

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Ε Υ Ν Η Τ Ι Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: "ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ"

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΙΑ

ΠΑΤΡΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1991



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

4926

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	ΣΕΛΙΔΕΣ
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	I
ΑΦΙΕΡΩΣΗ	IV
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	V

Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	6
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ	10
ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	14
ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ-ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ Π. ΕΝΤΕΡΟΥ	19
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	24
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	28
ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	34
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	37
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	39
ΑΣΥΝΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ Π. ΕΝΤΕΡΟΥ	41
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	43
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ Π. ΕΝΤΕΡΟΥ	52
----------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	59
--	----

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ	ΣΕΛΙΔΕΣ 68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ -ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	80 83
<u>B' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	84
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	85
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΠΙΝΑΚΩΝ	87
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	114
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ	119
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ Π.ΕΝΤΕΡΟΥ.	123
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	133
SUMMARY	135
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I	
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	137
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II	
ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΒΑΣΕΙ ΤΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ	140

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Α Φ Ι Ε Ρ Ω Σ Η

Την πτυχιακή μας εργασία με θέμα "ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ" αφιερώνομε στην επιστήμη της Νοσηλευτικής, η οποία επίκεντρο της προσπάθειας έχει την ποιότητα της ζωής, την φυσική, πνευματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας και κατ' επέκταση της κοινωνίας.

Με πολύ αγάπη δε την αφιερώνομε στις σπουδάστριες Νοσηλεύτριες /ές, σε αυτούς που αληθινά έρχονται ακούραστα και αγκόκυστα σε επαφή με τη ζωή και τα προβλήματα του κόσμου, παρακολουθώντας πάντα τον σύγχρονο επιστημονικό προβληματισμό, ώστε να εισάγουν νέες μεθόδους εργασίας με αποτέλεσμα να ευρύνουν συνεχώς τις γνώσεις και δεξιότητές τους.

Τέλος την αφιερώνομε με μεγάλη συμπάρασταση και κατανόηση σε αυτούς που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου, εκτιμώντας πάντα τις ανάγκες τους, ώστε να ανταποκριθούμε σε αυτές κατά τρόπο ασφαλή και αποτελεσματικό για την πρόληψη της νόσου, των επιπλοκών, την θεραπεία και αποκατάσταση των ατόμων που βοηθούμε για την αντιμετώπιση των οποίων χρειαζόμαστε μαζί με τη γνώση και την ανθρωπιά.

ΜΕ σεβασμό και εκτίμηση

Οι Σπουδάστριες
ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΙΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλουμε να εκφράσουμε ολόψυχα θερμές ευχαριστίες, στην Καθηγήτρια μας δίδα Παπαδημητρίου Μαρία που σαν οργανώτρια και συντονίστρια της όλης έρευνας με τη σωστή μάθηση, κατεύθυνση, ενθάρρυνση και υποστήριξη μας βοήθησε να ευαισθητοποιηθούμε πάνω στο υψηλό λειτούργημα που εκτελούμε και να καταλάβουμε, ότι ο σκοπός της ύπαρξης Νοσηλευτών-Ερευνητών είναι η βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας της υγείας.

Ευχαριστούμε επίσης θερμά την Καθηγήτρια μας δίδα Κυριακή Νάνου που με την βοήθειά της και τη σεβαστή εμπειρία αρκετών χρόνων πάνω στο επάγγελμα της Νοσηλεύτριας συνέβαλλε ώστε να αναπτύξουμε αισθήματα ευαισθησίας, ανιδιοτέλειας, αμεροληψίας, υπευθυνότητας και ακεραιότητας χαρακτήρα για την καλύτερη εκπλήρωση του νοσηλευτικού μας έργου.

Τέλος ευχαριστούμε τους υπόλοιπους εκπαιδευτικούς της Σχολής μας για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν σε όλη τη διάρκεια της φοίτησής μας, με στόχο την αναβάθμιση του κύρους της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε την σημαντική βοήθεια του Διευθυντή του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Αθηνών " Άγιος Σάββας " και της Υπαλλήλου του Αρχείου του Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης "Ιπποκράτειο " ,οι οποίοι με την κατανόηση που έδειξαν μας βοήθησαν στην διευκόλυνση της ερευνητικής μας προσπάθειας.

Ένα μεγάλο λοιπόν Ευχαριστώ και σ' αυτούς .

Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

"Όλοι μας πρέπει να πεθάνουμε , μα εάν μπορώ να γλιτώσω τον άνθρωπο από ημέρες μαρτυρίου αυτό νοιώθω πως είναι το μεγαλύτερο και πάντα νέο καθήκον μου. Ο πόνος είναι ο σκληρότερος δυνάστης της ανθρωπότητας σκληρότερος και από τον ίδιο το θάνατο".

Άλμπερτ Σβάιτσερ
(Μετάφρ.Μαρία Στεργίου)

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Νοσηλευτική ως ανθρωπιστική επιστήμη με αποστολή το φιλεύσπλαχνο ενδιαφέρον για την διατήρηση και προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστειας, την νοσηλεία και αποκατάσταση του αρρώστου και του αναπήρου ή τη συμβολή της στον ειρηνικό θάνατο του ανθρώπου, δημιουργήθηκε γι' αυτόν το σκοπό. Αποτελεί δηλαδή ανταπόκριση προς τις ανάγκες όλων των ανθρώπων για ασφάλεια, άνεση, φροντίδα και υποστήριξη σε διάφορες καταστάσεις υγείας και διαταραχές της.

Έχοντας συναίσθηση του επαγγέλματος που πρόκειται να ακολουθήσουμε και γνωρίζοντας τις μεγάλες ευθύνες που πρέπει να έχουμε σαν επαγγελματίες νοσηλεύτριες/ές απέναντι στους συνανθρώπους μας, είτε άρρωστοι είναι αυτοί είτε υγιείς παραθέτουμε στις επόμενες σελίδες μια μελέτη σχετικά με ένα αρκετά συχνό καρκίνο του παχέος εντέρου!

Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει δύο μέρη, ένα γενικό και ένα ειδικό-ερευνητικό. Το γενικό μέρος είναι μια αναφορά περισσότερο στην συγκεκριμένη αρρώστεια και περιλαμβάνει παραμέτρους γενικές όπως συχνότητα, αιτιολογία, κλινική εικόνα, νοσηλευτική και ιατρική αντιμετώπιση κλπ. Στο ειδικό - ερευνητικό μέρος παραθέτονται στοιχεία από την λήψη 480 ερωτηματολογίων από τις Πόλεις Πάτρα, Αθήνα, Ιωάννινα και Θεσσαλονίκη. Αποσκοπεί δε αυτή σε μια πλήρη πληροφόρηση ως προς όλους τους τομείς μιας τόσο σοβαρής ασθένειας, όπως είναι σήμερα ο καρκίνος.

Ο καρκίνος που για πολλούς ακόμη σημαίνει αρρώστια με

σίγουρο μαρτυρικό θάνατο έγινε το φόβητρο όλων μας. Πρόσφορο έδαφος γι' αυτή την τάση, βρήκε στην ιδιόζουσα ψυχουσύνθεση του Έλληνα στην προσωπικότητά του γενικά, που την διακρίνει μια συναισθηματική αστάθεια. Σε όλα αυτά συνέβαλλε το σχετικά χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η κακή γενικά ενήμερωσή μας πάνω στην αρρώστεια μέχρι πρόσφατα.

Είναι καιρός πλέον και στην πατρίδα μας η νοσηλευτική επιστήμη και τέχνη, οι νοσηλευτικές ενδείξεις, αποφάσεις και εφαρμογές, τα κριτήρια και τα πρότυπα της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου, η εκπαίδευσή μας και οι νοσηλευτικές μας υπηρεσίες να στηρίζονται στην έρευνα, να τεκμηριώνονται με την έρευνα να τροποποιούνται και να προάγονται με την έρευνα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καρκίνος! Η επάρατη αρρώστεια. Ούτε το όνομά της δεν θέλουμε να βάλουμε στο στόμας μας, γι' αυτό την ονομάσαμε καταραμένη αρρώστεια. Έτσι ακούγεται καλύτερα. Δεν είναι τόσο αποκρουστική. Οτι όνομα και να της δώσουμε όμως, δεν πρόκειται να βοηθήσει την κατάσταση, θα εξακολουθήσει να βασανίζει και να σκοτώνει τα θύματά της.

Σήμερα είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες. Ένας στους 4 Αμερικανούς πεθαίνει από καρκίνο. Στη χώρα μας - σύμφωνα με ανακοίνωση που έκανε ο καθηγητής Υγιεινής του Πανεπιστημίου, Βασίλειος Κουτσογιαννόπουλος στο Τρίτο Πανελλήνιο Αντικαρκινικό Συμπόσιο - ένας στους πέντε Έλληνες και μια στις εξ Ελληνίδες πεθαίνουν από καρκίνο. Μέσα σε 45 χρόνια το ποσοστό θανάτου αυξήθηκε κατά 150 φορές. 1

Κάθε ένας από μας έχει κάποιο γνωστό, φίλο ή συγγενή που πάσχει ή πέθανε από καρκίνο. Κάποτε όλοι θα πεθάνουμε βέβαια και ίσως μια μεγάλη μερίδα από έναν επώδυνο καρκίνο, αν μπορούσαμε όμως να γλυτώσουμε τον άνθρωπο από βασανιστικές ημέρες, αυτό είναι κάτι που θα μας έκανε να αισθανόμαστε μεγάλοι και προνομιούχοι.

Πρέπει να ληφθούν μέτρα για τον περιορισμό, την πρόληψη και την θεραπεία αυτής της αρρώστειας, που μοιάζει βι με νέα λερναία ύδρα. Πολύχρονες και πολυδάπανες έρευνες απέτυχαν να εντοπίσουν τα αίτια ή τα τυχόν μικρόβια που προκαλούν τον καρκίνο. Σ' όλες τις χώρες του κόσμου σπαταλούνται τεράστια ποσά στην μάχη κατά του καρκίνου, μόνο στις ΗΠΑ πολλά δισεκατομμύρια δολάρια.

Βρισκόμαστε στην Ελλάδα στο ίδιο επίπεδο με άλλες χώρες της Ε.Ο.Κ ή και άλλες περιοχές, που εκτός από τους λειτουργούς υγείας ασχολούνται με τις διάφορες αρρώστιες και ειδικότερα με τον καρκίνο, και άλλοι επιστήμονες, που με τις θέσεις και απόψεις τις οποίες εκφράζουν μπορούν να συμβάλλουν στη σωστή τοποθέτηση που πρέπει να δίνεται σε κάθε άρρωστο με καρκίνο. Η πραγματική όμως αλήθεια φαίνεται ότι σχετίζεται με την σωστή πληροφόρηση. Όσο περισσότερο ενημερωμένους πολίτες έχουμε τόσο καλύτερη πρόληψη και υγεία πετυχαίνουμε και τόσο πιο αμβλυμένα προβλήματα θα αντιμετωπίσουμε.²

Σήμερα χωρίς το πρόβλημα να έχει λυθεί, αρκετά έχουν αλλάξει. Ο καρκίνος είναι πια μια αρρώστεια που προλαβαίνεται αν διαγνωσθεί και θεραπευτεί έγκαιρα, πριν ακόμη εμφανίσει συμπτώματα, χάρις στους πληθυσμιακούς ελέγχους και τις άλλες διεργασίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που εφαρμόζονται δυναμικά με τις σύγχρονες δυνατότητες.

Με λίγη αισιοδοξία μπορεί να ελπίσουμε ότι πολύ σύντομα ο καρκίνος θα νικηθεί, όπως στο παρελθόν νικήθηκαν και άλλες αρρώστιες που βασάνιζαν την ανθρωπότητα. Στην πάλη αυτή ενάντια στην αρρώστεια νικητής δεν μπορεί να είναι παρά η ισχυρότερη δύναμη πάνω στον πλανήτη, το πνεύμα και η ανθρώπινη ψυχή. Για να φθάσει όμως η ψυχή να νικήσει το σώμα πρέπει με τα ανάλογα μηνύματα, να πρωτοστατήσει σ' αυτή τη μάχη. Γι' αυτό είναι πλέον καιρός να εκπαιδευθεί και να μάθει. Να μάθει προοδευτικά όση και ότι αλήθεια χρειάζεται που θα μεταβάλλει όσα μηνύματα έχει δεχθεί για τον καρκίνο από το περιβάλλον που κατ' επέκταση

διαμορφώνει μαζί με την προσωπικότητα το υγιή ή αρρώστου ατόμου, τις αντιδράσεις για κάθε μορφή αρρώστειας ή άλλων δεινών.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της Ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν σαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα σαν ανωμαλία της αναπτύξεως του κυττάρου, δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια. Ο Johannes Muller το 1838, είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου.³

Στις αρχές του αιώνα μας οι περισσότεροι που παρουσίασαν καρκίνο πέθαιναν. Σήμερα όμως το ποσοστό των καρκινοπαθών που θεραπεύονται ανέβηκε στη σχέση 1:3 δηλαδή ένας καρκινοπαθής θεραπεύεται, ενώ οι τρεις πεθαίνουν. Το ποσοστό αυτό θα ήταν πολύ πιο υψηλό αν γινόταν έγκαιρα η διάγνωση.⁴

Η συχνότητα του καρκίνου έχει θετική συσχέτιση με το μέσο όρο ζωής, δηλαδή όσο υψηλότερο είναι το προσδόκιμο επιβιώσεως τόσο μεγαλύτερος είναι και ο ειδικός συντελεστής θνησιμότητας από καρκίνο. Η συνεχής αύξηση των κακοήθων νεοπλασμάτων στους άνδρες οφείλεται κυρίως στην συνεχή αύξηση των περιπτώσεων καρκίνου πνεύμονα, που ουσιαστικά οφείλεται στο κάπνισμα. Γι' αυτό στις χώρες που και οι γυναίκες άρχισαν να καπνίζουν παρατηρείται αύξηση του καρκίνου του πνεύμονα και στις γυναίκες.⁵

Η εντόπιση του καρκίνου στα όργανα και τους ιστούς του ανθρώπου διαφέρει από χώρα σε χώρα. Η διαφορετική συχνότητα παίρνει δημογραφικό και φυλετικό χαρακτήρα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του καρκίνου μαστού. Η εντόπιση του καρκίνου του μαστού είναι πολύ συχνή στις ΗΠΑ

την Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη, μικροτερη συχνότητα στις γυναίκες της Νότιας Ασίας, και σπάνια στον γυναικείο πληθυσμό της Ιαπωνίας και Ινδονησίας. Στην Κίνα ο καρκίνος σκοτώνει 700.00 άτομα τον χρόνο και είναι μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στη χώρα αυτή. Οι γυναίκες της κίτρινης φυλής εμφανίζουν την χαμηλότερη συχνότητα καρκίνου μαστού. Μηνιαία επιθεώρηση του Πεκίνου αναφέρει πως ο καρκίνος του στομάχου έρχεται πρώτος στους άνδρες και στις γυναίκες, και ακολουθούν οι καρκίνος του οισοφάγου, του ήπατος του πνεύμονος και του παχέος εντέρου.⁶

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σήμερα, ο πιο συχνός σπλαχνικός καρκίνος τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Μεγάλη Βρετανία και κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των πιο συχνών καρκίνων, δηλαδή του πνεύμονος, στομάχου και μαστού. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μία ελαφρά μείωση της συχνότητάς του και στα δύο φύλλα. Οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες προσβάλλονται από καρκίνο του κόλου σε αναλογία 1,2:1, αντίθετα στον καρκίνο του όρθου η σχέση ανδρών προς γυναίκες είναι 1,1:1. Είναι νόσος κυρίως των ενηλίκων με την μεγαλύτερη συχνότητα κατά την έβδομη δεκαετία της ζωής. Σε ποσοστό 8% η νόσος εμφανίζεται προς την ηλικία των 40 ετών και σε ένα μικρό ποσοστό προσβάλλει άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών, ιδιαίτερα όταν αυτά πάσχουν από οικογενειακή πολυποδίαση.⁷

Παρά το γεγονός ότι δεν έχει αποδειχθεί προς το παρόν τουλάχιστον, κληρονομική επιβάρυνση, είναι βέβαιο ότι οι άμεσοι συγγενείς του πάσχοντος από καρκίνο του παχέος εντέρου, εμφανίζουν τον κίνδυνο να προσβληθούν από τον ίδιο καρκίνο 2-3 φορές περισσότερο από άλλα άτομα.⁴

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει κυρίως άτομα της 6ης δεκαετίας και είναι ασυνήθης, αλλά όχι σπάνιος σε νέα άτομα. Η νόσος έχει περιγραφεί και σε νεκρό νεογέννητο, αλλά ιστολογικά αποδεδειγμένος καρκίνος παχέος εντέρου στην πλέον νεαρή ηλικία, περιγράφεται το 1958 σε θηλυ 9 μηνών. Μέχρι το 1975 είχαν περιγραφεί περίπου 1400 περιπτώσεις καρκίνου στο κόλον και ορθό σε ασθενείς μέχρι 40ετών.⁸

Από το 1973 έως το 1988 νοσηλεύθηκαν στο Β' Χειρουργικό τμήμα Γ.Π.Α.Ν.Π. Μεταξύ, 570 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και πρωκτού, ηλικίας 16-95 ετών. Από αυτούς 19 ασθενείς με αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου ήσαν ηλικίας 29 έως 40 ετών. Στην παρούσα μελέτη εξετάζονται και αναλύονται οι περιπτώσεις αυτές, ενώ δεν περιλαμβάνονται οι νεαρής ηλικίας ασθενείς με εντερική πολυποδίαση και καρκίνο, ως και αυτοί με μαλπιγγιακό και αμετάπλαστο καρκίνωμα του πρωκτού. Από τους 19 ασθενείς, 11 ήσαν άνδρες και 8 γυναίκες, από τους οποίους 3 ανέφεραν ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου, ένας ιστορικό καρκίνου στομάχου και ένας ιστορικό καρκίνου προστάτου σε συγγενείς πρώτου βαθμού.⁹

Η μείωση της θνησιμότητας των αρρώστων με καρκίνο και η αύξηση της επιβίωσης οφείλονται σε ορισμένους παράγοντες όπως: η διάγνωση της αρρώστιας γίνεται στα αρχικά στάδια, πριν ακόμη γίνουν μεταστάσεις, τα διαγνωστικά μέσα και οι τεχνικές είναι πολύ καλύτερες σήμερα, οι μέθοδοι θεραπείας και οι τεχνικές με τις οποίες εφαρμόζεται είναι πιο τελειοποιημένα από ότι ήταν στο παρελθόν, υπάρχουν περισσότερες πληροφορίες και γίνεται καλύτερη ενημέρωση του κοινού για τους καρκινογόνους

παράγοντες του περιβάλλοντος.¹⁰

Αν και οι πρόοδοι σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου είναι αξιόλογοι, εν τούτοις πολλές χιλιάδες ατόμων κάθε χρόνο πεθαίνουν από καρκίνο. Οι άρρωστοι αυτοί πεθαίνουν επειδή η κακοήθης νεοπλασία που αναπτύχθηκε σε κάποιο σημείο του οργανισμού τους δεν διαγνώσθηκε έγκαιρα ή δεν αντιμετωπίστηκε σωστά.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ

Παθολογοανατομικώς πρόκειται πάντα για πρωτογενές καρκίνωμα εκ του κυλινδικού επιθηλίου των αδένων του βλενογόννου, ο οποίος λαμβάνει την μορφή αδενοκαρκινώματος ή βλεννώδους κολλοειδούς καρκίνου. Ενίοτε αναπτύσσεται σκίρος εξ επεκτάσεως από του στομάχου ως πλαστική λινίτις με πολλαπλές στενώσεις στο εγκάρσιο και την τελική μοίρα του λεπτού εντέρου. Η καρκινωματώδης διήθηση πρόχωρεί ως το βάθος του τοιχώματος, πιέζει τα αγγεία σχηματίζει εξελκώσεις, επινέμεται τα λεμφικά αγγεία, και τους αδένες ή το περιτόναιο δια της λεμφικής οδού δε, μεθίσταται σε άλλα όργανα. Εμφανίζει εκβλαστήσεις εντός του εντέρου ή προκαλεί πάχυνση του τοιχώματος και δακτυλιοειδή περίσφυξη και στένωση.¹¹

Από τις εξελκώσεις δημιουργούνται επιμολύνσεις, αποστήματα, συρίγγια και διατρήσεις. Αιματογενείς μεταστάσεις αργούν να επέλθουν ιδιαίτερα σε καρκίνο του απευθυσμένου. Μικροί καρκινωματώδεις όγκοι προκαλούν μεγάλους μεταστατικούς όγκους, οι οποίοι και δεσπόζουν της κλινικής εικόνας. Μεγάλοι αντίθετα όγκοι του απευθυσμένου δυνατόν να παραμένουν για πολύ ως τοπική νόσος χωρίς μεταστάσεις.⁵

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει διαφορετική συχνότητα κατανομής στα διάφορα τμήματα του εντέρου, δηλαδή τυφλό 11% , άνιόν 9% , εγκάρσιο 12%, κατιόν 6% , σιγμοειδές 26%, ορθοσιγμοειδές 11%, και ορθό 25%. Αυτό σημαίνει ότι το 62% των καρκίνων εντοπίζονται στο περιφερικό κόλο και ορθό με αποτέλεσμα στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος να μπορεί να διαγνωσθεί με μόνη την

δακτυλική εξέταση και στο 50% να μπορεί να διαγνωσθεί με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση. Η πιθανότητα σύγχρονης ανεύρεσης περισσότερων του ενός καρκίνων στο παχύ έντερο ανέρχεται σε 4% περίπου. Στο ίδιο ποσοστό περίπου ανέρχεται και η πιθανότητα να εμφανισθεί ένας καινούργιος καρκίνος σε ένα έντερο αρρώστου, από το οποίο προηγουμένως έχει αφαιρεθεί ένας άλλος πρωτοπαθής καρκίνος.¹²

Μακροσκοπικά διακρίνουμε τις εξής μορφές καρκίνου του παχέος εντέρου:

1. Πολυποειδής η ανθοκραμβοειδής καρκίνος: Εμφανίζεται μεγάλη ανθοκραμβοειδής μάζα με ανώμαλη συνήθως επιφάνεια που προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου. Η έκταση της διήθησης του εντερικού τοιχώματος είναι συνήθως μικρή. Έχει ταχεία ανάπτυξη και επειδή εμφανίζει νέκρωση γι' αυτό συνήθως υπάρχει εξέλκωση σε κάποιο σημείο του όγκου.¹³

2. Ελκωτικός καρκίνος: Εμφανίζεται σαν ένα τυπικό κακόνθηδες έλκος με ανώμαλα προέχοντα χείλη και ρυπαρό πυθμένα. Μπορεί να περιορίζεται στο ένα μόνο τεταρτημόριο, συνηθέστερα όμως καταλαμβάνει περισσότερα τεταρτημόρια του τοιχώματος του εντέρου και υποτροπής και έχει κακή πρόγνωση. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι κάποιου βαθμού ενδοτοιχωματική διήθηση γίνεται και κατά τον επιμήκη άξονα του εντέρου και κυρίως στο υποβλεννογόνιο χιτώνα. Η διήθηση αυτή επεκτείνεται περίπου 4 εκατοστά περιφερικά και 7 εκατοστά κεντρικά από τα μακροσκοπικά όρια του όγκου. Η παρατήρηση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τη ριζικότητα της εκτομής του τμήματος του εντέρου που φέρει τον όγκο.

Η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων είναι ο συχνότερος τρόπος μετάστασης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Όταν η

καρκινική διήθηση έχει ξεπεράσει τα όρια του εντερικού τοιχώματος, τότε, οι επιχώριοι αδένες είναι διηθημένοι σε ποσοστό 90% , ενώ όταν ακόμη περιορίζεται μόνο στο εντερικό τοίχωμα, το ποσοστό αυτό είναι περίπου 45%. Η έκταση της διήθησης των λεμφαδένων δεν έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου, έχει όμως σχέση με το βαθμό της διαφοροποίησης του όγκου, δηλαδή όσο περισσότερο αδιαφοροποίητος είναι ο καρκίνος, τόσο πιο πιθανές είναι οι μεταστάσεις στους αδένες. Η διήθηση των λεμφαδένων δεν ακολουθεί πάντα την ανατομική τους σειρά, έτσι ώστε μεταξύ περιοχών με διηθημένους αδένες να παρεμβάλλονται περιοχές με μη διηθημένους αδένες. Αυτός είναι ο κυριότερος λόγος για τον οποίο μια ριζική θεραπευτική εγχείρηση επιβάλλει την εκτομή μεγάλου τμήματος εντέρου μαζί με το αντίστοιχο μεσεντέριο και λιγότερο η ενδοτοιχωματική επέκταση του καρκίνου, επειδή παρουσιάζει εκτεταμένη διήθηση σε βάθος δημιουργεί σημαντική παραμόρφωση και κάποιο βαθμό στένωσης.¹³

3. Δακτυλοειδής ή στενωτικός καρκίνος: Πρόκειται κατά πάσα πιθανότητα για προχωρημένο ελκωτικό καρκίνο, ο οποίος έχει διηθήσει κυκλωτερώς και τα τέσσερα τεταρτημόρια του εντερικού τοιχώματος. Η έκταση του καρκίνου κατά τον επιμήκη άξονα του εντερικού ποικίλει από δύο έως και οκτώ εκατοστά.¹³

4. Διάχυτος διηθητικός καρκίνος: Η μορφή αντιστοιχεί στην πλαστική λυνίτιδα του στομάχου . Προκαλεί μια διάχυτη πάχυνση του εντερικού τοιχώματος, η οποία έχει έκταση τουλάχιστον 5-8 εκατοστών κατά τον επιμήκη άξονα και της οποίας η επιφάνεια καλύπτεται κατά το μεγαλύτερο μέρος από φυσιολογικό εντερικό βλεννογόνο, συνήθως όμως υπάρχει

εξέγκωση σε κάποιο σημείο. Καμιά φορά ο τύπος αποτελεί την προέκταση των άλλων μακροσκοπικών μορφών και όχι σπάνια αναπτύσσεται πάνω σε έδαφος ελκώδους κολίτιδας.¹⁴

5.Κολλοειδής καρκίνος: Συνήθως πρόκειται για μια μεγάλη μάζα με ζελατινοειδή εμφάνιση. Είναι δυνατόν να υπάρχει διήθηση και εξέγκωση.¹⁴

Είναι γνωστό ότι η ανθοκραμβοειδής μορφή εμφανίζεται συχνότερα στο δεξιό κόλο, ενώ οι στενωτικές μορφές στο αριστερό κόλο χωρίς βέβαια αυτό να αποτελεί και τον κανόνα. Στο ορθό συνηθέστερα εμφανίζονται οι ελκωτικές ή δακτυλιοειδείς μορφές και πολύ λιγότερο η ανθοκραμβοειδής μορφή με εξέγκωση.⁷

Μικροσκοπικά ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκίνωμα με μεγάλες όμως διαφορές στο βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων. Έτσι στα καλά διαφοροποιημένα αδενοκαρκινώματα τα καρκινικά κύτταρα είναι σχεδόν όμοια με τα φυσιολογικά και σχηματίζουν αδένες όμοιους με εκείνους του φυσιολογικού εντερικού βλεννογόνου. Αυτά έχουν και την καλύτερη πρόγνωση. Αντίθετα στα αμετάπλαστα αδενοκαρκινώματα, τα καρκινικά κύτταρα δεν μοιάζουν σχεδόν καθόλου με αυτά του φυσιολογικού βλεννογόνου και είναι κατεσπαρμένα χωρίς να σχηματίζουν αδένες. Αυτά έχουν κακή πρόγνωση.¹⁵

ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι ερευνητές του καρκίνου σήμερα στρέφονται σε δύο κατευθύνσεις αναφορικά με την παθογένεια του καρκίνου. Η μια είναι το υγιές κύτταρο που με άγνωστο μέχρι σήμερα μηχανισμό, όταν εκτεθεί σε ορισμένους παράγοντες μετατρέπεται σε κακοήθες και η δεύτερη στα κακοήθη κύτταρα τα οποία δεν καταστρέφονται, όπως θα έπρεπε να συμβαίνει από το ανοσοβιολογικό μηχανισμό του προσβληθέντος οργανισμού. Η από τον ίδιο τον οργανισμό αυτόματη καταστροφή των κακοήθων κυττάρων συμβαίνει πολύ σπάνια και υπολογίζεται περίπου σε μια αναλογία 1:100.000 περιπτώσεις. Η σκέψη όλων στρέφεται στην ισχυροποίηση του ίδιου του οργανισμού, του καρκινοπαθή για να καταστρέψει τα κακοήθη κύτταρα. Οι ερευνητές του καρκίνου είναι πια βέβαιοι πως τα κακοήθη κύτταρα περιέχουν ειδικό αντιγόνο καρκίνου, που δε βρίσκεται στα φυσιολογικά κύτταρα και πως η ανοσολογική απόκριση στο ειδικό αντιγόνο του καρκίνου έχει μεγάλη σημασία στον έλεγχο της ανάπτυξης και εξέλιξης του καρκίνου και ότι η ανοσολογική απόκριση μπορεί να επιφέρει την απόρριψη (καταστροφή) του καρκίνου.³

Δεν είναι γνωστό αν για την μετατροπή του φυσιολογικού κυττάρου σε κακοήθες επιδρά ένας μόνος αιτιολογικός παράγοντας. Οι ερευνητές περισσότερο υποστηρίζουν ότι πρέπει να δρουν πολλοί. Υπολογίζονται 500 διαφορετικοί αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου. Εκτός όμως από τους αιτιολογικούς παράγοντες, υπάρχουν και οι προδιαθεσικοί, όπως η ηλικία, το φύλο, το είδος της εργασίας κ.α. που μπορούν να επηρεάσουν το βαθμό της

ευαισθησίας του ατόμου στους αιτιολογικούς παράγοντες.¹⁶

Αν και η αιτιολογία του καρκίνου στους ανθρώπους δεν έχει ακόμη εξηγηθεί σε μοριακό επίπεδο, εντούτοις είναι ξεκάθαρο, ότι η γενετική σύσταση του ξενιστή είναι σημαντική στην πρόκληση καρκίνου. Σχετιζόμενοι ανοσολογικοί παράγοντες μπορεί να προδιαθετούν τον ξενιστή σε κάποιο μέσο, που θεωρείται καρκινογόνο. Υπάρχουν μερικές ενδείξεις, ότι οι ιοί μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο στην νεοπλασματική διεργασία. Επιπρόσθετα έχουν ταυτοποιηθεί ως καρκινογόνα και περιβαλλοντικά και θεραπευτικά μέσα.¹⁷

Είναι βέβαιο ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου αναπτύσσεται σε άτομα με οικογενή πολυποδίαση, σύνδρομο Gardner, λαχνωτούς πολύποδες και χρόνια ελκώδη κολίτιδα. Η ολική προσβολή του παχέος εντέρου από ελκώδη κολίτιδα συνοδεύεται σε αυξημένη συχνότητα από καρκίνο. Μετά είκοσι χρόνια ολικής προσβολής η συχνότητα είναι 20%. Οι όγκοι είναι συνήθως πολλαπλοί.¹⁸

Μια σπάνια οικογενή νόσος, οικογενής πολυποδίαση κληρονομείται σαν επικρατούν σωματικός χαρακτηρισμός, συνοδεύεται με 100% προσβολή του παχέος εντέρου από καρκίνο στην ενηλικίωση. Υπάρχει σε αυξημένη συχνότητα σχέση αδενωματώδους πολυπόσεως του παχέος εντέρου και καρκινώματος. Οι δύο διαταραχές συμβαίνουν συχνά μαζί και αν και δεν υπάρχει απόδειξη, ότι η μία είναι πρόδρομη της άλλης, ο πολύποδας και το καρκίνωμα του παχέος εντέρου μπορεί να είναι διαβαθμίσεις της ίδιας νεοπλασματικής εξεργασίας. Η πολυποδίαση του παχέος εντέρου συνίσταται σε αναρίθμητους αδενωματώδεις πολύποδες του παχέος εντέρου και του ορθού και απαντά σε μια περίπου ανά 800 γεννήσεις. Καρκίνωμα αναπτύσσεται ουσιαστικά με την πάροδο

της ηλικίας σε όλες τις περιπτώσεις και ανευρίσκεται στα 40% περίπου των αρρώστων την ώρα που θα τεθεί η αρχική διάγνωση της υπάρξεως των πολυπόδων. Έχει ανακοινωθεί σε αρρώστους με πολύποδες, που αποκαλύπτονται οποιαδήποτε στιγμή μετά από την ηλικία των 10 ετών με διεισδυτικότητα 80% περίπου. Η δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής των αδενωματωδών πολυπόδων συζητείται.¹⁹

Γενετικοί παράγοντες ίσως ενοχοποιούνται, χωρίς όμως να υπάρχουν πειστικές ενδείξεις για την κληρονομική μεταβίβαση της νόσου. Ορισμένες οικογενείς και γενετικές διαταραχές μπορεί να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Αυτές μπορεί να διαιρεθούν σε εκείνες που έχουν σαφώς καθορισμένο κληρονομικό πρότυπο με υψηλή συχνότητα εμφάνισης στα μέλη της οικογένειας, όπως είναι το ρετινοβλάστωμα, και στις οικογενείς και γενετικές διαταραχές που έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, όπως είναι η πολλαπλή πολυποδίαση του παχέος εντέρου ή ο καρκίνος του μαστού. Επιπρόσθετα υπάρχει μια ομάδα οικογενών διαταραχών, οι οποίες συνοδεύονται από κυτταρογενετικές ανωμαλίες, που έχουν ένα αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου.²⁰

Έχουν παρατηρηθεί σημαντικές διακυμάνσεις της συχνότητας της νόσου σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές με αποτέλεσμα να ενοχοποιούνται περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και κυρίως η διατροφή. Το περιβάλλον θεωρείται σήμερα υπεύθυνο για τα 2/3 μέχρι και τα 4/5 του συνόλου των κακοήθων νεοπλασιών. Η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικρο-περιβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται ως πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για πολλές κακοήθειες νεοπλασίες (κυρίως του οισοφάγου, του

στόματος , του παχέος εντέρου, του μαστού και του ενδομητρίου). Αναφέρεται ότι η κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων με μικρό στερεό υπόλειμμα συσχετίζεται με αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου, ότι η κατανάλωση λίπους ζωικής προελεύσεως αυξάνει την πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού, του παχέος εντέρου και του προστάτη , ότι οι πρωτείνες ζωικής προελεύσεως συμβάλλουν στην αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου, ότι τα λαχανικά, τα φρούτα και διάφορες βιταμίνες ασκούν προστατευτικό ρόλο απέναντι σε αρκετές κακοήθειες νεοπλασίες.²¹

Τα οινοπνευματώδη και ο καφές είναι ουσίες που έχουν "διατροφική" υπόσταση αλλά χρησιμοποιούνται για ευφορικούς λόγους και για το λόγο αυτό εξετάζονται σε ενιαία κατηγορία. Η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών συσχετίζεται με τους καρκίνους της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου και ίσως του ήπατος και του παχέος εντέρου , ενώ η υπερκατανάλωση καφέ συσχετίζεται με τον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως και ίσως και άλλων οργάνων.²²

Μια πρόσφατη θεωρία για τη μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου στην Ευρώπη απ' ότι στην Αφρική και την Ασία το αποδίδει στο μεγαλύτερο πληθυσμό αναερόβιων βακτηριδίων στο έντερο των Ευρωπαίων που πιθανόν σχετίζεται με τις διαιτητικές διαφορές ιδιαίτερα στη λήψη λίπους και φυτικών ινών. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε διάσπαση των συζευγμένων χολικών αλάτων από αναερόβια βακτηρίδια με πιθανή παραγωγή δυνητικά καρκινογόνων παραγόντων.¹³

Τα χολικά οξέα, η χοληστερόλη και γενικά τα λίπη μεταβολίζονται στο έντερο με την βοήθεια ενζύμων, τα οποία

παράγονται από τη μικροβιακή χλωρίδα και κυρίως από αναερόβια μικρόβια του τύπου clostridia και Bacteroides. Προϊόντα του μεταβολισμού αυτού είναι και διάφορες καρκινογόνες ουσίες, οι οποίες έχουν ενοχοποιηθεί για την παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου, δεδομένου ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό στη χλωρίδα του παχέος εντέρου των ατόμων που πάσχουν από την νόσο, υπερισχύουν τα μικρόβια αυτά. Παρ' όλα αυτά διατροφικοί παράγοντες με συγκεκριμένη αιτιολογική ευθύνη σε συγκεκριμένες νεοπλασίες δεν έχουν επισημανθεί.^{2,3}

Στη δεκαετία του 1970 οι ερευνητές του καρκίνου έκαναν αληθινά μεγάλα βήματα προς την κατεύθυνση για την διάλυση του μυστηρίου που κάλυπτε την αιτιολογία του και τα προβλήματα της θεραπείας του.³

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ - ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ Π. ΕΝΤΕΡΟΥ

Η ανάπτυξη του συστήματος ταξινόμησης T.N.M των κακοήθων όγκων άρχισε πριν από 30 περίπου χρόνια όταν διαπιστώθηκε ότι η επιβίωση των περιπτώσεων με περιορισμένο πρωτοπαθή όγκο ήταν μεγαλύτερος συγκριτικά με άλλους αρρώστους στους οποίους ο καρκίνος είχε επεκταθεί τοπικά ή και είχε γενικευθεί. Είναι βέβαια γνωστό ότι η εξέλιξη των κακοήθων νόσων εκτός από την περιορισμένη ή ποιο εκτεταμένη ανάπτυξη εξαρτάται και από άλλους παράγοντες όπως τον ιστολογικό τύπο ή την σχέση αρρώστου-όγκου που επηρεάζουν την όλη πορεία και την θεραπευτική αγωγή.²⁴

Η ταξινόμηση T-(Tumour-όγκος) N (Node λεμφαδένας) M (Metastasis-μετάσταση) που άρχισε να μελετάται το 1950 από την Επιτροπή Ονομασίας Ογκων της U.I.C.C και της W.H.O πέρασε από πολλά στάδια. Το 1982 η Διεθνής Ένωση κατά του καρκίνου με την συνεργασία και την αποδοχή όλων των Εθνικών Φορέων και Εταιρειών που είχαν σχεδιάσει διάφορες ταξινομήσεις κατέληξαν σε ένα ενιαίο σχέδιο που οριστικοποιήθηκε από την U.I.C.C με την απόφαση, η ταξινόμηση αυτή να μείνει χωρίς μεταβολές για ένα ικανό χρονικό διάστημα. Με τον τρόπο αυτό όλοι οι Ογκολόγοι θα μπορούν να χρησιμοποιούν ενιαίο τρόπο έκφρασης όχι μόνο σε Εθνικό αλλά και σε Παγκόσμιο επίπεδο συγκρίνοντας κλινικά στοιχεία και αναφέροντας με συγκεκριμένο τρόπο τα αποτελέσματα θεραπείας.²⁴

Η διαίρεση των καρκινικών περιπτώσεων σε ομάδες ή στάδια ήταν αναγκαία, μια και η επιβίωση των αρρώστων διέφερε σημαντικά αν η νόσος ήταν προχωρημένη ή

εντοπισμένη. Οι ομάδες αυτές αναφέρονται σαν "πρώιμες" ή "όψιμες" πράγμα που σημαίνει κάποια χρονική εξέλιξη της νόσου. Στην πράξη, το στάδιο της νόσου σημαίνει όχι μόνο το πόσο γρήγορα ήρθε ο άρρωστος στο γιατρό, αλλά και την ταχύτητα ανάπτυξης του όγκου.³

Η Διεθνής Ένωση κατά του καρκίνου (U.I.C.C) πιστεύει πως πρέπει να υπάρχει συμφωνία στην ακριβή καταγραφή των πληροφοριών σχετικά με την έκταση της νόσου, γιατί θα εξυπηρετεί σε πολλές αντικειμενικές επιδιώξεις όπως:

1. Να βοηθήσει τον κλινικό γιατρό για το σχεδιασμό της θεραπείας.
2. Να δώσει κάποια ένδειξη πρόγνωσης.
3. Να βοηθήσει την ανάλυση των αποτελεσμάτων της θεραπείας.
4. Να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κέντρων θεραπείας.

Ο κυριότερος σκοπός που εξυπηρετείται από την ταξινόμηση του καρκίνου με βάση την έκταση της νόσου είναι η απόκτηση μεθόδου μετάδοσης κλινικής εμπειρίας σε όλους, χωρίς αμφιβολίες.²⁵

Υπάρχουν πολλοί άξονες ταξινόμησης όπως π.χ. η ανατομική θέση και η κλινική έκταση της νόσου κατά την εξέταση, η διάρκεια των συμπτωμάτων ή σημείων, η ηλικία και το φύλο των αρρώστων, ο ιστολογικός τύπος του όγκου κλπ. Η ταξινόμηση σύμφωνα με την ανατομική έκταση, όπως καθορίζεται κλινικά της νόσου είναι εκείνη προς την οποία η προσοχή της U.I.C.C στρέφεται πρωταρχικά. Το σύστημα TNM για την περιγραφή της ανατομικής έκτασης της νόσου, είναι βασισμένο στην εκτίμηση τριών στοιχείων.

T.- Η έκταση (μέγεθος) του πρωτοπαθούς όγκου. (Αντικειμενική εξέταση, απεικονιστικές μέθοδοι, ενδοσκόπηση,

ή και ερευνητική λαπαροτομία).

N.- Κατάσταση των επιχωρίων λεμφαδένων. (Αντικειμενική εξέταση, απεικονιστικές μέθοδοι, ή και ερευνητική λαπαροτομία).

