόωξης σε καρκίνο. Η δυσπλασία μπορεί να είναι μικτή, με κρυπτική και επιφανειακή δυσπλασία.
- Η ενδοσκοπική αφαίρεση είναι η προτιμώμενη θεραπεία όταν είναι τεχνικά εφικτή.

Μορφολογία

- Μπορεί να είναι μισχωτά ή άμισχα.



DOI: 10.33488/med.v2i2.488548 Copyright © The Author(s) 2025

ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

2. Υπερπλαστικοί πολύποδες (Hyperplastic polyps – HP)

Υπότυπος των οδοντωτών βλαβών με κατά κανόνα πολύ χαμηλό κίνδυνο

Τυπικά χαρακτηριστικά

- Συνήθως μικροί, άμισχοι και ωχροί.
- Πιο συχνά εντοπίζονται στο ορθοσιγμοειδές.
- Ιστολογικά υπάρχει οδοντωτή διαμόρφωση κυρίως στο ανώτερο τμήμα των κρυπτών.

Νεοπλασματικός κίνδυνος

- Οι μικροί άπω υπερπλαστικοί πολύποδες θεωρούνται γενικά χαμηλού κινδύνου.
 - Η σωστή διάκριση από SSL έχει
- 
- An endoscopic image showing a large, sessile, polypoid lesion on the colonic mucosa. The lesion has a lobulated, slightly nodular surface and a yellowish-tan color, typical of hyperplastic polyps. It is surrounded by normal mucosal folds.
- - Κ

Κλινικό μήνυμα

- Δεν είναι όλες οι οδοντωτές βλάβες «αθώοι» υπερπλαστικοί πολύποδες.
- Εγγύς, επίπεδη και μεγαλύτερη βλάβη πρέπει να εγείρει υποψία SSL.
- Απαιτείται πλήρης εκτομή όταν η ενδοσκοπική διάγνωση δεν είναι βέβαιη.

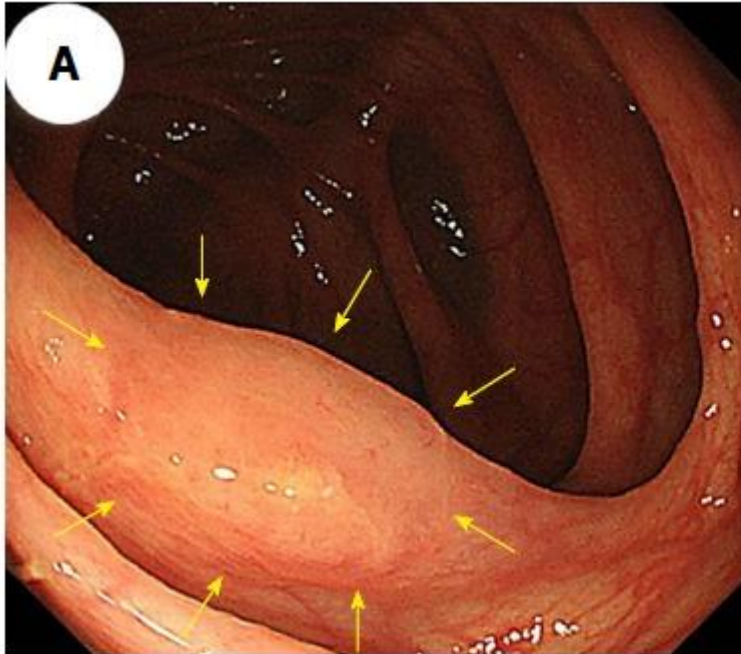
ΧΑΜΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

3. Άμισχη οδοντωτή βλάβη (Sessile serrated lesion – SSL)

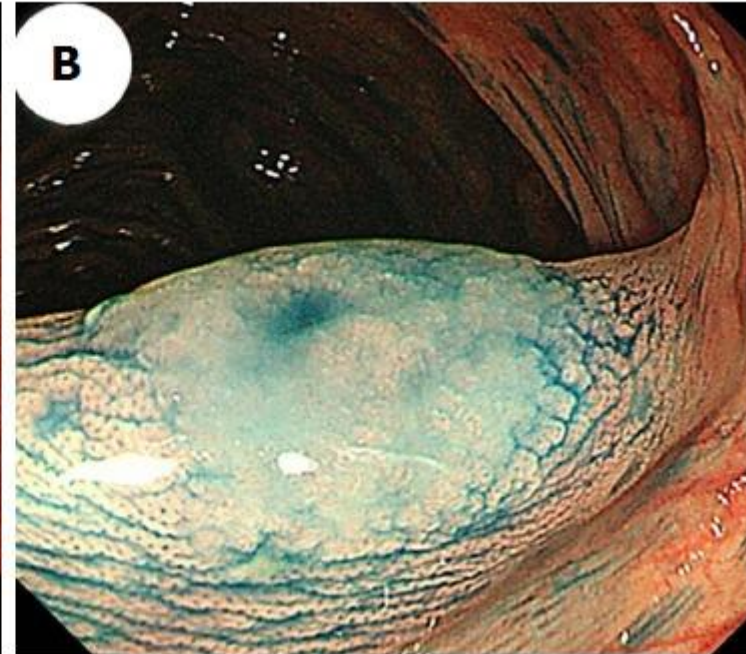
Σημαντική προκαρκινική βλάβη της οδοντωτής οδού καρκινογένεσης

Ενδοσκοπική εικόνα

- Συχνότερα στο εγγύ
- Συνήθως επίπεδη ή
- Μπορεί να είναι δυσ
- ασαφή όρια και επικά



Ιστολογία



Κλινική σημασία

βλάβη για μέρος
εντέρου.
λήρης εκτομή
πτικές.
προυσία
ουν το διάστημα

ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

4. Παραδοσιακό οδοντωτό αδένωμα (Traditional serrated adenoma – TSA)

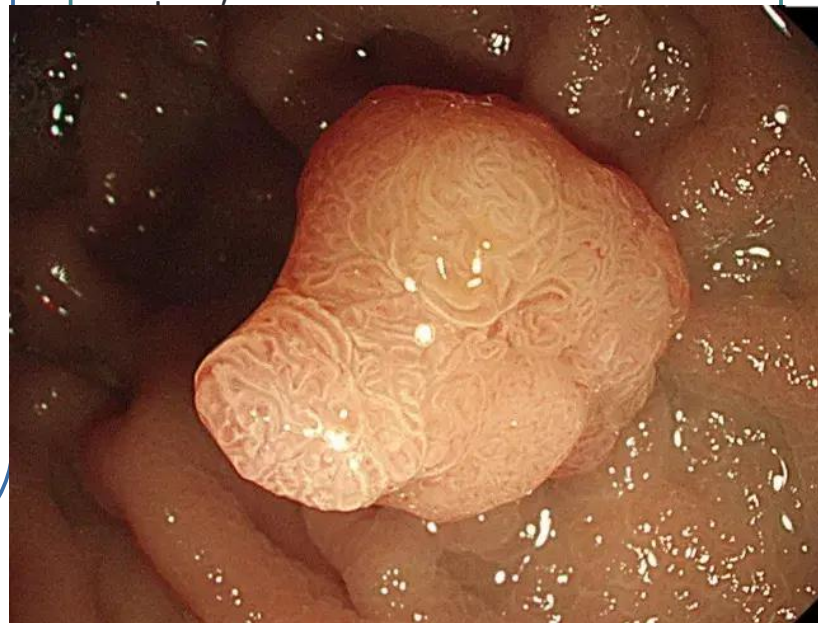
Σπανιότερη αλλά σαφώς νεοπλασματική οδοντωτή βλάβη

Μορφολογία

- Συνήθως προβάλλει περισσότερο στον αυλό από μια SSL.
- Μπορεί να έχει λαχνωτή ή πολυλοβώδη επιφάνεια.
- Συχνότερα στο άπω κόλον και στο ορθό σε σχέση με SSL.

Ιστολογικά στοιχεία

- Έντονη οδοντωτή αρχιτεκτονική.
- Χαρακτηριστικό νεοπλασματικό επιθήλιο και έκτοπες κρύπτες.
- Η δυσπλασία μπορεί να είναι



Αντιμετώπιση

- Θεωρείται προκαρκινική βλάβη.
- Στόχος είναι η πλήρης ενδοσκοπική αφαίρεση.
- Η επιτήρηση εξαρτάται από μέγεθος, αριθμό, ιστολογία και πληρότητα εκτομής.

ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

5. Φλεγμονώδεις πολύποδες / ψευδοπολύποδες

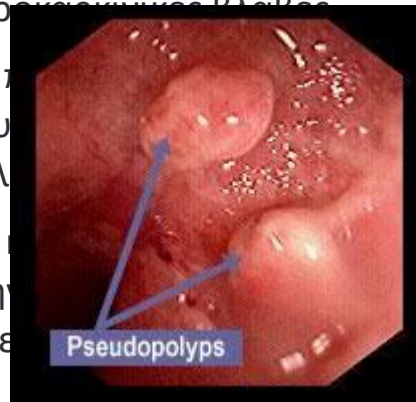
Αναγεννητικές προσεκβολές του βλεννογόνου σε έδαφος φλεγμονής

Εμφάνιση

- Κυρίως σε χρόνια ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.
- Μπορεί επίσης να παρατηρηθούν μετά από λοιμώδη ή ισχαιμική κολίτιδα.
- Αποτελούν «νησίδες» υπολειμματικού ή αναγεννητικού βλεννογόνου.
- Έμμοσχοι, άμμοσχοι ή επίπεδοι <2εκ
- Πολλαπλοί

Νεοπλασματικός κίνδυνος

- Δεν θεωρούνται οι ίδιοι προνεοπλασματικοί παράγοντες
- Η πιθανότητα να μεταβληθούν σε καρκίνο είναι χαμηλή
- Ο κίνδυνος αυξάνεται με την παρουσία του φλεγμονώδους βλεννογόνου



Πρακτικό σημείο

- Μπορούν να δυσχεράνουν την ενδοσκοπική επιτήρηση.
- Αν η μορφολογία είναι άτυπη ή ύποπτη, απαιτείται στοχευμένη βιοψία ή εκτομή.
- Η διάκριση από αδένωμα βασίζεται στην ενδοσκόπηση και στην ιστολογία.

ΟΧΙ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΟΣ

6. Αμαρτωματώδεις πολύποδες

Σποραδικοί πολύποδες ή εκδήλωση κληρονομικού συνδρόμου

Νεανικός πολύποδας

- Συχνότερα σε παιδιά, συχνά μονήρης και μισχωτός.
- Μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία.
- Ο σποραδικός μονήρης νεανικός πολύποδας έχει πολύ χαμηλό νεοπλασματικό δυναμικό.
- υποκείμενος συνδετικός ιστός και διεσταλμένοι κυστικοί αδένες

Peutz–Jeghers

- Χαρακτηριστική αμαρτωματώδης αρχιτεκτονική με διακλαδιζόμενο λείο μυ.
- Η παρουσία πολλαπλών πολυπόδων μπορεί να υποδηλώνει κληρονομικό σύνδρομο.
- Στο σύνδρομο Peutz–Jeghers ο συνολικός κίνδυνος κακοήθειας είναι αυξημένος.

Κλινική προσέγγιση

- Η ηλικία, ο αριθμός πολυπόδων και το οικογενειακό ιστορικό είναι κρίσιμα στοιχεία.
- Πολλαπλοί αμαρτωματώδεις πολύποδες → διερεύνηση για σύνδρομο πολυποδίασης.
- Η παρακολούθηση εξαρτάται από το αν πρόκειται για σποραδική βλάβη ή κληρονομικό σύνδρομο.

ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Επιδημιολογία και κλινική εικόνα

Επιδημιολογία

- Οι πολύποδες είναι συχνοί, ιδίως με την αύξηση της ηλικίας.
- Η ανίχνευσή τους αυξάνεται μέσω οργανωμένου προσυμπτωματικού ελέγχου και κολονοσκόπησης.
- Ο κίνδυνος καρκινογένεσης εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της βλάβης και του ασθενούς.

Κλινική εικόνα

- Οι περισσότεροι πολύποδες είναι ασυμπτωματικοί.
- Πιθανές εκδηλώσεις: λανθάνουσα ή εμφανής αιμορραγία, σιδηροπενία, αλλαγή κενώσεων.
- Μεγάλοι πολύποδες σπανιότερα προκαλούν απόφραξη, βλέννα ή κοιλιακό άλγος.

Διάγνωση και αρχική εκτίμηση

1

Ένδειξη ελέγχου

screening, θετικό FIT/FOBT,
FIT/FOBT, συμπτώματα ή
παρακολούθηση

2

Κολονοσκόπηση

ολική, καλή προετοιμασία,

3

Ενδοσκοπική περιγραφή

μέγεθος, αριθμός, θέση,
μορφολογία, πιθανή
δυσπλασία

4

Ιστολογία

τύπος πολυπόδα και βαθμός
δυσπλασίας

Κρίσιμο σημείο ποιότητας

Η σύσταση παρακολούθησης ισχύει όταν η αρχική κολονοσκόπηση ήταν πλήρης, με επαρκή προετοιμασία και πλήρη αφαίρεση των βλαβών.

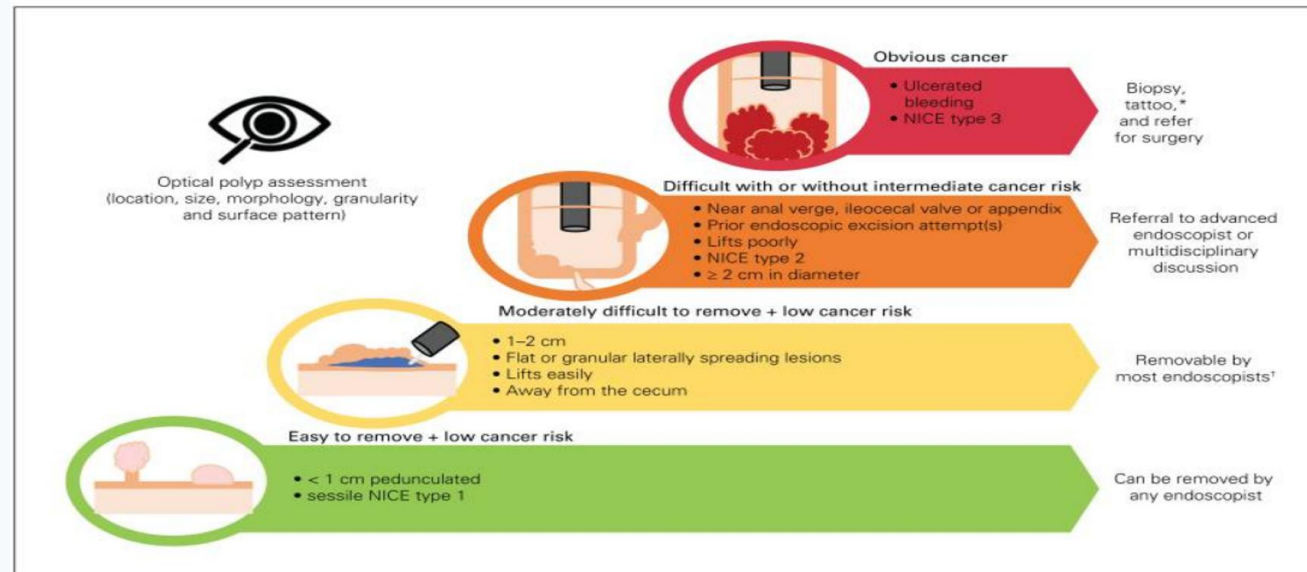
Αντιμετώπιση: ενδοσκοπική αφαίρεση

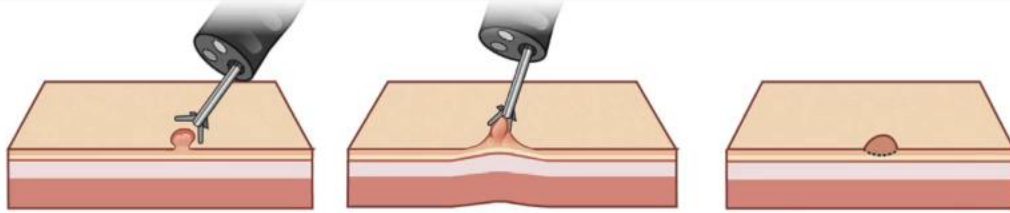
Βασικές αρχές

- Αφαίρεση όλων των κλινικά σημαντικών πολυπόδων, εφόσον είναι τεχνικά εφικτή και ασφαλής.
- Επιλογή τεχνικής ανάλογα με μέγεθος, μορφολογία, θέση και πιθανότητα υποβλεννογόνιας διήθησης.
- Ανάκτηση και ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος.

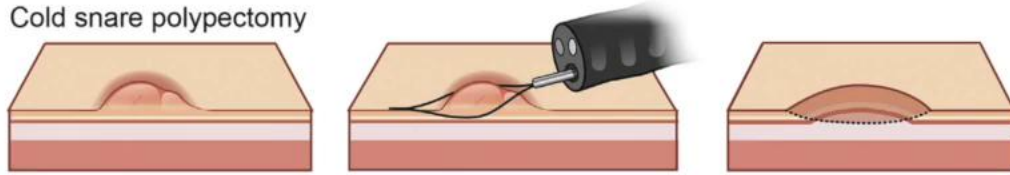
Μετά την αφαίρεση

- Τεκμηρίωση πλήρους εκτομής.
- Καταγραφή αριθμού, μεγέθους, θέσης και ιστολογίας.
- Ορισμός χρόνου επανελέγχου με βάση τον κίνδυνο και τις οδηγίες.

