

Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου

Τι είναι, πώς διαγιγνώσκεται και πώς αντιμετωπίζεται

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι μία από τις πιο συχνές παθήσεις του πεπτικού. Ανήκει στις λεγόμενες **διαταραχές της αλληλεπίδρασης εντέρου-εγκεφάλου**, δηλαδή σε καταστάσεις όπου το έντερο είναι πιο ευαίσθητο, η κινητικότητά του μπορεί να είναι διαφορετική από το συνηθισμένο και τα συμπτώματα είναι απολύτως πραγματικά, χωρίς να χρειάζεται να υπάρχει εμφανής οργανική βλάβη για να εξηγηθούν. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία περιγράφεται ως χρόνια κατάσταση που μπορεί να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής, την εργασία, την κοινωνική ζωή και την ψυχολογία του ασθενούς.

Ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται στις μελέτες, υπολογίζεται ότι αφορά περίπου **1 στους 20 ενήλικες** παγκοσμίως, ενώ σε παλαιότερες μελέτες με λιγότερο αυστηρά κριτήρια τα ποσοστά ήταν ακόμη υψηλότερα. Η συχνότητά του διαφέρει από χώρα σε χώρα, αλλά συνολικά πρόκειται για εξαιρετικά συχνό νόσημα. Με τη χρήση των κριτηρίων Rome IV, η παγκόσμια συχνότητα έχει εκτιμηθεί γύρω στο 3,8%, ενώ άλλες πρόσφατες ανασκοπήσεις συνοψίζουν ότι αφορά περίπου το 5% του πληθυσμού.

Το βασικό χαρακτηριστικό του συνδρόμου είναι ο **επαναλαμβανόμενος κοιλιακός πόνος**, που συνδυάζεται με αλλαγές στις κενώσεις: διάρροια, δυσκοιλιότητα ή εναλλαγή των δύο. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, γιατί χωρίς πόνο η διάγνωση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου γίνεται λιγότερο πιθανή. Εκτός από τον πόνο, πολλοί ασθενείς αναφέρουν φούσκωμα, αέρια, αίσθημα διάτασης της κοιλιάς, επείγουσα ανάγκη για κένωση ή την αίσθηση ότι η κένωση δεν ολοκληρώθηκε.

Οι γιατροί χωρίζουν το σύνδρομο σε υποτύπους, ανάλογα με το ποιο πρόβλημα κυριαρχεί περισσότερο: **τύπος με δυσκοιλιότητα (IBS-C)**, **τύπος με διάρροια (IBS-D)** και **μικτός τύπος (IBS-M)**. Αυτό δεν γίνεται μόνο για ακαδημαϊκούς λόγους. Γίνεται γιατί η θεραπεία αλλάζει σημαντικά ανάλογα με το αν ο ασθενής υποφέρει περισσότερο από δυσκοιλιότητα, από διάρροια ή από πόνο και φούσκωμα.

Γιατί εμφανίζεται;

Η ακριβής αιτία δεν είναι μία και μοναδική. Σήμερα γνωρίζουμε ότι στο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου συμμετέχουν πολλοί μηχανισμοί μαζί: αυξημένη ευαισθησία του εντέρου στα φυσιολογικά ερεθίσματα, διαταραχές στην κινητικότητα, διαφορετικός τρόπος επικοινωνίας ανάμεσα στο έντερο και τον εγκέφαλο, ψυχολογικοί παράγοντες, αλλά και πιθανές αλλαγές στο μικροβίωμα σε ορισμένους ασθενείς. Για αυτό και δύο άνθρωποι με την ίδια «ταμπέλα» διάγνωσης μπορεί να έχουν τελείως διαφορετικά συμπτώματα ή να ανταποκρίνονται διαφορετικά στην ίδια θεραπεία.

Σε αρκετούς ανθρώπους τα συμπτώματα φαίνεται να πυροδοτούνται ή να επιδεινώνονται μετά από γεύματα, μετά από γαστρεντερίτιδα, σε περιόδους άγχους ή με ορισμένες τροφές. Αυτό δεν σημαίνει ότι το πρόβλημα είναι «στο μυαλό» του ασθενούς. Σημαίνει ότι το πεπτικό σύστημα είναι πιο ευαίσθητο και αντιδρά πιο έντονα σε ερεθίσματα που σε άλλους ανθρώπους μπορεί να είναι αδιάφορα.



