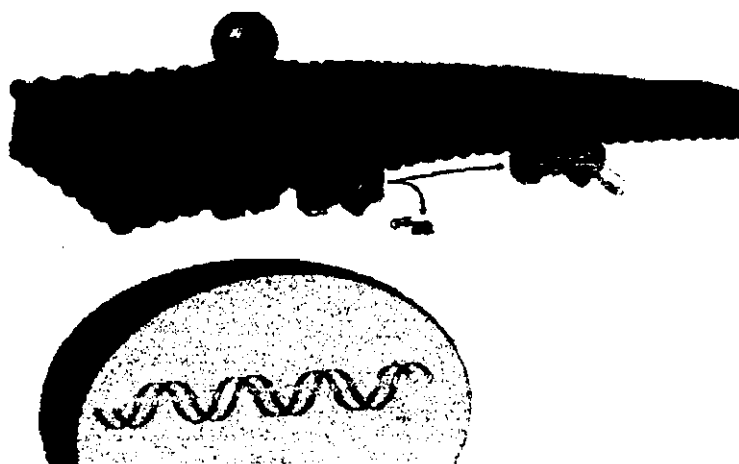


ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΞΑΜΗΝΟ Η΄

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΠΙΑΜΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ



ΠΑΤΡΑ, ΜΑΪΟΣ 2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Ανατομική και φυσιολογία του στομάχου	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1. Ορισμός του καρκίνου στομάχου.....	8
2.2. Καρκινογένεση.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1. Αιτιολογία – Παθογενετικοί μηχανισμοί.....	13
4.1.1. Γενετικοί Παράγοντες.....	13
4.1.2. Γεωλογικοί Παράγοντες.....	13
4.1.3. Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες.....	14
4.1.4. Κάπνισμα.....	14
4.1.5. Διατροφή.....	14
4.1.6. Ακτινοβολία.....	15
4.1.7. Απασχόληση.....	15
4.2. Προκαρκινικές Καταστάσεις.....	16
4.2.1. Ατροφική γαστρίτιδα.....	16
4.2.2. Κακοήθης αναιμία.....	16
4.2.3. Γαστρικοί πολύποδες.....	16
4.2.4. Εντερική μεταπλασία.....	17
4.2.5. Γαστρικό κολόβωμα.....	17
4.2.5. Μη κληρονομική υπογαμμασφαιριναιμία.....	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

5.1. Κλινική Συμπτωματολογία	19
5.1.1. Φυσική εξέταση.....	20
5.2. Ακτινολογική εξέταση	21
5.3. Ενδοσκόπηση	22
5.4. Λοιπή εργαστηριακή διερεύνηση	24
5.4.1. Νεοπλασματικοί δείκτες.....	24
5.4.2. CA 19-9.....	24
5.4.3. Γαστρική έκκριση.....	24
5.4.4. Πεψινογόνα.....	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ

6.1. Μακροσκοπικοί χαρακτήρες.....	26
6.2. Μικροσκοπικοί χαρακτήρες	26
6.3. Ταξινόμηση με βάση το στάδιο	27
6.4. Μακροσκοπική Ταξινόμηση.....	28
6.5. Ιστολογική Ταξινόμηση.....	31
6.6. Ασυνήθεις τύποι γαστρικών καρκινωμάτων.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1. Χειρουργική	34
7.1.1. Προεγχειρητικός Έλεγχος.....	35
7.1.2. Εγχειρησιμότητα.....	35
7.1.3. Επεμβάσεις.....	35
7.2. Ακτινοθεραπεία.....	39
7.2.1. Δόσεις και τεχνικές ακτινοθεραπείας	39
7.3. Χημειοθεραπεία.....	39
7.3.1. Μονοθεραπεία	40
7.3.2. Συνδυασμένη χημειοθεραπεία.....	40
7.3.3. Συμπληρωματική (επικουρική χημειοθεραπεία)	42
7.3.4. Προεγχειρητική χημειοθεραπεία	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΠΡΟΓΝΩΣΗ	44
-----------------------	----

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Πρόληψη καρκίνου στομάχου – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	47
1.1.1. Πρωτογενής Πρόληψη.....	47
1.1.2. Δευτερογενής Πρόληψη.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

2.1. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	51
2.2. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	52
2.2.1. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με γαστροστομία...55	
2.3. Νοσηλευτική φροντίδα σε αντιμετώπιση γαστρικού καρκίνου με χημειοθεραπεία – ακτινοθεραπεία.....	56
2.3.1. Νοσηλευτική προσέγγιση σε χημειοθεραπεία.....	56
2.3.2. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ακτινοθεραπεία.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ	60
------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	63
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	65
------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 66

ΕΠΙΛΟΓΟΣ 75

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 76

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας στον άνθρωπο είχαν αλλάξει ριζικά σε σύγκριση με την κατάσταση που υπήρχε στην αρχή του αιώνα. Τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα, η φυματίωση, η γρίπη, οι μολύνσεις από βιολογικούς παράγοντες του γαστροεντερικού συστήματος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ήταν οι πλέον θανατηφόρες ασθένειες του ανθρώπου στις αρχές του αιώνα, ενώ τα κακοήθη νεοπλασμάτα ήταν κατά σειρά η 8^η αιτία θανάτου.

Οι πρόοδοι που σημειώθηκαν στην ιατρική (πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των ασθενειών), στη φαρμακολογία (αντιβιοτικά, αντιυπερτασικά φάρμακα, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, αντοξειδωτικές ουσίες κ.λ.π.) και στην υγιεινή (κατάψυξη τροφίμων, βελτίωση της διατροφής, καθαρό πόσιμο νερό, αποχέτευση και διάθεση αποβλήτων), αύξησαν δραματικά τη διάρκεια ζωής του ανθρώπου. Ήδη από τη δεκαετία του '60 είχαν συγκεντρωθεί αρκετές στατιστικές μελέτες και διαχρονικές τάσεις θνησιμότητας, που έδειχναν ότι οι κακοήθεις νεοπλασίες αποτελούσαν πλέον τη δεύτερη αιτία θανάτου στον άνθρωπο στις αναπτυγμένες βιομηχανικές χώρες, μετά τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος.¹

Ο καρκίνος αποτελεί αναμφίβολα τη νόσο του μέλλοντος αφού αναμένεται ένας στους τρεις ανθρώπους να τον αναπτύξει σε κάποια στιγμή της ζωής του. Είναι μια πολυδιάστατη νόσος που επηρεάζει ποικίλα και σε διάφορες κατευθύνσεις τη ζωή του ασθενή.

Έπειτα επομένως από τα παραπάνω, είναι εμφανής η αναγκαιότητα και η επιτακτικότητα της μελέτης και έρευνας των κακοηθών νεοπλασιών.²

Ο καρκίνος δεν είναι πια η άγνωστη αρρώστια που δε γνωρίζουμε τα αίτια της, που δε γνωρίζουμε πως αυξάνεται και αναπτύσσεται και κυρίως δεν είναι η αρρώστια που δεν ξέραμε πως πρέπει να την προλάβουμε ή να την διαγνώσουμε πραγματικά έγκαιρα.

Έτσι όλα εμείς, σαν Υπεύθυνοι εκπρόσωποι μετάδοσης πληροφοριών και γνώσεων στο μεγάλο κοινό, στον κόσμο που δεν ακούει ιατρικές θεωρίες αλλά θέλει να ζει καλύτερα με ψυχική ισορροπία, οφείλουμε να δώσουμε τον καλύτερό μας εαυτό στην κατεύθυνση αντιμετώπισης των καρκίνων.³

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του στομάχου αποτελεί ένα από τα κακοήθη νεοπλάσματα του πεπτικού συστήματος με τη χειρότερη πρόγνωση. Ακόμη και σήμερα ένας ασθενής με καρκίνο του στομάχου έχει περίπου 10% πιθανότητα να επιζεί 5 χρόνια μετά τη διάγνωση. Στην Ιαπωνία, τα ποσοστά είναι ευνοϊκότερα για την Ευρώπη όμως, και φυσικά για την ελληνική πραγματικότητα, τα ποσοστά επιβιώσεις παραμένουν ακόμη απογοητευτικά χαμηλά.

Το γεγονός αυτό οφείλεται στην καθυστερημένη διάγνωση, αλλά και στα μέτρια αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας και της χημειοθεραπείας. Το κύριο βάρος επομένως πρέπει να αρχίσει να δίνεται στην έγκαιρη διάγνωση μέσω συστηματικού ελέγχου, τουλάχιστον των ομάδων υψηλού κινδύνου, παράλληλα με τη βελτίωση των θεραπευτικών δυνατοτήτων.

Αυτά αποτελούν τη μόνη ελπίδα για τη βελτίωση του προσδόκιμου επιβιώσεως των ασθενών με αυτό το κακοήθες νεόπλασμα.⁴

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

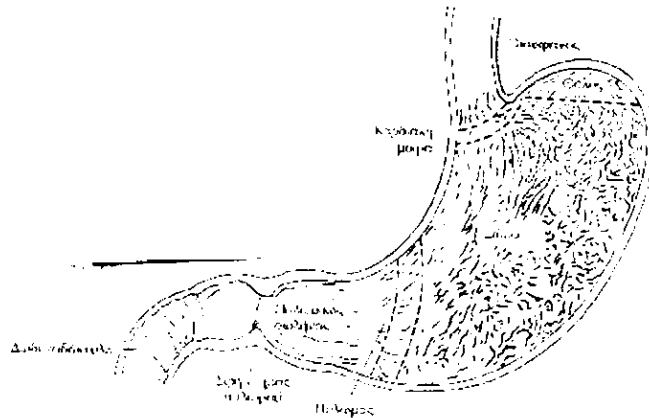
1.1 Ανατομική και φυσιολογία του στομάχου

Ο στόμαχος έχει σχήμα J, αποτελεί την πιο ανευρυσμένη μοίρα της πεπτικής οδού και επικοινωνεί με τον οισοφάγο και το λεπτό έντερο μέσω του καρδιακού και του πυλωρικού στομίου, αντίστοιχα.

Αποτελεί διατατό σάκο για την αποθήκευση και τη μετατροπή της τροφής σε ημίρρευστη μορφή με την επίδραση εκκριτικών παραγόντων. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, ο στόμαχος έχει χωρητικότητα έως 1500ml, ενώ οι κατ' επιφάνεια διαστάσεις του είναι 850 cm² στους άνδρες και 750 cm² στις γυναίκες.

Μορφολογικός εμφανίζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια και δυο χείλη: το έλασσον και το μείζον τόξο. Το καρδιακό στόμιο αφορίζεται εσωτερικά από μία κυκλική ανώμαλη οδοντωτή γραμμή, η οποία απέχει από τους τομείς οδόντες περίπου 40 cm. Το πυλωρικό στόμιο αφορίζεται από την πυλωρική βαλβίδα. Το μείζον τόξο έχει μεγαλύτερη δυνατότητα διάτασης και σχετικά μεγάλες ποσότητες τροφής περιέχονται σ' αυτό με μικρή αύξηση της εσωτερικής πίεσης. Αντίθετα, μικρές ποσότητες τροφής, υγρών και εκκρίσεων προωθούνται μέσω του ελάσσονος τόξου. Σύμφωνα με νεκροτομικές μελέτες σε Αμερικανούς και Ιάπωνες, τα μήκη του μείζονος και του ελάσσονος τόξου ποικίλλουν, ανάλογα με τη φυλή.

Οι μοίρες του στομάχου είναι τέσσερις: Η καρδιακή μοίρα (cardia) αποτελεί τμήμα του σώματος, είναι μικρή, μακροσκοπικώς αδιάκριτη, ζώνη που επεκτείνεται 1-4 cm ως κυκλική ζώνη και αντιστοιχεί στη μετάπτωση του οισοφάγου στο στομάχο. Το κατώτερο όριο προς το θόλο του στομάχου γίνεται ευδιάκριτο μόνο ιστολογικώς με την παρουσία των καρδιακών αδένων. Ο θόλος (fundus), αποτελεί το τμήμα του στομάχου που είναι πάνω από το επίπεδο του καρδιακού στομίου. Το σώμα (body) αποτελεί περίπου τα 2/3 του στομάχου. Οι βλεννογόνοι του θόλου και του σώματος έχουν την ίδια ιστολογική υφή. Το πυλωρικό άντρο (pyloric antrum) αποτελεί το κατώτερο τρίτο του στομάχου και καταλήγει στον πυλωρικό σφιγκτήρα (εικ.1)⁵



ΕΙΚΟΝΑ 1

Ο στόμαχος έχει διάφορους φυσιολογικούς σκοπούς. Μέσω ενός περίπλοκου συνδυασμού εξωκρινών μυστικών μηχανισμών και ήρεμης μυϊκής συμβολής, το στομάχι, διατηρεί σχετικά χαμηλό το επίπεδο των μικροβίων στο ανώτερο πεπτικό σύστημα. Αφομοιώνει τις τροφές και τις προετοιμάζει για την απορρόφηση.⁶

Κύρια λειτουργία του στομάχου είναι να αποθηκεύει προσωρινά την τροφή και να την προωθεί κατόπιν ομοιόμορφα σε μικρές ποσότητες στο έντερο για περαιτέρω πέψη. Ο στόμαχος μπορεί να καλύπτει τις ημερήσιες ανάγκες σε τροφή με μερικά μεγαλύτερα γεύματα. Αν αφαιρεθεί ο στόμαχος, είμαστε αναγκασμένοι να μοιράσουμε την τροφή σε πολλά μικρά μέρη, μέσα σε όλη την ημέρα.

Επειδή το σώμα έχει σχεδιαστεί με εξαιρετη λογική, ο στόμαχος δε χρησιμοποιείται μόνο σαν αποθήκη. Η τροφή αποστειρώνεται ταυτόχρονα στο στομάχο. Για το σκοπό αυτό το τοίχωμα του στομάχου εκκρίνει υδροχλωρικό οξύ που αδρανοποιεί τα περισσότερα μικρόβια. Μόνο όταν η τροφή περιέχει μεγάλες ποσότητες μικροβίων μολύνεται το έντερο.

Το σώμα δεν αποθηκεύει και αποστειρώνει την τροφή στο στομάχο, αλλά ταυτόχρονα αρχίζει και την πέψη.⁷

Η πέψη περιλαμβάνει όλες τις επεξεργασίες με τις οποίες οι θρεπτικές ουσίες απελευθερώνονται από τις τροφές, διασπώνται στα χημικά συστατικά τους με την επίδραση ενζύμων και τελικά απορροφώνται.⁸

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες εκ των έσω προς τα έξω: (α) βλεννογόνο χιτώνα, (β) υποβλεννογόνιο χιτώνα, (γ) μυϊκό χιτώνα και (δ) ορογόνο.

(α) Βλεννογόνος χιτώνας: Ο βλεννογόνος του στομάχου λειτουργικώς διαφείται σε περιοχές με αδένες τύπου σώματος (οξυντικούς) και σε αδένες πυλωρικού τύπου. Οι οξυντικές περιοχές εκκρίνουν οξύ, καλύπτουν περίπου το 80% του στομάχου και περιλαμβάνουν το σώμα και το θόλο. Ο βλεννογόνος με τους πυλωρικούς αδένες καταλαμβάνει το υπόλοιπο 20% του στομάχου τον πυλωρό και παράγει γαστρίνη. Ο γαστρικός βλεννογόνος αποτελείται από (α) το καλυπτήριο επιθήλιο που καταδύεται, σε ποικίλη έκταση, προς το χορίου σχηματίζοντας (β) τα γαστρικά βοθρία. Σε κάθε βοθρίου εκβάλλουν περίπου τέσσερις γαστρικοί αδένες. Το καλυπτικό (επιφανειακό) επιθήλιο παρουσιάζει όμοια μορφολογία σε όλα τα τμήματα του στομάχου και αποτελείται από μια στιβάδα υψηλών κυλινδρικών βλεννοπαραγωγών κυττάρων, που έχουν φαγοκυτταρική ιδιότητα. (γ) τους σωληνοειδείς αδένες (καρδιακούς, γαστρικούς, πυλωρικούς) που χαρακτηρίζουν κάθε περιοχή του στομάχου, διακλαδίζονται και εκβάλλουν στα γαστρικά βοθρία. Οι γαστρικοί αδένες, ανάλογα με το είδος των επιθηλιακών στοιχείων που τους αποτελούν, διακρίνονται σε καρδιακούς, ιδίως γαστρικούς και πυλωρικούς. Τα αδένια αυτά έχουν κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα: είναι σωληνώδη, περιβάλλονται από περισσότερο ή λιγότερο χόριο και δεν διαπερνούν τη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα. (δ) το χόριο, που αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό, πλούσιο σε δικτυωτές και κολλαγόνες ίνες. (ε) τη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα, που είναι λεπτή. Παρεμβάλλεται μεταξύ του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνιου χιτώνα και προκαλεί το σχηματισμό των προσωρινών βλεννογονικών πτυχών.

(β) Υποβλεννογόνιος χιτώνας: Αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό, στον οποίο περιέχονται άφθονες ελαστικές ίνες, λιπώδη κύτταρα, αγγεία και νεύρα.

(γ) Μυϊκός χιτώνας: Ο μυϊκός χιτώνας του στομάχου απαρτίζεται από επιμήκεις λείες μυϊκές ίνες. Η μέση στιβάδα, η οποία μαζί με την εξωτερική αποτελεί συνέχεια της εσωτερικής και εξωτερικής στιβάδας του μυϊκού χιτώνα του οισοφάγου, παχύνεται στο ύψος του πυλωρικού στομίου και σχηματίζει το σφιγκτήρα του πυλωρού.

(δ) Ορογόνος χιτώνας: Ο ορογόνος προέρχεται από το περισπλάγγνιο πέταλο του περιτοναίου και περιβάλλει εξ' ολοκλήρου το στομάχο, με εξαίρεση τα χείλη του.

Αποτελείται από μία στιβάδα χαλαρού συνδετικού ιστού, η οποία καλύπτεται από μεσοθήλιο.

Ο στόμαχος έχει πλούσια αιμάτωση που προέρχεται από κλάδους της κοιλιακής, ηπατικής και σπληνικής αρτηρίες με πολλές αναστομώσεις και με απουσία τελικών αρτηριών (end arteries). Μερικοί συγγραφείς περιγράφουν αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις στον υποβλεννογόνιο και μυϊκό χιτώνα, οι οποίες μπορεί να είναι ευθείες συνδέσεις ή διακλαδιζόμενες.

Στο φυσιολογικό στόμαχο, υπάρχει ένα προέχον πλέγμα λεμφαγγείων γύρω από τη βλεννογόνιο μυϊκή στιβάδα, η οποία φθάνει στο κάτω τριτημόριο του βλεννογόνου στο χαλαρό υπόστρωμα αυτού. Λεμφικά αγγεία διαπυκνώνουν τη βλεννογόνιο μυϊκή στιβάδα και επικοινωνούν με μεγάλα λεμφικά αγγεία του υποβλεννογόνιου χιτώνα. Τα λεμφαγγειακά στελέχη του στομάχου ακολουθούν τις κύριες αρτηρίες και φλέβες.

Η νεύρωση του γαστρεντερικού σωλήνα ακολουθεί καθορισμένο πρότυπο. Στο στόμαχο, η παρασυμπαθητική χολινεργική νεύρωση προέρχεται από τους τελικούς κλάδους των δύο πνευμονογαστρικών νεύρων: το δεξιό πνευμονογαστρικό διαιρείται στον ηπατικό και τον πρόσθιο γαστρικό κλάδο. Η συμπαθητική νεύρωση του στομάχου προέρχεται από τα πλάγια κέρατα των τμημάτων D6-d10 και μέσω του σπλαγχνικού νεύρου καταλήγει στο κοιλιακό γάγγλιο, από όπου διακλαδίζεται προς τα πλέγματα του στομάχου. Στο γαστρικό τοίχωμα παρατηρούνται δύο νευρικά πλέγματα, το υποβλεννογόνιο και το μυεντερικό.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Ορισμός του καρκίνου στομάχου.

Το σώμα αποτελείται από κύτταρα διαφόρων τύπων, τα οποία αναπτύσσονται και πολλαπλασιάζονται ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού. Ο πολλαπλασιασμός τους ακολουθεί συγκεκριμένους κανόνες αλλά μερικές φορές κάποια κύτταρα πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα χωρίς να χρειάζεται. Στο μέρος αυτό, όπου αναπτύσσεται επιπλέον ιστός, προκαλείται τοπικά διόγκωση (όγκος).

Οι κακοήθεις όγκοι είναι καρκίνοι, τα κύτταρά τους είναι παθολογικά και πολλαπλασιάζονται άναρχα προκαλώντας βλάβες στους γύρω από τον όγκο ιστούς. Επιπλέον, τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να περάσουν στα υγρά του οργανισμού (π.χ. αίμακι λέμφος) και να μεταφερθούν σε άλλα όργανα σε διάφορα μέρη του σώματος, προκαλώντας εκεί την ανάπτυξη νέων όγκων (μεταστατικοί όγκοι) που είναι ίδιοι με τον αρχικό όγκο από τον οποίο προήλθαν.⁹

Ο καρκίνος του στομάχου, ειδικότερα, είναι επιθηλίωμα, που προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου. Επομένως, πρόκειται για αδενοκαρκίνωμα. Το γαστρικό καρκίνωμα είναι συχνότερο απ' όλα τα καρκινώματα και αναπτύσσεται πάντοτε πρωτοπαθώς.¹⁰

2.2. Καρκινογένεση.

Από τις μελέτες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα φαίνεται ότι ο καρκίνος ξεκινά μετά από βλάβη του γενετικού υλικού (DNA) ενός κυττάρου. Αν αυτή η βλάβη δεν επιδιορθωθεί τότε το κύτταρο θα υποστεί εξαλλαγή και στη συνέχεια θα αναπτυχθεί καρκίνος.

Οι βλάβες που γίνονται στα κύτταρα και κατ' επέκταση στον οργανισμό είναι συνεχείς και πολλές. Προστατευτικά στον οργανισμό μας υπάρχουν μηχανισμοί είτε επιδιόρθωσης, είτε θανάτωσης (υπόπτωση) των κυττάρων που έχουν υποστεί τη βλάβη. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που οι βλάβες που έγιναν στο γενετικό υλικό (DNA) δεν επιδιορθώθηκαν ή και αν επιδιορθώθηκαν αυτό έγινε με πλημμελή τρόπο.