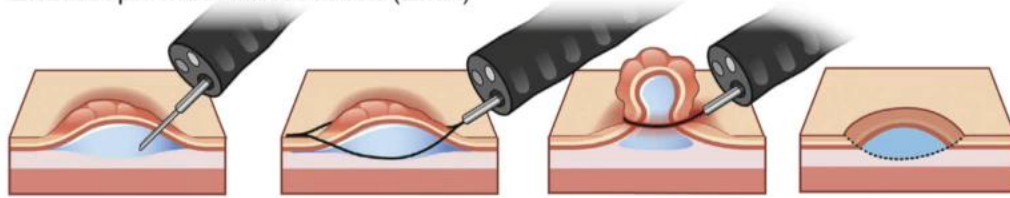




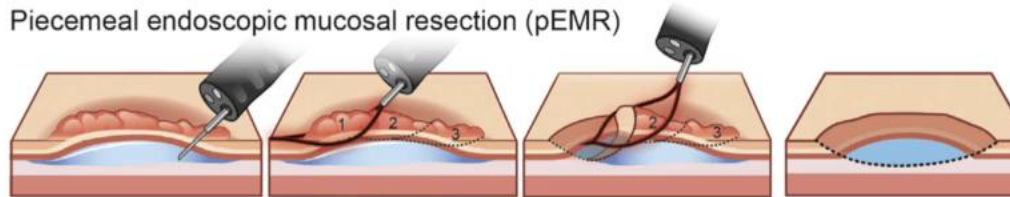
Cold snare polypectomy



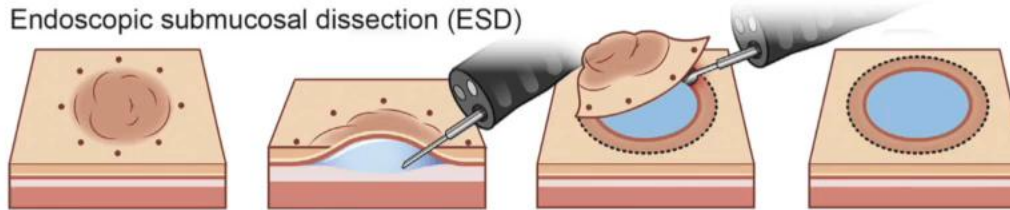
Endoscopic mucosal resection (EMR)



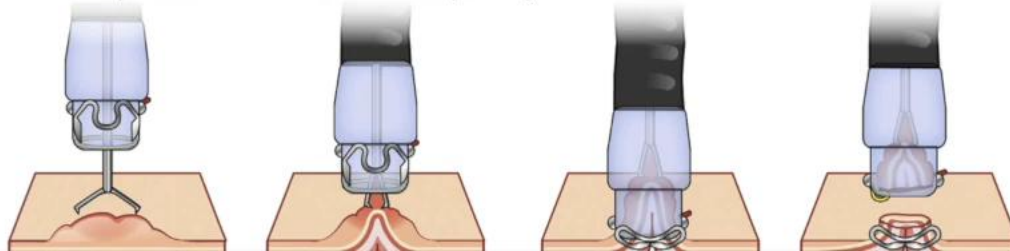
Piecemeal endoscopic mucosal resection (pEMR)



Endoscopic submucosal dissection (ESD)



Endoscopic full thickness resection (eFTR)

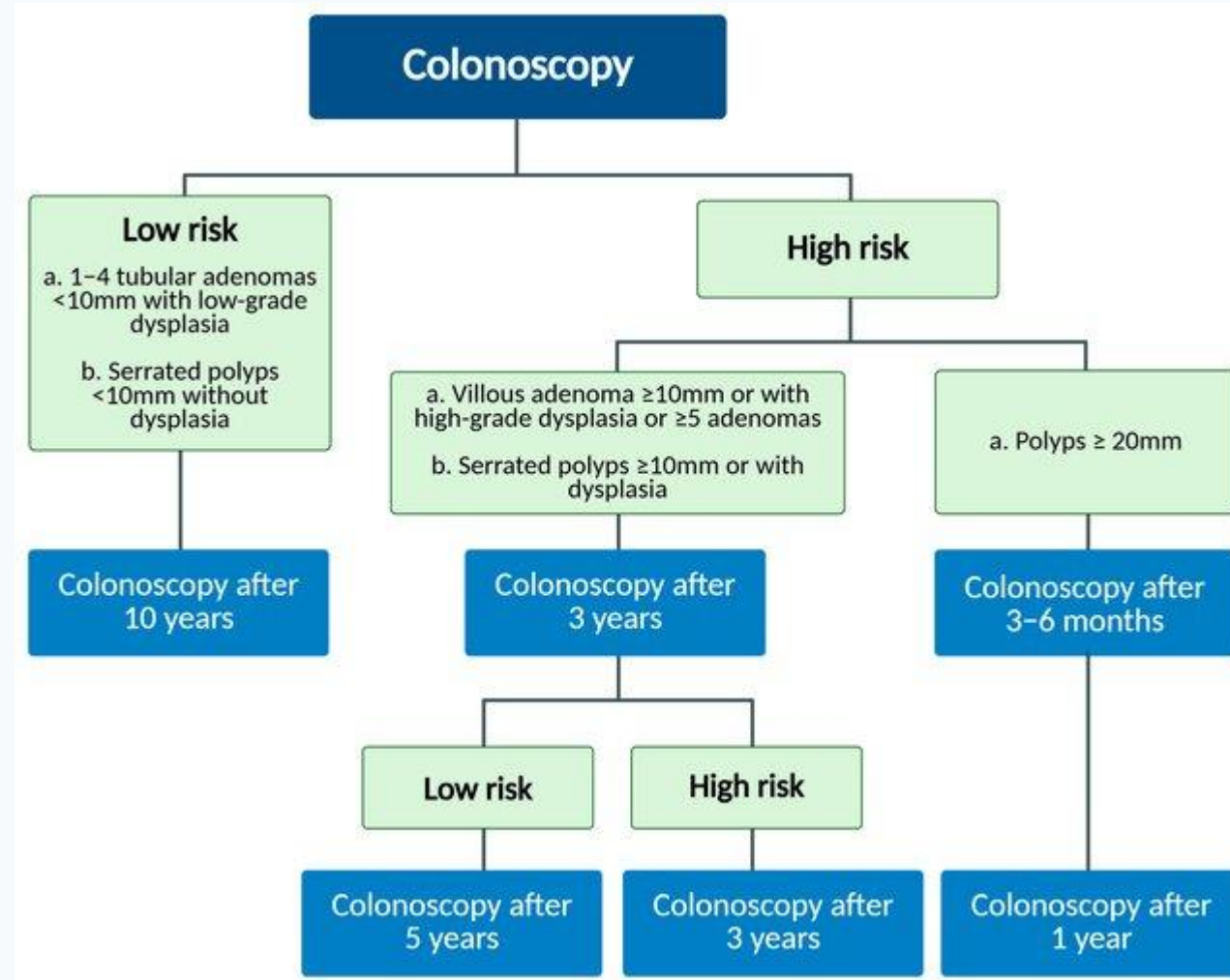


What is the best resection method?

The one that results in R0

The one leading to *complete resection*

Παρακολούθηση μετά από πολυπεκτομή: ESGE 2020



Ειδικές καταστάσεις παρακολούθησης

Τμηματική / piecemeal εκτομή

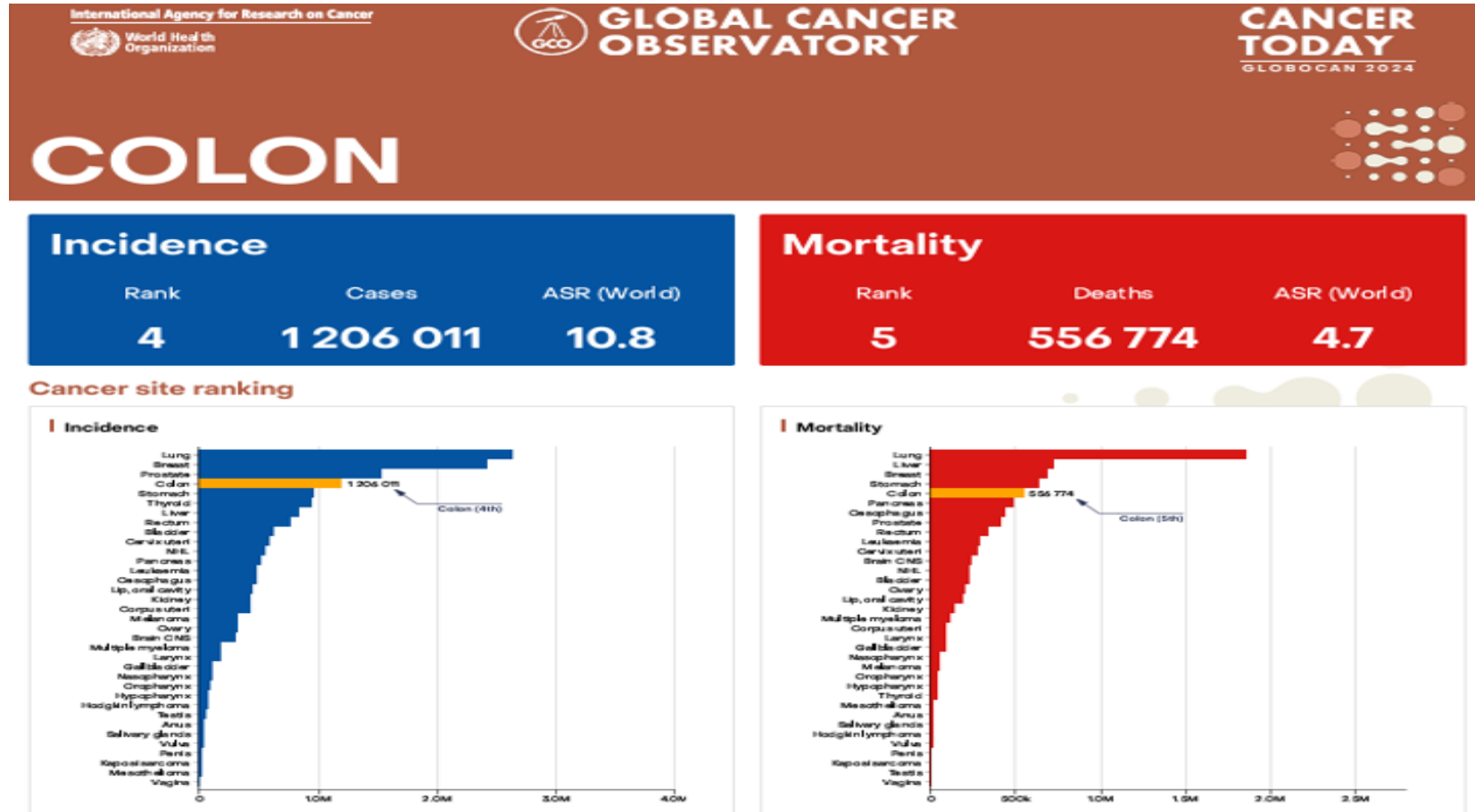
- Για piecemeal ενδοσκοπική εκτομή πολυπόδα ≥ 20 mm, ESGE προτείνει πρώιμο επανέλεγχο σε 3–6 μήνες.
- Ακολουθεί επιπλέον έλεγχος 12 μήνες μετά τον πρώιμο επανέλεγχο για ανίχνευση υποτροπής.

Μετά από 3ετή επιτήρηση

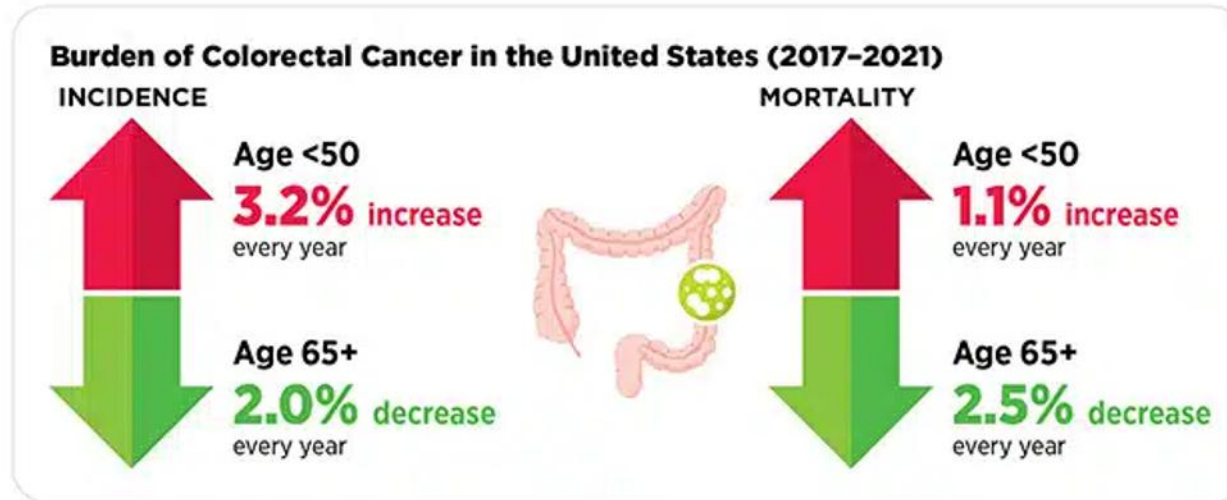
- Αν στην πρώτη surveillance κολονοσκόπηση δεν υπάρχουν πολύποδες που απαιτούν παρακολούθηση, μπορεί να εξεταστεί επόμενος έλεγχος στα 5 έτη.
- Η απόφαση εξατομικεύεται με βάση ηλικία, συννοσηρότητες και ποιότητα εξέτασης.

Καρκίνος παχέος εντέρου

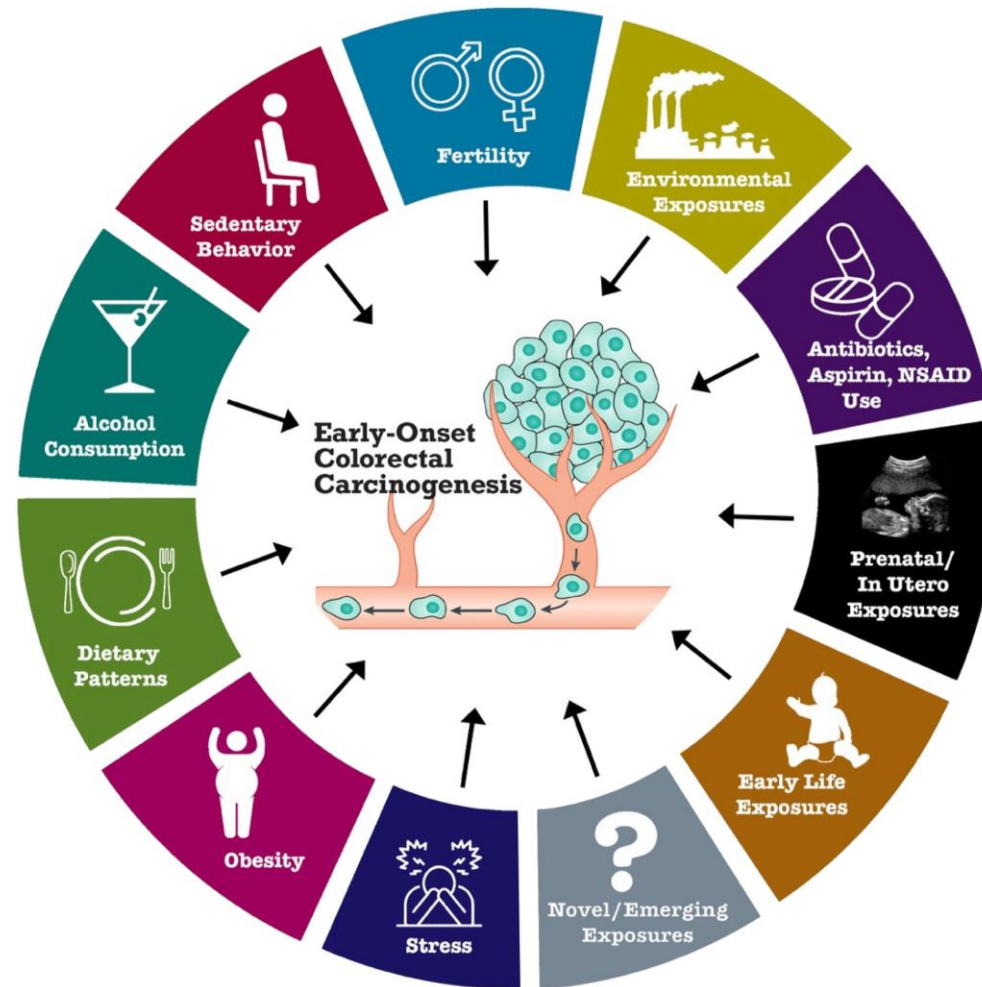
Επιδημιολογία καρκίνου παχέος εντέρου



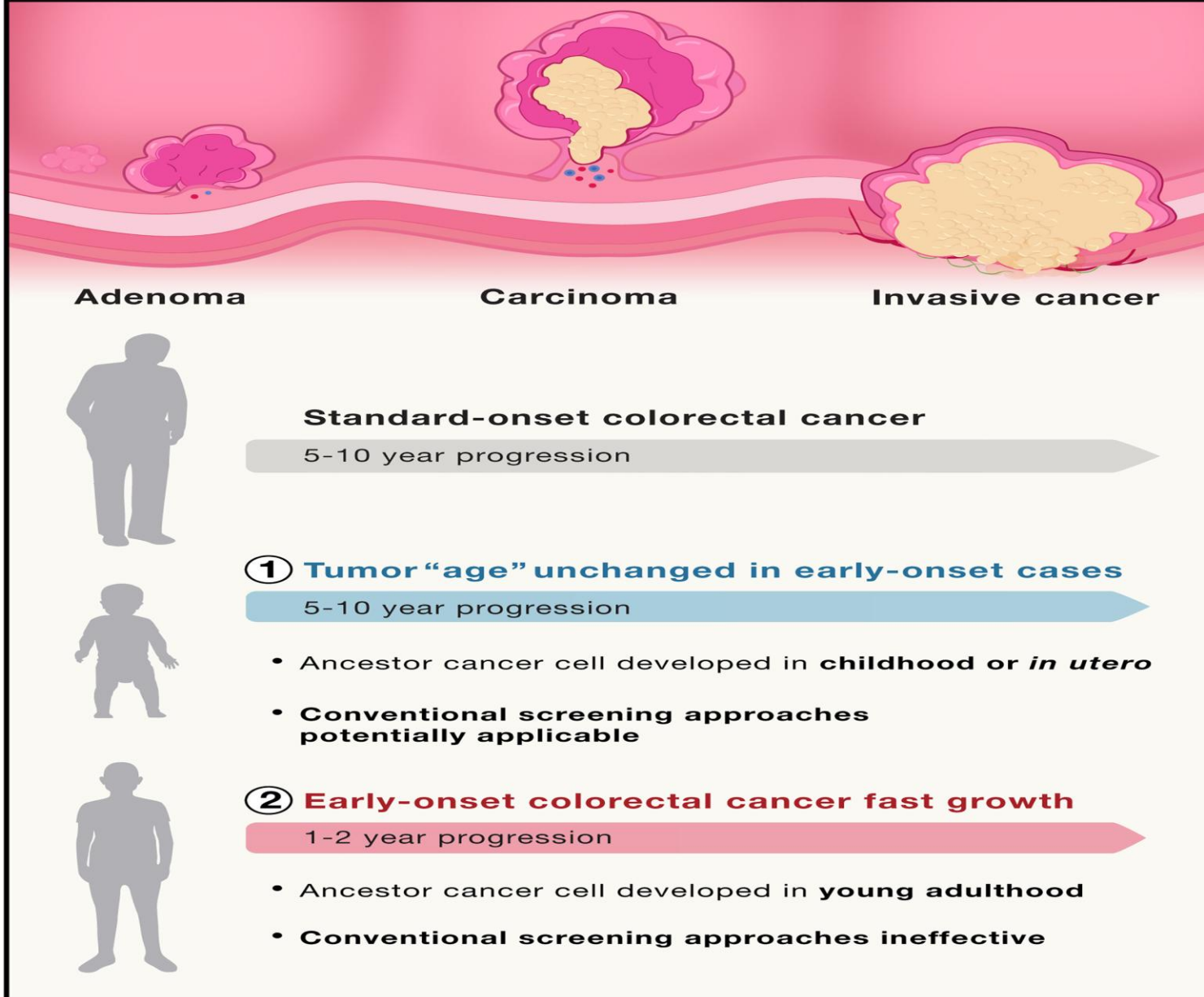
EARLY ONSET COLON CANCER



Παράγοντες κινδύνου καρκίνου παχέος εντέρου πρώιμης έναρξης



The tumor “age” implications in secondary prevention of early-onset colorectal cancer

