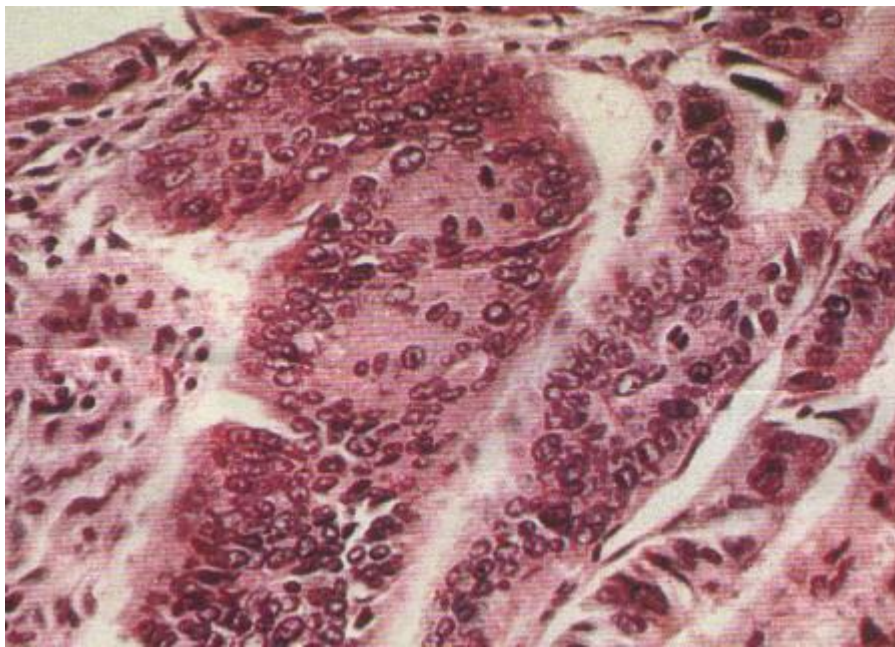


**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

01-09-2004

ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

**ΦΑΡΜΑΚΗ ΘΕΟΔΩΡΑ
ΣΤΑΥΡΕΛΟΥ ΑΡΕΤΗ**

Π Α Τ Ρ Α 2 0 0 4

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Πρόλογος	4
Εισαγωγή.....	5

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

α Ανατομία, φυσιολογία	6
------------------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

α Τι είναι το Ca;.....	10
α Παθολογική ανατομική	11
α Επιδημιολογία	14
α Αιτιολογία, εντόπιση	15
α Οδοί μεταστάσεων Ca	18
α Κλινική εικόνα, συμπτωματολογία	18
α Διαγνωστικοί μέθοδοι, νοσηλευτική φροντίδα.....	26
α Πρόληψη	36
α Θεραπεία	43
α Πρόγνωση	49
α Επιπλοκές από τον όγκο πριν την χειρ. Επέμβαση.....	51

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

α Ενημέρωση και αντιμετώπιση	52
α Ψυχολογικά προβλήματα	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

α Προεγχειρητική προετοιμασία	55
α Τοπική προετοιμασία.....	57
α Τελική προετοιμασία.....	58
α Μετεγχειρητική προετοιμασία	60
α Μετεγχειρητική φροντίδα.....	60
α Μετεγχειρητική δυσχ. και επιπλοκές	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

α Κολοστομία.....	66
α Επιπλοκές	66

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

α Αναφερόμενο περιστατικό	73
---------------------------------	----

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

α Συμπεράσματα, διαπιστώσεις.....	80
α Ερωτήσεις, Προτάσεις.....	81
α Επίλογος	86
α Βιβλιογραφία.....	87

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η προσφορά της εργασίας αυτής είναι αναμφισβήτητα μεγάλη, πρώτα για τον Νοσηλευτικό Λειτουργό που αποτελεί μαζί με τον γιατρό το άτομο που θα στελεχώσει τις νοσηλευτικές μονάδες και θα συμβάλλει αποτελεσματικά στην εξίσωση και εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης και δεύτερο για όλο το προσωπικό, νοσηλευτικό και μη, που αποτελεί την ομάδα φροντίδας των αρρώστων με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Η εκπαιδευτική σημασία αυτής της μελέτης είναι θετική για τον νοσηλευτικό λειτουργό ως προς την απόκτηση εμπειρίας για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης νόσου. Ακόμη του δίνει την ευκαιρία να χρησιμοποιήσει τις γνώσεις που κατέχει.

Το θέμα της παρούσης πτυχιακής μελέτης το επέλεξα λόγω της άμεσης επαφής μου με τέτοιας φύσης αρρώστους και της έντονης εντύπωσης και έκπληξης που δοκίμασα βλέποντας την ιδιομορφία της αρρώστιας και το δύσκολο τρόπο αντιμετώπισης του αφοδευτικού προβλήματος μετά την επέμβαση.

Άλλος λόγος είναι ότι ο καρκίνος αποτελεί έντονο ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα της εποχής, παγκοσμίως, που βρίσκεται ακόμα στο στάδιο του πειραματισμού και της έρευνας.

Η εργασία αυτή γράφτηκε με βάση συγκεκριμένη βιβλιογραφία κατόπιν μελέτης και προσωπικής επαφής με αρρώστους που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον από του λεπτού εντέρου για τους εξής λόγους:

1. Είναι ο συχνότερος καρκίνος των εσωτερικών οργάνων. Στις Η.Π.Α. το 1977 διαγνώστηκαν 101.000 καινούργιες περιπτώσεις καρκίνου παχέος εντέρου. Τον ίδιο χρόνο ανακοινώθηκαν 51.300 θάνατοι από τη νόσο. Είναι ο δεύτερος κατά σειρά συχνότητας καρκίνος σε όλο τον κόσμο.
2. Είναι καρκίνος βραδείας σχετικά ανάπτυξης και έτσι η δυνατότητα της «έγκαιρης» θεραπείας είναι μεγάλη έστω κι αν η διάγνωση του δεν είναι «πρώιμη». Έτσι βρέθηκε ότι ο χρόνος διπλασιασμού του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι 34-1155 ημέρες με μέσα όρια διπλασιασμού 109 ημέρες. Το κακοήθες κύτταρο μεγέθους 10 μ. χρειάζεται 30 χρόνους διπλασιασμού για να είναι 1 εκ. και όπως είναι γνωστό πρέπει να φτάσει τουλάχιστον σ' αυτό το μέγεθος (του εκ.) για να τεθεί η διάγνωση στις συνηθισμένες περιπτώσεις.
3. Είναι ένας από τους λιγότερους καρκίνους για τον οποίο υπάρχουν σήμερα βάσιμες ελπίδες ότι με τη σωστή δίαιτα μπορεί να προληφθεί.
4. Υπάρχει η δυνατότητα με απλές ετήσιες μαζικές εξετάσεις (όπως η εξέταση των κοπράνων για αίμα με την απλή μέθοδο του ΗΑΕΜΟ – TEST και η δακτυλική και ορθοσκοπική εξέταση) να διαγνωσθεί η νόσος σε τόσο αρχικά στάδια ώστε η μόνιμη θεραπεία να εξασφαλίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις.

Για τους λόγους αυτούς η απειλή από τον καρκίνο αυτό μπορεί να ελαττωθεί για τον άνθρωπο σε μεγάλο βαθμό. Στο σημείο αυτό η συμβολή αλλά και η ευθύνη του γιατρού είναι πολύ μεγάλη.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

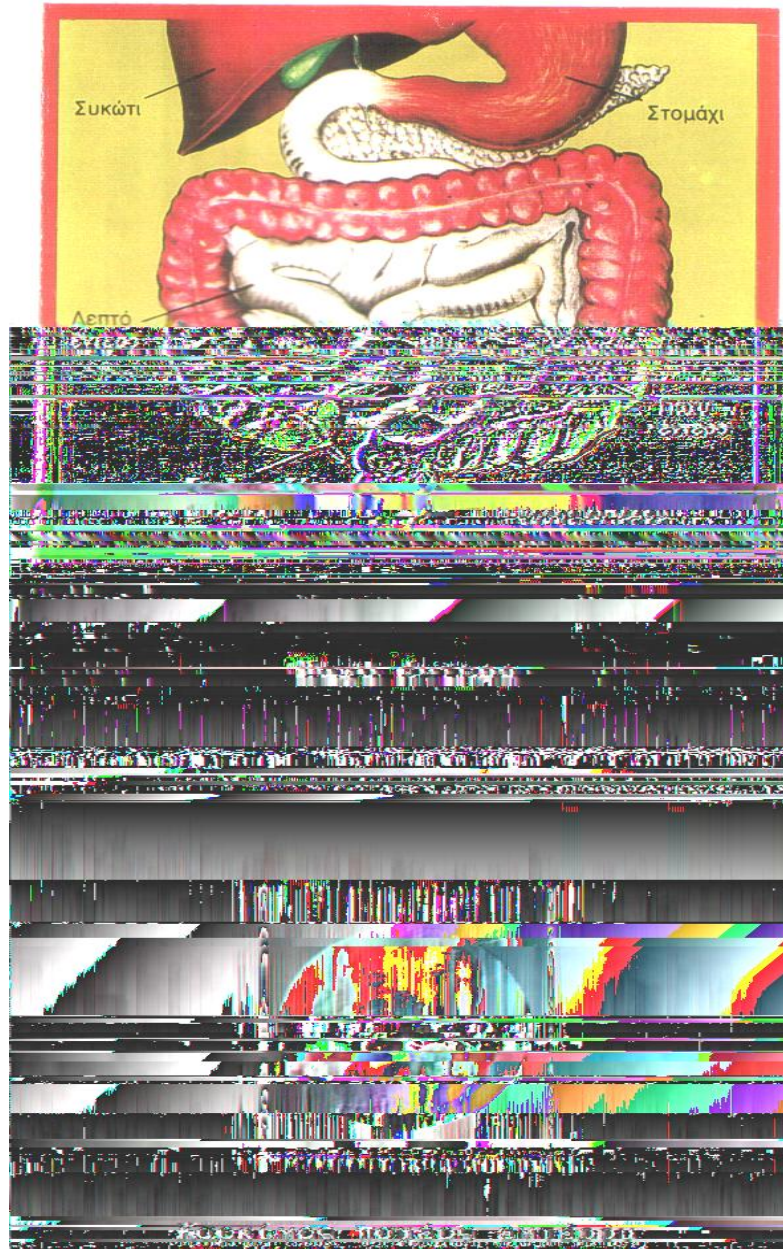
Πεπτικό σύστημα

Η προσαγωγή νέων ουσιών στον οργανισμό είναι απαραίτητη για τη συνεχή επιτέλεση των λειτουργιών του. Τις ουσίες αυτές τις παίρνει ο οργανισμός από τις τροφές. Οι τροφές όμως, για να χρησιμοποιηθούν, πρέπει πρώτα να υποστούν μία σειρά μηχανικών και βιομηχανικών επεξεργασιών.

Το σύνολο των οργάνων, που συμβάλλουν στην επιτέλεση αυτής της λειτουργίας, αποτελούν το πεπτικό σύστημα. Στα όργανα του πεπτικού συστήματος ανήκει ο γαστρεντερικός σωλήνας και τα παρακείμενα του όργανα.

Ο γαστρεντερικός σωλήνας αποτελείται από τις δομές του στοματοφάρυγγα (στόμα, δόντια, σιελογόνοι αδένες, υπερώα, γλώσσα), την επιγλωττίδα, τον οισοφάγο, το στομάχι, το λεπτό και το παχύ έντερο, το ορθό και το απευθυσμένο. Τα παρακείμενα όργανα, είναι, το ήπαρ και το πάγκρεας.

- 1. Η λήκυθος του ορθού**
- 2. έσω αιμορροϊδικό πλέγμα**
- 3. οδοντωτή γραμμή**
- 4. έξω αιμορροϊδικό πλέγμα**
- 5. πρωκτόδερμα**
- 6. έσω σφιγκτήρας**
- 7. έξω σφιγκτήρας**
- 8. ηβοορθικός μυς**



Εικόνα 1

Η συγκράτηση των κοπράνων μέσα στην λήκυθο επιτυγχάνεται λόγω της διαφοράς πίεσης μεταξύ των υψηλών πιέσεων του πρωκτού και των χαμηλών πιέσεων του τελικού τμήματος του εντέρου (λήκυθος). Όταν γεμίσει από κόπρανα η λήκυθος, στην αρχή διατείνεται με αποτέλεσμα να έχουμε την αίσθηση ανάγκης προς αφόδευση. Μετά μικρό όμως χρονικό διάστημα, χαλαρώνει ο μυϊκός χιτώνας, μειώνονται οι πιέσεις μέσα στη λήκυθο και παρέρχεται το αίσθημα της αφόδευσης. Κατά την φάση της

αφόδευσης χαλαρώνουν οι σφιγκτήρες του πρωκτού και ευθυάζεται ο εντερικός σωλήνας με αποτέλεσμα την ευχερή δίοδο των κοπράνων.

A) Στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας του παχέος εντέρου και του πρωκτικού σωλήνα.

Το παχύ έντερο έχει μήκος περί τα 120 cm και έχει σαν βασικότερη λειτουργία την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών και την αποθήκευση των κοπράνων. Το παχύ έντερο διακρίνεται σε δεξιό κόλον (τυφλό, ανιόν, δεξιό τμήμα του εγκάρσιου, κατιόν, σιγμοειδές) και το ορθό. Ο αυλός του παχέος εντέρου είναι ευρύς στο δεξιό κόλον και προς τα αριστερά γίνεται προοδευτικά περισσότερο στενός. Το τοίχωμα του εντέρου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες (βλεννογόνος, υποβλεννογόνιος, μυϊκός και ορογόνος). Το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου είναι το ορθόν (απευθυσμένο). Η λήκυθος του ορθού έχει την ιδιότητα να χαλαρώνει όταν αυξάνει το περιεχόμενο του χωρίς να αυξάνουν οι ενδοορθικές πιέσεις (έχει αυξημένη ενδοτικότητα) και γι' αυτόν τον λόγο είναι ένας πολύ αποτελεσματικός χώρος αποθήκευσης των κοπράνων.

1. δακτύλιος
2. ορθό
3. ορθοσιγμοειδές
4. κατιόν
5. εγκάρσιο κόλον
6. ανιόν κόλον
7. τυφλό
8. σκωληκοειδής απόφυση

Πρωκτός είναι το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, που έχει σαν λειτουργία την συγκράτηση των κοπράνων που αποθηκεύονται στην λήκυθο. Ο πρωκτός περιβάλλεται από δύο κυλινδρικούς μυϊκούς σχηματισμούς (σφιγκτήρες). Ο έσω σφιγκτήρας που είναι λείος μυς,

λειτουργεί αυτόματα και με τη συνεχή σύσπαση του δεν επιτρέπει την διαφυγή των κοπράνων. Ο ισχυρότερος έξω σφιγκτήρας υπόκειται στην βούληση του ανθρώπου, αποτελεί τον σπουδαιότερο σφιγκτήρα και συσπάται σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης συγκράτησης των κοπράνων. Ο πρωκτικός σωλήνας χωρίζεται με την οδοντωτή γραμμή σε άνω και κάτω. Το κάτω τμήμα του πρωκτού έχει πολλές αισθητικές ίνες και για τον λόγο αυτό είναι πολύ ευαίσθητο. Στο άνω τμήμα αντιληπτή γίνεται μόνον η διάταση σαν αίσθημα ανάγκης προς αφόδευση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

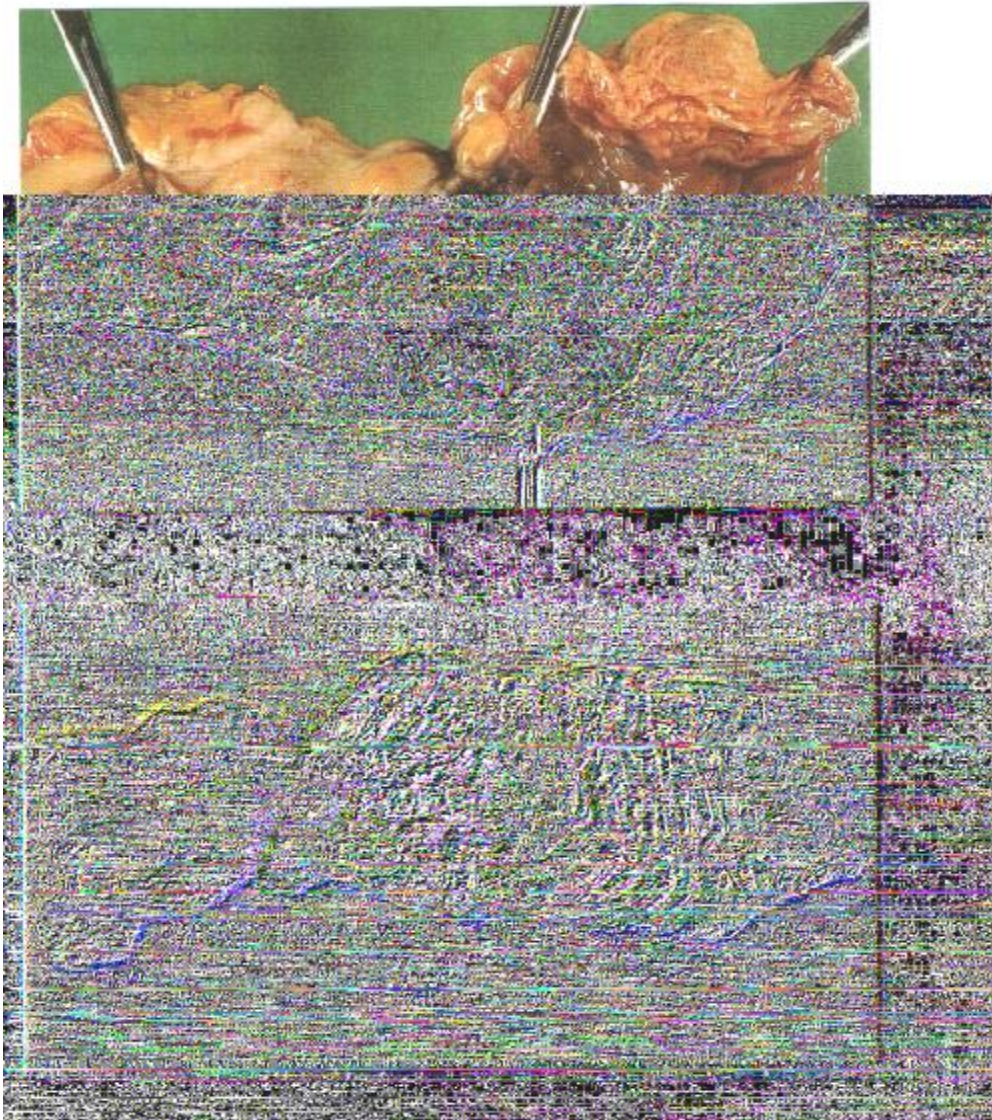
(ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ)

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής. Πρώτοι ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού, γιατί η εικόνα του, όπως είχε περιγραφεί από τους ίδιους, έμοιαζε με τον καρκίνο, τον κάβουρα της θάλασσας και ο πόνος του περιγράφεται όμοιος με αυτόν που δοκιμάζει κανείς όταν δαγκώσει ο κάβουρας.

Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμη με τον όρο κακοηθές νεόπλασμα. Άλλες λέξεις που έχουν την έννοια νεοπλασματικής αρρώστιας είναι: κακοήθεια, όγκος, καρκίνωμα, εκτροπή στην ανάπτυξη κυττάρων και η συντομογραφία «Ca» χωρίς όμως να είναι και συνώνυμη.

Ο οργανισμός του ανθρώπου, όπως και των ζώων και φυτών, αποτελείται από εκατομμύρια κύτταρα. Τα κύτταρα έχουν ζωή πολύ συντομότερη από τον οργανισμό σαν σύνολο. Τα νεκρά κύτταρα του οργανισμού μας αντικαθίστανται από τα αναγεννώμενα νέα κύτταρα. Η κυτταρική αυτή κοσμογονία γίνεται μ' ένα θαυμαστό ρυθμό αρμονίας, τάξεως και συστήματος κι έτσι ο οργανισμός μας μένει πάντα ο ίδιος. Η επιστήμη ονομάζει τη θαυμαστή αυτή τάξη αρμονικής διαβίωσης των κυττάρων μας «ομοιοστασία». Όμως για άγνωστες αιτίες, ορισμένα κύτταρα του οργανισμού μεταβάλλονται δομικά. Τα ανώμαλα αυτά κύτταρα πολλαπλασιάζονται γρήγορα. Στην αρχή μένουν εντοπισμένα σε ορισμένη περιοχή του σώματος όπου εξασκούν πίεση στους γειτονικούς ιστούς. Καθώς η κατάσταση εξελίσσεται τα νεοπλασματικά κύτταρα, εάν είναι κακοήθη, διηθούν τους γειτονικούς ιστούς και χρησιμοποιούν το οξυγόνο και τις θρεπτικές τους ουσίες. Ακόμη μπαίνουν μέσα στα αγγεία

για να εγκατασταθούν σε άλλες ανατομικές δομές του ανθρώπινου σώματος.



Εικόνα 2,3

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αναπτύσσεται από το κυλινδρικό επιθήλιο του βλεννογόνου του εντέρου. Διατυπώθηκαν απόψεις από τον MASOW και BURKITT ότι τα τελευταία 30 χρόνια παρατηρείται μια αύξηση προσβολής στο δεξιό τμήμα και κυρίως στο τυφλό (22%) και αυτό οφείλεται ίσως στην αλλαγή τρόπου και είδους διατροφής, διότι τις

τελευταίες δεκαετίες με την τεχνολογική ανάπτυξη, καταναλίσκονται τρόφιμα που έχουν συντηρηθεί επί μακρόν, με τη βοήθεια ορισμένων χημικών ουσιών (κονσερβοποιημένα τρόφιμα) οι ουσίες αυτές ή τα υποπροϊόντα τους έρχονται σε επαφή και δρουν πρώτα στον βλεννογόνο του τυφλού και στο ανιόν κόλο, πριν αδρανοποιηθούν, από τη χλωρίδα του παχέος εντέρου.

