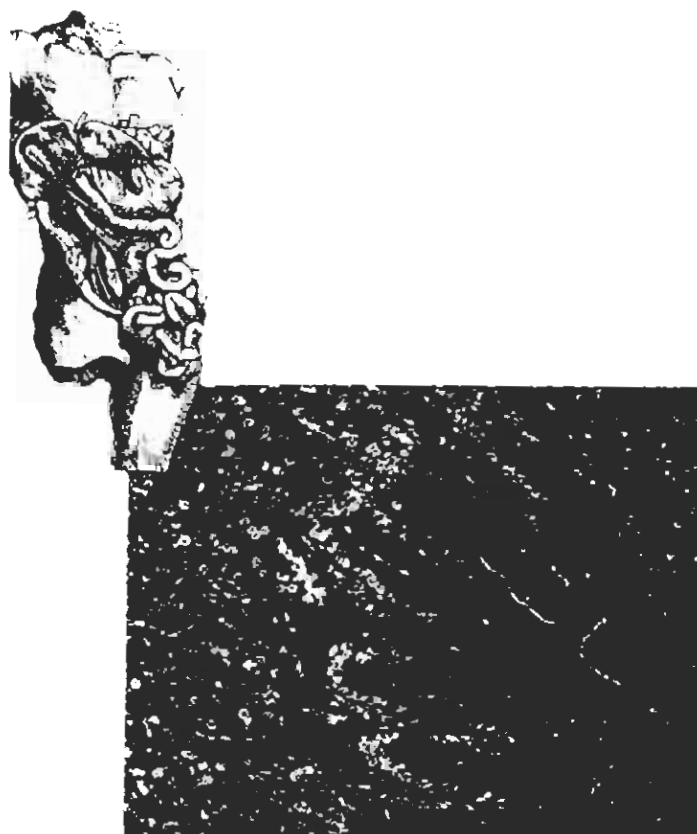


Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΠΡΟΛΗΨΗ



Εισηγήτρια : Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

Οι σπουδαστρίες :

Παππά Μαρία

Πετροπούλου Όλγα

ΠΑΤΡΑ 2001



3259

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΦΙΕΡΩΣΗ	I
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	II
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	III
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	2
■ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	3
Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ	3
1.1 Η κατανόηση του καρκίνου	3
1.2 Ανεξέλεγκτη Ανάπτυξη	4
1.3 Κακοήθεις και Καλοήθεις όγκοι	5
■ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	7
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	7
2.1 Ανατομία	7
2.2 Αγγεία και λεμφαγγεία	11
2.3 Νεύρωση	13
2.4 Φυσιολογία	13
2.4.1. Εντερικά αέρια	13
2.4.2 Κινητικότητα	14
2.4.3 Οι-συνήθειες του εντέρου (κενώσεις)	17
2.4.4 Μικροβιολογία	18
■ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	19
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	19
3.1 Επιδημιολογία - Αιτιολογία	19
3.2 Προδιαθεσιακοί Παράγοντες	20
3.2.1 Ο ρόλος των ογκογονιδίων.....	23
3.2.2 Νεοπλασματικοί δείκτες στον καρκίνο του παχέος εντέρου	25
3.3 Παθολογοανατομία	29
3.4 Σταδιοποίηση	30

3.5	Επέκταση του καρκίνου	33
3.6	Συμπτωματολογία	35
3.7	Διαγνωστικές εξετάσεις	40
3.8	Διάγνωση	46
3.9	Διαφορική Διάγνωση	47
3.10	Επιπλοκές της νόσου	50
3.11	Ιστολογία	51
3.12	Θεραπεία	62
■	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	89
	Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	
	ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	89
4.1	Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται χειρουργικά	89
4.1.1	Γενική προεγχειρητική προετοιμασία	89
4.1.2	Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία	92
4.1.3	Τελική προεγχειρητική προετοιμασία	93
4.1.4	Μετεγχειρητική φροντίδα	94
4.1.5	Μετεγχειρητικές δυσχέρειες	95
4.2	Κολοστομία	99
4.2.1	Είδη Κολοστομίας	99
4.2.2	Αίτια εκτέλεσης της κολοστομίας	100
4.2.3	Φροντίδα στομίου και χρήση σάκου ..	100
4.2.4	Διδασκαλία του ασθενούς κατά την έξοδό του από το Νοσοκομείο	110
4.2.5	Ο ρόλος της Κοινωνικής Νοσηλεύτριας	112
4.3	Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία	112
4.4	Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με ακτινοθεραπεία	113
■	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	114
	ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΑΣΚΗΣΗ	114
5.1	Διατροφή και Καρκίνος του παχέος εντέρου ...	114
5.2	Διατήρηση της φυσικής κατάστασης	119

5.2.1	Σχεδιασμός προγράμματος άσκησης	120
■ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο		
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ		
ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ		
		122
6.1	Ζώντας με τον Καρκίνο	122
6.2	Η συζήτηση με την οικογένεια και τους φίλους	123
6.3	Συνεργασία με την υγειονομική ομάδα	124
6.4	Υποστήριξη	125
6.5	Η κατανόηση των ιατρικών συμβουλών	126
6.6	Η εξειδικευμένη στην Ογκολογία Αδελφή	128
6.7	Εκπαίδευση	129
6.8	Συνεργασία γιατρών – νοσηλευτών	131
6.9	Περίθαλψη των ασθενών στο νοσοκομείο, την κλινική και το ιατρείο	133
6.10	Η περιπατητική περίθαλψη / νοσηλεύτρια ιατρείου ...	134
6.11	Νοσηλεία στο σπίτι και στο ίδρυμα	135
6.12	Συμπαράσταση στον ασθενή και στην οικογένειά του ..	136
6.13	Προγραμματισμός της θεραπευτικής αγωγής	138
6.14	Η επικοινωνία με το γιατρό	138
■ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο		
		140
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ		
		140
7.1	Το μέλλον της ογκολογικής νοσηλευτικής	140
7.2	Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη – διαφώτιση του καρκίνου του παχέος εντέρου	142
■ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ		
		150
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		
ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ		
		151
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΠΙΝΑΚΕΣ		
ΣΥΖΗΤΗΣΗ		
		195
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ		
		197
ΠΕΡΙΛΗΨΗ		
		200
SUMMARY AND CONCLUSIONS		
		201

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	202
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	203
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	208
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	209
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ	215
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ	216
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	233

*Σε όλους αυτούς που πάσχουν
από καρκίνο του παχέος εντέρου
και αγωνίζονται να επιβιώσουν
και να λειτουργήσουν στο στίβο της ζωής*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο Εκπαιδευτικό Προσωπικό της Νοσηλευτικής Σχολής του ΤΕΙ Πατρών που μοχθεί για να εκπαιδέψει καταρτισμένους και ευσυνείδητους Νοσηλευτές καθώς και για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν σε όλη την διάρκεια της φοίτησής μας.

Ιδιαίτερα θέλουμε να εκφράσουμε θερμές ευχαριστίες στην κ. Παπαδημητρίου Μαρία που σαν συντονίστρια της όλης προσπάθειάς μας βοήθησε να ευαισθητοποιηθούμε στο λειτούργημα που θα ασκήσουμε.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ολόψυχα όλους εκείνους που είχαν την καλοσύνη να μας βοηθήσουν στην εργασία μας.

Ευχαριστούμε θερμά

Παππά Μαρία

Πετροπούλου Όλγα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

*''Ο θεός της Ιατρικής, ο Ασκληπιός, είχε δύο κόρες που τον βοηθούσαν, την Υγεία και την Πανάκεια. Η πρώτη φρόντιζε για την πρόληψη της αρρώστιας και η δεύτερη για τα θεραπευτικά
γιατροσόφια...*

*Κι ο θεός αγαπούσε και είχε μεγαλύτερη αδυναμία
στην Υγεία...''*

Η υπεροχή της πρόληψης σε σχέση με τη θεραπεία είναι δεδομένη. Η πρόληψη επηρεάζει περισσότερο τους δείκτες θνησιμότητας από ότι η θεραπεία και είναι η μόνη που μπορεί να επηρεάσει τους δείκτες νοσηρότητας.

Τα μέτρα πρόληψης θεωρούνται αποδοτικότερα από οικονομική άποψη και περισσότερο συμβατά με την περιφρούρηση της ποιότητας ζωής. Η εφαρμογή μέτρων πρόληψης προϋποθέτει μια σωστή και αποτελεσματική αγωγή υγείας. Η πρόληψη περιλαμβάνει κάθε δραστηριότητα που επιδιώκει να προλάβει τη νόσο δηλαδή να εμποδίσει την εμφάνιση και στην συνέχεια την ανάπτυξη κάθε είδους ασθένειας. Να προάγει την σωματική ψυχική υγείας και αποδοτικότητα του ατόμου.

Παθήσεις όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου επιβάλλουν την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού για την διαφύλαξη και την προστασία του. Η προστασία της υγείας δεν αποτελεί πλέον ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα, αλλά εξαρτάται από τις προόδους πλείστων επιστημών που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του αλλά και την ορθή λειτουργία της όλης κρατικής μηχανής.

Η Νοσηλευτική Ογκολογία και η ψυχο-Ογκολογία έχουν εξελιχθεί σημαντικά την τελευταία δεκαετία. Ήταν η περίοδος που άρχισε να αλλάζει ριζικά η αντιμετώπιση του καρκίνου, γιατί έγινε φανερό ότι ο Νοσηλευτής βρίσκεται πολλές φορές πριν από τον ιατρό σε ανοικτή πρώτη επικοινωνία με τον ασθενή, σ' ένα ιατρείο, ακόμη και σ' αυτή καθ' αυτή τη ζωή.

Η Νοσηλευτική Ογκολογία και κάθε εξειδίκευσή της, προωθεί ενεργά με τις δυνατότητες που έχει σήμερα και ατενίζει το μέλλον με αισιοδοξία. Συγχρόνως θέλει να εκμεταλλευθεί με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο όλη την τεχνολογική εξέλιξη για το συμφέρον της ανθρώπινης ζωής. Και είναι γεγονός ότι όσοι δεν ακολουθούν σήμερα την πρόοδο, παραμερίζονται και μένουν στο περιθώριο της γνώσης της σύγχρονης ανάπτυξης.

Η Νοσηλευτική στη χώρα μας είναι υψηλού επιπέδου και προσφέρει στον άρρωστο φροντίδα και μέριμνα, εφαρμόζοντας την εντελλόμενη θεραπευτική αγωγή με την απαιτούμενη προσοχή και ακρίβεια. Οι γνώσεις, η πείρα, η δεξιοτεχνία στο να ανευρίσκονται οι λύσεις των προβλημάτων που ανακύπτουν και η αφοσίωση στο ανθρωπιστικό έργο που επιτελούν, είναι μερικά από τα κύρια χαρακτηριστικά του σοβαρού έργου που προσφέρεται από τους Νοσηλευτές. Προτερήματα που δίνουν στη Νοσηλευτική της χώρας μας ισότιμη και εξέχουσα θέση στον Ευρωπαϊκό χώρο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 1895 η Florence Nightignale έγραψε "Νοσηλευτική" δεν είναι μόνο η παροχή φροντίδας σ' έναν ασθενή, είναι και οι υπηρεσίες προς τους υγιείς.

Πρέπει να διδάξουμε τους ανθρώπους πώς να ζουν.

Το βαθυστόχαστο αυτό μήνυμα της μεγάλης δασκάλας της Νοσηλευτικής Επιστήμης φαίνεται επίκαιρο ακόμα και σήμερα αρκετά χρόνια αργότερα στο πρόβλημα του καρκίνου που μαστίζει την ανθρωπότητα.

Εκείνο που προέχει σήμερα είναι ο αγώνας για την αντιμετώπιση του προβλήματος που θα αρχίσει με την ενημέρωση του κοινού πάνω στο θέμα.

Σκοπός της μελέτης μας είναι να περιγράψουμε τι είναι καρκίνος παχέος εντέρου, τα αίτια που τον προκαλούν, πώς να τον διαγνώσουμε, τα είδη εξετάσεων και η σημασία τους, τρόποι θεραπείας και επιπλοκές τους. Ακόμη παρουσιάζονται τα προβλήματα των καρκινοπαθών και τρόποι αντιμετώπισής τους.

Ευχαριστούμε θερμά όλα τα άτομα που συνεργάστηκαν μαζί μας και συνέβαλαν έτσι στην ολοκλήρωση της προσπάθειάς μας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ

1.1 Η κατανόηση του καρκίνου

Καρκίνος είναι ο γενικός όρος που περιγράφει την ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων.

Ο οργανισμός μας αποτελείται από τεράστια ποικιλία κυττάρων που το καθένα περιέχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων. Ανάμεσα σε κάθε ζεύγος τυλίγεται η διπλή έλικα του DNA που αποτελεί τον γενετικό κώδικα της ζωής. Το DNA ρυθμίζει και μεταβιβάζει τα γενετικά χαρακτηριστικά των χρωμοσωμάτων, τα οποία κληρονομούμε από τους γονείς μας και τα μεταβιβάζουμε στα παιδιά μας.

Τα χρωμοσώματα μας περιέχουν εκατομμύρια μηνύματα που υπαγορεύουν στον οργανισμό πώς θα αναπτυχθεί, πώς θα λειτουργήσει, και πώς θα συμπεριφερθεί. Ένα γονίδιο λει στο στομάχι πως θα παράγει το γαστρικό υγρό, ενώ κάποιο άλλο λει στους αδένες να το εκκρίνουν μόλις η τροφή φτάνει στο στομάχι. Άλλα γονίδια καθορίζουν το χρώμα των ματιών μας, άλλα λένε στους τραυματισμένους ιστούς πως θα επουλωθούν, ενώ άλλα δίνουν εντολή στο μαστό της γυναίκας να παράγει γάλα μετά τη γέννηση του νεογνού. Τον περισσότερο χρόνο τα γονίδια λειτουργούν κανονικά στέλνοντας τα σωστά μηνύματα. Έτσι παραμένουμε σε καλή φυσική κατάσταση και τα πάντα λειτουργούν όπως πρέπει.

Υπάρχει όμως απίστευτα μεγάλος αριθμός γονιδίων και τεράστιος αριθμός μηνυμάτων. Ενώσω τα χρωματοσώματα αυτοαναπαράγονται κάθε στιγμή που διαιρείται το κύτταρο, υπάρχουν πολλές ευκαιρίες να πάει κάτι λάθος¹. Ανά πάσα στιγμή, στην πορεία της κυτταρικής διαιρέσης, κάτι μπορεί να ακολουθήσει λανθασμένο δρόμο, όπως μια μετάλλαξη που αλλάζει ένα ή περισσότερα γονίδια.

Τα μεταλλαχθέντα γονίδια αρχίζουν να στέλνουν λανθασμένα μηνύματα ή ένα τουλάχιστον μήνυμα διαφορετικό από αυτό που θα έπρεπε να δοθεί. Τότε, ένα κύτταρο αρχίζει να αναπτύσσεται με μεγαλύτερη ταχύτητα. Πολλαπλασιάζεται συνεχώς ώσπου να σχηματίσει έναν όγκο, του λεγόμενου κακοήθου όγκου ή καρκίνου.

Η ταχεία κυτταρική ανάπτυξη δεν είναι πάντοτε συνώνυμη της κακοήθειας. Όλοι γνωρίζουμε δύο φυσιολογικές καταστάσεις όπου οι ιστοί του σώματός μας αναπτύσσονται πολύ πιο γρήγορα από ότι συνήθως. Από ένα μόνο κύτταρο αναπτυσσόμαστε μέσα σε εννέα μήνες σε έναν τέλειο ανθρώπινο οργανισμό. Στα επόμενα δεκαέξι περίπου χρόνια, αναπτυσσόμαστε στο φυσιολογικό μέγεθος του ενήλικου ατόμου. Με τον ίδιο τρόπο, όταν υποστούμε κάποιο τραυματισμό και χρειάζεται γρήγορη αποκατάσταση και αντικατάσταση των τραυματισμένων ιστών, ο οργανισμός μας μπορεί να παράγει πολλά νέα κύτταρα μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα².

Όταν κάθε τέτοια εκδήλωση ανάπτυξης ή επούλωσης ολοκληρωθεί, μια ομάδα γονιδίων δίνει εντολή στον οργανισμό πως ήρθε η στιγμή να σταματήσει. Τότε η ανάπτυξη δεν συνεχίζεται και η ουλή που οφείλεται σε τραυματισμό παραμένει. Αυτά αποτελούν τον κανόνα. Το καρκινικό κύτταρο όμως, δεν υπάκουει στους κανόνες. Η αλλαγή στον γενετικό κώδικά του το κάνει να ξεχνά να "κλείσει" το διακόπτη αναπαραγωγής. Έτσι η αναπαραγωγή συνεχίζεται και τα καρκινικά κύτταρα εξακολουθούν να διαιρούνται ανεξέλεγκτα.

1.2 Ανεξέλεγκτη Ανάπτυξη

Ο καρκίνος ξεκινά από ένα μη φυσιολογικό κύτταρο. Στη συνέχεια διαιρείται σε δύο μη φυσιολογικά κύτταρα, τα οποία γίνονται τέσσερα κ.ο.κ. Τα κύτταρα αυτά διαιρούνται με διάφορες ταχύτητες που ονομάζονται γρήγορα, μπορεί να διπλασιαστούν μέσα σε μια ή δύο εβδομάδες, ενώ όσοι αναπτύσσονται αργά διπλασιάζονται σε δύο ή έξι μήνες. Σε ορισμένες περιπτώσεις για να εικοσπλασιαστούν χρειάστηκαν πάνω από πέντε χρόνια αναπαραγωγικής πορείας³. Σ' αυτή τη φάση ο

όγκος μπορεί να αποτελείται από ένα εκατομμύριο κύτταρα και να έχει το μέγεθος της κεφαλής μιας καρφίτσας.

Επομένως, υπάρχει μια "αθόρυβη" ή ασυμπτωματική περίοδος μετά την έναρξη της ανάπτυξης του καρκίνου κατά την οποία δεν φαίνεται κάποιο ογκίδιο. Η καρκινική μάζα είναι τόσο μικρή που δεν είναι δυνατό να εντοπιστεί με οποιοδήποτε από τις ως τώρα γνωστές διαγνωστικές μεθόδους.

Υστερα από πολλούς μήνες, συνήθως χρόνια, η διαδικασία έχει συμβεί τριάντα ή και περισσότερες φορές. Το μέγεθος του όγκου γίνεται πλέον αισθητό ή ορατό σε ακτινογραφικό έλεγχο, μπορεί δε να προκαλέσει συμπτώματα λόγω της πίεσης όπως πόνο ή αιμορραγία. Για να γίνει ακτινογραφικώς ορατός ένας όγκος πρέπει να έχει διάμετρο περίπου ένα εκατοστό. Στο στάδιο αυτό περιέχει ένα δισεκατομμύριο κύτταρα περίπου. Αν ο όγκος είναι μικρότερος δεν γίνεται αντιληπτός με τις κοινές ακτινολογικές απεικονιστικές μεθόδους οι οποίες δεν είναι αρκετά ευαίσθητες για να τον εντοπίσουν. Σήμερα πάντως μερικές νεότερες μέθοδοι όπως η αξονική και η μαγνητική τομογραφία, έχουν τη δυνατότητα να εντοπίσουν τόσο μικρούς όγκους.

1.3 Κακοήθεις και Καλοήθεις όγκοι

Οι όγκοι δεν είναι πάντα κακοήθεις. Οι καλοήθεις εμφανίζονται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Οι φακίδες, οι κρεατοελιές, τα λιπώματα στο δέρμα, αποτελούν αισθητικό πρόβλημα. Οι όγκοι αυτοί αφαιρούνται, παραμένουν ως έχουν ή θεραπεύονται. Διατηρούνται στην ίδια θέση και δεν προσβάλλουν τους γύρω ιστούς ούτε τους καταστρέφουν.

Οι κακοήθεις όγκοι έχουν δύο χαρακτηριστικά :

1. Δεν έχουν τοίχωμα ή καθορισμένα όρια. Ριζώνουν και προσβάλλουν τους γύρω ιστούς και
2. Έχουν την ικανότητα να διασπείρονται σε άλλα σημεία του σώματος. Μικρά τμήματα των κακοηθών κυττάρων αποσπώνται από τον κυρίως όγκο και στη συνέχεια οδεύουν σε άλλους ιστούς, όπου εγκαθίστανται

και αρχίζουν να αναπτύσσονται. Ευτυχώς, από τα εκατοντάδες καρκινικά κύτταρα που αποσπώνται από τον πρωτοπαθή όγκο, ελάχιστα βρίσκουν κατάλληλο έδαφος για να αναπτυχθούν. Τα περισσότερα πεθαίνουν.

Η διασπορά του καρκίνου ονομάζεται μετάσταση. Το ενδιαφέρον των ιατρών σρέφεται πάντα στο ερώτημα αν ο καρκίνος έχει δώσει μεταστάσεις κατά την διάρκεια της αθόρυβης περιόδου. Αν έχει δώσει, τότε τα μεταναστευτικά κύτταρα ξεκινούν τη δική τους αθόρυβη περίοδο, ενώ το μέγεθός τους είναι τόσο μικρό, ώστε να χρειάζεται να περάσει μια αρκετά μεγάλη χρονική περίοδος, για να εντοπιστούν⁴.

Σχεδόν όλοι οι καρκίνοι έχουν κοινά αυτά τα δύο χαρακτηριστικά, αν και η συμπεριφορά τους στα διάφορα όργανα όπου αναπτύσσονται, τείνει να είναι διαφορετική.

Διασπείρονται σε διάφορα σημεία του σώματος και αναπτύσσονται με ειδικό τρόπο, ο οποίος είναι χαρακτηριστικός του καρκίνου. Επομένως, για τον κάθε τύπο καρκίνου υπάρχει συγκεκριμένη μέθοδος διάγνωσης, σταδιοποίησης και θεραπείας.

Ορισμένοι κανόνες διέπουν τη διάγνωση και τη θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο, π.χ. του μαστού, ενώ για τους καρκίνους του πνεύμονα ή του παχέος εντέρου οι κανόνες αν και εξίσου πολύπλοκοι, διαφέρουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

2.1 Ανατομία

Όταν η πέψη ολοκληρώνεται με τα χρήσιμα συστατικά και άλλες ουσίες να απορροφώνται από τους χυμούς, τα απόβλητα και σιδήποτε δεν κωνεύεται καθώς και το υπερβολικό νερό στέλνεται στο παχύ έντερο μέσω της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Τα παχύ έντερο απορροφά το υπερβολικό υγρό από τους χυμούς μέσω των αγγείων στο εσωτερικό του στρώμα. Δεν υπάρχουν λάχνες στο παχύ έντερο όπως στο λεπτό. Το απορροφημένο νερό συν κάποια άλατα και πρωτεΐνες αργότερα φιλτράρονται από το αίμα μέσω των νεφρών και αποβάλλονται στα ούρα. Το υπόλοιπο ινώδες απόβλητο υλικό σχηματίζεται σε ημιστερεά κόπρανα και αποβάλλεται μέσω του εντέρου⁵.

Το παχύ έντερο είναι το τελικό τμήμα του πεπτικού συστήματος. Αρχίζει από το τυφλό και τελειώνει στο πρωκτό⁶. Το μήκος του είναι περίπου 1,3m και η διάμετρος του 2,8 – 8,5cm.

Τα εξωτερικά γνωρίσματα του παχέος εντέρου, που μας επιτρέπουν να το διακρίνουμε από το λεπτό έντερο, είναι :

- Το πλάτος (στο οποίο οφείλεται και το όνομά του). Το πλάτος του είναι μεγάλο στο τυφλό (6-8cm), ελαττώνεται μέχρι τον ορθό και πλαταίνει ξανά για να σχηματιστεί η κοπροδόχος λήκυθος.
- Οι κολικές ταινίες οι οποίες αρχίζουν από την σκωληκοειδή απόφυση και εξαφανίζονται στο ορθό. Πρόκειται για τις μυϊκές ίνες της έξω επιμήκουσ στοιβάδας που είχαν περιοριστεί σε τρεις επιμήκεις ταινίες, πλάτος 1cm κάθε μία. Η ελεύθερη ταινία πορεύεται στην πρόσθια επιφάνεια, η επιπλοϊκή ταινία πορεύεται πίσω και έξω, και στο εγκάρσιο κόλο αντιστοιχεί στην πρόσφυση του μείζονος επιπλόου (γαστροκολικού συνδέσμου). Η μεσοκολική ταινία πορεύεται πίσω και έσω, και στο εγκάρσιο κόλο αντιστοιχεί στην πρόσφυση του εγκάρσιου μεσοκόλου.

- Τα εκκολπώματα του τοιχώματος του παχέος εντέρου, που χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφιγξεις, οι οποίες προβάλλουν στο εσωτερικό και σχηματίζουν τις μηνοειδής πτυχές.
- Οι επιπλοϊκές αποφύσεις, οι οποίες είναι προσεκβολές του ορογόνου χιτώνα, γεμάτες από λίπος. Βρίσκονται κατά μήκος των κολικών ταινιών.
- Η θέση του παχέος εντέρου (εικόνα 1)

Το παχύ έντερο διακρίνεται σε τρία μέρη :

1. **Τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση.** Είναι η πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου. Το τυφλό αποτελεί το πιο διευρυμένο τμήμα του παχέος εντέρου και έχει μήκος 6-8cm. Βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο κοντά στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Η τελική μοίρα του ειλεού εισδύει στο τυφλό σαν στρογγυλή ή ωοειδής προβολή σχηματίζοντας την ειλεοκολική ή ειλεοτυφλική βαλβίδα. Με την είσοδο αυτή απωθείται η κυκλική μυϊκή στοιβάδα του τυφλού που περιβάλλει το πέρας του ειλεού. Η ειλεοκολική βαλβίδα βρίσκεται μπροστά από την μεσοκολική ταινία, της οποίας οι μυϊκές ίνες καταφύονται εν μέρει στη μυϊκή βαλβίδα των κυκλωτέρων μυϊκών ινών του τυφλού. Άλλες μυϊκές ίνες της κολικής ταινίας ακτινοβολούν στην επιμήκη μυϊκή στοιβάδα της τελικής μοίρας του ειλεού. Με τη σύσπασή τους υποβοηθείται η διεύρυνση του πέρατος του ειλεού ακριβώς πριν από την ειλεοκολική βαλβίδα. Συμπερασματικά, η ειλεοκολική βαλβίδα σχηματίζεται από την έμπτυξη χιτώνων του τοιχώματος του ειλεού στο τοίχωμα του παχέος εντέρου. Η ειλεοκολική βαλβίδα μπορεί ενεργητικά να μεταβάλλει το σχήμα της σαν σφιγκτήρας. Ο σφιγκτήρας ανοίγει περιοδικά και επιτρέπει τη διέλευση του εντερικού περιεχομένου στο παχύ έντερο ενώ παρεμποδίζεται η παλινδρόμησή του⁷. Επί πλέον, όταν το τυφλό είναι γεμάτο με περιεχόμενο, τότε λειτουργεί μηχανικός βαλβιδικός μηχανισμός παρεμπόδισης της παλινδρόμησης, διότι αλληλοσυμπιέζονται τα χείλη της βαλβίδας. Με τη σύσπαση των κυκλωτέρων μυϊκών ινών του τυφλού αδειάζει και το κωνοειδούς σχήματος στόμιο της σκωληκοειδούς απόφυσης.

Η σκωληκοειδής απόφυση εκπορεύεται από το τυφλό κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη και σπανιότερα μετεμβρυϊκά. Το στόμιό της κατά το έσω τοίχωμα του τυφλού είναι αρκετά στενό. Παρόλα αυτά όμως είναι δυνατόν εντερικό περιεχόμενο να μπει μέσα στον αυλό της σκωληκοειδούς. Το μήκος της σκωληκοειδούς απόφυσης κυμαίνεται από 2-20cm και η διάμετρός της μεταξύ 0,5-1cm. Το μεσεντερίδιο της σκωληκοειδούς αποτελεί συνέχεια του μεσεντερίου του λεπτού εντέρου και περιέχει την αρτηρία και τη φλέβα της σκωληκοειδούς που πορεύονται πίσω από το πέρας του ειλεού.

Η θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης σε σχέση με την πύελο, το έντερο και το περιτοναίο εμφανίζει πολλές παραλλαγές, ώστε δύσκολα θα μπορούσε κανείς να αναφερθεί για "φυσιολογική" θέση της σκωληκοειδούς. Σε αναλογία 65% η σκωληκοειδής φέρεται προς τα άνω, πίσω από το τυφλό, "οπισθοτυφλική θέση". Σε αναλογία 31% φέρεται προς την ελάσσονα πύελο, "λαγονοπτυελική θέση". Σε αναλογία πάνω από 2% φέρεται οριζόντια πίσω από το τυφλό, "παρακολική θέση". Σε αναλογία 1% φέρεται μπροστά και σε λιγότερο από 1% πίσω από το πέρας του ειλεού.

2. **Κόλον (Ανιόν, Εγκάρσιο Κατιόν και Σιγμοειδές).** Το ανιόν κόλον συνδέει το τυφλό στο επίπεδο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και συνεχίζεται προς τα άνω δεξιά μέχρι το ήπαρ, όπου σχηματίζει τη δεξιά κολική ή ηπατική καμπή. Το μήκος του ανιόντος κόλου είναι περίπου 15cm. Η άνω δεξιά κολική ή ηπατική καμπή βρίσκεται μπροστά από το δεξιό νεφρό και πίσω από το δεξιό λοβό του ήπατος.

Στη συνέχεια το εγκάρσιο κόλον πορεύεται τοξοειδώς προς τα αριστερά μέχρι το αριστερό άνω τμήμα της κοιλίας, όπου κατά τον πόλο του σπλήνα σχηματίζει την αριστερή κολική καμπή ή σπληνική καμπή. Και η ηπατική και η σπληνική καμπή βρίσκονται σταθερά στο πίσω μέρος του κοιλιακού τοιχώματος με την σπληνική πρόσδεση ελαφρώς υψηλότερα. Το μήκος του εγκάρσιου κόλου είναι 50cm.

Το κατιόν κόλον πορεύεται προς τα κάτω και πίσω, κατά μήκος του αριστερού πλάγιου της κοιλιακής χώρας. Η πρόσφυση του

αριστερού κολικού συνδέσμου, ο φρενοκολικός σύνδεσμος, αποτελεί το έδαφος του χώρου όπου κατασκηνώνει ο σπλήνας. Η αριστερή κολική καμπή, η οποία αποτελεί απότομη κάμψη, παριστά εμπόδιο στη διέλευση του περιεχομένου και απαιτείται μεγαλύτερη περισταλτικότητα για να υπερνικηθεί. Το κατιόν κόλον έχει μήκος 20-25cm περίπου. Στη συνέχεια μεταβαίνει στο σιγμοειδές κόλον που έχει μήκος 40cm περίπου και βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο. Το σιγμοειδές αρχικά πορεύεται στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και μετά εισέρχεται στην ελάσσονα πύελο σχηματίζονται αγκύλη σαν "S". Στο ύψος του 2^{ου} - 3^{ου} ιερού σπονδύλου μεταβαίνει στο ορθό ή απευθυμένο που καταλήγει στον πρωκτό.

3. **Ορθό και Πρωκτικός Σωλήνας.** Το ορθό έχει σχήμα "S" και μήκος 15-20cm. Αρχικά παρακολουθεί το κοίλο του ιερού οστού (ιερή καμπή) και μετά, στο ύψος του κόκκυγα στρέφεται προς τα πίσω και περνάει διαμέσου του πυελικού εδάφους, περινεϊκή καμπή. Τελικά σχηματίζει τον πρωκτικό σωλήνα και καταλήγει στον πρωκτό. Το ορθό δεν έχει εκκολπώματα ούτε κολικές ταινίες και επομένως η επιμήκης μυϊκή στοιβάδα του είναι συνεχής.

Το άνω τριτημόριο του ορθού είναι πιο διευρυσμένο και αποτελεί τη λήκυθο του ορθού (κοπροδόχος). Κάτω από τη λήκυθο, στο εσωτερικό του ορθού, υπάρχουν τρεις σταθερές εγκάρσιες πτυχές, η άνω, η μέση και η κάτω, από τις οποίες η άνω και η κάτω είναι μικρότερες και βρίσκονται αριστερά, ενώ η μέση είναι μεγαλύτερη, βρίσκεται δεξιά και λέγεται πτυχή η βαλβίδα του Kohlaush. Η απόσταση της από τον πρωκτό είναι 5-8cm. Με τη σύσπαση της κυκλοτερούς μυϊκής στοιβάδας οι πτυχές συμπλησιάζουν, ενώ με τη σύσπαση της επιμήκους μυϊκής στοιβάδας οι πτυχές απομακρύνονται.

Ο πρωκτικός σωλήνας έχει μήκος 2,5cm και εκτείνεται από το ορθό στον πρωκτό. Και τα δύο άκρα της οδού ελέγχονται από το σφικτήρα μυ. Ο εσωτερικός πρωκτικός σφικτήρας είναι ακούσιος μυς. Όταν αρχίζει η εκκένωση, η νευρική απόληξη του ορθού διεγείρεται και συσπάται, και ο εντερικός σφικτήρας χαλαρώνει

επιτρέποντας στα κόπρανα να εισέλθουν στον πρωκτικό σωλήνα. Ο εξωτερικός πρωκτικός σφικτήρας είναι εκούσιος μυς και μπορεί συνειδητά να ελέγχεται για να εμποδιστεί η κένωση.

2.2 Αγγεία και λεμφαγγεία

Η αιμάτωση του δεξιού κόλου γίνεται από την άνω μεσέντεριο αρτηρία με τους κλάδους ειλεοτυφλική, δεξιά κολική, μέση κολική αρτηρία. Η φλεβική αποχέτευση γίνεται από τη μέση κολική και δεξιά κολική φλέβα οι οποίες εκβάλλουν στην άνω μεσεντερία φλέβα⁴.

Το αριστερό κόλο αιματώνεται από τον αριστερό κλάδο της μέσης κολικής και την κάτω μεσεντέριο αρτηρία που εξέρχεται κατ' ευθείαν από την αορτή. Η κάτω μεσεντέριος δίνει την αριστερή κολική, τις 2-3 σιγμοειδικές αρτηρίες και την άνω αιμορροϊδική. Η φλεβική αποχέτευση γίνεται με τον σχηματισμό της κάτω μεσεντερίου φλεβός, η οποία εκβάλλει στη σπληνική φλέβα. Οι κολικές αρτηρίες σε απόσταση 2,5-3cm από το χείλος του εντέρου δικάζονται σε ανιόντα και κατιόντα ή δεξιούς και αριστερούς κλάδους, σχηματίζονται αγγειακά τόξα τα άκρα των οποίων επικοινωνούν μεταξύ τους.

Έτσι στην αριστερή κολική καμπή ο αριστερός κλάδος της μέσης κολικής και ο ανιών κλάδος της αριστερής κολικής επικοινωνούν μεταξύ τους (επικοινωνία άνω μεσεντερίου - κάτω μεσεντερίου αρτηρίας). Η διατήρηση των τόξων αυτών στις εξαιρέσεις του εντέρου έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

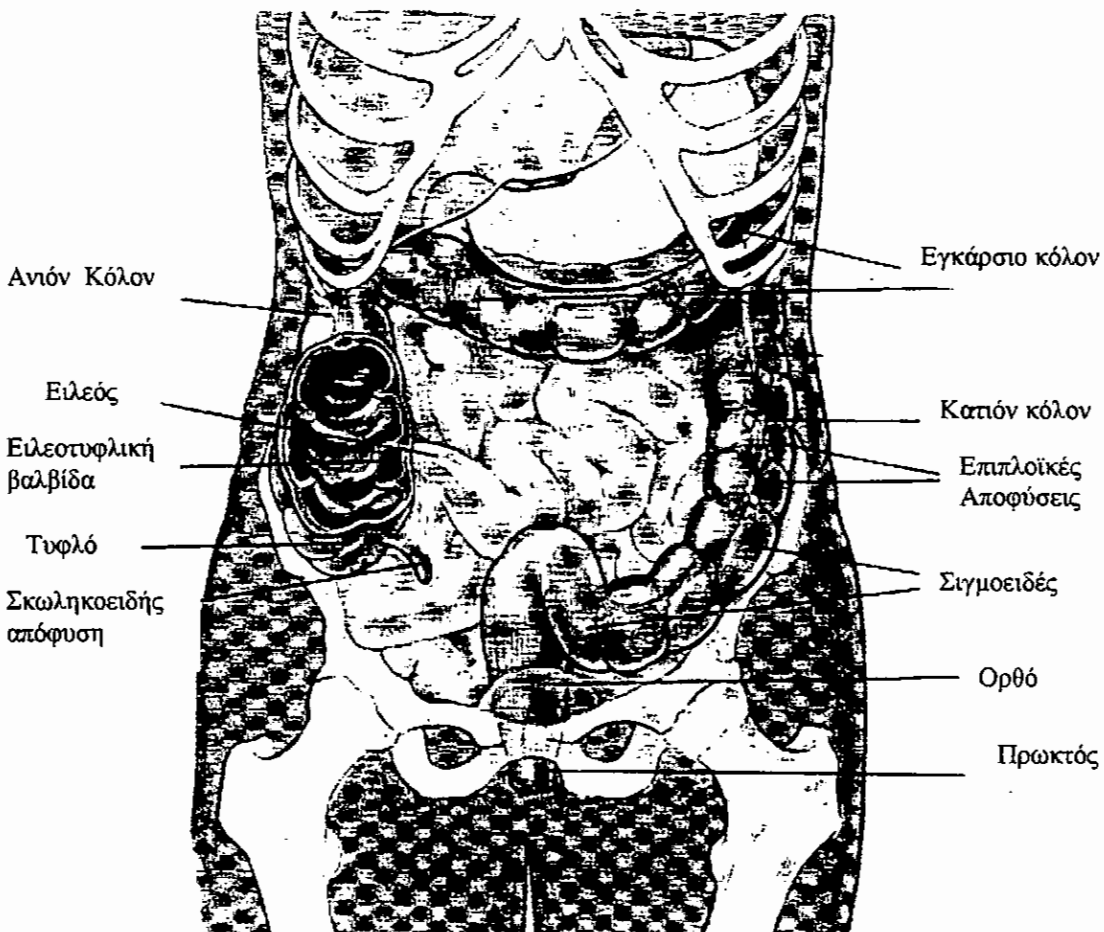
Πολύ συχνά υπάρχουν σοβαρές παραλλαγές στην περιγραφείσα ανατομική διάταξη των αγγείων, γεγονός το οποίο ο κάθε χειρουργός οφείλει να γνωρίζει.

Λεμφικά πλέγματα στον υποβλεννογόνιο και υπορογόνιο χιτώνα αποχετεύουν σε λεμφαγγεία και λεμφογάγγλια που συνοδεύουν τα αιμοφόρα αγγεία. Χειρουργικό ενδιαφέρον οι τέσσεροι στίχοι των λεμφογαγγλίων. Που αποτελούν τους ενδιάμεσους σταθμούς αποχέυσεως των λεμφοκυττάρων και εξουδετερώσεως καρκινικών κυττάρων. Αυτοί είναι :

1. Τα τοιχωματικά ή επιχείλια. Βρίσκονται στο χείλος το μεσοκολικό επί του τοιχώματος του κόλου.
2. Τα παρακολικά. Βρίσκονται κατά μήκος των αγγειακών τόξων των κολικών αρτηριών και φλεβών.
3. Τα ενδιάμεσα. Βρίσκονται πιο κεντρικά στο ύψος του διχασμού των αγγειακών στελεχών και
4. Τα ριζικά ή κεντρικά. Αυτά βρίσκονται στη ρίζα της άνω ή κάτω μεσεντερίας αρτηρίας (εικόνα 1)⁷.

Είναι προφανές ότι η ύπαρξη μεταστάσεων σε κάθε ένα από αυτούς τους στοιχούς έχει διαφορετική προγνωστική σημασία.

Εικόνα 1. Θέση του παχέος εντέρου



2.3 Νεύρωση

Η νεύρωση του παχέος εντέρου γίνεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Συμπαθητικές ίνες από τα νευροτόμια T10-12 δια του σπληνικού πλέγματος φθάνουν στο πλέγμα της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Μέσω των κλάδων αυτής καταλήγουν στο δεξιόν κόλου⁴. Οι παρασυμπαθητικές ίνες του δεξιού κόλου προέρχονται από το δεξιό (οπίσθιο) πνευμονογαστρικό και πορεύονται όπως και οι ίνες του συμπαθητικού κατά μήκος των τροφοφόρων αγγείων. Το αριστερό κόλο λαμβάνει συμπαθητικές ίνες από τα νευροτόμια L1-3. Αυτές αφού σχηματίσουν συνάψεις στα παρασπονδυλιακά γάγγλια ακολουθούν τους κλάδους της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας. Η παρασυμπαθητική νεύρωση του αριστερού κόλου προέρχεται από τα νευροτόμια S2-4. Οι ίνες αυτές εξέρχονται από τη σπονδυλική στήλη, σχηματίζουν το προϊερό ή ενδυπυελικό πλέγμα και στέλνουν μεταγαγγλιακές ίνες στο κατιόν – σιγμοειδές και το ενδοπυελικό τμήμα του παχέος εντέρου.

2.4 Φυσιολογία

Στο παχύ έντερο απορροφώνται κυρίως νερό και ηλεκτρολύτες συμπυκνώνοντας προοδευτικώς το περιεχόμενο μέχρι τον τελικό σχηματισμό των κοπράνων. Σε φυσιολογικές καταστάσεις η απορρόφηση υδατανθράκων, λιπών αμινοξέων ή βιταμινών είναι ασήμαντος^{4,5}. Επί παθήσεων όμως του λεπτού εντέρου είναι η απορρόφηση υδατανθράκων και βιταμινών γίνεται από το παχύ έντερο. Περίπου 1000-2000ml περιεχομένου του ειλεού εισέρχεται στο τυφλό ημερησίως. Αυτό αποτελείται κατά 90% από νερό το οποίο απορροφάται σταδιακά, κυρίως στο δεξιό κόλο, έτσι ώστε στις κενώσεις αποβάλλονται μόνο 100-200ml ύδατος.

2.4.1 Εντερικά αέρια

Ενώ το λεπτό έντερο υπό φυσιολογικές συνθήκες περιέχει ελάχιστο αέρα, μια απλή ακτινογραφία δείχνει σχεδόν πάντα αέρα στον αυλό του

παχέος εντέρου. Μια ποσότητα αερίου απορροφάται κατά μήκος του βλεννογόνου του εντέρου, αλλά το περισσότερο 400-1200 ml/d αποβάλλεται μέσω του πρωκτού.

Τα αέρια προέρχονται από την κατάποση, αλλά κυρίως από ζυμώσεις μη απορροφουμένων υδατανθράκων και δημητριακών προϊόντων και από διάσπαση οργανικών ουσιών παρουσία μικροβίων.

Το κύριο συστατικό των εντερικών αερίων είναι το άζωτο (N_2). Ακολουθούν το O_2 , H_2 , CO_2 και το μεθάνιο (CH_4). Το H_2 και το CO_2 παράγονται από ζύμωση απέπτων υδατανθράκων κυρίως κυτταρίνης. Το 1/3 του πληθυσμού παράγει το αέριο CH_4 , το οποίο δείχνει την ύπαρξη μεγάλου αριθμού μικροβίων. Κόπρανα από άτομα παράγουν μεθάνιο σχεδόν πάντοτε επιπλέον. Το H_2 και CH_4 είναι εκρηκτικά αέρια και ο χειρούς έχοντας τις παραπάνω πληροφορίες πρέπει να προβεί σε λεπτομερή καθορισμό του αυλού του εντέρου που κάνει επέμβαση εντός αυτού χρησιμοποιώντας ηλεκτροκαυτηρίαση. Ασθενείς με πολλά αέρια παραπονούνται για διάταση της κοιλίας και σημαντική αποβολή υδαρών κορπάνων και αερίων. Εκσεσημασμένη αποβολή αερίων σημαίνει αυξημένη παραγωγή H_2 . Η θεραπεία συνίσταται στην απομάκρυνση από τη διαίτα λακτόζης, λαχανικών και δημητριακών προϊόντων.

2.4.2 Κινητικότητα

Ο σκοπός της κινητικής δραστηριότητας του παχέος εντέρου είναι η μίξη, η προσωρινή αποθήκευση και η πολύ αργή προώθηση των υπολειμμάτων τροφής, που βρίσκονται σε ημιστερεά προς στερεά κατάσταση. Ο κύριος ρόλος του ανιόντος κόλου είναι να λαμβάνει και να αποθηκεύει κυρίως υγρό περιεχόμενο που απελευθερώνεται διαμέσου της ειλεοκολικής βαλβίδας^{4,8}. Ο ρόλος του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου είναι η αποθήκευση υπολειμμάτων τροφής για περιοδική εξώθηση προς το ορθό. Η κινητική δραστηριότητα του παχέος εντέρου είναι αρκετά περίπλοκη και προάγει τη στάση και την προς τα πίσω ώθηση, συμπληρωματικά ως προς την όχι σε τακτά διαστήματα, αλλά ισχυρή προώθηση του κοπρανώδους υλικού προς τον

ορθοπρωτικό σωλήνα. Η κινητική δραστηριότητα του παχέος εντέρου συνίσταται σε ~~τη~~ματικές συσπάσεις είτε βραχείς (λιγότερο από 10 δευτερόλεπτα) είτε μακράς (γύρω στο 1 λεπτό) διάρκειας. Οι συσπάσεις μικρής διάρκειας εμφανίζονται ως αποτέλεσμα οξυκόρυφων επαρμάτων (δυναμικών) σε συνδυασμό με βραδέα κύματα του παχέος εντέρου εμφανίζονται ακανόνιστα με συχνότητα 3-12 λεπτών, αυτές οι συσπάσεις έχουν έναν παρόμοιο ρυθμό επανάληψης. Οι συσπάσεις μακράς διάρκειας εμφανίζονται χωρίς σχέση με τα βραδέα κύματα και συνδέονται με είτε μακράς διάρκειας οξυκόρυφα επάρματα ή ταλαντωσικά δυναμικά. Οι συσπάσεις βραχείας και μακράς διάρκειας μπορεί να εμφανίζονται μόνες του, αλλά πιο συχνά αυτές εμφανίζονται σε ομάδες. Αυτές οι ομάδες, κυρίως μη προωθητικής – αλλά μερικές φορές απωθητικής προς τα πίσω – δραστηριότητας, αποτελούν ένα μεγάλο τμήμα της κινητικής δραστηριότητας του παχέος εντέρου. Οι μεταναστεύουσες ομάδες συσπάσεων διαχωρίζονται μεταξύ τους από μια περίοδο ηρεμίας, η οποία μπορεί να διακόπτεται από μη μεταναστεύουσες ομάδες συσπάσεων μικρής ή μακράς διάρκειας. Οι ταχείες αλλαγές θέσης μεγάλων ποσοτήτων του περιεχόμενου του παχέος εντέρου από το ανιόν κόλο προς το μεσόκολο και το κατιόν κόλο, που εμφανίζονται δευτερογενώς ως προς την κινητική δραστηριότητα, καλούνται μαζική κίνηση ή γιγάντιο περισταλτικό κύμα του παχέος εντέρου. Οι μαζικές κινήσεις μπορεί να εμφανιστούν χωρίς αφόδευση ή κατά τη διάρκεια της αφόδευσης εξαρτώμενες από τη διάδοση του διαμέσου είτε ενός μέρους είτε όλου του μήκους του παχέος εντέρου. Η γιγάντια μεταναστευτική σύσπαση είναι δύο ή τρεις φορές μεγαλύτερη σε πλάτος από άλλες συσπάσεις του παχέος εντέρου και η διάρκειά της είναι περίπου 1 λεπτό. Διαδίδεται με τη μεγάλη σχετικά ταχύτητα των 0,2-3cm/min. Αυτές οι συσπάσεις μπορεί να εμφανιστούν μόνες τους ή σε ομάδες των δύο ή περισσότερων συσπάσεων.

Οι μαζικές κινήσεις παράγονται στο κατιόν κόλο ως αντανακλαστική απόκριση σε συγκεκριμένα ερεθίσματα, όπως η λήψη τροφής (γαστροκολικό αντανακλαστικό) ή η έγερση το πρωί (ορθοκολικό αντανακλαστικό). Κατά τη διάρκεια αυτών των κινήσεων, τα περιφερικά

(άπω) τμήματα του παχέος εντέρου υπόκεινται σε χάλαση για να δεχθούν τα υπολείμματα τροφής τα οποία ωθούνται εμπρός από τις συσπάσεις. Αυτά τα αντανακλαστικά προκαλούνται με τη μεσολάβηση νευροχημικών μηχανισμών και υπόκεινται σε ρύθμιση, αλλά ο ακριβής ρόλος των νευροχημικών παραγόντων ελέγχου κατά την παραγωγή της κινητικής δραστηριότητας του παχέος εντέρου δεν είναι πλήρως κατανοητός. Αδύναμες συσπάσεις του παχέος εντέρου οδηγούν σε στάση στο παχύ έντερο, σε megacolon και σε δυσκοιλιότητα. Οι ελαττωμένες μαζικές κινήσεις, επίσης οδηγούν σε δυσκοιλιότητα, ενώ οι συχνές μαζικές κινήσεις μπορεί να οδηγήσουν σε κοιλιακό πόνο και δυσκοιλιότητα. Οι παρατεταμένες κολικοκυψελικές συσπάσεις μπορεί να "πλάσουν" τα κόπρανα σε κοπρανώδη σφαιρίδια (κόπρανα λαγού) με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Ελαττωματική χάλαση των απωτέρων τμημάτων του παχέος έντερο οδηγεί σε λειτουργικό κώλυμα κατά τη διέλευση του κοπρανώδους περιεχόμενου και σε megacolon.

Η κινητικότητα του παχέος εντέρου εκδηλώνεται με τρεις μορφές⁴:

- ♦ **Ανάστροφος περισταλσις.** Είναι δακτυλιοειδείς συσπάσεις κινούμενες κεντρομόλως. Συμβαίνουν στο δεξιό κόλο και κυρίως στο τυφλό και ανιόν. Έτσι αναμιγνύεται το περιεχόμενο του τυφλού και γίνεται απορρόφηση υγρών και ηλεκτρολυτών.
- ♦ **Τμηματικές συσπάσεις.** Αυτές συμβαίνουν κυρίως στο εγκάρσιο και κατιόν. Δακτυλιοειδείς συσπάσεις διαιρούν τον αυλό σε χωριστά τμήματα προωθώντας το περιεχόμενο συγχρόνως κεντρικώς και περιφερικώς.
- ♦ **Μαζική περισταλσις.** Είναι δυνατή περισταλτική κίνηση οδεύουσα περιφερικώς και συμβαίνει στο εγκάρσιο και κατιόν. Οι παραπάνω κινήσεις, παρ' όλο που φαίνεται ότι συμβαίνουν τυχαία, είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων νευροχημικών ερεθισμάτων με μηχανισμούς δράσεως ακόμη αγνώστους στη φυσιολογία. Γνωστές είναι μόνο καταστάσεις που επηρεάζουν την κινητικότητα του παχέος εντέρου όπως :
- ♦ Γαστροκολικά αντανακλαστικά. Με το φαγητό δημιουργούνται μεταβολές στη μυοηλεκτρική και κινητική δραστηριότητα του παχέος

εντέρου με συνέπεια την τάση για αφόδευση. Η ένταση της έπειξης για αφόδευση εξαρτάται από το είδος του φαγητού και την περιεκτικότητα σε θερμίδες και λίπος.

- ◆ Το βάδισμα, η γυμναστική είναι σημαντικά ερεθίσματα προωθήσεως του εντερικού περιεχομένου ενώ η κατάκλιση προκαλεί το αντίθετο.
- ◆ Η διόδος δια του εντέρου επιταχύνεται με την ύπαρξη απέιπτων και αδιαλύτων φυτικών ινών (προϊόντα λαχανικών ή σιτηρών).
- ◆ Ψυχικό stress επηρεάζει την κινητικότητα του εντέρου.

Υπάρχει τέτοια ποικιλία κινητικότητας του παχέος εντέρου ώστε είναι δύσκολο να προσδιοριστούν φυσιολογικές από παθολογικές καταστάσεις. Υπό φυσιολογικές συνθήκες τα υπολείμματα ενός γεύματος φθάνουν στον είλεο μέσα σε 4 ώρες και στον ορθό μετά από 24 ώρες. Η ανάμειξη του εντερικού περιεχομένου οδηγεί ώστε πλήρης αποβολή των υπολειμμάτων ενός γεύματος να γίνεται σταδιακά μέσα σε 3-4 ημέρες.

2.4.3 Οι συνήθειες του εντέρου (κενώσεις)

Η συχνότητα των κενώσεων θεωρείται εντός των φυσιολογικών ορίων όταν κυμαίνεται μεταξύ μία ανά 12 ωρο ή μια ανά 2-3 ημέρες. Διάρροια καλείται όταν οι κενώσεις είναι άνω των 3 ημερησίως και η περιεκτικότητα σε νερό είναι άνω των 300 ml/ημερησίως⁹.

Υπάρχει κάποια συγχυση στον ορισμό της δυσκοιλιότητας που μπορεί να αναφέρεται :

- Στην αλλαγή της συχνότητας των κενώσεων από 1d έως 1 ανά 3ήμερου.
- Στη σκληρή σύσταση των κενώσεων και
- Στη δυσκολία αποβολής των κοπράνων

Γενικώς κάθε αλλαγή στις συνήθειες των κενώσεων πρέπει να διεγείρει το ενδιαφέρον των ατόμων και των θεραπόντων ιατρών για παραπέρα έρευνα πριν από κάθε εμπειρική θεραπεία.

2.4.4 Μικροβιολογία

Το παχύ έντερο των νεογνών είναι στείρο μικροβίων. Απεικονίζεται όμως αμέσως μετά τον τοκετό από ένα μεγάλο αριθμό μικροβίων. Η συγκέντρωση και το είδος των μικροβίων εξαρτώνται από τις συνθήκες του περιβάλλοντος και το είδος των τροφών.

Η χλωρίδα του παχέος εντέρου είναι μικρή Αερόβιος και Αναερόβιος με προεξάρχοντα κυρίως τα αναερόβια μικρόβια. Κύριος εκπρόσωπος αυτών είναι το *Bacteroides Fragilis* σε συγκεντρώσεις άνω το 10% ανά gm κοπράνων. Ακολουθούν τα κλωστηρίδια και ανερόβιοι κόκκοι. Κύριοι εκπρόσωποι των αεροβίων είναι τα κωλοβακτηριδία και οι εντεροκόκκοι¹⁰. Η *Esoherichia coli* και οι *Streptococcus Faecalis* είχαν τις μεγαλύτερες συγκεντρώσεις του ύψους 10⁷ ανά gm κοπράνων.

Τα μικρόβια αυτά που είναι υπόλογα για τις λοιμώξεις σε εγχειρήσεις του παχέος εντέρου συμμετέχουν και στις εξής φυσιολογικές λειτουργίες⁹ :

- Διασπών τις χολοχρωστικές δίδοντας και ανάλογα χρώμα στα κόπρανα.
- Διασπών τα αμινοξέα και από τις παραγόμενες αμίνες ινδόλη και σκοτόλη εξαρτάται και η οσμή των κοπράνων.
- Αποσυνδέουν τα χολικά οξέα και σχηματίζουν ελεύθερα χολικά οξέα, τα οποία επιδρούν επί του τοιχώματος του εντέρου και επηρεάζουν την κινητικότητα.
- Παράγουν αέρια, επηρεάζουν την απορρόφηση και παράγουν Bit-K.
- Φαίνεται ότι μαζί με άλλες ουσίες συντελούν στη παθογένεση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

3.1 Επιδημιολογία – Αιτιολογία

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου, αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Το 1985¹, καταγράφηκαν 852 θάνατοι στη χώρα μας από αυτόν τον καρκίνο (αδρός δείκτης θνησιμότητας 8,7/100.000) και ήταν η τέταρτη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα. Ένα τρίτο των καρκίνων εντοπίζονται στον ορθό και στην ορθοσιγμοειδή συμβολή και 25% στο σιγμοειδές. Περίπου 95% των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου είναι αδenoκαρκινώματα. Υψηλοί δείκτες επιπτώσεως και θνησιμότητας χαρακτηρίζουν τις πιο αναπτυγμένες οικονομικά χώρες, μέσοι δείκτες τη νότια και την ανατολική Ευρώπη και χαμηλοί δείκτες την Ασία, την Αφρική και τις περισσότερες χώρες της Λ. Αμερικής. Η Ελλάδα καταλαμβάνει τις χαμηλότερες θέσεις ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (εικόνα 2) και οι υψηλότεροι δείκτες στη χώρα μας έχουν βρεθεί στις αστικές περιοχές. Μετά το 1950, έχει παρατηρηθεί στις ΗΠΑ καθώς και σε άλλες χώρες μικρή σταθερή άνοδος της επιπτώσεως αυτού του καρκίνου. Στην Ελλάδα, εμφανίζεται μεταπολεμικά σταθερή άνοδος της θνησιμότητας, αλλά μετά το 1980, οι δείκτες μοιάζουν να έχουν σταθεροποιηθεί σε άτομα ηλικίας των 65 ετών. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται εξίσου συχνά στα δύο φύλα, ενώ ο καρκίνος του ορθού παρουσιάζεται συχνότερα στους άνδρες. Η επίπτωσή του ανέρχεται σταθερά με την ηλικία. Σε αντίθεση με τον καρκίνο του στομάχου, στον οποίο περιβαλλοντικές επιδράσεις στη νεαρή ηλικία καθορίζουν τον κίνδυνο αναπτύξεώς του, στον καρκίνο του παχέος εντέρου περιβαλλοντικοί παράγοντες στη ζωή του ενήλικα συνεχίζουν να μεταβάλλουν τον κίνδυνο. Μετανάστες από χώρες χαμηλού κινδύνου σε χώρες υψηλού κινδύνου αποκτούν τους δείκτες θνησιμότητας της νέας χώρας. Παρόμοια τάση έχει περιγραφεί για τους Έλληνες μετανάστες στην Αυστραλία. Υψηλοί δείκτες έχουν περιγραφεί σε εργάτες εκτεθειμένους

αιτιολογική έννοια είναι η αναμφισβήτητη ύπαρξη αλλοιώσεων που προδιαθέτουν όπως :

α. Η οικογενής διάχυτη ορθοκολική πολυποδίαση ή νόσος του Mentzel – Virchow, η οποία εξαλλάσσεται σχεδόν πάντοτε κατά τη δεύτερη ή τρίτη δεκαετία της ζωής.

β. Η νόσος του Gardner ή γενικευμένη οικογενής ορθοκολική πολυποδίαση μετά εξωδερμικών όγκων, συχνά επίσης εξαλλάσσεται.

γ. Οι διάσπαρτοι ή μονήρεις αδενωματώδεις πολύποδες. Οι πολύποδες αυτοί αντιπροσωπεύουν τους πιο συχνούς καλοήθεις όγκους του εντέρου και αφορούν, κυρίως τους ηλικιωμένους και ισότιμα τα δυο φύλα. Αγνοείται η αιτιολογία τους και κανένας γενετικός παράγοντας δεν είναι γνωστός. Η κλινική διάγνωση είναι αδύνατη, και ή θα ανακαλυφθούν τυχαία ή επειδή αιμορράγησαν, αφού η αιμορραγία τους, σαν σύμπτωμα, είναι συχνή και η μόνη τους κλινική εκδήλωση.

Μόλις διαγνωσθεί ένας πολύποδας πρέπει να αφαιρεθεί, διότι μόνο η πλήρης ιστολογική μελέτη της ολότητάς του μπορεί^{11,9} να δώσει πληροφορίες για την πραγματική του φύση και διότι κάθε αδένωμα πρέπει να αφαιρείται και όχι να γίνεται βιοψία πριν από την αφαίρεσή του. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να γίνει πρόληψη ορισμένων κακοήθων όγκων του κόλου.

δ. Οι λαχνώδεις όγκοι, πιο συχνοί στο ορθό, συχνά επίσης εξαλλάσσονται και πρέπει να αφαιρούνται.

ε. Η αιμορραγική και ελκώδης ορθοκολιτίδα (ΑΕΟΚ) είναι επίσης προδιαθετικός παράγοντας, μετά από πολλά χρόνια εξέλιξης της νόσου. Η εξαλλαγή μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε μέρος του εντέρου, αλλά κυρίως στο σιγμοειδές και το ορθό, είναι συχνά πολυεστιακή και η διάγνωσή της δύσκολη, διότι οι εντερικές διαταραχές αποδίδονται στην ΑΕΟΚ. Η αργοπορημένη διάγνωση καθιστά την πρόγνωση κακή, ακόμη περισσότερο γιατί οι μεταστάσεις είναι συχνές και πρώιμες. Το πρόβλημα προφύλαξης και χειρουργικής θεραπείας είναι επομένως αγωνιώδες, γιατί, αν στον Ca του παχέος εντέρου η εγχείρηση μπορεί να είναι μερική, στην κολίτιδα πρέπει η κολεκτομή να είναι ολική, με θυσία του σφιγκτήρα, με αποτέλεσμα και τις γενικές και ιδιαίτερα τις ψυχικές

επιπτώσεις της ακρωτηριαστικής αυτής εγχείρησης. Πάντως η παραμικρή υποψία εξαλλαγής επιβάλλει την ορθοκολεκτομή, γιατί η ενδοσκοπική βιοψία δεν είναι ικανή να ανιχνεύσει όλες τις περιοχές που μπορούν να εκφυλιστούν και γιατί ο Ca μπορεί να εμφανιστεί και πάνω στο κολόβωμα του ορθού. Για πολλούς αμερικανούς χειρουργούς η προφυλακτική αφαίρεση επιβάλλεται στις χρόνιες περιπτώσεις που εξελίσσονται πάνω από 10 χρόνια και που παρουσιάζουν στις ακτινογραφίες ψευδοπολύποδες ή εντοπισμένες στενώσεις.

στ. Σε ότι αφορά τα εκκολπώματα του παχέος εντέρου, αυτά δεν φαίνεται να προδιαθέτουν. Είναι συνήθως τυχαία σύμπτωση, της οποίας το μόνο ενδιαφέρον είναι διαγνωστικό, γιατί ο Ca μπορεί να περάσει απαρατήρητος, επειδή η θορυβώδης κλινική εικόνα της εκκολπωματικής σιγμοειδίτιδας μπορεί να τον συγκαλύπτει.

Συμπερασματικά, λοιπόν, πρέπει να γνωρίζουμε ότι όλοι οι καλοήθεις όγκοι του εντέρου μπορούν να εκφυλιστούν.

Όλες οι αλλοιώσεις που περιλαμβάνει ο όρος καλοήθης όγκος θέτουν το πρόβλημα της σχέσης τους με τον Ca.

Το ενδιαφέρον της μελέτης των καλοήθων όγκων έγκειται στο να επιτευχθεί μια πιο έγκαιρη διάγνωση.

Έτσι :

- Ενδιαφέρον : διαγνωστικό, εξαιτίας της συχνότητάς τους που δεν είναι αμελητέα.
- Ενδιαφέρον : θεραπευτικό, γιατί οι όγκοι αυτοί πρέπει πάντα να αφαιρούνται, αλλά με μεθόδους πιο συντηρητικές παρά για του Ca.
- Προγνωστικό ενδιαφέρον που προσβλέπει στην ελπίδα πρόληψης του Ca χάρη στη χειρουργική αφαίρεσή τους και τη συστηματική παρακολούθηση των ασθενών.

Αρκετοί γενετικοί παράγοντες συνδέονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου στο 20% των περιπτώσεων. Στο 50% των ατόμων με αδενώματα ή καρκίνους του παχέος εντέρου βρίσκονται μεταλλάξεις του Ras γονιδίου, κυρίως πάνω στο Ki-ras γονίδιο. Έχει ενοχοποιηθεί και το myc άμεσα γονίδιο, ενώ οι χρωμοσωματικές περιοχές 17p και 18p βρίσκονται υπό μελέτη.

3.2.1 Ο ρόλος των ογκογονιδίων

Μια από τις πιο ενδιαφέρουσες και σημαντικές εξελίξεις υπήρξε η πρόσφατη ανακάλυψη ότι ορισμένα φυσιολογικά γονίδια, τα λεγόμενα ογκογονίδια είναι δυνατό να μετατραπούν σε γονίδια που ευνοούν την ανάπτυξη του καρκίνου. Η ανακάλυψη αυτή οδήγησε σε περαιτέρω έρευνα, με σκοπό να κατανοηθεί πληρέστερα ο τρόπος ανάπτυξης του καρκίνου και οι μέθοδοι προφύλαξης και θεραπείας¹².

Όλες οι νέες πληροφορίες ενισχύουν την πιθανότητα ότι σύντομα θα καταστεί δυνατό να εξετάζεται ο καθένας για να διαπιστωθεί αν είναι φορέας των ειδικών ογκογονιδίων, καθώς και αν τα κατασταλτικά γονίδια (τα οποία σταματούν την καρκινογένεση), είναι ελαττωματικά ή απουσιάζουν. Η παρουσία ορισμένων ογκογονιδίων ίσως είναι δυνατό να μας πληροφορήσει για τις πιθανότητες μετάστασης ενός καρκίνου. Ίσως επίσης γίνει σύντομα εφικτός ο εντοπισμός των ατόμων που αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Τέλος, είναι πιθανό να ανακαλυφθούν και άλλοι τρόποι και τεχνικές για τον μόνιμο πληθυσμιακό έλεγχο. Πρόσφατα ανακαλύφθηκαν τρόποι ελέγχου των ογκογονιδίων οι οποίοι σιγά – σιγά εφαρμόζονται ευρύτερα. Οι νέες γνώσεις χρησιμοποιούνται ήδη για τη μελέτη της οικογενούς πολυποδίασης του παχέος εντέρου.

Η νεοπλασία του παχέος εντέρου και του ορθού προσφέρεται σαν ένα πολύ καλό πρότυπο για να μελετηθεί η προοδευτική ανάπτυξη κακοήθειας, διότι τα περισσότερα καρκινώματα πηγάζουν από αδενώματα και στα διάφορα στάδια αναπτύξεως μπορεί να γίνει μελέτη των όγκων. Μερικοί τύποι γενετικών αλλαγών έχουν παρατηρηθεί σε πολλές προχωρημένες μορφές καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού.

Μια σπουδαία γενετική αλλαγή παρατηρείται στο γονίδιο *ras* και η αλλαγή αυτή είναι μεταλλαγή μιας και μόνο βάσεως και σε ειδική θέση. Προηγούμενες μελέτες είχαν δείξει ότι μια μεταλλαγή "σημείου" στο πρωτοογκογονίδιο *ras* παρατηρείται στο 40-50% των όγκων του παχέος εντέρου και του ορθού. Οι μεταλλαγές στο γονίδιο *ras* φαίνεται να είναι

πρώιμο γεγονός στη γένεση του καρκίνου, αλλά οι αλλαγές αυτές δεν φαίνεται να είναι οι πρώτες γενετικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της αναπτύξεως του όγκου. Έχει παρατηρηθεί ότι αδενώματα από ασθενείς με – ή χωρίς – οικογενειακή πολυποδίαση (Familiar polyposis) δεν παρουσιάζουν τέτοιες μεταλλαγές. Η οικογενής πολυποδίαση είναι αυτοσωμικό επικρατούν σύνδρομο, στο οποίο αναπτύσσονται πολλά αδενώματα. Πρόσφατα, η γονιδιακή θέση που σχετίζεται με τη νόσο έχει χαρτογραφηθεί στο μεγάλο σκέλος του χρωμοσώματος 5 και η θέση αυτή ονομάζεται *Fap*.

