

Πρόληψη και Νοσηλευτική Παρέμβαση Καρκίνου Παχέος Εντέρου



Σπουδάστρια: Κοκοσλή Ελένη
Εισηγητής: Στεφανόπουλος Νίκος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ..... 9

1.1	ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ	11
1.2	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΥΠΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ	12
1.3	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΥΠΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	14
1.4	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ 17

2.1	ΓΕΝΙΚΑ	19
2.2	ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	20
2.3	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	21
2.3.1	ΤΟ ΤΥΦΛΟ ΚΑΙ Η ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ	21
2.3.2	ΤΟ ΚΟΛΟΝ	22
2.3.3	ΤΟ ΑΠΕΥΘΥΣΜΕΝΟ (ΟΡΘΟ).....	22
2.4	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	23
2.5	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ..... 27

3.1	ΓΕΝΙΚΑ	29
3.2	ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	29
3.3	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ – ΑΥΞΥΜΕΝΗ ΜΑΖΑ ΣΩΜΑΤΟΣ (ΒΜΙ)	31
3.4	ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	31
3.5	ΚΑΘΙΣΤΙΚΗ ΖΩΗ	31
3.6	ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	32
3.7	ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ	32
3.8	ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	33
3.9	ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΠΡΟΛΗΨΗ..... 35

4.1	ΓΕΝΙΚΑ	37
4.2	ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	37
4.2.1	ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ.....	38
4.2.2	ΚΑΠΝΙΣΜΑ	40
4.2.3	ΦΥΣΙΚΗ ΆΣΚΗΣΗ	41
4.3	ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	41
4.3.1	ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ.....	43
4.3.2	ΈΛΕΓΧΟΣ ΑΦΑΝΟΥΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΤΑ ΚΟΠΡΑΝΑ	44
4.3.3	ΈΛΕΓΧΟΣ ΓΟΝΙΔΙΑΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ.....	45

4.3.4 Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΕΜΒΡΥΪΚΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ CEA ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΟΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ.....	45
4.3.5 ΒΑΡΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΚΛΙΣΜΟΣ	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ 47

5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	49
5.1.1 ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ.....	49
5.1.2 ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	49
5.1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ	49
5.1.4 ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ	50
5.1.5 ΆΛΛΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	50
5.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΙΕΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	51
5.2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΟΥ	51
5.2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ – ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΟΥ	52
5.2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ(ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΕΣ)-ΟΡΘΟΥ	52
5.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	53
5.3.1 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	53
5.3.2 ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	53
5.4 ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ	54
5.5 ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕ ΒΑΡΙΟΥΧΟ ΥΠΟΚΛΙΣΜΟ	54
5.6 ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ.....	55
5.7 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	56
5.8 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	56
5.9 ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (17,6%):.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ..... 59

6.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	61
6.1.1 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ	61
6.1.2 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ	61
6.1.3 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ.....	62
6.2 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑ DUKES	63
6.3 ΒΑΘΜΟΠΟΙΗΣΗ	63
6.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΘΕΡΑΠΕΙΑ 65

7.1	ΓΕΝΙΚΑ	67
7.2	ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	67
7.3	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	67
7.4	ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	70
7.5	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ..... 75

8.1	ΓΕΝΙΚΑ	77
8.2	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ..	77
8.3	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΘΡΕΨΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	77
8.4	ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	78
8.4.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ...	78
8.4.2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	80
8.4.3	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	81
8.5	ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ.....	82
8.5.1	ΔΙΣΚΟΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	83
8.5.2	ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ.....	83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 87

9.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	89
9.1.1	ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	89
9.1.2	ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΡΘΟΥ.....	89
9.1.3	ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	90
9.1.4	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ.....	90
9.1.5	ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	91
9.2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	93
9.2.1	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	95
9.2.2	ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	103

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 115

10.1	ΓΕΝΙΚΑ	117
10.2	ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	117
10.3	ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	117
10.4	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	118

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

1.1 Οι κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως

Στην αναζήτηση των κυριότερων αιτιών θανάτου παγκοσμίως μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαφορετικοί τρόποι κατάταξης των ασθενειών, όπως για παράδειγμα ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, ομάδα ηλικιών, διαφορετικότητας φύλου, ύψος εισοδήματος κτλ.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου θεωρείται υπεύθυνος για μεγάλο αριθμό θανάτων στις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες του κόσμου. Αυτό φαίνεται παρακάτω από τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας όπου παρουσιάζονται οι κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως:

Χώρες Υψηλού Εισοδήματος	Θάνατοι σε εκατομμύρια	Ποσοστιαία αναλογία
Στεφανιαία Νόσος	1.34	17.1
Εγκεφαλικά επεισόδια	0.77	9.8
Καρκίνοι Ανώτερου Αναπνευστικού	0.46	5.8
Λοιμώξεις Κατώτερου Αναπνευστικού	0.34	4.3
Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	0.30	3.9
Καρκίνος Παχέος Εντέρου	0.26	3.3
Νόσος Alzheimer	0.22	2.7
Σακχαρώδης Διαβήτης	0.22	2.7
Καρκίνος Μαστού	0.15	1.9
Καρκίνος Στομάχου	0.14	1.8

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί την πέμπτη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες, με μοναδικό πιο θανατηφόρο καρκίνο αυτόν του πνεύμονα.

Χώρες Μεσαίου Εισοδήματος	Θάνατοι σε εκατομμύρια	Ποσοστιαία αναλογία
Εγκεφαλικά επεισόδια	3.02	14.6
Στεφανιαία Νόσος	2.77	13.4
Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	1.57	7.6
Λοιμώξεις Κατώτερου Αναπνευστικού	0.69	3.3
HIV/AIDS	0.62	3.0
Νεογνικοί Θάνατοι	0.60	2.9
Καρκίνος Στομάχου	0.58	2.8
Καρκίνοι Ανώτερου Αναπνευστικού	0.57	2.7
Τροχαία Ατυχήματα	0.56	2.6
Άλλα Καρδιακά Αίτια	0.54	2.6

Στις χώρες μεσαίου εισοδήματος ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν αποτελεί μία από τις δέκα κυριότερες αιτίες θανάτου. Παρατηρούμε τους καρκίνους του ανώτερου αναπνευστικού σε χαμηλότερη θέση, ενώ ο καρκίνος του στομάχου αναβαίνει στην έβδομη θέση ως αιτία θανάτου.

Χώρες Χαμηλού Εισοδήματος	Θάνατοι σε εκατομμύρια	Ποσοστιαία αναλογία
Στεφανιαία Νόσος	3.10	10.8
Λοιμώξεις Κατώτερου Αναπνευστικού	2.86	10.0
HIV/AIDS	2.14	7.5
Νεογνικοί Θάνατοι	1.83	6.4
Εγκεφαλικά επεισόδια	1.72	6.0
Εντερικές Διαρροϊκές Παθήσεις	1.54	5.4
Ελονοσία	1.24	4.4
Φυματίωση	1.10	3.8
Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	0.88	3.1
Τροχαία Ατυχήματα	0.53	1.9

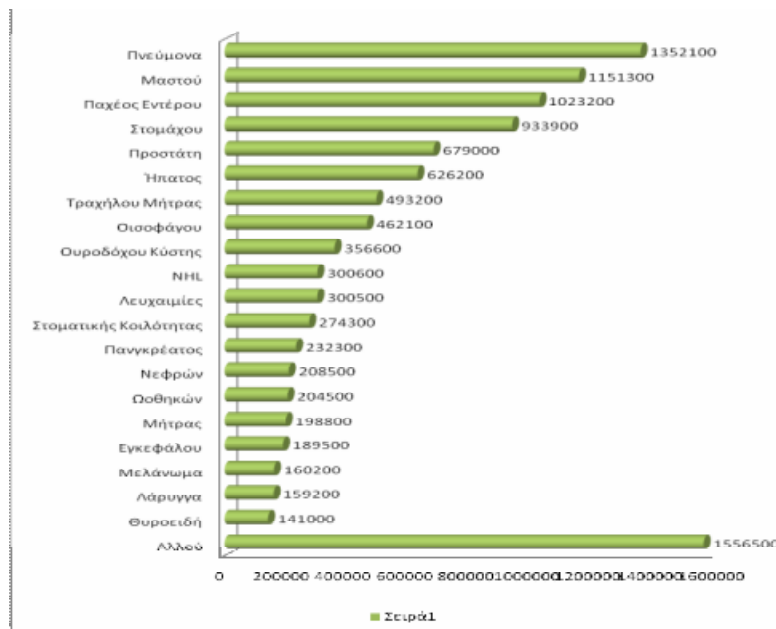
Ούτε στις χώρες χαμηλού εισοδήματος ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μία από τις δέκα κυριότερες αιτίες θανάτου.

Η διαπίστωση ότι η επίπτωση και θνησιμότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι σαφώς υψηλότερη στις χώρες με υψηλό εισόδημα οδήγησε τους ερευνητές να στραφούν στην αναζήτηση των αιτιών της νόσου σε χαρακτηριστικά του είδους και του τρόπου ζωής και συνηθειών των κατοίκων των χωρών αυτών [1].