Σε αυτή την περίπτωση το κύτταρο δε θα οδηγηθεί στο θάνατο, θα εξακολουθήσει να πολλαπλασιάζεται ανεξέλεγκτα, γεγονός που τελικά θα οδηγήσει σε καρκίνο.

Επομένως η ικανότητα επιδιόρθωση και ειδικά πλήρους επιδιόρθωσης των κυττάρων, παίζει καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία μιας κακοήθους καταστάσεων.



EIKONA 2

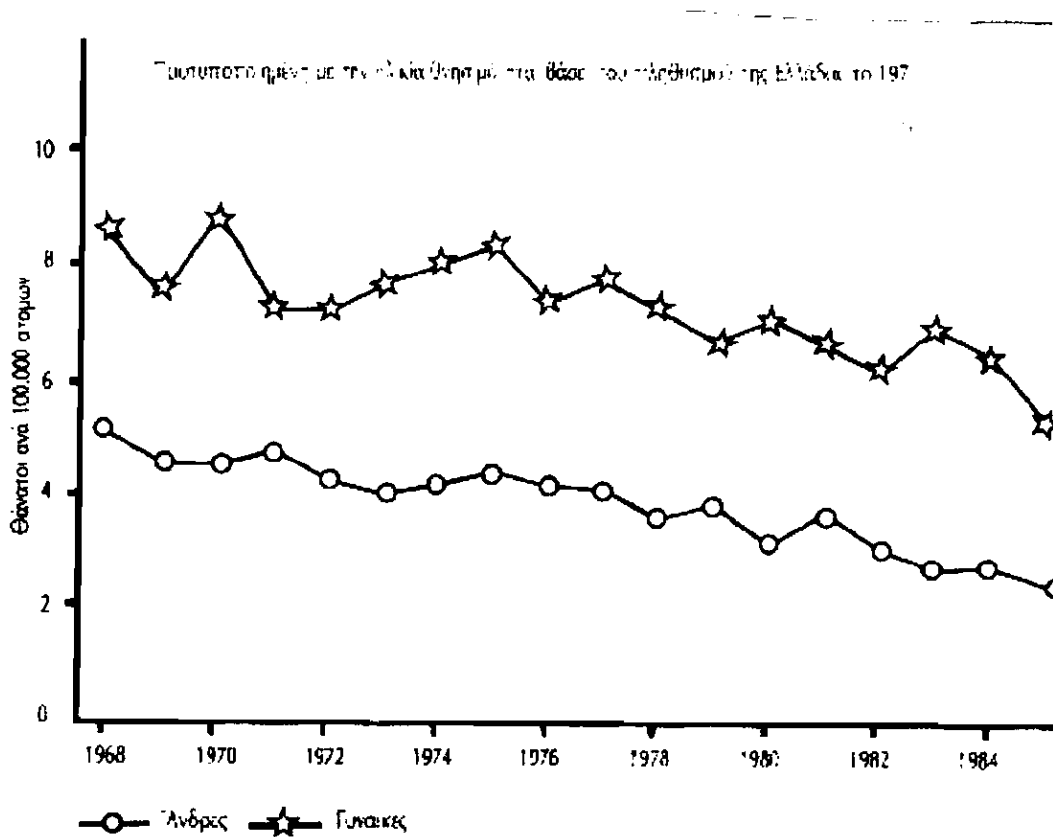
Έχει παρατηρηθεί ότι η ανάπτυξη καρκίνου είναι μια χρονοβόρα και σύνθετη διαδικασία που απαιτεί την παρουσία πολλών και διαφορετικών παραγόντων. Αυτοί δρώντας σταδιακά και με συγκεκριμένη χρονική αλληλουχία θα δημιουργήσουν «βήμα προς βήμα» τον καρκίνο.

Τέτοιοι παράγοντες είναι η ύπαρξη γενετικής βλάβης, η αποτυχία επιδιόρθωσης της βλάβης και η συσσώρευση των βλαβών προοδευτικά μέσα στο χρόνο”

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Ο καρκίνος του στομάχου μαζί με τον πνευμονικό είναι οι δύο συχνότεροι καρκίνοι στον κόσμο. Εδώ και 4-5 δεκαετίες, έχει παρατηρηθεί σε πολλούς πληθυσμούς σταθερή πτωτική τάση της επιπτώσεώς του και η ίδια τάση εμφανίζεται στην Ελλάδα, όπου σήμερα αποτελεί το δεύτερο συχνότερο καρκίνο. Το 1985, καταγράφηκαν 1.317 θάνατοι από αυτό τον καρκίνο (αδρός δείκτης θνησιμότητας 13,5/100.000). (εικ. 3)



ΕΙΚΟΝΑ 3 Θνησιμότητα από καρκίνο του στομάχου των Ελλήνων, ανδρών και γυναικών, ηλικίας <65 ετών κατά την περίοδο.

Ο γαστρικός καρκίνος αποτελεί συχνή αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλάσματα. Η συχνότητά του στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες μειώνεται σταθερά την τελευταία πενήνταετία, πιθανώς λόγω μεταβολών διαφόρων περιβαλλοντολογικών παραγόντων, αλλά κυρίως λόγω αλλαγών στη διατροφή. Η αναφερόμενη συχνότητα διαφέρει από κράτος σε κράτος και από περιοχή σε περιοχή στο ίδιο κράτος.

Η Κοσταρική, η Ιαπωνία, η Χιλή και η Κολομβία παρουσίαζαν διεθνώς τη μεγαλύτερη συχνότητα γαστρικού καρκίνου (80 – 100 / 100.000), ενώ οι ΗΠΑ πολύ μικρή (9/100.000). Η διαφορά αυτή παρατηρείται και στην Ευρώπη, όπου η Πολωνία παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συχνότητα (35,4/100.000) και η Γαλλία τη μικρότερη (6,5/100.000). Στην Ελλάδα η συχνότητα είναι περίπου 15/100.000.

Μεγάλη συχνότητα, βέβαια, παρατηρείται και στην Κίνα, τη Γιουγκοσλαβία, τη Φιλανδία και τη Ρωσία. Σε μια δεδομένη χώρα, η υψηλότερη συχνότητα συμπίπτει με περιοχές όπου τα τρόφιμα με συντηρητικά καταναλώνονται αντί των φρέσκων προϊόντων για μεγάλες χρονικές περιόδους. Στις ΗΠΑ, η υψηλότεροι ρυθμοί γαστρικού καρκίνου, παρατηρούνται στις αγροτικές περιοχές των βόρειων πολιτειών. Υψηλή επίπτωση επίσης παρατηρείται μεταξύ των πολυνησίων και Ασιατών μεταναστών στη Χαβάη και στους γηγενείς Αμερικανικούς πληθυσμούς των νοτιοδυτικότερων πολιτειών. Πληθυσμοί που μεταναστεύουν από περιοχές υψηλού κινδύνου σε περιοχές χαμηλού κινδύνου, διατηρούν την υψηλού κινδύνου ιδιότητα τους, στην χώρα που τους φιλοξενεί. Τα παιδιά των μεταναστών αυτών όμως, τείνουν να έχουν δείκτες παρόμοιους με τη νέα χώρα.

Στο βόρειο ημισφαίριο, ο καρκίνος του στομάχου εμφανίζεται συχνότερα στα βορειότερα γεωγραφικά πλάτη, αλλά η ανεύρεση της αντίστροφης εικόνας στο νότιο ημισφαίριο δεν είναι σταθερή.

Ο καρκίνος του στομάχου προσβάλλει σχεδόν πάντοτε άτομα ηλικίας άνω των 30 ετών, και η συχνότητα του αυξάνει ταχέως μετά την ηλικία των 50. η αναλογία ανδρών: γυναικών είναι 2:1, αν και κατά τα τελευταία χρόνια αυξάνεται σταθερά η συχνότητα στις γυναίκες.

Συγχρόνως με τη μείωση της συχνότητας του γαστρικού καρκίνου παρατηρήθηκε και μεταβολή στην κατανομή του ως προς την εντόπιση στις διάφορες περιοχές του στομάχου. Ο καρκίνος της καρδιακής μοίρας και του εγγύς στομάχου, που ήταν παλαιότερα σχετικά ασυνήθιστοι, αντιπροσωπεύουν τώρα το 30-40% όλων των νεοπλασμάτων.

Επίσης, ο Lauren πρότεινε τη διαφοροποίηση του καρκίνου του στομάχου σε διάχυτο και σε εντερικό τύπο, που ξεχωρίζουν στα ιστολογικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά τους. Ο εντερικός είναι ο πιο κοινός τύπος, εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες και στις μεγάλες ηλικίες και σε αυτόν αποκλειστικά οφείλεται η πτωτική τάση της επίπτωσης του στομαχικού καρκίνου. Ο διάχυτος εμφανίζεται εξίσου συχνά στα δύο φύλα σχετικά συχνότερα σε νεώτερες ηλικίες και άτομα με ομάδα αίματος A- και πιθανώς σχετίζεται περισσότερο με ενδογενείς παράγοντες παρά με περιβαλλοντικές επιδράσεις.^{4,12,13}

Με εξαίρεση την Ιαπωνία, που παρ' ότι αναπτυγμένη χώρα έχει το υψηλότερο ποσοστό καρκίνου στομάχου, φαίνεται ότι η νόσος αυτή είναι τόσο πιο συχνή όσο πιο χαμηλό είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας χώρας.¹⁴

Οι ερευνητές δηλώνουν ότι ο τρόπος ζωής των κατοίκων των αναπτυγμένων χωρών, με την κακή διατροφή και την έλλειψη γυμναστικής, θα οδηγήσει σε αύξηση των κρουσμάτων κάποιων μορφών καρκίνου, όπως του στήθους, του εντέρου και του στομάχου. Συγκεκριμένα, το 2020 οι επιστήμονες υπολογίζουν ότι μετά τον καρκίνο του προστάτη, τα περισσότερα κρούσματα θα έχει ο καρκίνος του στήθους και στη συνέχεια του εντέρου, των πνευμόνων και του στομάχου.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Αιτιολογία – Παθογενετικοί μηχανισμοί.

Ο καρκίνος αποτελεί την πιο πολυσυζητημένη αρρώστια της εποχής μας, αφού δεν έχει βρεθεί ακόμη, η ρίζα της προέλευσης του. Με το πέρασμα όμως το χρόνου οι έρευνες έχουν φωτίσει κάποιες πλευρές του προβλήματος.¹⁶

Έτσι, αν και τα ακριβή αίτια εκδήλωσης του καρκίνου του στομάχου, είναι άγνωστα, ενοχοποιούνται ορισμένοι παράγοντες.

4.1.1. Γενετικοί Παράγοντες.

Άτομα ομάδας αίματος A, επιδεικνύουν γενετική προδιάθεση ν' αναπτύξουν κάποιον τύπο γαστρικά καρκίνου. Ένα θετικό οικογενειακό ιστορικό, ιδιαίτερα σε όγκους εμφανιζόμενους πριν την ηλικία των 50, μπορεί επίσης ν' αποτελέσει παράγοντα. Οι Μπόνεϊ και Έλστον, βρήκαν ότι το να υπάρχει μητέρα προσβεβλημένη από γαστρικό καρκίνο, αποτελεί σπουδαίο παράγοντα επικινδυνότητας για την ανάπτυξη γαστρικού καρκινώματος στα παιδιά της. Αν και η υψηλότερη επίπτωση στις οικογένειες μπορεί ν' αποτελεί εκδήλωση γενετικού κινδύνου, μπορεί επίσης έχουν μερίδιο, περιβαλλοντολογικοί παράγοντες κινδύνου μεταξύ των οικογενειακών μελών.

4.1.2. Γεωλογικοί Παράγοντες

Η θνησιμότητα από γαστρικό καρκίνο είναι υψηλή σε άντρες που εργάζονται σε κτήματα ή σε λατομεία σε σχέση με άλλες κατηγορίες εργατών ή τις γυναίκες τους. Ο αυξημένος αυτός κίνδυνος καρκίνου αποδίδεται στους γεωλογικούς παράγοντες κινδύνου, κυρίως στα υψηλά επίπεδα του εδάφους σε ψευδάργυρο και στα χαμηλά επίπεδα χαλκού. Ενοχοποιούνται επίσης και τα χαμηλά επίπεδα νιτρωδών αλάτων στο έδαφος και μέσα στο νερό των πηγαδιών. Γεωγραφικοί συσχετισμοί υπάρχουν μεταξύ του κινδύνου του γαστρικού καρκίνου και της παρουσίας νιτρωδών στο πόσιμο νερό. Στη Χιλή, όπου υπάρχουν πλούσια φυσικά

αποθέματα νιτρικού καλίου, τα νιτρώδη λιπάσματα χρησιμοποιούνται εκτεταμένα. Οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο στομάχου, στις επαρχίες της Χιλής, δείχνουν γραμμικό γαστρικού καρκίνου.

4.1.3. Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες.

Οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές παίζουν προφανώς πιο σημαντικό ρόλο στη γέννηση του γαστρικού καρκίνου απ' ότι οι αγροαστικές αντιθέσεις, γιατί ο γαστρικός καρκίνος απαντάται πιο συχνά στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις και η θνησιμότητα απ' τον καρκίνο στομάχου είναι υψηλότερη στις πλούσιες περιοχές. Ο Γκάρντνερ απέδειξε ότι η θνησιμότητα στην βορειοδυτική αγροτική Ουαλία και σε μερικές βορειότερες βιομηχανικές Ουαλικές πόλεις, ήταν διπλάσια σε σχέση με την νοτιότερη Αγγλία. Αυτός ο ρυθμός θνησιμότητας μπορεί να οφείλεται στον οικιακό συνωστισμό πλήθους κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, που πιθανώς προάγει τη μεταφορά βλαπτικών οργανισμών, όπως το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού (HP).

4.1.4. Κάπνισμα

μελέτες πάνω στη σχέση του καπνίσματος και του γαστρικού καρκίνου έχουν αποφέρει αντιφατικά αποτελέσματα. Μερικές έχουν δείξει κάποια δόση εξάρτησης με την αύξηση του κινδύνου, ενώ αναθέτως άλλες δεν έδειξαν να υπάρχει εξάρτηση.¹³

Νεώτερες έρευνες στην Ιαπωνία και την Κίνα δείχνουν θετική σχέση με την κατανάλωση καπνού.

4.1.5. Διατροφή

είναι γενικά παραδεκτό ότι η αιτιολογία του καρκίνου του στομάχου σχετίζεται κυρίως με διαιτητικούς παράγοντες. Η ακριβής φύση της σχέσεως είναι σύνθετη. Πολλές πλευρές παραμένουν αδιευκρίνιστες και κανένας συγκεκριμένος διαιτητικός παράγοντας δεν εξηγεί ικανοποιητικά διεθνή κατανομή της επιπτώσεως αυτού του καρκίνου. Επιδημιολογικές έρευνες σε ευρύ φάσμα πληθυσμών υποδεικνύουν ότι η υψηλή κατανάλωση καπνιστών, αλατισμένων και τηγανισμένων τροφών καθώς και η συχνή κατανάλωση σύνθετων υδατανθράκων και αμυλωδών

τροφών αυξάνουν τον κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου. Η αυξημένη κατανάλωση νωπών φρούτων και λαχανικών έχει στις περισσότερες έρευνες αναγνωρισθεί ως προστατευτικός παράγοντας και αυτό πιθανώς σχετίζεται με την πρόσληψη βιταμινών Α, C και Ε. Η πιο διερευνημένη θεωρία για την επίδραση της διαίτας αναφέρεται στις νιτροδοενώσεις. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, δεν επηρεάζουν το στομαχικό βλεννογόνο, αλλά όταν ερεθιστικές ουσίες, π.χ. αλατισμένα φαγητά, επιδράσουν στο βλεννογόνο φραγμό, οι νιτροδοενώσεις μπορεί να προκαλέσουν μια αλυσίδα αντιδράσεων που οδηγούν σε χρόνια ατροφική γαστρίτιδα, εντερική μεταπλασία και αργότερα σε γαστρικό καρκίνο.

4.1.6. Ακτινοβολία.

Η αυξημένη επίπτωση του γαστρικού καρκίνου που παρατηρήθηκε στους επιζώντες από βόμβες, αποδεικνύει ότι η ακτινοβολία μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη γαστρικού καρκίνου στα εκτεθειμένα σ' αυτήν, άτομα. Η έκθεση σε ακτινοβολία στο στομάχι, επιδεικνύει μια δόση εξάρτησης με την καρκινογενετική επίδραση. Επιπρόσθετη απόδειξη αντλείται από την παρατήρηση ότι νεαροί ασθενείς που κουράρονται με ακτινοβολία και χημειοθεραπεία για κακοήγη λεμφώματα (Hodgkin's + non - Hodgkin's) ή για ορχεοειδή καρκίνο μπορεί να αναπτύξουν γαστρικό καρκίνο μερικά χρόνια αργότερα.

4.1.7. Απασχόληση.

Οι ανθρακωρύχοι που εκτείθονται στη σκόνη του ανθρακωρυχείου βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του στομάχου αλλά μόνο αν καπνίζουν. Αυξημένος κίνδυνος γαστρικού καρκίνου επίσης υπάρχει για τους εργαζόμενους σε διωλιστήρια πετρελαίου και σε διωλιστήρια νικελίου. Υπερβολικός αριθμός υποδηματοποιών, χειριστές υφασμάτων και μυλεργάτες αναπτύσσουν γαστρικό καρκίνο. Αυτά τα άτομα μπορεί να είναι εκτεθειμένα σε υψηλά επίπεδα ταινίων, νιτρογαμινών ή χρώμια.¹³

4.2. Προκαρκινικές Καταστάσεις.

Διάφορα νοσήματα ή παθολογικές καταστάσεις ή ακόμη και εγχειρητικές καταστάσεις του στομάχου, έχουν ενοχοποιηθεί ή ως προκαρκινικές καταστάσεις ή ως προδιαθεσικοί παράγοντες.

4.2.1. Ατροφική γαστρίτιδα

Η χρόνια γαστρίτιδα είναι η συχνότερη από τις προκαρκινικές καταστάσεις του στομάχου. Διαιρείται σε τρεις τύπους, την αυτοάνοση, την εκκριτική και την περιβαλλοντολογική.

Η αυτοάνοση γαστρίτιδα είναι η συχνότερη, προσβάλλει συνήθως το σώμα του στομάχου και χαρακτηρίζεται από αχλωρυδία, λόγω καταστροφής των τοιχωματικών κυττάρων από αυτοαντισώματα. Η εκκριτική γαστρίτιδα προσβάλλει συνήθως την προπυλωρική μοίρα του στομάχου και χαρακτηρίζεται από υπερέκκριση υδροχλωρικού οξέος και υψηλή συχνότητα δώδεκα δακτυλικού έλκους, ενώ η περιβαλλοντολογική εντοπίζεται στο ελάσσον τόξο και πλησίον των ορίων του άντρου, στην περιοχή δηλαδή στην οποία εμφανίζεται η πλειονότητα των μικρών καρκίνων.

Οι ασθενείς με ατροφική γαστρίτιδα πρέπει να παρακολουθούνται με γαστροσκόπηση κάθε 2-3 χρόνια, η επιλογή του χρονικού αυτού διαστήματος έγινε με βάση την παρατήρηση ότι ο πρώτος γαστρικός καρκίνος συνήθως επεκτείνεται κατά μέσο όρο σε 38 μήνες και ο θάνατος του ασθενούς επέρχεται σε 77 μήνες.

4.2.2. Κακοήθης αναιμία.

Οι ασθενείς με κακοήθη αναιμία παρουσιάζουν 20πλάσια συχνότητα γαστρικού καρκίνου, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το 5 έως 10% των ασθενών με κακοήθη αναιμία θα αναπτύξουν τελικά καρκίνο. Καλή θεραπευτική αντιμετώπιση της κακοήθους αναιμίας δεν ελαττώνει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου.

4.2.3. Γαστρικοί πολύποδες

Οι πολύποδες κατατάσσονται σε τρεις ιστολογικούς τύπους: στους υπερπλαστικούς αδενωματώδεις, τους αμαρτωματώδεις και στα θηλώδη αδενώματα. Οι υπερπλαστικοί είναι οι συχνότεροι (80-85%) και όπως και οι αμαρτωματώδεις, δεν ενοχοποιούνται για κακοήθη εξαλλαγή. Αντίθετα, τα θηλώδη αδενώματα παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα εξαλλαγής. Η συχνότητα εξαλλαγής εμφανίζεται όταν οι πολύποδες έχουν διάμετρο μεγαλύτερη από τα 2 εκ, και φθάνει στο 5-7%.

4.2.4. Εντερική μεταπλασία.

Η βαθμιαία αντικατάσταση των επιθηλιακών κυττάρων της επιφάνειας του στομάχου με κύτταρα του λεπτού εντέρου ονομάζεται εντερική μεταπλασία, στη μεταπλασία αυτή υπάρχει σχεδόν πάντοτε και εντερική δυσπλασία. Είναι συχνή σε χώρες με αυξημένη συχνότητα γαστρικού καρκίνου, όπως η Ιαπωνία, όπου ανευρίσκεται στο 80% των ασθενών. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί η στενή αιτιολογική σχέση μεταξύ εντερικής μεταπλασίας και χημικών ουσιών, όπως οι νίτρο – N – νιτροζογουανίνες.

4.2.5. Γαστρικό κολόβωμα.

Υπάρχουν μελέτες με μεγάλο αριθμό ασθενών, στις οποίες διαπιστώνεται η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης γαστρικού καρκίνου σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε γαστρεκτομή για καλοήθη πάθηση του στομάχου. Ο κίνδυνος αυτός είναι 2,5 έως 4 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, και οφείλεται στη μεταπλασία που παρατηρείται σε ορισμένους χειρουργημένους ασθενείς ή σε κάποια κληρονομική προδιάθεση. Η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στο κολόβωμα αυξάνεται με την πάροδο πιθανώς του χρόνου, συνήθως 15-20 ετών από τη γαστρεκτομή.