Αυξημένη ευαισθησία

Το έντερο αντιδρά πιο έντονα σε φυσιολογικά ερεθίσματα που σε άλλους ανθρώπους είναι αδιάφορα.



Διαταραχή άξονα εντέρου-εγκεφάλου

Διαφορετικός τρόπος επικοινωνίας ανάμεσα στο έντερο και τον εγκέφαλο παίζει κεντρικό ρόλο.



Ψυχολογικοί παράγοντες

Το άγχος και ψυχολογικές πιέσεις μπορούν να πυροδοτήσουν ή να επιδεινώσουν τα συμπτώματα.



Μικροβίωμα

Πιθανές αλλαγές στο μικροβίωμα του εντέρου συμμετέχουν στην εκδήλωση της νόσου σε ορισμένους ασθενείς.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Ένα από τα πιο σημαντικά μηνύματα των σύγχρονων PubMed δημοσιεύσεων είναι ότι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου **δεν πρέπει να διαγιγνώσκεται μόνο "όταν έχουν αποκλειστεί τα πάντα"**. Οι σύγχρονες οδηγίες προτείνουν μια **θετική διαγνωστική στρατηγική**: ο γιατρός ακούει προσεκτικά το ιστορικό, αξιολογεί το είδος του πόνου και των κενώσεων, ψάχνει για σημεία που ταιριάζουν με το σύνδρομο και κάνει έναν στοχευμένο, όχι ατελείωτο, εργαστηριακό έλεγχο όπου χρειάζεται. Αυτή η προσέγγιση οδηγεί σε πιο γρήγορη διάγνωση, λιγότερες άσκοπες εξετάσεις και πιο έγκαιρη έναρξη θεραπείας.



Ακούστε Προσεκτικά

Αξιολόγηση Πόνου

Στοχευμένες Εξετάσεις

Τα κριτήρια Rome IV, που χρησιμοποιούνται σήμερα, βασίζονται κυρίως στην παρουσία **κοιλιακού πόνου** που σχετίζεται με την κένωση ή συνοδεύεται από αλλαγή στη συχνότητα ή στη μορφή των κοπράνων. Η λογική είναι ότι η διάγνωση του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου μπορεί να τεθεί με ασφάλεια όταν τα συμπτώματα έχουν ένα τυπικό μοτίβο και δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν κάποια άλλη σοβαρότερη οργανική νόσο.

Πότε χρειάζεται περισσότερος έλεγχος;

Παρότι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι συχνό, υπάρχουν ορισμένα "σημεία συναγερμού" που κάνουν τον γιατρό να σκεφτεί πιο σοβαρά άλλες παθήσεις.

Σημεία Συναγερμού

- Αναιμία
 - Αίμα στα κόπρανα
 - Ακούσια απώλεια βάρους
 - Εμφάνιση επίμονων νέων συμπτωμάτων
 - Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου
 - Οικογενειακό ιστορικό φλεγμονώδους νόσου του εντέρου
- Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να χρειαστούν περισσότερες εξετάσεις, όπως ενδοσκόπηση ή πιο ειδικός έλεγχος.

Στοχευμένος Έλεγχος στο IBS-D

Στους ασθενείς όπου κυριαρχεί η διάρροια, οι κατευθυντήριες οδηγίες συνιστούν **στοχευμένο έλεγχο για κοιλιόκακη** και συχνά έλεγχο με **κοπρανολογική καλπροτεκτίνη** ή άλλους δείκτες φλεγμονής, ώστε να αποκλειστεί φλεγμονώδης νόσος του εντέρου.

- ❏ Το σημαντικό εδώ είναι ότι ο στόχος δεν είναι να γίνουν "όλες οι εξετάσεις", αλλά οι σωστές εξετάσεις για τα σωστά ερωτήματα. Οι πρόσφατες ανασκοπήσεις τονίζουν ξεκάθαρα ότι ο εξαντλητικός έλεγχος έχει χαμηλή διαγνωστική απόδοση όταν η κλινική εικόνα είναι τυπική για ευερέθιστο έντερο.

Τι πρέπει να γνωρίζει ο ασθενής για την πορεία της νόσου;

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι συνήθως **χρόνιο**, με εξάρσεις και υφέσεις. Δηλαδή πολλοί ασθενείς έχουν περιόδους που νιώθουν καλύτερα και άλλες που τα συμπτώματα επιστρέφουν. Αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι η κατάσταση επιδεινώνεται ή ότι «κάτι κακό συμβαίνει».

