

# Ενιολπωματιή νόσος

ΜΥΛΩΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ

Τ. ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Α' ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΚΑΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ

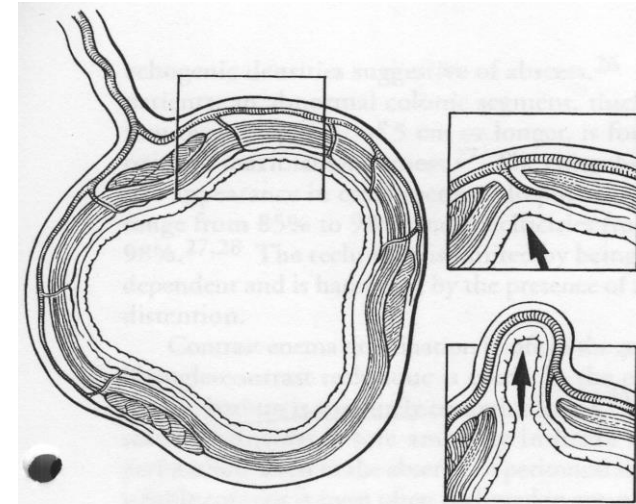
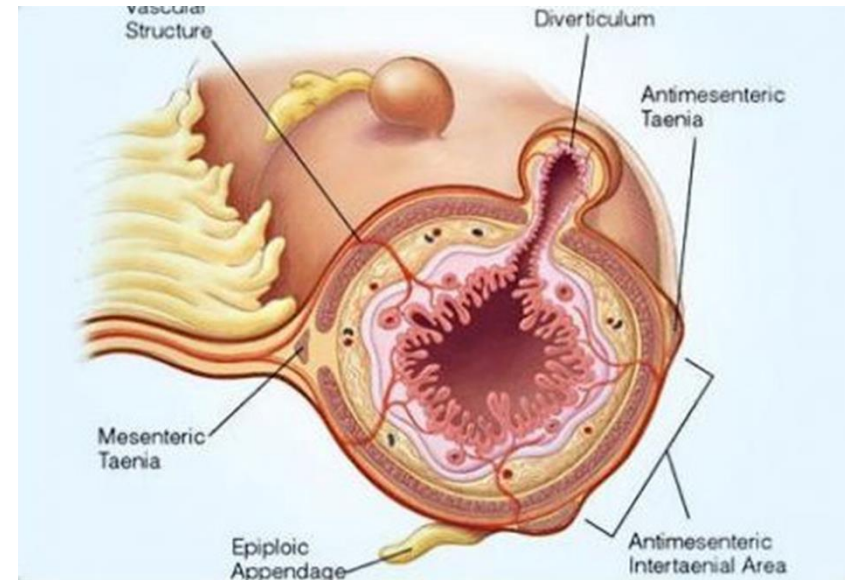
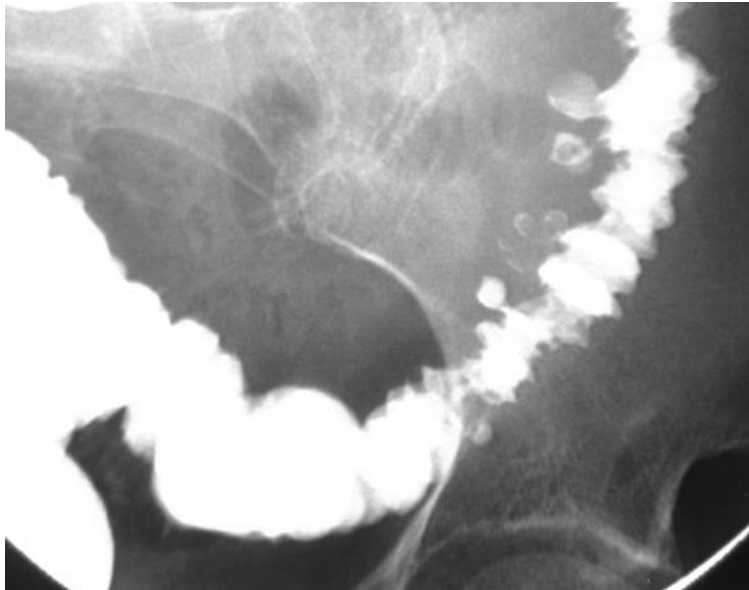
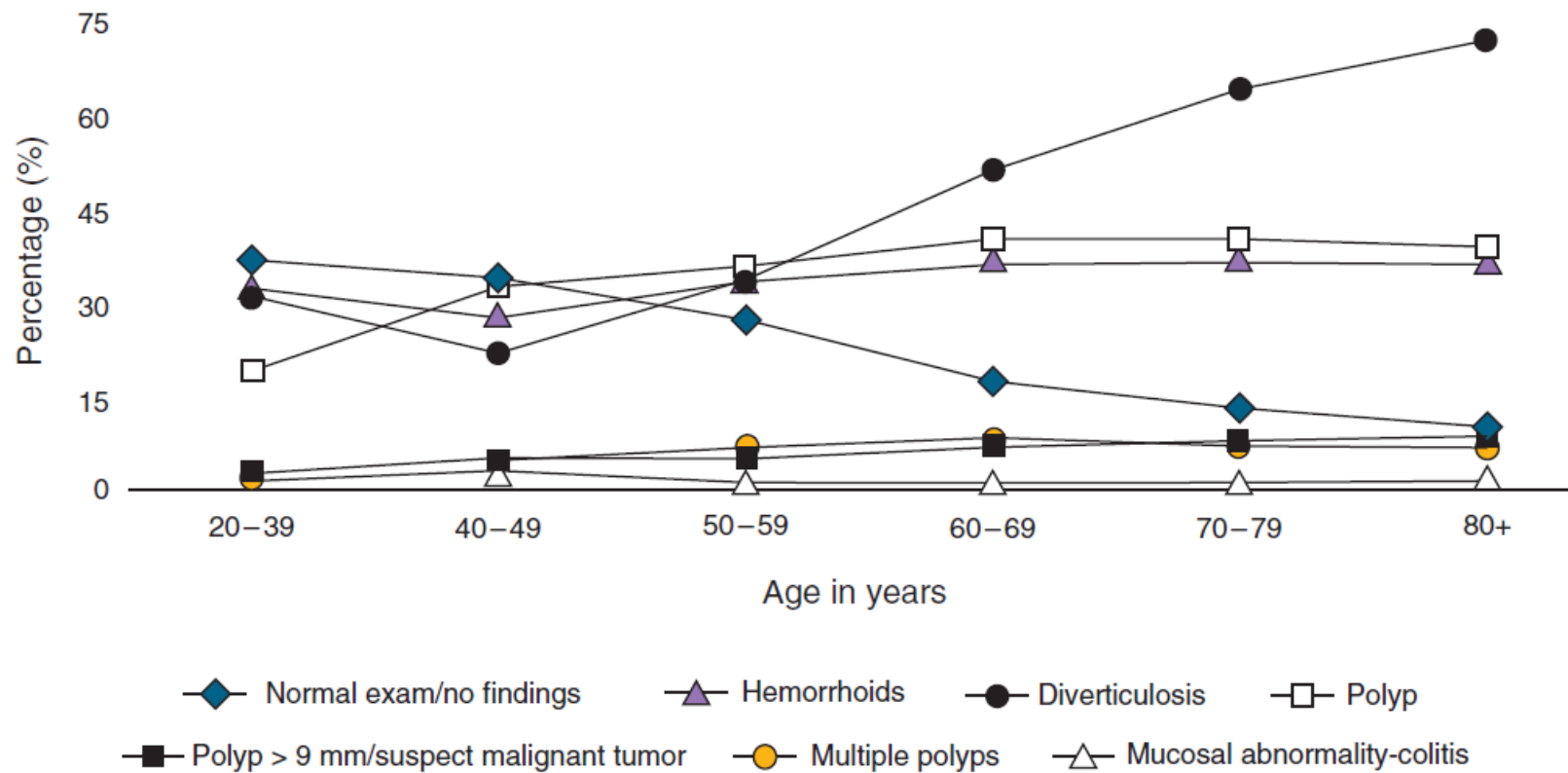


