



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
κ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:
ΒΟΥΚΕΛΑΤΟΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ
ΤΖΟΒΑΝΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

ΠΑΤΡΑ 2008

Αφιέρωση

*Στους γονείς και στους καθηγητές,
που μας στάθηκαν αυτά τα τέσσερα
χρόνια, και σε όλα τα άτομα που νοσούν
από αυτή την πάθηση.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<i>Σελίδα</i>
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
<u>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</u>	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°</u>	
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	11
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°</u>	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ	14
2.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	15
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°</u>	
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	
3.1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	19
3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	21
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°</u>	
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	25
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°</u>	
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	
5.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	28
5.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	30
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°</u>	
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ – ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	
6.1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ - ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	36
6.2. ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°

ΠΡΟΛΗΨΗ

9.1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ 50

9.1.1. Πρωτογενής πρόληψη 50

9.1.2. Δευτερογενής πρόληψη 54

9.1.3. Δοκιμασίες ελέγχου 54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10°

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

10.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ 60

10.1.1. Αιματολογικές εξετάσεις 61

10.1.2. Νεοπλασματικοί δείκτες 62

10.1.3. Απεικονιστική προσπέλαση 62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11°

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12°

ΕΠΠΛΟΚΕΣ

12.1. ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ 72

12.1.1. Εγκολεασμός 73

12.1.2. Διάτρηση 73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13°

ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΔΙΑΤΡΟΦΗ

13.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ 74

	<i>Σελίδα</i>
13.1.1. Συμπληρωματική θεραπεία	75
13.1.2. Ακτινοθεραπεία	76
13.1.3. Χημειοθεραπεία	77
13.2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ	77

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

14.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	82
14.1.1. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται χειρουργικά	82
14.1.2. Μετεγχειρητική παρακολούθηση	84
14.1.3. Φυσική εξέταση	85
14.1.4. Αιματολογικές εξετάσεις	85
14.1.5. Μετεγχειρητική φροντίδα	86
14.1.6. Έλεγχος συμπτωμάτων	89
14.1.7. Διδασκαλία ασθενούς	93
14.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	95
14.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	96
14.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	99
14.5. ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	102
14.6. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	104
14.7. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ	105
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	107
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	108

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

§ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1	110
§ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2	120
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	136

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που κυριολεκτικά μαστίζει την ανθρωπότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Μια ασθένεια όμως που είναι γνωστή από πολύ παλιά.

Σήμερα όλο και περισσότερα κρούσματα καρκίνου έχουμε και σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία ο καρκίνος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα και την δεύτερη τα νοσήματα καρδιάς και αγγείων, εάν θεωρηθούν σαν μια αιτία.

Δύο στις τρεις οικογένειες και ένα στα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών προσβάλλονται από καρκίνο. Στην Ελλάδα, ένας στους πέντε Έλληνες πεθαίνει από καρκίνο και μία στις έξι Ελληνίδες πεθαίνει από κάποια μορφή καρκίνου.

Παρόλο, όμως, τα απαισιόδοξα αυτά στατιστικά στοιχεία, τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει από τους ερευνητές μεγάλα βήματα προς την κατεύθυνση της αιτιολογίας, θεραπείας και πρόληψης του καρκίνου.

Και ας ελπίσουμε οι ερευνητικές προσπάθειες να συνεχιστούν με μεγαλύτερη επιτυχία για να πάψει ο καρκίνος να αποτελεί τον φόβο της ανθρωπότητας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου (ΚΠΕ) αποτελεί μια από τις μείζονες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες. Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη πεθαίνουν περίπου 60.000 άτομα από τα 150.000 με ΚΠΕ που διαγιγνώσκονται ανά έτος. Η πρόγνωση των ασθενών αυτών είναι ιδιαίτερα πτωχή, δεδομένου ότι πάνω από τους μισούς ασθενείς θα πεθάνουν λόγω μεταστατικής νόσου.

Η επιβίωση εξαρτάται από το στάδιο της νόσου κατά τον χρόνο της διάγνωσης. Όταν η διάγνωση γίνει σε πρώιμο στάδιο, η πιθανότητα ίασης μετά από χειρουργική εξαίρεση του όγκου είναι πολύ υψηλή, ενώ η νοσηρότητα και η θνητότητα που συνοδεύουν την εγχείρηση κυμαίνονται σε πολύ χαμηλά και αποδεκτά επίπεδα. Η πενταετής επιβίωση, στο σύνολο των αρρώστων με καρκίνο του παχέος εντέρου στις Ηνωμένες Πολιτείες, αυξήθηκε από 41% το 1950 σε 54% το 1980 (Πανάγος, 1995).

Η μέση ηλικία των ασθενών με καρκίνωμα του παχέος εντέρου είναι για μεν τους άνδρες 65,9 χρόνια, για δε τις γυναίκες 63,2 χρόνια. Είναι πολύ σπάνιο σε άτομα ηλικίας κάτω των 40 χρόνων, ενώ μετά η συχνότητα του αυξάνει προοδευτικά, ούτως ώστε σε άτομα ηλικίας 65-74 χρόνων αυτό είναι 10 φορές συχνότερο από όσο σε ηλικίες 35-44 χρόνων.

Στις περισσότερες χώρες και τα δύο φύλα προσβάλλονται με την ίδια συχνότητα, όμως καρκίνωμα του ορθού αναπτύσσονται συχνότερα οι άνδρες παρά οι γυναίκες. Ενδιαφέρουσα είναι η σημαντική αύξηση της συχνότητας των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου, που παρατηρείται στους πρώτου βαθμού συγγενείς των ασθενών.

Το καρκίνωμα του παχέος εντέρου αναπτύσσεται συχνότερα στο υπόστρωμα διαφόρων βλεννογονικών αλλοιώσεων, οι οποίες είναι τα αδενώματα, οι συγγενείς πολυποδιάσεις, η ελκώδης κολίτιδα, η νόσος του Crohn και η ακτινική κολίτιδα. Ως γνωστόν, στις άνω αλλοιώσεις μπορεί να αναπτυχθεί επιθηλιακή δυσπλασία, η οποία θεωρείται προκαρκινωματώδης αλλοίωση. Στα αδενώματα εξ ορισμού υπάρχει δυσπλασία (Δαβάρης, 1995).

Σε ό,τι αφορά στη συχνότητα εντοπισμού του καρκίνου του παχέος εντέρου, αυτή είναι διάφορη αναλόγως της θέσης του. Στην περιοχή του ορθοσιγμοειδούς εντοπίζεται το 62% των όγκων, στο κατión το 6%, στο εγκάρσιο το 12%, στο ανιόν το 9% και στο τυφλόν το 11%. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του καρκίνου του κόλου, σε σχέση με τον καρκίνο του ορθού και ειδικότερα αύξηση των καρκίνων του δεξιού τμήματος του παχέος εντέρου έως και 25%. Αναφέρεται ακόμα και μία απόλυτη πτώση στην επίπτωση καρκίνου στο αριστερό κόλον και στο ορθό, έως και 15%, γεγονός που πιθανότατα οφείλεται στον αυξημένο αριθμό πολυπόδων που διαγιγνώσκονται και των πολυπεκτομών που πραγματοποιούνται με την πρόοδο της κολονοσκόπησης τα τελευταία χρόνια.

Είναι χαρακτηριστικό ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ασυμπτωματικός. Αυτό οφείλεται στον βραδύ ρυθμό αύξησης του πρωτοπαθούς όγκου, σε αντίθεση με τις μεταστατικές εστίες, όπου ο ρυθμός αύξησης είναι πολλαπλάσιος της αρχικής εστίας (Φιλιππάκης & Αντσακλής, 1995).

Αισιόδοξα μηνύματα στην αντιμετώπιση του καρκίνου έρχονται σήμερα από την αποκωδικοποίηση του DNA, καθώς η πρόοδος της μοριακής βιολογίας επέτρεψε τα τελευταία χρόνια την καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών του κυτταρικού πολλαπλασιασμού και της καρκινογένεσης. Όπως εξηγούν οι ειδικοί, προκειμένου το φυσιολογικό κύτταρο να μεταμορφωθεί προοδευτικά σε καρκινικό, ενεργοποιούνται διάφορα μονοπάτια της καρκινογένεσης,

Η επιστήμη έχει καταφέρει σήμερα να αναστείλει σε κριτικά σημεία (στόχους) την καρκινογένεση. Αυτή η αναστολή έχει αποτέλεσμα τη διακοπή της διαδικασίας της καρκινογένεσης, με τελική συνέπεια τον θάνατο του καρκινικού κυττάρου. Τα παραπάνω επισημαίνουν εκπρόσωποι της Ελληνικής Εταιρίας Δεικτών Καρκίνου και Στοχευμένης Θεραπείας, με αφορμή το 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο, που έγινε στην Αθήνα με τη συμμετοχή διακεκριμένων Ελλήνων και ξένων επιστημόνων (Φουτζήλας & Μπαρμπούνης, 2006).

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο καρκίνος είναι μία πολύ παλιά αρρώστια και η αρχή του χάνεται στα χρόνια που υπήρξε στη γη και ο πρωτόγονος άνθρωπος. Φαίνεται όμως ότι όγκοι προϋπήρχαν και σε ζώα, σε δεινόσαυρους, ερπετά, καθώς και θηλαστικά. Αυτό εξάγεται, κυρίως, από το γεγονός, ότι όσο παλιά κι αν είναι τα οστά ανθρώπων και ζώων που βρήκαμε μέχρι σήμερα στη γη, διαπιστώνονται σ' ορισμένα από αυτά οστικές αλλοιώσεις που μας πείθουν, ότι έχουν προκληθεί από την παρουσία κακοήθων όγκων (Μουζιάς, 1998).

Αφότου όμως έχουμε γραπτά κείμενα, έχουμε και τα αποδεικτικά πλέον στοιχεία της αναφοράς των κακοηθών όγκων στον άνθρωπο. Συγκεκριμένα, αυτά αναφέρονται στα κείμενα της Παλαιάς Διαθήκης, των Αρχαίων Αιγυπτίων καθώς και των Ελλήνων και Περσών. Σε πάπυρο του Καχούν στην Αίγυπτο δύο χιλιάδες χρόνια π.Χ. αναφέρονται κακοήθεις όγκοι, όπως έχουν βρεθεί σε μούμιες της 5^{ης} δυναστείας, με σαρκώματα του μηριαίου και του βραχιονίου οστού. Και δεν αναφέρονται μόνο οι όγκοι των οστών, αλλά και οι όγκοι των μαλακών μορίων, όπως του ήπατος, του στομάχου, των μυών κ.τ.λ.

Ήδη από το 300 π.Χ. είχαν διαχωριστεί τα καλοήθη από τα κακοήθη νεοπλασμάτα. Είχαν ακόμα επισημανθεί οι κακές εκβάσεις πολλών εντοπίσεων κακοήθων όγκων. Και αργότερα, γύρω από την εποχή της γέννησης του Χριστού, εκτελούσαν θεραπευτικές χειρουργικές επεμβάσεις, όπως ακρωτηριασμούς των άκρων, υστεροεκτομές ή μαστεκτομές για ανάλογες εντοπίσεις νεοπλασμάτων.

Έπρεπε να περάσει κι όλος ο Μεσαίωνας και να φτάσουμε στην ανακάλυψη του μικροσκοπίου, ν' αναπτυχθούν νέες θεωρίες για την προέλευση των ασθενειών που βασίζονται στην παρατήρηση, στα στατιστικά δεδομένα και στο πείραμα, για να παραμερισθούν παλιές θεωρίες και πεποιθήσεις, όπως εκείνη του Γαληνού, ότι ο Ca οφείλονταν στην παρουσία υπερβολικής μαύρης χολής στον άνθρωπο. Ο Γαληνός υποστήριζε ότι η χειρουργική εξαίρεση ενός όγκου πρέπει να γίνει με την ρίζα του. Αυτή η θεωρία αποτελούσε αδιάσειστη πεποίθηση, που επιβίωσε σ' όλο το Μεσαίωνα και απορρίφθηκε μετά ζωή 1300 χρόνων αφ' ότου αρχικά αναπτύχθηκε.

Σταθμός για την ερμηνεία του καρκίνου ήταν το 1652, όταν ο Owen περιέγραψε τα λεμφαγγεία και αναπτύχθηκε η λεμφική θεωρία ανάπτυξης του καρκίνου, θεωρία που ερμηνεύεται από την παρατήρηση, ότι μεγάλο μέρος καρκίνων επεκτείνονται από την πρωτοπαθή εστία με τα λεμφαγγεία προς τους επιχώριους λεμφαδένες.

Ακολούθησε το μέγιστο βήμα για τις συνθήκες ανάπτυξης του Ca, που είναι η παρατήρηση του Άγγλου χειρουργού Percival Pott, το 1775, ότι οι καπνοδοχοκαθαριστές πάθαιναν συχνά καρκίνο του οσχέου. Έτσι αναπτύχθηκε παράλληλα προς την παλαιότερη παρατήρηση για τον ρόλο των διαφόρων ερεθιστικών παραγόντων και ο ρόλος των χημικών παραγόντων (Παυλίδης, 1995).

Η πρώτη περίπτωση πνευμονικής μεταστασεκτομής αποδίδεται στο Γερμανό χειρουργό Weinlechner, ο οποίος το 1882 αφαίρεσε δύο πνευμονικά οζίδια κατά τη διάρκεια εκτομής τμήματος θωρακικού τοιχώματος για σάρκωμα. Την επόμενη χρονιά, ο Kronlein παρουσίασε τον πρώτο ασθενή με αξιόλογη μακροχρόνια επιβίωση μετά από πνευμονική μεταστασεκτομή. Σ' αυτήν την περίπτωση είχε αφαιρεθεί ένα μικρό μεταστατικό πνευμονικό οζίδιο από άρρωστο με υποτροπή σαρκώματος θωρακικού τοιχώματος, ο οποίος επιβίωσε για 7 χρόνια και τελικά κατέληξε εξαιτίας υποτροπής της πνευμονικής νόσου.

Η πρώτη αναφορά επιτυχούς χειρουργικής αντιμετώπισης πνευμονικών μεταστάσεων σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου έγινε το 1944 από τον Blalock. Παρά την πρόιμη ανακάλυψη ότι η χειρουργική αντιμετώπιση αρρώστων με πνευμονική μετάσταση μπορεί να παρατείνει την επιβίωση, πέρασαν αρκετά χρόνια έως ότου το 1947 οι Alexander και Haight ανακοίνωσαν την πρώτη σειρά 24 ασθενών που υποβλήθηκαν σε αφαίρεση πνευμονικών μεταστάσεων, στην οποία οι μισοί άρρωστοι παρέμειναν χωρίς υποτροπή για χρονικά διαστήματα από 1 έως 12 χρόνια. Σ' αυτήν τη σειρά ασθενών αναφέρονται για πρώτη φορά η επιτυχής επαναληπτική θωρακοτομή για την αφαίρεση δεύτερης μετάχρονης πνευμονικής μετάστασης, καθώς και ότι ο άρρωστος αυτός παρέμεινε ζωντανός για 14 χρόνια μετά τη δεύτερη πνευμονική μεταστασεκτομή.

Το 1965 ο Thomford μελέτησε όλες τις σειρές των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αφαίρεση των πνευμονικών μεταστάσεων και διατύπωσε τα πρώτα κριτήρια για την πνευμονική μεταστασεκτομή. Παρόλο που έχουν περάσει 40 χρόνια από τότε, πολλά ερωτήματα που αφορούν τον προσδιορισμό των αρρώστων που

ωφελούνται από την αφαίρεση των πνευμονικών μεταστάσεων, εξακολουθούν να παραμένουν αναπάντητα, διότι όλες οι μελέτες που έχουν ανακοινωθεί μέχρι σήμερα ήταν αναδρομικές, στις περισσότερες από αυτές συμμετείχε μικρός αριθμός ασθενών, ενώ δεν έχουν πραγματοποιηθεί προοπτικές, τυχαιοποιημένες μελέτες.

Σήμερα, τα κλασικά κριτήρια του Thomford για την πνευμονική μεταστασεκτομή έχουν υποστεί εκτεταμένη τροποποίηση, ενώ έχουν επίσης βελτιωθεί και οι χειρουργικές τεχνικές παρέχοντας αυξημένες δυνατότητες στην αφαίρεση των πνευμονικών μεταστάσεων. Έτσι, ενώ τα κριτήρια του Thomford δεν περιλαμβάνουν αρρώστους με αμφοτερόπλευρους όζους και εξωθωρακικές εντοπίσεις, σήμερα πολλοί ασθενείς υποβάλλονται σε ταυτόχρονη αφαίρεση πνευμονικών και ηπατικών μεταστάσεων, ή σε αμφοτερόπλευρη αφαίρεση πνευμονικών μεταστάσεων (Σταματελόπουλος & Δημητριάδης, 2007).

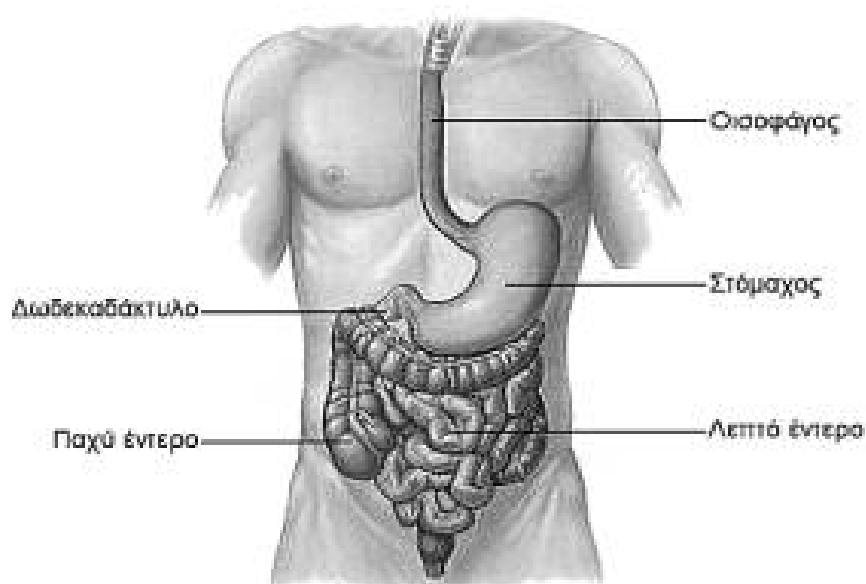
Κάθε καινούρια ιατρική ανακάλυψη οδηγούσε σε νέες θεωρίες προέλευσης του καρκίνου. Τέτοιες είναι η μικροβιακή, η κυτταρική, κι ακόμα από τις σοβαρότερες μέχρι σήμερα, η θεωρία του Cohnheim. Η τελευταία συνοδεύονταν από αποδεικτικά στοιχεία, ότι οι όγκοι οφείλονται σε απομονωμένα εμβρυϊκά κύτταρα και σε υπολείμματα ιστών. Η θεωρία αυτή παραμένει ακόμα σήμερα αληθινή. Αυτή όμως δεν ερμηνεύει την προέλευση και αιτιολογία όλων των καρκίνων, αλλά ενός μικρού μόνο μέρους τους (Σκάρλος, 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

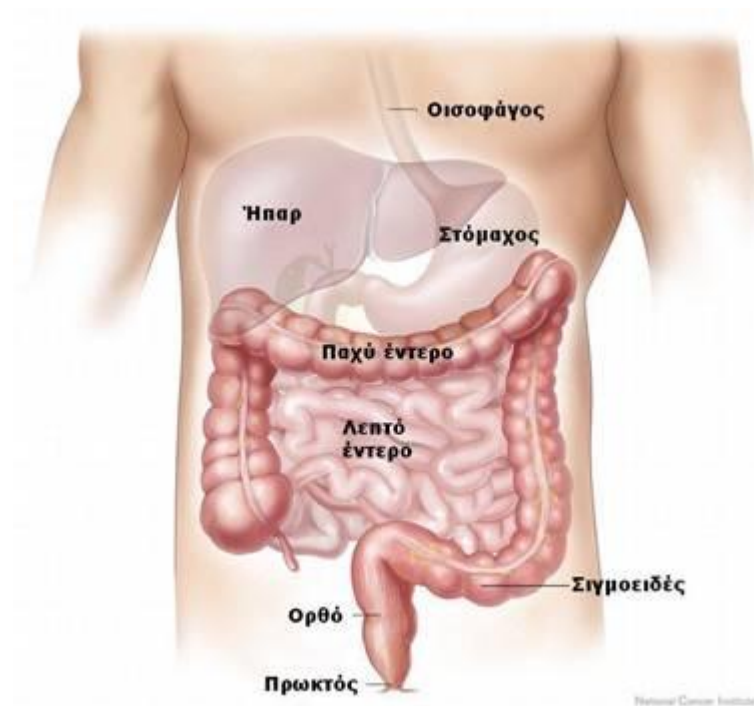
Για τη διατήρηση της δομικής ακεραιότητας και λειτουργίας των ιστών και των οργάνων, το σώμα χρειάζεται συνεχή παροχή ενέργειας. Ενέργεια παρέχεται με την τροφή, της οποίας η πέψη γίνεται στα όργανα της πέψης που αποτελούνται από την ΓΕΣ. Ο ΓΕΣ αρχίζει από το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό. Πιο αναλυτικά τα μέρη του ΓΕΣ είναι τα εξής:

- Στόμα
- Φάρυγγας
- Οισοφάγος
- Στόμαχος
- Λεπτό έντερο
- Παχύ έντερο



Εικόνα 2.1. Ανατομία του πεπτικού συστήματος (www.gomedica.org)

2.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ



Εικόνα 2.2. Ανατομία του κατώτερου πεπτικού συστήματος. Φαίνονται το κόλον (παχύ έντερο) και το ορθό έντερο (www.inrap.org/22doc.htm#Keypoint1)

Το παχύ έντερο, μήκους περίπου 1.50μ, αποτελεί το τελικό τμήμα του ΓΕΣ και εκτείνεται από το τυφλό ως τον πρωκτό. Διακρίνονται οι εξής μοίρες:

- Τυφλό μετά την σκωληκοειδής απόφυση
- Κόλον (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές)
- Απευθυσμένο ή ορθό

Το παχύ έντερο διακρίνεται από το λεπτό όχι τόσο από το εύρος της διαμέτρου του, όσο από την ύπαρξη κολικών ταινιών, εκκολπωμάτων, από την τοπογραφική του θέση και από την ύπαρξη επιπλοικών αποφύσεων. Το τοίχωμα του παχέος εντέρου αποτελείται από έσω προς τα έξω από το βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο, το μυϊκό και τον ορογόνο χιτώνα.

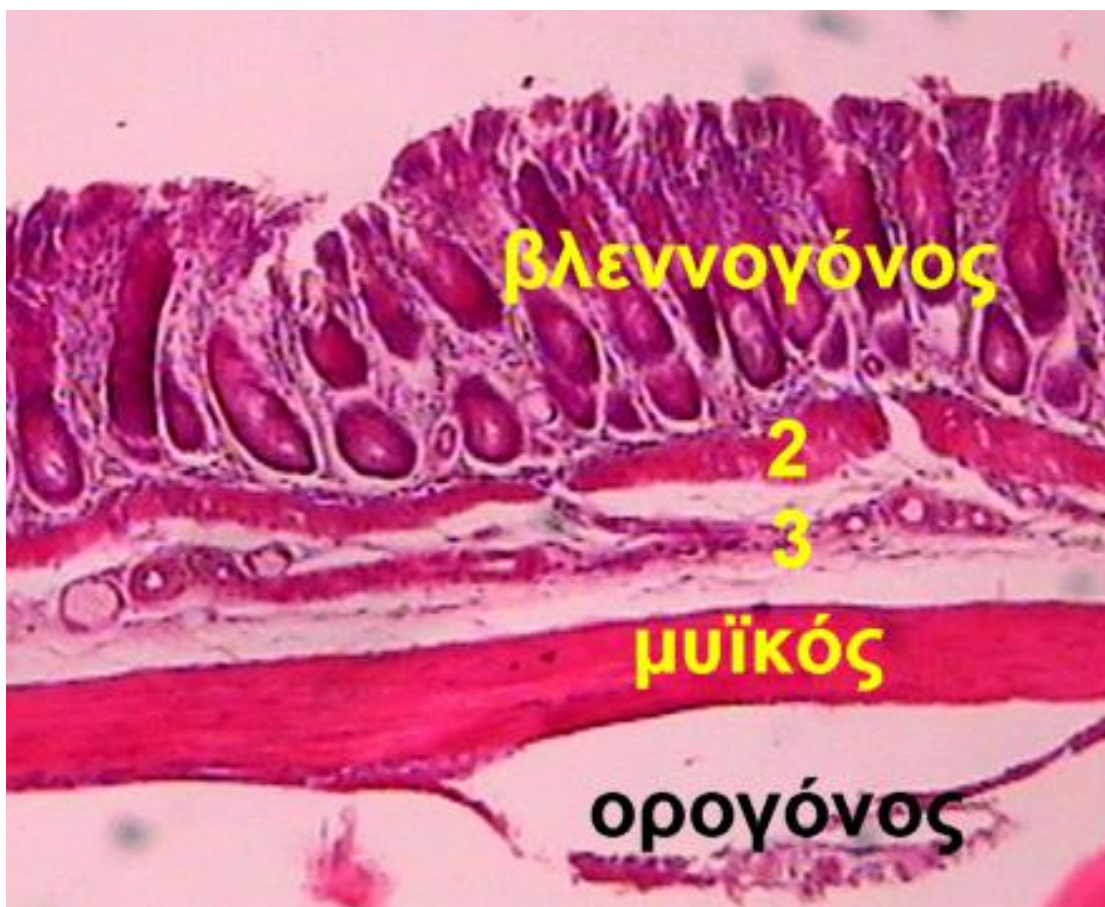
Ο βλεννογόνος χιτώνας αποτελείται από επιθήλιο, χόριο και αδένες.

Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας αποτελείται από συνδετικό ιστό, αγγειακά νεύρα.

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από δύο στοιβάδες λείων μυϊκών ινών δηλαδή από την έξω επικήκη και την έσω κυκλότερη.

Ο ορογόνος χιτώνας περιβάλλει πλήρως το τυφλό, το εγκάρσιο κόλο και το σιγμοειδές και ατελώς το ανιόν και κατιόν κόλο. Τέλος η πυελική μοίρα του απευθυσμένου περιβάλλεται ατελώς, η δε πρωκτική μοίρα καθόλου.

Το εσωτερικό του παχέος εντέρου χωρίζεται με τις κοιλικές ταινίες σε 3 αυλακοειδείς ζώνες. Επίσης ανευρίσκουμε τις μηννοειδείς πτυχές και τα κοιλώματα. Το εσωτερικό του ορθού φέρει 8-10 πτυχές οι οποίες ονομάζονται πρωκτικοί στύλοι του Forgaui. Οι στύλοι αυτοί τελειώνουν προς τα κάτω, στον αιμορροϊδικό δακτύλιο. Μεταξύ δύο παρακείμενων στύλων παράγεται μια αύλακα που καλείται πρωκτικός κόλπος (Ταβερναράκη, 2002).



Εικόνα 2.3. Το τοίχωμα του παχέος εντέρου έχει βλεννογόνο με απλούς σωληνοειδείς αδένες, βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα (2), υποβλεννογόνιο χιτώνα (3), μυϊκό χιτώνα και ορογόνο. (χρώση αιματοζυλίνη-εωσίνη, μεγέθυνση X50) (<http://www.med.auth.gr/db/histology/gr/11-8-1.jpg>)

α) Τυφλό

Είναι η πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου. Βρίσκεται στο ΔΕ λαγώνιο βόθρο και έχει μήκος 8cm. Στην εξωτερική του επιφάνεια και σε απόσταση 4cm κάτω από την έκφυση του ειλέου, εκφύεται η σκωληκοειδής απόφυση, μήκους 2-25cm. Είναι ευκίνητος και περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από πτυχή αυτού, η οποία καλείται μεσεντερίδιο. Η πιο συνηθισμένη θέση της είναι η λαγωνοπυελική, μπορεί όμως να βρίσκεται μπροστά ή πίσω του τυφλού, μπροστά ή πίσω του ειλεού ή να κατέχει ανώμαλη θέση. Υφή της σκωληκοειδούς, ο βλεννογόνος της σκωληκοειδούς εμφανίζει κρύπτες, όχι όμως λάχνες. Στον άνθρωπο η σκωληκοειδής απόφυση, δεν χρησιμεύει ούτε για την πέψη, ούτε για την απορρόφηση της τροφής. Αποτελεί μέρος του ανοσολογικού συστήματος. Μερικές φορές αποτελεί «αμυγδαλή της κοιλιάς». Ο βλεννογόνος είναι γεμάτος λεμφιζίδια, τα οποία φτάνουν και στον υποβλεννογόνο. Σαν όργανο αμυντικών μηχανισμών κατά της φλεγμονής η σκωληκοειδής απόφυση αντιδρά πολλές φορές υπερβολικά και βίαια με κίνδυνο διαπύησης και ρήξης του τοιχώματός της.

β) Κόλον

Το ανιόν κόλο έχει μήκος 15cm. Αρχίζει από το τυφλό και φέρεται προς τα άνω κατά μήκος της δεξιάς οσφυϊκής χώρας μέχρι κάτωθεν του ήπατος όπου ανακάμπτεται προς τα αριστερά και σχηματίζει τη δεξιά κολπική καμπή.

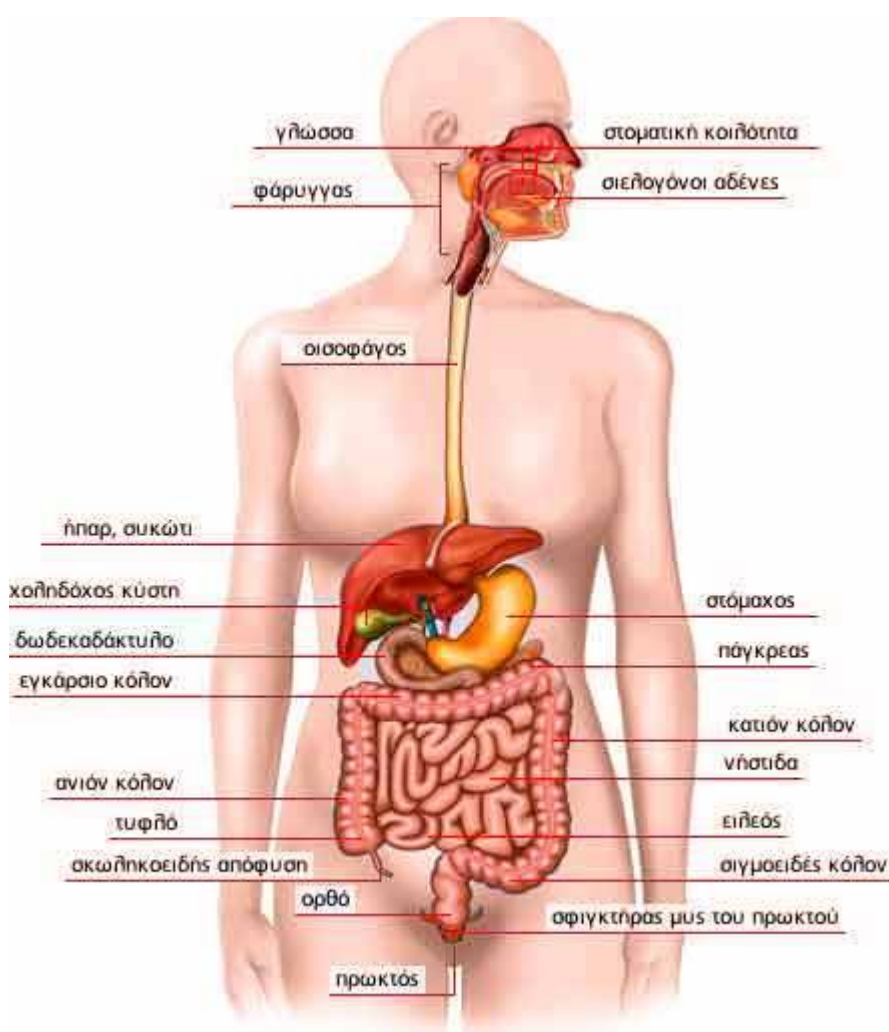
Το εγκάρσιο κόλο, έχει μήκος 50cm. Αρχίζει σαν συνέχεια του ανιόντος, και φέρεται προς τα αριστερά και άνω μέχρι κάτωθεν του σπλήνος όπου απότομα προς τα κάτω σχηματίζοντας την αριστερή κολική καμπή, η οποία βρίσκεται ψηλότερα από τη δεξιά.

Το κατιόν κόλο έχει μήκος 20-25cm και αποτελεί συνέχεια του εγκαρσίου. Φέρεται προς τα κάτω μήκος της αριστερής οσφυϊκής χώρας μέχρι του στομίου της ελάσσονος πυέλου, όπου μεταπίπτει στο σιγμοειδές.

Το σιγμοειδές έχει μήκος 40cm περίπου και βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο. Το σιγμοειδές περιγράφει 3 καμπές και στο 3^ον ιερό σπόνδυλο μεταβαίνει στο απευθυσμένο. Το σιγμοειδές κρέμεται από το μεσοσιγμοειδή και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα.

γ) Το απευθυσμένο ή ορθό

Έχει μήκος 12-16cm. Βρίσκεται στην ελάχιστονα πύελο και αποτελεί τη συνέχεια του σιγμοειδούς. Εμφανίζει δύο μοίρες, την ιερά και την περιναϊκή. Το κάτω τμήμα της περιναϊκής μοίρας του απευθυσμένου παριστά σχισμή που ονομάζεται πρωκτός. Ο πρωκτός εμφανίζει 2 μοίρες, τον πρόδομο και τον δακτύλιο. Στον πρωκτό υπάρχουν 2 σφικτήρες, ο έσω σφικτήρας από λείες μυϊκές ίνες, ο οποίος δεν υπόκειται στη βούληση και ο έξω σφικτήρας. Το απευθυσμένο έρχεται σε σχέση στη γυναίκα με τη μήτρα και τον κολεό, και στον άνδρα με την ουροδόχο κύστη, τον προστάτη και τη σπερματοδόχο κύστη (Τέντας, 1991).



Εικόνα 2.4. Η πεπτική οδός είναι μία σειρά από ποικίλα όργανα: το στόμα, ο οισοφάγος, το στομάχι, το λεπτό και το παχύ έντερο και ο πρωκτός, που είναι συνδεδεμένα έτσι ώστε, να σχηματίζουν ένα μακρύ σωλήνα (<http://www.rhodes.aegean.gr/sxedia/grafdaskalou/anatomy/sub1/digestion/digestive.jpg>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

3.1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο και το ορθό θεωρούνται ως οι δεξαμενές για τις άχρηστες ουσίες, οι οποίες εισέρχονται σ' αυτές μετά την σύνθετη επεξεργασία της πέψης.

Από φυσιολογικής απόψεως ενδιαφέρει η κινητικότητα του παχέος εντέρου, η λειτουργία της επαναρρόφησης του νερού και ηλεκτρολυτών.

Η λειτουργία του παχέους εντέρου και συνίσταται κυρίως για τη απορρόφηση του νερού και των ηλεκτρολυτών. Το ακριβές ποσό του απορροφούμενου νερού δεν είναι γνωστό, πιστεύεται όμως ότι απορροφούνται περίπου 350 κ.εκ. ημερησίως, αν λάβει κανείς υπόψη του ότι από την ειλεοστομία εξέρχονται περίπου 500 κ.εκ. νερού. Το κόλον επίσης απορροφά ηλεκτρολύτες, όπως NaCl και απλές οργανικές ενώσεις όπως η γλυκόζη. Από τα μονοσθενή ιόντα απορροφούνται το Na και το Cl και εκκρίνεται το K. Αντιθέτως από τα μονοσθενή ιόντα η απορρόφηση είναι μηδαμινή.

Η φυσιολογική έκκριση του παχέος εντέρου είναι αλκαλική, συνίσταται και η έκκριση βλέννης προερχόμενη από τα κύτταρα του Lieberkuhn, αναμεμιγμένη με υπολείμματα ιστών και αλάτων Ca, Mg κ.λπ. Η ποσότητα της βλέννης αυξάνεται όσο προχωράμε προς το ορθό.

Τα εντερικά βακτηρίδια είναι άφθονα στο παχύ έντερο. Από τους μικροοργανισμούς του παχέος εντέρου ορισμένοι συμμετέχουν στην πέψη της κυτταρίνης και λαμβάνουν μέρος στην σύνθεση και απορρόφηση των βιταμινών B και K. Η μακροχρόνια χορήγηση βιοθεραπευτικών ευρέος φάσματος επηρεάζει την λειτουργία των μικροοργανισμών, με αποτέλεσμα την ατελή σύνθεση και απορρόφηση των βιταμινών.

Ως προς την κινητικότητα του παχέος εντέρου διακρίνουμε δύο ειδών κινήσεων:

- α)** την κίνηση ανάμιξης και
- β)** την κίνηση προώθησης.

Όπως στο λεπτό έντερο παρατηρούνται κινήσεις τμηματικές, έτσι και στο παχύ παρατηρούνται μεγάλες κυκλικές συστολές. Σε καθένα απ' αυτά τα σημεία

συστολής συσπάται η κυκλική μυϊκή στιβάδα, μερικές φορές προκαλώντας στένωση του αυλού του κόλου ως την πλήρη απόφραξη. Οι προωθητικές κινήσεις παρατηρούνται 2-3 φορές ημερησίως και συνήθως άρχονται από το εγκάρσιο κόλον. Από το δεξί ήμισυ του παχέος εντέρου γίνεται συχνή μεταβολή της θέσεως των κοπράνων προς τα εμπρός και πίσω (κινήσεις αναμείξεως) και αυτό επιτυγχάνει το μέγιστο της απορροφήσεως. Το πρότυπο αυτής της κινητικότητας είναι ενδεικτικό των λειτουργικών διαφορών μεταξύ του αριστερού και δεξιού ημίσεως του παχέους εντέρου. Από το αριστερό ήμισυ του κόλου η μαζική περισταλτική κίνηση έχει ως αποτέλεσμα την κένωση του παχέος εντέρου από τις άχρηστες ουσίες (Αγοραστός, 1991).

Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν την κινητικότητα του παχέος εντέρου, ως ενδογενείς, εξωγενείς, νευροορμονικοί κ.τ.λ. Από τους ενδογενείς παράγοντες αναφέρουμε τον χυμισμό και την οξεοβασική ισορροπία των υγρών του οργανισμού. Οι εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνουν την κατάποση, το αίσθημα πληρότητας, τη λήψη φαρμάκων. Κατά τη διάρκεια και μετά τη λήψη τροφής ο ειλεός εκκενώνει το περιεχόμενό του στο τυφλό και η ενδοαυλική πίεση αυξάνει περισσότερο το αριστερό κόλον. Μετά τη λήψη τροφής παρατηρείται περισταλτική κίνηση του παχέος εντέρου και προώθηση των κοπράνων, το γνωστό «γαστροκολικό αντανακλαστικό» του Hertz. Για το λόγο αυτό στους ασθενείς με έντονη λειτουργική δυσκοιλιότητα συνίσταται η λήψη του πρωινού γεύματος και η αφόδευση.

