

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΘΕΜΑ: <<ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ>>

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ  
ΜΟΥΜΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ  
ΤΣΑΡΤΣΑΡΑΚΗ ΘΩΜΑΗ

ΠΑΤΡΑ 1992

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

585 B'



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΑΦΙΕΡΩΣΗ	I
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	II
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	III
<u>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</u>	
Σύντομη ιστορία του καρκίνου	1
Τι είναι καρκίνος	3
Παθολογία του καρκίνου παχέος εντέρου	4
Επιδημιολογία	5
α) Γεωγραφική κατανομή	5
β) Γενετική	6
γ) Διατροφή	8
δ) Ρόλος της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου	9
Αιτιολογία	10
Παθολογική ανατομία	12
Ταξινομία	14
Παθολογοανατομική ταξινομία	14
Διασπορά-Επέκταση	15
Συμπτωματολογία του καρκίνου παχέος εντέρου	16
Διαγνωστική προσέγγιση	18
Μέθοδοι διάγνωσης	20
Διαφορική διάγνωση	23
Θεραπεία	24
α) Χειρουργική	24
β) Χημειοθεραπεία	25
γ) Ακτινοθεραπεία	27
Πρόγνωση-Επιβίωση	29

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας/ή στην πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου	30
Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας/ή κατά την είσοδο του αρρώστου με καρκίνο στο νοσοκομείο	35
Αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο παχέος εντέρου- Κολοστομία	36
Δυνατότητες προφύλαξης και έγκαιρης επισήμανσης του καρκίνου στους νέους.	42

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Εισαγωγή	44
-Υλικό και Μέθοδος	45
- Αποτελέσματα	46
- Συμπεράσματα	58
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	59
+Ερωτηματολόγιο	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	62
- Φωτογραφίες	
+Συμπεράσματα και προτάσεις	66
- Βιβλιογραφία	68

Α Φ Ι Ε Ρ Ω Σ Η

Την πτυχιακή μας εργασία με θέμα <<ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ>> την αφιερώνουμε με πολύ αγάπη και κατανόηση σε όλους αυτούς που πάσχουν από καρκίνο παχέος εντέρου και αγωνίζονται να επιβιώσουν και να λειτουργήσουν στο στίβο της ζωής παρά τη την αναπηρία τους.

Με πολύ αγάπη επίσης στους γονείς μας που με την συμπαράσταση και την κατανόηση τους μας βοήθησαν απεριόριστα να αγαπήσουμε το λειτούργημα της Νοσηλεύτριας.

Με εκτίμηση

Μούμου Παναγιώτα

Τσαρτσάρáκη Θωμαή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλουμε να εκφράσουμε ολόψυχα θερμές ευχαριστίες στην Δίδα Παπαδημητρίου Μαρία που σαν οργανώτρια και συντονίστρια της όλης έρευνας μας βοήθησε να ευαισθητοποιηθούμε στο λειτούργημα που εκτελούμε.

Στο Εκπαιδευτικό Προσωπικό της Νοσηλευτικής Σχολής Τ.Ε.Ι. Πατρών που κουράζεται και μοχθεί να εκπαιδεύσει καταρτισμένες και ευσυνείδητες νοσηλεύτριες.

Επίσης ευχαριστούμε τους υπόλοιπους διδακτικούς της σχολής μας για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν σε όλη την διάρκεια της φοίτησής μας με στόχο την αναβάθμιση του κύρους της Νοσηλευτικής επιστήμης.

Τέλος ευχαριστούμε όλους εκείνους που είχαν την καλοσύνη να μας βοηθήσουν στην εργασία μας.

Ευχαριστούμε θερμά

Μούμου Παναγιώτα

Τσαρτσαράκη Θωμαή

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

---

Ο καρκίνος είναι μία ασθένεια που κυριολεκτικά μαστίζει την ανθρωπότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Μία ασθένεια όμως που είναι γνωστή από πολύ παλιά.

Σήμερα όλο και περισσότερα κρούσματα καρκίνου έχουμε και σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία ο καρκίνος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα και τη δεύτερη τα νοσήματα καρδιάς και αγγείων εάν θεωρηθούν σαν μία αιτία.

Δύο στις τρεις οικογένειες και ένα στα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών προσβάλλονται από καρκίνο. Στην Ελλάδα, ένας στους πέντε Έλληνες πεθαίνει από καρκίνο και μία στις έξι Ελληνίδες πεθαίνει από κάποια μορφή καρκίνου.

Παρόλα όμως τα απαισιόδοξα αυτά στατιστικά στοιχεία, τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει από τους ερευνητές μεγάλα βήματα προς την κατεύθυνση της αιτιολογίας, θεραπείας και πρόληψης του καρκίνου.

Και ας ελπίσουμε οι ερευνητικές προσπάθειες να συνεχιστούν με μεγαλύτερη επιτυχία για να πάψει ο καρκίνος να αποτελεί τον φόβο της ανθρωπότητας.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ



ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

---

Χωρίς να υπάρχουν αποδεικτικά κείμενα, εν τούτοις, έχουμε όλες τις ενδείξεις ότι ο καρκίνος είναι ασθένεια τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος και τα ζώα. Αυτό φαίνεται κυρίως από το γεγονός ότι όσο παλιά και αν είναι τα οστά ανθρώπων και ζώων που βρήκαμε μέχρι σήμερα στη γη διαπιστώνονται σε ορισμένα οστά οστινές αλλοιώσεις που μας πείθουν ότι έχουν προκληθεί από κακοήθεις όγκους.

Από κάποια στιγμή όμως της Ιστορίας έχουμε γραφτά κείμενα και αποδεικτικά πλέον στοιχεία της αναφοράς των κακοήθων όγκων στον άνθρωπο. Συγκεκριμένα αυτά αναφέρονται στα κείμενα της Παλαιάς Διαθήκης, των Αρχαίων Αιγυπτίων, των Ελλήνων και των Περσών.

Ήδη από το 300 π.Χ. έχουν διαχωριστεί τα καλοήθη από τα κακοήθη νεοπλάσματα. Είχαν ακόμα επισημανθεί οι κακές εκβάσεις πολλών νεοπλασμάτων. Αργότερα την εποχή της γεννήσεως του Χριστού, εκτελούσαν χειρουργικές επεμβάσεις όπως αφαιρέσεις της μήτρας, μαστεκτομές, υστερεκτομές. Με την ανακάλυψη του μικροσκοπίου αναπτύχθηκαν νέες θεωρίες για την προέλευση των ασθενειών που βασίζονταν στην παρατήρηση, σε στατιστικά δεδομένα και στα πειράματα.

Σταθμός για την ερμηνεία του καρκίνου ήταν το 1652 όταν ο OWEN περιέγραψε τα λεμφαγγεία και αναπτύχθηκε η λεμφική θεωρία ανάπτυξης του καρκίνου, θεωρία που ερμηνεύεται από την παρατήρηση ότι μεγάλο μέρος καρκινογόνων κυττάρων επεκτείνονται από την πρωτοπαθή εστία λεμφαγγείων προς τους επιχώριους λεμφαδένες.

Κάθε καινούργια ιατρική ανακάλυψη οδηγούσε σε νέες θεωρίες προέλευσης του καρκίνου. Τέτοιες είναι η μικροβιακή η κυτταρική και η θεωρία του COHNHEIN. Η τελευταία συνοδεύεται από αποδεικτικά στοιχεία ότι όγκοι οφείλονται σε απομονωμένα εμβρυϊκά κύτταρα και σε υπολείμματα ιστών. Η θεωρία αυτή παραμένει μέχρι σήμερα σωστή. Όμως δεν ερμηνεύει την προέλευση και αιτιολογία όλων των καρκίνων.

Σήμερα επικρατεί γενικά η αντίληψη ότι εξωγενείς είναι κυρίως οι παράγοντες που προκαλούν την καρκινογένεση (χημικοί, φυσικοί, μηχανικοί κ.λπ.) ενώ σπανιότεροι είναι οι ενδογενείς (ορμόνες).

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Επειδή πολλοί άνθρωποι έχουν χάσει αγαπημένα πρόσωπα από καρκίνο ή άκουσαν τρομακτικά πράγματα γι' αυτόν, υποθέτουν ότι πρόκειται για ένα δυνατό και πανίσχυρο εισβολέα ικανό να αφανίσει το σώμα. Στην πραγματικότητα η κυτταρική βιολογία λέει ότι ισχύει το αντίθετο.

Το καρκινογόνο κύτταρο είναι πολύ αδύναμο και μπερδεμένο. Το κύτταρο αυτό περιέχει ανακριβείς γενετικές πληροφορίες έτσι ώστε είναι ανίκανο να επιτελέσει το σκοπό και τη λειτουργία για την οποία προορίζεται.

Αυτό το κύτταρο μπορεί να έχει πάρει ανακριβείς πληροφορίες είτε γιατί υπέστη την επίδραση επιβλαβών ουσιών, είτε επειδή βλάπηκε από άλλα εξωτερικά αίτια ή απλά γιατί στη διαδικασία της αναπαραγωγής δισεκατομμυρίων κυττάρων το σώμα καμιά φορά φτιάχνει και κανένα ατελές. Αν αυτό το κύτταρο αναπαράγει άλλα κύτταρα με το ίδιο ανακριβές γενετικό υλικό τότε αρχίζει να σχηματίζεται ένας όγκος, δηλαδή μία μάζα τέτοιων ατελών κυττάρων. Φυσιολογικά το ανοσοποιητικό σύστημα θα αναγνώριζε αυτά τα κύτταρα και θα τα κατέστρεφε ή τουλάχιστον θα τα περιόριζε ώστε να μην μπορούν να επεκταθούν. Στην περίπτωση των κακοήθων κυττάρων γίνονται επαρκείς κυτταρικές αλλαγές έτσι ώστε να αναπαράγονται γρήγορα και να εισβάλλουν στους γειτονικούς ιστούς. Και ενώ ανάμεσα στα φυσιολογικά κύτταρα υπάρχει ένα είδος <<κωδικού>> επικοινωνίας που εμποδίζει την υπερπαραγωγή του, τα κακοήθη κύτταρα είναι επαρκώς αποδιοργανωμένα ώστε να μην ανταποκρίνονται στην επικοινωνία με τα

φυσιολογικά κύτταρα που τα περιβάλλουν και αρχίζουν να αναπαράγονται απρόσεκτα.

Έτσι τα μη σωστά αυτά κύτταρα μπορεί να αρχίσουν να εμποδίζουν την κανονική λειτουργία των διαφόρων οργάνων του σώματος. Σε πολλές μορφές καρκίνου τα κακοήθη κύτταρα αποχωρίζονται από την αρχική μάζα και μεταφέρονται σε άλλα μέρη του σώματος όπου αρχίζουν να αναπαράγονται και να σχηματίζουν νέους όγκους. Αυτή η διάσπαση της αρχικής εστίας αυτών των κυττάρων και η επέκτασή τους καλείται <<μετάσταση>>.

#### ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Καρκίνους συνηθίζουμε να αποκαλούμε σήμερα συλλογικά, χωρίς αυτό να είναι απολύτως ορθό, όλα τα νεοπλάσματα ανεξαρτήτως προελεύσεως, κλινικής και παθολογοανατομικής εικόνας και ιστοπαθολογικής υφής. Ορθότερο θα ήταν να μιλάμε για κακοήθη νεοπλάσματα.

Ο καρκίνος εκπροσωπεί μία μεγάλη ομάδα από αρρώστιες που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό, ανώμαλων κυττάρων. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου πρόκειται περί αδenoκαρκινώματος εκρίνοντας συνήθως βλέννη. Εμφανίζεται με τις εξής ανατομικές μορφές:

1. Δακτυλιοειδής περίσφιξη του εντέρου.
2. Σωληνοειδής σφηματισμός.
3. Εξέλιξη.
4. Ανθοκραιμοειδής όγκος.

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Αν και η αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι ακόμη άγνωστη, οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν αποκάλυψει αρκετούς παράγοντες που μπορεί να παίζουν ρόλο στην παθογένεια της νόσου.

#### α. Γεωγραφική κατανομή

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται από την γεωγραφία και την κοινωνικοοικονομική τάξη. Διεθνώς χώρες με υψηλότερη επίπτωση καρκίνου παχέως εντέρου είναι αυτές της Βόρειας και Βορειοδυτικής Αμερικής και Αγγλο-σαξωνικές περιοχές. Η επίπτωση είναι χαμηλότερη στην Αφρική, Ασία και Νότιο Αμερική (εκτός Αργεντινής και Ουρουγουάης).

Υπάρχουν επίσης σημαντικές διαφορές και ανάμεσα στον πληθυσμό των Η.Π.Α.. Μελέτες όσον αφορά την μετανάστευση ενισχύουν τον πιθανό ρόλο περιβαλλοντολογικών παραγόντων στην αιτιολογία της νόσου.

Πράγματι η επίπτωση του καρκίνου αυτού είναι υψηλότερη στην πρώτη και δεύτερη γενεά Ιαπώνων μεταναστών στη Χαβάη και στην Καλιφόρνια απ'ότι στους Ιάπωνες που ζουν στην Ιαπωνία. Η παρατήρηση αυτή πιθανόν να αντανακλά την <<δυτικοποίηση>> των συνηθειών διατροφής των Ιαπώνων.

Όλες οι ενδείξεις συγκλίνουν στο ότι η επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου συνδέεται με περιβαλλοντολογικούς παράγοντες, κυρίως την διατροφή. Από επιδημιολογικές μελέτες υπάρχουν ενδείξεις ότι οι καρκίνοι ορθού και κόλου πιθανόν έχουν διαφορετική αιτιολογία επειδή ο καρκίνος του ορθού δεν διαφέρει, όσον αφορά την επίπτωση, στους υψηλού ή χαμηλού κινδύνου πληθυσμούς.

## β. Γενετικός

Ενώ οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες φαίνεται ότι παίζουν τον κυριότερο ρόλο στην αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου, μόνο πρόσφατα αποδείχθη ότι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον κίνδυνο νόσησης από καρκίνου κόλου. Έτσι φαίνεται ότι περίπου το 20% αυτών των καρκίνων μάλλον έχει οικογενή βάση. Οικοληρονομικές ανωμαλίες με κακοήθες δυναμικό περιλαμβάνουν τους πολύποδες, την οικογενή πολυποδίαση, τα σύνδρομα GARDNER: TURCOT; PEUTZ-JEGHERS και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου.

### 1. Πολυποειδή σύνδρομα

#### α. Οικογενής πολυποδίαση

Η οικογενής πολυποδίαση ή αδενωμάτωση του παχέως εντέρου και ορθού είναι η πιο συχνή γενετική πολυποειδής ανωμαλία. Μεταδίδεται κατά τον επικρατούντα τύπο και η επίπτωση της φαίνεται να είναι μία περίπτωση κάθε 8.500 γεννήσεις, μερικές φορές δεν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ενώ μία στις έξι περιπτώσεις φαίνεται να οφείλεται σε αυτόματη μετάλλαξη. Οι αδενωματώδεις πολύποδες απαντώνται στο κόλο και στο ορθό και μπορεί να είναι εκατοντάδες. Οι πολύποδες της οικογενούς πολυποδίασης συνήθως ανακαλύπτονται κατά την 3η δεκαετία της ζωής αλλά αυτό μπορεί να γίνει και κατά την 1η δεκαετία. Καρκίνος αναπτύσσεται σε πολλούς ασθενείς με οικογενή πολυποδίαση προ της 6ης δεκαετίας της ζωής, με μέση ηλικία εμφάνισης 35-40 χρονών.

### β. Σύνδρομο GARDNER

Η επίπτωσή του είναι μία περίπτωση κάθε 14.000 γεννήσεις, και μεταδίδεται κατά τον επικρατούντα τύπο. Το σύνδρομο αυτό εκδηλώνεται σε πολλές περιπτώσεις όπως πολυποδίαση του παχέως εντέρου, πολλαπλά οστεώματα και ανωμαλίες των μαλακών μορίων, όπως σηματογενείς κύστεις, λιπώματα και ινομάτωση. Όπως η οικογενή πολυποδίαση, έτσι και το σύνδρομο GARDNER είναι μία προκαρκινωματώδης κατάσταση του παχέως εντέρου.

### γ. Σύνδρομο TURCOT

Πρόκειται για σπάνια κληρονομική νόσο που περιλαμβάνει πολύποδες του κόλου σε συνδυασμό με νευρογενείς όγκους.

### δ. Σύνδρομο PEUTZ-JEGHERS

Το σύνδρομο αυτό είναι σπάνιο, χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολυποειδών βλαβών σ' όλο το γαστρεντερικό σωλήνα, και από μέλανες κηλίδες στη στοματική κοιλότητα, χείλη και δάκτυλα.

### ε. Νεανική πολυποδίαση του παχέως εντέρου

Συνδέεται με αυξημένη επίπτωση αδενώματος και καρκινώματος του παχέως εντέρου. Οι νεανικοί πολύποδες είναι αμαρτώματα, έχουν ομαλή επιφάνεια περιέχουν αρκετές κύστεις βλέννης και στην ενδοσκοπηση έχουν ζωηρό κόκκινο χρώμα. Τα συμπτώματα που συνήθως εμφανίζονται στην παιδική ηλικία συνίστανται σε αιμορραγία από το ορθό, αναιμία, διάρροια, έξοδο βλέννης και κοιλιακά άλγη.