Fig. 1. Development of diverticula where the vasa recta penetrate the muscularis (arrows).



# Εκκολπωμάτωση παχέος εντέρου





- ✓ Σημαντική αιτία νοσηλείας και επιβάρυνσης του υγειονομικού κόστους στην Δύση
- ✓ Επιπολασμός εξαρτώμενος (αυξανόμενος) από την ηλικία (<20% στα 40, 60% στα 60)
- ✓ Αύξηση επιπολασμού στη Δύση και σε χώρες με 'Δυτικές' συνήθειες
- ✓ 95% έχουν εκκολπώματα σιγμοειδούς
- ✓ 65% έχουν μόνο εκκολπώματα σιγμοειδούς



Miura, Dis Colon Rectum 2000  
Peery, Gastroenterology 2012

# Προστατευτικοί - επιβαρυντικοί παράγοντες

- ▶ Η λήψη φυτικών ινών είναι αντιστρόφως ανάλογη με την ανάπτυξη εκκολπωμάτων
- ▶ Η φυσική άσκηση προστατεύει από την εκκολπωματίτιδα και από την αιμορραγία των εκκολπωμάτων
- ▶ Η παχυσαρκία (BMI > 30) και η λήψη ΜΣΑΦ σχετίζονται με την εκκολπωματική νόσο (και την αιμορραγία)
- ▶ Οι καπνιστές παρουσιάζουν συχνότερα επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα
- ▶ Δεν υπάρχουν στοιχεία για γενετική προδιάθεση εκτός των κληρονομικών νοσημάτων του συνδετικού ιστού

Andoorii WH et al. J Nutr 1998; 128: 714-719

Andooriin WH et al. Gut 1995; 36: 276-82

Strate LL et al. Gastroenterology 2009; 136 (1): 115-122

Commane DM et al. World J Gastroenterol 2009; 15 (20) 2479-88

# Εκκολπωμάτωση παχέος εντέρου

- ▶ **Ασυμπτωματική**
- ▶ **Συμπτωματική εκκολπωματική νόσος (25%)**
  - ▶ Αιμορραγία: 5-15%
  - ▶ **Εκκολπωματίτιδα: 15-25%**
    - ▶ Ανεπίπλεκτη 75%
    - ▶ Επιπλεγμένη 25% (απόστημα, περιτονίτιδα, στένωση, συρίγγιο)
  - ▶ **Εκκολπωματική κολίτιδα (SCAD)**
  - ▶ **Συμπτωματική μη επιπλεγμένη εκκολπωματική νόσο (SUDD)**

# Παθοφυσιολογία εκκολπωματίτιδας

Διάβρωση του τοιχώματος λόγω  $\uparrow$  της ενδοαυλικής πίεσης ή λόγω 'εγκλωβισμού' τροφικών υπολειμμάτων

Φλεγμονή - Νέκρωση

**Διάτρηση**  
(περιχαρακωμένη από το λίπος και το μεσεντέριο)

[Απόστημα, συρίγγιο, απόφραξη, περιτονίτιδα ]



# Εκκολπωματίτιδα: διάγνωση

- ▶ Οξύς πόνος – ευαισθησία στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο της κοιλιάς
  - ▶ μπορεί να συνοδεύεται από πυρετό και αύξηση των δεικτών φλεγμονής
- ▶ Προοπτική μελέτη 802 ασθενών με κοιλιακό άλγος
  - ▶ PPV 0.65 και NPP 0.98 για την κλινική διάγνωση της εκκολπωματίτιδας
- ▶ **CT με per os και iv σκιαγραφικό vs U/S**

