

Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου

Όσο αθώο, άλλο τόσο ενοχλητικό και επιβαρυντικό για την ποιότητα ζωής μας

Το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου (ΣΕΕ) αποτελεί τη συχνότερη λειτουργική κλινική οντότητα στη γαστρεντερολογία. Παλαιότερα έχει περιγραφεί με άλλους όρους, όπως **σπαστική κολίτιδα** και **νεύρωση εντέρου**. Πρόκειται για λειτουργική διαταραχή του πεπτικού που χαρακτηρίζεται από κοιλιακό πόνο και διαταραχές στις κενώσεις, χωρίς να υπάρχει οργανική ασθένεια (π.χ. σκωληκοειδίτιδα).

Επιδημιολογία

Τα συμπτώματα αφορούν πολλούς ανθρώπους καθώς φαίνεται ότι πάσχει το 10-20% του πληθυσμού παγκοσμίως ενώ τα νέα περιστατικά, ανά έτος, ανέρχονται στο 1-2%. Από τους πάσχοντες από ΣΕΕ μόνο το 10-20% αναζητά ιατρική βοήθεια, ενώ 20-50% των γαστρεντερολογικών επισκέψεων αφορά συμπτωματολογία ευερέθιστου εντέρου. Οι γυναίκες δείχνουν να έχουν πιθανότητα να αναπτύξουν ΣΕΕ 2-3 φορές περισσότερο από τους άντρες. Αυτό συμβαίνει, ίσως, επειδή οι γυναίκες επισκέπτονται ευκολότερα το γιατρό ή επειδή αποτελούν συχνότερα θύματα κακοποίησης.

Συμπτώματα και σημεία

Εκδηλώσεις του ευερέθιστου εντέρου είναι η διαταραχή στις συνήθειες του εντέρου (διάρροια – δυσκοιλιότητα – εναλλαγές), κοιλιακός πόνος, μετεωρισμός (φούσκωμα).

Οι **διαταραχές στις κενώσεις** μπορεί να είναι τύπου δυσκοιλιότητας, τύπου διάρροιας ή άλλου. Όταν κυριαρχεί η δυσκοιλιότητα, τα κόπρανα μπορεί να είναι σκληρά ή σαν μακαρόνια και οι κενώσεις μπορεί να είναι επίπονες ή αραιές (λιγότερες από 3-4 την εβδομάδα). Όταν προέχει η διάρροια, συνήθως τα κόπρανα είναι μαλακά ή πολτώδη

σε μικρές ποσότητες, με έπειξη προς κένωση και αυξημένη συχνότητα.

Μπορεί να υπάρχει μόνο αίσθημα επείγουσας κένωσης ως μόνη εκδήλωση. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε κάθε άνθρωπο κυριαρχεί ένας τύπος συμπτωματολογίας, αλλά υπάρχει εξαιρετική ποικιλότητα ανάμεσα στους ανθρώπους.

Ο πόνος είναι κυρίαρχος στο ΣΕΕ και συχνά είναι συνεχής και διάχυτος. Μπορεί να εντοπίζεται κυρίως στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο της κοιλιάς και στην κάτω κοιλιά. Μπορεί, ενώ είναι συνεχής, να εμφανίζει οξέα επεισόδια μεγάλης έντασης και μπορεί να ακολουθεί τα γεύματα. Υπάρχει η πιθανότητα να υποχωρεί μερικώς, μετά την κένωση, αλλά και να εντοπίζεται στην αριστερή άνω κοιλιά ή ακόμα και ως θωρακικός πόνος αριστερά.

Το ΣΕΕ μπορεί να συνοδεύεται από βλέννη στα κόπρανα, δυσπεψία, κάψιμο, ναυτία, εμέτους, φτωχή libido και πόνο στη σεξουαλική επαφή, αυξημένη συχνότητα ούρησης, επιδείνωση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσης και μυαλγίες. Συχνή είναι η συσχέτιση με στρεσογόνες συνθήκες.

Όμως, όταν υπάρχει εικόνα συμβατή με ΣΕΕ, μπορεί να υπάρχει ή να συμβεί οποιαδήποτε παθολογία στην κοιλιά.



