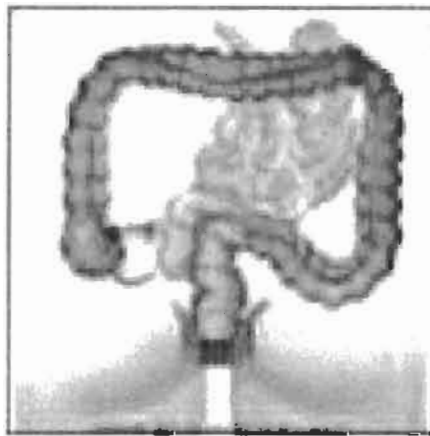


ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ:Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

<<ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ>>



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:

Παλαιολόγος Παναγιώτης

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Κα. Γεωργούση Παρασκευή

ΠΑΤΡΑ 2005



ΑΦΙΕΡΩΣΗ.....σελ.4	σελ.4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....5	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....6	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....7	7

ΜΕΡΟΣ 1^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1	ΑΝΑΤΟΜΙΑ.....8	8
1.2	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....12	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....15	15
2.2	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ.....17	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1	ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ..... 24	24
3.2	ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ..... 26	26
3.3	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ..... 28	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1	ΔΙΑΓΝΩΣΗ..... 30	30
A)	ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ.....30	30
B)	ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΚΟΠΗΣΗ.....31	31
Γ)	ΒΑΡΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΣ.....31	31
Δ)	ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΟΡΘΟΥ.....32	32
Ε)	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΦΑΝΟΥΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΤΑ ΚΟΠΡΑΝΑ.....32	32
ΣΤ)	ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΓΡΑΦΙΑ.....33	33
Ζ)	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....33	33
4.2	ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....35	35
4.3	ΠΡΟΛΗΨΗ.....36	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1	ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	44
A)	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ.....	44
B)	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	48
Γ)	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ LASER.....	52
Δ)	ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	53
E)	ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ.....	55
5.2	ΠΡΟΓΝΩΣΗ	57

ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	58
-----	---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ-ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ.....	61
2.2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	73
2.3	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.2	Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	79
-----	--	----

ΜΕΡΟΣ 3^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1	ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	
A)	1 ^η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	81
B)	2 ^η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	88

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	92
----------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	93
--------------------------	-----------

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Αφιερώνω αυτή την πτυχιακή στην μνήμη του παππού μου Παλαιολόγο Παναγιώτη αφού χωρίς την ύπαρξη και την υποστήριξη του ,δεν θα είχα καταφέρει να σπουδάσω στην πατρα. Επίσης αυτή η πτυχιακή αφιερώνεται σε όλους εκείνους τους ανθρώπους που πάσχουν από καρκίνο του παχεος εντέρου και με τη θέληση τους για ζωή καταφέρνουν να επιβιώσουν παρά της αντιξοότητες που συναντούν στο δύσκολο αυτό δρομο. Τέλος την αφιερώνω σε όσους συγγενείς και φίλους με βοήθησαν όλα αυτά τα χρόνια σπουδών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά την καθηγήτρια μου κα Γεωργούση, αφού χωρίς την βοήθεια και καθοδήγηση της, δεν θα είχα τη δυνατότητα να ολοκληρώσω με επιτυχία την πτυχιακή μου εργασία. Επίσης ευχαριστώ θερμά και τους υπόλοιπους καθηγητές των ΑΤΕΙ Πάτρας, αφού χωρίς την βοήθεια τους δεν θα είχα φτάσει στο σημείο που βρίσκομαι σήμερα. Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους φίλους μου που με στήριξαν μέχρι τέλους σε αυτή μου την προσπάθεια.

Σας ευχαριστώ θερμά
Παλαιολόγος Παναγιώτης

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος για την πτυχιακή μου, έγινε ύστερα από τις εμπειρίες που αποκόμισα τα τελευταία χρόνια από τα νοσοκομεία της Πάτρας και της Αθηνάς καθώς και από την τετραετή φοίτηση μου στο Τ.Ε.Ι. νοσηλευτικής της Πάτρας, που με την συμβολή των αξιόλογων καθηγητών που το στελεχώνουν, ευαισθητοποιήθηκα στις έννοιες άνθρωπος και υγεία.

Ο καρκίνος γενικότερα και ο καρκίνος του παχέος εντέρου ειδικότερα, αποτελούν ένα φαινόμενο με τεράστιες κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις και θα μπορούσαν χωρίς καμία δόση υπερβολής να χαρακτηριστούν ως η πιο φονική μάλιστα του 20^{ου} και του 21^{ου} αιώνα.

Ο καρκίνος μπορεί δικαιολογημένα να παρομοιαστεί με μια άψογα ρυθμισμένη μηχανή θανάτου, αφού ξεκινάει χωρίς να γίνει αντιληπτός απ'τον άνθρωπο μέσα στον οποίο αναπτύσσεται και δεν εμφανίζεται παρά μόνον όταν έχει θέσει τις βάσεις που θα οδηγήσουν στον σίγουρο και τις περισσότερες φορές επώδυνο θάνατο του.

Ο καρκίνος του πάχους εντέρου είναι η πιο διαδεδομένη ενσάρκωση της μηχανής αυτής αφού είναι η μορφή με το υψηλότερο ποσοστό εμφανίσεων και θανάτων στον άνθρωπο, ανεξαρτήτως φύλου. Ακόμα και μετά την θεραπεία του ασθενή, ο χρόνος επιβίωσης του στην καλύτερη περίπτωση αγγίζει τα 5 χρόνια ζωής.

Με την εργασία μου αυτή, θέλω να πετύχω την ενημέρωση του κοινού αναγνώστη, σε θέματα που αφορούν τις συνθήκες ανάπτυξης του καρκίνου του παχέος εντέρου, την κλινική του εικόνα, τους τρόπους αντιμετώπισης και τους τρόπους πρόληψης του. τελικός μου σκοπός είναι ευαισθητοποίηση του αναγνώστη ώστε να αντιληφθεί πως ο μόνος ουσιαστικός τρόπος αντιμετώπισης της συγκεκριμένης μορφής καρκίνου είναι η πρόληψη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως είπε και η Florence Nightingale το 1859, νοσηλευτική δεν είναι μόνο η παροχή φροντίδας στους ασθενείς, αλλά και οι υπηρεσίες προς τους υγιείς.

Έτσι ο νοσηλευτής εκτός από την συνεισφορά του στην περίθαλψη των ασθενών πρέπει να είναι σε θέση να ευαισθητοποιήσει τους υγιείς ώστε να αποκτήσουν έναν τρόπο ζωής ο οποίος θα μειώνει τις πιθανότητες να αποκτήσουν κάποιο πρόβλημα υγείας.

Στην περίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, η νοσηλευτική πρόσφορα είναι πολύ μεγάλη τόσο στην διάγνωση, όσο και στην θεραπεία του ασθενή. Όμως ο τομέας που έχει πραγματική σημασία, είναι αυτός της πρόληψης και της διδασκαλίας των ανθρώπων να συμμορφώσουν τον τρόπο ζωής τους, ώστε να μειώσουν τις πιθανότητες ανάπτυξης του καρκίνου του παχέος εντέρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ

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

Στο παχύ έντερο, διακρίνουμε 3 τμήματα: το τυφλό, το κόλο και το ορθό. Το κόλο διαιρείται σε 4 μέρη: το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατίον και το σιγμοειδές¹.

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

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

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

- α. Ο ορογόνος, που προέρχεται από το περισπλάγγνιο πέταλο του περιτοναίου, καλύπτει τελείως το εγκάρσιο κόλον και το τυφλό, τα οποία είναι κινητά, ενώ το ανιόν και κατιόν κόλον, που είναι ακίνητα και προσκολλημένα στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, τα καλύπτει μόνο κατά τα τρία τέταρτα. Το ορθό καλύπτεται από περιτόναιο κατά τα δύο άνω τριτημόρια.
- β. Ο μυϊκός χιτώνας, που αποτελείται από δύο στιβάδες λείων μυϊκών ινών: την έξω επιμήκη, η οποία προς τις κολικές ταινίες παχύνεται, ενώ προς τις κυψέλες γίνεται λεπτή και αραιή και την έσω κυκλοτερή, που είναι συνεχής. Ιδιαίτερα μορφώματα του μυϊκού χιτώνα διαμορφώνουν σφιγκτηριακούς μηχανισμούς στην αρχή και στο τέλος του παχέος εντέρου (ειλεοτυφλική βαλβίδα, σφιγκτηριακό σύστημα πρωκτού).
- γ. Ο υποβλεννογόνος χιτώνας, που αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και παρεμβάλλεται μεταξύ του μυϊκού χιτώνα και του βλεννογόνου.
- δ. Ο βλεννογόμος, ο οποίος αποτελείται από:
- μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο με καλυκοειδή κύτταρα.
 - χόριο
 - αδένες, σωληνοειδείς, που μοιάζουν με τους αδένες Lieberkuhn του λεπτού εντέρου.
 - βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα.
 - μονήρη λεμφοζίδια.

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

Αγγεία και Νεύρα

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

Οι κολικές αρτηρίες, σε απόσταση 2,5 – 3 cm από το χείλος του εντέρου, διακλαδίζονται σε ανιόντες, κατιόντες ή δεξιούς και αριστερούς κλάδους και σχηματίζουν τόξα, τα οποία αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν την επιχείλιο αρτηρία του Drummond (εικόνα 1). Μέσω αυτής επικοινωνεί η άνω με την κάτω μεσεντερία αρτηρία. Η επιχείλιος αρτηρία του Drummond μεταφέρει επαρκή ποσότητα αίματος, έτσι ώστε να είναι δυνατή η απολίνωση μιας από τις κολικές αρτηρίες, χωρίς να υπάρχει φόβος ισχαιμίας στα αντίστοιχα τμήματα του εντέρου.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

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

Στο παχύ έντερο δεν γίνονται πεπτικές διεργασίες διοχετεύονται σ' αυτό ουσίες που δεν υφίστανται πέψη και οι οποίες, μαζί με τα συστατικά που προέρχονται από τα επιθηλιακά κύτταρα που αποπίπτουν, τη βλέννα, τα προϊόντα του μεταβολισμού της μικροβιακής χλωρίδας, καθώς και μεγάλος αριθμός μικροοργανισμών σχηματίζουν τα κόπρανα, αφού πρώτα συμπυκνωθούν όταν απορροφηθεί το μεγαλύτερο μέρος από τα 500 ml που φθάνει από το ειλεό στο τυφλό στο 24ωρο.

Απορροφούνται επίσης με απλή διάχυση μονοσακχαρήτες αμινοξέα και λιπαρά οξέα.

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

Μέσα στο παχύ έντερο διαβιώνουν και πολλαπλασιάζονται μικροοργανισμοί οι οποίοι αποτελούν τη μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου. Η χλωρίδα αυτή είναι μικτή, αποτελείται δηλ. από αερόβια και αναερόβια βακτήρια που είναι και τα περισσότερα και πραγματοποιούν σημαντικές λειτουργίες για το παχύ έντερο. Αυτοί οι μικροοργανισμοί, μαζί με τη

συμμετοχή και άλλων παραγόντων, φαίνεται ότι συμβάλλουν στην καρκινογένεση.

Μέσα στο παχύ έντερο περιέχονται και διάφορα αέρια, τα οποία προέρχονται από την κατάποση, τη διάλυση από το αίμα προς τον αυλό, καθώς και από τη μεταβολική δραστηριότητα της μικροβιακής χλωρίδας. Τα κυριότερα αέρια, είναι το CO₂, το μεθάνιο, το υδρογόνο, το υδροθείο. Μια ποσότητα των αερίων αυτών απορροφάται από τον εντερικό βλεννογόνο, αλλά τα περισσότερα αποβάλλονται από τον πρωκτό. Το μείγμα αερίων είναι εκρηκτικό, γι' αυτό χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη χρήση της ηλεκτροκαυτηρίασης κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης.

Χαρακτηριστικό του παχέος εντέρου, είναι ότι κινείται. Οι κινήσεις του διακρίνονται στις μαζικές που συνίστανται σε εμφάνιση σύσπασης σε κάποιο σημείο του Π.Ε., που ακολουθείται από συστολή του τοιχώματος περιφερικότερα της, σε άλλοτε άλλη έκταση και παρατηρούνται κατά αραιά χρονικά διαστήματα, λίγη ώρα μετά τη λήψη τροφής και στις δακτυλιοειδείς περισφίξεις, που εμφανίζονται σε διαστήματα λίγων εκατοστομέτρων και παραμένουν αμετέθετες για πολλή ώρα.

Οι πρώτες κινήσεις έχουν ως αποτέλεσμα, την προώθηση του περιεχομένου ενώ οι δεύτερες την ανάμιξη του και συνεπώς την καλύτερη απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών.

Η κινητικότητα του Π.Ε. αυξάνει σε:

- Λήψη καθαρτικών φαρμάκων
- Φλεγμονώδεις νόσους
- Διάταση του από μεγάλο όγκο περιεχομένου
- Συναισθηματικές καταστάσεις

Ενώ ελαττώνεται σε:

- Έντονη μυϊκή εργασία

- Ισχυρό πόνο²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο ΚΠΕ αποτελεί το 13% όλων των καρκίνων στον κόσμο³. Η συχνότητα του αυξάνεται με την ηλικία από 0,39/1000 άτομα ετησίως στην ηλικία 50 ετών στα 4,5/1000 άτομα ετησίως στην ηλικία των 80 ετών. Ο ΚΠΕ είναι ο τρίτος πιο συχνός τύπος καρκίνου στις γυναίκες μετά του μαστού και του πνεύμονα – και ομοίως ο τρίτος πιο συχνός στους άνδρες – μετά του προστάτη και του πνεύμονα⁴.

Στις γυναίκες εμφανίζεται συνήθως στο δεξί τμήμα του παχέος εντέρου, ενώ στους άνδρες στο ορθό. Στις ΗΠΑ ο ΚΠΕ είναι ο 2^{ος} πιο συχνός θάνατος από καρκίνο, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα με αποτέλεσμα περίπου 56.000 άτομα να χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο³. Ο ΚΠΕ αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου στις χώρες της Ε.Ε. 6 στους 100 κατοίκους της κοινότητας θα παρουσιάσουν αυτή την νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής τους. το 2.000, 304.687 άτομα καταγράφηκαν με ΚΠΕ στην ΕΕ⁵.

Κάθε χρόνο, καταγράφονται 190.000 νέοι ασθενείς με ΚΠΕ. Τη στιγμή της διάγνωσης 20% των ασθενών έχουν μεταστατική νόσο, ενώ 50% των ασθενών με ΚΠΕ αναπτύσσουν μεταστάσεις και τελικά καταλήγουν λόγω της νόσου.

Το ποσοστό θνησιμότητας από ΚΠΕ στην Ε.Ε. είναι 100.000 ασθενείς το χρόνο.

Στο νοσοκομείο «Άγιος Λουκάς» της Θεσσαλονίκης πραγματοποιήθηκε μια έρευνα σε 1485 άτομα εκ των οποίων 148 είχαν νοσηλευθεί σ' αυτό. Απ' αυτή την έρευνα φάνηκε ότι σε 1000 ασθενείς ο μικρότερος ήταν ηλικίας 14 ετών και ο μεγαλύτερος 96 ετών με μέσο όρο ηλικίας 61,9 έτη.

Ενώ όμως στην 20ετία 10 – 29 ασθενείς ήταν 18 στην 20ετία 50-69, οι ασθενείς ήταν 650. Στους άντρες υπήρχε μια ελαφριά υπεροχή στο ποσοστό με 54,4%. Η κατανομή σε 3 τμήματα του εντέρου, ήταν 52,6% στο ορθό, 28% στο αρ. κόλον και 18,9% στο δ. κόλον⁶.

2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ

Ο καρκίνος είναι μια διαστροφή της φυσιολογικής διαδικασίας, που ονομάζεται απόπτωση.

Η απόπτωση είναι η διαδικασία του θανάτου των γηρασμένων, η και των «παραστρατημένων» κυττάρων και όταν λειτουργεί σωστά, βοηθάει το σώμα να διατηρεί μια λεπτή ισορροπία μεταξύ των παλαιών και των νέων κυττάρων. Ενορχηστρωτές της απόπτωσης, είναι τα γονίδια που βρίσκονται στον πυρήνα κάθε κυττάρου. Αυτά τα γονίδια, αποτελούνται από κλώνους DNA, που λειτουργούν ως προκαθορισμένο μοριακό προσχέδιο, και φέρουν πληροφορίες για τα πάντα από το χρώμα των μαλλιών μέχρι τον μεταβολισμό. Παράγουν επίσης πρωτεΐνες που ελέγχουν την έναρξη και την λήξη των σημάτων διαδικασίας ανάπτυξης και διαφοροποίησης.

Έτσι, ενώ τα φυσιολογικά κύτταρα περιέχουν ενδογενή ανασταλτικά σήματα τα οποία τους δίνουν εντολή να σταματήσουν να διαιρούνται, τα καρκινικά έχουν χάσει αυτά τα σήματα και συνεχίζουν να διαιρούνται.