M.- Παρουσία ή απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων. (Αντικειμενική εξέταση, απεικονιστικές μέθοδοι, ή και ερευνητική λαπαροτομία).²⁴

Η σταδιοποίηση του καρκίνου παχέος εντέρου γίνεται σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Dukes, η οποία βασίζεται στην τοπική έκταση της νόσου και στην παρουσία διηθημένων λεμφαδένων και φαίνεται ότι σχετίζεται αρκετά καλά με την πρόγνωση της νόσου. Η ταξινόμηση αυτή προτάθηκε αρχικά από τον Dukes για τον καρκίνο του ορθού, αποδείχθηκε όμως ότι είναι εξίσου ικανοποιητική και για τον καρκίνο του κόλου. Η ιστολογική κατάταξη κατά Dukes των όγκων έχει ως εξής: Στάδιο A, στάδιο B, στάδιο C, στάδιο D. Κατά καιρούς προτάθηκαν διάφορες τροποποιήσεις της αρχικής ταξινόμησης κατά Dukes. Με βάση αυτή την ταξινόμηση όταν ο καρκίνος διηθηθεί κατά συνέχεια ιστών ένα παρακείμενο όργανο π.χ. το νεφρό χωρίς να υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες, η περίπτωση κατατάσσεται στο στάδιο B ενώ αν υπάρχουν και διηθημένοι λεμφαδένες (συχνότερα) κατατάσσεται στο στάδιο C.⁹

Τελευταία επειδή με τις διάφορες τροποποιήσεις της ταξινόμησης κατά Dukes έχει εμφανιστεί κάποια σύγχυση μεταξύ των χειρουργών, προτάθηκε από πολλούς η εφαρμογή και στον καρκίνο του παχέος εντέρου της ταξινόμησης. Τονίζεται ότι μια αδρή πρώτη σταδιοποίηση της νόσου γίνεται από το χειρουργό κατά την διάρκεια της εγχείρησης. Η τελική όμως σταδιοποίηση γίνεται από τον παθολογοανατόμο

με την εξέταση ολόκληρου του εγχειρητικού παρασκευάσματος και σε συνδιασμό πάντα με τα εγχειρητικά ευρήματα.⁹

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται άμεσα κατά συνέχεια ιστών, λεμφογενώς, αιματογενώς, με διασπορά καρκινικών κυττάρων που αποφολιδώνονται και πέφτουν μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και με εμφύτευση καρκινικών κυττάρων που διαφεύγουν κατά την διάρκεια της εγχείρησης. Η επέκταση κατά συνέχεια ιστών σε γειτονικούς ιστούς ή όργανα προϋποθέτει τη διήθηση από τον όγκο όλων των χιτώνων του εντερικού τοιχώματος μέχρι και του ορογόνου. Έτσι όλα τα ενδοπεριτοναϊκά και τα οπισθοπεριτοναϊκά όργανα, καθώς και τα όργανα της ελλάσσονος πυέλου είναι δυνατόν να διηθηθούν από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι πιο συχνές εντοπίσεις συμβαίνουν στο ήπαρ μέσω πυλαίας φλέβας. Άλλες λιγότερο συχνές εντοπίσεις γίνονται στους πνεύμονες και στα νεφρά. Διήθηση του τοιχώματος των φλεβών παρατηρείται σε ποσοστό 15-35% άσχετα αν έχουν εμφανιστεί ή όχι απομεμακρυσμένες μεταστάσεις.¹³

Αν κατά την εγχείρηση διαπιστωθούν πολλαπλές μεταστάσεις η νόσος θεωρείται προχωρημένη και περιοριζόμαστε σε περιορισμένη εκτομή εντέρου. Αν διαπιστωθεί μια μονήρης μετάσταση που προσφέρεται για εκτομή είτε αφαιρείται σε ένα χρόνο μαζί με το έντερο είτε αφαιρείται σε δεύτερο χρόνο μετά από κατάλληλη προετοιμασία και του ασθενούς και του χειρουργού. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 30-40% των ασθενών που υποβλήθηκε σε εγχείρηση για καρκίνο του παχέος εντέρου είναι τελείως "ελεύθεροι από την νόσο" (πλήρης ίαση). Το υπόλοιπο 60-70% θα εμφανίσει υποτροπή της νόσου σε άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα. Με σκοπό την έγκαιρη ανακάλυψη και θεραπεία των

υποτροπών προτάθηκαν στο παρελθόν οι επανεγχειρήσεις κάθε 6 μήνες σε ασυμπτωματικούς ασθενείς , στους οποίους βρέθηκαν διηθημένοι λεμφαδένες κατά την αρχική εγχείρηση. Τα αποτελέσματα από τις εγχειρήσεις αυτές δεν υπήρξαν τα αναμενόμενα.¹⁷

Τοπικές υποτροπές στο έντερο πάνω ή κοντά στην αναστόμωση είναι πολλές φορές δυνατόν να αφαιρεθούν με νέα εκτομή. Διαφορετικά μια παρακαμπτήρια αναστόμωση ή μια απλή κολοστομία ίσως δώσουν προσωρινά την λύση .Πρόσφατα δοκιμάζονται νεώτερα σχήματα με συνδυασμούς χημειοθεραπευτικών με σχετικά μεγαλύτερη επιτυχία. Η ακτινοθεραπεία δεν φαίνεται να έχει θέση στην θεραπεία των υποτροπών δεδομένου ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ελαχιστα ακτινοεύαισθητος. Όμως μερικές φορές απαλλάσει εντελώς τον ασθενή από τον πόνο ειδικά επι τοπικής υποτροπής μετά από κοιλιοπερινεϊκή εκτομή με διήθηση των ιεροκοκκυγικών πλεγμάτων. Στις περιπτώσεις αυτές αν ο πόνος υποτροπιάσει μπορεί να δοκιμαστεί η τοπική διήθηση των νευρικών πλεγμάτων με διάλυμα αλκοόλης ή φαινόλης και η χορδοτομή. Η μετωπιαία λοβεκτομή έχει εγκαταληφθεί.²⁶

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου εμφανίζει ένα σχετικά αργό ρυθμό ανάπτυξης . Ο μέσος χρόνος διαπλασιαμού (ο χρόνος δηλ. που απαιτείται για να διπλασιασθεί σε μέγεθος ο όγκος) του πρωτοπαθούς καρκίνου του παχέος εντέρου. Έχει υπολογισθεί ότι είναι περίπου 620 ημέρες, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι πολλά χρόνια σιωπηρής παρουσίας της νόσου μπορεί να έχουν προηγηθεί προτού να φθάσει ο καρκίνος σε μέγεθος τέτοιο που να δώσει συμπτώματα.²⁷

Τα συχνότερα συμπτώματα, τα οποία μπορεί να συνοδεύουν ένα καρκίνο κόλου ή ορθού συνοψίζονται ως ακολούθως , αλλαγή των συνηθειών του εντέρου με την μορφή δυσκοιλιότητας, διάρροιες ή συνδιασμού και των δύο, αποβολή αίματος με τις κενώσεις, κοιλιακά άλγη, δυσπεπτικά ενοχλήματα, μετεωρισμός κοιλίας και βορβορυγμοί, ψηλαφητή ενδοκοιλιακή μάζα και επηρεασμός της γενικής κατάστασης του ασθενή με την έννοια της απώλειας βάρους, αδυναμίας και αναιμίας. Σε κάθε δεδομένη όμως περίπτωση η εμφάνιση συμπτωματολογίας μπορεί να ποικίλλει από πλήρη έλλειψη συμπτωμάτων μέχρι την εμφάνιση όλων όσων προαναφέρθηκαν.¹³

Σχετικά με μια έρευνα που έγινε κατά τη 10ετία 1974-1983 αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά 51 ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, που είχαν ηλικία κάτω των 40 ετών. Οι 51 ασθενείς αποτελούν το 10,26% επί 497 ασθενών όλων των ηλικιών που χειρουργήθηκαν με καρκίνο του παχέος εντέρου στο ίδιο χρονικό διάστημα. Από αυτούς οι 26 ήταν άνδρες και οι 25 γυναίκες με ακραίες ηλικίες τα 24 και 40 χρόνια.

Τα κλινικά συμπτώματα που οδήγησαν τους ασθενείς στο Νοσοκομείο ήταν πόνος, αναιμία, αιμορραγία, απώλεια βάρους, διαταραχές κενώσεις συμπτώματα αποφρακτικού ειλεού κ.α. Η διάγνωση της νόσου έγινε με τις κοινές εργαστηριακές εξετάσεις. Όλοι οι ασθενείς χειρουργήθηκαν και εφαρμόσθηκε η ενδεδειγμένη επέμβαση ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Κανένας ασθενής δεν ανευρέθηκε στο στάδιο Α κατά DUKES. Σε ποσοστό 23,5% ο καρκίνος είχε τον χαρακτήρα του βλεννώδους. Μετεγχειρητικά παρακολουθήθηκαν οι 23 ασθενείς και η 5ετής επίβιωσή των μόλις φθάνει το 18% 51 ασθενών. Το χαμηλό αυτό ποσοστό οφείλεται κυρίως στην καθυστερημένη προσέλευση των ασθενών και στο ιστολογικό τύπο του βλεννώδους καρκινώματος (23,5%) που έχει κακή έκβαση.²⁸

Σε γενικές όμως γραμμές είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του δεξιού κόλου, του αριστερού κόλου και του ορθού χαρακτηρίζονται από ομάδες συμπτωμάτων τα οποία διαφέρουν κάπως ανάλογα με την εντόπιση. Το εύρος του αυλού του τυφλού και του ανιόντος είναι περίπου δύομιση φορές μεγαλύτερο από αυτό του αριστερού κόλου και το εντερικό περιεχόμενο στις μοίρες αυτές είναι υδαρές. Έτσι συμπτώματα απόφραξης του εντέρου δεν είναι συνηθισμένα παρά το γεγονός, ότι στην περιοχή αυτή οι ευμεγέθεις εκπλαστικοί όγκοι είναι πιο συχνοί. Αβληχρός ενοχλητικός σταθερός πόνος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο είναι συχνό σύμπτωμα, όπως συχνή είναι και η ύπαρξη αναιμίας με τα ανάλογα συμπτώματα δηλαδή ωχρότητα, εύκολη κόπωση, αδυναμία, ζάλη, δύσπνοια μετά από κόπωση και αίσθημα καρδιακών παλμών. Η διαπίστωση ανεξηγήτως μικροκυτταρικής υποχρωμικής αναιμίας θα πρέπει πάντα να δημιουργεί υποψίες

για την ύπαρξη καρκίνου στο δεξιό κόλο. Η παρουσία μεγάλης απώλειας βάρους, καχεξίας, ικτέρου και η ηπατομεγαλίας υποδηλώνουν προχωρημένα στάδια καρκίνου.³

Στο αριστερό κόλο το εύρος του αυλού είναι μικρότερο και το εντερικό περιεχόμενο πιο συμπαγές. Δεδομένου ότι στην περιοχή αυτή οι δακτυλιοειδείς τύποι καρκίνου είναι πιο συχνόι, προεξάρχουν εδώ τα συμπτώματα της προϊούσας εντερικής απόφραξης. Αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου και κυρίως προοδευτική δυσκοιλιότητα και ελάττωση της διαμέτρου της στήλης των κοπράνων, μπορεί να αποτελούν τα πρώτα σημεία της νόσου. Είναι δυνατόν να υπάρχει πρόσμιξη των κοπράνων με βλέννα και αίμα χωρίς όμως να υπάρχει σοβαρή αναιμία. Η παρουσία σοβαρής αναιμίας ή ψηλαφητής μάζας υποδηλώνουν προχωρημένο καρκίνο.⁵

Στον καρκίνο του ορθού το κυριότερο σύμπτωμα είναι η αποβολή ζωηρού ερυθρού αίματος με ή χωρίς βλέννα. Η απώλεια αίματος είναι επίμονη, σπάνια άφθονη και πολύ συχνά δυστυχώς αποδίδεται στην παρουσία αιμορροΐδων. Τις περισσότερες φορές μια απλή δακτυλική εξέταση λύνει το διαγνωστικό πρόβλημα. Αποφρακτικά φαινόμενα δεν παρατηρούνται επειδή το εύρος της ληκύθου είναι μεγάλο. Υπάρχει συχνά τεινεσμός και αίσθημα ατελούς αφόδευσης. Κατά κανόνα δεν υπάρχει πόνος, αλλά αν υπάρχει αυτό σημαίνει ευρεία επέκταση της νόσου στα νεύρα ή στα άλλα όργανα της ελάσσονος πυέλου ή στον πρωκτικό δακτύλιο.⁴

Η παρουσία συμπτωμάτων από άλλα όργανα και συστήματα εξαρτάται από τη διήθησή τους από τον ίδιο τον καρκίνο ή από τη συνυπάρχουσα φλεγμονή γειτονικών οργάνων. Έτσι όταν διηθείται η ουροδόχος κύστη ή ο προστάτης είναι δυνατόν να υπάρχουν συμπτώματα κυστίτιδας ή

ουρηθρίτιδας. Εάν δημιουργηθεί ορθοκυστικό ή ορθοκολπικό συρίγγιο θα υπάρχει αποβολή αερίων κατά την ούρηση ή από τον κόλπο . Γαστροκολικά συρίγγια με ανάλογη συμπτωματολογία είναι επίσης δυνατόν να δημιουργηθούν από διήθηση του στομάχου από καρκίνο κυρίως του εγκάρσιου κολου.²⁹

Η κλινική εξέταση της κοιλίας ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου, μπορεί να δείξει την παρουσία ψηλαφητής μάζας κινητής ή καθηλωμένης , μεταστάσεις στον ομφαλό, ηπατομεγαλία, ασκίτη ή διάταση των φλεβών του κοιλιακού τοιχώματος αν υπάρχει απόφραξη της πυλαίας φλέβας.²³

Η φυσική εξέταση του ασθενούς είναι απαραίτητη όχι μόνο για την ανεύρεση απομακρυσμένων μεταστάσεων αλλά και για την εντόπιση παθήσεων άλλων συστημάτων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρόγνωση και την θεραπεία. Υποπτοι λεμφαδένες θα πρέπει να αφαιρούνται και να εξετάζονται ιστολογικά.²³

ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η πρώτη διάγνωση έχει μεγάλη σημασία γιατί συνοδεύεται και από την καλύτερη πρόγνωση. Για το σκοπό αυτό η American Cancer Society συνιστά το πρόγραμμα:

Κάθε χρόνο μια δακτυλική εξέταση από το ορθό αρχίζοντας από την ηλικία των 40 ετών, μετά την ηλικία των 50 ετών ένα Hemocult test κάθε χρόνο για την βιοχημική ανίχνευση αίματος στα κόπρανα, στην ηλικία των 51 ετών μια σιγμοειδοσκόπηση και επανάληψή της κάθε 3-5 χρόνια εφ' όσον οι δύο αρχικές σιγμοειδοσκοπήσεις ήταν αρνητικές.

Άτομα τα οποία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο όπως π.χ. άτομα με οικογενή πολυποδίαση, ελκώδη κολίτιδα, οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου ατομικό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου ή γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των γεννητικών οργάνων, θα πρέπει να ελέγχονται συχνότερα, πληρέστερα και ο έλεγχος να αρχίζει σε νεώτερη ηλικία. 30

Ένας έλεγχος υγείας επαναλαμβάνεται μια φορά το χρόνο από τον οικογενειακό γιατρό ή από ειδικά Ιατρεία Νοσοκομείων ή από ειδικά κέντρα ασυμπτωματικής διάγνωσης του καρκίνου. Τέτοια κέντρα υπάρχουν λίγα στον κόσμο. Πιο γνωστό είναι η STRANG CLINIC της Νέας Υόρκης, το Κέντρο που συνέλαβε περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο στην προώθηση, στη θεωρία και στην πράξη, της ιδέας της προληπτικής εξέτασης του καρκίνου. Τα τελευταία χρόνια η STRANG CLINIC έχει αναλάβει ένα μεγάλο πρόγραμμα για την ανίχνευση του καρκίνου του παχέος εντέρου σε 20.000 άτομα. Η δοκιμασία για την ανίχνευση "λανθόνοντος αίματος" στα κόπρανα και η κολονοσκόπηση φαίνεται ότι συμβάλλουν

σημαντικά στην ανίχνευση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Γενικά το πρόγραμμα της STRANG CLINIC στο παχύ έντερο, δίνει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα.³⁰

Οι ενδείξεις για την αξία της προληπτικής εξέτασης είναι σαφείς: Η δεκαετής επιβίωση στον εντοπισμένο καρκίνο του παχέος εντέρου θα διαγνωσθήκε σε ασυμπτωματικό στάδιο είναι 90% ενώ στις μελέτες του HERTZ και συνεργατών, σιωπηλοί καρκίνοι του παχέος εντέρου που διαγνωσθήκαν με σιγμοειδοσκόπηση είχαν πενταετή επιβίωση 90%.³¹

Η διάγνωση του καρκίνου του ορθού και ίσως και της ορθοσιγμοειδικής καμπής γίνεται κυρίως με την δακτυλική εξέταση και την σιγμοειδοσκόπηση.

Η σημασία της δακτυλικής εξέτασης τονίζεται ιδιαίτερα. Υπενθυμίζεται ότι στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι προσιτός στη δακτυλική εξέταση και στο 50-60% στην ορθοσιγμοειδοσκόπηση.³

Ο βαριούχος υποκλισμός εξακολουθεί να αποτελεί το κύριο διαγνωστικό μέσο για τον καρκίνο του υπόλοιπου παχέος εντέρου. Σκιερό, ανάγλυφο εκμαγείο εμφύσηση αέρα, έκπτυξη του εντέρου και απεικόνιση όλων των περιοχών του είναι απαραίτητα, ιδιαίτερα για τις περιοχές του τυφλού, σπληνικής καμπής και όταν υπάρχει μακρύ σιγμοειδές όπου συχνά παρουσιάζονται ασαφείς ελλειματικές εικόνες. Ο βαριούχος υποκλισμός είναι απαραίτητος και στις περιπτώσεις που ένας καρκίνος έχει διαγνωσθεί είτε δακτυλικά είτε με την σιγμοειδοσκόπηση για να αποκλεισθούν τυχόν "σύγχρονοι" καρκίνοι ή πολύποδες σε άλλα κεντρικότερα σημεία. Η συνήθως ακτινολογική εικόνα είναι "έλλειμα στην σκιαγράφηση", το οποίο συνήθως δίνει την εικόνα του "φαγωμένου μήλου" ή του "δακτυλίου της πετσέτας

του φαγητού". Εκτός από τις τυπικές αυτές ακτινολογικές εικόνες, οι οποίες αφορούν συνήθως σχετικά προχωρημένους καρκίνους, υπάρχουν και οι άτυπες ασαφείς εικόνες που μπορεί να οφείλονται σε πρώιμο καρκίνο, μόνιμο σπασμό, κακή προετοιμασία του εντέρου ή σε κακή έκπτυξη και απεικόνιση των περιοχών που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, όπως και στις περιπτώσεις που τα ακτινολογικά ευρήματα είναι με αρνητικά υπάρχουν όμως σοβαρές κλινικές υποψίες, υπάρχει απόλυτη ένδειξη για κολonosκόπηση με την οποία, εκτός από την άμεση εξέταση είναι δυνατή η λήψη βιοψιών ή εκπλυμάτων για κυτταρολογική εξέταση. Η ιστολογική διάγνωση προεγχειρητικά εφ' όσον είναι δυνατή είναι απαραίτητη για το σχεδιασμό της χειρουργικής θεραπείας.³¹

Η αιμορραγία από τους πολύποδες ή τον καρκίνο του παχέος εντέρου στα αρχικά στάδια δεν φαίνεται στα κόπρανα. Η διαπίστωση αφανούς αιμορραγίας από το παχύ έντερο δεν είναι πάντοτε καρκίνος αλλά μπορεί να οφείλεται σε καλοήθεις παθήσεις του εντέρου. Η αφανής αυτή αιμορραγία είναι μια προειδοποίηση, που δεν θα έπρεπε να παραμεληθεί. Η αξία της ανίχνευσης της αφανούς αυτής αιμορραγίας έγινε νωρίς αντιληπτή και άρχισε να εφαρμόζεται ειδικό TEST (Haemoccult Test) η προσφορά του οποίου στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού έχει αναγνωρισθεί και χορηγείται σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών προτού εμφανιστούν συμπτώματα, οπότε και θεραπεύεται όπως κάθε άλλη ασθένεια.³²

Το Haemoccult Test, τροποποιημένο κατά Greegor Guaiac Test, αποτελείται από διηθητικό χάρτη ηλεκτροφόρησης

εμποτισμένο με το παρασκεύασμα ρητίνης Guaiac. Στο διηθητικό Χάρτη αποτίθενται 2 δείγματα κοπράνων επί 3 συνεχείς ημέρες (6 δείγματα). Εάν στα δείγματα κοπράνων υπάρχει αιμοσφαιρίνη τότε η προσθήκη 2-3 σταγόνων διαλύματος υπεροξειδίου του υδρογόνου μετατρέπει την άχρωμη ρητίνη Guaiac σε κυανή. Το Haemoccult Test δεν είναι ειδικό για την αναγνώριση μόνο της ανθρώπινης αιμοσφαιρίνης, ανιχνεύει όμως εξειδικευμένα την αιμορραγία από το παχύ έντερο όταν είναι άνω των 2ml το 24ώρο.³²

Μικρά ποσά αιμοσφαιρίνης από αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό σύστημα δεν αναγνωρίζονται από το Haemoccult Test επειδή αποδομούνται προτού φτάσουν προς εξέταση. Τούτο αποτελεί πλεονέκτημα του προληπτικού ελέγχου για νεοπλάσματα παχέος εντέρου και ορθού με το Haemoccult Test αλλά ταυτόχρονα ελαττούται το ποσοστό αποκάλυψης των νεοπλασμάτων του δεξιού κόλου σε σχέση με αυτό του αριστερού κόλου όταν η απώλεια αίματος είναι παρόμοια. Αυτός είναι ο λόγος των περισσότερων ψευδώς αρνητικών Tests για τα νεοπλάσματα του δεξιού κόλου σε σχέση με τα νεοπλάσματα του αριστερού κόλου.³³

Μεγάλες ποσότητες αφήτου κρέατος και λαχανικών με ψευδοϋπεροξειδισιακή δράση μπορούν να δώσουν ψευδώς θετικό Haemoccult Test ενώ μεγάλες δόσεις βιταμίνης C ψευδώς θετικό, γι' αυτό πρέπει να αποφεύγεται μερικές ημέρες πριν και τις ημέρες που γίνεται το test. Στις Ευρωπαϊκές χώρες θεωρείται απίθανη η κατανάλωση τόσο μεγάλης ποσότητας ωμού κρέατος, ώστε να δοθεί Haemoccult Test ψευδώς θετικό, γι' αυτό και δεν υιοθετούνται διαιτητικοί περιορισμοί, που πιθανώς επί πλέον να έχουν

αρνητική επίδραση στην συμμετοχή ατόμων στο προληπτικό έλεγχο με αυτό.³⁹

Φάρμακα όπως η ασπιρίνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη μπορούν να αυξήσουν την απώλεια αίματος από τη γαστρεντερική οδό. Πλην όμως επί απουσίας υποκείμενης νόσου είναι απίθανο αυτά τα φάρμακα να προκαλέσουν αύξηση της απώλειας αίματος σε επίπεδο που θα είναι θετικό Haemoccult Test.³⁰

Ερευνες που έχουν γίνει έδειξαν ότι σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών, το TEST της αφανούς αιμορραγίας είναι θετικό μόνο σε τρία άτομα από τα εκατό περίπου. Έτσι υπάρχει μια μικρή πιθανότητα το TEST να είναι θετικό. Εννέα από τα δέκα θετικά TEST με αφανή αιμορραγία στα κόπρανα δείχνουν την παρουσία μιας καλοήθους αρρώστειας και όχι καρκίνου. Μερικές όμως απ' αυτές μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο στο μέλλον, γι' αυτό καλό είναι να διαγνωσθούν και να θεραπευθούν, προτού πάρουν αυτή τη κακή εξέλιξη.³³

Ένα θετικό TEST στα δέκα οφείλεται σε καρκίνο του παχέος εντέρου, που η έγκαιρη διαγνωσή του κάνει την ίαση του δυνατή. Όσοι έχουν θετικό TEST, στη συνέχεια πρέπει να εξετασθούν και να γίνει ορθοσιγμοειδοσκόπηση, ακτινογραφία του παχέος εντέρου με βαριούχο υποκλισμό διπλής αντίθεσης και κολονόσπησης.

Το TEST της αφανούς αιμορραγίας από το παχύ έντερο στα κόπρανα είναι μέθοδος απλή, εύκολη, οικονομική, γίνεται στο σπίτι του φαινομενικά υγιούς ατόμου που μετέχει στο πρόγραμμα της προληπτικής Ιατρικής, με αμέσως απάντηση και χορηγείται δωρεάν από τα Αντικαρκινικά Κέντρα, τα Γενικά Νοσοκομεία και την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.³⁴

Η ακτινογραφία θώρακα είναι απαραίτητη για την πιθανή εντοπισή πνευμονικών μεταστάσεων, όπως επίσης απαραίτητη είναι και η ενδοφλέβια πυελογραφία προεγχειρητικά για τον προσδιορισμό του αριθμού και της θέσης των νεφρών, καθώς και της διήθησης ή παρεκτόπισης των ουρητήρων από τον όγκο. Τα στοιχεία από τον έλεγχο αυτό θα βοηθήσουν το χειρουργό να αποφύγει ιατρογενείς κακώσεις των οργάνων αυτών ή να προχωρήσει σε πιο εκτεταμένη εγχείρηση.³⁵

Το σπινθηρογράφημα του ήπατος χρησιμεύει για την ανεύρεση πιθανών μεταστάσεων. Η ακρίβειά του είναι περίπου 60% στο 20% των περιπτώσεων δίνει ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα, γι' αυτό και δεν παίζει σήμερα σημαντικό ρόλο στη μελέτη των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Η ηπατική βιολογία σπάνια είναι επηρεασμένη έστω και αν υπάρχουν ηπατικές μεταστάσεις. Τονίζεται ότι η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων δεν αποτελεί αντένδειξη για εγχείρηση, μπορεί όμως να επηρεάσει την έκταση της εγχείρησης.³⁶

Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος δεν είναι διαγνωστικός. Αποσκοπεί περισσότερο στην ανακάλυψη και διόρθωση τυχόν ελλειμμάτων (αναιμίας, ηλεκτρολυτικών διαταραχών, υποπροθρομβιναιμίας κλπ) προκειμένου να προετοιμασθεί ο ασθενής κατάλληλα για την εγχείρηση.³⁶

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εις την διαφορική διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ανάλογα βέβαια με την εντόπιση του μεγέθους της νεοπλασματικής επεξεργασίας και του χρόνου εξέλιξεως, θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη διάφορες άλλες παθήσεις, οι οποίες εμφανίζουν την ίδια ή παραπλήσια συμπτωματολογία. Μεταξύ των τελευταίων εις την διαφορική διάγνωση θα πρέπει να αναφέρωμε την εκκολπωματίτιδα, την αιμορραγική κολίτιδα, την αμοιβαδική δυσεντερία, το σκωληκοειδικό απόστημα, τη νόσο του Crohn, την φυματίωση της ειλεοκολικής περιοχής, την ενδομητρίωση του κόλου, τα κοκκίωμαα από ξένα σώματα, διάφορες καλοήθειες στενώσεις, ιδίως στην περιοχή του ορθού και τέλος τις παθήσεις των χοληφόρων οδών.¹³

Η διαφορική διάγνωση από την εκκολπωματίτιδα είναι πολύ δυσχερής παρά την ακτινολογική εξέταση ακόμη και μετά την χειρουργική επέμβαση. Συχνά οι δύο αυτές παθήσεις συνυπάρχουν σε μεγάλο ποσοστό.³⁷

Από την αμοιβαδική δυσεντερία και την αιμορραγική κολίτιδα η διαφορική διάγνωση θα γίνει από τον εργαστηριακό έλεγχο των ορθοσκοπικών και των ακτινολογικών ευρημάτων.³⁷

Η διαφορική διάγνωση από τη νόσο του Crohn και τη φυματίωση της ειλεοτυφλικής περιοχής θα βασισθεί περισσότερο στην εξέλιξη των διαταραχών και στην συνηθισμένη προσβολή του λεπτού εντέρου.³⁷

Η ενδομητρίωση του κόλου είναι σπάνια, εκδηλώνεται συνήθως με την μορφή στενώσεως στο σιγμοειδές, η δε διαφορική διάγνωση είναι πολύ δυσχερής εφ' όσον δεν

συνυπάρχουν και άλλα κλινικά συμπτώματα.³⁷

Τα κοκκιώματά του παχέος εντέρου από ξένα σώματα είναι πολύ σπάνια, ή διαφορετική διάγνωση όμως είναι πολλές φορές δυσχερής. Εδώ αναφέρουμε μία περίπτωση ασθενούς ηλικίας 43 ετών, η οποία προσήλθε με αποφρακτικό ειλεό. Στο ατομικό ιστορικό της ανέφερε προ εξαμήνου σκωληκοειδεκτομή και στη συνέχεια ενοχλήματα από την κοιλιακή χώρα (ελαφρό μετεωρισμό, δυσπεψία, ακαθόριστα άλγη). Η αντικειμενική εξέταση απεκάλυψε την παρουσία ψηλαφητής μάζας στο δεξιό πλάγιο της κοιλιάς, η οποία ήταν σκληρά, επώδυνος, ακίνητος και είχε το μέγεθος πορτοκαλιού. Ο ακτινολογικός έλεγχος του παχέος εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό έδειξε έλλειψη σκιαγράφησης στην ειλεοτυφλική περιοχή. Η ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση κατά την οποία διεπιστώθη σκληρά μάζα μεγέθους μανταρινιού στην ειλεοτυφλική περιοχή, η οποία αφαιρέθη με τμήμα του εντέρου. Η ιστολογική εξέταση έδειξε ότι επρόκειτο περί κοκκιωματώδους επεξεργασίας η οποία αναπτύχθηκε γύρω από τα ράμματα που χρησιμοποιήθηκαν κατά την σκωληκοειδεκτομή.³⁸

Σε ένα ποσοστό περίπου 25% των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου με συμπτώματα από το πεπτικό τίθεται αρχικά λανθασμένη διάγνωση. Τα συμπτώματα αποδίδονται συνήθως σε παθήσεις του ανώτερου πεπτικού και κυρίως σε χολολιθίαση ή σε πεπτικό έλκος. Οξύς πόνος στο δεξιό πλάγιο της κοιλιάς και ιδιαίτερα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο μπορεί να οφείλεται σε καρκίνο του τυφλού ή του ανιόντος και να θεωρηθεί σαν οξεία σκωληκοειδίτιδα.³⁸

Η χρόνια αναιμία μπορεί να αποδοθεί σε πρωτοπαθείς αιματολογικές διαταραχές. Μια εξέταση κοπράνων για

αιμοσφαιρίνη θα δώσει τη λύση. Κάθε ασθενής, ο οποίος αναφέρει αποβολή αίματος από το ορθό θα πρέπει να ελέγχεται δακτυλικά, ενδοσκοπικά και ακτινολογικά για καρκίνο του παχέος εντέρου, έστω και αν υπάρχουν αιμορροΐδες, οι οποίες εμφανείς αιμορραγούν. Σε περίπτωση εντοπίσεως του καρκίνου στο ορθό ή στην ορθοσιγμοειδική καμπή κατά την διαφορτική διάγνωση θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη οι αιμορροΐδες, οι ραγάδες και τα καλοήθη στενώματα του ορθού. Αναφέρεται ότι αυτά δε είναι αποτελέσματα χειρουργικών επεμβάσεων, τραυματισμών τοκετού, γονοκοκκική ορθίτιδος, φυματιώσεως και ακτινομυκητιάσεως.³⁹

Η διάγνωση των λειτουργικών παθήσεων του παχέος εντέρου (πχ ευερέθιστο κόλο, σπασμός κλπ) θα πρέπει να τίθεται μόνο αφού προηγουμένως αποκλεισθούν οργανικές παθήσεις και ιδιαίτερα ο καρκίνος.³⁹

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι κακοήθεις νεοπλασματικές επεξεργασίες του παχέος εντέρου και ιδιαίτερα τα αδενοκαρκινώματα εμφανίζουν γενικά βραδεία εξέλιξη σε σχέση με άλλα νεοπλάσματα και τα 80-90% των περιπτώσεων είναι χειρουργήσιμοι στο χρόνο της διαγνώσεως, εξ' αυτών δε τα 50% έχουν πενταετή επιβίωση.²⁵

Το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης μετά από ριζικές θεραπευτικές εγχειρήσεις είναι λίγο-πολύ το ίδιο για όλα, τα τμήματα του κόλου και είναι ανάλογο με το στάδιο της νόσου κατά Dukes. Για τον καρκίνο του ορθού το ποσοστό της 5ετούς επιβίωσης σε ασθενείς με καρκίνο που περιορίζεται μόνο στο τοίχωμα του εντέρου χωρίς καμιά απολύτως μετάσταση είναι περίπου 80%. Το ποσοστό πέφτει στα 71% όταν ο καρκίνο έχει διηθήσει και τον ορογόνο χωρίς όμως μεταστάσεις, ενώ με μεταστάσεις στους λεμφαδένες το ποσοστό πέφτει απότομα στο 32%. Με διάσπαρτη νόσο το ποσοστό είναι 1,2%. Στα ποσοστά αυτά ίσως υπάρχει κάποιος βαθμός αισιοδοξίας.⁴⁰

Ο χρόνος ο οποίος μεσολαβεί από την έναρξη των ενοχλημάτων μέχρι τη διάγνωση του ιατρού έχει μεγάλη σημασία στη πρόγνωση και εξέλιξη της νόσου δεδομένου ότι η έγκαιρη διάγνωση δίνει τις περισσότερες πιθανότητες για μόνιμο ίαση. Ο χρόνος αυτός μπορεί να διακριθεί σε εκείνο από την έναρξη των ενοχλημάτων μέχρι την προσέλευση στον ιατρό και σε εκείνον από την προσέλευση μέχρι την διάγνωση. Στην πρώτη περίπτωση σε μη έγκαιρη προσέλευση του ασθενούς στον ιατρό, η υπευθυνότητα της καθυστέρησης της διαγνώσεως αφορά τον ασθενή, ενώ στην δεύτερη περίπτωση αφορά τον ιατρό. Οι Bockus επί 418 περιπτώσεων

κακοήθων νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου αναφέρουν ποσοστό 51% με καθυστέρηση της διάγνωσης, εκ των οποίων 23% οφειλόταν σε υπευθυνότητα του ασθενούς και 28% σε υπευθυνότητα του ιατρού. Ο Remington υπολογίζει την υπευθυνότητα των ασθενών στην καθυστέρηση της διάγνωσης σε ποσοστό 48% ενώ του ιατρού σε 31%.

Το κύριο αίτιο της καθυστέρησης της διαγνώσεως που οφείλεται στην υπευθυνότητα των ασθενών είναι ότι δεν αποδίδουν σημασία στις ενοχλήσεις των και δεν συμμορφώνονται με τις υποδείξεις του ιατρού, λόγω ανεπαρκούς κοινωνικής εκπαίδευσως και ενημερώσεως.³⁷

Τα αίτια της καθυστέρησης της διαγνώσεως που οφείλονται στην υπευθυνότητα του ιατρού είναι κυρίως η πλημμελής κλινική και εργαστηριακή εξέταση ή ανεύρεση παρασίτων στα κόπρανα, η διαπίστωση αιμορροΐδων και η άτυπος συμπτωματολογία της νόσου.³⁷

Η εξέλιξη και η πρόγνωση εξαρτώνται κυρίως από τον ιστολογικό τύπο της κακοήθους νεοπλασίας, από την ύπαρξη ή όχι των μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες ή απομακρυσμένα όργανα στον χρόνο της διαγνώσεως του μεγέθους της νεοπλασίας, της εντοπίσεως αυτής και εν μέρει από το φύλο και την ηλικία των ασθενών. Έτσι τα κακοήθη νεοπλάσματα της δεξιάς κοιλικής καμπής λόγω της γειτνιάσεως με το ήπαρ έχουν κακή πρόγνωση. Επίσης θεωρείται ότι στις γυναίκες η εξέλιξη είναι βραδύτερα ή στους άνδρες, ενώ σε νεαρά άτομα αυτή είναι ταχύτερα.⁴¹

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές εξαρτώνται γενικά από την εντόπιση της κακοήθους νεοπλασματικής επεξεργασίας και από το στάδιο εξέλιξής της. Σοβαρές και βαρείες επιπλοκές θεωρούνται η μεγάλη αιμορραγία, η απόφραξη του εντέρου, η διάτρηση αυτού μετά καθολικής περιτονίτιδος ή συχνότερη περιγεγραμμένη αυτής και σχηματισμού αποστήματων (περιορθικών, παρατυφλικών κ.λ.π) ή συριγγίων (γαστροκολικών, κολποκολικών, κυστεοκολπικών, ορθοκολπικών) ο εγκολεασμός και τέλος οι επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα. Η αντιμετώπιση τους είναι χειρουργική.¹³

Στις περιπτώσεις που υπάρχουν οι επιπλοκές εντερική απόφραξη διάτρηση του εντέρου και αιμορραγία καθώς και στην περίπτωση που ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί τυχαίο εύρημα μιας ερευνητικής λαπαροτομίας, εκτός από τη βαρύτητα της γενικής κατάστασης του ασθενούς, αντιμετωπίζεται και το γεγονός της μη προετοιμασίας του εντέρου προεγχειρητικά.³⁷

Σε έρευνα επί 98 περιπτώσεων ασθενών που έπασχαν από επιπλοκές καρκίνου του παχέος εντέρου η συχνότερη επιπλοκή ήταν η εντερική απόφραξη είτε αμιγής (58 ασθενείς) είτε σε συνδυασμό με άλλες επιπλοκές (12 ασθενείς). Λιγότερο συχνά παρατηρήθηκαν επιπλοκές όπως η συριγγοποίηση του όγκου, το περινεοπλασματικό απόστημα, η περιτονίτιδα, οι ισχαιμικές αλλοιώσεις κεντρικά της απόφραξης, η χρόνια περινεοπλασματική παραγωγική φλεγμονή κ.α. Η συχνότητα των επιπλοκών του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι σημαντικά μεγάλη. Η νόσος στις περιπτώσεις αυτές είναι κατά κανόνα

προχωρημένη και η πρόγνωση της είναι βαρύτερη της συνηθισμένης. Εξαιρεση του κανόνα αυτού αποτελεί η παρουσία γύρω από τον όγκο χρόνιας παραγωγικής φλεγμονής.⁴²

Όσο αφορά μία άλλη περίπτωση η δακτυλική εξέταση σε γυναίκα ηλικίας 77 ετών η οποία είχε αιμορραγικές κενώσεις, απέκαλυψε την ύπαρξη νεοπλασματικής επεξεργασίας μεγέθους μανταρινιού, η οποία κατά την προσπάθεια αποδεδευσως της ασθενούς προέβαλλε από τον δακτύλιο. Κατά την ορθοσιγμοειδοσκόπηση μέχρι απόσταση 30cm από το δακτύλιο η ανεύρεσις της νεοπλασματικής επεξεργασίας, καθίσταται ανέφικτη χαρακτηριζόμενη σαν μισχωτός πολύποδας. Στη συνέχεια η χειρουργική επέμβαση απέδειξε την ύπαρξη εγκολεασμού από καρκίνο του σιγμοειδούς και σε απόσταση 40 περίπου cm από τον δακτύλιο.⁴³

Αν η βλάβη εντοπίζεται στο δεξιό κόλο οι περισσότεροι χειρουργοί προτιμούν τη ριζική εκτομή (δεξιά ημικολεκτομή) και αναστόμωση σε ένα χρόνο.¹²

Αν η βλάβη εντοπίζεται στο αριστερό κόλο οι περισσότεροι χειρουργοί προτιμούν την εκτομή χωρίς όμως αναστόμωση. Το κεντρικό κολόβωμα του κόλου εξωτερικεύεται σαν προσωρινή κολοστομία και το περιφερικό ή εξωτερικεύεται σαν βλενωδές συρίγγιο ή κλείνεται κατά τη μέθοδο Hartman. Σε δεύτερο χρόνο ίσως κριθεί σκόπιμη η αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου.¹²

Σε πολύ βαριά πάσχοντες ασθενείς εκτελούνται μόνο είτε κεντρική ανακουφιστική κολοστομία, είτε απλές παρακαμπτήριες αναστομώσεις. Γενικά η πρόγνωση σε αυτές τις περιπτώσεις είναι κακή.¹²

ΑΣΥΝΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ Π. ΕΝΤΕΡΟΥ

Τα καρκινοειδή του παχέος εντέρου είναι σπάνια και τα περισσότερα απ' αυτά (17% περίπου) εντοπίζονται στο ορθό. Καρκινοειδή διαμέτρου κάτω του 1 εκ. πολύ σπάνια είναι κακοήθη, είναι ασυμπτωματικά και εφ' όσον ανακαλυφθούν μια τοπική εκτομή είναι επαρκής θεραπεία. Αντίθετα τα περισσότερα από τα καρκινοειδή που έχουν διάμετρο πάνω από 1 εκ. προκαλούν συμπτώματα και είναι κακοήθη. Για τη θεραπεία της, εφ' όσον δεν υπάρχουν ηπατικές μεταστάσεις συνιστάται ριζική θεραπευτική εγχείρηση. Αν υπάρχουν ηπατιτικές μεταστάσεις συνιστάται παρηγορητικά η εκτομή του τμήματος του εντέρου που φέρει τον όγκο. Τα καρκινοειδή του παχέος εντέρου, σε αντίθεση με αυτά του λεπτού, πολύ σπάνια προκαλούν το καρκινοειδές σύνδρομο.^{12,13}

Το καλόηδες λέμφωμα παρουσιάζεται στο παχύ έντερο σαν μικρή πολυποειδής εκβλάστηση που προέρχεται από το λεμφικό ιστό του βλεννογόνου. Δεν εμφανίζει τάση για κακοήθη εξαλλαγή και γι' αυτό συνιστάται η απλή εκτομή του. Το λεμφοσάρκωμα είναι ο πιο συχνός κακοήθης όγκος μετά από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Εμφανίζεται είτε σαν "εντοπισμένη" νόσος είτε σαν εκδήλωση από το έντερο γενικευμένης νόσου. Η ακτινολογική εικόνα είναι συνήθως η ίδια με εκείνη του καρκίνου.³⁶

Το λειομύωμα και το λειομυοσάρκωμα είναι πολύ σπάνιοι όγκοι του παχέος εντέρου. Συνήθως, και ανάλογα φυσικά με το μέγεθος, προκαλούν απόφραξη και αιμορραγία η οποία όμως ποτέ σχεδόν δεν είναι μαζική, όπως συμβαίνει στις ανάλογες περιπτώσεις του στομάχου και λεπτού εντέρου. Τα μεγάλα

λειτουργοσαρκώματα αντιμετωπίζονται με τις ίδιες εγχειρήσεις όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου.³⁶

Η ενδομητρίωση αν και δεν είναι νεοπλασία πολλές φορές δημιουργεί κλινικά και διαγνωστικά προβλήματα που μοιάζουν με εκείνα του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ενδομητρίωση είναι η παρουσία ενδομητρικού ιστού σε άλλες περιοχές εκτός από τη φυσιολογική του θέση στην κοιλότητα της μήτρας. Σε ερευνητικές λαπαροτομίες της πυέλου αποτελεί τυχαίο εύρημα σε ποσοστό 8-20% περίπου. Το 25% των γυναικών με ενδομητρίωση εμφανίζουν συμμετοχή του παχέος εντέρου. Κατά την ερευνητική λαπαροτομία είναι πολλές φορές αδύνατο να διαφοροδιαγνωσθεί από στενωτικό καρκίνο του εντέρου.³⁷

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ασθενής αφού προηγουμένως μελετηθεί πλήρως και προετοιμασθεί από πλευράς αιματοκρίτη, λευκωμάτων, ηλεκτρολυτών, αντισηψίας του εντέρου καρδιοαναπνευστικού συστήματος κλπ. ακολουθεί η εγχείρηση. Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι κατά κανόνα χειρουργική. Σε ορισμένες περιπτώσεις ιδιαίτερα του καρκίνου του ορθού, η χειρουργική θεραπεία συνδιάζεται ή ακολουθείται από επικουρική χημειο-ανοσο ή ακτινοθεραπεία με την οποία προσδοκείται η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της επιβίωσης των ασθενών αυτών.¹⁹

Σπάνια και σε πολύ βαριά ασθενείς μπορεί η θεραπεία να γίνει μόνο με ακτινοβολίες ή να προτιμηθεί η τοπική αφαίρεση του όγκου με θερμοκαυτήρα όταν ο όγκος εντοπίζεται χαμηλά στο ορθό. Τα αποτελέσματα στις περιπτώσεις αυτές, όπως είναι φυσικό είναι πολύ πτωχά.²⁰

Η πρώτη φροντίδα του χειρουργού μετά την διάνοιξη του περιτοναίου είναι να εκτιμήσει την έκταση της νόσου. Κάνει δηλαδή ο χειρουργός οπτικά και ψηαφητικού μία αδρή σταδιοποίηση κατά Dukes (στους όχι εμφανείς προχωρημένους καρκίνους είναι έργο του παθολογοανατόμου, ο οποίος θα μελετήσει το εγχειρητικό παρασκεύασμα). Αυτό θα τον βοηθήσει προκειμένου να αποφασίσει για την εγχειρησιμότητα ή όχι της περίπτωσης αλλά και για το είδος και το μέγεθος της εγχείρησης που θα εκτελεσθεί. Υπενθυμίζεται ότι η παρουσία εμφανώς διηθημένων λεμφαδένων ή μεταστάσεων στο ήπαρ δεν αποτελεί αντένδειξη για την εγχείρηση αλλά μπορεί να μεταβάλλει το είδος και την έκτασή της. Ο πρωτοπαθής όγκος πρέπει κατά κανόνα να αφαιρείται, εφ'

όσον αυτό είναι δυνατόν, όχι τόσο για την βελτίωση της επιβίωσης όσο για την πρόληψη επιπλοκών.⁴³

Οι εγχειρήσεις για τον καρκίνο του παχέος εντέρου διακρίνονται σε ριζικές που αποσκοπούν στην ίαση του ασθενούς και σε παρηγορητικές. Οι παρηγορητικές εγχειρήσεις εφαρμόζονται όταν υπάρχουν μεταστάσεις που αποκλείουν το καλό αποτέλεσμα μιας ριζικής εγχείρησης ή όταν ο πρωτοπαθής όγκος δεν είναι δυνατόν να αφαιρεθεί. Παρηγορητικές εγχειρήσεις θεωρούνται: η περιορισμένη εκτομή του τμήματος του εντέρου, στο οποίο εντοπίζεται ο όγκος χωρίς να αφαιρεθούν οι υπάρχουσες μεταστάσεις, οι παρακαμπτήριες αναστομώσεις και η απλή κολοστομία.⁴⁵

Οι ριζικές εγχειρήσεις για λόγους περιγραφικούς διακρίνονται στις εγχειρήσεις για καρκίνο του κόλου και στις εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού. Στόχος του χειρουργού σε αυτές είναι όχι μόνο η εκτομή μεγάλου τμήματος του εντέρου αλλά και κυρίως η συναφαίρεση όλου του δικτύου που αποχετεύει τη λέμφο του τμήματος αυτού συμπεριλαμβανομένων και των λεμφαδένων. Παράλληλα λαμβάνεται ιδιαίτερη φροντίδα κατά την εγχείρηση, ώστε να αποφευχθεί όσο είναι δυνατόν η διαφυγή και διασπορά καρκινικών κυττάρων από τους χειρουργικούς χειρισμούς. Πρακτικά τουλάχιστον οι εγχειρήσεις αυτές θεωρούνται θεραπευτικές.^{45, 46}

Για καρκίνους που εντοπίζονται στο τυφλό, ανιόν ή ηπατική καμπή η εκτομή περιλαμβάνει μικρό τμήμα του τελικού ειλεού, το τυφλό, το ανιόν, το δεξιό ήμισυ του εγκάρσιου και την ειλεοκολική, τη δεξιά κολική και το δεξιό κλάδο της μέσης κολικής αρτηρίας και φλέβας με το

αντίστοιχο μεσεντερίο και το μείζον επιπλουν (δεξιά ημικολεκτομή). Η αποκατάσταση της εντερικής συνέχειας γίνεται με ειλεο-εγκάρσια αναστόμωση.⁴⁶

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού δεν είναι πολύ συχνός σε νεας ηλικίας (κάτω των 40 ετών). Υπάρχει όμως αντιφωνία μεταξύ διαφόρων συγγραφέων για το αν η πρόγνωση είναι χειρότερη ή ίδια με των άλλων ηλικιών. Κατά το χρονικό διάστημα 1970-1984 στην Α Χειρουργική Κλινική του Α.Π.Θ. σε σύνολο 286 ασθενών με καρκίνο του εντέρου-ορθού οι 20 ήταν κάτω των 40 ετών (7%). Η ηλικία τους κυμαινόταν από 28 μέχρι 40 έτη. (Μ.Η.35,8 ΕΤΗ) και ήταν 15 γυναίκες και 5 άνδρες (3/1). Σε 10 ο καρκίνος εντοπιζόταν στο ορθό και σε 10 στο υπόλοιπο παχύ έντερο. Σε 9 ασθενείς ήταν χαμηλής διαφοροποίησης (45%) σε 8 μετρίας (40%) και μόνο σε τρεις υψηλής (15%). Σε 12 ασθενείς υπήρχαν μεταστάσεις σε λεμφαδένες, η γενίκευση της νόσου (8 DUKES D) ενώ 4 βρισκόταν στο στάδιο DUKES A και 4 στο B. Οι εγχειρήσεις που έγιναν ήταν: κοιλιοπερινεϊκή εκτομή (8), χαμηλή πρόσθια εκτομή (3), αριστερά ημικολεκτομή (3), δεξιά ημικολεκτομή (3), τμηματική κολεκτομή (2) και ερευνητική λαπαροτομία (1).⁴⁷

Δύο είναι οι κλασσικές εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού που εφαρμόζονται : η χαμηλή πρόσθια εκτομή και η συνδεδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή. Η χαμηλή πρόσθια εκτομή εκτελείται όταν το κατώτερο όριο του όγκου κατά τη σιγμοειδοσκόπηση απέχει 12-16,5cm από το έξω χείλος του πρωκτού, απόσταση δηλαδή, η οποία επιτρέπει την εκτομή των κριτικών 4-5cm φυσιολογικού ορθού περιφερικά του όγκου και αφήνει υγιές τμήμα ορθού για ασφαλή αναστόμωση. Η

αναστόμωση αυτή εμφανίζει ένα σημαντικό ποσοστό (25% περίπου) διαφυγής και γι' αυτό πολλοί χειρουργοί τη συνδιάζουν με κεντρική προστατευτική προσωρινή κολοστομία.³⁰

Η συνδεδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή εκτελείται , όταν το κατώτερο όριο του όγκου κατά τη σιγμοειδοσκόπηση απέχει 7cm ή λιγότερο από το έξω χείλος του πρωκτού ή σε γενικές γραμμές όταν ο όγκος ψηλαφάται δακτυλικά. Η εγχείρηση έχει δύο χρόνους, τον κοιλιακό και τον περινεϊκό, οι οποίοι είτε εκτελούνται από την ίδια ομάδα χειρουργών πρώτα ο κοιλιακός και μετά ο περινεϊκός, είτε εκτελούνται συγχρόνως από δύο ομάδες χειρουργών για να ελαττωθεί η διάρκεια της Εγχείρησης. Κατ' αυτήν εκτέμνεται το περιφερειακό σιγμοειδές, το ορθοσιγμοειδές και το ορθό μαζί με τον πρωκτικό δακτυλιο και φυσικά το κεντρικό κολόβωμα του σιγμοειδούς εξωτερικεύεται σαν μόνιμη πια κολοστομία.⁴⁸

Για καρκίνο της μεσότητας του εγκάρσιου αφαιρείται το εγκάρσιο μετά των κολικών καμπών και της μέσης κολικής αρτηρίας και φλέβας. Για καρκίνους του κατιόντος αφαιρείται το τμήμα που αιματώνεται από την αριστερή κολική αρτηρία δηλαδή από το περιφερικό εγκάρσιο μέχρι το κεντρικό σιγμοειδές.

