

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΠΕΤΡΟΥ ΓΙΑΣΙΜΩ

ΠΑΤΡΑ 2005

*“Αφιερώνεται σε όλους τους καρκινοπαθείς
που καθημερινά δίνουν την δική τους μάχη”*

Ευχαριστώ:

- Γενικό Νοσοκομείο Πατρών "Άγιος Ανδρέας".
- Δημοπούλου Ειρήνη





ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
---------------	---

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

A) Ανατομία του παχέος εντέρου	6
B) Φυσιολογία του παχέος εντέρου.....	9
Γ) Νεύρωση του παχέος εντέρου.....	11
Δ) Μικροβιολογία του παχέος εντέρου.....	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

A) Επιδημιολογικά δεδομένα καρκίνου παχέος εντέρου	14
B) Παράγοντες κινδύνου της νόσου	17
Γ) Συμπτωματολογία.....	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

A) Παθολογοανατομία.....	2
B) Σταδιοποίηση	27
Γ) Κλινική εικόνα	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

A) Διάγνωση της νόσου	32
B) Διαφοροδιάγνωση της νόσου	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

A) Θεραπευτική αντιμετώπιση	35
B) Εγχειρητική παχέος εντέρου – Εντεροστομία.....	39
Γ) Πρόγνωση	45
Δ) Διαιτητικές προφυλάξεις για τον καρκίνο του κόλου και του ορθού	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

A) Προεγχειρητική φροντίδα αρρώστου που πρόκειται να υποστεί Κολοστομία	48
B) Μετεγχειρητική φροντίδα αρρώστου με Κολοστομία	49
Γ) Αποκατάσταση αρρώστων με τελική Κολοστομία	53
Δ) Έξοδος από το νοσοκομείο με κολοστομία – Διδασκαλία ασθενούς	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

A) Διατροφή καρκινοπαθή	56
B) Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	57

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A) Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασία.	
- Κλινική περίπτωση I	61
- Κλινική περίπτωση II	72
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	86

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αν κατά τη διάρκεια της ζωής σας προσβληθείτε από καρκίνο, πολλά πράγματα θ' αλλάξουν. Είτε το γεγονός αφορά εσάς, είτε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας, είτε ακόμα κάποιο φιλικό σας πρόσωπο, ο αντίκτυπος από τη διάγνωση του καρκίνου είναι ο ίδιος. Είναι σαν να σας χτύπησε αυτοκίνητο.

Ξαφνικά αναπτύσσονται νέα συναισθήματα, το σπουδαιότερο από τα οποία είναι ο απέραντος φόβος για μία νέα και άγνωστη νόσο. Νέα ερωτήματα ανακύπτουν: Τι μπορεί να γίνει για να θεραπευτώ; Θα πονάω; Πώς μπορώ να ζήσω με τη νόσο αυτή; Μήπως πρέπει να πεθάνω;

Η ζωή σας και η ζωή των προσφιλών σας προσώπων επηρεάζεται ποικιλότροπο και καθοριστικά.

Στόχος και επιθυμία μου είναι να κατανοήσει ο κάθε αναγνώστης μέσα από αυτή την εργασία όσο γίνεται λεπτομερέστερα και πληρέστερα τι ακριβώς θα αντιμετωπίσει και τι μπορεί να προσδοκά.

Θα περιγράψω λοιπόν με απλά λόγια τις λεπτομέρειες και τις επιπτώσεις του καρκίνου του παχέος εντέρου, θα εξηγήσω ποιοι τρόποι θεραπείας υπάρχουν, τι περιλαμβάνουν και τι πρέπει να κάνει για να αποβληθεί στη καλύτερη δυνατή, στον συντομότερο δυνατό χρόνο και με όσο γίνεται μικρότερη ανησυχία και αβεβαιότητα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ANATOMIA

Το παχύ έντερο εκτείνεται από το τέλος του ειλεού μέχρι του πρωκτικού δακτυλίου. Λειτουργικά διακρίνεται στο δεξιό και στο αριστερό κόλο με βάση τις μεσεντερικές και περιτοναϊκές προσφύσεις που διαχωρίζεται σε 6 τμήματα.

1. Τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση (8-10cm).
2. Ανιόν κόλο (35-45cm).
3. Εγκάρσιο κόλο (35-45cm).
4. Κατιόν κόλο (22-30cm).
5. Σιγμοειδές κόλο (12-75cm μέσος όρος 35cm).
6. Ορθό (10-12cm).

Το τυφλό και το ανιόν μαζί με το κεντρικό τμήμα του εγκαρσίου (2/3), αποτελούν το δεξιό κόλο, το δε υπόλοιπο τμήμα αποτελεί το αριστερό κόλο. Το συνολικό μήκος του παχέος εντέρου ποικίλει κατά πολύ στα διάφορα άτομα, κατά μέσο όρο όμως φτάνει το 1,5cm. Το ανιόν και το κατιόν τμήμα του παχέος εντέρου είναι καθηλωμένα στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο ενώ το εγκάρσιο και το σιγμοειδές κρέμονται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα από το αντίστοιχο μεσόκολο.

Το τοίχωμα του παχέος εντέρου εμφανίζει τέσσερις χιτώνες: βλεννογόνο, υποβλεννογόνο, μυϊκό και ορογόνο. Ο μυϊκός αποτελείται από μια έσω κυκλοτερή στοιβάδα και μια έξω επιμήκη της οποίας οι μυϊκές ίνες συγκεντρώνονται και σχηματίζουν τις τρεις κολικές ταινίες. Οι κολικές κυψέλες είναι φυσιολογικά κυκλοτερή εκκολπώματα του τοιχώματος τα οποία δημιουργούνται αφενός μεν λόγω συσπάσεων των κυκλοτερών μυϊκών ινών και αφετέρου λόγω του ότι οι κολικές ταινίες είναι βραχύτερες από το μήκος του εντέρου. Υπάρχουν τέλος και οι επιπλοϊκές αποφύσεις, οι οποίες είναι μορφώματα από λιπώδη ιστό και κρέμονται από τον ορογόνο χιτώνα.

Το ορθό έχει μήκος περίπου 12-15cm. Αρχίζει στο σημείο που τελειώνει το μεσόκολο του σιγμοειδές και τελειώνει στην κορυφή του προστάτη ή το κάτω τεταρτημόριο του κόλπου όπου διατρύπια το πυελικό τοίχωμα που σχηματίζεται από την ομάδα μυών του ανεγκήρα, του περινέου. Στον άνδρα μπροστά από το ορθό, το περιτόναιο ανασπάται προς τα πάνω κατά μήκος του οπίσθιου τοιχώματος της ουροδόχου κύστης, σχηματίζονται την ορθοκυστική πτυχή και θύλακο. Στις γυναίκες, ανάλογα, σχηματίζεται η ορθομητρική πτυχή και θύλακος (Duglass). Αυτό έχει διπλή σημασία αφενός όγκοι ή αποστήματα που εντοπίζονται στο χώρο του Duglass ψηλαφώνται εύκολα με τη δακτυλική εξέταση και αφετέρου κατά την εκτέλεση βιοψιών ή καυτηριασμών για βλάβες του ορθού είναι δυνατό να προκληθεί ιατρογενής διάτρηση μέσα στη περιτοναϊκή κοιλότητα.

Ο βλεννογόνος του ορθού σχηματίζει τρεις εμφανείς πτυχώσεις που ονομάζονται βαλβίδες του Houston που θα πρέπει να ελέγχονται επισταμένα κατά την ορθοσκόπηση γιατί μπορεί να αποκρύπτουν κάποια βλάβη.

Η αιμάτωση του παχέος εντέρου από την ειλεοτυφλική συμβολή μέχρι περίπου τη μεσότητα του εγκάρσιου γίνεται από την ειλεοκολική, δεξιά κολική και μέση κολική αρτηρία, οι οποίες είναι κλάδοι της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Το υπόλοιπο τμήμα του παχέος εντέρου μέχρι το ορθό, αγγειώνεται από την αριστερά κολική και τις σιγμοειδικές αρτηρίες, οι οποίες είναι κλάδοι της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας. (Εικ. 1).

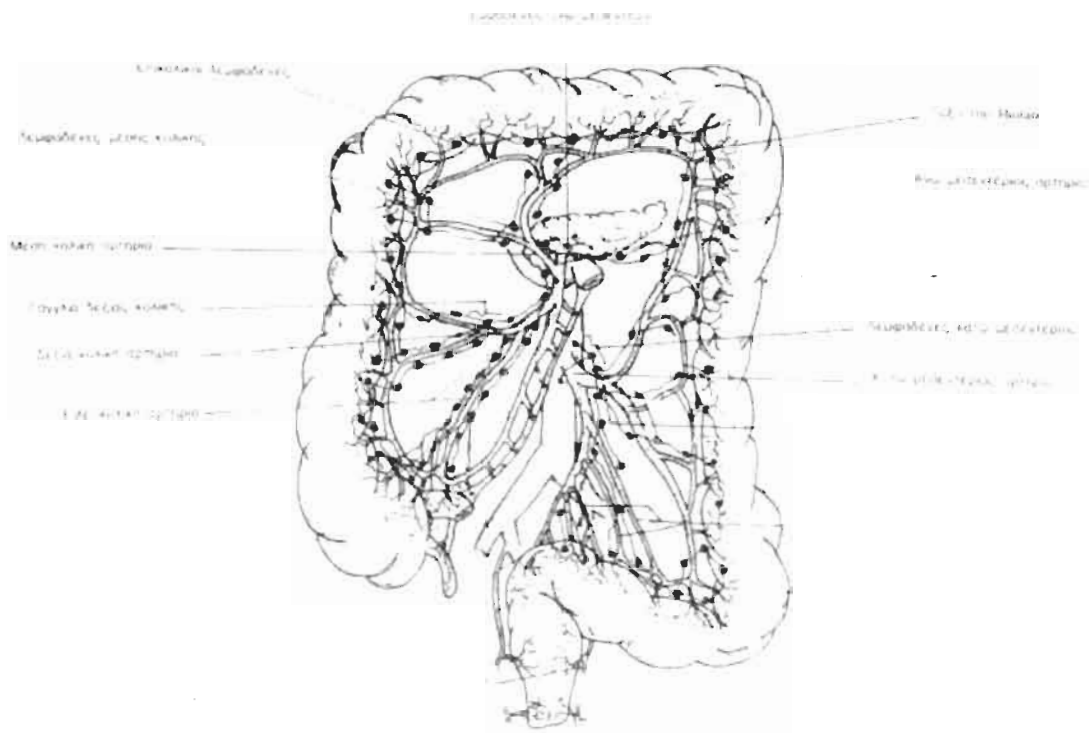
Η αγγείωση του ορθού γίνεται από την άνω αιμορροϊδική, τη μέση αιμορροϊδική και την κάτω αιμορροϊδική. Υπάρχουν πολλές παραλλαγές στην αγγείωση του παχέος εντέρου μόνο στο 15% των ατόμων αυτή είναι τυπική.

Οι φλέβες του παχέος εντέρου συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες. Έτσι η κάτω μεσεντερική φλέβα αθροίζει το αίμα από την άνω μοίρα του ορθού μέχρι και της αριστεράς κολικής καμπής και εκβάλλει συνήθως στη σπληνική και σπανιότερα στην άνω μεσεντερική, ενώ η άνω μεσεντερική αθροίζει το αίμα του υπόλοιπου τμήματος του παχέος και λεπτού εντέρου, του παγκρέατος και τμήματος του στομάχου και σχηματίζει με τη σπληνική την πυλαιά φλέβα. Το αίμα από το κατώτερο τμήμα του ορθού αποχετεύεται μέσω της έσω λαγονίου στην κάτω κοίλη φλέβα.

Η λέμφος του παχέος εντέρου συγκεντρώνεται σε δίκτυα λεμφαγγείων που διακλαδίζονται στην υποβλεννογόνιο και υπορογογόνιο στοιβάδα του

εντερικού τοιχώματος και από τα οποία διαμέσου μεγαλύτερων λεμφαγγείων, που συνοδεύουν τις αρτηρίες και τις φλέβες, αποχετεύεται τελικά στη χολυφόρο δεξαμενή.

Η ύπαρξη βαλβιδών μέσα στα λεμφαγγεία εμποδίζει την παλίνδρομη ροή της λέμφου. Οι λεμφαδένες εντοπίζονται κατά μήκος της επιχείλιας αρτηρίας, των αγγειακών τόξων και των κύριων κολικών αγγείων.^{1,2}



Εικ. 1: Σχηματική απεικόνιση του αρτηριακού και λεμφικού δικτύου του παχέος εντέρου. (Οι φλέβες συνοδεύουν πιστά τις αρτηρίες).

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι οι εξής:

1. Απορρόφηση: Η κύρια λειτουργία του παχέος εντέρου είναι η απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών. Το νάτριο, το χλώριο και το νερό απορροφούνται ενεργητικά, η δε συνολική απορροφητική ικανότητα του παχέος εντέρου φτάνει τα 2lit. την ημέρα. Η απορρόφηση είναι εντονότερη στο δεξιό κόλο παρά στο αριστερό. Η διάσπαση του αμύλου που φτάνει στο παχύ έντερο (10-20% του προσλαμβανόμενου) από τη μικροβιακή χλωρίδα αποδίδει τελικά βραχείας αλύσου λιπαρά οξέα τα οποία και αυτά απορροφώνται από το αριστερό ιδίως κόλο.

2. Απέκκριση: Ο βλεννογόμος του παχέος εντέρου αποβάλλει στον εντερικό αυλό κάλιο και διττανθρακικά οπότε, επί μαζικής απώλειας οδηγεί σε μεταβολική οξέωση. Τελικά, η ποσότητα των αποβαλλόμενων κοπράνων είναι 100-300ml/ημέρα, από τα οποία το 70% είναι νερό και το 30% στέρεα συστατικά. Περίπου το μισό των στερών συστατικών είναι μικρόβια της ενδογενούς χλωρίδας, το υπόλοιπο είναι υπολείμματα και επιθηλιακά κύτταρα.

3. Κινητικότητα: Η κινητικότητα του παχέος εντέρου βρίσκεται υπό παρασυμπαθητικό έλεγχο, μέσω του πνευμονογαστρικού και των πνευλικών σπλαχνικών νεύρων. Φυσιολογικά, ο χρόνος διόδου των τροφών στο παχύ έντερο είναι πολύ βραχύς, έτσι ώστε να δίνεται αρκετός χρόνος για την απορρόφηση υγρών και ηλεκτρολυτών. Επιπλέον, στο δεξιό κόλο παρατηρείται συχνά ανάδρομος περισταλισμός, με κύριο σκοπό τη διατήρηση του περιεχομένου στο τυφλό. Στο εγκάρσιο και το κατιόν κυριαρχεί ο δακτυλιοειδής περισταλισμός που μετακινεί το περιεχόμενο σε μικρή απόσταση και προς τις δύο κατευθύνσεις. Όλοι αυτοί οι μηχανισμοί αποσκοπούν στην καθυστέρηση διόδου των κοπράνων και τη συγκράτησή τους στο εγκάρσιο κυρίως.

Το αντανακλαστικό της αφόδευσης προέρχεται από τη διάταση της λυκήθου του ορθού, κατά την οποία διεγείρονται υποδοχείς του τοιχώματος που προκαλούν σύσπασση του ορθού και χάλαση του έσω σφιγκτήρα.

Ταυτόχρονα, ο έξω σφιγκτήρας συσπάται, γεγονός που αποφεύγει την ακράτεια.

Επιπρόσθετα, μετά από κάποιο γεύμα, αυξάνει ο ρυθμός σύσπασης του παχέος εντέρου, αυξάνοντας το χρόνο διόδου του περιεχομένου. Οι συσπάσεις αυτές συχνά διατείνουν το ορθό με κόπρανα, προκαλώντας ένα αντανακλαστικό κένωσης.

Πάρα πολλοί άλλοι παράγοντες επιδρούν στην κινητικότητα του παχέος εντέρου, όπως η φυσική δραστηριότητα, το ποσό των περιεχομένων φυτικών ινών στα κόπρανα (κυτταρίνη, λιγνίνη και μικροκυτταρίνη), καθώς και η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου.^{1,2}

ΝΕΥΡΩΣΗ

Το παχύ έντερο νευρούται από εξωτερικά (εξωτοιχωματικά) και εσωτερικά (ενδοτοιχωματικά) νεύρα παρασυμπαθητικής και συμπαθητικής προέλευσης. Τα εξωτερικά νεύρα ρυθμίζουν τη λειτουργία των εσωτερικών. Η παρασυμπαθητική νεύρωση του δεξιού κόλου γίνεται από τα πνευμονογαστρικά νεύρα και του αριστερού από το δεύτερο, τρίτο και τέταρτο σπλαγχνικά νεύρα. Οι συμπαθητικές ίνες ξεκινούν ως προγαγγλιακές από το ύψος του ένατου θωρακικού μέχρι και του δεύτερου οσφυϊκού νευροτομίου, φθάνουν στα παρασπονδυλικά συμπαθητικά γάγγλια και από εκεί στα μεσεντέρια γάγγλια και πλέγματα κατά μήκος των μεσεντερίων αγγείων. Οι συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές νευρικές ίνες δημιουργούν συνάψεις με τα ενδοτοιχωματικά νευρικά γαγγλιακά πλέγματα για να δώσουν στη συνέχεια μεταγαγγλιακές ίνες οι οποίες νευρώνουν τους εντερικούς αδένες, τα αγγεία και τις μυϊκές ίνες. Το παρασυμπαθητικό διεγείρει την κινητικότητα του εντέρου και την έκκριση των αδένων και αναστέλλει τη σύσπαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, ενώ το συμπαθητικό έχει την αντίθετη δράση.

Το ενδοτοιχωματικό νευρικό σύστημα του παχέος εντέρου αποτελείται από άφθονα γαγγλιακά κύτταρα τα οποία σχηματίζουν το πλέγμα του Auerbach, που εντοπίζεται μεταξύ των δύο μυϊκών στοιβάδων του τοιχώματος και το πλέγμα του Meissner, που εντοπίζεται στην υποβλεννογόνια στοιβάδα. Έλλειψη του ενδοτοιχωματικού νευρικού συστήματος από ένα τμήμα του τοιχώματος προκαλεί απώλεια της κινητικότητας στο τμήμα αυτό, όπως συμβαίνει στο συγγενές megacolon.²

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο στο έμβρυο είναι στείρο και η μικροβιακή χλωρίδα αναπτύσσεται αμέσως μετά τη γέννηση. Ο τύπος της χλωρίδας εξαρτάται τόσο από διαιτητικούς, όσο και από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Υπολογίζεται ότι τα κόπρανα περιέχουν περίπου 400 διαφορετικά είδη βακτηριδίων.

Πάνω από 99% της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου είναι αναερόβια μικρόβια με υπεροχή του *Bacteroides fragilis*, άλλα ανερόβια είναι ο *Lactobacillus fibidus*, κλωστηρίδια και κόκκοι διαφόρων τύπων. Τα αερόβια βακτηρίδια είναι κυρίως τα κολοβακτηρίδια (*Escherihia coli*) και οι εντερόκοκκοι (*Streptococcus faecalis*).

Η χλωρίδα του παχέος εντέρου συμμετέχει σε πολλές φυσιολογικές λειτουργίες. Τα βακτηρίδια διασπούν τις χολοχρωστικές και δίνουν στα κόπρανα το γνωστό χρώμα, ενώ η οσμή των κοπράνων οφείλεται στις αμίνες ινδόλη και σκατόλη που παράγονται επίσης από βακτηριακή δράση. Αποδεσμεύουν επίσης τα χολικά άλατα, επηρεάζουν την κινητικότητα και την απορρόφηση του εντέρου και παράγουν τα εντερικά αέρια μεταξύ των οποίων και το μεθάνιο. Το αέριο αυτό παράγεται μόνο στο 1/3 περίπου του πληθυσμού και, δεδομένου ότι είναι εύφλεκτο, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, όταν στα άτομα αυτά γίνουν χειρισμοί στον αυλό του εντέρου με θερμοκαυτήρα, για τον κίνδυνο ανάφλεξης. Με τη βακτηριδιακή απαμίνωση και τη δράση της ουρεάσης στο παχύ έντερο παράγεται επίσης το 70% της αμμωνία του γαστρεντερικού σωλήνα. Σε φυσιολογικά άτομα η αμμωνία απορροφάται, μπαίνει στην πυλαία κυκλοφορία και διασπάται γρήγορα από το φυσιολογικό ήπαρ. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο σε ασθενείς με κίρρωση, πυλαία υπέρταση ή με πυλαιο-συστηματικές αναστομώσεις, με αποτέλεσμα στην εγκεφαλοπάθεια. Η απορρόφηση της αμμωνίας από το παχύ έντερο εξαρτάται από το pH και αυξάνεται επί αυξημένου pH. Αυτό εξηγεί στην ευεργετική δράση της λακτουρλόζης σε κίρρωτικούς ασθενείς με εγκεφαλοπάθεια. Ο δισακχαρίτης αυτός φτάνει στο κόλο, όπου με τη δράση των βακτηριδίων διασπάται σε οξέα τα οποία ελαττώνουν το pH κι έτσι παρεμποδίζεται η απορρόφηση της αμμωνίας. Τα βακτηρίδια του εντέρου

συμμετέχουν επίσης στην παθοφυσιολογία πολλών νοσημάτων, όπως επίσης και στην άμυνα του οργανισμού κατά των λοιμώξεων. Τέλος, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι αυτά παίζουν αξιόλογο ρόλο την παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ορθού, αποτελεί μείζον ιατροκοινωνικό πρόβλημα εξαιτίας της υψηλής του συχνότητας και της σημαντικής θνησιμότητας. Υπολογίζεται ότι 850.000 άτομα προσλαμβάνονται κάθε χρόνο σε ολόκληρο τον κόσμο. Στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες ο καρκίνος του παχέος εντέρου αντιπροσωπεύει το 15% του συνόλου των νεοπλασιών και ευθύνονται για το 18% των θανάτων από καρκίνο. Έτσι, αποτελεί την τέταρτη σε συχνότητα – μετά τον καρκίνο του προστάτη, του πνεύμονα και του μαστού – και την τρίτη σε θνησιμότητα – με τον καρκίνο του πνεύμονα και του μαστού – νεοπλασματική νόσο. Ένα άτομο ενδιαμέσου κινδύνου ηλικίας 50 ετών έχει 6% πιθανότητα να αναπτύξει τη νόσο μέχρι την ηλικία των 80 ετών και 3% πιθανότητα να πεθάνει από αυτήν. Η εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού αρχίζει την τέταρτη δεκαετία της ζωής και έκτοτε ακολουθεί σταθερά αυξητική πορεία, με μέση ηλικία διάγνωσης τα 65 έτη. Το 90% και πλέον των περιπτώσεων διαγιγνώσκονται μετά το πενήτηκοστό έτος. Η μέγιστη πλειοψηφία των όγκων που εμφανίζονται σε μικρότερη ηλικία οφείλονται ενδεχόμενα σε κληρονομική προδιάθεση. Παρά τις προόδους στη διάγνωση, τη χειρουργική αντιμετώπιση και τη συμπληρωματική θεραπεία, η θνησιμότητα παραμένει υψηλή και ανέρχεται σε 50% περίπου.