Τα φυσιολογικά κύτταρα αντιγράφονται με συγκεκριμένο φυσιολογικό ρυθμό, ενώ τα καρκινικά αντιγράφονται πολύ πιο γρήγορα. Τα φυσιολογικά κύτταρα διατηρούν μια ισορροπία μεταξύ παλιών και νέων κυττάρων, ενώ τα καρκινικά δεν πεθαίνουν ποτέ. Τελικά, ως αποτέλεσμα έχουμε να συσσωρεύονται τόσα πολλά και να αναπτύσσεται ένας όγκος. Τα φυσιολογικά κύτταρα, έχουν σταθερά όρια και θέση, ενώ τα καρκινικά μεταναστεύουν και μεθίστανται οπουδήποτε στο σώμα. Το πρόβλημα ξεκινάει όταν το γενετικό υλικό που εμπεριέχεται σε κάθε φυσιολογικό κύτταρο υποστεί μόνιμη μετάλλαξη. Οι γενετικές μεταλλάξεις είναι υπεύθυνες για την έναρξη της σειράς των γεγονότων, τα οποία αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως θα οδηγήσουν στον καρκίνο.

Οι γενετιστές ψάχνουν έντονα τα τελευταία χρόνια τις γενετικές αλλαγές που προκαλούν καρκίνο παχέος εντέρου μεταξύ των γονιδίων που σχετίζονται με τον Κ.Π.Ε. είναι το ογκονίδιο RAS, τα ογκοκατασταλτικά γονίδια APC και PS3, και τα γονίδια HSMH2 και HMLH1 που σχετίζονται με την επιδιόρθωση του DNA.

Σχεδόν όλοι οι Κ.Π.Ε. έχουν μεταλλάξει σε κάποια απ' αυτά τα γονίδια⁴.

Από έρευνες που έχουν γίνει, έχει διαπιστωθεί ότι για την ανάπτυξη κάθε μορφής καρκίνου σε οποιοδήποτε όργανο υπάρχουν ποικίλοι προδιαθεσικοί παράγοντες. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου, είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τόσο ενδογενών όσο και εξωγενών παραγόντων, με συνέπεια ένα ευρύ φάσμα βλαβών σε όλο το μήκος του επιθηλίου του παχέος εντέρου, και τούτο όχι στιγμιαία, αλλά διαχρονικά.

Ενδογενείς παράγοντες είναι ογκογονιδιακοί, κληρονομικοί αλλά και η ηλικία, το φύλο, η εντόπιση. Εξωγενείς δε, η διατροφή, το περιβάλλον, η ακτινοβολία⁶.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου είναι πολλοί. Οι σημαντικότεροι απ' αυτούς είναι:

- A) **Ηλικία:** Για τους περισσότερους ανθρώπους η ηλικία είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου. Λιγότερες από το 10% των περισσότερων παρατηρούνται σε άτομα κάτω των 40 ετών. Ένας λόγος που ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι νόσος εξαρτώμενη από την ηλικία, είναι διότι χρειάζονται πολλά χρόνια για να γίνουν οι κυτταρικές αλλαγές στο κόλον και το ορθό ώστε να μετατραπεί η προκαρκινική κατάσταση σε καρκινική.

Οι περισσότεροι καρκίνοι της περιοχής ξεκινούν ως αδενωματώδεις πολύποδες οι οποίοι γίνονται πιο συχνοί στις πιο μεγάλες ηλικίες.

B) Κληρονομικές παθήσεις: Οι κληρονομικές νόσοι, είναι ασθένειες που προκαλούνται από μεταλλάξεις σε γονίδια που μπορούν να κληρονομηθούν από γενιά σε γενιά. Από αυτές, οι σημαντικότερες που ενοχοποιούνται για καρκίνο του παχέος εντέρου είναι:

i) Οικογενής αδενωματώδης πολυποδίασης.

Τα σύνδρομα οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης είναι ένα σύνολο από ασθένειες που οφείλονται σε μεταλλάξεις του γονιδίου APC⁴. Αυτά τα σύνδρομα, χαρακτηρίζονται από μεγάλο αριθμό πολυπόδων και από υψηλό κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου⁷, αφού είναι τόσοι πολλοί, που τουλάχιστον ο ένα απ' αυτούς θα καταλήξει σε καρκίνο.

Η νόσος είναι σπάνια και ευθύνεται για το 1% των καρκίνων του παχέος εντέρου. Αυτή η πάθηση έχει μελετηθεί εντατικά και φαίνεται ότι προκαλείται από βλάβη του βλεννογόνου του παχέος εντέρου που έχει ως αποτέλεσμα παθολογικό τρόπο πολλαπλασιασμού και μειωμένη ικανότητα επισκευής των κυττάρων μετά από έκθεση σε ραδιενέργεια ή υπεριώδη ακτινοβολία. Οι πολύποδες σπάνια εμφανίζονται πριν από την ήβη αλλά κατά κανόνα εκδηλώνονται μέχρι την ηλικία των 25 ετών στα προσβαλλόμενα άτομα⁸.

ii) Κληρονομικός, μη πολυποειδής καρκίνος του παχέος εντέρου: Αυτός ο τύπος καρκίνου προκαλείται από μεταλλάξεις σε αρκετά γονίδια που κωδικοποιούν πρωτεΐνες υπεύθυνες για επιδιορθώσεις σε αλλαγές - βλάβες στο DNA. Τα πιο συχνά εμπλεκόμενα γονίδια είναι τα hmsHz και hMLHL. Οι μεταλλάξεις σχετίζονται με τη

διαδικασία επιδιόρθωσης του DNA ενός κυττάρου και θεωρείται ότι επιτρέπει τη συσσώρευση λαθών σε άλλα γονίδια κλειδιά που ελέγχουν την ανάπτυξη του κυττάρου.

Οι μεταλλάξεις οδηγούν στην πρώιμη εγκατάσταση του καρκίνου του παχέος εντέρου, κυρίως στο εγγύς κόλον σε ηλικία κατά μέσο όρο 46 ετών⁴. Η νόσος ευθύνεται για περίπου 5-6% των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου, είναι περίπου 7-8 φορές πιο συχνό απ' ό τι η πολυποδίαση, και μεταβιβάζεται σύμφωνα με τους νόμους του Mendel κατά το σωματικό επικρατούντα χαρακτήρα⁹.

iii) Κληρονομικός καρκίνος του παχέος εντέρου στους Ιουδαίους της φυλής Ashkenazi: περίπου 6% των Ιουδαίων με καταγωγή την ανατολική Ευρώπη, έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου. Αυτό συμβαίνει επειδή έχουν κληρονομήσει μια αλλαγή στο γονίδιο APC και έχουν κίνδυνο 8%-30%. Περισσότερες πιθανότητες από ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου.

iv) Οικογενειακό ιατρικό ιστορικό: Σε περίπτωση ύπαρξης συγγενή πρώτου βαθμού που ανέπτυξε καρκίνο παχέος εντέρου πριν την ηλικία των 60 χρόνων τότε το συγκεκριμένο άτομο έχει υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο του παχέος εντέρου απ' ό τι ο υπόλοιπος πληθυσμός.

Περίπου 1%% των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, έχουν ισχυρό οικογενειακό ιστορικό. Όμως και η ύπαρξη πολύποδων σε κοντινά μέλη της οικογένεια παίζει ρόλο αφού η ύπαρξη συγγενή πρώτου βαθμού με πολύποδες σε ηλικία μικρότερη των 60 ετών, ή δύο και περισσότερων συγγενών πρώτου βαθμού με πολύποδες

σε οποιαδήποτε ηλικία, τοποθετεί το άτομο σε υψηλότερο κίνδυνο από τον γενικό πληθυσμό.

Γ) Ατομικό Ιατρικό Ιστορικό: Συγκεκριμένες ασθένειες και καταστάσεις, αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι σημαντικότερες περιπτώσεις, είναι η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn.

i) Ελκώδης κολίτιδα: Είναι μια φλεγμονώδης και συχνά ελκωτική νόσος του εντέρου⁴. Ο κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου θεωρείται μεγαλύτερος σε ασθενείς με χρόνια εκτεταμένη νόσο¹⁰.

Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα έχουν +- 11 φορές περισσότερες πιθανότητες για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου⁷.

Σε ασθενείς που η ελκώδης κολίτιδα διαγνώστηκε κατά τις τρεις πρώτες δεκαετίες ζωής, ο σχετικός κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου, είναι πολύ μεγαλύτερος σε σχέση με αυτούς που η ελκώδης κολίτιδα διαγνώστηκε σε ηλικία άνω των 45 ετών¹⁰.

ii) Νόσος Crohn: Η νόσος του Crohn, είναι μια πάθηση, που έχει αρκετές ομοιότητες με την ελκώδη κολίτιδα και αποτελεί χρόνια φλεγμονώδη νόσο, του εντέρου, αγνώστου αιτιολογίας. Μπορεί να προσβάλλει το παχύ ή το λεπτό έντερο, ή και τα δύο μαζί⁷. Ο κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου, εξαιτίας της νόσου του Crohn, είναι μεγάλος αλλά θεωρείται μικρότερος από της ελκώδους κολίτιδας¹⁰.

Δ) Τρόπος ζωής: Ο τρόπος ζωής είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας αύξησης του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του

παχέος εντέρου, αφού συγκεκριμένες καταστάσεις και άλλοι παράγοντες του τρόπου ζωής μπορούν να διαπλασιάσουν στις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου.

- i) Απουσία φυσικής άσκησης. Πολλές μελέτες συμπεριλαμβανομένων και μελετών της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Χάρβαρντ, έχουν δείξει ότι άτομα που γυμνάζονται λίγο ή καθόλου, είναι πιο ευάλωτα σε προσβολή από καρκίνο του παχέος εντέρου, έναντι αυτών που εξασκούνται καθημερινά. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι η έλλειψη άσκησης είναι δυνατόν να αυξήσει τα επίπεδα ινσουλίνης και ινσουλινοειδών παραγόντων, αύξησης χημικών στοιχείων που σε μεγάλα ποσά, θεωρούνται ότι διεγείρουν την ανώμαλη κυτταρική ανάπτυξη στο παχύ έντερο. Μια άλλη άποψη, είναι ότι όσο λιγότερο ασκείται κάποιος, τόσο πιο αργά διέρχεται το περιεχόμενο στο παχύ έντερο, αυξάνοντας έτσι τον χρόνο έκθεσης των κυττάρων σε πιθανά καρκινογόνα των κοπράνων.
- ii) Παχυσαρκία: Το να έχει κανείς δείκτη μάζας σώματος πάνω από 25, αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου παχέος εντέρου. Στη μελέτη Nurses health study of Harvard η αύξηση του κινδύνου σε υπέρβαρες γυναίκες, φτάνει το 50%. Οι ειδικοί δεν γνωρίζουν ακριβώς τον λόγο γιατί το να είναι κανείς υπέρβαρος αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου, αλλά μια πιθανή εξήγηση, είναι ότι τα υπέρβαρα άτομα κάνουν και καθιστική ζωή.
- iii) Κάπνισμα και αλκοόλ: Το κάπνισμα και το αλκοόλ δεν είναι τόσο στενά συνδεδεμένα με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, όπως είναι με άλλες μορφές καρκίνου. Ωστόσο, αρκετές μελέτες δείχνουν ότι τόσο το κάπνισμα όσο και η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου.

Τα αποτελέσματα του καπνίσματος, μοιάζουν μη αναστρέψιμα, αφού ακόμα και αν γίνει διακοπή του καπνίσματος δεν θα μειωθεί ο κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου. Μελέτη του Χάρβαρντ έδειξε, ότι γυναίκες που κάπνιζαν περισσότερο από 10 τσιγάρα ημερησίως είχαν διπλάσια πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του παχέος εντέρου σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν καπνίσει ποτέ.

Ο κίνδυνος, δεν αυξάνεται μέχρι 45 χρόνια από την έναρξη του καπνίσματος. Αυξάνεται όμως ο κίνδυνος ανάπτυξης πολυπόδων.

- iv) Διατροφή: Οι διαιτητικοί παράγοντες όπως η αυξημένη κατανάλωση κρέατος, ζωικού λίπους και η χαμηλή πρόσληψη φυτικού υπολείμματος με την τροφή αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου¹¹.

Σε δείγμα 88.700 γυναικών ηλικίας 34-59 ετών προσδιορίστηκε η σχέση που υφίσταται μεταξύ της ανάπτυξης κολο-ορθικής νεοπλασίας και της κατανάλωσης κρέατος, λίπους και φυσικών ινών, και βρέθηκε ότι η πρόσληψη ζωικού λίπους βρίσκεται σε άμεση σύνδεση με τον κίνδυνο ανάπτυξης νεοπλασίας στο κόλον. Η αυξημένη πρόσληψη κόκκινου κρέατος, σε αντίθεση με κοτόπουλο και ψάρι σχετίζεται με αύξηση της επίπτωσης του κολοορθικού καρκίνου¹⁸. Αυτό υποστηρίζεται με την εύρεση αυξημένης αναλογίας αναερόβιων μικροβίων στο έντερο, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τη μετατροπή των φυσιολογικών χολικών οξέων σε καρκινογόνα¹².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η παθολογοανατομική κυτταρολογική έκθεση, είναι αυτή που δίνει πληροφορίες για

- α) τον τύπο, και το μέγεθος του ιστού που λήφθηκε για βιοψία.
- β) τον τύπο, το στάδιο και το μέγεθος του καρκινικού όγκου.
- γ) την ύπαρξη, ή την απουσία επέκτασης στα αγγεία, στα λεμφαγγεία, και τους λεμφαδένες.
- δ) τον βαθμό διαφοροποίησης
- ε) την κατάσταση των λεμφαδένων.

Η παρουσίαση της, γίνεται με 2 τρόπους, το σύστημα Dukes – Kirulin, ή με το σύστημα INM που είναι πιο καινούριο και πιο πλήρες.

Έτσι, η σταδιοποίηση σύμφωνα με το σύστημα TNM και τα ισοδύναμα του στο Dukes – Kirulin έχει ως εξής:

Στάδιο 0

TisNoMo. Αυτό είναι το προημότερο στάδιο του καρκίνου, ένα επιφανειακό, μη διηθητικό καρκίνωμα. Τα γράμματα is σημαίνουν In Sita, που σημαίνει εντοπισμένο στη φυσιολογική του θέση, δηλ. ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί κάτωθεν του βλενογόνου της πρώτης στιβάδας του εντέρου. Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης φτάνουν στο 95%.

Στάδιο 1

T1NoMo = Dukes – Kirulin A. Ο καρκίνος έχει επεκταθεί κάτωθεν του βλεννογόνου στην υποκείμενη στιβάδα, την υποβλενογόνο του κόλου, ή του όρθου. Όμως, δεν έχει επεκταθεί στον μυϊκό χιτώνα. Βαθύτερα και στους λεμφαδένες και δεν έχει δώσει μετάσταση (NoMo). Τα ποσοστά 5ετής επιβίωσης είναι πάνω από 90%.

T2NoMo = B1 Ο καρκίνος έχει επεκταθεί στην επόμενη στιβάδα του κόλου ή του ορθού, τη μυϊκή, αλλά δεν έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες, ούτε έχει κάνει μετάσταση. Τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης φτάνουν το 85%.

Στάδιο 2

T3NoMo ή T4NoMo = B2 Ο καρκίνος έχει διαπεράσει και τη μυϊκή στιβάδα του εντέρου, αλλά δεν έχει επεκταθεί σε λεμφαδένες. Τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης φτάνουν στο 70% - 75%.

Στάδιο 3 = C

TxNiMo. Ο καρκίνος έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες εγγύς του κόλου ή του ορθού. Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης είναι 35% - 65%. Ο βαθμός τοπικής διείσδυσης του όγκου, δεν επηρεάζει το στάδιο.

Στάδιο = D

TxNxMi. Ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένους ιστούς και όργανα. Η πιο συνήθης εστία μετάστασης είναι το ήπαρ. Εφόσον το δείξουν οι απεικονιστικές εξετάσεις, ούτε ο βαθμός της τοπικής επέκτασης

του όγκου, ούτε των λεμφαδένων επηρεάζουν το στάδιο. Με εξαίρεση λίγες περιπτώσεις το στάδιο 4 του καρκίνου είναι ανίατο⁴.

3.2 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

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

- α) **Κατά συνέχεια ιστών.** Ο καρκίνος συνήθως επεκτείνεται κυκλοτερώς και είναι δυνατόν μέχρι να διαγνωσθεί, να καταλάβει όλη την περίμετρο του εντέρου. Χρειάζεται ένα έτος περίπου μέχρι να καταλάβει τα 3/4 της περιμέτρου του εντέρου. Πρακτική όμως σημασία, έχει η επέκταση του καρκίνου που γίνεται κατά τον επιμήκη άξονα και μάλιστα, η μικροσκοπική διήθηση του τοιχώματος. Η διήθηση αυτή, επεκτείνεται περίπου 4 cm περιφερικά και 7 cm κεντρικά του όγκου, με υποβλεννογόνιο λεμφικό δίκτυο.
- β) **Με τη λεμφική οδό:** είναι ο συνηθέστερος τρόπος διασποράς. Όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει μόνο το εντερικό τοίχωμα, το ποσοστό διήθησης των επιχωριών λεμφαδένων ανέρχεται σε 35 – 50%. Όταν όμως ξεπερνάει το τοίχωμα του εντέρου, τότε η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων φθάνει το ποσοστό του 80-90%. Η διήθηση των λεμφαδένων, δεν έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου. Επίσης, διηθημένοι λεμφαδένες είναι δυνατόν να βρεθούν σε κάποια απόσταση από τον πρωτοπαθή όγκο, ενώ ενδιάμεσα υπάρχουν μη προσβεβλημένοι λεμφαδένες.
- γ) **Με τη αιματική οδό.** Ο καρκίνος είναι δυνατόν να διηθήσει τις φλέβες του μεσοκόλου του παχέος εντέρου και δια της πυλαίας

φλέβας να προκαλέσει ηπατικές μεταστάσεις. Επίσης, διαμέσου των οσφυϊκών και των σπονδυλικών φλεβών, μπορούν να εμφανισθούν μεταστάσεις στον πνεύμονα, τα οστά, αλλά και σε σπάνιες θέσεις. Διήθηση των φλεβών συμβαίνει συνήθως σε ποσοστό το 35% χωρίς πάντοτε να προκαλεί ηπατικές μεταστάσεις.

