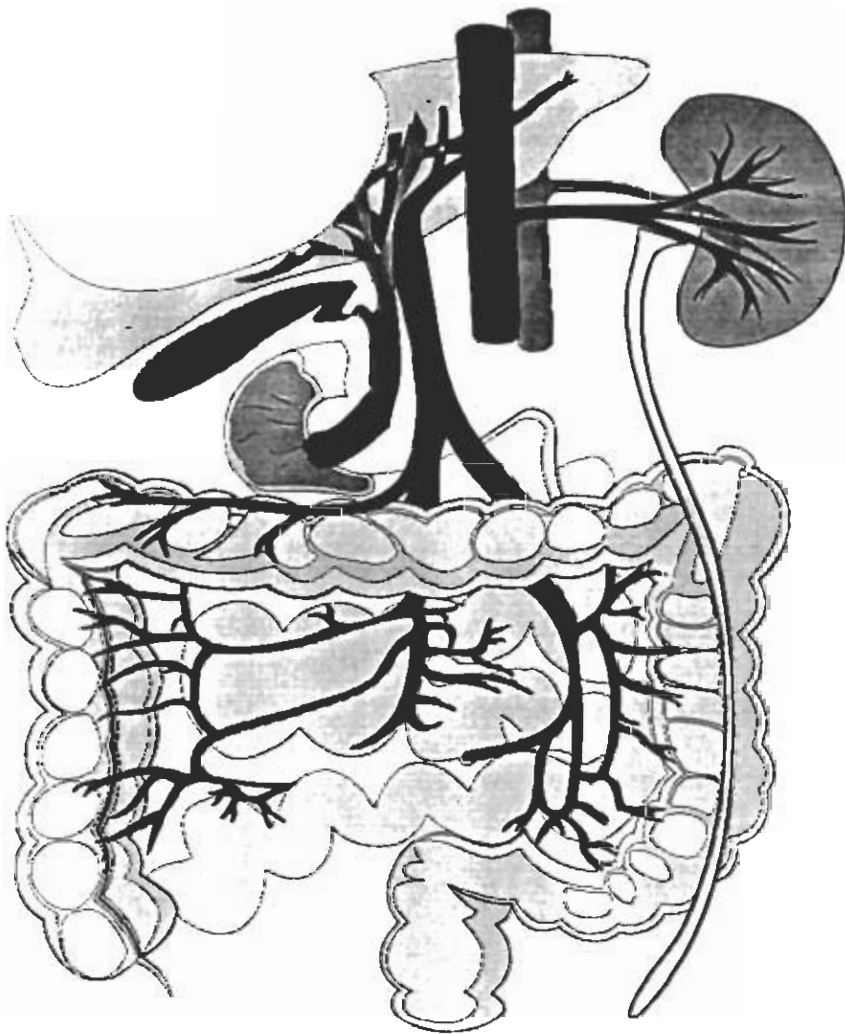


ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ
&
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



Υπεύθυνος καθηγητής:
Κωνσταντίνος Αντωνακόπουλος

Σπουδάστρια:
Αρχοντούλα Καντζάβελου

ΠΑΤΡΑ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-----------|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 4 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 5 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο | 6 |
| 1.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ | 6 |
| 1.2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΣ | 7 |
| 1.3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 10 |
| 1.4. ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 11 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο | 12 |
| ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 12 |
| 2.1. ΕΛΚΩΕΙΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΣ | 12 |
| 2.2. ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΣ (ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN) | 13 |
| 2.3. ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ | 14 |
| 2.4. ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΣΗ | 15 |
| 2.5. ΝΟΣΟΣ HIRSCHSPRUNG Η ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΜΕΓΑΚΟΛΟΝ | 15 |
| 2.6. ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΗΣ | 16 |
| 2.7. ΣΠΑΣΤΙΚΟ ΚΟΛΟΝ Η ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ | 17 |
| 2.8. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΣ | 17 |
| 2.9. ΔΙΑΡΡΟΙΑ | 18 |
| 2.10. ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ | 18 |
| 2.11. ΆΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ | 19 |
| 2.11.α. Ορθοπρωκτικό απόστημα ή συρίγγιο | 19 |
| 2.11.β. Αιμορροΐδες | 19 |
| 2.11.γ. Ραγάδα του πρωκτού | 20 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο | 21 |
| ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 21 |
| 3.1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ | 21 |
| 3.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ | 21 |
| 3.3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ | 23 |
| 3.3.α. Επιθηλιακοί Όγκοι – Πολύποδες | 23 |
| 3.3.β. Μη επιθηλιακοί όγκοι | 25 |
| 3.4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ | 25 |
| 3.4.α. Ιστολογική ταξινόμηση | 25 |
| 3.4.β. Παθολογική Ανατομία | 26 |
| 3.4.γ. Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα | 26 |
| 3.5. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 27 |
| 3.6. ΕΠΕΚΤΕΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ | 29 |
| 3.7. ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ | 30 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο | 31 |
| 4.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 31 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | 31 |
| 4.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | 32 |
| 4.4. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ | 32 |
| 4.4.α. Οικογενής πολυποδίαση του παχέος εντέρου | 32 |
| 4.4.β. Σύνδρομο του Gardner | 33 |
| 4.4.γ. Σύνδρομο Peutz-Jeghers | 34 |
| 4.4.δ. Γενικευμένη νεανική πολυποδίαση | 34 |
| 4.4.ε. Σύνδρομο Turcot | 35 |
| 4.4.στ. Νόσος Mntzel-virchow | 35 |
| 4.5. ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ | 35 |
| 4.6. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΙΧΩΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ (Σύνδρομο Lynch). | 37 |
| 4.7. ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΣ | 38 |
| 4.8. ΚΟΚΚΙΟΜΑΤΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΣ (Νόσος του Crohn) | 39 |
| 4.9. ΛΑΧΝΩΔΕΙΣ ΟΓΚΟΙ | 39 |
| 4.10. ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΗΣΗ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ | 39 |
| 4.11. ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ | 40 |
| 4.12. ΔΙΑΤΡΟΦΗ | 40 |
| 4.12.α. Ρόλος της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου | 42 |
| 4.13. ΙΟΝΤΙΖΟΥΣΕΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ | 42 |
| 4.14. ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ | 43 |
| 4.15. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | 44 |
| 4.15.α. Αλκοόλ | 44 |
| 4.15.β. Μικροβιαμμία από στρεπτόκοκκους bonis | 44 |
| 4.15.γ. Χολοκυστεκτομή | 45 |
| 4.15.δ. Ασβέστωση | 45 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο | 46 |
| 5.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 46 |
| 5.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 49 |
| 5.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ | 50 |
| 5.4. ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ | 51 |
| 5.5. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ | 51 |
| 5.6. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ | 53 |
| 5.7. ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ | 54 |
| 5.8. ΗΑΕΜΟCCULT TEST | 56 |
| 5.9. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 57 |
| 5.10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 58 |
| 5.10.α. Χειρουργική | 58 |
| 5.10.β. Ακτινοθεραπεία | 61 |
| 5.10.γ. Χημιοθεραπεία | 62 |
| 5.10.δ. Ανοσοθεραπεία | 64 |
| 5.11. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΡΝΤΕΡΟΥ | 64 |
| 5.12. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ | 65 |
| 5.13. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 66 |

| | |
|--|-----------|
| 5.14. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 69 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | 72 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 73 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο | 74 |
| 1.1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | 74 |
| ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1 ^η | 76 |
| ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ | 79 |
| ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2 ^η | 86 |
| ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ | 90 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ | 97 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 98 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αρρώστιες είναι τόσο εξατομικευμένες και ιδιαίτερες, όσοι είναι και οι άρρωστοι που τις παρουσιάζουν. Ο καρκίνος όμως, ιδιαίτερα, φαίνεται να παρουσιάζει ένα σύνολο από χαρακτηριστικά. Πολύ ελάχιστες είναι οι αρρώστιες που συνδυάζουν τόσο τραγικά τις καταστροφικές ιδιότητες μιας μακροχρόνιας αρρώστιας, με την κρίση και θλίψη που προκαλεί η ξαφνική εμφάνιση μιας άλλης οξείας αρρώστιας. Ο καρκινοπαθής άρρωστος έχει και τα δύο αυτά χαρακτηριστικά.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σήμερα ο πιο συχνός σπλαχνικός καρκίνος και κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των πιο συχνών καρκίνων δηλαδή του πνεύμονα, στομάχου και μαστού.

Η επιστημονική πρόοδος έχει δώσει σήμερα τη δυνατότητα στον άνθρωπο να καθυστερεί και να αναβάλλει το θλιβερό αποτέλεσμα μιας θανατηφόρου αρρώστιας, όπως ο καρκίνος, και να ανακουφίζει τον άρρωστο από πολλά σωματικά συμπτώματα που τη συνοδεύουν.

Το γνωστικό επιστημονικό πεδίο που διαθέτει η νοσηλεύτρια – της κάνει τη θέση της σημαντική, την ευθύνη της μεγάλη και τη συμβολή της στην αξιολόγηση. Το οδοιπορικό της αρχίζει από την πρώτη μέρα της διάγνωσης της αρρώστιας και τελειώνει με το θάνατο του ασθενούς. Από την εμπειρία αυτή θα δώσει πολλά αλλά θα αποκομίσει και πολλά.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το πεπτικό σύστημα είναι ομάδα οργάνων που μεταβάλλει την τροφή που καταναλώνουμε σε μορφή που να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τα κύτταρα του σώματος. Το σύστημα είναι γνωστό σαν γαστρεντερική οδός ή σύστημα και η συνδεόμενη αλυσίδα των οργάνων μερικές φορές αναφέρεται σαν πεπτικός σωλήνας. Η πεπτική διαδικασία μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις φάσεις : πρόσληψη, πέψη, απορρόφηση και εκένωση.¹

Το πεπτικό σύστημα ξεκινάει από το στόμα από όπου αρχίζει η πεπτική διαδικασία με την είσοδο της τροφής σ' αυτό. Μέσα στο στόμα υπάρχουν τα δόντια που διασπών την τροφή σε μικρά κομματάκια και με την ανάμιξη του σιέλου που εκκρίνεται από τους σιελογόνους αδένες μετατρέπονται σε ημίρρευση μάζα. Η κατάποση είναι αντανακλαστικό μεταφοράς της μασημένης τροφής σ' έναν σωλήνα που ονομάζεται οισοφάγος και που με τις περισταλτικές κινήσεις του βοηθάει να περάσει η τροφή στον στομάχο, όπου αναμειγνύεται με γαστρικό υγρό και ρευστοποιείται με τις συσπάσεις της άνω μοίρας του στομάχου που ονομάζεται καρδιακός σφιγκτήρας. Το περιεχόμενο του στομάχου περνά από τον σφιγκτήρα του πυλωρού στον δωδεκαδάκτυλο που, αποτελεί το πρώτο από τα τρία τμήματα του λεπτού εντέρου. Το δεύτερο είναι η νηστίδα και το τρίτο ο ειλεός. Στο δωδεκαδάκτυλο προστίθενται εξωκρινή εκκρίματα των εντερικών κυττάρων και πεπτικά υγρά που προέρχονται από το πάγκρεας και τη χοληδόχο κύστη, Το πάγκρεας όπως και το ήπαρ είναι αδένες που εκκρίνουν ουσίες. Η χοληδόχος κύστη είναι ένας μικρός σάκος όπου αποθηκεύεται χολή που τη

χρειάζεται το σώμα για να χωνέψει την τροφή. Τα τοιχώματα του λεπτού εντέρου, όπου βρίσκεται στη συνέχεια η τροφή υποβοηθούν την ανακίνηση, την ανάμειξη και προώθηση της. Το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης της τροφής γίνεται σ' αυτό το τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος.

Ο χρόνος που απαιτείται για τη διέλευση της τροφής από τα διάφορα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα ποικίλλει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σύνθεση της τροφής.²

Στο παχύ έντερο το τελευταίο τμήμα του πεπτικού συστήματος γίνεται η τελική απορρόφηση ηλεκτρολυτών και νερού. Η περιγραφή του θα γίνει αναλυτικά στη συνέχεια.

1.2. ANATOMIA ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΣ

Το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1,50 μ και εκτείνεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα μέχρι το πρωκτό. Διαιρείται στις εξής μοίρες : τυφλό, ανιόν κόλο, εγκάρσιο, κατιόν κόλο, σιγμοειδές και ορθό ή απευθυσμένο. Το τυφλό, ανιόν κόλο, η δεξιά κολική (ηπατική) καμπή και το κεντρικό εγκάρσιο, αποτελούν χειρουργικά το δεξιό κόλο, ενώ το περιφερικό εγκάρσιο, η αριστερά (σπληνική) καμπή κατιόν κόλο, σιγμοειδές και ορθό αποτελούν το αριστερό κόλο.

Το τυφλό είναι το τμήμα εκείνο του παχέος εντέρου που βρίσκεται κάτω από το σημείο εκβολής του ειλεού. Βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, έχει μήκος περίπου 6cm και περιβάλλεται πλήρως από περιτόναιο.

Μια μικρή τυφλή προβολή η σκωληκοειδής απόφυση εκτείνεται από το τυφλό έντερο. Η σκωληκοειδής απόφυση είναι μια σύνθεση με σχήμα

σκώληκα στο μέγεθος του μικρού δακτύλου. Τείνει να γεμίζει εύκολα αλλά αδειάζει μάλλον αργά. Στην εκβολή του ειλεού προς το κόλο βρίσκεται η ειλεοτυφλική (ειλεοκολική) βαλβίδα. Αποτελείται από 2 οριζόντιες πτυχές του βλενογόνου που προβάλλουν γύρω από το στόμιο του ειλεού.

Το ανιόν κόλο έχει μήκος περίπου 13cm και βρίσκεται στη δεξιά λαγόνια χώρα. Εκτείνεται προς τα άνω από το τυφλό μέχρι την κάτω επιφάνεια του δεξιού λοβού του ήπατος όπου ανακάμπτει προς τα αριστερά, σχηματίζοντας τη δεξιά κολική (ηπατική) καμπή, και μεταπίπτει στο εγκάρσιο κόλον που έχει μήκος περίπου 38cm και διατρέχει εγκάρσια την κοιλιά καταλαμβάνοντας την υπογάστρια και ομφαλική χώρα. Το κατιόν κόλο έχει μήκος περίπου 25cm και βρίσκεται στην αριστερή λαγόνια χώρα. Αρχίζει από την αριστερή κολική καμπή και φέρεται προς τα κάτω μέχρι το στόμιο της ελάσσονος πυέλου όπου μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλο.³ Το σιγμοειδές τμήμα του παχέος εντέρου εκτείνεται από τη λαγόνια ακρολοφία προς τα πάνω και πίσω και συνδέεται με το ορθό. Το ορθό ή απευθυσμένο έχει μήκος 15cm και αρχίζει μπροστά από τον 3^ο ιερό σπόνδυλο ως συνέχεια του σιγμοειδούς κόλου. Πορεύεται προς τα κάτω ακολουθώντας την καμπύλη του ιερού οστού και του κόκκυγα και καταλήγει περίπου 2,5cm μπροστά από την κορυφή του κόκκυγα, διαπερνώντας το πυελικό διάφραγμα και μεταπίπτοντας στον πρωκτικό σωλήνα. Το κατώτερο τμήμα του ορθού, που βρίσκεται ακριβώς πάνω από το πυελικό διάφραγμα, διευρύνεται και σχηματίζει τη λήκυθο του ορθού (κοπροδόχο λήκυθο).

Τέλος ο πρωκτικός σωλήνας έχει μήκος περίπου 4cm και πορεύεται προς τα κάτω και πίσω, από την κοπροδόχο λήκυθο ως τον πρωκτό. Ο

ανελγκτήρας του πρωκτού μυς και οι σφιγκτήρες του πρωκτού κρατούν τα τοιχώματα του πρωκτικού σωλήνα το ένα κοντά στο άλλο. Στη θέση όπου το ορθό μεταπίπτει στον πρωκτικό σωλήνα, η ανάμειξη των ινών του έσω σφιγκτήρα με τις ίνες της εν τω βάθει μοίρας του έξω σφιγκτήρα και με τους ηβσορθικούς μυς σχηματίζει τον ορθοπρωκτικό δάκτυλο που μπορεί να ψηλαφηθεί κατά τη δακτυλική εξέταση του ορθού.

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

Η αγγείωση του ορθού γίνεται από την άνω αιμορροϊδική αρτηρία. Υπάρχουν πολλές παραλλαγές στην αγγείωση του παχέος εντέρου αλλά μόνο στο 15% των ατόμων είναι τυπική. Οι φλέβες του παχέος εντέρου συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες.

Η λέμφος του παχέος εντέρου συγκεντρώνεται σε δίκτυα λεμφαγγείων που διακλαδίζονται στην υποβλενογώνιο και υπορρογώνιο στοιβάδα του εντερικού τοιχώματος και από τα οποία διαμέσου μεγαλύτερων λεμφαγγείων, που συνοδεύουν τις αρτηρίες και τις φλέβες αποχετεύεται τελικά στη χυλοφόρο δεξαμενή.

Νεύρωση : Το παχύ έντερο νευρούνται από εξωτερικά (εξωτοιχωματικά) και εσωτερικά (ενδοτοιχωματικά) νεύρα

παρασυμπαθητικής και συμπαθητικής προέλευσης. Τα εξωτερικά νεύρα ρυθμίζουν την λειτουργία των εσωτερικών. Η παρασυμπαθητική νεύρωση του δεξιού κόλου γίνεται από τα πνευμονογαστρικά νεύρα και του αριστερού από το δεύτερο, τρίτο και τέταρτο σπλαχνικά νεύρα. Το παρασυμπαθητικό διεγείρει την κινητικότητα του εντέρου και την έκκριση των αδένων και αναστέλλει τη σύσπαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού ενώ το συμπαθητικό έχει την αντίθετη δράση.⁴

1.3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι οι εξής :

α)Απορρόφηση: Περίπου 500 κ.ε.κ. περιεχομένου του λεπτού εντέρου, με περιεκτικότητα 90% σε νερό, εισέρχονται καθημερινώς στο τυφλό. Το υλικό αυτό, κατά τη διέλευση του από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου αφυδατώνεται έτσι ώστε μόνο 120-150 κ.ε.κ. να αποβάλλονται με τα κόπρανα.

β)Αφθονος έκκριση βλένας : Εκκρίνεται από τον βλεννογόνο του παχέος εντέρου σε μεγάλα ποσά. Χρησιμεύει στην συγκόλληση των κοπρωδών μαζών, οι οποίες καθίστανται έτσι μαλακές.

γ)Απορρόφηση μικρομοριακών ενώσεων : Δηλαδή γλυκόζη αμινοξέα, άλατα κ.τ.λ. Απορρόφηση μεγαλομοριακών ενώσεων δεν γίνεται.⁵

δ)Κινητικότητα : Στο παχύ έντερο μπορούν να διακριθούν διάφορες κινήσεις ανάμειξης, μεταξύ των οποίων κυριότερες είναι οι δακτυλιοειδείς συσπάσεις και οι σακοειδής διευρύνσεις κατά μήκος του εντέρου. Παρατηρούνται επίσης μαζικές κινήσεις που

επαναλαμβάνονται σε όλη τη διάρκεια της ημέρας (κατά διαστήματα 4-6 ωρών)

ε)Αφόδευση : Όταν ανώτερη μοίρα του ορθού (λήκυθος) διαταθεί από το περιεχόμενο της, ερεθίζονται πιεσοϋποδοχείς που διεγείρουν ένα αίσθημα έπειξης για αφόδευση.²

1.4. ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο στο έμβρυο είναι στείρο και η μικροβιακή χλωρίδα αναπτύσσεται αμέσως μετά τη γέννηση. Ο τύπος της χλωρίδας εξαρτάται τόσο από διαιτητικούς όσο και από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες . Υπολογίζεται ότι τα κόπρανα περιέχουν 400 διαφορετικά είδη βακτηριδίων. Πάνω από 99% της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου είναι αναερόβια μικρόβια. Τα αερόβια βακτηρίδια είναι κυρίως τα κολοβακτηρίδια και οι εντερόκοκκοι.

Τα βακτηρίδια διασπών τις χολοχρωστικές και δίνουν στα κόπρανα το χρώμα τους ενώ η οσμή των κοπράνων οφείλεται σε αμίνες όπως η ινδόλη. Αποδεσμεύουν επίσης τα χολικά άλατα, επηρεάζουν την κινητικότητα και την απορρόφηση του εντέρου και παράγουν τα εντερικά αέρια μεταξύ των οποίων και το μεθάνιο.

Προϊόντα του μεταβολισμού της μικροβιακής χλωρίδας είναι οι βιταμίνες B₁, B₂, η νιασίνη, η βιοτίνη, το φολικό οξύ και η βιταμίνη K.⁵

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

2.1. ΕΛΚΩΕΙΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΣ

Είναι φλεγμονώδης ασθένεια συχνά χρόνια που επηρεάζει το βλεννογόνο του ορθού. Συνήθως αρχίζει στο σιγμοειδές και το ορθό, εκτείνεται προς τα πάνω και περιλαμβάνει ολόκληρο το παχύ έντερο. Η ασθένεια προκαλεί συμφόρηση με οίδημα το οποίο καθιστά εύθραυστο τον βλεννογόνο. Καθώς το εσωτερικό του διασπάται σχηματίζονται έλκη που τελικά αναπτύσσονται σε απόστημα. Η ασθένεια βεβαιώνεται σε μια περιοχή και είναι γνωστή σαν περιορισμένη κολίτις ή μπορεί να επεκταθεί σε όλο το έντερο. Σοβαρή κολίτιδα μπορεί να προξενήσει διάτρηση του εντέρου που προκαλεί θανατηφόρα μόλυνση όπως περιτονίτιδα και τοξιναιμία.