Συναισθηματικοί παράγοντες επίσης επηρεάζουν την κινητικότητα του παχέος εντέρου. Πειράματα έχουν αποδείξει ότι το μίσος, η οργή και η μνησικακία προκαλούν υπερκινητικότητα, ενώ ο φόβος και το άγχος υποκινητικότητα. Διάφοροι φυσικοί και ημισυνθετικοί πολυσακχαρίτες, οι οποίοι δρουν ωσμωτικώς στο παχύ έντερο, αυξάνουν την κινητικότητά του. Τα παρασυμπαθητικά νεύρα αυξάνουν την κινητικότητα του παχέος εντέρου και προκαλούν χαλάρωση των σφιγκτήρων, ενώ τα συμπαθητικά νεύρα ελαττώνουν τον τόνο και προκαλούν σύσπαση των σφιγκτήρων.

Τα αέρια του παχέος εντέρου στον άνθρωπο είναι το άζωτο, το διοξείδιο του άνθρακα, το μεθάνιο. Υπερισχύει το άζωτο. Ημερησίως αποβάλλονται 300ml – 2L. Η μεγαλύτερη πηγή αερίων στο κόλον είναι ο καταπνόμενος αέρας, ο οποίος αποτελεί τα 70% των αερίων του παχέος εντέρου. Τα 21% του καταπνόμενου αέρα είναι το οξυγόνο. Η δεύτερη πηγή αερίων προέρχεται από την βακτηριδιακή δράση στις τροφές και η τρίτη από το αίμα.

Το παχύ έντερο παράγει επίσης τα 70% της αμμωνίας του γαστρεντερικού σωλήνα. Η βακτηριδιακή απαμίνωση και η δράση της ουρεάσης παίζουν βασικό ρόλο στην παραγωγή της αμμωνίας. Η απορρόφηση της αμμωνίας εντός του παχέος εντέρου εξαρτάται από το pH. Αυτό εξηγεί την ωφέλεια από την λήψη της λακτουλόζης (Lactulose) στους ασθενείς με εγκεφαλοπάθεια. Ο δισακχαρίτης αυτός φθάνει στο κόλον, όπου η δράση των βακτηριδίων τον διασπά σε οξέα, τα οποία ελαττώνουν το pH και δυσχεραίνουν την απορρόφηση της αμμωνίας (Χρυσοσπάθη & Γολεμάτη, 1981).

3.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Καρκίνος είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος.

Ο καρκίνος περιλαμβάνει μια ομάδα περίπου 100 διαφορετικών νοσημάτων και χτυπάει την βασική μονάδα του οργανισμού, το κύτταρο. Η βασική διαταραχή ξεκινάει από ένα κύτταρο το οποίο χάνει τον έλεγχο του πολλαπλασιασμού του και αναπτύσσεται ανεξέλεγκτα.



***Εικόνα 3.1.** Καρκίνος παχέος εντέρου
(medlab.cs.uoi.gr/.../kefalaio1/images/pa003.jpg)*

Τα παθολογικά κύτταρα, δεν υπακούουν στους νόμους ελέγχου, ανάπτυξης και θανάτου που ρυθμίζουν τη ζωή των φυσιολογικών κυττάρων του οργανισμού. Σε ένα υγιή άνθρωπο, καθημερινά, εκατομμύρια κύτταρα διαιρούνται, πολλαπλασιάζονται και πεθαίνουν με το μηχανισμό της απόπτωσης. Νέα κύτταρα αντικαθιστούν αυτά που υφίσταται βλάβες και πεθαίνουν. Ο ασταμάτητος αυτός φυσιολογικός μηχανισμός επιτρέπει την επιδιόρθωση και την αναζωογόνηση των ιστών και των οργάνων του σώματος. Η πολύπλοκη, συνεχής λειτουργία του πολλαπλασιασμού και αντικατάστασης των κυττάρων, ελέγχεται πολύ αυστηρά από το γενετικό κώδικα του DNA που περιέχεται στον πυρήνα των κυττάρων. Όμως οποιαδήποτε αλλοίωση ή ζημιά που θα υποστεί το DNA, μπορεί να είναι η αιτία έναρξης της παθολογικής διαδικασίας του ανεξέλεγκτου πολλαπλασιασμού καρκινικών κυττάρων (Thomas, 2000).

Όπως όλα τα όργανα του σώματος, έτσι και το παχύ έντερο και το ορθό αποτελείται από πολλά διαφορετικά κύτταρα. Φυσιολογικά τα κύτταρα διαιρούνται για να δημιουργήσουν νέα κύτταρα μόνο όταν ο οργανισμός τα χρειάζεται. Αυτή η ελεγχόμενη διαδικασία μας βοηθάει να διατηρούμαστε υγιείς. Εάν τα κύτταρα συνεχίζουν να διαιρούνται χωρίς ο οργανισμός να τα χρειάζεται, τότε δημιουργείται ένας όγκος. Ο όγκος αυτός ανάλογα με την κατάσταση μπορεί να είναι **καλοήθης** ή **κακοήθης**.

Οι καλοήθεις όγκοι δεν είναι καρκίνος. Μπορούν εύκολα να αφαιρεθούν και δεν επανεμφανίζονται. Το σημαντικότερο είναι ότι τα κύτταρά τους δεν μπορούν να διασπαρούν σε άλλα σημεία του σώματος και να δημιουργήσουν μεταστάσεις. Οι καλοήθεις όγκοι σχεδόν ποτέ δεν απειλούν την ζωή του ασθενούς.

Οι κακοήθεις όγκοι είναι αυτό που ονομάζουμε καρκίνος. Τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να διηθήσουν και να βλάψουν ιστούς και άλλα παρακείμενα όργανα κοντά στον όγκο. Επίσης μπορούν να διαφύγουν από τον κύριο όγκο και να διασπαρούν στο υπόλοιπο σώμα μέσω της αιματικής ή της λεμφικής κυκλοφορίας. Εάν αυτά τα κύτταρα βρουν πρόσφορο έδαφος σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος και αρχίσουν να πολλαπλασιάζονται τότε δημιουργείται μια **μετάσταση**.

Με την διασπορά του όγκου σε κάποιο άλλο όργανο του σώματος, ο καινούριος μεταστατικός όγκος έχει τον ίδιο τύπο κυττάρων με τον αρχικό και την ίδια ταυτότητα. Για παράδειγμα εάν κάποιος καρκίνος παχέος εντέρου δώσει

μεταστάσεις στο ήπαρ, τα κύτταρα των μεταστάσεων είναι κύτταρα παχέος εντέρου και όχι καρκίνος ήπατος.

Το κόλον είναι το προτελευταίο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα στο οποίο αποθηκεύονται και προωθούνται προς την έξοδο τα απόβλητα των τροφών μετά την διαδικασία της πέψης, δηλαδή τα κόπρανα. Το ορθό είναι το τελικό τμήμα πριν από τον πρωκτό και μαζί με το κόλον αποτελούν αυτό που ονομάζουμε παχύ έντερο. Οι όγκοι του παχέος εντέρου ξεκινούν από την εσωτερική του επιφάνεια συνήθως. Οι καλοήθεις όγκοι ονομάζονται **πολύποδες** ενώ οι κακοήθεις όγκοι λέγονται **καρκίνοι**.



***Εικόνα 3.2.** Ενδοσκοπική εικόνα καρκίνου του παχέος εντέρου
(<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=133460>)*

Οι καλοήθεις πολύποδες δεν διηθούν γειτονικά όργανα, ούτε διασπείρονται σε άλλα όργανα του σώματος. Μπορούν να αφαιρεθούν συνήθως πολύ εύκολα κατά την κολονοσκόπηση και δεν θέτουν σε κίνδυνο την ζωή του ασθενούς. Εάν οι καλοήθεις πολύποδες δεν αφαιρεθούν εγκαίρως μπορεί να γίνουν καρκίνος με τον καιρό. Οι περισσότεροι καρκίνοι του παχέος εντέρου θεωρούνται ότι προέρχονται από καλοήθεις πολύποδες. **Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού** μπορεί να διηθήσει και να βλάψει γειτονικά όργανα ή μπορεί να ξεφύγει από το έντερο και να δημιουργήσει μεταστάσεις στο συκώτι, στους πνεύμονες ή σε άλλα όργανα του σώματος.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού είναι παγκόσμια ο τρίτος σε συχνότητά του διαφέρει από χώρα σε χώρα, είναι συχνότερος στις Δυτικές κοινωνίες ενώ είναι πιο σπάνιο στις Ασιατικές και αφρικανικές χώρες. Επίσης οι Ανατολικοί

λαοί που έχουν υιοθετήσει δυτικού τύπου διατροφή, δείχνουν να έχουν αύξηση στα ποσοστά αυτού του καρκίνου (Γλεντής, 2007).



Εικόνα 3.3. Ενδοσκοπική εικόνα πολύποδος του παχέος εντέρου. Ο πολύποδας έχει περιβρογχισθεί με τον βρόγχο πολυποδεκτομής (εισάγεται μέσω του κολονοσκοπίου) και είναι έτοιμος για αποκοπή (<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=133460>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί τη μεγαλύτερη ομάδα καρκίνων του γαστρεντερικού συστήματος, που στην πλειονότητά τους είναι αδενοκαρκινώματα, περίπου 95%. Η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού και η θνητότητα δεν έχουν μεταβληθεί ουσιαστικά στη διάρκεια των τελευταίων 50 χρόνων.

Το καρκίνωμα του παχέος εντέρου παρουσιάζει συχνότητα στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές και φυλές. Έτσι είναι συχνότερο στη Βόρεια και Δυτική Ευρώπη και Βόρεια Αμερική, ενώ είναι σπάνιο στη Νότια Αμερική, Ασία και Αφρική. Στους μαύρους των αγροτικών περιοχών της Αφρικής είναι εξαιρετικά σπάνιο. Φαίνεται ότι είναι συχνότερο σε χώρες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όμως η Ιαπωνία αποτελεί τη μοναδική εξαίρεση στον αναπτυγμένο κόσμο, όπου παρά τον υψηλό βαθμό ανάπτυξης, η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθοσιγμοειδούς παραμένει εξαιρετικά χαμηλή. Εξαιρετικά ενδιαφέρον είναι, επίσης, ότι οι Ιάπωνες που μεταναστεύουν στις Ηνωμένες Πολιτείες αποκτούν συχνότητα της νόσου πολύ μεγαλύτερη από εκείνη της πατρίδας τους στη διάρκεια μιας γενεάς. Κατά παρόμοιο τρόπο η συχνότητα στο μαύρο πληθυσμό της Αμερικής είναι περίπου η ίδια με εκείνη στο λευκό πληθυσμό (Νενοπούλου & Βρεττού, 1988).

Στο δυτικό κόσμο αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, και την τρίτη για τις γυναίκες, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και του μαστού. Αποτελεί το 15% του συνόλου των νεοδιαγνωσόμενων κακοήθων νεοπλασμάτων, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και τη Δυτική Ευρώπη η πιθανότητα προσβολής κατά τη διάρκεια της ζωής ανέρχεται σε έναν ανά 20 ανθρώπους περίπου. Η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθοσιγμοειδούς κυμαίνεται από 3,4 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό το χρόνο στη Νιγηρία μέχρι 35,8 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό το χρόνο στο Κονέκτικατ (Κοβεγίτης, 1991).

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία της εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, 7,3 άνδρες και 6,6 γυναίκες σε κάθε 100.000 πληθυσμό χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους από καρκίνο του παχέος εντέρου. Στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού έχει την

τρίτη θέση, με 1208 νέα περιστατικά κάθε χρόνο, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και τον καρκίνο του μαστού, με 2510 και 2095 νέα περιστατικά το χρόνο αντίστοιχα. Το 1985, καταγράφηκαν 852 θάνατοι στη χώρα μας από τον καρκίνο του παχέος εντέρου και ήταν η τέταρτη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα. Ένα τρίτο των καρκίνων εντοπίζεται στο ορθό και στην ορθοσιγμοειδή συμβολή και 25% στο σιγμοειδές.

Η Ελλάδα καταλαμβάνει τις χαμηλότερες θέσεις ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ο.Κ. και οι υψηλότεροι δείκτες στη χώρα μας έχουν βρεθεί στις αστικές περιοχές. Μετά το 1950, έχει παρατηρηθεί στις Η.Π.Α. και σε άλλες χώρες μικρή σταθερή άνοδο της επιπτώσεως αυτού του καρκίνου. Στην Ελλάδα, εμφανίζεται μεταπολεμικά σταθερή άνοδο της θνησιμότητας, αλλά μετά το 1980 οι δείκτες μοιάζουν να έχουν σταθεροποιηθεί σε άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών. Η επίπτωση του ανέρχεται σταθερά με την ηλικία. Σε αντίθεση με τον καρκίνο του στομάχου, στον οποίο περιβαλλοντικές επιδράσεις στη νεαρή ηλικία καθορίζουν τον κίνδυνο αναπτύξεώς του, στον καρκίνο του παχέος εντέρου περιβαλλοντικοί παράγοντες στη ζωή του ενήλικα συνεχίζουν να μεταβάλλουν τον κίνδυνο. Η θνητότητα είναι σχετικά αυξημένη στην κατώτερη κοινωνικο-οικονομική τάξη καθώς επίσης είναι υψηλότερη στα πυκνοκατοικημένα αστικά κέντρα, οι διαφορές όμως αυτές είναι μικρές (Κοσμίδης & Τριανταφυλλίδης, 1991).

Μετανάστες από χώρες χαμηλού κινδύνου σε χώρες υψηλού κινδύνου αποκτούν τους δείκτες θνησιμότητας της νέας χώρας. Παρόμοια τάση έχει περιγραφεί για τους Έλληνες μετανάστες στην Αυστραλία. Υψηλοί δείκτες έχουν περιγραφεί σε εργάτες εκτεθειμένους σε ίνες αμιάντου, σε εργαζόμενους σε κλωστοϋφαντουργεία, σε εργάτες μετάλλου καθώς και στα καθιστικά επαγγέλματα γενικά. Ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του παχέος εντέρου σε άτομα με εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα διάρκειας τουλάχιστον 10 χρόνων είναι περίπου 20 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του μέσου πληθυσμού, ενώ πιο περιορισμένος κίνδυνος σχετίζεται με τη νόσο του Crohn.

Τα μέλη των οικογενειών των ασθενών καθώς και ορισμένα σχετικά σπάνια σύνδρομα οικογενούς πολυποδιάσεως διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου. Γυναίκες με καρκίνο του παχέος εντέρου βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο αναπτύξεως πρωτοπαθών καρκίνων στο μαστό, στις ωοθήκες και στο ενδομήτριο.

Διεθνείς συγκρίσεις και άλλες επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι η επίπτωση αυτού του καρκίνου σχετίζεται με την κατανάλωση κρέατος (ιδιαίτερα βοδινού) και ζωικών λιπών (Κοσμίδης & Τριανταφυλλίδης, 1991).

Η θνησιμότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου πέφτει διαρκώς τα τελευταία 20 χρόνια. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι τα νέα περιστατικά είναι λιγότερα, διαγιγνώσκονται νωρίτερα και οι θεραπείες έχουν βελτιωθεί κατά πολύ. Η 5-ετής επιβίωση είναι 90% για τους ασθενείς που ο καρκίνος τους εντοπίζεται και αντιμετωπίζεται σε αρχικά στάδια, πριν να εξαπλωθεί. Αλλά μόνο περίπου 40% του καρκίνου του παχέος εντέρου εντοπίζονται σε αρχικό στάδιο. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να γίνεται έγκαιρη διάγνωση (<http://www.Fusses.go>, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

5.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ



Εικόνα 5.1. (<http://www.eligast.gr/files/coloncancersmall.jpg>)

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ένας από τους συχνότερους εσωτερικούς καρκίνους του ανθρώπου και ο 2^{ος} από πλευράς θνητότητας καρκίνος στο δυτικό κόσμο. Η συνηθέστερη εντόπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου εξακολουθεί να παραμένει η περιοχή του ορθοσιγμοειδούς (55% των περιπτώσεων), αν και η σχετική συχνότητα καρκίνων αυτής της περιοχής μειώνεται τα τελευταία χρόνια. Δεύτερη από πλευράς συχνότητας εντόπιση είναι η περιοχή του τυφλού-ανιόντος κόλου (25%) και ακολουθούν το εγκάρσιο (15%) και το κατιόν κόλον (5%).

Μολονότι ο καρκίνος θεωρείται ως μία ασθένεια, στην πραγματικότητα περιλαμβάνει τουλάχιστον διακόσια διαφορετικά νοσήματα. Για τους περισσότερους καρκίνους δεν υπάρχει σαφώς καθορισμένη αιτία. Είναι αλήθεια ότι ο καρκίνος παραμένει κάτι το μυστηριώδες. Νέες ενδείξεις και εμπειριστατωμένες έρευνες, όμως, έχουν αυξήσει σημαντικά τις γνώσεις μας (Bollinger & Rosenbaum, 1993).

Οι παράγοντες που έχουν συσχετισθεί με την αιτιολογία και ανάπτυξη του καρκίνου είναι πολλοί. Οι ερευνητικές προσπάθειες κινούνται προς πολλές κατευθύνσεις δυστυχώς όμως για τις περισσότερες περιπτώσεις οι αιτίες πρόκλησης καρκίνου παραμένουν αδιευκρίνιστες.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ποιοι είναι οι παράγοντες αυτοί διότι η αποφυγή τους οποτεδήποτε είναι δυνατό, συμβάλλει σε μια σημαντική μείωση του κινδύνου για τον καθένα μας να προσβληθεί από καρκίνο.

Πιστεύεται ότι στη δημιουργία του συμμετέχουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι γενετικοί παράγοντες μπορεί να καθορίσουν ποια άτομα έχουν την προδιάθεση να αναπτύξουν τη νόσο, ενώ οι διαιτητικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να καθορίσουν ποια από τα παραπάνω άτομα σε κίνδυνο, τελικά θα εμφανίσουν τον καρκίνο του παχέος εντέρου (Μανούσου, 2002).

Το παχύ έντερο είναι ένας σωλήνας και αποτελεί το τελευταίο τμήμα του πεπτικού μας σωλήνα. Οι τροφές μετά την είσοδό τους στο στομάχι οδηγούνται στο λεπτό έντερο, όπου απορροφώνται τα θρεπτικά συστατικά και ότι απομένει καταλήγει στο παχύ έντερο και αποβάλλεται μετά από μία ή δύο ημέρες. Φυσιολογικά τα κύτταρα που καλύπτουν το εσωτερικό του παχέος εντέρου (βλεννογόνο) σταματούν να πολλαπλασιάζονται, πεθαίνουν, απομακρύνονται με τα κόπρανα μετά από λίγες μέρες και αντικαθίσταται από καινούρια. Όταν συμβούν, για άγνωστο λόγο, βλάβες στα γονίδια των κυττάρων αυτών, τα κύτταρα οδηγούνται σε συνεχή πολλαπλασιασμό με αποτέλεσμα την δημιουργία ενός διαφοροποιημένου ιστού που προβάλλει μέσα στο έντερο και ονομάζεται πολύποδας. Ο πολύποδας είναι καλοήθης όγκος και δεν δημιουργεί συνήθως συμπτώματα. Εάν συμβούν και άλλες βλάβες στα γονίδια των κυττάρων του πολύποδα τότε αναπτύσσεται ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Σχεδόν όλοι οι καρκίνοι του παχέος εντέρου αναπτύσσονται πάνω σε πολύποδα και για το λόγο αυτό η αφαίρεση των πολυπόδων μπορεί να προλάβει την ανάπτυξη του καρκίνου. Ευτυχώς, όλοι οι πολύποδες δεν εξελίσσονται σε καρκίνο (Φύσσας, 2007).

Η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι υψηλή στις προηγμένες δυτικές κοινωνίες και χαμηλή στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μετανάστες, και κυρίως οι απόγονοι αυτών, από χώρες χαμηλής σε χώρες υψηλής συχνότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου γρήγορα εμφανίζουν υψηλή συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου.

5.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου θεωρούνται:

1. Ηλικία

Ο κίνδυνος του καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνει μετά την ηλικία των 40 και κορυφώνεται μετά την ηλικία των 60 ετών. Υπολογίζεται ότι ένα άτομο 50 ετών έχει 5% πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο παχέος εντέρου στο υπόλοιπο της ζωής του και 2.5% πιθανότητα να πεθάνει από αυτή την αιτία. Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών.

2. Διατροφή-Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οι αποφάσεις που λαμβάνουμε όταν καθόμαστε στο τραπέζι για να φάμε, καθορίζουν ουσιαστικά τις πιθανότητές μας για να προσβληθούμε ή όχι από καρκίνο. Το τι τρώμε, το περιεχόμενό τους και ο τρόπος με τον οποίο προετοιμάζονται ή μαγειρεύονται παίζουν σημαντικό ρόλο. Οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες, που έχουν μελετηθεί σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης είναι χαμηλότερος στους πληθυσμούς με αυξημένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και ότι ο κίνδυνος αυτός μεταβάλλεται με την αλλαγή της διαίτας. Οι δίαιτες που είναι πλούσιες σε λιπαρά πιστεύεται ότι προδιαθέτουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Σε χώρες με υψηλή συχνότητα καρκίνου, η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λίπη, είναι συνήθως πολύ πιο υψηλή απ' ό,τι σε χώρες με χαμηλές συχνότητες καρκίνου. Πιστεύεται ότι τα προϊόντα αποδόμησης του λίπους παράγουν μέσα στο έντερο χημικά καρκινογόνα. Οι δίαιτες που είναι πλούσιες σε φυτικές ίνες όπως το μαύρο ψωμί και τα δημητριακά μπορούν να απαλλάξουν το έντερο από αυτά τα καρκινογόνα και βοηθούν να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου. Παραμένει, ωστόσο αδιευκρίνιστο αν ένα συγκεκριμένο στοιχείο της τροφής, ή ο τρόπος μαγειρέματος ή κάποια φυτοχημική παρέμβαση ευθύνεται για αυτήν την σχέση. Πιθανόν, όχι μόνο η ποσότητα, αλλά και ο τύπος των φυτικών ινών να έχει σημασία στην πρόληψη του καρκίνου. Η αυξημένη κατανάλωση ζωικού λίπους και η δίαιτα με χαμηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες είναι ευρέως αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου. Άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν κατά καιρούς συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου παχέος εντέρου είναι η αυξημένη κατανάλωση κρέατος (ιδιαίτερα ερυθρού-βοειδών),

η υπερκατανάλωση υδατανθράκων, η κατάχρηση οινόπνευματος (και ειδικότερα μπύρας-συσχέτιση με καρκίνο ορθού), η παχυσαρκία και το κάπνισμα. Αντίθετα, παράγοντες που πιθανόν προστατεύουν από ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου είναι η δίαιτα πλούσια σε λαχανικά και φρούτα, οι βιταμίνες A, C και E, το φυλλικό οξύ, το ασβέστιο και η τακτική σωματική άσκηση. Επιπρόσθετα, η χρόνια λήψη ασπιρίνης και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδων έχουν επίσης συσχετισθεί με μειωμένο κίνδυνο αναπτύξεως αδενωμάτων και καρκίνου του παχέος εντέρου.

3. Ατομικό ιστορικό αδενώματος ή Κ.Π.Ε.

Η πλειοψηφία (>90%) των περιπτώσεων Κ.Π.Ε. αναπτύσσεται σε έδαφος προϋπάρχοντος αδενώματος και συνήθως σε έδαφος σποραδικού αδενώματος (75% των περιπτώσεων Κ.Π.Ε.). Έτσι, η συνήθως μακροχρόνια προϋπαρξη αδενώματος στο παχύ έντερο παρέχει μία ιδανική ευκαιρία για δευτερογενή πρόληψη. Την ισχυρότερη απόδειξη της παραπάνω εξελίξεως αποτελεί η σημαντική ελάττωση (κατά 75%-90%) της επιπτώσεως Κ.Π.Ε.σε πληθυσμούς υπό επιτήρηση και ενδοσκοπική αφαίρεση των αδενωματωδών πολυπόδων. Θα πρέπει εδώ να τονισθεί ότι η παρουσία αδενωμάτων δεν αυξάνει πάντοτε τον κίνδυνο Κ.Π.Ε. Ο κίνδυνος καρκίνου παχέος εντέρου είναι ιδιαίτερα υψηλός σε παρουσία αδενωμάτων μεγαλύτερων από 1cm και λαχνωτό στοιχείο ή σοβαρού βαθμού δυσπλασία, ενώ τα μικρά σωληνώδη αδενώματα φαίνεται ότι αυξάνουν σε μέγεθος βραδύτατα και σπανιότατα υφίσταται κακοήθη εξαλλαγή. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι οι ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου έχουν αυξημένο κίνδυνο δεύτερου σύγχρονου καρκίνου παχέος εντέρου (2%-6%) ακόμη και σε απομακρυσμένο σημείο του παχέος εντέρου, αλλά και αναπτύξεως στο μέλλον μετάρχρονου καρκίνου παχέος εντέρου (1%-5%).

4. Οικογενειακό ιστορικό αδενώματος ή Κ.Π.Ε.

Ένα από τα βασικά ερωτήματα που απασχολεί τους γιατρούς είναι γιατί ορισμένοι καρκίνοι έχουν την τάση να εμφανίζονται περισσότερο μέσα σε ορισμένες οικογένειες. Οι στενοί συγγενείς κάποιου που εκδήλωσε ορισμένους τύπους καρκίνου, έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν οι ίδιοι από εκείνο τον καρκίνο ή από άλλους. Στις οικογενειακές καταστάσεις που υπάρχουν αυξημένα περιστατικά καρκίνου, πιθανότητα υπάρχει ένα γενετικό υπόβαθρο. Παράλληλα, όμως, πρέπει να ληφθεί υπ' όψη το γεγονός ότι τα μέλη μιας οικογένειας μπορεί να υποβάλλονται στους ίδιους καρκινογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Παρότι το

γενετικό υπόστρωμα ενός ατόμου είναι πολύ σημαντικός παράγων στον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου σε 1^{ου} βαθμού συγγενείς ασθενών με καρκίνο είναι περίπου 18% (τριπλάσιος κίνδυνος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό). Αν και το οικογενειακό ιστορικό είναι σημαντικός παράγοντας η πλειονότητα (80%) των καρκίνων παρουσιάζονται σποραδικά σε ανθρώπους που δεν είχαν ιστορικό στην οικογένειά τους.

Περίπου 20% των ασθενών με καρκίνο έχουν κάποια οικογενειακή προδιάθεση 5% των καρκίνων παχέος εντέρου οφείλονται σε κληρονομούμενα σύνδρομα. Τα κληρονομούμενα αυτά σύνδρομα είναι διαταραχές στις οποίες τα άτομα που νοσούν έχουν κληρονομήσει γενετικές διαταραχές από έναν ή και τους δύο γονείς. Τα χρωμοσώματα περιέχουν γενετική πληροφορία και οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες μπορούν να δημιουργήσουν τις γενετικές βλάβες οι οποίες οδηγούν στη δημιουργία πολυπόδων παχέος εντέρου και αργότερα στη δημιουργία καρκίνου. Στις περιπτώσεις σποραδικών πολυπόδων και καρκίνου (πολύποδες και καρκίνοι οι οποίοι αναπτύσσονται χωρίς την οικογενειακού ιστορικού), οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες είναι επίκτητες (αναπτύσσονται σε ένα κύτταρο στη διάρκεια της ενηλίκου ζωής). Τα προβληματικά χρωμοσώματα μπορούν να βρεθούν μόνο στους πολύποδες και στους καρκίνους που αναπτύσσονται από αυτό το κύτταρο. Όμως στα κληρονομούμενα σύνδρομα καρκίνου, οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες κληρονομούνται κατά τη γέννηση και είναι παρούσες σε κάθε κύτταρο του σώματος.

Οι ασθενείς που έχουν κληρονομικά σύνδρομα καρκίνου, βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν μεγάλο αριθμό πολυπόδων, συνήθως σε νεαρή ηλικία, και παρουσιάζουν πολύ υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο παχέος εντέρου νωρίς στη ζωή, ενώ επίσης είναι σε κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο και σε άλλα όργανα. Η οικογενής πολυποδίαση είναι ένα σύνδρομο κληρονομούμενου καρκίνου παχέος εντέρου, στο οποίο τα μέλη της οικογένειας θα αναπτύξουν πολυάριθμους πολύποδες (εκατοντάδες, μερικές φορές χιλιάδες) και ξεκινάει συνήθως στην ηλικία της εφηβείας. Αν η κατάσταση αυτή δεν ανακαλυφθεί εγκαίρως και θεραπευτεί (η θεραπεία αφορά ολική αφαίρεση του παχέος εντέρου), τότε ένα τέτοιο άτομο είναι σχεδόν σίγουρο ότι θα αναπτύξει καρκίνο παχέος εντέρου από αυτούς τους πολύποδες.

Οι καρκίνοι σ' αυτά τα άτομα συνήθως αναπτύσσονται στη δεκαετία των 40. Αυτοί οι ασθενείς είναι επίσης σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν άλλα είδη καρκίνου

όπως καρκίνο του θυρεοειδούς, του στομάχου, και της ληκύθου του Vater (το σημείο στο οποίο εκβάλλει η χολή από το συκώτι στο δωδεκαδάχτυλο). Η ήπια μορφή οικογενούς πολυποδίασης είναι μία ελαφρότερη παραλλαγή της κλασικής οικογενούς πολυποδίασης.

Τα άτομα που νοσούν αναπτύσσουν λιγότερο από 100 πολύποδες στο παχύ έντερο. Παρόλα αυτά συνεχίζουν να βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου σε νεαρή ηλικία. Επίσης παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να έχουν γαστρικούς ή δωδεκαδακτυλικούς πολύποδες. Ο κληρονομικός μη πολυπογενής καρκίνος παχέος εντέρου είναι ένα σύνδρομο κληρονομούμενου καρκίνου παχέος εντέρου στο οποίο τα νοσούντα άτομα της οικογένειας αναπτύσσουν πολύποδες και καρκίνο, συνήθως στο δεξιό κόλον, σε νεαρές ηλικίες των 30 και των 40. Ορισμένοι απ' αυτούς τους ασθενείς είναι επίσης σε κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο της μήτρας, του στομάχου, των ωοθηκών και καρκίνους των ουρητήρων (τα σωληνάκια τα οποία συνδέουν τους νεφρούς με την ουροδόχο κύστη), επίσης των χοληφόρων (τα σωληνάκια τα οποία αποχετεύουν τη χολή από το ήπαρ στο λεπτό έντερο) (Γλεντής, 2007).

5. Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου

Ευθύνονται μόνο για 1% των περιπτώσεων καρκίνου παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος καρκίνου παχέος εντέρου είναι αυξημένος σε ασθενείς με ελκώδη πανκολίτιδα (προσβολή παχέος εντέρου πέραν της αριστερής κολικής καμπής) διάρκειας μεγαλύτερης των 7-8 ετών και σε ασθενείς με περιφερική ελκώδη κολίτιδα διάρκειας μεγαλύτερης των 12-15 ετών. Η συχνότητα αναπτύξεως καρκίνου παχέος εντέρου σε ασθενείς με ελκώδη πανκολίτιδα είναι 3% στα πρώτα 10 έτη και στη συνέχεια αυξάνει κατά 1% κατ' έτος.

Οι άρρωστοι με εκτεταμένη προσβολή του παχέος εντέρου διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο, και ο κίνδυνος είναι ακόμη μεγαλύτερος αν η νόσος έχει διαγνωστεί στην παιδική ηλικία. Αντίθετα, όταν η ελκώδης κολίτιδα έχει εμφανιστεί στην ενήλικη ζωή και όταν υπάρχει μόνο περιοχική προσβολή, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου είναι μικρότερος. Ασθενείς με Crohn κολίτιδα έχουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου παχέος εντέρου ανάλογο με τον κίνδυνο των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Αυξημένη επίπτωση καρκίνου του παχέος εντέρου εμφανίζεται και σε καταστάσεις

όπως η σχιστοσωμίαση και η μητροσιγμοειδοστομία που σχετίζονται με χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις.

6. Η καθιστική ζωή

Έχει υπολογιστεί ότι το 32% των καρκίνων του παχέος εντέρου μπορεί να έχει σχέση με την καθιστική ζωή. Οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που εξασκούνται τακτικά έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου και του μαστού. Μια από τις πιθανές εξηγήσεις της προληπτικής δράσης της σωματικής εξάσκησης εναντίον του καρκίνου του εντέρου είναι το γεγονός ότι η εξάσκηση και η γυμναστική αυξάνουν τον περισταλτισμό του εντέρου. Ο περισταλτισμός προωθεί γρηγορότερα το περιεχόμενο του εντέρου και των κοπράνων προς τα έξω. Έτσι μειώνεται ο χρόνος επαφής των κυττάρων του παχέος εντέρου με τις καρκινογόνες ουσίες που πιθανόν να περιέχονται μέσα στο εντερικό περιεχόμενο (Γλεντής, 2007).

7. Το κάπνισμα

Το κάπνισμα θεωρείται ότι παίζει ρόλο σε περίπου 25%-35% των θανάτων λόγω καρκίνου. Οι καπνιστές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου και κυρίως καρκίνου του ορθού (του τελικού τμήματος του παχέος εντέρου). Ο κίνδυνος αυτός εξαρτάται από τη διάρκεια και την ποσότητα του καπνίσματος και γίνεται ορατός μετά από 30-40 χρόνια χρήσης, ενώ φαίνεται να ελαττώνεται με την διακοπή του καπνίσματος. Την ίδια επιβάρυνση φαίνεται να έχει και το κάπνισμα καπνού με τη μορφή πούρου ή με πίπα. Μελέτες υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα μπορεί να λειτουργεί σαν παράγοντας έναρξης της νεοπλασματικής εκτροπής στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Δεδομένων δε και των άλλων βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος, η διακοπή του θεωρείται ούτως ή άλλως ωφέλιμη.

8. Άλλοι πιθανοί παράγοντες κινδύνου

Διάφορες νοσολογικές καταστάσεις έχουν κατά καιρούς συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου παχέος εντέρου. Τέτοιες καταστάσεις είναι χαμηλή χολοπεπτική αναστόμωση, χολοκυστεκτομή, υφολική γαστρεκτομή, υπεργαστριναιμία, μεγαλακρία, υπερπαραθυρεοειδισμός, οισοφάγος Barrett και ακτινοβόληση της πυέλου. Παρά την πληθώρα γνωστών παραγόντων κινδύνου, στην πλειονότητα των περιπτώσεων καρκίνου παχέος εντέρου δεν είναι δυνατόν να

ταυτοποιηθεί ο παράγων που πυροδοτεί τη νεοπλασματική εκτροπή. Εντούτοις, οι εξελίξεις στους τομείς της γενετικής και μοριακής βιολογίας έχουν αποσαφηνίσει αρκετά την αλληλουχία των γεγονότων και έχουν καταλήξει σε ένα γενετικό μοντέλο της μακρόχρονης διαδικασίας καρκινογένεσης στο παχύ έντερο. Έτσι, θεωρείται ότι η εκτροπή των φυσιολογικών επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου του παχέος εντέρου σε υπερπλαστικό επιθήλιο οφείλεται σε χρωμοσωμιακές ανωμαλίες και μεταλλαγές (κληρονομούμενες ή επίκτητες) των γονιδίων APC και επιδιορθώσεως των βλαβών του DNA. Οι ίδιες γενετικές βλάβες, αλλά και διαταραχές της μεθυλιώσεων του DNA, ευθύνονται για τη μετατροπή του υπερπλαστικού επιθηλίου σε αδένωμα, που αποτελεί το πρώτο στάδιο νεοπλασματικής εκτροπής. Στη συνέχεια, μεταλλαγές στα γονίδια Ki-ras και DCC (“Deleted in Colon Cancer”-χρωμόσωμα 18q) συνδυάζονται με αύξηση του μεγέθους και επιδείνωση της ιστολογίας του αδενώματος και τέλος μεταλλαγές του ογκοκατασταλτικού γονιδίου p53 (χρωμόσωμα 17q) με την καρκινωμάτωση εξαλλαγή, αλλά και την ταχεία ανάπτυξη του καρκίνου (Γλεντής, 2007).

Στη δεκαετία του 1970 οι ερευνητές του καρκίνου έκαναν αληθινά μεγάλα βήματα προς την κατεύθυνση για την διάλυση του μυστηρίου που κάλυπτε την αιτιολογία του και τα προβλήματα της θεραπείας του (Πανάγος, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ – ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

6.1. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες, στα καλοήθη και στα κακοήθη, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο. Τα καλοήθη συνήθως λήγουν στην κατάληξη-ώμα (ίνωμα-λίπωμα) ενώ τα κακοήθη ανάλογα με τους ιστούς απ' όπου προέρχονται διακρίνονται σε καρκινώματα (προέρχονται από επιθηλιακούς ιστούς) (π.χ αδenoκαρκίνωμα) και σε σαρκώματα (προέρχονται από μεσεγγυματικούς ιστούς) (Ντολατζάς, 2002).

Μερικά καλοήθη νεοπλάσματα είναι ινώματα, λιπώματα, οστεώματα, χονδρώματα, θηλώματα, αδενώματα, νευρίνωμα και γαγγλιονεύρωμα.

Μερικά κακοήθη νεοπλάσματα είναι ινοσάρκωμα, οστεοσάρκωμα, δικτυοσάρκωμα, λευχαιμίες, αδenoκαρκίνωμα και καρκίνος ήπατος.

Διάφορα νεοπλάσματα είναι γλοϊώμα, μελάνωμα, λέμφωμα Hodgkin, λευκοπλακία, τεράτωμα, νεφροβλάστωμα, νόσος Raget και καρκίνος παγκρέατος.

Οι διαφορές των καλοήθων και των κακοήθων νεοπλασμάτων είναι οι εξής στα καλοήθη τα νεοπλασματικά κύτταρα μοιάζουν με τον μητρικό ιστό, είναι περιγεγραμμένα και έχουν κάψα. Δεν δίδουν μεταστάσεις: α) αιματογενείς, β) λεμφογενείς, και γ) δι' εμφυτεύσεως, δεν διηθούν τους γύρω ιστούς, δεν προκαλούν θάνατο, δεν υποτροπιάζουν και κάνουν τοπική βλάβη (πίεση), ενώ στα κακοήθη τα νεοκύτταρα χάνουν την ομοιότητά τους, δεν είναι περιγεγραμμένα και δεν έχουν κάψα. Δίδουν μεταστάσεις, διηθούν τους γύρω ιστούς, είναι θανατηφόρα στο πλείστο των περιπτώσεων, υποτροπιάζουν συνήθως και κάνουν καταστροφή των ιστών, διήθηση ιστών.

Το στάδιο του καρκίνου του παχέος εντέρου περιγράφει το αν ο καρκίνος παραμένει μέσα στο έντερο ή έχει εξαπλωθεί σε άλλα σημεία. Όπως με όλους τους καρκίνους, η αρμόζουσα θεραπεία επιλέγεται μόνο όταν προσδιοριστεί το στάδιο του καρκίνου.