Αυτές, κατά την ώρα της διάγνωσης μπορεί να υπάρχουν σε ποσοστό 20% σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου και σε 10% σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού.

- δ) **Με την περιτοναϊκή κοιλότητα.** Όταν ο καρκίνος διηθήσει το τοίχωμα του εντέρου, είναι δυνατόν να αποπέσουν καρκινικά κύτταρα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, κυρίως στην ορθοκυστική ή ορθομητρική πτυχή. Εκεί, μπορεί να αναπτυχθούν μάζες και να δημιουργήσουν τον «ύφαλο του blumer» ή σε προχωρημένο στάδιο την «παγεμένη πύελο». Και τα δύο αυτά ευρήματα κατά την εξέταση αποτελούν κακό προγνωστικό σημείο. Εμφύτευση των καρκινικών κυττάρων μπορεί να γίνει και στις ωοθήκες, σε ποσοστό 3-4%, οπότε έχουμε το όγκο του Urukenberg, όπως και στον καρκίνο του στομάχου.
- ε) **Περινευρική διήθηση.** Η διήθηση του περινευρικού χώρου επιτρέπει στην εξάπλωση του νεοπλασματος και τη διήθηση κατά μήκος των νεύρων του παχέος εντέρου. Η κατάσταση αυτή, συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό τοπικής υποτροπής της νόσου και έχει κακή πρόγνωση².

3.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Το καρκίνωμα του παχέος εντέρου, έχει πολύ λίγα προειδοποιητικά σημεία, ή μπορεί να είναι τελείως ασυμπτωματικά και να βρεθεί τυχαία με την ευκαιρία ενδοκοιλιακής επέμβασης, ή σιγμοειδοσκόπησης.

Το συχνότερο εύρημα, είναι η παρουσία αίματος στα κόπρανα – λανθάνουσας αιμορραγίας, που μπορεί να έχει τη μορφή μέλαινας ή αποβολής ζωηρόχρωμου αίματος, ανάλογα με τη εντόπιση του όγκου. Τα πρώτα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου πολλές φορές είναι ελαφρά και δεν έχουν ειδικό χαρακτήρα. Ιδιαίτερα, όταν το καρκίνωμα εντοπίζεται στην περιοχή του τυφλού, ή του ανιόντος κόλου, στην οποία σπάνια παρατηρείται απόφραξη, και της οποίας η αιμορραγία είναι λιγότερο εμφανής λόγω της ανάμιξης του αίματος με τα κόπρανα. Το πρώτο σύμπτωμα, ιδιαίτερα των νεοπλασμάτων του αριστερού τμήματος μπορεί να είναι η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου, που μπορεί να συνίσταται σε διάρροια, δυσκοιλιότητα, εναλλαγή διάρροιας και δυσκοιλιότητας, μεταβολή της διαμέτρου των κοπράνων, η τεινισμός.

Ο πόνος των καρκινομάτων του αριστερού τμήματος οφείλεται συνήθως σε μερική απόφραξη του εντέρου, ενώ στην περίπτωση του δεξιού τμήματος, μπορεί να σημαίνει διήθηση του τοιχώματος του ΠΕ ή γειτονικών οργάνων. Ο πόνος συχνά αυξάνει σε ένταση, όταν το άτομο ανεβαίνει σκαλοπάτια, ή σκύβει. Συχνά παρατηρείται αποβολή αίματος από το ορθό ή και λανθάνουσα συνεχής απώλεια αίματος που οδηγούν σε σιδηροπενιακή αναιμία με τα συμπτώματα που την συνοδεύουν: αδυναμία, εύκολη κόπωση και δύσπνοια. Επίσης, ο άρρωστος, συχνά μετά την κένωση του εντέρου, το αισθάνεται γεμάτο (αίσθηση ατελούς κένωσης). Σε μεταγενέστερα στάδια της νόσου, παρατηρούνται συνήθως και τα γενικά

συμπτώματα πολλών κακοήθων νεοπλαστών – απώλεια βάρους, ανορεξία και κακουχία. Σε σπανιότερες περιπτώσεις οι ασθενείς προσέρχονται με περιτονίτιδα λόγω διήθησης και διάτρηση του εντερικού τοιχώματος ή με επιπλοκές μεταναστών, όπως ίκτερο ή κοκίτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του Καρκίνου του παχέος εντέρου είναι πολύ σημαντική, αφού εάν ανιχνευτεί νωρίς στο 1 στάδιο, οι πιθανότητες ίασης είναι πάνω από 90%. Για την διάγνωση του ΚΠΑ χρησιμοποιούνται μέθοδοι, άλλες με μεγαλύτερη και άλλες με μικρότερη επιτυχία στην ανίχνευση των παραγόντων που προκαλούν καρκίνο. Οι μέθοδοι αυτές είναι:

Η κολονοσκόπηση, η σιγμοειδοσκόπηση, ο βαριούχος υποκλυσμός, το heamocult test, Η εξέταση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα, η δακτυλική εξέταση ορθού και η αξονική κολονογραφία.

ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η κολονοσκόπηση είναι ανώτερη όλων των άλλων εξετάσεων. Έχει δύο σημαντικά πλεονεκτήματα. Πρώτον, σε σύγκριση με άλλες εξετάσεις, η κολονοσκόπηση διαγιγνώσκει περισσότερους πολύποδες και άλλες μάζες που μπορούσαν να εξελιχθούν σε καρκίνο.

Δεύτερο πλεονέκτημα της είναι ότι αυτή η μέθοδος επιτρέπει στον γιατρό να αφαιρέσει του πολύποδε εκείνη τη στιγμή. Επίσης η κολονοσκόπηση έχει το πλεονέκτημα να προσφέρει εικόνα από το εσωτερικό όλου του παχέος εντέρου.

Η κολονοσκόπηση, είναι η μόνη εξέταση που ελέγχει για πολύποδες και άλλες μάζες εντός του Π.Ε. για όλο το μήκος του. Οι πολύποδες, μπορούν να απομακρυνθούν από το γιατρό, με τη βοήθεια ενός μεγάλου βρόγχου στο τέλος του σωλήνα του κολονοσκοπίου, ο οποίος ήδη έχει εισέλθει στον κόλον διαμέσω του όρθου. Η αφαίρεση των πολύποδων είναι βασικής σημασίας για την πρόληψη του Κ.Π.Ε.

ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

Αυτή η απεικονιστική εξέταση, είναι παρόμοια με την κολonosκόπηση, με την εξαίρεση ότι ο σωλήνας, φτάνει μόνο μέχρι το σιγμοειδές περίπου δηλ. στο 1/3 του μήκους του Π.Ε. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ο ασθενής ξαπλώνει στα πλάγια. Καθώς εισέρχεται ο σωλήνας εισέρχεται αέρας υπό πίεση ώστε να επιτρέψει στον σωλήνα να τοποθετηθεί σωστά και να βελτιωθεί η εικόνα από το εσωτερικό του εντέρου.

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, μπορεί ο ασθενής να νιώσει κάποιες εντερικές κράμπες που είναι δυνατόν να σταματήσουν με βαθιές αναπνοές. Η εξέταση διαρκεί περίπου 10 λεπτά. Αν εντοπιστούν πολύποδες, πρέπει να προγραμματιστεί η κολonosκόπηση⁴.

ΒΑΡΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΣ

Αυτή η εξέταση είναι μια μέθοδος στόχευσης με ακτίνες Χ, του εσωτερικού του εντέρου, για να ελέγξουμε για πολύποδες ή για ύπαρξη καρκίνου. Η μέθοδος αυτή μπορεί να διαγνώσει 70% των μεγάλων πολύποδων και 50% των μικρών. Πριν την εξέταση, ο ασθενής δέχεται έναν υποκλυσμό με βάριο, το οποίο είναι μια ουσία που δεν μπορεί να διαπεραστεί από τις ακτίνες. Καθώς είναι ξαπλωμένος ο ασθενής, ο ακτινολόγος πιέζει την κοιλιακή χώρα για να κατευθύνει το βάριο στο παχύ του έντερο. Το υγρό μείγμα βαρίου, εξέρχεται και πιέζεται αέρας από τον σωλήνα υποκλυσμού στο έντερο, καθώς ακτινογραφείται, ώστε να διαταθεί και να βελτιωθεί η ανάλυση των ακτινολογικών εικόνων. Για την καλύτερη θέαση του παχέος εντέρου, ο ασθενής θα πρέπει να παίρνει διαφορετικές στάσεις κατά τη διάρκεια της εξέτασης, σύμφωνα πάντα με τις εντολές του ακτινολόγου⁴.

ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΟΡΘΟΥ

Για την εξέταση αυτή, ο γιατρός εισχωρεί το δάκτυλό του, αφού προηγουμένως έχει τοποθετήσει λιπαντικό και αναισθητικό στον ορθό ώστε να ψηλαφίσει ανώμαλες διαγνώσεις. Στο παρελθόν, αυτή ήταν η μόνη προληπτική εξέταση για τον Κ.Π.Ε. Αν και πλέον σαν εξέταση δεν προτείνεται, αφού είναι πολύ λιγότερο ακριβής σε σχέση με όλες τις άλλες εξετάσεις πρέπει να γίνεται ακριβώς πριν την κολονοσκόπηση ή την σιγμοειδοσκόπηση, αφού μπορεί να γίνουν αντιληπτές διογκώσεις, που δεν μπορούμε να δούμε με τη βοήθεια των απεικονιστικών εξετάσεων. Η ίδια εξέταση χρησιμοποιείται και για την διάγνωση του καρκίνου του προστάτη⁴.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΦΑΝΟΥΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΤΑ ΚΟΠΡΑΝΑ

Haemoccult test

Είναι παραδεκτό ότι η πλειοψηφία των ΚΠΕ και ορθού προέρχεται από εξαλλαγή καλοήθων αδενωματωδών πολύποδων. Η αιμορραγία από καρκίνο, η προκαρκινοματώδης αδενωμάτωδης πολύποδες του παχέος εντέρου και ορθού, αποτελεί το κύριο σύμπτωμα της και στα αρχικά στάδια, δεν φαίνεται μακροσκοπικά στα κόπρανα. Η αξία της ανίχνευσης της αφανούς αιμορραγίας, έγινε νωρίς αντιληπτή και άρχισε να συζητείται το τροποποιημένο κατά Greeger Guaiac Test, το γνωστό Haemoccult Test¹³.

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

Hemoquant. Αυξημένη απώλεια αίματος, συμβαίνει σε άτομα με ΚΠΕ. Σε άτομα με αδενώματα διαμέτρου <1cm η απώλεια αίματος είναι συνήθως εντός των φυσιολογικών ορίων ενώ όταν τα αδενώματα έχουν διάμετρο μεγαλύτερη των 2 cm η απώλεια αίματος είναι παρόμοια με αυτήν επί καρκίνου.

Το HT τροποποιημένο κατά Greegor Guaiac Test αποτελείται από διηθητικό χάρτη ηλεκτροφόρησης.

Εμποτισμένο με το παρασκεύασμα, της ρητίνης Guaiac. Στο διηθητικό χάρτη αποτίθενται 2 δείγματα κοπράνων επί 3 συνεχείς ημέρες. Εάν στα δείγματα υπάρχει αιμοσφαιρίνη τότε η προσθήκη 2-3 σταγόνων διαλύματος υπεροξειδίου του υδρογόνου μετατρέπει την άχρωμη ρητίνη Guaiac σε κυανή. Το HT δεν είναι ειδικό για την αναγνώριση μόνο της ανθρώπινης αιμοσφαιρίνης. Το HT ανιχνεύει όμως εξειδικευμένα την αιμορραγία από το παχύ έντερο αν είναι άνω των 2 ml/24h¹⁴.

ΑΞΟΝΙΚΗ ΚΟΛΟΝΟΓΡΑΦΙΑ

Η αξονική κολονογραφία, δηλαδή η αξονική τομογραφία με εμφύσηση αέρα από τον ορθό χωρίς να μπει το ενδοσκόπιο στο έντερο, είναι επίσης μια άλλη διαγνωστική εξέταση ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιπτώσεις ασθενών που έχουν παχύ έντερο με περίεργη διαμόρφωση ή με μερική απόφραξη ώστε να μην περνά το ενδοσκόπιο. Μ' αυτήν την εξέταση ελέγχεται λεπτομερέστατα και σχετικά ανώδυνα ο αυλός του παχέος εντέρου, χωρίς όμως ο γιατρός να μπορεί να πάρει βιοψία, ή να αφαιρέσει πολύποδα⁵.

Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις

- 1) Mayer κοπράνων
- 2) Γενική αίματος
- 3) Γενική ουρών
- 4) Βιοχημικές εξετάσεις
- 5) Προσδιορισμός του καρκινοεμβρυικού Αντιγόνου
- 6) Εξέταση β2 αιμοσφαιρίνης

4.2 Διαφορική διάγνωση

Διαφορική διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου πρέπει να γίνει από νοσήματα που εκδηλώνονται με συμπτώματα αιματηρών κενώσεων, αναιμία, διαταραχή των κενώσεων ή κοιλιακό πόνο. Τα νοσήματα που μπορεί να προκαλέσουν αποβολή αίματος με τις κενώσεις, είναι πολλά. Η διαφορική διάγνωση, πρέπει να περιλάβει τις εσωτερικές αιμορροΐδες, τους πολυποδες, την ελκώδη κολίτιδα, την εκκολπωμάτωση.

Αλλαγή στο ρυθμό των κενώσεων ή κλινική εικόνα ατελούς ή πλήρους απόφραξης μπορεί επίσης να προκληθεί εκκολποματίτιδα, ισχαιμική ή μετακτινική κολίτιδα ή συστροφή σιγμοειδούς.

Μερικές φορές η τελική διάγνωση γίνεται στο χειρουργείο επειδή ορισμένοι ασθενείς χειρουργούνται επειγόντως με αποφρακτικό ειλεό, ή διάτρηση.

Ο πόνος στο δεξιό πλάγιο της κοιλίας ή η ψηλαφητή μάζα από καρκίνο του τυφλού ή του ανιόντος κόλου απαιτούν διαφορική διάγνωση από οξεία σκωληκοειδίτιδα, νόσου Crohn, νοσήματα του δεξιού νεφρού και σε ηλικιωμένα άτομα παθήσεις του στομάχου ή των χοληφόρων. Στις γυναίκες η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλάβει τη συστροφή κύστης ωοθήκης και την ενδομητρίωση.

4.3 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, μπορεί να διακριθεί σε πρωτογενή που περιλαμβάνει γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, και σε δευτρογενή που αναφέρεται στην αναγνώριση

προκαρκινωματωδών καταστάσεων καθώς και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

A) Πρωτογενής Πρόληψη:

- i) **Γενετικοί παράγοντες:** Υπάρχουν γενετικοί παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Εάν γίνουν εγκαίρως γνωστοί, θα βοηθήσει σημαντικά στην πρόληψη²⁰. Έτσι, συγγενείς α΄ βαθμού ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, πρέπει να υφίστανται μια φορά το χρόνο εξέταση κοπράνων για ύπαρξη Η6 περιοδική ανασκόπηση από την ηλικία των 40 και κάτω, αναλόγως αν ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίστηκε σε μικρή ηλικία στον συγγενή¹⁵.
- ii) **Διατροφή - Δίαιτα:** Η μέχρι τώρα καλύτερη διατροφική συμβουλή για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, είναι να μειωθεί η κατανάλωση κόκκινου κρέατος από τον άνθρωπο. Όλες οι άλλες απόψεις για τις φυτικές ίνες και για τις βιταμίνες, που βοηθούσαν στην πρόληψη έχουν καταρριφθεί, από μεγάλες μελέτες όπως η Nurses health study στην οποία 80.000 γυναίκες παρακολούθηθηκαν για 16 έτη. Παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η λήψη μεγάλων ποσοτήτων βιταμίνης D μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου, όμως τα αποτελέσματα δεν είναι τόσο ισχυρά ώστε να τη συστήσουν οι επιστήμονες στον κόσμο.
- iii) **Φυσική άσκηση:** Η έρευνα nurses health study από τις ΗΠΑ έδειξε ότι η φυσική άσκηση μειώνει τον κίνδυνο των γυναικών για ανάπτυξη καρκίνου. Παχέος εντέρου και αδενικών πολυπόδων στο μισό. Άλλες έρευνες, έδειξαν αντίστοιχα αποτελέσματα για άντρες και γυναίκες.

Οι έρευνες βρήκαν πως το περπάτημα με μέτριο προς ζωηρό ρυθμό, για μια ώρα την ημέρα, προσφέρει τον ίδιο βαθμό προστασίας απέναντι στον καρκίνο παχέος εντέρου με την έντονη άσκηση, όπως τζόκινγκ, ποδήλατο, ή κολύμβηση για μισή ώρα την ημέρα. Βασισμένοι σ' αυτές τις μελέτες οι ειδικοί θεωρούν πως οι περισσότεροι από το 18% όλων των καρκίνων παχέος εντέρου, θα είχαν προληφθεί αν προσθέταμε μισή ώρα περπάτημα την ημέρα στη ζωή μας.