Η ελκώδης κολίτιδα αρχικά προσβάλλει νέους ενήλικες κυρίως γυναίκες. Παράγοντες που προδιαθέτουν είναι οικογενειακό ιστορικό κολίτιδας, βακτηριακή μόλυνση, υπερπαραγωγή ενζύμων που καταστρέφουν την βλεννογόνο μεμβράνη, συναισθηματικό στρες, αντίδραση του ανοσοποιητικού, αλλεργικές αντιδράσεις ή κάποια φαγητά.

Βασικό σύμπτωμα είναι η επαναλαμβανόμενη διάρροια με αίμα που συχνά περιέχει βλέννη. Άλλα συμπτώματα είναι η απώλεια βάρους, αδυναμία, ανορεξία, ναυτία, εμετός, οξυθυμία και κοιλιακός πόνος. Η ασθένεια οδηγεί σε επιπλοκές όπως αναιμία, προβλήματα πήξης, βλάβη του ήπατος, αρθρίτιδα, απώλεια μυϊκής μάζας, αιμορροΐδες από τις

συχνές κενώσεις και συμφύσεις λόγω των μη στερεών κοπράνων που διατρυπούν το έντερο καθώς και τοξιναιμία.

Η θεραπεία αποτελείται από έλεγχο της φλεγμονής, προσεκτική διατροφή, διατήρηση του όγκου του αίματος και παρεμπόδιση των επιπλοκών. Αν ο ασθενής δεν μπορεί να ανταποκριθεί στην φαρμακευτική αγωγή και τα συμπτώματα γίνονται ανυπόφορα χρειάζεται άμεση χειρουργική επέμβαση του εντέρου με ειλεοστομία.¹

2.2. ΚΟΚΚΙΩΜΑΤΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΣ (ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN)

Η φλεγμονή περιλαμβάνει όλα τα στρώματα του εσωτερικού τοιχώματος που οδηγούν σε οίδημα, έλκος, στένωση και σχηματισμό συριγγίων και αποστημάτων. Τα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τη θέση της ασθένειας. Σε οξεία επεισόδια συχνά προξενεί πόνο και προβλήματα τύπου σκωληκοειδίτιδας, κράμπες και ευαισθησία στο δεξί κάτω τεταρτημόριο με ναυτία, πυρετό και διάρροια. Κόπρανα με αίμα είναι δυνατό να εμφανιστούν. Η χρόνια ασθένεια χαρακτηρίζεται από διάρροια 5-6 φορές ημερησίως. Αξιοσημείωτη απώλεια βάρους, αδυναμία, δυσκολία αντιμετώπισης της καθημερινής ζωής. Η ακριβής αιτία της νόσου Crohn είναι άγνωστη. Κάποιοι πιστεύουν ότι προκαλείται από αλλεργίες ή διαταραχές του ανοσοποιητικού, παρεμπόδιση των λεμφαγγείων ή μόλυνση.

Η διάγνωση γίνεται μετά από θετικές εξετάσεις του αίματος που δείχνουν αυξημένα ερυθρά αιμοσφαίρια, μειωμένη αιμοσφαιρίνη και άλλες συγκεκριμένες ανωμαλίες.

Η θεραπεία είναι κυρίως συμπτωματική και μπορεί να περιλαμβάνει διατροφικά επιπρόσθετα, στεροειδή για μείωση της φλεγμονής και

χρήση αντιβακτηριακών παραγόντων. Η χειρουργική είναι απαραίτητη εάν αναπτυχθούν συγκεκριμένες καταστάσεις όπως συρίγγιο, διάτρηση εντέρου, αιμορραγία ή απόφραξη. Με εκτενή νόσο του παχέος εντέρου η κολεκτομή με ειλεοστομία μπορεί να είναι απαραίτητη.¹

2.3. ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Οι πολύποδες είναι μάζες ιστών που προέρχονται από υπερανάπτυξη των άνω επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου στη γαστρεντερική οδό. Υπάρχουν πέντε τύποι, κάποιοι κληρονομικοί και άλλοι αδενωματώδεις. Οι περισσότεροι είναι καλοήθεις αλλά το αδένωμα και ο κληρονομικός πολύποδας δείχνουν τάση να γίνονται κακοήθεις. Οι περισσότεροι αναπτύσσονται σε ενήλικες άνω των 45 ετών. Παράγοντες που προδιαθέτουν είναι η ηλικία, η κληρονομικότητα, η διατροφή και η λοίμωξη.

Οι πολύποδες είναι δύσκολο να διαγνωσθούν επειδή σχεδόν πάντα είναι μη συμπτωματικοί. Συνήθως ανακαλύπτονται τυχαία στη διάρκεια πρωτοσιγμοειδοσκόπησης ή με σειρά ακτινών Χ του κατώτερου γαστρεντερικού. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα είναι αιμοραγία του ορθού.

Η θεραπεία αποτελείται από χειρουργική επέμβαση συχνά με ηλεκτροκαυτηριασμό ιδιαίτερα εάν είναι καλοήθης. Εάν υπάρχει αδένωμα που διηθεί και συνεπώς γίνεται κακοήθης, η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει αφαίρεση του παχέος εντέρου και του ορθού συμπεριλαμβανομένης και της περιοχής γύρω από τον πρωκτό με μόνιμη ειλεοστομία.

2.4. ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΣΗ

Είναι η παρουσία διογκωμένων κολπομάτων στα τοιχώματα της γαστρεντερικής οδού όπου η επένδυση της προωθήθηκε προς τους περιβάλλοντες μυς. Το σιγμοειδές κόλον είναι η πιο συνήθης θέση αλλά τα εκκολπώματα μπορεί να συμβούν οπουδήποτε από τον οισοφάγο μέχρι τον πρωκτό. Πιστεύεται ότι προξενούνται από υψηλού βαθμού εσωτερική πίεση με αδυναμία στο εσωτερικό τοίχωμα.

Η εκκολπωματίτιδα αναπτύσσεται όταν η μη χωνευμένη τροφή αναμιγνύεται με βακτηρίδια φυσιολογικά στην εντερική οδό και συλλέγεται σ' ένα εκκολπωματικό σάκο σχηματίζοντας μια σκληρή μάζα. Η μάζα κλείνει των εφοδιασμό αίματος στο σάκο με τα λεπτά τοιχώματα και ακολουθεί φλεγμονή και πιθανόν και διάτρηση, απόστημα ή αιμορραγία.

Τα συμπτώματα είναι άτακτη κίνηση του εντέρου, πόνος αριστερά χαμηλά στην κοιλιά, ναυτία, χαμηλός πυρετός και αύξηση στα λευκά αιμοσφαίρια. Τα συμπτώματα προοδεύουν από δυσκοιλιότητα μέχρι διάρροια, διαστολή της κοιλιάς, ναυτία, εμετό, πόνο και ευαισθησία στην κοιλιά.

Η θεραπεία αποτελείται από παρεμπόδιση της δυσκοιλιότητας και καταπολέμηση της μόλυνσης. Όταν τα μέσα αυτά αποτύχουν τότε το τμήμα του προσβεβλημένου εντέρου πρέπει να αφαιρεθεί χειρουργικά.

2.5. ΝΟΣΟΣ HIRSCHSPRUNG Η ΣΥΓΓΕΝΕΣ ΜΕΓΑΚΟΛΟΝ

Ο όρος megacolon χρησιμοποιείται από πολλούς για κάθε περίπτωση διατεταμένου και μακρού παχέος εντέρου. Ο όρος νόσος Hirschsprung ή συγγενές megacolon χρησιμοποιείται όταν υπάρχει χρόνια απόφραξη

του παχέος εντέρου, λόγω ελαττωμένων περισταλτικών κινήσεων σε τμήματα αυτού, συνήθως στην περιοχή του ορθού, η οποία ακολουθείται από μεγάλη διάταση του παχέος εντέρου πάνω από την περιοχή της απόφραξης.

Η νόσος οφείλεται σε συγγενή έλλειψη των μυοεντερικών γαγγλιακών κυττάρων σχεδόν πάντα στον ορθό και το σιγμοειδές. Τα συμπτώματα είναι, εντονότατη συσκοιλιότητα από τη γέννηση του βρέφους, η οποία σε βαριές μορφές λαμβάνει τον τύπο της νεογνικής εντερικής απόφραξης που απαιτεί χειρουργική επέμβαση κατά τις πρώτες μέρες της ζωής. Άλλα συμπτώματα είναι διατεταμένη κοιλιά, ελλιπής θρέψη και ανάπτυξη. Η θνησιμότητα ανέρχεται στο 75%.

Η διάγνωση γίνεται από βιοψία του ορθού κατά την οποία διαπιστώνεται η έλλειψη γαγγλιακών κυττάρων.

Η θεραπεία είναι χειρουργική και συνίσταται στην αφαίρεση του στενού τμήματος του παχέος εντέρου με τελικοτελική αναστόμωση.

2.6. ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΗΣ

Είναι οξεία φλεγμονή της σκωληκοειδίτιδας προφανώς λόγω απόφραξης του αυλού. Όταν αυτό συμβαίνει, αρχίζει η φλεγμονώδης διαδικασία και οδηγεί σε μόλυνση, θρόμβωση ή καταστροφή του τοιχώματος και τέλος σε ρήξη. Σε περίπτωση ρήξης, το μολυσματικό υλικό διαχέεται στην κοιλιακή χώρα και αρχίζει η περιτονίτιδα. Αν μείνει αθεράπευτη προκαλεί το θάνατο.

Συμπτώματα σκωληκοειδίτιδας αρχίζουν με γενικευμένο κοιλιακό άλγος που αργότερα εντοπίζεται στην κατώτερη δεξιά κοιλιά, υπάρχει αυξημένη ευαισθησία, ανορεξία, ναυτία, εμετός και μπορεί να

παρουσιαστούν διαστήματα ξαφνικής υποχώρησης της πίεσης. Επίσης παρουσιάζεται ελαφρύς πυρετός. Ξαφνική διακοπή των συμπτωμάτων είναι ένδειξη ρήξης. Γι' αυτό δεν πρέπει να εφησυχάζουμε.

Η μόνη αποτελεσματική θεραπεία είναι η αφαίρεση με σκωληκοειδεκτομή.

2.7. ΣΠΑΣΤΙΚΟ ΚΟΛΟΝ Η ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Είναι συνήθης ασθένεια που χαρακτηρίζεται από εναλλαγές δυσκοιλιότητας και διάρροιας. Σπαστικό κόλον είναι λειτουργική διαταραχή που συνδέεται με το στρες. Όμως μπορεί να προκληθεί και από σωματικές καταστάσεις, τροφική δηλητηρίαση, καρκίνο του πρωκτού, διατροφή διαφόρων ουσιών όπως ωμά φρούτα και λαχανικά.⁶

Η κατάσταση χαρακτηρίζεται από πόνο στην κάτω κοιλιακή χώρα, που ανακουφίζεται με την εκκένωση των κοπράνων και το συμβάν της διάρροιας στη διάρκεια της ημέρας.

Η θεραπεία αποτελείται από ανακούφιση των συμπτωμάτων.

2.8. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΣ

Είναι φλεγμονή του στομάχου και των εντέρων. Αυτός ο όρος μπορεί να εφαρμοστεί σε καταστάσεις όπως ίωση, διάρροια του ταξιδιώτη και τροφική δηλητηρίαση. Η φλεγμονή συνήθως υποχωρεί μέσα σε δύο ημέρες και δεν θέτει σε κίνδυνο τα άτομα με καλή υγεία.

Η γαστρεντερίτις χαρακτηρίζεται από ναυτία, διάρροιας, γαστρεντερικές κράμπες και εμετό. Θεραπεύεται με ξεκούραση, αυξημένη λήψη υγρών και σωστή διατροφή. Η θεραπευτική αγωγή μπορεί να χρειαστεί για να ελέγξουμε τον εμετό και τη διάρροια.

2.9. ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Πρόκειται για κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συχνά υγρά κόπρανα. Η διάρροια μπορεί να προκληθεί από βακτηρίδιο, ιό και αμοιβαδικό οργανισμό. Μπορεί επίσης να προέρχεται από λίγη διατροφή, τοξικές ουσίες, τροφές που διεγείρουν την περίσταση ή ερεθίζουν το έντερο. Βασικά η διάρροια συμβαίνει λόγω του ότι οι χυμοί μεταφέρονται πάρα πολύ γρήγορα μέσα από το έντερο χωρίς επαρκή χρόνο για να απορροφηθεί το νερό.

Η διάρροια θεραπεύεται με χορήγηση επαρκούς ποσότητας υγρών και φροντίδα των υποκείμενων αιτιών. Φαρμακευτική αγωγή για την καθυστέρηση της περίστασης βοηθάει αλλά δεν θεραπεύει το αίτιο.

2.10. ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Είναι κατάσταση που χαρακτηρίζεται από στεγνές, σκληρές και άτακτες κινήσεις του εντέρου. Για να έχουμε φυσιολογική αποβολή των σωματικών αποβλήτων τρία πράγματα είναι απαραίτητα. Κατάλληλη διατροφή που να περιλαμβάνει επαρκή λήψη υγρών και άσκηση. Άλλοι παράγοντες που συνεισφέρουν είναι η παραμέληση της επιθυμίας για κένωση και η χρόνια χρήση υπατικών ή κλυσματικών που καθιστά αδρανή τον ερεθισμό.

Η δυσκοιλιότητα είναι συνήθης μεταξύ των ηλικιωμένων, ατόμων με παράλυση, χρόνια άρρωστων ή σε κατάκλιση και λόγω της έλλειψης δραστηριότητας. Κατά τη θεραπεία αυξάνουμε την λήψη υγρών και το ποσό άσκησης που θα λύσει το πρόβλημα. Έγκαιρη ανταπόκριση στην επιθυμία για κένωση είναι απαραίτητη.

2.11. ΆΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

2.11.α. Ορθοπρωκτικό απόστημα ή συρίγγιο

Αποτελεί τοπική μόλυνση και οφείλεται σε συλλογή έκκρισης στους μαλακούς ιστούς που συνδέονται με το ορθό ή τον πρωκτό. Χαρακτηρίζεται από θρομβωτική επώδυνη συλλογή που καθιστά τα κάθισμα, τον βήχα κ.λ.π. δύσκολα και επώδυνα.

Η χειρουργική παρέμβαση ενδείκνυται για να διορθώσουμε την κατάσταση με τομή και αφαίρεση.

2.11.β. Αιμορροΐδες

Ο πρωκτικός σωλήνας στο χαμηλότερο μέρος του πρωκτού περιέχει πτυχώσεις που ονομάζονται πρωκτικές και ορθικές στήλες. Τα αγγεία του βλεννογόνου των πτυχώσεων συχνά διαστέλλονται προκαλώντας εσωτερικές και εξωτερικές αιμορροΐδες. Οι αιμορροΐδες μπορεί να προέρχονται από παρατεταμένες περιόδους καθίσματος ή όρθιας στάσης, διάρροια, δυσκοιλιότητα, εμετό βήχα, απώλεια μυϊκού τόνου, εγκυμοσύνη και ανορεκτικές μολύνσεις.

Η θεραπεία μια ήπιας έως μέτριας αιμορροΐδας περιλαμβάνει ρύθμιση των συνηθειών του εντέρου, περιορισμό του καθιστικού χρόνου στην τουαλέτα, αύξηση λήψης υγρών, ωμά λαχανικά, φρούτα και ίνες, εφαρμογή τοπικού αναισθητικού. Αν δημιουργηθούν σοβαρές επιπλοκές απαιτείται χειρουργική αφαίρεση των διασταλμένων φλεβών που λέγεται αιμορροειδεκτομή.

2.11.γ. Ραγάδα του πρωκτού

Συνήθως είναι αποτέλεσμα διέλευσης σκληρών κοπράνων που διατείνουν την επένδυση του πρωκτού πέρα από την ικανότητά του. Τα συμπτώματα είναι πόνος, κάψιμο και σταγόνες αίματος.

Η θεραπεία αποτελείται από δακτυλική διαστολή για να εμποδίσουμε τις συμφύσεις, σωστή διατροφή με ελάχιστα προς εντοπισμό συστατικά, επαρκή λήψη υγρών, ζεστά μπάνια και τοπική φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο. Χρόνια κατάσταση απαιτεί χειρουργική αφαίρεση του ιστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

3.1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου, είτε καλοήθη, είτε κακοήθη, εμφανίζονται πάρα πολύ συχνά στην κλινική πράξη.

Ο κλινικός θα πρέπει να είναι έτοιμος να αξιολογήσει ότι μία ποικιλία εντερικών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα το αίμα στα κόπρανα, μπορεί να δείχνει την ύπαρξη καρκίνου. Είναι επίσης σημαντικό να αναγνωρίζονται οι καταστάσεις, στις οποίες η κακοήθης νεοπλασία του εντέρου είναι πιο συχνή, και να γίνεται προσπάθεια πρώιμης διαγνώσεως με σκοπό την αύξηση του ποσοστού πενταετούς επιβιώσεως. Πρέπει να τονιστεί ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ιάσιμος, αν ανακαλυφθεί πρώιμα, γι' αυτό η έγκαιρη διάγνωση της νόσου έχει και την καλύτερη πρόγνωση και επιβίωση του ασθενούς.

3.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου φαίνεται ότι εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις αναπτυγμένες χώρες απ' ότι στις αναπτυσσόμενες.

Η θνησιμότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι γενικά στη Δυτική Ευρώπη υψηλή, με το μεγαλύτερο ποσοστό να παρατηρείται στη Σκωτία και το σχετικά μικρότερο στην Ισπανία και Πορτογαλία. Με

εξαίρεση τη Σιγκαπούρη, οι υπόλοιπες χώρες της Ασίας, έχουν χαμηλά ποσοστά. Στη Λατινική Αμερική το ποσοστό ποικίλει.

Μετά το 1950 έχει παρατηρηθεί στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες μικρή σταθερή άνοδος της επιπτώσεως αυτού του καρκίνου.

Επίσης ένα νεογέννητο σήμερα στη ίδια χώρα έχει πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου 5% κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Το ποσοστό θανάτων από τη νόσο, δυστυχώς δεν έχει μεταβληθεί τα τελευταία 40 χρόνια και χωρίς αμφιβολία παραμένει το ίδιο στις μεθόδους για την πρόωμη ανακάλυψη της νόσου και τις βελτιωμένες θεραπευτικές μεθόδους που είναι διαθέσιμες.

Σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Αίγυπτος, η Πολωνία και το Μεξικό αναφέρονται θάνατοι από καρκίνο του παχέος εντέρου, από 3-6 στους 100.000 κατοίκους. Στις ΗΠΑ, Αυστραλία, Μ. Βρετανία, Δυτ. Γερμανία και Ελβετία ο αριθμός θανάτων ανέρχεται σε 24-35 στους 100.000 κατοίκους.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί σήμερα στην Ελλάδα σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Είναι λιγότερο όμως συχνός απ' ό τι στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ φαίνεται όμως δυστυχώς ότι αυξάνει και στη χώρα μας με γρήγορο ρυθμό.

Σήμερα περίπου 1.500 άτομα προσβάλλονται από καρκίνο παχέος εντέρου και από αυτά μόνο το 45% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία.

Όσο αφορά τις φυλές, συμπεραίνεται ότι Αφρικανοί και Ασιάτες εγκατεστημένοι στις ΗΠΑ εμφανίζουν την ίδια συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου με τους λευκούς, ενώ πληθυσμοί των ίδιων φυλών που

ζουν στην Αφρική και την Ασία, εμφανίζουν καρκίνο σε πολύ μικρότερη συχνότητα.

Σε σχέση με τη σύνθεση του πληθυσμού των διαφόρων χωρών, υπάρχει υπεροχή της συχνότητας στον αστικό πληθυσμό έναντι του αγροτικού.

Υψηλοί δείκτες θνησιμότητας έχουν περιγραφεί σε εργάτες εκτεθειμένους σε ίνες αμιάντου, σε εργαζόμενους σε κλωστοϋφαντουργία, σε εργάτες μετάλλου καθώς και στα καθιστικά επαγγέλματα γενικά.