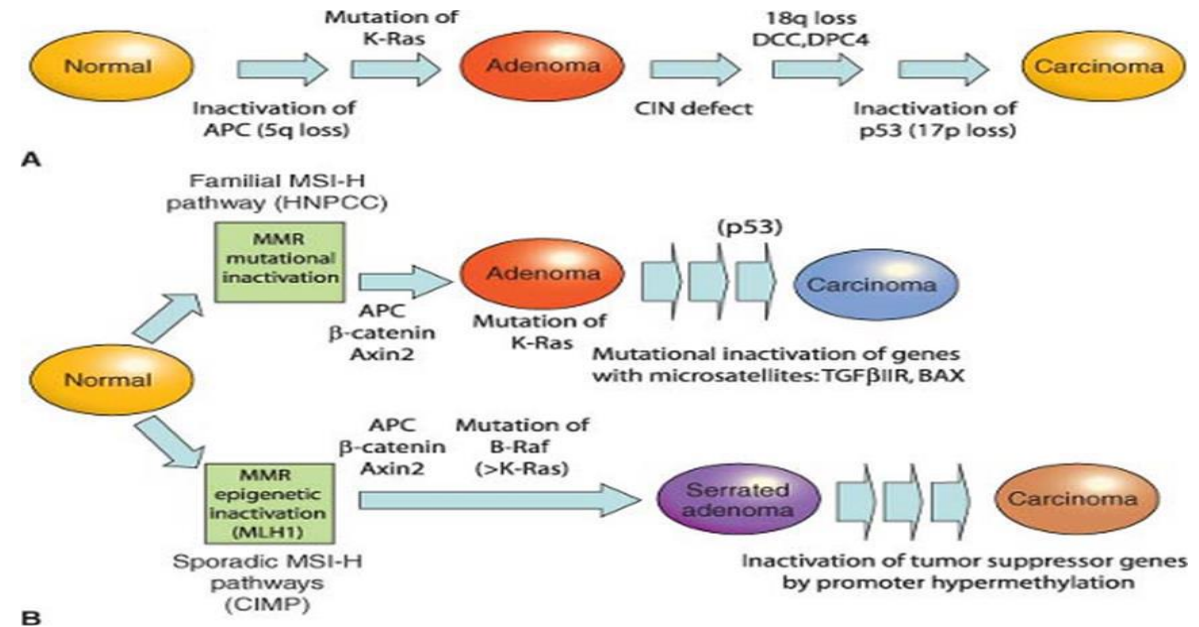
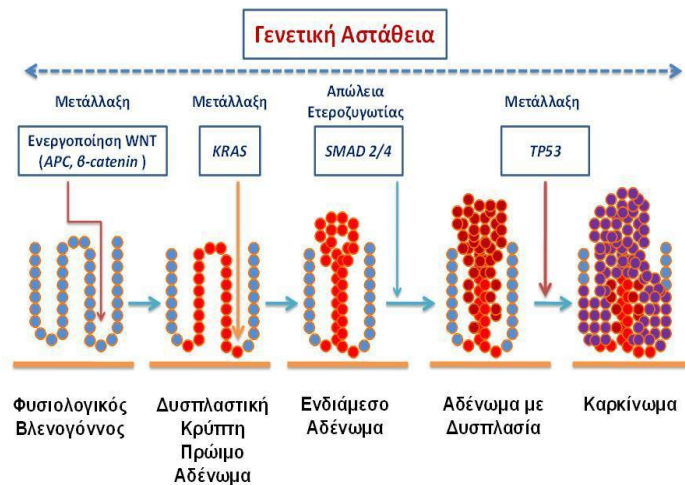


Παθογένεση – αλληλουχία αδένωμα–καρκίνωμα

- Η συσσώρευση γενετικών μεταλλάξεων οδηγεί σε δυσπλασία και κακοήγη εξαλλαγή.
- Κύριες γενετικές οδοί: APC, KRAS, p53.
- Η αλληλουχία αδένωμα–καρκίνωμα αποτελεί τη βάση της

προληπτικής κολonosκόπησης.

Μοντέλο Fearon-Vogelstein



Καρκίνος Παχέος Εντέρου

Προδιαθεσικοί Παράγοντες

- Ηλικία άνω των 45-50 ετών (αυξανόμενος κίνδυνος)
- Οικογενειακό ιστορικό ή κληρονομικά σύνδρομα (Lynch, FAP)
- Ιστορικό Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Νοσημάτων του Εντέρου
- Παχυσαρκία, μεταβολικό σύνδρομο & διαβήτης τύπου 2
- Διατροφή πλούσια σε κόκκινο και επεξεργασμένο κρέας
- Καπνιστικές συνήθειες και υψηλή κατανάλωση αλκοόλ
- Καθιστικός τρόπος ζωής και έλλειψη κίνησης

Προστατευτικοί Παράγοντες

- Τακτικός προσυμπτωματικός έλεγχος (Κολονοσκόπηση κ.α.)
- Διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες, φρούτα και λαχανικά
- Συστηματική σωματική άσκηση και φυσική δραστηριότητα
- Διατήρηση φυσιολογικού και υγιούς σωματικού βάρους
- Αποφυγή ή σημαντικός περιορισμός του καπνίσματος
- Μειωμένη ή καθόλου κατανάλωση αλκοολούχων ποτών
- Επαρκής πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D (βάσει ενδείξεων)

Καρκίνος παχέος εντέρου – Κλινική εικόνα

Συχνά συμπτώματα

- Αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου: διάρροια, δυσκοιλιότητα ή εναλλαγές.
- Αιματοχεσία / αίμα στα κόπρανα ή απόκρυφη απώλεια αίματος.
- Κοιλιακό άλγος, κράμπες ή αίσθημα διάτασης.
- Σιδηροπενική αναιμία, κόπωση και αδυναμία.
- Ανεξήγητη απώλεια βάρους.

Η εντόπιση επηρεάζει την κλινική εικόνα

- Δεξιό κόλον: συχνότερα χρόνια απώλεια αίματος και σιδηροπενική αναιμία.
- Αριστερό κόλον: συχνότερα αλλαγή κενώσεων και αποφρακτικά συμπτώματα.

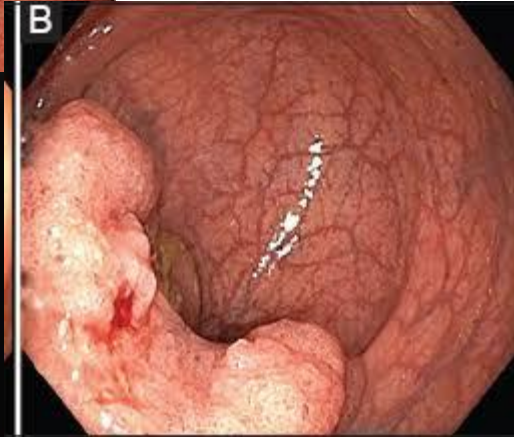
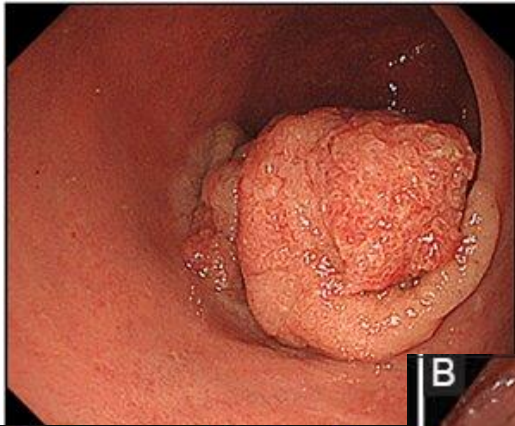
Προχωρημένη ή επιπλεγμένη νόσος

- Εντερική απόφραξη ή σπανιότερα διάτρηση.
- Μεταστατική νόσος: συμπτώματα ανάλογα με το προσβεβλημένο όργανο, συχνότερα το ήπαρ.

Διάγνωση

1. Κολονοσκόπηση
2. Σιγμοειδοσκόπηση ;;;;
3. Αξονική κολονοσκόπηση
4. PILLCAM 2
5. Εξετάσεις κοπράνων

Κολονοσκόπηση



1. **Ενδοαυλικές μάζες,**
εξωφυτικές ή πολυποειδείς,
με τάση για αιμορραγία εάν
είναι εύθρυπτες/εξελκωμένες
2. **Μη Πολυποειδείς**
Αλλοιώσεις: Επίπεδες (flat) ή
κοίλες αλλοιώσεις. Έχουν
ισχυρότερη συσχέτιση με
καρκίνωμα συγκριτικά με τις
πολυποειδείς.
 - Ασυμπτωματικοί Ασθενείς: Το
ποσοστό διαφυγής CRC από
έμπειρους ενδοσκόπους
κυμαίνεται μεταξύ 2% και 6%.
 - Εντόπιση Διαφυγής: Οι μη
ανιχνεύσιμοι όγκοι
εντοπίζονται συχνότερα στο
δεξί κόλον.

Αξονική Κολονογραφία (Virtual Colonoscopy)

1. Κλινικές Ενδείξεις & Ατελής Κολονοσκόπηση

Εναλλακτική Επιλογή: Πολύτιμη μέθοδος όταν η συμβατική κολονοσκόπηση είναι ατελής (~10% των περιπτώσεων λόγω απόφραξης, ανατομικών δυσκολιών ή κακής προετοιμασίας).

Προϋποθέσεις: Περιορίζεται σε ασθενείς με ανοχή στην από του στόματος προετοιμασία. Σε πλήρη κλινική απόφραξη, προτιμάται η κλασική CT κοιλίας.

2. Διαγνωστική Ευαισθησία & Στατιστικά

Υψηλή Ανίχνευση (96.1%): Μετα-ανάλυση έδειξε ευαισθησία 96.1% στην ανίχνευση ιστολογικά επιβεβαιωμένου καρκίνου (συγκρίσιμη με το 94.7% της κολονοσκόπησης).

Μελέτη SIGGAR: Πανομοιότυπα ποσοστά ανίχνευσης (11%) για καρκίνο και μεγάλα αδενώματα (>10mm) μεταξύ των δύο εξετάσεων.

3. Περιορισμοί & Επιπλέον Έλεγχοι

Ανάγκη Επανελέγχου: Οι ασθενείς έχουν 3πλάσια πιθανότητα (30% έναντι 8%) για επιπλέον επεμβατικές εξετάσεις, καθώς η μέθοδος στερείται δυνατότητας βιοψίας/πολυπεκτομής.

Ψευδώς Θετικά: Υπολείμματα κοπράνων μπορεί να εκληφθούν ως μάζες. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε ακτινοβολία περιορίζει τη χρήση της για συστηματικό έλεγχο.

4. Εξωεντερικά Ευρήματα & Gold Standard

Εξωεντερικά Ευρήματα: Εντοπίζονται τυχαία στο 60% των ασθενών. Αν και προκαλούν άγχος και κόστος, μόνο το 1/3 αυτών των ευρημάτων εξηγεί τα συμπτώματα.

Συμπέρασμα: Αποτελεί μια εξαιρετική, λιγότερο επεμβατική εναλλακτική, όμως η κολονοσκόπηση παραμένει ο χρυσός κανόνας (Gold Standard).

Μη Επεμβατικές Εξετάσεις Κοπράνων

1. Εξέταση gFOBT

Guaiac-based FOBT

- Μηχανισμός: Ανιχνεύει τη δραστηριότητα της υπεροξειδάσης της αίμης.
- Διαδικασία: Απαιτεί τη συλλογή 3 συνεχόμενων δειγμάτων κοπράνων.
- Περιορισμοί: Αυστηρή δίαιτα και αποφυγή φαρμάκων πριν το τεστ για αποφυγή ψευδώς θετικών (π.χ. κόκκινο κρέας, βιταμίνη C).
- Συχνότητα: Επαναλαμβάνεται ετησίως.

2. Εξέταση FIT

Fecal Immunochemical Test

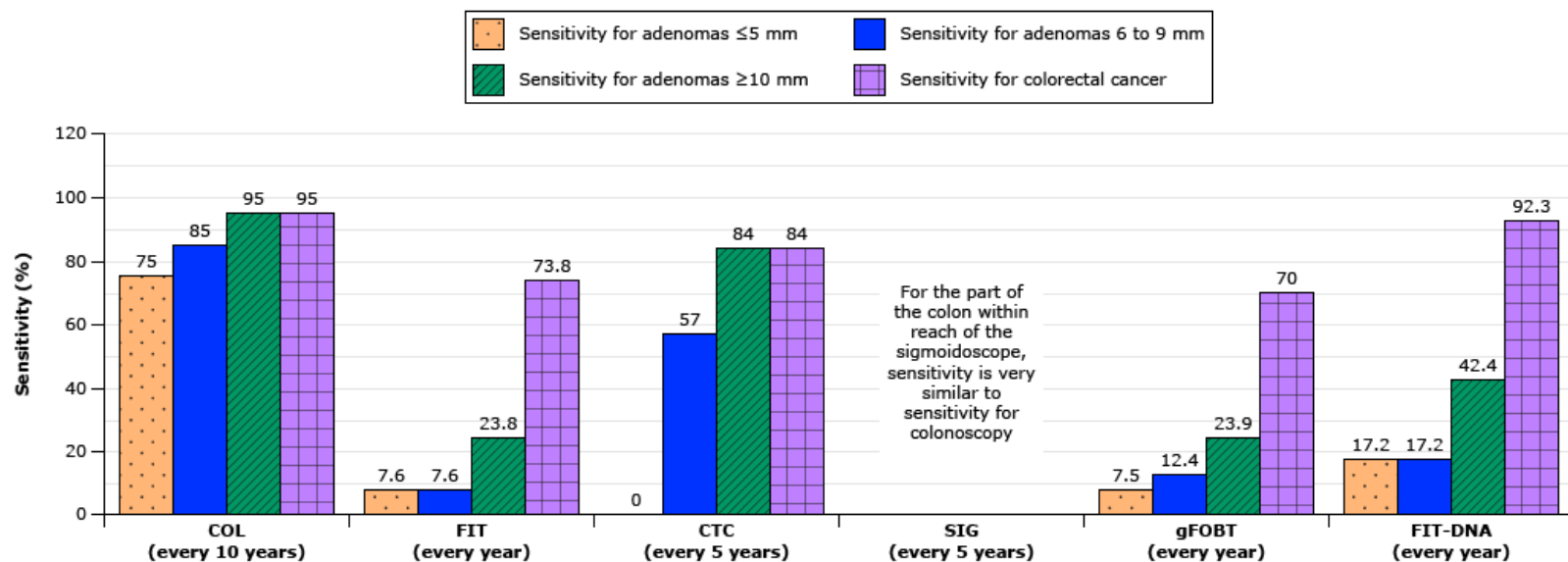
- Μηχανισμός: Μετρά απευθείας την ανθρώπινη αιμοσφαιρίνη με ειδικά αντισώματα.
- Διαδικασία: Απαιτεί μόνο 1 δείγμα. Καμία ανάγκη για περιορισμό σε τρόφιμα ή φάρμακα (ασπιρίνη/ΜΣΑΦ).
- Πλεονεκτήματα: Υψηλή συμμόρφωση (61% συμμετοχή) και υψηλότερη ευαισθησία (~80% για CRC). Προτιμάται η ποσοτική μέθοδος.
- Συχνότητα: Επαναλαμβάνεται ετησίως.

3. Multitarget Stool DNA

FIT-DNA Test

- Μηχανισμός: Συνδυάζει τη μέθοδο FIT με μοριακό έλεγχο για αλλοιωμένες δομές DNA.
- Διαδικασία: Ανιχνεύει βιοδείκτες DNA που εκκρίνονται από νεοπλασματικά κύτταρα.
- Πλεονεκτήματα: Η υψηλότερη ευαισθησία για καρκίνο και προχωρημένα αδενώματα. Συνοδεύεται όμως από περισσότερα ψευδώς θετικά.
- Συχνότητα: Διενεργείται κάθε 3 χρόνια.

Estimated sensitivity, specificity, and cancer-specific deaths averted for each colorectal cancer screening strategy



Test specificity	86	96.4	88	87	92.5	89.8
Colorectal cancer deaths averted per 1000 40-year-olds (n)*	22 to 24	20 to 23	16 to 24	16 to 21	20 to 23	21 to 24

Sensitivity, specificity, and cancer-specific deaths averted for each screening strategy.

COL: colonoscopy; CTC: computed tomography colonography; FIT: fecal immunochemical test; FIT-DNA: multitargeted stool deoxyribonucleic acid test; gFOBT: guaiac-based fecal occult blood test; SIG: sigmoidoscopy.

* Assumes screening from ages 50 to 75 years, including 100% adherence, complete follow-up without delay, and appropriate surveillance. Ranges reflect results from 3 models.

Data from:

1. Zauber A, Knudsen A, Rutter CM, et al. Evaluating the Benefits and Harms of Colorectal Cancer Screening Strategies: A Collaborative Modeling Approach. AHRQ Publication No. 14-05203-EF-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; October 2015.
2. Knudsen AB, Zauber AG, Rutter CM, et al. Estimation of Benefits, Burden, and Harms of Colorectal Cancer Screening Strategies: Modeling Study for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2016; 315:2595.

UpToDate®

Σταδιοποίηση Καρκίνου Παχέος Εντέρου – Σύστημα TNM (AJCC 8th Edition)

T — Πρωτοπαθής Όγκος

TX: Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να αξιολογηθεί.

T0: Δεν υπάρχουν ενδείξεις πρωτοπαθούς όγκου.

Tis: Καρκίνωμα in situ: ενδοβλεννογονικό (διήθηση lamina propria χωρίς επέκταση στη muscularis mucosae).

T1: Διήθηση του υποβλεννογόνιου χιτώνα.

T2: Διήθηση της μυϊκής στιβάδας (muscularis propria).

T3: Διαπερνά τη μυϊκή στιβάδα, επέκταση στους περικολορθικούς ιστούς.

T4a: Διαπερνά το σπλαχνικό περιτόναιο.

T4b: Διηθεί άμεσα ή έχει συμφύσεις με παρακείμενα όργανα/δομές.

N — Περιφερειακοί Λεμφαδένες

NX: Οι περιφερειακοί λεμφαδένες δεν μπορούν να αξιολογηθούν.

N0: Δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε περιφερειακούς λεμφαδένες.

N1a: Μετάσταση σε 1 περιφερειακό λεμφαδένα.

N1b: Μετάσταση σε 2-3 περιφερειακούς λεμφαδένες.

N1c: Δορυφορικά οζίδια στον υποορογόνο ή περικολορθικό ιστό χωρίς λεμφαδενική μετάσταση.

N2a: Μετάσταση σε 4-6 περιφερειακούς λεμφαδένες.

N2b: Μετάσταση σε 7 ή περισσότερους περιφερειακούς λεμφαδένες.

M — Απομακρυσμένες Μεταστάσεις

M0: Δεν υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένης μετάστασης.

M1a: Μετάσταση περιορισμένη σε 1 όργανο ή θέση (π.χ. ήπαρ, πνεύμονας, ωοθήκη, μη περιφερειακός λεμφαδένας) χωρίς περιτοναϊκή διασπορά.

M1b: Μετάσταση σε περισσότερα από 1 όργανα/θέσεις.