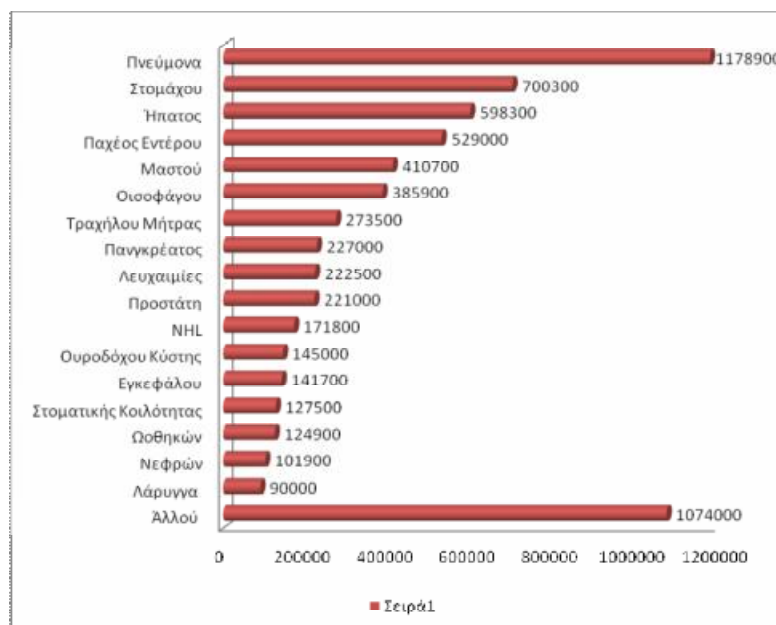
1.2 Επιδημιολογία διαφόρων τύπων καρκίνων παγκοσμίως

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου κατέχει υψηλή θέση σε επίπτωση και θνησιμότητα μεταξύ των διάφορων τύπων καρκίνου παγκοσμίως. Το International Agency for Research on Cancer έκδοσε το 2002 μια βάση δεδομένων όπου παρουσιάζεται η παγκόσμια επιδημιολογία 27 τύπων καρκίνων. Η βάση δεδομένων ονομάστηκε “Globocan 2002” και τα αποτελέσματά της είναι αποδεκτά και χρησιμοποιούνται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου κατέχει την τρίτη θέση σε συχνότητα εμφάνισης μεταξύ όλων των τύπων του καρκίνου. Πρώτος σε επίπτωση καρκίνος και στα δύο φύλα είναι ο καρκίνος του πνεύμονα με 1.352.100 νέες περιπτώσεις τον χρόνο ακολουθεί ο καρκίνος του μαστού με 1.151.300 νέες περιπτώσεις τον χρόνο και τρίτος ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 1.023.200 νέες περιπτώσεις τον χρόνο [2].



Όσο αφορά την θνησιμότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου αυτός κατέχει την τέταρτη θέση παγκοσμίως με 529.000 θανάτους ετησίως, πίσω από τους καρκίνους του πνεύμονα με 1.178.900 θανάτους, του στομάχου με 700.300 θανάτους και του ήπατος με 598.300 θανάτους ετησίως [2].



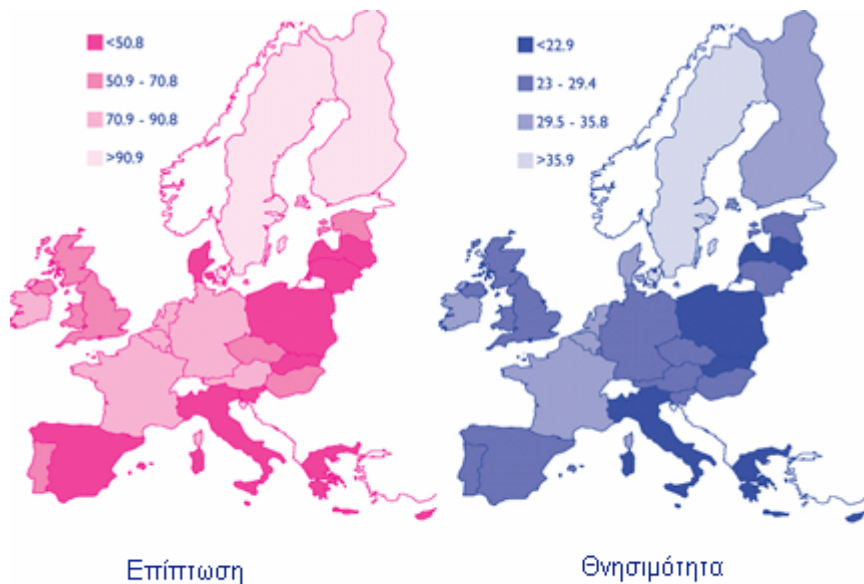
1.3 Επιδημιολογία διαφόρων τύπων καρκίνων στην Ευρώπη

Υπάρχουν περισσότερα από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου, τέσσερα από αυτά όμως είναι υπεύθυνα για το 45% των θανάτων από καρκίνο στην Ευρώπη. Οι τέσσερις πιο θανατηφόροι καρκίνοι στην Ευρώπη είναι του πνεύμονα, του παχέος εντέρου, του μαστού στις γυναίκες και του προστάτη στους άνδρες.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο πιο συχνά εμφανιζόμενος καρκίνος στην Ευρώπη με 258.000 νέες διεγνωσμένες περιπτώσεις το 2000.

Την πιο υψηλή επίπτωση και θνησιμότητα ο καρκίνος του παχέος εντέρου παρουσιάζει στην Τσεχία και στη Ουγγαρία, όπως επίσης και στην Γερμανία. Την χαμηλότερη επίπτωση και θνησιμότητα ο καρκίνος του παχέος εντέρου παρουσιάζει στην Κύπρο και την Ελλάδα.

Η υψηλότερη πενταετής επιβίωση ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου παρουσιάζεται στην Ισπανία, την Γαλλία και την Ολλανδία, ενώ η μικρότερη πενταετής επιβίωση παρουσιάζεται στην Πολωνία, την Σλοβενία και την Εσθονία [3].



Σε περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων εμφανίζεται μεταξύ 5^{ης} και 7^{ης} δεκαετίας της ζωής. Όμως έρευνες έδειξαν ότι ο καρκίνος του ορθού εμφανίζεται και σε μικρότερη ηλικία στις γυναίκες από τι στους άνδρες.

Βέβαια ο κίνδυνος αυξάνει μετά την ηλικία των 40 ετών και υπολογίζεται ότι ένα άτομο 50 ετών έχει 5% πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου στο υπόλοιπο της ζωής του και 2,5 % πιθανότητα να πεθάνει από αυτή την αιτία [4].

1.4 Επιδημιολογικά στοιχεία από την Ελλάδα

Αν και μέχρι τα πιο πρόσφατα στοιχεία η επίπτωση και η θνησιμότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου στην Ελλάδα, είναι μικρότερη από τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί βάσει στοιχείων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας την τέταρτη αιτία θανάτου στην χώρα μας μετά από τα εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια, την στεφανιαία νόσο και τους καρκίνους του ανώτερου αναπνευστικού [5].

Αιτία Θανάτου	Θάνατοι	Ποσοστιαία αναλογία
Εγκεφαλικά επεισόδια	22.000	20
Στεφανιαία Νόσος	16.000	15
Καρκίνοι Ανώτερου Αναπνευστικού	6.000	6
Καρκίνος Παχέος Εντέρου	2.000	3
Λοιμώξεις Κατώτερου Αναπνευστικού	2.000	3
Τροχαία Ατυχήματα	2.000	3
Καρκίνος ήπατος	2.000	3
Καρκίνος Μαστού	1.000	2
Καρκίνος Στομάχου	1.000	2
Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	1.000	2

Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα παρουσιάζονται ετησίως 3000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου [6].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

2.1 Γενικά

Το σώμα διατηρεί την μορφολογία και την λειτουργία των οργάνων του με τη συνεχή πρόσληψη ενέργειας. Η ενέργεια παράγεται κυρίως από την καύση των υδατανθράκων (άμυλο,σάκχαρα) και των λιπών και λιγότερων από τις πρωτεΐνες.

Το πεπτικό σύστημα είναι υπεύθυνο για την εξεργασία της προσλαμβανόμενης τροφής και την μετατροπή της σε μορφή τέτοια που να μπορεί να απορροφηθεί από το γαστρεντερικό σύστημα (ΓΕΣ) – αδένες πεπτικού συστήματος και να χρησιμοποιηθεί από τα δισεκατομμύρια κύτταρα του οργανισμού μας για τις δομικές και τις λειτουργικές τους ανάγκες.

Οι περισσότερες τροφές, με την μορφή με την οποία προσλαμβάνονται, είναι αδύνατον να φτάσουν στα κύτταρα διότι δεν μπορούν να περάσουν από το έντερο στην κυκλοφορία ούτε μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τα κύτταρα του οργανισμού μας έστω και αν μπορούσαν να φτάσουν σε αυτά. Πρέπει κατά συνέπεια η τροφή να υποστεί χημικές και φυσικές μεταβολές ώστε να καταστεί δυνατή η απορρόφηση και η χρησιμοποίησή της. Η όλη αυτή διαδικασία των φυσικών και χημικών μεταβολών με τις οποίες τα λίπη, οι υδατάνθρακες και οι πρωτεΐνες των τροφών μετατρέπονται σε δομικούς λίθους κατάλληλους να απορροφηθούν και να χρησιμοποιηθούν λέγεται πέψη [7].

Ο γαστρεντερικός ή πεπτικός σωλήνας είναι ένας ελικοειδής σωληνώδης διάδρομος που αρχίζει από την στοματική κοιλότητα και καταλήγει στον πρωκτό.

Τα όργανα του, βρίσκονται εν μέρει στις κοιλότητες του κορμού.Το ανώτατο τμήμα του αποτελείται από την στοματική κοιλότητα με τους πολυάριθμους μικρούς και τρία ζεύγη μεγάλων σιελογόνων αδένων και από τη μέση και κάτω μοίρα του φάρυγγα μέχρι την αρχή του οισοφάγου.

Το τμήμα του πεπτικού σωλήνα μέσα στον κορμό (κατώτερο τμήμα) αποτελείται από την από τον γαστρεντερικό σωλήνα (ΓΕΣ) και αρχίζει από την αρχή του οισοφάγου μέχρι το τέλος του παχέος εντέρου.Αποτελείται από τον οισοφάγο – στόμαχο-λεπτό έντερο-παχύ έντερο.

