

Η νεκρωτική εντεροκολίτιδα των νεογνών

Ε. Ηλία, Φοιτήτρια Μαιευτικής, Σ.Ε.Υ.Π., Αριστοτέλειο Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης.

Α. Αποστολίδου, Μ. Μωραΐτου, Καθηγήτριες Εφαρμογών Τμήματος Μαιευτικής, Σ.Ε.Υ.Π., Αριστοτέλειο Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νεκρωτική εντεροκολίτιδα (NEK) αποτελεί μια από τις σοβαρότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Η κλινική της εικόνα είναι ποικιλόμορφη και περιλαμβάνει τόσο μη ειδικά συμπτώματα, όσο και συμπτώματα από το γαστρεντερικό. Η πρόληψη της NEK αποτελεί την καλύτερη θεραπεία της. Ωστόσο, αν εγκατασταθεί η NEK απαιτείται έγκαιρη παρέμβαση, έτσι ώστε να έχουμε καλύτερη πρόγνωση της κατάστασης του νεογνού.

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η νεκρωτική εντεροκολίτιδα (NEK) είναι μια διατοιχωματική ισχαιμική βλάβη του εντέρου, που προκαλεί νέκρωση και προσβάλλει κυρίως τα νεογνά μικρού βάρους γέννησης (MIB), κάτω από 1.500 gr., συνήθως τη 2η έως την 20ή ημέρα της ζωής τους. Απαντάται σε συχνότητα 8-12% στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Με μεγαλύτερη συχνότητα εκδηλώνεται σε πρόωρα βρέφη με σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (ΣΑΔ), συγγενείς καρδιοπάθειες, λοιμώξεις, υποξία, ψύξη (Αντωνιάδης 2000).

Η νεκρωτική εντεροκολίτιδα χαρακτηρίζεται από διάχυτη ή κατά τόπους νέκρωση του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνιου χιτώνα του λεπτού εντέρου ή και του παχέος εντέρου, η οποία οδηγεί σε εκτεταμένα έμφρακτα, διάτρηση και περιτονίτιδα. Η τεχνητή διατροφή φαίνεται ότι αποτελεί βασικό προδιαθεσικό παράγοντα, παρόλο που συμβαίνει και σε νεογνά που θηλάζουν, ενώ έχουν

περιγραφεί και περιπτώσεις σε νεογνά που δεν σιτίστηκαν (Κάσιμος 1989, Χρυσανθόπουλος 1999).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η ακριβής αιτιολογία της NEK δεν είναι γνωστή. Όμως, ενοχοποιείται ο εξής μηχανισμός: μειωμένη καρδιακή παροχή έχει ως αποτέλεσμα την ασφυξία, και αυτή ως επακόλουθο την εντερική ισχαιμία σε συνδυασμό με μικροβιακή αποικιοποίηση του εντέρου και τη χορήγηση τεχνητής διατροφής (Κάσιμος 1985, Πάνου 1992).

Στα νεογνήνητα η εντερική ισχαιμία είναι αποτέλεσμα πρώιμης εξάντλησης του οξυγόνου του εγκεφάλου και της καρδιάς, που προκαλεί το "καταδυτικό αντανακλαστικό". Έτσι, για να καλυφθούν οι ανάγκες των ζωτικών οργάνων του νεογνού σε οξυγόνο, μειώνεται η παροχή οξυγόνου σε όργανα που μπορούν να υποστούν σχετικά παρατεταμένη ανοξία, όπως το έντερο. Η βλάβη

που προκαλείται στον εντερικό βλεννογόνο είναι μεγάλη εξαιτίας της αγγειοσύσπασης. Η μειωμένη αιμάτωση προκαλεί μεγάλη καταστροφή κυττάρων με αποτέλεσμα τη μείωση της έκκρισης της προστατευτικής γλισχραντικής βλέννας, ενώ το λεπτό και απροστάτευτο πλέον εντερικό τοίχωμα γίνεται οιδηματώδες και ρήγνυται εύκολα. Επίσης, αδυνατεί να συνθέσει την προστατευτική ανοσοσφαιρίνη M(IgM) και ο βλεννογόνος γίνεται διαπερατός από μακρομόρια, όπως οι εξωτοξίνες, οι οποίες εμποδίζουν την εντερική άμυνα (Πάνου 1992). Τότε, μικρόβια μπορεί να προσβάλουν τις περιοχές αυτές και προκαλούν συλλογή αέρα κάτω από τον υποβλεννογόνο χιτώνα του εντέρου (εντερική πνευμάτωση).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η NEK μπορεί να παρουσιασθεί σε ένα νεογνό με απλή διάταση της κοιλίας και αίμα στα κόπρανα και σε άλλο, με μεγάλη νέκρωση εντέρου, να παρουσιασθεί shock και περιτονίτιδα. Συχνά είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθεί η NEK από τη σηψαιμία. Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της NEK είναι:

- 1) εντερική διάταση (μετεωρισμός),
- 2) γαστρικά υπολείμματα (στα 2/3 των περιπτώσεων τα υπολείμματα είναι χολώδη),
- 3) αίμα στα κόπρανα ή στο γαστρικό περιεχόμενο,
- 4) περιτονίτιδα,
- 5) διάτρηση.

