

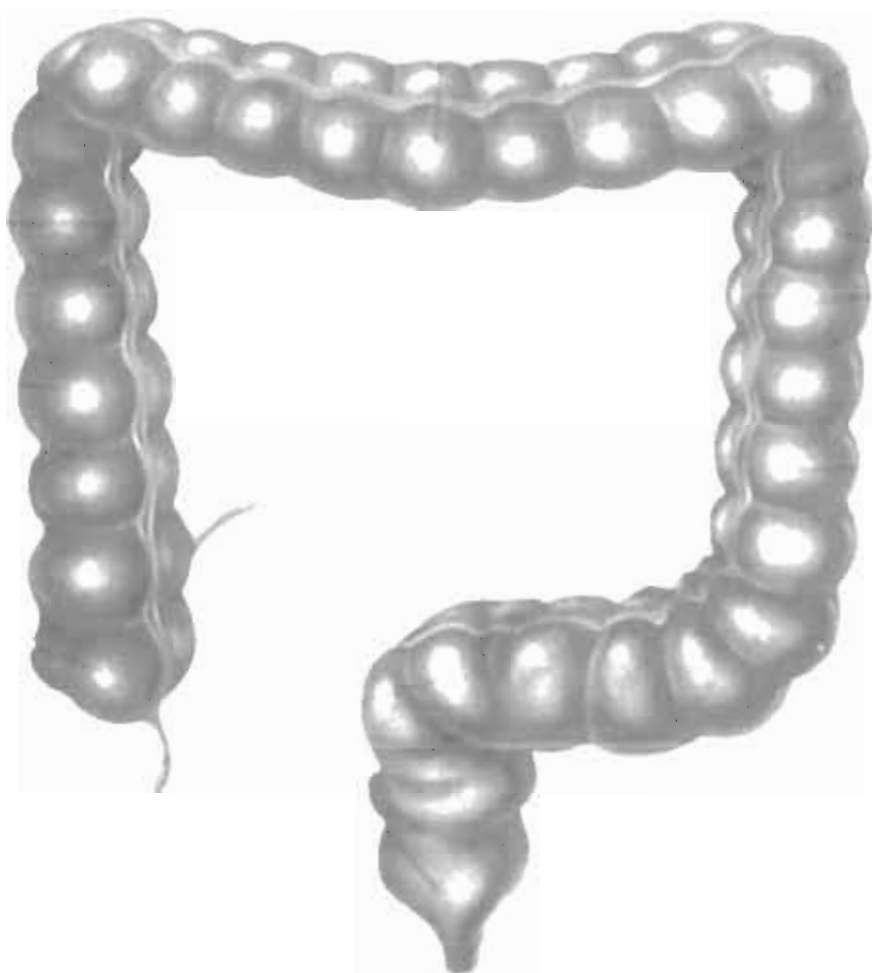
ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΟΡΘΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»



Σπουδάστρια:
Αγραφιώτη Ευαγγελινή

Εισηγήτρια Καθηγήτρια :
Κα. Γεωργούση Παρασκευή

ΠΑΤΡΑ 2001

LIBRARY
3337

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</u>	5
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	6
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	7
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</u>	8
<u>Ανατομία και Φυσιολογία παχέος εντέρου.</u>	9
1.1 Ανατομία παχέος εντέρου	9
1.1.α. Αγγεία και νεύρα	10
1.2 Φυσιολογία παχέος εντέρου	11
1.2.α. Κινήσεις του παχέος εντέρου	12
1.2.β. Εκκρίσεις του παχέος εντέρου	13
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο</u>	15
<u>Αίτια και Προδιαθεσιακοί παράγοντες καρκίνου παχέος εντέρου.</u>	16
2.1 Βιοκοινωνικές παράμετροι	16
2.2 Διαιτητικοί παράγοντες	20
2.3 Γενετικοί παράγοντες	22
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο</u>	23
<u>Επιδημιολογία καρκίνου παχέος εντέρου</u>	24
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο</u>	26
<u>Παθολογική ανατομία του καρκίνου παχέος εντέρου</u>	27
4.1 Εντόπιση καρκίνου παχέος εντέρου	27
4.2 Μικροσκοπική εικόνα	27
4.3 Μακροσκοπική εικόνα	27
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο</u>	29
<u>Παθοφυσιολογία καρκίνου παχέος εντέρου</u>	30
5.1 Κυτταρικά χαρακτηριστικά	30
5.1.α. Ανωμαλίες πολλαπλασιασμού των επιθηλιακών κυττάρων.	30
5.1.β. Κυτταρική δυσπλασία	30
5.2 Αλληλουχία πολύποδος – καρκίνου.	30
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο</u>	32
<u>Τρόποι διασποράς – Μεταστάσεις του καρκίνου του παχέος εντέρου.</u>	33
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο</u>	35
<u>Σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου</u>	36
7.1 Το σύστημα T.N.M.	36
7.2. Σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού.	38
7.2.α. Επεξήγηση συμβόλων συστήματος T.N.M για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και ορθού.	38
7.2.β. Επιβίωση αναλόγως του σταδίου.	39

7.3	Σταδιοποίηση κατά DUKES του καρκίνου του παχέος εντέρου.	39
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο</u>		40
<u>Κλινική εικόνα</u>		41
8.1	Κλινική εικόνα καρκίνου παχέος εντέρου	41
8.2	Συσχέτιση των κλινικών εκδηλώσεων των παθήσεων που παχέος εντέρου με τα ευρήματα της ορθοσιγμοειδοσκόπησης.	42
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο</u>		44
<u>Διάγνωση</u>		45
9.1	Εξέταση των κοπράνων	45
9.2	Δακτυλική εξέταση, ορθοσιγμοειδοσκόπηση, κολονοσκόπηση.	45
9.3	Βαριούχος υποκλυσμός	46
9.4	Αιματολογικός, βιοχημικός έλεγχος CEA.	48
9.5	Αξονική και Μαγνητικό Τομογραφία	49
9.6	Άλλες εξετάσεις.	49
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο</u>		51
<u>Διαφορική διάγνωση</u>		52
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο</u>		53
<u>Θεραπεία</u>		54
11.1	Προεγχειρητική προετοιμασία του παχέος εντέρου	54
11.2	Χειρουργική Θεραπεία	55
	11.2.α. Εγχειρητικές τεχνικές	55
11.3	Χημειοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου	58
	11.3.α. Επιπλοκές Χημειοθεραπείας.	61
11.4	Ακτινοθεραπεία	61
	11.4.α. Εισαγωγή	61
	11.4.β. Ανεγχείρητος και υποτροπιάζουσα νόσος.	61
	11.4.γ. Ριζική ακτινοθεραπεία	62
	11.4.δ. Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία	62
	11.4.ε. Επικουρική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία	63
	11.4.στ. Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του κόλου	63
	11.4.ζ. Επιπλοκές ακτινοθεραπείας.	64
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο</u>		65
<u>Πρόγνωση – Παρακολούθηση</u>		66
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο</u>		67
<u>Επιπλοκές</u>		68
13.1	Αναμία	68
13.2	Απόφραξη	68
13.3	Διάτρηση	68
13.4	Συρίγγια	69
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14^ο</u>		70
<u>Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.</u>		71
14.1	Εισαγωγή	71

14.2	Διατροφή	71
14.3	Έλεγχος αφανούς αιμορραγίας	72
	14.3.α. Αφανής αιμορραγία στα κόπρανα.	72
	14.3.β. Μέθοδος Haemocult Test (H.T.)	72
	14.3.γ. Προληπτικός έλεγχος σε ομάδες υψηλού κινδύνου.	73
14.4	Έλεγχος Γονιδιακής Αλλαγής.	73
14.5	Οδηγίες Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρίας.	74

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ 75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο 76

Προεγχειρητική ετοιμασία 77

1.1	Γενική προεγχειρητική ετοιμασία	77
1.2	Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία	80
1.3	Τελική προεγχειρητική ετοιμασία	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο 82

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα 83

2.1	Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς	83
2.2	Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές.	84
	2.2.α. Μετεγχειρητικές δυσχέρειες	84
	2.2.β. Μετεγχειρητικές επιπλοκές	85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο 90

Κολοστομία 91

3.1	Ορισμός και είδη κολοστομίας	91
3.2	Σκοποί εκτέλεσης της κολοστομίας	92
3.3	Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που πρόκειται να υποστεί σε κολοστομία	92
	3.3.α. Ψυχολογική φροντίδα	92
	3.3.β. Σωματική φροντίδα	92
3.4	Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	93
3.5	Φροντίδα της κολοστομίας	95
	3.5.α. Άμεση φροντίδα της κολοστομίας	95
	3.5.β. Γενική φροντίδα της κολοστομίας	95
	3.5.γ. Μακρόχρονη φροντίδα της κολοστομίας	95
	3.5.δ. Τεχνική φροντίδας κολοστομίας	96
3.6	Επιπλοκές κολοστομίας	97
3.7	Φροντίδα ατόμων με κολοστομία και αποκατάσταση. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας STOMA THERAPIST	97
3.8	Έξοδος από το νοσοκομείο αρρώστου με κολοστομία – Σχέδιο διδασκαλίας	99

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο 101

Ακτινοθεραπεία και νοσηλευτική παρέμβαση 102

4.1	Νοσηλευτική φροντίδα	102
4.2	Αντιμετώπιση παρενεργειών – επιπλοκών ακτινοθεραπείας.	104

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο 106

Χημειοθεραπεία και νοσηλευτική παρέμβαση 107

5.1	Γενικές οδηγίες για τη χρήση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.	107
5.2	Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.	108
	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο</u>	112
	<u>Ψυχοκοινωνική νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστων με κακοήθη νοσήματα.</u>	113
	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο</u>	116
	<u>Νοσηλευτική Διεργασία</u>	117
	<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</u>	138
	<u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u>	139
	<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	140

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επιλογή αυτού του θέματος στην πτυχιακή μου εργασία ίσως φανεί σε πολλούς πολύ «κοινή» και αρκετά γνώριμη.

Η ασθένεια όμως του καρκίνου και κυρίως η διάγνωση του, εξακολουθεί να προκαλεί ακόμη και σήμερα, αισθήματα φόβου και απελπισίας στον άνθρωπο, καθώς επίσης και τεράστια προβλήματα, όπως ατομικά, οικογενειακά, κοινωνικά.

Λαμβάνοντας, λοιπόν υπόψη, αυτά τα προβλήματα θέλω με την εργασία μου αυτή να πετύχω την ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών προς τους καρκινοπαθείς.

Εμείς οι νοσηλευτές θα πρέπει να στεκόμαστε δίπλα σε αυτούς τους ανθρώπους σε όλα τα στάδια της πάθησης τους και να προσπαθούμε να πετύχουμε μια όσο το δυνατό καλύτερη νοσηλευτική προσέγγιση τους, βοηθώντας τους έτσι να απαλλαγούν από τα αισθήματα του πόνου, της απελπισίας, της απόγνωσης και της εγκατάλειψης από τα οποία συχνά διακατέχονται.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πριν προχωρήσουμε στην μελέτη των προβλημάτων που παρουσιάζουν οι άρρωστοι με καρκίνο, θα ήθελα να αναφέρω λίγα πράγματα γενικά περί καρκίνου. Και πρώτα απ' όλα ας δώσουμε τον ορισμό του καρκίνου.

Καρκίνος, λοιπόν, είναι μια μεγάλη ομάδα από ασθένειες, που χαρακτηρίζονται από ένα ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό και διασπορά κυττάρων.

Ο διαχωρισμός των καλοηθών και κακοηθών όγκων έχει μεγάλη σημασία, καθώς οι πρώτοι αναπτύσσονται με αργό ρυθμό και όταν αφαιρούνται δεν υποτροπιάζουν, οι δεύτεροι όμως αυξάνονται με γρήγορους ρυθμούς και έχουν κακή πρόγνωση.

Ένας από τους συνηθέστερους κακοήθεις όγκους του πεπτικού συστήματος είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Έχει καταλάβει σήμερα την πρώτη θέση μεταξύ των καρκινωμάτων των διαφόρων οργάνων του σώματος εκτός του δέρματος.

Η νόσος διαιρείται στον καρκίνο του κόλου και στον καρκίνο του ορθού. Η διαίρεση αυτή, έγινε λόγω του διαφόρου τύπου χειρουργικής επέμβασης, ενώ καμιά ουσιώδης διαφορά δεν υπάρχει στα καρκινώματα από την αρχή μέχρι το τέλος του παχέος εντέρου.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στις μεγάλες ηλικίες και σπάνια σε ηλικία κάτω των 25 ετών.

Η νόσος δεν εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα ανάμεσα στα διάφορα κράτη και τις διάφορες φυλές. Εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις ανεπτυγμένες χώρες από ότι στις αναπτυσσόμενες.

Η αιτία φαίνεται ότι είναι περισσότερο ο τρόπος ζωής και η διατροφή, παρά γενετικοί παράγοντες. Αυτό συμπεραίνεται από το γεγονός ότι Αφρικανοί και Ασιάτες εγκατεστημένοι στις ΗΠΑ, εμφανίζουν την ίδια συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου με τους λευκούς, ενώ πληθυσμοί των ίδιων φυλών της Αφρικής και Ασίας, εμφανίζουν καρκίνο σε πολύ μικρότερη συχνότητα.

Μεγάλη σημασία, για την αντιμετώπιση και τον περιορισμό του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει η πρόληψη, αυτού, η οποία επιτυγχάνεται με την έγκαιρη διάγνωση στο προσυμπτωματικό στάδιο. Σπουδαίος, λοιπόν, είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας η οποία, θα πρέπει να πείσει τους ασθενείς για την αναγκαιότητα και τη χρησιμότητα του να υποβάλλονται συχνά σε προσυμπτωματικό έλεγχο για καρκίνο του παχέος εντέρου.

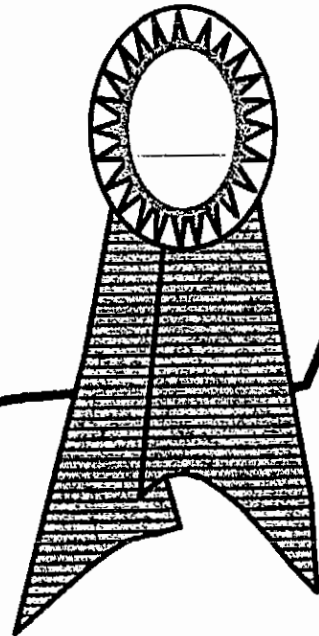
Σε χώρες όπως η Ελλάδα 7,3 άνδρες και 6,6 γυναίκες σε κάθε 100000 πληθυσμό χάνουν κάθε χρόνο την ζωή τους από καρκίνο του παχέος εντέρου.

ΜΕΡΟΣ 1⁰

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο

1



ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

1.1. Ανατομία Παχέος Εντέρου

Το παχύ έντερο αποτελεί το τελευταίο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και εκτείνεται σε μήκος 1,5m περίπου από την ειλεοτυφλική βαλβίδα μέχρι τον πρωκτό.

Διακρίνουμε τα εξής τμήματα : το τυφλό, το ανιόν κόλον, το εγκάρσιο κόλον, το κατιόν κόλον, το σιγμοειδές και το ορθό. Το τυφλό, το ανιόν, η δεξιά κολική καμπή και το ήμισυ του εγκαρσίου αποτελούν το **δεξιό κόλον**, ενώ το αριστερό ήμισυ του εγκαρσίου, η αριστερή κολική καμπή, το κατιόν και το ορθοσιγμοειδές αποτελούν το **αριστερό κόλον**. Ο αυλός του τυφλού έχει την μεγαλύτερη διάμετρο, ενώ όσο προχωρούμε προς το αριστερό κόλον ο αυλός του εντέρου στενεύει.

Εξωτερικά το παχύ έντερο χαρακτηρίζεται από : (1) **τις επιμήκεις μυϊκές κολικές ταινίες**, οι οποίες είναι τρεις, αποτελούν παχύνσεις της επιμήκου μυϊκής στιβάδας, αρχίζουν από την βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης και στο σιγμοειδές ελαττώνονται σε δύο, ενώ στο ορθό εξαφανίζονται, (2) **τις κολικές κυψέλες**, που είναι εκκολπώματα του τοιχώματος και των οποίων η γένεση οφείλεται στην κατά τόπους σύσπαση των κυκλοτερών μυϊκών ινών και στο ότι η επιμήκης μυϊκή στιβάδα του παχέος εντέρου είναι βραδύτερη από τους υπόλοιπους χιτώνες του. Οι κολικές κυψέλες δεν είναι σταθερές, (3) **τις επιπλοϊκές αποφύσεις**, οι οποίες αποτελούνται από λιπώδη ιστό, κρέμονται από ορογόνο και φέρονται κατά μήκος των κολικών ταινιών. Ελλείπουν από το τυφλό και το ορθό.

Στην εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου προς τον αυλό, σχηματίζονται εγκάρσιες πτυχές που καλούνται **μηνοειδείς πτυχές** και οι οποίες μεταξύ τους αφορίζουν κοιλώματα, τις καλούμενες **κυψέλες**.

Το τοίχωμα του παχέος εντέρου αποτελείται από 4 χιτώνες, οι οποίοι εκ των έξω προς τα έσω είναι οι εξής :

α. Ο **ορογόνος**, που προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου, καλύπτει τελείως το εγκάρσιο κόλον και το τυφλό, τα οποία είναι κινητά, ενώ το ανιόν και κατιόν κόλον, που είναι ακίνητα και προσκολλημένα στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, τα καλύπτει μόνο κατά τα τρία τέταρτα. Το ορθό καλύπτεται κατά τα δύο άνω τριτημόρια.

β. Ο **μυϊκός χιτώνας**, που αποτελείται από δύο στιβάδες λείων μυϊκών ινών : την έξω επιμήκη, η οποία προς τις κολικές ταινίες παχύνετε, ενώ προς τις κυψέλες γίνεται λεπτή και αραιή και την έσω κυκλοτερή, που είναι συνεχής. Ιδιαίτερα μορφώματα του μυϊκού χιτώνα διαμορφώνουν σφιγκτηριακούς μηχανισμούς στην αρχή και στο τέλος του παχέος εντέρου (ειλεοτυφλική βαλβίδα, σφιγκτηριακό σύστημα πρωκτού).

γ. Ο **υποβλεννογόσιος χιτώνας**, που αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και παρεμβάλλεται μεταξύ του μυϊκού χιτώνα και του βλεννογόνου.

δ. Ο **βλεννογόνος**, ο οποίος αποτελείται από :

– μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο με καλυκοειδή κύτταρα

- χόριο
- αδένες, σωληνοειδείς, που μοιάζουν με τους αδένες Lieberkuhn του λεπτού εντέρου
- βλενογόνο μυϊκή στιβάδα
- μονήρη λεμφοζίδια

Σε αντίθεση με το βλενογόνο του λεπτού εντέρου, στερείται λαχνών και πλακών του Peyer.

1.1.α. Αγγεία και νεύρα

Το τυφλό, το ανιόν και τμήμα του εγκαρσίου (λίγο μετά τη μεσότητα του) αιματώνονται από τους εξής κλάδους την άνω μεσεντερίου αρτηρίας : (α) την **ειλεοκολική αρτηρία** (για το τυφλό) και τον κλάδο της, την **αρτηρία της σκωληκοειδούς** (για την σκωληκοειδή απόφυση) (β) τη **δεξιά κολική αρτηρία** (για το ανιόν κόλον) και (γ) τη **μέση κολική**. Το υπόλοιπο τμήμα του παχέος εντέρου μέχρι το ορθό αγγειώνεται από την **αριστερή κολική** και τις **σιγμοειδείς αρτηρίες**, οι οποίες είναι κλάδοι της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας.

Οι κολικές αρτηρίες σε απόσταση 2,5-3cm από το χείλος του εντέρου, διακλαδίζονται σε ανιόντες, κατιόντες ή δεξιούς και αριστερούς κλάδους και σχηματίζουν τόξα, τα οποία αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν την **επιχείλιο αρτηρία του Drummond**. Μέσω αυτής επικοινωνεί η άνω με την κάτω μεσεντέριο αρτηρία. Η επιχείλιος αρτηρία του Drummond μεταφέρει επαρκή ποσότητα αίματος, έτσι ώστε να είναι δυνατή η απολίνωση μιας από τις κολικές αρτηρίες, χωρίς να υπάρχει φόβος ισχαιμίας στα αντίστοιχα τμήματα του εντέρου.

Οι φλέβες του παχέος εντέρου συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες. Έτσι, η **άνω μεσεντέριος φλέβα** αθροίζει το αίμα από το δεξιό κόλον, καθώς και από το λεπτό έντερο, το πάγκρεας και από τμήμα του στομάχου και εκβάλλει στην ρίζα της πυλαίας.

Η **κάτω μεσεντέριος φλέβα** αθροίζει το αίμα από την άνω μοίρα του ορθού μέχρι και την αριστερή κολική καμπή και εκβάλλει συνήθως στην σπληνική φλέβα.

Το αίμα από το κατώτερο τμήμα του ορθού αποχετεύεται μέσω της **έσω λαγονίου** στην κάτω κοίλη φλέβα.

Η λέμφος του παχέος εντέρου συγκεντρώνεται σε λεμφαγγεία, τα οποία σχηματίζουν δίκτυα στον υποβλενογόνο και υπορογόνο χιτώνα του εντερικού τοιχώματος και στην συνέχεια αποχετεύεται σε λεμφαγγεία και λεμφαδένες, που συνοδεύουν τα αγγεία. Διακρίνονται οι εξής ομάδες λεμφαδένων : Οι **επιχώριοι**, που βρίσκονται οπισθοπεριτοναϊκά στο μεσόκολον, κοντά στο παχύ έντερο, οι **ειλεοκολικοί**, οι **δεξιοί**, οι **μέσοι** και **αριστεροί κολικοί**, οι **άνω** και **κάτω μεσεντέριοι**.

Μέσα στα λεμφαγγεία υπάρχουν βαλβίδες, που εμποδίζουν την παλινδρόμηση της λέμφου.

Η νεύρωση του παχέος εντέρου γίνεται από εξωτοιχωματικά και ενδοτοιχωματικά νεύρα παρασυμπαθητικής και συμπαθητικής προέλευσης.

Η παρασυμπαθητική νεύρωση γίνεται από ίνες του πνευμονογαστρικού και από το 2^ο, 3^ο και 4^ο σπλαχνικό νεύρο. Οι συμπαθητικές ίνες ξεκινούν ως προγαγγλιακές από το ύψος του 9^{ου} θωρακικού μέχρι και του 2^{ου} οσφυϊκού νευροτομίου, φτάνουν στα παρασπονδυλικά γάγγλια και από εκεί στα μεσεντέρια γάγγλια και πλέγματα κατά μήκος των αντίστοιχων αγγείων.

Το ενδοτοιχωματικό νευρικό σύστημα σχηματίζεται από γαγγλιακά κύτταρα, που αποτελούν το **μυεντερικό πλέγμα του Auerbach** και το **υποβλεννογόνιο πλέγμα του Meissner**. Με τα ενδοτοιχωματικά πλέγματα συνάπτονται οι παρασυμπαθητικές και συμπαθητικές νευρικές ίνες και στην συνέχεια δίνουν μεταγαγγλιακές ίνες, που νευρώνουν τις μυϊκές ίνες, τους εντερικούς αδένες και τα αγγεία.

Το παρασυμπαθητικό διεγείρει την κινητικότητα του εντέρου και την έκκριση των αδένων και αναστέλλει την σύσπαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, ενώ το συμπαθητικό έχει αντίθετη δράση.

Έλλειψη του ενδοτοιχωματικού νευρικού συστήματος από τμήμα του παχέος εντέρου προκαλεί απώλεια της κινητικότητας του συγκεκριμένου τμήματος.¹

1.2 Φυσιολογία του Παχέος εντέρου.

Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες (Na^+ , Cl^-) και εκκρίνει βλέννα, που μαζί με τα κύτταρα του βλεννογόνου που αποπίπτουν στον αυλό, αποτελούν το «έκκριμα» του παχέος εντέρου. Η βλέννα προστατεύει το βλεννογόνο και βοηθά στο σχηματισμό και στη διολίσθηση των κοπράνων.

Στο παχύ έντερο δεν γίνονται πεπτικές διεργασίες· διοχετεύονται σ' αυτό ουσίες που δεν υφίστανται πέψη (πχ. κυτταρίνη κ.λ.π.) και οι οποίες, μαζί με τα συστατικά που προέρχονται από τα επιθηλιακά κύτταρα που αποπίπτουν, τη βλέννα, τα προϊόντα του μεταβολισμού της μικροβιακής χλωρίδας, καθώς και μεγάλο αριθμό μικροοργανισμών, σχηματίζουν τα κόπρανα, αφού πρώτα συμπυκνωθούν, όταν απορροφηθεί το μεγαλύτερο μέρος από τα 500ml του νερού που φτάνει από τον ειλέο στο τυφλό στο 24ωρο. Απορροφούνται επίσης με απλή διάχυση μονοσακχαρίτες, αμινοξέα και λιπαρά οξέα.

Τα κόπρανα αποτελούν το περιεχόμενο του παχέος εντέρου και αποβάλλονται με το μηχανισμό της αφόδευσης.

Μέσα στο παχύ έντερο διαβιούν και πολλαπλασιάζονται μικροοργανισμοί, οι οποίοι αποτελούν τη μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου. Η χλωρίδα αυτή είναι μικτή, αποτελείται δηλαδή από αερόβια (πχ. κολοβακτηρίδιο, εντερόκοκκοι) και αναερόβια βακτήρια (πχ. *Bacteroides Fragilis*, κλωστηρίδια κ.λ.π.), που είναι και τα περισσότερα.

Οι δραστηριότητες της μικροβιακής χλωρίδας είναι :

- α. Η διάσπαση μικρών ποσών κυτταρίνης σε CO_2 , H_2 , CH_4 , κατώτερα λιπαρά οξέα, καθώς και σε γλυκόζη.
- β. Η μετατροπή της χολερεθρίνης σε κοπροχολινογόνο και κοπροχολίνη.
- γ. Η μετατροπή των ελάχιστων ποσών άπεπτου λευκώματος που φτάνουν στο παχύ έντερο σε τοξικά προϊόντα, όπως υδρόθειο, ινδόλη, σκατόλη, μερκαπτάνες κ.λ.π. Σε παθήσεις του λεπτού εντέρου, μεγάλες ποσότητες άπεπτου λευκώματος διοχετεύονται στο παχύ έντερο και αποτελούν υπόστρωμα για την δράση των μικροοργανισμών. Στις τοξικές αυτές ουσίες οφείλεται και η δυσάρεστη οσμή των κοπράνων.
- δ. Η παραγωγή και απορρόφηση σε αξιόλογα ποσά, βιταμινών K, B₁, B₂, νιασίνης, βιοτίνης. Η καταστροφή της μικροβιακής χλωρίδας από λήψη αντιβιοτικών από το στόμα συνεπάγεται ανεπαρκή σύνθεση και απορρόφηση των βιταμινών αυτών.

ε. Η απαμίνωση της ουρίας με τη δράση της ουρεάσης, που έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή του 70% της αμμωνίας του οργανισμού, η οποία απορροφάται και φέρεται στην πυλαία κυκλοφορία.

Οι μικροοργανισμοί του παχέος εντέρου με τη συμμετοχή και άλλων παραγόντων, φαίνεται ότι συμβάλλουν στην καρκινογένεση.

Μέσα στο παχύ έντερο περιέχονται και διάφορα αέρια, τα οποία προέρχονται από την κατάποση, τη διάχυση από το αίμα προς τον αυλό, καθώς και από τη μεταβολική δραστηριότητα της μικροβιακής χλωρίδας. Τα κυριότερα αέρια είναι το CO₂, το μεθάνιο, το υδρογόνο, το υδρόθειο κ.λ.π. Μια ποσότητα των αερίων αυτών απορροφάται από το εντερικό βλεννογόνο, αλλά τα περισσότερα (400-500ml/24ωρο) αποβάλλονται από τον πρωκτό. Το μίγμα των αερίων είναι εκρηκτικό, γι' αυτό χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην χρήση της ηλεκτροκαυτηρίασης κατά την διάρκεια χειρουργικής επέμβασης.

1.2.α. Κινήσεις του παχέος εντέρου

Οι λειτουργίες του παχέος εντέρου (κόλου) είναι, όπως προαναφέρθηκε, (1) η απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών από το χυμό και (2) η εναποθήκευση του κοπρανώδους υλικού ώσπου να γίνει δυνατή η εξώθηση του. Το κεντρικό ημιμόριο του κόλου εκτελεί κυρίως απορρόφηση και το περιφερικό εναποθήκευση επειδή γι' αυτές τις λειτουργίες, δεν απαιτούνται έντονες κινήσεις, φυσιολογικά οι κινήσεις του κόλου είναι βραδείες. Ωστόσο ακόμη και βραδείες, έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά των κινήσεων του λεπτού εντέρου και μπορούν επίσης να διακριθούν σε κινήσεις ανάμιξης και προώθησης.²

Κινήσεις ανάμιξης – Κολικές κυψέλες : Όπως στο λεπτό έντερο παρατηρούνται κινήσεις τμηματικές, έτσι και στο παχύ παρατηρούνται μεγάλες κυκλικές συστολές. Σε καθένα από αυτά τα σημεία συστολής συσπάται η κυκλική μυϊκή στιβάδα, μερικές φορές προκαλώντας στένωση του αυλού του κόλου ως την πλήρη του απόφραξη. Ταυτόχρονα συστέλλεται και η επιμήκης μυϊκή στιβάδα του κόλου, που είναι κατανεμημένη σε τρεις επιμήκεις μυϊκές ταινίες, τις λεγόμενες κολικές ταινίες. Οι συνδυασμένες συστολές της κυκλικής στοιβάδας και των επιμηκών ταινιών των λειών μυών του κόλου έχουν ως αποτέλεσμα την προβολή των ανερέθιστων περιοχών του με την μορφή σακοειδών εγκολπόσεων, που ονομάζονται κολικές κυψέλες. Οι συστολές των κυψελών συνήθως φτάνουν στην μεγαλύτερη του ένταση σε 30 δευτερόλεπτα από την στιγμή του θα αρχίσουν και μετά εξαφανίζονται μέσα στα επόμενα 60 δευτερόλεπτα. Κατά διαστήματα, οι συστολές αυτές, παράλληλα με την κυκλική τους πορεία, κινούνται επίσης αργά και προς την κατεύθυνση του δακτυλίου. Μετά από λίγα ακόμη λεπτά παρουσιάζονται νέες συστολές των κολικών κυψελών, σε γειτονικές (αλλά όχι στις ίδιες) θέσεις. Κατά συνέπεια το κοπρανώδες περιεχόμενο του παχέος εντέρου «ανασκαλεύεται» βαθμιαία και ανακατεύεται με τρόπο που μοιάζει πολύ με το τσάπισμα. Με αυτό τον τρόπο όλη η ποσότητα της κοπρανώδους μάζας εκτίθεται βαθμιαία στη βλεννογόνια επιφάνεια του παχέος εντέρου και το υγρό της μέρος απορροφάται προοδευτικά ώσπου από τα 800ml της ημερήσιας ποσότητας του χυμού να βγουν στα κόπρανα μόνο 80-150ml.²

Κινήσεις προωθήσεις – «Μαζικές κινήσεις» : Στο παχύ έντερο δεν παρατηρούνται περισταλτικά κύματα του τύπου του λεπτού εντέρου. Αντίθετα, το κοπρανώδες περιεχόμενο του προωθείται προς τον πρωκτό με ένα άλλο τύπο

κινήσεων, τις λεγόμενες μαζικές κινήσεις, οι οποίες συνήθως εμφανίζονται μόνο μερικές φορές, τη μέρα και πιο πολύ για 15 περίπου λεπτά στο διάστημα της πρώτης ώρας, πάνω – κάτω μετά το πρόγευμα.

Τη μαζική κίνηση χαρακτηρίζει η ακόλουθη αλληλουχία γεγονότων : αρχικά εμφανίζεται ένα σημείο στένωσης σε κάποια περιοχή διάτασης ή ερεθισμού του κόλου. Πολύ γρήγορα, στη συνέχεια, 20 ή περισσότερα cm παχέος εντέρου περιφερικά από την στένωση συστέλλονται σχεδόν ως ενιαίο σύνολο και ωθούν όλο μαζί το κοπρανώδες υλικό αυτής της περιοχής προς τα κάτω. Η πυροδότηση της συστολής ολοκληρώνεται σε 30 δευτερόλεπτα περίπου και μετά, στη διάρκεια των επόμενων 2-3 λεπτών, το τμήμα χαλαρώνει. Μαζικές κινήσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σε οποιοδήποτε τμήμα του κόλου, αν και είναι συχνότερες στο εγκάρσιο ή το κατιόν κόλο. Όταν οι κινήσεις αυτές έχουν ωθήσει μια μάζα κοπράνων στο ορθό, γίνεται αντιληπτή η επιθυμία για αφόδευση.

Πυροδότηση των μαζικών κινήσεων με το γαστροκολικό και το δωδεκαδακτυλικό αντανακλαστικό. Η εμφάνιση μαζικών κινήσεων μετά τα γεύματα προκαλείται, τουλάχιστο κατά ένα μέρος, από το γαστροκολικό και το δωδεκαδακτυλικό αντανακλαστικό. Τα αντανακλαστικά αυτά οφείλονται σε διάταση του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου και μεταβιβάζονται κυρίως με το μυεντερικό πλέγμα.

Έντονες μαζικές κινήσεις είναι επίσης δυνατό να προκαλέσει ο ερεθισμός του κόλου. Για παράδειγμα άτομα με παθολογικές καταστάσεις στο κόλο (ελκώδη κολίτιδα) παρουσιάζουν πολλές φορές σχεδόν αδιάκοπα μαζικές κινήσεις.²

1.2.β. Εκκρίσεις του παχέος εντέρου.

Έκκριση βλέννας : Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου επενδύεται όπως και του λεπτού, από κρύπτες του Lieberkuhn, αλλά τα επιθηλιακά του κύτταρα ουσιαστικά δεν περιέχουν ένζυμα. Αντίθετα οι κρύπτες έχουν σχεδόν αποκλειστικά λαγηνοειδή κύτταρα. Επίσης στο επιθήλιο της επιφάνειας του παχέος εντέρου, ανάμεσα στα άλλα επιθηλιακά κύτταρα, βρίσκεται σημαντικός αριθμός λαγηνοειδών κυττάρων.

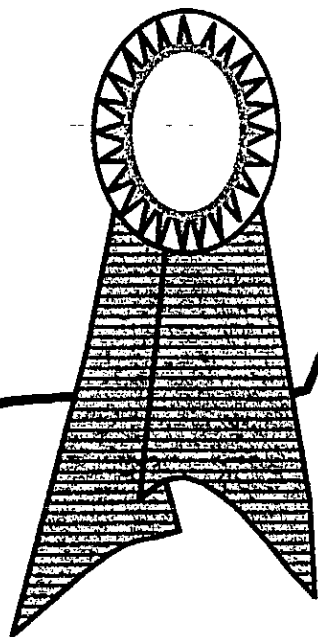
Κατά συνέπεια το κύριο έκκριμα του παχέος εντέρου είναι η βλέννα. Η ταχύτητα της έκκρισης της ρυθμίζεται κατά κύριο λόγο με την άμεση οπτική διέγερση των λαγηνοειδών κυττάρων της επιφάνειας του βλεννογόνου και από τοπικά νευρικά κύτταρα των κρυπτών του Lieberkuhn. Η διέγερση, ωστόσο, των ανορθωτικών (στυτικών) νεύρων, τα οποία νευρώνουν το περιφερικό μισό του παχέος εντέρου, προκαλεί ταυτόχρονα με την αύξηση της κινητικότητας και σημαντική αύξηση της έκκρισης βλέννας. Έτσι κατά τη διάρκεια έντονης παρασυμπαθητικής διέγερσης, που πολλές φορές οφείλεται σε έντονες συγκινησιακές διαταραχές, είναι δυνατό να εκκριθεί τόσο μεγάλη ποσότητα βλέννας μέσα στο παχύ έντερο ώστε να προκαλέσει στο άτομο κενώσεις, που περιέχουν άφθονη βλέννα, κάθε 30 λεπτά η βλέννα περιέχει λίγο ή καθόλου κοπρανώδες υλικό.

Είναι φανερό ότι η βλέννα του παχέος εντέρου προστατεύει το τοίχωμα από τυχόν μικροτραυματισμούς αλλά, επιπλέον, αποτελεί το συγκολλητικό μέσο που συγκρατεί τις κοπρανώδεις μάζες ενωμένες. Εκτός από αυτά, προστατεύει το εντερικό τοίχωμα από την έντονη μικροβιακή δραστηριότητα που παρατηρείται μέσα στα κόπρανα και – μαζί με την αλκαλικότητα του εκκρίματος (pH 8,0) – αποτελεί φραγμό που εμποδίζει, την προσβολή του τοιχώματος από τα οξέα που σχηματίζονται κατά την ζύμωση των κοπράνων.²

Έκκριση νερού και ηλεκτρολυτών μετά από διέγερση. Όταν κάποιο τμήμα του παχέος εντέρου διεγερθεί έντονα, όπως συμβαίνει στην οξεία μικροβιακή εντερίτιδα, ο βλεννογόνος, πέρα από τις φυσιολογικές ποσότητες βλέννας εκκρίνει μεγάλες ποσότητες νερού και ηλεκτρολυτών. Οι ουσίες αυτές επενεργούν αραιώνοντας τους διεγερτικούς παράγοντες και προκαλώντας γρήγορη μετακίνηση των κοπράνων προς τον πρωκτό. Το πιο συχνό επακόλουθο είναι διάρροια με απώλεια μεγάλων ποσοτήτων νερού και ηλεκτρολυτών, που έχει όμως ως αποτέλεσμα και πιο γρήγορη ανάρρωση αφού με τις κενώσεις απομακρύνεται πιο γρήγορα το παθογόνο αίτιο.²

Κεφάλαιο

2



ΑΙΤΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι κυριότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου προέρχονται από το περιβάλλον, όπως φαίνεται και από τα επιδημιολογικά στοιχεία. Διάφορες επιδημιολογικές έρευνες για την εντόπιση αυτών των περιβαντολλογικών παραγόντων στράφηκαν σε δύο κυρίως κατευθύνσεις :

- Στη μελέτη διαφόρων βιοκοινωνικών παραμέτρων που ενδεχομένως προδιαθέτουν σε αυξημένη συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου, όπως κοινωνικοοικονομική κατάσταση, κάπνισμα, οιοπνευματώδη κ.λ.π.
- Στη μελέτη της επίδρασης διαφόρων διαιτητικών παραγόντων στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου.³

2.1. Βιοκοινωνικές παράμετροι

1. Κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Χώρες με υψηλό βιοτικό επίπεδο παρουσιάζουν «σχεδόν υψηλό» ή υψηλό ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο παχέος εντέρου και το αντίθετο. Σήμερα γίνεται δεκτό ότι οι συνθήκες και ο τρόπος ζωής των ανθρώπων παίζουν ρόλο στην οικολογία της νόσου.³

2. Κάπνισμα.

Σε αντίθεση με άλλα νεοπλάσματα, δεν φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ καπνίσματος και συχνότητας καρκίνου παχέος εντέρου. Αντίθετα, έχει υποστηριχθεί ότι πιθανόν να υπάρχει αρνητική σχέση που αποδίδεται στην παρασυμπαθητική δράση της νικοτίνης που αυξάνει την κινητικότητα του εντέρου.³

3. Κατανάλωση οιοπνευματωδών.

Τα περισσότερα στοιχεία συμφωνούν ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ κατανάλωσης οιοπνευματωδών και καρκίνου παχέος εντέρου. Υπάρχουν όμως ορισμένα δεδομένα που ενοχοποιούν την κατανάλωση μύρας για καρκίνο του ορθού κυρίως, ενώ φαίνεται ότι υπάρχουν σοβαρές γεωγραφικές διαφορές που ίσως να οφείλονται στον τύπο της μύρας, στην τεχνική Παρασκευή της και στις πρόσθετες ουσίες.³

4. Σχέση με άλλα νοσήματα.

Μερικά νοσήματα του παχέος εντέρου χαρακτηρίζονται από αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου.

α) Ελκώδης κολίτιδα.

Είναι γνωστό ότι παρατεταμένη φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε νεοπλασματική εκτροπή στον ιστό που την υφίσταται. Έτσι είναι λογικό άρρωστοι που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα να αναμένεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου από τον αντίστοιχο υγιή πληθυσμό.⁴

Οι παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου σε τέτοιους αρρώστους είναι : α) η διάρκεια της νόσου, β) η έκταση της, γ) η ηλικία έναρξης και δ) η εμφάνιση δυσπλασίας σε βιοψιακά τεμαχίδια βλεννογόνου παχέος εντέρου.⁴

Θεωρείται ότι μέσα στην πρώτη δεκαετία από την εκδήλωση της νόσου ο πραγματικός αθροιστικός κίνδυνος να αναπτυχθεί καρκίνος παχέος εντέρου στους αρρώστους με ελκώδη κολίτιδα είναι ο ίδιος με υγιείς της αυτής ηλικίας και κυμαίνεται από $0,6 \pm 0,1\%$ έως $3,2\%$. Μετά όμως την πρώτη δεκαετία ο πραγματικός αθροιστικός κίνδυνος αυξάνεται θεαματικά και γίνεται $7,1 \pm 3,4\%$ έως 11% για την δεύτερη δεκαετία από την έναρξη της νόσου και $16,4 \pm 8,6\%$ έως 24% για την τρίτη δεκαετία.⁴

Ο σχετικός κίνδυνος όμως εξαρτάται από το πότε αρχίζει η νόσος. Έτσι, αν αυτή αρχίζει πριν από το 40ο έτος ζωής είναι 60:1 και μεταπίπτει στο 10:1 ή (2:1), αν αρχίσει μετά από αυτό. Η μεταβολή αυτή του σχετικού κινδύνου οφείλεται στην μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου στις μεγαλύτερες ηλικίες στο γενικό πληθυσμό. Πέρα όμως από αυτό υπάρχουν ενδείξεις ότι η έναρξη της νόσου στην παιδική ηλικία αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για αυξημένο πραγματικό κίνδυνο, ιδιαίτερα στην ηλικία μεταξύ 5 και 9 ετών.⁴

Αποτελεί εξίσου σημαντικό παράγοντα η έκταση της νόσου. Άρρωστοι με μερική κατάληψη του παχέος εντέρου εμφανίζουν ελαφρά μικρότερο κίνδυνο από εκείνους με πανκολίτιδα, ο κίνδυνος είναι επίσης χαμηλός σε περιπτώσεις αριστεράς κολίτιδας ουσιαστικά δε ανύπαρκτος όταν έχει προσβληθεί μόνο το ορθό. Η κολεκτομή με διατήρηση του ορθού και ειλεοορθική αναστόμωση δεν προφυλάσσει από τον κίνδυνο, αφού ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί στο κολόβωμα.³

Έχουν ακόμη, κατά καιρούς συζητηθεί παράγοντες που πιθανόν να διαδραματίζουν επιβαρυντικό ρόλο στην ανάπτυξη καρκίνου στους αρρώστους με ελκώδη κολίτιδα, όπως η σοβαρότητα της αρχικής φλεγμονής, η εμμονής της, φάρμακα που λαμβάνουν χρονίως οι άρρωστοι και ακόμη η διαγνωστική ακτινοβολία λόγω των αλληπάλληλων ακτινογραφιών. Οι παράγοντες αυτοί όμως δεν έχουν τεκμηριωθεί.⁴

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου που εμφανίζεται επί εδάφους ελκώδους κολίτιδος παρουσιάζει ορισμένες ιδιομορφίες : Έτσι, η μέση ηλικία των ασθενών είναι μικρότερη, ο όγκος παρουσιάζεται συχνότερα στο εγκάρσιο ή δεξιόν κόλον, είναι διηθητικής μορφής συνήθως και τις πιο πολλές φορές είναι ιστολογικά βλενωδούς τύπου πρόκειται για ένα πολυεστιακό αδενοκαρκίνωμα, χωρίς ιδιαίτερη μακροσκοπική εικόνα. Στο κλινικό σκέλος, όταν αυτός ο καρκίνος γίνει συμπτωματικός (κλινική εικόνα που υπενθυμίζει αφύπνιση νόσου μετά από χρόνια νάρκης) είναι αργά για αποτελεσματική αντιμετώπιση. Παρόλα αυτά, η περιοδική κολονοσκοπική εξέταση και λήψη βιοψιών σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, επιτρέπει την έγκαιρη ανακάλυψη περιοχών με επιθηλιακή δυσπλασία που είναι γνωστό ότι αποτελεί ισχυρό δείκτη παρουσίας ή μελλοντικής ανάπτυξης καρκίνου.^{3,4}

β) Νόσος του Crohn

Αν και η σχέση της νόσου του Crohn με τον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως, εν τούτοις ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, μικρότερη όμως από ότι στην ελκώδη κολίτιδα. Η συνολική συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου στην νόσο του Crohn υπολογίζεται ότι ανέρχεται στο 2% των ασθενών με Crohn ειλεοκολίτιδα ή κολίτιδα και η ηλικία διαγνώσεως του καρκίνου είναι συνήθως μικρότερη από ότι στο γενικό πληθυσμό. Συνήθως ο καρκίνος προσβάλλει το αριστερό κόλον και είναι βλενωδούς τύπου. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι ανεξάρτητος από την

διάρκεια και την έκταση της νόσου. Τις πιο πολλές φορές ο καρκίνος παρουσιάζεται σε στενωτικές περιοχές ή σε περιοχές που έχουν παρακαμφθεί χειρουργικώς ή παρουσιάζουν μακροσκοπικές αλλοιώσεις της νόσου του Crohn. Σε αντίθεση με την ελκώδη κολίτιδα, η σχέση της επιθηλιακής δυσπλασίας στη νόσο του Crohn με τον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν είναι σαφής, παρόλα αυτά συνίσταται αυξημένη εγγήγορση όταν παρατηρείται. Ακόμη ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν αποτελεί σπουδαίο πρόβλημα στην Crohn κολίτιδα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο υψηλό ποσοστό εκτομών του εντέρου στα δέκα πρώτα χρόνια από την διάγνωση, που δρα ως μέτρο πρόληψης του καρκίνου.^{3,5}

γ) Σύνδρομα οικογενούς πολυποδίασης.

