


Διάγνωση και Θεραπεία του συνδρόμου του ευερέθιστου εντέρου

Απόστολος Μαντίδης

*Πλοίαρχος (ΥΙ), Γαστρεντερολόγος,
Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής
Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών,
Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

 τις αρχές του 20ού αιώνα η ιατρική αναγνώριζε ότι υπάρχουν μόνο οργανικές αρρώστιες, δηλαδή βλάβες μέσα στον πεπτικό σωλήνα, όπως οι καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι, οι κάθε είδους φλεγμονές του στομάχου ή των εντέρων. Έτσι, τα συμπτώματα σε ασθενείς χωρίς οργανικές βλάβες, αποδίδονταν σε ψυχιατρικά ή ψυχολογικά προβλήματα.

Μετά τα μέσα της δεκαετίας του '50, χάρη στην τεχνολογική εξέλιξη, ανακαλύφθηκαν μέθοδοι μέτρησης των διαφόρων παραμέτρων της συσπαστικής λειτουργίας του στομάχου και των εντέρων. Αφού αρχικά αναγνωρίστηκε η φυσιολογική λειτουργία, έγινε δυνατή η τεκμηρίωση και η διάγνωση των διαταραχών της κινητικής λειτουργίας και της προώθησης του περιεχομένου του στομάχου και των εντέρων, που προκαλούσαν συμπτώματα. Έτσι ανακαλύφθηκε, για παράδειγμα, ότι η διαταραχή των συσπάσεων του εντέρου και ο ρυθμός προώθησης του περιεχομένου του προκαλεί πόνο ή μετεωρισμό ή/ και

διαταραχή των κενώσεων. Με τον τρόπο αυτό έγινε δυνατόν να εξηγηθούν τα συμπτώματα πολλών ασθενών χωρίς οργανική νόσο, ο οποίοι προηγουμένως θεωρούνταν «ψυχοσωματικοί».

Τα τελευταία 10 χρόνια ανακαλύφθηκε ότι σε ένα ποσοστό των ασθενών χωρίς οργανική νόσο και χωρίς διαταραχή της συσπαστικότητας, τα συμπτώματα οφείλονται σε διαταραχή της αισθητικής λειτουργίας των σπλάχνων. Έγινε γνωστό ότι σε όλες τις περιοχές του πεπτικού σωλήνα υπάρχουν «νευρικοί αισθητήρες» που διεγείρονται από διάφορα ερεθίσματα όπως, η διάταση του αυλού, η ισχύς των συσπάσεων του τοιχώματος, η ποσότητα και η σύσταση του περιεχομένου κ.λπ. Τα αισθητικά νεύρα μεταφέρουν αυτές τις πληροφορίες στις αντίστοιχες περιοχές του εγκεφάλου, ο οποίος αφού τις επεξεργαστεί δίνει τις απαιτούμενες εντολές στο εντερικό νευρικό σύστημα για ανάλογες ρυθμίσεις και μεταβολές της λειτουργίας του. Ανακαλύφθηκε λοιπόν, ότι υπερευαισθησία των αισθητικών νευρών, δηλαδή η διέγερσή τους με πολύ μικρότερης, σε σχέση με τη φυσιολογική, έντασης ερεθίσματα ενεργοποιεί λανθασμένα τη λειτουργία του πεπτικού σωλήνα προκαλώντας αντίστοιχα συμπτώματα. Με την ανακάλυψη αυτή μειώθηκε ακόμη περισσότερο η δεξαμένη των ασθενών που θεωρούσαμε ψυχοσωματικούς. Είναι πολύ πιθανό ότι νέες ανακαλύψεις στο μέλλον θα οδηγήσουν σε περαιτέρω μείωση του αριθμού των ασθενών χωρίς οργανική νόσο με ανεξήγητα συμπτώματα.

Είναι επίσης τεκμηριωμένο ότι τα ίδια λειτουργικά συμπτώματα από το έντερο προκαλούνται με διαφορετικούς μηχανισμούς. Αυτή η πολυπαραγοντική πρόκληση των λειτουργικών συμπτωμάτων, αποδίδεται στην πολυσύνθετη λειτουργία του άξονα εγκεφάλου-εντερικού νευρικού συστήματος, που εν πολλοίς παραμένει αδιευκρίνιστη. Αυτή η πολυπλοκότητα των μηχανισμών ελέγχου της εντερικής λειτουργίας είναι η αιτία της μεγάλης καθυστέρησης στην τεκμηρίωση και κυρίως στη θεραπεία των λειτουργικών παθήσεων του πεπτικού συστήματος όπως, εν προκειμένω, του ευερέθιστου έντερου που είναι η συχνότερη από αυτές.