Toorenvliet BR et al. Colorectal Dis 2010; 12: 179-186

Lameris W et al. Dis Colon Rectum 2010; 53: 896-904

# Εκκολπωματίτιδα: διάγνωση

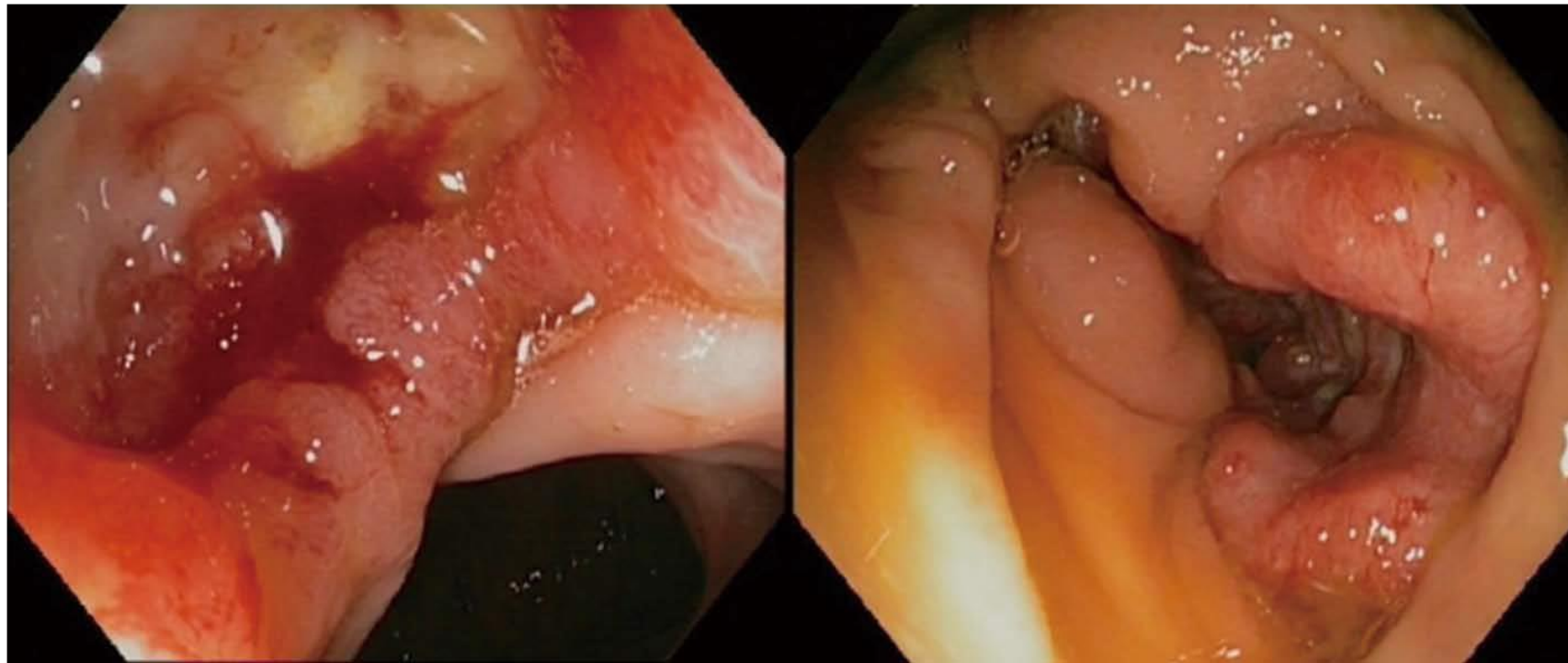


# Εκκολπωματίτιδα: κολονοσκόπηση

- ▶ Κολονοσκόπηση μετά 6 εβδομάδες από επεισόδιο οξείας εκκολπωματίτιδας για τον αποκλεισμό κακοήθειας
    - ▶ Επείγουσα κολονοσκόπηση σε ισχυρή υποψία κακοήθειας
    - ▶ όταν δεν υπάρχει αέρας εκτός του αυλού στην CT
  - ▶ 2/107 (1.9%)
  - ▶ 3/104 (0.7%)
- Κακοήθεια σε διαγνωσθείσα εκκολπωματίτιδα με CT

Ambrosetti P et al. Eur Radiol 2002;12: 1145-1149  
Sakhnini E et al. Endoscopy 2004; 36 (6): 504-507

# Εκκολπωματίτιδα - Αδενοκαρκίνωμα



# Ανεπίπλεκτη εκκολπωματίτιδα: Θεραπεία

- ▶ Τα αντιβιοτικά δεν φαίνεται να βοηθούν
  - ▶ Σε προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη (όχι τυφλή ή ελεγχόμενη) δεν υπερέχουν όσον αφορά την διάρκεια νόσησης ή την εμφάνιση επιπλοκών
- ▶ Χορήγηση όταν υπάρχει επηρεασμένη γενική κατάσταση, εγκυμοσύνη ή ανοσοκαταστολή
- ▶ Δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία για την διακοπή σίτισης