Ο ρόλος του *Fap* στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού δεν είναι εντελώς γνωστός¹³. Υποτίθεται ότι λαμβάνει χώρα στην επαγωγή του υπερπολλαπλασιασμού του επιθηλίου που προηγείται του σχηματισμού του αδενώματος σε ασθενείς με πολλαπλούς πολύποδες.

Το 25% των αδενωμάτων από ασθενείς με οικογενή πολυποδίαση έχουν μεταλλαγή στο γονίδιο *ras* ή απώλεια του χρωμοσώματος 17 ή 18. Παρόλο που τα χρωμοσώματα 5, 17, 18 φαίνεται να υπόκεινται σε αλλοιώσεις περισσότερο από άλλα χρωμοσώματα, απώλειες άλλων χρωμοσωμάτων έχουν παρατηρηθεί στους ίδιους όγκους που έχουν απωλεσθεί και τα 5, 17, 18. Υπάρχουν λοιπόν και άλλες γενετικές αλλαγές στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού και ίσως να παίζουν ρόλο σημαντικό στην ετερογένεια των όγκων. Οποιαδήποτε και αν είναι η συμμετοχή των άλλων αλλοιώσεων, η συχνότητα με την οποία εμφανίζονται αυτές του προσδίδει ιδιαίτερη σημασία και ζωτικό ρόλο σε αυτή την νεοπλασία.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες, ειδικά η διαίτα, φαίνεται να παίζουν επίσης σπουδαίο ρόλο στην παθογένεια της νόσου. Σύμφωνα με αυτήν την υπόθεση, υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ γονιδίων και περιβάλλοντος. Οι γενετικοί παράγοντες καθορίζουν την ευαισθησία του ατόμου, ενώ άλλοι γενετικοί ή περιβαλλοντικοί ή αμφότεροι καθορίζουν ποια από τα ευαίσθητα άτομα θα αναπτύξουν καρκίνο.

Ο καρκίνος του ορθού, όπως και οι περισσότεροι συμπαγείς όγκοι, είναι υπερδιπλοειδής και η επιρροή των προϊόντων ενός αλλαγμένου

γονιδίου σε πολλαπλές θέσεις είναι αποφασιστικός παράγοντας για το μεταλλαγμένο φαινότυπο.

3.2.2 Νεοπλασματικοί δείκτες στον καρκίνο του παχέος εντέρου

Στην προσέγγιση του προβλήματος "καρκίνος", σημαντική βοήθεια έχουν προσφέρει τα τελευταία χρόνια η ανίχνευση και ο ποσοτικός προσδιορισμός, στο αίμα των ασθενών¹, ουσιών που είτε παράγονται από τα ίδια τα καρκινικά κύτταρα και το συνδεδετικό τους υπόστρωμα (ορμόνες, ένζυμα, αντιγόνα κ.λ.π), είτε άλλων που βρίσκονται σε φυσιολογικές καταστάσεις σε μικρή ποσότητα, εμφανίζονται όμως σε υψηλά επίπεδα βολής (αλκαλική φωσφάτωση, εμβρυϊκή σφαιρίνη, φερριτίνη, γαστρίνη). Οι ουσίες αυτές δείκτες καρκίνου (tumour markers) όπως λέγονται, αποτελούν αντικείμενο επισταμένης μελέτης τα τελευταία χρόνια, παράλληλα με τη βελτίωση των μεθόδων προσδιορισμού τους.

Ο προσδιορισμός των δεικτών αυτών στην ογκολογία υποδεικνύει την παρουσία της καρκινικής μάζας στον οργανισμό και οι πολύ υψηλές τιμές μαρτυρούν συχνά την επέκταση της νόσου και την ύπαρξη μεταστάσεων.

Ο ιδανικός καρκινικός δείκτης θα έπρεπε να παράγεται μόνο από τα καρκινικά κύτταρα και να ελλείπει από υγιείς οργανισμούς ή σε καλοήθεις παθήσεις. Να ανιχνεύεται εύκολα και να έχει μεγάλη ευαισθησία, δηλαδή να επιτρέπει να γίνεται η διάγνωση του καρκίνου πρώιμα, πριν από την εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων.

Η προσδιοριζόμενη ποσότητα του δείκτη να είναι σε στενή σχέση με το μέγεθος του όγκου, πράγμα που είναι απαραίτητο στοιχείο για την πρόγνωση, και η εξέλιξη των τιμών του δείκτη με την πάροδο του χρόνου να επιτρέπει την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, είτε χειρουργική είναι αυτή είτε χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ανοσοθεραπεία και την έγκαιρη διαπίστωση υποτροπών.

Παρά τον ικανό αριθμό καρκινικών δεικτών που χρησιμοποιεί η σύγχρονη ογκολογία για την ανίχνευση των όγκων του γαστρεντερικού, δεν διαθέτει ακόμη τον ιδανικό δείκτη.

Η κατάταξη των καρκινικών δεικτών είναι δύσκολη. Συνηθίζεται να κατατάσσονται αναλόγως του βιοχημικού και φυσικοχημικού τους χαρακτήρα σε αντιγόνα ογκοεμβρυϊκά, ένζυμα, ορμόνες, ανοσοσφαιρίνες, δείκτες καθορισμένους από μονοκλωνικά αντισώματα και άλλους.

➤ **Ογκοεμβρυϊκά αντιγόνα**

Τα ογκοεμβρυϊκά αντιγόνα βρίσκονται στο έμβρυο, αλλά η έκκρισή τους μηδενίζεται πρακτικά με τη γέννηση. Είναι πρωτεΐνες ή πολυπεπτίδια που βρίσκονται στην επιφάνεια των κακοήθων κυττάρων και απελευθερώνονται στα υγρά του οργανισμού.

Στην κατηγορία αυτή, ανήκουν το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA), η εμβρυϊκή σφαιρίνη (α-FP) και το ιστοπολυπεπτιδικό αντιγόνο (TPA).

- **Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA)**. Ανακαλύφθηκε το 1965 από τους Gold και Freedman σε άτομο που έπασχε από καρκίνο του εντέρου. Είναι γλυκοπρωτεΐνη και ανιχνεύεται σε πολύ χαμηλές τιμές στους ιστούς υγιούς ατόμου (βλεννογόνο του εντέρου, των βρόγχων, του επιθηλίου, των μαστών κ.λ.π.) και στον ορό¹⁴. Η ειδικότητα είναι μικρή, διότι αυξημένες τιμές παρατηρούνται σε φλεγμονώδεις καταστάσεις, οξείες ή χρόνιες, σε πολύποδες του εντέρου (15-20%).

Στον καρκίνο του γαστρεντερικού, το CEA παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, διότι το ποσό που ανιχνεύεται σχετίζεται με την ιστοπαθολογική διαφοροποίηση, το στάδιο, την ταξινόμηση κατά Dukes και την παρουσία ηπατικών μεταστάσεων, δεδομένου ότι στους περιορισμένους όγκους είναι παθολογικός μόνο στο 20% των περιπτώσεων. Η αύξηση του στην παρακολούθηση ενός χειρουργημένου όγκου εντέρου – ορθού υπαινίσσεται υποτροπή και ωθεί το χειρουργό σε επανεπέμβαση, πριν εκδηλωθούν κλινικά ή ακτινολογικά ευρήματα. Όταν βρεθεί τοπική υποτροπή (19-30% των περιπτώσεων) ή μεμονωμένη

ηπατική μετάσταση, το ποσοστό επιβιώσεως παραμένει χαμηλό (20-30% για 5 χρόνια), όταν η τιμή του CEA είναι παθολογική^{4,9}.

- **α-εμβρυϊκή σφαιρίνη (α-FP).**

Είναι γλυκοπρωτεΐνη, που ανακαλύφθηκε από τον Abelev. Παρατηρήθηκε σε ασθενή με ηπατοκαρκίνωμα. Παράγεται από το ήπαρ, τον εντερικό σωλήνα, το λεκιθικό σάκκο. Το επίπεδο της α-FP σχετίζεται με τον καρκινικό όγκο, όχι όμως με την επιβίωση του ατόμου. Η παρακολούθηση των τιμών της α-FP με την πάροδο του χρόνου, είναι εξαιρετικός μάρτυρας της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, χειρουργικής ή φαρμακευτικής, επιτρέποντας την πρόωμη διάγνωση υποτροπών ή μεταστάσεων.

- **Ιστο-πολυπεπτιδικό αντιγόνο (TPA)**

Το TPA έχει εμβρυϊκή ή πλακουντική προέλευση. Έχει αυξημένη ευαισθησία στον παγκρεατικό καρκίνο (90%), μπορεί όμως να εμφανίσει υψηλά επίπεδα τιμών σε πολλές φλεγμονώδεις καταστάσεις (70% των περιπτώσεων), κακοήθεις και μη κακοήθεις, καθώς και σε πολλούς όγκους άλλης εντοπίσεως.

➤ **Μονοκλωνικά αντιγόνα που καθορίζονται από τα μονοκλωνικά αντισώματα.**

Η τεχνική των μονοκλωνικών αντισωμάτων επιτρέπει την ανακάλυψη και τον προσδιορισμό νέων καρκινικών αντιγόνων. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν το Ca 19-9, το Ca 50, το Ca 125, το TAG 72-3, το Ca 72-4 και το Sialyl-lex 1.

- **Αντιγόνο Ca 19-9**

Είναι ο πρώτος από τους διαθέσιμους σήμερα καρκινικούς δείκτες που προσδιορίστηκε με μονοκλωνικό αντίσωμα. Αυτός ο κλώνος αναπτύχθηκε εναντίον της σειράς ανθρώπινων κυττάρων SW 1116 που παράγεται από τον εντερικό καρκίνο. Το Ca 19-9 αντιγόνο απομονώθηκε και χαρακτηρίστηκε ως sialylated lacto - IV - Fucopentose II ολιγοσακχαρίτης, που ελλείπει από τα Lewis αρνητικά άτομα, διότι

λείπει ο γόνος Le ο οποίος ορίζει λεπτομερώς μια τρανσφεράση. Σε υγιείς, το επίπεδο είναι κάτω των 37 u/ml. Σε παθολογικές καταστάσεις αυξάνεται. Υψηλή ευαισθησία (98,5%) και ειδικότητα (πάνω από 79%) διαπιστώνεται στο αδενοκαρκίνωμα του γαστρεντερικού. Σε καρκίνο εντέρου – ορθού, σε στάδιο (και D κατά Dukes), η αύξηση των τιμών κυμαίνεται από 36-45% ενώ στα στάδια A και B μόνο 4% του Ca 19-9 βρέθηκε παθολογικό.

- **Αντιγόνο Ca 50**

Προσδιορίστηκε με μονοκλωνικό αντίσωμα που στρέφεται εναντίον καρκινικών κυττάρων από νεόπλασμα εντέρου.

Το Ca 50 σχετίζεται στενά με το Ca 19-9 όμως δεν ταυτίζονται.

- **Αντιγόνο Ca 125**

Το Ca 125 προσδιορίζεται με το αντίσωμα CC3 C195. Θεωρείται ευαίσθητος δείκτης για τον καρκίνο του εντέρου (39-53%) και του λοιπού γαστρεντερικού (30%), ενώ σε καλοήθεις παθήσεις φθάνει μέχρι 33%.

- **Αντιγόνο TAG 72-3 (Tumour Associated Glycoprotein).**

Ανιχνεύεται στον ορό ασθενών με καρκίνο του γαστρεντερικού, με τη βοήθεια του μονοκλωνικού αντισώματος B 72-3 που εξήχθη με τη μέθοδο των υβριδίων, όπου χρησιμοποιήθηκαν για την ανοσοποίηση του ποντικού μεταστατικά ηπατικά κύτταρα από καρκίνωμα μαστού.

Η ευαισθησία του στον καρκίνο του εντέρου κυμαίνεται από 40-52%.

- **Αντιγόνο Ca 72-4**

Έχει την ίδια δράση με το προηγούμενο, με τη διαφορά ότι εκτός του μονοκλωνικού αντισώματος B72-3 περιέχει και το αντίσωμα CC49 και ανιχνεύει έτσι το αντιγόνο TAG 72-3 με δυο επιτόπους.

- Αντίγονο Sialyl – lex – 1 (Sialyl SSEA – 1 antigen)

Ανακαλύφθηκε από τον Hakomori ως καρκινο-συνδεδεμένο αντιγόνο. Η ευαισθησία του στον καρκίνο του εντέρου ανέρχεται στο 20%.

3.3 Παθολογοανατομία

Το αδενοκαρκίνωμα είναι ο συχνότερος όγκος του πάχους εντέρου και του ορθού, αφού καλύπτει το 95% όλων των κακοηθών όγκων του. Άλλοι κακοήθεις όγκοι, που αποτελούν το υπόλοιπο 5%, είναι τα σαρκώματα, το κακόηθες λέμφωμα, το μελάνωμα και όγκοι του πρωκτού και του πρωκτικού δακτυλίου.

Μακροσκοπικός ο καρκίνος του πάχους εντέρου διακρίνεται κυρίως σε δυο τύπους : τον ανθοκραμβοειδή (πολυποειδή) και το διηθητικό δακτυλιοειδή, αν και αναφέρεται και τρίτος τύπος, ο ελκωτικός. Ο ανθοκραμβοειδής τύπος εντοπίζεται συχνότερα στο δεξιό κόλον, ενώ ο διηθητικός και ελκωτικός στο αριστερό¹⁵. Περίπου το 65-75% των καρκίνων εντοπίζεται στο κατιόν, στο σιγμοειδές και στο ορθό, 10-15% στο εγκάρσιο και 15-25% στο ανιόν και τυφλό.

Σε 2% των ασθενών είναι δυνατό να υπάρχουν δυο ή περισσότεροι καρκίνοι στο παχύ έντερο, ιδιαίτερα σε ασθενείς που έχουν αδενωματοώδεις πολύποδες. Ο διηθητικός τύπος μπορεί να προκαλέσει στένωση του αυλού και διάτρηση προς την περιτοναϊκή κοιλότητα με δημιουργία τοπικού αποστήματος ή και συριγγίου.

Ιστολογικώς^{4,16}, το μεγαλύτερο μέρος των καρκίνων του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα με ποικίλου βαθμού αδενική διαφοροποίηση και παράγουν διαφόρου βαθμού βλέννη (βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα). Ο καρκίνος εξαπλώνεται σε ευθεία επέκταση διαμέσου του τοιχώματος του εντέρου στο περικολικό λίπος, τα γύρω όργανα, τα λεμφαγγεία, τους λεμφαδένες και διαμέσου της πυλαίας, στο ήπαρ. Επίσης μπορεί να εξαπλωθεί σε όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα, τους πνεύμονες, και τα οστά.

Ο καρκίνος του ορθού μπορεί απευθείας να διηθήσει τα γύρω όργανα όπως κόλπο, ουρητήρες και τα οστά της λεκάνης. Έχει διαπιστωθεί ότι απαιτείται εξάμηνο χρονικό διάστημα για την κατάληψη ενός τέταρτου του κύκλου της εντερικής περιμέτρου δηλαδή περίπου δυο χρόνια για την ολοπεριφερειακή κατάληψη του τοιχώματος.

3.4 Σταδιοποίηση

Το στάδιο του καρκίνου του παχέος εντέρου περιγράφει το εξής⁹ : αν ο καρκίνος παραμένει μέσα στο έντερο ή έχει εξαπλωθεί σε άλλα σημεία. Όπως με όλους τους καρκίνους, η αρμόζουσα θεραπεία επιλέγεται μόνο όταν προσδιοριστεί το στάδιο του καρκίνου. Η προσπάθεια για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει αρχίσει από πολλά χρόνια και ακόμη δεν έχει γίνει ακριβής, ώστε να αποφεύγονται οι αμφισβητήσεις. Έχουν χρησιμοποιηθεί πολλά συστήματα (μέθοδοι) σταδιοποίησης για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Το αρχικό σύστημα που ανέπτυξε ο Dr Dukes το 1932 υπέστη αρκετές μετατροπές. Από το 1985 χρησιμοποιείται ένα σύστημα σταδιοποίησης βασισμένο στην κατάταξη T. N. M., που αντιστοιχεί άμεσα στο σύστημα Dukes. Έτσι προσδιορίζεται καλύτερα ο αριθμός των προσβεβλημένων λεμφαδένων, ένας παράγων δηλαδή που επηρεάζει την πρόγνωση. Η Διάσκεψη του Εθνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου που έγινε το 1990 συνιστούσε τη χρήση του συστήματος TNM για την εντόπιση ατόμων με πολύ υψηλό κίνδυνο, επειδή αυτό το σύστημα περιγράφει καλύτερα το μέγεθος του όγκου και το βαθμό της εξάπλωσης, καθώς και τον αριθμό των προσβεβλημένων λεμφαδένων.

Η κλινική ταξινόμηση για τους όγκους του κόλου και του ορθού, σύμφωνα με το σύστημα σταδιοποίησης TNM έχει ως εξής :

α) Κατάταξη σύμφωνα με το μέγεθος του όγκου (T) :

- T_x – Πρωτοπαθής όγκος δεν κατέστη δυνατόν να διαπιστωθεί.
- T₀ – Δεν υπάρχει πρωτοπαθής όγκος.
- T_{is} – Καρκίνωμα in situ : ενδοαυλικό καρκίνωμα.
- T₁ – Όγκος που διηθεί τον υποβλεννογόνιο.

T₂ – Όγκος που διηθεί τον μυϊκό χιτώνα.

T₃ – Όγκος που διηθεί τον υπορογόγιο ή διέρχεται στους περικολικούς και περιορθικούς ιστούς.

T₄ – Όγκος που διαπερνά το περιτόναιο ή διηθεί απευθείας άλλα όργανα.

β) Κατάταξη σύμφωνα με τους λεμφαδένες (N) :

Επιχώριοι θεωρούνται οι περικολικοί και περιορθικοί λεμφαδένες και εκείνοι που βρίσκονται κατά μήκος των αρτηριών της αριστερής και της δεξιάς κολικής, της ειλεολικής, της κατώτερης μεσεντέριας και της αιμορροϊδικής.

N_x – Δεν κατέστη δυνατή η διαπίστωση.

N_a – Δεν υφίσταται προσβολή λεμφαδένων.

N₁ – Μετάσταση σε 1 – 2 περικολικούς ή περιορθικούς λεμφαδένες.

N₂ – Μετάσταση σε 4 ή περισσότερους περικολικούς ή περιορθικούς λεμφαδένες.

N₃ – Μετάσταση σε λεμφαδένες κατά μήκος της διαδρομής των μεγάλων κοιλιακών αγγειακών κορμών.

Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)

Για τις μεταστάσεις

M₀ = Δεν υπάρχουν μεταστάσεις

M₁ = Υπάρχουν μεταστάσεις.

Βάσει των εκτιμήσεων των T, N, και M γίνεται η σταδιοποίηση κατά το σύστημα TNM.

Πίνακας 1. Σταδιοποίηση κατά Dukes

Στάδιο	Ιστολογικά ευρήματα
A 15% των περιπτώσεων	Ο όγκος εντοπίζεται στο τοίχωμα του εντέρου. Λεμφαδένες αρνητικοί.
B 35% των περιπτώσεων	Ο όγκος διηθεί ολόκληρο το τοίχωμα του εντέρου και επεκτείνεται στο περικολικό λίπος. Λεμφαδένες αρνητικοί.
C 50% των περιπτώσεων	Ο όγκος έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις. C1: στους επιχώριους λεμφαδένες C2: στους ριζικούς λεμφαδένες

Πίνακας 2 : Σταδιοποίηση κατά Astler Coller

Στάδιο	Ιστολογικά ευρήματα
A	Όγκος εντοπίζεται στο βλεννογόνο έως τον υποβλεννογόνο
B1	Όγκος διηθεί το μυϊκό χιτώνα έως τον ορογόνο
B2	Όγκος διηθεί όλο το τοίχωμα και επεκτείνεται στο περικολικό λίπος.
C1	Όπως B1, αλλά με διήθηση των λεμφαδένων
C2	Όπως B2, αλλά με διήθηση των λεμφαδένων.

Πίνακας 3 : Σταδιοποίηση κατά ομάδες

Στάδιο O	Tis	No	Mo
Dukes A			
Σταδιο I	T1	No	Mo
-	T2	No	Mo
Σταδιο II	T3	No	Mo
Dukes B			
	T4	No	Mo
Σταδιο III	όποιο T	N1	Mo
Dukes C			
	όποιο T	N2, N3	Mo
Σταδιο IV	όποιο T	όποιο N	M1.

Περισσότερο απλή και ευρύτερα αποδεκτή είναι η σταδιοποίηση κατά Dukes που έχει περισσότερα ιστολογικά στοιχεία (πιν. 3).

Ακολουθως η σταδιοποίηση κατά Dukes τροποποιήθηκε από τους Astler – Coller (πιν. 2) και η σταδιοποίηση αυτή αποτελεί την πλέον διαδεδομένη σήμερα.

Τέλος, η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία χρησιμοποιείται για την απεικονιστική προεγχειρητική σταδιοποίηση του ορθού που φαίνεται να είναι πλέον ακριβής μέθοδος για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του ορθού. Προσδιορίζει την έκταση της διηθήσεως στο εντερικό τοίχωμα που είναι συνήθως υπόψη ανωμαλία. Εύκολα, εντοπίζει τους περιορθικούς λεμφαδένες και είναι δυνατή η απεικόνιση της διηθήσεως στο ιερό οστόν, τον προστάτη ή τη μήτρα. Καρκινωματώδεις βλάβες του ορθού

μπορεί να ανιχνευθούν σε αρχικό στάδιο, ακόμη κι όταν υπάρχει περιγεγραμμένη βλάβη στο βλεννογόνο ή τον υποβλεννογόνο χιτώνα.

Με βάση την ανωτέρω μέθοδο, αλλά και την υπολογιστική τομογραφία, ο καρκίνος της ορθοσιγμοειδούς μοίρας του παχέος εντέρου σταδιοποιείται όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα :

Πίνακας 4

Στάδιο I :	Ενδοαυλική μάζα χωρίς πάχυνση του τοιχώματος
Στάδιο II :	Πάχυνση του τοιχώματος (μέχρι 5cm) χωρίς διήθηση των παρακείμενων ιστών.
Στάδιο III A :	Διήθηση παρακείμενων ιστών χωρίς επέκταση στο πυελικό τοίχωμα.
Στάδιο III B :	Επέκταση στο τοίχωμα της πυέλου.
Στάδιο IV :	Πυελικός όγκος και μεταστάσεις.

3.5 Επέκταση του Καρκίνου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται με τους ακόλουθους τρόπους^{4,9} :

1. Κατά συνέχεια ιστού

Το αδενοκαρκίνωμα με το χρόνο διηθεί όλους τους χιτώνες του εντέρου προς όλες τις κατευθύνσεις. Έτσι, προχωρεί κατά τον επιμήκη άξονα, σπανίως όμως πάνω από 5cm. Επεκτείνεται κυκλοτερώς και αναφέρεται ότι χρειάζεται περίπου 1 χρόνο για να διηθήσει τα $\frac{3}{4}$ του αυλού.

Επεκτείνεται και εκτός του αυλού, διηθώντας τους γύρω ιστούς. Μερικές φορές, γίνεται συγκαλυμμένη διάτρηση του νεοπλάσματος με φλεγμονώδη διήθηση των γύρω οργάνων, που δεν είναι δυνατόν να διαχωριστεί από τη νεοπλασματική διήθηση κλινικώς ή εγχειρητικώς.

2. Αιματογενής διασπορά

Ο καρκίνος μπορεί να διηθήσει αιμοφόρα αγγεία της περιοχής· καρκινωματώδη κύτταρα μέσω των φλεβών, μεταφέρονται διαμέσω της πυλαίας στο ήπαρ, το οποίο είναι το πρώτο σε συχνότητα όργανο, στο οποίο εμφανίζονται μεταστάσεις. Καρκινωματώδη κύτταρα μπορεί επίσης να παρακάμψουν την πυλαία κυκλοφορία (οπισθοπεριτοναϊκές, σπονδυλικές φλέβες) και να εμβολίσουν τον πνεύμονα. Καρκινωματώδη κύτταρα εντός των φλεβιδίων ανευρίσκονται στο ένα τρίτο των περιπτώσεων και είναι κακό προγνωστικό σημείο. Εμβολισμός από καρκινωματώδη κύτταρα δεν σημαίνει πάντα ανάπτυξη μεταστάσεως, γιατί μπορεί το ανοσολογικό σύστημα (T - λεμφοκύτταρο) να εξουδετερώσει τα καρκινωματώδη κύτταρα.

3. Λεμφική διασπορά

Είναι η πιο συχνή οδός διασποράς του καρκίνου⁹. Έχουν βρεθεί μεταστάσεις σε ποσοστό πάνω από 50%. Η μετάσταση στα λεμφογάγγλια δεν εξαρτάται από το μέγεθος της πρωτοπαθούς εστίας, αλλά από το πόσο αδιαφοροποίητα (αναπλαστικά) είναι τα καρκινωματώδη κύτταρα. Η μετάσταση στους 4 στοιχείους λεμφογαγγλίων δεν γίνεται προοδευτικώς και κατά σειρά, αλλά μπορεί να βρεθούν μεταστάσεις σε απομακρυσμένα λεμφογάγγλια (ριζικά), ενώ δεν υπάρχουν στα πλησίον της πρωτοπαθούς εστίας (παρακολικά).

Ο αριθμός και ο στοιχείος των λεμφογαγγλίων που έχουν μεταστάσεις έχει σοβαρή προγνωστική· γι' αυτό μια ριζική εγχείρηση για καρκίνο πρέπει να περιλαμβάνει όλους τους στοιχείους των λεμφογαγγλίων της περιοχής μέχρι και τα ριζικά.

4. Διασπορά με εμφύτευση κυττάρων

Όταν ο όγκος διηθήσει και τον ορογόνο του εντέρου, είναι δυνατόν, καρκινικά κύτταρα να αποπέσουν και να εμφυτευτούν στην περιτοναϊκή κοιλότητα^{9,5}. Τα κύτταρα αυτά προσκολλώνται στο τοιχωματικό περιτόναιο ή στο τοίχωμα οργάνων και εξελίσσονται σε μεταστατικές

εστίες. Μεταστάσεις στις ωθήκες αποδίδονται επίσης σε εμφύτευση καρκινικών κυττάρων.

5. Διασπορά πέριξ των νεύρων

Η διήθηση του περινευρικού χώρου από καρκίνο επιτρέπει τη διασπορά δια των νεύρων του παχέος εντέρου.

Αυτή η κατάσταση έχει ιδιαίτερα κακή προγνωστική σημασία.

6. Ενδοαυλική εμφύτευση κυττάρων

Αυτή επιτυγχάνεται με εμφύτευση αποφολιωμένων καρκινικών κυττάρων από την επιφάνεια εκβλαστικών κυρίως όγκων. Τα κύτταρα καθιλώνονται κατά κανόνα σε αναστομωτικές επιφάνειες και ευθύνονται για ένα ποσοστό των υποτροπών στην αναστόμωση^{9,4}.

3.6 Συμπτωματολογία

Στα πρώτα στάδια αναπτύξεώς του, ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν προκαλεί συνήθως συμπτώματα. Η φυσική ιστορία του καρκίνου αυτού χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη ασυμπτωματική του περίοδο. Είναι δυνατόν να διαδράμει επί έτη, πριν προκαλέσει τα πρώτα συμπτώματα. Με βαριούχο υποκλυσμό διπλής αντιθέσεως, διαπιστώθηκε ο βραδύς ρυθμός αυξήσεως ενός αδενοκαρκινώματος του εγκαρσίου στη διάρκεια 7,5 ετών. Σε 20 επιπλέον καρκίνους του παχέος εντέρου που μελετήθηκαν με τον ίδιο τρόπο βρέθηκε ότι ο όγκος διπλασιάζεται σε 600 περίπου μέρες. Σε ηπατικές και πνευμονικές μεταστάσεις, ο ρυθμός αυξήσεως της μεταστατικής μάζας είναι 5 με 12 φορές ταχύτερος από το ρυθμό αυξήσεως του πρωτογενούς όγκου¹⁷.

Μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, 15% των περιπτώσεων θεωρούνται ανεγχείρητοι καρκίνοι λόγω πολλαπλών μεταστάσεων ή ενδοπεριτοναϊκής διασποράς της νόσου. Στο υπόλοιπο 85% δηλαδή στους χειρουργήσιμους ασθενείς, η πρόγνωση επιδεινώνεται λόγω διηθήσεων στους τοπικούς λεμφαδένες (50%), συνυπάρξεως αποφράξεως παχέος εντέρου (15%) ή διηθήσεως παρακείμενων οργάνων (15%).

Για τους λόγους αυτούς, έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφοροι τρόποι για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, που βασίζονται σε μαζικό έλεγχο (screening) ασυμπτωματικών ομάδων πληθυσμού που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξή του.

Στο προχωρημένο στάδιο, είναι δυνατόν να υπάρχουν, μόνα ή σε συνδυασμό, ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα : - Παρουσία αίματος στις κενώσεις, σκούρου ή ανοιχτόχρωμου. - Αλλαγή των συνηθειών του εντέρου, δηλαδή πρόσφατη εγκατάσταση δυσκοιλιότητας ή διαρροϊκών κενώσεων ή συνδυασμού των δυο. - Κουλιακό άλγος. - Παρουσία βλέννας στις κενώσεις. - Μετεωρισμός. - Βορβορυγμοί. - Καταβολή και απώλεια βάρους.

Στον πίνακα⁴ 5, φαίνεται η διαφοροποίηση των τεσσάρων κύριων συμπτωμάτων στον καρκίνο του παχέος εντέρου, δηλ. της παρουσίας αίματος του άλγους, των σημείων αποφράξεως (που περιλαμβάνει τα συμπτώματα μετεωρισμού και βορβορυγμών) και της καταβολής, ανάλογα με την εντόπιση στο δεξιό ή το αριστερό κόλον και το ορθό.

Πίνακας 5 : Διαφοροποίηση των συμπτωμάτων στον καρκίνο του δεξιού και του αριστερού κόλου και του ορθού (Sugarbaker, τροποποιημένο).

Σύμπτωμα	Δεξιό κόλου	Αριστερό κολού	Ορθό
Αίμα κενώσεις	στις Σκούρο κόκκινο	Κόκκινο, με κόπρανα αναμιγμένο	Ζωηρό κόκκινο, επικαλύπτει τα κόπρανα
Άλγος	Ακαθάριστο	Κωλικοειδές, επιδείνωση μετά τη λήψη της τροφής	Σταθερό, βασανιστικό
Απόφραξη	Σπάνια	Συχνή	Σπάνια
Καταβολή	Συχνή	Σπάνια	Σπάνια

Για ποιο λόγο όμως διαφοροποιούνται τα συμπτώματα του Ca του παχέος εντέρου ανάλογα με την εντόπιση της νόσου ;

Φαίνεται ότι σ' αυτό συμβάλλουν τρεις κυρίως παράμετροι που παίρνουν διαφορετικές τιμές στα διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου :

το διαμέτρημα του αυλού, η σύσταση του εντερικού περιεχομένου και η παρουσία πρωτεολυτικών ενζύμων.

Η διάμετρος του ανιόντος φτάνει τα 6-10 cm και σταδιακά μειώνεται καθώς μετακινούμαστε προς τα αριστερά, για να φθάσει το ελάχιστό της, 2 cm περίπου, στο σιγμοειδές.

Στο ορθό πάλι, η διάμετρος του αυλού παίρνει τομές μεγαλύτερες 5-7 cm περίπου. Ο Ca του παχέος εντέρου, αφού διηθήσει το μυϊκό τοίχωμα, επεκτείνεται κατά μήκος της περιφέρειας του τοιχώματος του εντέρου μέσω των λεμφικών αγγείων που βρίσκονται μεταξύ των σιβάδων τους κυκλικώς και επιμήκως φερομένων λείων μυϊκών ινών. Στο δεξιό κόλον και στο ορθό ο καρκίνος πρέπει να διανύσει μεγαλύτερο μήκος περιφέρειας, διηθώντας το τοίχωμα του εντέρου. Είναι επομένως προφανές ότι τα συμπτώματα από στένωση και απόφραξη του αυλού θα χρειαστούν περισσότερο χρόνο για να εκδηλωθούν, αν ο όγκος αναπτύσσεται στο δεξιό κόλον από ότι αν αναπτύσσεται στο σιγμοειδές και στο κατιόν.

Η αλληλουχία των γεγονότων κατά τη διήθηση του τοιχώματος του εντέρου έχει μια άλλη συνέπεια : η καταβολή και η αδυναμία (λόγω της αναιμίας από χρόνια απώλεια αίματος), μπορεί να προηγείται κατά μήνες ή και έτη ακόμη των στενωτικών συμπτωμάτων σε δεξιά εντόπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Σε εντόπιση του καρκίνου στο ορθό, επειδή εδώ η εγκάρσια διάμετρος του αυλού του εντέρου είναι σχετικά μεγάλη, ως πρώιμο σύμπτωμα εμφανίζεται η αιμορραγία. Συμπτώματα από στένωση του αυλού είναι μάλλον σπάνια ως πρώτη εκδήλωση καρκίνου του ορθού.

Η μορφή με την οποία τελικά εκδηλώνεται η απώλεια αίματος από τη διηθητική εξεργασία, διαφέρει επίσης, ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Άλλοι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι η παρουσία πρωτεολυτικών ενζύμων και το αν η αιμορραγία είναι ραγδαία ή όχι. Τα πρωτεολυτικά ένζυμα του λεπτού εντέρου είναι ακόμη ενεργά όταν το εντερικό περιεχόμενο φτάνει στο δεξιό κόλον, καταστρέφονται όμως σταδιακά καθώς το περιεχόμενο κινείται προς το τέλος του πεπτικού σωλήνα. Η μετουσίωση των πρωτεϊνών του αίματος από τα πρωτεολυτικά

ένζυμα έχει ως αποτέλεσμα το αίμα στα κόπρανα να έχει σκούρο κόκκινο, κεραμιδί χρώμα. Η εμφάνιση αυτή είναι τυπική επί αιμορραγίας στο δεξιό κόλον. Επί μαζικής αιμορραγίας από το δεξιό κόλον, τα παραπάνω δεν ισχύουν λόγω του μικρού χρόνου παραμονής του εξαγγειωθέντος αίματος στο έντερο. Εικάζεται ότι τα πρωτεολυτικά ένζυμα είναι δυνατόν να επηρεάσουν και με πιο άμεσο τρόπο την εξέλιξη μιας αιμορραγίας από καρκίνο στο δεξιό κόλον : μέσω πέψης νεκρωμένων περιοχών του όγκου. Τότε μπορεί να προκληθεί παρατεταμένη αιμορραγία από καταστροφή του τοιχώματος νεόπλαστων αιμοφόρων αγγείων του όγκου.

Εντόπιση του καρκίνου στο δεξιό κόλον χαρακτηρίζεται από παρουσία σκούρου κόκκινου αίματος στις κενώσεις, καλά αναμεμιγμένου με τα κόπρανα, αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος και συχνότερες μαζικές αιμορραγίες. Σε εντόπιση του καρκίνου στο αριστερό κόλον, το αίμα παρουσιάζεται σε μικρότερες κατά κανόνα ποσότητες, είναι κόκκινο, αναμιγμένο με τα κόπρανα και δεν υπάρχει συνήθως σημαντική αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος.

Τέλος, όταν η εντόπιση του όγκου είναι στο ορθό, σχεδόν πάντοτε το αίμα επαλείφει τα κόπρανα και έχει χρώμα ζωηρό κόκκινο. Πρέπει να τονισθεί ότι, παρόλο που ο καρκίνος του ορθού δεν είναι καθόλου σπάνιος, συχνά η παρουσία ζωηρώς ερυθρού αίματος που επαλείφει τις κενώσεις αποδίδεται και σε αιμορροϊδοπάθεια. Κάθε γαστρεντερολόγος έχει υπόψιν του τέτοιες περιπτώσεις, όπου η διάγνωση του καρκίνου του ορθού καθυστέρησε αδικαιολόγητα να τεθεί⁴.

Μια άλλη παράμετρος που καθορίζει το είδος εμφανιζομένων συμπτωμάτων είναι η σύσταση του περιεχομένου του εντέρου. Το περιεχόμενο του παχέος εντέρου κατά την πορεία του προς το ορθό υφίσταται προοδευτική στερεοποίηση λόγω της απορροφήσεως ύδατος από το εντερικό τοίχωμα, που λαμβάνει χώρα κυρίως στο δεξιό κόλον. Έτσι, ενώ το περιεχόμενο του δεξιού κόλον είναι υγρό, στο αριστερό κόλον καθίσταται πολτώδες, για να γίνει στερεό στο ορθό. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια όταν υπάρχει στένωση του αυλού από διηθητική εξεργασία, να εμποδίζεται πολύ περισσότερο η διόδος του στερεού παρά

του υγρού περιεχομένου. Συμπτώματα από στένωση και απόφραξη είναι πιο συχνά στο αριστερό κόλον, ιδίως στο σιγμοειδές.

Ο μηχανισμός δημιουργίας του άλγους στον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν έχει διευκρινιστεί. Φαίνεται όμως ότι είναι παρόμοιος με αυτόν του άλγους στο πεπτικό έλκος. Πρόκειται προφανώς για έκφραση διαταραγμένης κινητικότητας του εντέρου, που οφείλεται στην ανελαστικότητα του τοιχώματός του λόγω της νεοπλασματικής διηθήσεως.

Η απώλεια βάρους στον καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να θεωρηθεί προγνωστικός δείκτης : η μέση επιβίωση σε ασθενείς χωρίς απώλεια βάρους βρέθηκε μεγαλύτερη από ότι σε αυτούς που παρουσίαζαν απώλεια βάρους άνω του 5% επί του αρχικού σωματικού βάρους (μέση επιβίωση σε εβδομάδες : 43 έναντι 15). Μετά από ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες με παρόμοια έκταση όγκου, η μέση επιβίωση στους ασθενείς χωρίς απώλεια βάρους ήταν 50% περίπου μεγαλύτερη από ότι σε αυτούς με απώλεια βάρους.

Υπάρχουν όμως και συμπτώματα επί καρκίνου του παχέος εντέρου που δεν οφείλονται στη διαταραχή της φυσιολογικής λειτουργίας του παχέος εντέρου. Πρόκειται για εκδηλώσεις που είτε είναι συστηματικές αντιδράσεις στον όγκο και στις ουσίες που αυτός παράγει (παρανεοπλασματικά σύνδρομα) είτε συμπτώματα από διήθηση κατά συνέχεια ιστών ή απομακρυσμένες μεταστάσεις^{1,9}.

Τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα επί καρκίνου του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν υπερασβεστιαμία, σύνδρομο Cushing (λόγω έκτοπης παραγωγής ACTH), υπογλυκαιμία, μελανίζουσα ακάνθωση (acanthosis nigerian, θρομβοφλεβιτιδες, διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, συμπτώματα από το κεντρικό (παρεγκεφαλιδική εκφύλιση) και το περιφερικό (κινητική και αισθητική περιφερική νευροπάθεια). Τα σύνδρομα αυτά αναφέρεται ότι υποστρέφουν μετά από αφαίρεση της νεοπλασματικής μάζας. Ωστόσο, η παρουσία ενός νεοπλασματικού συνδρόμου ως πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, θεωρείται δυσοίωνα προγνωστικό σημείο.

Διήθηση του τοιχώματος του εντέρου και επέκταση κατά συνέχεια ιστών έχει συχνά ως συνέπεια την εμφάνιση συριγγίων (εντεροεντερικών, γαστροκολικών, εντεροκυστικών) και αποστημάτων σε διάφορες θέσεις. Τέλος είναι δυνατόν, αν και συμβαίνει σπάνια, ως πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του παχέος εντέρου να εμφανιστεί απομακρυσμένη μετάσταση (δερματική, μυϊκή) ή γενικευμένη καρκινωμάτωση του περιτοναίου.

3.7 Διαγνωστικές εξετάσεις

1. Κλινική εξέταση

- Δακτυλική εξέταση του ορθού για την αναζήτηση εκβλαστήσεων^{9,4}.
- Ψηλάφηση της κοιλιακής χώρας για την αναζήτηση μάζας ή διογκωμένου ήπατος (ηπατομεγαλία).
- Διογκωμένοι λεμφαδένες πάνω από την αριστερή κλείδα και στη βουβωνική περιοχή.

2. Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις

- Mayer κοπράνων (ίσως είναι αρνητική στο 50% των περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου).
- Γενική αίματος.
- Γενική ουρών.
- Βιοχημικές εξετάσεις που περιλαμβάνουν ηπατικά ένζυμα, χοληστερίνη, ασβέστιο, σάκχαρο, ουρικό οξύ και σίδηρο ορού ή φερριτίνη (για έλεγχο αναιμίας).
- Προσδιορισμός του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA), ενός νεοπλασματικού δείκτη του ορού που μπορεί να είναι αυξημένος σε πρωτοπαθή ή υποτροπιάζοντα καρκίνο του παχέος εντέρου. Πολύ υψηλά επίπεδα CEA ενδέχεται να υποδεικνύουν περισσότερο προχωρημένη νόσο. Το επίπεδο του CEA πρέπει να προσδιορίζεται πριν από την χειρουργική επέμβαση κι αν είναι αυξημένο, να επανελέγχεται περιοδικά (κάθε 3-4 μήνες) μετεγχειρητικά.

- Η Β-2 μικροσφαιρίνη ή CA 19. 9 μπορεί να είναι ευαίσθητος δείκτης για τη μάζα του όγκου, ενδέχεται δε να υποδεικνύει μεταστάσεις, όταν το CEA βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

3. Απεικονιστικές μέθοδοι

- Ακτινογραφία μετά από βαριούχο υποκλυσμό.

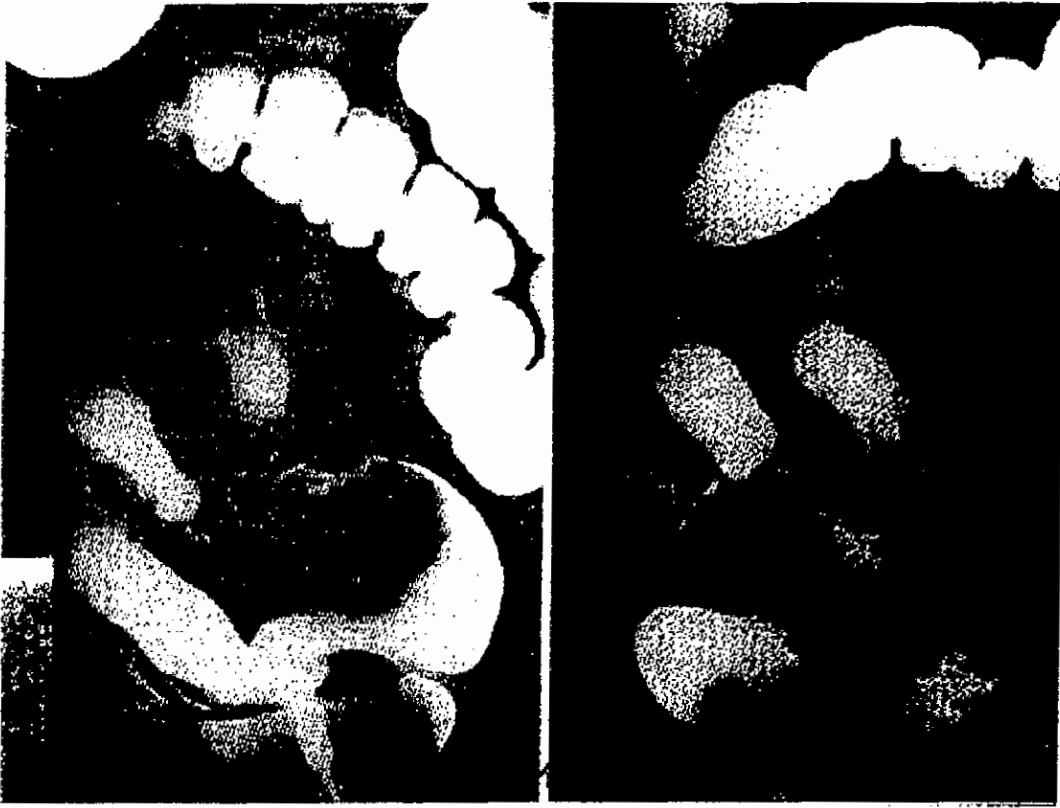
Είναι αναμφισβήτητα η πρώτη διαγνωστική προσέγγιση στους όγκους του παχέος εντέρου. Τροποποίηση και βελτίωση της εξετάσεως αυτής είναι η μέθοδος της διπλής σκιαγραφήσεως (double contrast). Η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου σε αρχικά στάδια είναι σχεδόν αδύνατη¹⁹. Η μορφολογία των όγκων ποικίλλει. Μπορεί να είναι πολυποειδείς, ελκωτικοί, δακτυλιοειδείς ή διάχυτα διηθητικοί. Ανάλογες είναι και οι ακτινολογικές εικόνες. Σε προχωρημένες βλάβες, τα χαρακτηριστικά είναι ίδια με το αδenoκαρκίνωμα, εκτός από την τάση να αποιτανώνονται τόσο στην πρωτοπαθή αιτία όσο και στις μεταστάσεις (ηπατικές ή περιτοναϊκές). Επέκταση της βλάβης μπορεί να γίνει κατά μήκος ή κυκλοτερώς του εντέρου. Οι προχωρημένοι όγκοι του εντέρου εξελκώνονται και μπορεί να προκαλέσουν διάτρηση του τοιχώματος, ενώ σε άλλες περιπτώσεις να προκαλέσουν σκιρρώδη αντίδραση⁴.

Τα ακτινολογικά σημεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι (εικόνες 1, 2, 3 και 4) :

- Έλλειμμα πληρώσεως που προβάλλεται στον εντερικό αυλό αφοριζόμενο από το φυσιολογικό βλεννογόνο με ευκρινή όρια. Το σημείο αυτό αναφέρεται ως καρκίνος "saddle".
- Ανωμαλία και καταστροφή της βλεννογονικής επιφάνειας, η οποία αφορίζεται με σαφή όρια από το φυσιολογικό βλεννογόνο.
- Ευμεγέθης ενδαυλικός όγκος που προκαλεί ανώμαλη στένωση.
- Δακτυλιοειδές κλασικό καρκίνωμα.
- Εκτεταμένη τοιχωματική διήθηση, που είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωστεί από δευτεροπαθές καρκίνωμα.

Στους πολυποειδείς καρκίνους, συχνά παρατηρείται εγκολεασμός. Πολλαπλά καρκινώματα συναντώνται σε 3-4%, ενώ ένα μονήρες καρκίνωμα μπορεί να συνοδεύεται με έναν ή περισσότερους πολύποδες.

- Υπερηχογράφημα κοιλίας και αν υπάρξει ένδειξη, μέσα στο ορθό. Ενδοορθικό υπερηχογράφημα μπορεί να δείξει με ακρίβεια τον όγκο και διογκωμένους λεμφαδένες έξω από το ορθό, αλλά αδυνατεί να αποδείξει αν οι διογκωμένοι λεμφαδένες περιέχουν μεταστατικό καρκίνο.
- Αξονική και μαγνητική τομογραφία κοιλίας, με σκοπό την εντόπιση μακρινών μεταστάσεων πριν από το χειρουργείο.
- Η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να αποκαλύψει πνευμονικές μεταστάσεις.
- Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, αν υπάρχει (ερευνητικά), μπορεί να βοηθήσει να εκτιμηθεί η πρόιμη ανταπόκριση των ηπατικών μεταστάσεων στη χημειοθεραπεία, δείχνοντας αλλαγές στο μεταβολισμό του σακχάρου.
- Ραδιοαπεικονιστικές, ολόσωμες τεχνικές πριν από το χειρουργείο με CYT-103 μονοκλωνικά, ραδιοσημασμένα αντισώματα ιριδίου, μπορεί να βοηθήσουν στην ανακάλυψη αφανών μεταστάσεων στο 12% περίπου των περιπτώσεων. Αυτή η πειραματική μέθοδος μπορεί να συμπληρώσει τις αξονικές τομογραφίες, αυξάνοντας τη διαγνωστική τους ευαισθησία στην αποκάλυψη αφανών μεταστάσεων της πυέλου, του ήπατος και άλλων περιοχών. Σε εξέλιξη βρίσκονται και άλλα τεστ μονοκλωνικών αντισωμάτων και απεικονιστικών μεθόδων^{9,4}.
- Έρευνες με αντί - CEA μονοκλωνικά αντισώματα έδειξαν υψηλή ακρίβεια στην ανακάλυψη όγκων μικρότερων του 1cm.



Εικόνα 1. Στενωτική περιοχή με ανωμαλία παρυφής λόγω υπάρξεως ενδαυλικής εξεργασίας



Εικόνα 2. Ανώμαλο έλλειμμα πληρώσεως από ύπαρξη εξωφυτικής (πολυποειδούς) βλάβης.



Εικόνα 3. Εκεταμένη ανώμαλη δακτυλιοειδής στένωση με απότομη μετάβαση στο υγιές τμήμα.



Εικόνα 4. Ευμεγέθους ενδαυλική εξεργασία με ευρεία βάση.

4. Ενδοσκόπηση

Αν λάβουμε υπόψη μας, ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο συχνότερος καρκίνος του πεπτικού και ότι έχει την καλύτερη πρόγνωση, όταν διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο, γίνεται φανερός ο σημαντικός ρόλος της ενδοσκοπήσεως τόσο στην έγκαιρη διάγνωση όσο και στην πρόληψη της νόσου.

Οι μέθοδοι ενδοσκοπικής μελέτης του παχέος εντέρου είναι : ορθοσιγμοειδοσκόπηση και κολο(νο)σκόπηση²⁰. Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση αποτελεί απλή εξέταση ρουτίνας σε αντίθεση με τη κολονοσκόπηση.

Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση με το εύκαμπτο ενδοσκόπιο είναι ανώδυνη για τον ασθενή αλλά και αποκαλύπτει πολύ μεγαλύτερο ποσοστό νεοπλασμάτων (τριπλάσιο περίπου). Τα 2/3 των όγκων του παχέος εντέρου είναι προστά στο εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο.

Η κολονοσκόπηση αποτελεί την καλύτερη μέθοδο για τον έλεγχο ολόκληρου του παχέος εντέρου. Έχει βέβαια και αυτή η μέθοδος τους περιορισμούς της, όπως σε περιπτώσεις πολλαπλών συμφύσεων από προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις, πολλαπλών εκκολπωμάτων, τα οποία προκαλούν ελικοειδή πορεία ή και στένωση του αυλού, σε ασθενείς που δεν συνεργάζονται κλπ. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η ολική κολονοσκόπηση δεν είναι δυνατή και είναι σημαντική η διαγνωστική βοήθεια του βαριούχου υποκλυσμού με εμφύσηση αέρα.

Ως προς την ενδοσκοπική εμφάνιση, ο καρκίνος του παχέος εντέρου διακρίνεται⁴ : α) **σε ογκόμορφο**, ο οποίος μπορεί να είναι εκβλαστικός ή πολυποειδής ή λαχνωτός. Ο όγκος μπορεί να είναι εξελκωμένος ή χωρίς εξέλκωση. β) **Σε ελκωτικό** : πρόκειται για ανώμαλη εξέλκωση, βαθιά, ρυπαρή, με επαρμένο περίγραμμα, σκληρής συστάσεως, εύθρυπτη και αιμορραγική. γ) **Σε διηθητικό**, όπου υπάρχει εκτεταμένη σκλήρυνση και ακαμψία του τοιχώματος, με στένωση ή παραμόρφωση του αυλού, χωρίς εμφανή ενδαυλική μάζα.

Η ενδοσκόπηση παρέχει τη δυνατότητα επιβεβαιώσεως της διαγνώσεως με την ιστολογική και την κυτταρολογική εξέταση. Ο ρόλος της ενδοσκοπήσεως δεν περιορίζεται στη διάγνωση του καρκίνου του

παχέος εντέρου. Όταν η διάγνωση του καρκίνου είναι γνωστή, η ολική κολonosκόπηση είναι απαραίτητη, λόγω της πιθανότητας υπάρξεως και άλλου καρκίνου ή πολύποδος. Σημαντική επίσης είναι η προσφορά της ενδοσκοπήσεως στην πρόληψη του παχέος εντέρου.

3.8 Διάγνωση

Τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτώνται από την εντόπισή του και ποικίλλουν αρκετά. Πολλά από αυτά εμφανίζονται και σε άλλες παθήσεις του παχέος εντέρου. Μόνο 4 στους 10 ασθενείς παρουσιάζονται στον γιατρό με τοπικά συμπτώματα²¹.

Τα δεδομένα αυτά αποδεικνύουν τη σημασία της καλής λήψεως του ιστορικού και της λεπτομερούς παρακλινικής μελέτης σε οποιονδήποτε άρρωστο με ελάχιστη έστω πιθανότητα υπάρξεως καρκίνου. Η διαγνωστική μεθοδολογία στηρίζεται στην ακτινολογική μελέτη του παχέος εντέρου με τη μέθοδο της διπλής αντιθέσεως και την ενδοσκόπηση με άκαμπτο ή εύκαμπτο ενδοσκόπιο και επιβεβαιώνεται ιστολογικώς με τη λήψη ιστικού τεμαχιδίου από τη μακροσκοπική βλάβη μέσω των ενδοσκοπίων.

Η διάγνωση πολλές φορές βραδύνει αδικαιολόγητα για αρκετούς μήνες. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο σε αμέλεια των ασθενών (από υποσυνείδητο φόβο για την αρρώστια ή ακόμη και από άγνοια) όσο και στους θεράποντες ιατρούς που δεν υποπτεύονται τη νόσο. Ανεξάρτητα από το αν πράγματι η κατάδειξη του καρκίνου του παχέος εντέρου και σε πρωιμότερο στάδιο βελτιώνει ή όχι την επιβίωση, είναι αδικαιολόγητο το υψηλό ποσοστό καθυστερημένης διάγνωσης. Ο κλινικός ιατρός πρέπει να έχει κατά νου τον καρκίνο του παχέος εντέρου, όταν αντιμετωπίζει αρρώστους με τα συμπτώματα που εκτίθενται στην συνέχεια. Αυτό θα μειώσει τον αριθμό των αρρώστων που θα προσέρχονται στο νοσοκομείο με διάτρηση ή απόφραξη ή βαριά αιμορραγία από τον όγκο, πράγμα που ενδέχεται να έχει ευμενή επίπτωση, τουλάχιστον στην εγχειρητική θνητότητα⁴.

Εξάλλου, φροντίδα του γαστρεντερολόγου, αλλά και του παθολόγου και του χειρουργού, πρέπει να είναι ο προγραμματισμένος έλεγχος ατόμων που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως εκτίθεται στα αντίστοιχα κεφάλαια.

3.9 Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού στηρίζεται στο λεπτομερές ιστορικό, την προσεκτική κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο.

Όπως είδαμε στο κεφάλαιο που περιλαμβάνει την ανατομία του πεπτικού συστήματος, το παχύ έντερο διακρίνεται στο δεξιό κόλον – που περιλαμβάνει το ανιόν και το εγκάρσιο μέχρι τη σπληνική καμπή – και στο αριστερό, το οποίο εκτείνεται από την σπληνική καμπή έως τον πρωκτό. Σύμφωνα με τα συμπτώματα και τα ευρήματα οδηγούμαστε στη διαφορική διάγνωση η οποία τεκμηριώνεται από παθήσεις αντίστοιχων συμπτωμάτων, όπως ο πόνος δεξιά που συνοδεύεται από καταβολή και αναιμία και αυτό, θα διαφοροδιαγνωσθεί από το πεπτικό έλκος, από παθήσεις των χολαγγείων, παθήσεις του παγκρέατος, νόσος του Crohn και εκκολπωμάτωση^{4,9}. Οξύς πόνος δεξιά ή ψηλαφητή μάζα στην ίδια περιοχή σε νεαρά άτομα θα οδηγήσει σε υπόνοια οξείας σκωληκοειδίτιδας, νόσο του Crohn, συστροφική κύστεως της ωοθήκης. Αντίθετα, σε ηλικιωμένα άτομα, η διάγνωση θα στραφεί στην εκκολπωμάτωση ή στη διάτρηση πεπτικού έλκους. Σε περιπτώσεις αποφράξεως, η διαφορική διάγνωση, γίνεται από συμφύσεις, εγκολεσμό, συστροφή του τυφλού, νόσο του Crohn και όγκους του λεπτού εντέρου. Στους όγκους του αριστερού κόλου, όπου η αιμορραγία αποτελεί συχνό εύρημα, η διαφορική διάγνωση γίνεται από αιμορροΐδες, συρίγγια του ορθού, ελκώδη κολίτιδα, νόσο του Crohn, αγγειοδυσπλασία. Σε περίπτωση μάζας στο αριστερό πλάγιο, η εκκολπωμάτωση, η νόσος του Crohn και η κύστη της ωοθήκης είναι από τις πιο συχνές παθήσεις που θα διαφοροδιαγνωσθούν από τον Ca του παχέος εντέρου. Σε περιπτώσεις αλλαγής των συνηθειών του εντέρου ή αποφράξεως η εκκολπωμάτωση, η

νόσος του Crohn, ο ειλεός από κοπρόσταση και η ψευδοαπόφραξη είναι παθήσεις που πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση. Στον πίνακα 6 φαίνονται συνοπτικά.

Σε επείγουσες περιπτώσεις που παρουσιάζονται με απόφραξη ή διάτρηση, η διάγνωση πολλές φορές γίνεται στο χειρουργείο. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε περιπτώσεις ασθενών που υπάγονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως ασθενείς με καθολική ελκώδη κολίτιδα, ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό χειρουργικής επεμβάσεως για νεοπλάσματα του παχέος εντέρου, ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό όγκου γεννητικών οργάνων ή μαστού. Στις περιπτώσεις αυτές η παρακολούθηση κατά τακτά διαστήματα και ο έλεγχος των ασθενών πρέπει να είναι πιο συστηματικός, κυρίως με ενδοσκόπηση, ορθοσιγμοειδοσκόπηση και κολονοσκόπηση^{22,4}.

Πίνακας 6. Διαφορική διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου⁴

<p>Καρκίνος του δεξιού κόλου Πόνος + αδυναμίααναιμία</p> <ul style="list-style-type: none"> - Πεπτικό έλκος. - Νόσος χολαγγείων. - Χρόνια παγκρεατίτιδα. - Καρκίνος του παγκρέατος. - Νόσος του Crohn. - Εκκολπωμάτωση. 	<p>Καρκίνος του αριστερού κόλου Αιμορραγία από ορθό</p> <ul style="list-style-type: none"> - Αιμορροΐδες. - Συρίγγια πρωκτού. - Ελκώδης κολίτιδα. - Crohn κολίτιδα. - Ισχαιμική κολίτιδα. - Αμοιβαδίαση. - Ενδομητρίωση. - Αγγειοδυσπλασία.
<p>Οξύς πόνος ή μάζα</p> <ul style="list-style-type: none"> - Σκωλικοειδής απόστημα. - Χολοκυστιτίδα εμπύημα - Διάτρηση έλκους. - Εκκολπωμάτωση ανιόντος. - Συστροφή κύστεως της ωοθήκης. - Ίνωση. - Εξωμήτρια κύηση. - Ενδοπελδική φλεγμονή. <p>Απόφραξη</p> <ul style="list-style-type: none"> - Συμφύσεις. - Εγκολεασμός. - Συστροφή τυφλού. - Νόσος του Crohn. - Όγκοι λεπτού εντέρου. 	<p>Αλλαγές στις κενώσεις ή απόφραξη</p> <ul style="list-style-type: none"> - Εκκολπωμάτωση. - Νόσος του Crohn. - Ισχαιμική κολίτιδα. - Ακτινική στένωση. - Κοπρανώδης απόφραξη. - Συστροφή σιγμοειδούς. - Ψευδοαπόφραξη. <p>Μάζα</p> <ul style="list-style-type: none"> - Εκκολπωματίτιδα. - Συστροφή κύστεως της ωοθήκης. - Ίνωση. - Νόσος του Crohn. <p>Συρίγγια</p> <ul style="list-style-type: none"> - Νόσος του Crohn. - Εκκολπωμάτωση. - Προηγούμενη επέμβαση. - Καρκίνος μήτρας - ουροδόχου κύστεως. - Ακτινοβόληση.

3.10 Επιπλοκές της νόσου

Επειδή κύριο χαρακτηριστικό των όγκων είναι να διηθούν, πολλοί όγκοι του παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται κατά πρώτον από μια επιπλοκή της αρχικής βλάβης. Ο όγκος μπορεί να προκαλέσει διάτρηση στο εντερικό τοίχωμα προκαλώντας οξεία περιτονίτιδα. Η διάτρηση αυτή μπορεί να γίνει με βραδύ ρυθμό, με αποτέλεσμα την δημιουργία τοπικής φλεγμονώδους μάζας και εντοπισμένης περιτονίτιδας ή μπορεί να διηθήσει αιμοφόρο αγγείο και να προκαλέσει αιμορραγία από το ορθό²³.

Συχνότερα ο όγκος αποφράσσει ένα μέρος του αυλού του εντέρου για μεγάλο χρονικό διάστημα με αποτέλεσμα στο τέλος να πραγματοποιηθεί πλήρης απόφραξη. Αυτό συμβαίνει κυρίως όταν ο όγκος βρίσκεται στο σιγμοειδές όπου η περιεκτικότητα των κοπράνων σε νερό είναι μικρή.

Επίσης, πολύ μεγάλοι και βραδέως αναπτυσσόμενοι όγκοι μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα που οφείλονται σε πίεση που εξασκείται πάνω σε γειτονικά όργανα, όπως η μήτρα, η ουροδόχος κύστη, οι ουρητήρες. Ως πρώτο σημείο μιας τέτοιας αυξημένης πιέσεως μπορεί να εμφανιστούν βουβωνοκήλες.

Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθούν ουρίγγια μεταξύ εντέρου και πνευλικών οργάνων καθώς και αποστήματα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα που οφείλονται σε διήθηση από νεοπλασματικό όγκο¹⁹.

3.11 Ιστολογία

Τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη.

A. Καλοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου

Πολύποδες

Με τον όρο πολύποδες εννοούμε κάθε περιγεγραμμένο όγκο που προβάλλει στον αυλό με παρουσία ή απουσία μίσχου. Ιστολογικώς, αναγνωρίζονται επιθηλιακοί και μη επιθηλιακοί πολύποδες.

▪ Επιθηλιακοί πολύποδες

Είναι οι πιο συχνοί πολύποδες στο παχύ έντερο. Στον πίνακα^{4 7} δίνεται η ταξινόμησή τους ανάλογα με την ιστογένεσή τους :

Πίνακας 7. Ταξινόμηση πολυπόδων

Τύπος	Μονήρης ή σε μικρό αριθμό	Πολλαπλοί
Ανώριμος	Υπερπλαστικός (μεταπλασματικός)	Υπερπλαστική, Μεταπλαστική, Πολυποδίαση,
Νεοπλασματικός	Αδένωμα : Σωληνώδες, Σωληνολαχνωτό, Λαχνωτό	Οικογενής πολυποδίαση
Αμαρτωματώδης	Νεανικός πολύποδας Peutz - Jeghers	Νεανική πολυποδίαση Σύνδρομο Peutz - Jeghers Σύνδρομο Cowden Σύνδρομο Chrankhite - Canada
Φλεγμονώδης	Φλεγμονώδης πολύποδας	Φλεγμονώδης πολυποδίαση (ψευδοπολυποδίαση)

▪ Υπερπλαστικός – Μετοπλαστικός πολύποδας

Είναι επιθηλιακός πολύποδας αγνώστου αιτιολογίας. Για την ανάπτυξη του, ενοχοποιούνται περιβαλλοντικοί παράγοντες, πιθανόν διαιτητικοί. Μερικοί θεωρούν ότι αφορούν σε γεροντική εστιακή εκφύλιση του βλεννογόνου, πλην όμως έχουν βρεθεί πολλαπλοί πολύποδες και σε νέα άτομα.

Μακροσκοπικώς, παρατηρείται μικρή πάχυνση του βλεννογόνου ή σχηματισμός όζων στις πτυχές του βλεννογόνου. Συχνά, είναι μονήρης, διαμέτρου κάτω των 5mm, ενώ μπορούν να βρεθούν και μεγαλύτεροι έμμοιοι και να εκληφθούν σαν γνήσια αδενώματα. Συχνότερα, εντοπίζονται στο ορθό και στο σιγμοειδές, αλλά είναι δυνατόν να βρεθούν κατά μήκος όλου του κόλου και στη σκωληκοειδή απόφυση.

Μικροσκοπικώς, η αλλοίωση φαίνεται να αρχίζει από το ανογεννητικό τμήμα των κρυπτών και πιθανόν λόγω διαταραχής της κινητικότητας να προκαλεί επιμήκυνση της κρύπτης και υπερπλασία. Έτσι τα κύτταρα που συμμετέχουν στο αναγεννητικό επιθήλιο εμφανίζουν αρκετές πυρηνοκινησίες, ενώ οι υπόλοιποι πυρήνες είναι κενοδοπιώδεις, με λεπτή πυρηνική μεμβράνη και προέχοντα πυρήνια. Τα τοιχώματα των κρυπτών έχουν "πριονωτές" παρυφές και επενδύονται από κυλινδρικά και καλυκοειδή κύτταρα με υπερπαραγωγή βλέννας. Τα κυλινδρικά κύτταρα του υπερπλαστικού πολύποδα χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ποσότητα RAS θετικής βλέννας από ότι το φυσιολογικό επιθήλιο του παχέος εντέρου. Εκτός από τις μεταβολές στη σύνθεση των βλεννών, τα κύτταρα του υπερπλαστικού πολύποδα χαρακτηρίζονται από κυτταροπλασματική άθροιση καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου, έλλειψη ορισμένων ενζύμων και διαταραχή στη μετάθεση της IgA.

Σε σχέση με την πρόγνωση, παρόλο που υπερπλαστικοί πολύποδες παρατηρούνται στην περιοχή καρκινώματων, θεωρείται ότι δεν είναι προκαρκινωματώδης αλλοίωση, αλλά ότι έχει κοινή παθογένεια με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Έτσι, ένα άτομο που παρουσιάζει υπερπλαστικούς πολύποδες έχει πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του

παχέος εντέρου, αλλά όχι υποχρεωτικά στο έδαφος προϋπάρχουσες υπερπλαστικού πολύποδα.

▪ **Αδένωμα**

Είναι καλοήγη επιθηλιακό νεόπλασμα με δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής. Για τη γένεση του αδενώματος ενοχοποιούνται γενετικοί παράγοντες, ενώ περιβαλλοντικοί παράγοντες (κυρίως διαιτητικοί) είναι υπεύθυνοι για την αύξηση του μεγέθους, την προοδευτικά αυξανόμενη σε βαθμό δυσπλασία και, τέλος την καρκινωματούδη εξαλλαγή.