## 2. Μη πολυποειδή σύνδρομα

### α. Σύνδρομο οικογενειακού χαρακτήρα

Αυτό έχει αναγνωριστεί από πολλά χρόνια. Χαρακτηρίζεται από:

- α) αυξημένη συχνότητα αδenoκαρκινώματος κυρίως του ενδομητρίου και του κόλου.
- β) Μικρότερη ηλικία εμφάνισης του καρκίνου.
- γ) Αυξημένη συχνότητα πολλαπλών πρωτοπαθών καρκίνων.

Το σύνδρομο αυτό έχει αναγνωριστεί σαν νοσολογική οντότητα με γενετική βάση για καρκίνο κόλου χωρίς να έχει σχέση με την οικογενή πολυποδίαση.

Έχει υπολογιστεί ότι το 20% περίπου των ασθενών με καρκίνο κόλου φέρουν την γενετική αυτή ανωμαλία. Μόνο ο προσδιορισμός και η τακτική εξέταση του υψηλού κινδύνου οικογενειών μπορεί να οδηγήσει στην πρόωμη διάγνωση του καρκίνου. Μεταβιβάζεται κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα.

### 3. γ. Διατροφή

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι διατροφικοί παράγοντες πιθανώς παίζουν σπουδαίο ρόλο στην παθογένεση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καρκίνου του κόλου και δίαιτας πλούσιας σε λίπη-κρέας και χαμηλού υπολείματος. Αρνητική συσχέτιση έχει παρατηρηθεί μεταξύ καρκίνου κόλου και κατανάλωσης λαχανικών.

Η σχέση της διατροφής με το καρκίνο κόλου είναι πολύπλοκη. Οι ίνες (λαχανικά) πιστεύεται ότι μειώνουν την επίπτωση καρκίνου του παχέος εντέρου κάνοντας πιο διαλυτά τα



κόπρανα και το περιεχόμενό τους, και ελαττώνοντας τον χρόνο διόδου των κοπράνων από το έντερο. Στην πραγματικότητα οι καρκινογόνες ουσίες έχουν λιγότερο χρόνο επαφής με το εντερικό βλεννογόνο. Οι ίνες επίσης, πιθανώς μεταβάλλουν τον βακτηριακό μεταβολισμό και έτσι εξουδετερώνουν τις καρκινογόνες ουσίες του εντέρου.

Επομένως, οι πληθυσμοί που καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε λίπος και/ή ζωϊκές πρωτεΐνες ως και τροφές χαμηλού υπολείμματος, φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου του παχέως εντέρου. Έτσι η αλλαγή των συνηθειών διατροφής όπως π.χ. μείωση της πρόσληψης λίπους και αύξηση της πρόσληψης λαχανικών μπορεί να ελαττώσει σημαντικά την επίπτωση του καρκίνου του παχέως εντέρου.

#### δ. Ρόλος της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου

Ο ρόλος της εντερικής μικροχλωρίδας στην καρκινογένεση του παχέως εντέρου δεν είναι ακόμη απόλυτα ξεκαθαρισμένος. Όμως επιδημιολογικά και πειραματικά εργαστηριακά ευρήματα υποδηλώνουν ότι η διατροφή επηρεάζει την ενζυμική δραστηριότητα της χλωρίδας στον μεταβολισμό διαφόρων υποστρωμάτων που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση ή ανάπτυξη καρκίνου παχέως εντέρου. Ο σχηματισμός καρκινογόνου από τα εντερικά βακτηρίδια μέσω ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων είναι υπό μελέτη.

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

-----

Σαφής αιτιολογία για τον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν είναι γνωστή. Έχουν ενοχοποιηθεί προδιαθεσικοί παράγοντες που έχουν σχέση με τη διατροφή και συνυπάρχουσες παθήσεις του παχέως εντέρου. Σ' αυτές συγκαταλέγονται: α) η ελκώδης κολίτιδα, η οποία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο δημιουργίας καρκίνου του κόλου του εντέρου.

β) Η οικογενής πολυποδίαση ασθένεια κληρονομικής προδιάθεσης κατά την οποία πολύποδες του κόλου έχουν τάση να μετατρέπονται σε κακοήθειες.

γ) Οι αδενωματώδεις πολύποδες, οικοποίοι εμφανίζονται κυρίως στο κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Σχετικά με αυτό έχουν διατυπωθεί διάφορες γνώμες για την προκαρκινωμάτωση κατάσταση που πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι είναι. Γι' αυτό όταν η διάμετρος τους υπερβαίνει το 1 CM πρέπει να αφαιρούνται και να στέλνονται για βιοψία.

δ) Η διατροφή επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και εξέλιξη του καρκίνου παχέος εντέρου. Ο υπερσιτισμός και η κακή ποιότητα τροφής- θεωρείται υπεύθυνος για τις περισσότερες μορφές καρκινογένεσης όπως και για τον καρκίνο παχέος εντέρου. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου παχέος εντέρου είναι μικρότερη στις υποανάπτυκτες χώρες και μεγαλύτερη στις ανέπτυγμένες κοινωνικοοικονομικές χώρες. Οι τροφές που περιέχουν μεγάλες ποσότητες επεξεργασμένων υδατανθράκων ζωικών πρωτεϊνών και λιπών, ενώ συγχρόνως περιέχουν χαμηλές ποσότητες κυτταρίνης και γενικά φυτικών προϊόντων παραμένουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο έντερο και διάφορες ύποπτες

ουσίες που βρίσκονται σ'αυτές, έχουν τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή με τα τοιχώματα του εντέρου για περισσότερο χρόνο ικανό για να αναπτύξουν την πιθανή καρμινογόνο δράση τους.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

---

Εντόπιση: Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος. Στον καρκίνο του παχέος εντέρου το 50% των περιπτώσεων εντοπίζεται στο ορθό, το 20% περίπου στο σιγμοειδές, στο κατιόν κόλο εντοπίζεται 6-7%, στο εγκάρσιο κόλο 6-8%, στο ανιόν κόλο περίπου 15% και τέλος στον πρωκτό εντοπίζεται μόνο το 1% των περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου. Το 95% των καρκίνων του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα, ενώ σε μικρό ποσοστό σαρκώματα ή λειομυοσαρκώματα.

Τα αδενοκαρκινώματα καθώς εξελίσσονται παίρνουν ορισμένες μορφές οι οποίες διακρίνονται:

Ι. Μακροσκοπικά σε: α) εκπλαστική ή ανθοκραμβοειδής μορφή.

Προσβάλλει κυρίως εσωτερικά τον αυλό του παχέος εντέρου και σε μεγαλύτερη συχνότητα στο τυφλό και στο ανιόν κόλο. Λόγω της μορφής του όγκου και του υδαρούς περιεχομένου του δεξιού κόλου τα στενωτικά φαινόμενα είναι σπάνια.

β) Ελκωτική μορφή: Είναι η πιο κακοηθέστερη μορφή. Εμφανίζεται με μορφή κρατήρα με παχιά σκληρά και ανώμαλα χείλη και νεκρωτικό πυθμένα.

Η μορφή αυτή μπορεί να οδηγήσει σε στένωση.

γ) Διηθητική μορφή: Παρατηρείται διάχυση του εντερικού τοιχώματος, χωρίς διήθηση του βλεννογόνου. Η μορφή αυτή μπορεί να συνυπάρχει με μία από τις προηγούμενες.

δ) Κολλοειδές καρκίνωμα: Οφείλεται στη βλενώδη εκφύλιση των κυττάρων της ανθοκραμβοειδούς μορφής. Ο όγκος είναι συ-

νήθως ευμεγέθης και προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου.

II. Μακροσκοπικά. Βάσει ορισμένων ιστολογικών χαρακτηριστικών τα αδenoκαρκινώματα διακρίνονται σε:

α) Μυελοειδή

β) Σκιρών καρκίνωμα,

γ) Θηλώδη, και

δ) Βλεννώδη.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.

Κλινική Ταξινόμηση

T<sub>1</sub>: Ο καρκίνος εντοπίζεται στο βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα.

T<sub>2</sub>: Εκτείνεται στον μυϊκό ή και στον ορογόνο χιτώνα.

T<sub>3</sub>: Ο καρκίνος εκτείνεται στον κυτταρολυπώδη ιστό ή στον λεμφικό κόττο που περιβάλλει τον αυλό.

T<sub>4</sub>: Ο καρκίνος εκτείνεται πέρα από τους γειτονικούς ιστούς και όργανα.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

1. Την κατά DUKES ταξινόμηση η οποία αφορά το βαθμό διήθησης του τοιχώματος και την παρουσία ή όχι λεμφαδενικών μεταστάσεων.

2. Την κατά BRODERS ταξινόμηση, η οποία αφορά το βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων.

Ταξινόμηση κατά DUKES

A: Αδενοκαρκίνωμα που εντοπίζεται στο βλεννογόνο χωρίς μεταστάσεις,

B<sub>1</sub>: Η βλάβη εκτείνεται και στο μυϊκό χιτώνα όχι όμως σ' όλο το πάχος του χωρίς πάλι περιοχικές μεταστάσεις.

B<sub>2</sub>: Η βλάβη διηθεί ολόκληρο το πάχος του μυϊκού χιτώνα, χωρίς περιοχικές μεταστάσεις.

C<sub>1</sub>: Η βλάβη εντοπίζεται σ' όλα τα τοιχώματα. Τα γειτονικά μόνο λεμφογάγγλια είναι διηθημένα.

C<sub>2</sub>: Εδώ έχουμε και μεταστάσεις σε απομακρυσμένα λεμφο-

γάγγλια και όργανα.

Ταξινομηση κατά BRODERS

- α) Υψηλή διαφοροποίηση
- β) Μέση διαφοροποίηση
- δ) Χαμηλή διαφοροποίηση ή αμετάπλαστα.

ΔΙΑΣΠΟΡΑ — ΕΠΕΚΤΑΣΗ

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου διασπείρεται κατευθείαν με άμεση επέκταση στους παρακείμενους ιστούς, διαμέσου της λεμφικής οδού, με την εμφύτευση καρκινικών κυττάρων κατά την επέμβαση και με αιματογενείς μεταστάσεις.

Η πιο συχνή οδός μεταφοράς είναι οι μεταστάσεις στα γειτονικά λεμφογάγγλια. Αιματογενείς μεταστάσεις συμβαίνουν όταν καρκυνοματώδη κύτταρα διηθούν φλεβικά αγγεία. Η πιο συνηθισμένη οδός αιματογενούς μεταστάσεως είναι δια της πυλαίας φλέβας μετάσταση στο ήπαρ. Σε μικρότερη συχνότητα απαντώνται μεταστάσεις στους πνεύμονες και στα οστά.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

---

Η συμπτωματολογία ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου είναι ανάλογη της εντοπίσεως της νόσου και ποικίλει ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, την μικροσκοπική του υφή, την έκταση καθώς και από το αν υπάρχει αιμορραγία, διάτρηση ή απόφραξη.

Τα γενικά όμως συμπτώματα είναι η διαταραχή του ρυθμού των κενώσεων, η αιμορραγία απ' το ορθό και ο πόνος. Οι μεταβολές στις συνήθειες του εντέρου αφορούν τις μεταβολές των χαρακτήρων των προηγουμένων κενώσεων, γι' αυτό είναι σημαντική η λήψη λεπτομερούς ιστορικού. Μία επίμονη μεταβολή στις συνήθειες του εντέρου ιδιαίτερα σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας χωρίς προηγούμενες ανωμαλίες είναι συνήθως σημαντικό πρώιμο σύμπτωμα οργανικής νόσου του εντέρου και ποτέ δεν θα πρέπει να θεωρείται λειτουργική αν δεν υπάρχει πλήρης αρνητική διαγνωστική διερεύνηση. Η επισκόπηση των κοπράνων μπορεί επίσης να δώσει σημαντικές διαγνωστικές πληροφορίες.

Η επικάλυψη με αίμα των σχηματισμένων κοπράνων σημαίνει βλάβη στο ορθό ή τον πρωκτό, ενώ αίμα αναμειγμένο με κόπρανα δείχνει ότι η εστία της αιμορραγίας είναι ψηλότερα στο παχύ έντερο.

Ο πόνος που προκαλείται από νόσο του παχέος εντέρου εντοπίζεται συνήθως σε κάποιο απ' τα κάτω τεταρτημόρια, σε αντίθεση με τον πόνο που προέρχεται απ' το λεπτό έντερο, που εντοπίζεται στην περιομφαλική περιοχή ή ψηλότερα. Ο πόνος



του ορθού γίνεται αισθητός βαθιά στην πύελο, ενώ ο πόνος του πρωκτού γίνεται αισθητός ακριβώς στο περίνεο. Ειδικά τώρα έχουμε:

I. Στους καρκίνους του δεξιού κόλου (συνήθως ανθοκράμβοειδούς), αναπτύσσονται στο τυφλό και ανιόν κόλο των οποίων η διάμετρος είναι μεγάλη με λιγότερα συμπτώματα αποφράξεως.

Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι:

- α) Ψηλαφητός όγκος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.
- β) Διαρροϊκό σύνδρομο ή εναλλαγές διάρροιας και δυσκοιλιότητας (χωρίς μόνιμη δυσκοιλιότητα).
- γ) Αναιμία λόγω συνεχούς απώλειας αίματος μικρής συνήθως ποσότητας και αναμειγμένο στα κόπρανα.
- δ) Αίσθημα κακουχίας, ανορεξίας, απώλεια βάρους και όταν υπάρχει επέκταση προς την ειλεοτυφλική βαλβίδα έχουμε κοιλιακά άλγη και έμετο.

II. Στους καρκίνους του αριστερού κόλου έχουμε συχνά στενωτικά φαινόμενα λόγω μικρής διαμέτρου του εντέρου. Τα συμπτώματα είναι:

- α) Πόνος διάχυτος συνεχής αρχικά και κατόπιν κωλικοειδής.
- β) Αποφρακτικά συμπτώματα και κυρίως η αυξανόμενη δυσκοιλιότητα με σποραδικές πιθανόν σύντομες εξάρσεις διάρροιας.
- γ) Διόταση κοιλίας που συνοδεύεται με πόνο, ο οποίος υποχωρεί μετά την αποβολή αερίων.
- δ) Διάτρηση εντέρου σε μικρό ποσοστό (7%).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

---

Σήμερα, το κρίσιμο ερώτημα που τίθεται είναι ποιά είναι η πιο αξιόπιστη δοκιμασία για τη διάγνωση στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Μέσα στις θεωρήσεις αυτές εντάσσονται τα αναμενόμενα ωφέλη και οι κίνδυνοι, η ευαισθησία και η εξειδίκευση των διατιθέμενων διαγνωστικών μεθόδων, το κόστος και η συμβιβαστικότητα του ασθενούς.

Τα προγράμματα SCREENING που βρίσκονται τώρα σε εφαρμογή παρέχουν ισχυρές ενδείξεις καλής επιβίωσης σε εκείνους τους ασθενείς με θετικό αποτέλεσμα έγκαιρης διάγνωσης, χρειάζεται όμως μια πλέον μεγαλύτερη περίοδο παρακολούθησης των ασθενών αυτών. Οι προσπάθειες για έγκαιρη διάγνωση που κατευθύνονται σε ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου είναι πιο «παραγωγικές» απ'ότι αυτές που κατευθύνονται στο σπάνια γενικό πληθυσμό.

Στην τρέχουσα πρακτική, ο κλινικός γιατρός συχνά δεν έχει την ευκαιρία να συνδιαλλαγεί με ασυμπτωματικούς ασθενείς. Είτε με τον συμπτωματικό είτε με τον ασυμπτωματικό ασθενή, ο κλινικός γιατρός χρησιμοποιεί την συνήθη σειρά δοκιμασιών για να θέσει τη διάγνωση. Μερικοί απ'αυτούς τους υψηλού κινδύνου παράγοντες είναι:

Ηλικία: > 45 χρόνια, σε ασυμπτωματικούς άνδρες και γυναίκες.

Συνοδός πάθηση:

- Ελκώδης κολίτις
- Κοκκιοματώδης κολίτις
- Σύνδρομο PEUTZ-JEGHERS
- Οικογενής πολυποδίαση

Παρελθόν ιστορικό:

- Καρκίνος παχέος εντέρου ή πολυπόδων
- Καρκίνος μαστού ή των γεννητικών οργάνων.