Κύριο επιδημιολογικό χαρακτηριστικό της νόσου αποτελεί η ευρεία διακύμανση της επίπτωσής της μεταξύ των διαφόρων χωρών, που εκτείνεται από 3,4 - 35,8 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό. Η μέση επίπτωση του καρκίνου παχέος εντέρου παγκόσμια είναι 16,6 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό για τους άνδρες και 14,7 περιπτώσεις ανά 100.000 περιπτώσεις για τις γυναίκες. Για τον καρκίνο του ορθού οι αντίστοιχοι αριθμοί είναι 11,7 και 7,7 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό. Η μεγαλύτερη επίπτωση παρατηρείται στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες ενώ η μικρότερη στις

αναπτυσσόμενες χώρες της Αφρικής και της Ασίας. Η επίπτωση είναι γενικά μεγαλύτερη στους κατοίκους των αστικών κέντρων σε σχέση με τους κατοίκους των αγροτικών κέντρων. Η Ελλάδα καταλαμβάνει τη χαμηλότερη θέση στην επίπτωση και θνητότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: η επίπτωση ανέρχεται σε 15,2 και θνητότητα σε 8,4 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό. Από τις επιδημιολογικές μελέτες συνάγεται ότι οι γεωγραφικές διαφορές στην επίπτωση της νόσου αφορούν κατά κύριο λόγο το περιφερικό τμήμα του παχέος εντέρου: ο καρκίνος του εγγύς τμήματος του παχέος εντέρου προεξάρχει στις χώρες με υψηλή επίπτωση.

Από πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η μετανάστευση από περιοχές με χαμηλή σε περιοχές με υψηλή επίπτωση συνοδεύεται από δραματική αύξηση της συχνότητας της νόσου, που εξισώνεται με αυτήν της χώρας διαμονής μετά από 2 γενεές, γεγονός που υποδηλώνει την αιτιολογική συνεισφορά περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού στους άνδρες και στις γυναίκες ποικίλει στις διάφορες χώρες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι ίδια και για τα δύο φύλα, ενώ στις περισσότερες χώρες περιλαμβανομένης και της Ελλάδας είναι μεγαλύτερη στους άνδρες, κυρίως όσον αφορά τον καρκίνο του ορθού: αναλογία ανδρών προς γυναίκες 1,3:1,0. Οι μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ γυναικών και ανδρών παρατηρούνται κάτω από την ηλικία των 59 ετών, πιθανά εξαιτίας της ανασταλτικής δράσης των γυναικείων ορμονών στην καρκινογένεση. Ο προστατευτικός ρόλος των οιστρογόνων και της προγεστερόνης υποδηλώνεται και από το γεγονός ότι η χορήγηση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση μειώνει επίσης τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού.

Από την δεκαετία του 1950 παρατηρήθηκε σταθερή αύξηση της επίπτωσης της νόσου στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες, με ετήσιο ρυθμό περίπου 2%, ενώ στο ίδιο διάστημα η θνησιμότητα παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητη. Η βελτίωση της επιβίωσης οφείλεται πιθανά στη θετική επίδραση της πρώιμης διάγνωσης, στη πρόοδο της χειρουργικής καθώς και στην εξέλιξη της κυτταροτοξικής θεραπείας. Στην τελευταία δεκαετία εμφανίζεται αναστολή της αύξησης ή ακόμα και μείωση της επίπτωσης και θνητότητας σε

πολλές Δυτικές Χώρες. Αντίθετα, παρατηρείται ραγδαία αύξηση της επίπτωσης και της θνητότητας σε πολλές χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και Ασίας.

Η φυσική ιστορία της νόσου έχει μεταβληθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Σήμερα ο καρκίνος του παχέος εντέρου αντιπροσωπεύει το 70% του συνόλου των κολο-ορθικών καρκίνων, ενώ ο καρκίνος του ορθού μόλις το 30%. Επιπλέον, έχει αυξηθεί η επίπτωση του καρκίνου του δεξιού κόλου και έχει υπερβεί την αντίστοιχη του αριστερού κόλου. Τα αίτια για τη μεταβολή αυτή δεν είναι γνωστά, αλλά ίσως οφείλεται σε περιβαλλοντικούς, κυρίως διαιτητικούς παράγοντες.^{3,4,5,6}

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο κίνδυνος εμφάνισης μιας νόσου υπολογίζεται με βάση της ύπαρξης παραγόντων κινδύνου, συνθηκών οι οποίες αποδεδειγμένα αυξάνουν τις πιθανότητες κάποιου να νοσήσει από μια δεδομένη ασθένεια. Ειδικά για τον καρκίνο του παχέος εντέρου υπάρχουν διάφοροι παράγοντες κινδύνου όπως:

- **Δίαιτα και Διατροφή.** Η θεωρία ότι οι διαιτητικοί παράγοντες σχετίζονται με τον ορθοκολικό καρκίνο βασίζεται σε επιδημιολογικές μελέτες που δείχνουν ότι η θνησιμότητα αυξάνει σε πληθυσμούς που καταναλώνουν πολλές θερμίδες, πολλές πρωτεΐνες ζωικής προέλευσης και κορεσμένα λίπη και λίγες φυτικές ίνες.

Οι πληθυσμοί που έχουν αυξημένο ποσοστό στεφανιαίας νόσου και υψηλά επίπεδα χοληστερίνης έχουν και αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ορθοκολικού καρκίνου. Κάποια είδη λιπών μπορεί να συμβάλλουν κατά το στάδιο ανάπτυξης του καρκίνου.

Το αλκοόλ είναι ένας ακόμα προδιαθεσικός παράγοντας, χωρίς να είναι καθολικά παραδεκτό. Η αυξημένη πρόσληψη αντιοξειδωτικών συστατικών (όπως βιταμίνη C και E) φαίνεται πως μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης αυτού του καρκίνου. Η ασπιρίνη φαίνεται ότι παρεμποδίζει την ανάπτυξη όγκων του παχέος εντέρου.

- **Ηλικία.** Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου αυξάνει με την ηλικία παρά το ότι σπάνια παρουσιάζεται σε νέα άτομα, 9 στους 10 πάσχοντες είναι άνω των 50 ετών.

- **Παχυσαρκία.** Κυρίως στους άνδρες, η παχυσαρκία συνοδεύεται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Άνδρες βάρος μεγαλύτερο του ιδανικού κατά 35% έχουν 40% μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο.

- **Κάπνισμα.** Σε σειρές μελετών έχουν δειχθεί η άμεση σχέση του καπνίσματος με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Μάλιστα, έχει ενοχοποιηθεί για τη πρώιμη εμφάνιση καρκίνου του παχέος. Σταματώντας το κάπνισμα προφυλασσόμαστε και από πλήθος άλλων καρκίνων (πνεύμονος, λάρυγγα, οισοφάγου, στόματος, ουροδόχου κύστης, νεφρών και παγκρέατος) όπου αυτό εμπλέκεται.

- **Βεβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό.** Οι συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά) ατόμων με καρκίνο του παχέος εντέρου έχουν αυξημένο κίνδυνο, ιδίως αν οι συγγενείς το παρουσίασε σε νεαρή ηλικία. Αν περισσότερα του ενός μέλη της οικογένειας παρουσιάσουν καρκίνο, οι πιθανότητες για τους υπόλοιπους αυξάνουν.

- **Καθιστική ζωή.** Η έλλειψη σωματικής άσκησης επηρεάζει την κινητικότητα του εντέρου με αποτέλεσμα να αυξάνει ο κίνδυνος για ορθοκολικό καρκίνο.

- **Βεβαρυσμένο προσωπικό ιστορικό.** Οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών, μήτρας ή μαστού έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου. Επίσης ασθενής που ήδη παρουσίασε πολύποδες ή καρκίνο μπορεί να ξαναεμφανιστεί. Τέλος, η ελκώδης κολίτιδα, μια φλεγμονώδης νόσο του παχέος εντέρου, ενέχει μεγάλο κίνδυνο να επιπλακεί με καρκίνο. Η σπαστική κολίτις δεν ενέχει κίνδυνο.

- **Μεταλλαξιγόνες ουσίες.** Έχουν βρεθεί και στα ανθρώπινα κόπρανα. Άλλες βρίσκονται στη καθημερινή διατροφή και άλλες παράγονται από τη μικροχλωρίδα του γαστρεντερικού σωλήνα.

- **Κληρονομικότητα.** Παρά τις μεγάλες προόδους της γενετικής δεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμα η σχέση των γονιδίων μας με την εμφάνιση καρκίνου. Εκτιμάται ότι 5-10% των περισσότερων τύπων καρκίνου οφείλονται σε μεμονωμένες μεταλλάξεις γονιδίων που αφορούν οικογένειες. Έτσι, για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, καρκίνος σε γονέα ή αδερφό σημαίνει 1,7 φορές αυξημένη πιθανότητα, ενώ δύο γονείς ή αδέρφια σημαίνει 3πλάσια πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου.

Το να έχει κανείς έναν ή περισσότερους από τους παραπάνω προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου δεν σημαίνει ότι θα αναπτύξει καρκίνο. Έχει όμως περισσότερες πιθανότητες, και πρέπει να είναι περισσότερο ευαίσθητοποιημένους στα θέματα πρόληψης. Μιλώντας με ειδικό ιατρό για αυτά τα θέματα είναι δυνατόν να προγραμματιστεί τακτικό check-up και να διαγνωσθεί – θεραπευτεί έγκαιρα οποιαδήποτε ανωμαλία.^{3,5,7}

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να αναπτυχθεί με ελάχιστα ή χωρίς έγκαιρα προειδοποιητικά συμπτώματα. Πιο συχνά τα συμπτώματα που σπρώχνουν τον άρρωστο να εξετασθεί είναι ποικίλα, και, δυστυχώς συχνά αποτελούν την έκφραση ενός προχωρημένου όγκου. Ορισμένα όμως συμπτώματα κάνουν αμέσως να σκεφτούμε έναν όγκο του εντέρου όπως:

- Διαταραχές της εντερικής διάβασης για παράδειγμα απλή δυσκοιλιότητα, που το ενδιαφέρον της έγκειται στον πρόσφατο χαρακτήρα της, ψευδοδιάρροια που κρύβει μια κοπρόταση, αλληλοδιαδοχή δυσκοιλιότητας και διάρροιας, που μπορεί να φαίνεται κοινή διαταραχή σ' έναν παλιό κλιτικό.
- Διαλείπουσες επώδυνες κρίσεις είναι πιο ενδεικτικές μετά από μια φάση έντονης δυσκοιλιότητας, με σταμάτημα ή δυσκολία αποβολής αερίων.
- Αιμορραγία από τον πρωκτό είτε μαζί είτε χωριστά από τη κένωση του εντέρου (αιμορραγία από το ορθό).
- Μετεωρισμός και ναυτία που κρατά μια – δύο μέρες, η κρίση τελειώνει με άφθονη δύσοσμη διάρροια και βορβορυγμούς.

Άλλα συμπτώματα, πιο κοινά, που θα πρέπει να οδηγήσουν τον άρρωστο να εξετασθεί περιλαμβάνουν:

- Ασαφή κοιλιακά άλγη που μπορεί να μας κάνουν επίσης να σκεφτούμε μια γαστρική, χολοκυστική ή και σκωληκοειδική προέλευση.
- Προοδευτική καταβολή με αναιμία και απίσχυανση.
- Ανορεξία και απώλεια βάρους.
- Ζάλη και τάση για έμετο.
- Ύπαρξη βλέννας στα κόπρανα.

Συχνά ο Ca του παχέος εντέρου μπορεί επίσης να εκδηλωθεί με μία επιπλοκή:

- Κυρίως μια απόφραξη, χρόνια ή υποξεία ή ακόμα και οξεία.
- Πιο σπάνια μια επιμόλυνση, που σχεδόν σταθερά συνυπάρχει, προπαντός στους Ca του δεξιού κόλου.

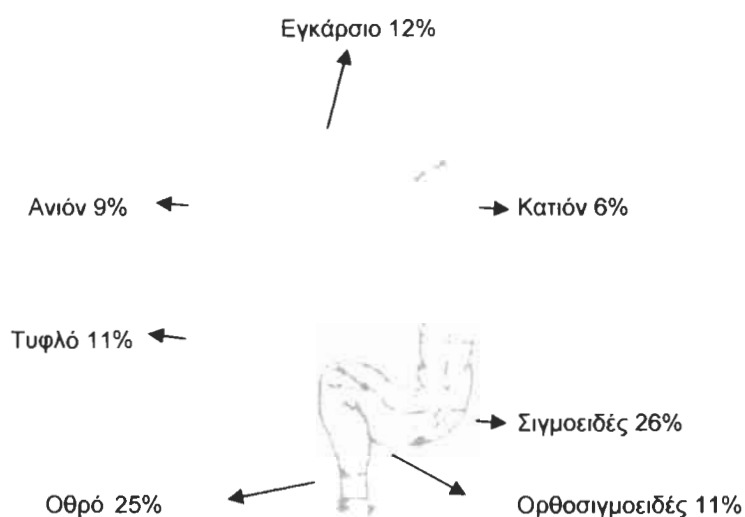
- Πιο σπάνια ακόμα και διάτρηση που μπορεί να βρίσκεται πλάι στον όγκο ή μακριά από αυτόν και που προκαλεί μια γενικευμένη ή εντοπισμένη περιτονίτιδα.

Τα συμπτώματα δεν είναι πάντα σαφή και μπορεί να οφείλονται σε πολλές αιτίες, συμπεριλαμβανομένων πιο συνηθισμένων παθήσεων, όπως αιμορροΐδες ή σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.^{3,5,6,7,8,9}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει διαφορετική συχνότητα κατανομής στα διάφορα τμήματα του εντέρου δηλαδή: τυφλό 11%, ανιόν 9%, εγκάρσιο 12%, κατιόν 6%, σιγμοειδές 26%, ορθοσιγμοειδές 11% και ορθό 25% (εικ. 2). Αυτό σημαίνει ότι το 62% των καρκίνων εντοπίζονται στο περιφερικό κόλο και ορθό με αποτέλεσμα στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος να μπορεί να διαγνωσθεί με μόνη τη δακτυλική εξέταση και στο 50% να μπορεί να διαγνωσθεί με την ορθοσιγμοειδική.

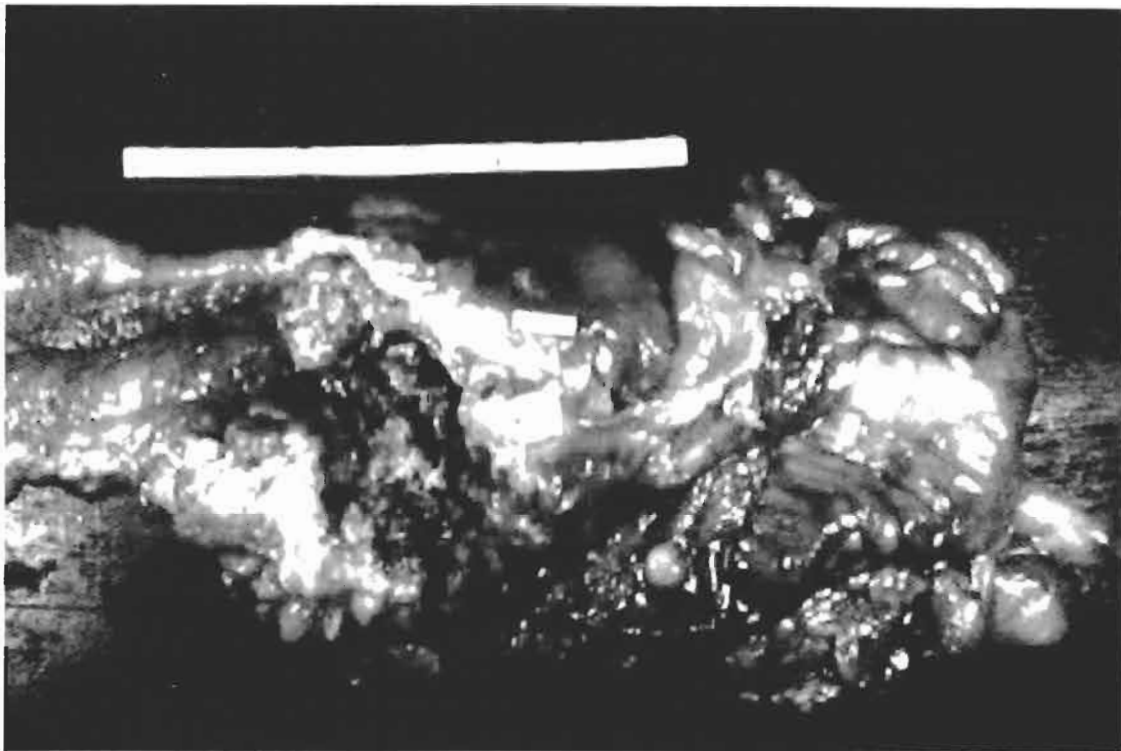


Εικ. 2: Συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου στις διάφορες μοίρες του παχέος εντέρου.

Η πιθανότητα σύγχρονης ανεύρεσης περισσότερων του ενός καρκίνου στο παχύ έντερο ανέρχεται σε 4% περίπου (σύγχρονος καρκίνος). Στο ίδιο περίπου ποσοστό ανέρχεται και η πιθανότητα να εμφανισθεί ένας καινούργιος καρκίνος σε ένα έντερο ασθενούς από το οποίο προηγουμένως έχει αφαιρεθεί ένας άλλος πρωτοπαθής καρκίνος (μετάχρονος καρκίνος).

Μακροσκοπικά διακρίνουμε τις εξής μορφές καρκίνου του παχέος εντέρου:

1. **Πολυποειδής ή ανθοκραμβοειδής καρκίνος:** Εμφανίζεται σαν μεγάλη ανθοκραμβοειδής μάζα με ανώμαλη συνήθως επιφάνεια που προσβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου. Η ένταση της διήθησης του εντερικού τοιχώματος είναι συνήθως μικρή. Έχει ταχεία ανάπτυξη και επειδή εμφανίζει νέκρωση γι' αυτό συνήθως υπάρχει εξέλκωση σε κάποιο σημείο του όγκου.
2. **Ελκωτικός καρκίνος:** Εμφανίζεται σαν ένα τυπικό κακοήθες έλκος με ανώμαλα προέχοντα χείλη και ρυπαρό πυθμένα. Μπορεί να περιορίζεται στο ένα ομοτεταρτημόριο συνηθέστερα όμως καταλαμβάνει περισσότερα τεταρτημόρια του τοιχώματος του εντέρου και επειδή παρουσιάζει εκτεταμένη διήθηση σε βάθος δημιουργεί σημαντική παραμόρφωση και κάποιο βαθμό στένωσης (εικ. 3).



Εικ. 3: Χειρουργικό παρασκεύασμα ενός τμήματος του ορθοσιγμοειδούς μετά από διάνοιξη κατά τον επιμήκη άξονα. Στο μέσο διακρίνεται ένας ελκωτικός καρκίνος με τον πυθμένα και τα ανώμαλα προέχοντα χείλη. Δεξιά και αριστερά του καρκίνου φαίνεται ο φυσιολογικός βλεννογόνο.

3. Δακτυλιοειδής ή στενωτικός καρκίνος: Πρόκειται κατά πόση πιθανότητα για προχωρημένο ελκωτικό καρκίνο ο οποίος έχει διηθήσει κυκλοτερώς και τα τέσσερα τεταρτημόρια του εντερικού τοιχώματος. Η έκταση του καρκίνου κατά τον επιμήκη άξονα του εντέρου ποικίλει από δύο έως και οκτώ εκατοστά. Δυνατόν να προκαλέσει δακτυλοειδή στένωση και πρώιμη απόφραξη του αυλού (εικ. 4).



Εικ. 4: Παρασκεύασμα ανάλογο με αυτό της προηγούμενης εικόνας με ανάπτυξη όμως δακτυλιοειδούς ή στενωτικού καρκίνου.

4. Διάχυτος διηθητικός καρκίνος: Η μορφή αντιστοιχεί στη πλαστική λινίτιδα του στομάχου. Προκαλεί μια διάχυτη πάχυνση του εντερικού τοιχώματος, η οποία έχει έκταση τουλάχιστον 5-8 εκατοστά κατά τον επιμήκη άξονα και της οποίας η επιφάνεια καλύπτεται κατά το μεγαλύτερο μέρος από φυσιολογικό εντερικό βλεννογόνο, συνήθως όμως υπάρχει εξέλκωση σε κάποιο σημείο. Καμιά φορά ο τύπος αυτός αποτελεί την προέκταση των άλλων μακροσκοπικών μορφών και όχι σπάνια αναπτύσσεται πάνω σε ελκώδους κολίτιδους.

5. Καλλοειδής καρκίνος: Συνήθως πρόκειται για μια μεγάλη μάζα με ζελατινοειδή εμφάνιση. Είναι δυνατόν να υπάρχει διήθηση και εξέλκωση.

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

Μικροσκοπικά ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι 95% αδενοκαρκίνωμα με μεγάλες όμως διαφορές στο βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων. Έτσι, στα καλά διαφοροποιημένα αδενοκαρκινώματα τα καρκινικά κύτταρα είναι σχεδόν όμοια με τα φυσιολογικά και σχηματίζουν αδένες ομοίους με εκείνους του φυσιολογικού εντερικού βλεννογόνου. Αυτά έχουν και την καλύτερη πρόγνωση. Αντίθετα, στα αμετάβλητα αδενοκαρκινώματα τα καρκινικά κύτταρα δεν μοιάζουν καθόλου με αυτά του φυσιολογικού βλεννογόνου και είναι κατεσπαρμένα χωρίς να σχηματίζουν αδένες. Αυτά έχουν κακή πρόγνωση.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται με τους εξής τρόπους: Με άμεση επέκταση κατά συνέχεια ιστών, λεμφογενώς, αιματογενώς, με διασπορά καρκινικών κυττάρων που αποφολιδώνονται και πέφτουν μέσα στη περιτοναϊκή κοιλότητα και με εμφύτευση καρκινικών κυττάρων που διαφεύγουν κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Ο καρκίνος και ιδιαίτερα του αριστερού κόλου επεκτείνεται κυκλοτερώς. Υπολογίζεται ότι μέσα σε ένα χρόνο έχει καταλάβει σχεδόν τα 3/4 της περιμέτρου.

Η επέκταση κατά συνέπεια των ιστών σε γειτονικούς ιστούς ή όργανα προϋποθέτει τη διήθηση από τον όγκο όλων των χιτώνων του εντερικού τοιχώματος μέχρι και του ομογόνου. Έτσι, όλα τα ενδοπεριτοναϊκά και οπισθοπεριτοναϊκά όργανα καθώς και τα όργανα της ελάσσονος πυελού. Είναι δυνατόν να διηθηθούν από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η διήθηση του περινευρικού χώρου επιτρέπει την εξάπλωση του καρκίνου κατά μήκος των νεύρων του παχέος εντέρου το εύρημα αυτό συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό τοπικής υποτροπής και έχει κακή πρόγνωση. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι κάποιου βαθμού ενδοτοιχωματική διήθηση γίνεται και κατά τον επιμήκη άξονα του εντέρου και κυρίως στον υποβλεννογόνο χιτώνα. Η διήθηση αυτή επεκτείνεται περίπου 4 εκατοστά περιφερικά και 7 εκατοστά

κεντρικά από τα μακροσκοπικά όρια του όγκου. Η παρατήρηση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τη ριζικότητα της εκτομής του τμήματος του εντέρου που φέρει τον όγκο.