Η σταδιακή κατανόηση της παθογένειας των λειτουργικών συμπτωμάτων, άλλαξε και τον τρόπο που η ιατρική πρέπει να προσεγγίζει το πρόβλημα των

λειτουργικών ασθενών. Ο σύγχρονος γιατρός δεν θα πρέπει να στηρίζεται σε αυτό που μπορεί να δει ή να μετρήσει με τις εξετάσεις, αλλά πρέπει να δίνει σημασία στις πληροφορίες που του δίνει ο άρρωστος για το τι αισθάνεται. Όποια συμπτώματα περιγράφει ο λειτουργικός ασθενής, πράγματι τα αισθάνεται, αλλά αυτά δεν είναι μετρήσιμα. Από την άλλη πλευρά η θεραπεία, δεν θα πρέπει να έχει στόχο πώς ο γιατρός θα μπορέσει να αποκαταστήσει τις οργανικές αρρώστιες και τις παθολογικές λειτουργίες, αλλά πρέπει να έχει σκοπό να ανακουφίσει τον άρρωστο από συμπτώματα, που δεν μπορεί να τεκμηριώσει με την κλινική εξέταση ή με κάποια εργαστηριακή διαγνωστική μέθοδο.

Τα παραπάνω δεδομένα ισχύουν απόλυτα για το ευερέθιστο έντερο, του οποίου την αιτιολογία και την παθοφυσιολογία, δηλαδή τους μηχανισμούς πρόκλησης των συμπτωμάτων, εξακολουθούμε εν πολλοίς να μην γνωρίζουμε. Επιπλέον, παρά την τεχνολογική δυνατότητα μέτρησης πολλών παραμέτρων της εντερικής λειτουργίας, εξακολουθούμε να μην έχουμε μια εργαστηριακή μέθοδο άμεσης διάγνωσης της πάθησης, η οποία εξακολουθεί να στηρίζεται στον αποκλεισμό της οργανικής νόσου του εντέρου ή μιας συστηματικής ασθένειας που επηρεάζει και την εντερική λειτουργία. Τέλος, η θεραπεία του ευερέθιστου εντέρου εξακολουθεί να είναι εμπειρική.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για να κατανοηθεί η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών με ευερέθιστο έντερο θα πρέπει να αναφερθούν τα συμπτώματα με τα οποία προσέρχονται οι ασθενείς στον γιατρό. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα συμπτωματικά διαγνωστικά κριτήρια για το ευερέθιστο έντερο, τα οποία βασίζονται σε ειδικές κλινικές έρευνες. Νεότερα δεδομένα οδήγησαν σε πολλές αλλαγές αυτών των συμπτωματικών κριτηρίων. Τα πλέον αποδεκτά σήμερα είναι αυτά που προτάθηκαν από ομάδες ειδικών το 1999 και είναι γνωστά ως διαγνωστικά κριτήρια Ρώμης II.

Σύμφωνα με τα κριτήρια αυτά ευερέθιστο έντερο έχουν ασθενείς με κοιλιακό πόνο ή δυσφορία, συνολικά για τουλάχιστον 3 μήνες τον προηγούμενο

χρόνο, όχι κατ' ανάγκη συνεχόμενους, τα οποία ανακουφίζονται με την αποβολή αερίων και κοπράνων και συνδυάζονται οπωσδήποτε με αλλαγή των κενώσεων. Ως μεταβολές των κενώσεων θεωρούνται η αλλαγή ή η εναλλαγή στη συχνότητα των κενώσεων (δυσκοιλιότητα= λιγότερες από 3 κενώσεις την εβδομάδα και διάρροια= περισσότερες από 3 κενώσεις την ημέρα) και η αλλαγή στη σύσταση των κοπράνων (σκυβαλοειδή και σκληρά ή διαρροϊκά σε περισσότερο από το $\frac{1}{4}$ των κενώσεων), ή η αποβολή βλέννης μέχρι και στο $\frac{1}{4}$ των κενώσεων ή η ύπαρξη μετεωρισμού (φούσκωμα) ή αισθήματος ατελούς αφόδευσης (αίσθημα ότι δεν αποβλήθηκαν όλα τα κόπρανα και πρέπει να ξαναγίνει κένωση) σε περισσότερες από το $\frac{1}{4}$ των ημερών διάρκειας των συμπτωμάτων.

Πολλοί ασθενείς με ευερέθιστο έντερο περιγράφουν ένα ποικίλο φάσμα συμπτωμάτων που δεν μπορούν να δικαιολογηθούν από άλλη αρρώστια και δεν έχουν σχέση με το έντερο, όπως πόνοι στην πλάτη, πόνοι στην πύελο ή στο θώρακα, κόπωση και καταβολή, αϋπνία, μυαλγίες, κεφαλαλγία, τάση προς λιποθυμία, δυσκολία στη συγκέντρωση, δυσμνήρροια ή και δυσπαρέυνοια (επώδυνη σεξουαλική επαφή) ή ακόμη και διαταραχές στην ούρηση. Τα συμπτώματα αυτά αποδίδονται σε συνύπαρξη σωματικής υπερευαισθησίας, πέραν της σπλαχνικής.