Τα μη ειδικά συμπτώματα της NEK είναι τα εξής:

- 1) άρνηση λήψης τροφής,
- 2) χολώδεις εμετοί,

- 3) άπνοια,
- 4) υπόταση,
- 5) μειωμένη διούρηση,
- 6) ασταθής θερμοκρασία,
- 7) λήθαργος,
- 8) εμφάνιση διάσπικτου δέρματος,
- 9) μεταβολική οξέωση,
- 10) βραδυκαρδία,
- 11) σε προχωρημένο στάδιο καρδιαγγειακή καταπληξία (shock) (Κώσταλος 1993, Πάνου 1992).

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ακτινολογική εικόνα της κοιλίας δείχνει διατεταμένες και παχυσμένες εντερικές έλικες, ειλεό, ενδοτοιχωματικές γραμμώσεις με αέρα και μερικές φορές συλλογή αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα λόγω διάτρησης (εντερική πνευμάτωση), ή ακόμη και στο σύστημα της πυλαίας φλέβας στο 50% των περιπτώσεων.

Τα εργαστηριακά ευρήματα περιλαμβάνουν αναιμία, θρομβοπενία, λευκοπενία, έντονη λευκοκυττάρωση, διαταραχές του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών, μεταβολική οξέωση και παράταση του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης (Πάνου 1992).

Σε βαριές περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθεί και διαταραχή του πηκτικού μηχανισμού από τη θρομβοπενία. Στην καλλιέργεια αίματος αναπτύσσονται μικρόβια, αν και βακτηριαμία ή σηψαιμία είναι δυνατό να παρατηρούνται από την αρχή της νόσου (Πάνου 1992).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πρόληψη της NEK αποτελεί την καλύτερη θεραπεία. Δεν σιτίζουμε καθό-

λου τα νεογνά που πιστεύεται ότι υπέφεραν από ασφυξία κατά τον τοκετό, τουλάχιστον για 24-48 ώρες. Το μητρικό γάλα δρα προστατευτικά στο έντερο γιατί παρέχει παθητική ανοσία (IgA), μακροφάγα και λυσοζύμη. Η προγεννητική χορήγηση γλυκοκορτικοειδών μπορεί να προφυλάξει το νεογνό από την NEK (Πάνου 1992).

Η αρχική θεραπεία της NEK είναι συμπτωματική και υποστηρικτική και περιλαμβάνει:

- 1) διακοπή σίτισης από το στόμα,
- 2) τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα για αποσυμφόρηση του γαστρεντερικού,
- 3) ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος μετά τη λήψη του υλικού για καλλιέργεια,
- 4) έναρξη παρεντερικής διατροφής όταν σταθεροποιηθεί η κατάσταση,
- 5) λήψη συχνών ακτινογραφιών κοιλίας, κάθε 6-12 ώρες, για τον εντοπισμό ελεύθερου αέρα,
- 6) διατήρηση της ενδοαγγειακής ισορροπίας.

Το νεογνό πρέπει να παρακολουθείται στενά για πιθανή ανάπτυξη σηψαιμίας σε περίπτωση που δεν καλυφθεί με αντιβιοτικά. Η θεραπεία της NEK θεωρείται επιτυχής με την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση. Παρόλα αυτά, αν η διάγνωση δεν γίνει έγκαιρα, τότε η κατάσταση μπορεί να οδηγηθεί σε προοδευτική επιδείνωση και διάτρηση του εντέρου και αναπόφευκτα, πλέον, η θεραπεία να είναι η χειρουργική εκτομή και αναστόμωση. Εάν η εντερική βλάβη είναι εκτεταμένη, τότε γίνεται ειλεοστομία ή κολεοστομία.

Η συνήθης θέση της NEK είναι ο τελικός ειλεός, η ειλεοτυφλική βαλβίδα και

το πλησίον τμήμα του μεγάλου εντέρου. Στα επιζήσαντα νεογνά παρατηρείται το σύνδρομο βραχέως εντέρου, στένωση του εντερικού σωλήνα με απόφραξη, δυσπεψία, κακή απορρόφηση λίπους και δυστροφία (αποτυχία να αναπτυχθούν δευτεροπαθώς λόγω εντερικής δυσλειτουργίας) (Χρυσανθόπουλος 1999, Goetzman 1999).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΗ ΝΕΚ

- Παρατήρηση και αναγνώριση όλων των πρώιμων σημείων της NEK, έτσι ώστε η παρέμβαση να είναι όσο το δυνατόν ταχύτερη και να μην οδηγούμαστε σε δυσάρεστες καταστάσεις. Προσεκτικός έλεγχος σε περιπτώσεις:

- 1) εμετών,
- 2) κοιλιακής διάτασης,
- 3) αιμορραγικών κενώσεων,
- 4) υπολειμμάτων τροφής κατά τα γεύματα,
- 5) αύξησης περιμέτρου κοιλίας,
- 6) κοιλιακής ευαισθησίας,
- 7) ολιγουρίας,
- 8) σημείων ερεθισμού του εντέρου,
- 9) απόφραξης ή διάτρησης.