4.2.5. Μη κληρονομική υπογαμμασφαιριναιμία.

Οι ασθενείς με επίκτητη υπογαμμασφαιριναιμία παρουσιάζουν 50 φορές μεγαλύτερη συχνότητα γαστρικού καρκίνου από το γενικό πληθυσμό. Οι ασθενείς αυτοί, λόγω των χαμηλών επιπέδων ανοσοσφαιρινών, παρουσιάζουν μειωμένη χημική ανοσία και αυξημένη ευπάθεια στις λοιμώξεις, καθώς και διάφορες άλλες διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος, κυρίως όμως δυσασπορρόφηση.

Οι ασθενείς με επίκτητη υπογαμμασφαιραιμία παρουσιάζουν επίσης χαμηλές τιμές γαστρίνης πριν και μετά από διέγερση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαγνωστική προσπέλαση του γαστρικού καρκίνου στηρίζεται στην καλή λήψη ιστορικού στην επαρκή αξιολόγηση των κλινικών σημείων και στην επακόλουθη εργαστηριακή διερεύνηση για την τεκμηρίωση της διαγνώσεως. Η τελευταία γίνεται με ακτινολογική εξέταση και ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού που, με τη λήψη βιοψιών από τον όγκο και κυτταρολογικώς, καθορίζει τον ιστολογικό τύπο του νεοπλασματος και την έκτασή του.

5.1. Κλινική Συμπτωματολογία.

Τα συμπτώματα στα κακοήθη νεοπλασματα του στομάχου δυστυχώς είναι μηδαμινά ή μοιάζουν πολύ με εκείνα του απλού γαστροδωδεκαδακτύλικού έλκους.¹⁴

Έτσι, η κλινική συμπτωματολογία του καρκίνου του στομάχου ανεξάρτητα από τη μορφή του, δεν είναι χαρακτηριστική. Επομένως δεν είναι σπάνιο να αποδοθούν τα συμπτώματα σε κάποια καλοήθη νόσο του πεπτικού συστήματος με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διαγνώσεως και της κατάλληλης αντιμετώπισης.⁴

Η αρχή της νόσου είναι ύπουλη. Ο ασθενής παραπονιέται για ανορεξία (απέχθεια προς το κρέας), καταβολή των δυνάμεων, πτώση του σωματικού βάρους και δυσπεπτικές διαταραχές, δυσφαγία κ.α.) το στάδιο αυτό είναι το πιο κρίσιμο, γιατί ο ασθενής και ο ιατρός δεν δίνουν σημασία στα ενοχλήματα.

Καθώς προχωρεί η νόσος, η επιφάνεια του νεοπλασματος εξελκώνεται, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μικρών αιμορραγιών, που συχνά επαναλαμβάνονται. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής παρουσιάζει μικρές αναγωγές καφεοειδούς χρώματος και μικροσκοπική αιμορραγία στα κόπρανα. Εξαιτίας της σταθερής αυτής αιμορραγίας προκαλείται μεγάλη αναιμία, που ποτέ δε λείπει κατά την εξέλιξη του καρκίνου. Η επιφάνεια του νεοπλασματος που εξελκώθηκε συχνά μολύνεται από πυογόνους κόκκους και προκαλεί πυρετό. Ο πόνος ποικίλλει σε χρόνο εμφανίσεως και ένταση και είναι συνήθως άτυπος, χωρίς ωράριο, εδράζεται κυρίως στο επιγάστριο και ακτινοβολεί συχνά στη ράχη. Σπανιότερα, εμφανίζονται συμπτώματα πλωρικής στενώσεως, ασκίτης ή ίκτερος, από ηπατικές μεταστάσεις ή διηθήσεις της κάτω

κοίλης φλέβας όπως επίσης και, αποφρακτικός ειλεός και αστικά άλγη, που οφείλονται σε οστικές μεταστάσεις ^(4,10,12,18).

Πίνακας 1. Συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων στον καρκίνο στομάχου

Σύμπτωμα	Συχνότητα (5)
Πόνος	60-70
Εμετός	40
Ανορεξία	30
Δυσπεψία	21
Απέχθεια προς το κρέας	20-30
Δυσφαγία	20
Απώλεια βάρους (Προχωρημένο Ca)	80-96
Απώλεια βάρους (Πρώιμο Ca)	19
Τκτερος	8
Διάφορα	5-6

5.1.1. Φυσική εξέταση

Συνήθως, τα ευρήματα είναι πτωχά, ειδικότερα στον πρώιμο γαστρικό καρκίνο. Οπωσδήποτε, ψηλαφητή μάζα κατά το επιγάστριο απαντάται στο 30-50% περίπου των αρρώστων με προχωρημένο καρκίνο.

Ευαισθησία κατά την ψηλάφηση του επιγαστρίου εμφανίζεται σε ποσοστό 20% περίπου, ενώ εμφανής καχεξία αναφέρεται επίσης στο 20% των αρρώστων. Το ήπαρ μπορεί να ψηλαφάται σκληρό και οζώδες, όταν υπάρχουν μεταστάσεις, αλλά μπορεί επίσης να είναι ψηλαφητό χωρίς μεταστάσεις. Ψηλαφητοί λεμφαδένες - και κυρίως ψηλαφητός λεμφαδένας κατά τον αριστερό υπερκλειδίο βόθρο (αδένας Virchow) - απαντώνται σε ποσοστό 5%. Ψηλαφητός λεμφαδένας κατά το πρόσθιο χείλος της αριστερής μασχάλης (αδένας Irish) συναντάται επίσης σπάνια. Σε ποσοστό 1-2% η δακτυλική εξέταση από το ορθό αποδεικνύει την ύπαρξη νεοπλασματικής μάζας στο δουγλάσειο (Blumer's rectal shelf), η οποία ψηλαφάται επάνω από τον προστάτη και συχνά προβάλλει στο ορθό, το οποίο μπορεί και να διηθεί. Ακόμη, μπορεί να παρατηρηθεί νεοπλασματική διήθηση του ομφαλού (sister's Mary Joseph node). Τα παραπάνω πρέπει να αναζητούνται σε περιπτώσεις καρκίνου του στομάχου· η

παρουσία τους «σφραγίζει» το ανεγχείρητο του όγκου.

Αλλά και διόγκωση της ωοθήκης, που οφείλεται σε μετάσταση και που συνήθως σε ιστολογική εξέταση αποδεικνύεται αμφοτερόπλευρη (όγκος Krukenberg), είναι δυνατόν να διαπιστωθεί κατά την αντικειμενική εξέταση της πυέλου.

Δερματικές εκδηλώσεις μπορεί να εμφανισθούν, σχετικά σπάνια, σε άρρωστους με καρκίνο του στομάχου. Παρατηρούνται δερματικά οζίδια, τα οποία οφείλονται σε δερματικές μεταστάσεις, μελανίζουσα ακάνθωση (acanthosis nigricans) -ιδιαίτερα στις μασχαλιαίες χώρες - καθώς και αιφνίδια εμφάνιση ακροχορδονώδους κερατινώσεως (warty keratoses) και κνησμού (σημείο Leser-Trelat).

Η συνύπαρξη δερματομυοσίτιδας και καρκίνου του στομάχου είναι βέβαια γνωστή. Σπάνια, ο καρκίνος του στομάχου μπορεί να εμφανισθεί με συμπτώματα γαστροκολικού συριγγίου, νευρομυοπάθειας, νεφρωσικού συνδρόμου ή θρομβοφλεβίτιδας (σημείο Trousseau).^(4, 10, 12, 18)

5.2. Ακτινολογική εξέταση

Η ακτινολογική εξέταση είναι η πιο προσιτή μέθοδος και στα χέρια έμπειρου εξεταστή πολύ αποδοτική, και δίνει την διάγνωση στα 95% περίπου των περιπτώσεων. Με αυτή διαπιστώνεται σκιαγραφικό έλλειμμα και εξάλειψη του περιστολπισμού στην περιοχή του στομάχου, όπου υπάρχει το νεόπλασμα.

Τρεις είναι οι κύριοι μορφολογικοί τύποι των καρκινωμάτων του στομάχου, το διηθητικό, το ογκοειδές και το εξελκώμενο καρκίνωμα.

Το διηθητικό καρκίνωμα του στομάχου εξαπλώνεται σε μεγάλη έκταση, εντοπιζόμενο κατά προτίμηση στο πυλωρικό άντρο, προκαλεί διήθηση του τοιχώματος, κυρίως του βλεννογόνου και της υποβλεννογόνου μυϊκής στιβάδας, δεν προβάλλεται έκδηλα προς τον αυλό, παρουσιάζει αβαθείς εξελκώσεις και προκαλεί πολλές φορές εκτεταμένη συρρίκνωση του τοιχώματος (σκίρρος). Ακτινολογικά συμπτώματα είναι η δυσκαμψία και ανελαστικότητα του διηθημένου τμήματος του τοιχώματος, η εξαφάνιση των πτυχών, η κατά την περιοχή της διηθήσεως διακοπή των περισταλτικών κυμάτων και ο περιορισμός των διαστάσεων της κοιλότητας, η οποία φαίνεται στενωμένη. Σε περιορισμένη έκταση των διηθήσεων, οι οποίες είναι ακτινολογικώς δυσδιάγνωστοι, προέχουσα σημασία έχει η απόδειξη της διακοπής των περισταλτικών κυμάτων.

Το ογκοειδές καρκίνωμα συνίσταται συνήθως σε πολυποειδείς ή ανθοκραμβοειδείς όγκους, προσβαλλόμενους μέσα στην κοιλότητα και προκαλώντας ελλείμματα σκιαγραφήσεως.

Το εξελκώμενο καρκίνωμα χαρακτηρίζεται συνήθως από ογκοειδή προσεκβολή του τοιχώματος, ενώ ακτινολογικό σύμπτωμα είναι εικόνα κρύπτης στα εντός του περιγράμματος της πεπληρωμένης γαστρικής κοιλότητας.

Χαρακτηριστική είναι η εικόνα μηνίσκου. Ο πεπληρωμένος κρατήρας ορώμενος κατά μέτωπον, παρέχει κεντρική ανώμαλη σκιερή κηλίδα.¹⁹

Ο ακτινολογικός έλεγχος περιλαμβάνει λεπτομερή έλεγχο όλου του πεπτικού συστήματος και του θώρακα.

5.3. Ενδοσκόπηση

Η γαστροσκόπηση με το εύκαμπτο γαστροσκόπιο έδωσε λύση σε πολλά ερωτήματα, βοήθησε στη λήψη βιοψιών και κυτταρολογικού υλικού για μελέτη.¹⁷

Η γαστροσκόπηση είναι απλή, ανώδυνη για τον ασθενή και χωρίς ουσιαστικές επιπλοκές μέθοδος για τη διάγνωση του καρκίνου καθώς και των άλλων παθήσεων του στομάχου. Η διαγνωστική ακρίβεια της γαστροσκοπήσεως είναι πολύ υψηλή, ώστε θεωρείται σχεδόν αδύνατο να διαφύγει η διάγνωση του καρκίνου από έναν έμπειρο ενδοσκόπο.

Όσον αφορά στη μακροσκοπική ενδοσκοπική εμφάνιση του καρκίνου του στομάχου, διακρίνουμε τους εξής τύπους: (α) Τον πολυποειδή, ο οποίος έχει εμφάνιση εκπλαστικού όγκου με ανώμαλη επιφάνεια. (β) Τον ελκωτικό, με βαθιά νεκρωτική εξέλκωση, ρυπαρή, με ανώμαλα ή ασαφή όρια και με χείλη οζώδη, σκληρά, εύθρυπτα και αιμορραγικά. (γ) Τον πολυποειδή, με κεντρική εξέλκωση. (δ) Το διηθητικό, όπου έχουμε εκτεταμένη διήθηση του τοιχώματος του στομάχου, χωρίς σαφή όρια και χωρίς εξελκώσεις. Ο τελευταίος αυτός τύπος του διηθητικού καρκίνου μπορεί να διαφύγει από τον άπειρο ενδοσκόπο, αν δεν παρατηρήσει την απουσία περισταλτικών κινήσεων, την ακαμψία και τη σκληρή σύσπαση του τοιχώματος του στομάχου.

Αλλά και η ιστολογική επιβεβαίωση του διηθητικού καρκίνου παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες. Στο 1/3 των περιπτώσεων, η ανάπτυξη του νεοπλάσματος είναι υποβλενογόνια, οπότε η ιστολογική εξέταση είναι αρνητική. Έτσι, το ποσοστό θετικής ιστολογικής εξετάσεως στο διηθητικό καρκίνο κυμαίνεται από 50% έως 60%, ενώ στους άλλους τύπους το ποσοστό της θετικής ιστολογικής εξετάσεως φθάνει στο

90%. Απαραίτητη προϋπόθεση για θετική ιστολογική διάγνωση, είναι η λήψη πολλαπλών βιοψιών (7-10 τουλάχιστον), δεδομένου ότι το θετικό αποτέλεσμα είναι ευθέως ανάλογο του αριθμού των βιοψιών.

Εκτός από τη βιοψία, η γαστροσκόπηση πρέπει να συνδυάζεται και με κυτταρολογική εξέταση, οπότε και το ποσοστό θετικών διαγνώσεων είναι υψηλότερο.

Ο ρόλος της γαστροσκοπήσεως όμως δεν περιορίζεται μόνο στη διάγνωση του προχωρημένου καρκίνου του στομάχου. Ακόμη και αν η διάγνωση έχει γίνει με τον ακτινολογικό έλεγχο, η γαστροσκόπηση θα βοηθήσει το χειρουργό με την ακριβή περιγραφή του όγκου και της εκτάσεως που καταλαμβάνει. Επιπλέον, με τη γαστροσκόπηση είναι δυνατή η διάγνωση του πρώιμου γαστρικού καρκίνου, όπου η βλάβη περιορίζεται στο βλεννογόνο και στον υποβλεννογόνο.

Είναι βέβαια γνωστό ότι και ο ακτινολογικός έλεγχος με διπλή σκιαγραφική αντίθεση μπορεί να αποκαλύψει τον πρώιμο γαστρικό καρκίνο. Η επιβεβαίωση όμως της διαγνώσεως μπορεί να γίνει μόνο με την ενδοσκόπηση και την ιστολογική και κυτταρολογική εξέταση.

Για την εντόπιση των αλλοιώσεων και τη διενέργεια σωστής βιοψίας, σημαντική είναι η βοήθεια που μπορεί να προσφέρει η χρώση με κυανούν του μεθυλενίου, το οποίο χρωματίζει επιλεκτικά την περιοχή της βλάβης.

Άλλη μια προσφορά της γαστροσκοπήσεως στην αντιμετώπιση του καρκίνου του στομάχου είναι ο προληπτικός έλεγχος ασθενών με αυξημένο κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου, όπως είναι ασθενείς με εντερική μεταπλασία και δυσπλαστικές αλλοιώσεις ή με ιστορικό παλαιάς γαστρεκτομής (προ δεκαπενταετίας και πλέον) και, ενδεχομένως, ασθενείς με ατροφική γαστρίτιδα και κακοήθη αναμία.

Διαγνωστικά ενδοσκοπικά προβλήματα, τα οποία απαιτούν ιδιαίτερη εμπειρία και προσοχή, είναι ο καρκίνος του θόλου του στομάχου αμέσως μετά την καρδιοοισοφαγική συμβολή και η πλαστική λινίτιδα. Στις περιπτώσεις αυτές, η διάγνωση μπορεί να διαφύγει από τον άπειρο ενδοσκόπο.

Τέλος, μία επέκταση των δυνατοτήτων της ενδοσκοπήσεως αποτελεί η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία. Με τη μέθοδο αυτή, μπορούμε να πάρουμε πληροφορίες για την επέκταση του νεοπλασματος, τόσο ενδοτοιχωματικώς όσο και στα γειτονικά όργανα, ή να εντοπίσουμε υποβλεννογόνιους ή ενδοτοιχωματικούς όγκους, τους οποίους δεν μπορούμε να μελετήσουμε ικανοποιητικά με τη γαστροσκόπηση.

5.4. Λοιπή εργαστηριακή διερεύνηση

Στον προχωρημένο γαστρικό καρκίνο αρκετές απλές εργαστηριακές εξετάσεις μπορεί να είναι φυσιολογικές, Μπορεί όμως να υπάρχει αναιμία οφειλόμενη σε οξεία απώλεια αίματος ή σιδηροπενία οφειλόμενη σε βαθμιαία χρόνια απώλεια αίματος, Σπανιότερα, μπορεί να παρατηρηθεί μεγαλοβλαστικού τύπου αναιμία οφειλόμενη σε έλλειψη Β₁₂. Οι βιοχημικές εξετάσεις του ήπατος μπορεί επίσης να είναι παθολογικές λόγω μεταστάσεων από την πρωτοπαθή νόσο, Οι απλές ακτινογραφίες θώρακα και κοιλίας μπορεί να δείχνουν μεταστατική νόσο ή αυξημένη απόσταση μεταξύ της βάσεως του αριστερού πνεύμονα και της φυσαλίδας του αέρα που υπάρχει στο θόλο του στομάχου, αντίστοιχα.

Οι πλέον εξειδικευμένες εξετάσεις περιλαμβάνουν τον προσδιορισμό νεοπλασματικών δεικτών στον ορό και τον προσδιορισμό πεψινογόνου και γαστρικής εκκρίσεως.

5.4.1. Νεοπλασματικοί δείκτες

Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) είναι αυξημένο σε μικρό ποσοστό αρρώστων' σύμφωνα με διάφορες μελέτες, κυμαίνεται από 19 - 35%. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι ανευρίσκονται αυξημένα ποσά CEA στο γαστρικό υγρό των αρρώστων με προχωρημένο γαστρικό καρκίνο όμως, η διαγνωστική του αξία μειώνεται, αφού υπάρχει σημαντική αλληλεπικάλυψη με καλοήθειες παθήσεις του στομάχου.

5.4.2. CA 19-9

Ο ρόλος και αυτού του νεοπλασματικού αντιγόνου φαίνεται ότι είναι περιορισμένος, αφού ανευρίσκεται σε παθολογικά επίπεδα σε μικρό ποσοστό των αρρώστων. Φαίνεται, τελικά, ότι ο ρόλος των δύο αυτών καρκινικών αντιγόνων είναι σημαντικός μόνο στην παρακολούθηση των αρρώστων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία, όπως θα εκτεθεί αναλυτικότερα στο κεφάλαιο για την παρακολούθηση των αρρώστων.

5.4.3. Γαστρική έκκριση

Χρησιμοποιείται σπανίως ως διαγνωστική υποβοηθητική δοκιμασία. Είναι όμως ενδιαφέρον ότι περίπου 65 % των αρρώστων με γαστρικό καρκίνο έχουν

αχλωρυδρία, συγκριτικά με ποσοστό 15 - 25% των φυσιολογικών ατόμων που έχουν επίπεδα γαστρικής εκκρίσεως παρόμοια με τα επίπεδα των ασθενών με καρκίνο του στομάχου. Η ύπαρξη αχλωρυδρίας σε άρρωστο με γαστρικό έλκος που δεν παίρνει αντιεκκριτικά φάρμακα, αυξάνει την πιθανότητα για την ύπαρξη κακοήθειας στο συγκεκριμένο άρρωστο.

5.4.4. Πεψινογόνα

Φαίνεται ότι τα επίπεδα των πεψινογόνων είναι χαμηλά στο 1/3 των αρρώστων με γαστρικό καρκίνο σε σύγκριση με ποσοστό 6% του φυσιολογικού πληθυσμού. Η ανίχνευση των πεψινογόνων προσφέρει μικρή διαγνωστική βοήθεια. Ενδεχομένως, να έχει σημασία για τον εντοπισμό ατόμων με υψηλό κίνδυνο αναπτύξεως γαστρικού καρκίνου, αφού άτομα με εκτεταμένη ατροφική γαστρίτιδα και εντερική μεταπλασία έχουν χαμηλά επίπεδα πεψινογόνων σε σημαντική αναλογία.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ

6.1. Μακροσκοπικοί χαρακτήρες

Τα καρκινώματα του στομάχου αναπτύσσονται συχνότερα στην περιπυλωρική περιοχή, στο πυλωρικό άντρο και στο ελάσσον τόξο του στομάχου. Είναι σπανιότερα στην καρδιακή μοίρα και στο σώμα. Η μακροσκοπική τους εμφάνιση ποικίλλει. Μπορεί να είναι ελκωτικά, οζώδη, μυκητοειδή ή διηθητικά.

Οι μυκητοειδείς και οι οζώδεις όγκοι αποτελούνται από εύθρυπτη μάζα με ευρεία βάση, που προβάλλει στον αυλό. Αυτού του τύπου τα καρκινώματα συχνότερα αναπτύσσονται στο σώμα του στομάχου, στην περιοχή του μείζονος τόξου ή στο πρόσθιο τοίχωμα του πυθμένα και, συνήθως, κατά τη διάγνωση είναι ευμεγέθη με επιφανειακή εξέλκωση και αιμορραγία.

Τα διηθητικά καρκινώματα μπορεί να έχουν επιφανειακή ανάπτυξη στο βλεννογόνο και στον υποβλεννογόνο χιτώνα και να εμφανίζονται σαν πλάκες με αποπλάτυνση των πτυχών του βλεννογόνου. Συχνότερα, η διήθηση καταλαμβάνει ολόκληρο το πάχος του τοιχώματος του στομάχου που, όταν είναι σε μεγάλη έκταση, δίνει την εικόνα που περιγράφεται με τον όρο «πλαστική λινίτιδα».

Σε αυτές τις περιπτώσεις, το τοίχωμα του στομάχου παχύνεται σημαντικά και εμφανίζει χόνδρινη σύσταση οφειλόμενη σε εκσημασμένη παραγωγή ινώδους ιστού ως αντίδραση του υποστρώματος στα καρκινικά κύτταρα.

Πολλά γαστρικά καρκινώματα, ανεξάρτητα από τον τύπο τους, εκκρίνουν βλέννα και έχουν ζελατινώδη εμφάνιση. Από αρκετούς αποκαλούνται κολλοειδή καρκινώματα.