Θυκογενειακό ιστορικό:

- Νεανικών πολυπόδων
- Καρκίνου παχέος εντέρου ή πολυπόδων
- Σύνδρομο οικογενούς πολυποδίασης

### Γενικά

Ο γιατρός πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος στα εξής σημάδια: ανεξήγητη απώλεια βάρους, αλλαγές στις συνήθειες των κενώσεων, αιμορραγία από το ορθό, κοιλιακό άλγος, ναυτία, κοιλιακή διάταση, κοιλιακή μάζα.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Είναι φανερό ότι για την βελτίωση των στατιστικών επιβίωσης χρειάζεται πολυ πρώιμη διάγνωση, δηλαδή διάγνωση στο αρχικό στάδιο της νόσου. Έτσι εκτός από το ιστορικό και την φυσική εξέταση, συμπεριλαμβανομένης και της δακτυλικής εξέτασης, ο γιατρός πρέπει να θεωρεί σαν μέρος της διαγνωστικής προσπάθειας και τα εξής:

α. OCCULT TEST ή Δακτυλική εξέταση

Εφ'όσον υπάρχει υποψία αιμορραγίας, που εκδηλώνεται π.χ. με αναιμία, και η μακροσκοπική εξέταση των κοπράνων με σκοπό να αποκαλύψει την παρουσία <<κρυφού>> αίματος. Η αιμορραγία από το δεξιό κόλον είναι κυρίως <<κρυφού>> τύπου. Το νέο HEMOCCULT GUAIAEC TEST δείχνει ενθαρρυντικά αποτελέσματα σαν δείκτης παρουσίας κολο-ορθικού καρκίνου και/ή αδενώματος.

Το HEMOCCULT TEST αποκαλύπτει αίμα στα κόπρανα λόγω της οξειδωσης της GUAIAEC (μπλε χρώμα) από την υπεροξειδάση παρουσία αιμοσφαιρίνης. Το 40% όλων των καρκίνων του παχέος εντέρου, κατά την στιγμή της διάγνωσης, είναι σε εντοπισμένο στάδιο χωρίς διηθημένους λεμφαδένες, σχεδόν όλοι οι ασθενείς στους οποίους ο καρκίνος του κόλου ανακαλύπτεται σε ασυμπτωματικό στάδιο έχουν εντοπισμένη νόσο και παρουσιάζουν βελτιωμένη πρόγνωση και σημαντικά αυξημένη επιβίωση. Επομένως, η ανακάλυψη εντοπισμένης νόσου χωρίς διηθημένους λεμφαδένες είναι μείζων σκοπός, αν πρόκειται έτσι να βελτιωθεί η επιβίωση.

### β. Ορθοσιγμοειδοσκοπηση και βιοψία/κυτταρολογική

Η ορθοσιγμοειδική περιοχή του εντέρου μπορεί να εξετασθεί σε διάφορη έκταση με την ορθοσιγμοειδοσκοπηση, ενώ το υπόλοιπο παχύ έντερο μπορεί να εξετασθεί με διπλής αντίθεσης βαριούχο υποκλιισμό και κολονοσκοπηση. Το άκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο ανακάλυπτει βλάβες σε μία έκταση 15-25 εκ..

Το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο είναι σαν ενδοσκοπικό όργανο πιο καλύτερο για το κόλον παρά για το ορθό. Το λιννοσκόπιο αυτό φτάνει στα 50 ή 60 εκ. και φαίνεται ότι είναι καλύτερα ανεκτό από τους ασθενείς. Χρειάζεται όμως αρκετή εμπειρία και σήμερα χρησιμοποιείται από μικρό αριθμό ενδοσκόπων.

Η σιγμοειδοσκοπηση μπορεί να γίνει οποτεδήποτε, αλλά θα δώσει καλύτερες πληροφορίες αν ο ασθενής έχει προετοιμασθεί με υποκλιισμό. Επίσης μπορεί ταυτόχρονα να γίνει μειοβιοψία και κυτταρολογική. Η σε συνδυασμό χρήση αυτών των τεχνικών αυξάνει την ακρίβεια της διάγνωσης.

### γ. CEA

Το CEA είναι μία γλυπρωτεΐνη που βρίσκεται στην κυτταρική μεμβράνη καρκινικών κυττάρων πολλών ιστών και του παχέος εντέρου. Επί αυξήσεως των κυττάρων (ανάπτυξη όγκου) το αντιγόνο εισέρχεται στην κυκλοφορία και ανιχνεύεται με ραδιοανοσολογική μέθοδο.

Το CEA είναι αρκετά καλός προγνωστικός δείκτης αφού μπορεί κανείς να ελέγξει προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά την εξαιρεσιμότητα ή υποτροπή του όγκου με τα επίπεδα του CEA.

δ. Βαριούχος υποκλυσμός

Διπλής αντίθεσης είναι απαραίτητος για την πιστοποίηση ύπαρξης της βλάβης ή την ανακάλυψη μίας άλλης εστίας κεντρικότερα γεγονός που συμβάλνει σε ένα ποσοστό 5-8%.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάρροια που παρατηρείται σε μεσήλικες και ηλικιωμένους μπορεί να αποτελεί εκδήλωση νεοπλασίας του παχέος εντέρου. Πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από την εκκολπωματίτιδα, η οποία συνοδεύεται από πυρετό και έχει και διαφορετική ακτινολογική εμφάνιση.

Η λειτουργική εντερική δυσχέρεια μπορεί να μιμείται τον καρκίνο του παχέος εντέρου ως προς τα συμπτώματα.

Ακόμη θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από τους καολήθεις όγκους, την ορθοκολίτιδα και τη νόσο του GROM.

Ο καρκίνος της ορθοσιγμοειδικής περιοχής είναι πολύ πιθανό να συνοδεύεται από εμφανή παρουσία βλέννης και αίματος στα κόπρανα, ενώ η εντόπιση της βλάβης στο τυφλό είναι σιωπηρή και <<ύπουλη>> σ'ότι αφορά τη ζωρότητα των εκδηλώσεών της. Εξ άλλου, ο καρκίνος του τυφλού σπανιότερα προκαλεί διαταραχές των κενώσεων σε σύγκριση με τον καρκίνο του κατιόντος.

Σε βλάβες του αριστερού παχέος εντέρου υπάρχει συχνά πόνος και αποφρακτικά φαινόμενα. Σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να επέλθει οξεία απόφραξη του αυλού του εντέρου.

Ο καρκίνος του ορθού, αντίθετα σπάνια συνοδεύεται από πόνο. Υπάρχει όμως, ένα δυσάρεστο αίσθημα <<ανεπαρκούς απόδευσης>> καθώς και συχνή πρόσμιξη βλέννης και αίματος στα κόπρανα.

Πάντως εάν υπάρχει υπόνοια παρουσίας της νόσου ή εάν η φύση μιας αλλοιώσεως του παχέος εντέρου δεν είναι δυνατό να καθορισθεί επακριβώς, επιβάλλεται η ερευνητική λαπαροτομία προς διάγνωση.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

-----

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι μόνο χειρουργική. Βέβαια ακολουθείται και χημειοθεραπεία καθώς και ακτινοθεραπεία τα οποία ελάχιστη βοήθεια προσφέρουν.

Αν ο ασθενής δεν χειρουργηθεί η ζωή του διαρκεί από μερικούς μήνες ως λίγα χρόνια.

### I. Χειρουργική θεραπεία

Συνήθως περιλαμβάνει ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου, τα αιμοφόρα αγγεία και τα λεμφογάγγλια της περιοχής.

Η επέμβαση αποσκοπεί στην αφαίρεση του όγκου με το αντίστοιχο τμήμα του εντέρου και των επιχωρίων λεμφαδένων και αν είναι περιορισμένες οι ηπατικές μεταστάσεις. Έτσι σε καρκίνο δεξιού κόλου, αφαιρείται το τελευταίο μέρος του ειλεού, το τυφλό, το ανιόν και το μισό εγκάρσιο και γίνεται ειλεογκάρσια αναστόμωση. Σε καρκίνο αριστερού κόλου και σιγμοειδούς αφαιρείται το αριστερό μισό του εγκάρσιου κόλου, το κατιόν και το σιγμοειδές και γίνεται αναστόμωση του εγκάρσιου με το ορθό με συνύπαρξη ή όχι ανακουφιστικής κολοστομίας. Σε καρκίνο του εγκάρσιου κόλου γίνεται ευρεία τμηματική εκτομή. Ενώ στο ορθό απαιτείται κοιλιοπερινεϊκή εκτομή και μόνιμη κολοστομία.

Η κολοστομία είναι παροδικό ή μόνιμο άνοιγμα του κόλου στο κοιλιακό τοίχωμα. Το κόλο, έχει δύο λειτουργείες: να συγκεντρώνει και να αποθηκεύει τις περιττωματικές ουσίες και να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες. Με την κολοστομία οι λει-



τουργίες αυτές γίνονται ανεπαρκώς. Το είδος και η συχνότητα της κοπρανόδου απέκκρισης εξαρτάται κατά μεγάλο βαθμό από την εντόπιση της κολοστομίας. Είδη κολοστομίας:

1. Κατιούσα και σιγμοειδική, συχνά ονομάζεται και στεγνή γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος το κόλο παράγει σχηματισμένα κόπρανα.

2. Εγκάρσια. Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδες και θα χρειάζεται ο ασθενής σάκο όλο τον καιρό. Έχουμε τρία είδη εγκάρσιας κολοστομίας:

α) Διπλού αυλού η οποία είναι συνήθως προσωρινή.

β) Αγκυλωτή η οποία είναι προσωρινή και διαρκεί από 100 ημέρες έως 9 μήνες.

γ) Ανιούσα κολοστομία είναι συνήθως μόνιμη γιατί το απέκκριμα εδώ είναι υδαρές και ρέει συνεχώς. Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη.

## II. Χημειοθεραπεία

Τα χημειοθεραπευτικά είναι φάρμακα τα οποία επιβραδύνουν την εξέλιξη των νεοπλασματικών νοσημάτων και περιορίζουν τις διαστάσεις του, αλλά δεν το θεραπεύουν είναι κυτταροταξικά φάρμακα, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δράση τους όμως δεν περιορίζεται στα κακοήθη κύτταρα αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Περισσότερο βέβαια επηρεάζονται τα κακοήθη κύτταρα λόγω του ότι πολλαπλασιάζονται γρήγορα, είναι πιο δραστήρια και ζουν περισσότερο από τα φυσιολογικά. Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βλεννογόνο του

γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωοθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Τα κυριότερα χημειοθεραπευτικά που χρησιμοποιούνται σήμερα για την καταπολέμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η 5-φθοριουρακίλη και η μεθοτρεζάτη.

Οι παρενέργειες που έχουμε από το φάρμακο διακρίνονται σε:

α) Πρώιμες που είναι: Ναυτία, έμετος μέσα σε 3-6 ώρες από την έγχυση του. Διάρροια που μπορεί να συμβεί σε 7 ημέρες από την έναρξη της χορήγησής του και στοματίτιδα που μπορεί να συμβεί 5-8 ημέρες μετά την θεραπεία.

β) Όψιμες που είναι: Ελάττωση των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων μέσα σε 1-2 εβδομάδες μετά την θεραπεία. Μελάνιασμα των νυχιών, του δέρματος και των σημείων των φλεβών απ'όπου το χορηγούμε, μπορεί να συμβεί 4-6 εβδομάδες μετά την έγχυση του φαρμάκου. Αλωπεκία μετά 3-4 εβδομάδες μετά την θεραπεία. Άλλες παρενέργειες από το φάρμακο είναι ανορεξία, μυελοκαταστολή, δερματίτιδα, ραγάδες στόματος και μελάχρωση.

Η μεθοτρεζάτη παρεμβαίνει στη σύνθεση του DNA αναστέλλοντας τη διϋδροφυλλική αναγωγή. Απορροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα και συνδέεται με τη λευκωματίνη απ'όπου μπορούν να την εντοπίσουν οι σουλφοναμίδες, η τετρακυκλίνη, το σαλυκυλικό οξύ, αυξάνοντας έτσι την τοξικότητα της. Στο μεγαλύτερο της μέρος αποβάλλεται από τους νεφρούς και γι'αυτό η δοσολογία της πρέπει να μειώνεται όταν υπάρχει και νεφρική ανεπάρκεια. Η μεθοτρεζάτη χρησιμοποιείται για τη θεραπευτική αγωγή πολλών κακοηθών αλλά και καλοηθών παθή-

σεων.

Τοξικές επιδράσεις: Εκδηλώνονται με λευκοπενία, θρομβοπενία, διάρροια και ελκωτική στοματίτιδα. Σε τέτοιες περιπτώσεις διακόπτεται η χορήγηση ως την υποχώρησή τους. Επίσης μπορεί να παρατηρηθούν αλωπεκία, αναιμία, ηπατοξικές βλάβες και σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσει νεφροτοξικές βλάβες.

Τα θεραπευτικά χημειοθεραπευτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί φαίνεται από μελέτες να έχουν αποτελέσματα στο ορθό και το σιγμοειδές.

### III. Ακτινοθεραπεία

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης στους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως με τους νεοπλασματικούς. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία. Η ακτινοβολία που χρησιμοποιείται είναι ιονίζουσα και αποτελείται ή από πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται γρήγορα και ακτίνες γ ή ακτίνες χ (ηλεκτρογνητική ακτινοβολία).

Η ακτινοθεραπεία φαίνεται να έχει θέση σε καρκινώματα του ορθού. Βελτιώνει τα μεσοδιαστήματα των υποτροπών αλλά όχι την συνολική επιβίωση. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι πολύ ευαίσθητα στην ακτινοβολία από τα ώριμα κύτταρα και μερικές φορές νεκρώνονται τελείως, ενώ οι βλάβες των ώριμων κυττάρων είναι δυνατό να επανορθωθούν μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί εξωτερικά και εσωτερικά:

1. Εξωτερική εφαρμογή με ακτίνες X, οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα, ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες (π.χ. κοβάλτιο -60, καίσιο -137) και ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα σε θήκες που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβοληθεί.

2. Εσωτερική χρήση. Με αυτή γίνεται εισαγωγή του ραδιοϊσοτόπου σε κοίλα όργανα, με την εμφύτευση ραδιοϊσοτόπου (με την μορφή βελονών, κόκκων κ.λπ.) και με εσωτερική χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια. Σε καρκίνο του παχέος εντέρου γενικά η προεγχειρητική ακτινοβολία καθιστά ένα ανεγχείρητο καρκίνωμα σε εγχειρήσιμο και αυξάνει το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης μετεγχειρητικά.

Οι επιπλοκές και οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν λείπουν και μπορούμε να τις κατατάξουμε σε πρώιμες και όψιμες.

#### Πρώιμες

-Ακτινοδερματίτιδα, ένας τοπικός ερεθισμός του δέρματος που διακρίνεται σε τρεις μορφές: ερυθματώδης, φουσάλωδης και εσχαροποιητική.

-Βλάβη του βλεννογόνου του οργάνου.

#### Όψιμες είναι:

- Υπερχρωση του δέρματος
- Καρκίνος δέρματος
- Βλάβη γεννητικών οργάνων
- Νεύρωση, λευχαιμία, βράχυνση χρόνου ζωής

Ακόμη η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως: γενική καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, απώλεια βάρους, πυρετικά επεισόδια.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΕΠΙΒΙΩΣΗ

Η πρόγνωση, μετά από εγχείρηση σε καρκίνο του παχέος εντέρου είναι γενικά καλή, για όλα σχεδόν τα τμήματα του παχέος εντέρου. Εξαρτάται βέβαια από το στάδιο της νόσου και φαίνεται στον πίνακα.

Ταξινόμηση κατά DUKES και πρόγνωση

Στάδιο	Παθολογοανατομικό εύρημα	5ης επιβίωση
A. Το 20% των ασθενών	Όγκος στο τοίχωμα του εντέρου -Λεμφαδένες: Αρνητικοί	90%
B. Το 30% των ασθενών	-Όγκος επεκτείνεται στο περικολικό λίπος -Λεμφαδένες: Αρνητικοί	65%
Γ. Το 50% των ασθενών	-Λεμφαδενικές προσβολές C <sub>1</sub> : Επιχώριοι αδένες C <sub>2</sub> : Απομακρυσμένοι αδένες	C <sub>1</sub> : 30% C <sub>2</sub> : 20%

Αυτό που έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση είναι η έγκαιρη διάγνωση της νόσου και η εγχείρηση στα αρχικά στάδια της νόσου. Γι' αυτό κάθε γιατρός θα πρέπει να προσέχει ιδιαίτερα κάθε μεσήλικα και ασθενή με ακαθόριστα ενοχλήματα από το παχύ έντερο.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ/ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ/Η ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ  
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός ρυπάνσεως του αναπνεόμενου αέρα στο χώρο εργασίας) η αποφυγή της εκθέσεως σ' αυτούς (π.χ. διακοπή του καπνίσματος).

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση στο κατά το δυνατό πρωϊμότερη στάδιο.

Κατά συνέπεια η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς προλήψεως ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δευτερογενούς προλήψεως είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διαγνώσεως.

Πρωτογενής πρόληψη

α) Η ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων

Η ανακάλυψη των καρκινογόνων παραγόντων μπορεί να γίνει 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 (επιδημιολογικές). Τα 3/4 των γνωστών

καρκινογόνων παραγόντων έχουν επισημανθεί με επιδημιολογικές έρευνες. Οι έρευνες σε πειραματόζωα, συγκρινόμενες με πειραματόζωα, συγκρινόμενες με τις επιδημιολογικές, έχουν σημαντικό πλεονέκτημα (είναι πειραματικές) και ένα σημαντικό μειονέκτημα (ο άνθρωπος δεν έχει τον ίδιο μεταβολισμό με τα διάφορα πειραματόζωα και έτσι υπόκειται σε διαφορετικές καρκινογενετικές επιδράσεις).