Η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων είναι ο συχνότερος τρόπος μετάστασης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Όταν η καρκινική διήθηση έχει ξεπεράσει τα όρια του τοιχώματος τότε οι επιχώριοι αδένες είναι διηθημένοι σε ποσοστό 90% είναι όταν ακόμα περιορίζεται μόνο στο εντερικό τοίχωμα, το ποσοστό αυτό είναι περίπου 45%. Η έκταση της διήθησης των λεμφαδένων δεν έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου, έχει όμως σχέση με το βαθμό της διαφοροποίησης του όγκου, δηλαδή, όσο περισσότερο διαφοροποιητός είναι ο καρκίνος τόσο πιο πιθανές είναι οι μεταστάσεις στους αδένες. Η διήθηση των λεμφαδένων δεν ακολουθεί πάντα την ανατομική τους σειρά έτσι ώστε μεταξύ περιοχών με διηθημένους αδένες να παρεμβάλλονται περιοχές με μη διηθημένους αδένες. Αυτός είναι ο κυριότερος λόγος για τον οποίο μια ριζική θεραπευτική εγχείρηση επιβάλλει την εκτομή μεγάλου τμήματος εντέρου μαζί με το αντίστοιχο μεσεντέριο και λιγότερο η ενδοτριχωματική επέκταση του καρκίνου που αναφέρθηκε προηγουμένως.

Αιματογενείς μεταστάσεις συμβαίνουν όταν ο όγκος διηθήσει τις φλέβες του μεσόκολου. Οι πιο συχνές εντοπίσεις συμβαίνουν στο ήπαρ μέσω της πυλαίας φλέβας. Άλλες λιγότερες συχνές εντοπίσεις γίνονται στους πνεύμονες και στα οστά. Τα καρκινικά κύτταρα φτάνουν εκεί είτε αφού διέλθουν δια του ήπατος είτε δια της κάτω κοίλης φλέβας μετά από διήθηση των οσφυϊκών σπονδυλικών ή άλλων συστηματικών φλεβών. Διήθηση του τοιχώματος των φλεβών παρατηρείται σε ποσοστό 15-35% των περιπτώσεων, άσχετα εάν έχουν εμφανιστεί ή όχι αιματογενούς διασποράς κατά τη διάρκεια της εγχείρησης γίνεται με την απολίθωση του μεγάλων φλεβικών κλάδων του μεσεντερίου προτού ακόμα αρχίσουν οι χειρισμοί για την κινητοποίηση του πάσχοντος εντερικού τμήματος.

Όταν ο καρκίνος διηθήσει και τον ομογόνο χιτώνα τότε καρκινικά κύτταρα είναι δυνατόν να αποπέσουν και να εμφυτευτούν οπουδήποτε μέσα στη περωναϊκή κοιλότητα. Κυρίως, λόγω της βαρύτητας, αυτά εμφυτεύονται στην ορθοκυστική ή στην ορθομητρική πτυχή όπου μπορούν να αναπτυχθούν μάζες που ψηλαφώνται κατά τη δακτυλική εξέταση και είναι γνωστές εάν ο

«ύφαλος του Blumer» και σε πιο προχωρημένα στάδια ψηλαφώνται σαν «παγωμένη πύελος». Και τα δύο αυτά ευρήματα αποτελούν πολύ κακά προγνωστικά σημεία.

Με τον ίδιο μηχανισμό, καρκινικά κύτταρα που αποφολιδώνονται μέσα στον αυλό του εντέρου είναι δυνατόν να εμφυτευτούν σε περισσότερα σημεία του εντερικού βλεννογόνου, όμως αυτό είναι πάρα πολύ σπάνιο. Πιο συχνή είναι η εμφάνιση τοπικής υποτροπής του καρκίνου στο σημείο της αναστόμωσης οφειλόμενη σε εμφύτευση κυττάρων που διαφεύγουν από τους χειρισμούς της εγχείρησης και παρά το γεγονός ότι η εκτομή του εντέρου είχε γίνει πάνω σε υγιείς ιστούς.^{1,2}

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

1. Κατά Broaders, ανάλογα με το βαθμό της διαφοροποίησης.

Στάδιο I: διαφοροποίηση 75% (χαμηλής κακοήθειας).

Στάδιο II: διαφοροποίηση 75-50%.

Στάδιο III: διαφοροποίηση 50-25%.

Στάδιο IV: διαφοροποίηση <25% (υψηλής κακοήθειας).

2. Κατά Duke – Astler – Coller (Australian, τροποποίηση της Dukes).

(Σχήμα 1).

Ο τρόπος αυτός είναι ευρύτερα αποδεκτός σήμερα, αν και προτάθηκε και το σύστημα TNM.

Στάδιο A: περιορίζεται στο βλεννογόνο (A₁-A₃).

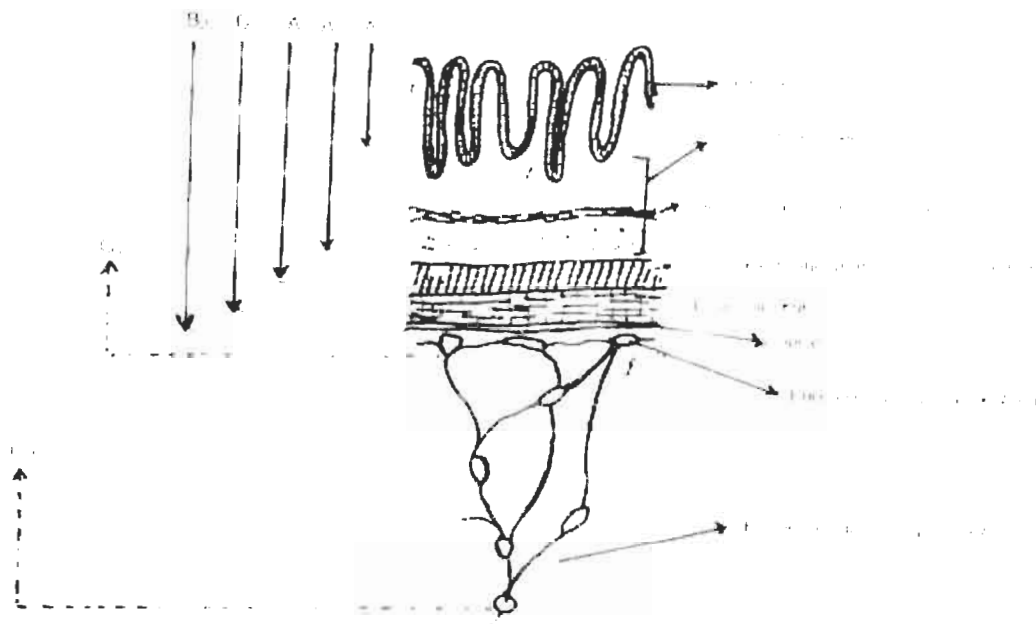
Στάδιο B: B₁ περνά στο μυϊκό χιτώνα, όχι όμως πλήρως και δεν υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες. B₂: φτάνει ως τον ορογόνο χωρίς όμως διηθημένους αδένες.

Στάδιο C: C₁ διηθημένοι επιχώριοι λεμφαδένες χωρίς όμως ο όγκος να έχει φτάσει στον ορογόνο. C₂: διηθημένοι επιχώριοι λεμφαδένες ή αδένες του μεσόκολου, όταν όμως ο όγκος έχει διηθήσει τον ορογόνο.

Στάδιο D: ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων ή αδυναμία εξαίρεσης όλου του καρκινικού ιστού (πίνακας 1).

Πίνακας 1: Τροποποιημένη (Australian) ταξινόμηση κατά Dukes του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Στάδιο	Υποστάδιο	Εξάπλωση καρκίνου
Α	A1	Βλεννογόννος
	A2	Υποβλεννογόνιος
	A3	Υποβλεννογόνιος μυϊκή στοιβάδα
Β	B1	Ξεπερνά την υποβλεννογόνο μυϊκή στιβάδα
	B2	Διηθεί τον ορογόνο
Γ	Γ1	Διηθημένοι επιχώριοι λεμφαδένες
	Γ2	Διηθημένοι απομακρυσμένοι λεμφα-δένες.
Δ	Δ1	Ανεγχείρητος όγκος ή παραμονή μέρους του όγκου μετά την εγχείρηση.
	Δ2	Απομακρυσμένες μεταστάσεις (ήπαρ κ.λ.π.)



Σχήμα 1: Σχηματική απεικόνιση της τροποποιημένης Dukes (Australian, κατά Astler – Coller) ταξινόμησης του καρκίνου του παχέος εντέρου.

3. Κατά Dukes: βασίζεται στην τοπική έκταση της νόσου και στην παρουσία διηθημένων λεμφαδένων και φαίνεται ότι σχετίζεται αρκετά καλά με την πρόγνωση της νόσου. Η ταξινόμηση προτάθηκε αρχικά από τους Dukes για τον καρκίνο του ορθού αποδείχθηκε όμως ότι είναι ξίσου ικανοποιητική και για τον καρκίνο του κόλου.

Στάδιο A: όγκος περιοριζόμενος σε τμήμα του εντερικού τοιχώματος.

Στάδιο B: διήθηση όλου του πάχους του τοιχώματος.

Στάδιο C: διηθημένοι επιχώριοι λεμφαδένες.

Στάδιο D: απομακρυσμένες μεταστάσεις.^{1,2,5,7}

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου εμφανίζει ένα σχετικά αργό ρυθμό ανάπτυξης.

Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού (ο χρόνος δηλαδή που απαιτείται για να διπλασιασθεί σε μέγεθος ο όγκος) του πρωτοπαθούς καρκίνου του παχέος εντέρου έχει υπολογισθεί ότι είναι περίπου 130 ημέρες πράγμα το οποίο σημαίνει ότι πολλά χρόνια (τουλάχιστον 5 μπορεί όμως και 10-15 χρόνια) σιωπηρής παρουσίας της νόσου μπορεί να έχουν προηγηθεί προτού να φθάσει ο καρκίνος σε μέγεθος τέτοιο που να δώσει συμπτώματα. Αυτό υποδηλώνει και τη μεγάλη σημασία της πρώιμης διάγνωσης η οποία συνοδεύεται και από την καλύτερη πρόγνωση. Για το σκοπό αυτό η American Cancer Society συνιστά το εξής πρόγραμμα: κάθε χρόνο μια δακτυλική εξέταση από το ορθό αρχίζοντας από την ηλικία των 40 ετών, μετά την ηλικία των 50 ετών, ένα Hemoccult test κάθε χρόνο για τη βιοχημική ανίχνευση αίματος στα κόπρανα στην ηλικία των 50 και 51 ετών μια σιγμοειδοσκόπηση και επανάληψή της κάθε 3-5 χρόνια εφόσον οι δύο αρχικές σιγμοειδοσκοπήσεις ήταν αρυπτικές. Άτομα τα οποία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο, όπως π.χ. άτομα με οικογενή πολυποδίαση ελκώδη κολίτιδα, οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνους, ατομικό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου ή γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των γεννητικών οργάνων, θα πρέπει να ελέγχονται συχνότερα, πληρέστερα και ο έλεγχος να αρχίζει σε νεώτερη ηλικία.²

Γενικά τα συμπτώματα συνίστανται σε κοιλιακά άλγη και διαταραχές των κενώσεων, συχνά με έξοδο αίματος από το ορθό. Ο χρόνος ενάρξεως των συμπτωμάτων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το αν η ανάπτυξη του καρκινώματος γίνεται στην αριστερή μοίρα του παχέος εντέρου ή στη δεξιά μοίρα (τυφλό και ανιόν κόλον).

α. Καρκίνος του αριστερού κόλου. Πρόκειται για όγκοι δακτυλοειδούς σκίρρου μορφής, που προκαλούν πρώιμα στενωτικά φαινόμενα.

II. Πόνος, αρχικά επιγαστρικός, διάχυτος και συνεχής, αργότερα γίνεται διαλείπων και κωλικοειδής.

- III. Βαθμιαία επιδεινούμενη δυσκοιλιότητα, μεταβολή του φυσιολογικού ρυθμού κενώσεων (δυσκοιλιότητα με κρίσεις διάρροιας και αποβολή βλέννας και αίματος).
- IV. Διάταση της κοιλιάς, λόγω παρεμπόδισης της αποβολής αερίων.
- V. Σε προχωρημένο στάδιο υπάρχει ψηλαφητή μάζα στην αριστερή κοιλία (είτε ο ίδιος ο όγκος είτε σκύβαλα πάνω από αυτήν).
- VI. Οξεία εντερική απόφραξη στο 30% των αρρώστων με απότομα και έντονα θορυβώδη συμπτώματα αποφρακτικού ειλεού.
- VII. Διάρρηση σε ποσοστό 7%.
- VIII. Αιμορραγία (αποβολή κόκκινου αίματος με τα κόπρανα) με αποτέλεσμα αναιμία στο 20% των περιπτώσεων.

β. Καρκίνος του δεξιού κόλου. Συνήθως πρόκειται για ανθοκραμβοειδή τύπου. Λόγω του ότι το εύρος του αυλού είναι μεγάλο και το περιεχόμενο υδρές, δεν εμφανίζονται στενωτικά φαινόμενα πάρα μόνο στα τελικά στάδια.

- I. Ψηλαφητή μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο (10%).
- II. Διάρροιες ή εναλλαγές δυσκοιλιότητας – διάρροιας.
- III. Κοιλιακοί πόνοι και έμετοι, ιδίως όταν υπάρχει επέκταση προς την ειλεοφυλική βαλβίδα.
- IV. Ύπαρξη αναιμίας στο 50% των περιπτώσεων με τα ανάλογα συμπτώματα, δηλαδή ωχρότητα, δύσπνοια μετά από κόπωση και αίσθημα καρδιακών παλμών, εύκολη κόπωση, αδυναμία, ζάλη, απώλεια βάρους, δυσπεπτικά ενοχλήματα και ενίοτε δεκατική πυρετική κίνηση.

γ. Καρκίνος του εγκαρσίου. Παρατηρείται αναιμία, άτυποι επιγαστρικοί πόνοι, διαταραχές των κενώσεων, ψηλαφητή μάζα στα επιγάστριο (συχνά εκλαμβάνεται σαν γαστρικό νεόπλασμα).

δ. Καρκίνος του ορθοσιγμοειδούς.

- I. Έντονες διαταραχές των κενώσεων υπό μορφή δυσκοιλιότητας ή διάρροιας ή συχνότερα εναλλαγών. Συχνά τα κόπρανα εξέρχονται δίκης ταινίας. Υπάρχει τεινισμός και αποβολή βλέννας και αίματος (60%).
- II. Συχνές και άφθονες αιμορραγίες, όχι όμως μαζικές (40%).

- III. Αποφρακτικά φαινόμενα σπάνια παρατηρούνται. Ο πόνος είναι σημάδι προχωρημένης στένωσης.
- IV. Γενικά συμπτώματα: αδυναμία, κακουχία, ανορεξία, απώλεια βάρους, αναιμία, δεκατική πυρετική κίνηση.
- V. Αίσθημα ατελούς κενώσεως του εντέρου και συχνή επιθυμία και αφόδευση.
- VI. Αιμορροΐδες συχνά συνυπάρχουν λόγω παρακώλυσης της φλεβικής αποχέτευσης από τη διήθηση του τοιχώματος του ορθού (μεγάλος ο κίνδυνος επιπόλαιης διάγνωσης αιμορροΐδων).

Η παρουσία συμπτωμάτων από άλλα όργανα και συστήματα εξαρτάται από τη διήθησή του από τον ίδιο τον καρκίνο ή από συνυπάρχουσα φλεγμονή γειτονικών οργάνων. Έτσι, όταν διηθείται η ουροδόχος κύστη ή ο προστάτης είναι δυνατόν να υπάρχουν συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας. Εάν δημιουργηθούν ορθοκυστικό ή ορθοκολικό συρίγγιο θα υπάρχει αποβολή αερίων κατά την ούρηση ή από τον κόλπο. Γαστροκολικά συρίγγια με ανάλογη συμπτωματολογία είναι επίσης δυνατόν να δημιουργηθούν από διήθηση του στομάχου από καρκίνο κυρίως του εγκάρσιου κόλου.

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

Η γενική φυσική εξέταση του ασθενούς είναι απαραίτητη όχι μόνο για την ανεύρεση απομακρυσμένων μεταστάσεων αλλά και για την εντόπιση παθήσεων άλλων συστημάτων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρόγνωση και τη θεραπεία.

Υποπτοι λεμφαδένες θα πρέπει να αφαιρούνται και να εξετάζονται ιστολογικά.

Η σημασία της δακτυλικής εξέτασης τονίζεται ιδιαίτερα. Υπενθυμίζεται ότι στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι προσιτός στη δακτυλική εξέταση και στο 50-60% στην ορθοσιγμοειδοσκόπηση.^{1,2,6}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Κλινική εξέταση

- Δακτυλική εξέταση ορθού για την αναζήτηση εκβλαστήσεων.
- Ψηλάφηση της κοιλίας για την αναζήτηση μάζας ή διογκωμένου ήπατος (ηπατομεγαλία).
- Διογκωμένοι λεμφαδένες πάνω από την αριστερή κλείδα και στη βουβωνική περιοχή.

Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις

- Mayer κοπράνων (ίσως είναι αρνητική στο 50% των περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου).
- Γενική αίματος.
- Γενική ούρων.
- Βιοχημικές εξετάσεις που περιλαμβάνουν ηπατικά ένζυμα, χοληστερίνη, ασβέστιο, σάκχαρο, ουρικό οξύ και σίδηρο ορού ή φερριτίνη (για έλεγχο αναιμίας).
- Προσδιορισμός του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA), ενός νεοπλασματικού δείκτη που βρίσκεται σε πολλά υγρά και ιστούς του σώματος συμπεριλαμβανομένου και του παχέος εντέρου. Είναι γνωστό ότι δεν αποτελεί ειδικό δείκτη της νόσου δεδομένου ότι είναι αυξημένο και σε πολλές άλλες κακοήθειες και καλοήθειες παθήσεις. Αν το CEA δεν κατέβει σε φυσιολογικά επίπεδα μετά την εγχείρηση, αυτό σημαίνει κακή πρόγνωση. Κάθοδος του CEA σε φυσιολογικά επίπεδα μετά από θεραπευτική εγχείρηση για καρκίνο του παχέος εντέρου και αργότερα προοδευτική άνοδος σημαίνει υποτροπή της νόσου.
- Η Β-2 μικροσφαιρίνη ή CA 19-9 μπορεί να είναι ευαίσθητος δείκτης για τη μάζα του όγκου, ενδέχεται δε να υποδεικνύει μεταστάσεις, όταν το CEA βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

- Ενδοσκόπηση και βιοψία. Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση και η κολonosκόπηση αποτελούν τις κυριότερες μεθόδους οριστικής διάγνωσης του καρκινώματος του παχέος εντέρου. Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση ελέγχει την περιοχή όπου εντοπίζεται το 50% των όγκων.
- Ενδοσκοπική υπερηχογραφία είναι μια νέα μέθοδος που δίνει σοβαρές πληροφορίες για το βάθος της διήθησης του τοιχώματος και την ύπαρξη ή όχι διηθημένων λεμφαδένων. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε όγκους του ορθού.

Απεικονιστικές μέθοδοι

- Αξονική και μαγνητική τομογραφία κοιλίας, με σκοπό την εντόπιση μακρινών μεταστάσεων πριν από το χειρουργείο.
- Η ακτινογραφία θώρακα είναι απαραίτητη για την πιθανή εντόπιση πνευμονικών μεταστάσεων.
- Υπερηχογράφημα κοιλίας, και, αν υπάρχει ένδειξη μέσα στο ορθό. Ενδοορθικό υπερηχογράφημα μπορεί να δείξει με ακρίβεια τον όγκο και διογκωμένους λεμφαδένες έξω από το ορθό, αλλά αδυνατεί να αποδείξει αν οι διογκωμένοι λεμφαδένες περιέχουν μεταστατικό καρκίνο.
- Ανισοσπινθηρογραφία: Μία νέα μέθοδος για την εντόπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ιδιαίτερα των τοπικών υποτροπών μετά από εγχείρηση ή και των μεταστάσεων. Ραδιοσημασμένα αντισώματα, συμπεριλαμβανομένων και των μονοκλωνικών αντισωμάτων, χορηγούνται ενδοφλεβίως στον ασθενή, συμπλέκονται με τα ανάλογα αντιγόνα που συνοδεύουν τον καρκίνο και τα συμπλέγματα απεικονίζονται στο σπινθηρογράφημα.
- Απλός βαριούχος υποκλυσμός. Απεικονίζει ανωμαλίες ή τοπικές βλάβες όπως πολύποδες, νεοπλάσματα κ.ά. Παίρνονται ακτινογραφίες του παχέος εντέρου μετά εισαγωγή βαρίου στο έντερο με υποκλυσμό.
- Βαριούχος υποκλυσμός με εμφύσηση. Η απεικόνιση είναι λεπτομερέστερη από τον απλό βαριούχο.^{1,2,5,6,7,8}

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

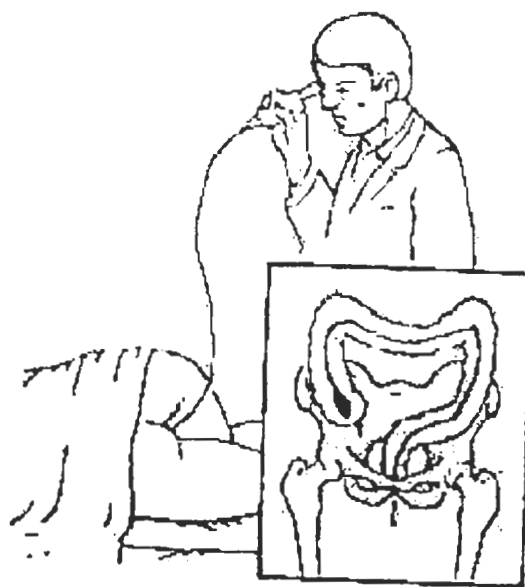
Σε ένα ποσοστό περίπου 25% των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου με συμπτώματα από το πεπτικό, τίθεται αρχικά λανθασμένη διάγνωση. Τα συμπτώματα αποδίδονται συνήθως σε παθήσεις του ανώτερου πεπτικού και κυρίως σε χολολιθίαση ή σε πεπτικό έλκος.

Η χρόνια αναιμία μπορεί να αποδοθεί σε πρωτοπαθείς αιματολογικές διαταραχές. Μια εξέταση κοπράνων για αιμοσφαιρίνη θα δώσει τη λύση. Οξύς πόνος στο δεξιό πλάγιο της κοιλίας και ιδιαίτερα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο μπορεί να οφείλεται σε καρκίνο του τυφλού ή του ανιόντος και να θεωρηθεί σαν οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Κάθε ασθενής ο οποίος αναφέρει αποβολή αίματος από το ορθό θα πρέπει να ελέγχεται δακτυλικά, ενδοσκοπικά, και ακτινολογικά για καρκίνο του παχέος εντέρου έστω και αν υπάρχουν αιμορροΐδες οι οποίες εμφανώς αιμορραγούν.

Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δύσκολη η διαφορική διάγνωση του καρκίνου από την εκκολπωματίτιδα όχι μόνο προεγχειρητικά αλλά και κατά τη διάρκεια της ερευνητικής λαπαροτομίας. Η κολonosκόπηση και βιοψία προεγχειρητικά δίνουν συνήθως τη λύση.