Μακροσκοπικώς διακρίνουμε τις εξής παθολογοανατομικές μορφές:

- α **Την υπερκτροφική ή ανθοκραμβοειδή μορφή**, η οποία εντοπίζεται πιο συχνά στο δεξιό ήμισυ του παχέος εντέρου. Είναι συνήθως χαμηλής κακοήθειας. Λόγω της μορφής του όγκου και του υδαρούς περιεχομένου του δεξιού κόλου τα στενωτικά φαινόμενα είναι σπάνια.
- α **Την ελκωτική μορφή.** η οποία είναι η κακοηθέστερη. Το έλκος εμφανίζει τους τυπικούς χαρακτήρες της κακοήθειας δηλαδή: σκληρή βάση, επερμένα χείλη και νεκρωτικό πυθμένα. Η μορφή αυτή συνήθως οδηγεί σε στένωση του αυλού.
- α **Το σκίρρο καρκίνο.** Η κακοήθεια του κατατάσσεται μεταξύ των δύο προηγούμενων μορφών. Συνήθως εντοπίζεται στο αριστερό κόλο και προκαλεί πρόϊμη απόφραξη του αυλού του εντέρου.
- α **Την διηθητική μορφή.** κατά την οποία παρατηρείται διάχυτη πάχυνση του εντερικού τοιχώματος και είναι δυνατόν να συνυπάρχει σε μια από τις προηγούμενες μορφές.
- α **Το κολλοειδές καρκίνωμα.** όπου ο όγκος συνήθως είναι μεγάλος και προβάλλει μέσα στο αυλό του εντέρου. Ιστολογικώς παρατηρούνται οι εξής μορφές:
 - α) **Σωληνώδες αδενοκαρκίνωμα.** το οποίο ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησεως των κυττάρων διακρίνουμε α) καρκινώματα ανωτέρας διαφοροποίησεως, β) καρκινώματα μέσης διαφοροποίησεως, γ) καρκινώματα χαμηλής διαφοροποίησεως.

- α Συμπαγές καρκίνωμα. είναι πλέον αδιαφοροποίητα των προηγούμενων.
- α Αμετάπλαστο καρκίνωμα. αποτελείται από μικρά διάχυτα αναπτυσσόμενα καρκινωματώδη κύτταρα.

Ανάλογα με το βαθμό επέκτασης των νεοπλασμάτων έχουν καθορισθεί τα εξής στάδια Α,Β,Γ,Δ, (DUKES).

Στο στάδιο Α, το νεόπλασμα περιορίζεται στον βλεννογόνο του κόλου ή του ορθού (βλεννογονικό στάδιο) χωρίς επέκταση προς τα τοιχώματα του εντέρου και χωρίς λεμφικές μεταστάσεις.

Στο στάδιο Β, το νεόπλασμα διηθεί τους χιτώνες του εντέρου και είναι δυνατόν να επεκταθεί στους γύρω ιστούς χωρίς λεμφικές μεταστάσεις.

Στο στάδιο Γ, εκτός της επεκτάσεως πέρα από το τοίχωμα του εντέρου, υπάρχουν και λεμφικές μεταστάσεις. Το στάδιο αυτό υποδιαιρείται σε Γ1 εφ' όσον έχουν διηθεί μόνο οι επιχώριοι λεμφαδένες σε Γ2 επί μεταστάσεων και σε απομακρυσμένους λεμφαδένες.

Στο στάδιο Δ υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα όπως ήπαρ.

Η παραπάνω ταξινόμηση βασίζεται σε χειρουργικά παρασκευάσματα και κατά συνέπεια η αναγνώριση των σταδίων είναι έργο του χειρουργού κατά τη διάρκεια της εγχειρήσεως. Αυτός εκτιμά τότε την έκταση του όγκου και τις πιθανές λεμφοαγγλικές μεταστάσεις χωρίς και τούτο να είναι απόλυτο, διότι τα διογκωμένα λεμφογάγγλια είναι μόνο φλεγμονώδη.

Η συμβολή του παθολογοανατόμου συνίσταται στον προσδιορισμό της βιολογικής κακοήθειας του όγκου δια της βιοψίας και μετά την εκτέλεση πολλαπλών τομών, στον προσδιορισμό της τυχόν καρκινωματώδους προσβολής των συναφαιρούμενων γαγγλίων.

Ο DUKES, βάσει των διηθημένων λεμφογαγγλίων του εξαιρεθέντος χειρουργικού παρασκευάσματος, νομίζει ότι μπορεί να καθορίσει την πιθανή επιβίωση των ασθενών. Έτσι επί ανευρέσεως μέχρι τριών τον αριθμό, οι

ασθενείς φτάνουν την πενταετία, ενώ επί ανευρέσεως πέντε ή περισσότερων, σπάνια φτάνουν την πενταετία.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου, έγινε, κατά τα τελευταία χρόνια αντικείμενο εκτεταμένων ερευνών. Είναι ένα από τα συχνότερα κακοήθη νεοπλάσματα. Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία. Κυρίως το 80% των περιπτώσεων είναι ενήλικες μεταξύ 50-70 χρόνων. Το 3-4% αφορά νεαρές ηλικίες.

Είναι πολύ συχνότερος στη Δ. Ευρώπη και στη Β. Αμερική, απ' ότι στην Ελλάδα, φαίνεται όμως ότι αυξάνει και στη χώρα μας με γρήγορο ρυθμό. Κάθε χρόνο 1.500 άτομα προσβάλλονται από καρκίνο του παχέος εντέρου, και από αυτά μόνο τα 45% επιβιώνουν πάνω από μία πενταετία.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σχετίζεται έντονα με την οικογενή πολυποδίαση και την ελκώδη κολίτιδα, (μετά από πολλά χρόνια έχει πιθανότητα 50% να αναπτύξει Ca παχέος εντέρου) σε μικρότερο βαθμό με τους πολύποδες του παχέος εντέρου.

Η αιτία πάντως φαίνεται να είναι περισσότερο ο τρόπος και το είδος της διατροφής παρά γενετικοί παράγοντες. Αυτό ενισχύεται από το γεγονός ότι Αφρικανοί που ζουν στις Η.Π.Α. εμφανίζουν την ίδια συχνότητα καρκίνου παχέος με τους λευκούς, ενώ πληθυσμοί των ίδιων φυλών Αφρικής και Ασίας εμφανίζουν καρκίνο σε πολύ λιγότερο ποσοστό.

Από τα παραπάνω μπορούμε να καταλάβουμε ότι ο σκοπός της επιδημιολογίας είναι:

- 1) Η ανίχνευση των αιτιολογικών παραγόντων,**
- 2) Η δημιουργία προϋποθέσεων ώστε να αξιολογηθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες.**

3) Η ταχεία ανίχνευση της αρρώστιας και η προφύλαξη από αυτή!

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

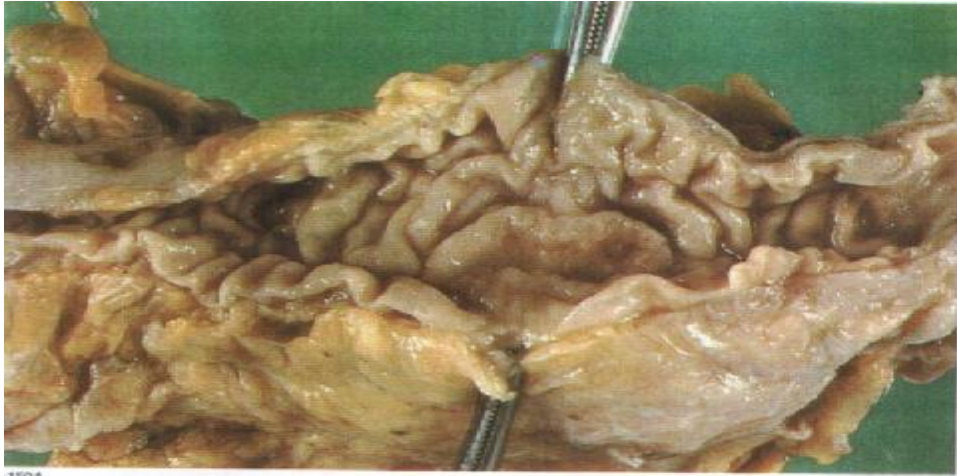
Τα πραγματικά αίτια των κακοηθών νεοπλασιών του παχέος εντέρου δεν έχουν εξακριβωθεί έχουν όμως ενοχοποιηθεί μερικοί προδιαθεσικοί παράγοντες όπως:

- α) Ο χρόνος διαβάσεως σε σχέση με το μέγεθος είναι μικρός**
- β) Το περιεχόμενο είναι υδαρές.**
- γ) Η υψηλή περιεκτικότητα σε λεμφικό ιστό**
- ε) Νόσος Crohn κτλ.**

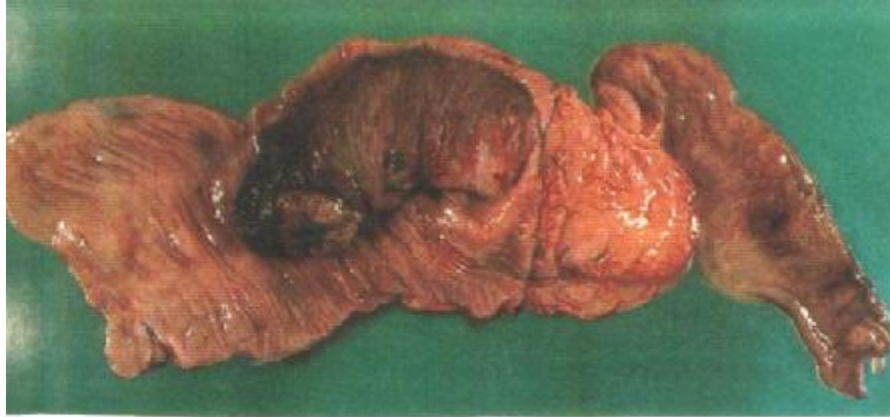
ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος. Αναλυτικότερα η ποσοστιαία κατανομή της νόσου είναι η εξής:

ορθό	70,5%
ανιόν κόλο	11,5%
κατιόν κόλο	11,1%
εγκάρσιο κόλο	6,1%



Εικόνα 4: Α, Β, C.
Αδενοκαρκίνωμα διηθητικό (μη ελκωτικό)
Α. Επιφανειακή
Β-Σ. Τομές τοιχώματος που παρουσιάζουν διήθηση του υποβλενογόνου.



Εικόνα 5 Αδενοκαρκίνωμα βλενοπαραγωγικό δωδεκαδακτύλου

Εικόνα 6,7 A- B Αδενοκαρκίνωμα τυφλού.

ΟΔΟΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ Ca Π.Ε.

Ο Ca Π.Ε. μεθίστανται με τους εξής τρόπους:

- α Κατά συνέχεια ιστού.
- α Αιματογενή διασπορά
- α Λεμφική διασπορά
- α Διασπορά δια εμφυτεύσεως κυττάρων
- α Διασπορά δια των νεύρων
- α Ενδαυλική εμφύτευση κυττάρων

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται συνήθως μετά την 5^η δεκαετία της ζωής, όμως δεν είναι άγνωστη η εμφάνιση του και σε νεώτερα άτομα. Έχει χαμηλό ρυθμό ανάπτυξης. Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού του πρωτοπαθή όγκου έχει υπολογισθεί σε 620 ημέρες. Έτσι όπως φαίνεται πρέπει να απαιτείται αρκετά μακρό χρονικό διάστημα πριν ο όγκος αναπτυχθεί στο βαθμό που να προκαλεί συμπτώματα. Επομένως κατά τη διάρκεια που δεν έχουμε συμπτώματα η διάγνωση θα εξαρτηθεί από την εξέταση ρουτίνας.

Υπάρχουν μερικοί παράγοντες από τους οποίους εξαρτώνται τα συμπτώματα του καρκίνου παχέος εντέρου. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- α) το μέγεθος, η μακροσκοπική υφή και έκταση του όγκου**
- β) η ύπαρξη ή όχι επιπλοκών**

Ανάλογα με την εντόπιση του όγκου, τα συμπτώματα του καρκίνου παχέος εντέρου διαφέρουν. Ο καρκίνος του δεξιού κόλου αναπτύσσεται στο τυφλό και το περιεχόμενο είναι υδαρές ενώ ο καρκίνος του αριστερού κόλου αναπτύσσεται στο σιγμοειδές και είναι το περιεχόμενο του είναι στερεό.

Μεγάλη σημασία δίνουμε και στα νοσήματα του πρωκτού τα οποία διακρίνονται ως εξής:

1. ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ

Αιμορροϊδοπάθεια είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία από τον δακτύλιο του πρωκτού προβάλλει μια μάζα από αγγειακό ιστό η οποία πολύ συχνά αιμορραγεί. Ο όρος αιμορροΐδες προέρχεται από τις λέξεις αίμα και ρέω. Οι αιμορροΐδες είναι από τα συχνότερα νοσήματα του ανθρώπου.

Η πάθηση οφείλεται κατά βάση στην χαλάρωση των αγγειακών ιστών της περιοχής που βοηθούν στην συγκράτηση των κοπράνων και στην αφόδευση. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η δυσκοιλιότητα, η εγκυμοσύνη, οι αναβολές αφόδευσης λόγω έλλειψης χρόνου ή κοινωνικών περιστάσεων και η παρατεταμένη παραμονή στον χώρο της αφόδευσης.

Οι αιμορροΐδες ανάλογα με το μέγεθος τους και την διάρκεια της εμφάνισής τους κατατάσσονται σε πρώτου, δεύτερου, τρίτου και τετάρτου βαθμού. Οι πρώτου βαθμού δεν προβάλλουν καθόλου έξω από τον πρωκτό, αλλά μπορεί να αιμορραγήσουν, οι δευτέρου βαθμού προβάλλουν μόνο κατά την διάρκεια της αφόδευσης και επανέρχονται μόνες μέσα στον πρωκτό. Οι τρίτου βαθμού αιμορροΐδες επανέρχονται μόνο με τη βοήθεια και οι τετάρτου βαθμού παραμένουν πάντοτε έξω. Το κυριότερο πρόβλημα που δημιουργούν οι αιμορροΐδες είναι η αιμορραγία.

Μπορεί να απολεσθούν σημαντικές ποσότητες αίματος με αποτέλεσμα την σιδηροπενική αναιμία. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι αιμορραγία από τον πρωκτό δεν προκαλούν μόνο οι αιμορροΐδες, αλλά και άλλες καλοήθειες και κακοήθειες παθήσεις.

Πολλές από τις παθήσεις αυτές συνυπάρχουν με τις αιμορροΐδες και γι' αυτόν τον λόγο η εμφάνιση αίματος θα πρέπει να ερευνηθεί επισταμένως με σιγμοειδοσκόπηση ή κολονοσκόπηση. Εάν κάποιος

παρατηρήσει αίμα στα κόπρανα του ή στον πρωκτό, θα πρέπει απαραίτητα να επισκεφθεί τον ιατρό για να διευκρινίσει το θέμα.

Τα υπόλοιπα προβλήματα που δημιουργούν οι αιμορροΐδες και γι' αυτόν τον λόγο η εμφάνιση αίματος θα πρέπει να ερευνηθεί επισταμένως με σιγμοειδοσκόπηση ή κολονοσκόπηση. Εάν κάποιος παρατηρήσει αίμα στα κόπρανα του ή στον πρωκτό θα πρέπει απαραίτητα να επισκεφθεί τον ιατρό για να διευκρινίσει το θέμα.

Τα υπόλοιπα προβλήματα δημιουργούν οι αιμορροΐδες είναι ο πόνος ο οποίος είναι πολύ έντονος σε περίπτωση περίσφιγξης ή δυσφορία, η αίσθηση μιας μάζας που ψηλαφάται, η εκροή υγρών από τον πρωκτό και ο κνησμός στην περιοχή. Όλα αυτά είναι συμπτώματα που προκαλούνται ή και συνυπάρχουν με άλλες καλοήθειες (συρίγγια, ραγάδα, ακράτεια κοπράνων) ή κακοήθειες παθήσεις της περιοχής και είναι απαραίτητη η διερεύνηση της περίπτωσης για την σωστή διάγνωση. Με το νόσημα αυτό συγχέεται καμία φορά και η θρόμβωση του εξωτερικού αιμορροϊδικού πλέγματος που εμφανίζεται σαν μια μελανή επώδυνη ψηλαφητή μάζα ακριβώς έξω από τον δακτύλιο του πρωκτού.

Η αντιμετώπιση της νόσου κατ' αρχήν συνίσταται στην ορθή διάγνωση της. Οι άνθρωποι που παρουσιάζουν την κατάσταση αυτή θα πρέπει να αποφεύγουν την δυσκοιλιότητα με την σωστή διαιτητική αγωγή και να αποκτήσουν σωστές συνήθειες αφόδευσης. Εάν η κατάσταση αυτή δεν αντιμετωπισθεί με τα παραπάνω απλά μέτρα θα πρέπει να αναληφθεί κάποια θεραπευτική πρωτοβουλία από το θεράποντα ιατρό. Υπάρχουν πολλοί συντηρητικοί τρόποι αντιμετώπισης της κατάστασης αυτής με ενέσεις σκληρυντικών ουσιών, τοποθέτηση ελαστικών δακτυλίων ή φωτοπηξία με αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα. Εάν οι αιμορροΐδες είναι προχωρημένου βαθμού, τότε οι παραπάνω μέθοδοι δεν επαρκούν και απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση. Η χειρουργική αντιμετώπιση μπορεί

να γίνει με γενική, επισκληρίδιο ή ουραία αναισθησία. Ο ασθενής μετά την εγχείρηση παραμένει στο νοσοκομείο συνήθως μια ημέρα.

Πρόσφατα έχει επινοηθεί μια νέα ανώδυνη χειρουργική μέθοδος για την αντιμετώπιση της νόσου, η οποία δεν αφήνει μετεγχειρητικό τραύμα και είναι ανώδυνη. Η μέθοδος αυτή απαιτεί την χρήση ενός κυκλικού αυτόματου αναστομωτικού μηχανήματος, το οποίο βοηθά στην ανάρτηση των αιμορροΐδων (μέθοδος Longo).

Οι αιμορροΐδες πρέπει να αντιμετωπίζονται επειδή προκαλούν αναιμία και πρέπει να διακρίνονται από άλλες αιτίες αιμορραγίας από το έντερο που δεν είναι πάντοτε καλοήθεις.

2. ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΡΙΓΓΙΑ

Τα περιπρωκτικά αποστήματα είναι συλλογές πύου στην περιοχή γύρω από τον πρωκτό. Τα αποστήματα πολλές φορές έχουν ύπουλη πορεία, δηλαδή μπορεί να πάρουν μεγάλες διαστάσεις χωρίς να προκαλέσουν αξιοσημείωτα ενοχλήματα. Τα συχνότερα συμπτώματα είναι ο πόνος και ο πυρετός. Και τα δύο αυτά ενοχλήματα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μπορεί να είναι ήπια, με αποτέλεσμα να μην δώσει ο πάσχων την δέουσα προσοχή και να επεκταθεί η φλεγμονή. Η αντιμετώπιση των αποστημάτων είναι πάντοτε η χειρουργική παροχέτευση, δηλαδή η διάνοιξη της κοινότητας που περιέχει το πύον. Η βελτίωση της γενικής κατάστασης του ασθενούς είναι θεαματική.

Ο πυρετός πέφτει, ο πόνος εξαφανίζεται και το χειρουργικό τραύμα σύντομα επουλώνεται. Πολλές φορές όμως μετά την χειρουργική επέμβαση παραμένει η επικοινωνία με τον πρωκτικό σωλήνα, με αποτέλεσμα να υπάρχει συνεχής εκροή υγρού από μικρή οπή του τραύματος. Στην περίπτωση αυτή έχει δημιουργηθεί μια επικοινωνία μεταξύ του εντέρου και του δέρματος (συρίγγιο). Η θεραπεία των συριγγίων είναι πάντοτε

χειρουργική. Πριν την χειρουργική επέμβαση, απαραίτητη είναι η λεπτομερής εξέταση του ασθενούς για να καθορισθεί επακριβώς η πορεία του συριγγίου, η οποία πολλές φορές έχει διακλαδώσεις.

Σε περίπτωση που το συρίγγιο είναι πολύπλοκο ή εάν πρόκειται για επανεμφάνιση του (υποτροπή) μετά από χειρουργική επέμβαση, απαραίτητος είναι ο προεγχειρητικός έλεγχος υπερηχοτομογραφικά και μανομετρικά, για να καθορισθεί λεπτομερώς η πορεία του συριγγίου, η επικοινωνία του με τον αυλό του πρωκτικού σωλήνα και η λειτουργική κατάσταση των σφιγκτήρων. Μετά από λεπτομερή χαρτογράφηση, η χειρουργική επέμβαση είναι ασφαλής και πολύ αποτελεσματική.