Ο οισοφάγος λειτουργεί σαν σωλήνας διέλευσης της τροφής .Η διάσπαση των τροφών γίνεται εν μέρει στον στόμαχο και συμπληρώνεται στο λεπτό έντερο. Στο τμήμα του ΓΕΣ υπάρχουν πολυάριθμοι μικροί και 2 μεγάλοι αδένες (ήπαρ-πάγκρεας) που παράγουν πεπτικά υγρά τα οποία διοχετεύουν στο λεπτό έντερο(12δακτύλο). Οι τροφές που δεν απορροφήθηκαν με την απορρόφηση νερού στο κόλο,γίνονται πυκνόρρευστες και μετατρέπονται σε κόπρανα [8].

2.2 Ανατομία παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο ονομάζεται έτσι γιατί έχει αυλό ευρύτερο του αυλού του πεπτικού σωλήνα και επεκτείνεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα μέχρι τον ορθοπρωκτικό δακτύλιο. Έχει συνολικό μήκος 1,5 μέτρο περίπου. Κατά την πορεία του σχηματίζει μια στεφάνη ανοικτή προς τα κάτω και δεξιά του περιβάλλει τις έλικες του λεπτού εντέρου.

Από περιγραφικής άποψης διακρίνουμε στο παχύ έντερο τρία άνισα στο μέγεθος μέρη:

1. στο τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση
2. στο κόλον (ανιόν-εγκάρσιο και σιγμοειδές)
3. στο ορθό ή απευθυσμένο ή ευθύ έντερο [8].

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

Ο ορογόνος, ο μυϊκός χιτώνας, ο υποβλεννογόνος χιτώνας και ο βλεννογόνος [8, 9].

Ο ορογόνος που αποτελεί τον έξω χιτώνα του τοιχώματος του παχέος εντέρου, προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτόναιου και καλύπτει εξ ολοκλήρου τις μοίρες του παχέος εντέρου.

Ο μυϊκός χιτώνας που αποτελείται από δύο στιβάδες, την έσω κυκλοτερή και την έξω επιμήκη της οποίας οι λείες μυϊκές ίνες συγκεντρώνονται σε 3 ταινίες, τις κολικές ταινίες. Συγκεκριμένα το παχύ έντερο χαρακτηρίζεται από:

- τις επιμήκεις μυϊκές κολικές ταινίες, οι οποίες είναι τρεις, αποτελούν παχύνσεις της επιμήκουσ μυϊκής στιβάδας, αρχίζουν σε δύο, ενώ στο ορθό εξαφανίζονται,
- τις κολικές κυψέλες, που είναι εκκοπώματα του τοιχώματος και των οποίων η γένεση οφείλεται στην κατά τόπους σύσπαση των κυκλοτερών μυϊκών ιών και στο ότι η επιμήκης στιβάδα του παχέος εντέρου είναι βραχύτερη από τους υπόλοιπους χιτώνες του. Οι κολικές κυψέλες δεν είναι σταθερές.
- τις επιπλοκές αποφύσεις, οι οποίες αποτελούνται από λιπώδη ιστό, κρέμονται από ορογόνο και φέρονται κατά μήκος των κολικών ταινιών.

Ο υποβλεννογόνιος αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και παρεμβάλεται μεταξύ του μυϊκού χιτώνα και του βλεννογόνου

Ο βλεννογόνος αποτελείται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, από χόριο και αδένες και από βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα [10].

Το παχύ έντερο αγγειώνεται από κλάδους που προέρχονται : α) από την άνω μεσεντέρια αρτηρία για το τυφλό, το ανιόν και το εγκάρσιο κόλο, β) από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία για το κατιόν, το σιγμοειδές και την άνω μοίρα του απευθυσμένου και την έσω λαγόνια αρτηρία για την κάτω μοίρα του ορθού [8].

2.3 Περιγραφή τμημάτων παχέος εντέρου

Κάθε τμήμα του παχέος εντέρου έχει τα δικά του χαρακτηριστικά και εκτελεί συγκεκριμένες λειτουργίες.

2.3.1 Το τυφλό και η σκωληκοειδής απόφυση

Το τυφλό εμφανίζεται σαν τυφλός διευρισμένος θύλακας του παχέος εντέρου. Βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Έχει μήκος 6 εκατοστά το πλάτος περίπου 7,5 εκατοστά και η χωρητικότητα του 100-150cm. Καλύπτεται από περιτόναιο κατά την πρόσθια επιφάνεια οπότε δημιουργείται οπισθοτυφλικός χώρος αλλά και μαύρο μεσεντέριο που ευνοεί την πρόκληση της ειστροφής. Το τυφλό συνιστάται σε μία μικρού μήκους θήκη με μία βαλβίδα που ανοίγει για να υποδεχτεί το χυλό από τον ειλεό του λεπτού εντέρου.

Η βαλβίδα αυτή ονομάζεται ειλεοτυφλική βαλβίδα. Η λειτουργία της είναι να χρησιμεύει σαν σφικτήρας όπου ανοίγει περιοδικά και επιτρέπει την διέλευση του εντερικού περιεχομένου στο παχύ έντερο. Περίπου 2cm κάτω από το στόμιο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας υπάρχει το στόμιο της σκωληκοειδής απόφυσης

Η σκωληκοειδής απόφυση έχει μήκος 2-30cm συνήθως 8cm και διάμετρο 0,5-1cm. Η βάση της βρίσκεται στην κοινή αρχή των 3 κολικών ταινιών. Η θέση της ποικίλει σε σχέση προς το τυφλό. Συνηθέστερα την βρίσκουμε πίσω από το τυφλό (οπισθοτυφλική 65% των περιπτώσεων) ή μέσα στην πύελο (λαγονοπυελική 31%). Κατά τις θέσεις αυτές η σκωληκοειδής απόφυση εμφανίζει ποικίλη φορά, συνήθως κατιούσα, σπανιότερα ανιούσα ή εγκάρσια. Η υφή της ,είναι παρόμοια με εκείνη του υπόλοιπου εντέρου. Έχει όλους τους χιτώνες του παχέος εντέρου, ενώ ο βλεννογόνος της εκτός των άφθονων λευκοκυττάρων εμφανίζει και πολλά λεμφοζίδια, ιδιαίτερα στα παιδιά, ενώ στους ενήλικες αυτά αραιώνουν. Τα λεμφοζίδια αυτά συχνά καταλαμβάνουν και τον υποβλεννογόνιο χιτώνα, για αυτό και θεωρείται περισσότερο μέρος του λεμφοποιητικού συστήματος, παρά του πεπτικού [11].

2.3.2 Το κόλον

Το κόλον είναι το προτελευταίο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα. Αρχίζει από το ύψος της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και φτάνει μέχρι το ύψος του 3ου ιερού σπονδύλου, όπου μεταπίπτει στο απευθυσμένο. Διακρίνεται στο ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν και το σιγμοειδές.

Το ανιόν κόλο πορεύεται δεξιά προς τα άνω μέχρι το ήπαρ, όπου ανακάμπτει προς τα αριστερά και σχηματίζοντας την δεξιά κοιλιακή καμπή μεταβαίνει στο εγκάρσιο κόλο. Καλύπτεται κατά $\frac{3}{4}$ περίπου από περιτόναιο ενώ προς τα πίσω προσφύεται προς τα όργανα που υπάρχουν εκεί με χαλαρό συνδετικό ιστό.

Το εγκάρσιο κόλο αποτελώντας την συνέχεια του ανιόντος, φέρεται οριζόντια και αριστερά, κάτω από τον στόμαχο μέχρι τον σπλήνα και εκεί ανακάμπτει πάλι προς τα κάτω, σχηματίζοντας την αριστερή κολική καμπή και μεταβαίνει στο κατιόν κόλο. Περιβάλλεται ολόκληρο από περιτόναιο και κρέμεται από μια πλατιά περιτοναϊκή πτυχή που λέγεται εγκάρσιο μεσόκολο. Το εγκάρσιο μεσόκολο εκτείνεται ανάμεσα στους νεφρούς και προσφύεται μπροστά στη δεύτερη μοίρα του 12δακτυλου και στο πρόσθιο χείλος του σώματος του παγκρέατος.

Το κατιόν πορεύεται προς τα κάτω και πίσω κατά μήκος του αριστερού πλαγίου της κοιλιακής χώρας, όπου μεταβαίνει στο σιγμοειδές. Καλύπτεται από περιτοναίο κατά το ήμισυ και κατέρχεται ως τον αριστερό λαγόνιο βόθρο.

Το σιγμοειδές πορεύεται αρχικά στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και μετά εισέρχεται στην ελάσσονα πύελο σχηματίζοντας αγκύλη, σιγμοειδή πορεία "S". Αρχίζει από το άνω στόμιο της πυέλου και φτάνει μπροστά από τον 3ο ιερό σπόνδυλο. Περιβάλλεται γύρω-γύρω από περιτόναιο και είναι το πιο ευκίνητο τμήμα του παχέος εντέρου, διότι κρέμεται από μια πτυχή του περιτόναιου που λέγεται μεσοσιγμοειδές [8,9].

2.3.3 Το απευθυσμένο (ορθό).

Το απευθυσμένο ή ορθό βρίσκεται μέσα στην πύελο, αρχίζει από τον 3^ο ιερό σπόνδυλο και φτάνει ως τον αιμορροϊδικό δακτύλιο, ενώ αποτελεί τη συνέχεια του σιγμοειδούς κόλου και συγχρόνως την τελευταία μοίρα του παχέος εντέρου. Αρχικά ακολουθεί το κοίλο του ιερού οστού, σχηματίζοντας την ιερή καμπή και μετά στο ύψος του κόκκυγος στέφεται προς τα πίσω και περνάει δια μέσου του πυελικού εδάφους σχηματίζοντας την περινεϊκή καμπή. Τελικά σχηματίζει τον πρωκτικό σωλήνα και καταλήγει στον πρωκτό. Το ορθό δεν παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του υπόλοιπου παχέος εντέρου (κολικές ταινίες, εκκολπώματα, αποφύσεις), επομένως η επιμήκης μυϊκή στιβάδα του είναι συνεχής [8,9].