Η πρώτη ενέργεια του γιατρού όταν εξετάζει έναν ασθενή τα συμπτώματα του οποίου πιθανολογεί ότι οφείλονται σε ευερέθιστο έντερο, είναι να αποκλείσει ότι αυτά προκαλούνται από οργανική νόσο, δηλαδή από μια βλάβη ή βλάβες στον αυλό ή στο τοίχωμα του εντέρου. Η ανάγκη αποκλεισμού της οργανικής νόσου γίνεται επιτακτικότερη λόγω της συνεχώς αυξανόμενης συχνότητας και μείωσης της ηλικιακής εμφάνισης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Αν υπάρχουν συμπτώματα «συναγερμού» δηλαδή συμπτώματα υψηλής υποψίας για οργανική βλάβη, όπως η απώλεια αίματος με τις κενώσεις, ο πυρετός, οι νυκτερινές κενώσεις, η πολύ συχνή ανάγκη για κένωση ή αναιμία, ο γιατρός υποχρεούται άμεσα να ελέγξει το παχύ έντερο ανεξάρτητα από την ηλικία του ασθενούς. Δυστυχώς όμως, ο διαχωρισμός της οργανικής από τη λειτουργική αρρώστια στο κλινικό επίπεδο δεν είναι εύκολος και ασφαλής, γιατί συχνά τα

συμπτώματα είναι τα ίδια σε οργανικές και λειτουργικές παθήσεις και συνεπώς μη διαγνωστικά, ενώ συνήθως και στην κλινική εξέταση δεν υπάρχουν διαγνωστικά ευρήματα. Η εξέταση εκλογής για τον αποκλεισμό οργανικής νόσου, ακόμη και σε ασθενείς χωρίς συμπτώματα υψηλής υποψίας για οργανική νόσο, είναι η κολοσκόπηση ή σωστότερα στην ελληνική γλώσσα κολοσκόπηση.

Έχει γίνει μεγάλη συζήτηση και έρευνα για το αν είναι επιστημονικά σωστό και οικονομικά συμφέρον να γίνεται κολοσκόπηση σε όλους τους ασθενείς με συμπτώματα που υποδηλώνουν ευερέθιστο έντερο, που είναι η συχνότερη πάθηση του πεπτικού συστήματος. Μονολεκτική απάντηση δεν μπορεί να δοθεί. Μια λογική λύση, που άλλωστε προτείνεται από τους διεθνείς ιατρικούς φορείς, είναι να γίνεται εξαρχής κολοσκόπηση σε όλους τους ασθενείς άνω των 40 ετών, λόγω της αυξημένης πιθανότητας οργανικής βλάβης με την αύξηση της ηλικίας. Η πρακτική αυτή εξυπηρετεί παράλληλα και την ανάγκη προληπτικού ελέγχου, δηλαδή την αναζήτηση ατόμων με προκαρκινικές καταστάσεις, όπως οι πολύποδες του παχέος εντέρου, οι οποίοι σημειωτέον δεν προκαλούν κανένα σύμπτωμα έως ότου μεγαλώσουν σημαντικά ή εξαλλαγούν σε καρκίνο, οπότε και μπορεί να αιμορραγήσουν ή να προκαλέσουν απόφραξη του εντέρου. Είναι ευνόμοτο ότι κολοσκόπηση θα πρέπει να κάνουν εξαρχής και όσοι έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου ή πολυπόδων του παχέος εντέρου δεδομένης της αυξημένης επίπτωσης τους στους συγγενείς πρώτου βαθμού.

Οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας μπορεί αρχικά να αντιμετωπισθούν ως έχοντες ευερέθιστο έντερο, αν πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια που προαναφέρθηκαν. Η πρακτική αυτή θεωρείται ασφαλής. Όταν ασθενείς στους οποίους τέθηκε αρχικά με κλινικά κριτήρια η διάγνωση του ευερέθιστου εντέρου παρακολουθήθηκαν επί έξι χρόνια, οργανική νόσο εμφάνισε το 0,5-6% από αυτούς, δεδομένο που τεκμηριώνει ότι ο κίνδυνος αρχικού διαγνωστικού λάθους δεν είναι πολύ μεγάλος. Τελικά, σε κολοσκόπηση θα υποβληθούν όσοι από τους ασθενείς αυτούς δεν θα ανταποκριθούν στη θεραπεία του ευερέθιστου εντέρου για δύο ως τέσσερις εβδομάδες. Επίσης θα πρέπει να υποβληθούν σε κολοσκόπηση όλοι οι ασθενείς που φοβούνται ότι μπορεί να έχουν καρκίνο στο έντερο, γιατί, όπως θα εξηγηθεί στη συνέχεια, η διαβεβαίω-

ση πολλών ασθενών για απουσία οργανικής νόσου με μια αρνητική κολοσκόπηση αποτελεί ένα αποτελεσματικό θεραπευτικό χειρισμό.

Το ευερέθιστο έντερο, όπως και άλλες λειτουργικές παθήσεις, έχουν την τάση να είναι χρόνιες. Έτσι, προκύπτει το πρόβλημα έγκαιρης διάγνωσης οργανικής νόσου που θα εμφανιστεί σε κάποια φάση της ζωής του ασθενή. Αυτό θα σηριχθεί στην αναγνώριση από τους ασθενείς της αλλαγής στο είδος και τα χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων του και στην ικανότητα του γιατρού να εκτιμήσει την ανάγκη για πρώτη ή νέα κολοσκόπηση.