6.2. Μικροσκοπικοί χαρακτήρες

Σχεδόν όλα τα γαστρικά καρκινώματα είναι αδενοκαρκινώματα. Το γαστρικό αδενοκαρκίνωμα εμφανίζει μεγάλη ποικιλία στην ιστολογική του εμφάνιση.

Η ιστολογική ταξινόμηση του γαστρικού αδενοκαρκινώματος παρουσιάζει δυσκολίες οφειλόμενες (α) στην πολύπλοκη δομή του φυσιολογικού και του

εντερικώς μεταπλασθέντος γαστρικού βλεννογόνου και (β) στην ιστολογική πολυμορφία των αδενοκαρκινωμάτων, η οποία είναι εμφανής, τόσο σε διαφορετικούς όγκους όσο και σε διαφορετικές περιοχές του ίδιου όγκου.

Λόγω των ανωτέρω αλλά και της αναμφίβολης πολυεστιακής και πολυκλωνικής προελεύσεως των γαστρικών αδενοκαρκινωμάτων, προσπάθειες ταξινομήσεώς τους επί τη βάσει μόνο μορφολογικών χαρακτήρων είχαν ως αποτέλεσμα τη διαίρεσή του σε μεγάλο αριθμό τύπων και ομάδων. Αυτός είναι ίσως ο λόγος, για τον οποίο θεωρήθηκαν πλέον αξιόπιστες οι ταξινομήσεις που στηρίχτηκαν σε ιστογενετικά δεδομένα. ^(4,3)

6.3. Ταξινόμηση με βάση το στάδιο

Τα καρκινώματα του στομάχου μπορούν να διακριθούν με βάση το στάδιο στο οποίο βρίσκονται, σε:

(1) (α) αρχόμενο ή πρώιμο γαστρικό καρκίνωμα, το οποίο μπορεί να διακριθεί περαιτέρω σε επιφανειακό ή όχι (εικόνα 4).



ΕΙΚΟΝΑ 4

(β) σε προχωρημένο γαστρικό καρκίνωμα (εικ. 5-12).

(2) Σύστημα της American Joint Committee for staging and End Results (TNM σύστημα). Σύμφωνα μ' αυτό το σύστημα πρέπει να καθορίζεται η ακριβής θέση της πρωτοπαθούς βλάβης (T).

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

T_x – Δεν κατέστη δυνατόν να διαπιστωθεί πρωτοπαθής όγκος.

T₀ – Δεν υφίσταται πρωτοπαθής όγκος.

T_{is} – Καρκίνωμα in situ.

T₁ – Όγκος που διηθεί τη βασική στιβάδα ή τον υποβλεννογόνο χιτώνα.

T₂ – Όγκος που διηθεί τον μυϊκό ή τον υπορογόνο χιτώνα.

T₃ – Όγκος που διαπερνά τον ορογόνο χωρίς διήθηση των πέριξ.

T₄ – Όγκος που διηθεί παρακείμενα όργανα.

β) Κατάταξη σύμφωνα με τους λεμφαδένες (N):

N_x - Δεν κατέστη δυνατόν να διαπιστωθούν.

N₀ – Δεν υφίσταται προσβολή λεμφαδένων.

N₁ – Μετάσταση σε περιγαστρικούς λεμφαδένες σε απόσταση μικρότερη των 3 cm από τον πρωτοπαθή όγκο.

N₂ – Σε απόσταση μεγαλύτερη των 3 cm ή σε λεμφαδένες κατά μήκος των αρτηριών της αριστερής γαστρικής, κοινής ηπατικής, σπληνικής ή κοιλιακής αορτής.

Μεταστάσεις (M):

M₀ – Δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

M₁ – Υπάρχουν μεταστάσεις.

γ) Σταδιοποίηση κατά ομάδες:

Στάδιο 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Στάδιο IA	T ₁	N ₀	M ₀
Στάδιο IB	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₀	M ₀
Στάδιο II	T ₁	N ₂	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
Στάδιο IIIA	T ₂	N ₂	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
	T ₄	N ₀	M ₀
Στάδιο IIIB	T ₃	N ₂	M ₀
	T ₄	N ₁	M ₀
Στάδιο IV	T ₄	N ₂	M ₀
	όποιο T	όποιο T	M ₁

6.4. Μακροσκοπική Ταξινόμηση

Η πιο γνωστή μακροσκοπική κατάταξη είναι του Borjmann και έγινε για το προχωρημένο καρκίνωμα.

Κατάταξη του Borrmann:

(α) Επιφανειακό καρκίνωμα (*superficial*) (Εικ. 5)

Το επιφανειακό καρκίνωμα ορίζει μια ειδικά χονδροειδή εμφάνιση. Καταλαμβάνει τουλάχιστον 25cm² της επιφάνειας του γαστρικού βλεννογόνου και οι αλλοιώσεις συχνά μπορεί να είναι αρκετά μεγάλες. Τα επιφανειακά καρκινώματα έχουν επίπεδη ελαφρά ανυψωμένη εικόνα.



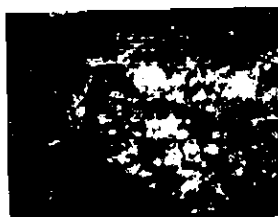
ΕΙΚΟΝΑ 5

(β) Πολυποειδές καρκίνωμα (*Borrmann I*) (Εικ. 6, 6α)

Το πολυποειδές καρκίνωμα εμφανίζεται ως ένας μεγάλος χωρίς δραστηριότητα ή μεγάλη αιμορραγία και νέκρωση όγκος, ο οποίος προσεκβάλλει στον γαστέρα χωρίς ορατές εξελκώσεις.



ΕΙΚΟΝΑ 6



ΕΙΚΟΝΑ 6α

(γ) Πολυποειδές με εξέλκωση καρκίνωμα (*Borrmann II*) (Εικ. 7, 8)

Στην εικόνα 7 παρουσιάζεται πολυποειδές με εξέλκωση καρκίνωμα του στομάχου όπου η εξέλκωση είναι εκτεταμένη στην επιφάνεια του στομάχου και συνοδεύεται και από αιμορραγία, ενώ στην εικόνα 8 παρουσιάζεται μεγάλος όγκος, όπου η εξέλκωση είναι κεντρική.



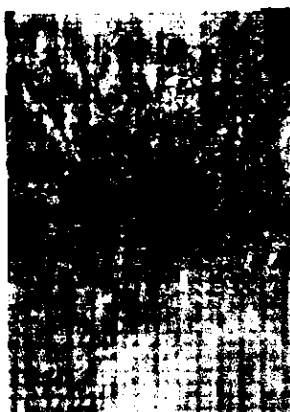
ΕΙΚΟΝΑ 7



ΕΙΚΟΝΑ 8

(δ) Διηθητικό με εξέλκωση καρκίνωμα (Borrmann III) (Εικ. 9, 10)

Το διηθητικό με εξέλκωση καρκίνωμα αποτελείται από ακανόνιστα και ποικίλου μεγέθους έλκη με ανυψωμένες άκρες. Οι συχνά προεξέχουσες παρυφές εμφανίζονται σκληρές και δύσκαμπτες. Η ελκώδης βάση εμφανίζεται ακανόνιστα με περιοχές νέκρωσης. Οι πτυχές του βλεννογόνου που περιβάλλουν την εξέλκωση έχουν μια πιο ακανόνιστη μορφή και κατανομή απ' τα καλοήθη έλκη.



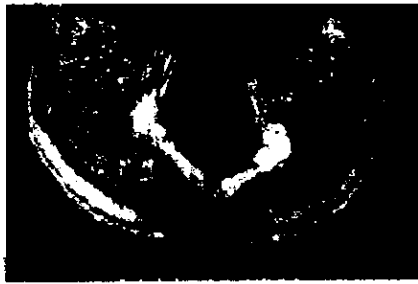
ΕΙΚΟΝΑ 9



ΕΙΚΟΝΑ 10

(ε) Διάχυτα διηθητικό καρκίνωμα (Borrmann IV) (Εικ. 11, 12)

Οι διάχυτα διηθητικοί όγκοι εξαπλώνονται επιφανειακά στο βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνιο. Παράγονται επίπεδες, πλακώδεις αλλοιώσεις με ή χωρίς ρηχές εξελκώσεις. Οι όγκοι τείνουν να απολατύνουν τις πτυχές του βλεννογόνου και ενώ επεκτείνονται προς το γαστρικό τοίχωμα παράγουν πυκνό, ινώδη ιστό που κάνουν το βλεννογόνο μυώδη. Συχνά τα διηθητικά κύτταρα εμπλέκουν όλο το γαστρικό τοίχωμα. Όταν η διήθηση είναι εκτεταμένη, μπορεί να δίνει την εικόνα που περιγράφεται με τον όρο «πλαστική λινίτιδα».^(4,13)



ΕΙΚΟΝΑ 11



ΕΙΚΟΝΑ 12

6.5. Ιστολογική Ταξινόμηση

Από τα διάφορα συστήματα κατατάξεως οι πιο γνωστές και συχνότερα χρησιμοποιούμενες είναι:

(i) Κατάταξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO)

Η ταξινόμηση του που αναγνωρίζει 4 τύπους αδενοκαρκινωμάτων: (α) το θηλώδες αδενοκαρκίνωμα αποτελούμενο από θηλώδεις σχηματισμούς και έκτοτε, από μικρό αριθμό σωληνωδών σχηματισμών, (β) το σωληνώδες αδενοκαρκίνωμα, αποτελούμενο από αδενικούς σχηματισμούς εμπεδωμένους σε ινώδες στρώμα, (γ) το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα χαρακτηριζόμενο από την παρουσία μεγάλης ποσότητας βλέννας¹, (δ) το καρκίνωμα αποτελούμενο από τα κύτταρα του τύπου σφραγιστείρος δακτυλίου (signet ring) και (ε) το αδιαφοροποίητο καρκίνωμα.

Τα αδενοκαρκινώματα κατατάσσονται σε ανώτερης, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης.

Επειδή συχνά σ' ένα καρκίνωμα του στομάχου συνυπάρχουν δύο ή και περισσότεροι ιστολογικοί τύποι, η κατάταξη του καρκινώματος γίνεται με βάση τον επικρατέστερο ιστολογικό τύπο.⁴

(ii) Κατάταξη του Lauren

Η ταξινόμηση του Lauren διαίρει τα γαστρικά καρκινώματα σε εντερικού και διάχυτου τύπου. Οι δύο αυτοί τύποι αντιστοιχούν στις κατηγορίες διαφοροποιημένων και αδιαφοροποίητων καρκινωμάτων, οι οποίες προτάθηκαν από άλλους συγγραφείς. Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν στην ταξινόμηση του Lauren είναι η κυτταρολογική και ιστολογική εμφάνιση, η έκκριση βλέννας και ο τρόπος ανάπτυξεως.

Τα εντερικού τύπου αδενοκαρκινώματα έχουν αδενική διαμόρφωση, συχνά συνοδεύονται από θηλώδεις σχηματισμούς ή συμπαγείς περιοχές και αποτελούνται

από ευμεγέθη πλειόμορφα κύτταρα με μεγάλους υπερχρωματικούς πυρήνες. Όταν υπάρχει παραγωγή βλέννας, η ενδοκυττάριος εντοπίζεται εστιακά στο κυτταρόπλασμα μεμονωμένων κυττάρων και η εξωκυττάριος στον αυλό αδενικών σχηματισμών.

Τα διάχυτου τύπου αδenoκαρκινώματα αποτελούνται από διάσπαρτα μονήρη κύτταρα ή μικρές κυτταρικές αθροίσεις. Σε όγκους ή περιοχές ενός όγκου με συμπαγέστερη εμφάνιση, τα καρκινωμάτoδη κύτταρα είναι χαλαρής συνδεδεμένα μεταξύ τους, τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι μικρά, σχετικώς ομοιόμορφα, με ομαλούς ελαφρώς υπερχρωματικούς πυρήνες. Η πλειονότητα αυτών των όγκων συνοδεύεται από έκκριση βλέννας, η οποία είναι διάχυτα κατανεμημένη σε όλο το κυτταρόπλασμα ή στο στρώμα του όγκου, όταν αυτή είναι εξωκυττάριος.

(iii) Κατάταξη των Mulligan και Rember

Διακρίνει τα γαστρικά καρκινώματα σε τρεις τύπους: (α) το καρκίνωμα εκ βλεννωδών κυττάρων, (β) το εντερικού τύπου και (γ) το καρκίνωμα πλωροκαρδιακών αδένων. Η μόνη διαφορά από την ταξινόμηση του Laueu έγκειται στην αναγνώριση, ως ξεχωριστής ομάδας, των καρκινωμάτων των πλωροκαρδιακών αδένων. Αυτά τα καρκινώματα έχουν την τάση να εντοπίζονται στο άντρο ή την καρδιακή μοίρα και θεωρείται ότι προέρχονται από επιθηλιακά κύτταρα των πλωρικών και καρδιακών αδένων.

(iv) Κατάταξη του Ming

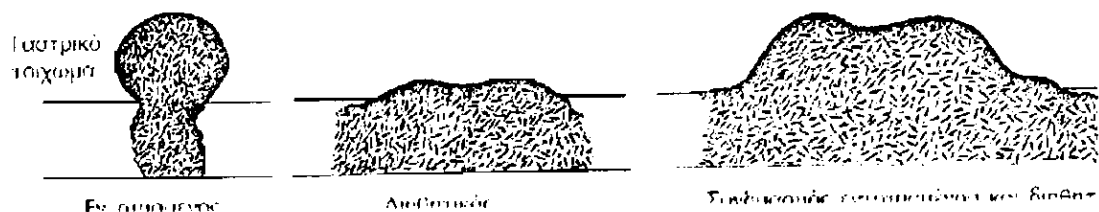
Πρόκειται για λειτουργική ταξινόμηση, η οποία διακρίνει το γαστρικό καρκίνωμα σε επεκτεινόμενο (expanding) (ποσοστό 67%) και διηθητικό τύπο (ποσοστό 33%). Οι δύο αυτοί διαφορετικοί τύποι καρκινωμάτων φαίνεται να έχουν διαφορετική ιστογένεση και παρουσιάζουν μεγάλες ομοιότητες με τους αντίστοιχους (εντερικό και διάχυτο) τύπους ταξινομήσεως του Laueu. Τα καρκινώματα του πρώτου τύπου έχουν την τάση να περιβάλλονται από μικρή ποσότητα ινώδους ιστού, ο οποίος συνοδεύεται από λεμφοπλασματοκυτταρική διήθηση.

(v) Κατάταξη της Ιαπωνικής Εταιρείας για το καρκίνωμα του Στομάχου (Kajitani).

Η ταξινόμηση του Kajitani αποφεύγει εκτεταμένες και ίσως άσκοπες περιγραφές και υιοθετήθηκε από την Ιαπωνική εταιρεία έρευνας του γαστρικού καρκίνου.

Σύμφωνα μ' αυτή το γαστρικό καρκίνωμα διακρίνεται σε: (α) εντοπισμένο, (β) συνδυασμό εντοπισμένου και διηθητικού, (γ) διηθητικό (Πίνακας 2).⁵

Πίνακας 2 – Σχηματική απεικόνιση της ταξινόμησης του Kajitani.



6.6. Ασυνήθεις τύποι γαστρικών καρκινωμάτων

(i) Καρκινώματα με νευροενδοκρινική διαφοροποίηση:

- (α) Καρκινοειδείς όγκοι
- (β) νευροενδοκρινικά καρκινώματα
- (γ) μικροκυτταρικά καρκινώματα
- (δ) τυπικά αδενοκαρκινώματα με εστιακή παρουσία νεοπλασματικών κυττάρων.

(ii) Καρκίνωμα από κύτταρα ομοιάζοντα με τα τοιχωματικά κύτταρα.

(iii) Αδενοακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.

(iv) Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.

(v) Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα.

- (α) Χοριοκαρκίνωμα.
- (β) Εμβυϊκό καρκίνωμα.
- (γ) Ηπατοκυτταροειδές καρκίνωμα.
- (δ) Καρκινοσάρκωμα.
- (ε) Ατρακτοκυτταρικό καρκίνωμα.²⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική στρατηγική στο γαστρικό καρκίνο πρέπει να σχεδιάζεται από ομάδα ειδικών γιατρών και να εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Στόχος της θεραπείας είναι η φιλική χειρουργική αφαίρεση με σκοπό την ίαση. Αυτό επιτυγχάνεται, όταν η νόσος είναι αυστηρά τοπική, χωρίς διηθήσεις των πέριξ του στομάχου χώρων. Για την τοπικά εκτεταμένη νόσο, όπου υπάρχει διήθηση των λεμφαδένων και των πέριξ ιστών, υπάρχουν δύο τάσεις. Η πρώτη προέρχεται από την Ιαπωνία· πρεσβεύει ότι η υπερριζική εγχείριση επιμηκύνει την επιβίωση· η δεύτερη από την Ευρώπη· πρεσβεύει ότι η σμίκρυνση των όγκων με τη χορήγηση σύγχρονων χημειοθεραπευτικών σχημάτων προεγχειρητικώς επιτρέπει την αποτελεσματικότερη χειρουργική επέμβαση. Αυτό μεταφράζεται σε επιμήκυνση του χρόνου επιβίωσης.

Η χειρουργική θεραπεία παραμένει να είναι η κύρια μορφή θεραπευτικής αντιμετώπισης των περισσότερων κακοήθων όγκων. Από το 50% περίπου των καρκινοπαθών που θα θεραπευτούν από τη νόσο τους, με την εφαρμογή σύγχρονων μορφών θεραπείας, έχει υπολογιστεί ότι η εγχείριση διαδραματίζει του ουσιωδέστερο ρόλο σε ποσοστό ανώτερο του 70%. Ο ρόλος της εγχείρισης ως θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου ή στο πλαίσιο συνδυασμένων θεραπευτικών προσεγγίσεων, συνεχώς βελτιώνεται. Ειδικότερα στο γαστρικό καρκίνο όσον αφορά τη γενικευμένη, όμως, νόσο και η χημειοθεραπεία έχει θέση, με περιορισμένα όμως ακόμη αποτελέσματα. Η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία, στη γενικευμένη νόσο, χρησιμοποιούνται για καθαρά ανακουφιστικούς λόγους. ^(4, 21)

7.1. Χειρουργική

Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί σήμερα την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του καρκίνου του στομάχου.

Οι άξονες της στρατηγικής της χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του στομάχου είναι αφενός μεν, η έγκαιρη διάγνωση, αφετέρου δε, η πλήρης εκτομή του νεοπλασματος, η οποία προϋποθέτει, ασφαλώς, τον ακριβή προσδιορισμό της εκτάσεως του (σταδιοποίηση).¹²

7.1.1. Προεγχειρητικός Έλεγχος

Οι ασθενείς με γαστρικό καρκίνο που πρόκειται να χειρουργηθούν θα πρέπει να ελεγχθούν λεπτομερώς ως προς το καρδιαγγειακό τους σύστημα, το αναπνευστικό τους, τη νεφρική λειτουργία και τη θρέψη. Επί μεγάλης προσφάτου απωλείας βάρους επιβάλλεται η προεγχειρητική χορήγηση παρεντερικής θρέψης.

7.1.2. Εγχειρησιμότητα

Μόνον σε ένα ποσοστό 15% των περιπτώσεων – επί ασκίτου και εμφανών απομακρυσμένων μεταστάσεων – δε συστήνεται επέμβαση. Ένα ποσοστό 85% των ασθενών που διαγιγνώσκονται με γαστρικό καρκίνο μπορούν να χειρουργηθούν και το 50% απ' αυτούς τους όγκους είναι δυνατόν να εξαιρεθεί. Από τους αφαιρεθέντους όγκους, οι μισοί είναι δυνητικώς θεραπεύσιμοι (δεν υπάρχουν δηλαδή αντενδείξεις για διασπορά πέραν των ορίων της εκτομής).²²

7.1.3. Επεμβάσεις

Η πρώτη, η ουσιαστικότερη και η καλύτερη θεραπεία που δύναται να εφαρμοσθεί στον καρκίνο του στομάχου είναι η χειρουργική θεραπεία υπό την έννοια της εκριζώσεως του όγκου με την επέλευση ριζικού γαστρεκτομής.

Γενικά οι επεμβάσεις εκτομής για τον καρκίνο του στομάχου λέγονται γαστρεκτομές. Η γαστρεκτομή ονομάζεται θεραπευτική, όταν επιτυγχάνεται πλήρης αφαίρεση του όγκου, και μη θεραπευτική (παρηγορητική) όταν μέρους αυτού δεν αφαιρείται αλλά δίνει παράταση στη ζωή του ασθενούς (curative και no curative). Ακόμη διακρίνεται σε υφαλική όταν μέρος του οργάνου μένει, και σε ολική όταν γίνεται πλήρης αφαίρεση του οργάνου. Τέλος, διακρίνεται σε περιφερική (distal), όταν γίνεται αφαίρεση της πυλωρικής μοίρας του στομάχου και του σώματος (μερική ή ολική) και σε κεντρική (proximal), όταν αφαιρείται ο θόλος, η καρδιακή μοίρα του στομάχου και μέρος ή όλο το σώμα του στομάχου. Η ολική γαστρεκτομή (total) αφορά στην αφαίρεση ολόκληρου του στομάχου και μέρους του οισοφάγου (5-7cm από το κάτω τριτημόριο του οισοφάγου).

Ο Theodore Billrot στην Βιέννη, πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχή γαστρεκτομή το 1881 και ο Schlatter στην Ελβετία, το 1897, την πρώτη ολική γαστρεκτομή.