Αν και υπάρχουν πολλές και μακροχρόνιες αμφισβητήσεις για την αντικειμενικότητα των διαφόρων συστημάτων σταδιοποίησης, έχει γίνει συνείδηση, σε όλους όσους ασχολούνται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, ότι η σταδιοποίηση είναι καθοριστική στην όλη μελέτη του ασθενούς, κυρίως σε ότι αφορά στην πρόγνωση (Καλατζής & Σκανδάλης, 1995).

Η προσπάθεια να διαμορφωθεί επαρκές σύστημα για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθοσιγμοειδούς έχει οδηγήσει στην εμφάνιση αρκετών συστημάτων τα τελευταία 80 χρόνια. Ένα από τα πρώτα συστήματα είναι εκείνο των Lockhart-Mummery, που ήδη το 1926 διακρίνει 3 κατηγορίες (Α, Β και C), ανάλογα με την έκταση της πρωτοπαθούς εστίας και την παρουσία ή απουσία λεμφαδενικής προσβολής. Για πρώτη φορά το 1932 ο Dukes πρότεινε την σταδιοποίηση των όγκων του παχέος εντέρου βασιζόμενος στο βάθος της διηθήσεως του τοιχώματος του εντέρου και των περικολικών ιστών. Και το 1935 έγινε τροποποίηση του σταδίου C. Η σταδιοποίηση κατά Dukes θεωρείται απλή και με σαφείς αναφορές σε ιστολογικά χαρακτηριστικά (Πανάγος, 1995).

Ταξινόμηση κατά Dukes (1932)

- ΣΤΑΔΙΟ Α** Ο όγκος αναπτύσσεται σε όλο το τοίχωμα του εντέρου (όμως δεν διασπά τον ορογόνο)
- ΣΤΑΔΙΟ Β** Ο όγκος διασπά τον ορογόνο, ίσως διηθεί το περικολικό λίπος δεν διηθεί λεμφαδένες
- ΣΤΑΔΙΟ C** Ο όγκος διηθεί ολόκληρο το τοίχωμα και διηθεί λεμφαδένες.

Τροποποίηση του σταδίου C (1935)

- ΣΤΑΔΙΟ C1** Διήθηση των επιχωρίων λεμφαδένων
- ΣΤΑΔΙΟ C2** Διήθηση του κορυφαίου λεμφαδένα στην απολίνωση της μεσεντερίου αρτηρίας
- ΣΤΑΔΙΟ D** Απομακρυσμένες μεταστάσεις (κυρίως ήπαρ-πνεύμονες).

Ευρείας εφαρμογής θεωρείται το τροποποιημένο Dukes σύστημα των Astler & Coller που προτάθηκε το 1954. Η τροποποίηση κατά ASstler-Coller είναι σήμερα πιο

διαδεδομένη, χάρις στις αυξημένες λεπτομέρειες που περιγράφει σε σχέση με την Dukes. Το ευρωπαϊκό σύστημα σταδιοποίησης, που στηρίζεται στην κατάταξη TNM, αν και έχει προσαρμοσθεί μετά από κοινές προσπάθειες της Διεθνούς Ένωσης κατά του Καρκίνου (UICC) και της Αμερικανικής Ενιαίας Επιτροπής για τον Καρκίνο (AJCC), δεν έχει τύχει ευρείας αποδοχής και ουσιαστικά δεν χρησιμοποιείται στην καθημερινή κλινική πράξη. Η αναθεώρηση των συστημάτων σταδιοποίησης που έγινε το 1987 ενοποίησε τα δύο συστήματα (Dukes και TNM), ώστε τα ανακοινούμενα αποτελέσματα να είναι απόλυτα συγκρίσιμα.

Ταξινόμηση κατά Astler-Coller (1954)

- ΣΤΑΔΙΟ Α** Ο όγκος αναπτύσσεται στον βλεννογόνο
- ΣΤΑΔΙΟ Β1** Ο όγκος διηθεί μέχρι την έξω μυϊκή στιβάδα χωρίς να επεκτείνεται πέραν αυτής (όχι λεμφαδένες)
- ΣΤΑΔΙΟ Β2** Ο όγκος διηθεί ολόκληρη την έξω μυϊκή στιβάδα (όχι λεμφαδένες)
- ΣΤΑΔΙΟ C1** Ο όγκος περιορίζεται ακόμη στο τοίχωμα όμως διηθεί λεμφαδένες
- ΣΤΑΔΙΟ C2** Ο όγκος διασπά τον ορογόνο και διηθεί λεμφαδένες
- ΣΤΑΔΙΟ D** Απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Οι Guterson και Solin το 1974, συμπλήρωσαν τη σταδιοποίηση κατά Astler-Coller, προσθέτοντας ένα στάδιο Β3 (διήθηση γειτονοκών οργάνων) και ένα στάδιο C3 (Β3, Ν). Σε γενικές γραμμές, από ανάλυση μεγάλων σειρών με καρκίνους του παχέος εντέρου, κατά την αντιμετώπισή τους, το 15% των όγκων είναι στάδιο Α, το 35% των όγκων είναι στάδιο Β και το 50% είναι στάδιο C.

TNM Ταξινόμηση (AJCC and UICC, 1983)

T=Πρωτοπαθής όγκος

- T_x= Πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί
- T₀= Απουσία όγκου
- T_{is}= Καρκίνωμα in situ
- T₁= Όγκος σε βλεννογόνο ή σε υποβλεννογόνο χιτώνα
- T₂= Ο όγκος διηθεί τον μυϊκό χιτώνα (δεν τον διασπά)

T3= Ο όγκος επεκτείνεται σε ολόκληρο το μυϊκό τοίχωμα, διασπά τον ορογόνο, διηθεί το περικολικό λίπος ή εγγύς όργανα

T4= Διήθηση περιτοναίου, διήθηση άλλων οργάνων

N= Διήθηση λεμφαδένων

N_χ= Επιχώριοι λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν

N0= Δεν διηθούνται λεμφαδένες

N1= Διήθηση σε ένα έως τρεις επιχώριους λεμφαδένες

N2= Διήθηση σε τέσσερις ή περισσότερους λεμφαδένες

N3= Διήθηση λεμφαδένων κατά μήκος της μεσεντερίου αρτηρίας (και κορυφαίος)

M= Απομακρυσμένες μεταστάσεις

M_χ= Μεταστάσεις δεν μπορούν να ανιχνευθούν

M0= Δεν υπάρχουν μεταστάσεις

M1= Ύπαρξη μεταστάσεων

Σταδιοποίηση κατά TNM

ΣΤΑΔΙΟ 0 Tis, N0, M0

ΣΤΑΔΙΟ I 1A = T1, N0, M0 1B = T2, N0, M0

ΣΤΑΔΙΟ II T3, N0, M0 T4, N0, M0

ΣΤΑΔΙΟ III Οποιοδήποτε T_α, N1, M0 Οποιοδήποτε T_α, N2-3, M0

ΣΤΑΔΙΟ IV Οποιοδήποτε T, Οποιοδήποτε N, M1

Αν και η κατάταξη TNM ή η κατά Astler-Coller είναι πιο λεπτομερείς από την κατάταξη κατά Dukes εν τούτοις σήμερα γίνεται αναφορά και στην κατάταξη της Ιαπωνικής Γαστρεντερολογικής Ενδοσκοπικής Εταιρείας για τους όγκους εκείνους που περιορίζονται στον υποβλεννογόνο χιτώνα.

Έτσι προτάθηκε η οντότητα του αρχόμενου καρκινώματος του παχέος εντέρου, κατ' αναλογία με τον αρχόμενο γαστρικό καρκίνο.

Ως «αρχόμενο καρκίνωμα του παχέος εντέρου» θεωρείται εκείνο το οποίο περιορίζεται στον βλεννογόνο ή στην υποβλεννογόνο στιβάδα χωρίς όμως να διηθεί

τον μυϊκό χιτώνα, ανεξαρτήτως διηθήσεως ή μη των λεμφαδένων. Θεωρείται ότι αναπτύσσεται επί εδάφους των flat αδενωμάτων, άλλοι όμως υποστηρίζουν ότι αναπτύσσεται κατά 80% de novo (Αρνογιαννάκη, 2003).

Επίσης διακρίνουμε καρκίνους:

- Χαμηλής διαφοροποίησης
- Μέσης διαφοροποίησης
- Υψηλής διαφοροποίησης
- Βλεννώδεις καρκίνους.

6.2. ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου χορηγεί λεμφικές και φλεβικές μεταστάσεις ή διηθεί κατά συνέχεια ιστών το περιτόναιο και τα διπλανά όργανα.

Η επέκταση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού γίνεται:

1. Σε γειτονικούς ιστούς και όργανα δια του τοιχώματος του εντέρου στην θέση ανάπτυξης του καρκίνου.
2. Μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα
3. Μέσω των λεμφαγγείων του τοιχώματος του εντέρου στους επιχώριους λεμφαδένες (κεντρομόλα-φυγόκεντρα ή προς τα πλάγια) στο παχύ έντερο σε ποσοστό 38%, ενώ στο ορθό ανέρχεται στο 50%.
4. Η αιματογενής επέκταση δεν είναι ασυνήθης, ίσως είναι όμως λιγότερο συχνή στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού από ό, τι σε καρκίνους άλλων οργάνων. Μετάσταση με το αίμα γίνεται κυρίως στο συκώτι και σπανιότερα σε άλλα όργανα, όπως πνεύμονες, επινεφρίδια, νεφροί, οστά, εγκέφαλος. Καρκινωματώδη κύτταρα εισέρχονται συνεχώς στην κυκλοφορία του αίματος από τους καρκίνους χαμηλής διαφοροποίησης, ακόμη όμως και από καλά διαφοροποιημένους καρκίνους παρατηρείται είσοδος καρκινωματώδων κυττάρων στην κυκλοφορία του αίματος. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι πάντοτε καταλήγουν σε μεταστατικές εντοπίσεις, αφού πιθανόν διέρχονται από το τριχοειδικό αγγειακό σύστημα του ήπατος και των πνευμόνων χωρίς να εμφανίζονται μεταστάσεις σ' αυτά τα όργανα (Μπεσμπέας, 2004).

Όμως, τόσο στην κατά Dukes όσο και στην κατά Astler-Coller ταξινόμηση δεν γίνεται λόγος ούτε για τον αριθμό ούτε για την τοποθεσία των διηθημένων λεμφαδένων. Αμφότερα αποτελούν ουσιαστικό παράγοντα που επηρεάζει την πρόγνωση. Από τη στιγμή που το καρκίνωμα έχει διηθήσει την βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα έχει την δυνατότητα να εισέλθει στα λεμφικά αγγεία και οι πρώτοι λεμφαδένες που θα διηθηθούν είναι οι πλησιέστεροι του όγκου. Συνήθως, διηθείται ο ένας λεμφαδένας μετά τον άλλον ακολουθώντας τη ροή της λέμφου. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση.

Ο Παθολογοανατόμος πρέπει να βρει και να εξετάσει 13-15 λεμφαδένες συμπεριλαμβανομένου και του κορυφαίου λεμφαδένα της μεσεντερίου. Αν οι διηθημένοι λεμφαδένες είναι 1-3 η πενταετής επιβίωση είναι 66%, ελαττούμενη στο 37% αν οι διηθημένοι λεμφαδένες είναι παραπάνω από 10 η πενταετής επιβίωση κατεβαίνει στο 21%.

Κατ' άλλους ερευνητές αν περισσότεροι από 6 λεμφαδένες είναι διηθημένοι τότε λιγότερο από το 10% των ασθενών φτάνει την 5-ετή επιβίωση, αν περισσότεροι από 16 λεμφαδένες είναι θετικοί όλοι οι ασθενείς θα πεθάνουν μέσα στην 5-ετία.

Συνήθως, μικρά καρκινώματα (διαμέτρου 1-2 εκατ.) δεν φθάνουν τους 6 διηθημένους λεμφαδένες όπως επίσης, όγκοι διαμέτρου μικρότερης ή ίσης με 3εκατ. Δεν φθάνουν τους 16 διηθημένους λεμφαδένες. Έτσι, θεωρείται ότι υπάρχει καλή συσχέτιση μεταξύ μεγέθους όγκου και αριθμού διηθημένων λεμφαδένων.

Διήθηση φλεβικών αγγείων τόσο στο τοίχωμα του εντέρου όσο και εξωτοιχωματικά αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα που δεικνύει μεταστατική δυνατότητα.

Η 5-ετής επιβίωση για το στάδιο A κατά Dukes κυμαίνεται από 81% έως 90%, για το στάδιο B στο 64% και για το στάδιο C στο 27,4%, ενώ για το τροποποιημένο Dukes η 5-ετής επιβίωση είναι 98,8% για το στάδιο A, 84,9% για το στάδιο B, 76,3% για το στάδιο C και 14,3% για το στάδιο D.

Έτσι, σε μια ιστολογική έκθεση θα πρέπει να αναγράφονται όλες οι πληροφορίες που θα καθορίσουν όχι μόνο την πρόγνωση της νόσου αλλά επιπλέον αποτελούν στατιστικά στοιχεία.

Σημαντικό στοιχείο είναι, ότι η ανεύρεση καρκινωματώδων κυττάρων στην κυκλοφορία του αίματος, δεν επηρεάζει την πρόγνωση και επιβίωση των αρρώστων.

Πιστεύεται ότι σχεδόν όλα τα καρκιωματώδη κύτταρα καταστρέφονται χωρίς να εγκατασταθούν και να δημιουργήσουν μεταστάσεις στα διάφορα όργανα (Πατικός & Καραμανώλης, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Στα πρώτα στάδια αναπτύξεώς του, ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν προκαλεί συνήθως συμπτώματα. Η φυσική ιστορία του καρκίνου αυτού χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη ασυμπτωματική του περίοδο. Είναι δυνατόν να διαδράμει επί έτη, πριν προκαλέσει τα πρώτα συμπτώματα. Με βαριούχο υποκλυσμό διπλής αντιθέσεως διαπιστώθηκε ο βραδύς ρυθμός αυξήσεως ενός αδενοκαρκινώματος του εγκαρσίου στη διάρκεια 7,5 ετών. Σε 20 επιπλέον καρκίνους του παχέος εντέρου που μελετήθηκαν με τον ίδιο τρόπο βρέθηκε ότι ο όγκος διπλασιάζεται σε 600 περίπου μέρες. Υπολογίστηκε ότι μέχρι να προσλάβει ο όγκος μέση διάμετρο 6cm διανύεται χρόνος 6-8 ετών. Σε ηπατικές και πνευμονικές μεταστάσεις, ο ρυθμός αυξήσεως της μεταστατικής μάζας είναι 5 με 12 φορές ταχύτερος από το ρυθμό αυξήσεως του πρωτογενούς όγκου.

Μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, 15% των περιπτώσεων θεωρούνται ανεγχείρητοι καρκίνοι λόγω πολλαπλών μεταστάσεων ή ενδοπεριτοναϊκής διασποράς της νόσου. Στο υπόλοιπο 85%, δηλαδή στους χειρουργήσιμους ασθενείς, η πρόγνωση επιδεινώνεται λόγω διηθήσεων στους τοπικούς λεμφαδένες (50%), συνυπάρξεως αποφράξεως παχέος εντέρου (15%) ή διηθήσεως παρακείμενων οργάνων (15%) (Πανάγος, 1995).

Για τους λόγους αυτούς, έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφοροι τρόποι για την πρόιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, που βασίζονται σε μαζικό έλεγχο (screening) ασυμπτωματικών ομάδων πληθυσμού που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξή του. Σε προχωρημένο στάδιο, είναι δυνατόν να υπάρχουν, μόνα ή σε συνδυασμό, ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω **συμπτώματα**:

- Παρουσία αίματος στις κενώσεις, σκούρου ή ανοιχτόχρωμου
- Αλλαγή των συνηθειών του εντέρου, δηλαδή πρόσφατη εγκατάσταση δυσκοιλιότητας ή διαρροϊκών κενώσεων ή συνδυασμού των δύο
- Κοιλιακό άλγος
- Παρουσία βλέννας στις κενώσεις
- Μετεωρισμός
- Βορβορυγμοί

- Καταβολή και απώλεια βάρους.

Στον παρακάτω πίνακα, φαίνεται η διαφοροποίηση των τεσσάρων κύριων συμπτωμάτων στον καρκίνο του παχέος εντέρου, δηλαδή της παρουσίας αίματος, του άλγους, των σημείων αποφράξεως (που περιλαμβάνει τα συμπτώματα μετεωρισμού και βορβορυγμών) και της καταβολής, ανάλογα με την εντόπιση στο δεξιό ή το αριστερό κόλον και στο ορθό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.1. Διαφοροποίηση των συμπτωμάτων στον καρκίνο του δεξιού και του αριστερού κόλου και του ορθού (Sugarbaker, τροποποιημένος)

Σύμπτωμα	Δεξιό κόλον	Αριστερό κόλον	Ορθό
Αίμα στις κενώσεις	Σκούρο κόκκινο	Κόκκινο, αναμιγμένο με κόπρανα	Ζωηρό κόκκινο, επικαλύπτει τα κόπρανα
Άλγος	Ακαθόριστο	Κωλικοειδές, επιδείνωση μετά τη λήψη τροφής	Σταθερό, βασανιστικό
Απόφραξη	Σπάνια	Συχνή	Σπάνια
Καταβολή	Συχνή	Σπάνια	Σπάνια

Για ποιο λόγο, όμως, διαφοροποιούνται τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου ανάλογα με την εντόπιση της νόσου; Φαίνεται ότι σε αυτό συμβάλλουν τρεις κυρίως παράμετροι που παίρνουν διαφορετικές τιμές στα διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου:

- το *διαμέτρημα του αυλού*,
- η *σύσταση του εντερικού περιεχομένου* και
- η *παρουσία πρωτεολυτικών ενζύμων*.

Η διάμετρος του ανιόντος φτάνει τα 6-10 cm και σταδιακά μειώνεται καθώς μετακινούμαστε προς τα αριστερά, για να φθάσει το ελάχιστό της, 2cm περίπου, στο σιγμοειδές. Στο ορθό, πάλι, η διάμετρος του αυλού παίρνει τιμές μεγαλύτερες, 5-7 cm περίπου. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου, αφού διηθήσει το μυϊκό τοίχωμα, επεκτείνεται κατά μήκος της περιφέρειας του τοιχώματος του εντέρου μέσω των

λεμφικών αγγείων που βρίσκονται μεταξύ των στιβάδων των κυκλικώς και επιμήκως φερομένων λείων μυϊκών ινών. Στο δεξιό κόλον και στο ορθό ο καρκίνος πρέπει να διανύσει μεγαλύτερο μήκος περιφέρειας, διηθώντας το τοίχωμα του εντέρου. Είναι επομένως προφανές ότι τα συμπτώματα από στένωση και απόφραξη του αυλού θα χρειασθούν περισσότερο χρόνο για να εκδηλωθούν, αν ο όγκος αναπτύσσεται στο δεξιό κόλον από ό,τι αν αναπτύσσεται στο σιγμοειδές και στο κατιόν (Πανάγος, 1995).

Η αλληλουχία των γεγονότων κατά τη διήθηση του τοιχώματος του εντέρου έχει μια άλλη συνέπεια: η καταβολή και η αδυναμία (λόγω της αναιμίας από χρόνια απώλεια αίματος) μπορεί να προηγείται κατά μήνες ή και έτη ακόμη των στενωτικών συμπτωμάτων σε δεξιά εντόπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Σε εντόπιση του καρκίνου στο ορθό, επειδή εδώ η εγκάρσια διάμετρος του αυλού του εντέρου είναι σχετικά μεγάλη, ως πρώιμο σύμπτωμα εμφανίζεται η αιμορραγία. Συμπτώματα από στένωση του αυλού είναι μάλλον σπάνια ως πρώτη εκδήλωση καρκίνου του ορθού.

Η μορφή, με την οποία τελικά εκδηλώνεται η απώλεια αίματος από την διηθητική εξεργασία διαφέρει, επίσης, ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Άλλοι παράγοντες που την επηρεάζουν επίσης είναι η παρουσία πρωτεολυτικών ενζύμων και το αν η αιμορραγία είναι ραγδαία ή όχι. Τα πρωτεολυτικά ένζυμα του λεπτού εντέρου είναι ακόμη ενεργά, όταν το περιεχόμενο φθάνει στο δεξιό κόλον, καταστρέφονται όμως σταδιακά καθώς το περιεχόμενο κινείται προς το τέλος του πεπτικού σωλήνα. Η μετουσίωση των πρωτεϊνών του αίματος από τα πρωτεολυτικά ένζυμα έχει ως αποτέλεσμα το αίμα στα κόπρανα να έχει σκούρο κόκκινο, κεραμιδί, χρώμα. Η εμφάνιση αυτή είναι τυπική επί αιμορραγίας στο δεξιό κόλον. Επί μαζικής αιμορραγίας από το δεξιό κόλον, τα παραπάνω δεν ισχύουν λόγω του μικρού χρόνου παραμονής του εξαγγειωθέντος αίματος στο έντερο. Εικάζεται ότι τα πρωτεολυτικά ένζυμα είναι δυνατόν να επηρεάσουν και με πιο άμεσο τρόπο την εξέλιξη μιας αιμορραγίας από καρκίνο στο δεξιό κόλον: μέσω πέψης νεκρωμένων περιοχών του όγκου. Τότε, μπορεί να προκληθεί παρατεταμένη αιμορραγία από καταστροφή του τοιχώματος νεόπλαστων αιμοφόρων αγγείων του όγκου.

Εντόπιση του καρκίνου στο δεξιό κόλον χαρακτηρίζεται από απουσία σκούρου κόκκινου αίματος στις κενώσεις, καλά αναμιγμένο με τα κόπρανα, αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος και συχνότερες μαζικές αιμορραγίες. Σε εντόπιση του καρκίνου στο αριστερό κόλον, το αίμα παρουσιάζεται σε μικρότερες κατά κανόνα

ποσότητες, είναι κόκκινο, αναμιγμένο με τα κόπρανα και δεν υπάρχει συνήθως σημαντική αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος. Τέλος, όταν η εντόπιση του όγκου είναι στο ορθό, σχεδόν πάντοτε το αίμα επαλείφει τα κόπρανα και έχει χρώμα ζωηρό κόκκινο. Πρέπει να τονισθεί ότι, παρόλο που ο καρκίνος του ορθού δεν είναι καθόλου σπάνιος, συχνά η παρουσία ζωηρού ερυθρού αίματος που επαλείφει τις κενώσεις αποδίδεται και σε αιμορροϊδοπάθεια. Κάθε γαστρεντερολόγος έχει υπόψη του τέτοιες περιπτώσεις, όπου η διάγνωση του καρκίνου του ορθού καθυστέρησε αδικαιολόγητα να τεθεί (Γολεμάτης & Γλυνατσής, 1995).

Μια άλλη παράμετρος που καθορίζει το είδος των εμφανιζόμενων συμπτωμάτων είναι η σύσταση του περιεχομένου του εντέρου. Το περιεχόμενο του παχέος εντέρου κατά την πορεία του προς το ορθό υφίσταται προοδευτική στερεοποίηση λόγω της απορρόφησης ύδατος από το εντερικό τοίχωμα, που λαμβάνει χώρα κυρίως στο δεξιό κόλον. Έτσι, ενώ το περιεχόμενο του δεξιού κόλου είναι υγρό, στο αριστερό κόλον καθίσταται πολτώδες, για να γίνει στερεό στο ορθό. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια, όταν υπάρχει στένωση του αυλού από διηθητική εξεργασία, να εμποδίζεται πολύ περισσότερο η διόδος του στερεού παρά του υγρού περιεχομένου. Συμπτώματα από στένωση και απόφραξη είναι πιο συχνά στο αριστερό κόλον, ιδίως στο σιγμοειδές.

Ο μηχανισμός δημιουργίας του άλγους στον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Φαίνεται όμως ότι είναι παρόμοιος με αυτόν του άλγους στο πεπτικό έλκος. Πρόκειται προφανώς για έκφραση διαταραγμένης κινητικότητας του εντέρου, που οφείλεται στην ανελαστικότητα του τοιχώματός του λόγω της νεοπλασματικής διηθήσεως.

Η διάτρηση του παχέος εντέρου μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Η κλινική εικόνα της οξείας διάτρησης μπορεί να μη διακρίνεται από εκείνη της οξείας σκωληκοειδίτιδας ή της εκκολπωματίτιδας, χαρακτηρίζεται δε από πόνο, πυρετό και ψηλαφητή μάζα. Επί παρουσίας απόφραξης μπορεί η διάτρηση να συμβεί είτε δια του όγκου είτε σε κεντρικότερη περιοχή του παχέος που δεν είναι προσβεβλημένη από τον καρκίνο, συνηθέστερα δε στο τυφλό. Η χρόνια διάτρηση με σχηματισμό συριγγίου προς την ουροδόχο κύστη από καρκίνο του σιγμοειδούς εκδηλώνεται όπως και στην εκκολπωματίτιδα. Μπορεί να εμφανισθεί μαζική πνευματουρία ή ο άρρωστος να έχει μόνο υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις. Η συνεχιζόμενη παρουσία πολλαπλών στελεχών της εντερικής χλωρίδας στα ούρα, παρά την επαναλαμβανόμενη

θεραπεία, πρέπει να οδηγεί τη διαγνωστική σκέψη στη διερεύνηση για παρουσία καρκίνου στο σιγμοειδές. Στις περιπτώσεις αυτές η κυτταρολογική εξέταση των ούρων και η κυστεοσκόπηση μπορεί να μην οδηγήσουν στη σωστή διάγνωση, ενώ η πλέον ενδεδειγμένη διαγνωστική μέθοδος είναι η ενδοσκόπηση του παχέος.

Στις περιπτώσεις στις οποίες ο καρκίνος του ορθού αναπτύσσεται κυκλοτερώς και έχει μεγάλη διατοιχωματική έκταση, η πλήρωση και η ανεπαρκής κένωση της λυκήθου οδηγούν σε έντονο αίσθημα τεινισμού. Λιγότερο έντονος τεινισμός εμφανίζεται και σε λιγότερο εκτεταμένους περιφερικούς καρκίνους του ορθού. Η πίεση επί της ουροδόχου κύστεως, η διήθηση του προστάτου ή των ιερών ριζών οδηγούν σε συμπτωματολογία από την κύστη (δυσουρία, νυκτουρία, καυσουρία κ.ά.). Η οπίσθια επέκταση μπορεί να εκδηλωθεί με έντονο πόνο στο περίνεο ή και τους γλουτούς.

Στο 5-10% των περιπτώσεων εμφανίζονται ηπατικές μεταστάσεις από το χρόνο της διάγνωσης, ενίοτε δε αποτελούν την πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Τα ενοχλήματα του αρρώστου μπορεί να είναι πόνος στο άνω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλίας ή στο δεξιό υποχόνδριο, στο δεξιό πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα ή στο δεξιό ώμο. Ο πόνος μπορεί να είναι συνεχής ή να εκδηλώνεται οξέως, ως συνέπεια αιμορραγίας ή νέκρωσης στην περιοχή μιας μετάστασης (Κοκκότου & Κούλλιας, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου εξαρτάται κυρίως από:

α) το στάδιο του όγκου και β) τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του, γ) τη μορφολογία του, δ) τη διήθηση αγγείων και νεύρων, αλλά και από ε) την παρουσία και το είδος των συμπτωμάτων (καλύτερη πρόγνωση έχουν οι ασυμπτωματικοί όγκοι και όσοι προβάλλουν με απώλεια αίματος από το ορθό, ενώ τη χειρότερη πρόγνωση έχουν οι όγκοι που εκδηλώνονται με πλήρη απόφραξη ή διάτρηση του εντέρου, ζ) την εντόπιση του όγκου (ο καρκίνος ορθού έχει τη χειρότερη πρόγνωση λόγω συχνών τοπικών υποτροπών, ενώ ο καρκίνος του δεξιού κόλου έχει δυσμενέστερη πρόγνωση από τον καρκίνο του αριστερού κόλου), η) η ηλικία (χειρότερη πρόγνωση σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 30 ετών), θ) τα προεγχειρητικά επίπεδα CEA (υψηλά επίπεδα CEA σχετίζονται με δυσμενή πρόγνωση) και ι) γενετικούς δείκτες (μεταλλάξεις στα γονίδια p53 και DCC ή ανευπλοειδία επιδεινώνουν την πρόγνωση).

Προκαταρκτικά δεδομένα που δημοσιεύτηκαν την τελευταία 2ετία δείχνουν ότι είναι δυνατόν με την γενετική ανάλυση να ανιχνευθούν μικρομεταστάσεις ανώμαλων κλώνων σε ιστολογικά αρνητικούς λεμφαδένες, γεγονός που μπορεί να έχει σημαντική επίπτωση στην αποτελεσματικότερη θεραπευτική αγωγή (Μπάρδη, 1999).

Από τα διάφορα συστήματα σταδιοποίησης του καρκίνου του παχέος εντέρου, η **σταδιοποίηση κατά Duke** (με τις τροποποιήσεις της) παραμένει το συχνότερα χρησιμοποιούμενο σύστημα στην κλινική πράξη. Σύμφωνα με αυτή, ένας καρκίνος παχέος εντέρου κατατάσσεται σε **στάδιο A**: εφόσον διηθεί μόνο βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα (5ετής επιβίωση: 90%), **στάδιο B**: εφόσον διηθεί τη μυϊκή στιβάδα αλλά όχι τους επιχώριους λεμφαδένες (5ετής επιβίωση: 50%-75%-στάδιο B1: όχι πλήρης διήθηση της μυϊκής στιβάδας, στάδιο B2: πλήρης διήθηση της μυϊκής στιβάδας και μερική διήθηση του περικολικού λίπους), **στάδιο C**: διήθηση των επιχωρίων λεμφαδένων (5ετής επιβίωση: 0%-19%-στάδιο C1 και C2; επέκταση ανάλογη των σταδίων B1 και B2 αντίστοιχα, με συνοδό διήθηση των επιχωρίων λεμφαδένων) και **στάδιο D**: παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (5ετής επιβίωση: 0%).

Ιστολογικά, ο καρκίνος παχέος εντέρου είναι κατά κανόνα αδενοκαρκίνωμα, αν και σπάνια μπορεί να αναπτυχθούν παραλλαγές με πολύ κακή πρόγνωση, όπως βλενώδης (κολλοειδής ή από κύτταρα δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου), σκίρρος και μικροκυτταρικός καρκίνος. Το αδενοκαρκίνωμα μπορεί να παρουσιάζει υψηλή, μέση και χαμηλή διαφοροποίηση με διαδοχικά δυσμενέστερη προγνωστική βαρύτητα. Τέλος μορφολογικά, ο καρκίνος παχέος εντέρου μπορεί να έχει πολυποειδή, ελκωτική και διηθητική μορφή με επίσης διαδοχικά δυσμενέστερη προγνωστική βαρύτητα.

Πριν μερικά χρόνια η πρόγνωση ήταν 4-5 μήνες για έναν καρκινοπαθή με μεταστάσεις. Σήμερα χάρη στην συνδυασμένη χειρουργική και χημειοθεραπεία με τα νέα φάρμακα είναι 8-10 χρόνια. Ο συνδυασμός πακλιταξέλης και σιπλατίνης καθώς και ο συνδυασμός μονοκλωνικών αντισωμάτων και πακλιταξέλης βελτίωσε κατά πολύ την επιβίωση των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο παχέος εντέρου (Ντολάτζας, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ

9.1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μία πολύ σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στις δυτικού τύπου κοινωνίες, όπως η χώρα μας, με το πρόβλημα να καθίσταται ολοένα και μεγαλύτερο. Η επιτήρηση του γενικού πληθυσμού και των ειδικών ομάδων αυξημένου κινδύνου, συμβάλει αποφασιστικά στην πρόληψη της νόσου και στη μείωση του κόστους.

Δυστυχώς ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να εξελιχθεί αρκετά χωρίς να δώσει συμπτώματα. Η καλύτερη πρόληψή του είναι η **έγκαιρη διάγνωση** και αφαίρεση των προκαρκινικών πολυπόδων πριν αυτοί εξελιχθούν σε καρκινωμάτωσης. Ακόμα και στις περιπτώσεις όπου έχει αναπτυχθεί καρκίνος, η έγκαιρη διάγνωση αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες ίασης με την αφαίρεση του όγκου πριν αυτός επεκταθεί σε άλλα όργανα. Πολλές οργανώσεις υγείας διεθνώς έχουν προτείνει κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού (Γλεντής, 2007).

9.1.1. Πρωτογενής πρόληψη

1. Γενετικοί παράγοντες

Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στη διακοπή της μακροχρόνιας διαδικασίας με την οποία το φυσιολογικό εντερικό επιθήλιο μεταπίπτει σε καρκινικό επιθήλιο. Σήμερα πιστεύεται ότι όλοι σχεδόν οι καρκίνοι του παχέος εντέρου προέρχονται από αδενώματα που μεταπίπτουν σε καρκίνο. Στην καρκινογένεση εμπλέκονται ογκογονίδια και ογκοκατασταλτικά γονίδια.

Είναι σαφές ότι γονιδιακές μεταλλάξεις παίζουν ρόλο στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Έτσι, η συστηματική μετάλλαξη στο ογκοκατασταλτικό γονίδιο APC οδηγεί στην εμφάνιση του συνδρόμου της αδενωμάτωσης πολυποδίασης του κόλου (που συσχετίζονται ισχυρά με την εμφάνιση καρκίνου παχέος εντέρου). Επιπλέον, εντοπισμένες μεταλλάξεις των γονιδίων *ras* και *p53* έχουν βρεθεί σε πολλά καρκινώματα παχέος εντέρου. Σε όλες τις περιπτώσεις καρκίνου παχέος εντέρου

υπαισέρχεται ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός νεοπλασματικών κυττάρων, ανάπτυξη αδενώματος και τελικά ανάπτυξη καρκίνου. Στον κληρονομικό μη πολυποειδή καρκίνο του παχέος εντέρου παρατηρούνται ανωμαλίες στον αναδιπλασιασμό του DNA, που οφείλονται σε μεταλλάξεις των γονιδίων επιδιόρθωσής του (γονίδια hMLH1 και hMSH2). Σήμερα, είναι δυνατή η ανίχνευση των μεταλλάξεων των γονιδίων αυτών με PCR (όπως και του γονιδίου APC) σε εξειδικευμένα εργαστήρια. Η πληρέστερη χαρτογράφηση των γονιδίων ίσως γίνει δυνατή στο μέλλον, όπως και παρεμβάσεις σε επίπεδο γενετικού κώδικα.

2. Περιβαλλοντικοί και διαιτητικοί παράγοντες

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν και αυτοί ιδιαίτερη σημασία για την εμφάνιση του καρκίνου παχέος εντέρου. Έτσι, υπάρχουν διαφορές στην επίπτωση της νόσου μεταξύ χωρών και ομάδων με διαφορετικό τρόπο ζωής. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι μετανάστες σε άλλη χώρα αποκτούν σε 2-3 δεκαετίες τον ίδιο κίνδυνο καρκίνου παχέος εντέρου με τον εγχώριο πληθυσμό. Υπάρχουν μερικοί διαιτητικοί παράγοντες που είναι ιδιαίτερα βλαπτικοί. Τέτοιοι είναι: α) Το ζωικό λίπος και τα χολικά οξέα. Το ζωικό λίπος προκαλεί αυξημένη παραγωγή χολικών οξέων και χοληστερόλης στο ήπαρ, τα οποία μετατρέπονται σε δευτερογενή χολικά οξέα και τοξικούς μεταβολίτες χοληστερόλης στο έντερο με τη δράση βακτηριδίων. Τα δευτερογενή χολικά οξέα και οι λοιποί τοξικοί μεταβολίτες έχουν κυτταροτοξική δράση στο εντερικό επιθήλιο και προκαλούν αύξηση του ρυθμού πολλαπλασιασμού των επιθηλιακών κυττάρων του παχέος εντέρου. Ακόμη τα χολικά οξέα ενεργοποιούν την πρωτεϊνική κινάση C στο βλεννογόνο του εντέρου, διεγείροντας έτσι τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό. β) το κόκκινο κρέας, που προκαλεί αυξημένη παραγωγή διγλυκεριδίων και παλμιτικού οξέος, ουσίες με βλαπτική επίδραση. Το έντονο ψήσιμο συντελεί στην παραγωγή ετεροκυκλικών αμινών με καρκινογόνο δράση, ενώ και τα επεξεργασμένα κρέατα περιέχουν διάφορες καρκινογόνες ουσίες. Υπάρχουν όμως και δυνητικά προστατευτικοί ή λιγότερο βλαπτικοί διαιτητικοί παράγοντες που περιέχουν λίπη, όπως τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (ιχθυέλαια οι Εσκιμώοι, που καταναλώνουν σημαντικές ποσότητες, έχουν πολύ μικρή επίπτωση καρκίνου παχέος εντέρου) και το μονοακόρεστο ελαιόλαδο (θεωρείται υπεύθυνο για τη χαμηλότερη επίπτωση καρκίνου παχέος εντέρου στους Έλληνες σε σχέση με άλλους λαούς που καταναλώνουν περισσότερο ζωικό λίπος).

Παράγοντες με σαφή προστατευτική δράση είναι α) οι φυτικές ίνες, που εξασκούν έμμεση προστατευτική δράση λόγω αύξησης του όγκου των κοπράνων και επιτάχυνσης της διάβασης αυτών (μικρότερη επαφή των τοξικών ουσιών με το εντερικό επιθήλιο), δέσμευσης των χολικών οξέων, απελευθέρωσης βουτυρικού οξέος και μείωσης του pH των κοπράνων, β) τα φρούτα και λαχανικά, που περιέχουν σελήνιο, βιταμίνη Α, βιταμίνη C, βιταμίνη E και φυλλικό οξύ, ουσίες που όλες έχουν συσχετισθεί με προστατευτική δράση, γ) το ασβέστιο, ιδιαίτερα όταν λαμβάνεται σε αυξημένες ποσότητες, λόγω ελάττωσης του κυτταρικού πολλαπλασιασμού του εντερικού επιθηλίου, δέσμευσης των χολικών οξέων και λιπαρών οξέων και μετατροπής τους σε αδιάλυτα άλατα, αύξησης της αποβολής δια των κοπράνων χολικών και φωσφορικών αλάτων, καταστολής της δραστηριότητας της δεκαρβοξυλάσης της ορνιθίνης και ελάττωσης της αναλογίας των τοξικών διυδροξυ-λιπαρών οξέων σε σχέση με τα τριυδροξυ-λιπαρά οξέα στο δωδεκαδακτυλικό υγρό.

Άλλοι παράγοντες που έχουν συσχετισθεί με εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η κατάχρηση αλκοόλ και μπίρας, το κάπνισμα πούρων ή πίπας (ιδιαίτερη συσχέτιση με καρκίνο ορθού), η πρόσληψη μεγάλου αριθμού θερμίδων, η παχυσαρκία και η έκθεση στον αμίαντο. Αντίθετα, προστατευτικός παράγοντας θεωρείται η σωματική άσκηση, κυρίως λόγω αύξησης του εντερικού περισταλισμού και ελάττωσης της χοληστερόλης του ορού.