Τα κληρονομικά σύνδρομα πολυποδίασης χαρακτηρίζονται από την παρουσία μεγάλου αριθμού πολυπόδων και ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Σε αυτά ανήκουν :

Οικογενής πολυποδίαση του παχέος εντέρου.

Σύνδρομο Gardner.

Σύνδρομο Peutz-Jeghers.

Γενικευμένη νεανική πολυποδίαση.³

Η νόσος της Οικογενούς πολυποδίασης μπορεί να διακριθεί στον «πυκνό» και «αδρό» τύπο, ανάλογα με το αν υπάρχουν στο παχύ έντερο περισσότεροι ή λιγότεροι από 5000 πολύποδες. Η συχνότητα της είναι 1/10000 πληθυσμού και κληρονομείται κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα σε ποσοστό διεισδυτικότητας 80-94% που, σημαίνει ότι εννέα από τα δέκα παιδιά με το επικρατούν γονίδιο, θα εκδηλώσουν τη νόσο. Και τα δύο φύλα προσβάλλονται στη ίδια αναλογία και μπορούν να μεταδώσουν την νόσο. Οι πολύποδες, δεν υπάρχουν κατά την γέννηση αλλά αρχίζουν να παρουσιάζονται περίπου από το δέκατο τρίτο έτος με επιταχυνόμενο ρυθμό έτσι ώστε κατά το εικοστό πρώτο έτος ολόκληρο το παχύ έντερο καλύπτεται από εκατοντάδες ή και χιλιάδες πολύποδες των οποίων το μέγεθος μπορεί να κυμαίνεται από 1 μέχρι και μερικά εκατοστά. Άτομα με οικογενή πολυποδίαση αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα ή αν δεν πεθάνουν νωρίτερα από άλλη αιτία θα αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου σε ποσοστό 100% και η μέση ηλικία θανάτου των ατόμων αυτών είναι το τεσσαρακοστό πρώτο έτος.^{5,6}

Το 10% περίπου των ασθενών που πάσχουν από οικογενή πολυποδίαση εμφανίζουν συγχρόνως πολλαπλές επιδερμοειδείς ή σμηγματογόνες κύστεις, οστεώματα ή εξοστώσεις και δεσμιδώματα ή και συνδυασμούς των ανωτέρω. Είναι δυνατόν να υπάρχουν πολύποδες και στο λεπτό έντερο. Όπως και στην οικογενή πολυποδίαση υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του κόλου, του στομάχου και της περιοχής γύρω από το φύμα του Vater. Το σύνδρομο περιέγραψε πρώτος ο Gardner το 1951.⁶

Το σύνδρομο Peutz-Jeghers είναι πολύ σπάνια νόσος και χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολύποδων στον πεπτικό σωλήνα σε συνδυασμό με την ύπαρξη υπερχρωματικών κηλίδων στο δέρμα και το βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας. Οι πολύποδες είναι συνήθως πολλαπλοί, μισχωτοί ή άμισχοι και εντοπίζονται κυρίως στο λεπτό έντερο και ιδιαίτερα στη νήστιδα και σπανιότερα στο στομάχο και στο παχύ έντερο.⁶

Η γενικευμένη νεανική πολυποδίαση ανήκει σε ένα από τους τρεις τύπους των νεανικών πολυπόδων (νεανική πολυποδίαση του κόλου, σύνδρομο Cronkhite-Canada). Είναι ο συχνότερος τύπος πολυπόδων του παχέος εντέρου στην παιδική ηλικία. Η συχνότητα τους στα παιδιά είναι 1% και η μέση ηλικία που εμφανίζονται

το 6 ½ έτη. Οι νεανικοί πολύποδες είναι σχεδόν πάντοτες μισχωτοί, διαμέτρου 3-10mm, ομαλοί σφαιρικοί, ερυθρωποί με επικάλυψη βλέννας.⁶

Λόγω του υψηλού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου, από τα σύνδρομα οικογενούς πολυποδίασης, επιβάλλεται ο τακτικός έλεγχος και των άμεσων συγγενών πασχόντων. Η σχεδόν αναπόφευκτη ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου καθιστά επιτακτική την κολεκτομή στους πάσχοντες από τα σύνδρομα αυτά, ανά και εξακολουθούν να υφίστανται επί μέρους διαφοροποιήσεις για τον χειρισμό ορισμένων από αυτά τα σύνδρομα.³

δ) Κληρονομικός καρκίνος του παχέος εντέρου δίχως πολυποδίαση (σύνδρομο Lynch).

Ο κληρονομικός καρκίνος του παχέος εντέρου δίχως πολυποδίαση καλύπτει 5-6% των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου και είναι γνωστός ως σύνδρομο Lynch, το οποίο είναι περίπου 7-8 φορές πιο συχνό από ότι η πολυποδίαση του παχέος εντέρου και μεταβιβάζεται σύμφωνα με τους νόμους του Mendel κατά το σωματικό επικρατούντα χαρακτήρα. Αυτός ο τύπος καρκίνου διακρίνεται σε δύο υποτύπους (I, II). Το σύνδρομο Lynch I χαρακτηρίζεται από ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος στο παχύ έντερο σε άτομα ηλικίας συνήθως 40-50 ετών και, σπανιότερα, σε άτομα κάτω των 40 ετών, κυρίως στο δεξιό κόλον με την μορφή μονήρων ή πολλαπλών, σύγχρονων ή μετάχρονων, καρκινωμάτων. Το σύνδρομο Lynch II συσχετίζεται επιπλέον με την εμφάνιση, πλην του εντέρου, και εξωεντερικών μορφών καρκίνου, κυρίως μήτρας, ωοθηκών, μαστού. Σε μερικές περιπτώσεις, παρατηρούνται νεοπλάσματα και το πάγκρεας, στο λεπτό έντερο και στο στόμαχο.

Τα αδενώματα εμφανίζονται στο δεξιό κόλον (80%) σε σύγκριση με ομάδα μαρτύρων (25%) του γενικού πληθυσμού. Τα περισσότερα εμφανίζονται επίπεδα, δηλαδή μικρά, άμισχα με ή χωρίς υπέγερση από τον περιβάλλοντα βλεννογόνο. Αυξημένη επίσης εμφανίζεται η συχνότητα των μετάχρονων αδενωμάτων στο σύνδρομο Lynch (86% σε σύγκριση με 3-18% επί του γενικού πληθυσμού) που αντανακλούν την κατανομή και την πολλαπλότητα των καρκίνων του παχέος εντέρου που σχετίζονται με το σύνδρομο αυτό.⁷

ε) Επιθηλιακοί νεοπλασματικοί πολύποδες.

Από τους διάφορους τύπους πολυπόδων που μπορεί να αναπτυχθούν στο παχύ έντερο, ιδιαίτερη σημασία έχουν οι επιθηλιακοί νεοπλασματικοί πολύποδες, λόγω της μεγαλύτερης συχνότητας τους και λόγω του κινδύνου κακοήθους εξαλλαγής. Κακοήθης εξαλλαγή τέτοιων πολυπόδων είναι υπεύθυνη για το μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνου του παχέος εντέρου. Είναι αρκετά συχνοί τόσο σε συμπτωματικούς όσο και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Παράγοντες κινδύνου για κακοήθη εξαλλαγή είναι το μέγεθος και ο ιστολογικός τύπος. Έτσι, οι θηλώδεις και οι μεγαλύτεροι των 2cm πολύποδες παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο. Η κολονοσκοπική εξέταση του παχέος εντέρου και η δυνατότητα απομάκρυνσης των πολυπόδων έχει συμβάλλει σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση, αλλά και πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.³

στ) Οισοφάγος Barret.

Σε μια ανασκόπηση 65 ασθενών με οισοφάγο Barret βρέθηκε ότι οι 29 (45%) παρουσίαζαν όγκους του παχέος εντέρου (19 καλοήθεις και 10 κακοήθεις). Η αιτία της συσχέτισεως είναι άγνωστη.³

ζ) Χολοκυστεκτομή

Έχει διαπιστωθεί ότι η χολοκυστεκτομή τροποποιεί τον μεταβολισμό των χολικών οξέων, τα οποία ενοχοποιούνται ως αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου.³

η) Ακτινοβολήση της πυέλου – καρκίνος γυναικείων γεννητικών οργάνων.

Η ακτινοβολήση της πυέλου έχει ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη καρκίνου του ορθού και του παχέος εντέρου, ενώ η παρουσία τραχήλου της μήτρας ή του ενδομητρίου αυξάνει στο διπλάσιο την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στο παχύ έντερο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Αυτό υποδηλώνει έναν κοινό αιτιολογικό παράγοντα για τους δύο όγκους. Τόσο τα λαμβανόμενα οιστρογόνα όσο και η χαμηλή τεκνοποίηση, είναι γνωστό ότι συνδυάζονται με καρκίνο του ενδομητρίου. Γυναίκες με ένα ή δύο παιδιά παρουσιάζουν μείωση της συχνότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου κατά 30% συγκριτικά με άτεκνες γυναίκες, ενώ αυτές με τρία ή περισσότερα παιδιά μείωση κατά 50%. Δεν έχει βρεθεί συσχέτιση ειδικά για τον καρκίνο του ορθού με την τεκνοποίηση.^{3,5}

θ) Ουρητηροσιγμοειδική αναστόμωση

Η ουρητηροσιγμοειδική αναστόμωση που εφαρμόζεται σε διάφορες ουρολογικές παθήσεις προδιαθέτει στην ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου μετά από διάστημα αρκετών χρόνων. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου είναι δυνατή με τον περιοδικό ενδοσκοπικό έλεγχο του παχέος εντέρου που πρέπει να αρχίζει πέντε χρόνια μετά την επέμβαση.³

5. Χρόνος εντερικής διάβασης.

Έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι ο χρόνος διάβασης του εντερικού περιεχομένου και ο όγκος των κοπράνων είναι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η υπόθεση αυτή στηρίζεται στην παρατήρηση ότι σε υποανάπτυκτους λαούς με χαμηλή συχνότητα καρκίνου παχέος εντέρου ο χρόνος εντερικής διάβασης είναι βραδύτερος συγκριτικά με αυτόν των κατοίκων των ανεπτυγμένων χωρών και η συχνότητα είναι μεγάλη. Π.χ.:

Χρόνος διάβασης κατοίκων Αφρικανικών χωρών : 35 ώρες.

Χρόνος διάβασης κατοίκων Μεγάλης Βρετανίας : 70 ώρες.

Επίσης :

Όγκος κοπράνων κατοίκων Αφρικανικών χωρών : 500gr/24ωρο.

Όγκος κοπράνων κατοίκων Δυτικοευρωπαϊκών χωρών : 150gr/24ωρο.

Με βάση τα δεδομένα αυτά έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι στους Αφρικανούς τα διάφορα καρκινογόνα ή συν-καρκινογόνα που εισέρχονται ή παράγονται στο έντερο, διαλύονται σε μεγαλύτερο όγκο κοπράνων και παραμένουν λιγότερο χρόνο μέσα στο έντερο, με αποτέλεσμα τη μείωση της καρκινογόνου επίδρασης στο εντερικό τοίχωμα.³

2.2. Διαιτητικοί Παράγοντες

Σήμερα γίνεται γενικά αποδεκτό ότι μεγάλο ποσοστό (πλέον του 80%) των κακοηθών όγκων του ανθρώπου οφείλεται σε παράγοντες του περιβάλλοντος και από αυτούς, παράγοντες της διατροφής φαίνεται ότι σχετίζονται με το 50% των νεοπλασμάτων των γυναικών και με το 35% των καρκίνων των ανδρών. Υπολογίζεται ότι η υιοθέτηση σωστών διαιτητικών συνθηκών, μπορεί να μειώσει

τους θανάτους από καρκίνο κατά 35%. Έχουν διαπιστωθεί αξιοσημείωτες διαφορές στις διατροφικές συνήθειες μεταξύ των κατοίκων χωρών με χαμηλή και υψηλή συχνότητα καρκίνου παχέος εντέρου. Η περιεκτικότητα της τροφής σε λίπη, πρωτεΐνες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία μπορεί να ευνοεί ή να παρεμποδίζει την καρκινογένεση. Έτσι, σήμερα πια, αποτελέσματα πολλών μελετών, ενοχοποιούν το ζωικό λίπος και τη διατροφή με χαμηλή περιεκτικότητα φυτικού υπολείμματος. Θεωρείται ότι το άπεπτο φυτικό υπόλειμμα έχει βασική σημασία για την πρόληψη ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου καθώς και άλλων παθήσεων (εκκολπωμάτωση, καρδιαγγειακά νοσήματα, παχυσαρκία κ.λ.π.). Η σπουδαιότερη επίδραση του φυτικού υπολείμματος στη λειτουργία του παχέος εντέρου είναι η αύξηση της ταχύτητας διέλευσης του εντερικού περιεχομένου, καθώς και η αύξηση του όγκου των κοπράνων 24ώρου. Έτσι, μειώνεται ο χρόνος έκθεσης του εντερικού βλεννογόνου σε καρκινογόνα που περιέχονται στα κόπρανα. Ακόμη, το φυτικό υπόλειμμα έχει την ικανότητα να προσροφά διάφορες οργανικές ενώσεις, όπως πχ. τα χολικά άλατα που ένα από τα προϊόντα διάσπασης τους είναι το 3-μεθυλχολανθρένιο που είναι αποδεδειγμένα καρκινογόνος ουσία. Επίσης η παραγωγή λιπαρών οξέων βραχείας αλυσσού από το φυτικό υπόλειμμα ασκεί προστατευτική δράση, δεδομένου ότι τα λιπαρά αυτά οξέα (οξεϊκό, προπιονικό, βουτυρικό) μειώνουν το pH και η μείωση αυτή αναστέλλει την καρκινογένεση. Τέλος, το φυτικό υπόλειμμα προάγοντας την απώλεια θερμίδων ημερησίως δρα ανασταλτικά στον καρκίνο του παχέος εντέρου.³

Ο Hill σε μελέτη του το 1979 έδειξε ότι ο εύπορος πληθυσμός στο Hong Kong είχε διπλάσια θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού συγκρινόμενη με αυτήν που ενεμφανίζετο σε πτωχό πληθυσμό της περιοχής. Η σχετική αναλογία των τροφών στη διατροφή τους ήταν παρόμοια, αλλά η ημερήσια θερμιδική αξία ήταν 3900 θερμίδες για τον εύπορο πληθυσμό και 2700 για τους πτωχότερους. Στην Αμερική η θνησιμότης από καρκίνο ήταν σημαντικά αυξημένη στα άτομα των οποίων το σωματικό βάρος ήταν μεγαλύτερο κατά 40% του φυσιολογικού (Lew, 1979).⁸

Μελέτες στις ΗΠΑ και Αγγλία θεωρούν ότι υπάρχει αντίστροφη σχέση μεταξύ του επιπέδου της βιταμίνης Α στον ορό του αίματος και κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου γενικώς. Στους ανθρώπους τα καροτινοειδή απορροφώνται αναλλοίωτα από την γαστρεντερική οδό και αποθηκεύονται στους ιστούς όλου του σώματος, ιδιαίτερα στις περιοχές αποθηκείωσης λιπιδίων. Το ασκορβικό οξύ επίσης εμποδίζει το σχηματισμό ενδογενών και εξωγενών νοτροσαμινών που θεωρούνται καρκινογόνα και χρησιμοποιείται τώρα στα καπνιστά κρέατα, λουκάνικα για την αναστολή του σχηματισμού νιτροσαμινών. Η βιταμίνη C έχει αντίστροφη σχέση με την εμφάνιση ορισμένων τύπων καρκίνου. Αντίστροφη σχέση υπάρχει επίσης μεταξύ της λήψης σεληνίου και της λευχαιμίας, καρκίνου του παχέος εντέρου, του μαστού, της ωοθήκης, του προστάτη, της ουροδόχου κύστης και του πνεύμονα.⁸

Τέλος, τα τελευταία χρόνια έχει διατυπωθεί η θεωρία των λαχανικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου τρώνε λιγότερο συχνά λαχανικά, όπως επίσης ότι άτομα με χαμηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου τρώνε συχνά μπρόκολα, λάχανα, λαχανάκια Βρυξελλών, κουνουπίδια κλπ. Φαίνεται ότι στα λαχανάκια αυτά περιέχονται παράγωγα ινδολών που δρουν σαν επαγωγείς ενζύμων και που υπό ορισμένες συνθήκες αναστέλλουν την καρκινική διεργασία.³

Αξιοσημείωτες είναι οι μεταβολές στην διατροφή του ελληνικού πληθυσμού κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 ετών έχει τριπλασιασθεί η κατανάλωση κρέατος και έχει οκταπλασιαστεί η κατανάλωση ζάχαρης, ενώ η κατανάλωση οσπρίων

βρίσκεται στο 1/3 του προπολεμικού επιπέδου. Η επιστροφή σε παραδοσιακούς τρόπους διατροφής με τροφές φυτικής προέλευσης και η ελάττωση των συντηρημένων υπεραλατισμένων τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος, ίσως οδηγήσουν στον περιορισμό της συχνότητας των λεγόμενων «νόσων του πολιτισμού» στην Ελλάδα.³

Έτσι διαιτητικές συστάσεις που πρέπει να υποδεικνύονται περιλαμβάνουν :

Μείωση του λίπους της τροφής.

Μείωση των προσλαμβανομένων θερμίδων ανά 24ώρο.

Αύξηση του φυτικού υπολείμματος της τροφής.

Αύξηση των προσλαμβανομένων λαχανικών.

Αύξηση της κατανάλωσης φρέσκων φρούτων και δημητριακών.

Μείωση αλατισμένων ή παστών τροφών.

Μείωση της πρόσληψης αλκοόλης.

Επαρκή πρόσληψη γάλακτος (δύο ποτήρια ανά 24ωρο).

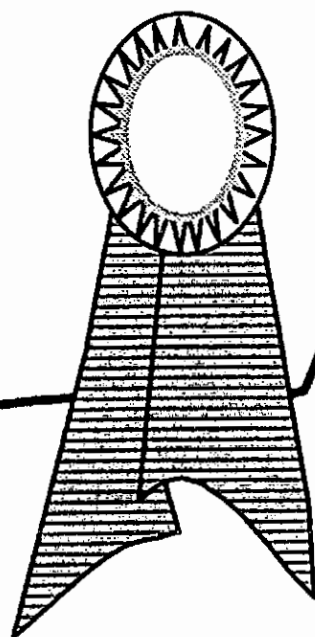
Ακόμη η άσκηση και η ομαλή και ρυθμισμένη κένωση του εντέρου, αποτελούν παράγοντες πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου.^{3,8}

2.3. Γενετικοί Παράγοντες

Από διάφορους ερευνητές διαπιστώθηκε ότι στον καρκίνο του παχέος εντέρου υπάρχουν αλλοιώσεις στα χρωματοσώματα 17 και 18 σε περισσότερη συχνότητα από 75% σε άλλα χρωματοσώματα ειδικά στα 5,6,8,9 και 22 υπάρχουν σε μικρότερη συχνότητα. Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι όσο μεγαλύτερες αλλοιώσεις υπάρχουν τόσο χειρότερη πρόγνωση έχει αυτός ο καρκίνος. Διαπιστώθηκε ακόμη ότι στο χρωμόσωμα 18^a υπάρχει ουσία η οποία συμπιέζει τα ογκογονίδια και ανευρίσκεται στο φυσιολογικό βλεννογόνο, ενώ λείπει από τους όγκους. Ακόμη και σε άλλα χρωματοσώματα πχ. στο 17p έχουν γίνει παρόμοιες παρατηρήσεις. Εκείνο όμως που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι η ανακάλυψη ότι η πρωτεΐνη στην ουσία που συνδέεται με το DNA σε φυσιολογικές καταστάσεις χρησιμεύει για να ρυθμίζει την αντιγραφή των διαφόρων γονιδίων τα οποία εμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Ακόμη τα ογκογονίδια E myc φαίνεται ότι απορυθμίζονται στον καρκίνο του παχέος εντέρου και ορθού, διευκολύνοντας έτσι την αυτόνομη αύξηση του. Η ουσία αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν (Tumor marker) δείκτης κακοήθειας στ' αδενώματα. Έχει επίσης διαπιστωθεί αλλοίωση, στα ογκογονίδια ras στους καρκίνους του κόλου, καθώς και σε καρκίνο άλλων οργάνων. Το ras είναι μια ανώμαλη παραγωγή πρωτεΐνης που ονομάζεται p21. Αυτή προστατεύει τα καρκινικά κύτταρα από τους φυσιολογικούς δολοφόνους τους, τα λεμφοκύτταρα.⁹

Κεφάλαιο

3



ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί την μεγαλύτερη ομάδα καρκίνων του γαστρεντερικού συστήματος, που στην πλειονότητα του είναι αδενοκαρκινώματα. Στο δυτικό κόσμο αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες, μετά το καρκίνο του πνεύμονα, και την Τρίτη για τις γυναίκες, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και του μαστού. Αποτελεί το 15% του συνόλου των νεοδιαγιγνωσκόμενων κακοηθών νεοπλασμάτων. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, περίπου 17000 θάνατοι από καρκίνο του παχέος εντέρου εμφανίζονται κάθε χρόνο, δηλ. 38 ανά 100000 πληθυσμού. Στις Ηνωμένες Πολιτείες η συνολική θνησιμότητα του καρκίνου αυτού πλησιάζει το 60%. Η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθοσιγμοειδούς διαφέρει από χώρα σε χώρα και κυμαίνεται από 3,4 περιπτώσεις ανά 100000 πληθυσμό το χρόνο στη Νιγηρία μέχρι 35,8 περιπτώσεις ανά 100000 πληθυσμό το χρόνο στο Κονέκτικατ.^{5,10}

Η Ιαπωνία αποτελεί τη μοναδική εξαίρεση στον ανεπτυγμένο κόσμο όπου, παρά τον υψηλό βαθμό ανάπτυξης, η συχνότητα του καρκίνου του παχέος και ορθοσιγμοειδούς παραμένει εξαιρετικά χαμηλή. Εξαιρετικά ενδιαφέρον είναι, επίσης ότι οι Ιάπωνες που μεταναστεύουν στις Ηνωμένες πολιτείες αποκτούν συχνότητα της νόσου πολύ μεγαλύτερη από εκείνη της πατρίδας τους στη διάρκεια μιας γενεάς. Κατά παρόμοιο τρόπο η συχνότητα στο μαύρο πληθυσμό της Αμερικής είναι περίπου η ίδια με εκείνη στο λευκό πληθυσμό. Το ίδιο συμβαίνει και με τους Πολωνούς που μετακινήθηκαν προς τις Ηνωμένες Πολιτείες ή την Αυστραλία ή οι μετανάστες από την Άπω Ανατολή προς την Βρετανία. Επιπλέον υπάρχουν ορισμένα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι συμβαίνει το αντίθετο, όταν μετακινούνται άτομα από περιοχές υψηλής σε περιοχές χαμηλής συχνότητας. Τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν ότι οι σημαντικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι περιβαλλοντολογικοί.^{5,10}

Αν και υπάρχουν διακυμάνσεις στην απόλυτη συχνότητα του καρκίνου μέσα σε ένα δεδομένο πληθυσμό, η σχετική συχνότητα εντοπίσεως στα διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου είναι αρκετά σταθερή. Στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου εμφανίζονται συγκριτικά περισσότεροι όγκοι του σιγμοειδούς παρά του δεξιού κόλου, σε αντίθεση με πληθυσμούς χαμηλού κινδύνου. Μια προοδευτική μετατόπιση της εντοπίσεως του καρκίνου προς το δεξιό κόλο έχει παρατηρηθεί τα τελευταία 30 χρόνια.⁵

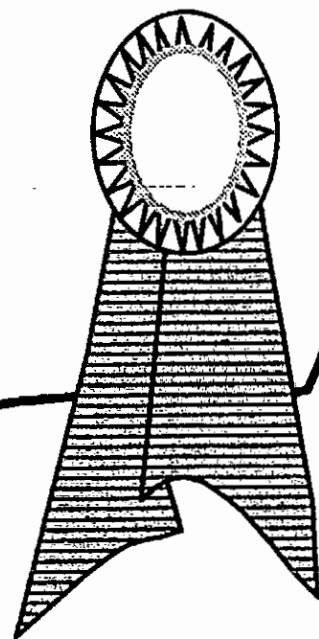
Οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να προσβληθούν από την νόσο από ότι οι γυναίκες (1,5:1 για τους όγκους του ορθού, 1,3:1 για τους όγκους του υπολοίπου παχέος εντέρου), αν και η σχέση αυτή δεν έχει διαπιστωθεί σε όλες τις σχετικές μελέτες. Η ηλικία διάγνωσης της νόσου στις γυναίκες είναι μικρότερη (μέση ηλικία 55,1 χρόνια) απ' ότι στους άνδρες (μέση ηλικία 58,6 χρόνια). Επιπλέον οι γυναίκες παρουσιάζουν καλύτερη πρόγνωση, ακόμη και μετά τη διόρθωση του αποτελέσματος σχετικά με την νεότερη ηλικία νόσησης. Αυτή η βελτιωμένη επιβίωση για τις γυναίκες φαίνεται ότι εξαρτάται από το κατά πόσο έχουν τεκνοποιήσει, καθ' όσον άτεκνες γυναίκες παρουσιάζουν την ίδια πρόγνωση με τους άνδρες.⁵

Η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνει γραμμικά με την ηλικία, μεταξύ των 30 και 70 χρόνων. Σε ποσοστό 8% η νόσος εμφανίζεται προ της ηλικίας των 40 ετών και σε ένα μικρό ποσοστό προσβάλλει άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών ιδιαίτερα όταν αυτά πάσχουν από οικογενή πολυποδίαση. Σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 70 χρόνων, η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι χαμηλότερη από την αναμενόμενη, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στην μακροζωία των ατόμων που είναι λιγότερο ευπαθή στα καρκινογόνα. Τέλος, όπως δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η πρόγνωση της νόσου είναι χειρότερη όταν ο όγκος εμφανισθεί σε νέα ηλικία, δεν υπάρχει επίσης αμφιβολία ότι η χειρουργική θνησιμότητα επηρεάζεται δυσμενώς από την μεγάλη ηλικία και την κακή κατάσταση της υγείας.^{5,6}

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, 7,3 άνδρες και 6,6 γυναίκες σε κάθε 100000 πληθυσμό χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους από καρκίνο του παχέος. Στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού έχει τρίτη θέση, με 1208 νέα περιστατικά κάθε χρόνο, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και τον καρκίνο του μαστού, με 2510 και 2095 νέα περιστατικά το χρόνο αντίστοιχα. Η συχνότητα διαφοροποιείται κατά φύλο, και στους άνδρες προηγούνται οι καρκίνοι του πνεύμονα και της ουροδόχου κύστης, ενώ στις γυναίκες έχει δεύτερη θέση μετά τον καρκίνο του μαστού. Η κατά ηλικία συχνότητα της νόσου αυξάνει σταθερά από τη δεύτερη μέχρι την ένατη δεκαετία της ζωής.¹⁰

Κεφάλαιο

4



ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

4.1. Εντόπιση καρκίνου παχέος εντέρου.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει διαφορετική συχνότητα κατανομής στα διάφορα τμήματα του εντέρου δηλαδή : τυφλό 11%, ανιόν 9%, εγκάρσιο 12%, κατιόν 6%, σιγμοειδές 26%, ορθοσιγμοειδές 11% και ορθό 25%. Αυτό σημαίνει ότι το 62% των καρκίνων εντοπίζονται στο περιφερικό κόλο και ορθό με αποτέλεσμα στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος να μπορεί να διαγνωσθεί με μόνη τη δακτυλική εξέταση και στο 50% να μπορεί να διαγνωσθεί με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση.⁶

Η πιθανότητα σύγχρονης ανεύρεσης περισσότερων του ενός καρκίνων στο παχύ έντερο ανέρχεται σε 4% περίπου (**σύγχρονος καρκίνος**). **Μετάχρονος καρκίνος**, δηλαδή νέος πρωτοπαθής καρκίνος σε ασθενή που προηγουμένως έχει υποβληθεί σε κολεκτομή για άλλο πρωτοπαθή καρκίνο, εμφανίζεται σε συχνότητα 2-3%.^{1,6}

4.2. Μικροσκοπική Εικόνα.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι κυρίως **αδενοκαρκίνωμα**, σε ποσοστό 95%, και εξορμάται από κυλινδρικό μονόστιβο επιθήλιο. Εμφανίζει μεγάλες διαφορές στο βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων. Έτσι τα καλά διαφοροποιημένα αδενοκαρκινώματα, όπου τα καρκινικά κύτταρα είναι σχεδόν όμοια με τα φυσιολογικά, σχηματίζουν αδένες όμοιους με εκείνους του φυσιολογικού εντερικού βλεννογόνου. Αυτά έχουν και την καλύτερη πρόγνωση. Σε ένα μικρότερο ποσοστό απαντάται ο **κολλοειδής ή βλενώδης καρκίνος**, που παρουσιάζει σημαντική ποικιλία ως προς το βαθμό διαφοροποίησης. Τέλος σε ένα μικρό ποσοστό (5%), στα **μεταπλαστά αδενοκαρκινώματα** τα καρκινικά κύτταρα δεν μοιάζουν καθόλου με αυτά του φυσιολογικού βλεννογόνου και είναι κατεσπαρμένα χωρίς να σχηματίζουν αδένες. Αυτά προκαλούν γρήγορα μεταστάσεις και έχουν πολύ κακή πρόγνωση.^{1,6}

4.3. Μακροσκοπική Εικόνα

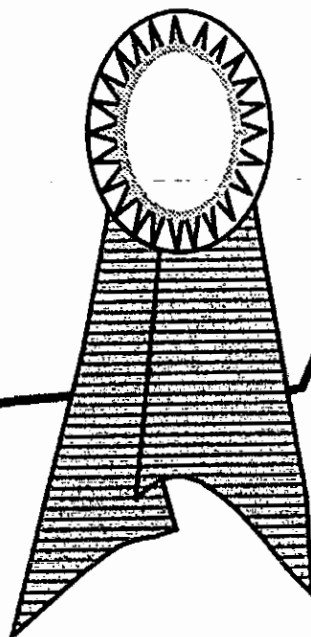
Μακροσκοπικά διακρίνουμε τις εξής μορφές καρκίνου παχέος εντέρου :

1. **Πολυποειδής ή ανθοκραμβοειδής καρκίνος** : Εμφανίζεται σαν μεγάλη ανθοκραμβοειδής μάζα με ανώμαλη συνήθως επιφάνεια που προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου. Η έκταση της διήθησης του εντερικού τοιχώματος

- είναι συνήθως μικρή. Έχει ταχεία ανάπτυξη και επειδή εμφανίζει νέκρωση γι' αυτό συνήθως υπάρχει εξέλκωση σε κάποιο σημείο του όγκου.⁶
2. **Ελκωτικός καρκίνος** : Εμφανίζεται σαν ένα τυπικό κακοηθές έλκος με ανώμαλα προέχοντα χείλη και ρυπαρό πυθμένα. Μπορεί να περιορίζεται στο ένα μόνο τεταρτημόριο συνηθέστερα όμως καταλαμβάνει περισσότερα τεταρτημόρια του τοιχώματος του εντέρου και επειδή παρουσιάζει εκτεταμένη διήθηση σε βάθος δημιουργεί σημαντική παραμόρφωση και κάποιο βαθμό στόνωσης.⁶
 3. **Δακτυλοειδής ή στενωτικός καρκίνος** : Πρόκειται κατά πάσα πιθανότητα για προχωρημένο ελκωτικό καρκίνο ο οποίος έχει διηθήσει κυκλωτέρως και τα τέσσερα τεταρτημόρια του εντερικού τοιχώματος. Η έκταση του καρκίνου κατά τον επιμήκη άξονα του εντέρου ποικίλλει από δύο έως οκτώ εκατοστά. Συχνότερα εντοπίζεται στο σιγμοειδές και στο κατιόν κόλον.^{1,6}
 4. **Διάχυτος διηθητικός καρκίνος** : Η μορφή αντιστοιχεί στην πλαστική λινίτιδα του στομάχου. Προκαλεί μια διάχυτη πάχυνση του εντερικού τοιχώματος, η οποία έχει έκταση τουλάχιστον 5-8 εκατοστών κατά τον επιμήκη άξονα και της οποίας η επιφάνεια καλύπτεται κατά το μεγαλύτερο μέρος από φυσιολογικό εντερικό βλεννογόνο, συνήθως όμως υπάρχει εξέλκωση σε κάποιο σημείο. Καμιά φορά ο τύπος αυτός αποτελεί την προέκταση των άλλων μακροσκοπικών μορφών και όχι σπάνια αναπτύσσεται πάνω σε έδαφος ελκώδους κολίτιδας.⁶
 5. **Κολοειδής καρκίνος** : Συνήθως πρόκειται για μια μεγάλη μάζα με ζελατινοειδή εμφάνιση. Είναι δυνατόν να υπάρχει διήθηση και εξέλκωση. Είναι γνωστό ότι η ανθοκραμβοειδής μορφή εμφανίζεται συχνότερα στο δεξιό κόλο, ενώ οι στενωτικές μορφές στο αριστερό κόλο χωρίς βέβαια αυτό να αποτελεί και τον κανόνα. Στο ορθό συνηθέστερα εμφανίζονται οι ελκωτικές ή δακτυλοειδείς μορφές και πολύ λιγότερο η ανθοκραμβοειδής μορφή με εξέλκωση.⁶

Κεφάλαιο

5



ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου αποτελεί ένα δυνητικό διηθητικό και μεταστατικό όγκο που εξορμάται από τα εκκριτικά κύτταρα των αδένων του βλεννογόνου του παχέος εντέρου.⁵

5.1 Κυτταρικά χαρακτηριστικά

5.1.α Ανωμαλίες πολλαπλασιασμού των επιθηλιακών κυττάρων.

Μια τροποποιημένη δραστηριότητα πολλαπλασιασμού των επιθηλιακών κυττάρων αποτελεί ένα πρώιμο χαρακτηριστικό σε άτομα με γενετική προδιάθεση για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου. Κατά τη διάρκεια προοδευτικών σταδίων ανώμαλης ανάπτυξης, τα επιθηλιακά κύτταρα αποκτούν αυξημένη ικανότητα για πολλαπλασιασμό και συσσωρεύονται στο βλεννογόνο. Στο φυσιολογικό παχύ έντερο, τα κύτταρα αυτά πολλαπλασιάζονται στο κάτω και μέσο τμήμα των κρυπτών και στη συνέχεια μεταναστεύουν προς την επιφάνεια του βλεννογόνου για να αποπέσουν. Μελέτες σε υγιή άτομα έχουν δείξει ότι ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου αντικαθίσταται με νέα κύτταρα κάθε 4-8 ημέρες.⁵

5.1.β Κυτταρική δυσπλασία

Το σημείο αυξημένου κινδύνου για κακοήθεια είναι η κυτταρική δυσπλασία (κυτταρική ατυπία) που χαρακτηρίζεται από παθολογικά ευρήματα, τα οποία είναι κοινά στην κακοήγη εξαλλαγή όλων των επιφανειών που καλύπτονται από επιθήλιο. Καθώς η δυσπλασία αυξάνει, υπάρχει μια μεγαλύτερη διακύμανση του μεγέθους των πυρήνων, του σχήματος τους και της εντάσεως της χρώσεως τους, που συνδυάζονται με μείωση της περιεκτικότητας σε βλέννη. Οι μιτώσεις αυξάνουν σε συχνότητα και μπορεί να είναι ανώμαλες. Υπάρχει μια προοδευτική απώλεια του προσανατολισμού των κυττάρων, οι πυρήνες χάνουν την ομοιόμορφη εντόπιση τους στη βάση των κυττάρων και οι αδένες γίνονται ανώμαλοι και κακώς σχηματισμένοι, με ενδοαδενικές γεφυρώσεις. Αυτές οι μεταβολές μπορούν να βαθμολογηθούν ως ήπιες, μέτριες και βαριές. Οι τελευταίες μπορεί να μοιάζουν με περιοχές διηθητικού αδενοκαρκινώματος. Εάν αυτές οι αλλοιώσεις δεν επεκτείνονται πέρα από τη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα είναι λάθος να τεθεί η διάγνωση της κακοήθειας.⁵

5.2 Αλληλουχία πολύποδος – καρκίνου

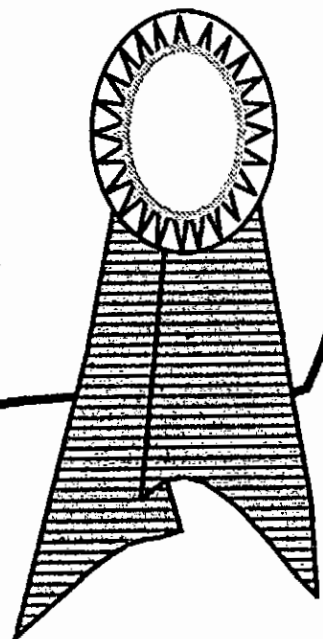
Σημαντικές ενδείξεις υποστηρίζουν την άποψη ότι τα αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου προέρχονται από προϋπάρχοντες επιθηλιακούς πολύποδες, διεργασία που ονομάζεται η αλληλουχία πολύποδος – καρκίνου. Οπωσδήποτε, η πλειονότητα των επιθηλιακών πολύποδων του παχέος εντέρου δεν εξελίσσεται προς τον καρκίνο, αλλά ο κίνδυνος αυξάνει με την αύξηση του μεγέθους των πολυπόδων. Σε μια

μελέτη διαπιστώθηκε ότι σε πολύποδες διαμέτρου μικρότερης του 1cm, το ποσοστό εξαλλαγής ήταν 1,3%, σε αυτούς με διάμετρο 1-2cm ήταν 46%. Οι περισσότεροι από τους πολύποδες σε αυτή την μελέτη (60%) είχαν μέγεθος μικρότερο του 1cm ενώ μόνο ποσοστό 15-20% είχε μέγεθος μεγαλύτερο των 2cm. Η κακοήθης εξαλλαγή είχε σχέση και με τον ιστολογικό τύπο του πολύποδος (αδενωματώδεις 5%, μεικτοί 22% και λαχνωτοί 40%), αν και το μέγεθος αποτελούσε το σπουδαιότερο παράγοντα κινδύνου.

Η ιστολογική διαφοροποίηση του αδενοκαρκινώματος του παχέος εντέρου διαχωρίζεται σε τρεις βαθμούς. Στο καλώς διαφοροποιημένο, στο μετρίως διαφοροποιημένο και στο μόλις διαφοροποιημένο. Επιπλέον υπάρχει και ο βαθμός του αδιαφοροποίητου αδενοκαρκινώματος. Οι ιστολογικές αυτές διαβαθμίσεις συνδέονται με την πρόγνωση της νόσου. Επιπλέον η σημαντικού βαθμού έκκριση βλέννας (ενδοκυτταρικά ή εξωκυτταρικά) φαίνεται ότι επηρεάζει αρνητικά την πρόγνωση.⁵

Κεφάλαιο

6



ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ – ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται και δίνει μεταστάσεις με τους ακόλουθους τρόπους.