3.3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

3.3.α. Επιθηλιακοί Όγκοι – Πολύποδες

Οι πολύποδες του παχέος εντέρου είναι εκβλαστήσεις του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνου χιτώνα. Η συνολική επίπτωσή τους στον πληθυσμό κυμαίνεται από 5% μέχρι 50%. Τα 50% των πολυπόδων εντοπίζεται στο σιγμοειδές.⁷

Διακρίνονται σε :

1) **Υπερπλασματικοί:** Έχουν διάμετρο 1-3mm και βρίσκονται στο 50% των ενηλίκων αν αναζητηθούν προσεκτικά. Δεν προκαλούν συμπτώματα και η σημασία τους έγκειται στο ότι αναπτύσσονται στις ίδιες θέσεις του ορθοσιγμοειδούς και στην ίδια ηλικία ασθενών όπως και οι αδενωματώδεις πολύποδες. Η αφαίρεσή τους ενδείκνυται μόνο για ιστολογική διάγνωση.⁴

2) **Νεοπλασματικοί πολύποδες:** Παρουσιάζουν δυνητική κακοήθεια η οποία εξαρτάται από το μέγεθός τους, τον ιστολογικό τύπο τους και το

βαθμό επιθηλιακής ατυπίας. Το 80% των νεοπλασματικών πολυπόδων εντοπίζεται στο ορθοσιγμοειδές.⁷

α)Αδενωματώδεις: Είναι τα πιο συχνά καλοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου (60%). Η συχνότητά τους αυξάνεται βαθμιαία με την ηλικία. Από κλινικές μελέτες προκύπτει ότι το 73% περίπου των αδενωματωδών πολυπόδων εντοπίζεται στο ορθοσιγμοειδές, είναι δηλαδή προσπελάσιμοι με το σιγμοειδοσκόπιο. Η μέση ηλικία που παρουσιάζονται είναι το πενήτοστο τέταρτο έτος. Αδενωματώδεις πολύποδες με διάμετρο κάτω από 1cm εξαλλάσσονται σε ποσοστό 1%, το ποσοστό ανεβαίνει σε 10% για πολύποδες διαμέτρου από 1-2cm.

β)Λαχνωτά ή θηλώδη αδενώματα: Ο διαχωρισμός τους από τους αδενωματώδεις πολύποδες οφείλεται κυρίως στη μεγάλη τάση που έχουν για κακοήθη εξαλλαγή (35-40%). Στο 90% των περιπτώσεων είναι άμισχα. Η μέση διάμετρος τους είναι 3,7cm και η μέση ηλικία που εμφανίζονται το εξηκοστό δεύτερο έτος. Εντοπίζονται κατά σειρά συχνότητας στο ορθό (60%), ορθοσιγμοειδές (20%), σιγμοειδές (10%) και στα υπόλοιπα τμήματα (10%). Μπορεί να συνυπάρχουν με αδενωματώδεις πολύποδες ή με καρκίνο.

γ)Μικτοί πολύποδες: Εξαλλάσσονται σε ποσοστό 20% και πρέπει να αφαιρούνται οποιοδήποτε μέγεθος και αν έχουν.

3)Αμαρτωματώδεις: Είναι ο συχνότερος τύπος πολυπόδων του παχέος εντέρου στην παιδική ηλικία. Η συχνότητα του στα παιδιά είναι 1% και η μέση ηλικία που εμφανίζονται τα 6^{1/2} έτη. Είναι πολύ σπάνιοι μετά την ηλικία των τριάντα πέντε ετών. Είναι σχεδόν πάντα μισχοντοί διαμέτρου 3-10mm. Δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι μπορεί να

υποστούν κακοήθη εξαλλαγή. Η αφαίρεση τους ενδείκνυται μόνο επί αιμιρραγίας.⁴

4)Φλεγμονώδεις: Παρατηρούνται σε φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (π.χ. ελκώδης κολίτιδα) οπότε ονομάζονται και ψευτοπολύποδες.⁷

3.3.β. Μη επιθηλιακοί όγκοι

1)Λιπώματα: Είναι δεύτερο σε συχνότητα καλοηθών όγκων μετά τα αδενώματα. Εξαιρούνται μόνο όταν υπάρχουν μεγάλα και αποφρακτικά συμπτώματα.

2)Λειομύωμα: Λιγότερο συχνό στο παχύ έντερο από ότι στο στόμαχο και λεπτό έντερο. Μπορεί να προκαλέσει αποφρακτικά φαινόμενα και τότε υπάρχει ένδειξη για εγχείρηση.

3)Ενδομητρίωμα: Είναι ενδομητρικός ιστός ο οποίος προσκολλάται στο ορθό – σιγμοειδές ή τυφλό και μπορεί να διηθεί τον μυϊκό χιτώνα και τον υποβλεννογόνιο.

4)Άλλοι όγκοι: Νευρινώματα, ινώματα, καλοήθη λεμφώματα.⁸

3.4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

3.4.α. Ιστολογική ταξινόμηση

Ιστολογικώς παρατηρούνται οι εξής μορφές :

α)Σωληνώδες αδενοκαρκίνωμα

β)Συμπαγές καρκίνωμα

γ)Αμετάπλαστον καρκίνωμα

δ)Βλεννοκαρκίνος⁹

3.4.β. Παθολογική Ανατομία

Μακροσκοπικώς παρατηρούνται οι εξής μορφές :

α) **Υπερτροφική ή ανθοκραμβοειδής:** Συχνότερα στο δεξιό κόλο. Είναι χαμηλής κακοήθειας και η διάγνωση καθυστερεί.

β) **Ελκωτή, υψηλής κακοήθειας:** Συχνότερα στο ορθό.

γ) **Σκίρρος, δακτυλοειδής καρκίνος:** Πρόκειται κατά πάσα πιθανότητα για προχωρημένο ελκωτικό καρκίνο. Συχνότερος στο αριστερό κόλο.

δ) **Διηθητική μορφή:** Αντιστοιχεί στην πλαστική λινίτιδα του στομάχου.

ε) **Κολλοειδές καρκίνωμα:** Συνήθως πρόκειται για μια μεγάλη μάζα με ζελατινοειδή εμφάνιση. Είναι δυνατόν να υπάρχει διήθηση και εξέλκωση.⁷

3.4.γ. Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα

1) **Καρκινοειδές:** Τα καρκινοειδή του παχέος εντέρου είναι σπάνια και τα περισσότερα απ' αυτά (17% περίπου) εντοπίζονται στο ορθό. Καρκινοειδή διαμέτρου κάτω του 1εκ. πολύ σπάνια είναι κακοήθη. Επίσης είναι συμπτωματικά. Αντίθετα τα περισσότερα από τα καρκινοειδή που έχουν διάμετρο πάνω από 1εκ. προκαλούν συμπτώματα και είναι κακοήθη.

2) **Λεμφοσάρκωμα:** Είναι ο πιο συχνός κακοήθης όγκος. Εμφανίζεται είτε σαν «εντοπισμένη νόσος» είτε σαν εκδήλωση από έντερο γενικευμένης νόσου. Αν είναι εντοπισμένο συνιστάται η ριζική θεραπευτική εγχείρηση σαν να πρόκειται για καρκίνο. Αν πρόκειται για

γενικευμένη νόσο αντενδείκνυται ή εγχείρηση και συνιστάται ακτινο- ή χημειοθεραπεία.

3)Άλλα σαρκώματα: Λειομνοσάρκωμα, ραβδομυοσάρκωμα, ινοσάρκωμα κ.α.⁴

3.5. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται συνήθως σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά DUKES, η οποίας αφορά το βαθμό διήθησης του τοιχώματος και την παρουσία ή όχι λεμφαδενικών μεταστάσεων. Αναλόγως του βαθμού επεκτάσεως των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου έχουν καθορισθεί κατά τον DUKES 4 στάδια γνωστά με τα γράμματα Α, Β, Γ, Δ.

Στάδιο Α: Αποτελεί το 15% των περιπτώσεων όπου το νεόπλασμα περιορίζεται στον βλεννογόνο του κόλου ή του ορθού χωρίς επέκταση προς τα τοιχώματα του εντέρου και χωρίς λεμφικές μεταστάσεις. Η πενταετής επιβίωση φτάνει το 80-90%.

Στάδιο Β: Αποτελεί το 35% των περιπτώσεων στο οποίο το νεόπλασμα διηθεί τους χιτώνες του εντέρου, ξεπερνά την υποβλεννογόνιο μυϊκή στοιβάδα και διηθεί τον ορογόνο. Επίσης, είναι δυνατόν να επεκταθεί στους γύρω ιστούς χωρίς λεμφικές μεταστάσεις. Η πενταετής επιβίωση αγγίζει το 60-70%.

Στάδιο Γ: Σ' αυτό το στάδιο που αποτελεί το 50% των περιπτώσεων, εκτός από την επέκταση πέρα από τα τοιχώματα του εντέρου, υπάρχουν και λεμφικές μεταστάσεις.

Το στάδιο αυτό υποδιαιρείται σε Γ_1 (C_1) που αποτελείται από το 30% των περιπτώσεων όπου έχουν διηθεί μόνο οι επιχώριοι λεμφαδένες και σε Γ_2 (C_2) που φτάνει το 20% των περιπτώσεων και κατά το οποίο παρατηρούνται μεταστάσεις σε απομακρυσμένους λεμφαδένες.

Στάδιο Δ.: Σ' αυτό το στάδιο παρατηρούνται απομακρυσμένες μεταστάσεις σε άλλα όργανα όπως το ήπαρ κ.τ.λ.

Η παραπάνω ταξινόμηση βασίζεται σε χειρουργικά παρασκευάσματα και κατά συνέπεια η αναγνώριση σταδίων είναι έργο του χειρουργού κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Αυτός τότε εκτιμά την έκταση του όγκου και τις πιθανές λεμφογαγγλιακές μεταστάσεις χωρίς και αυτό να είναι απόλυτο γιατί καμιά φορά τα διογκωμένα λεμφογάγγλια είναι μόνο φλεγμονώδη.

Υπάρχει και άλλη μέθοδος ταξινόμησης για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ονομάζεται ταξινόμηση κατά Aastler-Cooler και διακρίνεται στα εξής στάδια :

Στάδιο Α.: Ο όγκος εντοπίζεται στον βλεννογόνο έως των υποβλεννογόνιο χιτώνα. Η πενταετής επιβίωση φτάνει περίπου το 90%.

Στάδιο Β₁.: Ο όγκος διηθεί τον μυϊκό χιτώνα έως τον ορογόνο. Δεν υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις. Η πενταετής επιβίωση αγγίζει το 80%.

Στάδιο Β₂.: Ο όγκος διηθεί όλο το τοίχωμα και τον ορογόνο του παχέος εντέρου και επεκτείνεται στο περιπολικό λίπος. Δεν εμφανίζονται λεμφαδενικές μεταστάσεις. Η πενταετής επιβίωση είναι περίπου 60%.

Στάδιο C₁ : Έχει τα χαρακτηριστικά του B₁ αλλά με διήθηση των επιχωρίων λεμφαδένων. Η πενταετής επιβίωση φτάνει το 50%.

Στάδιο C₂ : Παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του B₂ αλλά με διήθηση των λεμφαδένων. Η πενταετής επιβίωση είναι περίπου 30%.

Πρέπει ν' αναφερθεί και η ταξινόμηση κατά Border, η οποία αφορά το βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων όπως :

I : υψηλή διαφοροποίηση, II : μέση διαφοροποίηση, III : χαμηλή διαφοροποίηση ή αμετάπλαστα κύτταρα.

Τέλος υπάρχει και η ταξινόμηση με το σύστημα TNM, η οποία όμως δεν έχει ευρέως διαδοθεί λόγω της πολυπλοκότητάς της.⁸

3.6. ΕΠΕΚΤΕΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η επέκταση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται με τους παρακάτω τρόπους :

1.Με άμεση επέκταση κατά συνέχεια ιστών. Η μικροσκοπική διήθηση του τοιχώματος επεκτείνεται συνήθως 2-3cm πέρα από τα εμφανή όρια του όγκου διαμέσω υποβλεννογόνιων λεμφαγγείων.

2.Με ενδοπεριτοναϊκή εμφύτευση. Τα καρκινικά κύτταρα που αποφολιδώνονται διασπείρονται και πέφτουν μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

3.Με λεμφική διήθηση. Είναι η κυριότερη μεταστατική οδός.

4.Με αιματογενείς μεταστάσεις. Παρατηρούνται τα τελικά στάδια κυρίως στο ήπαρ και τους πνεύμονες.

5.Με ενδοαυλική εμφύτευση. Τα καρκινικά κύτταρα διαφεύγουν κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

3.7. ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος. Περίπου 45% των καρκίνων του παχέος εντέρου εντοπίζονται στο ορθό. Ένα 20% εντοπίζονται στο σιγμοειδές και 6-7% στο κάτω κόλο. Στο εγκάρσιο απαντάται το 6-8% των καρκίνων και στο ανιόν κόλο εντοπίζεται περίπου το 15%. Στο τυφλό εντοπίζεται σε ποσοστό 11%. Ο καρκίνος του πρωκτού αφορά 1-2% των καρκίνων του παχέος εντέρου.⁸

Το μεγαλύτερο ποσοστό, 95% των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα, ενώ σε πολύ μικρό ποσοστό συναντώνται σαρκώματα ή λειομνοσαρκώματα.

Τα αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου διακρίνονται μικροσκοπικώς σε :

- α)Μυελοειδή
- β)Σκιρρώδη
- γ)Θηλοειδή
- δ)Βλεννώδη ή κολλοειδή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι άγνωστη. Διάφοροι παράγοντες όμως έχουν ενοχοποιηθεί, χωρίς ωστόσο να έχει καθοριστεί με βεβαιότητα το αίτιο. Όπως προκύπτει από τα υπάρχοντα δεδομένα ο καρκίνος του παχέος εντέρου δημιουργείται μέσω μιας πολυσταδιακής διαδικασίας, όπου ευθύνονται γενετικοί, περιβαλλοντολογικοί, διατροφικοί αλλά και άλλοι παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί αν μελετηθούν και αξιολογηθούν σωστά και έγκαιρα μπορεί να συμβάλλουν στην έναρξη των διαδικασιών για την πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

4.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η γενετική προδιάθεση παίζει σημαντικό ρόλο στη γένεση του καρκίνου του παχέος εντέρου καθ' όσον μερικές οικογένειες παρουσιάζουν πολύ αυξημένη επίπτωση, χωρίς όμως να υπάρχουν πειστικές ενδείξεις για την κληρονομική μεταβίβαση της νόσου.⁷

Ενώ οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες φαίνεται ότι παίζουν τον κυριότερο ρόλο στη αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου, μόνο πρόσφατα αποδείχθη ότι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον κίνδυνο νόσησης από καρκίνο παχέος εντέρου. Έτσι φαίνεται ότι περίπου το 20% αυτών των καρκίνων μάλλον έχει οικογενή βάση.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

4.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ψυχολογικοί παράγοντες και stress ενδέχεται να παίζουν κάποιο ρόλο στη δημιουργία καρκίνου του παχέος εντέρου.

4.4. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗΣ

4.4.α. Οικογενής πολυποδίαση του παχέος εντέρου

Η οικογενής πολυποδίαση είναι σπάνια κληρονομική νόσος που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση χιλιάδων αδενωμάτων πολυπόδων σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου.¹⁰ Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επί εδάφους οικογενούς πολυποδιάσεων αποτελεί ποσοστό 0,2% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου στο γενικό πληθυσμό.⁹

Μεταδίδεται κατά τον επικρατούντα τύπο και η επίπτωση τους φαίνεται να είναι μια περίπτωση κάθε 8.500 γενήσεις μερικές φορές δεν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό, ενώ μια στις έξι περιπτώσεις φαίνεται να οφείλεται σε αυτόματη μετάλλαξη.

Οι πολύποδες δεν υπάρχουν κατά τη γέννηση αλλά εμφανίζονται στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία με την εμφάνιση διάρροιας και αιμορραγίας από το ορθό.

Και τα δύο φύλα προσβάλλονται στη ίδια αναλογία και μπορούν να μεταδώσουν τη νόσο.

Η πολυποδίαση του παχέος εντέρου έχει μελετηθεί εντατικά και φαίνεται και προκαλείται από βλάβη του βλεννογόνου του παχέος εντέρου.

Η πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου του παχέος εντέρου, που οφείλεται σε εξαλλαγή των πολυπόδων, αγγίζει το 100% των περιπτώσεων. Συνήθως αυτό συμβαίνει κατά την 4^η δεκαετία της ζωής, ενώ οι πολύποδες εμφανίζονται δέκα περίπου χρόνια νωρίτερα. Στα πρωτοδιαγνωζόμενα περιστατικά σε μια οικογένεια, υπάρχει ήδη καρκίνος περίπου στο 70% των περιπτώσεων, ενώ στα άλλα μέλη της οικογένειας, στην οποία η διάγνωση γίνεται σχετικά έγκαιρα, το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά χαμηλότερο και κυμαίνεται στο 10%.¹¹

Η σχεδόν αναπόφευκτη ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου καθιστά επιτακτική την κολεκτομή στους πάσχοντες από το σύνδρομο.
11

Η αναγνώριση του συνδρόμου σε μια οικογένεια επιβάλλει τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο του παχέος εντέρου στα μέλη της για τα τέκνα πάσχοντος γονέως, ο έλεγχος πρέπει ν' αρχίζει από την εφηβική ηλικία.¹¹

4.4.β. Σύνδρομο του Gardner

Το σύνδρομο του Gardner παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με το σύνδρομο της οικογενούς πολυποδιάσεως του παχέος εντέρου, όπως η μεταβίβαση κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα, η παρουσία πολλαπλών αδενωματοδών πολύποδων στο παχύ έντερο και ο μεγάλος κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του παχέος εντέρου.¹¹

Η επίπτωση του συνδρόμου Gardner είναι μια περίπτωση κάθε 14.000 γεννήσεις. Εκείνο που ξεχωρίζει τα δύο σύνδρομα είναι η παρουσία στο πρώτο και διαφόρων εξωκεντρικών εκδηλώσεων, όπως είναι τα οστεόματα-κυρίως του κρανίου και της γνάθου-,η πάχυνση του φλοιού

των μακρών οστών και των πλευρών, οι επιδερμοειδείς κύστες, τα ινώματα, τα λιπώματα, οι ανωμαλίες στην έκφυση των οδόντων και οι δεσμοειδείς όγκοι.¹¹

4.4.γ. Σύνδρομο Peutz-Jeghers

Όπως και τα δύο προηγούμενα, το σύνδρομο αυτό μεταβιβάζεται κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα · χαρακτηρίζεται από τη παρουσία κηλίδων μελανίνης στο δέρμα και τους βλεννογόνους και αρματωματώδων πολύποδων στο γαστρεντερικό σωλήνα. Η σημασία του συνδρόμου έγκειται στο ότι προδιαθέτει σε ανάπτυξη καρκίνου τόσο στο γαστρεντερικό σωλήνα όσο και σε άλλα όργανα.¹¹

Καρκίνος του πεπτικού σωλήνα ανευρίσκεται σε ποσοστό 2-13% των ασθενών με το σύνδρομο.¹¹

Υπάρχουν όμως επαρκείς αποδείξεις ότι οι πολύποδες αυτοί μπορεί να μετατραπούν σε νεοπλασματικούς και στη συνέχεια να υποστούν κακοήθη εξαλλαγή. Οι περισσότεροι ερευνητές συνιστούν σήμερα περιοδικό έλεγχο για όλους τους ασθενείς που πάσχουν από το σύνδρομο. Η δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής έχει αμφισβητηθεί από πολλούς, έχουν όμως περιγραφεί βεβαιωμένες περιπτώσεις που αναπτύχθηκε καρκίνος πάνω σε έδαφος συνδρόμου Peutz-Jeghers.⁴

4.4.δ. Γενικευμένη νεανική πολυποδίαση

Οι μεμονωμένοι ή ολιγάριθμοι νεανικοί πολύποδες του παχέος εντέρου, με ιστική υφή αμαρτώματος έχουν ομαλή επιφάνεια, περιέχουν αρκετές κύστες βλέννης και στην ενδοσκόπηση έχουν ζωηρό κόκκινο χρώμα. Αποτελούν γνωστή πάθηση κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία. Που δεν παρουσιάζει κακοήθη προδιάθεση. Όμως, προ εικοσαετίας

περίπου, περιγράφηκε το σύνδρομο της γενικευμένης νεανικής πολυποδίασης, στο οποί υπάρχει μεγάλος αριθμός νεανικών πολυπόδων στο παχύ έντερο και αυξημένος κίνδυνος για την ανάπτυξη καρκίνου στο ίδιο όργανο. Το σύνδρομο της γενικευμένης νεανικής πολυποδίασης είναι σπάνιο, μεταβιβάζεται μάλλον κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα και η εμφάνιση των πολυπόδων γίνεται κατά την πρώτη δεκαετία της ζωής.¹¹

Τα συμπτώματα που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία συνίστανται σε αιμορραγία από το ορθό, αναιμία, διάρροια, έξοδο βλέννης και κοιλιακά άλγη.

Καρκίνος εμφανίζεται μόνο στο παχύ έντερο, στο 10% περίπου των περιπτώσεων.

4.4.ε. Σύνδρομο Turcot

Πρόκειται για σπάνια κληρονομική νόσο που περιλαμβάνει πολύποδες του κόλου σε συνδυασμό με νευρογενείς όγκους. Έχει πιθανότητα εξαλλαγής.

4.4.στ. Νόσος Mcntzel-virchow

Η νόσος του Mcntzel-virchow, λέγεται αλλιώς και οικογενής διάχνη ορθοκολική πολυποδίαση, εξαλλάσσεται σχεδόν πάντοτε κατά την δεύτερη ή τρίτη δεκαετία της ζωής.