Άλλες παθήσεις του κόλου, όπως π.χ. η ελκώδης κολίτιδα, η νόσος του Crohn, η ισχαιμική κολίτιδα και η αμοιβάδωση συνήθως εύκολα διαφοροδιαγνώσκονται από τον καρκίνο με τη σιγμοειδοσκόπηση, το βαριούχο υποκλυσμό και την κολοσκόπηση, αν αυτή κριθεί απαραίτητη. Η διάγνωση των λειτουργικών παθήσεων του παχέος εντέρου (π.χ. ευερέθιστο κόλο, σπασμός κ.λ.π.) θα πρέπει να τίθεται μόνο αφού προηγουμένως αποκλεισθούν οργανικές παθήσεις και ιδιαίτερα ο καρκίνος.^{1,2}



Σχήμα 1: Κολonosκόπηση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

A. Προεγχειρητική προετοιμασία. Για κάθε προγραμματισμένη ή πιθανολογούμενη εγχείρηση στο παχύ έντερο είναι εντελώς απαραίτητη η προετοιμασία του εντέρου και τούτο γιατί έχει σαφώς αποδειχθεί ότι έτσι μειώνονται σημαντικά οι μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως τα ενδοκοιλιακά αποστήματα, η διάσπαση των αναστομώνσεων, η διαπύηση του εγχειρητικού τραύματος κ.λ.π.

σκοπός της προετοιμασίας είναι αφενός η πρόληψη της δημιουργίας και η απομάκρυνση από τον αυλό του εντέρου των κοπρανωδών μαζών και αφετέρου η μείωση του μικροβιανού πληθυσμού.

Τα ανωτέρω επιτυγχάνονται ως εξής: 1) Χορήγηση τροφών που δεν αφήνουν υπόλειμμα, 2) μηχανικός καθαρισμός του εντέρου με υποκλεισμούς. Όμως στα νεώτερα σχήματα αποφεύγεται ο μηχανικός και προτιμάται ο χημικός καθαρισμός με τη χορήγηση ερεθιστικών καθαρτικών (Dulcolax) ή κατά προτίμηση αλατούχων καθαρτικών που έχουν ωσμωτική δράση από το στόμα και 3) χορήγηση αντιβιοτικών. Συνήθως χορηγείται νεομοκίνη ή γενταμυκίνη ή κλινταμυκίνη για τα αναερόβια. Ένα τέτοιο σχήμα προεγχειρηματικής προετοιμασίας του εντέρου που έχει δώσει μέχρι σήμερα καλά αποτελέσματα είναι το εξής:

1^η ημέρα: Τροφή με χαμηλό υπόλειμμα.

Μία κάψουλα Dulcolax στις 6μ.μ.

2^η ημέρα: Τροφή με υπόλειμμα.

Χορήγηση peros 30ml (15gr) διαλύματος 50%.

Θειϊκής μαγνησίας στις 10π.μ., 2μ.μ. και 6μ.μ.

3^η ημέρα: Δίαιτα ύδαρης.

Χορήγηση 1gr νεομοκίνης και 1gr βάσης ερυθρομικίνης peros στις

1μ.μ., 2μ.μ. και 11μ.μ.

Χορήγηση 30ml θειϊκής μαγνησίας peros στις 10μ.μ. και 2μ.μ. όχι υποκλυσμός.

Παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών εφόσον κρίνεται απαραίτητη.

4^η ημέρα: Εγχείρηση στις 8π.μ.

Εκτός από αυτή την προετοιμασία συνιστάται συμπληρωματικά η χορήγηση χημειοπροφύλαξης, δηλαδή, τη χορήγηση αντιβιοτικών 8 ώρες προ και 8 ώρες μετά την εγχείρηση και συνήθως διακοπή.²

B. Χειρουργική επέμβαση. Αφού προηγουμένως ο ασθενής μελετηθεί πλήρως και προετοιμασθεί από πλευράς αιματοκρίτη, λευκωμάτων, ηλεκτρολυτών, αντισηψίας του εντέρου καρδιοαναπνευστικού συστήματος κ.λ.π. ακολουθεί η εγχείρηση. Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι κατά κανόνα χειρουργική.

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

Οι ριζικές εγχειρήσεις, για λόγους περιγραφικούς διακρίνονται 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 (Σχήμα 2). Παράλληλα, λαμβάνεται ιδιαίτερη φροντίδα κατά την εγχείρηση ώστε να αποφευχθεί όσο είναι δυνατόν η διαφυγή και διασπορά καρκινικών κυττάρων από τους χειρουργικούς χειρισμούς.²

Εγχειρήσεις για καρκίνο του κόλου. Για καρκίνους που εντοπίζονται στο τυφλό, ανιόν, ή ηπατική καμπή η εκτομή περιλαμβάνει μικρό τμήμα του τελικού ειλεού, το τυφλό, το ανιόν, το δεξιό ήμισυ του εγκάρσιου και την

ειλεοκολική, τη δεξιά κολική και το δεξιό κλάδο της μέσης κολικής αρτηρίας και φλέβας με το αντίστοιχο μεσεντέριο και το μείζον επιπλούν en block (δεξιά ημικολοεκτομή). Η αποκατάσταση της εντερικής συνέχειας γίνεται με ειλεοεγάρσια αναστόμωση.

Για καρκίνους της μεσότητας του εγκάρσιου αφαιρείται το εγκάρσιο μετά των κολικών καμπών και της μέσης κολικής αρτηρίας και φλέβας.

Για καρκίνους του κατιόντος αφαιρείται το τμήμα που αιματώνεται από την αριστερή κολική αρτηρία, δηλαδή από το περιφερικό εγκάρσιο μέχρι το κεντρικό σιγμοειδές.

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

Εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού. Δύο είναι οι κλασικές εγχειρήσεις που εφαρμόζονται: η χαμηλή πρόσθια εκτομή και η συνδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή.

Η χαμηλή πρόσθια εκτομή εκτελείται όταν το κατώτερο όριο του όγκου κατά τη σιγμοειδοσκόπηση απέχει 12-16,5cm από τον πρωκτικό δακτύλιο. Στις περιπτώσεις αυτές η εκλογή της μιας από τις δύο εγχειρήσεις εξαρτάται από το φύλο και την παχυσαρκία του ασθενούς καθώς και από την εμπειρία και την εκτίμηση της τοπικής κατάστασης από το χειρουργό.

Οι εγχειρήσεις για καρκίνο του παχέος εντέρου και ιδιαίτερα η χαμηλή πρόσθια εκτομή και η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή συνοδεύονται από σημαντικό ποσοστό θνητότητας και νοσηρότητας. Η μέση εγχειρητική θνητότητα για την πρώτη εγχείρηση ανέρχεται σε 6% και για τη δεύτερη σε 8%, ενώ η νοσηρότητα ανέρχεται σε 15-56% και 25-68% αντίστοιχα.^{1,2,4,5,7}

Γ) Ανοσοθεραπεία. Είναι θεραπευτική μέθοδος κατά του καρκίνου, σε πειραματικό στάδιο, σχεδιασμένη να βοηθήσει τον ίδιο τον οργανισμό να αμυνθεί κατά του καρκίνου. Ο ανθρώπινος οργανισμός διαθέτει αμυντικό σύστημα αποτελούμενο από κύτταρα και αντισώματα που σκοπός τους είναι να επιτίθενται στους ξένους εισβολείς, όπως βακτηρίδια, ιοί, μύκητες, παράσιτα. Σήμερα ξέρουμε ότι αυτό το αμυντικό σύστημα βοηθάει τον

οργανισμό να καταπολεμήσει και τα καρκινικά κύτταρα, διότι και αυτά θεωρούνται ξένοι εισβολείς στον οργανισμό. Στον άνθρωπο έχουν βρεθεί αντιγόνα, τα οποία συνοδεύουν τον καρκίνο, τα γνωστά σαν καρκινικοί δείκτες. Αυτοί ήδη χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη για την εκτίμηση της απάντησης του όγκου σε ένα είδος θεραπείας, την αναγνώριση τοπικών υποτροπών της νόσου ή και απομακρυσμένων μεταστάσεων και για την πρόγνωση. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι μελλοντικά θα αποτελέσει ένα ισχυρό όπλο κατά του καρκίνου.¹⁰

Δ) Ορμονοθεραπεία. Έχει θέση συμπληρωματικής θεραπείας, κυρίως σε ορμονοεξαρτώμενους όγκους. Χρησιμοποιούνται διάφορα σκευάσματα κορτιζόνης καθώς και μερικές γεννητικές ορμόνες για ορισμένους τύπους καρκίνου (προστάτη, μαστού).¹⁰

Ε) Ακτινοθεραπεία: Η ακτινοθεραπεία στο καρκίνωμα του παχέος εντέρου αποτελεί κύρια επικουρική μέθοδο ιδιαίτερα στα καρκινώματα του ορθού. Μπορεί να χορηγηθεί προεγχειρητικά, μετεγχειρητικά ή διεγχειρητικά.

Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία συνήθως χορηγείται σε όγκους T3 4-6 εβδομάδες πριν την εγχείρηση. Στόχος είναι να γίνει "δυναμικά" εξαιρεσιμος ο όγκος και να ελαττωθεί η πιθανότητα "τοπικών" υποτροπών. Μάλιστα έχει δειχθεί ότι σε ασθενείς με καρκίνους του ορθού που υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική ακτινοθεραπεία ελαττώθηκε κατά 10-15% το ποσοστό των κοιλιοπερινεϊκών εκτομών και κατά 40% οι τοπικές υποτροπές.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται 3-4 εβδομάδες μετά την χειρουργική επέμβαση, με κύριο στόχο την εξάλειψη των τοπικών υποτροπών.

Η διεγχειρητική ακτινοθεραπεία γίνεται με την εισαγωγή ειδικών κώνων μέσα στο χειρουργικό πεδίο και την εφαρμογή δέσμης ηλεκτρονίων. Με την τεχνική αυτή χορηγούνται υψηλές δόσεις στον χώρο που εξαιρέθηκε το νεόπλασμα και είναι εφικτή η τοπική "αποστείρωση".

ΣΤ) Χημειοθεραπεία: Η χημειοθεραπεία στο καρκίνωμα του παχέος εντέρου, εφαρμόζεται τόσο στην γενικευμένη νόσο όσο και ως συμπληρωματική χημειοθεραπεία μετά την επέμβαση.

Τα τελευταία χρόνια ο συνδυασμός της φθοριοπυριμιδίνης 5 FU μαζί με έναν φαρμακολογικό τροποποιητή το φολλινικό οξύ βελτίωσαν και την ανταπόκριση στο φάρμακο αλλά και την συνολική 5ετή επιβίωση.

Σήμερα, η χημειοθεραπεία στο παχύ έντερο χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Η χορήγηση 5 FU + λεβομιζόλης μετά την εγχείρηση οδήγησε σε αύξηση κατά 10-15% της επιβίωσης στον καρκίνο, στάδιου C κατά Dukes.

Τέλος, η χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ανοσοθεραπεία έχει εφαρμογή στις μεταστάσεις του καρκίνου του παχέος εντέρου στο ήπαρ ή στους πνεύμονες.^{5,9,10,11}

Z) Μετεγχειρητικός έλεγχος – Υποτροπές. Για να μπορέσουν να ανιχνευθούν έγκαιρα, οι υποτροπές ή πιο πιθανές μεταστάσεις πρέπει να υπάρχει στενή παρακολούθηση των ασθενών με καρκινώματα του παχέος εντέρου ή ορθού.

Παχύ έντερο:

α) Εξέταση από ιατρό κάθε 3 μήνες για τα πρώτα 3 χρόνια και κάθε 6 μήνες για τα υπόλοιπα 2 χρόνια, μετά κάθε χρόνο.

β) Ro θώρακος κάθε 6 μήνες για τα πρώτα 3 χρόνια και μετά κάθε χρόνο.

γ) CT – κοιλίας – πυελού κάθε 6 μήνες για τα πρώτα 2 χρόνια και μετά 12 μήνες μέχρι την πενταετία.

δ) Κολονοσκόπηση: Κάθε χρόνο.

ε) Μέτρηση CEA: Κάθε 2 μήνες για τα πρώτα 3 χρόνια και μετά κάθε έξι μήνες για μέχρι την πενταετία.

Ορθό. Στο καρκίνωμα του ορθού η παρακολούθηση είναι πιο εντατική λόγω του μεγάλου ποσοστού τοπικών υποτροπών:

α) Εξέταση από ιατρό κάθε 3 χρόνια για τα πρώτα 3 χρόνια και μετά κάθε 5 μήνες μέχρι την πενταετία.

β) Ro θώρακα: κάθε 6 μήνες για τα πρώτα 3 χρόνια μετά κάθε χρόνο.

γ) Ορθοσιγμοειδοσκόπηση: Κάθε έξι μήνες για τα πρώτα 3 χρόνια.^{1,2,5,6,7}

ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΕΝΤΕΡΟΣΤΟΜΙΕΣ

Εντεροστομία είναι οποιαδήποτε άνοιγμα του εντέρου προς την επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος με την προϋπόθεση ότι αυτό έχει γίνει σκόπιμα από το χειρουργό. Μια εντεροστομία μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή. Τα συνηθέστερα είναι η ειλεοστομία και η κολοστομία.

Η ειλεοστομία αφορά στόμιο του τελικού ειλεού του λεπτού εντέρου με εξωτερικό στόμιο κάτω και δεξιά του ομφαλού. Γίνεται σε ελκώδη κολίτιδα, ή σε πολλαπλά καρκινώματα παχέος εντέρου.¹⁰

Η κολοστομία μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή, τοποθετείται στο αριστερό πλάγιο της κοιλίας και αφορά συνήθως το σιγμοειδές, λιγότερο του κατιόν και σπανίως το εγκάρσιο. Εξυπηρετεί τους εξής σκοπούς ανάλογα με το πρόβλημα: 1) Αποσυμφορεί ένα αποφραγμένο έντερο, 2) απολυτουργικοποιεί το περιφερικό τμήμα του εντέρου σε μια προετοιμασία για εκτομή του στο εγγύς μέλλον, 3) χρησιμεύει σαν μόνιμη παραφύση έδρα όταν έχει αφαιρεθεί ο ορθοπρωκτικός σωλήνας και 4) προστατεύει προσωρινά μια περιφερική εντεροαναστόμωση.

1) Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία (εικ. 5)

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

2) Εγκάρσια κολοστομία (εικ. 6)

α) Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδες. Έλεγχος με τη βοήθεια πλύσεων είναι δυνατός σε ορισμένες περιπτώσεις. Όχι όμως στη πλειοψηφία τους.

β) Ο άρρωστος, σχεδόν με βεβαιότητα θα χρειάζεται πάντοτε σάκο.

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

Εγκάρσια κολοστομίας γίνονται δύο είδη:

α) Διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία (εικ. 7).

β) Αγκυλωτή κολοστομία (εικ. 8).

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

Η αγκυλωτή κολοστομία είναι ένας άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης. Μια αγκύλη ακέραιου εντέρου φέρετε έξω από το κοιλιακό τοίχωμα και ράβονται τα δύο σκέλη της (εικ. 9α). Τα κόπρανα παροχετεύονται μέσα από τομή που γίνεται στο επάνω μέρος της αγκύλης (εικ. 9β). Μπορεί να μείνει ανοικτή από δέκα ημέρες έως 9 μήνες. Ο ιστός του στομίου συρρικνώνεται και μπορεί τελικά να μοιάζει με τη διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία. Όμως μετά την αποκατάσταση του περιφερικού τμήματος του κόλου, τα τοιχώματα της αγκύλης, που ράφτηκαν, αφαιρούνται με εντεροτόμο (εικ. 9γ) και η συνέχεια του εντέρου αποκαθίσταται χωρίς να είναι απαραίτητη η λαπαροτομία.

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

3) Ανιούσα κολοστομία (εικ. 10)

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

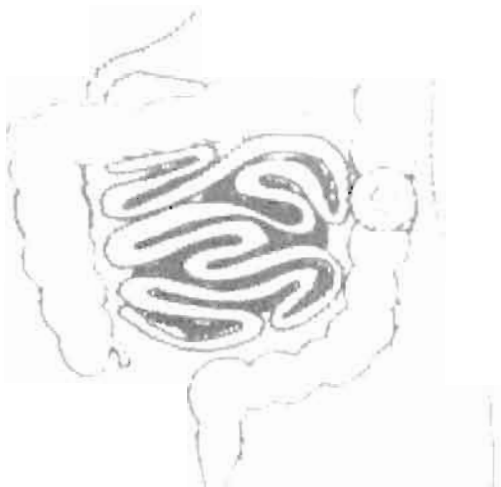
Η κολοστομία συνήθως δεν συνοδεύεται από μεταβολικές διαταραχές. Οι συνηθέστερες τοπικές επιπλοκές της είναι η κήλη παρά το στόμιο, η πρόπτωση, η στένωση, νέκρωση, κακοσμία και σπάνια η δερματίτιδα.

Είναι ευνόητο ότι οι ασθενείς που έχουν ή πρόκειται να έχουν μια εντεροστομία αντιμετωπίζουν πέρα από το βασικό πρόβλημα της νόσου τους

και σοβαρά ψυχολογικά και τεχνικά προβλήματα από την ίδια την κολοστομία. Είναι λοιπόν εντελώς απαραίτητο ο χειρουργός όχι μόνο να έχει τις τεχνικές γνώσεις για την εκτέλεση μιας σωστής στομίας αλλά να διαθέτει και αρκετό χρόνο και προ και μετά την εγχείρηση για να συζητήσει με τον ασθενή τα προβλήματά του αυτά.

Πέρα από αυτό είναι απαραίτητη η ύπαρξη σε κάθε χειρουργικό κέντρο οργανωμένου τμήματος εντεροστομικής θεραπείας όπου εξειδικευμένα άτομα παρέχουν τις ακόλουθες υπηρεσίες: 1) επιλογή του σημείου που θα τοποθετηθεί η στομία, 2) προεγχειρητική εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του, 3) άμεση μετεγχειρητική φροντίδα της στομίας, 4) εκπαίδευση στο χειρισμό και τη σωστή εφαρμογή των συσκευών στομίας, 5) ψυχολογική υποστήριξη, 6) αναγνώριση τοπικών ή και συστηματικών επιπλοκών.

Με όλες τις πιο πάνω προϋποθέσεις είναι βέβαιο ότι ασθενείς με εντεροστομίες συμμετέχουν ενεργά στη ζωή με απόλυτη κοινωνική αποδοχή και για όσο διάστημα βέβαια του επιτρέπει η υποκείμενη νόσος τους.^{1,2,12,13,14}



Εικ. 5: Κατιούσα και σιγμοειδή κολοστομία



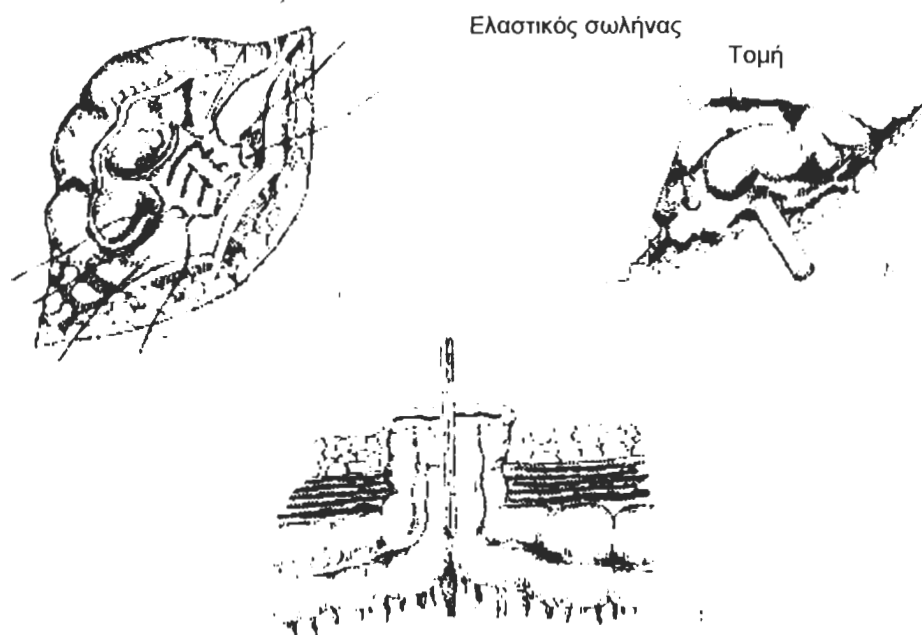
Εικ. 6: Εγκάρσια κολοστομία



Εικ. 7: Κολοστομία διπλού αυλού



Εικ. 8: Αγκυλωτή κολοστομία



Εικ. 9: Τα στάδια της αγκυλωτής κολοστομίας



Εικ. 10: Ανιούσα κολοστομία

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

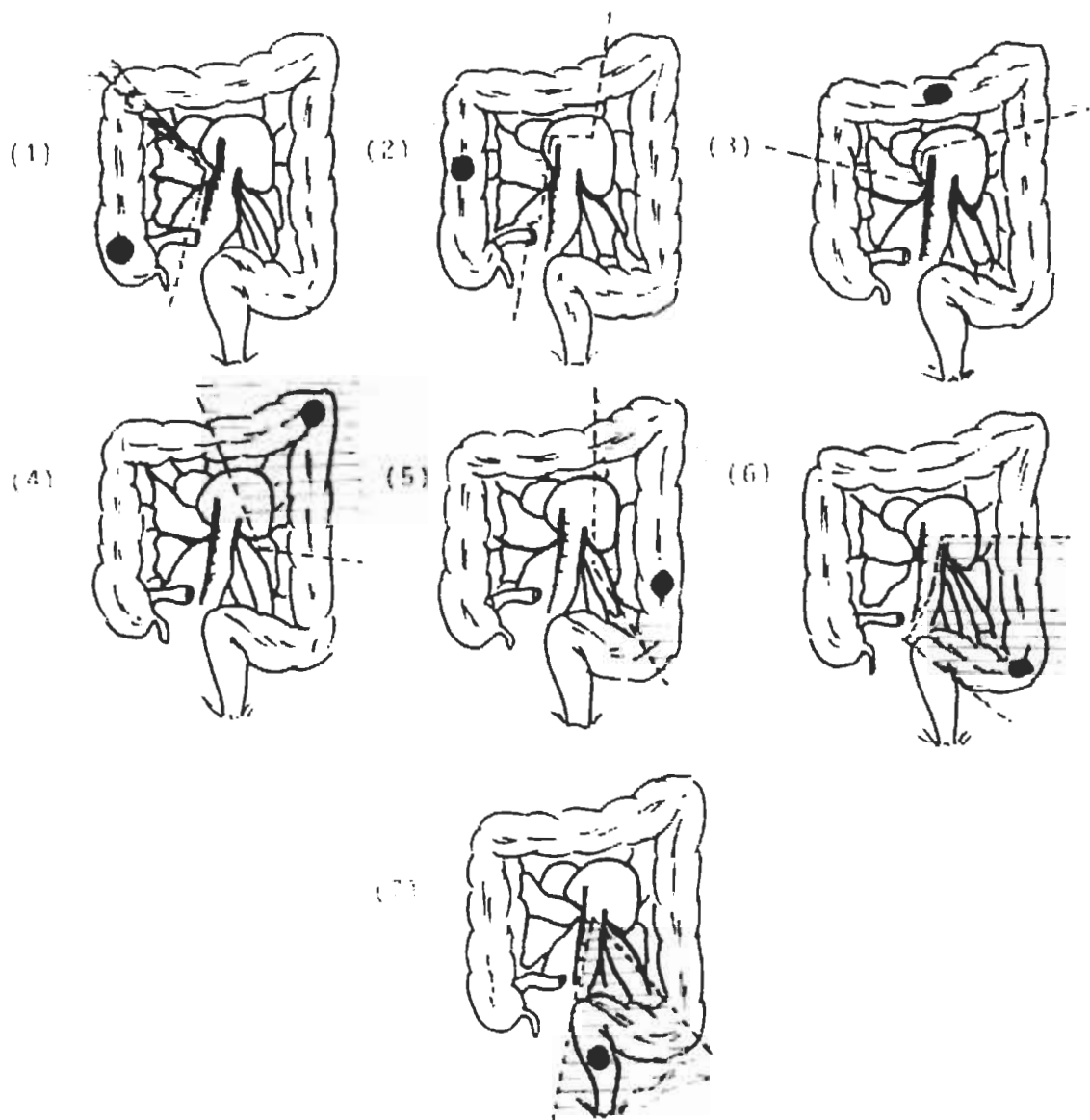
Το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης μετά από ριζικές θεραπευτικές εγχειρήσεις είναι λίγο πολύ το ίδιο για όλα τα τμήματα του κόλου και είναι ανάλογο με το στάδιο της νόσου κατά Dukes. Για τον καρκίνο του ορθού το ποσοστό αυτό είναι κάπως χαμηλότερο.