3. ΡΑΓΑΔΑ

Η ραγάδα του δακτυλίου συνίσταται σε τραυματισμό του ευαίσθητου δέρματος του πρωκτού. Συνήθως οφείλεται στην δυσκοιλιότητα και στην αυξημένη σύσπαση του έσω σφιγκτήρα. Σε σπανιότερες όμως περιπτώσεις οφείλεται στην κακή επούλωση εγχειρητικών τραυμάτων, όπως π.χ. μετά από αιμορροϊδεκτομή ή σε διάφορες **νεοπλασματικές** φλεγμονώδεις και μολυσματικές παθήσεις του εντέρου. Η ραγάδα εκδηλώνεται με πολύ ισχυρό πόνο και μικρή αιμορραγία κατά την διάρκεια της αφόδευσης. Η φαρμακευτική θεραπεία με υπακτικά και τοπικές αλοιφές συχνά αποτυγχάνει και καθίσταται απαραίτητη η εγχειρητική αντιμετώπιση, η οποία είναι ευχερής, σύντομη και αποτελεσματική. Εάν υπάρχει η ευχέρεια, η προεγχειρητική μέτρηση των ενδοπρωκτικών πιέσεων με την υπολογιστική μανομετρία συμβάλλει στον λεπτομερή σχεδιασμό της χειρουργικής τακτικής.

4. ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Στα πλαίσια του ορισμού δυσκοιλιότητα θα πρέπει να διευκρινισθεί εάν πρόκειται για μειωμένη συχνότητα κενώσεων, για μεταβολή της

συχνότητας και της σύστασης των κοπράνων, για σκληρά κόπρανα, για αίσθημα ατελούς κένωσης ή για δυσχέρεια κατά την αφόδευση. Η δυσκοιλιότητα οφείλεται συνήθως σε μεταβολές της διατροφής, αφυδάτωση, μείωση της σωματικής δραστηριότητας, έλλειψη κατάλληλων χώρων υγιεινής, φάρμακα, νευρολογικά νοσήματα, ευερέθιστο παχύ έντερο (σπαστική κολίτιδα), άλλες παθήσεις του παχέος εντέρου, προβλήματα συμπεριφοράς ή ψυχολογικά προβλήματα και πολλές άλλες αιτίες. Τα ποικίλα συμπτώματα της δυσκοιλιότητας υποδηλώνουν διαφορετική παθολογική επεξεργασία και μπορούν να διακριθούν με την λεπτομερή λήψη του ιστορικού. Ειδικότερα οι ασθενείς που παρουσιάζουν αιφνίδια δυσκοιλιότητα με αδυναμία υποβολής αερίων ή κοπράνων, ή πολύ λεπτά κόπρανα, πόνος στην κοιλιά και μετεωρισμός (φουσκώματα), αδικαιολόγητη απώλεια βάρους ή εμφάνιση αίματος στα κόπρανα θα πρέπει απαραίτητα να συμβουλευονται τον ιατρό τους. Πριν από οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή θα πρέπει το παχύ έντερο να ελέγχεται ενδοσκοπικά (σιγμοειδοσκόπηση ή κολονοσκόπηση) ή με βαριούχο υποκλυσμό. Επιπλέον σε επιλεγμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί εξειδικευμένος εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει το αφοδευσιογράφημα, την υπολογιστική μανομετρία και τον υπολογισμό του χρόνου διέλευσης με ακτινοσκοικούς δείκτες.

Η θεραπεία της δυσκοιλιότητας, εάν αποκλεισθεί κάποια οργανική βλάβη (νεόπλασμα, στένωση) θα πρέπει να ξεκινήσει με την αλλαγή των συνηθειών διατροφής. Η διατροφή των ασθενών θα πρέπει να περιλαμβάνει σε μεγαλύτερο ποσοστό λαχανικά και φρούτα. Υπάρχουν και ορισμένα διατροφικά βοηθήματα που περιέχουν αφθονία φυτικών ινών, π.χ. σκευάσματα με πίτουρο. Επίσης πρέπει να λαμβάνονται άφθονα υγρά. Μεγάλη σημασία έχει ο καλός προγραμματισμός των συνηθειών της αφόδευσης, η οποία συνήθως επιτυγχάνεται μετά το πρωινό γεύμα. Τα φαρμακευτικά σκευάσματα που αυξάνουν την κινητικότητα του παχέος εντέρου θα πρέπει να χορηγούνται με μεγάλη προσοχή επειδή μπορεί

μακροχρόνια να βλάψουν περαιτέρω την κινητικότητα του παχέος εντέρου. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις μπορεί να προταθεί η θεραπεία συμπεριφοράς (βιοανάδραση) και σπανίως η χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

5. ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΟΡΘΟΥ

Η πρόπτωση του ορθού είναι μια κατάσταση κατά την οποία το εσωτερικό τοίχωμα του εντέρου (ο βλεννογόνος μόνο ή όλοι οι χιτώνες) αναστρέφεται και προβάλλει μέσα στον δακτύλιο του πρωκτού. Η κατάσταση αυτή εμφανίζεται στα παιδιά μετά από πολλές διάρροιες ή σε ηλικιωμένους με δυσκοιλιότητα. Τα χαρακτηριστικά της συμπτώματα είναι η εμφάνιση κάποιας μάζας στην περιοχή, η αίσθηση ατελούς κένωσης (μούκωμα), η δυσκοιλιότητα και η αιμορραγία. Οι μικρές προπτώσεις αντιμετωπίζονται με διαπρωκτική εγχείρηση. Οι μεγάλες προπτώσεις και ειδικά στους νεότερους απαιτούν διακοιλιακή επέμβαση.

6. ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

Η ακράτεια (ακούσια απώλεια κοπράνων ή αερίων από τον πρωκτό) είναι ένα κοινό σύμπτωμα, ειδικά στην προχωρημένη ηλικία. Η ακράτεια των κοπράνων οφείλεται σε τοπική ή γενικευμένη βλάβη των νεύρων ή σε τραυματισμό των σφιγκτήρων.

Με τη λεπτομερή εργαστηριακή μελέτη διευκολύνεται σημαντικά η θεραπευτική αντιμετώπιση. Εάν ανευρεθεί εντοπισμένος τραυματισμός η χειρουργική αντιμετώπιση έχει πολύ καλά αποτελέσματα. Σε αντίθετη περίπτωση, σημαντική βοήθεια προσφέρει η μέθοδος της αυτοσυγκράτησης η οποία βασίζεται σε ασκήσεις που κάνει ο ασθενής, ο οποίος ταυτόχρονα βλέπει σε οθόνη και ακούει σε ακουστικά σήματα το αποτέλεσμα των προσπαθειών του. Με τον τρόπο αυτό ο πάσχων βελτιώνει τη λειτουργικότητα των μυών της περιοχής.

7. ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο χρόνιος πόνος του πρωκτού πρέπει να διαχωρισθεί από την «κοκκυγοδυνία», δηλ. τον πόνο του τελικού άκρου της σπονδυλικής στήλης που καλείται κόκκυγας. Εάν αποκλεισθεί η περίπτωση αυτή, πρέπει να γίνει λεπτομερής ορθοσκοπικός και υπερηχοτομογραφικός έλεγχος για να διερευνηθεί καλύτερα το νόσημα αυτό. Καμιά φορά οφείλεται σε νευρολογικά νοσήματα (π.χ. παθήσεις της σπονδυλικής στήλης), σε προηγηθείσες εγχειρήσεις της περιοχής ή στην «διαλείπουσα πρωκταλγία». Αυτή χαρακτηρίζεται από ένα πολύ έντονο πόνο, ο οποίος πολλές φορές ξεκινά τις νυκτερινές ώρες, επεκτείνεται στην γύρω περιοχή και διαρκεί από λίγα λεπτά μέχρι αρκετές ώρες. Πρόκειται για βασανιστική νόσο, η οποία όμως πέραν από τον έντονο πόνο δεν έχει άλλα σοβαρά επακόλουθα.

8. ΚΥΣΤΗ ΚΟΚΚΥΓΟΣ

Πρόκειται για έναν κυστικό σχηματισμό, ο οποίος εντοπίζεται στην περιοχή του κόκκυγα (ακριβώς πίσω από τον πρωκτό, στο πέρας της σπονδυλικής στήλης), και ο οποίος συχνά επιμολύνεται και μετατρέπεται σε απόστημα (μαζεύει πύον). Πιθανώς οφείλεται σε είσοδο τριχών ή σε κύστη η οποία σχηματίστηκε κατά την εμβρυϊκή ζωή. Η σημασία των κύστεων αυτών είναι ότι, όπως προαναφέρθηκε προηγουμένως συχνά αποστηματοποιούνται και τότε απαιτούν επείγουσα άμεση χειρουργική παροχέτευση. Μετά την παρέλευση της φλεγμονής, είναι απαραίτητη η πλήρης εξαίρεση της κύστης. Μετεγχειρητικά δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα και η περιοχή επουλώνεται μετά από τακτικές αλλαγές.

9. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Τα νεοπλάσματα της ορθοπρωκτικής είναι πολύ σημαντικά νοσήματα γιατί είναι πολύ συχνά στην εποχή μας, έχουν κακή πρόγνωση εάν δεν διαγνωσθούν και θεραπευτούν έγκαιρα. Παρά ταύτα η έγκαιρη διάγνωση τους

είναι πολύ εύκολη και εξαρτάται από την ενημέρωση του πάσχοντος και την διαγνωστική ευαισθησία του θεράποντος. Τα νεοπλάσματα του ορθού, όπως και του υπόλοιπου παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται στην εποχή μας πολύ εύκολα με τις υπάρχουσες ενδοσκοπικές μεθόδους. Επιπλέον η ανίχνευση αίματος στα κόπρανα μπορεί εύκολα να οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση.

Τα νεοπλάσματα της περιοχής διακρίνονται σε καλοήθη (συνήθως πολύποδες) είναι εμφάνιση αίματος ή βλέννης στα κόπρανα και διάρροιες. Οι πολύποδες εμπεριέχουν ένα σημαντικό δυναμικό εξαλλαγής σε κακοήθεια. Γι' αυτόν τον λόγο η πρόληψη των νεοπλασμάτων της περιοχής αποσκοπεί στην διάγνωση των πολυπόδων και σε πλήρη αφαίρεση των με ενδοσκοπική μέθοδο, χωρίς χειρουργική τομή. Εάν οι πολύποδες παραμείνουν, υπάρχει σημαντικός κίνδυνος εξαλλαγής των (μετατροπής σε κακοήθη νεοπλάσματα).

Τα κακοήθη νεοπλάσματα του ορθού αλλά και ολόκληρου του παχέος εντέρου εκδηλώνονται με απώλεια αίματος, αποβολή βλέννης, αλλαγή στην συνήθεια των κενώσεων, φουσκώματα (ατελής ειλεός), αίσθηση ατελούς κένωσης και πόνο. Η αντιμετώπιση των είναι πάντοτε χειρουργική με τομή του κοιλιακού τοιχώματος. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις νεοπλασμάτων του ορθού, αυτά μπορούν να αφαιρεθούν από τον πρωκτό με μια νεότερη μέθοδο, την διαπρωκτική ενδοσκοπική χειρουργική.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ο καρκίνος παχέος εντέρου είναι μία από τις συνηθέστερες κακοήθειες και ο γιατρός πρέπει να δίδει προσοχή σε συμπτώματα όπως είναι η απώλεια σωματικού βάρους, η παρουσία αίματος στα κόπρανα ή η μεταβολή της συνήθειας των κενώσεων. Η πιθανώς σοβαρή φύση αυτών των συμπτωμάτων πρέπει να αναγνωρίζεται και να μην αποδίδεται σε αιμορροΐδες ή σε άλλες μικροπαθήσεις ώσπου να αποκλεισθεί οριστικά το καρκίνωμα. Πρέπει να τονισθεί ότι ο καρκίνος αυτός είναι ιάσιμος όταν γίνει

αντιληπτός στα αρχικά του στάδια και ότι η καθυστέρηση της διαγνώσεως είναι ο σημαντικότερος παράγοντας πενιχρής προγνώσεως.

Η διάγνωση βασίζεται: α) **στις κλινικές εξετάσεις** και β) **στις εργαστηριακές εξετάσεις**.

A) Κλινικές εξετάσεις.

- α **Ιστορικό.** Ο γιατρός παίρνει λεπτομερές ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό ιστορικό από τον άρρωστο και το οικογενειακό περιβάλλον.
- α **Κλινική εξέταση κοιλιάς .** Ο γιατρός εξετάζει λεπτομερώς την κοιλιά για τυχόν ύπαρξη εντερικής απόφραξης, μεταστάσεων στο ήπαρ, ελεύθερο υγρό μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, την ύπαρξη ή μη διηθημένων βουβωνικών λεμφαδένων και την ύπαρξη υδρονέφρωσης συνέπεια νεοπλασματικής διήθησης των ουρητήρων.
- α **Δακτυλική εξέταση.** Αποδεικνύει συνήθως την ύπαρξη όγκου του ορθού η στένωση επί καρκίνου αυτού. Είναι δυνατό να προσδιορισθεί η μορφή του όγκου του ορθού, η έκταση και η κινητικότητα του. Επίσης μπορεί να δώσει και πληροφορίες για την ύπαρξη αιματηρών κοπράνων μέσα στον αυλό ή αίμα που κατεβαίνει από ψηλότερο επίπεδο. Η εξέταση αυτή πρέπει να γίνεται πάντα σε ασθενείς με συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα. Ο γιατρός χρησιμοποιεί γάντια μιας χρήσεως και γλιστραντική ουσία για να κάνει την εξέταση.

ΕΥΚΑΜΠΤΗ ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση γίνεται με ένα εύκαμπτο ενδοσκόπιο μήκους 60cm το οποίο συνδέεται με μια φωτιστική πηγή και έχει αυλό για αναρρόφηση, εμφύσηση αέρα και λήψη βιοψιών. Η εξέταση είναι ανώδυνη και σε απλές περιπτώσεις δεν διαρκεί παραπάνω από 15 λεπτά. Η προετοιμασία που απαιτείται πριν την πραγματοποίηση της εξέτασης είναι

απλή και περιλαμβάνει αποχή από τροφές με υψηλό υπόλειμμα την προηγούμενη της εξέτασης και έναν χαμηλό υποκλυσμό. Το ενδοσκοπιο εισάγεται μέσα στον αυλό του εντέρου και ελέγχονται τα τελευταία 60cm για καλοήθεις ή κακοήθεις παθήσεις.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΥΚΑΜΠΤΗΣ ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

1. α. Αιμορραγία από το παχύ έντερο

Η ανεύρεση αίματος μετά την αφόδευση είναι ενδεικτική αιμορραγίας από τον πρωκτό ή την λήκυθο. Παρά ταύτα, η εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση ενδείκνυται για τον αποκλεισμό νεοπλάσματος στην περιοχή.

β. Κόπρανα αναμειγμένα με αίμα.

Στην περίπτωση αυτή, η πιθανότητα ύπαρξης νεοπλάσματος είναι μεγαλύτερη και η ολική κολονοσκόπηση είναι σαφώς η περισσότερο ενδεικνύομενη επέμβαση.

γ. Αίμα πάνω στο χαρτί μετά από την αφόδευση

2. Αλλαγές στις συνήθειες αφόδευσης.

Στην περίπτωση αυτή η εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση ενδείκνυται με σκοπό τον αποκλεισμό κακοήθειας και τον καθησυχασμό του ασθενούς.

3. Οξεία ή χρόνια διάρροια.

4. Επιτήρηση του γενικού πληθυσμού με σκοπό την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η ομάδα αυτή είναι η «ομάδα συνήθους κινδύνου» και περιλαμβάνει ασυμπτωματικούς άνδρες και γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών. Στην κατηγορία αυτή δεν ανήκουν άτομα με συμπτώματα που

υποδηλώνουν καρκίνο του παχέος εντέρου ή **άτομα υψηλού κινδύνου.**

Η ομάδα συνήθους κινδύνου πρέπει να ενθαρρύνεται να ελέγχεται σιγμοειδοσκοπικά από ηλικία 50 ετών:

- α. Ετήσιο έλεγχο για λανθάνουσα απώλεια αίματος από το παχύ έντερο και επί θετικού αποτελέσματος κολonosκόπηση ή**
- β. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο ενδοσκόπιο κάθε 5 χρόνια.**

5. Άτομα υψηλού κινδύνου που περιλαμβάνουν τις παρακάτω κατηγορίες:

- α Τα άτομα με έναν ή περισσότερους συγγενείς Α΄ βαθμού με καρκίνο του παχέος εντέρου έχουν διπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος αυτός είναι μεγαλύτερος εάν υπάρχουν περισσότεροι του ενός συγγενείς πρώτου βαθμού που παρουσίασαν την νόσο ή νόσησαν σε ηλικία μικρότερη των 50 ετών.
- α Αδενώματα παχέος εντέρου
- α Κληρονομούμενα γενετικά σύνδρομα. Ιδιαίτερη επιτήρηση και από νεότερη ηλικία πρέπει να γίνεται σε άτομα με κληρονομικό ιστορικό συνδρόμου οικογενούς αδενωματοδούς πολυποδίασης (από την ηλικία των 12 ετών), συνδρόμου κληρονομικού μη πολυποδιασικού καρκίνου του παχέος εντέρου (σύνδρομο Lynch) (από την ηλικία των 20 ετών) και επί συνδρόμου Peutz- Jeghers.

Τα **διαγνωστικά κριτήρια** για την διάγνωση του συνδρόμου **Lynch** είναι:

- α. Τουλάχιστον 3 συγγενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου εκ των οποίων οι 2 πρώτου βαθμού.**
- β. Ο καρκίνος να εμφανίζεται τουλάχιστον σε δύο γενεές.**

- γ. Τουλάχιστον μια περίπτωση καρκίνου σε ηλικία κάτω των 50 ετών.
- δ. Ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του παχέος εντέρου (ελκώδης κολίτιδα ή νόσος του Crohn).

ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η εύκαμπτη κολονοσκόπηση γίνεται με ένα εύκαμπτο ενδοσκόπιο μήκους 120 cm το οποίο συνδέεται με μια οθόνη για την παρακολούθηση και την καταγραφή της εξέτασης. Το ενδοσκόπιο διαθέτει συνδέσεις με φωτεινή πηγή και αυλό για αναρρόφηση, εμφύσηση αέρα και λήψη βιοψιών. Η εξέταση είναι ανώδυνη και σε απλές περιπτώσεις δεν διαρκεί παραπάνω από 20 λεπτά. Εάν δεν χρειάζεται να ελεγχθεί όλο το μήκος του παχέος εντέρου αλλά μόνον το κατώτερο τμήμα του, η προετοιμασία που απαιτείται πριν την πραγματοποίηση της εξέτασης είναι απλή και περιλαμβάνει αποχή από τροφές με υψηλό υπόλειμμα την προηγούμενη της εξέτασης και έναν χαμηλό υποκλυσμό. Εάν ελέγχεται όλο το παχύ έντερο, ο εξεταζόμενος πρέπει να πάρει την προηγούμενη καθαρτικά, ώστε όλο το παχύ έντερο να είναι κενό και να είναι δυνατή η πραγματοποίηση της εξέτασης.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΥΚΑΜΠΤΗΣ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

1. Αιμορραγία από το παχύ έντερο. Σε οποιαδήποτε αιμορραγία από το παχύ έντερο, θα πρέπει να αποκλεισθεί η πιθανότητα νεοπλάσματος. Οι χαρακτήρες του αίματος είναι κατά κάποιο τρόπο ενδεικτικοί της προέλευσης του, όμως χωρίς με ασφαλή περιθώρια βεβαιότητας.
2. Αλλαγές στις συνήθειες αφόδευσης.
3. Αναιμία λόγω έλλειψης σιδήρου.
4. Οξεία ή χρόνια διάρροια.

5. Επιτήρηση του γενικού πληθυσμού με σκοπό την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η ομάδα αυτή είναι η «ομάδα συνήθους κινδύνου» και περιλαμβάνει ασυμπτωτικούς άνδρες και γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών. Στην κατηγορία αυτή δεν ανήκουν άτομα με συμπτώματα που υποδηλώνουν καρκίνο του παχέος εντέρου ή άτομα υψηλού κινδύνου. Η ομάδα συνήθους κινδύνου πρέπει να ενθαρρύνεται να ελέγχεται με κολονοσκόπηση από ηλικία 50 ετών ετήσιο έλεγχο.
6. Άτομα υψηλού κινδύνου που περιλαμβάνουν τις παρακάτω κατηγορίες:
 7. Κοιλιακός πόνος
 8. Δυσκοιλιότητα
 9. Φλεγμονώδεις παθήσεις παχέος εντέρου

Η κολονοσκόπηση υπερτερεί από τον **βαριούχο υποκλυσμό** επειδή παρέχει καλύτερη και πληρέστερη δυνατότητα ελέγχου και επιπλέον έχει το πλεονέκτημα ταυτόχρονης λήψης βιοψιών από ύποπτες περιοχές ή αφαίρεσης πολυπόδων.

- α Βαριούχος υποκλυσμός, διπλής αντίθεσης
- α Αξονική τομογραφία
- α Από αιματολογικές εξετάσεις: το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) είναι ↑ σε Ca π. εντέρου.
- α Κυτταρολογική εξέταση εντερικού υγρού
- α Βιοψία
- α Εξέταση κοπράνων

Το αφοδευσιογράφημα

Κατά το αφοδευσιογράφημα εισάγεται ακτινοσκιερό υλικό στο ορθό και καλείται ο ασθενής να επιχειρήσει αφοόδευση ενώ καταγράφεται σε video

η κινητικότητα των ανατομικών μορίων. Υπολογίζονται η ορθοπρωκτική γωνία, η πτώση του πυελικού εδάφους και άλλες παράμετροι. Η ερμηνεία του αφοδευσιογραφήματος απαιτεί ιδιαίτερη εμπειρία, επειδή, ακόμη και σε ασυμπτωματικά άτομα, ανευρίσκεται ποικιλία ανωμαλιών χωρίς κλινική σημασία.