4.5. ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Σήμερα πλέον όλοι συμφωνούν ότι κάθε πολύποδας που διαγνώσκεται, πρέπει να αφαιρείται διότι οι πολύποδες του παχέος

εντέρου θεωρούνται ως προκαρκινωματώδης κατάσταση. Η άποψη αυτή στηρίζεται σε μια σειρά στοιχείων από τα οποία τα πιο σημαντικά είναι :

α) Η εμφάνιση της μεγαλύτερης συχνότητας καρκίνου με καθυστέρηση πέντε περίπου ετών από την ηλικία με την μεγαλύτερη συχνότητα πολύποδων, και

β) Η πολύ συχνή συνύπαρξη καρκίνου με πολύποδες παχέος εντέρου.¹²

Η συχνότητα εξαλλαγής των πολυπόδων από 0,2% μέχρι 19,3% του συνόλου των ανευρισκόμενων πολύπόδων.

Ο κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής του πολύποδα αυξάνει με την αύξηση του μεγέθους του.

Η ακριβής συχνότητα των νεοπλασματικών πολύπόδων δεν είναι γνωστή, διότι συνήθως δεν προκαλούν συμπτώματα. Πάντως, σε ομάδες ασθενών με συμπτώματα από το παχύ έντερο έχουν βρεθεί σε ποσοστό 7-15%, ενώ σε ασυμπτωματικά άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 40 χρόνων σε ποσοστό 5-10%.¹¹

Υψηλότερη συχνότητα πολυπόδων παρατηρείται στους άνδρες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 χρόνων.

Μόνο ένα μικρό ποσοστό των πολυπόδων υφίστανται κακοήθη εξαλλαγή, όπως άλλωστε συνεπάγεται έμμεσα και από το γεγονός ότι η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι σημαντικά χαμηλότερη από αυτή των πολυπόδων.¹¹

4.6. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΔΙΧΩΣ ΠΟΛΥΠΟΔΙΑΣΗ (ΣΥΝΔΡΟΜΟ LYNCH).

Η οικογενής προδιάθεση, εκτός από τα σύνδρομα της κληρονομικής πολυποδιάσεως του εντέρου παρουσιάζεται και με τη μορφή του κληρονομικού καρκίνου δίχως πολυποδίαση (σύνδρομο Lynch).¹³

Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου στα μέλη μιας οικογένειας με το σύνδρομο είναι αρκετά υψηλό και πλησιάζει το 50%.¹⁴

Το σύνδρομο του οικογενούς καρκίνου, που ονομάζεται και σύνδρομο του Lynch, από το όνομα του ερευνητή που το μελέτησε επισταμένως, χαρακτηρίζεται από:

α) Την υψηλή συχνότητα αδenoκαρκινώματος στο παχύ έντερο, στις ωοθήκες και στη μήτρα.

β) Την εμφάνιση του καρκίνου σε νέα ηλικία

γ) Τη συχνή ύπαρξη πολλαπλών πρωτοπαθών εστιών

δ) Τη συχνή εντόπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου στο δεξιό τμήμα του οργάνου και

ε) Τη μεταβίβασή του κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα.¹¹

Το σύνδρομο διαχωρίζεται στον τύπο I, όπου ο καρκίνος αφορά αποκλειστικά στο παχύ έντερο, και στον τύπο II, όπου αφορά επιπλέον στη μήτρα και στις ωοθήκες.

Η αναγνώριση του συνδρόμου επιβάλλει τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο των μελών της οικογένειας. Φαίνεται όμως, ότι εκτός από το σύνδρομο του οικογενούς καρκίνου, προκαρκινικό παράγοντα αποτελεί

και η ύπαρξη συγγενούς πρώτου βαθμού με καρκίνο του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος σε διάφορες μελέτες βρέθηκε να είναι από 1,5 μέχρι 8 φορές μεγαλύτερος, σε γενικές όμως γραμμές θεωρείται τριπλάσιος από αυτόν του γενικού πληθυσμού.²

4.7. ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΣ

Οι ασθενείς που αναπτύσσουν κολίτιδα πριν γίνουν 15 ετών και που επιμένει για τουλάχιστον 10 χρόνια είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στον καρκίνο του παχέος εντέρου.¹

Ο κίνδυνος καρκίνου είναι πολύ χαμηλός κατά την πρώτη δεκαετία από την εισβολή της παθήσεως και στη συνέχεια αυξάνεται προοδευτικά. Έτσι, ο ετήσιος αθροιστικός κίνδυνος την πρώτη δεκαετία είναι περίπου 0-5%, ενώ μετά τα 20 χρόνια φτάνει στο 12-25%.

Σε αδρή σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα έχουν 7-11 φορές περισσότερες πιθανότητες ν' αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου. Ενδεικτικό στοιχείο αποτελεί το ποσοστό καρκίνου 18% που διαπιστώθηκε σε ασθενείς που έπασχαν από ελκώδη κολίτιδα για περισσότερο από είκοσι χρόνια. Εκτός από τη μακρά διάρκεια της παθήσεως, καθοριστικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου αποτελεί και η έκταση της προσβολής του παχέος εντέρου. Τον μεγαλύτερο κίνδυνο παρουσιάζουν οι ασθενείς με καθολική ή εκτεταμένη κολίτιδα.¹¹

Σε πρακτικό επίπεδο, οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και αυξημένο για την εμφάνιση καρκίνου ελέγχονται περιοδικά με κολονοσκόπηση και πολλαπλές βιοψίες από διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου.

Τέλος, σε μια πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη από τη Σουηδία, επί πληθυσμού άνω του 1.000.000, οι θάνατοι από καρκίνο του παχέος εντέρου στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ήταν τριπλάσιοι από αυτούς του γενικού πληθυσμού.¹⁵

4.8. ΚΟΚΚΙΟΜΑΤΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΣ (ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN)

Η σχέση της νόσου του Crohn με τον καρκίνο του λεπτού και του παχέος εντέρου δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως. Φαίνεται, όμως ότι ο καρκίνος επιλέκει τη νόσο σε μικρότερο ποσοστό, πέρα βέβαια από το γεγονός ότι η συχνότητα της νόσου του Crohn είναι χαμηλότερη από τη συχνότητα της ελκώδους κολίτιδας.²

Όσον αφορά λοιπόν στη σχέση καρκίνου του παχέος εντέρου και νόσου του Crohn, από τις διάφορες σχετικές με το θέμα μελέτες, συνάγεται ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος, χωρίς όμως να υπάρχει συμφωνία ως προς το μέγεθός του. Ορισμένες θεωρούν το κίνδυνο ελάχιστα υψηλότερο από αυτόν του γενικού πληθυσμού, ενώ αντίθετα, σε ορισμένες μελέτες βρέθηκε να είναι από επτά έως και είκοσι φορές υψηλότερος.¹¹

4.9. ΛΑΧΝΩΔΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Οι λαχνώδεις όγκοι, πιο συχνοί στο ορθό, συχνά επίσης εξαλλάσσονται και πρέπει ν' αφαιρούνται.

4.10. ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΗΣΗ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Η ενοχοποίηση της ακτινοβολήσεως στην περιοχή της πυέλου, ήρθε στην επιφάνεια από περιστατικά γυναικών που παρουσίασαν καρκίνο

του ορθού ύστερα από ακτινοβολήση της πυέλου για καρκίνο των γεννητικών οργάνων. Ως κριτήρια, για να αποδοθεί ο καρκίνος στην προηγηθείσα ακτινοθεραπεία, θεωρήθηκαν :

- η μεγάλη δόση ακτινοβολίας
- η παρουσία ακτινικών βλαβών του βλεννογόνου και ¹¹
- η πάροδος τουλάχιστον 10 ετών από την ακτινοθεραπεία.¹¹

Διαπιστώθηκε επίσης, ότι η παρουσία και μόνο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή του ενδομητρίου αυξάνει στο διπλάσιο τις πιθανότητες για καρκίνο του παχέος εντέρου σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ενώ στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία ο κίνδυνος υπολογίζεται ότι είναι από 1,8 μέχρι και 8 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Επιπλέον υπολογίζεται ότι οι περιπτώσεις καρκίνου μετά από ακτινοθεραπεία αποτελούν ποσοστό 1% περίπου του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου στον πληθυσμό.¹⁴

4.11. ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ

Έχει περιγραφεί επίπτωση καρκίνου του παχέος εντέρου 5-10% μετά 15-30 χρόνια από τη διενέργεια ουρητηροσιγμοειδοαναστόμωσης. Τα νεοπλάσματα χαρακτηριστικά αναπτύσσονται σε θέση περιφερικότερη του σημείου εμφύτευσης του ουρητήρα, όπου ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου εκτίθεται χρονίως τόσο στα ούρα όσο και στα κόπρανα.¹⁰

4.12. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Εκτεταμένες επιδημιολογικές μελέτες παρέχουν ενδείξεις ότι διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες κυρίως διαιτητικοί ενέχονται

στην αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι διαιτητικοί αυτοί παράγοντες είναι η αυξημένη κατανάλωση κρέατος, ζωικού λίπους και η χαμηλή πρόσληψη φυτικού υπολείμματος με την τροφή.¹⁶

Οι καρκίνοι του ορθού και του κόλου είναι πιο συχνοί στους καταναλωτές βοδινού κρέατος και τροφών πλούσιων σε λίπη.¹⁷ Μελέτες σε τρωκτικά που διατρέφονταν με διαφορετικές δίαιτες έδειξαν ότι όσα ζώα σιτίζονται με ποικιλία πολυκόρεστων και κορεσμένων λιπών ανέπτυξαν μεγαλύτερο αριθμό αδενοκαρκινωμάτων στο παχύ έντερο από εκείνα που τρέφονταν με δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι, το ποσόν και η πηγή προέλευσης του διαιτητικού λίπους μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη όγκων.¹⁸

Σε μελέτη σε δείγμα Ελληνικού πληθυσμού, διαπιστώθηκε οκταπλάσιος κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του παχέος εντέρου σε άτομα με υψηλή κατανάλωση κρέατος και χαμηλή κατανάλωση σε λαχανικά.¹¹

Από πρόσφατες πληροφορίες προκύπτει ότι κατά την διάρκεια των τελευταίων 50 ετών έχει τριπλασιαστεί η κατανάλωση κρέατος και έχει οκταπλασιαστεί η κατανάλωση ζάχαρης, ενώ η κατανάλωση οσπρίων βρίσκεται στο 1/3 του προπολεμικού επιπέδου.¹¹

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η διατροφή στην Ελλάδα ακολουθεί το πρότυπο διατροφής των αναπτυγμένων χωρών της Δύσης και δεν είναι εκπληκτικό ότι η νοσηρότητα στη Ελλάδα ακολουθεί επίσης τους ρυθμούς των αναπτυγμένων χωρών.

4.12.α. Ρόλος της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου

Ο ρόλος της εντερικής μικροχλωρίδας στην καρκινογένεση του παχέος εντέρου δεν είναι ακόμη απόλυτα ξεκαθαρισμένος.

Τα χολικά οξέα, η χοληστερόλη και γενικά τα λίπη μεταβολίζονται στο έντερο με τη βοήθεια ενζύμων τα οποία παράγονται από τη μικροβιακή χλωρίδα και κυρίως από αναερόβια μικρόβια. Προϊόντα του μεταβολισμού αυτού είναι και διάφορες καρκινογόνες ουσίες οι οποίες έχουν ενοχοποιηθεί για την παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου, δεδομένου ότι, σε ένα μεγάλο ποσοστό στη χλωρίδα του παχέος εντέρου των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο υπερισχύουν τα μικρόβια αυτά.⁴

4.13. ΙΟΝΤΙΖΟΥΣΕΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ

Η διάδοση της ακτινοβολίας γίνεται είτε με τα κολλούμενα ηλεκτρομαγνητικά κύμματα, είτε με υλικά σωματίδια.

Πλήθος από ακτινοβολίες μας περιβάλλουν, έρχονται σ' επαφή με το σώμα μας ή μας διαπερνούν. Τέτοιες π.χ. είμαι οι ηλιακές ακτίνες, οι φωτεινές ακτίνες, οι ακτίνες της τηλεόρασης ή της ραδιοφωνίας, οι θερμικές ακόμα ακτίνες, οι ακτίνες Rontgen, των τεχνητών ραδιενεργών στοιχείων και ισοτόπων, οι κοσμικές ακτινοβολίες κ.τ.λ.¹⁹

Βλαπτικές είναι οι ακτίνες οι οποίες κατά τη δίοδο τους απ' τους ζώντες οργανισμούς παράγουν το φυσικό φαινόμενο του ιοντισμού.¹⁹

Με την ονομασία ιατρογενής καρκινογένεση νοείται η πρόκληση καρκίνου σ' ένα άτομο έπειτα από οποιαδήποτε μορφής ιατρική παρέμβαση. Σαν τέτοια νοείται η χορήγηση θεραπευτικών φαρμάκων, η

χρήση καλλυντικών, οι χειρουργικές επεμβάσεις, οι διάφορες ακτινοδιαγνωστικές και ακτινοθεραπευτικές εφαρμογές, και τέλος η χορήγηση διαφόρων ορμονών καθώς και κυτταροστατικών φαρμάκων κ.λ.π.

Η ιατρογενής καρκινογένεση επέρχεται κατά κανόνα χωρίς να γνωρίζει ο ιατρός την καρκινογενετική δράση της θεραπευτικής του μεθόδου. Σπάνια όμως, ο γιατρός γνωρίζει ότι μπορεί να προκαλέσει και ακτινολογική βλάβη, αλλά υπολογίζει στο προσδοκώμενο μεγαλύτερο καλό.¹⁹

4.14. ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Οι καρκινογενετικές χημικές ουσίες αποτελούν σήμερα τους κύριους και συχνότερους καρκινογενετικούς παράγοντες που επιδρούν στο βλεννογόνο του πεπτικού σωλήνα.

Στα διάφορα τρόφιμα, τα αλκοολούχα ποτά, τα γλυκίσματα κ.λ.π. προστίθενται ορισμένες χημικές ουσίες για να τα χρωματίσουν ή να τους προσδώσουν ορισμένη γεύση ή για συντήρηση κ.λ.π.

Τροφές που προέρχονται από το φυτικό βασίλειο μπορεί να περιέχουν χημικές ουσίες που πήραν από τα λιπάσματα ή τα εντομοκτόνα που χρησιμοποιήθηκαν.

Χρωστικές ουσίες για τα τρόφιμα και τα ποτά, όπως οι χρωστικές της ανιλίνης (π.χ. το κίτρινο του βουτύρου) και πλείστες άλλες συνθετικές χρωστικές ουσίες αποδείχθηκαν από καιρό ήδη καρκινογενετικές για τα πειραματόζωα, π.χ. τους ποντικούς, τους αρουραίους και τους σκύλους.

Από τα ειδικά κρατικά εργαστήρια ελέγχονται μόνο εκείνες οι συνθετικές ουσίες που φτάνουν κατά οποιοδήποτε τρόπο σ' ευρύτερο αριθμό ανθρώπων.¹⁹

4.15. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.15.α. Αλκοόλ

Έχει υπολογισθεί ότι κατάχρηση αλκοολούχων ποτών ευθύνεται για το 3-5% των θανάτων από καρκίνο.²⁰

Ο συνδυασμός αλκοόλ και καπνού, που άλλωστε είναι συχνός, αφού βαρείς πότες είναι συνήθως και βαρείς καπνιστές, δρα συνεργικά και πολλαπλασιάζει τις πιθανότητες δημιουργίας καρκίνου.¹⁷

Μολονότι δεν κατέχουμε σαφή αποδεικτικά στοιχεία, εν τούτοις μπορούμε να υποθέσουμε ότι ίσως δεν φτάνει το οινόπνευμα για την πρόκληση του Ca, αλλά οι καρκινογόνες ουσίες που προστίθενται στα αλκοολούχα ποτά.¹⁹

Ειδικότερα για τα αλκοολούχα ποτά, περισσότερο η μπίρα σχετίζεται με την αύξηση της επιπτώσεως του καρκίνου του ορθού.¹⁷

4.15.β. Μικροβιαμιά από στρεπτόκοκκους *bonis*

Για άγνωστους λόγους τα άτομα που αναπτύσσουν ενδοκαρδίτιδα ή σηψαιμία από αυτά τα μικρόβια των κοπράνων φαίνεται ότι εμφανίζουν μεγάλη επίπτωση όγκων του παχέος εντέρου και του ορθού. Συνιστάται ο ενδοσκοπικός ή ακτινολογικός έλεγχος των ασθενών αυτών.¹⁰

4.15.γ. Χολοκυστεκτομή

Η χολοκυστεκτομή είναι ένας παράγων που αυξάνει την αναλογία των δευτερογενών χολικών οξέων με αποτέλεσμα να αυξάνει ο κίνδυνος για καρκίνο του κόλου.

4.15.δ. Ασβέστωση

Επίσης άλλος παράγοντας είναι η ασβέστωση. Άτομα που εργάζονται σε ορυχεία ασβέστου επί 20 χρόνια και περισσότερο και που εισπνέουν ασβέστιο, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από άτομα του υπόλοιπου πληθυσμού να παρουσιάσουν καρκίνο του παχέος εντέρου.⁹

Τέλος, αφροδίσιες λοιμώξεις σχετίζονται με την αιτιολογία του πλακώδους κυτταρικού καρκίνου της ορθοπρωκτικής χώρας, Άλλοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι η μόλυνση από *schistosoma japonicum*.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι συνήθως ήπια, ακαθόριστα και μη ειδικά κατά την έναρξη. Η απώλεια βάρους και η αδιαθεσία είναι συχνά συμπτώματα και πολλές φορές παραβλέπονται από τον άρρωστο.

Τα συχνότερα συμπτώματα, τα οποία μπορεί να συνοδεύουν τον καρκίνο του παχέος εντέρου συνοψίζονται στα εξής :

-Μεταβολές στις συνήθειες του εντέρου με τη μορφή δυσκοιλιότητας ή διάρροιας, ή συνδυασμού και των δύο.

-Αποβολή αίματος με τις κενώσεις

-Κοιλιακά άλγη

-Δυσπεπτικά ενοχλήματα

-Μετεωρισμός της κοιλιάς και βορβορυγμοί

-Ψηλαφητή ενδοκοιλιακή μάζα.

-Επηρεασμός της γενικής κατάστασης του ασθενούς με την έννοια της απώλειας βάρους, αδυναμίας και κοπώσεως. Χαρακτηριστική είναι η παρουσία καχεξίας, ίκτερου και ηπατομεγαλίας σε προχωρημένα στάδια του καρκίνου.

Τα συμπτώματα όμως ποικίλουν αναλόγως της εντοπίσεως του όγκου και εξαρτώνται από το μέγεθος αυτού, την έκταση του καθώς και από το αν υπάρχει αιμορραγία, διάτρηση ή απόφραξη.

Συνηθίζεται λοιπόν ο καρκίνος του παχέος εντέρου να διαιρείται σε εκείνον που προσβάλλει το δεξιό και αριστερό κόλον. Οι καρκίνοι του τυφλού και του ανιόντος αναφέρονται συχνά ως «σιωπηλοί καρκίνου» επειδή δεν αποφράσσουν το έντερο ούτε προκαλούν μέλαινα κένωση. Ο καρκίνος του ορθοσιγμοειδούς μπορεί να αποφράσσει τον αυλό ή να αιμορραγεί και γι' αυτό οδηγεί τον ασθενή να ζητήσει ιατρική συμβουλή.

Α.Συμπτώματα από το δεξιό κόλο: Οι όγκοι εντοπίζονται κυρίως στο τυφλό και ανιόν και είναι ανθοκραμβοειδείς. Υφίστανται την επίδραση των υγρών του ειλεού και των χολικών οξέων. Το δεξιό κόλο έχει ένα μεγάλο αυλό και το κοπρανώδες περιεχόμενο του είναι υδαρές.

Τα συμπτώματα με την συχνότητα που εμφανίζονται είναι :

1.Συμπτώματα αναιμίας (ανεξήγητη αδυναμία – κόπωση). Οι ασθενείς συχνά παραπονιούνται στον γιατρό για αίσθημα αδυναμίας και κόπωση εξαιτίας οξείας έντονης αναιμίας.

2.Δυσπεπτικά ενοχλήματα του τύπου χολοκυστοπάθειας ή γαστρίτιδας. Οι ασθενείς μπορεί να παραπονεθούν για ακαθόριστη ενόχληση στο δεξιό κοιλιακό μέρος, η οποία συχνά παρατηρείται μετά το γεύμα και μπορεί λανθασμένα α' αποδοθεί σε νόσο της χοληδόχου κύστης ή του γαστροδωδεκαδάκτυλου.

3.Διαταραχή των κενώσεων με προεξάρχον στοιχείο τις διάρροιες με ίχνη αίματος. Μεγάλη ποσότητα αίματος μπορεί να μην είναι ορατή στα κόπρανα επειδή το αίμα είναι πλήρως αναμεμειγμένο με τα κόπρανα. Επομένως διαφεύγει της προσοχής του ασθενούς και γίνεται αντιληπτή μόνο μέσω της μικροσκοπικής εξέτασης.

4. Πυρετός, λόγω απορρόφησης μη εξουδετερωμένων τοξικών ουσιών από το ήπαρ.

5. Ψηλαφητή μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Β. Συμπτώματα από το εγκάρσιο κόλο: Αναιμία, επιγαστρικά ενοχλήματα και ψηλαφητός όγκος στο επιγάσριο. Είναι δυνατό αυτά τα συμπτώματα να εκλαμβάνονται και ως καρκινώματα στομάχου.