### β) Εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς προλήψεως

-Υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού, σε θέματα σχετικά με τον καρκίνο. Διαφώτιση σχετικά με τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες. Εξηγούμε την αναγκαιότητα να ακολουθούν υγιεινό τρόπο ζωής και διατροφής. Η διατροφή θα πρέπει να είναι φτωχή σε λιπαρά και πλούσια σε φυτικές ίνες και να αποφεύγονται τροφές που περιέχουν χημικές ουσίες.

-Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. εργαζόμενοι σε ορυχεία ουρανίου) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικά με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

-Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με τη λήψη νομοθετικών μέτρων, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς οργανισμούς.

### Δευτερογενής πρόληψη

#### α) Προβλήματα αξιολογήσεως

Η δευτερογενής πρόληψη των κακοήθων νεοπλασιών βασίζεται στην προσυμπτωματική τους διάγνωση κατά τη διάρκεια της προ-διηθητικής φάσεως ή σπανιότερα κατά τη διάρκεια άλλων



καρκινογενετικών φάσεων. Μολονότι χρήσιμη, η δευτερογενής είναι λιγότερο αποτελεσματική από ότι γενικά πιστεύεται. Υπάρχουν τέσσερις λόγοι που οδηγούν σε πλασματική υπερεκτίμηση της χρησιμότητας της δευτερογενούς προλήψεως, ακόμη και όταν αυτή δεν είναι καθόλου αποτελεσματική: (1) επειδή με τον προσυμπτωματικό έλεγχο επιταχύνεται η διάγνωση, φαίνεται ότι παρατείνεται η διάρκεια της νόσου ακόμη και όταν δεν υπάρχει καμμία ουσιαστική μετάθεση του χρόνου θανάτου.

(2) στον προσυμπτωματικό έλεγχο διαπιστώνονται συχνότερα οι περιπτώσεις που εξελίσσονται αργά παρά εκείνες που εξελίσσονται γρήγορα.

(3) τα άτομα που υποβάλλονται σε προσυμπτωματικό έλεγχο διαφέρουν από εκείνα, που δεν υποβάλλονται ως προς πολλά χαρακτηριστικά, μερικά από τα οποία συσχετίζονται με τις παραμέτρους της κλινικής επιβίωσης

(4) στον προσυμπτωματικό έλεγχο μπορεί να συνεκτιμηθούν ως <<κακοήθεις νεοπλασίες>> προνεοπλασματικές ή παρανεοπλασματικές καταστάσεις δυσδουλευκρίνιστης φύσεως και καλοηθέστερης προγνώσεως από τις αντίστοιχες νεοπλασματικές καταστάσεις.

#### β) Εφαρμογή μέτρων δευτερογενούς προλήψεως

Κατά την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία, ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι χρήσιμος για την αντιμετώπιση του καρκίνου παχέος εντέρου (συμπεριλαμβανομένου και του ορθού).

Συνίσταται να γίνεται δακτυλική εξέταση του ορθού κάθε έτος μετά το 40ο έτος της ζωής. Εξέταση 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 από-

σταση ενός έτους). Επειδή στη χώρα μας οι επιδημιολογικές και υγειονομικές συνθήκες είναι διαφορετικές, τα παραπάνω χρονικά διαστήματα θα μπορούσαν να διπλασιαστούν. Η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν έχει τεκμηριωθεί αλλά θεωρείται πιθανή, με ενδεχόμενη μείωση της θνησιμότητας κατά το 1/3 του σημερινού της μεγέθους.

Ο ρόλος τους νοσηλευτή περιλαμβάνει:

- \* Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για τη βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του.
- \* Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περίπτωση έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες.
- \* Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και στο περιβάλλον.
- \* Διαφώτιση του κοινού.

---

~~Εύμφωνα με τα παραπάνω η δυνατότητα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου εξαρτάται:~~

- Από την επαγρύπνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του.

- Από το γιατρό. Επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική εξέταση και αξιολόγηση των ελαφρών και ανεπαίσθητων ενοχλημάτων. Από πρόσφατες μελέτες στη Βρετανία και Αμερική διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς είχαν συμπτώματα γύρω στους 6 μήνες προ της προέλευσης στο Νοσοκομείο. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς είχαν ζητήσει συμβουλή ιατρών οι οποίοι δεν έκαναν τις απαραίτητες εξετάσεις και τους διαβεβαίωσαν περί της αθωότητας των συμπτωμάτων.

- Από το νοσηλευτή, ο οποίος κατά την διαφώτιση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο θέλει να μεταφέρει το μήνυμα ότι ο καρκίνος είναι η μοναδική αρρώστεια, α) του αναπόφευκτου θανάτου αν δεν θεραπευτεί, β) της μεγάλης σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και γ) ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα ασθενειών που δεν είναι τόσο σοβαρές.

Στην χώρα μας η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, που ιδρύθηκε το 1959 είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός, που έχει καταρτίσει και εφαρμόσει πρόγραμμα διαφωτίσεως του κοινού, ενημέρωσης των γιατρών και νοσηλευτών στις νέες εξελίξεις του καρκίνου, στις νέες μεθόδους διαγνώσεως, ανιχνεύσεως και θεραπείας των καρκινοπαθών.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ/Η ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΤΟΥ

ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής που έρχεται στο νοσοκομείο για να νοσηλευτεί είναι πολλά. Διακατέχεται συχνά από φόβο και ανησυχία, που απορρέουν από την άγνοια (σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία της κ.α.).

Ακόμη πιθανώς να αντιμετωπίσει οικονομικό πρόβλημα γιατί αναγκάζεται να εγκαταλείψει την εργασία του. Όλα αυτά θα πρέπει να εντοπιστούν και όσο το δυνατό να εξαλειφθούν από το νοσηλευτή.

Η εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο συνεπάγεται αποχωρισμό των γνωστών του προσώπων και τρόπου ζωής. Η συμπεριφορά της νοσηλευτικής ομάδας πρέπει να είναι κατάλληλη και να βοηθά στην εύκολη προσαρμογή του ασθενή στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

Κατόπιν ενημερώνει τον ασθενή για το πρόγραμμα του νοσοκομείου, και για το πρόγραμμα που περιλαμβάνει τις εξετάσεις του. Επίσης προσπαθεί να τονώσει τον ασθενή αν παρατηρήσει τυχόν νευρικήτητα και απογοήτευση.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ

ΕΝΤΕΡΟΥ - ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Σήμερα, όταν μιλάμε για αποκατάσταση ασθενή με καρκίνο εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας ώστε να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει (βιο-ψυχολογικές) όσο και αν αυτές φαίνονται μικρές, για να ζήσει ποιοτικά την υπόλοιπη ζωή του. Να μην κλαίει για το χθες και να μην τρέμει για το αύριο.

Για να γίνει αυτό ο καρκινοπαθής δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά. Η αποκατάσταση θα βοηθήσει τον άρρωστο να εναρμονίσει τη ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει με τις ικανότητες που του έχουν μείνει.

Για να επιτευχθεί αυτή η αποκατάσταση θα πρέπει οι ασθενείς να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην καρκιнологία και την ψυχολογία του αρρώστου με καρκίνο.

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.

Μια και η αντιμετώπιση του ασθενή από το οικογενειακό του περιβάλλον επηρεάζει σημαντικά τη στάση του απέναντι στον καρκίνο, είναι σημαντικό να υπάρξει και μία πρόβλεψη για ενημέρωση και καθοδήγηση της οικογένειας. Οι γενικές κατευθύνσεις που δίνονται είναι τέτοιες ώστε οι συγγενείς να βοηθάνε και να υποστηρίζουν τον ασθενή, χωρίς όμως να παίζουν το ρόλο του <<σωτήρα>> και να τον οδηγούν στην περιττή εξάρτηση από το περιβάλλον. 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.

Ένα από τα αντιπροσωπευτικά προγράμματα αποκατάστασης για άτομα με καρκίνο, είναι κι αυτό που εφαρμόζουν οι SIMONTON, οι οποίοι βασίζονται στο 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 κεντρικό 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 ενδεχόμενα μειώνουν την ικανότητα του

οργανισμού να αντισταθεί στα καρκινικά κύτταρα.

Ο βασικός σκοπός μίας 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.

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).

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 αποκαταστάσεως να συμπεριλαμβάνονται και αυτές οι ομάδες του πληθυσμού.

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 μία 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 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 έως 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 πόσο 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 συμπαράστα-



ση, 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 παραφύσιν έδρα και ηρεμήσει ψυχολογικά, θα αρχίσει η διδασκαλία για την περιποίηση της κολοστομίας από τον ίδιο, πράγμα που σιγά-σιγά θα τον βοηθήσει να νοιώθει 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 (ποιά είναι τα απαραίτητα είδη, την ετοιμασία και τη σειρά χρήσης του). Έπειτα 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 ανα-

λάβει 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 βοήθειά της. Τέλος, διδάσκεται τον τρόπο υποκλιτισμού στην παραφύση έδρα και τον εκτελεί.

Υπάρχει όμως περίπτωση να μην μπορεί ο ίδιος ο ασθενής να αναλάβει την νοσηλεία του, είτε γιατί είναι υπερήλικας 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 συνεργαζόμενη με κοινωνική λειτουργό, φροντίζει να γίνεται η νοσηλεία από μία επισκέπτρια αδελφή.

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 του>> -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 και αν φαίνεται, έχει σκοπό μέσαστην πορεία της ζωής μας.

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗΣ  
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

Οι νέοι σήμερα πρέπει να ξέρουν ότι παρόλες τις πρό-  
δους που επιτέλεσε σήμερα η επιστήμη για την όσο δυνατόν  
πιο γρήγορη επισήμανση της παρουσίας του καρκίνου, παρ'ό-  
λη τη χρησιμοποίηση νέων μηχανημάτων και νέων ραδιενερ-  
γών στοιχείων και ραδιοϊσοτόπων, παρ'όλες τις νεότερες η-  
ρωϊκές χειρουργικές επεμβάσεις, εν τούτοις η αύξηση των  
εκατοστιαίων ποσοστών λάσεων καρκινοπαθών κυριολεκτικά...  
καρκινοβατεί!!!

Ένα μεγάλο όμως πεδίο δυνατοτήτων για την ελάττωση  
των καρκινοπαθών, που βασικά μέχρι σήμερα έχει παραμεληθεί  
είναι τα μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα ευνοϊκά αποτελέσμα-  
τα που μπορεί να μας προσφέρει η πρόληψη του καρκίνου, με  
την έγκαιρη επισήμανση και αποφυγή των καρκινογενετικών  
παραγόντων, με την έγκαιρη αντιμετώπιση των προκαρκινικών  
καταστάσεων και την έγκαιρη θεραπεία των προκαρκινικών νο-  
σησεων.

Σήμερα βρισκόμαστε σε μία εποχή που οι άνθρωποι φθεί-  
ρουν τον εαυτό τους και δημιουργούν τις αρρώστιες καταστρέ-  
φοντας το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν, καθιστώντας το α-  
νυπόφορο για τον οργανισμό τους και δημιουργώντας τις δυ-  
σμενείς εκείνες συνθήκες που ευνοούν την ανάπτυξη παθολογι-  
κών καταστάσεων.

Αυτό ισχύει πιο πολύ για τον καρκίνο. Μάθετε ότι ζού-  
με σε μία εποχή, που σ'όλα τα τρόφιμα και ποτά έχουν προ-  
στεθεί και ουσίες βλαπτικές για τον οργανισμό μας και συ-

γκεκριμένα καρκινογόνες, από τις οποίες δυστυχώς, αδυνατούμε να διαφύγουμε. Όλα για κάποιο ιδιαίτερο λόγο όχι όμως και για την προστασία του καταναλωτή. Αυτό συμβαίνει δυστυχώς όχι μόνο με τα ζωϊκά προϊόντα αλλά και με τα φυτικά.

Η διατροφή μας λοιπόν παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην παθογένεση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Αν και είναι σπάνια η εμφάνιση στην νεαρή ηλικία, άλλα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών νοσούν.

Σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη του καρκίνου παίζουν και τα φάρμακα. Γι' αυτό αποφύγετε την πολυφαρμακία. Η εισαγωγή στον οργανισμό μας φαρμάκων απ' αντάπου καθημερινά ανακαλύπτονται, μπορεί μελλοντικά να μας προκαλέσει κακό. Καθημερινά διαπιστώνεται, ότι μέσα στα λίγα χρήσιμα φάρμακα παρεμβάλλονται και πολλά που αργά ή γρήγορα αποδεικνύονται καρκινογενετικά.

Προσπαθήστε να αποφεύγετε τις περιττές ακτινοβολήσεις, όπως την υπερβολική ηλιοθεραπεία, τις περιττές ακτινοσκοπήσεις και ακτινογραφίες.

Για κάθε μακρόχρονη διόγκωση που τυχόν θα εμφανισθεί στο σώμα σας, πρέπει να συμβουλευέσθε το γιατρό σας χωρίς βέβαια και να διανοείσθε αμέσως, ότι κάθε διόγκωση σημαίνει και καρκίνος.

### ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το τρίτο μέρος της εργασίας περιλαμβάνει την στατιστική έρευνα που έγινε με θέμα " Καρκίνος παχέως εντέρου " .

Σκοπός της εκπονηθείσης στατιστικής έρευνας είναι να ερευνηθεί η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου παχέως εντέρου σε στατιστικό δείγμα πλυσμού με μεταβλητές του δείγματος όπως φύλο, ηλικία, τόπος γεννησης-διαμονής κ.λ.π.

Με την εργασία αυτή μπορούν να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα οσον αφορά ομάδες πλυσμού με μεγαλύτερη ή μικροτερη εμφάνιση της ασθένειας, ώστε να μπορέσει βοηθήσει, πιθανόν, στην διακρίβωση κάποιον από τους παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση της νόσου. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι το στατιστικό δείγμα των 130 ατόμων που χρησιμοποιήθηκε είναι πολύ μικρό για να μπορούν να βγουν πρακτικά χρήσιμα αποτελέσματα.

Τέλος, θα επιθυμούσαμε να ευχαριστήσουμε τα άτομα, που με τις απαντήσεις τους στο ερωτηματολόγιο, βοήθησαν να πραγματοποιηθεί η έρευνα αυτή.

## ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Το θέμα της παρούσης στατιστικής έρευνας είναι ο καρκίνος του παχέως εντέρου. Για την έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκε στατιστικό δείγμα πλήθους 130 ατόμων. Το δείγμα αποτελείτο από άτομα διάφορων ηλικιών, φύλλων και επαγγελμάτων ώστε να μπορεί να χαρακτηριστεί ως " τυχαίο " . Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η έρευνα έλαβε χώρα στην ευρύτερη περιοχή της Πάτρας και της Θεσσαλονίκης, πράγμα που σημαίνει ότι αντιπροσωπεύει αστικό και ημιαστικό πλυθισμό.

Ο τύπος της στατιστικής έρευνας είναι με γραπτά ερωτηματολόγια, τα οποία συντάχτηκαν με την βοήθεια της κυρίας Παπαδημητρίου Μ. λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες που οδηγούν στην νόσο αυτή και τα συμπτώματά της. Τα ερωτηματολόγια, αφού συντάχτηκαν, μοιράστηκαν στο στατιστικό δείγμα των ατόμων, την περίοδο 7-1-91 έως 25-12-91.