α. Κατά συνέχεια ιστών : Ο καρκίνος συνήθως επεκτείνεται κυκλωτεράς και είναι δυνατόν, μέχρι να διαγνωσθεί, να καταλάβει όλη την περίμετρο του εντέρου. Χρειάζεται ένα έτος περίπου μέχρι να καταλάβει τα $\frac{3}{4}$ της περιμέτρου του εντέρου. Έτσι, για το δακτυλιοειδές καρκίνωμα χρειάζεται χρόνος 2 ετών για να προκαλέσει απόφραξη του εντέρου. Πρακτική όμως σημασία έχει η επέκταση του καρκίνου που γίνεται κατά τον επιμήκη άξονα και μάλιστα η μικροσκοπική διήθηση του τοιχώματος. Η διήθηση αυτή επεκτείνεται περίπου 4cm περιφερικά και 7cm κεντρικά του όγκου, με υποβλεννογόνο λεμφικό δίκτυο. Η παρατήρηση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την ριγικότητα της εκτομής του τμήματος του εντέρου με τον καρκίνο. Παρόλα αυτά, προκειμένου να εξασφαλιστεί η διατήρηση του σφιγκτηριακού μηχανισμού, είναι αρκετά τα 2cm περιφερικά του όγκου, σε καλώς διαφοροποιημένους καρκίνους.¹

β. Με την λεμφική οδό : Είναι ο συνηθέστερος τρόπος διασποράς. Όταν ο καρκίνος έχει διήθηση μόνο το εντερικό τοίχωμα, το ποσοστό διήθησης των επιχώριων λεμφαδένων ανέρχεται σε 35-50%. Όταν όμως ξεπεράσει το τοίχωμα του εντέρου, τότε η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων φθάνει το ποσοστό του 80-90%. Η διήθηση των λεμφαδένων δεν έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου. Επίσης διηθημένοι λεμφαδένες είναι δυνατό να βρεθούν σε κάποια απόσταση από τον πρωτοπαθή όγκο, ενώ ενδιάμεσα υπάρχουν μη προσβεβλημένοι λεμφαδένες. Για τους λόγους αυτούς, η εκτομή θα πρέπει να περιλαμβάνει μεγάλο τμήμα εντέρου μαζί με συναφαίρεση του σύστοιχου μεσοκόλου για πλήρη λεμφαγγειακό καθαρισμό. Εάν καταληφθούν οι επιχώριοι λεμφαδένες, είναι δυνατόν να διηθηθούν λεμφαδένες με παλίνδρομο τρόπο, γεγονός που αποτελεί πολύ κακό προγνωστικό σημείο. Ο αριθμός των λεμφαδένων που έχουν μεταστάσεις επηρεάζει επίσης την πρόγνωση. Εάν μόνο ένας λεμφαδένας έχει μεταστάσεις η πέντε χρόνων επιβίωση είναι 60%, εάν 2-5 45% και εάν 6 ή παραπάνω 20%.^{1,9}

γ. Με την αιματική οδό : Ο καρκίνος είναι δυνατό να διηθήσει τις φλέβες του μεσοκόλου του παχέος εντέρου και δια της πυλαίας φλέβας να προκαλέσει ηπατικές μεταστάσεις. Επίσης, διαμέσου των οσφυϊκών και των σπονδυλικών φλεβών μπορούν να εμφανισθούν μεταστάσεις στον πνεύμονα και τα οστά, αλλά και σε σπάνιες θέσεις. Διήθηση των φλεβών συμβαίνει συνήθως σε ποσοστό 20-35%, χωρίς πάντοτε να προκαλεί ηπατικές μεταστάσεις. Αυτές κατά την ώρα της διάγνωσης, μπορεί να υπάρχουν σε ποσοστό 20% σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού. Προσπάθεια περιορισμού της αιματογενούς διασποράς κατά τη διάρκεια της εγχείρησης γίνεται με τον απολίνωση των μεγάλων αγγείων των σύστοιχων τμημάτων με την απολίνωση των μεγάλων αγγείων των σύστοιχων τμημάτων του εντέρου που πρόκειται ν' αφαιρεθούν, πριν ακόμη αρχίσουν οι χειρισμοί και η κινητοποίηση του πάσχοντος τμήματος του εντέρου.¹

δ. **Με την περιτοναϊκή κοιλότητα :** Όταν ο καρκίνος διηθήσει το τοίχωμα του εντέρου, είναι δυνατόν να αποπέσουν καρκινικά κύτταρα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, κυρίως στην ορθοκυστική ή ορθομητρική πτυχή. Εκεί μπορεί να αναπτυχθούν μάζες και να δημιουργήσουν τον «κύφαλο του **Blumer**» ή σε προχωρημένα στάδια την «παγωμένη πύελο» (frozen pelvis). Και τα δύο αυτά ευρήματα κατά την εξέταση αποτελούν κακό προγνωστικό σημείο. Εμφύτευση των καρκινικών κυττάρων μπορεί να γίνει και στις ωθήκες σε ποσοστό 3-4%, οπότε έχουμε τον **όγκο του Krukenberg**, όπως και στον καρκίνο του στομάχου. Για το λόγο αυτό, πολλοί συγγραφείς συνιστούν αμφοτερόπλευρη ωθηκεκτομή μαζί με την κολεκτομή σε καρκίνο του παχέος εντέρου σε γυναίκες μετακλιμακτηριακής περιόδου.¹

ε. **Περινευρική διήθηση :** Η διήθηση του περινευρικού χώρου επιτρέπει την εξάπλωση του νεοπλασματος και την διήθηση κατά μήκος των νεύρων του παχέος εντέρου. Η κατάσταση αυτή συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό τοπικής υποτροπής της νόσου και έχει κακή πρόγνωση.¹



ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

7.1 Το σύστημα TNM

Από την αρχική δημιουργία ενός όγκου έως την ημέρα που αυτός θα δώσει τα πρώτα συμπτώματα μεσολαβεί άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα, το οποίο μάλιστα σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι αρκετά μακρό. Το διάστημα αυτό αποτελεί τη λεγόμενη σιωπηλή περίοδο. Από την εμφάνιση του και μετά ο όγκος αυξάνεται σταδιακά σε μέγεθος, με διαφορετικό για κάθε είδος νεοπλασματος ρυθμό αύξησης. Μετά την μεγέθυνση του όγκου εκδηλώνεται η επέκταση στους περιοχικούς λεμφαδένες ενώ, αργότερα, εκδηλώνονται και απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Ο όγκος, δηλαδή περνά από διάφορα στάδια, τα οποία πρέπει να προσδιορίζονται όσο το δυνατόν ακριβέστερα και λεπτομερέστερα. Η διαδικασία αυτού του προσδιορισμού λέγεται σταδιοποίηση. **Σταδιοποίηση** δηλαδή είναι το σύνολο των κλινικών, εργαστηριακών, εγχειρητικών, παθολογοανατομικών ή άλλων διαδικασιών που αποσκοπούν στον ακριβή προσδιορισμό της έκτασης ενός κακοήθους νεοπλασματος. Ο προσδιορισμός του σταδίου της νόσου συμβάλλει μεταξύ άλλων :

- στο σχεδιασμό της θεραπευτικής πρακτικής.
- στον προσδιορισμό της πρόγνωσης της νόσου,
- στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας,
- στην ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειρίας μεταξύ ερευνητικών ομάδων ώστε να εκτιμώνται συγκρίσιμες καταστάσεις.

Παρότι για ορισμένα νεοπλάσματα έχουν προταθεί ιδιαίτερα συστήματα σταδιοποίησης, αυτό που έχει γνωρίσει την ευρύτερη αποδοχή είναι το σύστημα TNM, που έχει αναπτυχθεί από ερευνητές της Διεθνούς Ένωσης κατά του Καρκίνου (VICC) και της Αμερικανικής Συνδεδεμένης Επιτροπής Καρκίνου (AJCC). Το TNM ακολουθεί μια ορθολογική μεθοδολογία, καλύπτει πολλές από τις αναγκαίες παραμέτρους και έχει αποδειχθεί αρκετά λειτουργικό. Ακόμα επιδέχεται τροποποιήσεις ανάλογα με δεδομένα που προκύπτουν από την συσσώρευση γνώσεων και εμπειρίας. Το σύστημα TNM για την σταδιοποίηση των όγκων περιγράφει την ανατομική έκταση της νόσου, στηριζόμενο σε 3 στοιχεία :

- Το μέγεθος του αρχικού όγκου που συμβολίζεται με το γράμμα T. (από την λέξη tumor).
- Την απουσία ή την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες, που συμβολίζονται με το γράμμα N. (από την λέξη nodes).
- Την απουσία ή την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων, που συμβολίζονται με το γράμμα M. (από την λέξη metastasis).

Για τον παράγοντα T, δηλαδή τον πρωτογενή όγκο, διακρίνουμε τις ακόλουθες περιπτώσεις :

- T₀ : Δεν υπάρχει ένδειξη όγκου
- T_x : Δεν μπορεί να διαπιστωθεί η παρουσία όγκου.
- T_{is} : Καρκίνος in situ.
- T₁, T₂, T₃, T₄ : Αυξανόμενο μέγεθος η τοπική επέκταση του πρωτογενούς όγκου. Γενικώς ως T₁ χαρακτηρίζονται όγκοι, των οποίων η μεγαλύτερη διάμετρος δεν υπερβαίνει τα 2cm. Ως T₂ ορίζεται ο όγκος, του οποίου η μεγαλύτερη διάμετρος κυμαίνεται μεταξύ 2cm και 4cm. Ως T₃ ορίζεται ο όγκος με τη μεγαλύτερη διάμετρο πάνω από 4cm. Τέλος, ως T₄ ορίζεται ο όγκος που διηθεί τα παρακείμενα όργανα.

Αντίστοιχα ισχύουν και για τον παράγοντα N, δηλαδή τους περιοχικούς λεμφαδένες. Ως προς τους αδένες διακρίνουμε τις εξής καταστάσεις :

- N₀ : Δεν υπάρχει ένδειξη μεταστατικών λεμφαδένων
- N_x : Δεν μπορεί να διαπιστωθεί η παρουσία μεταστατικών λεμφαδένων.
- N₁, N₂, N₃ : Αυξανόμενη συμμετοχή περιοχικών λεμφαδένων. Παρότι για μερικά όργανα υπάρχουν και περισσότερες υποκατηγορίες (N_{2a}, N_{2b}, N_{2c}), γενικώς ως N₁ ορίζεται η παρουσία ενός λεμφαδένα προς τη μια πλευρά, ως N₂ η παρουσία μεταστατικών λεμφαδένων και προς τις δύο πλευρές του πάσχοντος οργάνου.

Όσο για την απουσία ή την παρουσία μεταστάσεων σε απομακρυσμένα όργανα διακρίνουμε :

- M₀ : Δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.
- M_x : Δεν μπορούν να διαπιστωθούν απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- M₁ : Διαπιστώνονται απομακρυσμένες μεταστάσεις. Στην κατηγορία αυτή μπορεί να γίνει επί μέρους κατηγοριοποίηση, αναλόγως του οργάνου που εμφανίζει μεταστάσεις, λ.χ. N₁ PUL για πνευμονικές, OSS για οστικές, HEP για ηπατικές, BRA για εγκεφαλικές μεταστάσεις, MAR για μεταστατική διήθηση του μυελού κ.λ.π.

Πρέπει στο σημείο αυτό να διευκρινίσουμε την έννοια του δείκτη x στα σύμβολα του TNM. Εάν λ.χ. ένας ασθενής εμφανίζει κυτταρολογική πτυέλων θετική, με καμιά όμως απεικονιστική μέθοδο δεν αναδεικνύεται η παρουσία όγκου, ούτε διαπιστώνεται κατά τη βρογχοσκόπηση, έχουμε την περίπτωση όχι της μη ύπαρξης (όπως στο T₀), αλλά της μη διαπίστωσης (T_x). Εάν ένας ασθενής με όγκο του πνεύμονος εμφανίσει επιληπτική κρίση (χωρίς θετικό για επιληψία ατομικό αναμνηστικό ή μεταβολική διαταραχή που να προκαλεί κρίση) υποψιαζόμαστε εγκεφαλική μετάσταση. Αν, όμως, η παρουσία τέτοιας βλάβης δεν διαπιστωθεί ούτε με την αξονική τομογραφία ούτε με την μαγνητική τομογραφία, μπορούμε να μιλήσουμε για M_x.

Ουσιαστικό κριτήριο για την πρόγνωση ενός όγκου είναι, εκτός από το στάδιο, και ο βαθμός κακοήθειας των κυττάρων του όγκου (grade). Διακρίνουμε :

- G_x : Δεν μπορεί να προσδιοριστεί ο βαθμός κακοήθειας των κυττάρων.
- G₁ : Καλώς διαφοροποιημένος καρκίνος.
- G₂ : Μετρίως διαφοροποιημένος καρκίνος.
- G₃ : Χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνος (poorly differentiated).

Όσο περισσότερο διαφοροποιημένα είναι τα κύτταρα του όγκου, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση (G₁ η καλύτερη πρόγνωση).

Η σταδιοποίηση με το σύστημα TNM μπορεί να γίνει είτε κλινικώς (cTNM, όπου c = clinical) είτε παθολογοανατομικώς μετά τη χειρουργική επέμβαση (pTNM, όπου p = pathologic) είτε νεκροτομικώς (aTNM όπου a = autopsy). Ως rTNM (όπου r = retreatment) χαρακτηρίζεται η ανασταδιοποίηση κατά την υποτροπή μετά από

άλλοτε άλλο ελεύθερο νόσου μεσοδιάστημα. Η αναστασιοποίηση είναι απαραίτητο να γίνεται πριν την εφαρμογή νέου θεραπευτικού πρωτοκόλλου.¹¹

7.2 Σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού.

Πολλοί τρόποι έχουν προταθεί στο παρελθόν για την σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται η σταδιοποίηση TNM της VICC (αρχική 1978) και εκείνη της AJCC (1983), ενώ το 1988 έγινε αναθεώρηση για την ενοποίηση των δύο. Σε χρήση είναι ακόμα και η ταξινόμηση κατά Dukes και η Astler-Coller, όπως έχει τροποποιηθεί από τους Gunderson και Sosin (1974).

Στάδιο	TNM			Dukes	Τροποποιημένη Astler-Coller	
0	Tis	No	Mo	-		
I	T ₁	No	Mo	A	A	
	T ₂	No	Mo		B ₁	
II	T ₃	No	Mo	B	B ₂	
	T ₄	No	Mo		B ₃	
III	T ₁₋₄	N ₁	Mo	C	C ₁	T ₂ N _{1,2} Mo
	T ₁₋₄	N ₂	Mo		C ₂	T ₃ N _{1,2} Mo
	T ₁₋₄	N ₃	Mo	C ₂	C ₃	T ₄ N _{1,2} Mo
IV	T ₁₋₄	N ₁₋₃	M ₁	D	D	

7.2.α Επεξήγηση συμβόλων συστήματος TNM για τον καρκίνο του παχέος εντέρου

Tis	Καρκίνος in situ
T ₁	Ο όγκος διηθεί τον υποβλεννογόνο χιτώνα
T ₂	Ο όγκος διηθεί τον μυϊκό χιτώνα
T ₃	Ο όγκος δια μέσου του μυϊκού επεκτείνεται στον υπορογόνο, στους περικολικούς ή στους περιορθικούς ιστούς.
T ₄	Ο όγκος διαττραινει το σπλαχνικό περιτόναιο ή εισβάλλει απευθείας σε άλλα όργανα ή ιστούς.
No	Δεν διαπιστώνεται διήθηση λεμφαδένων.
N ₁	Μεταστάσεις σε έναν έως τρεις περικολικούς ή περιορθικούς λεμφαδένες.
N ₂	Μεταστάσεις σε τέσσερις ή περισσότερους περικολικούς ή περιορθικούς λεμφαδένες.
N ₃	Μεταστάσεις σε κάθε λεμφαδένα κατά την διαδρομή των μεγάλων αγγείων.
Mo	Δεν διαπιστώνονται απομακρυσμένες μεταστάσεις
M ₁	Διαπιστώνονται απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Όπως και στα περισσότερα άλλα νεοπλάσματα και στον καρκίνο του παχέος εντέρου και ορθού ο βαθμός κακοήθειας (grade) διακρίνεται ως εξής :

Gx	Ο βαθμός κακοήθειας δεν μπορεί να προσδιοριστεί.
G ₁	Κύτταρα όγκου καλώς διαφοροποιημένα.

- G₂ Κύτταρα όγκου μετρίως διαφοροποιημένα.
- G₃ Χαμηλής διαφοροποίησης κύτταρα.
- G₄ Κύτταρα όγκου αδιαφοροποίητα.¹¹

7.2.β Επιβίωση αναλόγως του σταδίου.

Η επιβίωση αναλόγως με το στάδιο της νόσου έχει προσδιοριστεί από την AJCC με βάση τα στοιχεία από 111.110 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν στις ΗΠΑ μεταξύ των ετών 1973-1987. Η κατανομή κατά στάδιο των ασθενών είχε ως εξής :

Στάδιο 0 (in situ) :	N = 4841
Στάδιο I :	N = 19623
Στάδιο II :	N = 33798
Στάδιο III :	N = 29615
Στάδιο IV :	N = 23233

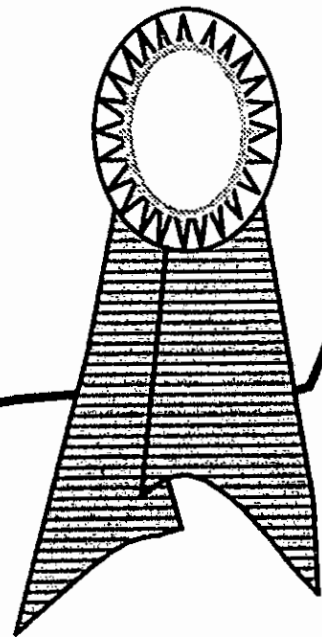
Η καμπύλη επιβίωσης των ασθενών ήταν η ακόλουθη :¹¹

7.3 Σταδιοποίηση κατά DUKES του καρκίνου του παχέος εντέρου.¹²

	Στάδιο κατά DUKES	Ποσοστό πενταετούς επιβίωσης
A	Το νεόπλασμα περιορίζεται στο εντερικό τοίχωμα (ορογόνος ανέπαφος).	80%
B	Το νεόπλασμα διηθεί όλο τοίχωμα του εντέρου.	65%
C	Διηθημένοι επιχώριοι λεμφαδένες.	30%
D	Απομακρυσμένες μεταστάσεις η διήθηση κατά συνέχεια των παρακειμένων οργάνων που κάνουν το νεόπλασμα ανεγχείρητο.	5%

Κεφάλαιο

8



ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

8.1 Κλινική εικόνα καρκίνου παχέος εντέρου.

Τα αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου και του ορθού εμφανίζουν σχετικά βραδύ ρυθμό ανάπτυξης. Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού του όγκου που εντοπίζεται στο παχύ έντερο είναι περίπου 620 ημέρες, που σημαίνει ότι μεσολαβούν πολλά χρόνια μέχρις ότου ο καρκίνος καταστεί κλινικά εμφανής. Στην πλειονότητα των αρρώστων, όπου η διάγνωση γίνεται σε συμπτωματική φάση της νόσου, πρόκειται κατά κανόνα για προχωρημένο στάδιο της νόσου. Έτσι οι προσπάθειες μας θα πρέπει να στραφούν κυρίως στη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου στα πρώιμα υποκλινικά στάδια, κατά τα οποία και τα θεραπευτικά αποτελέσματα θα είναι καλύτερα.^{1,10}

Η συμπτωματολογία εξαρτάται από την εντόπιση του καρκίνου, γι' αυτό τα συμπτώματα θα διαχωριστούν σε συμπτώματα του δεξιού κόλου, του αριστερού κόλου και του ορθού.¹

Τα **συμπτώματα του καρκίνου του δεξιού κόλου** είναι αόριστα και όχι τόσο χαρακτηριστικά, για τους εξής λόγους : (α) το εύρος του αυλού του εντέρου είναι μεγαλύτερο κατά 2 ½ φορές από αυτό του αριστερού κόλου, (β) το περιεχόμενο του τελικού ειλεού προς το τυφλό είναι υδαρές και (γ) η μακροσκοπική μορφή του καρκίνου είναι κυρίως ανθοκραμβοειδής και όχι στενωτικού τύπου.¹

Έτσι, για όλα αυτά, οι ασθενείς προσέρχονται καθυστερημένα και χωρίς σαφή κλινική εικόνα. Τα σπουδαιότερα συμπτώματα του καρκίνου του δεξιού κόλου είναι τα εξής :

α. Ανεξήγητη αναιμία με τα ανάλογα επακόλουθα της, όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, ζάλη, αδυναμία και δύσπνοια μετά από κόπωση. Η αναιμία αυτή προέρχεται από τη μικροσκοπική αιμορραγία του όγκου. Μακροσκοπική αιμορραγία δεν είναι συχνή. Η διαπίστωση, λοιπόν, ανεξήγητης μικροκυτταρικής, υπόχρωμης αναιμίας θα πρέπει πάντα να δημιουργεί υποψίες για την ύπαρξη καρκίνου στο δεξιό κόλο.^{1,6}

β. Διάφορα δυσπεπτικά ενοχλήματα ή και πόνος κατά τη δεξιά κοιλιά, με επέκταση στον ομφαλό. Ο πόνος είναι αβληγρός, ενοχλητικός, σταθερός. Αυτά μπορεί να θεωρηθούν ενοχλήματα από χολοκυστοπάθεια, ή γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος ή και σκωληκοειδίτιδα.^{1,6}

γ. Στο 10% των ασθενών με καρκίνο του δεξιού κόλου, το πρώτο σημείο είναι η ανεύρεση ψηλαφητής μάζας στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, πολλές φορές επώδυνης.

δ. Η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου και η εντερική απόφραξη δεν είναι χαρακτηριστικά ούτε συχνά συμπτώματα στον καρκίνο του δεξιού κόλου.¹

Η παρουσία μεγάλης απώλειας βάρους,³ καχεξίας, ικτέρου και ηπατομεγαλίας υποδηλώνουν προχωρημένα στάδια καρκίνου.

Τα **συμπτώματα του καρκίνου του αριστερού κόλου** είναι πιο χαρακτηριστικά, αρκεί μόνο να μη θεωρηθούν συμπτώματα άλλων παθήσεων. Χαρακτηριστική είναι η **αλλαγή των συνηθειών του εντέρου**, είτε υπό μορφή δυσκοιλιότητας είναι υπό μορφή διαρροϊκών κενώσεων ή η εναλλαγή και των δύο.

Είναι δυνατόν να υπάρχει **αίμα στα κόπρανα**, συνήθως ανακατεμένο με βλέννα. Η **αιμορραγία** που προκαλείται από τον καρκίνο του παχέος εντέρου σπάνια είναι σοβαρής μορφής. Η εμφάνιση αίματος με σκοτεινό χρώμα σχετίζεται με αιμορραγία από εκκόλλωμα. Ακόμη η παρουσία αναιμίας ή ψηλαφητής μάζας υποδηλώνει προχωρημένο καρκίνο.^{1,10}

Άλλο χαρακτηριστικό του καρκίνου του αριστερού κόλου είναι η **πλήρης ή ατελής εντερική απόφραξη**. Στο τμήμα αυτό ο αυλός του εντέρου είναι μικρότερος και το εντερικό περιεχόμενο πιο συμπαγές. Επίσης, στην περιοχή αυτή ο μακροσκοπικός τύπος του καρκίνου είναι δακτυλιοειδής, με αποτέλεσμα την προϊούσα εντερική απόφραξη. Όταν, λοιπόν η ειλεοτυφλική βαλβίδα επαρκεί, η απόφραξη παίρνει την κλινική εικόνα οξείας κοιλιάς. Αν η ειλεοτυφλική βαλβίδα ανεπαρκεί, εκδηλώνεται με αυξανόμενη δυσκοιλιότητα, διάταση της κοιλιάς και επιτεινόμενα κοιλιακά άλγη που διαρκούν αρκετές ημέρες.^{1,10}

Στον **καρκίνο του ορθού**, το συχνότερο σύμπτωμα είναι η αποβολή **καθαρού αίματος**, που σπάνια όμως είναι άφθονη ή εμφανίζεται με την μορφή πηγμάτων αίματος. Η απώλεια αίματος είναι επίμονη και μπορεί να συνοδεύεται με πρόσμιξη **βλέννας**. Το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι ότι οι περισσότεροι αποδίδουν την αποβολή αίματος στις αιμορροΐδες και έτσι χάνεται πολύτιμος χρόνος. Τις περισσότερες φορές η **δακτυλική εξέταση** λύνει το διαγνωστικό πρόβλημα.¹

Υπάρχει συχνά **τεινισμός** και αίσθημα **ατελούς αφόδευσης**. Ο πόνος σε καρκίνο του ορθού συνήθως δεν υπάρχει, αλλά η παρουσία του υποδηλώνει επέκταση της νόσου και διήθηση των γύρω ιστών και ιδιαίτερα του ιερού και υπογαστρίου πλέγματος. Διάφορα άλλα συμπτώματα εμφανίζονται όταν τελικά ο όγκος διηθήσει γειτονικά όργανα. Έτσι, όταν διηθηθούν η ουροδόχος κύστη ή ο προστάτης, είναι δυνατό να εμφανισθούν συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας. Μπορεί ακόμη να εμφανισθεί **μαζική πνευματουρία** ή ο άρρωστος να έχει μόνο υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις. Επίσης, μπορεί να δημιουργηθούν εσωτερικά συρίγγια, όπως ορθοκυστικά ή ορθοκολπικά, με αποτέλεσμα την αποβολή αερίων ή κοπράνων κατά την ούρηση ή από τον κόλπο. Η διάταση των κοιλιακών τοιχωμάτων και ο μετεωρισμός είναι το αποτέλεσμα της απόφραξης του εντέρου ή η δημιουργία ασκητικού υγρού το τελευταίο γίνεται όταν υπάρχει διήθηση του περιτοναίου ή των προαρρορτικών λεμφογαγγλίων. Σε σπάνιες περιπτώσεις, όταν έχει διηθηθεί και η χοληφόρος δεξαμενή το ασκητικό υγρό έχει χρώμα σαν γάλα.^{1,10,13}

Η κλινική εξέταση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να δείξει ψηλαφητή μάζα, ηπατομεγαλία, ασκίτη ή και διογκωμένους λεμφαδένες. Είναι απαραίτητο να τονισθεί και πάλι ότι με την **δακτυλική εξέταση** και την **ορθοσιγμοειδοσκόπηση** είναι δυνατόν να διαγνωσθεί το 50-60% των περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού.¹

8.2. Συσχέτιση των κλινικών εκδηλώσεων των παθήσεων του παχέος εντέρου με τα ευρήματα της ορθοσιγμοειδοσκόπησης.

Μελετήθηκαν 550 άρρωστοι (262 άνδρες και 288 γυναίκες, ηλικίας 16-84 ετών) με ορθοσιγμοειδοσκόπηση που είχαν κύρια συμπτώματα την αναιμία (155 περιπτώσεις), το κοιλιακό άλγος (149), τις διαταραχές των κενώσεων (154) και την εντερορραγία (92). Στους 187 (34%) βρέθηκαν παθολογικά ευρήματα.

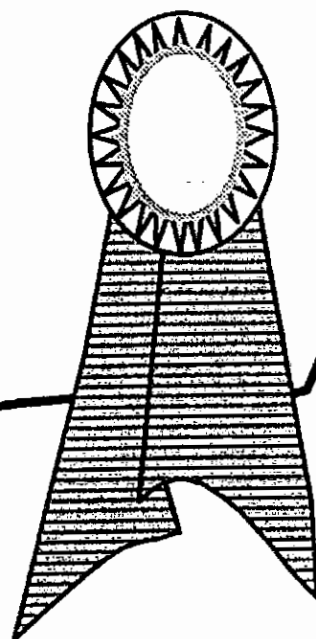
Από τους 155 αρρώστους (28%) που είχαν κύριο σύμπτωμα την αναιμία, η ορθοσκόπηση αποκάλυψε καλοήγη ευρήματα σε 28 (18%) και μόνο σε 5 (3,2%)

κακοήθη ευρήματα (καρκίνο του ορθού). Από τους 303 αρρώστους (55%) που είχαν κύριο σύμπτωμα το κοιλιακό άλγος ή τις διαταραχές των κενώσεων, βρέθηκαν καλοήθη ευρήματα σε 74 (24%) και κακοήθη (καρκίνος) σε 2 (0,6%). Στους αρρώστους με εντερορραγία, που ήταν η λιγότερο συχνή ένδειξη για την ορθοσιγμοειδοσκόπηση, βρέθηκαν τα περισσότερα παθολογικά ευρήματα (σε 78 αρρώστους ή 84,5%), τα οποία ήταν καρκίνος σε 20 (21,7%), φλεγμονώδη νοσήματα σε 22 (23,8%), πολύποδες σε 14 (15,2%).

Συμπερασματικά, στους αρρώστους που μελετήσαμε : 1) Η αναιμία βρέθηκε να υποκρύπτει καρκίνο του ορθού σε ποσοστό 3,2%. 2) Το κοιλιακό άλγος και οι διαταραχές των κενώσεων σχετίζονταν με καλοήθειες παθήσεις και μόνο στο 0,6% οφειλόταν σε καρκίνο και 3) Η εντερορραγία είχε αιτία νεοπλασματικές και φλεγμονώδεις νόσους του παχέος εντέρου, που στο 84,5% των περιπτώσεων αφορούν τα κατώτερα 25εκ.¹⁴

Κεφάλαιο

9



ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στη διάγνωση μπορούμε να οδηγηθούμε από τα συμπτώματα που αναφέραμε. Πρέπει να έχουμε όμως υπόψη μας ότι αρχικά οι όγκοι αυτοί είναι ασυμπτωματικοί ή ότι δεν έχουν πάντα τυπική συμπτωματολογία. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στους ηλικιωμένους που έχουν αιμορραγίες από το ορθό ή διαταραχές στις κενώσεις.

Τα μέσα που βοηθούν στην διάγνωση είναι :

9.1 Εξέταση των κοπράνων.

Η **εξέταση των κοπράνων**, με την οποία γίνεται ανίχνευση αιμοσφαιρίνης (κατά Mayer) και αναζήτηση καρκινωματοδών κυττάρων (κατά Παπανικολάου), μετά από ειδική προετοιμασία του εντέρου. Η προετοιμασία αυτή περιλαμβάνει καθαρτικό υποκλυσμό και στη συνέχεια πλύσεις του πάχους εντέρου με φυσιολογικό ορό. Μετά την φυγόκεντρης του υγρού της πλύσεως αναζητούνται στο ίζημα τα καρκινωματούδη κύτταρα.

9.2 Δακτυλική εξέταση, ορθοσιγμοειδοσκόπηση – κολονοσκόπηση.

Η **διάγνωση** του καρκίνου και της ορθοσιγμοειδικής καμπής γίνεται με την **δακτυλική εξέταση** και την **ορθοσιγμοειδοσκόπηση**, η οποία συνδυάζεται με βιοψία. Η εξέταση με το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο ή με το **κολονοσκόπιο**, με το οποίο ελέγχεται ολόκληρο το παχύ έντερο, βοηθά σημαντικά στη διάγνωση.¹

Με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση ελέγχεται η φύση του βλεννογόνου του κατώτερου τμήματος του εντέρου, σε έκταση 25-30εκ. από τον πρωκτό, η περισταλτικότητα του, η παρουσία εκκολπωμάτων, η ανάπτυξη νεοπλασματικών επεξεργασιών ή άλλων παθολογικών καταστάσεων της μορφολογίας του τμήματος αυτού.¹⁵

Με την κολονοσκόπηση γίνεται έλεγχος σε ολόκληρο το παχύ έντερο μέχρι της ειλεοτυφλικής βαλβίδας.

Η προετοιμασία του αρρώστου, τόσο για την ορθοσκόπηση, όσο και για την σιγμοειδοσκόπηση περιλαμβάνει :

- Αποχή του αρρώστου από τροφή 8-10 ώρες, πριν από την ενδοσκόπηση.
- Εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενο του με υποκλυσμό την προηγούμενη από την ορθοσκόπηση μέρα και το πρωί της ίδιας ημέρας, πάντοτε όμως 2 ώρες πριν από την ενδοσκόπηση για να ελαττωθεί η υπερκινητικότητα του εντέρου. Το υγρό του υποκλυσμού αποφεύγεται να είναι ερεθιστικό στο βλεννογόνο, για να μη δημιουργηθεί λανθασμένη εικόνα την ώρα της εξέτασεως. Εάν ο άρρωστος έχει φυσιολογική κένωση του εντερικού σωλήνα ο υποκλυσμός δεν γίνεται.
- Ενημέρωση και προετοιμασία του ασθενούς για την νοσηλεία που είναι επώδυνη και πολύ δυσάρεστη και επίσκεψη του χώρου της εξετάσεως.
- Τοπική καθαριότητα.

Η εξέταση αυτή γίνεται στο ενδοσκοπικό τμήμα του νοσοκομείου ή της κλινικής. Ο ασθενής τοποθετείται σε γονατοαγκωνιαία θέση στο εξεταστικό κρεβάτι

και σκεπάζεται με σεντόνι που να έχει άνοιγμα στην περιοχή του σφιγκτήρα του πρωκτού.

Ο ιατρός αρχικά κάνει δακτυλική εξέταση του ορθού και κατόπιν αφού επαλείψει με βαζελίνη το ορθοσκόπιο το εισάγει με ήπιες κινήσεις μέσα στο ορθό και το σιγμοειδές.¹⁵

Η ανακάλυψη των ευκάμπτων ενδοσκοπιών και η εφαρμογή των κολονοσκοπιών στην ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου, αποτελούν την πιο σημαντική συμβολή της τελευταίας εικοσαετίας στη διάγνωση και θεραπεία του ΚΠΕ.³

Οι τεχνικές βελτίωσης που έχουν γίνει στη νέα γενιά των κολονοσκοπιών, αφ' ενός επιτρέπουν ευχερώς τον πλήρη έλεγχο του παχέος εντέρου και του τελικού τμήματος του ειλεού, αφ' ετέρου έχουν μειώσει στο ελάχιστο την ταλαιπωρία του ασθενούς. Επιπλέον, η δημιουργία των video – ενδοσκοπιών ανοίγει νέους ορίζοντες στην ενδοσκοπική διάγνωση και θεραπεία των παθήσεων του παχέος εντέρου.³

Αντενδείξεις για την πραγματοποίηση της κολονοσκόπησης αποτελούν :

1. Η πρόσφατη ισχαιμία του μυοκαρδίου.
2. Η κύηση.
3. Το τοξικό megacolon και
4. Η βαριά εκκολπωματίτιδα.³

Τα πλεονεκτήματα της κολονοσκόπησης είναι :

1. Ανακαλύπτει βλάβες που χάνουν η ορθοσκόπηση και ο βαριούχος υποκλυσμός.
2. Ανακαλύπτει συγχρόνως όγκους με σοβαρές επιπτώσεις στην πρόγνωση του αρρώστου.
3. Παρέχει τη δυνατότητα λήψης βιοψιών από βλάβη ακτινολογικά διαπιστωμένη.
4. Αποτελεί την πιο ευαίσθητη και αξιόπιστη εξέταση σε ασθενείς με προκαρκινωματώδεις καταστάσεις, όπως οι φλεγμονώδεις παθήσεις του παχέος εντέρου και τα διάφορα σύνδρομα πολυποδίασης.
5. Παρέχεται η δυνατότητα μεταφοράς δέσμης ακτινών Laser μέσω κολονοσκοπίου, για την αντιμετώπιση αιμορραγίας σε καρκίνο του παχέος εντέρου και την ταυτόχρονη αποκατάσταση σε περίπτωση απόφραξης της συνέχειας του αυλού του πεπτικού σωλήνα.
6. Ανακαλύπτει που θεραπεύει ριζικά την πιο σημαντική προκαρκινική βλάβη του παχέος εντέρου, τους αδενωματώδεις πολύποδες και τα θηλώδη αδενώματα.³

9.3 Βαριούχος υποκλυσμός

Ο Βαριούχος υποκλυσμός παραμένει η ιδανική μέθοδος εξέτασεως του ορθοσιγμοειδούς.

Η εξέταση γίνεται με δύο μεθόδους, οι οποίες είναι γνωστές από πάρα πολλά χρόνια. Ήδη ο Roentgen το 1895 με την ανακάλυψη των ακτίνων, άνοιξε τα σύνορα και μετά πολλοί άλλοι ερευνητές προχώρησαν βήμα προς βήμα έως ότου, τέλος ο περίφημος Βιεννέζος ακτινολόγος Guido Holzknecht παρουσίασε την μελέτη του Πεπτικού συστήματος.

Το 1910 ο Bachem και Gunther παρουσίασαν το θειικό βάριο και τέλος ο Rieder Schule και ειδικά ο Haenisch καθιέρωσαν τη μελέτη του παχέος εντέρου με σκιαγραφικά υλικά.

Τέλος ο Σουηδός Laurel από την Ουψάλα και ο Ακτινολόγος Fischer, δημοσίευσαν τη χρήση του αέρα, με την μέθοδο διπλής σκιαγραφήσεως.

Ο Ακτινολόγος Welin και ο Ιάπων Ακτινολόγος Shirakabe προώθησαν τη μελέτη του παχέος εντέρου με διπλή σκιαγραφική αντίθεση.

Σήμερα ακόμα, η μέθοδος μελέτης του παχέος εντέρου παραμένει ο βαριούχος υποκλυσμός. Η εξέταση γίνεται είτε, με την απλή μέθοδο του βαριούχου ή με την μέθοδο της διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης.

Προϋπόθεση για την επιτυχία της εξετάσεως είναι ο καλός καθαρισμός του παχέος εντέρου. Υπάρχουν πολλά πρωτόκολλα καθαρισμού, αλλά εκείνο το οποίο είναι το πιο σημαντικό, είναι η εφαρμογή υδρικής διαίτας, η χρησιμοποίηση βιοκαθαρτικών δηλ. μαγνησίας και καστορέλαιου και τέλος, καθαρτικοί υποκλυσμοί 1-3 για τον τέλειο καθαρισμό του εντέρου.

Ο Alexander Margulis, σε μια πρόσφατη μελέτη του, όπου απευθύνθηκε σε 175 μεγάλα ιατρικά κέντρα στον κόσμο, και συνέλεξε 162 απαντήσεις δηλ. 93% προχώρησε στην στατιστική ανάλυση τους. Από αυτές τις 162 απαντήσεις οι 128 δηλ. το 79% προήλθε από ακτινολόγους των Η.Π.Α. ενώ οι 34 δηλ. το 21% από ακτινολόγους ξένων χωρών.

Όσον αφορά την ειδική προετοιμασία, μόνο 3% από τα ως άνω Νοσοκομεία δεν ζητούν ειδική προετοιμασία. Σε όλα τα Νοσοκομεία, χορηγούνται καθαρτικά και σε ένα ποσοστό 77,8% χορηγείται το Dulcolax, ενώ σ'ένα ποσοστό 21,6% το x-gerp. Επίσης, η πιο συνηθισμένη προετοιμασία είναι η χρησιμοποίηση Dulcolax, κίτρινης Μαγνησίας και η έντονη υδρική διαίτα με το συνδυασμό καθαρτικών υποκλυσμών. Στο 85,8% των ως άνω Νοσοκομείων, ο καθαρτικός υποκλυσμός γίνεται με απλό νερό, ενώ στο 7,6% με φυσιολογικό ορό. Άξιο σημειώσεως είναι ότι 9,1% από τα ως άνω Νοσηλευτικά ιδρύματα, χρησιμοποιούν για τη διαγνωστική διερεύνηση, πρόσμιξη Τανίνης. Σε ένα ποσοστό 77,3% ο καθαρτικός υποκλυσμός πραγματοποιείται μια και δύο ή και τρεις φορές, εάν δεν έχει καθαρίσει καλά το έντερο.

Στη μελέτη με βαριούχο υποκλυσμό, χρησιμοποιούν γλυκογόνο, ενώ το buscopan χρησιμοποιείται σε ένα ποσοστό 45,1% των ως άνω ιδρυμάτων. Όλοι οι ακτινολόγοι σε ποσοστό 92,7% προτιμούν να γίνει η ενδοφλέβιος ένεση των ως άνω φαρμάκων, αμέσως πριν από την εξέταση.

Η χρησιμοποίηση ειδικού μπαλονιού με αέρα σε ασθενείς οι οποίοι είναι βαριά, βοηθάει, στο να πραγματοποιηθεί και να ολοκληρωθεί η εξέταση, διότι ένα ποσοστό 71,4% δεν μπορούν να κρατήσουν τον υποκλυσμό. Τέτοια μπαλόνια χρησιμοποιούνται και στις περιπτώσεις κολοστομίας για να μπορέσει να γίνει σωστή πλήρωση του εγγύς ή του απιόντος τμήματος.

Η μέθοδος της διπλής σκιαγραφικής αντίθεσεως, εμποδούνται κάθε μέρα και περισσότερο. Τα ιδρύματα που απάντησαν, αναφέρουν ότι, σε ένα ποσοστό 55,6% πραγματοποιούν έρευνα του παχέος εντέρου με απλή σκιαγραφική αντίθεση. Σε ένα ποσοστό 50% τα ίδια ιδρύματα, χρησιμοποιούν και τις δύο μεθόδους την ίδια μέρα οπότε αυξάνεται η δυνατότητα διαγνώσεως.

Η μελέτη του παχέος εντέρου στο 93,8% των ιδρυμάτων γίνεται υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο και με συνδυασμό απλών ακτινογραφιών ή fotocameras ή video. Η ιδανική ακτινογραφική τεχνική είναι του υψηλού kV δηλ. 100 με 140kV.

Η μέθοδος ερεύνης του παχέος εντέρου με απλή σκιαγραφική μελέτη εφαρμόζεται σε ένα ποσοστό 75,8% σε πολύ νέους ή σε πολύ γέρους ασθενείς. Όταν

υπάρχει υπόνοια συριγγίου σε ένα ποσοστό 63,4% πραγματοποιείται η απλή εξέταση. Σε ένα ποσοστό 16,1% η απλή μέθοδος εφαρμόζεται όταν υπάρχει μεγάλη βλάβη.

Η μέθοδος της διπλής σκιαγραφικής αντιθέσεως εφαρμόζεται σε ένα ποσοστό 75% όταν γίνεται έρευνα για αιμορραγία ή για διερεύνηση πολύποδων ή σαν follow up μετά από εγχείρηση για πολύποδες. Ιδανική επίσης είναι αυτή η μέθοδος σε περιπτώσεις φλεγμονών του παχέος εντέρου ή σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου υπάρχει άγνωστος αιτία αιμορραγίας ή συνυπάρχει αναιμία ή και απώλεια βάρους.³

Ο βαριούχος υποκλυσμός είναι απαραίτητος και στις περιπτώσεις που ένας καρκίνος έχει διαγνωσθεί είτε δακτυλικά είτε με τη σιγμοειδοσκόπηση για να αποκλεισθούν τυχόν «σύγχρονου» καρκίνοι ή πολύποδες σε άλλα κεντρικότερα σημεία. Η συνήθης ακτινολογική εικόνα είναι «έλλειμμα στην σκιαγράφηση», το οποίο συνήθως δίνει την εικόνα του «φαγωμένου μήλου» (apple core) ή του «δακτυλίου της πετσέτας του φαγητού» (parkin – ring).