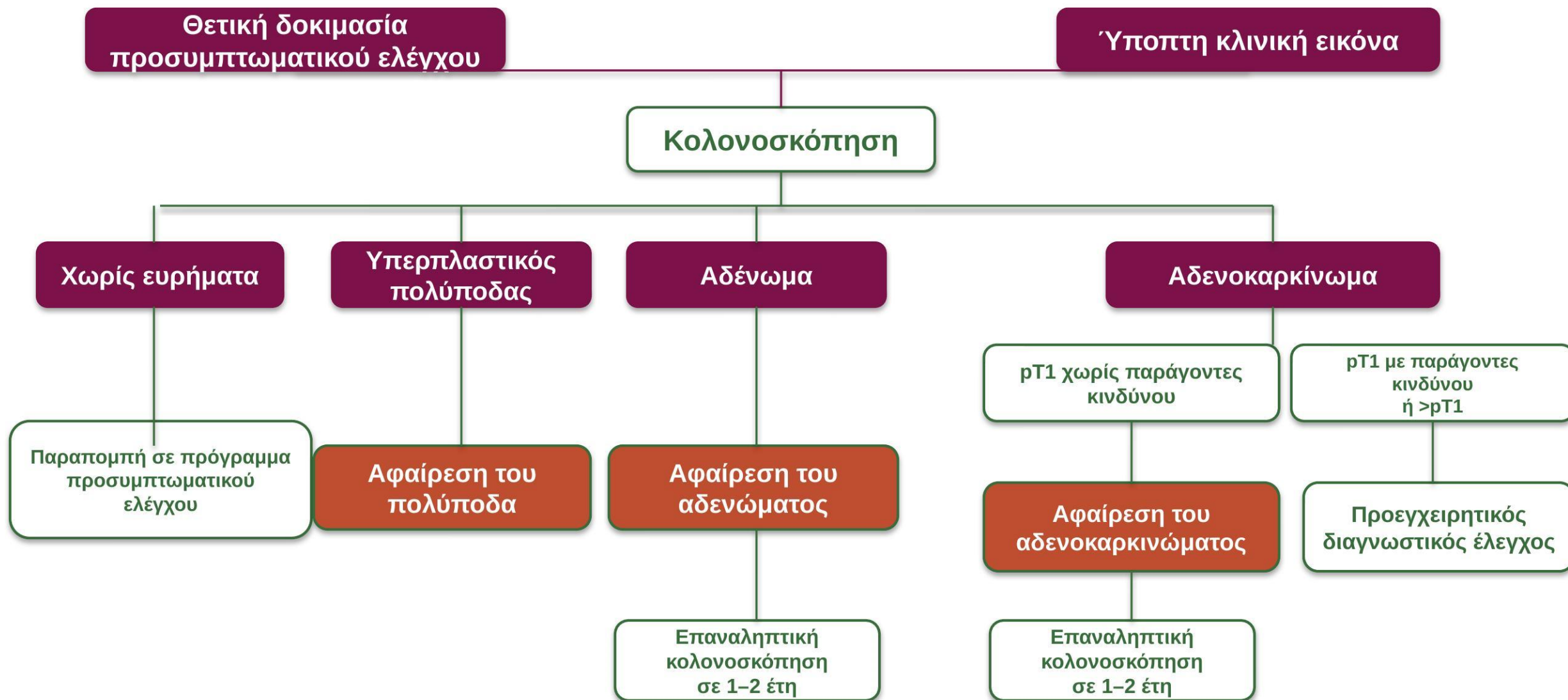
M1c: Μετάσταση στην περιτοναϊκή επιφάνεια με ή χωρίς συμμετοχή άλλων οργάνων.

Πίνακας 1. Διαγνωστικός έλεγχος (Work-up) για εντοπισμένο CRC

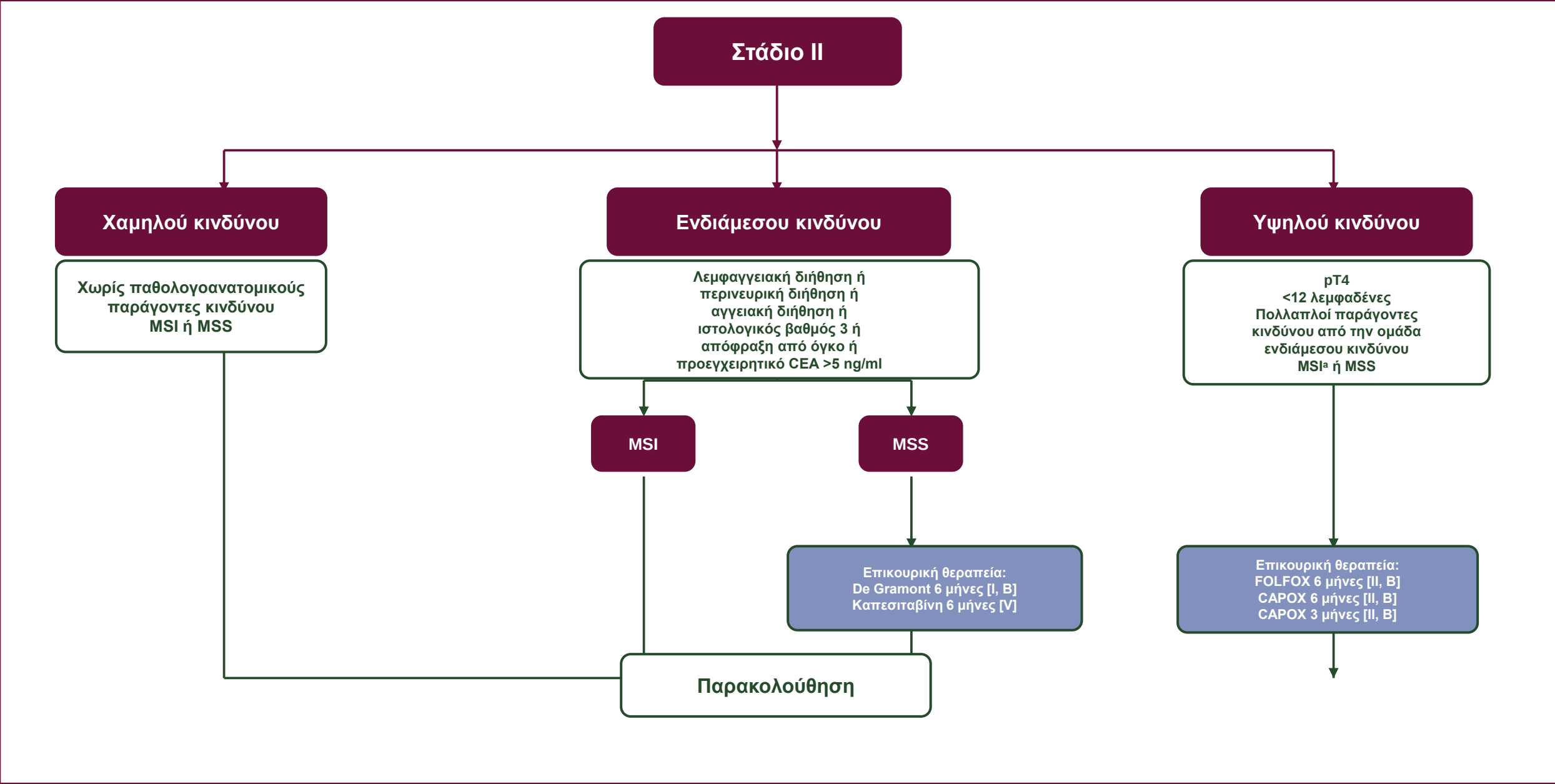
Διαγνωστικός έλεγχος	LoE	GoR
Τοπική αξιολόγηση		
Πλήρης κολονοσκόπηση	I	A
Απεικονιστικός έλεγχος		
Αξονική τομογραφία (CT scan) Πνευμόνων	V	A
Αξονική τομογραφία (CT scan) Κοιλίας	I	B
Αξονική τομογραφία (CT scan) Πυέλου	I	B
Αξονική κολονογραφία (Virtual κολονοσκόπηση - αν η πλήρης δεν είναι εφικτή)	I	A
Μαγνητική τομογραφία (MRI) κοιλίας (για ασαφείς αλλοιώσεις ή στάδιο pT4b)	II	A
Εργαστηριακός έλεγχος		
Γενική αίματος (Complete blood count)	II	A
Έλεγχος πήξης (Coagulation)	II	A
Έλεγχος ηπατικής λειτουργίας (Liver function panel)	II	A
Έλεγχος νεφρικής λειτουργίας (Kidney function panel)	II	A
Λευκωματίνη (Albumin)	III	A
CEA (Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο)	III	A

LoE: Level of Evidence (Επίπεδο Τεκμηρίωσης) | GoR: Grade of Recommendation (Βαθμός Σύστασης)

Σχήμα 1. Διαγνωστικός αλγόριθμος για εντοπισμένο καρκίνο του παχέος εντέρου

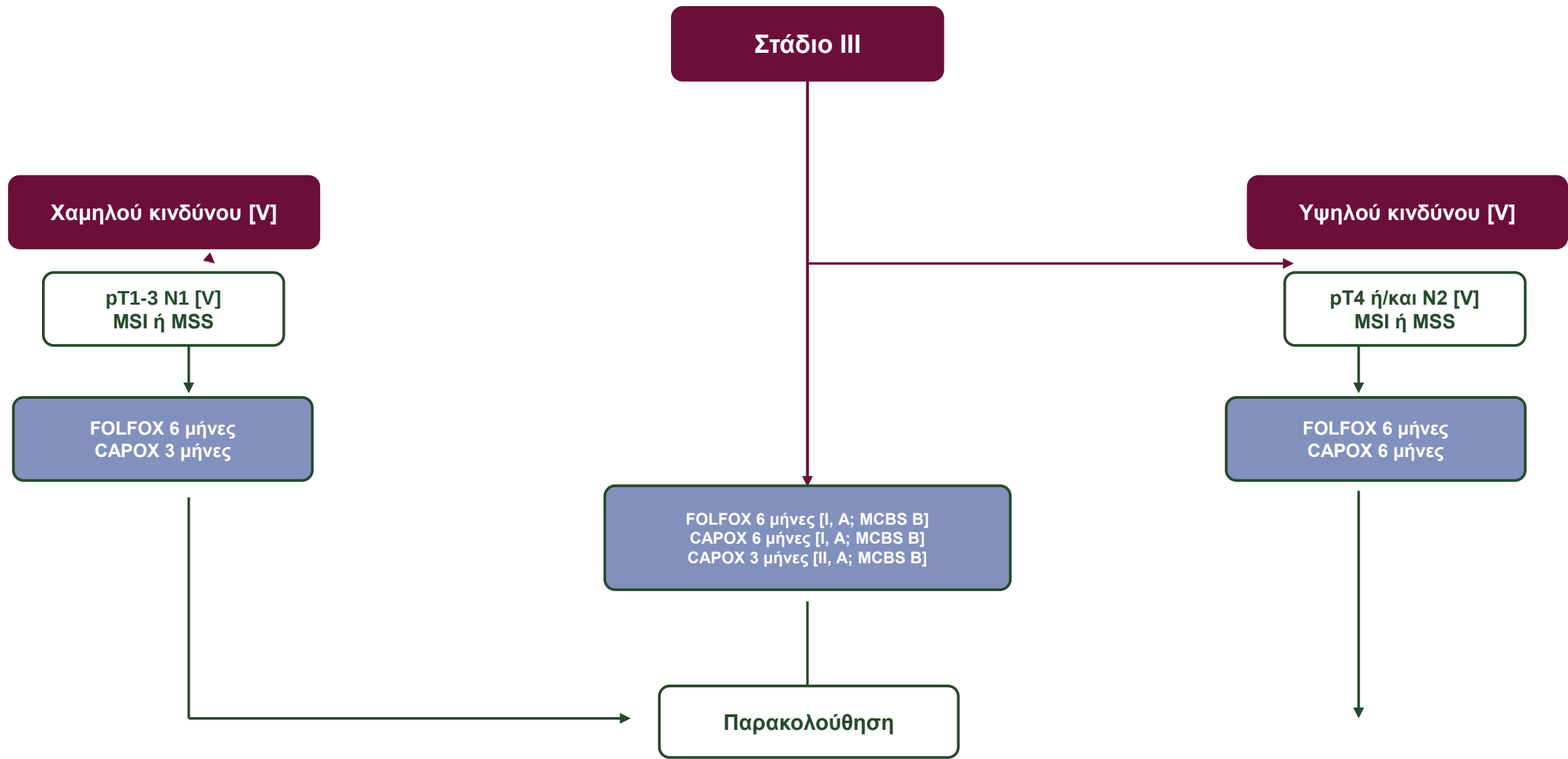


Εικόνα 4. Συστάσεις επικουρικής θεραπείας για καρκίνο παχέος εντέρου Σταδίου II



CEA: καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο · MSI: μικροδορυφορική αστάθεια · MSS: μικροδορυφορική σταθερότητα. ^a Σε pT4 MSI: οφέλος επικουρικής χημειοθεραπείας παραμένει αβέβαιο.

Εικόνα 3. Συστάσεις επικουρικής θεραπείας για καρκίνο παχέος εντέρου Σταδίου III



CAPOX: καπεσιταβίνη + οξαλιπλάτινη · FOLFOX: λευκοβορίνη/φθοριοουρακίλη/οξαλιπλάτινη · MSI: μικροδορυφορική αστάθεια · MSS: μικροδορυφορική σταθερότητα.

Συστάσεις παρακολούθησης καρκίνου παχέος εντέρου

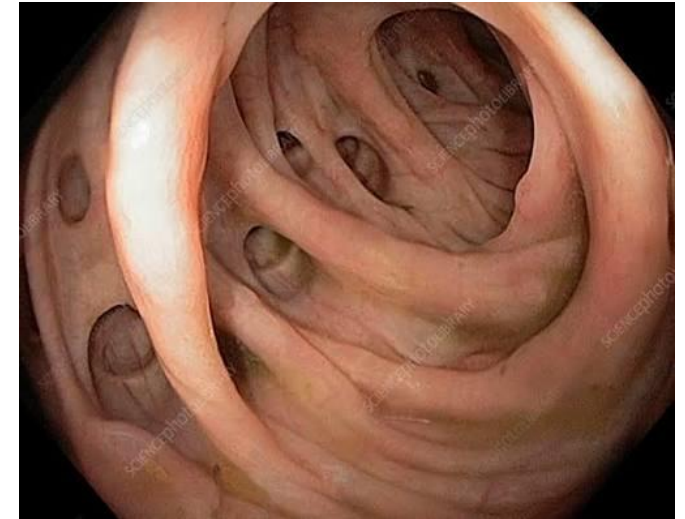
Έως 3 έτη μετά τη χειρουργική επέμβαση

1. Κλινική εκτίμηση και CEA κάθε 3-6 μήνες
2. CT θώρακα-κοιλίας-πυέλου κάθε 6-12 μήνες
3. Κολονοσκόπηση κάθε 3-5 έτη, αρχίζοντας 1 έτος μετά τη χειρουργική επέμβαση

Εκκολπωματική νόσος παχέος εντέρου

Ορισμός • Επιδημιολογία • Κλινική εικόνα • Διάγνωση • Αντιμετώπιση

Fiesole Consensus Report (Gut, 2026)



1. Ορισμός και κλινικό φάσμα

Εκκολπωμάτωση

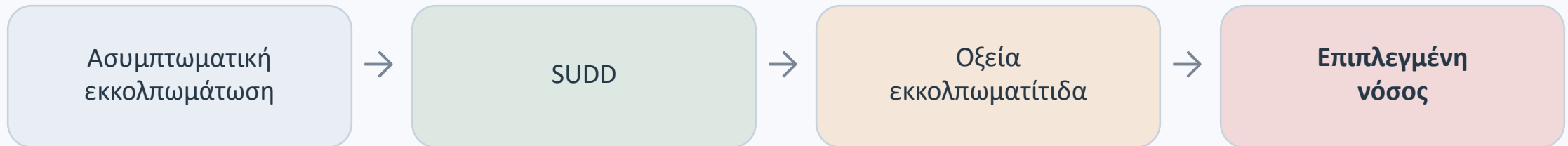
Παρουσία εκκολπωμάτων στο κόλον χωρίς χωρίς συμπτώματα ή επιπλοκές. Συχνό τυχαίο τυχαίο εύρημα σε κολονοσκόπηση ή απεικόνιση.

Εκκολπώματα που συνοδεύονται από συμπτώματα ή επιπλοκές. Περιλαμβάνει SUDD, οξεία εκκολπωματίτιδα και επιπλεγμένες μορφές.

SUDD

Υποτροπιάζον άλγος/δυσφορία, μετεωρισμός ή αλλαγές στις κενώσεις που αποδίδονται στα εκκολπώματα, χωρίς επιπλοκές.

Κλινικό continuum



2. Επιδημιολογία και παράγοντες κινδύνου

Συχνότητα

Η εκκολπωμάτωση είναι η συχνότερη δομική ανωμαλία του κόλου στις ανεπτυγμένες χώρες και αυξάνει έντονα με την ηλικία.

ή tβf řs

Περίπου 50% των ατόμων >60 ετών έχουν εκκολπώματα.

Κλινική εξέλιξη

Μόνο μειοψηφία θα εμφανίσει συμπτώματα ή επιπλοκές· ο κίνδυνος οξείας εκκολπωματίτιδας στη διάρκεια ζωής εκτιμάται περίπου 5–10%.

Παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο

- Παχυσαρκία και καθιστική ζωή
- Κάπνισμα
- Χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών
- ΜΣΑΦ και ασπιρίνη
- Κορτικοστεροειδή και οπιοειδή
- Ανοσοκαταστολή / ανοσοθεραπεία

Κλινικά σημαντικό

Η εκκολπωματική αιμορραγία αποτελεί συχνή αιτία αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού. Η επίπτωση νοσηλειών για οξεία εκκολπωματίτιδα αυξάνεται διεθνώς.

3. Κλινική εικόνα

SUDD

- Εντοπισμένο άλγος κυρίως αριστερά κάτω
- Συχνά επιμένει >24 ώρες
- Μετεωρισμός / δυσφορία
- Μεταβολές στις κενώσεις
- Χωρίς συστηματική φλεγμονώδη εικόνα

Οξεία εκκολπωματίτιδα

- Κοιλιακό άλγος, συνήθως αριστερό κάτω τεταρτημόριο
- Αυξημένοι δείκτες φλεγμονής
- Πυρετός μπορεί να συνυπάρχει
- Η κλασική τριάδα δεν είναι πάντα παρούσα

Επιπλοκές

- Απόστημα
- Διάτρηση / περιτονίτιδα
- Συρίγγιο
- Στένωση / απόφραξη
- Αιμορραγία

Σημαντικές διαφορικές

- Καρκίνος παχέος εντέρου
- Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
- Ισχαιμική ή λοιμώδης κολίτιδα
- Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου
- Ουρολογικά / γυναικολογικά αίτια κοιλιακού άλγους

4. Διάγνωση

Υποψία SUDD

Η διάγνωση είναι κλινική αλλά απαιτεί τεκμηρίωση εκκολπωμάτων και αποκλεισμό άλλης οργανικής νόσου. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν κολονοσκόπηση, CT colonography ή υπερηχογράφημα εντέρου.

Οξεία εκκολπωματίτιδα

Σε ασθενή που προσέρχεται στα επείγοντα, η CT κοιλίας με σκιαγραφικό είναι η εξέταση αναφοράς. Υπερηχογράφημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν υπάρχει εμπειρία.

ntiŝ s títiŝtiŝs í q

Γενική αίματος και CRP βοηθούν στην εκτίμηση της φλεγμονής και της βαρύτητας, αλλά δεν αρκούν για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Μετά το επεισόδιο οξείας εκκολπωματίτιδας

Κολονοσκόπηση ή CT colonography συνήθως 6–8 εβδομάδες μετά την ανάρρωση, ιδιαίτερα αν δεν υπάρχει πρόσφατος υπάρχει πρόσφατος έλεγχος ή αν το επεισόδιο ήταν επιπλεγμένο, για αποκλεισμό καρκίνου παχέος εντέρου.