Παράλληλη ενέργεια του γιατρού με τον αποκλεισμό της οργανικής νόσου στο παχύ έντερο είναι και ο αποκλεισμός μιας άτυπης φλεγμονώδους νόσου του λεπτού εντέρου, μιας μικροβιακής ή ιογενούς λοίμωξης, της δυσανεξίας στη λακτόζη του γάλακτος, της εντεροπάθειας από γλουτένη και μιας συστηματικής νόσου που προκαλεί συμπτώματα από το παχύ έντερο, όπως ο υποθυρεοειδισμός ή υπερθυρεοειδισμός, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι ρευματοπάθειες κ.λπ. Οι παραπάνω πιθανότητες διερευνούνται με εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και κοπράνων ή με ενδοσκοπικές και απεικονιστικές μεθόδους.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η θεραπεία του ευερέθιστου εντέρου είναι εν πολλοίς εμπειρική και κατά κανόνα όχι απαραίτητα φαρμακευτική, παρά την εντύπωση και συχνά απαίτηση των ασθενών για χορήγηση ενός φαρμάκου που θα εξαφανίσει τα συμπτώματα. Για να γίνει κατανοητή η απουσία μιας ειδικής, τυποποιημένης και αποτελεσματικής θεραπείας για το ευερέθιστο έντερο, θα επιχειρηθεί η παρουσίαση των διάφορων θεραπευτικών προσεγγίσεων για αντιμετώπιση-διόρθωση των υποκείμενων μηχανισμών που προκαλούν τα συμπτώματα.

Σύμφωνα με αυτά που γνωρίζουμε ως σήμερα, λειτουργικές παθήσεις, όπως το ευερέθιστο έντερο, θα προκύψουν σε κάποια συγκεκριμένη στιγμή της ζωής ενός ατόμου αν, από συχνά άγνωστο αίτιο και μηχανισμό, ευαισθητο-

ποιηθεί το εντερικό νευρικό σύστημα. Μόνο στο ένα πέμπτο περίπου των ασθενών τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά από ένα επεισόδιο γαστρεντερίτιδας. Διάφορα συνεχή ή περιοδικά ερεθίσματα προς το ευαίσθητοποιημένο εντερικό νευρικό σύστημα πυροδοτούν την απορύθμιση της κινητικής και αισθητικής εντερικής λειτουργίας που προκαλεί συνεχή ή διαλείποντα συμπτώματα.

Με τις μέχρι τώρα γνώσεις της ιατρικής και της φαρμακολογίας, δεν υπάρχει τρόπος πρόληψης της ευαίσθητοποίησης ή τρόπος απευαίσθητοποίησης του εντερικού νευρικού συστήματος ή αναστολής του μηχανισμού πυροδότησης της απορύθμισης της εντερικής λειτουργίας. Επίσης, επί του παρόντος, δεν υπάρχει αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της σπλαχνικής υπερευαισθησίας. Κατόπιν αυτών, οι μόνες δυνατότητες που έχουμε είναι να μειώσουμε την ένταση των συμπτωμάτων που οφείλονται στις παθολογικές εντερικές συσπάσεις χρησιμοποιώντας ειδικά σπασμολυτικά του εντερικού μυϊκού τοιχώματος και να μειώσουμε τους παράγοντες που πυροδοτούν την απορύθμιση της εντερικής λειτουργίας. Οι κύριοι παράγοντες πυροδότησης είναι το stress, η λήψη γεύματος και οι ψυχολογικές διαταραχές.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα ειδικά αντισπασμοδικά των λείων μυϊκών ινών του παχέος εντέρου, έχουν στόχο τη μείωση του πόνου από ισχυρές παθολογικές συσπάσεις, κυρίως του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου. Σύμφωνα με τις διαθέσιμες έρευνες, τα φάρμακα αυτά έχουν σχετικά μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από το εικονικό φάρμακο, αλλά ίσως περισσότερη για τα μεταγευματικά συμπτώματα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΠΥΡΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Το Stress

Ο γνωστότερος παράγοντας πυροδότησης των συμπτωμάτων είναι το κάθε είδους stress. Το stress μπορεί να αποδιοργανώσει όλους τους ανθρώπους, ακόμα και τα υγιή άτομα, αλλά επηρεάζει κάθε φορά με διαφορετικό τρόπο το

κάθε άτομο, αλλά ακόμη και το ίδιο άτομο ανάλογα με τη συναισθηματική κατάσταση τη δεδομένη στιγμή, την εμπειρία του από συγκεκριμένα συμπτώματα, την αναμονή της επίδρασης ενός γεγονότος, κ.ο.κ. Έτσι εξηγείται γιατί ένα συγκεκριμένο στρεσογόνο ερέθισμα επηρεάζει ή όχι και σε διαφορετικό βαθμό τον κάθε ασθενή με ευερέθιστο έντερο. Η κατανόηση αυτού του πολύπλοκου μηχανισμού από τον ασθενή και η εκπαίδευσή του στην αντιμετώπιση του καθημερινού stress μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση.