- iv) **Χημειοπροφύλαξη:** Η χημειοπροφύλαξη, είναι η χρήση φαρμάκων ή βιταμινών και φυσικών συμπληρωμάτων για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Αρκετές έρευνες, δείχνουν ότι άτομα που λαμβάνουν τέτοιου είδους συμπληρώματα ή φάρμακα -συμπεριλαμβανομένων του φυλικού οξέως και αναλγητικών όπως μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη- έχουν χαμηλότερες πιθανότητες να πάθουν καρκίνο του παχέος εντέρου, έναντι ατόμων που δεν λαμβάνουν τέτοια αγωγή.

Δεν υπάρχει απόδειξη ότι αυτοί οι παράγοντες πραγματικά συμβάλλουν στην πρόληψη της πάθησης, η συσχέτιση όμως είναι τόσο ισχυρή ώστε οι γιατροί πλέον συμβουλεύουν τον υψηλού κινδύνου ασθενείς τους αναλαμβάνουν ορισμένους εξ' αυτών.

Το κέντρο πρόληψης καρκίνου του Χάρβαρντ, συνιστά ένα πολυβιταμινούχο σκεύασμα ως μέτρο πρόληψης έναντι στον καρκίνο του παχέος εντέρου, για όλους ανεξαρτήτως ατομικού κινδύνου.

Η ασπιρίνη και άλλα μη σπείροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, είναι οι περισσότερο μελετημένοι παράγοντες για την χημειοπροφύλαξη. Τα ΜΣΑΦ αναστέλλουν την κυκλογενάση, ένα ένζυμο απαραίτητο για την σύνθεση των προσταγλουδινών, οι οποίες είναι χημικοί παράγοντες που

μεσολαβούν σε πολλές φυσιολογικές λειτουργίες στον οργανισμό και σήμερα πιστεύεται ότι επηρεάζουν και την ανάπτυξη του όγκου.

Η έρευνα the nurses health study έδειξε ότι γυναίκες που έλαβαν πολυβιταμινούχα σκευάσματα για τουλάχιστον 15 χρόνια είχαν 75% μικρότερη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου. Το όφελος αυτό φαίνεται ότι είναι στενά συνδεδεμένο κατά βάση με το φυλικό οξύ. Ο προστατευτικός μηχανισμός του φυλικού οξέος είναι άγνωστος αλλά τα αποτελέσματα φαίνεται να είναι καλύτερα για άτομα που έχουν γενετική προδιάθεση για καρκίνο του παχέος εντέρου.

Πολλές μελέτες, δείχνουν ότι άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες ασβεστίου είτε με το φαγητό είτε με συμπληρώματα διατροφής, έχουν μικρότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου. Πρέπει να σημειωθεί, ότι δεν έδειξαν όλες οι μελέτες σημαντική διαφορά.

Τα συμπληρώματα οιστρογόνων που λαμβάνουν οι γυναίκες για να μειώσουν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, φαίνεται πως μειώνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου. Ωστόσο αυτό το όφελος πρέπει να εκτιμηθεί σε σχέση με μια ήπια αύξηση του κινδύνου για καρκίνο του μαστού.

B) Δευτερογενής πρόληψη:

- i) **Κολonosκόπηση:** Είναι γνωστό ότι το 95% των καρκίνων του παχέος εντέρου, οφείλεται σε πολύποδες. Γεγονός είναι πως μετά από ανίχνευση και αφαίρεση των αδενωματωδών πολυπόδων, η πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου, είναι 70-90%²². Ο καλύτερος τρόπος για την ανίχνευση τους, είναι η κολonosκόπηση κατά τη διάρκεια της οποίας μπορεί να γίνει

πολυτεκτομή σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου, και να αφαιρεθούν όλοι οι πολύποδες⁴.

- ii) **Έλεγχος αφανούς αιμορραγίας στα κόπρανα:** Είναι παραδεκτό ότι η πλειοψηφία των καρκίνων του παχέος εντέρου και ορθού προέρχεται από εξαλλαγή καλοηθών αδеноματωδών πολυπόδων. Η αιμορραγία από καρκίνο ή προκαρκινοματώδεις αδеноματώδεις πολύποδες του παχέος εντέρου και ορθού, αποτελεί το κύριο σύμπτωμά τους και στα αρχικά στάδια δεν φαίνεται μακροσκοπικά στα κόπρανα. Η αξία της ανίχνευσης της αφανούς αιμορραγίας έγινε από νωρίς αντιληπτή και έτσι άρχισε να εφαρμόζεται το Haemoccalt test, η προσφορά του οποίου στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού, έχει αναγνωρισθεί και χορηγείται σε ασυμπτωματικά άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών διεθνώς.
- iii) **Έλεγχος γονιδιακής αλλαγής:** Η ανακάλυψη των ογκογονιδίων είναι η μεγαλύτερη επιτυχία της βιολογικής επιστήμης αυτόν του αιώνα. Η μοριακή βιολογία αναγνωρίζει τα γονίδια τα οποία σχετίζονται με τις διάφορες μορφές καρκίνου και γενικότερα τις γενετικές αλλαγές που συμβαίνουν στα διάφορα νοσήματα. Έτσι, στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού, αναμένεται να χρησιμοποιηθεί ένα νέο τεστ που αποκαλύπτει γενετικές ανωμαλίες στα κύτταρα που αποπίπτουν από το παχύ έντερο στα κόπρανα.

Οι όγκοι του παχέος εντέρου και ορθού εμφανίζουν υψηλά επίπεδα του γονιδίου, αρμοδίου για το CD44, μια πρωτεΐνη της επιφάνειας του κυττάρου.

Ερευνητές δηλώνουν ότι η γενετική αυτή ανωμαλία μπορεί να αποκαλυφθεί σε μικρά δείγματα κοπράνων και να χρησιμεύσει ως τεστ ελέγχου (screening) για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου παχέος εντέρου.

Τα γενετικά τεστ CD44 είναι δαπανηρά και απαιτούν επίπονο εργαστηριακό έργο. Με τα σημερινά δεδομένα το τεστ για CD 44 στα κόπρανα μπορεί να δώσει 32% ψευδώς αρνητικά σε καρκινοπαθείς και 12% ψευδώς θετικά σε υγιή άτομα.

Η εξειδίκευση του τεστ αυτού, μπορεί να βελτιωθεί αν συλλέγονται περισσότερα του ενός δείγματα κοπράνων ή αν το τεστ γίνεται σε πολλές διαφορετικές ημέρες. Πάντως προς το παρόν δεν είναι εφικτή η εφαρμογή του screening αυτού σε μεγάλες κλινικές έρευνες¹⁶.

Για την επιτυχημένη πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει σε πια ομάδα κινδύνου ανήκει (πίνακας).

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	
ΟΜΑΔΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ
Φυσιολογικός κίνδυνος	Άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω που δεν εντάσσονται σε άλλες ομάδες κίνδυνου.
Αυξημένος κίνδυνος	Ιστορικό αδενωματοδων πολυπόδων χωρίς οικογενειακό ιστορικό.Ατομικό ιστορικό καρκίνου πάχος εντέρου.Καρκίνος πάχος εντέρου η πολυποδες,σε συγγενή 1 ^{ου} βαθμού μικρότερου των 60 ετών η σε 2 η περισσότερους συγγενείς οποιασδήποτε ηλικίας.
Υψηλός κίνδυνος	Ιστορικό πολυποδιασης η κληρονομικού μη πολυποδικου καρκίνου πάχος εντέρου.Οικογενειακό ιστορικό οικογενους αδενωματοδους Ατομικό ιστορικό φλεγμονώδους νόσου του παχεος εντέρου.

Τέλος, ανάλογα με την ομάδα κινδύνου που ανήκει θα πρέπει να ακολουθήσει και την συγκεκριμένη διαδικασία (πίνακας).

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΠΟΤΕ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ	ΣΧΟΛΙΟ
Φυσιολογικός κίνδυνος	Πρωτος ελεγχος σε ηλικια 50 ετων	Κολονοσκόπηση η σιγμοειδοσκόπηση και βαριουχος	Εάν η κολονοσκόπηση είναι αρνητική επαναλαβετε την σε 10 χρονια.Σε αυτά τα 10 χρονια καθε

		υποκλυσμος με αντιθεση.	χρονο να υποβαλλεστε σε τεστ αιμοσφαιρινης στα κοπρανα.Αν η σιγμοειδοσκόπηση και ο βαριουχος υποκλεισμος είναι αρνητικες επαναλαβετε κάθε 5 χρονια.Εάν είναι θετικες,πρεπει να ακολουθησει κολonosκόπηση.Σε περιπτωση πολυποδων να αφαιρεθουν και Πλεον γνωριζετε πως ανοικετε σε ομαδα αυξημενου κινδυνου.
Αυξημενος κινδυνος Ατομα με ενα πολυποδα μικροτερο του 1 εκ.	3-6 χρονια μετα την πολυπεκτομη.	Κολonosκόπηση	Αν τα αποτελεσματα της κολonosκόπησης είναι φυσιολογικα ακολουθειστε της οδηγιες ελεγχου για φυσιολογικα ατομα.
Ατομα με μεγαλυερο του ενός εκ. πολυποδα η αρκετους πολυποδες η προκαρκινικους πολυποδες.	Εντος 3 χρονων μετα την πολυπεκτομη.	Κολonosκόπηση	Αν το αποτελεσμα της κολonosκόπησης είναι φυσιολογικο επαναλαβετε μετα από 3 χρονια και αν και παλι είναι φυσιολογικο, ακολουθηστε τις οδηγιες για τον γενικο πληθυσμο.
Ατομικο ιστορικο καρκινου παχεος εντερου.	Ένα χρονο μετα το χειρουργειο.	Κολonosκόπηση.	Αν τα αποτελεσματα της κολonosκόπησης είναι φυσιολογικα επαναλαβετε μετα από 3 χρονια.Αν και παλι είναι φυσιολογικα,επαναλαβετε μετα από 5 χρονια.
Ειτε καρκινος παχεος εντερου ειτε αδενωματοδεις πολυποδες σε συγγενη 1 ^{ου} βαθμου μικροτερου από 60 ετη η σε 2 η περισσοτερους συγγενεις 1 ^{ου} βαθμου οποιασδηποτε ηλικιας.	Στην ηλικια των 4 ετων η 10 χρονια πριν την ηλικια που ειχε το νεοτερο μελος της οικογενειας όταν ο καρκινος η οι πολυποδες εμφανιστηκαν.	κολonosκόπηση	Κάθε 5-10 χρονια.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΠΟΤΕ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ	ΣΧΟΛΙΟ
Υψηλός κίνδυνος Οικογενειακό ιστορικό οικογενους αδενωματοδους πολυποδιασης,μια γενετική νόσος.	Στην εφηβεία	Πρώιμος έλεγχος με κολονοσκόπηση η σιγμοειδοσκόπηση.	Αν ο γενετικός έλεγχος είναι θετικός ενδείκνυται ολική κολεκτομή διότι είναι ο μόνος τρόπος να προλάβουμε τον καρκίνο του παχεος εντέρου. Οι ασθενείς συμβουλευονται να πάνε σε εξειδικευμένο κέντρο.
Οικογενειακό ιστορικό κληρονομικού μη πολυποδικου καρκίνου παχεος εντέρου.	Στα 21 έτη	Κολονοσκόπηση και εξέταση για γενετικό έλεγχο.	Αν ο γενετικός έλεγχος η δεν προσφέρεται, η κολονοσκόπηση πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 1-2 χρόνια μέχρι την ηλικία των 40 ετών και μετά κάθε χρονο.Οι ασθενείς συμβουλευονται να απευθύνονται σε εξειδικευμένο κέντρο.
Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου.	8 χρόνια μετά την έναρξη.	Κολονοσκόπηση	Κάθε 1-2 χρονια.Οι ασθενείς συμβουλευονται να απευθύνονται σε κέντρο με εμπειρία στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική μέθοδος, είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού. Όμως παρά τις βελτιώσεις των χειρουργικών τεχνικών, δεν έχει επηρεασθεί η επιβίωση των αρρώστων αλλά μόνο η ποιότητα της ζωής τους¹⁷.

Η χειρουργική εκτομή του παχέος εντέρου ορίζεται από την έκταση της απολινώσεως των αιμοφόρων αγγείων που ταυτόχρονα καθορίζει και την ριζικότητα της εγχείρησης.

- **Καρκίνος δεξιού κόλου:** [τυφλόν, ανιόν δεξιάς κολικής καμπής]. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η εκτομή περιλαμβάνει μερικά εκατοστά του αλικού ειλεού μαζί με το μεαντέριο και τα λεμφαγγεία, μέχρι της εκφύσεως της ειλεοκολικής και δεξιάς κολικής αρτηρίας και τον δεξιό κλάδο της μέσης κολικής αρτηρίας.

Η εκδοχή συντηρητικότερης εκτομής του παχέος εντέρου αφήνει ακέραιο το δεξιό κλάδο της μέσης κολικής αρτηρίας.

- **Καρκίνος μέσου εγκάρσιου κόλου:** Η εκτομή περιλαμβάνει μέρος του εγκάρσιου κόλου με το αντίστοιχο μεσεντέριο και τα λεμφαγγεία της μέσης κολικής αρτηρίας που περιλαμβάνεται στο μεσοκόλο.
- **Καρκίνος αρ. κολικής καμπής και άνω τμήματα κατιόντος κόλου:** Η εκτομή περιλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος του αρ. τμήματος του εγκάρσιου κόλου και του κατιόντος.
- **Καρκίνος κατιόντος κόλου:** Η εκτομή εκτείνεται από την αρ. κολική καμπή μέχρι την ορθοσιγμοειδική καμπή.

- **Καρκίνος σιγμοειδούς:** Στις περισσότερες περιπτώσεις η απολίνωση της άνω αιμορροϊδικής αρτηρίας, και των σιγμοειδικών αρτηριών από την έκφυση των από την κατωμεσεντέριο αρτηρία, αμέσως κατωτέρω της έκφυσης της αριστερής κολικής αρτηρίας, δίνει επαρκή αιμάτωση στο αριστερό κόλον που αναστομούται μετά την εκτομή του σιγμοειδούς με το ανώτερο ορθό. Σε περίπτωση που χρειάζεται ριζικότερα λεμφαδενικός καθαρισμός η κάτω μεσεντέρια αρτηρία απολινούται στην έκφυση της από την αορτή.
- **Πρόσθια χαμηλή εκτομή του όρθου για τον καρκίνο του ορθοσιγμοειδούς των άνω και μέσου τριτομορίου του ορθού:** Σε αυτή την περίπτωση η εκτομή του παχέος εντέρου περιλαμβάνει το μεγαλύτερο τμήμα, ή ολόκληρο το ορθό.
- **Καρκίνος κάτω τριτομορίου του ορθού:** Γίνεται η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και τελική εξωπεριτοναϊκή αριστερά λαγόνιος κολοστομία. Για το μέσο και άνω τριτημόριο του ορθού, γίνεται χαμηλή πρόσθια εκτομή του ορθού και τελικοτελική αναστόμωση, εκτός εάν η σωματική κατάσταση και ιδιαίτερα επί ανδρών, εμποδίζει την προσπέλαση στην ελάσσονα πύελο τότε υπάρχει η δυνατότητα της κολοπρωκτικής αναστόμωσης.
- **Εγχείρηση κατά Hartmann:** Γίνεται κυρίως για παρηγορητικούς λόγους. Παραμένει μέσα εκτομή το ΠΕ και των 2 άνω 3μορίων του ορθού, το κάτω 3μόριο το οποίο συρράπτεται, ενώ το κεντρικό τμήμα του παχέος εντέρου αποτελεί εξωπεριτοναϊκή τελική κολοστομία.
- **Κοιλιοπερινεϊκή pull-through εκτομή του ορθού με κολοορθική αναστόμωση.** Ακολουθεί τους χειρισμούς όπως στην χαμηλή εκτομή του τμήματος.

- **Ολική κολεκτομή και ειλεοπρωκτική αναστόμωση με j-rouch** επί πολλαπλής πολυποδιάσεως του παχέος εντέρου¹⁷.

Η εγχείρηση, ως θεραπευτική μέθοδος κατά του ΚΠΕ μπορεί να χρησιμοποιηθεί με δύο τρόπους: ο πρώτος είναι ως ριζική εγχείρηση. Αυτή η μέθοδος εφαρμόζεται συστηματικά στη θεραπεία του καρκίνου. Σκοπός της είναι να αφαιρεθεί όλο ο όγκος με τις λιγότερες επιπτώσεις στη λειτουργικότητα αλλά και στην ανατομική υπόσταση του οργάνου που πάσχει από καρκίνο. Δεν εφαρμόζεται όταν υπάρχουν διαπιστωμένες μεταστάσεις.

Ο δεύτερος τρόπος χρήσης, είναι η παρηγορητική εγχείρηση. Οι βασικές επιδιώξεις αυτής της μεθόδου είναι: α) η επιβράδυνση της ανάπτυξης του όγκου, β) η μείωση του μεγέθους του όγκου, και γ) η μείωση των δυσάρεστων εκδηλώσεων του όγκου, όταν η θεραπεία είναι αδύνατη¹⁸.

ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Η ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ, είναι ένα παροδικό ή μόνιμο άνοιγμα του κόλου στο κοιλιακό τοίχωμα. Η χρήση της, πραγματοποιείται όταν:

- α) Αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που έγινε για θεραπεία του ορθού.
- β) Γίνεται παρηγορητικά σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου.
- γ) Όταν αποτελεί παροδικό μέτρο για προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για επούλωση φλεγμάνοντος εντέρου.

- δ) Όταν γίνεται παροδικά για αλλαγή της κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας.

Το είδος και η συχνότητα της κοπρανώδους απέκκρισης - και η τεχνική αγωγής της - εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την εντόπιση της κολοστομίας.

- 1) Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία. Συχνά ονομάζονται «στεγνές» κολοστομίες γιατί αν και δεν υπάρχει κάποιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παράγει σχηματισμένα κόπρανα. Η πλύση, ένα υποκλυσμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παραμέρα, μέσα από το στόμιο, μπορεί να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου.
- 2) Εγκάρσια κολοστομία. Σ' αυτήν την περίπτωση ισχύουν τα εξής: α) το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα συνήθως όμως είναι πολτώδες. β) Ο άρρωστος, σχεδόν με βεβαιότητα χρειάζεται πάντοτε σάκο. γ) Το απέκκριμα μπορεί να περιέχει πεατικά ένζυμα η προστασία επομένως του δέρματος γύρω από το στόμιο είναι απαραίτητη.

Υπάρχουν δύο είδη εγκάρσιας κολοστομίας: διπλού αυλού και αγκυλωτή κολοστομία.

Η διπλού αυλού, έχει δυστομία, είναι ενεργό και ένα ανενεργό. Είναι συνήθως παροδική.

Το ενεργό στόμιο βγάζει τα κόπρανα έξω και το ανενεργό διατηρεί το άνοιγμα του παρακαμπτόμενου τμήματος του εντέρου ώσπου να γίνει η επούλωση.

Η αγκυλωτή κολοστομία, είναι ένας άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης και γίνεται ως έκτακτη διαδικασία σε περίπτωση απόφραξης ή πριν από σχεδιασμένη χειρουργική επέμβαση.

- 3) Ανιούσα κολοστομία. Το απέκκριμα είναι υδαρές. Ρέει σχεδόν συνεχώς. Υπάρχει το πρόβλημα ερεθισμού του δέρματος και η προστασία του καθίσταται απαραίτητη. Υλικό εκλογής είναι ο αποχτευόμενος σάκος. Προτιμότερο με δακτύριο από ρητίνη καράγια¹⁹.

B. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρησιμοποίηση της ακτινοθεραπείας σ' ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου πρωτοξεκίνησε από τον Symonds το 1914 με τη σκέψη να περιορίσει το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου και έτσι να τον καταστήσει περισσότερο χειρουργικά εξαιρέσιμο και σήμερα παίζει ένα πρωτεύοντα ρόλο, αν και η ριζική χειρουργική επέμβαση είναι η θεραπεία απόλυτης εκλογής.

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

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται για ανεγχείρητους ορθικούς καρκίνους από το 1950 και πολλές αναφορές επιβεβαίωσαν την πιθανότητα να παρέχει καλή συμπτωματική ανακούφιση σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του ορθού.

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

Μια αναφορά σε τέτοιες μελέτες είναι και η εφαρμοσθείσα από την κλινική «Mayo» όπου σε συνδυασμένη χρήση της 5 – FU σε δόση 15mg/kg καθημερινά κατά τη διάρκεια των 3 πρώτων ημερών της ακτινοθεραπείας. Το αποτέλεσμα ήταν, ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και της επιβίωσης.

Ριζική ακτινοθεραπεία

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

Οι πιο συνηθισ και κατάλληλες τεχνικές είναι με 4 πεδία (Field Box) ή 3 πεδία (Field arrangement). Δόσεις των 55 Gy σε 20 συνεδρίες είναι απαραίτητες για να επιτευχθούν τα υψηλότερα ποσοστά ανταπόκρισης αν και έχει προταθεί ότι και δόσεις των 50 Gy πέτυχαν ένα παρόμοιο επίπεδο ανταπόκρισης. Βέβαια αυτές οι δόσεις χρησιμοποιούνται μόνο σ σχετικά τοπικούς όγκους.

Όταν ο όγκος είναι μικρότερος από 5 cm σε διάμετρο ένα 50 – 60% πλήρης ανταπόκριση επιτυγχάνεται. Όταν η βλάβη είναι μεγαλύτερη τα ποσοστά ανταπόκρισης γύρω στο 20% είναι πιθανόν να επιτευχθούν. Στην ομάδα των ασθενών με μικρούς όγκους 5 cm είναι αυτοί που οδηγούνται γι' ακτινοθεραπεία όταν η γενική τους κατάσταση ή τα συμπαρομαρτούντα κάρδιο-αναπνευστικά προβλήματα αποκλείουν μια ριζική χειρουργική επέμβαση.

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

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

Η υποχώρηση του ορθικού καρκίνου είναι σχετικά αργή μετά την ακτινοθεραπεία και η πλήρης υποχώρηση του όγκου μπορεί να πάρει πολλούς μήνες. Μπορεί λοιπόν λανθασμένα να βλέπουμε ανταπόκριση μετά από μια περίοδο 3 μηνών όταν μόνο περίπου 20% από αυτούς του όγκους έχουν υποχωρήσει τελείως, ενώ η πλήρης συρρίκνωση τους μπορεί να πάρει 6-7 μήνες.

Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία

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

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

Δόσεις περίπου 20Gy σε πέντε καθημερινά κλάσματα σε 1 εβδομάδα ή 30-35 Gy σε 10 ημερήσια κλάσματα πάνω από 3 εβδομάδες είναι καλώς ανεκτά.

Επικουρική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς αποστέλλονται για μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία μετά από μια δύσκολη επέμβαση όπου υπήρχε είτε διαρροή καρκινικών κυττάρων, είτε ο όγκος ήτο καθηλωμένος και αφαιρέθηκε από το ιερό οστόύν ή το πνευλικό τοίχωμα.

Περίπου 60% των ασθενών με μικρού μεγέθους μακροσκοπικά υπολειπόμενη νόσο ή με ιστολογική ένδειξη κακοήθειας στα όρια εκτομής, θα γίνουν ελεύθεροι τοπικής υποτροπής μετά από υψηλής δόσης μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας.

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

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του κόλου

Είναι σαφές ότι ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο του κόλου είναι λιγότερο ξεκάθαρος από ότι στον καρκίνο του ορθού. Το βασικότερο ενδιαφέρον όταν ακτινοβολούμε ασθενείς με καρκίνο του κόλου είναι το πρόβλημα της ακτινικής βλάβης του εντέρου.

Όμως ανάλογα με την ανατομική εντόπιση του όγκου, μπορεί να υπάρχει και το πρόβλημα της βλάβης της σπονδυλικής στήλης (νωτιαίος μυελός) και του νεφρού.

Συνήθως η χρήση της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο, του κόλου δεν προτείνεται.

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

Ακριβώς για την ώρα, αυτή είναι και η μόνη επιδίωξη για την χρήση της ακτινοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του κόλου.

Αντιμετώπιση των όγκων του παχέος εντέρου με Laser Nd: YAG

Η χρήση των ακτινών Laser ως παρηγορητικής θεραπείας στους όγκους του παχέος εντέρου έχει εφαρμογή σε όγκους που εντοπίζονται στο ορθοσιγμοειδές. Στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι το ένα τρίτο των όγκων του ορθοσιγμοειδούς κατά τη χρονική στιγμή που γίνεται η διάγνωση είναι ανεγχείρητοι. Η χειρουργική επέμβαση σε αυτούς του ασθενείς συνοδεύεται από νοσηρότητα 18-50% και θνησιμότητα 1-7% καθώς και μόνιμη κολοστομία. Άλλες θεραπευτικές ενέργειες όπως κρυοθεραπεία, ηλεκτροπηξία και ακτινοθεραπεία που εφαρμόζονται τοπικά βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής του ασθενούς και τον ανακουφίζουν από την απόφραξη, αλλά συνοδεύονται από αρκετές επιπλοκές και πολλές φορές είναι ανεπιτυχείς. Η χρήση των ακτινών Laser την τελευταία δεκαετία επέφερε καλύτερα αποτελέσματα στην ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα της αποφράξεως, αιμορραγίας, διάρροιας και τεινισμού. Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν ποσοστό επιτυχίας άνω του 85%. Οι επιπλοκές όπως η ρήξη του παχέος εντέρου, τα συρίγγια, το απόστημα και η αιμορραγία σπάνια παρατηρούνται, με αποτέλεσμα τη χαμηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα (5,8 και 1,4% αντιστοίχως).

Επειδή η διάρκεια της ανακούφισης του ασθενούς όπως και στους όγκους του οισοφάγου είναι συνήθως 4-10 εβδομάδες είναι απαραίτητη η επανάληψη της συνεδρίας. Ο Rutgeerts προτείνει το διάστημα μεταξύ των

συνεδρίων να είναι κατά μέσο όρο 4,7 μήνες, ενώ άλλοι προτείνουν να εφαρμόζεται θεραπεία όταν υποτροπιάσουν τα συμπτώματα²⁰.

Γ. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του παχέος εντέρου χρησιμοποιείται τόσο στη γενικευμένη νόσο, όσο και σαν συμπληρωματική χημειοθεραπεία μετά την επέμβαση. Στους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο παχέος εντέρου αποδείχθηκε ότι προσφέρει οριακή μόνο ωφέλεια. Από την εποχή της εισαγωγής της στις κλινικές δοκιμές, πριν 25 και άνω χρόνια, η 5 – φθοριουρακίλη (5 – FU) παραμένει η πλέον αποτελεσματική αγωγή. Είναι το ίδιο αποτελεσματική όταν χορηγείται μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα. Η χορήγηση της έχει 15-20% πιθανότητα μείωσης στο ήμισυ των μετρητών νεοπλασματικών μαζών (μερική ανταπόκριση). Ενώ η πιθανότητα ανταπόκρισης του όγκου φαίνεται ότι είναι κάπως μεγαλύτερη στους ασθενείς με ηπατικές μεταστάσεις, όταν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα εγχέονται απευθείας στην ηπατική αρτηρία σε σύγκριση με τη χορήγηση από περιφερική φλέβα, η ενδοαρτηριακή θεραπεία είναι δαπανηρή και τοξική και δεν φαίνεται να παρατείνει την επιβίωση. Τα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών έδειξαν ότι η ταυτόχρονη χορήγηση φυλλινικού οξέος (επίσης γνωστού ως λευκοβορίνη ή κιτροβορικός παράγοντας) αυξάνει την αποτελεσματικότητα της 5FU στους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο παχέος εντέρου – ορθού πιθανώς αυξάνοντας τη σύνδεση της 5 FU στο ένζυμο – στόχο της θυμιδικής σύνθεσης DNA και την συνοδό κυτταροτοξικότητα. Η πλειονότητα των τυχαίοποιημένων μελετών έδειξαν τριπλάσια πιθανότητα μερικής ανταπόκρισης όταν το φυλλινικό οξύ συνδυάζεται με την 5 FU. Εντούτοις, η επίδραση του συνδυασμού αυτού στην επιβίωση είναι αβέβαιη και το ιδανικό δοσολογικό σχήμα δεν έχει ακόμη καθοριστεί.

Η αξία της μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας έχει μελετηθεί σε ασθενείς με καρκίνο σταδίου Β και C με σκοπό την εκρίζωση μικροσκοπικών μεταστάσεων και με αυτό τον τρόπο την αύξηση της πιθανότητας ίασης. Οι περισσότερες ενδείξεις από πλέον των 12 τυχαιοποιημένων προοπτικών μελετών σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική εκτομή καρκίνου του παχέος εντέρου αποκαλύπτουν ότι η χρήση της προφυλακτικής αυτής χημειοθεραπείας που περιλαμβάνει τη χορήγηση 5 FU μόνης ή σε συνδυασμό με άλλα κυτταροτοξικά φάρμακα) δεν μειώνει το ποσοστό υποτροπής ούτε παρατείνει την επιβίωση. Εντούτοις, τα αποτελέσματα δύο κλινικών μελετών έδειξαν ότι η χορήγηση 5 FU με έναν ανθελμινθικό παράγοντα, τη λεβαμισόλη, σε ασθενείς με καρκίνο σταδίου C μείωσε την πιθανότητα υποτροπής και προκάλεσε μέτρια αύξηση της επιβίωσης. Η λεβαμισόλη θεωρείται ότι επιδρά σ' αυτό το θεραπευτικό σχήμα ως μη ειδικός ανοσοδιαμορφωτής. Αντίθετα, σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αφαίρεση καρκίνου του ορθού, τα δεδομένα ελεγχόμενων μελετών αποκαλύπτουν ότι η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, όταν συνδυάζεται με χημειοθεραπεία, μειώνει την πιθανότητα τοπικών υποτροπών και αυξάνει το ενδεχόμενο ίασης. Επίσης ενθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα με τη χορήγηση ιντερφερόνης και 5 FU.

Θεωρείται δεδομένο ότι η χημειοθεραπεία, αν και μη αποτελεσματική όταν χορηγείται προφυλακτικά σε ασθενείς με καρκίνο, επιδρά ως ευαισθητοποιός ουσία στην ακτινοβολία που χορηγείται σε άτομα που χειρουργήθηκαν για καρκίνο του ορθού και με αυτό τον τρόπο αυξάνει την βιολογική επίδραση της ακτινοθεραπείας¹².

Δ. ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Το ανθρωπινό DNA έχει περίπου 100000 γονίδια και μέχρι τις αρχές του 21^{ου} αιώνα όπου και αναμενεται να έχει τελειώσει η χαρτογραφηση του ανθρωπίνου γονιδιωματος θα γνωρίζουμε τι ακριβώς κάνει κάθε γονίδιο στον οργανισμό σε φυσιολογικές συνθήκες. Έτσι, οποιαδήποτε παρεκκλιση από το φυσιολογικό θα μπορεί να διαπιστωθεί και να διορθωθεί.

Ο καρκίνος είναι μια γενετική ανωμαλία. Όλα αρχίζουν όταν ένα κυτταρο παθαίνει βλάβη στο DNA. Η διορθωση με οποιοδήποτε τροπο αυτής της γενετικής βλάβης, σκοπο έχει την επαναφορα του καρκινικού κυτταρου στη φυσιολογική του κατασταση.

Υπαρχουν σημερα μηχανισμοι και τροποι με τους οποιους μπορούμε να μεταφερούμε γονίδια σε συγκεκριμένους στοχους στον οργανισμό με σκοπο την επισκευη, την αντικατασταση η την αφαιρεση γονιδιων που παρουσιαζουν δυσλειτουργια.

Η γενετική μηχανική δίνει σημερα την δυνατοτητα στους επιστημονες να επεμβαινουν στο γενετικό υλικό του κυτταρου. Κοβουν, αφαιρουν και επανασυνδεουν γονίδια, δηλαδή παρεμβαινουν στο γενετικό υλικό με σκοπο τη γενετική βλάβη.

Αυτό μπορεί να γίνει με:

- 1) Με την αφαιρεση του γονιδιου που έχει τη βλάβη.
- 2) Την επιτοπια επισκευη του.
- 3) Την αντικατασταση του.
- 4) Την επιτοπια καταστροφη του.

Η χρηση ορισμενων ιων ως οχηματα στα οποια μπορούμε να φωτωσημε ένα γονίδιο και να το στείλουμε σε συγκεκριμένο στοχο στον οργανισμό, είναι πλέον δυνατή. Αρκετες εκατονταδες αρρωστων



εχουν υποβληθει σε γονιδιακη θεραπεια.Στο μελλον η θεραπευτικη αυτη διαδικασια θα είναι κοινη πρακτικη.

Η γονιδιακη θεραπεια είναι μια νεα μορφη θεραπευτικης μετα την χειρουργικη, την ακτινοθεραπεια και την χημειοθεραπεια που προς το παρον δεν τις αντικαθηστα, αλλα τις συμπληρωνει.²²

5.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του ΚΠΕ έχει άμεση σχέση με το στάδιο στο οποίο πρωτοδιαγνώστηκε.

Έτσι αν έχει διαγνωστεί στο στάδιο 0, τα ποσοστά 5τούς επιβίωσης είναι 95%. Στο στάδιο I το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης είναι 90-85%. Εάν διαγνωστεί στο στάδιο II, τότε τα ποσοστά πέφτουν στο 70-75% για 5ετή επιβίωση. Στο στάδιο III το ποσοστό είναι 35%-65% και στο στάδιο IV, η ασθένεια θεωρείται ανίατη με μηδενική πιθανότητα πενταετούς επιβίωσης⁴. Μετεγχειρητικός επιβάλλεται η στενή παρακολούθηση των ασθενών, για το ενδεχόμενο υποτροπής, παρουσίας πολύποδων ή διαφυγής στην απάρχοντος όγκου, με προγραμματισμένο συνδυασμό κολοσκοπήσεων, ακτινολογικών εξετάσεων και προσδιορισμών του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου²¹.

ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του παχέος εντέρου αρχίζει από τα πρώτα στάδια που θα διαγνωσθεί ο καρκίνος. Σε όλα αυτά τα στάδια ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τη περιλαμβάνει τα εξής:

- Υποστήριξη και βοήθεια του ασθενούς στην περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων
- Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψεως του ασθενούς.
- Βοήθεια κατά την εφαρμογή θεραπείας.
- Συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς.
- Βοήθεια του ασθενούς για να υποστεί την κολοστομία και να ζήσει με αυτήν.
- Αναγνώριση των ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ασθενούς.