Πρέπει να είμαστε προσεκτικοί και να υποβληθούμε σε έλεγχο, όταν η έναρξη της συμπτωματολογίας άρχεται μετά τη μέση ηλικία, όταν είναι αιφνίδια. Επίσης, όταν είναι προοδευτικά επιδεινούμενη ή εξελισσόμενη, όταν προκαλεί νυχτερινή αφύπνιση και στις περιπτώσεις που συνοδεύεται από ανορεξία, απώλεια βάρους, πυρετό, απώλεια αίματος στις κενώσεις. Επίσης, πρέπει να δείξουμε προσοχή όταν η διάρροια είναι ανώδυνη αλλά και όταν υπάρχουν υπόνοιες για δυσαπορρόφηση. Ακόμα, αν υπάρχει ιατρική διάγνωση ΣΕΕ, οποιοδήποτε νέο σύμπτωμα πρέπει να οδηγήσει στο γιατρό μας.

Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου

Παρά τη εντατική έρευνα, η παθοφυσιολογία του συνδρόμου και η παθογένεια των συμπτωμάτων εξακολουθούν να είναι, εν πολλοίς, αδιευκρίνιστες, χωρίς να έχουν αναγνωριστεί ανατομικοί, λειτουργικοί ή βιοχημικοί δείκτες της νόσου. Φαίνεται πως είναι πολυπαραγοντική οντότητα.

Οι τρεις άξονες παθοφυσιολογίας φαίνεται να αφορούν τη γαστρεντερική κινητικότητα, τη σπλαχνική υπερευσαισθησία και την ψυχοπαθολογία. Μελετώνται ακόμα ο ρόλος υπάρχουσας φλεγμονής στο έντερο, της

εντερικής χλωρίδας και των διαιτητικών παραγόντων.

Η **διαταραχή της γαστρεντερικής κινητικότητας** αφορά διακυμάνσεις στην κινητικότητα του λεπτού και του παχέος εντέρου. Η προώθηση του εντερικού περιεχομένου είναι αποτέλεσμα συντονισμένων προωθητικών συσπάσεων του εντερικού τοιχώματος.

Τόσο η υπερκινητικότητα, όσο και υποκινητικότητα του λεπτού και παχέος εντέρου θεωρούνται υπεύθυνες. Οι μαζικές συσπάσεις πυροδοτούν «σπασμούς» του παχέος εντέρου, με αποτέλεσμα την πρόκληση κοιλιακού πόνου, διάρροιας ή δυσκοιλιότητας. Όσον αφορά το λεπτό έντερο, φαίνεται να παρουσιάζει αυξημένο χρόνο προώθησης της τροφής σε διάρροια και ελαττωμένο σε δυσκοιλιότητα.

Σε σύγχρονες μελέτες γίνεται προσπάθεια διαπίστωσης γενικευμένης «υπεραντιδραστικότητας» των σπλάχνων στα ερεθίσματα. Ο οισοφάγος φαίνεται να συμμετέχει, όπως και η χοληδόχος και η ουροδόχος κύστη. Τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι στους ασθενείς με ΣΕΕ πιθανώς να υποκρύπτεται μια γενικευμένη διαταραχή της κινητικότητας των λείων μυικών ινών ή κάποια γενικευμένη δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος.



Με τη χορήγηση ψυχιατρικής θεραπείας παρατηρείται σημαντική βελτίωση και στα ενοχλήματα.

Η **διαταραχή της σπλαχνικής αισθητικότητας** φαίνεται ότι αποτελεί ένα κοινό, πολύ συχνό και, ως εκ τούτου, βασικό παθογενετικό μηχανισμό. Τα 2/3 των ασθενών με ΣΕΕ έχουν αυξημένη αντίληψη-αίσθηση ή σπλαχνική υπερευαισθησία. Η σπλαχνική υπερευαισθησία είναι ο υπεύθυνος μηχανισμός τόσο για τις μεταβολές της κινητικότητας, όσο και για τον κοιλιακό πόνο.