Σημαίνει ότι πρόκειται για μια διαταραχή που χρειάζεται παρακολούθηση, εξατομίκευση της θεραπείας και ρεαλιστικούς στόχους: όχι πάντα πλήρη εξαφάνιση κάθε ενόχλησης, αλλά σαφή βελτίωση της καθημερινότητας, του πόνου, του φουσκώματος και της λειτουργικότητας.

Παρακολούθηση

Τακτική επαφή με τον γιατρό για αξιολόγηση της πορείας και προσαρμογή της θεραπείας.

Εξατομίκευση

Η θεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται στα συγκεκριμένα συμπτώματα και ανάγκες κάθε ασθενούς.

Ρεαλιστικοί στόχοι

Στόχος είναι η σαφής βελτίωση της καθημερινότητας και της λειτουργικότητας, όχι απαραίτητα η πλήρης εξαφάνιση κάθε ενόχλησης.

Διατροφή: το πρώτο και συχνά πιο σημαντικό βήμα

Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο, αλλά όχι με τον ίδιο τρόπο σε όλους. Οι πιο πρόσφατες ανασκοπήσεις και οδηγίες υποστηρίζουν ότι το πρώτο βήμα πρέπει να είναι οι **βασικές, πρακτικές διατροφικές συμβουλές**: πιο τακτικά γεύματα, αποφυγή υπερφαγίας, επαρκής ενυδάτωση, παρατήρηση πιθανών τροφών που επιδεινώνουν τα συμπτώματα και αποφυγή ακραίων, αχρειαστων αποκλεισμών. Στις πιο σύγχρονες ανασκοπήσεις τονίζεται ότι ο ασθενής πρέπει να ξεκινά από απλά και εφαρμόσιμα μέτρα και όχι κατευθείαν από μια πολύ περιοριστική δίαιτα.

Η **δίαιτα χαμηλή σε FODMAPs** είναι η πιο μελετημένη εξειδικευμένη διατροφική παρέμβαση για το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της ACG προτείνουν μια **περιορισμένη δοκιμή** της σε ασθενείς με επίμονα συμπτώματα, και η πιο πρόσφατη umbrella review του 2024 έδειξε ότι μπορεί να βελτιώσει τα συνολικά συμπτώματα, τη σύσταση των κοπράνων και τη συχνότητα των κενώσεων σε αρκετούς ασθενείς. Παρ' όλα αυτά, η δίαιτα αυτή δεν είναι μαγική λύση για όλους, ούτε πρέπει να εφαρμόζεται χωρίς καθοδήγηση, γιατί είναι αρκετά περιοριστική και η ποιότητα των διαθέσιμων δεδομένων δεν είναι πάντα ίδια σε όλες τις μελέτες.

- Με απλά λόγια, η low-FODMAP δίαιτα μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη, κυρίως όταν υπάρχει έντονο φούσκωμα ή σαφής επιδείνωση μετά το φαγητό, αλλά καλό είναι να εφαρμόζεται οργανωμένα και κατά προτίμηση με διαιτολόγο που γνωρίζει το αντικείμενο. Η νεότερη βιβλιογραφία επιμένει ότι πρώτα δίνεται χώρος στις γενικές διατροφικές οδηγίες και, μόνο όταν αυτό δεν αρκεί, προχωρά κανείς σε πιο ειδικές παρεμβάσεις.

Φυτικές ίνες: βοηθούν, αλλά όχι όλες



✓ Διαλυτές ίνες

Έχουν πιο σταθερό όφελος, ιδίως στη δυσκοιλιότητα. Προτιμώμενη επιλογή.



⚠ Αδιάκριτη αύξηση ινών

Δεν βοηθά πάντοτε. Σε μερικούς ανθρώπους μπορεί να χειροτερέψει το φούσκωμα και τα αέρια.

Πολλοί ασθενείς ακούνε ότι «χρειάζονται περισσότερες φυτικές ίνες». Αυτό είναι εν μέρει σωστό, αλλά όχι τόσο απλό. Οι μετα-αναλύσεις δείχνουν ότι κυρίως οι **διαλυτές ίνες** είναι εκείνες που έχουν πιο σταθερό όφελος στο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ιδίως όταν υπάρχει δυσκοιλιότητα. Αντίθετα, η αδιάκριτη αύξηση ινών δεν βοηθά πάντοτε, ενώ σε μερικούς ανθρώπους μπορεί να χειροτερέψει το φούσκωμα και τα αέρια.