1.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τη στη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι πολύ σημαντικός. Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που ενισχύει τον ασθενή ψυχολογικά και τον προετοιμάζει για τις διαγνωστικές μεθόδους στις οποίες θα υποβληθεί.

Η προετοιμασία του ασθενούς τόσο στην ορθοσκόπηση όσο και στην σιγμοειδοσκόπηση περιλαμβάνει:

- Ενημέρωση του ασθενούς για την εξέταση και τι πρόκειται να του συμβεί.
- Ενημέρωση του ασθενούς για αποχή από τις τροφές 8-10 ώρες πριν από την εξέταση.
- Εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενό του με υποκλυσμό, την προηγούμενη από την ενδοσκόπηση ημέρα και το πρωί της ίδιας ημέρας, πάντοτε όμως δύο ώρες πριν από την ενδοσκόπηση για να ελαττωθεί η υπερκινητικότητα του εντέρου. Σε περίπτωση που η εκκένωσή του δεν είναι ικανοποιητική ή μέρος από το υγρό του υποκλυσμού έμεινε μέσα στον εντερικό σωλήνα, ενημερώνεται ο γιατρός, προτού να αρχίσει την ενδοσκόπηση. Το υγρό του υποκλυσμού αποφεύγεται να είναι ερεθιστικό στο βλεννογόνο, για να μη δημιουργηθεί λανθασμένη εικόνα την ώρα της εξετάσεως. Εάν ο ασθενής έχει φυσιολογική κένωση του εντερικού σωλήνα, ο υποκλυσμός δεν γίνεται.
- Τοπική καθαριότητα.

Η εξέταση αυτή γίνεται στον ενδοσκοπικό τμήμα του νοσοκομείου ή της κλινικής. Ο ασθενής τοποθετείται σε γονατοαγκωνιαία θέση στο εξεταστικό κρεβάτι και καλύπτεται με σεντόνι το οποίο έχει άνοιγμα στην περιοχή του σφιγκτήρα του ορθού.

Ο γιατρός αρχικά κάνει δακτυλική εξέταση του ορθού και κατόπιν αφού επαλείψει με βαζελίνη το ορθοσκόπιο, το εισάγει με ήπιες κινήσεις μέσα στο ορθό και το σιγμοειδές. Για να επιτύχει η ορθοσκόπηση αρχικά απομακρύνονται βλέννες, υπολείμματα κοπράνων από τα τοιχώματα του εντέρου καθώς και υγρά.

Μετά την εξέταση αφαιρείται από τον γιατρό το ενδοσκόπιο. Η ναοσηλεύτρια-της καθαρίζει την πρωκτική περιοχή και βοηθάει τον ασθενή

να επιστρέψει στο κρεβάτι. Στην συνέχεια, τακτοποιεί τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν.

Κατά τον βαριούχο υποκλυσμό η προετοιμασία του ασθενούς περιλαμβάνει τα εξής:

- Εξήγηση της διαδικασίας που πρόκειται να του συμβεί.
- Εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενό του με καθαρτικό υποκλυσμό το βράδυ της παραμονής και το πρωί της ημέρας της εξέτασης.

Χορήγηση εύπεπτης τροφής και χωρίς να αφήνει υπολείμματα την προηγούμενη ημέρα της εξετάσεως.

Στον ασθενή που έχει μεταφερθεί στο ακτινολογικό εργαστήριο, γίνεται βαριούχος υποκλυσμός και η εξέταση ονομάζεται διάβαση εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό. Ενώ το βάριο προωθείται στα τμήματα του παχέος εντέρου, γίνεται ακτινοσκοπικός έλεγχος κατά τον οποίο φαίνεται ο αυλός και η κινητικότητα του εντέρου.

Μετά την εξέταση η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει την λήψη άφθονων υγρών ώστε να απομακρυνθεί το βάριο από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Επίσης, πληροφορεί τον ασθενή ότι το βάριο θα αποβάλλεται με την κανονική λειτουργία του εντέρου (σαν άσπρη κένωση).

Ειδικές πληροφορίες: Κατά την ορθοσιγμοειδοσκόπηση δίνεται απαραίτητη προσοχή σε άτομα με ελαττωμένη καρδιακή λειτουργία ώστε να παραμείνουν ήρεμα κατά την διάρκεια της εξέτασης. Συνήθως χορηγείται ελαφρύ κατευναστικό ή ηρεμιστικό σε πολύ αγχώδεις ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση του ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου συνίσταται στην προεγχειρητική ετοιμασία και μετεγχειρητική φροντίδα.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

συνίσταται σε:Γενική,Τοπική και Τελική.

I. Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

A) Την ψυχολογική προετοιμασία. Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο και πρόκειται να χειρουργηθεί διακατέχεται από άγχος και φόβο για το άγνωστο. Πολύ περισσότερο, ο συγκεκριμένος ασθενής ο οποίος έχει να αντιμετωπίσει και το γεγονός της μόνιμης αναπηρίας.

Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποιητική πορεία της νόσου και στην αποκατάσταση της υγείας του. Είναι πολύ σημαντικό για κάθε ασθενή, τόσο ο ψυχικός όσο και ο σωματικός παράγοντας να βρίσκεται στην καλύτερη δυνατή κατάσταση, όταν πρόκειται να χειρουργηθεί. Είναι γνωστό ότι η έλλειψη ψυχικής ηρεμίας επηρεάζει άμεσα την ισορροπία του οργανισμού με αποτέλεσμα την εμφάνιση σοβαρών μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως Shock κ.α. Καθήκον λοιπόν της νοσηλεύτριας-τη είναι να ενημερώσει τον ασθενή, να του εξηγήσει τι πρόκειται να του συμβεί. Οι εξηγήσεις βέβαια που θα δοθούν στον ασθενή θα εξαρτηθούν από το μορφωτικό του επίπεδο και το βαθμό αποδοχής της «παραφύσιν έδρας». Εάν ο ασθενής πρόκειται να κάνει προσωρινή κολοστομία, η αποδοχή της είναι ευκολότερη και έτσι η νοσηλεύτρια της άνετα εξηγεί σ' αυτόν το είδος της επεμβάσεως και την προσωρινή του αναπηρία. Ο ασθενής όμως που θα υποστεί μόνιμη

κολοστομία χρειάζεται την ευκαιρία να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του, χρειάζεται συμπαράσταση, ψυχολογική ενίσχυση και τόνωση του ηθικού του. Η πιο αποδοτική ενίσχυση και ενθάρρυνση γι' αυτόν είναι η επίσκεψη ενός ατόμου που έχει μόνιμη κολοστομία, την οποία έχει αποδεχθεί και ζει και εργάζεται φυσιολογικά.

- Β) Την σωματική τόνωση. Χορηγείται τροφή πλούσια σε θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη για την σημαντική τόνωση του οργανισμού και μείωση του περιεχομένου του εντέρου. Χορηγούνται από το στόμα ή με μορφή υποκλυσμού αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου. Ο ασθενής αρχίζει αντιβίωση. Το έντερο προετοιμάζεται για την εγχείρηση. Τις πέντε τελευταίες ημέρες πριν από την εγχείρηση χορηγείται ελαφρό υπακτικό όπως γάλα μαγνησίας και τροφή με λίγα κατά το δυνατόν υπολείμματα. Την παραμονή της εγχειρήσεως χορηγείται υδρική δίαιτα, το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί της ημέρας της εγχειρήσεως. Επίσης, επειδή οι ασθενείς σε κάθε εγχείρηση χάνουν υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμετούς, κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά.
- Γ) Τη φροντίδα για να γίνουν όλες οι απαραίτητες κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις.
- Δ) Την καθαριότητα του ασθενούς. Αυτή συνίσταται σε:
1. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Το έντερο προετοιμάζεται για την εγχείρηση, με χορήγηση τροφών με όσο το δυνατόν λιγότερα υπολείμματα καθώς επίσης, τις πέντε τελευταίες ημέρες πριν από την εγχείρηση χορηγείται ελαφρό υπακτικό όπως γάλα μαγνησίας. Ακόμη, γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της

παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Η νοσηλεύτρια-της παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και ενημερώνει ανάλογα την προϊσταμένη του τμήματος ή τον γιατρό.

2. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Την παραμονή της εγχειρήσεως γίνεται λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μολύνσεων.
- E) Την εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Η αϋπνία και η κόπωση από αυτήν, προδιαθέτουν στην μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμα στην εμφάνιση επιπλοκών. Για την αποφυγή λοιπόν της αϋπνίας και με σκοπό την εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως, ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.
- II. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία. Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην αποτρίχωση, καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις. Στην συγκεκριμένη επέμβαση το εγχειρητικό πεδίο περιλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του κορμού από το ύψος των θηλών των μαστών μέχρι κάτωθεν την ηβικής σύμφυσης. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην καλή καθαριότητα του ομφαλού και των βουβωνικών πτυχών.
- III. Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

A) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια-της κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση, παρατηρεί τυχόν παρέκκλιση των ζωτικών σημείων από τα φυσιολογικά όρια.

B) Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς. Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως ο νοσηλευτής-τρια:

- Βοηθάει τον ασθενή να φορέσει τη ρόμπα του χειρουργείου, τα ποδονάρια και το χειρουργικό σκουφάκι. Τοποθετεί στο χέρι του ταυτότητα με το ονοματεπώνυμο και την κλινική.
- Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες.
- Αφαιρεί κοσμήματα, τα οποία παραδίδονται για φύλαξη σε συγγενικό πρόσωπο του ασθενούς ή στην προϊσταμένη του τμήματος.
- Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστεως.

Γ) Προναρκωση.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Μετα την αποχωρηση του ασθενη για το χειρουργειο ο νοσηλευτης πρεπει να ετοιμασει το περιβαλλον του ασθενη.

Το κρεβατι πρεπει:

1.Να είναι ζεστο

2.Να είναι χωρις μαξιλαρι

3.Να τοποθετειται προστατευτικο μαξιλαρι στο πανω κιγκλιδωμα του κρεβατιου.

4. Να είναι ανοιχτό από όλες τις μεριές

5. Να έχει τοποθετηθεί πετσέτα προσώπου και αδιαβροχο κεφαλής.

Στο κομοδίνο τοποθετείται τετραγωνό αλλαγών, ποτηρί με δροσερό νερό, πορτ κόντον και τολυπία βαμβάκος.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ

Αποτελεί πολύ σημαντική διαδικασία. Η μετεγχειρητική φροντίδα ξεκινάει από τη στιγμή που θα επιστρέψει ο ασθενής στον θάλαμο μετά την εγχείρηση και τελειώνει με την πλήρη αποκατάσταση του ασθενή. Αυτή περιλαμβάνει

1. Την προφύλαξη του ασθενή από ρευμάτα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο.

2. Την κατάλληλη θέση του αρρωστού στο κρεβάτι.

3. Τον έλεγχο της κατάστασής του τραύματος και την παρακολούθησή του.

4. Τη σύνδεση των παροχέτευσεων ή του καθετήρα.

5. Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές δυσχερείες και επιπλοκές.

6. Την παρακολούθηση του ασθενή μέχρι την αφύπνισή του.

7. Την ανακούφιση του αρρωστού από τον πόνο και άλλες δυσκολίες.

8. Τη φροντίδα του τραύματος²⁴.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΟΥ – ΧΡΗΣΗ ΣΑΚΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΗ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΚΑΙ ΦΙΛΤΡΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ ΑΕΡΙΩΝ

Οι αυτοκόλλητοι σάκοι κολοστομίας εφαρμόζονται σε υγιές δέρμα. Για την αποφυγή πιθανού δερματικού ερεθισμού, που προκαλείται από τις επανειλημμένες αλλαγές των αυτοκόλλητων σάκων, εφαρμόζουμε γύρω από το στόμιο ένα λεπτό στρώμα από ζελατινούχο πήκτωμα Skin Gel της Hollister. Ο σάκος στο επάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής αερίων από ενεργό άνθρακα, που συγκρατεί τις δυσάρεστες οσμές. Μερικές φορές τα τοιχώματα του σάκου κολλούν μεταξύ τους, όταν ασκείται πίεση σε αυτά κατά την εφαρμογή του σάκου, εξαιτίας του κενού αέρα στο κλειστό σύστημα του σάκου. Για την πρόληψη αυτής της κατάστασης τοποθετούμε μέσα στον σάκο ένα τσαλακωμένο χαρτοβάμβακα.

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

Αντικείμενα:

1. Δίσκος που περιέχει:
 - Μπώλ με τολύπια και χαρτοβάμβακα
 - Φυσιολογικό ορό και P_hiso Hex
 - Σετ αλλαγής
 - Νεφροειδές
 - Αδιάβροχο με τετράγωνο
2. Skin Gel της Hollister
3. Πάστα Karaya
4. Σάκοι Κολοστομίας
5. Πλαστικός σάκος για τη συλλογή της μιας χρήσης του σάκου.
6. Σαπούνι, νερό και τρίφτης.

Διαδικασία

Φάση προετοιμασίας

Χρησιμοποιώντας διαμετρώμετρο στομίων, διαλέγουμε το διαμέτρημα που εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το αγγίζει. Δίνουμε στον άρρωστο αναπαυτική θέση, τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία.

Αφού εξηγήσουμε στον άρρωστο τις λεπτομέρειες αποκαλύπτουμε την περιοχή του στομίου και αφαιρούμε τον σάκο κολοστομίας. Τυλίγουμε τον χρησιμοποιημένο σάκο και τον βάζουμε στον πλαστικό σάκο αχρήστων. Επίσης τοποθετούμε το νεφροειδές (καλυμμένο από μία πλευρά με χαρτοβάμβακα) κάτω από το στόμιο σε εφαρμογή με το σώμα.

Φάση εκτέλεσης

Καθαρίζουμε καλά με χλιαρό νερό ή σαπουνόνερο και στεγνώνουμε την περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις. Πλένουμε τα χέρια μας και ανοίγουμε το σετ αλλαγής. Καθαρίζουμε το στόμιο, χρησιμοποιώντας λαβίδα με Physohex και ισότονο διάλυμα Nad, αρχίζοντας από το κέντρο προς την περιφέρεια, με κυκλικές κινήσεις, όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό. Απομακρύνουμε το νεφροειδές με το χαρτοβάμβακα και στεγνώνουμε καλά το στόμιο με ήπιες κινήσεις. Αν υπάρχει ένδειξη δερματικού ερεθισμού επαλείφουμε με Skin Gel.

Αφαιρούμε το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας. Κρατώντας από το προστατευτικό των δύο

λουρίδων, στα πλάγια, φέρνουμε το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στομίου.

Εφαρμόζουμε πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας αρχίζοντας την τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο. Πιέζουμε σταθερά προς τα κάτω και έξω, ισιώνοντας συγχρόνως τόσο το δέρμα όσο και αυτοκόλλητη επιφάνεια. Κολλάμε με τον ίδιο τρόπο το επάνω μέρος. Αν το στόμιο είναι ασύμμετρο, για να καλύψουμε τις δερματικές πτυχές χρησιμοποιούμε πάστα Karaya. Τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση και απομακρύνουμε τα αντικείμενα καθώς τον χρησιμοποιούμενο σάκο στο εξωτερικό δοχείο απορριμάτων.

ΠΛΥΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Σκοποί:

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

Αντικείμενα:

1. Δοχείο υγρού πλύσης
2. Δοχείο για το υγρό επιστροφής

3. Υγρό πλύσης 500-1500 ml (χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα – 4gr αλάτι σε 500 ml νερό – ή άλλο διάλυμα που παράγγειλε ο γιατρός) θερμοκρασίας 40,5 °C.
4. Καθετήρας από μαλακό ελαστικό Νο 22 ή 24 με κάποιο είδος θωράκισης για την παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού πλύσης (ή μαλακό ελαστικό ή πλαστικό κώνο – Laird tip).
5. Μανική ή περίβλημα πλύσης, αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με ζώνη (μπορεί ακόμα να χρησιμοποιηθεί ένα τυλιγμένο σε ρολό αδιάβροχο για την παροχέτευση του υγρού πλύσης)
6. Πλαστικός σάκος για τη συλλογή των υγρών γαζών και της μιας χρήσεως σάκου.
7. Χαρτί τουαλέτας και υδατοδιαλυτό γλισχραντικό
8. Λαβίδα Kocher.

Διαδικασία

Φάση προετοιμασίας

Διαλέγουμε τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση και κάνουμε την ίδια πάντα ώρα της κάθε ημέρας. Αφού ενημερώσουμε τον άρρωστο για το είδος της νοσηλείας τον προτρέπουμε να παρακολουθεί την διαδικασία. Κρεμάμε το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50 cm πάνω από το στόμιο (στο ύψος του ώμου όταν ο άρρωστος κάθεται). Βάζουμε τον άρρωστο να καθίσει στη λεκάνη της τουαλέτας ή σε μια καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα. Αφαιρούμε τις γάζες και τον σάκο και τα βάζουμε στο πλαστικό σάκο αχρήστων.