Η καθιέρωση των ριζικών επεμβάσεων έγινε στη διάρκεια του 1960, διότι η χρησιμοποίηση αντιβιοτικών και των παραγώγων του αίματος κατά το δεύτερο

παγκόσμιο πόλεμο βοήθησε ταλαντούχους χειρουργούς, όπως οι Lahey, Waugh, Priestley, Longmire και Scott, να εκτελούν αυτές τις επεμβάσεις με αποδεκτή θνησιμότητα και θνητότητα. Ακόμη, έγινε κατανοητό ότι μάλλον η επέκταση της νόσου – και όχι η ριζικότητα των επεμβάσεων – παίζει αποφασιστικό ρόλο στο τελικό αποτέλεσμα για τον καρκίνο του στομάχου και ότι η χρήση των ριζικών επεμβάσεων ως επεμβάσεων ρουτίνας, αυξάνει τη μετεγχειριστική θνητότητα, χωρίς να αυξάνει την επιβίωση των ασθενών. Επομένως, κάθε περίπτωση πρέπει να εκτιμάται ιδιαίτερος στο χειρουργείο και να εφαρμόζονται αναλόγως διαβαθμίσεις της ριζικότητας της επεμιάσεως.

Η εκτέλεση μιας ριζικής γαστρεκτομής, εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις για την επέμβαση (όπως κακή γενική κατάσταση, νεφρική ανεπάρκεια κλπ), περιλαμβάνει (α) την αφαίρεση τμήματος ολόκληρου του στομάχου, την αφαίρεση του μείζονος και του ελάσσονος επιπλόου, του σπλήνος (όγκοι του σώματος και του θόλου) και τμήματος του κάτω τριτημορίου του οισοφάγου επί ολικής γαστρεκτομής και (β) πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό, ιδίως της περιοχής της κοιλιακής αρτηρίας μέχρι τις πύλες του ήπατος.

Ακόμη, αναλόγως ης επεκτάσεως της νόσου, δύναται να αφαιρεθεί ο αριστερός λοβός του ήπατος, τμήμα του εγκάρσιου κόλου και η ουρά του παγκρέατος. Τότε, η ριζική γαστρεκτομή αποκαλείται εκτεταμένη (extended).

Ένα άλλο σημείο που έχει σημασία στην εκτέλεση της γαστρεκτομής είναι τα χείλη της τομής του εναπομείναντος στομάχου, αλλά και του δωδεκαδακτύλου, να είναι ελεύθερα νόσου. Αυτό επιτυγχάνεται, εάν η τομή επί του στομάχου γίνει 5 - 7 cm πέραν των ορίων του όγκου, διότι πολλές φορές ο όγκος επεκτείνεται πέραν των ορατών ορίων, υποβλεπνογονίως. Ακόμη καλύτερη και ασφαλέστερη μέθοδος είναι η λήψη πολλαπλών βιοψιών από τα χείλη της τομής του γαστρικού τοιχώματος, αλλά και του δωδεκαδακτύλου.

Οι Ιάπωνες συγγραφείς αποδίδουν μεγάλη σημασία στη σχολαστική λεμφαδενεκτομή επί καρκίνου του στομάχου. Αναλόγως της εντοπίσεως της νόσου, αφαιρούν μείζον και έλασσον επίπλον, λεμφαδένες στην περιοχή της κοιλιακής αρτηρίας μέχρι τις πύλες του ήπατος, τα περιτυλωρικά, παγκρεατικά λεμφογάγγλια του σπληνός και περί την καρδιά του στομάχου. Φαίνεται ότι η προσήλωση αυτή στην εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή δικαιολογείται από το γεγονός ότι ακόμη και επί πρώιμου καρκίνου ένα ποσοστό λεμφαδένων 10-20% είναι διηθημένο. Ο Soga ανακοίνωσε το 1979 ότι 50,6% από 530 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ριζική

θεραπευτική γαστρεκτομή επέζησαν πέραν των 5 ετών σε αντίθεση με το 30% των ασθενών του έτους 1950. Αποδίδει τη διαφορά στην πιο εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή που γίνεται τα τελευταία χρόνια. Η βελτίωση της επιβιώσεως με την εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή αναγνωρίζεται ακόμη και από δυτικούς συγγραφείς.

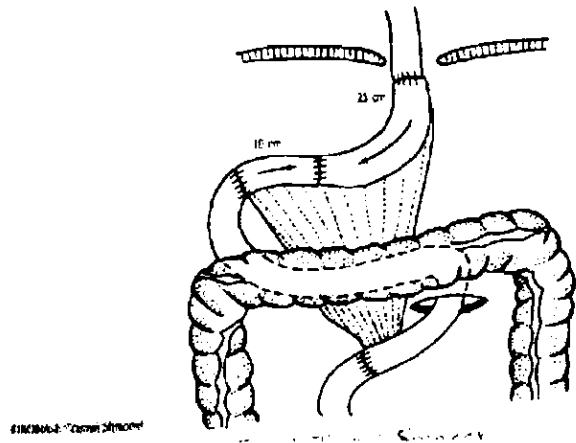
Η αναστόμωση του εναπομείναντος γαστρικού κολοβώματος γίνεται με τη νήστιδα συνήθως παρά με το δωδεκαδάκτυλο. Η αναστόμωση αυτή είναι η κλασική Billroth II ή οι παραλλαγές της. Επί ολικής γαστρεκτομής, γίνεται αναστόμωση του οισοφάγου με νήστιδα. Υπάρχουν πολλοί τρόποι αναστομώσεως ο κλασικότερος είναι η Roux-en-Y ή τελικοπλάγια αναστόμωση. Ο τύπος της οισοφαγο-νηστιδικής αναστομώσεως είναι σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνος για την αναστομωτική διαφυγή, αλλά και για την καλή γενική κατάσταση του ασθενούς μετά την επέμβαση. Ο ιδεώδης τύπος οισοφαγονηστιδικής αναστομώσεως πρέπει να δημιουργεί νέο στόμαχο, να αυξάνει τον εντερικό χρόνο διελεύσεως της τροφής, να προλαμβάνει την παλινδρόμηση της χολής στον οισοφάγο και να είναι τεχνικώς ασφαλής και εύκολος στην εκτέλεση.

Καμιά από τις 50 περίπου τεχνικές που αναφέρονται στη βιβλιογραφία δεν εξασφαλίζει τους ανωτέρω παράγοντες. Μια από τις πολλές τεχνικές - και ίσως η νεώτερη - είναι η τεχνική του Schrader που εφαρμόζεται από το 1972 με ισοαντιπερισταλτική μετάθεση τμήματος της νήστιδας (Εικ. 13).

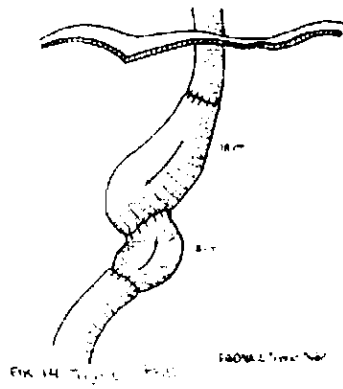
Στην οισοφαγο-νηστιδική αναστόμωση ο συγγραφέας χρησιμοποιεί 4-0 Virgeράμματα σε ένα στρώμα. Η εικόνα 14 δείχνει την τεχνική του Roth και η εικόνα 15 την τεχνική των Longmire-Beal.

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές έχουν ελαττωθεί την τελευταία εικοσαετία λόγω βελτιώσεως της αναισθησίας, της εκτιμήσεως της γενικής καταστάσεως του ασθενούς πριν την επέμβαση, της χρησιμοποιήσεως παρεντερικής διατροφής κ.λ.π. Ως επιπλοκές της ριζικής γαστρεκτομής δύναται να εμφανισθούν αιμορραγία, έμφραγμα, διαφυγή από την αναστόμωση ή το δωδεκαδάκτυλο, πνευμονική εμβολή, ατελεκτασία, πνευμονία, ουρολοίμωξη, παγκρεατίτιδα, ειλεός κ.λ.π.

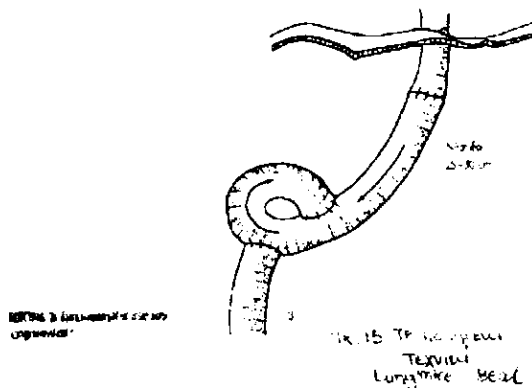
Σε προχωρημένες περιπτώσεις εφαρμόζονται συντηρητικές μέθοδοι, όπως η γαστροεντεροαναστόμωση.^(4,22)



EIKONA 13



EIKONA 14



EIKONA 15

7.2. Ακτινοθεραπεία

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας του καρκίνου του στομάχου είναι σήμερα περιορισμένος. Ο πιο ουσιαστικός ρόλος της, είναι μετά την εγχείριση για την αποστείρωση της περιοχής. Έχει βεβαίως αναφερθεί και διεγχειρητική και προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, αλλά με αμφισβητούμενα αποτελέσματα. Δεν πρέπει να παραληφθεί η αξία της ακτινοθεραπείας ως παρηγορητικής αγωγής στην εκτεταμένη νόσο.

7.2.1. Δόσεις και τεχνικές ακτινοθεραπείας

Τα πεδία ακτινοθεραπείας πρέπει να περιλαμβάνουν τον όγκο ή το υπόστρωμα του όγκου και τους επιχώριους λεμφαδένες μέχρι τους παραορτικούς λεμφαδένες στο ύψος $O_3 - O_4$, εάν είναι εφικτό. Τα πεδία, τα οποία σχεδιάζονται αρχικά, πρέπει να περιορίζονται και να τροποποιούνται σύμφωνα με την έκταση της νόσου κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Παράλληλα, αντίθετα προσθιο-οπίσθια πεδία είναι τα πλέον πρακτικά για την ακτινοβόληση του όγκου και των λεμφαδένων. Η τεχνική όμως των πολλαπλών πεδίων πρέπει να χρησιμοποιείται για να προστατεύεται η ανοχή των φυσιολογικών ιστών. Οι χρησιμοποιούμενες δόσεις 4000-5000 cGy σε διάστημα 4-5 εβδομάδων με Η.Δ.Ο. 170 - 180 cGy γίνονται γενικά καλώς ανεκτές από τους ασθενείς.

Σε μια σειρά ασθενών των Goldstein et al, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία με Δ.Ο. 4000-5000 Cgy σε 4- 5 εβδομάδες, προκλήθηκαν γαστρικές επιπλοκές σε ποσοστό 0-8% των ασθενών.

7.3. Χημειοθεραπεία

Ο καρκίνος του στομάχου, δηλαδή το γαστρικό αδενοκαρκίνωμα αποτελεί συχνή αιτία θανάτου σε χώρες της Ασίας -ιδίως Ιαπωνία- της Κεντρικής και Νοτίου Αμερικής. Η αντιμετώπισή του είναι κατά κύριο λόγο χειρουργική εκτός εκείνων των περιπτώσεων ασθενών που έχουν χαρακτηριστεί ως ανεγχείρητες κατά τη διάγνωση ή υπάρχουν μεταστάσεις. Στις τελευταίες περιπτώσεις εφαρμόζεται συστηματική χημειοθεραπεία εφόσον η γενική κατάσταση των ασθενών το επιτρέπει, από πλευράς επιπέδου ποιότητας ζωής.

Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται από πολλά χρόνια και έχει δύο στόχους. Ο

ένας αφορά στην αντιμετώπιση της προχωρημένης νόσου, δηλαδή με την ύπαρξη μεταστάσεων και η άλλη στην αντιμετώπιση των μικρομεταστάσεων μετά την χειρουργική εκτομή της νόσου. Τα αποτελέσματα στην προχωρημένη νόσο κρίνονται πολύ μέτρια με ποσοστά ανταπόκρισης που είναι μεν ικανοποιητικά, αλλά η χρονική διάρκεια ύφεσης είναι συνήθως βραχεία. Στην αντιμετώπιση των μικρομεταστάσεων, την αποκαλούμενη επικουρική (συμπληρωματική-adjvant) χημειοθεραπεία, οι διάφορες ως τώρα μελέτες δεν απέδωσαν ικανοποιητικά αποτελέσματα, έτσι ώστε να την καθιερώσουν.²⁰

7.3.1. Μονοθεραπεία

Η 5-Fluorouracil (5-Fu) είναι το χημειοθεραπευτικό φάρμακο που έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο στη θεραπεία του προχωρημένου καρκίνου του στομάχου. Η συνηθέστερη δόση είναι 600-1000 mg/m² την ημέρα, για πέντε συνεχείς ημέρες. Το σχήμα επαναλαμβάνεται κάθε 4 εβδομάδες. Η ανταπόκριση κυμαίνεται γύρω στο 21 % και διαρκεί 3-6 μήνες.

Η Mitomycin-C σε δόσεις 10-15 mg/m² κάθε 6-8 εβδομάδες έχει ανταπόκριση 20%. Η Adriamycin έχει δώσει ανταποκρίσεις 22 - 24% που διαρκούν 4 περίπου μήνες. Το BCNU και το Methyl-CCNU έχουν ανταποκρίσεις 17% και 8%, αντίστοιχα. Η Cis-platin είναι φάρμακο με αυξημένο ενδιαφέρον· έχει χρησιμοποιηθεί στον καρκίνο του στομάχου τελευταία, με ποσοστό ανταποκρίσεως 22% που διαρκεί 3-5 μήνες (Πίνακας 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Μονοθεραπεία στον καρκίνο του στομάχου.

Φάρμακο	Αριθμός ασθενών	Ανταποκρίσεις (%)
5-Fu	457	21
Mitomycin – C	189	20
Adriamycin	180	22
Cis – platin	50	22
BCNU	33	17
Methyl-CCNU	37	8
Methotrexate	28	11

7.3.2. Συνδυασμένη χημειοθεραπεία

Μετά την ανεύρεση φαρμάκων με σημαντική επίδραση στον καρκίνο του στομάχου, ήταν επόμενο να αναζητηθούν τρόποι για να συνδυασθούν τα φάρμακα αυτά, ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητά τους. Έτσι, το 1974, ανακοινώθηκε ο

πρώτος συνδυασμός 5-Fu και BCNU ή Methyl-CCNU. Οι ανταποκρίσεις ήταν υψηλότερες από ό,τι κάθε φάρμακο μόνο του (24,4%) και οι επιβιώσεις βελτιωμένες. Ακολούθως, συνδυάστηκαν 5-Fu, Adriamycin και Mitomycin-C (FAM) με αξιολογη αποτελεσματικότητα. Η ανταπόκριση στην αρχική μελέτη άγγιξε το 42%, που προσέφερε και τη μέγιστη επιβίωση.

Η Mitomycin-C μπορεί να αντικατασταθεί από τη Methyl-CCNU (FAMe). Τα σχήματα αυτά παρουσιάζουν επιβραδυνόμενη τοξικότητα στον αιμοποιητικό ιστό και επομένως χρειάζεται προσοχή στη χρήση τους. Πρέπει να τονισθεί ότι υπάρχουν μελέτες που τονίζουν ότι οι παραπάνω συνδυασμοί δεν είναι υπέρτεροι από ό,τι κάθε φάρμακο μόνο του όσον αφορά στην ανταπόκριση, αλλά κυρίως στην επιβίωση.

Δύο άλλες προσπάθειες ερευνητών προκάλεσαν το ενδιαφέρον με τα υψηλά ποσοστά ανταποκρίσεων που προσέφεραν: συνδυασμός 5-Fu, Adriamycin και υψηλών δόσεων Methotrexate με ανάνηψη Leukovorin (FAMeth) είχε ανταποκρίσεις 47-63%. Ο συνδυασμός 5-Fu, Adriamycin και Cis-platin (FAP) έδειξε ανταπόκριση 53%, εκ των οποίων 18% πλήρη.

Πιο πρόσφατα, δημιουργήθηκε ο συνδυασμός FAP στη Γερμανία, αποτελούμενος από Etoposide, Adriamycin και Cis-platin.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Δοσολογικό σχήμα EAP στον καρκίνο του στομάχου.

Φάρμακο	Ημερήσια δόση	1	2	3	4	5	6	7	8
Etoposide	120 mg/m ² Ε.Φ.			x	x	x			
Adriamycin	20 mg/m ² Ε.Φ.	x					x		
Cis-platin	40 mg/m ² Ε.Φ.		x						x
Επανάληψη κάθε 4 εβδομάδες									

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Συνδυασμός χημειοθεραπείας στον προχωρημένο καρκίνο

Συνδυασμός	Αριθμός ασθενών	Π.Υ. %	Π.Υ.+Μ.Υ. %	Ανταπόκριση/επιβίωση Διάρκεια (σε μήνες)
FAM	656	2	30-42	5/9
FAMe	116	9	21	5/8
FAB	177	6	43	7/8
FAMTX	187	/1	47-63	7/8
fAP	217	5	34-53	7/13
EAP	67	21	64	7/19

Η ανταπόκριση με το σχήμα EAP ήταν 64%, εκ των οποίων 21 % πλήρης. Το υψηλότερο ποσοστό ανταποκρίσεως παρατηρήθηκε στους ασθενείς εκείνους που είχαν τοπικοπεριοχική νόσο. Από το γεγονός αυτό ξεκίνησε η προσπάθεια της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας που θα διαπραγματευθούμε αργότερα. Οι πλήρεις υφέσεις με το παραπάνω σχήμα αποδείχθηκαν και παθολογοανατομικώς. Η μέση επιβίωση ήταν 7 μήνες, ενώ για εκείνους που είχαν πλήρη ύφεση 16 μήνες. Βέβαια, η τοξικότητα του σχήματος αυτού είναι αξιοσημείωτη. Για το λόγο αυτόν, η επιλογή των ασθενών πρέπει να είναι προσεκτική.

7.3.3. Συμπληρωματική (επικουρική χημειοθεραπεία)

Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για χημειοθεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο του στομάχου που χειρουργήθηκαν και οι λεμφαδένες που εξαιρέθηκαν βρέθηκαν διηθημένοι. Καμιά από τις μελέτες αυτές δεν απέδειξε ότι βελτιώνεται το ελεύθερο νόσου μεσοδιάστημα ή η επιβίωση των ασθενών αυτών. Πολλές από τις μελέτες αυτές έγιναν στην Ιαπωνία, όπου υπάρχει αυξημένος καρκίνος του στομάχου, με τη χρησιμοποίηση Mitomycin-C, χωρίς όμως αποτέλεσμα. Υπάρχουν σήμερα διεθνώς πολλές μελέτες σε εξέλιξη που συγκρίνουν διάφορα χημειοθεραπευτικά σχήματα με ομάδες ελέγχου. Τα αποτελέσματα αναμένονται με ενδιαφέρον.

7.3.4. Προεγχειρητική χημειοθεραπεία

Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει κατά καιρούς να χορηγηθεί χημειοθεραπεία πριν από την εγχείρηση, όταν ο καρκίνος του στομάχου δεν έχει γενικευθεί και είναι τοπικοπεριοχικός. Οι διάφοροι συνδυασμοί που χρησιμοποιήθηκαν δεν κατάφεραν να βελτιώσουν την επιβίωση των ασθενών αυτών. Αισιόδοξα ήταν μόνο τα μηνύματα από την προεγχειρητική εφαρμογή του συνδυασμού EAP, που ανακοινώθηκαν πρόσφατα.. Στη μελέτη αυτή, η χημειοθεραπεία συρρίκνωσε μέχρι πλήρους υφέσεως τον καρκίνο σε αρκετές περιπτώσεις αυτό αποδείχθηκε και ιστολογικώς. Οι ασθενείς αυτοί είχαν σημαντικό όφελος στην επιβίωσή τους. Βέβαια, απαιτούνται περισσότερες μελέτες για καλύτερη αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτών. ^(4,20)

Παρά το ότι η ριζική θεραπεία του γαστρικού καρκίνου είναι η χειρουργική, η συστηματική χημειοθεραπεία έχει, θεωρητικά τουλάχιστον, θέση τόσο στη μεταστατική όσο και στην τοπικοπεριοχική νόσο. Ο γαστρικός καρκίνος θεωρείται

μερικώς χημειοευαίσθητος, αν και οι νεώτεροι συνδυασμοί είναι πολύ δραστικοί. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η προ-εγχειρητική χημειοθεραπεία. Με την εισαγωγή των αυξητικών παραγόντων στην καθημερινή ογκολογική πρακτική, αναμένεται ότι θα ξεπεραστούν τα προβλήματα μυελοτοξικότητας που προκαλούνται από τους δραστικούς συνδυασμούς. Ο συνδυασμός τέλος χημειο-ακτινοθεραπείας φαίνεται ιδιαίτερα ελκυστικός χειρισμός για την αντιμετώπιση του τοπικο-περιοχικού γαστρικού καρκίνου.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Γενικά η πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου είναι δυσμενείς λόγω της μη έγκαιρης διάγνωσης.¹²

Το στάδιο θεωρείται ο πλέον αξιόπιστος και σημαντικός προγνωστικός δείκτης. Η πενταετής επιβίωση για το προχωρημένο γαστρικό καρκίνωμα και μετά από επιτυχή εξαίρεσή του κυμαίνεται μεταξύ 10% και 20%. Αντιθέτως, η πρόγνωση του αρχόμενου γαστρικού καρκινώματος είναι πολύ καλύτερη.

Κατά τον χρόνο της εγχειρητικής επέμβασης η πρόγνωση επηρεάζεται δυσμενώς από τη διήθηση των λεμφαδένων, την επέκταση στο περιτόναιο, την παρουσία ηπατικών μεταστάσεων, τη διήθηση των εγχειρητικών ορίων, και τη διήθηση του ορογόνου. Ο σημαντικότερος προγνωστικό παράγοντας θεωρείται το βάθος διήθησης του γαστρικού τοιχώματος και ακολουθεί η διήθηση του δωδεκαδακτυλικού τοιχώματος. Η πενταετής επιβίωση για καρκινώματα σταδίου T1, η διήθηση των οποίων περιορίζεται στο βλεννογόνο και στον υποβλεννογόνο χιτώνα είναι περίπου 5%, για καρκινώματα σταδίου T2 με διήθηση του μυϊκού χιτώνα 60-80%, ενώ για καρκινώματα σταδίου T3 με διήθηση του ορογόνου αυτή πέφτει στο 50%.²³ Η διήθηση του δωδεκαδακτυλικού τοιχώματος, που συμβαίνει κατά συνέχεια ιστού διαμέσου του υποβλεννογόνιου ή του ορογόνου χιτώνα ή διαμέσου των υποβλεννογονίων λεμφαγγείων, συνδυάζεται συχνότερα με διηθητική ανάπτυξη, διήθηση του ορογόνου, διήθηση των λεμφαγγείων.