Το ηλεκτρομυογράφημα

Το ηλεκτρομυογράφημα του πρωκτού καταγράφει την ηλεκτρική δραστηριότητα των γραμμωτών μυών του πυελικού εδάφους. Χρησιμοποιούνται ηλεκτρόδια επιφάνειας, συγκεντρικής βελόνης και μεμονωμένης νευρικής ινός. Συχνότερα ερευνάται η ταχύτητα αγωγής του αιδοϊκού νεύρου (pudendal nerve terminal motor latency) με σκοπό την διάγνωση της αιδοϊκής νευροπάθειας.

Ο Λειτουργικός έλεγχος (μανομετρία)

Οι παράμετροι που μελετώνται συνήθως κατά τον λειτουργικό έλεγχο της περιοχής είναι η εν ηρεμία πίεση του πρωκτικού δακτυλίου, η μέγιστη πίεση κατά την εκούσια σύσπαση, η συμμετρία των ενδοπρωκτικών πιέσεων, η διάρκεια της μέγιστης πίεσης, το ορθοπρωκτικό αντανακλαστικό και το μήκος του πρωκτικού δακτυλίου (ζεστών υψηλών πιέσεων). Επιπλέον εκτιμώνται η δυσχέρεια αποβολής αεροθαλάμων, η πτώση του περινέου, η αισθητικότητα του πρωκτού και του ορθού (όγκος που γίνεται αντιληπτός ή ανεκτός). Οι ενδείξεις ελέγχου είναι οι παρακάτω:

1. Διαφορική διάγνωση της ακράτειας κοπράνων (προχωρημένης ηλικίας, μετατραυματική, μετά τον τοκετό). Με την εξέταση αυτή γίνεται αντικειμενική καταγραφή της λειτουργικότητας των σφιγκτήρων, λεπτομερής μανομετρική χαρτογράφηση του πρωκτού και υπολογίζεται η συμμετρία των ενδοπρωκτικών δυνάμεων.

2. Η διευκρίνιση της αιτιολογίας της δυσκοιλιότητας και της δυσχερούς αφόδευσης (ενσφήνωση κοπράνων, πόνος, έντονη προσπάθεια, σκληρά κόπρανα, αίσθημα ατελούς κένωσης, δακτυλική κένωση των κοπράνων). Διαγιγνώσκεται η νόσος του Hirschprung και παρέχονται ικανές ενδείξεις σχετικά με την ασυνεργεία των μυών του πυελικού εδάφους κατά την φάση της αφόδευσης).
3. Οι επανεπεμβάσεις στην περιοχή του πρωκτού. Καταγράφονται οι υπάρχουσες «εφεδρείες» των σφιγκτήρων και η λειτουργικότητα της περιοχής.
4. Εγχείρηση για ραγάδα του δακτυλίου σε ασθενείς άνω των 40 ετών ή σε πολύτοκες.
5. Ο κνησμός του δακτυλίου που μπορεί να οφείλεται σε μια μικρού βαθμού ακράτεια, σε παροδικές χαλάσεις του έσω σφιγκτήρα κατά την διάρκεια του ύπνου.
6. Οι νευρολογικές διαταραχές.
7. Οι διάρροιες και η ακράτεια κοπράνων λόγω μειωμένης χωρητικότητας του ορθού.
8. Το σύνδρομο του ευερέθιστου κόλου.

Το υπερηχοτομογράφημα του ορθού

Το υπερηχοτομογράφημα του ορθού είναι μια σχετικά πρόσφατη διαγνωστική μέθοδος με την οποία παρέχεται η δυνατότητα απεικόνισης των ανατομικών στιβάδων της ληκύθου του ορθού. Ο ηχοβολέας εισάγεται τυφλά μέσα στην λήκυθο ή ευρίσκεται προσαρμοσμένος πάνω σε ένα εύκαμπτο ενδοσκόπιο. Ο ηχοβολέας ευρίσκεται μέσα σε ένα μπαλόνι γεμάτο από νερό ώστε να επιτυγχάνεται η οπτική επαφή με τα τοιχώματα του εντέρου και περιστρέφεται κατά 360 μοίρες. Με τον τρόπο αυτό παρέχονται εγκάρσιες διατομές των ανατομικών χιτώνων του εντέρου (υποβλεννογόνιος μυϊκή στιβάδα και κυρίως μυϊκή στιβάδα). Η σημαντικότερη ένδειξη για την

εκτέλεση υπερηχοτομογραφήματος του ορθού είναι η σταδιοποίηση των νεοπλασμάτων της περιοχής. Η μέθοδος έχει πολύ καλή διαγνωστική ικανότητα όσον αφορά στην απεικόνιση της νεοπλασματικής διήθησης, ενώ η δυνατότητα απεικόνισης των διηθημένων λεμφαδένων είναι σχετικά μειωμένη. Εάν κατά την εξέταση αποδειχθεί περιορισμένη διήθηση, τότε μπορεί να επιχειρηθεί μικρής έκτασης εκτομή του νεοπλάσματος με την διαπρωκτική ενδοσκοπική μικροχειρουργική. Σπανιότερα, η μέθοδος χρησιμοποιείται για την διερεύνηση περιορισμένων αποστημάτων ή περιεδρικών αποστημάτων που επεκτείνονται κεντρικότερα προς το επίπεδο του απευθυσμένου.

H υπερηχοτομογραφία του πρωκτού

Η υπερηχοτομογραφία του πρωκτού αποτελεί την σημαντικότερη εξέλιξη στη διαγνωστική των παθήσεων του πρωκτού. Πρόκειται για μια μετεξέλιξη της υπερηχοτομογραφίας του ορθού, όπου ο αεροθάλαμος που περιβάλλει τον ηχοβολέα έχει αντικατασταθεί από ένα σκληρό πλαστικό κώνο. Με αυτόν τον τρόπο διευκολύνεται η εισαγωγή του ηχοβολέα στον πρωκτικό σωλήνα και η πλήρης ακουστική επαφή με τα τοιχώματα του. Οι διαστάσεις και το σχήμα του ηχοβολέα επιτρέπουν την άνετη πραγματοποίηση της εξέτασης, ενώ τα τοιχώματα του πρωκτού δεν παραμορφώνονται. Με την εξέταση αυτή, που σημειωτέον είναι ανώδυνη, απεικονίζονται λεπτομερώς ανατομικά στοιχεία μέχρι βάθους 5cm, όπως η υποεπηθηλιακή στιβάδα, ο έσω σφιγκτήρας, η αγκύλη του ηβοορθικού μυός και ο έξω σφιγκτήρας.

Οι ενδείξεις εφαρμογής της είναι οι παρακάτω:

1. Τα περιεδρικά συρίγγια με υποτροπές ή πολλαπλές διακλαδώσεις και οι μικρές αποστηματικές κοιλότητες. Χαρτογραφούνται οι αποστηματικές κοιλότητες και πόροι των συριγγίων και το έσω στόμιο των. Η ανεύρεση του έσω στομίου των περιεδρικών συριγγίων και

όλων των διακλαδώσεων των είναι απαραίτητη προϋπόθεση για μια ορθολογική χειρουργική επέμβαση με πιθανότητες επιτυχίας. Οι υποτροπές των συριγγίων οφείλονται στην μη ανεύρεση του έσω στομίου των συριγγίων ή στην παράλειψη καθαρισμού διακλαδώσεων του συριγγώδους πόρου. Με την εξέταση αυτή επίσης καθίσταται δυνατός ο μετεγχειρητικός έλεγχος της πορείας του ασθενούς και ανευρίσκεται πολύ εύκολα τυχόν υπάρχουσα υπολειμματική φλεγμονή. Η νόσος του Crohn του πρωκτού.

2. Η ακράτεια κοπράνων με σκοπό την διαφορική διάγνωση μεταξύ τραυματισμού των σφιγκτήρων ή προϊούσας εκφύλισης του έσω αιδοϊκού νεύρου. Ερευνάται εάν υπάρχει εντοπισμένη καταστροφή των σφιγκτήρων. Η διαφορική διάγνωση μεταξύ των καταστάσεων αυτών είναι κρίσιμη στην επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής. Κατά την χειρουργική επέμβαση η διευκρίνιση της ανατομικής θέσης του ελλείμματος συμβάλλει τα μέγιστα στην κατάλληλη προσπέλαση.
3. οι επανεπεμβάσεις στην περιοχή του πρωκτού. Απεικονίζονται, εάν υπάρχουν, μικρές διατομές των σφιγκτήρων, οι οποίες πολύ συχνά είναι ασυμπτωματικές.
4. Ο αδιευκρίνιστος πόνος του περινέου (μικρών διαστάσεων απόστημα ή διαλείπουσα πρωκταλγία).
5. Η σταδιοποίηση και η μετά θεραπεία παρακολούθηση των νεοπλασμάτων του πρωκτού. Πολύ εύκολα απεικονίζεται το βάθος της διήθησης των σφιγκτήρων.
6. Οι συγγενείς ανωμαλίες.
7. Η αδιευκρίνιστη δυσκοιλιότητα.

Η βιοανάδραση

Η δυνατότητα λεπτομερούς και αξιόπιστης καταγραφής των ενδοπρωκτικών πιέσεων και της ηλεκτρομυϊκής δραστηριότητας των σφιγκτήρων έχει οδηγήσει στην εφαρμογή της βιοανάδρασης (biofeedback) στην αντιμετώπιση των κινητικών διαταραχών του ορθοπρωκτικού σωλήνα. Πρόκειται για μια μορφή θεραπείας συμπεριφοράς που προσπαθεί να ενισχύσει ή να μεταβάλλει συγκεκριμένες παραμέτρους παθολογικών λειτουργιών παρέχοντας στον ασκούμενο οπτικές ή ακουστικές ενδείξεις της συγκεκριμένης λειτουργίας. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής αποκτά αυτοέλεγχο πάνω σε λειτουργίες που συνήθως επιτελούνται αυτόματα ή αντανακλαστικά. Μετά από τις πρώτες συνεδρίες, διδάσκεται ο ασθενής να εκτελεί μόνος του τις ασκήσεις χωρίς την υποστήριξη του θεραπευτή. Η βιοανάδραση χρησιμοποιείται, με καλά αποτελέσματα, στην αντιμετώπιση της ακράτειας κοπράνων (βελτίωση κατά 70%) και της δυσκοιλιότητας λόγω ασυνεργείας των μυών του πυελικού εδάφους (βελτίωση κατά 50%). Η βιοανάδραση απαιτεί αρκετό αριθμό συνεδριών, επιμονή εκ μέρους του ασθενούς και του θεραπευτού και καλή συνεργασία αμφοτέρων.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη της αρρώστιας είναι τόσο σημαντική όσο και η θεραπεία. Η διαφώτιση και η ενημέρωση παίζει σπουδαίο ρόλο. Η συμβολή στη διαφώτιση του κοινού, της αδελφής, του ιατρού, του υγειονομικού επόπτη, της κοινωνικής λειτουργού, του διαιτολόγου είναι μεγάλη. Πρέπει να ενημερώσουν σωστά τον ασθενή και να τον πείσουν να πάει στο γιατρό με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων. Οποιαδήποτε αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου ή μεταβολή του ρυθμού των κενώσεων (διάρροια, δυσκοιλιότητα ή εναλασσόμενη κατάσταση). Οι μεταβολές αυτές στην αρχή

είναι ασήμαντες αλλά προοδευτικώς με την εξέλιξη της νόσου επέρχεται μεταβολή της συχνότητας ή του χρόνου των κενώσεων, του μεγέθους αυτών και το πιο σημαντικό εμφανίζεται αίσθημα ατελούς κενώσεως του εντέρου. Επίσης οποιαδήποτε πεπτική και λειτουργική διαταραχή του γαστρεντερικού σωλήνα όπως γενικά φαινόμενα καταβολής του οργανισμού καθώς και μια αιμορραγία.

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι δυο από τις κυριότερες εκδηλώσεις που πρέπει σοβαρά να λαμβάνονται υπ' όψιν είναι οι διαταραχές των κενώσεων και η αιμορραγία. Η επιπόλαια εκτίμηση αυτών καθυστερεί τη σωστή διάγνωση.

Αν αντιληφθούμε ότι κάθε άτομο που έχει διαταραχές του ρυθμού των κενώσεων και εντερορραγία θα πρέπει να στέλνεται σε ειδικά κέντρα καρκίνου ή γενικά κέντρα υγείας ή σε ιδιωτικά γαστρεντερολογικά ιατρεία για να υποβάλλονται σε συστηματικό και εργαστηριακό έλεγχο.

Ακόμη είναι ιδανικό για κάθε άτομο ένας έλεγχος ρουτίνας κάθε χρόνο. Ειδικά για τις γυναίκες άνω των 35 χρόνων κι άνδρες άνω των 45.

Η Αμερικάνικη Εταιρεία, κατά του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει συστήσει πρόσφατα το εξής πρόγραμμα:

- α Μια φορά το χρόνο δακτυλική εξέταση για άτομα πάνω από 40 χρόνων.
- α Ετήσιο test αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα μετά το 40^ο έτος.
- α Σιγμοειδοσκόπηση μετά το 50^ο ή 51^ο έτος της ηλικίας και στη συνέχεια κάθε 3-5 χρόνια.
- α Επίσης άτομα με υψηλό κίνδυνο δηλαδή με χρόνια ελκώδη κολίτιδα, με οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου, με ατομικό αναμνηστικό πολύποδα, με οικογενή πολυποδίαση, πρέπει να εξετάζονται συχνά, αλλά και λεπτομερειακά.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (Κ.Π.Ε.)

Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την αιτιολογία του Κ.Π.Ε. χωρίς ωστόσο να έχει καθοριστεί μετά βεβαιότητας το αίτιο. Όπως προκύπτει όμως από τα υπάρχοντα δεδομένα ο Κ.Π.Ε. δημιουργείται μέσω πολυσταδιακής διαδικασίας, όπου ευθύνονται γενετικοί παράγοντες, αλλά και παράγοντες του περιβάλλοντος, όπως ο τρόπος διαβίωσης και κυρίως η διατροφή. Την άποψη του παράγοντος «περιβάλλον» υποστηρίζουν οι μεγάλες διαφορές στην συχνότητα μεταξύ διαφόρων χωρών με διαφορετικό τρόπο ζωής. Είναι αυξημένη στις Δυτικού τύπου κοινωνίες (35/100.000 κατοίκους στις ΕΙΠΑ) και μειωμένη στις υποανάπτυκτες χώρες (2/100.000 κατοίκους στις Ινδίες). Επιπλέον, απόγονοι μεταναστών από χώρες χαμηλής συχνότητας αποκτούν γρήγορα την αυξημένη συχνότητα της χώρας υποδοχής.

Επίσης κίνδυνος εμφάνισης του Κ.Π.Ε. αυξάνεται σημαντικά μετά την ηλικία των 50 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό όλων των περιπτώσεων του Κ.Π.Ε. εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών.

ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ Κ.Π.Ε. ΚΑΤΑΝΕΜΟΝΤΑΙ ΩΣ ΚΑΤΩΘΙ:

1. **Συνήθους Κινδύνου.** Στην κατηγορία αυτή ανήκει η μέγιστη πλειονότητα των περιπτώσεων του Κ.Π.Ε. (περίπου 75%) και συμβαίνει σε άτομα χωρίς γνωστούς προδιαθεσικούς παράγοντες της νόσου. Ωστόσο η εμφάνιση αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας,

αρχίζοντας γύρω στην ηλικία των 40-50 ετών. Η κατηγορία αυτή αποτελεί τον λεγόμενο σποραδικό Κ.Π.Ε.

2. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις ανήκουν στην ομάδα **αυξημένου κινδύνου** («high risk»). Η ομάδα αυξημένου κινδύνου περιλαμβάνει:

- α Άτομα με οικογενειακό Ιστορικό Κ.Π.Ε.
- α Κληρονομικός μη-Πολυποδιασικός Κ.Π.Ε. (Σύνδρομο Lynch I & II). Τα διαγνωστικά Κριτήρια για τα σύνδρομα Lynch είναι:
 - α) τουλάχιστον 3 συγγενείς με Κ.Π.Ε. εκ των οποίων οι 2 είναι πρώτου βαθμού, β) ο καρκίνος να εμφανίζεται σε δύο τουλάχιστον γενεές κι γ) ένας τουλάχιστον ασθενής να εμφανίσει τον καρκίνο σε ηλικία κάτω των 50 ετών.
- α Οικογενής Αδενωματώδης Πολυποδίαση (ΟΑΠ).
- α Το ανάλογο σύνδρομο Gardner χαρακτηρίζεται εκτός από Κ.Π.Ε. και από εξωεντερικές νεοπλασίες (οστεώματα, όγκοι μαλακών μορίων, δεσμοειδείς όγκοι), ενώ το σύνδρομο Turcot χαρακτηρίζεται και από όγκους του νευρικού συστήματος.
- α Σύνδρομο Αμαρτωματώδους Πολυποδίασης (Peutz. Jeghers)-Νεανική πολυποδίαση.
- α Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου Ι.Φ.Ν.Ε. Χρόνια Ελκώδης Κολίτις και Crohn Κολίτις).

3. **Άλλοι παράγοντες κινδύνου.**

Έχουν αναφερθεί επιδημιολογικά δεδομένα που συσχετίζουν την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης Κ.Π.Ε. με τους παρακάτω παράγοντες:

- α Αυξημένη κατανάλωση κρέατος, ιδιαίτερα ερυθρού (βοοειδή)
- α Αυξημένη κατανάλωση ζωικού λίπους και σακχάρων
- α Κατάχρηση οινόπνεύματος
- α Κάπνισμα

- α Παχυσαρκία
- α Ακτινοβολήση της περιοχής της πυέλου

Οι παράγοντες της κατηγορίας αυτής δεν είναι απολύτως σαφείς και χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για την καθιέρωση τους.

2. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ Κ.Π.Ε.

1. Διατροφή πλούσια σε λαχανικά και φρούτα.
2. Δίαιτα με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες.
3. Ασβέστιο.
4. Φυλλικό οξύ/μεθειονίνη.
5. Φυσική άσκηση.
6. Λήψη ασπιρίνης και άλλων μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (Μ.Σ.Α.Φ.)

3. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ Κ.Π.Ε.

Οι στρατηγικές που εφαρμόζονται για την πρόληψη του Κ.Π.Ε. βασίζονται στις μέχρι σήμερα γνώσεις μας για την αιτιοπαθογένεια, την φυσική ιστορία των αδενωμάτων και του Κ.Π.Ε. καθώς και στη διαθέσιμη διαγνωστική μεθοδολογία. Περιλαμβάνουν διαιτητικές συστάσεις (πρωτογενής πρόληψη), αξιοποίηση της προόδου στην Μοριακή Βιολογία καθώς και εφαρμογή μεθόδων για τον εντοπισμό και την επιτήρηση των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο δευτερογενής πρόληψη).

4. Η ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ Κ.Π.Ε.

Οι συστάσεις που δίδονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σε συνεργασία με έγκυρα διεθνή αντικαρκινικά κέντρα όσον αφορά την διαίτα και τον τρόπο ζωής στην πρόληψη του Κ.Π.Ε. είναι:

1. Μειωμένη κατανάλωση ζωικού λίπους (λιγότερο από το 20% του συνόλου των λαμβανομένων θερμίδων).
2. Η καθημερινή διατροφή να περιλαμβάνει ικανή ποσότητα φρέσκων λαχανικών και φρούτων, ψωμιού ολικής αλέσεως, δημητριακών, οσπρίων και ελαιολάδου, προκειμένου να εξασφαλισθεί η λήψη σημαντικής ποσότητας φυτικών ινών, βιταμινών, ιχνοστοιχείων και άλλων συστατικών που έχουν αντικαρκινική δράση. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το ασβέστιο των γαλακτοκομικών προϊόντων ασκεί προφυλακτική δράση. Το παραπάνω διαιτολόγιο αντιπροσωπεύεται στη λεγόμενη «Μεσογειακή Δίαιτα».
3. Το παραπάνω προτεινόμενο διαιτολόγιο και ο δραστικός περιορισμός του Δυτικού τρόπου διατροφής με τροφές του τύπου «Fast Food», που είναι πολύ υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος, είναι πιθανώς ευεργετικό, όταν εφαρμόζεται από την παιδική και νεαρή ηλικία.
4. Να αποφεύγονται: η υπερβολική λήψη θερμίδων και η παχυσαρκία, το κάπνισμα ή κατάχρηση οινόπνευματων.
5. Η σωματική άσκηση πρέπει να είναι καθημερινή πρακτική.

5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ Κ.Π.Ε.

Η νεοπλασία στο παχύ έντερο ξεκινά συνήθως με σωματική μετάλλαξη του γονιδίου APC (Adenomatous Coli). Οι μεταλλάξεις του ίδιου γονιδίου στο αδενικό κύτταρο συμμετέχουν στην εκδήλωση του συνδρόμου της Οικογενούς Πολυποδίασης. Η μετάλλαξη του ογκογονιφίου K-ras πιθανόν να σχετίζεται με την ανάπτυξη καλοηθών νεοπλασιών του παχέος εντέρου, ενώ δεν θεωρείται απαραίτητη για την κακοηθή εκτροπή που φαίνεται να σχετίζεται τυπικά (αλλά όχι και αποκλειστικά) με την αδρανοποίηση και των δύο αλλήλων του γονιδίου p53. Το δε γονίδιο DCC (Deleted in Colon Cancer) πιθανόν να ανήκει στην κατηγορία των γονιδίων που «καταστέλλουν» τις μεταστάσεις.

Παρόμοιο μοντέλο έχει προταθεί και για την ανάπτυξη καρκίνου επί εδάφους ελκώδους κολίτιδας. Εκτός όμως από το ανωτέρω μοντέλο καρκινογένεσης, προτάθηκε ένα διαφορετικό μοντέλο που αφορά στον Κληρονομικό Μη πολυποδιασικό Καρκίνο Παχέος Εντέρου (ή σύνδρομο Lynch), καθώς και σε μερικούς σποραδικούς καρκίνους. Τα νεοπλάσματα αυτά χαρακτηρίζονται από διάχυτες ανωμαλίες στον αναδιπλασιασμό του DNA, που οφείλονται σε μεταλλάξεις των γονιδίων του συστήματος επιδιόρθωσης του.