Το ποσοστό της 5ετούς επιβίωσης σε ασθενείς με καρκίνο που περιορίζεται μόνο στο τοίχωμα του εντέρου χωρίς καμία απολύτως μετάσταση είναι περίπου 80%. Το ποσοστό πέφτει στο 60% όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει και τον ορογόνο χωρίς όμως μεταστάσεις, ενώ με μεταστάσεις στους λεμφαδένες το ποσοστό πέφτει απότομα στο 32%. Με διάσπαρτη νόσο το ποσοστό είναι μόνο 5%. Η πρόγνωση είναι αντιστρόφως ανάλογη με την παρουσία επιπλοκών ενώ φαίνεται να είναι ευθέως ανάλογη, σε κάποιο βαθμό, με την ηλικία του ασθενούς.

Όλοι οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ριζικές εγχειρήσεις για καρκίνο του παχέος εντέρου πρέπει να παρακολουθούνται συχνά. Έτσι, θα διαγνωσθεί έγκαιρα μια τοπική υποτροπή, μια μετάσταση ή ένας μετάχρονος καρκίνος. Ο έλεγχος περιλαμβάνει: 1) την ενδοσκόπηση κατά διαστήματα, 2) την παρακολούθηση των τιμών του καρκινο-εμβρυϊκού αντιγόνου, 3) τη χορήγηση ραδιοσημασμένων μονοκλωνικών αντισωμάτων τα οποία καθλώνονται στις υποτροπές ή μεταστάσεις και απεικονίζονται με την ανοσοσπινθηρογραφία, 4) αξονική τομογραφία και υπερηχογράφημα.

Με τη συστηματική παρακολούθηση επιτυγχάνεται έγκαιρη διάγνωση τοπικών υποτροπών, μεταστάσεων ή μεταχρόνων καρκίνων και δίνεται έτσι η ευκαιρία στο χειρουργό να αποφασίσει μια επανεγχείρηση με πιθανότητα αφαίρεσης της νέας εστίας από 30 μέχρι και 60%.

Περίπου το 55% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ριζική εγχείρηση είναι «ελεύθεροι από τη νόσο» μετά την παρέλευση της 5ετίας. Το υπόλοιπο ποσοστό θα εμφανίσει υποτροπή της νόσου σε άλλοτε άλλο διάστημα μέσα όμως στην 5ετία.^{2,6}



Σχήμα 2: Είδη κολεκτομών ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου. 1. Περιορισμένη δεξιά ημικολεκτομή. 2. Τυπική δεξιά ημικολεκτομή. 3. εκτομή του εγκαρσίου μαζί με τις κολικές καμπές. 4. Περιορισμένη αριστερά ημικολεκτομή. 5. Τυπική αριστερά κολεκτομή. 6. Χαμηλή πρόσθια εκτομή. 7. Κοιλοπερινεϊκή εκτομή.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΚΟΛΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

- Η διαίτα πρέπει να περιέχει πολλές φυτικές ίνες και λίγα λιπαρά.
- Αυξημένος ρυθμός ανάπτυξης των κυττάρων του βλεννογόνου του κόλου μπορεί να προδιαθέτει σε ανάπτυξη καρκίνου. Γίνονται έρευνες για χημειοπροφύλαξη με μικροθρεπτικές ύλες – βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία.
- Η χορήγηση ασβεστίου μπορεί να βοηθήσει ελέγχοντας την υπερανάπτυξη των κυττάρων.
- Άλλοι παράγοντες είναι η οξύτητα (το pH) των κοπράνων και η επίδραση των χολικών και λιπαρών οξέων στο βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Ανάλογα με την οξύτητα, το ασβέστιο μπορεί να βοηθήσει στον περιορισμό της καρκινογόνου δράσης των χολικών και λιπαρών οξέων.
- Μία έρευνα σε γυναίκες έδειξε 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του κόλου όταν καταναλώνεται καθημερινά κόκκινο κρέας (χοιρινό, βοδινό, αρνί) πλούσιο σε ζωικό λίπος απ' ό,τι όταν καταναλώνεται λίγες φορές το μήνα (τα φυτικά λίπη δεν αποτελούσαν παράγοντα κινδύνου).
- Η πρόσληψη 1.200 – 2.000 mg ασβεστίου ημερησίως (σε γάλα, τροφή ή χάπια) μπορεί να βοηθήσει να ελεγχθεί η κυτταρική υπερανάπτυξη στο κόλον και το ορθό, ειδικά εάν έχει ήδη βρεθεί πολύποδας.
- Πρέπει να καταναλώνονται φρέσκα φρούτα και λαχανικά, τα οποία μπορεί να περιέχουν χημειοπροστατευτικούς παράγοντες (βιταμίνες, ανόργανα στοιχεία και φυτικές ίνες). Τα σταυρανθή λαχανικά, όπως τα μπρόκολα και τα λαχανάκια Βρυξελλών, είναι ιδιαίτερα σημαντικά.
- Διαιτητικά συμπληρώματα πίτουρου από στάρι μπορεί να εμποδίζουν την ανάπτυξη πολυπόδων, αυτό όμως δεν έχει επιβεβαιωθεί. Πιθανόν οι ίνες σε φυσικές τροφές (φρούτα και λαχανικά) είναι καλύτερες για την πρόληψη του καρκίνου.⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΣΤΕΙ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Ο νοσηλευτής έχοντας υπόψη του τη σοβαρότητα της επέμβασης, τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτήν και ιδιαίτερα το ψυχικό stress που δοκιμάζει ο άρρωστος σε τέτοιες περιπτώσεις προσπαθεί να τον προετοιμάσει ψυχολογικά όσο το δυνατόν καλύτερα.¹⁰

Αυτή συνιστάται στη φυσική και ψυχική προεγχειρητική ετοιμασία.

Κατά τη φυσική ετοιμασία ο ασθενής τρέφεται με πλούσια σε θερμίδες τροφή και φτωχή σε κυτταρίνη για τη σημαντική τόνωση του οργανισμού και μείωση του περιεχομένου του εντέρου. Παράλληλα παίρνει από το στόμα ή και με μορφή υποκλυσμού αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου και αρχίζει αντιβίωση. Τις πέντε τελευταίες μέρες πριν από την εγχείρηση χορηγείται ελαφρό ηπακτικό και τροφή με λίγα κατά το δυνατόν υπολείμματα, για προετοιμασία του εντέρου. Την παραμονή της εγχείρησης χορηγείται υδαρική διαίτα, το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί της ημέρας της εγχειρήσεως.

Εξίσου σημαντική προεγχειρητική ετοιμασία αποτελεί και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. Ο ασθενής ενημερώνεται από τον ιατρό και την νοσηλεύτρια περί του τι πρόκειται να του συμβεί. Οι εξηγήσεις που θα δοθούν θα εξαρτηθούν τόσο από το μορφωτικό του επίπεδο όσο και από το βαθμό της αποδοχής της «παραφύσιο έδρας». Εάν ο ασθενής πρόκειται να κάνει προσωρινή «παραφύσιο έδρα» η αποδοχή της είναι ευκολότερη και έτσι η νοσηλεύτρια άνετα εξηγεί σ' αυτόν το είδος της επεμβάσεως και την προσωρινή του αναπηρία. Η πιο αποδοτική ενίσχυση και ενθάρρυνση του ασθενούς που θα κάνει μόνιμη «παραφύσιο έδρα» είναι η επίσκεψη σ' αυτόν, ατόμου που έχει υποστεί στομία, ζει με αυτή, έχει ανεξαρτητοποιηθεί και εργάζεται φυσιολογικά.¹⁵

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Ειδικότερα ο ασθενής ο οποίος έχει υποστεί κολοστομία οποιαδήποτε μορφής, τα δύο πρώτα 24ωρα δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Μετά το δεύτερο 24ωρο ο ασθενής παίρνει υγρά και εμπλουτίζεται το διαιτολόγιό του με τη λειτουργία του εντέρου. Κατά τα δύο πρώτα 24ωρα ο ασθενής έχει σωλήνα Levin, παίρνει δε υγρά μόνο παρεντερικώς. Το Levin αφαιρείται και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση υγρών, εφόσον ο ασθενής δέχεται τα χορηγούμενα υγρά.

Ο ασθενής με πρόσκαιρη «παραφύσιο έδρα» έχει τομή στα κοιλιακά τοιχώματα όπου προβάλλει και η «παραφύσιο έδρα». Ενώ στη μόνιμη, ο ασθενής μπορεί να έχει τραύμα επώδυνο στην έδρα από την περινεοτομή. Τον ασθενή τον ανακουφίζουμε από τον πόνο, που προκαλείται από το βάρος του σώματος, με τη τοποθέτηση αεροθαλάμου και τη συχνή αλλαγή της θέσεώς του. Η τοποθέτηση επιδέσεως ΤΑΦ (Τ) βοηθάει στην αλλαγή θέσεως του ασθενούς χωρίς μετακίνηση του επιδεσμικού υλικού.

Βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς είναι η περιποίηση της «παραφύσιν έδρας».

Η περιποίηση αυτή γίνεται κατά τα πρώτα 24ωρα άσηπτα, παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό, ένεκα του γεμάτου μικρόβια περιεχομένου του παχέος εντέρου. Μετά την επούλωση του τραύματος η αλλαγή γίνεται με καθαρά όχι όμως αποστειρωμένα αντικείμενα.¹⁵

Α) Φροντίδα στομίου – Χρήση με αυτοκόλλητη επιφάνεια και φίλτρο διαφυγής αερίων

Οι αυτοκόλλητοι σάκοι κολοστομίας εφαρμόζονται σε υγιές δέρμα. Για την αποφυγή πιθανού δερματικού ερεθισμού, που προκαλείται από τις επανειλημμένες αλλαγές των αυτοκόλλητων σάκων, εφαρμόζεται γύρω από το στόμιο ένα λεπτό στρώμα από ζελατινούχο πήκτωμα Skin Gel της Hollister.

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 σε αυτά κατά την

εφαρμογή του σάκου, εξαιτίας του καινού αέρα στο κλειστό σύστημα του σάκου. Για την πρόληψη αυτής της κατάστασης τοποθετείται μέσα στο σάκο ένα κομμάτι τσαλακωμένο χαρτοβάμβακα.

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

Φάση προετοιμασίας:

- 1) Χρησιμοποιώντας διαμετρώμετρο στομίων διαλέγουμε το διαμέτρημα που εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να αγγίζουμε.
- 2) Δίνουμε στον άρρωστο αναπαυτική θέση, ώστε να μπορεί να παρακολουθεί όλη την διαδικασία.
- 3) Εξηγούμε στον άρρωστο τις λεπτομέρειες.
- 4) Αποκαλύπτουμε την περιοχή του στομίου και αφαιρούμε τον σάκο της κολοστομίας.
- 5) Τυλίγουμε τον χρησιμοποιημένο σάκο και τον βάζουμε στον πλαστικό σάκο αχρήστων.
- 6) Τοποθετούμε το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το στόμιο.
- 7) Τοποθετούμε το νεφροειδές καλυμένο με χαρτοβάμβακα κάτω από το στόμιο με εφαρμογή με το σώμα.

Φάση εκτέλεσης:

- 1) Καθαρίζουμε καλά με χλιαρό νερό ή σαπουνόνερο και στεγνώνουμε την περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο.
- 2) Πλένουμε τα χέρια μας.
- 3) Ανοίγουμε το set αλλαγής.
- 4) Καθαρίζουμε το στόμιο χρησιμοποιώντας λαβίδα με physohex και φυσιολογικό ορό, αρχίζοντας από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις.
- 5) Απομακρύνουμε το νεφροειδές με το χαρτοβάμβακα και στεγνώνουμε καλά το στόμιο.
- 6) Αν υπάρχει δερματικός ερεθισμός επταλείφουμε με ζελατινούχο πήκτωμα.
- 7) Αφαιρούμε το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας.

- 8) Κρατώντας από το προστατευτικό των δύο στεγνών λωρίδων στα πλάγια φέρνουμε το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στομίου.
- 9) Εφαρμόζουμε πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας αρχίζοντας την τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο. Πιέζουμε σταθερά προς τα κάτω και έξω ισιώνοντας συγχρόνως τόσο το δέρμα όσο και την αυτοκόλλητη επιφάνεια.
- 10) Κολλάμε το επάνω μέρος και τέλος αφαιρούμε το χαρτί και κολλάμε τις δύο στενές λωρίδες στα πλάγια.
- 11) Για να καλύψουμε τις δερματικές πτυχές χρησιμοποιούμε πάστα Karaya.
- 12) Αφαιρούμε το αδιάβροχο με το τετράγωνο, τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση και απομακρύνουμε όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιήσαμε.

B) Πλύση κολοστομίας

Σκοποί:

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

Διαδικασία:

- 1) Ενημέρωση του αρρώστου.
- 2) Κρεμάμε το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50cm πάνω από το στόμιο.
- 3) Αλείφουμε τον καθετήρα ή κώνο με γλισχραντική ουσία και ήπια βάζουμε τον κώνο μέσα στο στόμιο. Ο καθετήρας να μην μπει πάνω από 8cm. Αποφεύγουμε την επιστροφή.
- 4) Ποτέ δεν βιάζουμε τον καθετήρα.
- 5) Αφήνουμε το νερό να μπει αργά και συχνά αφήνουμε τον άρρωστο να ξεκουραστεί.
- 6) Κρατάμε το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο στη θέση για 10 λεπτά μετά την είσοδο του νερού. Μετά αφαιρούμε.

- 7) Αφήνουμε 10-15 λεπτά για την μέγιστη επιστροφή. Κατόπιν στεγνώνουμε το κάτω άκρο του μανικού και το κλείνουμε με λαβίδα Kocher.
- 8) Αφήστε το μανίκι ή περίβλημα στη θέση του περίπου 20 λεπτά καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί.
- 9) Καθαρισμός της επιφάνειας με νερό και σαπούνι.
- ¹⁰⁾ Επαλείφουμε με πάστα Kagaya και αντικαταστήουμε τον σάκο και τις γάζες.^{13,15}

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΤΕΛΙΚΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Η ποιότητα ζωής όλων των αρρώστων που υποβάλλονται σε ακρωτηριαστικές εγχειρήσεις για να διατηρήσουν το πολύτιμο αγαθό της Υγείας των, είναι κύριο μέλημα όλων των Λειτουργιών Υγείας ιατρών και Νοσηλευτών/ τριών.

Στην περίπτωση της εκτεταμένης χειρουργικής επεμβάσεως (κοιλιοπεριναϊκή εκτομή του ορθού) με αφαίρεση του πρωκτού και μόνιμη τελική κολοστομία στην αριστερή λαγόνια χώρα, χάνεται η λειτουργία της αφόδευσης όπως συμβαίνει σε όλους τους ανθρώπους και αντικαθίσταται από μια έδρα από την οποία τα κόπρανα συλλέγονται στο σάκο κολοστομίας.

Αυτό σημαίνει ότι το άτομο με την κολοστομία για να σώσει τη ζωή του δέχεται κάτω από τα ενδύματα του να φέρει το σάκο των απορριμμάτων με όλες τις επιπτώσεις. Αναστάτωση σωματική, ψυχολογική – κοινωνική αποστροφή, αρνητισμό ενδυματολογικές και διατροφικές δυσκολίες, απόγνωση, απομόνωση, οικογενειακός προβληματισμός και ανησυχία.

Ο άνθρωπος έχει ευεργετηθεί με αξεπέραστες δυνατότητες ευφυΐας και διερεύνησης προβλημάτων που αφορούν αυτή την ίδια την ζωή και τη συνακόλουθο ποιότητά της. Στόχος του είναι να μείνει νέος και «ωραίος» γι' αυτό και η Γενετική του προσφέρει ένα αισιόδοξο μήνυμα για το μέλλον.

Μια απλή εφαρμογή της εκπλύσεως του παχέος εντέρου δια της κολοστομίας με χλιαρό νερό, με κατάλληλη συσκευή, δίνει στο άτομο με τελική κολοστομία την ικανοποίηση της φυσιολογικής αφόδευσης σε τακτή χρονική περίοδο που ορίζεται από το ίδιο το άτομο.

Κατόπιν τούτου το άτομο απαλλάσσεται από το σάκο κολοστομίας που αντικαθίσταται με το stoma cap, δηλαδή, ένα καπάκι που έχει βαλβίδα διαφυγής των αερίων που γίνονται άοσμα. Μάλιστα, εάν η κολοστομία γίνει εξωπεριτοναϊκή τεχνολογικά γίνεται βαλβιδική και με το χρόνο αποκτάται η αίσθηση της επικείμενης αφόδευσης.

Με την απλή αυτή μέθοδο όλοι αποκτούν:

1. Ομαλή οικογενειακή συμβίωση.
2. Διαιτητική και ενδυματολογική ελευθερία.
3. Πλήρη επαγγελματική και κοινωνική δραστηριότητα και το σπουδαιότερο ψυχική ισορροπία.

Η μέθοδος αυτή δεν μπορεί να εφαρμοσθεί σε άτομα που παρουσιάζουν:

1. Άνοια.
2. Ψυχοπάθεια.
3. Ν. Parkinson και γενικώς άτομα με κινητικά προβλήματα ή υπέργηρα άτομα κατακεκλημένα.¹⁴

ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ Ή ΕΙΛΕΟΣΤΟΜΙΑ – ΣΧΕΔΙΟ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

- 1) Φροντίδα στομίου, αλλαγή σάκων, άδειασμα σάκου.
- 2) Φροντίδα δέρματος. Υποαλλεργιογόνα φράγματα του δέρματος. Ο πιο αποτελεσματικός φραγμός είναι το ιδικό κόμμι Karaya. Είναι διαθέσιμο σε σκόνη, δίσκους δακτυλίου. Προλαμβάνει τους ερεθισμούς του δέρματος αποτελεσματικά. Καλύμματα του στομίου μπορεί να είναι σάκοι μιας χρήσης, γάζα, χαρτοβάμβακας.
- 3) Έλεγχος κακοσμίας: α) αποφυγή σιτίων που δημιουργούν οσμές, β) το γιαούρτι, ο χυμός ενός είδους μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές.
- 4) Έλεγχος των αερίων. Αποφυγή σιτίων που προκαλούν αέρια και αποφυγή πολυφαγίας και λήψη αεριούχων ποτών.
- 5) Δίαιτα. Καλή μάσηση, αποφυγή πολυφαγίας και αποφυγή ακατάστατων ωρών φαγητού. Αποφυγή φαγητών που δημιουργούν πολλές κενώσεις.
- 6) Ενδυμασία. Μπορεί να φορεθεί ζώνη και να χρησιμοποιηθούν όλα τα ρούχα.
- 7) Φάρμακα. Αποφεύγονται όλα όσα προκαλούν διάρροια.
- 8) Ταξίδια. Επιτρέπονται ταξίδια με όλα τα μέσα μεταφοράς φτάνει να υπάρχει μαζί του το κουτί φροντίδας του στομίου.
- 9) Σπορ. Επιτρέπονται όλα τα σπορ, όχι όμως τα σπορ επαφής όπως το ποδόσφαιρο.
- 10) Σεξουαλική λειτουργία. Υπάρχουν διαταραχές στη σεξουαλική λειτουργία συνήθως όμως παροδικές.
- 11) Εγκυμοσύνη. Η κολοστομία δεν αποτελεί αντένδειξη για την εγκυμοσύνη. Χρειάζεται όμως στενή παρακολούθηση ιατρού.
- 12) Ύπνος. Οποιαδήποτε θέση μπορεί να παρθεί κατά τον ύπνο.
- 13) Απόφραξη. Γνωριμία σημείων και συμπτωμάτων, πληροφόρηση ιατρού.^{10,13,16}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

Η διατροφή του καρκινοπαθή είναι μια αγνοημένη ή πλημμελώς αντιληπτή διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας του. Για όλες ανεξαιρέτως τις περιπτώσεις έχει βασική σημασία. Ασθενείς με κακή θρέψη δύσκολα ανέχονται την οποιαδήποτε θεραπεία.

Αντίθετα, είναι ευκολότερα ανεκτή σ' αυτούς που έχουν καλή θρέψη, η οποία ενισχύει την άμυνα του οργανισμού που αποτελεί και βασικό σκοπό της διατροφής. Αυτό ισχύει για τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία και την χειρουργική θεραπεία. Πρέπει ακόμα να σημειωθεί ότι η καλή θρέψη του αρρώστου ενισχύει και την καλύτερη ανταπόκριση του αρρώστου στα ψυχολογικά και συγκινησιακά προβλήματα της νόσου και της θεραπείας.

Γενικά, είναι προτιμότερο ο άρρωστος να τρέφεται από το στόμα, εφόσον η κατάστασή του το επιτρέπει. Πάντοτε, όμως, να λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του σχετικά με το είδος, το ποσό και την συχνότητα της τροφής, ώστε να αντιμετωπίζονται ανορεξία, ναυτία, έμετοι ή άλλα προβλήματα, όταν υπάρχουν.

Οι καρκινοπαθείς θα πρέπει να διατηρούν όσο το δυνατόν σταθερό το θρεπτικό και υδατοηλεκτρολυτικό ισοζύγιο. Αν αυτό δεν κατορθώνεται από το στόμα, συμπληρωματικά χορηγούνται υγρά και θερμίδες ενδοφλεβίως. Υπάρχουν βαριές καταστάσεις που απαιτείται ενδοφλέβια χορήγηση όλων των υγρών και θρεπτικών ουσιών. Τότε χρειάζεται προσοχή για τη σύνθεση της τροφής και τη λήψη μέτρων για την πρόληψη τοπικής ή γενικής λοίμωξης, που συχνά προκαλούν αναιμία και ανορεξία.¹⁰

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

Ο όρος αποκατάσταση αναφέρεται στην επαναφορά του καρκινοπαθή στην πριν από τη διάγνωση κατάσταση ψυχοκοινωνικής υγείας του. Και οι τρεις παράμετροι συνδέονται μεταξύ τους, διότι η κάθε μία επηρεάζει και επηρεάζεται από την άλλη, έτσι που η διάκρισή τους είναι δύσκολη. Η αποκατάσταση του αρρώστου αρχίζει από την είσοδό του στο νοσοκομείο. Βασικός σκοπός της, είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του, με την μεγαλύτερη δυνατή αποδοτικότητα και τη μικρότερη εξάρτηση, άσχετα προς τον προβλεπόμενο χρόνο επιβίωσής του.