2.4 Φυσιολογία Παχέος Εντέρου

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι οι εξής:

Απορρόφηση:

Στην κεντρικότερη μοίρα του παχέος εντέρου γίνεται απορρόφηση του μεγαλύτερου μέρους του νερού και των ηλεκτρολυτών. Περίπου 500 κ.εκ. περιεχομένου του λεπτού εντέρου (περιεκτικότητα 90%σε νερό), εισέρχονται καθημερινά στο τυφλό. Το υλικό αυτό καθώς διέρχεται από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου αφυδατώνεται και μόνο 120-150κ.εκ. νερού αποβάλλονται με τα κόπρανα. Επίσης το CL και το NA απορροφώνται από το παχύ έντερο έτσι ώστε οι ανάγκες του φυσιολογικού ατόμου σε NA είναι περίπου 5 m Eq Na.

Επίσης τα διττανθρακικά και κυρίως το K αποβάλλονται από το βλεννογόνο του παχέος εντέρου με παθητική διάχυση και έκκριση με τη βλέννη με αποτέλεσμα ασθενείς με διάρροιες να εμφανίζουν υποκαλιαιμία [7].

Αποθήκευση:

Η περιφερειακή μοίρα του παχέος εντέρου είναι κυρίως τόπος εναποθήκευσης των κοπρανωδών μαζών οι οποίες προωθούνται μέχρι το σιγμοειδές όπου παραμένουν μέχρι να αποβληθούν [12].

Μηχανική απομάκρυνση:

Η μηχανική απομάκρυνση του περιεχομένου του παχέος εντέρου διευκολύνεται με την έκκριση βλέννης. Ενζυμα δεν εκκρίνονται στο παχύ έντερο [7]. Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου,έκκτινει βλεννώδες έκκριμα αλκαλικής αντίδρασης,που επαλείφει το βλεννογόνο και τον προστατεύει από την επίδραση της μικροβιακή του χλωρίδας. Η εντερική χλωρίδα συνθέτει τη βιταμίνη K, βιταμίνες του συμπλέγματος B, όπως θειαμίνη κ.τ.λ. Ακόμα είναι υπεύθυνη για τις επεξεργασίες ζύμωσης και σήψης που γίνονται στο παχύ έντερο [13]. Στο παχύ έντερο λαμβάνουν χώρα και ενζυμικές διεργασίες οφειλόμενες στη σαπροφυτική χλωρίδα του εντέρου που το προστατεύουν από τον πολλαπλασιασμό παθογόνων μικροβίων [12].

Κινητικότητα και αφόδευση:

Η κινητικότητα του παχέος εντέρου ρυθμίζεται από χολινεργικούς, αδρενεργικούς, πεπτιδεργικούς νευρώνες και γαστρεντερικές ορμόνες [12]. Οι κινήσεις του παχέος εντέρου είναι:κινήσεις κατάτμησης, περισταλτικές για την μηχανική πέψη και μαζικές περισταλτικές που είναι απόκριση στην διάταση του. Οι μαζικές περισταλτικές γίνονται για την προώθηση μεγάλης ποσότητας περιεχόμενου σε μεγάλη απόσταση [7]. Η κινητικότητα του παχέος εντέρου εκδηλώνεται με τους εξής τρόπους:

- δακτυλιοειδείς συσπάσεις κυρίως σε δεξιό κόλο,

- τμηματικές συσπάσεις στο εγκάρσιο και κατιόν κόλον και
- δακτυλιοειδείς συσπάσεις στο εγκάρσιο και κατιόν κόλο.

Οι τελευταίες συμβαίνουν λίγες φορές την ημέρα και προωθούν το μηχανισμό της αφόδευσης[12]. Αρχίζουν με ένα μεγάλο γεύμα, με το κάπνισμα, τη λήψη καφέ ή άλλα ερεθίσματα στα οποία το άτομο έχει συνηθίσει τον εαυτό του.

Όταν τα κόπρανα φτάσουν στο ορθό αυτό διατείνεται και η διάταση αυτή προκαλεί αντανακλαστικές συσπάσεις στο παχύ έντερο.

Η σύσπαση των κοιλιακών μυών, και η χαλάρωση του σφιγκτήρα του δακτυλίου έχουν σαν αποτέλεσμα την αφόδευση. Η βούληση ελέγχει τον έξω σφιγκτήρα και είτε αναστέλλει τη συστολή του επιτρέποντας την αφόδευση είτε την αυξάνει, αν η στιγμή είναι κοινωνικά απρόσφορη για την πραγματοποίηση της. Αν δεν πραγματοποιηθεί αφόδευση, καταργείται το αντανακλαστικό της μετά από λίγα λεπτά και συνήθως δεν ξαναεμφανίζεται παρά μόνο όταν μια νέα ποσότητα μπει στο ορθό, πράγμα που μπορεί να συμβεί αρκετές ώρες μετά [13].

Η συχνότητα της αφόδευσης επηρεάζεται από κοινωνικούς και διαιτητικούς παράγοντες ενώ αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου επιβάλλουν τον έλεγχο για οργανικές παθήσεις [7].

2.5 Παθολογική Ανατομική

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προκύπτει από την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων στο βλεννογόνο που καλύπτει το παχύ έντερο. Τα παθολογικά κύτταρα, δεν υπακούουν στους νόμους ελέγχου, ανάπτυξης και θανάτου που ρυθμίζουν τη ζωή των φυσιολογικών κυττάρων του οργανισμού. Ο καρκίνος ξεκινά από ένα μη φυσιολογικό κύτταρο, που στην συνέχεια διαιρείται σε δυο μη φυσιολογικά, τα οποία γίνονται τέσσερα κ.λ.π Τα κύτταρα αυτά διαιρούνται με διάφορες ταχύτητες, που ονομάζονται χρόνοι διπλασιασμού. Η πολύπλοκη, συνεχής λειτουργία του πολλαπλασιασμού και αντικατάστασης των κυττάρων, ελέγχεται πολύ αυστηρά από τον 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. Μπορεί να χρειαστούν μία ή δυο εβδομάδες να αναπτυχθούν οι καρκίνοι ή μπορεί και έξι μήνες. Επομένως, είναι δυνατό να υπάρξει μια «αθόρυβη» ή «ασυμπτωματική» περίοδος μετά την έναρξη της ανάπτυξης του καρκίνου, κατά την οποία δεν φαίνεται κάποιο ογκίδιο

Πρέπει να αναφερθεί ότι οι όγκοι δεν είναι πάντα κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι αυτοί αφαιρούνται, παραμένουν ως έχουν ή θεραπεύονται. Οι κακοήθεις όγκοι, έχουν δυο κύρια χαρακτηριστικά. Δεν έχουν «τοίχωμα» ή καθορισμένα όρια. Ριζώνουν και

προσβάλλουν τους γύρω ιστούς και επίσης έχουν την ικανότητα να διασπείρονται σε άλλα σημεία του σώματος.

Συνήθως ο καρκίνος στο παχύ έντερο αναπτύσσεται από έναν πολύποδα. Από μία, δηλαδή παθολογική ανάπτυξη κυττάρων στο βλεννογόνο του παχέος εντέρου, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται έτσι μάζες που προσβάλλουν μέσα στον αυλό του εντέρου με μέγεθος από λίγα χιλιοστά έως και πάνω από 5 εκατοστά. Αρχικά ο πολύποδας είναι μία εντελώς καλοήθης εξεργασία. Με την πάροδο του χρόνου όμως και καθώς μεγαλώνει σε μέγεθος-λόγω γενετικών και διατροφικών παραγόντων- αυξάνεται ο κίνδυνος να μετατραπεί σε κακοήθη.

Οι αδεματώδεις πολύποδες πρόκειται κατά κανόνα, για αδενώματα με καλά διαφοροποιημένα κύτταρα για σχηματισμός αδένων. Μονήρεις ή πολλαπλοί, εντοπίζονται συνήθως στο σιγμοειδές και το ορθό, κατά κανόνα είναι μισχωτοί. Η πιθανότητα να γίνει κακοήθης εξαλλαγή είναι 1,5% και αν είναι >2cm αυτή είναι 4,6% [14].

Συχνά βρίσκονται αδενωματώδεις πολύποδες στη γειτονική περιοχή του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού 3% περίπου των περιπτώσεων. Επίσης μπορούν να παρατηρηθούν 2, 3 ή περισσότεροι ταυτόχρονοι καρκίνοι σε διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου και του ορθού, που αναπτύσσονται μετά τη χειρουργική θεραπεία του πρωτοπαθούς κακοήθους όγκου [15].

Οι τύποι καρκίνου του παχέος εντέρου είναι [13]:

- Αδενοκαρκίνωμα
- Κακοήθεις λέμφωμα
- Λειομυοσάρκωμα
- Καρκινοειδές
- Αδενοακάνθωμα

Τέλος ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται με τις εξής μορφές [14]:

1. Δακτυλιοειδής περίσφιξη του εντέρου
2. Σωληνοειδής σχηματισμός
3. Εξέλκωση
4. Ανθοκραμβοειδής όγκος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

3.1 Γενικά

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

Ο CA του παχέος εντέρου είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τόσο ενδογενών όσο και εξωγενών παραγόντων, με συνέπεια ένα ευρύ φάσμα βλαβών σε όλο το μήκος του επιθηλίου του παχέος εντέρου και τούτο όχι στιγμιαία αλλά διαχρονικά. Ενδογενείς παράγοντες είναι ογκογονιδιακοί, κληρονομικοί αλλά και η ηλικία, το φύλλο. Εξωγενείς δε είναι η διατροφή, το περιβάλλον, η ακτινοβολία κ.τ.λ. [16]

Οι κυριότεροι παράγοντες που παίζουν αιτιολογικό ρόλο στη γένεση του Ca είναι οι εξής:

3.2 Διατροφή

Ένας από τους βασικότερους παράγοντες που έχει ενοχοποιηθεί είναι η διατροφή χαμηλού υπολείμματος, πλούσια σε κορεσμένα λίπη και σάκχαρο, πολυκυκλικούς υδρογονάνθρακες, και η κατανάλωση κόκκινου κρέατος. [17, 18, 19]

Η αυξημένη κατανάλωση κρέατος (ιδίως αυτού που περιγράφεται σαν κόκκινο κρέας) και κατά συνέπεια ζωικής προέλευσης πρωτεΐνης και λίπους συνοδεύεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κολοορθικού καρκίνου [20]. Κόκκινο κρέας θεωρείται το χοιρινό, το βοδινό, το αρνίσιο και το μοσχάρι [17].