5. Αντιμετώπιση – ασυμπτωματική νόσος και SUDD

Ασυμπτωματική εκκολπωμάτωση

Δεν απαιτεί ειδική φαρμακευτική θεραπεία. Έμφαση σε υγιεινοδιαιτητική προσέγγιση: φυτικές ίνες, φυσική δραστηριότητα, διακοπή καπνίσματος και αποφυγή άσκοπης χρήσης ΜΣΑΦ.

ΊΙ GG

Στόχος είναι ο έλεγχος των συμπτωμάτων. Η υψηλή πρόσληψη φυτικών ινών μπορεί να βοηθήσει. Σε επιλεγμένους ασθενείς έχουν θέση ριφαξιμίνη + φυτικές ίνες, ενώ ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν προβιοτικά ή μεσαλαζίνη.

Τι δεν πρέπει να θεωρείται στόχος της θεραπείας

- Δεν υπάρχει τεκμηρίωση ότι ριφαξιμίνη ή μεσαλαζίνη προλαμβάνουν με βεβαιότητα πρώτο ή νέο επεισόδιο οξείας εκκολπωματίτιδας.
- Δεν θεραπεύουμε την τυχαία εκκολπωμάτωση ως “νόσο” όταν είναι ασυμπτωματική.

Treat symptoms, not diverticula

6. Αντιμετώπιση οξείας εκκολπωματίτιδας – Take-home messages

Ανεπίπλεκτη νόσος

- Υποστηρικτική αγωγή και αναλγησία
- Αντιβιοτικά όχι ρουτίνα σε ανοσοεπαρκείς ασθενείς με ήπια ανεπίπλεκτη νόσο
- Εξατομίκευση με βάση συνοσηρότητες και βαρύτητα

Επιπλεγμένη νόσος

- Αντιβιοτικά
- Απόστημα >3–4 cm: σκέψη για διαδερμική παροχέτευση
- Χειρουργείο σε διάχυτη περιτονίτιδα, αιμοδυναμική αστάθεια ή αποτυχία συντηρητικής θεραπείας

Χειρουργική αντιμετώπιση

Δεν αποφασίζεται απλώς από τον αριθμό επεισοδίων. Η απόφαση πρέπει να είναι εξατομικευμένη, με κεντρικό κριτήριο την ποιότητα ζωής και το συνολικό κλινικό πλαίσιο.

MODIFIED HINCHEY CLASSIFICATION OF DIVERTICULITIS

STAGE	DESCRIPTION	MANAGEMENT
0	Mild clinical diverticulitis (left lower quadrant abdominal pain, low grade fever, leukocytosis)	Oral Antibiotics
Ia	Confined pericolic inflammation or phlegmon	Antibiotics +/- CT Guided Drainage
Ib	Confined pericolic abscess	Antibiotics +/- CT Guided Drainage
II	Distant Abscess	Abcess Drainage
III	Purulent Peritonitis	Hartmann's Surgerv

WWW.OPENMED.CO.IN



ΙΦΝΕ

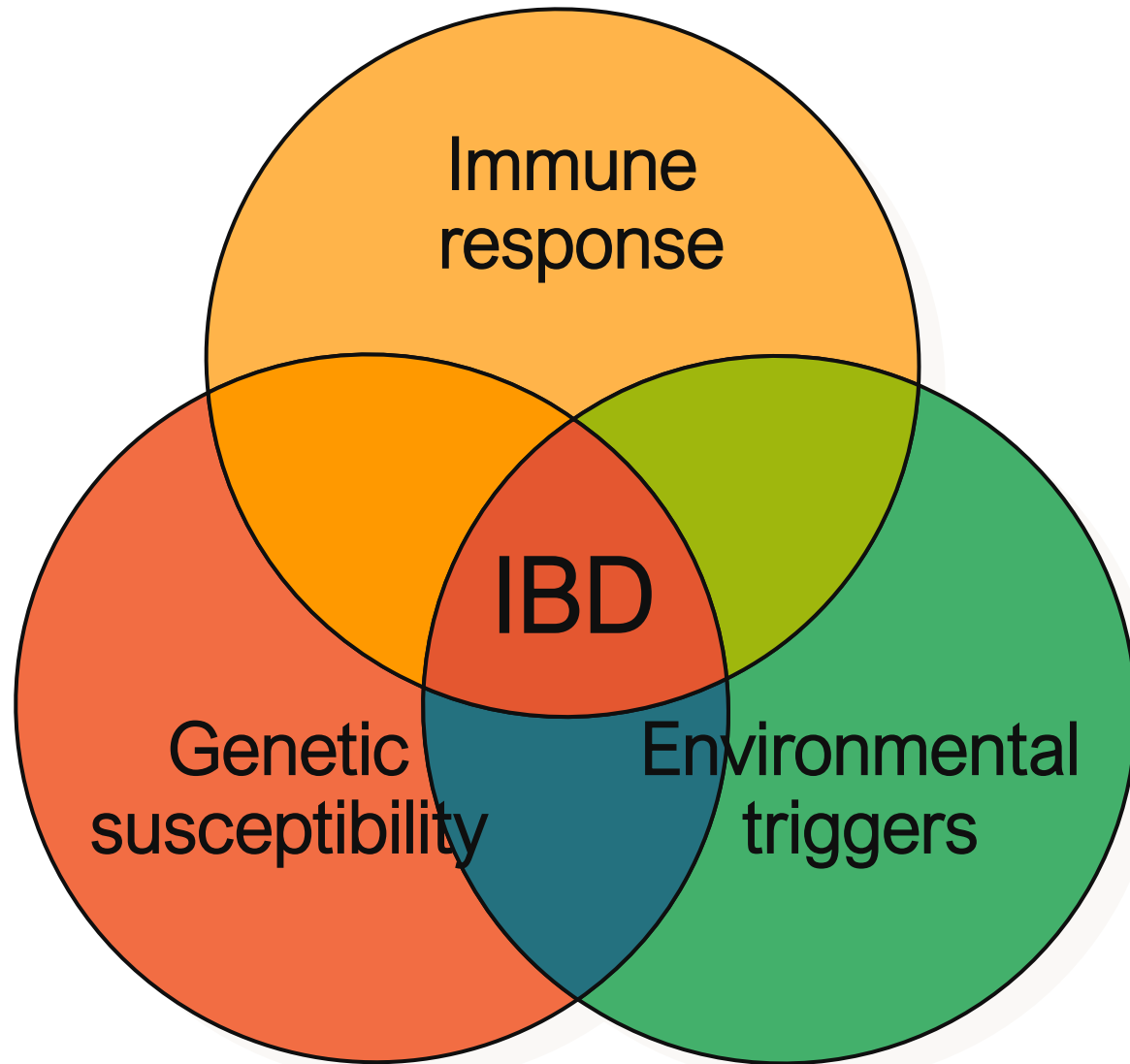
- Ορισμός
- Επίπτωση
- Παθογένεια
- Κόστος

Ορισμός ΙΦΝΕ

- Οι ΙΦΝΕ χαρακτηρίζονται από:
 - Χρόνια, ανοσομεσολαβούμενη φλεγμονή του γαστρεντερικού σωλήνα
 - Συχνά παρουσιάζουν προοδευτική εξέλιξη
 - Οι δύο κύριες μορφές ΙΦΝΕ είναι η νόσος Crohn (NC) και η ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ)
- **Οι ΙΦΝΕ δεν είναι σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ)**
- Η επίπτωση των ΙΦΝΕ έχει αυξηθεί σημαντικά με την πάροδο του χρόνου στις ΗΠΑ
 - Εκτιμάται ότι 1,6–3,1 εκατομμύρια άτομα στις ΗΠΑ ζουν με νόσο Crohn ή ελκώδη κολίτιδα

1. CDC. <http://www.cdc.gov/ibd/#epidIBD>. Accessed April 13, 2017.
2. Kornbluth A, et al. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(3):501-523.
3. Lichtenstein GR, et al. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(2):465-483.
4. Crohn's & Colitis Foundation. (2014). *The Facts about Inflammatory Bowel Disease* [Fact Book].
5. Loftus CG, et al. *Inflamm Bowel Dis*. 2007;13(3):254-261.

Παθογένεση ΙΦΝΕ



Διάγνωση των ΙΦΝΕ

- Στόχοι
- Διαφορική διάγνωση
- Αλγόριθμος
- Κλινικά χαρακτηριστικά
- Συμπτώματα
- Κολονοσκόπηση & ενδοσκόπηση
- Παθολογοανατομία
- Εξωεντερικές εκδηλώσεις

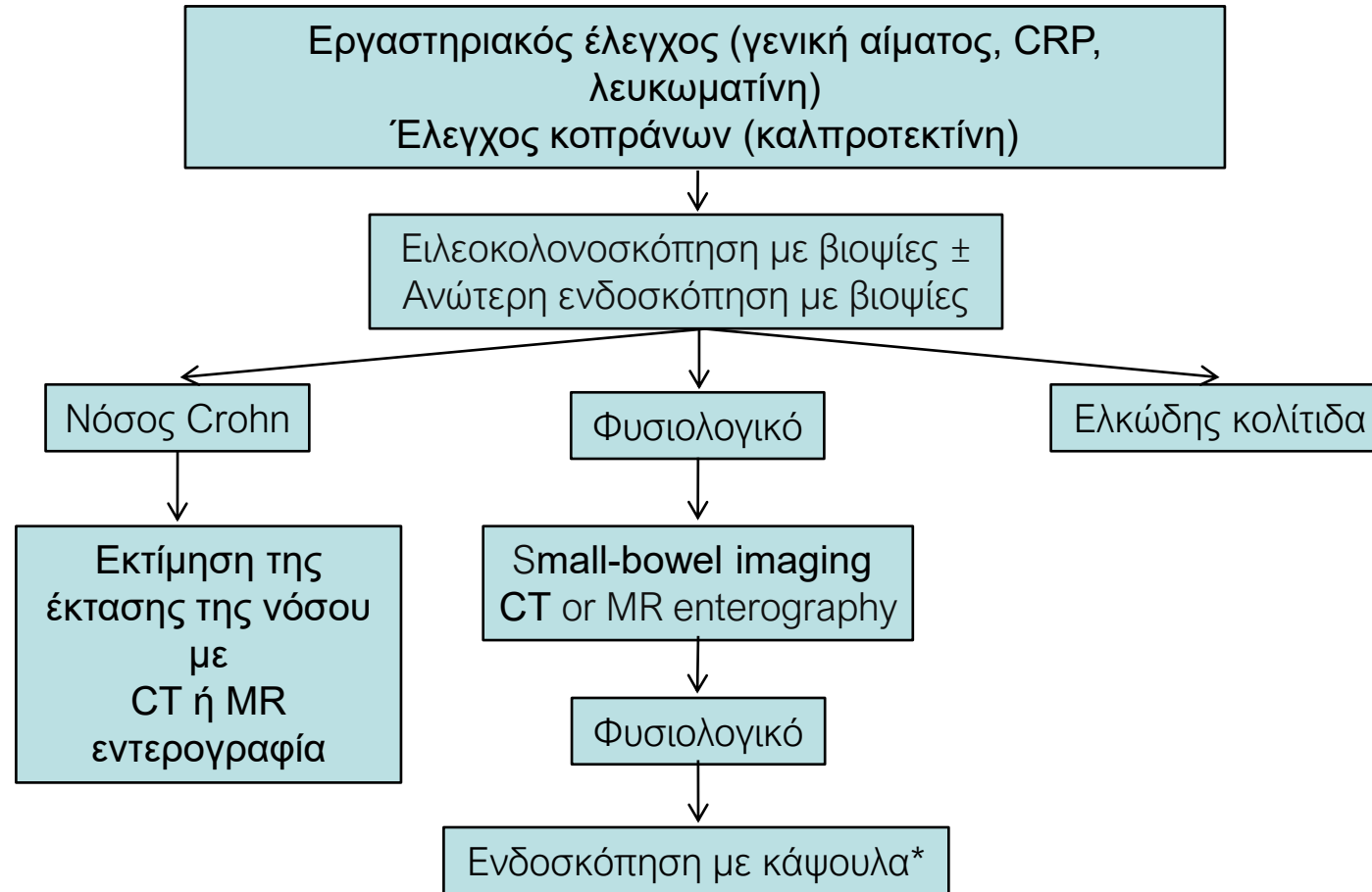
Διάγνωση των ΙΦΝΕ

1. Οι διαγνωστικοί στόχοι πρέπει να περιλαμβάνουν:
 - Διάκριση νόσου Crohn έναντι ελκώδους κολίτιδας
 - ✓ Έως 10% διαγιγνώσκονται ως ακαθόριστη κολίτιδα
 - Καθορισμό της έκτασης της νόσου
 - Προσδιορισμό του φαινοτύπου/συμπεριφοράς της νόσου (ιδίως στη νόσο Crohn)
 - Εκτίμηση της βαρύτητας
2. Δεν υπάρχει εξέταση «χρυσού προτύπου» για τη διάγνωση των ΙΦΝΕ
3. Απαιτείται συνεκτίμηση ιστορικού, κλινικής εξέτασης, οικογενειακού ιστορικού και διαγνωστικών εξετάσεων

Διαφορική διάγνωση σε υποψία ΙΦΝΕ

- Λοιμώδης κολίτιδα (συμπεριλαμβανομένου του *Clostridioides difficile*)
- Ισχαιμική κολίτιδα
- Φαρμακοεπαγόμενη εντεροκολίτιδα (ΜΣΑΦ)
- Σύνδρομο μονήρους έλκους ορθού
- Ακτινική εντεροκολίτιδα
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις
- Κολίτιδα εκτροπής
- Ενδομητρίωση
- Κακοήθεια
- Λειτουργική διαταραχή (ιδίως σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου)
- Εκκολπωματική νόσος

Προτεινόμενος διαγνωστικός αλγόριθμος ΙΦΝΕ κατά την πρώτη εκδήλωση



*Να εξετάζεται όταν οι δείκτες φλεγμονής είναι αυξημένοι, υπάρχει σιδηροπενία ή αυξημένη καλπροτεκτίνη κοπράνων παρά αρνητικό προηγούμενο διαγνωστικό έλεγχο. Χρήση με προσοχή σε ασθενείς με πιθανές στενώσεις.

Κλινικά χαρακτηριστικά ΙΦΝΕ

Ελκώδης κολίτιδα	Νόσος Crohn
Παχύ έντερο και ορθό	Οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα
Το ορθό προσβάλλεται σχεδόν πάντοτε	Προσβολή ορθού στο 10% των περιπτώσεων
Βλάβη βλεννογόνου και υποβλεννογονίου	Διατοιχωματική βλάβη που μπορεί να οδηγήσει σε στενώσεις ή συρίγγια, συμπεριλαμβανομένης της περιπρωκτικής νόσου
Συνεχής κατανομή της φλεγμονής	Ασυνεχείς βλάβες (skip lesions)
Οξεία έναρξη	Ύπουλη έναρξη

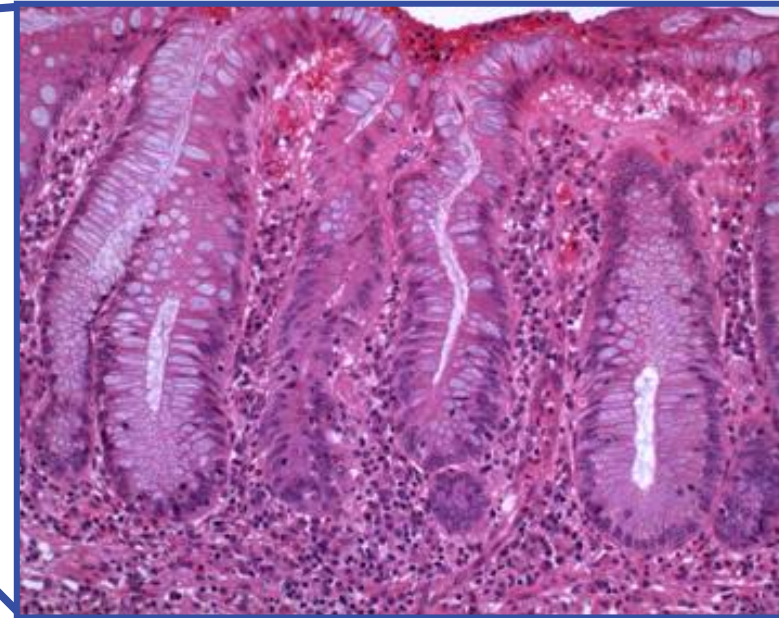
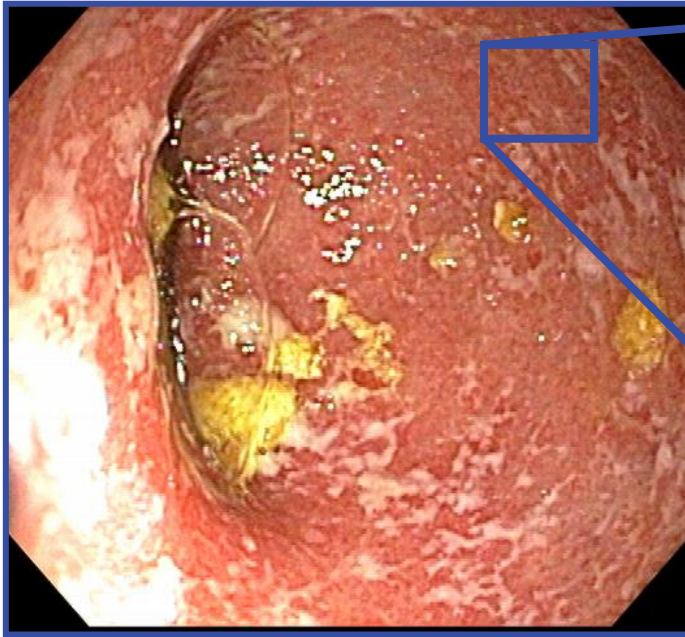
~10% δεν εντάσσονται σαφώς σε καμία από τις δύο ομάδες και χαρακτηρίζονται ως ακαθόριστη κολίτιδα

Κυριότερα συμπτώματα της ελκώδους κολίτιδας

- Αιμορραγία από το ορθό
- Συχνές, μικρού όγκου, διαρροϊκές κενώσεις
- Βλεννώδεις εκκρίσεις από το ορθό
- Τεινεσμός, επιτακτικότητα, ορθαλγία
- Κοιλιακό άλγος



Ελκώδης κολίτιδα: κολονοσκόπηση και βιοψία



**Διάχυτη, έντονη διαταραχή της
αρχιτεκτονικής των κρυπτών και
ατροφία του βλεννογόνου, με
εστίες απώλειας κρυπτών.
Απουσία κοκκιωμάτων.**

Ενδοσκοπική βαρύτητα της ελκώδους κολίτιδας

Mayo score

Mayo Endoscopic Subscore

Mucosal appearance at endoscopy

Normal or inactive disease	0
Mild disease (erythema, decrease vascular pattern, mild friability)	1
Moderate disease (marked erythema, absent vascular pattern, friability, erosions)	2
Severe disease (spontaneous bleeding, ulceration)	3

Κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου Crohn:

1. Inflammatory

Small bowel:

abdominal pain, diarrhea, fever

Colonic:

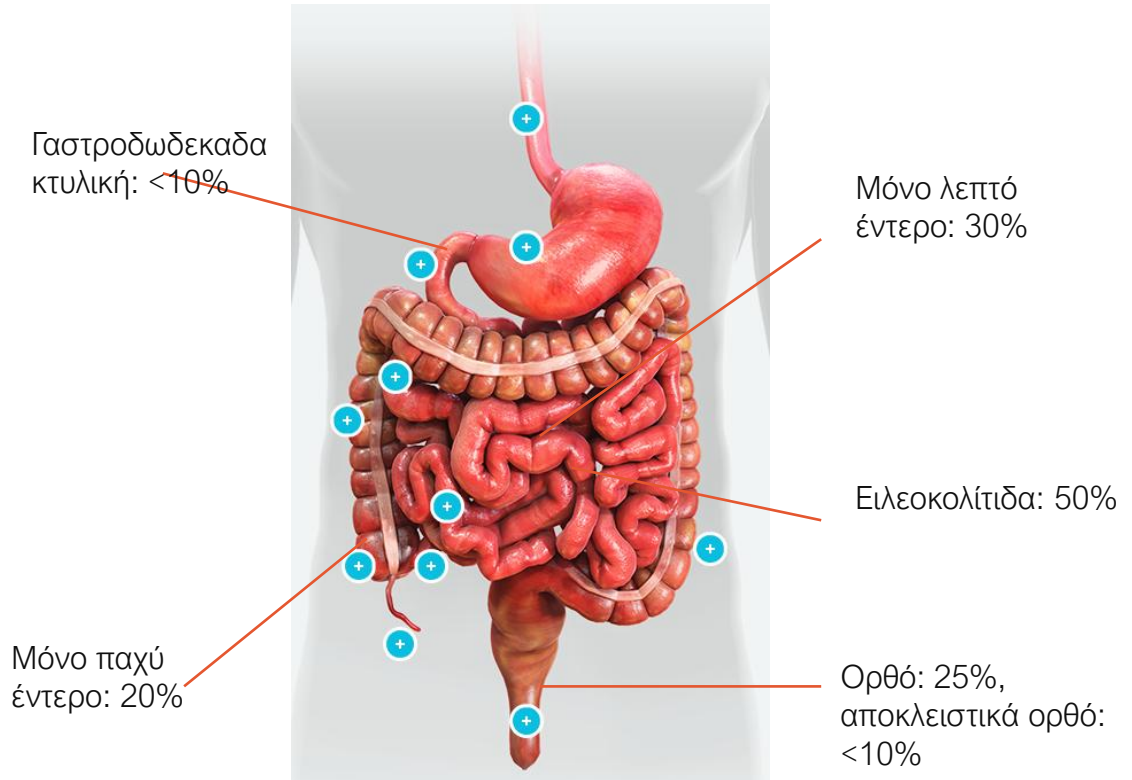
diarrhea +/- hematochezia,
weight loss, fever

2. Stricturing

Bowel obstructions

3. Penetrating

Abscesses, fistulae



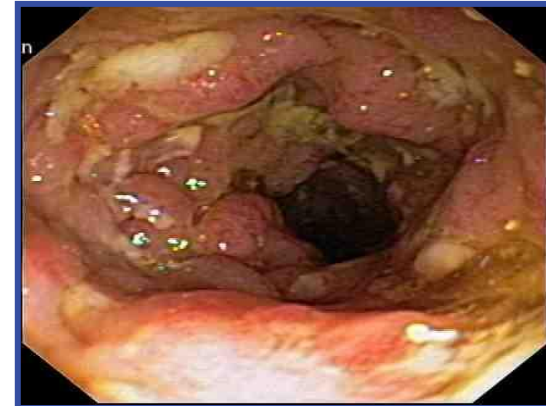
Ενδοσκόπηση στη νόσο crohn



Φυσιολογικό
παχύ έντερο



Βαθιά
εξέλκωση



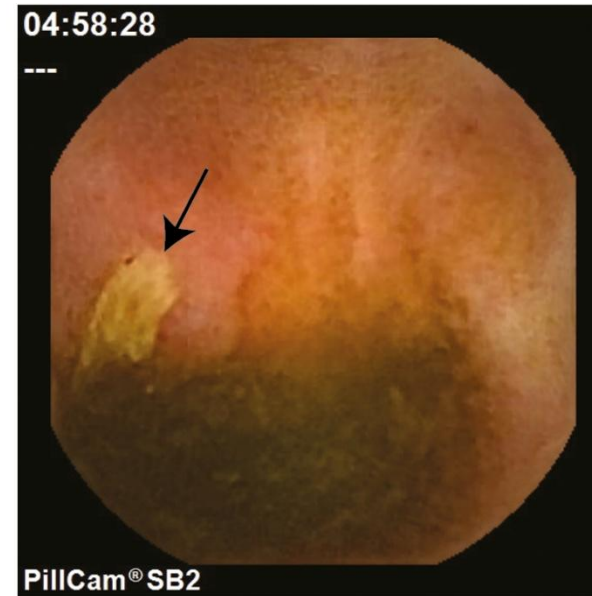
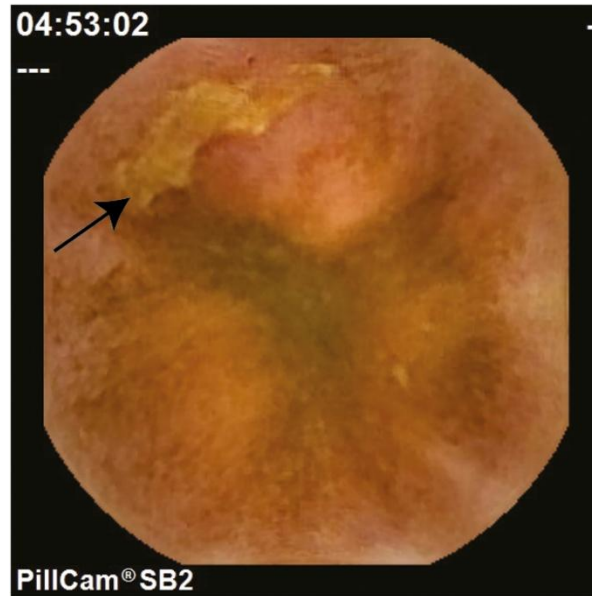
Εξελκώσεις
στον ειλεό

Ενδοσκοπική βαρύτητα της νόσου crohn: simple endoscopic score (SES-CD)

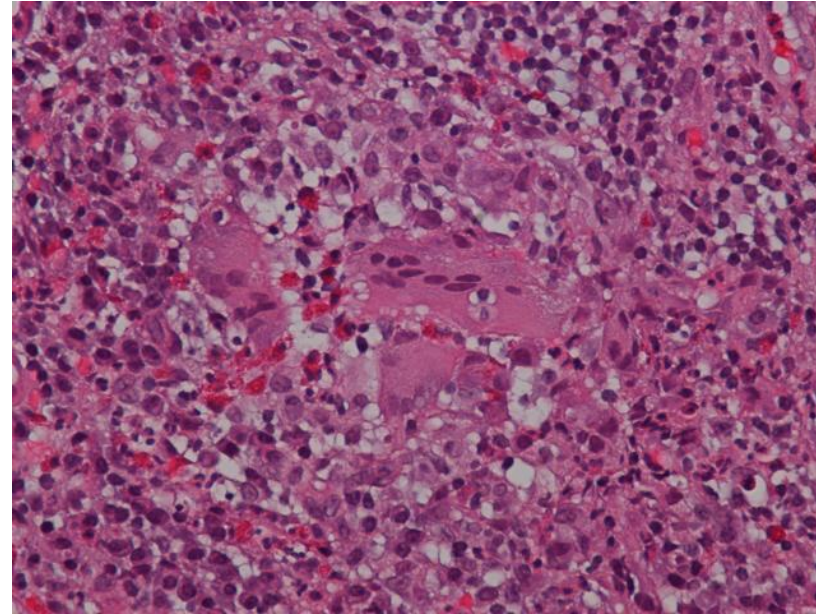
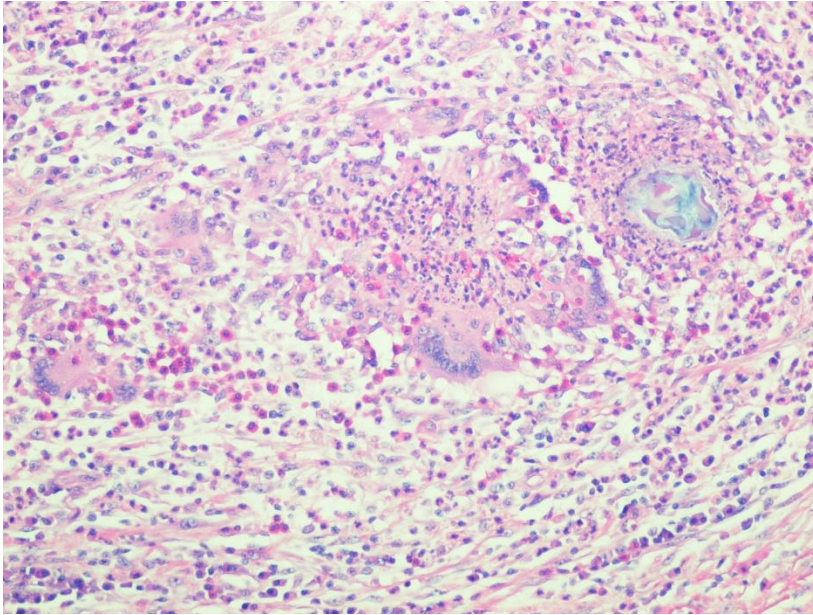
Παράμετροι	0	1	2	3
Μέγεθος ελκών, cm	Καμία	0.1-0.5	0.5-2	>2
Εξελκωμένη επιφάνεια, %	Καμία	<10	10-30	>30
Προσβεβλημένη επιφάνεια, %	Μη προσβεβλημένο τμήμα	<50	50-75	>75
Παρουσία στένωσης	Καμία	Μονήρης, βατή	Πολλαπλές, βατές	Μη βατή

Adapted from Takenaka et al. Inflamm Bowel Dis. 2015; 21(8): 1832–1838.

Ενδοσκόπηση με κάψουλα στη νόσο Crohn

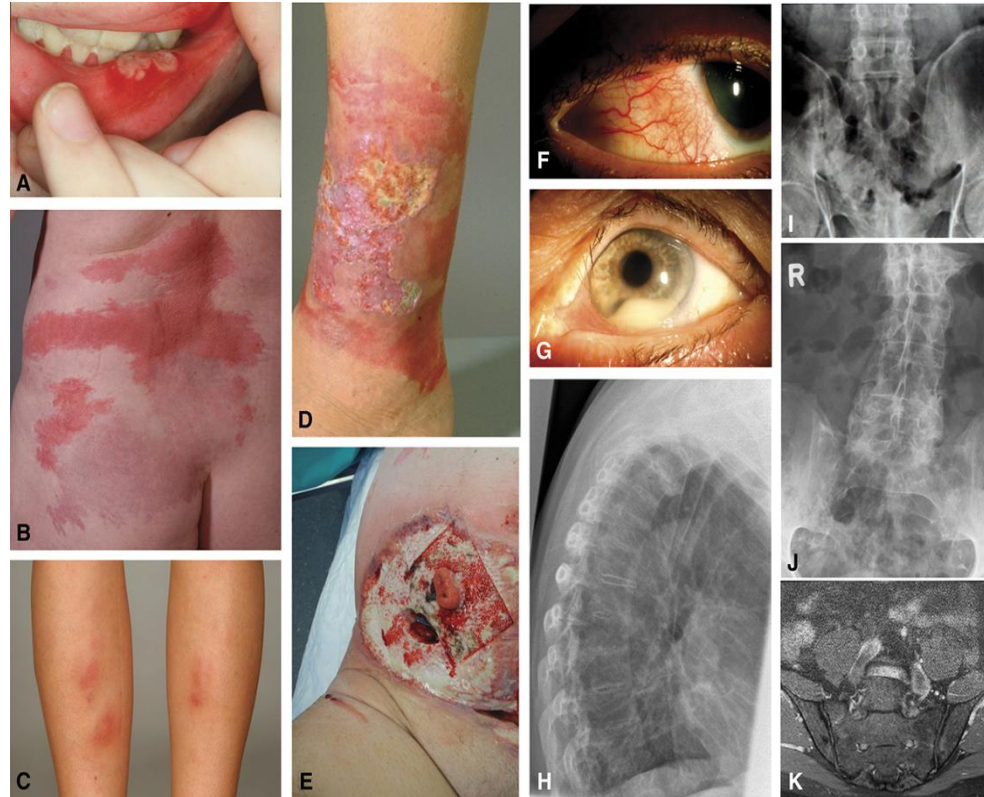


Παθολογοανατομία της νόσου crohn: διατοιχωματική φλεγμονή & κοκκιώματα



Images courtesy of Dr. Robert Lippman, McGuire VA Medical Center, Richmond, Virginia

Εξωεντερικές εκδηλώσεις των ΙΦΝΕ



Adapted from: Vavricka R. et al Inflamm Bowel Dis. 2015; 21(8): 1982-1992

Θεραπεία των ΙΦΝΕ

- Προσέγγιση & στόχοι
- Φαρμακευτικές επιλογές για ήπια, μέτρια & σοβαρή ΙΦΝΕ
- Ανεπιθύμητες ενέργειες
- Απώλεια ανταπόκρισης

Θεραπεία των ΙΦΝΕ

- Η κατάλληλη θεραπεία καθορίζεται βάσει:
 - Χαρακτηριστικών που σχετίζονται με τις ΙΦΝΕ:
 - **Ενεργότητα νόσου**
 - **Βαρύτητα νόσου**
 - **Επιπλοκές των ΙΦΝΕ**
 - **Ανταπόκριση σε προηγούμενη/-ες θεραπεία/-ες ΙΦΝΕ**
 - Χαρακτηριστικών που δεν σχετίζονται άμεσα με τις ΙΦΝΕ:
 - Ενεργός λοίμωξη
 - Συννοσηρότητες

Προσδιορισμός ενεργότητας και βαρύτητας της νόσου

- Η ενεργότητα της νόσου βασίζεται σε:
 - Αναφερόμενες από τον ασθενή εκβάσεις (PROs)
 - Χρήση δεικτών ενεργότητας, π.χ. Harvey–Bradshaw Index (νόσος Crohn), τροποποιημένο Mayo Score ή Simple Clinical Colitis Activity Index (ελκώδης κολίτιδα)
 - Φλεγμονώδες φορτίο
 - Με βάση την έκταση της νόσου, τη βαρύτητα των ενδοσκοπικών ευρημάτων και/ή μη επεμβατικούς δείκτες φλεγμονής, όπως καλπροτεκτίνη κοπράνων, ΤΚΕ ή CRP
- Η βαρύτητα της νόσου βασίζεται σε:
 - Παράγοντες κινδύνου για δυσμενέστερη πορεία της νόσου

Ενεργότητα ελκώδους κολίτιδας

simple clinical colitis activity index

SCCAI Remission < 2.5

Bowel frequency (day)

0 = 1–3

1 = 4–6

2 = 7–9

3 = >9

Bowel frequency (night)

1 = 1–3

2 = 4–6

Urgency of defecation

1 = hurry

2 = immediately

3 = incontinence

Blood in stool

1 = trace

2 = occasionally frank

3 = usually frank

General well-being

0 = very well

1 = slightly below par

2 = poor

3 = very poor

4 = terrible

Arthritis, pyoderma gangrenosum, erythema
nodosum, uveitis

1 per manifestation

Οι εξωεντερικές
εκδηλώσεις
περιλαμβάνουν
αρθραλγίες, ραγοειδίτιδα,
εξάνθημα και στοματικά
έλκη.

Βαθμολογία <4 αντιστοιχεί
σε ανενεργό νόσο.

Ενεργότητα νόσου crohn με τον Harvey–Bradshaw Activity Index

- Η βαθμολογία* βασίζεται στις παραμέτρους:
 - 1)Well-being of the ασθενής (Score 0-4)
 - 2)Abdominal pain (Score 0-3)
 - 3)Number of liquid or soft stools (Score of 1 for each liquid bowel movement)
 - 4)Abdominal mass (Score 0-3)
 - 5)Complications (Score 1 per complication)

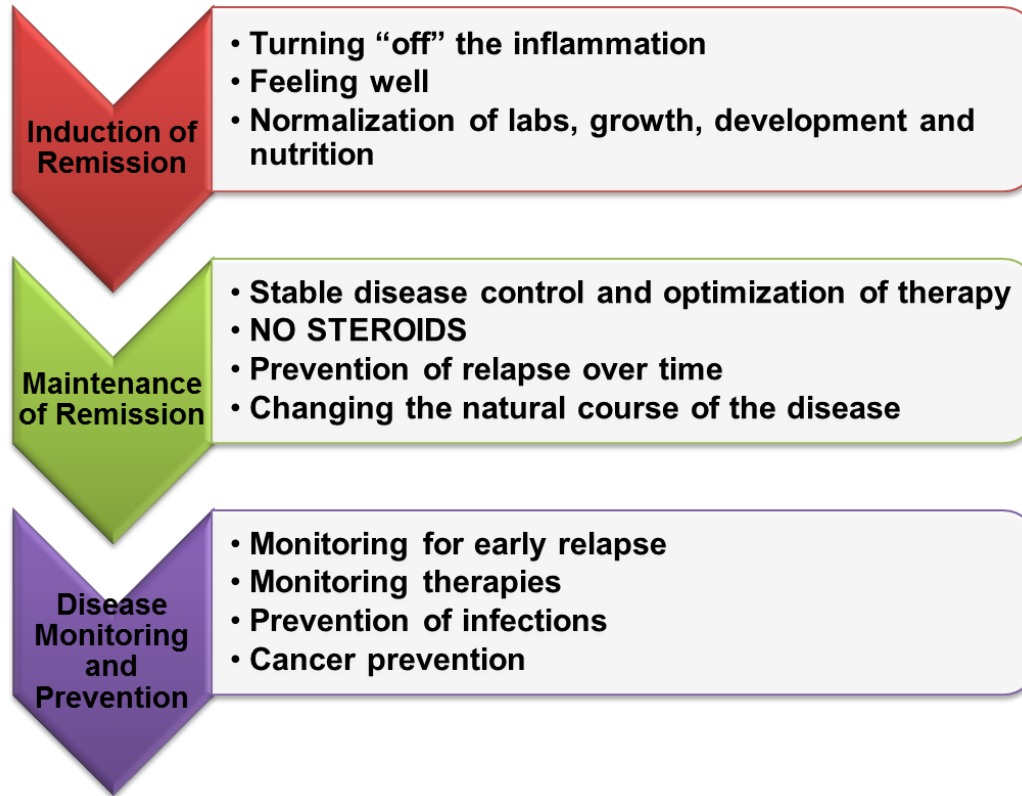
***Η συνολική βαθμολογία καθορίζει ανενεργό νόσο (<5), ήπια (5–7), μέτρια (8–16) ή σοβαρή νόσο (>16)**

Παράγοντες κινδύνου για σοβαρή ή επιπλεγμένη ΙΦΝΕ

Ελκώδης κολίτιδα	Νόσος Crohn
Ηλικία <40 ετών κατά τη διάγνωση	Ηλικία <30 ετών κατά τη διάγνωση
Εκτεταμένη προσβολή παχέος εντέρου	Εκτεταμένη ανατομική προσβολή
Σοβαρή ενδοσκοπική ενεργότητα (π.χ. Mayo score ≥ 3 , UCEIS ≥ 7)	Περιπρωκτική νόσος και/ή σοβαρή προσβολή ορθού
Ανάγκη νοσηλείας λόγω κολίτιδας	Βαθιά έλκη
Αυξημένη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη	Προηγούμενη χειρουργική εκτομή
Χαμηλή λευκωματίνη ορού	Στενωτικός και/ή διατιτραίνων φαινότυπος

1. Modified from Rubin DT et al. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. Am J Gastro 2019;114:384-419
2. Modified from AGA Institute Guidelines for the Identification, Assessment and Initial Medical Treatment in Crohn's Disease Clinical Decision Support Tool available at: <https://s3.amazonaws.com/agaassets/pdf/guidelines/IBDCarePathway.pdf>; *Gastroenterology* 2014 147:702-705 DOI: (10.1053/j.gastro.2014.07.022) Copyright © 2014

Θεραπευτικοί στόχοι στους ασθενείς με ΙΦΝΕ



- Κλινική ύφεση (δηλαδή υποχώρηση των συμπτωμάτων ΙΦΝΕ)
- Βλεννογονική επούλωση
- Θεραπευτικό σχήμα χωρίς κορτικοστεροειδή

Το αποτελεσματικότερο φάρμακο είναι εκείνο που ο ασθενής θα λαμβάνει με συνέπεια.