Α) Ψυχική αποκατάσταση. Ο καρκίνος σήμερα πιστεύεται ότι είναι μια νόσος όπως όλες οι άλλες. Όταν διαγνωστεί έγκαιρα υπάρχουν σοβαρές ελπίδες θεραπείας, όμως το μήνυμα αυτό της επιστήμης, σαφές και ελπιδοφόρο, δεν έγινε ακόμα αποδεκτό από το ευρύ κοινό. Η νόσος για τους πολλούς συνδέεται άμεσα με τον πόνο, την ταλαιπωρία, το θάνατο. Γι' αυτό οι πάσχοντες επηρεάζονται ψυχολογικά και μόνο στην ύπαρξη υποψίας, πολύ περισσότερο δε στην πραγματικότητα. Άλλοι παράγοντες που προκαλούν αγωνία και φόβο με συνοδό την κατάθλιψη και που η φαντασία και το ψυχικό stress τα μεγαλοποιούν είναι: Η διάγνωση που δικαιούται να μάθει, η αναμονή της επέμβασης και η μετεγχειρητική πορεία της, το ιστολογικό αποτέλεσμα που θα καθορίσει τη θεραπεία, τα προβλήματα της θεραπείας, ο πόνος, το αίσθημα της απειλής πιθανής μετάστασης, η οικογένεια, η εργασία και πολλά άλλα.

Ο βαθμός και η ένταση του ψυχικού stress εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Π.χ. από τις γνώσεις που έχει ο άρρωστος για τη νόσο και τα προβλήματά της, το χαρακτήρα και γενικά την προσωπικότητα, το περιβάλλον που ζει, το θρησκευτικό του πιστεύω κ.ά.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις περιπτώσεις αυτές είναι λεπτός και δύσκολος. Για να προσεγγίσει τον άρρωστο και το περιβάλλον του και να συμβάλει θετικά στην αποκατάσταση του καρκινοπαθούς απαιτείται από το νοσηλευτή:

- Τέχνη καλής επικοινωνίας, που δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και άνεσης.
- Σωστή πληροφόρηση. Διάθεση χρόνου να ακούσει και απαντήσει σε ερωτήσεις και απορίες του, στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του.
- Καλή ψυχολογική προετοιμασία για την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία.
- Διδασκαλία ανάλογα με την περίπτωση, για την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών προβλημάτων και της θεραπείας.
- Πρόθυμη αντιμετώπιση των αναγκών του.
- Συνεργασία με την οικογένεια, ενημέρωση και βοήθεια για μια καλή αποδοχή της δοκιμασίας του. Διδασκαλία σε θέματα συμπεριφοράς προς τον άρρωστο και παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου σε συνδυασμό με τη φυσική φροντίδα και τη λεπτομερή εκπαίδευσή του μπορεί να προωθήσει την αυτοφροντίδα, να βοηθήσει στην ανεξαρτητοποίηση από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, να ενισχύσει τη θέληση και να διατηρήσει την ελπίδα για ζωή και δράση.

Εκτός από τους παραπάνω παράγοντες, που βοηθούν τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μαρτύριο της ψυχικής αναστάτωσης, είναι και η πνευματική τοποθέτηση του όλου προβλήματος της νόσου. Έχει παρατηρηθεί ότι άρρωστοι που αποδέχονται τη νόσο και τα οποιαδήποτε επακόλουθά της με πίστη, ως δοκιμασία με κάποιο πνευματικό νόημα και σκοπό, κατορθώνουν να περάσουν τις κρίσιμες αυτές φάσεις της ζωής με υπομονή, ειρηνικά και ανάλαφρα. Κάνουν απίστευτες υπερβάσεις, δραστηριοποιούνται και αποκαθίστανται επαγγελματικά γρηγορότερα, όσο το επιτρέπει η περίπτωση τους. Δεν χάνουν το θάρρος και την ελπίδα και στις δυσκολότερες στιγμές, ακόμα και όταν γνωρίζουν ότι βαδίζουν προς το τέλος της ζωής του. Ευτυχής όποιος βρει το ισχυρό αυτό φάρμακο της πίστης, έστω κι όταν τον επισκεφθεί ο καρκίνος.

B) Επαγγελματική αποκατάσταση. Με την εργασία το άτομο δραστηριοποιείται και καταξιώνεται στο κοινωνικό σύνολο. Και τα δύο είναι σημαντικά θέματα για το άτομο που θεραπεύτηκε από καρκίνο. Περισσότεροι

από τους θεραπευμένους είναι ικανοί να συνεχίσουν την προηγούμενη εργασία τους ή να ασχοληθούν με κάτι άλλο. Μερικά άτομα, κυρίως εκείνα που το επάγγελμά τους απαιτεί σωματική κόπωση, μπορεί να έχουν προβλήματα παραμονής στο ίδιο επάγγελμα. Συχνά ευθύνεται ο ίδιος ο άρρωστος, διότι κατέχεται από μοιρολατρία για τη νόσο και αίσθημα ανασφάλειας. Μπορεί ακόμα οι εργοδότες να έχουν εσφαλμένες ιδέες για την πρόγνωση. Μπορεί ακόμα οι εργοδότες να έχουν εσφαλμένες ιδέες για την πρόγνωση. Άτομα που είναι ικανά να εργασθούν πρέπει να ενθαρρύνονται και να βοηθούνται στα ειδικά επαγγελματικά προβλήματά τους.¹⁰

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ι ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νέα ασθενής, γυναίκα, Κ.Π., ηλικίας 73 ετών, από το Αγρίνιο, εισήλθε στην Ογκολογική Κλινική του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Πατρών "Ο Άγιος Ανδρέας", στις 08/02/05.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Η ασθενής με ιστορικό κοιλιοπεριναϊκής εκτομής παχέος εντέρου – μόνιμη κολοστομία στις 27/02/97, λόγω Ca ορθού, εισήλθε στις 01/02/05 στην Ουρολογική Κλινική για τοποθέτηση ουροκαθετήρα PIG-TOUL (αρ).

Στοιχεία Επέμβασης: Πραγματοποιήθηκε στην αίθουσα κυστεοσκόπησης στις 02/02/05 με τοπική αναισθησία (xylocaine 2%).

Ώρα εισόδου στο χειρουργείο: 10:00π.μ.

Ώρα εξόδου από το χειρουργείο: 10:35π.μ.

Η ασθενής διακομίστηκε στις 08/02/05 στην Ογκολογική Κλινική για υποτροπή της νόσου και έναρξη χημειοθεραπείας. Κατά την εισαγωγή της, η ασθενής έφερε φλεβοκαθετήρα στο δεξί άνω άκρο, ορό Ν/Σ 0,9% 1000cc και καθετήρα κύστεως Folley.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Εδώ και 18 χρόνια πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Παρουσιάζει αρρυθμίες και υπέρταση. Έχει ακρωτηριασμό δεξιού κάτω άκρου προ 5ετίας λόγω σακχάρου. Έχει χειρουργηθεί για σκωληκοειδεκτομή σε ηλικία 15 ετών. Παίρνει τα εξής φάρμακα: Daonil 5mg, Angoron 200mg, Durogesic 100mg, Loftul 300mg.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ο πατέρας της ασθενούς πέθανε σε ηλικία 73 ετών από καρδιακή ανακοπή και η μητέρα 93 ετών από αναπνευστικό πρόβλημα.

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Κατά την εισαγωγή της η ασθενής είχε βάρος 65kg και ζωτικά σημεία Α.Π.: 145/60mmHg, αναπνοές: 19/min, σφίξεις: 76/min και θερμοκρασία 36,3°C.

ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Έγινε την ημέρα εισαγωγής: Σάκχαρο 295mg/dl, ουρία 46mg/dl, κρεατινίνη 0,7mg/dl, SGOT 77V/L, Αλκαλική Φωσφατάση 180V/L, Αμυλάση 46V/L, Χολεριθρίνη Ολική 0,4mg/dl, CPK 139V/L, Κάλιο ορού 4,3mmol/L, Νάτριο ορού 132 mmol/L, Ασβέστιο ορού 9,3 mg/dl.

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Έγινε την ημέρα εισαγωγής της: Λευκά 8,2V/L, Ουδετερόφιλα 4,5K/UL, Λεμφοκύτταρα 2,6K/UL, Πολμορφοπύρηνα 7,6K/UL, Ερυθρά αιμοσφαίρια 5,54M/UL, Αιμοσφαρίνη 11,2g/dl, Αιματοκρίτης 30,6%, Αιμοπετάλια 580K/UL, PT 11,7", PTT 22,4".

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: Angoron 1/2x1, Triatec plus 1x1, Norvasce 1x1, Ufexil 1x2, Human Albumin 2x2, N/S 0,9% 1x2, D/W 0,5% 1x1, Daonil 1x1, amp Kcl 4x3.

ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΑ: Norvasce 5mg. Χρησιμοποιείται είτε μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα για τη θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης, της στηθάγχης και της ισχαιμίας του μυοκαρδίου επί στεφανιαίας νόσου.

Triatec plus 5+25mg: Συνιστάται για τη θεραπεία της υπερτάσεως, όταν η μονοθεραπεία έχει αποτύχει.

ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΑ: Daonil 5mg. Συνιστάται για την αντιμετώπιση του μη ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη. (Τύπου II διαβήτη της ώριμης ηλικίας).

ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: Human Albumin Grifols 20%. Ενδείκνυται για αντικατάσταση της λευκωματίνης σε ασθενείς με μεγάλη ανεπάρκεια λευκωματίνης.

ΑΝΤΙΑΡΡΥΘΜΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ: Angoron 200mg. Ενδείκνυται σε ταχυκαρδίες σε σύνδρομο WOLF – PARKINSON – WHITE, ιδίως με παροξυσμούς κολπικής μαρμαρυγής με ταχεία κοιλιακή ανταπόκριση. Κολπικός πτερυγισμός και μαρμαρυγή. Προξυσμικές ταχυαρρυθμίες όπως υπερκοιλιακές ή κοιλιακές ταχυκαρδίες ή κοιλιακή μαρμαρυγή.

ΣΧΗΜΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ: N/S 0,9% 1000cc 1x1, Navoban amp 1x1, Decadron amp 1x1, Zandac amp 2x1, Fenistil amp 2x1, Isovorin 350mg 5FU 700mg (bolus), 5FU 4150mg, Eloxatin 175mg, σε D/W 0,9% 250cc, N/S 0.9% 1000cc 1x1, Lasix amp 2x1, Navoban amp 1x1, Eprex 40.000IU 1x2.

ΑΝΤΙΕΜΕΤΙΚΑ: Navoban 5mg/5ml. Ενδείκνυται στην πρόληψη της ναυτίας και του εμέτου που προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία του καρκίνου.

ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ: Decadron 2ml. Ενδείκνυται σε ενδοκρινικές διαταραχές, αλλεργικές καταστάσεις, αιματολογικές διαταραχές, λοιμώξεις, παθήσεις πεπτικού συστήματος, νεφρικές παθήσεις κ.λ.π.

ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΗΣ ΤΩΝ H₂ – ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΤΗΣ ΙΣΤΑΜΙΝΗΣ: Zandac 50mg/2ml (Ranitidine hydrochloride). Ενδείκνυται κυρίως σε έλκος βολβού 12δακτύλου, στομάχου και αναστομωτικό σύνδρομο ZOLLINGER – ELLISON, οισοφαγίτιδα από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, πρόληψη αιμορραγικής γαστρίτιδας κ.ά.

ΑΝΤΙΙΣΤΑΜΙΝΙΚΑ: Fenistil 4mg/4ml. Ενδείκνυται για την ανακούφιση από τα συμπτώματα της εποχιακής και χρόνιας αλλεργικής ρινίτιδας, αγγειοκινητικής ρινίτιδας και αλλεργικής επιφυκίτιδας, δερματικών εκδηλώσεων, κνίδωσης, αγγειοοιδήματος, δερμογραφισμού. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν συμπληρωματικό της αδρεναλίνης στην αντιμετώπιση των αναφυλακτικών αντιδράσεων.

ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ: Lasix 10mg/ml. Ενδείκνυται σε οίδημα οφειλόμενα σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, κίρρωση ήπατος ή νεφρική βλάβη,

αρτηριακή υπέρταση σαν μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με κάποιο αντιυπερτασικό.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ: Eprex 40.000IU. Είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί για να αυξήσει την απόδοση του αυτόλογου αίματος από ασθενείς που συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα αυτομετάγγισης. Πριν από μείζονα προγραμματισμένα ορθοπεδικά χειρουργεία, τα οποία παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά αναμενόμενων επιπλοκών κατά τη μετάγγιση.

ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΤΟΥ ΦΥΛΛΙΚΟΥ

ΟΞΕΟΣ: Isonorin 175mg. Ενέσιμο διάλυμα για ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χορήγηση. Ενδείκνυται για θεραπεία διάσωσης μετά από χορήγηση υψηλών δόσεων methotrexate σε περιπτώσεις όπως το οστεοσάρκωμα.

Αντιμετώπιση της τοξικότητας που προέρχεται από καθυστερημένη αποβολή της methotrexate ή από υπερβολική λήψη ανταγωνιστών του φυλλικού οξέος.

Σε συνδυασμό με 5-FU για την παρηγορική αντιμετώπιση του καρκίνου του ορθού και του παχέος εντέρου.

Παρακάτω θα αναπτύξουμε τα προβλήματα της ασθενούς από την χημειοθεραπεία και τους τρόπους αντιμετώπισης αυτών με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1^η ημέρα Χημειοθεραπείας 08/02/05				
<ul style="list-style-type: none"> - Ναυτία και έμετος. - Να αντιμετωπιστούν οι έμετοι και οι επιπλοκές του. - Να ανασταλεί το αίσθημα της ναυτίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση ασθενή σε σωστή θέση. - Χορήγηση αντιεμετικών ενδοφλέβια κατόπιν ιατρικής οδηγίας. - Χορήγηση υγρών ενδοφλέβια για αποφυγή αφυδάτωσης του οργανισμού και διαταραχής του ισοζυγίου υγρών, σύμφωνα με ιατρική οδηγία. - Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση Flower με το κεφάλι πλάγια. - Χορηγήθηκε 1amp Navoban 5mg 1x1 ενδοφλέβια κατόπιν ιατρικής οδηγίας. - Χορηγήθηκε ορός N/S 0,9% 1000cc 1x1. Ενδοφλέβια εμπλουτισμένος με 3amp κci και 3amp Nacl. - Στις 10:30 έγινε λήψη αίματος για Β/Χ έλεγχο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η θέση Flower βοήθησε στην πρόληψη εισρόφησης του εμέτου και στην ευκολότερη αποβολή του γαστρικού περιεχομένου. - Κατόπιν 1 ώρας άρση του εμέτου και ναυτίας. - Ο ασθενής ενυδατώθηκε επαρκώς και προλήφθηκαν το ανισοζύγιο. 	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	-	<ul style="list-style-type: none"> - Σε κάθε έμετο να γίνεται πλύση της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς για αποφυγή ανάπτυξης παθογόνων μικροοργανισμών. - Ρύθμιση διαιτολογίου. - Να ενθαρρυνθεί ο ασθενής να παίρνει βαθιές, βραδείες αναπνοές. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με αντισηπτική διάλυση Hexalen. - Τίποτα per-os - Έγινε διδασκαλία στον ασθενή να παίρνει βαθιές ανάσες κάθε φορά που αισθάνεται ναυτία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Το διάλυμα Hexalen χρησιμοποιείται για στοματικές πλύσεις σε ήπιες μικροβιακές λοιμώξεις. - Ο ασθενής ανακουφίζεται από τα συμπτώματα της ναυτίας σύμφωνα με τα λεγόμενά του

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2^η ημέρα Χημειοθεραπείας 09/02/05				
<p>1. Στις 1:40μ.μ. ο ασθενής παρουσίασε αλλεργική αντίδραση στο χημειοθεραπευτικό. Φάρμακο Isocorin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Αντιμετώπιση της αντίδρασης διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών. - Αντιμετώπιση δύσπνοιας. - Άρση κνησμού και ερυθρότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Άμεση χορήγηση ενδοφλέβιων φαρμάκων για την διατήρηση της αιμοδυναμικής λειτουργίας. - Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών για τη διατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας σύμφωνα με ιατρική οδηγία. - Τοποθέτηση αρρώστου σε κατάλληλη θέση. - Χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Στις 1:45μ.μ. Χορηγήθηκε amp Sollu Medrol 1000mg bolus κατόπιν ιατρικής οδηγίας. - Στις 1:50μ.μ. Ετέθει amp Berogent και amp Pulmicort σε μάσκα αερολιμάτος. - Χορηγήθηκε O₂ με μάσκα Venturi 35% στα 8lit. - Για 1 ώρα ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση. - Χορηγήθηκε amp Fenistil 4mg ενδοφλέβια σε N/S 0,9% 250cc σε γρήγορη ροή (15 λεπτά). 	<ul style="list-style-type: none"> - Κατόπιν μισή ώρα τα συμπτώματα της αλλεργικής αντίδρασης υποχώρησαν. - Αποκαταστάθηκε η αναπνευστική λειτουργία – υποχώρησε η δύσπνοια. - Αυτή η θέση τον ανακουφίζει από τα λεγόμενά του. - Μετά από 2 ώρες άρση του κνησμού και της ερυθρότητας του κορμού.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3^η ημέρα Χημειοθεραπείας 10/02/05				
1. Διάρροιες λόγω της δράσης των κυτταροστατικών φαρμάκων.	<ul style="list-style-type: none"> - Να αντιμετωπιστεί η διάρροια. - Πρόληψη αφυδάτωσης του οργανισμού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία. - Χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης του οργανισμού. - Ηλεκτρολυτικός προσδιορισμός. - Ρύθμιση διατολογίου. - Αποφυγή τροφών που ερεθίζουν ή διεγείρουν το έντερο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε rege-os 30cc σιρόπι Erisforip στις 11:30π.μ. - Χορηγήθηκε ορός N/S 0,9% 1000cc x εμπλουτισμένος με 4amp Kcl και 4amp Nacl. - Στις 11:55π.μ. έγινε λήψη αίματος για Β/Χ έλεγχο. - Προοδευτική χορήγηση από τα υγρά στα μικρά γεύματα. - Αποφυγή τροφών που παράγουν αέρια π.χ. λάχανα, φασόλια, κουνουπίδι, κρεμμύδι. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μετά από 3 ώρες παρουσίασε ύφεση των συμπτωμάτων. - Ο ασθενής ενυδατώθηκε επαρκώς. - Κατόπιν Β/Χ ελέγχου, διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Στοματίτιδα.	<ul style="list-style-type: none"> - Πρόληψη μυκητiasης της στοματικής κοιλότητας και οισοφαγίτιδας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Πλύση της στοματικής κοιλότητας με σοδόνερο και σιρόπι Sporanox. - Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με Rog-coton μετά από κάθε γεύμα. - Επάλειψη της στοματικής κοιλότητας 3 φορές την ημέρα με κρέμα Dactarlin. - Χορηγήθηκε πρωί – απόγευμα 30cc σιρόπι Sporanox. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση του στοματικού βλεννογόνου και παραμένει ελεύθερος μυκητιάσεων. - Ο ασθενής δεν εμφάνισε σημεία πιθανής οισοφαγίτιδας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<ul style="list-style-type: none"> - Να ανακουφισθεί ο ασθενής από την εγερτικότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ενθάρρυνση του ασθενή να λαμβάνει πολλά υγρά ημερησίως. - Ενθάρρυνση να αναπνέει από τη μύτη. - Κατάλληλη διαίτα για την αποφυγή ουσιών που ερεθίζουν περισσότερο το στοματικό βλεννογόνο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε διδασκαλία στον ασθενή να λαμβάνει πολλά υγρά, ο ασθενής ανταποκρίθηκε. - Έγινε διδασκαλία στον ασθενή να αναπνέει από τη μύτη παρά από το στόμα. - Πιπίλισμα πάγου, τσίχλας ή κάτι ζαχαρωτό για την αύξηση σιέλου. - Ρύθμιση διαιτολογίου, ελεύθερη από πικάντικα, πολύ ζεστά ή όξινα φαγητά και υγρά. 	<ul style="list-style-type: none"> - Από τα λεγόμενα του ασθενή ανακούφιση από την Απροστομία και το αίσθημα καύσους της στοματικής κοιλότητας. - Αύξηση της έκκρισης σιέλου.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<ul style="list-style-type: none"> - Να διατηρηθεί δυνατή θρεπτική κατάσταση του οργανισμού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αντιμετώπιση της ανορεξίας. - Βελτίωση της ικανότητας κατάποσης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων. - Χορήγηση tb megace 1x4 για βελτίωση της όρεξης σύμφωνα με ιατρική οδηγία. - Χορήγηση γευστικών τροφών που είναι ελκυστικά για τον ασθενή. - Περιορισμός πρόσληψης υγρών στην ώρα του φαγητού. - Χορήγηση τροφών που χρειάζονται λίγη ή καθόλου μάσηση και καταπίνονται εύκολα, π.χ. κρέμα, πουρές. 	<ul style="list-style-type: none"> - Το βάρος διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα. - Η όρεξη του ασθενή είναι ικανοποιητική. - Ικανότητα κατάποσης χωρίς δυσφορία. - Απουσία βήχα και πνιγμονής όταν ο ασθενής τρώει.

II ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Νέος ασθενής, άνδρας Π.Δ., ηλικίας 83 ετών, από την Πάτρα, εισήλθε στην Ογκολογική Κλινική του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Πατρών "Ο Άγιος Ανδρέας" στις 09/02/05.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Ο ασθενής με ιστορικό Ca ορθού-κολοστομία χειρουργημένο προ 6 μηνών, εισήλθε τοξικός λόγω της χημειοθεραπείας με συμπτώματα λευκοπενία, θρομβοπενία, αναιμία. Κατά την εισαγωγή του τοποθετήθηκε φλεβοκαθετήρας στο αριστερό άνω άκρο και καθετήρας κύστεως Folley.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ο ασθενής ήταν χρόνιος καπνιστής. Έχει κάνει εγχείρηση βουβωνοκήλης προ 3 ετών. Πριν 6 μήνες έγινε τελική κολοστομία λόγω υποτροπής του Ca.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ο πατέρας του ασθενή πέθανε σε ηλικία 73 ετών από καρκίνο παχέος εντέρου και η μητέρα σε ηλικία 82 ετών από καρκίνο μαστού.

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Κατά την εισαγωγή του ο ασθενής είχε βάρος 58kg και ζωτικά σημεία ΑΠ: 120/80mmHg, αναπνοές 20/min, σφύξεις 77/min και θερμοκρασία 38,5°C.

ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Έγινε την ημέρα εισαγωγής: Σάκχαρο ορού 140mg/dL, ουρία 34mg/dL, κρεατινίνη 0,7mg/dL, νάτριο ορού 129mmol/L, ασβέστιο 7,5mg/dL, ολικά λευκώματα 5,1gr/dL, αλβουμίνη 1,7gr/dL, τρανσαμινάδες SGOT 31U/L, SGPT 25U/L, αλκαλική φωσφατάση 90U/L, ολική χολεριθρίνη 3,1mg/dL, αμυλάση 14U/L, C.P.K. 37U/L.

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Έγινε την ημέρα εισαγωγής: Αιματοκρίτης 24,2%, αιμοσφαιρίνη 8,14g/dL, αιμοπετάλια 190.000mm³, λευκά αιμοσφαίρια 1000mm³.

ΔΙΑΙΤΑ: Από 09/02/05 – 14/02/05 η διαίτα ήταν χωρίς ωμά φρούτα και λαχανικά. Από 15/02/05 – 19/02/05 ήταν ελεύθερη.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: N/S 0.9% 1000cc 1x2, D/W 5% 1000cc 1x1, Lemoxol 1x2, Briklin 1x2, Human Albumin 2x2, Granulokine 1x1, Eprex 40.000IU 1x1, Sporanox 20ccx2, amp kcl 1x3.

ΑΝΤΙΜΥΤΙΑΣΙΚΟ: Sporanox 10mg/ml. Ενδείκνυται για τη θεραπεία στοματική και/ ή οισοφαγικής κατιντίασης σε ασθενείς με HIV (+).

ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΑΙΜΑΤΟΣ: Human Albumin Grifols 20%. Ενδείκνυται για την αντικατάσταση της λευκωματίνης σε ασθενείς με μεγάλη ανεπάρκεια λευκωματίνης.

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ: Lemoxol 2gr. Ενδείκνυται για τη θεραπεία λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού, του δέρματος, των μαλακών μορίων, λοιμώξεις του ουροποιητικού, σηψαιμία, λοιμώξεις των οστών και αρθρώσεων, γυναικολογικές και ενδοκοιλιακές λοιμώξεις.

• Briklin 500mg/2ml. Ενδείκνυται σε λοιμώξεις από στελέχη ανθεκτικά στη γενταμικίνη ή τις άλλες αμυνογλισίδες. Σε συνδυασμό με β-λακτάμες ενδείκνυται για την εμπειρική θεραπεία ουδετεροπενία.

ΑΥΞΗΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΟΥ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

Granulokine 30MU. Ενδείκνυται για την μείωση της διάρκειας της ουδετεροπενίας και της συχνότητας της εμπύρετης ουδετεροπενίας σε ασθενείς που έχουν υποστεί αγωγή με καθιερωμένη κυτταροτοξική χημειοθεραπεία για κακοήθεια και για τη μείωση της διάρκειας της ουδετεροπενίας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μυελοτοξική θεραπεία ακολουθούμενη από μεταμόσχευση μυελού των οστών σε ασθενείς που θεωρείται ότι βρίσκονται σε αυξητικό κίνδυνο παρατεταμένης βαριάς ουδετεροπενίας.

ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΚΕΣ: Eprex 40.000IU. Ενδείκνυται να χρησιμοποιηθεί για να αυξήσει την απόδοση του αυτόλογου αίματος από ασθενείς που συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα αυτομετάγγισης.

Παρακάτω θα αναπτύξω τα προβλήματα του ασθενή από την τοξικότητα και τους τρόπους αντιμετώπισης αυτών με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>1^η ημέρα Νοσηλείας 09/02/05</p> <p>1. Αιματοκρίτης: 24,2%. Αιμοσφαιρίνη: 8, 14g/dL.</p>	<p>- Να επανέλθουν οι τιμές των αιματολογικών εξετάσεων σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>- Διόρθωση της αναιμίας.</p>	<p>- Να μεταγγιστεί ο ασθενής με συμπτωκνωμένα ερυθρά σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>- Να χορηγηθεί O₂ με μάσκα.</p>	<p>- Την 1^η και 2^η ημέρα νοσηλείας χορηγήθηκαν τέσσερις μονάδες συμπτωκνωμένα ερυθρά. 1^η μονάδα AB (+) No=0782 ώρα 7:00μ.μ. 2^η μονάδα AB (+) No=0847 ώρα 2:40μ.μ. 3^η μονάδα AB (+) No=0736 ώρα 10:00μ.μ. 4^η μονάδα AB (+) No=0872 ώρα 1:00μ.μ.</p> <p>- Έγινε υποστηρικτική χορήγηση O₂ με μάσκα για αύξηση της πρόσληψης O₂ από τα ερυθροκύτταρα.</p>	<p>- Μετά από επανάληψη των εξετάσεων την τέταρτη ημέρα νοσηλείας, τα επίπεδα ήταν: Αιματοκρίτης: 38,2%, Αιμοσφαιρίνη: 13,5g/dL.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> - Να διατηρηθεί ενεργειακό ισοζύγιο και να μειωθούν οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο - Να γίνεται καθημερινή μέτρηση των σφύξεων και αναπνοών. Να διαπιστώσουμε αν αναφέρει ο ασθενής δύσπνοια. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής ενημερώθηκε να αναπαύεται και να αποφεύγει την κόπωση. - Γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων καθημερινά. ΑΠ: 130/75mmHg Θ: 36,8°C Σφύξεις: 78/min. 	<ul style="list-style-type: none"> - Με την ανάπαυση περιορίστηκαν οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο. - Δεν παρατηρείται παρέκκλιση από τα φυσιολογικά.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>1^η ημέρα Νοσηλείας 10/02/05</p> <p>2. Αιμοπετάλια: 190.000mm³</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Να επανέλθουν οι τιμές των αιματολογικών εξετάσεων σε φυσιολογικά επίπεδα. - Λήψη μέτρων για την πρόληψη αιμορραγικών εκδηλώσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μετάγγιση ασθενή με Α.Μ.Τ. κατόπιν ιατρικής οδηγίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Την 1^η, 2^η και 3^η ημέρα νοσηλείας χορηγήθηκαν 10 μονάδες Α.Μ.Τ. ομάδας 0. Rhesus (+) με νούμερα Νο=11358, Νο=11359, Νο=11360, Νο=11361, Νο=11362, Νο=80316, Νο=38432, Νο=38433, Νο=60020, Νο=60021. - Γίνεται καθημερινός έλεγχος κοπράνων – ούρων για ίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα και οι διάφορες κοιλότητες για ρινο-ουλοραγίες. - Γίνεται έλεγχος ζωτικών σημείων καθημερινά: ΑΠ: 130/75mmHg. σφύξεις: 78/min. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μετά από επανάληψη των αιματολογικών εξετάσεων την 4^η ημέρα νοσηλείας τα επίπεδα ήταν: αιμοπετάλια 270.000mm³. - Δεν παρατηρούνται σήμεια ασυνήθους αιμορραγίας. - Δεν παρατηρείται παρέκκλιση από τα φυσιολογικά επίπεδα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση του ασθενή και των συγγενών για τη λήψη μέτρων πρόληψης αιμορραγίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής και οι συγγενείς ενημερώθηκαν να περιοριστεί η έγερσή του απ' το κρεβάτι, να μην χρησιμοποιεί αιχμηρά αντικείμενα, π.χ. νυχοκόπτες, ξυραφάκια. 	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Λευκά αιμοσφαίρια 750mm ³ .	<ul style="list-style-type: none"> - Να επανέλθουν οι τιμές σε φυσιολογικά επίπεδα. - Πρόληψη αρρώστων από λοιμώξεις. 	<ul style="list-style-type: none"> - Απομόνωση του ασθενή. - Εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας. - Λήψη αίματος για αιματολογικό έλεγχο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Παραμονή του ασθενή σε μονόκλινο δωμάτιο. - Χρήση αποστειρωμένων γαντιών. - Χρήση μάσκας κατά την επαφή με τον ασθενή. - Ελαχιστοποίηση του επικεπτηρίου. - Κάθε 8 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισήψια της στοματικής κοιλότητας με σιρόπι Spropanox 20ccx3. - Στις 11:00π.μ. έγινε αιμοληψία για αιματολογικό έλεγχο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Προστασία του ασθενή από τυχόν ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις. - Το Spropanox είναι αντιμικητιασικό και χρησιμοποιείται στη στοματική κατιντίαση. - Από τον αιματολογικό έλεγχο την τέταρτη ημέρα νοσηλεία φυσιολογικά επίπεδα. Λευκά: 7000mm³

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> - Ρύθμιση διαιτολογίου. - Χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος για κάλυψη του ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Καταναλώνονται μόνο ελαφρά μαγειρεμένα φαγητά. - Αποφεύγονται τα ωμά φρούτα και λαχανικά. - Ετέθει διπλό σχήμα αντιβίωσης Lemoxol 2gr 1x2 Briklin 500mg 1x2. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τα ωμά φρούτα και λαχανικά αποτελούν πηγή εισόδου παθογόνων μικροοργανισμών. - Το Briklin ενδείκνυται σε λοιμώξεις από στελέχη ανθετικά στη γενταμικίνη. Το Lemoxol ενδείκνυται για τη θεραπεία λοιμώξεων του κατώτερου αναπνευστικού.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>3^η ημέρα Νοσηλείας 11/02/05</p> <p>- Ο ασθενής στις 11:10π.μ. παρουσίασε πυρετική κίνηση 38,5°C</p>	<p>- Να αντιμετωπιστεί ο πυρετός όσο το δυνατόν πιο γρήγορα.</p>	<p>- Να γίνεται λήψη της θερμοκρασίας ανά 2ωρο και καταγραφή της στο διάγραμμα του ασθενή.</p> <p>- Να γίνεται τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων.</p> <p>- Να χορηγηθεί στον ασθενή κουβέρτα αν έχει ρίγος.</p> <p>- Να χορηγηθούν αντιπυρετικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>- Γίνεται καθημερινή λήψη της θερμοκρασίας ανά 2ωρο και ενημέρωση της λογοδοσίας.</p> <p>- Τοποθετούνται ψυχρά επιθέματα ανά 2ωρο από τους συγγενείς.</p> <p>- Δόθηκε στον ασθενή κουβέρτα.</p> <p>- Στις 11:15π.μ. χορηγήθηκε amp Aprotel σε N/S 0,9% 250cc.</p>	<p>- Ο πυρετός συνεχίστηκε μέχρι την πέμπτη ημέρα νοσηλείας. Την έκτη υποχώρησε.</p> <p>- Τα ψυχρά επιθέματα πρόσφεραν ανακούφιση στον άρρωστο.</p> <p>- Κατόπιν μια ώρας από τη χορήγηση Aprotel, άρση του πυρετού.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ – ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> - Να συνεχιστεί η χορήγηση ορών ενδοφλεβίως σύμφωνα με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συνεχίζεται η ενδοφλέβια έγχυση N/S 0,9% 1000cc 1x2 εμπλουτισμένοι με 2 amp kcl. 	<ul style="list-style-type: none"> - Με την ενδοφλέβια χορήγηση ορών προλήφθηκε η αφυδάτωση του οργανισμού.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

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

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

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

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

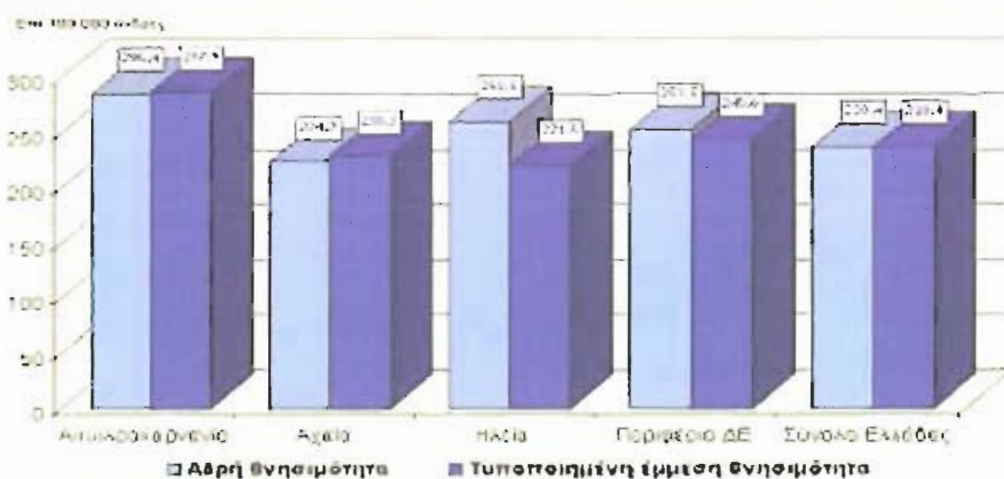
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Παναγιωτόπουλος Γ., Παπαλάμπρος Σ., (1991): *“Χειρουργική”*, Αθήνα: Πασχαλίδης.
- 2) Μπάλας Π., (1994): *“Χειρουργική”*, Έκδοση Β', Τόμος Β', Αθήνα: Λίτσας.
- 3) *“Επιδημιολογία καρκίνου παχέος εντέρου”*, <http://www.ongology.gr> 30/11/04.
- 4) Μπεσμπέας Σ., (2001): *“Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας”*, Περίοδος: Νοέμ. 1999 – Φεβρ. 2000, Αθήνα, Janssen – Gilag.
- 5) Σπηλιώτη Δ. Ιωάννη, (1999): *Καρκίνος “Από την άγνοια... στο φόβο”*, Πάτρα: Αχαϊκές.
- 6) Χανιώτης Φ., (1992): *“Παθολογία”*, Τόμος Α', Αθήνα: Λίτσας.
- 7) Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., (1992): *“Ο Καρκίνος”*, Αθήνα: Κάτοπτρο.
- 8) Πετριδής Α., (1995): *“Εγχειρίδιο Χειρουργικής”*, Αθήνα: Έλλην.
- 9) Μαλγαρινού Μ., Κωνταντινίδου Σ. ., (1997): *“Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική”*, Τόμος Β', Μέρος Β', Αθήνα: Ταβίθα.
- 10) Αθανάτου Ε., (1995): *“Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική”*, Αθήνα: Έλλην.
- 11) Κορδιόλης Ν., (1994): *“Καρκίνος στομάχου λεπτού και παχέος εντέρου”*, Αθήνα: Janssen – Gilag.

- 12) Engram B., (1997): *"Νοσηλευτική Φροντίδα στην Παθολογία και Χειρουργική"*, Αθήνα: Έλλην
- 13) Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., (1997): *"Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες"*, Τόμος Β', Έκδοση Β', Αθήνα: Βήτα.
- 14) Σαββοπούλου Γ., (2001): *"Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας"*, Περίοδος: Απρ. – Ιούνιος 2000, Αθήνα: Janssen – Gilag.
- 15) Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ., (2001): *"Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική"*, Τόμος Α', Αθήνα: Ταβίδα.
- 16) Baldonado A., Williams K., Davis D., (1999): *"Γενική Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική"*, Αθήνα: Έλλην.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Αδρή και Τυποποιημένη Θνησιμότητα ανδρών κατά Νομό στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας 1991

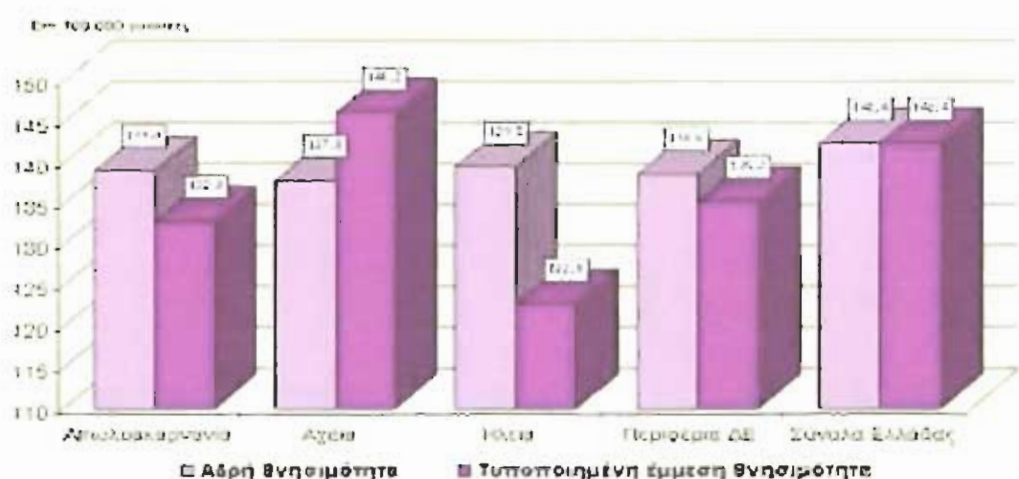


πηγή: Πρωτογενής επίσημη στατιστική και οικονομικά στοιχεία της Ελλάδας 1991

συντ. έτος/ετή 1991, έτος/ετή της Φορέας ταξινόμησης και Περιφέρειας της Ελλάδας 1991, κατανομητικό έτος/ετή στην Περιφέρεια ΔΕ 1991, έτος/ετή/ετή/ετή

3ο Διοικητικό Συνέδριο Επιστήμης Ογκολογίας Δυτικής Ελλάδας 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Αδρή και Τυποποιημένη Θνησιμότητα γυναικών κατά Νομό στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας 1991

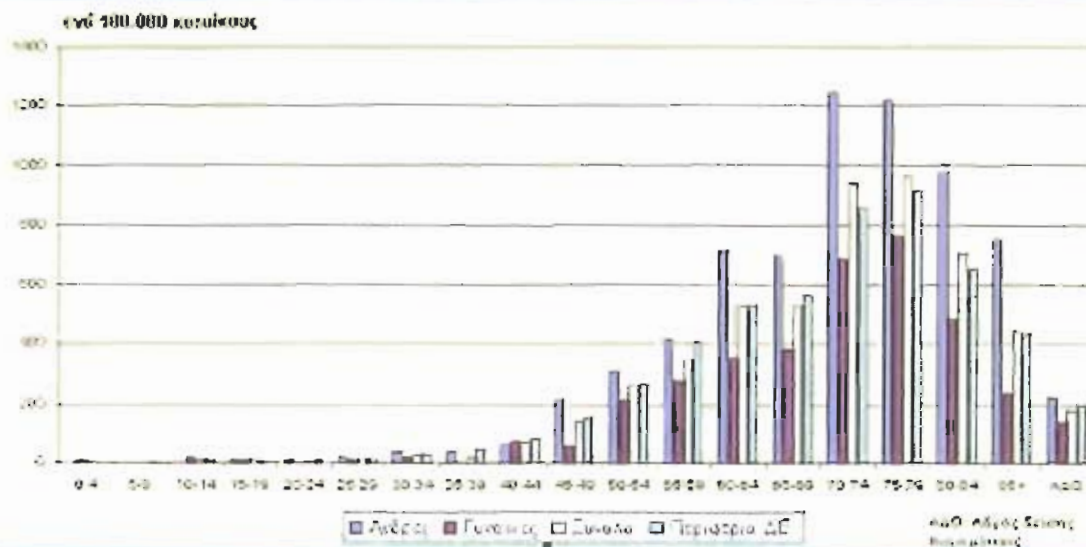


πηγή: Πρωτογενής επίσημη στατιστική και οικονομικά στοιχεία της Ελλάδας 1991

συντ. έτος/ετή 1991, έτος/ετή της Φορέας ταξινόμησης και Περιφέρειας της Ελλάδας 1991, κατανομητικό έτος/ετή στην Περιφέρεια ΔΕ 1991, έτος/ετή/ετή/ετή

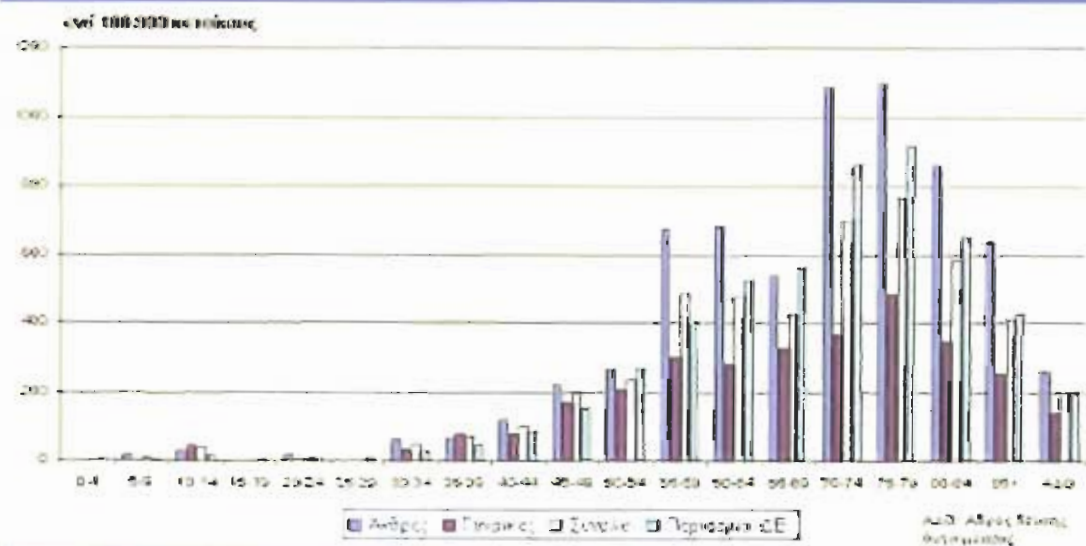
3ο Διοικητικό Συνέδριο Επιστήμης Ογκολογίας Δυτικής Ελλάδας 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Ειδικοί κατά ηλικία και φύλο δείκτες θνησιμότητας στον νομό ΑΧΑΪΑΣ 1991



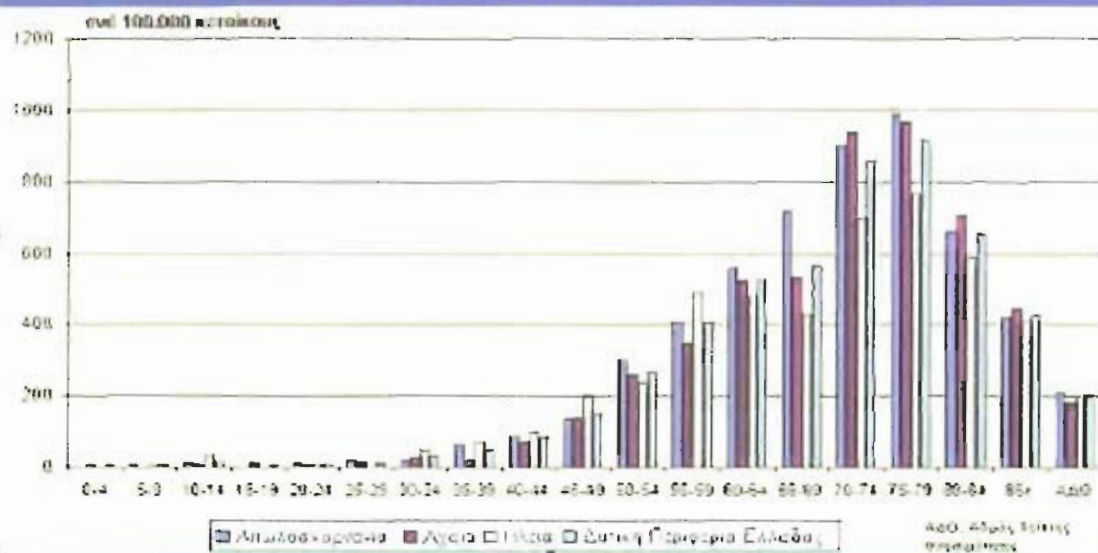
3ο Δεκαετησιακό Συνέδριο Κλασική Ογκολογία, Διετής Ελλάδας 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Ειδικοί κατά ηλικία και φύλο δείκτες θνησιμότητας στον νομό ΗΛΕΪΑΣ 1991