Chabok A et al. Br J Surg 2012

Hjern F et al. Scand J Gastroenterol 2007; 42 (1) : 41-7

## Hinchey grading

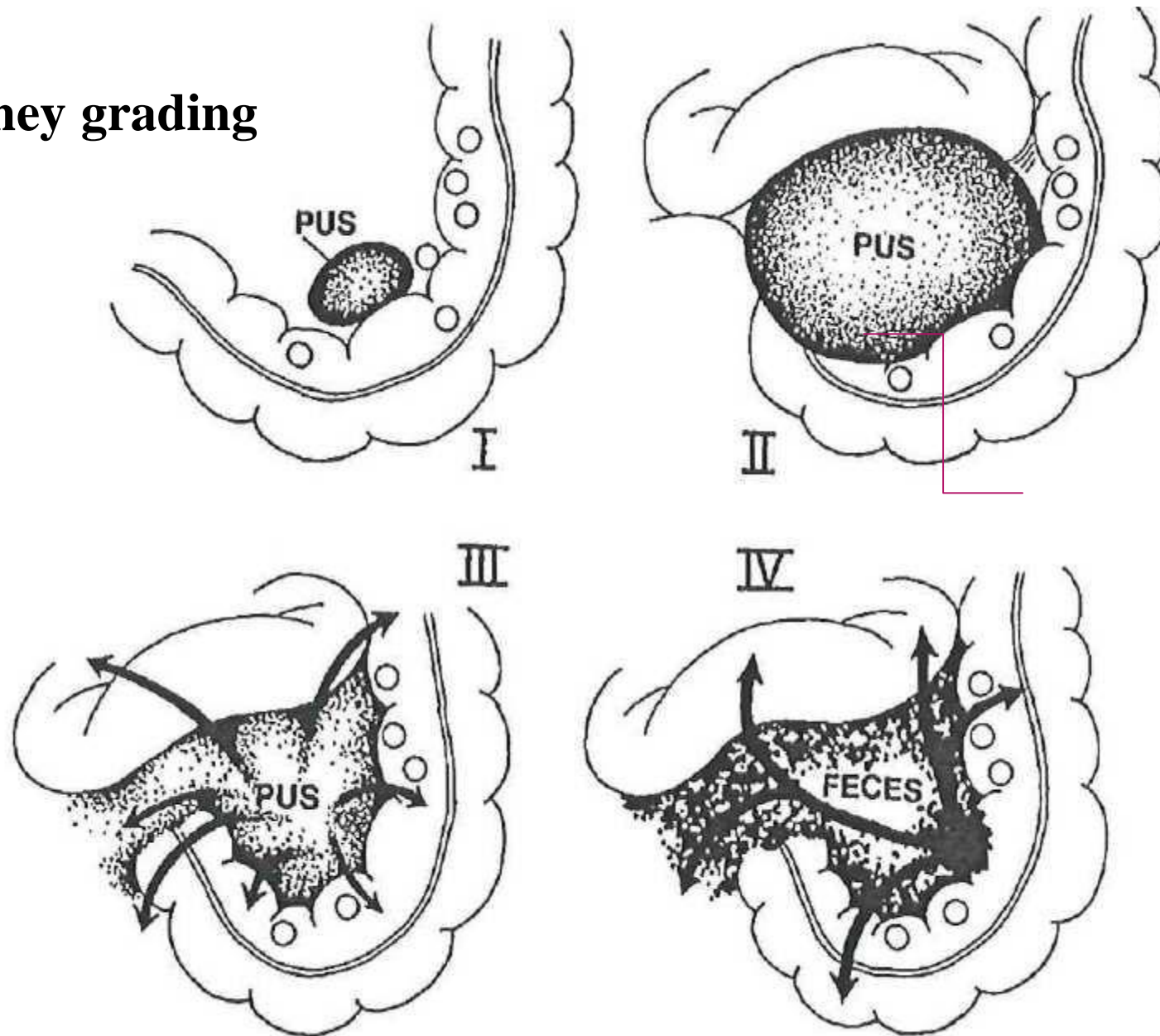


Fig 1. – The four clinical stages of perforated diverticular disease.

# Hospital mortality after emergency surgery for perforated diverticulitis

---

*Netherlands:* Five teaching hospitals 291pts 1995 – 2005

Overall in-hospital mortality 29%

Ned Tijdschr Geneesk. 2009;153:B195

*Southeast England:* One hosp 110pts 2002 – 2006

Mortality 10.9%

World J Emerg Surg. 2008 Jan 24;3-5

# Επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα: Θεραπεία

- ▶ Παρουσία αποστήματος σε 15-20% των ασθενών
  - ▶ Όλες οι δημοσιευμένες σειρές ασθενών χρησιμοποιούν αντιβιοτικά
- ▶ U/S ή CT κατευθυνόμενη παροχέτευση
  - ▶ αποφυγή επείγοντος χειρουργείου σε 30-40% των ασθενών
- ▶ Μέγεθος < 3cm : αντιβιοτικά, > 3cm: αντιβιοτικά και παροχέτευση
- ▶ Σε αποτυχία της παροχέτευσης: χειρουργική αντιμετώπιση

Andersen JC et al. Danish Medical Journal 1-12



# Επιπλεγμένη εκκολπωματίτιδα: Θεραπεία

- ▶ **Σε πυώδη περιτονίτιδα (Hinchey 3)** η λαπαροσκόπηση με πλύσεις του περιτοναίου και παροχέτευση σε συνδυασμό με αντιβιοτικά μειώνουν σημαντικά την νοσηρότητα και την θνητότητα
- ▶ Εκτομή με δημιουργία αναστόμωσης: η θνητότητα φαίνεται μικρότερη από αυτή της επέμβασης Hartmann (10% vs 19%)
  - ▶ Μη επαρκή στοιχεία
- ▶ **Σε κοπρανώδη περιτονίτιδα (Hinchey 4)** συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση

Salem L et al. Dis Colon Rectum 2004; 47: 1953-64  
Myers E et al. Br J Surg 2008; 95: 97-101  
Swank HA et al. BMC Surg 2010;18:10:29