Εκτός από τις τυπικές αυτές ακτινολογικές εικόνες, οι οποίες αφορούν συνήθως σχετικά προχωρημένους καρκίνους, υπάρχουν και οι άτυπες ασαφείς που μπορεί να οφείλονται σε πρώιμο καρκίνο, μόνιμο σπασμό, κακή προετοιμασία του εντέρου ή σε κακή έκπτυξη και απεικόνιση των περιέχων που αναφέρθηκαν προηγουμένως.⁶

Υπάρχει αντένδειξη στην χορήγηση βαρίου από το στόμα, όταν υπάρχει υποψία καρκίνου του παχέος εντέρου και ιδιαίτερα του αριστερού κόλου, γιατί μπορεί να προκαλέσει οξεία εντερική απόφραξη.⁶

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.³

<u>ΕΞΕΤΑΣΗ</u>	<u>ΕΠΙΤΥΧΙΑ %</u>
Ορθοσκόπηση (άκαμπτο)	25
Ορθοσιγμοειδοσκόπηση (εύκαμπτο)	50-60
Βαριούχος υποκλυσμός (BY) (Απλός)	75
BY διπλής αντίθεσης	85+
Κολονοσκόπηση	85-95
BY διπλής αντίθεσης + Κολονοσκόπηση	95-99

9.4 Αιματολογικός, βιοχημικός έλεγχος, CEA

Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος δεν είναι διαγνωστικός. Αποσκοπεί περισσότερο στην ανακάλυψη και διόρθωση τυχόν ελλειμμάτων (αναιμίας, ηλεκτρολυτικών διαταραχών, υπολευκωματαιμίας, υποπροθρομβιναιμίας, καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας κ.λ.π.) προκειμένου να προετοιμαστεί ο ασθενής κατάλληλα για την εγχείρηση.⁶

Το **καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA)** είναι μια γλυκόπρωτείνη της κυτταρικής μεμβράνης των διαφόρων ιστών, η οποία ανευρίσκεται σε πολλά υγρά του σώματος και ιστούς συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του παχέος εντέρου. Μερικά από τα αντιγόνα της γλυκοπρωτεΐνης αυτής εισέρχονται στην κυκλοφορία και ανιχνεύονται ραδιοϊσοτοπικά στον ορό. Είναι γνωστό ότι το CEA

δεν θεωρείται ειδικός δείκτης διάγνωσης του καρκίνου, γιατί είναι αυξημένο και σε πολλές άλλες κακοήθειες και καλοήθειες παθήσεις. Χρησιμοποιείται κυρίως ως προγνωστικός δείκτης. Μετά την εκτομή του όγκου παρατηρείται σοβαρή μείωση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου και μάλιστα σε χρόνο 2 εβδομάδων. Έτσι, αν το CEA δεν επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα μετά την εγχείρηση, αυτό υποδηλώνει κακή πρόγνωση. Η τυχόν επανεμφάνιση του όγκου είναι δυνατό να σημαίνει υποτροπή της νόσου.¹

9.5 Αξονική και Μαγνητική Τομογραφία

Η αξονική τομογραφία έχει ιδιαίτερη σημασία για την προεγχειρητική σταδιοποίηση του νεοπλασματος.¹ Η αξονική τομογραφία πρέπει να γίνεται μετά από per os χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας με στόχο τη σκιαγράφιση ολόκληρου του γαστρεντερικού σωλήνα. Στο τμήμα του αξονικού τομογράφου («Άγιος Σάββας») χρησιμοποιείται πολύ αραιό διάλυμα γαστρογραφίνης και χορηγούνται 400ml τρεις ώρες πριν την εξέταση και 200ml κατά την έναρξη.³

Η εξέταση γίνεται με συνεχείς τομές των 10mm από τον πόλο του διαφράγματος μέχρι του πυελικού εδάφους. Με τον τρόπο αυτό απεικονίζονται πέραν των εντερικών ελίκων και του ορθού, το ήπαρ, τα επινεφρίδια και οι περιοχές όπου μπορεί να έχει αναπτυχθεί μεταστατική λεμφαδενοπάθεια. Εάν υπάρχουν αλλοιώσεις στο ήπαρ για τις οποίες υπάρχουν αμφιβολίες, γίνεται και ενδοφλέβιος χορήγηση, ιωδιούχου σκευάσματος με ταχεία τεχνική (bolus) σε ποσότητα που εξαρτάται από το βάρος του ασθενούς (2ml/kg Angiografin).³

Η μαγνητική τομογραφία είναι σαφώς πιο ευαίσθητη μέθοδος στην διερεύνηση του ήπατος για μεταστάσεις ή άλλες βλάβες και έχει πολύ μεγαλύτερη ειδικότητα από την αξονική. Στο τμήμα μας λαμβάνουμε εγκάρσιες τομές πάχους 10mm που καλύπτουν ολόκληρο το ήπαρ με ακολουθίες παλμών T₁, πυκνότητας πρωτονίων και T₂. Η εξέταση γίνεται χρησιμοποιώντας σύστημα απόρριψης δεδομένων σε ακραίες αναπνευστικές θέσεις (PEAR) ώστε οι εικόνες να είναι απηλλαγμένες παρασίτων εκ κινήσεως. Χρήση παραμαγνητικών σκιαγραφικών (Γαδολίνιο – DTPA) δεν απαιτείται στη διερεύνηση του ήπατος.²

Με την ίδια μέθοδο μπορούμε προς το παρόν να απεικονίσουμε τα επινεφρίδια, το πάγκρεας και τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο χωρίς όμως σημαντικά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με την αξονική. Ο έλεγχος του εντερικού σωλήνα με μαγνητική παρά την χρήση παραμαγνητικών υλικών φαίνεται να μειονεκτεί μέχρι σήμερα σε σχέση με τα αποτελέσματα της αξονικής τομογραφίας.³

Και στις δύο πάντως περιπτώσεις (μαγνητικής – αξονικής), ο έλεγχος του παχέος εντέρου και του ορθού δεν μπορεί να είναι αποδεικτικός. Συνήθως έχουμε να κάνουμε με ασθενείς διαγνωσμένους με κολονοσκόπηση, ορθοσκόπηση, βαριούχο υποκλυσμό που είναι και οι εξετάσεις εκλογής για τη νόσο αυτή.³

9.6 Άλλες εξετάσεις

Η **ακτινογραφία θώρακα** είναι απαραίτητη για την πιθανή εντόπιση πνευμονικών μεταστάσεων, όπως επίσης απαραίτητη είναι και η ενδοφλέβια πνευμογραφία προεγχειρητικά για τον προσδιορισμό του αριθμού και της θέσης των

νεφρών, καθώς και της διήθησης ή παρεκτόπισης των ουρητήρων από τον όγκο. Τα στοιχεία από τον έλεγχο αυτό θα βοηθήσουν τον χειρουργό να αποφύγει ιατρογενείς κακώσεις των οργάνων αυτών ή να προχωρήσει σε πιο εκτεταμένη εγχείρηση.⁶

Το **σπινθηρογράφημα του ήπατος** χρησιμεύει για την ανεύρεση τυχόν μεταστάσεων. Η ακρίβεια του είναι περίπου 60%· στο 20% των περιπτώσεων δίνει ψευδώς θετικά και στο άλλο 20% ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Γι' αυτό και έχει αντικατασταθεί σήμερα από την αξονική τομογραφία και το NMR τα οποία εκτός από τις μεταστάσεις είναι δυνατόν στον καρκίνο του ορθού να μας πληροφορήσουν για το μέγεθος της εξωαυλικής επέκτασης του όγκου.

Η **ηπατική βιολογία** σπάνια είναι επηρεασμένη έστω και αν υπάρχουν ηπατικές μεταστάσεις.⁶

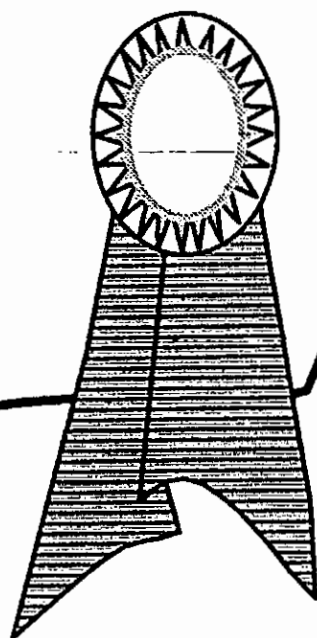
Τονίζεται ότι η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων δεν αποτελεί αντένδειξη για εγχείρηση, μπορεί όμως να επηρεάσει την έκταση της εγχείρησης.⁶

Η **ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία**, μια εντελώς νέα μέθοδος, φαίνεται ότι θα παίζει σημαντικό ρόλο στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Επιπλέον, ιδιαίτερα για τον καρκίνο του ορθού, δίνει σοβαρές πληροφορίες και για το βάθος της διήθησης και για την παρουσία διηθημένων λεμφαδένων.⁶

Μια νέα μέθοδος για την εντόπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ιδιαίτερα των τοπικών υποτροπών μετά από εγχείρηση ή και των μεταστάσεων είναι η **ανοσοσπινθηρογραφία**. Ραδιοσημασμένα αντισώματα, συμπεριλαμβανομένων και των μονόκλωνικών αντισωμάτων, χορηγούνται ενδοφλεβίως στον ασθενή, συμπλέκονται με τα ανάλογα αντιγόνα που συνοδεύουν τον καρκίνο και τα συμπλέγματα απεικονίζονται στο σπινθηρογράφημα. Έτσι, από πρόσφατη έρευνα σε 118 αρρώστους με καρκίνο του κόλου, χρησιμοποιήθηκαν τα μονοκλωνικά αντισώματα CYT 103 σεσημασμένα κατάλληλα και βρέθηκαν 75% θετικά, ενώ σε φυσιολογικά άτομα το ποσοστό ήταν 90%. Ακόμη το αντιγόνο ICR2 σεσημασμένο με In^{111} , ανιχνεύθηκε διεγχειρητικά σε 14 αρρώστους με καρκίνο του παχέος εντέρου, ενώ σε φυσιολογικά άτομα τα αποτελέσματα ήταν αρνητικά.^{6,13}

Κεφάλαιο

10



ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ποικιλία των συμπτωμάτων και των τρόπων εκδηλώσεως της νόσου έχει ως αποτέλεσμα την παρουσία ενός μεγάλου καταλόγου διαφορικής διάγνωσης. Για να βοηθηθεί η διαφορική διάγνωση, το παχύ έντερο διαιρείται στο δεξιό τμήμα, που περιλαμβάνει το τμήμα από το τυφλό μέχρι και τη σπληνική γωνία και στο αριστερό τμήμα, που περιλαμβάνει το τμήμα του εντέρου περιφερικά της σπληνική γωνίας.

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια σωστή διαφορική διάγνωση είναι, όπως είναι φυσικό, το λεπτομερές ιστορικό, η κλινική εξέταση και οι κατάλληλες εξετάσεις. Μερικές φορές το ιστορικό υποδεικνύει μια συγκεκριμένη διάγνωση, όπως για παράδειγμα η αιμορραγία από το ορθό μαζί με ένα αίσθημα ατελούς κενώσεως και αλλαγή του ρυθμού των κενώσεων, σημαίνουν καρκίνο του ορθού. Τις περισσότερες όμως φορές το ιστορικό δίνει σαφείς ενδείξεις για την παρουσία κάποιας ενδοκοιλιακής νόσου.

Η σειρά των διαγνωστικών εξετάσεων θα πρέπει να καθορίζεται από την σχετική συχνότητα και την επίπτωση κατά ηλικία των συνήθων παθήσεων. Για παράδειγμα, η παρουσία ναυτίας, εμετού, κοιλιακού πόνου και ψηλαφητής μάζας στο δεξιό λαγόνιο βόθρο σε έναν ασθενή ηλικίας 20 χρόνων στο Ηνωμένο Βασίλειο, είναι πιο πιθανό ότι οφείλεται σε σκωληκοειδίτιδα ή νόσο του Crohn παρά σε καρκίνο.⁵

Στον καρκίνο του δεξιού κόλου, σε ένα ποσοστό 20-25% τα συμπτώματα του αποδίδονται σε παθήσεις του πεπτικού (γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος ή χολοκυστοπάθεια). Η χρόνια αναιμία μπορεί να αποδοθεί σε ιδιοπαθή αιματολογική νόσο. Επίσης, ο οξύς πόνος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο μπορεί να οφείλεται σε καρκίνο του τυφλού ή του ανιόντος και να θεωρηθεί ως οξεία σκωληκοειδίτιδα.¹

Κάθε ασθενής που αναφέρει αιμορραγία από το ορθό πρέπει να ελέγχεται με δακτυλική εξέταση και ορθοδισγνωμοειδοσκόπηση, ακόμη και αν είναι εμφανείς οι αιμορροΐδες του.¹

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου από την εκκολωματίτιδα, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δύσκολη. Η κολonosκόπηση και η βιοψία δίνουν συνήθως τη λύση, διαφορετικά μπορεί να χρειασθεί ερευνητική λαπαροτομία.¹

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει και άλλες παθήσεις του παχέος εντέρου και του ορθού που μπορεί να προκαλέσουν ίδια συμπτωματολογία, όπως π.χ. η ελκώδης κολίτιδα, η νόσος του Crohn, η οικογενής πολυποδίαση, η ισχαιμική κολίτιδα κ.α. Η διαφορική διάγνωση μπορεί να γίνει με όλες τις συνήθεις παρακλινικές εξετάσεις. Για το ευερέθιστο κόλον θα πρέπει να τίθεται η διάγνωση μόνον αφού προηγουμένως αποκλεισθούν οργανικές παθήσεις και ιδιαίτερα ο καρκίνος.¹

Κεφάλαιο

11



ΘΕΡΑΠΕΙΑ

11.1 Προεγχειρητική προετοιμασία του παχέος εντέρου.

Για κάθε προγραμματισμένη ή πιθανολογούμενη εγχείρηση στο παχύ έντερο είναι εντελώς απαραίτητη η προετοιμασία του εντέρου και τούτο γιατί έχει σαφώς αποδειχθεί ότι έτσι μειώνονται σημαντικά οι μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως τα ενδοκοιλιακά αποστήματα, η διάσπαση των αναστομών, η διαπύση του εγχειρητικού τραύματος κ.λ.π. Φυσικά, προετοιμασία δεν είναι δυνατό να γίνει στην επείγουσα χειρουργική του εντέρου.

Σκοπός της προετοιμασίας είναι αφενός η πρόληψη της δημιουργίας και η απομάκρυνση από τον αυλό του εντέρου των κοπρανώδων μαζών και αφετέρου η μείωση του μικροβιακού πληθυσμού.

Τα ανωτέρω επιτυγχάνονται ως εξής : 1) Χορήγηση τροφών που δεν αφήνουν υπόλειμμα, 2) μηχανικός καθαρισμός του εντέρου με υποκλυσμούς, ο οποίος θεωρείται και ο καλύτερος τρόπος. Όμως στα νεότερα σχήματα αποφεύγεται ο μηχανικός και προτιμάται ο χημικός καθαρισμός με τη χορήγηση ερεθιστικών καθαρικών (Dulcolax) ή κατά προτίμηση αλατούχων καθαρικών που έχουν οσμωτική δράση (θειικό μαγνήσιο) από το στόμα, και 3) χορήγηση αντιβιοτικών. Συνήθως χορηγείται νεομυκίνη ή γενταμυκίνη για τα αερόβια μικρόβια και βάση ερυθρομυκίνης ή μετρονιδαζόλη ή κλινταμυκίνη για τα αναερόβια. Οι συνδυασμοί αυτοί συνήθως αλλάζουν με την ανακάλυψη νεότερων αντιβιοτικών. Ένα τέτοιο σχήμα προεγχειρητικής προετοιμασίας του εντέρου που έχει δώσει μέχρι σήμερα καλά αποτελέσματα είναι το εξής :

- 1^η ημέρα :** Τροφή με χαμηλό υπόλειμμα
Μία κάψουλα Dulcolax στις 6μμ.
- 2^η ημέρα :** Τροφή με χαμηλό υπόλειμμα
Χορήγηση per os 30ml(15gr) διαλύματος 50% θειικής μαγνησίας στις 10πμ, 2μμ και 6μμ.
- 3^η ημέρα :** Δίαιτα υδαρής
Χορήγηση 1gr νεομυκίνης και 1gr βάσης ερυθρομυκίνης per os στις 1μμ, 2μμ και 11μμ/
Χορήγηση 30ml θειικής μαγνησίας per os στις 10πμ και 2μμ.
Όχι υποκλυσμός.
Παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών εφόσον κρίνεται απαραίτητη.
- 4^η ημέρα :** Εγχείρηση στις 8πμ.

Εκτός από αυτή την προετοιμασία οι περισσότεροι συγγραφείς συνιστούν συμπληρωματικά τη χορήγηση αντιβιοτικών 8 ώρες προ και 8 ώρες μετά την εγχείρηση και συνήθως διακοπή. Πάντως η συνέχιση ή μη της χορήγησης αντιβιοτικών θα εξαρτηθεί από τη σηπτικότητα της εγχείρησης και επαφίεται στην κρίση του χειρουργού.⁶

11.2 Χειρουργική θεραπεία

Η κύρια θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου εξακολουθεί να είναι και σήμερα η χειρουργική εξαίρεση του νεοπλασματος. Οι εξαιρέσεις του κανόνα αυτού είναι ελάχιστες και αφορούν σε ειδικές περιπτώσεις.

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου βασίζεται στην αρχή της διαδοχικής, κατά συνέχεια ιστού, επέκτασης του όγκου, σύμφωνα με την οποία ο όγκος αναπτύσσεται στον εντερικό βλεννογόνο, διηθεί τις στιβάδες του εντερικού τοιχώματος μεθίσταται στους περιοχικούς λεμφαδένες και, τέλος, μεθίσταται σε απομακρυσμένα όργανα. Με βάση την αρχή αυτή ο χειρουργός οφείλει να αφαιρέσει το τμήμα που φέρει την αρχική βλάβη σε έκταση τέτοια, που να περιβάλλει πιθανές ενδοτοιχωματικές νεοπλασματικές επεκτάσεις, τόσο κεντρικά, όσο και περιφερικά και να αφαιρέσει τους σύστοιχους λεμφαδένες του μεσεντερίου.

Η θεωρητική αυτή αρχή πρέπει να εφαρμόζεται κλασσικά σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου. Πρόσφατες όμως μελέτες δεν έχουν αποδείξει μακρότερη επιβίωση μετά από υψηλή απολίνωση των μεσεντερίων αγγείων, που επιτρέπει την μεγαλύτερη δυνατή αφαίρεση λεμφαγγειακού ιστού, ενώ παράλληλα είναι γνωστό ότι, ακόμη και ασθενείς στο αρχικό στάδιο της νόσου, παρουσιάζουν ηπατικές μικρομεταστάσεις σε ποσοστό μέχρι 30%. Παρά τις οποίες αντιρρήσεις, η υψηλή απολίνωση των μεσεντερίων αγγείων πρέπει να εφαρμόζεται – στο μέτρο που το επιτρέπει η εμπειρία του χειρουργού – αφού έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν ομάδες ασθενών που ωφελούνται από το χειρισμό αυτό.

Το περιφερικό όριο εκτομής, με βάση τα σημερινά κλινικοεργαστηριακά δεδομένα, πρέπει να είναι τουλάχιστο 5εκ. για το κόλον και 2εκ. για το ορθό.

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι επιτυγχάνεται καλύτερη 5ετής επιβίωση (σε ασθενείς με στάδιο νόσου Dukes C) εάν περιορισθούν πριν από την κινητοποίηση του εντέρου. Πρέπει όμως να τονιστεί ότι, από καθαρά τεχνική άποψη, η απολίνωση του αγγειακού μίσχου στην αρχική φάση της επέμβασης ενέχει κινδύνους. Διάφορες άλλες πρακτικές, που αποσκοπούν στον περιορισμό της διεγχειρητικής διασποράς καρκινικών κυττάρων, περιλαμβάνουν περιίδεση του εντερικού αυλού ή / και έγχυση κυτταροστατικών στον εντερικό αυλό· χρησιμοποιούνται ευρύτατα, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί η αξία τους.

Στις γυναίκες μετά από την εμμηνόπαυση, πολλοί χειρουργοί προτείνουν την προφυλακτική ωοθηκεκτομή, αν και το κέρδος στην επιβίωση από αυτό το χειρισμό δεν ξεπερνά το 5%¹⁰

11.2.α Εγχειρητικές τεχνικές

Οι εγχειρήσεις για τον καρκίνο του παχέος εντέρου διακρίνονται σε **ριζικές** και σε **παρηγορητικές**. Οι παρηγορητικές επεμβάσεις εφαρμόζονται όταν υπάρχουν μεταστάσεις ή όταν ο πρωτοπαθής όγκος δεν είναι δυνατό να αφαιρεθεί.

Υπενθυμίζουμε ότι και με διηθημένους λεμφαδένες ή με μεταστάσεις στο ήπαρ, ο πρωτοπαθής όγκος πρέπει να αφαιρείται, με σκοπό την αποφυγή της απόφραξης ή της αιμορραγίας. Άλλες παρηγορητικές εγχειρήσεις είναι οι παρακαμπτήριες αναστομώσεις, και η απλή κολοστομία. Η ριζική χειρουργική θεραπεία σκοπό έχει την εκτομή μεγάλου τμήματος του εντέρου και την συναφαίρεση όλων των επιχώριων λεμφαδένων με την εκτομή του σύστοιχου μεσοκόλου.¹

Το μήκος του παχέος εντέρου που εξαιρείται σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι τόσο, ώστε να εξασφαλίσει τουλάχιστο το ελάχιστο της ογκολογικής εκτομής με τα κριτήρια που αναφέρθηκαν παραπάνω, σε συνδυασμό με την διασφάλιση επαρκούς αιμάτωσης του τμήματος που απομένει.¹⁰

Οι αναστομώσεις γίνονται είτε με το χέρι είτε με αυτόματες συραπτικές συσκευές. Καμιά διαφορά μεταξύ των δύο τεχνικών δεν έχει αποδειχθεί, όσον αφορά τις επιπλοκές, εκτός ίσως από συχνότερη επίπτωση των αναστομωτικών στενώσεων στις περιπτώσεις εφαρμογής συραπτικών συσκευών.¹⁰

Η κλασική συρραφή γίνεται με ένα στρώμα διακεκομμένων ορογονομυϊκών ραφών, με απορροφήσιμα ράμματα μακράς διάρκειας. Οι περισσότεροι χειρουργοί δεν χρησιμοποιούν παροχετεύσεις στις περιπτώσεις ενδοπεριτοναϊκών αναστομώσεων, εκτός εάν αυτό επιβάλλεται για ειδικούς λόγους. Αντίθετα, στις χαμηλές εκτομές, κάτω από την ανάκαμψη του περιτοναίου, η χρήση των παροχετεύσεων θεωρείται επιβεβλημένη, δεδομένου του αυξημένου κινδύνου σήψης σε περιπτώσεις διαφυγής.

Αρκετές μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με την πιθανή επίπτωση της χρήσης των συραπτικών μηχανημάτων στην τοπική υποτροπή, έδειξαν ότι υπάρχει μεν πιθανότητα να συγκεντρώνονται νεοπλασματικά κύτταρα στην κεφαλή της συσκευής με τους διάφορους χειρισμούς, η παρακολούθηση όμως των ασθενών απέδειξε τελικά μικρότερο αριθμό τοπικών υποτροπών σε ασθενείς στους οποίους η αναστόμωση έγινε με αυτόματες συραπτικές συσκευές.¹⁰

Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια διαπίστωσης ηπατικών μεταστάσεων – που δεν απεικονίζονται με την προεγχειρητική αξονική τομογραφία – με τη χρήση διεγχειρητικού υπερηχοτομογραφήματος. Παράλληλα έχει αρχίσει προσπάθεια καλύτερης «χαρτογράφησης» των λεμφαδενικών διηθήσεων και μικρομεταστάσεων σε άλλους ενδοπεριτοναϊκούς ιστούς, με την βοήθεια συσκευής που ανιχνεύει, διεγχειρητικά σημασμένα μονοκλωνικά αντισώματα που έχουν χορηγηθεί προεγχειρητικά.¹⁰

Καρκινώματα του δεξιού κόλου : Νεοπλάσματα του τυφλού, του ανιόντος και της δεξιάς κολικής καμπής αντιμετωπίζονται με δεξιά κολεκτομή, η οποία κλασικά περιλαμβάνει περίπου τα τελευταία 15εκ. ειλεού, το δεξιό ήμισυ του εγκαρσίου και το δεξιό ήμισυ του επιπλόου.

Καρκινώματα του εγκαρσίου : Η αιμάτωση του εγκαρσίου, τόσο από τη μέση κολική, όσο και από κλάδους της δεξιάς και αριστερής κολικής αρτηρίας, υπαγορεύουν και το είδος της εκτομής, ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Έτσι, στις περιπτώσεις νεοπλασμάτων που εντοπίζονται κοντά στην ηπατική καμπή ή βρίσκονται στη μεσότητα του εγκαρσίου συνίσταται η εκτεταμένη δεξιά κολεκτομή. Σε νεοπλάσματα της περιοχής της σπληνικής καμπής έχουν ένδειξη η εκτεταμένη υφολική κολεκτομή και η ειλεοδιγμοειδική αναστόμωση.¹⁰

Καρκίνωμα του κατιόντος κόλου : Η επέμβαση εκλογής είναι η αριστερή ημικολεκτομή, που περιλαμβάνει απολίνωση του αριστερού κλάδου της μέσης κολικής αρτηρίας, καθώς και απολίνωση των κάτω μεσεντέριων αγγείων στην έκφυση τους. Η αναστόμωση γίνεται μεταξύ μεσότητας εγκαρσίου και άνω τμήματος του ορθού. Σε ορισμένες περιπτώσεις – για τεχνικούς λόγους – είναι επιβεβλημένη η υφολική κολεκτομή. Αν και η τυπική αριστερή ημικολεκτομή αποτελεί, από ογκολογική άποψη, την επέμβαση εκλογής δεν προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα, όσον αφορά την επιβίωση, σε σύγκριση με την τμηματική εκτομή του κατιόντος.¹⁰

Καρκίνωμα του σιγμοειδούς : Στις τυπικές περιπτώσεις χρησιμοποιείται η κολεκτομή που περιγράφηκε για το καρκίνωμα του κατιόντος.

Για νεοπλάσματα του περιφερικού τμήματος του σιγμοειδούς το άνω όριο εκτομής φθάνει τη μεσότητα του κατιόντος. Για λόγους επαρκούς αιμάτωσης του περιφερικού τμήματος, η ορθότερη επέμβαση είναι η υψηλή πρόσθια εκτομή, κατά την οποία αναστομώνεται η μεσότητα του κατιόντος με το άνω τμήμα του ορθού, σε απόσταση περίπου 5cm από την ανάκαμψη του περιτοναίου.¹⁰

Καρκίνωμα του ορθού : Το καρκίνωμα του ορθού παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες, σε σχέση με το υπόλοιπο παχύ έντερο. Αυτό γιατί αφ' ενός η βιολογική συμπεριφορά των νεοπλασμάτων του ορθού είναι εν μέρει διαφορετική και αφ' ετέρου γιατί η επιλογή της καταλληλότερης επέμβασης πρέπει να εξασφαλίζει – εφόσον είναι εφικτό και τη φυσιολογική λειτουργία των σφιγκτήρων. Παράλληλα η πύελος και τα ενδοπυελικά ανατομικά στοιχεία, περιορίζουν την δυνατότητα χειρισμών, ενώ η πιθανή τοπική υποτροπή της νόσου αποτελεί δύσκολο χειρουργικό πρόβλημα.¹⁰

Η εκλογή της χειρουργικής τεχνικής, εξαρτάται κυρίως από την απόσταση του περιφερικού άκρου του νεοπλάσματος από την οδοντωτή γραμμή. Η απόσταση αυτή εκτιμάται καλύτερα με την χρήση άκαμπτου ορθοσκοπίου. Όγκοι του άνω τμήματος του ορθού (>9cm) προσφέρονται για πρόσθια εκτομή, ενώ όγκοι του κάτω τριτημορίου (<4cm από την οδοντωτή γραμμή) επιβάλλουν κοιλιοπερινεϊκή εκτομή. Η δυσκολία εκλογής αφορά στους όγκους του μέσου τριτημορίου (μεταξύ 4 και 9 cm). Οι εναλλακτικές λύσεις για τον καρκίνο του ορθού, εκτός από την πρόσθια και την κοιλιοπερινεϊκή εκτομή, περιλαμβάνουν την επέμβαση κατά Hartmann, καθώς και τοπικές περιορισμένες επεμβάσεις (τοπική διορθική ή διασφιγκτηριακή εκτομή του όγκου, ηλεκτροκαυτηρίαση, καυτηρίαση με Laser και κρυοπηξία). Η διασφιγκτηριακή ή κοιλιοϊερά εκτομή και οι επεμβάσεις τύπου «pull through» παρουσιάζουν ιστορική πλέον σημασία.

Σήμερα με τη χρήση των αυτόματων συρραπτικών συσκευών, αλλά και τη χρήση των διορθικών υπερήχων, με τους οποίους μπορούμε να πετύχουμε ακριβέστερη προεγχειρητική σταδιοποίηση, είναι δυνατό να πετύχουμε θεραπευτικές εκτομές εξαιρετικά χαμηλών όγκων, διατηρώντας άθικτο το μηχανισμό των σφιγκτήρων. Έτσι σε επιλεγμένες περιπτώσεις, είναι δυνατή η χαμηλή πρόσθια εκτομή, για όγκους που το περιφερικό τους τμήμα βρίσκεται σε απόσταση ακόμα και 3cm από την οδοντωτή γραμμή.

Εκτός από την απόσταση από την οδοντωτή γραμμή, άλλες παράμετροι, που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την επιλογή της εγχειρητικής τεχνικής, είναι το στάδιο και η διαφοροποίηση του καρκίνου, η ανατομική διαμόρφωση του ασθενούς, η λεμφαδενική διήθηση και η εμπειρία του χειρουργού.¹⁰

Χαμηλή πρόσθια εκτομή : Στις χαμηλές εκτομές για καρκίνο του ορθού εκτέμνονται το ορθό και το σιγμοειδές, ενώ τα κάτω μεσεντέρια αγγεία απολινώνονται στη ρίζα τους. Το κατιόν και η αριστερή κολική καμπή πρέπει να κινητοποιούνται επαρκώς, ώστε να είναι δυνατή η χαμηλή αναστόμωση χωρίς τάση. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ευρεία εκτομή των πλαγίων συνδέσμων και του μεσοορθού. Κατά την κρίση του χειρουργού, σε επιλεγμένες περιπτώσεις επιβάλλεται η κατασκευή προσωρινής κολοστομίας για την ασφάλεια της χαμηλής αναστόμωσης. Ειδικά μετεγχειρητικά προβλήματα της χαμηλής πρόσθιας εκτομής αφορούν σε αυξημένο ποσοστό αναστομωτικής διαφυγής (3-18% με κλινική σημασία και περίπου 50% υποκλινικές διαφυγές), διαταραχές του μηχανισμού των σφιγκτήρων και στένωση στο ύψος της αναστόμωσης. Τα τελευταία χρόνια, από ορισμένους χειρουργούς και σε επιλεγμένες περιπτώσεις, κατασκευάζεται θύλακα τύπου J από τον εναπομένον τμήμα του σιγμοειδούς ή / και του κατιόντος, για να αναπληρωθεί η λειτουργία του ληκίνθου.¹⁰

Από διάφορες μελέτες έχει διαπιστωθεί αύξηση της 5ετούς επιβίωσης στις περιπτώσεις στις οποίες εκτελείται ευρεία en bloc πυελική λεμφαδενεκτομή, οι ανωμαλίες όμως της ούρησης και οι σεξουαλικές διαταραχές που προκύπτουν είναι συνήθως τέτοιες, που δεν δικαιολογούν το λεμφαδενικό καθαρισμό, με τα σημερινά τουλάχιστο δεδομένα. Η χαμηλή πρόσθια εκτομή, όταν γίνεται σωστά, παρουσιάζει τα ίδια αποτελέσματα, όσον αφορά την 5ετή επιβίωση με την κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού.¹⁰

Η συνδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή : Εκτελείται όταν ο όγκος του ορθού είναι πολύ χαμηλά προς την οδοντωτή γραμμή και δεν μπορεί να γίνει αναστόμωση. Η εγχείρηση έχει δύο χρόνους, τον κοιλιακό και τον περινεϊκό, οι οποίοι εκτελούνται είτε από την ίδια ομάδα χειρουργών, είτε συγχρόνως από δύο ομάδες χειρουργών για να ελαττωθεί η διάρκεια της εγχείρησης. Κατ' αυτή αφαιρούνται το σιγμοειδές και το ορθό μαζί με τον πρωκτικό δακτύλιο και το σιγμοειδές εξωτερικεύεται ως μόνιμη κολοστομία.¹

Η επέμβαση κατά Hartmann : Επέμβαση κατά την οποία παραμένει το περιφερικό τμήμα του ορθού μετά την εκτομή του τμήματος που φέρει το νεόπλασμα, και κατασκευάζεται μόνιμη κολοστομία. Χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις στις οποίες μια αναστόμωση είτε δεν είναι επιθυμητή είτε είναι επικίνδυνη.¹⁰

Τοπική εκτομή : Η τοπική εκτομή άρχισε να κερδίζει και πάλι έδαφος, λόγω της προεγχειρητικής σταδιοποίησης που μπορεί να προσφέρει η ενδοαυλική υπερηχοτομογραφία. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε σε νεοπλάσματα σταδίου T₁ και T₂ χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις, είτε σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο, όπου οι θεραπευτικές εκτομές δεν έχουν νόημα. Ακόμη, σε όλες εκείνες τις περιπτώσεις, στις οποίες η γενική κατάσταση του ασθενούς δεν επιτρέπει μείζονες χειρουργικές πράξεις. Τα αποτελέσματα από την τοπική εκτομή για πρώιμους καρκίνους είναι πολύ καλά (5ετής επιβίωση περίπου 90%), ενώ στις περιπτώσεις τοπικής υποτροπής είναι δυνατό να γίνει και δεύτερη επέμβαση. Βασική προϋπόθεση για την τοπική εκτομή αποτελεί η δυνατότητα συνεχούς μετεγχειρητικής παρακολούθησης του ασθενούς. Η εκτομή μπορεί να γίνει διορθικά, διασφιγκτηριακά ή διερά, οι επιλογές όμως των δύο τελευταίων τύπων εκτομής (με τη μορφή κυρίως συριγγίων και διαταραχών των σφιγκτήρων) τις έχουν περιορίσει για πολύ επιλεγμένες περιπτώσεις.¹⁰

11.3 Χημειοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου

--- Στο 10-15% των αρρώστων με πρωτοπαθές καρκίνωμα του παχέος εντέρου, η νόσος διαγιγνώσκεται με την σύγχρονη παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων. Στις περιπτώσεις αυτές ο χαρακτήρας της χειρουργικής παρέμβασης είναι ανακουφιστικός.

Στις περιπτώσεις στις οποίες είτε η νόσος είναι αρχικά ανεγχείρητη είτε έχει υποτροπιάσει μετά την αρχική της αντιμετώπιση, η χημειοθεραπεία μπορεί να προσφέρει αύξηση της επιβίωσης και βελτίωση της ποιότητας ζωής σε σημαντικό ποσοστό αρρώστων, ενώ ύφεση της νόσου παρατηρείται σε μικρότερο ποσοστό.¹⁰

Παρά την εισαγωγή νέων χημειοθεραπευτικών παραγόντων στην κλινική πράξη, η 5-φθοριουρακίλη (5-FU) εξακολουθεί να αποτελεί τον ευρύτερα χρησιμοποιούμενο σε μονοθεραπεία παράγοντα, για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Σήμερα είναι γενικά παραδεκτό ότι το ποσοστό αντικειμενικών ανταποκρίσεων του μεταστατικού καρκίνου του παχέος εντέρου. Σήμερα είναι

γενικά παραδεκτό, ότι το ποσοστό αντικειμενικών ανταποκρίσεων του μεταστατικού καρκίνου του παχέος εντέρου στην 5-FU κυμαίνεται από 18 μέχρι 35% (μέση τιμή 20%) ανάλογα με το δοσολογικό σχήμα (ταχεία / βραδεία έγχυση, περιοδική, συνεχής χορήγηση). Η συνολική μέση επιβίωση των αρρώστων δεν φαίνεται να βελτιώνεται ιδιαίτερα από την θεραπευτική χρήση της 5-FU (6-8 μήνες), ενώ η επιβίωση των αρρώστων που παρουσιάζουν αντικειμενική ανταπόκριση αυξάνει σημαντικά (μέση τιμή 12-18 μήνες). Αν και στις περισσότερες μελέτες και για τις συνήθως χρησιμοποιούμενες δόσεις η 5-FU παρουσιάζει ήπιες παρενέργειες, όταν χρησιμοποιούνται τα περισσότερο επιθετικά (και περισσότερο αποτελεσματικά) δοσολογικά σχήματα, εμφανίζεται δοσοεξαρτώμενη τοξικότητα, που περιλαμβάνει βλενογονίτιδα, διάρροια και λευκοπενία.¹⁰

Οι προσπάθειες που έχουν καταβληθεί για να βελτιωθεί η θεραπευτική δραστηριότητα της 5-FU περιλαμβάνουν τροποποιήσεις του τρόπου χορήγησης και του δοσολογικού σχήματος. Η χορήγηση της 5-FU από το στόμα εγκαταλείφθηκε γρήγορα, λόγω της αστάθμητης απορρόφησης της από το γαστρεντερικό σωλήνα και του χαμηλού ποσοστού ανταποκρίσεων. Η χρησιμοποίηση παρατεταμένης ή και συνεχούς ενδοφλέβιας έγχυσης της 5-FU έχει αποβεί ιδιαίτερα δημοφιλής, από τότε που κυκλοφόρησαν οι νέες τεχνολογίας μικρές και ελαφρές αντλίες συνεχούς έγχυσης με τις αντλίες αυτές μπορεί να προγραμματιστεί η επί μακρό χρονικό διάστημα (μέχρι και 30 ημέρες) αυτόνομη χορήγηση ενός η περισσότερων (μέχρι 5) φαρμάκων, χωρίς εξάρτηση του αρρώστου από το Νοσοκομείο, ώστε να μπορεί να απολαμβάνει σχεδόν πλήρη κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα.

Η κύρια τοξικότητα της επί εβδομάδες ή μήνες συνεχούς έγχυσης 5-FU είναι η βλενογονίτιδα και, σε ποσοστό μέχρι και 25%, το σύνδρομο επώδυνης ερυθροδερμίας παλαμών και πελμάτων, ενώ η μυελοτοξικότητα είναι σχετικά χαμηλή.¹⁰

Τα τέσσερα πιο συνηθισμένα σχήματα χορηγήσεως είναι :

- α) 5FU : IV 12mg/kg B.Σ/ημ x 5, ανά 28 ημέρες
- β) 5FU : IV 15mg/kg B.Σ/εβδομάδα
- γ) 5FU : IV 500mg/m² x 4ημ./3-4 εβδ.
- δ) 5FU : p. os 15mg/kg B.Σ. x 6ημ. Εν συνέχεια 15mg/kg B.Σ./15ημ.³

Εκτός από την ενδοφλέβια οδό χορήγησης, οι φθοριοπυριμιδίνες έχουν χορηγηθεί και ενδαρτηριακά, για την αντιμετώπιση των ηπατικών μεταστάσεων. Με την έγχυση στην ηπατική αρτηρία η φθοριοδεοξουριδίνη (FUdR) απομακρύνεται κατά κύριο λόγο από τα ηπατικά κύτταρα, ώστε επιτυγχάνεται υψηλή συγκέντρωση της στον ηπατικό ιστό, ενώ ελάχιστη ποσότητα διαφεύγει στη μεγάλη κυκλοφορία. Η συνεχής ενδαρτηριακή έγχυση FUdR, σε δόσεις 0,2-0,4mg/kg/ημέρα επί 14 ημέρες, σε κύκλους 28 ημερών, προκάλεσε 80% αντικειμενικές ανταποκρίσεις.¹⁰

Η επόμενη σε σημασία, για τη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου, ομάδα φαρμάκων είναι οι νιτροζουρίες (BCNU, CCNU, Methyl-CCNU, χλωροζοτοκίνη), για τις οποίες έχουν καταγραφεί ποσοστά αντικειμενικών ανταποκρίσεων 10-15% σε μονοθεραπεία. Η ευκολία της από το στόμα χορήγησης της Methyl-CCNU και τα εφάμιλλα με τα της 5-FU αποτελέσματα, οδήγησαν στην ευρύτατη χρησιμοποίηση της στη δεκαετία 1975-1985, αλλά τα χαρακτηριστικά καθυστερημένης και αθροιστικής τοξικότητας της από τον μυελό των οστών και τους νεφρούς ευρήματα οδήγησαν, στην εν συνέχεια απομάκρυνση της από τη θεραπευτική φαρέτρα.¹⁰

Η μιτομυκίνη-C (MTC) έχει δώσει αποτελέσματα ποσοτικώς και ποιοτικώς παρόμοια με εκείνα των νιτροζουριών, και η μέση διάρκεια των ανταποκρίσεων που προκαλεί είναι 3 μήνες. Όπως και οι νιτροζουρίες, χαρακτηρίζεται από

επιβραδυνόμενου τύπου αιματολογική και νεφρική τοξικότητα, ενώ σπανιότερα αναφέρεται και πνευμονική τοξικότητα, με συνέπεια η χρησιμοποίησή της για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου να είναι περιορισμένη.¹⁰

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την θεραπευτική του καρκίνου του παχέος εντέρου φαίνεται να έχει η τεγκαφούρη (FTR), η οποία αν και αποτελεί προφάρμακο της 5-FU, μελετάται ανεξάρτητα από τις φθοριοπυριμιδίνες. Η FTR, μετά από την ενδοφλέβια χορήγηση της διασπάται στο ήπαρ βραδέως (6-8 ώρες), απελευθερώνοντας στην κυκλοφορία 5-FU που αποτελεί τον δραστικό παράγοντα. Η αποτελεσματικότητα της είναι συγκριτικά ισοδύναμη με εκείνη της 5-FU που αποτελεί τον δραστικό παράγοντα. Η αποτελεσματικότητα της είναι συγκριτικά ισοδύναμη με εκείνη της 5-FU (αντικειμενικές ανταποκρίσεις 20-40%, διάρκεια ανταποκρίσεων 4-8 μήνες). Η τοξικότητα της είναι χαμηλή και η βλενογονίτιδα δεν αποτελεί συχνό πρόβλημα, ακόμη και σε παρατεταμένη συνεχή έγχυση. Η ταχεία ενδοφλέβια χορήγηση μπορεί να συνοδεύεται από ζάλη, και η παροδική πτώση της αρτηριακής πίεσης δεν είναι ασυνήθης, όταν η ενδοφλέβια χορήγηση είναι ταχεία (<2 λεπτά).¹⁰

Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί βάρος στον έλεγχο της δράσης των γνωστών κυτταροστατικών σε συνδυασμό με ουσίες που καλούνται βιοχημικοί ρυθμιστές (modulators). Οι συχνότεροι συνδυασμοί είναι της 5-FU με την μεθοτρεξάτη (MTX) και τη λευκοβορίνη (LV).³

Για λόγους βιοχημικούς η MTX χορηγούμενη πριν από την 5-FU ενισχύει τη δράση της. Η χορήγηση λευκοβορίνης, επίσης για λόγους βιοχημικής δράσης, ενισχύει τουλάχιστον θεωρητικά τη δραστηριότητα της 5-FU. Σε σχετικές μελέτες φάσης II μεταξύ αρρώστων με προηγούμενη λήψη χημειοθεραπείας το σύνολο των υφέσεων κυμάνθηκε στις διάφορες εργασίες από 0 έως 50% με μέση τιμή υφέσεως περί το 28%. Σε μελέτες φάσης III οι υφέσεις που επιτεύχθηκαν κυμαίνονται από 5 έως 44%. Για ένα σύνολο περισσότερων από 900 ασθενών από επτά εργασίες, οι πλήρεις και μερικές υφέσεις που επιτεύχθηκαν ήταν περίπου 20%. Όσο για τις δόσεις LV έχουν χρησιμοποιηθεί από 25mg/m² σε έγχυση ή ένεση και για μια ή για πέντε ημέρες. Επί του παρόντος τουλάχιστον η επιβίωση δεν φαίνεται να διαφέρει συγκριτικά σε ασθενείς θεραπευμένους με μόνη 5-FU, ή με 5-FU+LV σε χαμηλή δόση ή και με 5FU+LV σε υψηλή δόση. Πρόσφατη εργασία επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα, ενώ θεωρεί πως οι ομάδες ασθενών μη υψηλή δόση LV μειονεκτούν διότι έχουν μεγαλύτερο κόστος και υψηλότερη τοξικότητα.³

Η 5-FU έχει ακόμα συνδυαστεί και με τροποποιητές της βιολογικής συμπεριφοράς. Ο πιο πολύ χρησιμοποιημένος τέτοιος παράγων είναι οι ιντερφερόνες. Σε πρόσφατες εργασίες τα ποσοστά υφέσεων με το συνδυασμό αυτό κυμαίνονται μεταξύ 35 και 76%, ενώ διαπιστώνεται και μικρός αριθμός αριθμός πλήρων υφέσεων.²

Ο συνδυασμός 5-FU – σε ταχεία ενδοφλέβια χορήγηση ή συνεχή στάγδην έγχυση – και σισπλατίνης (CDDP) έδωσε, ποσοστά αντικειμενικών ανταποκρίσεων 32% και 63% αντίστοιχα. Καθώς η CDDP είναι σχεδόν πλήρως ατελέσφορη σε μονοθεραπεία στον καρκίνο του παχέος εντέρου, θεωρείται ότι η καταγραφείσα από το συνδυασμό αποτελεσματικότητα αποτελεί προϊόν ειδικής συνεργίας των δύο παραγόντων. Οποσδήποτε τα αποτελέσματα αυτά πρέπει να επιβεβαιωθούν από μεγάλες με τυχαία επιλογή ασθενών σειρές, και πρέπει επίσης να μελετηθεί η επίδραση του συνδυασμού στην τελική επιβίωση των αρρώστων.¹⁰

11.3.α Επιπλοκές Χημειοθεραπείας.