Ενδιαφέρουσα είναι η συσχέτιση της χοληστερόλης του ορού με την εμφάνιση καρκίνου παχέος εντέρου. Η αυξημένη τιμή χοληστερόλης ορού έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου παχέος εντέρου στους άνδρες (σχετικός κίνδυνος 1,65 για επίπεδα άνω των 276 mg/dl) και έχουν αναφερθεί υψηλά επίπεδα LDL-χοληστερόλης και χαμηλά επίπεδα HDL-χοληστερόλης σε ασθενείς με αδενώματα παχέος εντέρου. Όμως, κατά τη διάρκεια ανάπτυξης και εμφάνισης του καρκίνου παχέος εντέρου, η τιμή της χοληστερόλης των πασχόντων γίνεται χαμηλότερη από την αντίστοιχη τιμή υγιών μαρτύρων (Χριστοδούλου & Τσιάνος, 2000).

3. Ασπιρίνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα

Τα τελευταία χρόνια, έχει εισαχθεί ο όρος χημειοπροφύλαξη για την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου, που αναφέρεται στη χρήση φυσικών ή συνθετικών παραγόντων για την αναστροφή, καταστολή ή παρεμπόδιση εμφάνισης ή υποτροπής του καρκίνου. Έχουν χρησιμοποιηθεί το ασβέστιο και οι αντιοξειδωτικές

βιταμίνες Α, C και Ε, χωρίς να έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη του καρκίνου. Η ασπιρίνη και τα νεότερα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) έχουν δώσει τα καλύτερα αποτελέσματα στην πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου και φαίνεται ότι τα άτομα που λαμβάνουν χρονίως ασπιρίνη ή ΜΣΑΦ εμφανίζουν μικρότερο σχετικό κίνδυνο για την ανάπτυξη της νόσου, αλλά το θέμα αυτό βρίσκεται ακόμη υπό εντατική μελέτη. Η αρχική παρατήρηση για τη δυνητική ωφέλεια των ΜΣΑΦ σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου έγινε κατά την τυχαία χρήση σουλινδάκης σε ασθενείς με οικογενή πολυποδίαση του κόλου, όπου παρατηρήθηκε υποστροφή πολυπόδων.

Ο μηχανισμός προστατευτικής δράσης των ΜΣΑΦ στον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι άγνωστος. Η αναστολή των προσταγλανδινών και οξειδωτικοί παράγοντες (π.χ., ένας μεταβολίτης της σουλινδάκης) έχουν προταθεί ως πιθανοί μηχανισμοί. Υπάρχει αυξανόμενη μαρτυρία ότι τα ΜΣΑΦ επάγουν τον προγραμματισμένο κυτταρικό θάνατο (απόπτωση) σε κάποια αρχικά αδενωματώδη κύτταρα, αλλά όχι και στα καρκινικά κύτταρα.

4. Γενικές συστάσεις πρωτογενούς πρόληψης

Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου πρέπει να περιλαμβάνει τις παρακάτω συστάσεις.

- Μείωση της κατανάλωσης του ζωικού λίπους (κάτω του 20% της συνολικής διατροφής)
- Πρόσληψη αυξημένης ποσότητας φρούτων, λαχανικών, ψωμιού ολικής άλεσης, οσπρίων, ελαιολάδου και ασβεστίου
- Προτίμηση ψαριών και πουλερικών αντί χοιρινού και βοδινού κρέατος
- Αποφυγή κατεργασμένων κρεάτων (καπνιστό ζαμπόν, μπέικον, βρασμένο συκώτι, λουκάνικα)
- Αποφυγή υπερβολικής πρόσληψης θερμίδων
- Αποφυγή καθιστικής ζωής, καπνίσματος και κατάχρησης αλκοόλ (Χριστοδούλου & Τσιάνος, 2000).

9.1.2. Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη (θεραπεία προκαρκινικών καταστάσεων και πρόιμη διάγνωση του καρκίνου) περιλαμβάνει δύο ομάδες ελέγχου:

- (α) τα άτομα που βρίσκονται σε σχετικό κίνδυνο, που είναι όλοι οι ενήλικες άνω των 50 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό νεοπλασμάτων παχέος εντέρου (αδενωμάτων ή καρκίνου) και ιδιοπαθούς φλεγμονώδους πάθησης των εντέρων (ΙΦΠΕ). Στα άτομα αυτά παρουσιάζεται ο λεγόμενος σποραδικός καρκίνος παχέος εντέρου (75% του συνόλου).
- (β) Τα άτομα που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο και είναι αυτά με ιστορικό πολυπόδων, οικογένειες με κληρονομικά σύνδρομα πολυπόδων και κληρονομικό καρκίνο παχέος εντέρου, χειρουργημένοι λόγω καρκίνου του παχέος εντέρου, συγγενείς ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, καθώς και οι ασθενείς με ΙΦΠΕ.

Δευτερογενής πρόληψη σε ασυμπτωματικό πληθυσμό για κάποιο νόσημα εφαρμόζεται όταν: (α) η ελεγχόμενη νόσος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, (β) υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση μετά από έγκαιρη διάγνωση, (γ) είναι διαθέσιμη προσιτή διαγνωστική διαδικασία και (δ) το αποτέλεσμα δικαιολογεί το κόστος του ελέγχου. Οι παραπάνω προϋποθέσεις πληρούνται, λίγο ή πολύ, για τον καρκίνο παχέος εντέρου. Η δευτερογενής πρόληψη στον καρκίνο του παχέος εντέρου αποσκοπεί στην ανίχνευση της νόσου σε αρχικά στάδια, όταν είναι δυνατό να θεραπευτεί χειρουργικά, και στην ενδοσκοπική αφαίρεση επιθηλιακών πολυπόδων (αδενωμάτων), που είναι αποδεκτό σήμερα ότι αποτελούν προκαρκινικές καταστάσεις (Χριστοδούλου & Τσιάνος, 2000).

9.1.3. Δοκιμασίες ελέγχου

Οι δοκιμασίες ελέγχου του πληθυσμού είναι οι παρακάτω:

1. Δακτυλική εξέταση ορθού και εξέταση κοπράνων

Γενικότερα ισχύει ότι κάθε άνθρωπος άνω των 40 θα πρέπει ετησίως να κάνει δακτυλική εξέταση ορθού και εξέταση κοπράνων για αίμα (occult test). Στην δακτυλική ελέγχεται το εσωτερικό του ορθού για ανάπτυξη όγκων και εξετάζεται και ο προστάτης.

Οι όγκοι του παχέος εντέρου και του ορθού έχουν την τάση να αιμορραγούν αργά χωρίς να φαίνεται η ύπαρξη του αίματος στα κόπρανα με γυμνό μάτι. Με το occult test ελέγχονται τρία δείγματα κοπράνων τα οποία απλώνονται πάνω σε ένα ειδικό αντιδραστήριο το οποίο αλλάζει χρώμα στην παρουσία αιμοσφαιρίνης. Ένα άτομο με θετικό τεστ έχει 30-45% πιθανότητα να έχει κάποιον πολύποδα και 3-5% πιθανότητα να έχει καρκίνο. Οι καρκίνοι που ανακαλύπτονται έτσι συνήθως είναι σε πρώιμα στάδια και έχουν την καλύτερη πρόγνωση.

Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η ανεύρεση αίματος στα κόπρανα δεν σημαίνει ότι υπάρχει και καρκίνος, όμως θα πρέπει να ακολουθούν άλλες πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, όπως ο βαριούχος υποκλυσμός και η κολonosκόπηση.

Επίσης πολύ σημαντικό είναι να θυμόμαστε ότι η μη ανεύρεση αίματος στα κόπρανα δεν αποκλείει την πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου. Τουλάχιστον 20% των καρκίνων και πολύ περισσότερο των πολυπόδων παχέος εντέρου και ορθού διαφεύγουν τη διάγνωση, με την εξέταση κοπράνων για αίμα. Γι' αυτό στους ασθενείς με υποψία για ύπαρξη όγκων, ή σε αυτούς που έχουν επιβαρημένο κληρονομικό ιστορικό, ακόμα και αν η εξέταση κοπράνων είναι αρνητική, προχωρούμε σε κολonosκόπηση.

2. Σιγμοειδοσκόπηση και ολική κολonosκόπηση

Από την ηλικία των 50 πρέπει να γίνεται προληπτικά μία σιγμοειδοσκόπηση και να επαναλαμβάνεται κάθε 3-5 χρόνια. Η εξέταση γίνεται με ένα εύκαμπτο λεπτό όργανο σαν ελαστικός σωλήνας μέσω του οποίου ελέγχεται το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Η συστηματική εφαρμογή της σιγμοειδοσκόπησης ως προληπτικός έλεγχος έχει μειώσει σημαντικά την θνησιμότητα από τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού, λόγω ανεύρεσης και αντιμετώπισης πολλών προκαρκινικών πολυπόδων ή αρχόμενων καρκίνων, σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Εάν ανακαλυφθεί με την σιγμοειδοσκόπηση κάποιος πολύποδας ή καρκίνος τότε πρέπει να ακολουθήσει ολική κολonosκόπηση. Η πλειονότητα των πολυπόδων του εντέρου μπορούν να αφαιρεθούν πλήρως με την κολonosκόπηση και δεν χρειάζονται χειρουργική επέμβαση.

Τελευταία ο προληπτικός έλεγχος από την ηλικία των 50 τείνει να γίνεται με ολική κολonosκόπηση παρά με σιγμοειδοσκόπηση.

Οι ασθενείς που βρίσκονται από τον γενικό πληθυσμό κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού, πρέπει να ξεκινήσουν κολonosκοπικό έλεγχο πριν την ηλικία των 50. Για παράδειγμα για τους ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου σε συγγενή α' βαθμού, ο προληπτικός κολonosκοπικός έλεγχος πρέπει να ξεκινάει 10 χρόνια πριν από την ηλικία στην οποία ανακαλύφθηκε ο καρκίνος, ή 5 χρόνια νωρίτερα από την ηλικία στην οποία ανακαλύφθηκε κάποιος προκαρκινικός πολύποδας στον συγγενή. Οι ασθενείς με κληρονομικά σύνδρομα όπως η οικογενής πολυποδίαση και άλλα, πρέπει να ξεκινούν τον κολonosκοπικό έλεγχο σε μικρότερες ηλικίες. Για παράδειγμα, στην οικογενή πολυποδίαση ο έλεγχος πρέπει να ξεκινάει στην ηλικία της εφηβείας. Επίσης περιοδικό προληπτικό έλεγχο πρέπει να κάνουν οι ασθενείς που έχουν παρουσιάσει στο παρελθόν πολύποδες ή καρκίνο παχέος εντέρου ή με ιστορικό ελκώδους κολίτιδος που διαρκεί πάνω από 10 έτη.

3. Γενετικός έλεγχος και καθοδήγηση

Σήμερα υπάρχουν εξειδικευμένες εργαστηριακές εξετάσεις διάγνωσης για τα κληρονομικά σύνδρομα καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού (FAP, AFAP, MYH, HNPCC). Οι οικογένειες με επίπτωση καρκίνου σε περισσότερα του ενός μελή ή με εμφάνιση καρκίνου σε νεαρές ηλικίες, οι α' βαθμού συγγενείς ασθενών με πολλαπλή πολυποδίαση ή καρκίνους μήτρας, ουρητήρων, δωδεκαδακτύλου κλπ θα πρέπει να οδηγούνται σε εξέταση από ειδικό και πιθανόν σε ειδικές γονιδιακές εξετάσεις. Οι εξετάσεις αυτές δεν θα πρέπει να γίνονται χωρίς την επίβλεψη ειδικού, επειδή η αποκωδικοποίησή τους απαιτεί εμπειρία.

Ο γενετικός και η καθοδήγηση έχουν τρία σημαντικά αποτελέσματα:

- Η ανακάλυψη ατόμων της οικογένειας με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου και η έγκαιρη έναρξη προληπτικού ελέγχου με κολonosκοπήσεις
- Η ανακάλυψη ατόμων με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνων σε άλλα όργανα (μήτρα, ουρητήρες, στομάχι, δωδεκαδάκτυλο) και η ένταξή τους σε πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου.
- Η απάλειψη του άγχους από τα άτομα που έχουν αρνητικό έλεγχο (Γλεντής, 2007).

4. Μέτρηση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA)

Η μέτρηση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου και άλλων ορολογικών δεικτών έχει ένδειξη σε επιλεγμένες περιπτώσεις (παρακολούθηση υποτροπής μετά από χειρουργική αφαίρεση καρκίνου παχέος εντέρου) και δεν πρέπει να εφαρμόζεται ως εξέταση ρουτίνας.

Για να διερευνηθεί ο βαθμός συμμετοχής των Νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του «προβλήματος της Πρόληψης του καρκίνου» κρίνεται αρχικά απαραίτητη η διευκρίνιση της αποδεκτής σήμερα έννοιας της **Νοσηλευτικής**.

Ένας πρόσφατος ορισμός του Βασιλικού Κολεγίου της Μεγάλης Βρετανίας ορίζει τη Νοσηλευτική ως η χρήση κλινικής κρίσης για την παροχή φροντίδας που καθιστά τα άτομα ικανά να βελτιώνουν, διατηρούν, ή αποκαθιστούν την υγεία, να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα υγείας και να επιτυγχάνουν τη μέγιστη δυνατή ποιότητα ζωής ανεξαρτήτως της ασθένειας ή ανικανότητας μέχρι το θάνατο. Στον ορισμό αυτό αλλά και σε πολλούς που έχουν διατυπωθεί από διάφορους εθνικούς ή διεθνείς οργανισμούς, οι Νοσηλευτικοί Στόχοι συνοψίζονται στην Προαγωγή-Διατήρηση της υγείας, στην Ολιστική Φροντίδα Ασθενών, την Αποκατάσταση των αρρώστων, την Κινητοποίηση της Ανεξαρτησίας των ατόμων, την Κάλυψη των Αναγκών-Οικογένειας και τη Βελτίωση-Διατήρηση της Ευεξίας και της Ποιότητας ζωής (Χριστοδούλου & Τσιάνος, 2000).

Η πρόληψη της ασθένειας και η προαγωγή της υγείας αποτελεί ένα σταθερό στόχο της σύγχρονης κλινικής, διδακτικής και ερευνητικής νοσηλευτικής δραστηριότητας. Η έννοια της πρόληψης διαποτίζει κάθε νοσηλευτικό προγραμματισμό και κάθε νοσηλευτική πράξη σε όποιο τομέα και αν εφαρμόζεται αν και κάποιες φορές ίσως δεν συνειδητοποιείται απόλυτα. Επειδή οι νοσηλευτές εργάζονται σε όλες τις μορφές υπηρεσιών υγείας μπορεί να αναδειχθούν φύλακες και φρουροί της υγείας των ανθρώπων. Οι νοσηλευτές υπηρετούν σε όλες τις μορφές υπηρεσιών υγείας, σπίτι, σχολείο, τους χώρους εργασίας και συνεργάζονται με τον μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων από κάθε άλλη ομάδα επαγγελματιών υγείας. Επειδή έχουν την συχνότερη, αμεσότερη και πιο μακροχρόνια επαφή με τους ανθρώπους διαθέτουν αμέτρητες ευκαιρίες κινητοποίησης τους για υιοθέτηση υγιών προτύπων συμπεριφοράς και προσυμπτωματικού ελέγχου σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου.

Ένας όμως ιδιαίτερα χρήσιμος ορισμός της Πρόληψης του Πρόληψη του καρκίνου που δόθηκε πριν μια δεκαετία και επαναδημοσιεύτηκε στην 3^η έκδοση του Textbook Ανακουφιστικής Ιατρικής αναφέρεται σε τέσσερις φάσεις Πρόληψης που αναγνωρίζονται εξαιρετικά δόκιμες από τη Νοσηλευτική Κοινότητα (Πίνακας 9.1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.1. Πρόληψη του καρκίνου: 4 φάσεις

Πρόληψη της νόσου	Αγωγή υγείας, χάραξη πολιτικών
Πρόληψη της προχωρημένης νόσου	Προγράμματα δευτερογενούς προληπτικού ελέγχου
Πρόληψη του θανάτου	Αντινεοπλασματική θεραπεία
Πρόληψη του «υποφέρειν»	Ανακούφιση συμπτωμάτων, ανακουφιστική φροντίδα

Στην **πρώτη φάση** οι Νοσηλευτές συμμετέχουν στην πρόληψη της νόσου (πρωτογενής πρόληψη) με την επισήμανση και προσπάθεια αποφυγής και απομάκρυνσης των υπεύθυνων καρκινογόνων παραγόντων. «Κάνουν κάθε τι που προάγει την διατήρηση της υγείας κάθε κυττάρου του οργανισμού». Η **δεύτερη φάση** αφορά την πρόληψη της προχωρημένης νόσου (δευτερογενής πρόληψη) που σημαίνει ανάπτυξη προγραμμάτων δευτερογενούς ελέγχου για έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών, υποτροπής ή μεταστάσεων. Η **τρίτη φάση** της πρόληψης του θανάτου δεν αναφέρεται βέβαια στην αποφυγή του θανάτου αλλά στην όσο το δυνατόν εφικτή πρόληψη της επιτάχυνσης του θανάτου με την προσφορά οποιαδήποτε εφικτής ανινεοπλασματικής και υποστηρικτικής θεραπείας. Η τέταρτη, τέλος, φάση επικεντρώνεται στην πρόληψη του «υποφέρειν». Οι νοσηλευτές επικεντρώνονται στην πρόληψη του πόνου, κατάθλιψης ναυτίας και άλλων δυσάρεστων βιοψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας στην ζωή του ατόμου.

Οι νοσηλευτές στο χώρο της ογκολογίας παρέχουν θεραπεία που στοχεύει στην ίαση ή την ανακούφιση των ασθενών, σε υπηρεσίες οξείας ή μακροχρόνιας παροχής φροντίδας, με ανεξάρτητες ή εξαρτημένες δραστηριότητες εντός ή εκτός του νοσοκομείου. Συμμετέχουν άμεσα ή έμμεσα στην παροχή φροντίδας στην κλινική πρακτική, την εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειάς του. Επίσης διευθύνουν,

συντονίζουν και ηγούνται της παρεχόμενης φροντίδας, ενώ παράλληλα ερευνούν την αποτελεσματικότητα του παρεχόμενου έργου της.

Σήμερα τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα αναφέρονται κυρίως στη συμμετοχή τους στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη που στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας και πρόληψης του καρκίνου. Συνήθως τα προγράμματα πρόληψης διαφοροποιούνται ανάλογα με τη μορφή της κακοήθους νεοπλασίας αφού ποικίλες μορφές καρκίνου έχουν διαφορετικά αίτια, απαιτούν διαφορετικούς τρόπους πρόληψης και ανάλογες εφαρμογές. Ανάλογα με τη φάση της πρόληψης επικεντρώνονται στον περιορισμό των δυνητικών κινδύνων, την έγκαιρη διάγνωση, την πρόληψη επέκτασης της νόσου (επικουρική θεραπεία, προσαρμογή στο τρόπο ζωής) και την πρόληψη και ανακούφιση του «υποφέρειν».

Ειδικότερα οι ρόλοι που αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές στην πρόληψη μπορούν να διακριθούν σε παραδοσιακούς και σύγχρονους. Οι παραδοσιακοί ρόλοι ξεκινούν από την ανεξάρτητη επιστημονική άσκηση της νοσηλευτικής με την Florence Nightingale που υποστήριξε την εξασφάλιση υγιεινών συνθηκών περιβάλλοντος... καθαρό νερό και ανανέωση του αέρα, κατάλληλη διαμόρφωση του περιβάλλοντος που συμβάλλουν στην θεραπεία αλλά και πρόληψη της νόσου. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές ανέκαθεν συμμετέχουν στις δραστηριότητες πρόληψης και αγωγή υγείας και συμβουλευτική σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο σε οικογένειες, σχολεία, ειδικές ομάδες πληθυσμών συγκεκριμένων γεωγραφικών περιοχών καθώς και ως πρότυπα συμπεριφορών υγείας.

Ως σύγχρονοι ρόλοι θεωρούνται η συμμετοχή τους ως ισότιμοι συνεργάτες σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου που οργανώνονται από αντικαρκινικές εταιρίες και εξειδικευμένα προληπτικά προγράμματα, οι κλινικές πρόληψης (πρωτογενής-δευτερογενής) που διευθύνονται από νοσηλευτές και τέλος η αυτόνομη νοσηλευτική παρέμβαση στην πρόληψη του καρκίνου (Πατηράκη-Κουρμπάνη, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

10.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος μπορεί να θεραπευτεί. Για να θεραπευτεί, όμως με κάποιο ποσοστό επιτυχίας πρέπει να ανακαλυφθεί σε πρώιμα στάδια και η διάγνωση να γίνει γρήγορα. Αυτό δεν είναι πάντοτε εύκολο, επειδή η αθόρυβη ή ασυμπτωματική περίοδος ανάπτυξης του όγκου μπορεί να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια ακόμη, με αποτέλεσμα τα καρκινικά κύτταρα να έχουν διπλασιαστεί αθόρυβα ξανά και ξανά. Την συγκεκριμένη περίοδο μπορεί να μην υπάρχει καμία απολύτως ένδειξη ότι αναπτύσσεται αυτή η κακοήθης εξεργασία (Bollinger & Rosenbaum, 1993).

Το ιστορικό της συμπτωματολογίας του ατόμου και κυρίως κάθε αλλαγή των συνηθειών του εντέρου, που επιμένει παραπάνω από 2-3 εβδομάδες σε άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών, πρέπει να θεωρείται ύποπτο για την ύπαρξη καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού. Επίσης η αιμορραγία από το ορθό που πολλές φορές εκλαμβάνεται ότι προέρχεται από αιμορροΐδες, είναι αρκετή ένδειξη για να υποβληθεί το άτομο σε κλινικό και διαγνωστικό έλεγχο που περιλαμβάνει:

- Κλινική εξέταση-ιστορικό
- Αιματολογικές εξετάσεις
- Ογκολογικοί δείκτες
- Απεικονιστικές μεθόδους
- Ενδοσκόπηση

Όσο νωρίτερα γίνει η διάγνωση τόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα της θεραπείας και της επιβίωσης.

Η έγκαιρη διάγνωση σε ασυμπτωματικά άτομα είναι ταυτόσημη με την πλήρη ίαση. Συνήθως τα πάσχοντα άτομα αναζητούν ιατρική βοήθεια 6-12 μήνες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Φόβος και άγνοια είναι οι κύριοι συντελεστές της απώλειας του πολύτιμου χρόνου για την πρώιμη διάγνωση της νόσου. Η συστηματική ενημέρωση και εκπαίδευση των φαινομενικά υγιών ανθρώπων, η απαλλαγή από την καρκινοφοβία και η προθυμία τους να δέχονται τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο από

την ηλικία των 45-50 ετών, όχι μόνο για τους κακοήθεις όγκους αλλά για όλα τα νοσήματα της φθοράς, είναι η αρχή της έγκαιρης διάγνωσης που σημαίνει την ίαση.

Η ενημέρωση και η εκπαίδευση πρέπει να αφορά και τους οικογενειακούς γιατρούς, που θα διδαχθούν στην θητεία τους ως σπουδαστές στα πανεπιστήμια και νέοι γιατροί στα νοσοκομεία, και θα ενστερνιστούν το πρόγραμμα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης.

Αυτό θα είναι ευεργετικό για τους ανθρώπους, την ιατρική φροντίδα των οποίων έχουν αναλάβει, αλλά και για το ιατρικό έργο που γίνεται απλούστερο και ευκολότερο (Μπεσμπέας, 2004).

Το ιστορικό έχει σαν στόχο να συγκεντρώσει πληροφορίες για την έναρξη των συμπτωμάτων, το κύριο ενόχλημα αλλά και να διερευνήσει την παρουσία ή όχι προδιαθεσικών ή αιτιολογικών παραμέτρων. Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την ψηλάφηση της κοιλίας, την ψηλάφηση του ήπατος και την παρουσία ή όχι διογκωμένων λεμφαδένων στις υποκλειδίες ή βουβωνικές χώρες.

Η πιο σημαντική διαγνωστική μέθοδος από την φυσική εξέταση είναι η δακτυλική εξέταση του ορθού που θα δώσει πιθανά αξιόπιστες πληροφορίες στο 30-35% των περιπτώσεων, αφού ένα τέτοιο ποσοστό εντοπίζεται στο ορθό (Σπηλιώτης, 1999).

Ως τμήμα της γενικότερης φυσικής εξέτασης και ειδικότερα της εξέτασης του πεπτικού συστήματος η δακτυλική εξέταση του ορθού είναι μια απλή, ασφαλής και ανέξοδη μέθοδος ελέγχου του γενικού πληθυσμού. Εκτός από μορφές καρκίνου της ορθοπρωκτικής περιοχής και πιστοποίησης αιμορραγικών κενώσεων, με την εξέταση αυτή είναι δυνατόν να διαπιστωθεί σε κάποιες περιπτώσεις καρκίνος του προστάτη ή γυναικολογικές μορφές καρκίνου. Η ευαισθησία της εξεταστικής αυτής μεθόδου είναι βέβαια χαμηλή και η ειδικότητά της άγνωστη, αλλά το κόστος της στις Η.Π.Α. δεν ξεπερνά τα 5\$ (Δημητρουλόπουλος & Ξυνόπουλος & Τσαμακίδης & Παρασκευάς, 2006).

10.1.1. Αιματολογικές εξετάσεις

Για τις αιματολογικές εξετάσεις γίνεται βασικός εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει: γενική αίματος, βιοχημεία ήπατος, ασβέστιο, έλεγχος νεφρικής λειτουργίας. Οι εξετάσεις αυτές μπορεί να αναδείξουν προβλήματα αναιμίας ή ηπατικής δυσλειτουργίας.

Για ορισμένα είδη καρκίνου υπάρχουν αιματολογικές εξετάσεις μάλλον ειδικές που συχνά επαρκούν για τη διάγνωση που συχνά επαρκούν για τη διάγνωση του. Τις εξετάσεις θα τις ζητήσει ο γιατρός αν έχει ισχυρές υποψίες για κάποιο είδος καρκίνου.

10.1.2. Νεοπλασματικοί δείκτες

Οι πιο ενδιαφέρουσες από τις ειδικές εξετάσεις είναι εκείνες κατά τις οποίες αναζητούνται οι χημικές ουσίες που ονομάζονται νεοπλασματικοί δείκτες. Οι εν λόγω ουσίες παράγονται από διάφορα είδη καρκίνου. Για παράδειγμα, ο καρκίνος του μαστού, του πνεύμονα και του εντέρου παράγει την πρωτεΐνη που ονομάζεται καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA). Ορισμένα φλεγμονώδη νοσήματα μπορεί να παράγουν χαμηλά επίπεδα των χημικών αυτών ουσιών. Αντίθετα, μερικοί όγκοι στις ίδιες περιοχές παράγουν πολύ υψηλά επίπεδα. Αν ανευρεθεί καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο σε υψηλά επίπεδα, υπάρχει υποψία όγκου, εκτός αν αποδειχτεί το αντίθετο.

Οι εξετάσεις αυτές δεν βοηθούν μόνο στη διάγνωση, αλλά χρησιμεύουν και στην παρακολούθηση της πορείας του καρκίνου μετά τη θεραπεία. Αν κατά τη διάγνωση ο δείκτης είναι υψηλός, τότε η επιτυχής αγωγή θα μειώσει το επίπεδό του ή θα τον εξαφανίσει τελείως. Η επανεμφάνιση του δείκτη υποδηλώνει συχνά υποτροπή του καρκίνου. Ακόμη και αν δεν υπάρχει κανένα άλλο σημείο ή σύμπτωμα, πρέπει να ερευνησουμε για νέο όγκο ή να εξετάσουμε το ενδεχόμενο επανάληψης της θεραπείας.

10.1.3. Απεικονιστική προσπέλαση

Ακτινογραφία: Κατά τη διάρκεια της γνωστής τεχνικής λήψεως εικόνας, διοχετεύεται μικρή δόση ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας διαμέσου μιας συγκεκριμένης περιοχής του σώματος, η οποία αποτυπώνεται σε φιλμ. Έτσι απεικονίζονται δισδιάστατες οι εσωτερικές δομές του σώματος.

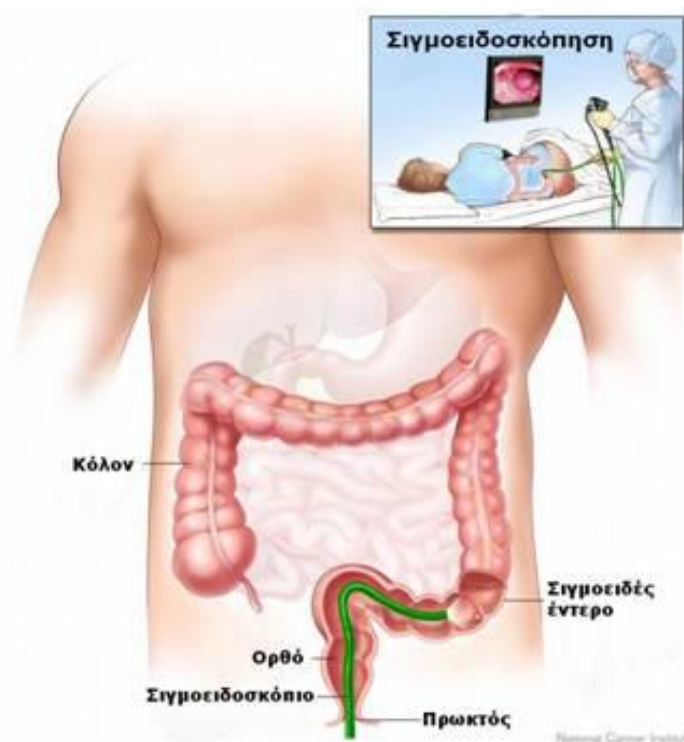
Τα οστά και ορισμένα άλλα σημεία με σκληρή υφή απορροφούν περισσότερες ακτίνες X από άλλους ιστούς, και έτσι απεικονίζονται πάνω στο φιλμ σαν σκιές που ο γιατρός μπορεί να τις ερευνησει. Οι μαλακότεροι ιστοί δεν είναι ορατοί με τις ακτίνες X (Bollinger & Rosenbaum, 1993).

Η **ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία** αποτελεί σήμερα την σημαντικότερη ίσως διαγνωστική προεγχειρητική μέθοδο, κυρίως για τον καρκίνο του ορθού, αλλά και για τον καρκίνο του υπόλοιπου εντέρου. Τα μεγάλο πλεονέκτημα της μεθόδου, σε σχέση με τις λοιπές διαγνωστικές εξετάσεις, είναι ότι μπορεί να καθορίσει επακριβώς την έκταση της διήθησης και να ελέγξει τους περιοπικούς λεμφαδένες, γεγονός πολύ σημαντικό για την προεγχειρητική σταδιοποίηση των όγκων.

Η ακρίβεια της **υπολογιστικής τομογραφίας** (CT) στη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού κυμαίνεται από 23-100%, αυξανόμενη αναλογικώς προς το μέγεθος του όγκου. Η μέθοδος αυτή μπορεί να διαγνώσει όγκους μικρότερους των 6 χιλ. μ. και φαίνεται ότι ο πλέον χρήσιμος ρόλος της είναι στη διάγνωση των μεταστάσεων. Η **μαγνητική τομογραφία** (MRI) έχει τα ίδια μειονεκτήματα με την αξονική, αλλά μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στη διαφοροδιάγνωση κακοήθειας από ίνωση, χωρίς όμως να μπορεί να επιβεβαιώσει ή να αποκλείσει μεταστάσεις στους λεμφαδένες (Καλατζής & Σκανδάλης, 1995).

Ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '70 οι Gilbertsen και Nelms είχαν θέσει το θέμα του μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου για καρκίνο του παχέος εντέρου με ενδοσκοπικές μεθόδους. Το 1980 η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία πρότεινε για πρώτη φορά τον μαζικό έλεγχο ασυμπτωματικών ατόμων ηλικίας άνω των 50 ετών με σιγμοειδοσκόπηση και το 1995 η εξέταση αυτή εντάχθηκε στο επίσημο πρόγραμμα των Η.Π.Α. για την πρόληψη του καρκίνου.

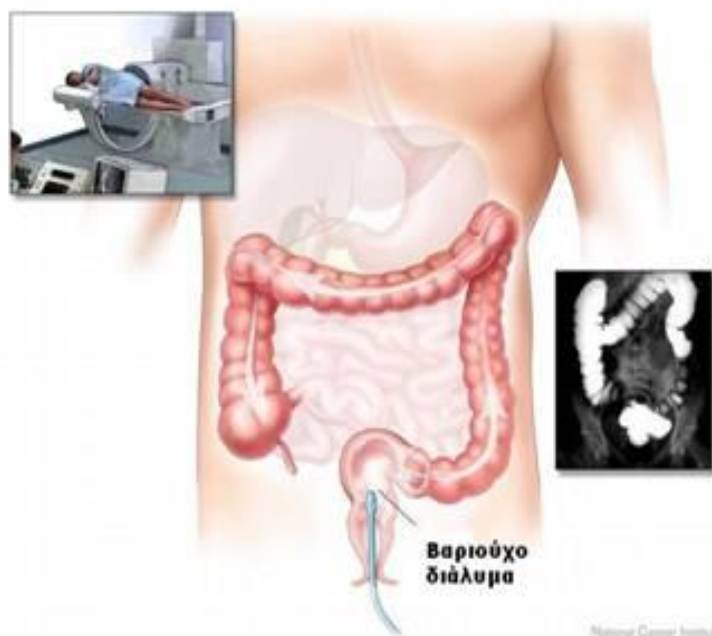
Η **ορθοσιγμοειδοσκόπηση** με το εύκαμπτο ενδοσκόπιο είναι ανώδυνη για τον ασθενή, αλλά και αποκαλύπτει πολύ μεγαλύτερο ποσοστό νεοπλασμάτων (τριπλάσιο περίπου). Τα 2/3 σχεδόν των όγκων του παχέος εντέρου είναι προσιτά στο εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο.



Εικόνα 10.1. Σιγμοειδοσκόπηση. Ένας λεπτός, φωτιζόμενος σωλήνας εισάγεται δια του πρωκτού στο ορθό και το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου (σιγμοειδές) δια του οποίου ο ιατρός ερευνά για τυχόν βλάβες (<http://www.inrap.org/22doc.htm#Keypoint1>)

Η **ενδοσκόπηση** μας παρέχει τη δυνατότητα επιβεβαίωση της διαγνώσεως με την ιστολογική εξέταση. Στην κλινική πράξη, όμως, όταν υπάρχει ορατή μακροσκοπική βλάβη του εντέρου συμβατή με νεόπλασμα, ο ασθενής πρέπει να οδηγείται στο χειρουργείο, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασεως.

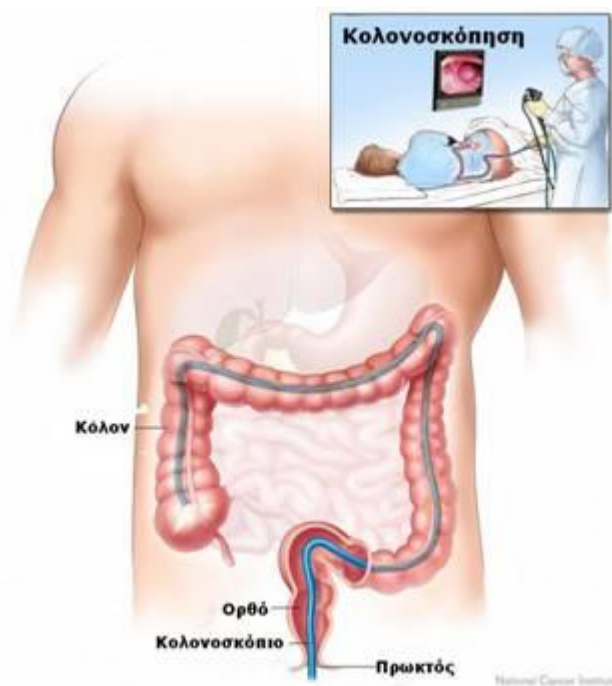
Ο ρόλος της ενδοσκοπήσεως δεν περιορίζεται στη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ακόμα και όταν η διάγνωση του καρκίνου είναι γνωστή, λόγω της πιθανότητας υπάρξεως και άλλου καρκίνου ή πολύποδος. Σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος της ενδοσκοπήσεως στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η διάγνωση και η ενδοσκοπική αφαίρεση των πολυπόδων του παχέος εντέρου είναι πολύ πιθανό να μειώσει τη συχνότητα του καρκίνου.



Εικόνα 10.2. Διαδικασία βαριούχου υποκλυσμού. Ο ασθενής ξαπλώνει στο ακτινολογικό τραπέζι. Το βαριούχο διάλυμα (εναιώρημα θειϊκού βαρίου) εγχέεται στο ορθό και ρέει εντός του παχέος εντέρου. Παράλληλα λαμβάνονται ακτινογραφίες σε διάφορες θέσεις για την ανίχνευση πιθανών αλλοιώσεων (<http://www.inrap.org/22doc.htm#Keypoint1>)

Επίσης, ο **προληπτικός ενδοσκοπικός έλεγχος** ασθενών με αυξημένο κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου, όπως είναι οι περιπτώσεις με μακροχρόνιο ιστορικό ελκώδους κολίτιδας, οι υποβληθέντες σε αφαίρεση καρκίνου ή πολυπόδων, οι συγγενείς ασθενών με πολλαπλή πολυποδίαση, θα αποκαλύπτει τον καρκίνο σε αρχικό στάδιο, οπότε και θα είναι δυνατή η ριζική χειρουργική αντιμετώπιση (Τσιφτσής, 2001).

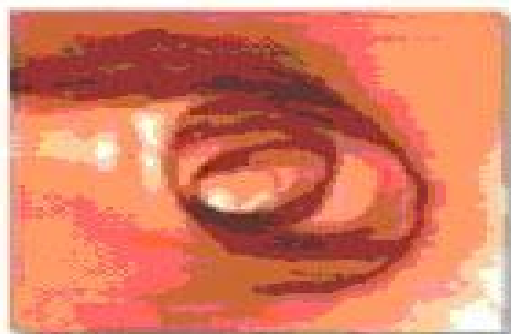
Η **κολονοσκόπηση** αποτελεί την πιο ευαίσθητη μέθοδο ελέγχου του παχέος εντέρου. Στις Η.Π.Α. συνιστάται από σειρά ετών για άτομα τα οποία ανήκουν στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου (ελκώδους κολίτιδα, σύνδρομο κληρονομικού μη πολυποδιασικού καρκίνου παχέος εντέρου). Η αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία προτείνει επίσης πλήρη ενδοσκοπικό έλεγχο ατόμων με έναν τουλάχιστον συγγενή πρώτου βαθμού, ο οποίος εμφάνισε καρκίνο παχέος εντέρου σε ηλικία μικρότερη των 55 ετών.