Άρα, η σωστή συμβουλή δεν είναι «φάε απλώς περισσότερες ίνες», αλλά «βρες με τον γιατρό σου ή με διαιτολόγο ποιο είδος ινών σε βοηθά πραγματικά». Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στους ασθενείς με κυρίαρχη δυσκοιλιότητα, όπου η πιο στοχευμένη χρήση ινών μπορεί να κάνει ουσιαστική διαφορά.

Προβιοτικά: πολλά υποσχόμενα, αλλά όχι οριστική απάντηση

Τα προβιοτικά είναι από τα πιο συχνά θέματα που ρωτούν οι ασθενείς. Η αλήθεια είναι πιο σύνθετη από ό,τι συχνά ακούγεται σε διαφημίσεις ή στο διαδίκτυο. Η μετα-ανάλυση του 2023 σε μελέτες με κριτήρια Rome IV έδειξε ότι τα προβιοτικά μπορεί να βοηθούν τον κοιλιακό πόνο και το φούσκωμα, αλλά δεν έδειξαν σταθερό όφελος σε όλα τα συνολικά συμπτώματα ή στην ποιότητα ζωής, ενώ υπήρχε σημαντική ετερογένεια μεταξύ των μελετών και των στελεχών που χρησιμοποιήθηκαν.

Πιθανό όφελος

Τα προβιοτικά ίσως βοηθήσουν κάποιους ασθενείς, ιδίως για τον κοιλιακό πόνο και το φούσκωμα.

Όχι καθολική λύση

Δεν υπάρχει σήμερα ένα προβιοτικό που να μπορεί να προταθεί ως «το καλύτερο για όλους».

Μέτρια ποιότητα δεδομένων

Οι πιο σύγχρονες ανασκοπήσεις αναγνωρίζουν πιθανό όφελος, αλλά τονίζουν ότι η ποιότητα των δεδομένων παραμένει μέτρια ή χαμηλή.

Φάρμακα για τον πόνο και το φούσκωμα

Όταν ο πόνος είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα, οι πρόσφατες PubMed ανασκοπήσεις και κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν συχνά ως πρώτα βήματα τα **αντισπασμωδικά**. Η μετα-ανάλυση δικτύου του 2020 έδειξε επίσης ότι το **έλαιο μέντας** είχε καλή βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα στα συνολικά συμπτώματα, αν και οι συγγραφείς υπογράμμισαν ότι πολλές μελέτες είχαν περιορισμούς και ότι τα μακροχρόνια δεδομένα δεν είναι εξίσου ισχυρά.

Όταν ο πόνος επιμένει, ιδιαίτερα αν υπάρχει και μεγάλη ευαισθησία του εντέρου, οι σύγχρονες οδηγίες αναγνωρίζουν ρόλο στα **gut-brain neuromodulators**, δηλαδή φάρμακα που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλος και το έντερο "διαβάζουν" τον πόνο.

1 Αντισπασμωδικά (1η γραμμή)
Προτείνονται ως πρώτο βήμα όταν ο πόνος είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα.

2 Έλαιο μέντας
Καλή βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα στα συνολικά συμπτώματα σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση δικτύου του 2020.

3 Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά σε χαμηλές δόσεις (2η γραμμή)
Όπως η αμιτριπτυλίνη, αποτελούν συχνά την προτιμώμενη δεύτερη γραμμή για επίμονο κοιλιακό πόνο. Χρησιμοποιούνται ως τροποποιητές του σπλαχνικού πόνου — **δεν σημαίνει ότι ο ασθενής «έχει κατάθλιψη».**

Τι γίνεται όταν κυριαρχεί η δυσκοιλιότητα;

Στους ασθενείς με IBS-C, η προσέγγιση είναι σταδιακή. Οι πρόσφατες ανασκοπήσεις και οι οδηγίες της AGA αναφέρουν ότι η πρώτη γραμμή συνήθως περιλαμβάνει **καθαρτικά** και γενικά μέτρα, ενώ αν αυτά δεν αρκούν, μπορούν να χρησιμοποιηθούν πιο εξειδικευμένα φάρμακα, όπως οι **εκκριταγωγοί** ή αγωνιστές της γουανυλικής κυκλάσης.