Αναφέρεται ότι αυτοί που ήταν στην ομάδα με μεγάλη κατανάλωση κρέατος/ χαμηλή πρόσληψη λαχανικών εμφάνιζαν 8 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο παχέος εντέρου σε σχέση με αυτούς που ήταν στην ομάδα με χαμηλή κατανάλωση κρέατος/ υψηλή πρόσληψη λαχανικών [20].

Επίσης το λίπος φυτικής προέλευσης δεν έχει κανένα επιβαρυντικό ρόλο, ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν τον επιβαρυντικό ρόλο των κορεσμένων λιπών και τον προστατευτικό των πολυακόρεστων λιπών [20]. Υπάρχουν όμως και δημοσιεύσεις που ισχυρίζονται ότι το είδος του λίπους δεν φαίνεται να επηρεάζει τον κίνδυνο για την εμφάνιση κολοορθικού καρκίνου. 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% [6]. Αντικρουόμενες είναι οι απόψεις

για το εάν η αυξημένη κατανάλωση κρέατος και ως εκ τούτου ζωικού λίπους συνοδεύεται με τον ίδιο κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου σε όλες τις θέσεις του κόλου και το ορθό. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η κατανάλωση υψηλών ποσοτήτων συνδέεται με αυξημένη εμφάνιση καρκίνου στο αριστερό κόλον, αλλά όχι στο δεξιό. Άλλοι ισχυρίζονται ότι η κατανάλωση “κόκκινου κρέατος” συσχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου στο δεξιό κόλο, ενώ αυτή προπαρασκευασμένου ή συντηρημένου κρέατος με καρκίνο του ορθού [20]. Άτομα που τρώνε καθημερινά κοτόπουλο αλλά και ψάρια έχουν μειωμένο κίνδυνο για καρκίνο παχέος εντέρου[17]. Παράλληλα παρατηρήθηκε μια προστατευτική ιδιότητα των φυτικών ινών , όπως και των λαχανικών και των φρούτων, διότι εμπεριέχουν μεγάλες ποσότητες αντιοξειδωτικών.

Τέλος, το αλκοόλ μπορεί να ευνοήσει την ανάπτυξη καρκίνων της στοματικής κοιλότητας και του λάρυγγα διότι προκαλεί άμεσες βλάβες σε κύτταρα των οργάνων αυτών. Επίσης έμμεσα λόγω του μεταβολισμού του, μπορεί να ευνοήσει καρκινογένεση των ιστών του ήπατος και του μαστού.

Ο κίνδυνος για καρκίνο μπορεί να αυξηθεί είτε διότι έχουμε κάποια πράγματα στη διατροφή μας είτε κάποια άλλα απουσιάζουν από αυτή ή δεν υπάρχουν στο βαθμό που θα έπρεπε. Τα φυτοχημικά θρεπτικά συστατικά που περιέχονται μέσα στα φρούτα και στα λαχανικά, τα δημητριακά ολικής αλέσεως και άλλα τρόφιμα που περιέχονται από το φυτικό βασίλειο, μειώνουν τον κίνδυνό μας για καρκίνο [16].

Αλλάζει όμως στις Μεσογειακές χώρες, το θέμα της διατροφής , οι οποίες έχουν άλλο διαιτολόγιο το οποίο διαφέρει στο ολικό λίπος, στο λάδι στον τύπο του κρέατος, στο κρασί, το τυρί, τα φρούτα και τα λαχανικά [14, 21].

Επιπρόσθετα , παρατηρείται παγκοσμίως μία σημαντική έλλειψη της βιταμίνης D στους ανθρώπους. Η εν λόγω έλλειψη της, στην διατροφή αυξάνοντας τον κίνδυνο για ορισμένες μορφές CA , μπορεί να ναι υπεύθυνη για μερικές χιλιάδες πρόωρους θανάτους ετησίως λόγω CA παχέος εντέρου. Μία προοπτική 19-ετή μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ημερήσια προσθήκη στη δίαιτα 3,8μg βιταμίνης D είναι ικανή να μειώσει τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου κατά 2 φορές σε σχέση με αυτούς που δε γινόταν προσθήκη βιταμίνης D στη δίαιτα. Η βιταμίνη D εμπεριέχεται στο γάλα, το γιαούρτι, στον χυμό πορτοκαλιού, στα λιπαρά ψάρια, στη μαργαρίνη και σε άλλα τρόφιμα λιπαρά.

Η δράση της βιταμίνης D φαίνεται να ασκείται μέσω της κινητοποίησης ασβεστίου, της καλύτερης απορρόφησης του από το έντερο, τη μείωση της αποβολής του και γενικά την αύξηση των επιπέδων του στον οργανισμό.

Υπάρχει, όμως και ένας αριθμός αναφορών σύμφωνα με τις οποίες οι μεγάλες ποσότητες βιταμίνης D και ασβεστίου και ιδιαίτερα η φαρμακευτική τους προσθήκη στη δίαιτα, είναι επιβαρυντικός παράγοντας και ευνοεί την ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου [22].

3.3 Παχυσαρκία – αυξημένη μάζα σώματος (BMI)

Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με τη διατροφή και του οποίου ο επιβαρυντικός του ρόλος φαίνεται να γίνεται ομόφωνα αποδεκτός είναι η υψηλή κατανάλωση θερμίδων, που συνοδεύεται από παχυσαρκία και κυρίως από αυξημένη μάζα σώματος (BMI). Η θνησιμότητα που συνοδεύει τους καρκίνους αυτούς στους παχύσαρκους είναι μεγαλύτερες από τις υπόλοιπες περιπτώσεις [23].

Υπάρχουν αναφορές που ισχυρίζονται ότι η παχυσαρκία οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου παχέος εντέρου στους άρρενες, αλλά όχι στις γυναίκες. Σαν πιθανή εξήγηση αναφέρεται το γεγονός ότι το λίπος στους άνδρες συσσωρεύεται στην κοιλιακή χώρα, ενώ στις γυναίκες γύρω από τους γλουτούς και τους μηρούς. Είναι γνωστό ότι το κοιλιακό λίπος είναι το βιολογικώς δραστικό και αυτό το γεγονός θα μπορούσε να δώσει μία εξήγηση στην επιδημιολογική παρατήρηση. Ένας από τους λόγους για τον οποίο θεωρείται ότι η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο του Ca του παχέος εντέρου είναι τα αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης που παρατηρούνται στα παχύσαρκα άτομα [20].

3.4 Ορμονικοί Παράγοντες

Αντικρουόμενες είναι οι απόψεις σχετικά με την επίδραση των ορμονικών (ενδογενή οιστρογόνα, αντισυλληπτικά δισκία) και αναπαραγωγικών παραγόντων (εμμηναρχή, αριθμός κυήσεων, εμμηνόπαυση). Είναι γεγονός ότι οι γυναίκες μετά τη εμμηνόπαυση έχουν μειωμένες πιθανότητες για εμφάνιση καρκίνου παχέος εντέρου, λόγω αυξημένης έκκρισης οιστρογόνων. Υπάρχουν ανακοινώσεις που ισχυρίζονται ότι οι πολύτεχνες μητέρες είναι σε χαμηλότερο κίνδυνο από τις υπόλοιπες [23].

Άλλοι ερευνητές ανακοινώνουν ότι ο μεγάλος αριθμός κυήσεων προδιαθέτει για ανάπτυξη νεοπλασίας στο παχύ έντερο [20].

Αν και οι περισσότεροι συμφωνούν ότι η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων ή η θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα δεν επηρεάζει την εμφάνιση κολοορθικού καρκίνου, υπάρχουν και αναφορές που ισχυρίζονται το αντίθετο. Γενικά θα μπορούσε να πει κανείς ότι η συσχέτιση των αναπαραγωγικών και ορμονικών παραγόντων με την εμφάνιση καρκίνου στο κόλο και στο ορθό είναι εξαιρετικά επισφαλής, και τα αποτελέσματα των ερευνητικών εργασιών που υπάρχουν αντικρουόμενα [20].

3.5 Καθιστική Ζωή

Μελέτες δείχνουν ότι το 32% των CA του παχέος εντέρου, μπορεί να έχει σχέση με την καθιστική ζωή.

Επίσης η φυσική δραστηριότητα, είτε σαν έντονη επαγγελματική απασχόληση είτε σαν αθλητική δραστηριότητα έχει συσχετισθεί με προστατευτικό ρόλο στην ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου . Αυτός ο προστατευτικός ρόλος φαίνεται να αφορά περισσότερο τον καρκίνο του κόλου και πολύ λιγότερο ή καθόλου τον καρκίνο του ορθού. Παρόλα αυτά δεν έχει γίνει ακόμα κατανοητό με ποιους μηχανισμούς επιδρά η σωματική άσκηση για να πετυχαίνει την αντικαρκινική της δράση [24].