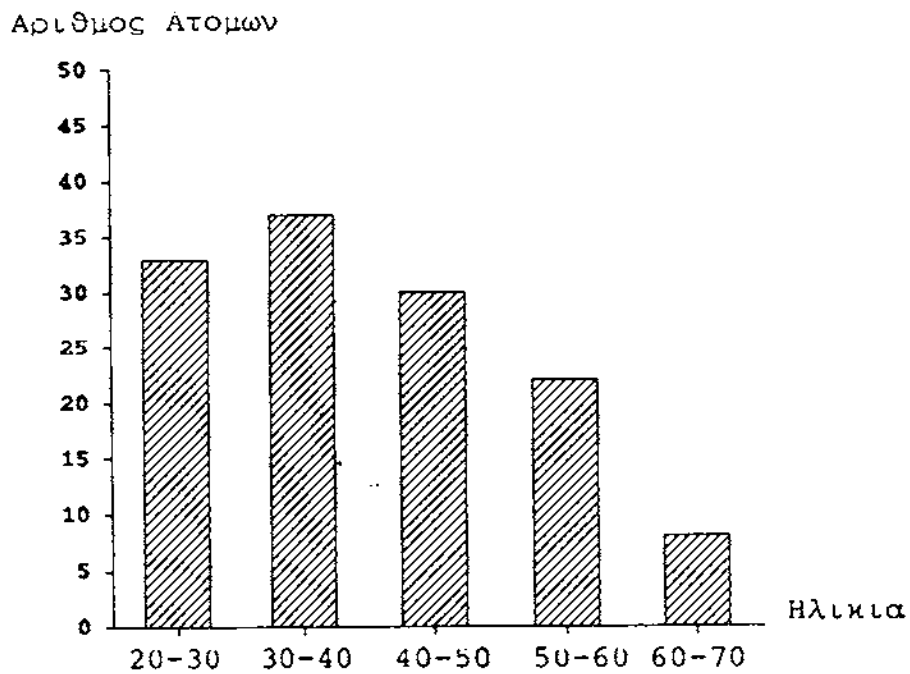
Τα δεδομένα που συλλέξαμε από την στατιστική έρευνα επεξεργάστηκαν ώστε να βγούν στατιστικά συμπεράσματα για την εμφάνιση του καρκίνου παχέως εντέρου. Στους παρακάτω πίνακες και διαγράμματα φαίνονται αναλυτικά τα αποτελέσματα από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Επίσης παρατίθεται (παραρτημα 1 ) αντίγραφο του ερωτηματολογίου που συντάχτηκε και (παραρτημα 2 ) αντιπροσωπευτικές φωτογραφίες του καρκίνου του παχέως εντέρου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

---

Υ. Κατανομή κατά ηλικία των ατόμων που μετέχουν στο δείγμα

Ηλικία	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70
Αριθμός ατόμων	33	37	30	22	8

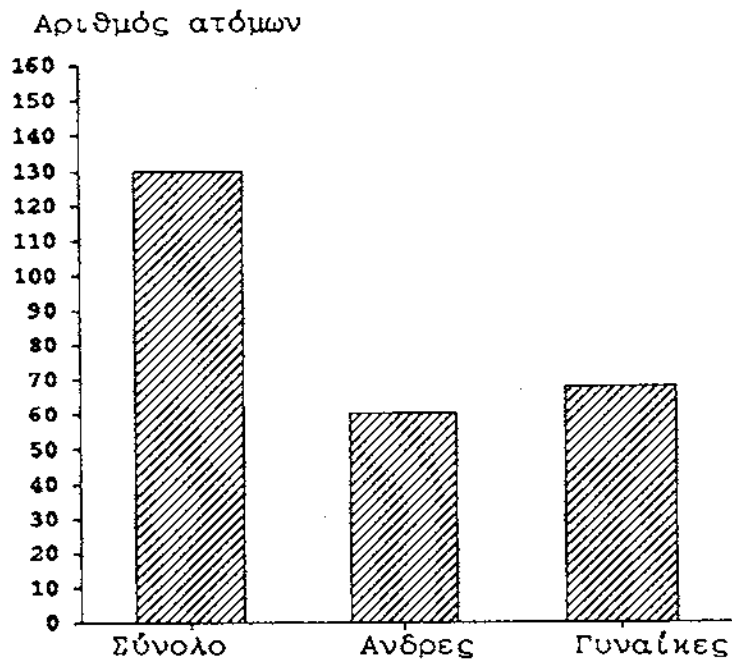


Γραφική παράσταση της κατανομής κατά ηλικία.



## 2. Κατανομή ατόμων ανάλογα με το φύλλο

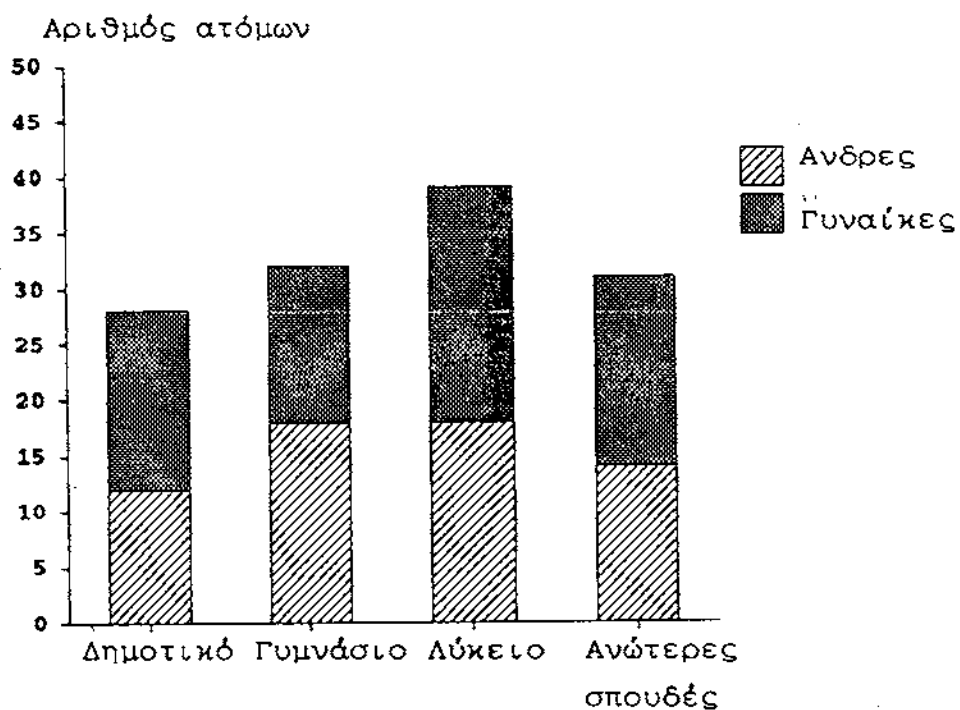
Φύλλο	Ατομα	Ποσοστό
Ανδρες	62	48%
Γυναίκες	68	52%
Σύνολο	130	100%



Γραφική παράσταση της κατανομής κατά φύλλο

3. Κατανομή των ατόμων ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις.

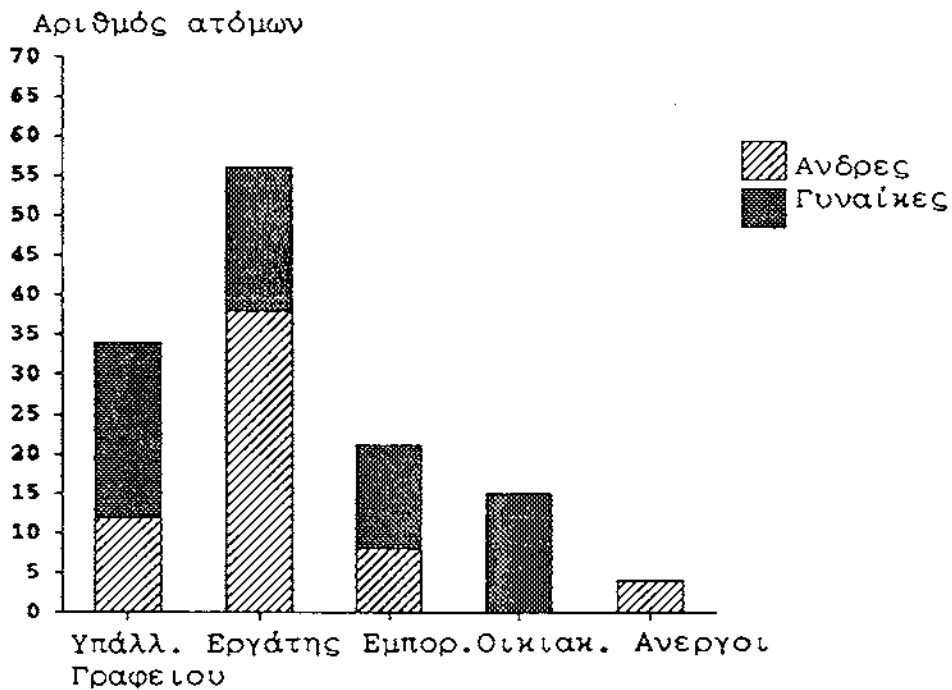
Γραμματικές γνώσεις	Αριθμός ατόμων	Ανδρες	Γυναίκες
Δημοτικό	28 (21%)	12 (19%)	16 (16%)
Γυμνάσιο	32 (24%)	18 (29%)	14 (21%)
Λύκειο	39 (30%)	18 (29%)	21 (34%)
Ανώτερες σπουδές	31 (24%)	14 (23%)	17 (25%)
Σύνολο	130 (100%)	62 (100%)	68 (100%)



Γραφική παρασταση της κατανομής ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις

#### 4. Κατανομή των ατόμων κατά το επάγγελμα

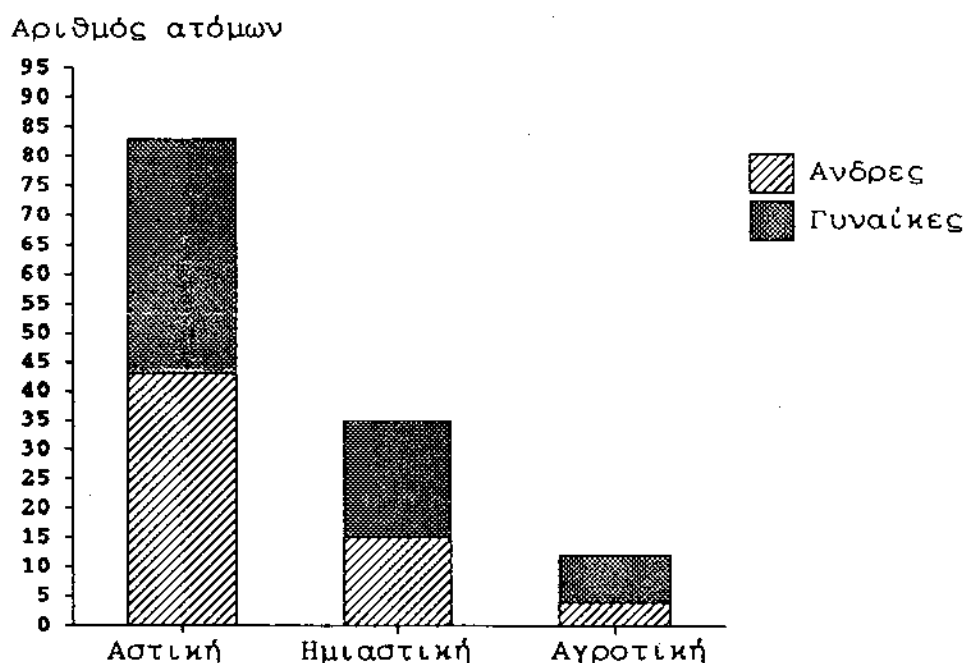
Επάγγελμα	Αριθμός ατόμων	Ανδρες	Γυναίκες
Υπάλληλος γραφείου	34 (26%)	12 (19%)	22 (33%)
Εργατής-Αγροτής Τεχνίτης	56 (43%)	38 (61%)	18 (26%)
Εμπορος	21 (16%)	8 (13%)	13 (19%)
Οικιακά	15 (12%)	0 (0%)	15 (22%)
Ανεργοί	4 (3%)	4 (7%)	0 (0%)
Σύνολο	130 (100%)	62 (100%)	68 (100%)



Γραφική παράσταση της κατανομής ανάλογα με το επάγγελμα

5. Κατανομή ατόμων ανάλογα με τον τόπο γέννησης

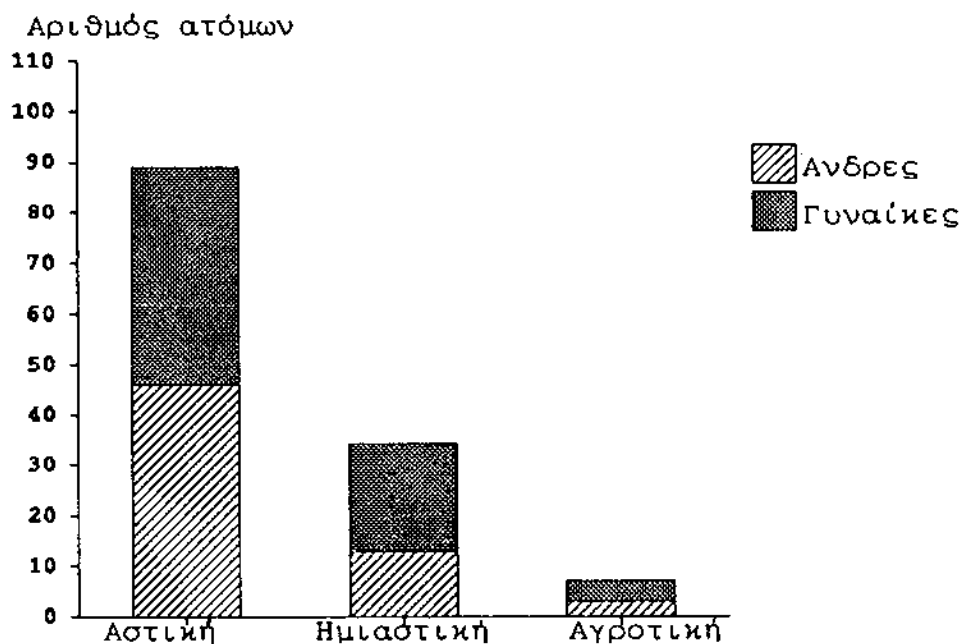
Περιοχή	Αριθμός ατόμων	Ανδρες	Γυναίκες
Αστική	83 (64%)	43 (70%)	40 (59%)
Ημιαστική	35 (27%)	15 (24%)	20 (29%)
Αγροτική	12 (9%)	4 (9%)	8 (12%)
Σύνολο	130 (100%)	62 (100%)	68 (100%)



Γραφική παρασάταση των ατόμων αναλογα με τον τόπο γέννησης

6. Κατανομή των ατόμων ανάλογα με τον τόπο διαμονής

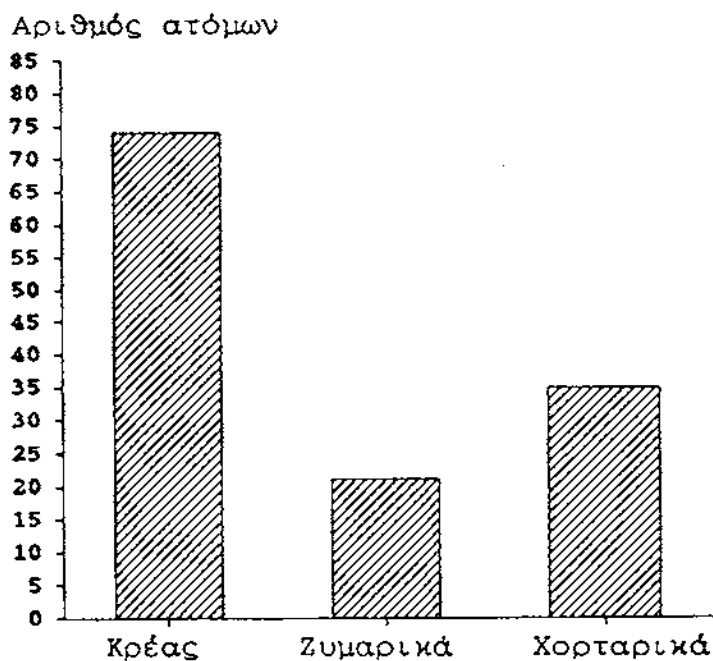
Περιοχή	Αριθμός ατόμων	Ανδρες	Γυναίκες
Αστική	89 (69%)	46 (74%)	43 (63%)
Ημιαστική	34 (26%)	13 (21%)	21 (31%)
Αγροτική	7 (5%)	3 (5%)	4 (6%)
Σύνολο	130 (100%)	62 (100%)	68 (100%)



Γραφική παρασάση των ατόμων αναλογα με τον τόπο διαμονής

7. Κατανομή των ατόμων ανάλογα με την διατροφή τους.

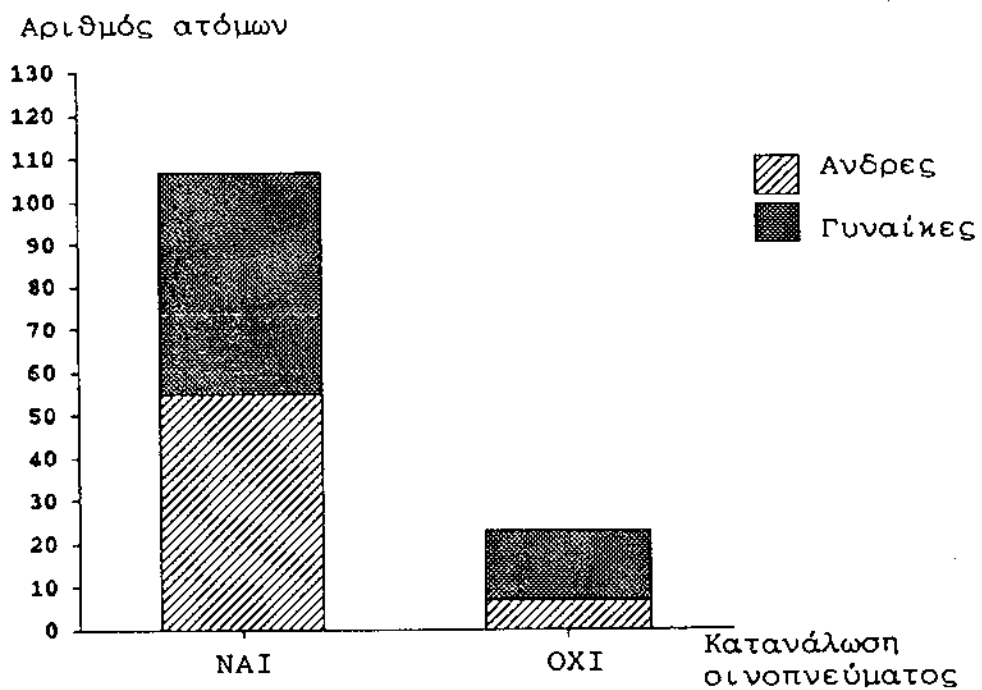
Διατροφή	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό
Κρέας	74	57%
Ζυμαρικά	21	16%
Χορταρικά	35	27%
Σύνολο	130	100%



Γραφική παράσταση της κατανομής των ατόμων ανάλογα με την διατροφή.