Η αναγνώριση μεταλλάξεων του γονιδίου APC στο αδενικό γενετικό κύτταρο οδήγησε στην ανάπτυξη γενετικών δοκιμασιών με τις οποίες γίνεται σήμερα προληπτικός έλεγχος σε οικογένειες με Οικογενή Αδενωματώδη Πολυποδίαση. Με τις ίδιες μεθόδους μπορούν να ανιχνευθούν επίσης μεταλλάξεις των γονιδίων Hmlh 1 και Hmsh2 που σχετίζονται με ανωμαλίες στον αναδιπλασιασμό του DNA. Δυστυχώς οι δοκιμασίες αυτές δεν είναι ακόμη ευρέως διαθέσιμες.

Από την εφαρμογή των μοριακών τεχνικών προσδοκούνται στο μέλλον διαγνωστικές δοκιμασίες με υψηλή ειδικότητα και ευαισθησία για την αναγνώριση πληθυσμών υψηλού κινδύνου ανάπτυξης Κ.Π.Ε. με συνέπεια την πιο αποτελεσματική πρόληψη. Τέλος η γονιδιακή παρέμβαση στην θεραπεία του Κ.Π.Ε. αποτελεί μια πραγματική πρόκληση.

7. ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Η ομάδα αυτή είναι η «ομάδα συνήθους κινδύνου» και περιλαμβάνει ασυμπτωματικούς άνδρες και γυναίκες ηλικίας <50 ετών.

Στην κατηγορία αυτή δεν ανήκουν:

«Άτομα με συμπτώματα που υποδηλώνουν Κ.Π.Ε. (π.χ. αίμα στις κενώσεις κλπ.). Οι ομάδες υψηλού κινδύνου για Κ.Π.Ε. (ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό Κ.Π.Ε. ή αδενώματος, κληρονομούμενα γενετικά

σύνδρομο, ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του παχέος εντέρου) που παρακολουθούνται ανάλογα .

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι:

- 1. Χειρουργική (διαπρωκτική ενδοσκοπική μικροχειρουργική)**
- 2. Συντηρητική: α) ακτινοθεραπεία, β) χημειοθεραπεία, γ) συνδυασμός θεραπειάς, δ) θεραπεία αιμορροΐδων, ε) αντιμετώπιση της ακράτειας κοπράνων.**

1. Χειρουργική (διαπρωκτική ενδοσκοπική μικροχειρουργική)

Είναι η κύρια θεραπευτική μέθοδος και προσφέρει ίαση σε σοβαρό ποσοστό ασθενών. Το τμήμα του εντέρου που φέρει τον όγκο εξαιρείται σε αρκετή απόσταση κεντρικά και περιφερικά του όγκου μαζί με τα αιμοφόρα, λεμφικά αγγεία και λεμφογάγγλια που απορρέουν από το τμήμα αυτό. Η πρώτη φροντίδα του χειρουργού μετά την διάνοιξη του περιτοναίου είναι να εκτιμήσει την έκταση της νόσου. Κάνει δηλαδή ο χειρουργός οπτικά και ψηλαφητά μια αδρή σταδιοποίηση της νόσου κατά Dukes. Αυτό θα τον βοηθήσει προκειμένου να αποφασίσει για την εγχειρησιμότητα ή όχι της περίπτωσης αλλά και για το είδος και το μέγεθος της εγχείρησης που θα εκτελεσθεί. Η παρουσία διηθημένων λεμφαδένων ή μεταστάσεων στο ήπαρ δεν αποτελεί αντένδειξη για την εγχείρηση αλλά μπορεί να μεταβάλλει το είδος και την έκταση της. Ο πρωτοπαθής όγκος πρέπει κατά κανόνα να αφαιρείται, εφόσον αυτό είναι δυνατό, όχι τόσο για τη βελτίωση της επιβίωσης όσο για την πρόληψη των επιπλοκών.

Οι εγχειρήσεις για το καρκίνο αυτό διακρίνονται σε ριζικές που σκοπό έχουν την αφαίρεση όλου του όγκου με τις λιγότερες επιπτώσεις στη λειτουργικότητα, αλλά και την ανατομική υπόσταση του οργάνου, που

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

Οι ριζικές εγχειρήσεις στις εγχειρήσεις για καρκίνο του κόλου και στις εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού. Στόχος του χειρουργού σ' αυτές είναι όχι μόνο η εκτομή μεγάλου τμήματος του εντέρου αλλά και κυρίως η συναφαίρεση όλου του δικτύου που αποχετεύει τη λέμφο του τμήματος αυτού συμπεριλαμβανομένων και των λεμφαδένων.

Συντηρητική

α) **Ακτινοθεραπεία**. Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία του καρκίνου είναι μια νέα επιστημονική κατάκτηση. Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα , που οι Roentgen και Curles ανακάλυψαν τις επιδράσεις της ακτινοβολίας στο ζωντανό οργανισμό, μέχρι σήμερα πολλά έχουν γίνει σωστά για τις θανατηφόρες ιδιότητες της και τις θεραπευτικές εφαρμογές.

Στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται η ιονίζουσα ακτινοβολία που την παίρνουμε από τρεις πηγές.

- α Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία (ράδιο).
- α Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία (ραδιοϊσότοπα).
- α Μηχανήματα παραγωγής ακτίνων Roentgen και ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία).

Οι τρόποι με τους οποίους εφαρμόζουμε την ακτινοθεραπεία στον καρκίνο παχέος εντέρου είναι με ακτίνες Roentgen.

β) Χημειοθεραπεία

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

Στον καρκίνο του παχέος εντέρου τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι: το Cis-platine και αντιμεταβολίτες πυριμισίνης 5- FU.

γ) Συνδυασμός Θεραπείας

Ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας , χημειοθεραπείας και χειρουργική εξαίρεση δοκιμάζονται με διάφορα σχήματα ευρέως. Φαίνεται ότι αυτά τα θεραπευτικά σχήματα με το συνδυασμό των δύο ή τριών θεραπευτικών μέσων που διαθέτουμε, είναι το πιο ελπιδοφόρο για την αντιμετώπιση αυτού του είδους του καρκίνου και επιφέρει αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα.

ΔΙΑΠΡΩΚΤΙΚΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

(transanal endoscopic microsurgery)

Πρόκειται για μια τεχνική τοπικής εκτομής νεοπλασμάτων του ορθού με τουλάχιστον δεκαετή εφαρμογή. Με αυτήν έχει καταστεί δυνατή η τοπική εκτομή καλοηθών και κακοηθών όγκων από τα τελευταία 15cm του ορθού. Απαραίτητη είναι η προεγχειρητική υπερηχοτομογραφική σταδιοποίηση. Το πρωκτοσκόπιο μήκους 15 cm εισάγεται στον πρωκτό και διατείνεται η λήκυθος με συνεχή εμφύσηση αέρος. Με τα εργαλεία που εισάγονται από

θύρες εισόδου του πρωκτοσκοπίου είναι εφικτή η εκτομή του όγκου, η αιμόσταση και η συρραφή των χειλέων του ελλείμματος στο τοίχωμα του εντέρου.

Διαγνωστική διερεύνηση

1. Άκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση με σκοπό την ακριβή εντόπιση του νεοπλάσματος (θέση και απόσταση από τον δακτύλιο -5-12cm στο πρόσθιο και 5-20cm στο οπίσθιο τοίχωμα).
2. Υπερηχοτομογραφική σταδιοποίηση με ενδοορθικό υπερηχοτομογράφημα.
3. Υπόλοιπη συνήθως διαγνωστική διερεύνηση (αξονική τομογραφία, ολική κολonosκόπηση).

Ενδείξεις

1. T₁ νεοπλάσματα επιλεγμένα μετά από βιοψία (καλή ή μέτρια διαφοροποίηση).
2. T₂ νεοπλάσματα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου ή ηλικιωμένους.
3. Λαχνωτοί πολύποδες (μεγάλη πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής).
4. Απόρριψη της κολοστομίας ως θεραπευτική επιλογή από τον ασθενή.

Προετοιμασία του ασθενούς

1. Προετοιμασία παχέος εντέρου και ενδοφλέβια αντιβίωση.
2. Γενική ή ραχιαία αναισθησία.

Τεχνική

1. Εισαγωγή του πρωκτοσκοπίου μετά από ήπια διαστολή.
2. Εμφύσηση αέρος μέχρι να επιτευχθεί σταθερή πίεση 15 cm ύδατος.
3. Εκτομή του όγκου με απόσταση 1,0cm από τα μακροσκοπικά χείλη του νεοπλάσματος.
4. Αιμόσταση.
5. Συρραφή του ελλείμματος με ράμματα PDS.
6. ή Εκτομή με την χρήση άκαμπτου βρόγχου και αυτόματου συρραπτικού μηχανήματος endoGIA.

Θεραπεία Αιμορροΐδων

Κατ' αρχάς η θεραπεία είναι συντηρητική με καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας, αλοιφές, φάρμακα κ.λ.π. Σε αποτυχία αυτής της αγωγής συνιστάται η χειρουργική επέμβαση.

Παλιές μέθοδοι

Υπάρχει πληθώρα τεχνικών που προσπαθούν να λύσουν το πρόβλημα. Ο αριθμός τους και μόνον- αιμορροϊδεκτομή, διαστολή δακτυλίου, laser, χρήση ελαστικών δακτυλίων κ.λ.π. – σημαίνει ότι μέχρι σήμερα καμία δεν έλυνε ικανοποιητικά το πρόβλημα, ιδιαίτερα ο έντονος μετεγχειρητικός πόνος και η μακρά- πάνω από δύο εβδομάδες – επώδυνη μετεγχειρητική ανάρρωση, ήταν τα δύο κυριότερα προβλήματα των παλιών μεθόδων. Αυτό οφείλονταν στο γεγονός ότι ο χειρουργός προσπαθεί να θεραπεύσει το αποτέλεσμα – αφαίρεση των αιμορροΐδων που προβάλλουν προς τα έξω – και όχι το αίτιο, που είναι οι χαλαροί ιστοί που βρίσκονται υψηλότερα μέσα στο έντερο, και συγκρατούν τις αιμορροΐδες. Στο απλοποιημένο παράδειγμα μας είναι σαν να κόβουμε κομμάτι το παντελόνι που πέφτει, κι όχι να διορθώνουμε τις τιράντες που χαλάρωσαν.

Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκε μια εντελώς νέα χειρουργική μέθοδος θεραπείας των αιμορροΐδων που έγινε δεκτή με ενθουσιασμό από τους χειρουργούς σε όλον τον κόσμο. Αποκαλείται τεχνική LONGO από το καθόλου πόνο. Η μετεγχειρητική ανάρρωση, που είναι τις περισσότερες φορές ανώδυνη, διαρκεί συνήθως 2-3 μέρες. Η επιτυχία της μεθόδου είναι ότι θεραπεύει το αίτιο που προκαλεί τη γένεση των αιμορροΐδων, που όπως προαναφέραμε είναι χαλαροί ιστοί που συγκρατούν τις αιμορροΐδες. Οι ιστοί αυτοί περιέχουν τα αγγεία των αιμορροΐδων και δεν έχουν νεύρο, γεγονός που εξηγεί το εντελώς ανώδυνο της μεθόδου.

Επειδή ακριβώς η νέα μέθοδος στοχεύει στη θεραπεία του αιτίου που προκαλεί τις αιμορροΐδες, η επανεμφάνιση τους είναι εξαιρετικά σπάνια. Στο παράδειγμα μας αφαιρούμε ένα κομμάτι από τις χαλαρωμένες τιράντες. Ενώ το παντελόني που ούτως ή άλλως δεν πάσχει, επανέρχεται στη φυσιολογική του θέση. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 60.000 Ευρωπαίοι υποβλήθηκαν στη θεραπεία των αιμορροΐδων τους με τη νέα μέθοδο με θεαματικά αποτελέσματα.

ΠΕΡΙΔΕΣΗ ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΩΝ (HEMORRHOID BANDING)

Προκειμένου για αιμορροΐδες δευτέρου βαθμού που αιμορραγούν, αυτές μπορούν να αντιμετωπισθούν με τοποθέτηση ελαστικών δακτυλίων στην έκφυση των πάνω από την οδοντωτή γραμμή. Η μέθοδος αυτή έχει αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα στις αιμορροΐδες πρώτου και δευτέρου βαθμού.

ΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΕΣ ΕΝΕΣΕΙΣ

Άλλη μέθοδος αντιμετώπισης των αιμορροΐδων δευτέρου βαθμού είναι η έγχυση σκληρυντικών ουσιών στην έκφυση των αιμορροΐδων πάνω από την οδοντωτή γραμμή. Στην περιοχή αυτή δεν υπάρχουν σημαντικές νευρικές απολήξεις και γι αυτόν τον λόγο η διαδικασία είναι ανώδυνη. Οι σκληρυντικές ουσίες προκαλούν ίνωση των ιστών και μερική συρρίκνωση των αιμορροΐδων.

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΚΟΠΡΑΝΩΝ.

Η αντιμετώπιση της ακράτειας κοπράνων εξαρτάται σε ένα μεγάλο βαθμό από την διαγνωστική διερεύνηση και τον καθορισμό της ακριβούς παθοφυσιολογίας της νόσου. Μεγάλη σημασία έχει η διαφορική διάγνωση μεταξύ της τραυματικής και μη τραυματικής ακράτειας κοπράνων. Η πρώτη

που είναι επακόλουθο άμεσου τραυματισμού, χειρουργικών επεμβάσεων ή δυσχερούς τοκετού αντιμετωπίζεται με χειρουργική συρραφή των σφιγκτήρων. Η μη τραυματικής αιτιολογίας ακράτεια κοπράνων μπορεί να βελτιωθεί με ειδικές καθοδηγούμενες ασκήσεις (βιοανάδραση- biofeedback) σε ελαφρές περιπτώσεις. Άλλοι τρόποι αντιμετώπισης της μη τραυματικής ακράτειας κοπράνων είναι η διέγερση των νεύρων της πυέλου (sacral neuromodulation), η μετατόπιση γειτονικών μυών (graciloplasty) και η τοποθέτηση εμφυτευμάτων.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Πρέπει να ενημερωθούμε

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αντιμετωπίζεται εύκολα, αρκεί να διαγνωσθεί πριν από την εμφάνιση των ενοχλημάτων. Τα νεοπλάσματα αναπτύσσονται σε πολύποδες του εντέρου, οι οποίοι με τον χρόνο γίνονται κακοήθεις. Οι πολύποδες αυτοί συνήθως δεν γίνονται αντιληπτοί. Εάν τους αφαιρέσουμε με την κολonosκόπηση, προστατευόμαστε αποτελεσματικά από τον καρκίνο.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι πολύ συχνός. Περίπου 6% των ανθρώπων θα παρουσιάσουν καρκίνο του παχέος εντέρου κάποια στιγμή στη ζωή τους. Τα νεοπλάσματα αυτά είναι πολύ συχνά σε ηλικία μεταξύ 50-70 ετών.

Η έγκαιρη διάγνωση είναι εύκολη. Ελέγχονται άτομα χωρίς συμπτώματα πάνω από ηλικία των 50 ετών. Ο έλεγχος γίνεται κάθε πέντε χρόνια με σιγμοειδοσκόπηση που διαρκεί μόνο δέκα λεπτά και είναι ανώδυνη. Η εξέταση συμπληρώνεται με τον βιοχημικό έλεγχο κοπράνων για αίμα. Άλλος τρόπος ελέγχου είναι η κολonosκόπηση κάθε δέκα χρόνια.

Η αντιμετώπιση είναι απλή και πλήρης. Οι πολύποδες του παχέος εντέρου μπορούν να αφαιρεθούν με εύκολο τρόπο, ενδοσκοπικά, κατά την

διάρκεια κολονοσκόπησης, χωρίς χειρουργική επέμβαση. Αυτή η θεραπεία είναι πλήρης.

Πρέπει να δώσουμε μεγάλη προσοχή σε καινούργια συμπτώματα
Να προσέξουμε τα συμπτώματα. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εκδηλώνεται με αίμα ή υγρά από τον πρωκτό, αλλαγή των συνηθειών του εντέρου, αναιμία, φουσκώματα, εναλλαγές διάρροιας- δυσκοιλιότητας ή και πόνο. Πρέπει να δώσουμε μεγάλη σημασία στα συμπτώματα αυτά.

Τα άτομα υψηλού κινδύνου πρέπει να ελέγχονται συχνότερα και σε μικρή ηλικία. Μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν όσοι έχουν περισσότερο από ένα άμεσο συγγενή με καρκίνο του παχέος εντέρου ή πολύποδες. Επίσης εάν ο καρκίνος στο συγγενικό πρόσωπο παρουσιάστηκε σε μικρή ηλικία. Οι ασθενείς που έχουν χειρουργηθεί για την ίδια πάθηση ή πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn.

Η αντιμετώπιση της νόσου, όταν εκδηλωθεί, είναι χειρουργική.

Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί παρά φύση έδρα. Αυτή σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αποφευχθεί με την ενδοπρωκτική ενδοσκοπική μικροχειρουργική (TEM).

Το αίμα στα κόπρανα μπορεί να οφείλεται σε κακοήθεις παθήσεις, ακόμη και εάν υπάρχουν αιμορροΐδες. Εάν κάποιος παρατηρήσει αίμα στα κόπρανα ή από τον πρωκτό, πρέπει να επισκεφθεί ιατρό για να διευκρινίσει το θέμα. Θα πρέπει απαραίτητα να γίνει ενδοσκόπηση.

Το αίμα πρέπει να διερευνηθεί απαραίτητα.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΓΚΟ **ΠΡΙΝ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ**

Εφόσον χαρακτηριστικό των όγκων είναι η διείσδυση, πολλοί όγκοι του παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά από κάποια επιπλοκή της αρχικής βλάβης. Ο όγκος μπορεί να προκαλέσει:

- α. διάτρηση στο εντερικό τοίχωμα
- β. αιμορραγία από το ορθό
- γ. απόφραξη
- δ. Επίσης η ακινητοποίηση του εντερικού τοιχώματος από όγκο μπορεί να προκαλέσει συστροφή.
- ε. Σε μερικές περιπτώσεις παρατηρούνται αποστήματα που οφείλονται σε διήθηση από νεοκλασματικό όγκο.

Η αντιμετώπιση όλων των επιπλοκών είναι χειρουργική και στις 5 περιπτώσεις, όπως και στην περίπτωση που ο Ca π. εντέρου αποτελεί τυχαίο εύρημα μιας ερευνητικής λαπαροτομίας, εκτός από τη βαρύτητα της γενικής κατάστασης του ασθενούς, αντιμετωπίζεται και το γεγονός της μη προετοιμασίας του εντέρου προεγχειρητικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Τα ψυχολογικά προβλήματα του καρκινοπαθούς είναι πολλά και υπαρκτά ακόμη και όταν η διάγνωση δεν του έχει ανακοινωθεί. Τα μηνύματα τα παίρνει από το γιατρό, νοσηλευτικό προσωπικό, συγγενείς και περισσότερο από την ίδια του την κατάσταση.

Πολλά είναι τα προβλήματα και οι αντιδράσεις που έχει. Αρνείται να ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα της νόσου του και τις επιπτώσεις της. Έτσι καθυστερεί πολύ η προσέλευση στο γιατρό και δυσχεραίνεται η συνεργασία γιατρού – ασθενούς, με αποτέλεσμα να γίνεται έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Συχνά, ενώ γνωρίζει την ύπαρξη της νόσου, αδιαφορεί, δεν ασχολείται μ' αυτήν, την βάζει στο περιθώριο. Αυτό γίνεται συνειδητά ή ασυνείδητα.

Γίνεται γκρινιάρης, εριστικός, παρνοειδής, ακόμη και επιθετικός. Η επιθετικότητα στρέφεται προς τους άλλους και αποφεύγονται οι ιδέες ενοχής και αυτοκαταστροφής.

Για να βοηθήσουμε τον ασθενή να ξεπεράσει όσο είναι δυνατόν αυτά τα προβλήματα πρέπει να βρισκόμαστε όσο πιο κοντά του γίνεται. Πρέπει να ακούσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες του, να τον υποστηρίξουμε συναισθηματικά, να του δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στη μάχη αυτή. Τότε θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται, η επαφή μαζί του θα βελτιωθεί, θα γίνει πιο συνεργάσιμος και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτόν.

Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος

Οι τρόποι με τους οποίους μπορούν οι θεράποντες ιατροί να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της ενημέρωσης ή μη, των καρκινοπαθών σχετικά με την αρρώστια τους, είναι τόσοι, όσοι και οι καρκινοπαθείς. Για να διευκολυνθεί η ανάλυση του θέματος γίνεται δεκτό ότι θεωρητικά υπάρχουν τρεις δυνατοί τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος.

Πρώτος τρόπος. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να γνωστοποιείται στον καρκινοπαθή η αρρώστια του. Κατά συνέπεια οι πληροφορίες που πρέπει να δίνονται στον άρρωστο σχετικά με την διάγνωση της αρρώστιας, τη θεραπεία και την πρόγνωση του, πρέπει να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Η μη γνωστοποίηση της νόσου στον άρρωστο, τον βοηθάει να ξεπεράσει ευκολότερα τα ψυχικά προβλήματα που συνεπάγεται η γνώση ότι πάσχει από καρκίνο. Για την Ελλάδα, ο τρόπος αυτός αντιμετώπισης είναι πλεονεκτικός, γιατί οι Έλληνες είναι λαός μεσογειακός με ευμετάβολο συναισθηματικό κόσμο.