3.6 Κάπνισμα

Το κάπνισμα θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο σε περίπου 25-35% των θανάτων. Φαίνεται από μελέτες ότι μπορεί να λειτουργεί σαν παράγοντας έναρξης της νεοπλασματικής εκτροπής στον CA του παχέος εντέρου [25]. Ο κίνδυνος εξαρτάται από την διάρκεια και την ποσότητα του καπνίσματος και γενικά γίνεται ορατός μετά από 30-40 χρόνια χρήσης, ενώ φαίνεται να ελαττώνεται από την διακοπή του. Την ίδια επιβάρυνση φαίνεται να έχει και το κάπνισμα καπνού με τη μορφή πίπας ή πούρου. Δεδομένων δε και των άλλων βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος η διακοπή θεωρείται ούτως ή άλλως ωφέλιμη [14, 21].

3.7 Κληρονομικότητα

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες συνηγορούν υπέρ σαφούς κληρονομούμενης προδιάθεσης για καρκινογένεση στο παχύ έντερο. Θετικό οικογενειακό ιστορικό ή σύνδρομο LUNCH τύπου 1 για CA ή αδένωμα παχέος εντέρου αποτελεί πλέον γνωστό παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη αδενώματος ή CA. Στην πραγματικότητα μελέτες έδειξαν ότι το μέγεθος του κινδύνου σε πρώτου βαθμού συγγενείς με CA παχέος εντέρου έχει 2 με 3 φορές αυξημένο ρίσκο για εμφάνιση αυτής της νεοπλασίας(21)Επίσης ασθενείς με προσωπικό ιστορικό ή σύνδρομο τύπου LUNCH ΤΥΠΟΥ2 είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη CA. Συγκεκριμένα οι γυναίκες με ιστορικό CA των ωοθηκών-μήτρας ή μαστού έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν CA παχέος εντέρου.Ασθενής που ήδη παρουσίασε πολύποδες ή CA μπορεί να ξαναεμφανιστεί. Τέλος η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Chron μπορεί να επιπλακούν με καρκίνο.

Οι τελευταίες εξελίξεις στη μοριακή βιολογία έχουν προτείνει ένα γενετικό μοντέλο ανάπτυξης του CA παχέος εντέρου. Οι διαταραχές τηςλειτουργίας του πληρέστερα μελετημένου γονιδίου p53 φαίνεται ότι συμβαίνει αρκετά συχνά, αλλά σε προχωρημένα στάδια της εξαλλαγής των αδενωμάτων ενώ οι μεταλλάξεις του K-ras

ογκογονιδίου, εμφανίζονται νωρίτερα και ευνοούν την αύξηση του μεγέθους των αδενώματων [26].

3.8 Πολύποδες Παχέος Εντέρου

Μία άλλη σημαντική αιτιολογία είναι ότι ο CA παχέος εντέρου αναπτύσσεται σε έδαφος αδενωμάτων πολυπόδων. Οι πολύποδες του παχέος εντέρου είναι μαλακά,σαρκώδη ή ινώδη τμήματα που αναπτύσσονται στην βλεννώδη εσωτερική επιφάνεια του εντέρου. Πολύποδες στο παχύ έντεροείναι δυνατό ν σχηματίζονται στο 40% έως 50% του πληθυσμού σε ηλικία άνω του 50.Οι πολύποδες μπορούν να έχουν διάφορα μεγέθη και σχήματα. Η μικροσκοπική τους εξέταση μπορεί να δείξει διαφορετικές ιστολογικές μορφές [14].

Οι παράγοντες που προκαλούν πολύποδες καρκίνου παχέος εντέρου είναι σε μεγάλο βαθμό κοινοί με τους αιτιολογικούς παράγοντες του καρκίνου του παχέος εντέρου για αυτό και οι πολύποδες ενοχοποιούνται σε μεγάλο βαθμό για την πρόκληση καρκίνου παχέος εντέρου. Συνοπτικά οι παράγοντες αυτοί είναι [14]:

1. Κληρονομικότητα, γονίδια, οικογενειακό ιστορικό
2. Διατροφή
3. Τρόπος ζωής
4. Κάπνισμα
5. Οιστρογόνα

3.9 Τελευταία Δεδομένα

Τελευταίο και αξιοπρόσεκτο είναι η επίδραση του τεχνητού φωτός στον οργανισμό. Τα άτομα που εργάζονται την νύχτα υποβάλλονται στο τεχνητό φώς. Ο αριθμός των ατόμων που εργάζονται με το σύστημα της βάρδιας τη νύχτα παρουσιάζει μία συνεχή αύξηση παρουσίασης καρκίνου του παχέος εντέρου. Η μελατονίνη είναι μία ορμόνη η οποία έχει αντικαρκινικές ιδιότητες εναντίον ορισμένων όγκων όπως αυτών του πεπτικού συστήματος. Ο κύκλος της παραγωγής της μελατονίνης επηρεάζεται από το φως του ηλίου και το σημείο ψηλότερης παραγωγής της είναι κατά τα μεσάνυχτα.

Η νυχτερινή εργασία με το σύστημα της βάρδιας, καταστέλλει την κανονική παραγωγή της μελατονίνης και ταυτόχρονα αυξάνει την παραγωγή άλλων ορμονών όπως τα οιστρογόνα. Τα οιστρογόνα έχουν συσχετισθεί με την γένεση καρκίνων στη γυναίκα.

Μερικές επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι οι γυναίκες που εργάζονται νύχτα, με το σύστημα της βάρδιας, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο.

Ερευνητές από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, εξέτασαν την σχέση της νυχτερινής εργασίας και καρκίνου του παχέος εντέρου σε 78.586 νοσηλεύτριες μέσα στα πλαίσια μακρόχρονης έρευνας, που διήρκεσε από το 1988 έως το 1998.

Οι νοσηλεύτριες μέσα στα πλαίσια των καθηκόντων τους έπρεπε να εργάζονται με το σύστημα της βάρδιας τουλάχιστον τρεις φορές τον μήνα μια ολόκληρη νύχτα, για 15 χρόνια ή περισσότερα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες που εργάζονταν με τό σύστημα της βάρδιας, είχαν 35% μεγαλύτερο κίνδυνο για να παρουσιάσουν καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού.

Το βασικό ερώτημα που πρέπει να απαντηθεί είναι κατά πόσο η διακοπή του φυσιολογικού κύκλου της μελατονίνης είναι σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου [27].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΠΡΟΛΗΨΗ

4.1 Γενικά

Η προληπτική δράση στην καταπολέμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει σημειώσει θεαματική πρόοδο τα τελευταία χρόνια.

Γενικά οι στόχοι του προληπτικού ελέγχου μπορεί να περιγραφούν ως εξής [28]:

1. Η ελάττωση της επίπτωσης των νεοπλασμάτων
2. Η ελάττωση της θνησιμότητας
3. Η πρόωμη διάγνωση και η συντηρητική αγωγή
4. Η ποιότητα ζωής
5. Η ενίσχυση της εθνικής οικονομίας

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: τα πρωτογενή και τα δευτερογενή. Στην πρωτογενή ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα που σκοπεύουν στην προσπάθεια εξουδετέρωσης, αποφυγής ή αποκρούσεως του αιτιολογικού παράγοντα, που οδηγούν στην νόσηση από καρκίνου παχέος εντέρου και τον θάνατο. Στην δευτερογενή πρόληψη ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατό πρωιμότερο στάδιο. Η δευτερογενής πρόληψη των κακοηθών νεοπλασιών βασίζεται στην προσυμπτωματική τους διάγνωση κατά τη διάρκεια της προ-διηθητικής φάσεως (in situ phase) ή, σπανιότερα κατά τη διάρκεια άλλων καρκινογενετικών φάσεων. Κατά την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία, ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι χρήσιμος για την αντιμετώπιση τριών κυρίως καρκίνων: του παχέος εντέρου, του τράχηλου της μήτρας και του μαστού [29].

4.2 Πρωτογενής Πρόληψη

Η ανακάλυψη καρκινογόνων παραγόντων, στο παχύ έντερο, μπορεί να γίνει με τρεις κατηγορίες ερευνών : σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα και σε μικροβιακές καλλιέργειες [30].

Μετά από χρόνια ερευνών διαπιστώθηκε ότι η πρωτογενής πρόληψη πρέπει να επικεντρωθεί στους παρακάτω τομείς:

4.2.1 Διατροφή - Χημειοπροφύλαξη

Η διατροφή μας παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην γένεση αλλά και την πρόληψη του καρκίνου. Έχει υπολογιστεί ότι το 30% έως το 40% των καρκίνων έχουν άμεση σχέση με την διατροφή. Αυτό που μπορούμε να κάνουμε είναι ότι πρέπει να θυμίσουμε στον κόσμο ότι η δυτική διατροφή είναι πολύ βλαβερή για τον οργανισμό μας και επίσης να προβάλλουμε έρευνες που δείχνουν ότι η μεσογειακή αλλά και η ελληνική διατροφή κάνει πολύ καλό στην υγεία μας και κυρίως στον CA του παχέος εντέρου.. Η κατανάλωση του κόκκινου κρέατος και αλλάντικων, αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του παχέος εντέρου, ενώ άτομα που τρώνε καθημερινά ψάρια, όπως και κοτόπουλο έχουν μειωμένο κίνδυνο για εμφάνισή της νόσου [31].

Τα τελευταία χρόνια με την συνεχή έρευνα και την ανάλυση των τροφίμων στα φυσικά και χημικά συστατικά τους έχει αναπτυχθεί ένα ολόκληρος τομέας πρόληψης που στηρίζεται στα νέα αυτά δεδομένα και ονομάζεται χημειοπροφύλαξη.