Για καρκίνους του σιγμοειδούς και του πλέον κεντρικού ορθοσιγμοειδούς η εκτομή περιλαμβάνει το περιφερικό κατιόν, το σιγμοειδές και το κεντρικό ορθοσιγμοειδές μαζί με τα σιγμοειδικά και άνω αιμορροϊδικά αγγεία.^{30, 48}

Οι εγχειρήσεις για καρκίνο του παχέος εντέρου και ιδιαίτερα η χαμηλή πρόσθια εκτομή και η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή συνοδεύονται από σημαντικό ποσοστό θνητότητας και

νοσηρότητας. Η μέση εγχειρητική θνητότητα για την πρώτη εγχείρηση ανέρχεται σε 6% και για τη δεύτερη σε 8% , ενώ η νοσηρότητα ανέρχεται σε 15-56% και 25-68% αντίστοιχα.⁴⁹

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Είναι βασικό να εφαρμόζεται μια αυστηρή διαδικασία ώστε να εξασφαλίζουμε ότι ο ασθενής λαμβάνει τη σωστή δόση των σωστών φαρμάκων. Η αποφασισθείσα αγωγή πρέπει να είναι γραμμένη σε ειδικό βιβλίο χημειοθεραπείας και να απαιτείται η υπογραφή του ιατρού.⁵⁰

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα να και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος. Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσεως του φαρμάκου, που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά, όπως ο μυελός των οστών.⁵¹

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Αλκυλιούντες παράγοντες: Αυτά επηρεάζουν την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία των νουκλεϊνικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.

2. Αντιμεταβολίτες: Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους

μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊνικών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές, προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους.

3. Αναστολείς της κυτταρικής μιτώσεως: παρεμποδίζουν τη σύνθεση DNA-RNA και επομένως τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων.^{3, 4}

Ορισμένες γεννητικές ορμόνες χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου επειδή πιστεύεται πως η ανάπτυξη τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Η υδροκορτιζόνη χρησιμοποιείται για τη λέμφολυτική τους δράση. Ακόμη χρησιμοποιούνται ένζυμα όπως η ασπαραγινάση που με μια σειρά εξεργασιών στερεί τα νεοπλασματικά κύτταρα, αλλά και τους λεμφαβλάστες από ένα απαραίτητο αμινοξύ και το νεκρώνει. Συνήθως χρησιμοποιούνται περισσότερα από ένα φάρμα σε συνδυασμό διάφορης χρονικής εφαρμογής για να μη υπάρξει ταυτόχρονη τοξική επίδραση και να δράσουν σε διάφορη φάση του κυτταρικού κύκλου.^{5, 2}

Η αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία προορίζεται να καταστρέψει τα νεοπλασματικά κύτταρα. Δυστυχώς ο προορισμός αυτός δεν είναι εκλεκτικός και συνήθως τα φάρμακα αυτά καταστρέφουν και τα φυσιολογικά κύτταρα, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται παρενέργειες. Από το γεγονός αυτό συμπεραίνεται ότι πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε η δόση του φαρμάκου να είναι εκείνη που θα προκαλέσει τη μεγαλύτερη δυνατή καταστροφή των νεοπλασματικών κυττάρων, αλλά και σύγχρονη ανεκτή τοξικότητα.^{5, 0}

Μέχρι σήμερα η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου ελάχιστα επηρεάσθηκε από τη χημειοθεραπεία. Η

φθοριοουρακίλη (FU) παραμένει ακόμη το φάρμακο αναφοράς στη μεταστατική νόσο. Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία με αντινεοπλαστικά φάρμακα και βιοχημικούς ρυθμιστές της δράσης τους αυξάνει περίπου στο διπλάσιο το ποσοστό θεραπευτικής απάντησης σε σχέση με τη FU όχι όμως και την επιβίωση. Η συμπληρωματική χημειοθεραπεία φαίνεται ότι αυξάνει το ελεύθερο από τη νόσο διάστημα και τη συνολική επιβίωση των ασθενών "υψηλού κινδύνου" με καρκίνο του ορθού αλλά όχι εκείνων με καρκίνο του κόλου-Τοπικές χημειοθεραπείας είτε ως συμπληρωματική θεραπεία σε καρκίνο του κόλου είτε ως ανακουφιστική θεραπεία σε ηπατικές μεταστάσεις αποτελούν ένα ενδιαφέρον πεδίο κλινικής έρευνας και υπόσχονται βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών αυτών.⁵³

Η νοσηλεύτρια έχει ευθύνη ώστε να γίνει μια ομαδική προσέγγιση του ασθενή στην οποία να συμμετέχει και η οικογένειά του, καταβάλλοντας προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά. Βεβαιώνεται ο ασθενής πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως κατά την εκπαίδευση του ασθενή να αποδεχθεί, εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της ενώ του προσφέρεται ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.⁵⁴

Πληροφορείται για τις ανεπιθύμητες τοξικές ενεργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, οι οποίες μπορεί να είναι: λευκοπενία, θρομβοπενία, αναιμία, γαστρεντερικές διαταραχές, νευροτοξικότητας, ωτοτοξικότητας, ηπατοτοξικότητα, νεφροτοξικότητα, ανοσοκατασταλτική επίδραση, διαφοροποίηση των ενδοκρινών αδένων, αλωπεκία, αλλαγές στο δέρμα. Γίνεται γενική αξιολόγηση του ασθενή για τη θρέψη του, τη συναισθηματική του κατάσταση γιατί έχει ιδιαίτερη ανάγκη από ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα για μια σωστή και ανώδυνη κατά το δυνατόν οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική προσαρμογή.⁵⁵

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ Π. ΕΝΤΕΡΟΥ

Η σημασία της διατροφής στην αιτιολογία καρκίνων διαφόρων εντοπίσεων θεωρείται δεδομένη, και πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι η διατροφή στο σύνολό της ευθύνεται για περισσότερες περιπτώσεις και περισσότερους θανάτους από καρκίνο συγκριτικά με οποιονδήποτε άλλο αιτιολογικό παράγοντα συμπεριλαμβανομένου και του καπνίσματος.⁵⁶

Στον πληθυσμό των ΗΠΑ το ποσοστό των θανατηφόρων καρκίνων που αποδίδεται στη διατροφή εκτιμάται σε 35% ενώ στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό εκτιμάται σε 25%. Οι εκτιμήσεις αυτές βασίζονται:

- Στην διεθνή μεταβλητότητα της συχνότητας των περισσότερων μορφών καρκίνου. Όπως προκύπτει από έρευνες σε μετανάστες η μεταβλητότητα αυτή δεν μπορεί να αποδοθεί σε γενετικούς παράγοντες.
- Στην αδυναμία ερμηνείας της διεθνούς μεταβλητότητας των περισσότερων μορφών καρκίνου (παχέος εντέρου, στομάχου κ.α) με βάση γνωστούς καρκινογόνους παράγοντες (κάπνισμα, ιός της ηπατίτιδας Β, άλλοι επαγγελματικοί καρκινογόνοι παράγοντες κ.λ.π)
- Στην ισχυρή ογκολογική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας ή της θνησιμότητας ορισμένων καρκίνων όπως (μαστού και παχέος εντέρου) και της κατανάλωσης ορισμένων διατροφικών παραμέτρων, όπως τα ολικά λιπίδια και η ολική ενεργειακή κατανάλωση λιπιδίων ή ενέργειας, αλλά υποδεικνύουν την αιτιολογική ευθύνη άλλων παραγόν-

των , πιθανότατα διατροφικών.

- Στην αναλογική εφαρμογή στην ανθρώπινη νοσολογία των πειραματικών δεδομένων σε ζώα του εργαστηρίου, στα οποία δεκάδες διατροφικών παραγόντων αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνων διαφόρων εντοπίσεων.⁵⁷

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα περισσότερα για την συμβολή διατροφικών παραγόντων στην αιτιολογία των καρκίνων του ανθρώπου προέρχεται από επιδημιολογικές έρευνες, οι οποίες αποκαλύπτουν συσχετίσεις με ενδεχόμενη αιτιώδη διάσταση, αλλά δεν προσφέρονται κατά κανόνα για την επισήμανση των υποκειμένων παθογενετικών μηχανισμών (αποκαταστολή ογκογονιδίου, σωματική μεταλλαγή, ρυθμιστικοί μηχανισμοί στη φυσική ιστορία του όγκου).⁵⁸

Οι διατροφικοί καρκινογόνοι παράγοντες σύμφωνα με το ταξινομητικό σχήμα μπορούν να ενεργήσουν με ένα ή περισσότερους από τους παρακάτω τρόπους:

- Πρόσληψη με την τροφή ισχυρών καρκινογόνων ή πρόδρομων ουσιών (φυσικά καρκινογόνα, καρκινογόνα που δημιουργούνται κατά τη συντήρηση ή το μαγείρεμα του τροφίμου, χημικοί ρυπαντές ή πρόσθετα).
- Συμβολή στο σχηματισμό καρκινογόνων ουσιών στον οργανισμό (σχηματισμός νιτροξαμινών στο στομάχι, τροποποίηση του ρυθμού έκκρισης ή της μεταβολικής τύχης της χοληστερόλης και των χολικών οξέων στο έντερο , τροποποίηση της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου).
- Συμβολή στη διακίνηση των καρκινογόνων ουσιών ή των προδρόμων τους στον οργανισμό (αιθανόλη στο ανώτερο τμήμα του πεπτικού σωλήνα, φυτικές ίνες στο παχύ έντερο)

- Συμμετοχή στην ενεργοποίηση των καρκινογόνων ουσιών, ή αντίθετα στην αδρανοποίηση καρκινογόνων (ενεργοποιητές ενζύμων , β-καρωτίνη)
- Συμβολή στην προαγωγή διαμορφωμένων κυτταρικών καρκινικών κλώνων (έλλειψη βιταμίνης Α)⁵⁸

Η επικέντρωση των επόμενων παραγράφων στη διατροφική αιτιολογία των καρκίνων του παχέος εντέρου, του στομάχου και του μαστού έγινε με βάση τα εξής τρία κριτήρια:

- Οι καρκίνοι του παχέος εντέρου και του στομάχου είναι δυο από τους τρεις συχνότερους καρκίνους σε παγκόσμια κλίμακα, ενώ ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στις αναπτυγμένες χώρες.
- Οι τρεις αυτοί καρκίνοι καταλαμβάνουν τις τρεις πρώτες θέσεις στην ιεραρχική διάταξη των συχνών καρκίνων με βάση την αναλογική συμμετοχή διατροφικών παραγόντων.
- Η διατροφική αιτιολογία και των τριών αυτών καρκίνων έχει μελετηθεί εντατικά επιδημιολογικά και στη χώρα μας , από τον καθηγητή Ο. Μανούσο και τους συνεργάτες του, στο εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών και στην Έδρα Διατροφής και Βιοχημείας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών.⁵⁹

Τα ευρήματα των περισσότερων επιδημιολογικών ερευνών που εξέτασαν τη σχέση μεταξύ διατροφής και καρκίνου του παχέος εντέρου εμπίπτουν σε μια από δυο ευρείες κατηγορίες: στην πρώτη κατηγορία ανήκουν ευρήματα που υποδεικνύουν ότι το λίπος (κυρίως το ζωικό) και το κρέας (κυρίως το βόειο, που αποτελεί σημαντική πηγή λίπους στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου), συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου, ενώ στη

δεύτερη κατηγορία ανήκουν ευρήματα που υποδεικνύουν ότι τα λαχανικά ή γενικότερα τρόφιμα που περιέχουν σημαντικά ποσά φυτικών ινών προστατεύουν από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Έτσι σε οικολογικές μελέτες μέχρι το 1986, τέσσερεις επί συνόλου πέντε έδειξαν θετική συσχέτιση της επίπτωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου με την κατά κεφαλήν κατανάλωση κρέατος, τρεις επί συνόλου πέντε θετική συσχέτιση με την κατά κεφαλήν κατανάλωση ολικού λίπους, και πέντε επί συνόλου επτά αρνητική συσχέτιση με την κατά κεφαλήν κατανάλωση φυτικών ινών.⁵⁶

Η χρήση μεγάλης ποσότητας του λίπους συνδέεται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, του μαστού και λιγότερο του προστάτου, των ωοθηκών. Αν σκεφθεί κανείς ότι στις δίαιτες δυτικού τύπου, το 40% των θερμίδων προέρχεται από το λίπος, καταλαβαίνουμε τη σημασία αυτού του παράγοντα στη διατροφή μας. Σημασία για την καρκινογένεση έχει το οξειδωμένο λίπος (ταγγισμένο). Τα ακόρεστα λιπαρά οξέα και η χοληστερίνη εύκολα οξειδώνονται κυρίως μετά το μαγείρεμα. Η αντίδραση της οξείδωσης δημιουργεί μια ποικιλία μεταλλακτών, προαγωγών και καρκινογόνων. Έτσι το έντερο κατακλύζεται από ποικιλία καρκινογόνων που προέρχονται από τα λίπη. Η χρήση επίσης μεγάλων ποσοτήτων λίπους, προκαλεί και την έκκριση μεγαλύτερων ποσοτήτων χολής στο έντερο με αποτέλεσμα οι πυκνότητες των χολικών αλάτων στα κόπρανα να είναι αυξημένες, συγκρινόμενες με πληθυσμούς όπου η κατανάλωση λίπους είναι μικρή.⁵⁷ Η αυξημένη πυκνότητα των χολικών αλάτων και μάλιστα σε κατάσταση διάσπασης ενοχοποιείται ως έχουσα καρκινογόνο δράση. Μία άλλη παρατήρηση είναι αυτή που έχει σχέση με τη μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου. Η χλωρίδα επί

υπερκαταναλώσεως λίπους περιεχει πολλά αναερόβια στελέχη ικανά να διασπούν λίπη και χολικά οξέα. Έτσι φτάνουμε και πάλι στα οξειδωμένα λίπη και τα χολικά οξέα. Ενδιαφέρον είναι ότι ελάττωση χολικών οξέων και των αναερόβιων στα κόπρανα είναι σημαντική με την αλλαγή της διαίτας σε τέτοια που να περιέχει λιγότερο λίπος.

Εκτός όμως από όλα αυτά τα κακά που συμβαίνουν με την μεγάλη κατανάλωση λίπους, υπάρχει η μεγάλη προσφορά θερμίδων με επακόλουθο την παχυσαρκία. Η παχυσαρκία τώρα αυτή καθ' αυτή έχει ενοχοποιηθεί για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, τον καρκίνο του προστάτου και λιγότερο για τον καρκίνο του μαστού. Γενικά φαίνεται ότι ο καρκίνος συμβαδίζει με την παχυσαρκία.⁵¹

Ευτυχώς όμως, υπάρχουν και ουσίες που περιλαμβάνονται στις τροφές μας, οι οποίες φαίνεται ότι μας προφυλάσσουν από τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Την περασμένη δεκαετία πιστέψαμε ότι επιτέλους βρέθηκε ο τρόπος με τον οποίο θα αποφεύγαμε τουλάχιστον τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Άρκούσε να προσθέσουμε στη διατροφή μας φυτικές ίνες, συνήθως υπό τη μορφή πίτουρου. Ο Burkitt στον οποίο οφείλεται κυρίως η διάδοση της θεωρίας των φυτικών ινών, αναπτύσσει τα εξής επιχειρήματα:

α) Η αύξηση του όγκου του περιεχομένου του εντέρου έχει ως αποτέλεσμα την μεγαλύτερη αραιώση των υπάρχουσών ουσιών. β) Η ταχύτερη διέλευση του εντερικού περιεχομένου έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου επίδρασης των μικροβίων επί του περιεχομένου άρα λιγότερα καρκινογόνα ως επίσης και λιγότερη επίδραση των καρκινογόνων επί του εντερικού τοιχώματος. γ) Η προσθήκη φυτικών ινών, έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή της χλωρίδας ώστε να μειώνονται τα

στελέχη τα υπεύθυνα για τη δημιουργία των καρκινογόνων.^{50, 51}

Υπάρχουν πολλές αντιρρήσεις που καταρρίπτουν τα επιχειρήματα του Burkitt, και αυτό βέβαια μετά από μελέτες και πειραματισμούς. Αναπτύχθηκε λοιπόν η νέα άποψη που είναι συνδυασμός της ελάττωσης πρόσληψης λίπους και της αύξησής φυτικών ινών. Φαίνεται ότι η πρόσληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι πιο σίγουρη επί εφαρμογής αυτού του συνδυασμού. Ένα σημαντικό σημείο είναι ότι οι ίνες και το λίπος έχουν κάποιο σημείο ομοιότητας αν και τόσο ανόμοιο μεταξύ τους γιατί και τα δύο προκαλούν το αίσθημα πληρότητας του στομάχου.⁵¹

Οι μηχανισμοί και η δράση των ουσιών που μας προφυλάσσουν από τα μεταλλαξιγόνα, τους προαγωγούς και τα καρκινογόνα έχουν προκαλέσει το ενδιαφέρον των ερευνητών γιατί έχουν σχέση με τον καρκίνο, το γήρας και τις καρδιοπάθειες. Ας περιοριστούμε σε λίγες ουσίες που υπάρχουν αυτούσιες στις τροφές:

B-καροτίνη: Είναι αντιοξειδωτικό και θα μπορούσε να προστατεύσει το λίπος του σώματος ως και τα λιπίδια των κυτταρικών μεμβρανών από οξείδωση. Η αντικαρκινική δράση της έχει αποδειχθεί σε πειραματόζωα. Η προφυλακτική της δράση στους καπνιστές μπορεί να εξηγηθεί με τις ψηλές πυκνότητες των οξειδωτικών που υπάρχουν και στον καπνό και στην πίσσα.

Βιταμίνη C: Και αυτή σημαντική ως αντιοξειδωτικό και αποδεδειγμένο αντικαρκινικό σε πειραματόζωα.

Βιταμίνη E: Η δράση της φαίνεται ότι εντοπίζεται στα λιπίδια της κυτταρικής μεμβράνης και είναι αντιοξειδωτική. Προσφέρει προστασία από την ακτινοβολία στο DNA όπως

επίσης και στην καρκινογένεση, την προκαλούμενη από διμεθυλ-υδραζίνη.

Γλουτοθειόνη (τριπεπτίδιο): Μείζον αντιοξειδωτικό. Η πυκνότητα γλουτοθειόνης επηρεάζεται από την πρόσληψη θειούχων αμινοξένων.

Σελήνιο: Υπάρχει στις τροφές και η πυκνότητα εξαρτάται από την πυκνότητα στο χώμα. Δεν είναι γνωστή απόλυτα η δράση του αλλά φαίνεται ότι μικρές πυκνότητες είναι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου. Από την άλλη πλευρά μεγάλες πυκνότητες έχουν παρενέργειες.⁶²

Η σημασία της διατροφής στην αιτιολογία των καρκίνων γενικότερα είναι αναμφισβήτητη και αποτελεί ένα εύλογο χώρο ερευνητικής προτεραιότητας. Άλλωστε δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο καρκίνος είναι νόσος της μεγάλης ηλικίας και αυξάνεται με την τέταρτη δύναμη της ηλικίας. Αυτό ισχύει για τα βραχύβια όσο και για τα μακρόβια είδη. Στον άνθρωπο το 30% όσων φτάνουν την ηλικία των 85 ετών έχουν κάποια μορφή καρκίνου.⁶³

Μέχρι λοιπόν να έχουμε κατηγορηματικές αποδείξεις και στοιχεία για το τι πρέπει να αποφεύγουμε ή να προσθέτουμε στη διατροφή μας, καλό είναι να είμαστε προσεκτικοί (δηλαδή θα πρέπει να αποφεύγουμε τα νόστιμα λιπαρά-με την ευρεία έννοια του όρου- φαγητά και αντί αυτών να τρώμε πίτουρο) γιατί υπάρχει πιθανότητα να γλυτώσουμε από τον καρκίνο ή να καθυστερήσουμε τα γηρατειά ή και τα δύο.

Το μήνυμα που με λίγη δυσκολία μπορεί να βγει είναι παλιό με προσπάθεια εκμοντερνισμού:

"ΠΑΝ ΜΕΤΡΟΝ ΑΡΙΣΤΟΝ ΚΑΙ ΛΙΓΟ ΠΙΤΟΥΡΟ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ"⁶³

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο καρκίνος είναι ένα νόσημα χρόνιο το οποίο συχνά συνεπάγεται ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, τοξικές φαρμακευτικές θεραπείες, σε αρκετές περιπτώσεις πόνους και τελικά θάνατο. Κι αυτά παρά τις προόδους που αναμφισβήτητα έχουν σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου. Η πορεία του καρκίνου όπως και κάθε άλλου χρόνιου εξελικτικού ή θανατηφόρου νοσήματος συνεπάγεται σημαντικές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις τόσο στους αρρώστους όσο και στο περιβάλλον τους. Φυσικά δεν πρέπει να αγνοήσουμε ότι σοβαρές επιπτώσεις συνεπάγεται το νόσημα και για τους επαγγελματίες υγείας, γιατρούς, νοσηλευτές κλπ που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς. Είναι λοιπόν επιτακτική ανάγκη για όλους εμάς που εργαζόμαστε για τον άρρωστο να εξασφαλίσουμε την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια στο άτομο που υποφέρει από μία θανατηφόρο αρρώστια όπως ο καρκίνος.

Για να γίνει αυτό, χρειάζεται καταρχήν η Νοσηλεύτρια να εμβαθύνει και να καταλάβει πως αυτός ο άρρωστος νοιώθει, ποιές είναι οι εμπειρίες του, ποιές οι επιδράσεις, ποιές οι ιδιαίτερές του ανάγκες και πως μπορούν να ικανοποιηθούν. Σκοπό της πρέπει να έχει να βοηθήσει τον άρρωστο να παρουσιάσει δραστηριότητες που συντελούν στη διατήρηση ή επαναφορά της υγείας του. Τις δραστηριότητες αυτές θα τις διεκπεραίωne μόνο του το

άτομο, αν έχει την απαραίτητη δύναμη, γνώσεις και θέληση. Αυτό πρέπει να το επιδιώκει η νοσηλεύτρια με τέτοιο τρόπο ώστε να βοηθά το άτομο να κερδίσει την ανεξαρτησία του, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Να οδηγεί δηλαδή το άτομο στην αυτοφροντίδα. Τούτο έχει ιδιαίτερη σημασία για τον καρκινοπαθή, ο οποίος και με το άκουσμα της διάγνωσης, πολλές φορές παραδίδεται, απογοητεύεται και πεθαίνει κυριολεκτικά ενώ ακόμη βρίσκεται στην ζωή. Το άτομο το οποίο διαγνώσθηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη λοιπόν κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από την φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα, κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωπο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη, η παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας.

Ο "καρκινοπαθής και η αλήθεια" είναι ένα μέρος του μεγαλύτερου προβλήματος της αλήθειας στην Ιατρική. Θα πρέπει από την αρχή να τονιστεί πως δεν υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος στις διάφορες χώρες. Κι ακόμα ότι δεν πρέπει να θεωρείται οριστικοποιημένη η στάση που σήμερα τηρείται. Σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης και στις ΗΠΑ έχει τα τελευταία χρόνια επικρατήσει η άποψη της ανακοίνωσης στον άρρωστο όλης της αλήθειας σχετικά με την νόσο του και λεπτομερειών σχετικά με την πρόγνωση. Σε μελέτη που έγινε στην Philadelphia το 1953 μεταξύ 442 γιατρών ποσοστό 31% απάντησε πως πάντα η συνήθως λένε την διάγνωση στο άρρωστο ενώ 69% απάντησε πως σπάνια τη λένε ή δεν την ομολογούν ποτέ. Στις αρχές της δεκαετίας του '60 οι γιατροί Αμερικανικών Νοσοκομείων εξακολουθούν να

κρύβουν την αλήθεια από τον άρρωστο. Ποσοστό 90% από 219 γιατρούς που ρωτήθηκαν είπαν πως γενικά δεν πληροφορούν τον άρρωστο πάνω στις καίριες αλήθειες. Η στάση όμως αυτή φαίνεται πως αναθεωρήθηκε μέσα σε μια μόλις δεκαετία.⁶⁴ Μελέτη που έγινε το 1970 με ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν σε 178 γιατρούς έδειξε πως 66% ενημερώνουν μερικές φορές, 25% λένε πάντα την αλήθεια και 9% δεν λένε ποτέ την αλήθεια. Το 1974 το θέμα αποτελεί ακόμα αντικείμενο συζήτησης και προβληματισμού. Πιο πρόσφατη μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ (1979) μεταξύ 264 γιατρών δείχνει πλήρη αναστροφή των στάσεων και απόψεων του 1961: 97% των γιατρών προτιμούν να λένε στους αρρώστους την ακριβή διάγνωση. Από τις Ευρωπαϊκές χώρες στην Φιλανδία (μια χώρα με παράδοση στην ενημέρωση του αρρώστου), υπάρχει μια ιδιαιτερότητα στο θέμα του καρκίνου. Σύμφωνα με παλιότερα στοιχεία 30% των αρρώστων αγνοούν την φύση της αρρώστιας τους και από τους υπόλοιπους που γνωρίζουν την αρρώστια τους, μόνο 30% το ζήτησε. Στην Ελλάδα όπου συνήθως ως τώρα η αλήθεια δεν ομολογείται και ο άρρωστος δεν ενημερώνεται επίσημα, πολλοί ξέρουν τελικά την αλήθεια μαθαίνοντάς τη έμμεσα είτε από μισόλογα και τις κουβέντες του διαδρόμου, είτε από το υπέρμετρο ενδιαφέρον και του υπερπροστατευτισμό που δείχνουν συγγενείς και φίλοι είτε από τον χώρο στον οποίο νοσηλεύονται, είτε από το είδος της θεραπείας στην οποία υποβάλλονται.⁶⁵

Οι καρκινοπαθείς άρρωστοι έχουν συχνά αγωνία και άγχος, που μπορεί να οφείλεται στο ότι δεν γνωρίζουν ποιά είναι η διάγνωσή τους ή γιατί εσκεμμένα οι γιατροί, οι αδελφές, και οι συγγενείς τους, τους έκρυψαν την αλήθεια και τους είπαν ότι θα γίνουν καλύτερα. Εδώ πρέπει να

σημειωθεί ότι τις περισσότερες φορές οι καρκινοπαθείς άρρωστοι υποψιάζονται την πραγματική φύση της αρρώστιας τους, αλλά σε ποιον να μιλήσουν αν δεν αισθάνονται σιγουριά ότι θα πάρουν μια αληθινή απάντηση στην ερώτηση τους; Και γεννάται το ερώτημα; Πρέπει να γνωρίζει την διάγνωση της αρρώστιας του ο άρρωστος με καρκίνο; Η ερώτηση αυτή έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμη γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία, και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά του, για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τις νοσηλεύτριες. Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο συχνά εξαρτάται από την ψυχοσύνθεσή του και το χαρακτήρα του, από την φιλοσοφία του για την ζωή και τις απόψεις του γύρω από την ζωή και τον θάνατο. Με άλλα λόγια όλοι είμεθα άνθρωποι και αποτελούμε ο καθένας από μας μια ψυχοσωματική ενότητα. Ενώ όμως έχουμε όλοι οι άνθρωποι τόσα κοινά χαρακτηριστικά εν τούτοις έχουμε και ψυχολογικές διαφοροποιήσεις. Ο άνθρωπος όντας εξαιρετικά πολύπλοκος οργανισμός αντιδρά το ίδιο πολύπλοκα και εξατομικευμένα σε όμοια εξωτερικά ερεθίσματα. Η αντίδραση του κάθε ανθρώπου σε κάποιο γεγονός μπορεί να ανιχνευθεί σε να ευρύ φάσμα όπου το ένα άκρο του είναι αυτό που ονομάζουμε φυσιολογικό για να φθάσει στις καθαρά παθολογικές μορφές.⁶⁶ Ακόμη όλες οι λέξεις δεν έχουν το ίδιο νόημα για κάθε άτομο. Αν ξέρουμε μια ορισμένη λέξη τι σημαίνει για ένα συγκεκριμένο άτομο τότε μόνο μπορούμε να τη χρησιμοποιούμε. Υπάρχουν άρρωστοι οι οποίοι ζητούν να πληροφορηθούν την φύση και το "status" της καταστάσεως της υγείας τους. Και η αλήθεια αυτή τους ηρεμεί και τους αναπαύει γιατί τους δημιουργεί την αίσθηση ότι πρέπει να αρχίσει η Ιατρική μάχη και ο

πόλεμος ενάντια στην αρρώστια και κυρίως και λερναίουδρικού καρκίνου. Από την γνωμάτευση οι αρρώστοι παίρνουν θάρρος και βάζουν οροδείκτες πορείας. Αντίθετα άλλοι άνθρωποι πιο ευαίσθητοι στον πόνο και την αρρώστεια δεν αντέχουν ν' ακουσουν την μοιραία αλήθεια που όντως σπάει κόκκαλα. Και πράγματι πόσοι από μας τους κοινούς ανθρώπους μπορούν να πουν ότι είναι πιο δυνατοί από την οδύνη της κάθε αρρώστειας και στην προκειμένη περίπτωση της οδυνηρότητας καρκινικής νεοπλασίας π.χ. των οστών; Ποιός είναι τόσο δυνατός μπροστά στο οριακό γεγονός του καλπάζοντος θανάτου; 67

Η απόκρυψη της διάγνωσης της αρρώστειας ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο αρρώστος πολλές φορές πληροφορείται την αρρώστεια του από άλλους αρρώστους, επισκέπτες και όχι σπάνια άτεχνα, από τον γιατρό ή την νοσηλεύτρια με αποτέλεσμα ο τρόπος αυτός ενημέρωσής του να κλονίζει την πίστη και την εμπιστοσύνη του στο γιατρό και την νοσηλεύτρια. Εφόσον ο αρρώστος αγνοεί την αρρώστια, φυσικά είναι να μην ακολουθεί την θεραπεία, που πολλές φορές δεν έχει λογική σύνδεση με την διάγνωση της καθώς και τις περιοδικές ιατρικές εξετάσεις του. Αλλά αποτελεί ηθικό, ίσως και νομικό πρόβλημα η απόκρυψη της διάγνωσης της αρρώστιας από τον καρκινοπαθή. Μεταξύ των δικαιωμάτων του αρρώστου είναι να γνωρίζει την αρρώστεια του και να βοηθείται από την ομάδα υγείας να παίρνει τις σωστές αποφάσεις. Με την ενημέρωσή του περιορίζονται οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες που έχει ο αρρώστος στα αρχικά στάδια της αρρώστιας, αποφεύγεται η διάψευση των ελπίδων χωρίς περιεχόμενο που καλλιεργούνται στον αρρώστο και η διασάλευση της εμπιστοσύνης του στο προσωπικό της ομάδας

υγείας. Αλλωστε οι περισσότεροι υγιείς και οι άρρωστοι στις ΗΠΑ, που ρωτήθηκαν αν θα ήθελαν να γνωρίζουν την αρρώστιά τους δήλωσαν ότι προτιμούν να είναι ενημερωμένοι για την αρρώστιά τους.^{5,67}

Γενικά νομίζεται ότι αν η ενημέρωση του αρρώστου γίνει με πρόγραμμα, στο οποίο θα γίνει προσπάθεια για διάλυση αβάσιμων φόβων, τοποθέτηση του καρκίνου μεταξύ πολλών ανεπιθύμητων ασθενειών, κινητοποίηση ψυχικών και φυσικών δυνάμεων του αρρώστου για αντιμετώπιση της αρρώστιας, θα βοηθήσει περισσότερους ανθρώπους και δεν θα βλάψει ίσως κανένα. Είναι βέβαιο ότι υπάρχουν ορισμένοι άρρωστοι που αρνούνται τελείως την πάθησή τους αλλά δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντιμετωπίσουν όλη την αλήθεια που σχετίζεται μ' αυτή. Σ' αυτούς τους αρρώστους η γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας, που σχετίζεται με την αρρώστια τους, όταν μάλιστα δεν την ζητήσουν πρέπει να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους.⁶⁸ Τις πληροφορίες μας πρέπει να κατευθύνουν η συμπόνοια, η στοργή, η επαγρύπνηση, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσεως που πολλές φορές βρίσκεται ο άρρωστος, η σύνεση, η προσοχή, η ανοχή, και ιδιαίτερα η περιποίηση με στοργή. Έτσι θα μπορέσουμε να αποσπάσουμε την συμπάθεια του αρρώστου, και θα επιβληθούμε, ώστε να δεχεται όσα του λέμε καθώς και την θεραπεία που του υποδείχθηκε. Ορθά παρατηρείται πως η φαρμακολογική αξία της αλήθειας είναι πολύ ανώτερη του ψεύδους. Αρκεί η αλήθεια να χρησιμοποιείται στην σωστή δόση, και να προστεθεί και με τον κατάλληλο τρόπο. Οι απαντήσεις της νοσηλεύτριας στις ερωτήσεις των αρρώστων και η πληροφορίες που δίνει πρέπει πάντοτε να συμβαδίζουν με το πνεύμα του

γιατρού.⁶⁹

Οι άρρωστοι συνήθως είναι μέλη οικογένειας . Γι' αυτό μια διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλεί την οικογένεια. Δεν βγήκαμε ακόμη από το στάδιο που ο καρκίνος είναι: το ξορκισμένο, κακή αρρώστια, επάρατος νόσος, φόβος, σιωπή, θάνατος. Η αγωνία και η θέση των συγγενών αρχίζει με την υποψία πριν την διάγνωση. Το πρωταρχικό πρόβλημα είναι ότι απειλείται η ζωή ενός αγαπημένου τους προσώπου. Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας, με τους συγγενείς του άρρωστου είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζονται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άρρωστοι τους βρίσκονται σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί τον συνδετικό κρίκο οικογένειας και άρρωστου και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με την συμμετοχή του σ' αυτά όσο είναι δυνατόν.⁷⁰

Συνήθως οι συγγενείς έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας, και αγωνίας. Παράλληλα ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα, μοναξιά, ντροπής και απογοήτευσης. Όταν ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί και επακολουθεί η κατάθλιψη. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του άρρωστου είναι να καθήσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση, και να μην προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας. Έτσι αρχίζει ο άρρωστος να

αποδέχεται την αρρώστια του, να έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στην σιωπηλή παρουσία τους. Η σκέψη, ότι βρισκόμαστε μπροστά σε άρρωστο, που μάλλον προχωρεί προς τον θάνατο με πολλή ταλαιπωρία και πόνο, μας δημιουργεί επιτακτική την ανάγκη να γνωρίσουμε τα συναισθήματά του απέναντι στον θάνατο. Η νοσηλεύτρια που έχει κάνει προσωπική την χριστιανική φιλοσοφία για τον θάνατο, μπορεί να δώσει στον ετοιμοθάνατο άρρωστο ανακούφιση και θάνατο. Κάθε περίπτωση άρρωστου είναι διαφορετική και ποτέ δεν συνηθίζεται. Οι αντιλήψεις των αρρώστων που πεθαίνουν, καθώς και των συγγενών τους διαφέρουν και είναι η συνισταμένη πολλών παραγόντων, όπως θρησκευτικών πεποιθήσεων, νοοτροπίας, καλλιέργειας, αγωγής, προοπτικής ζωής, μορφώσεως, κοινωνική τάξης κλπ.

Πάντως είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την αρρώστια και τον θάνατο γενικότερα. Η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματά μας απέναντί της και τότε θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με πίστη και με αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμη θα επιτύχουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαθύνουμε στον πόνο του, αλλά να τον κατανοήσουμε και να τον συμπαθήσουμε χωρίς παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τον άρρωστο και τον κόσμο του.

Η παρουσία της νοσηλεύτριας, σε σχέση με τον πάσχοντα από καρκίνο, είναι σημαντικό γεγονός της ζωής της αφού παράλαβε αυτή την παρακολούθηση της προσφοράς που βλέπει με αγάπη το θαύμα της ζωής και με πόνο το μυστήριο του

θανάτου. Είναι καθήκον της μετά την γνωστοποίηση της αλήθειας στον άρρωστο να συνεχίσει τον ωραίο αυτό αγώνα της αγάπης, εφ' όσον συνεχίζεται και η ζωή. Σαν μοναδικό ανταλλάγμα θα έχει το βαθύ αίσθημα της ικανοποίησης που της δίνει μόνο η επιτέλεση του καθήκοντος στον πάσχοντα συνάνθρωπο και την κοινωνία.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ.

Δεκαοκτώ εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο το κόσμο υποφέρουν κάθε χρόνο από τον χρόνιο πόνο του καρκίνου. Σύμφωνα με μελέτες, το 40% περιλαμβάνει όλα τα στάδια του καρκίνου και το 60% του προχωρημένου καρκίνου. Το 25% των καρκινοπαθών πεθαίνει χωρίς ικανοποιητική αντιμετώπιση του πόνου. Ο πόνος, ο μεγάλος δυνάστης που ο Αριστοτέλης τον περιέγραψε ως "το πάθος της ψυχής" είναι δυαδικό φαινόμενο, δηλαδή αίσθηση και συναισθηματική εμπειρία. Πάντοτε αρχίζει με ένα σωματικό ερέθισμα που πάντοτε επεξεργάζεται ο εγκέφαλος. Έτσι ο πόνος γίνεται απόλυτα υποκειμενικό φαινόμενο και είναι ο πόνος που περιγράφει ο ασθενής και όχι ότι ο παρατηρητής νομίζει ότι θα έπρεπε να είναι. Επηρεάζεται δε κατά πολύ από τη διάθεση, το ηθικό, ανάμνηση προηγούμενου πόνου, φιλοσοφία προς την έννοια του πόνου, πίστη, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.⁷¹

Ο Saunders, συγκεντρώνοντας την προσοχή στην πολυπλοκότητα της ψυχοσωματικής εκδήλωσης του χρόνιου πόνου, καθιέρωσε τον όρο "ολικός πόνος" με κύριου άξονες τη σωματική προέλευση του πόνου, την κατάθλιψη, το θυμό και το άγχος, παράγοντες που στη σωστή μεταχείριση του ασθενή είναι αναγκαία η ουσιαστική αντιμετώπισή τους.⁷²

Είναι φανερό πως για την αποτελεσματική θεραπεία και ικανοποιητική προσφορά στον καρκινοπαθή και στην οικογένειά του απαιτείται η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων. Η ανάγκη αυτή έγινε η αφετηρία για τη δημιουργία πολυδυναμικών ιατρείων και κλινικών σε πολλά κράτη από το

1950 και πρόσφατα στο δικό μας χώρο. Στα κέντρα αυτά, η ομάδα πόνου χρησιμοποιεί όλες τις σύγχρονες γνώσεις και μέσα, σε μια συντονισμένη προσπάθεια με στόχο την εξατομικευμένη αντιμετώπιση του κάθε ασθενή σύμφωνα με τις σωματικές, ψυχικές και πνευματικές του ανάγκες. Γιατί ο χρόνιος πόνος του καρκίνου, πέρα από τις συνέπειες της ασθένειας και τον χρόνο επιβίωσης, κυριεύει τον ασθενή, την κάθε στιγμή. Του δημιουργεί προβλήματα προσαρμογής στην κατάσταση του, τον κάνει αναποφάσιστο, εσωστρεφή ή επιθετικό, δύστροπο ή εξαρτώμενο συνεχώς από τους άλλους, ανίκανο να χρησιμοποιεί τις δικές του δυνάμεις. Πολλές φορές τον εξαντλεί και τον λυοπεδώνει.^{69,71}

H.E. Kubler - Ross περιγράφει ένα περιστατικό για κάποιον ασθενή που νοσηλευόταν στο Νοσοκομείο για πολύ καιρό και που κανείς δεν ήξερε αν είχε αντιληφθεί τίποτε, ο ασθενής σχετικά με την αρρώστειά του. Όλοι ήταν βέβαιοι ότι δεν γνώριζε τίποτα, όταν όμως τον πλησίασε η E. Kubler - Ross και τον ρώτησε : "Πόσο άρρωστος είστε;" προς κατάπληξη όλων απάντησε : "Είμαι γεμάτος μεταστάσεις" Ήδη ο άρρωστος γνώριζε την αλήθεια την οποία οι άνθρωποι του απέκρυπταν .