8. Κατανομή των ατόμων ανάλογα με την κατανάλωση οινοπνεύματος

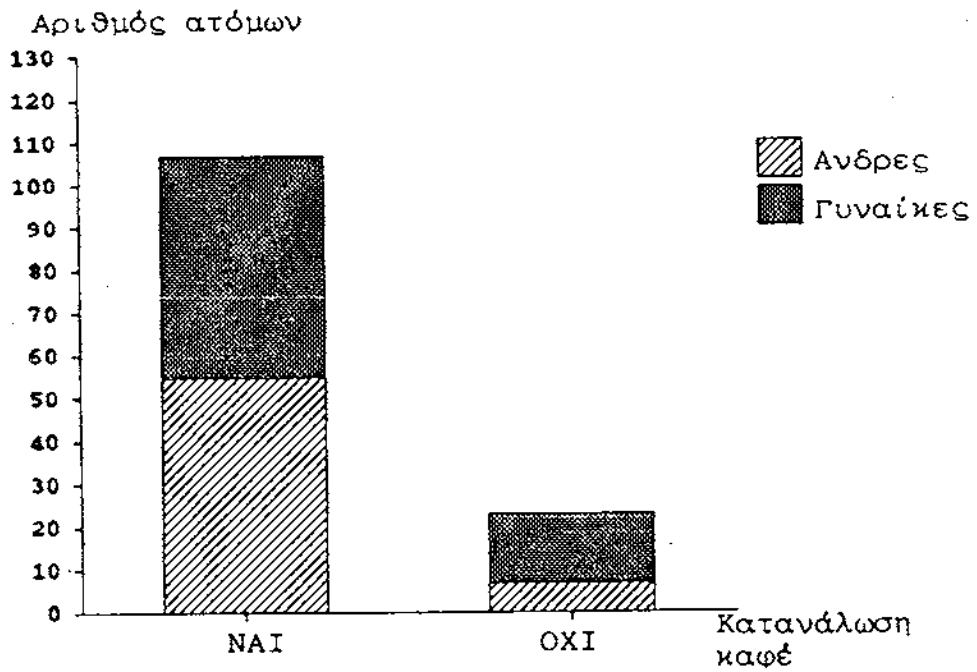
Κατανάλωση οινοπνεύματος	Αριθμός ατόμων	Ανδρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	107 (82%)	55 (89%)	52 (76%)
ΟΧΙ	23 (18%)	7 (11%)	16 (24%)
Σύνολο	130 (100%)	62 (100%)	68 (100%)



Γραφική παρασταση της κατανομής των ατόμων ανάλογα με την κατανάλωση οινοπνεύματος.

9. Κατανομή των ατόμων ανάλογα με την κατανάλωση καφέ

Κατανάλωση καφέ	Αριθμός ατόμων	Ανδρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	113 (87%)	56 (90%)	57 (84%)
ΟΧΙ	17 (13%)	6 (10%)	11 (16%)
Σύνολο	130 (100%)	62 (100%)	68 (100%)

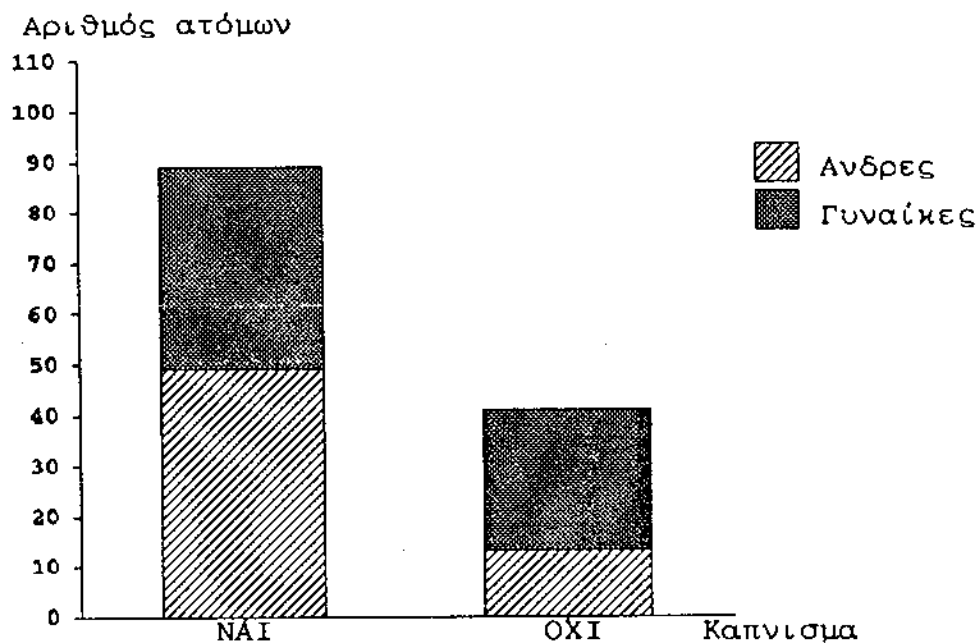


Γραφική παράσταση της κατανομής των ατόμων ανάλογα με την κατανάλωση καφέ.



10. Κατανομή των ατόμων ανάλογα με το κάπνισμα.

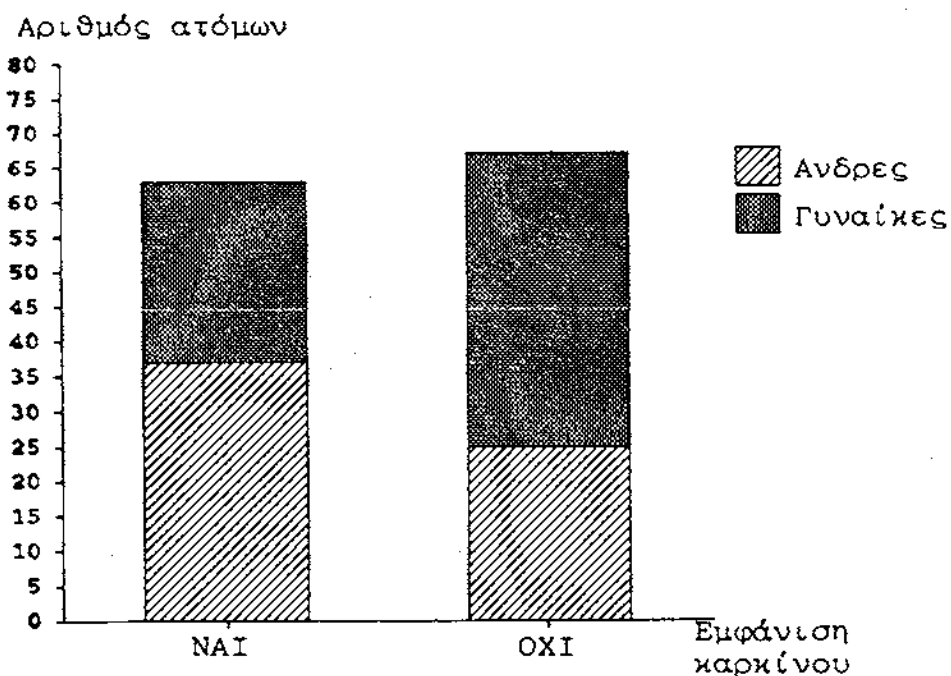
Καπνιστές	Αριθμός ατόμων	Ανδρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	89 (68%)	49 (79%)	40 (59%)
ΟΧΙ	41 (32%)	13 (21%)	28 (41%)
Σύνολο	130 (100%)	62 (100%)	68 (100%)



Γραφική παρασταση της κατανομής των ατόμων ανάλογα με το κάπνισμα

11. Κατανομή των ατόμων ανάλογα με την εμφάνιση καρκίνου.

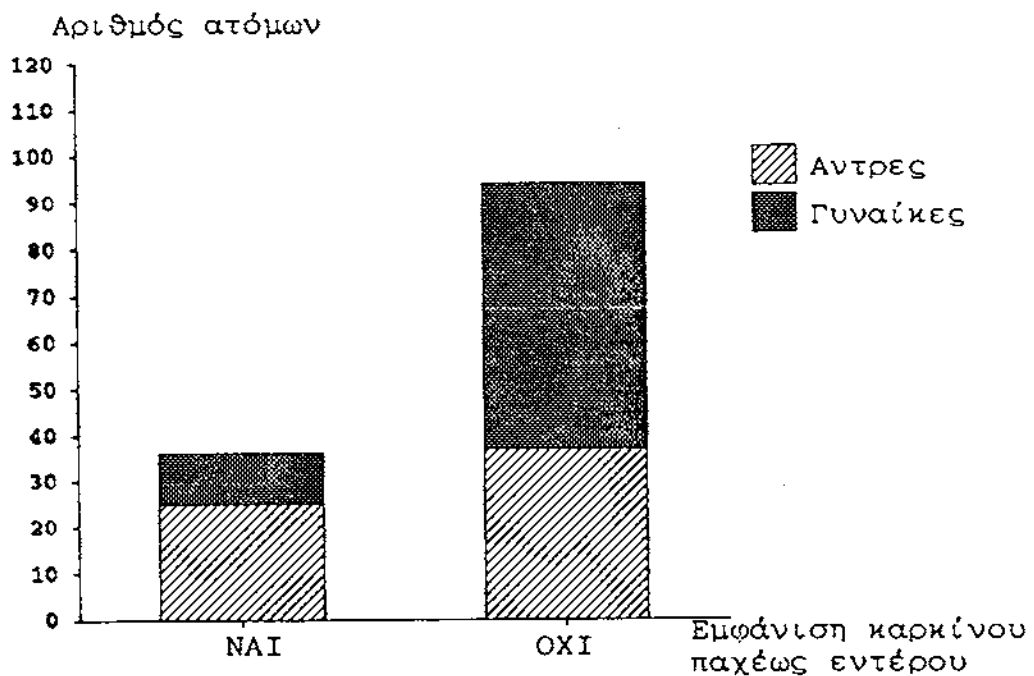
Εμφάνιση καρκίνου	Αντρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	37 (60%)	26 (38%)
ΟΧΙ	25 (40%)	42 (62%)
Σύνολο	130 (100%)	130 (100%)



Γραφική παράσταση της κατανομής των ατόμων ανάλογα με την εμφάνιση καρκίνου

12. Κατανομή των ατόμων ανάλογα με την εμφάνιση καρκίνου παχέως εντέρου.

Εμφάνιση καρκίνου παχέως εντέρου	Αντρες	Γυναίκες
ΝΑΙ	25 (40%)	11 (16%)
ΟΧΙ	37 (60%)	57 (84%)
Σύνολο	130 (100%)	130 (100%)



Γραφική παράσταση της κατανομής των ατόμων ανάλογα με την εμφάνιση καρκίνου παχέως εντέρου.

Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η

Τα ευρήματα της δειγματοληπτικής μας έρευνας για τον καρκίνο παχέος εντέρου, συγκριτικά με προηγούμενες έρευνές παρουσιάζουν ομοιότητες και μικρές διαφορές.

Η έρευνά μας αυτή σκοπό είχε την ενημέρωση-διαφώτιση των ατόμων που συμμετείχαν για τα συμπτώματα και τους παράγοντες κυρίως που επηρεάζουν στην ανάπτυξη του καρκίνου παχέος εντέρου.

Επίσης μέσα από αυτή την τυχαία δειγματοληπτική έρευνα κάναμε μία προσοδιαία μέτρηση των ατόμων με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου την οποία και αναφέρουμε και σχολιάζουμε παρακάτω.

Ο καρκίνος παχέος εντέρου εμφανίζεται κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες συνήθως πάνω από 45 ετών, και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τ' άτομα αυτά έχουν εκτεθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε καρκινογόνους παράγοντες. Στην δική μας έρευνα ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων που έλαβαν μέρος κημαίνεται στην δεκαετία 30-40. Στο στατιστικό αυτό δείγμα έχουμε ποσοστό σε συμμετοχή από άνδρες 48% και 52% από γυναίκες.

Εκτός από τη διατροφή η κατάχρηση οινοπνευματωδών και το κάπνισμα παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη κακοηθών νεοπλασιών.

Στην έρευνά μας βρέθηκε σημαντικό ποσοστό 82% για μέτρια λήψη οινοπνευματωδών. Όσο αφορά τον καφέ το ποσοστό των ατόμων ανεβαίνει στο 87% και σε μεγαλύτερη λήψη αυτού.

Αν και στη σημερινή εποχή το τσιγάρο και γενικά το κάπνισμα είναι μόδα στην έρευνά μας βρέθηκε ότι το 68% των α-

τόμων είναι καπνιστές με μέτρια λήψη αυτού.

Τέλος όσον αφορά το οικογενειακό ιστορικό του καρκίνου γενικά και την κληρονομικότητά του από τους γονείς-αδέλφια-προγόνους έχουμε θετική απάντηση σε ποσοστό 60% για τους άνδρες και 38% για τις γυναίκες. Παρά το γεγονός ότι δεν έχει αποδειχθεί προς το παρόν τουλάχιστον κληρονομική-επιβάρυνση, είναι βέβαιο ότι άμεσοι συγγενείς του πάσχοντος από καρκίνο εμφανίζουν τον κίνδυνο να προσβληθούν από τον ίδιο καρκίνο 2-3 φορές περισσότερο από άλλα άτομα.

Τελικό στατιστικό αποτέλεσμα για καρκίνο παχέος εντέρου έχουμε την εμφάνιση του με ποσοστό για τους άνδρες 40% και για τις γυναίκες 76%. Αν και ο καρκίνος παχέος εντέρου προσβάλλει με την ίδια περίπου συχνότητα και τα δύο φύλα. Όμως κατά την στατιστική του GARBONE οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες σε σχέση 3:2.

Η συχνότητα του καρκίνου παχέος εντέρου διαφέρει από χώρα σε χώρα. Έτσι σημαντικός παράγοντας είναι ο τύπος διαμονής κυρίως των ατόμων. Στη δική μας έρευνα παρατηρούμε ότι το 69% των μεικτών ατόμων κατοικούν σε αστική περιοχή. Από άλλες έρευνες βλέπουμε ότι ο καρκίνος παχέος εντέρου προσβάλλει περισσότερο άτομα τα οποία κατοικούν σε αστικές-ημιαστικές περιοχές.

Η φύση του επαγγέλματος παίζει και αυτή το ρόλο της, στον καρκίνο παχέος εντέρου. Έτσι βρέθηκε ένας σημαντικός αριθμός με καρκίνο παχέος εντέρου οι οποίοι ασχολούνται με τα οικιακά, εργασία γραφείου, καθώς επίσης στους άνεργους, στους συνταξιούχους και σ'αυτούς που δεν κινούνται.

Στην δική μας έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων ασχολού-

νται στην κατηγορία επαγγελματιών Εργάτης-Αγρότης-Τεχνίτης.

Ένας σπουδαίος αιτιολογικός παράγοντας για την εμφάνιση του καρκίνου παχέος εντέρου είναι η διατροφή, η οποία αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικρο-περιβάλλοντος. Ένα μεγάλο ποσοστό 60-80% βρέθηκε να κάνουν ελεύθερη διατροφή καθόλου σωστή και καταστροφική για το πεπτικό τους σύστημα. Έτσι σ' ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων η κυρίως διατροφή τους είναι το κρέας, το ποσοστό ανέρχεται στους 57% των ατόμων.

Τέλος θα ήθελα να τονίσω ότι μ' αυτή την μικρή έρευνα κατορθώσαμε να ενημερώσουμε τα άτομα που έλαβαν μέρος στο ερωτηματολόγιο για τα αίτια και τους παράγοντες που αναπτύσσουν τον καρκίνο παχέος εντέρου. Η ερευνητικά μας αυτή προσπάθεια πρέπει να συνεχιστεί στο μέλλον από εμάς τις ίδιες και από συναδέλφους μας για την ενημέρωση των συνανθρώπων μας με κάθε μέσο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΦΥΛΛΟ : Άρρεν... Θύλλη....

ΗΛΙΚΙΑ : .....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ .....

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ .....

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Εγγαμος .... Άγαμος....  
Διαζευγμένος... Χήρος....

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ : Αγράμματος.... Δημοτικό (τάξης)....  
Γυμνάσιο..... Λύκειο.....  
Ανώτερες σπουδές.....