Είναι καθοριστικής σημασίας η ιατρική παρέμβαση για τη μείωση του stress, του φόβου και της ανησυχίας που δημιουργούν τα συμπτώματα των λειτουργικών παθήσεων. Ο γιατρός πρέπει να αφιερώσει χρόνο και να είναι ιδιαίτερα πειστικός. Ο ασθενής πρέπει να διαβεβαιωθεί και να πεισθεί ότι δεν έχει οργανική νόσο, ούτε έχει αυξημένο κίνδυνο να πάθει καρκίνο και ότι τα συμπτώματά του προκαλούνται από διαταραχή της κινητικής και αισθητικής λειτουργίας του παχέος εντέρου. Αν και οι περισσότεροι ασθενείς δεν δέχονται ότι η κακή τους ψυχολογία μπορεί να φταίει για το πρόβλημα, πρέπει να διαβεβαιωθούν ότι η ανησυχία και η κακή ποιότητα ζωής που προκαλούν συμπτώματα αποτελούν ένα τύπο stress.

Όταν ο άρρωστος αρχίζει και κατανοεί τους μηχανισμούς, αποδέχεται όλο και περισσότερο το πρόβλημα. Και βέβαια πρέπει οι άρρωστοι να ευθαρρυνθούν να ανέχονται τα μικροσυμπτώματα και να αντιμετωπίζουν με άλλο μάτι το καθημερινό τους stress. Η επιμελής, έγκυρη και πειστική ιατρική ενημέρωση των ασθενών, αποτελεί έναν τύπο γνωσιακής ψυχοθεραπείας. Η γνώση, η διαβεβαίωση και η πίστη του λειτουργικού χαρακτήρα της νόσου έχει καλά αποτελέσματα. Αυτός είναι ο μηχανισμός με τον οποίο μια αρνητική κολοσκόπηση οδηγεί σε συμπτωματική βελτίωση, όπως και η δράση των εικονικών φαρμάκων. Κοινό χαρακτηριστικό όλων των ερευνών μελέτης της αποτελεσματικότητας διαφόρων φαρμάκων στη θεραπεία του ευερέθιστου εντέρου και των άλλων λειτουργικών παθήσεων είναι τα υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας του εικονικού φαρμάκου. Φαίνεται πως περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς θα βελτιωθούν από το εικονικό φάρμακο (για παράδειγμα από ζάχαρη ή σκόνη δημητριακού). Η υψηλή αποτελεσματικότητα του εικονικού φαρμάκου

περιορίζει την αποδοχή δραστικών φαρμάκων που έχουν θετική αποτελεσματικότητα μόνο κατά 10-15% αυτής του εικονικού φαρμάκου.

Είναι εύλογο το ερώτημα πολλών ασθενών, αν υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος ανάπτυξης οργανικής νόσου στους ασθενείς με ευερέθιστο έντερο. Η απάντηση είναι σαφής, ότι το ευερέθιστο έντερο δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου ή άλλης οργανικής εντερικής νόσου. Ο κίνδυνος είναι ίδιος με τα άτομα ίδιας ηλικίας και φύλου με τους ίδιους γενετικούς και περιβαλλοντικούς προδιαθετικούς παράγοντες.

Ψυχολογικές διαταραχές

Υπάρχουν αντικρουόμενα δεδομένα για το αν οι ασθενείς με ευερέθιστο έντερο έχουν άγχος, κατάθλιψη, σωματοποίηση, φοβίες ή άλλες ψυχολογικές διαταραχές περισσότερο συχνά από ότι ο γενικός πληθυσμός. Αυτό πράγματι έχει διαπιστωθεί σε πολλές μελέτες ασθενών που προσέρχονται στη δευτεροβάθμια ή και τριτοβάθμια περίθαλψη, αλλά δεν ισχύει για το σύνολο των ασθενών με ευερέθιστο έντερο, αφού η συντριπτική πλειονότητά τους δεν πηγαίνει στον γιατρό ούτε ζητά ιατρική βοήθεια. Οι ασθενείς που καταφεύγουν στον γιατρό, σε σχέση με αυτούς που δεν ζητούν ιατρική βοήθεια, έχουν περισσότερα και εντονότερα συμπτώματα, έχουν συχνότερα ως προέχον σύμπτωμα τον πόνο, είναι πολύ ευαίσθητοι στα ιατρικά θέματα, πηγαίνουν στον γιατρό με το παραμικρό, είναι πιο νευρωτικοί και φοβούνται περισσότερο ότι έχουν οργανική αρρώστια.

Διερευνήθηκε αρκετά το αν τα συμπτώματα προκαλούν οι ψυχολογικές διαταραχές ή η κακής ποιότητας ζωή. Ειδικές μελέτες έδειξαν ότι στο 85% των περιπτώσεων η ψυχολογική διαταραχή προηγείται ή εμφανίζεται ταυτόχρονα. Με την ελπίδα ότι θεραπεύοντας την ψυχολογική διαταραχή θα βελτιωθούν τα εντερικά συμπτώματα, έγιναν μελέτες με τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, που θεωρείται ότι μπορεί να μειώνουν τη σπλαχνική υπερευαισθησία.