Συχνότερα απαντάται στους άνδρες.

Μακροσκοπικώς, μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά, άμισχα ή μισχωτά, σπανίως και επίπεδα. Εντοπίζονται σε διάφορα σημεία του παχέος εντέρου, ενώ τα μεγαλύτερα σε μέγεθος βρίσκονται συνήθως στο αριστερό κόλον και στο ορθό, εκεί που απαντάται σε μεγαλύτερη συχνότητα και ο καρκίνος του παχέος εντέρου.

Όλα τα αδενώματα έχουν δυσπλασία στο επιθήλιο, αλλά ένα δυσπλαστικό επιθήλιο δεν ανήκει υποχρεωτικά σε ένα αδένωμα (π.χ. δυσπλασία σε ελκώδη κολίτιδα). Η μετάπλαση του αδενώματος στο φυσιολογικό βλεννογόνο φαίνεται ότι είναι απότομη. Ιστολογικώς, όμως, με την ανίχνευση των τύπων των βλεννών υπάρχει μια μεταβατική ζώνη βλεννογόνου με χαρακτηριστική μείωση ή απώλεια των θειούχων βλεννών και αύξηση των σιλοβλεννών²⁴.

Ένα αδένωμα είναι δυνατόν να έχει μικρού ή σοβαρού βαθμού δυσπλασία ή στο ίδιο αδένωμα να υπάρχουν όλων των βαθμών οι δυσπλασίες. Η σοβαρού βαθμού δυσπλασία ταυτίζεται με το ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα (*in situ*)⁴.

Σε μερικές μελέτες, είτε με αναζήτηση ειδικών βλεννών και ενζύμων είτε με μέτρηση της περιεκτικότητας σε DNA, φαίνεται ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές σε επίπεδο κυττάρου. Σε άλλες εργασίες, που στηρίζονται κυρίως στην αναζήτηση δεικτών με τη μέθοδο της ανοσοϊστοχημείας, φαίνεται ότι υπάρχουν ομοιότητες στην έκφραση των δεικτών τόσο στα αδενώματα όσο και στα καρκινώματα. Από τους πιο

κλασικούς δείκτες είναι το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) και η αναζήτηση των ογκογινιδίων *sas* και *mgc*.

Παράλληλα, η χοριακή γοναδοτροπίνη (HCG), που θεωρείται πλέον βιολογικός δείκτης κακοήθειας, εκφράζεται θετική σε ιστικό επίπεδο σε 43-50% των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου και σε 40% περίπου των αδενωμάτων, ενώ είναι αρνητική στο φυσιολογικό βλεννογόνο.

Σε άλλη εργασία, αναζητήθηκε σε τομές παραφίνης η ουσία H της ομάδας αίματος του συστήματος ABH. Η αναζήτηση του ειδικού αυτού αντιγόνου επιβεβαιώθηκε σε όλα τα καρκινώματα του παχέως εντέρου, ασχέτως διαφοροποιήσεως, εντοπίσεως ή σταδίου, ενώ στα αδενώματα η θετικότητά του έχει σχέση με το βαθμό δυσπλασίας.

Τέλος η αναζήτηση των θέσεων οργανωτών περιοχών πυρηνίου (NORs) φαίνεται ότι επίσης βοηθά στο διαχωρισμό των καρκινωμάτων από τους πολύποδες, χωρίς όμως σαφή όρια.

▪ **Σωληνώδες αδένωμα**

Είναι ο συχνότερος τύπος, μεγέθους από 0,1 cm μέχρι μερικά εκατοστά. Μακροσκοπικώς, μοιάζει μια μικρή ανθουράμβη και συνήθως έχει μίσχο. Μικροσκοπικώς, παρατηρούνται πολλαπλοί σωληνώδεις σχηματισμοί με μικρή συμμετοχή θηλών – λαχνών. Κύτταρα Poneth και ενδοκρινικά κύτταρα μπορεί να βρεθούν σκόρπια στο επιθήλιο.

Η δυσπλασία χαρακτηρίζεται ως μικρού, μέτριου ή σοβαρού βαθμού δυσπλασία, η κυτταρική ατοπία και η διαταραχή της αρχιτεκτονικής των κυττάρων είναι μικρή και οι πυρήνες είναι λίγο μεγαλύτεροι του φυσιολογικού και επιμήκεις, ενώ δείχνουν να συρρέουν· παρατηρείται επίσης μικρή μείωση της παραγωγής βλέννας, ενώ η αρχιτεκτονική των κυττάρων δεν διαταράσσεται σημαντικά⁹.

Στη δυσπλασία μέτριου βαθμού τα ευρήματα είναι περισσότερα με μεγαλύτερη διαταραχή σε κυτταρικό επίπεδο, μερική απώλεια του προσανατολισμού των πυρήνων, αύξηση της σχέσης πυρήνα – πρωτοπλάσματος, αρκετές πυρηνοκινησίες και μεγαλύτερη μείωση της παραγωγής βλέννας.

Στη δυσπλασία σοβαρού βαθμού τα ιστολογικά ευρήματα είναι ακόμη περισσότερα με μεγάλη διαταραχή του προσανατολισμού των πυρήνων και σχεδόν με απουσία βλέννας. Οι πυρήνες είναι κενοτοπιώδεις με προέχοντα πυρήνια. Παρατηρείται επίσης σημαντικού βαθμού διαταραχή στην αρχιτεκτονική των αδενίων και εμφάνιση αδενίων μέσα σε αδένια (εγκολέασμος).

▪ **Λαχνωτό αδένωμα**

Συνήθως, είναι μεγάλο, άμισχο ή μισχωτό. Μικροσκοπικώς, έχει χαρακτηριστική εμφάνιση. Αποτελείται από λάχνες - θηλές που επενδύονται από επιθηλιακά κύτταρα. Συνήθως, εμφανίζουν δυσπλασία μικρού βαθμού, η μετάπτωσή τους όμως σε καρκίνωμα, συνήθως βλεννώσεις, είναι πολύ συχνή.

▪ **Σωληνο - λαχνωτό αδένωμα**

Συνήθως, είναι έμμισχος πολύποδας. Στη μικροσκοπική του εμφάνιση είναι μικτό αδένωμα, ενώ η δυνητική του κακοήθεια βρίσκεται μεταξύ των δύο άλλων τύπων⁴. Η βαθμολόγηση της δυσπλασίας γίνεται όπως στα αμιγή σωληνώδη αδενώματα.

▪ **Κακοήθης εξαλλαγή αδενώματος**

Η πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής ενός αδενώματος φαίνεται ότι έχει σχέση με το μέγεθος, το βαθμό δυσπλασίας και το είδος του αδενώματος.

Αναφέρεται ότι το 74% των αδενωμάτων διαμέτρου κάτω από 1cm έχουν πιθανότητα 1% να εξαλλαγούν σε καρκίνο, ενώ 35% των πάνω από 2cm θα εξαλλαγούν σε διηθητικό καρκίνο.

Τη μεγαλύτερη πιθανότητα εξαλλαγής έχει το λαχνωτό αδένωμα και στους ασθενείς με πολλαπλά αδενώματα η πιθανότητα εξαλλαγής ενός από αυτά είναι μεγαλύτερη.

Λέγοντας διηθητικό καρκίνωμα στο παχύ έντερο εννοούμε ότι καρκινωματώδεις βλάστες διηθούν τη βλεννογόνια μυϊκή στοιβάδα. Θεωρούμε ότι το ενδοβλεννογόνιο καρκίνωμα στο παχύ έντερο ταυτίζεται με τη δυσπλασία σοβαρού βαθμού και δεν δίνει μεταστάσεις, επειδή ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου έχει πολύ λίγα λεμφαγγεία.

Επίσης, θα πρέπει να ξεχωρίζεται η γνήσια διήθηση της βλεννογονίας μυϊκής στοιβάδας από την ψευτοδιήθηση, που συνήθως είναι αποτέλεσμα τραυματισμού. Στην ψευτοδιήθηση, υπάρχουν καταδύσεις του επιθήλιου μέσα στη μυϊκή στοιβάδα με παρουσία πολλών διατεταμένων αγγείων, στοιχεία αιμορραγίας και μακροφάγων με αιμοσιδηρίνη, χωρίς ινοβλαστική αντίδραση και χωρίς να υπάρχουν στοιχεία κακοήθους εξαλλαγής.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η διήθηση του μίσχου ενός αδενώματος δεν είναι ένδειξη για μεγάλη χειρουργική επέμβαση, με την προϋπόθεση ότι το αδένωμα έχει εξαιρεθεί σε υγιείς ιστούς και δεν διηθούνται νεύρα και αγγεία ούτε το νεόπλασμα είναι χαμηλής διαφοροποίησεως.

▪ **Οικογενής πολυποδίαση**

Κληρονομείται με τον επικρατούντα χαρακτήρα. Ένα παιδί έχει 50% πιθανότητες να νοσήσει, όταν πάσχει ο ένας γονέας. Νοσούν εξίσου άνδρες και γυναίκες.

Χαρακτηρίζεται από την παρουσία εκατοντάδων – και συχνά χιλιάδων – αδενωμάτων σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου. Η πρώτη εμφάνιση των αδενωμάτων γίνεται κατά τη δεύτερη ή την τρίτη δεκαετία της ζωής και είναι αναπόφευκτη η εξαλλαγή κάποιον σε καρκίνο. Η μέση ηλικία των πασχόντων κατά τη διάγνωση της νόσου είναι τα 35 χρόνια και ήδη τότε τα 2/3 των περιπτώσεων έχουν αναπτύξει καρκίνο⁹.

Μακροσκοπικώς, στο παρασκεύασμα της κολεκτομής αναγνωρίζονται πολλαπλοί πολύποδες, μισχοί ή άμισχοι, ή μικρότατα οξίδια.

Μικροσκοπικώς, συνήθως είναι σωληνώδη αδενώματα διαφόρων μεγεθών, επίπεδα ή προέχοντα. Σπανίως, στην ιστολογική εξέταση

αναγνωρίζονται μικροαδενώματα, που αποτελούνται από ελάχιστους ή μονήρεις σωληνώδεις σχηματισμούς με στοιχεία δυσπλασίας.

Επίσης, αναφέρεται ότι μεμονωμένα κύτταρα ή ομάδες αδιαφοροποίητων κυλινδρικών κυττάρων, που αναγνωρίζονται μόνον ιστοχημικώς στο βλεννογόνο του παχέος εντέρου, θεωρούνται η βάση για τη γένεση νέων πολυπόδων.

▪ **Σύνδρομο Gardner**

Εκτός από τα αδενώματα του παχέος εντέρου, στο σύνδρομο συνυπάρχουν πολλές αλλοιώσεις εκτός γαστρεντερικού συστήματος. Σ' αυτές περιλαμβάνονται πολλαπλά οστεώματα, δεσμοειδείς όγκοι, διάχυτη λειομυωμάτωση μεσεντερίου και οπισθοπεριτοναίου, ανωμαλίες οδόντων, καρκίνωμα θυρεοειδούς, ηπατοβλάστωμα κ.α. Στους πολύποδες του γαστρεντερικού περιλαμβάνονται και πολύποδες του στομάχου, του δωδεκαδακτύλου και του λεπτού εντέρου.

▪ **Σύνδρομο Turcot**

Είναι συνδυασμός πολυποδιάσεως του παχέος εντέρου και κακοήθων όγκων του κεντρικού συστήματος. Κληρονομείται με τον επικρατούντα χαρακτήρα και οι πολύποδες – αδενώματα εξαλλάσσονται σε καρκίνο σε νεαρά άτομα.

▪ **Νεανικός πολύποδας**

Δεν θεωρείται γνήσιο νεόπλασμα, αλλά αμάρτωμα ή φλεγμονώδους αιτιολογίας. Συχνά, εντοπίζεται στο ορθό σε αγόρια ή κορίτσια ηλικίας 1-10 ετών.

Μακροσκοπικώς, οι πολύποδες είναι υποστρόγγυλοι με κόκκινη επιφάνεια, μερικές φορές εξελκώμενη και έχουν στενό μίσχο. Μικροσκοπικώς, αποτελείται από σωληνώδεις σχηματισμούς, συχνά κυστικώς διατεταμένους, ενώ στο στρώμα του πολύποδα μπορεί να συμμετέχει και η βλεννογονία μυϊκή στοιβάδα. Το επιθήλιο που

επενδύει τους σωλήνες είναι φυσιολογικό, ενώ το στρώμα είναι δυνατόν να εμφανίζει χόνδρινη ή οστική μετάπλαση.

Δεν θεωρείται προκαρκινωματώδης αλλοίωση, κυρίως όταν είναι μονήρης, ενώ στη νεανική πολυποδίαση το ποσοστό καρκινωματώδους εξαλλαγής ανέρχεται στο 10%.

▪ **Σύνδρομο Pentz – Jeghers**

Είναι σπάνιο σύνδρομο. Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολυπόδων στο στόμαχο – λεπτό και παχύ έντερο. Συνοδεύεται από μελανές κηλίδες δέρματος και βλεννογόνων κυρίως γύρω από το στόμα και στα ούλα. Οι πολύποδες αφαιρούνται μόνο επί υπάρξεως συμπτωμάτων (αιμορραγία – απόφραξη)⁴.

B. Κακοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου

Ο πιο συχνός τύπος είναι το αδενοκαρκίνωμα, ενώ απαντώνται επίσης το αδеноμαλπιγιακό, το αμιγές διηθητικό μαλπιγιανό, το αδιαφοροποιητό και το ενδοκαρκινικό καρκίνωμα^{25,1}.

Μακροσκοπικώς, ο όγκος είναι συχνά ελκωτικός με επαρμένα χείλη ή προέχον "ανθοκραμβοειδές" και σπανιότερα διάχυτος διηθητικός σκίρρος. Στις διατομές μπορεί να είναι συμπαγής ή βλεννώδης.

Μικροσκοπικώς, αποτελείται από σωληνώδεις, συνήθως καρκινωματώδεις, βλάστες με παρουσία άλλοτε άλλης ποσότητας βλέννας. Χαρακτηρίζεται ως ανωτέρης μέσης ή χαμηλής διαφοροποίησεως, ενώ μεταξύ των καρκινωματωδών κυττάρων μπορεί να βρεθούν κύτταρα Paneth ή ενδοκρινικά κύτταρα.

Ποσοστό 10-15% των όγκων χαρακτηρίζονται ως βλεννώδεις με παρουσία άλλοτε άλλης ποσότητας βλέννας. Η βλέννα μπορεί να είναι ενδαυλική ή ενδοκυττάρια, ή εξωκυττάρια υπό μορφή λιμνών με λίγα κύτταρα. Τα αμιγή καρκινώματα από κύτταρα "δικήν σφραγιστήρος δακτυλίου" είναι σπάνια, αναπτύσσονται σε νέα άτομα (μια δεκαετία νωρίτερα από τους άλλους καρκίνους του παχέος εντέρου) και θεωρούνται χωριστή οντότητα με διαφορετική παθογένεια.

Ο ειδικός χαρακτηρισμός των καρκινωμάτων ως βλενωδών, μη βλενωδών ή από κύτταρα "δικήν σφραγιστήρος δακτυλίου", δεν δίνει στον κλινικό ιατρό πρόσθετα στοιχεία για τη νόσο. Αδιαφοροποίητο χαρακτηρίζεται ένα συμπαγές καρκίνωμα με απουσία ή μικρή παραγωγή βλέννας. Διαυγοκυτταρικό καρκίνωμα σπανίως περιγράφεται στο παχύ έντερο και διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από το καρκίνωμα του νεφρού.

Με βάση τη μέτρηση του DNA, τα καρκινώματα χαρακτηρίζονται ως διπλοϊδικά ή ανευπλοϊδικά. Διάφορες μελέτες έχουν γίνει για τη σχέση πλοϊδικότητας και σταδίου ή διαφοροποίησεως του καρκινώματος, χωρίς να είναι αισιόδοξες για τη χρήση της μεθόδου στην πρόγνωση της νόσου.

Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες για την πρόγνωση, εκτός από τον αριθμό των διηθημένων λεμφαδένων είναι η παρουσία νεοπλασματικών εμβόλων σε αγγεία, η διήθηση νεύρων, η κυτταροβρίθεια του όγκου και η παρουσία ορισμένων ενζύμων. Οι ιστολογικές παράμετροι που σχετίζονται με την καλή πρόγνωση είναι τα σαφή όρια του όγκου και η λεμφοκυτταρική διήθηση στην περιφέρεια, όπως και η διαφοροποίηση του καρκινώματος. Υπολογίζεται ότι το 80%¹ των ασθενών με καλά διαφοροποιημένο αδenoκαρκίνωμα, 60% με καρκίνωμα μέσου βαθμού διαφοροποίησεως και 25% με χαμηλής διαφοροποίησεως καρκίνωμα φθάνει την πενταετή επιβίωση. Ο αριθμός των ηωσινόφιλων και των μαστοκυττάρων του όγκου έχει απασχολήσει κατά καιρούς διάφορους ερευνητές και πράγματι φαίνεται ότι παίζουν ρόλο στη φυσική ιστορία του καρκινώματος. Μόνο ο αριθμός των μονοκυττάρων όμως θεωρείται πραγματικός προγνωστικός δείκτης, ανεξάρτητα από το στάδιο Dukes, τη διαφοροποίηση και την παρουσία μεταστάσεων στους λεμφαδένες. Ενώ ο αριθμός των ηωσινόφιλων αυξάνεται αυξανόμενου του σταδίου Dukes, ο αυξημένος αριθμός των μαστοκυττάρων (πάνω από 4/30 οπτικά πεδία) μειώνει το προσδόκιμο επιβιώσεως, ανεξάρτητα από το στάδιο Dukes. Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, στην εξήγηση του ρόλου των μαστοκυττάρων (που μέχρι τώρα είναι αγνωστός) πρέπει ίσως να προσανατολισθούν οι έρευνες, για να εξηγήσουν τις ελλείψεις της

ταξινομήσεως Dukes, όσο αφορά στη βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Από τους ανοσοϊστοχημικούς δείκτες, η παρουσία μερικών έχει σχέση με τη διαφοροποίηση του νεοπλάσματος, αλλά όχι με το στάδιο της νόσου.

Το αμιγές μαλπιγιακό και το αδеноμαλπιγιακό καρκίνωμα αποτελούν το 0,05 των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου.

▪ **Αμιγές μαλπιγιακό καρκίνωμα**

Είναι πολύ σπάνιο και θα πρέπει να αποκλείεται το ενδεχόμενο διηθήσεως από παρακείμενα όργανα (π.χ. από τον τράχηλο της μήτρας) ή οι μεταστάσεις από απομακρυσμένα όργανα.

▪ **Αδеноμαλπιγιακό καρκίνωμα**

Είναι επίσης σπάνιο και θα πρέπει να διαφοροδιαγιγνώσκεται από το αδеноκαρκίνωμα του παχέος εντέρου με πλακώδη μετάπλαση.

Γ' Όγκοι λεμφικού ιστού

▪ **Καλοήθης ' 'λεμφοειδής' ' πολυπόδας**

Μακροσκοπικώς : υποβλεννογόσιος, συμπαγής, άμισχος όγκος, συχνά μονήρης, σπανίως 4 ή 5. Το μέγεθος του κυμαίνεται από λίγα χιλιοστά μέχρι 3 εκατοστά.

Ιστολογικώς, αποτελείται από υπερβλαστικό λεμφικό ιστό με παρουσία λεμφολιδίων με βλαστικά κέντρα. Ο κυτταρικός πληθυσμός καταλαμβάνει τον υποβλεννογόσιο χιτώνα, ενώ σπανίως επεκτείνεται στο μυϊκό.

Διαφορική διάγνωση γίνεται από το κακοήθες λέμφωμα. Συνήθως, η παρουσία βλαστικών κέντρων, η απουσία εξελκώσεως και διηθήσεως της μυϊκής στοιβάδας βοηθούν στη διαφορική διάγνωση. Σε ακραίες

περιπτώσεις, βοηθεί η αναζήτηση της πολυκλωνικότητας των κυττάρων με τη μέθοδο της ανοσοϊστοχημείας.

▪ **Καλοήθης 'λεμφοειδής' πολυποδίαση**

Σπάνια, συμβαίνει. Παρατηρείται κυρίως σε παιδιά. Θεωρείται ότι μπορεί να έχει σχέση με ιογενείς φλεγμόνες του εντέρου, αλλά μπορεί να είναι οικογενής ή να βρεθεί σε αρρώστους με σύνδρομο ανοσοκαταστολής.

▪ **Κακοήθες λέμφωμα (δυτικού τύπου ή σποραδικό)**

Η εντόπιση του στα παχύ έντερο συνήθως είναι αποτέλεσμα γενικευμένης νόσου. Μπορεί όμως, σπανιότερα, να είναι πρωτοπαθής εντόπιση ή να αφορά σε πολλαπλή λεμφωματική πολυποδίαση.

Τα κριτήρια της διαγνώσεως του πρωτοπαθούς κακοήθους λεμφώματος είναι να μην υπάρχουν λεμφαδένες με νόσο, η ακτινογραφία πνεύμονος και τα λευκά στο περιφερικό αίμα να είναι φυσιολογικά, το ήπαρ και ο σπλήνας να είναι ελεύθερα νόσου.

Μακροσκοπικώς : επίπεδη η προέχουσα αλλοίωση, εξελκώμενη ή μη.

Ιστολογικώς, η εικόνα εξαρτάται από τον τύπο των κυττάρων που συμμετέχουν στο νεόπλασμα. Τα νεοπλασματικά κύτταρα διηθούν το μυϊκό τοίχωμα ή και το λιπώδη ιστό.

Μερικές φορές, η διαφορική διάγνωση αδιαφοροποίητου καρκινώματος από λέμφωμα είναι δύσκολη και η αναζήτηση ειδικών επιθηλιακών δεικτών λεμφοκυττάρων είναι επιβεβλημένη⁴.

Πολλαπλή λεμφωματώδης πολυποδίαση

Απαντάται αποκλειστικά στους ενήλικες¹⁰. Παρατηρείται διάχυτη διήθηση από κακοήθες κεντροκυτταρικό λέμφωμα, που προκαλεί πολυποειδή πάχυνση του βλεννογόνου.

Μακροσκοπικώς : αναγνωρίζονται πολλαπλοί έμμιοχοι πολύποδες και διάχυτη οζώδης εμφάνιση του βλεννογόνου.

Ιστολογικώς, υπάρχει διάχυτη διήθηση από λεμφοειδή κύτταρα, κυρίως κεντροκύτταρα, αλλά είναι δυνατόν να αναγνωριστούν όλοι οι τύποι των λεμφωμάτων. Σε πολλές περιπτώσεις, υπάρχει στο περιφερικό αίμα εικόνα, λευκαϊμίας, ακόμη και όταν το λέμφωμα εντοπίζεται μόνο στο παχύ έντερο.

Σπληνομεγαλία, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια και διήθηση του μυελού των οστών μπορεί να παρατηρηθούν αργότερα.

Από τις επιπλοκές, η σημαντικότερη είναι η διάτρηση ή η απόφραξη σε περίπτωση μεγάλων όγκων.

3.12 Θεραπεία

Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής, σήμερα, σχεδόν οι μισοί διαγνωσθέντες καρκίνοι θεραπεύονται. Η στατιστική βέβαια αφορά μόνο τον μέσο όρο. Ορισμένοι τύποι καρκίνου θεραπεύονται πολύ περισσότερο από ότι άλλοι. Μερικές μορφές καρκίνου μπορεί να υποτροπιάσουν ακόμη και μετά την πενταετή περίοδο "ασφαλείας" που χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει την πλήρη ίαση.

Και σε καρκίνους όμως που χαρακτηρίζονται ανίατοι, η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή προσφέρει συχνά τεράστια πλεονεκτήματα : προσθέτει μήνες ή και χρόνια σχεδόν φυσιολογικής ζωής και βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα της ζωής, μειώνοντας τους πόνους ή εξασφαλίζοντας μια σχεδόν φυσιολογική λειτουργία των δραστηριοτήτων του σώματος.

Δυστυχώς πολλοί ασθενείς νομίζουν ότι η διάγνωση του καρκίνου αποτελεί και τη θανατική τους καταδίκη. Πολλοί επίσης πιστεύουν ότι εφόσον η ίαση δεν είναι εφικτή, δεν υπάρχει λόγος να υποστούν καμία θεραπευτική αγωγή. το πιο λυπηρό είναι ότι την άποψη αυτή την υιοθετούν όχι μόνο οι καρκινοπαθείς και το περιβάλλον τους αλλά και μέλη της ιατρικής κοινότητας.

Πράγματι, ο καρκίνος σε πολλές περιπτώσεις είναι ανίατος. Και για το διαβήτη όμως ή τα καρδιακά νοσήματα δεν υπάρχει πλήρης ίαση, ωστόσο εφαρμόζεται θεραπευτική αγωγή σε μόνιμη βάση. Οι ασθενείς βρίσκονται υπό θεραπεία δια βίου και ελάχιστοι υιοθετούν τη στάση της αδιαφορίας και της ηττοπάθειας. Και αυτό γιατί γνωρίζουν πως μπορούν να αντιμετωπίσουν την πάθησή τους, μέρα με τη μέρα, και να παραμείνουν δραστήριοι και παραγωγικοί και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Την ίδια ακριβώς στάση οφείλουν να τηρήσουν και οι καρκινοπαθείς.

Για να επιτευχθεί η ευκαιρία της πλήρους αποθεραπείας ή κάποιας επιτυχούς αντιμετώπισης, θα πρέπει να ξεκινήσει η θεραπεία το συντομότερο δυνατό μετά τη διάγνωση. Κατά την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής πρέπει και ο ίδιος ο ασθενής να εκφράσει την προσωπική του γνώμη. Θα στηριχθεί φυσικά στους ειδικούς που και γνώση έχουν και πείρα, όμως επειδή προέχει η ζωή του, η τελική απόφαση πρέπει να είναι δική του. Οποσδήποτε, θα βασιστεί στη λεπτομερή ανάλυση της νόσου και στις συστάσεις του αρχικού ιατρού του ή του ειδικού ογκολογού^{1,4}.

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου, έχει το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό ότι, παρά την πρόοδο της χειρουργικής, της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας κατά τις τελευταίες δεκαετίες, δεν έχει καταφέρει να επιμηκύνει την επιβίωση των ασθενών αυτών. Η αντιμετώπιση του ασθενούς με καρκίνο του παχέος εντέρου, πρέπει να γίνεται από ομάδα ειδικών γιατρών. Το είδος της αγωγής που θα ακολουθηθεί, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, από τους οποίους ο σπουδαιότερος είναι το στάδιο της νόσου.

Η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία συνήθως εναλλάσσονται. Σε αρχικά στάδια, η χειρουργική έχει τον πρώτο λόγο, ενώ σε τοπικά εκτεταμένη νόσο – ιδίως στο ορθό – η ακτινοθεραπεία έχει τη δυνατότητα να σμικρύνει την μάζα και να διευκολύνει την επέμβαση, ώστε να καταστεί ριζικότερη. Η χημειοθεραπεία παίζει ολοένα και σημαντικότερο ρόλο, κυρίως συμπληρωματικά, αμέσως μετά την εγχείρηση. Με τον συνδυασμό χειρουργικής και χημειοθεραπείας έχει

φανερί σημαντική βελτίωση της επιβίωσης. Αναμφίβολα, και στις προχωρημένες καταστάσεις, παρηγορητικές θεραπείες έχουν σημαντική θέση για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών αυτών.

Η χειρουργική αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο, στη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εντοπισμένης νόσου. Έστω και αν η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν έχει αλλάξει τα τελευταία 40 χρόνια, παρά τις όποιες προόδους της ιατρικής στον τομέα αυτόν, η χειρουργική αποτελεί σπουδαία προσφορά στον ασθενή, τόσο κατά την στιγμή της εμφάνισης της νόσου όσο και στην διευκόλυνση των μετέπειτα χειρισμών.

Οι σκοποί που επιδιώκονται στην χειρουργική του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι δυο :

1. Η άμεση νοσηρότητα και η θνητότητα να μην υπερβαίνουν το 5% στις εκλεκτικές εγχειρήσεις και το 25% στις επείγουσες.
2. Το ποσοστό των τοπικών υποτροπών να είναι όσο το δυνατόν χαμηλότερο και το ποσοστό της πενταετούς επιβίωσης όσο το δυνατόν μεγαλύτερο.

Οι σκοποί αυτοί επιτυγχάνονται όταν ο χειρουργός ακολουθεί τους χρυσούς κανόνες της σύγχρονης εγχειρητικής του παχέος εντέρου, ώστε τα ποσοστά των επιπλοκών, των τοπικών υποτροπών και της πενταετούς επιβίωσης να εξαρτώνται και από άλλους παράγοντες πλην της εγχειρητικής τεχνικής.

Η χειρουργική του καρκίνου του παχέος εντέρου περιλαμβάνει :

- την εκτομή του πάσχοντος τμήματος, το είδος και η έκταση της οποίας ποικίλλουν ανάλογα με τη θέση του υποπλάσματος και
- την αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου με την αναστόμωση του κεντρικού με τον περιφερικό αυλό^{27,4}.

♦ ΚΟΛΟΝ

→ **Εγχείρηση.** Οι όγκοι του κόλου πρέπει να αφαιρούνται όταν είναι δυνατόν, ακόμη και αν είναι μεταστατικοί, διότι οπωσδήποτε θα

προκαλέσουν επιπλοκές (απόφραξη του αυλού του εντέρου ή αιμορραγία).

Με την εγχείρηση εκλογής αφαιρούμε το τμήμα του εντέρου που καταλαμβάνει ο όγκος μαζί με όλους τους λεμφαδένες. Αυτό προϋποθέτει αφαίρεση των αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούν σημαντικό τμήμα του παχέος εντέρου. Συνήθως, λοιπόν, αφαιρείται το μισό ή το ένα τρίτο του εντέρου, ακόμη και όταν ο όγκος αυτός καθ' εαυτόν είναι σχετικά μικρός.

Έτσι εξασφαλίζονται υγιή όρια εκτομής και κατόπιν αναστομώνονται τα δυο άκρα ώστε να αποκατασταθεί η συνέχεια του αυλού του εντέρου.

Μερικές φορές, σε ασθενείς με όγκους στο αριστερό τμήμα του κόλου και πλήρη ή μερική απόφραξη, η αναστόμωση του εντέρου δεν είναι δυνατή διότι το χειρουργικό πεδίο έχει επιμολυνθεί από κόπρانا. Τότε δημιουργείται μια προσωρινή κολοστομία που διατηρείται έξι με δέκα εβδομάδες .

Για μικρούς όγκους η αφαίρεση πολυπόδων, χρησιμοποιείται η τοπική εκτομή, ενώ για κάπως μεγαλύτερους η σφηνοειδής εκτομή.

→ **Ακτινοθεραπεία.** Σε επιλεγμένες περιπτώσεις διηθητικών όγκων του τυφλού (το σημείο ένωσης λεπτού και παχέος εντέρου), η ακτινοθεραπεία μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες να εμφανιστεί τοπική υποτροπή. Η ανακουφιστική ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται κυρίως για εντοπισμένους μεταστατικούς όγκους και επώδυνες ηπατικές μεταστάσεις²⁸.

→ **Χημειοθεραπεία.** Σε περιπτώσεις μεταστατικού καρκίνου του κόλου μπορεί να χρησιμοποιηθεί η 5-φλουουρακίλ (5-FU) μόνη (σε συνεχή ή εφάπαξ χορήγηση ενδοφλεβίως) ή μαζί με άλλα φάρμακα.

Για περισσότερα από 25 χρόνια γίνονται προσπάθειες να βελτιωθεί το ποσοστό χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του κόλου με τη χρήση συμπληρωματικής χημειοθεραπείας²⁹. Η 5-FU έχει δοκιμαστεί σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα, όπως leucovorin

και /ή levamisole. Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία είναι καλύτερη από τη μονοθεραπεία με 5-FU, πρόσφατες έρευνες μάλιστα δείχνουν βελτίωση της επιβίωσης και μείωση των υποτροπών.

Κλινικές μελέτες για όγκους του Σταδίου II συγκρίνουν το σχήμα 5-FU + leucovorin με το σχήμα 5-FU + leucovorin + levamisole, ένα φάρμακο που δρα ως "βιοχημικός τροποποιητής της ανοσολογικής απάντησης" αυξάνοντας τη δραστηριότητα της 5-FU στα καρκινικά κύτταρα. Η levamisole + 5-FU βοηθά να αποκατασταθεί η λειτουργία των μακροφάγων και των Τ-λεμφοκυττάρων σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή. Σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου Σταδίου III (Dukes C) με θετικούς λεμφαδένες και οι οποίοι δεν μπορούν να ενταχθούν σε κάποια συμπληρωματική κλινική μελέτη, ο συνδυασμός levamisole + 5-FU δείχνει σημαντικό όφελος με ελάττωση της θνησιμότητας και των υποτροπών⁴.

Διάφορες δημοσιεύσεις σχετικά με τη χορήγηση 5-FU και ιντερφερόνης -α (χημειοανοσοθεραπεία) για μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου (Στάδιο IV) έδειξαν αυξημένο ποσοστό ανταπόκρισης. Νεότερες μελέτες εξετάζουν αυτά τα αρχικά ευρήματα. Ο συγκεκριμένος συνδυασμός εντούτοις έχει αυξημένη τοξικότητα, προκαλεί δε παρενέργειες όπως καταβολή, πυρετό, διάρροια και στοματίτιδα.

→ **Θεραπεία με λέιζερ.** Σε μερικές περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του κόλου εφαρμόζεται θεραπεία με λέιζερ κυρίως για ανακουφιστικούς λόγους. Με τις ακτίνες αυτές μπορούμε να κόψουμε τη μάζα ενός όγκου που προκαλεί απόφραξη του αυλού του εντέρου ή να σταματήσουμε μια αιμορραγία. Η χρησιμοποίησή τους για ανακούφιση από τον πόνο δεν είναι τόσο επιτυχής (βλ. Κεφάλαιο 9).

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟ ΚΟΛΟΝ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

Στάδιο 0 (Στάδιο 0 κατά Dukes)⁹

TNM T_{is} (Όγκος ή καρκίνωμα in situ).

Πρόκειται για πολύ πρώιμο καρκίνο που δεν επεκτείνεται πέρα από τη βασική μεμβράνη της πρώτης σιβάδας του εντερικού ιστού (βλεννογόνο).

Θεραπεία εκλογής. Τοπική εκτομή του όγκου ή του πολύποδα ή "σφηνοειδής" εκτομή που περιλαμβάνει αφαίρεση τμήματος του εντέρου. Η θεραπεία εκλογής εντούτοις περιλαμβάνει αφαίρεση του όγκου μαζί με 5 εκατοστά υγιούς εντέρου εκατέρωθεν μαζί με τους γειτονικούς λεμφαδένες και τις φλέβες. Λόγω του τρόπου που αιματώνεται το κόλον, συνήθως απαιτείται να αφαιρέσουμε όλο το δεξιό ή αριστερό τμήμα. Έτσι μειώνονται οι πιθανότητες να εμφανιστεί τοπική υποτροπή και αυξάνεται η ασφάλεια της επέμβασης.

Πενταετής επιβίωση 95%. Θα μπορούσε να είναι 100% ίαση, αν η διάγνωση ήταν πρωιμότερη.

ΣΤΑΔΙΟ I (A, B₁ κατά Dukes).

TNM T₁₋₂, N₀, M₀

Ο καρκίνος περιορίζεται στο βλεννογόνο ή στο μυϊκό τοίχωμα του κόλου και δεν έχει εξαπλωθεί ακόμη αλλού.

Θεραπεία εκλογής. Υπάρχουν πολλές πιθανότητες ίασης. Η κύρια θεραπεία είναι η ριζική εγχείρηση που συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό ίασης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Διάσκεψης του 1990 για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, δεν απαιτείται συμπληρωματική χημειοθεραπεία στο στάδιο αυτό, λόγω χαμηλής πιθανότητας υποτροπής.

Πενταετής επιβίωση 85%-95% ανάλογα με το αν υπάρχει διήθηση του μυϊκού χιτώνα.

ΣΤΑΔΙΟ ΙΙ (B₂ ή B₃ κατά Dukes)

TNM T₃₋₄, N₀, M₀

Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στο μυϊκό τοίχωμα του εντέρου ή στα παρακείμενα όργανα αλλά όχι στους λεμφαδένες. Οι όγκοι Dukes B₂ επεκτείνονται δια του τοιχώματος του εντέρου. Οι όγκοι B₃ διηθούν τα παρακείμενα όργανα.

Θεραπεία εκλογής. Χειρουργική αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου με ή χωρίς συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Δεν μπορεί να προταθεί συμπληρωματική χημειοθεραπεία για όγκους μέσου κινδύνου εκτός και αν εντάσσεται στα πλαίσια κλινικών πρωτοκόλλων. Εφόσον όμως σημαντικό ποσοστό ασθενών Σταδίου ΙΙ θα εμφανίσει τοπική υποτροπή, πρέπει να θεωρούνται υποψήφιοι για τέτοια θεραπεία. Όγκοι υψηλότερου κινδύνου είναι όσοι προκαλούν διάτρηση του εντέρου, επεκτείνονται σε παρακείμενα όργανα ή έχουν ανώμαλα χρωματοσώματα (ανευπλοειδικοί όγκοι).

Τα συνήθη σχήματα χημειοθεραπείας περιλαμβάνουν 5-FU + leucovorin ή 5-FU + levamisole. Οι παρενέργειες του δεύτερου σχήματος είναι λίγες και σχετίζονται κυρίως με την 5-FU. Η levamisole μόνη έχει ήπια τοξικότητα στο γαστρεντερικό με ναυτία, εμέτους, διάρροια και μετεωρισμό, καθώς και νευροτοξικότητα.

Πρέπει να αποφεύγεται η χρήση αλκοόλ διότι η levamisole προκαλεί δυσανεξία σε αυτό. Ο συνδυασμός 5-FU + leucovorin μπορεί να προκαλέσει σοβαρή διάρροια με λευκοπενία και πιθανόν να χρειαστεί ενδοφλέβια χορήγηση υγρών στο νοσοκομείο λόγω αφυδάτωσης.

Πενταετής επιβίωση 30%-70%, ανάλογα με την επέκταση στους γύρω ιστούς.

Πειραματική

- Συμπληρωματική χημειοθεραπεία με διάφορους συνδυασμούς που περιλαμβάνουν 5-FU + leucovorin ή χημειοανοσοθεραπεία με 5-FU + levamisole.

- Για να ολοκληρωθεί η αξιολόγηση του συνδυασμού 5-FU + levamisole για όγκους του Σταδίου II (B2 κατά Dukes) απαιτούνται ακόμη ένα ή δυο χρόνια. Οι ασθενείς που έχουν αντιμετωπιστεί μέχρι στιγμής είναι λίγοι και δεν αρκούν για να εξαχθούν οριστικά συμπεράσματα.
- Μπορεί να χορηγηθεί συνδυασμός 5-FU +PALA (συμπληρωματικό φάρμακο ανοσοθεραπείας) ή 5-FU + leucovorin για διάστημα ενός έτους μετά την επέμβαση.
- Η μετεγχειρητική τοπική ακτινοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει όταν οι όγκοι έχουν εξαπλωθεί στους ιστούς γύρω από το έντερο ή στην πύελο.

ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ (C₁, 2, 3 κατά Dukes)

TNM. Οποιοδήποτε T, N₁₋₃, M0

Ο όγκος έχει εξαπλωθεί έξω από το έντερο σε έναν ή περισσότερους λεμφαδένες. Οι όγκοι C₁ κατά Dukes περιβάλλονται από το τοίχωμα του εντέρου, οι όγκοι C₂ διαπερνούν το τοίχωμα και οι C₃ διηθούν παρακείμενους ιστούς.

Θεραπεία εκλογής. Υπάρχουν πολλές πιθανότητες θεραπείας και συχνά ίασης με τις συνήθεις μεθόδους, αλλά οι ασθενείς πρέπει να θεωρούνται υποψήφιοι για συμπληρωματικές κλινικές μελέτες²⁷.

Η θεραπεία εκλογής είναι αφαίρεση ευρέως τμήματος του κόλου και επανασύνδεση των άκρων (αναστόμωση), που ακολουθείται από συμπληρωματική χημειοθεραπεία με 5-FU + levasimole. Ενδείκνυνται επίσης μελέτες με νεότερους τρόπους θεραπείας.

Σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς οι όγκοι διηθούν τον ορογόνο χιτώνα του παχέος εντέρου³¹ (B₂) ή εμφανίζονται θετικοί λεμφαδένες (C). Υπολογίζεται ότι 20%-25% των ασθενών με όγκους B₂ κατά Dukes και 40%-90% με όγκους C κατά Dukes που χειρουργούνται θα εμφανίσουν υποτροπές, γι' αυτό και χρειάζονται συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Σε ασθενείς σταδίου C κατά Dukes χορηγείται σήμερα συνδυασμός levamisole + 5-FU (σύμφωνα με τις συστάσεις του

Αμερικανικού Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας μετά τη διάσκεψη για τον καρκίνο του παχέος εντέρου το Μάιο του 1990).

Μια μελέτη με χορήγηση levamisole + 5-FU σε ασθενείς με όγκους C κατά Duker που ξεκινά μέσα σε 5 εβδομάδες από την εγχείρηση έδειξε ελάττωση των υποτροπών και παράταση της επιβίωσης. Μια άλλη μελέτη έδειξε μείωση των υποτροπών κατά 41% και μείωση των θανάτων κατά 33%.

Πενταετής επιβίωση. Είναι 10%-60% με θετικούς περιοδικούς λεμφαδένες, 40%-60% με όγκους μέσα στο εντερικό τοίχωμα (C1), 20%-40% όταν ο όγκος επεκτείνεται μέσω του τοιχώματος (C2), και 10%-30% όταν υπάρχει διήθηση των γύρω οργάνων (C3). Αυτά τα δεδομένα δεν αντανakλούν τα αποτελέσματα προγραμμάτων συμπληρωματικής χημειοθεραπείας.

Η Διάσκεψη χρησιμοποίησε την ύπαρξη θετικών λεμφαδένων για να καθορίσει την πρόγνωση^{31,4}. Εάν βρεθεί διήθηση ενός έως τεσσάρων λεμφαδένων, το ποσοστό ίασης είναι 55%-60%. Όταν έχουν διηθηθεί 5 ή περισσότεροι λεμφαδένες, μόνο το 33% των ασθενών θεραπεύεται. Η συμπληρωματική χημειοθεραπεία θα βελτιώσει όλες τις παλαιότερες προγνωστικές εκτιμήσεις.

Πειραματική

- Κλινική μελέτη της συμπληρωματικής χημειοανοσοθεραπείας όπου συγκρίνεται η 5-FU + PALA, έναντι της 5-FU + levamisole ή ιντερφερόνη.
- Σε εξέλιξη βρίσκονται μελέτες στις οποίες ελέγχεται αν το σχήμα 5-FU + leucovorin +PALA υπερτερεί έναντι της κλασικής χημειοθεραπείας. Βλ. επίσης Στάδιο II.

Πειραματικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν ότι αναφέρθηκε στο στάδιο II.

ΣΤΑΔΙΟ IV (D κατά Dukes).

TNM Οποιοδήποτε T, οποιοδήποτε N, M1⁴.

Ο καρκίνος έχει επεκταθεί πέρα από το κόλον σε απομακρυσμένα σημεία ή όργανα, πιθανώς στο ήπαρ ή τους πνεύμονες.

Θεραπεία εκλογής. Ο καρκίνος του συγκεκριμένου σταδίου συνήθως δεν είναι ιάσιμος, εντούτοις η εκτομή του τμήματος του εντέρου που περιλαμβάνει τον όγκο και η αποκατάσταση της συνέχειας του αυλού με αναστόμωση είναι η θεραπεία εκλογής, με κύριο στόχο να προληφθούν σοβαρές επιπλοκές, όπως απόφραξη, αιμορραγία ή διάτρηση του εντέρου. Σε μερικές περιπτώσεις γίνεται απλή παράκαμψη των όγκων που αποφράσσουν τον αυλό του εντέρου¹⁷.

Πρέπει να σημειωθεί ότι 80% των ασθενών με καρκίνο στο κόλον πεθαίνει από ηπατική ανεπάρκεια. Εάν οι μεταστάσεις εντοπίζονται σε ένα μόνο τμήμα του ήπατος, τότε η αφαίρεση του όγκου μπορεί να θεραπεύσει το 20%-40% των ασθενών. Η πρόγνωση είναι καλύτερη όσο λιγότερες είναι οι μεταστάσεις και δεν υπάρχει βελτίωση παρά μόνο εάν αφαιρεθούν όλες.

Η μη ριζική εγχείρηση έχει την ίδια πρόγνωση με την εγχείρηση. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, και εφόσον υπάρχουν τρεις ή λιγότερες μεταστάσεις στο ήπαρ, είναι δυνατό να αφαιρεθεί στην ίδια εγχείρηση και ο όγκος του εντέρου και οι ηπατικές μεταστάσεις.

Οι μεταστάσεις στο ήπαρ μπορεί να περιοριστούν με τη μετεγχειρητική χορήγηση χημειοθεραπείας με 5-FU (floxuridine) με έγχυση δια της ηπατικής αρτηρίας, με ειδική αντλία.

Υπάρχουν επίσης νέες και καινοτόμες μέθοδοι θεραπείας. Η αντιμετώπιση των ηπατικών μεταστάσεων με ενδαρτηριακή χημειοθεραπεία 5-FUDR με αντλία εγχύσεως μπορεί να βελτιώσει το ποσοστό ανταπόκρισης περίπου κατά 50%.

Πολλές μελέτες όμως έχουν δείξει παρενέργειες (αυξημένη ηπατοτοξικότητα, υλοποίηση του χοληδόχου πόρου και λειτουργικές διαταραχές του ήπατος, γαστρίτιδα, διάρροια και πόνος) που καθιστούν αναγκαία την ελάττωση της δόσης στο 40%-50% των ασθενών (βλ.

μεταστατικός καρκίνος). Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι μειώνεται η τοξικότητα με εναλλασσόμενη χρήση 5-FU και 5-FUDR. Η ανταπόκριση στην ενδαρτηριακή θεραπεία με 5-FUDR εμφανίζεται συχνά και σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν αρχικά στην ενδοφλέβια χορήγηση 5-FU ή δεν ανταποκρίνονται πλέον.

Η έγχυση μπορεί να γίνεται σε εξωτερικούς ασθενείς με τη χειρουργική εμφύτευση ειδικής αντλίας συνδεδεμένης με την ηπατική αρτηρία (Infusaid). Αν και το ποσοστό ανταπόκρισης είναι υψηλό, δεν έχει αποδειχθεί ακόμη ότι αυξάνεται η επιβίωση.

Η χορήγηση 5-FUDR στην ηπατική αρτηρία διαμέσου καθετήρα σε μια αρτηρία του βραχίονα ή της βουβωνικής χώρας έχει επίσης υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης. Μ' αυτή τη μέθοδο απομονώνουμε την αιματική παροχή στον όγκο και στη συνέχεια διοχετεύουμε το φάρμακο στην απομονωμένη περιοχή.

Μπορεί να εκδηλωθούν φαινόμενα τοπικής τοξικότητας, όπως ηπατική δυσλειτουργία και ίνωση των χοληφόρων οδών.

Παρηγορητική θεραπεία. Η χορήγηση ακτινοθεραπείας μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο του μεγέθους του όγκου και /ή του πόνου μόνη ή μαζί με χημειοθεραπεία με 5-FU ή συνδυασμό 5-FU + leucovorin.

Ο συνδυασμός 5-FU + leucovorin εντούτοις λίγο βοηθάει όσους ασθενείς έχουν ήδη υποτροπιάσει έπειτα από μονοθεραπεία με 5-FU. Οι σύγχρονες απόψεις προτείνουν να αρχίζει η χημειοθεραπεία με 5-FU + leucovorin ή να εντάσσεται ο ασθενής σε ερευνητικό πρωτόκολλο. Άλλα φάρμακα που μπορεί να εξεταστούν είναι η mitomycin - C, το BCNU, το CCNU και το πειραματικό ICRF-159 (Razoxane).

Άλλη μέθοδος χορήγησης 5-FU είναι η συνεχής ενδοφλέβια έγχυση με φορητή ή σταθερή αντλία. Μια μελέτη έδειξε καλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης για συνεχή (2-4 εβδομάδες) ενδοφλέβια χορήγηση χαμηλών δόσεων φαρμάκου σε σύγκριση με μεμονωμένες απευθείας εγχύσεις φαρμάκου, αν και το τελικό ποσοστό επιβίωσης ήταν ίδιο. Μεταγενέστερη μελέτη έδειξε ποσοστό ανταπόκρισης 45% στη συνεχή ενδοφλέβια χορήγηση 5-FU σε ασθενείς σε άλλες θεραπείες.

Πενταετής επιβίωση 5%. Φτάνει το 20%-30% εάν είναι δυνατόν να αφαιρεθούν χειρουργικά οι ηπατικές μεταστάσεις.

Πειραματική

- Ο χημειοεμβολιασμός χρησιμοποιείται για τις ηπατικές μεταστάσεις. Η διαδικασία περιλαμβάνει έγχυση και πλήρωση της αρτηρίας που οδηγεί στον όγκο με μια πλαστική σπογγώδη ουσία που περιέχει χημειοθεραπευτικά φάρμακα (βλ. Μεταστατικός καρκίνος).
- Υπό αξιολόγηση βρίσκονται βιολογικές θεραπείες με χρήση ειδικών αντισωμάτων, ειδικά με χρησιμοποίηση ιντερφερόνης αμέσως πριν την χορήγηση 5-FU + leucovorin. Ενέσεις 5-10 εκατομμυρίων μονάδων ιντερφερόνης τρεις φορές την εβδομάδα σε συνδυασμό με έγχυση 5-FU έχουν δείξει υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης (άνω του 50%). Αυτή η θεραπεία μπορεί να μην επιτύχει εάν η νόσος έχει ήδη προχωρήσει ενώ χορηγείται μόνο 5-FU⁴.
- Άλλες μελέτες συγκρίνουν το σχήμα 5-FU + PALA με το 5-FU + ιντερφερόνη-α και 5-FU + leucovorin. Έχει αναφερθεί ότι το σχήμα PALA + 5-FU δίνει καλύτερη ανταπόκριση απ'ό,τι το 5-FU μόνο του.
- Τελευταία έχουν ξεκινήσει δοκιμές με μονοκλωνικά αντισώματα (MAb). Χορηγούνται ραδιοσημασμένα MAb έναντι του καρκίνου του κόλου ώστε να βοηθήσουν στον εντοπισμό αφανών εστιών του καρκίνου προ- και μετεγχειρητικά. Τα αρχικά αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, αν και ο τελικός ρόλος των MAb δεν έχει αποσαφηνιστεί (βλ. περίληψη των θέσεων της Διάσκεψης για τον καρκίνο του κόλου και του ορθού, σελ 86).

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για να ανιχνευθούν οι υποτροπές, συνιστώνται τα εξής μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας :

- Ιστορικό και κλινική εξέταση κάθε δυο με τρεις μήνες.
- Ακτινογραφία θώρακος ανά έξι έως δώδεκα μήνες για 3 – 5 χρόνια.
- Αξονική τομογραφία κοιλιάς και πυέλου ανά εξάμηνο για ένα ή δυο χρόνια και στη συνέχεια μια φορά το χρόνο.

- Βαριούχος υποκλυσμός όταν χρειάζεται.
- Αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις ανά τρίμηνο.
- Μετρήσεις επιπέδων του CEA στο αίμα ανά έξι έως δώδεκα εβδομάδες για τρία έως πέντε χρόνια, δεδομένου ότι κάποια αύξηση των τιμών μπορεί να εμφανιστεί πριν από άλλα κλινικά, ακτινολογικά ή εργαστηριακά σημεία υποτροπής της νόσου. Αν οι τιμές αυξηθούν πάνω από το φυσιολογικό, περίπου το 1/3 των ασθενών μπορεί να έχουν υποτροπή του όγκου που είναι δυνατό να αφαιρεθεί χειρουργικά με αποτέλεσμα την ίαση.
- Περιοδική πρωκτοσιγμοειδοσκόπηση ή κολονοσκόπηση τουλάχιστον μια φορά το χρόνο ή συχνότερα, ανάλογα με το στάδιο. Εάν υπάρχουν πολύποδες, η κολονοσκόπηση πρέπει να γίνεται μια με τρεις φορές το χρόνο, διότι ο κίνδυνος να αναπτυχθούν νέοι όγκοι είναι 3-4 φορές μεγαλύτερος.

Μετά την επιτυχή χειρουργική αφαίρεση όγκων Σταδίων A, B, και C κατά Dukes συνιστούμε τα εξής :

- Ιστορικό και κλινική εξέταση κάθε 3 μήνες για να ανιχνευθεί ενδεχόμενη υποτροπή του όγκου.
- Πλήρεις αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις και μετρήσεις του CEA κάθε τρεις μήνες.
- Κολονοσκόπηση (προτιμότερη από τον βαριούχο υποκλυσμό) μια φορά τον χρόνο για ανίχνευση υποτροπών ή νέων πολυπόδων ή καρκίνου.
- Επειδή τα μέλη της ίδιας οικογένειας μοιράζονται τα ίδια γονίδια και / ή διαίτα, οι συγγενείς πρώτου βαθμού πρέπει να ελέγχονται για ύπαρξη αίματος στα κόπρανα και να υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση μετά την ηλικία των 30 ετών³.

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΚΟΛΟΥ

Ο καρκίνος μπορεί να υποτροπιάσει στο κόλον ή σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος, όπως το ήπαρ ή οι πνεύμονες. Δυστυχώς οι ασθενείς με υποτροπή συνήθως πεθαίνουν από τον καρκίνο.

Η θεραπεία για υποτροπή του καρκίνου είναι ουσιαστικά η ίδια με τη θεραπεία του Σταδίου IV, αν και εξαρτάται και από το σημείο υποτροπής^{4,3}.

- Όταν υπάρχει μόνο ένα σημείο υποτροπής, όπως το ήπαρ ή οι πνεύμονες, πρέπει να αφαιρείται ο όγκος εφόσον είναι δυνατό, με σκοπό να αυξηθούν οι πιθανότητες ίασης ή να παραταθεί η επιβίωση.
- Μερικές φορές η υποτροπή εμφανίζεται στο σημείο αναστόμωσης του εντέρου μετά την πρώτη εγχείρηση. Αυτές οι υποτροπές του σημείου ραφής μπορεί να αφαιρεθούν με αρκετές πιθανότητες ίασης.
- Σαν μέσο ανακούφισης έχει χρησιμοποιηθεί χημειοθεραπεία με ένα φάρμακο (10%-20% ανταπόκριση) ή συνδυασμό φαρμάκων (30%-40% ανταπόκριση) ή άλλα ερευνητικά φάρμακα.
- Τέλος έχουν χρησιμοποιηθεί μέθοδοι εγχύσεως φαρμάκων μέσα στην ηπατική αρτηρία με εμφύτευση ειδικών αντλιών, όταν υπάρχει υποτροπή στο ήπαρ.

Πειραματική

- Πρόσφατα προγράμματα χημειοθεραπείας δείχνουν αυξημένα ποσοστά ανταπόκρισης και ίσως αυξημένη επιβίωση.
Ελπιδοφόρα αποτελέσματα έδωσαν οι συνδυασμοί : 5-FU + leucovorin, 5-FU + ιντερφερόνη-α, 5-FU + PALA, 5-FU + levamisole, 5-FU + levamisole + leucovorin ή ιντερφερόνη-α ή PALA.
- Οι δόσεις των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων αυξάνονται σημαντικά με την ταυτόχρονη χρήση αιμοποιητικών αυξητικών παραγόντων (GM-CSF).
- Άλλες μελέτες αξιολογούν τη χρήση συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας, όπως επίσης και τα μονοκλωνικά αντισώματα έναντι αντιγόνων του καρκίνου του κόλου.

ΟΡΘΟ

Χειρουργική. Η σύγχρονη θεραπεία εκλογής για τον εντοπισμένο καρκίνο του ορθού περιλαμβάνει την εκτομή του όγκου με τουλάχιστον

δυο εκατοστά φυσιολογικού εντέρου εκατέρωθεν, όπως και αφαίρεση όλων των επιχώριων λεμφαδένων. Ο χειρουργός και ο παθολογανατόμος πρέπει να εξετάσουν το χειρουργικό παρασκεύασμα για να διαπιστώσουν αν υπάρχει ή όχι υπόλειμμα καρκίνου στα όρια της εκτομής. Αν ο όγκος είναι μικρός, μπορεί να αφαιρεθεί με τοπική σφηνοειδή εκτομή.

Σε μερικούς ασθενείς με όγκους χαμηλά στο ορθό, η χορήγηση προεγχειρητικής ακτινοβολίας σε μεγάλες δόσεις μπορεί να συρρικνώσει τον όγκο, επιτρέποντας την αφαίρεσή του από το χειρουργό και αφήνοντας ταυτόχρονα επαρκές κολόβωμα περιφερικά για την αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου. Έτσι διαφυλάσσεται ο σφιγκτήρας μυς του ορθού και αποφεύγεται η ανάγκη μόνιμης κολοστομίας στο 85% περίπου των ασθενών με καρκίνο του ορθού³².

Η θνησιμότητα από αυτή την εγχείρηση είναι μικρότερη από 7%, αλλά σε ποσοστό 25%-40% εμφανίζεται ανικανότητα ή ουρολογικά προβλήματα. Ένα ποσοστό 10%-15% των ασθενών εμφανίζει καθυστερημένη τοπική υποτροπή της νόσου στην πύελο, ειδικά αν ο όγκος ήταν χαμηλά στο ορθό και χρησιμοποιήθηκε περιορισμένη εκτομή για να διατηρηθεί ο σφιγκτήρας μυς.

Είναι φανερό ότι ο στόχος πρέπει να είναι η αφαίρεση όλου του όγκου με επαρκές υγιές περιθώριο – που οδηγεί σε ίαση – και όχι η διατήρηση του σφιγκτήρος μυός του ορθού.

Σε σπάνιες περιπτώσεις μη διηθητικών όγκων (που περιορίζονται στα ανώτερα στρώματα του ορθού, δηλαδή το βλεννογόνο και την υποβλεννογόνο στιβάδα) είναι δυνατή η αφαίρεση του όγκου από κάτω, δια του πρωκτού : χρησιμοποιείται κρυοπληξία ή αφαιρείται απλώς ο όγκος, χωρίς να αφαιρεθεί τμήμα του εντέρου. Η χρήση ακτινοθεραπείας προ- ή μετεγχειρητικά μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο τοπικής υποτροπής του όγκου στην πύελο.

Σε όγκους που βρίσκονται πολύ χαμηλά στο ορθό –λιγότερο από 5-6 εκατοστά από τον πρωκτό- μετά την αφαίρεση του όγκου και του κάτω περιθωρίου του δεν παραμένει πλέον αρκετό μήκος ορθού για να γίνει επανασυρραφή. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο χειρουργός εκτελεί κοιλιοπερινεϊκή εκτομή, την εγχείρηση εκλογής για διηθητικό καρκίνο.

Το ορθό και ο πρωκτός με όλους τους συνδεδεμένους μυς αφαιρούνται και δημιουργείται μόνιμη κολοστομία.

Σε εξέλιξη βρίσκονται έρευνες για την επιλογή ασθενών που μπορεί να αποφύγουν αυτή την εκτεταμένη εγχείρηση. Με αυτή την πειραματική μέθοδο, επιλεγμένοι ασθενείς αντιμετωπίζονται με τοπική εκτομή του όγκου – εφόσον δεν υπάρχουν υπολείμματα καρκίνου στα όρια εκτομής – και χορηγείται ακτινοθεραπεία στην πύελο ή και χημειοθεραπεία.

Μια καινούργια συρραπτική συσκευή για την επανασύνδεση των τμημάτων του εντέρου επιτρέπει μερικές φορές να εκτελέσουμε εγχείρηση χαμηλής πρόσθιας εκτομής σε ασθενείς με καρκίνους του ορθού σε χαμηλή θέση. Έτσι αποφεύγεται η μόνιμη κολοστομία.

Όταν δεν υπάρχουν σημεία μεγάλης υπολειμματικής νόσου στην πύελο μετά την αφαίρεση του όγκου σε υγιή όρια μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία αντί της κοιλιοπερινεϊκής εκτομής. Έτσι μειώνονται οι τοπικές υποτροπές, που προκαλούν σοβαρά συμπτώματα. Σε εξέλιξη βρίσκονται προγράμματα παρακολούθησης μετά τη θεραπεία.

Ακτινοβολία. Η ακτινοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί προ- ή μετεγχειρητικά για τη θεραπεία του καρκίνου του ορθού. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις υψηλού κινδύνου (ανάλογα με τη θέση και το μέγεθος του όγκου), η ακτινοβολία σε υψηλές δόσεις προεγχειρητικά βελτιώνει την επιβίωση, ελαττώνει τις υποτροπές και επιτρέπει τη διατήρηση του σφιγκτήρος μυός ακόμη και σε όγκους του ορθού με χαμηλή εντόπιση^{30,4}.

Αν τοποθετήσουμε την πηγή ακτινοβολίας μέσα στο ορθό (ενδουλική ακτινοθεραπεία), επιτυγχάνουμε υψηλά ποσοστά ίασης σε μερικές περιπτώσεις, όπως σε καλά διαφοροποιημένους όγκους λιγότερο από 3 – 4 εκατοστά πάνω από τον σφιγκτήρα, τον οποίο μάλιστα διατηρούμε.

Συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Η χρήση μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας είναι αποτελεσματικότερη στον καρκίνο του ορθού απ'ότι στον καρκίνο του κόλου, λόγω της αυξημένης τάσης αυτών των

όγκων να υποτροπιάζουν τοπικά. Αρκετές μελέτες για την εφαρμογή συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας έπειτα από κοιλιοπερινεϊκή εκτομή καρκίνου του ορθού έδειξαν μείωση των τοπικών υποτροπών και μικρή αύξηση της επιβίωσης και του ελεύθερου νόσου διαστήματος.

Συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Οι όγκοι του Σταδίου I (A και B₁ κατά Dukes) έχουν υψηλό ποσοστό ίασης με μόνη την εγχείρηση και δεν υπάρχει λόγος να γίνει συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Σε πιο προχωρημένους όγκους όμως (B₂, C κατά Dukes) η χημειοθεραπεία είναι καλύτερη και πρέπει να ξεκινά μέσα σε 6 εβδομάδες από την εγχείρηση.

Συνδυασμένη θεραπεία. Πρόσφατα επιτεύχθηκε παράταση της ελεύθερης νόσου επιβίωσης σε ασθενείς με καρκίνους του ορθού του Σταδίου B₂ και C κατά Dukes οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν σε συνδυασμό χημειοθεραπείας – ακτινοθεραπείας σε σύγκριση με όσους έλαβαν μόνο ακτινοβολία.

Με κλινικές μελέτες ελέγχεται σήμερα ο συνδυασμός 5-FU + ακτινοβολία ή 5-FU + leucovorin ή levamisole για όγκους του Σταδίου II και III (B₂ και C κατά Dukes). Αναφέρεται ότι ο συνδυασμός χημειοθεραπείας – ακτινοθεραπείας βελτιώνει το ελεύθερο νόσου διάστημα και την ολική επιβίωση.

Η μεγαλύτερη ωφέλεια προκύπτει όταν χορηγείται 5-FU πριν και κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας³³.

Παρηγορητική θεραπεία. Σε προχωρημένους, μη ιάσιμους καρκίνους γίνεται η ακτινοθεραπεία για ανακούφιση εφόσον δεν χρησιμοποιήθηκε πριν ή μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Συχνά προστίθεται και 5-FU^{4,9}.

Βραχύχρονη ανακούφιση επιτυγχάνεται με χημειοθεραπεία στο 20% των ασθενών, αν και δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι παρατείνει σημαντικά την επιβίωση σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο (D κατά Dukes).

Η θεραπεία με λέιζερ μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική στην άρση της απόφραξης του εντέρου ή στον έλεγχο της ενδαυλικής αιμορραγίας³³.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ : ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

ΣΤΑΔΙΟ 0

TNM Tis (καρκίνος in situ)⁴.

Αυτός ο επιφανειακός μη διηθητικός καρκίνος είναι μια πολύ πρόωμη μορφή που δεν έχει εξαπλωθεί πέρα από την πρώτη σιβάδα (βλεννογόνος) του εντερικού ιστού.

Θεραπεία εκλογής. Λόγω της επιφανειακής του φύσης αντιμετωπίζεται με περιορισμένη μάλλον παρά ριζική εγχείρηση, καθώς και με άλλους τρόπους. Χειρουργικά μπορεί να γίνει απλή εκτομή του ίδιου όγκου (εκκυρήνιση) και μικρού τμήματος ιστού.

Άλλες δυνατότητες είναι η ηλεκτροκαυτηρίαση και η ενδαυλική (εσωτερική) η εξωτερική ακτινοθεραπεία για τη διατήρηση του σφιγκτήρα.

Πενταετής επιβίωση. Άνω του 95%.

ΣΤΑΔΙΟ I (Ισχύει ότι αναφέρθηκε στο στάδιο I του καρκίνου του κόλου).
(Στάδια A, B1 κατά Dukes).

TNM T1, 2, N0, M0.

Ο καρκίνος περιορίζεται στο βλεννογόνο ή στον μυϊκό χιτώνα του ορθού και δεν έχει εξαπλωθεί πουθενά αλλού. Στους όγκους A κατά Dukes περιορίζεται στο βλεννογόνο, ενώ στους B1 κατά Dukes στο τοίχωμα του ορθού.

Θεραπεία εκλογής. Η εγχείρηση γενικά οδηγεί στην ίαση.

Όταν ο όγκος βρίσκεται στο ανώτερο τμήμα του ορθού μπορεί να συναφαιρεθεί με ευρύ υγιές όριο ιστών και στη συνέχεια να αποκατασταθεί το έντερο (αναστόμωση).

Όταν ο όγκος βρίσκεται κοντά στον πρωκτό, η θεραπεία εκλογής είναι η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή και η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας. Σε επιλεγμένους ασθενείς γίνεται διαπρωκτική εκτομή του όγκου.

Η ενδουλική ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μερικούς ασθενείς. Η τεχνική απαιτεί εμπειρία και ειδικό εξοπλισμό, τα αποτελέσματα δε είναι αντίστοιχα εκείνων της εγχείρησης, με διατήρηση του σφιγκτήρα.

Σε αυτό το στάδιο καρκίνου υπάρχει πιθανότητα 5%-10% για τοπική υποτροπή.

Πενταετής επιβίωση. 95% για A κατά Dukes, 85%-90% για B1 κατά Dukes.

Πειραματική. Τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμών της ακτινοθεραπείας και της ηλεκτροκαυτηρίασης είναι ελπιδοφόρα.