Η χημειοπροφύλαξη αποτελεί ένα σημαντικό και πολλά υποσχόμενο κομμάτι της συνολικής προσπάθειας πρόληψης και αποτελεσματικής θεραπείας του καρκίνου. Ο όρος χημειοπροφύλαξη χρησιμοποιήθηκε αρχικά το 1976 από τον SPORN και ορίστηκε ως η χρήση ειδικών φυσικών και συνθετικών χημικών ουσιών, οι οποίες αναστέλλουν, καταστέλλουν ή προλαμβάνουν την εξέλιξη προκαρκινικών βλαβών σε διηθητικό καρκίνωμα [32].

Αρκετές έρευνες δείχνουν ότι άτομα που λαμβάνουν τέτοιου είδους ουσίες έχουν χαμηλότερες πιθανότητες να πάθουν CA παχέος εντέρου, έναντι ατόμων που δεν λαμβάνουν.

Δεν υπάρχει απόδειξη ότι αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στην πρόληψη της πάθησης, η συσχέτιση όμως είναι τόσο ισχυρή ώστε οι γιατροί πλέον αποδέχονται την προφυλακτική τους δράση.

Παρακάτω περιγράφονται οι κυριότεροι παράγοντες χημειοπροφύλαξης που έχουν δοκιμαστεί στον καρκίνο του παχέος εντέρου.

4.2.1.1 Ασβέστιο και βιταμίνη D

Έρευνες έδειξαν ότι η διατροφή που είναι πλούσια σε ασβέστιο μειώνει ουσιαστικά τον κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου στις γυναίκες. Γυναίκες που προσλαμβάνουν καθημερινά πέραν των 800 MG άσβεστου μπορούν να έχουν μία μείωση από 26% έως 46% του κινδύνου τους για καρκίνο παχέος εντέρου. Η αντικαρκινική δράση του ασβεστίου επιτυγχάνεται καλύτερα όταν υπάρχει συνέργια με την δράση της βιταμίνης D. Καθώς ο ενεργός μεταβολίτης της-1,25(OH)₂D₃-συμμετέχει στην εντερική απορρόφηση του ασβεστίου [33]. Μπορούν να

αναστέλλουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό, επάγουν τη διαφοροποίηση και ενεργοποιούν την απόπτωση [34].

4.2.1.2 Φυλλικό Οξύ, Βιταμίνες, Αντιοξειδωτικές Ουσίες Φυτικές Ίνες

Έχει προταθεί ότι ο προστατευτικός ρόλος της πλούσιας σε φρούτα και λαχανικά διαίτας σε σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου οφείλεται στην υψηλή περιεκτικότητά της σε φυλλικό οξύ [35, 36]. Έως τώρα, τα στοιχεία που προκύπτουν από μεγάλες προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες, μικρότερες σειρές αλλά και μια πρόσφατη μεταανάλυση, δεν δείχνουν να υπάρχει προστατευτικός ρόλος από τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής με Β-καροτένιο, Βιταμίνες Α, C ή Ε όσον αφορά στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου [37]. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη χρήση φυτικών ινών σε σχέση με την επίπτωση του κολο-ορθικού καρκίνου αλλά και την πρόληψη ανάπτυξης αδενωμάτων του παχέος εντέρου [38]. Εξαίρεση στα παραπάνω μπορεί να αποτελεί το σελήνιο. Έχει βρεθεί ότι πληθυσμοί ατόμων με χαμηλή πρόσληψη σεληνίου εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά διαφόρων καρκινωμάτων, μεταξύ των οποίων και του παχέος εντέρου. Διάφοροι μηχανισμοί έχουν προταθεί για την αντινεοπλασματική δράση του Έως τώρα υπάρχουν κλινικές μελέτες που δείχνουν ότι η καθημερινή πρόσληψη σεληνίου συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Μια πρόσφατη συνδυασμένη ανάλυση ανέδειξε ότι υψηλά επίπεδα σεληνίου στο αίμα σχετίζονται με ελαττωμένο κίνδυνο εμφάνισης αδενωμάτων παχέος εντέρου [39]. Περισσότερες και καλύτερα σχεδιασμένες κλινικές μελέτες απαιτούνται για να δοθεί οριστική απάντηση στον πιθανό ρόλο του σεληνίου στη χημειοπροφύλαξη του παχέος εντέρου.

4.2.1.3 Ασπιρίνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη

Κλινικές μελέτες έδειξαν ότι η χρήση ασπιρίνης και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών (ΜΣΑΦ) έχει την ικανότητα να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης αδενώματος σε ασθενείς με ιστορικό αδενωμάτων ή CA σε διάστημα 1-3 ετών .

Πρόσφατη μεγάλη κλινική μελέτη, που αφορούσε σε περίπου 85.000 γυναίκες, έδειξε ότι η συστηματική, κανονική (≥ 2 δισκία των 325 mg/εβδομάδα) και μακροχρόνια χορήγηση ασπιρίνης σχετίζεται με σημαντική μείωση του κινδύνου εμφάνισης Καρκίνου του Παχέος Εντέρου . Αξιοσημείωτο είναι ότι το μεγαλύτερο όφελος παρατηρήθηκε όταν η δόση της ασπιρίνης αντιστοιχούσε σε >14 δισκία των 325 mg/εβδομάδα, ενώ στατιστικά σημαντική συσχέτιση όσον αφορά στη μείωση της συχνότητας των καρκινωμάτων παρατηρήθηκε μετά από 10 χρόνια συνεχούς λήψης ασπιρίνης. Αν και η συγκεκριμένη μελέτη περιέλαβε μόνο γυναίκες, υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές για τον προστατευτικό ρόλο της ασπιρίνης και στους

άνδρες. Υπάρχουν πλέον αρκετά στοιχεία ότι η αντινεοπλασματική δράση της ασπιρίνης είναι δοσοεξαρτώμενη [40].

Πρόσφατα μια μεγάλη τυχαιοποιημένη μελέτη έδειξε ότι η σελεκοξίμπη (celecoxib) ελαττώνει τον αριθμό των πολυπόδων που εμφανίζονται σε ασθενείς με κληρονομική αδενωματώδη πολυποδίαση του παχέος εντέρου [41]. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι η θεραπεία με 400 mg σελεκοξίμπης δύο φορές την ημέρα για 6 μήνες έχει ως αποτέλεσμα 28% μείωση του αριθμού των πολυπόδων του παχέος εντέρου.

4.2.1.4 Στατίνες

Οι στατίνες εκτός της αποτελεσματικότητας τους στην πρόληψη καρδιαγγειακών επεισοδίων, τα τελευταία χρόνια πολλοί ερευνητές μελετούν τη δράση τους στη μοριακή καρκινογένεση, όπως για παράδειγμα την ικανότητά τους να αναστέλλουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό, την αγγειογένεση και τη μετάσταση. Τα περισσότερα δεδομένα, έως τώρα, προέρχονται έμμεσα από μετα-αναλύσεις διαφόρων μεγάλων κλινικών μελετών, που περιελάμβαναν ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα. Πρόσφατες μεγάλες μελέτες αναφορικά με τη χρήση στατινών και τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου έδωσαν αντιφατικά αποτελέσματα. Η τελευταία από αυτές έδειξε σχετική μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου κατά 47%. Είναι πολύ πρώιμο ακόμη να θεωρηθεί ότι οι στατίνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την χημειοπροφύλαξη του Καρκίνου του Παχέος Εντέρου[42].

4.2.1.5 Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης

Η σχέση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης και επίπτωσης καρκίνου του παχέος εντέρου έχει αξιολογηθεί σε αρκετές μελέτες. Τα συμπληρώματα οιστρογόνων που λαμβάνουν οι γυναίκες για να μειώσουν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, φαίνεται πως μειώνουν τον κίνδυνο για CA του παχέος εντέρου. Η ευεργετική τους δράση στη καρκινογένεση φαίνεται ότι οφείλεται στην άμεση ή έμμεση μείωση της παραγωγής δευτερογενών χολικών αλάτων και στην ελαττωμένη δράση αυξητικών παραγόντων ή σε συνδυασμό αυτών των μηχανισμών [43]. Επίσης η ορμόνη μελατονίνη έχει αντικαρκινικές ιδιότητες και όταν επηρεάζεται η παραγωγή της από την νυχτερινή εργασία παρουσιάζεται μεγαλύτερος κίνδυνος για εμφάνιση Καρκίνου του Παχέος Εντέρου και του ορθού [27].

4.2.2 Κάπνισμα

Οι καπνιστές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Σήμερα έχει αποδεχτεί ότι ο καπνός περιέχει μεγάλο αριθμό

καρκινογόνων ουσιών και επιδημιολογικά στοιχεία πείθουν για τη σχέση του καπνίσματος με μια σειρά από κακοήθεις νεοπλασίες.

Ο κίνδυνος αυτός εξαρτάται από τη διάρκεια, την ποσότητα του καπνίσματος(σιγαρέτα την ημέρα),και την μορφή του καπνού με τη μορφή πούρου ή με πίπα.Ο κίνδυνος είναι μικρότερος σε καπνιστές σιγαρέτων με φίλτρο,σε καπνιστές πούρων και πίπας και στους καπνιστές που δεν εισπνέουν τον καπνό.

Δεδομένων δε και των άλλων βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος, η διακοπή του θεωρείται ούτως ή άλλως ωφέλιμη [29].

4.2.3 Φυσική Άσκηση

Η έρευνα nurses health study από τις ΗΠΑ έδειξε ότι η φυσική άσκηση μειώνει τον κίνδυνο των γυναικών για ανάπτυξη Καρκίνου Παχέος Εντέρου και αδενικών πολυπόδων στο μισό. Παρά το γεγονός αυτό,δ εν έχει ακόμη γίνει κατανοητό διαμέσου ποιου μηχανισμού επιδρά η σωματική δραστηριότητα για να επιτυγχάνεται η προληπτική αυτή δράση. Επίσης, η παχυσαρκία φαίνεται από τις πιο πρόσφατες έρευνες ότι διπλασιάζει τον κίνδυνο για CA του παχέος εντέρου στους παχύσαρκους, για τον λόγο ότι αυξάνονται τα επίπεδα της ινσουλίνης με την περίσσια λίπους. Ετσι με βάση αυτά τα δεδομένα η μείωση των θερμίδων που καταναλώνουν καθημερινά και η περισσότερη σωματική εξάσκηση μπορούν να αποτελέσουν πρόληψη όχι μόνο για τον CA αλλά και για άλλες παθήσεις [24].