Πρόσφατες μετα-αναλύσεις τέτοιων μελετών έδειξαν ότι πράγματι τα φάρμακα αυτά βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των αρρώστων, οι ασθενείς δεν χρειάζονται διαιτητικές τροποποιήσεις, βελτιώνουν την εργασιακή τους λειτουργία,

δεν χάνουν ώρες εργασίας, αλλά δεν βελτιώνουν τον πόνο και τον μετεωρισμό. Παρά το γεγονός ότι μελέτες έδειξαν σημαντική και παρατεταμένη βελτίωση των συμπτωμάτων με εφαρμογή ψυχοθεραπείας ακόμη και υποθεραπείας σε σοβαρές περιπτώσεις ευερέθιστου εντέρου, εντούτοις οι μετα-αναλύσεις των διαθέσιμων για σύγκριση μελετών δεν επιβεβαίωσαν αυτή τη σημαντική ευεργετική επίδραση.

Η λήψη τροφής

Είναι λογικό η δυσλειτουργία του εντέρου που προκαλεί συμπτώματα να είναι μεγαλύτερη στις περιόδους που και το φυσιολογικό έντερο συσπάται περισσότερο. Αυτό συμβαίνει με την αφύπνιση, που ενεργοποιεί άμεσα την συσπαστική δραστηριότητα του εντέρου. Υπενθυμίζεται ότι οι ασθενείς με ευερέθιστο έντερο δεν έχουν συμπτώματα στον ύπνο, ούτε τις πρωινές ώρες.

Το δεύτερο μεγάλο ερέθισμα είναι η λήψη φαγητού. Με τη λήψη γεύματος η εντερική συσπαστικότητα διπλασιάζεται και είναι τόσο μεγαλύτερη όσο λιπαρότερο είναι το γεύμα και όσο μεγαλύτερη ποσότητα φυτικών ινών περιέχει. Έτσι, οι μισοί περίπου ασθενείς με ευερέθιστο έντερο, έχουν περισσότερα συμπτώματα μετά το φαγητό, που οφείλεται σε μια παθολογική συσπαστική ανταπόκριση στη λήψη γεύματος. Αν και οι περισσότεροι ασθενείς ενοχοποιούν το είδος της τροφής που έλαβαν για τα συμπτώματά τους, η βασική αιτία είναι αυτή καθαυτή η λήψη της.

Τροφές

Πολλοί ασθενείς ζητούν από τον γιατρό ειδική δίαιτα και αυτός συνήθως αυθαίρετα, συνιστά διακοπή λήψης λαχανικών, χορταρικών και γενικά φυτικών ινών. Ειδικές μελέτες σε δυτικές χώρες έδειξαν ότι οι συχνότερα ενοχλητικές τροφές, κυρίως σε αυτούς που έχουν ευερέθιστο έντερο τύπου δυσκοιλιότητας με φούσκωμα και πόνο, είναι τα γαλακτοκομικά, η σοκολάτα, τα εσπεριδοειδή, τα σιτηρά, και τα όσπρια.

Είναι εύλογο το ερώτημα, για τον μηχανισμό με τον οποίο μπορεί να προκαλούν συμπτώματα μερικές τροφές. Επειδή στο ευερέθιστο έντερο υπάρχει υπερευαίσθησία στη διάταση του παχέος εντέρου, είναι ευνόητο ότι προκαλούν

συχνότερα και περισσότερο πόνο και μετεωρισμό οι τροφές που διασπόμενες από την εντερική κλωρίδα προκαλούν παραγωγή αερίων. Αυτό συμβαίνει συνήθως με ορισμένα όσπρια, το λάχανο, το κουνουπίδι, τα κρεμμύδια, τους ξηρούς καρπούς, τις αγκινάρες και τον αρακά.

Έχει διερευνηθεί επίσης η πιθανότητα ύπαρξης ευαισθησίας σε ορισμένες τροφές. Όλοι οι άνθρωποι έχουν ευαισθησία σε μια-δυο τροφές, ή ένα ποτό. Φαίνεται όμως ότι στους ασθενείς με ευερέθιστο έντερο, αυξάνονται οι ευαισθησίες σε συγκεκριμένες τροφές, που προηγουμένως δεν γίνονταν αντιληπτές. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα, φαίνεται ότι μάλλον δεν πρόκειται για δυσανεξία στη συγκεκριμένη τροφή, αλλά στη λήψη της σε φάση ευαισθητοποίησης του ασθενή. Έτσι εξηγείται γιατί η ίδια τροφή πολλές φορές δεν προκαλεί συμπτώματα, ενώ άλλες συνδέεται από τον ασθενή με έντονα συμπτώματα. Η ίδια εξήγηση ισχύει και για την πρόκληση συμπτωμάτων από σχεδόν όλες τις τροφές σε φάση ψυχολογικού stress, αλλά όχι στις διακοπές και στα σαββατοκύριακα.