Γιατί είναι σημαντική η βλεννογονική επούλωση;

- Στην κλινική πράξη, η επούλωση του βλεννογόνου πρέπει να καθοδηγεί τη θεραπευτική στρατηγική
 - Τα συμπτώματα δεν συσχετίζονται πάντοτε με τη φλεγμονή του βλεννογόνου
 - Απαιτείται εκτίμηση της ενεργότητας πριν από αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή
 - Αυξανόμενα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η επούλωση του βλεννογόνου αποτελεί σημαντικό στόχο, καθώς σχετίζεται με καλύτερες μακροπρόθεσμες εκβάσεις, όπως:
 - Μικρότερη πιθανότητα υποτροπής/έξαρσης
 - Μικρότερη εξέλιξη προς επιπλοκές της νόσου
 - Μικρότερη ανάγκη για χειρουργείο και νοσηλεία

Θεραπευτικές επιλογές για ήπια ΙΦΝΕ

Φάρμακο	NC/EK	Επαγωγή	Συντήρηση	Χορήγηση
Κορτικοστεροειδή	CD, UC	+	-	Από του στόματος, IV, ορθικά
Βουδεσονίδη	CD, UC	+	-	Από του στόματος
Αμινοσαλικυλικά	EK	+	+	Από του στόματος, ορθικά

Φάρμακο	Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες
Κορτικοστεροειδή	Διαταραχές ύπνου και διάθεσης, υπέρταση, δυσανεξία στη γλυκόζη, καταρράκτης, οστεοπόρωση, μυοπάθεια, γλαύκωμα, ακμή, οίδημα, αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων
Βουδεσονίδη	Κεφαλαλγία, ακμή, ναυτία
Αμινοσαλικυλικά	Νεφροτοξικότητα, διάμεση νεφρίτιδα, ναυτία, γαστρεντερικές διαταραχές, παράδοση διάρροια

1. Rubin DT et al. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(3):384-413.
2. Lichtenstein GR, et al. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(4):481-517.

Θεραπευτικές επιλογές για μέτρια–σοβαρή ΙΦΝΕ

Φάρμακο	NC/EK	Επαγωγή	Συντήρηση	Χορήγηση
Θειοπουρίνες	CD, UC	-	+	Από του στόματος
Μεθοτρεξάτη	NC	-	+	Oral, IM
Αντι-TNF παράγοντες	CD, UC	+	+	IV, SC
Βεδολιζουμάμπη	CD, UC	+	+	IV, SC
Ναταλιζουμάμπη	NC	+	+	IV
Ουστεκινουμάμπη	CD, UC	+	+	IV επαγωγή, SC συντήρηση
Τοφασιτινίμπη	EK	+	+	Από του στόματος

1. Rubin DT et al. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(3):384-413.
2. Lichtenstein GR, et al. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(4):481-517.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Φάρμακο	Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες
Θειοπουρίνες	Μυελοκαταστολή, ηπατοτοξικότητα, παγκρεατίτιδα, πνευμονίτιδα, γαστρεντερικές διαταραχές, εξάνθημα, αλωπεκία, πυρετός, αρθραλγίες, λεμφοϋπερπλαστικές διαταραχές, μυελοειδή νεοπλάσματα, ηπατοσπληνικό T-κυτταρικό λέμφωμα (σε νεαρούς άνδρες), μη μελανωματικός καρκίνος δέρματος, αιμοφαγοκυτταρική λεμφοϊστιοκυττάρωση (μετά από EBV ή CMV λοίμωξη)
Μεθοτρεξάτη	Μυελοκαταστολή, αλωπεκία, ηπατική ίνωση, πνευμονίτιδα υπερευαισθησίας, αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων
Αντι-TNF παράγοντες	Αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων, αντιδράσεις έγχυσης ή στο σημείο ένεσης, δερματολογικές και νευρολογικές εκδηλώσεις, μελάνωμα, λέμφωμα
Βεδολιζουμάμπη	Λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού, αντιδράσεις σχετιζόμενες με την έγχυση
Ναταλιζουμάμπη	Κεφαλαλγία, εξάνθημα, ναυτία, αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων, αντιδράσεις έγχυσης, αρθραλγίες, προϊόντα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια (σε θετικά αντισώματα έναντι JC virus)
Ουστεκινουμάμπη	Αντίδραση στο σημείο ένεσης, συμπτώματα κοινού κρυολογήματος, κεφαλαλγία, κόπωση, αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων
Τοφασιτίνιμπη	Έρπης ζωστήρας, διαταραχές λιπιδίων, φλεβική θρομβοεμβολή (ιδίως πνευμονική εμβολή)

Πριν από την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής

Φάρμακο	Έλεγχος πριν από την έναρξη	Συνιστώμενη παρακολούθηση
Μεσαλαζίνη	Να εξετάζεται βασικός έλεγχος νεφρικής λειτουργίας	Ετήσιος έλεγχος νεφρικής λειτουργίας
Κορτικοστεροειδή		Καταγραφή μακροχρόνιου θεραπευτικού πλάνου· να εξετάζεται οφθαλμολογικός έλεγχος και DEXA.
Θειοπουρίνες	Δραστικότητα ενζύμου TPMT, γενική αίματος και ηπατική λειτουργία	Τακτική γενική αίματος και ηπατική λειτουργία κατά τη θεραπεία
Μεθοτρεξάτη	Γενική αίματος, ηπατική και νεφρική λειτουργία	Τακτική παρακολούθηση γενικής αίματος, ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας κατά τη θεραπεία
Αντι-TNF παράγοντες	Έλεγχος για φυματίωση πριν από την έναρξη, έλεγχος ηπατίτιδας B, γενική αίματος και ηπατική λειτουργία	Ετήσια εκτίμηση έκθεσης σε φυματίωση· τακτική γενική αίματος και ηπατική λειτουργία κατά τη θεραπεία
Βεδολιζουμάμπη	Γενική αίματος και ηπατική λειτουργία	Περιοδικός έλεγχος γενικής αίματος και ηπατικής λειτουργίας κατά τη θεραπεία
Ναταλιζουμάμπη	Εγγραφή στο πρόγραμμα συνταγογράφησης CD Touch®	Έλεγχος για σημεία/συμπτώματα ενδεικτικά PML, τακτική γενική αίματος και ηπατική λειτουργία, έλεγχος αντισωμάτων JC virus κάθε 6 μήνες, σύμφωνα με το πρόγραμμα CD Touch®
Ουστεκινουμάμπη	Έλεγχος για φυματίωση πριν από την έναρξη, έλεγχος ηπατίτιδας B, γενική αίματος και ηπατική λειτουργία	Ετήσια εκτίμηση έκθεσης σε φυματίωση· τακτική γενική αίματος και ηπατική λειτουργία κατά τη θεραπεία
Tofacitinab	Γενική αίματος, ηπατική λειτουργία, λιπιδαιμικό προφίλ νηστείας και έλεγχος φυματίωσης	Ετήσια εκτίμηση έκθεσης σε φυματίωση, τακτική γενική αίματος και ηπατική λειτουργία· επανάληψη λιπιδαιμικού προφίλ νηστείας 4–8 εβδομάδες μετά την έναρξη.

1. Adapted from: Crohn's & Colitis Foundation; Diagnosing and Monitoring IBD Brochure. 2. Farray FA et al. Am J Gastro 2017;112(2):241-258. 3. Tysabri [Medication Guide/Package Insert]. Cambridge, MA: Biogen Inc. Revised August 2019.
4. Vedolizumab [Medication Guide/Package Insert]. Deerfield, IL: Takeda Pharmaceuticals, Inc; May 2014
5. Ustekinumab [Medication Guide/Package Insert]. Janssen Biotech, Inc. September 2016. 6. Tofacitinib [Medication Guide/Package Insert]. NY, NY: Pfizer; Revised December 2019.

Θεραπευτική παρακολούθηση φαρμάκου σε απώλεια ανταπόκρισης

- Η θεραπευτική παρακολούθηση φαρμάκου (TDM) περιλαμβάνει μέτρηση των κατώτερων επιπέδων του φαρμάκου στον ορό και των αντισωμάτων έναντι του φαρμάκου, ώστε να καθοδηγούνται οι αλλαγές της θεραπείας.
- Υπάρχουν 2 τύποι TDM:
 - Αντιδραστικό TDM
 - Όταν επιδεινώνονται τα συμπτώματα
 - Βελτιώνει την κλινική φροντίδα και καθοδηγεί τις αλλαγές στη θεραπεία
 - Οικονομικά αποδοτικό
 - Προληπτικό TDM
 - Κατά την επαγωγή ή τη συντήρηση, χωρίς κλινικά συμπτώματα
 - Χρήσιμο όταν εξετάζεται αποκλιμάκωση της θεραπείας
 - Μελέτες (κυρίως αναδρομικές) δείχνουν βελτιωμένες εκβάσεις

Χειρουργική αντιμετώπιση των ΙΦΝΕ

- Πότε να εξετάζεται
- Συνήθεις επεμβάσεις
- Μετεγχειρητική πορεία

Πότε εξετάζεται χειρουργική αντιμετώπιση

- Συχνότητα
 - 10%–20% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση
 - Περίπου τα 2/3 των ασθενών με νόσο Crohn θα χρειαστούν χειρουργική επέμβαση
- Ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης:
 - Δυσπλασία ή καρκίνος
 - Νόσος μη ανταποκρινόμενη στη φαρμακευτική αγωγή
 - Επίμονα ενεργά συμπτώματα, συρίγγια ή απόστημα
 - Μη ανεκτές ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων
 - Επιπλοκή της νόσου
 - Στένωση
 - Απόστημα
 - Συρίγγια
 - Τοξικό megάκολο
 - Διάτρηση παχέος εντέρου

Λοίμωξη από **Clostridioides difficile**

IDSA/SHEA 2021

Johnson et al., Clinical Infectious Diseases 2021

Clostridioides difficile

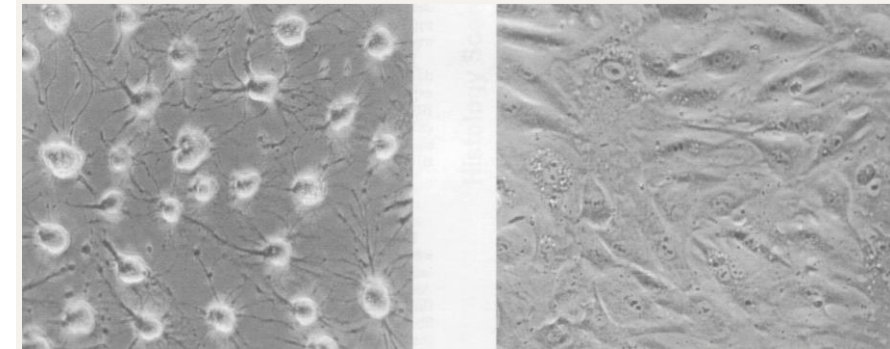
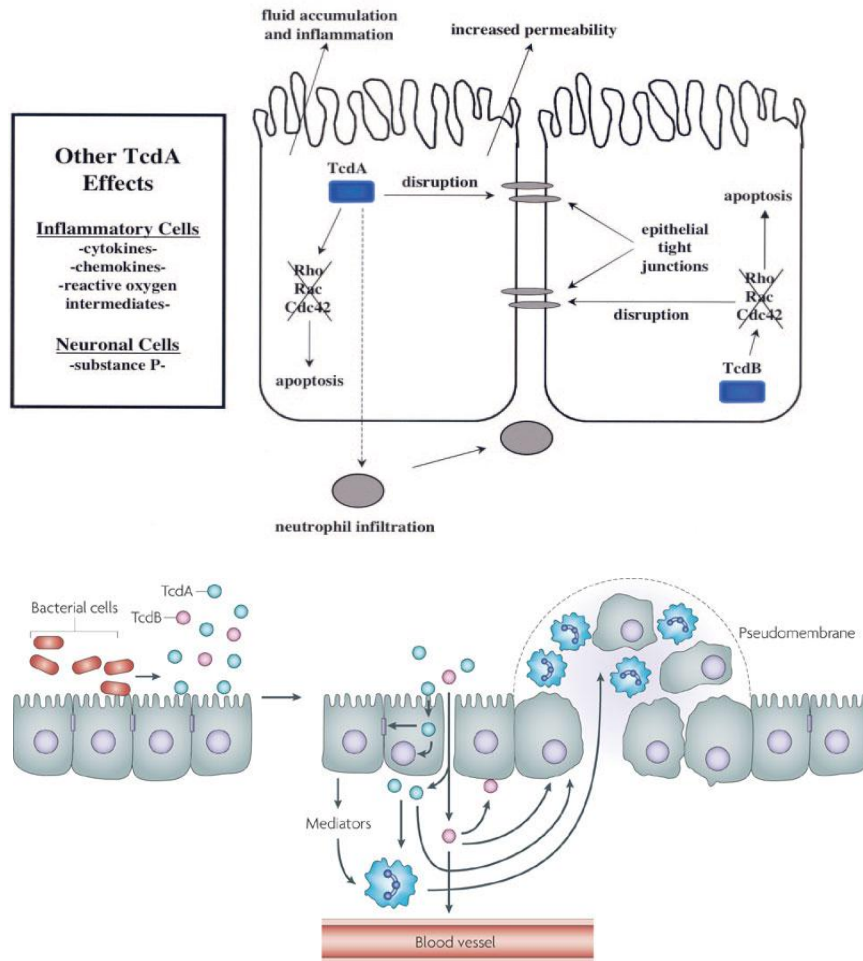


- Αναερόβιο (βάκιλος)
- Gram +
- Σπορογόνο
- Μη-διηθητικό
- Τοξινογόνο (Τοξίνες A & B)

Παθογένεση *C. difficile* διάρροιας

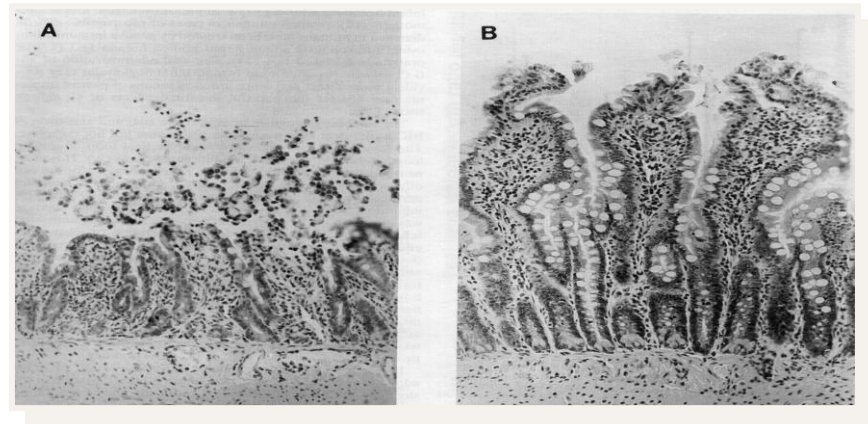


Δράσεις τοξινών A & B



Tox+

Tox-



Παράγοντες κινδύνου για CDAD*

- Χρήση αντιβιοτικών
- Άλλοι παράγοντες
 - Παρατεταμένη νοσηλεία
 - Προχωρημένη ηλικία
 - Σοβαρή υποκείμενη νόσος
- Πιθανοί παράγοντες κινδύνου
 - Καταστολή έκκρισης γαστρικού οξέος
 - Εντερική σίτιση
 - Χειρουργική επέμβαση στο γαστρεντερικό σύστημα
 - ΧΜΘ / μεταμόσχευση αιμοποιητικών βλαστοκυττάρων .