Να σημειωθεί ότι τις περισσότερες φορές οι καρκινοπαθείς υποψιάζονται την πραγματική φύση της αρρώστιας τους, αλλά σε ποιον να μιλήσουν αν δεν αισθάνονται σιγουριά ότι θα πάρουν μια αληθινή απάντηση στην ερώτησή τους.⁷²

Μελέτες απέδειξαν πως το ευχαριστο και οικείο περιβάλλον στο Νοσοκομείο και η σωστή μεταχείριση του ασθενή, ιδιαίτερα από το νοσηλευτικό προσωπικό, που είναι τις περισσότερες ώρες μαζί του επηρεάζουν την ένταση και

τη διάρκεια του πόνου. Ο διαχωρισμός των ασθενών σύμφωνα με τη βαρύτητα της κατάστασης, της ηλικίας και της συμπεριφοράς τους, συμβάλλει στην μείωση των εντυπώσεων και της αλληλεπίδρασης, του άγχους και της υπομονής τους.⁷²

Το νοσηλευτικό προσωπικό, συμμετέχοντας στην προσπάθεια για την αντιμετώπιση του πόνου στον καρκινοπαθή, πρέπει να συμπεριστεί την αγωνία του και αλλάζοντας νοοτροπία απέναντί του να του προσφέρει μεθοδική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα από τη στιγμή της εισόδου του στο νοσοκομείο. Χρειάζεται να μπει η νοσηλεύτρια στη ζωή του, να γνωρίσει τις ιδιαιτερότητες του για να τον βοηθήσει να διατηρήσει την αυτονομία του, τη γνωστική του ικανότητα και την αξιοπρέπεια του χωρίς πόνο. Η εξήγηση από τη νοσηλεύτρια της μεθόδευσης της νοσηλευτικής φροντίδας και της ωφελιμότητας της τακτικής χορήγησης των αναλγητικών, επιτρέπουν στον ασθενή να κατανοεί την κατάστασή του να επικοινωνεί με το προσωπικό χωρίς δισταγμούς και φοβίες και τελικά με καθοδήγηση να γίνεται ο κύριος της κατάστασής του, να εκτιμά και να ελέγχει τον πόνο του.

Είναι φανερό πως για να πετύχουν οι προσπάθειες, χρειάζεται τόσο η νοσηλεύτρια της ομάδας πόνου αλλά και κάθε άλλη νοσηλεύτρια να ενημερώνεται συνεχώς και να γνωρίζει τους τρόπους αντιμετώπισης του πόνου, τις μεθόδους αναλγησίας, τις εφαρμογές και τις παρενέργειές τους, να γνωρίζει επίσης την αναγκαιότητα της χορήγησης τους την καθορισμένη ώρα. Πρέπει η νοσηλεύτρια να διαθέτει αυτοπεποίθηση, να εμπνέει εμπιστοσύνη, να δείχνει κατανόηση για να μπορεί να εμπυχώνει και να

ενθαρρύνει τόσο τον ασθενή όσο και τους συγγενείς, που η συμμετοχή τους είναι πάντα απαραίτητη.

Η παρακολούθηση των ασθενών γίνεται σε τακτικά διαστήματα από τα μέλη της ομάδας και από τη νοσηλεύτρια της κατ' οίκον νοσηλείας όταν ο ασθενής μεταφερθεί στο σπίτι του. Το πρόγραμμα αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου του καρκίνου ανοίγει και για τις νοσηλεύτριες καινούργιους ορίζοντες συνεργασίας και εξειδίκευσης. Η νοσηλεύτρια μπορεί να δραστηριοποιηθεί και να συμβάλλει στην ανάπτυξη του βελτίωση του προγράμματος, συμμετέχοντας στην έρευνα των παρεχομένων υπηρεσιών από την ομάδα, στην εκπαίδευση των ασθενών και των συγγενών, στην εκπαίδευση του προσωπικού και στην έρευνα για την κάλυψη του προγράμματος. Σεβόμενη την ακεραιότητα και αξιοπρέπεια του κάθε ασθενή, μπορεί να υποστηρίξει όλες τις προσπάθειες της ομάδας. Χρειάζεται χρόνος, κόπος, γνώση, και αγάπη γιατί όλα μπορεί να αλλάξουν αύριο και οι ασθενείς μας να έχουν ποιότητα ζωής χωρίς αυτό το δυνάστη που λέγεται πόνος.⁷¹

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο I V

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Π. ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Ένα ιδεώδες και πλήρες πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καλό θα ήταν να αρχίζει από τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου. Γι' αυτό και χρειάζεται να υπάρχει δικτύωση ανάμεσα στα διαγνωστικά κέντρα και τους φορείς των προγραμμάτων αποκατάστασης. Ο συνδετικός κρίκος για την αποτελεσματική επικοινωνία των δύο θα πρέπει να είναι η κοινωνική υπηρεσία του διαγνωστικού κέντρου. Ένα τέτοιο πρόγραμμα αποτελείται από τρεις φάσεις:

Η πρώτη φάση της αποκατάστασης του ασθενή είναι προπαρασκευαστική. Ο στόχος αυτής της φάσης είναι η ψυχολογική και η πρακτική προετοιμασία και υποστήριξη του ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας που θα περάσει.

Η δεύτερη φάση θα μπορούσε να ονομαστεί κλινική και καλύπτει την περίοδο που ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο.

Η τρίτη φάση θα μπορούσε να ονομαστεί μετακλινική και αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής εγκαταλείπει το νοσοκομείο. Η φάση αυτή αποτελεί τον κυρίως κορμό της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Η άρτια λειτουργία ενός προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης απαιτεί κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό.⁷³

Τα τελευταία χρόνια πολλά προγράμματα αποκατάστασης συμπεριλαμβάνουν και κάποια καθοδήγηση όσο αφορά τη διατροφή που συντείνει στην διατήρηση της υγείας του

ασθενή. Μια και η αντιμετώπιση του ασθενή από το οικογενειακό του περιβάλλον επηρεάζει σημαντικά τη στάση του απέναντι στον καρκίνο, είναι σημαντικό να υπάρξει και μια πρόβλεψη για ενημέρωση και καθοδήγηση της οικογένειας. Οι γενικές κατευθύνσεις που δίνονται είναι τέτοιες ώστε οι συγγενείς να βοηθήνε και να υποστηρίζουν τον ασθενή, χωρίς όμως να παίζουν το ρόλο του "σωτήρα" και να τον οδηγούν στην περιττή εξάρτηση από το περιβάλλον. Παράλληλα, μια και τα ίδια τα μέλη της οικογένειας βρίσκονται κάτω από το stress, μια δεύτερη πτυχή της συνεργασίας με την οικογένεια του ασθενή είναι να προσφερθεί μια ψυχολογική υποστήριξη στα μέλη. Έτσι εκτός από τις ομάδες υποστήριξης που απαρτίζονται από τους ασθενείς, στα περισσότερα σύγχρονα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης λειτουργούν και παρόμοιες ομάδες για τους συγγενείς των ασθενών όπως, για παράδειγμα ομάδες συζύγων ή παιδιών.⁷⁴

Ένα από τα αντιπροσωπευτικά προγράμματα αποκατάστασης για άτομα με καρκίνο, το οποίο αποτελεί μια έμπρακτη εφαρμογή των απόψεων της ολιστικής Ιατρικής, είναι κι αυτό που εφαρμόζουν οι Simonton, οι οποίοι βασίζουν το πρόγραμμά τους σε ένα ολιστικό θεωρητικό μοντέλο ανάπτυξης του καρκίνου που συνθέτει τα ευρήματα πολλών ψυχοσωματικών ερευνών της τελευταίας εικοσαετίας και ιδιαίτερα εκείνων που θεωρούν τον υποθάλαμο σαν κεντρική παράγοντα στη σχέση ανάμεσα στην συναισθηματική κατάσταση και την ανοσοποιητική δραστηριότητα. Σύμφωνα με τους Simonton, μια αποτελεσματική αντιμετώπιση του καρκίνου χρειάζεται- παράλληλα με την θεραπευτική αγωγή που ακολουθεί ο ασθενής- μια συστηματική προσπάθεια να ξεπεραστούν τα συναισθήματα που ενδεχομένα μειώνουν την ικανότητα του

οργανισμού να αντισταθεί στα καρκινικά κύτταρα. Μια τέτοια αποψη μοιραία αλλάζει σημαντικά το ρολό της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της προσδίδει ένα πιο δυναμικό ρόλο.⁶⁴

Ο βασικός σκοπός μιας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι να αντικαταστήσει την κατάθλιψη και την απελπισία με μια αισιόδοξη θεώρηση της ζωής και να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις που θα ενεργοποιήσουν τον ασθενή, ώστε να αναλάβει ένα ενεργητικό ρόλο στην ανάκτηση της υγείας του. Το πρώτο βήμα είναι να ανακτήσει ο ασθενής την επιθυμία για ζωή. Παρόλο που όλοι οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι θέλουν να ζήσουν, μερικοί από αυτούς δεν συμπεριφέρονται ανάλογα.⁶⁴

Σύμφωνα με τις απόψεις της ολιστικής Ιατρικής ο άνθρωπος δεν είναι μόνο σώμα. Οι ψυχοσωματικές έρευνες των τελευταίων ετών δείχνουν ότι ο νους και το σώμα απαρτίζουν ένα ενιαίο και αλληλένδετο σύνολο. Συνεπώς ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα αποκατάστασης είναι εκείνο που απευθύνεται σε ολόκληρο το άτομο και όχι μόνο στο σώμα ή το νου του. Ένα σύγχρονο πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρειάζεται να έχει σαν κεντρικό τον άξονα την ομάδα. Βασίζεται δηλαδή στην δημιουργία μικρών γκρουπ ασθενών που λειτουργούν σαν ομάδες υποστήριξης. Μια τέτοια ομάδα απαρτίζεται από οχτώ έως δέκα μέλη και διευθύνεται από κάποιον συντονιστή (ψυχίατρο, ψυχολόγο, νοσηλεύτρια, κοινωνική λειτουργό.) Επομένως οι ειδικότητες θα καλύψουν ένα κενό, παράλληλα σε η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και η συνεχή επιμόρφωση θα συμβάλλουν στην σωστή αντιμετώπιση της τόσο μεγάλης αυτής ομάδας του πληθυσμού. Εκτός από την εκπαίδευση, άλλος παράγοντας επίσης ουσιαστικός στην αποκατάσταση είναι η διαφώτιση της κοινωνίας με

επιστημονικά μελετημένο τρόπο, ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμό που σήμερα υπάρχει προς την έννοια καρκίνος, σαν πρόβλημα και να κατευθυνθεί προς την αποκατάστασή του.⁷⁴

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανοήσεως σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον ασθενή. Η υποστήριξη του ασθενή στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική, δηλαδή να αρχίσει πριν ακόμη κατασταλάξουν τα συναισθήματά του και αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή ελέγξουμε αργότερα. Επειδή όμως στη φάση αυτή -βοήθειας αποκατάστασης- του ασθενή με τα μέλη της ομάδας υγείας ασκεί επίδραση η οικογένεια του ασθενή και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκατάστασεως να συμπεριλαμβάνονται και αυτές οι ομάδες του πληθυσμού.⁷⁵

Οι ασθενείς, των οποίων το νήμα της ζωής συνεχίζεται και μετά την εμφάνιση της νόσου, πρέπει να αισθανθούν ότι τίποτε δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής και ότι μπορούν να συμμετέχουν σε όλα, έστω και μετά από μια μόνιμη κολοστομία.

Η παρουσία κολοστομίας, όπως είναι φυσικό, επηρεάζει την ψυχολογία του ασθενή καθώς διαφοροποιεί κατά ένα μέρος τον τρόπο ζωής του. Πριν ο ασθενής μπει στο χειρουργείο πρέπει να ξέρει τι θα συμβεί.

Πολλοί ασθενείς στο άκουσμα της κολοστομίας αντιδρούν και αρνούνται να χειρουργηθούν. Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να εξηγήσει με όσο πιο κατανοητό τρόπο τους λόγους που επιβάλλουν την επέμβαση, καθώς και για το γεγονός πως η

ζωή του δεν θα αλλάξει αρκεί ο ίδιος να δεχθεί τη νέα κατάσταση ήρεμα, χωρίς φόβο και άγχος.

Ο ρόλος και η βοήθεια της νοσηλεύτριας, αρχίζει με την εισαγωγή του ασθενούς και διαρκεί ως την έξοδό του από το νοσοκομείο ίσως και στην κοινότητα. Το πρώτο βήμα είναι η σωστή ενημέρωση και ταυτόχρονα η ηθική υποστήριξη ώστε ο ασθενής να γίνει ικανός να αντιμετωπίσει την πιθανή κολοστομία. Η νοσηλεύτρια θα απαντήσει φιλικά και σ' όλες τις απορίες του ασθενή και θα του εξηγήσει γιατί είναι απαραίτητη η συγκεκριμένη επέμβαση καθώς και για το ποσό θα τον ωφελήσει.

Σημαντική ενίσχυση θα ήταν η συνάντηση και συζήτηση του ασθενή με κάποιο άτομο που έχει χειρουργηθεί και έχει αποδεχτεί την κολοστομία και ζει συμφιλιωμένος με το "νέο τρόπο" ζωής του. Αλλά επειδή και πάλι παραμένει αρκετά δύσκολο να συνηθίσει ο ασθενής τη νέα κατάσταση, η συμπαράσταση, η στοργή, η καλοσύνη και η ανθρωπιά της νοσηλεύτριας παίζουν κύριο ρόλο στη νοσηλεία του. Καθοριστικοί επίσης παράγοντες για τη συμπεριφορά του ασθενή είναι η προσωπικότητα, η μόρφωση και η οικογενειακή του κατάσταση.

Από τη στιγμή που θα γίνει η εγχείρηση και ξυπνήσει ο ασθενής, νέα ερωτηματικά και αμφιβολίες εμφανίζονται τώρα που συνειδητοποιεί την πραγματικότητα. Η ευθύνη και η δυσκολία για την αποκατάσταση της ψυχικής του ηρεμίας πέφτει στην νοσηλεύτρια. Έργο δύσκολο, που απαιτεί ικανότητα και γνώσεις συνδυασμένες με αγάπη και ενδιαφέρον για τον ασθενή, καθώς επίσης σταθερότητα, επιμονή και υπομονή στις διάφορες δυνατές αντιδράσεις του.

Αφού λοιπόν περάσουν λίγες ημέρες και ο ασθενής

εξοικειωθεί με την παραφυσιν έδρα και ηρεμήσει ψυχολογικά, θα αρχίσει η διδασκαλία για την περιποίηση της κολοστομίας από τον ίδιο, πράγμα που σιγά-σιγά θα τον βοηθήσει να νοιωθει πιο άνετα καθώς δεν θα εξαρτάται από άλλους.

Η εκμάθηση θα γίνει βαθμιαία με την ακόλουθη σειρά. Αρχικά, η νοσηλεύτρια εξηγεί θεωρητικά την προετοιμασία της νοσηλείας (ποια είναι τα απαραίτητα είδη, την ετοιμασία και τη σειρά χρήσης τους). Επειτα ο ασθενής παρακολουθεί την νοσηλεύτρια να προετοιμάζει μόνη της τα απαραίτητα είδη και να εκτελεί την αλλαγή. Σταδιακά αρχίζει να βοηθά και ο ίδιος στην εκτέλεση της αλλαγής. Κατόπιν πραγματοποιεί μόνος τους το μεγαλύτερο μέρος αυτής. Με τον καιρό, όταν η νοσηλεύτρια διαπιστώσει πως ο ασθενής έχει εξοικειωθεί με την όλη διαδικασία, του επιτρέπει να εκτελεί μόνος όλη την αλλαγή και λίγο αργότερα, αν ο ίδιος θέλει να αναλάβει την ευθύνη, εκτελεί και την προετοιμασία και την αλλαγή. Όλα αυτά βέβαια με την επίβλεψη της νοσηλεύτριας στην αρχή ώσπου να φανεί ότι δεν χρειάζεται την βοήθεια της. Τέλος, διδάσκεται τον τρόπο υποκλύσμου στην παραφύση έδρα και τον εκτελεί.⁷⁵

Υπάρχει όμως περίπτωση να μην μπορεί ο ίδιος ο ασθενής να αναλάβει τη νοσηλεία του, είτε γιατί είναι υπερηλικας είτε μη ισορροπημένο διανοητικά ή συναισθηματικά άτομο. Τότε η νοσηλεύτρια θα διδάξει τον τρόπο νοσηλείας στον πλησιέστερο συγγενή του ασθενή, αν βέβαια κριθεί κατάλληλος για αυτή την εργασία και αν δεχτεί φυσικά υπεύθυνα να την αναλάβει.

Αν όμως δεν υπάρχει αυτό το συγγενικό πρόσωπο, τότε η νοσηλεύτρια συνεργαζομενη με κοινωνική λειτουργό,

φροντίζει να γίνεται η νοσηλεία από μια επισκέπτρια αδελφή, η οποία βέβαια, θα συνεννοείται με την υπεύθυνη κοινωνική λειτουργό, ώστε να βοηθήσουν περισσότερο τον ασθενή. Να συμβάλλουν όχι μόνο να μην αισθάνεται άσχημα, αλλά και να επανέλθει στην προηγούμενη φυσιολογική του κατάσταση, όσο βεβαία αυτό είναι δυνατό.

Αλλά και για τους υπόλοιπους ασθενείς που έχουν οικογένεια και συγγενείς, για να επανέλθουν στο φυσιολογικό τρόπο ζωής, είναι απαραίτητο να τους προσφερθεί το κατάλληλο κλίμα από το περιβάλλον τους. Γι' αυτό εκτός από την ενημέρωση, τη διδασκαλία και την ηθική υποστήριξη στον ίδιο τον ασθενή, η νοσηλεύτρια οφείλει να βοηθήσει και την οικογένειά του να δεχτεί φυσιολογικά την κολοστομία και να καθοδηγήσει την συμπεριφορά τους απέναντι στον ασθενή. Να τους πείσει δηλαδή να μην φοβούνται και αγωνιούν να μην τον λυπούνται και να τον αντιμετωπίζουν ως προβληματικό και γενικά να συμπεριφέρονται όσο το δυνατό πιο φυσιολογικά ώστε να μην του μεταδίδουν άγχος και ανησυχία. Σε σύντομο χρονικό διάστημα επίσης από την επιστροφή στο σπίτι θα πρέπει να τον ωθούν να συμμετέχει, όσο του επιτρέπει η υγεία του, σε όλες τις εκδηλώσεις ή εργασίες της οικογένειας.⁷⁰

Οι φίλοι και οι συγγενείς μπορούν να βοηθήσουν συνεχίζοντας να τον επισκέπτονται, να συζητούν και να διασκεδάζουν μαζί. Τα φιλικά αισθήματα συμβάλλουν πάντα στην καλύτερη και ταχύτερη επανένταξη του στον κόσμο και στη φυσιολογική ζωή. Είναι σίγουρο πως αν ο ασθενής διαπιστώσει ότι οι άλλοι δεν ενοχλούνται από το "πρόβλημά τους" -που μπορεί να μειώνεται με σωστή διατροφή- θα το δεχτεί και θα το ξεπεράσει σχετικά γρήγορα και πιο εύκολα.

Πρέπει να κατορθώσουμε να νοσηλεύουμε τους καρκινοπαθείς με πίστη ότι είναι δυνατόν να θεραπευθούν, με κατανόηση των φόβων και των ανησυχιών τους, και με πεποίθηση ότι η ασθένεια, όσο σκληρή κι αν φαίνεται, έχει σκοπό μέσα στην πορεία της ζωής μας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πολύ ελάχιστες είναι οι αρρώστιες που συνδυάζουν τόσο τραγικά, τις καταστροφικές ιδιότητες μιας μακροχρόνιας αρρώστιας, με την κρίση και τα δακρυα που προκαλεί η ξαφνική εμφάνιση μιας άλλης οξείας αρρώστιας. Ο καρκινοπαθής άρρωστος έχει και τα δυο αυτά χαρακτηριστικά. Γι' αυτό χρειάζεται ν' αντιμετωπισθεί τόσο σαν άρρωστος που παρουσιάζει έντονα θορυβώδη συμπτώματα στο χώρο του νοσοκομείου, όσο και σαν χρόνιος άρρωστος με ανάγκες που μπορούν τουλάχιστον τον περισσότερο χρόνο, να αντιμετωπισθούν στο χώρο που ζει στο σπίτι του.

Η επιστημονική πρόοδος έδωσε σήμερα την δυνατότητα στον άνθρωπο να καθυστερεί να αναβάλλει το θλιβερό αποτέλεσμα μιας θανατηφόρου αρρώστιας όπως ο καρκίνος, και να ανακουφίζει τον άνθρωπο από πολλά σωματικά συμπτώματα που την συνοδεύουν. Ακριβώς όμως εξαιτίας αυτής της επιστημονικής πρόοδου ο άνθρωπος σήμερα σπάνια πεθαίνει με άνεση και ζεστασιά στο δικό του σπίτι, ανάμεσα στην οικογένεια και τους φίλους του, αντίθετα προσπαθούν να τον ξεκουράσουν οι μάσκες οξυγόνου και οι αναπνευστικές συσκευές, οι διάφορες παροχετεύσεις και το πάντοτε απασχολημένο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Είναι λοιπόν ανάγκη όλοι εμείς που εργαζόμαστε για τον άρρωστο να συγκεντρώσουμε τις προσπάθειές μας, για την απαραίτητη υποστήριξη και βοήθεια στο άτομο που υποφέρει από καρκίνο και να του προσφέρουμε ολοκληρωμένη φροντίδα σε όλη την διάρκεια του αγώνα του.

Η πραγματικότητα, σχετικά με την σημερινή οργάνωση και κατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών του Ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας μας καθώς και της νοσηλευτικής εκπαίδευσης δείχνει ότι η πυραμίδα της φροντίδας είναι αντιστροφως ανάλογη της πυραμίδας των αναγκών. Παρά το γεγονός ότι τα άτομα που βρίσκονται στα νοσοκομεία αντιπροσωπεύουν πολύ μικρό ποσοστό του πληθυσμού της χώρας μας που χρειάζεται υγειονομική περίθαλψη, εν τούτοις αυτά τα άτομα απορροφούν το μεγαλύτερο ποσοστό των Ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Η υγειονομική περίθαλψη κατά ένα μεγάλο ποσοστό αγνοεί το άτομο που βρίσκεται έξω από το νοσοκομειακό χώρο και πολύ περισσότερο στις απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές.⁷⁰

Η νοσηλευτική εκπαίδευση τόσο στο θεωρητικό της μέρος όσο και στην κλινική άσκηση επικεντρώνεται στον άρρωστο του νοσοκομείου, αγνοώντας το γεγονός ότι υπάρχει ανάγκη για πρόληψη της αρρώστιας, διατήρηση και παραγωγή της υγείας όλου του πληθυσμού της χώρας. Εκπαιδεύονται οι σπουδάστριες στην Ογκολογική Νοσηλευτική, μόνο στα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία, δεν έχουν την ευκαιρία να φροντίσουν τον καρκινοπαθή στο σπίτι του, να τον βοηθήσουν να παραμείνει στο σπίτι του, να πεθάνει στο σπίτι του. Ακόμη να συμβάλλουν να προληφθεί ο καρκίνος από τα πρώιμα συμπτώματά του τα οποία οι ίδιες πρώτα, θα διαπιστώσουν από τις επισκέψεις του αρρώστου στο Κέντρο Υγείας ή της επισκέπτριας στο σπίτι του αρρώστου. Για να μπορέσει όμως η σπουδάστρια \ φοιτήτρια της νοσηλευτικής να έχει αυτόν το προσανατολισμό προς την υγεία και όχι την αρρώστια πρέπει τα ίδια τα εκπαιδευτικά προγράμματα και οι

εκπαιδευτικές ευκαιρίες να βοηθήσουν να τον αποκτήσει.²⁷

Πρέπει με την ανάλογη εκπαίδευση να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτοτυα στην ζωή του ατόμου, με σκοπό να αντιληφθεί τις ιδιαίτερες του ανάγκες, και να διαπιστώσει πως συλλαμβάνει το ίδιο το άτομο τις ανάγκες αυτές και να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα σε συνεργασία και συνεννόηση με το ίδιο το άτομο, το οποίο συμμετέχει ενεργά στην φροντίδα του. Για να γίνει αυτό πρέπει να καταλάβει η σπουδαστριά της νοσηλευτικής ότι νοσηλεύει το άτομο και όχι την αρρώστια, τον καρκινοπαθή άρρωστο και όχι τον καρκίνο.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο έχει γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδικεύσεως. Η ανάγκη της ειδικεύσεως αυτής του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργήθηκε από το γεγονός ότι όλοι αντιλαμβάνονται πως το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στην νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο.³

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α

Από τα στοιχεία που παραθέτουμε στο γενικό μέρος της εργασίας μας πάνω σε μια τόσο σοβαρή αρρώστια, όπως είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου, καταλαβαίνουμε πόσο μεγάλη σημασία έχει στην εποχή μας οι Νοσηλεύτριες και οι Νοσηλευτές που φροντίζουν αρρώστους με καρκίνο, να εκσυγχρονίζουν συνεχώς τις γνώσεις τους και να αναπτύξουν ειδικές δεξιότητες σχετικά με την πρόληψη, ανίχνευση, διάγνωση, θεραπεία, νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση των αρρώστων με καρκίνο. Στην αύξηση των γνώσεων και στην καλλιέργεια νοσηλευτικών δεξιοτήτων συντελεί μεταξύ άλλων η νοσηλευτική έρευνα, η διαδοχή των ερευνητικών πορισμάτων καθώς και η χρησιμοποίησή τους στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη.

Με περισσότερη οργάνωση, μελέτη, εκπαίδευση, επιδεξιότητα σε οποιαδήποτε νοσηλευτική εργασία, σε οποιοδήποτε νοσηλευτικό πρόβλημα, με πιο μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση και υψηλοφροσύνη στον τομέα "άνθρωπος" ή πιο καλά στον τομέα "πάσχοντας συνάνθρωπος", η Νοσηλεύτρια/ής επιτελεί σε σημαντικό βαθμό το ηθικό καθήκον της τόσο έναντι του αρρώστου όσο και έναντι του υψηλού λειτουργήματός της.

Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

"Ύμνος στα έργα του ανθρώπου,
την τέχνη, την αρετή, την
επιστήμη.

Μήτρα μας η αγάπη
Όλα μπορεί ν' αλλάξουν αύριο,
όχι χωρίς ελπίδα γιατί το
κύτταρο που μας γέννησε είναι
αγάπη"

Γιάννης Θαλασσινός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα μέρος της Έρευνας, ένα κομμάτι από την πίτα αποτελεί η Νοσηλευτική Έρευνα. Σαν επιστήμη και επάγγελμα η Νοσηλευτική έχει υποχρέωση να αποδεικνύει τις πρακτικές της εφαρμογές με έρευνα, περιμένοντας τους φιλόπρονους εργάτες για να καλλιεργηθεί και να αποδώσει εύχymους καρπούς.

Σκοπός της μελέτης μας που παραθέτουμε στο ειδικό μέρος της εργασίας μας είναι να προσδιοριστεί ο δείκτης συχνότητας εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου στα δυο φύλα κατά περιοχή, να εντοπιστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία του, να περιγραφούν τα στοιχεία των ασθενών αυτών με στόχο ότι τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από την τελική ανάλυση των ευρημάτων θα μας οδηγήσουν σε χρήσιμα συμπεράσματα αναφορικά με την πρόληψη και την θεραπεία αυτών.

Η ζεστασιά της παρουσίας μας, το ανθρώπινο πλησίασμα, το χαμόγελο και ο γλυκός υπομονετικός λόγος είναι το ίδιο χρήσιμος και αποτελεσματικός για τη θεραπεία των ασθενών μας και την προαγωγή της υγείας τους. Βέβαια, αυτό χρειάζεται ψυχική δύναμη για να δίνεις συνεχώς και να μην μετράς το κόστος. Χρειάζεται να αγαπάς. Η αγάπη είναι ο μόνος πλούτος που αυξάνει όσο μοιράζεται και πλουτίζει εκείνον που την δίνει.

Και πως μπορεί να γίνει διαφορετικά όταν η αγάπη ομοιώνει τον άνθρωπο με το θεό. Και αφού "ο θεός αγάπη εστί" κατά τον υψιπέτη αετό της θεολογίας Ιωάννη τον Ευαγγελιστή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό της μελέτης αυτής αποτέλεσαν στοιχεία 480 ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου από τα Νοσοκομεία:

"Άγιος Ανδρέας" Πατρών, "Άγιος Σάββας"
Αθηνών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων" και
"Ιππκράτειο" Θεσ/κης.

Ανάμεσα στις δυσκολίες συλλογής των κατάλληλων στοιχείων που αντιμετωπίσαμε ήταν αφ' ενός το γεγονός ότι οι στατιστικές υπηρεσίες των παραπάνω νοσοκομείων δεν κατέγραφαν λεπτομερή τα στοιχεία των ασθενών και αφ' ετέρου η αντιμετώπιση των εργαζομένων σε αυτές, προς διευκόλυνση του έργου μας.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Συνολικά συμπληρώθηκαν 480 ερωτηματολόγια κατά την 5/ετία 1985-1989. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα περιλάμβανε τις παρακάτω παραμέτρους κατά την αναζήτηση στοιχείων ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου:

Φύλο

Ηλικία

Τόπος Γέννησης

Επάγγελμα

Εγγαμος-Άγαμος -Χήρος -Διαζευγμένος

A)Οικογενειακό ιστορικό

B)Ατομικό ιστορικό

Γ)Συνήθειες

1) Κάπνισμα

2) Διατροφή-οινοπνευματώδη

3) Άσκηση

4) Άλλα

Δ) Γυναικολογικό ιστορικό

1) Εμμηνορρhoeή: έναρξη - λήξη

2) Χαρ/κά περιόδου

3) Ίη εγκυμοσύνη

4) Αποβολές

5) Αμβλώσεις

6) Παιδιά

7) Θηλασμός

8) Αντισύλληψη

9) Γυναικολογικά προβλήματα

Παραθέτουμε το ερωτηματολόγιο στο παράρτημα Ι. Η σύμφωνη επεξεργασία των στοιχείων έγινε μετά από κωδικοποίηση, καταγράφονται δε αναφορικά και σε συσχετισμούς μεταξύ των σε πίνακες και σχηματικά σύμφωνα με το πρόγραμμα DI BASE III του COMPUTER

Η έρευνα με την οποία ασχοληθήκαμε είναι αναδρομική. Χρησιμοποιήθηκαν τα αρχεία των 4 νοσοκομείων από τα οποία καταγράψαμε τα στοιχεία των καρκινοπαθών ανάλογα με τους όακέλλους. Μας βοήθησε η έρευνα αυτή να ακολουθήσουμε το μονοπάτι της αναζήτησης της γνώσης, η οποία δεν παράγεται αυθαίρετα, αλλά χαρακτηρίζεται από τάξη, διέπεται από αρχές, κανόνες και ακολουθεί συγκεκριμένη μεθοδολογία, να αποκτήσουμε εμπειρία πνευματικής περιπέτειας η οποία συνοδεύεται από δημιουργικές αλλαγές που θα επηρεάσουν τελικά όλους τους τομείς της νοσηλευτικής μας δραστηριότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 1

Φύλο - Ατομα - ποσοστά

Ι	ΦΥΛΟ	Ι	ΑΤΟΜΑ	Ι	ΠΟΣΟΣΤΑ %	Ι
Ι		Ι		Ι		Ι
Ι	ΑΝΔΡΕΣ	Ι	236	Ι	49.17	Ι
Ι	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	Ι	244	Ι	50.83	Ι
Ι		Ι		Ι		Ι
Ι	ΣΥΝΟΛΟ	Ι	480	Ι	100	Ι
Ι		Ι		Ι		Ι

Συνολικά συμπληρώθηκαν 480 ερωτηματολόγια . Από αυτά σε σχέση με το φύλο βρέθηκαν 244 γυναίκες ποσοστό (50.83%) και 236 άνδρες ποσοστό (49.17%). Παρατηρούμε ότι εμφανίζεται ένα ποσοστό 1,66% στις γυναίκες επιπλέον του ποσοστού των ανδρών.

Είναι επίσης γεγονός, ότι κάθε χρόνο παρουσιάζεται ένας σεβαστός αριθμός ασθενών που είναι καρκινοπαθείς με εντοπισμένο Ca παχέος εντέρου και έχουν ανάγκη από ιδιαίτερη μεταχείρηση και βέβαια μια χειρουργική αντιμετώπιση της κατάστασή τους. Στο σημείο αυτό διαχωρίζεται, η ιατρική πλευρά της ασθένειας, η οποία στοχεύει στην αποκατάσταση της σωματικής υγείας του ασθενούς και η νοσηλευτική, η οποία εκτός από τη σωματική υγεία αγγίζει κυρίως το συναισθηματικό κόσμο και τις ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς. Στο παραπάνω πίνακα αντιστοιχούν τα σχήματα 1 και 2 που βρίσκονται στο παράρτημα ΙΙ.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 2

Ηλικία κατά 10/ετίες και φύλο με τα αντίστοιχα ποσοστά.

I	ΗΛΙΚΙΑ	I ΑΤΟΜΑ		I ΠΟΣΟΣΤΑ		I ΑΤΟΜΑ		I ΠΟΣΟΣΤΑΙ	
		I	I	I	I	I	I	I	I
I		I	I	I	I	I	I	I	I
I		I	I	I	I	I	I	I	I
I	10-19	I 0	I 0.00	I 0	I 0.00	I 0	I 0.00	I 0	I 0.00
I	20-29	I 1	I 0.42	I 1	I 0.41	I 1	I 0.41	I 1	I 0.41
I	30-39	I 3	I 1.27	I 7	I 2.87	I 7	I 2.87	I 7	I 2.87
I	40-49	I 15	I 6.36	I 29	I 11.89	I 29	I 11.89	I 29	I 11.89
I	50-59	I 40	I 16.95	I 55	I 22.54	I 55	I 22.54	I 55	I 22.54
I	60-69	I 75	I 31.78	I 65	I 26.64	I 65	I 26.64	I 65	I 26.64
I	70-79	I 79	I 33.47	I 57	I 23.36	I 57	I 23.36	I 57	I 23.36
I	80-89	I 20	I 8.47	I 27	I 11.07	I 27	I 11.07	I 27	I 11.07
I	90-99	I 3	I 1.27	I 3	I 1.23	I 3	I 1.23	I 3	I 1.23
I		I	I	I	I	I	I	I	I
I	ΣΥΝΟΛΟ	I 236	I 100	I 244	I 100	I 244	I 100	I 244	I 100
I		I	I	I	I	I	I	I	I

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε σχετικά με την ηλικία ότι από τα έτη 10-99, σε σύνολο 236 ανδρών το μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνου παχέος εντέρου παρουσίασαν 79 άνδρες κατά την δεκαετία 70-79 με ποσοστό (33.47%). Στην δεκαετία 60-69 βρέθηκαν 75 άνδρες ποσοστό (31.78%) ενώ ακολουθεί η δεκαετία 50-59 με 40 άνδρες ποσοστό (16.95%). Οι νεότερες ηλικίες εμφανίζουν μικρότερο ποσοστό καρκίνου

παχέος εντέρου καθώς και οι ηλικίες άνω των 80 ετών. Συγκεκριμένα κατά τις δεκαετίες, 20-29 βρέθηκε ένας άνδρας ποσοστό (0.42%), 30-39 βρέθηκαν 3 άνδρες ποσοστό (1.27%), 40-49 βρέθηκαν 15 άνδρες ποσοστό (6.36%) και ακολουθούν οι μεγαλύτερες δεκαετίες 80-89 με 20 άνδρες ποσοστό (8.47%) και 90-99 με 3 άνδρες ποσοστό (1.27%)

Όσον αφορά τις γυναίκες σε σύνολο 244 ατόμων το μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνου παχέος εντέρου παρουσίασαν 65 γυναίκες κατά την δεκαετία 60-69 με ποσοστό (29.64%). Κατά την δεκαετία 70-79 η οποία υπερέχει στους άνδρες -βρέθηκαν 57 γυναίκες ποσοστό (23.36%), ενώ ακολουθεί η δεκαετία 50-59 με 55 γυναίκες ποσοστό (22.54%). Οι νεότερες ηλικίες εμφανίζουν μικρότερο ποσοστό καρκίνου παχέος εντέρου καθώς και οι ηλικίες άνω των 80 ετών. Συγκεκριμένα κατά τις δεκαετίες, 20-29 βρέθηκε 1 γυναίκα ποσοστό (0.41%), 30-39 βρέθηκαν 7 γυναίκες ποσοστό (2.87%), 40-49 βρέθηκαν 29 γυναίκες ποσοστό (11.89%) και ακολουθούν οι μεγαλύτερες δεκαετίες 80-89 με 27 γυναίκες ποσοστό (11.07%) και 90-99 με 3 γυναίκες ποσοστό (1.23%). Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι και για τα δύο φύλα εμφανίσεως καρκίνου παχέος εντέρου εντοπίζονται κατά τις 50-59, 60-69, 70-79. Αξιοσημείωτο είναι ότι κατά τη δεκαετία 10-19 και για τα δύο φύλα δεν ανευρέθη κανένα άτομο με καρκίνο παχέος εντέρου.

Τα αντίστοιχο σχήμα για τον παραπάνω πίνακα είναι το σχήμα 3 στο παράρτημα II.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 3

Επάγγελμα και φύλο με τα αντίστοιχα ποσοστά.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ
	ΑΝΔΡΕΣ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	134	56.78	22	9.02
ΙΥΠΑΛ. ΓΡΑΦΕΙΟΥ	30	12.71	7	2.87
ΙΑΓΡΟΤ. ΕΡΓΑΤ. ΤΕΧΝΙ	58	24.58	19	7.79
ΟΙΚΙΑΚΑ	0	0.00	192	78.69
ΕΜΠΟΡΟΣ	10	4.24	3	1.23
ΑΝΕΡΓΟΣ	4	1.69	1	0.41
ΣΥΝΟΛΟ	236	100	244	100

Σε σχέση με το επάγγελμα σε σύνολο 236 ανδρών το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου παρουσίασαν 134 συνταξιούχοι ποσοστό (56.78%). Ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά, 58 αγρότες-εργάτες-τεχνίτες, 30 υπάλληλοι γραφείου, 10 έμποροι και 4 άνεργοι με ποσοστά (24.58%), (12.71%), (4.24%) και (1.69) αντίστοιχα.

Ενώ στο σύνολο 244 γυναικών βρέθηκαν 192 γυναίκες ασχολούμενες με οικιακά με το μεγαλύτερο ποσοστό (78.69%) εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου. Με μικρότερα ποσοστά βρέθηκαν 22 συνταξιούχοι, 19 αγρότισσες-εργάτριες-

τεχνίτριες ,7 υπάλληλοι γραφείου, 3 έμποροι και 1 άνεργος γυναίκα με ποσοστά (9.02%),(7,79%),(2,87%),(1,23%) και (0,41%) αντιστοιχα.

Όσον αφορά το επάγγελμα τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίζουν οι συνταξιούχοι άνδρες με ποσοστό (56.78%) και οι ασχολούμενες με τα οικιακά γυναίκες με ποσοστό (78,69%).

Στον παραπάνω πίνακα αντιστοιχεί το σχήμα 4 που βρίσκεται στο παράρτημα ΙΙ.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 4

Συσχετισμός ηλικίας 60-69 και επαγγέλματος

Η ΗΛΙΚΙΑ	Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Η ΑΤΟΜΑ	Η ΠΟΣΟΣΤΟΙ ΑΤΟΜΑ	Η ΠΟΣΟΣΤΟΙ
		Η ΑΝΔΡΕΣ	Η %	Η ΓΥΝΑΙΚΕΣ
				Η %
	Η ΟΙΚΙΑΚΑ	Η 0	Η 0.00	Η 54
	Η ΕΜΠΟΡΟΙ	Η 3	Η 4.00	Η 1
Η 60-69	Η ΑΓΡ/ΕΡΓ/ΤΕΧΝΙ	Η 20	Η 26.67	Η 4
	Η ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧ.Η	Η 43	Η 57.33	Η 6
	Η ΥΠΑΛ.ΓΡΑΦ.Η	Η 9	Η 12.00	Η 0
	Η ΣΥΝΟΛΟ	Η 75	Η 100	Η 65
				Η 100

Στον παραπάνω πίνακα γίνεται ένας συσχετισμός ηλικίας κατά την επικρατούσα δεκαετία 60-69 με τα αντίστοιχα επαγγέλματα. Παρατηρούμε ότι κατά την δεκαετία 60-69 σε σύνολο 75 ανδρών βρέθηκαν 43 συνταξιούχοι με το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου (57,33%), στην ίδια δεκαετία βρέθηκαν 20 αγρότες -εργάτες-τεχνίτες, 9 υπάλληλοι γραφείου και 3 έμποροι με τα αντίστοιχα ποσοστά (26,67%), (12%) και (4%).

Σχετικά με τις γυναίκες σε σύνολο 65 ατόμων κατά την δεκαετία 60-69 βρέθηκαν 54 γυναίκες ασχολούμενες με οικιακά με το μεγαλύτερο ποσοστό (83.08%) εμφάνισης

καρκίνου παχέος εντέρου , στην ίδια δε δεκαετία βρέθηκαν 6 συνταξιούχοι, 4 αγρότισσες - εργάτριες, τεχνίτριες , και 1 έμπορος με τα αντίστοιχα ποσοστά (9,23%), (6,15%) και (1,54%). Αξιοσημείωτο είναι ότι στη δεκαετία 60-69 δεν βρέθηκε υπάλληλος γραφείου καμμία γυναίκα με Ca παχέος εντέρου.

Συγκρίνοντας τον πίνακα 4 με τον προηγούμενο πίνακα 3 στον οποίο όσο αφορά το επάγγελμα υπερέχουν οι συνταξιούχοι άνδρες και οι ασχολούμενες γυναίκες με τα οικιακά διαπιστώνουμε και τα δύο φύλα αυτών των επαγγελμάτων ανήκουν στην δεκαετία 60-69.

Τα αντίστοιχα σχήματα 5 και 6 που αντιστοιχούν στον παραπάνω πίνακα βρίσκονται στο παράρτημα ΙΙ.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 5

Περιοχή και φύλο με τα αντίστοιχα ποσοστά.

Ι ΠΕΡΙΟΧΗ	Ι ΑΤΟΜΑ	Ι ΠΟΣΟΣΤΑ	Ι ΑΤΟΜΑ	Ι ΠΟΣΟΣΤΑ	Ι
Ι	Ι ΑΝΔΡΕΣ	Ι %	Ι ΓΥΝΑΙΚΕΣ	Ι %	Ι
Ι	Ι	Ι	Ι	Ι	Ι
Ι ΑΣΤΙΚΗ	Ι 81	Ι 34.32	Ι 97	Ι 39.75	Ι
Ι ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	Ι 111	Ι 47.03	Ι 99	Ι 40.57	Ι
Ι ΑΓΡΟΤΙΚΗ	Ι 44	Ι 18.64	Ι 48	Ι 19.67	Ι
Ι	Ι	Ι	Ι	Ι	Ι
Ι ΣΥΝΟΛΟ	Ι 236	Ι 100	Ι 244	Ι 100	Ι
Ι	Ι	Ι	Ι	Ι	Ι

Σε σχέση με την περιοχή (τόπο γέννησης) σε σύνολο 236 ανδρών το μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνου του παχέος εντέρου παρουσιάστηκε σε 111 άνδρες ημιαστικής περιοχής ποσοστό (47,03%). Ένα μικρότερο ποσοστό (34,32%) παρουσίασαν 81 άνδρες αστικής περιοχής, και ένα ακόμη πιο μικρότερο (18,64%) παρουσίασαν 44 άνδρες αγροτικής περιοχής.