Ισχύει άραγε αυτό που η πλειονότητα των ασθενών με ευερέθιστο έντερο προβάλλει και με το οποίο οι γιατροί συμφωνούν: ότι «το πράσινο» ευθύνεται για τα συμπτώματα; Αν και αυτό δεν είναι τεκμηριωμένο με τους κανόνες της ιατρικής έρευνας, είναι αλήθεια ότι σε ένα ποσοστό των ασθενών, περίπου 30%, τα συμπτώματα επιδεινώνονται με τη λήψη μιας μεγαλύτερης της απαιτούμενης ποσότητας φυτικών ινών, που διογκώνουν το έντερο και διεγείρουν τις παθολογικές συσπάσεις. Όμως, πρέπει να τονιστεί ότι η πλήρης διακοπή των φυτικών ινών, ιδίως στους ασθενείς με ευερέθιστο έντερο τύπου δυσκοιλιότητας, θα οδηγήσει σε επιδείνωση της δυσκοιλιότητας.

Τα παραπάνω δεδομένα υποδηλώνουν ότι η μεγάλη πλειοψηφία των αρρώστων με ευερέθιστο έντερο δεν έχει δυσανεξία στις τροφές, αλλά τα συμπτώματα προκαλούνται από ένα μη ειδικό μηχανισμό σε άτομα που έχουν την τάση να τους συμβαίνει. Μόνο αυτοί που παρουσιάζουν διάρροια, σε ευερέθιστο έντερο τύπου διάρροιας, μπορεί να ωφεληθούν από διαιτητικές τροποποιήσεις.

Η σύγχυση για την επίδραση της λήψης φυτικών ινών οφείλεται στη λανθασμένη διάγνωση ως ευερέθιστου έντερου τύπου δυσκοιλιότητας άλλων τύπων χρόνιας λειτουργικής δυσκοιλιότητας, όπως η δυσκοιλιότητα βραδείας διάβασης και η αποφρακτική δυσκοιλιότητα. Στη δυσκοιλιότητα βραδείας διάβασης, γνωστή και ως αδρανές κόλον, το παχύ έντερο έχει πολύ μειωμένη κινητικότητα με αποτέλεσμα να αδυνατεί να προωθήσει τα κόπρανα από το αρχικό στο τελικό τμήμα του. Στους ασθενείς αυτούς η λήψη αυξημένης ποσότητας φυτικών ινών θα επιδεινώσει τα συμπτώματα, γιατί το παχύ έντερο δέχεται μεγαλύτερη ποσότητα περιεχομένου την οποία αδυνατεί να προωθήσει. Το ίδιο θα συμβεί και στην περίπτωση της αποφρακτικής δυσκοιλιότητας ή αποφρακτικής δυσχεσίας, στην οποία ενώ το έντερο έχει φυσιολογική προωθητική ικανότητα και οι ασθενείς έχουν φυσιολογικό αίσθημα ανάγκης για κένωση, δεν μπορούν να αποβάλλουν τα κόπρανα, γιατί με το σφίξιμο για αφόδευση ο αυλός αντί να ανοίξει αποφράσσεται, συνήθως από πρόπτωση του βλεννογόνου προς τα μέσα. Και στην περίπτωση αυτή η αυξημένη λήψη φυτικών ινών οδηγεί σε συσσώρευση πολλών κοπράνων στο τελικό τμήμα του παχέος εντέρου που αδυνατεί να τα αποβάλει, με αποτέλεσμα συχνά να επιδεινώνεται ο πόνος και ο μετεωρισμός.

Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν δυσκοιλιότητα με ή χωρίς τα υπόλοιπα αναγκαία συμπτώματα για τη διάγνωση του ευερέθιστου εντέρου, παίρνουν συνήθως καθαρτικά που τους υποδεικνύουν φίλοι και γνωστοί. Μόνο ένα μικρό ποσοστό ασθενών θα αναζητήσει ιατρική βοήθεια, συνήθως όταν τα καθαρτικά δεν είναι αποτελεσματικά, ενώ ελάχιστοι ασθενείς θα ζητήσουν εξαρχής επιστημονική λύση στο πρόβλημά τους. Τα κύρια βήματα στη θεραπεία της δυσκοιλιότητας πρέπει να είναι: η εξασφάλιση της λήψης μιας ελάχιστης αναγκαίας ποσότητας φυτικών ινών, η προσπάθεια καθιέρωσης κατάλληλων συνθηκών τουαλέτας και τελευταία η χρήση προοδευτικά αυξανόμενης δράσης καθαρτικών.

Οι αποτελεσματικότερες φυτικές ίνες είναι αυτές που περιέχουν μεγαλύτερη ποσότητα αδιάλυτων μη αμυλούχων πολυσακχαριτών που περιέχονται στο φυτικό κυτταρικό τοίχωμα. Οι προοδευτικά λιγότερο αποτελεσματικές φυτικές ίνες για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας είναι οι περιεχόμενες στο σπάρι,

στα φρούτα και στα λαχανικά, στους φυσικούς χυμούς, το ακατέργαστο και το μαγειρεμένο πίτουρο, τη σόγια και την πεκτίνη. Κάποια παραδείγματα της ελάχιστης αναγκαίας ημερήσιας λήψης φυτικών ινών που περιέχουν 18-25 γραμμάρια αδιάλυτων μη αμυλούχων πολυσακχαριτών είναι: 140 γραμμάρια (3-4 φέτες) μαύρο ψωμί, 45 γραμμάρια ακατέργαστο πίτουρο ή 80 γραμμάρια μούσλι, 2-3 αχλάδια με τη φλούδα, ακτινίδια, μήλα ή πορτοκάλια, και λαχανικά (100 γραμμάρια χόρτα, 100 γραμμάρια λάχανο και δυο καρότα). Αυτοί που χρησιμοποιούν ακατέργαστο πίτουρο θα πρέπει να ξέρουν ότι επειδή δεσμεύει δυσθενή κατιόντα, εμποδίζουν την απορρόφηση ασβεστίου, σιδήρου, μαγνησίου και ψευδαργύρου όταν τα λαμβάνουν για θεραπευτικούς λόγους.