Οι ασθενείς με ΣΕΕ αντιλαμβάνονται τις αισθήσεις του πεπτικού σωλήνα, του θώρακα, της κοιλιάς και του ορθού, που περνούν απαρατήρητες από φυσιολογικά άτομα. Πιστεύεται ότι είναι παθολογικά ευαίσθητοι σε φυσιολογικά ερεθίσματα που προέρχονται από το εσωτερικό του εντέρου κατά τη διάρκεια της πέψης, όπως τα αέρια, οι λιπαρές τροφές ή τα λαχανικά.

Επίσης πιστεύεται ότι υπάρχει αυξημένη ευαισθησία στο στρες και αποδεικνύεται ότι δεν δουλεύει σωστά ο μηχανισμός που φιλτράρει αυτά τα ερεθίσματα.

Ο ρόλος του στρες

Ένας άλλος μηχανισμός που εμπλέκεται στη παθοφυσιολογία είναι οι **ψυχοκοινωνικοί παράγοντες** και το στρες.

Μέχρι και 80% των ασθενών με ΣΕΕ εμφανίζουν ψυχοπαθολογικές διαταραχές, χωρίς όμως να υπάρχει ένα τυπικό ψυχοπαθολογικό μοντέλο για όλους τους ασθενείς. Εμφανίζουν συχνότερα μείζονα κατάθλιψη, διαταραχές σωματοποίησης, αγχώδη νεύρωση, διαταραχές πανικού, φοβίες. Επίσης, επιθετικότητα, υποχονδρίαση και αυξημένη διαπροσωπική ευαισθησία.

Η συχνότερα αναφερόμενη ψυχιατρική διαταραχή

είναι η μείζον κατάθλιψη, η οποία αποτελεί το 1/3 των ψυχιατρικών διαγνώσεων στους ασθενείς με ΣΕΕ, και η διαταραχή πανικού.

Το ερώτημα είναι αν οι ψυχιατρικές διαταραχές προϋπάρχουν ή αποτελούν αποτέλεσμα του χρόνιου πόνου. Τα περισσότερα δεδομένα δηλώνουν ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές προϋπάρχουν ή εκδηλώνονται ταυτόχρονα με τα κοιλιακά ενοχλήματα στο 67-85% των ασθενών. Επιπλέον με τη χορήγηση ψυχιατρικής θεραπείας παρατηρείται σημαντική βελτίωση και στα ενοχλήματα. Βέβαια υπάρχουν και μελέτες που δείχνουν ότι η εκφραζόμενη από τους ασθενείς κατάθλιψη και το άγχος οφείλονται, τουλάχιστον μερικώς, στην αρνητική επίδραση της χρόνιας νόσου στη ζωή τους.

Το **ψυχολογικό και συναισθηματικό στρες** μπορεί να αποδιοργανώσει τη γαστρεντερική λειτουργία ακόμα και σε υγιή άτομα. Το στρες επηρεάζει διαφορετικά τα διάφορα άτομα και η προκαλούμενη γαστρεντερική ανταπόκριση στο ίδιο άτομο μπορεί να ποικίλει από μέρα σε μέρα, ανάλογα με τη συναισθηματική του κατάσταση. Το στρες από διάφορα γεγονότα της ζωής πυροδοτεί την εμφάνιση, την υποτροπή ή την επιδείνωση του ΣΕΕ.

Ως τέτοια γεγονότα περιγράφονται τα προβλήματα στον γάμο, η ένταση στις σχέσεις με τους γονείς ή τα παιδιά, οι επαγγελματικές και οικονομικές δυσκολίες. Ίσως έτσι να ερμηνεύεται η αύξηση των κρουσμάτων στη σύγχρονη εποχή, που έχει μετατρέψει την καθημερινότητα σε συνεχή αγώνα επιβίωσης. Σε πολλούς ασθενείς έχει παρατηρηθεί ότι υπήρχε ιστορικό με έντονο συναισθηματικό στρες στην παιδική ηλικία (π.χ. απώλεια γονέα, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση).