ΣΤΑΔΙΟ II (Ισχύει ότι αναφέρθηκε στο στάδιο II του καρκίνου του κόλου). (B2, B3 κατά Dukes).

TNM T₃, 4, N₀, M₀.

Ο καρκίνος έχει διαπεράσει όλες τις στιβάδες του εντέρου με ή χωρίς επέκταση στα παρακείμενα όργανα (μήτρα, κύστη, ωοθήκες, προστάτης), αλλά χωρίς να διηθεί λεμφαδένες. Οι όγκοι B2 κατά Dukes επεκτείνονται δια του τοιχώματος του ορθού, ενώ οι B3 διηθούν παρακείμενα όργανα.

Θεραπεία εκλογής. Ο όγκος του Σταδίου II είναι ιδιαίτερα επιδεκτικός θεραπείας και συχνά ίασιμος. Οι θεραπευτικές δυνατότητες είναι οι εξής:

- Αφαίρεση του όγκου με ευρύ υγιές περιθώριο και επανασύνδεση του εντέρου στο ορθό όταν ο όγκος βρίσκεται ψηλά (αναστόμωση).
- Η ίδια εγχείρηση ακολουθούμενη από συνδυασμό ακτινοθεραπείας – χημειοθεραπείας, με αποτέλεσμα αυξημένα διαστήματα ελεύθερα νόσου σε σύγκριση με την εγχείρηση μόνο ή την εγχείρηση + ακτινοβολία. Η 5-FU + ακτινοβολία αυξάνει την επιβίωση και μειώνει τις υποτροπές.
- Κοιλιοπερινεϊκή εκτομή και μόνιμη κολοστομία με ή χωρίς συμπληρωματική ακτινοβολία και χημειοθεραπεία για όγκους που βρίσκονται χαμηλά, κοντά στον πρωκτό.
- Ασθενείς με όγκους B2 ωφελούνται από την συμπληρωματική χημειοθεραπεία όταν έχουν δείκτες που καθιστούν πιθανή την υποτροπή (ανώμαλα χρωματοσώματα στην ανάλυση του DNA, διήθηση του έξω χιτώνα του εντέρου, διάτρηση, σύμφυση με άλλα όργανα ή διήθηση παρακείμενων οργάνων).
- Για όγκους B3 τα διηθημένα όργανα της πυέλου (ουροδόχος κύστη, μήτρα ή προστάτης) μπορεί να αφαιρεθούν (πυελική εκσπλαγχνωση) για να αφαιρεθεί όλος ο καρκίνος με ή χωρίς συμπληρωματική χημειοθεραπεία.
- Ο μετεγχειρητικός συνδυασμός χημειοθεραπείας – ακτινοθεραπείας μειώνει τις υποτροπές του όγκου στην πύελο και αυξάνει τις πιθανότητες επιβίωσης (στο στάδιο αυτό οι πιθανότητες τοπικής υποτροπής είναι 25%-30%).
- Για όγκους κοντά στον πρωκτό η ακτινοθεραπεία πριν από την εγχείρηση μπορεί να επιτρέψει τη διατήρηση του σφιγκτήρος μυός.

Η προεγχειρητική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία συμβάλλει στην μείωση των υποτροπών, δεν έχει αποδειχθεί όμως ότι παρατείνει την επιβίωση^{4,9}.

Πενταετής επιβίωση. 50%-70% για B2 κατά Dukes, 30% για B3 κατά Dukes²⁰.

Πειραματική. Με νέα προγράμματα συμπληρωματικής χημειοθεραπείας αυξάνεται η επιβίωση κατά 10%-15%.

- Συμπληρωματική χορήγηση 5-FU + leucovorin και ακτινοθεραπεία.
- 5-FU + levamisole και 5-FU + PALA, ένα ανοσοτροποποιητικό φάρμακο, που αυξάνει τη δραστικότητα του 5-FU.
- Ερευνάται η αξία της διεγχειρητικής ακτινοβολίας για τοπικά προχωρημένη νόσο.

ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ (Ισχύει ότι αναφέρθηκε στο στάδιο ΙΙΙ του καρκίνου του κόλου). (C1, 2, 3 κατά Dukes).

TNM Οποιοδήποτε T, N1-3, M0.

Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί μέσα ή έξω από το ορθό και έχουν διηθηθεί ένας ή περισσότεροι λεμφαδένες. Οι όγκοι C1 περιορίζονται μέσα στο ορθό, οι C2 διαπερνούν το τοίχωμα, ενώ οι C3 έχουν διηθήσει παρακείμενα όργανα.

Θεραπεία εκλογής. Ο αριθμός των λεμφαδένων που είναι διηθημένοι από καρκίνο είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας. Ασθενείς με 5 ή περισσότερους διηθημένους λεμφαδένες έχουν δυσμενέστερη πρόγνωση.

Η θεραπεία εκλογής για όγκους κοντά στον πρωκτό είναι η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή με ή χωρίς συμπληρωματική χημειοθεραπεία και/ή ακτινοθεραπεία.

Για όγκους στο ανώτερο τμήμα του ορθού, μακριά από τον πρωκτό, γίνεται εκτομή σε ευρέα υγιή όρια και αναστόμωση του εντέρου με ή χωρίς συμπληρωματική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Μπορεί να χρειαστεί αφαίρεση των οργάνων της πυέλου (πυελική εκσπλάγχνωση) προκειμένου να εκριζωθεί ο καρκίνος όταν η διήθηση έχει φτάσει στο στάδιο C3. Η διαδικασία αυτή μπορεί να ακολουθηθεί και από συμπληρωματική χημειοθεραπεία και /ή ακτινοθεραπεία.

Για όγκους κοντά στον πρωκτό η ακτινοθεραπεία ακολουθούμενη από χειρουργική επέμβαση μπορεί να επιτρέψει τη διατήρηση της λειτουργίας του σφιγκτήρα.

Σε αυτό το στάδιο η πιθανότητα υποτροπής είναι 50%.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Διάσκεψης για τον καρκίνο του κόλου και του ορθού του 1990, εάν υπάρχει διήθηση από τον καρκίνο 1-4 λεμφαδένων, η πιθανότητα ίασης είναι 55%-60%. Εάν υπάρχουν 5 ή περισσότεροι θετικοί λεμφαδένες η επιβίωση πέφτει στο 33%. Τα σύγχρονα συμπληρωματικά θεραπευτικά σχήματα αναμένεται να βελτιώσουν αυτά τα ποσοστά.

Πενταετής επιβίωση. 40%-50% για C1, 15%-25% για C2, 10%-20% για C3 κατά Dukes. Τα εν λόγω ποσοστά δεν αντανακλούν τα σύγχρονα θεραπευτικά σχήματα.

Πειραματική

- Τα ποσοστά επιβίωσης μπορεί να αυξηθούν κατά 10%-15% με τα σύγχρονα συμπληρωματικά προγράμματα χημειοθεραπείας, όπως 5-FU + leucovorin και/ή ακτινοθεραπεία.
- Σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο αξιολογείται η διεγχειρητική ακτινοθεραπεία (IORT).
- 5-FU + levamisole και 5-FU + PALA.

ΣΤΑΔΙΟ IV (D κατά Dukes).

TNM Οποιοδήποτε T, οποιοδήποτε N, M1.

Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί έξω από το ορθό σε μακρινές περιοχές και όργανα όπως οι πνεύμονες και το ήπαρ.

Θεραπεία εκλογής. Το συγκεκριμένο στάδιο είναι γενικά ανίατο. Η θεραπεία έχει σκοπό κυρίως την ανακούφιση, αν και μπορεί να επιτευχθούν μεγάλα διαστήματα ελεύθερου νόσου εφόσον είναι δυνατόν να αφαιρεθούν μεμονωμένες μεταστάσεις στο ήπαρ ή τους πνεύμονες.

Οι θεραπευτικές δυνατότητες είναι οι εξής :

- παρηγορητική αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου σε μερικές περιπτώσεις και ακτινοθεραπεία για τον τυπικό όγκο που δεν είναι αφαιρέσιμος⁹.

- Αφαίρεση μεμονωμένων ηπατικών, πνευμονικών ή ωθηκικών μεταστάσεων με την ελπίδα ίασης. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, εφόσον υπάρχουν τρεις ή λιγότερες μεταστάσεις στο ήπαρ, είναι δυνατό να αφαιρεθούν στην ίδια εγχείρηση που αφαιρείται και ο πρωτοπαθής όγκος.
- Οι ασθενείς μπορεί να συμμετάσχουν σε προγράμματα χημειοθεραπείας όπως 5-FU με ή χωρίς leucovorin/ιντερφερόνη ή σε κλινικές μελέτες με νέα χημειοθεραπευτικά φάρμακα ή βιολογικούς παράγοντες. Έχουν χρησιμοποιηθεί με ήπια ανταπόκριση, τα mitomycin-C, BCNU, CCNU.
- Παρηγορητική χημειοθεραπεία, όπως με καθημερινές εγχύσεις χαμηλών δόσεων 5-FU³³.
- Υπάρχουν αρκετές καθιερωμένες και πειραματικές μέθοδοι θεραπείας του καρκίνου του ορθού Σταδίου IV (D κατά Dukes) που μοιάζουν πολύ με εκείνες που περιγράψαμε προηγούμενα στο κεφάλαιο του καρκίνου του κόλου.

Πενταετής επιβίωση. Μικρότερη του 5% (βλ. περίληψη των αποτελεσμάτων της Διάσκεψης για τον καρκίνο του ορθού, σελ. 385).

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο καρκίνος του ορθού έχει πολύ υψηλότερο ποσοστό τοπικών υποτροπών από τον καρκίνο του κόλου. Η στενή παρακολούθηση οδηγεί στην πρώιμη διάγνωση των υποτροπών και στην καλύτερη θεραπεία. Μετά την αρχική θεραπεία του καρκίνου του ορθού η παρακολούθηση περιλαμβάνει :

- Κλινική εξέταση ανά 2-3 μήνες για 5 τουλάχιστον χρόνια.
- Ακτινογραφία θώρακος ανά 6-12 μήνες για 3-5 χρόνια.
- Αξονικές τομογραφίες κοιλιάς και πυέλου 2 φορές το χρόνο για 2 χρόνια, και έπειτα μια φορά ετησίως.
- Πρέπει να γίνονται βιοχημικές εξετάσεις αίματος και μετρήσεις CEA κάθε 6-12 εβδομάδες (όταν η εγχείρηση για υποτροπή γίνεται λόγω

απλής αύξησης του CEA, 30%-40% των ασθενών με υποτροπή μπορεί να ιαθούν).

- Βαριούχοι υποκλυσμοί όπως απαιτείται.
- Σιγμοειδοσκόπηση ανά 3-6 μήνες και κολonosκόπηση μια φορά το χρόνο⁴.

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Η υποτροπή εμφανίζεται είτε τοπικά είτε συχνά στους πνεύμονες ή στο ήπαρ. Έχει ιδιαίτερη σημασία να γίνεται η διάκριση μεταξύ τοπικής και μεταστατικής υποτροπής^{20,27}. Η θεραπεία εξαρτάται από την εστία της υποτροπής, όπως καθορίζεται από κλινικές και ακτινολογικές εξετάσεις και τομογραφίες.

- Εάν υπάρχει εξαιρεσίμη τοπική υποτροπή, υπάρχουν περιθώρια ίασης.
- Συχνά η υποτροπή εντοπίζεται σε μια περιοχή, όπως η περιοχή του ορθού, οι πνεύμονες ή το ήπαρ, και η αφαίρεσή της είναι πιθανό να οδηγήσει σε παράταση επιβίωσης ή ίαση.
- Εναλλακτικά, η ενδαρτηριακή χημειοθεραπεία με εμφύτευση φορητής αντλίας προσφέρει μερικές φορές σημαντική ανακούφιση (βλ. Στάδιο IV).
- Η χορήγηση χημειοθεραπείας με 5-FU στην ηπατική αρτηρία για μεταστάσεις στο ήπαρ φαίνεται ότι προκαλεί υψηλότερη συνολική ανταπόκριση, αλλά χωρίς σημαντική παράταση της επιβίωσης. Σε αρκετές μελέτες αυξημένη τοπική τοξικότητα που περιλαμβάνει³⁵ ηπατική δυσλειτουργία και ίνωση των χοληφόρων (βλ. Στάδιο IV).
- Όπως και στο στάδιο IV, η χημειοθεραπεία με μόνη την 5-FU ή σε συνδυασμό με leucovorin (πειραματικά) μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση και να πετύχει σημαντική ανακούφιση⁴.

Χρησιμοποιούνται διάφορα δοσολογικά σχήματα. Η χορήγηση Leucovorin + 5-FU έχει τα ίδια αποτελέσματα σε υψηλές ή χαμηλές δόσεις. Ο συνδυασμός 5-FU + levamisole δεν έχει θέση στον καρκίνο του ορθού που υποτροπίασε.

Θεραπεία εκλογής. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις αφαιρούνται οι ηπατικές μεταστάσεις. Η πενταετής επιβίωση ασθενών με μονήρεις μεταστάσεις υπερβαίνει το 20%. Οι πιθανότητες να επέλθει ίαση είναι καλύτερες όταν υπάρχουν μόνο δυο έως τρεις μεταστάσεις. Η ατελής αφαίρεση των μεταστάσεων σε ασυμπτωματικούς ασθενείς δεν προσφέρει κανένα όφελος, αφού δεν αυξάνει την επιβίωση.

Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ανακουφιστική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία σε περίπτωση υποτροπής του καρκίνου.

Πειραματική

- Βιολογική θεραπεία με 5-FU + ιντερφερόνη, μονοκλωνικά αντισώματα ή ιντερλευκίνη -2.
- 5-FU + PALA. Φάρμακα Φάσεως I και II⁴.

ΚΟΙΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΣΚΕΨΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΚΩΛΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη Διάσκεψη που έγινε τον Απρίλιο του 1990 στο Αμερικανικό Ινστιτούτο Υγείας, καθορίστηκαν οι εξής θεραπευτικές κατευθύνσεις :

1. Στάδιο I Κόλον και Ορθό

Δεν χρειάζεται συμπληρωματική θεραπεία, λόγω χαμηλού κινδύνου υποτροπής.

2. Στάδιο II Κόλον

Για όγκους ενδιάμεσου κινδύνου δεν μπορεί να συστηθεί συγκεκριμένη συμπληρωματική θεραπεία εκτός πρωτοκόλλων κλινικών μελετών. Οι ασθενείς με μεγαλύτερους όγκους (T3 ή T4), αυξημένα προεγχειρητικά επίπεδα CEA, φτωχά διαφοροποιημένους όγκους και ανώμαλο DNA, είναι υποψήφιοι για συμπληρωματική χημειοθεραπεία.

3. Στάδιο III Κόλον

Υπάρχει υψηλός κίνδυνος υποτροπής, γι' αυτό και συνιστάται θεραπεία με συνδυασμό 5-FU + levamisole.

4. Στάδια II και III Ορθό

Συνιστάται μειεχειρητικά συμπληρωματική συνδυασμένη χημειοθεραπεία – ακτινοθεραπεία. Έτσι βελτιώνεται ο τοπικός έλεγχος και η επιβίωση.

5. Μελλοντική έρευνα

Απαιτούνται περαιτέρω κλινικές έρευνες με αντικείμενο τη συμπληρωματική χημειοθεραπεία και την ανοσοθεραπεία, με στόχο να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα των σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων καθώς και να γίνει κατανοητός ο μηχανισμός δράσης των φαρμάκων και των ανοσολογικών ουσιών. Χρειάζονται επίσης μελέτες για να προσδιοριστεί ο βέλτιστος ρόλος της ακτινοθεραπείας στον καρκίνο του ορθού⁴.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΚΩΛΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

- Η διαίτα πρέπει να περιέχει πολλές φυτικές ίνες και λίγα λιπαρά.
- Αυξημένος αριθμός ανάπτυξης των κυττάρων του βλεννογόνου του κόλου μπορεί να προδιαθέτει σε ανάπτυξη καρκίνου. Γίνονται έρευνες για χημειοπροφύλαξη με μικροθρεπτικές ύλες-βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία.
- Η χορήγηση ασβεστίου μπορεί να βοηθήσει ελέγχοντας την υπερανάπτυξη των κυττάρων.
- Άλλοι παράγοντες είναι η οξύτητα (το pH) των κοπράνων και η επίδραση των χολικών και λιπαρών οξέων στο βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Ανάλογα με την οξύτητα, το ασβέστιο μπορεί να βοηθήσει στον περιορισμό της καρκινογόνου δράσης των χολικών και λιπαρών οξέων³⁶.
- Μια έρευνα σε γυναίκες έδειξε 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του κόλου όταν καταναλώνεται καθημερινά κόκκινο κρέας (χοιρινό, βοδινό, αρνί) πλούσιο σε ζωικό λίπος απ'ό,τι

όταν καταναλώνεται λίγες φορές το μήνα (τα φυτικά λίπη δεν αποτελούσαν παράγοντα κινδύνου).

- Η πρόσληψη 1.200-2.000 mg ασβεστίου ημερησίως (σε γάλα, τροφή ή χάπια) μπορεί να βοηθήσει να ελεγχθεί η κυτταρική υπερανάπτυξη στο κόλον και το ορθό, ειδικά εάν έχει ήδη βρεθεί πολύποδας.
- Πρέπει να καταναλώνονται φρέσκα φρούτα και λαχανικά, τα οποία μπορεί να περιέχουν χημειοπροστατευτικούς παράγοντες (βιταμίνες, ανόργανα στοιχεία και φυτικές ίνες). Τα σταυρανθή λαχανικά, όπως τα μπρόκολα και τα λαχανάκια Βρυξελλών, είναι ιδιαίτερα σημαντικά.
- Το πίτουρο (κριθάρι ή σιτάρι) παίζει κάποιο ρόλο σε δίαιτες με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες, αλλά τα αποτελέσματα είναι ασαφή. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι ίνες παίζουν ίσως κάποιο ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου του κόλου.
- Διαιτητικά συμπληρώματα πίτουρου από σιτάρι μπορεί να εμποδίζουν την ανάπτυξη πολυπόδων, αυτό όμως δεν έχει επιβεβαιωθεί. Πιθανόν οι ίνες σε φυσικές τροφές (φρούτα και λαχανικά) είναι καλύτερες για την πρόληψη του καρκίνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

4.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

Η προεγχειρητική προετοιμασία συνίσταται σε 1 Γενική, 2 Τοπική και 3 Τελική προεγχειρητική προετοιμασία.

4.1.1 Γενική προεγχειρητική προετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει :

◊ *Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς*

Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο Νοσοκομείο, διακατέχεται από άγχος και φόβο για το άγνωστο, τι θα αντιμετωπίσει, φόβοι που έχουν σχέση με το επάγγελμα, την οικογένειά του, την οικονομική κατάσταση, πολύ περισσότερο ο συγκεκριμένος ασθενής έχει να αντιμετωπίσει και το γεγονός της μόνιμης αναπηρίας.

Είναι πολύ σημαντικό για κάθε χειρουργικό άρρωστο τόσο ο ψυχικός όσο και ο σωματικός παράγοντας να βρίσκεται στην καλύτερη δυνατή κατάσταση, όταν πρόκειται να χειρουργηθεί, γιατί, είναι γνωστό ότι η έλλειψη ψυχικής ηρεμίας επηρεάζει άμεσα την ισορροπία του οργανισμού με αποτέλεσμα την εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών, ως και shock¹⁹.

Καθήκον λοιπόν του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να ενημερώσει σχετικά τον ασθενή, να του εξηγήσει τι πρόκειται να συμβεί, με κατανόηση, λόγια και σύμφωνα με το επίπεδο μόρφωσης του εκάστοτε ασθενή. Πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες και να εξηγήσει όλες τις απορίες του σχετικά με την επέμβαση που θα γίνει.

Οι ασθενείς έχουν ιδιαίτερη ανάγκη από υποστήριξη και ενίσχυση για να αποκτήσουν εμπιστοσύνη στον ιατρό, τους νοσηλευτές και το περιβάλλον του νοσοκομείου. Κάθε άρρωστος που πρόκειται να κάνει κολοστομία πρέπει να καταλάβει ότι αυτή αποτελεί μοναδική λύση που θα του επιτρέψει να ζήσει και να είναι υγιής.

Κάτι που βοηθάει στην καλύτερη αποδοχή είναι να φέρουμε σε επαφή τον ασθενή με άλλους ασθενείς, οι οποίοι έχουν κολοστομία και την έχουν αποδεχθεί καλά. Εάν αυτό δεν είναι δυνατό να γίνει, ο ασθενής μπορεί να διαβάσει ή να του διαβάσουμε ορισμένα άρθρα γραμμένα από ομοιοπαθείς οι οποίοι ζουν ομαλά, εργάζονται και αποδίδουν στην κοινωνία, άσχετα από τις δυσκολίες της αρρώστιας τους.

⇒ **Σωματική τόνωση του ασθενούς**

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο, βοηθάει τον ασθενή να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό ισοζύγιο, χωρίς σοβαρές συνέπειες στον οργανισμό¹⁹.

Προϋπόθεση για την τόνωση του οργανισμού αποτελεί η χορήγηση τροφής πλούσιας σε λευκώματα, άλατα, βιταμίνες, θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη και λίπη.

Για τους ασθενείς που έχουν ανάγκη προεγχειρητικής ηλεκτρολυτικής μελέτης θα πρέπει να γίνεται ακριβής μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών τους.

Πρέπει να σημειώνεται οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο άρρωστος και δεν πρέπει να διακοπούν διουρητικά που μπορεί να έχουν προκαλέσει στον άρρωστο υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές, αντιπηκτικά και αντιβιοτικά που ενισχύουν την δράση των μυοχαλαρωτικών και μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στα παχύσαρκα άτομα, γιατί προδιαθέτονται σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως : διαπύηση τραύματος και εκσπλάχνωση, πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα.

Τα παχύσαρκα άτομα γενικά αντιδρούν λιγότερο έντονα στο stress, δεν αντέχουν στην αφυδάτωση, και παρουσιάζουν ευκολότερα shock.

Η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στην μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου. Ο οργανισμός των υπερηλικών έχει ελαττωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας για ομοιόσταση με αποτέλεσμα τη μικρότερη αντοχή στο stress. Το θρεπτικό ανισοζύγιο είναι συχνό. Ενώ το αίσθημα δίψας δεν είναι αξιόπιστος δείκτης των αναγκών τους σε υγρά. Δεν είναι ασυνήθιστη η μέτρια ελάττωση του όγκου των εξωκυττάρων υγρών και πριν από την επέμβαση. Συχνά υπάρχει αναιμία, που στερεί τον οργανισμό από τα κύρια κανονιστικά συστήματα της αιμοσφαιρίνης. Η υπόταση είναι πολύ επικίνδυνη κατάσταση για τον υπερήλικα, γιατί αν δεν διορθωθεί έγκαιρα προκαλεί νεφρική βλάβη και έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η προεγχειρητική θρεπτική τακτοποίηση καθώς και η διόρθωση οποιασδήποτε άλλης διαταραχής είναι μεγάλης σημασίας για τον υπερήλικα. Επειδή οι ασθενείς σε κάθε εγχείρηση χάνουν υγρά με την απώλεια αίματος, ιδρώτα, εμμέτων ή άλλο λόγο θα πρέπει κατά την προεγχειρητική προετοιμασία, να δίνεται μεγάλη προσοχή σε κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή και να γίνεται μετάγγιση αίματος εάν υπάρχει αναιμία.

Επειδή, κατά την επέμβαση πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε ανεπαρκή πνευμονικό αερισμό που μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική οξέωση, ατελεκτασία ή βρογχοπνευμονία, η νοσηλεύτρια διδάσκει τον άρρωστο ότι μετά την χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να αναπνέει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά. Επίσης για την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας θα πρέπει κατά τακτά χρονικά διαστήματα να κουνά τα πόδια του και να τα φέρνει προς την κοιλιακή χώρα.

⇒ **Η καθαριότητα του ασθενούς**, η οποία περιλαμβάνει την ατομική καθαριότητα και την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Η σπουδαιότερη αρχή στην οποία στηρίζεται η εγχείρηση της κολοστομίας είναι ο μηχανισμός καθαρισμού ώστε να ελαττωθεί το περιεχόμενό του στο ελάχιστο. Για αυτό το λόγο, αλλά και για να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις, εισάγονται οι ασθενείς στο νοσοκομείο μερικές μέρες πριν γίνει η εγχείρηση. Τους χορηγείται η κατάλληλη διαίτα που

δεν αφήνει υπόλειμμα στο έντερο. Την παραμονή της επέμβασης χορηγείται υδρική διαίτα και το βράδυ γίνεται υποκλυσμός με καθαρτικό X-PREP καθώς και το πρωί της μέρας της επέμβασης. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και ενημερώνει τον γιατρό. Πολλές φορές χορηγούνται από το στόμα αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου, όπως σουφλοναμίδες ή και αντιβιοτικά επί πέντε ημέρες. Ο σκοπός που χορηγούνται τα φάρμακα αυτά είναι να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης του τραύματος. Όσον αφορά την καθαριότητα του σώματος την παραμονή της επέμβασης γίνεται λουτρό καθώς και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μολύνσεων.

⇨ **Η γενική προεγχειρητική** ετοιμασία του ασθενούς, συμπληρώνεται όπως είναι γνωστό με πληθώρα από κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις.

Η εξέταση του αίματος είναι απαραίτος κανόνας πριν από την γενική αναισθησία. Αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης, ελέγχεται η πήκτικότητα του αίματος. Επίσης προσδιορίζεται η ομάδα αίματος γιατί ο ασθενής θα χρειαστεί αίμα.

⇨ **Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου** για την αποφυγή αϋπνίας και κόπωσης που μπορεί να οδηγήσει σε μετεγχειρητικές ανωμαλίες ή και στην εμφάνιση επιπλοκών. Γι' αυτό δίνεται ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο, τη νύχτα της παραμονής, με εντολή του ιατρού.

4.1.2 Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Είναι η ετοιμασία του μέρους του σώματος στο οποίο θα γίνει η επέμβαση. Η ετοιμασία περιλαμβάνει την : καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του συγκεκριμένου σημείου, με σκοπό να μειωθούν όσο είναι δυνατό οι μολύνσεις. Αν κατά την αποτρίχωση δημιουργηθεί λύση της συνέχειας του δέρματος, πρέπει να ενημερωθεί ο χειρουργός πριν από την επέμβαση.

Η έκταση του εγχειρητικού πεδίου αρχίζει από την πρόσθια επιφάνεια του κορμού, από το ύψος των θηλών του μαστού μέχρι την ηβική σύμφυση.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται για τον καθαρισμό του ομφαλού και των βουβωνικών πτυχών.

4.1.3 Τελική προεγχειρητική προετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει την παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς³⁷.

Πριν από τη μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο η νοσηλεύτρια – τής βοηθάει τον άρρωστο να φορέσει το ειδικό υποκάμισο, ποδονάρια και χειρουργικό σκουφί. Τοποθετεί στο χέρι του ασθενούς ταυτότητα με το ονοματεπώνυμό του και την κλινική.

Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες, κοσμήματα και χρήματα τα οποία παραδίδονται σε συγγενικό του πρόσωπο ή στην προϊσταμένη, και φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης. Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την νάρκωση.

Μισή ώρα πριν από την εγχείρηση γίνεται η προνάρκωση. Τα φάρμακα της προνάρκωσης εξαρτώνται από τον άρρωστο. Ελέγχονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση.

Συμπληρώνεται το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου.

Όσο ο ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο η νοσηλεύτρια φροντίζει να ετοιμαστεί ο θάλαμος κατάλληλα για να δεχτεί τον χειρουργημένο άρρωστο. Η ετοιμασία περιλαμβάνει το στρώσιμο του χειρουργικού κρεβατιού, χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού. Τοποθετείται αδιάβροχο στο πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων για ενδεχόμενους εμέτους. Στο κομοδίνο τοποθετείται πετσέτα, ποτήρι με νερό, port cotton, νεφροειδές και στο πλάι χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα. Επίσης, χαρτοβάμβακας για τις ανάγκες του ασθενούς. Ο

θάλαμος θα πρέπει να είναι σκοτεινός και δροσερός καθώς και απομονωμένος από θορύβους και ενοχλήσεις.

Η νοσηλεύτρια μένει κοντά στον άρρωστο μέχρι την τελευταία στιγμή πριν να πάει στο χειρουργείο, τον ενθαρρύνει και τον βεβαιώνει ότι θα είναι στο πλευρό του στις δύσκολες στιγμές που περνάει, και ότι θα τον βοηθήσει να ξεπεράσει κάθε πρόβλημα μετεγχειρητικό.

4.1.4 Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα, αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Πρέπει να γίνεται από έμπειρο και επιδέξιο νοσηλευτή, ο οποίος παρακολουθεί και αξιολογεί την κατάσταση του αρρώστου. Μόλις ο ασθενής μεταφερθεί στο τμήμα, τον παραλαμβάνει ένας νοσηλευτής και φροντίζει κατ'αρχήν για τη σωστή τοποθέτησή του στο κρεβάτι. Η πιο συνήθης θέση είναι ύπτια με το κεφάλι στραμμένο στο πλάι. Γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων, καθώς και έλεγχος της κατάστασης του τραύματος. Ο άρρωστος παρακολουθείται συχνά μέχρι την αφύπνιση του και προφυλάσσεται κατάλληλα από τυχόν διεγέρσεις. Επίσης ελέγχονται ο καθετήρας κύστεως, αν υπάρχει, και ο ορός που φέρει ο ασθενής από το χειρουργείο.

Τα δυο πρώτα 24ωρα, ο ασθενής με κολοστομία δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Έχει σωλήνα Levin και παίρνει μόνο υγρά και μόλις αρχίσει να λειτουργεί το έντερο εμπλουτίζεται βαθμιαία το διαιτολόγιο του. Εφόσον ο ασθενής δέχεται καλά τα χορηγούμενα υγρά, το Levin αφαιρείται και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση. Όταν επιτραπεί η από το στόμα σίτιση, ενθαρρύνουμε τον ασθενή να παίρνει την απαραίτητη τροφή που θα αναπληρώνει τις ανάγκες του. Ο ασθενής πρέπει να πάρει πλήρη τροφή όσο πιο γρήγορα είναι δυνατόν, διότι η καλή διατροφή μειώνει την διάρκεια και τις επιπλοκές της ανάρρωσης.

Όταν ο ασθενής έχει προσωρινή κολοστομία έχει μόνο τραύμα στα κοιλιακά τοιχώματα, ενώ στη μόνιμη κολοστομία μπορεί να φέρει και τραύμα στην έδρα από την περινεοτομή. Έτσι ο νοσηλευτής της

ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο με την τοποθέτηση αεροθαλάμου, καθώς και τη συχνή αλλαγή της θέσεως. Για την εύκολη μετακίνηση του ασθενή, χωρίς τη μετακίνηση του επιδεσμικού υλικού βοηθάει πολύ η τοποθέτηση επιδέσεως (T). Επίσης αργότερα γίνονται εδρόλουτρα για την καθαριότητα και την πιο σύντομη επούλωση του τραύματος.

Ο ασθενής με περινεοτομή έχει μόνιμο καθετήρα κύστεως, γι' αυτό ο νοσηλευτής φροντίζει για την ακριβή μέτρηση και καταγραφή των ούρων, καθώς και για την πρόληψη απόφραξης του καθετήρα και μόλυνσης της κύστης.

Για την περιποίηση της κολοστομίας η οποία αποτελεί και το βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενή θα γίνει λόγος παρακάτω.

4.1.5 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες

◇ Πόνος

Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα, για αυτό χορηγούμε μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά με ιατρική εντολή. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά από 48 ώρες. Όταν ο ασθενής πονάει θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό :

- Να εντοπίσει τον πόνο¹⁹.
- Να διαπιστώσει αν είναι ο πόνος συνεχής ή διαλλείπων, οξύς ή αμβλύς.
- Να διαπιστώσει αν ο πόνος αντανακλάται και προς τα πού, αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύχτα κ.τ.λ.
- Να καταγράψει τις διαπιστώσεις και να τις γνωστοποιήσει στο χειρουργό και στον αναισθησιολόγο.

Ο πόνος γίνεται πιο ισχυρός με τον έμμετο και τον βήχα. Η αντίδραση κάθε ασθενούς στον πόνο είναι διαφορετική. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι λιγότερο οξύς στους ηλικιωμένους από ότι στους μεσήλικες και στους νέους αρρώστους. Δεν χορηγούνται στον άρρωστο αναλγητικά

αν δεν μας πει πως δεν αισθάνεται πόνο. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένη, γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία, οι εκκρίσεις κατακρατούνται στο βρογχικό δέντρο με αποτέλεσμα ατελεκτασία και πνευμονία. Αν και ο πόνος τις πρώτες 24 ώρες οφείλεται συνήθως στην εγχείρηση η νοσηλεύτρια -τής δεν πρέπει να παραλείπει να εξετάζει τακτικά το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο. Τέτοιοι παράγοντες είναι : καρφίτσες ασφαλείας, σωλήνες παροχέτευσης, σφικτές επιδέσεις κ.λ.π.

◇ Δίψα

Η δίψα προέρχεται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, μετά από την νάρκωση και προκαλείται από την ελάτωση των εκκρίσεων και την απώλεια μεγάλης ποσότητας των υγρών του ασθενούς, κατά την διάρκεια της εγχείρησης. Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις του στόματος, ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με Port cotton βουτηγμένα σε κρύο νερό ή διαλυμένη σόδα και με παρεντερική χρήση υγρών.

◇ Έμετος

Πριν από χρόνια ο έμετος ήταν συνηθισμένη μετεγχειρητική δυσχέρεια. Σήμερα η χρήση νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων έχουν ελατώσει κατά-πολύ την εμφάνισή του. Αν υπάρχει πιθανότητα για έμετο προεγχειρητικά εφαρμόζεται στον ασθενή ρινογαστρικός καθετήρας.

Αιτίες μπορεί να είναι η χορήγηση αιθέρα ή συλλογή στο στομάχι υγρών ή λήψη από το στόμα υγρών ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περισταλσης του γαστρεντερικού σωλήνα. Καθήκον της νοσηλεύτριας-τή είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμμέτου τοποθετώντας το κεφάλι του ασθενούς στο πλάι.

⇨ **Αιμορραγία**

Προκαλείται από μη καλή απολίνωση των αγγείων, την μόλυνση του τραύματος, καθώς και από τις βίαιες κινήσεις του ασθενούς. Εάν είναι εξωτερική την αντιμετωπίζουμε με πιεστική επίδεση, ενώ αν είναι εσωτερική, ειδοποιούμε αμέσως τον ιατρό, δεν δίνουμε τίποτα από το στόμα και φροντίζουμε για την ετοιμασία αίματος από την αιμοδοσία, καθώς και για την ενδοφλέβια χορήγηση ορού.

⇨ **Μετεγχειρητικό shock**

Είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

- Αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση του ασθενούς σε ύπτια οριζοντιωμένη θέση με τα κάτω άκρα ανυψωμένα.
- Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και επαρκούς οξυγόνωσης με χορήγηση οξυγόνου.
- Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας.
- Στενή παρακολούθηση ζωτικών σημείων.
- Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών.
- Λήψη Η.Κ.Γ³⁷.
- Συχνή παρακολούθηση αρτηριακής πίεσεως.

⇨ **Δυσκοιλιότητα**

Αιτία μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι³⁸ :

- Εθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά την διάρκεια της εγχείρησης.
- Τοπική φλεγμονή.
- Περιτονίτιδα.
- Τοπικό απόστημα.
- Χρόνια δυσκοιλιότητα.

Μετεγχειρητικά πρέπει το συντομότερο να επιτραπεί η εφαρμογή βοηθητικών μέτρων όπως, γρήγορη κινητοποίηση, το είδος της διατροφής, χορήγηση άφθονων υγρών και τέλος υποκλυσμός.

⇨ **Υποστατική πνευμονία**

Αυτή οφείλεται στον μη καλό αερισμό των πνευμόνων και στον αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα από βλεννώδεις εκκρίσεις. Η επιπλοκή αυτή προλαμβάνεται με την συχνή αλλαγή της θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι, με αναπνευστικές ασκήσεις όπως βαθιές εισπνοές, βήχα για την αποβολή των εκκρίσεων. Ενδείκνυται η περιποίηση του στόματος και του ρινοφάρυγγα καθημερινώς.

⇨ **Τυμπανισμός κοιλίας**

Είναι η συσσώρευση των αερίων στο παχύ έντερο. Προκαλείται από την υποτονία των μυών και αδράνεια του εντέρου, από ελλιπή καθαριότητα του εντερικού σωλήνα και από την λήψη τροφών που προκαλούν αέρια. Ο ασθενής υποφέρει από μετεωρισμό της κοιλίας και κολικούς πόνους που προέρχονται από την κυκλοφορία των αερίων που δεν μπορούν να αποβληθούν. Συστήνεται :

- Ελαφρά στροφή του σώματος στο πλάι.
- Τοποθέτηση σωλήνα αερίων και θερμοφόρας στο επιγάστριο.
- Χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων όταν οι άλλες μέθοδοι δεν αποδίδουν.

⇨ **Κατακλίσεις**

Είναι μια από τις πιο συχνές επιπλοκές των χειρουργημένων ασθενών. Οφείλεται στην παρατεταμένη κατάκλιση, στον περιορισμό των κινήσεων, στην συνεχή πίεση των μελών του σώματος και στην κακή κυκλοφορία. Άλλοι παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία αυτών, είναι η εξασθένηση του οργανισμού, η ύπαρξη αντικειμένων στο κρεβάτι, καθώς και τα βρεγμένα (από ούρα, ορρό, κ.λ.π.) κλινოსκεπάσματα. Η

πρόληψη των κατακλίσεων είναι αναγκαία, γιατί η θεραπεία τους είναι δύσκολη και μακροχρόνια. Συνιστάται στη συχνή αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων όταν βρέχονται και σε τροφή πλούσιας βιολογικής αξίας.

4.2 Κολοστομία

Η Κολοστομία αποτελεί εγχειρητική πράξη, κατά την οποία εξωτερικεύεται τμήμα του παχέως εντέρου στο τοίχωμα της κοιλιάς, έτσι ώστε οι κοπρανώδεις απεκκρίσεις να αποβάλλονται από εκεί. Το είδος και η συχνότητα της κοπρανώδους απέκκρισης και η τεχνική για την αγωγή της, εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την εντόπιση της κολοστομίας.

4.2.1 Είδη Κολοστομίας

Η κολοστομία διακρίνεται ανάλογα με το χρόνο παραμονής της και ανάλογα σε ποιο τμήμα του παχέως εντέρου γίνεται η κολοστομία³⁹.

1. Προσωρινή κολοστομία, η οποία γίνεται στο δεξιό τμήμα του εγκάρσιου κόλου όταν έχει εντοπιστεί αποφρακτικός όγκος ή φλεγμονή, ή απόστημα, ή κάκωση στο σιγμοειδές. Η επίσης στον ορθό όταν θέλουμε να πετύχουμε απολειτουργικοποίηση και μη δίοδο των κοπράνων από το αριστερό κόλο και το ορθό.
2. Μόνιμη κολοστομία, γίνεται όταν το αίτιο έχει εντοπιστεί στο κατώτερο τμήμα του παχέως εντέρου. Αφαιρείται το ορθό και γίνεται στο κάτω κόλον με κοιλοπερινεϊκή επέμβαση. Η μόνιμη κολοστομία αποτελεί μια σωτήρια μέθοδο συμβιβαζόμενη με την ενεργό συμμετοχή στην κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα, τα δε μειονεκτήματά της θεωρούνται ασήμαντα.
3. Ανιούδα κολοστομία. Το απέκκριμα είναι υδαρές και ρέει σχεδόν συνεχώς. Υπάρχει το πρόβλημα του ερεθισμού του δέρματος, γι' αυτό η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη. Υλικό εκλογής είναι ο αποχειτευόμενος σάκος, προτιμότερο με δακτύλιο από ρητίνη καράγια.

4.2.2 Αίτια εκτέλεσης της κολοστομίας

1. Μπορεί να αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου που έγινε η θεραπεία καρκίνου του ορθού.
2. Μπορεί να γίνει παρηγορητικά σε περίπτωση ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου.
3. Μπορεί να αποτελεί παροδικό μέτρο για την προστασία, αναστόμωση, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για την επιούλωση φλεγμαινοντος εντέρου.
4. Μπορεί να γίνει παροδικά για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά την διάρκεια ακτινοθεραπείας.

4.2.3 Φροντίδα στομίου και χρήση σάκου

Το βασικότερο πρόβλημα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η δύσκολη παραδοχή από τον ασθενή, της νέας πραγματικότητας, που καταργεί προσωρινά ή ισόβια την φυσιολογική οδό αφοδεύσεως.

Η αντίδραση του ασθενούς σε μια τέτοια πληροφόρηση, ιδιαίτερα όταν η κολοστομία του θα είναι μόνιμη, είναι πιθανόν να φτάσει μέχρι το shock ή την ιδέα της αυτοκτονίας. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας –τή στην φροντίδα ενός ασθενούς με εκστομωση του εντέρου είναι εξαιρετικά δύσκολος. Ο ασθενής όσο κι αν έχει αποδεχθεί την πιθανότητα μιας κολοστομίας, πριν παει στο χειρουργείο την αποδεχθεί σαν πιθανότητα, ελπίζει ότι μπορεί να και μην γίνει. Οι δυσκολίες εμφανίζονται μετά την νάρκωση, όπου αρχίζει να αντιλαμβάνεται την κατάστασή του. Βασικός ρόλος της νοσηλεύτριας είναι να τον καθησυχάσει και να τον ηρεμήσει. Να τον συμφιλιώσει με την καινούργια πραγματικότητα που δεν την θέλει, την απεχθάνεται και την απορρίπτει. Αυτό είναι φοβερά δύσκολο. Απαιτεί γνώσεις, επιδεξιότητα, χρόνο, κατανόηση, ανοχή και αγάπη. Ο ασθενής που έχει κολοστομία συμπεριφέρεται ιδιόρρυθμα. Συχνά κλαίει και γελάει ταυτόχρονα, κυριεύεται εύκολα από απελπισία, αποσύρεται στον εαυτό του, δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον του ή κάποτε μιλάει χωρίς σταματημό. Και αυτά εξαιτίας της κολοστομίας, υποψιάζεται ή ξέρει τι έχει και συχνά διακατέχεται από το αίσθημα του μελλοθάνατου.

Έχει συμπλέγματα κατωτερότητας και άλλες ψυχονευρωτικές διαταραχές. Αισθάνεται κοινωνικά εξοστρακισμένος και πολλές φορές σκέφτεται τον θάνατο σαν λύτρωση. Βέβαια η αντίδρασή του εξαρτάται από την προσωπικότητα του, τον χαρακτήρα του, την οικογενειακή του ζωή, την οικονομική του κατάσταση, το επάγγελμά του και την κοινωνική του δραστηριότητα.

Σε αυτή την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς που υιοθετείται από τον ίδιο μετά την πληροφόρησή του για την δημιουργία της κολοστομίας η δυσκολότερη φάση είναι εκείνη, που για πρώτη φορά θα δει την εκτομωσή του.

Η πρώτη διάνοιξη της κολοστομίας, γίνεται συνήθως από τον γιατρό, δυο με τρεις ημέρες μετά την επέμβαση. Ο ασθενής τότε βλέπει για πρώτη φορά στον εαυτό του, αυτό που φανταζόταν ή είδε σε φωτογραφίες, ή σε άλλο άρρωστο.

Η νοσηλεύτρια τον έχει προετοιμάσει. Του έχει μιλήσει για την πλύση και την φροντίδα της κολοστομίας του και τους σκοπούς που εξυπηρετεί, όπως τον καθαρισμό του εντέρου από τις κοπρανώδεις μάζες, την ελάτωση της διατάσεως που προκαλούν τα αέρια και την ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου, σε τακτικά χρονικά διαστήματα και σε επιθυμητή ώρα ώστε ο ασθενής να μην δυσκολεύεται αργότερα στην επαγγελματική και κοινωνική του ζωή.

Η πλύση και η φροντίδα της κολοστομίας είναι μια νοσηλεία που η νοσηλεύτρια θα πρέπει να την διδάξει στον ασθενή και να τον πειραματίσει στην τεχνική της γιατί πρόκειται να αναλάβει ο ίδιος την εξυπηρέτησή του. Είναι αυτονόητο αλλά και γνωστό, ότι από την δημιουργία της κολοστομίας το περιεχόμενο του εντερικού αυλού θα χύνεται στο κοιλιακό τοίχωμα. Το εντερικό περιεχόμενο εξαρτάται στην σύστασή του, από το σημείο του εντέρου που εκτομώθηκε. Για την συλλογή αυτού του περιεχομένου οι διάφορες φαρμακευτικές εταιρείες έχουν δημιουργήσει ειδικούς αυτοκόλλητους σάκους κολοστομίας, οι οποίοι εφαρμόζουν σε υγιές σώμα. Ο σάκος στο πάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής αερίων από ενεργό άνθρακα, που συγκρατεί τις δυσάρεστες

οσμές. Ο σάκος κολοστομίας με αυτοκόλλητη επιφάνεια είναι μιας χρήσης. Η αλλαγή του σάκου επιβάλλεται όταν γεμίσει μέχρι την μέση.

Απαραίτητα αντικείμενα αλλαγής σάκου

Δίσκος που περιέχει :

- ➔ μπολ με τολύπια και καρτοβάμβακα
- ➔ φυσιολογικό ορρό και αντισηπτικό
- ➔ σει αλλαγής
- ➔ νεφροειδές
- ➔ τετράγωνο και αδιάβροχο
- ➔ skin gel της Hollister (ζελατινούχο πήκτωμα για την αποφυγή δερματικού ερεθισμού).
- ➔ Πάστα karaya (κατά της μυκητιάσεως).
- ➔ Σάκοι κολοστομίας.
- ➔ Σαπούνι, νερό και τρίφτης.

Στάδιο προετοιμασίας

Γνωρίζοντας ότι σάκος με μικρότερη διάμετρο θα ερεθίζει το στόμιο, ενώ με μεγαλύτερη διάμετρο θα αφήνει ακάλυπτο δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα, χρησιμοποιούμε διαμετρόμετρο στομίων και διαλέγουμε σάκο που η διάμετρός του να εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το αγγίζει (εάν δεν υπάρχει προσεκτικά με το ψαλίδι κόβουμε στο μέγεθος που θέλουμε εμείς). Δίνουμε στον ασθενή αναπαυτική θέση, τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Ενώ συγχρόνως ενθαρρύνεται να παίρνει μέρος και να κατανοεί αυτό που του γίνεται ώστε, τελικά να κάνει μόνος του την αλλαγή. Εξηγούμε με απλά λόγια κάθε λεπτομέρεια στον άρρωστο^{39,40}.

Αποκαλύπτουμε την περιοχή του στομίου. Αφαιρούμε με απαλό σπρώξιμο του δέρματος μακριά από την αυτοκόλλητη επιφάνεια (εάν έχει χρησιμοποιηθεί συγκολλητικό δέρματος με ένα σταγονόμετρο ρίχνουμε μερικές σταγόνες διαλύτη μεταξύ δίσκου και δέρματος, καθώς

το διαλυτικό ενεργεί ο σάκος χαλαρώνει και έτσι το τράβηγμα δεν είναι απαραίτητο).

Πετάμε το χρησιμοποιημένο σάκο στο καλάθι των ακρήστων. Ενώ τοποθετούμε το τετράγωνο με το αδιάβροχο αλλαγών κάτω από το στόμιο. Τοποθετούμε το νεφροειδές κάτω από το στόμιο (από την πλευρά που εφαρμόζει στο σώμα είναι καλυμμένο με χαρτοβάμβακα). Εάν έχουν μείνει πάνω στο δέρμα υπολείμματα συγκολλητικής ουσίας πλένουμε το δέρμα με μικρή ποσότητα διαλυτικής ουσίας πάνω στη γάζα. Δεν χρησιμοποιούμε αιθέρα, ασετόν ή βενζίνη, γιατί ερεθίζουν το δέρμα.

Στάδιο εκτέλεσης

Τέλος καθαρίζουμε καλά με χλιαρό νερό ή σαπουνόπετρα. Προτιμάμε το σαπούνι γλυκερίνης γιατί διατηρεί το δέρμα μαλακό και ελαστικό. Στεγνώνουμε την περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις. Πλένουμε τα χέρια μας και κρατάμε το σει αλλαγής. Καθαρίζουμε το στόμιο, χρησιμοποιώντας λαβίδα με αντισηπτικό διάλυμα (π.χ. PhisoHex) και διάλυμα NAC ισότονο. Αρχίζουμε από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό.

Απομακρύνουμε το νεφροειδές και στεγνώνουμε καλά το στόμιο με ήπιες κινήσεις. Εάν υπάρχει δερματικός ερεθισμός επαλείφουμε την περιοχή με ζελατινούχο πήκτωμα.

Αφαιρούμε το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας (ενώ το προστατευτικό που μένει στα δυο πλάγια χρησιμεύει για το πλύσιμο του σάκου).

Κρατώντας από το προστατευτικό των δυο στεγνών λωρίδων, στα πλάγια, φέρνουμε το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στομίου³⁹.

Εφαρμόζουμε πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας αρχίζοντας την τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο.

Πιέζουμε σταθερά προς τα κάτω και έξω ισώνοντας συγχρόνως τόσο το δέρμα, όσο και την αυτοκόλλητη επιφάνεια.

Με τον ίδιο τρόπο κολλάμε και το επάνω μέρος. Τέλος αφαιρούμε το χαρτί και κολλάμε τις δυο στενές λωρίδες στα πλάγια.

Σε περιπτώσεις που το στόμιο είναι ασύμμετρο καλύπτουμε τις δερματικές πτυχές χρησιμοποιώντας πάστα KIRAVA. Αφαιρούμε το αδιάβροχο με το τετράγωνο. Τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.

Τέλος απομακρύνουμε όλα τα αντικείμενα, πετάμε τα άχρηστα και τακτοποιούμε το δίσκο.

Πλύση Κολοστομίας

Η πλύση κολοστομίας έχει σαν σκοπό της να βοηθήσει στο άδειασμα του εντερικού σωλήνα από το περιεχόμενό του : κόπρανα, αέρια και βλέννη.

Επίσης βοηθάει η κένωση του εντέρου να γίνεται σε συγκεκριμένη ώρα, ώστε να είναι δυνατή αργότερα η ανάληψη κοινωνικών δραστηριοτήτων από το άτομο.

Τα αντικείμενα που χρειάζονται είναι :

Δίσκος η τροχήλατο που περιέχει :

- ➔ Δοχείο υγρού πλύσης
- ➔ Υγρό πλύσης 500 έως 1000ml (χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα ή άλλο διάλυμα που συνέστησε ο ιατρός) σε θερμοκρασία 40,5 βαθμών Κελσίου
- ➔ Καθετήρα από μαλακό ελαστικό Νο 16 ή 18 (συνήθως Laird Tip) αυτός έχει ένα πλαστικό κώνο με αποτέλεσμα να εμποδίζει την προς τα πίσω ροή του υγρού πλύσης
- ➔ Χαρτί τουαλέτας
- ➔ Βαζελίνη, gel για να λιπαίνει τον καθετήρα
- ➔ Γάζες
- ➔ Πλαστικός σάκος για την αλλαγή άχρηστου υλικού
- ➔ Μανίκι ή περιβλήμα πλύσης, αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με ζώνη, μπορεί ακόμα να χρησιμοποιηθεί ένα τυλιγμένο σε ρολό αδιάβροχο για την παροχέτευση του υγρού πλύσεως.

→ Άγκιστρο για την σακούλα ή το δοχείο.

Διαδικασία

Περίπου την 5^η ή 7^η μετεγχειρητική ημέρα ο χειρουργός συνήθως κάνει την πρώτη πλύση μέσω του τεχνητού ανοίγματος. Αν η ποσότητα που βγαίνει είναι ικανοποιητική και το άνοιγμα δεν είναι φραγμένο, αναλαμβάνει την ευθύνη η νοσηλεύτρια –τής για τις επόμενες πλύσεις. Είναι λειτουργία – εργασία της νοσηλεύτριας να διδάξει στον άρρωστο πως θα ρυθμίσει την τακτικότητα – ομαλότητα της απόδευσης μέσω της κολοστομίας και πως θα γίνεται η πλύση αυτής. Διαλέγουμε μαζί με τον ασθενή την κατάλληλη ώρα για την πλύση (η ώρα της πλύσης πρέπει να συμφωνεί με την μετανοσοκομειακή δραστηριότητα του ασθενή).

Ενημερώνουμε τον ασθενή για το είδος της νοσηλείας και τον προτρέπουμε να παρακολουθήσει την διαδικασία, η οποία γίνεται με ρυθμό διδασκαλίας για να μπορεί ο ασθενής να παρακολουθεί τις διάφορες ενέργειές μας, να εκφράσει τις τυχόν απορίες του έτσι ώστε να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθεί στο μέλλον.

Κρεμάμε το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50 εκ. πάνω από το στόμιο, περίπου στο ύψος του ώμου όταν ο ασθενής κάθεται.

Βάζουμε τον ασθενή να καθίσει στην τουαλέτα (ή σε μια καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα) και εξασφαλίζουμε μερικά στηρίγματα για την μέση του ασθενούς.

Ο ασθενής ωφελείται ψυχολογικά όταν κάθεται στην τουαλέτα κατά την διάρκεια της – κένωσης γιατί νιώθει ότι δεν είναι πολύ μακριά από την πραγματικότητα - φυσιολογική κένωση.

Τοποθετούμε μια πετσέτα μπροστά στα πόδια του αρρώστου. Ενώ έχουν συγκεντρωθεί τα απαραίτητα μέσα και το νερό για την πλύση⁴⁰.

Μετακινούμε τα ρούχα και καθαρίζουμε την περιοχή με καθαρές γάζες ή λεπτό καθαρό ύφασμα (αυτά πετιούνται στην πλαστική σακούλα).

Τοποθετούμε το μανίκι πλύσεως ή το τυλιγμένο σε ρολό αδιάβροχο και το άλλο άκρο στην λεκάνη.

Αυτό βοηθά στον έλεγχο της κακοσμίας και του πιτσιλισματος. Επίσης επιτρέπει στο νερό και στα κόπρανα να κατευθύνονται μέσα στην λεκάνη. Εάν χρησιμοποιούμε κώνο αντί για καθετήρα, το μανίκι πλύσεως τοποθετείται μετά την κορήγηση υγρού, χλιαρό νερό, γύρω στους 40,5 βαθμούς Κελσίου χρησιμοποιείται, αν και κρύο μπορεί να χρησιμοποιηθεί, γιατί πιστεύεται ότι διεγείρει τις περισταλτικές κινήσεις με αποτέλεσμα να ελαττώνει το χρόνο που απαιτείται για την διαδικασία.

Αφήνουμε λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα στον σωλήνα και τον καθετήρα ή κώνο, για να αφαιρεθεί ο αέρας από την συσκευή, ώστε να μην εισαχθεί στο κόλον με αποτέλεσμα να προκαλέσουμε κολικό πόνο. Λιπαίνουμε τον καθετήρα ή τον κώνο (με λιπαντική ουσία) που εισέρχεται μέσω του ανοίγματος στην είσοδο της κολοστομίας και μέσω της κολοστομίας στο έντερο, με ήπιες κινήσεις τοποθετήθηκε μέσα στο στόμιο. (Τα παραπάνω είναι απαραίτητα για την πρόληψη της διάτρησης του εντέρου). Τότε η σπρόφιγγα του σωλήνα απελευθερώνεται και η διάλυση ρέει στο έντερο. Αν ο καθετήρας δεν προχωρά εύκολα αφήνουμε το νερό να ρέει αργά – αργά ενώ σπρώχνεται ήπια ο καθετήρας.

Με την αργή ροή του νερού χαλαρώνεται το έντερο και διευκολύνεται το πέρασμα του καθετήρα.

Ποτέ δεν βιάζουμε τον καθετήρα.

Αν κατά την διάρκεια της προσθήκης του υγρού, ο ασθενής αισθανθεί κράμπα, κλείνουμε το σωλήνα και αφήνουμε τον ασθενή να ξεκουραστεί. Οι κράμπες συνήθως προκαλούνται από την γρήγορη ροή, ή από την μεγάλη ποσότητα του υγρού. Ο χρόνος που απαιτείται για να μπει το νερό πρέπει να είναι 8-10 λεπτών. Ενώ η ποσότητα που απαιτείται είναι 500 ml ή και περισσότερο. Αφήνουμε 10 λεπτά μετά την είσοδο του νερού, το στήριγμα του καθετήρα ή του κώνου στη θέση του και κατόπιν αφαιρείται ήπια. Στεγνώνουμε το κάτω άκρο του περιβλήματος και το κλείνουμε με μια Kocher. Ο χρόνος που χρειάζεται για να αδειάσει το έντερο πλήρως είναι περίπου 20 λεπτά.

Καλό είναι οι ασθενείς να σηκώνονται γιατί αυτό διεγείρει τον περισταλτισμό.

Κατόπιν καθαρίζουμε την επιφάνεια χρησιμοποιώντας σαπούνι με ουδέτερο pH και νερό, την στεγνώνουμε για να εξασφαλίσουμε καλύτερη άνεση στον ασθενή.

Αν η κένωση του εντέρου είναι καλά ρυθμισμένη είναι προτιμότερο για τον άρρωστο να μην φοράει σακουλάκι κολοστομίας, έτσι ξεκαθαρίζεται κάθε πιθανότητα κακοσμίας.

Μερικοί άρρωστοι όμως ανησυχούν και μπορούν να γίνουν τακτικοί μόνο όταν φορούν σακουλάκι κολοστομίας γιατί συναισθηματικά αναστατώνονται, ανησυχούν και εμποδίζεται η ρύθμιση, οπότε δεν είναι πάντοτε ορθό να επιμένουμε ότι ο ασθενής με μόνιμη κολοστομία θα πρέπει να μην φοράει σακουλάκι.

Η νοσηλεύτρια -τής, καθώς βοηθά τον άρρωστο για τις πλύσεις του δίνει και οδηγίες, οπότε, πριν βγει από το νοσοκομείο έχει συγκεντρώσει τα δικά του αντικείμενα για να κάνει την πλύση και έχει μάθει να τα καθαρίζει. Η νοσηλεύτρια - τής, πρέπει να συνεχίζει να κάνει μερικές μέρες αυτήν την διαδικασία ώστε ο ασθενής να νιώθει ότι ενδιαφέρεται για την καλή έκβασή του.

Το ποσό της διάλυσης που χρειάζεται ποικίλει από άτομο σε άτομο και για αυτό θα πρέπει να δοκιμαστεί. Αν συμβεί ακράτεια το ποσό πρέπει να ελαττωθεί. Μια μόνιμη κολοστομία μπορεί να έχει ανάγκη να είναι σε διαστολή γιατί στενεύει το άνοιγμα κατά την διάρκεια της επούλωσης.

Η διαδικασία συνήθως αρχίζει από τον χειρουργό, μετά τα έντερα προσκολλούνται στο κοιλιακό τοίχωμα. Συνήθως μέχρι την 10η μετεγχειρητική μέρα. Μπορεί επίσης να συσταθεί στον ασθενή να εισάγει το δακτυλό του μια φορά την εβδομάδα μέσα στο στόμιο, τότε δεν θα έχει πρόβλημα.

Μερικοί ασθενείς έχουν ανάγκη να κάνουν πλύση στην κολοστομία κάθε μέρα, ενώ αντίθετα μερικοί μπορούν να κάνουν αυτό κάθε 2-3 ημέρες⁴¹. Οι τελευταίοι είναι πιο τυχεροί ενώ άλλοι νομίζουν ότι η πιο ομαλή ώρα για αφόδευση της κολοστομίας είναι να αδειάζει αυθόρμητα. Η νοσηλεύτρια - τής, προτείνει στον ασθενή για καλύτερη εξυπηρευτή του, όλα τα αντικείμενα που χρειάζονται για την πλύση να τα έχει

συγκεντρωμένα σε ένα δίσκο και να τα φυλάει σε ένα κατάλληλο και βολικό σημείο του σπιτιού του. Επίσης ότι τα υλικά (Colostomy irrigation set) που βρίσκονται στο εμπόριο μπορεί να αντικατασταθούν με ένα δοχείο πλαστικό ώστε να βλέπει εύκολα τη στάθμη του περιεχομένου.

Για το τι θα τρώει ο ασθενής αναφέρεται στην αποκατάσταση του ασθενή.

Επιπλοκές Κολοστομίας

Εκτός από τον τοπικό ερεθισμό του δέρματος γύρω από την κολοστομία, του οποίου η φροντίδα αναφέρθηκε παραπάνω, άλλες επιπλοκές είναι οι εξής :

1. **Εισαλκή**, είναι πολύ βαριά επιπλοκή, κυρίως όταν το άκρο του εντέρου ελκωθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Τα αίτια της επιπλοκής είναι :

- α. Η παχυσαρκία.
- β. Η ανάπτυξη παραλυτικού ή μηχανικού ειλεού μετεγχειρητικά.
- γ. Τα αναπαρασκευάστο έντερο, το οποίο περιέχει κοπρανώδεις μάζες.
- δ. Η ισχαιμία και η γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που βρίσκεται έξω.

Το εντερικό άκρο που εμφανίζει εισαλκή είναι δυνατό να μην φτάσει στην περιτοναϊκή κοιλότητα αλλά να παραμείνει στον υποδόριο συνδετικό ιστό και να αναπτυχθεί φλεγμονή. Η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση είναι η πρόληψη των παραγόντων που προκαλούν την επιπλοκή αυτή. Επί εγκαταστάσεως της επιπλοκής συνίσταται επανεγχείρηση και κατασκευή νέας, τεχνικά άρτιας κολοστομίας, με την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα.

2. **Διάρρηση** : Προκαλείται συνήθως από κάκωση του εντέρου, εξαιτίας του ρύγχους της συσκευής των υποκλυσμών, και εμφανίζεται και στην μόνιμη και στην πρόσκαιρη κολοστομία. Όταν η διάρρηση του εντέρου συμβεί μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλεί ταχέως την ανάπτυξη περιτονίτιδας. Η θεραπεία είναι χειρουργική.

3. Περικολική φλεγμονή και περικολικά αποστήματα : εμφανίζεται όταν ο περικολικός ιστός επιμολυνθεί από τα εντερικά υγρά της κολοστομίας. Η επιμόλυνση αυτή προλαμβάνεται με την τοποθέτηση βαζελινούχων γαζών γύρω από το προβάλλον τμήμα του εντέρου πριν ή αφού ανοιχθεί.

Επί εγκαταστάσεως της φλεγμονής και δημιουργίας αποστήματος εκτός από την αντιβίωση εκτελείται σπάση και παροχέτευση της πυώδους εκροής.

Η μόλυνση του τραύματος οφείλεται στην μη τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας και εκδηλώνεται με πόνο, ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα και πυώδη εκροή, ακόμη συνυπάρχουν πυρετός και γενική κακουχία.

Εκλογή της κατάλληλης διαίτας ασθενούς με κολοστομία

Αρχικά η διαίτα που ακολουθεί ο ασθενής είναι υδρική (σούπες, τσάι). Προοδευτικά η διαίτα περιλαμβάνει περισσότερα είδη τροφών, αλλά πάντα με μικρό υπόλειμμα. Στην αρχή η αυστηρή διαίτα είναι απαραίτητη, στην συνέχεια όμως, καθίσταται περισσότερο ελεύθερη. Τροφές που επιτρέπονται σε ασθενείς με κολοστομία είναι τα ωμά φρούτα και λαχανικά, ψωμί, δημητριακά, ρύζι, πατάτες, σούπες, τυρί, κρέμες διάφορες, χυμός πορτοκαλιού, ψάρια. Τρόφιμα που δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο διαιτολόγιο του ασθενούς είναι αυτά που προκαλούν αέρια π.χ. όσπρια, άγουρα φρούτα, τηγανητά καθώς και πολλά καρυκεύματα και σάλτσες. Επίσης απαγορεύεται η λήψη τροφής σε υπερβολική ποσότητα και σε ακανόνιστες ώρες. Το διαιτολόγιο αυτό συνίσταται μετά την πάροδο δυο μηνών και εφόσον ο έλεγχος των κενώσεων είναι ικανοποιητικός.

4.2.4 Διδασκαλία του ασθενούς κατά την έξοδό του από το Νοσοκομείο

Ο ασθενής μετά την θεωρητική ενημέρωση παρακολουθεί και την πρακτική φροντίδα της αλλαγής του σάκου και την πλύση της κολοστομίας. Μετά ενθαρρύνεται ο ασθενής και με την παρουσία της νοσηλεύτριας να κάνει μόνος του την περιποίηση της κολοστομίας.

Έτσι δίνεται η δυνατότητα :

- Στον άρρωστο να εκφράσει τις απορίες του
- Στην νοσηλεύτρια να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής μπορεί να φροντίσει τον εαυτό του και να περιποιηθεί την κολοστομία του.
- Να επισημάνει η νοσηλεύτρια την προσοχή του αρρώστου στα σημεία φροντίδας κολοστομίας, αλλαγή σάκου, άδειασμα σάκου, σε δερματίτιδες που δημιουργούνται στην περιοχή της κοιλιακής χώρας γύρω από την κολοστομία.

Ο ασθενής θα πρέπει να προσέξει την φροντίδα του δέρματος του με υποαλλεργιογόνα φάρμακα όπως το Stomahesive και Hollihesive. Αυτά κολλούν καλά σε υγρό, ερεθισμένο δέρμα και επιτρέπουν την επούλωσή του. Ενώ το Relia seal είναι πιο αποτελεσματικό σε ερυθρό περιστομιακό δέρμα όχι όμως στο εξελκωμένο και υγρό δέρμα. Αποτελεσματικός φραγμός του δέρματος είναι το Karaya gym. Κυκλοφορεί σε μορφή σκόνης και δίσκους ή δακτυλίους που μπορούν να τοποθετηθούν σε ανοικτό περιστομιακό δέρμα.

Η κρέμα και οι δακτύλιοι Karaya είναι εξαιρετικοί για την πρόληψη ερεθισμού του δέρματος αμέσως γύρω από το στόμιο.

Η κολοστομία μπορεί να καλυφθεί με σάκους μιας χρήσεως, γάζα και χαρτοβάμβακα, επαλειμμένα με βαζελίνη και στερεωμένα με υποαλλεργιογόνα λευκοπλάστ, ή με Stoma cup.

Το υλικό που χρησιμοποιείται υπάρχει στα φαρμακεία όπου μπορεί να το προμηθευτεί.

Η πλύση της κολοστομίας να γίνεται την καθορισμένη ώρα όπως και κατά την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα η αφόδευση να γίνεται σε συγκεκριμένη ώρα με αποτέλεσμα να δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να χρησιμοποιεί το Stoma cup, έτσι

αισθάνεται σχεδόν όπως κι ένας φυσιολογικός άνθρωπος και μπορεί άνετα να επιδοθεί σε όλες τις δραστηριότητες και να απολαύσει όλες τις χαρές της ζωής. Ακόμη και να επιδοθεί σε σπορ, π.χ. κολύμπι.