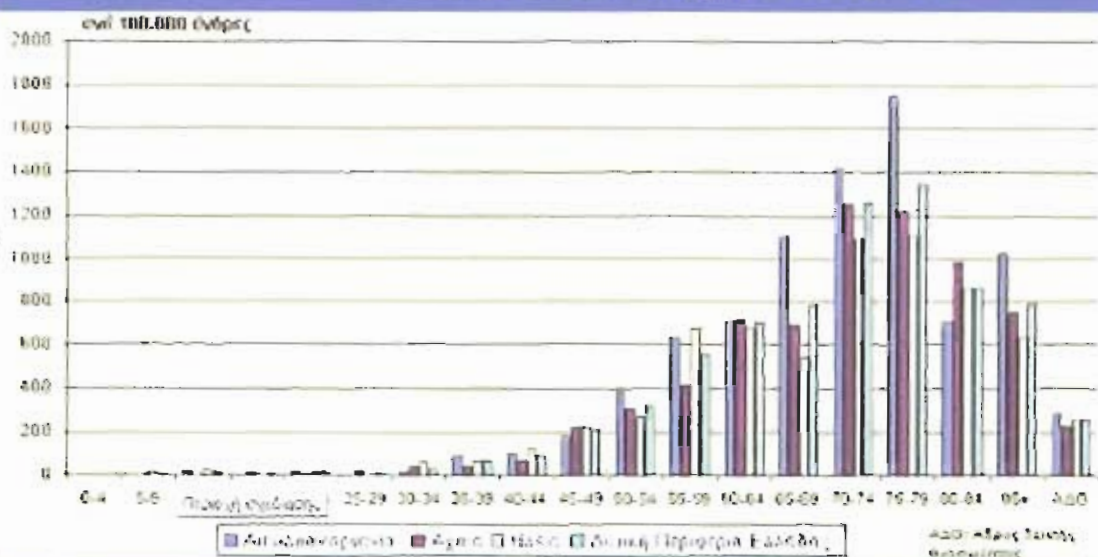
3ο Δεκαετησιακό Συνέδριο Κλασική Ογκολογία, Διετής Ελλάδας 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Ειδική κατά ηλικία και νομό δείκτης θνησιμότητας στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας 1991



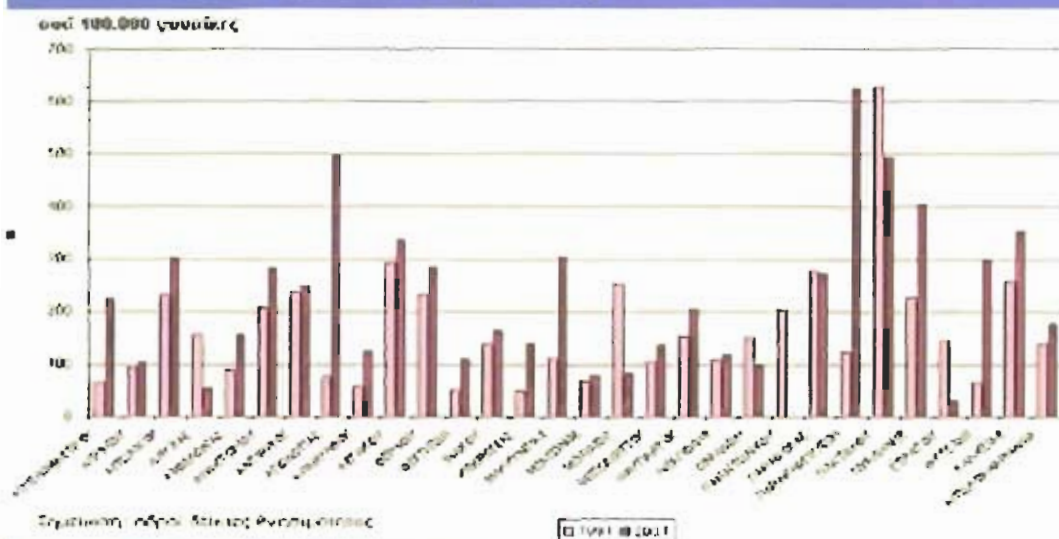
3ο Διανομοκρατικό Συνέδριο Επιστημής Ογκολογίας Δυτικής Ελλάδος 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Ειδική κατά ηλικία και νομό δείκτης θνησιμότητας ανδρών στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας 1991



3ο Διανομοκρατικό Συνέδριο Επιστημής Ογκολογίας Δυτικής Ελλάδος 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

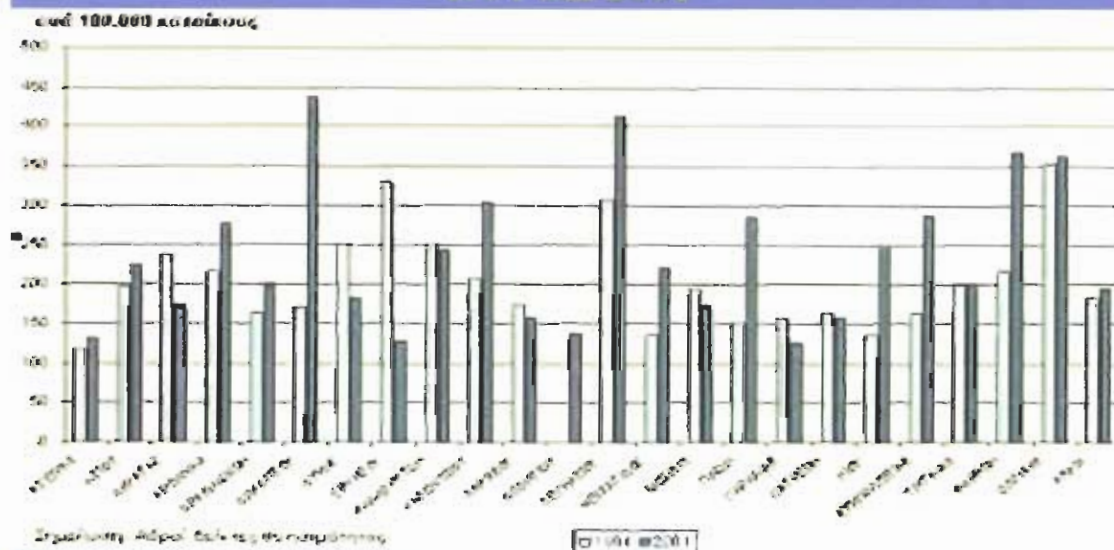
Ειδικοί κατά δήμο και έτος δείκτες θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα γυναικών στον νομό Αιτωλοακαρνανίας 1991 και 2001



3ο Διανοσοκομειακό Συνέδριο Ελληνική Ογκολογία Διαταγή Ελλάδος 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

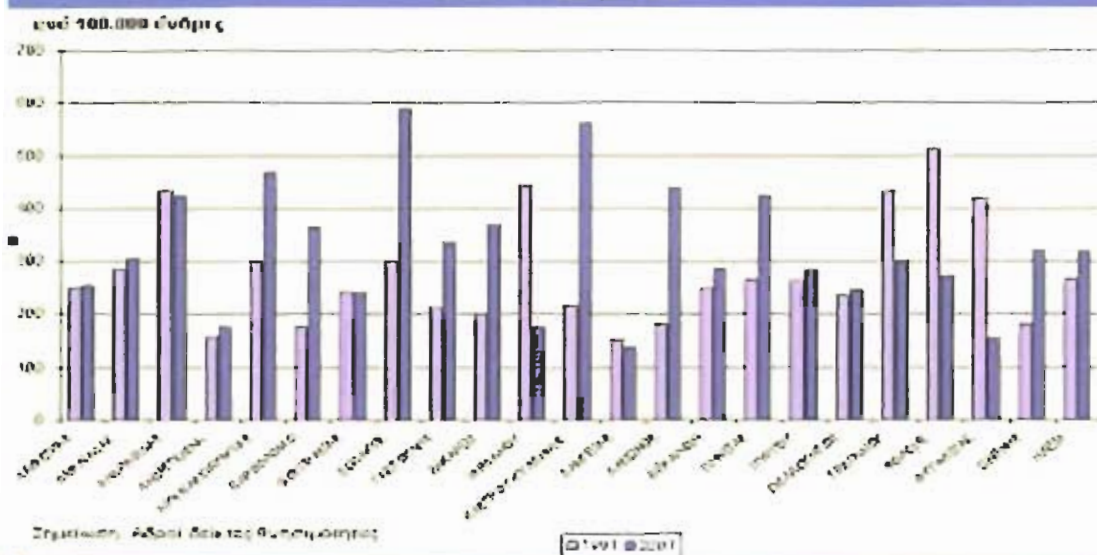
3ο Διανοσοκομειακό Συνέδριο Ελληνική Ογκολογία Διαταγή Ελλάδος 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Ειδικοί κατά δήμο και έτος δείκτες θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα στον νομό ΑΧΑΪΑΣ 1991 και 2001



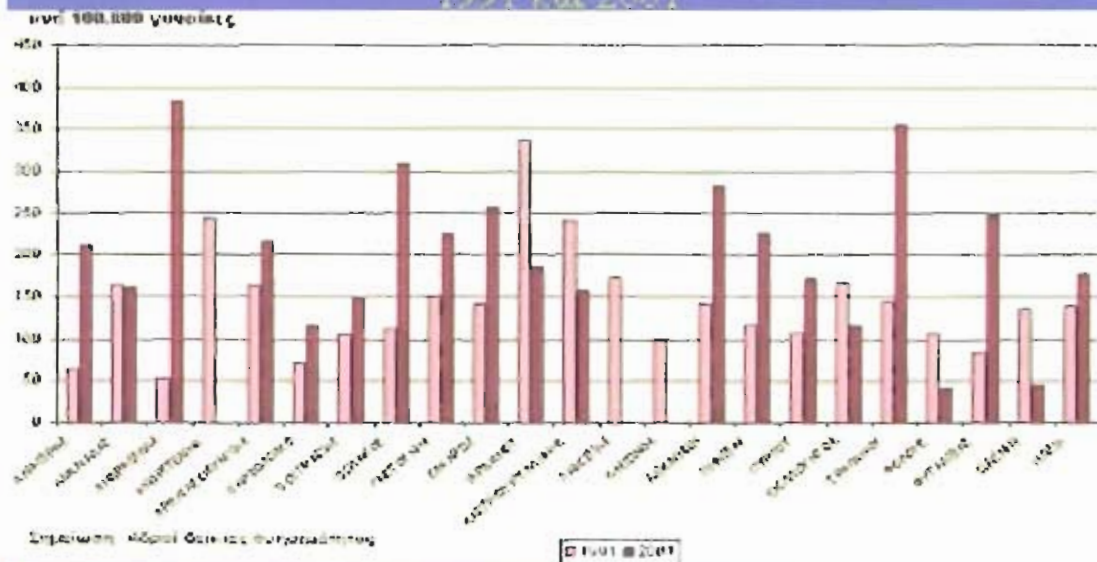
3ο Διανοσοκομειακό Συνέδριο Ελληνική Ογκολογία Διαταγή Ελλάδος 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Ειδικοί κατά δήμο και έτος δείκτες θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασματα ανδρών στον νομό ΗΛΕΙΑΣ 1991 και 2001



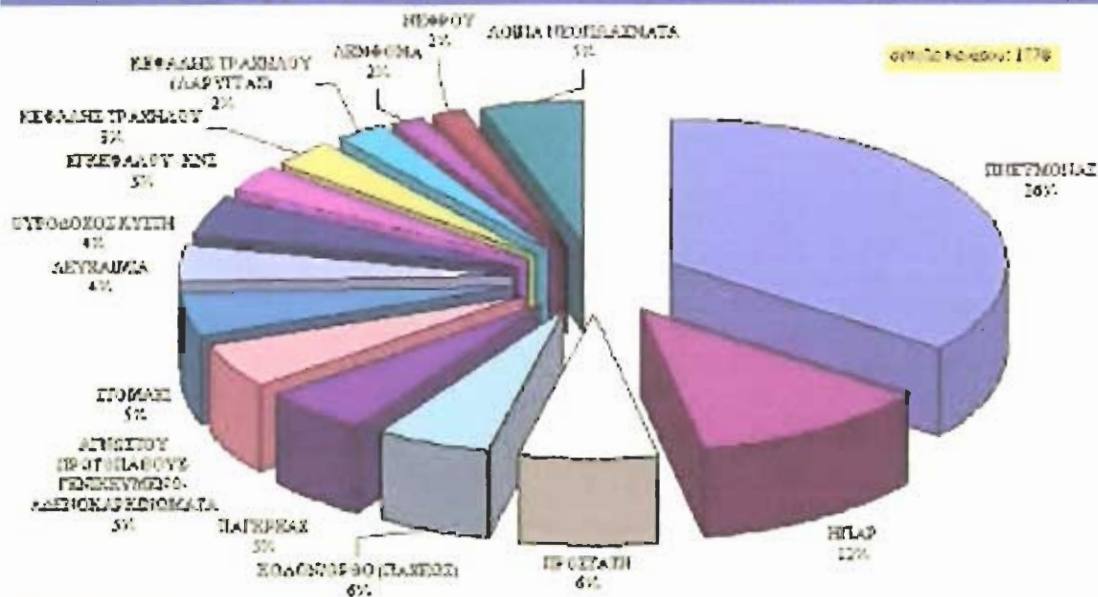
3ο Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνική Ογκολογία Διεύθυνση ΕΣΘ, 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Ειδικοί κατά δήμο και έτος δείκτες θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασματα γυναικών στον νομό ΗΛΕΙΑΣ 1991 και 2001



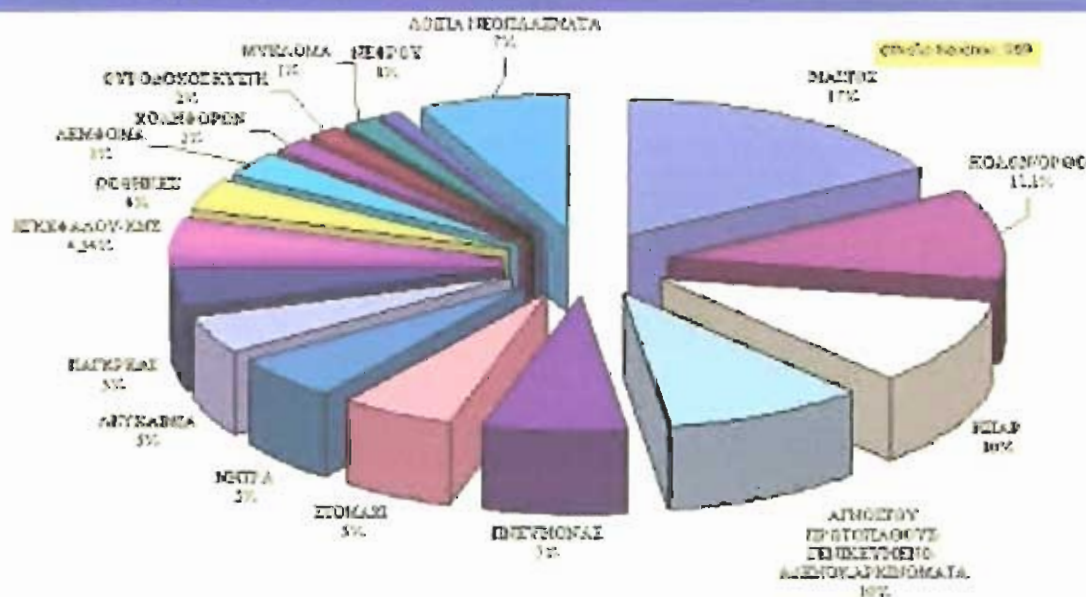
3ο Διοικητικό Συμβούλιο Ελληνική Ογκολογία Διεύθυνση ΕΣΘ, 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Κατανομή θανάτων ανδρών, κατά τύπο κακοήθους νεοπλασματος, την περίοδο 1991-1992 στην Περιφέρεια ΔΕ



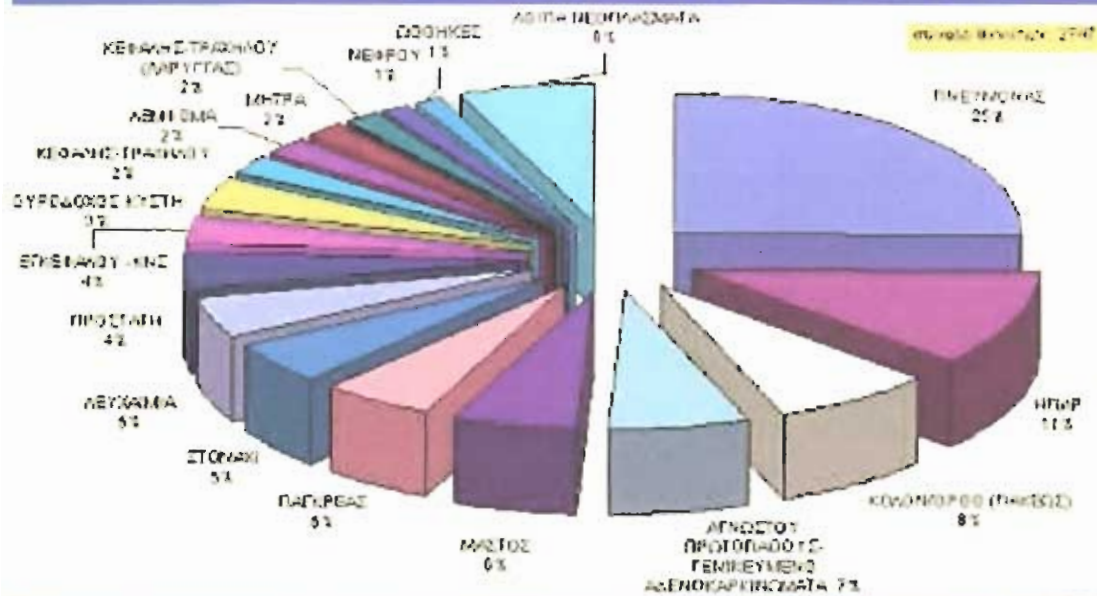
3ο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ελληνική Ογκολογία Διετής Ελλάδα 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Κατανομή θανάτων γυναικών, κατά τύπο κακοήθους νεοπλασματος, την περίοδο 1991-1992 στην Περιφέρεια ΔΕ



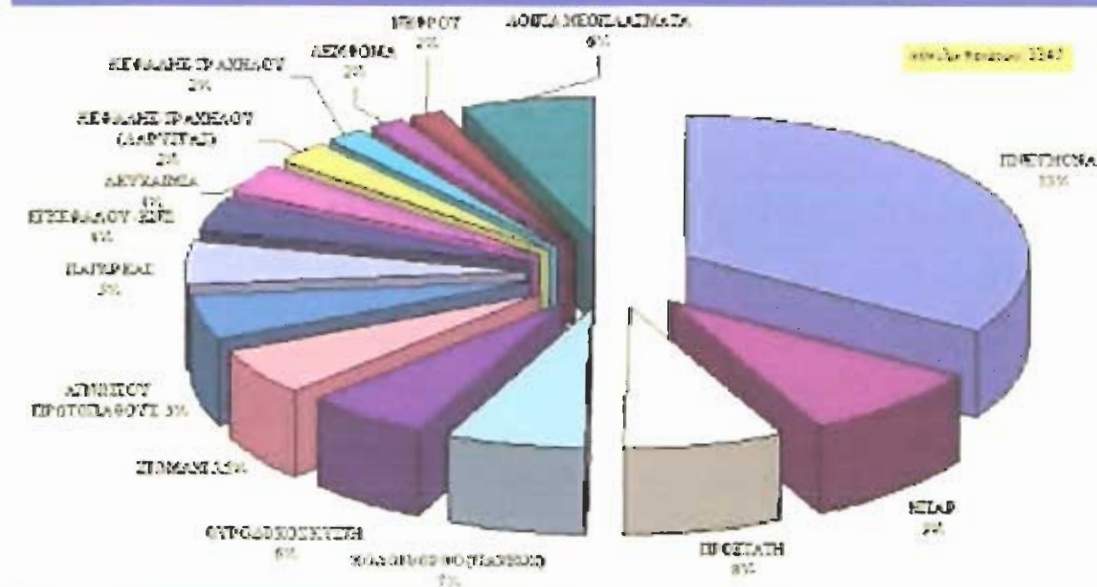
3ο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ελληνική Ογκολογία Διετής Ελλάδα 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Κατανομή συνολικών θανάτων, κατά τύπο κακοήθους νεοπλασματος, την περίοδο 1991-1992 στην Περιφέρεια ΔΕ



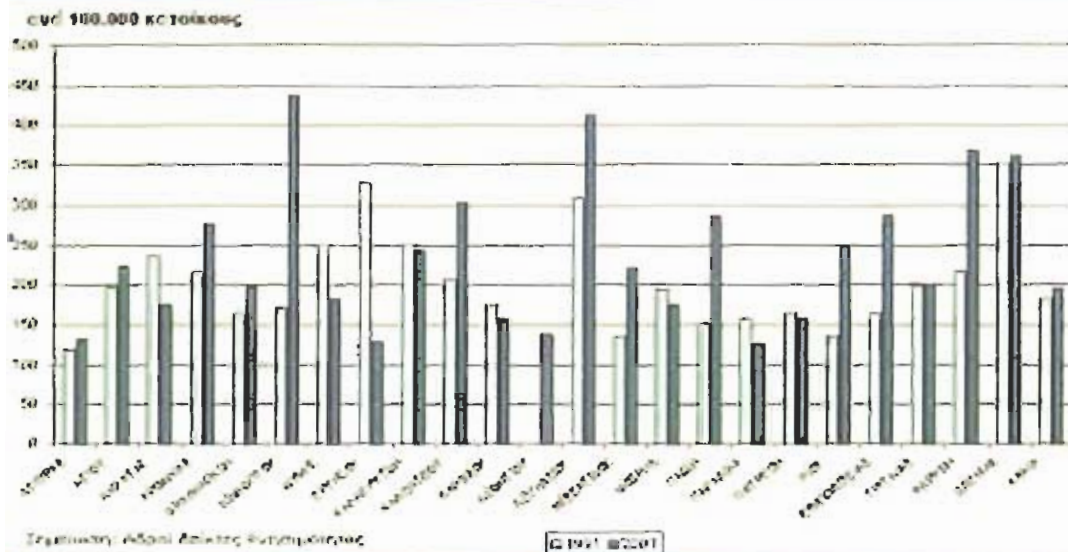
3ο Διαογκολογικό Συνέδριο Κλασική Ογκολογίας Δυτικής Ελλάδος 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Κατανομή θανάτων ανδρών, κατά τύπο κακοήθους νεοπλασματος, την περίοδο 1999-2001 στην Περιφέρεια ΔΕ



3ο Διαογκολογικό Συνέδριο Κλασική Ογκολογίας Δυτικής Ελλάδος 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

Ειδικοί κατά δήμο και έτος δείκτες θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασμάτα ανδρών στον νομό ΑΧΑΪΑΣ 1991 και 2001



3ο Διαποσομετρικό Συνέδριο Εθνικής Ογκολογίας Διεύθυνση ΕΣΘ, 9 & 10 Φεβρουαρίου 2002