Εικόνα 10.3. Κολonosκόπηση. Ένας λεπτός, φωτιζόμενος σωλήνας εισάγεται δια του πρωκτού στο ορθό και το παχύ έντερο (κόλον) δια του οποίου ο ιατρός ερευνά για τυχόν βλάβες (<http://www.inrap.org/22doc.htm#Keypoint1>)

Από μελέτες όπου ο κολonosκοπικός έλεγχος χρησιμοποιήθηκε συμπληρωματικά με τις δοκιμασίες μικροσκοπικής ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα, φάνηκε επιπλέον μείωση της θνητότητας από καρκίνου παχέος εντέρου λόγω της πρώιμης ανακάλυψης κακοήθων νεοπλασιών.

Για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ο περιοδικός κολonosκοπικός έλεγχος όμως πρέπει να αρχίζει περίπου στην ηλικία των 55 ετών, τουλάχιστον όσον αφορά άτομα με προδιάθεση ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου (Δημητρουλόπουλος κ. συν., 2006).



Εικόνα 10.4. Εικονική κολonosκόπηση (<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=133460>)

Ως τελευταίο μέσο για τη διάγνωση του καρκίνου χρησιμοποιείται η εξέταση μικρού τμήματος ιστού για να διαπιστωθεί αν αυτό έχει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και περιέχει τους τύπους των κυττάρων που καθορίζουν έναν καρκίνο. Αναμφισβήτητα, ο αποτελεσματικότερος τρόπος διάγνωσης για μια ύποπτη περιοχή είναι η βιοψία πριν από κάθε εργαστηριακή εξέταση.

Η **μικροσκοπική εξέταση** γίνεται από τον παθολογοανατόμο, ο οποίος γνωρίζει καλά τα ακριβή κριτήρια που ξεχωρίζουν τα κακοήθη κύτταρα από τα καλοήθη ή τα φυσιολογικά. Για να γίνει εφικτή η εξέταση πρέπει οπωσδήποτε να ληφθεί δείγμα του ιστού.



Εικόνα 10.5. Σύνεργα εξέτασης κοπράνων για μικροσκοπική αιμορραγία (<http://www.inpap.org/22doc.htm#Keypoint1>)

Η **βιοψία** είναι η διαδικασία λήψεως του ιστού.

Υπάρχουν δύο είδη βιοψίας:

- Με τομή του όγκου και αφαίρεση ενός τμήματός του και στη συνέχεια συρραφή της περιοχής.
- Με ολική αφαίρεση του όγκου.

Η δεύτερη μέθοδος χρησιμοποιείται για όγκους που βρίσκονται σε προσιτά σημεία, όπως το δέρμα, το στόμα, η ρινική κοιλότητα, οι λεμφαδένες ή τα γεννητικά όργανα της γυναίκας.

Οι βιοψίες γίνονται κατά την διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων που έχουν στόχο την ανακάλυψη του όγκου. Στις περιπτώσεις αυτές συνηθίζεται η λήψη

δείγματος ιστών όχι μόνο από την άμεση περιοχή του όγκου αλλά και από τους λεμφαδένες ή άλλους παρακείμενους ιστούς. Έτσι διευκολύνεται ο προσδιορισμός της πιθανής ή πραγματικής έκτασης του όγκου, προσδιορίζεται το στάδιο του καρκίνου και γίνεται η σταδιοποίηση ταυτόχρονα με τη διαγνωστική διαδικασία. Ο χειρουργός μπορεί να προχωρήσει συγχρόνως στην εκτομή ολόκληρου του ορατού όγκου, η οποία αποτελεί και την καταλληλότερη θεραπευτική μέθοδο (Bollinger & Rosenbaum, 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου έχει ένα μέσο χρόνο διπλασιασμού (ο χρόνος που απαιτείται για να διπλασιαστεί σε μέγεθος ο όγκος) 130 ημερών, πιστεύοντας ότι τουλάχιστον 5 χρόνια και συχνά 10-15 χρόνια σιωπηλής ανάπτυξης απαιτούνται πριν ένας καρκίνος φτάσει το μέγεθος που προκαλεί συμπτώματα.

Κατά τη διάρκεια αυτής ασυμπτωματικής φάσης η διάγνωση εξαρτάται από την εξέταση ρουτίνας. Πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν ένα πλεονέκτημα επιβίωσης για τους ασθενείς, αν ο καρκίνος διαγνωστεί πριν προκαλέσει συμπτώματα.

Τα συχνότερα συμπτώματα, τα οποία μπορεί να συνοδεύουν ένα καρκίνο του κόλου ή του ορθού συνοψίζονται ως ακολούθως: αλλαγή των συνηθειών του εντέρου με τη μορφή δυσκοιλιότητας, διάρροιας ή συνδυασμού των δύο. Αποβολή αίματος με τις κενώσεις, κοιλιακά άλγη, δύσπεπτα ενοχλήματα, μετεωρισμός της κοιλίας και βορβορυγμοί, ψηλαφητή ενδοκοιλιακή μάζα και επηρεασμός της γενικής κατάστασης του ασθενούς με την έννοια της απώλειας βάρους, αδυναμίας και αναιμίας.

Τα συμπτώματα όμως εξαρτώνται από την ανατομική τοποθέτηση της αλλοίωσης, τον τύπο και την έκτασή της και από τις παρενέργειες συμπεριλαμβανομένων της διάτρησης, παρεμπόδισης και αιμορραγίας (Γαρδίκας, 2000).

Το δεξιό κόλον έχει μεγάλο αυλό και ένα λεπτό διάτρητο τοίχωμα και το κοπρανώδες περιεχόμενό του είναι υδαρές. Εξαιτίας αυτών των ανατομικών χαρακτηριστικών και επειδή το καρκίνωμα του κόλου τείνει να μεγαλώσει, οι αλλοιώσεις μπορεί να αποκτήσουν ένα μεγάλο μέγεθος πριν διαγνωσθούν. Οι ασθενείς συχνά παραπονιούνται στο γιατρό για αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης εξαιτίας οξείας έντονης αναιμίας. Η ανεξήγητη μικροκυτταρική, υποχρωμική αναιμία θα πρέπει πάντα να θέτει το ερώτημα για καρκίνωμα του κατιόντος κόλου. Μεγάλη ποσότητα αίματος μπορεί να μην είναι ορατή στα κόπρανα αλλά κρυμμένη ποσότητα αίματος (όχι εμφανής) μπορεί να ανιχνευθεί. Οι ασθενείς μπορεί να παραπονεθούν για ακαθόριστη ενόχληση στο δεξιό κοιλιακό μέρος, η οποία συχνά παρατηρείται

μετά το γεύμα και μπορεί λανθασμένα να αποδοθεί σε νόσο της χοληδόχου κύστης ή του γαστροδωδεκαδακτύλου.

Αλλαγές στην συνήθεια των εντέρων δεν είναι χαρακτηριστικά του καρκινώματος του δεξιού κόλου και η παρεμπόδιση δεν είναι συνηθισμένη.

Στο 10% περίπου των περιπτώσεων, το πρώτο στοιχείο της αρρώστιας είναι: η ανακάλυψη μιας μάζας από τον ασθενή ή τον γιατρό.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι τα συμπτώματα που παρουσιάζονται από καρκίνωμα του δεξιού κόλου είναι τα εξής:

- ανεξήγητη αδυναμία ή αναιμία,
- λανθάνων αίμα στα κόπρανα,
- ζάλη,
- δύσπνοια μετά από κόπωση και αίσθημα καρδιακών παλμών,
- επίμονη ενόχληση δεξιά της κοιλιάς,
- ψηλαφητές κοιλιακές μάζες.

Η παρουσία μεγάλης απώλειας βάρους, καχεξία, ικτέρου και ηπατομεγαλίας υποδηλώνουν προχωρημένα στάδια καρκίνου (Σπηλιώτης, 1999).

Το αριστερό κόλον έχει έναν μικρότερο αυλό από τον δεξιό και τα κόπρανα είναι μισοστέρεα. Οι όγκοι του αριστερού κόλου τείνουν να εκλείσουν (κυκλικά) το έντερο, προκαλώντας αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου οι οποίες εναλλάσσονται με δυσκοιλιότητα και αυξημένη συχνότητα αφόδευσης (όχι αληθής διάρροια σαν νερό).

Μερική ή ολική απόφραξη μπορεί να είναι η κλινική εικόνα που παρουσιάζεται. Η ολική απόφραξη μπορεί να συμβεί χωρίς προηγούμενα συμπτώματα ή μπορεί να υπάρχει ένα προϋπάρχον ιστορικό αυξανόμενης δυσκοιλιότητας ή ελάττωσης της ποσότητας των κοπράνων και αυξανόμενη κοιλιακή τάση με πόνο ή ενοχλήσεις. Η αιμορραγία είναι κακή αλλά σπάνια είναι μαζική. Τα κόπρανα μπορεί να είναι άμεση ή αναμεμιγμένα με ανοιχτό κόκκινο ή σκούρο αίμα ή να είναι αναμεμιγμένα με βλέννη.

Συνοπτικά θα λέγαμε ότι τα συμπτώματα που προκαλεί ο καρκίνος του αριστερού κόλου είναι: αλλαγή στη συνήθεια του εντέρου, πολύ (ευδιάκριτο) αίμα στα κόπρανα, συμπτώματα απόφραξης, χαρακτηριστικά ευρήματα στην κολονοσκόπηση ή στην σιγμοειδοσκόπηση (Marschall & Geraint, 2006).

Στον καρκίνο του απευθυσμένου το πιο κοινό παρουσιαζόμενο σύμπτωμα είναι η δίοδος αίματος με τις κινήσεις του εντέρου οπότε συμβαίνει αιμορραγία από το απευθυσμένο, ακόμη και όταν η παρουσία μιας φανερά καλοήθους αλλοιώσεις όπως οι αιμορροΐδες είναι γνωστή, ο συνυπάρχων καρκίνος πρέπει να ελεγχθεί, για να αποκλειστεί. Η αιμορραγία είναι συχνά έντονη. Το αίμα μπορεί να αναμειγνύεται ή όχι με κόπρανα ή βλέννη. Μπορεί να υπάρχει τεινισμός χωρίς διάρροια και ο ασθενής μπορεί να έχει αίσθημα ατελούς αφόδευσης.

Ο πόνος είναι απών όπως έχει παρατηρηθεί εκτός από τα προχωρημένα στάδια της ασθένειας, ή όταν το καρκίνωμα σχετίζεται με τον πρωκτικό δακτύλιο.

Γενικές φυσικές εξετάσεις είναι σημαντικό να καθορίσουν την εξάπλωση της τοπικής βλάβης, να αποκαλύψουν μακρινές μεταστάσεις, ή να ανιχνεύσουν ασθένειες άλλων συστημάτων που μπορεί να επηρεάζουν την θεραπεία. Η βουβωνική χώρα και οι υποκλείδιες περιοχές θα πρέπει προσεκτικά να ψηλαφηθούν για μεταστατικούς λεμφεδένες. Οι μεγαλωμένοι σκληροί λεμφαδένες θα πρέπει να εξετασθούν με βιοψία. Η εξέταση της κοιλίας μπορεί να δείξει μια μάζα, διόγκωση του συκωτιού, ή αύξηση των κοιλιακών τοιχωμάτων των αγγείων αν υπάρχει πυλαία απόφραξη. Αν μια μάζα ψηλαφηθεί, η έκτασή της, η τοποθέτησή της και ο καθορισμός της είναι σημαντικά.

Η σημασία της δακτυλικής εξέτασης τονίζεται ιδιαίτερα. Υπενθυμίζεται ότι στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι προσιτός στη δακτυλική εξέταση και στο 50-60% στην ορθοσιγμοειδοσκόπηση (Παριζιάνου, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

12.1. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι επιπλοκές εξαρτώνται γενικά από την εντόπιση της κακοήθους νεοπλασματικής επεξεργασίας και από το στάδιο εξέλιξής της. Σοβαρές και βαριές επιπλοκές θεωρούνται η μεγάλη αιμορραγία, η απόφραξη του εντέρου, η διάτρηση αυτού μετά καθολικής περιτονίτιδος ή συχνότερη περιγεγραμμένης αυτής και σχηματισμού αποστημάτων ή συριγγίων. Η αντιμετώπισή τους είναι χειρουργική.

Σε έρευνες επί 98 περιπτώσεων ασθενών που έπασχαν από επιπλοκές καρκίνου του παχέος εντέρου η συχνότερη επιπλοκή ήταν η εντερική απόφραξη είτε αμιγής (58 ασθενείς) είτε σε συνδυασμό με άλλες επιπλοκές (12 ασθενείς). Λιγότερο συχνά παρατηρήθηκαν επιπλοκές όπως η συριγγοποίηση του όγκου, η περιτονίτιδα, οι ισχαιμικές αλλοιώσεις, η χρόνια παραγωγική φλεγμονή κ.ά. Η συχνότητα των επιπλοκών του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι σημαντικά μεγάλη (Νιωτής & Παπαβασιλείου, 1999).

Πολλές φορές ο καρκίνος παχέος εντέρου εκδηλώνεται ως εντερική απόφραξη. Έτσι έχει φανεί από διάφορες μελέτες ότι περίπου το 10% των καρκίνων παχέος εντέρου θα έχει ως πρώτο σύμπτωμα την οξεία απόφραξη του εντέρου και θα χρειασθεί να χειρουργηθεί επείγοντως. Η πλειονότητα των αποφράξεων που συμβαίνει στο αριστερό κόλον ιδίως στο σιγμοειδές, ακολουθεί ο καρκίνος ανιόντος και εγκάρσιου. Οι καρκίνοι του τυφλού σπάνια δημιουργούν αποφρακτικά φαινόμενα. Η επίδραση της απόφραξης στην πρόγνωση των ασθενών είναι σημαντική όχι μόνο λόγω των προβλημάτων που δημιουργεί αλλά και γιατί είναι εκδήλωση προχωρημένης νόσου.

Τα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζεται η απόφραξη είναι καταρχάς αυτά του μηχανικού ειλεού. Οι ασθενείς έχουν τάση για έμετο ή κάνουν εμέτους, υπάρχει αναστολή αποβολής αερίων και κοπράνων, ενώ παρουσιάζονται και με έντονο κοιλιακό πόνο όταν η διάταση του εντέρου είναι μεγάλη. Στην κλινική εξέταση υπάρχει μεγάλη διάταση της κοιλιάς με έντονη τυμπανικότητα και μεταλλικούς εντερικούς ήχους. Σπάνια, είναι πιθανό να ψηλαφάτε και ο όγκος. Η διάγνωση του

ειλεού επιβεβαιώνεται αμέσως με ακτινογραφία κοιλιάς σε όρθια θέση και πολλές φορές είναι δυνατό να φανεί αν η απόφραξη είναι δεξιά ή αριστερά. Η χορήγηση γαστρογραφίνης από το στόμα μπορεί να αναδείξει το ύψος της απόφραξης. Για τους καρκίνους του (Α) κόλου χρήσιμος είναι ο υποκλυσμός για γαστρογραφίνη.

Τις περισσότερες φορές η εντερική απόφραξη μας δίνει τα χρονικά περιθώρια για να εκτιμήσουμε την όλη κατάσταση του ασθενούς για να διορθώσουμε τα σύνοδα προβλήματα που τυχόν υπάρχουν. Επίσης είναι αναγκαία η ενημέρωση του ασθενούς για την πιθανότητα εκτέλεσης κολοστομίας.

12.1.1. Εγκολεασμός

Είναι μια σπάνια επιπλοκή του καρκίνου παχέος εντέρου η οποία προκαλεί εικόνα οξείας κοιλιάς και οδηγεί τον ασθενή επειγόντως στο χειρουργείο. Είναι συχνά η επιπλοκή των καρκίνων των εντέρων που έχουν πολυποειδή μορφή. Προκαλεί οξεία διάταση του παχέος εντέρου με χαρακτηριστική ακτινολογική εικόνα ειλεού. Ο πόνος και ο περιτοναϊκός ερεθισμός είναι έντονα χωρίς σχεδόν ποτέ να παρουσιάζουν ύφεση. Υπάρχουν συνήθως αιμορραγικές κενώσεις, πρώιμοι εμετοί, τεινισμός και στην ψηλάφηση είναι δυνατόν να ψηλαφηθεί η εγκολεασθείσα περιοχή του εντέρου. Είναι μια επιπλοκή που πάντοτε οδηγεί επειγόντως στο χειρουργείο και η χειρουργική συμπεριφορά πρέπει να είναι η ίδια που ακολουθείται και στα επείγοντα χειρουργεία με καρκίνο παχέος εντέρου.

12.1.2. Διάτρηση

Πολύ σπάνια ο καρκίνος παχέος εντέρου εκδηλώνεται με εικόνα διάτρηση μπορεί να συμβεί ή στο διατεταμένο τμήμα του παχέος εντέρου και σπανιότερα να διατηρηθεί ο ίδιος ο καρκίνος. Η κλινική εικόνα είναι δραματική και είναι αυτή της βαριάς περιτονίτιδος. Ο ασθενής θα πρέπει να οδηγηθεί άμεσα στο χειρουργείο. Οι χειρουργικές τεχνικές που ακολουθούνται είναι και εδώ οι κλασσικές για την αντιμετώπιση της οξείας απόφραξης του εντέρου. Η θνητότητα και οι επιπλοκές είναι πολύ υψηλές λόγω του εντερικού περιεχομένου που υπάρχει πλέον περιτοναϊκή κοιλότητα (Καρβέλας, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΔΙΑΤΡΟΦΗ

13.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία είναι οι μέθοδοι της σύγχρονης αντιμετώπισης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Το είδος της θεραπείας εξαρτάται κατά κύριον λόγο από το στάδιο της νόσου. Είναι χαρακτηριστικό ότι μέχρι πρότινος, παρά τις συνεχείς βελτιώσεις της θεραπευτικής αντιμετώπισης, δεν είχε γίνει δυνατή η παράταση της επιβίωσης των πασχόντων από καρκίνο του παχέος εντέρου. Τα τελευταία χρόνια ο συνδυασμός της χειρουργικής με την χημειοθεραπεία έχει δώσει ενδείξεις παράτασης της επιβίωσης (Καλατζής & Σκανδάλης, 1995).

Η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία συνήθως εναλλάσσονται. Σε αρχικά στάδια, η χειρουργική έχει τον πρώτο λόγο, ενώ σε τοπικά εκτεταμένη νόσο- ιδίως στο ορθό- η ακτινοθεραπεία έχει τη δυνατότητα να σμικρύνει τη μάζα και να διευκολύνει την επέμβαση, ώστε να καταστεί ριζικότερη. Η χημειοθεραπεία παίζει όλο ένα και σημαντικότερο ρόλο, κυρίως συμπληρωματικά αμέσως μετά την εγχείρηση. Είναι ίσως η πρώτη φορά που με το συνδυασμό χειρουργικής και χημειοθεραπείας έχει φανεί βελτίωση της επιβίωσης.

Αναμφίβολα, και στις προχωρημένες καταστάσεις, παρηγορητικές θεραπείες έχουν σημαντική θέση για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών αυτών (Κοσμίδης & Τριανταφυλλίδης, 1991).

Οι προεγχειρητικές εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας περιλαμβάνουν τη γενική αίματος, καθώς και τη μέτρηση των βιοχημικών και ηπατικών παραμέτρων. Οι εξετάσεις αυτές συνήθως επαρκούν. Η μέτρηση της τιμής του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) προεγχειρητικά είναι βοηθητική για τη μετεγχειρητική παρακολούθηση (follow-up) των ασθενών.

Η εκτομή του όγκου αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Στόχος της χειρουργικής θεραπείας είναι η αφαίρεση ολόκληρου του μακροσκοπικά εντοπιζόμενου όγκου. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του κόλου μπορούν να θεραπευτούν με εκτομή σε ένα χρόνο και

αναστόμωση. Το ορθό χωρίζεται σε τρία ίσα τμήματα. Οι όγκοι του υψηλότερου τρίτου αντιμετωπίζονται πιο αποτελεσματικά με χαμηλή πρόσθια εκτομή. Ένα ποσοστό των καρκίνων του χαμηλότερου τρίτου του ορθού και του πρωκτικού σωλήνα αντιμετωπίζονται καλύτερα μέσω κοιλιοπερινεϊκής εκτομής του ορθού και του πρωκτικού σωλήνα και εφαρμογή εν συνεχεία μόνιμης κολοστομίας. Μερικοί χαμηλά εντοπιζόμενοι και ευκίνητοι καρκίνοι, ειδικά σε ασθενείς με πτωχή χειρουργική προοπτική, είναι προτιμότερο να υποβάλλονται σε διαπρωκτική τοπική εκτομή (Marscall & Geraint, 2006).

13.1.1. Συμπληρωματική θεραπεία

Παρά το ότι η χειρουργική θεραπεία παραμένει η βασική θεραπευτική προσέγγιση, με δυνατότητα ίασης του καρκίνου του παχέος εντέρου, είναι προφανές ότι οι μισοί από τους αρρώστους βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο υποτροπής εξ' αιτίας της παρουσίας αφανούς νόσου ή μικρομεταστάσεων, και κατά συνέπεια επιβάλλεται να αναζητηθεί αποτελεσματική θεραπεία. Ως συμπληρωματική θεραπεία νοούμε το θεραπευτικό χειρισμό που ακολουθεί τη χειρουργική εξαίρεση του όγκου και αποσκοπεί στο να εξαλείψει τις μικροσκοπικές εστίες της νόσου, που τυχόν παρέμειναν στην περιοχή της αρχικής εμφάνισης του όγκου, καθώς και απομακρυσμένες μικρομεταστάσεις, που δεν ήταν δυνατόν να ανιχνευθούν κατά το χρόνο της επέμβασης. Έτσι, κύριο μέσο συμπληρωματικής θεραπείας, για τα περισσότερα κακοήθη νεοπλάσματα, αποτελεί η συμπληρωματική χημειοθεραπεία, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις κύριο ή και βοηθητικό ρόλο διαδραματίζει η ακτινοθεραπεία.

Η συμπληρωματική ακτινοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου εφαρμόζεται, είτε ως περιοχική ακτινοθεραπεία της κοίτης του όγκου και των γειτονικών περιοχών δυνητικής λεμφαδενικής επέκτασης, είτε ως ολική ακτινοθεραπεία της κοιλίας. Η συμπληρωματική ακτινοθεραπεία του παχέος εντέρου σχετίζεται με την εμφάνιση επιπλοκών που μπορούμε να τις κατατάξουμε σε πρώιμες και όψιμες (Πανάγος, 1995).

13.1.2. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία στο καρκίνωμα του παχέος εντέρου αποτελεί κύρια επικουρική μέθοδο ιδιαίτερα στα καρκινώματα του ορθού. Μπορεί να χορηγηθεί προεγχειρητικά, μετεγχειρητικά ή εγχειρητικά.

(α) Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Συνήθως χορηγείται σε όγκους T3 4-6 εβδομάδες πριν την εγχείρηση.

Στόχος είναι:

1. Να γίνει 'δυσνητικά' εξαιρέσιμος ο όγκος και
2. Να ελαττωθεί η πιθανότητα 'τοπικών' υποτροπών.

Μάλιστα έχει δείχθει ότι σε ασθενείς με καρκίνους του ορθού που υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική ακτινοθεραπεία ελαττώθηκε κατά 10-15% το ποσοστό των κοιλιοπερινεϊκών εκτομών και κατά 40% οι τοπικές υποτροπές.

(β) Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Συνήθως εφαρμόζεται 3-4 εβδομάδες μετά την χειρουργική επέμβαση. Κύριος στόχος η εξάλειψη των τοπικών υποτροπών.

(γ) Διεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Μέθοδος που εφαρμόζεται από το 1985. Αρχικά στην Ιαπωνία και κατόπιν στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. Γίνεται με την εισαγωγή ειδικών κώνων μέσα στο χειρουργικό πεδίο και την εφαρμογή δέσμης ηλεκτρονίων. Με την τεχνική αυτή χορηγούνται υψηλές δόσεις στο χώρο που εξαιρέθηκε το νεόπλασμα και είναι εφικτή η τοπική «αποστείρωση» (Σπηλιώτης, 1999).

Οι επιπλοκές και οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν λείπουν και μπορούμε να τις κατατάξουμε σε πρώιμες και όψιμες.

Πρώιμες:

- Ακτινοδερματίτιδα, ένας τοπικός ερεθισμός του δέρματος που διακρίνεται σε τρεις μορφές: ερεθυματώδης, φυσαλώδης και εσχαροποιητική
- Βλάβη του βλεννογόνου του οργάνου

Όψιμες:

- Υπέρχρωση του δέρματος
- Καρκίνος του δέρματος
- Βλάβη γεννητικών οργάνων
- Νεύρωση, λευχαιμία, βράχυνση χρόνου ζωής

Ακόμα η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως: γενική καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, απώλεια βάρους, πυρετικά δέκατα (Κουρούσης, 2001).

13.1.3. Χημειοθεραπεία

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

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

Συχνά η χημειοθεραπεία στο παχύ έντερο χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Η χορήγηση 5FU + λεβαμιζόλης μετά την εγχείρηση οδήγησε σε αύξηση κατά 10-15% της επιβίωσης στον καρκίνο, στάδιο C κατά Dukes. Τα αποτελέσματα αυτά οδήγησαν το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ (NIH) να εκδώσει ανακοίνωση προς τους ιατρούς που καθόριζε τις οδηγίες για συμπληρωματική θεραπεία στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού.

Τέλος, η χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ανοσοθεραπεία έχει εφαρμογή στις μεταστάσεις του καρκίνου του παχέος εντέρου στο ήπαρ ή στους πνεύμονες (Σπηλιώτης, 1999).

13.2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η κυριότερη απόδειξη για την δράση των περιβαλλοντικών παραγόντων υπάρχει στον ρόλο της διατροφής. Αν και η διατροφή είναι μια μεγάλη γαστρεντερική απόλαυση της δυτικής κοινωνίας και οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μια συγκεκριμένη δίαιτα επειδή σαφώς το έχουν επιλέξει αυτό δεν σημαίνει ότι είναι πάντοτε και η πιο σωστή.

Η σχέση μεταξύ διαίτας και υγείας έχει μακρά και σημαντική ιστορία. Ο Ιπποκράτης ήταν πεπεισμένος για το κέρδος της φυτοφαγίας, αλλά δεν είχε ανεβρεθεί κάποια συσχέτιση διαίτας και καρκίνου μέχρις ότου η ανθρωπότητα "νίκησε" τις λοιμώδεις νόσους, αυξήθηκε το προσδόκιμο επιβίωσης και έτσι έγινε ο

καρκίνος η μείζων αιτία θανάτου. Από το 1930 υπάρχουν μελέτες για την σχέση διαίτας και καρκίνων του πεπτικού.

Στην δεκαετία του '60 η προσοχή ήταν στραμμένη στον ρόλο του λίπους στην διατροφή, ενώ στην επόμενη δεκαετία ανεδείχθη η σπουδαιότητα της διαίτας με υπόλειμμα. Πιο πρόσφατα η προσοχή έχει στραφεί στα φρούτα και λαχανικά, ιδίως τις σαλάτες. Πολλές μελέτες έχουν εμφανισθεί διεθνώς με θέμα τη διατροφή και το καρκίνο και υπάρχει η αισιοδοξία ότι οι διαιτητικοί κανόνες είναι δυνατόν να ελαττώσουν την συχνότητα ανάπτυξης του καρκίνου και να επιβραδύνουν την εμφάνισή του.

Επιδημιολογικές μελέτες και έρευνες που έγιναν σε πειραματόζωα, έδειξαν ότι δίαιτες πλούσιες σε φυτικές ίνες προστατεύουν από την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου. Αν και ο προστατευτικός ρόλος των ινών δεν έχει τελείως αποσαφηνισθεί, η επιδημιολογία συνδέει την υψηλή πρόσληψη φυτικών διαιτητικών παραγόντων με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης νεοπλασμάτων παχέος εντέρου.

Ο προστατευτικός ρόλος των ινών συνίσταται σε αύξηση του όγκου των κοπράνων, σε διάλυση-αραίωση των ουσιών που προάγουν την καρκινογένεση, ενώ προωθούν την γρήγορη εξαφάνισή τους από τον οργανισμό ελαχιστοποιώντας την χρονική διάρκεια επαφής τους με τον βλεννογόνο ελαττώνοντας τον χρόνο διέλευσης από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Ο στόχος πρέπει να είναι να πεισθούν οι νεώτεροι υγιείς άνθρωποι να καταναλώνουν δίαιτες πλούσιες σε φρούτα και λαχανικά ώστε να μπορούμε να μιλάμε για πρόληψη στον καρκίνο, κάτι που έχει αποδειχθεί ότι δεν ισχύει για ηλικίες άνω των 60 ετών.



Εικόνα 13.1. Διατροφή πλούσια σε λαχανικά (<http://www.iator.gr>)

Η διατροφή του ανθρώπου περιέχει σημαντικό βαθμό καρκινογόνων, φυσικών, τεχνητών αλλά και αυτών που σχηματίζονται κατά το μαγείρεμα ή την συντήρηση των τροφίμων. Υπολογίζεται ότι ο άνθρωπος καταπίνει κάθε ημέρα 2-

2,5 γρ καμένης οργανικής ύλης με το μαγειρεμένο φαΐ. Σημαντικό μέρος της ύλης αυτής είναι καρκινογόνες χημικές ουσίες. Διατροφή πλούσια σε ζωικά λίπη, άλατα και πρωτεΐνες είναι υπεύθυνη για αυξημένα ποσοστά καρκίνων του παχέος εντέρου και του στομάχου.

Είναι χαρακτηριστικό ότι στην Ιαπωνία που τα τελευταία 15 χρόνια αυξήθηκε η κατανάλωση λίπους κατά 15%, ο καρκίνος του παχέος εντέρου παρουσίασε αύξηση κατά 130%. Στην Ελλάδα την 25ετία 1960-1985 δημιουργήθηκαν συγκεκριμένες διαχρονικές εξελίξεις που ευθύνονται για την αύξηση μερικών νεοπλασμάτων συνεπεία της διατροφής. Στην περίοδο αυτή η ημερήσια κατά κεφαλή θερμιδική πρόσληψη αυξήθηκε κατά 22%, αύξηση που οφείλεται κυρίως στο γάλα και γενικά τα γαλακτοκομικά είδη που η κατανάλωσή τους σημείωσε αύξηση κατά 339%, ενώ η χρήση βουτύρου και ζωικών λιπών αυξήθηκε κατά 239%.

Το γεγονός της μεταβολής της διατροφής και στην Ελλάδα προκάλεσε αύξηση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Σημειώνουμε ότι παράλληλα αυτά τα χρόνια είχαμε στην χώρα μας αύξηση του σωματομετρικού δείκτη και το ύψος αυξήθηκε κατά 7 εκ σε 15 χρόνια. Ο καφές, τα οινοπνευματώδη ποτά και η κατανάλωση συντηρημένων τροφών συμβάλουν σε μικρότερο αλλά σημαντικό βαθμό στην ανάπτυξη καρκίνων του πεπτικού συστήματος.

Με την λέξη διατροφή εννοούμε κάθε τροφή που εισέρχεται στο πεπτικό σύστημα και επομένως δεν είναι μόνο οι μηχανισμοί της καρκινογένεσης ενός μόνον διατροφικού παράγοντα αλλά η επίδραση πλείστων στην ενεργοποίηση και την προαγωγή των κυττάρων.

Υπάρχουν πολλά και συνεπή επιδημιολογικά στοιχεία σύμφωνα με τα οποία η μεγάλη κατανάλωση λαχανικών και φρούτων ασκεί όπως είπαμε ισχυρή προστατευτική δράση κατά πολλών μορφών καρκίνου και βέβαια και του παχέος εντέρου. Από τα λαχανικά και τα φρούτα, τα ωμά και φρέσκα δηλαδή το μαρούλι, τα φυλλώδη και τα λαχανικά της οικογένειας των αλλιοιδών (σκόρδο, κρεμμύδι) παρουσιάζουν συστηματική αρνητική σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Τα νωπά λαχανικά και φρούτα είναι οι κύριες πηγές βιταμίνης Α, C, E, ιχνοστοιχείων και φυτικών ινών.

Τα νιτρώδη και νιτρικά άλατα, που είναι αζωτούχες ενώσεις, χρησιμοποιούνται σαν συντηρητικά σε κρέατα και αλλαντικά και μπορούν να

μετατραπούν στο στομάχι σε νιτροδοενώσεις που θεωρούνται καρκινογόνες συνιστά στα ζώα. Αν και το Εθνικό Αντικαρκινικό Ίδρυμα των Η.Π.Α. συνιστά ένα πρόγραμμα '5 μερίδων ημερησίως' για φρούτα και λαχανικά, δεν είναι προς το παρόν δυνατό να υπάρξει ακρίβεια όσον αφορά την ποσότητα των φρούτων και λαχανικών που απαιτείται για να υπάρξει κάποια προστασία. Θα πρέπει να καταναλώνονται με κάθε γεύμα, αν αυτό είναι δυνατόν.

Τα σταθερά χαμηλότερα ποσοστά πολλών μορφών καρκίνων που αναφέρονται στις νότιες ευρωπαϊκές χώρες συνδέονται με τη λεγόμενη 'Μεσογειακή διατροφή', η οποία χαρακτηριστικά περιλαμβάνει λιγότερα συνολικά λίπη, ιδίως ζωικά και κρέατα και μεγαλύτερες ποσότητες ψαριών, ελαιολάδου, λαχανικών και φρούτων, ινών και σπόρων.

Ενώ υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι υπάρχει κάποια σχέση, έως σήμερα δεν έχει αυτή αποδειχθεί ικανοποιητικά. Αυτό όμως το είδος διατροφής συνιστάται τόσο για την αποφυγή του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου, όσο και άλλων χρόνιων παθήσεων. Όσον αφορά το θέμα της συμπληρωματικής διατροφής το συμπέρασμα είναι ότι υπάρχει δυνητικό όφελος από την χρήση αντιοξειδωτικών συμπληρωμάτων (βιταμινών, ιχνοστοιχείων κ.λπ.).

Επίσης πολλές μελέτες τα τελευταία χρόνια έχουν δείξει κάποια θετική σχέση μεταξύ προσλήψεως μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, ασπιρίνης, ασβεστίου, σεληνίου, σιδήρου και διαφόρων άλλων παραγόντων και μείωσης της συχνότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου. Τίποτε όμως δεν είναι πλήρως αποδεδειγμένο και δεν συνιστώνται συστηματικά.

Το υπερβολικό βάρος μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης και έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί αιτία αυξημένης θνησιμότητας. Το υπερβολικό βάρος αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου εκτός βέβαια από την αύξηση των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Σε μια μεγάλη μελέτη στις Η.Π.Α. με 750.000 συμμετέχοντες διαπιστώθηκε υψηλή θνησιμότητα από καρκίνο παχέος εντέρου, όπως και σε αντίστοιχη μελέτη στην Δανία επί 44000 ασθενών. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου γενικά αλλά και του παχέος εντέρου ήταν μεγαλύτερη κατά 16% από τον γενικό πληθυσμό (Κουρούσης, 2001).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

14.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

14.1.1. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται χειρουργικά

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου συνίσταται στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα. Η προεγχειρητική προετοιμασία συνίσταται σε:

- Γενική
- Τοπική και
- Τελική

A. Γενική προεγχειρητική προετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει:

α) Την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή. Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο και πρόκειται να χειρουργηθεί διακατέχεται από άγχος και φόβο για το άγνωστο. Πολύ περισσότερο, ο συγκεκριμένος ασθενής ο οποίος έχει να αντιμετωπίσει και το γεγονός της μόνιμης αναπηρίας. Καθήκον λοιπόν του νοσηλευτή είναι να ενημερώσει σχετικά τον ασθενή, να του εξηγήσει τι πρόκειται να συμβεί, με κατανοητά λόγια και σύμφωνα με το επίπεδο μόρφωσης του εκάστοτε ασθενή. Πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και να εξηγήσει όλες τις απορίες του σχετικά με την επέμβαση που θα γίνει.

Η νοσηλεύτρια, επειδή ξοδεύει πολύ χρόνο στη φροντίδα του αρρώστου και έρχεται σε επαφή με τους διάφορους ειδικούς εκ των πραγμάτων αποτελεί τον συντονιστή της νοσηλείας του πάσχοντος, είναι εκείνη όπου εκτιμά και αξιολογεί την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον, έτσι εκ των πραγμάτων πλέον παίζει τον πιο αποφασιστικό ρόλο στη συνεχιζόμενη νοσηλεία του αρρώστου και στην κατανόηση του αρρώστου και της οικογενείας του. Για να ανταποκριθεί όμως η νοσηλεύτρια επαρκώς στις νοσηλευτικές της υποχρεώσεις, πρέπει να έχει εμπειρία

στη νοσηλευτική, στην επίβλεψη και στη διοίκηση, γι' αυτό και κρίνεται απαραίτητη η συνεχής θεωρητική και κλινική εκπαίδευσή της (Τσιγκουράκος, 1991).

β) Την σωματική τόνωση. Χορηγείται τροφή πλούσια σε θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη και λίπη για την σημαντική τόνωση του οργανισμού και τη μείωση του περιεχομένου του εντέρου. Επίσης δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Ακόμη αρχίζει αντιβίωση για την προστασία του οργανισμού από λοιμώξεις και χορηγούνται αντισηπτικά του εντέρου από το στόμα ή με μορφή υποκλυσμών.

γ) Τη φροντίδα για να γίνουν όλες οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις καθώς και τα εργαστηριακά.

δ) Την καθαριότητα του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει την ατομική καθαριότητα και την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Το έντερο προετοιμάζεται για την εγχείρηση του με δίαιτες όπως τροφή με όσο το δυνατό λιγότερα υπολείμματα. Την παραμονή της επέμβασης γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί της μέρας της επέμβασης. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και ενημερώνει.

Όσο αφορά την καθαριότητα του σώματος την παραμονή γίνεται λουτρό καθαριότητας καθώς και αντισηψίας της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μολύνσεων (Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου, 2002).

ε) Εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου για την αποφυγή αϋπνίας και κόπωσης που μπορεί να οδηγήσει σε μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η αϋπνία είναι ένα σοβαρό ενόχλημα για τον ασθενή που προκαλείται από διάφορες αιτίες όπως είναι ο φόβος, η ανησυχία, ο πόνος, ο πυρετός, ο βήχας, η δύσπνοια και η γεμάτη με ούρα κύστη. Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ο θόρυβος, το φως και η θερμοκρασία μπορούν επίσης να διαταράξουν τον ύπνο.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην προαγωγή του ύπνου περιλαμβάνουν τα ακόλουθα νοσηλευτικά μέτρα:

1. τον έλεγχο του άγχους και των άλλων συμπτωμάτων,
2. τον έλεγχο των περιβαλλοντικών παραγόντων (Τσιγκουράκος, 1991).

B. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία

Είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου δηλαδή του μέρους του σώματος στο οποίο θα γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην αποτρίχωση, καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος για την αποφυγή μολύνσεων. Στην συγκεκριμένη επέμβαση το εγχειρητικό πεδίο περιλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του κορμού, από το ύψος των θηλών των μαστών μέχρι κάτωθεν της ηβικής σύμφυσης. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην καλή καθαριότητα του ομφαλού και των βουβωνικών πτυχών.

Γ. Τελική προεγχειρητική προετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει την παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή, το ντύσιμο του ασθενή μισή ώρα πριν από την καθορισμένη ώρα της επέμβασης με τη ρόμπα του χειρουργείου, τα ποδονάρια και τη σκούφια. Επίσης αφαιρούνται όλα τα ξένα σώματα (οδοντοστοιχίες) και τα κοσμήματα τα οποία παραδίδονται στους συγγενείς για φύλαξη. Τέλος γίνεται προνάρκωση η οποία έχει ήδη καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο. Μετά την προνάρκωση φροντίζουμε να ξαπλώσει ο άρρωστος και διατηρούμε περιβάλλον ήσυχο και χωρίς έντονο φωτισμό. Ο ασθενής είναι έτοιμος πλέον για τη μεταφορά του στο χειρουργείο όπου αν είναι δυνατόν τον συνοδεύει ο νοσηλευτής.

Όσο ο ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο ο νοσηλευτής φροντίζει να ετοιμαστεί ο θάλαμος κατάλληλα για να δεχτεί το χειρουργημένο άρρωστο. Η ετοιμασία περιλαμβάνει το στρώσιμο του κρεβατιού, χειρουργικό δηλαδή ανοιχτό από όλες τις πλευρές χωρίς μαξιλάρι και με αδιάβροχο στο πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων για να προστατευθούν από τυχόν εμέτους.

Επίσης στο κομοδίνο τοποθετείται πετσέτα, ποτήρι με νερό, port cotton, νεφροειδές και στο πλάι χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα. Προηγουμένως ο θάλαμος έχει καθαριστεί και διατηρείται σκοτεινός και δροσερός (Μαλγαρινού & Κωνσταντινίδου, 2002).

14.1.2. Μετεγχειρητική παρακολούθηση

Έχει υπολογισθεί ότι περίπου το 50% των αρρώστων που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για πρωτοπαθή καρκίνο του παχέος εντέρου αναπτύσσουν στη συνέχεια τοπική, περιοχική ή απομακρυσμένη υποτροπή.

Σχεδόν όλες οι υποτροπές εμφανίζονται τα πρώτα 5 χρόνια από την αρχική χειρουργική θεραπεία και περίπου το 80% ανιχνεύονται τα πρώτα 2 χρόνια.

Συνεπώς, ιδιαίτερα σημαντική είναι η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπευτική εγχείρηση για καρκίνο του παχέος εντέρου (Γολεμάτης & Γλυνατζής, 1995).

Πριν περάσουμε στην μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αξίζει να σημειώσουμε τις εξετάσεις που πρέπει να γίνονται μετεγχειρητικά και τον ρυθμό τους, για την πρόληψη κάποιας υποτροπής.

14.1.3. Φυσική εξέταση

Η φυσική εξέταση του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντική. Θα πρέπει να πραγματοποιείται κάθε 3 μήνες για τα δύο πρώτα χρόνια και κάθε 6 με 12 μήνες για τα 3 ακόλουθα χρόνια.

14.1.4. Αιματολογικές εξετάσεις

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι και ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος με την γενική εξέταση αίματος, τον πλήρη ηπατικό έλεγχο, καθώς και τον προσδιορισμό της καμπύλης του καρκινικού δείκτη CEA. Θα πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε 3 με 4 μήνες για τα δύο πρώτα χρόνια και κάθε 6 με 12 μήνες για τα επόμενα 3 χρόνια.

Αίμα κοπράνων

Τα κόπρανα του ασθενούς θα πρέπει να εξετάζονται για παρουσία αίματος κάθε 3 με 4 μήνες για τα πρώτα δύο χρόνια και κάθε 6 με 12 μήνες τα επόμενα 3 χρόνια.

Ακτινογραφία θώρακος

Ακτινογραφία θώρακος θα πρέπει να γίνεται σε όλους τους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, κάθε 6 μήνες για τα 2 πρώτα χρόνια και κάθε 12 μήνες για τα 3 επόμενα χρόνια.

Κολonosκόπηση

Η κολonosκόπηση είναι μια σημαντική εξέταση η οποία θα πρέπει να επαναλαμβάνεται μια φορά ετησίως.

Η κολonosκόπηση για παρακολούθηση εκτελείται κυρίως για τη διάγνωση τοπικής υποτροπής της νόσου αλλά και τη δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης μετάχρονης ανάπτυξης νεοπλασμάτων. Υπολογίστηκε ότι μετάχρονες αλλοιώσεις αναπτύσσονται στο 5% περίπου των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου που παρακολουθούνται για 5 χρόνια από την αρχική κολεκτομή.

Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως η κακή προετοιμασία του εντέρου ή η αδυναμία λήψεως αρκετού τμήματος του εντέρου για βιοψία καθιστούν την κολonosκόπηση μη αποτελεσματική πλήρως στη διάγνωση μετάχρονου νεοπλάσματος.

Αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία κοιλίας θα πρέπει να γίνεται μια φορά ετησίως. Πολλές φορές, η αξονική τομογραφία δε δύναται να ανιχνεύσει υποτροπές κάτω των 2 εκ. και αποτυγχάνει να ξεχωρίσει μεταξύ υποτροπιάζοντος όγκου και φλεγμονώδους διήθησης, ιδιαίτερα μετά από ακτινοβολία της ελάσσονος πυέλου.

Υπέρηχοι ήπατος

Το υπερηχογράφημα του ήπατος θα πρέπει να γίνεται κάθε 6 με 12 μήνες για 5 χρόνια. Οι ηπατικές μεταστάσεις, εμφανίζονται ταυτόχρονα με τον πρωτοπαθή καρκίνο του παχέος εντέρου στο 29-25% των ασθενών (Αλεξανδρής & Αποστολόπουλος, 2005).

14.1.5. Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Πρέπει να γίνεται από έμπειρο και επιδέξιο νοσηλευτή ο οποίος παρακολουθεί και αξιολογεί την κατάσταση του αρρώστου. Μόλις ο ασθενής μεταφερθεί στο τμήμα, τον παραλαμβάνει ένας νοσηλευτής και φροντίζει κατ' αρχήν για την σωστή τοποθέτησή του στο κρεβάτι. Η πιο συνήθης θέση είναι ύπτια με το κεφάλι στραμμένο στο πλάι. Γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων καθώς και

έλεγχος της κατάστασης του τραύματος. Ο άρρωστος παρακολουθείται συχνά μέχρι την αφύπνιση του και προφυλάσσεται κατάλληλα από τυχόν διεγέρσεις. Επίσης ελέγχονται ο καθετήρας κύστεως, αν υπάρχει, και ο ορός που φέρει ο ασθενής από το χειρουργείο.

Τα δύο πρώτα 24ωρα, ο ασθενής με κολοστομία δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Έχει σωλήνα Levin και παίρνει υγρά μόνο παρεντερικά. Μετά το δεύτερο 24ωρο ο ασθενής παίρνει υγρά και μόλις αρχίζει να λειτουργεί το έντερο εμπλουτίζεται βαθμιαία το διαιτολόγιό του. Εφόσον ο ασθενής δέχεται καλά τα χορηγούμενα υγρά, το Levin αφαιρείται και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση.

Όταν ο ασθενής έχει προσωρινή κολοστομία έχει μόνο τραύμα στα κοιλιακά τοιχώματα, ενώ στη μόνιμη κολοστομία μπορεί να φέρει και τραύμα στην έδρα από την περινεοτομή. Έτσι ο νοσηλευτής ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο με την τοποθέτηση αεροθαλάμου, καθώς και τη συχνή αλλαγή της θέσεως. Για την εύκολη μετακίνηση του ασθενή, χωρίς τη μετακίνηση του επιδεσμικού υλικού βοηθάει πολύ η τοποθέτηση επιδέσεως. Επίσης αργότερα γίνονται εδρόλουτρα για την καθαριότητα και την πιο σύντομη επούλωση του τραύματος.

Ο ασθενής με περινεοτομή έχει μόνιμο καθετήρα κύστεως, γι' αυτό ο νοσηλευτής φροντίζει για την ακριβή μέτρηση και καταγραφή των ούρων, καθώς και για την πρόληψη απόφραξης του καθετήρα και μόλυνσης της κύστης.

Στα πλαίσια της μετεγχειρητικής φροντίδας ασθενούς με κολοστομία περιλαμβάνεται και η φροντίδα για την **πρόληψη ορισμένων μετεγχειρητικών επιπλοκών**:

Πόνος. Για τον ασθενή ο πόνος είναι ένα εξαιρετικά δυσάρεστο και φοβηγόνο αίσθημα που αλλοιώνει την ψυχική του διάθεση και διαταράσσει καθοριστικά την ποιότητα της ζωής του. Για τον γιατρό και το νοσηλευτή είναι ένα εξαιρετικά δύσκολο διαγνωστικό και θεραπευτικό πρόβλημα. Η εξέλιξη της Ογκολογίας παράλληλα με τις νέες συσσωρευθείσες γνώσεις ανατομίας, φυσιολογίας, φαρμακολογίας και ψυχολογίας επέτρεψαν τη γνώση των μηχανισμών του πόνου του καρκινοπαθούς και επομένως την αιτιολογική αντιμετώπισή του (Τσιγκουράκος, 1991).

Δίψα. Η δίψα προέρχεται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, μετά τη νάρκωση, που προκαλείται από την ελάττωση των εκκρίσεων και τη

μείωση των υγρών του ασθενούς. Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις του στόματος.

Έμετος. Αποτελεί κι αυτός φυσιολογικό φαινόμενο μετά τη νάρκωση και συνήθως διαρκεί μέχρι την απονάρκωση του αρρώστου. Αν ο ασθενής κάνει εμέτους ο νοσηλευτής γυρίζει το κεφάλι του στο πλάι και του δίνει νεφροειδές. Μετά από κάθε έμετο το απομακρύνει, το καθαρίζει και φροντίζει για την καθαριότητα των κλινοσκεπασμάτων. Επίσης πλένει το στόμα του αρρώστου με νερό. Αν οι έμετοι συνεχίζονται, χορηγούνται αντιεμετικά ή γίνεται διασωλήνωση με Levin.

Αιμορραγία. Προκαλείται από μη καλή απολίνωση των αγγείων, τη μόλυνση του τραύματος, καθώς και από τις βίαιες κινήσεις του ασθενούς. Αν είναι εξωτερική, ο νοσηλευτής την αντιμετωπίζει με πιεστική επίδεση ενώ αν είναι εσωτερική, ειδοποιεί αμέσως το γιατρό, δε δίνει τίποτα από το στόμα, φροντίζει για την ετοιμασία αίματος από την αιμοδοσία, καθώς επίσης και για την ενδοφλέβια έγχυση ορού.

Μετεγχειρητικό shock. Είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Αντιμετωπίζεται με την ανύψωση του εγκεφάλου, με τη θέρμανση του αρρώστου με θερμοφόρες, καθώς και με τη χορήγηση καρδιοτονωτικών αίματος ή πλάσματος IV μετά από οδηγίες του γιατρού.

Διάταση στομάχου. Τα αίτια που προκαλούν αυτή την επιπλοκή είναι η υποτονία των μυών του στομάχου, η μείωση της λειτουργικότητας του στομάχου, η μείωση της κινητικότητας του ασθενή και η ελλιπής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής είναι μετεωρισμός της κοιλιάς, βάρος στο επιγάστριο, λόξιγκας, δύσπνοια και έμετοι. Η πρόληψη της επιπλοκής συνίσταται στην καταπολέμηση των αιτιών.

Τυμπανισμός κοιλιάς. Είναι η συσσώρευση των αερίων στο παχύ έντερο. Προκαλείται από την υποτονία των μυών και αδράνεια του εντέρου, από ελλιπή καθαριότητα του εντερικού σωλήνα και από την λήψη τροφών που προκαλούν αέρια. Ο ασθενής υποφέρει από μετεωρισμό της κοιλιάς και κολικούς πόνους που προέρχονται από την κυκλοφορία των αερίων που δεν μπορούν να αποβληθούν.

Η ανακούφιση του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Ø Ελαφρά στροφή στο πλάι.
- Ø Τοποθέτηση σωλήνα αερίων και θερμοφόρας στο επιγάστριο.

Κατακλίσεις. Είναι από τις πιο συχνές επιπλοκές των χειρουργημένων ασθενών. Οφείλεται στην παρατεταμένη κατάκλιση, στον περιορισμό των κινήσεων, σε συνεχή πίεση των μελών του σώματος, και στην κακή κυκλοφορία. Άλλοι παράγοντες που συντελούν είναι η εξασθένηση του οργανισμού, η ύπαρξη αντικειμένων στο κρεβάτι καθώς και τα βρεγμένα από ούρα κλινοσκεπάσματα.

Η πρόληψη των κατακλίσεων είναι αναγκαία, γιατί η θεραπεία τους είναι δύσκολη και μακροχρόνια. Συνίσταται στη συχνή αλλαγή θέσεως, σε εντριβές στα πιεζόμενα μέρη, στην αλλαγή των λευχειμάτων όταν βραχούν και στην ενίσχυση του οργανισμού με τη χορήγηση τροφής ανωτέρας βιολογικής αξίας.

Ευνόητο είναι ότι ο νοσηλευτής που νοσηλεύει χειρουργημένο ασθενή, θα φροντίσει ώστε να προβληθούν έγκαιρα αυτές οι επιπλοκές που τόσο θα ταλαιπωρήσουν τον άρρωστο αν εμφανιστούν και προστεθούν στην ήδη βεβαρημένη κατάστασή του. Αλλά και αν για οποιοδήποτε λόγο εμφανισθεί κάποια επιπλοκή, ο νοσηλευτής με τις γνώσεις και την πείρα του καθώς και με την καθοδήγηση του γιατρού, θα φροντίσει να εξαλειφθούν όσο το δυνατό γρηγορότερα και με λιγότερες συνέπειες.

14.1.6. Έλεγχος συμπτωμάτων

Οι κυριότερες επιπτώσεις που συνήθως παρουσιάζονται σε ασθενείς με καρκίνο είναι ο πόνος, η καταβολή των δυνάμεων, η ανορεξία, η αϋπνία και η κακοσμία, τα οποία αποθαρρύνουν τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά στις ευχάριστες δραστηριότητες της ζωής.

Η αξιολόγηση και αντιμετώπιση αυτών των επιπλοκών αποτελούν νοσηλευτική πρόκληση, επειδή μπορεί να υποδηλώνουν σημεία επιδείνωσης της νόσου ή παρενέργειες από την εφαρμογή της θεραπείας ώστε να προληφθούν έγκαιρα για να μην προστεθούν στην ήδη βεβαρημένη κατάσταση του ασθενή (Τσιγκουράκος, 1991).

Η νοσηλευτική φροντίδα σε άτομα με κολοστομία δεν επικεντρώνεται μόνο στη φροντίδα που παρέχεται στο χώρο του νοσοκομείου, σημαντικό ρόλο παίζει η διαπαιδαγώγηση του ασθενή κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα βοηθήσει τόσο στην ψυχική του ηρεμία όσο και στην επανένταξή του στην κοινωνία. Να καταστήσει δηλαδή το άτομο σε ωφέλιμο και ενεργό μέλος της.

Η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας συνεπάγεται για τον άνθρωπο απώλειες και αλλαγές, που μπορεί να είναι βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές. Το άτομο ίσως χάνει τον πλήρη έλεγχο στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής, την ισορροπία στις σχέσεις και την επικοινωνία με τους φίλους και την οικογένειά του, την αίσθηση του υγιούς ανθρώπου, και τέλος τον έλεγχο στις σωματικές του λειτουργίες, όπως αυτόν της αφόδευσης.

Η αντίληψη του σωματικού του ειδώλου όχι απλά απειλείται, αλλά είναι πραγματικότητα η αλλαγή του με όλες τις ψυχολογικές επιπτώσεις, όχι μόνο στο ίδιο το άτομο αλλά και στο περιβάλλον του.

Γίνεται έτσι σαφής και επιτακτική η ανάγκη ενίσχυσης, κατανόησης, υποστήριξης, εκπαίδευσης και ενημέρωσης, όχι μόνο των ασθενών αλλά και του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Πολλοί ασθενείς (92%) έχουν αρνητική αντίληψη της καταστάσεώς τους, εξαιτίας της οποίας νομίζουν ότι δεν μπορούν πλέον να ζήσουν μια φυσιολογική και δραστήρια ζωή.

Είναι καθήκον του νοσηλευτή να τους τονίσει ότι χιλιάδες είναι οι άνθρωποι που βρέθηκαν στη θέση τους και ένοιωσαν τους ίδιους φόβους. Κι όμως έχουν αναρρώσει πλήρως και συνεχίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες (Σαββοπούλου, 1991).

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών (96%) με κολοστομία αισθάνεται αδυναμία ανταπόκρισης στο ρόλο τους, όχι μόνο ως παράγοντα οικονομικής στήριξης της οικογένειας, αλλά και ως προς την ανατροφή των παιδιών, τις σπουδές τους, την οικονομική ενίσχυση και αποκατάστασή του.

Αν λάβουμε δε υπόψη μας ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει άτομα ηλικίας περίπου 50 ετών και άνω –δηλαδή στην πιο παραγωγική τους ηλικία– το ερώτημα που τίθεται είναι, μπορούν οι άνθρωποι αυτοί να συνεχίσουν την συνήθη εργασία τους; Έχουν προγράμματα αποκατάστασης κολοστομημένων ατόμων; Είναι πάντως πρόβλημα αν η εργασία τους έχει σχέση με ανύψωση ή τράβηγμα βαρών.

Ως προς τις οικονομικές δε συνέπειες οι αριθμοί δείχνουν, ότι στην κοινωνία μας ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού έχει σημαντική συμμετοχή στην

δαπάνη για την φροντίδα της υγείας και την ταλαιπωρία των ανθρώπων. Η τεχνολογία σήμερα στηρίζει την ποιότητα της ζωής, και με την εφευρετικότητα του ο άνθρωπος κατόρθωσε να διασώσει την ακεραιότητα του εντέρου. Πολλές φορές, όμως, η ριζικότητα της χειρουργικής επέμβασης μπορεί να προκαλέσει βλάβες και σεξουαλική δυσλειτουργία, που μπορεί να φτάσει μέχρι την ανικανότητα με όλες τις συνέπειες στον ψυχικό κόσμο του ατόμου.

Η ποιότητα της ζωής των ατόμων, που υποβάλλονται σε ριζική θεραπευτική αντιμετώπιση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού, πρέπει θεωρητικά να μένει αλώβητη. Αυτό όμως δεν είναι πάντοτε κατορθωτό, ιδιαίτερα όταν ο καρκίνος εντοπίζεται πολύ χαμηλά στο ορθό, και είναι απαραίτητο να γίνει ακρωτηριαστική εγχείρηση και δημιουργία μόνιμης κολοστομίας.

Πώς όμως θα αντεπεξέλθει το άτομο στον καινούριο τρόπο αφόδευσης, που μέχρι τώρα ήταν μια τόσο προσωπική λειτουργία του οργανισμού του;

Είναι σαφές και κατανοητό το πόσο σημαντική είναι η συμβολή του νοσηλευτή στην ενίσχυση της δυνατότητας αυτοφροντίδας των ατόμων με κολοστομία. Διότι η αυτοφροντίδα δίνει μεν στο άτομο την δυνατότητα να περιποιείται μόνος του την κολοστομία, εμπεδώνει δε έτσι το αίσθημα αισιοδοξίας και πίστης στις ικανότητές του, γεγονός που συμβάλλει στην θετική και πάλι ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.

Σχετικές έρευνες αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς, που τους έγινε διδασκαλία πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση, παρέμειναν λιγότερο χρόνο στο νοσοκομείο, παρουσίασαν λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, υπέφεραν λιγότερο πόνο, και επανήλθαν στο κοινωνικό σύνολο και τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες, πιο σύντομα από αρρώστους που δεν τους έγινε καμία διδασκαλία.

Στις μέρες μας τα επιτεύγματα της σύγχρονης τεχνογνωσίας και τεχνολογίας, ενισχύουν την προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας της ζωής των ανθρώπων αυτών. Ο άρρωστος πρέπει να είναι σε θέση να αλλάζει τον σάκο της κολοστομίας και να την περιποιείται, διότι η αφόδευση είναι ανεξέλεγκτη, γίνεται αυτόματα, χωρίς την βούληση του ατόμου. Η συχνή φροντίδα διευκολύνεται με τη χρήση ειδικού σάκου, που διαθέτει ειδικό κολλητικό δύο υλικών και αντιϊδρωτικό κάλυμμα. Ακόμα ο σάκος διαθέτει ειδικό «παράθυρο» για να είναι δυνατή η επιθεώρηση, αλλά και η εργασία στο στόμιο χωρίς την αλλαγή του σάκου.

Βασική είναι και η περιποίηση του δέρματος γύρω από την κολοστομία για να αποφεύγεται η δερματίτιδα. Σήμερα ειδικά προϊόντα χρησιμοποιούνται ευρύτατα, όπως αυτά του ειδικού γαλακτώματος για τον καθαρισμό του δέρματος γύρω από το στόμιο, της αδιάβροχης μεμβράνης που προστατεύει το δέρμα από ερεθισμούς επιτρέποντάς το να αναπνέει, ειδικής κρέμας που τα συστατικά της –όπως η παραφίνη, κυκλομεθικόνη και γλυκερίνη- όχι απλά προστατεύουν και θεραπεύουν το δέρμα, αλλά διατηρούν και το pH του δέρματος φυσιολογικό.

Με όλα αυτά τα σύγχρονα βοηθήματα εξασφαλίζεται κένωση του εντέρου σχεδόν φυσιολογική, με ελευθερία διατροφής και ενδυμασίας, και δραστηριοποίηση του ατόμου κοινωνικά και επαγγελματικά.

Ως προς την άσκηση μελέτες έχουν δείξει ότι η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται, έχουν σχέση με πολλές αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα της ζωής των ατόμων αυτών. Μερικές από αυτές είναι η μείωση της λειτουργικής ικανότητας, δυσκολίες στον ύπνο, κόπωση, ναυτία, πόνος, κατάθλιψη, αρνητική αντίληψη του σωματικού ειδώλου και της αυτοεκτίμησης. Σήμερα παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικού χαρακτήρα, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η συμβουλευτική, χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν τους κολοστομηθέντες ανθρώπους να αναρρώσουν. Μια παρέμβαση που της δόθηκε πολλή προσοχή και σημασία είναι η φυσική άσκηση. Πρόσφατες μελέτες πάντως έχουν υπογραμμίσει ότι η φυσική άσκηση προάγει την ποιότητα της ζωής, βελτιώνοντας την φυσική, λειτουργική, συναισθηματική και κοινωνική ευεξία των ατόμων με μόνιμη κολοστομία.

Αξίζει επίσης να υπογραμμισθεί ότι οι άνθρωποι με την δημιουργία μόνιμης κολοστομίας αισθάνονται την ανάγκη να στραφούν, εκτός από τον γιατρό, και προς τους άλλους, να συζητήσουν μαζί τους για τα προβλήματά τους, το σώμα τους και τον νέο τρόπο της καθημερινής τους ζωής. Αν αυτοί οι «άλλοι» είναι άνθρωποι που βρίσκονται στην ίδια θέση με εκείνους, τότε οι εμπειρίες και οι συμβουλές τους είναι πολύτιμες. Ενισχύεται η αυτοπεποίθησή τους και το θάρρος τους και μειώνεται το άγχος τους. Αισθάνεται ότι μπορούν να συνεχίσουν να προχωρούν –στην αρχή με μικρά βήματα, κι αργότερα πιο θαρρετά- στον μέχρι τώρα οικείο δρόμο της ζωής με διάθεση ψυχική και ισορροπία (Σαββοπούλου, 2004).

14.1.7. Διδασκαλία ασθενούς

Όπως αναφέραμε και παραπάνω η **διδασκαλία ασθενούς** είναι αναπόσπαστο τμήμα της δουλειάς του νοσηλευτή και παρέχεται για τις ακόλουθες καταστάσεις:

1. Έλεγχος κακοσμίας

- Αποφυγή σιτιών που δημιουργούν οσμές (κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, αυγά, ψάρια, φασόλια).
- Το γιαούρτι, ο χυμός ενός είδους μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών.
- Οι οσμές μπορεί να τεθούν κάτω από έλεγχο με λήψη ενός ή δύο δισκίων υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και προ του ύπνου.

2. Έλεγχος αερίων

- Η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται, σε φαγητά με πολλά καρυκεύματα και στα αεριούχα ποτά.
- Αποφυγή σιτιών που δημιουργούν αέρια: φασόλια, λαχανικά, κρεμμύδια, ραδίκια, αγγούρια

3. Δίαιτα

- Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων, καλή μάσηση της τροφής.
- Εξατομίκευση της διαίτας, ώστε να είναι πλήρης και να μην δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα.
- Τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μπύρα μπορεί να ενεργήσει ως υπακτικό και να δημιουργήσει αέρια.

4. Ενδυμασία

- Μπορεί να φορεθεί ζώνη, πρέπει όμως να είναι μεγαλύτερου μεγέθους για να δέχεται και το σάκο.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιό. Για τους άντρες είναι προτιμότερο το μαγιό σε σορτς, ενώ για τις γυναίκες με φούστα.

5. Φάρμακα

- Οι ειλεοστομημένοι δεν πρέπει να παίρνουν υπακτικά και φάρμακα με κάλυμμα που διαλύεται στο έντερο.

6. Ταξίδια

- Δεν αντενδεικνύεται το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, αρκεί να έχει μαζί του ο άρρωστος το κουτί φροντίδας στομίου.
- Οι κολοστομημένοι που κάνουν πλύση, μπορούν να χρησιμοποιήσουν πόσιμο νερό.
- Οι ειλεοστομημένοι να έχουν μαζί τους αντιδιαρροϊκό φάρμακο.

7. Σπορ

- Επιτρέπεται η συμμετοχή σε όλα τα είδη σπορ.
- Προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν στη συμμετοχή σε σπορ επαφής, όπως το ποδόσφαιρο.

8. Σεξουαλική λειτουργία

- Το 10-20% περίπου των ειλεοστομημένων ανδρών βιώνουν διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας. Σε πολλούς η κατάσταση είναι παροδική.
- Η σεξουαλική λειτουργία των κολοστομημένων αρρώστων ποικίλλει από πλήρη ικανότητα μέχρι πλήρη ανικανότητα.
- Σε πολλές περιπτώσεις ξαναποκτάται η ικανότητα, αυτό όμως μπορεί να απαιτήσει δύο χρόνια.

9. Εγκυμοσύνη

- Το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη.
- Είναι απαραίτητη η προσεκτική ιατρική παρακολούθηση. Το μέγεθος του στομίου αλλάζει καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και μαζί με τη μεταβολή στο σχήμα της κοιλίας, μπορεί να απαιτηθεί προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό για το στόμιο.

10. Ύπνος

- Οποιαδήποτε σχέση μπορεί να ληφθεί κατά τον ύπνο.

11. Απόφραξη

- Γνώση σημείων και συμπτωμάτων, πληροφόρηση γιατρού ή θεραπευτή, αν είναι απαραίτητο (Σαχίνη & Πάνου, 2000).

Καταλήγουμε, λοιπόν, στο συμπέρασμα ότι η διδασκαλία βοηθάει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η διατήρηση δε της ποιότητας της ζωής –συμπεριλαμβανομένης της φυσικής, ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργικότητας-

θα πρέπει να είναι τόσο ιατρονοσηλευτική, όσο και ανθρωπιστική προτεραιότητα (Σαββοπούλου, 2004).

14.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χημειοθεραπευτικά χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις που οι άλλες μέθοδοι δεν μπορούν να βοηθήσουν ή σε συνδυασμό με αυτές. Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών και ορισμένα προκαλούν διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

Αλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες και πολλές κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία και σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών (Παυλίδης, 1992).

Η νοσηλευτική φροντίδα συνίσταται στην άρση αυτών των προβλημάτων και την ανακούφιση του αρρώστου. Αυτή περιλαμβάνει:

- Ενημέρωση, προετοιμασία και ψυχική υποστήριξη του ασθενούς.
- Χορήγηση αντιεμετικών
- Συχνά, μικρά γεύματα καθώς και επαρκής ενυδάτωση.
- Προστασία του αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον κτλ)
- Λήψη μέτρων για να μην έρθει το φάρμακο σε επαφή με το δέρμα.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα.

Μια από τις κύριες ευθύνες του νοσηλευτή είναι η ακριβής χορήγηση των φαρμάκων και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, καθώς και η πρόληψη των παρενεργειών και η προφύλαξη του ασθενή και του εαυτού του.

14.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία σπάνια χρησιμοποιείται μόνη της σαν μέθοδος θεραπεία. Πιο συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τις άλλες μεθόδους, και παρηγορητικά για υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση του αρρώστου που παρουσιάζει ναυτία και εμέτους περιλαμβάνει τη χορήγηση ηρεμιστικών και αντιεμετικών, τη χορήγηση τροφής υψηλής θερμιδικής αξίας, σε μικρά και συχνά γεύματα καθώς και τη λήψη πολλών υγρών.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει αντιδράσεις από το δέρμα, ο νοσηλευτής παρατηρεί για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση και χορηγεί ουδέτερες κρέμες, γίνεται πλύση του δέρματος με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό και προστατεύεται το δέρμα από την υψηλή θερμοκρασία, την ηλιακή ακτινοβολία καθώς και από τραυματισμούς και τριβές.

Σε περίπτωση διάρροιας χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα και δίαιτα με μικρό υπόλειμμα (Κυπαρισσιάδης, 2004).

Κολοστομία

A. Σε μια κολοστομία, τμήμα του κόλου διαπερνά το δέρμα του κοιλιακού τοιχώματος για να σχηματίσει ένα τεχνητό άνοιγμα που ονομάζεται στόμιο. Τα κόπρανα αποβάλλονται μέσα από το στόμιο σε σακούλα μιας χρήσης. Η κολοστομία γίνεται μετά την κολεκτομή και μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη. Η προσωρινή κολοστομία διενεργείται αν μικρό τμήμα του κόλου αφαιρεθεί για να επιτρέψει έτσι στα επανασυνδεδεμένα άκρα να θρέψουν χωρίς να περνούν κόπρανα μέσα από την περιοχή. Η μόνιμη κολοστομία απαιτείται όταν αφαιρεθεί ένα μεγάλο τμήμα του κόλου και μέρος του ορθού.

- **Προσωρινή κολοστομία**

Η τομή γίνεται σε μια αγκύλη του κόλου και τα άκρα της αγκύλης ράβονται στην επιφάνεια του δέρματος. Όταν τα επανασυνδεδεμένα άκρα του κόλου έχουν ιανθεί τότε η κολοστομία κλείνεται και το κόλον επιστρέφει κάτω από το δέρμα.

- **Μόνιμη κολοστομία**

Το αποκομμένο άκρο του κόλου περνά μέσα από το κοιλιακό τοίχωμα. Τα άκρα κατόπιν ράβονται στην επιφάνεια του δέρματος για να δημιουργήσουν ένα μόνιμο άνοιγμα στο δέρμα. Ο φυσιολογικός τρόπος κένωσης δεν είναι πλέον δυνατός («Ιατρική στον 21^ο αιώνα», 2000).

B. Περιποίηση κολοστομίας

Η αλλαγή του τραύματος αποτελεί καθήκον του νοσηλευτή, πρέπει να γίνεται άσηπτα τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες και στη συνέχεια γίνεται με καθαρά αλλά όχι αποστειρωμένα αντικείμενα.

Κάθε φορά που υπάρχει κένωση πρέπει να αλλάζεται, αυτό μπορεί να συμβεί παντού, γιατί η κένωση γίνεται άδηλα γι' αυτό ο νοσηλευτής που βρίσκεται σε μια κοινότητα με τέτοιο περιστατικό δεν θα πρέπει να επαναπαύεται, αλλά έχει χρέος να διδάξεις το άτομο πώς να περιποιείται το τραύμα και να ζει μ' αυτό.

Τα αντικείμενα που χρησιμοποιούμε για την αλλαγή και την περιποίηση της κολοστομίας είναι τα εξής:

- Παραβάν για την προστασία του αρρώστου από τα αδιάκριτα βλέμματα
- Λεκάνη και κανάτα με χλιαρό νερό
- Νεφροειδές, τρίφτη, σαπούνι
- Τετράγωνο αδιάβροχο
- Φιαλίδια με αιθέρα, βενζίνη και φυσιολογικό ορό
- Βαμβάκι και γάζες
- Set αλλαγής που περιλαμβάνει: 1 λαβίδα, 1 ψαλίδι, γάζες
- Προστατευτική αλοιφή για την αποφυγή δερματίτιδας από τα εντερικά υγρά
- Σπάτουλα για την επίστρωση της αλοιφής και λευκοπλάστ.

Ο τρόπος νοσηλείας έχει ως εξής:

Τοποθετούμε το παραβάν γύρω από το κρεβάτι του αρρώστου και τακτοποιούμε τα κλινοσκεπάσματα, διπλώνοντας το παπλωματάκι προς τα κάτω. Σε μια καρέκλα τοποθετούμε την λεκάνη, την κανάτα, τον τρίφτη και το σαπούνι. Τοποθετούμε το τετράγωνο αδιάβροχο και ένα νεφροειδές στρωμένο με βαμβάκι, δίπλα στο σώμα του αρρώστου και αφαιρούμε την ακάθαρτη συσκευή τεντώνοντας το δέρμα με το ένα χέρι. Αν υπάρχουν κόπρανα πάνω στην κολοστομία, ξεπλένουμε

με άφθονο φυσιολογικό ορό και συνεχίζουμε με την περιποίηση του υγιούς δέρματος. Σαπουνίζουμε το δέρμα γύρω από την κολοστομία, ξεπλένουμε και στεγνώνουμε πολύ καλά. Επαλείφουμε την προστατευτική αλοιφή και με μια γάζα βρεγμένη με φυσιολογικό ορό επαλείφουμε την ίδια την κολοστομία. Κατόπιν εφαρμόζουμε την καθαρή συσκευή. Στην συνέχεια συγκεντρώνουμε και απομακρύνουμε το υλικό που χρησιμοποιήσαμε, αφαιρούμε το παραβάν και αερίζουμε το θάλαμο. Επίσης για την εξουδετέρωση της κακοσμίας μπορεί να χρησιμοποιήσουμε κάποιο αποσμητικό spray.

Γ. Πλύση με υποκλυσμό

Χρησιμοποιούμε τα εξής:

- Συσκευή πλύσεως (δοχείο ή σάκο, σωλήνας, συνδετικό, ιριγκατέρ)
- Καθετήρα
- Διάλυμα θερμοκρασίας 40-40,5 C
- Βαζελίνη για την λίπανση του καθετήρα
- Χαρτοβάμβακα για τον καθαρισμό της κολοστομίας πριν και μετά την πλύση
- Χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα
- Γάζες

Κατά προτίμηση ο ασθενής είναι σε καθιστική θέση και ενθαρρύνεται να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Κάθε τι που γίνεται του εξηγείται με απλά και κατανοητά λόγια.

Λιπαίνουμε τον καθετήρα με βαζελίνη για τη μείωση των τριβών και τον εισάγουμε 2-3 cm στην αρχή. Το διάλυμα εισάγεται στο έντερο. Προοδευτικά εισάγουμε τον καθετήρα μέχρι 6-8 cm. Αρχικά το ποσό του διαλύματος είναι 500 cc και βαθμιαία αυξάνεται μέχρι τα 1500cc. Το είδος του διαλύματος μπορεί να είναι σαπουνούχο νερό ή φυσιολογικός ορός. Η πλύση μπορεί να γίνεται καθημερινά ή κάθε 3 μέρες. Η όλη διαδικασία διαρκεί 30-45' Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διδάξει τον ασθενή ότι ο ρυθμός ροής του διαλύματος ποικίλει ανάλογα με την πίεση και τη διάμετρο του σωλήνα, και ότι η πίεση εξαρτάται από το ύψος του δοχείου. Έτσι όταν επιθυμείται αυξημένη πίεση το δοχείο ανυψώνεται ενώ στην περίπτωση που θα εμφανίσουν κοιλιακά άλγη το ύψος μειώνεται.

Ο σκοπός της πλύσης της κολοστομίας είναι η απομάκρυνση των κοπρανωδών μαζών από το περιφερικό τμήμα του εντέρου (Σαχίνη & Πάνου, 2000).

Δ. Δίαιτα ασθενούς με κολοστομία

Αρχικά η δίαιτα που ακολουθεί ο ασθενής είναι υδρική (σούπες, τσάι). Προοδευτικά η δίαιτα περιλαμβάνει περισσότερα είδη τροφών, αλλά πάντα με μικρό υπόλειμμα. Στην αρχή η αυστηρή δίαιτα είναι απαραίτητη στην συνέχεια όμως καθίσταται περισσότερο ελεύθερη. Τροφές που επιτρέπονται σε ασθενή με κολοστομία είναι τα ωμά φρούτα και λαχανικά, ψωμί, δημητριακά, ρύζι, πατάτες, σούπες, τυρί, διάφορες κρέμες, χυμός πορτοκαλιού, ψάρια. Τρόφιμα που δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο διαιτολόγιο του ασθενούς είναι αυτά που προκαλούν αέρια (όσπρια κ.λπ.), τα άγουρα φρούτα, τα τηγανητά καθώς και τα πολλά καρυκεύματα και σάλτσες. Επίσης απαγορεύεται η λήψη τροφής σε υπερβολική ποσότητα και σε ακανόνιστες ώρες. Το διαιτολόγιο αυτό συνιστάται μετά την πάροδο δύο μηνών και εφόσον ο έλεγχος των κενώσεων είναι ικανοποιητικός.

14.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ο καρκινοπαθής αποτελεί ειδική περίπτωση ασθενή. Ο καρκινοπαθής θεωρείται ότι δεν έχει πλέον κανένα μέλλον για την ζωή και η ζωή του θα είναι μια ταλαιπωρία για τον ίδιο και την οικογένειά του. Η αντίληψη αυτή είναι εσφαλμένη και θα πρέπει να αποβάλλονται. Οι νοσηλεύτριες, οι γιατροί και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό, θα πρέπει να δίδουν καθημερινά θάρρος στον ασθενή και να του δίδουν την δυνατότητα να παλέψει για μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Δεν θα πρέπει κατά την γνώμη μου να λέγεται ή να δείχνετε από τους γιατρούς από τι πάσχει ο άρρωστος. Θα πρέπει πάντοτε να προσπαθούμε με τις κατάλληλες συζητήσεις να δημιουργούμε ευχάριστη διάθεση για ζωή, για δουλειά, και ενδιαφέρον για ευχάριστες απασχολήσεις (Hobby). Θα πρέπει με αφοσίωση να περιποιούμενα τις κολοστομία, τραχειοτομίες, καθετήρες, κατακλίσεις και τα τραύματα του καρκινοπαθούς. Θα πρέπει να τον βοηθάμε στην ψυχαγωγία μέσα στο νοσοκομείο για την επιλογή βιβλίων, προγραμμάτων τηλεόρασης κ.λπ.