- Για τον ασθενή, το πρακτικό μήνυμα είναι ότι όταν κυριαρχεί η δυσκοιλιότητα, η θεραπεία δεν πρέπει να εξαντλείται μόνο σε «πιες περισσότερο νερό». Υπάρχουν πια τεκμηριωμένες επιλογές που μπορούν να στοχεύσουν πιο αποτελεσματικά το πρόβλημα, ιδίως όταν η δυσκοιλιότητα συνοδεύεται από πόνο και φούσκωμα.

Τι γίνεται όταν κυριαρχεί η διάρροια;

Στους ασθενείς με IBS-D, οι πιο πρόσφατες οδηγίες προτείνουν αρχικά **αντιδιαρροϊκή αγωγή**, ενώ όταν αυτό δεν αρκεί υπάρχουν ειδικότερες θεραπείες, όπως η **rifaximin**, η **eluxadoline** ή, σε ορισμένα συστήματα υγείας και με συγκεκριμένες προϋποθέσεις, άλλες κατηγορίες φαρμάκων. Η AGA το 2022 δίνει υπό όρους συστάσεις υπέρ αρκετών από αυτές τις θεραπείες, ενώ η ACG το 2021 συστήνει ειδικά τη rifaximin για τη βελτίωση των συνολικών συμπτωμάτων στο IBS-D.

Ο ρόλος της ψυχολογικής υποστήριξης και των θεραπειών εντέρου-εγκεφάλου

Ένα από τα πιο παρεξηγημένα κομμάτια της θεραπείας είναι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις. Πολλοί ασθενείς φοβούνται ότι, αν ο γιατρός συζητήσει γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία ή υπνοθεραπεία, σημαίνει ότι «δεν πιστεύει τα συμπτώματα». Το αντίθετο ισχύει. Αυτές οι θεραπείες έχουν σχεδιαστεί ακριβώς επειδή το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι διαταραχή της επικοινωνίας εντέρου και εγκεφάλου.

- ❑ Για ασθενείς που παραμένουν συμπτωματικοί παρά τα συνήθη μέτρα, αυτή η προσέγγιση δεν είναι «συμπληρωματική πολυτέλεια», αλλά θεραπεία με πραγματική τεκμηρίωση.

Χρειάζεται εξατομίκευση, όχι μία λύση για όλους

Ίσως το πιο σημαντικό συμπέρασμα από όλη τη σύγχρονη βιβλιογραφία είναι ότι **δεν υπάρχει μία θεραπεία που να ταιριάζει σε όλους**. Άλλος ασθενής υποφέρει κυρίως από διάρροια, άλλος από δυσκοιλιότητα, άλλος από πόνο, άλλος από φούσκωμα, και άλλος από όλα μαζί. Για αυτό και οι οδηγίες επιμένουν σε μια **πολυπαραγοντική και εξατομικευμένη προσέγγιση**.

Τι πρέπει να κρατήσει ο ασθενής

Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου είναι μια **αληθινή, συχνή και συχνά χρόνια κατάσταση**, αλλά σήμερα υπάρχουν πολύ περισσότερα τεκμηριωμένα εργαλεία για τη διαχείρισή του από ό,τι παλιότερα. Η σωστή διάγνωση γίνεται κυρίως από το ιστορικό και τα συμπτώματα, με στοχευμένο και όχι υπερβολικό έλεγχο.

01

Σωστή διάγνωση

Κυρίως από το ιστορικό και τα συμπτώματα, με στοχευμένο και όχι υπερβολικό έλεγχο.

02

Αλλαγές τρόπου ζωής και διατροφής

Η θεραπεία ξεκινά συνήθως από απλά μέτρα στον τρόπο ζωής και στη διατροφή.

03

Εξειδικευμένες παρεμβάσεις

Ειδικές δίαιτες, ίνες, αντισπασμωδικά, φάρμακα για διάρροια ή δυσκοιλιότητα, τροποποιητές του πόνου και ψυχολογικές θεραπείες όταν χρειάζονται.

04

Εξατομικευμένο πλάνο

Το κλειδί δεν είναι να βρεθεί "το τέλειο χάπι", αλλά να φτιαχτεί ένα πλάνο προσαρμοσμένο στον συγκεκριμένο ασθενή.