Ο τρόπος αυτός όμως έχει και τα κατά του. Κάθε άρρωστος έχει δικαίωμα να γνωρίζει την πάθηση του. Με το να έχει άγνοια, αφήνεται αβοήθητος να λύσει τα ψυχικά προβλήματα μόνος του. Οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες, που έχει ο άρρωστος στα αρχικά στάδια της νόσου, έχουν δυσμενέστερες συνέπειες στον ψυχισμό του απ' ότι έχει η σωστή ενημέρωση για την αρρώστια του και η κατάλληλη ψυχολογική του αντιμετώπιση. Η απόκρυψη της διάγνωσης ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος που θέλει να μάθει τη διάγνωση της αρρώστιας τους μπορεί να τη μάθει με πολλούς τρόπους.

Δεύτερος τρόπος. Όλοι οι καρκινοπαθείς, χωρίς καμία εξαίρεση, πρέπει να γνωρίζουν επακριβώς την αρρώστια τους καθώς και κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται με αυτήν.

Ο άρρωστος, μαθαίνει ποια είναι η πάθηση του και αποφασίζει μόνος του για το είδος της θεραπείας του. Μπορεί έγκαιρα να επιλύσει τυχόν

οικονομικά ή άλλα προβλήματα που σχετίζονται με την αρρώστια του. Η πλήρης και υπεύθυνη ενημέρωση κάθε καρκινοπαθούς για την αρρώστια του συντελεί στην ορθή αντιμετώπιση του κοινού σχετικά με τις κακοήθεις νόσους.

Μ' αυτό τον τρόπο ενημέρωσης παραγνωρίζεται το γεγονός ότι υπάρχουν άρρωστοι που δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντέξουν στη δοκιμασία που συνεπάγεται η πληροφορία ότι πάσχουν από καρκίνο. Δεν πρέπει να λησμονούμε ότι εκτός από το δικαίωμα του αρρώστου να γνωρίζει την αρρώστια του, υπάρχει και το δικαίωμα του αρρώστου να μη θέλει να μάθει την αρρώστια του.

Τρίτος τρόπος. Η έκταση της ενημέρωσης και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η ενημέρωση του καρκινοπαθούς για την αρρώστια του, πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε άρρωστο.

Σ' αυτόν τον τρόπο, λαμβάνεται υπόψη ο ψυχισμός του αρρώστου, ενώ παράλληλα αποφεύγεται να λεχθεί πλήρως η αλήθεια στους αρρώστους που δεν είναι σε θέση να τη μάθουν. Εξάλλου εκείνοι που επιθυμούν να μάθουν την αλήθεια και έχουν κατά την κρίση του θεράποντος ιατρού την ψυχική δύναμη, ενημερώνονται υπεύθυνα από τον γιατρό τους.

Αυτός ο τρόπος είναι ο δυσκολότερος για τον θεράποντα. Προβληματίζεται στην κάθε περίπτωση και προσπαθεί να εξατομικεύσει την ενημέρωση ανάλογα με την ψυχοσύνθεση του αρρώστου. Κατ' αυτόν τον τρόπο εκτίθεται στον κίνδυνο του λάθους. Ενδέχεται να μην εκτιμήσει σωστά και να δώσει σε ένα άρρωστο περισσότερες πληροφορίες, από όσες έχει ο άρρωστος τη δυνατότητα να δεχθεί, ή αντίθετα να αποκρύψει ορισμένες πληροφορίες από άλλους αρρώστους που επιθυμούσαν και μπορούσαν να τις δεχθούν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

1. Ψυχολογική προετοιμασία

Ο φόβος του ασθενούς στον οποίο έγινε διάγνωση του καρκίνου παχέος εντέρου είναι πολύ μεγάλος. Ο ασθενής λόγω της άγνοιας του αισθάνεται ανησυχία και προκατάληψη για το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξελίξεως της κατάστασεως του. Η συναισθηματική πίεση κάτω από την οποία βρίσκεται είναι πολύ μεγάλη. Νιώθει μελαγχολία, ντροπή, αίσθημα μοναξιάς και απογοήτευσης.

Η αδελφή είναι το πρόσωπο που μπορεί με τη λεπτότητα και την ευγένεια που την διακατέχει να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα που έχει. Η προσφορά βοήθειας γίνεται ως εξής:

- Ενημέρωση από την ίδια και το γιατρό περί του τι πρόκειται να του συμβεί.
- Δημιουργία ευκαιρία στον πάσχοντα να εξωτερικεύσει τα αισθήματα φόβου, ανησυχίας, απελπισίας, αποθαρρύνσεως.
- Αναγνώριση και αποδοχή των συναισθημάτων και ανησυχιών του ασθενούς.
- Εξήγηση των προ και μετά την εγχείρηση νοσηλειών και τρόπου βοήθειας του για την καλύτερη μετεγχειρητική πορεία.

2. Σωματική τόνωση του αρρώστου

Επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες (δημητριακά, φρούτα), λευκώματα (κρέας, τυρί) άλατα (καλίου, μαγνησίου), βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Επίσης η τροφή του ασθενούς θα πρέπει να είναι εύπεπτη με μικρό υπόλειμμα.

3. Ιατρικές εξετάσεις

Πριν από την εγχείρηση ο ασθενής δέχεται εξέταση από:

- α) Χειρουργό, που θα εκτιμήσει την άριστη ή όχι κατάσταση του αρρώστου για την επέμβαση.**
- β) Παθολόγο, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.**
- γ) Αναισθησιολόγο, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος και τον καθορισμό του είδους ναρκώσεως και αναισθητικού.**

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που θα του γίνουν είναι:

- α) Εξέταση αίματος**
- β) Γενική εξέταση ούρων**

4. Καθαριότητα του ασθενούς

α. Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα

Έχει σα σκοπό την α) αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι, β) ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως και γ) αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους. Αυτός επιτυγχάνεται:

- ◆ Με αποφυγή τροφών που αφήνουν υπόλειμμα.
- ◆ Με μηχανικό καθαρισμό του εντέρου με υποκλυσμούς
- ◆ Χορήγηση αντιβιοτικών

β. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς

Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας το οποίο αποβλέπει στην καλή λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Συγχρόνως κάνουμε καθαριότητα του δέρματος με αντισηπτικά διαλύματα. Παράλληλα γίνεται καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του

ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

5. Εξασφάλιση καλού ύπνου.

Το βράδυ της προηγούμενης ημέρας της επέμβασης επιδιώκεται καλός και επαρκής ύπνος με τη βοήθεια ηρεμιστικών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία. Η αϋπνία και η κόπωση απ' αυτή προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία, ακόμη και στην εμφάνιση επιπλοκών.

6. Διδασκαλία του ασθενούς στις μετεγχειρητικές ασκήσεις.

- ◆ Βαθιές αναπνοές για την έκπτυξη των πνευμόνων και την οξυγόνωση των ιστών.
- ◆ Βήχα για την αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων προς αποφυγή υποστατικής πνευμονίας μετεγχειρητικά.
- ◆ Ασκήσεις κάτω άκρων για την αποφυγή δημιουργίας θρόμβων με συνέπεια θρομβοφλεβίτιδα και πνευμονική εμβολή.

ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Περιλαμβάνει προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου με σκοπό την απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια, χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης αυτού, με απώτερο στόχο μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Αυτή συνίστανται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος σε μεγάλη έκταση γύρω από το σημείο της τομής. Η έκταση αυτή στην εγχείρηση του καρκίνου παχέος εντέρου περιλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του κορμού, από το ύψος των μαστών μέχρι κάτω από την ηβική σύμφυση.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η νοσηλεύτρια:

- ▶ Παρατηρεί και εκτιμά τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία και αναφέρει στο γιατρό κάθε παρέκκλιση από το φυσιολογικό.
- ▶ Ντύνει τον άρρωστο με τα ενδύματα χειρουργείου. Αφαιρεί τα κοσμήματα, τις φουρκέτες μαλλιών, και τις ξένες οδοντοστοιχίες
- ▶ Ξεβάφει τα νύχια αν ο ασθενής είναι γυναίκα.
- ▶ Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.
- ▶ Εφαρμόζει στο χέρι του αρρώστου ταυτότητα που αναφέρει ονοματεπώνυμο, κλινική, ημερομηνία, για αναγνώριση του ασθενούς μετεγχειρητικά.
- ▶ Χορηγεί την προνάρκωση κατά τον τρόπο που έχει ορισθεί.
- ▶ Ελέγχει για τελευταία φορά την καθαριότητα του σώματος του αρρώστου.
- ▶ Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
«Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
Ν.Π.Δ.Δ. ΕΤΟΣ ΙΔΡΥΣΕΩΣ 1884- ΑΘΗΝΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ.....ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....
ΝΟΣΗΛ. ΜΟΝΑΔΑ.....ΑΡ.ΓΕΝ. ΜΗΤΡΩΟΥ.....
ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΗ.....

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

(Να συμπληρωθεί από την υπεύθυνη Αδελφή)

1. – Λουτρό καθαριότητας δόθηκε.....
2. – Εγχειρητικό πεδίο ετοιμάσθηκε
3. – Θ.Σ.Α. λήφθηκαν και γράφηκαν.....
4. – Οδοντοστοιχίες αφαιρέθηκαν.....
5. – Κοσμήματα, καρφίδες κεφαλής, καλλυντικά, βερνίκι νυχιών αφαιρέθηκαν.....
6. Δακτυλίδι αφαιρέθηκεή στερεώθηκε.....
7. – Ο ασθενής φέρει ταυτότητα.....
8. – Ο ασθενής φέρει ενδυμασία χειρουργείου.....
9. - Προεγχειρητική ούρηση.....ή καθετηριασμός.....
- 10.– Προνάρκωση δόθηκε.....
- 11.– Ο φάκελος ιστορικού συνοδεύει τον ασθενή.....
- 12.– Βιβλιάριο συνοδεύει τον ασθενή.....
- 13.– Φάρμακα που συνοδεύουν τον ασθενή (Κορτιζόνη – Ινσουλίνη)
.....
.....
- 14.– Τελευταία λήψη από το στόμα.....
- 15.– Κατάσταση ασθενή.....

Υπογραφή Αδελφής της Μονάδας
.....

ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

1. – Ο ασθενής αναγνωρίσθηκε και παραλήφθηκε
2. – Εγχειρητικό δελτίο ελέγχθηκε.....

Υπογραφή Αδελφής Χειρουργείου
.....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

(Να συμπληρωθεί από την Αδελφή της Νάρκωσης)

.....
.....

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση της αδελφής η οποία πρέπει να είναι έμπειρη και επιδέξια. Έχει έτοιμο το κρεβάτι και το θάλαμο του ασθενούς. Οι μετεγχειρητικές ενέργειες που κάνει τις δύο πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες είναι:

- Ø Τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι σε άνετη και ουδέτερη θέση για όλα τα μέλη του σώματος.
- Ø Συχνή λήψη ζωτικών σημείων (Α.Π- Αν. – Θερμ.) και αναγράφει αυτών στη λογοδοσία.
- Ø Ακριβή μέτρηση και αναγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών όλων των οδών.
- Ø Μέτρηση ειδικού βάρους ούρων.
- Ø Αντιμετώπιση του πόνου, με παυσίπονα κατά την ιατρική εντολή.
- Ø Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.
- Ø Εξασφάλιση ήσυχου, ήρεμου και καθαρού περιβάλλοντος.
- Ø Χορήγηση αντιβιοτικών και ηρεμιστικών κατά την ιατρική εντολή.
- Ø Χορήγηση αντιεμετικών.
- Ø Μείωση δραστηριοτήτων του αρρώστου εξαιτίας της εγχείρησης.
- Ø Παρακολούθηση για τη λειτουργία των παροχετεύσεων.
- Ø Θρεπτικό ισοζύγιο: τουλάχιστο για έξι ημέρες πρέπει να παίρνει υγρά παρεντερικά (ορρούς).
- Ø Ηλεκτρολυτικό ισοζύγιο: ο άρρωστος έχει διαταραχές των ηλεκτρολυτών, γι' αυτό χορηγούμε στους ορρούς K₂SO₄ και NaCl και γίνεται συχνός έλεγχος των ηλεκτρολυτών.
- Ø Παρακολούθηση και φροντίδα χειρουργικού τραύματος.
- Ø Συχνή αλλαγή λευχημάτων.
- Ø Παρατηρεί, αναφέρει και αναγράφει το χρώμα, την οσμή και το ποσό των παροχετευμένων υγρών ή τυχόν αιμορραγία.

- Ø Διατροφή. Χορηγεί μόνο υγρά παρεντερικώς, εμπλουτισμένα, με ηλεκτρολύτες και βιταμίνες.
- Ø Περιποίηση στόματος και κοιλοτήτων.
- Ø Η αδελφή αντιμετωπίζει και ανακουφίζει τον ασθενή από τυχόν δυσχέρειες όπως δίψα, έμετος, πόνος.
- Ø Ακόμα πρέπει να προλάβει τις διάφορες μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως αιμορραγία, πνευμονία, θρομβοφλεβίτιδα.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Μετά από μία εγχείρηση 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 αδελφής η προσπάθεια να προφυλάξει από αυτές τον ασθενή. Η γνώση των παραγόντων, που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών και στην προφύλαξη απ' αυτές, καθώς και η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων τους, βοηθάει στην πρόληψη η έγκαιρη διάγνωση τους.

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες

Οι κυριότερες είναι:

- Ø **Πόνος.** Ασθενής που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνεται τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση.
- Ø **Δίψα.** Παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμη και τοπική αναισθησία. Δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία

ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από την μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι). **Η αδελφή ενεργεί ως εξής:**

- ο Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας
- ο Ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό.
- ο Χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού.

Ø **Εμετός.** Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέρα από 24 ώρες από την ανάνηψη. **Η αδελφή ενεργεί ως εξής:**

- ο Τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον εμετό, διότι η παραμονή του κοντά στον άρρωστο προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και εμετό.
- ο Μετά από τον εμετό πλένεται το στόμα του με νερό και αλλάζουμε κλινοσκεπάσματα εφόσον έχουν λερωθεί.
- ο Αν συνεχίσουν οι έμετοι γίνεται διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα Levin. Έτσι απαλλάσσεται ο ασθενής από τα υγρά του στομάχου. Τα έχοντα σχέση με τους εμέτους (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων), αναγράφονται στη λογοδοσία.

Ø **Διάταση του στομάχου.** Αίτια που προκαλούν τη διάταση του στομάχου είναι: α) μείωση ανάγκης φυσιολογικής λειτουργικότητας του στομάχου, λόγω υγρής διατροφής του ασθενούς, β) υποτονία μυών στομάχου, λόγω επιδράσεως του ναρκωτικού, γ) μείωση της κινητικότητας του ασθενούς λόγω της χειρουργικής επεμβάσεως, β) ελλειπής προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Ø Θρομβοφλεβίτιδα. Συνίσταται στο σχηματισμό θρόμβου, ο οποίος εγκαθίστανται σε κάποιο από τα αγγεία που βρίσκονται εν των θάβει ή επιπολής. Τα αίτια που την προκαλούν είναι: μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, καθώς και μερική στάση της φλεβικής κυκλοφορίας των κάτω άκρων, λόγω πίεσεως των αγγείων του μηρού ή της κνήμης. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι πυρετό και οίδημα και πόνος στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου. Η πρόληψη συνίσταται σε: α) αποφυγή πίεσεως πάνω στις κνήμες, β) έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι, γ) ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας, δ) αποφυγή εντριβών των άκρων.

Η αδελφή ενεργεί ως εξής: α) ακινητοποιεί το άκρο, για να μη μετακινηθεί ο θρόμβος, β) τοποθετεί το άκρο σε ανάρροπη θέση, για διευκόλυνση της κυκλοφορίας, .

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές σε καρκίνο του παχέος εντέρου είναι:

1) Αιμορραγίες

Διαιρούνται σε εξωτερικές και εσωτερικές. Οι παράγοντες που συντελούν στην επιπλοκή αυτή είναι: α) η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων, β) η μόλυνση του τραύματος, γ) οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς, δ) η μη καλή πήκτικότητα του αίματος. Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι: ευπίεστος, γρήγορος και νηματοειδής, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση της θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσεως, εφίδρωση, αναπνοή βραδεία, ανησυχία και εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία.

Η αδελφή αντιμετωπίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας ως εξής:: α) θέτει τον άρρωστο σε ακινησία και συγχρόνως καλεί τον γιατρό, για την παροχή βοήθειας. β) Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί, αν είναι δυνατό, πιεστικό επίδεσμο στο μέλος του σώματος που αιμορραγεί, γ) εάν είναι εσωτερική δεν δίνει στον ασθενή τίποτε από το στόμα. Έχει

έτοιμο δίσκο ενέσεων, μη αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα, για τον ασθενή που αιμορραγεί, δ) τον απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφιξη, τον ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του, απομακρύνοντας κάθε αιτία ανησυχία και εκνευρισμού.

Χορήγηση αίματος

Για να γίνει χορήγηση αίματος, γίνεται λήψη του αίματος του ασθενή, για τον καθορισμό της ομάδας και διασταύρωση με δείγμα αίματος του δότη. Ελέγχεται από την αδελφή η ομάδα αίματος, ο αριθμός συμβατότητας του, η ημερομηνία λήξεως και το όνομα του ασθενή για τον οποίο προορίζεται η μετάγγιση. Μετά την εφαρμογή του αίματος η αδελφή παρακολουθεί τα εξής: α) σφάλματα τεχνικής (είσοδος αέρα), β) αν το χορηγούμενο αίμα πάει στη φλέβα, γ) αν υπάρχει σταθερή ροή (20 σταγόνες περίπου το 1'), δ) την εμφάνιση των πρώτων πιθανών συμπτωμάτων αντίδρασης.

Οι αντιδράσεις χωρίζονται στις **άμεσες** και **έμμεσες**.

Στις άμεσες ανήκουν: α) η αιμολυτική, που είναι η σοβαρότερη. Παρουσιάζει μυρμηγκίαση κάτω άκρων, οσφυαλγία, προκάρδιο βάρος, ρίγος, ταχυσφυγμία, ούρα χρώματος, βαθύ κόκκινο, ολιγουρία, ανουρία, πυρετό, β) αντίδραση από πυρετογόνες ουσίες, γ) η αλλεργική ή αναφυλακτική αντίδραση ή αντίδραση από επιβάρυνση της κυκλοφορίας του αίματος.

Στις έμμεσες ανήκουν: α) τα διάφορα νοσήματα τα οποία εμφανίζονται μετά από πάροδο χρόνου, λόγω της μετάγγισης, όπως λοιμώδη ηπατίτιδα.

2) Πνευμονία, ατελεκτασία

Αυτές οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά την νάρκωση και

απονάρκωση του. Ακόμη, οι επιπλοκές αυτές οφείλονται σε κακό αερισμό των πνευμόνων, ένεκα επιδράσεως του ναρκωτικού, στη μόλυνση αεροφόρας οδού από εισφόρηση εμεσμάτων ή εκκρίσεων, σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι δύσπνοια.

Η αδελφή για την πρόληψη αυτών των επιπλοκών κάνει τα εξής: α) στενή παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την τέλεια απονάρκωση του, β) ταχεία απονάρκωση του ασθενούς, γ) υποδοχή του σε ζεστό κρεβάτι και προστασία αυτού από ρεύματα αέρα, δ) έγκαιρη τοποθέτηση του σε ανάρροπη θέση, ε) συχνή αλλαγή θέσεως, για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος, στ) ενθάρρυνση του να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων, καθώς και περιποίηση στόματος.

3) Πνευμονική εμβολή

Αυτή εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της αναρρώσεως και οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι: απροσδόκητος και έντονος πόνος στο θώρακα κατά την εισπνοή, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ
ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ- ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ – ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΛΥΣΗ ΑΥΤΗΣ

«Παρά φύση έδρα» είναι ο σχηματισμός τεχνητής έδρας όταν η φυσιολογική δεν μπορεί να λειτουργήσει. Αυτή εμφανίζεται με δύο μορφές:

α) την ειλεοστομία και β) την κολοστομία.

Η ειλεοστομία κατά την οποία δια χειρουργικής επεμβάσεως ανοίγεται ο ειλέος για παροχέτευση του περιεχομένου του προς τα κοιλιακά τοιχώματα.

Η κολοστομία κατά την οποία ανοίγεται το παχύ έντερο και δημιουργείται στόμιο στα κοιλιακά τοιχώματα δια χειρουργικής επεμβάσεως, προς παροχέτευση του περιεχομένου του.

Η κολοστομία μπορεί να είναι:

- i. Πρόσκαιρη.** Σ' αυτή το αίτιο είναι εντοπισμένοι στο ανώτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Στην περίπτωση αυτή η «παρά φύση έδρα» κλείνεται σε δεύτερο χρόνο με δεύτερη χειρουργική επέμβαση.
- ii. Μόνιμη.** Αυτή γίνεται όταν το αίτιο έχει εντοπιστεί στο κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου (σιγμοειδές, ορθό). Αυτή είναι ισόβια

Βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς είναι η περιποίηση της κολοστομίας.

Η περιποίηση αυτή γίνεται από τα πρώτα 24ωρα άσηπτα, παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό, ένεκα του γεμάτου μικρόβια περιεχομένου του παχέος εντέρου. Μετά την epούλωση του τραύματος η αλλαγή της κολοστομίας γίνεται με καθαρά όχι όμως αποστειρωμένα αντικείμενα. Προφυλάσσεται το γύρω από την κολοστομία δέρμα προς

αποφυγή ερεθισμού από τα εντερικά υγρά με τοποθέτηση σ' αυτό προστατευτικής αλοιφής. Την ώρα της αλλαγής προστατεύεται ο ασθενής από τα βλέμματα του περιβάλλοντος με την τοποθέτηση παραβάν και την απομάκρυνση των επισκεπτών από τον θάλαμο. Πρέπει να αποφεύγονται οι μορφασμοί, οι οποίοι δείχνουν δυσαρέσκεια της αδελφής για το είδος της εκτελούμενης εργασίας.