Για να αποφευχθεί η κακοσμία των περιττωμάτων θα πρέπει ο ασθενής να αποφεύγει τροφές που την προκαλούν όπως κρεμμύδια, λάχανα, αυγά, ψάρια και φασόλια.

Ενώ θα πρέπει να τρώει μεγαλύτερες ποσότητες από τροφές όπως γιαούρτι, χυμός μούργου, αποβουτυρώμενο γάλα, που μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγει φαγητά με καρυκεύματα και αεριούχα ποτά, γιατί γίνεται και μεγάλη ποσότητα αέρα με αποτέλεσμα μεγαλύτερη ποσότητα αερίων.

Δεν θα πρέπει να τρώει φαγητά που δημιουργούν αέρια όπως φασόλια, κρεμμύδια, ραδικία και λαχανικά. Επίσης η μπύρα θα πρέπει να αποφεύγεται.

Να γίνεται καλή μάσηση της τροφής.

Να αποφεύγει την πολυφαγία και τα γεύματά του να είναι σε τακτικά χρονικά διαστήματα.

Η ενδυμασία για τους ασθενείς που χρησιμοποιούν το Stoma cup είναι πολύ εύκολη, ενώ για τους ασθενείς που χρησιμοποιούν σάκο θα πρέπει να είναι λίγο προσεγμένη στα εξής σημεία : η ζώνη θα πρέπει να είναι πιο μεγάλη για να χωρέσει και το σάκο. Σε άνδρες που χρησιμοποιούν μαγιώ προτεινόμενο είναι το σορτς. Ενώ για τις γυναίκες ολόσωμα και μάλιστα με φούστα.

Η κολοστομία δεν δυσκολεύει τα άτομα να ταξιδεύουν αρκεί να έχουν μαζί τους τα απαραίτητα αντικείμενα για την αλλαγή της κολοστομίας.

Η κολοστομία δεν αντενδείκνυται για μια καλή εγκυμοσύνη, θα πρέπει¹⁹ όμως να προσεχθεί το μέγεθος του στομίου γιατί αλλάζει το μέγεθος καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη.

Ο ασθενής κατά την διάρκεια του ύπνου μπορεί να πάρει όποια θέση θέλει.

Επίσης δίνουμε στον άρρωστο τηλέφωνα και διευθύνσεις που σε περίπτωση που έχει κάποιο πρόβλημα με την βοήθειά μας να το αντιμετωπίσει καλύτερα.

Τέλος είναι απαραίτητη η ιατρική παρακολούθηση η οποία θα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

4.2.5 Ο ρόλος της Κοινοτικής Νοσηλεύτριας

Όπως έχει αναφερθεί η έξοδος του ασθενούς θα πρέπει να γίνει όταν ο ίδιος ο ασθενής ή ένα μέλος της οικογένειάς του σιγουρευτεί ότι είναι έτοιμος να φροντίσει την κολοστομία.

Από αυτό το σημείο και μετά αρχίζει η κατ' οίκον παρακολούθηση του ασθενούς. Η κοινοτική νοσηλεύτρια όταν επισκεφτεί τον ασθενή στο σπίτι του, θα αξιολογήσει την προσαρμοστική του ικανότητα και θα προσφέρει στον ίδιο και στην οικογένειά του την αναγκαία βοήθεια. Η είσοδος της κοινοτικής νοσηλεύτριας στο σπίτι του ασθενούς ανακουφίζει αυτόν και την οικογένειά του. Αισθάνονται δίπλα τους έναν ειδικό, έναν έμπειρο άνθρωπο, που γνωρίζει πως πρέπει να αντιμετωπίσει κάθε πρόβλημα και δυσκολία που θα παρουσιαστεί.

4.3 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία

Τα χημειοθεραπευτικά χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις που οι άλλες μέθοδοι δεν μπορούν να βοηθήσουν ή σε συνδυασμό με αυτές. Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο το ΓΕΣ, και ορισμένα προκαλούν διάρροια ή δυσκοιλιότητα^{19,42}.

Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες και πολλές κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία και σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών.

Η νοσηλευτική φροντίδα συνίστανται στην άρση αυτών των προβλημάτων και την ανακούφιση του αρρώστου. Αυτή περιλαμβάνει :

- Ενημέρωση, προετοιμασία και ψυχική υποστήριξη του ασθενούς.
- Χορήγηση αντιεμετικών.
- Συχνά, μικρά γεύματα καθώς και επαρκής υδάτωση.
- Προστασία του αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον κλπ).
- Λήψη μέτρων για να μην έρθει το φάρμακο σε επαφή με το δέρμα.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθηση των γύρω οστών.

Μια από τις κύριες ευθύνες του νοσηλευτή είναι η ακριβής χορήγηση των φαρμάκων και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, καθώς και η πρόληψη των παρενεργειών και η προφύλαξη του ασθενή και του εαυτού του. Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή στην περίπτωση αυτή είναι πολύ σημαντικός και η ίδια αποτελεί σημαντικό βοηθό του γιατρού.

4.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία σπάνια χρησιμοποιείται μόνη της σαν μέθοδο θεραπείας. Πιο συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τις άλλες μεθόδους, και παρηγορητικά για υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση του αρρώστου που παρουσιάζει ναυτία και εμέτους περιλαμβάνει τη χορήγηση ηρεμιστικών, τη χορήγηση τροφής υψηλής θερμιδικής αξίας, σε μικρά και συχνά γεύματα καθώς και τη λήψη πολλών υγρών^{1,29}.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει αντιδράσεις από το δέρμα, ο νοσηλευτής⁴² παρατηρεί για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση και χορηγεί ουδέτερες κρέμες, γίνεται πλύση του δέρματος με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό και προστατεύεται το δέρμα από την ψηλή θερμοκρασία, την ηλιακή ακτινοβολία καθώς και από τραυματισμούς και τριβές.

Σε περίπτωση διάρροιας χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα και δίαιτα με μικρό υπόλειμμα.

Σε περίπτωση καταστολής του μυελού των οστών, ο νοσηλευτής φροντίζει για την προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς και παρατηρεί για εμφάνιση αιμορραγιών οπότε φροντίζει για την αντιμετώπιση τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΑΣΚΗΣΗ

5.1 Διατροφή και Καρκίνος του παχέος εντέρου

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.

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 βασίζονται⁴³ :

- 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 παραγόντων, 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.

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 υποκείμενων παθογενετικών μηχανισμών (αποκαταστολή ογκογονιδίου, σωματική μεταλλαγή, ρυθμιστικοί μηχανισμοί στη φυσική ιστορία του όγκου).

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 νιτροζαμινών στο στομάχι, τροποποίηση του ρυθμού έκκρισης ή της μεταβολικής τύχης της χοληστερόλης και των χολικών οξέων στο έντερο).
- 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).

Η επικέντρωση των επόμενων παραγραφών στη διατροφική αιτιολογία των καρκίνων του παχέος εντέρου, του στομάχου και του μαστού έγινε με βάση τα εξής τρία κύρια κριτήρια⁴⁴ :

- 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.

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, τέσσερις επί συνόλου πέντε έδειξαν θετική συσχέτιση της επίπτωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου με την κατά κεφαλή 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^{43,44}.

Η χρήση μεγάλης ποσότητας του λίπους συνδέεται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, του μαστού και λιγότερο του προστάτου, και των ωοθηκών. Αν σκεφτεί 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

κολής στο έντερο με αποτέλεσμα, οι πυκνότητες των χολικών αλάτων στα κόπρανα να είναι αυξημένες, συγκρινόμενες με πληθυσμούς όπου η κατανάλωση λίπους είναι μικρή. Η αυξημένη πυκνότητα των χολικών αλάτων και μάλιστα σε κατάσταση διάσπασης, ενοχοποιείται ως έχουσα καρκινογόνο δράση. Μια άλλη παρατήρηση είναι αυτή που έχει σχέση με τη μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου. Η χλωρίδα επί υπερκαταναλώσεως λίπους περιέχει 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 λίπος⁴⁵.

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.

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. Αρκούσε 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 :

- ◊ Η αύξηση του όγκου του περιεχομένου του εντέρου έχει ως αποτέλεσμα την μεγαλύτερη αραιώση των υπάρχουσων ουσιών.
- ◊ 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.

◊ Η προσθήκη φυτικών ινών, έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή της χλωρίδας ώστε να μειώνονται τα στελέχη, τα υπεύθυνα για τη δημιουργία των καρκινογόνων.

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 προσλήψεως λίπους και της αυξήσεως φυτικών ινών. Φαίνεται ότι η πρόληψη 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 δυο προκαλούν το αίσθημα πληρότητας του στομάχου.

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^{44,45}.

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 αμινοξενών.

Σελήνιο : Υπάρχει στις τροφές και η πυκνότητα εξαρτάται από την πυκνότητα στο χόμα. 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.

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.

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 δυο.

5.2 Διατήρηση της φυσικής κατάστασης

Η καλή φυσική κατάσταση, που είναι για όλους δείγμα υγείας, είναι ιδιαίτερα σημαντική για κάθε καρκινοπαθή. Αν και είναι ιδιαίτερα σκληρό για τον ασθενή να βρει τη δύναμη να ασκείται, εντούτοις το κέρδος είναι πολύ μεγάλο και δεν μπορεί να το αγνόησει κανείς. Η συμμετοχή σε κάποιο πρόγραμμα θα έχει τα εξής οφέλη¹ :

1. **Βελτίωση της πρόγνωσης** : Όταν ο ασθενής είναι σε καλή φυσική κατάσταση, ανέχεται καλύτερα τη θεραπεία. Κατά συνέπεια μπορεί να υποστεί επιθετικότερες θεραπείες και επομένως να έχει περισσότερες πιθανότητες ύφεσης της νόσου ή και ίασης. Είναι πλέον γνωστό ότι η επιτυχία της θεραπείας και η βελτίωση της πρόγνωσης εξαρτώνται άμεσα από την φυσική κατάσταση. Μπορεί να ζήσει περισσότερο και να χαρεί μια δραστήρια ζωή.
2. **Αποφυγή μυϊκής αδυναμίας και ατροφία** : Όταν είμαστε υγιείς ασκούμε τους μυς μας με τον έναν ή τον άλλο τρόπο. Ακόμα και η

μικρή δραστηριότητα εξασφαλίζει μυϊκό τόνο και ισχύ. Κατά τη διάρκεια όμως μιας οξείας ή χρόνιας ασθένειας, συχνά απαιτείται παρατεταμένη παραμονή στο κρεβάτι. Οι μυες μικραίνουν και χάνουν την ισχύ τους όταν δεν χρησιμοποιούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Με ένα πρόγραμμα άσκησης θα αποφευχθεί κάτι τέτοιο.

3. **Επιτάχυνση της ανάρρωσης** : Αν έπειτα από κάποια χειρουργική επέμβαση ή κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας ο ασθενής δεν ασκείται, τότε οι μύες εξασθενούν ολοένα περισσότερο. Οι ιστοί που ενδεχομένως καταστραφούν με τη θεραπεία, δεν θα μπορέσουν να αναπλαστούν όσο γρήγορα θα έπρεπε. Με την άσκηση βοηθείται η ανανέωση των ιστών και ελαχιστοποιείται οποιαδήποτε βλάβη των αρθρώσεων. Δεν πρέπει να παραβλέψουμε επίσης ότι με την άσκηση αποφεύγεται η πλήξη και η κατάθλιψη που συχνά συνοδεύουν την μακρά παραμονή στο νοσοκομείο.

5.2.1 Σχεδιασμός προγράμματος άσκησης

Στο νοσοκομείο : Κάποιο ελαφρύ πρόγραμμα ξεκινάει ενόσω ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο. Σ' αυτό περιλαμβάνεται απλώς κάποια σύσφιξη των μύων ή παθητική κινησιοθεραπεία όταν είναι ξαπλωμένος πάνω στο κρεβάτι. Το μασάζ θα λειτουργήσει συμπληρωματικά βοηθώντας τον ασθενή να χαλαρώσει σωματικά και ψυχικά βελτιώνοντας το κυκλοφορικό σύστημα.

Πριν ο ασθενής φύγει απ' το νοσοκομείο, οι φυσικοθεραπευτές μπορούν να αξιολογήσουν την φυσική τους κατάσταση και να συστήσουν κάποιες ειδικές ασκήσεις. Θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το επίπεδο ενέργειας κάθε ασθενή, συμβουλέψουν τον ασθενή και τα άτομα που τον φροντίζουν για τον πώς να συνεχίσει το πρόγραμμα άσκησης στο σπίτι.

Κανόνες ασφάλειας : Ο ασθενής θα πρέπει να θυμάται :

- Να ρωτήσει τον γιατρό αν είναι έτοιμος για άσκηση
- Να έχει κάποιον δίπλα του. Έτσι η άσκηση θα είναι πιο ευχάριστη αλλά και πιο ασφαλής.

- Να σταματάει την άσκηση και να ξεκουράζεται αν αισθάνεται κουρασμένος.
- Να εγκαταλείπει κάθε άσκηση που του φαίνεται ιδιαίτερα δύσκολη και να προσπαθήσει πάλι όταν αισθάνεται δυνατός.
- Να προσπαθεί να επαναλαμβάνει κάθε άσκηση στην αρχή 3-5 φορές και σταδιακά να φτάσει τις 20 επαναλήψεις.
- Να προσπαθεί να ασκείται τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα.

Όταν αρχίζει το πρόγραμμα άσκησης μπορεί να αισθανθεί κόπωση, ζαλάδα ή ναυτία. Οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιαστεί θα πρέπει να συζητηθεί με τον γιατρό ή τον φυσικοθεραπευτή. Αυτές οι παρενέργειες, πάντως, συνήθως περνούν γρήγορα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

6.1 Ζώντας με τον Καρκίνο

Σήμερα, ο καρκίνος έχει πάψει να αντιμετωπίζεται σαν μια φοβερή ανίατη, χωρίς ελπίδα και σωτηρία νόσος. Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, πολλές μορφές καρκίνου αντιμετωπίζονται άμεσα, δίνοντας οριστική θεραπεία σ' αυτές. Επιπλέον σε προχωρημένα στάδια καρκίνου όπου η κατάσταση δεν είναι αναστρέψιμη, σήμερα έχει εξασφαλιστεί η δυνατή καλύτερη αντιμετώπιση για την ανακούφιση των επίπονων συμπτωμάτων¹.

Έτσι έχουμε φτάσει στο σημείο, όπου οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συνειδητοποιήσει ότι η ζωή με τον καρκίνο σημαίνει εξοικείωση με μια χρόνια πάθηση. Έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα και τις θεραπευτικές αγωγές και ταυτόχρονα επιστρέφουν σε όσο το δυνατόν περισσότερες φυσιολογικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Ο ασθενής με καρκίνο του παχέος εντέρου (όπως και όλοι οι καρκινοπαθείς γενικά) είναι απολύτως σημαντικό να κατορθώσει να διατηρήσει τον συνηθισμένο ρυθμό της ζωής του ή τουλάχιστον όσο περισσότερο γίνεται. Θα πρέπει ο ασθενής να κατανοήσει ότι η διάγνωση του καρκίνου δεν συνεπάγεται απαραίτητα το τέλος της ζωής, εκτός κι αν ο ίδιος εγκαταλείψει τον εαυτό του. Βασικός παράγοντας είναι να μην νιώσει σαν αβοήθητο θύμα, εγκαταλελειμμένος, έρμαιο της σκληρής του μοίρας. Αν σκεφτεί κάτι τέτοιο, θα χάσει αυτόματα τη θέληση να παλέψει για τη ζωή του. Αν σκοπεύει να θεραπευτεί ή να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα της νόσου ή να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του, πρέπει να υιοθετήσει μια μαχητική στάση απέναντι στη ζωή¹⁹.

Η μάχη για τον καρκίνο είναι συλλογική προσπάθεια, μια ευθύνη που τη μοιράζεται ο ασθενής με την ιατρική ομάδα. Η συνεργασία βασίζεται στην εντιμότητα, την επικοινωνία, την ενημέρωση και τη

θέληση του ασθενούς να κάνει ότι καλύτερο μπορεί. Η ιατρική ομάδα αναλαμβάνει την ευθύνη να προγραμματίσει την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αγωγή και να προσφέρει την συμπαράστασή της. Ο ασθενής αναλαμβάνει την ευθύνη να διατρέφεται σωστά, να ακολουθεί πιστά τις ιατρικές οδηγίες και να τηρεί θετική στάση απέναντι στα προβλήματά του. Αν η συνεργασία αυτή (ιατρική, ομάδας – ασθενούς) είναι επιτυχής, ο ασθενής θα αντιμετωπίζει τις δυσκολίες με μεγαλύτερη ικανότητα. Η θέλησή του να ζήσει θα κάνει οπωσδήποτε πιο ευχάριστη τη ζωή του. Μερικές φορές η προσπάθεια αυτή ίσως φαίνεται σαν δυσκολότερη πάλη, όμως ο καρκινοπαθής μπορεί να μάθει να ζει με τον καρκίνο του.

6.2 Η συζήτηση με την οικογένεια και τους φίλους

Πριν μερικές δεκαετίες, ορισμένες παθήσεις δεν συζητούνταν ποτέ δημοσίως, ακόμη και μεταξύ συγγενών και φίλων. Η φυματίωση, για παράδειγμα, σπάνια αναφερόταν μπροστά σε άλλους, και οποιαδήποτε συζήτηση για τον καρκίνο γινόταν ψιθυριστά σαν να επρόκειτο για πανούκλα. Έτσι ο καρκίνος κατέληξε η μόνη λέξη που προκαλεί πανικό και τρόμο. Εναλλακτικά υιοθετήθηκαν άλλες λέξεις στη θέση του καρκίνου, όπως κακιά αρρώστια, επάρατη νόσος κ.α. Και σήμερα αρκετοί εξακολουθούν να αποφεύγουν να μιλούν για καρκίνο, παρότι είναι πλέον μια συνηθισμένη πάθηση και συχνά ιάσιμη.

Από τον ίδιο τον ασθενή εξαρτάται πόσο ειλικρινής και ανοιχτός θα είναι στο θέμα του καρκίνου ή της θεραπευτικής αγωγής. Δεν υπάρχει κανένας συγκεκριμένος "σωστός" τρόπος, ούτε και "κατάλληλες" λέξεις για να χρησιμοποιήσει. Θα πρέπει μόνος του να βρει τον δικό του άνετο χώρο και τις δικές του κατάλληλες λέξεις για να εκφραστεί⁴⁶.

Μερικοί ασθενείς προτιμούν να μην συζητούν με κανέναν το πρόβλημα της πάθησής τους, εκτός από την οικογένειά τους. Άλλοι, που χρειάζονται εξωτερική βοήθεια, επιλέγουν έναν ή δυο στενούς φίλους, οι οποίοι δηλώνουν ότι μπορούν να τους προσφέρουν στοργή και συμπαράσταση όποτε χρειαστεί ανάγκη. Φυσικά υπάρχει και η κατηγορία εκείνων των ασθενών που προσπαθούν να κερδίσουν τον οίκτο

και την προσοχή όλων αυτών που τους περιβάλλουν με αποτέλεσμα, να γίνονται βαρετοί. Η αδιάκοπη μεμψιμοιρία του ασθενούς που επιδιώκει να αποσπάσει την συμπάθεια, αναγκάζει τους άλλους να τον αποφεύγουν. Γι' αυτό το λόγο, παρατηρείται πως συχνά οι άνθρωποι τείνουν να αποφεύγουν τους καρκινοπαθείς διότι η συζήτηση τους πείθει ότι μόνο άσχημα πράγματα συμβαίνουν.

6.3 Συνεργασία με την υγειονομική ομάδα

Το σύστημα αντικαρκινικής θεραπείας είναι εκτεταμένο και πολυσύνθετο. Εμπλέκονται πολλές υγειονομικές μονάδες, επανδρωμένες από ποικίλλων ειδικοτήτων επιστήμονες και επαγγελματίες. Όπως γίνεται με κάθε υπεύθυνη ομάδα εργασίας, ένα άτομο αναλαμβάνει συνήθως την ευθύνη να καθοδηγήσει τις προσπάθειες της ομάδας, για την αντιμετώπιση του προβλήματος του ασθενούς. Ο υπεύθυνος της ομάδας, αποφασίζει ποιες πληροφορίες είναι αναγκαίες, αναθέτει τα επιμέρους προβλήματα στους αρμόδιους να τα επιλύσουν, αναλύει τις υπάρχουσες δυνατότητες και παίρνει τις καθοριστικές αποφάσεις. Επίσης, ο υπεύθυνος ενημερώνει τον ασθενή για την κατάστασή του, δηλαδή ποια είναι η πορεία της νόσου, τι μπορεί να γίνει, ποιοι είναι οι κίνδυνοι, ποιες οι πιθανότητες και οι εναλλακτικές λύσεις.

Σε μερικές περιπτώσεις, η γενική κατεύθυνση ανατίθεται στον αρχικό γιατρό. Επειδή όμως η θεραπευτική αγωγή του καρκίνου είναι πολύπλοκη και κατά καιρούς εμπλέκονται πολλοί άλλοι ειδικοί, η διεύθυνση ανατίθεται συνήθως σε ογκολόγο ειδικευμένο στην εσωτερική παθολογία^{1,39}.

Η ιεραρχία αυτή συγκεντρώνει πολλά πλεονεκτήματα. Οι ογκολόγοι εξετάζουν πολλούς καρκινοπαθείς ασθενείς και έχουν μεγαλύτερη πείρα και γνώσεις για τις επιδράσεις και τα πιθανά αποτελέσματα των περισσότερων θεραπευτικών μεθόδων. Επιπλέον έχουν την τάση να συζητούν επί μακρόν με τον ασθενή, διότι γνωρίζουν ότι ο καρκίνος αποτελεί σοβαρή υπόθεση και σε ό,τι αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, τις

ακτινοβολίες και τις χειρουργικές επεμβάσεις, και σε ό,τι αφορά τις παρενέργειες στην πρόγνωση.

6.4 Υποστήριξη

Πολλοί άλλοι εξειδικευμένοι υγειονομικοί εργάζονται ως ενιαία ομάδα για να βοηθήσουν τον ασθενή να αντεπεξέλθει στη θεραπεία και την ανάρρωση.

- Οι εξειδικευμένοι στην ογκολογία νοσηλευτές παίζουν ουσιαστικό ρόλο μέσα στην υγειονομική ομάδα. Έχουν ειδικές γνώσεις και ικανότητες να χορηγούν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα και να αντιμετωπίζουν τις ειδικές ανάγκες των καρκινοπαθών.

Ενδέχεται επίσης να έχουν εκπαιδευτεί ειδικά στις ακτινοβολίες. Σε επόμενο κεφάλαιο θα περιγραφεί αναλυτικά ο ρόλος του εξειδικευμένου νοσηλευτή στην ογκολογία.

- Οι διαιτολόγοι αξιολογούν τις ελλείψεις της διατροφής και προετοιμάζουν εξατομικευμένα διαιτολόγια, λαμβάνοντας υπόψη την περίπτωση και με στόχο να εξασφαλίσουν επαρκή παροχή θρεπτικών ουσιών.
- Οι φυσικοθεραπευτές φροντίζουν για τη σωστή διατήρηση της λειτουργικότητας των μυών και βοηθούν να προσαρμοστεί ο ασθενής στις τυχόν μεταβολές του οργανισμού που οφείλονται στη θεραπευτική αγωγή.
- Οι εργασιοθεραπευτές βοηθούν τον ασθενή να εξοικειωθεί με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, λόγω χάρη πώς να χρησιμοποιεί πιο αποδοτικά το σώμα του.
- Υπάρχουν άτομα που εξειδικεύονται στην φροντίδα και την αντιμετώπιση των προβλημάτων της εντεροστομίας⁴⁷.
- Οι ψυχολόγοι, ψυχοθεραπευτές και άλλοι ειδικευμένοι στα ψυχολογικά θέματα σύμβουλοι, όπως οι κληρικοί και κοινωνικοί λειτουργοί, βοηθούν να ξεπεράσει ο ασθενής την κατάθλιψη ή την φοβία και να καταπολεμήσει συναισθηματικά προβλήματα που

πιθανώς αντιμετωπίζει λόγω του καρκίνου ή της θεραπευτικής αγωγής, ή της εικόνας του ειδώλου του.

- Οι παρασκευαστές πραγματοποιούν εξειδικευμένες εργαστηριακές εξετάσεις αίματος.
- Οι φαρμακοποιοί εκτελούν πολυσύνθετες συνταγές και φροντίζουν για τη σωστή δοσολογία.
- Διάφοροι τεχνικοί φροντίζουν ώστε οι αναπνευστήρες, οι αντλίες χημειοθεραπείας, οι συσκευές οξυγόνου για το σπίτι και άλλα μηχανήματα να λειτουργούν κανονικά.

6.5 Η κατανόηση των ιατρικών συμβουλών

Από τη στιγμή που θα γίνει η διάγνωση, η ιατρική ομάδα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή και την οικογένειά του. Αυτό δεν είναι πάντοτε εύκολο, ούτε για τον ασθενή, αλλά ούτε και για το γιατρό. Για κάθε θεραπευτικό στάδιο του καρκίνου υπάρχουν πολλά στοιχεία άγνωστα στο ευρύ κοινό. Οι γιατροί μάλιστα συνηθίζουν να χρησιμοποιούν ειδική ορολογία η οποία δεν γίνεται πλήρως κατανοητή από τον ασθενή που δεν έχει ιατρικές γνώσεις. Εντούτοις, η ειλικρινής και σαφής επικοινωνία αποτελεί ουσιαστική παράμετρο μιας καλής ιατρικής σχέσης.

Ο καρκίνος είναι οικογενειακή υπόθεση. Αν κι ένα μόνο μέλος προσβάλλεται από τη νόσο, την εμπειρία τη μοιράζεται όλη η οικογένεια. Είναι λοιπόν απαραίτητο να ενημερώνονται όλοι για κάθε πτυχή της πάθησης. Πρέπει να γνωρίζουν τη θεραπευτική αγωγή, τις πιθανές παρενέργειες και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Η προσπάθεια του ασθενούς να μάθει πώς να αντιμετωπίζει τη νέα κατάσταση που προέκυψε, θα τον βοηθήσει να προσαρμοστεί καλύτερα στη θεραπευτική αγωγή.

Ο γιατρός φροντίζει να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής βρίσκεται σε κατάλληλη ψυχολογική κατάσταση και διαθέτει το χρόνο να υποβάλλει ερωτήσεις και να συζητήσει τις διάφορες πλευρές της θεραπείας. Ασφαλώς η κατάλληλη ψυχολογική διάθεση δύσκολα επιτυγχάνεται. Η πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο του ογκολόγου μπορεί να αποδειχθεί

αληθινή δοκιμασία. Ο φόβος και η αγωνία για τον καρκίνο, ανεξάρτητα αν βρίσκεται σε ελεγχόμενο στάδιο, και αν είναι ιάσιμος ή όχι, συχνά περιορίζει την αποδοτικότητα της επίσκεψης. Αντιμετωπίζοντας μια τόσο σοβαρή πάθηση που απειλεί την ίδια τη ζωή του, ο ασθενής δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, να εκφράσει τα συναισθήματά του, να υποβάλει ερωτήσεις και να αφομοιώσει όλες τις νέες πληροφορίες. Η ψυχολογική πίεση δεν του επιτρέπει να σκεφτεί καθαρά και να λειτουργήσει φυσιολογικά.

Για το λόγο αυτό, πολλοί γιατροί ενθαρρύνουν συγγενείς του ασθενούς ή στενούς φίλους να παρευρίσκονται στην συνάντηση. Μερικοί γιατροί μάλιστα, μαγνητοφωνούν την πρώτη συνομιλία και υπαγορεύουν παρουσία του ασθενούς την έκθεσή τους προς τον αρχικό γιατρό. Η μαγνητοταινία που επεξηγεί την ιατρικού περιεχομένου επιστολή, την θεραπευτική αγωγή και τις παρενέργειες, και επίσης περιέχει τις βασικές ερωτοαποκρίσεις, αποβαίνει ιδιαίτερα χρήσιμη. Μια μελέτη που έγινε στο φημισμένο νοσοκομείο Mayo Clinic της Μινεσότα κατέδειξε ότι πολλοί ασθενείς χρειάστηκαν να ακούσουν τις μαγνητοφωνημένες επεξηγήσεις τουλάχιστον τρεις φορές πριν τις κατανοήσουν πλήρως.

Η άγνοια, η σύγχυση και οι φόβοι που δεν εκφράζονται απομονώνουν τους ανθρώπους. Όταν επικρατεί το άγχος και η αγωνία, η απομόνωση ίσως αποδειχθεί ιδιαίτερα σοβαρή και οδυνηρή. Όταν μοιράζεται ο ασθενής τις πληροφορίες του προγράμματος θεραπείας της φαρμακευτικής αγωγής, και των παρενεργειών με την οικογένεια και τους φίλους του, ο καρκίνος γίνεται απ' όλους πιο κατανοητός και πιο υποφερτός^{1,47}.

Οι μαγνητοταινίες έχουν το πλεονέκτημα ότι παρουσιάζουν τις επεξηγήσεις του γιατρού πιο περιεκτικές και πιο οργανωμένες και επιπλέον μειώνουν τις παρεξηγήσεις και βελτιώνουν την επικοινωνία.

Εκτός από τις συνομιλίες και τις μαγνητοταινίες, ο γιατρός μπορεί να προτρέψει τον ασθενή να αναζητήσει πρόσθετες πληροφορίες σε ορισμένα βιβλία. Διάφορα φυλλάδια και βιβλία αποβαίνουν χρήσιμα επειδή περιέχουν γενικές και ειδικές πληροφορίες τόσο για την πάθηση όσο και για τη θεραπεία της. Επίσης, οι βιντεοκασέτες επιταχύνουν την

πορεία ενημέρωσης, είναι δε ιδιαίτερα χρήσιμες αμέσως μετά τη διάγνωση, διότι η ψυχολογική προσαρμογή του ασθενούς στην ιδέα του καρκίνου ίσως παρεμποδίζει την αυτοσυγκέντρωση που είναι απαραίτητη για την ανάγνωση. Οι βιντεοκασέτες επεξηγούν την αξονική τομογραφία και την ακτινοθεραπεία, ενημερώνουν για τη σωστή διατροφή και άσκηση ή για οποιοδήποτε θέμα αφορά τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Επιπλέον, οι βιντεοκασέτες συγκεντρώνουν την οικογένεια για να παρακολουθήσει, να μάθει και να συζητήσει τις διάφορες διαδικασίες που παρουσιάζονται στην οθόνη.

6.6 Η Εξειδικευμένη στην Ογκολογία Αδελφή

Πριν από τη διάγνωση, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, αλλά και μετέπειτα κατά την υποστηρικτική φροντίδα, ο καρκινοπαθής έρχεται συνεχώς σε επαφή με τις εξειδικευμένες νοσηλεύτριες, οι οποίες μοιράζονται μαζί του τις γνώσεις και την εμπειρία τους και προσφέρουν την συμπαράσταση και την κατανόησή τους όποτε παρουσιαστεί ανάγκη.

Πολλές μελέτες απέδειξαν ότι οι καρκινοπαθείς θέλουν και αναμένουν πολλά από τις αδελφές και προπαντός να εκτελούν άψογα το καθήκον τους. Οι ασθενείς θέλουν να ξέρουν ότι η νοσηλεύτρια γνωρίζει πώς να κάνει την ενδοφλέβια ένεση και να χορηγεί τη χημειοθεραπεία, πώς να κάνει την αλλαγή του τραύματος, να τοποθετεί τον καθετήρα και πώς να αντιδρά αποτελεσματικά σε μια επείγουσα κατάσταση.

Όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε μια αντικαρκινική θεραπευτική αγωγή, προφανώς επιθυμεί να είναι σίγουρος πως βρίσκεται στα χέρια κάποιου έμπειρου, καταρτισμένου και ενήμερου για τις πιο σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους.

Στις ΗΠΑ ο εθνικός οργανισμός των νοσηλευτών ογκολόγων είναι η Εταιρεία Νοσηλευτικής Περίθαλψης Καρκινοπαθών, η οποία ιδρύθηκε το 1975 για να εξελιχθεί σε ένα μεγάλο οργανισμό με πολλά τοπικά παραρτήματα. Η Εταιρεία έχει αναλάβει την επαγγελματική εξέλιξη, την προαγωγή της ποιότητας της κλινικής πρακτικής, την έρευνα και την εκπαίδευση, επηρεάζει δε και διάφορους πολιτικούς παράγοντες. Πολλές

νοσηλεύτριες εξειδικευμένες στην ογκολογία ανήκουν σε τοπικά παραρτήματα και παρακολουθούν ενημερωτικά σεμινάρια για τις ιατρικές ή άλλες εξελίξεις που μπορούν να βελτιώσουν την περίθαλψη των ασθενών. Υπάρχει επίσης και ένας οργανισμός εξειδικευμένων νοσηλευτών στην περίθαλψη των καρκινοπαθών παιδιών που ονομάζεται Εταιρεία Νοσηλευτών Παιδιατρικής Ογκολογίας⁴⁸.

6.7 Εκπαίδευση

Οι νοσηλεύτριες ογκολογίας εκπαιδεύονται ειδικά την περίθαλψη των καρκινοπαθών μέσα στο νοσοκομείο, στο ιατρείο, στο σπίτι ή σε ειδικά τμήματα όπως είναι οι μονάδες ακτινοθεραπείας. Για να συμπληρώσουν τις βασικές ιατρικές τους γνώσεις εκπαιδεύονται στα εξής:

- Χορήγηση χημειοθεραπείας και αντιμετώπιση των παρενεργειών όπως η ναυτία, οι έμετοι και η τριχόπτωση.
- Ανακούφιση και έλεγχος του πόνου.
- Αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών καρκίνου.
- Παροχή ψυχολογικής συμπαράστασης στους ασθενείς και στους συγγενείς τους.
- Μετεγχειρητική περίθαλψη.
- Διδασκαλία και φροντίδα των μόνιμων ενδοφλέβιων καθετήρων, όπως οι καθετήρες Hickman και Groshong και των συσκευών ενδοφλέβιας έγχυσης.
- Συμμετοχή σε ομάδες κλινικών ερευνών ή άλλων ανεξάρτητων ερευνών για θέματα περίθαλψης.
- Χρήση νέας τεχνολογίας και θεραπευτικών μεθόδων που βρίσκονται υπό εξέλιξη, όπως οι μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών ή οι βιολογικές θεραπείες.

Οι νοσηλεύτριες μπορούν επίσης να συμπληρώνουν τις γνώσεις τους σε διάφορες υποειδικότητες, όπως στην ακτινοθεραπεία, τη χειρουργική ή την παθολογική ογκολογία, στην παρηγορητική θεραπεία, στην πρόληψη και την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου, στην περίθαλψη

μέσα στα νοσοκομεία, στα ιδρύματα ή στο σπίτι, στην ενημέρωση του ασθενούς, στην περίθαλψη των περιπατητικών ασθενών και σε διοικητικά καθήκοντα νοσηλείας. Μερικές νοσηλεύτριες, κυρίως μεγάλων αντικαρκινικών περιφερειακών κέντρων, μπορεί να μετεκπαιδευτούν σε πιο συγκεκριμένους τομείς ειδικότερου ενδιαφέροντος, όπως ο καρκίνος του μαστού, η ανοσοθεραπεία, ο έλεγχος του πόνου ή την κολοστομία και ειλεοστομία.

Οι νοσηλεύτριες που εξειδικεύονται στην ογκολογική ακτινοθεραπεία και εργάζονται κυρίως σε ειδικά τμήματα νοσοκομείων ή ιδιωτικών ιατρείων, επιμορφώνονται σε συγκεκριμένες τεχνικές και λειτουργίες. Η εξειδικευμένη γνώση τους στην ακτινοθεραπεία του καρκίνου περιλαμβάνει τα εξής :

- Τρόπος λειτουργίας μηχανημάτων.
- Αναμενόμενα αποτελέσματα από τον προγραμματισμό της θεραπευτικής αγωγής, από την ίδια την θεραπεία και παρακολούθηση της πορείας καθώς και ποιες μέθοδοι αναμένεται να παρουσιάσουν παρενέργειες.
- Αντιμετώπιση των παρενεργειών, όπως το αίσθημα κόπωσης, οι δερματικές αλλαγές, η διάρροια ή ο ερεθισμός της στοματικής κοιλότητας.
- Ασφάλεια κατά την ακτινοβολία.
- Ψυχολογική συμπαράσταση και ενημέρωση.
- Διατροφή.

Οι νοσηλεύτριες συνεργάζονται με τους ακτινολόγους – ογκολόγους, ακτινολόγους – φυσικούς, ακτινολόγους – τεχνικούς, κοινωνικούς λειτουργούς και διαιτολόγους για την εφαρμογή του προγράμματος της θεραπευτικής αγωγής, το οποίο καθορίζει ο ακτινολόγος – ογκολόγος για τον κάθε ασθενή^{1,48}.

Αν χρειαστεί η τοποθέτηση ραδιενεργού εμφυτεύματος, θα πρέπει ο ασθενής να εισαχθεί στο νοσοκομείο, συνήθως στο ογκολογικό τμήμα, για όσο καιρό παραμένει το εμφύτευμα στη θέση του. Μπορεί όμως να εφαρμοστούν και άλλα είδη ακτινοβολίας, τόσο σε εξωτερικούς όσο και σε εσωτερικούς ασθενείς. Σε κάθε περίπτωση, οι νοσηλεύτριες

ογκολογίας μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή και την οικογένειά του ενημερώνοντάς τους για τα προβλήματα που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της θεραπείας και πως αντιμετωπίζονται.

6.8 Συνεργασία γιατρών – νοσηλευτών

Σήμερα, η θεραπεία του καρκίνου αποτελεί συλλογική προσπάθεια. Συνεργαζόμενες στενά και με τα υπόλοιπα μέλη της ιατρικής ομάδας, οι νοσηλεύτριες ογκολογίας εμπλέκονται συνεχώς περισσότερο με την περίθαλψη των καρκινοπαθών.

Παρότι ο προσωπικός γιατρός ή ο ογκολογος είναι υπεύθυνοι για τη διάγνωση και το σχεδιασμό μιας αποτελεσματικής αγωγής, σήμερα η επαγγελματική συνεργασία γιατρών και αδελφών είναι ευρύτερη από ό,τι στο παρελθόν. Οι νοσηλεύτριες αποφασίζουν για την περίθαλψη του ασθενούς εντός των ορίων της αρμοδιότητάς τους. Ο γιατρός ενθαρρύνει και εκτιμά τις συστάσεις και τη συνεισφορά των αδελφών.

Στο νοσοκομείο, οι αδελφές είναι εκείνες που βρίσκονται κοντά στον ασθενή είκοσι τέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο, επτά ημέρες την εβδομάδα. Έτσι ο γιατρός ζητά συχνά από την ομάδα των νοσηλευτών να τον ενημερώσουν για την πορεία του ασθενούς. Οι αδελφές συνοδεύουν τον γιατρό κατά την επίσκεψή του στους θαλάμους για να διαπιστώσει την πρόοδο και να καταρτίσει το πρόγραμμα της επόμενης ημέρας. Η εξειδικευμένη στην ογκολογία νοσηλεύτρια είναι εκείνη που μέσα στο νοσοκομείο παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του οργανισμού, εκτιμά τις εργαστηριακές εξετάσεις και τα κλινικά ευρήματα, αξιολογεί τις ανάγκες του ασθενούς και καλεί τον γιατρό όταν χρειασθεί¹.

Στην περίπτωση εξωτερικών ασθενών ή στο ιατρείο η αδελφή συνεργάζεται με τον ασθενή σε ένα πιο ανεξάρτητο επίπεδο. Ο γιατρός, βεβαίως, είναι ο υπεύθυνος για τον προγραμματισμό της θεραπείας, όμως η νοσηλεύτρια αποτελεί πολύτιμο συνεργάτη για την εκτέλεσή της. Οι αδελφές ίσως βοηθούν τον γιατρό να προγραμματίσει και να αποφασίσει τον πιο αποτελεσματικό τρόπο χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Η γνώμη τους π.χ. είναι πολύτιμη στην

επιλογή των φαρμάκων κατά της ναυτίας που θα αποβεί πιο αποδοτική για τη συγκεκριμένη χημειοθεραπεία.

Γιατροί και νοσηλευτές συνήθως συσκέπτονται γύρω από θέματα που αφορούν την περίθαλψη των ασθενών. Συχνά οι αδελφές επισημαίνουν τις ανεπαισθητες αλλαγές στην κατάσταση του ασθενούς, που πιθανόν ο γιατρός να μην τις γνωρίζει, και κάποιες από αυτές ίσως αλλάξουν την πορεία της θεραπευτικής αγωγής.

Στον τομέα της έρευνας, οι εξειδικευμένες στην ογκολογία αδελφές μπορεί να εργάζονται είτε ανεξάρτητα είτε σε συνεργασία με τους γιατρούς. Τις περισσότερες φορές, όμως, η συνεργασία τους είναι πολύ στενή. Η αδελφή αποτελεί μέλος της ερευνητικής ομάδας, που διενεργεί κλινικές μελέτες νέων θεραπειών, συλλέγει τα στοιχεία και εκτιμά το βαθμό ανταπόκρισης και τις παρενέργειες. Όταν συγκεντρωθούν και αναλυθούν τα δεδομένα της έρευνας θα σταλούν προς δημοσίευση και το όνομα της εξειδικευμένης στην ογκολογία αδελφής θα αναγράφει μαζί με το όνομα του γιατρού.

Επειδή συνήθως ο ασθενής περνά πολύ περισσότερο χρόνο με τη νοσηλεύτρια παρά με το γιατρό του, συχνά αναπτύσσεται ένας ιδιαίτερος δεσμός. Μερικές φορές ο ασθενής σαστίζει με τους πρωτόγνωρους όρους και τα πολύπλοκα θεραπευτικά προγράμματα, και η νοσοκόμα αναγκάζεται να αφιερώσει περισσότερο χρόνο για να εξηγήσει όσες πληροφορίες παρέχει ο γιατρός. Συχνά, η νοσηλεύτρια θα επικοινωνήσει την επόμενη μέρα, είτε μέσα στο νοσοκομείο, είτε τηλεφωνικώς στο σπίτι, για να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής κατανόησε πλήρως το πρόγραμμα της αγωγής του και νιώθει άνετα με τη θεραπεία του.

Η περίθαλψη και η θεραπευτική αγωγή αποτελεί στην πραγματικότητα μια συλλογική προσπάθεια του ασθενούς, του ογκολόγου και της αδελφής. Και σίγουρα ο καρκινοπαθής είναι εκείνος που ωφελείται περισσότερο από τη συνεργασία αυτή.

6.9 Περιθαλψη των ασθενών στο νοσοκομείο, την κλινική και το ιατρείο

Ενώ ο ρόλος των νοσηλευτών ποικίλλει στο ιατρείο, στο νοσοκομείο, στο σπίτι ή στο ίδρυμα, οι περισσότερες ειδικευμένες στον καρκίνο αδελφές εργάζονται στα νοσοκομεία. Τα περισσότερα αντικαρκινικά κέντρα και πολλά περιφερειακά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα περιθαλψης καρκινοπαθών – μονάδες ογκολογίας – στα οποία εργάζονται οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές.

Οι νοσηλευτές που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου παρέχουν άμεση περίθαλψη στους καρκινοπαθείς με βάρδιες οκτάωρες ή και δωδεκάωρες. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο ο ασθενής θα έρθει σε επαφή με νοσηλευτές διαφόρων επιπέδων εκπαίδευσης και αρμοδιοτήτων.

- Το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό τελειώνει ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα και μπορεί να διαθέτει μακροχρόνια πείρα. Είναι λοιπόν ικανό να παρέχει άμεση πρακτική περίθαλψη αλλά δεν χορηγεί φάρμακα.
- Οι διπλωματούχες αδελφές, που διαθέτουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, τελειώνουν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα και μπορούν να παρέχουν τόσο άμεση περίθαλψη όσο και φάρμακα. Συνεργάζονται με τις πτυχιούχες προϊστάμενες νοσηλεύτριες.
- Οι πτυχιούχες νοσηλεύτριες εκπαιδεύονται στο πλαίσιο ενός πανεπιστημιακού προπτυχιακού προγράμματος ή ενός προγράμματος πτυχίου Bachelor σε κολέγιο ή ενός πανεπιστημίου. Πολλά νοσοκομεία διαθέτουν θέσεις διαφόρων επιπέδων κλινικής επιμόρφωσης και αρμοδιοτήτων, τις οποίες καταλαμβάνουν προοδευτικά οι αδελφές, με βάση τα προσόντα τους και τη διάρκεια εκπαίδευσής τους. Μια πτυχιούχος νοσηλεύτρια, έμπειρη σε θέματα καρκίνου, μπορεί να αποκτήσει Πιστοποιητικό Ογκολογίας (OCN) ύστερα από σχετικές εξετάσεις από την αρμόδια επιτροπή^{1,47}.
- Μερικές αδελφές κατέχουν πτυχίο Master στη νοσηλεία των καρκινοπαθών. Ασκούν το επάγγελμά τους ως ιδιωτικές νοσηλεύτριες, ως εξειδικευμένες νοσοκομειακές νοσηλεύτριες, ως προϊστάμενες ή ως

ερευνήτριες. Ακόμη μπορούν να επιλέξουν να συνεχίσουν την άσκηση της εργασίας τους δίπλα στον ασθενή. Σε επίπεδο εξειδικευμένης κλινικής πρακτικής, οι νοσηλεύτριες αυτές διδάσκουν θεωρητικά και πρακτικά άλλες νοσηλεύτριες, συμμετέχουν σε εξειδικευμένες διαδικασίες επίλυσης προβλημάτων ή σε κλινικές έρευνες και προΐστανται διαφόρων δραστηριοτήτων.

6.10 Η περιπατητική περίθαλψη / νοσηλεύτρια ιατρού

Είναι πιθανό η αντικαρκινική θεραπεία να γίνεται και εκτός νοσοκομείου. Η τάση αυτή στην εποχή μας, ενισχύεται συνεχώς. Έτσι, ο ασθενής μπορεί να επισκέπτεται ένα γενικό αντικαρκινικό κέντρο, τα εξωτερικά ιατρεία μιας κλινικής, το κέντρο περίθαλψης περιπατητικών ασθενών ή ένα ιδιωτικό ιατρείο.

Ένας βασικός λόγος για αυτή τη μεταστροφή είναι το τεράστιο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη να μειωθεί το κόστος νοσηλείας στα νοσοκομεία, επειδή η εξωτερική περίθαλψη είναι πιο οικονομική για τους ασθενείς, για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και την κοινωνική πρόνοια. Και το σπουδαιότερο, ο ασθενής ωφελείται περισσότερο με το να πηγαίνει στο ιδιωτικό ιατρείο ή στα εξωτερικά ιατρεία μιας κλινικής, να υποβάλλεται στη θεραπεία και να επιστρέφει στο σπίτι του για να συνέλθει μέσα στο οικείο περιβάλλον του και να κοιμηθεί στο κρεβάτι του.

Οι θεραπευτικές αγωγές κατά της ναυτίας έχουν γίνει τόσο αποτελεσματικές ώστε έχουν εκλείψει πολλές παρενέργειες που άλλοτε σήμαιναν μακρά παραμονή στο νοσοκομείο. Οποσδήποτε όμως, η εξειδικευμένη ή ερευνητική αντικαρκινική θεραπεία συνήθως χορηγείται ακόμη μέσα στο νοσοκομείο, ώστε η κατάσταση του ασθενούς να ελέγχεται και να παρακολουθείται συνεχώς. Και σε αυτήν την περίπτωση όμως ο ασθενής μπορεί να περνά περισσότερο χρόνο εκτός του νοσοκομείου απ'όσο χρειαζόταν στο παρελθόν¹.

Η εξωνοσοκομειακή νοσηλεία περιλαμβάνει τη χορήγηση διαφόρων μορφών χημειοθεραπείας, που ποικίλλουν από μια γρήγορη ένεση έως

μια έγχυση διάρκειας πέντε έως επτά ωρών. Οι εξωνοσοκομειακές νοσηλεύτριες μαθαίνουν τα τελευταία θεραπευτικά πρωτόκολλα και τις ερευνητικές μελέτες και παρέχουν στον ασθενή και στην οικογένειά του σημαντικές πληροφορίες για την ασθένεια, τη θεραπευτική αγωγή, τις πιθανές παρενέργειές της και για το πώς να ρυθμίζουν τα φάρμακα.

Οι έμπειρες αυτές νοσηλεύτριες γνωρίζουν καλά πώς να ξεκινούν μια ενδοφλέβια ένεση ή πώς να χειρίζονται οποιονδήποτε χειρουργικά εμφυτευμένο καθετήρα (π.χ. Hickman, το Port-a-Cath, αντλία In Fused κ.α.). Στα καθήκοντά τους περιλαμβάνεται η ανάμειξη και προετοιμασία των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, ο χειρισμός της σύριγγας και των φιαλών καθώς και των σάκων που χρησιμοποιούνται για ενδοφλέβια έγχυση.

6.11 Νοσηλεία στο σπίτι και στο ίδρυμα

Για τους ίδιους λόγους που έλαβε έκταση η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, η κατ'οίκον θεραπεία αρχίζει πλέον να αποτελεί σημαντικό τμήμα της ογκολογικής θεραπείας. Σήμερα υπάρχουν πολλά γραφεία για περίθαλψη κατ'οίκον όπου εργάζονται αδελφές ογκολογίας. Πολλοί επιλέγουν αυτόν τον τρόπο θεραπευτικής αγωγής απλώς επειδή προτιμούν να λαμβάνουν τη χημειοθεραπεία στην ησυχία του σπιτιού τους, συντροφιά με την οικογένεια και γενικά με τους ανθρώπους που νοιώθουν πιο άνετα.

▪ Κατ'οίκον περίθαλψη

Οι νοσηλεύτριες μπορεί να μένουν στο σπίτι από μερικές ώρες έως και όλο το εικοσιτετράωρο. Η χημειοθεραπεία δεν είναι η μόνη θεραπευτική αγωγή που μπορεί να χορηγηθεί κατ'οίκον. Υπό την καθοδήγηση του ογκολόγου, η αδελφή μπορεί να επιμελείται και να παρέχει οδηγίες σχετικά με την περιποίηση της κεντρικής φλεβικής γραμμής, την ενδοφλέβια ανάμειξη υγρών, την ενδοφλέβια παροχή αντιβίωσης και την ολική παρεντερική διατροφή⁴¹.

▪ **Περίθαλψη σε ιδρύματα**

Το ίδρυμα μπορεί να αποδειχθεί σημαντική εναλλακτική λύση αν ο καρκίνος είναι σε προχωρημένο στάδιο. Στα τελευταία στάδια του καρκίνου πριν από το θάνατο, η περίθαλψη σε ίδρυμα προσφέρει στον ασθενή την επιλογή να περάσει τις τελευταίες του μέρες όχι στο νοσοκομείο αλλά σ' ένα οικείο περιβάλλον, με τους αγαπημένους του στο πλευρό του.

Όπως συμβαίνει και με τις άλλες ειδικότητες ογκολογίας, οι νοσηλεύτες των ιδρυμάτων βρίσκονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή και την οικογένειά του. Σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες η νοσηλεύτρια χορηγεί παυσίπονα φάρμακα, περιλαμβανομένων και ναρκωτικών, με διάφορους τρόπους.

Η νοσηλεύτρια καθοδηγεί τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους πώς να φροντίζουν τα αγαπημένα πρόσωπα και αμβλύνει την αγωνία και την θλίψη τους. Μαζί με τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους ιερείς βοηθάει την οικογένεια να αντιμετωπίσει τον επερχόμενο θάνατο και να περάσει ομαλά την περίοδο πένθους που ακολουθεί. Στο διάστημα αυτό, η νοσηλεύτρια του ιδρύματος αφιερώνει πολύ χρόνο στο πλευρό της οικογένειας και είναι διαθέσιμη, μέρα και νύχτα.

6.12 Συμπαράσταση στον ασθενή και στην οικογένειά του

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας ογκολογίας ποικίλλει και εξαρτάται από το χώρο και το είδος της περίθαλψης που χρειάζεται ο ασθενής ανά πάσα στιγμή. Όμως ο βασικός στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, η νοσηλεύτρια ογκολογίας αφιερώνεται ολόψυχα στην ανακούφιση του σωματικού πόνου και στην παροχή ψυχολογικής βοήθειας στον ασθενή και στην οικογένειά του³⁹.

▪ **Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων**

Ο καρκίνος και οι παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής ίσως προκαλέσουν συμπτώματα που ταλαιπωρούν τον ασθενή και επιδρούν στην καθημερινή του ζωή. Η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει

να εργαστεί συλλογικά για να τα εντοπίσει και να τα ανακουφίσει. Σήμερα υπάρχει τεράστια πείρα πρακτικής νοσηλευτικής, η οποία επιτρέπει στην νοσηλεύτρια ογκολογίας να αξιολογεί τα συμπτώματα, να παρέχει συμβουλές και να τα περιορίζει. Τέτοια συμπτώματα είναι η ναυτία, έμετοι, πόνοι, δυσκοιλιότητα, διάρροια, ερεθισμός της στοματικής κοιλότητας, δύσπνοια, ανορεξία και η ψυχολογική κατάπτωση.

▪ **Ομάδα συμπαράστασης και άλλα μέσα υποστήριξης**

Για να καλυφθούν οι ψυχολογικές ανάγκες του καρκινοπαθούς είναι απαραίτητο να γνωρίζει τις σχετικές πηγές βοήθειας που μπορεί να υπάρχουν στην περιοχή του. Συχνά, κατά την διάρκεια της ασθένειας οι ανάγκες μεταβάλλονται, μπορεί δε να διαφέρουν ανάλογα με το άτομο και την παροχή βοήθειας από την οικογένειά του, τους φίλους και την κοινωνική συμπαράσταση.

Υπάρχουν νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και ψυχίατροι που είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, και διαθέτουν ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον και εμπειρία για τους καρκινοπαθείς. Οι περισσότερες νοσηλεύτριες ογκολογίας είναι σε θέση να παρέχουν πληροφορίες για τις πηγές υποστήριξης. Μπορεί επίσης να συστήσουν υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης και ενίοτε γνωρίζουν που βρίσκονται οι ομάδες συμπαράστασης. Οι ομάδες αυτές κατευθύνονται ή υποβοηθούνται από κοινωνικές λειτουργούς, ψυχολόγους ή ψυχιάτρους και σε πολλές από αυτές οι νοσηλεύτριες παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Σε πολλές ομάδες οι επικεφαλής τους είναι άτομα που πάσχουν οι ίδιοι από καρκίνο.

Ασφαλώς δεν επιθυμούν όλοι οι καρκινοπαθείς να συμμετέχουν σε οργανωμένες ομάδες συμπαράστασης. Πολλοί ασθενείς χρησιμοποιούν επιτυχώς τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους τους ως πηγή ψυχολογικής υποστήριξης. Άλλοι επιλέγουν την ατομική ψυχοθεραπεία, είτε με την βοήθεια της ομάδας υποστήριξης είτε χωρίς αυτήν. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι πολλοί καρκινοπαθείς αναγνωρίζουν πως οι ομάδες συμπαράστασης κατορθώνουν να δώσουν ελπίδα και να στηρίξουν την ανάρρωσή τους¹.

6.13 Προγραμματισμός της θεραπευτικής αγωγής

Μετά τη διάγνωση συγκεντρώνεται η ομάδα θεραπευτικής αγωγής. Ανάλογα με την καταλληλότερη αγωγή ο ασθενής μπορεί να έρθει σε επαφή με νοσοκομειακούς γιατρούς, χειρουργούς, παθολόγους – ογκολόγους ή ακτινοθεραπευτές.

Οι νοσοκομειακοί γιατροί είναι ειδικευμένοι στους διάφορους τομείς της παθολογίας. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι εξειδικευμένοι αιματολόγοι, ογκολόγοι, ενδοκρινολόγοι, γαστρεντερολόγοι κ.λ.π.

Οι ογκολόγοι είναι νοσοκομειακοί γιατροί με πρόσθετη εκπαίδευση στη θεραπεία του καρκίνου και καθορίζουν τη δοσολογία των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, των ορμονών και άλλων θεραπευτικών ουσιών.

Οι χειρουργοί που αφαιρούν όσο το δυνατόν μεγαλύτερο τμήμα των καρκινικών ιστών, στην ιδανική περίπτωση πριν προλάβουν να διασπαρούν, ειδικεύονται τις περισσότερες φορές στις επεμβάσεις σε ορισμένες μόνο ανατομικές περιοχές του σώματος. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι γενικοί χειρουργοί χειρουργούν όργανα της κοιλιακής χώρας. Πολλοί χειρουργούν και το παχύ έντερο και το ορθό, μολονότι σε ορισμένες αναπτυγμένες χώρες (όπως ΗΠΑ, Σουηδία, Αγγλία κ.α) υπάρχουν χειρουργοί που ειδικεύονται μόνο στις επεμβάσεις της περιοχής αυτής και ονομάζονται πρωκτολόγοι.

Οι ακτινολόγοι – ογκολόγοι ειδικεύονται στις ακτινοθεραπείες με τη χρήση ακτινών Χ υψηλής ενέργειας για τον περιορισμό των όγκων. Στο τμήμα ακτινοβολιών ο ακτινολόγος - ογκολόγος βασίζεται στη διάγνωση των εξειδικευμένων ακτινολόγων οι οποίοι ερμηνεύουν τα ακτινολογικά ευρήματα, ενώ οι τεχνικοί – ακτινολόγοι και οι ακτινοφυσικοί ελέγχουν την όσο δυνατή ασφαλή δόση της ακτινοβολίας⁴⁸.

6.14 Η επικοινωνία με το γιατρό

Ο καρκινοπαθής δεν σταματά να καταλαμβάνεται από στενοχώρια, φόβο και ανησυχία ακόμη και μετά το τέλος της θεραπευτικής αγωγής. Είναι βασικός παράγοντας ο ασθενής να μπορεί να επικοινωνεί με το

γιατρό του, να λύνει τις απορίες του και να τον στηρίζει ψυχολογικά. Γι' αυτό ο γιατρός θα πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη στον ασθενή του, να μειώνει τους φόβους και τη σύγχυση και να προσπαθεί να γίνουν κατανοητές οι οδηγίες του. Όμως, δεν γνωρίζουν όλοι οι γιατροί να επικοινωνούν με τον ασθενή τους αποτελεσματικά.

Σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο επικοινωνίας με τον ασθενή είναι η εντιμότητα, η εμπιστοσύνη που απορρέει από την επιστημονικότητα και το ήθος του γιατρού, επίσης η ειλικρίνεια, το ενδιαφέρον και η κατανόηση που πρέπει να δείχνει ο γιατρός στα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής.

Απ' την πλευρά του ο ασθενής θα πρέπει να δείξει την απαιτούμενη καλύτερη συνεργασία με την ιατρική ομάδα, υπομονή, να καταβάλει προσπάθειες να μην υποχωρήσει στις πρώτες στις δυσκολίες που θα παρουσιαστούν.

Κυρίως δυο παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο επικοινωνίας με το γιατρό είτε διευκολύνοντάς την είτε εμποδίζοντάς την :

- Η στάση και τα συναισθήματα του ασθενούς απέναντι στον εαυτό του και την ασθένειά του.
- Ο ρεαλισμός, η κατανόηση των προσδοκιών και η σαφής έκφραση των αναγκών του¹.

Η σωστή επικοινωνία διευκολύνεται από την ειλικρίνεια, την εντιμότητα, το σεβασμό, τη σαφήνεια, την υπευθυνότητα και τη θέληση για μάθηση και ενημέρωση.

Αντίθετα, την επικοινωνία την παρεμποδίζει ο θυμός, η εκθρότητα, η ανειλικρίνεια, η απόκρυψη της αλήθειας. Αν ο ασθενής δεν κατορθώσει να εξουδετερώσει τα εμπόδια αυτά, ο γιατρός δεν θα μπορέσει να προσφέρει την καλύτερη δυνατή φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

7.1 Το μέλλον της ογκολογικής νοσηλευτικής

Πολύ ελάχιστες είναι οι αρρώστιες που συνδυάζουν τόσο τραγικά, τις καταστροφικές ιδιότητες μιας μακροχρόνιας αρρώστιας, με την κρίση και τα δάκρυα 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 προόδου ο άνθρωπος σήμερα σπάνια πεθαίνει με άνεση και ζεστάσιά 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 τη διάρκεια του αγώνα του.

Η πραγματικότητα σχετικά με τη 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 αντιστρόφως 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.

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 συμπτώματα 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 τον προσανατολισμό προς την υγεία και όχι την αρρώστια, πρέπει τα ίδια τα εκπαιδευτικά προγράμματα και οι εκπαιδευτικές ευκαιρίες να βοηθήσουν να τον αποκτήσει.

Πρέπει με την ανάλογη εκπαίδευση να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτότητα 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 σπουδάστρια 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 καρκίνο⁴⁸.

7.2 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη – διαφώτιση του καρκίνου του παχέος εντέρου

Κατά την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία, 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.

Οι κινητές διαγνωστικές μονάδες είναι μια αποδοτική σχετικά με την απαιτούμενη δαπάνη μέθοδος προληπτικής εξέτασης. Αποτελούνται από ομάδες γιατρών, αδελφών, κοινωνικών λειτουργών, παραϊατρικού προσωπικού κ.α. που κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα που έχουν εξειδικαστικά 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. 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 εξειδικαστικό δωμάτιο και μόνο ένα εξειδικαστικό κρεβάτι. Τα τελευταία χρόνια στις Η.Π.Α. εγκαινιάσθηκαν ιατρεία

προκλινικής διάγνωσης (CANSREEN CLINICS) και τώρα λειτουργούν επτά σε διάφορες πολιτείες με απόδοση αρκετά ικανοποιητική που ασχολούνται με τους πιο συχνούς τύπους καρκίνου. Τα ιατρεία αυτά για την ασυμπτωματική διάγνωση στηρίζουν την λειτουργία τους, όχι μόνο σε γιατρούς, αλλά σε νοσηλευτές, εκπαιδευτικούς υγείας, επιστήμονες συμπεριφοράς και διάφορους 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 αν βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξή του. Έτσι υπολογίζονται ποιες πιθανότητες μπορεί ο εξεταζόμενος να αναπτύξει μελλοντικά αυτή την αρρώστια. Το βασικό όμως πρόβλημα εδώ είναι η εξασφάλιση προσέλευσης στα ιατρεία, ατόμων που ανήκουν σε ομάδες με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου.

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 θα πρέπει να δοκιμάζονται περισσότερες από μια μέθοδοι, για να καθοριστεί ποιες 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 πρόληψη⁴¹.

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).

Εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς πρόληψης

Στην Ελλάδα γνωρίζουμε σήμερα την αιτία του ¼ περιπτώσεων καρκίνου – ο κυριότερος γνωστός αιτιολογικός παράγοντας είναι το κάπνισμα και ακολουθούν με σημαντική διαφορά ο ιός της ηπατίτιδας Β, τα πυκνά 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 υπερλατισμένων τροφίμων και αντίθετα η αύξηση της καταναλώσεως φρούτων, λαχανικών, ορισμένων βιταμινών (Α, C) και τροφίμων με μεγάλο στέρεο υπόλειμμα, πιστεύεται ότι αποτελεί χρήσιμη στρατηγική και μπορεί να συμβάλλουν σε ποικίλο βαθμό στην μείωση της επιπτώσεως του καρκίνου του παχέος εντέρου¹⁷.

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.

Εφαρμογή μέτρων δευτερογενούς πρόληψης

Κατά την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία, ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι χρησιμός για την αντιμετώπιση τριών καρκίνων⁴⁹ : 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. Εξέταση κοπράνων για μικροσκοπική αιμορραγία κάθε έτος μετά το 50ο έτος, και σιγμοειδοσκόπηση κάθε τρία έτη μετά το 50ο έτος (αφού προηγηθούν δύο επάλλωτες αρνητικές σιγμοειδοσκοπήσεις σε χρονική απόσταση ενός έτους). Επειδή στην 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 θνησιμότητας κατά 1/3 του σημερινού της μεγέθους.

Με βάση τις παραπάνω υποδείξεις, ο προσυμπτωματικός έλεγχος των κακοήθων νεοπλασιών μπορεί να γίνεται κάθε τριετία μέχρι το 40 έτος και σε ετήσια βάση μετά το 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 έχει 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 καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου ως διαγνωστικού του καρκίνου του παχέος εντέρου) ή με κίρωση του ήπατος (έλεγχος α-φетоπρωτεΐνης ως διαγνωστικός του καρκίνου του ήπατος¹⁹). Με βάση τα στοιχεία που εκτέθηκαν προκύπτει ότι μέχρι 25% των περιπτώσεων και των θανάτων μπορούν να αποφευχθούν με μέτρα πρωτογενούς προλήψεως, ενώ άλλα 5% των θανάτων μπορούν να αποφευχθούν με μέτρα προσυμπτωματικού ελέγχου και δευτερογενούς προλήψεως. Κατά συνέπεια οι καρκίνοι όχι μόνο μπορούν και να προληφθούν 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 μεθοδολογικά 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 καθόλου ανίατος.

Η δυνατότητα πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου εξαρτάται καταρχήν από την επαγρύπνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του. Την ευθύνη για την εξέλιξη της αρρώστιας – για το άτομο που προσβλήθηκε από αυτή – την έχει κυρίως το ίδιο άτομο. Και η ευθύνη βέβαια του ίδιου γιατρού δεν είναι μικρή. Επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική εξέταση και αξιολόγηση εκ μέρους του γιατρού, των πιο ελαφρών και ανεπαίσθητων ενοχλημάτων. Εάν δεν βρεθεί η αιτία των ενοχλημάτων, ο γιατρός πρέπει να συστήσει στον άρρωστο να έλθει για επανεξέταση μετά ένα μήνα. Εάν τα ενοχλήματα συνεχίζονται και στην δεύτερη εξέταση χωρίς να βρεθεί αιτία και δημιουργούνται υπόνοιες καρκίνου, ο άρρωστος στέλνεται σε διαγνωστικό κέντρο για καλύτερο έλεγχο. Η ευθύνη λοιπόν του πρώτου γιατρού, δεν περιορίζεται στην διάγνωση, αλλά και στην παροχή κατάλληλης κατεύθυνσης. 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 μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους 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 ανεπιθύμητες φόρμες. Άλλωστε 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 ο πρωτίστως 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 επιμήκυνση της ζωής και βελτίωση της ποιότητάς της^{1,50}.

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 κάποιος στον γιατρό όταν δεν 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 διάθεσή 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 ύποπτα 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. Στη χώρα μας, η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία που ιδρύθηκε το 1959, είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός που έχει καταρτίσει και εφαρμόζει πρόγραμμα διαφώτισεως 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.

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 τους 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 άποψη της επιτροπής των Ευρωπαίων καρκινολόγων, η σημερινή κατάσταση μπορεί να βελτιωθεί κατά τρόπο ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες πρόληψης και θεραπείας των κρουσμάτων καρκίνου.

Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα έθεσε ως στόχο της να συμβάλει στις⁴⁸ 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 τον 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.

Η αποστολή που καλούνται μάλιστα να επιτελέσουν τα μέσα αυτά είναι σημαντικότερη, καθόσον 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 αναντικατάστατη αξία του πολλαπλασιαστικού αντίκτυπου των πρωτοβουλιών της.

Ο καρκίνος δεν είναι πια μια υπερφυσική αρρώστια και ο καρκινοπαθής είναι ένας άρρωστος σαν όλους τους άλλους, που δεν πρέπει να τον χαρακτηρίσουμε σαν "ξεγραμμένο"⁵¹.

Έχει ανάγκη από την συμπαράσταση, την βοήθεια μας, και η σύγχρονη Ιατρική του δίνει την δυνατότητα να ζήσει, περισσότερο ή λιγότερο, πάνω δε σε 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 δικαίωμά του αναφαίρετο και δική μας υποχρέωση να του το παράσχουμε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

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 εκουγχρονίζουν 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 διάδοση 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 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 λειτουργήματος της.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΠΙΝΑΚΕΣ

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα εργασίας με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από 500 άτομα στην περιοχή των Πατρών και Αθηνών. Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο έως τον Αύγουστο του 2001.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να σταματήσουν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνας μας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας – σχολή φοίτησής μας. Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας και πιο ειδικά με τη μορφή της ποσοτικής, πολυπαραγοντικής και ενεργής έρευνας.

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα I της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στο Η/Υ σε μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μια ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους STATISTICA for windows.

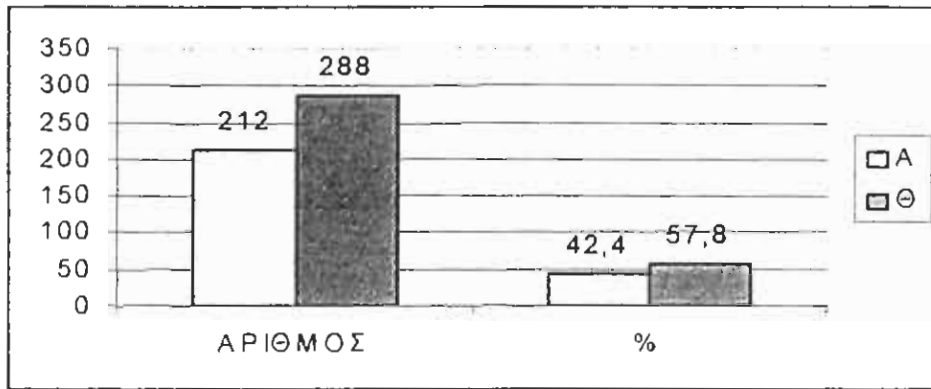
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ: Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρετε το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ: Τέλος, για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν ενδεικτικά και για λίγες περιπτώσεις λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος μας, crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας διαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 1

Κατανομή 500 ερωτηθέντων ατόμων
Με βάση το φύλο τους

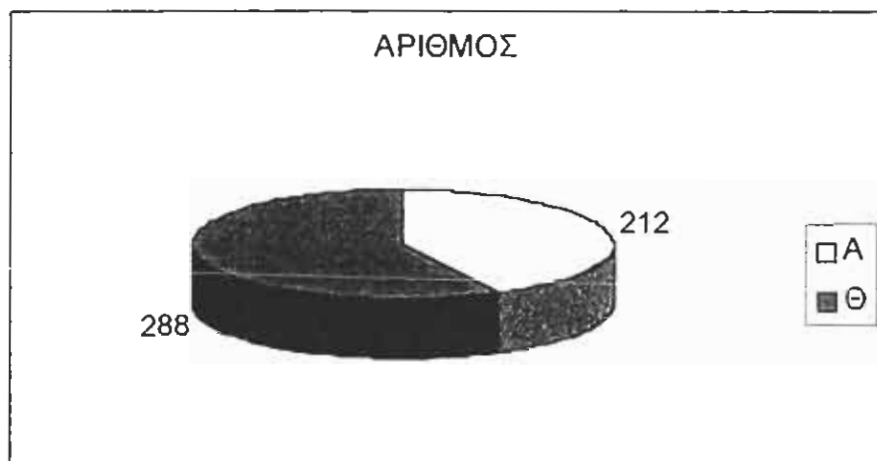


Στο ιστόγραμμα 1 βλέπουμε ότι 212 από τα 500 από τους ερωτηθέντες είναι άντρες, ποσοστό 42,4% είναι και τα 288 από τους ερωτηθέντες ήταν άνδρες, ποσοστό 57,8%

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΦΥΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	212	42,4
Θ	288	57,8

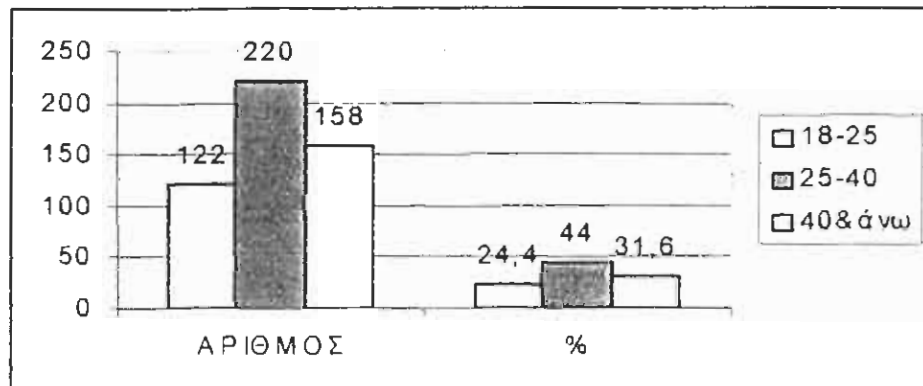
ΣΧΗΜΑ 1



▪ ΑΝΔΡΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 2

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
Με βάση την ηλικία τους

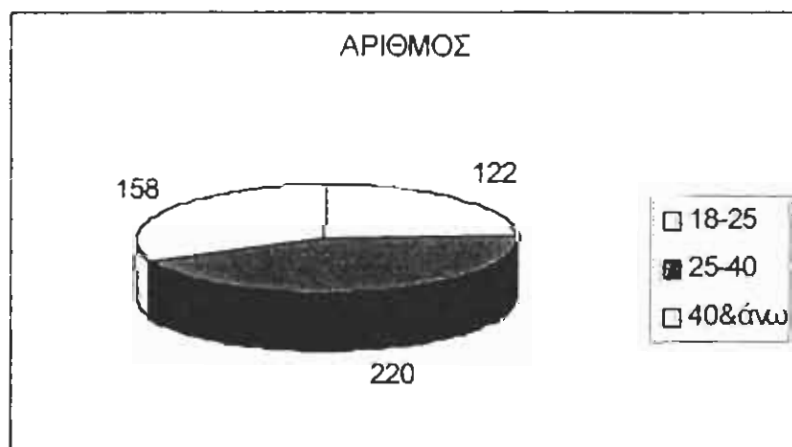


Στο ιστόγραμμα 2 βλέπουμε ότι 122 από τους 500 ερωτηθέντες είναι ηλικίας από 18-24, ποσοστό 24,4%, 220 από τους ερωτηθέντες είναι ηλικίας 25-40, ποσοστό 44,0% και 158 από τους ερωτηθέντες είναι ηλικίας 40 και άνω, ποσοστό 31,6%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
18-25	122	24,4
25-40	220	44,0
40&άνω	158	31,6

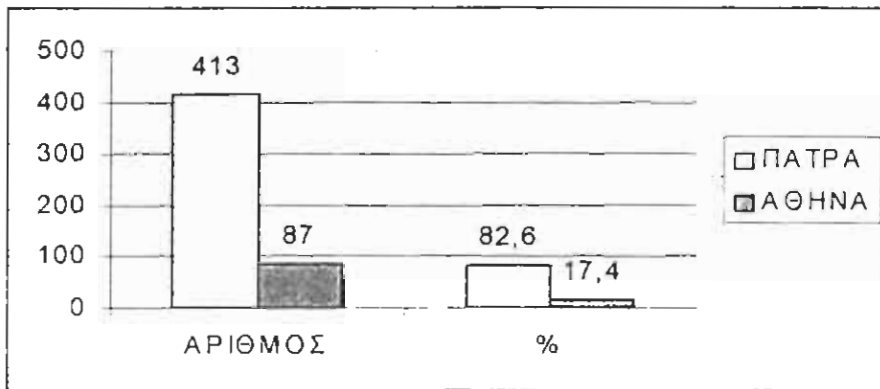
ΣΧΗΜΑ 2



■ 18-25 ΕΤΩΝ ■ 25-40 ΕΤΩΝ ■ 40 & ΑΝΩ ΕΤΩΝ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 3

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση τον τόπο γέννησης

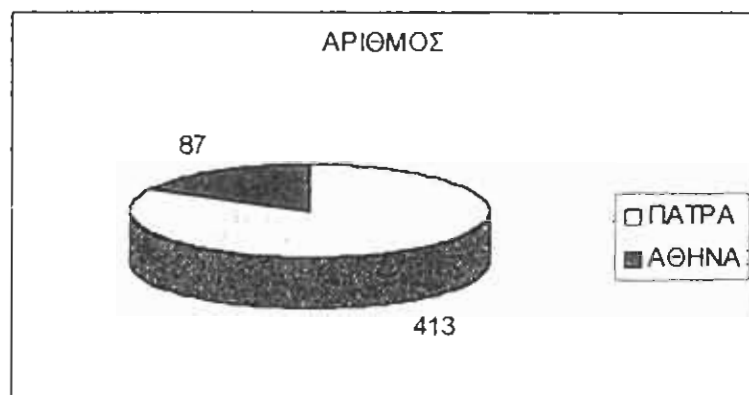


Στο ιστόγραμμα 3 βλέπουμε ότι 413 από τους 500 ερωτηθέντες γεννήθηκαν στην Πάτρα ποσοστό 82,6% και 87 από τους ερωτηθέντες γεννήθηκαν στην Αθήνα ποσοστό 17,4%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΤΟΠΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΠΑΤΡΑ	413	82,6
ΑΘΗΝΑ	87	17,4

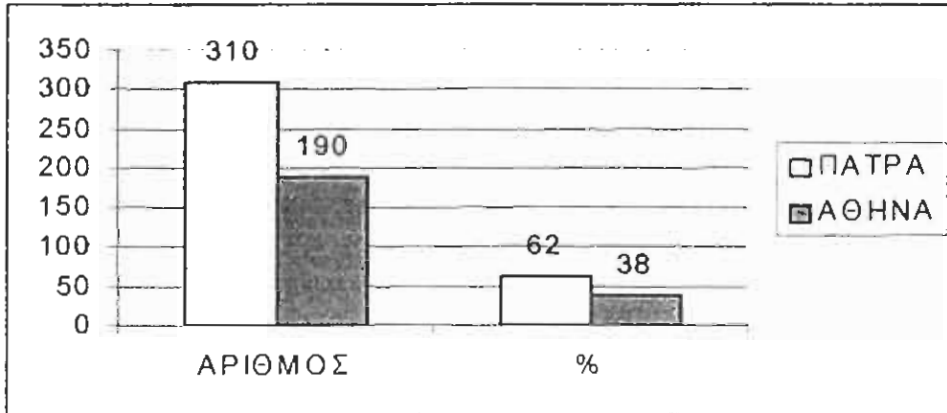
ΣΧΗΜΑ 3



▪ ΠΑΤΡΑ ΑΘΗΝΑ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 4

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση τον τόπο διαμονής

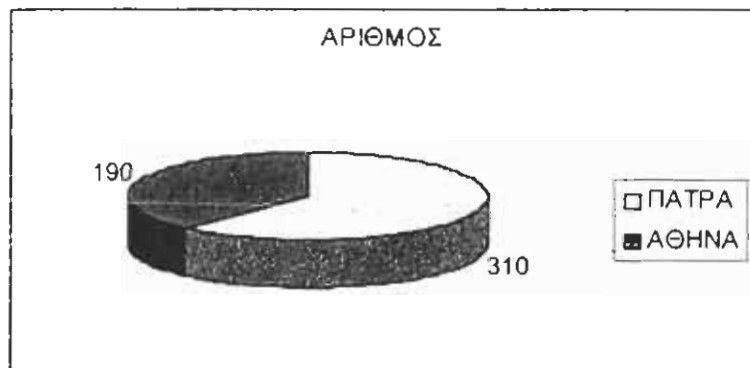


Στο ιστόγραμμα 4 βλέπουμε ότι 310 από τους 500 ερωτηθέντες δήλωσαν ως τόπο διαμονής την Πάτρα ποσοστό 62% και 190 από τους ερωτηθέντες δήλωσαν ως τόπο διαμονής την Αθήνα ποσοστό 38%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΤΟΠΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΠΑΤΡΑ	310	62
ΑΘΗΝΑ	190	38

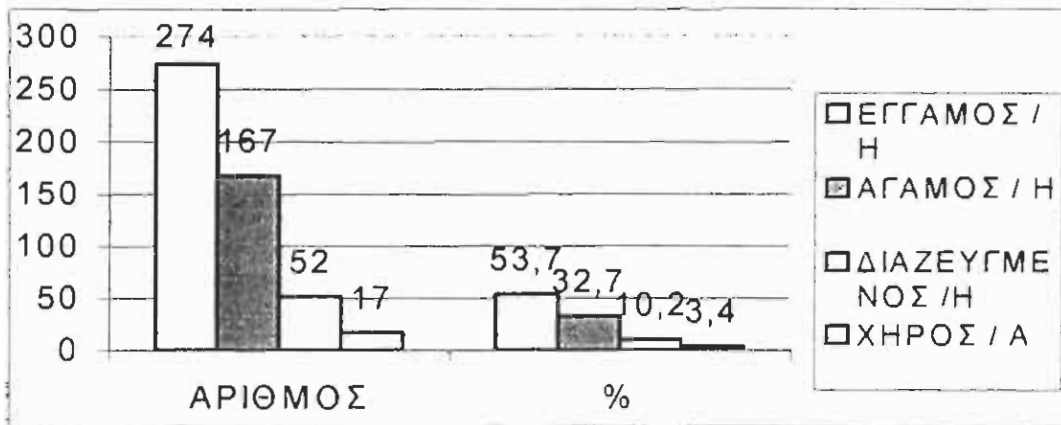
ΣΧΗΜΑ 4



▪ ΠΑΤΡΑ ΑΘΗΝΑ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 5

Κατανομή των 510 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση την οικογενειακή κατάσταση

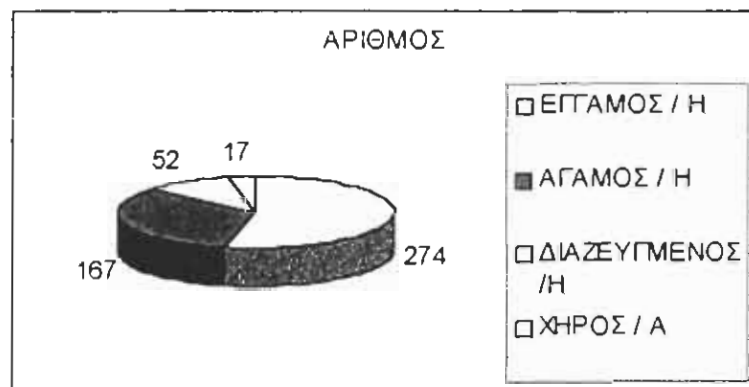


Στο ιστόγραμμα 5 βλέπουμε ότι 274 από τους 510 ερωτηθέντες είναι Έγγαμος /η, ποσοστό 53,7%, οι 167 από τους ερωτηθέντες είναι Άγαμος /η, ποσοστό 32,7%, οι από τους ερωτηθέντες είναι Διαζευγμένος /η, ποσοστό 10,2% και Χήρος /α ποσοστό 3,4%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΕΓΓΑΜΟΣ / Η	274	53,7
ΑΓΑΜΟΣ / Η	167	32,7
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ / Η	52	10,2
ΧΗΡΟΣ / Α	17	3,4

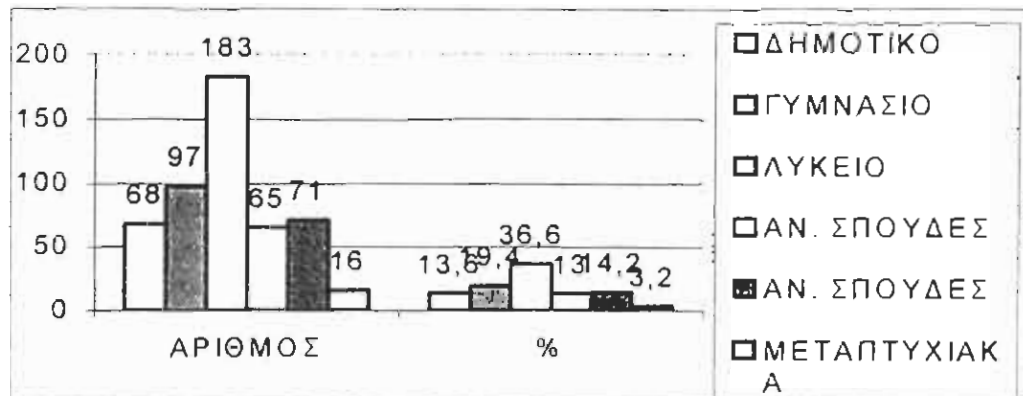
ΣΧΗΜΑ 5



▪ ΕΓΓΑΜΟΣ / Η ΑΓΑΜΟΣ / Η ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ / Η ΧΗΡΟΣ / Α

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 6

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση τις γραμματικές γνώσεις

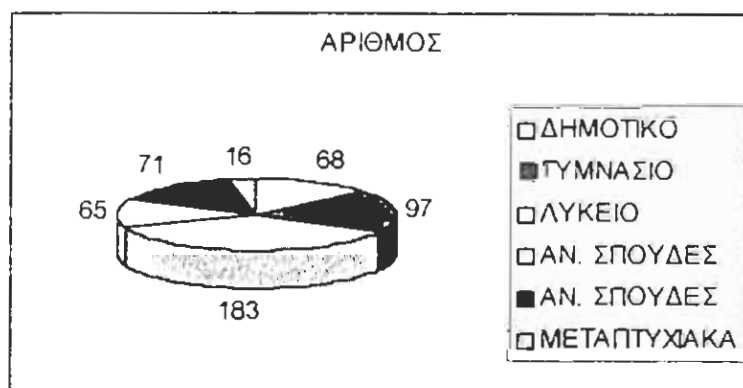


Στο ιστόγραμμα 6 βλέπουμε ότι 68 από τους 500 ερωτηθέντες σχετικά με τις γραμματικές τους γνώσεις δήλωσαν του Δημοτικού ποσοστό 13,6%, 97 Γυμνασίου ποσοστό 19,4%, 83 Λυκείου ποσοστό 36,6%, 65 Ανωτέρας σχολής ποσοστό 13%, 71 απόφοιτοι ανωτάτης σχολής ποσοστό 14,2% και 16 που έκαναν μεταπτυχιακά ποσοστό 3,2%

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΓΡ. ΓΝΩΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	68	13,6
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	97	19,4
ΛΥΚΕΙΟ	183	36,6
ΑΝ. ΣΠΟΥΔΕΣ	65	13
ΑΝ. ΣΠΟΥΔΕΣ	71	14,2
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ	16	3,2

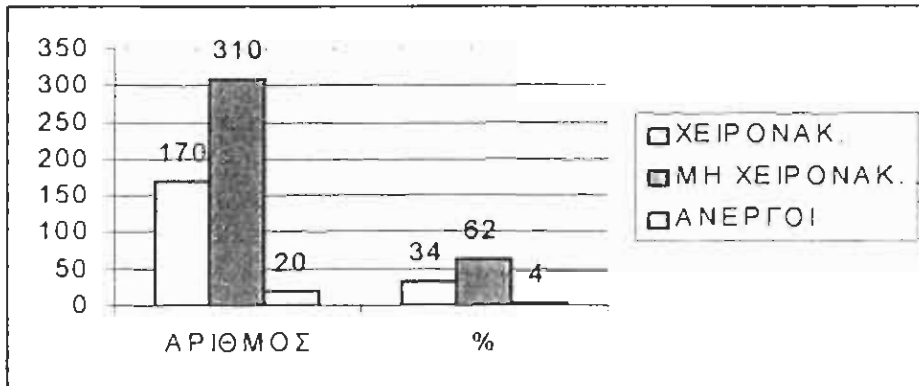
ΣΧΗΜΑ 6



▪ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΛΥΚΕΙΟ ΑΝΩΤΑΤΗ. ΣΧΟΛΗ ΑΝΩΤΕΡΑ. ΣΧΟΛΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 7

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
βάση τη επαγγελματική τους δραστηριότητα

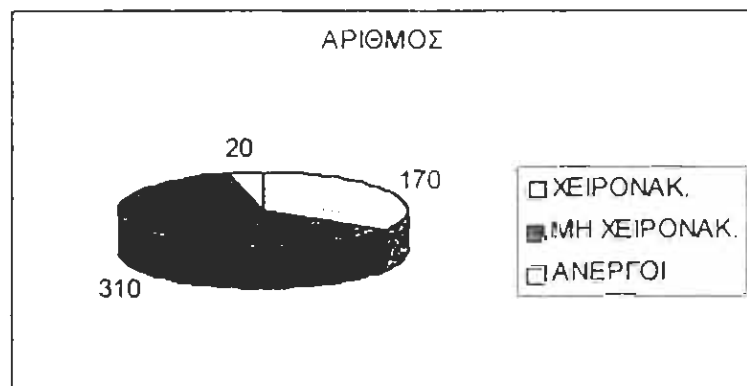


Στο ιστόγραμμα 6 βλέπουμε ότι 170 από τους 500 ερωτηθέντες η δουλειά τους είναι χειρονακτική ποσοστό 34%, 310 από τους ερωτηθέντες η δουλειά τους είναι μη χειρονακτική ποσοστό 62% και 20 από τους ερωτηθέντες είναι άνεργοι ποσοστό 4%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

ΕΠΑΓΓΕΛ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΧΕΙΡΟΝΑΚ.	170	34
ΜΗ ΧΕΙΡΟΝΑΚ.	310	62
ΑΝΕΡΓΟΙ	20	4

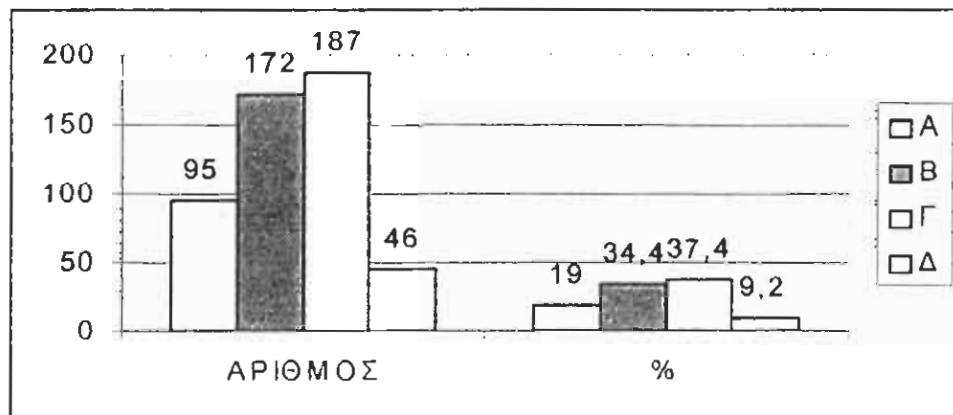
ΣΧΗΜΑ 7



▪ ΧΕΙΡΟΝΑΚΤΙΚΗ ΜΗ ΧΕΙΡΟΝΑΚΤΙΚΗ ΑΝΕΡΓΟΙ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 8

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση των ωρών απασχόλησης

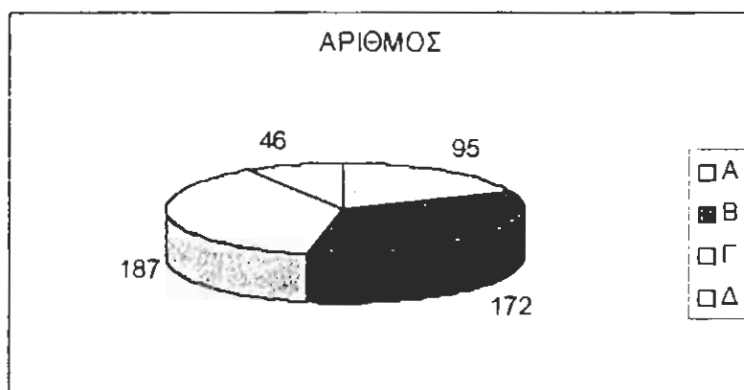


Στο ιστόγραμμα 8 βλέπουμε ότι 187 από τους 500 ερωτηθέντες δουλεύουν από 8 έως 12 ώρες ποσοστό 37,4%, 172 από τους ερωτηθέντες δουλεύουν 8 ώρες ποσοστό 34,4%, 95 από τους ερωτηθέντες που δουλεύουν λιγότερο από 8 ώρες, ποσοστό 19% και 46 από τους ερωτηθέντες που δουλεύουν πάνω από 12 ώρες, ποσοστό 9,2%

ΠΙΝΑΚΑΣ 8

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	95	19
B	172	34,4
Γ	187	37,4
Δ	46	9,2

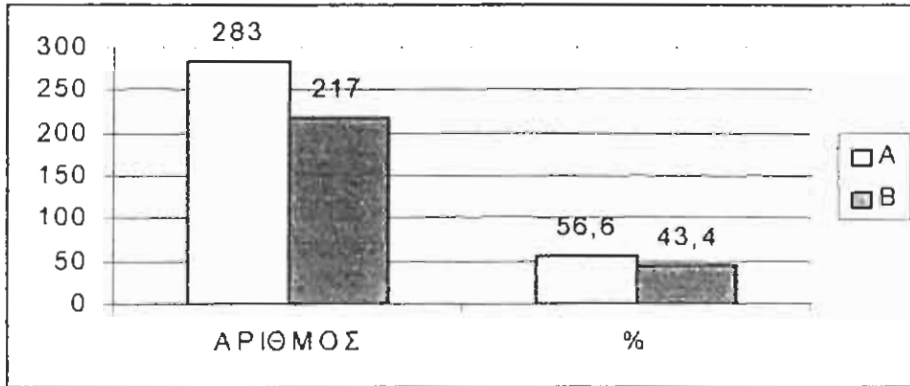
ΣΧΗΜΑ 8



▪ ΛΙΓΟΤ. ΑΠΟ 8 ΩΡΕΣ 8 ΩΡΕΣ 8-12 ΩΡΕΣ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΩΡΕΣ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 9

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το άγχος που προκαλεί το επάγγελμά τους

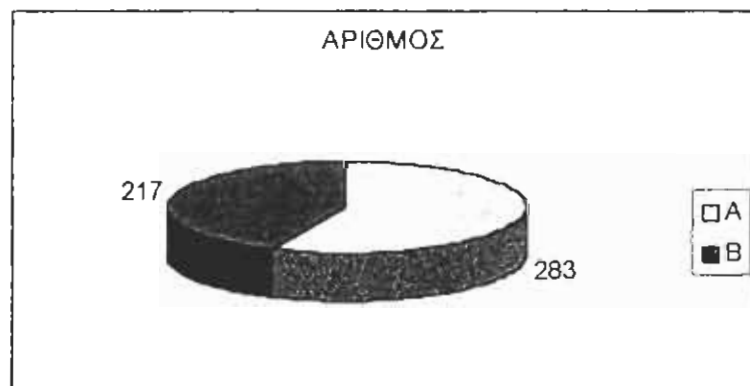


Στο ιστόγραμμα 9 βλέπουμε ότι 283 από τους 500 ερωτηθέντες απάντησαν ναι, ότι τους προκαλεί άγχος η δουλειά του ποσοστό 56,6% και 217 όχι, ότι δεν τους προκαλεί άγχος η δουλειά τους, ποσοστό 43,4%

ΠΙΝΑΚΑΣ 9

ΑΠ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	283	56,6
B	217	43,4

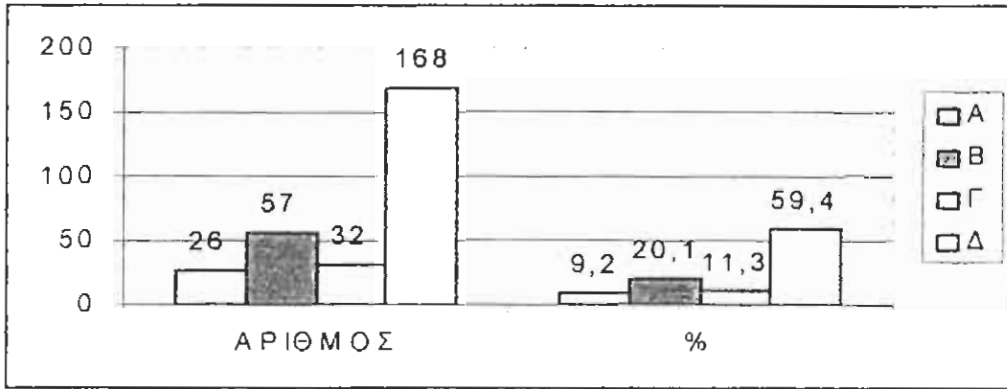
ΣΧΗΜΑ 9



▪ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 10

Κατανομή των 283 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση την απάντηση ναι για το άγχος

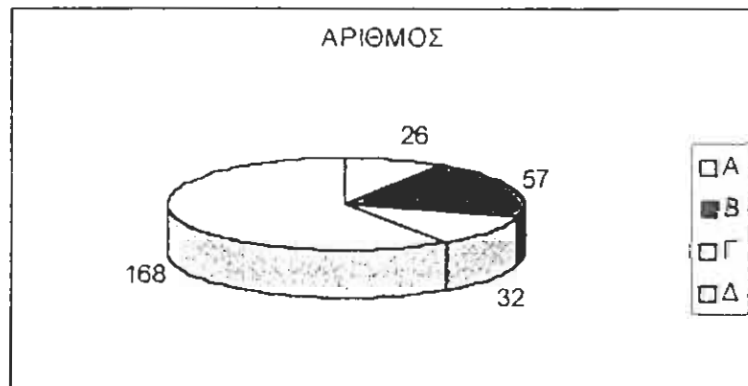


Στο ιστόγραμμα 10 βλέπουμε ότι 26 από τους 283 ερωτηθέντες αλλάζουν εργασία, ποσοστό 9,2%, 57 από τους ερωτηθέντες προτιμούν την φυγή, ποσοστό 20,1%, 32 από τους ερωτηθέντες παίρνουν φάρμακα ποσοστό 11,3% και 168 από τους ερωτηθέντες έχουν άλλο τρόπο αντιμετώπισης, ποσοστό 59,4%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	26	9,2
B	57	20,1
Γ	32	11,3
Δ	168	59,4

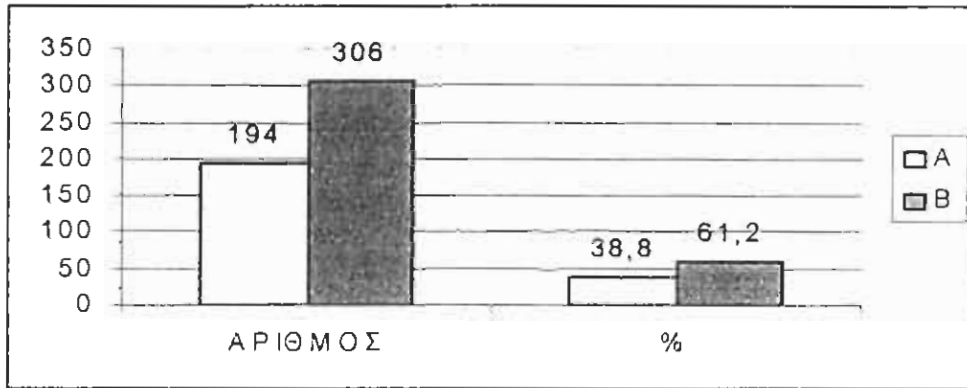
ΣΧΗΜΑ 10



▪ ΑΛΛΑΓΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΦΥΓΗ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 11

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το κατά πόσο τους αντιπροσωπεύει το επάγγελμα
τη δική τους επιλογή

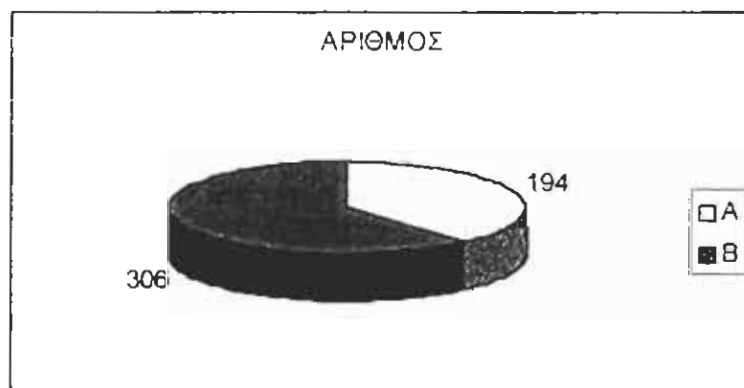


Στο ιστόγραμμα 11 βλέπουμε ότι 194 από τους 500 ερωτηθέντες απάντησαν ότι αντιπροσωπεύει δική τους επιλογή η δουλειά που κάνουν ποσοστό 38,8% και 306 από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι δεν αντιπροσωπεύει τη δική τους επιλογή η δουλειά που κάνουν, ποσοστό 61,2%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	194	38,8
B	306	61,2

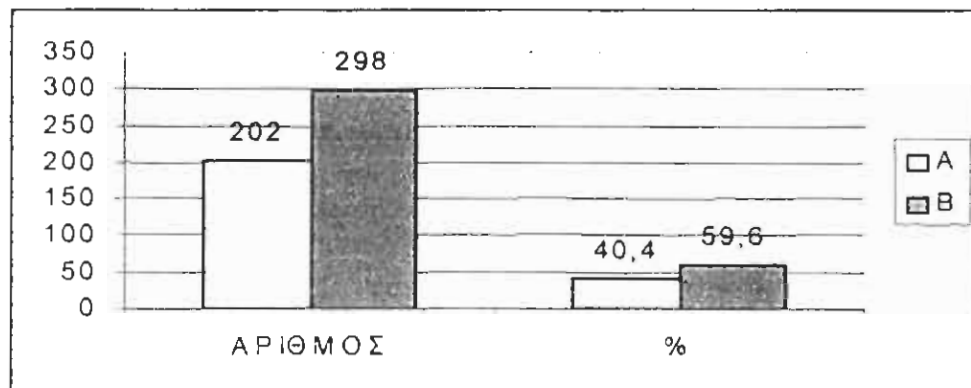
ΣΧΗΜΑ 11



▪ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 12

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το κατά πόσο είναι επιβλαβής η εργασία τους

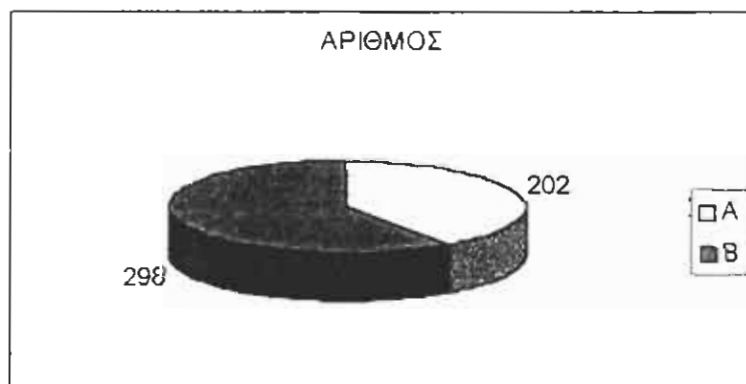


Στο ιστόγραμμα 12 βλέπουμε ότι 202 από τους 500 ερωτηθέντες θεωρούν ότι η εργασία τους είναι επιβλαβή για την υγεία τους, ποσοστό 40,4% και 298 από τους ερωτηθέντες θεωρούν πως δεν είναι επιβλαβής η εργασία τους, ποσοστό 59,6%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	202	40,4
B	298	59,6

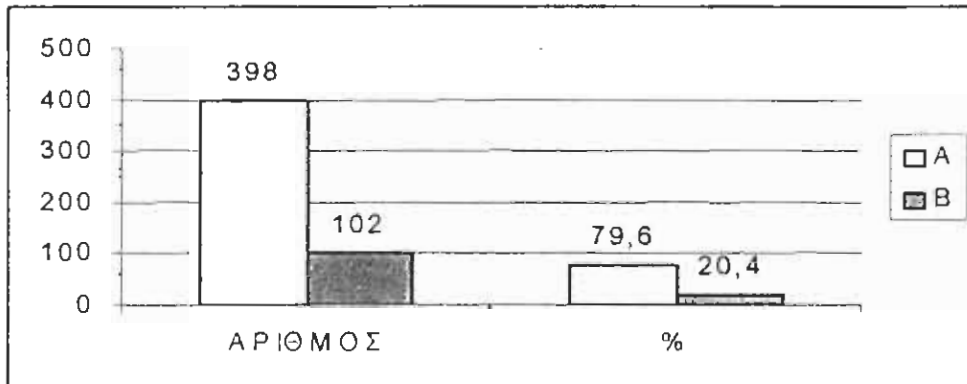
ΣΧΗΜΑ 12



▪ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 13

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το κατά πόσο πιστεύουν ότι η διατροφή παίζει ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέως εντέρου

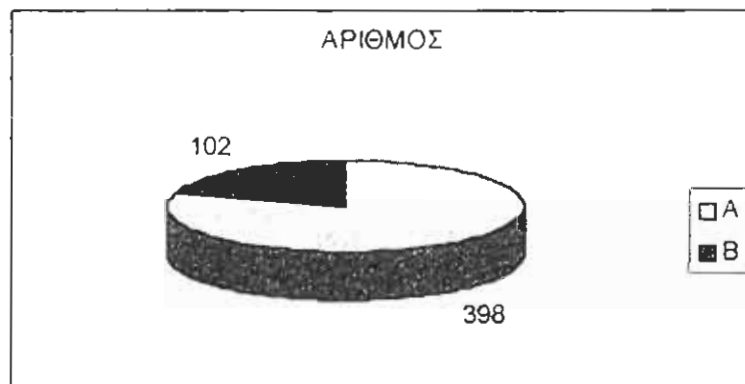


Στο ιστόγραμμα 13 βλέπουμε ότι 398 από τους 500 ερωτηθέντες πιστεύουν ότι η διατροφή παίζει ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέως εντέρου, ποσοστό 79,6% και 102 από τους ερωτηθέντες δεν πιστεύουν, ποσοστό 20,4%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	398	79,6
B	102	20,4

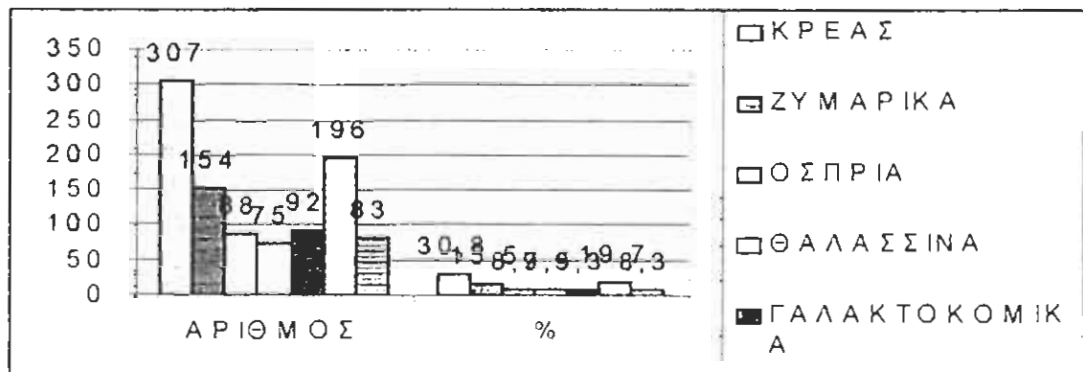
ΣΧΗΜΑ 13



▪ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 14

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το τι περιλαμβάνει το εβδομαδιαίο διαιτολόγιο

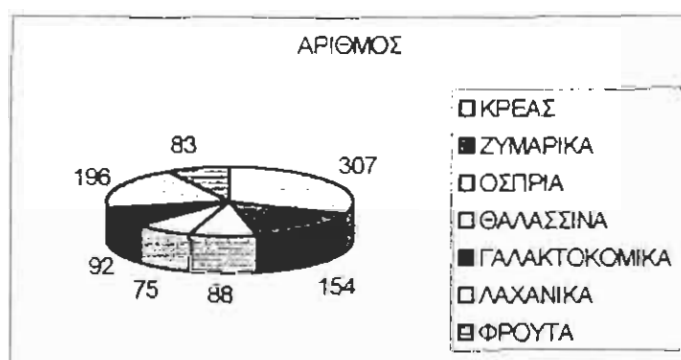


Στο ιστόγραμμα 14 βλέπουμε ότι 307 από τους 500 απάντησαν ότι η διατροφή τους περιλαμβάνεται από κρέας, ποσοστό 30,8%, 154 από ζυμαρικά, ποσοστό 15,5%, 88 από όσπρια, ποσοστό 8,9%, 75 από θαλασσινά, ποσοστό 7,5%, 92 από γαλακτοκομικά, ποσοστό 9,3%, 196 από λαχανικά ποσοστό 19,7% και 83 από φρούτα, ποσοστό 8,3%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14

ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΚΡΕΑΣ	307	30,8
ΖΥΜΑΡΙΚΑ	154	15,5
ΟΣΠΡΙΑ	88	8,9
ΘΑΛΑΣΣΙΝΑ	75	7,5
ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ	92	9,3
ΛΑΧΑΝΙΚΑ	196	19,7
ΦΡΟΥΤΑ	83	8,3

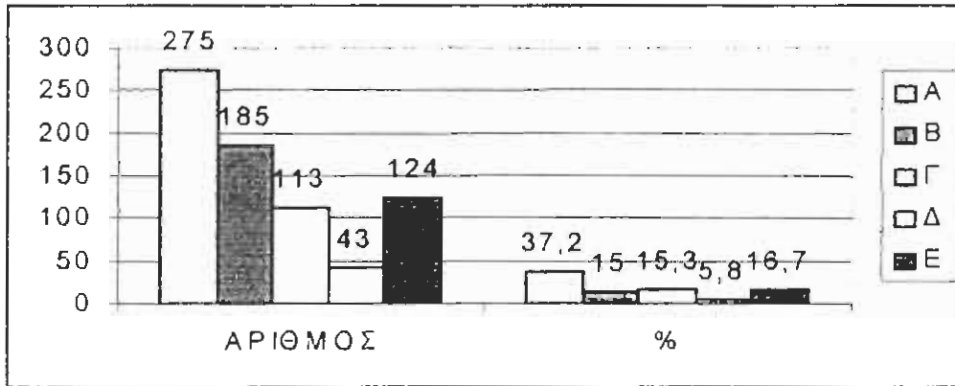
ΣΧΗΜΑ 14



- ΚΡΕΑΣ, ΖΥΜΑΡΙΚΑ, ΟΣΠΡΙΑ, ΘΑΛΑΣΣΙΝΑ,
- ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ, ΛΑΧΑΝΙΚΑ, ΦΡΟΥΤΑ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 15

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση τις τροφές που καταναλώνουν

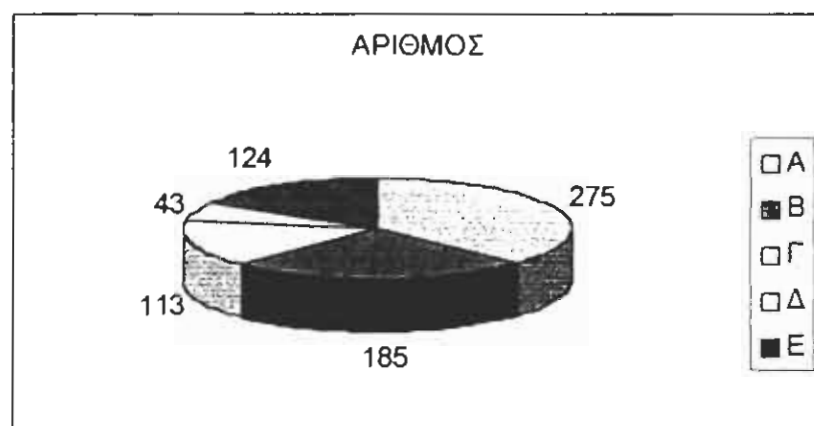


Στον ιστόγραμμα 15 βλέπουμε ότι 275 από του 500 ερωτηθέντες καταναλώνουν τροφές πλούσιες ζωικά λίπη, ποσοστό 37,2%, 185 από τους ερωτηθέντες πλούσιες σε βιταμίνες και θρεπτικά συστατικά, ποσοστό 15%, 113 από τους ερωτηθέντες φτωχές σε λίπη, ποσοστό 15,3%, 43 από τους ερωτηθέντες πλούσιες σε καρυκώματα, ποσοστό 5,8% και 124 από του ερωτηθέντες πλούσιες σε λαχανικά και φρούτα ποσοστό 16,7%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15

ΤΡΟΦΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	275	37,2
B	185	15
Γ	113	15,3
Δ	43	5,8
E	124	16,7

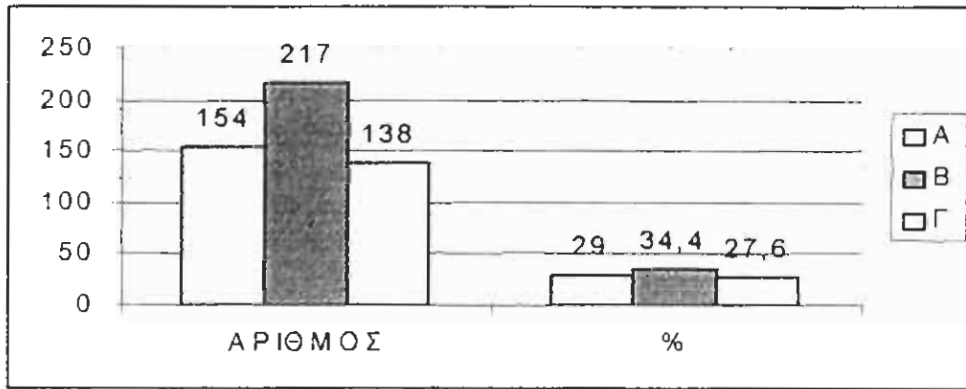
ΣΧΗΜΑ 15



- ΠΛΟΥΣ. ΣΕ ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ, ΦΤΩΧΕΣ ΣΕ ΛΙΠΗ, ΠΛΟΥΣ. ΣΕ ΚΑΡΥΚΕΥΜΑΤΑ, ΠΛΟΥΣ. ΣΕ ΛΑΧΑΝΙΚΑ ΚΑΙ ΦΡΟΥΤΑ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 16

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το πόσο συχνά καταναλώνουν τυποποιημένες τροφές
(π.χ. τύπου fast food)

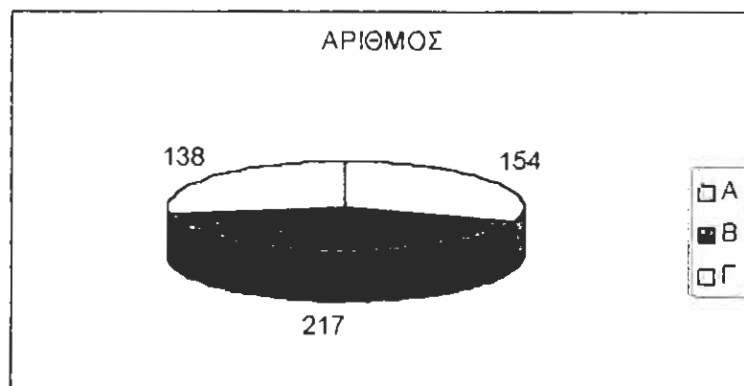


Στο ιστόγραμμα 16 βλέπουμε ότι 145 από τους 500 ερωτηθέντες καταναλώνουν σπάνια τυποποιημένες τροφές, ποσοστό 29%, 217 καταναλώνουν μερικές φορές ποσοστό 43,4% και 138 καταναλώνουν συχνά, ποσοστό 27,6%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	154	29
B	217	34,4
Γ	138	27,6

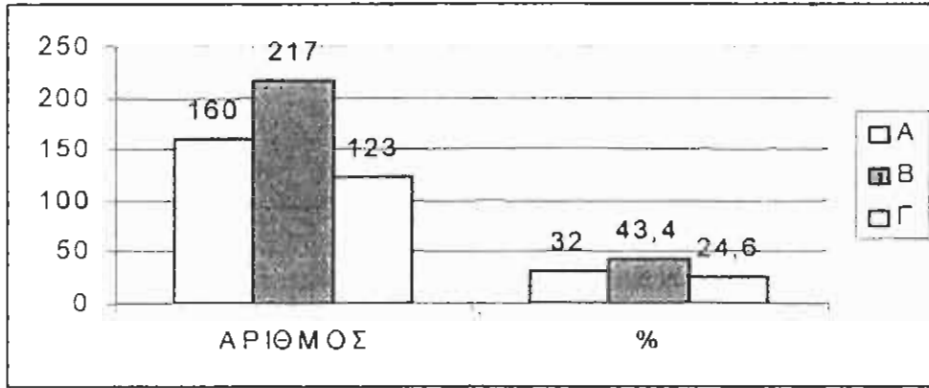
ΣΧΗΜΑ 16



▪ ΣΠΑΝΙΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΣΥΧΝΑ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 17

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το πόσο συχνά καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά

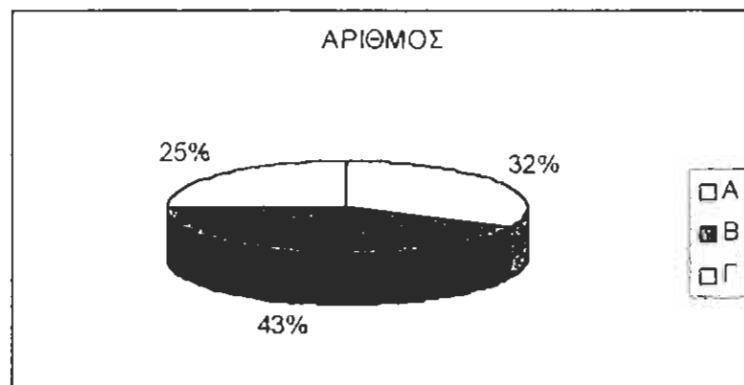


Στο ιστόγραμμα 17 βλέπουμε ότι 160 από του 500 ερωτηθέντες καταναλώνουν σπάνια αλκοολούχα, ποτά ποσοστό 32%, 217 από τους ερωτηθέντες καταναλώνουν μερικές φορές, ποσοστό 43,4% και 123 από του ερωτηθέντες καταναλώνουν συχνά, ποσοστό 24,6%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	160	32
B	217	43,4
Γ	123	24,6

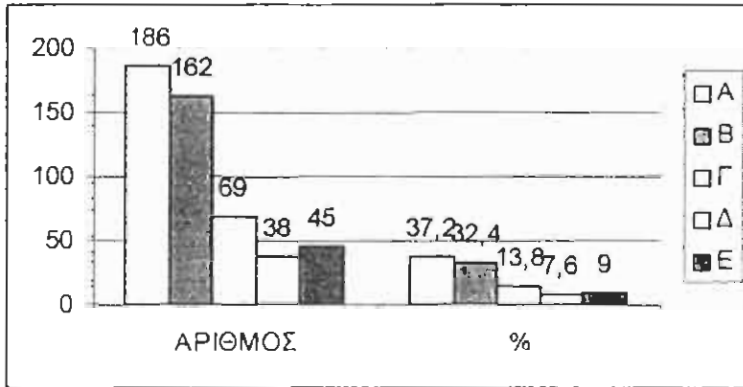
ΣΧΗΜΑ 17



▪ ΣΠΑΝΙΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΥΧΝΑ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 18

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το είδος ποτού καταναλώνουν

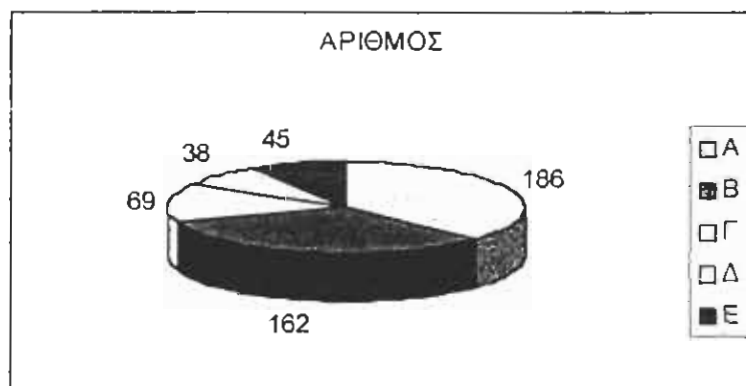


Στο ιστόγραμμα 18 βλέπουμε ότι 186 από τους 500 ερωτηθέντες καταναλώνουν κρασί, ποσοστό 37,2%, 162 από τους ερωτηθέντες καταναλώνουν μπίρα, ποσοστό 32,4%, 69 από τους ερωτηθέντες καταναλώνουν ούισκι, ποσοστό 13,8%, 38 από τους ερωτηθέντες καταναλώνουν ούζο, ποσοστό 7,6% και 45 από τους ερωτηθέντες καταναλώνουν άλλο ποτό ποσοστό 9%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	186	37,2
B	162	32,4
Γ	69	13,8
Δ	38	7,6
E	45	9

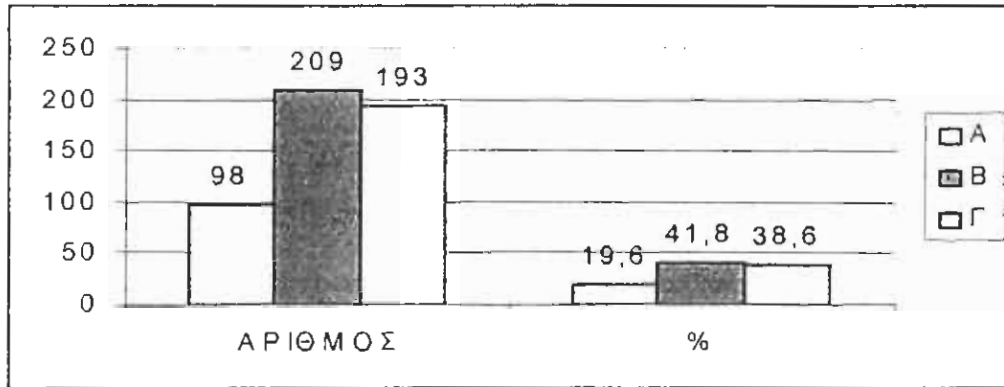
ΣΧΗΜΑ 18



▪ ΚΡΑΣΙ ΜΠΙΡΑ ΟΥΙΣΚΙ ΟΥΖΟ ΑΛΛΟ ΠΟΤΟ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 19

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση αν πίνουν αεριούχα ποτά (αναψυκτικά)

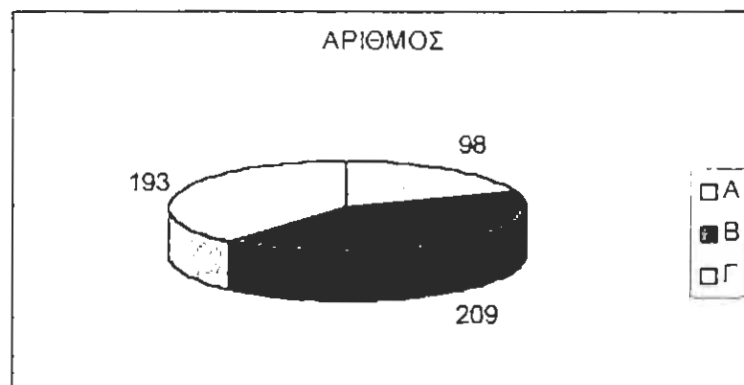


Στο ιστόγραμμα 19 βλέπουμε ότι 98 από τους 500 ερωτηθέντες καταναλώνουν σπάνια αεριούχα ποτά, ποσοστό 19,6%, 209 από τους ερωτηθέντες καταναλώνουν μερικές φορές, ποσοστό 41,8% και 193 από τους ερωτηθέντες καταναλώνουν συχνά, ποσοστό 38,6%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	98	19,6
B	209	41,8
Γ	193	38,6

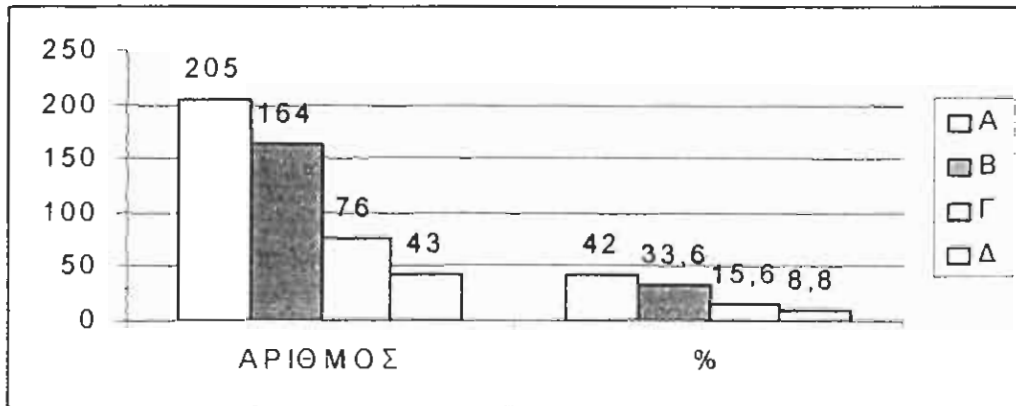
ΣΧΗΜΑ 19



▪ ΣΠΑΝΙΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΥΧΝΑ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 20

Κατανομή των 488 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το πόσα φλιτζάνια καφέ καταναλώνουν τη ημέρα

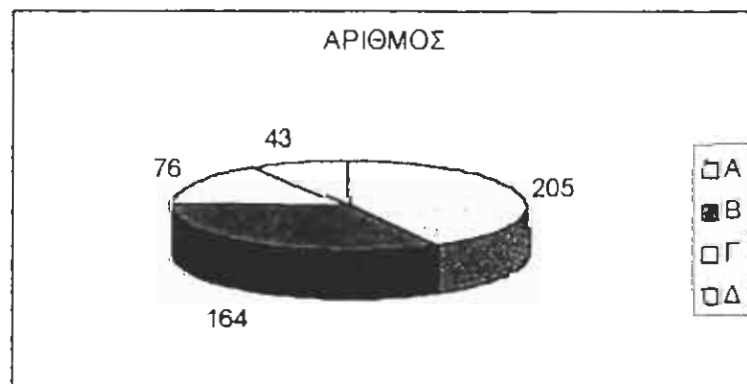


Στο ιστόγραμμα 20 βλέπουμε ότι 205 από τους 488 ερωτηθέντες πίνουν ένα φλιτζάνι καφέ, ποσοστό 42%, 164 από τους ερωτηθέντες πίνουν δύο φλιτζάνια καφέ, ποσοστό 33,6%, 76 από τους ερωτηθέντες πίνουν τρία φλιτζάνια καφέ, ποσοστό 15,6% και 43 από τους ερωτηθέντες πίνουν περισσότερα από τρία, ποσοστό 8,8%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	205	42
B	164	33,6
Γ	76	15,6
Δ	43	8,8

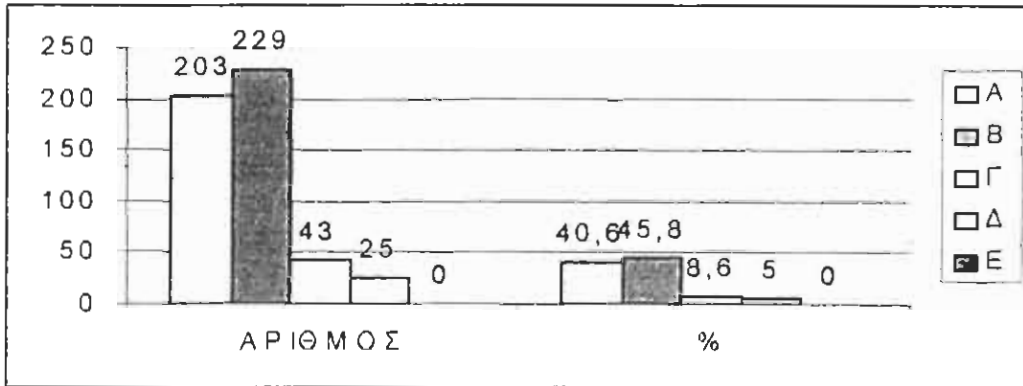
ΣΧΗΜΑ 20



▪ ΕΝΑ ΔΥΟ ΤΡΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΛΛΟ ΤΡΙΑ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 21

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το είδος του καφέ που πίνουν

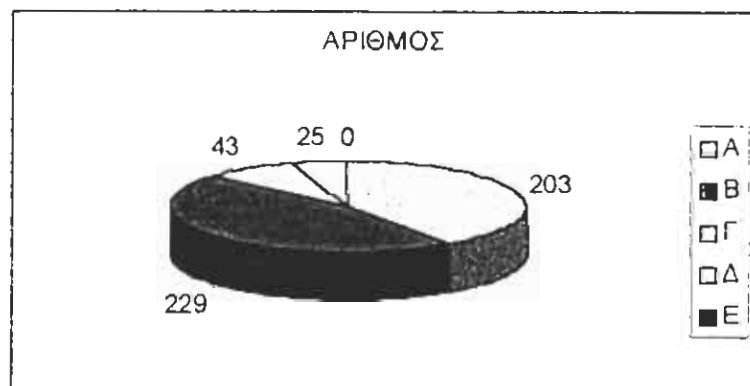


Στο ιστόγραμμα 21 βλέπουμε ότι 203 από τους 500 ερωτηθέντες προτιμούν Ελληνικό ποσοστό 40,6%, 229 από τους ερωτηθέντες προτιμούν Στιγμιαίο, ποσοστό 45,8%, 43 από του ερωτηθέντες προτιμούν Γαλλικό, ποσοστό 8,6%, και 25 από τους ερωτηθέντες προτιμούν Εσπρέσσο, ποσοστό 5%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	203	40,6
B	229	45,8
Γ	43	8,6
Δ	25	5
Ε	0	0

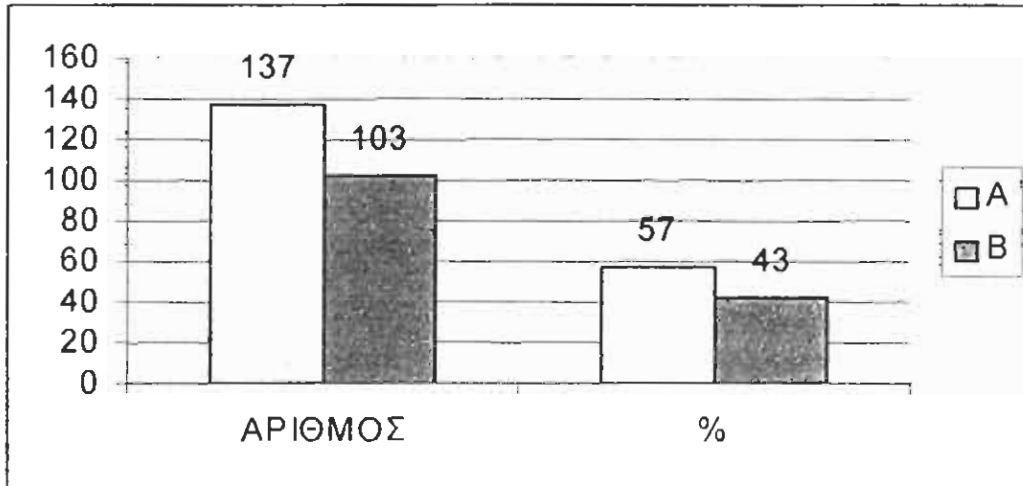
ΣΧΗΜΑ 21



▪ ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΙΑΙΟΣ ΓΑΛΛΙΚΟΣ ΕΣΠΡΕΣΣΟ ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 22

Κατανομή των 240 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το πόσα χρόνια καπνίζουν

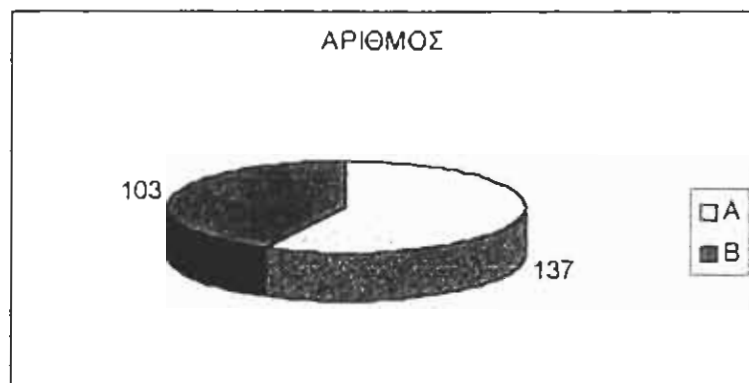


Στο ιστόγραμμα 22 βλέπουμε ότι 137 από του 240 ερωτηθέντες καπνίζουν από 1-10 χρόνια, ποσοστό 57% και 103 από τους ερωτηθέντες καπνίζουν πάνω από 10 χρόνια, ποσοστό 43%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	137	57
B	103	43

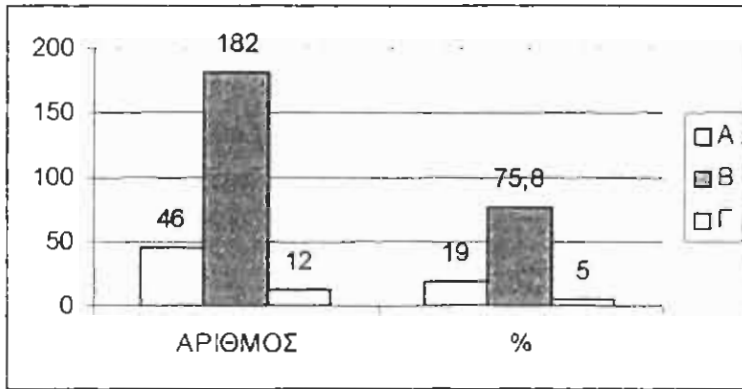
ΣΧΗΜΑ 22



▪ 1-10 ΠΑΝΩ ΑΠΟ 10

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 23

Κατανομή των 240 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση από ποια ηλικία άρχισαν να καπνίζουν

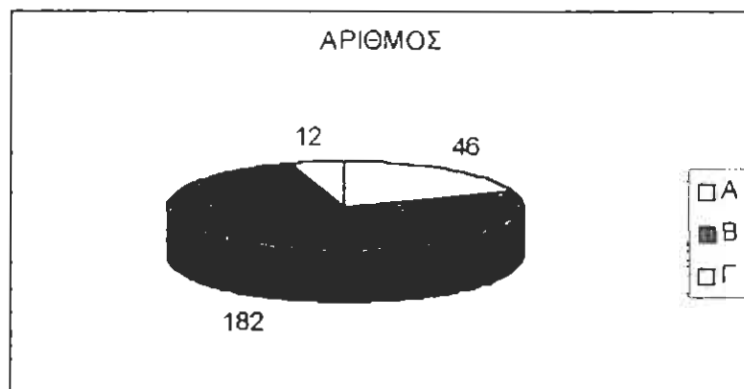


Στο ιστόγραμμα 23 βλέπουμε ότι 46 από τους 240 ερωτηθέντες άρχισαν να καπνίζουν κάτω από 18 χρόνων, ποσοστό 19%, 182 από τους ερωτηθέντες άρχισαν να καπνίζουν από 18-30 χρόνων ποσοστό 75,8% και 12 από τους ερωτηθέντες άρχισαν να καπνίζουν πάνω από 30 χρόνων, ποσοστό 5%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	46	19
B	182	75,8
Γ	12	5

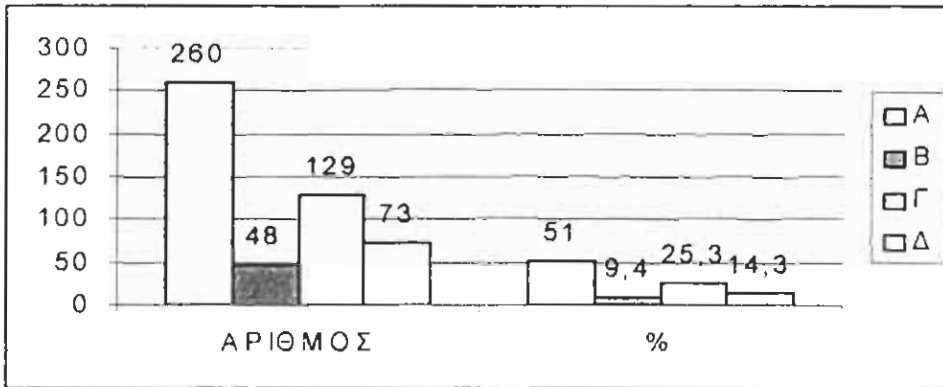
ΣΧΗΜΑ 23



▪ 18 ΚΑΙ ΚΑΤΩ 18-30 30 ΚΑΙ ΠΑΝΩ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 24

Κατανομή των 510 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση κατά πόσα τσιγάρα καπνίζουν ημερησίως

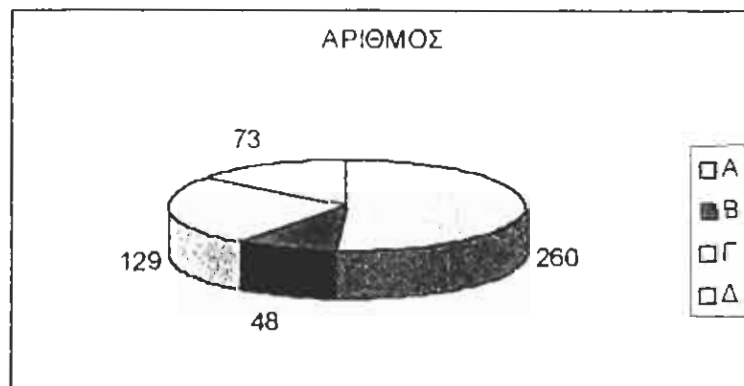


Στο ιστόγραμμα 24 βλέπουμε ότι 260 από τους 510 ερωτηθέντες δεν καπνίζουν καθόλου, ποσοστό 51%, 48 από τους ερωτηθέντες καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα, ποσοστό 9,4%, 129 από τους ερωτηθέντες καπνίζουν μέχρι 20 τσιγάρα, ποσοστό 25,3% και 73 από τους ερωτηθέντες καπνίζουν περισσότερα από 20 τσιγάρα, ποσοστό 14,3%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	260	51
B	48	9,4
Γ	129	25,3
Δ	73	14,3

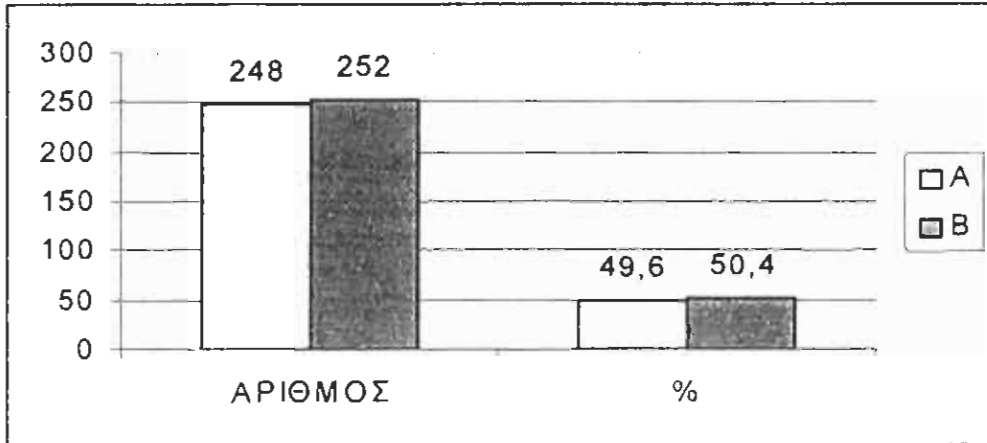
ΣΧΗΜΑ 24



▪ ΚΑΘΟΛΟΥ ΜΕΧΡΙ 10 ΜΕΧΡΙ 20 ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 20

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 25

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το αν γνωρίζουν τι είναι καρκίνος
του παχέως εντέρου

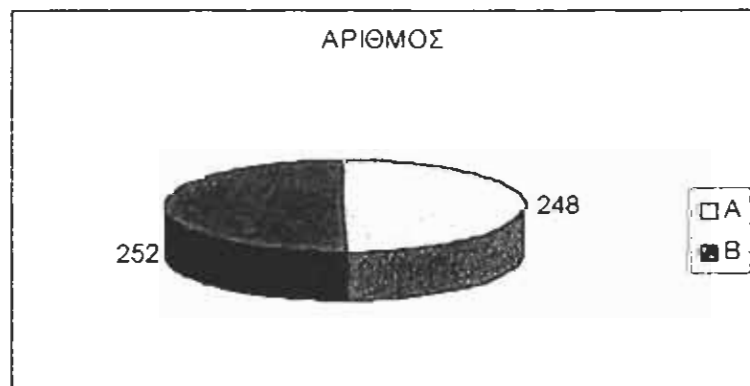


Στο ιστόγραμμα 25 βλέπουμε ότι 248 από τους 500 ερωτηθέντες γνωρίζουν για τον καρκίνο του παχέως εντέρου, ποσοστό 49,6% και 252 από τους ερωτηθέντες δεν γνωρίζουν, ποσοστό 50,4%.