• E. Myers et. al., BJS 2008

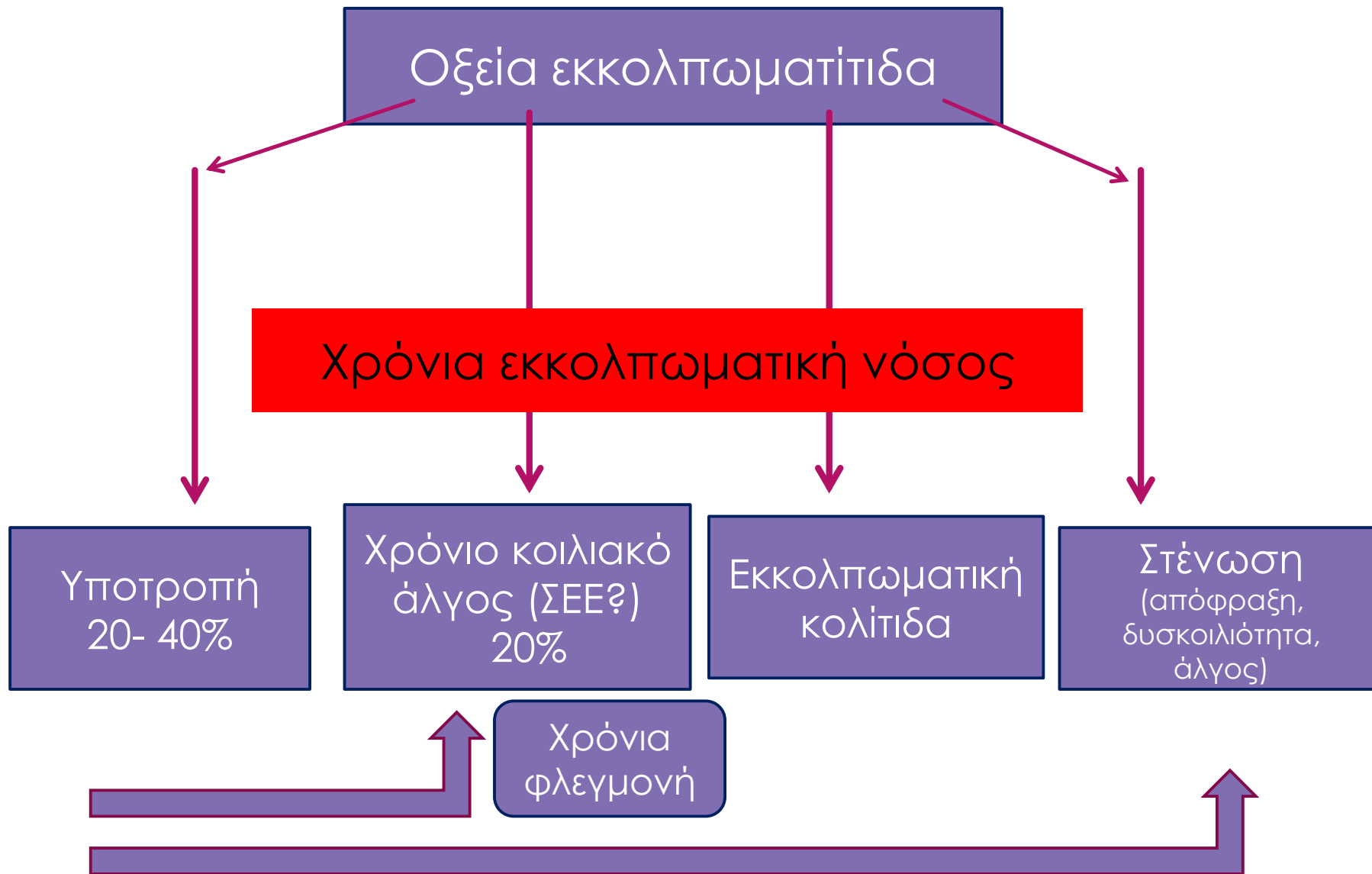
*“Laparoscopic peritoneal lavage for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis”*

Λαπαροσκόπηση σε 100 ασθενείς με εκκολπωματίτιδα- περιτονίτιδα

- λαπαροσκοπικά πλύσεις σε 92 ασθενείς

- 8 ασθενείς υποβλήθηκαν σε Hartmann λόγω κοπρανώδους περιτονίτιδας

**Θνητότητα 3%, Νοσηρότητα 4%**



Makela, Dig Surg 2010 Binda, Br J Surg 2012 Hall, Dis Colon Rectum 2011 Cohen, Clin Gastroenterol Hepatol 2013

Lamps, Clin Gastroenterol Hepatol 2007 Strate, Am J Gastroenterol 2012

## Effectiveness of different therapeutic strategies in preventing diverticulitis recurrence.

Tursi A et al

Eur Rev Med Pharmacol Sci 2013 Feb;17(3):342-8

- ▶ 130 ασθενείς μετά από ανεπίπλεκτη εκκολπωματίτιδα
- ▶ Ύφεση
- ▶ **Λήψη μεσαλαζίνης 1.6 gr/ημερ ή ριφαξιμίνης 800mg/ημερ για 7ημέρες κάθε μήνα**
- ▶ Παρακολούθηση (και ενδοσκόπηση) στους 6/12/24 μήνες
- ▶ **Σημαντικά συχνότερη η διατήρηση ύφεσης στην ομάδα της μεσαλαζίνης**

## Mesalamine did not prevent recurrent diverticulitis in phase 3 controlled trials.

Raskin JB et al

**Gastroenterology** 2014 Oct;147(4):793-802

- ▶ Δύο ΔΤΜ μελέτες φάσης 3
- ▶ Σύγκριση (multimatrix) μεσαλαζίνης (1.2, 2.4, 4.8gr) με εικονικό (104 εβδομάδες)
- ▶ 590/592 ασθενείς με  $\geq 1$  επεισόδιο στη διάρκεια των τελευταίων 24 μηνών που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά
- ▶ ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ: Χειρουργείο, CT (πάχυνση  $>5\text{mm}$ , ασαφοποίηση λίπους), κοιλιακό άλγος, αύξηση WBCs
- ▶ PREVENT 1 : 53-63% vs 65% (εικονικό)
- ▶ PREVENT 2: 59-69% vs 68% (εικονικό)
- ▶ **Η μεσαλαζίνη δεν υπερέχει του εικονικού φαρμάκου ως προς την πρόληψη από την υποτροπή της εκκολπωματίτιδας**

# Ο ρόλος της διαίτας πλούσιας σε 'ίνες'

- ▶ **Ασθενή δεδομένα**

- ▶ Μετά την οξεία φάση συνιστάται διαίτα πλούσια σε ίνες

- ▶ *Ίσως μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής;*

- ▶ *Ίσως αποτρέπει την ανάπτυξη εκκολπωμάτων;*

Larson, Gastroenterology 1976

Brodribb, Lancet 1977

Ornstein, Br Med J (Clin Res Ed) 1981

Aldoori, J Nutr 1998

Peery, Gastroenterology 2011

Strate, Gastroenterology 2009

## Nut, corn, and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease.

Strate LL, Liu YL, Syngal S, Aldoori WH, Giovannucci EL  
JAMA. 2008;300(8):907

- ▶ Μελέτη παρατήρησης
- ▶ 47228 άνδρες ηλικίας 40-75 ετών
- ▶ 18 έτη παρακολούθησης
- ▶ 801 περιπτώσεις εκκολπωματίτιδας
- ▶ 383 περιπτώσεις εκκολπωματικής αιμορραγίας
  
- ▶ Η κατανάλωση καλαμποκιού, ποπ-κορν και ξηρών καρπών δεν συνδέθηκε με αυξημένη συχνότητα εκκολπωματώσεως ή επιπλοκών
- ▶ Αντίστροφη σχέση ως προς την εκδήλωση εκκολπωματίτιδας και αιμορραγίας