Γ. Συμπτώματα από το αριστερό κόλο: Στους καρκίνους του αριστερού κόλου παρατηρούνται στενωτικά φαινόμενα λόγω του μικρότερου αυλού του αριστερού κόλου από τον δεξιό. Επίσης, λόγω της ημιστερεάς σύστασης των κοπράνων τα συμπτώματα αυτά είναι κυρίως αποφρακτικό τύπου.

1. Κωλικοειδή άλγη με συμπτώματα διατάσεως της κοιλιάς, βορβορυγμούς (συνέπεια δυσχέρειας διόδου των αερίων) και δυσφορία στην αριστερή πλάγια χώρα.

2. Διαταραχή των κενώσεων, δυσκοιλιότητα ιδίως κατά την εντόπιση του όγκου στο σιγμοειδές με κατά περιόδους πολλές μικρές κενώσεις.

3. Μερική ή τέλεια απόφραξη

4. Αίμα στις κενώσεις όπου σε ένα 70% των περιπτώσεων γίνεται αντιληπτό από τον ασθενή.

5. Η αναιμία είναι σπάνια και η ψηλαφητή μάζα είναι ακόμη σπανιότερο εύρημα.

Δ. Συμπτώματα από το ορθό: Στον καρκίνο του ορθού το πιο κοινό παρουσιαζόμενο σύμπτωμα είναι η αιμορραγία η οποία συχνά είναι έντονη. Η αιμορραγία από το ορθό ποτέ δεν πρέπει να αποδίδεται σε

αιμορροΐδες ιδιαίτερα σε γηραιά άτομα εάν δεν αποκλεισθεί το κακόηθες νεόπλασμα του εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό ή με σιγμοειδοσκόπηση. Επίσης, το αίμα μπορεί να αναμιγνύεται ή όχι με κόπρανα ή βλέννη. Ακόμη μπορεί να υπάρχουν διαταραχές των συνηθειών του εντέρου και ο ασθενής μπορεί να έχει το αίσθημα ψευδούς αφόδευσης. Ο πόνος συνήθως είναι απών εκτός από τα πολύ προχωρημένα στάδια της νόσου ή όταν το καρκίνωμα σχετίζεται με τον πρωκτικό δακτύλιο.

Η παρουσία συμπτωμάτων από άλλα όργανα και συστήματα εξαρτάται από τη διήθηση τους από τον καρκίνο. Έτσι, όταν διηθείται η ουροδόχος κύστη ή ο προστάτης είναι δυνατόν να υπάρχουν συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας.

5.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια από τις πιο κοινές κακοήθειες νεοπλασίες και ο γιατρός θα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος σε συμπτώματα όπως απώλεια βάρους, αίμα στα κόπρανα, μεταβολή στις συνήθειες του εντέρου. Η δυνητικά σοβαρή φύση αυτών των συμπτωμάτων θα πρέπει ν' αναζητείται, ν' αναγνωρίζεται και δεν θα πρέπει να αποδίδονται γρήγορα σε αιμορροΐδες ή άλλες μικρότερες καταστάσεις μέχρι ν' αποκλεισθεί οριστικά ο καρκίνος. Πρέπει να επισημανθεί ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ιάσιμος, αν ανακαλυφθεί πρώιμα και ότι η αργοπορημένη διάγνωση είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στην κακή πρόγνωση.

Η διάγνωση θα βασισθεί : α)στην κλινική εξέταση, β)στην δακτυλική εξέταση, γ)στις εργαστηριακές εξετάσεις, δ)στις απεικονιστικές μεθόδους, ε)στην ενδοσκόπηση και στ)στο Haemoccult test.

5.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κλινική εξέταση του ασθενούς πιθανόν να αποδείξει την ύπαρξη ψηλαφητού ενδοκοιλιακού όγκου, ιδίως σε νεοπλάσματα του δεξιού κόλου και του τυφλού ενώ η διαπίστωση απώλειας βάρους, αναιμίας, ανορεξίας κ.λ.π. επιβεβαιώνουν την αρχική υποψία. Ιδιαίτερη προσοχή λοιπόν, πρέπει να δοθεί στην απώλεια βάρους και στην ανορεξία. Η ταυτόχρονη παρουσία τους θα πρέπει να εγείρει την υποψία υποκείμενης κακοήθειας. Εάν υπάρχει διάρροια θα πρέπει να καθορισθεί ο μέσος αριθμός των κενώσεων, η σύσταση τους και κάθε πότε εμφανίζονται.

Μερικοί ασθενείς εννοούν ως διάρροια, αυξημένο αριθμό κενώσεων ακόμη και όταν είναι σχετικά φυσιολογικές σε σύσταση, ενώ άλλοι εννοούν ως διάρροια τα υδαρή κόπρανα. Σε ασθενή με διάρροια θα πρέπει να ερωτηθεί αν υπάρχει αίμα ή βλέννη. Μεγάλη επίσης προσοχή θα πρέπει να δοθεί στο ιστορικό «λήψεως φαρμάκων». Εάν δεν ερωτηθούν οι ασθενείς, πιθανόν να ξεχάσουν να αναφέρουν ότι παίρνουν ασπιρίνη καθημερινώς για πονοκεφάλους και αυτό πράγματι πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν επί παρουσίας μικροσκοπικής αιμοραγίας. Επίσης, πολλοί ασθενείς παίρνουν καθημερινώς υπακτικά που μπορεί να ερμηνεύσουν χρόνια διάρροια και ακτινολογικές αλλοιώσεις στο παχύ έντερο.

Τέλος, μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί σε συνοδές παθήσεις (Ελκώδη κολίτιδα, οικογενής πολυποδίαση) και στο οικογενειακό

ιστορικό (καρκίνος παχέος εντέρου, σύνδρομο οικογενούς πολυποδίασης).

5.4. ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η δακτυλική εξέταση του ορθού αποτελεί το σημαντικότερο στοιχείο της φυσικής εξέτασης επειδή περίπου οι μισοί καρκίνοι του ορθού βρίσκονται σε ύψος που φτάνει το εξεταστικό δάκτυλο. Επομένως η παράλειψη της δακτυλικής εξέτασης μπορεί να επιβραδύνει την διάγνωση και να επιβαρύνει την πρόγνωση. Επίσης με την δακτυλική εξέταση μπορεί να προσδιοριστεί η μορφή του όγκου καθώς και η έκτασή του.

Η δακτυλική εξέταση επίσης μπορεί να προκαθορίζει τον τύπο της επέμβασης, ανάλογα με το ύψος και την εξαιρεσιμότητα ή όχι του νεοπλασματος.⁷

5.5. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Α.Μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων: Η επαρκέστερη και οικονομικότερη εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι η μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων για αίμα. Οι περισσότεροι καρκίνοι του εντέρου αιμορραγούν βραδέως μέσα στον αυλό ακόμη και πριν να φθάσουν σε μέγεθος τέτοιο, που να προκαλεί συμπτώματα. Έτσι η ύπαρξη αίματος στα κόπρανα θα πρέπει να εγείρει στον κλινικό την υποψία για την πιθανότητα καρκίνου του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα σε άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών. Τα κόπρανα φυσιολογικών ατόμων περιέχουν μικρή ποσότητα αίματος ημερησίως, περίπου 0,6-1,2ml. Αυξημένη απώλεια αίματος συμβαίνει σε άτομα με καρκίνο παχέος εντέρου και ιδιαίτερα του ορθού.

Β. Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA): Είναι μια γλυκοπρωτεΐνη που βρίσκεται στην κυτταρική μεμβράνη καρκινικών κυττάρων πολλών ιστών και του παχέος εντέρου. Σε αύξηση των κυττάρων, το αντιγόνο εισέρχεται στην κυκλοφορία και ανιχνεύεται με ραδιοανοσολογική μέθοδο. Η αύξηση όμως του CEA δεν είναι ειδική για τον καρκίνο του παχέος εντέρου διότι έχει παρατηρηθεί αύξησή του ακόμα και σε καλοήθεις παθήσεις. Παρ' όλο όμως που δεν είναι διαγνωστικό, είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας. Εάν δηλαδή μετά από μια ριζική εγχείρηση το CEA παραμένει υψηλό η πρόγνωση είναι πολύ κακή. Επίσης, αν μετεγχειρητικώς το CEA πέσει και μετά από καιρό ανιχνεύεται σε υψηλές συγκεντρώσεις, δείχνει ότι πρέπει να υπάρχει υποτροπή της νόσου.

Γ. Σπινθηρογράφημα του ήπατος: Αυτό χρησιμεύει για την ανεύρεση πιθανών μεταστάσεων.

Δ. Αιματολογικός και Βιοχημικός έλεγχος: Ο έλεγχος αυτός δεν είναι διαγνωστικός. Αποσκοπεί περισσότερο στην ανακάλυψη και διόρθωση τυχών ελλειμμάτων (αναιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές) ώστε να προετοιμασθεί ο ασθενής κατάλληλα για την εγχείρηση.

Ε. Σεσημασμένα μονοκλωνικά και μη αντισώματα: Η παρασκευή στο εργαστήριο ειδικών αντισωμάτων έναντι αντιγόνων σχετιζόμενων με τον όγκο, έχει σήμερα προχωρήσει σημαντικά. Μετά από χορήγηση ειδικών αντισωμάτων καθλώνονται στον όγκο. Πρόκειται για μια πολύ ελπιδοφόρα τεχνική.⁷

ΣΤ. Έλεγχος ΡΗ κοπράνων: Είναι πλέον αποδεκτό ότι, καρκινογόνες ουσίες υπεύθυνες για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου

προέρχονται από τον μεταβολισμό των χολικών οξέων εντός του εντερικού σωλήνα υπό τη δράση της βακτηριακής χλωρίδας αυτού.

Έτσι πειραματικές μελέτες για την σχέση ΡΗ κοπράνων και καρκίνου του παχέος εντέρου έδειξαν ότι το αλκαλικό ΡΗ δημιουργεί περιβάλλον ευνοϊκό για την ανάπτυξη καρκινωμάτων του παχέος εντέρου, ενώ το όξινο ΡΗ μπορεί να δράσει προφυλακτικά στη ανάπτυξη αυτών των νεοπλασμάτων.²¹

5.6. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Α. Βαριούχος υποκλυσμός: Αποτελεί το κύριο διαγνωστικό μέσο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Σκιερό, ανάγλυφο εκμαγείο με εμφύσηση αέρα μέσα στο παχύ έντερο και απεικόνιση όλων των περιοχών του είναι απαραίτητα, ιδιαίτερα για τις περιοχές του τυφλού, σπληνικής καμπής και όταν υπάρχει μακρύ σιγμοειδές όπου συχνά παρουσιάζονται ασαφείς ελλειμματικές εικόνες. Ο βαριούχος υποκλυσμός είναι απαραίτητος ακόμη και όταν ο καρκίνος έχει διαγνωσθεί είτε δακτυλικά είτε με την σιγμοειδοσκόπηση για να αποκλεισθούν καρκίνοι ή πολύποδες σε άλλα κεντρικότερα σημεία. Η συνήθης ακτινολογική εικόνα είναι έλλειμμα στη σκιαγράφηση το οποίο συνήθως δίνει την έννοια του φαγωμένου μήλου. Εκτός από τις τυπικές αυτές ακτινολογικές εικόνες, οι οποίες αφορούν συνήθως προχωρημένους καρκίνους, υπάρχουν και οι άτυπες ασαφείς εικόνες που μπορεί να οφείλονται σε πρώιμο καρκίνο, κακή προετοιμασία του εντέρου ή σε κακή απεικόνιση των περιοχών. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, όπως και στις περιπτώσεις που τα ακτινολογικά ευρήματα είναι μεν αρνητικά, υπάρχει όμως απόλυτη ένδειξη για κολονοσκόπηση με την

οποία εκτός από άμεση εξέταση είναι δυνατή η λήψη βιοψιών για κυτταρολογική εξέταση. Υπάρχει αντένδειξη στη χορήγηση βαρίου από το στόμα όταν υπάρχει υποψία καρκίνου του παχέος εντέρου και ιδιαίτερα του αριστερού κόλου γιατί μπορεί να προκαλέσει οξεία εντερική απόφραξη.

Β. Ακτινογραφία θώρακος: Είναι απαραίτητη για την εντόπιση πνευμονικών μεταστάσεων όπως επίσης απαραίτητη είναι και η ενδοφλέβια πνευμογραφία προ εγχειρητικά για τον προσδιορισμό της θέσης των νεφρών καθώς και της διήθησης ή παρεκτομής των ουρητήρων από τον όγκο. Τα στοιχεία αυτά θα βοηθήσουν τον χειρουργό να αποφύγει κακώσεις των οργάνων αυτών.

Γ. Αξονική και μαγνητική τομογραφία: Χρησιμοποιούνται κυρίως για τον έλεγχο της υπάρξεως μεταστάσεων του ήπατος ή εξωτοιχωματικής επέκτασης σε αρρώστους με καρκινώματα του ορθού.⁷

5.7. ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

Α. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση : Η Ορθοσιγμοειδοσκόπηση μπορεί να γίνει με άκαμπτο ή εύκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο. Αν και τα τελευταία 30 χρόνια έχει παρατηρηθεί μια κεντρικότερη μετατόπιση των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου, η πλειοψηφία τους εξακολουθεί να αναπτύσσεται στο αριστερό κόλο, και ένα ποσοστό 20-30% αυτών βρίσκεται στη διαγνωστική εμβέλεια του άκαμπτου ορθοσκοπίου.

Πολλές μελέτες με σιγμοειδοσκόπηση με άκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο, σε ασυμπτωματικούς ασθενείς κατέδειξαν ότι με τη μέθοδο αυτή είναι δυνατή η ανεύρεση καρκίνου σε πρώιμα στάδια, καθώς και η διάγνωση και αφαίρεση αδενωμάτων, με μείωση της

συχνότητας του επακόλουθου καρκίνου του ορθού σ' αυτούς τους ασθενείς. Είναι σημαντικό να σκεφτεί κανείς ότι τα τελευταία 20-25cm του παχέος εντέρου δύσκολα εξετάζονται με τον βαριούχο υποκλυσμό. Ένας καρκίνος του ορθού μπορεί μα μην γίνει αντιληπτός με τον βαριούχο υποκλυσμό, ενώ είναι ορατός με το σιγμοειδοσκόπιο και μπορεί να ληφθεί βιοψία.

Τα εύκαμπτα σιγμοειδοσκόπια επιτρέπουν την εξέταση μεγαλύτερου μήκους του εντέρου και η διάγνωση των 2/3 περίπου των πολυπόδων και των καρκινωμάτων του πεχέος εντέρου και του ορθού.²²

B. Κολονοσκόπηση: Η κολονοσκόπηση είναι μια ασφαλής μέθοδος που επιτρέπει την επισκόπηση του παχέος εντέρου ως την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Αυτή η μέθοδος αποδεικνύεται η σημαντικότερη διαγνωστική και θεραπευτική εφαρμογή της ενδοσκοπήσεως με εύκαμπτο ενδοσκόπιο, επειδή έχει την ικανότητα να διαγνώσει θεραπεύσιμους καρκίνους του παχέος εντέρου, που δεν ανευρίσκονται με άλλες τεχνικές. Επίσης, είναι δυνατή η λήψη βιοψίας για την ιστολογική και κυτταρολογική επιβεβαίωση των ενδοσκοπικών διαγνώσεων. Περίπου οι μισές κολονοσκοπήσεις γίνονται, εξ' αιτίας μη φυσιολογικού βαριούχου υποκλυσμού, που δείχνει πολύποδα, στένωση ή έλλειμμα σκιαγραφήσεως ύποπτα για καρκίνωμα. Περίπου το ένα τέταρτο των κολονοσκοπήσεων γίνονται εξ' αιτίας χρόνιας μικροσκοπικής αιμορραγίας του παχέος εντέρου. Οι κυριότερες επιπλοκές της κολονοσκοπήσεως είναι η αιμορραγία και η διάτρηση. Η εκκολπωμάτωση, η ισχαιμική νόσος και η προηγηθείσα ακτινοβολία κάνουν την εξέταση δυσκολότερη και πιο επικίνδυνη. Ο κίνδυνος διατρήσεως είναι επίσης αυξημένος σε ασθενή με πολύ ενεργό κολίτιδα

και η κολονοσκόπηση θα πρέπει ν' αποφεύγεται στην διάρκεια της οξείας φάσεως.

Γ. Ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία: Η ενδοορθική υπερηχοτομογραφία είναι μια σχετικά καινούργια απεικονιστική τεχνική, η οποία παρέχει τη δυνατότητα απεικόνισης των διακεκριμένων χιτώνων του τοιχώματος του ορθού και του κόλου καθώς και του χαρακτηρισμού των λεμφαδένων που βρίσκονται γύρω απ' αυτά. Συνδυάζει τόσο την εκτίμηση του βάθους επέκτασης της βλάβης όσο και την εκτίμηση της συμμετοχής των επιχώριων λεμφαδένων στη νόσο.

Πολλές μελέτες έδειξαν ότι η ακρίβεια της μεθόδου στον προσδιορισμό του βάθους της βλάβης κυμαίνεται μεταξύ 67% και 92%. Σε ότι αφορά την εκτίμηση των λεμφαδένων η ακρίβεια της μεθόδου κυμαίνεται μεταξύ 50% και 80%.²³

5.8. HAEMOCCULT TEST

Το Haemoccult test, τροποποιημένο κατά Greigor Guaiac Test, αποτελείται από διηθητικό χαρτί ηλεκτροφόρησης εμποτισμένο με το παρασκεύασμα της ρητίνης Guaiac. Στο διηθητικό χαρτί αποτίθενται 2 δείγματα κοπράνων επί 3 συνεχείς ημέρες (6 δείγματα). Αν στα δείγματα κοπράνων υπάρχει αιμοσφαιρίνη τότε η προσθήκη 2-3 σταγόνων διαλύματος υπεροξειδίου του υδρογόνου μετατρέπει την άχρωμη ρητίνη Guaiac σε κυανή. Το Haemoccult test ανιχνεύει εξειδικευμένα την αιμορραγία από το παχύ έντερο όταν είναι άνω των 2ml το 24ωρο.

Το Haemoccult test είναι κατάλληλο για την διάγνωση και τον προληπτικό έλεγχο νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου διότι η ευαισθησία του έχει ρυθμιστεί να είναι άνω της συγκεντρώσεως της

αιμοσφαιρίνης των κοπράνων στα φυσιολογικά άτομα και αντιστοιχεί περίπου σε 3mg αιμοσφαιρίνης ανά gr κοπράνων. Βέβαια πρέπει να τονίσουμε πως το Haemocult test δεν κάνει άμεση διάγνωση του καρκίνου αλλά ανιχνεύει μόνο την μικροσκοπική αιμορραγία του παχέος εντέρου στα κόπρανα, δηλαδή ανιχνεύει μια βλάβη στο παχύ έντερο που αιμορραγεί, χωρίς ν' αναγνωρίζεται αυτή η απώλεια αίματος μακροσκοπικά στα κόπρανα.

5.9. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

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

Σε διαταραχές των κενώσεων η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει για κάθε αιτία που προκαλεί δυσκοιλιότητα ή διάρροια. Σε αιμορραγία από το ορθό, ο μεγάλος κίνδυνος είναι να γίνει επιπόλαιος διάγνωση αιμορροϊδων αν δεν γίνει δακτυλική εξέταση και σιγμοειδοσκόπηση.

Επίσης, οξύς πόνος στο δεξιό πλάγιο της κοιλιάς και ιδιαίτερα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο μπορεί να οφείλεται σε καρκίνο του τυφλού ή του ανιόντος και να θεωρηθεί σαν οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δύσκολη η διαφορική διάγνωση του καρκίνου από την εκκολπωματίτιδα όχι μόνο προ εγχειρητικά αλλά και κατά την διάρκεια ερευνητικής λαπαροτομίας. Η κολονοσκόπηση και η βιοψία προ εγχειρητικά δίνουν συνήθως την λύση.

Άλλες παθήσεις του κόλου όπως η ελκώδης κολίτιδα, η νόσος του Crohn, η ισχαιμική κολίτιδα και η αμοιβάδωση συνήθως εύκολα διαφοροδιαγιγνώσκονται από τον καρκίνο με την σιγμοειδοσκόπηση, τον βαριούχο υποκλυσμό και την κολονοσκόπηση, αν αυτή κριθεί απαραίτητη. Η διάγνωση των λειτουργικών παθήσεων του παχέος εντέρου (π.χ. ευερέθιστο έντερο, σπασμός) θα πρέπει να τίθεται μόνο αφού προηγουμένως αποκλεισθούν οργανικές παθήσεις και ιδιαίτερα ο καρκίνος.

5.10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

5.10.α. Χειρουργική

Η θεραπεία του καρκίνου παχέος εντέρου είναι κατά κανόνα χειρουργική. Αυτή περιλαμβάνει την εκτομή του τμήματος του παχέος εντέρου που περιέχει τον καρκίνο με τα αιμοφόρα αγγεία και λεμφογάγγλια της περιοχής.

Στην επιτυχία της εγχείρησης συμβάλλει αποτελεσματικά η προετοιμασία του εντέρου και αυτό γιατί έχει σαφώς αποδειχθεί ότι έτσι μειώνονται σημαντικά οι μετεγχειρητικού τραύματος κ.λ.π.