Συχνά κρίνεται σκόπιμος ο έλεγχος με ολική κολonosκόπηση-ειλεοσκόπηση.

Αναφέρεται ότι η συχνότητα σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης σε γυναίκες με ΣΕΕ είναι 3-4 φορές μεγαλύτερη από αυτή του γενικού πληθυσμού.

Εντερική φλεγμονή

Από τους πάσχοντες από ΣΕΕ το 7-30% περιγράφει μια οξεία εισβολή των συμπτωμάτων μετά από επεισόδιο οξείας γαστρεντερίτιδας. Το σύνδρομο αναπτύσσεται σε λιγότερους από το 10% των ασθενών με οξεία διάρροια. Παράγοντες για την ανάπτυξη μεταλοιμώδους ευερέθιστου εντέρου είναι η μακριά διάρκεια της γαστρεντερίτιδας, ο τύπος του μικροβίου, το κάπνισμα, το γυναικείο φύλο, η νεαρή ηλικία και η απουσία εμετών κατά τη νόσηση. Άλλες αιτίες περιορισμένης φλεγμονής μπορεί να είναι μια αυξημένη ευπάθεια σε αλλεργιγόνα των τροφών ή ληφθείσες χημικές ουσίες.

Εντερικό μικροβίωμα

Φαίνεται ότι τα φυσιολογικά μικρόβια του εντέρου παίζουν κάποιο ρόλο στο ΣΕΕ. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η υπερανάπτυξη μικροβίων στο λεπτό έντερο οδηγεί σε

μετεωρισμό. Φαίνεται ότι η μικροβιακή κλωρίδα των πασχόντων από ΣΕΕ διαφέρει από αυτή των υγιών. Γίνεται μεγάλη έρευνα για τον προσδιορισμό της αλληλεπίδρασης της εντερικής κλωρίδας με το ανοσολογικό σύστημα.

Διαιτητικοί παράγοντες

Σε μερικούς ασθενείς η λήψη συγκεκριμένων τροφών μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα ΣΕΕ. Αρχικά πρέπει να αποκλειστούν σύνδρομα δυσανεξίας. Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με ΣΕΕ δεν έχει δυσανεξία σε συγκεκριμένες τροφές, αλλά τα συμπτώματα προκαλούνται με μη ειδικό μηχανισμό σε άτομα που έχουν την τάση για αυτό. Δυσανεξίες είναι βέβαιο ότι θα αυξηθούν, αν το έντερο γίνει ευαίσθητο όπως στο ΣΕΕ, ενώ μπορεί να εμφανιστούν νέες που δεν ήταν αντιληπτές. Αυτές είναι πιθανότερο να είναι οι συνέπειες παρά οι αιτίες του ΣΕΕ και τείνουν να εξαφανίζονται, όταν το σύνδρομο βελτιώνεται.

Διάγνωση

Η διάγνωση του ΣΕΕ γίνεται με βάση κριτήρια (ROME III) που αφορούν την ύπαρξη των παρακάτω με συγκεκριμένο τρόπο: ανακούφιση με την κένωση, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου, αλλαγή στη μορφή των κοπράνων, αλλαγή στη συχνότητα των κενώσεων, διαταραχές στην έξοδο των κοπράνων, παρουσία βλέννης, μετεωρισμός και κοιλιακή διάταση.

Βέβαια πρέπει να έχει προηγηθεί έλεγχος για τον αποκλεισμό διαφόρων νοσημάτων.

Απαιτούνται λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση, εργαστηριακός έλεγχος. Αυτός περιλαμβάνει αιματολογικό έλεγχο, βιοχημικό και ορμονολογικό έλεγχο, εξέταση κοπράνων, θυρεοειδικό έλεγχο, ειδικές εξετάσεις για σύνδρομο δυσπορρόφησης. Επίσης συχνά κρίνεται σκόπιμος ο έλεγχος με ολική κολonosκόπηση-ειλεοσκόπηση. Ιδιαίτερα σε νέους ανθρώπους που θέλουν να αποφύγουν την κολonosκόπηση, χρήσιμη είναι και η δοκιμασία καλπροτεκτίνης κοπράνων, η οποία διενεργείται με δείγμα κοπράνων στο ιατρείο και έχει αποτέλεσμα εντός ολίγων λεπτών.