Για πολλούς σύγχρονους ανθρώπους, μια επιπλέον αιτία δυσκοιλιότητας είναι η χρόνια αναβολή της κένωσης, παρά το γεγονός ότι έχουν φυσιολογικό αίσθημα της ανάγκης για κένωση. Αυτό συμβαίνει για να κερδίσουν περισσότερο ύπνο ή χρόνο το πρωί φεύγοντας γρήγορα για τη δουλειά ή επειδή δεν θεωρούν κατάλληλες της συνθήκες της εκτός σπιτιού τουαλέτας. Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να επανεκπαιδευτούν στο να έχουν ευνοϊκό περιβάλλον για κένωση σε περιόδους σωματικής καλάρωσης, κυρίως μετά το φαγητό, ώστε να αξιοποιηθεί η αύξηση της συσπαστικής δραστηριότητας του εντέρου στην περίοδο αυτή.

Στο ευερέθιστο έντερο τύπου διάρροιας, οι διαιτητικές τροποποιήσεις με μείωση των φυτικών ινών μπορεί να βοηθήσουν. Το αίσθημα μετεωρισμού, το φούσκωμα κοινώς, είναι το λειτουργικό σύμπτωμα που αντιμετωπίζεται δυσκολότερα. Το αίσθημα που περιγράφουν οι ασθενείς δεν αντιστοιχεί πάντα στην διάταση του εντέρου από αέρα. Είναι συχνό να μην διαπιστώνεται ύπαρξη αέρα στην κοιλιά κατά την κλινική εξέταση την ώρα που ο ασθενής αισθάνεται «φουσκωμένος», ενώ συχνά ο μετεωρισμός δεν συνοδεύεται από αποβολή αερίων. Το αίσθημα μετεωρισμού χωρίς διάταση είναι αποτέλεσμα της σπλαχνικής υπερευαισθησίας, δηλαδή η διέγερση των αισθητήρων διάτασης του εντέρου με πολύ μικρό βαθμό διάτασης. Η απουσία φαρμακευτικής θεραπείας για τη σπλαχνική υπερευαισθησία καθιστά συχνά δύσκολη τη θεραπεία του συμπτώματος.

Άλλοι παράγοντες

Άλλοι μηχανισμοί πυροδότησης των συμπτωμάτων που πρέπει να τύχουν της ιατρικής προσοχής για επιλεκτική αντιμετώπιση είναι τα φάρμακα, η φλεγμονή ή λοίμωξη και οι γυναικολογικές ορμόνες.

ΝΕΟΤΕΡΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα τελευταία χρόνια γίνεται εντατική έρευνα για την ανακάλυψη φαρμάκων που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των διάφορων τύπων υποδοχέων της σεροτονίνης, η οποία παίζει σημαντικό ρυθμιστικό ρόλο στην εντερική λειτουργία. Αναμένεται να κυκλοφορήσουν στο εμπόριο ανταγωνιστές των υποδοχέων-4 της σεροτινίνης κατάλληλοι για άνδρες με ευερέθιστο έντερο τύπου δυσκοιλιότητας και ανταγωνιστές των υποδοχέων-3 κατάλληλοι για άνδρες με ευερέθιστο έντερο τύπου διάρροιας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Συνοψίζοντας θα μπορούσε να υπενθυμίσει κανείς την πολυπλοκότητα των μηχανισμών πρόκλησης των συμπτωμάτων του ευερέθιστου εντέρου και την εξ αποκλεισμού της οργανικής και συστηματικής νόσου διάγνωση της πάθησης. Πυλώνες της θεραπευτικής αντιμετώπισης της πάθησης αποτελούν η αφιέρωση χρόνου από τον γιατρό για τη διαβεβαίωση του ασθενή για την απουσία οργανικής νόσου και ιδιαίτερου κινδύνου για μελλοντική ανάπτυξη οργανικής νόσου, την ενημέρωση του ασθενή για τους μηχανισμούς πρόκλησης των συμπτωμάτων και τον ρόλο του ψυχολογικού stress για την πυροδότησή τους. Η αντιμετώπιση πρέπει να συμπληρώνεται με τις διαιτητικές οδηγίες εφόσον οι τροφές φαίνεται να παίζουν ρόλο, με βασικό στόχο τη ρύθμιση της ποσότητας των φυτικών ινών που πρέπει να λαμβάνονται και τέλος με τη φαρμακευτική συμπτωματική θεραπεία. Υπάρχουν ελπίδες ότι η καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών της σπλαχνικής υπερευαισθησίας θα οδηγήσει στην ανακάλυψη νέων φαρμάκων που να την μειώνουν αποτελεσματικά.