Η επαναδραστηριοποίηση των αρρώστων με κακοήθη νεοπλάσματα είναι σοβαρή υπόθεση που αναλαμβάνει η ογκολογική ομάδα ούτως ώστε να βοηθούν τους καρκινοπαθείς να ξαναβρούν όσον το δυνατόν (μετά την μακρά συνήθως νοσηλείας τους) τις φυσικές, διανοητικές, κοινωνικές, επαγγελματικές και οικονομικές δραστηριότητές τους.

Το ζεστό οικογενειακό περιβάλλον, οι φίλοι και οι συγγενείς είναι προτιμότερο από το οτιδήποτε πολυτελές και απρόσωπο προσωπικό του καλύτερου νοσοκομείου, για τα τελικά στάδια εξέλιξης της νόσου (Ντολατζάς, 2002).

Είναι λοιπόν επιτακτική ανάγκη για όλους εμάς που εργαζόμαστε για τον άρρωστο να εξασφαλίσουμε την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια στο άτομο που υποφέρει από μια θανατηφόρα αρρώστια όπως ο καρκίνος.

Για να γίνει αυτό, χρειάζεται καταρχήν ο νοσηλευτής να εμβαθύνει και να καταλάβει πως αυτός ο άρρωστος νοιώθει, ποιες είναι οι εμπειρίες του, ποιες οι επιδράσεις, ποιες οι ιδιαίτερες του ανάγκες και πως μπορούν να ικανοποιηθούν. Το άτομο το οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη, λοιπόν, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από την φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα, κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία εγκατάλειψη, η παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας.

Τις περισσότερες φορές οι καρκινοπαθείς άρρωστοι υποψιάζονται την πραγματική φύση της αρρώστιας τους, αλλά σε ποιόν να μιλήσουν αν δεν αισθάνονται σιγουριά ότι θα πάρουν μια αληθινή απάντηση στην ερώτησή τους; Και γεννάται το ερώτημα. Πρέπει να γνωρίζει την διάγνωση της αρρώστιας του ο άρρωστος με καρκίνο; Η ερώτηση αυτή έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμη γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά του, για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τους νοσηλευτές. Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο συχνά εξαρτάται από την ψυχοσύνθεσή του και το χαρακτήρα του, από την φιλοσοφία του για την ζωή και τις απόψεις του γύρω από την ζωή και τον θάνατο.

Η απόκρυψη της διάγνωσης της αρρώστιας ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος πολλές φορές πληροφορείται την αρρώστια του από άλλους αρρώστους, επισκέπτες από τον γιατρό ή την νοσηλεύτρια με αποτέλεσμα ο

τρόπος αυτός ενημέρωσής του να κλονίζει την πίστη και την εμπιστοσύνη του στο γιατρό και τον νοσηλευτή. Εφόσον ο άρρωστος αγνοεί την αρρώστια, φυσικό είναι να μην ακολουθεί την θεραπεία, που πολλές φορές δεν έχει λογική σύνδεση με την διάγνωσή της καθώς και τις περιοδικές ιατρικές εξετάσεις του. Μεταξύ των δικαιωμάτων του αρρώστου είναι να γνωρίζει την αρρώστια του και να βοηθιέται από την ομάδα υγείας να παίρνει τις σωστές αποφάσεις.

Είναι βέβαιο ότι υπάρχουν ορισμένοι άρρωστοι που αρνούνται τελείως την πάθησή τους αλλά δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντιμετωπίσουν όλη την αλήθεια που σχετίζεται μ' αυτή. Σ' αυτούς τους αρρώστους η γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας, που σχετίζεται με την αρρώστια τους, όταν μάλιστα δεν την ζητήσουν πρέπει να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους. Τις πληροφορίες μας πρέπει να κατευθύνουν η συμπόνια, η στοργή, η επαγρύπνηση, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσεως που πολλές φορές βρίσκεται ο άρρωστος και ιδιαίτερα η περιποίηση με στοργή. Έτσι μπορούμε να αποσπάσουμε την συμπάθεια του αρρώστου, ώστε να δέχεται όσα του λέμε καθώς και την θεραπεία που του υποδείχθηκε. Ορθά παρατηρείται πως η φυσιολογική αξία της αλήθειας είναι πολύ ανώτερη του ψεύδους. Αρκεί η αλήθεια να χρησιμοποιείται στην σωστή δόση, και να προστεθεί και με τον κατάλληλο τρόπο.

Οι άρρωστοι είναι μέλη οικογένειας. Γι' αυτό μια διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλεί την οικογένεια. Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας, με τους συγγενείς του αρρώστου είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζονται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άρρωστοι τους βρίσκονται σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί τον συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με την συμμετοχή του σ' αυτά όσο είναι δυνατόν.

Η παρουσία της νοσηλεύτριας σε σχέση με τον πάσχοντα από καρκίνο, είναι σημαντικό γεγονός της ζωής της αφού παράλαβε αυτή την παρακολούθηση της προσφοράς που βλέπει με αγάπη το θαύμα της ζωής και με πόνο το μυστήριο του θανάτου. Είναι καθήκον της μετά την γνωστοποίηση της αλήθειας στον άρρωστο να συνεχίσει τον ωραίο αυτό αγώνα της αγάπης, εφ' όσον συνεχίζεται και η ζωή. Σαν μοναδικό αντάλλαγμα θα έχει το βαθύ αίσθημα της ικανοποίησης που της δίνει μόνο

η επιτέλεση του καθήκοντος στον πάσχοντα συνάνθρωπο και την κοινωνία (Κουτσιαύτη, 2004).

14.5. ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η υγεία ενός πληθυσμού ή μιας κοινωνικής ομάδας δεν είναι ένα υγειονομικό φαινόμενο, που εξαρτάται μόνο από την ποιοτική ή ποσοτική προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά εξαρτάται και από άλλους παράγοντες όπως κοινωνικούς, πολιτιστικούς, βιολογικούς και κυρίως οικονομικούς. Τα τελευταία μάλιστα χρόνια έχει αναπτυχθεί διεθνώς ένας έντονος προβληματισμός γύρω από την προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών και των δαπανών περίθαλψης και ιδιαίτερα της νοσοκομειακής, με αποτέλεσμα να αναζητούνται εναγωνίως λύσεις στο πρόβλημα αυτό.

Έτσι, η διεθνής τάση σήμερα είναι, η εξασφάλιση της άριστης περίθαλψης με το μικρότερο δυνατό κόστος, ώστε να δίδεται η δυνατότητα νοσηλείας μεγαλύτερου αριθμού αρρώστων, χωρίς να είναι απαραίτητη η δημιουργία νέων νοσοκομειακών μονάδων.

Τα τελευταία χρόνια τόσο στην Αμερική, όσο και στην Ευρώπη, η προσπάθεια για νοσηλεία στο σπίτι, σε συνδυασμό με λειτουργία μονάδων μιας ημέρας ή μονάδων βραχείας νοσηλείας, κερδίζει έδαφος.

Βέβαια, η νοσηλευτική αντιμετώπιση του αρρώστου στο σπίτι δεν είναι ανακάλυψη του δικού μας πολιτισμού, αλλά υπάρχει από την προϊστορική εποχή.

Η εποχή, όμως, που ξεχώρισε και που αποτέλεσε σπουδαιότατο παράγοντα ανάπτυξης της νοσηλευτικής ήταν η χριστιανική εποχή, η οποία με τις βασικές αρχές «της αγάπης και της φιλανθρωπίας» που κήρυξε, δημιούργησε τις καλύτερες συνθήκες για την οργάνωση προσφοράς νοσηλευτικών υπηρεσιών στους ασθενείς γενικά. Την εποχή αυτή μάλιστα συναντάμε και την πρώτη διακόνισσα- νοσηλεύτρια, που εφάρμοσε την κατ' οίκον νοσηλεία για πρώτη φορά και ήταν η Φοίβη (περί το 60 μ.Χ.), την οποία αναφέρει ο Απόστολος Παύλος στην προς Ρωμαίους επιστολή του ότι περιέθαλπε πολλούς ασθενείς, μεταξύ των οποίων και τον ίδιο, άλλες σημαντικές νοσηλεύτριες ήταν η Δορκάδα (1^{ος} αιώνας μ.Χ.) που άσκησε κατ' οίκον νοσηλεία, επίσης η Αγία Ελένη και άλλες.

Από τη μεσαιωνική και νεότερη εποχή τέλος, ξεχωρίζει η φυσιογνωμία της FLORENCE NIGHTINGALE που έζησε το 1820-1910 και κατέχει ιδιαίτερη θέση στο χώρο της νεότερης νοσηλευτικής, διότι είναι αυτή που χάραξε το δρόμο προς την ορθή τοποθέτηση του επαγγέλματος, την κοινωνική της αναγνώριση και τη συστηματοποίηση της νοσηλείας σε βάσεις επιστημονικές (Χαλαστάνη, 2002).

Η νοσηλεύτρια, επειδή ξοδεύει πολύ χρόνο στη φροντίδα του αρρώστου και έρχεται σ' επαφή με τους διαδρόμους ειδικούς εκ των πραγμάτων αποτελεί τον συντονιστή της νοσηλείας του πάσχοντος, είναι εκείνη όπου εκτιμά και αξιολογεί την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον, έτσι εκ των πραγμάτων πλέον παίζει τον πιο αποφασιστικό ρόλο στη συνεχιζόμενη νοσηλεία του αρρώστου και στην κατανόηση του αρρώστου και της οικογένειάς του. Για να ανταποκριθεί όμως η νοσηλεύτρια επαρκώς στις νοσηλευτικές της υποχρεώσεις, πρέπει να έχει εμπειρία στη νοσηλευτική, στην επίβλεψη και στη διοίκηση, γι' αυτό και κρίνεται απαραίτητη η συνεχής θεωρητική και κλινική εκπαίδευσή της.

Η νοσηλεύτρια έχει την δυνατότητα να αναπτύξει πολλές δραστηριότητες στη νοσηλεία στο σπίτι και να προσφέρει ουσιαστικό έργο όπως αναφέρεται παρακάτω:

- Τακτική παρακολούθηση και εκτίμηση του ασθενούς, συμπλήρωση του φύλλου φαρμάκων-νοσηλείας και πιστή εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών.
- Η λήψη αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων, βάσει των ιατρικών εντολών.
- Καλλιέργειες ούρων, πτυέλων και λοιπών εκκριμάτων
- Λήψεις Η.Κ.Γ.
- Αλλαγές τραυμάτων προσώπου, κορμού, άκρων
- Περιποίηση κατακλίσεων, τραυμάτων και εξελκώσεων
- Αλλαγές ουροκαθετήρων
- Φροντίδα μόνιμων φλεβοκαθετήρων
- Φροντίδα φορητών μικροαντλιών συνεχούς εγχύσεως
- Εφαρμογή ορών και παρεντερικής σίτισης
- Εφαρμογή χημειοθεραπειών (μόνο η πολυχημειοθεραπεία)
- Φροντίδα αρρώστων με στομίες (κολοστομία, ουρητηροστομία)

Οι παραπάνω νοσηλευτικές φροντίδες γίνονται πάντα με την κάλυψη και τις ιατρικές οδηγίες του υπευθύνου γιατρού της μονάδας.

Εκτός από την προσφορά των νοσηλευτικών φροντίδων στο σπίτι, εξ ίσου σημαντικός είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ψυχολογική ενίσχυση του αρρώστου και της οικογένειάς του, παρά την παρουσία της κοινωνικής λειτουργού και του ψυχολόγου. Ο ρόλος της συνίσταται:

- Στη δημιουργία καλύτερων συνθηκών αντιμετώπισης της νόσου στο σπίτι
- Στην ενίσχυση του ηθικού του αρρώστου
- Στην απομάκρυνση της ψυχολογικής και κοινωνικής του απομόνωσης και γενικά ενεργό συμβολή στην αντιμετώπιση του ψυχολογικού πλέγματος που συνθέτουν το αίσθημα της ανασφάλειας, ο φόβος και οι σωματοψυχικές διαταραχές του αρρώστου. Ο παραπάνω στόχος όπως γίνεται αντιληπτό δεν είναι πάντα εύκολος και αυτό λόγω διαφόρων λόγων όπως καχυποψία ασθενούς, δυσκολία συνεργασίας, διαταραχές συμπεριφοράς κλπ. Το μεγαλύτερο όμως εμπόδιο είναι ότι ο ασθενής δεν γνωρίζει κατά κανόνα την αλήθεια, δηλαδή την πραγματική του νόσο, με αποτέλεσμα να επικρατεί μια συγκεκριμένη εικόνα με πολλές υποψίες και ερωτηματικά. Έτσι εύκολα γίνεται κατανοητό ότι η νοσηλεύτρια πρέπει να καταβάλει μεγάλη προσπάθεια για την ψυχολογική και κοινωνική στήριξη του αρρώστου και εδώ είναι ακριβώς που χρειάζεται περισσότερο τη βοήθεια των λοιπών μελών της ομάδας όπως κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, ψυχίατρο κ.λπ. (Τσιγκουράκος, 1991).

14.6. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Η ευαισθησία στην ακρόαση ενός ασθενούς και η εμπιστοσύνη στην υποστήριξη του συνόλου σε απαιτητικές περιστάσεις ποτέ δεν είναι περισσότερα χρήσιμα παρά όταν ο ασθενής εκφράζει την επιθυμία να πεθάνει. Όταν κάποιος βρίσκεται μόνος με τον ασθενή, τέτοιου είδους παρακλήσεις συχνά έρχονται απρόσμενα, και πρέπει να τις ακούμε με απόλυτη προσοχή, χωρίς αντιρρήσεις ή έστω και ίχνος επίκρισης. Είναι απολύτως απαραίτητο να εκμαιεύσουμε προσεκτικά το αληθινό νόημα της συγκεκριμένης παράκλησης. Οι άνθρωποι μπορεί να

χρησιμοποιήσουν τα λόγια αυτά για να μεταδώσουν πολύ διαφορετικά μηνύματα. Το ζήτημα θα πρέπει να διασαφηνίζεται όσο το δυνατόν περισσότερο την ίδια στιγμή, συγχρόνως με την υπόσχεση της περαιτέρω συζήτησης και την παράκληση να παραχωρηθεί η άδεια κοινοποίησης αυτής της επιθυμίας στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Αρνητική απάντηση σπάνια δίνεται στην παράκληση αυτή γιατί το άτομο που εκφράζει την επιθυμία έχει φτάσει σ' ένα στάδιο άγχους που του είναι απαραίτητο να το μοιραστεί.

«Αφήστε με να πεθάνω», «θέλω να πεθάνω», και σπανιότερα «σκοτώστε με», είναι εκφράσεις στις οποίες θα μπορούσαμε να συνοψίσουμε τα πιθανά μηνύματα για ευθανασία. Η απάντηση σε καθεμία από τις φράσεις αυτές θα είναι διαφορετική.

Ο ασθενής φοβάται τη συνέχιση της ύπαρξης του με μια ποιότητα ζωής που δεν μπορεί πια να αντέξει. Η φράση «αφήστε με να πεθάνω» είναι μια παράκληση να διακοπεί κάθε θεραπεία που αποσκοπεί στην παράταση της ζωής (Βαδαλούκα, 2005).

Σήμερα το 50% των ασθενών με κακοήθη νόσο μπορεί να θεραπευθούν οριστικά, κύρια με τη χρήση του συνδυασμού χειρουργικής επεμβάσεως, ακτινοθεραπείας και κυτταροτοξικής χημειοθεραπείας. Το υπόλοιπο 50% θα αναπτύξει σε άλλοτε άλλο χρόνο μεταστάσεις και τελικά θα καταλήξει στο θάνατο. Η μεταστατική φάση της καρκινικής νόσου μπορεί να αντιμετωπισθεί σήμερα με χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ενίοτε χειρουργική επέμβαση ώστε οι καρκινοπαθείς ασθενείς να ζουν αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα με αποδεκτή ποιότητα ζωής. Σαν καρκίνο «τελικού σταδίου» ορίζουμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς κατά την οποία κανένας από τους παραπάνω χειρισμούς δεν μπορεί πλέον να εφαρμοσθεί. Αυτό όμως καθόλου δε σημαίνει την εγκατάλειψη του ασθενούς. Αντίθετα, ο εξειδικευμένος ογκολόγος ιατρός και νοσηλευτής πρέπει να προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής ενώ παράλληλα επικεντρώνεται η προσπάθεια στην ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και του οικογενειακού του περιβάλλοντος (Τσιγκουράκος, 1991).

14.7. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Το μέλλον των εξελίξεων στο χειρισμό του καρκίνου του παχέος εντέρου φαίνεται από κάθε πλευρά φωτεινό. Η αύξηση των γνώσεων γύρω από την μοριακή βιολογία και τη γενετική του καρκίνου του παχέος εντέρου κατέχει κεντρική θέση σε

αυτές τις εξελίξεις. Η αναγνώριση των μοριακών στόχων και βλαβών θα επιτρέψει τον ορθολογιστικό σχεδιασμό στρατηγικών για την πρόληψη, την προσυμπτωματική διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η καλύτερη αναγνώριση των περιβαλλοντικών επιβαρυντικών παραγόντων θα έχει προφανή επίδραση στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Πρόσφατες κλινικές μελέτες εστιάζουν σε ορισμένους τύπους παραγόντων όσον αφορά στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου μέσω χημικών ουσιών.

Νέοι μέθοδοι για τον προσυμπτωματικό έλεγχο υπόσχονται ταυτόχρονα αυξημένη ευαισθησία και ειδικότητα μέσω ανάλυσης των γενετικών ανωμαλιών που συνδέονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου σε δείγματα κοπράνων.

Η CT και η κολονογραφία αποτελούν μη διεισδυτικά μέσα ανίχνευσης πολυπόδων και καρκίνου του παχέος εντέρου. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων χρησιμοποιείται ήδη σε ορισμένα κέντρα ως μέσο ανίχνευσης μεταστατικής νόσου. Ωστόσο, ορισμένοι όγκοι, όπως τα βλεννώδη αδενοκαρκινώματα, μπορεί να μην ανιχνευθούν με την εξέταση αυτή.

Νέες θεραπευτικές στρατηγικές, οι οποίες δείχνουν αποτελεσματικότητα στο μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου, αναμένεται να λάβουν τη δική τους θέση στο πλαίσιο των συμπληρωματικών θεραπειών. Η μοριακή ανάλυση των λεμφαδένων μπορεί να επιτρέψει την ακριβέστερη σταδιοποίηση και τη μείωση του ποσοστού των ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων στην εξέταση των λεμφαδένων. Επίσης η ανάλυση μπορεί να ανιχνεύσει μικρομεταστάσεις σε περιπτώσεις οι οποίες διαφορετικά θα χαρακτηριζόταν ως μη μεταστατικές κατά τις παθολογικές εξετάσεις ρουτίνας.

Νέοι παράγοντες και σχήματα χρειάζονται για τη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι μορφές της 5-FU από το στόμα μπορούν να αντικαταστήσουν την παρεντερική 5-FU/LV. Πιο αποτελεσματικές μελλοντικά θεραπείες για το μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου θα επιτρέψουν πιθανώς το συνδυασμό των βιολογικών παραγόντων με την συμβατική χημειοθεραπεία. Προσφάτως, ένα χημειοκλωνικό μονοκλωνικό αντίσωμα, το οποίο συνδέεται εκλεκτικά με τον υποδοχέα του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα φάνηκε πως, σε συνδυασμό με ιρινοτεκάνη, προκαλεί σημαντικού βαθμού αποκρίσεις στους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου (Marschall & Geraint, 2006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η δημοφιλής άποψη ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ανίατη νόσος και ότι η χειρουργική επέμβαση οδηγεί σε χαμηλή ποιότητα ζωής λόγω της κολοστομίας, πρέπει να αποδοκιμάζεται. Η ενδοσκοπική αφαίρεση των αδενωματωδών πολυπόδων, η στενή παρακολούθηση των ομάδων υψηλού κινδύνου, καθώς και η κατάλληλη παρακολούθηση των ασθενών με σχετικό κίνδυνο μπορεί να συμβάλει σε μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του παχέος εντέρου.

Επίσης, πάνω απ' όλα, η σωστή πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του παχέος εντέρου στη χώρα μας. Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού θα μπορούσε να έχει άριστα αποτελέσματα εφ' όσον χρησιμοποιούνται σωστά τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου και οι δυνατότητες που μας παρέχουν οι άριστες τεχνικές που εφαρμόζονται σήμερα για τη διάγνωσή του.

Μέσα από την πορεία της εργασίας μας καταλαβαίνουμε πόσο μεγάλη σημασία έχουν στην εποχή μας οι νοσηλευτές που φροντίζουν αρρώστους με καρκίνο, να εκσυγχρονίζουν συνεχώς τις γνώσεις τους και να αναπτύξουν ειδικές δεξιότητες σχετικά με την πρόληψη, ανίχνευση, διάγνωση, θεραπεία, νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση των αρρώστων με καρκίνο. Στα παραπάνω συντελεί και η νοσηλευτική έρευνα, με την διάδοση των ερευνητικών πορισμάτων καθώς και η χρησιμοποίησή τους στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη. Επιτελώντας έτσι σε σημαντικό βαθμό το ηθικό καθήκον τόσο απέναντι στον άρρωστο όσο και του υψηλού λειτουργήματος που ακολουθούν.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η μέθοδος της εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας πιστεύουμε ότι είναι η καλύτερη μέθοδος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στους αρρώστους. Η μέθοδος αυτή φέρνει το νοσηλευτή πολύ κοντά στον άρρωστο.

Ο άρρωστος νοιώθει το νοσηλευτή σαν ένα οικείο του πρόσωπο και μπορεί και συζητεί άνετα μαζί του. Του εκφράζει τους φόβους του και τις ανησυχίες του καθώς και τα προβλήματά του.

Έτσι ο νοσηλευτής γνωρίζει τον άρρωστο όχι μόνο σαν άρρωστο αλλά και σαν άνθρωπο με τη δική του προσωπικότητα, τις απόψεις του και τα προβλήματά του. Έτσι μπορεί να τον βοηθήσει να λύσει ακόμη και προβλήματα που δεν φαίνονται να έχουν τόση σχέση με την υγεία του και που στις συνηθισμένες συνθήκες παροχής νοσηλευτικής φροντίδας παραμελούνται. Βέβαια, η επιτυχία της μεθόδου αυτής εξαρτάται από την ικανότητα του νοσηλευτή.

Η μέθοδος αυτή στη χώρα μας δυστυχώς δεν εφαρμόζεται γιατί απαιτεί μεγάλο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού για την πραγματοποίησή της. Κάτι τέτοιο είναι πολυδάπανο όπως καταλαβαίνουμε.

Η πολιτεία, λοιπόν, θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε η μέθοδος της εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας να γίνει πραγματικότητα και στην Ελλάδα.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ
ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**



ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ξεκινώντας την εργασία μας πιστεύαμε ότι θα ήταν πολύ δύσκολο να βρούμε, αλλά κυρίως, να προσεγγίσουμε άτομα με καρκίνο παχέος εντέρου, τα οποία είχαν φτάσει σε ένα στάδιο της ζωής τους που ήταν ευάλωτα τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά. Αναρωτιόμασταν με ποιόν τρόπο θα μπορούσαμε να τους πλησιάσουμε και να συζητήσουμε τα προβλήματά τους, τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους.

Γνωρίζοντας την ψυχολογία του ατόμου που πάσχει από καρκίνο πιστεύαμε ότι δε θα βρίσκαμε ανταπόκριση σε όλες τις ερωτήσεις μας και πως σίγουρα θα δημιουργούσαμε μεγαλύτερο πρόβλημα μ' αυτές, φέρνοντας των ασθενή αλλά και την οικογένειά του σε δύσκολη θέση.

Τελικά, η συνάντησή μας με τα άτομα αυτά ήταν πολύ εποικοδομητική, αφ' ενός μεν για την συνέχιση της εργασίας μας, αφ' ετέρου δε για την ικανοποίηση και ανακούφιση του ασθενούς που εξέφρασε τον εσωτερικό του κόσμο σε κάποιο άτομο, που είχε όλη την καλή διάθεση να τον ακούσει.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1

Η πρώτη περίπτωση που θα αναφέρουμε είναι γυναίκα, Ο.Γ., ηλικίας 56 ετών, καταγόμενη από την Ιθάκη, συνταξιούχος του Ο.Γ.Α., η οποία προσήλθε στο θεραπευτήριο Ευαγγελισμός στις 30/11/2007. Κοντά της ήταν ο μικρότερος γιος της και ο αδελφός της, οι οποίοι την αγαπούν πολύ και θα της συμπαρασταθούν σ' όλη τη διάρκεια της δοκιμασίας της.

Το σημαντικότερο, ίσως, κομμάτι που θα έπρεπε να αναφέρουμε είναι ότι η ασθενής είχε πλήρη άγνοια της ασθένειάς της, με αποτέλεσμα να δυσκολευτούμε ακόμα περισσότερο στην λήψη ιστορικού, αλλά και ο τρόπος που θα διατυπώναμε τις ερωτήσεις μας, χρειαζόταν, λοιπόν, λεπτότητα τόσο στην αντιμετώπιση της όσο και στην διδασκαλία των συγγενών της για την ψυχολογική υποστήριξή της.

Το **ιατρικό ιστορικό** της ασθενούς αναφέρει: Από 15ημέρου διαγνωσμένο καρκίνο παχέος εντέρου. Η ασθενής εισάγεται στην κλινική για να χειρουργηθεί. Από

μηνός αναφέρει απώλεια αίματος και διάρροιες από τον ορθό, καταβολή και απώλεια βάρους.

Το **ατομικό της ιστορικό** αναφέρει:

- Αφαίρεση θυρεοειδούς
- Παλιό κάταγμα στη λεκάνη
- Σπονδυλαρθρίτιδα
- Οισοφαγίτιδα

Το δε **οικογενειακό της αναμνηστικό** αναφέρει:

- Πνευμονία
- Υπέρταση
- Καρκίνος οισοφάγου

Κατά την διάρκεια της κλινικής εξέτασης, που της έγινε βρέθηκαν τα εξής:

Κεφάλι	: Έλλειψη δοντιών
Θώρακας	: Ακρόαση καρδιάς, φυσιολογική Ακρόαση πνευμόνων, φυσιολογική
Κοιλιά	: Μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη
Άκρα	: Φυσιολογικά, ικανοποιητική κινητικότητα αρθρώσεων, ψηλαφητές σφύξεις
Τελικό συμπέρασμα	: Με κολονοσκόπηση διαγνώστηκε καρκίνος παχέος εντέρου 8cm και χρειάζεται χειρουργική επέμβαση

Έγινε η εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική και ήταν ήρεμη με ζωτικά σημεία: ΑΠ 130/82 mmHg, αναπνοές 19/min, σφύξεις 78/min και ήταν απύρετη. Οι μέρες παραμονής της στο νοσοκομείο ήταν συνολικά 18. Δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα, αλλά ήταν ήσυχη και απλός άνθρωπος, σύμφωνα με εκτιμήσεις των νοσηλευτών, αφού βέβαια δε γνώριζε ως ένα σημείο την πάθησή της.

Το χειρουργείο της ήταν τακτικό, προγραμματισμένο για τις 14/12/2007. Την προηγούμενη μέρα του χειρουργείου της έγινε βαριούχος υποκλυσμός. Την ίδια ημέρα της έγινε προεγχειρητική ετοιμασία δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στις κενώσεις του εντέρου με υποκλυσμούς και αντιβιοτικά. Στις 14/12/07 χειρουργήθηκε και

παρελήφθηκε από το χειρουργείο απύρετη, ανήσυχη με ΑΠ 130/75 mmHg, και σφύξεις 90. Παρουσίασε επίσης και ευαισθησία στην περιοχή του τραύματος. Η ασθενής φέρει ορό, Levin και καθετήρα κύστεως.

Η πορεία της ασθενούς ήταν ομαλή. Αναιρέθηκε το Levin και ο καθετήρας folly και έγινε διακοπή του ορού. Στις 23/12/07 της έγινε RD κοιλίας μετά από κατάποση 10ml γαστρογραφίνης σε δύο ποτήρια νερό . Η οποία έδειξε την καλή διάβαση του εντέρου. Την ίδια ημέρα έγινε το εξιτήριο της ασθενούς, η οποία βγήκε από το νοσοκομείο πιο ήρεμη, έχοντας την πεποίθηση για την καλύτερευση της υγείας της.

Η κάρτα νοσηλείας της περιελάμβανε τα εξής φάρμακα:

- Pamcoram 5 mg 1X2 I.V
- Losec 20 mg 1 Fl 1X3 I.V
- Lasix 25 mg ½ amp 1X1
- Primperan amp 1X3
- Apotel 600 mg amp 1X3 I.M
- Ufexil Fl 1X1 I.V
- Colpocin 500 mg Fl 1X3 I.V
- D/W 5% 1000 cc με 2 Nacl – 3 Kcl

Η ασθενής πέρασε μια δοκιμασία, η οποία της δημιούργησε μεγάλο άγχος, φόβο και αγωνία για τη ζωή της. Ο νοσηλευτής ήταν εκείνος που καλύτερα απ' όλους γνώριζε τις ανάγκες, τους φόβους και τα προβλήματα της ασθενούς και έσπευσε στην ικανοποίηση αυτών και στην ανακούφιση της ασθενούς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Ανάγκη ψυχολογικής προετοιμασίας του ασθενούς προεγχειρητικά καθώς βρίσκεται σε κατάσταση άγχους, ανησυχίας και φόβου.	§ Να ενημερωθεί ο ασθενής και να προετοιμαστεί ψυχολογικά για την επικείμενη επέμβαση.	<ul style="list-style-type: none"> • Να ενημερωθεί ο ασθενής για την λειτουργία της κλινικής και τις διαθέσιμες ευκολύνσεις. • Να ενημερωθεί ο ασθενής και η οικογένειά του για το είδος της επέμβασης και την μετεγχειρητική του πορεία (τι πρέπει να περιμένουν, πόσες μέρες αναμένεται να διαρκέσει η ανάρρωση, με τι είναι συνδεδεμένος και τι εικόνα θα παρουσιάζει αμέσως μετά την επιστροφή του στο τμήμα). • Να συζητηθούν οι αναμενόμενοι φόβοι του ασθενούς για τη νάρκωση, το άγνωστο, την αλλαγή του σωματικού ειδώλου και τον αποχωρισμό. 	<ul style="list-style-type: none"> • Κατατοπίσαμε τον ασθενή γύρω από την λειτουργία της κλινικής και τους χώρους. • Ο θεράπων ιατρός ενημέρωσε τον ασθενή και την οικογένειά του γύρω από τα προαναφερθέντα. • Έγινε συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με τους φόβους του και λύθηκαν οι απορίες του. 	§ Ο ασθενής είναι ενήμερος και μοιάζει λιγότερο αγχωμένος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Ανάγκη φυσικής προεγχειρητικής ετοιμασίας την παραμονή της επέμβασης.	§ Να ετοιμαστεί ο ασθενής κατάλληλα για την επικείμενη επέμβαση.	<p>§ Να ενημερωθεί ο ασθενής για την προεγχειρητική ετοιμασία.</p> <p>§ Να ολοκληρωθεί ο εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει: γενική αίματος, βιοχημικές εξετάσεις, χρόνους πήξεως, διασταύρωση, ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ, και να ελεγχθούν οι απαντήσεις των εξετάσεων.</p> <p>§ Να γίνει φροντίδα ατομικής υγιεινής με λουτρό καθαριότητας.</p> <p>§ Να γίνει προετοιμασία εντέρου που περιλαμβάνει:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Κατάλληλη διαίτα. 2. Χορήγηση ισχυρού καθαρτικού (έλεγχος της καθαριότητας των κενώσεων το βράδυ). 3. Να τεθεί φλεβοκαθετήρας και να κριθεί απαραίτητο να χορηγηθεί ορός για αποφυγή αφυδάτωσης. 	<p>§ Ενημερώθηκε ο ασθενής για την ετοιμασία.</p> <p>§ Ο εργαστηριακός έλεγχος έχει ολοκληρωθεί. Ένζυμα:</p> <p>§ Ελέγχθηκαν οι απαντήσεις και μπήκαν στο φάκελο.</p> <p>§ Έγινε λουτρό καθαριότητας στον ασθενή.</p> <p>§ Χορηγήθηκε η κατάλληλη διαίτα.</p> <p>§ Τέθηκε φλεβοκαθετήρας.</p> <p>§ Ενημερώθηκε ο ασθενής να μην φάει ή πει τίποτα μετά τις 12 τα μεσάνυχτα.</p> <p>§ Θα ελεγχθεί το βράδυ η καθαρότητα των κενώσεων.</p>	§ Η φυσική προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς ολοκληρώθηκε.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Ανάγκη ύπνου και ανάπαυσης του ασθενούς.	<p>§ Να αναπαυθεί και να κοιμηθεί ο ασθενής την προηγούμενη της επέμβασης.</p>	<p>§ Να εξασφαλιστεί ήρεμο, ήσυχο και αναπαυτικό περιβάλλον.</p> <p>§ Να γίνει προσπάθεια να μην σκέφτεται συνέχεια την επικείμενη εγχείρηση.</p> <p>§ Να γίνει σύσταση για αποφυγή υγρών πλούσια σε καφεΐνη.</p> <p>§ Να ενημερωθεί ο ασθενής να αδειάσει την ουροδόχο κύστη πριν την κατάκλιση.</p> <p>§ Να χρησιμοποιηθούν τεχνικές χαλάρωσης.</p> <p>§ Να δοθούν ηρεμιστικά- υπνωτικά.</p>	<p>§ Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε δίκλινο θάλαμο μόνος του.</p> <p>§ Ενθαρρύνθηκε η συμμετοχή του σε διάφορες δραστηριότητες κατά τις απογευματινές ώρες.</p> <p>§ Αποθαρρύνθηκε ο ασθενής από κατανάλωση καφέ, τσάι, ποτά τύπου coca cola ιδιαίτερα το απόγευμα.</p> <p>§ Παροτρύνθηκε να αδειάσει την ουροδόχο κύστη πριν την κατάκλιση.</p> <p>§ Δόθηκαν ηρεμιστικά –υπνωτικά ().</p>	<p>§ Ο ασθενής κοιμήθηκε βαθιά όλη τη νύχτα, το πρωί αισθανόταν ότι είχε αναπαυθεί καλά.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
<p>Πρώτη μετεγχειρητική ημέρα: Αναπνευστική δυσχέρεια, ήπια.</p>	<p>§ Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματα και να γίνει πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών από το αναπνευστικό.</p>	<p>§ Να τοποθετηθεί η ασθενής σε ημικαθιστική θέση για να μην πιέζεται το διάφραγμα από τα κοιλιακά όργανα.</p> <p>§ Να χορηγηθεί για το πρώτο εικοσιτετράωρο οξυγόνο συνεχώς με μάσκα venture 35%.</p> <p>§ Να εξασφαλιστεί ικανοποιητική αναλγησία για να μπορεί να αναπνέει βαθιά και να βήχει.</p> <p>§ Να ελέγχεται η αναπνευστική καταστολή από την αναλγησία με συνεχή λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>§ Να χορηγείται συστηματικά βρογχοδιασταλτικό.</p> <p>§ Να προγραμματιστεί για φυσικοθεραπεία αναπνευστικού.</p> <p>§ Να γίνει έγκαιρη έγερση και κινητοποίηση.</p>	<p>§ Τοποθετήθηκε η ασθενής στη σωστή θέση.</p> <p>§ Χορηγείται οξυγόνο 35% με μάσκα venture.</p> <p>§ Ελέγχονται συστηματικά ανά 3ωρο η καταστολή και τα ζωτικά σημεία της ασθενούς, 18/min.</p> <p>§ Χορηγήθηκε η πρώτη δόση baronet.</p> <p>§ Προγραμματίστηκε για φυσιοθεραπεία αναπνευστικού (αναπνευστικές ασκήσεις).</p> <p>§ Η έγερσή της θα γίνει την επόμενη μέρα το πρωί.</p>	<p>Η ασθενής μετά τις παρεμβάσεις αναπνέει σχετικά καλά, δεν πονάει και μπορεί να βήξει.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
<p>Δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα: Υπογκαιμία, λόγω της απώλειας αίματος από την επέμβαση. Αιματοκρίτης 32, φεριτίνη 12.</p>	<p>§ Να διορθωθεί η υπογκαιμία που προκλήθηκε από τις απώλειες υγρών από την επέμβαση, με τη χορήγηση φρέσκου πλάσματος</p> <p>§ Να γίνει η μετάγγιση με ασφάλεια</p>	<p>§ Να χορηγηθούν στον ασθενή 3 μονάδες φρέσκου πλάσματος με μεσοδιαστήματα χορήγησης 2 ωρών.</p> <p>§ Να ενημερωθεί ο ασθενής για τις επικείμενες μεταγγίσεις.</p> <p>§ Να ελεγχθεί η καταλληλότητα των περιφερικών φλεβικών γραμμών.</p> <p>§ Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων πριν και μετά την μετάγγιση και να παρακολουθείται ο ασθενής συχνά κατά τη διάρκειά της.</p> <p>§ Να εκτελεστούν οι μεταγγίσεις με σωστό και ασφαλή τρόπο.</p>	<p>§ Ενημερώνεται ο ασθενής για την μετάγγιση και τους κινδύνους της και ελέγχεται η βατότητα και η καταλληλότητα των περιφερικών φλεβικών γραμμών.</p> <p>§ Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων πριν την μετάγγιση και καταγράφονται στο φάκελο.</p> <p>§ Εφαρμόζεται ειδική συσκευή για την μετάγγιση στη φιάλη του πλάσματος με άσηπτη τεχνική και αφού ελεγχθεί ξανά η μονάδα πλάσματος ότι είναι η κατάλληλη για την συγκεκριμένη ασθενή, ξεκινά η μετάγγιση.</p> <p>§ Ελέγχονται και καταγράφονται στο φάκελο της ασθενούς τα στοιχεία της φιάλης που αφορούν: τον αριθμό</p>	<p>Η μετάγγιση της ασθενούς με την πρώτη μονάδα πλάσματος έγινε χωρίς προβλήματα. Αιματοκρίτης 38, φεριτίνη 14.</p>

		<p>§ Να γίνει πρόληψη πιθανών επιπλοκών από τη μετάγγιση και έγκαιρη αναγνώριση τυχόν συμπτωμάτων.</p> <p>§ Να ελεγχθεί ο ρυθμός ροής χορήγησης του αίματος.</p> <p>§ Λήψη ζωτικών σημείων ανά 1/2 h κατά τη διάρκεια της μετάγγισης.</p> <p>§ Να υπογραφεί η φιάλη από τον εφημερεύοντα ιατρό.</p>	<p>φιάλης αίματος και πλάσματος, την ημερομηνία παρασκευής του πλάσματος, την ομάδα αίματος, το rhesus, το ονοματεπώνυμο της ασθενούς- καταγράφονται επίσης: το όνομα της νοσηλεύτριας που κάνει τη μετάγγιση και η υπογραφή της καθώς και του θεράποντα ιατρού που ζήτησε τη μετάγγιση. Καταγράφεται ακόμα η ώρα έναρξης και η ώρα λήξης της μετάγγισης.</p> <p>§ Χορηγείται το πλάσμα σε 45 λεπτά, ενώ ο ασθενής παρακολουθείται συχνά.</p>	
--	--	---	---	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
<p>Πρώτη μετεγχειρητική ημέρα: Δίψα.</p>	<p>§ Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα αυτό.</p>	<p>§ Να χορηγηθούν υγρά παρεντερικά. § Να υγραθούν τα χείλη του ασθενούς. § Έλεγχος ενδυνάμωσης με τον προσδιορισμό ειδικού βάρους. § Έλεγχος υδατο-ηλεκτρολυτικής ισορροπίας.</p>	<p>§ Χορηγείται παρεντερικά διάλυμα R/L 1000ml. § Υγράθηκαν τα χείλη της ασθενούς με βρεγμένη γάζα. § Έλεγχος ειδικού βάρους ούρων. § Έλεγχος διούρησης. § Έλεγχος ηλεκτρολυτών.</p>	<p>§ Μειώθηκε το αίσθημα της δίψας.</p>
<p>Τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα: Κίνδυνος λοίμωξης.</p>	<p>§ Πρόληψη λοίμωξης.</p>	<p>§ Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά 3ωρο. § Χορήγηση αντιβιοτικών. § Εκτίμηση περιοχών IV χορήγησης για σημεία λοίμωξης. § Έλεγχος της περιοχής του τραύματος για σημεία φλεγμονής.</p>	<p>§ Λήψη ζωτικών σημείων. § Δεν υπάρχουν σημεία λοίμωξης στις περιοχές IV χορήγησης. § Ελέγχθηκε η περιοχή του τραύματος για σημεία φλεγμονής.</p>	<p>§ Δεν εμφανίστηκαν σημεία μόλυνσης.</p>

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2

Στο Παναρκαδικό νοσοκομείο Τρίπολης εισήχθη κύριος, Κ.Χ., 50 ετών από την Τρίπολη με τα εξής συμπτώματα : αποβολή σκούρου κόκκινου αίματος από τον ορθό, παρουσία βλέννας και καταβολή δυνάμεων.