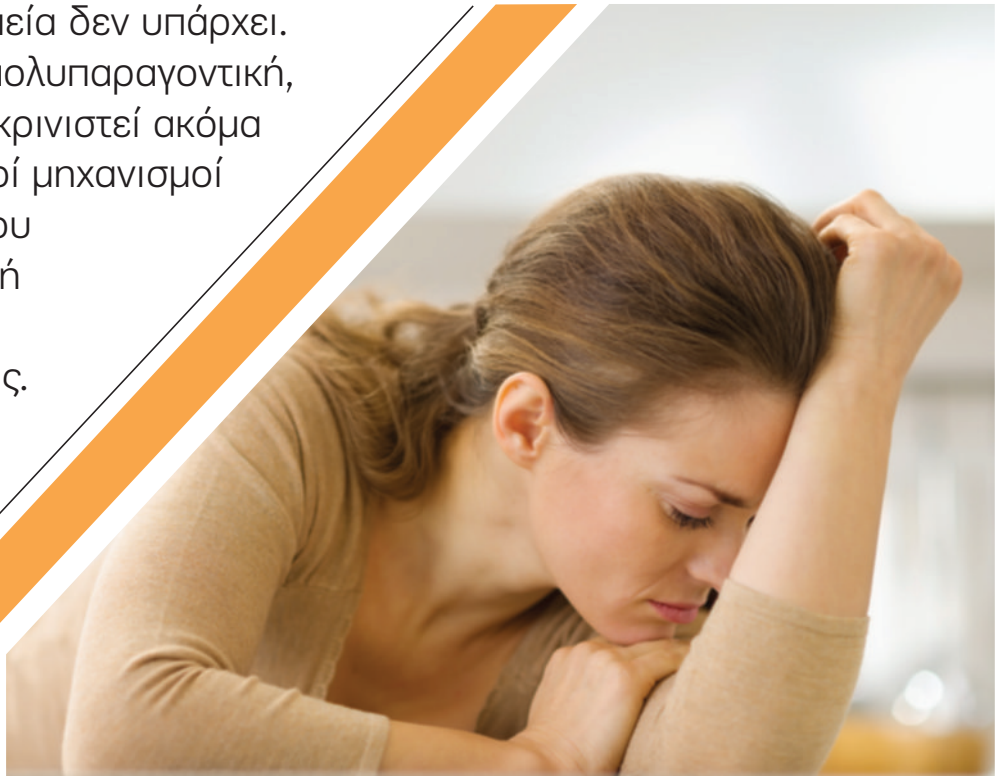
Θεραπεία

Οριστική θεραπεία δεν υπάρχει. Η νόσος είναι πολυπαράγοντική, δεν έχουν διευκρινιστεί ακόμα οι παθογενετικοί μηχανισμοί και ως εκ τούτου δεν είναι δυνατή η ανεύρεση θεραπείας ίασης.

Η αντιμετώπιση εστιάζεται στον περιορισμό της συμπτωματολογίας και χρησιμοποιούνται ψυχολογική υποστήριξη, διαιτητικά μέτρα και φαρμακευτική αγωγή.

Συνιστώνται η λήψη ικανής ποσότητας νερού (2-3lt ημερησίως), αποφυγή της καφεΐνης, προς

Οριστική θεραπεία δεν υπάρχει.
Η νόσος είναι πολυπαραγοντική,
δεν έχουν διευκρινιστεί ακόμα
οι παθογενετικοί μηχανισμοί
και ως εκ τούτου
δεν είναι δυνατή
η ανεύρεση
θεραπείας ίασης.



περιορισμό της υπερέντασης και της επίτασης των συμπτωμάτων. Επίσης καλό είναι να αποφεύγονται τα όσπρια, γιατί προκαλούν «φούσκωμα». Πρέπει να περιορίζονται ή να αποφεύγονται η λακτόζη, φρουκτόζη ή άλλοι σακχαρίτες σε ασθενείς με διαπιστωμένη ευαισθησία.