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν επιπλοκές και ανεπιθύμητες ενέργειες. Αυτές είναι :

1. Καταστολή του μυελού των οστών. Παρατηρείται :
 - α) Λευκοπενία
 - β) Θρομβοπενία
 - γ) Αναιμία
2. Γαστρεντερικές διαταραχές. Εκδηλώνονται με :
 - α) Ναυτία, εμετούς
 - β) Διάρροια / Σύσπαση κοιλιακών μυών.
 - γ) Στοματίτιδα – Έλκη (πληγές) του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.
3. Νευροτοξικότητα
4. Ωτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)
5. Ηπατοτοξικότητα
6. Νεφροτοξικότητα
7. Ανασοκατασταλτική επίδραση
8. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων.
9. Αλωπεκία (πτώση μαλλιών).
10. Δερματίτιδες ή αλλαγές στο χρώμα του δέρματος και των νυχιών.¹⁶

11.4 Ακτινοθεραπεία

11.4.α Εισαγωγή

Η χρησιμοποίηση της ακτινοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου πρωτοξεκίνησε από τον Symonds το 1914 με τη σκέψη να περιορίσει το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου και έτσι να τον καταστήσει περισσότερο χειρουργικά εξαιρέσιμο.

Η πρωταρχική ριζική ακτινοθεραπεία μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική σε αυτούς που παρουσιάζονται με όγκους που είναι ανεγχείρητοι λόγω της επέκτασης στα γειτονικά όργανα της πυέλου, ή σε υποτροπιάζοντες όγκους, σε ασθενείς με ύπαρξη μακροσκοπικής νόσου μετεγχειρητικά, προεγχειρητικά σε αυτούς που έχουν καρδιαγγειακή ή αναπνευστική νόσο προλαμβάνοντας τη ριζική επέμβαση, ακόμη και στην ανακούφιση συμπτωμάτων αιμορραγίας και πόνου ή οστικές μεταστάσεις, σε ποσοστό που υπερβαίνει το 70% των ασθενών.

Η αποτελεσματικότητα της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο του κόλου είναι λιγότερο εμφανής.¹⁷

11.4.β Ανεγχείρητος και υποτροπιάζουσα νόσος.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται για ανεγχείρητους ορθικούς καρκίνους από το 1950. Τα πιο κοινά συμπτώματα που συνοδεύουν τους ανεγχείρητους αυτούς όγκους δηλαδή αιμορραγία, πόνος, τεινεσμός, ανακουφίστηκαν πλήρως περίπου στους μισούς ακτινοθεραπευθέντες ασθενείς, και ένα περίπου τέταρτο κέρδισε μερική ανακούφιση.

Στην προσπάθεια επίσης η διάρκεια και η ποιότητα της ανταπόκρισης σε αυτούς τους ασθενείς με προχωρημένη νόσο, η ακτινοθεραπεία συνδυάστηκε και με χημειοθεραπεία.

=

Μια αναφορά σε τέτοιες μελέτες είναι και η εφαρμοσθείσα από την κλινική «Mayo» όπου σε συνδυασμένη χρήση της ⁵Fu και της εξωτερικής ακτινοβολίας σε μη εξαιρεσίμους όγκους του παχέος εντέρου χορηγήθηκε δόση 35-40Gy σε 4 εβδομάδες ταυτόχρονα με την ⁵Fu σε δόση 15mg/kg καθημερινά κατά την διάρκεια των τριών πρώτων ημερών της ακτινοθεραπείας. Το αποτέλεσμα ήταν, ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και της επιβίωσης. Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα από αυτές τις συνδυασμένες Ακτινο-Χημεία αγωγές είναι η σύννοδος τοξικότητας.

Η μέτρηση του CEA (καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο) έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμη στην κλινική εκτίμηση και στην προσπάθεια να καθορίσουμε τους ασθενείς εκείνους που θα ωφεληθούν από την ακτινοθεραπεία με υψηλές ή χαμηλές δόσεις.¹⁷

11.4.γ Ριζική ακτινοθεραπεία

Οι υψηλές δόσεις ακτινοθεραπείας συνοδεύονται με πολύ μεγαλύτερα ποσοστά ελέγχου του τοπικού όγκου και της συμπτωματικής ανακούφισης. Γι' αυτό και εφόσον είναι δυνατόν η ριζική ακτινοθεραπεία θα πρέπει να εφαρμόζεται.

Οι πιο συνήθεις και κατάλληλες τεχνικές είναι με 4 πεδία (Field Box) ή 3 πεδία (Field Arrangement). Δόσεις των 55Gy σε 20 συνεδρίες είναι απαραίτητες για να επιτευχθούν τα υψηλότερα ποσοστά ανταπόκρισης να και έχει προταθεί ότι και δόσεις των 50Gy πέτυχαν ένα παρόμοιο επίπεδο ανταπόκρισης.

Ανάλυση των παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την ανταπόκριση στη ριζική ακτινοθεραπεία έχει περιγραφεί και από τον Taylor (1987) όπου φαίνεται ότι ο παράγων που επηρεάζει περισσότερο την ανταπόκριση είναι το μέγεθος του όγκου που ακτινοβολείτε. Όταν ο όγκος είναι μικρότερος από 5cm σε διάμετρο ένα 50-60% πλήρης ανταπόκριση επιτυγχάνεται. Όταν η βλάβη είναι μεγαλύτερη, τα ποσοστά ανταπόκρισης γύρω στο 20% είναι πιθανό να επιτευχθούν. Στην ομάδα των ασθενών με μικρούς όγκους <5cm είναι αυτοί που οδηγούνται για ακτινοθεραπεία όταν η γενική τους κατάσταση ή τα συμπαρομαρτούντα καρδιοαναπνευστικά προβλήματα αποκλείουν μια ριζική χειρουργική επέμβαση.

Η ριζική ακτινοθεραπεία όταν γίνεται και σε ασθενείς με μεγαλύτερες νεοπλασματικές βλάβες, μπορεί να προσφέρει σημαντική ανακούφιση των συμπτωμάτων τους.

Η πιθανότητα πλήρους ανταπόκρισης ενός ανεγχείρητου όγκου χειριζόμενος ριζικές υψηλές δόσεις ακτινοβολίας πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη. Έχει παρατηρηθεί ότι περίπου 40% των ασθενών μπορεί να γίνουν εγχειρήσιμοι μετά από υψηλές ριζικές δόσεις ακτινοθεραπείας.

Η υποχώρηση του ορθικού καρκίνου είναι σχετικά αργή μετά την ακτινοθεραπεία και η πλήρης υποχώρηση του όγκου μπορεί να πάρει πολλούς μήνες.

Μπορεί λοιπόν λανθασμένα να βλέπουμε ανταπόκριση μετά από μια περίοδο 3 μηνών όταν μόνο περίπου 20% από αυτούς τους όγκους έχουν υποχωρήσει τελείως ενώ η πλήρης συρρίκνωση τους μπορεί να πάρει 6-7 μήνες.

11.4.δ Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία

Για τους ασθενείς με προχωρημένη νόσο από καρκίνο του παχέος εντέρου που είναι αρκετά μεγάλη για ριζική ακτινοθεραπεία ή που εμφανίζουν εκτεταμένες μεταστάσεις, ή που η γενική τους κατάσταση είναι αρκετά κακή για να λάβουν υψηλές δόσεις ακτινοβολίας, η ανακουφιστική ακτινοθεραπεία μπορεί να προσφέρει ένα σωστό έλεγχο των συμπτωμάτων τους σε πάνω από 70% των ασθενών.

Αιμορραγία από το ορθό, βλεννώδης έκκριση, πόνος και διάρροια είναι συμπτώματα περισσότερο πιθανά να θεραπευθούν από την ανακουφιστική ακτινοθεραπεία.

Στην πλειοψηφία απλές ακτινοθεραπευτικές τεχνικές είναι αναγκαίες με ένα απλό κάθετο πεδίο είτε παράλληλα αντίθετα είναι αρκετά για τους περισσότερους ασθενείς. Συνήθως δόσεις περίπου 20Gy σε πέντε καθημερινά κλάσματα σε 1 εβδομάδα ή 30-35Gy σε 10 ημερήσια κλάσματα πάνω από 3 εβδομάδες είναι καλώς ανεκτά.¹⁷

11.4.ε. Επικουρική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς αποστέλλονται για μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία μετά από μια δύσκολη επέμβαση όπου υπήρχε είτε διαρροή καρκινικών κυττάρων, είτε ο όγκος ήταν καθηλωμένος και αφαιρέθηκε από το ιερό οστό ή το πυελικό τοίχωμα. Περίπου 60% των ασθενών με μικρού μεγέθους μακροσκοπικά υπολειπόμενη νόσο ή με ιστολογική ένδειξη κακοήθειας στα όρια εκτομής, θα γίνουν ελεύθεροι τοπικής υποτροπής μετά από υψηλής δόσης μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Είναι προφανές ότι χωρίς ακτινοθεραπεία η πλειονότητα των ασθενών θα αναπτύξουν τοπική πυελική υποτροπή.

Το βασικό μειονέκτημα της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας, είναι ο κίνδυνος βλάβης των εντερικών ελίκων που περικλείονται στο πεδίο ακτινοβολίας και που υπάρχουν στην πύελο μετά από την εκτομή του ορθού.

Όλες οι τυχαιοποιημένες μελέτες μέχρι σήμερα αναφέρουν μείωση στην τοπική υποτροπή μετά από ακτινοθεραπεία.¹⁷

11.4.στΗ ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του κόλου

Είναι σαφές ότι ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο του κόλου είναι λιγότερο ξεκάθαρος από ότι στον καρκίνο του ορθού.

Υπάρχουν αναφορές που έχουν αποδείξει μια μείωση στον ρυθμό της τοπικής υποτροπής όταν χρησιμοποιείται μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Το βασικότερο ενδιαφέρον όταν ακτινοβολούμε ασθενείς με καρκίνο του κόλου είναι το πρόβλημα της ακτινικής βλάβης του εντέρου. Όμως ανάλογα με την ανατομική εντόπιση του όγκου, μπορεί να υπάρχει και το πρόβλημα της βλάβης της σπονδυλικής στήλης (νωτιαίος μυελός) και του νεφρού.

Έχει πλέον αποδειχθεί, ότι η προσεκτική τοποθέτηση του ασθενούς και εξειδικευμένες ακτινοθεραπευτικές τεχνικές μπορούν να υπερνικήσουν αυτές τις δυσκολίες σε κάποιο βαθμό. (Gunderson et al 1985).

Εν πάση περιπτώσει, συνήθως η χρήση της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του κόλου δεν προτείνεται.

Σε επιλεγμένους ασθενείς με συμπτωματική τοπική υποτροπή ή ανεγχείρητο νόσο, η ανακουφιστική ακτινοθεραπεία μπορεί να αποδειχθεί μεγάλης χρησιμότητας.

Ακριβώς για την ώρα, αυτή είναι και μόνη ένδειξη για τη χρήση της ακτινοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του κόλου.¹⁷

11.4.ζ. Επιπλοκές Ακτινοθεραπείας

Οι επιπλοκές της ιονίζουσας ακτινοβολίας στον ανθρώπινο οργανισμό είναι :

—

- α) Οι πρώιμες και όψιμες που χαρακτηρίζονται σαν σωματικές και
- β) Οι γενετικές
Οι όψιμες επιπλοκές οφείλονται στις μεταλλάξεις των σωματικών κυττάρων ενώ οι γενετικές στις μεταλλάξεις των γόνων.

Οι πρώιμες επιπλοκές είναι :

- α) Τοπικές βλάβες του δέρματος (ακτινοδερματίτιδες) που δέχεται άμεσα την ακτινοβολία. Οι ακτινοδερματίτιδες μπορεί να είναι τριών βαθμών :
 - (1) Η ερυθματώδης
 - (2) Η φυσαλιδώδης
 - (3) Η εσχαροποιητική

Στις τοπικές βλάβες του δέρματος ανήκει και η αλωπεκία που παρουσιάζεται μετά 2 έως 3 εβδομάδες.

β) Αλλοιώσεις αίματος και αιμοποιητικού ιστού. Ολόσωμες δόσεις ακτινοβολίας, ανάλογα με την απορροφηθήσα δόση, προκαλούν αιματολογικές αλλοιώσεις. Αμέσως μετά την έκθεση στην ακτινοβολία, ελαττώνονται τα λεμφοκύτταρα. Μετά λίγες μέρες, αρχίζουν να ελαττώνονται τα πολυμορφοπύρηνα. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια εξαιτίας του μεγάλου χρόνου ζωής τους, ελαττώνονται με πολύ βραδύτερο ρυθμό. Η ελάττωση των αιμοπεταλίων ακολουθεί το ρυθμό ελάττωσης των πολυμορφοπύρηνων, αρχίζει όμως λίγες ημέρες αργότερα.

γ) Βλάβη του επιθηλίου που καλύπτει εσωτερικά το λεπτό έντερο.

δ) Βλάβη του φακού του οφθαλμού και πρόκληση καταρράκτη. Τα κύτταρα του φακού είναι διαφανή και δεν έχουν αναπλαστική ικανότητα. Η επίδραση της ακτινοβολίας τα κάνει αδιαφανή με αποτέλεσμα τον καταρράκτη.

ε) Οι γεννητικοί αδένες είναι πολύ ευαίσθητοι στον ακτινοβολία. Μεγάλες δόσεις της μπορεί να προκαλέσουν στειρώση μόνιμη ή παροδική.

στ) Η πιο ακτινοευαίσθητη περίοδος της ζωής του ανθρώπινου οργανισμού είναι η ενδομήτρια ζωή, ιδιαίτερα τις έξι πρώτες εβδομάδες που γίνεται η μεγαλύτερη οργανογένεση. Λίγες μόνο μονάδες απορρόφησης μπορεί να προκαλέσουν συγγενείς ανωμαλίες ενώ μεγαλύτερες είναι δυνατό να προκαλέσουν ακόμα και το θάνατο του εμβρύου.

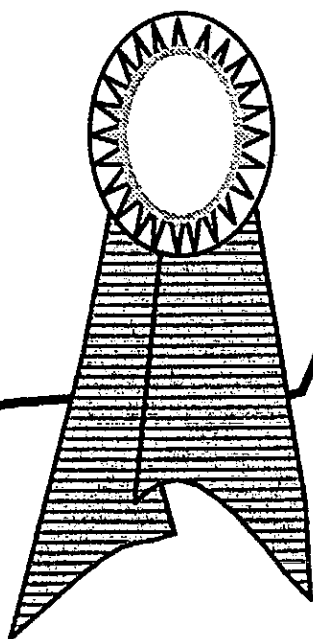
Οι όψιμες σωματικές επιπλοκές είναι :

- α) Λευχαιμία
- β) Καρκίνος στη χώρα που ακτινοβολήθηκε
- γ) Βράχυνση του χρόνου ζωής.

Οι γενετικές επιπλοκές οφείλονται στις μεταλλάξεις των χρωμοσώμων και των γονιδίων των γεννητικών κυττάρων.¹⁸

Κεφάλαιο

12



ΠΡΟΓΝΩΣΗ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Η πενταετής επιβίωση του καρκίνου του παχέος εντέρου στα διάφορα στάδια κατά DUKES, σύμφωνα με τις υπάρχουσες στατιστικές, είναι η εξής : Στάδιο A 80%, στάδιο B 65%, στάδιο C 30% και στάδιο D 5%.

Η ολική πενταετής επιβίωση όλων των σταδίων είναι περίπου 40-45%. Στο 10% των περιπτώσεων καρκίνου του κόλου και του ορθού οι όγκοι είναι μη εξαιρεσιμοί, το 20% των ασθενών προσέρχονται με ηπατικές μεταστάσεις και μόνο το 70% υφίσταται θεραπευτική χειρουργική επέμβαση.

Η μετεγχειρητική θνητότητα κυμαίνεται μεταξύ 2-4%. Οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ριζική κολεκτομή πρέπει να παρακολουθούνται καθόλη τη μετεγχειρητική περίοδο

- για πιθανή υποτροπή της νόσου
- για μεταστάσεις
- για μετάχρονο καρκίνο¹

Η παρακολούθηση γίνεται κατά διάφορα χρονικά διαστήματα, ανάλογα με το είδος της εγχείρησης και το στάδιο της νόσου και περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του CEA, την αναζήτηση μικροσκοπικής αιμορραγίας στα κόπρανα (hoemoccult blood test), τη σιγμοειδοσκόπηση, το βαριούχο υποκλυσμό ή την κολονοσκόπηση και την αξονική τομογραφία.¹

Σε καρκίνο σταδίου B ή C κατά DUKES, ο προσδιορισμός του CEA του ορού θα πρέπει να γίνεται κάθε 1-2 μήνες, ενώ η ανίχνευση της μικροσκοπικής αιμορραγίας στα κόπρανα κάθε 6-12 μήνες. Τέλος, αν ένα έτος μετά την εγχείρηση η κολονοσκόπηση αποβεί αρνητική, η επανάληψη της θα πρέπει να γίνεται κάθε 2-3 έτη.¹

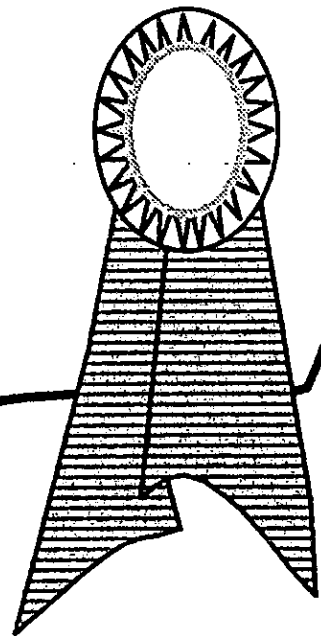
Ένα ποσοστό 60-70% θα εμφανίσει υποτροπή της νόσου σε άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα, γεγονός που υπογραμμίζει την μεγάλη αξία της μετεγχειρητικής παρακολούθησης του ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου.¹

Με τη συστηματική παρακολούθηση επιτυγχάνεται έγκαιρη διάγνωση τοπικών υποτροπών, μεταστάσεων ή μετάχρονων καρκίνων και δίνεται έτσι ευκαιρία στο χειρουργό να αποφασίσει μια επανεγχείρηση (second look laparotomy) με πιθανότητα αφαίρεσης της νέας εστίας από 30 μέχρι 60%. Η παλιά άποψη της επανεγχείρησης κάθε 6 μήνες σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες στην πρώτη εγχείρηση δεν έχει θέση σήμερα.⁶

Περίπου το 55% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ριζική εγχείρηση είναι «ελεύθεροι από την νόσο» μετά την παρέλευση της 5ετίας⁶.

Κεφάλαιο

13



ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κακοήθεις όγκοι του παχέος εντέρου μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγία, απόφραξη, διάτρηση και συρίγγια.

13.1 Αναιμία

Η σοβαρή αναιμία που ανευρίσκεται σε άτομα με καρκίνο του τυφλού προκαλείται από μικροσκοπική, για μακρό χρονικό διάστημα, αιμορραγία. Αυτή δεν διαπιστώνεται ούτε στα κόπρανα. Σε ποσοστό 5% μπορεί η αιμορραγία να είναι μεγάλη. Οι θανατηφόρες αιμορραγίες είναι πολύ σπάνιες όταν όμως αυτές διαγνωστούν συστήνεται η εκτομή του εντέρου με τον όγκο υπό την κάλυψη μεταγγίσεων αίματος.¹³

13.2 Απόφραξη

Οι κακοήθεις όγκοι αποτελούν τη συχνότερη αιτία απόφραξης του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα στην κατώτερη του μοίρα, το σιγμοειδές. Η συχνότητα οξείας απόφραξης από αυτή την αιτία ανέρχεται στο 10%.

Η απόφραξη προκαλείται από το δακτυλιοειδή τύπο του καρκίνου και όχι από την μάζα του όγκου. Οι αποφρακτικές νεοπλασίες δεν είναι όλες υψηλού βαθμού και κακοήθειας. Η φτωχότερη τους πρόγνωση οφείλεται στη μεγαλύτερη διασπορά των καρκινικών κυττάρων από την αυξημένη περισταλτικότητα του εντέρου ή οποία προωθεί τα νεοπλασματικά κύτταρα στα λεμφαγγεία και στις φλέβες.

Ο εγκολεασμός του εντέρου είναι μια σπάνια επιπλοκή στους ενήλικες, με αιτία τις περισσότερες φορές, περίπου 60% τον κακοήθη όγκο.

Σε μερικές περιπτώσεις κεντρικότερα του όγκου υπάρχει φλεγμονή, οίδημα και εξελκώσεις που μακροσκοπικά διαφέρουν από αυτές της ελκώδους κολίτιδας. Είναι σημαντικό να γίνει αυτή η διάγνωση γιατί είναι αδύνατη η καλή επούλωση σε ένα τέτοιο έδαφος. Στην περίπτωση αυτή γίνεται εκτομή του εντέρου σε υπόιστό.¹³

13.3 Διάτρηση

Η οξεία διάτρηση του παχέος εντέρου είναι πολύ σπάνια, είναι όμως πολύ θανατηφόρα. Η διάτρηση γίνεται στον όγκο, αλλά σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να γίνει στο πολύ διατεταγμένο έντερο κεντρικά του όγκου που έχει προκαλέσει απόφραξη. Η θνησιμότητα σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να φτάσει έως 80%. Θεραπευτικά συστήνεται εάν η έλικα του εντέρου που έγινε η διάτρηση είναι κινητή, να γίνει εντερεκτομή με τελικοτελική αναστόμωση με ή χωρίς κάλυμμα κολοστομίας.

Σε όσες περιπτώσεις, το έντερο είναι καθηλωμένο και δύσκολα κινητοποιείται, συστήνεται η κεντρική κολοστομία με παροχέτευση με ελαστικό σωλήνα της περιοχής που υπάρχει η οπή της διάτρησης.¹³

13.4 Συρίγγια

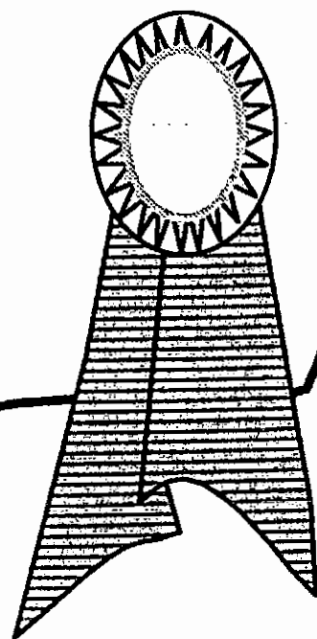
Τα συρίγγια είναι σπάνιες επιπλοκές των όγκων του παχέος εντέρου. Αυτά είναι εξωτερικά, δηλαδή επικοινωνούν με το δέρμα και τα εσωτερικά τα οποία επικοινωνούν με άλλα ενδοπεριτοναϊκά όργανα. Έτσι μπορεί να αναπτυχθούν συρίγγια με το στομάχι, το 12/δάκτυλο, με την ουροδόχο κύστη, το τελικό ειλεό, τη μήτρα, κόλπο κ.λ.π.

Τα εξωτερικά συρίγγια δεν προκαλούν απώλειες υγρών και ηλεκτρολυτών, συναφαιρούνται δε μαζί με το δέρμα σε ένα χρόνο.

Η συμπτωματολογία των εσωτερικών συριγγίων εξαρτάται από το όργανο που το παχύ έντερο έρχεται σε επικοινωνία, π.χ. γαστροκολικό συρίγγιο αυτό εκδηλώνεται με διάρροιες. Το κολοκυστικό με πνευματουρία ή αποβολή κοπρανώδους υλικού με τα ούρα. Θεραπευτικά συστήνεται, όπου είναι εφικτό, η εκτομή του όγκου αλλά και της περιοχής του άλλου οργάνου που έχει συρίγγιο.¹³

Κεφάλαιο

14



ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

14.1 Εισαγωγή

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ορθού είναι τώρα η δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλασμάτα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα στους άνδρες και στον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού είναι χειρουργική. Παρά τις βελτιώσεις των χειρουργικών τεχνικών όμως, δεν έχει επηρεασθεί η επιβίωση των αρρώστων, αλλά μόνο η ποιότητα της ζωής τους.

Σήμερα η ελπίδα βελτίωσης της επιβίωσης στηρίζεται στην ανεύρεση εύκολης μεθόδου πρόληψης (εκτομή προκαρκινωματώδων αδενωματώδων πολύποδων) ή διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού σε πρώιμο στάδιο, που είναι δυνητικά ιάσιμος με χειρουργική θεραπεία. Τούτο μπορεί να επιτευχθεί :

- A. Με τη σωστή διατροφή.
- B. Την αποκάλυψη της αφανούς αιμορραγίας στα κόπρανα (Haemocult test) και
- Γ. Τον έλεγχο της γονιδιακής αλλαγής.¹⁹

14.2 Διατροφή

Έχει γίνει αντιληπτό και παραδεκτό από όλους ότι η σωστή διατροφή μπορεί να ελαττώσει την επίπτωση του καρκίνου ή και να επιβραδύνει την εμφάνιση του. Ιδιαίτερα στον καρκίνο του παχέος εντέρου, το άπεπτο φυτικό υπόλειμμα έχει σημαντικό ρόλο για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού.

Το φυτικό υπόλειμμα : (1) Δημιουργεί αύξηση του όγκου των κοπράνων και της ταχύτητας διέλευσης του εντερικού περιεχομένου. Κατ' αυτόν τον τρόπο μειώνεται η πυκνότητα των καρκινογόνων στα κόπρανα και ο χρόνος έκθεσης του εντερικού βλεννογόνου στα καρκινογόνα που περιέχονται στα κόπρανα. (2) Αυξάνει την οξύτητα του εντερικού περιεχομένου διότι παράγει λιπαρά οξέα όπως προπιονικό – βουτυρικό –οξικό που έχει ως συνέπεια την αναστολή της καρκινογένεσης. (3) Προσροφά οργανικές ενώσεις, όπως τα χολικά άλατα από τα οποία, ένα από τα προϊόντα διασπάσεως τους (3-μεθυλχολανθρένιο) είναι καρκινογόνο. (4) Μειώνει τις προσλαμβανόμενες το 24ωρο θερμίδες που δρουν ανασταλτικά στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου. (5) Η αυξανόμενη κατανάλωση λαχανικών όπως κουνουπίδι, μπρόκολο, λάχανο, λαχανάκια Βρυξελλών κ.α. ελαττώνει την ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου γιατί θεωρείται ότι περιέχουν παράγωγα ινδολών που δυνητικά αναστέλλουν την καρκινογένεση.

Ο παραδοσιακός τρόπος διατροφής μας (Μεσογειακή Δίαιτα) με άφθονα λαχανικά, φρέσκα φρούτα, δημητριακά, μείωση του λίπους και των θερμίδων το 24ώρο, των αλατισμένων και παστών τροφών μπορεί να ελαττώσει την ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού και κατ' επέκταση την θνησιμότητα.¹⁹

14.3 Έλεγχος αφανούς αιμορραγίας

Είναι παραδεκτό ότι η πλειοψηφία των καρκίνων του παχέος εντέρου και ορθού προέρχεται από εξαλλαγή καλοηθών αδενωματωδών πολυπόδων. Η αιμορραγία από καρκίνο ή προκαρκινωματώδεις αδενωματώδεις πολύποδες του παχέος εντέρου και ορθού, αποτελεί το κύριο συμπτώματα τους και στα αρχικά στάδια δεν φαίνεται μακροσκοπικά στα κόπρανα. Η αξία της ανίχνευσης της αφανούς αιμορραγίας έγινε ωρίς αντιληπτή και άρχισε να συζητείται και να εφαρμόζεται το τροποποιημένο κατά Greegor Guaiac Test (Fecaloccult blood test) το γνωστό σήμερα Haemoccult Test, η προσφορά του οποίου στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού, έχει αναγνωρισθεί και χορηγείται διεθνώς σε ασυμπτωματικά άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών.¹⁹

14.3.α Αφανής αιμορραγία στα κόπρανα

Τα κόπρανα φυσιολογικών ατόμων περιέχουν μικρή, ποσότητα αίματος. Η ημερήσια απώλεια αίματος φυσιολογικά κυμαίνεται από 0,6-1,2ml, όπως έχει αποδειχθεί με την μέθοδο της σημάνσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων με 51Cr και η αιμοσφαιρίνη στα κόπρανα εκτιμάται ότι είναι 0,1-2,8mg/g κοπράνων επί μετρήσεων της πορφυρίνης με την μέθοδο Hemoquant.

Αυξημένη απώλεια αίματος συμβαίνει στα άτομα με καρκίνο παχέος εντέρου και ορθού, είναι δε μεγαλύτερη η μέση απώλεια αίματος από τον καρκίνο του τυφλού και του ανιόντος κόλου από αυτήν του αριστερού κόλου και του ορθού, όπως έχει αποδειχθεί με την σήμανση των ερυθρών αιμοσφαιρίων με 51Cr. Σε άτομα με αδενώματα παχέος εντέρου διαμέτρου μικρότερη του 1εκ., η απώλεια αίματος είναι συνήθως εντός των φυσιολογικών ορίων, ενώ όταν τα αδενώματα έχουν διάμετρο μεγαλύτερη των 2εκ. η απώλεια αίματος είναι παρόμοια με αυτήν επί καρκίνου.¹⁹

14.3.β Μέθοδος Haemoccult Test (HT)

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

Μεγάλες ποσότητες άψητου κρέατος και λαχανικών με ψευδοϋπεροξειδασική δράση μπορούν να δώσουν ψευδώς θετικό HT, όπως επίσης και μεγάλες δόσεις βιταμίνης C, γι' αυτό πρέπει να αποφεύγονται μερικές ημέρες πριν και τις ημέρες που γίνεται το Test.

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

Η περιεκτικότητα νερού στα κόπρανα αποτελεί, όπως έχει δειχθεί, αποφασιστικό παράγοντα της ευαισθησίας του και δείγματα κοπράνων πολύ ξηρά μπορεί να δώσουν ψευδώς αρνητικό το test.

Το ΗΤ είναι κατάλληλο για τον προληπτικό έλεγχο (screening test) πληθυσμού για νεοπλάσματα παχέος εντέρου και ορθού, διότι η ευαισθησία του έχει ρυθμιστεί να είναι άνω της συγκεντρώσεως της αιμοσφαιρίνης των κοπράνων στα φυσιολογικά άτομα και αντιστοιχεί περίπου σε 3mg αιμοσφαιρίνης / ανά g κοπράνων.

Στον πληθυσμιακό έλεγχο ανευρίσκονται περίπου 2 καρκίνοι / 1000 άτομα με την χορήγηση ΗΤ για 3 ημέρες ή 2,6 καρκίνοι / 1000 άτομα με την χρήση του ΗΤ για 6 ημέρες, όπου όμως η συμμετοχή του κοινού ήταν μικρότερη από ότι στην ομάδα που εχορηγήτο το Test για 3 ημέρες.¹⁹

14.3.γ Προληπτικός έλεγχος σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Αν και ο έλεγχος των κοπράνων για μικροσκοπική αιμορραγία φαίνεται ότι είναι η καλύτερη επιλογή για το μαζικό έλεγχο του πληθυσμού, χρειάζεται να συμπληρωθεί με ορθοσιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτα ενδοσκόπια και με κολονοσκόπηση στις περιπτώσεις παρακολουθήσεως ομάδων υψηλού κινδύνου. Σε αυτές περιλαμβάνονται :

1. Ελκώδης κολίτιδα : ασθενείς με ολική προσβολή του εντέρου για περισσότερο από 7 χρόνια και ασθενείς με αριστερή κολίτιδα για περισσότερο από 15 χρόνια.
2. Ασθενείς που έχουν υποστεί στο παρελθόν θεραπεία για νεόπλασμα παχέος εντέρου.
3. Ασθενείς και συγγενείς με γενετική προδιάθεση στον καρκίνο του παχέος εντέρου (σύνδρομο οικογενούς πολυποδίασης, σύνδρομο οικογενούς καρκίνου, σύνδρομο Peutz-Jeghers).
4. Γυναίκες που είχαν καρκίνο στο γεννητικό σύστημα ή στους μαστούς.
5. Συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Σε αυτές τις περιπτώσεις προληπτικού ελέγχου, δεν αναζητούνται μόνο εμφανείς όγκοι, αλλά και περιοχές του βλεννογόνου με επιθηλιακή δυσπλασία.⁵

14.4 Έλεγχος Γονιδιακής Αλλαγής.

Το ανθρώπινο DNA έχει περίπου 100000 γονίδια και μέχρι τις αρχές του 21^{ου} αιώνα (2001-2004) οπότε υπολογίζεται να έχει τελειώσει η χαρτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος θα γνωρίζουμε τι ακριβώς κάνει κάθε γονίδιο στον οργανισμό σε φυσιολογικές συνθήκες. Έτσι, οποιαδήποτε παρέκκλιση από το φυσιολογικό θα μπορεί να διαπιστωθεί και να διορθωθεί.

Η ανακάλυψη των ογκογονιδίων είναι η μεγαλύτερη επιτυχία της βιολογικής επιστήμης αυτόν τον αιώνα. Η Μοριακή Βιολογία αναγνωρίζει τα γονίδια τα οποία σχετίζονται με τις διάφορες μορφές καρκίνου και γενικά τις γενετικές αλλαγές που συμβαίνουν στα διάφορα νοσήματα.

Ο καρκίνος είναι μια γενετική ανωμαλία. Όλα αρχίζουν όταν ένα κύτταρο παθαίνει βλάβη στο DNA. Η διόρθωση με οποιοδήποτε τρόπο αυτής της γενετικής βλάβης, σκοπό έχει την επαναφορά του καρκινικού κυττάρου στην φυσιολογική του κατάσταση.

Η γενετική μηχανική δίδει σήμερα τη δυνατότητα στους επιστήμονες να επεμβαίνουν στο γενετικό υλικό του κυττάρου (DNA). Κόβουν, αφαιρούν και

επανασυνδέουν γονίδια, δηλαδή παρεμβαίνουν στο γενετικό υλικό με σκοπό την επισκευή της γενετικής βλάβης.

Αυτό μπορεί να γίνει :

1. Με την αφαίρεση του γονιδίου που έχει τη βλάβη.
2. Την επιτόπια επισκευή του.
3. Την αντικατάσταση του.
4. Την επιτόπια καταστροφή του.

Η γονιδιακή θεραπεία είναι μια νέα μορφή θεραπευτικής μετά τη χειρουργική, την ακτινοθεραπεία, και την χημειοθεραπεία που προς το παρόν δεν τις αντικαθιστά, αλλά τις συμπληρώνει.

Στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού προβλέπεται να χρησιμοποιηθεί ένα νέο test που αποκαλύπτει γενετικές ανωμαλίες στα κύτταρα που αποπίπτουν από το παχύ έντερο στα κόπρανα.

Όγκοι παχέος εντέρου και ορθού εμφανίζουν υψηλή επίπεδα του γονιδίου, αρμοδίου για το CD44, μια πρωτεΐνη της επιφάνειας του κυττάρου. Ερευνητές δηλώνουν ότι, η γενετική αυτή ανωμαλία μπορεί να αποκαλυφθεί σε μικρά δείγματα κοπράνων και να χρησιμεύει ως test ελέγχου (screening) για την πρόιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Τα γενετικά test CD44 είναι δαπανηρά και απαιτούν επίπονο εργαστηριακό έργο. Με τα σημερινά δεδομένα, το test για CD44 στα κόπρανα μπορεί να δώσει 32% ψευδώς αρνητικά σε καρκινοπαθείς και 12% ψευδώς θετικά σε υγιή άτομα.

Η εξειδίκευση (specificity) του test αυτού μπορεί να βελτιωθεί αν συλλέγονται περισσότερο του ενός δείγματα κοπράνων ή το test να γίνεται σε πολλές διαφορετικές ημέρες. Προς το παρόν δεν είναι εφικτή η εφαρμογή του screening αυτού σε μεγάλες κλινικές μελέτες. Απλώς εκφράζει την αγωνία των ερευνητών να ανακαλύψουν νέες μεθόδους screening για την διάγνωση του καρκίνου σε ασυμπτωματικά στάδια, δυνητικά ίασιμα.¹⁹

14.5 Οδηγίες Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας.

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, ο έλεγχος των ασυμπτωματικών ατόμων με προσανατολισμό προς τον καρκίνο πρέπει να γίνεται :

Για το παχύ έντερο και το ορθό :

- Δακτυλική εξέταση ανά έτος μετά τα 40 έτη.
- Αναζήτηση αίματος στα κόπρανα ανά έτος μετά τα 50 έτη.
- Σιγμοειδοσκόπηση ανά 3-5 έτη.²⁰

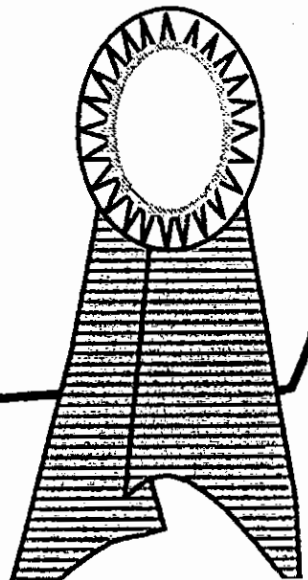
ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ
ΘΕΜΑΤΟΣ

Κεφάλαιο

1



ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε :

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.¹⁵

1.1. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει :

Τόνωση του ηθικού

Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο στην καλή πορεία της νόσου και στην αποκατάσταση του. Είναι απαραίτητο ο ψυχικός κόσμος του αρρώστου που πρόκειται να μπει στο χειρουργείο να βρίσκεται στην καλύτερη δυνατή κατάσταση.

Είναι γνωστό ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα ανησυχίας, φόβου ή καταθλίψεως παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως shock κ.α.¹⁵

Πολλοί είναι οι ασθενείς που όχι μόνο έρχονται στο νοσοκομείο με φόβους και ανησυχίες, αλλά και προβλέπουν την αποτυχία της εγχειρήσεως και τότε σκέψεις που αφορούν την οικογένεια, τα παιδιά δημιουργούν αισθήματα καταθλίψεως.

Η νοσηλεύτρια της βοηθάει τον άρρωστο να ενισχυθεί ηθικά δείχνοντας κατανόηση στους φόβους του και τις ανησυχίες του αλλά και ικανοποιώντας τις προσωπικές του ανάγκες. Στέκεται κοντά του, ακούει τους προβληματισμούς του και προσπαθεί με τα σωστά λόγια να τον κάνει να νιώσει ασφάλεια και εμπιστοσύνη στους γιατρούς, τους νοσηλευτές και γενικά το περιβάλλον του νοσοκομείου.

Ιδιαίτερα στους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, οι οποίοι πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, υπάρχει σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα λόγω της ιδέας της κολοστομίας. Εδώ η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει ότι η κολοστομία αποτελεί μοναδική λύση, η οποία όμως θα του επιτρέψει να ζήσει και να είναι υγιής.

Στην αποδοχή της στομίας από τον άρρωστο θα βοηθήσει σημαντικά η ενημέρωση του από τον γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό για το τι πρόκειται να του συμβεί. Οι εξηγήσεις θα πρέπει να είναι κατανοητές από τον άρρωστο και να χρησιμοποιείται λεξιλόγιο ανάλογο με το μορφωτικό του επίπεδο. Καλό είναι ο ασθενής να έρθει σε επαφή με άλλους στομιοπαθείς για να μπορέσει να δει το πώς αυτοί ζουν και εργάζονται κανονικά, καθώς και να διαβάσει άρθρα σχετικά με τη ζωή των ομοιοπαθών του.

Έτσι ο ασθενής με την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού θα μπορέσει να απαλλαγεί από τα άγχη και τους φόβους του και να είναι κατάλληλα προετοιμασμένος ψυχολογικά για την χειρουργική επέμβαση.

Τόνωση σωματική

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του.

Ο καχεκτικός άρρωστος βρίσκεται με μειονεκτική θέση διότι :

1. Έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό stress.
2. Είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας του βλεννογόνου των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα.
3. Είναι επιρρεπής στο shock και την αιμορραγία εξαιτίας της υποπρωτεϊναιμίας που είναι αποτέλεσμα του παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου.
4. Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος του εξαιτίας μειωμένων προμηθειών πρωτεΐνης και βιταμίνης C.

Όταν η χειρουργική επέμβαση γίνεται κανονικά και υπάρχει διαθέσιμος χρόνος προεγχειρητικά :

1. Διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή
2. Χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική, εύπεπτη με λίγο υπόλειμμα, που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών.
3. Γίνεται μετάγγιση αίματος αν υπάρχει αναιμία.

Όλοι οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη προεγχειρητικής ηλεκτρολυτικής μελέτης συμπεριλαμβάνονται μεταξύ εκείνων που μετριούνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά τους. Η νοσηλεύτρια πρέπει να επαγρυπνά για διαπίστωση τυχόν ανεπαρκούς αποβολής ούρων και χαμηλού ειδικού βάρους πρωινών ούρων.

Η νοσηλεύτρια επίσης διδάσκει τον άρρωστο, προεγχειρητικά, πώς να αναπνέει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση για την αποφυγή αναπνευστικής οξέωσης, ατελεκτασίας ή βρογχοπνευμονίας.

Χρόνιες ασθένειες που πρέπει να αντιμετωπιστούν προεγχειρητικά είναι : Ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος του Addison, νεφρικές, καρδιακές, ηπατικές και ορμονικές διαταραχές.

Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο άρρωστος, ειδικά με κορτικοστεροειδή, που δεν πρέπει να διακοπούν, διουρητικά που μπορεί να έχουν προκαλέσει στον άρρωστο υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές, αντιπηκτικά και αντιβιοτικά που ενισχύουν τη δράση των μυοχαλαρωτικών και μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, πρέπει να σημειώνονται.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην παχυσαρκία γιατί προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως : διαπύση τραύματος και εκσπλάχνωση, πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα.

Η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου. Ο οργανισμός των υπερηλίκων έχει ελαττωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας για ομοίωση με αποτέλεσμα την μικρότερη αντοχή στο stress. Το θρεπτικό ανισοζύγιο είναι συχνό. Η ανοχή στις μεταβολές του pH είναι μικρή. 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. Το shock εξάλλου μεταπίπτει πιο γρήγορα στη μη ανατάξιμη μορφή του. Η προεγχειρητική θρεπτική τακτοποίηση καθώς και η διόρθωση οποιασδήποτε άλλης διαταραχής είναι μεγάλης σημασίας για τον υπερήλικα. Μικρές και συχνές μεταγγίσεις αίματος διορθώνουν την αναιμία. Συχνά τους γίνονται δοκιμασίες νεφρικής λειτουργίας και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Τα προεγχειρητικά φάρμακα

χορηγούνται σε μικρότερες δόσεις για την αποφυγή αναπνευστικής καταστολής και υποξίας.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται πριν από την επέμβαση. Ισχυρά καθαρτικά πρέπει να αποφεύγονται γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη διαίτα και δραστηριότητα.¹⁸

Ειδικότερα για τους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση για αφαίρεση καρκίνου του παχέος εντέρου η προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει :

1^η Ημέρα : Τροφή με χαμηλό υπόλειμμα. Μια κάψουλα Dulcolax στις 6μμ.

2^η Ημέρα : Τροφή με χαμηλό υπόλειμμα. Χορήγηση per os 30ml. (15 gr) διαλύματος 50% θεικής μαγνησίας στις 10πμ., 2μμ., 6μμ.

3^η Ημέρα : Δίαιτα υδαρής. Χορήγηση 1gr νεομυκίνης και 1gr βάσης ερυθρομυκίνης per os στις 1μμ, 2μμ, 11μμ. Χορήγηση 30ml θεικής μαγνησίας per os στις 10μμ. και 2μμ. Όχι υποκλυσμός. Παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών εφόσον κρίνεται απαραίτητη.⁶

Ιατρικές εξετάσεις (κλινικές, εργαστηριακές)

Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από :

1. Χειρουργό, για εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού.
2. Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.
3. Καρδιολόγο για την εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας του ασθενή.

Εάν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό ιατρός προς ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της καταστάσεως.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι :

1. Εξέταση αίματος : γενική αίματος (λευκά – ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και Rhesus αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος και,
2. Γενική ούρων.

Το είδος της εγχειρήσεως και η κατάσταση του ασθενούς ρυθμίζουν την ανάγκη συμπληρωματικών εξετάσεων.

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του ασθενούς, καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (γενική, τοπική κ.λ.π.) και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.¹⁵

Καθαριότητα του ασθενούς

Η καθαριότητα του ασθενούς συνίσταται σε :

1. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει.
 - Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
 - Την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό σε εγχειρήσεις κοιλιάς, λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων και,
 - Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλκες από την σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται :

- Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων

- Με καθαρτικό υποκλυσμό.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών, και εάν είναι αρνητικά, ενημερώνει την Προϊσταμένη του τμήματος ή τον γιατρό.

Η εκτέλεση υποκλυσμών ή η χορήγηση καθαρτικού φαρμάκου γίνεται κατόπιν εντολή γιατρού.¹⁵

2. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει.

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.¹⁵

Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η αϋπνία και η κόπωση από αυτήν προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.¹⁵

Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λ.π. για την αποφυγή μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών.

1.2 Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γενικά, ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα μια μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Αν, κατά λάθος, δημιουργηθεί λύση της συνεχείας του δέρματος πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν από την επέμβαση.¹⁸

Στην περίπτωση της εγχείρησης του εντέρου, το χειρουργικό πεδίο περιλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του κορμού, από τις θηλές των μαστών μέχρι κάτω από την ηθική σύμφυση και πίσω στο ορθό.

1.3 Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία.

Πριν από την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο, η νοσηλεύτρια :

1. Τον ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα
2. Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη
3. Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίνονται στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν
4. Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης

5. Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου. Τα φάρμακα της προνάρκωσης εξαρτώνται από το συγκεκριμένο άρρωστο.

Πιο συχνά χρησιμοποιούνται :

- α. Οπιούχα
- β. Παράγωγα της μελαντόνας
- γ. Βαρβιτουρικά

Τα οπιούχα και τα βαρβιτουρικά απαλλάσσουν τον άρρωστο από το άγχος και την αγωνία. Μειώνουν το βασικό μεταβολισμό και, επομένως, την απαιτούμενη για την αναισθησία δόση του ναρκωτικού.

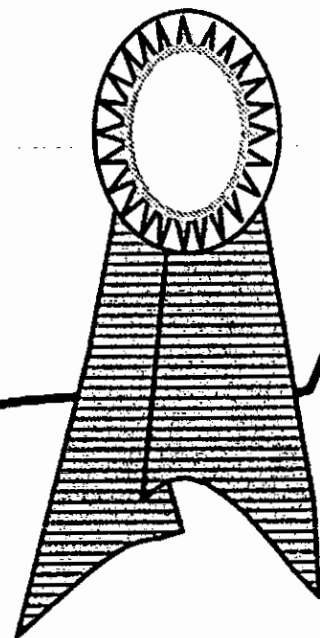
Εξάλλου τα παράγωγα της μελαντόνας ελαττώνουν τις εκκρίσεις της στοματικής κοιλότητας και του αναπνευστικού δέντρου. Ακόμα, αμβλύνουν ορισμένα επιβλαβή αντανακλαστικά που μπορεί να συμβούν σε χειρουργικές επεμβάσεις στο θώρακα και στην κοιλιά.

Αν για οποιαδήποτε αιτία η προνάρκωση δεν γίνει στην κανονική ώρα, πρέπει να αναφερθεί στον αναισθησιολόγο. Είναι πολύ επικίνδυνο να χορηγηθούν τα βαρβιτουρικά και τα οπιούχα αργότερα από την κανονική ώρα.

6. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως, καθώς και κάθε άλλη αλλαγή της φυσιολογικής λειτουργίας των ζωτικών σημείων.
7. Συμπληρώνει το φύλλο της προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου, τον συνοδεύει στο χειρουργείο και μένει κοντά του μέχρι να του δοθεί η νάρκωση.¹⁸

Κεφάλαιο

2



ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

2.1 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση της νοσηλεύτριας. Αυτή πρέπει να γίνεται από έμπειρη και επιδέξια νοσηλεύτρια, η οποία κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίζει την παρακολούθηση και περιποίηση του ασθενούς.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από την στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάσταση του. Αυτή περιλαμβάνει :

1. Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά την μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.
2. Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η πιο συνήθης θέση μετά την εγχείρηση είναι η «ύπτια», με το κεφάλι στραμμένο πλαγίως, αργότερα τοποθετείται σε «ανάρροπη» θέση (Fowler), η οποία βοηθά στην καλή αναπνοή και την χαλάρωση των μυών.
3. Ελέγχει :
 - Τα ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης.
 - Το τραύμα μήπως αιμορραγεί (εξωτερικές γάζες).
 - Τις παροχετεύσεις (συνδέσεις και λειτουργία τους).
 - Το επίπεδο συνείδησης και κίνησης των κάτω άκρων που αφορούν την νευρολογική κατάσταση του αρρώστου.
4. Εκτιμά την λειτουργία των νεφρών :
 - Ποσόν ούρων, μέτρηση και αναγραφή σε ειδικό πίνακα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, πιθανή επίσχεση ούρων και αντιμετώπιση. Αν έχει καθετήρα κύστεως ελέγχει τη θέση και την λειτουργία του.
5. Εκτιμά τον πόνο και την δυσφορία και φροντίζει για την ανακούφιση του.
6. Παρακολουθεί την ενδοφλέβια έκχυση, τύπος διαλύματος, ποσόν, ρυθμό ροής και προβλέπει για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης. Ελέγχει το σημείο φλεβοκέντησης. Αν ο άρρωστος είναι ανήσυχος και κρίνεται αναγκαίο, ακινητοποιεί με νάρθηκα το χέρι του για να μη σπάσει η φλέβα.
7. Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων και να αλλάζει συχνά θέση.
8. Τοποθετεί νεφροειδές, χαρτοβάμβακο ή χαρτομάντιλα κοντά του, καθώς και το κουδούνι, για να διευκολύνεται η επικοινωνία του.
9. Συμβουλευεται και διεκπεραιώνει τις ιατρικές οδηγίες και οργανώνει την νοσηλευτική φροντίδα του 24ώρου.
10. Ακούει με προσοχή τα παράπονα και ενοχλήματα του αρρώστου. Υποστηρίζει ψυχολογικά τον άρρωστο και τους συγγενείς.
11. Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και σημειώνει :
 - Ώρα επιστροφής του αρρώστου από το χειρουργείο.
 - Ζωτικά σημεία και γενική κατάσταση του αρρώστου.

- Ενδοφλέβια έκχυση ορού, μετάγγιση ή άλλου διαλύματος.
- Αν έχει παροχέτευση, καθετήρα, αν παίρνει οξυγόνο και ότι άλλο σχετικό.²¹

Ο ασθενής με καρκίνο παχέος εντέρου που επιστρέφει από το χειρουργείο φέρει σωλήνα Levin. Η ναυτία, οι γαστρεντερικές επεμβάσεις και η συνεχής γαστρεντερική αναρρόφηση δεν επιτρέπουν την λήψη υγρών από το στόμα, γι' αυτό χορηγούνται ενδοφλέβια.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες χορηγούνται στον άρρωστο διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών που δεν μπορεί να υπερβαίνουν τα 3000ml, εφόσον βέβαια ο άρρωστος δεν έχει παθολογικές απώλειες. Τα παρεντερικά διαλύματα συνοδεύονται απαραίτητα με ηλεκτρολύτες και συμπλέγματα βιταμινών Β και C.^{18,21}

Όταν αφαιρεθεί ο ρινογαστρικός καθετήρας ο ασθενής αρχίζει να σιτίζεται από το στόμα. Η διαίτα του αρχικά είναι υγρή, βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρές πολτώδεις τροφές και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη. Όσο συντομότερα αρχίζει η καλή διατροφή του αρρώστου τόσο μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών και η διάρκεια ανάρρωσης.^{15,21}

Στην αποφυγή επιπλοκών και στην γρήγορη ανάρρωση του ασθενούς θα βοηθήσει επίσης και η έγκαιρη έγερση του από το κρεβάτι στις πρώτες 24-48 ώρες, όταν αυτό το επιτρέπει η γενική κατάσταση του.

2.2 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές

Μετά από μια εγχείρηση μεγάλη ο ασθενής αντιμετωπίζει την εμφάνιση ανεπιθύμητων καταστάσεων που τον κουράζουν και τον ταλαιπωρούν ή και επιβραδύνουν την ανάρρωση του. Οι ανεπιθύμητες αυτές καταστάσεις ονομάζονται δυσχέρειες ή επιπλοκές και αποτελεί βασικό καθήκον και ευθύνη της νοσηλεύτριας η προσπάθεια να προφυλάξει από αυτές τον ασθενή.

Η γνώση των παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών και στην προφύλαξη από αυτές, καθώς και η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων των μετεγχειρητικών επιπλοκών βοηθεί στην πρόληψη ή έγκαιρη διάγνωση τους.¹⁵

2.2.α. Μετεγχειρητικές δυσχέρειες

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι :

Πόνος : Ασθενής που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση.

Η νοσηλεύτρια, για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, του δίνει θέση η οποία να προκαλεί χαλάρωση μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα και, όταν υπάρχει ανάγκη, του χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από τον γιατρό.

Δίψα : Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμη και τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης και την μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό, και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού.¹⁵

Εμετός : Ο εμετός και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ωρών από την απονάρκωση του ασθενούς.¹⁵

Ο ασθενής με καρκίνο παχέος εντέρου μετά το χειρουργείο φέρει ρινογαστρικό σωλήνα Levin, ο οποίος βοηθά στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου για εμετό μετεγχειρητικά.

Διάταση κύστεως : Η κατακράτηση των ούρων μπορεί να συμβεί μετά από κάθε εγχείρηση, ιδιαίτερα ορθού, κόλου, κήλης.

Η επίσχεση ούρων είναι δυνατό να οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα της ουρήθρας, ακινησία του αρρώστου. Η ύπτια θέση μειώνει την δυνατότητα χαλάρωσης των μυών του περινέου και του έξω σφιγκτήρα της κύστεως.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει αρχικά να πετύχει την φυσιολογική ούρηση με χορήγηση υγρών, άνοιγμα της βρύσης, έγερση του αρρώστου σε καθιστή θέση και χύσιμο χλιαρού νερού στο περίνεο.

Αν τα παραπάνω φυσικά μέτρα δεν αποδώσουν και η επίσχεση επιτείνεται, τότε σε συνεννόηση με το γιατρό της κλινικής γίνεται καθετηριασμός κύστεως.²¹

Ανησυχία – Δυσφορία : Αίτια που προκαλούν την ανησυχία και την δυσφορία είναι :

- Βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος.
- Πόνος, λόξυγκας, δίψα, επίσχεση ούρων.
- Τυμπανισμός (μετεωρισμός) κοιλιάς
- Αϋπνία, θόρυβοι του περιβάλλοντος.

Η νοσηλεύτρια ελέγχει τις παροχετεύσεις αν λειτουργούν σωστά και το τραύμα και κάνει αλλαγή αν κρίνεται αναγκαίο. Κάνει διάλογο με τον άρρωστο, τον διατηρεί στεγνό και καθαρό, φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστεως, αντιμετωπίζει τον τυμπανισμό, εξασφαλίζει ήρεμο περιβάλλον και ανακουφίζει τον άρρωστο από τον πόνο.²¹

2.2.β. Μετεγχειρητικές επιπλοκές

1. Μετεγχειρητικά προβλήματα ισορροπία νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας.

α. Περίσσεια νερού (υπονατρίαμια). Η διαταραχή αυτή συμβαίνει συχνότερα την 1^η ή 2^η μετεγχειρητική ημέρα εξαιτίας της κατακράτησης νερού.

Συμπτώματα της διαταραχής είναι : Μεταβολές στην συμπεριφορά (σύγχυση, ψευδαισθήσεις, νυσταγμός), κριτική αύξηση βάρους του σώματος, υπέρπνοια, πλαστικότητα ιστών, νευρομυικές μεταβολές (αδυναμία, μικροί μυϊκοί σπασμοί, ασυντονισμός, ημιπληγία).

Η πρόληψη της τοξίκωσης του βάρους του σώματος. Απτόμη αύξηση βάρους την άμεση μετεγχειρητική περίοδο αποτελεί ένδειξη για μείωση των χορηγούμενων υγρών. Ακόμα γίνεται προσεκτική μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.¹⁸

β. Αναπνευστική οξέωση. Κανονικά το CO₂ αποβάλλεται από τους πνεύμονες κατά την εκπνοή. Αναπνευστική οξέωση συμβαίνει όταν οι πνεύμονες κατακρατούν διοξείδιο του άνθρακα. Ο χειρουργικός άρρωστος μπορεί να αναπτύξει αναπνευστική οξέωση εξαιτίας μιας ή μερικών από τις ακόλουθες αιτίες :

- 1) Καταστολή της αναπνοής εξαιτίας της αναισθησίας.

- 2) Μείωση του ρυθμού ανταλλαγής των αερίων εξαιτίας ατελεκτασίας, πνευμονίας ή βρογχικής απόφραξης.
- 3) Καταστολή αναπνοής εξαιτίας χορήγησης μεγάλων δόσεων ναρκωτικών.
- 4) Επιτόλαια αναπνοή εξαιτίας κοιλιακής διάτασης και πόνου.
- 5) Εισπνοή μεγάλης ποσότητας CO₂ κατά την αναισθησία.

Η αλόγιστη χρήση του οξυγόνου μετεγχειρητικά αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης αναπνευστικής οξέωσης.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της αναπνευστικής οξέωσης με ενθάρρυνση του αρρώστου να βήχει και να αναπνέει βαθιά σε κανονικά χρονικά διαστήματα. Η χορήγηση ναρκωτικών απαιτεί μεγάλη προσοχή και νοσηλευτική κρίση, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους αρρώστους. Το γύρισμα του αρρώστου σε κανονικά χρονικά διαστήματα βοηθά στην πρόληψη πνευμονίας και ατελεκτασίας και, επομένως, της πνευμονικής εξέτασης.¹⁸

γ. Άλλες διαταραχές.

Ειλεός : Σε κάποιο βαθμό ο ειλεός έχει την τάση να συμβαίνει σε όλους τους αρρώστους που έκαναν λαπαροτομία. Παγιδεύονται μέσα στο έντερο μεγάλες ποσότητες υγρών του εντέρου με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου των εξωκυττάρων υγρών, την διαταραχή των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας. Η θεραπεία του συνίσταται στην αναρρόφηση του εντερικού υγρού.¹⁸

2. Μετεγχειρητικές επιπλοκές από το κυκλοφορικό.

α. Shock ή κατάπληξια. Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση shock είναι : Η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ψυχικός κλονισμός, ισχυρός πόνος. Εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα : Σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιτόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως, δέρμα και βλεννογόνους ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock είναι : Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους (αντίρροπη θέση), για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Θέρμανση του ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων. Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς στο ελάχιστο, για μείωση των καύσεων του οργανισμού. Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος, μετά από εντολή γιατρού. Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα και ενθάρρυνση του ασθενούς.

Η προφύλαξη του ασθενούς από μετεγχειρητικό shock συνίσταται στην προσπάθεια να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό, στην ανακούφιση του από τον πόνο, στην αύξηση του όγκου του αίματος προς της εγχειρήσεως, στη χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στον έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος και τέλος στην τόνωση του ηθικού του ασθενούς.¹⁵

β. Αιμορραγία. Διαιρείται σε εξωτερική και εσωτερική. Παράγοντες που συντελούν σε αυτή την επιπλοκή είναι :

- Η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών, τα οποία εύκολα διαφεύγουν την προσοχή του χειρουργού.
- Η μόλυνση του τραύματος αυτή αντιμετωπίζει ο οργανισμός με συρροή αίματος, ένεκα της οποίας γίνεται καμιά φορά αναπόφευκτη η αιμορραγία.

- Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς. Με αυτές απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάνε ράμματα ή ράμμα, με αποτέλεσμα μεγάλη ή μικρή αιμορραγία.
- Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος κ.α.

Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι : Ευπίεστος, γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση της θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσεως, εφίδρωση, αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα, ανησυχία και εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία.

Η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας ως εξής : Θέτει τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί το γιατρό. Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί, αν είναι δυνατό, πιεστικό επίδεσμο στο μέλος του σώματος που αιμορραγεί. Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική, δεν δίνει στον ασθενή τίποτα από το στόμα. Έχει έτοιμο δίσκο με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα, για τον ασθενή που αιμορραγεί. Τον απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφιξη, τον ζεσταίνει και προσπαθεί, να τονώσει τον ηθικό του απομακρύνοντας κάθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού. Στη συνέχεια ο γιατρός χειρίζεται την πορεία της αγωγής του ασθενούς που αιμορραγεί.¹⁵

γ. Φλεβίτιδα ή θρόμβωση μηριαίας. Η πιο συχνή θρόμβωση του αγγείου είναι του μηρού. Συνίσταται στο σχηματισμό θρόμβου, ο οποίος εγκαθίσταται σε κάποιο από τα αγγεία που βρίσκονται «εν τω βάθη» ή «επιπολής».

Η αιτία της επιπλοκής αυτής μπορεί να είναι : 1) βλάβη της φλέβας από εξάσκηση υπερβολικής πίεσης εξαιτίας λουριδίων πρόσδεσης ή υποστηριγμάτων, 2) συμπύκνωση του αίματος και 3) η επιβράδυνση της κυκλοφορίας στα κάτω άκρα εξαιτίας μειωμένου μεταβολισμού και της κυκλοφορίας μετά την επέμβαση. Το αριστερό άκρο προσβάλλεται πιο συχνά.

Αυτή εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα (πρήξιμο) και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Η πρόληψη συνίσταται σε :

- Αποφυγή πίεσεως πάνω στις κνήμες.
- Έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι.
- Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοηθήσει της κυκλοφορίας.
- Αποφυγή εντριβών των άκρων.

Η θεραπεία συνίσταται σε :

- Απόλυτη ακινησία του άκρου, για να μη μετακινηθεί ο θρόμβος.
- Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση, για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
- Τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων.
- Τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων, για ανακούφιση του άρρώστου, κατόπιν εντολής γιατρού.
- Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής, σύμφωνα με εντολή γιατρού.^{15,21}

3. Πνευμονικές επιπλοκές

Οι επιπλοκές από το αναπνευστικό είναι οι συχνότερες και σοβαρότερες από αυτές που αντιμετωπίζει η χειρουργική ομάδα. Οι άρρωστοι που έχουν πνευμονική πάθηση πριν από την επέμβαση αναπτύσσουν ευκολότερα βαριές επιπλοκές μετά την επέμβαση. Γι' αυτό, αν υπάρχει οξεία νόσος του αναπνευστικού, η επέμβαση αναβάλλεται εκτός αν είναι επείγουσα.

Αίτια που προδιαθέτουν σε μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές είναι :

- α. Λοιμώξεις στόματος, ρινός, λαιμού.

- β. Η ερεθιστική επίδραση του αναισθητικού.
- γ. Εισρόφηση εμεσμάτων
- δ. Επιπόλαιες αναπνοές εξαιτίας του πόνου που προκαλούν οι βαθιές αναπνοές.
- ε. Κατάχρηση καπνίσματος και χρόνιες αναπνευστικές νόσοι.
- στ. Παχυσαρκία ή αδυναμία, πολύ μεγάλη ή πολύ μικρή ηλικία.

Οι πνευμονικές μετεγχειρητικές επιπλοκές περιγράφονται σύντομα παρακάτω:

α. Ατελεκτασία : Η τέλεια απόφραξη βρόγχου από βλεννώδες έμβολο εμποδίζει τον αερισμό του παρεγχύματος που αερίζεται αρδεύεται από αίμα το οποίο ανοξυγόνωτο και πλούσιο σε διοξείδιο του άνθρακα γυρίζει στην αριστερή καρδιά και ανακατώνεται με τον οξυγονωμένο. Μεγάλες ατελεκτασικές περιοχές δημιουργούν μια μεγάλη βαθμού παράκαμψη (shunt) με αποτέλεσμα την κεντρική κυάνωση.

β. Βρογχίτιδα : Παρουσιάζεται συνήθως τις πρώτες 5-6 ημέρες. Τα συμπτώματα είναι : βήχας με απόχρεμψη χωρίς αξιόλογη ανύψωση της θερμοκρασίας και αύξηση της συχνότητας του σφυγμού.

γ. Βρογχοπνευμονία : Είναι η δεύτερη κατά σειρά συχνότητας πνευμονική επιπλοκή μετά την ατελεκτασία. Εκτός από τον παραγωγικό βήχα, η θερμοκρασία παρουσιάζει αξιοσημείωτη ανύψωση, και ο σφυγμός είναι συχνός.

δ. Λοβώδης πνευμονία : Είναι η πιο σπάνια μετεγχειρητική πνευμονική επιπλοκή. Συνήθως αρχίζει με ρίγη και ακολουθεί αύξηση θερμοκρασίας, συχνότητας σφυγμού και αναπνοών. Πιθανό να συνυπάρχει και βήχας. Στον άρρωστο χορηγούνται αντιβιοτικά και άφθονα υγρά.

ε. Υποστατική πνευμονική συμφόρηση : Αποτελεί μια κατάσταση που εκδηλώνεται συνήθως σε ηλικιωμένα ή εξασθενημένα άτομα. Το αίμα λιμνάζει στα κατώτερα τμήματα του πνεύμονα εξαιτίας ανεπαρκούς καρδιαγγειακής λειτουργίας και μειωμένης κίνησης του αρρώστου στο κρεβάτι.

στ. Πλευρίτιδα : Είναι σπάνια μετεγχειρητική επιπλοκή.

ζ. Πνευμονική εμβολή : Έμβολο είναι ένα ξένο σώμα μέσα στο ρεύμα του αίματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι θρόμβος αίματος και αποσπάστηκε από το σημείο που πρωτοδημιουργήθηκε.

Τα συμπτώματα είναι πολύ έντονα. Ο άρρωστος που περνά στην περίοδο ανάρρωσης ξαφνικά παρουσιάζει έντονο πόνο στον θώρακα, αδυναμία να αναπνεύσει, κυάνωση και αγωνία. Οι κόρες του διαστέλλονται και τον περιλούζει κρύος ιδρώτας. Ο σφυγμός του είναι συχνός και άρρυθμος, που τελικά γίνεται απηλάφητος και ο άρρωστος τελικά καταλήγει. Αν ο άρρωστος δεν καταλήξει σε 30' της ώρας υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει.¹⁸

Πρόληψη και αντιμετώπιση των πνευμονικών επιπλοκών.

Η προφυλακτική αγωγή στις καταστάσεις αυτές περιλαμβάνει μέτρα για την προαγωγή του αερισμού των πνευμόνων. Έτσι το σχέδιο φροντίδας του αρρώστου περιλαμβάνει τουλάχιστο 10 βαθιές αναπνοές κάθε ώρα. Γύρισμα του αρρώστου από το ένα πλάι στο άλλο. Έγκαιρη έγερση του αρρώστου και δραστηριοποίηση του. Ο άρρωστος πρέπει να παίρνει πολλά υγρά, αποχρεμπτικά και αντιβιοτικά.¹⁸

4. Επιπλοκές από το πεπτικό

α. Εντερική απόφραξη.

Συμβαίνει συχνότερα σε επεμβάσεις του υπογαστρίου και της πυέλου, ειδικά όταν είναι απαραίτητη παροχέτευση και εκδηλώνεται την 3^η με 5^η μετεγχειρητική ημέρα. Τα συμπτώματα, είναι οξύς πόνος στην κοιλιά, σαν κωλικός, με μεσοδιαστήματα ηρεμίας των οποίων η διάρκεια μειώνεται βαθμιαία. Ο άρρωστος συνήθως παρουσιάζει και πυρετό και αύξηση της συχνότητας των σφύξεων.¹⁸

β. Λόξυγκας.

Παρουσιάζεται συχνά μετά από ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Μπορεί να εκδηλωθεί με ελαφρά μορφή που υποχωρεί αυτόματα ή με απλή θεραπεία.

Ο λόξυγκας είναι διαλείπων σπασμός του διαφράγματος και η θεραπεία του στοχεύει στην απομάκρυνση του αιτίου που τον προκαλεί. Αυτό σε πολλές περιπτώσεις είναι απλό όπως αναρρόφηση στομάχου, εντέρου κ.λ.π. Σε άλλες όμως περιπτώσεις η απομάκρυνση της αιτίας είναι δύσκολη και η θεραπεία στοχεύει στον ίδιο τον λόξυγκα, όπως λήψη μισού ποτηριού, μέσα στο οποίο διαλύεται ένα κουταλάκι σόδας, κατάποση κομματιών πάγου κ.α.¹⁸

5. Επιπλοκές από το τραύμα.

α. Αιμάτωμα.

Πολλές φορές η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος γίνεται υποδόρια και γι' αυτό είναι καλυμμένη. Σταματά μόνη της, δημιουργεί όμως θρόμβο μέσα στο τραύμα. Αν ο θρόμβος είναι μικρός απορροφάται χωρίς θεραπεία. Αν είναι μεγάλος, επειδή καθυστερεί την επούλωση του τραύματος, αφαιρείται αφού κοπούν μερικά ράμματα του τραύματος.¹⁸

β. Μόλυνση.

Για τις περισσότερες μολύνσεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Άλλοι μικροοργανισμοί που μπορούν να κάνουν μόλυνση είναι το βακτηρίδιο του κυανού πύου, ο στρεπτόκοκκος και άλλα.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της μόλυνσης παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του και η καθαριότητα του περιβάλλοντος. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως 36-48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους επεξεργασίας. Η συχνότητα των σφίξεων αυξάνει, η θερμοκρασία ανεβαίνει και το τραύμα γίνεται επώδυνο, οίδηματώδες και ζεστό.

Θεραπευτικά γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα. Επίσης μπορεί να γίνει έκπλυση του τραύματος με ζεστή αντισηπτική καλλιέργεια του υγρού του τραύματος.¹⁸

γ. Ρήξη ραμμάτων – Εκσπλάχνωση.

Η επιπλοκή αυτή είναι ιδιαίτερα σοβαρή σε κοιλιακά τραύματα. Οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων, μόλυνση, βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάταση.

Η ρήξη προκαλεί πολύ έντονο πόνο που συνήθως συνδυάζεται με εμετό και απότομη έξοδος μεγάλης ποσότητας περιτοναϊκού υγρού στις γάζες.

Η νοσηλεύτρια πρέπει αμέσως να ειδοποιήσει τον γιατρό. Αν προβάλλουν εντερικές έλικες πρέπει να σκεπάζονται με αποστειρωμένο τετράγωνο.

Για την πρόληψη της ρήξης χρησιμοποιείται ειδικός επίδεσμος. Η εκσπλάχνωση συμβαίνει συνήθως σε αρρώστους ηλικιωμένους, καχεκτικούς, παχύσαρκους.¹⁸

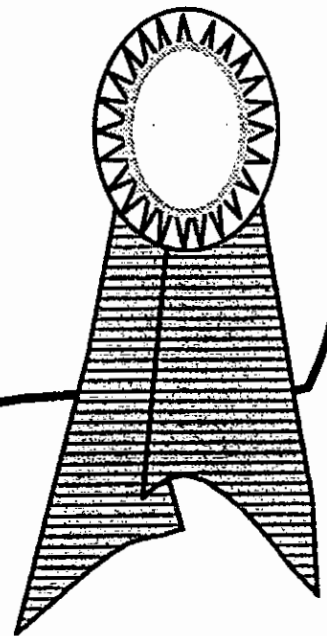
δ. Μετεγχειρητική ψύχωση.

Τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστά. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της είναι : η προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της. Σε περίπτωση εμφάνισης μετεγχειρητικής ψύχωσης πρέπει να ληφθούν μέτρα προφυλάξεως του ίδιου του ασθενούς και του περιβάλλοντος του.

Συνίσταται η παρακολούθηση του ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή του από ψυχίατρο. Η καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση, προλαβαίνει πολλές φορές αυτή την επιπλοκή.

Κεφάλαιο

3



ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

3.1. Ορισμός και είδη κολοστομίας

Κολοστομία είναι ένα παροδικό ή μόνιμο άνοιγμα του κόλου στο κοιλιακό τοίχωμα. Το κόλο έχει δύο λειτουργίες : να συγκεντρώνει και να αποθηκεύει τις περιττωματικές ουσίες και να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες. Και οι δυο αυτές λειτουργίες γίνονται ανεπαρκώς εξαιτίας της κολοστομίας. 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.²²

1. Κατιούσα και σιγμοειδή κολοστομία.

Συχνά ονομάζονται «στεγνές» κολοστομίες, γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παραγάγει σχηματισμένα κόπρανα. Η πλύση, ένας υποκλυσμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα, μέσα από το στόμιο, μπορεί να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου.²²

2. Εγκάρσια κολοστομία.

α. Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδεις. Έλεγχος με την βοήθεια των πλύσεων είναι δυνατός σε ορισμένες περιπτώσεις, όχι όμως στην πλειοψηφία τους.

β. Ο άρρωστος σχεδόν με βεβαιότητα θα χρειάζεται σάκο όλο τον καιρό.

γ. Το απέκκριμα, μπορεί να περιέχει πεπτικά ένζυμα, η προστασία επομένως του δέρματος γύρω από το στόμιο είναι απαραίτητη.

Εγκάρσιας στομίας γίνονται δύο είδη :

α. Η διπλού αυλού, εγκάρσια κολοστομία.

β. Η αγκυλωτή κολοστομία.

Η διπλού αυλού, έχει δύο στόμια ένα ενεργό, το κεντρικό, και ένα ανενεργό, το περιφερικό. Είναι συνήθως παροδική. Το ενεργό στόμιο βγάζει τα κόπρανα έξω, παρακάμπτοντας βλάβη ή φλεγμονή του κατώτερου κόλου. Το ανενεργό στόμιο διατηρεί το άνοιγμα του παρακαμπτόμενου τμήματος του εντέρου ώσπου να γίνει η επούλωση. Τότε κλείνεται η κολοστομία και το έντερο επανασυνδέεται με λαπαροτομία.

Η αγκυλωτή κολοστομία είναι ένας άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης. Μια αγκύλη ακέραιου εντέρου φέρεται έξω από το κοιλιακό τοίχωμα και ράβονται τα δύο σκέλη της. Τα κόπρανα παροχετεύονται μέσα από τομή που γίνεται στο επάνω μέρος της αγκύλης. Μπορεί να μείνει ανοικτή από 10 μέρες ως 9 μήνες. Ο ιστός του στομίου συρρικνώνεται και μπορεί τελικά να μοιάζει με εκείνη των δύο στομίων. Όμως, μετά την αποκατάσταση του περιφερικού τμήματος του κόλου τα τοιχώματα της αγκύλης, που ράφτηκαν, αφαιρούνται με εντεροστόμιο και η συνέχεια του εντέρου αποκαθίσταται χωρίς να είναι απαραίτητη η λαπαροτομία.

Η αγκυλωτή κολοστομία γίνεται σαν έκτακτη διαδικασία σε περίπτωση απόφραξης ή πριν από σχεδιασμένη χειρουργική επέμβαση.²²

3. Ανιούσα κολοστομία

Το απέκκριμα είναι υδαρές. Ρέει σχεδόν συνεχώς. Υπάρχει το πρόβλημα του ερεθισμού του δέρματος. Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη. Συνήθως η αγωγή της είναι όμοια με εκείνη της ειλεοστομίας. Υλικό εκλογής είναι ο αποχεύομενος σάκος, προτιμότερο με δακτύλιο από ρητίνη καράγια.²²

3.2 Σκοποί εκτέλεσης της κολοστομίας

1. Μπορεί να αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που έγινε για θεραπεία καρκίνου του ορθού.
2. Μπορεί να γίνει παρηγορητικά σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου.
3. Μπορεί να αποτελεί παροδικό μέτρο για την προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για την επούλωση φλεγμαινόντος εντέρου.
4. Μπορεί να γίνει παροδικά για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά την διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας.²²

3.3 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που πρόκειται να υποστεί σε κολοστομία.

Αυτή περιλαμβάνει την ψυχολογική και την σωματική ετοιμασία.

3.3.α Ψυχολογική

- Αξιολόγηση του επιπέδου κατανόησης και αποδοχής του αρρώστου σχετικά με την εγχείρηση που πρόκειται να γίνει, την μετεγχειρητική πορεία και αγωγή.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει του φόβους και τα συναισθήματα του, φόβος θανάτου, αναπηρίας, απόρριψης από τους οικείους και φίλους.
- Παροχή πληροφοριών στα πλαίσια της αρμοδιότητας των Νοσηλευτών και προσπάθεια λύσεως των παρεξηγημένων αντιλήψεων του αρρώστου.
- Πληροφόρηση σχετική με το πρόβλημα της κολοστομίας από άρρωστο που έχει ο ίδιος υποστεί.²¹

3.3.β. Σωματική

Η σωματική ετοιμασία γενικά περιλαμβάνει τα συνήθη μέτρα μιας επέμβασης κοιλιάς. Στην προκειμένη περίπτωση διαφέρει η ετοιμασία του εντέρου για την κένωση του, την απαλλαγή από τον τυμπανισμό και την ελάττωση των βακτηριδίων. Εφαρμόζονται τα παρακάτω με παραλλαγές ανάλογα με το σύστημα κάθε κλινικής :

- Δίαιτα χωρίς υπόλειμμα για 4 ημέρες πριν την εγχείρηση. Την παραμονή της επέμβασης μόνο υγρά από το στόμα και τίποτα μετά τα μεσάνυκτα.
- Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα το πρωί της ημέρας της εγχείρησης.
- Χορήγηση καθαρτικού ή υποκλυσμού επί 2-4 ημέρες πριν την εγχείρηση.
- Χορήγηση αντισηπτικού του εντέρου ή ευρέως φάσματος αντιβιοτικό προληπτικά πριν την εγχείρηση.

3.4 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Στην μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κολοστομία λαμβάνονται τα συνήθη γενικά μέτρα όπως σε κάθε επέμβαση κοιλιάς.

Τα ιδιαίτερα προβλήματα που παρουσιάζονται και η αντιμετώπιση τους αναπτύσσονται παρακάτω στον πίνακα.²¹

ΠΙΝΑΚΑΣ

Πρόβλημα	Αίτια	Νοσηλευτική αντιμετώπιση
<ul style="list-style-type: none"> • Τραύμα – μόλυνση (σε κοιλιοπερινεϊκή επέμβαση) 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτεταμένο τραύμα • Παρουσία μικροβίων και παροχτετευτικών υγρών. • Δυσκολία ελέγχου του τραύματος λόγω θέσεως • Πόνος, οίδημα 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολουθείστε για πιθανή αιμορραγία • Συστήστε εδρόλουτρα σύμφωνα με ιατρική οδηγία • Παρακολουθήστε χρώμα, οσμή και ποσότητα υγρών παροχτετεύσεων. • Αλλάζετε το επίδεσμικό υλικό • Τηρείται άσηπτη τεχνική στις αλλαγές • Εξασφαλίζετε άνετη θέση στον άρρωστο.
<ul style="list-style-type: none"> • Κακοσμία 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποβολή περιεχομένου του εντέρου • Κάκοσμα αέρια από λήψη τροφών 	<ul style="list-style-type: none"> • Χρησιμοποιήστε πάντοτε τους ειδικούς σάκους κολοστομίας με φίλτρο διαφυγής αερίων.
<ul style="list-style-type: none"> • Δερματίτιδα γύρω από το στόμιο 	<ul style="list-style-type: none"> • Ερεθιστικά υγρά του εντέρου • Κακή τοποθέτηση του σάκου • Πλημμελής καθαριότητα • Ακατάλληλο υλικό • Ευαισθησία δέρματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Ελέγχετε συχνά το δέρμα για ερεθισμό. • Αποφεύγετε την επικόλληση του σάκου πάνω στην περιοχή της δερματίτιδας • Κάνετε καλή καθαριότητα με χλιαρό νερό, καθαρίστε και στεγνώστε καλά. • Χρησιμοποιήστε μια από τις ειδικές κρέμες που υπάρχουν.
<ul style="list-style-type: none"> • Άγχος, ανησυχία 	<ul style="list-style-type: none"> • Αλλαγή στην λειτουργία του σώματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενισχύστε τον άρρωστο ψυχολογικά. Φέρτε τον σε επαφή με κολοστομημένο άρρωστο για να συζητήσει το πρόβλημα του. • Συστήστε τον να αρχίσει να μετέχει στη νοσηλεία του, να εξοικειωθεί και να αναλάβει μόνος την αυτοφροντίδα του • Συζητείστε μαζί του και δώστε σαφείς και ακριβείς απαντήσεις στις απορίες του.

3.5. Φροντίδα της κολοστομίας

3.5.α Άμεση φροντίδα της κολοστομίας

Η άμεση και συχνή παρακολούθηση της κολοστομίας είναι απαραίτητη τις πρώτες 48 ώρες μετά την κατασκευή της. Ελέγχεται η βιωσιμότητα της η οποία εξαρτάται από την καλή αιμάτωση της, και εάν, το έντερο έχει εισροφηθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Στην δεύτερη περίπτωση, το κοπρανώδες περιεχόμενο του εντέρου, εγχύνεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα με συνεπακόλουθο την ανάπτυξη κοπρανώδους περιτονίτιδας. Και οι δύο αυτές επιπλοκές αντιμετωπίζονται εγχειρητικά με την κατασκευή νέας κολοστομίας. Η δεύτερη επιπλοκή – η εισρόφηση – αφορά μόνο την τελική κολοστομία.¹³

3.5.β Γενική φροντίδα κολοστομίας

Η πλήρης και κανονική λειτουργία μιας κολοστομίας χρειάζεται 3 – 4 εβδομάδες, γι' αυτό θα πρέπει να ενημερωθεί και εφησυχασθεί ο άρρωστος. Στην διάρκεια αυτών των εβδομάδων μπορεί να αναπτυχθεί μέχρις εξελκώσεως του δέρματος.¹³

3.5.γ Μακρόχρονη φροντίδα κολοστομίας

Στις προσωρινές κολοστομίες δεν απαιτείται καμία ιδιαίτερη φροντίδα εκτός από την περιποίηση του δέρματος, γιατί η εξέλκωση του θα επιμηκύνει τον χρόνο σύγκλεισης της.

Η τελική κολοστομία αντιμετωπίζεται μακρόχρονα με τρεις μεθόδους:¹³

α. Φυσική μέθοδος : Σε μερικές περιπτώσεις η κολοστομία λειτουργεί κανονικά, μια φορά το 24ωρο, συχνά με την επίδραση ενός ερεθίσματος π.χ. ενός ζεστού ποτού. Μεταξύ των κενώσεων η κολοστομία καλύπτεται από μια πλαστική κάψουλα, ενσωματωμένη σε μια ζώνη. Η καθιέρωση αυτής της τακτικής βοηθιείται με κατάλληλη διαιτητική διατροφή και με διάφορα φάρμακα π.χ. κωδεΐνη, λοπεραμίδη ή λομοτιλ.¹³

β. Μέθοδος με εφαρμογή πλαστικών συσκευών : Στις περισσότερες περιπτώσεις τα άτομα δεν μπορούν να ελέγξουν την αποβολή κοπράνων από την κολοστομία τους, γι' αυτό καταφεύγουν στην εφαρμογή την κατάλληλων συσκευών.¹³

γ. Μέθοδος υποκλυσμών : Το έντερο αδειάζει τελείως με υποκλυσμούς από την κολοστομία κάθε 24-48 ώρες. Το πλεονέκτημα αυτής της μεθόδους είναι ότι το άτομο που δεν χρησιμοποιεί πλαστικούς σάκους και αυτοκόλλητους δίσκους, γλιτώνει χρήματα και χρόνο. Οι υποκλυσμοί δεν πρέπει να γίνονται νωρίτερα από την παρέλευση 2-4 εβδομάδων από την εγκατάσταση της κολοστομίας. Με την κατάλληλη συσκευή το άτομο του εγχέει 750-1000ml νερού της βρύσης σε θερμοκρασία δωματίου, στο έντερο το οποίο απομακρύνει το περιεχόμενο του σε διάρκεια 10 – 30 λεπτών.