ΠΙΝΑΚΑ 25

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	248	49,6
B	252	50,4

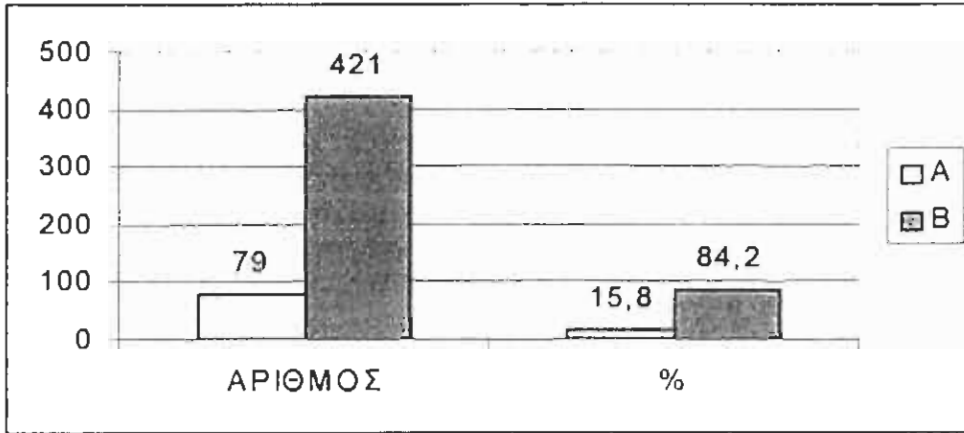
ΣΧΗΜΑ 25



▪ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 26

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το αν γνωρίζουν τι είναι η κολοστομία

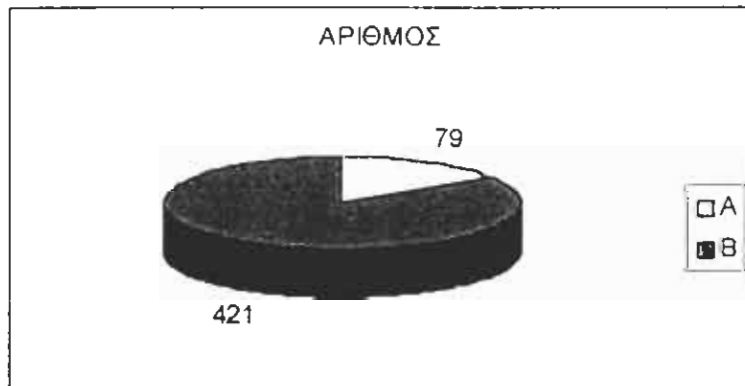


Στο ιστόγραμμα 26 βλέπουμε ότι 79 από τους 500 ερωτηθέντες γνωρίζουν τι είναι κολοστομία, ποσοστό 15,8% και 421 από τους ερωτηθέντες δεν γνωρίζουν, ποσοστό 84,2%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	79	15,8
B	421	84,2

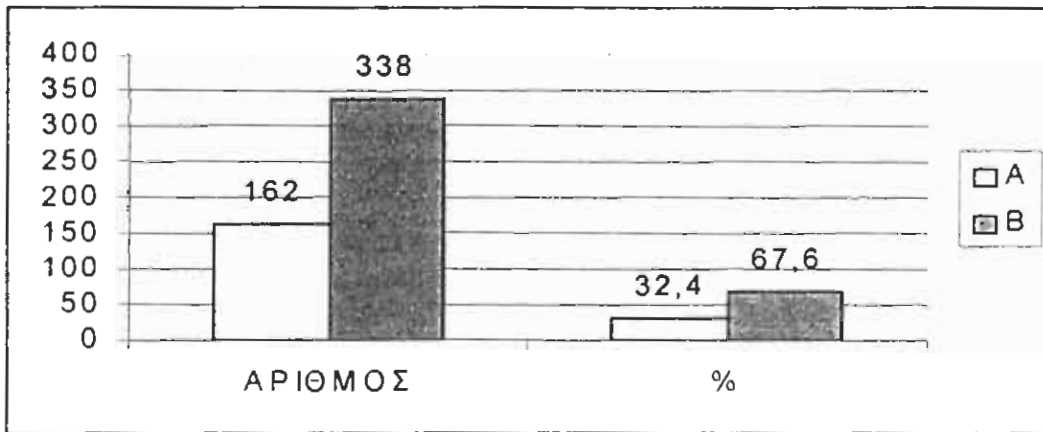
ΣΧΗΜΑ 26



▪ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 27

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το αν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένεια τους από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου

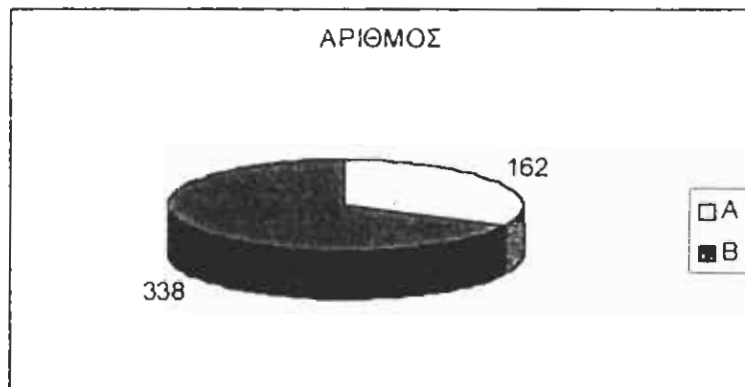


Στο ιστόγραμμα 27 βλέπουμε ότι 162 από τους 500 ερωτηθέντες έχουν κάποιο άτομο που έχει νοσήσει στην οικογένεια τους από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου, ποσοστό 32,4% και 338 από τους ερωτηθέντες δεν έχουν κάποιο άτομο, ποσοστό 67,6%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	162	32,4
B	338	67,6

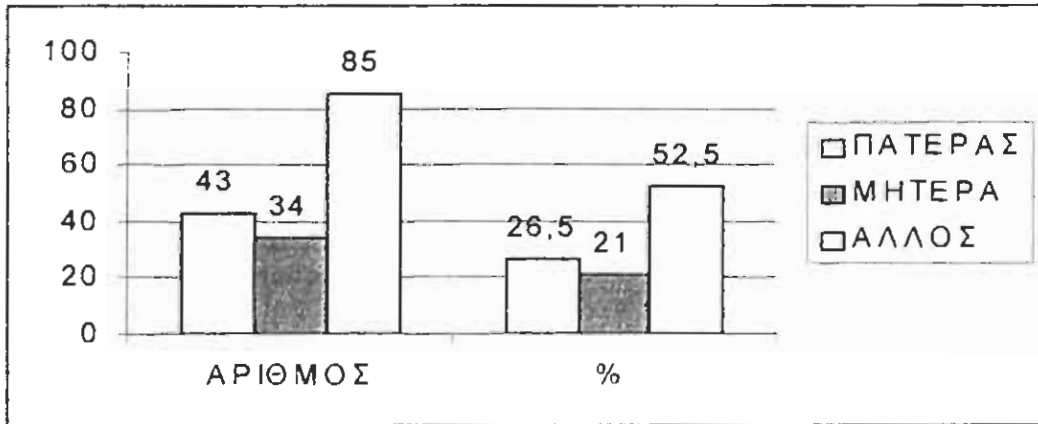
ΣΧΗΜΑ 27



■ ΝΑΙ □ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 28

Κατανομή των 162 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση την απάντηση ναι

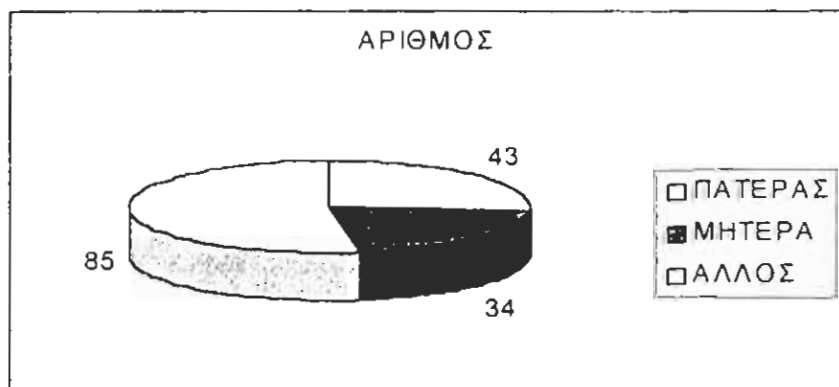


Στο ιστόγραμμα 28 βλέπουμε ότι 43 από τους 162 ερωτηθέντες είπαν πως αρρώστησε ο πατέρας τους, ποσοστό 26,5%, 34 από τους ερωτηθέντες είπαν πως αρρώστησε η μητέρα τους, ποσοστό 21% και 85 από τους ερωτηθέντες είπαν πως αρρώστησε άλλος ποσοστό 52,5%

ΠΙΝΑΚΑΣ 28

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΠΑΤΕΡΑΣ	43	26,5
ΜΗΤΕΡΑ	34	21
ΑΛΛΟΣ	85	52,5

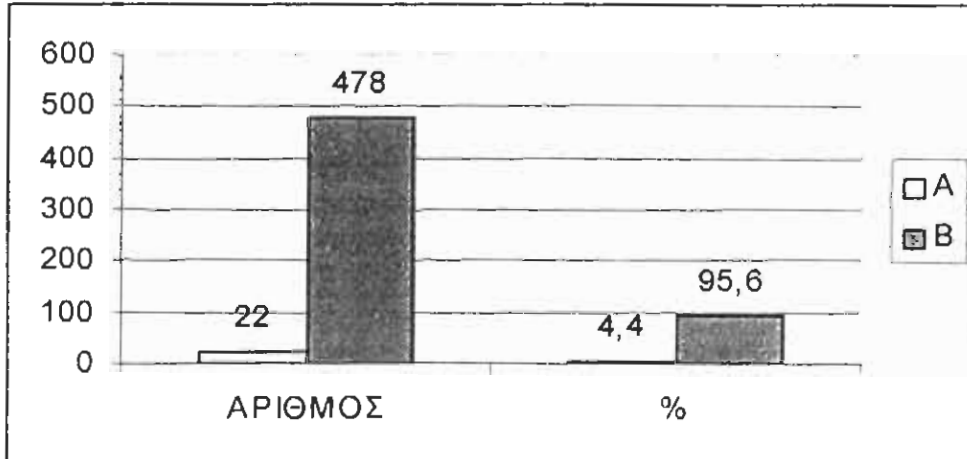
ΣΧΗΜΑ 28



▪ ΠΑΤΕΡΑΣ ΜΗΤΕΡΑ ΑΛΛΟΣ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 29

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το αν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένεια τους από καρκίνο του παχέως εντέρου

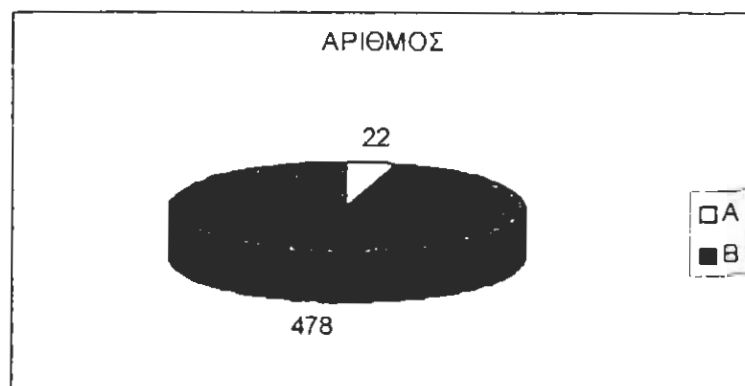


Στο ιστόγραμμα 29 βλέπουμε ότι 22 από τους 500 ερωτηθέντες έχει νοσήσει κάποιος στην οικογένειά του από καρκίνο του παχέως εντέρου, ποσοστό 4,4% και 478 από τους ερωτηθέντες δεν έχει νοσήσει κανένας, ποσοστό 95,6%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	22	4,4
B	478	95,6

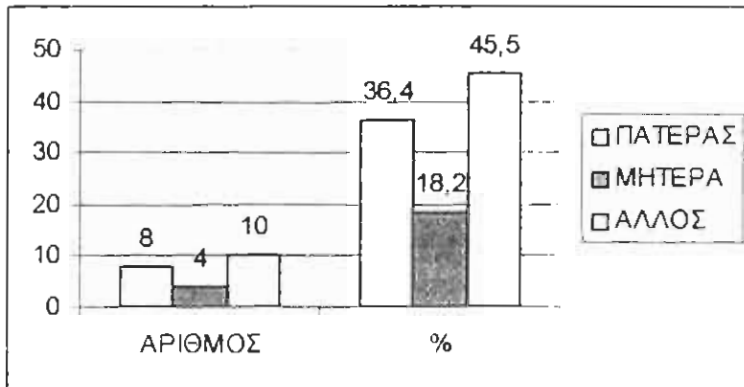
ΣΧΗΜΑ 29



▪ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 30

Κατανομή των 22 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση την απάντηση ναι

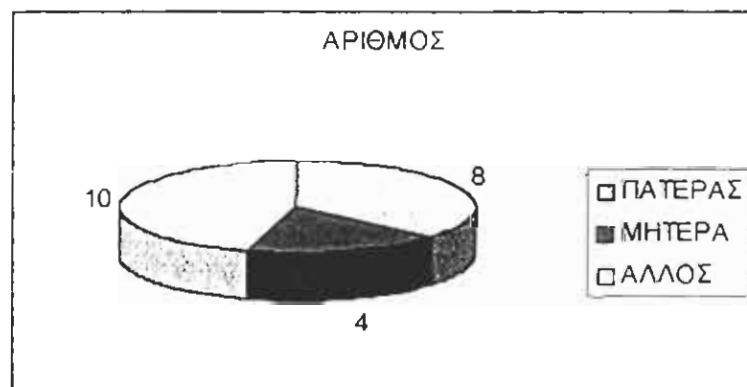


Στο ιστόγραμμα 30 βλέπουμε ότι 8 από τους 22 ερωτηθέντες είπαν πως αρρώστησε ο πατέρας τους, ποσοστό 36,4%, 4 από τους ερωτηθέντες είπαν πως αρρώστησε η μητέρα τους, ποσοστό 18,2% και 10 από τους ερωτηθέντες είπαν πως αρρώστησε άλλος, ποσοστό 45,5%

ΠΙΝΑΚΑΣ 30

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΠΑΤΕΡΑΣ	8	36,4
ΜΗΤΕΡΑ	4	18,2
ΑΛΛΟΣ	10	45,5

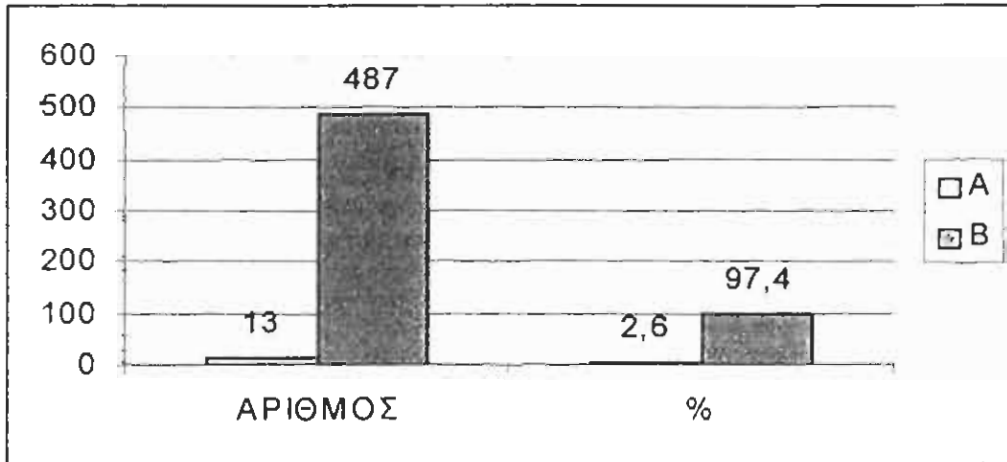
ΣΧΗΜΑ 30



▪ ΠΑΤΕΡΑΣ ΜΗΤΕΡΑ ΑΛΛΟΣ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 31

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση το αν έχει κάνει κάποιος
από την οικογένεια τους επέμβαση κολοστομίας

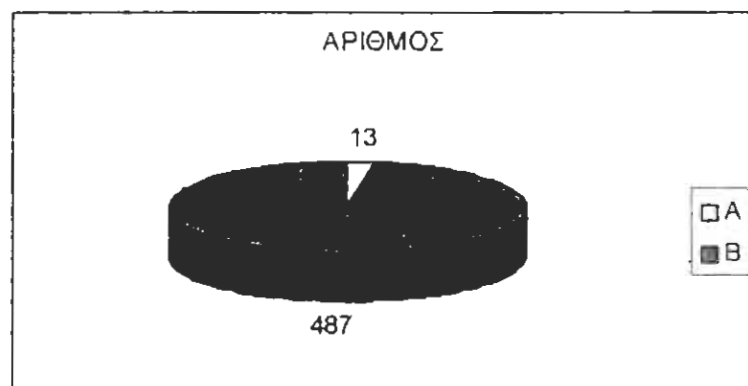


Στο ιστόγραμμα 30 βλέπουμε ότι 22 από τους 500 ερωτηθέντες έχουν κάνει επέμβαση κολοστομίας, ποσοστό 2,6% και 487 δεν έχουν κάνει επέμβαση κολοστομίας, ποσοστό 97,4%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	13	2,6
B	487	97,4

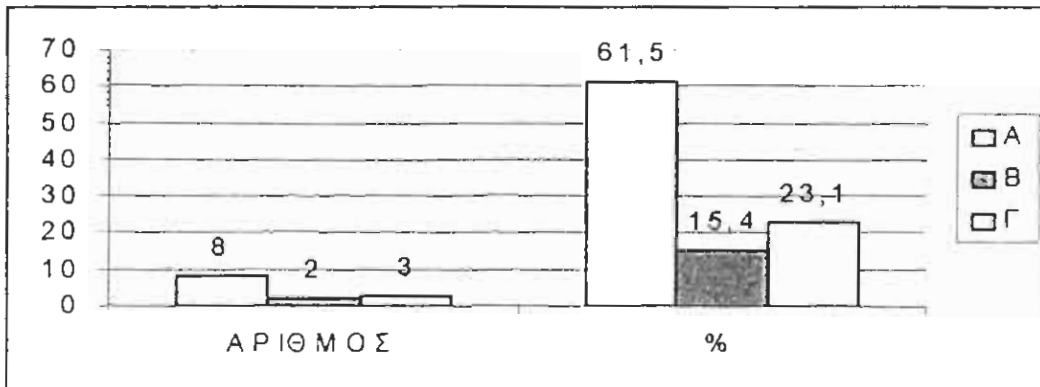
ΣΧΗΜΑ 30



▪ ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 32

Κατανομή των 13 ερωτηθέντων ατόμων
με βάση την απάντηση ναι

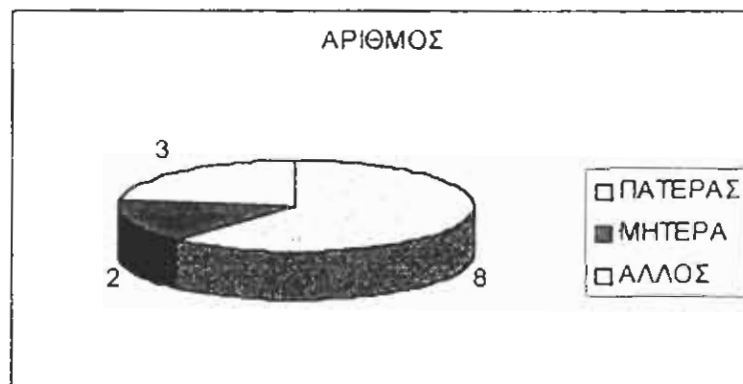


Στο ιστόγραμμα 32 βλέπουμε ότι 8 από τους 13 ερωτηθέντες είπαν πως αρρώστησε ο πατέρας τους, ποσοστό 61,5%, 4 από τους ερωτηθέντες είπαν πως αρρώστησε η μητέρα τους, ποσοστό 15,4% και 85 από τους ερωτηθέντες είπαν πως αρρώστησε άλλος, ποσοστό 23,1%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	8	61,5
B	2	15,4
Γ	3	23,1

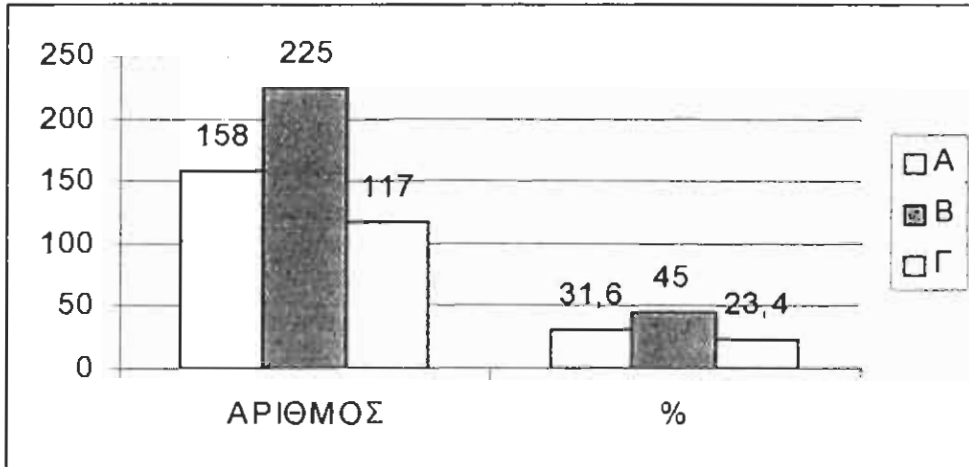
ΣΧΗΜΑ 32



▪ ΠΑΤΕΡΑΣ ΜΗΤΕΡΑ ΑΛΛΟΣ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 33

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το πώς είναι κάποιος ως χαρακτήρας

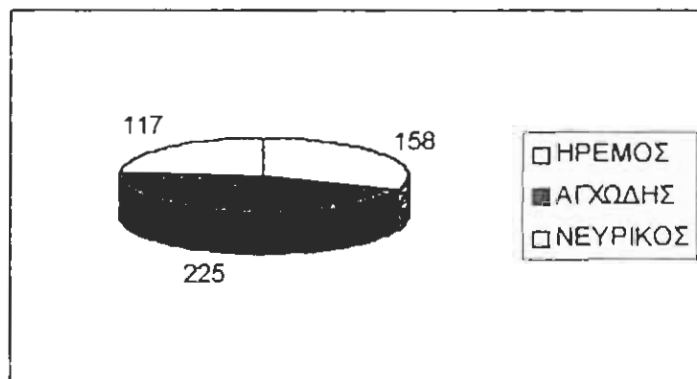


Στο ιστόγραμμα 33 βλέπουμε ότι 158 από τους ερωτηθέντες είναι ήρεμοι, ποσοστό 31,6%, 225 από τους ερωτηθέντες είναι αγχώδεις, ποσοστό 45% και 117 από τους ερωτηθέντες είναι νευρικοί, ποσοστό 23,4%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	158	31,6
B	225	45,0
Γ	117	23,4

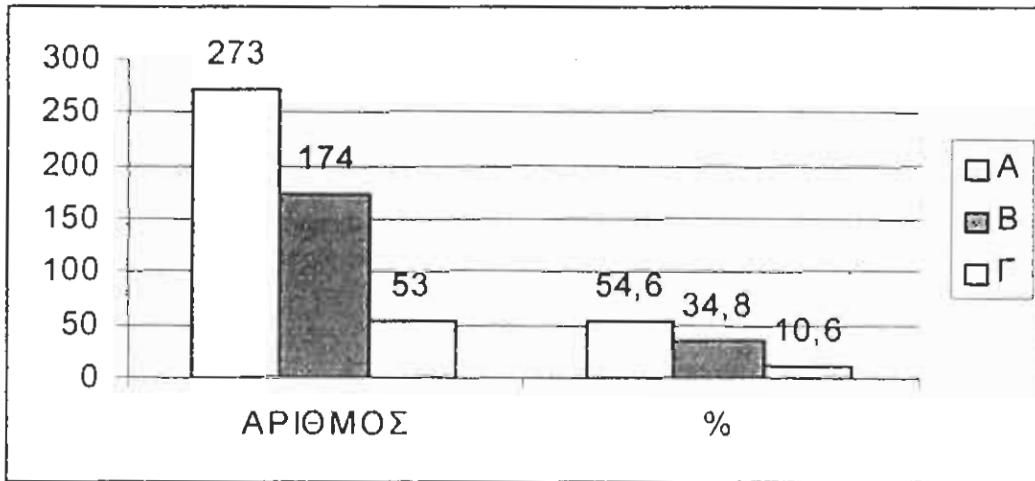
ΣΧΗΜΑ 33



■ ΗΡΕΜΟΣ ■ ΑΓΧΩΔΗΣ □ ΝΕΥΡΙΚΟΣ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 34

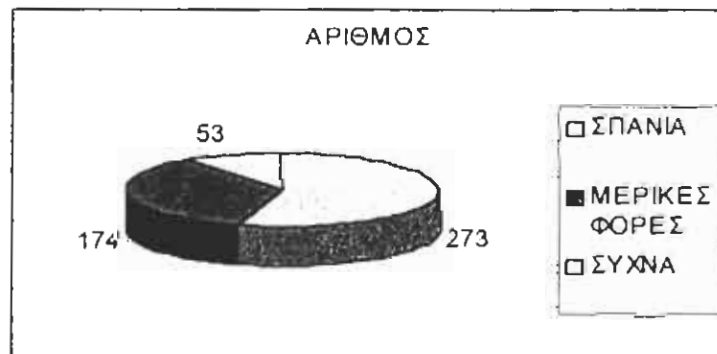
Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το αν υποφέρουν από δυσκοιλιότητα



Στο ιστόγραμμα 34 βλέπουμε ότι 273 από τους ερωτηθέντες υποφέρουν σπάνια από δυσκοιλιότητα, ποσοστό 54,6%, 174 από τους ερωτηθέντες υποφέρουν μερικές φορές από δυσκοιλιότητα, ποσοστό 34,8% και 53 από τους ερωτηθέντες υποφέρουν συχνά από δυσκοιλιότητα, ποσοστό 10,6%.

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	273	54,6
B	174	34,8
Γ	53	10,6

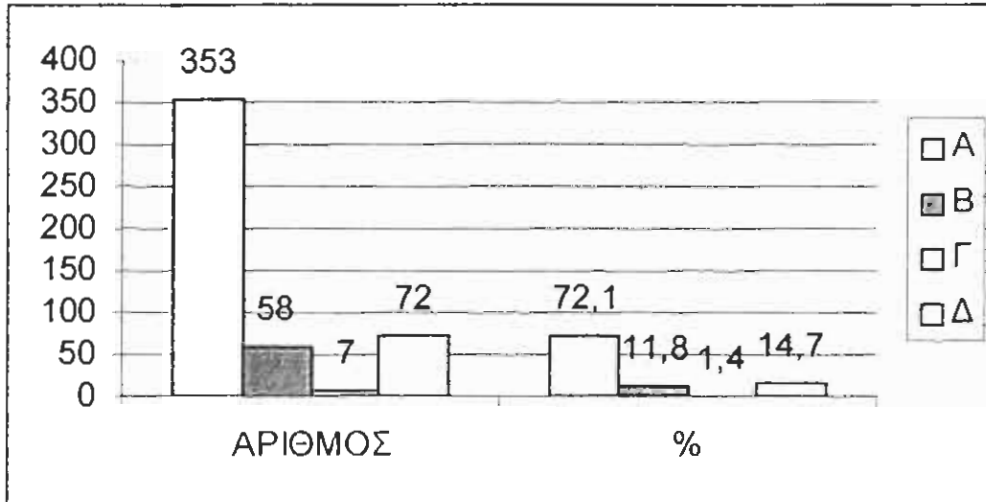
ΣΧΗΜΑ 34



▪ ΣΠΑΝΙΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΥΧΝΑ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 35

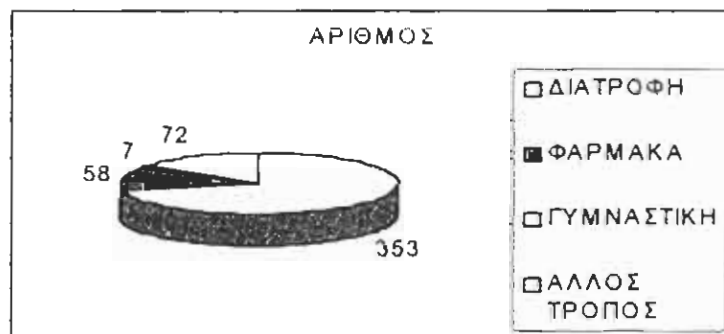
Κατανομή των 490 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το πώς αντιμετωπίζουν τη δυσκοιλιότητα



Στο ιστόγραμμα 35 βλέπουμε ότι 353 από τους ερωτηθέντες την αντιμετωπίζουν με τη διατροφή, ποσοστό 72,1%, 58 από τους ερωτηθέντες την αντιμετωπίζουν με φάρμακα, ποσοστό 11,8%, 7 από τους ερωτηθέντες την αντιμετωπίζουν με γυμναστική, ποσοστό 1,4%, και 72 από τους ερωτηθέντες την αντιμετωπίζουν με άλλο τρόπο, ποσοστό 14,7%.

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	353	72,1
B	58	11,8
Γ	7	1,4
Δ	72	14,7

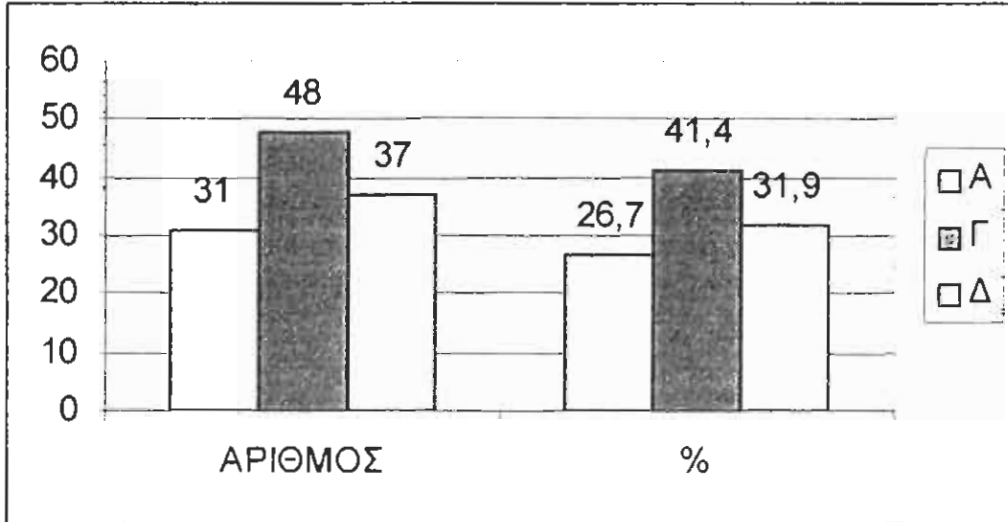
ΣΧΗΜΑ 35



■ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ■ ΦΑΡΜΑΚΑ ■ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ■ ΑΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 36

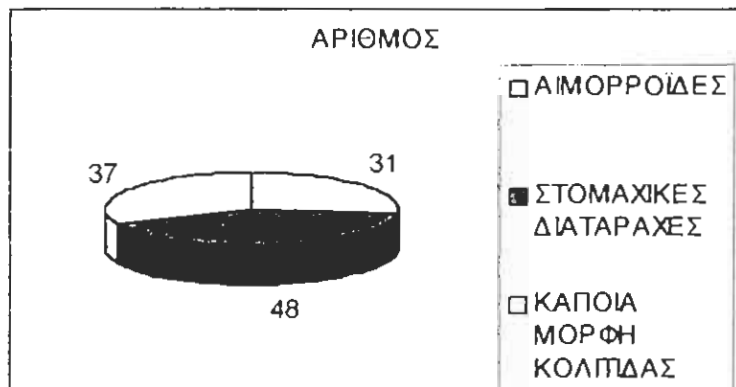
Κατανομή των 116 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το από τι υποφέρουν



Στο ιστόγραμμα 36 βλέπουμε ότι 31 από τους ερωτηθέντες υποφέρουν από αιμορροΐδες, ποσοστό 26,7%, 48 από τους ερωτηθέντες υποφέρουν από στομαχικές διαταραχές, ποσοστό 41,4%, και 37 από τους ερωτηθέντες υποφέρουν από κάποια μορφή κολίτιδας, ποσοστό 31,9%.

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
Α	31	26,7
Γ	48	41,4
Δ	37	31,9

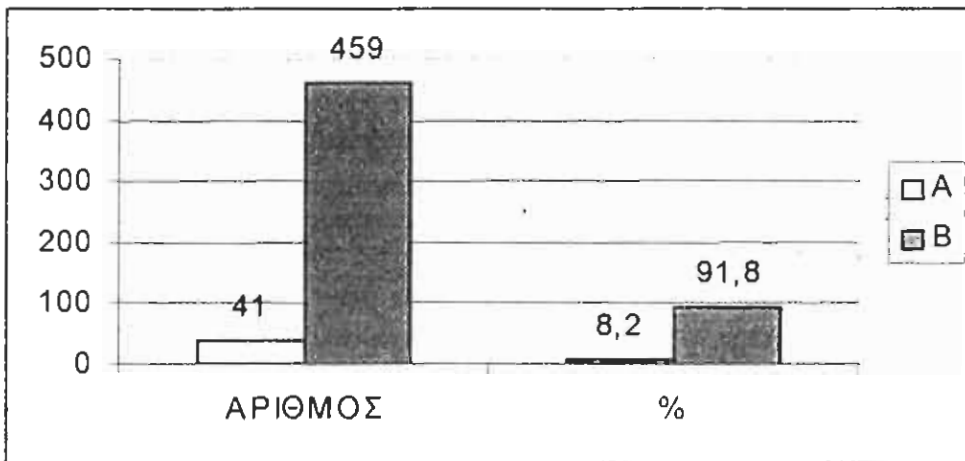
ΣΧΗΜΑ 36



▪ ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ ΣΤΟΜΑΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΠΟΙΑ ΜΟΡΦΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 37

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το αν πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα

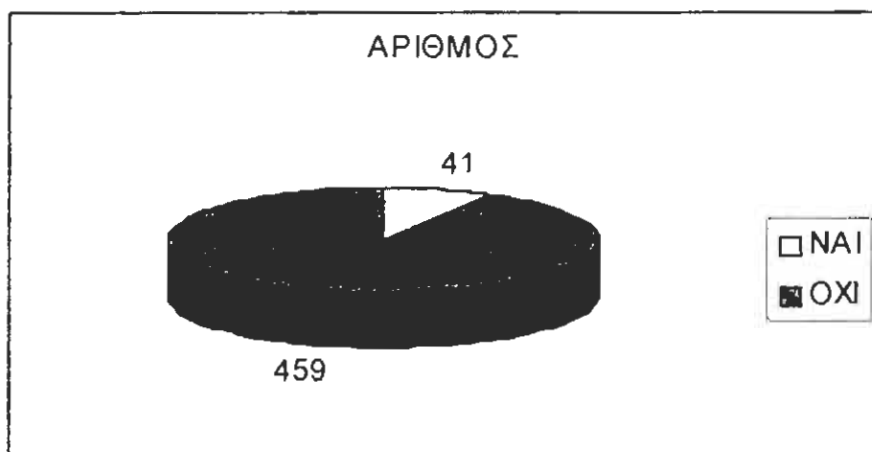


Στο ιστόγραμμα 37 βλέπουμε ότι 41 από τους ερωτηθέντες υποφέρουν από κάποιο χρόνια νόσημα, ποσοστό 8,2% και 459 από τους ερωτηθέντες δεν υποφέρουν από κάποιο χρόνια νόσημα, ποσοστό 91,8%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	41	8,2
B	459	91,8

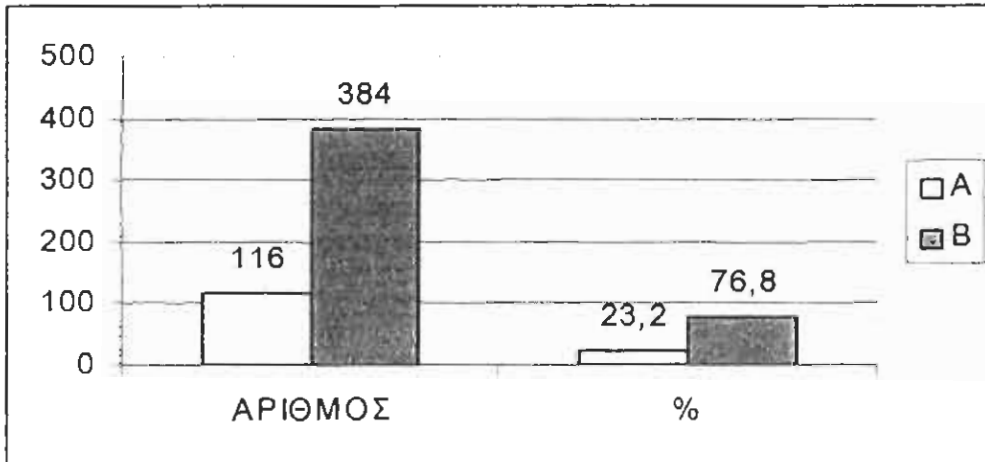
ΣΧΗΜΑ 37



▪ NAI OXI

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 38

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το αν παίρνουν φάρμακα

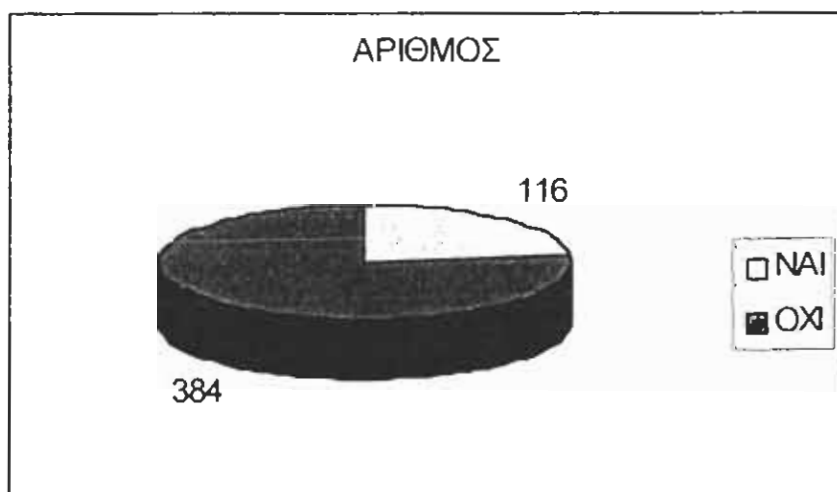


Στο ιστόγραμμα 38 βλέπουμε ότι 116 από τους ερωτηθέντες παίρνουν φάρμακα, ποσοστό 23,2% και 384 από τους ερωτηθέντες δεν παίρνουν φάρμακα, ποσοστό 76,8%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%%
A	116	23,2
B	384	76,8

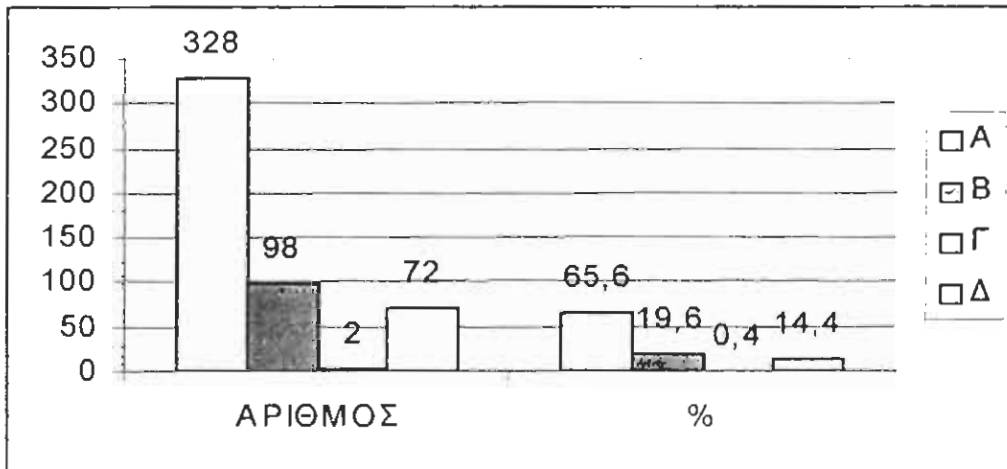
ΣΧΗΜΑ 38



■ ΝΑΙ ■ ΟΧΙ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 39

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το πόσες κενώσεις έχουν ημερησίως

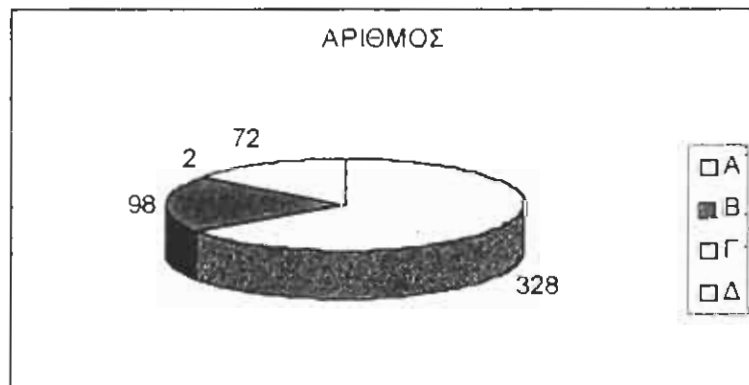


Στο ιστόγραμμα 39 βλέπουμε ότι 328 από τους ερωτηθέντες έχουν μια κένωση την ημέρα ποσοστό 65,6%, 98 από τους ερωτηθέντες έχουν δύο κενώσεις την ημέρα, ποσοστό 19,6%, 2 από τους ερωτηθέντες έχουν τρεις ή περισσότερες την ημέρα, ποσοστό 0,4%, και 72 από τους ερωτηθέντες έχουν κένωση ανά δεύτερη ημέρα, ποσοστό 14,4%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 39

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	328	65,6
B	98	19,6
Γ	2	0,4
Δ	72	14,4

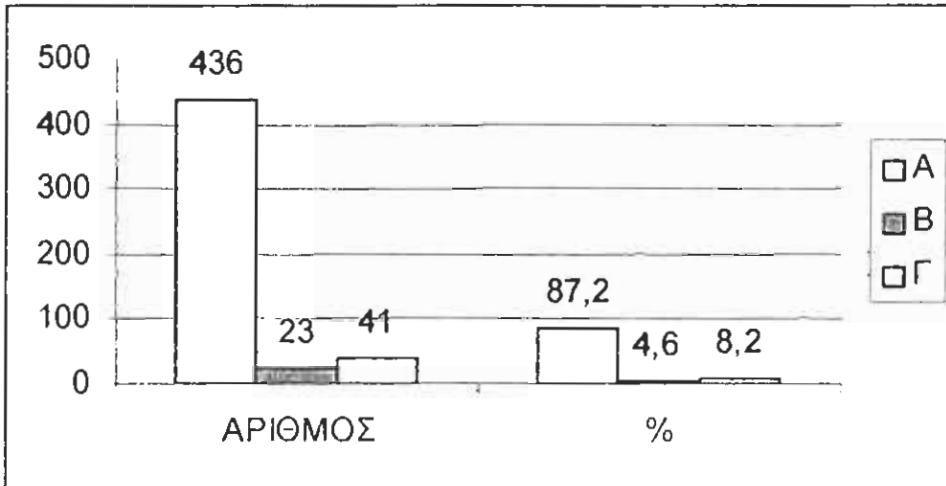
ΣΧΗΜΑ 39



▪ ΜΙΑ ΔΥΟ ΤΡΙΣ Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΝΑ ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΡΑ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 40

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το πώς είναι οι κενώσεις τους

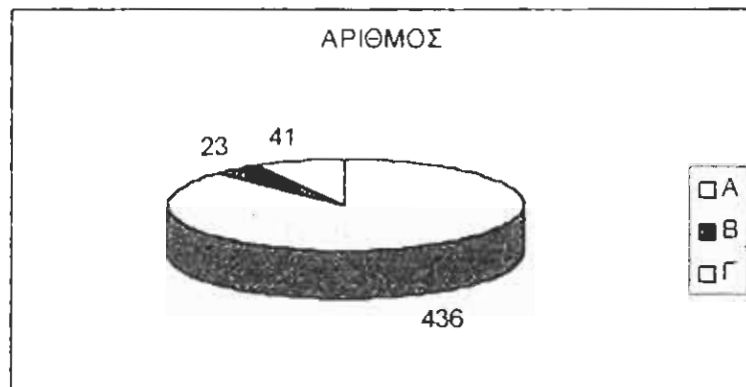


το ιστόγραμμα 40 βλέπουμε ότι 436 από τους ερωτηθέντες έχουν κανονικές κενώσεις ποσοστό 87,2%, 23 από τους ερωτηθέντες έχουν διαρροϊκές κενώσεις ποσοστό 4,6% και 41 από τους ερωτηθέντες έχουν πετρώδεις κενώσεις ποσοστό 8,2%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 40

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	436	87,2
B	23	4,6
Γ	41	8,2

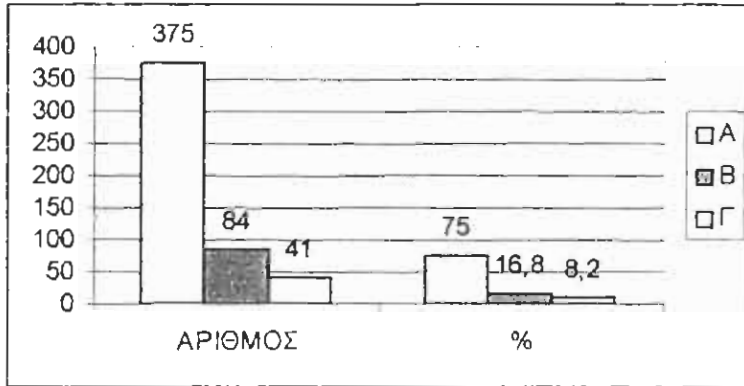
ΣΧΗΜΑ 40



▪ ΚΑΝΟΝΙΚΕΣ ΔΙΑΡΡΟΪΚΕΣ ΠΕΤΡΩΔΕΙΣ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 41

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το αν γυμνάζονται

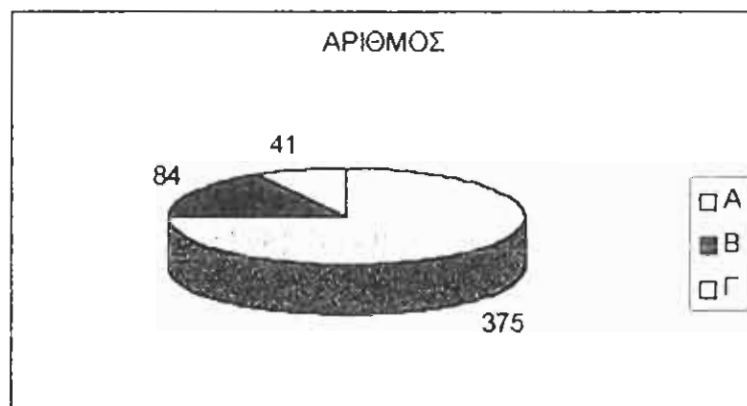


Στο ιστόγραμμα 41 βλέπουμε ότι 375 από τους ερωτηθέντες γυμνάζονται σπάνια, ποσοστό 75%, 84 από τους ερωτηθέντες γυμνάζονται μερικές φορές, ποσοστό 16,8% και 41 από τους ερωτηθέντες γυμνάζονται συχνά, ποσοστό 8,2%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 41

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	375	75,0
B	84	16,8
Γ	41	8,2

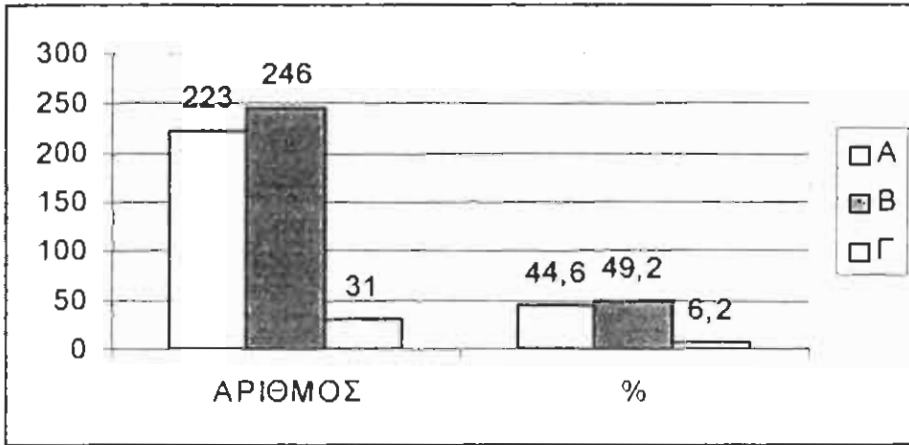
ΣΧΗΜΑ 41



▪ ΣΠΑΝΙΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΣΥΧΝΑ

ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ 42

Κατανομή των 500 ερωτηθέντων ατόμων με βάση το πόσες ώρες το 24ωρο καταναλώνουν για ύπνο

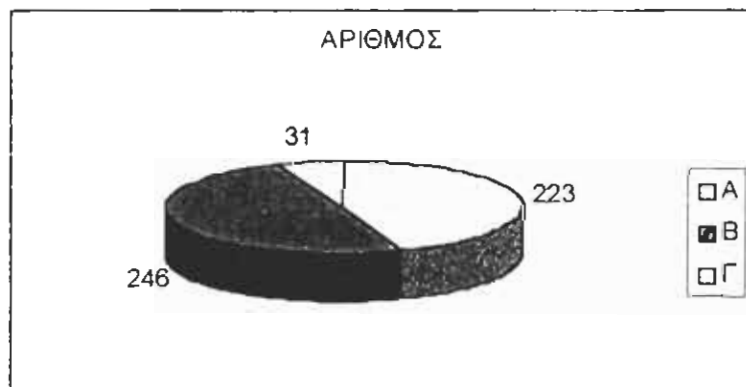


Στο ιστόγραμμα 42 βλέπουμε ότι 223 από τους ερωτηθέντες καταναλώνουν λιγότερο από 7 ώρες το 24ωρο για ύπνο, ποσοστό 44,6%, 246 από τους ερωτηθέντες καταναλώνουν 7-9 ώρες το 24ωρο για ύπνο, ποσοστό 49,2% και 31 από τους ερωτηθέντες καταναλώνουν περισσότερο από 9 ώρες το 24ωρο για ύπνο, ποσοστό 6,2%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 42

ΑΠ.	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
A	223	44,6
B	246	49,2
Γ	31	6,2

ΣΧΗΜΑ 42



▪ ΛΙΓΟΤΕΡΟ Από 7 7-9 ΩΡΕΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της έρευνάς μας κυρίως ήταν η ενημέρωση – διαφώτιση των ατόμων που συμμετείχαν για τα συμπτώματα και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Επίσης μέσα από την τυχαία δειγματοληπτική έρευνα κάναμε μια ποσοστιαία μέτρηση των ατόμων με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου την οποία αναφέρουμε παρακάτω.

Στην έρευνα μας ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων που έλαβε μέρος κυμαίνεται στην ηλικία 25-40 ετών (44%). Έχουμε ποσοστό συμμετοχής από άνδρες 42,4%, ενώ από γυναίκες 57,8%. Από τα άτομα αυτά το 34% ασκούν χειρωνακτική εργασία, το 62% μη χειρωνακτική εργασία και άνεργοι 4%. Ένα σημαντικό ποσοστό 46,6% εργάζεται περισσότερο από 8 ώρες. Το 56,6% στην ερώτησή μας αν το επάγγελμά τους προκαλεί άγχος, απάντησε θετικά. Από αυτούς ένα σημαντικό ποσοστό 11,3% το αντιμετωπίζει με λήψη φαρμάκων. Το σημαντικό ποσοστό 40,4% θεωρεί την εργασία του επιβλαβή για την υγεία του.

Η διατροφή, η κατάχρηση των οиноπνευματωδών και το κάπνισμα παίζουν σπουδαίο ρόλο για την ανάπτυξη κακοηθών νεοπλασιών.

Στην έρευνά μας βρέθηκε ότι το 79,6% πιστεύουν ότι η διατροφή παίζει σπουδαίο ρόλο για την ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Στο διαιτολόγιο τους περιλαμβάνεται το κρέας σε ποσοστό 30,8%, λαχανικά 19,7% και φρούτα μόλις 8,3%. Το 34,4% καταναλώνει μέτρια ποσότητα τυποποιημένων τροφών. Το σημαντικό ποσοστό 43,4% καταναλώνει μέτριες ποσότητες αλκοόλ. Όσον αφορά τα αεριούχα ποτά το 38,6% καταναλώνει συχνά και μερικές φορές το 41,8%. Η κατανάλωση καφέ είναι αρκετά μεγάλη. Ποσοστό 42% καταναλώνει ένα φλιτζάνι ημερησίως, 33,6% δύο φλιτζάνια, 15,6% τρία και πάνω.

Το 50% των ερωτηθέντων είναι καπνιστές. Από αυτούς το 57% καπνίζουν από 1 έως 10 χρόνια, ενώ το 43% περισσότερο από 10 χρόνια. Σε ποσοστό 76% άρχισαν να καπνίζουν στην ηλικία από 18-30 χρονών. Το μεγαλύτερο ποσοστό (25,3%) καπνίζει έως 20 τσιγάρα ημερησίως.

Ας δούμε όμως κατά ποσό είναι ενημερωμένο το κοινό σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Στην ερώτησή μας για το τι είναι καρκίνος παχέος εντέρου, απάντησαν ότι γνωρίζουν το 49,6%. Το μεγάλο ποσοστό 84,2% δεν γνωρίζει τι είναι κολοστομία.

Σε ποσοστό 32,4 έχουν κάποια άτομα που έχουν νοσήσει από καρκίνο στην οικογένειά τους. Από αυτούς το 26,5% αφορούσε τον πατέρα, 21% την μητέρα και 41% άλλο συγγενικό πρόσωπο. Ποσοστό 4,4% από τις οικογένειες των ερωτηθέντων έχουν νοσήσει από καρκίνο του παχέος εντέρου. Από αυτούς το 36,4% αφορά τον πατέρα, 18,2% την μητέρα, άλλος συγγενής 45,5%.

Στην ερώτηση εάν έχει κάνει κάποιος από την οικογένειά τους επέμβαση κολοστομίας ποσοστό 2,6%, απάντησε θετικά. Από αυτούς το 61,5% αφορά τον πατέρα, 15,4% την μητέρα, 23,1% άλλο συγγενικό πρόσωπο.

Προβλήματα δυσκοιλιότητας δεν εμφανίζει το 54,6% των ερωτηθέντων, ενώ μερικές φορές το 34,8%, συχνά το 10,6%. Το 72% αντιμετωπίζει την δυσκοιλιότητα με την σωστή διατροφή. Το 65% έχει μια κένωση ημερησίως ενώ το 14% μια ανά δεύτερη μέρα.

Φαίνεται πως ο μέσος Έλληνας δεν είναι λάτρης της σωματικής άσκησης. Το μεγάλο ποσοστό 75% γυμνάζεται σπάνια, 16,8% μερικές φορές, ενώ συχνά μόλις 8,2%.

Τέλος θα θέλαμε να τονίσουμε ότι με αυτήν την μικρή έρευνα κατορθώσαμε να ενημερώσουμε τα άτομα που έλαβαν μέρος στο ερωτηματολόγιο για τα αίτια και τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η ερευνητική προσπάθεια πρέπει να συνεχιστεί και στο μέλλον από εμάς τις ίδιες και από συναδέλφους μας για την ενημέρωση των συνανθρώπων μας με κάθε τρόπο.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ

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 περιβάλλοντός τους.

Η νοσηλεύτρια-ής απ' την φύση της εργασίας της, έρχεται πολύ κοντά στον άρρωστο, 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 οχολεία και άλλες υπηρεσίες. Έτσι μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην πρόωμη 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 πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Μπορεί να οργανώσει ορισμένα προγράμματα που μπορεί να περιλαμβάνουν :

1. Υγειονομική διαφώτιση 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 υπόλειμμα και που σχετίζονται με την αύξηση της συχνότητας του Ca παχέος εντέρου. Την αποφυγή λίπους ζωικής

προέλευσης, 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 κακοήγη 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 (ορθοσκοπιοσηκολοσκόπηση).

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 στη 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 δυο χρόνια με ορθοσκόπηση – κολοσκόπηση.

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

Στην οικογένεια εξασφαλίζει 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 στη διατροφή. Παρακολουθεί τι καταναλώνουν οι μαθητές στην καντίνα και υποδεικνύει με ποια μέσα πρέπει να είναι εφοδιασμένη.

Είναι δύσκολο να διδάξει ο' ένα νέο την σύνδεση της διατροφής με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, γιατί η αφηρημένη έννοια του μέλλοντος, η ψευδαισθηση της αθανασίας και η αντίληψη της παντοιής 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 ευαισθητοποιήσουν όλους μας, γιατί η αξιοποίησή τους θα συμβάλλει στην συνεχή αναβάθμιση της Νοσηλευτικής επιστήμης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

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 του παχέος εντέρου. Η ιλιούοια σε λιπή διαίτα αυξάνει τις πεπτικές διαταραχές και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου.