Σκοπός της προετοιμασίας είναι η απομάκρυνση από τον αυλό του εντέρου των κοπρανωδών μαζών και η μείωση του μικροβιακού πληθυσμού.

Η προετοιμασία αυτή επιτυγχάνεται με :

α)Χορήγηση τροφών που δεν αφήνουν υπόλειμμα.

β) Μηχανικό καθαρισμό του εντέρου με υποκλυσμούς ο οποίος θεωρείται και ο καλύτερος τρόπος ή χημικός καθαρισμός με την χορήγηση ερεθιστικών καθαρτικών.

γ) Χορήγηση αντιβιοτικών.

Οι εγχειρήσεις για τον καρκίνο του παχέος εντέρου διακρίνονται σε ριζικές που αποσκοπούν στην ίαση του ασθενούς και σε παρηγορητικές. Παρηγορητικές εγχειρήσεις θεωρούνται η περιορισμένη εκτομή του τμήματος του εντέρου στο οποίο εντοπίζεται ο όγκος χωρίς να αφαιρεθούν οι υπάρχουσες μεταστάσεις και η απλή κολοστομία.

Οι ριζικές εγχειρήσεις διακρίνονται σε εγχειρήσεις για καρκίνο του κόλου και στις εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού. Κύριος στόχος του χειρουργού σ' αυτές τις εγχειρήσεις είναι η συναφαίρεση όλου του δικτύου που αποχετεύει τη λέμφο του τμήματος αυτού συμπεριλαμβανομένων και των λεμφαδένων.

Παράλληλα λαμβάνεται ιδιαίτερη φροντίδα κατά την εγχείρηση ώστε να αποφευχθεί όσο είναι δυνατόν η διαφυγή και διασπορά καρκινικών κυττάρων από τους χειρουργικούς χειρισμούς.

Για καρκίνους που εντοπίζονται στο τυφλό, ανιόν κόλον, η εκτομή περιλαμβάνει μικρό τμήμα του τελικού ειλεού, προ τυφλό, το ανιόν, το δεξιό ήμισυ του εγκαρσίου και την ειλεοκολική, την δεξιά κολική και τον δεξιό κλάδο της μέσης κολικής αρτηρίας και φλέβας με το αντίστοιχο μεσεντέριο και το μείζον επίπλουν (δεξιά ημικολεκτομή). Η αποκατάσταση της εντερικής συνέχειας γίνεται με ειλεο-εγκάρσια αναστόμωση.

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

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

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

Δύο είναι οι κλασσικές εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού : η χαμηλή πρόσθια εκτομή και η συνδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή.

Η χαμηλή πρόσθια εκτομή περιλαμβάνει το περιφερικό σιγμοειδές και το κεντρικό ορθό. Το κεντρικό σιγμοειδές αναστομώνεται με το περιφερικό ορθό. Η αναστόμωση αυτή εμφανίζει ένα σημαντικό ποσοστό 25% περίπου διαφυγής γι' αυτό πολλές φορές συνδυάζεται με προσωρινή κολεοστομία.

Η συνδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή έχει δύο χρόνους τον κοιλιακό και τον περινεϊκό, οι οποίοι είτε εκτελούνται από την ίδια ομάδα χειρουργών, πρώτα ο κοιλιακός και μετά ο περινεϊκός, είτε εκτελούνται συγχρόνως από ομάδες χειρουργών για να ελαττωθεί η διαφάνεια της εγχείρησης. Κατ' αυτήν εκ' τέμνεται το περιφερικό σιγμοειδές, το ορθοσιγμοειδές και ορθό μαζί με τον πρωκτικό δακτύλιο. Το κεντρικό κολόβωμα του σιγμοειδούς εξωτερικεύεται σαν μόνιμη πια κολοστομία.

Κατά τα τελευταία χρόνια η κατασκευή και χρησιμοποίηση των συρραπτικών συσκευών κάνει δυνατή την εκτέλεση πολύ χαμηλών αναστομών με αποτέλεσμα ένας σημαντικός αριθμός μόνιμων κολοστομιών ω'αποφεύγεται.

Η χαμηλή πρόσθια εκτομή και η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή συνοδεύεται από σημαντικό ποσοστό θνητότητας και νοσηρότητας. Η μέση εγχειρητική θνητότητα για την πρώτη εγχείρηση ανέρχεται στο 6% και για τη δεύτερη σε 8%, ενώ η νοσηρότητα ανέρχεται σε 15-56% και 25%-68% αντίστοιχα.⁴

5.10.β. Ακτινοθεραπεία

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό της σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως με τους νεοπλασματικούς.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία του καρκίνου ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία. Η ακτινοβολία που χρησιμοποιείται είναι ιονίζουσα και την παίρνουμε από 3 πηγές :

- 1)Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία (ράδιο κ.λ.π.)
- 2)Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία (ραδιοϊσότοπα)
- 3)Μηχανήματα παραγωγής ακτινών Roentgen και ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία).

Η ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελείται ή από πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται γρήγορα και ακτίνες γ ή από ακτίνες Χ.

Συνήθως η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε καρκινώματα του ορθού. Έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την πενταετή επιβίωση και τα μεσοδιαστήματα υποτροπών. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι πολύ ευαίσθητα στην ακτινοβολία από τα ώριμα και μερικές φορές νεκρώνονται τελείως, ενώ οι βλάβες των ώριμων κυττάρων είναι δυνατόν να επανορθωθούν μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα.

Η ακτινοθεραπεία λοιπόν έχει τις εξής εφαρμογές :

α)Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό, δηλαδή καταστρέφει τα κακοήθη νεοπλάσματα μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

β)Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του ασθενούς σε προχωρημένα στάδια καρκίνου π.χ. ανακούφιση από τον πόνο.

γ)Χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τη χειρουργική θεραπεία :

1)Προεγχειρητικά, για να εμποδίσει την μετάσταση και να βοηθήσει τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου,2)μετεγχειρητικά, όταν η πρωτοπαθής αλλοίωση αφαιρείται, μένουν όμως τα λεμφογάγγλια. Στον καρκίνο του παχέος εντέρου γενικά η προεγχειρητική ακτινοβολία καθιστά ένα ανεγχείρητο καρκίνωμα σε εγχειρήσιμο και μετεγχειρητικώς αυξάνει το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης.²⁴

5.10.γ. Χημιοθεραπεία

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα, επιβραδύνουν την εξέλιξή τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος. Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη

κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Βέβαια, τα κακοήθη κύτταρα επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά. Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στον βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με ακτινοθεραπεία και χειρουργική θεραπεία ως εξής :

-Η χημειοθεραπεία μπορεί να γίνει πριν από εγχείρηση μη χειρουργήσιμου όγκου, με σκοπό ο όγκος να γίνει μικρότερος και να μπορεί ν' αφαιρεθεί.

-Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται μετά από την αφαίρεση του όγκου, μόνη ή σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία αν η αφαίρεση του όγκου δεν ήταν αρκετή.

-Η χημειοθεραπεία έχει θέση μετά από ολική αφαίρεση σχετικά πρώιμου όγκου που όμως κλινικές παρατηρήσεις μας δίνουν την πιθανότητα μικρομεταστάσεων και λέγεται τότε συμπληρωματική μετεγχειρητική ή προφυλακτική χημειοθεραπεία. Η προφυλακτική χημειοθεραπεία πρέπει ν' αρχίσει 1-2 εβδομάδες μετά την εγχείρηση, να προγραμματίζεται και να διεξάγεται συστηματικά και να διαρκεί τουλάχιστον 6-10 μήνες.

-Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία σε περιπτώσεις όπου, εκτός από το γενικό πρόβλημα της νόσου, υπάρχει κάποιο τοπικό πρόβλημα, π.χ. επώδυνη μετάσταση στα οστά. Μετά από ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία δεν μπορεί ν' αρχίσει αμέσως αλλά

μετά από χρόνο απαραίτητο για την αποκατάσταση του μυελού των οστών δηλαδή μετά από 2-4 εβδομάδες.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν :

- 1) Από το στόμα
- 2) Ενδαγγειακά, ενδοφλέβια, ενδοαρτηριακά
- 3) Ενδομυϊκά
- 4) Με έγχυση στο νεόπλασμα
- 5) Με έγχυση σε κοιλότητα

6) Από τις τελευταία χρησιμοποιούμενες επίσης μεθόδους, η ενδοηπατική έγχυση συνδυασμού κυτταροστατικών μέσω χειρουργικού καθετηριασμού αρτηρίας είναι αρκετά ελπιδοφόρα.²⁵

Το κυριότερο χημειοθεραπευτικό φάρμακο που χρησιμοποιείται για την καταπολέμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η 5-φθοριουρακίλη (5-FU)

5.10.δ. Ανοσοθεραπεία

Η ανοσοθεραπεία είναι καινούργια μέθοδος θεραπείας του καρκίνου η οποία βρίσκεται ακόμη στο ερευνητικό στάδιο. Ο κύριος σκοπός της θεραπείας είναι να ισχυροποιηθεί η ανοσοβιολογική ανταπόκριση του αρρώστου στα κύτταρα του καρκίνου.

5.11. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την έκταση διασποράς του όγκου. Οι ασθενείς, στους οποίους ο όγκος περιορίζεται στο τοίχωμα, έχουν μεγάλη πιθανότητα

ιάσεως μετά την χειρουργική εκτομή, όπως δείχνει το ποσοστό πενταετούς επιβιώσεως που φθάνει περίπου το 80%.

Σε ασθενείς με επέκταση του όγκου στον ορογόνο και το μεσεντερικό λίπος, η πενταετής επιβίωση μετά από την εκτομή ανέρχεται στο 71%. Με λεμφαδενικές μεταστάσεις η πενταετής επιβίωση μειώνεται ακόμη περισσότερο στο 32%. Ενώ η παρουσία από μακρυσμένων μεταστάσεων στο ήπαρ, τον πνεύμονα, τα οστά, μειώνει την πενταετή επιβίωση στο μηδέν.

Πρέπει να τονισθεί ότι η πρόγνωση επηρεάζει αντιστρόφως από την εμφάνιση επιπλοκών όπως απόφραξη ή διάτρηση. Οι χειρουργημένοι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται σε συχνά χρονικά διαστήματα με C.E.A., αιματολογικές, ακτινολογικές εξετάσεις και ενδοσκοπήσεις. Εάν διαπιστωθεί υποτροπή της νόσου, χειρουργούνται εκ νέου. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται καλύτερο ποσοστό επιβιώσεως και καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς.

5.12. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Επειδή κύριο χαρακτηριστικό των όγκων είναι να διηθούν πολλοί όγκοι του παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται κατά πρώτων από μια επιπλοκή της αρχικής βλάβης. Ο όγκος μπορεί να προκαλέσει διάτρηση στο εντερικό τοίχωμα προκαλώντας οξεία περιτονίτιδα. Η διάτρηση αυτή μπορεί να γίνει με βραδύ ρυθμό με αποτέλεσμα τη δημιουργία τοπικής φλεγμονώδους μάζας και εντοπισμένης περιτονίτιδας ή μπορεί να διηθήσει αιμοφόρο αγγείο και να προκαλέσει αιμορραγία από το ορθό. Η διάτρηση εξ' αιτίας του καρκίνου είναι μια επείγουσα κατάσταση που πολλές φορές οδηγεί τον ασθενή στο χειρουργείο χωρίς

προηγούμενο έλεγχο στο παχύ έντερο για την ανακάλυψη του αιτίου της διάτρησης.²⁶

Επίσης, πολλοί μεγάλοι και βραδέως αναπτυσσόμενοι όγκοι μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα που οφείλονται σε πίεση που εξασκείται πάνω σε γειτονικά όργανα, όπως η μήτρα, η ουροδόχος κύστη, οι ουρητήρες. Ως πρώτο σημείο μιας τέτοιας αυξημένης πίεσεως μπορεί να εμφανιστούν βουβωνικήλες.

Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθούν συρίγγια μεταξύ εντέρου και πυελικών οργάνων καθώς και αποστήματα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα που οφείλονται σε διήθηση από νεοπλασματικό όγκο.

5.13. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου μπορεί να διακριθεί σε πρωτογενή που περιλαμβάνει γενετικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, και σε δευτερογενή που περιλαμβάνει την αναγνώριση προκαρκινωματοδών καταστάσεων καθώς και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Πρωτογενής πρόληψη: Έχει βρεθεί πως ορισμένοι γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση της νόσου και αν αναγνωρισθούν πιθανόν άλλοι θα βοηθήσουν σημαντικά στην πρόληψή της.²⁷

Έτσι, συγγενείς α' βαθμού ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου πρέπει να υφίστανται μια φορά τον χρόνο εξέταση κοπράνων για ύπαρξη Hb και περιοδική ανασκόπηση από την ηλικία των 40 ετών, ηλικία που μπορεί να μετατεθεί προς τα κάτω ακόμη περισσότερο, αν ο καρκίνος

παχέος εντέρου εμφανίστηκε σε συγγενή των ελεγχόμενων ατόμων σε μικρή ηλικία.²⁸

Από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που είναι προδιαθέσιμοι για την ανάπτυξη καρκινώματος, πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερος η διατροφή δηλαδή η κατάχρηση λίπους, ανεπαρκής πρόσληψη φυτικών ινών κ.τ.λ.²⁷

Ο προστατευτικός ρόλος των ινών συνιστάται σε αύξηση του όγκου των κοπράνων, σε αραίωση των ουσιών που παράγουν την καρκινογένεση, ενώ προωθούν την γρήγορη εξαφάνιση τους από τον οργανισμό ελαχιστοποιώντας την χρονική διάρκεια επαφής τους με τον βλεννογόνο, ελαττώνοντας τον χρόνο διέλευσης από τον εντερικό σωλήνα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, οι φυτικές ίνες υφίστανται ζύμωση από την χλωρίδα του παχέος εντέρου, οπότε σχηματίζονται λιπαρά οξέα που ελαττώνουν το ΡΗ του ενδοαυλικού περιβάλλοντος αναστέλλοντας δυναμικά την καρκινογένεση.¹⁸

Ακόμη, τα στατικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου μπορεί να ελαττωθεί με την προσθήκη ασβεστίου στο διαιτολόγιο. Θεωρείται ότι το ασβέστιο των τροφών μπορεί να αδρανοποιήσει τα εντερικά καρκινογόνα. Υπέρ αυτής της αντίληψης είναι α)το εύρημα ότι το συμπληρωματικά χορηγούμενο ασβέστιο των τροφών μειώνει τον πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων του παχέος εντέρου στους συγγενείς ασθενών με οικογενή καρκίνο παχέος εντέρου και β)τα αποτελέσματα μιας έρευνας σχετικά με τις διαιτητικές συνήθειες περίπου 2000 ανδρών για χρονικό διάστημα 19 ετών, που έδειξε ότι ο κίνδυνος καρκίνου του παχέος εντέρου μειώνεται με την αύξηση της πρόσληψης ασβεστίου από το στόμα.¹⁰

Δευτερογενής πρόληψη: Η φυσική ιστορία του καρκίνου του παχέος εντέρου περιέχει μια ιδανική ευκαιρία για δευτερογενή πρόληψη, καθώς το 95% των καρκίνων αυτών αναπτύσσεται σε έδαφος αδενωματωδών πολυπόδων. Την ισχυρότερη κλινική απόδειξη της παραπάνω αιτιολογικής σχέσης αποτελεί η σημαντική ελάττωση (κατά 75%-90%) της επίπτωσης καρκίνου του παχέος εντέρου μετά από ανίχνευση και ενδοσκοπική αφαίρεση των αδενωματωδών πολυπόδων. Επομένως η προσπάθεια πρόληψης του καρκίνου αυτού μάλλον πρέπει να στρέφεται προς την ανίχνευση όχι όλων, αλλά κυρίως των σοβαρών αδενωμάτων.

Η ολική κολονοσκόπηση θεωρείται σήμερα η καλύτερη μέθοδος ανίχνευσης νεοπλασιών του παχέος εντέρου και ο έλεγχος όλου του πληθυσμού θα είχε θεωρητικά ως αποτέλεσμα την εξαφάνιση του καρκίνου αυτού από τις μείζονες αιτίες θανάτου. Εντούτοις, το κόστος και ο κίνδυνος επιπλοκών, αλλά και η αδυναμία εκτέλεσης απεριόριστου αριθμού εξετάσεων, αποτρέπουν την εφαρμογή της στον γενικό πληθυσμό και καθιστούν απαραίτητη τη αποκάλυψη ομάδων υψηλού κινδύνου, που αναμφισβήτητα θα επωφελούνταν από τον περιοδικό κολονοσκοπικό έλεγχο.

Πρόσφατα ισχυρά δεδομένα υποστηρίζουν ότι προληπτικός έλεγχος για αιμοσφαιρίνη κοπράνων ελαττώνει κατά 33% και με σιγμοειδοσκόπηση κατά 80% τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του παχέος εντέρου. Η Αμερικανική Αντικαρκινική και Γαστρεντερολογική Εταιρεία, αλλά και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, συνιστούν σήμερα, για άτομα που δεν ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, έναρξη προληπτικού ελέγχου για καρκίνο του παχέος εντέρου στην ηλικία των

50 ετών με ετήσιο έλεγχο για αιμοσφαιρίνη κοπράνων και τριετή έλεγχο με σιγμοειδοσκόπηση.²⁹

Πρόσφατη εργασία επέδειξε την στατιστικά σημαντική μείωση συχνότητας του καρκίνου παχέος εντέρου σε περιοχή πληθυσμού που παρακολουθούνταν τακτικά με σιγμοειδοσκόπηση σε σχέση με τον πληθυσμό της ίδιας ηλικίας που δεν παρακολουθούνταν.³⁰

Σε ασθενείς με ιστορικό εκτεταμένης ελκώδους κολίτιδας συνιστάται ετήσιος έλεγχος με κολονοσκόπηση και βιοψίες από ολόκληρο το παχύ έντερο με μεσοδιαστήματα 10cm, με ιδιαίτερη έμφαση στις προβληματικές περιοχές με εμφανείς δυσπλασίες.

Τέλος, σε ασθενείς με νόσο του Crohn απαιτείται συστηματικός ενδοσκοπικός επανέλεγχος κάθε 3-6 μήνες λόγω ασαφούς διάγνωσης εξαιτίας της υπάρχουσας φλεγμονής.²²

5.14. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο νοσηλευτής-τρια λόγω της φύσης της εργασίας του έρχεται πολύ κοντά στον ασθενή αλλά και στον υγιή άνθρωπο αφού η δραστηριότητά του δεν περιορίζεται μόνο στο νοσηλευτικό ίδρυμα αλλά επεκτείνεται και στην κοινότητα (κέντρα υγείας, σπίτια των πολιτών, επαγγελματικοί χώροι, σχολεία). Έτσι μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην πρόληψη και στην διάγνωση και στην πρόληψη γενικότερα του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να παρακολουθεί συνεχώς κάθε ασθενή που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και παρουσιάζει συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα. Θα πρέπει να παρατηρεί καθημερινώς και να

ενημερώνει τον γιατρό για οποιαδήποτε αλλαγή παρατηρείται στο χρώμα των κοπράνων ή για την παρουσία αίματος ή βλέννης στα κόπρανα. Επίσης θα πρέπει να ενημερώνει τον γιατρό αν ο ασθενής παραπονιέται για κοιλιακά άλγη ή μετεωρισμό κοιλίας.

Γενικότερα, στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, ο νοσηλευτής-τρια μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά, ιδιαίτερα μέσα από την κοινότητα. Μπορεί να οργανώσει ορισμένα προγράμματα μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών εκπομπών, ειδικών σεμιναρίων και επιμορφωτικών μαθημάτων, τα οποία να περιλαμβάνουν την υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Η διαφώτιση του κοινού είναι το σημαντικότερο μέτρο πρόληψης διότι η ενημέρωση του είναι το πρώτο στοιχείο για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου. Δυστυχώς η άγνοια αποτελεί τον σημαντικότερο λόγο για τον οποίο πολλοί άνθρωποι επισκέπτονται τον γιατρό σε πολύ προχωρημένα στάδια της νόσου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η χειρουργική επέμβαση να μην μπορεί να προσφέρει ίαση.

Καθήκον λοιπόν του νοσηλευτή-τριας είναι να ενημερώνει τα άτομα της κοινότητας για τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου, έτσι ώστε να επισκέπτονται έγκαιρα το γιατρό με την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων. Ο νοσηλευτής-τρια διδάσκει τα πρόδρομα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου, τα οποία είναι τα εξής :

-Οποιαδήποτε αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου ή μεταβολή του ρυθμού των κενώσεων.

-Οποιαδήποτε πεπτική και λειτουργική διαταραχή του γαστρεντερικού σωλήνα.

-Φαινόμενα γενικής καταβολής του οργανισμού (αναιμία) καθώς και αιμορραγία.

Επίσης μέσα στα πλαίσια της διαφώτισης του κοινού είναι και η διδασκαλία των κανόνων υγιεινής διατροφής καθώς είναι γνωστό ότι η νόσος εξαρτάται από το είδος της διατροφής. Ο νοσηλευτής-τρια συστήνει την αποφυγή κατανάλωσης, επεξεργασμένων τροφίμων που έχουν μικρό στερεό υπόλειμμα και σχετίζονται με την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου παχέος εντέρου. Επίσης, συστήνει την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει την λήψη άφθονων λαχανικών και φρούτων τα οποία ασκούν προστατευτικό ρόλο απέναντι σ' αυτή την ασθένεια.