Η μέθοδος αυτή είναι πολύ πρακτική, ακίνδυνη και αν γίνει σωστά, είναι αποδεκτή από πολλούς ασθενείς. Με την επιτυχία της λύνονται πολλά προβλήματα, ιδιαίτερα ψυχολογικά, του ατόμου με την κολοστομία.¹³

Σκοπός της πλύσεως της κολοστομίας είναι :

1. Να βοηθήσει το άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενο του : κόπρανα, αέρια, βλέννη.
2. Να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου
3. Να βοηθήσει στο να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο.²²

3.5.δ Τεχνική φροντίδας κολοστομίας

Υλικό νοσηλείας

- Δίσκος ή τροχοφόρο νοσηλείας με :
 - Set αλλαγής
 - Γάντια
 - Νεφροειδές
 - Χαρτοβάμβακο
 - Χαρτοσακούλα
 - Τετράγωνο – αδιάβροχο
 - Πλαστικό σάκο κατάλληλο για κάθε περίπτωση
 - Παραβάν²¹
- Φυσιολογικό ορό
- Αντισηπτική διάλυση
- Σαπούνι γλυκερίνης
- Χλιαρό νερό, τρίψτης
- Κρέμα δέρματος

Σειρά εργασίας

α. Ενημέρωση και προετοιμασία αρρώστου

- Ενημερώστε τον άρρωστο για την νοσηλεία που πρόκειται να του γίνει και ζητήστε την συνεργασία του.
- Τοποθετείστε παραβάν, αν δεν υπάρχουν κουρτίνες στο κρεβάτι του αρρώστου, για εξασφάλιση μοναχικότητας
- Δώστε στον άρρωστο κατάλληλη και αναπαυτική θέση, ύπτια με μικρή κλίση προς το πλάγιο της κολοστομίας ή ημικαθιστή.²¹

β. Φροντίδα του στομίου

- Αναδιπλώστε τα κλινοσκεπάσματα
- Τοποθετείστε το αδιάβροχο και τετράγωνο κοντά στην κολοστομία ανάλογα με την θέση του αρρώστου για να προστατέψετε τα κλινοσκεπάσματα.
- Ανοίξτε τη χαρτοσακούλα στο κάτω μέρος του κρεβατιού για την συλλογή των αχρήστων.
- Φορέστε τα γάντια για προληπτικούς λόγους
- Χαλαρώστε την ζώνη όταν υπάρχει.
- Αποκολλήστε τον σάκο και απορρίψτε τον
- Τοποθετείστε το νεφροειδές κάτω από το στόμιο αφού καλύψετε με χαρτοβάμβακο την πλευρά που έρχεται σε επαφή με το σώμα του αρρώστου για να απορροφήσει τα υγρά.
- Ανοίξτε το set
- Καθαρίστε καλά την περιοχή του στομίου με φυσιολογικό ορό, χρησιμοποιώντας λαβίδα και τολύπιο.

—

- Σαπουνίστε καλά την γύρω από το στόμιο περιοχή με χλιαρό νερό και σαπούνι ή αντισηπτική σαπουνάδα, ξεπλύνετε και στεγνώστε καλά.
- Ετοιμάστε το σάκο σύμφωνα με τον τύπο του και τις ειδικές οδηγίες
- Επικολλήστε καλά το σάκο και βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχει διαρροή γύρω από το στόμιο.
- Αφήστε τον άρρωστο καθαρό και σε αναπαυτική θέση.
- Συγκεντρώστε και απομακρύνετε τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα.
- Σημειώστε στο δελτίο νοσηλείας παρατηρήσεις, όπως εμφάνιση αίματος, πύου, δερματίτιδας και στο θερμομετρικό διάγραμμα αν είχε κένωση.²¹

3.6 Επιπλοκές κολοστομίας

- 1. Εισολκή :** Είναι βαρύτερη επιπλοκή, ιδιαίτερα όταν ελκωθεί η επιφάνεια του άκρου του εντέρου προς την περιτοναϊκή κοιλότητα.
Αίτια : Είναι η παχυσαρκία, ανάπτυξη παραλυτικού ή αποφρακτικού ειλεού μετεγχειρητικά, απαρασκευαστο έντερο που περιέχει κοπρανώδεις μάζες, ισχαιμία και γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που έχει εξωτερικευτεί.
Θεραπεία : Πρόληψη των παραγόντων, τα οποία είναι δυνατόν να προληφθούν. Σε εισολκή συνίσταται επανεγχείρηση και κατασκευή νέας κολοστομίας.
- 2. Διάρρηση – Αίτια :** Τραυματισμός του εντέρου με ρύγχος της συσκευής των υποκλυσμών. Μπορεί να προκληθεί περιτονίτιδα.
Θεραπεία : Αντιμετώπιση της περιτονίτιδας, χειρουργική διόρθωση.
- 3. Περικολική φλεγμονή ή απόστημα – Αιτία :** Επιμόλυνση από τα υγρά και το περιεχόμενο της κολοστομίας.
Θεραπεία : Αντιβίωση και παροχέτευση της πυώδους συλλογής.
- 4. Συρίγγιο – Αιτία :** Κακή τεχνική των ραφών.
Θεραπεία : Κλείνει μόνο του ή επεμβαίνουμε χειρουργικά.
- 5. Στένωση – Αίτια :** Αποδίδεται σε φλεγμονή. Ο άρρωστος μπορεί να παραπονείται για δυσκοιλιότητα.
Θεραπεία : Διαστολές προσωρινά, χειρουργική επέμβαση
- 6. Κήλη – Πρόπτωση – Αίτια :** Αποδίδονται σε αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση. Στα παιδιά δε κατά το κλάμα λόγω ελλιπούς ανάπτυξης των κοιλιακών μυών.
Θεραπεία : Στην κήλη αρχικά σε ελαφρά ενοχλήματα χρήση ζώνης ή χειρουργική διόρθωση η οποία εφαρμόζεται και στην πρόπτωση.²¹

3.7 Φροντίδα ατόμων με κολοστομία και αποκατάσταση. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας STOMA THERAPIST

Το βασικό πρόβλημα των αρρώστων με κολοστομία είναι η δύσκολη αποδοχή από τον άρρωστο της νέας πραγματικότητας που καταργεί προσωρινά ή μόνιμα την φυσιολογική οδό αφόδευσης και δημιουργεί μια «παραφύσιν έδρα». Αυτή η μορφή ακρωτηριασμού, η δημιουργία ενός τεχνητού πρωκτού στο εμπρόσθιο μέρος της κοιλιάς, η κατάργηση του φυσικού πρωκτού και η απώλεια του ελέγχου αφόδευσης δεν αποτελούν σωματικό μόνο τραύμα. Οι ψυχικές επιπτώσεις αυτής της επέμβασης είναι δυνατό να ακολουθήσουν τον ασθενή σε όλη τη διάρκεια της ζωής του.

Η σωστή προετοιμασία του ασθενούς πριν την εγχείρηση παίζει βασικό ρόλο στην όλη πορεία του ασθενούς, και στην προσαρμογή του στην καινούργια του κατάσταση.

Η προετοιμασία συνίσταται σε απλές συμβουλές και ενημέρωση για την κατάσταση του από το γιατρό και το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Η Stoma Therapist θα ασχοληθεί με την μετεγχειρητική φροντίδα αυτών των αρρώστων. Stoma Therapist είναι η εξειδικευμένη νοσηλεύτρια που πρέπει να είναι καλός γνώστης της ψυχολογίας αυτών των ατόμων, και καλός γνώστης των πρακτικών προβλημάτων.

Μετά από την εγχείρηση οι περισσότεροι ασθενείς εκφράζουν, σχεδόν ολοκληρωτικά, ένα μόνο συναίσθημα, τον φόβο. Στην αρχή ο φόβος συνοψίζεται σε πρακτικά προβλήματα, όπως οι οσμές, οι θόρυβοι και οι διαρροές. Με την βοήθεια της Stoma Therapist τα προβλήματα αυτά αρχίζουν σταδιακά να εξαφανίζονται.

Παρά όμως την αντιμετώπιση των πρακτικών προβλημάτων, το άγχος, και τα άλλα προβλήματα συνεχίζονται. Ο ασθενής αισθάνεται ακρωτηριασμένος. Το τραύμα που έχει υποστεί τον κάνει να αντιλαμβάνεται το σώμα του ως κάτι που έχει πληγωθεί και που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο. Η άμεση περιποίηση της κολοστομίας έχει σημασία, γιατί οι πρώτες εντυπώσεις που θα δημιουργηθούν στον άρρωστο, δεν πρέπει να είναι τραυματικές.

Κύριο ρόλο θα παίζει η Stoma Therapist η οποία και θα πρέπει να διδάξει στον άρρωστο την φροντίδα της κολοστομίας και να τον πειραματισθεί στην τεχνική της μια και πρόκειται στην συνέχεια να αναλάβει ο ίδιος την εξυπηρέτηση του.

Κατά την ώρα της αλλαγής, ο ασθενής μπορεί να είναι μόνος του με την Stoma Therapist μακριά από τα βλέμματα του περιβάλλοντος. Ο άρρωστος διδάσκεται να περιποιείται το δέρμα σωστά και να αλλάζει το σάκο.

Για να αντιληφθούμε καλύτερα την συμβολή της νοσηλεύτριας Stoma Therapist στην αποκατάσταση αρρώστου με κολοστομία, θα πρέπει πρώτα να κατανοήσουμε την έννοια της λέξης «αποκατάσταση».

Αποκατάσταση, είναι η επαναφορά ενός ατόμου στο σύνολο του μετά από μια ασθένεια, σε μια κατάσταση που να προσεγγίζει κατά το δυνατό την προηγούμενη φυσιολογική του κατάσταση. Είναι βασικό να κατανοήσουμε ότι η αποκατάσταση ενός αρρώστου με οποιαδήποτε αναπηρία και ειδικά με κολοστομία, αρχίζει από το διάστημα που εισέρχεται στο νοσοκομείο.

Έτσι, ο προγραμματισμός μιας σωστής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με κολοστομία περιλαμβάνει τρία στάδια.

Το πρώτο στάδιο καλύπτει την προεγχειρητική ετοιμασία (σωματική και ψυχολογική). Το δεύτερο στάδιο καλύπτει η μετεγχειρητική περίοδος. Το τρίτο στάδιο καλύπτεται από μακροπρόθεσμο προγραμματισμό νοσηλευτικής φροντίδας, που αποσκοπεί στο να αποκαταστήσει τον άρρωστο σε ρεαλιστικό επίπεδο ανεξαρτησίας και να τον βοηθήσει να λύσει τα ψυχολογικά, συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα του, πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο.

Η Stoma Therapist πρέπει να δημιουργήσει μια ειλικρινή μέθοδο επικοινωνίας με τον ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση.

Ο στόχος είναι η αποκατάσταση του ασθενούς μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο και η επανένταξη του στην κοινωνία με μια όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ας κάνουμε μια ειλικρινή προσπάθεια να πλησιάσουμε περισσότερο τον άρρωστο με καρκίνο. Να σταθούμε κοντά του, να τον ακούσουμε, να τον

βοηθήσουμε. Η ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας θα περιορίσει την απαισιοδοξία και απογοήτευση του ασθενούς.

Οι ασθενείς των οποίων το νήμα της ζωής συνεχίζεται και μετά την εμφάνιση της νόσου, πρέπει να αισθανθούν ότι τίποτα δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής και ότι μπορούν να συμμετάσχουν σε όλα, έστω και μετά από μια μόνιμη κολοστομία.²³

3.8 Έξοδος από το νοσοκομείο αρρώστου με κολοστομία – Σχέδιο διδασκαλίας.

1. Φροντίδα στόματος, αλλαγή σάκου, άδειασμα σάκου.
2. Φροντίδα δέρματος
 - α. Υποαλλεργιογόνα φράγματα του δέρματος περιλαμβάνουν Stomahesive, ReliaSeal και Hollihesive. Αυτά φθείρονται βραδύτερα από το στεγανό του ινδικού κόμμεος και συχνά μπορούν να φορεθούν σε περιοχές που έχουν πτυχές.
 - β. Μια ομάδα αποτελεσματικών φραγμών του δέρματος γίνεται από ινδικό κόμμι (Kaaya guui). Η πάστα και οι δακτύλιοι Kaaya είναι εξαιρετικοί για την πρόληψη ερεθισμού του δέρματος αμέσως γύρω από το στόμιο.
 - γ. Καλύμματα του στομίου μπορεί να είναι σάκοι μίας χρήσης, γάζα και χαρτοβάμβακας επαλειμμένος με βαζελίνη, κάλυμμα Sagan ή κηρόχαρτο πάνω από γάζα που στερεώνεται με υποαλλεργιογόνο λευκοπλάστη.
 - δ. Για ανοικτό περιστομιακό δέρμα βοηθούν, όταν χρησιμοποιούνται με φειδώ, κορτικοστεροειδή αεροζόλ σπρέϊ ή nustatin σκόνη.
 - ε. Για αλλεργικές αντιδράσεις γίνεται δοκιμή άλλων υλικών, ώσπου να βρεθούν τα συμβατά. Σε μερικούς αρρώστους τα αντιόξινα εναιωρήματα έχουν βρεθεί πολύ αποτελεσματικά.
3. Έλεγχος κακοσμίας
 - α. Αποφυγή αιτιών που δημιουργούν οσμές (κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, αυγά, ψάρια, φασόλια).
 - β. Το γιαούρτι, ο χυμός ενός είδους μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανώδων μαζών.
 - γ. Οι οσμές μπορεί να τεθούν κάτω από έλεγχο με λήψη μιας ή δύο ταμπλέτων υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και του ύπνου.
4. Έλεγχος αερίων
 - α. Η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται, σε φαγητά με πολλά καρυκεύματα και στα αεριούχα ποτά.
 - β. Αποφυγή αιτιών που δημιουργούν αέρια : φασόλια, λαχανικά, κρεμμύδια, ραδίκια, αγγούρια.
5. Δίαιτα
 - α. Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων, καλή μάσηση της τροφής.
 - β. Εξατομίκευση της διαίτας ώστε να είναι πλήρης και να μη δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα.
 - γ. Τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μύρα μπορεί να ενεργήσει σαν ηπακτικό και να δημιουργήσει αέρια.
6. Ενδυμασία
 - α. Μπορεί να φορεθεί ζώνη, πρέπει όμως να είναι μεγαλύτερου μεγέθους για να δέχεται και τον σάκο.
 - β. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιό. Για τους άνδρες είναι προτιμότερο το μαγιό με σορτς, ενώ για τις γυναίκες με φούστα.

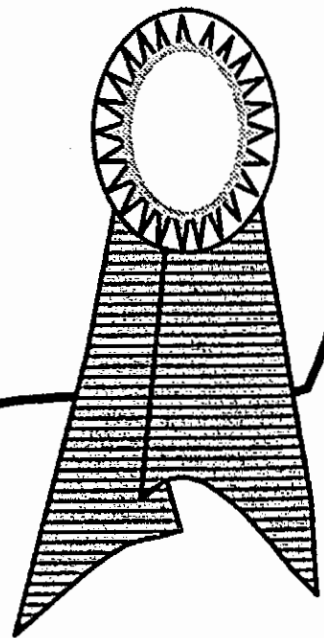
7. Ταξίδια
 - α. Δεν αντενδεικνύεται το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, φτάνει να έχει μαζί του το κουτί φροντίδας στομίου.
 - β. Οι κολοστομημένοι που κάνουν πλύση μπορούν να χρησιμοποιηθούν πόσιμο νερό.
8. Σπόρ.
 - α. Επιτρέπεται η συμμετοχή σε όλα τα είδη σπορ.
 - β. Προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν στην συμμετοχή σε σπορ επαφής, όπως το ποδόσφαιρο.
9. Σεξουαλική λειτουργία.
 - α. Οι καλοστημένοι ποικίλλουν από πλήρη ικανότητα μέχρι πλήρη ανικανότητα.
 - β. Σε πολλές περιπτώσεις ξαναποκτάται η ικανότητα, αυτό όμως μπορεί να απαιτήσει δύο χρόνια.
10. Εγκυμοσύνη
 - α. Το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη.
 - β. Είναι απαραίτητη η προσεκτική ιατρική παρακολούθηση. Το μέγεθος του στομίου αλλάζει μέγεθος καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και μαζί με την μεταβολή στο σχήμα της κοιλιάς μπορεί να απαιτήσει προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό για το στόμιο.
11. Ύπνος.

Οποιαδήποτε θέση μπορεί να παρθεί κατά τον ύπνο.
12. Απόφραξη
Γνωριμία σημείων και συμπτωμάτων, πληροφόρηση γιατρού ή θεραπευτή, αν είναι απαραίτητο.²²



Κεφάλαιο

4



ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

4.1 Νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από την στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστο της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται (1) στην ενημέρωση του αρρώστου για την θεραπεία, (2) στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για την θεραπεία, (3) στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και (4) στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά την θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί **εξωτερική ακτινοθεραπεία** η νοσηλεύτρια :

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για (1) το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, (2) τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, (3) το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), (4) τον αριθμό των συνεδρίων που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.
- Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμετούς ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα..
- Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν την θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος του εργαστηρίου είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία, ο άρρωστος που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω :

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας ,
 - διατηρείται στεγνή,
 - πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα αποφεύγεται η τριβή,
 - δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή,
 - τόσο κατά την θεραπεία όσο και μετά από αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μην ζεσταίνεται πολύ),
 - προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο,

- αποτριχώνεται (ξυρίζεται) μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο,
 - δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.
2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει την θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος
 3. Το διαιτολόγιο του (φαγήτό) πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.
 4. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας (ακτινοβολία) που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμο του.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική ακτινοθεραπεία έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησης της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες, κόκκους ή σύρμα) πρόκειται να εμφυτευτεί σε κοιλότητα οργάνου ή ιστό ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα.

Πάντοτε όμως ο άρρωστος ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας του.

Από την στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, (εσωτερική εφαρμογή ή εξωτερική τοποθέτηση σε επιφάνεια σώματος), ο άρρωστος απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί ή να αφαιρεθεί.

Σημεία που θα βοηθήσουν την νοσηλεύτρια στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό της και για τους άλλους νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο που έχει εφαρμοσθεί θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής :

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για (1) το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί, (2) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη), (3) τον τρόπο χορηγήσεως (από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλοτικά, ενδοιστικά), (4) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, (5) το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή), και (6) τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.
- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου, ραδιοϊσοτόπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου και, επομένως, δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμετούς ή τον ιδρώτα και έτσι δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους.
- Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείτε.
- Γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει (γ ή β ακτίνες) και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο μεταβολισμού και απέκκρισης του ραδιοϊσοτόπου που χρησιμοποιείται.
- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφάλειας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιον θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μόλυνσεως χώρου, αντικειμένων.
- Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν την μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο είναι παροδικό, γιατί εφαρμόζεται.
- Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχείο από μολύβι, πριν φύγει από το θάλαμο.

- Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του αρρώστου για τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο, εξηγεί τον σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί του ώστε να περιορισθεί το αίσθημα της μοναξιάς.
- Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο και στο kardex του αρρώστου τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργούς ακτινοβολίας.
- Κατά την προσφορά νοσηλείας στον άρρωστο η νοσηλεύτρια γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνος, για τον εαυτό της χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο άρρωστος.
- Ποτέ μη πιάνετε ραδιενεργό πηγή με γυμνά χέρια.
- Πριν πεταχτεί επιδεσμικό υλικό που καλύπτει τραύμα μέσω του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένης πηγής ραδιενέργειας ελέγχετε το υλικό για εκτόπιση της πηγής.

Το ραδιενεργό υλικό που εγχέεται ενδοφλέβια ή σε κοιλότητα ή δίνεται από το στόμα, μολύνει, ανάλογα με το μεταβολισμό του και την οδό απέκκρισης του, τα κόπρανα, τα ούρα, το αίμα, τον ιδρώτα, τους εμετούς κ.α. γι' αυτό λαμβάνονται ειδικά μέτρα που έχουν καθοριστεί για το χειρισμό και διάθεση των πιο πάνω υλικών.¹⁶

4.2 Αντιμετώπιση παρενεργειών – επιπλοκών ακτινοθεραπείας.

Σε ακτινοδερματίτιδα,

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείτε.
- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

Σε καταστολή του μυελού των οστών ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγηση του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα.

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης, δηλαδή :

Γενικής καταβολής δυνάμεων, ναυτίας, εμετών, ανορεξίας, απώλειας βάρους η νοσηλεύτρια μετά από εντολή ιατρική,

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή – αν αυτό είναι δυνατό – γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας.

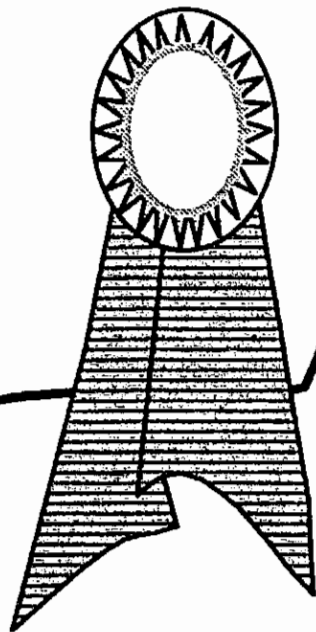
- Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών του αναγκών.
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στην μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία) :

- Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού.
- Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν την διάρροια.
- Χορηγείται ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).¹⁶

Κεφάλαιο

5



ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

5.1 Γενικές οδηγίες για την χρήση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Στη συνέχεια αναφέρονται γενικές οδηγίες, που πρέπει να εφαρμόζονται κατά το χειρισμό των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

1. Προετοιμασία

- 1.1. Κατά την διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου χρησιμοποιούνται ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος.
- 1.2. Αν διάλυμα φαρμάκου έλθει σε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο πλένεται η περιοχή με άφθονο νερό.
- 1.3. Αν κατά λάθος, διάλυμα φαρμάκου μπει στο μάτι, εκτός από το μέτρο 1.2., πρέπει το άτομο να επισκεφθεί οφθαλμίατρο.

2. Αρχίζει η έγχυση (προκειμένου για ενδοφλέβια χορήγηση) με το υγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο.
3. Το σημείο της εγχύσεως προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.
4. Αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που είχε προηγούμενα χρησιμοποιηθεί.
5. Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο, παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκέντησης για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνος, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου.
6. Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκέντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της φλεβοκέντησης.
7. Μόλις παρατηρηθούν τα πιο πάνω συμπτώματα διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου, διατηρείται η φλέβα ανοικτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο γιατρός.
8. Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειας του πως πρέπει να αναφέρουν αμέσως πόνος, ερυθρότητα ή οίδημα κοντά στο σημείο της ένεσης κατά ή μετά την θεραπεία.
9. Η περίπτωση υποδόριας (έξω από την φλέβα) έγχυσης του φαρμάκου αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τη διαδικασία που καθορίζεται για το συγκεκριμένο φάρμακο προκειμένου να προληφθεί ή να περιορισθεί η βλάβη των ιστών από την επίδραση του φαρμάκου.¹⁶

Σε μια τέτοια περίπτωση πρέπει :

- α. Να βγει αμέσως η βελόνα
- β. Να σκεπαστεί με παγάκια η περιοχή.
- γ. Να γίνει ένεση Hydrocortisone 100mg ή Dexamethazone 4mg στην περιοχή του εξαγγειώματος, ενδομυϊκώς και υποδορίως, με βελόνα Νο 25.
- δ. Να απλωθεί σε όλη την περιοχή κρέμα Hydrocortisone 1%. Να συνεχιστεί να τοποθετείται κρέμα 2 φορές την ημέρα, μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός.

ε. Συνίσταται προσοχή στην χρήση διττανθρακικού νατρίου (Sodium Bicarbonate) γιατί μπορεί να προκληθεί νέκρωση ιστών.²⁴

5.2 Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

1. Καταστολή του μυελού των οστών. Παρατηρείται :

1.1. Λευκοπενία

α) Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός, (2) η θερμοκρασία του σώματος μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, (3) το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.

β) Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με τα μέτρα, όπως : (1) εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας, (2) οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται στα τραύμα (απολυμαίνεται), (3) κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση του σιέλου (σάλιου) και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητας γι' αυτό δεν συνίσταται, (4) μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνετε η περιοχή του πρωκτού, (5) εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης, (6) όταν ο άρρωστος έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

1.2. Θρομβοπενία

α) Παρακολουθούνται (1) τα αιμοπετάλια. Αν ο άρρωστος έχει αιμοπετάλια κάτω από 50000mm^3 θα πρέπει να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, (2) τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχιες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μύτη, στόμα) για ρινο-ουλορραγίες, (3) η αρτηριακή πίεση του αίματος σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή ο άρρωστος πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο.

β) Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως : (1) περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν ασκείται πίεση στο σημείο της ενέσεως για 3 λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση γίνεται γνωστή στο γιατρό, (2) δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης της αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν από το βίαιο καθάρισμα της μύτης κ.α.

γ) Προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως, να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος. Κατά την μετάγγιση αίματος παρακολουθείται η ροή του και ο άρρωστος για σημεία αντίδρασης από το αίμα.

1.3. Αναιμία

α) Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη, ο αιματοκρίτης και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια.

β) Βοηθείται ο άρρωστος με (1) διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα, (2) αποφυγή κόπωσης, (3) χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού, (4) περιορισμός της απώλειας αίματος.

2. Γαστρεντερικές διαταραχές. Εκδηλώνεται με :

2.1. Ναυτία, εμετούς

- Παρακολουθείται (1) η συχνότητα των εμετών, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, (2) η ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει ο άρρωστος και (3) η θρέψη του αρρώστου.

Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμετών όπως : (1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού). Πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωση της, (2) χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο άρρωστος θα κοιμηθεί, (3) εκπαιδεύεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειας του πώς να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα, (4) δίνονται κομμάτια μικρά πάγου μόλις παρουσιαστεί ναυτία, (5) ενισχύεται ο άρρωστος να φάει λίγη φρυγανιά, (6) σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας, (7) προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με τον άρρωστο για το περιεχόμενο και την ώρα, (8) χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες, (9) αποφεύγονται αυτές που έχουν έντονη οσμή, (10) ενισχύεται ο άρρωστος να μασάει πολύ καλά την τροφή, (11) μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

- Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση (θεραπεία) της ναυτίας και των εμετών με (1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Εάν δεν υπάρχει εντολή γιατρού, γίνεται επικοινωνία με το γιατρό για την εντολή χορηγήσεως αντιεμετικών. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τους εμετούς του αρρώστου πιθανόν να γίνει αλλαγή του είδους της χημειοθεραπείας και να χρειαστεί διόρθωση τυχόν διαταραχής ισορροπίας ηλεκτρολυτών, (2) προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση του αρρώστου καθαρού χωρίς την κακοσμία των εμετών κ.α. (3) ενημέρωση του αρρώστου, πως η ναυτία και οι εμετοί είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα και (4) η διόρθωση, αν χρειάζεται, της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψης.

2.2. Διάρροια / Σύσπαση κοιλιακών μυών.

- Παρακολουθείται (1) το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης, (2) ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (3) η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.
- Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
- Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με (1) χορήγηση και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και η σύσπαση των κοιλιακών μυών, επειδή ίσως χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών, (2) χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδεικνύεται, (3) βοήθεια στην διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (4) φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού.

2.3. Στοματίτιδα – Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.

- Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά την χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.
- Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με (1) την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται

όξινης τροφής, (2) την οργάνωση προγράμματος φροντίδας στοματικής κοιλότητας και (3) επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές την ημέρα.

- Προσφέρεται βοήθεια για την θεραπεία της στοματίτιδας με την συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής, χλιαρής τροφής.

3. Νευροτοξικότητα

- 3.1. Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα (1) ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των «εν τω βάθην» αντανακλαστικών των τενόντων και (2) σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δυνάμεως των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός.
- 3.2. Προστατεύεται ο άρρωστος από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου.
Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας.
- 3.3. Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με (1) την χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του, (2) την διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και (3) την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για την χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.α. που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση δυσκοιλιότητας.

4. Ωτοτοξικότητα. (τοξική βλάβη των αυτιών).

- 4.1. Εκτιμάται η ακοή του αρρώστου πριν αρχίσει τη θεραπεία.
- 4.2. Ενημερώνεται ο άρρωστος να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

5. Υπατοτοξικότητα

- 5.1. Παρακολουθείται (1) η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις, (2) η εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.
- 5.2. Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας.

6. Νεφροτοξικότητα

- 6.1. Παρακολουθείται (1) η λειτουργικότητα των νεφρών, με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας, (2) ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.α. και (3) το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
- 6.2. Λαμβάνονται μέτρα για το περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και την διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

7. Ανοσοκατασταλτική επίδραση

- 7.1. Παρακολουθείται ο άρρωστος για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων.
- 7.2. Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις.

8. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων.

- 8.1. Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.α., εκτιμάται ο βαθμός της ενημερώσεως του για την παροδικότητά τους, καθώς και για την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στειρώση.
- 8.2. Ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τεστοστερόνης.

9. Αλωπεκία. (πτώση μαλλιών)

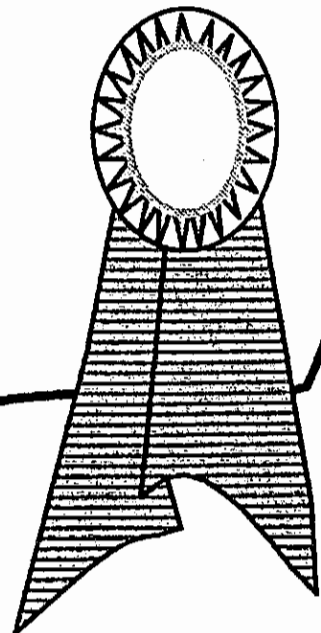
- 9.1. Γίνεται εξακρίβωση αν ο άρρωστος έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.
- 9.2. Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά την θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.
- 9.3. Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μαντήλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα βοηθείται η άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματα της σχετικά με την διαφοροποίηση της εμφάνισης της.

10. Αλλαγές στο δέρμα

- 10.1. Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνέχειας του (ρωγμές), διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και την μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.
- 10.2. Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.α. αν υπάρχουν.¹⁶

Κεφάλαιο

6



ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Οι άρρωστοι με κακοήθη νοσήματα αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που επηρεάζουν τόσο την πορεία και έκβαση της αρρώστιας τους, όσο και όλες τις διαστάσεις και την ποιότητα της ζωής τους.

Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητας του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, να αντέχει στην θεραπεία και να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια.

Η καταπολέμηση του καρκίνου είναι τόσο βιολογική όσο και ψυχολογική μάχη, επειδή οι επιπτώσεις εκτείνονται πιο πέρα από τις σωματικές βλάβες. Πολλοί άρρωστοι αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ψυχολογικές εντάσεις (stress), που σχετίζονται με την αρρώστια και την θεραπεία τους. Υπάρχουν όμως και άλλοι που δυσκολεύονται. Οι ψυχολογικές αυτές δυσκολίες και καταπονήσει επιδρούν αρνητικά και την πορεία της αρρώστιας και στην ποιότητα της ζωής των αρρώστων.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογεί έγκαιρα τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε αρρώστου για την αντιμετώπιση του καρκίνου του και να προβλέπει το ενδοχόμενα προβλήματα, ώστε να προγραμματίζει ανάλογες υποστηρικτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας.

Κατά την αξιολόγηση, ο νοσηλευτής θυμάται ότι η αντίδραση κάθε αρρώστου προς τον καρκίνο είναι προσωπική και μοναδική. Επομένως, οι ανάγκες και οι ικανότητες του μπορεί να διαφέρουν από τις ανάγκες άλλων ατόμων με την ίδια αρρώστια. Επίσης κατά την νοσηλευτική αξιολόγηση επισημαίνονται και οι παράγοντες, που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητα αντιμετώπισης της αρρώστιας στον κάθε άρρωστο.

Ορισμένοι τρόποι παροχής ψυχοκοινωνικής βοήθειας, στα πλαίσια της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου.

Ας δούμε ποιοι είναι αυτοί οι τρόποι :

Νοσηλευτικός διάλογος με τον άρρωστο.

Ο διάλογος με τον άρρωστο χρησιμοποιείται ως υπεύθυνη νοσηλεία. Διαθέτουμε ετοιμότητα και χρόνο δίπλα στον άρρωστο. Ενθαρρύνουμε την αυτοέκφραση και ψυχική εκτόνωση του αρρώστου και αξιολογούμε τις αντιδράσεις του.

Στο διάλογο με το νοσηλευτή οι άρρωστοι συνήθως εξωτερικεύουν του φόβους τους. Φοβούνται τον πόνο, την εγκατάλειψη, την εξάρτηση από τους άλλους, την δυσμορφία, το θάνατο. Εκφράζουν μειωμένη αυτοεκτίμηση με την αλλαγή της ιδεατής ή και φυσικής εικόνας του σώματος τους και με την ελάττωση των δυνάμεων τους για εργασία, για το σχολείο και για κοινωνικές δραστηριότητες.

Ο νοσηλευτής ακούει τον άρρωστο με προσοχή, θερμό ενδιαφέρον και σεβασμό.

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί όχι μόνο την σιωπή και την ακρόαση αλλά και την ομιλία για να διαβιβάσει στον άρρωστο την κατανόηση και την ευαισθησία του απέναντι στον πόνο, τις ανάγκες, τα προβλήματα, τις αδυναμίες ή και τις δυνατότητες

του. Ακόμη, για να τον βεβαιώσει ότι αληθινά ενδιαφέρεται και μεριμνά για την βελτίωση της υγείας του.

Ο νοσηλευτής μιλά και με τα λόγια του νοσηλεύει και θεραπεύει :

- Μεταβιβάζει πληροφορίες σχετικές με την υγεία, την νοσηλεία και θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο και τις κοινωνικές υπηρεσίες που υπάρχουν για την βοήθεια του.
- Διδάσκει νέες τεχνικές αυτοφροντίδας προσαρμοσμένες στις μειωμένες ικανότητες του αρρώστου, ώστε να διατηρεί την ανεξαρτησία του.
- Βοηθάει τον άρρωστο να εστιάζει την προσοχή του στην σημασία και στην ποιότητα του παρόντος χρόνου, στο τι είναι δυνατόν να γίνει μάλλον παρά τις δυνάμεις που χάθηκαν. Δηλαδή το μήνυμα είναι : κάνε το σήμερα να αξίζει.
- Ελαττώνει ή και εξαλείφει το αίσθημα μόνωσης του αρρώστου.
- Μεταγγίζει πίστη και ελπίδα στον απελπισμένο. Ενθαρρύνει το φοβισμένο. Καταπραΰνει τον ταραγμένο. Προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη, ασφάλεια και παρηγοριά.

Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου.

Η αυτοεκτίμηση είναι πανανθρώπινη ανάγκη, ουσιαστικό στοιχείο και προϋπόθεση για την σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου. Γι' αυτό πρέπει να εκτιμάται κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση και να προγραμματίζεται σαν νοσηλευτική παρέμβαση η αναστήλωση και η αύξηση της.

Ο νοσηλευτής προσπαθεί να εξυψώσει και να διατηρήσει υψηλή την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με τις εξής παρεμβάσεις :

- Επαινεί την προοδευτική ανάκτηση της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση.
- Βοηθάει τον άρρωστο να επισημαίνει τις θετικές πλευρές και δυνατότητες που έχει, τα διανοητικά και ψυχικά του χαρίσματα, το ενδιαφερόμενο περιβάλλον του και την ικανότητα να εκφράζει τις ανησυχίες του.
- Αντανακλά θετικές εκτιμήσεις χωρίς λόγια με πράξεις και με την συμπεριφορά.

Ανακούφιση του πόνου του αρρώστου.

Ο άρρωστος βιώνει τον πόνο και αντιδρά προς αυτόν ως μοναδική και αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική και πνευματική ολότητα.

Ο πόνος του αρρώστου είναι ψυχοσωματικό πρόβλημα, έχει ενδοψυχικές, κοινωνικές και διαπροσωπικές σημασίες και μπορεί να ανακουφισθεί με συνδυασμό σωματικών και ψυχοκοινωνικών φροντίδων.

Το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει επιγραμματικά τις ακόλουθες νοσηλευτικές παρεμβάσεις – προληπτικές και ανακουφιστικές – κατά την πρόβλεψη ή την παρουσία του πόνου :

- Δημιουργία θετικής υποστηρικτικής σχέσης με τον άρρωστο. Έχουμε την τάση να υποτιμούμε την ανθρώπινη σχέση στην αντιμετώπιση του πόνου και να ψάχνουμε συνεχώς για να βρούμε νέες τεχνικές και νέα φάρμακα. Όμως η ανακούφιση του πόνου δεν λαμβάνει χώρα σε ένα κοινωνικό κενό αλλά σε μια κοινωνική κατάσταση. Ο άρρωστος αντιδρά ταυτόχρονα και προς την εμπειρία του πόνου και προς αυτούς που προσπαθούν να τον βοηθήσουν.
- Παρουσία κρυντά στον άρρωστο με θερμό ενδιαφέρον και διάθεση χρόνου για ακρόαση με ευαισθησία και κατανόηση των προβλημάτων, φόβων και παραπόνων του.

Συζήτηση με τον άρρωστο για την πιθανή αιτία και τη φύση του πόνου του, καθώς και τις δυνατότητες καταπολέμησης του, ώστε να προλαμβάνεται ο φόβος του αγνώστου και οι φαντασιώσεις του αρρώστου.

Διδασκαλία των επισκεπτών πώς να συμπεριφέρονται στον άρρωστο και πώς να τον ενισχύουν ψυχολογικά.

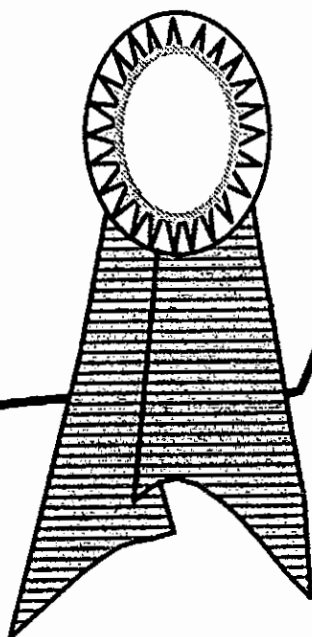
Χορήγηση των παραγγελθέντων αναλγητικών φαρμάκων και προώθηση της ανάπαυσης και σωματικής χαλάρωσης.

Όχι μόνο τα φάρμακα, οι θεραπείες και οι νοσηλείες, αλλά και η προσωπικότητα και η στάση του νοσηλευτή προς τον πόνο του αρρώστου παίζει καθοριστικό ρόλο – θετικό ή αρνητικό – στην πρόληψη και στην αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου και στο βαθμό της έντασης και του άγχους του. Ο πόνος του αρρώστου γίνεται ανυπόφορος όταν νιώθει εγκαταλελειμμένος, όταν δεν του μεταβιβάζουν οι γύρω του ελπίδα, κατανόηση και προσωπικό ενδιαφέρον. Αντίθετα, ο νοσηλευτικός διάλογος, η παρουσία του νοσηλευτή, η αποδοχή του αρρώστου, μπορούν να ανακουφίσουν ή να μετριάσουν ή να κάνουν πιο υποφερτό τον πόνο του.

Κι όταν ο καρκινοπαθής βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής, ο νοσηλευτής συνεχίζει να τον φροντίζει προσωπικά και ολιστικά, όπως πάντα, με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και να ανταποκρίνεται σε όλες τις διαστάσεις της ζωής του.²⁵

Κεφάλαιο

7



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1^η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κύριος Τ.Χ. εισήχθη στην Α' Χειρουργική Κλινική του «Αγίου Σάββα» στις 30/8/2000 με διάγνωση μάζα ορθού. Είναι ηλικίας 66 ετών, αγρότης από τα Τρίκαλα.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ

Σύμφωνα με το ιστορικό ιατρικό, ο ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του «Αγίου Σάββα» λόγω εμφάνισης κόκκινου ζωηρού αίματος κατά τις κενώσεις προ 5ημέρου. Επίσης αναφέρει διαταραχή στις κενώσεις. Κατά την δακτυλική εξέταση ο γιατρός διαπίστωσε μάζα στην περιοχή του ορθού. Γι' αυτό το λόγο αποφασίστηκε η εισαγωγή του στην Α' Χειρουργική κλινική.

Στην συνέχεια ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία και ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού τα οποία έδειξαν : αμέσως μετά τον πρωκτικό δακτύλιο νεοεξεργασία που καταλαμβάνει κυκλικά τον αυλό μέχρι βάθους 7-8cm από τον πρωκτό. Σε βάθος 30cm μικρός μισχωτός πολύποδας 0,3*0,4cm.

Ακόμη, η κυτταρολογική εξέταση επιχρίσματος πρωκτού βρέθηκε θετική για κακοήθη κύτταρα. Κυτταρολογική εικόνα συμβατή με αδενό Ca.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής προ 20ετίας υπεβλήθη σε επέμβαση βουβωνοκήλης άμφω. Αναφέρει ότι σε ηλικία 56 ετών νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο για εισπνοή φυτοφαρμάκου. Σε ηλικία 66 ετών υπεβλήθη σε επέμβαση για κοίλη λευκής γραμμής. Δεν υπήρξε καπνιστής. Καταναλώνει μικρή ποσότητα αλκοόλ σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Δεν παίρνει φάρμακα.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο κύριος Τ.Χ. είναι έγγαμος, έχει 2 τέκνα, άρρενα, των οποίων η υγεία είναι καλή. Ο πατέρας του πέθανε σε ηλικία 74 ετών από Ca οισοφάγου, η μητέρα του πέθανε σε ηλικία 83 ετών από Α.Ε.Ε.

Έχει δύο αδελφές με καλή υγεία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενούς αναφέρει τα εξής : Ο κύριος Τ.Χ. εισήλθε στην Α' Χειρουργική κλινική στις 30/8/2000 συνοδευόμενος από την σύζυγο του και τον γιο του. Έδειχνε λίγο ανήσυχος και προβληματισμένος για την έκβαση της υγείας του.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κατά την είσοδο του στην κλινική ήταν :

Α.Π. : 130/75mmHg,

Σφ : 75/min,

Θ : 36,8°C

Το χειρουργείο του ήταν τακτικό και προγραμματίστηκε για τις 13/9/2000. Την προηγούμενη μέρα του χειρουργείου δόθηκε στον ασθενή καθαρτικό του εντέρου, Klean - Prep, και συστήθηκε δίαιτα υδρική. Το απόγευμα τις ίδιας ημέρας έγινε λουτρό καθαριότητας και ευπρεπισμός του χειρουργικού πεδίου.

Την ημέρα του χειρουργείου συστήθηκε στον ασθενή να μην λάβει τίποτα από το στόμα και αφού ενισχύθηκε ψυχολογικά από το νοσηλευτικό προσωπικό οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

Επέστρεψε από το χειρουργείο στις 3μμ. Το χειρουργείο ήταν κοιλιοπερινεϊκή εκτομή με γενική νάρκωση. Αμέσως έγινε λήψη ζωτικών σημείων :

A.Π. : 140/80mmHg,

Θ : 37,1°C

Σφ : 65/min και τοποθετήθηκε ο ασθενής σε θέση κατάλληλη πλάγια το κεφάλι, για την αποφυγή εισρόφησης. Ελέγχθηκε το τραύμα για τυχόν αιμορραγία. Ο ασθενής έφερε ορό Ringer's Lactate 1000cc από περιφερική φλέβα, Levin, καθετήρα κύστεως, 2 Redon και μια μόνιμη κολοστομία. Για τις πρώτες ώρες μετά το χειρουργείο χορηγήθηκε στον ασθενή οξυγόνο με μάσκα Venturi 40%. Γινόταν τακτική λήψη και έλεγχος των ζωτικών του σημείων ανά 3ωρο καθώς επίσης και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Τρεις μέρες μετά το χειρουργείο αφαιρέθηκε το Levin και ο ασθενής άρχισε να σιτίζεται ελαφρά.