Φάση εκτέλεσης

Τοποθετούμε το μανίκι πλύσης ή το περίβλημα στο στόμιο και το άλλο άκρο του μέσα στην λεκάνη. Αφήνουμε λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα από τον σωλήνα και τον καθετήρα ή κώνο για να αφαιρεθεί ο αέρας από την συσκευή, ώστε να μην εισαχθεί μέσα στον κόλο και προκαλέσει κωλικό πόνο. Αλείφουμε τον καθετήρα ή κώνο με γλίσχραντική ουσία και ήπια τον τοποθετούμε μέσα στο στόμιο. Ο καθετήρας δεν πρέπει να μπει πάνω από 8 cm. Πιέζουμε το στήριγμα του καθετήρα ή του κώνου απαλά αλλά σταθερά προς το στόμιο για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού.

Αν ο καθετήρας δεν προχωρεί εύκολα, αφήνουμε το νερό να ρέει αργά, ενώ ήπια σπρώχνουμε τον καθετήρα. Η αργή ροή του νερού βοηθά στη χαλάρωση του εντέρου και διευκολύνει το πέρασμα του καθετήρα.

Αφήνουμε το νερό να μπει στο κόλο αργά. Αν ο άρρωστος αισθανθεί κράμπα κλείνουμε τον σωλήνα και αφήνουμε τον άρρωστο στο να ξεκουραστεί πριν προχωρήσουμε. Το νερό πρέπει να μπει σε 5-10 min. Κρατάμε το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο στη θέση του για 10 sec μετά την είσοδο του νερού. Μετά ήπια τον αφαιρούμε.

Αφήνουμε 10-15 min για την μέγιστη επιστροφή γιατί το περισσότερο νερό, τα κόπρανα και τα αέρια εξωθούνται σε 10-15 min. Κατόπιν στεγνώνουμε το κάτω άκρο του μανικιού ή περιβλήματος και το κλείνουμε με Kocher.

Αφήνουμε το μανίκι ή περίβλημα στη θέση του περίπου 20 min καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί.

Φάση παρακολούθησης

Καθαρίζουμε την επιφάνεια με ήπιο σαπούνι και νερό και την σκουπίζουμε. Ο καθαρισμός και το στέγνωμα, για να εξασφαλίζουν στον άρρωστο ώρες άνεσης. Επαλείφουμε με σκεύασμα καράγια ή άλλο φραγμό. Αντικαθιστούμε τον σάκο και τις γάζες. Τέλος καθαρίζουμε τα αντικείμενα με σαπούνι και νερό και τα στεγνώνουμε προτού τα φυλάξουμε σε καλά αεριζόμενο χώρο¹⁹.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Η κολοστομία φαινομενικώς μίας απλή και εύκολη επέμβαση, ακολουθείται από μία σειρά από μετεγχειρητικές επιπλοκές οι οποίες σε παλιότερες στατιστικές συνεπάγοντο ένα ποσοστό θνητότητας 13,4%.

Σήμερα βέβαια με την αναγνώριση των σφαλμάτων και την ορθή αντιμετώπιση όλο και πιο σπάνια παρουσιάζονται οι επιπλοκές αυτές.

1. Πρόπτωση του λεπτού εντέρου. Πρόπτωση μιας εντερική έλικας ή του επίπλου είναι δυνατόν να γίνει είτε μέσα στις πρώτες 48 ώρες είτε, σπανιότερα, τη δεύτερη βδομάδα από την εγχείρηση. Παράγοντες που προδιαθέτουν στην επιπλοκή αυτή είναι: ο επίμονος βήχας, ο ειλεός, η παρουσία ασκτικού υγρού και η κακή τεχνική. Κλινικώς παρατηρείται δίπλα από το στόμιο της κολοστομίας και συνήθως στο άνω – έσω τεταρτημόριο ο ορογόνος της έλικας ή το επίπλου.

Εφόσον διαπιστωθεί η πρόπτωση, εκπλένεται το προπίπτον όργανο και ανατάσσεται και σαν διαπιστωθεί χάσμα, τοποθετούνται 3 ή 4 μεμονωμένες ραφές με μη απορροφήσιμο ράμμα.

2. Σχηματισμός συριγγίου και διάτρηση. Μερικές φορές σχηματίζεται συρίγγιο μεταξύ του προ της κολοστομίας τμήματος του σιγμοειδούς και του δέρματος γύρω από την κολοστομία.

Η πιθανότερη αιτία είναι κάποια ραφή η οποία τοποθετήθηκε για τη στερέωση του εντέρου, να πέρασε ολόκληρο το πάχος του τοιχώματος και να αποτέλεσε την αιτία μιας μικρής διαφυγής, η οποία οδήγησε στη δημιουργία συριγγίου.

Εχει επίσης περιγραφεί διάτρηση του σιγμοειδούς από σωλήνα που εισάγεται στην κολοστομία για πλύσεις ή εισαγωγή παραφινελαίου, σε περιπτώσεις δυσλειτουργίας. Η κλινική συμπτωματολογία είναι: έντονη διότι ο άρρωστος αισθάνεται αιφνίδιο οξύ πόνο κατά τη φάση εισαγωγής του καθετήρα και σύντομα αναπτύσσει σημεία περιτονίτιδας. Η αντιμετώπιση και στη μία και στην άλλη περίπτωση είναι χειρουργική. Εκτέμνεται το στόμιο της κολοστομίας μαζί με το περιφερικό τμήμα του εντέρου, όπως και στη στένωση του στομίου και ανασχηματίζεται η σιγμοειδοστομία.

3. Στένωση του δέρματος της κολοστομίας. Αποτελεί την πιο συνήθη απώτερη επιπλοκή μιας κολοστομίας.

Οφείλεται στη συρρίκνωση του συνδετικού ιστού ο οποίος σχηματίζεται γύρω από το χείλος της κολοστομίας. Όταν γίνεται αμέσως η συρραφή του βλεννογόνου του στομίου προς το δέρμα η επιπλοκή αυτή είναι πιο σπάνια, διότι δεν σχηματίζεται στην περιοχή αυτή άφθονος συνδετικός ιστός.

Η στενωμένη κολοστομία προκαλεί διάφορα προβλήματα δυσλειτουργίας του εντέρου. Οι άρρωστοι παραπονούνται για κοιλιακή δυσφορία ή και διάταση, καθώς και ότι η κένωση του

εντέρου γίνεται συνεχώς και σε μικρές ποσότητες θεραπευτικούς, στ' αρχικά στάδια μπορεί να γίνονται διαστολές, σε ημερήσια βάση, και από τον ίδιο τον άρρωστο. Εάν επιδεινωθεί, χρειάζεται χειρουργική διόρθωση. Με τοπική αναισθησία γίνεται κυκλώτερης τομή 0,5 εκ γύρω από το υπάρχον στόμιο της κολοστομίας και αφαιρείται μαζί με τον ινώδη δακτύλιο, που έχει σχηματισθεί στο υποδόριο. Μαζί κόβεται και το τμήμα του εντέρου που προσβάλλει. Ακολούθως γίνεται νέα συνένωση του βλεννογόνου του εντέρου με το δέρμα, με μεμονωμένες ραφές αναρροφήσιμου ράμματος.

2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων, όπως είδαμε, προκαλούν ναυτία, εμέτους, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας το μυελού των οστών.

Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα.

Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Προβλήματα του αρρώστου

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπανία).
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροι).
4. Διαταραχή υγρών – ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια).
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

Σκοποί της φροντίδας

1. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
3. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.

Παρέμβαση

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας

5. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
11. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προβλήματα του αρρώστου

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου (αναιμία).
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου στη στοματική κοιλότητα).

3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου.
5. Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία).
6. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία).
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον.
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, αριθμητικός και χρονικός περιορισμός επισκεπτηρίου).

Περέμβαση

1. Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρησή του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτε κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.
3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.
4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν.

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, σε γενικές γραμμές, ως εξής:

1. Ναυτία και έμετοι

- α. Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- β. Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά
- γ. Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας
- δ. Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου

2. Αντιδράσεις από το δέρμα

- α. Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση
- β. Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα
- γ. Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα, να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη
- δ. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό
- ε. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέυ και γαζών Lanettwax

3. Διάρροια

- α. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
 - β. Χορήγηση διαίτας με μικρό υπόλειμμα
4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

- α. Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών
 - β. Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά)
 - γ. Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας.
 - δ. Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς
5. Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών
- α. Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς
 - β. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες
6. Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.
7. Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία)²³.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Σήμερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση έχει γίνει παγκόσμιο σύνθημα επιβίωσης και έχουν ακινητοποιηθεί όλοι οι φορείς, πολιτεία, τοπική Αυτοδιοίκηση, Επιστημονικοί Οργανισμοί, Νοσηλευτικό και Ιατρικό Προσωπικό. Ο Νοσηλεύτης έχει εξέχοντα ρόλο στην εκστρατεία αυτή κατά του καρκίνου και η συμβολή του είναι απαραίτητη για την επιτυχία του επίπνου αυτού έργου. Σε όλα τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου παχέος εντέρου και ορθού οι Νοσηλεύτες έχουν άμεση και καίρια συμμετοχή και αποτελούν το βασικό παράγοντα ενημέρωσης και διδασχής του ελεγχόμενου πληθυσμού.

Εχω άμεση γνώση και πείρα της ευελιξίας και σημαντικής συμβολής των Νοσηλευτών στον πληθυσμιακό έλεγχο, συμπτωματικών ατόμων με το Haemoccult Test για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού. Ο πληθυσμιακός αυτός έλεγχος στην ουσία γίνεται από το Νοσηλευτικό προσωπικό και η περαιτέρω αναγκαία κλινική και εργαστηριακή εξέταση από τους ιατρούς. Από την ανάλυση του προγράμματος πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου φαίνεται και αναδεικνύεται ο ρόλος του Νοσηλεύτη.

Σήμερα η ελπίδα βελτίωσης της επιβίωσης στηρίζεται στη ανεύρεση εύκολης μεθόδου πρόληψης, η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού σε πρώιμο στάδιο, που είναι δυνητικά ιάσιμος με χειρουργική θεραπεία. Είναι παραδεκτό ότι η πλειοψηφία των καρκίνων του παχέος εντέρου και ορθού προέρχονται από εξαλλαγή καλοήθων αδενωματωδών πολυπόδων.

Η αξία της ανίχνευσης της αφανούς αιμορραγίας έγινε νωρίς αντιληπτή και άρχισε να συζητείται και εφαρμόζεται το γνωστό σήμερα Haemoccult Test, η προσφορά του οποίου στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού έχει αναγνωρισθεί και χορηγείται σε ασυμπτωματικά άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών διεθνώς.

Η συμμετοχή του κοινού έχει βασική σημασία για την επιτυχία του πληθυσμιακού ελέγχου. Στη Γαλλία και Αγγλία η απλή ταχυδρόμηση Haemoccult Test έχει ποσοστό συμμετοχής 52-55% στα άτομα ηλικίας 60-75 ετών. Στον ελληνικό χώρο έχει επιτευχθεί ποσοστό συμμετοχής ...8%, που είναι υψηλότερο διεθνώς και το αποδίδουμε στην προσωπική επαφή και ενημέρωση ιατρών – νοσηλευτριών με τα ελεγχόμενα άτομα. Γενικά όμως για να πετύχει ο προληπτικός έλεγχος πληθυσμού η εκπαιδευτική και ενημερωτική στρατηγική πρέπει να σχεδιασθεί για κάθε ομάδα ατόμων.²⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Α)1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Άντρας ασθενής ηλικίας 60 ετών εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού κρατικού Νικαιας, παραπονουμενος για πόνο στην κοιλιά και διαταραχές στην αφοδευση. Οι κενώσεις του περιείχαν βλεννα, ήταν επί το πλείστον διαρροϊκές και κάποιες φορές ήταν αιματηρες. Τον τελευταίο καιρό είχε χάσει την όρεξη του και γιαυτο είχε απώλεια βαρους. Ο έντονος πόνος των τελευταίων ημερών οδήγησε τον άρρωστο στο νοσοκομείο.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το προσωπικό ιστορικό του ασθενη, περιεχει κάποια μορφή κολίτιδας συνοδευόμενη από πεπτικά ενοχλήματα όπως πόνος και διαταραχές στις κενώσεις.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Υπάρχει ιστορικό καρκίνου πάχους εντέρου σε συγγενικό του περιβάλλον.

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κοιλιακή χώρα ήταν διατεταμένη με ύπαρξη τυμπανικών ηχων. παρουσιάστηκαν ίχνη αίματος κατά τη δακτυλική εξέταση και έγινε εισαγωγή για περαιτέρω εξετάσεις.

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ 37,2οC

ΠΙΕΣΗ 130/80 mm/hg

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο αιματολογικός έλεγχος έδειξε,4.000.000/mm ερυθρα,8.600/mm λευκα,200.000/mm αιμοπεταλια,Ltc 40% Hb 14g.Ο βιοχημικός έλεγχος έδειξε 90mg% γλυκοζη,14mg% ουρια,7mg% ουρικό οξύ.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Έγινε βαριουχος υποκλυσμός και ακτινογραφία εντέρου η οποία έδειξε την ύπαρξη σκιαγραφικού ελλείμματος περιορισμένης έκτασης στην ορθοσιγμοειδικη καμπη. Αργότερα έγινε σιγμοειδοσκοπηση με την οποία έγινε μακροσκοπική εκτίμηση του όγκου και έγινε λήψη ιστού για βιοψια.Η βιοψία έδειξε κακοήθεια με λεμφαδενικες μεταστασεις. Αποφασιστηκε η χειρουργική αφαίρεση του όγκου και η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ανασφάλεια και φόβος του ασθενή για την χειρουργική επέμβαση	Να ξεπεράσει ο ασθενής τον φόβο και την ανασφάλεια του	Ενημέρωση του ασθενή με κάθε λεπτομέρεια για την εγχείρηση και την μετεγχειρητική πορεία	Εξηγούμε με απλά και κατανοητά λόγια στον ασθενή πως αυτού του είδους οι εγχειρήσεις είναι εύκολες πλέον, πως δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο και πως δεν υπάρχουν οι επιπλοκές που υπήρχαν τα προηγούμενα χρόνια.	Ο ασθενής δεν δείχνει φόβο και αγωνία τώρα πια.
Συναισθηματική φόρτιση, άγχος και ανασφάλεια εξαιτίας της κολοστομίας	Ανάκτηση της ηρεμίας και ψυχικής ισορροπίας του άρρωστου, καταπολέμηση του άγχους. Να νιώσει άνετα ο ασθενής με την ιδέα της κολοστομίας.	Να εξηγήσουμε στον άρρωστο γιατί χρειάζεται την κολοστομία. Να λύσουμε κάθε απορία του άρρωστου για την κολοστομία. Διαβεβαίωση του ασθενή για την ομαλή συνέχιση της ζωής του	Εξηγούμε στον άρρωστο ότι πολλοί άνθρωποι έχουν κολοστομία και δεν έχουν κανένα πρόβλημα. Τον φέρνουμε σε επαφή με άλλους ανθρώπους με κολοστομία. Τον διδάσκουμε για την χρήση της και τον καθαρισμό της. Ενημερώνουμε το οικογενειακό περιβάλλον για της ανάγκες του ασθενή στην συγκεκριμένη φάση που βρίσκεται	Ο ασθενής δείχνει να συνειδητοποιεί την αναγκαιότητα της κολοστομίας και νιώθει πιο άνετα για την ύπαρξη της στο σώμα του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Διάταση εντέρου λόγω δυσκοιλιότητας.	Ανακούφιση του ασθενή από το δυσάρεστο συναίσθημα και επαναφορά της κινητικότητας του εντέρου μέσα σε 24 ώρες.	Τοποθέτηση σωλήνα αέριων και αν χρειαστεί υποκλυσμός.	Ο σωλήνας αέριων δεν επανέφερε πλήρως την κινητικότητα του εντέρου και έγινε χρήση υποκλυσμού με τη βοήθεια του οποίου έγινε πλήρης αποβολή του περιεχομένου του εντέρου	Ανακούφιση και ηρεμία του ασθενούς της αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου.
Αιμορραγία από το ορθό λόγω ύπαρξης όγκου.	Αναπλήρωση των υγρών που χάνει ο ασθενής εντός 8 ωρών	Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών. Παρακολούθηση για συμπτώματα αφυδάτωσης.	Έγινε συχνή λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο. Έγινε προγραμματισμός και μέτρηση εισερχόμενων και αποβαλομένων υγρών. Χορηγήθηκε φυσιολογικός ορός ενδοφλεβίως.	Με τις διαδικασίες που πραγματοποιήθηκαν σταθεροποιήθηκε το ισοζύγιο υγρών του ασθενή και αποφεύχθηκε ο κίνδυνος αφυδάτωσης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Χειρουργική επέμβαση.	Προεγχειρητική προετοιμασία και πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών.	Προετοιμασία εντερικού σωλήνα για την επέμβαση. Ετοιμασία της χειρουργικής περιοχής. Χορήγηση προναρκωσής.	Χορήγηση διαίτας μόνο με υγρά 24 ώρες πριν την εγχείρηση. Υποκλυσμός 1 ώρα πριν την εγχείρηση. Προετοιμασία της περιοχής λίγο πριν την εγχείρηση με καθαρισμό και απομάκρυνση της τριχοφυΐας. Προναρκωση μίση ώρα πριν το χειρουργείο.	Ο ασθενής είναι έτοιμος για την εγχείρηση μετά την ολοκλήρωση της προεγχειρητικής ετοιμασίας.
Χειρουργικό τραύμα.	Πρόληψη επιπλοκών του χειρουργικού τραύματος.	Φροντίδα και συχνός καθαρισμός της χειρουργημένης περιοχής με άσηπτη τεχνική.	Περιποίηση και αλλαγή τραύματος με άσηπτη τεχνική.	Αποφεύχθηκε η μόλυνση του τραύματος και οι άλλες επιπλοκές που θα μπορούσαν να είχαν υπάρξει.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αιμορραγία από το τραύμα.	Αντιμετώπιση απώλειας αίματος και αντικατάσταση της χαμμένης ποσότητας.	Έλεγχος αιμορραγίας αιμοσταγή τεχνική και χορήγηση προϊόντων αίματος.	Πίεση του αιμοραγούντος σημείου με αποστειρωμένη γάζα. Λόγω αποτυχίας της μεθόδου έγινε απολινώσει του αιμορραγικού αγγείου από τον χειρουργό. Χορηγήθηκε μια μονάδα αίματος για την αποκατάσταση της αναιμίας.	Ελέγχθηκε η αιμορραγία και αποκαταστάθηκε η αναιμία.
Μετεγχειρητικός πόνος λόγω του ερεθισμού των νευρικών απολήξεων εξαιτίας ιστικής βλάβης από την επέμβαση.	Αντιμετώπιση του πόνου και προσπάθεια μείωση του ελάχιστο δυνατόν μέσα σε μισή ώρα.	Κατάλληλη θέση του ασθενή στο κρεβάτι. Περιορισμός ενοχλητικών για τον ασθενή παραγόντων του περιβάλλοντος. Χορήγηση αναλγητικών φάρμακων με εντολή γιατρού.	Μείωση του βάρους κλινοσκεπασμάτων επειδή σκούσαν πίεση στο τραύμα. Δόθηκε στον ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Περιορισμός θορύβων του περιβάλλοντος. Πραγματοποίηση συχνής αλλαγής στη θέση του αρρώστου κάθε μισή ώρα, ώστε να μην πιέζονται συγκεκριμένα σημεία του σώματος του. Κατόπιν εντολής γιατρού έγινε χορήγηση 1 amp aprotel για καταπολέμηση του πόνου.	Χάρη στις διαδικασίες που πραγματοποιήθηκαν επιτεύχθηκε η καταστολή του πόνου.