- Ενημέρωση νεογνολόγου σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων ή σε περίπτωση που τα εργαστηριακά ευρήματα δείχνουν διαταραχές ηλεκτρολυτών ή μείωση των αιμοπεταλίων, ή αν τα αέρια αίματος δείχνουν οξέωση.

- Ακρόαση για διαπίστωση εντερικών ήχων κάθε 1-2 ώρες.

- Στενή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων (1-2 ώρες) με σκοπό την έγκαιρη διαπίστωση μεταβολών, που πιθανόν να είναι ενδείξεις επερχόμενης σηψαιμίας ή καρδιαγγειακής καταπληξίας.

- Χορήγηση O₂ σε υποξία και έγκαι-

ρος εντοπισμός αυτής με συχνή λήψη αερίων αίματος ή παρακολούθηση από παλμικό οξύμετρο.

- Λήψη μέτρων για την πρόληψη μετάδοσης της νόσου σε άλλα νεογνά.

- Αποφυγή λήψης θερμοκρασίας από το ορθό λόγω αυξημένου κινδύνου διάτρησης του εντέρου.

- Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και διαλείπουσα αναρρόφηση για γαστρική και εντερική αποσυμπίεση (τουλάχιστον για 7-10 ημέρες).

- Καταμέτρηση αναρροφώμενων υγρών κάθε 1 ώρα και αναπλήρωση αυτών όταν καταστεί ανάγκη (αποφυγή κινδύνου αφυδάτωσης).

- Άμεση ενημέρωση του νεογνολόγου σε περίπτωση αιφνίδιας θερμοκρασιακής αστάθειας, βραδυκαρδίας, άπνοιας, λήθαργου, σημείων shock.

- Μέριμνα για παρεντερική χορήγηση τροφής.

- Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει λήψη ζωτικών σημείων ανά ώρα, αναγραφή όλων των προσλαμβανόμενων υγρών ανά ώρα και μέτρηση ειδικού βάρους των ούρων σε κάθε ούρηση.

- Συνεχής παρακολούθηση για σημεία επιπλοκών, όπως σηψαιμία, διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, υπογλυκαιμία, καταπληξία.

- Κατά την επανασίτιση: χορήγηση ηλεκτρολυτικού διαλύματος στα δύο πρώτα γεύματα. Κατόπιν ιατρικής εντολής ακολουθεί γεύμα κατά το ήμισυ αραιωμένο και σταδιακή συμπύκνωση του γεύματος 2-3 εβδομάδες μετά, έως ότου το νεογνό αρχίσει να παίρνει πλήρη γεύματα.

- Ενημέρωση των γονέων:

1. Πριν την έξοδο του νεογνού από το

νοσοκομείο, η ενημέρωση των γονέων περιλαμβάνει την εκπαίδευσή τους για την παροχή πλήρους φροντίδας του παιδιού τους στο σπίτι.

2. Επισήμανση όλων των φυσιολογικών γνωρισμάτων του νεογνού, έτσι ώστε να αναγνωρίζονται έγκαιρα όλα τα παθολογικά σημεία.

3. Πληροφόρηση για τις κοινωνικές υπηρεσίες και τους οργανισμούς της κοινότητας, όπου μπορούν να αναζητήσουν υποστήριξη και βοήθεια.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε, πως ο ρόλος της μαίας στη ΝΕΚ είναι σημαντικός τόσο στο επίπεδο της πρόληψης της νόσου, όσο και στο επίπεδο της αντιμετώπισής της.

Η παραπάνω προσέγγιση της ΝΕΚ ίσως φανεί χρήσιμη σε όλες τις μαίες και ειδικότερα σε όσες απασχολούνται σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, σε παιδιατρικά τμήματα και στις αίθουσες τοκετών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Αντωνιάδης Σ.Χ. (2000):** *Στοιχεία Νεογνολογίας*. Ιατρικές Εκδόσεις "Πασχαλίδη", Αθήνα.
2. **Κάσιμος Δ.Χ. (1985):** *Πρακτική Παιδιατρική*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
3. **Κωστάλος Χ. (1993):** *Επείγουσα αντιμετώπιση του προβληματικού νεογνού*. Ιατρικές Εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα.
4. **Κωστάλος Χ. (1990):** *Σύγχρονη Νεογνολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα.
5. **Πάνου Μ. (1992):** *Παιδιατρική Νοσηλευτική*. Ιατρικές Εκδόσεις "Βήτα", Αθήνα.
6. **Χρυσανθόπουλος Χ. (1999):** *Παιδιατρική Πρωτοβάθμια Φροντίδα*. Εκδόσεις - Τυπογραφείο "Μέλισσα", Θεσσαλονίκη.
7. **Goetzman W. (1999):** *Εγχειρίδιο εντατικής νοσηλείας νεογνών*. Ιατρικές Εκδόσεις "Παρισιάνου", Αθήνα.