Υπάρχουν σκευάσματα στα φαρμακεία που δεν είναι φάρμακα και βοηθούν. Σημαντική θέση κατέχουν τα **σκευάσματα φυτικών ινών**, τα οποία προτείνονται τόσο σε περιπτώσεις δυσκοιλιότητας, όσο και σε διάρροιας.

Επίσης υπάρχουν σκευάσματα προβιοτικών και πρεβιοτικών. Τα **προβιοτικά** είναι ζώντες μικροοργανισμοί παρόμοιοι με αυτούς του εντέρου και βοηθούν στην ισορροπία της εντερικής χλωρίδας. Τα **πρεβιοτικά** είναι ουσίες που βοηθούν την ανάπτυξη και διατήρηση της ήδη υπάρχουσας εντερικής χλωρίδας.

Οι μελέτες που γίνονται για το ΣΕΕ αφορούν συνήθως τα προβιοτικά. Φαίνεται ότι τα προβιοτικά τροποποιούν την εντερική χλωρίδα και επηρεάζουν την αλληλεπίδραση αυτής με τα συστατικά των τροφών και το ανοσοποιητικό σύστημα, ενώ βελτιώνουν τη γενικότερη συμπτωματολογία και ιδιαίτερα το μετεωρισμό.

Με δεδομένα ότι οι πάσχοντες από ΣΕΕ είναι μια ομάδα με πληθώρα συνδυασμών συμπτωματολογίας και ότι η μικροβιακή χλωρίδα έχει εξαιρετική ποικιλότητα από άνθρωπο σε άνθρωπο, ο καθορισμός κριτηρίων για την επιλογή του κατάλληλου σκευάσματος προβιοτικών είναι δύσκολος.

Εδώ έρχεται να διαδραματίσει σημαντικότατο ρόλο ο φαρμακοποιός, ο οποίος με τη στενή και συχνή σχέση με

τον ασθενή μπορεί να βοηθήσει στον προσδιορισμό του πλέον αποτελεσματικού προβιοτικού.

Ο φαρμακοποιός αποτελεί συνήθως και τον πρώτο δέκτη της ψυχολογικής διαταραχής του ασθενή και μπορεί να τον υποστηρίξει και να τον κατευθύνει σε συστηματικότερη αντιμετώπιση. Προτείνονται διάφορες ψυχολογικές μέθοδοι, υποθεραπεία, θεραπείες χαλάρωσης, ενώ είναι σημαντικό οι ψυχιατρικές νόσοι να αντιμετωπίζονται από εξειδικευμένους γιατρούς και ψυχολόγους.

Υπάρχουν διάφορα φάρμακα που βοηθούν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του ΣΕΕ. Συχνότατα είναι τα σπασμολυτικά (π.χ. pinaverium/Dicetel), αλλά χρησιμοποιούνται και άλλα, όπως αντιχολινεργικά (π.χ. hyoscyamine/Buscopan), αντιδιαρροϊκά (π.χ. loperamide/Imodium), τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (π.χ. amitriptyline/Saroten), αγχολυτικά (π.χ. diazepam/Valium), προκινητικά (π.χ. metoclopramide/Primperan), καθαρτικά αυξάνοντα τον όγκο των κοπράνων (π.χ. paraffin liquid/Nujol), ανταγωνιστές των υποδοχέων της σεροτονίνης (π.χ. paroxetine/Seroxat), αγωνιστές υποδοχέων (π.χ. tegaserod/Zelnorm), ριφαξιμίνη (π.χ. Lormyx).

Συμπέρασμα

Το ΣΕΕ είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή, που μπορεί να είναι εξαιρετικά δυσάρεστη. Όμως δεν είναι θανατηφόρα, δεν εξελίσσεται σε οργανική νόσο ή σε καρκίνο. Είναι σημαντική η στενή επικοινωνία μεταξύ ασθενή – γαστρεντερολόγου – φαρμακοποιού, ώστε να μετριάζεται η συμπτωματολογία και να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής, εν αναμονή οριστικών θεραπειών. ▴