Το πρόβλημα άρχισε από πενταετίας με αέρια και αποβολή μικρής ποσότητας κόκκινου αίματος με την αφόδευση με ήπιο κοιλιακό άλγος διάχυτο στην κάτω κοιλιακή χώρα και αίσθημα ατελούς εκκένωσης του εντέρου. Τα τελευταία χρόνια άλλαξαν οι συνήθειες του εντέρου και είχε κάθε πρωί μια φυσιολογική κένωση με 3-4 κενώσεις ρευστές την υπόλοιπη ημέρα καθώς επίσης και μικρό πόνο που περνούσε με την αφόδευση. Τους τελευταίους μήνες είχε αποβολή κόκκινου σκούρου αίματος ανεξάρτητα από τις κενώσεις. Ψηλάφηση από τον ίδιο τον ασθενή μορφώματος του ορθού. Παρουσίαζε έντονη αδυναμία που τον ανησύχησε και ήρθε στο νοσοκομείο. Επίσης αναφέρει απώλεια βάρους. Αποτέλεσμα νεοεξεργασίας ορθού στα 3-4 εκ. που επεκτείνεται ως τα 7-8 εκ. λήψη βιοψιών.

Ατομικό αναμνηστικό ιστορικό:

Γενική κατάσταση υγείας: καλή

Παιδικά νοσήματα: δεν θυμάται

Εμβόλια: δεν θυμάται

Άλλα νοσήματα: όχι

Χειρουργικές επεμβάσεις: σκωληκοειδεκτομή- αμυγδαλεκτομή

Αλλεργίες: δερματική αλλεργία σε κάποιο χόρτο

Χρήση φαρμάκων: όχι

Το ατομικό ιστορικό αναφέρει:

- Κάπνισμα 20 χρόνια, 20 τσιγάρα/ημέρα
- Οινόπνευμα όχι
- Καφεΐνη 2 καφέδες/ημέρα
- Αιμορροΐδες
- Διατροφή: τρέφεται ελεύθερα
- Ύπνος: κανονικός
- Άσκηση: δεν αθλείται

Κατά την διάρκεια της **κλινικής εξέτασης** που του έγινε βρέθηκαν τα εξής:

Δέρμα: κανονικό

Κεφάλι: κανονικά

Αναπνευστικό: αναφέρει τσιγαρόβηχα

Κυκλοφορικό: κανονικό

Γαστρεντερικό: από 3μήνου βλεννοαιματηρές κενώσεις και αίσθημα ατελούς εκκένωσης του εντέρου. Χρόνια δυσκοιλιότητα.

Ουροποιητικό: κανονικό

Ενδοκρινολογικό: κανονικό

Μυοσκελετικό: κανονικό

Αγγειακό: συχνές κράμπες στα πόδια

Νευρικό: κανονικό

Ψυχική κατάσταση: είναι ψύχραιμος και αισιόδοξος. Είναι ενημερωμένος πλήρως για το είδος της επέμβασης και για την πιθανότητα δημιουργίας κολοστομίας. Δεν γνωρίζει ότι έχει καρκίνο και ανησυχεί για τα αποτελέσματα της βιοψίας. Στεναχωριέται για την επιβάρυνση της οικογένειάς του. Είναι συνεργάσιμος.

Το **οικογενειακό αναμνηστικό** αναφέρει: η μητέρα του καρδιακή ανακοπή και ο πατέρας του καρκίνο του πνεύμονα.

Έγινε η εισαγωγή του ασθενούς στην κλινική στις 23-11-07 και ήταν ανήσυχος με ζωτικά σημεία : ΑΠ 150/80mmHg, αναπνοές 25/min, σφύξεις 100/min και ήταν απύρετος.

Το χειρουργείο του ήταν τακτικό, προγραμματισμένο για τις 25/11/07. Την ίδια ημέρα του έγινε προεγχειρητική ετοιμασία. Στις 25/11/07 χειρουργήθηκε και παραλείφθηκε από το χειρουργείο απύρετος, ανήσυχος με ΑΠ 130/76mmHg και σφύξεις 90. Η γενική αίματος έχει τις εξής τιμές: αιματοκρίτης 35%, ΤΚΕ 138, ερυθρά 1.500, λευκά 6.400.

Ο ασθενής επέστρεψε στο τμήμα της χειρουργικής ογκολογίας. Φέρει:

- 2 περιφερικούς φλεβοκαθετήρες 18G (πράσινους) από ένα στο δεξιό και αριστερό αντιβράχιο.
- Ρινογαστρικό σωλήνα Levin που παροχετεύει το περιεχόμενο του στομάχου σε συλλέκτη.

- Καθετήρα ουροδόχου κύστεως folley συνδεδεμένο με συσκευή ωριαίας καταμέτρησης ούρων.
- Κολοστομία αριστερά που παροχετεύει σε σακουλάκι.

Οι ιατρικές οδηγίες για το πρώτο 24ωρο είναι:

- Χορήγηση O₂ 35% στα 8 lt. Με μάσκα venturi.
- Ωριαία καταμέτρηση ούρων.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων/h.

Καρτέλα φαρμάκων:

- Flagyl 1X3
- Rifacol 1X4
- Zantac 2X3
- Flaxiparine 0,3 1X1
- Zideron 1X3
- Apotel επί πόνου
- Parafin 1X2
- N/S 500 cc με 2 Amp morfín/24ωρο
- D/S 1000 cc με 10 I.U actr./24ωρο

- Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς αμέσως μετά τη μεταφορά του από την ανάνηψη είναι: Α.Π. 130/80 mmHg. ΣΦ.: 84 / min Θ.: 36° C.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Ανάγκη φυσικής προεγχειρητικής ετοιμασίας την παραμονή της επέμβασης.	§ Να ετοιμαστεί ο ασθενής κατάλληλα για την επικείμενη επέμβαση.	<p>§ Να ενημερωθεί ο ασθενής για την προεγχειρητική προετοιμασία.</p> <p>§ Να ολοκληρωθεί ο εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει: Γενική αίματος, βιοχημικές εξετάσεις, χρόνους πήξεως, διασταύρωση, ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ, και να ελεγχθούν οι απαντήσεις των εξετάσεων.</p> <p>§ Να γίνει εξέταση από αναισθησιολόγο και να δοθούν οδηγίες για προνάρκωση και προαγωγή ύπνου.</p> <p>§ Να γίνει φροντίδα ατομικής υγιεινής με λουτρό καθαριότητας.</p> <p>§ Να γίνει προετοιμασία εντέρου που περιλαμβάνει:</p>	<p>§ Ενημερώθηκε ο ασθενής για την ετοιμασία.</p> <p>§ Ο εργαστηριακός έλεγχος έχει ολοκληρωθεί. Ελέγχθηκαν οι απαντήσεις και μπήκαν στο φάκελο.</p> <p>§ Έγινε λουτρό καθαριότητας από τον ασθενή.</p> <p>§ Εξετάστηκε από αναισθησιολόγο και δόθηκαν οδηγίες.</p> <p>§ Χορηγήθηκε η κατάλληλη διαίτα.</p> <p>§ Δόθηκαν οι δύο πρώτες δόσεις χημειοπροφύλαξης.</p> <p>§ Τέθηκε φλεβοκαθετήρας τέθηκε ορός ringers lactate 1000 cc.</p>	§ Η φυσική προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς συνε χίζεται.

		<p>α) Χορήγηση κατάλληλης διαίτας (2 lt. Χαμόμηλο και πολύ νερό ως τα μεσάνυχτα, μετά ουδέν peros).</p> <p>β) Χορήγηση ισχυρού καθαρτικού (έλεγχος της καθαρότητας των κενώσεων το βράδυ).</p> <p>γ) Να τεθεί φλεβοκαθετήρας και αν κριθεί απαραίτητο να χορηγηθεί ορός για αποφυγή αφυδάτωσης.</p> <p>δ) Να χορηγηθεί αντιβιοτική αγωγή για τοπική χημειοπροφύλαξη του εντέρου peros με flagyl 500 ml. και neomycin 1 gr σε 3 δόσεις.</p>	<p>§ Ενημερώθηκε ο ασθενής να μη φάει ή πει τίποτα μετά τις 12 τα μεσάνυχτα.</p> <p>§ Θα ελεγχθεί το βράδυ η καθαρότητα των κενώσεων.</p> <p>§ Χορηγήθηκε ηρεμιστικό.</p>	
--	--	--	---	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
<p>Πρώτη μετεγχειρητική ημέρα: Οξύς μετεγχειρητικός πόνος.</p>	<p>§ Η ανακούφιση ή και πλήρη εξάλειψη του πόνου. § Η εξασφάλιση άνεσης στον ασθενή. § Η πρόληψη των αναπνευστικών επιπλοκών αφού ο ασθενής θα μπορεί να αναπνέει βαθιά και να βήχει.</p>	<p>§ Συστηματική μετεγχειρητική αναλγησία. § Να έχει ελεγχθεί η λειτουργία του σχετικού καθετήρα. § Να τοποθετηθεί ο ασθενής στη σωστή θέση. § Να παρακολουθούνται συχνά (ανά 3ωρο) η αναπνευστική λειτουργία, τα ζωτικά σημεία και η καταστολή της ασθενούς. § Να ελέγχεται η αποτελεσματικότητα της αναλγησίας.</p>	<p>§ Ο ασθενής επέστρεψε από την αίθουσα ανάνηψης. Ο καθετήρας έχει ελεγχθεί και λειτουργεί κανονικά. Έχει γίνει σταθεροποίησή του με αυτοκόλλητα επιθέματα. § Το ερεισίνωτο του κρεβατιού του ασθενούς σηκώνεται 30ο και ο ασθενής τοποθετείται σε ημικαθιστή θέση και διδάσκεται να αναπνέει βαθιά. Χορηγείται O₂ 35% με μάσκα venturi. § Ο ασθενής διδάσκεται ότι έχει τον έλεγχο της αναλγησίας του και ότι πρέπει να πατάει το κουμπί κάθε φορά που πονάει όσο συχνά θέλει. Το καλώδιο με το κουμπί τοποθετείται σε σημείο που να έχει εύκολη πρόσβαση. § Ερωτάται αν πονάει, αν έχει ναυτία ή τάση προς έμετο.</p>	<p>§ Ο ασθενής προς το παρόν έχει καλά ζωτικά σημεία, δεν πονάει, είναι ξύπνιος, δεν παρουσιάζει ναυτία.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
<p>Δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα: Χαμηλή τιμή αιματοκρίτη - αναιμία</p>	<p>§ Αποκατάσταση της αναιμίας.</p>	<p>§ Να υπάρχει διασταυρωμένο αίμα για τον ασθενή στην αιμοδοσία για επικείμενη μετάγγιση. § Προσδιορισμός Ht, Hb, Fe ορού. § Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.</p>	<p>§ Στάλθηκε νέα διασταύρωση στην αιμοδοσία για να ετοιμαστούν δύο μονάδες αίμα. § Δεν δόθηκε ιατρική οδηγία για μετάγγιση. § Έγινε εργαστηριακός έλεγχος().</p>	<p>§ Υπάρχει έτοιμο αίμα για τον ασθενή μας αν δοθεί ιατρική οδηγία για μετάγγιση.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα: Κίνδυνος θρομβοεμβολικών επεισοδίων.	Να γίνει πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών από το αγγειακό.	<p>§ Να φοράει ο ασθενής αντιθρομβωτικές κάλτσες μέχρι την πλήρη κινητοποίησή του.</p> <p>§ Να χορηγείται στον ασθενή, καθημερινά, ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους.</p> <p>§ Να γίνει έγκαιρη έγερση και κινητοποίηση σταδιακά και με τη βοήθεια νοσηλευτικού προσωπικού με λήψη ζωτικών σημείων πριν.</p> <p>§ Να γίνεται κινησιοθεραπεία στον ασθενή.</p>	<p>§ Ο ασθενής φοράει τις αντιθρομβωτικές κάλτσες.</p> <p>§ Έγινε λήψη ζωτικών σημείων πριν την έγερση: ΑΠ: 110/70 mmHg, ΣΦ: 74/min, Θ: 36,9° C. Ο ασθενής δεν πονάει και έχει καλό επίπεδο συνείδησης. Η νοσηλεύτρια βοηθάει τον ασθενή να καθίσει πρώτα στο κρεβάτι και μετά στην καρέκλα. Τον παροτρύνει να παίρνει βαθιές ανάσες και να κρατάει την τομή του με το χέρι για να μην πονάει. Τον τακτοποιεί στην καρέκλα με μαξιλάρι στην πλάτη και ελέγχει την παροχέτευση και τους καθετήρες ώστε να είναι σε λειτουργική θέση και να μην τον ενοχλούν.</p> <p>§ Γίνεται κινησιοθεραπεία και διδασκαλία για ασκήσεις πλήρους τροχιάς.</p>	<p>§ Έχουν παρθεί τα κατάλληλα μέτρα για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Η έγερση του ασθενούς έγινε χωρίς πρόβλημα αλλά 15 λεπτά αργότερα αισθάνθηκε αδιαθεσία και προσπάθησε μόνος του να επιστρέψει στο κρεβάτι με αποτέλεσμα να χάσει τις αισθήσεις του.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
<p>Τρίτη μετεγχειρητική ημέρα: Κίνδυνος υδατοηλεκτρολυτικού ανισοζυγίου.</p>	<p>§ Να διατηρηθεί τη υδατοηλεκτρολυτικό ισοζύγιο του ασθενούς σε ικανοποιητικά επίπεδα.</p> <p>§ Να αποκατασταθούν οι απώλειες από την επέμβαση.</p>	<p>§ Να χορηγηθούν στον ασθενή κρυσταλλοειδή και κολλοειδή διαλύματα για αποκατάσταση των υγρών.</p> <p>§ Να χορηγηθούν οι απαραίτητοι ηλεκτρολύτες ().</p> <p>§ Να γίνει 24ωρη καταμέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών και να βγει το ισοζύγιο.</p>	<p>§ Το πρώτο 24ωρο μετεγχειρητικά χορηγήθηκαν: 3000 ml R/L. Απέβαλε: 400 ml γαστρικό υγρό από το Levin. 1300 ml ούρα (ωριαία καταμέτρηση) 100 ml αίμα (από την παροχέτευση) Ισοζύγιο υγρών: Προσλαμβανόμενα = 3600 ml Αποβαλλόμενα = 1850 ml. Σύνολο + 1750.</p> <p>§ Έγινε προσδιορισμός ηλεκτρολυτών.</p>	<p>§ Το πρώτο 24ωρο μετεγχειρητικά ο ασθενής μας έχει θετικό ισοζύγιο υγρών + 1750 ml που κρίνεται ικανοποιητικό.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
<p>Δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα: Ανάγκη διδασκαλίας αλλαγής και περιποίησης κολοστομίας</p>	<p>§ Να διδαχθεί ο ασθενής και η οικογένειά του πώς να αλλάζει και να περιποιείται την κολοστομία του, με σωστό και ασφαλή τρόπο.</p>	<p>§ Να ενημερωθεί ο ασθενής και μέλος της οικογένειάς του που εκείνος θα επιλέξει, γύρω από την κολοστομία του, τη λειτουργία της, τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τη σημασία και τον τρόπο της σωστής περιποίησής της.</p> <p>§ Να ενημερωθεί ο ασθενής και η οικογένειά του για την ύπαρξη και λειτουργία συσκευών και μέσων περιποίησης της κολοστομίας.</p> <p>§ Να γίνει επίδειξη με επεξηγήσεις και διδασκαλία για την αλλαγή και περιποίηση της κολοστομίας, όσες φορές χρειαστεί, μέχρι να γίνουν πλήρως κατανοητά.</p>	<p>§ Μόλις ο ασθενής είναι σε θέση να αρχίσει να συνειδητοποιεί τι είναι αυτό το «σακουλάκι» που έχει στην κοιλιά του, έγινε από τη νοσηλεύτρια του τμήματος η πρώτη επαφή ενημέρωσης γύρω από την κολοστομία, τη λειτουργία της και τους τρόπους περιποίησής της στον ασθενή και στη σύζυγό του, που ο ασθενής επέλεξε ως το δεύτερο άτομο που επιθυμεί να ασχοληθεί με αυτό.</p>	<p>§ Σ' αυτήν την πρώτη επαφή με τον ασθενή εκφράζονται από αυτόν και τη σύζυγό του φόβοι, ανησυχία και απέχθεια για το είδος της στομίας.</p>

		<p>§ Να κάνει εφαρμογή ο ασθενής ή/και μέλος της οικογένειάς του όσων έμαθε και να διορθωθούν τυχόν λάθη.</p> <p>§ Να ακολουθήσει τις επόμενες μέρες και ως την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο μια σειρά μαθημάτων γύρω από τις αλλαγές και την περιποίηση της κολοστομίας, μέχρις ότου είμαστε σίγουροι ότι ο ασθενής είναι κατάλληλα προετοιμασμένος να κάνει σωστή και ασφαλή περιποίηση στο σπίτι. Πριν την έξοδό του από το νοσοκομείο να εφοδιαστεί από την προϊσταμένη του τμήματος με παραπεμπτικό αγοράς των κατάλληλων γι' αυτή υλικών αλλαγής και περιποίησης της κολοστομίας.</p>		
--	--	---	--	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
<p>Τρίτη μετεγχειρητική ημέρα: Αλλαγή σάκου κολοστομίας, φροντίδα στομίων.</p>	<p>§ Να αδειάσει ο σάκος κολοστομίας από το εντερικό περιεχόμενο, να γίνει πρόληψη των μολύνσεων και τοπικών ερεθισμών του στομίου.</p>	<p>§ Να έχουμε μαζί μας το δίσκο περιποίησης κολοστομίας με όλα τα απαραίτητα υλικά. § Να αλλάξουμε το σάκο κολοστομίας όταν γεμίσει μέχρι τη μέση. § Να αλλάξουμε την αυτοκόλλητη βάση (αν έχουμε σύστημα δύο τεμαχίων: βάση- σάκος) κάθε φορά που θα ξεκολλήσει ή λερωθεί. § Να ελέγχουμε το δέρμα γύρω από τη στομία για τυχόν ερεθισμούς. § Να προστατεύσουμε το δέρμα γύρω από τη στομία από ερεθισμούς από το περιεχόμενο του εντέρου. § Να εξασφαλίσουμε την άνεση και την ιδιαιτερότητα του ασθενούς μας.</p>	<p>§ Πήραμε μαζί μας το δίσκο με τα απαραίτητα υλικά και πήγαμε για την πρώτη αλλαγή του σάκου κολοστομίας του ασθενούς. § Ενημερώσαμε τον ασθενή για το τι πρόκειται να γίνει και ζητήσαμε τη συμμετοχή του αφού τον απομονώσαμε. § Επιλέξαμε να χρησιμοποιήσουμε σύστημα δύο τεμαχίων βάση – σάκος νούμερο 57. § Βάλαμε γάντια και αφού τοποθετήσαμε μπόνερ γύρω από την περιοχή για την περίπτωση διαφυγής εντερικού περιεχομένου, αφαιρέσαμε το προηγούμενο σύστημα. § Παρατηρήσαμε μια μικρή φλεγμονή στο δέρμα στο σημείο τομής της κολοστομίας, που αποδόθηκε στο ότι η επέμβαση ήταν πρόσφατη</p>	<p>§ Έγινε η πρώτη αλλαγή του στομίου του ασθενούς, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα.</p>

		<p>§ Να ενημερώσουμε τον ασθενή για το τι ακριβώς κάνουμε και να τον ενθαρρύνουμε για τη συμμετοχή του. Να διαπιστώσουμε ότι κατανοεί όσα γίνονται.</p> <p>§ Να τοποθετήσουμε ειδική κρέμα εάν το δέρμα του είναι έχει πτυχές.</p> <p>§ Να τοποθετήσουμε προστατευτικό δέρματος για πρόληψη δερματίτιδας αφού πλύνουμε και καθαρίσουμε καλά την περιοχή.</p> <p>§ Να εφαρμόσουμε σωστά τη βάση και το σάκο που θα επιλέξουμε και να ελέγξουμε την στεγανότητα του συστήματος.</p>	<p>και ενημερώθηκαν οι γιατροί.</p> <p>§ Τέθηκε προστατευτικό δέρματος (κρέμα).</p> <p>§ Το δέρμα δεν παρουσιάζει πτυχές , ώστε να χρειαστεί ειδική πάστα.</p> <p>§ Εφαρμόστηκε η βάση από κερί αφού κόπηκε σε διάμετρο όση και η διάμετρος του στομίου και ελέγχθηκε ότι κόλλησε καλά.</p> <p>§ Τοποθετήσαμε κατόπιν το σάκο (κλειστός σάκος νούμερο 57 με φίλτρο διαφυγής αερίων) ενώ ενημερώνουμε τον ασθενή για το πώς εφαρμόζεται και ελέγξαμε τη στεγανότητα του συστήματος.</p> <p>§ Βεβαιωθήκαμε ότι ο ασθενής κατανόησε τη διαδικασία.</p>	
--	--	---	---	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
<p>Πρώτη μετεγχειρητική ημέρα: Ανάγκη παρακολούθησης της λειτουργίας των καθετήρων (Levin, Folley, φλεβικές γραμμές) και των παροχετεύσεων</p>	<p>§ Πρόληψη επιπλοκών από κακή λειτουργία των καθετήρων και των παροχετεύσεων.</p>	<p>§ Καθημερινός συχνός έλεγχος της λειτουργίας των καθετήρων και των παροχετεύσεων. § Για Levin – Folley – Παροχέτευση περινέου: Τοποθέτηση σε θέση κατάλληλη ώστε να μην ενοχλεί τον ασθενή και να μην εμποδίζει την κινητοποίησή του. Έλεγχος και καταμέτρηση των αποβαλλομένων υγρών (ποσότητα – ποιότητα). § Για Folley: Καθημερινή τοπική υγιεινή της περιοχής. Έλεγχος του ασθενούς για συμπτώματα ουρολοίμωξης (τσούξιμο, υψηλός πυρετός, σκούρα και πυκνά ούρα). Όταν θα γίνει αφαίρεση του καθετήρα, παρακολούθηση της διούρησης.</p>	<p>§ Έγινε η περιποίηση των καθετήρων και ελέγχθηκε η λειτουργία τους. § Φλεβικές γραμμές: αφαιρέθηκε ο ένας φλεβοκαθετήρας από το Δ άνω άκρο, καθώς υπήρχε ερυθρότητα στην πύλη εισόδου. Ο δεύτερος φλεβοκαθετήρας, που τοποθετήθηκε την προηγούμενη μέρα, λειτουργεί ικανοποιητικά και έγινε η αλλαγή των επιθεμάτων του. Στερεώθηκε σωστά η συσκευή του ορού.</p>	<p>§ Μέχρι τώρα δεν παρουσιάστηκαν προβλήματα στη λειτουργία των καθετήρων και της παροχέτευσης.</p>

		<p>§ Για Levin: Παρακολούθηση του ασθενούς για το αν παροχετεύει καλά ο ρινογαστρικός καθετήρας και αν έχει ναυτία ή έμετο. Παρακολούθηση να είναι καλά στερεωμένος ο καθετήρας.</p> <p>§ Για φλεβικές γραμμές: Να γίνεται καθημερινός έλεγχος των φλεβικών γραμμών για θρομβοφλεβίτιδα και να γίνεται περιποίηση των καθετήρων και καλή στερέωσή τους.</p> <p>§ Να γίνεται ο χειρισμός τοποθέτησης των φλεβοκαθετήρων με άσηπτες συνθήκες.</p> <p>§ Να αλλάζουν οι φλεβικές γραμμές κάθε 48 ώρες ή όταν παρουσιαστούν σημεία φλεγμονής (πόνος, οίδημα, ερυθρότητα) ή κακής λειτουργίας (απόφραξη, εξαγγείωση).</p>		
--	--	---	--	--

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ				
Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
<p>Τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα: Ψυχολογική επιβάρυνση λόγω της δημιουργίας κολοστομίας. Φόβος, άγχος, απέχθεια.</p>	<p>§ Να κατευναστούν οι φόβοι και να λυθούν οι απορίες γύρω από διάφορα θέματα που αφορούν στη ζωή με τη στομία.</p> <p>§ Να υποστηριχθεί ψυχολογικά ο ασθενής.</p>	<p>§ Να ενημερωθεί ο ασθενής γύρω από την καθημερινή ζωή με την κολοστομία του, τα προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν και τον τρόπο επίλυσής τους.</p> <p>§ Να λυθούν οι απορίες του, να γίνει προσπάθεια ψυχολογικής υποστήριξης, μέσω συζήτησης.</p>	<p>§ Δόθηκαν στον ασθενή οι απαραίτητες πληροφορίες.</p> <p>§ Λύθηκαν οι απορίες που εξέφρασε.</p> <p>§ Έγινε μια συζήτηση γύρω από τα συναισθήματα που του δημιουργεί η κολοστομία του.</p>	<p>§ Μετά τη συζήτησή μας, ο ασθενής μοιάζει λιγότερο αγχωμένος και καλύτερα προετοιμασμένος για τις καινούριες συνθήκες ζωής που καλείται να αντιμετωπίσει.</p>



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγοραστός, Ι. (1991) «Ογκολογία του πεπτικού συστήματος», Αθήνα, Βήτα, σελ. 298.
- Αλεξανδρή, Η., Αποστολόπουλος, Α., Κυριακίδης, Α. (2005) «Ελληνική χειρουργική ογκολογία», τόμος 5, τεύχος 2, Μάιος-Αύγουστος, σελ. 75-77.
- Αρνογιαννάκη, Ν. (2005) «Ελληνική χειρουργική ογκολογία», τόμος 3, τεύχος 2, Μάιος- Αύγουστος, σελ. 75-77.
- Βαδαλούκα, Α. (2005) «Ανακουφιστική και συμπτωματική αγωγή ασθενών τελικού σταδίου», Αθήνα, Παρισιάνου, σελ. 113.
- Bollinger, M., Rosenbaum, E. (1993) «Πώς γίνεται η διάγνωση του καρκίνου», Αθήνα, Κάτοπτρο, σελ. 35, 44, 46-47, 52-53.
- Γαρδίκια, Κ. (2000), «Ειδική νοσολογία», Αθήνα, Παρισιάνου, τόμος 1^{ος}, Δ' έκδοση, σελ. 397.
- Γολεμάτης, Χ, Γλυνάτσης Θ., (1995) «Νεοπλάσματα του πεπτικού συστήματος», Αθήνα, Πασχαλίδης, Επίτομος, σελ. 279-282, 285-288.
- Goldman, D. (2000) «Ιατρική στον 21^ο αιώνα», Αθήνα, Δομική, επίτομος, σελ. 666.
- Δάβαρης Π. (1995), «Νεοπλάσματα του πεπτικού συστήματος», Αθήνα, Πασχαλίδης, Επίτομος, σελ. 261.
- Δημητρουλόπουλος, Ν., Ξυνόπουλος, Δ., Τσαμακίδης, Κ., Παρασκευάς, Ε. (2006), «Μαζικός πληθυσμιακός έλεγχος για καρκίνο παχέος εντέρου», Θεσσαλονίκη, Επιστημονικά Βιβλία, τόμος 1^{ος}, έκδοση 2^η, σελ. 310, 395-398.

Δόντας, Ν. (1995) «Ένας αγώνας συνεχίζεται..... Ο καρκίνος στην Ελλάδα από το χθες στο σήμερα», Αθήνα, Βουδούρης, Α., Επίτομος, σελ. 17.

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (2002) «Παθολογία», Αθήνα, Πασχαλίδης, σελ. 391-392, 394-395.

Καλατζής, Ν., Σκανδάλης, Ν. (1995) «Καρκίνος παχέος εντέρου», Αθήνα, Βήτα, τόμος 3^{ος}, σελ. 216, 218.

Κογεβίνας, Ε. (1991) «Ογκολογία του πεπτικού συστήματος», Αθήνα, Βήτα, Επίτομος, σελ. 238-240.

Κοκκότου, Ε., Κουλλιάς, Γ., (1995) «Νεοπλάσματα του πεπτικού συστήματος», Αθήνα, Πασχαλίδης, Π., Επίτομος, σελ. 270-273.

Κοσμίδης, Π., Τριανταφυλλίδης, Ι. (1991) «Ογκολογία του πεπτικού συστήματος», Αθήνα, Βήτα, Επίτομος, σελ. 232-233, 266.

Κουρούσης, Χ. (2001) «Πρόοδοι στη χημειοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου», Αθήνα, τόμος 79, τεύχος 2, σελ. 141-142, 189-197.

Κουτσιαύτη, Π. (2004) «Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας», Αθήνα, Δοντάς, Ν., σελ. 434-435.

Κυπαρισσιάδης, Π., (2004) «Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας», Αθήνα, Δοντάς, Ν., σελ. 377-379.

Μαλγαρινού, Α., Κωνσταντινίδου, Φ. (2002), «Νοσηλευτική γενική παθολογική χειρουργική», Αθήνα, τόμος Α', έκδοση εικοστή τέταρτη, Η Ταβίθα, σελ. 242.

Μανούσου, Κ. (1999) «Προβλήματα διατροφής», Αθήνα, Δοντάς, Ν., τόμος Β, σελ. 230-231.

Marshall, R., Geraint, A. (2006) «Παθολογία καρκίνου παχέος εντέρου», Αθήνα, Πασχαλίδης, Χ., τόμος 1^{ος}, σελ. 57, 59, 501-502, 505.

Μπάρδη, Γ. (1999) «Γενετικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού», τόμος 1^{ος}, τεύχος 3^{ος}, Ιούλιος- Σεπτέμβριος, σελ. 160.

Μπεσμπέας, Σ. (1994) «Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας», Αθήνα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, σελ. 83-84.

Μουζάς, Α. (1998) «Ο καρκίνος του παχέος εντέρου στη φλεγμονώδη εντερική νόσο και η πρόληψή του. Εκτίμηση ενός προβλήματος και αποτίμηση των προτεινόμενων λύσεων», Αθήνα, τόμος 73-74, τεύχος 3, Ιατρική, σελ. 224-230, 244.

Νενοπούλου, Ε., Βρεττού, Ε., Τζιούφα, Β. (1988) «Στοιχεία ειδικής παθολογίας και παθολογικής ανατομικής», Θεσσαλονίκη, Α΄ τεύχος, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, σελ. 235-238.

Νιωτής, Θ., Παπαβασιλείου, Θ. (1999), «Η γενετική της ανάπτυξης των όγκων του παχέος εντέρου», τόμος 76, τεύχος 2, Ιατρική, σελ. 135-141.

Ντολατζάς, Θ. (2002) «Ο γιατρός συμβουλεύει», Αθήνα, Κορωναίου, Τόμος 3^{ος}, σελ. 431, 437-438.

Πανάγος, Η. (1995) «Χημειοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου», Αθήνα, Πασχαλίδης, Επίτομος, σελ. 252-253, 288-293.

Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. (2004) «Η πρόληψη του καρκίνου ως νοσηλευτική πρόκληση και προοπτική», Αθήνα, Δοντάς, Ν., σελ. 470-473.

Πατίκος, Ι., Καραμανώλης, Γ. (2000) «Σύγχρονες απόψεις στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου», Ιατρική, τεύχος 6, τόμος 78, σελ. 548-550.

Παυλίδης, Α. (1992) «Θέματα παθολογίας ογκολογίας», Αθήνα, Βήτα, τόμος Α΄, σελ. 185-187.

Πετρίδης, Α. (2002) «Ανατομική Άτλας», Αθήνα, Έλλην, 4^η έκδοση εγχειρίδιο χειρουργικής, επίτομος.

Σαββοπούλου, Γ. (1991) «Διερευνητική μελέτη των προβλημάτων και αναγκών των ασθενών με κολοστομία σε χειρουργηθέντα καρκίνο του παχέος εντέρου», Αθήνα, διδακτορική διατριβή, σελ. 109-112.

Σαχίνη-Καρδάση, Αν., Πάνου, Μ. (2000) «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική», Αθήνα, τόμος 2^{ος}, Β΄ έκδοση, Βήτα, σελ. 424-425.

Σκάρλος, Δ. (1992) «Θέματα παθολογίας και ογκολογίας», Αθήνα, Επίτομος, Κορωναίου, σελ. 191.

Σπηλιώτης, Ι. (1999) «Καρκίνος από την άγνοια....στον φόβο», Πάτρα, Αχαϊκές, σελ. 311, 318-319.

Σταματελόπουλος, Α., Δημητριάδης, Μ. (2007) «Καρκίνος του παχέος εντέρου: χειρουργική αντιμετώπιση των πνευμονικών μεταστάσεων», Αθήνα, τεύχος 2^ο, τόμος 43, Ελληνική Ογκολογία, σελ. 116.

Ταβερναράκη, Α. (2002) «Σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου», Αθήνα, Α΄ τόμος, Δοντάς, Ν., σελ. 154.

Τέντας, Κ. (1991) «Ογκολογία του πεπτικού συστήματος», Αθήνα, Βήτα, επίτομος, σελ. 238-240.

Thomas, A., Charles, C., Bennett C., Fred P. (2000) «Βασική παθολογία», Αθήνα, Λίτσας, έκδοση 4^η, Α΄ τόμος, σελ. 540-542.

Τσιγκουράκος, Κ. (1994) «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση του καρκινοπαθούς», Αθήνα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, σελ. 82-84, 87-89, 91, 107.

Τσιφτσής, Δ. (2001) «Νέες μέθοδοι προληπτικού ελέγχου στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού», 1^ο Διεθνές Συνέδριο, Μάρτιος, σελ. 76.

Φιλιππάκης, Μ., Αντσακλής, Γ. (1995) «Καρκίνος παχέος εντέρου», Αθήνα, Βήτα, τόμος 3^{ος}, σελ. 212.

Φονοντζήλας, Γ., Μπαρμπούνης, Β. (2006) «*Βασικές αρχές θεραπείας του καρκίνου*», Θεσσαλονίκη, 1^{ος} τόμος, 2^η έκδοση, University Studio Press, Επιστημονικά Βιβλία και περιοδικά, σελ. 269-270.

Χαλαστάνη, Β. (2002) «*Μελέτη και ανάπτυξη κατ' οίκον νοσηλείας αντικαρκινικού νοσοκομείου*», Αθήνα, Δοντάς, Ν., τόμος Β', σελ. 7-9.

Χριστοδούλου, Κ., Τσιάνος, Β. (2000) «*Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου*», Αθήνα, τόμος 17, τεύχος 6, σελ. 567-569.

Χρυσοσπάθη, Ι., Γολεμάτη, Χ. (1981) «*Μαθήματα χειρουργικής*», Αθήνα, Πασχαλίδης, 2^η έκδοση, σελ. 235-241.

<http://www.Fusses.go>

Λυσσάς, Γ. «*Καρκίνος παχέος εντέρου*» (31/10/07)

<http://www.Surgeon.gr>

Γλεντάς, Π. «*Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού*» (31/10/07)

<http://oncology.go>

Καραβέλας, Φ. «*Καρκίνος παχέος εντέρου-εντερική απόφραξη*» (2/12/07)

<http://www.inpap.org/22doc.htm> (14/1/08)

<http://www.gomedica.org/images/anat01.jpg> (14/1/08)

<http://www.inpap.org/22doc.htm#Keypoint1> (20/11/07)

<http://www.med.auth.gr/db/histology/gr/11-8-1.jpg> (21/11/07)

<http://www.rhodes.aegean.gr/sxedia/grafdaskalou/anatomy/sub1/digestion/digestive.jpg>
gmedlab.cs.uoi.gr/.../kefalaio1/images/pa003.jpg (11/11/07)

<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=133460> (9/1/08)

Καρκίνος παχέος εντέρου, Αίτια, συμπτώματα, αντιμετώπιση, πρόληψη,

<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=133460> (15/11/07)

<http://www.eligast.gr/files/coloncancersmall.jpg> (14/1/08)

<http://www.inpap.org/22doc.htm#Keypoint1> (10/11/07)

<http://www.inpap.org/22doc.htm#Keypoint1> (4/11/07)

<http://www.inpap.org/22doc.htm#Keypoint1> (14/1/08)

<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=133460> (14/12/07)

<http://www.inpap.org/22doc.htm#Keypoint1> (16/12/07)

<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=47681>(14/1/08)

Αντωνίου, Π. «Καρκίνος παχέος εντέρου. Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία», <http://www.iator.gr/antoniou-xeirourgos/karkinos%20paxeos%20enterou.htm> (18-12-07)