# Εκκολπωματική νόσος: Προγραμματισμένη χειρουργική αντιμετώπιση ?

- ▶ Η χειρουργική επέμβαση μετά από 2 επεισόδια ανεπίπλεκτης εκκολπωματίτιδας ή ένα επεισόδιο επιπλεγμένης εκκολπωματίτιδας δεν μειώνει:
  - ▶ την νοσηρότητα,
  - ▶ την θνητότητα
  - ▶ τον κίνδυνο δημιουργίας στομίας
  - ▶ δεν βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών.
  - ▶ επιπλέον οικονομικό κόστος
- ▶ Μετά ένα επεισόδιο εκκολπωματίτιδας που έχει αντιμετωπισθεί ο κίνδυνος κάποιος να χρειαστεί επείγουσα επέμβαση Hartmann είναι 1 σε 2000 patients- years
  - ▶ Μικρότερος κίνδυνος επιπλοκών στα υποτροπιάζοντα επεισόδια
- ▶ Δεν υπάρχουν τυχαίοποιημένες μελέτες ικανές να απαντήσουν..
- ▶ Σε περίπτωση στένωσης ή συριγγίου προτείνεται χειρουργική αντιμετώπιση



# Εκκολπωματική νόσος: κίνδυνος υποτροπής

- ▶ Ασθενείς > 50 έτη έχουν μικρότερο κίνδυνο υποτροπής
- ▶ >> κίνδυνο υποτροπής σε ασθενείς < 50 έτη (27% vs **17%**,  $p < 0.001$ )
  - ▶ πιο συχνά υποβάλλονται σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση ή κολοστομία σε υποτροπή (7.5% vs **5%**,  $p < 0.001$ )
- ▶ < 50 έτη: NNT = 13, θνητότητα από το χειρουργείο 0.2% vs **3.5%** σε > 50 έτη
- ▶ **Ανοσοκαταστολή, ΧΝΑ, νοσήματα του κολλαγόνου: 5 φορές > κίνδυνος διάτρησης και αυξημένη θνητότητα.**

Hjern F et al. Br J Surg 2008; 95: 758-64

Klarenbeek BR et al. Ann Surg 2010; 251 (4): 670-4)

# Εκκολπωματική νόσος: Χειρουργική αντιμετώπιση

- ▶ Η λαπαροσκοπική επέμβαση πρέπει να προτιμάται
  - ▶ μετά από 4-6 εβδομάδες από το οξύ επεισόδιο
- ▶ Η αναστόμωση στο ορθό και όχι στο σιγμοειδές μειώνει τις πιθανότητες υποτροπής των εκκολπωμάτων

Purkayastha S et al. Dis Colon Rectum 2006; 49: 446-63  
Reissfelder C et al. Dis Colon Rectum 2006; 49: 1842

# Εκκολπωματική νόσος: Προγραμματισμένη χειρουργική αντιμετώπιση

- ▶ Κίνδυνος υποτροπής σε 2.6 - 10% των ασθενών
- ▶ Θνητότητα: 1 - 2.3%
- ▶ Κίνδυνος δημιουργίας στομίας σε 10% των ασθενών

# Συμπτωματική μη επιπλεγμένη εκκολπωματική νόσος (SUDD)

- ▶ Επιμένον κοιλιακό άλγος χωρίς κολίτιδα ή εκκολπωματίτιδα
- ▶ Διαταραχές κενώσεων
- ▶ Στην CT μπορεί να υπάρχει πάχυνση του τοιχώματος αλλά χωρίς φλεγμονώδεις αλλοιώσεις.

## Increased risk for irritable bowel syndrome after acute diverticulitis.

Cohen E et al

Clin Gastroenterol Hepatol. 2013 Dec;11(12):1614-9

- ❖ Αναδρομική
  - ❖ 1102 ασθενείς με εκκολπωματίτιδα
  - ❖ 1102 ασθενείς ελέγχου χωρίς εκκολπώματα
  - ❖ **4.7 φορές πιθανότερο να διαγνωστούν με ΣΕΕ (p=0.006)**
  - ❖ 2.4 φορές πιθανότερο να διαγνωστούν με λειτουργική διαταραχή (p<0.001)
  - ❖ 2.2. φορές πιθανότερο να διαγνωστούν με συναισθηματική διαταραχή (p<0.001)
- ❖ **Μετά- εκκολπωματίτιδα ΣΕΕ;**
  - ❖ **Αναλογίες με μετά- γαστρεντερίτιδα ΣΕΕ;**

## Efficacy of mesalazine in the treatment of symptomatic diverticular disease.

Di Mario F et al

Dig Dis Sci. 2005 Mar;50(3):581-6.

- ▶ 170 ασθενείς με SUDD
- ▶ Χορήγηση διαφόρων δόσεων **μεσαλαζίνης/ριφαξιμίνης** για 10 ημέρες τον μήνα *επί 3μήνες*
- ▶ Εκτιμήθηκαν 11 παράμετροι
- ▶ Σε όλες τις ομάδες βελτίωση (εκτός 200mg ριφαξιμίνης)
- ▶ Το καλύτερο σχήμα **μεσαλαζίνη 800mg X2**

## Probiotics in diverticular disease of the colon: an open label study.

Lamiki P et al

J Gastrointestin Liver Dis.2010 Mar;19(1):31-6.