Ενώ σε σύνολο 244 γυναικών το μεγαλύτερο ποσοστό της νόσου παρουσιάστηκε σε 99 γυναίκες ημιαστικής περιοχής ποσοστό (40.57%) και ακόμη πιο μικρότερα ποσοστά παρουσίασαν 97 γυναίκες αστικής περιοχής (39,75%) καθώς και 48 γυναίκες αγροτικής περιοχής (19,67%). Υπεροχή παρουσιάζουν οι άνδρες ημιαστικής περιοχής με ποσοστό (6,46%) επί πλέον του ποσοστού των γυναικών της ίδιας περιοχής.

Συγκρίνοντας τις περιοχές με τα αντίστοιχα ποσοστά και των δύο φύλλων παρατηρούμε ότι τα περισσότερα άτομα που εμφανίζουν Ca παχέος εντέρου είναι ημιαστικής και αστικής περιοχής, ενώ τα μικρότερα ποσοστά εντοπίζονται σε άτομα αγροτικής περιοχής. Από την διαφορά των ποσοστών όσο αφορά τις περιοχές μπορούμε να πούμε ότι είναι αιτιολογικός παράγοντας εμφάνισης της νόσου είναι η διατροφή μας. Στην ημιαστική και αστική περιοχή γίνεται περισσότερη κατανάλωση λίπους, κρέατος, τα οποία συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου, ενώ στην αγροτική περιοχή γίνεται μεγαλύτερη κατανάλωση λαχανικών, ή γενικότερα τροφίμων που περιέχουν σημαντικά ποσά φυτικών που μας προστατεύουν από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Ευτυχώς όμως υπάρχουν και ουσίες που αν τις συμπεριλάβουμε στις τροφές μας μας προφυλάσσουν από τον κίνδυνο ανάπτυξης αυτού του τόσο συχνού καρκίνου.

Στον παραπάνω πίνακα αντιστοιχούν τα σχήματα 7 και 8 που βρίσκονται στο παράρτημα II.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 6

Οικογενειακή κατάσταση κατά φύλο με
τα αντίστοιχα ποσοστά .

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
ΕΓΓΑΜΟΙ	219	92.80	219	89.75
ΑΓΓΑΜΟΙ	10	4.24	14	5.74
ΧΗΡΟΙ	6	2.54	11	4.51
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	1	0.24	0	0.00
ΣΥΝΟΛΟ	236	100	244	100

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση σε σύνολο 236 ανδρών το μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνου παχέος εντέρου παρουσιάστηκε σε 219 έγγαμους άνδρες ποσοστό (92,80%). Μικρά ποσοστά παρουσίασαν 10 άγαμοι άνδρες (4,24%) , 6 χήροι (2,54%) και 1 διαζευγμένος (0,42%).

Ενώ σε σύνολο 244 γυναικών το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάστηκε σε 219 έγγαμες γυναίκες ποσοστό (89,75%). Μικρά ποσοστά παρουσίασαν 14 άγαμες γυναίκες (5,74%) και 11 χήρες ποσοστό (4,51%), ενώ καθόλου ποσοστά δεν παρουσίασαν στον πίνακα των διαζευγμένων. Υπεροχή παρουσιάζουν οι έγγαμοι άνδρες με ποσοστό (3,05%) επιπλέον του ποσοστού των γυναικών .

Το σχήμα 9 στο παράρτημα ΙΙ αντιστοιχεί στον παραπάνω πίνακα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 7

Οικογενειακό ιστορικό Ca Π. Εντέρου κατά φύλο.

I	ΦΥΛΛΟ	I	ΣΥΧΝΟΤΗΣ	I	ΠΟΣΟΣΤΟ	I
I		I		I	%	I
I		I		I		I
I	ΑΝΔΡΕΣ	I	179	I	50.28	I
I	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	I	177	I	49.72	I
I		I		I		I
I	ΣΥΝΟΛΟ	I	356	I	100	I
I		I		I		I

Από τα 480 άτομα βρέθηκαν 356 με συγγενείς που παρουσίαζαν κάποια μορφή καρκίνου. Στο σύνολο των 356 ατόμων βρέθηκαν 179 άνδρες με συγγενείς που παρουσίαζαν κάποια μορφή καρκίνου ποσοστά (50,28%), και 177 γυναίκες ποσοστό (49,72%). Υπεροχή παρουσιάζουν οι άνδρες κατά ελάχιστο ποσοστό (0,56%) επί πλέον του ποσοστού των γυναικών.

Από τα παραπάνω ποσοστά μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει κάποια κληρονομική προδιάθεση εμφάνισης της νόσου. Χωρίς όμως αυτό να έχει αποδειχθεί ερευνητικά.

Σε αυτόν τον πίνακα αντιστοιχούν τα σχήματα 10 και 11 του παραρτήματος II.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 8

Συσχετισμός οικογενειακού ιστορικού και περιοχής
κατά φύλο με τα αντίστοιχα ποσοστά

I ΠΕΡΙΟΧΗ	I ΣΥΧΝΟΤΗΣ		I ΣΥΧΝΟΤΗΣ	
	I ΑΝΔΡΕΣ	I %	I ΓΥΝΑΙΚΕΣ	I %
I ΑΣΤΙΚΗ	I 63	I 35.20	I 84	I 47.46
I ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	I 81	I 45.25	I 64	I 36.16
I ΑΓΡΟΤΙΚΗ	I 35	I 19.55	I 29	I 16.38
I ΣΥΝΟΛΟ	I 179	I 100	I 177	I 100

Από τα 480 συνολικά ερωτηματολόγια.

Όσον αφορά το συσχετισμό περιοχής -οικογενειακού ιστορικού σε σύνολο 179 ανδρών βρέθηκαν 81 άτομα ημιαστικής περιοχής με συγγενείς που παρουσίαζαν κάποια μορφή καρκίνου ποσοστό (45,25%). Μικρότερα ποσοστά παρουσίασαν 63 άτομα αστικής περιοχής με συγγενείς που παρουσίαζαν κάποια μορφή καρκίνου ποσοστό (35,20%). Καθώς επίσης και 35 άτομα αγροτικής περιοχής ποσοστό (19,55%) με συγγενείς που είχαν επιβαρυσμένο ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου.

Όσον αφορά το σύνολο των 177 γυναικών στο συσχετισμό περιοχής-οικογενειακού ιστορικού το μεγαλύτερο ποσοστό

παρουσιάζαν 84 άτομα αστικής περιοχής ποσοστό (47,46%) με συγγενείς που έπασχαν από κάποιο είδος καρκίνου, ενώ μικροτέρα ποσοστά διακρίνονται σε 64 άτομα ημιαστικής περιοχής (36,16%) και 29 άτομα αγροτικής περιοχής (16,38%). Υπεροχή παρουσιάζουν οι γυναίκες αστικής περιοχής με ποσοστό (2,21%) επιπλέον του ποσοστού των ανδρών ημιαστικής περιοχής.

Συγκρίνοντας τον παραπάνω πίνακα με τον προηγούμενο πίνακα 5 στον οποίο τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου εντοπίζονται και για τα δύο φύλλα σε άτομα ημιαστικής και αστικής περιοχής διαπιστώνουμε ότι τα άτομα των αυτών περιοχών είχαν συγγενείς που παρουσίασαν κάποιο είδος καρκίνου. Παρατηρούμε επίσης ότι από τους 480 ασθενείς μόνο 124 ασθενείς δεν ανέφεραν κάποιο οικογενειακό ιστορικό με Ca παχέος εντέρου.

Σε αυτόν τον πίνακα αντιστοιχούν τα σχήματα 10 και 11 του παραρτήματα II.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 9

Ατομικό ιστορικό κατά φύλο με τα αντίστοιχα ποσοστά

I ΑΣΘΕΝΕΙΣ	I ΣΥΧΝΟΤΗΣ I ΠΟΣΟΣΤΟ		I ΣΥΧΝΟΤΗΣ I ΠΟΣΟΣΤΟΙ	
	I ΑΝΔΡΕΣ	I %	I ΓΥΝΑΙΚΕΣ	I %
I 101. ΖΑΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗ	I 18	I 4.01	I 7	I 1.60
I 102. ΚΑΡΔΙΑΣ	I 50	I 11.14	I 49	I 11.21
I 103. ΟΣΤΩΝ	I 5	I 1.11	I 4	I 0.92
I 104. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ	I 5	I 1.11	I 6	I 1.37
I 105. ΠΕΠΤΙΚΟ	I 146	I 32.52	I 144	I 32.95
I 106. ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	I 12	I 2.67	I 13	I 2.97
I 107. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ	I 64	I 14.25	I 61	I 13.96
I 108. ΟΦΘΑΛΜΩΝ	I 16	I 3.56	I 14	I 3.20
I 109. ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜ.	I 63	I 14.03	I 72	I 16.48
I 110. ΑΛΕΡΓΙΑ	I 14	I 3.12	I 16	I 3.66
I 111. ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ	I 1	I 0.22	I 0	I 0.00
I 112. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ	I 21	I 4.68	I 7	I 1.60
I 113. ΛΟΙΜΩΔΗ	I 12	I 2.67	I 11	I 2.52
I 114. ΩΤΩΝ	I 4	I 0.89	I 7	I 1.60
I 115. ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ	I 18	I 4.01	I 15	I 3.43
I 116. ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ	I 0	I 0.00	I 11	I 2.52
I	I	I	I	I
I ΣΥΝΟΛΟ	I 449	I 100	I 437	I 100
I	I	I	I	I

Στο ατομικό ιστορικό βρέθηκε ότι τα άτομα που παρουσίαζαν προηγούμενες πεπτικές διαταραχές, έχουν μεγαλύτερη συχνότητα προσβολής από καρκίνο παχέος εντέρου. Παρουσιάστηκαν 146 άνδρες με προηγούμενες πεπτικές διαταραχές ποσοστό (32,52%) και 144 γυναίκες με προηγούμενες πεπτικές διαταραχές ποσοστού (32,95%). Το αναπνευστικό και τα παιδικά νοσήματα είναι τα αμέσως επόμενα νοσήματα με μεγάλη συχνότητα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Οσον αφορά το αναπνευστικό παρουσιάστηκαν 64 άνδρες με προηγούμενα αναπνευστικά προβλήματα ποσοστό (14,25%) και 61 γυναίκες ποσοστό (13,96%), ενώ στα παιδικά νοσήματα παρουσιάστηκαν 63 άνδρες ποσοστό (14,03%) και 72 γυναίκες ποσοστό (16,48%). Οσον αφορά τις παθήσεις της καρδιάς υπάρχει μικρή διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών, παρουσιάστηκαν 50 άνδρες με ιστορικό καρδιάς ποσοστό (11,14%) και 49 γυναίκες με το ίδιο ιστορικό ποσοστό (11,21%). Μικρή διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών υπάρχει επίσης στα λοιμώδη νοσήματα παρουσιάστηκαν 12 άνδρες με προηγούμενο ιστορικό λοιμωδών ποσοστό (2,67%) καθώς επίσης και 11 γυναίκες με το ίδιο ιστορικό ποσοστό (2,52%). Μικρή διαφορά υπάρχει επίσης και στις παθήσεις του εγκεφάλου, παρουσιάστηκαν 12 άνδρες με ιστορικό εγκεφαλικού ποσοστό (2,67%) και 13 γυναίκες ποσοστό (2,97%). Μικρά ποσοστά παρουσίασαν οι άνδρες στις νευρολογικές παθήσεις (1,11%) στις παθήσεις των οστών (1,11%) καθώς επίσης και στις παθήσεις των ώτων (0,89%). Στις ίδιες ακριβώς παθήσεις μικρά ποσοστά παρουσιάζουν

εξίσου και οι γυναίκες με ποσοστά (0,92%) στις παθήσεις των οστών, (1,37%) στις νευρολογικές παθήσεις και (1,60%) στις παθήσεις των ωτων. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο κάθε ασθενής παρουσιάζει ένα ανάλογο αριθμό των ασθενειών που αναφέρονται στον παραπάνω πίνακα.

Το αντίστοιχο σχήμα 12 για αυτό τον πίνακα βρίσκεται στο παράρτημα II.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 10

Διατροφή κατά φύλο με τα αντίστοιχα ποσοστά

I ΔΙΑΤΡΟΦΗ	I ΑΤΟΜΑ		I ΠΟΣΟΣΤΟ		I ΑΤΟΜΑ		I ΠΟΣΟΣΤΑ	
	I ΑΝΔΡΕΣ	I %	I %	I ΓΥΝΑΙΚΕΣΙ	I %	I	I	
I ΕΛΕΥΘΕΡΗ	I 123	I 52.12	I 164	I 67.21	I	I	I	
I ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ	I 79	I 33.47	I 55	I 22.54	I	I	I	
I ΑΓΝΩΣΤΟ	I 34	I 14.41	I 25	I 10.25	I	I	I	
I ΣΥΝΟΛΟ	I 236	I 100	I 244	I 100	I	I	I	

Σε σχέση με την διατροφή στο σύνολο των 236 ανδρών το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσίασαν 123 άτομα με ελεύθερη διατροφή ποσοστό (52,12%). Παρουσιάστηκαν επίσης 79 άτομα με εκλεκτική διατροφή ποσοστό (33,47%) καθώς επίσης και 34 άτομα χωρίς να αναφέρονται στοιχεία όσον αφορά την διατροφή τους με ποσοστό (14,41%). Στο σύνολο 244 γυναικών όσον αφορά την διατροφή το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάστηκε σε 164 άτομα με ελεύθερη διατροφή ποσοστό (67,21%). Όσον αφορά την εκλεκτική διατροφή παρουσιάστηκαν 55 άτομα με ποσοστό (22,54%) ενώ σε 25 άτομα που καλύπτουν

ένα (10,25%) ποσοστό δεν αναφέρονται στοιχεία. Παρατηρούμε ότι και για τα δύο φύλα τα μεγαλύτερα ποσοστά αναφέρονται σε άτομα ελεύθερης διατροφής.

Στον παραπάνω πίνακα αντιστοιχεί το σχήμα 13 του παραρτήματος II.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 11

Συσχετισμός διατροφής και περιοχής κατά φύλο με τα
αντίστοιχα ποσοστά.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΑΙ
		ΑΝΔΡΕΣΙ	%	ΓΥΝΑΙΚ.Ι	%
	ΑΣΤΙΚΗ	41	33.33	67	40.85
ΕΛΕΥΘΕΡΗ	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	59	47.97	71	43.29
	ΙΑΓΡΟΤΙΚΗ	23	18.70	26	15.85
ΣΥΝΟΛΟ		123	100	164	100
	ΑΣΤΙΚΗ	29	36.71	21	38.18
ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ	ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	37	46.84	21	38.18
	ΙΑΓΡΟΤΙΚΗ	13	16.46	13	23.64
ΣΥΝΟΛΟ		79	100	55	100

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι βρέθηκε ένα μεγάλο ποσοστό από 59 άνδρες ημιαστικής περιοχής που έκανε ελεύθερη διατροφή ποσοστό (47,97%) καθώς εξ' ίσου ένα μεγάλο ποσοστό από 71 γυναίκες της ίδιας περιοχής που έκανε ελεύθερη διατροφή ποσοστό (43,29%). Ακολουθούν 41

άνδρες αστικής περιοχής και 67 γυναίκες της ίδιας περιοχής με ελεύθερη διατροφή με τα αντίστοιχα ποσοστά (33,33%) και (40,85%). Τα μικρότερα ποσοστά με ελεύθερη διατροφή αναφέρονται σε 23 άνδρες αγροτικής περιοχής ποσοστό (18,70) και σε 26 γυναίκες ποσοστό (15,85%) της ίδιας περιοχής.

Από τον συσχετισμό ελεύθερη διατροφής- περιοχής παρατηρούμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά αναφέρονται σε άτομα και των δύο φύλων ημιαστικής και αστικής περιοχής ενώ τα μικρότερα ποσοστά ανήκουν στην αγροτική περιοχή.

Επίσης βρέθηκε ένα σημαντικό ποσοστό από 37 άνδρες ημιαστικής περιοχής που έκανε εκλεκτική διατροφή ποσοστό (46,84%), και από 21 γυναίκες της ίδιας περιοχής με εκλεκτική διατροφή ποσοστό (38,18%). Ακολουθούν 29 άνδρες αστικής περιοχής με εκλεκτική διατροφή ποσοστό (36,71%) και 21 γυναίκες της ίδιας περιοχής με την ίδια διατροφή ποσοστό (38,18%). Τα μικρότερα ποσοστά με εκλεκτική διατροφή αναφέρονται σε 13 άνδρες αγροτικής περιοχής ποσοστό (16,46%) και σε 13 γυναίκες της ίδιας περιοχής ποσοστό (23,64%). Από το συσχετισμό εκλεκτικής διατροφής-περιοχής παρατηρούμε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά αναφέρονται σε άτομα και των φύλων ημιαστικής και αστικής περιοχής, ενώ τα μικρότερα ποσοστά ανήκουν στην αγροτική περιοχή.

Όπως έχουμε αναφέρει και προηγουμένως η διατροφή είναι ένας σπουδαίος αιτιολογικός παράγοντας προσβολής καρκίνου παχέος εντέρου, και η σημασία της αποτελεί ένα εύλογο χώρο ερευνητικής προτεραιότητας. Μέχρι λοιπόν να έχουμε κατηγορηματικές αποδείξεις και στοιχεία για το τι πρέπει να αποφεύγουμε ή να προσθέτουμε στη διατροφή μας, καλό

είναι να είμαστε προσεκτικοί (δηλαδή θα πρέπει να αποφεύγουμε τα νόστιμα λιπαρά - με την ευρεία έννοια του όρου - φαγητά και αντί αυτών να τρώμε πιτούρο) γιατί υπάρχει πιθανότητα να γλυτώσουμε από τον καρκίνο ή να καθυστερήσουμε τα γηρατειά ή και τα δύο.

Στον παραπάνω πίνακα αντιστοιχούν τα σχήματα 14,15,16, και 17 που βρίσκονται στο παράρτημα ΙΙ.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 12

Κάπνισμα κατά φύλο και αντίστοιχα ποσοστά

I	ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	I	ΑΤΟΜΑ	I	ΠΟΣΟΣΤΟ	I
I		I		I	%	I
I		I		I		I
I	ΑΝΔΡΕΣ	I	183	I	89.71	I
I	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	I	21	I	10.29	I
I		I		I		I
I	ΣΥΝΟΛΟ	I	204	I	100	I
I		I		I		I

Σε σχέση με το κάπνισμα από το σύνολο των 480 ατόμων, αναφέρεται ότι καπνίζουν τα 204 άτομα. Στο σύνολο των 204 ατόμων βρέθηκαν 183 άνδρες καπνιστές ποσοστό (89,71%) και 21 γυναίκες ποσοστό (10,29%) . Παρατηρούμε μια υπεροχή των ανδρών όσον αφορά το κάπνισμα κατά ένα μεγάλο ποσοστό (79,42%) έναντι του ποσοστού των γυναικών.

Το 1989 που ορίσθηκε ως έτος κατά του καπνίσματος βρήκε την Ελλάδα με ένα λυπηρό προβάδισμα ως πρώτη χώρα στην Ευρώπη στην κατά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων και δεύτερη χώρα διεθνώς. Είναι γενικώς παραδεκτό ότι το κάπνισμα αποτελεί την αιτία του 30% των θανάτων από κακοήθεις νόσους.⁷⁸

Δυστυχώς όμως όλο και περισσότερο νεαρά άτομα

καπνίζουν είτε λόγω μοντερνισμού, είτε προς αναζήτηση νέων εμπειριών, είτε για να προσχωρήσουν στην ομάδα συνομηλίκων και να έχουν αποδοχή από αυτούς, είτε προς επιβεβαίωση αυτονομίας του εαυτού των. Όλα αυτά τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της εφηβείας, αποτελούν ευνοϊκούς παράγοντες στην έναρξη του καπνίσματος.

Εμείς σαν Νοσηλεύτριες /ές έχουμε τεράστια ευθύνη να ξέρουμε τους κινδύνους από το κάπνισμα και να τους αναγνωρίζουμε, πάντα δε να αποτελούμε τα μιμητικά πρότυπα για τους άλλους.

Τα σχήματα 18 και 19 που βρίσκονται στο παράρτημα II αντιστοιχούν σε αυτό τον πίνακα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 13

Οινοπνευματώδη κατά φύλο και αντίστοιχα ποσοστά

ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ	ΑΤΟΜΑ		ΑΤΟΜΑ		ΠΟΣΟΣΤΟ
	ΑΝΔΡΕΣΙ	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	%	
ΣΠΑΝΙΑ	71	30.08	214	87.70	
ΚΑΚΗ	7	2.97	0	0.00	
ΜΕΤΡΙΑ	126	53.39	29	11.89	
ΥΨΗΛΗ	25	10.59	1	0.41	
ΑΓΝΩΣΤΟ	7	2.97	0	0.00	
ΣΥΝΟΛΟ	236	100	244	100	

Όσον αφορά τα οινοπνευματώδη σε σύνολο 236 ανδρών το μεγαλύτερο ποσοστό βρέθηκε σε 126 άτομα με καρκίνο παχέος εντέρου που ήσαν μέτρια πότες ποσοστό(53,39%). Βρέθηκαν επίσης 71 άνδρες που έκαναν χρήση οινοπνευματωδών ποτών σπάνια ποσοστό (30,08%) και 25 άνδρες με χρήση οινοπνευματωδών υψηλής και ποσοστό (10,59%). Οι δείκτες της κακής χρήσης οινοπνευματωδών καθώς και της άγνωστης χρήσης καλύπτουν μικρό ποσοστό (2,97%) αντίστοιχα. Στο σύνολο των 244 γυναικών το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζουν 214 γυναίκες που σπάνια έκαναν χρήση οινοπνευματωδών ποσοστό (87,70%). Ενα μικρό ποσοστό 29 γυναίκες ήσαν μέτριοι πότες

ποσοστό (11,89%) ένα εξίσου μικρό ποσοστό παρουσιάζει η υψηλή χρήση ποσοστό (0,41%) ενώ η κακή χρήση οινοπνευματωδών καθώς και η άγνωστη χρήση οινοπνευματωδών στις γυναίκες δεν παρουσιάζει καθόλου ποσοστά.

Μπορούμε να πούμε ότι η κατάχρηση οινοπνευματωδών συμβάλλει στην ανάπτυξη των κακοήθων νεοπλασιών με δυσμενή αποτελέσματα.

Στον παραπάνω πίνακα αντιστοιχεί το σχήμα 20 του παραρτήματος II.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 14

Εντόπιση Ca Π. Εντέρου κατά φύλο και
αντίστοιχα ποσοστά.

I ΕΝΤΟΠΙΣΗ	I ΣΥΧΝΟΤΗΣ		I ΠΟΣΟΣΤΟ		I ΣΥΧΝΟΤΗΣ		I ΠΟΣΟΣΤΟΙ	
	I	I	I	I	I	I	I	I
I	I	I	I	I	I	I	I	I
I	I	I	I	I	I	I	I	I
I01.ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ	I 148	I 62,71	I 127	I 52.05	I	I	I	I
I02.ΟΡΘΟ	I 39	I 16.53	I 48	I 19.67	I	I	I	I
I03.ΕΓΚΑΡΣΙΟ	I 2	I 0.85	I 5	I 2.05	I	I	I	I
I04.ΚΑΤΙΟΝ	I 2	I 0.85	I 5	I 2.05	I	I	I	I
I05.ΑΝΙΟΝ	I 5	I 2.12	I 5	I 2.05	I	I	I	I
I06.ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΙ	I 12	I 5.08	I 17	I 6.97	I	I	I	I
I07.ΣΙΓΜΟΕΙΔΕΙΣ	I 16	I 6.78	I 25	I 10.25	I	I	I	I
I08.ΤΥΦΛΟ	I 12	I 5.08	I 12	I 4.92	I	I	I	I
I	I	I	I	I	I	I	I	I
I ΣΥΝΟΛΟ	I 236	I 100	I 244	I 100	I	I	I	I
I	I	I	I	I	I	I	I	I

Απο το σύνολο των 236 ανδρών σε σχέση με την εντόπιση το μεγαλύτερο ποσοστό βρέθηκε σε 148 άτομα που παρουσίασαν γενικευμένο καρκίνο στο παχύ έντερο ποσοστό (62,71%). Οι αμέσως επόμενες εντοπίσεις αναφέρονται σε 39 άτομα με καρκίνο ορθού ποσοστό (16,53%) , σε 16 άτομα με καρκίνο σιγμοειδούς ποσοστό (6,78%) σε 12 άτομα με καρκίνο ορθοσιγμοειδούς ποσοστό (5,08%) και σε επίσης 12 άτομα με

καρκίνο τυφλού ποσοστό (5.08%). Πολύ μικρά ποσοστά παρουσίασαν 5 άτομα με καρκίνο ανιόντος ποσοστό (2,12%) καθώς επίσης 2 άτομα με καρκίνο κατιόντος και 2 άτομα με καρκίνο εγκάρσιου με ποσοστό (0.85%) αντίστοιχα.

Από το σύνολο των 244 γυναικών το μεγαλύτερο ποσοστό βρέθηκε σε 127 άτομα που παρουσίασαν γενικευμένο καρκίνο στο παχύ έντερο ποσοστό (52,05%). Οι αμέσως επόμενες εντοπίσεις αναφέρονται σε 48 άτομα με καρκίνο ορθού ποσοστό (19,67%) σε 25 άτομα με καρκίνο σιγμοειδούς ποσοστό (10,25%) σε 17 άτομα με καρκίνο ορθοσιγμοειδούς ποσοστό (6,97%) και σε 12 άτομα με καρκίνο τυφλού ποσοστό (4,92%). Μικρά ποσοστά παρουσίασαν 5 άτομα με καρκίνο εγκάρσιου 5 άτομα με καρκίνο κατιόντος και 5 άτομα με καρκίνο ανιόντος και ποσοστό (2.05%) αντίστοιχα.

Παρατηρούμε ότι και για τα δύο φύλλα τα μικρότερα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου εντοπίζονται στο εγκάρσιο, κατιόν και ανιόν, ενώ εξ' ίσου μικρά ποσοστά και για τα δύο φύλλα εντοπίζονται στο τυφλό, σιγμοειδές και ορθοσιγμοειδές .

Το σχήμα 21 του παραρτήματος II αντιστοιχεί σε αυτόν τον πίνακα.

Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η

Τα ευρήματα της μελέτης μας συγκριτικά με προηγούμενες έρευνες παρουσιάζουν ομοιότητες και μικρές διαφορές .

Η συχνότητα του καρκίνου του παχέους εντέρου διαφέρει από χώρα σε χώρα. Έτσι κατά τους Berk και Haubrich εις Η.Π.Α αυτός αποτελεί το 0.3% του συνόλου των νοσηλευθέντων για διάφορες παθήσεις , ενώ ο Γκαράς αναφέρει ένα ποσοστό 0.9%. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει με την ίδια περίπου συχνότητα και τα δύο φύλα. Κατά την στατιστική του Carbone οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες σε σχέση 3:2⁷⁹

Στην δική μας έρευνα, δεν βρήκαμε γενικά διαφορές ως προς το φύλο. Από τους 480 αρρώστους βρέθηκαν 244 γυναίκες ποσοστό (50,83%) και 236 άνδρες ποσοστό (49,17%). Ένα μικρό ποσοστό υπεροχής παρουσιάζουν οι γυναίκες κατά 1,66% επιπλέον του ποσοστού των ανδρών με Ca παχέος εντέρου, ο οποίος χωρίς εξαίρεση προσβάλλει και τα δύο φύλα με ένα μεγάλο ποσοστό. Σύμφωνα με στατιστικές τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μία ελαφρά μείωση της συχνότητας του και στα δύο φύλα.

Ο καρκίνος παχέος εντέρου εμφανίζεται σύμφωνα με την έρευνα μας με υψηλό δείκτη συχνότητας στις ηλικίες από 50-79 και συγκεκριμένα στους μεν άνδρες εμφανίζεται στη δεκαετία 70-79 με ποσοστό (33,47%) στις δε γυναίκες στη δεκαετία 60-69 με ποσοστό (26,64%). Οι Berk και Haubrich αναφέρουν κατά την έρευνα τους μεγαλύτερα συχνότητα μεταξύ 60 και 70 ετών, τονίζοντας επίσης την χαμηλή συχνότητα κάτω της ηλικίας των 30 ετών όπως ακριβώς εμφανίζεται και

στη δική μας έρευνα.³⁷ Σε ένα μικρό ποσοστό η νόσος προσβάλλει άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών, ιδιαίτερα όταν αυτά πάσχουν από οικογενή πολυποδίαση. Η νόσος έχει περιγραφεί και σε νεκρό νεογέννητο, αλλά ιστολογικά αποδεδειγμένος καρκίνος παχέος εντέρου στην πλέον νεαρή ηλικία, περιγράφεται το 1958 σε θήλυ 9 μηνών.³⁸ Χαμηλό επίσης δείκτη συχνότητας εμφανίζουν και τα άτομα άνω των 80 ετών.

Ένα μεγάλο ποσοτό (78,69%) βρέθηκε στις γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά καθώς εξ ίσου μεγάλο ποσοτό (56,78%) βρέθηκε στους άνδρες συνταξιούχους. Τα άτομα αυτά και των φύλων με Ca παχέος εντέρου ανήκουν στην ηλικία 60-69 ετών. Όσο αφορά δε την οικογενειακή τους κατάσταση εντοπίζεται ένα μεγάλο ποσοτό από έγγαμους άνδρες (92,80%) και έγγαμες γυναίκες (89,75%)

Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από Ca παχέος εντέρου είναι ημιαστικής και αστικής περιοχής και συγκεκριμένα στην έρευνά μας έχουμε τα ποσοστά (47,03%), (34,32%) αντίστοιχα για τους άνδρες και (40,57%), (39,75%) όσο αφορά τις ίδιες περιοχές για τις γυναίκες.

Σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό βρέθηκαν 179 άνδρες ποσοστό (50,28%) που αναφέρουν συγγενείς με κάποιο Ca και 177 γυναίκες ποσοστό (49,72%) που αναφέρουν επίσης συγγενείς με κάποια μορφή Ca. Τα άτομα και των δύο φύλων ήσαν ημιαστικής και αστικής περιοχής. Παρά το γεγονός ότι δεν έχει αποδειχθεί προς το παρόν τουλάχιστον κληρονομική επιβάρυνση, είναι βέβαιο ότι άμεσοι συγγενείς του πάσχοντος από καρκίνο του παχέος εντέρου, εμφανίζουν τον κίνδυνο να προσβληθούν από τον ίδιο καρκίνο 2-3 φορές περισσότερο από άλλα άτομα.⁴

Αναφέρεται ένα σημαντικό ποσοστό για τους άνδρες (32,95%) για τις γυναίκες με καρκίνο παχέος εντέρου που παρουσίασαν διαταραχές από το πεπτικό. Εδώ θα θέλαμε να τονίσουμε τη σημασία της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης της νόσου ώστε να περιοριστεί όσο το δυνατόν ο αριθμός των πασχόντων, που ενώ βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου, μόλις τότε προσέρχονται στο γιατρό για εξέταση. Στο σημείο αυτό φανερώνεται η σωτήρια αξία της ενημέρωσης και διαφώτισης των ανθρώπων σχετικά με την ύπουλη αρρώστεια που λέγεται καρκίνος.

Ενας σπουδαίος αιτιολογικός παράγοντας για την εμφάνιση καρκίνου παχέος εντέρου είναι η διατροφή, η οποία αποτελεί τη βασικότερη (ως παράμετρο του μικρο-περιβάλλοντος). Ένα μεγάλο ποσοστό (67,21%) βρέθηκε στις γυναίκες που έκαναν ελεύθερη διατροφή καθώς και ένα σημαντικό ποσοστό (52,12%) στους άνδρες ελεύθερας διατροφής. Μικρότερα ποσοστά (33,47%) και (22,54%) βρέθηκαν στους άνδρες και στις γυναίκες εκλεκτικής διατροφής αντίστοιχα. Τα άτομα αυτά και των δύο φύλων στα οποία αναφέρονται τα μεγάλα ποσοστά είναι ημιαστικής και αστικής περιοχής. Μικρότερα ποσοστά αναφέρονται σε άτομα αγροτικής περιοχής με ελεύθερη και εκλεκτική διατροφή. Στις πόλεις συνήθως γίνεται περισσότερη κατανάλωση λίπους ζωικής προελεύσεως που αυξάνει την πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του παχέος εντέρου σε σύγκριση με τις αγροτικές περιοχές. Η Νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι έχει την ευθύνη διαφώτισης των ανθρώπων σχετικά με το θέμα της διατροφής, διακηρύσσοντας ότι τα λαχανικά, τα φρούτα και οι διάφορες βιταμίνες ασκούν προστατευτικό ρόλο απέναντι σε αρκετές κακοήθεις νεοπλασίες.

Ας ακολουθήσουμε στη διατροφή μας της θεωρίας του Burkitt, στον οποίο οφείλεται κυρίως η διάδοση της θεωρίας των φυτικών ινών.

Εκτός όμως από την διατροφή, η κατάχρηση οινοπνευματωδών και το κάπνισμα παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη κακοήθων νεοπλασιών.

Στην έρευνα μας βρέθηκε ένα ποσοστό (53,39%) για τους άνδρες με μέτρια λήψη οινοπνευματωδών ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (87,70%) για τις γυναίκες με σπάνια λήψη.

Τα οινοπνευματώδη καθώς και ο καφές είναι ουσίες που έχουν "διατροφική" υπόσταση αλλά χρησιμοποιούνται για ευφορικούς λόγους και για το λόγο αυτό εξετάζονται σε ενιαία κατηγορία.

Όσο αφορά το κάπνισμα βρέθηκε ένα μεγάλο ποσοστό (89,71%) από άνδρες που καπνίζουν και ένα μικρό (10,29%) από γυναίκες καπνίστριες με Ca παχέος εντέρου.

Έχει παρατηρηθεί, ότι στους έφηβους και όσους έχουν πρόσφατα αποκτήσει τις συνήθειες, η κατανάλωση βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα από ότι είναι σε άτομα μέσης ηλικίας (35-55 ετών) και παλαιότερους καπνιστές. Αυτό ισχύει και για τα δύο φύλα.

Εμείς σαν Νοσηλεύτριες πρέπει να αναπτύξουμε το αίσθημα της ευθύνης ως επαγγελματίες υγείας και να πρωτοστατήσουμε σε ένα πρόγραμμα αγωγής Υγείας ενάντια στο κάπνισμα.

Σχετικά με την εντόπιση βρήκαμε ένα μεγάλο ποσοστό με γενικευμένο Ca παχέος εντέρου στους άνδρες ποσοστό (62,71%) και (52,05%) για τις γυναίκες.

Ο Carbone σε 5.000 περιπτώσεις αναφέρει μεγαλύτερη συχνότητα στο ορθό (50%), ακολουθούν το σιγμοειδές (20%)

το τυφλό (16%), το κατίον (9%) και το εγκάρσιο (5%). Ο Avery Jones διαπιστώνει μεγαλύτερα συχνότητα, του καρκίνου του κολού στους άνδρες, ενώ στις γυναίκες μεγαλύτερα συχνότητα του καρκίνου του ορθού.³⁷

Στην δική μας έρευνα δεν βρήκαμε σημαντική διαφορά ούτε μεταξύ των δύο φύλων ούτε με την έρευνα του Carbone. Στους άνδρες βρήκαμε στο ορθό (16,53%), σιγμοειδές (6,78%), ορθοσιγμοειδές και τυφλό (5,08%), ανιόν (2,12%) εγκάρσιον και κατίον (0,85%). Όσο αφορά τις γυναίκες στο ορθό (19,67%), σιγμοειδές (10,25%), ορθοσιγμοειδές (6,97%), τυφλό (4,92%), εγκάρσιο, κατίον και ανιόν (2,05%).

Παρατηρούμε ότι μετά από το γενικευμένο Ca παχέος εντέρου ακολουθεί η εντόπιση στο ορθό σε μία υπεροχή των γυναικών 3,14% επί πλέον του ποσοστού των ανδρών.

Η ερευνητική μας αυτή προσπάθεια πρέπει να συνεχιστεί και η ενημέρωση των συνανθρώπων μας να γίνει σκοπός μας. Με βάση τη δεδομένη συνεργασία Νοσηλευτών-Ερευνητών ως τοποθετήσουμε τους νοσηλευτικούς μας προβληματισμούς στην τροχιά της έρευνας με στόχο την βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στους αρρώστους μας.

Π Ρ Ο Τ Ε Ι Ν Ο Μ Ε Ν Α Μ Ε Τ Ρ Α

Η διαφώτιση είναι ένα κανάλι που λειτουργεί αμφίδρομα μεταξύ των επιστημονικών γνώσεων που εμπεριέχονται στην εθνική στρατηγική για την πρόληψη του Ca και του κοινού. Ο συντονιστής αυτής της υγειονομικής δραστηριότητας είναι η νοσηλεύτρια. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους ώστε το μήνυμα της πρόληψης να το ενσωματώσει σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για να προάγει την υγεία των μελών και του περιβάλλοντος τους.

Η νοσηλεύτρια-ης απ' την φύση της εργασίας της, έρχεται πολύ κοντά στον αρρωστο, αλλά και στον υγιή άνθρωπο αφού η δραστηριότητά της δεν περιορίζεται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά και σε αγροτικά ιατρεία (που εκεί έχει ιδιαίτερη ευθύνη για τον πληθυσμό της κοινότητας) σε σχολεία και άλλες υπηρεσίες. Έτσι μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην πρώιμη διάγνωση και τα προτεινόμενα μέτρα.

Η νοσηλεύτρια , πρέπει να παρακολουθεί στενά κάθε άρρωστο που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και παρουσιάζει συμπτώματα απ' το πεπτικό σύστημα. Να παρατηρεί καθημερινά τα κόπρανα του και να ενημερώνει το γιατρό για οποιαδήποτε αλλαγή παρατηρήσει στο χρώμα των κοπράνων ή για παρουσία αίματος ή βλέννης στα κόπρανα. Καλό θα είναι η νοσηλεύτρια να μάθει το κοινό να εκτελεί μόνο του το HEMOTEST που είναι ένας εύκολος τρόπος για την ανίχνευση αίματος στα κόπρανα και που όπως έχει αποδειχθεί, έχει συμβάλει σημαντικά στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Μπορεί να οργανώσει ορισμένα προγράμματα που μπορεί

να περιλαμβάνουν:

1. Υγειονομολογική διάφωτιση και διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου παραδείγματος χάριν η αδιαμφισβήτητη συσχέτιση μεταξύ διατροφής - καρκίνου του παχέος εντέρου.

Συστήνει την αποφυγή κατανάλωσης επεξεργασμένων τροφίμων που έχουν μικρό στερεό υπόλειμα και που σχετίζονται με την αύξηση της συχνότητας του Ca παχέος εντέρου. Την αποφυγή λίπους ζωικής προελεύσεως, αφού ξέρει ότι αυξάνει την πιθανότητα προσβολής απ' αυτόν τον τύπο του καρκίνου.

Υποδεικνύει την χρήση λαχανικών και φρούτων που ασκούν προστατευτικό ρόλο απέναντι σ' αυτή την κακοήθη νεοπλασία.

Ενημερώνει τον πληθυσμό ότι τα αναερόβια βακτηρίδια τα οποία βρίσκονται στα κόπρανα των ανθρώπων που καταναλώνουν τροφές δυτικού τύπου είναι καρκινογόνα.

2. Προστασία ομάδων πληθυσμού από καρκίνο του παχέος εντέρου π.χ. άτομα με οικογενή πολυποδίαση, ελκώδη κολίτιδα, οικογενειακό ιστορικό πολυποδίασης ή καρκίνου του παχέος εντέρου. Σ' αυτά τα άτομα πρέπει να τονιστεί ότι είναι αναγκαίος ένας ετήσιος έλεγχος (ορθοσκόπηση-κολονοσκόπηση).

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενημερώνει τα άτομα της κοινότητας για τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου, έτσι ώστε να πηγαίνουν έγκαιρα στο γιατρό με την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων.

Η παρουσία αίματος στα κόπρανα να τους οδηγεί στο γιατρό και να μην καθυστερούν με την διάγνωση "αιμορροΐδες".

Επίσης να τους ενημερώσει ότι σε περίπτωση που παρατηρήσουν αλλαγές στην συνήθεια του εντέρου θα πρέπει να ζητήσουν την γνώμη ενός ειδικού.

Να τονίζει , ότι κάθε άνθρωπος άνω των 50 ετών είναι απαραίτητο να ελέγχεται τουλάχιστον μια φορά κάθε δύο χρόνια με ορθοσκόπηση κολονοσκόπηση.

Να εκτελεί το HEMOTEST σε περίπτωση που υποπτεύεται παρουσία λανθάνοντος αίματος στα κόπρανα.

Στην οικογένεια εξατομικεύει την πληροφόρηση γιατί κάθε άτομο έχει διαφορετική ψυχολογική αντοχή στην πρόσληψη του μηνύματος. Ο κόσμος όταν έχει ένα σύμπτωμα προσανατολίζεται στο κακό, τη φόρτιση του υπερβολικά δυσάρεστου, μπορεί ν' αποφορτιστεί πιστεύοντας ότι η γνώση είναι ο καλύτερος τρόπος της αυτοφροντίδας και προσπαθεί να δημιουργεί μηχανισμό άμυνας.

Στόχος της στην οικογένεια είναι η αγωγή υγείας ώστε να επενδύονται στην καθημερινότητα της ζωής οι υγιεινές συνθήκες διατροφής και τα προληπτικά μέτρα να γίνονται συμπεριφορά , στάση, πεποίθηση.

Πολλές φορές οι προκαταλήψεις, η λανθασμένη στάση, οι παλιές συνήθειες , τα στερεότυπα για την έννοια της υγείας, σίγουρα έχουν ανασταλτική ενέργεια.

Με την διαφώτιση λοιπόν μέσα στην οικογένεια η νοσηλεύτρια στοχεύει να διαμορφώσει νέα συμπεριφορά και ν' απορρίψει ανεπιθύμητες φόρμες που θα βοηθήσουν στην απομάκρυνση των αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Στο σχολείο κάνει αγωγή υγείας στις ομάδες μαθητών για υγιεινή συμπεριφορά και διατροφή. Παρακολουθεί τι καταναλώνουν οι μαθητές στην καντίνα και υποδεικνύει με

ποιά μέσα πρέπει να είναι εφοδιασμένη.

Είναι δύσκολο να διδάξει σ' ένα νέο την συνδεση της διατροφής με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, γιατί η αφηρημένη έννοια του μελλοντος , η ψευδαισθηση της ευθανασίας και η αντίληψη της παντοτινής σωματικής ακεραιότητας, δεν βοηθούν σε αυτή την αντίληψη.

Τέλος για να τελειοποιήσει η νοσηλεύτρια την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να ασχοληθεί με την έρευνα, η οποία στα χέρια της γίνεται εργαλείο για την επίτευξη του σκοπού της. Τα πορίσματα των ερευνών , θα πρέπει να μας ευαισθητοποιούν όλους μας, γιατί η αξιοποίησή τους θα συμβάλλει στην συνεχή αναβάθμιση της Νοσηλευτικής επιστήμης.

Κοπιώδης ο δρόμος της Έρευνας.....

Όμως

"σαν βγείς στον πηγαϊμό για την Ιθάκη να εύχεσαι να είναι μακρύς ο δρόμος γεμάτος περιπέτειες, γεμάτος γνώσεις....."

Ας γίνει λοιπόν, η προσπάθεια για τη συνεχή πρόοδο της Νοσηλευτικής Επιστήμης, το ταξίδι όλων μας για την Ιθάκη.⁷⁸

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ Π. ΕΝΤΕΡΟΥ.