Η κολοστομία αλλάσσεται, όταν υπάρχει ανάγκη αλλαγής και πάντα μισή ώρα προ φαγητού. Αποσμητικές κρέμες ή spray μπορούν να χρησιμοποιηθούν την ώρα της αλλαγής για εξουδετέρωση της κακοσμίας. Τις πρώτες ημέρες οι αλλαγές γίνονται πιο συχνά γιατί πρέπει να γίνει η επούλωση του τραύματος όσο το δυνατόν γρηγορότερα, λόγω αυξημένων κινδύνων επιμόλυνσης από τις ακαθαρσίες του τραύματος. Οι πρώτες αλλαγές γίνονται από το γιατρό, ενώ οι υπόλοιπες από την αδελφή. Επειδή εδώ δεν υπάρχει σφιγκτήρας για να συγκρατήσει τα κόπρανα, είναι απαραίτητος ο σάκος. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε στον ασθενή συστήματα ενός τεμαχίου ή σάκους που μένουν στη θέση τους αρκετές μέρες και μπορούν ν' αδειαστούν.

Η αλλαγή του σάκου επιβάλλεται, όταν γεμίσει ως τη μέση. Οι αυτοκόλλητοι σάκοι κολοστομίας εφαρμόζονται σε υγιές δέρμα. Ο σάκος στο επάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής αερίων από ενεργό άνθρακα, που συγκρατεί τις δυσάρεστες οσμές. Μερικές φορές τα τοιχώματα του σάκου κολλούν μεταξύ τους, όταν εξασκείται πίεση σ' αυτά κατά την εφαρμογή του σάκου, εξ' αιτίας του κενού αέρα στο κλειστό σύστημα του σάκου. Για την πρόληψη αυτής της κατάστασης τοποθετούμε μέσα στο σάκο ένα τσαλακωμένο χαρτοβάμβακο.

Για την αλλαγή του σάκου η αδελφή φροντίζει να έχει τα εξής αντικείμενα: λαβίδα αποστειρωμένη και γάντια, τολύπια από βαμβάκι, φυσιολογικό ορό, αυτοκόλλητο σάκο, νεφροειδές με χαρτοβάμβακο, τετράγωνο με αδιάβροχο, σάκο απορριμμάτων.

Η αδελφή δίνει στον άρρωστο αναπαυτική θέση, τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Έτσι ο άρρωστος ενθαρρύνεται να παίρνει μέρος και να κατανοεί αυτό που γίνεται ώστε, τελικά, να μπορεί να κάνει την αλλαγή μόνος του. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του εξηγεί τις λεπτομέρειες.

Η αδελφή μετράει το στόμιο της κολοστομίας με τον οδηγό στόματος. Διαλέγει το διαμέτρημα που εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το αγγίζει. Προσπαθεί να μην είναι μικρότερο, ούτε μεγαλύτερο. Στην πρώτη περίπτωση θα ερεθίσει το στόμιο και στη δεύτερη θα αφήσει ακάλυπτο δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα. Προτιμάει μια βάση που να ταιριάζει ακριβώς με το μέγεθος του στόματος ή το κόβει, αφού πρώτα σχεδιάσει το περίγραμμα πάνω στο προστατευτικό χαρτί του σάκου. Για καλύτερο αποτέλεσμα χρησιμοποιεί μικρό κυρτό ψαλιδάκι.

Τοποθετεί με επιδέξιες κινήσεις το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το στόμιο. Τοποθετεί νεφροειδές καλυμμένο από την πλευρά που έρχεται σε επαφή με το σώμα με χαρτοβάμβακο. Καθαρίζει το στόμιο και το δέρμα γύρω από αυτό με φυσιολογικό ορό με τολύπια βάμβακος και γάζα. Μπορεί να χρησιμοποιήσει την Comfeel Barrier Cream για να προστατεύσει το δέρμα γύρω από το στόμιο. Απομακρύνει το νεφροειδές με το χαρτοβάμβακο και στεγνώνει καλά το στόμιο με ήπιες κινήσεις.

Βγάζει το εσωτερικό χαρτί του σάκου

Πιέζει απαλά το εσωτερικό δακτυλίδι πάνω στο δέρμα και σιγουρεύεται ότι έχει εφαρμόσει καλά μέσα στις πιθανές πτυχές ή ουλές.

Βγάζει το προστατευτικό χαρτί από την μικροπορική ταινία και εφαρμόζει αυτή πάνω στο δέρμα, αποφεύγοντας να δημιουργήσει πτυχές. Η δημιουργία πτυχών τόσο στην αυτοκόλλητη επιφάνεια όσο και στο δέρμα πρέπει να αποφεύγεται. Αφήνει στη θέση του το χαρτί της μικρής προεξοχής. Έτσι θα μπορέσει να βγάλει τη βάση ευκολότερα, όταν χρειασθεί, χωρίς να ενοχληθεί πολύ ο ασθενής.

Η βάση έχει ένα λεπτό πλαστικό δαχτυλίδι. Η αδελφή βάζει τους αντίχειρες της κάτω από αυτό το δαχτυλίδι. Έτσι δεν πιέζει δυσάρεστα την κοιλιά του ασθενούς. Όταν κλείσει ακούγεται ο χαρακτηριστικός ήχος. Αφαιρεί το αδιάβροχο με το τετράγωνο. Τοποθετεί τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση. Απομακρύνει τα αντικείμενα και πετά τον χρησιμοποιημένο σάκο στο εξωτερικό δοχείο απορριμμάτων ή σε κλίβανο αποτέφρωσης. Ποτέ δεν τον πετάει στο σύστημα αποχέτευσης.

Αν ο άρρωστος χρειαστεί να μείνει στο κρεβάτι όλο το 24ωρο, η κατεύθυνση του σάκου πρέπει να είναι ελαφρά πλάγια, ίδια δηλαδή με την κατεύθυνση των εξερχόμενων κοπράνων.

Εκτός όμως από την περιποίηση της κολοστομίας, η αδελφή φροντίζει και για την πλύση της κολοστομίας.

Οι σκοποί για τους οποίους γίνεται η πλύση είναι:

- Ø Να βοηθήσει στο άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενο του (κόπρανα, αέρια, βλέννη).
- Ø Να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου.
- Ø Να βοηθήσει στο να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου.

Η αρχική πλύση γίνεται με την 4^η μετεγχειρητική ημέρα από τον γιατρό. Οι επόμενες γίνονται από την αδελφή. Συνήθως χρειάζονται 500ml νερό. Στις επόμενες πλύσεις ο όγκος μπορεί να αυξηθεί στα 1.000-1.500 ml για να είναι θετικό το αποτέλεσμα.

Η αδελφή ενημερώνει τον άρρωστο για το είδος της νοσηλείας που πρόκειται να του γίνει. Τον προτείνει να παρακολουθεί την διαδικασία. Απαντάει πρόθυμα σε όλες του τις απορίες, ώστε να μπορέσει να αυτοεξυπηρετείται στο μέλλον.

Η πλύση γίνεται κάθε μέρα την ίδια ώρα. Η ώρα της πλύσης πρέπει να συμφωνεί με το μετανοσοκομειακό σχήμα δραστηριοτήτων του αρρώστου. Συνήθως γίνεται μετά το φαγητό γιατί η λήψη της τροφής δρα σαν ερέθισμα

για τον περισταλιτισμό και την αφόδευση. Η αδελφή κρεμάει το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50cm πάνω από το στόμιο και όταν ο άρρωστος κάθεται στο ύψος του ώμου του.

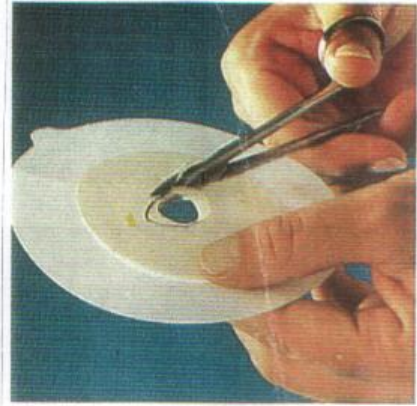
Βάζει τον άρρωστο να καθήσει στη λεκάνη της τουαλέτας ή σε μία καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα. Αφαιρεί το σάκο και τις γάζες που έχει ο άρρωστος και τα πετάει.

Τοποθετεί το μανίκι πλύσης ή το περίβλημα στο στόμιο και το άλλο άκρο του μέσα στη λεκάνη. Αυτό βοηθά στον έλεγχο της κακοσμίας και του πιτσιλίσματος. Επιτρέπει στο νερό και τα κόπρανα να κατευθύνονται μέσα στη λεκάνη.

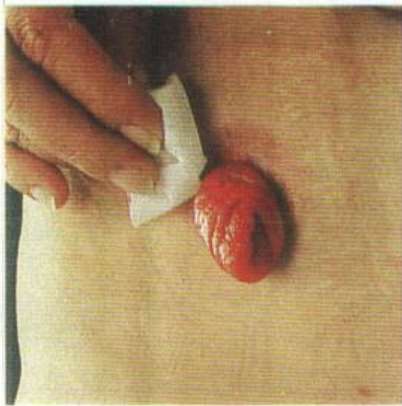
Αφήνει τον καθετήρα για 10΄μέσα στο στόμιο μετά την είσοδο του νερού. Μετά τον αφαιρεί με ήπιες κινήσεις. Αφήνει να περάσουν 10-15 ml που χρειάζονται για να εξωθηθούν τα περισσότερα κόπρανα, αέρια και νερό. Μετά στεγνώνει το κάτω άκρο του μανικιού και το κλείνει με λαβίδα Kocher. Αφήνει το μανίκι στη θέση του για 20΄περίπου καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί. Καθαρίζει την περιοχή γύρω από το στόμιο και εφαρμόζει σάκο κολοστομίας. Απομακρύνει τα αντικείμενα που χρησιμοποίησε και βγαίνει από το θάλαμο.



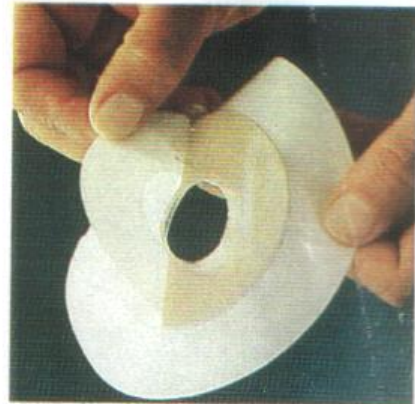
Εικόνα 24.



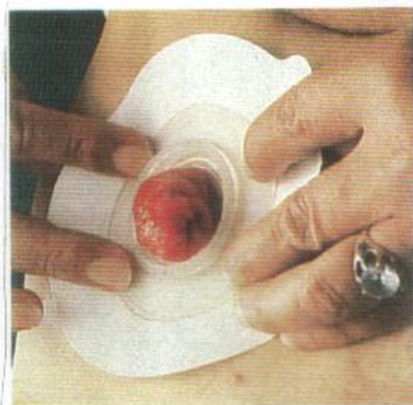
Εικόνα 25.



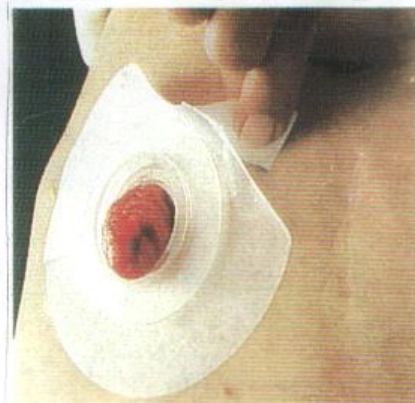
Εικόνα 26.



Εικόνα 27.



Εικόνα 28.



Εικόνα 29.



Εικόνα 30.



Εικόνα 31.



Εικόνα 32.



Εικόνα 33.



Εικόνα 34.



Εικόνα 35.



Εικόνα 36.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

- 1) Στένωση αυλού της κολοστομίας
- 2) Εισολκή
- 3) Διάτρηση
- 4) Ρήξη κολοβώματος
- 5) Νέκρωση

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΜΕ Ca ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου στα εξωτερικά ιατρεία.

- 1) Ηλικία
- 2) Ιστορικό Ca παχέος εντέρου στην οικογένεια
- 3) Χρήση αλκοόλ, κάπνισμα, διατροφικές συνήθειες.
- 4) Ιστορικό χρόνιας δυσλειτουργίας του παχέος εντέρου
- 5) Παράπονα για παρουσία αίματος στις κενώσεις, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου, κοιλιακό άλγος, μετεωρισμός κοιλίας, βορβορυγμοί, παρουσία βλένης στις κενώσεις, απώλεια βάρους, πόνος, καταβολή δυνάμεων.

ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- 1) Κατά την ψηλάφηση της κοιλίας στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο, παρατηρείται ψηλαφητή μάζα.
- 2) Διάταση κοιλίας.
- 3) Ωχρότητα – απώλεια βάρους.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η.Κ.Γ.

Ακτινογραφία θώρακος

Βιοχημικός και αιματολογικός έλεγχος.

Καλλιέργεια και γενική ούρων

Εισαγωγή στην Χειρουργική κλινική.

- α Τοποθέτηση του ασθενούς σε ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον.
- α Ενημέρωση του ασθενούς από τον χειρουργό για την κατάσταση της υγείας του και ποιες ενέργειες θα επακολουθήσουν.

- α Ενημέρωση της προϊσταμένης και του νοσηλευτικού προσωπικού από τον χειρουργό και οδηγίες που πρέπει να δοθούν στον ασθενή.
- α Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε και ψηλαφήθηκε μάζα στην δεξιά κοιλιακή χώρα.
- α Κατά την δακτυλική εξέταση ανιχνεύθηκαν σκουρόχρωμα αιματοβαφή κόπρανα.
- α Κατά την ακτινολογική εξέταση με βαριούχο υποκλυσμό καθορίστηκε η εντόπιση και το μέγεθος του όγκου. Διαπιστώθηκε σκιαγραφικό έλλειμμα με ανώμαλες περιφές, δυσχέρεια διόδου προς το τυφλό και τελικό ειλεό.
- α Στην εξέταση Mayer κοπράνων διαπιστώθηκε αιμοσφαιρίνη. Η διαδικασία περιελάμβανε λήψη καθαρτικού από το στόμα (Kleerper), υψηλό καθαρτικό υποκλυσμό.
- α Κατά την κολonosκόπηση με εύκαμπτο όργανο μήκους 2m ελήφθησαν βιοψίες από τον όγκο για ιστολογική εξέταση.

Μετά την επέμβαση και εκτομή του εντέρου η αναλυτική ιστολογική εξέταση ανέδειξε «Ca» το οποίο διηθούσε όλο το πάχος του τοιχώματος μέχρι το ορογόνο και ανεβρέθησαν 15 λεμφαδένες από τους οποίους οι 4 παρουσίασαν διήθηση από το Νεόπλασμα.

§ Η ταξινόμηση του όγκου είναι κατά τον **DUKES C**.

Υπάρχει στάδιο A: αλλοίωση περιοριζόμενη στο βλεννογόνο.

B: διήθηση μυϊκού τοιχώματος

§ Ταξινόμηση **κατά Tum**

TUMOR NODES METASTASIS

Στάδιο O: Cis, No, Mo.

↑
Τιμές C.E.A.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Προβλήματα αρρώστου κατά την περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.

- α Αντιμετώπιση του πόνου.
- α Αντιμετώπιση των επιπλοκών για την ασφάλεια του αρρώστου.
- α Αντιμετώπιση του άγχους που προκύπτει από την διάγνωση και την επικείμενη χειρουργική επέμβαση.

Σκοποί φροντίδας κατά την περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.

Μείωση άγχους του ασθενούς

Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψεως του

Βοήθεια και ηθική υποστήριξη κατά την εφαρμογή των θεραπευτικών μεθόδων.

Συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς.

Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την ενδεχόμενη – παρά φύσην έδρα μόνιμη ή προσωρινή.

Αναγνώριση των ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Στην προεγχειρητική ετοιμασία η νοσηλεύτρια συνέβαλε στην τοπική αντισηψία του σώματος του με τον καθαρισμό του εντέρου (υποκλυσμός).

Μείωση αγωνίας – φόβου καθώς και ενημέρωση ασθενούς και συγγενών.

Ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς για την προσωρινή ή μόνιμη κολοστομία εάν χρειαστεί.

ΤΥΠΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Η εκτομή γίνεται επί υγιών ιστών με διατήρηση των σφιγκτήρων και εφόσον το επιτρέπουν οι συνθήκες τελικοτελική αναστόμωση.

Εάν η αναστόμωση κριθεί αδύνατη θα διενεργηθεί μόνιμη ή παροδική παρά φύσιν έδρα ανάλογα με τις δυνατότητες διατήρησης του σφιγκτήρα του πρωκτού.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο φόβος, η αγωνία και η ανησυχία που νιώθει ο ασθενής οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, επηρεασμό, το άγνωστο της μετενχειρητικής εξέλιξης ως κατάστασής του.

Ο γιατρός μαζί με το νοσηλευτικό προσωπικό προσπαθούν να βοηθήσουν τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να τον βοηθήσουν να απαιτήσει αισθήματα εμπιστοσύνης και αισιοδοξίας.

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Τόνωση του ηθικού: ανακάλυψη των προσωπικών αναγκών του ασθενούς και ικανοποίηση τους.

Σωματική τόνωση; Διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες.

Ενημέρωση του ασθενούς ότι 6 ώρες πριν το χειρουργείο δεν θα πάρει τίποτα από το στόμα και τα υγρά θα χορηγηθούν παρεντερικώς.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ)

- α Εξετάσεις από τον χειρουργό (επιβεβαίωση της κατάστασης του) καθώς και από Παθολόγο – Καρδιολόγο για την μελέτη όλων των συστημάτων.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- α Εξέταση αίματος: λήψη αίματος για αιματοκρίτη (λευκά- ερυθρά) αιμοσφαίρια, τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος προθρομβώσεως, ομάδα R, σάκχαρο, ουρία, υπατικό κύκλο- λευκώματα.
- α Γενική ούρων
- α Προεγχειρητική εκτίμηση από τον αναισθησιολόγο.

ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η εκτέλεση των υποκλισμών και η χορήγηση καθαρτικών φαρμάκων έγινε κατόπιν εντολής του ιατρού. Άρχισε αντιβίωση ενδοφλεβίως κατόπιν ιατρικής εντολής. Αυτά έγιναν το απόγευμα της προηγούμενης μέρας πριν το χειρουργείο καθώς και η καθαριότητα του σώματος του ασθενούς.

Η αποτρίχωση της κοιλιακής χώρας έγινε έτσι ώστε η περιοχή που θα δεχτεί την τομή να είναι καθαρή. Το βράδυ πριν από το χειρουργείο η νοσηλεύτρια χορηγεί στον ασθενή ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο μετά από εντολή του ιατρού για την εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Το πρωί του χειρουργείου η νοσηλεύτρια παρατηρεί και εκτιμά την γενική κατάσταση του ασθενούς.

Επίσης κάνει την καθιερωμένη θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση και ενημερώνει την λογοδοσία καθώς και τον θεράποντα ιατρό.

Τοποθετεί στον ασθενή τα κατάλληλα ρούχα του χειρουργείου, του αφαιρεί ξένα αντικείμενα που υπάρχουν πάνω του (βέρα, οπωσδήποτε ξένα δόντια κ.τ.λ.).

Μετά από όλα αυτά προβαίνει στην προνάρκωση η οποία έχει καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο.

Η νοσηλεύτρια με την αποχώρηση του ασθενούς (για το χειρουργείο) ετοιμάζει το κρεβάτι, έτσι ώστε να είναι έτοιμο να δεχθεί τον χειρουργημένο.

Η παραλαβή του ασθενούς από το χειρουργείο γίνεται από την νοσηλεύτρια του τμήματος η οποία τοποθετεί τον ασθενή στην κατάλληλη

θέση και λαμβάνει καταγράφει τα ζωτικά σημεία στο νοσηλευτικό διάγραμμα του.

Κατά το πρώτο 6/ωρο.

Η νοσηλεύτρια του τμήματος παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του ασθενούς ανά 30 λεπτά το πρώτο 3ωρο και ανά 1 ώρα κατά το δεύτερο 3ωρο.

Ελέγχει το τραύμα και τις παροχeteύσεις για τυχόν αιμορραγία.

Τηρεί αυστηρά την καθορισμένη φαρμακευτική αγωγή.

Ενημερώνει στον ασθενή για την κατάσταση του και τον στηρίζει ηθικά.

Κατά το πρώτο 24/ωρο.

Η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για όλα τα παραπάνω καθώς και για την παροχή ούρων και παροχeteύσεων. Τον παρακολουθεί για τυχόν επιπλοκές (αιμορραγία- μεταβολή στον καρδιακό ρυθμό). Επίσης βοηθά τον ιατρό στην αλλαγή και στην καθαριότητα του τραύματος για τυχόν αλλαγή.

Κατά το 2^ο 24/ωρο.

Η 3ωρη θερμομέτρηση και η Α.Π. γίνονται κάθε 3ωρο, αντιμετωπίζουμε τον ενδεχόμενο μετεωρισμό τοποθετώντας ένα σωλήνα αερίων, καθ' υπόδειξη του θεράποντα ιατρού. Τηρεί αυστηρά τους κανόνες ασηψίας και αντισηψίας στις αλλαγές.