Ακόμη ο νοσηλευτής-τρια ενημερώνει το κοινό για τα διαγνωστικά κέντρα που διαθέτει η περιοχή για την ανίχνευση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Παράλληλα τονίζει ότι κάθε άνθρωπος άνω των 50 ετών πρέπει να ελέγχεται τουλάχιστον μια φορά κάθε 2 χρόνια με ενδοσκόπηση. Επίσης, τονίζει ότι σε άτομα με πολύποδες, ελκώδη κολίτιδα, οικογενειακό ιστορικό πολυποδίασης ή καρκίνου του παχέος εντέρου πρέπει να γίνεται ένας ετήσιος έλεγχος. (ενδοσκόπηση).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια πολύ σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στις δυτικού τύπου κοινωνίες, όπως η χώρα μας με το πρόβλημα καθίστανται όλο ένα και μεγαλύτερο. Κάθε χρόνο περίπου 1500 άτομα προσλαμβάνονται με καρκίνο του παχέος εντέρου και από αυτό μόνο το 45% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία. Αποδεικνύεται λοιπόν ότι η επίπτωση της νόσου εξαρτάται άμεσα από τον τρόπο διατροφής και τη γεωγραφική κατανομή των πληθυσμών.

Προτείνονται λοιπόν κάποια ειδικά μέτρα, τα οποία μπορεί να συμβάλλουν στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Αυτά είναι :

-Επιτήρηση οικογενειών με κληρονομούμενα σύνδρομα προδιαθεσικά του καρκίνου, καθώς και οικογενειών με ιστορικό συγγενών άρρωστων με καρκίνο παχέος εντέρου.

-Επιτήρηση αρρώστων με ιδιοπαθής φλεγμονώδεις νόσους του παχέος εντέρου (νόσος του Crohn, ελκώδης κολίτις).

-Σύσταση αλλαγής των διαιτητικών συνηθειών που να περιλαμβάνουν λιγότερη κατανάλωση των επεξεργασμένων τροφίμων πλούσιων σε ζωικές πρωτεΐνες (βοδινό κρέας) και αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και τροφών με μεγάλη περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι τα εξής :

-Νοσηλευτική αξιολόγηση (πρόβλημα του ασθενούς)

-Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης

Προγραμματισμός νοσηλευτικής παρέμβασης

-Εφαρμογή προγραμματισμού

-Εκτίμηση αποτελέσματος

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς, η προώθηση της αναρρώσεως και η αποκατάσταση της υγείας.

Η νοσηλευτική διεργασία επιτυγχάνει την ολική φροντίδα του ασθενούς διότι λαμβάνει υπ' όψιν τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές, οικονομικές και αποκαταστατικές ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς και συμβάλλει στην μερική ή πλήρη βελτίωση της υγείας του. Περιλαμβάνει συστηματική προληπτική φροντίδα για

την εξουδετέρωση επικείμενων κινδύνων, όπως επιπλοκές της ασθένειας. Επίσης ενσωματώνει όλες τις διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας του όλου ατόμου του ασθενούς που εκτείνεται πιο πέρα από την αντιμετώπιση των άμεσων αναγκών και προβλημάτων του. Τέτοιες διαστάσεις είναι η διδασκαλία της υγείας ή της δημιουργικής ζωής μέσα στα όρια μιας αναπηρίας που δημιουργήθηκε, η διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας και η επιστροφή του ασθενούς στην κοινωνία ως χρήσιμο μέλος.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^η

Ο ασθενής Κ.Κ. ηλικίας 62 ετών, βάρους 70kg, έγγαμος με δύο παιδιά, κάτοικος Ναυπλίου, εισήχθη στις 14/7/01 στην Χειρουργική Κλινική του Γ.Ν.Ν. Ναυπλίου.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό, ο ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρία του Γ.Ν.Ν. Ναυπλίου με τα εξής συμπτώματα :

- αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης
- απώλεια βάρους
- διάρροιες και απώλεια αίματος από το ορθό.

Ο γιατρός κατά την δακτυλική εξέταση διαπίστωσε μάζα στην περιοχή του ορθού. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε βαριούχος υποκλυσμός ο οποίος επιβεβαίωσε τη διάγνωση που ήταν καρκίνος του ορθού. Αποφασίστηκε η εισαγωγή του ασθενούς για χειρουργική αντιμετώπιση και συγκεκριμένα κοιλιοπερινεϊκή εκτομή.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής δεν είχε περάσει κάποια σοβαρή νόσο κατά το παρελθόν. Μόνο που την τελευταία 10ετία είχε συχνές αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Γενική Αίματος

Αιματοκρίτης :33%

Αιμοσφαιρίνη : 11g/dl

Ερυθρά Αιμοσφαίρια : 4.200.000 10^6 /ul

Λευκά αιμοσφαίρια : 7.500 10^3 /ul

Βιοχημικές Αίματος

Σάκχαρο : 90mg/dl

Ουρία : 15mg/dl

Άμεση χολερυθρίνη : 0,2mg/dl

Έμμεση χολερυθρίνη : 0,5mg/dl

Γενική Ούρων

Χροιά Κίτρινη

Όψη : Διαυγής

Αντίδραση : όξινη

Οσμή : ιδιάζουσα

Λεύκωμα : όχι

Σάκχαρο : όχι

Πυοσφαίρια :όχι

Μικροοργανισμοί : όχι

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής εισήλθε στη Χειρουργική Κλινική στις 14/7/01.

Κατά την εισαγωγή του, πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία που ήταν : Α.Π.
: 120/80mmHg, Σφίξεις : 90min, Θερμοκρασία : 36,7 °C

Οι μέρες παραμονής του στο νοσοκομείο ήταν συνολικά 20. Το χειρουργείο ήταν προγραμματισμένο για τις 17/7/01. Την προηγούμενη

ημέρα έγινε προεγχειρητική ετοιμασία που περιλάμβανε τοπική καθαριότητα της χειρουργικής περιοχής και καθαρτικοί υποκλυσμοί. Την ημέρα του χειρουργείου έμεινε νηστικός. Με την ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειάς του και του νοσηλευτικού προσωπικού οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

Μερικές ώρες μετά βγήκε από το χειρουργείο και το νοσηλευτικό προσωπικό έκανε λήψη ζωτικών σημείων. ΑΠ :100/60mmHg, Σφίξεις : 76/min, Θερμοκρασία : 36,6 °C.

Έγινε έλεγχος των παροχετεύσεων και του τραύματος. Έφερε ορρό και levin.

Η κάρτα νοσηλείας του ασθενούς περιείχε την εξής αγωγή :

Dextrose 5% 1000cc + 2KCL + 2NaCl 1x2

Sodium Chloride 0,9% 1000cc 1x1

Flagye Fl 1x3

Zinacef amp. 1x3

Zideron amp. 1x3

Εξήλθε από το νοσοκομείο στις 3/8/01 έχοντας διδαχθεί την περιποίηση της κολοστομίας και ακολουθώντας την αγωγή που του συστήθηκε από τον ιατρό του.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|---|---|--|
| <p>-Αγωνία, άγχος και φόβος με την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο.</p> | <p>-Απαλλαγή του ασθενούς από τα δυσάρεστα αυτά συναισθήματα και επίτευξη ψυχικής ηρεμίας και ισορροπίας.</p> | <p>-Ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την κατάσταση του ώστε να βεβαιωθούν ότι όλα θα πάνε καλά.</p> | <p>-Πολύωρη συζήτηση με τον ασθενή και ακρόαση όλων των ερωτημάτων και ανησυχιών του. Σαφείς εξηγήσεις στις απορίες του. -Συζήτηση με τους οικείους του ασθενούς τονίζοντας πως ο ασθενής περνάει μια δύσκολη στιγμή στη ζωή του και χρειάζεται την συνεχή συμπαράσταση και ψυχολογική υποστήριξη τους</p> | <p>Η συζήτηση ήταν αρκετά αποδοτική καθώς ο ασθενής ηρέμησε και απέκτησε ένα αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον.</p> |
| <p>-Διάρροιες που οφείλονται στον καρκίνο του ορθού που προκαλεί αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου. -Απώλεια αίματος από το ορθό.</p> | <p>-Ανακούφιση του ασθενούς από τις διάρροιες και της αποκατάσταση της φυσικής λειτουργίας του εντέρου. -Αναπλήρωση των υγρών που χάνει ο ασθενής και πρόληψη αφυδάτωσης.</p> | <p>-Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων -Ανάπαυση του ασθενούς -Χορήγηση επαρκών υγρών ενδοφλεβίως -Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.</p> | <p>-Δόθηκε immodium sig 10cc 1x3 -Ο ασθενής ξεκουράστηκε για αρκετές ώρες στο κρεβάτι του. -Ενδοφλέβια χορήγηση Sodium Chloride 0,9% 1000cc εμπλουτισμένου με 1 amp.Na και 1amp. K</p> | <p>-Με την αντιδιαρροϊκή δράση του φαρμάκου δημιουργήθηκε αναστολή των περισταλτικών κινήσεων του εντέρου με αποτέλεσμα την ελάττωση των διαρροιών -Επιτεύχθηκε σταθερό ισοζύγιο υγρών επειδή ο</p> |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|-----------------------------------|--|---|---|
| -Πτώση του αιματοκρίτη (33%) που οφείλεται στην απώλεια αίματος από το ορθό. | -Αύξηση της τιμής του αιματοκρίτη | -Χορήγηση σιδηροσκευασμάτων ενδομυϊκώς. -Χορήγηση βιταμινών ενδοφλεβίως -Χορήγηση τροφής πλούσιας σε σίδηρο, υδατάνθρακες και λευκώματα. | -Ενδομυϊκή χορήγηση Ferrum Hausman amp. 1z2 καθημερινά Χορήγηση βιταμινών bitis ενδοφλεβίως μέσα σε φυσιολογικό ορό. -Ο ασθενής δεν έφαγε τα δύο πρώτα βράδια επειδή ετοιμάστηκε για εξετάσεις. | φυσιολογικός ορός και οι ηλεκτρολύτες αναπλήρωσαν τα υγρά που έχασε ο ασθενής. Παρατηρήθηκε μικρή ταχυσφυγμία λόγω της αιμορραγίας. Δεν παρατηρήθηκαν συμπτώματα αφυδάτωσης γιατί έγινε έγκαιρη αναπλήρωση των υγρών που χάθηκαν. |
| | | | | Με την χορήγηση των σιδηροσκευασμάτων επιτεύχθηκε η αύξηση της τιμής του αιματοκρίτη (38%). Η απορρόφηση του σιδήρου γίνεται κυρίως στη φήτιδα του λεπτού εντέρου όπου ενώνεται με την αποφερρίτινη και δίνει την φερριτίνη με την οποία φέρεται στην πύλα. Εκεί η φερριτίνη διασπάται σε |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ, |
|---|--|--|--|---|
| -Ανησυχία για την εγχείρηση και αμφιβολία για την αποτελεσματικότητα της επεμβάσεως | -Εξουδετέρωση κάθε ανησυχίας και αποβολή κάθε αμφιβολίας | -Ενημέρωση προς τον ασθενή και συγχρόνως προς τους οικείους του για την σκοπιμότητα της αποτελεσματικότητας εγχείρησης και όποιας άλλης θεραπείας απαιτηθεί. | -Καταβάλλεται προσπάθεια να καταλάβει ο ασθενής ότι η εγχείρηση θα έχει καλή πορεία και θα βελτιώσει την υγεία του γι' αυτό δεν πρέπει να διακατέχεται από φόβους. Επίσης τονίζεται η πιθανότητα ριζικής ίασης καθώς δεν υπάρχουν μεταστάσεις και τέλος συστήνεται στον ασθενή να μην συγκρίνει τη δική του περίπτωση με άλλες περιπτώσεις που έχουν κακή εξέλιξη. | λευκώματα και σε δισθενή σίδηρο ο οποίος μετατρέπεται σε τρισθενή όπου ενώνεται με την τρανσφερίνη και στο σχηματισμό αιμοσφαιρίνης στα αιμοποιητικά όργανα. -Με τις εξηγήσεις αυτές φαίνεται ότι ο ασθενής κατανόησε την αναγκαιότητα της εγχείρησης και άρχισε να αναπτερώνει τις ελπίδες του για την εξέλιξη της υγεία του. |
| -Αϋπνία του ασθενή λόγω του φόβου και του άγχους | -Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. | -Χορήγηση ηρεμιστικού και υπνωτικού φαρμάκου την | -Την νύχτα τη παραμονής της εγχείρησης δόθηκε στον | -Με την επίδραση του ηρεμιστικού φαρμάκου |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση για την εγχείρηση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|--|--|---|
| ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ -Μετεγχειρητικός πόνος εντοπίζεται στο χειρουργικό τραύμα. | -Αντιμετώπιση του πόνου και μείωση αυτού στο ελάχιστο δυνατό. | νύχτα της παραμονής της εγχείρησης -Αναζήτηση των αιτιών που προκαλούν τον πόνο. -Μείωση των παραγόντων του περιβάλλοντος που δημιουργούν ανησυχία και ένταση στον ασθενή. | ασθενή 1 tab.Lexotanil 1,5mg -Προσπάθεια ανεύρεσης των αιτιών που προκαλούν τον πόνο -Παρατήρηση εάν εκτός από τον φυσικό πόνο υπάρχουν και άλλοι παράγοντες (φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί) που συμβάλλουν στην επιδείνωση του πόνου. -Περιορίστηκαν οι επισκέπτες, συστήθηκε ησυχία και χαμηλώθηκε ο φωτισμός του θαλάμου. | Lexotanil ελαττώθηκε η ψυχική ένταση και το άγχος του ασθενούς και κατάφερε να κοιμηθεί. Με την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο και με την αναλγητική δράση του φαρμάκου επιτεύχθηκε μείωση χαλάρωση, καταστολή του πόνου και πρόκληση ύπνου στον έρρωστο. |
| | | -Μείωση των συναισθηματικών παραγόντων που συμβάλλουν στην επιδείνωση του πόνου. -Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση. -Χορήγηση αναλγητικού | -Ενημέρωση του ασθενούς ότι όλα θα πάνε καλά ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος που επιδεινώνουν τον πόνο. -Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση η οποία να προκαλεί | |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|--|--|--|
| -Εμετός και ναυτία | -Πρόληψη εισρόφησης του εμετού και καταστολή της ναυτίας. | φαρμάκου. -Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση. -Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου. | χαλάρωση των μυών για να ανακουφιστεί από τον πόνο. -Χορηγήθηκε 1amp. Zideron ενδομυϊκώς. | |
| -Πυρετός : 38,6 °C | -Ρύθμιση θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα | -Τοποθέτηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς -Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. | -Μείτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά τρίωρο -Τοποθετήθηκαν ψυχρά | Με την κατάλληλη θέση που δόθηκε στον ασθενή αποφεύχθηκε η εισρόφηση του εμετού. Επίσης με τη χορήγηση του φαρμάκου Primoregan το οποίο ασκεί ισχυρή αντιεμετική δράση, σταμάτησε π εμετός και ο ασθενής δεν παρουσίασε ξανά τάση προς εμετό. Το Primoregan (μετοκλοπραμίδη) επιτυγχάνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο. |
| | | -Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς -Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. | -Μείτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά τρίωρο -Τοποθετήθηκαν ψυχρά | Με την τοποθέτηση των ψυχρών επιθεμάτων και την αντιπυρετική δράση του φαρμάκου Apotel, η |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|---|--|--|
| -Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανοσοζύγιο | -Αποκατάσταση του υδατοηλεκτρολυτικού και οξεοβασικού ισοζυγίου | <ul style="list-style-type: none"> -Ενυδάτωση του ασθενούς -Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου -Αλλαγή του ιδρωμένου ρουχισμού | <ul style="list-style-type: none"> επιθέματα στον επιθέματα στον ασθενή ώστε να προκληθεί απώλεια θερμότητας -Ο ασθενής από το χειρουργείο είχε αρχίσει να παίρνει ορούς σε συγκεκριμένο σχήμα. -Έγινε 1 amp.Arêtel ενδομυϊκώς -Έγινε αλλαγή του ιδρωμένου ρουχισμού και ιμμάτισμού του ασθενούς | <p>Θερμοκρασία του σώματος ρυθμίστηκε στους 36,8 °C. Η παρακαταμόλη (Aprotel), ελαττώνει τον πυρετό με απευθείας δράση στο θερμορρυθμιστικό κέντρο του Κ.Ν.Σ., αυξάνοντας την αποβολή θερμότητας από το σώμα με αγγειοδιαστολή και εφίδρωση.</p> |
| | | <ul style="list-style-type: none"> -Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών παρεντερικώς -Μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ώστε να αποκατασταθούν τα ισοζύγια του ασθενούς. | <ul style="list-style-type: none"> -Από την 1^η μετεγχειρητική μέρα χορηγούνται οροί με ηλεκτρολύτες όπως : Sodium Chloride 0,9% των 1000ψψ 1x1 και Dextrose 5% των 1000ccκαι με 2KCl και 2NaCl 1x2 -Ακριβής μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ώστε να αποκατασταθούν τα | <p>Με την παρεντερική χορήγηση των υγρών και ηλεκτρολυτών αλλά και την ακριβή μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών υπήρξε επαρκής ενυδάτωση του ασθενούς και αποκαταστάθηκε βαθμιαία το ισοζύγιο των υγρών. Προσλαμβανόμενα</p> |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|---|---|--|
| -Θρεπτικό ανισοζύγιο | -Απόκατάσταση του θρεπτικού ισοζυγίου και διάτρηση επαρκούς θρέψης του ασθενούς | -Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως -Μετά την διακοπή χορήγησης των υγρών αρχίζει η χορήγηση τροφών per-os -Έλεγχος των τροφών που ο ασθενής προτιμάει -Προσπάθεια εξασφάλισης των σωστών συνθηκών διατροφής | ισοζύγια του ασθενούς. -Χορηγήθηκε Sodium Chloride 0,9% των 1000ccx1 και Dextrose 5% των 1000cc με 2KCl και 2NaCl -Προσπάθεια θρέψης του ασθενούς με τροφές της αρεσκείας του. Δημιουργία ευχάριστου και καθαρού περιβάλλοντος -Καλοσερβιρισμένες τροφές με ευχάριστη οσμή. | και αποβαλλόμενα βρίσκονται στα ίδια επίπεδα. Η θρέψη του ασθενούς ήταν ικανοποιητική. Επίσης, η σωστή θρέψη οδήγησε σε ταχεία ανάρρωση τον ασθενή. |

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2^η

Η ασθενής Λ.Α. ηλικίας 72 ετών, βάρους 65kg, έγγαμη με τέσσερα παιδιά, κάτοικος Ναυπλίου, εισήχθη στις 21/10/01 στη Χειρουργική κλινική του Γ.Ν.Ν. Ναυπλίου.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό πριν από πέντε εβδομάδες παρουσίασε διαταραχές ως προς τις συνήθειες αφόδευσης. Χαρακτηριστική ήταν η δυσκοιλιότητα και οι βλενοαιματηρές κενώσεις. Επίσης, τις τελευταίες πέντε ημέρες παρουσίασε κωλικοειδή άλγη τα οποία έγιναν τόσο έντονα με αποτέλεσμα να έλθει η ασθενής στο νοσοκομείο.

Με την σιγμοειδοσκόπηση και τον βαριούχο υποκλυσμό διαγνώστηκε ότι η ασθενής παρουσίαζε καρκίνο στο σιγμοειδές τμήμα του παχέος εντέρου. Αποφασίστηκε λοιπόν η εισαγωγή της ασθενούς για χειρουργική αντιμετώπιση και συγκεκριμένα : σιγμοειδική κολοστομία.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής έπασχε από χρόνια ελκώδη κολίτιδα, η οποία εκδηλωνόταν με κάποια δυσπεπτικά ενοχλήματα και λιγότερο με διαταραχές των κενώσεων. Τα αντιμετώπιζε με κατάλληλη διαίτα.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Γενική αίματος

Αιματοκρίτης : 39%

Αιμοσφαιρίνη : 13g/dl

Ερυθρά Αιμοσφαίρια : $4.200.000 \cdot 10^6/\mu\text{L}$

Λευκά Αιμοσφαίρια : $8.000 \cdot 10^3/\mu\text{L}$

Βιοχημικές Αίματος

Σάκχαρο : 87mg/dl

Ουρία : 15mg/dl

Άμεση χολερυθρίνη : 0,15mg/dl

Έμμεση χολερυθρίνη : 0,5mg/dl

Γενική Ούρων

Χροιά : κίτρινη

Όψη : διαυγής

Αντίδραση : όξινη

Οσμή : ιδιάζουσα

Λεύκωμα : όχι

Σάκχαρο : όχι

Πυοσφαίρια : όχι

Μικροοργανισμοί : όχι

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής εισήλθε στη Χειρουργική Κλινική στις 21/10/01

Κατά την εισαγωγή της, πάρθηκαν ζωτικά σημεία που ήταν :

ΑΠ. : 130/85mmHg, Σφίξεις : 76/min, Θερμοκρασία : 36,8 °C

Η ασθενής βρισκόταν σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση και ιδιαίτερα στο να αποδεχθεί την κολοστομία. Τελικά όμως με την

συμπαράσταση της οικογένειάς της αλλά και των νοσηλευτών εξοικειώθηκε με την αλλαγή αυτή και δέχθηκε την κολοστομία. Το χειρουργείο ήταν προγραμματισμένο για τις 24/10/01. Την προηγούμενη μέρα έγινε προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στην προετοιμασία του εντέρου με καθαρτικούς υποκλυσμούς. Την ημέρα του χειρουργείου έμεινε νηστική. Ήταν ανήσυχη στενοχωρημένη και λίγο δύστροπη.