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</p> <p>Αδυναμία του οργανισμού λόγω του καταπύησης από την χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p> <p>Τόνωση του οργανισμού του ασθενή μέσα σε 48 ώρες.</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p> <p>Δίαιτα ελαφριά, εύπεπτη και όσο το δυνατόν πιο πλούσια σε θρεπτικά συστατικά. Καταπολέμηση ανορεξίας. Χορήγηση βιταμινών.</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p> <p>Χορήγηση διαίτας η οποία περιλαμβάνει υγρά, ζελέ σούπα, κρεμά ζελέ κοτόπουλο, αυγό. Παρουσίαση του γεύματος έτσι ώστε να προκαλέσει την πεινά του ασθενή και να καταπολεμήσει την ανορεξία του. Χορηγήθηκαν πολυβιταμινες για την ενδυνάμωση του οργανισμού του ασθενή.</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p> <p>Ο ασθενής επανέκτησε σε μεγάλο ποσοστό τις δυνάμεις του και πλέον είναι πιο κινητικός και τονωμένος.</p>
<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</p> <p>Διδασκαλία του άρρωστου σχετικά με την περιποίηση της κολοστομίας</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p> <p>Απόκτηση γνώσεων γύρω από την χρήση και την περιποίηση της κολοστομίας</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p> <p>Περιποίηση της κολοστομίας μαζί με τον άρρωστο και το οικείο περιβάλλον του</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p> <p>Πραγματοποίηση αλλαγών της κολοστομίας ,τις οποίες παρακολουθεί το οικείο περιβάλλον του άρρωστου και κάθε ενέργεια εφαρμόζεται με επεξηγηματικό τρόπο ώστε να κατανοήσουν κάθε λεπτομέρεια ενδιαφερόμενοι. Τονίστηκαν τα σημεία που χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή.</p>	<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p> <p>Ο άρρωστος και η οικογένεια του η εξοικειώθηκαν με τη χρήση και την περιποίηση της κολοστομίας.</p>

B)2^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γυναίκα ασθενής ηλικίας 62 ετών εισήλθε στην χειρουργική κλινική του γενικού κρατικού Νικαιας.Ανεφερε τα έξις συμπτώματα:Δυσκοιλιότητα προ τετραημερου,πονο αριστεράς κοιλιας,καταβολη δυνάμεων και απώλεια βάρους.Επιπλεον,παρατηρησε ίχνη αίματος στα κόπρανα.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Προ εικοσαετίας είχε παρουσιάσει πολύποδα στο νεφρό ο οποίος αφαιρέθηκε.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ύπαρξη καρκίνου πνεύμονα στο συγγενικό της περιβάλλον.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Έγινε ακτινογραφία θώρακος, η οποία ήταν φυσιολογική.Η γενική αίματος έδειξε:HT 35%,Hb 12,5 gr/dl,Λιμοπετάλια 300.000/mm,6.500/mm.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Έγινε βαριουχος υποκλυσμός και ακτινογραφία εντερου,στην οποία διαπιστώθηκε σιγμοειδικη πίεση και στένωση του κολου.Ετσι διαγνώσθηκε καρκίνος σιγμοειδούς και αποφασίστηκε αριστερά ημικολεκτομη και μόνιμη κολοστομία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗ Δυσκοιλιότητα λόγω τη στένωσης του αυλού του εντέρου από τον όγκο.	Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντερικού σωλήνα μέσα σε 48 ώρες.	Χορήγηση διαίτας πλούσιας σε φυτικές ίνες. Χορήγηση υπακτικών φαρμάκων. Ενθάρρυνση της ασθενούς για λήψη άφθονων υγρών. Κινητοποίηση της ασθενούς.	Με τη βοήθεια διαιτολόγου δόθηκε η κατάλληλη διαίτα. Χορηγήθηκε υπακτικό για 3 ημέρες. Η ασθενής πίνει 4 ποτήρια την ημέρα νερό. Η ασθενής άρχισε να περπατάει στον διάδρομο.	Αποκαταστάθηκε η ομαλή κινητικότητα του εντέρου. Η ασθενής πλέον πραγματοποιεί μια κένωση την ημέρα.
Κόπωση και μειωμένη αντοχή κατά την διάρκεια φυσιολογικών δραστηριοτήτων λόγω των γενικότερων συμπτωμάτων του καρκίνου.	Επανάκτηση των δυνάμεων της ασθενούς στον βαθμό που είναι εφικτό.	Επαρκής ανάπαυση, χορήγηση σακχαρούχων ορών και βιταμινών και χορήγηση σιδήρου.	Χορήγηση DW5% 1000cc με 1amp evaton για 3 μέρες, χορήγηση σιδήρου για 2 μέρες και παρότρυνση της ασθενούς να κοιμάται για τουλάχιστον 8 ώρες ημερησίως.	Η ασθενής κατάφερε να ανακτήσει σε μεγάλο βαθμό τις δυνάμεις της και έπαψε να παραπονιέται για αίσθημα κόπωσης.
Αιματηρές κενώσεις λόγω του όγκου.	Αντιμετώπιση της αιμορραγίας.	Έλεγχος για περιπίτωση αναιμίας, συχνή λήψη ζωτικών σημείων.	Έγινε έλεγχος Ht και Hb και επειδή βρέθηκαν πεσμένες οι τιμές τους, χορηγήθηκε 1 μονάδα αίματος. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων.	Η ασθενής εξακολουθεί να παρατηρεί αίμα στα κόπρανα όμως αυτό δεν επηρεάζει πλέον την γενικότερη της κατάσταση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αγωνία και φόβος του ασθενή για την χειρουργική επέμβαση.	Να ηρεμίσει ο ασθενής και να σταματήσει να ανησυχεί για την χειρουργική επέμβαση	Ενημέρωση του ασθενή για την εγχείρηση και την μετεγχειρητική της πορεία	Εξηγούμε στον ασθενή με λεπτομέρειες τι θα του συμβεί και ότι δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο αφού έχουν εξελιχθεί τα μέσα που γίνεται η επέμβαση σε σχέση με παλαιότερες επτοχές.	Η ασθενής δείχνει να μην ανησυχεί πλέον για την εγχείρηση
Συναισθηματική φόρτιση, άγχος και αγωνιά λόγω της κολοστομίας.	Ανάκτηση της ψυχικής ισορροπίας του άρρωστου και καταπόληση του άγχους που έχει σχέση με την κολοστομία	Να εξηγήσουμε στην άρρωστη την αναγκαιότητα της κολοστομίας και να την κάνουμε να μην αισθάνεται άσχημα για αυτή	Εξηγούμε στην άρρωστη πως η κολοστομία είναι πολύ σημαντική για την ζωή της. Την φέρνουμε σε επαφή και με άλλα άτομα που έχουν κολοστομία για να νιώσει πιο άνετα.	Η ασθενής αναγνωρίζει την αναγκαιότητα της κολοστομίας και δεν δείχνει να την ενοχλεί πλέον
Χειρουργική επέμβαση.	Προεγχειρητική προετοιμασία και πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών.	Προετοιμασία του εντερικού σωλήνα για την επέμβαση, ετοιμασία της χειρουργικής περιοχής, χορήγηση προναρκωσής	Χορήγηση δόσιων μόνο με υγρά μια μέρα πριν την επέμβαση, Πραγματοποιήθηκε υποκλυσμός λίγη ώρα πριν την επέμβαση, έγινε ετοιμασία της περιοχής που θα γίνει η εγχείρηση μισή ώρα πριν την επέμβαση. χορηγήθηκε προναρκωση μισή ώρα πριν το χειρουργείο.	Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία και η ασθενής είναι έτοιμη για την επέμβαση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Χειρουργικό τραύμα.	Πρόληψη επιπλοκών του χειρουργικού τραύματος	Φροντίδα και καθαρισμός της περιοχής με άσηπτη τεχνική	Περιποίηση και αλλαγή τραύματος με άσηπτη τεχνική.	Αποφεύχθηκε η μόλυνση και οι άλλες επιπλοκές; Που θα μπορούσαν να είχαν υπάρξει
Πόνος οφειλόμενος στην επέμβαση.	Καταπολέμηση του πόνου και ανακούφιση του ασθενή μέσα σε μίση ώρα.	Χορήγηση αναλγητικού σύμφωνα με ιατρική οδηγία, τοποθέτηση ασθενούς στην κατάλληλη θέση, μείωση του βάρους των κλινοσκεπασμάτων.	Χορήγηση Zideron amp 75 mg/ml για μείωση του πόνου, η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση και έγινε μείωση του βάρους των κλινοσκεπασμάτων.	Πραγματοποιήθηκε Υποχώρηση του πόνου και ανακουφίστηκε πλήρως η ασθενής.
Διδασκαλία της ασθενούς και του οικείου περιβάλλοντος της, για την χρήση και τον καθαρισμό της κολοστομίας.	Απόκτηση γνώσεων γύρω από την χρήση και τον καθαρισμό της κολοστομίας.	Περιποίηση της κολοστομίας μαζί με τον άρρωστο και το οικείο περιβάλλον του.	Πραγματοποίηση αλλαγών της κολοστομίας , τις οποίες παρακολουθεί το οικείο περιβάλλον του άρρωστος και κάθε ενέργεια εφαρμόζεται με επεξηγηματικό τρόπο ώστε να κατανοήσουν κάθε λεπτομέρεια οι ενδιαφερόμενοι. Τονίστηκαν τα σημεία που χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή.	Ο άρρωστος και η οικογένεια του εξοικειώθηκαν με τη χρήση και την περιποίηση της κολοστομίας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τελειώνοντας την εργασία μου και στηριζόμενος στο περιεχόμενο της καταλήγω σε κάποια συμπεράσματα, τα οποία πρέπει να αναφερθούν.

Κάθε χρόνο αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου και συνεπεία αυτού, είναι να αυξάνεται και ο αριθμός των θανάτων από την συγκεκριμένη μορφή καρκίνου. Έτσι, εκτός απ' το φανερό πρόβλημα των θανάτων, υπάρχουν και κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα τα οποία δημιουργούνται από τις αναπηρίες που προκαλεί ο καρκίνος του παχέος εντέρου και τις οικονομικές επιβαρύνσεις για την θεραπεία του.

Έτσι, πρέπει οι άνθρωποι να καταλάβουν πως για να αποφευχθούν οι δυσκολίες και η ταλαιπωρία που προκαλεί ο καρκίνος του παχέος εντέρου, τόσο στους ίδιους όσο και στο υπόλοιπο κοινωνικο-οικονομικό σύστημα, απαραίτητο είναι να δίνεται πολύ μεγάλο βάρος τόσο από το σύστημα υγείας όσο και από τους ίδιους στο θέμα της πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Ο νοσηλεύτης είναι εκείνος στον οποίο πέφτει το μεγαλύτερο βάρος, αφού έχει μεγαλύτερη επικοινωνία με τους ασθενείς και έτσι του δίνεται η δυνατότητα με τη διδασκαλία του να ευαισθητοποιήσει τους ίδιους και αυτούς που τους συνοδεύουν να ρηξουν το βάρος τους στην πρόληψη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κακλαμάνης Ν., Κάμμας Α, «Η ανατομία του ανθρώπου», εκδόσεις M-edition, Αθήνα 1998.
2. Παπαχριστοδούλου Α.Ι., «χειρουργική παχέος εντέρου», εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα 1995.
3. [Http://www.roche.gr/portal/eipf/Greece/portal/roche.gr/collateralcan?sessionid,15-11-04](http://www.roche.gr/portal/eipf/Greece/portal/roche.gr/collateralcan?sessionid,15-11-04).
4. «Καρκίνος του εντέρου πρόληψη και θεραπεία», επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Ιωάννης Μπράμης, Παναγιώτης Σκανδαλάκης, ειδική έκδοση για την υγεία από την ιατρική σχολή του Χάρβαρντ, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, copyright 2004.
5. [Http://www.myworld.gr/pg/indexrnp/content/view/full/2-9-04](http://www.myworld.gr/pg/indexrnp/content/view/full/2-9-04)
6. [Http://www.klinikiagiosloukas.gr/mg2n06-karkinosphp/15-11-04](http://www.klinikiagiosloukas.gr/mg2n06-karkinosphp/15-11-04)
7. Εμμανουηλίδης, «Ογκολογία πεπτικού συστήματος», εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2001.
8. Mayer J.R., «Όγκοι του παχέος και του λεπτού εντέρου», μετάφραση Ανεβλαβής Ε, τόμος 2^{ος}, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1994.
9. «Ιατρική», τόμος 61, τεύχος 5^ο, ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Μάιος 1992.
10. «Ιατρική», τόμος 73, τεύχος 3^ο, ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Μάρτιος 1998.
11. Ράπτη Σ., «Εσωτερική παθολογία», τόμος 2^{ος}, εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1998.
12. Marrison, «εσωτερική παθολογία», μετάφραση-επιμέλεια Ανεβλαβής Ε, Βαγενάκης Α, Βαρώνος Δ, τόμος 2^{ος}, έκδοση 12^η, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1994.

- 13.Ελληνική αντικαρκινική εταιρία,εταιρία νοσηλευτικών σπουδών, «Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας»,Αθήνα 1999.
- 14.Ελληνική αντικαρκινική εταιρία,εταιρία νοσηλευτικών σπουδών, «Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας»Αθήνα 1998.
- 15.«Ογκολογία πεπτικού συστήματος»,επίτομος,ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ,Αθηνά 1991.
- 16.Ελληνική αντικαρκινική εταιρία,εταιρία νοσηλευτικών σπουδών, «Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας»,περίοδος Μάρτιος-Ιούνιος 1999,Αθήνα 2000.
- 17.Ελληνική αντικαρκινική εταιρία,εταιρία νοσηλευτικών σπουδών, «Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας»,περίοδος Νοέμβριος 1999-Φεβρουάριος 2000,Αθήνα 2001
- 18.Μ.Α. Μαλγαρινού,Σ.Φ.Κωνσταντινίδου, «Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική»,τόμος β,μέρος 2^ο ,έκδοση 18^η ,εκδόσεις «Η ΤΑΒΗΘΑ»,Αθήνα 1997.
- 19.Σαχίνη-Καρδάση Α,Πάνου Μ, «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική»,τόμος 2^{ος} ,β έκδοση,εκδόσεις ΒΗΤΑ,Αθήνα 1997.
- 20.«Ελληνική ογκολογία»,τόμος 32,τεύχος 3-4,Αθήνα Ιούλιος-Δεκέμβριος 1996.
- 21.Andreoli,Bennet,Carpender,Plum,Smith, «Cecil Παθολογία»,Α τόμος,3^η έκδοση,ιατρικές εκδόσεις Λίτσας,1996.

- 22.Ελληνική αντικαρκινική εταιρία,εταιρία νοσηλευτικών σπουδών,
«Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και
ψυχοογκολογίας»,περίοδος Μάρτιος-Ιούνιος 1999,Αθήνα 2000.
- 23.Μαλγαρινού Μ.Α.,Κωνσταντινίδου Σ.Φ., «Νοσηλευτική γενική
παθολογική χειρουργική»,τόμος Α,έκδοση 22,εκδόσεις «Η
ΤΑΒΙΘΑ»,Αθήνα 2001.
- 24.Ελληνική αντικαρκινική εταιρία επιτροπής Ευρωπαϊκών
κοινωνιών,νοσηλευτικό σεμινάριο, «Πρόληψη και έγκαιρη
διάγνωση του καρκίνου,αποκατάσταση καρκινοπαθους»,Αθήνα
1991.