Σε ποσοστό 8-15% τα χειρουργικά όρια είναι θετικά, με συνέπεια χειρότερη πρόγνωση. Επίσης η μεγάλη διάμετρος του όγκου (όγκοι > 2 εκ.) αποτελεί κακό προγνωστικό στοιχείο. Η μεγάλη ηλικία επίσης (άνω των 70) αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα, ενώ το φύλο δεν επηρεάζει την πρόγνωση.^(12,20)

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι, ενώ παλαιότερα η σχέση ανδρών με γυναίκες ήταν 2:1, τώρα πλησιάζει το 1:1, με αύξηση κυρίως του αδιαφοροποίητου ιστολογικού τύπου.²⁴

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο καρκίνος του στομάχου αποτελεί ένα από τα κακοήγη νεοπλασμάτα του πεπτικού συστήματος με τη χειρότερη πρόγνωση. Η πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου εξακολουθεί να είναι απογοητευτική, παρά τη

μεγάλη πρόοδο των τελευταίων ετών σε διαγνωστικές και χειρουργικές τεχνικές. Η πενταετής επιβίωση δε φαίνεται να άλλαξε τα τελευταία 30 χρόνια.⁴

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Πρόληψη καρκίνου στομάχου – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Στη σύγχρονη εποχή, δίδεται τεράστια έμφαση στην πρόληψη οποιαδήποτε ασθένειας. Ο ακαδημαϊκός και καθηγητής της ιατρικής Γεώργιος Μερίκας γράφει, ότι το στοιχείο "πρόληψη" είναι πλέον κυριολεκτικά δεσπόζουσας σημασίας για τη σύγχρονη κλινική ιατρική σκέψη, τη σωστή έρευνα και την αποδοτική περίθαλψη.

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς προλήψεως.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν στη νόσηση και στο θάνατο.

Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων ή η αποφυγή εκθέσεως σ' αυτούς ή η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σ' αυτούς. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο.

Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς προλήψεως ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δευτερογενούς προλήψεως είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διαγνώσεως²⁵.

1.1.1. Πρωτογενής Πρόληψη

Η ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου του στομάχου αποτελεί το βασικό άξονα κίνησης και ανάπτυξης της πρωτογενούς πρόληψης. Οι κυριότεροι γνωστοί οικολογικοί παράγοντες του καρκίνου του στομάχου είναι

γενετικοί γεωλογικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες αλλά και άλλοι όπως το κάπνισμα, η διατροφή, η απασχόληση και διάφορες προκαρκινικές καταστάσεις που μπορεί να ενοχοποιηθούν για την εμφάνιση της νόσου.

Στον τομέα της κληρονομικής προδιάθεσης είναι δύσκολο να εφαρμοστεί κάποια προληπτική πολιτική, εκτός απ' τη δυνατότητα συχνού προληπτικού ελέγχου των ατόμων που εμφανίζονται ως άτομα υψηλού κινδύνου, όπως είναι τα άτομα ομάδας αίματος A.

Στον τομέα της επαγγελματικής και γεωλογικής καρκινογένεσης χρήσιμο θα ήταν να καθοριστούν τα ασφαλή, βιολογικά, εμπειρικά ή συμβατικά όρια, ώστε να είναι δυνατή κάποια είδους προφύλαξη και προστασία απ' τους καρκινογόνους παράγοντες.

Όσον αφορά την προληπτική γραμμή σε σχέση με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες η ενδεχόμενη λύση είναι ο περιορισμός του οικιακού συνωστισμού κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, που πιθανώς προάγει τη μεταφορά βλαπτικών οργανισμών, όπως το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (HP) και το οποίο τα τελευταία χρόνια φαίνεται να σχετίζεται με την εκδήλωση του καρκίνου του στομάχου.

Η αντιμετώπιση της καπνισματικής επιδημίας αποτελεί βασικό στόχο για την οργάνωση της πρωτογενούς προλήψεως και λογική προτεραιότητα της γενικότερης κρατικής υγειονομικής πολιτικής. Ριζική αντιμετώπιση του προβλήματος αποτελεί, στον τομέα της διατροφής, ο περιορισμός καταναλώσεως υψηλών ποσοστών οιοπνεύματος, καπνιστών και αλμυρών τροφών όπως επίσης και τροφών τηγανισμένων και σύνθετων υδατανθρακική, που αυξάνουν τον κίνδυνο αναπτύξεως του καρκίνου. Απ' την άλλη η αυξημένη κατανάλωση νωπών φρούτων και λαχανικών έχει αναγνωρισθεί ως προστατευτικός παράγοντας, που σχετίζεται με την πρόσληψη βιταμινών A, C, κα E.

Τέλος, ο συχνός και σε τακτά χρονικά διαστήματα έλεγχος των ατόμων που πάσχουν από ασθένειες που συνδέονται με τον γαστρικό καρκίνο, όπως η κακοήθης αναιμία, μπορεί να συμβάλλει σε ποικίλο βαθμό στη μείωση της επιπτώσεως του καρκίνου του στομάχου.

Η νοσηλεύτρια είναι ο κεντρικό φάρος που πρέπει να φωτίζει κάθε ενέργεια ή κάθε πρόβλημα του ανθρώπου με την υγεία του. και η παρουσία αυτή του νοσηλευτού πρέπει να είναι συνεχής. Το νοσηλευτικό πρόγραμμα της νοσηλευτικής

ογκολογίας θα αρχίσει με την πρόληψη της αρρώστιας που πρέπει να γίνεται από οποιαδήποτε θέση και εάν υπηρετεί ο νοσηλευτής.

Φυσικά, θα πρέπει, πρώτα απ' όλα, ο νοσηλευτής, όχι απλά να γνωρίζει αλλά να συνειδητοποιεί ότι η ύπαρξή του αποτελεί ένα υπόδειγμα τρόπου ζωής για τους άλλους.

Ο καρκίνος μπορεί να προληφθεί σ' ένα μεγάλο βαθμό περιπτώσεων, όπως μπορεί και να διαγνωσθεί έγκαιρα.

1.1.2. Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στην προσυμπτωματική διάγνωση κατά τη διάρκεια της προ-διηθητικής φάσεως (in-situ phase) ή, σπανιότερα, κατά τη διάρκεια άλλων καρκινογενετικών φάσεων.

Σήμερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση έχει γίνει παγκόσμιο σύνθημα επιβίωσης και έχουν κινητοποιηθεί όλοι οι φορείς, πολιτεία, τοπική Αυτοδιοίκηση, Επιστημονικοί Οργανισμοί, Νοσηλευτικό και Ιατρικό Προσωπικό. Η Νοσηλεύτρια/της έχει εξέχοντα ρόλο στην εκστρατεία αυτή κατά του καρκίνου και η συμβολή των είναι απαραίτητη για την επιτυχία του επίτιμου αυτού έργου. Σε όλα τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου, η Νοσηλεύτρια/της, έχουν άμεση και καίρια συμμετοχή και αποτελούν το βασικό παράγοντα ενημέρωσης και διδασχής του ελεγχόμενου πληθυσμού.

Είναι δεδομένο πως η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που έχει τη στενότερη επαφή με τον ασθενή. Εξαιτίας λοιπόν αυτής της άμεσης επικοινωνίας, και έχοντας υπόψη της, την ύπουλη εμφάνιση του καρκίνου του στομάχου, καλείται να αξιολογεί τα μικρής σοβαρότητας ενοχλήματα του αρρώστου και να τον οδηγεί στον ιατρό για ακτινολογικό έλεγχο, που αποτελεί την πιο προσιτή μέθοδο στα χέρια των εξεταστών και δίνει τη διάγνωση στα 95% περίπου των περιπτώσεων.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου του στομάχου, είναι δύσκολη υπόθεση, εξαιτίας της ασάφειας της ασθένειας.

Τα τελευταία χρόνια έχει επιχειρηθεί και ο λεγόμενος κυτταρολογικός προσυμπτωματικός έλεγχος, που για τον καρκίνο του στομάχου αφορούσε τα άτομα που έπασχαν από χρονογαστρίτιδα και άλλες προκαρκινικές νόσους αλλά, τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά ^(10, 25, 26).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η φροντίδα ενός καρκινοπαθούς απαιτεί απόλυτη συνέπεια της ύλης προσπάθειας για την αντιμετώπιση της νόσου. Η προσοχή θα πρέπει να κατευθύνεται στις λεπτομέρειες σταδιοποιήσεως και θεραπείας που μπορεί να οδηγήσει σε κλινική τάση ή μακροχρόνιο έλεγχο. Επιπλέον, μια τέτοια φροντίδα απαιτεί επικέντρωση της προσοχής στο άλγος, στην κατάσταση διατροφής του ασθενούς, καθώς και στην ψυχολογική υποστήριξη του σθένους και της οικογένειάς του²⁷.

Όπως σε όλες τις ασθένειες, έτσι και στον καρκίνο, η συμβολή του νοσηλευτού στην αντιμετώπισή του, μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, είναι καθοριστική. Νοσηλευτική παρέμβαση κάνει ο νοσηλευτής όταν προλαμβάνει κάποια βλάβη ή μεγαλύτερη δυσλειτουργία του αρρώστου ή τον βοηθά να χειρίζεται τα ζητήματά του, όσο το δυνατόν, πιο αποτελεσματικότητα. Η επιστημονική αιτιολόγηση κάθε νοσηλευτικής ενέργειας πρέπει να εξηγείται στον άρρωστο όταν κρίνεται αναγκαίο.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι υποστηρικτικές, προστατευτικές, παιδαγωγικές, θεραπευτικές. Επίσης μπορεί να είναι αλληλεξαρτώμενες με την ιατρική θεραπευτική αγωγή, όπως η χορήγηση φαρμάκων και θεραπειών καθώς και η συνεργασία στην εκτέλεση ιατρονοσηλευτικών φροντίδων. Οι ανεξάρτητες νοσηλευτικές παρεμβάσεις δεν εξαρτώνται από ιατρικές οδηγίες, αποφασίζονται αυτόνομα και υπεύθυνα απ' το νοσηλευτή κατά τη διεργασία της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας²⁸.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του στομάχου

Πριν από κάθε ενέργεια ο νοσηλευτής, που ασχολείται με τον πάσχοντα από γαστρικό καρκίνο, οφείλει να αξιολογήσει και να διαπιστώσει τα ακριβή προβλήματα του ασθενούς τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά.

Αυτά μπορούν να συγκεντρωθούν στα εξής:

1. Κακή οξυγόνωση ιστών (αναιμία, πόνος στο επιγάστριο, καχεξία).
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία, έμετοι, δυσφαγία).
3. Υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζύγια (δυνητικά).
4. Μείωση δραστηριοτήτων (καχεξία, εύκολη κόπωση).
5. Μείωση άνεσης (πόνος, ναυτία, έμετοι).
6. Πόνος
7. Αγωνία, που δημιουργεί η υποψία καρκίνου.
8. Προβλήματα, που δημιουργούνται από το είδος της θεραπείας.

Ο νοσηλευτής λοιπόν, πρέπει να σχεδιάσει τη νοσηλευτική φροντίδα που θα εφαρμόσει, βάσει των ανωτέρω προβλημάτων και με σκοπό την απαλλαγή από τα συμπτώματα, τη διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων, τη διατήρηση της θρέψης, την πρόληψη και έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών και τέλος την αναστολή ανάπτυξης και εξάπλωσης του καρκίνου.

Η θεραπευτική αγωγή και η νοσηλευτική φροντίδα εξαρτώνται από το στάδιο της νόσου και τις κλινικές εκδηλώσεις²⁹. Η αποτελεσματικότερη θεραπεία, όπως έχει σημειωθεί, είναι η χειρουργική. Επομένως, η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου.

2.1. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Της επεμβάσεως προηγούνται γενικές εξετάσεις αίματος, ακτινολογικός έλεγχος και ειδικές εξετάσεις για το συγκεκριμένο πρόβλημα του αρρώστου καθώς και ενημέρωση του αρρώστου και των οικείων του για την επέμβαση και το σκοπό της, τη μετεγχειρητική αγωγή και ότι άλλο σχετικό.

Την προηγούμενη μέρα από την επέμβαση οι ενέργειες που εκτελεί ο νοσηλευτής είναι καθορισμένες. Φροντίζει για την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου σε νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικές ουσίες και σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Επίσης, αν αυτό επιτρέπεται, χορηγεί ελαφρά διαίτα, σούπα και υγρά, ενώ το απόγευμα διενεργεί καθαρτικό υποκλυσμό, για την πλήρη κένωση του εντέρου.

Τέλος γίνεται τοπική προετοιμασία, στο σημείο που θα γίνει η επέμβαση και αν κριθεί αναγκαίο μπορεί να χορηγηθεί ηρεμιστικό φάρμακο, ώστε ο ασθενής να

απαλλαχθεί απ' το άγχος που δημιουργεί ο φόβος του χειρουργείου. Βέβαια ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχάσει τη σπουδαιότητα της ψυχολογικής υποστήριξης και βοήθειας του αρρώστου να αποδεχθεί την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και το νέο τρόπο σίτισης που είναι πιθανόν να γίνει μετά το χειρουργείο.

Την ημέρα της επέμβασης ο νοσηλευτής φροντίζει τις τελευταίες λεπτομέρειες. Φροντίζει με υπευθυνότητα την μη λήψη τροφής ή υγρών από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα και έχει ήδη φροντίσει για την κένωση της κύστης πριν ο άρρωστος φύγει για το χειρουργείο. Τέλος είναι απαραίτητη η ενημέρωση του ασθενούς για αφαίρεση οδοντοστοιχειών, αν υπάρχουν, για αποφυγή πνιγμού κατά τη νάρκωση λόγω της μυϊκής χαλάρωσης, καθώς και για αφαίρεση τιμαλφών (δακτυλίδια κ.α.) για να μη χαθούν. Λίγο πριν ο ασθενής εισέλθει στο χειρουργείο βεβαιωνόμαστε πως είναι ενδεδυμένος με την ενδυμασία του χειρουργείου και συμπληρώνουμε το αντίστοιχο χειρουργικό δελτίο^(8,29).

2.2. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα των αρρώστων μετά από εγχειρήσεις για καρκίνο στομάχου περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1. Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου, δηλαδή της αναπνοής, των σφύξεων, της αρτηριακής πίεσεως, της διουρήσεως και της θερμοκρασίας. Οι επεμβάσεις πάνω στα όργανα αυτά θεωρούνται βαρείες και η συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο επιβεβλημένη.

2. Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών παρεντερικώς. Ύστερα από επεμβάσεις στο πεπτικό οι ασθενείς αδυνατούν να λάβουν τροφή από του στόματος λόγω παρέσεως του γαστρεντερικού σωλήνος, η οποία διαρκεί άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα, συνήθως 3-5 ημέρες.

Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνος για παροχέτευση των υγρών του στομάχου που τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες εμφανίζει πάρεση. Η φροντίδα σωστής παροχέτεσεως του σωλήνος αυτού, εξασφαλίζει ανακούφιση στον άρρωστο και προφυλάσσει από επιπλοκές.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενώ η λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα είναι καλή, η λήψη τροφής από το στόμα δεν είναι δυνατή. Έτσι καθίσταται

απαραίτητη η τεχνητή διατροφή μέσω του ρινογαστρικού σωλήνα. Τέτοιες περιπτώσεις είναι:

- (α) Ημικωματώδης ή κωματώδης κατάσταση.
- (β) Χειρουργική επέμβαση στη στοματική κοιλότητα.
- (γ) Μεγάλου βαθμού ανορεξία.
- (δ) Μεγάλη αδυναμία.
- (ε) Προβλήματα κατάποσης.
- (ε) Ψυχικά νοσήματα.

Ο γιατρός με την εντολή εφαρμογής της τεχνητής διατροφής ορίζει και τον τρόπο χορήγησης του μίγματος. Πολλές φορές όμως μπορεί να χρειαστεί να αποφασίσει ο νοσηλευτής για τον τρόπο χορήγησης. Παράγοντες που πρέπει να λάβει υπόψιν του είναι: η κατάσταση του αρρώστου, η γλοιότητα του μίγματος και τα διαθέσιμα αντικείμενα.

Όσον αφορά το ρινογαστρικό σωλήνα, ο νοσηλευτής, οφείλει να φροντίσει για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών της τεχνητής διατροφής. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι:

- (α) Διάρροια
- (β) Ναυτία και έμετοι
- (γ) Πνευμονία από εισρόφηση
- (δ) Ανεπαρκής χορήγηση νερού
- (ε) Μεταβολική αλκάλωση

Σε αυτή την περίπτωση των επιπλοκών, ο νοσηλευτής φροντίζει για:

- * Σχολαστικό καθορισμό αντικειμένων
- * Εξασφάλιση μίγματος μόνο για 24h.
- * Συχνή αλλαγή των αντικειμένων, μικρή ποσότητα μίγματος στον υποδοχέα κάθε φορά ή εφαρμογή παγοκύστης γύρω απ' αυτόν, για αποφυγή αποσύνθεσης του μίγματος.
- * Θερμοκρασία μίγματος 37 °C.
- * Λήψη μέτρων για αποφυγή εισόδου αέρα μέσα στο στομάχι κατά τη σίτιση.
- * Φροντίδα στόματος και ρουθουνιών.
- * Διακοπή σίτισης σε περίπτωση ναυτίας και διάρροιας. Νέα εντολή σίτισης και χορήγηση αντιδιαρροϊκών μέσα απ' το σωλήνα.

- * Λήψη μέτρων για πρόληψη εισρόφησης σε περίπτωση εμέτου ή ανάρροιας (ανάρροπη θέση, κεφαλή στο πλάι, χρησιμοποίηση αναρροφητήρα).
- * Μέτρηση και αναγραφή μίγματος, νερού, σύρων.
- * Παρακολούθηση για συμπτώματα αφυδάτωσης.
- * Χορήγηση μεγαλύτερης ποσότητας νερού σε υπερήλικες, γιατί έχουν ένα βαθμό νεφρικής ανεπάρκειας.
- * Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας, άμεση αναφορά της, αλλαγή μίγματος για τη διευκόλυνση της λειτουργίας του εντέρου, αύξηση των υγρών, χορήγηση καθαρτικών μέσα απ' το σωλήνα και σύμφωνα με τις ιατρικές εντολές.

4. Παρακολούθηση των σωλήνων παροχέτευσεως της κοιλίας καθημερινά για την ποσότητα και το είδος των εξερχομένων υγρών.

5. Έγκαιρη κινητοποίηση του αρρώστου για την αποφυγή πνευμονικών επιπλοκών.

6. Περιποίηση τραύματος. Έλεγχος για τυχόν διαπύηση και αντιμετώπισή τους.

7. Σίτιση από το στόμα. Η σίτιση από το στόμα γίνεται αφού διαπιστωθεί η κινητοποίηση του γαστρεντερικού σωλήνος με την αποβολή αερίων ή την ύπαρξη κενώσεως. Συνήθως αρχίζει την 4^η 5^η μετεγχειρητική ημέρα με υγρά και προχωρεί στη συνέχεια σε στερεή τροφή σταδιακά²⁶.

8. Αντιμετώπιση του πόνου. Η απαλλαγή απ' τον πόνο ή ο περιορισμός του, σε χειρουργημένους ασθενείς, γίνεται με κατάλληλη αναπαικτική θέση, συνήθως ημικαθεστή, μόλις συνέλθει από τη νάρκωση και τη χορήγηση των κατάλληλων παυσιπόνων σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του ιατρού⁸.

Οι επεμβάσεις για καρκίνο στο ανώτερο πεπτικό, είναι βαρείες εγχειρήσεις σε αρρώστους με κακή γενική κατάσταση σε μεγάλο ποσοστό. Έτσι, οι άρρωστοι αυτοί έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές που είναι γενικές και ειδικές.

§

A. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- (i) Διαπύηση τραύματος.
- (ii) Πυρετός
- (iii) Πνευμονικές επιπλοκές:
 - (α) Ατελεκτασία

- (β) Βρογχίτις
- (γ) Βρογχοπνευμονία – Πνευμονία
- (δ) Πνευμονική εμβολή (σπουδαιότερη)

B. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

- (i) Αιμορραγία
- (ii) Παγκρεατίτις
- (iii) Ρήξη Κολοβώματος 12/δακτύλου
- (iv) Ειλεός²⁶

Στη νοσηλευτική φροντίδα του μετεγχειρητικού ασθενούς, επομένως, περιλαμβάνεται και η ενημέρωση και διδασκαλία του αρρώστου, εκ μέρους του νοσηλευτού, για τις πιθανές επιπλοκές της επέμβασης και την ανάγκη τήρηση της αγωγής και των προληπτικών μέτρων.

2.2.1. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με γαστροστομία

Σε περίπτωση γαστρεκτομής, οποιασδήποτε έκτασης, αναφέραμε παραπάνω τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου. Αν όμως η απόφραξη, λόγω του όγκου, είναι ψηλή, η χειρουργική αντιμετώπιση για τη σίτιση του αρρώστου αφορά τη δημιουργία γαστροστομίας. Με τομή του αριστερού ορθού κοιλιακού μυός προσεγγίζεται το πρόσθιο τοίχωμα του στομαχιού, στο οποίο γίνεται άνοιγμα μέσα στο στομάχι εισάγεται καθετήρας με πολλές σπές, απλός ή Folley. Το περιφερικό άκρο του καθετήρα φέρεται έξω από την τομή, στερεώνεται και κλείνεται ο αυλός του.