- ▶ 46 ασθενείς με SUDD
- ▶ Μείγμα *Lactobacillus acidophilus* *Bifidobacterium* spp
- ▶ 6 μήνες παρακολούθηση
- ▶ Δυσκοιλιότητα, άλγος, διάρροια
- ▶ **70% ασυμπτωματικοί**
- ▶ **77% ικανοποιημένοι**

## Meta-analysis: long-term therapy with rifaximin in the management of uncomplicated diverticular disease.

Bianchi M et al

Aliment Pharmacol Ther.2011 Apr;33(8):902-10

- ▶ 4 ΔΤΜ
- ▶ **1660 ασθενείς με συμπτωματική ανεπίπλεκτη εκκολπωματική νόσο**
- ▶ Ανακούφιση από τα συμπτώματα ή επιπλοκή όπως η οξεία εκκολπωματίτιδα
- ▶ Ριφαξιμίνη + 'ίνες' vs 'ίνες'
- ▶ NNT 3 για την ριφαξιμίνη vs placebo για την ανακούφιση από τα συμπτώματα (1 έτος)
- ▶ NNT 59 για την αποτροπή επιπλοκής (1 έτος)
- ▶ **Η χορήγηση ριφαξιμίνης σε συνδυασμό με 'ίνες' είναι αποτελεσματική ως προς την ανακούφιση από τα συμπτώματα και την πρόληψη επιπλοκών**



## Randomised clinical trial: mesalazine and/or probiotics in maintaining remission of symptomatic uncomplicated diverticular disease--a double-blind, randomised, placebo-controlled study.

Tursi A et al

Aliment Pharmacol Ther. 2013 Oct;38(7):741-51

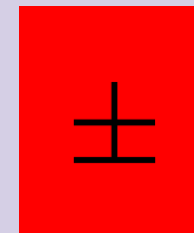
- ✓ ΔTM, πολυκεντρική
- ✓ 210 ασθενείς
- ✓ **10 ημέρες θεραπεία τον μήνα για 12 μήνες**
- ✓ Group M (active mesalazine 1.6 g/day plus Lactobacillus casei subsp. DG placebo)  
Group L (active Lactobacillus casei subsp. DG 24 billion/day plus mesalazine placebo)  
**Group LM** (active Lactobacillus casei subsp. DG 24 billion/day plus active mesalazine)  
Group P (Lactobacillus casei subsp. DG placebo plus mesalazine placebo)
- ✓ Υποτροπή: εκδήλωση κοιλιακού άλγους βαθμού  $\geq 5$  για τουλάχιστο 24 συνεχείς ώρες
- ✓ **Οι κυκλικές θεραπείες με μεσαλαζίνη  $\pm$  Lactobacillus είναι καλύτερες από το εικονικό φάρμακο στην διατήρηση της ύφεσης στην ασυμπτωματική ανεπίπλεκτη εκκολπωματική νόσο**

## Ο ρόλος των 'ινών'

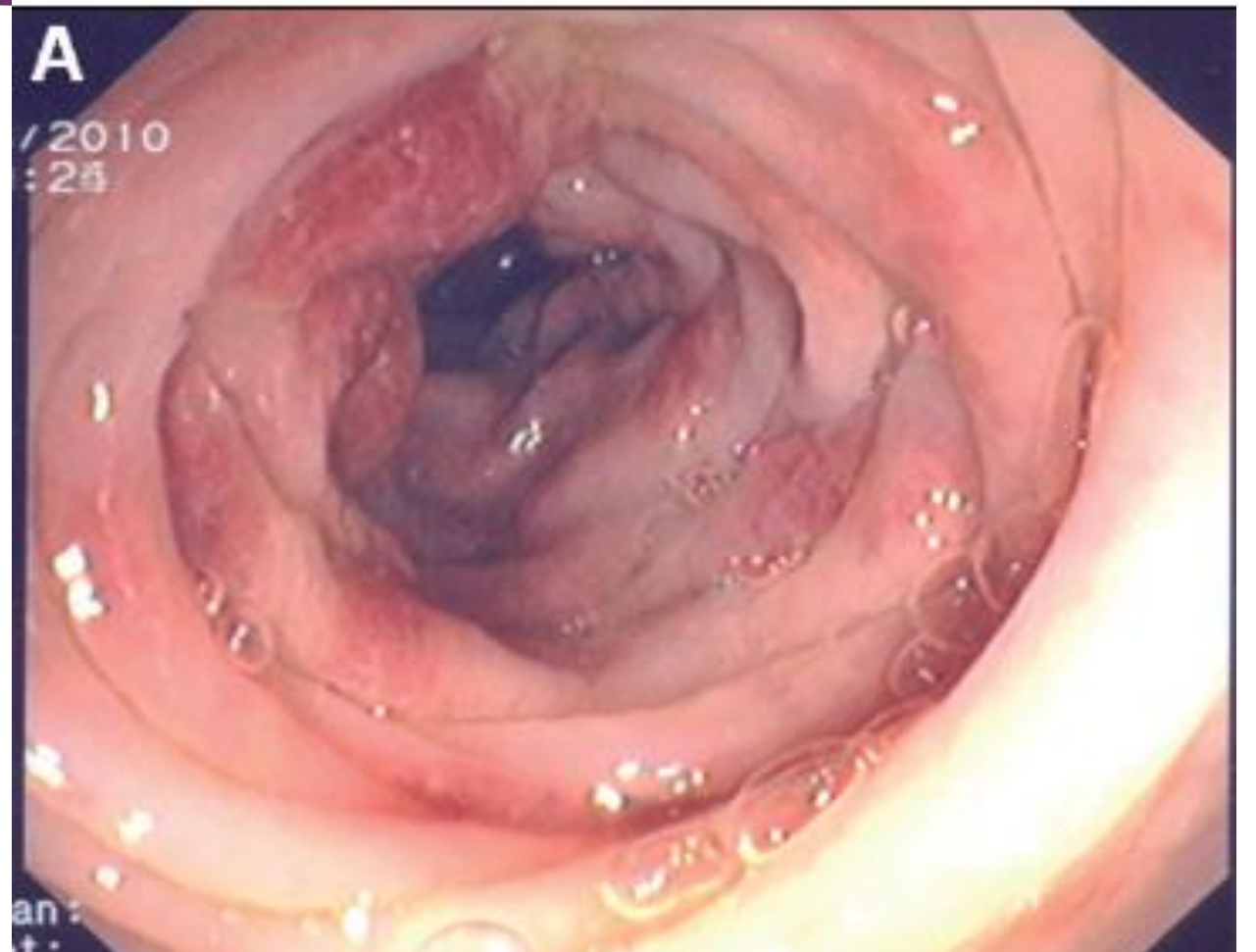
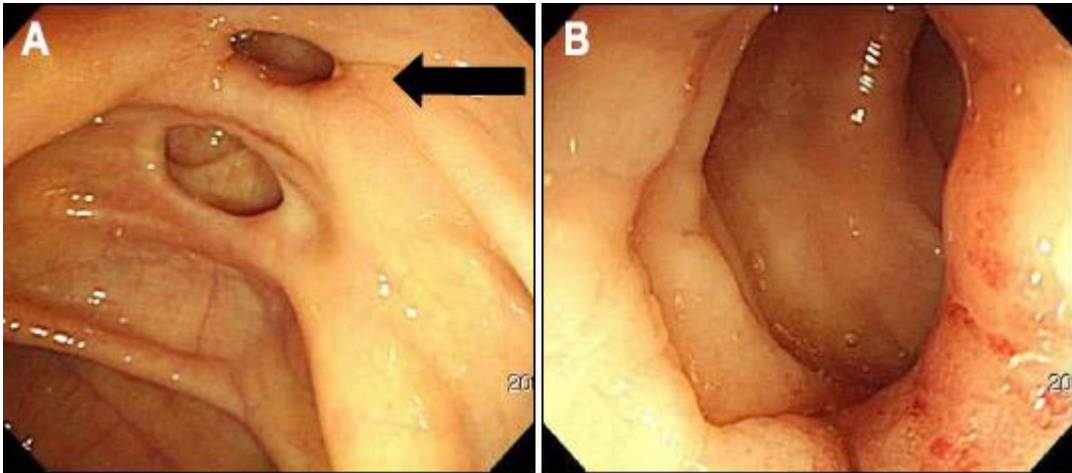
[επίδραση στην κινητικότητα, τις ενδοαυλικές πιέσεις, την φλεγμονή, την χλωρίδα]