Το κάπνισμα αυξάνει κάπως το ποσοστό εμφάνισης του καρκίνου του 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 Νοσηλεύτριας στον τομέα της Υγείας.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

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 frequency 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 motional 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.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. ΜΕΡΟΣ : ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. ΦΥΛΛΟ:

- ΑΡΡΕΝ
 ΘΗΛΥ

2. ΗΛΙΚΙΑ:

3. ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

4. ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ :

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- ΕΓΓΑΜΟΣ/Η
 ΑΓΑΜΟΣ/Η
 ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η
 ΧΗΡΟΣ/Α

6. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ :

- ΔΗΜΟΤΙΚΟ
 ΓΥΜΝΑΣΙΟ
 ΛΥΚΕΙΟ
 ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ
 ΑΝΩΤΑΤΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ
 ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ

Β. ΜΕΡΟΣ : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

1. Πόσες ώρες ημερησίως σας απασχολεί η επαγγελματική εργασία σας ;

- α) Λιγότερο από 8 ώρες
 β) 8 ώρες
 γ) 8 έως 12 ώρες
 δ) Πάνω από 12 ώρες

2α. Το επάγγελμά σας, σας προκαλεί άγχος ;

- α) Ναι
 β) Όχι

2β. **Αν η απάντησή σας είναι Ναι, πως το αντιμετωπίζετε ;**

- α) Αλλαγή εργασίας
- β) Φυγή
- γ) Λήψη φαρμάκων
- δ) Άλλος τρόπος αντιμετώπισης

3. Το επάγγελμα που ασκείτε αντιπροσωπεύει δική σας επιλογή ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

4. Θεωρείτε την εργασία σας επιβλαβή για την υγεία σας ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Γ' ΜΕΡΟΣ : ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

1. Πιστεύετε ότι η διατροφή παίζει ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέως εντέρου ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

2. Το εβδομαδιαίο διαιτολόγιο σας επί το πλείστον περιλαμβάνει :

- α. Κρέας
- β. Ζυμαρικά
- γ. όσπρια
- δ. θαλασσινά
- ε. γαλακτοκομικά
- ζ. φρούτα
- στ. λαχανικά

3. Οι τροφές που καταναλώνετε είναι :

- α. Πλούσιες σε ζωϊκά λίπη
- β. Πλούσιες σε βιταμίνες και θρεπτικά συστατικά
- γ. Φτωχές σε λίπη
- δ. Πλούσιες σε καρυκεύματα
- ε. πλούσιες σε λαχανικά και φρούτα

4. Πόσο συχνά καταναλώνετε τυποποιημένες τροφές (π.χ. τύπου fast food) ;

- α. Σπάνια
- β. Μερικές φορές
- γ. Συχνά

5. Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά ;

- α. Σπάνια
- β. Μερικές φορές
- γ. Συχνά

6. Ποιο είδος ποτού καταναλώνετε συνήθως ;

- α. κρασί ε. άλλο ποτό
 β. μπύρα
 γ. ουίσκι
 δ. ούζο

7. Πίνετε αεριούχα ποτά (αναψυκτικά)

- α. Σπάνια
 β. Μερικές φορές
 γ. Συχνά

8. Πόσα φλιτζάνια καφέ καταναλώνετε ημερησίως ;

- α. ένα
 β. δύο
 γ. τρία
 δ. περισσότερα από τρία

9. Τι είδους καφέ προτιμάτε ;

- α. Ελληνικός
 β. Σιγμιαίος (Νες καφέ)
 γ. Γαλλικός
 δ. Εσπρέσσο
 ε. Κάτι άλλο

10. Πόσα χρόνια καπνίζετε ;**10α. Από ποια ηλικία έχετε αρχίσει το κάπνισμα ;****10β. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως :**

- α. Καθόλου
 β. Μέχρι 10
 γ. Μέχρι 20
 δ. Περισσότερα από 20

ΜΕΡΟΣ Δ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**1. Γνωρίζετε τι είναι ο καρκίνος παχέως εντέρου ;**

- α. ΝΑΙ
 β. ΟΧΙ

2. Γνωρίζετε τι είναι η κολοστομία ;

- α. ΝΑΙ
 β. ΟΧΙ

3. Έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά σας από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου ;

- α. ΝΑΙ
 β. ΟΧΙ

3α. Αν Ναι, αναφέρατε ποιος

4. Έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένεια σας από καρκίνο του παχέως εντέρου ;

- α. ΝΑΙ
β. ΟΧΙ

4α. Αν Ναι αναφέρατε ποιος

5. Έχει κάνει κάποιος από την οικογένεια σας επέμβαση κολοστομίας ;

- α. ΝΑΙ
β. ΟΧΙ

5α. Αν Ναι αναφέρατε ποιος

ΜΕΡΟΣ Ε. ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1. Σαν χαρακτήρας είστε :

- α. Ήρεμος
β. Αγχώδης
γ. Νευρικός

2. Υποφέρετε από δυσκοιλιότητα ;

- α. Σπάνια
β. Μερικές φορές
γ. Συχνά

2α. Πως την αντιμετωπίζετε ;

- α. Διατροφή
β. Φάρμακα
γ. Γυμναστική

3. Υποφέρετε από :

- α. Αιμορροΐδες
β. Στομαχικές διαταραχές
γ. Από κάποια μορφή κολίτιδας

4. Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα ;

- α. ΝΑΙ
β. ΟΧΙ

5. Παίρνετε φάρμακα ;

- α. ΝΑΙ
β. ΟΧΙ

6. Πόσες κενώσεις έχετε ημερησίως ;

- α. Μία
- β. Δύο
- γ. Τρεις ή περισσότερες
- δ. Ανά δεύτερη ημέρα

7. Οι κενώσεις συνήθως είναι :

- α. κανονικές
- β. διαρροϊκές
- γ. πετρώδεις

8. Γυμνάζεστε ;

- α. Σπάνια
- β. Μερικές φορές
- γ. Συχνά

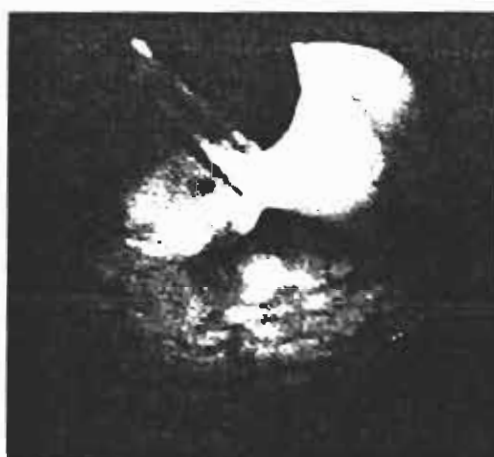
9. Πόσες φορές το 24ωρό καταναλώνετε για ύπνο :

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

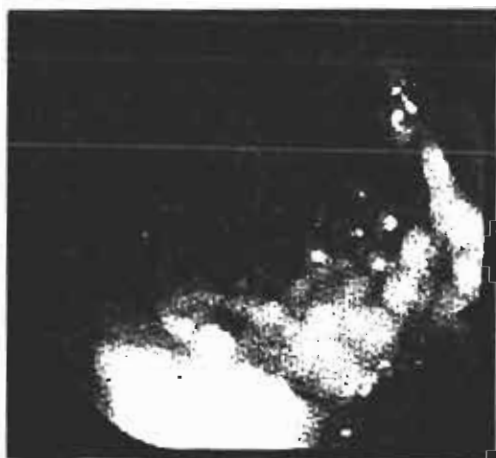
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ



ΕΙΚΟΝΑ 1. Συνύπαρξη πολύποδα (αριστερά) και εκκολπώματος (δεξιά) στο σιγμοειδές.



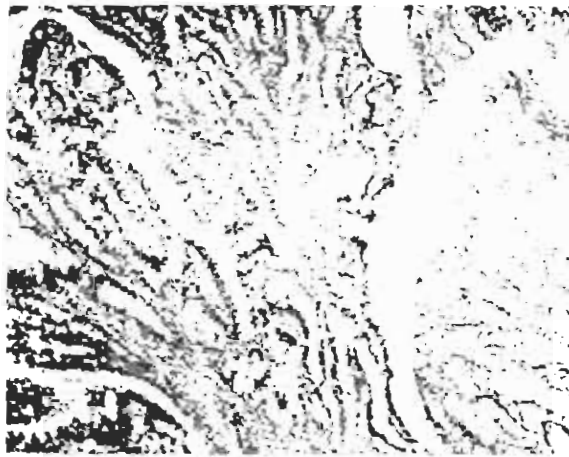
ΕΙΚΟΝΑ 2. Άθροισμα μικρών ψευδοπολυπόδων στο εγκάρσιο ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα και καθολική προσβολή του εντέρου.



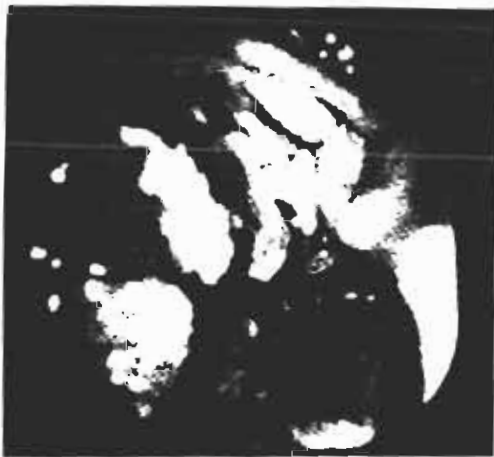
ΕΙΚΟΝΑ 3. Βρόγχος πολυποδεκτομής, με τον οποίο έχει περιβρογχιωθεί έμμικρος πολύποδας.



ΕΙΚΟΝΑ 4. Σωληνολακνωτό αδένωμα παχέος εντέρου.



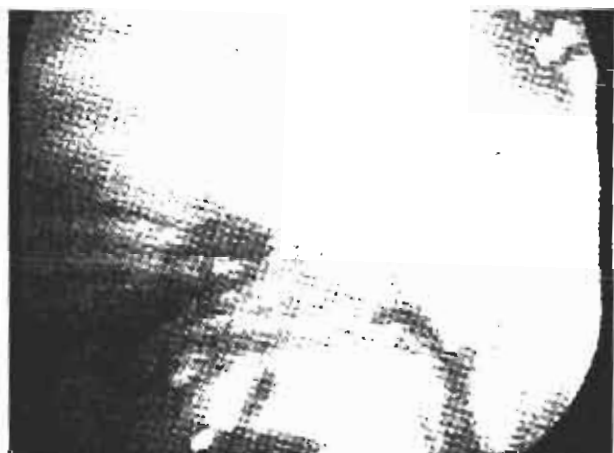
ΕΙΚΟΝΑ 5. Αδένωμα με ελαφρού (δεξιά) και κατά θέσεις μέτριου βαθμού δυσπλασία (αριστερά) αιματοξυλίνη-ηωσίνη, x100).



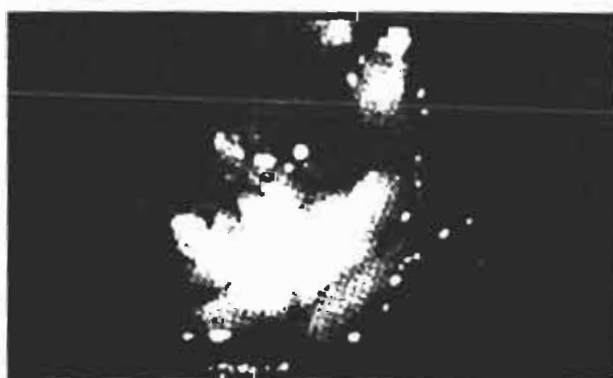
ΕΙΚΟΝΑ 6. Πολυποειδές αδενοκαρκίνωμα του ορθού που προβάλλει στον αυλό (αριστερά και κάτω).



ΕΙΚΟΝΑ 7. Καρκίνος ορθοσιγμοειδούς.



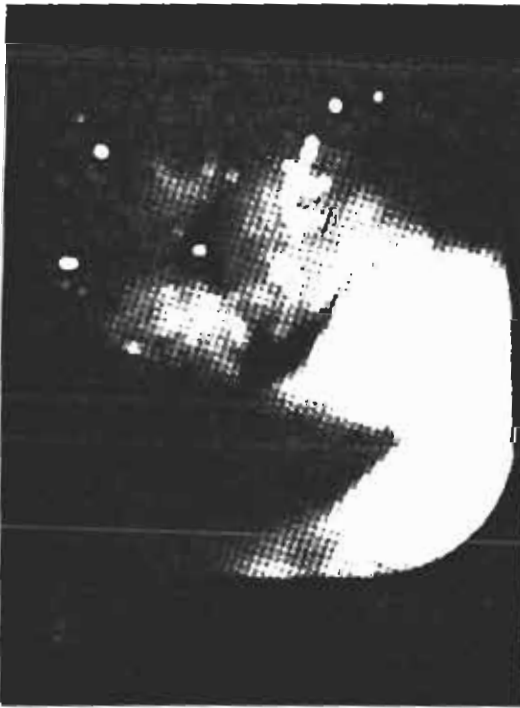
ΕΙΚΟΝΑ 8. Πολυποειδές αδενοκαρκίνωμα σιγμοειδούς.



ΕΙΚΟΝΑ 9. Πολυποειδές και διηθητικό καρκίνωμα κατιόντος, που προκάλεσε φαινόμενα ατελούς ειλεού.



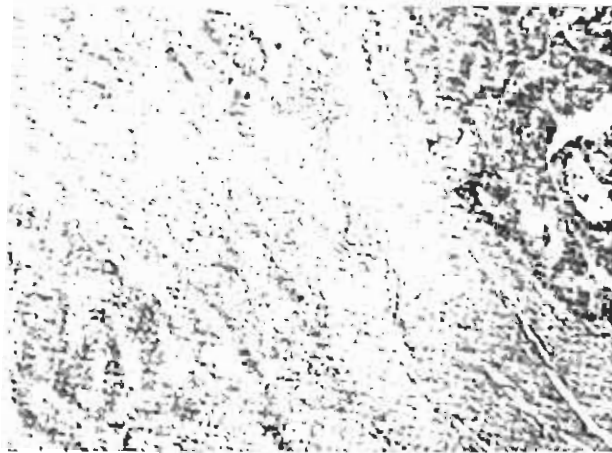
ΕΙΚΟΝΑ 10. Πολυποειδές αδενοκαρκίνωμα εγκαρσίου.



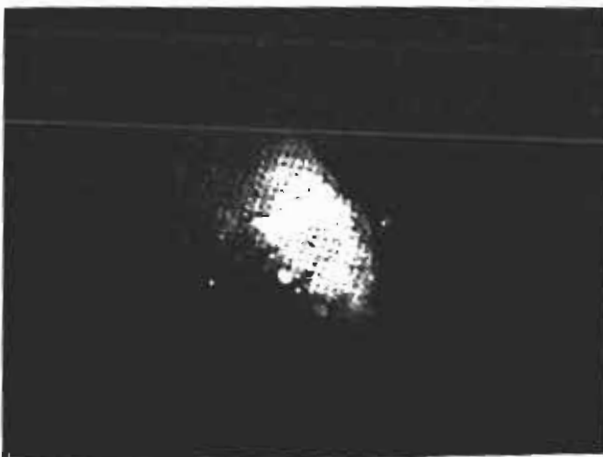
ΕΙΚΟΝΑ 11. Διηθητικό αδενοκαρκίνωμα τυφλού.



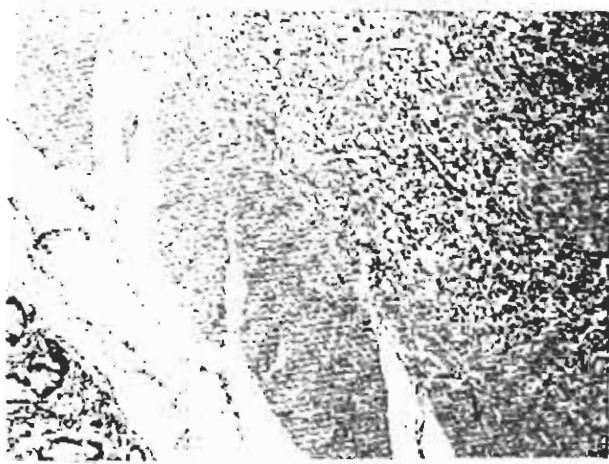
ΕΙΚΟΝΑ 12. Πολυποειδές αδενοκαρκίνωμα τυφλού.



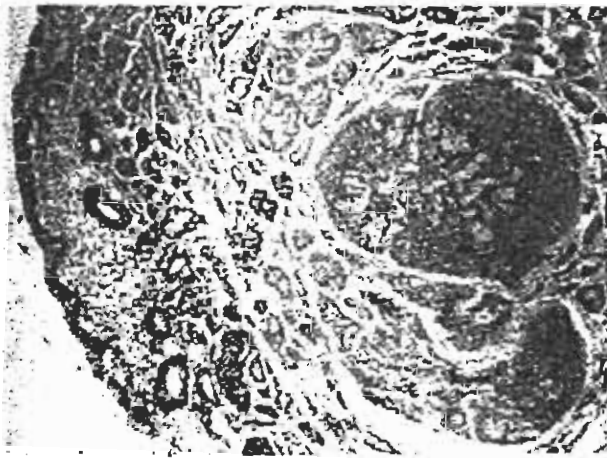
ΕΙΚΟΝΑ 13. Αδενοκαρκίνωμα παχέος εντέρου ανώτερης διαφοροποίησης (αιματοξυλίνη - ηωσίνη, x 100).



ΕΙΚΟΝΑ 14. Δευτεροπαθές μη Hodgkin λέμφωμα παχέος εντέρου.



ΕΙΚΟΝΑ 15. Λειομυοσάρκωμα παχέος εντέρου.



ΕΙΚΟΝΑ 16. Καρκινοειδές παχέος εντέρου τύπου Α1.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Νο 7 - Σεπτέμβριος 2001

FOCUS

Ανακαλύπτοντας τη γνώση και τον κόσμο

Ιατρική του 21ου αιώνα: Πραγματικότητες και ελπίδες

Θαύματα που έρχονται



ΚΑΡΔΙΑ:
Πρόληψη για
το έμφραγμα

ΚΑΡΚΙΝΟΣ:
Θεραπεία για 95%
των περιπτώσεων

ΓΕΝΕΤΙΚΗ:
Προσωποποιημένα
υπερφάρμακα

AIDS:
Πώς θα
νικηθεί ο ιός

ΦΑΚΕΛΟΣ



ΙΑΤΡΙΚΗ

Η εποχή των θαυμάτων

Ποτέ άλλοτε η ιατρική δεν σημείωσε τέτοια ιλιγγιώδη πρόοδο όσο τα τελευταία χρόνια. Πολύ πιθανόν το Έιτς, στα επόμενα πέντε χρόνια, να αντιμετωπίζεται προληπτικά με εμβολιασμό. Οι καρκινικοί όγκοι ; πέντε στους δέκα είναι θεραπεύσιμοι. Αν όμως η διάγνωσή τους γίνει έγκαιρα, τότε το 95% των περιπτώσεων θεραπεύεται. Το έμφραγμα; Όποιος καταφέρει να φτάσει αμέσως στο νοσοκομείο έχει 94% πιθανότητες να τη γλιτώσει. Αν η καρδιά δε λειτουργεί πια, μπορεί ν' αντικατασταθεί από μια τεχνητή, μέχρι να βρεθεί μια νέα καρδιά. Αν μάλιστα ο ασθενής βρει ένα δωρητή οργάνων, χάρη στα νέα αντιπορριπτικά φάρμακα που

υπάρχουν σήμερα μπορεί να είναι ήσυχος για το μέλλον του. Οκτώ στους δέκα που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση καρδιάς εξακολουθούν να ζουν πέντε χρόνια μετά την επέμβαση. Η αντικατάσταση οργάνων ή τμημάτων του σώματος με "ανταλλακτικά" έχει προχωρήσει ακόμα περισσότερο. Έχει ήδη πραγματοποιηθεί η επανακόλληση χεριών - συνέβη στη Λυών της Γαλλίας - ή η αποκατάσταση "εκ του μηδενός" των ακρωτηριασμένων δακτύλων - έγινε στη Μασαχουσέτη. Η πολιομυελίτιδα θα εξαλειφθεί. Όσο για τη φαρμακολογική επανάσταση του 21^{ου} αιώνα, αυτή έχει ήδη αρχίσει.

Ενώ η θνησιμότητα μειώνεται σταθερά, μελετώνται επαναστατικές στρατηγικές κατά της "μάστιγας" του εικοστού αιώνα.

Καρκίνος : Ελπίδες για θεραπεία

Τέσσερις στους δέκα θα είχαν σωθεί

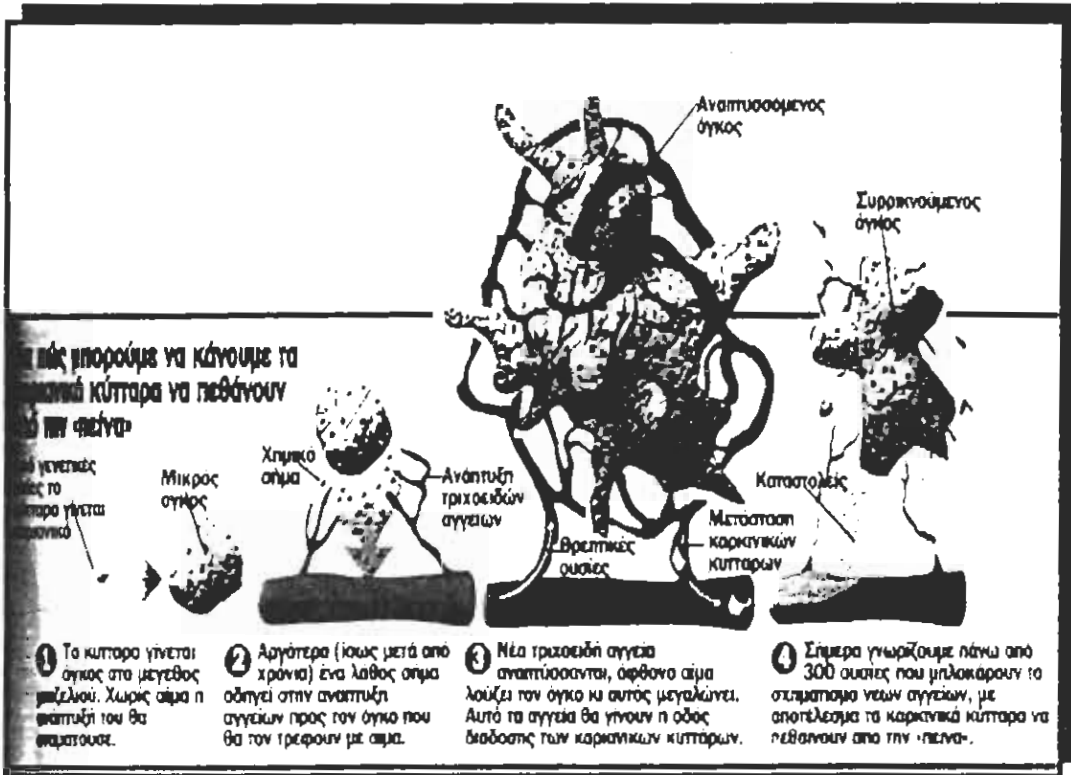
Τουλάχιστον σαράντα στους εκατό ασθενείς που απεβίωσαν θα μπορούσαν να είχαν γλιτώσει τη ζωή τους αν είχαν προνοήσει εγκαίρως : το 30% να σταματήσει το κάπνισμα, το 4-5% να μειώσει το αλκοόλ και το 2% να καταπολεμήσει την παχυσαρκία.

Απαραίτητη η χορτοφαγία.

Πολύ χρήσιμη θα ήταν επίσης η προληπτική θεραπεία λοιμώξεων από ιούς (π.χ., του Papilloma virus, που σχετίζεται άμεσα με τα θηλώματα στη μήτρα, ή του ιού της Ηπατίτιδας, που προκαλεί καρκινώματα στο ήπαρ).

Ένα άλλο αρκετά ευχάριστο μέτρο πρόληψης είναι το να τρώμε κάθε μέρα μεγάλη ποσότητα φρούτων και λαχανικών. Αυτό αποδεικνύεται από πληθώρα κλινικών και στατιστικών ερευνών και το συμβουλεύει η Ευρωπαϊκή Οργάνωση Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου (EORTC).





“Τα επόμενα δυο χρόνια ο καρκίνος θα θεραπεύεται χάρη σε δυο νέα φάρμακα, που είναι ικανά να καταστρέφουν τους όγκους στους ποντικούς”, θριαμβολογούσαν οι New York Times, το Μάιο του 1998. Όμως οι συντάκτες του σχετικού άρθρου αναγκάστηκαν να “αναδιπλωθούν” αμέσως, διευκρινίζοντας ότι η είδηση πρέπει να επιβεβαιωθεί μελλοντικά από κλινικές μελέτες σε ανθρώπους. Μέχρι σήμερα ούτε η αγγειοστατίνη ούτε η ενδοστατίνη, οι ουσίες από την Judas Folkman που προκαλούν “αστία” στα καρκινικά κύτταρα (βλ. πλαίσιο επάνω) ούτε οι θεραπείες με άλλες ουσίες έχουν επιβεβαιώσει αυτή την είδηση. Δε

λείπουν πάντως και τα καλά νέα. Τα επίσημα στατιστικά στοιχεία μας διαβεβαιώνουν ότι τόσο στις ΗΠΑ όσο και στις χώρες της ΕΕ ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο έχει μειωθεί αρκετά κατά την τελευταία πενταετία. Έχει μειωθεί επίσης η θνησιμότητα όσον αφορά στις κύριες κατηγορίες καρκίνου, όπως φαίνεται από το διάγραμμα δεξιά. Όσο για τη λευχαιμία, αν γίνει έγκαιρη διάγνωση οι επτά στους δέκα ασθενείς θεραπεύονται σήμερα χάρη στη χημειοθεραπεία και στη μεταμόσχευση νωτιαίου μυελού. Για ορισμένους τύπους νεοπλασιών, επίσης, η έγκαιρη διάγνωση εξασφαλίζει 100% πιθανότητες θεραπείας. Μπορεί ο

καρκίνος να χτυπά όλο και πιο συχνά, όμως οι θάνατοι εξαιτίας του όλο και λιγοστεύουν. Που οφείλεται αυτή η επιτυχία ; Πρώτα απ' όλα στη μείωση του αριθμού των καπνιστών, αλλά και στην έγκαιρη διάγνωση και στις έγκυρες θεραπευτικές στρατηγικές που εφαρμόζονται τα τελευταία χρόνια (βλ. πλαίσιο στην προηγούμενη σελίδα). Επίσης, αποφασιστικής σημασίας ήταν και η συμβολή της γενετικής, όπως εξηγεί ο βραβευμένος με Νόμπελ ιατρικής Ιταλοαμερικανός επιστήμονας Ρενάτο Ντουμπλέκο. "Χάρη στην

πλήρη αποκωδικοποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος - μόλις πρόσφατα αποκωδικοποιήθηκε το 97% - θα είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε ποια ακριβώς γονίδια ευθύνονται για τη δημιουργία νεοπλασιών. Από τη μελέτη αυτών των γονιδίων θα προκύψουν τα επαναστατικά φάρμακα του μέλλοντος".



♦ Η γενετική βάση

Εν τω μεταξύ, έχουμε ήδη ανακαλύψει ποιες γενετικές αλλοιώσεις ευθύνονται για την εκδήλωση του καρκίνου της μήτρας και του μαστού. Σήμερα κάθε γυναίκα που γνωρίζει ότι στο συγγενικό της περιβάλλον είχε τρεις ή περισσότερες περιπτώσεις που επλήγησαν απ'αυτές πς ασθένειες, πρέπει να επισκεφτεί ειδικά ιατρικά κέντρα που κάνουν τεστ αίματος για τα γονίδια Brcα 1 και Brcα 2. Αν το τεστ είναι θετικό, αυτό το άτομο οφείλει ν'αυξήσει τη συχνότητα των ιατρικών ελέγχων, επειδή έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσει την ασθένεια. Στο John Hopkins University, ένα από τα μεγαλύτερα κέντρα ιατρικών ερευνών, ανακάλυψαν τη γενετική μετάλλαξη που διπλασιάζει τον κίνδυνο να εκδηλωθεί καρκίνος στο κώλον - ένα τεστ πιο αποτελεσματικό από το προηγούμενο είναι ήδη διαθέσιμο. Το ίδιο ισχύει και για το τεστ διάγνωσης του καρκίνου των πνευμόνων.

Οι καρκινογόνες ουσίες, δηλαδή οι ουσίες που διευκολύνουν την εκδήλωση της ασθένειας, είναι παρά πολλές. Δεν είναι λοιπόν δυνατό να υπάρχουν άλλες ουσίες ικανές να εμποδίσουν τον καρκίνο ; Μετά από πολλά χρόνια μελετών που

πραγματοποιούνται από μεγάλες φαρμακευτικές εταιρείες και ερευνητικά κέντρα, όπως το Ευρωπαϊκό Ογκολογικό Ινστιτούτο, έχουμε τις πρώτες απαντήσεις. Όπως το tamoxifen, μια χημική ουσία εξαιρετικά αποτελεσματική στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού για το 45% των γυναικών που μελετήθηκαν - αν και σε ελάχιστες περιπτώσεις φαίνεται ότι αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου της μήτρας. Επίσης, τα παράγωγα της ρετινόλης (παράγωγα της βιταμίνης Α) φαίνεται πως ίσως μπορούν να εμποδίσουν την ανάπτυξη νεοπλασιών στο στήθος, στο λαιμό και στο κεφάλι, όπως κάνει το φολικό οξύ και η ασπιρίνη στους καρκίνους του κώλον και του εντέρου.

♦ Συνδυαστική επίθεση

Είναι γνωστό από καιρό ότι η ταχύτερη και αποτελεσματικότερη θεραπεία του καρκίνου επιτυγχάνεται όταν συνδυάζονται διαφορετικές θεραπευτικές αγωγές. Για παράδειγμα, η θεραπεία του μελανώματος - όγκοι οι οποίοι σχηματίζονται από κύτταρα που παράγουν μελανίνη - και τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών έχουν βελτωθεί από τότε που συνδυάζεται η χειρουργική επέμβαση με τη χημειοθεραπεία μέσω ιντερφερόνης α. Οι όγκοι στη

ρινική και φαρυγγική κοιλότητα παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες θεραπείας χάρη στο συνδυασμό της χημειοθεραπείας με την ακτινοθεραπεία.

♦ **Αντικαρκινικός εμβολιασμός**

Για την ώρα περιοριζόμαστε στη χρήση εμβολίων μετά την εκδήλωση της ασθένειας. Στόχος αυτών των εμβολιασμών είναι να διδάξουμε στον οργανισμό ν' αναγνωρίζει τα καρκινικά κύτταρα ως εχθρικά και να τους επιτίθεται. Ενδιαφέροντα αποτελέσματα έχουν επιτύχει οι ερευνητές του Καρκιнологικού Κέντρου Ερευνών της Χαϊδελβέργης (Γερμανία). Ανακάλυψαν ότι η

πρωινή HLA-G, που χρησιμοποιεί το ανθρώπινο έμβρυο για να προοιαιευτεί από τις επιθέσεις του μητρικού ανοσολογικού συστήματος, φαίνεται πως υπάρχει και στα καρκινικά κύτταρα. Αν καταφέρναμε ν' ανακαλύψουμε αντισώματα εναντίον της πρωτεΐνης HLA-G, τότε θα είχαμε ένα καταπληκτικό όπλο κατά των καρκινικών κυττάρων. Τα αντισώματά μας θα αναγνώριζαν τα καρκινικά κύτταρα από την HAL-G και θα τα κατέστρεφαν.

№ 15 – Μάιος 2001

FOCUS

Ανακαλύπτοντας τη γνώση και τον κόσμο

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ

**Έχουμε
έναν «εγκέφαλο»
στην κοιλιά**

- Μπορεί να θυμάται, να αισθάνεται, να «σκέφτεται» και να υποφέρει από νευρώσεις
- Έχει να κάνει με το υποσυνείδητό μας;
- Πώς επηρεάζει την υγεία μας;
- Τι ρόλο παίζει στη συμπεριφορά μας;

Έχουμε δύο εγκεφάλους : ένα στο κεφάλι κι ένα στην κοιλιά

- ♦ *Η ανακάλυψη του κοιλιακού εγκεφάλου : θυμάται, έχει νευρώσεις και επιβάλλεται στον πιο ευγενή «συνάδελφό» του*

Σε όλες τις ιστορικές περιόδους και σε όλους τους πολιτισμούς, η κοινή γνώμη θεωρούσε την κοιλιά – και όχι τον εγκέφαλο – ως την κύρια έδρα των συναισθημάτων και των συγκινήσεων. Όμως για τους επιστήμονες ήταν μέχρι σήμερα απλώς ένας σωλήνας που λειτουργούσε αντανακλαστικά,



ενώ για τους περισσότερους ανθρώπους στο δυτικό κόσμο το πιο πεζό, γλοιώδες και ενοχλητικά θορυβώδες μέρος του ανθρώπινου σώματος. Μέχρις ότου κάποιος σκέφτηκε να μετρήσει τις νευρικές ίνες του εντέρου. Έτσι ανακάλυψε ότι οι αυθαίρετοι ισχυρισμοί των αρχαιοτέρων παραδόσεων είχαν επιστημονική βάση, αφού στην κοιλιά υπάρχει ένας δεύτερος εγκέφαλος, σχεδόν το αντίγραφο εκείνου που έχουμε στο κεφάλι, ο οποίος δε χρησιμεύει μόνο για την πέψη.

Και ο συνάδελφος «στα καμηλά» υποφέρει από στρες και νευρώσεις



Ανακαλύφθηκε, έτσι, ότι ο κοιλιακός εγκέφαλος λειτουργεί αυτόνομα και στέλνει περισσότερα σήματα στον εγκέφαλο του κεφαλιού απ' όσα λαμβάνει απ' αυτόν. Βοηθά στο να παγιώνονται οι αναμνήσεις που αφορούν στα συναισθήματα. Μπορεί ν' αρρωστήσει, να υποφέρει από στρες, ν' αναπτύξει τις δικές του νευρώσεις. Βιώνει συναισθήματα, «σκέφτεται», θυμάται και μας βοηθά να παίρνουμε

αποφάσεις. Όμως, γιατί χρειαζόμαστε δύο εγκεφάλους ; «Δε κωράνε όλα στην κρανιακή κοιλότητα», εξηγεί ο Μάικλ Σέμαν, καθηγητής φυσιολογίας στην κτηνιατρική σχολή του Ανόβερου (Γερμανία). «Αν ο εγκέφαλος συνδέοταν κι επικοινωνούσε με όλο το υπόλοιπο σώμα, ο λαιμός θα έπρεπε να έχει τεράστια διάμετρο. Επιπλέον, μόλις γεννιέται ένα μωρό πρέπει να φάει, να πιει και να κωνέψει· καλύτερα λοιπόν αυτές οι λειτουργίες να είναι αυτόνομες». Έτσι, καθώς σχηματίζεται το έμβρυο, ένα μεγάλο μέρος των νευρικών κυττάρων (νευρώνων) ενσωματώνεται στο κεφάλι κι ένα άλλο στην κοιλιά. Η σύνδεση μεταξύ τους εξασφαλίζεται από τη σπονδυλική στήλη και τα πνευμονογαστρικά νεύρα.

Ίδια κύτταρα, ίδιες αρχές λειτουργίας, ίδιοι υποδοχείς :

Σχεδόν ταυτόσημοι

Ο δεύτερος εγκέφαλος μας αναλαμβάνει τις «αποφάσεις της κοιλιάς», δηλαδή τις αυθόρμητες και ασυνείδητες, άρα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη χαρά όσο και στον πόνο μας. Για τη μελέτη αυτού του δεύτερου εγκεφάλου γεννήθηκε μια καινούρια επιστήμη : η νευρογαστρεντερολογία. Τα θεμέλια της έθεσε, στα μέσα του 1900, ο Λεόπολντ Άουερμπαχ, ένας Γερμανός νευρολόγος ο οποίος, μελετώντας το έντερο στο μικροσκόπιο, παρατήρησε δύο λεπτότατα στρώματα νευρικών κυττάρων ανάμεσα σε δύο στρώματα μυών. Κι ανακάλυψε ότι αυτό το είδος το είδος δικτυωτού πλέγματος περιβάλλει όλη την πεπτική οδό μέχρι το ορθό έντερο.

Ποια είναι όμως η χρησιμότητά τους ; Εκείνη την εποχή δε γνώριζαν πολλά για το έντερο, παρά μόνο ότι απορροφά θρεπτικές ουσίες από τις τροφές. Στη διάρκεια της ζωής μας περνούν απ' αυτό περισσότεροι από τριάντα τόνοι τροφές και πενήντα χιλιάδες λίτρα υγρά. Μπροστά του η καρδιά δεν είναι παρά μια πρωτόγονη αντλία. Μόλις η μπουκιά μασηθεί και διασπαστεί από τα γαστρικά υγρά, γίνεται βλωμός και ωθείται

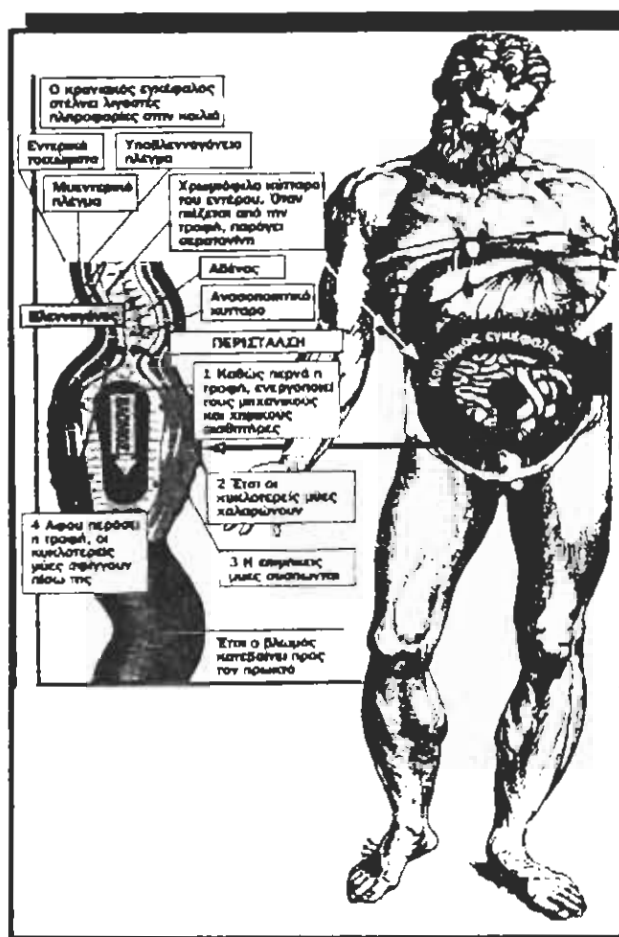
στο δωδεκαδάκτυλο, που είναι το πρώτο τμήμα του εντέρου με μήκος τριάντα εκατοστά. Σ' αυτό διοχετεύονται οι εκκρίσεις του παγκρέατος και της χολής, τα ένζυμα των οποίων αποσυνθέτουν το κυλό σε πολύ μικρά μόρια. Έπειτα ο κυλός περνά από το λεπτό έντερο, μήκους έως και πέντε μέτρων, όπου ολοκληρώνεται η πέψη. Η διασπασμένη τροφή, τα λίπη, οι υδρογονάνθρακες και οι πρωτεΐνες απορροφώνται από τα αιμοφόρα και τα λεμφικά αγγεία, που βρίσκονται στις εκατομμύρια μικρές λάχνες του τοιχώματος του λεπτού εντέρου. Μετά το λεπτό έντερο ακολουθεί το παχύ, με μήκος ενάμιση μέτρο, το οποίο απορροφά τα εννέα λίτρα υγρά που χρησιμοποιήθηκαν για την πέψη. Οι μοριακές αντλίες του παχέος εντέρου απορροφούν αυτό το νερό των υγρών και το επιστρέφουν στον οργανισμό. Στο τέλος του ταξιδιού, τα υπολείμματα της τροφής, τα νεκρά κύτταρα και οι μικροοργανισμοί, ωθούνται προς την έξοδο, τον πρωκτό, χάρη σε μια ισχυρή δέσμη μυών. Το δίκτυο των νευρικών κυττάρων που ανακάλυψε ο Άουερμπαχ είναι το κέντρο διαχείρισης και ελέγχου. Δεν περιορίζεται στην ανάλυση της

σύνθεσης των τροφών και στο συντονισμό των μηχανισμών απορρόφησης και έκκρισης. Ελέγχει επίσης την ταχύτητα διέλευσης του περιεχομένου καθώς και άλλες λειτουργίες, οι οποίες ρυθμίζονται χάρη στην ισορροπία μεταξύ των ανασταλτικών και των διεγερτικών νευροδιαβιβαστών, των διεγερτικών ορμονών και των προστατευτικών εκκρίσεων. Ο κοιλιακός μας εγκέφαλος πρέπει να

αναλύσει την κάθε τροφή στα συστατικά της για ν' αποφασίσει ποια στοιχεία πρέπει να αποβάλει – δηλητήρια, μικροοργανισμούς. Κι αυτό γιατί ο κοιλιακός εγκέφαλος είναι ο οργανωτής της άμυνας ενάντια στους εισβολείς. Η κύρια αποστολή του είναι να εποπτεύει τη μεγαλύτερη επιφάνεια του ανθρώπινου σώματος που έρχεται σ' επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον.

Η μεγαλύτερη επιφάνεια που έρχεται σ' επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον

«Είμαστε κούφιοι εσωτερικά» αναφέρει ο Μάικλ Ντ. Γκέρσον, νευροεπιστήμονας στο πανεπιστήμιο Κολούμπια της Νέας Υόρκης. «Το σώμα έρχεται σ' επαφή με το περιβάλλον όχι μόνο μέσω του δέρματος αλλά και μέσω των τοιχωμάτων του εντέρου. Είναι ένα τούνελ τόσο καλά κατασκευασμένο, ώστε αφήνει τον περιβάλλοντα κόσμο να εισέρχεται μέσα μας χωρίς καθόλου να μας βλάπτει». Πράγματι, μέσα στο έντερο κατοικούν περίπου 500 είδη όντων που θα μπορούσαν να μας σκοτώσουν. Για την ακρίβεια, το μισό απ' το περιεχόμενο των κοπράνων είναι νεκρά βακτήρια. Συνεπώς, τα τοιχώματα του εντέρου πρέπει να είναι η αποτελεσματικότερη γραμμή άμυνας του οργανισμού. Έτσι εξηγείται το γιατί βρίσκεται εκεί το 70% των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος. Κι όταν εισχωρούν δηλητήρια στο πεπτικό μας σύστημα, ο κοιλιακός εγκέφαλος ειδοποιεί τον κρανιακό, ο οποίος αντιδρά με μια προκαθορισμένη στρατηγική : εμετούς, σουβλιές, κράμπες και διάρροιες. Αν η δηλητηριώδη ουσία αναγνωριστεί εγκαίρως, αποβάλλεται αμέσως από το άνω τμήμα του εντέρου μέσω της συντομότερης οδού (εμετό). Αν, αντίθετα, φτάσει στα μισά του δρόμου, μπαίνει στο παιχνίδι το αντανακλαστικό περίστασης, δηλαδή κυματοειδής συσπάσεις των μυϊκών τοιχωμάτων του εντέρου που σπρώχνουν το περιεχόμενο από το στόμα στον πρωκτό. Αυτές οι συστολές συγχρονίζονται από τον κοιλιακό εγκέφαλο, ο οποίος διεγείρεται από την πίεση στα τοιχώματά του. Φτάνει μια μπουκιά φαγητό να διατείνει ένα τμήμα του

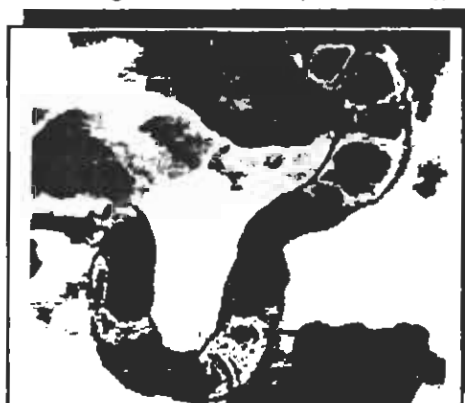


εντέρου, για ν' αρχίσουν τα νευρικά κύτταρα να εκκρίνουν νευροδιαβιβαστές, δηλαδή πρωτεΐνες, που είναι η χημική «γλώσσα» των νευρικών κυττάρων, οι οποίες αναστέλλουν ή διεγείρουν τα μυϊκά κύτταρα που εμπλέκονται στο περισταλτικό αντανακλαστικό. Όταν επικρατεί η αναστολή, το έντερο σταματά· πρόκειται για τη χρόνια δυσκοιλιότητα, κατά την οποία τα κόπρανα σκληραίνουν γιατί μένουν περισσότερο χρόνο στο παχύ έντερο, όπου και αφυδατώνονται. Αν, αντίθετα, επικρατεί η διέγερση, η διέλευση επιταχύνεται και φτάνει μέχρι και

τη διάρροια, γιατί είναι τόσο ταχεία ώστε δε δίνει το χρόνο στο παχύ έντερο ν' απορρόφησει τα υγρά. Γενικά, όσο περισσότερο εισχωρούμε στο πεπτικό σύστημα τόσο μικρότερο έλεγχο ασκεί ο κраниακός εγκέφαλος – ασκεί κάποιο έλεγχο στο στόμα, σε μερικά τμήματα του οισοφάγου και στο στομάχι. Μετά τον πυλωρό, η εξουσία περνάει στην κοιλιά. Ο Γκέρσον «ερωτεύτηκε» τον κοιλιακό εγκέφαλο όταν ήταν φοιτητής κι έμαθε ότι η σεροτονίνη, ένας νευροδιαβιβαστής, επηρεάζει την ψυχική μας διάθεση. Κατόπιν ανακάλυψε ότι το 95% της σεροτονίνης παράγεται από νευρικά κύτταρα του εντέρου και ότι είναι υπεύθυνη για το περισταλτικό αντανακλαστικό.

Όταν η κοιλιά «ενοχλείται», μας βάζει σε μπελάδες

Κανένας δεν έπαιρνε στα σόβαρα τον Γκέρσον μέχρι το 1981, όταν ένας από τους αντιπάλους του, ο Αυστραλός Μαρτιέλο Κόστα, απέδειξε ότι τα νευρικά κύτταρα του εντέρου παράγουν σεροτονίνη, για την οποία ήδη γνώριζαν ότι ήταν ένας από τους πολλούς νευροδιαβιβαστές του νευρικού συστήματος. Όμως, δεν είναι η μοναδική ουσία που εκκρίνεται από τον κοιλιακό εγκέφαλο, ο οποίος είναι ένα τεράστιο χημικό εργοστάσιο που παράγει περίπου σαράντα



νευροδιαβιβαστές ή νευρορυθμιστές, μέσω των οποίων τα διάφορα μέρη του επικοινωνούν τόσο μεταξύ τους όσο και με τον κρανιακό εγκέφαλο. Τα κύτταρα και των δύο εγκεφάλων μιλούν την ίδια χημική γλώσσα. Αυτό εξηγεί το γιατί συχνά οι ασθενείς από Αλτσχάιμερ και Πάρκινσον παρουσιάζουν ίδιου τύπου βλάβες και στους δύο

εγκεφάλους. Όπως επίσης εξηγεί το γιατί τα ψυχοφάρμακα επιδρούν στο έντερο και τα γαστρεντερικά φάρμακα στον εγκέφαλο. Μια γαστρική ορμόνη, η εκκριματίνη, δοκιμάζεται πειραματικά για τη θεραπεία του αυτισμού, μιας νευρολογικής νόσου, ενώ ένα φάρμακο για τις ημικρανίες μπορεί ν' ανακουφίσει ένα υπερερεθισμένο έντερο. Τα παυσίπονα καταπραΰνουν μερικές φλεγμονές του πεπτικού συστήματος, ενώ μερικά αντικαταθλιπτικά επιδρούν στην ψυχική μας διάθεση αλλά και στον κοιλιακό μας εγκέφαλο, προκαλώντας διάρροιες ή δυσκοιλιότητες. Η πιο πρόσφατη θεραπεία, που βρίσκεται ακόμα σε πειραματικό στάδιο, για το ευερέθιστο κόλον είναι αποτέλεσμα των ερευνών για τον κοιλιακό εγκέφαλο. Από τη συγκεκριμένη ασθένεια υποφέρει το 20% του πληθυσμού. Προκαλεί πόνους στην κοιλιά, ακανόνιστες κενώσεις και συσσώρευση αερίων. Δεν ξέρουμε γιατί το κολόν αυτών των ασθενών δυσλειτουργεί. Ένοχος, σύμφωνα με τον Σέμαν, είναι ο κοιλιακός εγκέφαλος ή, ακριβέστερα, η κακή συννενοήση μεταξύ του πάνω και του κάτω εγκεφάλου – το ίδιο πιθανόν ισχύει και για άλλες πενήντα περίπου ασθένειες. Ο Γκέρσον υποστηρίζει ότι ο κοιλιακός εγκέφαλος μπορεί να υποφέρει κι από νευρώσεις. Πάντως, η επικοινωνία μεταξύ των δύο εγκεφάλων ρυθμίζεται από εκείνον της κοιλιάς. Απ' αυτόν ξεκινά το 90% των μηνυμάτων προς το κεφάλι. Εμείς τα αντιλαμβανόμαστε μόνο όταν είναι σήματα συναγερμού που προκαλούν μια σειρά από ενοχλητικές αντιδράσεις.

Οι καταθλιπτικοί αισθάνονται όλες τις κινήσεις του εντέρου τους

Ο Έμεραν Μάγερ, καθηγητής στο πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια, ανακάλυψε ότι ένα μέρος των μηνυμάτων του κοιλιακού εγκεφάλου φτάνει στο μεταξικμιακό σύστημα που βρίσκεται στο κέντρο του πάνω εγκεφάλου. Αυτό το σύστημα παίζει αποφασιστικό ρόλο στη ρύθμιση της συναισθηματικής μας συμπεριφοράς, αφού επεξεργάζεται τα αρνητικά σήματα και καταστέλλει τα δυσάρεστα συναισθήματα. «Μοιάζει κάπως σαν το φαινόμενο του μάλλινου πουλόβερ που μας τσιμπάει», εξηγεί ο Μάγερ. «Μετά από λίγο δεν το νιώθουμε πια». Τα ερεθίσματα που προέρχονται από το έντερο γίνονται αντιληπτά μόνο όταν ξεπερνούν ένα σχετικά υψηλό κατώφλι (τιμή ενεργοποίησης), ενώ όποιος υποφέρει από ευερέθιστο κόλον, σύμφωνα με τον Μάγερ, πιθανόν να έχει πιο χαμηλό κατώφλι, με αποτέλεσμα να αντλαμβάνεται και την παραμικρή εντερική κίνηση. «Οι καταθλιπτικοί και οι αγχωτικοί έχουν παρόμοια συμπτώματα», αναφέρει ο Μάγερ. Γιατί χαμηλώνει το κατώφλι ; Πιθανόν λόγω του στρες. Όταν ο πάνω εγκεφαλος αισθάνεται πίεση ή φόβο, θέτει σε συναγερμό τα κύτταρα του εντέρου, τα οποία παράγουν ερεθιστικές ουσίες όπως η ισταμίνη. Με τη σειρά της, αυτή η πρωτεΐνη ενεργοποιεί τα νευρικά κύτταρα του πεπτικού σωλήνα κι αυτά προκαλούν συσπάσεις στους μυς του εντέρου. Έτσι εξηγούνται οι κράμπες, οι σουβλιές και η διάρροια. Αυτό το σήμα συναγερμού ανεβαίνει έπειτα στον κρανιακό εγκεφαλο, ο οποίος το αναμεταδίδει στον κοιλιακό και πάει λέγοντας. Αν το άγχος δεν υποχωρήσει, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος και τα συμπτώματα γίνονται χρόνια. Μάλιστα, ο κοιλιακό εγκεφαλος διαθέτει και κάποια μορφή μνήμης, οι αναμνήσεις της οποίας υλοποιούνται από τα ίδια μόρια μ' εκείνα της κρανιακής μνήμης.



Τα άγχη καράσσονται ανεξίτηλα και στην κοιλιά

«Τα άγχη που βιώσαμε κατά το παρελθόν εντυπώνονται τόσο στο κεφάλι όσο και στην κοιλιά, δημιουργώντας μια ισοβία υπερευαίθησία στον άξονα κεφάλι - κοιλιά», τονίζει ο Σέρμαν. Αυτό εξηγεί γιατί τα βρέφη που υπέφεραν από κολικούς έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποφέρουν ως ενήλικοι από ευρέθιστο κόλον. Ακόμα και οι ποντικοί που εκτέθηκαν σε στρεσογενείς καταστάσεις σε πρώιμη φάση της ζωής τους, γίνονται υπερευαίθητοι ενήλικοι και παρουσιάζουν ανάλογα εντερικά συμπτώματα - το 40% αυτών που πάσχουν από ευρέθιστο κόλον υποφέρει από άγχος και κατάθλιψη. Μήπως λοιπόν η

μελαγχολία και ο φόβος γεννιούνται στο έντερο ; «Τα δεδομένα μας λένε ότι, όπως το αίσθημα της πείνας και του κορεσμού επιδρούν στη διάθεσή μας, έτσι και άλλες ψυχικές καταστάσεις μπορεί να γεννιούνται στον κοιλιακό εγκέφαλο, μεταξύ των οποίων και η τυπική κατάθλιψη», υποστηρίζει ο Μάγερ. Όμως αυτές οι έρευνες είναι ακόμα στα σπάργανα. Κάθε φορά που το έντερο συσπάται και εκκρίνει σεροτονίνη ή άλλους νευροδιαβιαστές, οι πληροφορίες ταξιδεύουν μέσω των πνευμονο-γαστρικών νεύρων μέχρι τον πάνω εγκέφαλο, όπου μεταφράζονται σε αδιαθεσία, αλλεργία, αίσθημα κόπωσης ή ζωτικότητας και καλή ή κακή διάθεση.

Και η κοιλιά επίσης ονειρεύεται

«Μπορούμε να πούμε ότι ο κοιλιακός εγκέφαλος 'σκέφτεται'», ισχυρίζεται ο Σέρμαν. «Είναι οργανωμένος, δουλεύει με μια σειρά κυκλωμάτων, είναι σε θέση να καταγράφει διαφορετικές καταστάσεις και ν' αντιδρά

αυτόνομα. Εν ολίγοις, έχει όλα τα στοιχεία ενός ολοκληρωμένου νευρικού συστήματος». Το βέβαιο είναι ότι η κοιλιά φτιάχνει την ατμόσφαιρα του κεφαλιού. Το κεφάλι είναι η «τράπεζα» των συναισθημάτων, αφού συλλέγει όλες



Εντερικοί νευρώνες

Ο ερευνητής Μάικλ Σέρμαν μπροστά στην εικόνα του εντερικού νευρικού δικτύου.

τις αντιδράσεις και τα δεδομένα κυρίως στο μετωπιαίο φλοιό, στο πρόσθιο τμήμα του εγκεφάλου που συνδέεται στενά με την κοιλιά. Ο κοιλιακός εγκέφαλος διηγείται τη δική του εκδοχή στον πάνω εγκέφαλο, δημιουργεί το δικό του «αισθηματικό» προφίλ και προετοιμάζει ένα αισθητικό υπόστρωμα ή κλίμα για τη νύχτα. Πράγματι, κατά τη φάση REM του ύπνου, όπου ο εγκέφαλος παράγει κύματα υψηλής συχνότητας (αλλά χαμηλού δυναμικού) και όνειρα, τα σπλάχνα αρχίζουν κι αυτά να πάλλονται χάρη στη σεροτονίνη. Δεν κάνουμε άσχημα όνειρα μετά από ένα βαρύ δείπνο ; αναρωτιέται ο

Μάγερ. Μ' αυτά τα κύματα ο κρανιακός εγκέφαλος «αποθηκεύει» τις αναμνήσεις με όλη τη συναισθηματική τους φόρτιση. Όσο πιο σταθερά παγιωθούν τα συναισθήματα τόσο καλύτερες θα είναι αποφάσεις την επόμενη φορά. «Τα προσεχή χρόνια ίσως ανακαλύψουμε ότι ο εγκέφαλος και η κοιλιά είναι η βιολογική μήτρα του αουνειδήτου - ανακάλυψη τόσο σημαντική για τους ανθρώπους όσο κι εκείνη του Κοπέρνικου για το ηλιακό σύστημα», υποστηρίζει ο Γκέρσον.

Το κέντρο του σώματος

Προκολομβιανό πέτρινο άγαλμα του πολιτισμού των Τολτέκων, στο μουσείο Ανθρωπολογίας της πόλης του Μεξικού. Ανάγεται στο 10ο αιώνα και δείχνει και για τους Ινδιάνους της Αμερικής η κοιλιά ήταν το κέντρο του σώματος.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **READ E. ALAM, BARRIT D.W, HEWER LANCTON R** : Μετάφραση επιμέλεια : ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Χ., "Σύγχρονη Παθολογία" Έκδοση 24, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984, σελ. 268-291.
2. **ΝΑΤΣΙΚΑΣ Ν, ΚΩΤΣΗΣ Α, ΜΙΚΡΟΥ Ι, ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Δ.Π.** : "Σύνδρομο οικογενούς καρκίνου παχέος εντέρου" Ελληνική χειρουργική, τόμος 28^{ος}, τεύχος 4, Αθήνα 1984, σελ. 277- 280.
3. **HARRISON** : "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Γ', Έκδοση 10η, Επιστημονικές εκδόσεις : Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1988, σελ. 1684.
4. **ΚΟΣΜΙΔΗ Π, ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ Γ** : "Ογκολογία του πεπτικού συστήματος" Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα 1991, σελ. 233, 238, 242-261.
5. **ΠΛΕΣΣΑΣ Τ.Σ – ΚΑΝΕΛΛΟΣ Ε** : "Φυσιολογία του ανθρώπου 1", Έκδοση 2^η βελτιωμένη, Εκδόσεις : Φάρμακον – τύπος, Αθήνα 1997, σελ. 148.
6. **HELMUT LEONHARDT**, "Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα". Τόμος 2, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985, σελ. 218-224.
7. **SOLOMON E.P., SCHMIDT R., ADRAGNA P.J** : "Human anatomy and physiology" International Editions, second edition by Saunders College Publishing 1990 pg. 894-901.
8. **GANONG W** : "Ιατρική Φυσιολογία", Μετάφραση – Επιμέλεια : Χατζημηνάς Ι., Τόμος Β', Έκδοση 6^η, Επιστημονικές εκδόσεις : Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1975, σελ. 895-899.
9. **ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ι.Δ, ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ.Α** : "Αρχές Γενικής Χειρουργικής", τόμος Α', εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος Αθήνα 1989, σελ. 525-527, 543-545.
10. **ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ** : "Ειδική Νοσολογία", έκδοση 3^η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981, σελ. 275.
11. **ΡΗΓΑΣ Α** : "Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστήματος – Αλγοριθμικοί πίνακες", Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1983, σελ. 263.

12. **ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ** : *''Επιδημιολογία κακοηθών νεοπλασιών''*
Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, Έκδοση Δ.Ι.Ε.Ο.Π.Ε. Αθήνα
Οκτώβριος 1988, σελ. 23.
13. **NIGRO ND** : *''An evaluation of combined therapy for squamous
cell cancer of the anal canal''* : Dis Colon Rectum 1984, pg. 763.
14. **GUYTON A MD** : *''Φυσιολογία του ανθρώπου''*, Μετάφραση :
Ευαγγέλου Α. Έκδοση 3^η, Τόμος Α', Εκδόσεις : Λίτσας. Αθήνα 1984,
σελ. 558.
15. **READ E. ALAM, BARRIT D.W, HEWER LANCTON R** :
Μετάφραση επιμέλεια : ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Χ., *''Σύγχρονη
Παθολογία''* Έκδοση 24, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984, σελ.
479.
16. **AUGUST DA, OTTOW RT, SUGARBAKER PA** : *''Clinical
perspective ou human colon cancer metastases''* Cancer Metast Rev
1984 pg. 303.
17. **ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ** : *''Κλινική Ογκολογία''*,
Επίτομος, Έκδοση 1 Αθήνα 1981, σελ. 91-94.
18. **ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Γ** : *''Αρχές αντιμετώπισης ασθενών με καρκίνο''*
Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, έκδοση Δ.Σ.Ε.Ο.Π.Ε. Αθήνα
Οκτώβριος 1988, σελ. 12, 14, 17, 25.
19. **ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ** : *Νοσηλευτική Γενική
Παθολογική Χειρουργική*. Τόμος Α, Έκδοση 15^η, Εκδόσεις : *''Η
ΤΑΒΙΘΑ''* Αθήνα 1991, σελ. 241-246, 298, 300-304.
20. **ΜΙΧΑΣ ΑΝ, ΜΙΧΑΣ Α, ΠΑΠΟΥΛΙΑΣ ΑΓ** : *''TNM ταξινόμηση του
καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού''* Ελληνική αντικαρκινική
εταιρεία, επιμέλεια εκτύπωσης Κορδιολής Ν., Αθήνα 1989, σελ. 136-
138.
21. **ΚΑΝΑΡΕΒΙΩΤΗΣ Ν** : *''Νεοπλάσματα στο πλαίσιο της γενικής
παθολογίας και παθολογικής ανατομίας''*, τόμος 3^{ος}, Επιστημονικές
εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1983, σελ. 162.
22. **ΦΑΣΟΥΛΑΚΗ Α** : *''Ανεπάρκεια του βαρέος πάσχοντος
καρκινοπαθούς''*, Ελληνική Ογκολογία, τόμος 25^{ος}, τεύχος 3, Αθήνα
Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1989, σελ. 132.
23. **ΜΠΕΣΣΜΠΕΑΣ Σ** : *''Διατροφή και καρκίνος''* Ελληνική
αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1988, σελ. 231-233.

24. **ΝΑΤΣΙΚΑΣ Ν, ΚΩΤΣΗΣ Α, ΜΙΚΡΟΥ Ι, ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Δ.Π.** : *''Σύνδρομο οικογενούς καρκίνου παχέος εντέρου''* Ελληνική χειρουργική, τόμος 28^{ος}, τεύχος 4, Αθήνα 1984, σελ. 285-293, 296.
25. **ΚΑΤΣΟΥΡΗ Μ, ΜΑΤΣΑΚΗΣ Γ, ΡΕΣΣΟΣ ΧΡ, ΣΚΑΡΔΟΥΤΣΟΣ ΣΠ, ΓΙΑΜΑΛΑΚΗΣ Χ, ΓΕΩΡΓΟΥΛΗΣ Β.** : *''Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε νέα άτομα''*, Ελληνική Ογκολογία, τόμος 24^{ος}, τεύχος 4, τριμηνιαία έκδοση, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1989, σελ. 26-28.
26. **STEIN** : *''Παθολογία''*, Έκδοση : Τόμος Ι, Σ.Ι. Χατζηγιάννη, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, 1997, σελ. 470-478.
27. **ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Β, ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΟΣ Γ, ΜΩΥΣΗΣ Ι, ΚΗΛΑΪΔΟΝΗ-ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ Α, ΧΑΡΩΝΗΣ Κ** : *''Καρκίνος παχέος εντέρου''* Ελληνική Χειρουργική, τόμος 24^{ος}, τεύχος 5, Αθήνα 1982 σελ. 926-928.
28. **ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Μ** : *''Ακτινοδιάγνωση''*, Πρακτικά 2^ο Εθνικό Συνέδριο Ογκολογίας, Τόμος ΙΙ, Έκδοση Ι, Αθήνα 1975, σελ. 116.
29. **ΤΣΑΒΑΡΗΣ Ν, ΚΟΣΜΙΔΗΣ Π** : *''Χημειοθεραπεία καρκίνου παχέος εντέρου''* Ελληνική Ογκολογία, τόμος 25^{ος}, τεύχος 3. Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1989, σελ. 141-147.
30. **HOWARD F, CONN MD** : *''Σύγχρονη θεραπευτική''*, Τόμος 1^{ος} SAUNDERS N.B. COMPANY PHILADELPHIA ANCLO MELLENI Agency Praropoylos Tassos, σελ. 431.
31. **ΜΙΚΡΟΥ Γ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ Χ, ΤΡΥΓΟΝΗΣ Κ, ΠΑΤΣΑΣ Α, ΝΑΤΣΙΚΑΣ Ν** : *''Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ορθού σε νέους ασθενείς κάτω των 40 ετών''*. Ελληνική Χειρουργική, τόμος 28^{ος}, τεύχος 4, Αθήνα 1986 σελ. 713-716.
32. **ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Α, ΓΚΟΚΑΣ Ι, ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ, ΚΟΥΡΑΚΛΗΣ Γ, ΣΕΧΑΣ Μ, ΣΚΑΛΕΑΣ ΓΡ** : *''Καρκίνος του παχέος εντέρου''*, Ιατρική τόμος 8^{ος}, τεύχη 6-8, Αθήνα 1985, σελ. 20-117.
33. **ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ** : *''Χημειοθεραπεία σε περιπτώσεις καρκινοπαθών''*, Ιατρική Επιθεώρηση, Τόμος 19^{ος}, τεύχος 3, Διμηνιαία έκδοση Ε. Δυνάμεων, Αθήνα Μάιος - Ιούνιος 1985, σελ. 41-56.
34. **ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Γ** : *''Αρχές αντιμετώπισης ασθενών με καρκίνο''* Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, έκδοση Δ.Σ.Ε.Ο.Π.Ε. Αθήνα Οκτώβριος 1988, σελ. 36-38.

35. **ΡΗΓΑΤΟΥ Γ.Δ** : *''Βασικές Γνώσεις Αντικαρκινικής Χημειοθεραπείας''*, *Materia Medica Greca*. Τόμος 8, Τεύχος 6, 1980, σελ. 660-664.
36. **ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ Ν.** : *''Καρκίνος και Διατροφή''*, Πρακτικά 3^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας, Αθήνα 1985, σελ. 56-58.
37. **ΣΑΧΙΝΗ Α, ΚΑΡΔΑΣΗ - ΠΑΝΟΥ** : *''Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική''*, Τόμος Ι, Δ' επανέκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, MEDICAL ARTS, Αθήνα 1994. σελ. 65-72.
38. **ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ** : *Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική*, Τόμος Β, Έκδοση 15^η, Εκδόσεις *''Η ΤΑΒΙΘΑ''* Αθήνα 1992, σελ. 143-147.
39. **ΓΟΥΛΙΑ Ε** : *''Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική''*, Έκδοση Ιεραποστολικής Ένωσης, *''ΤΑΒΙΘΑ''*, Αθήνα 1991, σελ. 326-329, 333.
40. **ΑΘΑΝΑΤΟΥ Κ.Ε** : *''Κλινική Νοσηλευτική - Βασικές και Ειδικές Νοσηλίες''*, Εκδόσεις Γρ. Παρισσανού, Αθήνα 1992, σελ. 557-560, 567-568.
41. **ΧΑΛΚΙΔΑΚΗ Ε** : *''Η Συμβολή της αδελφής στην αποκατάσταση του ασθενούς με Ca εντέρου''*, Εκδόσεις ΛΗΡΑ, Τόμος Α, Αθήνα 1984, σελ. 15-31.
42. **PERRY A.G, POTTER P.A** : *''Clinical Nursing Skills and techniques''*. Mosby Co, St. Louis - Toronto - Princeton, 1986, p.g. 117-119.
43. **STEIN** : *''Παθολογία''*, Έκδοση : Τόμος Ι, Σ.Ι. Χατζηγιάννη, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, 1997, σελ. 470-478.
44. **ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ** : *''Διατροφή και καρκίνος''* Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1988.
45. **ΠΛΕΣΣΑΣ Τ. ΣΤΑΥΡΟΣ** : *''Διαιτητική του ανθρώπου''*, Β' έκδοση, Εκδόσεις : Φάρμακον - τύπος, Αθήνα 1994, σελ. 245-251.
46. **ΜΑΤΣΑΚΗΣ Γ, ΡΕΣΣΟΣ ΧΡ, ΣΚΑΡΔΟΥΤΣΟΣ Σ, ΓΙΑΜΑΛΑΚΗΣ Χ, ΓΕΩΡΓΟΥΛΗΣ Β** : *''Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε νέα άτομα''*, Ελληνική γαστρεντερολογία, τόμος 1^{ος}, τεύχος 4, Αθήνα 1988 σελ. 350-355.
47. **ΠΙΝΤΕΡΗΣ Γ** : *''Ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις σε ασθενείς με καρκίνο''*, Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, εκδόσεις Δ.Σ.Ε.Ο.Π.Ε., Αθήνα Οκτώβριος 1988.

48. **ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε** : *''Η εκπαίδευση της νοσηλεύτριας στην Ογκολογική νοσηλευτική''*, πρακτικά 3^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας, έκδοση 1^η, Αθήνα 1985.
49. **ΡΑΖΗΣ Δ** : *''Ασυμπτωματική διάγνωση''*, Κλινική ογκολογία, Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας *''με τη συνεργασία Ελλήνων ειδικών και της U.I.C.C.''* Έκδοση 1^η, Αθήνα 1981, σελ. 357-359.
50. **ΣΤΕΡΓΙΟΥ Μ** : *''Η Νοσηλευτική στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου των καρκινοπαθών''* Νοσηλευτική, τεύχος 4^ο, τριμηνιαία έκδοση του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών Νοσηλευτών Ελλάδος, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1989.
51. **ΛΙΣΣΑΙΟΣ Β** : *''Νοσηλεία στο σπίτι για καρκινοπαθείς''*, Πρακτικά 3^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας Αθήνα 1985.
52. **FOCUS**, τεύχος 7, Σεπτέμβριος 2000, εκδόσεις Λυμπέρη Α.Ε, σελ. 35-38.
53. **FOCUS**, τεύχος 15, Μάιος 2001, εκδόσεις Λυμπέρη Α.Ε, σελ. 40-46.