Η ψυχολογική του κατάσταση ήταν σχετικά καλή αν εξαιρέσουμε τον προβληματισμό του και θλίψη για τη σημαντική αλλαγή που υπέστη το σώμα του.

Η κάρτα νοσηλείας του ασθενούς περιείχε τα εξής φάρμακα :

Ringer's Lactate	1000cc	1x2	
Dextrose 5%	1000cc+3Nacl	1x1	
Timentin	5,2gr fl	1x3	IV
Metrogul	500mg fl	1x3	IV
Clexane	20mg fl	1x1	S.C.
Zantac	150mg amp	1x2	IV

Ο ασθενής αφού ανάρρωσε και διδάχτηκε τον τρόπο περιποίησης της κολοστομίας καθώς και την αγωγή που πρέπει να ακολουθεί εξήλθε από το νοσοκομείο στις 4/10/2000

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα ↓ Νοσηλευτική διάνοση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Άγχος και αγωνία του ασθενή με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, λόγω της σοβαρότητας της νόσου.</p>	<p>Απαλλαγή του ασθενούς από το άγχος και διατήρηση ψυχικής ηρεμίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση του ασθενούς για την κατάστασή του και το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί. - Εξασφάλιση χρόνου για επικοινωνία με τον ασθενή. - Ενημέρωση της οικογένειας του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του. - Εξασφάλιση άνετου και ήρεμου περιβάλλοντος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συζήτηση με τον ασθενή και ενημέρωσή του για την χειρουργική επέμβαση στην οποία θα υποβληθεί, καθώς και για τις άλλες εξετάσεις και νοσηλείες που θα γίνουν. - Εξασφαλίστηκε χρόνος από την μεριά του νοσηλευτή για να επικοινωνήσει με τον ασθενή, να ακούσει τους προβληματισμούς του και να απαντήσει στις απαιρίες του με σαφήνεια. - Ενημερώθηκε η οικογένεια του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του και τονίστηκε το πόσο ανάγκη έχει ο ασθενής την φροντίδα και συμπαράσταση της σε αυτή τη δύσκολη στιγμή της ζωής του. - Εξασφαλίστηκε στον ασθενή ήρεμο και άνετο περιβάλλον με περιορισμό του θορύβου στο δωμάτιο, απομάκρυνση των επισκεπτών και τοποθέτηση του ασθενή σε άνετη θέση. 	<p>Εξελίχθηκε η αγωνία και το άγχος του ασθενή μετά την συζήτηση που έγινε μαζί του για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Ο ασθενής φάνηκε να κατανοεί όλα του εξηγήθηκαν περί της κατάστασης που αντιμετωπίζει και να συμφωνεί με την θεραπεία που πρόκειται να ακολουθηθεί. Σε αυτό βέβαια βοήθησε και η συμπαράσταση που είχε από την οικογένεια του, καθώς επίσης και το άνετο και ήρεμο περιβάλλον που του εξασφαλίστηκε.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Απόλεια αίματος από το ορθό, λόγω της ύπαρξης όγκου.	Αναπλήρωση των υγρών που χάνει ο ασθενής και πρόληψη αφυδάτωσης εντός 8h.	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως. - Συχνή λήψη ζωτικών σημείων. - Παρακολούθηση του ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε στον ασθενή ενδοφλεβίως ορός Sodium Chloride 0,9% 1000cc εμπλουτισμένος με ηλεκτρολύτες, 1amp NaCl και 1amp KCl. - Έγινε συχνή λήψη ζωτικών σημείων ανά 3h, τα οποία ήταν τα εξής: Α.Π. : 120/70mmHg ΣΦ : 85/min Θ : 36,8°C - Έγινε συχνή παρακολούθηση του δέρματος του ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης. 	<p>Με την χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως αναπληρώθηκαν τα υγρά που έχασε ο ασθενής και έτσι διατηρήθηκε σταθερό το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών μέσα στον προβλεπόμενο χρόνο.</p> <p>Κατά την λήψη ζωτικών σημείων διαπιστώθηκε μια μικρή ταχυσφυγμία που οφείλεται στην αιμορραγία από τον ορθό.</p> <p>Τέλος με την συχνή παρακολούθηση του δέρματος και την έγκαιρη αναπλήρωση των υγρών αποφεύχθηκε η αφυδάτωση.</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διόγκωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αϋπνία του ασθενούς λόγω άγχους και ανησυχίας για την χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>Απλάσγη του ασθενούς από το άγχος και την ανησυχία και εξασφάλιση καλού ύπνου σε χρόνο μισής ώρας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ιδιαίτερη συνάντηση με τον ασθενή στο δωμάτιο του και συζήτηση μαζί του για το θέμα που τον προβληματίζει. - Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος. - Χορήγηση ηρεμιστικού φαρμάκου κατόπιν εντολής γιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε ιδιαίτερη συνάντηση με τον ασθενή, αφού απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες από τον χώρο. Εξηγήθηκε το είδος της χειρουργικής επέμβασης, η αξία της πραγματοποιήσιμης της και το είδος της θεραπείας που πρόκειται να ακολουθηθεί. Έγινε προσπάθεια καθισματισμού του ασθενούς, ώστε αυτός να μπορέσει να κοιμηθεί. - Μειώθηκαν οι θόρυβοι του περιβάλλοντος, χαμήλωσε η ένταση των φώτων και έτσι δημιουργήθηκε κατάλληλο περιβάλλον για ύπνο. - Με εντολή γιατρού χορηγήθηκε στον ασθενή την παραμονή της, εγχείρισης 1tb Lexotanil 1,5mg per os. 	<p>Μετά την συζήτηση που έγινε με τον ασθενή εξελειφθηκε το άγχος και η ανησυχία. Ακόμη η εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος σε συνδυασμό με την χορήγηση του ηρεμιστικού φαρμάκου βοήθησαν στην καταπολέμηση της αϋπνίας και έτσι ο ασθενής κατάφερε να ηρεμήσει και να αποκοιμηθεί μέσα στο προγραμματισμένο χρονικό διάστημα.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ↓ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</p> <p>Μετεγχειρητικός πόνος λόγω των νευρικών απολήξεων και υποδηλώνει ιστική βλάβη η οποία αποδίδεται στην επέμβαση</p>	<p>Αντιμετώπιση του πόνου και μείωση αυτού στο ελάχιστο δυνατό μέσα σε 15-20 λεπτά..</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση του βάρους των κλινοσκεπασμάτων. - Κατάλληλη θέση του ασθενούς στο κρεβάτι. - Περιορισμός των παραγόντων του περιβάλλοντος οι οποίοι ενοχλούν τον ασθενή. - Συχνή αλλαγή της θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι. - Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων με εντολή γιατρού.. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μειώθηκε το βάρος των κλινοσκεπασμάτων τα οποία ασκούσαν πίεση στο τραύμα του ασθενούς. - Δόθηκε στον ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, Ημι-Fowler, η οποία βοήθησε στη μείωση τάσης που ασκείται από τα ράμματα. - Μείωση του αριθμού των επισκεπτιών και περιρισμός των θορύβων του περιβάλλοντος. - Πραγματοποιήθηκε συχνή αλλαγή της θέσης του αρρώστου κάθε 30' ώστε να αποφευχθεί η άσκησις πίεσης σε ορισμένα μόνο σημεία του σώματος. - Κατόπιν εντολής γιατρού χορηγήθηκε στον ασθενή Iamp Ronidon και Iamp Apotel IM. 	<p>Επιτεύχθηκε η καταστολή του πόνου με την κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι, την εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος και την χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων, τα οποία βοήθησαν στην μυϊκή χαλάρωση μέσα στο χρόνο που είχαμε αρχικά ορίσει.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ↓ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ναυτία, εμετός που οφείλονται στην επίδραση νάρκωσης	Προσπάθεια εξάλειψης αισθήματος ναυτίας σε 10 λεπτά και πρόληψη του εισρόφισης και εμετού.	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση. - Πλύση της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τον εμετό. - Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου με εντολή γιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε άνετη θέση με το κεφάλι στο πλάι για αποφυγή εισρόφισης, ενώ δίπλα του τοποθετήθηκε νεφροειδές. - Αμέσως μετά τον εμετό, αφού απομακρύνθηκε το νεφροειδές, έγινε πλύση του στόματος του ασθενούς με λίγο νερό και διατηρήθηκαν καθαρά τα κλινοσκεπάσματα του για την αποφυγή αισθήματος δυσφορίας. - Με εντολή γιατρού χορηγήθηκε στον ασθενή Iamp Zofron 4mg IV 	<p>Με την τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση αποφεύχθηκε η εισρόφιση του εμετού, ενώ με την πλύση του στόματος και την διατήρηση των κλινοσκεπασμάτων καθάρων ο ασθενής ένιωσε πιο άνετος και καθαρός.</p> <p>Η χορήγηση του αντιεμετικού φαρμάκου, το οποίο ενδείκνυται στη θεραπεία της μετεγχειρικής ναυτίας και εμετού, βοήθησε στην εξάλειψη του αισθήματος της ναυτίας και της τάσης προς εμετό μέσα στο προγραμματισμένο χρόνο.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ↓ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Κίνδυνος θρομβοφλεβίτιδας λόγω μικρής κινητικότητας του ασθενή.	Αντιμετώπιση αιτιών που μπορεί να προκαλέσουν θρομβοφλεβίτιδα συνεχώς.	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή πύεσως πάνω στις κινήσεις. - Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβολή της κυκλοφορίας. - Αποφυγή εντριβών των άκρων. - Τοποθέτηση ειδικών καλτσών στα πόδια του ασθενή. - Έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι. - Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με εντολή γιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Για να αποφευχθεί η άσκηση πείσης στις κινήσεις του ασθενή τοποθετήθηκε στεφάνη κάτω από τα κλινασκεπάσματα, μειώνοντας έτσι το βάρος τους. - Ενθαρρύνεται ο ασθενής να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων και τονίζεται η σημασία τους για την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας. - Τονίστηκε στον ασθενή αλλά και στους οικείους του το πόσο επικίνδυνο είναι να κάνουν εντριβές των άκρων. - Τοποθετήθηκαν στα πόδια του ασθενούς ειδικές αντιθρομβωτικές κάλτσες. - Την 3^η μετεγχειρητική μέρα, κατόπιν εντολής γιατρού, ο ασθενής ενθαρρύνθηκε να σηκωθεί από το κρεβάτι. - Ο ασθενής κάνει Clexane 20mg 1*1 S.C., κατόπιν εντολής γιατρού. 	Με την λήψη των κατάλληλων προφυλακτικών μέτρων και την χορήγηση του αντιπηκτικού φαρμάκου, το οποίο αποτελεί ιπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους που ενδείκνυται για την πρόληψη των φλεβικών θρομβώσεων, ο κίνδυνος δημιουργίας θρομβοφλεβίτιδας απομακρύνθηκε.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΚΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ Σ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Ανάγκες-προβλήματα</p> <p>1 Νοσηλευτική διάγνωση</p> <p>Πυρετός 39,3°C με ρίγος που μπορεί να οφείλεται σε μια πιθανή λοίμωξη.</p>	<p>Εξάλειψη του πυρετού με επαναφορά της θερμοκρασίας του σώματος στα φυσιολογικά επίπεδα και αποκατάσταση της ψυχικής ηρεμίας του ασθενή σε μισή ώρα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος, δηλαδή δωμάτιο καθαρό, ήρεμο καλά αεριζόμενο και φωτεινό. - Προσπάθεια αντιμετώπισης του ρίγους με τοποθέτηση επιπλέον κλινοσκεπασμάτων κατά προτίμηση του ασθενή. - Αποφυγή δημιουργίας ρευμάτων στο δωμάτιο. - Συχνός έλεγχος της θερμοκρασίας για την παρακολούθηση του πυρετού. - Συχνές πλύσεις στοματικής κοιλότητας. - Χορήγηση αντιπυρετικού κατάπιν εντολής γιατρού. - Λήψη αίματος για αιμοκαλλιέργεια. - Χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού μετά από εντολή γιατρού. 	<p>Δημιουργήθηκε άνετο περιβάλλον με καλό αερισμό και φωτισμό, ησυχία και καθαριότητα για την καλή ανάπαυση και ηρεμία του ασθενούς.</p> <p>Τοποθετήθηκαν δύο επιπλέον κλινοσκεπασματα στον ασθενή, λόγω του ρίγους που ένιωθε.</p> <p>Αποφεύχθηκε η δημιουργία ρευμάτων για την πρόληψη κρυολογήματος.</p> <p>Η λήψη των ζωτικών σημείων και κυρίως της θερμοκρασίας γίνεται κάθε 3h.</p> <p>Πραγματοποιήθηκαν συχνές πλύσεις στόματος για να αποφευχθεί φλεγμονή.</p> <p>Χορηγήθηκε lamp Apotel IM με εντολή γιατρού.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος για αιμοκαλλιέργεια (σερόβια - ανασερόβια) το οποίο στάλθηκε στο εργαστήριο για να βρεθεί το υπεύθυνο μικρόβιο που προκαλεί τον πυρετό.</p> <p>Μετά τις απαντήσεις των εξετάσεων ο γιατρός έδωσε εντολή ο ασθενής να αρχίσει αντιβίωση :</p> <p>Solvetian 2gr*2 IV Briklin 500mg*2 IV</p>	<p>Με την δημιουργία ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος, την χορήγηση του αντιπυρετικού φαρμάκου, το οποίο περιέχει παρακεταμόλη που έχει αντιπυρετική δράση, ο πυρετός υποχώρησε σταδιακά στους 37°C μετά από μισή ώρα.</p> <p>Με την τοποθέτηση των επιπλέον κλινοσκεπασμάτων ο άρρωστος διατηρήθηκε ζεστός και ανακουφίστηκε από το ρίγος.</p> <p>Η πλύση στόματος συνέβαλε στην αποφυγή φλεγμονής που θα μπορούσε να προκληθεί εξαιτίας της παρουσίας των σαπρόφυτων που αναπτύσσονται στην στοματική κοιλότητα λόγω του υψηλού πυρετού.</p> <p>Τέλος, η χορήγηση των κατάλληλων αντιβιοτικών (Solvetian 2gr ενδείκνυται για την θεραπεία ενδοσοκομειακών λοιμώξεων από στελέχη ανθεκτικά στις κεφαλοσπορίνες 1^{ης} και 2^{ης} καθώς και στις αμινογλυκοσίδες και Briklin 500mg) ενδείκνυται για την βραχυρόνια θεραπεία σοβαρών λοιμώξεων που οφείλονται σε ευαίσθητα στελέχη αρνητικών κατά Gram βακτηρίων) βοήθησε στην αντιμετώπιση της λοίμωξης και τη διατήρηση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά όρια.</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διεργασία	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Διαταραχή της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών λόγω αντίδρασης του οργανισμού στο χειρουργικό stress.	Αποκατάσταση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών μέσα σε 7 ημέρες.	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως με εντολή γιατρού. - Ακριβής καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. - Συχνή λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων 	<ul style="list-style-type: none"> - Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες χορηγήθηκαν στον ασθενή οι εξής οροί εμπλουτισμένοι με ηλεκτρολύτες και βιταμίνες <ul style="list-style-type: none"> • Dextrose 5% 1000cc εμπλουτισμένος με 3KCl, 3NaCl και ICernevit*2 • Dextrose 5% 1000cc+3KCl+ 2NaCl+1CaCl₂*1 • Ringer's Lactate 500cc*1 - Τις επόμενες ημέρες οι οροί μειώθηκαν σε : Dextrose 5% 1000cc+2KCl+2NaCl+ ICernevit*2 	<p>Επιτεύχθηκε η αποκατάσταση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών με την χορήγηση των κατάλληλων ορών εμπλουτισμένων με ηλεκτρολύτες και βιταμίνες ενδοφλεβίως μέσα στο χρόνο που αρχικά ορίσαμε.</p> <p>Έτσι τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά βρίσκονται στα ίδια περίπου επίπεδα.</p> <p>Με την λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενούς ελέγχεται αποτελεσματικά η διατήρηση της καλής γενικής κατάστασης του οργανισμού του αρρώστου.</p>
			<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε ακριβής μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών στο ειδικό διάγραμμα. - Έγινε συχνή λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενή κάθε 3h. 	

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα & Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αδυναμία του οργανισμού λόγω κατάρτισης του από την χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>Τόνωση του οργανισμού του ασθενούς μετά την διακοπή της παρεντερικής αγωγής με σωστή διατροφική αγωγή.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Δίαιτα ελαφριά και εύπεπτη - Καταπολέμηση ανορεξίας. - Εξήγηση στον ασθενή της αξίας της σωστής διατροφής για την γρήγορη ανάρρωσή του. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε στον ασθενή δίαιτα ελαφριά και εύπεπτη, δηλαδή υγρά, σούπα, κρέμα, ζελέ, κοτόπουλο, αυγό. - Καταπολεμήθηκε η ανορεξία προσφέροντας στον ασθενή ένα γεύμα όσο το δυνατόν πιο ελκυστικό δηλαδή, καλομαγειρεμένο, περιποιημένο και προσεγμένο. - Έγινε συζήτηση με τον ασθενή για την αξία της σωστής διατροφής κατά την οποία φάνηκε να κατανοεί την σπουδαία αξία που έχει για τη γρήγορη ανάρρωσή του. 	<p>Επιτεύχθηκε μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα ικανοποιητική τόνωση του οργανισμού του ασθενούς με την εφαρμογή κατάλληλης διατροφικής αγωγής. Σε αυτό συνέβαλλε η συζήτηση που έγινε μαζί του σχετικά με την αξία της σωστής διατροφής.</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Θλίψη και απογοήτευση του ασθενούς λόγω δυσκολίας αποδοχής της κολοστομίας</p>	<p>Αποδοχή της κολοστομίας από τον ασθενή ώστε να νιώσει ότι η ζωή του θα συνεχίσει να είναι ίδια, όπως και πριν την ύπαρξη της κολοστομίας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Συζήτηση και ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειάς του σχετικά με την κολοστομία και επιβεβαίωση ότι δεν θα αλλάξει η ζωή του. - Εξασφάλιση μοναχικότητας κατά την περιποίηση της κολοστομίας. - Διδασκαλία και ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την περιποίηση της κολοστομίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής και η οικογένεια του ενημερώθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό και κυρίως από την Stoma Therapist για το ότι η κολοστομία είναι κάτι πλέον συνηθισμένο στις παθήσεις του παχέος εντέρου και ότι αυτή δεν επηρεάζει καθόλου την μετέπειτα πορεία της ζωής του. Συγγρόνως ο ασθενής ήρθε σε επαφή και με άλλους κολοστομιμένους ασθενείς, οι οποίοι τον βοήθησαν να αποδεχθεί καλύτερα την νέα πραγματικότητα. - Κατά την περιποίηση της κολοστομίας απομακρύνονται οι επισκέπτες από το θάλαμο και ο άρρωστος μένει μόνος του με την νοσηλεύτρια. Έτσι δεν νιώθει άβολα και σιγά-σιγά αρχίζει να εξοικειώνεται με την ιδέα της νέας «έδρας» του. - Ο ασθενής ενημερώθηκε από την εξειδικευμένη νοσηλεύτρια, Stoma Therapist, για τον τρόπο φροντίδας της κολοστομίας και για τα νέα προϊόντα περιποίησης που κυκλοφορούν και τα οποία θα τον βοηθήσουν να νιώσει πιο άνετα. 	<p>Ο ασθενής μετά την συζήτηση και την ενημέρωση που του έγινε από το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου έδειξε να αρχίζει να αποδέχεται την ιδέα της κολοστομίας, αν και ο προβληματισμός του δεν εξαφανίστηκε εντελώς.</p>

2^Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κύριος Ρ.Π. εισήχθη στην Α' Χειρουργική Κλινική του «Αγίου Σάββα» στις 3/10/2000 για αποκατάσταση κολοστομίας. Είναι 64 ετών, δημόσιος υπάλληλος από την Αθήνα.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό ο ασθενής προ 5μήνου υποβλήθηκε σε εκτομή κατώτερου σιγμοειδούς Hartman, με σύγκλιση του περιφερικού εντέρου και εκστόμωση του κατιόντος, λόγω αδενοCa σιγμοειδούς και τώρα εισήχθη στο νοσοκομείο για προγραμματισμένη αποκατάσταση κολοστομίας.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής σε ηλικία 20 ετών υπεβλήθη σε χειρουργείο σκωληκοειδεκτομής. Δεν αναφέρει άλλο χειρουργείο. Δεν αναφέρει άλλο πρόβλημα υγείας. Είναι καπνιστής, καπνίζει σχεδόν 10 τσιγάρα την ημέρα. Δεν καταναλώνει αλκοόλ, δεν παίρνει φάρμακα.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο κύριος Ρ.Π. είναι έγγαμος και έχει μια κόρη. Η σύζυγος και η κόρη δεν αναφέρουν πρόβλημα υγείας. Ο πατέρας του πέθανε σε ηλικία 60 ετών από Α.Ε.Ε. Η μητέρα του πέθανε σε ηλικία 80 ετών από έμφραγμα μυοκαρδίου

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενή αναφέρει τα εξής : Ο κύριος Ρ.Π. εισήχθη στην Α' Χειρουργική Κλινική στις 3/10/2000 συνοδευόμενος από την σύζυγο του.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενή κατά την είσοδο του στην κλινική ήταν :

Α.Π. : 120/70mmHg

Σφ : 68/min

Θ : 36,6°C

Το χειρουργείο του ήταν τακτικό και προγραμματίστηκε για τις 11/10/2000. Την προηγούμενη μέρα του χειρουργείου η προεγχειρητική του προετοιμασία περιλάμβανε : Καθάρισμα του εντερικού σωλήνα με καθαρτικό clean-prep και ένα υποκλυσμό στις 8μμ. Ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου και λουτρό καθαριότητας. Στις 10μμ ετέθη στον ασθενή ορός προ χειρουργείου Ringer's Lactate 1000cc+2KCl.

Την ημέρα του χειρουργείου συστήθηκε στον ασθενή να μη λάβει τίποτα από το στόμα. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν κοντά στον ασθενή και τον βοήθησε να ξεπεράσει το φόβο του για το χειρουργείο.

Επέστρεψε από το χειρουργείο στις 2μμ. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων :

Α.Π. : 150/80mmHg

Θ. : 36,9°C

Σφ. : 70/min.

Ο ασθενής τοποθετήθηκε με το κεφάλι στραμμένο πλάγια για αποφυγή εισρόφησης εμετού.

Έγινε έλεγχος του τραύματος και των παροχετεύσεων του αρρώστου. Ο ασθενής έφερε στο δεξί χέρι φλεβοκαθετήρα από όπου έπαιρνε ορούς ως εξής :

1. Ringer's Lactate 1000cc
2. Ringer's Lactate 1000cc
3. Dextrose 5% 1000cc+NaCl

Ο ασθενής έφερε επίσης ρινογαστρικό καθετήρα (Levin), καθετήρα κύστεως. Μετά το χειρουργείο χορηγήθηκε στον ασθενή οξυγόνο με μάσκα Venturi 35% στα 8lt/min.

Η κάρτα νοσηλείας του ασθενή περιείχε τα εξής φάρμακα :

Zantac	150mg amp	1x2	IV
Metronizadole	fl	1x3	IV
Timentin	5,2gr fl	1x3	IV
Μορφίνη		½x3	IM

Την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα αφαιρέθηκε το Levin, την έκτη μετεγχειρητική ημέρα αφαιρέθηκε ο καθετήρας κύστεως και ο φλεβοκαθετήρας.

Ο ασθενής μετά το χειρουργείο και την αποκατάσταση της κολοστομίας ήταν αρκετά χαρούμενος και ήρεμος. Σε αυτή την ψυχική ηρεμία βοήθησε όχι μόνο το χειρουργείο αλλά και η υποστήριξη που είχε από το νοσηλευτικό και οικογενειακό περιβάλλον του.

Ο ασθενής αφού επανήλθε πλήρως και του δόθηκαν οι απαραίτητες οδηγίες για την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσει εξήλθε από το νοσοκομείο στις 23/10/2000.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα ↳ Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πονοκέφαλος που οφείλεται πιθανότατα στην ένταση του ασθενή λόγω της εισαγωγής του στο νοσοκομείο.	Αντιμετώπιση των αιτιών που προκαλούν πονοκέφαλο και εξάλειψη αυτού σε χρόνο 30 λεπτών..	<ul style="list-style-type: none"> - Συζήτηση με τον ασθενή και καθησυχασμός αυτού. - Ενημέρωση της οικογένειας για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή και προτροπή αυτής να του συμπαρασταθεί. - Χορήγηση κατόπιν εντολής γιατρού αναλγητικού φαρμάκου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε συζήτηση με τον ασθενή μέσω της οποίας η νοσηλεύτρια του εξήγησε ότι δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας. - Η νοσηλεύτρια ήρθε σε επαφή με την οικογένεια του ασθενή, της εξήγησε την κακή ψυχολογική του κατάσταση και αφού την διαβεβαίωσε για την επταχία της επεμβάσεως την πρόετρεψε να συμπαρασταθεί και να μπορέσει να ηρεμήσει τον ασθενή. - Χορηγήθηκε στον ασθενή 1tb Deron, κατόπιν εντολής γιατρού. 	Με την κατάλληλη συζήτηση, την συμπράξη της οικογένειας και την χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου, το οποίο περιέχει σαν δραστική ουσία την παρακεταμόλη που έχει ισχυρή αναλγητική δράση, ο πονοκέφαλος του ασθενούς μειώθηκε στο ελάχιστο στον προβλεπόμενο χρόνο.

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ↓ Ανάγκες-προβλήματα ↓ Νοσηλεύτικη διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</p> <p>Μετεγχειρητικός πόνος που οφείλεται στην επέμβαση και την ένταση του ασθενή.</p>	<p>Αντιμετώπιση του πόνου και μείωση αυτού στο ελάχιστο δυνατό σε χρόνο 10 λεπτών..</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση του βάρους των κλινοσκελεσιμάτων. - Κατάλληλη θέση του ασθενούς στο κρεβάτι. - Περιορισμός των παραγόντων του περιβάλλοντος οι οποίοι ενοχλούν τον ασθενή. - Συχνή αλλαγή της θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι. - Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου με εντολή γιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μειώθηκε το βάρος των κλινοσκελεσιμάτων τα οποία ασκούσαν πίεση στο τραύμα του ασθενή. - Δόθηκε στον ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, ημι-Fowler, η οποία βοήθησε στην μείωση της τάσης που σκεύεται από τα ράμματα. - Μείωση του αριθμού των επισκεπτών και περιορισμός των θορύβων του περιβάλλοντος. - Έγινε συχνή αλλαγή της θέσης του αρρώστου στο κρεβάτι, η οποία βοήθησε στην ανακούφιση του. - Μετά από εντολή γιατρού χορηγήθηκε στον ασθενή 1/2amp Μορφίνη 75mg IM. 	<p>Επιτεύχθηκε η κατάστολή του πόνου με την κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι, την εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος και την χορήγηση του αναλγητικού φαρμάκου, το οποίο κατατάσσεται στην κατηγορία των ναρκωτικών λόγω της μεγάλης αναλγητικής του δράσης.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα ↓ Νοσηλευτική διάνυση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Άγχος, ανησυχία και αγωνία του ασθενούς λόγω του φόβου του μήπως δεν πετύχει η αποκατάσταση της κολοστομίας.</p>	<p>Μείωση στο ελάχιστο του άγχους και φόβου του ασθενούς και εξασφάλιση ψυχικής ηρεμίας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Συζήτηση με τον ασθενή και προτροπή αυτού να εκφράσει τις ερωτήσεις και τα συναισθήματά του. - Διαβεβαίωση του ασθενή ότι όλα θα πάνε καλά - Εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε συζήτηση με τον ασθενή κατά την οποία η νοσηλεύτρια απάντησε σε όλες τις ερωτήσεις του και τον διαβεβαίωσε ότι όλα θα πάνε καλά. Για να τον πείσει τον έφερε σε επαφή με άλλο άρρωστο στον οποίο η αποκατάσταση της κολοστομίας είχε πλήρη επιτυχία. - Εξασφαλίστηκε άνετο και ήρεμο περιβάλλον, με περιορισμό των θορύβων και τοποθέτηση του ασθενή σε άνετη θέση. 	<p>Με την κατάλληλη συζήτηση και ενημέρωση ο ασθενής πείστηκε ότι τελικά όλα θα πάνε καλά και έτσι το άγχος και η ανησυχία του εξολοκλήρωσαν.</p> <p>Σε αυτό βοήθησε και το άνετο περιβάλλον, το οποίο βοήθησε να χαλαρώσει και να ηρεμήσει.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα ↓ Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Δίψα που οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων από την ατροπίνη και την προεγχειρητική στέριση υγρών για αρκετές ώρες.</p>	<p>Εξάλειψη του αισθήματος της δίψας μέσα σε 24 ώρες.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας. - Ύγραση των χειλέων και της γλώσσας. - Χορήγηση υγρών παρεντερικώς 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγιναν συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με Hexalen αντισηπτικό διάλυμα. - Έγινε ύγραση των χειλέων και της γλώσσας με μια γάζα ποτισμένη με κρύο νερό σε συχνά χρονικά διαστήματα. - Χορηγήθηκαν στον ασθενή υγρά ενδοφλεβίως ως εξής : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ringer's Lactate 1000cc 2. Ringer's Lactate 1000cc 3. Dextrose 5% 1000cc 	<p>Με τις συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, την ύγραση των χειλέων και της γλώσσας και την χορήγηση υγρών παρεντερικώς αντιμετωπίστηκε το αίσθημα της δίψας και απομακρύνθηκε ο κίνδυνος αφυδάτωσης του ασθενή μετά από 24 ώρες.</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα ! Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ του με της του σε όρια	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πυρετός 38°C που οφείλεται σε πιθανή μόλυνση του χειρουργικού τραύματος.	Εξάλειψη πυρετού επαναφορά θερμοκρασίας σώματος φυσιολογικά εντός 30'.	<ul style="list-style-type: none"> - Διευκολύγεται άνετος και ήρεμος περιβάλλοντος. - Αποφυγή δημιουργίας ρευμάτων στο δωμάτιο. - Συχνός έλεγχος της θερμοκρασίας και των λοιπών ζωτικών σημείων. - Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας. - Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου με εντολή γιατρού. - Συχνές αλλαγές του χειρουργικού τραύματος με τήρηση ασηπτικών μέτρων αντισηψίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διευκολύγεται άνετος περιβάλλον με καλό αερισμό και φωτισμό, ησυχία και καθαριότητα για την καλή ανάπαυση και ηρεμία του ασθενή. - Αποφεύχθηκε η δημιουργία ρευμάτων για την πρόληψη κρουσγιμάτος. - Η λήψη των ζωτικών σημείων και κυρίως της θερμοκρασίας γίνεται κάθε 3h. - Πραγματοποιήθηκαν συχνές πλύσεις στόματος για να αποφευχθεί φλεγμονή. - Χορηγήθηκε Iamp Aprotel IM με εντολή γιατρού. - Έγιναν συχνές αλλαγές του χειρουργικού τραύματος με ασηπτική τήρηση μέτρων αντισηψίας. 	<p>Με την δημιουργία ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος, τον περιορισμό ρευμάτων και την χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου, το οποίο περιέχει παρακεταμόλη που έχει έντονη αντιπυρετική και αναλγητική δράση, ο πυρετός υποχώρησε σταδιακά στους 36,7°C σε χρόνο μισής ώρας μετά την χορήγηση του φαρμάκου.</p> <p>Η πλύση του στόματος συνέβαλε την αποφυγή φλεγμονής που θα μπορούσε να προκληθεί εξαιτίας της παρουσίας των σπυρόφυτων που αναπτύσσονται στην στοματική κοιλότητα λόγω του υψηλού πυρετού.</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ↓ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Διαταραχή της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών λόγω αντήρασης του οργανισμού στο χειρουργικό stress.	Αποκατάσταση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών μέσα σε χρόνο 7 ημερών.	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως με εντολή γιατρού. - Ακριβής καταγραφή και προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. - Συχνή λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων 	<ul style="list-style-type: none"> - Τις πρώτες μετεχειρητικές ημέρες χορηγήθηκαν στον ασθενή οι εξής οροί εμπλουτισμένοι με ηλεκτρολύτες και βιταμίνες : Dextrose 5% 1000cc+3NaCl+3KCl+1Cernevit*3 - Τις δύο επόμενες μετεχειρητικές ημέρες οι οροί μειώθηκαν σε : Dextrose 5% 1000cc+3NaCl+3KCl+1Cernevit*2 - Την 7^η μετεχειρητική ημέρα οι οροί σταμάτησαν και ο ασθενής άρχισε να τρέφεται ελαφρά. - Έγινε ακριβής μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών στο ειδικό διάγραμμα. - Έγινε συχνή λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενή κάθε 3h. 	<p>Επιτεύχθηκε η αποκατάσταση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών με την χορήγηση των κατάλληλων ορών εμπλουτισμένων με ηλεκτρολύτες και βιταμίνες παρεντερικώς μέσα στον προβλεπόμενο χρόνο.</p> <p>Έτσι τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά βρίσκονται στα ίδια περιπου επίπεδα.</p> <p>Με την λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων του ασθενούς ελέγχεται αποτελεσματικά η διατήρηση της καλής γενικής κατάστασης του οργανισμού του ασθενή.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως μπορούμε να συμπεράνουμε από τα όσα έχουμε αναφέρει, ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ορθού είναι η πρώτη σε συχνότητα ασθένεια μετά τον καρκίνο του δέρματος.

Κυριότερη αιτία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η διατροφή, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες.

Είναι μια νόσος η οποία αργεί να εκδηλωθεί και της οποίας η θεραπεία συνίσταται στην χειρουργική επέμβαση και τη συμπληρωματική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία, ανάλογα με την περίπτωση.

Ο ρόλος λοιπόν της νοσηλεύτριας είναι πολύ σημαντικός κατά την νοσηλεία των ασθενών αυτών τόσο για την κάλυψη των σωματικών τους αναγκών όσο και για την ψυχολογική τους στήριξη. Η ψυχολογική κατάσταση των καρκινοπαθών είναι πολύ άσχημη και ο νοσηλευτής με τον κατάλληλο τρόπο πρέπει να πλησιάσει και να βοηθήσει τα άτομα αυτά.

Πολύ σημαντική είναι η έγκαιρη διάγνωση και η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να πείσει τους ασθενείς και γενικώς τους πολίτες, μέσα από διαλέξεις που θα οργανώσει στην κοινότητα, για την αναγκαιότητα και την χρησιμότητα του να υποβάλλονται συχνά σε προσυμπτωματικό έλεγχο.

Ακόμη, ο νοσηλευτής θα πρέπει να διδάξει στο κοινό ένα υγιή τρόπο ζωής και κυρίως σωστές διατροφικές συνήθειες τα οποία θα βοηθήσουν σε πολύ μεγάλο βαθμό στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Πολύ σημαντικός είναι και ο ρόλος της πολιτείας, και κυρίως του τομέα υγείας, η οποία μπορεί να βοηθήσει στη πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου με την δημιουργία και την διανομή στους πολίτες ενημερωτικών φυλλαδίων σχετικά με την νόσο και τον προσυμπτωματικό έλεγχο στον οποίο πρέπει να υποβάλλονται.

Τέλος, καλό θα ήταν, να λειτουργήσουν σε κάθε νοσοκομείο και κέντρο υγείας της Ελλάδας κέντρα ελέγχου στα οποία θα έχουν την δυνατότητα οι πολίτες να προσέρχονται και να υποβάλλονται στον απαραίτητο προσυμπτωματικό έλεγχο καθώς και να ενημερώνονται για τη νόσο και τις συνήθειες που πρέπει να υιοθετήσουν προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Φτάνοντας στο τέλος της εργασίας, θα ήθελα να τονίσω για μια ακόμη φορά την τεράστια ευθύνη που έχουμε ως νοσηλευτές, για την φροντίδα ατόμων καταδικασμένων σε θάνατο, που συνίσταται στην κάλυψη όσο το δυνατόν περισσότερων φυσικών και ψυχολογικών αναγκών αυτών. Η ενθάρρυνση και υποστήριξη θα περιορίσει την απαισιοδοξία και απογοήτευση του ασθενή.

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

Οι νοσηλευτές δεν θα μπορέσουν να δώσουν οποιαδήποτε βοήθεια στην καταπολέμηση ή στον περιορισμό των κακών συνεπειών του καρκίνου, αν πρώτα δεν πιστέψουν οι ίδιοι ότι ο αγώνας κατά του καρκίνου δεν είναι μια μάταιη προσπάθεια του ανθρώπου, αλλά αντίθετα ένας πελώριος στίβος όπου ο κάθε άνθρωπος διαθέτει τις δικές του δυνάμεις και είναι βέβαιο ότι θα του δοθεί τελικά έπαινος της νίκης που θα ανταμείψει τις προσπάθειες τους.

Ακόμη το γεγονός ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να έχει πολύ καλύτερη πρόγνωση αν διαγνωσθεί στα αρχικά του στάδια, δείχνει το πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενημέρωση των πολιτών για την αναγκαιότητα και την σπουδαιότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου. Ο νοσηλευτής βγαίνοντας στην κοινότητα, και πλησιάζοντας τον κάθε άνθρωπο μπορεί να μεταδώσει την αξία και την σημασία που έχει ο συστηματικός έλεγχος για την υγεία και την πρόληψη της «μάστιγας» του αιώνα μας.

Από όσα ειπώθηκαν, συμπεραίνουμε ότι η φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού, στρέφεται όχι μόνο σε γνώσεις επιστημονικές, αλλά και σε γνώσεις ανθρωπιστικών επιστημών, σε μια προσφορά που ξεπερνά το απρόσωπο επαγγελματισμό και αποδεικνύει ότι η νοσηλευτική είναι και λειτούργημα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπαχριστοδούλου Α.Ι. «Χειρουργική παχέος εντέρου», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1995 (σ. 1-6, 48-63)
2. Guyton A. «Φυσιολογία του ανθρώπου», Τρίτη έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990 (σ. 568, 569, 584)
3. Μπεομπέας Σ. «Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού», Αθήνα 1991 (σ. 5-8, 37-39, 41-42, 97)
4. Αδαμόπουλος Α. «Καρκίνος παχέος εντέρου, δυσπλασία και ελκώδης κολίτιδα», Νοσοκομειακά χρονικά, Τόμος 50, Τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1988 (σ. 160-162)
5. Misiewicz J.J., Pounder R.E., Venables C.W., «Νοσήματα του εντέρου και του παγκρέατος», Επιμέλεια Τριανταφυλλίδης Ι., Β' Έκδοση (Α' Ελληνική), Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόρης Παρισιάνος», Αθήνα 1997, (σ. 957, 958, 960, 961, 966)
6. Μπάλας Π. «Χειρουργική», Δεύτερη έκδοση, Τόμος Β, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990 (σ. 835-849)
7. Καλαφάτης Ε. Ν., Καραμανώλης Α.Γ., «Κληρονομικός καρκίνος του παχέος εντέρου δίχως πολυποδίαση (σύνδρομο Lynch)» Ιατρική, Τόμος 61, Τεύχος 5, Αθήνα Μάιος 1992, (σ. 478-480)
8. Μπεσμπέας Σ. «Ο ρόλος της διατροφής για την πρόληψη του καρκίνου, Διατροφή και καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού». Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991 (σ. 70-75)
9. Τζαννίνης Δ. «Βιολογικοί προγνωστικοί δείκτες στον καρκίνο του παχέος εντέρου». Ιατρική, Τόμος 72, Τεύχος 1, Αθήνα Ιούλιος 1997 (σ.20-21)
10. Γολεμάτης Β. Κωνστανταλάκης Μ. «Νεοπλάσματα του πεπτικού συστήματος. Νεώτερες απόψεις». Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ., Αθήνα 1995 (σ. 253-254, 280-285, 289-291).
11. Ρηγάτος Γ. «Εγκόλλιο Ογκολογίας». Εκδόσεις Ascent, Αθήνα 2000 (σ. 47-59)
12. Ρήγας Α. Χειρουργικές παθήσεις Πεπτικού Συστήματος «Αλγοριθμικοί Πίνακες» Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1988 (σ. 284)
13. Λεουτσάκος Β. «Παθήσεις Παχέος Εντέρου και Ορθού», Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», Αθήνα 1994 (σ. 627, 363-371)

14. Γαβριήλ Π., Τσιρίγκος Κ., Τσιόδρα Π., Μαργαρίτης Ι. «Συσχέτιση των κλινικών εκδηλώσεων των παθήσεων του παχέος εντέρου με τα ευρήματα της ορθοσιγμοειδοσκόπησης», Γαλήνιος Πανελλήνια διμηνιαία ιατρική έκδοση, Τόμος 28, Τεύχος 1, Αθήνα Ιανουάριος – Φεβρουάριος 1986 (σ. 123-129)
15. Μαλγαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., «Νοσηλευτική Γενική, Παθολογική Χειρουργική», Τόμος Α', Εκδόσεις «Η Ταβιθά» Αθήνα 1995 (σ. 241-262, 298, 301-303)
16. Μαλγαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., «Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική», Τόμος Β, Μέρος 2^ο, Εκδόσεις «Η Ταβιθά», Αθήνα 1997 (σ. 110-118, 144-151)
17. Καρπασίτης Ν., Μούδα Ν., «Η συμβολή της Ακτινοθεραπείας στον Καρκίνο του Παχέος Εντέρου», Ελληνική Ογκολογία, Τόμος 32, Τεύχος 3-4, Αθήνα Ιούλιος – Δεκέμβριος 1996 (σ. 155-160)
18. Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος 1^{ος}, Ε' Επανέκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1996. (σ. 65-68, 73-87)
19. Μπεμπέας Σ., «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου και ορθού», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991 (σ. 271-278)
20. Μόσχου-Κάκκου, Α., «Ογκολογική Νοσηλευτική», Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1999 (σ. 10)
21. Αθανάτου Ε., «Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και ειδικές νοσηλείες», ΣΤ' Έκδοση, Εκδόσεις Παπανικολάου Γ., Αθήνα 1996 (σ. 206-209, 210-225, 558-568).
22. Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες», Τόμος 2^{ος}, Μέρος Β', Ε' Επανέκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1996 (σ. 587-589, 597-598)
23. Ιακωβίδου Δ., «Φροντίδα ατόμων με κολοστομία και αποκατάσταση, Ο ρόλος της νοσηλεύτριας Stoma Therapist», Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σ. (43-46).
24. Μπαρμπουνάκη – Κωνσταντάκου Ε. «Χημειοθεραπεία», Β' Έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1989 (σ. 25-26)
25. Ραγιά Α., «Ψυχοκοινωνική νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστων με κακοήθη νοσήματα», Αλλαγή της σωματικής εικόνας μια ξεχασμένη νοσηλευτική προτεραιότητα στον άρρωστο με καρκίνο, Εκδόσεις Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων νοσηλευτριών – νοσηλευτών Ελλάδος, Τομέα Ογκολογικής Νοσηλευτικής, Αθήνα 1992. (σ. 15-22).