Η μετεγχειρητική φροντίδα, της συγκεκριμένης χειρουργικής περίπτωσης, περιλαμβάνει:

Καταρχήν καθοριστική θεωρείται η συνέχιση της ψυχολογικής υποστήριξης ανάλογα με τις αντιδράσεις του αρρώστου. Συνεχίζοντας την παροχή των νοσηλευτικών επεμβάσεων, ο νοσηλευτής φροντίζει για τη χορήγηση υγρών μέσα από το σωλήνα αμέσως μετά την εφαρμογή του, αν ο άρρωστος είναι πολύ αφυδατωμένος. Διάλυμα εκλογής είναι εκείνο της γλυκόζης 10%. Αρχικά, σε ποσότητα 50-100 ml και βαθμιαία ως 300 ml αν τα ανέχεται ο άρρωστος.

Στη συνέχεια, κύριο μέλημα το νοσηλευτή, αποτελεί η χορήγηση, από το σωλήνα, τροφής σε ημίρρευστη τροφή σε μικρά και τακτικά γεύματα (4 ημερησίως και 3 νυκτερινά). Μετά από κάθε γεύμα απαραίτητη κρίνεται η χορήγηση 50 ml

χλιαρού νερού για το πλύσιμο του σωλήνα καθώς και η χορήγηση 50 ml νερού κάθε δύο ώρες. Η αναγραφή, σε δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, της ποσότητας της τροφής και του νερού που χορηγούνται στον άρρωστο, είναι μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας.

Με την πάροδο 5-6 ημερών από τη μέρα της επέμβασης, ο νοσηλευτής, και πάντα υπό την ιατρική καθοδήγηση, αφαιρεί τον σωλήνα και γίνεται η τοποθέτηση νέου αφού έχει επαλειφθεί με βαζελίνη. Στη συνέχεια η αλλαγή του σωλήνα γίνεται κάθε 2-3 ημέρες. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει τη διδασκαλία του αρρώστου για την τεχνική της αλλαγής του σωλήνα, τον τρόπο σίτισης και το είδος, την ποσότητα και την παρασκευή της τροφής που θα παίρνει. Η πληροφόρηση του αρρώστου για τα έτοιμα μίγματα που κυκλοφορούν στο εμπόριο (παιδικές τροφές) γίνεται με σκοπό τη μείωση του άγχους του σχετικά με την παρασκευή της τροφής. Τέλος, η νοσηλευτική φροντίδα της γαστροστομίας περιλαμβάνει την περιποίηση του περιστομιακού δέρματος, με καθημερινή αλλαγή γαζών και επάλειψή του με πάστα τσίγκου (υπεροξειδίου του ψευδαργύρου ή βαζελίνη)²⁶.

2.3. Νοσηλευτική φροντίδα σε αντιμετώπιση γαστρικού καρκίνου με χημειοθεραπεία – ακτινοθεραπεία.

Αν και ο ρόλος της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας στην θεραπευτική αντιμετώπιση του γαστρικού καρκίνου, είναι περιορισμένος, καθώς η αποτελεσματικότερη θεραπεία είναι η χειρουργική, υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις που χρησιμοποιούνται και αυτές οι μέθοδοι έστω και ως συμπληρωματικές ή παρηγορητικές θεραπείες.

2.3.1. Νοσηλευτική προσέγγιση σε χημειοθεραπεία.

Η Αντικαρκινική χημειοθεραπεία ξεκίνησε μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, με είκοσι περιστατικά ενός πλοίου που βυθίστηκε, ενώ μετέφερε φορτίο νιτροδών. Η χημική αυτή ουσία χύθηκε στη θάλασσα και τα διασωθέντα μέλη του πληρώματος που ήλθαν σε επαφή, παρουσίασαν σε σύντομο χρονικό διάστημα υποπλασία του μυελού και των λεμφικών ιστών. Με το πέρασμα του χρόνου η χημική αυτή ουσία μετατρέπεται στη συνέχεια από όπλο σε φάρμακο.

Υπάρχουν δύο μορφές θεραπείας:

(α) με φάρμακα που προσβάλλουν μόνο τα κύτταρα που βρίσκονται σε ενεργό φάση μίτωσης.

(β) με φάρμακα που καταστρέφουν και φυσιολογικά και καρκινικά κύτταρα, άσχετα με τη φάση μίτωσης.

Βασικές αρχές για την έναρξη της χημειοθεραπείας είναι:

Η εδραίωση της διάγνωσης.

Ο καθορισμός του σταδίου και της έκτασης της νόσου.

Ο καθορισμός του στόχου της θεραπείας.

Η εκτίμηση της απάντησης στη θεραπεία.

Η αποδοχή της τοξικότητας του φαρμάκου.

Η εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή.

Πριν την εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Αυτές είναι:

Πόνος, αλωπεκία, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, διάρροια, κυστίτιδα, κατάθλιψη, καταβολή, λευκοπενία, θρομβοπενία, αναιμία, ναυτία και έμετος, φαρυγγίτιδα, οισοφαγίτιδα, στοματίτιδα, καρδιακή, ηπατική, νεφρική τοξικότητα, νευροτοξικότητα, αυξημένος κίνδυνος μολύνσεων.

Αρχικώς λοιπόν, η νοσηλευτική προσέγγιση περιλαμβάνει ενημέρωση του ασθενή και συζήτηση μαζί του για το είδος των εξετάσεων που θα γίνουν, καθώς και τον τρόπο δράσης των εξετάσεων που θα γίνουν, καθώς και τον τρόπο δράσης των χημειοθεραπευτικών, τις αναμενόμενες παρενέργειες και την δυνητική φαρμακευτική τοξικότητα. Επίσης είναι πιθανόν να γίνει σύσταση για επίσκεψη σε ψυχολόγο αν κρίνεται απαραίτητο.

Ακόμα ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με το είδος της διατροφής του. αυτή πρέπει να είναι ισορροπημένη και με υψηλή περιεκτικότητα πρωτεϊνών και να γίνεται επιλογή τροφών που χρειάζονται λίγη ή καθόλου μάσηση και καταπίνονται εύκολα ενώ συνίσταται η αποφυγή τροφών που είναι κολλώδεις. Όσον αφορά τη στοματική υγιεινή ο ασθενής προτρέπεται να κάνει γαργάρες με διάλυμα φυσιολογικού ορού κάθε 2 ώρες, για να καταπραΰνει ο στοματικός βλεννογόνο.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στη φροντίδα του δέρματος. Οι ασθενείς συμβουλεύονται να αποφεύγουν τον δυνατό ήλιο, να περιποιούνται το δέρμα με απαλή υδατική λοσιόν και ενθαρρύνονται, για πρόβλημα τουλάχιστον 2500 ml υγρών ημερησίως και αποφυγή προϊόντων, όπως σκευάσματα λεμονιού, γλυκερίνη και

στοματικά διαλύματα που περιέχουν αλκοόλη διότι ξηραίνουν το στοματικό βλεννογόνο.

Τέλος, κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται πως κρίνεται αναγκαία η αποφυγή του καπνίσματος και ο νοσηλευτής πρέπει να επαγρυπνά με συνεχή παρατήρηση της αντίδρασης του ασθενούς στην αλλαγή της εικόνας του εαυτού του. σημαντική είναι τέλος και η διδασκαλία του προσωπικού που ασχολείται με τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, όσον αφορά στους κινδύνους που εγκυμονεί ο χειρισμός τους, καθώς και στον ορθό χειρισμό των προστατευτικών μέσων που υπάρχουν¹.

2.3.2. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ακτινοθεραπεία

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας του καρκίνου του στομάχου είναι σήμερα περιορισμένος. Ο πιο ουσιαστικός τους ρόλος είναι μετά την εγχείριση για την αποστείρωση της περιοχής. Έχει βεβαίως αναφερθεί και διεγχειρητική ή προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, αλλά με αμφισβητούμενα αποτελέσματα. Δεν πρέπει να παραληφθεί η αξία της ακτινοθεραπείας ως παρηγορητικής αγωγής στην εκτεταμένη νόσο⁴.

Γι' αυτό και θεωρείται απαραίτητη η αναφορά στη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που ακτινοθεραπεύεται.

Πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση, ο ενημερωμένος και πλήρως καταρτισμένος νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει της παρενέργειες της ακτινοθεραπείας. Αυτές διακρίνονται σε:

- **Πρώιμες:** Ερύθημα, ξηρότητα, υγρή απολέπιση, αλωπεκία, λευκοπενία, θρομβοπενία, ξηροστομία, αλλαγές στην γεύση, λαρυγγίτιδα, οισοφαγίτιδα, δυσφαγία, διάρροια, ναυτία, έμετος, γαστρίτιδα, τεινεσμός, ξηρότητα κόλπου, καταβολή.
- **Ώσιμες:** Ατροφία δέρματος, αργή επούλωση τραύματος, κακρινογένεση, ξηροστομία, υποθυροειδισμός, πνευμονίτιδα, περικαρδίτιδα, ανικανότητα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, που ασχολείται με ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, πρέπει να αφιερώσει χρόνο στον ασθενή για συζήτηση και παροχή συμβουλών σχετικά με την ανάπαυση, τη διαίτα και

τη γενική φροντίδα. Αρχικά συστήνεται περίοδος ανάπαυσης καθημερινά, ιδιαίτερα μετά τη θεραπεία. Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει τη σπουδαιότητα της ισορροπημένης και θρεπτικής διαίτας και ο νοσηλευτής είναι εκείνος που μπορεί να τον προτρέψει να επισκεφτεί ένα διαιτολόγο. Η χορήγηση γαλατούχων υγρών καθώς και η συχνή λήψη υγρών βοηθά στην καταπολέμηση της δυσφαγίας και της δυσπεψίας καθώς και στην απέκκριση των τοξικών αποβλήτων από την καταστροφή των κυττάρων.

Και στην περίπτωση της ακτινοθεραπείας απαιτείται η τακτική επιθεώρηση του βλεννογόνου του στόματος και η καθιέρωση της καθημερινής στοματικής υγιεινής. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την αποδοχή, από πλευράς του αρρώστου, της ανάγκης φροντίδας του δέρματος, όπως η διατήρηση των σημαδιών στην ακτινοβολούμενη περιοχή, αποφεύγοντας το σαπούνι, την ηλιοθεραπεία, ή τις διαθερμίες. Αν εμφανιστεί ξηρή ή υγρή απολέπιση, τοποθετεί πούδρα μωρών για να δροσιστεί το δέρμα και να ελαττωθεί ο ερεθισμός. Επίσης, σε σημεία φλεγμονής γίνεται επάλειψη με 1% κορτιζονούχο αλοιφή για να ελαττωθεί η φλεγμονή και να εμποδίσει την ανάπτυξη μυκητιασικών μολύνσεων.

Τέλος, ο νοσηλευτής διδάσκει τον άρρωστο για την αντιμετώπιση της κόπωσης και του περνά το σημαντικό μήνυμα της ανάγκης για διατήρηση της κινητικότητας¹.

Έπειτα από την προηγηθείσα ανάλυση προκύπτουν πολλά συμπεράσματα. Ένα βασικό είναι το γεγονός πως, ο νοσηλευτής του έχει ως αντικείμενο φροντίδας του έναν καρκινοπαθή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει κυρίως τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα, αφού ένας σημαντικός αριθμός παρενεργειών της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας αφορά τον πεπτικό σωλήνα³⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθή τελικού σταδίου

Καθώς η πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου είναι πολύ κακή και οι πιθανότητες ολοκληρωτικής ίασης ελάχιστες, μοιραία ο νοσηλευτής θα κληθεί να αντιμετωπίσει τον ασθενή και τα προβλήματά του, στο τελικό στάδιο της νόσου.

Ο καρκίνος δεν διαλέγει όταν κτυπά ούτε κοινωνικές τάξεις ούτε ηλικίες ούτε κατοίκους πόλεως ούτε κατοίκους χωριών. Έτσι, οι ασθενείς με καρκίνο είναι από όλες ης ηλικίες και από όλη τη χώρα. Και έτσι κάθε τι που προσφέρεται σ' αυτούς δεν μπορεί να έχει γεωγραφική περιφέρεια.

Σ' όλα τα στάδια της ασθένειας έχουμε να αντιμετωπίσουμε ασθενείς κάθε ηλικίας, όπου ο καθένας θέλει τη δική του μεταχείριση, όπως επίσης αντίστοιχη μεταχείριση χρειάζονται και οι συγγενείς αυτών των ανθρώπων. Το τελικό στάδιο στον άρρωστο με καρκίνο είναι πολύ μακρύ σε χρόνο, πολύ επώδυνο, πολύ δύσκολο για τον άρρωστο, για τους συγγενείς και για τους λειτουργούς της υγείας που θα ασχοληθούν με τον άρρωστο,

Ο ρόλος του νοσηλευτή σ' αυτό το στάδιο της ζωής του αρρώστου είναι πολύ σημαντικός. Γιατί ο ρόλος του νοσηλευτή δεν σταματά εκεί που τελειώνουν οι πιθανότητες για ίαση. Αντιθέτως, οι επιδιώξεις - πρέπει ν' αποβλέπουν διαρκώς σε μια ζωή με ποιότητα και νόημα μέχρι τέλος.

Ο άρρωστος έχει ορισμένα δικαιώματα που πρέπει να του εξασφαλισθούν. Τα δικαιώματα αυτά είναι:

1. Να δέχεται συνεχή φροντίδα στις ανάγκες του από εξειδικευμένο και ευαισθητοποιημένο προσωπικό.
2. Να ανακουφίζεται στον πόνο που φέρει η νόσος.
3. Να αντιμετωπίζεται με αξιοπρέπεια και σεβασμό.
4. Να βρίσκει ανταπόκριση στις ανάγκες του για αγάπη, κατανόηση και για ασφάλεια.
5. Να διατηρεί την ελπίδα και να αντιμετωπίζεται σαν άτομο που ζει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του.

Ο Νοσηλευτής είναι το στάδιο αυτό της ζωής του, όπου και αν βρίσκεται ο

άρρωστος, στο νοσοκομείο, στο σπίτι, στην ιδιωτική κλινική, ο συνδυαστικός κρίκος μ' όλους όσους μπορεί να του προσφέρουν κάτι όπως με το γιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό και με το συγγενικό του περιβάλλον. Ο άρρωστος τον εμπιστεύεται περισσότερο από όλους τους άλλους, γιατί είναι εκείνος που θα εφαρμόσει κάθε τι που θα ανακουφίσει ψυχικά ή σωματικά.

Μπορούμε να πούμε ότι υπάρχουν τρία επίπεδα προσφοράς

1. Εκείνο που πρέπει να γίνεται.
2. Εκείνο που γίνεται
3. Εκείνο που μπορεί να γίνεται

Σε κράτη με προηγμένες παροχές υγείας υπάρχουν ειδικές υπηρεσίες τελείως ανεξάρτητες από τα νοσοκομεία που ασχολούνται με νοσηλεία ασθενών με καρκίνο στο τελικό στάδιο.

Σ' αυτά υπάρχουν μικρός αριθμός κρεβατιών για τον ασθενή που χρειάζεται εξειδικευμένη θεραπεία (μετάγγιση, παρακέντηση κ.λ.π.) ή όταν είναι αδύνατη η παραμονή στο σπίτι από κοινωνικές συνθήκες.

Το κύριο έργο της είναι η οργάνωση και η κατεύθυνση της νοσηλείας στο σπίτι. Με νοσηλευτές, επισκέπτριες και με διάφορους άλλους από το οργανωμένο κράτος φορείς ή εθελοντικούς. Το νοσηλευτικό προσωπικό στα κράτη αυτά έχει εξειδίκευση στην ογκολογία και έτσι μπορεί να αντιμετωπίσει με επιτυχία το δύσκολο αυτό έργο, που έχει πολλές προεκτάσεις. Στη δική μας χώρα δεν υπάρχει ούτε ένα ίδρυμα, ούτε ένας τύπος ξενώνα που να μπορεί να δεχθεί τους ασθενείς τελικού σταδίου, που δεν είναι δυνατόν να νοσηλευθούν στο σπίτι τους ή στο νοσοκομείο.

Καθημερινά στα αντικαρκινικά νοσοκομεία αντιμετωπίζουμε αυτό το πρόβλημα και οι ασθενείς αυτοί καταλήγουν σε κάποιες ιδιωτικές κλινικές με άθλιες συνθήκες και αυτό για ορισμένους που με μεγάλη δυσκολία θα το εξασφαλίσει ο ασφαλιστικός του φορέας ή από κάποιο εθελοντικό σύλλογο.

Εκείνο όμως που πρέπει εμείς να αγωνισθούμε για να πετύχουμε είναι μια ανώτερη παιδεία από το κράτος για το νοσηλευτικό προσωπικό για να μπορεί να ανταποκριθεί στο έργο που του ζητά η πολιτεία να προσφέρει. Γιατί η ελλιπής παιδεία φέρει κόπωση σωματική και ψυχική, που έχει σαν αποτέλεσμα την αδιαφορία και την αποτυχία.

Μ' αυτά να σκεφτόμαστε τι μπορούμε να κάνουμε σήμερα στη χώρα μας σύμφωνα με τις δυνατότητες που προσφέρονται

Μπορεί να κάνουμε πολλά πράγματα με λίγο κόστος. Ο ασθενής στο τελικό στάδιο

πρέπει να νοσηλεύεται στο σπίτι του. Γιατί:

1. Αποσυμφορίζονται τα νοσοκομειακά κρεβάτια για να χρησιμοποιηθούν για ασθενείς που τα έχουν άμεση ανάγκη.
2. Ελαττώνεται το κόστος νοσηλείας,
3. Ο ασθενής είναι μακριά από επώδυνες νοσηλείες αναποτελεσματικές, το δε σπίτι του είναι πιο φιλικό σ' αυτόν, μακριά από τους θορύβους του νοσοκομείου, του επηρεασμού από τους άλλους ασθενείς και οι δικοί του είναι πιο κοντά του και πιο ήρεμοι.

Η δυνατότητα αυτή του προσφέρεται με την υπηρεσία «Νοσηλεία στο σπίτι» που υποστηρίζεται από το νοσοκομείο που εξαρτάται. Εδώ αρχίζει ο τεράστιος ρόλος του Νοσηλευτή, η τεράστια προσφορά της Νοσηλευτικής Επιστήμης, η οποία χρειάζεται εξειδικευμένη παιδεία.

Στην Ελλάδα νοσηλεία στο σπίτι έχουν τα αντικαρκινικά Μεταξά και Άγιοι Ανάργυροι. Τώρα άρχισε ο Ερυθρός Σταυρός και ετοιμάζεται ο Άγιος Σάββας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Πριν εξέλθει ο άρρωστος από το νοσοκομείο, ο γιατρός μέσω της προϊσταμένης του τμήματος θα παραπέμψει τον άρρωστο στη Νοσηλεία στο σπίτι με πλήρη στοιχεία θεραπείας και κάθε είδος πληροφορίας για την παρακολούθηση του ασθενή.

Η Νοσηλεύτρια θα επισκέπτεται την ασθενή άρρωστο στο σπίτι του και ο ρόλος της είναι πολύπλευρος.

Πρέπει να δει το περιβάλλον και να αξιολογήσει:

1. Το χώρο που θα ζει ο ασθενής. Να δώσει οδηγίες πώς θα γίνει λειτουργικός γι' αυτόν, σύμφωνα με τις ανάγκες του.
2. Το οικογενειακό περιβάλλον θα καθοδηγήσει τους συγγενείς πως θα αντιμετωπίσουν αυτόν, σύμφωνα με την ψυχική του διάθεση, την ηλικία του, τις ανησυχίες του.
3. Την οικονομική κατάσταση της οικογένειας και στην περίπτωση οικονομικής αδυναμίας θα πρέπει να ενεργοποιήσει την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, την κοινωνική πρόνοια, την εκκλησία, τους συλλόγους, φίλους κυριών, τον δήμο, την κοινότητα. Επίσης, πρέπει να φροντίζει για την ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών. Γιατί διαφορετικά πρέπει να αντιμετωπισθεί το μικρό παιδί ή ο έφηβος που βλέπει να χάνει το γονιό του, η μάνα που θα χάσει το παιδί της, η γυναίκα ή ο άντρας που χάνει το σύντροφό του.

να δώσει μαθήματα στους συγγενείς πώς να περιποιηθούν τον άρρωστο (αλλαγές, ενέσεις, περιποίηση για αποφυγή κατακλίσεων) και πως θα αξιοποιήσουν το κάθε υλικό που τους δίνει.

Να ακούει με προσοχή τις ανησυχίες ή τις παραξενιές του αρρώστου και να προσπάθει να του μεταδώσει αισιοδοξία και την πεποίθηση πως τα πράγματα που τον ανησυχούν, έχουν λύση.

Γιατί η ψυχοσύνθεση του αρρώστου έχει επηρεασθεί από την αρρώστια, την μακροχρόνια ταλαιπωρία και τις διάφορες θεραπείες. Παρακολουθεί τον ασθενή (παίρνοντας εργαστηριακές εξετάσεις) και αξιολογεί τι μπορεί να χρειασθεί.

Και σε συνεργασία με το γιατρό του στο νοσοκομείο να τον κατευθύνει στα

εξωτερικά ιατρεία, στην ομάδα πόνου, στο ακτινολογικό εργαστήριο, στην Κ.Μ.Η. (μεταγίσεις, παρακεντήσεις κλπ),

Το νοσοκομείο προσφέρει:

1. Μέσω του φαρμακείου του ιδρύματος τα φάρμακα που θα χρειασθούν (παυσίπονα, ναρκωτικά κ.ά) και έτσι αποφεύγονται η ταλαιπωρία της προμήθειας των φαρμάκων από το ασφαλιστικό του ταμείο.

2. Το ασθενοφόρο του νοσοκομείου μεταφέρει τον ασθενή στο Νοσοκομείο και τον επαναφέρει στο σπίτι του, όταν χρειασθεί.

Έτσι η νοσηλεύτρια υπογραμμίζει κάθε τι που αφορά τον άρρωστο μέχρι το τέλος της ζωής του.