Κατά την Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρία, η πρώιμη διάγνωση είναι πολύ σημαντική για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ένας έλεγχος υγείας επαναλαμβάνεται μια φορά τον χρόνο από τον οικογενειακό γιατρό ή από ειδικά ιατρεία νοσοκομείων ή από ειδικά κέντρα συμπτωματικής διάγνωσης του καρκίνου.³³

Οι κινητές διαγνωστικές μονάδες είναι μια αποδοτική, σχετικά με την απαιτούμενη δαπάνη μέθοδος προληπτικής εξέτασης. Αποτελούνται από ομάδες γιατρών, αδελφών, κοινωνικών λειτουργών, παραϊατρικού προσωπικού και άλλων που κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα που έχουν εξεταστικά δωμάτια ακτινολογικά μηχανήματα και άλλα διαγνωστικά μέσα. Αυτές οι κινητές μονάδες πηγαίνουν στην επαρχία ακόμη και σε αστικά κέντρα με σκοπό την ενημέρωση τις δυνατότητες πρόληψης και καρκίνου του παχέος εντέρου και για τις θεραπευτικές δυνατότητες, καθώς και την παροχή δωρεάν και χωρίς ταλαιπωρίες κλινικής εξέτασης για την πρώιμη διάγνωση. Η προτίμηση για την επαρχία είναι γιατί εκεί πολλές φορές δεν υπάρχουν γιατροί και γιατί ο κόσμος είναι συνήθως λιγότερο κατατοπισμένος για τις δυνατότητες πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης.⁶¹ Αυτές οι κινητές διαγνωστικές μονάδες λειτουργούν σε διάφορες χώρες όπως Αγγλία, Αμερική κλπ. Το πρόβλημα είναι ότι οι κινητές μονάδες είναι δαπανηρές σε σχέση με την αποδοτικότητά τους. Μερικοί για να περιορίσουν τη δαπάνη χρησιμοποιούν μόνο ένα εξεταστικό δωμάτιο και μόνο ένα εξεταστικό κρεβάτι. Τα τελευταία χρόνια στις Η.Π.Α εγκαινιάσθηκαν ιατρεία προκλινικής διάγνωσης (CANSCREEN CLINICS) και

τώρα λειτουργούν επτά σε διάφορες πολιτείες με αποδοση αρκετά ικανοποιητική που ασχολούνται με τους πιο συχνούς τύπους καρκίνου. Τα ιατρεία αυτά για την ασυμπτωματική διάγνωση στηρίζουν την λειτουργία τους, όχι σε γιατρούς, αλλά σε αδελφές, νοσοκόμες εκπαιδευτικούς υγείας, επιστήμονες συμπεριφοράς και διαφόρους τεχνικούς. Γιατροί υπάρχουν μόνο σαν σύμβουλοι. Έτσι η εξέταση δεν είναι ακριβή. Ο έλεγχος σ' αυτά τα προγράμματα είναι προκλινικός, βλέπουμε δηλαδή, όχι αν ο εξεταζόμενος πάσχει από καρκίνο του παχέος εντέρου αλλά να βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξή του. Έτσι υπολογίζονται ποιές πιθανότητες μπορεί ο εξεταζόμενος να αναπτύξει μελλοντικά αυτή την αρρώστεια. Το βασικό όμως πρόβλημα εδώ είναι η εξασφάλιση προσέλευσης στα ιατρεία, ατόμων που ανήκουν σε ομάδες με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου.^{33, 61}

Η πείρα που έχουμε μέχρι σήμερα δείχνει ότι η οργάνωση και η λειτουργία ενός ιατρείου πρόληψης καρκίνου δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι θα χρησιμοποιηθεί από τα σωστά άτομα. Έχουν μελετηθεί πολλές μέθοδοι προληπτικής εξέτασης. Αυτές οι μέθοδοι πρέπει να είναι αποδοτικές σε σχέση με την απαιτούμενη δαπάνη. Σε ανομοιογενείς κοινωνίες, όπως οι κοινωνίες δυτικού τύπου, ίσως πρέπει να δοκιμάζονται περισσότερες από μία μέθοδοι, για να καθοριστεί ποιές είναι περισσότερο αποδοτικές. Πάντως για ευρεία εφαρμογή στην πράξη κλινικής προληπτικής εξέτασης θα χρειαστεί επανεκπαίδευση των γιατρών έτσι που να μην σκέπτονται μόνο με τον παλιό τρόπο της παραδοσιακής ιατρικής και της αξιολόγησης των συμπτωμάτων. Θα χρειαστεί ακόμα επιμόρφωση του κοινού για προσωπική συμμετοχή στην πρόληψη.⁷⁷

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία γίνεται ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων με τρεις κατηγορίες ερευνών, σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα, και σε μικροβιακές καλλιέργειες. Οι έρευνες σε ανθρώπους είναι οι περισσότερο αποτελεσματικές μολονότι είναι αναγκαστικά μη-πειραματικές τα 3/4 των γνωστών καρκινογόνων παραγόντων έχουν επισημανθεί με επιδημιολογικές έρευνες. Ένα κοινό πρόβλημα των αιτιολογικών ερευνών σε ανθρώπους και πειραματόζωα είναι το μεγάλο τους κόστος και η μεγάλη τους χρονική διάρκεια (περί τα 3.000.000 δρχ και 3 έτη κατά έρευνα).⁸⁰

Εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς πρόληψης.

Στην Ελλάδα γνωρίζουμε σήμερα την αιτία του 1/4 περιπτώσεων καρκίνου -ο κυριότερος γνωστός αιτιολογικός παράγοντας είναι το κάπνισμα και ακολουθούν με σημαντική διαφορά ο ιός της ηπατίτιδας Β, τα πυκνα οινοπνευματώδη ποτά, μερικοί βιομηχανικοί παράγοντες, ορισμένες παράμετροι της διατροφής, ο καφές, οι ιονίζουσες ακτινοβολίες, άλλοι ιατρογενείς παράγοντες, και η υπερϊώδης ακτινοβολία. Στον τομέα της διατροφής ο περιορισμός της κατανάλωσης θερμίδων, κρέατος μεγάλων ζώων, λιπών ζωικής προέλευσης, καπνιστών και υπεραλατισμένων τροφίμων και αντίθετα η αύξηση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, ορισμένων βιταμινών (Α, C) και τροφίμων με μεγάλο στέρεο υπόλειμμα, πιστεύεται ότι αποτελεί χρήσιμη στρατηγική, και μπορεί να συμβάλουν σε ποικίλο βαθμό στην μείωση της επιπτώσεως του καρκίνου παχέος εντέρου.²²

Η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στην προσυμπτωματική τους διάγνωση κατά την διάρκεια της προ-διηθητικής φάσεως ή σπανιότερα, κατά την διάρκεια άλλων καρκινογενετικών φάσεων. Μολονότι είναι χρήσιμη, η δευτερογενής πρόληψη είναι λιγότερο αποτελεσματική απ' ότι γενικά πιστεύεται.²²

Εφαρμογή μέτρων δευτερογενούς πρόληψης

Κατά την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία, ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι χρήσιμος για την αντιμετώπιση τριών κυρίως καρκίνων: του παχέος εντέρου (συμπεριλαμβανομένου και του ορθού), του τραχήλου της μήτρας και του μαστού. Για τον καρκίνο του παχέος εντέρου συνιστάται να γίνεται δακτυλική εξέταση του ορθού κάθε έτος μετά το 40ο έτος της ζωής. Εξήταση κοπράνων για μικροσκοπική αιμορραγία κάθε έτος μετά το 50ο έτος, και σιγμοειδοσκόπηση κάθε τρία έτη μετά το 50ο έτος (αφού προηγηθούν δύο επάλληλες αρνητικές σιγμοειδοσκοπήσεις σε χρονική απόσταση ενός έτους). Επειδή στην χώρα μας οι επιδημιολογικές και υγειονομικές συνθήκες είναι διαφορετικές τα παραπάνω χρονικά διαστήματα θα μπορούσαν αν διπλασιαστούν. Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν έχει τεκμηριωθεί, αλλά θεωρείται πιθανή με ενδεχόμενη μείωση θνησιμότητας κατά 1/3 του σημερινού της μεγέθους.^{80, 22}

Με βάση τις παραπάνω υποδείξεις, ο προσυμπτωματικός έλεγχος των κακοήθων νεοπλασιών μπορεί να γίνεται κάθε τριετία μέχρι το 40ο έτος και σε ετήσια βάση μετά το έτος αυτό, μέχρι το τέλος της ζωής. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος μπορεί επίσης να περιλαμβάνει την κλινική εξέταση του θυρεοειδούς, των όρχεων, του προστάτη, των λεμφαδένων,

της στοματικής κοιλότητας και του δέρματος, μολονότι δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι ο έλεγχος αυτός βελτιώνει ουσιαστικά την γενική πρόγνωση των αντίστοιχων νεοπλασιών. Κυτταρολογικός προσυμπτωματικός έλεγχος επιχειρηθεί για τον καρκίνο του πνεύμονα (σε καπνιστές ή σε εργάτες με επαγγέλματα "αυξημένου κινδύνου"), τον καρκίνο της ουροδόχου κύστεως (σε εργάτες με επαγγέλματα "αυξημένου κινδύνου") και τον καρκίνο του στομάχου (σε άτομα με χρόνια γαστρίτιδα κλπ) αλλά τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά. Μέτρια ήταν επίσης τα αποτελέσματα των βιοχημικών προσυμπτωματικών εξετάσεων σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα (έλεγχος καρκινοεβρικού αντιγόνου ως διαγνωστικού του καρκίνου του παχέος εντέρου) ή με κίρρωση του ήπατος (έλεγχος α-φетоπρωτεΐνης ως διαγνωστικός του καρκίνου του ήπατος)⁴⁰. Με βάση τα στοιχεία που εκτέθηκαν προκύπτει ότι μέχρι 25% των περιπτώσεων και των θανάτων από κακοήθεις νεοπλασίες μπορούν να αποφευχθούν με μέτρια πρωτογενούς προλήψεως, ενώ άλλα 5% των θανάτων μπορούν να αποφευχθούν με μέτρα προσυμπτωματικού ελέγχου και δευτερογενούς προλήψεως. Κατά συνέπεια οι καρκίνοι όχι μόνο μπορούν να θεραπευθούν σε σημαντικό ποσοστό αλλά μπορούν και να προληφθούν σε ποσοστό εξίσου σημαντικό (πράγμα που είναι βέβαια ιατρικά, λογικά και συναισθηματικά πολύ καλύτερο). Μολονότι τα στοιχεία αυτά δεν είναι όλα αξιόπιστα και προέρχονται από έρευνες που δεν είναι πάντοτε μεθολογικά άψογες, διαγράφουν εντούτοις καθαρά ένα βασικό μήνυμα -ο καρκίνος που μέχρι πριν από λίγα χρόνια εθεωρείτο ένα μοιραίο και σχεδόν αθεράπευτο νόσημα, στην πραγματικότητα δεν είναι ούτε ενιαίος ούτε αναπόφευκτος, ούτε ακατανίκητος.^{40, 41}

Η δυνατότητα πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου εξαρτάται καταρχήν από την επαγρυπνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του. Την ευθύνη για την εξέλιξη της αρρώστιας- για το άτομο που προσβλήθηκε απ' αυτή- την έχει κυρίως το ίδιο το άτομο. Και η ευθύνη βέβαια του ίδιου του γιατρού δεν είναι μικρή. Επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική εξέταση και αξιολόγηση εκ μέρους του γιατρού, των πιο ελαφρών και ανεπαίσθητων ενοχημάτων. Εάν δεν βρεθεί η αιτία των ενοχλημάτων, ο γιατρός πρέπει να συστήσει στον αρρωστο να έλθει για επανεξέταση μετά ένα μήνα. Εάν τα ενοχλήματα συνεχίζονται και στην δεύτερη εξέταση χωρίς να βρεθεί αιτία και δημιουργούνται υπόνοιες καρκίνου, ο αρρωστος στέλνεται σε διαγνωστικό κέντρο για καλύτερο έλεγχο. Σε σαφή γνώμη του γιατρού ότι πρόκειται για καρκίνο ο αρρωστος στέλνεται στον ειδικό. Η ευθύνη λοιπόν του πρώτου γιατρού, δεν περιορίζεται στην διάγνωση, αλλά και στην παροχή κατάλληλης κατεύθυνσης.⁴¹ Σημαντικός και σίγουρα υπίστης σημασίας είναι και ο ρόλος της νοσηλεύτριας όσον αφορά την πρώιμη διάγνωση την διαφώτιση καθώς επίσης και την ανώδυνη αντιμετώπιση του καρκίνου. Ο ρόλος της περιλαμβάνει ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος. Εφαρμογή μετρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρινογόνους παράγοντες, παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον, ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.

Πολλές φορές οι προκαταλήψεις, η ημιμάθεια, η

λανθασμένη στάση οι παλιές συνήθειες, οι ακαμψίες τα στερεότυπα για την έννοια της υγείας έχουν ανασταλτική ενέργεια. Η διαφώτιση όμως μέσα στην οικογένεια στοχεύει και μπορεί να διαμορφώσει νέα μοντέλα συμπεριφοράς και να απορρίψει ανεπιθυμητες φόρμες. Αλλωστε η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση εξαρτώνται από την διαφώτιση του κοινού.

Η διαφώτιση αυτή βέβαια γίνεται εν μέρει από τις νομιατρικές υπηρεσίες τα κρατικά μέσα ενημέρωσης και τις εφημερίδες. Ίσως δεν χρειάζεται να επιμείνουμε για να αποδείξουμε ότι ένα πόστερ- έστω και καλόγουστο- κρεμασμένο στο αγροτικό ιατρείο ή στο Υγειονομικό σταθμό ή μια σοβαρή εφημερίδα εύκολα παραβλέπονται από το πολύ κοινό. Αντίθετα πολύ θα επηρεάσει μια ζεστή συζήτηση μια φιλική ενημέρωση οι προσωπικές παρατηρήσεις και συμβουλές αλλά και το ίδιο το παράδειγμα της νοσηλεύτριας. Επομένως η διαφώτιση του κοινού είναι πρωτίστος στα χέρια της νοσηλεύτριας, η οποία είναι ο ηγέτης της αντικαρκινικής προσπάθειας και ο φορέας της αλήθειας στο ότι ο καρκίνος είναι αρρώστια σαν τις άλλες που προλαμβάνεται σε μεγάλο βαθμό αν τηρήσουμε ορισμένους κανόνες υγιεινής, και που θεραπεύεται συχνά αν διαγνωστεί έγκαιρα. Ακόμη όμως και όταν αυτό δεν είναι εφικτό, όπως σε προχωρημένες περιπτώσεις η σωστή θεραπευτική αγωγή εξασφαλίζει επιμηκίνση της ζωής και βελτίωση της ποιότητας της.

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές. Οικονομικοί λόγοι είναι μια από τις δυσκολίες. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στον γιατρό, όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου κ.α. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που

υπάρχουν στην διαθεσή του για την πρόληψη. Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο τον συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού μιας χώρας, γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό σε καρκίνο, την εργασία, την διατροφή το πιο ευρύ περιβάλλον και ορισμένα υποπτα σημεία για καρκίνο. Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων για να πούμε ότι πράγματι είναι αποτελεσματικές, πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά.

Αν θέλαμε ο αριθμός των εξεταζομένων για πρώιμη διάγνωση του καρκίνου συνεχώς να αυξάνει τότε πρέπει η προσπάθεια και το κόστος της ανιχνεύσεως να επεκταθούν περισσότερο, δηλαδή πρέπει να μπει σε εφαρμογή η σοφή ιδέα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας ότι: Κάθε ιατρικό γραφείο πρέπει να γίνει ένα κέντρο ανιχνεύσεως του καρκίνου. Στην χώρα μας η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία που ιδρύθηκε το 1959, είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός που έχει καταρτίσει και εφαρμόζει πρόγραμμα διαφωτίσεως του κοινού ενημερώσεως των γιατρών και νοσηλευτριών στις νέες εξελίξεις του καρκίνου, στις νέες μεθόδους διαγνώσεως, θεραπείας και ανιχνεύσεως των καρκινοπαθών. Μέσα διαφώτισης του κοινού που χρησιμοποιεί είναι αγγελίες, από τις εφημερίδες και τα περιοδικά, το ραδιόφωνο και την τηλεόραση, η έκδοση διαφωτιστικών εντύπων γύρω από τον καρκίνο, η οργάνωση συγκεντρώσεων κ.α. Δεν παραλείπει ποτέ στο ενημερωτικό της περιεχόμενο να περάσει και την πληροφορία της αισιόδοξης αντιλήψεως για τον καρκίνο σαν αρρώστιας που μπορεί να θεραπευθεί.⁸²

Ο καρκίνος δεν είναι πια μοιραίος. Κατά κανόνα όμως, όταν θίγεται το ζήτημα αυτό υπάρχει η τάση να συγκαλύπτεται. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποφάσισε, κατά συνέπεια να ενισχύσει τα προγράμματα ενημέρωσης και διαπαιδαγώγησης για τα θέματα της υγείας τα οποία έχουν ήδη αναληφθεί σε εθνικό επίπεδο με στυλοβάτες του κύριους μοχλούς των ενεργειών, που είναι στην περίπτωση αυτή οι ενώσεις και οι σύνδεσμοι για την καταπολέμηση του καρκίνου ή οι οικογενειακοί γιατροί. Κατά την αποψη της επιτροπής των Ευρωπαϊών καρκινολόγων, η σημερινή κατάσταση μπορεί να βελτιωθεί κατά τρόπο ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες πρόληψης και θεραπείας των κρουσμάτων καρκίνου.⁸¹

Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα έθεσε ως στόχο της να συμβάλει στις ανταλλαγές εμπειριών μεταξύ των κρατών μελών και στην επεξεργασία του ελάχιστου περιεχομένου των προγραμμάτων κατάρτισης. Το πρόγραμμα "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου" έχει πλέον δρομολογηθεί στους τέσσερις τομείς-κλειδιά της πρόληψης, της ενημέρωσης και διαπαιδαγώγησης για τα θέματα της υγείας, της εκπαίδευσης του υγειονομικού και νοσηλευτικού προσωπικού και των ερευνών για το καρκίνο. Για να στεφθεί από επιτυχία αυτό το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα χρειάζεται η κινητοποίηση πολυάριθμων φορέων και ιδίως των ενώσεων και συνδέσμων για την καταπολέμηση του καρκίνου, του υγειονομικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και των μέσων μαζικής επικοινωνίας.⁸²

Η αποστολή που καλούνται μάλιστα να επιτελέσουν τα μέσα αυτά είναι σημαντικότερη, καθώςον στοχεύουν στην διοχέτευση των σχετικών πληροφοριών σε 320.000.000 Ευρωπαίους πολίτες με σκοπό την παρότρυνση και κινητοποίησή τους. Δεκαπέντε τοις εκατό λιγότεροι θάνατοι

από καρκίνο το έτος 2000: αυτό ισοδυναμεί με 150.000 Ευρωπαίους στους οποίους δίνεται κάποια προσδοκία ζωής. Και στον τομέα της υγείας εξάλλου όπως και σε πολλούς άλλους η Ευρωπαϊκή Κοινότητα βρίσκει την δυνατότητα να αποδείξει την αντικατάστατη αξία του πολλαπλασιαστικού αντίκτυπου των πρωτοβουλιών της.^{31, 32}

Ο καρκίνος δεν είναι πια μία υπερφυσική αρρώστια και ο καρκινοπαθής είναι ένας αρρώστος σαν όλους τους άλλους που δεν πρέπει να τον χαρακτηρίσουμε σαν "ξεγραμμένο". Έχει ανάγκη από την συμπαράσταση, την βοήθειά μας, και η σύγχρονη Ιατρική του δίνει την δυνατότητα να ζήσει, περισσότερο ή λιγότερο, πάνω δε σ' αυτό η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι αποφασιστική. Αλλά ακόμα και αν κριθεί η περίπτωση του απελπιστική, εκείνη η ποιότητα και ποσότητα ζωής που μπορεί η σύγχρονη Ιατρική να του δώσει επί πλέον, είναι δικαίωμα του αναφαίρετο και δική μας υποχρέωση να του το παράσχουμε.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Ο καρκίνος παχέος εντέρου είναι ο πιο συχνός σπλαχνικός καρκίνος μαζί με τον καρκίνο στομάχου πνεύμονος και μαστού. Εμφανίζεται περισσότερο στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες με πολύ μικρή διαφορά.

Η ηλικία που προσβάλλεται κυρίως αφορά τις δεκαετίες 60-69 και 70-79 σε μεγαλύτερο ποσοστό ημιαστικής και αστικής περιοχής.

Η κληρονομικότητα φαίνεται, ότι επηρεάζει την εμφάνιση συχνότητας της νόσου, χωρίς όμως αυτό να μπορεί να ερμηνευθεί από τους ερευνητές. Ωστόσο η κληρονομική προδιάθεση σχετίζεται άμεσα με τον τόπο διαβίωσης και παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα στην ημιαστική και αστική περιοχή, ενώ στην αγροτική η νόσος παρουσιάζεται σε μικρότερο ποσοστό.

Το γεγονός αυτό σχετίζεται άμεσα με τις διατροφικές συνήθειες δεδομένου, ότι η διατροφή είναι ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας για την ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου. Η πλούσια σε λίπη δίαιτα αυξάνει τις πεπτικές διαταραχές και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου.

Το κάπνισμα αυξάνει κάπως το ποσοστό εμφάνισης του καρκίνου παχέος εντέρου. Η ασθενής όμως αυτή αύξηση δεν μπορεί να συγκριθεί με την αλματώδη αύξηση της ασθένειας σε αντίθεση με το αλκοόλ που αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου.

Η ενημέρωση, διαφώτιση των ανθρώπων είναι ευθύνη και πρωταρχικής σημασίας έργο της Νοσηλεύστριας στον τομέα της Υγείας.

S U M M A R Y A N D C O N C L U S I O N S

Large intestine Cancer is the most common intestinal cancer included lung cancer and breast cancer as well it appears more to women than men, with a very little difference.

The most dangerous age is between 60-69 and 70-79 in a bigger percentage of semi-civic and civic areas.

The inheritance seems to influence the appearance of frequency of the disease without however this can be explained by the investigators. However the inherited predisposition is directly related to the place of living and it appears increasing frequently to the semi-civic area and civic contrarily on the urban area which the disease appears in a smaller percentage.

This fact is directly related to the alimentation habits, if we consider that alimentation is the most motivational factor job causing the large intestine cancer. Fat food diet increases the digestinal disorders and consists major risk for the increase of disease.

Smoking in a way increases as well the percentage of appearance of L.I.C. This low increase can not be compared

to the huge increase of the disease contrarily, to the alcohol which consists, agravating factor for the creation of L.I.C.

The information, enlightening of people is the responsibility and an essential importance work of a Nurse to the Health Field .

П А Р А П Т Н М А I

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Φύλλο: Άρρεν

Θήλυ

Ηλικία:

Τόπος γέννησης:

Επάγγελμα:

Εγγαμος:

Άγαμος:

Χήρος:

Διαζευγμένος:

A) Οικογενειακό Ιστορικό:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

B) Ατομικό Ιστορικό:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Γ) Συνήθειες:

1) Κάπνισμα:
.....
.....

2) Διατροφή-

Οινοπνευματώδη:
.....
.....
.....
.....

3) Άσκηση:
.....
.....
.....
.....

4) Άλλα:
.....
.....
.....

Δ) Γυναικολογικό Ιστορικό:

1) Εμμηνος ρήση: Εναρξη: Λήξη:

2) Χαρ/κα περιόδου:

.....

3) 1η Εγκυμοσύνη:.....

4) Αποβολές:.....

5) Αμβλώσεις:.....

6) Παιδιά:.....

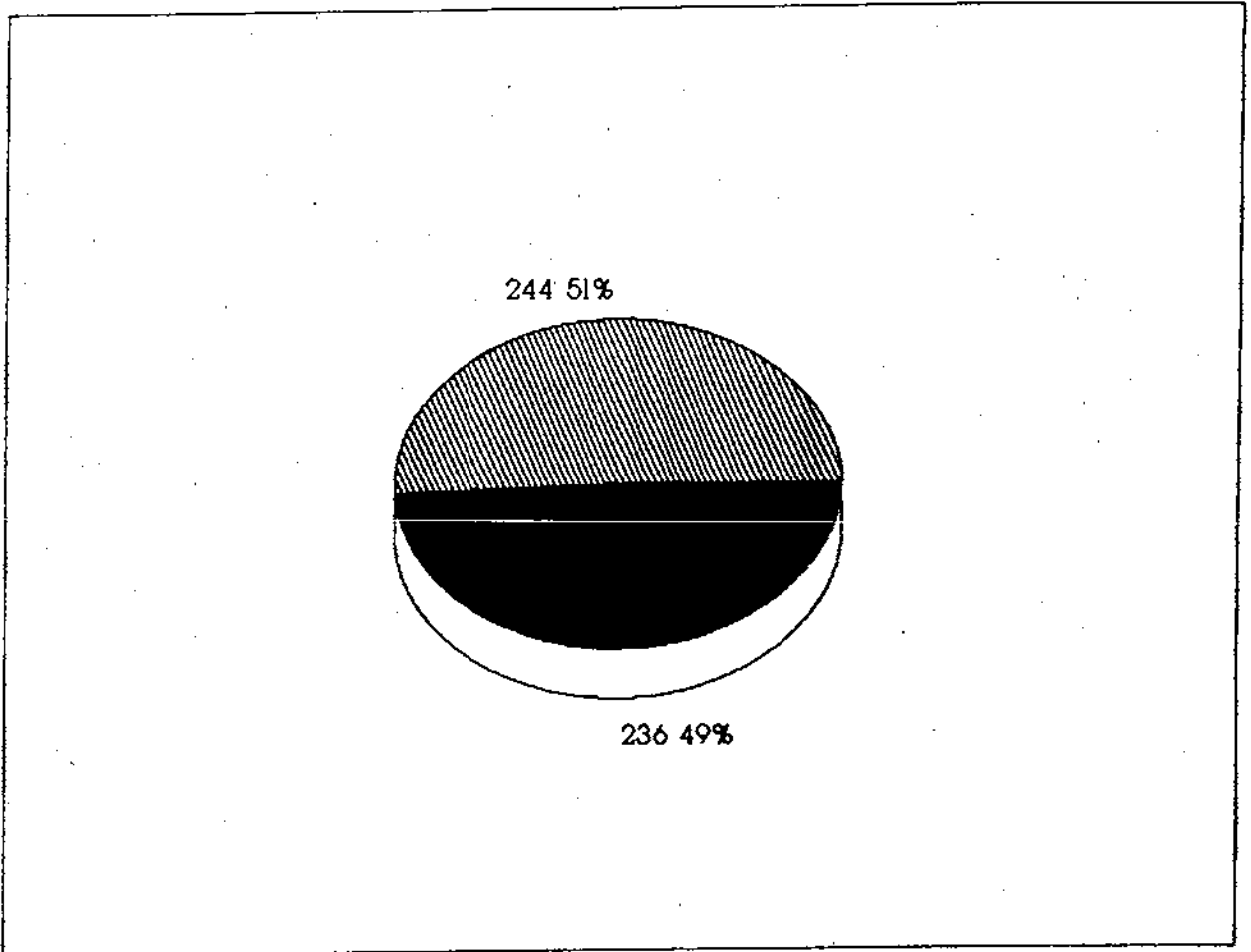
7) Θηλασμός:.....

8) Αντισύλληψη:.....

9) Γυναικολογικά προβλήματα:.....

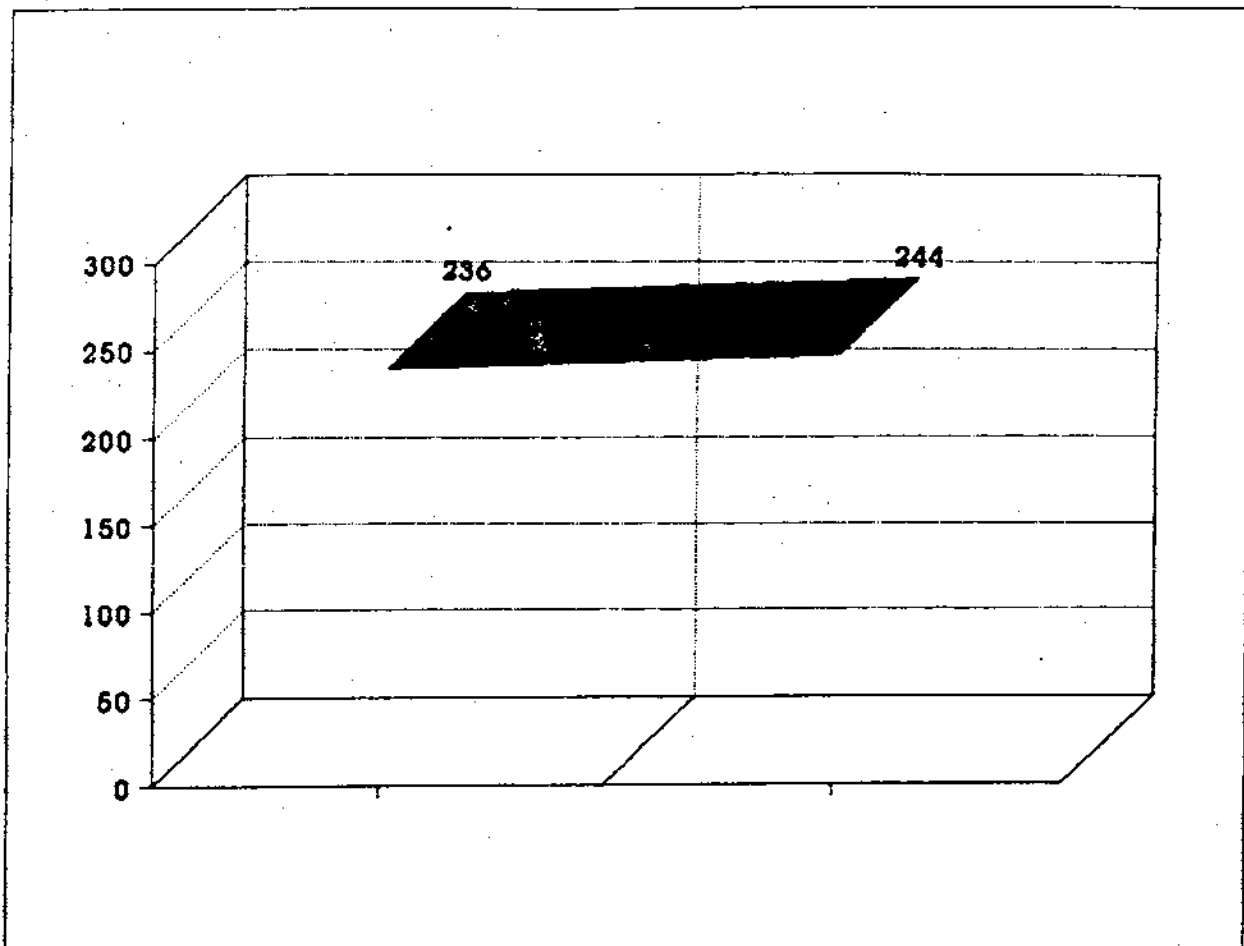
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΦΥΛΟ - ΑΤΟΜΑ - ΠΟΣΟΣΤΑ



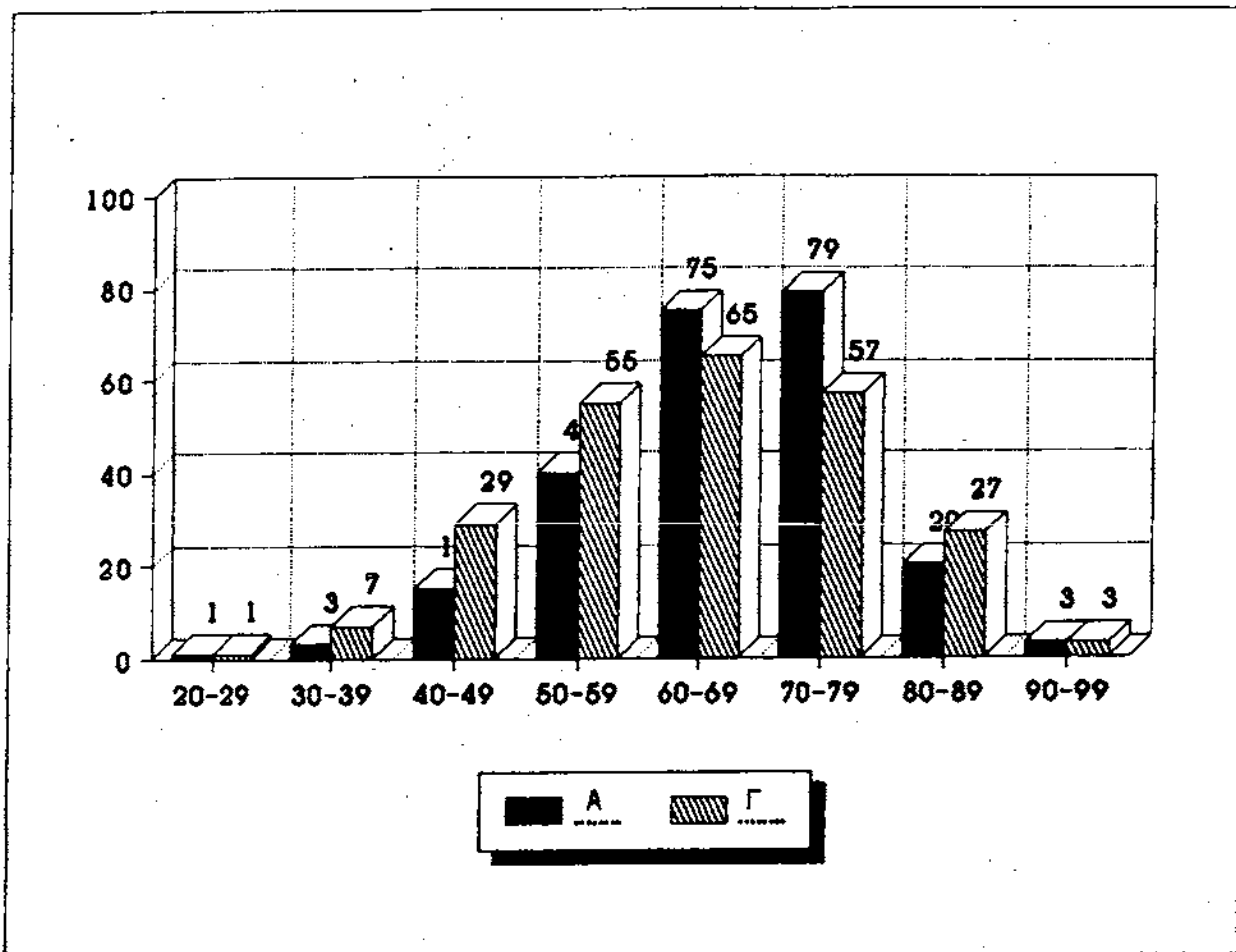
ΣΧΗΜΑ 1

ΦΥΛΟ -ΑΤΟΜΑ -ΠΟΣΟΣΤΑ



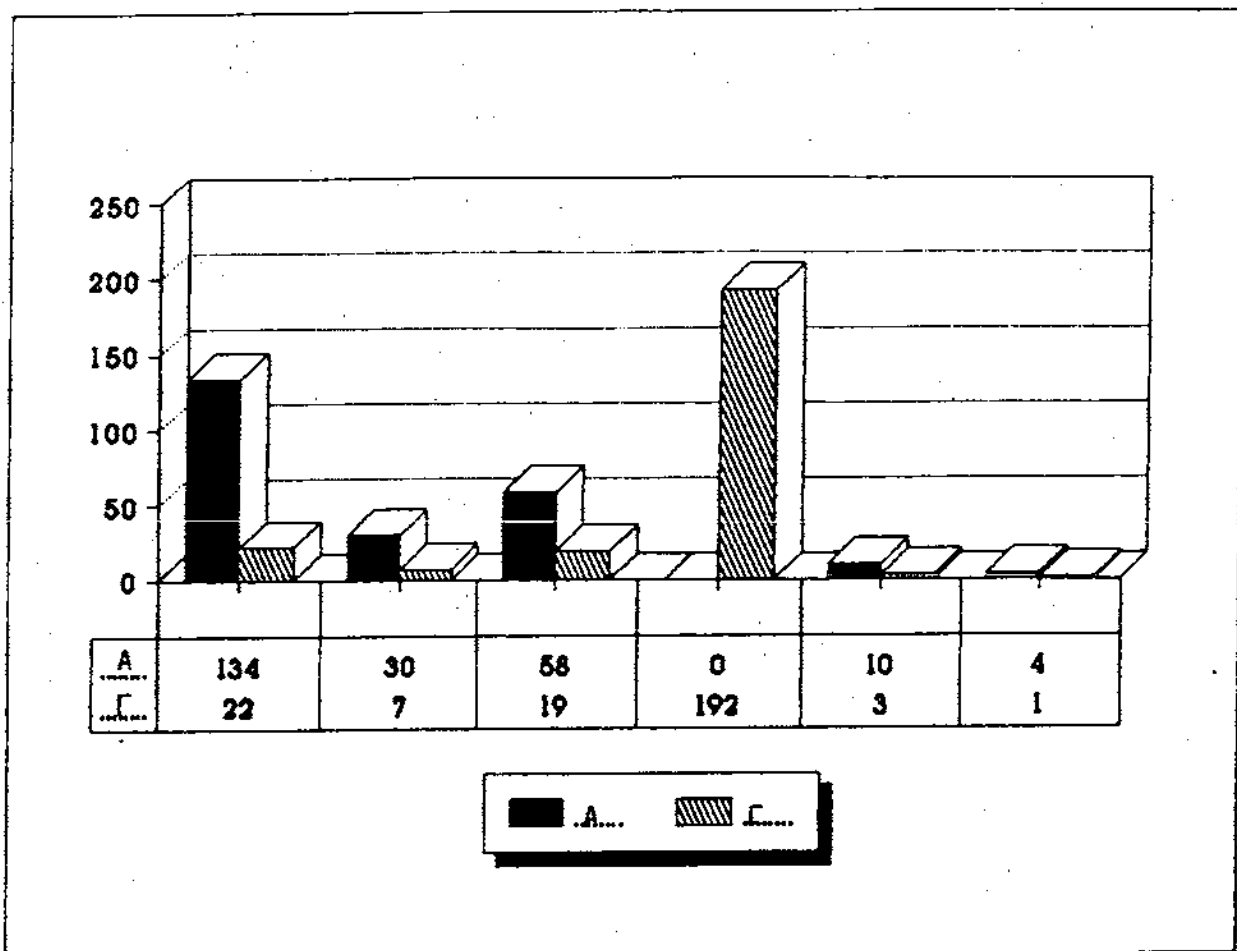
ΣΧΗΜΑ 2

ΗΛΙΚΙΕΣ ΚΑΤΑ 10|ΕΤΙΕΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ



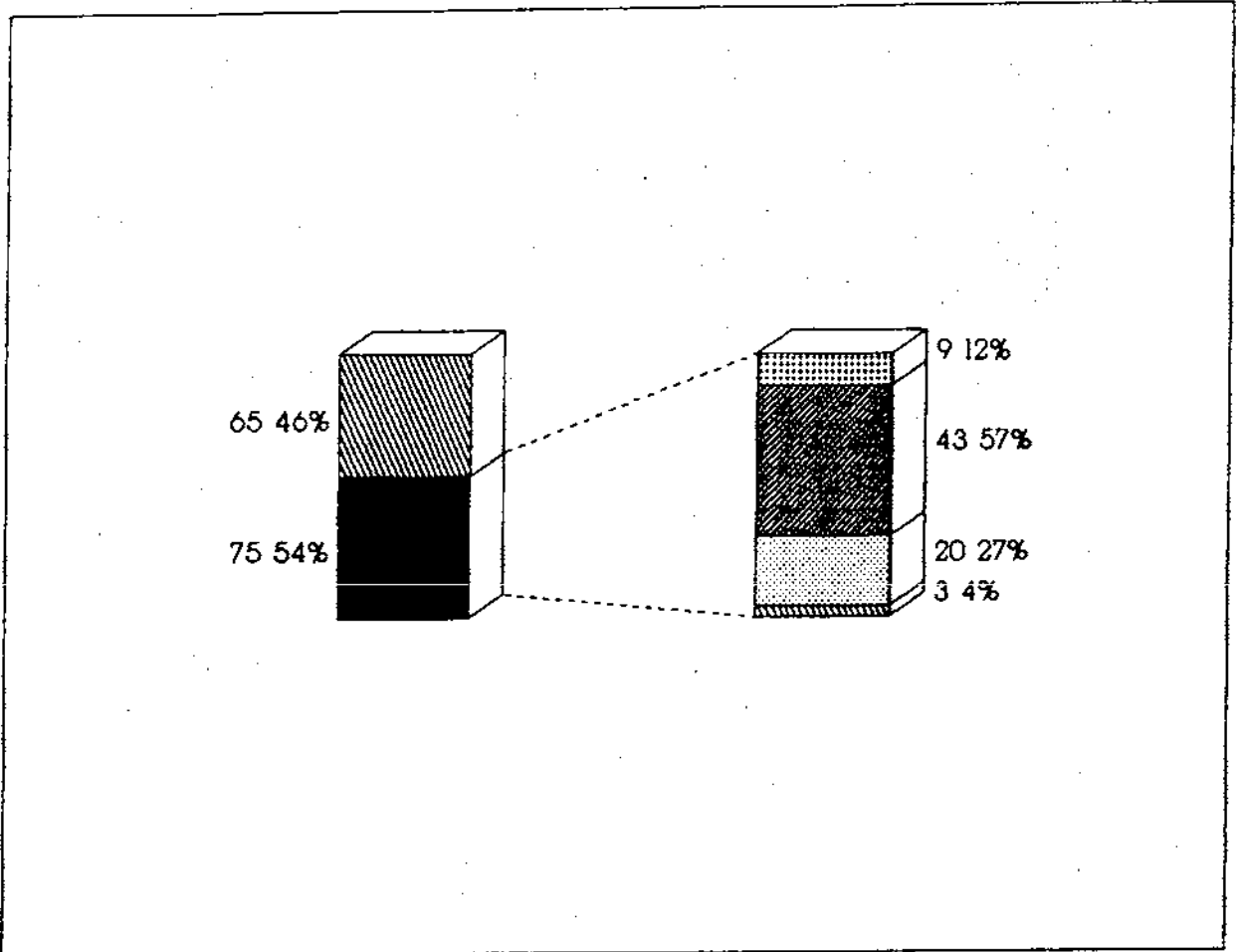
ΣΧΗΜΑ 3

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ



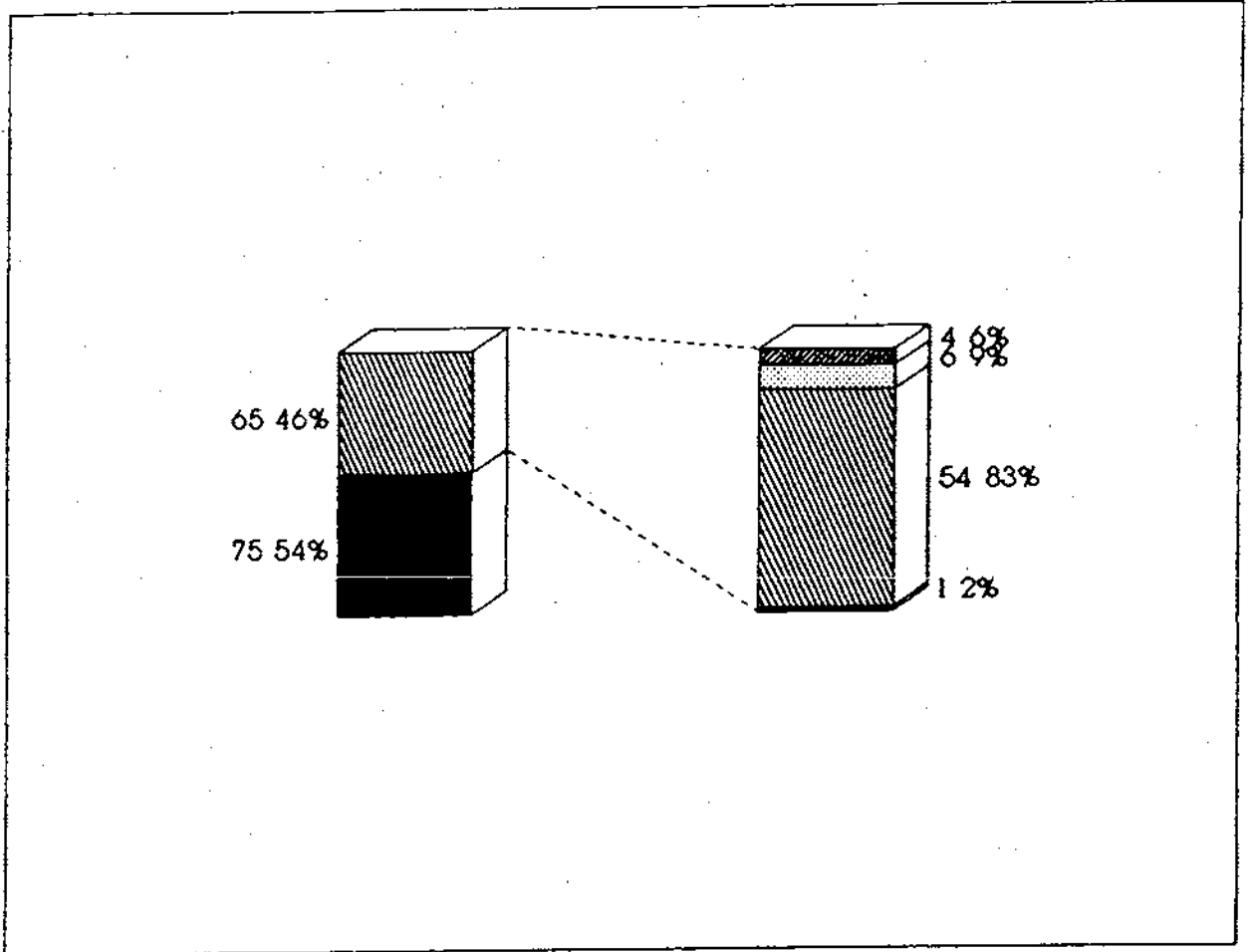
ΣΧΗΜΑ 4

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΔΡΩΝ 60-69 ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ



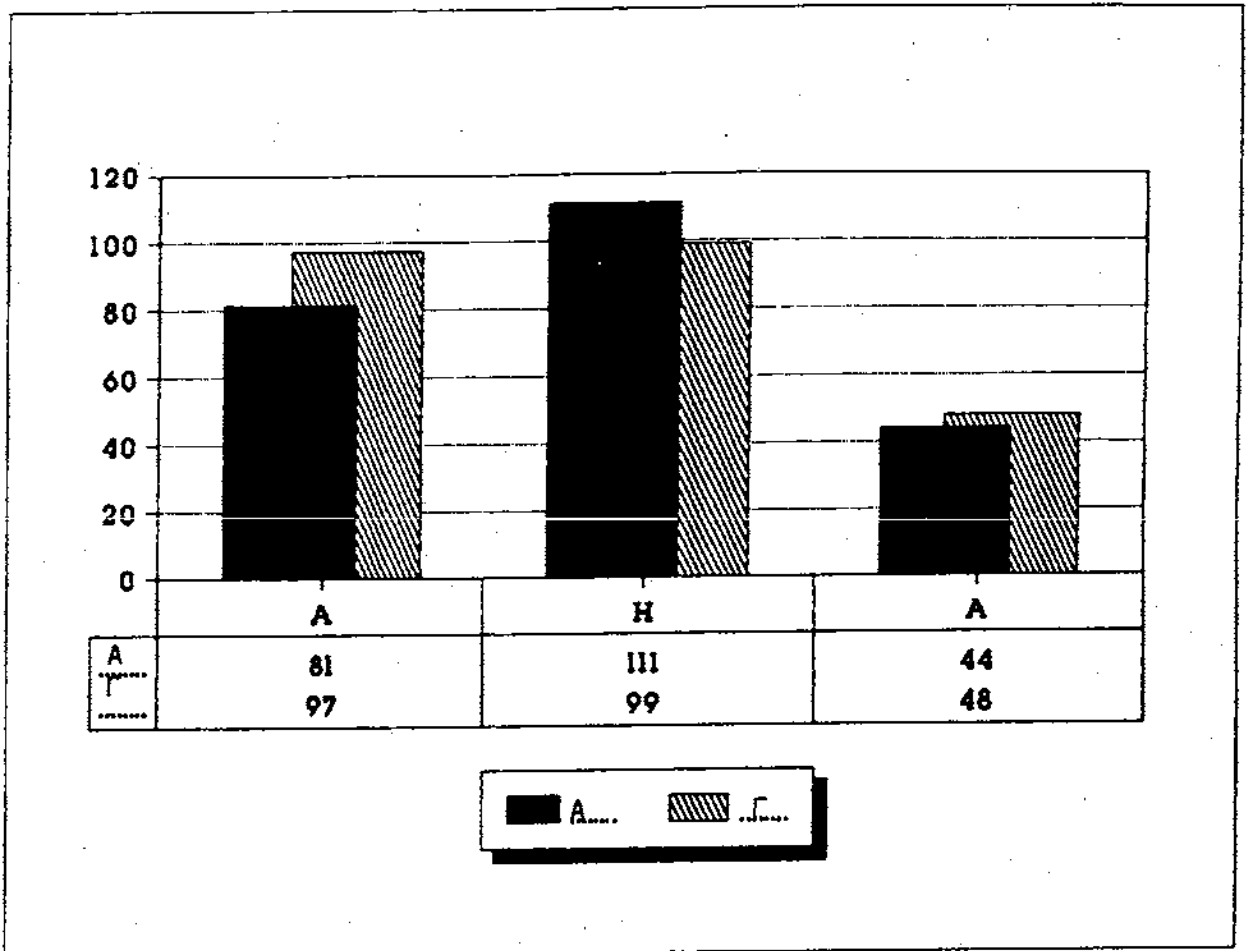
ΣΧΗΜΑ 5

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ 60-69 ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ



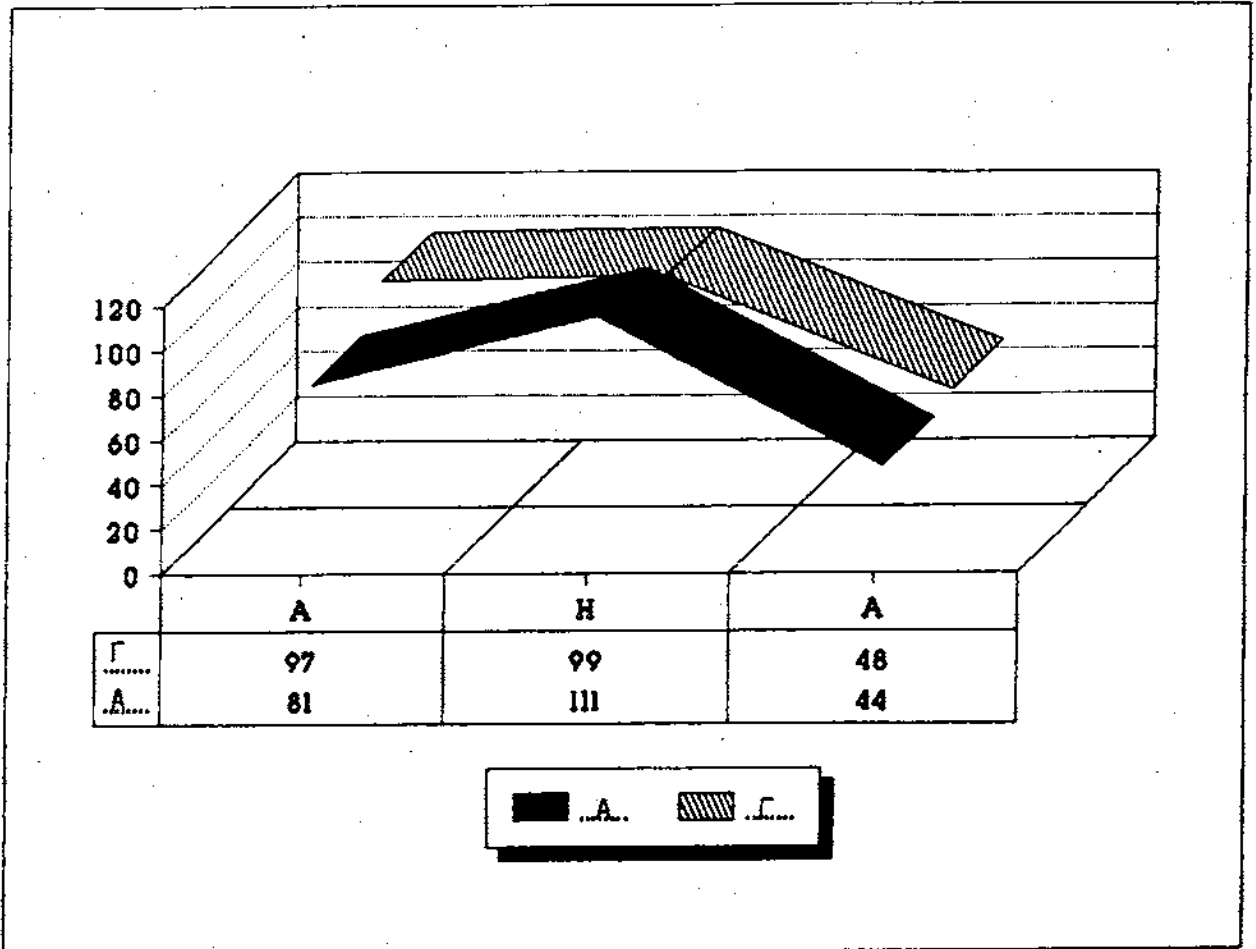
ΣΥΗΜΑ 6

ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ



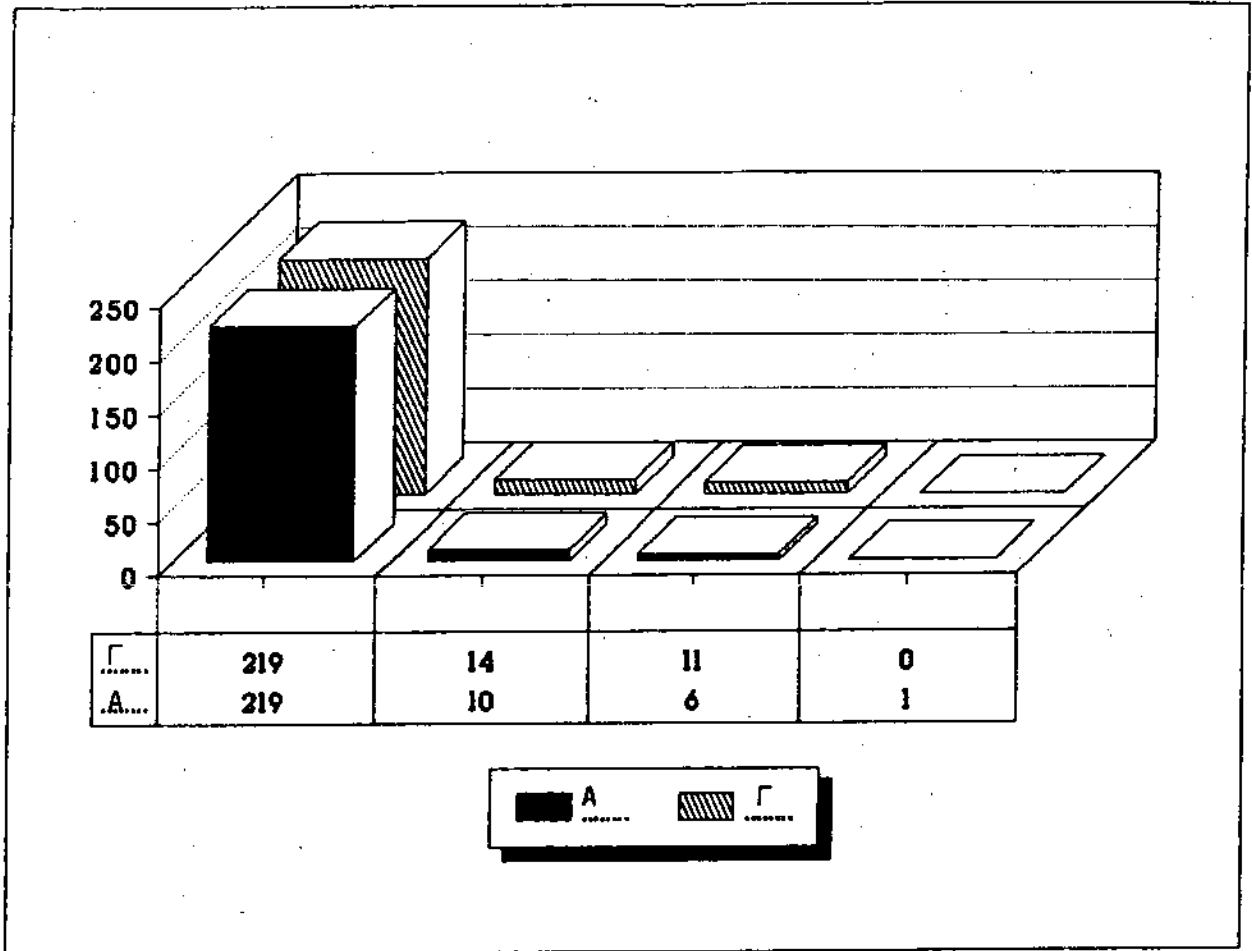
ΣΧΗΜΑ 7

ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ



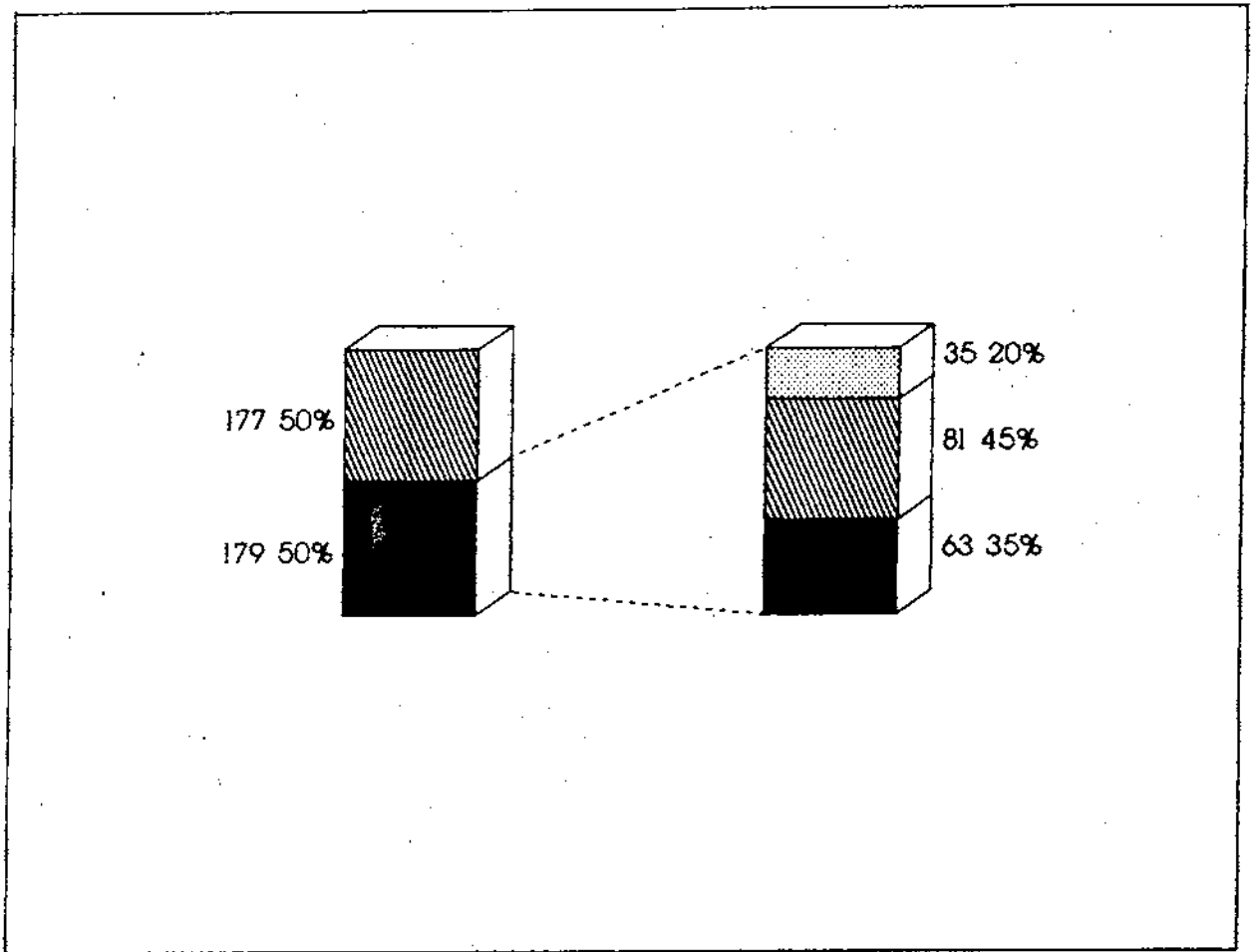
ΣΧΗΜΑ 8

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ



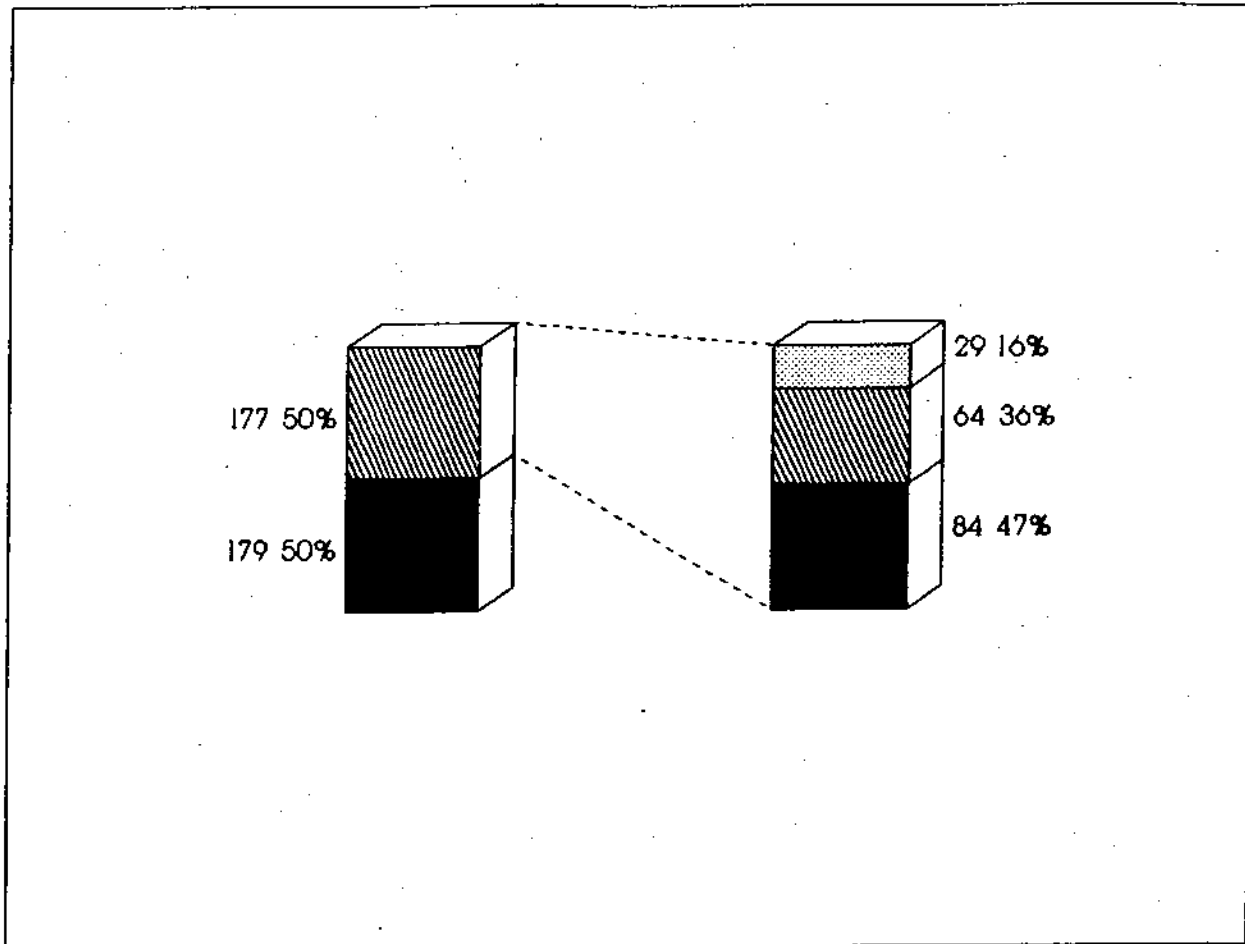
ΣΧΗΜΑ 9

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΜΕ ΣΑ Π. ΕΝΤΕΡΟΥ
ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ



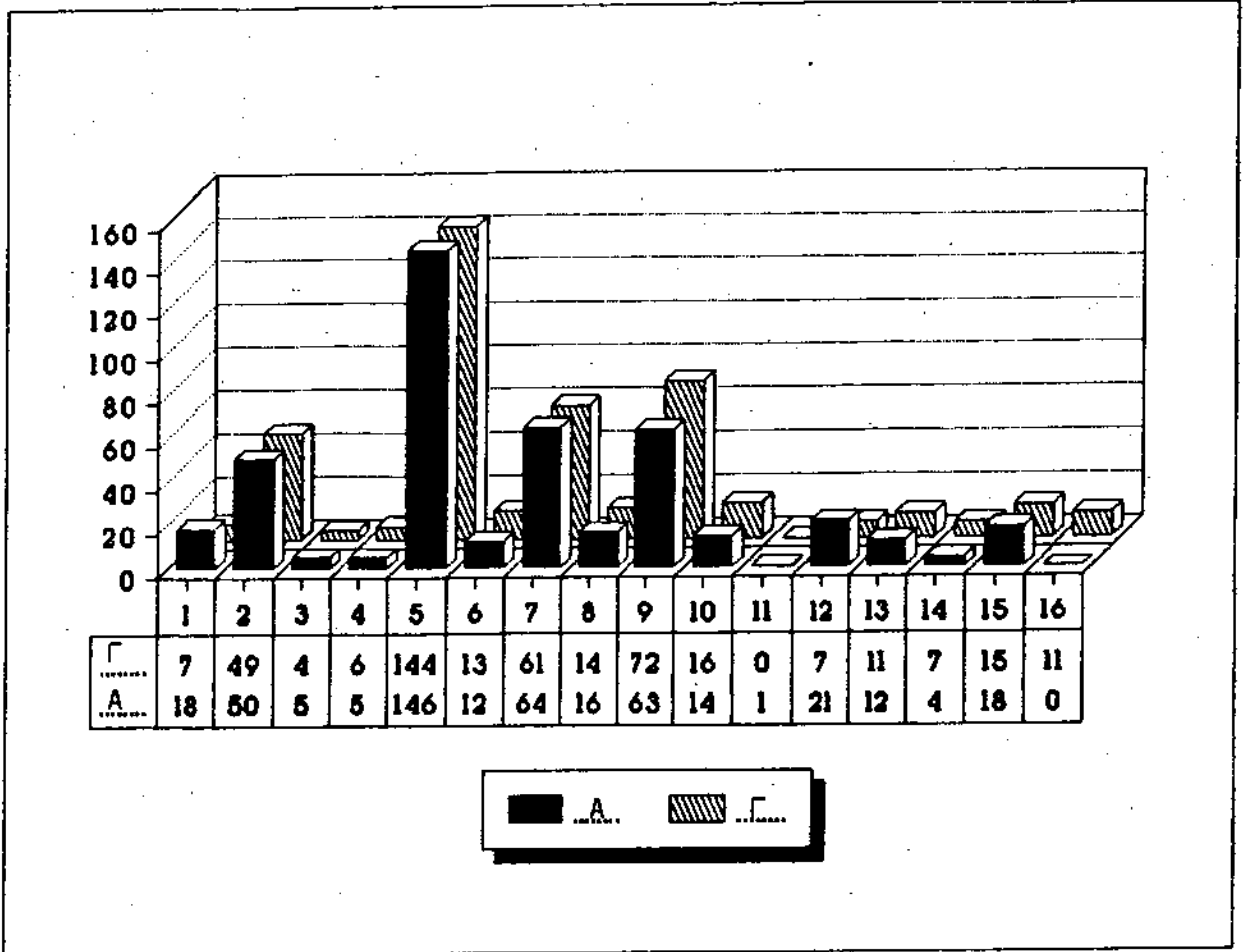
ΣΧΗΜΑ 10

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΜΕ ΣΑ Π. ΕΝΤΕΡΟΥ
ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ



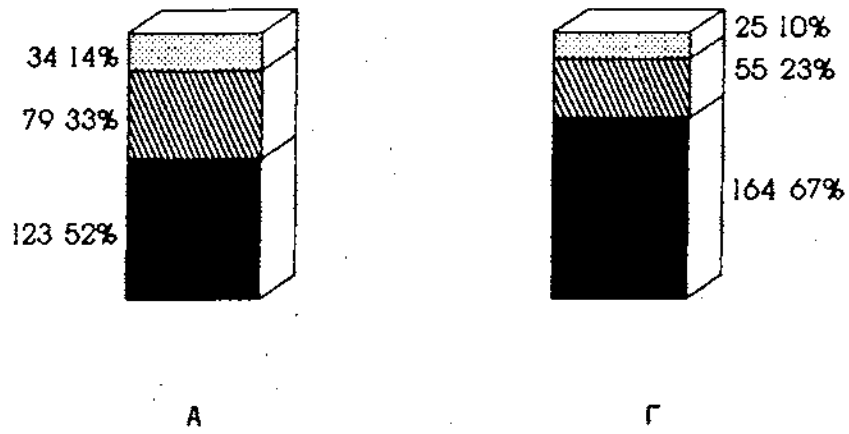
ΣΧΗΜΑ 11

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ



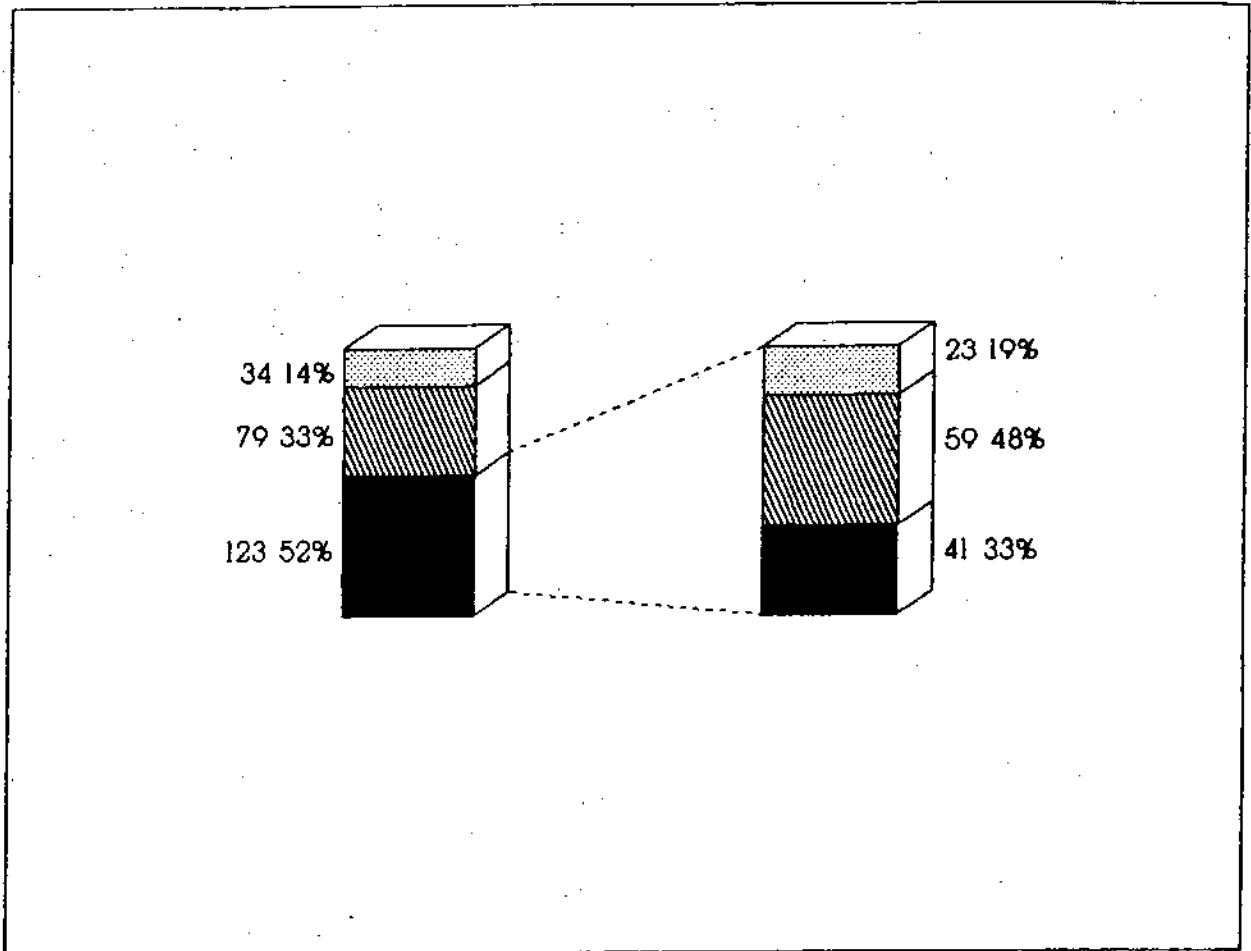
ΣΧΗΜΑ 12

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ



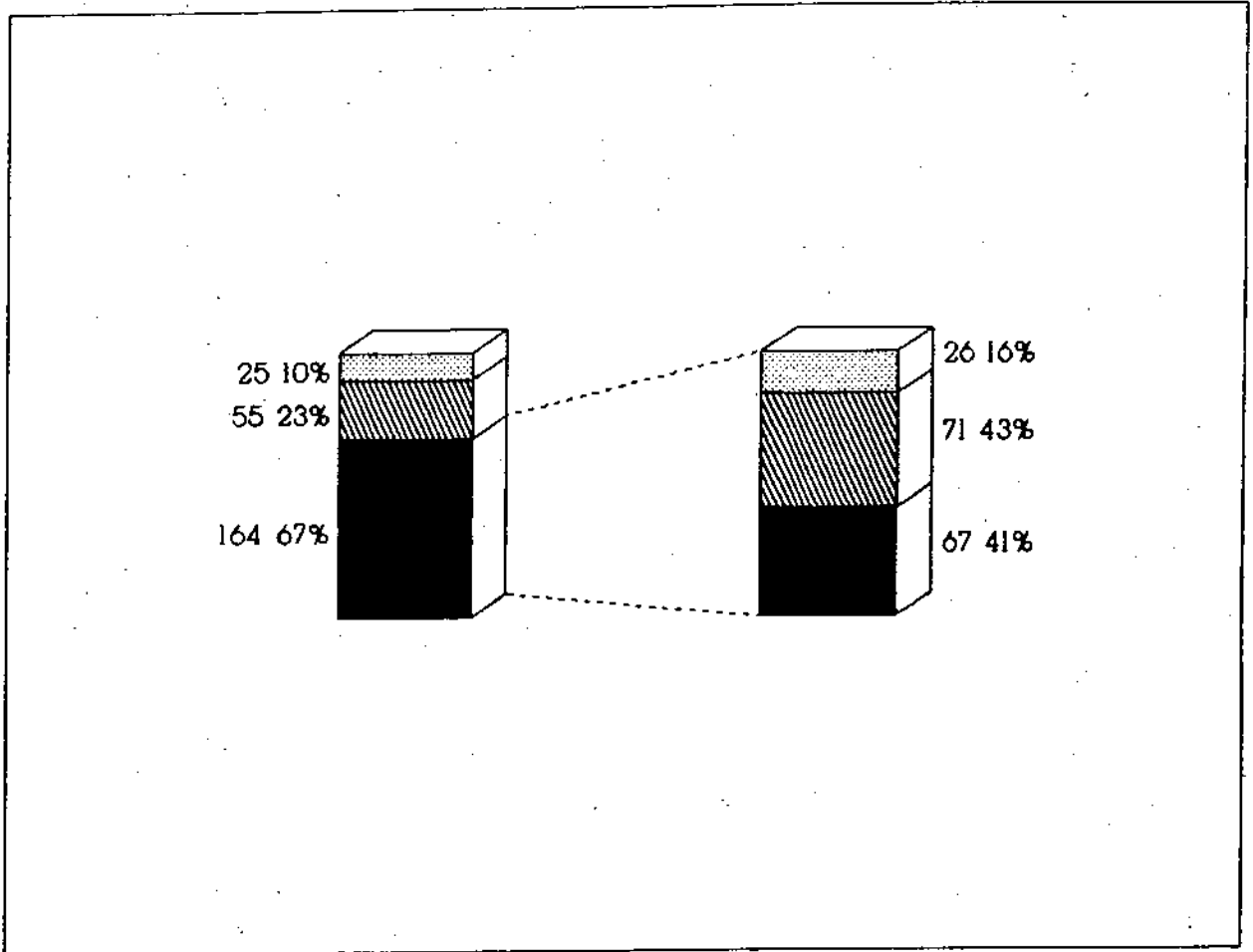
ΣΧΗΜΑ 13

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΑΝΔΡΩΝ
ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ



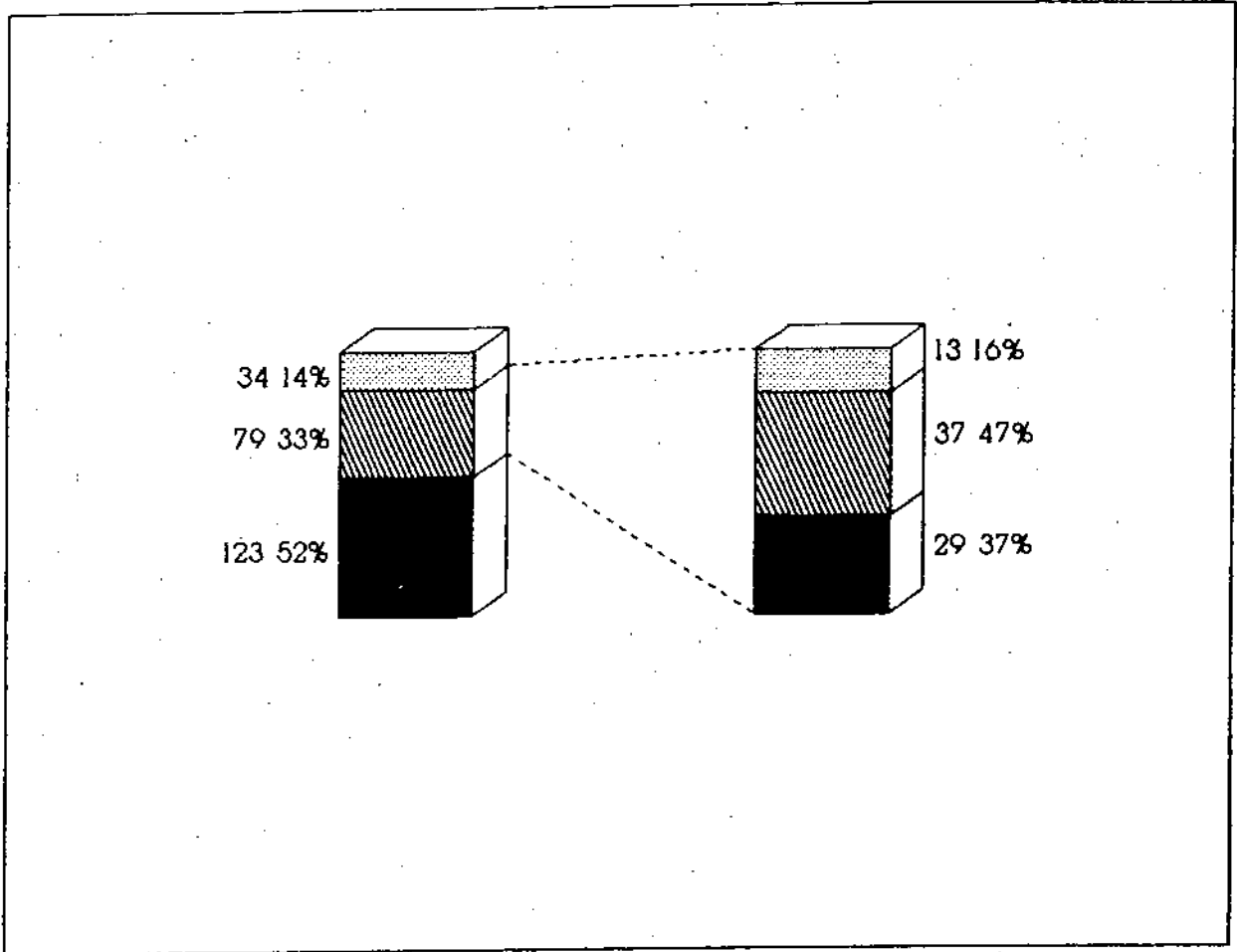
ΣΧΗΜΑ 14

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ



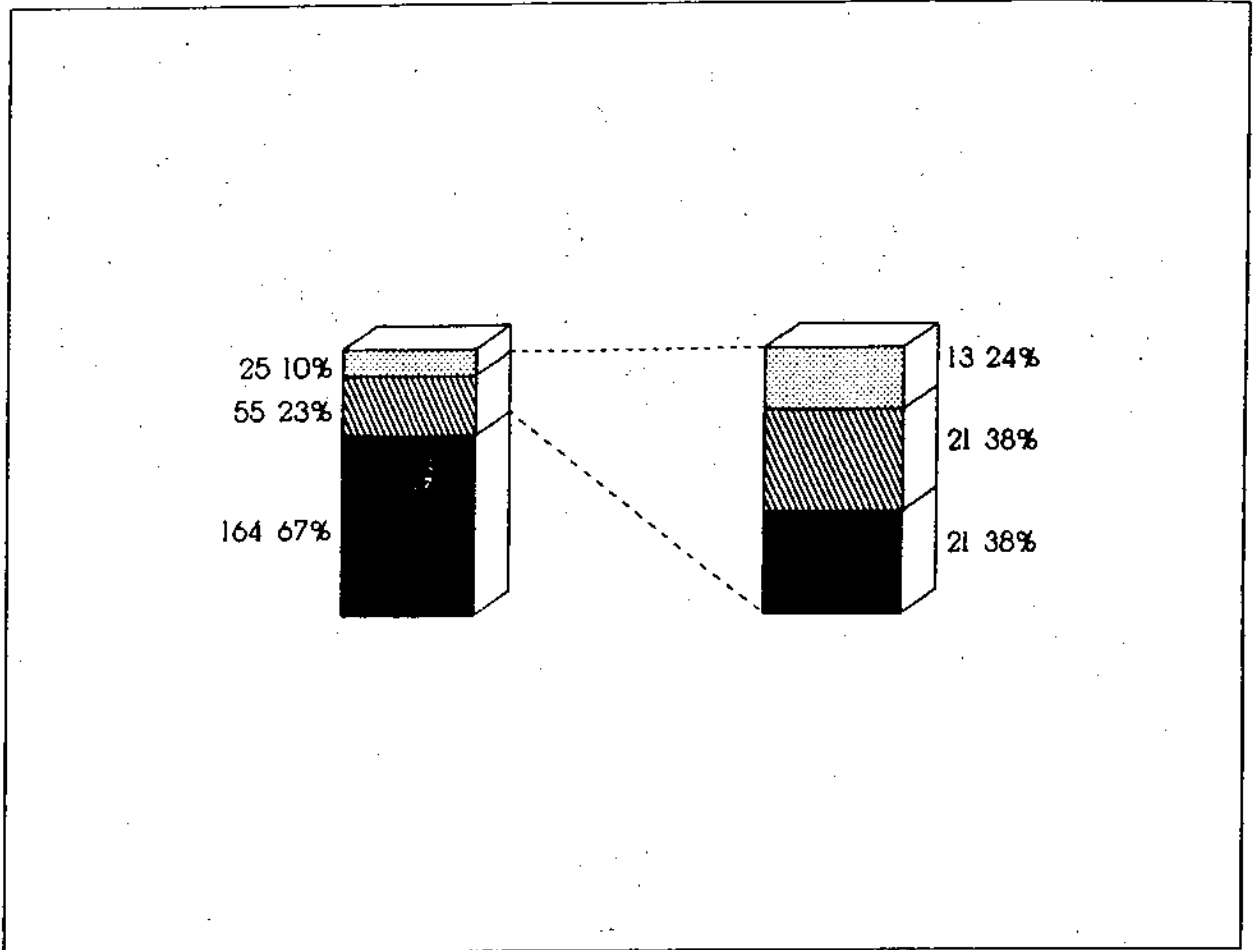
ΣΧΗΜΑ 15

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗΣ ΔΙΑ ΤΡΟΦΗΣ ΑΝΔΡΩΝ
ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ



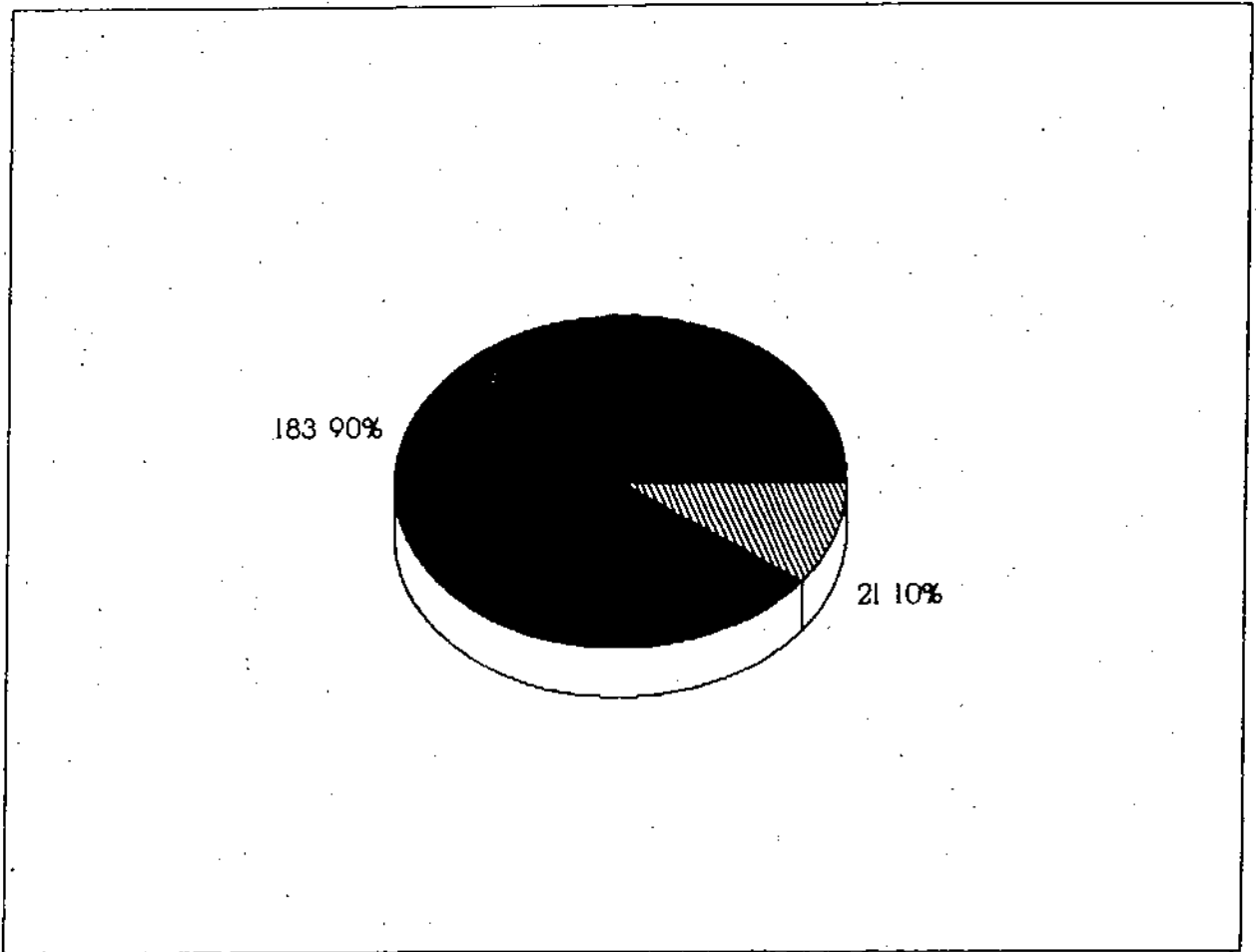
ΣΧΗΜΑ 16

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΕΚΛΕΚΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ



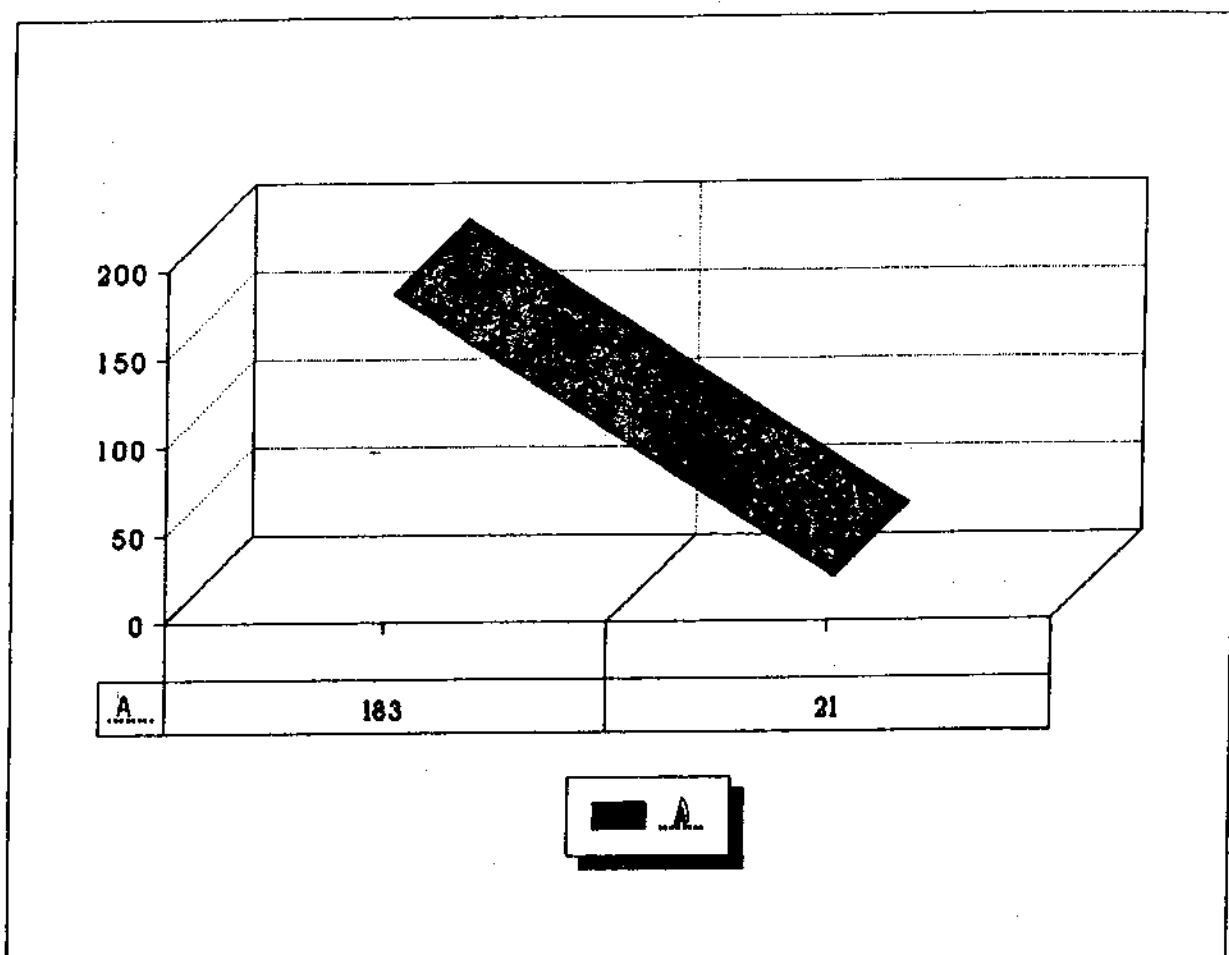
ΣΧΗΜΑ 17

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ



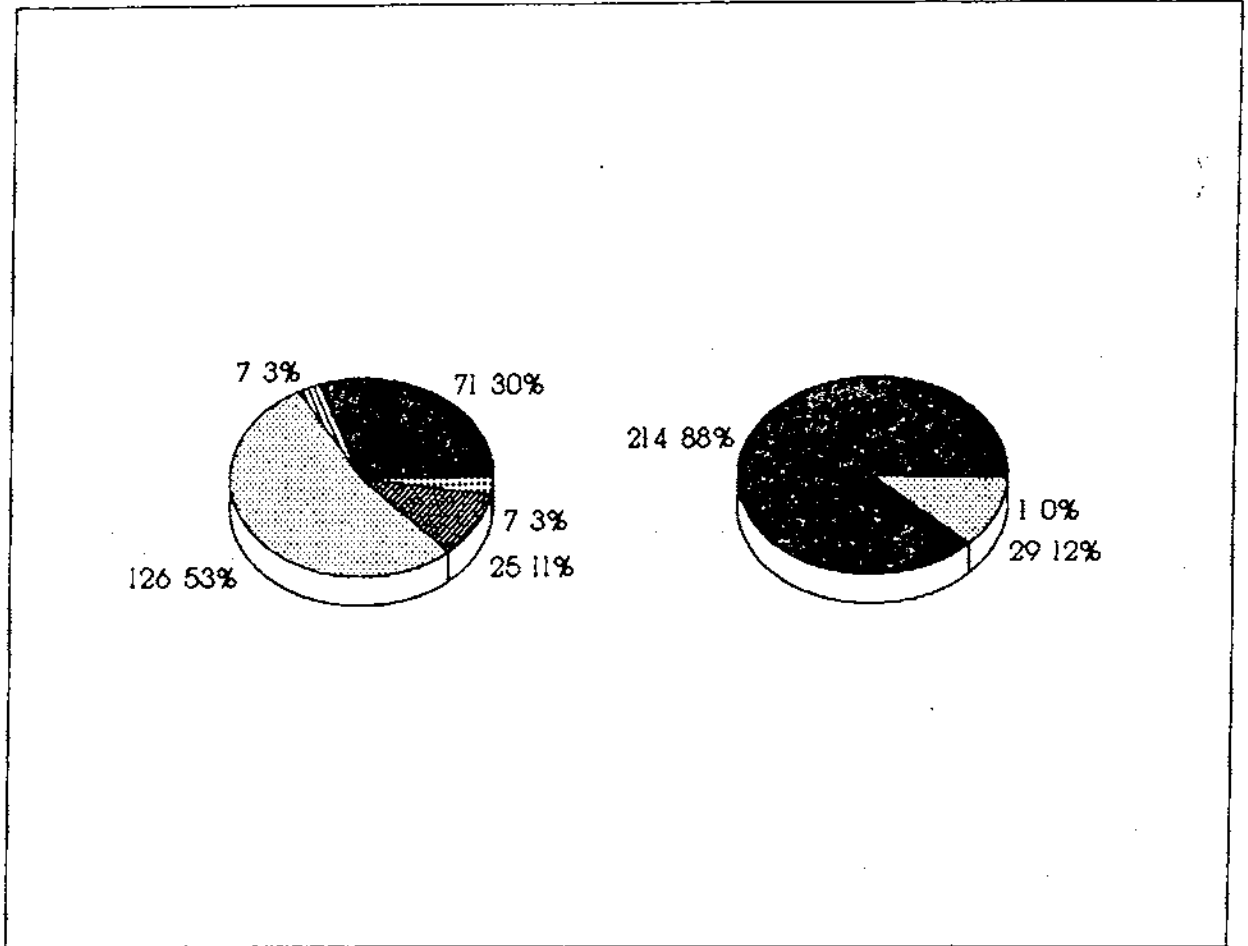
ΣΧΗΜΑ 18

Κάπνισμα κατά φύλο



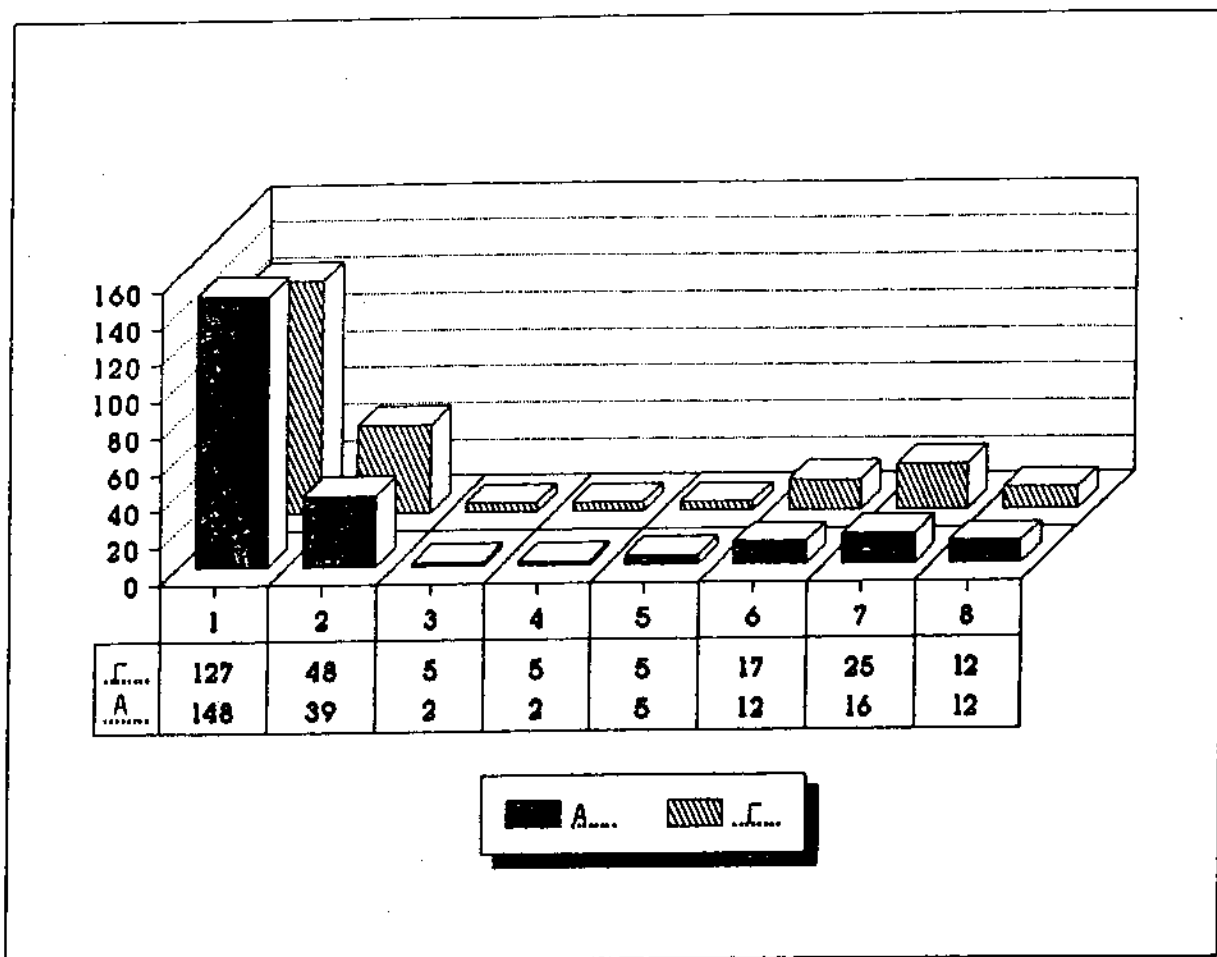
Σχήμα 19

ΚΑΤΑΤΑΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ



ΣΧΗΜΑ 20

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΣΑ Π. ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ



ΣΧΗΜΑ 21

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ



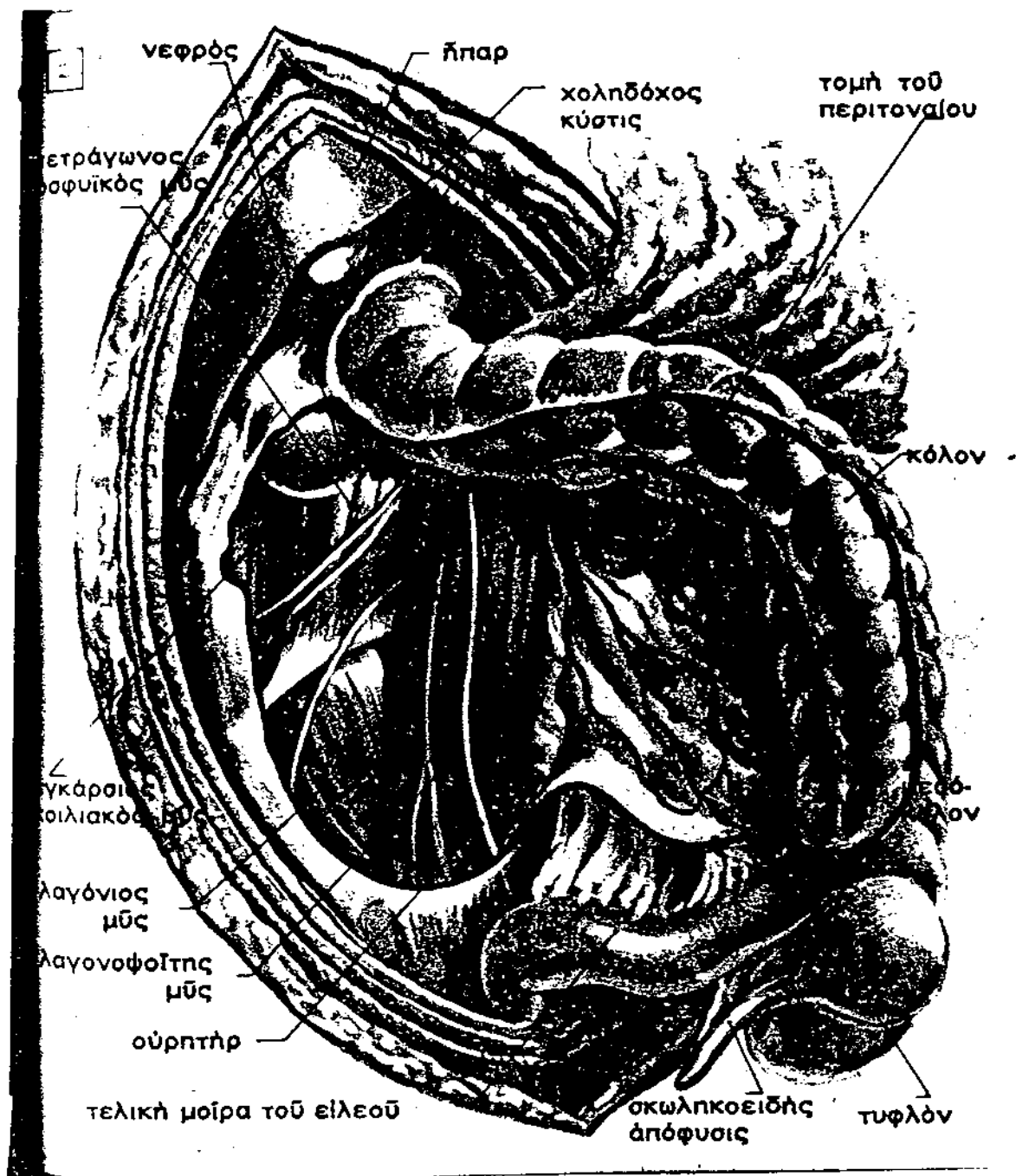
ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΤΟΥ ΤΥΦΛΟΥ



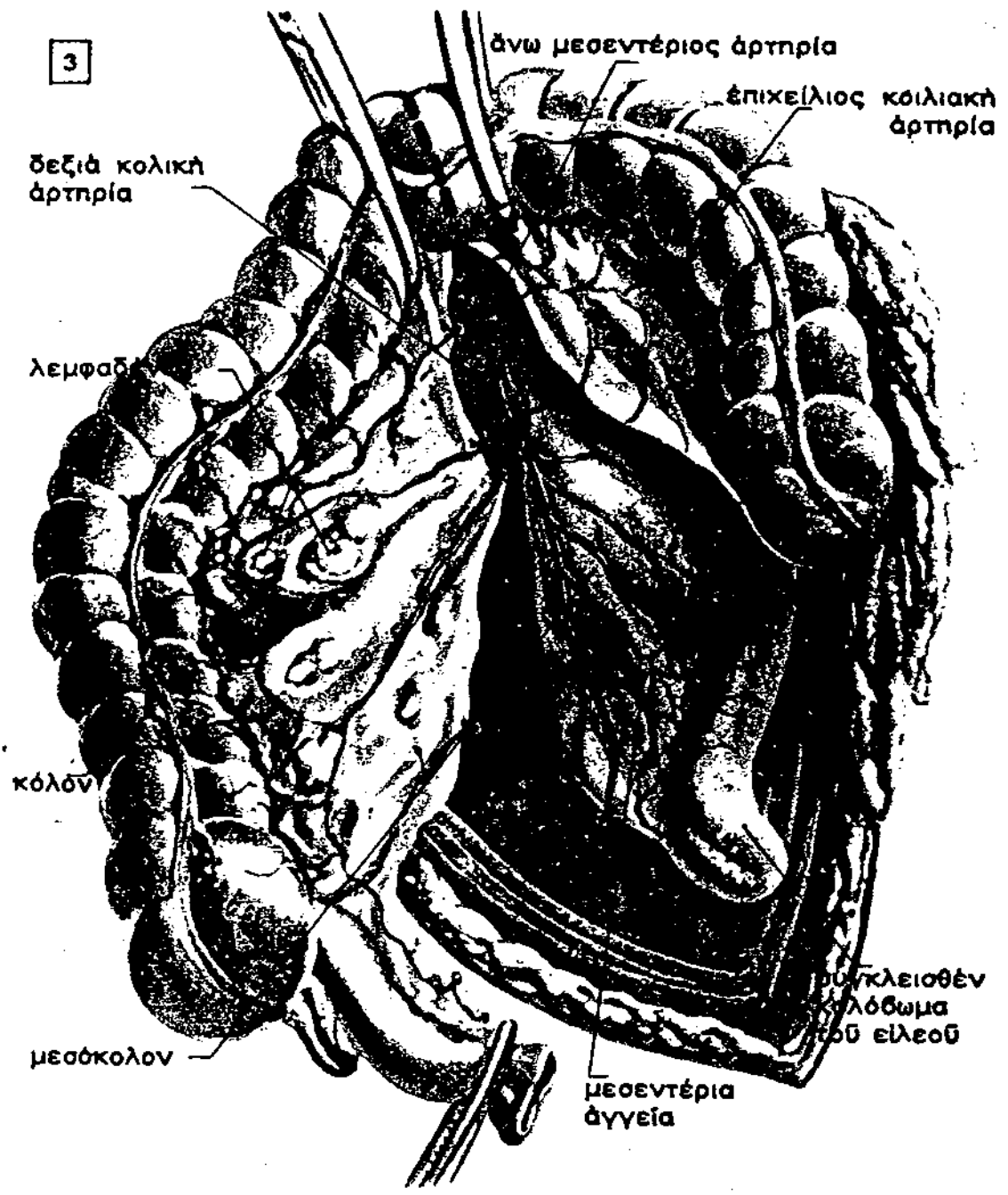
ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΔΕΞΙΑΣ ΚΟΛΙΚΗΣ ΚΑΜΠΗΣ



ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΤΟΥ ΘΡΕΟΥ



ΔΕΞΙΑ ΗΜΙΚΟΛΕΚΤΟΜΗ ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΙΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΜΕΣΟΚΟΛΟΥ
 ΑΠΟ ΤΟ ΟΠΙΣΘΙΟ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΤΟΙΧΩΜΑ



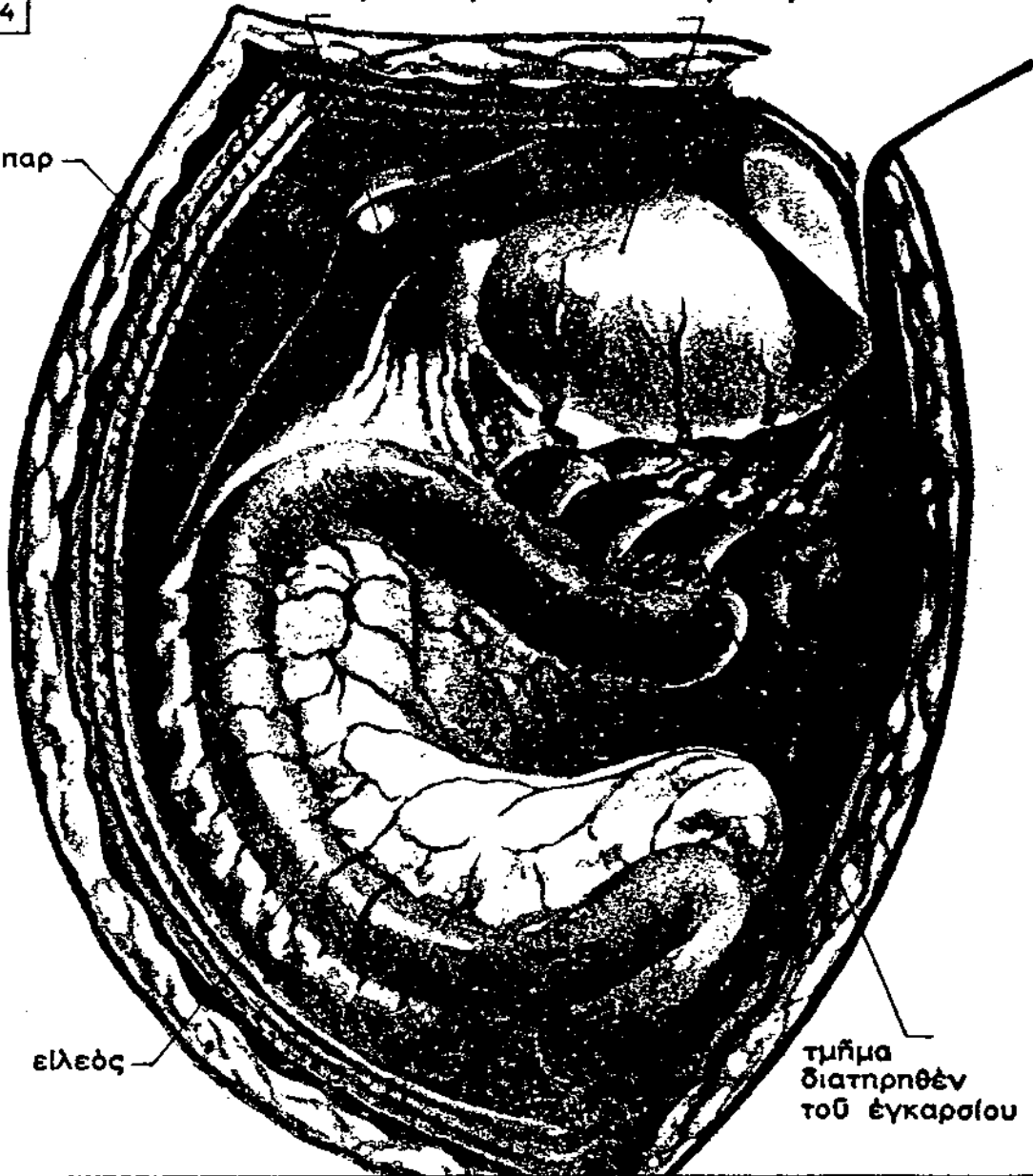
ΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΚΟΛΟΥ. ΔΙΑΚΡΙΝΟΝΤΑΙ ΠΟΛΛΟΙ ΔΙΟΓΚΩΜΕΝΟΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΚΟΛΟΥ

4

κοληδόχος κύστις

στόμαχος

ήπαρ



ειλεός

τμήμα
διατηρηθέν
του έγκαρσιού

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ
(ΕΙΛΕΟΕΓΚΑΡΣΙΑ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ)

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. ΒΕΛΟΝΑΚΗΣ Μ. "Περιβάλλον εργασίας και καρκίνος".
Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας, Αθήνα
1985.
2. ΚΟΡΔΙΩΛΗΣ Ν., ΡΗΓΑΤΟΣ Γ. Ο άνθρωπος, ο άρρωστος, ο ιατρός
και η κοινωνία. "Η Αλήθεια και ο ασθενής με νεόπλασμα"
Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1990
3. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. Φ. "Νοσηλευτική Παθολο-
γική Χειρουργική", τόμος Β', μέρος 2ο, έκδοση 9η, εκ-
δόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Τα-
βιθά", Αθήνα 1987
4. ΑΠΟΣΤΟΛΔΗΣ Ν. "Συνοπτική Γενική Χειρουργική", Εκδόσεις
επτάλοφος, Αθήνα 1987
5. ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ. "Ειδική Νοσολογία", έκδοση 3η, επιστημονικές
εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος Αθήνα 1981
6. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. "Επιδημιολογία κακοήθων νεοπλασιών", θέμα-
τα παθολογίας ογκολογίας, έκδοση Δ.Ι.Ε.Ο.Π.Ε, Αθήνα
Οκτώβριος 1988
7. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ι. Δ., ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ. Α. "Αρχές Γενικής Χει-
ρουργικής", τόμος Β', εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιά-
νος, Αθήνα 1989
8. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. "Επιδημιολογία-αρχές μέθοδοι-εφαρμογές",
εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982
9. ΚΑΤΣΟΥΡΗ Μ., ΜΑΤΣΑΚΗΣ Γ., ΡΕΣΣΟΣ ΧΡ., ΣΚΑΡΔΟΥΤΣΟΣ ΣΠ., ΓΙΑ-
ΜΑΛΑΚΗΣ Χ., ΓΕΩΡΓΟΥΛΗΣ Β. "Ο καρκίνος του παχέος εν-
τέρου σε νέα άτομα", Ελληνική ογκολογία, τόμος 24ος,
τεύχος 4, τριμηνιαία έκδοση, Οκτώβριος -Δεκέμβριος
1989, σελ. 350-351.
10. ΠΙΣΙΩΤΗΣ Π. "Κλινική ογκολογία" Εθνικό Συμβούλιο Ογκο-

- λογίας, έκδοση 1η, Αθήνα 1981
11. SOBOTTA Μετάφραση Νικηφόρου Ν.Δ. "Ατλας Ανατομικής του Ανθρώπου", 1η ελληνική έκδοση, τόμος 3ος, εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1978
 12. HARRISON J.R. Μετάφραση επιμέλεια: ΚΡΙΚΕΛΗΣ Ι., ΜΑΛΛΙΑΡΑΣ, ΜΑΛΛΙΑΡΑΣ Δ., ΜΑΝΟΥΣΟΣ ΔΡ., ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ., ΦΕΡΤΑΚΗΣ Α., ΧΑΤΖΗΜΗΝΑΣ Ι. "Εσωτερική Παθολογία", τόμος Γ' έκδοση 8η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987
 13. ΚΑΛΑΧΑΝΗΣ Ν.Γ. "Παχύ έντερο-χειρουργική", Τόμος Β', Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδου Π., Αθήνα 1987
 14. ΤΣΑΜΠΟΥΛΑΣ Ν. "Ειδική Νοσολογία", έκδοση 2α, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1956
 15. ΜΠΑΛΑΣ Π. "Χειρουργική", τόμος Β', Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1987
 16. ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ., "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", τόμος Β', μέρος 2ο, πρωτότυπη έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985
 17. HARRISON J.R., Μετάφραση επιμέλεια: ΚΡΙΚΕΛΗΣ Ι., ΜΑΛΛΙΑΡΑΣ Σ., ΜΑΛΛΙΑΡΑΣ Δ., ΜΑΝΟΥΣΟΣ ΟΡ., ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ., ΦΕΡΤΑΚΗΣ Α., ΧΑΤΖΗΜΗΝΑΣ Ι., "Εσωτερική παθολογία" τόμος Α', έκδοση 10η, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986.
 18. ΤΟΥΝΤΑ Κ. "Επίτομος Χειρουργική", Τόμος Γ', μέρος 8ο, ανατύπωση, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1975.
 19. READ E. ALAM, BARRITT D.W., HEWER LANCTON R. Μετάφραση επιμέλεια: ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Χ., "Σύγχρονη Παθολογία", έκδοση 2η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
 20. ΚΑΝΔΡΕΒΙΩΤΗΣ Ν., "Νεοπλασμάτα στο πλαίσιο της γενικής

παθολογίας και παθολογικής ανατομίας", τόμος 3ος, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1983.

21. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α. "Διατροφή και καρκίνος", θέματα παθολογίας ογκολογίας, έκδοση Δ.Σ.Ε.Ο.Π.Ε. Αθήνα Οκτώβριος 1988.
22. ΜΠΟΤΟΝΑΚΗΣ Γ., "Καρκίνος και τρόπος ζωής". Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου ογκολογίας, Αθήνα 1985
23. ΔΙΕΥΛΑΦΟΥ Γ. Μετάφραση επιμέλεια ΠΑΠΑΔΑΚΗ Ε. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, "Εγχειρίδιο Ειδικής Νοσολογίας και Θεραπευτικής", τόμος Β., Εκδόσεις Κουσουλίνωου Σ. και Αθανασιάδη Ν., Αθήνα 1889
24. ΜΙΧΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΜΙΧΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ, ΠΑΠΟΥΛΙΑΣ ΑΓΓΕΛΟΣ, "Τ.Ν.Μ. ταξινόμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού", Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, επιμέλεια εκτύπωσης Κορδολής Ν., Αθήνα 1989
25. ΓΑΛΗΝΟΣ Π. "Κλινική ταξινόμηση και προεγχειρητική πρόγνωση του καρκίνου του ορθού" έτος 25ον, τεύχος 1ο επιστημονικές εκδόσεις Παπαγεωργίου Π. Αθήνα Ιανουάριος - Φεβρουάριος 1983
26. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ., "Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική", τόμος Β', μέρος 2ο, έκδοση 10η Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα Απρίλιος 1988.
27. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ι.Δ., ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ.Α., "Αρχές Γενικής Χειρουργικής, τόμος Α', εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1989
28. ΠΑΙΖΗΣ Β.Ι., ΚΟΝΤΟΣΤΟΛΗΣ Σ.Β., ΜΑΝΟΥΡΑΣ Α.Ι., ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘ.Χ., ΝΗΣΙΩΤΗΣ ΑΘ.Σ., ΛΕΓΑΚΗΣ Ν.Χ., ΑΠΟΣΤΟΛΙΑΝΗΣ Ν.Σ.,

- "Ο καρκίνος του παχέος εντέρου στη νεαρή ηλικία",
Ιατρική, τόμος 8ος, εκδόσεις Αθήνα 1985,σελ.1-5.
- 29.ΡΗΓΑΣ Α., "Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστήματος
Αλγοριθμικοί πίνακες" έκδοση 1η, Ιατρικές εκδόσεις
Λίτσας, Αθήνα 1983.
- 30.ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΣΟΦΟΣ Α.Γ., ΜΠΙΤΟΥΝΗΣ Π., ΜΑΝΘΑΣ Χ.,
ΚΑΡΥΔΑ Ε. ΜΠΟΥΡΔΑΧΟΣ Μ., "Οικογενής καρκίνος παχέος
εντέρου", Ελληνική ογκολογία, Τόμος 22ος, τεύχος 4,
τριμηνιαία έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα
Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1986
- 31.ΜΙΧΑΣ Α., ΒΟΥΝΟΣ Α., ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Χ., ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ.,
"Η συμβολή της ταχείας βιοψίας στη διάγνωση των νεο-
πλασματικών παθήσεων του παχέος εντέρου", Ελληνική ογκο-
λογία, τόμος 19ος, τεύχος 4, τριμηνιαία έκδοση, Ιατ-
ρικές εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1983
- 32.ΡΑΖΗΣ Δ. "Ασυμπτωματική διάγνωση", Κλινική ογκο-
λογία, Εθνικό Συμβούλιο ογκολογίας, "με τη συνεργα-
σία Ελλήνων ειδικών και της U.I.C.C.", Έκδοση 1η, Αθή-
να 1981
- 33.ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ., ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Χ., "Πρόληψη και έγκαιρη διά-
γνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού
σε ασυμπτωματικά άτομα ηλικίας 50-75 ετών με το
Haembiicult test", Ελληνική ογκολογία, τόμος 25ος, τεύ-
χος 3, τριμηνιαία έκδοση, Αθήνα Ιούλιος -Σεπτέβριος
1989
- 34.ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ., "Ογκοί παχέος εντέρου, πολύποδες-καρκίνος"
Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1989
- 35.ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Μ. "Ακτινοδιάγνωση" Πρακτικά 2ο Εθνικό
Συνέδριο Ογκολογίας, τόμος 2ος, έκδοση 1η, Αθήνα 20-

23/4/1975

36. KRUPP CHATTON "Σύγχρονη Διαγνωστική και θεραπευτική", τόμος Α', Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνας, Αθήνα 1985
37. ΖΕΥΓΟΛΑΤΗ Κ., ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΥ Ν., ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ Π., "Αι κακοήθεις νεοπλασίες του παχέος εντέρου", Πρακτικά 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας, Αθήνα 1979 σελ. 165-174
38. ΝΙΚΟΛΑΪΔΗ Κ. "Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και οι ενδοσκοπικές μέθοδοι διάγνωσης του", πρακτικά 2ο Εθνικό Συνέδριο ογκολογίας, τόμος 2ος, έκδοση 1η, Αθήνα 20-23/4/1975
39. ΦΑΣΟΥΛΑΚΗ Α. "Ανεπάρκεια του βαρέως πάσχοντος καρκινοπαθούς", Ελληνική Ογκολογία, τόμος 25ος, τεύχος 3, Αθήνα Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1989
40. ΜΑΤΣΑΚΗΣ Γ., ΡΕΣΣΟΣ ΧΡ., ΣΚΑΡΔΟΥΤΣΟΣ Σ., ΓΙΑΜΑΛΑΚΗΣ Χ., ΓΕΩΡΓΟΥΛΗΣ Β., "Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε νέα άτομα", Ελληνική γαστρεντερολογία, τόμος 1ος, τεύχος 4, Αθήνα 1988, σελ. 350-353
41. ΡΑΖΗΣ Δ. "Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε νέα άτομα" Ελληνική γαστρεντερολογία, τόμος 1ος, τεύχος 4, Αθήνα 1988, σελ. 357-359
42. ΓΑΜΒΡΟΣ Ο., ΖΗΣΙΑΔΗΣ Α., ΤΖΑΡΤΙΝΟΓΛΟΥ Ε., ΜΙΣΙΑΣ Γ., ΑΛΕΤΡΑΣ Ο., "Η συχνότητα και η πρόγνωση των επιπλοκών του καρκίνου του παχέος εντέρου", Ιατρική, τόμος 49ος, τεύχη 1-2, Αθήνα 1983, σελ. 56-61
43. NETTER H.O FRANK, "THE CIBA COLLECTION OF MEDICAL ILLUSTRATIONS VOLUME DIGESTIVE SYSTEM PART" LOWER DIGESTIVE TRACT

44. HOWARD F. CONN M.D. "Σύγχρονη θεραπευτική", Τόμος 1ος,
SAUNDERS N.B. COMPANY PHILADELPHIA ANCLO MELLENΙ
Agency Praropoulos Tassos
45. ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Α., ΓΚΟΚΑΣ Ι., ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ., ΚΟΥΡΑΚΛΗΣ
Γ., ΣΕΧΑΣ Μ., ΣΚΑΛΕΑΣ ΓΡ., "Καρκίνος του παχέος εντέ-
ρου", Ιατρική τόμος 8ος, τεύχη 6-8, Αθήνα 1985 σελ.
120-125
46. ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Α., "Καρκίνος του παχέος εντέρου" Ιατρική,
τόμος 50ος, τεύχος 3, Αθήνα 1988, σελ. 160-162
47. ΜΙΚΡΟΥ Ι., ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ Χ., ΤΡΥΓΟΝΗΣ Κ., ΠΑΤΣΑΣ Α., ΝΑΤΣΙ-
ΚΑΣ Ν., "Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ορθού σε
νέους ασθενείς κάτω των 40 ετών". Ελληνική Χειρουργι-
κή, τόμος 28ος, τεύχος 4, Αθήνα 1986, σελ. 713-715
48. ΝΑΤΣΙΚΑΣ Ν., ΚΩΤΣΗΣ Α., ΜΙΚΡΟΥ Ι., ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Δ. Π.
"Σύνδρομο οικογενούς καρκίνου παχέος εντέρου", Ελλη-
νική Χειρουργική, τόμος 56ος, τεύχος 4, Αθήνα 1984,
σελ. 278-280
49. ΣΑΚΕΛΑΡΙΟΥ Β., ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΟΣ Γ., ΜΟΥΣΗΣ Ι. ΚΗΛΑΙΔΟΝΗ-ΑΝΑΣΤΑ-
ΣΙΑΔΟΥ Α., ΧΑΡΩΝΗΣ Κ., "Καρκίνος παχέος εντέρου "
Ελληνική Χειρουργική, τόμος 24ος, τεύχος 5, Αθήνα 1982
σελ. 926-928
50. ΚΟΣΜΙΔΗΣ Α. ΠΑΡΙΣ "Οδηγός αντικαρκινικής Χημειοθεραπείας"
Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, έκδοση 3η, Αθήνα
Σεπτέμβριος 1987
51. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. "Χημειοθεραπεία σε περιπτώσεις καρ-
κίνοπαθών" Ιατρική επιθεώρηση, τόμος 19ος, τεύχος 3,
Διμηνιαία έκδοση Ε. Δυνάμεων, Αθήνα Μαΐος-Ιούνιος 1985
52. ΠΟΝΤΙΦΗΣ ΓΡ. Κ. "Κλινική ακτινοδιαγνωστική", τόμος 2ος
Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1977

53. ΦΟΥΝΤΖΗΛΑΣ Γ. "Ο ρόλος της Χημειοθεραπείας στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Πρόοδος ή στασιμότητά της" Ιατρική, τόμος 33ος, τεύχος 1ος, Αθήνα 1989, σελ.11-22
54. ΤΣΑΒΑΡΗΣ Ν., ΚΟΣΜΙΔΗΣ Π., "Χημειοθεραπεία καρκίνου Παχέος εντέρου", Ελληνική Ογκολογία, τόμος 25ος, τεύχος 4, Ιατρικές εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1989
55. ΤΣΑΒΑΡΗΣ Ν., ΚΟΣΜΙΔΗΣ Π. " Χημειοθεραπεία καρκίνου παχέος εντέρου", Ελληνική ογκολογία, τόμος 25ος, τεύχος 3, Ιατρικές εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1989
56. ΣΦΛΩΜΟΣ Κ. "Διατροφή και καρκίνος", έκδοση 1η, Εκδόσεις "Ένωση Ελλήνων Χημικών", Αθήνα 1982
57. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ Ν. "Καρκίνος και Διατροφή" Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου ογκολογίας, Αθήνα 1985
58. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α. "Διατροφή και καρκίνος ", θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, Εκδόση Δ.Σ.Ε.Ο.Π.Ε., Αθήνα Οκτώβριος 1988
59. ΚΑΛΦΑΡΕΝΤΖΟΣ Φ. "Τεχνητή διατροφή, διαταραχές θρέψης σε νοσοκομειακούς ασθενείς-Διάγνωση και θεραπεία", εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986
60. ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ. "Διατροφή και καρκίνος" Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία , Αθήνα 1988.
61. ΚΑΤΡΑΚΗΣ Γ. του Α. Υψηγητή της Ακτινολογίας του Πανεπιστημίου Θεσ/κης. "Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση διαφυγή από τον καρκίνο". Ελληνική Εταιρεία προληπτικής Ιατρικής, τόμος 2ος, τεύχος 1ο, Αθήνα 1980
62. ΚΡΑΛΙΟΣ Ν. " Φυτικές ίνες διατροφής", Τόμος 1ος, τεύχος 4, Αθήνα 1988, σελ.360-366
63. CYRIL SCOTT Μετάφραση Μπαρουξής Γ., "Μερικά ενθαρρυντικά

- γεγονότα για την πρόληψη του καρκίνου", Πρώτη ελληνική έκδοση, εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα Νοέμβριος 1982
64. ΠΙΝΤΕΡΗΣ Γ. "Ψυχοκοινωνικές απόψεις αντιμετώπιση-συνεργασίας σε ασθενείς με καρκίνο", θέματα παθολογίας ογκολογίας, εκδόσεις Δ.Σ.Ε.Ο.Π.Ε., Αθήνα Οκτώβριος 1988.
65. ΡΗΓΑΤΟΣ Γ. "Ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις σε ασθενείς με καρκίνο". θέματα παθολογίας Ογκολογίας, έκδοση Δ.Σ.Ε.Ο.Π.Ε Αθήνα Οκτώβριος 1988
66. ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε., ΨΙΜΟΥΛΗ Α., "Η αλήθεια που δεν λέγεται"
Η Αλήθεια και ο ασθενής με νεόπλασμα, Ελληνική αντι-καρκινική εταιρεία, Αθήνα 1990
67. ΜΟΥΣΤΑΚΗΣ Γ. "Το μυστικό που σκοτώνει και λυτρώνει", Η Αλήθεια και ο ασθενής με νεόπλασμα, Ελληνική αντι-καρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1990
68. ΔΙΒΟΛΗΣ Α. "Καρκίνος και ενημέρωση αρρώστου", Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου ογκολογίας, Αθήνα 1985
69. ΣΑΠΙΚΑΣ Δ. "Η αλήθεια στον άρρωστο με νεόπλασμα", Η αλήθεια και ο ασθενής με νεόπλασμα, ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1990
70. ΛΙΣΣΑΙΟΣ Β. "Νοσηλεία στο σπίτι για καρκινοπαθείς"
Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας, Αθήνα 1985
71. ΣΤΕΡΓΙΟΥ Μ. "Η Νοσηλευτική στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου των καρκινοπαθών" Νοσηλευτική, τεύχος 4ο, τριμηνιαία έκδοση του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών, Νοσηλευτών Ελλάδος, Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1989
72. ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΥ Γ. "Νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθούς

- στα τελικά στάδια της ζωής του" Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας, έκδοση 1η, Αθήνα 1985
73. **ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Γ.**, "Αρχές αντιμετώπισης ασθενών με καρκίνο" θέματα παθολογίας Ογκολογίας, Έκδοση Δ.Σ.Ε.Ο.Π.Ε. Αθήνα Οκτώβριος 1988
74. **ΔΟΣΙΟΣ Θ., ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ., ΒΛΑΧΟΣ Ι., ΛΙΑΤΣΟΣ Π.** "Αλήθεια και αποκατάσταση", Η Ασθένεια και ο ασθενής με νεόπλασμα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1990.
75. **ΜΑΓΛΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.** "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική", τόμος Α', έκδοση 10η, έκδοσης Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα Ιούλιος 1987
76. **ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ.** "Φροντίδα κολοστομίας και αποκατάσταση" Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1989
77. **ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε.** "Η εκπαίδευση της νοσηλεύτριας στην Ογκολογική νοσηλευτική", πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας, έκδοση 1η, Αθήνα 1985
78. **ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε., ΜΠΡΟΚΑΛΑΚΗ Μ., ΜΑΤΖΙΟΥ Β., ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗ Χ.,** "Συχνότητα καπνίσματος και καπνιστικές συνήθειες των μαθητών στις μέσες Νοσηλευτικές Σχολές Αττικής", 17ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά, Έρευνα και Νοσηλευτική φροντίδα, Επιμέλεια έκδοσης ASCENT Ε.Π.Ε. Αθήνα 8-10 Μαΐου 1990.
79. **ΚΑΛΑΚΩΝΑ Π., ΖΛΑΤΑΝΟΥ Α., ΚΟΥΒΕΛΑ Α., ΣΟΥΠΑΡΗ Α., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α.** "Κακοήθη νεοπλάσματα ορθού και δακτυλίου", 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Αθήνα 1976, σελ. 775-777.
80. **ΔΕΡΒΙΡΗ Χ.**, "Ο ρόλος του επισκέπτη υγείας στην πρόληψη του καρκίνου", 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, έκ-

δοση 1η, Αθήνα 1985

81. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗ Ε. "Πρόληψη των κακοήθων νεοπλασιών", Κλινική Ογκολογία, Εθνικό Συνέδριο Ογκολογίας, Αθήνα 1989.
82. ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου", Υπηρεσία Επίσημων εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων L-2985 Luxembourg, Αθήνα Ιανουάριος 1989.