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

**Παρά τα αντικρουόμενα  
δεδομένα (και λόγω της  
ασφάλειάς τους) η υψηλή  
περιεκτικότητα σε ίνες ίσως  
αναστέλλει την ανάπτυξη  
εκκολπωμάτων και ίσως μειώνει  
τον κίνδυνο συμπτωμάτων  
εκκολπωματικής νόσου**



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



# Συνήθως στο σιγμοειδές (+κατιόν), φείδεται του ορθού

Επιπολασμός σε ασθενείς με εκκολπωμάτωση  
0.26-1.5%

Υπεροχή ανδρών

Μέση ηλικία 64 έτη

Tursi, Colorectal Dis 2010

Imperiali, Am J Gastro 2000

Koutroubakis, Int J Colorectal Dis 2005

Mann, Hepatogastroenterology 2012

| Τύπος                     | ‘Αναφορά ‘  | Ενδοσκόπηση  | Ιστολογική<br>(χρόνια φλεγμονή)   | Κύριο<br>σύμπτωμ<br>α |
|---------------------------|---|--|---|-----------------------|
| <b>Τύπος A<br/>(52%)</b>  | Τύπου ημισεληνοειδών πτυχών (crescentic fold pattern) | Ερυθρές κηλίδες στην κορυφή των πτυχών                   | Τύπου ήπιας ελκώδους [λεμφοκύτταρα, ουδετερόφιλα <b>χωρίς διαταραχή αρχιτεκτονικής</b> ]        | Διάρροιες             |
| <b>Τύπος B<br/>(30%)</b>  | Τύπου ήπιας ελκώδους κολίτιδας                        | Οίδημα, ερυθρότητα, διαβρώσεις                           | Τύπου ήπιας ελκώδους , [βασική πλασματοκυττάρωση, κρυπτίτιδα, <b>διαταραχή αρχιτεκτονικής</b> ] | Διάρροιες             |
| <b>Τύπος C<br/>(10%)</b>  | Τύπου Crohn   | Αφθώδη έλκη  | <b>Διατοιχωματική φλεγμονή, κοκκιώματα,</b> λεμφοιστιοκυτταρική αγγειίτιδα                      | Άλγος                 |
| <b>Τύπος D<br/>(6.5%)</b> | Τύπου βαριάς ελκώδους κολίτιδας                       | Οίδημα, έντονη ερυθρότητα, εξελκώσεις, στένωση του αυλού | Τύπου βαριάς ελκώδους [βασική πλασματοκυττάρωση, κρυπτίτιδα, <b>διαταραχή αρχιτεκτονικής</b> ]  | Άλγος                 |

# Κλινική εκδήλωση-διάγνωση

- ▶ Άλγος, αιματοχεσία, διάρροιες
- ▶ **Συνήθως τυχαίο εύρημα σε ασθενείς που διερευνώνται για κοιλιακό άλγος και χρόνια διάρροια**
- ▶ Αυτόνομη οντότητα (:) και όχι επιπλοκή της εκκολπωμάτωσης (:)

Tursi, Dig Dis Sci 2011

- ▶ CT: πάχυνση τοιχώματος του πάσχοντος σιγμοειδούς, ασαφопоίηση/θολερότητα του λίπους
- ▶ WBC συνήθως φυσιολογικά
- ▶ Καλπροτεκτίνη/λακτοφερρίνη συνήθως υψηλή

# Εκκολπωματική κολίτιδα: Θεραπεία

- ▶ **Αντιβίωση (σιπρο/μετρο)**  
**[14ημέρες-30 μέρες]**
- ▶ **Μεσαλαζίνη**
- ▶ Κορτικοειδή
- ▶ Τμηματική εκτομή

Rampton, Colorectal Dis 2001

Evans, Colorectal Dis 2002

Tursi, J Clin Gastroenterol 2011

# Συμπεράσματα

- ▶ Η ευρεία χρήση των αντιβιοτικών στην οξεία φάση αμφισβητείται...  
*(λιγότερα αντιβιοτικά, λιγότερα χειρουργεία)*
- ▶ *Λαπαροσκοπική χειρουργική αντιμετώπιση/ εξατομικευμένη θεραπεία*
- ▶ Μεσαλαζίνη και ριφαξιμίνη ίσως ωφέλιμες στην SUDD
- ▶ Η χειρουργική επέμβαση φαίνεται αποτελεσματική σε περιστατικά με SUDD που δεν ανταποκρίνονται στην συντηρητική αγωγή
- ▶ Δεν υπάρχει αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή για την πρόληψη της υποτροπής εκκολπωματίτιδας