Κινητοποιούμε τον άρρωστο και του χορηγούμε παυσίπονα επί πόνου μετά από ιατρική εντολή.

Κατά το 3^ο 24/ωρο.

Μετά από την επίσκεψη του ιατρού και κατόπιν εντολής του, ο ασθενής αρχίζει την λήψη υγρών από το στόμα και ελέγχεται για τις κενώσεις ή την λειτουργία της στομίας.

Καταγράφονται στην λογοδοσία οι κενώσεις του ασθενούς, ο αριθμός των κενώσεων, το χρώμα και εκτιμάται η λειτουργία του εντέρου κατά τα επόμενα 24ωρα.

Κατά την 2^η εβδομάδα

Ο ασθενής είναι έτοιμος να αποχωρήσει από το νοσοκομείο αφού πριν έχει ενημερωθεί από τον ιατρό για τα φάρμακα που θα λαμβάνει στο σπίτι καθώς και για το διαιτολόγιο του.

Επίσης ενημερώνεται και για τον περιοδικό έλεγχο που θα πρέπει να υποβάλλεται στην αρχή κάθε 3-6 μήνες για να παρακολουθείτε η λειτουργία του εντέρου, και αργότερα κάθε χρόνο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Φ. ΕΞΕΤΑΣΗ	κάθε 3-4 μήνες επί 2 χρόνια 6-12 μήνες επί 3 χρόνια
Αιματολογικές εξετάσεις	κάθε 3-4 μήνες επί 2 χρόνια κάθε 6-12 μήνες επί 3 χρόνια
α/α Θώρακος	κάθε 6 μήνες επί 2 χρόνια κάθε 12 μήνες επί 3 χρόνια
Σιγμοειδοσκόπηση	κάθε 6 μήνες επί 2 χρόνια κάθε 12 μήνες επί 3 χρόνια
Κολονοσκόπηση	1 φορά ετησίως
Βαριούχος υποκλυσμός αντί για κολονοσκόπηση	
Αίμα στα κόπρανα;	κάθε 3-4 μήνες επί 2 χρόνια

Υπέρηχοι ύπατος
C-T κοιλίας

κάθε 6-12 μήνες επί 3 χρόνια
κάθε 6-12 μήνες επί 5 χρόνια
κάθε 1 φορά το χρόνο

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ **ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ**

1. Όταν ένας άνθρωπος πάσχει από καρκίνο του λεπτού ή παχέος εντέρου έχει ανάγκη από βοήθεια. Ο –Η νοσηλεύτρια προσφέρει πολύ μεγάλη βοήθεια και ψυχική και σωματική.
2. Η πιο ικανοποιητική θεραπεία σ’ ένα τέτοιο πρόβλημα είναι η χειρουργική επέμβαση (κολοστομία). Η επιβίωση του αρρώστου εξαρτάται από το στάδιο της νόσου.
3. Η κολοστομία είναι μια βαρειά αναπηρία με την οποία ο άρρωστος πρέπει να συνηθίσει να ζει. Ο – Η νοσηλεύτρια θα παίζει εδώ πολύ βασικό ρόλο. Τον διδάσκει το πώς γίνεται η περιποίηση της κολοστομίας, γιατί γίνεται, τις τροφές που θα πρέπει να τρώει αλλά και ποιες πρέπει να αποφεύγει.
4. Όταν στην ομάδα υγείας, υπάρχει συνεργασία είναι προς όφελος της σωστής και αποτελεσματικής θεραπείας του αρρώστου. Με την συνεργασία αυτή τα ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζει ο ασθενής, θα τα εξωτερικεύσει πιο εύκολα, με αποτέλεσμα, να τον βοηθήσει ο –η νοσηλεύτρια και να βρει μια λύση ή έστω να δεχθεί την κολοστομία του.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Ποιες είναι οι συνηθέστερες παθήσεις της περιοχής; Οι συνηθέστερες παθήσεις του πρωκτού είναι οι αιμορροΐδες, τα περιεδρικά αποστήματα και συρίγγια, η κύστη κόκκυγος, η ραγάδα του δακτυλίου, ο κνησμός, τα καλοήθη και τα κακοήθη νεοπλάσματα.
2. Σε ποια νοσήματα οφείλεται η εμφάνιση αίματος από τον πρωκτό; Το αίμα από τον πρωκτό μπορεί να οφείλεται σε αιμορροΐδες. Ραγάδα, πολύποδες και κακοήθη νεοπλάσματα του εντέρου, εκκολπώματα, αγγειοδυσπλασίες και άλλες παθήσεις.
3. Τι πρέπει να κάμει κάποιος που παρατηρήσει αίμα τα κόπρανα; Εάν κάποιος παρατηρήσει αίμα στα κόπρανα του ή στον πρωκτό. Θα πρέπει απαραίτητα να επισκεφθεί τον ιατρό για να διευκρινίσει το θέμα. Το αίμα μπορεί να οφείλεται σε αιμορροΐδες ή σε κάποια άλλη σοβαρότερη αίτια, όπως π.χ. πολύποδες ή κακοήθη νεοπλάσματα. Σε περίπτωση εμφάνισης αίματος από τον πρωκτό, θα πρέπει απαραίτητα να γίνει ενδοσκόπηση για να αποκλεισθούν τα παραπάνω, έστω και εάν συνυπάρχουν αιμορροΐδες.
4. Σε ποιες περιπτώσεις δυσκοιλιότητας είναι η διαγνωστική διερεύνηση επιτακτική; Ειδικότερα οι ασθενείς που παρουσιάζουν αιφνίδια δυσκοιλιότητα, αδυναμία υποβολής αερίων ή κοπράνων, πολύ λεπτά κόπρανα, πόνο στη κοιλιά και μετεωρισμό (φουσκώματα), αδικαιολόγητη απώλεια βάρους ή εμφάνιση αίματος στα κόπρανα θα πρέπει απαραίτητα να συμβουλευόνται τον ιατρό τους.
5. Ποια είναι η αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας; Η θεραπεία της δυσκοιλιότητας, εάν με την κατάλληλη διαγνωστική διερεύνηση αποκλεισθεί κάποια οργανική βλάβη (νεόπλασμα, στένωση) θα πρέπει να ξεκινήσει με την αλλαγή των συνηθειών διατροφής. Η διατροφή των ασθενών θα πρέπει να περιλαμβάνει σε

μεγαλύτερο ποσοστό λαχανικά και φρούτα. Υπάρχουν και ορισμένα διατροφικά βοηθήματα που περιέχουν αφθονία φυτικών ινών, π.χ. πίτουρο. Επίσης πρέπει να λαμβάνονται άφθονα υγρά. Μεγάλη σημασία έχει ο καλός προγραμματισμός των συνηθειών της αφόδευσης, η οποία συνήθως επιτυγχάνεται μετά το πρωινό γεύμα.

6. Σε τι σκοπεύει η πρόληψη των νεοπλασμάτων του ορθού και του πρωκτού;

Οι πολύποδες εμπεριέχουν ένα σημαντικό δυναμικό εξαλλαγής σε κακοήθεια. Εάν οι πολύποδες παραμείνουν, υπάρχει σημαντικός κίνδυνος εξαλλαγής των (μετάπτωσης σε κακοήθη νεοπλάσματα). Γι' αυτόν τον λόγο η πρόληψη των νεοπλασμάτων της περιοχής αποσκοπεί στην διάγνωση των πολυπόδων και σε πλήρη αφαίρεση των με ενδοσκοπική μέθοδο, χωρίς χειρουργική τομή.

7. Ποιοι είναι οι άνθρωποι υψηλού κινδύνου για νεοπλάσματα της περιοχής;

Τα άτομα με υψηλό κίνδυνο για να εμφανίσουν κακοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου είναι οι παρακάτω κατηγορίες:

- Ατομικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου.
- Αδενώματα παχέος εντέρου.
- Κληρονομούμενα γενετικά σύνδρομα.
- Ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του παχέος εντέρου (ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn).

8. Με ποια διαγνωστικά μέσα γίνεται η πρώιμη διάγνωση και επακόλουθα η πρόληψη των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου;

Οι διαγνωστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται ευρύτερα για την πρώιμη διάγνωση των πολυπόδων στο παχύ έντερο είναι ο έλεγχος των κοπράνων για μικροσκοπική αιμορραγία, η σιγμοειδοσκόπηση και ο βαριούχος υποκλυσμός.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τη μελέτη του καρκίνου παχέος εντέρου δόθηκαν πολλά ερεθίσματα για τις εξής προτάσεις:

- 1) Ο ρόλος του –της νοσηλεύτριας όσο αφορά την πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου είναι μεγάλος. Αποτελεί τον κρίκο μεταξύ γιατρού και αρρώστου, καθώς επίσης και με τους συγγενείς, φίλους αλλά και γνωστούς του αρρώστου. Λόγω της φύσεως του νοσηλευτικού της έργου έχει πολλές δυνατότητες και ευκαιρίες ως προς την υγειονομική διδασκαλία και διαφώτιση. Πρέπει να γνωστοποιήσει σε κάθε άτομο ότι με τις πρώτες αλλαγές που θα δει στις κενώσεις του εντέρου, επιβάλλεται να επισκεφτεί αμέσως το γιατρό. Έτσι ο καρκίνος του παχέος εντέρου θα προληφθεί και δεν θα υπάρξουν δυσάρεστες εξελίξεις της νόσου.
- 2) Σε πολλά κράτη αδελφές και συνήθως παραϊατρικό προσωπικό, επισκέπτονται σε τακτά χρονικά διαστήματα τους αρρώστους στο σπίτι τους όπου και τους παρέχουν τις ειδικές φροντίδες και παρακολουθούν για την ομαλή λειτουργία των στομίων. Είναι ένας καλός τρόπος αντιμετώπισης, που θα μπορούσαμε να τον υιοθετήσουμε και στην Ελλάδα. Επίσης υπάρχουν σύλλογοι που τα μέλη τους έχουν τον ίδιο τύπο αναπηρίας. Είναι σημαντική η ψυχολογική ωφέλεια του αρρώστου όταν συναναστρέφεται ομοίους του. Πολλές φορές οι άρρωστοι οι οποίοι θα υποβληθούν σε τέτοιου τύπου εγχειρήσεις επισκέπτονται από την προεγχειρητική ακόμα περίοδο άλλους αρρώστους με το ίδιο πρόβλημα, συνομιλούν μαζί τους και πολλά προβλήματα με τον τρόπο αυτό λύνονται πριν ακόμα γεννηθούν. Ο ασθενής μέσα στην ομάδα αισθάνεται ότι είναι χρήσιμος στους άλλους. Στην ομάδα δίνεται έμφαση στις αξίες και

προτεραιότητες κάθε ατόμου που πλέον κινητοποιείται να ζήσει το υπόλοιπο της ζωής του κατά το καλύτερο τρόπο. Είναι πάνω από 25 χρόνια που στομημένα άρρωστοι με καλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή ίδρυσαν τους πρώτους συλλόγους τους. Ήδη το 1972 οι ανάλογοι σύλλογοι μόνο στην Αμερική έφθασαν τους 129. Αργότερα, με συνεργασία και των αντίστοιχων Ευρωπαϊκών συλλόγων, σχηματίστηκε η Παγκόσμια Ομοσπονδία. Το 1983 λειτούργησε ανάλογος σύλλογος «Όμιλος ειλεοστομίας και κολοστομίας» και στην Ελλάδα που έκδοσε και λίγα τεύχη περιοδικού με τον τίτλο «Αποκατάσταση». Επιβάλλεται η ενθάρρυνση των κυβερνήσεων ώστε να αυξηθούν αυτά τα ιδρύματα.

- 3) Πρέπει να αναπτυχθούν προοπτικές μελέτες οικογενειών με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου ή ατόμων με πρόδρομες καταστάσεις. Να μελετηθούν προοπτικά άτομα σε επαγγέλματα με υψηλό κίνδυνο και να εξετάσουμε ποια άτομα αναπτύσσουν καρκίνο και ποια όχι. Να μελετηθούν ομάδες ατόμων κάτω από έντονες συνθήκες χωρίς έξοδο διαφυγής και να εξετάσουμε την επίπτωση του καρκίνου για ορισμένη εντόπιση. Όλα αυτά για να έχουμε ολιστική προσέγγιση στον καρκίνο και να μπορέσουμε κάποτε να τον νικήσουμε. Υποστήριξη των ιδρυμάτων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου.
- 4) Να γίνει εξοπλισμός των νοσοκομείων με κατάλληλα μηχανήματα για να γίνονται γρήγορα όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις και να έχουμε έτσι γρήγορη πρόληψη. Ακόμη ύπαρξη εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, όπως και ψυχολόγου και κοινωνικού λειτουργού.
- 5) Προσπάθεια όλης της υγειονομικής ομάδας για καλύτερη διαβίωση του αρρώστου μέσα στο νοσοκομείο. Να νοσηλεύονται σε κάθε θάλαμο άρρωστοι με το ίδιο πρόβλημα και να υπάρχουν καλές συνθήκες υγιεινής.

- 6) Παρότρυνση σε υγιεινές συνθήκες ζωής και διατροφής. Αποφυγή καπνίσματος, αλκοόλ, εστιών μόλυνσης.
- 7) Τα μέσα ενημέρωσης (ραδιόφωνο, τηλεόραση, τύπος) να ενταχθούν στην υπηρεσία διαφώτισης του κοινού για την πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου. Επίσης να γίνουν διάφορα επιμορφωτικά προγράμματα με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς του κοινού απέναντι στην ασθένεια και στους ίδιους τους ασθενείς που πάσχουν από αυτή.
- 8) Οι προσπάθειες που γίνονται για να περαστούν τα μηνύματα της πρόληψης στους ενήλικες είναι πολύ δύσκολες και τα αποτελέσματα είναι συχνά αμφίβολα και αμφισβητήσιμα. Οι προκαταλήψεις, οι φόβοι, οι συνήθειες, η στάση απέναντι στην αρρώστια, τα αρχέτυπα της κοινωνικής συμπεριφοράς και το στυλ της ζωής καθιερώνονται πολύ νωρίς στην ζωή των ανθρώπων. Αποκτά, έτσι, τεράστια σημασία το να ενημερώσουμε τα παιδιά σε πολύ μικρές και τρυφερές ηλικίες για την φύση του καρκίνου, την διαδικασία της καρκινογένεσης και την δυνατότητα και αναγκαιότητα για πρόληψη του καρκίνου τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε κοινοτικό. Η προσπάθεια της ενημέρωσης των παιδιών μέσα στο σχολείο ολοκληρώνεται με μικρής διάρκειας βιντεοταινίες με κινούμενα σχέδια που προβάλλουν τις ιδέες της πρόληψης του καρκίνου με απλά και εύληπτο τρόπο.
- 9) Δεν πρέπει να προβάλλονται από την τηλεόραση σχολιαστές, παρουσιαστές, προσκεκλημένοι και να προβάλλουν το μοντέλο συμπεριφοράς του καπνιστή. Επίσης οι εργαζόμενοι στα επαγγέλματα υγείας (γιατροί, νοσηλευτές) δεν επιτρέπεται κατά τον χρόνο άσκησης των επαγγελματικών τους καθηκόντων να προβάλλουν δημόσια το μοντέλο συμπεριφοράς του εξαρτημένου από το κάπνισμα ατόμου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η διαφώτιση για την πρόληψη της νόσου, η έγκαιρη διάγνωση, η χειρουργική εξαίρεση του όγκου, η άριστη ψυχοσυναισθηματική προετοιμασία του αρρώστου, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική αντιμετώπιση του και η σωστή αποκατάσταση αποτελούν τα θεμέλια για μια σχετικά καλή πρόγνωση της νόσου και καλή ποιότητα ζωής του αρρώστου με καρκίνο παχέος εντέρου.

Η προσοχή όλων των υγειονομικών φορέων πρέπει να στραφεί κυρίως πρέπει να στραφεί κυρίως προς τη διαφώτιση του κοινού για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Η συμβολή του-της νοσηλεύτριας σε όλες τις φάσεις δηλαδή στην πρόληψη, ανίχνευση, θεραπεία, αποκατάσταση είναι εξαιρετικά σημαντική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ.Δ.:** Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, «Παθήσεις του παχέος εντέρου», Τόμος Β', Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1989, σελ. 432-548.
- 2. ΠΑΠΑΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Ν.Ξ.:** «Ειδική Παθολογική Ανατομική», Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1986.
- 3. ΣΑΒΒΑ Α.Π.:** Καθηγητής Ανατομικής Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, «Μαθήματα ανατομικής του ανθρώπου», Εκδόσεις Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1990.
- 4. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ Α:** Καθηγητής Χειρουργικής Π.Α. «10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής Παχέος Εντέρου» Αθήνα 30 Ιουνίου – 1 Ιουλίου 1993.
- 5. ΦΙΛΙΠΠΑΚΗΣ Μ.:** Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. «21^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο» «Νέες χειρουργικές μεθόδους στην αντιμετώπιση του καρκίνου παχέος εντέρου». Αθήνα, Μάιος 1995.
- 6. ΣΤΑΥΡΑΚΑΚΗΣ Ι.:** Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. «8^ο Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο Χειρουργικής» «Μελέτη των παθήσεων του πρωκτού» Αθήνα, Νοέμβριος 1996.
- 7. ΚΑΡΑΠΑΝΟΣ Ι:** Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, «XXX Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής», Αθήνα 1996.
- 8. ΚΟΥΡΙΑΣ Ε:** Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, «XXI Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής», «Αντιμετώπιση των αποστημάτων και Συριγγίων του πρωκτού» Αθήνα 1998.
- 9. ΠΟΛΥΜΕΝΕΑΣ Γ:** Καθηγητής Γαστρεντολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, «6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντολογίας «Εργαστηριακή Διαγνωστική προσέγγιση της ακράτειας κοπράνων» Αθήνα 1998.
- 10. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ Α:** Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών «XXI Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής» «Εργαστηριακή διερεύνηση της ανατομικής και λειτουργικής ακεραιότητας του έσω και έξω σφιγκτήρα του πρωκτού» Αθήνα 1998.

11. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ Γ: Καθηγητής Γαστρεντολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης «1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθήσεων, Παχέως Εντέρου – Πρωκτού» «Ακράτεια κοπράνων μετά από διαστολή δακτύλου» Αθήνα 2002.

12. ΚΟΜΠΟΡΟΖΟΣ Β.: Καθηγητής Γαστρεντολογίας Ι.Σ.Π.Α. «1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθήσεων Παχέως εντέρου – πρωκτού» «Ακράτεια κοπράνων μετά από διαστολή δακτύλου» Αθήνα 2002.

13. ΑΛΒΑΝΟΣ Γ.: Καθηγητής Ανατομίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων: «1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Παθήσεων Παχέως Εντέρου» «Αντιμετώπιση της ολικής προπτώσεως του ορθού» Αθήνα 2002.

14. ΛΕΑΝΔΡΟΣ Ε: Καθηγητής Φυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών: «Απεικόνιση των περιεδρικών αποστημάτων και συριγγίων» Αθήνα, 13-17 Νοεμβρίου 1998.

15. ΣΑΚΟΡΑΦΑΣ Γ.: Καθηγητής Χειρουργικής Π.Θ. «Νεοπλάσματα πρωκτών επί εδάφους περιεδρικών συριγγίων» Αθήνα 2002.

16. ΧΑΤΖΗΜΗΝΑ Ι.Σ.: Καθηγητής Πειραματικής Φυσιολογίας Ιατρικής «Επίτιμη Φυσιολογία» Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 1987.

17. ΦΙΛΙΠΠΑΚΗΣ Μ.: Καθηγητής Χειρουργικής «Σημαντική εξέλιξη στη διαγνωστική των παθήσεων του πρωκτού» Ελληνική Χειρουργική 1995.

18. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ Α: Καθηγητής Χειρουργικής Π.Α. «20^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντολογίας» «Η αντιμετώπιση της ολικής προπτώσεως του ορθού» Αθήνα 2000.

19. ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Α: Καθηγητής Πειραματικής Φυσιολογίας Ιατρικής: «XXII Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής «Υπερηχοτομογραφική και μονομετρική διερεύνηση» Αθήνα 1996.

20. ΓΙΑΝΝΙΚΟΥΛΗΣ Χ.: Καθηγητής Παθοφυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών «Η συχνότητα και η κλινική σημασία των εγχειρητικών τραυματισμών του έσω και έξω σφιγκτήρα του πρωκτού» Αθήνα 2002.

21. ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Ν.: Καθηγητής Πειραματικής φυσιολογίας Ιατρικής: «ΙΒ Ιατρικό Συνέδριο, «Διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα» 1990.

22.ΜΠΑΡΛΑΣ Α: «50^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας» «Αντιμετώπιση της ακράτειας καρκινοπαθούς» Αθήνα 1990.

23.ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ., ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Α: «Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με Ca» Εκδόσεις ΦΛΟΓΑ, ΑΘΗΝΑ 1986.

24. ΥΛΙΚΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ COLOPLAST [ΕΔΡΑ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ]

25.ΘΕΜΑΤΑ «ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ» «Αντιμετώπιση του πόνου σε καρκινοπαθείς» Αθήνα 1990.

26.Πληροφορίες από το INTERNET: <http://www.colorectal.gr/works/greeknak.htm>. Athens colorectal Laboratory, Μάιος 2004.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. GANONG F. WILLIAM: Καθηγητής Φυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Καλιφόρνιας, Μετάφραση Ι. Χατζημηνά, «Ιατρική Φυσιολογία», Τόμος Β'. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1977, σελ. 558-561, 568-574, 558-597.

2. DESPOPOULOS A Sibernagl 5: Εγχειρίδιο Φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα έκδοση 3^η, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας: Αθήνα 1989, σελ. 210-230.

3. L. GIAVELLI. Anatomia – Pathologia, 2000.