Μετά την εγχείρηση, το νοσηλευτικό προσωπικό παρέλαβε την ασθενή από το χειρουργείο. Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων. ΑΠ. :120/70mmHg, Σφίξεις 74/min, Θερμοκρασία : 36,7 °C.

Τοποθετήθηκε πλάγια για αποφυγή εισρόφησης σε περίπτωση εμετού. Έφερε Levin και καθετήρα κύστεως. Επίσης είχε ορό και χορηγήθηκε αντιβίωση εφ' άπαξ μετά το χειρουργείο.

Η κάρτα νοσηλείας της ασθενούς περιείχε την εξής αγωγή :

Dextrose 5% 1000cc 1x2

Ringers 1000cc 1x1

Flagyl Fl 1x3

Fraxiparine 1x2

Mandokef Fl 1x3

Zideron amp. επί πόνου.

Μετά από δύο 24ωρα αφαιρέθηκε το Levin και μετά από 7 ημέρες ο καθετήρας κύστεως. Γίνονταν συχνές αλλαγές στην κολοστομία.

Εξήλθε στις 12/11/01 έχοντας διδαχθεί τη φροντίδα της κολοστομίας και ποια αγωγή πρέπει να ακολουθεί.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|--|--|--|
| -Κωλικοειδή άλγη | -Ανακούφιση της ασθενούς από το σύμπτωμα αυτό | -Χορήγηση αντιχολινεργικού φαρμάκου | -Χορηγήθηκε tab. Buscopan 1x3 των 10mg | Με την σπασμολυτική δράση του Buscopan η ασθενής ανακουφίστηκε από τους πόνους. Το Buscopan έχει την ιδιότητα να λύνει εκλεκτικά τον σπασμό των μυϊκών ινών του πεπτικού συστήματος γι' αυτό ονομάζεται και σπασμολυτικό ή αντιχολινεργικό. |
| -Ανορεξία -Δυσκοιλιότητα | -Βελτίωση της ορέξεως της ασθενούς και διατήρηση καλής θρέψης -Αντιμετώπιση της | -Μικρά και συχνά γεύματα υψηλής θερμιδικής αξίας -Προσφορά τροφών που η ασθενής προτιμάει | -Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας -Χορήγηση τροφών της | Η ασθενής μετά από μερικές μέρες παρουσίασε βελτίωση της όρεξης. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|--|---|--|
| | <p>δυσκοιλιότητας και της αποκατάσταση φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Καλοσεβριρισμένες τροφές με ευχάριστη οσμή και σε ικανοποιητική ποικιλία. -Χορήγηση άφθονων υγρών -Χορήγηση τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη -Χορήγηση υπακτικού φαρμάκου. | <p>αρεσκείας της ασθενούς</p> <ul style="list-style-type: none"> -Προσφορά καλοσεβριρισμένων τροφών με ευχάριστη οσμή -Συστήθηκε στην ασθενή η λήψη άφθονων υγρών Συστήθηκε στην ασθενή η λήψη τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη -Τέθηκε Dulcolax sup των 10mg | <p>Με την λήψη τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη αυξήθηκε ο περισταλιτισμός του εντέρου και με την λήψη άφθονων υγρών εξασφαλίστηκε η επαρκής ενυδάτωση της ασθενούς. Επίσης η άμεση ενέργεια του Dulcolax στον εντερικό βλεννογόνο είχε ως αποτέλεσμα την κένωση μαλακών και σχηματισμένων κοπράνων.</p> |
| <p>-Δυσκολία στην αποδοχή της κολοστομίας</p> | <p>-Πλήρης αποδοχή της θεραπευτικής κολοστομίας</p> | <p>-Συζήτηση και ενημέρωση της ασθενούς και των οικείων της σχετικά με την κολοστομία και διαβεβαίωση για την ομαλή συνέχιση της ζωής της.</p> | <p>-Εξήγηση στην ασθενή ότι η κολοστομία είναι ένα συνθησιμένο φαινόμενο στις παθήσεις του παχέος εντέρου και ότι πολλοί άνθρωποι έχουν υποστεί κολοστομία χωρίς να επηρεάζεται η κοινωνική τους</p> | <p>Η ασθενής άκουσε με μεγάλη προσοχή τις εξηγήσεις που της δόθηκαν αλλά δεν πείσθηκε απόλυτα και συνέχισε να νιώθει ανήσυχη και</p> |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|---|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> -Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την φροντίδα της κολοστομίας -Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς. | <p>ζωή.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Τονίστηκε ότι η περιποίηση και πλύση της κολοστομίας είναι εύκολη διαδικασία και ότι σιγά – σιγά θα εξοικειωθεί με αυτή και θα μπορεί ακόμη κι η ίδια να αναλάβει τη φροντίδα μόνη της. -Συμπαράσταση της ασθενούς και διαβεβαίωση ότι η δημιουργία της κολοστομίας είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση της ασθένειας της και ότι πολλοί άνθρωποι με το ίδιο πρόβλημα έχουν θεραπευτεί και είναι πλέον υγιείς. | <p>στενοχωρημένη.</p> |
| <p>-Αισθήματα λύπης και απελπισίας για τον φόβο επικείμενου θανάτου.</p> | <p>-Απαλλαγή της ασθενούς από τις απαισιόδοξες αυτές σκέψεις.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Διαβεβαίωση της ασθενούς ότι όλα θα πάνε καλά έχοντας βαθιά πίστη στο Θεό. -Στροφή της ασθενούς σε νέα ενδιαφέροντα που θα την απαλλάξουν από τις | <ul style="list-style-type: none"> -Συμπαράσταση και ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. Διαβεβαίωση ότι όλα θα πάνε καλά με τη βοήθεια του Θεού. -Προτροπή της ασθενούς να ασχοληθεί με δραστηριότητες που της κινούν το ενδιαφέρον | <p>Με την συμπαράσταση και την υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού, η ασθενής ένιωσε καλύτερα και απαλλάχτηκε από τις άσχημες σκέψεις. Επίσης, το διάβασμα</p> |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|---|---|---|
| <p>-φόβος και άγχος για την εγχείρηση.</p> <p>ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</p> <p>-Εκνευρισμός και αντιδράσεις συμπεριφορά της ασθενούς μετά τη χειρουργική επέμβαση εξαιτίας της κολοστομίας.</p> | <p>-Να φθάσει η ασθενής ήρεμη στο χειρουργείο.</p> <p>-Ελάττωση της ψυχικής εντάσεως της ασθενούς και εξασφάλιση ηρεμίας της.</p> | <p>άσχημες σκέψεις της.</p> | <p>ώστε να πάψει να σκέφτεται συνεχώς την κατάστασή της</p> | <p>Επίσης, το διάβασμα που ήταν πάντα μια από τις πιο ευχάριστες ασχολίες της, τη βοήθησε ώστε να πάψει να σκέφτεται διαρκώς την κατάσταση της.</p> |
| <p>-φόβος και άγχος για την εγχείρηση.</p> <p>ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</p> <p>-Εκνευρισμός και αντιδράσεις συμπεριφορά της ασθενούς μετά τη χειρουργική επέμβαση εξαιτίας της κολοστομίας.</p> | <p>-Να φθάσει η ασθενής ήρεμη στο χειρουργείο.</p> <p>-Ελάττωση της ψυχικής εντάσεως της ασθενούς και εξασφάλιση ηρεμίας της.</p> | <p>-Χορήγηση ηρεμιστικού φαρμάκου το βράδυ της παραμονής της εγχείρησης</p> <p>-Συζήτηση με την ασθενή για το πρόβλημα που την απασχολεί</p> <p>-Ενημέρωση της ασθενούς ότι δεν πρέπει ν' ανησυχεί και ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα την βοηθήσει ν' αντιμετωπίσει την κατάσταση της.</p> | <p>-Χορηγήθηκε 1 tab Stedon των 2mg</p> <p>-Διάλογο με την ασθενή και προσεκτική ακρόαση των φόβων και ανησυχιών της.</p> <p>-Ενημέρωση της ασθενούς ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα βρίσκεται κοντά της όποτε το χρειαστεί και θα την βοηθήσει να θεραπευτεί από την ασθένειά της.</p> | <p>Με τη χορήγηση του ηρεμιστικού φαρμάκου Stedon η ασθενής κατάφερε να κοιμηθεί. Επίσης οδηγήθηκε στο χειρουργείο αρκετά ήρεμη. Το Stedon ανήκει στα ελάσσονα ηρεμιστικά φάρμακα και δρα στο κεντρικό σύστημα.</p> <p>Η ασθενής ηρέμησε και αναγνώρισε ότι η συμπεριφορά της δεν ήταν σωστή, ιδιαίτερα, απέναντι σε άτομα που πραγματικά θέλουν να</p> |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|--|--|--|--|
| -Εμετός και ναυτία | -Πρόληψη εισρόφησης του εμετού και καταστολή της ναυτίας | -Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη θέση -Πλύση της στοματικής κοιλότητας και διατήρηση καθαρών των κλινοσκεπασμάτων της ασθενούς -Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου. | -Τοποθέτηση του κεφαλιού της ασθενούς στο πλάι με ένα νεφροειδές το οποίο αποσύρεται αμέσως μετά τον εμετό για να μην προκαλέσει επιπρόσθετη ναυτία και εμετό. -Μετά τον εμετό έγινε πλύση του στόματος με λίγο νερό και απομακρύνθηκαν τα λερωμένα κλινοσκεπάσματα. -Εμπλουτισμός ορού με 1amp. Primperan | την βοηθήσουν. Με την κατάλληλη θέση που δόθηκε στην ασθενή αποφεύχθηκε η εισρόφηση του εμετού και με την πλύση του στόματος έγινε πρόληψη εμφάνισης εμετού. Επίσης με την χορήγηση του αντιεμετικού Primperan το οποίο σκεπάζει ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση, σταμάτησε ο εμετός. |
| -Δίψα (Ξηρότητα του στόματος βλενογόνου που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης αλλά και από την μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα | -Αντιμετώπιση της δίψας -Αποκατάσταση του υδατοηλεκτρολυτικού και οξεοβασικού ισοζυγίου | -Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας -Χορήγηση υγρών παρεντερικώς -Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών παρεντερικώς -Μέτρηση και καταγραφή | -Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας -Υγραση των χειλέων, με Port-Cotton ποτισμένο με κρύο νερό. -Χορηγήθηκε Dextrose 5% 1000cc και Ringers 1000cc -Χορηγήθηκαν οι εξής όροι | Επιτεύχθηκε εξάλειψη του αισθήματος της δίψας καθώς επίσης πρόληψη αφυδάτωσης των υγρών του οργανισμού. Η παρεντερική χορήγηση των υγρών και |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|--|--|---|
| <p>που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση.</p> <p>-Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοσβεστικό ανισοζύγιο.</p> | | <p>των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> | <p>εναλλάξ : Ringers 1000cc x1 Dextrose 5% 1000cc x2 που εμπλουτίστηκε και με βιταμίνες.</p> <p>-Ακριβή μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ώστε να αποκατασταθούν τα ισοζύγια της ασθενούς.</p> | <p>των υγρών και ηλεκτρολυτών βοήθησε ώστε να αποκατασταθεί βαθμιαία το ισοζύγιο των υγρών.</p> <p>Επίσης, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά βρίσκονται στα ίδια επίπεδα.</p> |
| <p>-Θρεπτικό ανισοζύγιο</p> | <p>-Αποκατάσταση του θρεπτικού ισοζυγίου και κάλυψη των θερμιδικών αναγκών της αρρώστου.</p> | <p>-Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως</p> <p>-Μετά τη διακοπή χορήγησης των υγρών άρχισε η χορήγηση των τροφών per-os</p> <p>Έλεγχος των τροφών που η ασθενής προτιμάει</p> <p>Προσπάθεια εξασφάλισης των σωστών συνθηκών διατροφής</p> | <p>-Χορήγηση Ringers 1000cc. Επίσης εναλλάξ χορηγήθηκε Dextrose 5% 1000cc εμπλουτισμένος με 2amp. MVI</p> <p>-Προσφορά τροφών της αρεσκείας της ασθενούς.</p> <p>-Δημιουργία ευχάριστου και καθαρού περιβάλλοντος</p> <p>-Καλοσεβριρισμένες τροφές με εύριστη οσμή</p> | <p>Επιτεύχθηκε ικανοποιητική θρέψη της ασθενούς η οποία επίσης την βοήθησε στην γρήγορη αποκατάσταση της υγείας της.</p> |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|--|--|--|
| -Δημιουργία στοματίτιδας | -Καταπολέμηση της στοματίτιδας | -Συνεχής φροντίδα της στοματικής κοιλότητας -Ιδιαίτερη προσοχή στις τροφές που χορηγούνται στον ασθενή. | -Πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με αραιωμένο διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου σε εναλλαγή με διάλυμα γλυκερίνης και λεμονιού. -Επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη για την αποφυγή ρωγμών Προσφέρθηκαν στην ασθενή μαλακές τροφές για την αποφυγή ερεθισμού του βλεννογόνου. Επίσης, συστήθηκε στην ασθενή να αποφεύγει ερεθιστικές τροφές για τον βλεννογόνο (ζινές, σκληρές, καρυκεύματα) | Με την συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας αλλά και την ιδιαίτερη προσοχή που δόθηκε στις τροφές που προσφέρθηκαν στην ασθενή, το πρόβλημα της στοματίτιδας εξαλείφθηκε. |

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κάθε χρόνο παρουσιάζεται ένας σεβαστός αριθμός ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου και έχουν ανάγκη από ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση αυτή περιλαμβάνει από τη μια μεριά την ιατρική αντιμετώπιση, η οποία στοχεύει στην αποκατάσταση της σωματικής υγείας του ασθενούς και από την άλλη μεριά τη νοσηλευτική αντιμετώπιση, την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία εκτός από την αποκατάσταση της σωματικής υγείας στοχεύει και στην αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του ασθενούς.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς και αυτό διότι όλοι αντιλαμβάνονται πως :

1) Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στη νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο.,

2) Οι ευθύνες του νοσηλευτή-τριας στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου στην οποία περιλαμβάνεται και η αποκατάσταση, δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι του ασθενούς.

3) Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας, εκτός από τον άρρωστο, επεκτείνεται στην προσφορά σωστής βοήθειας και στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς και στους οικείους του.

4) Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου είναι πολύ ουσιαστικός.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. KEIR-WISE A.B.-CREBS C., Ανατομία και φυσιολογία του ανθρώπινου συστήματος, μετάφραση Ταλαντόπουλου Μ., έκδοση 3^η, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ
2. DESPOTOPOULOS A.-SILBERNAGL S., Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα, Μετάφραση – Επιμέλεια Κωστόπουλος Γ., Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989
3. COLIGHER J.C., Recent trends in the practice of sprincter-saving excision for carcinoma of the rectum, *Adr. Surg.* 1979
4. ΚΑΛΑΧΑΝΗΣ Ν.Γ., Καρκίνος παχέος εντέρου, τόμος 2^ο Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ. Αθήνα 1987.
5. ΑΣΠΙΩΤΗΣ Ν., Φυσιολογία του ανθρώπου, τόμος 2^ο έκδοση 6^η, Αθήνα 1984.
6. ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ., Ειδική νοσολογία, τόμος Α, έκδοση Δ', Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Γ.Α. Αθήνα 1984.
7. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ.-ΠΑΠΛΑΜΠΡΟΣ Σ., Χειρουργική επίτομος, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ., Αθήνα 1991.
8. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Π. – ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ., Αρχές Γενικής Χειρουργικής, τόμος Β., έκδοση 1^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Γ.Κ., Αθήνα 1989.
9. ΠΑΠΑΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Ν.Ξ., Ειδική παθολογική Ανατομική, επίτομος, έκδοση 5^η Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη Π.Χ., Αθήνα 1986
10. ΜΑΥΕΡ J.R., Όγκοι του παχέος και του λεπτού εντέρου, μετάφραση Ανευλαβής Ε., τόμος 2^ο, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1994

11. ΚΟΣΜΙΔΗΣ Π. – ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ Ι., Ογκολογία πεπτικού συστήματος, έκδοση 1^η, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991
12. ΔΙΑΜΑΝΤΗΣ Θ. – ΠΙΚΟΥΛΗΣ Ε., Πολύποδες παχέος εντέρου, Ιατρικά χρονικά, τόμος 19^{ος}, τεύχος 5^ο Εκδόσεις Μωραΐτου – Σιδερίδη Ε.Μ., Μάϊος 1996
13. ΚΑΛΑΦΑΝΤΗΣ Ε. – ΚΑΡΜΑΝΩΛΗΣ Γ.Δ., Κληρονομικός καρκίνος του παχέος εντέρου, Ιατρική, τόμος 61^{ος}, τεύχος 5^ο, Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Μάϊος 1992
14. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛΙΔΗΣ Α., Προκαρκινικές καταστάσεις του πεπτικού σωλήνα, έκδοση 1^η, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991.
15. ΜΟΥΖΑΣ Ι.Α., καρκίνος του παχέος εντέρου στη φλεγμονώδη εντερική νόσο και η πρόληψη του, Ιατρική, τόμος 73^{ος}, τεύχος 3^ο, Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Μάρτιος 1998
16. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ Ι.Κ., Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθο-εσωτερική παθολογία, τόμος 2^{ος}, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου γ. Αθήνα 1998.
17. ΗΕCΗΤ Υ., 101 συμβουλές για να καταπολεμήσετε τις πεπτικές διαταραχές, μετάφραση Θωμόπουλος Ι., Εκδόσεις Φυτράκης – Hachette.
18. ΜΠΑΜΠΛΕΚΟΣ Γ. – ΤΖΑΡΔΗΣ Π., Νεότερα δεδομένα της αιτιοπαθογένειας του καρκίνου του παχέος εντέρου, Ελληνική Χειρουργική, τόμος 67^{ος}, τεύχος 4^ο, εκδόσεις Δεληγιάννη Ζ. – Βαρελά Α., Ιούλιος – Αύγουστος 1995

- 19.ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, Πρόληψη έγκαιρη διάγνωση, Διαφυγή από καρκίνο, βιβλίο 2^ο, τεύχος 1^ο, Αθήνα 1980.
- 20 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ – ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ, Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, πρακτικά σεμιναρίου νοσηλευτριών, Αθήνα 1991
- 21.ΜΑΚΡΗΣ Ι. – ΧΑΤΖΗΜΗΣΙΟΣ Κ. κ.α., Σχέση pH κοπράνων καρκίνου παχέος εντέρου, Ελληνική Χειρουργική τόμος 64^ο, τεύχος 3^ο, εκδόσεις Βαρελά Ζ.- Βαρελά Α. Ο.Ε., Μάϊος – Ιούνιος 1992
- 22.ΛΙΑΤΣΟΣ Χ. – ΡΟΚΚΑΣ Θ., Προληπτικός μαζικός έλεγχος πληθυσμού για την πρόιμη διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου, Γαληνός, τόμος 35^ο, τεύχος 4^ο, Εκδόσεις Στασινόπουλος Κ.Γ., Ιούλιος – Αύγουστος 1993.
- 23.ΝΙΚΗΤΕΑΣ Ι.Ν. – ΦΙΛΙΠΠΙΑΚΗΣ Γ.Μ., Προεγχειρητική σταδιοποίηση του καρκίνου του ορθού με τη χρήση ενδορθικού υπερηχοτομογραφήματος, Ιατρικά χρονικά, τόμος 21^ο, τεύχος 11^ο, Εκδόσεις Μωραΐτου – Σιδερόδη Ε.Μ.
- 24.ΧΡΥΣΑΝΘΟΥ Κ. Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του παχέος εντέρου – Ογκολογία πεπτικού συστήματος επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991
- 25.ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ Ι.Κ., Εσωτερική παθολογία, τόμος 2^ο, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Γ., Αθήνα 1998

- 26.ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ Β. – ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ., μετεγχειρητική Χειρουργική, τόμος 2^{ος}, έκδοση 1^η, εκδόσεις University Studio Press, Θεσ/νίκη 1993
- 27.ΤΣΙΑΚΟΣ Ε.Β., Σύγχρονες απόψεις στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαγνωστική προσέγγιση, πρακτικά 17^{ου} πανελληνίου συνεδρίου γαστρεντερολογίας, εκδόσεις ελληνικής γαστρεντερολογικής εταιρίας, 19/10 – 2/11 1997
- 28.ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Ι. – ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ Ι.Κ., Ογκολογία πεπτικού συστήματος, επίτροπος, Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991
- 29.ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ Δ. – ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ Β.Γ., Νεότερα δεδομένα στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, Ιατρική, τόμος 69^{ος}, τεύχος 1^ο, Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Ιανουάριος 1996
- 30.ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ Δ. – ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Α., Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, Ελληνική Ιατρική, τόμος 60^{ος}, τεύχος 1^ο, Εκδόσεις University Studio Press, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 1994.