*CDAD μπορεί επίσης να εμφανιστεί επί απουσίας παραγόντων κινδύνου

Αντιβιοτικά και κίνδυνος για CDAD

Συχνά	Λιγότερο συχνά	Σπάνια
Fluoroquinolones	Macrolides	Aminoglycosides
Clindamycin	Trimethoprim	Tetracyclines
Penicillins (broad spectrum)	Sulfonamides	Chloramphenicol
Cephalosporins (broad spectrum)		Metronidazole
		Vancomycin

Διάγνωση *C. difficile* λοίμωξης

- ✓ Ενδοσκόπηση (Ψευδομεμβρανώδης κολίτις)
- ✓ Καλλιέργεια
- ✓ Δοκιμασία κυτταροτοξικότητας σε κυτταροκαλλιέργειες
- ✓ ELISA (anti-toxin A & B)
- ✓ PCR (ανίχνευση γονιδίου τοξίνης)

Διαγνωστικές δοκιμασίες

Δοκιμασία	Ευαισθησία (%)	Ειδικότητα(%)
Ενδοσκόπηση	51	~100
Καλλιέργεια	89-100	84-99
Κυτταροτοξικότητα σε κυταροκαλλιέργειες	67-100	85-100
ELISA	63-99	75-100

Νοσολογία *C. difficile* λοίμωξης

- ✓ Ασυμπτωματικός αποικισμός
- ✓ Διάρροια (μέτρια έως σοβαρή)
- ✓ Κολίτιδα +/- ψευδομεμβράνες (ενδοσκόπηση)
- ✓ Τοξικό megάκολο (απεικονιστικά)
- ✓ Διάτρηση εντέρου/περιτονίτιδα
- ✓ Σήψη και οξεία κοιλία χωρίς διάρροια (ειλεός)

Κλινική εικόνα *C.difficile* κολίτιδας

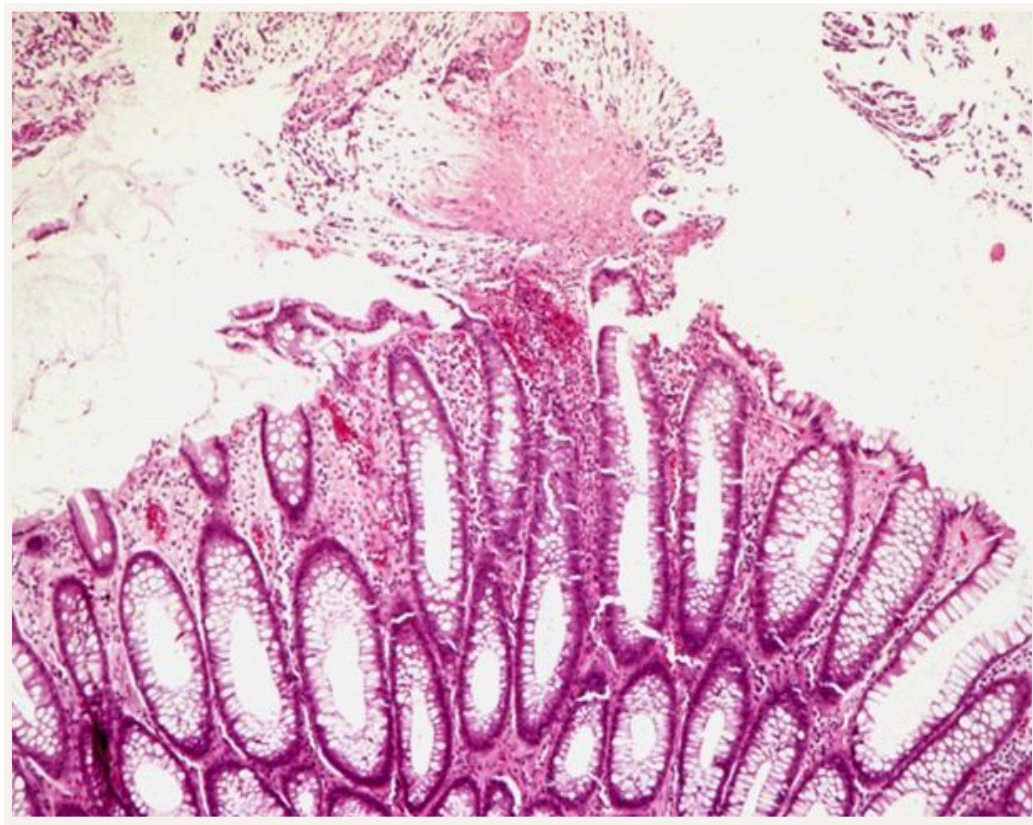
Ήπια-Μέτρια

- ✓ 5-10 υδαρείς κενώσεις/ημέρα
- ✓ Πυρέτιο
- ✓ Ήπιες κράμπες-ευαισθησία
- ✓ Ήπια λευκοκυττάρωση
- ✓ Λευκωματίνη > 3,5 mg/dl

Σοβαρή

- ✓ >10 υδαρείς κενώσεις/ημέρα
- ✓ Υψηλός πυρετός
- ✓ Περιτοναϊσμός-Αναπηδώσα ευαισθησία
- ✓ Λευκοκυττάρωση
- ✓ Λευκωματίνη <3g

Ιστοπαθολογία ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας



Βλάβη “Volcano”

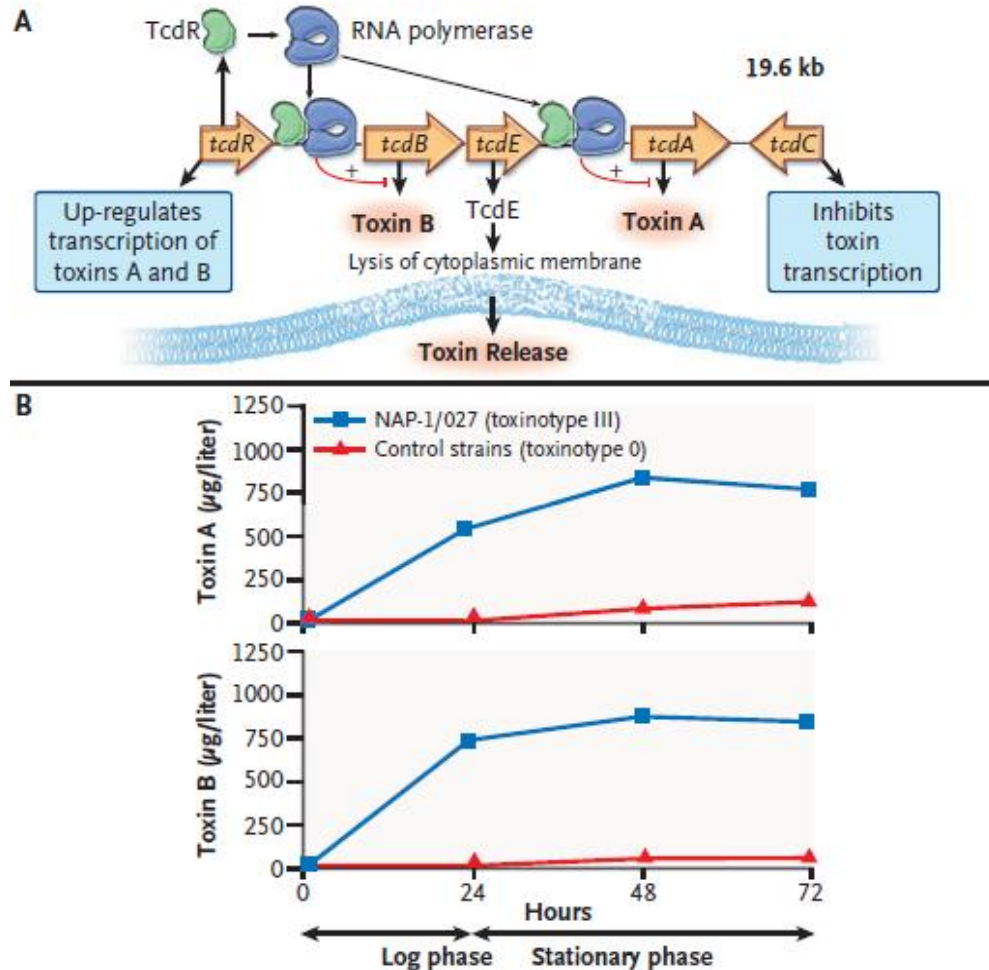


Kelly, NEJM, 1994

Τοξικό megacolon - χειρουργείο



ΣΤΈΛΕΧΟΣ ΒΙ/ΝΑΡ1/027



- ↑↑ παραγωγή τοξινών A & B
- Αντίσταση στις φθοριοκινολόνες
- Παραγωγή binary (δυναμικής) τοξίνης

Kelly, NEJM, 2008
Warny, Lancet, 2005

Βασικές αρχές θεραπείας

- ✓ **Στόχος:** Αποκατάσταση της φυσιολογικής χλωρίδας
- ✓ Διακοπή των αντιβιοτικών, αν είναι δυνατόν
- ✓ Διόρθωση υγρών και ηλεκτρολυτών
- ✓ Αποφυγή ανασταλτών κινητικότητας
- ✓ Vancomycin ή Fidaxomicin

Θεραπευτικές Επιλογές Σε Ενήλικες Με CDI

1. Αρχικό επεισόδιο

Προτιμάται φιδασομικίνη έναντι τυπικού σχήματος βανκομυκίνης.

Η βανκομυκίνη παραμένει αποδεκτή εναλλακτική, ιδιαίτερα όταν το κόστος ή η πρόσβαση περιορίζουν τη χρήση φιδασομικίνης.

2. Υποτροπή

Σε υποτροπιάζουσα CDI προτιμάται φιδασομικίνη (τυπικό ή extended-pulsed σχήμα) έναντι τυπικής βανκομυκίνης.

Οι επιλογές διαφοροποιούνται ανάλογα με το αν είναι πρώτη ή πολλαπλή υποτροπή.

3. Πρόληψη νέας υποτροπής

Το bezlotoxumab προστίθεται σε standard-of-care αντιβιοτικά σε επιλεγμένους ασθενείς υψηλού κινδύνου, ιδίως μετά από πρόσφατη υποτροπή.

Το FMT παραμένει επιλογή μετά από πολλαπλές υποτροπές και αποτυχία κατάλληλων αντιβιοτικών.

Αρχικό επεισόδιο CDI

Προτιμώμενη επιλογή

Φιδαξομικίνη 200 mg από του στόματος, 2 φορές/ημέρα για 10 ημέρες.

Αποδεκτή εναλλακτική

Βανκομυκίνη 125 mg από του στόματος, 4 φορές/ημέρα για 10 ημέρες.

Παραμένει αποδεκτή επιλογή όταν η φιδαξομικίνη δεν είναι διαθέσιμη/εφικτή.

Γιατί προτιμάται η φιδαξομικίνη;

- Παρόμοια αρχική κλινική ίαση με βανκομυκίνη.
- Υψηλότερη παρατεταμένη κλινική ανταπόκριση 4 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας (RR 1,16 • 95% CI 1,09–1,24).
- Δεν καταδείχθηκε μείωση της θνητότητας.
- Το όφελος σχετίζεται κυρίως με χαμηλότερο κίνδυνο υποτροπής.

Σημείωση: για κεραυνοβόλο CDI η focused update δεν αντικαθιστά την προηγούμενη σύσταση για υψηλή δόση βανκομυκίνης.

Υποτροπιάζουσα CDI

Πρώτη υποτροπή

Προτιμάται φιδαξομικίνη:

- τυπικό σχήμα 200 mg x2/ημέρα x10 ημέρες, ή
- extended-pulsed: 200 mg x2/ημέρα x5 ημέρες και στη συνέχεια ανά δεύτερη ημέρα έως την ημέρα 25.

Αποδεκτές εναλλακτικές:

- βανκομυκίνη σε tapered/pulsed σχήμα
- ή τυπική 10ήμερη βανκομυκίνη.

Πολλαπλές υποτροπές

Επιλογές σύμφωνα με την οδηγία:

- φιδαξομικίνη
- βανκομυκίνη tapered/pulsed
- βανκομυκίνη και στη συνέχεια rifaximin
- μεταμόσχευση μικροβιώματος κοπράνων (FMT) μετά από αποτυχία κατάλληλων αντιβιοτικών σχημάτων.

Στόχος: μείωση του κινδύνου επόμενης υποτροπής και διατήρηση κλινικής ανταπόκρισης.

Bezlotoxumab και FMT

Bezlotoxumab

- Μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι της τοξίνης B.
- Προτείνεται ως προσθήκη στα standard-of-care αντιβιοτικά σε ασθενείς με υποτροπή CDI εντός των τελευταίων 6 μηνών.
- Μπορεί να ωφελήσει ιδιαίτερα ασθενείς υψηλού κινδύνου: ηλικία ≥ 65 ετών, ανοσοκαταστολή, σοβαρή CDI.
- Εφάπαξ IV έγχυση 10 mg/kg σε 60 λεπτά.
- Μείωσε την υποτροπή στις 12 εβδομάδες (RR 0,62 • 95% CI 0,51–0,75).

FMT – τι πρέπει να θυμόμαστε

- Η σύσταση για FMT δεν άλλαξε.
- Προορίζεται για πολλαπλές υποτροπές μετά από αποτυχία κατάλληλης αντιβιοτικής θεραπείας.
- Απαιτείται αυστηρός έλεγχος δότη και δείγματος.
- FDA safety alerts για μετάδοση παθογόνων μικροοργανισμών και πιθανή μετάδοση SARS-CoV-2.

Προσοχή: σε ιστορικό συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, bezlotoxumab μόνο όταν το όφελος υπερτερεί του κινδύνου.

Πρακτικός αλγόριθμος

Αρχικό επεισόδιο

Φιδαξομικίνη προτιμητέα
Βανκομυκίνη αποδεκτή εναλλακτική



1η υποτροπή

Φιδαξομικίνη προτιμητέα
ή βανκομυκίνη tapered/pulsed



Πολλαπλές υποτροπές

Φιδαξομικίνη / tapered βανκομυκίνη /
βανκομυκίνη→rifaximin / FMT

Κρίσιμα σημεία

1. Η φιδαξομικίνη προτιμάται κυρίως επειδή μειώνει τις υποτροπές, όχι επειδή αυξάνει την αρχική ίαση.
2. Το κόστος και η διαθεσιμότητα μπορούν να καθορίσουν την επιλογή· η βανκομυκίνη παραμένει έγκυρη εναλλακτική.
3. Bezlotoxumab: σκεφτόμαστε σε πρόσφατη υποτροπή/υψηλό κίνδυνο, με ιδιαίτερη προσοχή σε καρδιακή ανεπάρκεια.
4. FMT: για πολλαπλές υποτροπές μετά από κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία και με αυστηρό screening δότη.

Τελική σύνοψη – Νεοπλασίες & συνήθεις παθήσεις παχέος εντέρου

Πολύποδες

- Αδενώματα και οδοντωτές βλάβες είναι βασικές προκαρκινικές αλλοιώσεις.
- Η πλήρης αφαίρεση και η ιστολογία καθορίζουν τον επανέλεγχο.

Καρκίνος παχέος εντέρου

- Κίνδυνος: ηλικία, οικογενειακό ιστορικό/Lynch/FAP, ΙΦΝΕ, παχυσαρκία, κάπνισμα, αλκοόλ.
- Συμπτώματα: αλλαγή κενώσεων, αίμα/αναιμία, άλγος, απώλεια βάρους.

Διάγνωση & σταδιοποίηση CRC

- Κολονοσκόπηση με βιοψία: κεντρική εξέταση.
- CTC/εξετάσεις κοπράνων έχουν ρόλο, αλλά δεν αντικαθιστούν βιοψία/πολυπεκτομή.
- TNM και work-up οδηγούν τη θεραπευτική απόφαση.

Εκκολπωματική νόσος

- Φάσμα: ασυμπτωματική εκκολπωμάτωση → SUDD → οξεία/επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα.
- CT με σκιαγραφικό στην οξεία εικόνα· θεραπεία ανά βαρύτητα και επιπλοκές.

ΙΦΝΕ

- Χρόνια ανοσομεσολαβούμενη φλεγμονή: ελκώδης κολίτιδα και νόσος Crohn.
- Διάγνωση πολυτροπική: ιστορικό, εργαστηριακά, ενδοσκόπηση, ιστολογία, απεικόνιση.
- Treat-to-target: συμπτώματα + αντικειμενική ύφεση.

Λοιμώξεις & follow-up

- CDI: φιδασομικίνη προτιμητέα· βανκομυκίνη αποδεκτή όταν χρειάζεται.
- Σε ΙΦΝΕ/CRC η συστηματική παρακολούθηση μειώνει καθυστερήσεις και επιπλοκές.

Κεντρικό μήνυμα: η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η τεκμηριωμένη παρακολούθηση είναι ο κοινός άξονας σε πολύποδες, καρκίνο παχέος εντέρου, εκκολπωματική νόσο και ΙΦΝΕ.

Ποιο χαρακτηριστικό αυξάνει τον κίνδυνο προχωρημένης νεοπλασίας σε αδένωμα;

A. Μέγεθος ≥ 10 mm

B. Μικρός άπω υπερπλαστικό πολύποδα

Γ. Απουσία δυσπλασίας

Δ. Εντόπιση στο ορθό

E. Μονήρης φλεγμονώδης ψευδοπολύποδας

Ποια βλάβη θεωρείται σημαντική προκαρκινική βλάβη της οδοντωτής οδού καρκινογένεσης;

A. Φλεγμονώδης ψευδοπολύποδας

B. Άμισχη οδοντωτή βλάβη (SSL)

Γ. Μονήρης νεανικός πολύποδας

Δ. Λιπώμα κόλου

Ε. Αιμορροΐδα

Ποια σύσταση ισχύει για ≥ 5 αδενώματα ή αδένωμα ≥ 10 mm ή HGD;

A. Καμία παρακολούθηση

B. Επανελέγχος μόνο με FIT

Γ. Κολονοσκόπηση παρακολούθησης στα 3 έτη

Δ. Πάντα χειρουργείο

Ε. CT κάθε μήνα

Μετά από piecemeal εκτομή πολυπόδα ≥ 20 mm, ποιος είναι ο προτεινόμενος επανέλεγχος;

A. Σε 1 μήνα

B. Σε 3–6 μήνες

Γ. Σε 5 έτη

Δ. Σε 3 έτη

Ε. Δεν απαιτείται

Ποιος είναι προδιαθεσικός παράγοντας για καρκίνο παχέος εντέρου;

A. Συστηματική άσκηση

B. Διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες

Γ. Οικογενειακό ιστορικό ή σύνδρομο Lynch/FAP

Δ. Αποφυγή αλκοόλ

Ε. Φυσιολογικό σωματικό βάρος

Ποια εντόπιση σχετίζεται συχνότερα με χρόνια απώλεια αίματος και σιδηροπενική αναιμία;

A. Αριστερό κόλον

B. Δεξιό κόλον

Γ. Σιγμοειδές μόνο

Δ. Πρωκτός

Ε. Σκωληκοειδής

Ποιο είναι βασικό μειονέκτημα της αξονικής κολονογραφίας σε σχέση με την κολονοσκόπηση;

A. Δεν απεικονίζει καθόλου το κόλον

B. Δεν επιτρέπει βιοψία ή πολυπεκτομή

Γ. Απαιτεί πάντα χειρουργείο

Δ. Έχει μηδενική ευαισθησία

Ε. Δεν χρειάζεται προετοιμασία

Τι χαρακτηρίζει την ασυμπτωματική εκκολπωμάτωση;

A. Εκκολπώματα χωρίς συμπτώματα ή επιπλοκές

B. Υποχρεωτική οξεία φλεγμονή

Γ. Πάντα απόστημα

Δ. Πάντα συρίγγιο

E. Απαραίτητη αντιβίωση

Ποια πρόταση ταιριάζει περισσότερο στην ελκώδη κολίτιδα;

A. Μπορεί να προσβάλει οποιοδήποτε τμήμα από στόμα έως πρωκτό

B. Συνεχής φλεγμονή που αφορά παχύ έντερο και ορθό

Γ. Διατοιχωματική νόσος με skip lesions

Δ. Προσβολή λεπτού εντέρου στο 100%

Ε. Πάντα περιπρωκτικά συρίγγια

Ποιο χαρακτηριστικό είναι τυπικό της νόσου Crohn;

A. Συνεχής φλεγμονή μόνο στο ορθό

B. Διατοιχωματική βλάβη με στενώσεις ή συρίγγια

Γ. Πάντα απουσία εξωεντερικών εκδηλώσεων

Δ. Μόνο επιφανειακή βλεννογονική φλεγμονή

Ε. Δεν επηρεάζει ποτέ το λεπτό έντερο

Στον αρχικό διαγνωστικό αλγόριθμο ΙΦΝΕ, ποια εξέταση κοπράνων αναφέρεται;

A. pH κοπράνων

B. Καλπροτεκτίνη

Γ. Λίπος κοπράνων μόνο

Δ. Καλλιέργεια ούρων

Ε. Ουρία κοπράνων

Στο αρχικό επεισόδιο CDI, ποια θεραπεία παρουσιάζεται ως προτιμώμενη;

A. Μεσαλαζίνη

B. Φιδαξομικίνη

Γ. Αζαθειοπρίνη

Δ. Infliximab

Ε. Παρακεταμόλη

Ποιος είναι ο κύριος λόγος προτίμησης της φιδαξομικίνης έναντι της βανκομυκίνης στην CDI;

A. Μηδενίζει άμεσα τον πυρετό

B. Μειώνει κυρίως τις υποτροπές

Γ. Δεν είναι αντιβιοτικό

Δ. Δεν χορηγείται από το στόμα

Ε. Δεν έχει κόστος