Έχετε ακουσει για τον καρκίνο γενικά : ΝΑΙ... ΟΧΙ...

Έχετε ακουσει γαι τον καρκίνο του παχέως εντέρου :ΝΑΙ... ΟΧΙ...

Εαν ναι, απο που έχετε ακούσει: Απο τηλεόραση.... Ράδιο-τυπο....  
απο φίλους.... απο γιατρούς... απο αλλού....

Πιστεύετε οτι η διατροφή παίζει ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου  
παχέως εντέρου ΝΑΙ.... ΟΧΙ....

Εσεις πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε : Κρέας... Ζυμαρικά....  
Χορταρικά..... Γαλακτοκομικά.... Γλυκά.... Οσπρια...

Πίνετε διάφορα ποτά με αλκοόλ : ΝΑΙ... ΟΧΙ...

Εαν ναι, τι είδους ποτά πίνετε : Κρασί... Μπύρα... Ουζο...  
Κονιάκ... Τσίπουρο... Ούισκι...  
Τζίν... Κατι άλλο....

Πόσα ποτήρια ημερησίως πίνετε : ....

Πίνετε αεριούχα αναψυκτικά : ΝΑΙ... ΟΧΙ...

Πίνετε καφέ : ΝΑΙ... ΟΧΙ...

Εαν ναι, τι καφέ πίνετε : Ελληνικό καφέ.... Νες καφέ....  
Γαλλικό καφέ.....



Πόσα φλιτζάνια καφέ πίνετε ημερησίως : .....

Καπνίζετε : ΝΑΙ..... ΟΧΙ...

Εαν ναι, πόσα τσιγάρα ημερησίως : .....

Τα τσιγάρα που καπνίζετε είναι : με φίλτρο.... άφιλτρα.....

Εργάζεστε : ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Εαν ναι, ποιό το είδος της εργασίας σας :Υπάλληλος γραφείου .....  
Αγρότης-Τεχνίτης-Εργάτης.... Εμπορος.... Οικιακά....  
Ανεργός.....

Ποιές ώρες συνήθως εργάζεστε : Πρωινές.... Απογευματινές.....  
Βραδυνές...

Ειστε αγχώδεις τύποι : ΝΑΙ... ΟΧΙ...

Εχετε αιμορροΐδες : ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Υποφέρετε απο δυσκοιλιότητα : ΝΑΙ... ΟΧΙ...

Πόσες κενώσεις έχετε εβδομαδιαίως : .....

Οι κενώσεις συνήθως είναι :Κανονικές... Διαρροϊκές... Στερεές..

Παίρνετε φάρμακα για ( διάρροια, παυσίπονα, δυσκοιλιότητα,  
ηρεμιστικά ) : ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Παίρνετε φαρμακα για κάποιο πρόβλημα υγείας σχετικά με :  
Στομάχι.... Καρδιά... Νεφρά... Κυκλοφοριακό... ΟΧΙ...

Αναφέρατε αν κάποιος από τους παρακάτω παρουσίασε - παρουσιάζει  
συμπτώματα υψηλού πυρετού με διαρροϊκές κενώσεις και κοιλιακούς  
πόνους : ΟΧΙ... ΕΞΕΙΣ..... ΓΟΝΕΙΣ... ΑΔΕΛΦΙΑ.... ΠΡΟΓΟΝΟΙ...

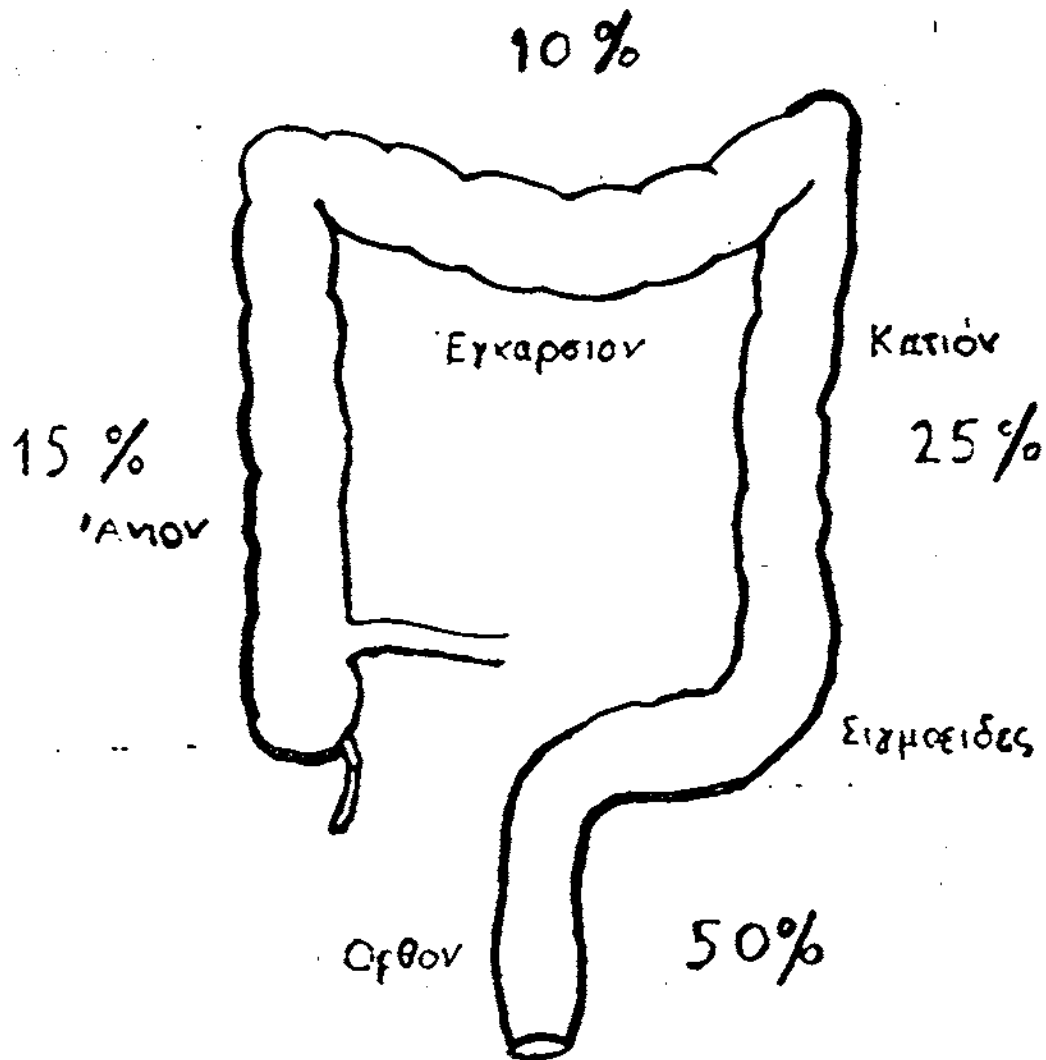
Αναφέρατε αν κάποιος από τους παρακάτω είχε η έχει καρκίνο :  
ΟΧΙ... ΕΞΕΙΣ..... ΓΟΝΕΙΣ... ΑΔΕΛΦΙΑ.... ΠΡΟΓΟΝΟΙ...

Αναφέρατε αν κάποιος από τους παρακάτω είχε η έχει καρκίνο παχέως  
εντέρου : ΟΧΙ... ΕΞΕΙΣ..... ΓΟΝΕΙΣ... ΑΔΕΛΦΙΑ.... ΠΡΟΓΟΝΟΙ...

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ**

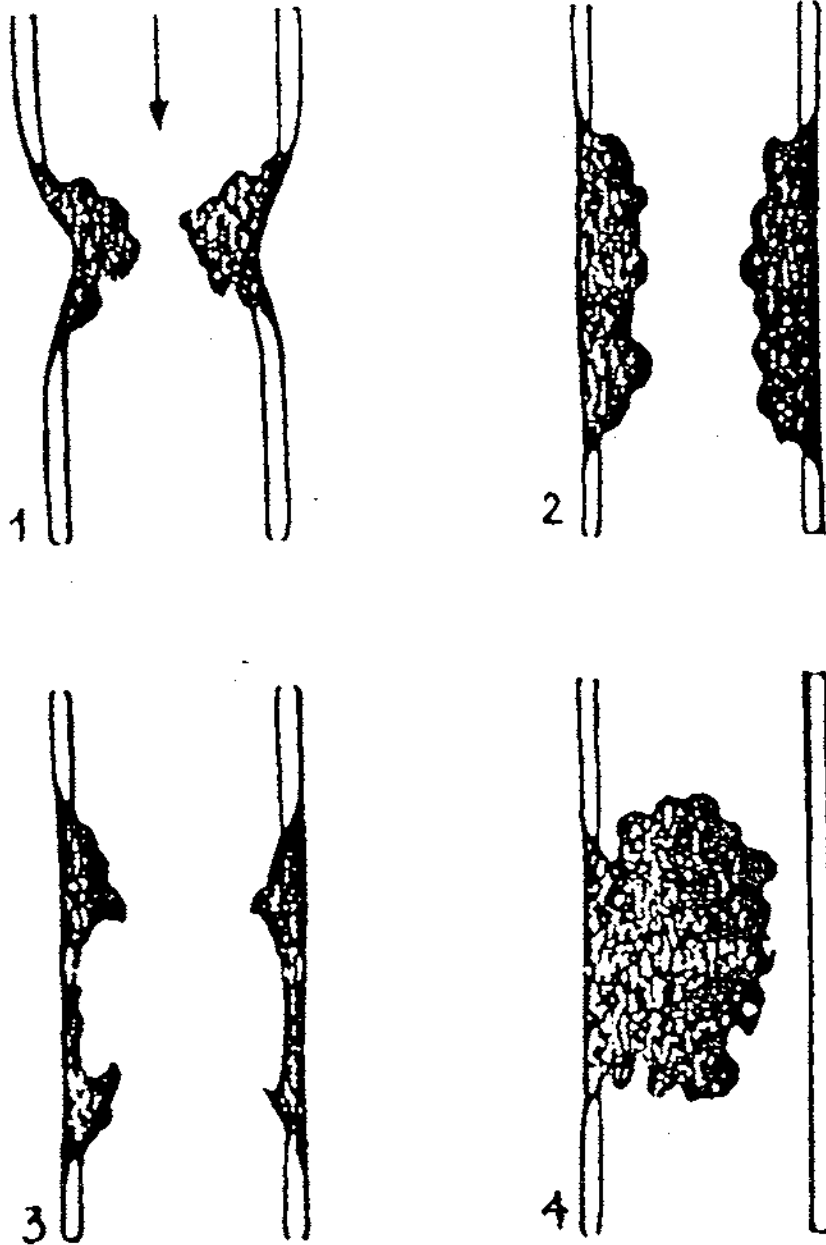
**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ**

---



ΕΙΚΟΝΑ 1

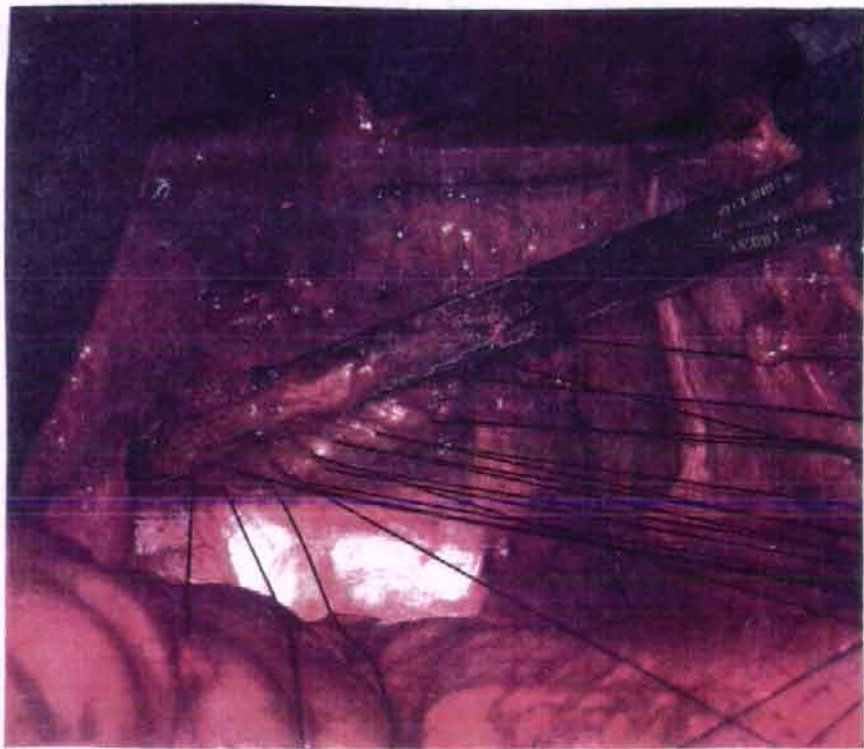
ΣΧΗΜΑΤΙΚΑ Η ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΕΩΣ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ



ΕΙΚΟΝΑ 2

Η ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

1. ΔΑΚΤΥΛΙΟΕΙΔΗΣ ΠΕΡΙΣΦΙΣΗ
2. ΣΩΛΗΝΟΕΙΔΗΣ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ
3. ΕΞΕΛΚΩΣΗ
4. ΑΝΘΟΚΡΑΜΒΟΕΙΔΗΣ ΟΓΚΟΣ



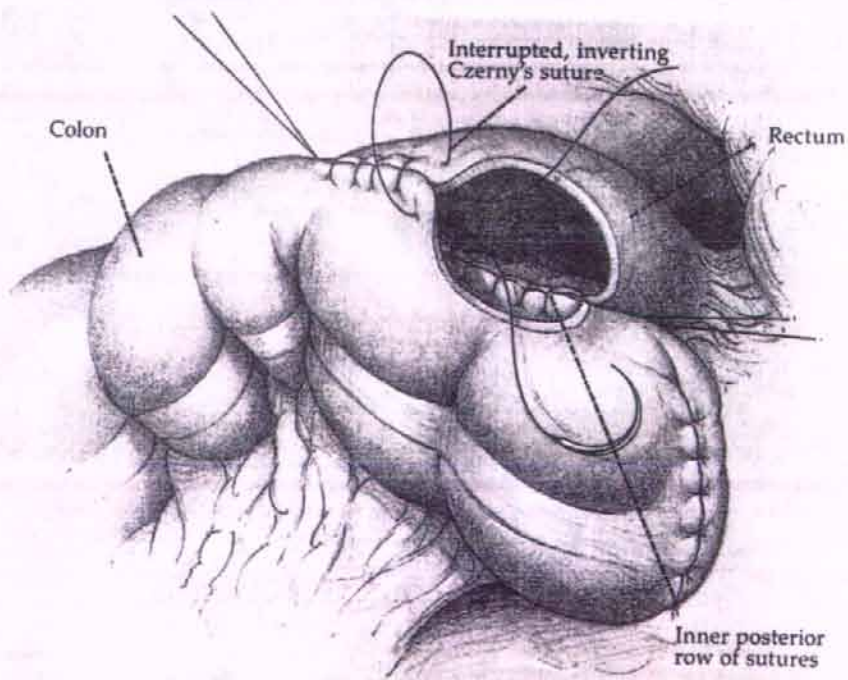
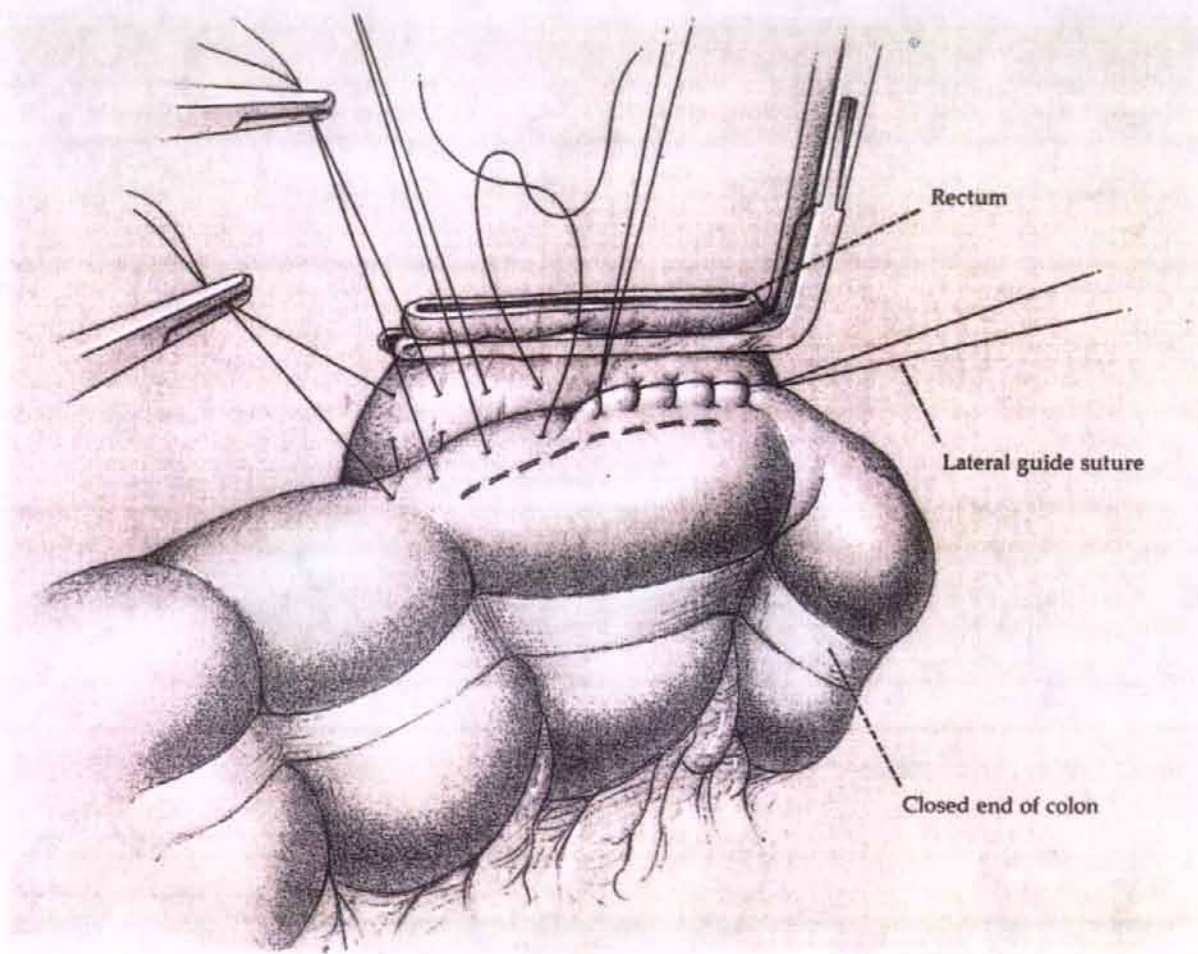
ΕΙΚΟΝΑ 4

ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΤΟΜΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΣΗ



ΕΙΚΟΝΑ 5

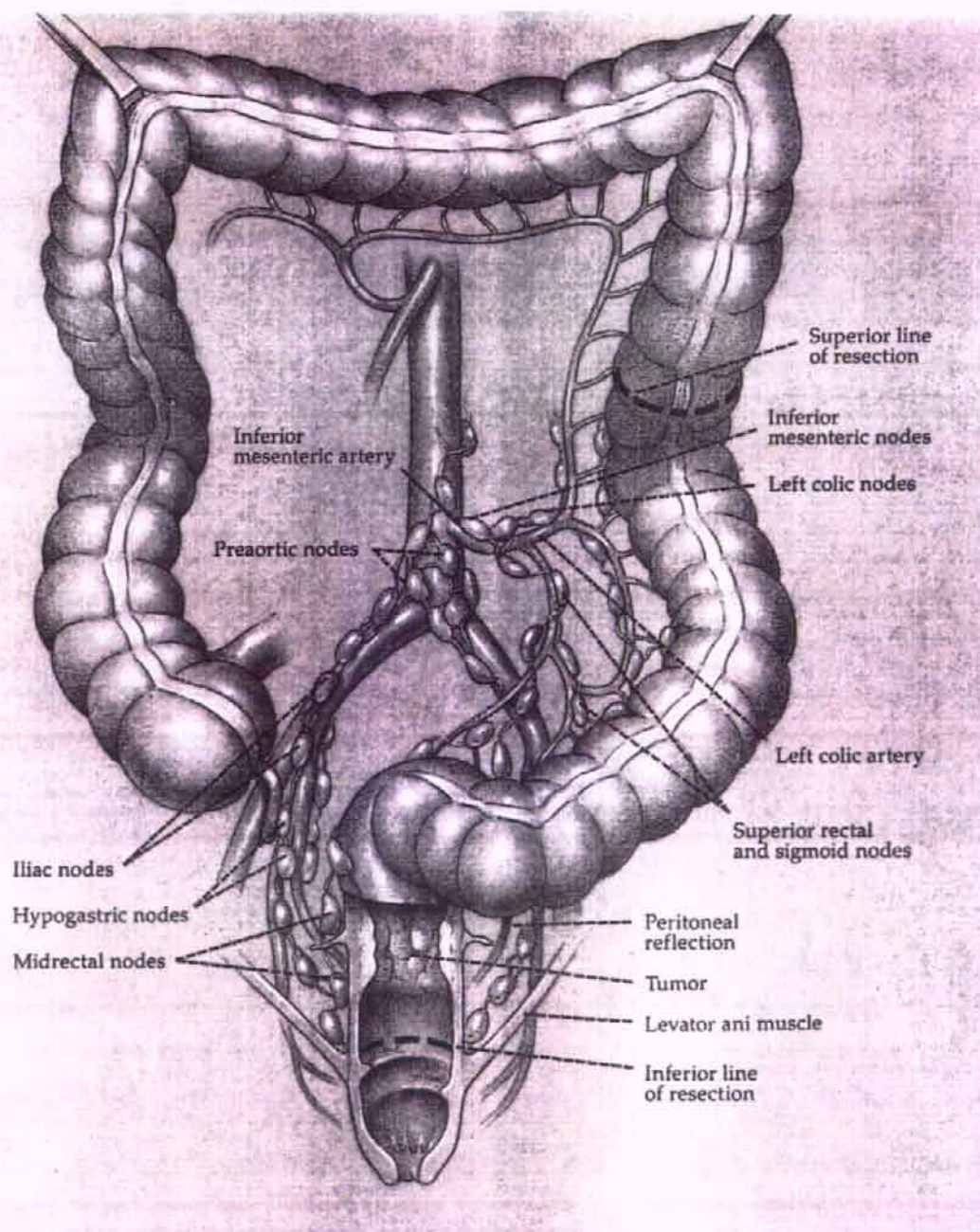
ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ  
ΑΠΟΛΥΜΑΝΣΗ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΥΠΟΛΕΙΜΑΤΑ ΙΣΤΩΝ



*In placement of the inner, anterior row of the interrupted sutures, the needle enters first on the mucosal side so that the loop is on the serosa and the knot is within the bowel lumen.*

EIKONA 6

ΣΗΜΕΙΟ ΤΟΜΗΣ - ΣΗΜΕΙΟ ΡΑΦΗΣ



ΕΙΚΟΝΑ 3

ΑΠΩΝΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΤΟΜΗΣ Η ΑΦΑΙΡΕΣΗ



#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος σήμερα αποτελεί μια μεγάλη απειλή για την ανθρωπότητα γιατί όλο και περισσότεροι άνθρωποι πάσχουν από κάποια μορφή της νόσου και πεθαίνουν καθημερινά εξαιτίας της.

Η επιστήμη έχει κάνει πολύ σημαντικά βήματα στον χώρο της έρευνας χωρίς όμως να έχουμε ολοκληρωτική θεραπεία τις περισσότερες φορές ( και αυτό σε μερικές μορφές του καρκίνου ) παρά μόνο παράταση της ζωής του ασθενούς για λίγο χρονικό διάστημα.

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου είναι συχνότερος στην δυτική Ευρώπη και βόρειο Αμερική. Στην χώρα μας αυξάνεται με γρήγορο ρυθμό. Κάθε χρόνο περίπου 1500 άτομα προσβάλλονται και μόνο το 45% επιβιώνει πάνω από μια πενταετία.

Ο καρκίνος αυτός είναι συχνότερος σε πληθυσμούς κυρίως αστικούς διότι αυτοί καταναλώνουν περισσότερα επεξεργασμένα τρόφιμα, τα οποία είναι πλούσια σε ζωικές πρωτεΐνες και λίπη και όχι τρόφιμα τα οποία είναι φτωχά σε στερεό υπόλλειμα, φρούτα και λαχανικά.

Ο ίδιος ο άνθρωπος θα πρέπει από μόνος του να βοηθά τον εαυτόν του και να αποφεύγει τα πιθανά παραπάνω αίτια και να φροντίσει να ενημερώνεται γύρω από την πρόληψη της νόσου και να συμβουλευεται τον γιατρό του σε κάθε πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων.

Είναι ανάγκη να έχουμε όλο και περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό ειδικά εξειδικευμένο σε θέματα καρκίνου, για την καλύτερη αντιμετώπιση των καρκινοπαθών. Απαιτείται δε, εκπαίδευση του αρρώστου και των μελών της οικογένειάς του σχετικά με τον καρκίνο ( πρόληψη - θεραπεία ) και εκμάθηση ειδικών τεχνικών που πρέπει να συνεχίσει ο άρρωστος στο σπίτι του μόνος του.

Πρέπει να διαφωτίζεται ο πληθυσμός σχετικά με τα πρώιμα συμπτώματα και να επισκέπτεται τον γιατρό του. Διότι η έγκαιρη διάγνωση της μορφής του καρκίνου έχει την μεγαλύτερη σημασία γιατί έχει καλύτερη έκβαση και περισσότερο χρόνο ζωής μετεγχειρητικά ο ασθενής, όσο μικρότερος και περιορισμένος είναι ο όγκος. Οι μεγαλύτερες ηλικίες του πληθυσμού θα πρέπει να αποκτήσουν την συνήθεια της προληπτικής εξέτασης ανεξάρτητα των συμπτωμάτων τουλάχιστον μια φορά τον χρόνο.

Καλό επίσης θα ήταν να γίνουν ειδικά προγράμματα ενημέρωσης για την πρόληψη του καρκίνου και να πάψει να αποτελεί " ο καρκίνος " θέμα άγνοιας, προκατάληψης και υπερβολικού αδικαιολόγητου φόβου. Πρόσφατο θετικό παράδειγμα είναι η απόφαση της επιτροπής υγείας της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας να δαπανηθεί ένα αρκετά μεγάλο ποσό για την ενημέρωση και την πρόληψη του καρκίνου για την μείωση των θανάτων από καρκίνο.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι η επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού μέσω σεμιναρίων και ερευνητικών προγραμμάτων πάνω στα θέματα του καρκίνου, κρίνεται θετική και πρέπει να ενισχυθεί στο μέλλον.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

---

- ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ Α.: «Καρκίνος του παχέος εντέρου», Ιατρική, Τόμος 50ος, τεύχος 3, Αθήνα 1988, σελ.160-165.
- ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ.: «Χημειοθεραπεία σε περιπτώσεις καρκινοπαθών» Ιατρική Επιθεώρηση, τόμος 19ος, τεύχος 3, Δεμηνιαία έκδοση Ε.Δυνάμεων, Αθήνα Μάιος-Ιούνιος 1985
- ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Ν.: «Συνοπτική Γενική Χειρουργική» Εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα 1987.
- ΓΑΛΗΝΟΣ Π.: «Κλινική ταξινόμηση και προεγχειρητική πρόγνωση του καρκίνου του ορθού», έτος 25ον, τεύχος 1, Επιστημονικές εκδόσεις Παπαγεωργίου Π.Αθήνα Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1983.
- 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 1982, σελ. 56-61.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.: «Ειδική Νοσολογία», έκδοση 3η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
- ΔΙΒΟΛΗΣ Α.: «Καρκίνος και ενημέρωση αρρώστου», Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας, Αθήνα 1985.
- ΔΟΣΙΟΣ Θ., ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ., ΒΛΑΧΟΣ Ι., ΛΙΑΤΣΟ Π.: «Αλήθεια και αποκατάσταση». Η ασθένεια και ο ασθενής με νεόπλασμα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1990.
- ΚΑΛΑΧΑΝΗΣ Ν.Γ.: «Παχύ έντερο και χειρουργική», Τόμος Β', Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδου Π., Αθήνα 1987.
- ΚΑΛΑΚΩΝΑ Π., ΖΛΑΤΑΝΟΒΑ, ΚΟΥΒΕΛΑ Α., ΣΟΥΠΑΡΗ Α., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α.: «Κακοήθη Νεοπλάσματα ορθού και δακτυλίου», 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Αθήνα 1976, σελ.775-780.

- ΜΠΑΛΑΣ Π. : <<Χειρουργική>>, Τόμος Β', Ιατρικές Εκδόσεις  
Πασχαλίδης, Αθήνα 1987.
- ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ. : <<Όγκοι παχέος εντέρου πολύποδες -καρκίνος>>  
Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1989.
- ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ. : <<Φροντίδα κολοστομίας και αποκατάσταση>>,   
Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1989.
- ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Μ. : <<Ακτινοδιάγνωση>>, Πρακτικά 2ο Εθνικό Συ-  
νέδριο Ογκολογίας, Τόμος 2ος, Έκδοση 1η, Αθήνα 1975.
- ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΔΟΛΟΥ Α., ΓΚΟΚΑΣ Ι., ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ., ΚΟΥΡΑΚΛΗΣ Γ.,  
ΣΕΧΑΣ Μ., ΣΚΑΛΕΑΣ ΓΡ. : <<Καρκίνος του παχέος εντέρου>>  
Ιατρική, Τόμος 8ος, Τεύχη 6-8, Αθήνα 1985, σελ.120-125.
- ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Β., ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΟΣ Γ., ΜΩΥΣΗΣ Ι., ΚΗΛΑΙΔΟΝΗ-ΑΝΑΣΤΑ-  
ΣΙΑΔΟΥ Α., ΧΑΡΩΝΗΣ Κ. : <<Καρκίνος παχέος εντέρου>>  
Ελληνική Χειρουργική, Τόμος 24ος, Τεύχος 5, Αθήνα 1982.
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α. : ΠΑΝΟΥ Μ., <<Παθολογική και Χειρουργική  
Νοσηλευτική>>, Τόμος Β' μέρος 2ο, πρωτότυπη έκδοση, εκ-  
δόσεις ΒΗΤΑ MEDICAL ARIS, Αθήνα 1985.
- ΤΟΥΝΤΑ Κ. : <<Επίτομος Χειρουργική>> Τόμος Γ', μέρος 8η ανα-  
τύπωση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1975.
- ΤΣΑΒΑΡΗΣ Ν., ΚΟΣΜΙΔΗΣ Π. : <<Χημειοθεραπεία καρκίνου παχέος  
εντέρου>> Ελληνική Ογκολογία, τόμος 25ος, τεύχος 3,  
Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1989.
- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α. : <<Διατροφή και καρκίνος>> Θέματα Παθολογίας  
Ογκολογίας, Έκδοση Δ.Σ.Ε.Ο.Π.Ε., Αθήνα Οκτώβριος 1988.
- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. : <<Επιδημιολογία κακοήθων νεοπλασιών>> θέ-  
ματα Παθολογίας ογκολογίας, Έκδοση Δ.Ι.Ε.Ο.Π.Ε., Αθήνα  
Οκτώβριος 1988.

ΚΑΝΔΡΕΒΙΟΤΗΣ Ν.: «Νεοπλάσματα στο πλαίσιο της γενικής παθολογίας και παθολογικής ανατομίας», τόμος 3ος, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1983.

ΚΑΤΣΟΥΡΗ Μ., ΜΑΤΣΑΚΗΣ Γ., ΡΕΞΟΣ ΧΡ., ΣΚΑΡΔΟΥΤΣΟΣ ΣΠ., ΓΙΑΜΑΛΑΚΗΣ Χ., ΓΕΩΡΓΟΥΛΗΣ Β.: «Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε νέα άτομα» Ελληνική Ογκολογία, τόμος 24ος, τεύχος 4, τριμηνιαία έκδοση, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1989, σελ.350-352.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: «Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική», τόμος Β', μέρος 2ο, έκδοση 9η, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1987.

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.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: «Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική», Τόμος Α', Έκδοση 10η, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων «Η ΤΑΒΙΘΑ» Αθήνα Ιούλιος 1988.

ΜΑΤΣΑΚΗΣ Γ., ΡΕΞΟΣ ΧΡ., ΣΚΑΡΔΟΥΤΣΟΣ Σ., ΓΙΑΜΑΛΑΚΗΣ Χ., ΓΕΩΡΓΟΥΛΗΣ Β.: «Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε νέα άτομα» Ελληνική γαστρεντερολογία, τόμος 1ος, τεύχος 4, Αθήνα 1988, σελ.350-355.

ΜΙΧΑΪΛ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΜΙΧΑΪΛ ΑΝΤΩΝΙΟΣ, ΠΑΠΟΥΛΙΑΣ ΑΓΓΕΛΟΣ:  
«Τ.Ν.Μ. Ταξινόμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού», Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Επιμέλεια Εκτύπωσης Κορδολιάς Ν., Αθήνα 1989.

J.H.MORTON I'N CLINICAL ONGOLOGY ED. D.RUBIN, THE UNI-  
VERSITY OF ROCHESTER, PUBE BY THE AMERICAN CANCER  
SOCIETY STR. E.D. 1978

NETTER M. O FRANK <<THE CIBA COLLECTION OF MEDICAL  
ILLUSTRATIONS VOLUMEDIGESTIVE SYSTEM PART>> LOWER  
OLGESTIVE TRACK.

SURGERY ILLUSTRATED

A.SURGICAL PROCEDURE BY GEORGE E.BLACK M.D. DISCUSSION  
BY DR.BLOCK AND HAROLD ELLIS D.M. MCH.

COPYRIGHT 1991 BY LEARNING TECHNOLOGY INCORPORATED

ALL RIGHTS RESERUED