Η «Νοσηλεία στο σπίτι» μπορεί να εξαπλωθεί σ' όλη τη χώρα, χωρίς μεγάλο κόστος. Στον κάθε άρρωστο με καρκίνο, όταν δεν έχει το ειδικό κέντρο πλέον να του προσφέρει θεραπεία ίασης, θα πρέπει εκτός από το ιστορικό που παίρνει ο άρρωστος στο χέρι του, θα πρέπει να στέλνεται και ένα στο γιατρό του αγροτικού ιατρείου ή του κέντρου υγείας ή του νοσοκομείου που θα παρακολουθεί τον άρρωστο για να γνωρίζει την κατάστασή του και να μπορεί να του προσφέρεται κάθε ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι του.

Από την νοσηλεύτρια του αγροτικού ιατρείου ή του Κέντρου Υγείας ή του νοσοκομείου μπορεί να προσφέρει νοσηλεία στο σπίτι και με συνεργασία το ΠΙΚΠΑ στις πόλεις.

Ό,τι γίνεται με κέντρο το αντικαρκινικό νοσοκομείο, μπορεί να γίνει σ' όλη την Ελλάδα, από τα κατά τόπους νοσοκομεία. Και έτσι να μην ταλαιπωρούνται οι άρρωστοι που είχαν την ατυχία να έχουν καρκίνο. Γιατί οι γιατροί της επαρχίας που θα παρακολουθούν τον άρρωστο αν δεν έχουν ένα ιστορικό στο χέρι τους, που να λέει την πραγματική κατάστασή του, τον στέλνουν πάλι στο ειδικό κέντρο. Το ειδικό κέντρο δεν τον δέχεται γιατί δεν υπάρχει κρεβάτι ή γιατί δεν έχει τι να του προσφέρει και έτσι ο άρρωστος ταλαιπωρείται αφάνταστα.

Πρέπει όλοι όσοι έχουν σχέση άμεση με τους καρκινοπαθείς (αντικαρκινικά νοσοκομεία, όπως αντικαρκινική εταιρεία κλπ.), να ενεργοποιηθούν, να συνεργασθούν, να απαιτήσουν από το κράτος να προσφέρει στον Έλληνα πραγματική πρόληψη και νοσηλεία²⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ορισμός:

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη.

Σκοποί της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
2. Η πρόληψη της νόσου.
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος.
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου.

Στάδια της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.
2. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.
3. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας.
4. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας³¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Ιστορικό (5/2/2003)

Ο κύριος Ρ.Γ., 75 ετών
Εισηλθε στο νοσοκομείο συνοδευόμενος απ' τη σύζυγό του. Είναι κάτοικος Αθηνών (Ερεχθέως 31), συνταξιούχος προ 10ετίας, εργαζόταν ως ελεύθερος επαγγελματίας (υδραυλικός).

Στο ατομικό του ιστορικό αναφέρεται ιστορικό Αρτηριακής Υπέρτασης. Καμία άλλη χρόνια πάθηση. Αναφέρει ότι υπήρξε στο παρελθόν περιστασιακά καπνιστής.

Στο κληρονομικό του ιστορικό αναφέρει ότι ο αδελφός αυτού κατέληξε προ 5ετίας λόγω Ca πνεύμονος.

Τα συμπτώματα που τον οδήγησαν στον νοσοκομείο ήταν επιγαστρίαλγία, δυσφαγία, δυσπεψία και τον τελευταίο μήνα σταθερή απώλεια βάρους (9Kg σε διάστημα 1 ½ μήνα).

Στις 11/02/03 πραγματοποιήθηκε κυτταρολογική εξέταση επιχρίσματος στομάχου – ανευρέθη θετικό για κακοήθη κύτταρα. Κυτταρολογική εικόνα συμβατή με αδено Ca.

Στις 12/02/03 πραγματοποιήθηκε ενδοσκόπηση ανωτέρου πεπτικού. Στο σώμα του στομάχου στην κάθετη μοίρα – έλκος 4x4 cm.

Στις 14/02/03 έγινε A/a F + P (-), δεν παρουσίασε παθολογικά ευρήματα.

Στις 16/02/03 πραγματοποιήθηκε αιματολογική εξέταση για έλεγχο των καρκινικών δεικτών – CEA, a-Fetoprotein, PSA Total, Ca 19-9, οι οποίοι δεν έδωσαν κανένα παθολογικό εύρημα.

Στις 17/02/03 πραγματοποιήθηκε καρδιολογικός έλεγχος – Κ.Φ.

Η γενική αίματος έδωσε σαφή στοιχεία αυξημένων τιμών των λευκών αιμοσφαιρίων και των ουδετερόφιλων. Τα λεμφοκύτταρα παρουσίασαν μεγάλη πτώση κάτω των φυσιολογικών τιμών. Αιμοσφαιρίνη 12,7% g/dl και αιματοκρίτης 39,3%.

Η βιοχημική εξέταση έδειξε παθολογικές τιμές στη γλυκόζη με ιδιαίτερη αύξηση 113 mg/dl, στα ολικά λευκώματα σημαντική πτώση 5,4 gr/dl καθώς και η

αλβουμίνη 3,1 gr/dl και αύξηση της χολερυθρίνης: ολική – 1,14 mg/dl και άμεση 0,31 mg/dl. Έλεγχος ομάδας και συμβατότητας Rhesus για πιθανή μετάγγιση –0⁺.

Στις 20/02/03 πραγματοποιήθηκε βιοψία στομάχου, εστάλθησαν 2 δείγματα στο επιγαστήριο και τελική διάγνωση αδενοCa στομάχου.

Μετά την επανάληψη των αιματολογικών εξετάσεων και σταθεροποίησης της Α.Π. αυτού, ο ασθενής υπεβλήθη σε γαστρεκτομή ή υφολική στις 24/02/03. Κατά τη διάρκεια και μετά αυτής μεταγγίστηκαν στον ασθενή 2 μονάδες αίμα + 2κ. πλάσμα.

Η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθήθηκε στον ασθενή έχει ως εξής:

Begalin 3x3 I.V.

Sandostatin 0.5x3 S.C.

Human Albumin I.V.

Losec 1 ακρ x1 I.V.

Selectol tabl. 1/2x2 P.O.

Fraxiparine 0.3mg 1x1 S.C.

Η μετεγχειρητική του πορεία ήταν ομαλή, εξήλθε του νοσοκομείου στις 10/03/03 κατόπιν ιατρικών οδηγιών.

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
1. Παραλαβή του ασθενούς από το χειρουργείο	Έλεγχος της κατάστασης του ασθενούς μέχρι σταθεροποίησης των ζωτικών του σημείων.	<ul style="list-style-type: none"> • Να ληφθούν τα ζωτικά του σημεία. Ιδιαίτερη προσοχή να δοθεί στην αρτηριακή πίεση και στις σφύξεις, μέχρι σταθεροποίησης και μετά μέτρηση ανά 3ωρο. • Να ελεγχθεί η ενδοφλέβια χορήγηση. • Να ελεγχθούν οι εξωτερικές γάζες. • Να ελεγχθεί η λειτουργία και η σύνδεση των παροχέτευσεων. • Να ελεγχθεί το επίπεδο συνειδήσεως του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ελήφθησαν τα Ζ.Σ: Θ=37,1 οC Α.Π. = 130/70mmHg ΣΦ = 80/min Αναπ = 13/min. • Χορηγήθηκε ενδοφλεβίως 1000cc DIW 5% 1x3 • Έγινε φροντίδα του φλεβοκαθετήρα. • Ελέγχθηκε το Τραύμα, οι εξωτερικές γάζες ήταν καθαρές και στεγνές. • Ελέγχθηκε η λειτουργία της παροχέτευσης. • Ελέγχθηκε το επίπεδο συνειδήσεως του ασθενούς, υποβάλλοντάς του απλές ερωτήσεις (π.χ. που βρίσκεσαι; θυμάσαι το όνομά σου; κλπ) 	Μετά τις ενέργειες αυτές η γενική κατάσταση του ασθενούς αξιολογήθηκε καλή.

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
2. Παρουσία έντονου πόνου στην περιοχή του τραύματος.	Εξάλειψη των χαρακτηριστικών του πόνου, εντός ολίγου χρονικού διαστήματος.	<ul style="list-style-type: none"> • Να ελεγχθεί η τραυματική περιοχή για τυχόν ύπαρξη ερυθρότητας, οίδηματος ή αυξημένης θερμοκρασίας (στοιχεία φλεγμονής). • Να εξασφαλιστεί ήσυχο και άνετο περιβάλλον. • Να συσταθεί και να βοηθηθεί ο ασθενής ν' αλλάξει συχνά θέση και να γίνει ελαφρύ μασάζ. • Να δοθεί αναλγητικό επί έντονου πόνου κατόπιν ιατρικής οδηγίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ελέγχθηκε η Περιοχή του τραύματος, δεν παρουσιάζει σημεία φλεγμονής. • Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον με τον περιορισμό των επισκέψεων, τη ρύθμιση της σωστής θερμοκρασίας και καλό αερισμό. • Συστήθηκε στον ασθενή ν' αλλάξει συχνά θέσεις κι έγινε ελαφρύ μασάζ για την ενίσχυση της κυκλοφορίας και της καλής οξυγόνωσης. • Επί έντονου πόνου χορηγήθηκε Iaur R+A I.M. κατόπιν ιατρικής εντολής (έγινε λήψη Α.Π. προ της χορήγησης) 	Μετά την εφαρμογή αυτών των μέτρων και τη χορήγηση του παυσιπόνου, ο ασθενής ανέκουφίσθη του πόνου.

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
3. Ναυτία, έμετος λόγω της επίδρασης των φαρμάκων της αναισθησίας.	Απαλλαγή από τη ναυτία και την τάση προς έμετο, όσο το δυνατόν γρηγορότερα για την εξασφάλιση της άνεσης του ασθενούς.	<ul style="list-style-type: none"> • Να τοποθετηθούν στο κομοδίνο νεφροειδή και χαρτοβάμβακο σε θέση που να έχει ευκόλη πρόσβαση ο ασθενής • Να συσταθεί στον ασθενή ν' αναπνέει βαθιά για ν' αποβάλει το συντομότερο δυνατό το αναισθητικό φάρμακο. • Να τοποθετηθεί ο ασθενής στο πλάι προς αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων. • Να διατηρηθούν τα λευχείμενα καθαρά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκαν στο κομοδίνο τα απαραίτητα υλικά. • Συστήθηκε στον ασθενή να παίρνει αργές, βαθιές αναπνοές, υποστηρίζοντας με ένα μαξιλάρι την τραυματική περιοχή, προς αποφυγή ατελεκτασίας των πνευμόνων. • Τοποθετήθηκε ο ασθενής στο πλάι προς αποφυγή εισρόφησης. • Διατηρήθηκαν τα κλινοσκεπάσματα καθαρά με συχνό έλεγχο και αντικατάστασή τους. 	Με τις παρεμβάσεις αυτές ο ασθενής απαλλάχθηκε από το πρόβλημα τάσεως εμέτου.

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
4. Δίψα λόγω έλλειψης υγρών.	Αντιμετώπιση αισθήματος δίψας εντός μικρού χρονικού διαστήματος	<ul style="list-style-type: none"> • Να χορηγηθεί αντιεμετικό φάρμακο σε περίπτωση πολλών εμέτων για πρόληψη αφυδάτωσης. • Να γίνει στον ασθενή καλή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας μετά τον έμετο. • Να υγραίνονται αρχικά τα χείλη του ασθενούς με βρεγμένη γάζα ή τολύπιο. • Να χορηγηθούν υγρά από την περιφερειακή φλέβα που φέρει ο ασθενής κατόπιν ιατρικής οδηγίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επί εμέτου και έντονης ναυτίας χορηγήθηκε 1 amp Zofron 4mg 1x1 αργά I.V, μετά ιατρικής οδηγίας. • Πραγματοποιήθηκε στο ασθενή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με στοματικό διάλυμα Hexalen. • Υγράθηκαν τα χείλη του ασθενούς με πορτ-κοτόν που είχε τοποθετηθεί στο κομοδίνο. • Χορηγήθηκαν παρεντερικά; 1000 cc D/W 5% + 2CC KCl 500 cc N/S 0,9%. 	Κατόπιν των μέτρων αυτών αντιμετώπιστηκε επαρκώς το πρόβλημα της δίψας.

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>5. Εμφάνιση stress λόγω της επέμβασης.</p>	<p>Μείωση και αντιμετώπιση του άγχους.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να χορηγηθούν προοδευτικά υγρά από το στόμα σε περίπτωση που ο ασθενής δεν φροντισθεί η καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς. • Να διαβεβαιωθεί ο ασθενής ότι τα μέλη του προσωπικού είναι κάθε στιγμή κοντά του. • Να ενθαρρυνθεί ο ασθενής να εκφράσει τους λόγους του φόβου και άγχους (π.χ. φόβος θανάτου, εκκρεμότητες προσωπικής ζωής). 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε στον ασθενή μικρή ποσότητα υγρών απ' το στόμα. • Έγινε φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με αντισηπτικό διάλυμα Hexalen. • Έγινε κατανοητό στον ασθενή ότι το προσωπικό υγεία είναι ανά πάσα στιγμή κοντά του. • Διεξήχθηκε διάλογος με τον ασθενή που του δόθηκε η ευκαιρία να εκφράσει τις απορίες και τους φόβους του και του διεβεβαιώθη ότι οι εκκρεμότητες θα καλυφθούν και ότι προέχει η δική του ανάρρωση. 	<p>Μετά των παρεμβάσεων αυτών μειώθηκε στο μέγιστο το άγχος του ασθενούς.</p>

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
6. Εμφάνιση θρομβοφλεβίτιδας.	Ανακούφιση από τον τοπικό πόνο και τις ενοχλήσεις της θρομβοφλεβίτιδας, και πρόληψη της πνευμονικής εμβολής.	<ul style="list-style-type: none"> • Να διασαφηνιστούν οι ιατρικές οδηγίες • Να συσταθεί στον ασθενή να κινεί τα πόδια του όσο το δυνατόν συχνότερα και να σηκώνεται. • Να δοθούν στον ασθενή ελαστικές κάλτσες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ελεξήγηθηκαν οι ιατρικές οδηγίες για τη μετεγχειρητική το υπορεία και τη χημειοθεραπεία που θα ακολουθήσει μετά την έξοδο του από το Νοσοκομείο. • Συνεστήθη στον ασθενή η κίνηση των κάτω άκρων και η συχνή έγερση από το κρεβάτι. • Εφαρμόσθηκαν στον ασθενή ελαστικές κάλτσες κατά την έγερση για την πρόληψη οιδήματος και λίμνασης του αίματος στα κάτω άκρα. 	Μετά των παρεμβάσεων αυτών αντιμετωπίστηκε επαρκώς το πρόβλημα της θρομβοφλεβίτιδας. Ασθενής εγέρθη.

Αξιολόγηση νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση/εκτίμηση αποτελεσμάτων
		<ul style="list-style-type: none"> • Να συσταθεί στον ασθενή αποφυγή άσκησης πίεσης στα κάτω άκρα. Πλήρη ανάπαυση και ανύψωση του άκρου αν είναι δυνατόν. • Επί έντονου προβλήματος χορηγείται αντιπηκτική αγωγή μετά ιατρικής εντολής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνεστήθη στον ασθενή ανάπαυση και πραγματοποιήθηκε μικρή ανύψωση του κάτω άκρου 30° μοίρες. Κατόπιν εφαρμογής θερμών επιθεμάτων. • Χορηγήθηκε μετά ιατρικής εντολής Fraxiparine 0,3mg 1x1 S.C. 	

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη, είναι σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς.

Οι κλάδος της νοσηλευτικής που αφορά την Ογκολογία καλείται ογκολογική Νοσηλευτική. Η ογκολογική Νοσηλευτική είναι ένα πεδίο πρακτικής που καλύπτει όλες τις ηλικιακές ομάδες και νοσηλευτικές ειδικότητες και παρέχεται σ' όλα τα πλαίσια φροντίδα υγείας. Η ειδικότητα της Ογκολογικής Νοσηλευτικής έχει αναπτυχθεί παράλληλα με την Ιατρική Ογκολογία και φροντίδα αρρώστων με κακοήθη νεοπλασμάτα. Υπάρχει μια ειδική σύμφυτη πρόκληση στη φροντίδα αρρώστων με κακοήθη νεοπλασμάτα, γιατί αυτά, στην κοινωνία μας, συχνά εξισώνονται με πόνο και θάνατο³².

Όπως όλοι γνωρίζουμε η μέχρι σήμερα πρόοδος που επιτεύχθηκε στη μάχη κατά του καρκίνου είναι σημαντική³².

Όμως ο καρκίνος του στομάχου εξακολουθεί να αποτελεί μαύρη σελίδα της επιστήμης, παρά τις προόδους και τις νέες ανακαλύψεις. Με δεδομένη την κακή πρόγνωση της νόσου και επειδή δεν αναμένεται βελτίωση των χειρουργικών μεθόδων και ιδιαίτερη πρόοδος τόσο στην ακτινοθεραπεία, όσο και τη χημειοθεραπεία, ώστε να βοηθήσουν σημαντικά στη θεραπεία, είναι σκόπιμο να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον μας στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου³⁴.

Και εδώ ακριβώς είναι που πρέπει να γνωρίζουμε πως η νοσηλευτική είναι παρούσα με τα στελέχη της. Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει τα απαραίτητα εφόδια για να υποστηρίξει τον άρρωστο και την οικογένειά του στις φυσικές, συγκινησιακές, κοινωνικές, πολιτισμικές και πνευματικές κρίσεις. Για να πετύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, ο νοσηλευτής παρέχει ρεαλιστική υποστήριξη χρησιμοποιώντας πρότυπα πρακτικής και νοσηλευτική διεργασία ως βάση της φροντίδας³².

Πάνω απ' όλα, η νοσηλευτική είναι καθημερινά κοντά στον άνθρωπο και γίνεται φρουρός, σύμβουλος και δάσκαλος της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 2001, σελ. 25, 152-156.
2. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας. Τόμος Β΄, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2002, σελ. 109.
3. Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργιών, Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σελ. 17.
4. Πάρις Κοσμίδης – Γιάννης Τριανταφυλλίδης, Ογκολογία του Πεπτικού Συστήματος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σελ. 145-194.
5. Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία, Στόμαχος – Γαστρεντερολογία/2, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1994, σελ. 1-2, 252-256, 320.
6. Gastroenterology Nursing, A Core Curriculum, Mosby C.Y. USA, p. 114.
7. Lippert, Ανατομική, Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1993, σελ. 228.
8. Ελευθερία Κ. Αθανάτου, Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική, Αθήνα [Χ.Ε.] 1999, σελ. 196, 201-211.
9. <http://health.in.gr/news/article.asp?articleId=19036¤t-topid=18661&issuetitle> - Ανανέωση: 21/6/2002.
10. Μ.Α. Μαλαργινού – Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, Νοσηλευτική – Γενική, Παθολογική, Χειρουργική, Τόμος Α΄, Εκδόσεις Ταβίδα, Αθήνα 2001, σελ. 343-346.
11. <http://medlab.cs.uoi.gr/pathology/kefalaio1/kefalaio15.htm> - Ανανέωση: 21/6/2002.

12. Βασίλειος Χ. Γολεμάτης – Μανούσος Μ. Κωνσταντουλάκης, Νεοπλάσματα του πεπτικού συστήματος, Νεώτερες Απόψεις, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1995, σελ. 203-208.
13. Cecilia M. Fenoglio – Preiser, Gastrointestinal Pathology, an Atlas and text, Lippincott – Raven C.V., Philadelphia, New York 1999, p. 237-239, 249-251.
14. <http://www.care.gr/enc/diseases/surgery/topic/zid=19-Ανανέωση> 21/6/2002.
15. <http://health.in.gr/news.narticle.asp?arcode=5472> - Ανανέωση: 15/6/2002
16. <http://www.dietologi.gr/htm/body-art5.html> - Ανανέωση: 15/6/2002.
17. Α. Πετρίδης, Εγχειρίδιο Χειρουργικής, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1998, σλ. 118-120.
18. Κ. Δ. Γαρδίκας, Ειδική Νοσολογία, Εκδόσεις Παρισσιανός, σελ. 248.
19. Δάμων. Ν. Βασιλείου, Διαγνωστική μεθοδολογία και Διαφορική Διαγνωστική, Τόμος Β, Εκδόσεις Π. Κοβάνης, Αθήνα 1951, σελ. 595-597.
20. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια χειρουργικής, θέματα γενικής χειρουργικής από τα σεμινάρια 2000. Τόμος Α, Εκδόσεις Επιτροπής Εκπαίδευσης Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας, Αθήνα 2000, σελ. 179-184, 239-242.
21. <http://www.med.net.gr/hss/97-03-04.htm> - Ανανέωση 14/6/2002.
22. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχογκολογίας, Περίοδος Νοέμβριος 1999-Φεβρουάριος 2000, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2000, σελ. 118-126.
23. Harisson J.C., Dean P.J., Vander Zwaag R. et al Adenocarcinoma of the stomach with invasiou limited to the muscularis propria, Hym Pathol C.Y 1991, p III.

24. Gregorio P.I., Flannery J.T., Hansu H. Stomach cancer patterns in European immigrants to Connecticut United States, *Cancer Causes and Control* 3 C.Y. 1992, p. 215-221.
25. Αντωνία Τριχοπούλου – Δημήτρης Τριχόπουλος, Προληπτική Ιατρική [Χ.Ε.], Αθήνα 1986, σελ. 61-65.
26. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων: "Ευρώπη κατά του καρκίνου". Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σελ. 75-94.
27. Harisson, Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Α, Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1987, σελ. 1015.
28. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική [Χ.Ε.], Αθήνα 1993, σελ. 41-42.
29. Α. Σαχίνη- Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος Β, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997, σελ. 306-309.
30. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, περίοδος Απρίλιος – Ιούνιος 2000, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2001, σελ. 108.
31. Γεωργία Γ. Σαββοπούλου, Βασική Νοσηλευτική, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΔΑ", Αθήνα 1997, σελ. 141.
32. Α. Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Τόμος Α, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997, σελ. 173.
33. Ογκολογική Ενημέρωση, Τόμος 4^{ος}, Τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2002, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2002, σελ. 189.

34. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχογκολογίας,
Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1999, σελ. 263.