4.3 Δευτερογενής Πρόληψη

Για την επιτυχημένη πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει σε ποια ομάδα κινδύνου ανήκει:

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	
Ομάδα Κινδύνου	Χαρακτηριστικά
Φυσιολογικός Κίνδυνος	Άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών που δεν εντάσσονται σε άλλες ομάδες κινδύνου
Αυξημένος Κίνδυνος	Ιστορικό αδενωματωδών πολυπόδων χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Ατομικό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου. Καρκίνος παχέος εντέρου ή πολύποδες, σε συγγενείς 1ου βαθμού μικρότεροι από 60 ετών ή σε δύο ή περισσότερους συγγενείς
Υψηλός Κίνδυνος	Ιστορικό πολυποδίασης ή κληρονομικού μη πολυποδικού καρκίνου παχέος εντέρου. Οικογενειακό ιστορικό οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης. Ατομικό ιστορικό φλεγμονώδους νόσου του παχέος

Ανάλογα τη ομάδα κινδύνου που ανήκει το άτομο συστήνονται τα ακόλουθα.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΠΟΤΕ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ	ΣΧΟΛΙΟ
Φυσιολογικός κίνδυνος	Πρώτος έλεγχος σε ηλικία 50 ετών	Κολonosκόπηση η σιγμοειδοσκόπηση και βαριούχος υποκλυσμός με αντίθεση.	Εάν η κολonosκόπηση είναι αρνητική επαναλάβετε την σε 10 χρόνια. Σε αυτά τα 10 χρόνια κάθε χρόνο να υποβάλλεστε σε τεστ αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα. Αν η σιγμοειδοσκόπηση και ο βαριούχος υποκλυσμός είναι αρνητικές επαναλάβετε κάθε 5 χρόνια .Εάν είναι θετικές, πρέπει να ακολουθήσει κολonosκόπηση. Σε περίπτωση πολύποδων να αφαιρεθούν και πλέον γνωρίζετε πως ανήκετε σε ομάδα αυξημένου κινδύνου.
Αυξημένος κίνδυνος			
Άτομα με ένα πολύποδα μικρότερο του 1 εκ.	3-6 χρόνια μετά την πολυπεκτομή	Κολonosκόπηση	Αν τα αποτελέσματα της κολonosκόπησης είναι φυσιολογικά ακολουθείστε τις οδηγίες ελέγχου για φυσιολογικά άτομα.
Άτομα με μεγαλύτερο του ενός εκ. πολύποδα ή αρκετούς πολύποδες ή προκαρκινικούς πολύποδες	Εντός 3 χρόνων μετά την πολυπεκτομή.	Κολonosκόπηση	Αν το αποτέλεσμα της κολonosκόπησης είναι φυσιολογικό επαναλάβετε μετά από 3 χρόνια και αν και πάλι είναι φυσιολογικό, ακολουθήστε τις οδηγίες για τον γενικό πληθυσμό.
Ατομικό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου	Ένα χρόνο μετά το χειρουργείο.	Κολonosκόπηση	Αν τα αποτελέσματα της κολonosκόπησης είναι φυσιολογικά, επαναλάβετε μετά από 5 χρόνια.
Είτε καρκίνος παχέος	Στην ηλικία	Κολonosκόπηση	Κάθε 5-10 χρόνια.

εντέρου είτε αδενωματώδεις πολύποδες σε συγγενή 1 ^{ου} βαθμού μικρότερου από 60 έτη ή σε 2 ή περισσότερους συγγενείς 1 ^{ου} βαθμού οποιασδήποτε ηλικίας	των 4 ετών ή 10 χρόνια πριν την ηλικία που είχε το νεότερο μέλος της οικογένειας όταν ο καρκίνος ή οι πολύποδες εμφανίστηκαν.		
Υψηλός κίνδυνος			
Οικογενειακό ιστορικό οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης, μια γενετική νόσος.	Στην εφηβεία.	Πρώιμος έλεγχος με κολονοσκόπηση ή σιγμοειδοσκόπηση	Αν ο γενετικός έλεγχος είναι θετικός ενδείκνυται ολική κολεκτομή διότι είναι ο μόνος τρόπος να προλάβουμε τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι ασθενείς συμβουλευονται να πάνε σε εξειδικευμένο κέντρο.
Οικογενειακό ιστορικό κληρονομικού μη πολυποδικού καρκίνου παχέος εντέρου.	Στα 21 έτη	Κολονοσκόπηση και εξέταση για γενετικό έλεγχο.	Αν ο γενετικός έλεγχος ή δεν προσφέρεται, η κολονοσκόπηση πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 1-2 χρόνια μέχρι την ηλικία των 40 ετών και μετά κάθε χρόνο. Οι ασθενείς συμβουλευονται να απευθύνονται σε εξειδικευμένο κέντρο.
Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου.	8 χρόνια μετά την έναρξη.	Κολονοσκόπηση.	Κάθε 1-2 χρόνια. Οι ασθενείς συμβουλευονται να απευθύνονται σε κέντρο με εμπειρία στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου.

4.3.1 Κολονοσκόπηση

Είναι γνωστό ότι το 95% των καρκίνων του παχέος εντέρου, οφείλεται σε πολύποδες. Η κολονοσκόπηση αποτελεί τον καλύτερο τρόπο διάγνωσης των πολυπόδων (πρόληψη) και έχει την αξία του test Παπανικολάου που γίνεται στις

γυναίκες για την πρόληψη του καρκίνου της μήτρας. Το πλεονέκτημα της κολονοσκόπησής έγκειται στο ότι αποτελεί τη μοναδική μέθοδο που μπορεί αν χρησιμοποιηθεί μαζικά να προλάβει περισσότερους από το 80% των υπό εξέλιξη καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού με την ανεύρεση και αφαίρεση των προκαρκινικών δυνητικά αδενωμάτων.

Η κολονοσκόπηση είναι μία διαδικασία κατά την οποία ο γιατρός εισάγει ένα εύκαμπτο ενδοσκόπιο διά μέσου του ορθού στο παχύ έντερο και ελέγχει μέσω μιας κάμερας το εσωτερικό ολοκλήρου του παχέος εντέρου. Η κολονοσκόπηση γενικά θεωρείται πιο ακριβής από τον βαριούχο υποκλυσμό, ιδιαίτερος στη διάγνωση μικρών πολυπόδων. Εάν ανακαλυφθούν πολύποδες, τότε συνήθως αφαιρούνται δια μέσου του κολονοσκοπίου και στέλνονται για ιστολογική εξέταση. Ο παθολογοανατόμος εξετάζει τον πολύποδα μικροσκοπικά για να ανακαλύψει την ύπαρξη ή όχι καρκίνου. Ενώ η πλειονότητα των πολυπόδων που αφαιρούνται με την κολονοσκόπηση είναι καλοήθεις, πολλοί είναι **προκαρκινικοί**. Η αφαίρεση των προκαρκινικών πολυπόδων απαλλάσσει το άτομο από τον κίνδυνο μεταγενέστερης ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου

Εάν στη διάρκεια της κολονοσκόπησης ανακαλυφθεί καρκινικός όγκος, στέλνονται δείγματα του ιστού για ιστολογική εξέταση για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση [44].

4.3.2 Έλεγχος αφανούς αιμορραγίας στα κόπρανα

Ο έλεγχος αυτός γίνεται με εξέταση κοπράνων για συστατικά της αιμοσφαιρίνης. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι, όπως το HEMOCCULT SENSE, το hemoquant. Συνίστανται να γίνεται ετησίως έλεγχος σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Η θετικότητα της δοκιμασίας στο γενικό πληθυσμό είναι 1-2,6% και η προγνωστική αξία για παρουσία βλάβης 22-58%. Η μείωση της θνητότητας από CA παχέος εντέρου, που επιτυγχάνεται με τη μέθοδο αυτή και μόνο, υπολογίζεται σε 15-33%. Για να είναι αξιόπιστο το HEMOCCULT, απαιτείται για τρεις ημέρες αποφυγή κόκκινου κρέατος και των πράσινων λαχανικών και φρούτων, καθώς και φαρμάκων που περιέχουν σίδηρο ή βιταμίνη C, καθώς και της ασπιρίνης και των λοιπών μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Επίσης σκόπιμο είναι να ελέγχονται τουλάχιστον τρία είδη κοπράνων. 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 κολονοσκόπηση [45].

4.3.3 Έλεγχος Γονιδιακής Αλλαγής

Η ανακάλυψη των ογκογονιδίων είναι η μεγαλύτερη επιτυχία της βιολογικής επιστήμης αυτόν τον αιώνα. Η μοριακή βιολογία αναγνωρίζει τα γονίδια τα οποία σχετίζονται με τις διάφορες μορφές καρκίνου και γενικότερα τις γενετικές αλλαγές που συμβαίνουν στα διάφορα νοσήματα. Έτσι, στην έγκαιρη διάγνωση του CA του παχέος εντέρου και ορθού, αναμένεται να χρησιμοποιηθεί ένα νέο τεστ που αποκαλύπτει γενετικές ανωμαλίες στα κύτταρα που αποπίπτουν από το παχύ έντερο στα κόπρανα.

Οι όγκοι του παχέος εντέρου και ορθού εμφανίζουν υψηλά επίπεδα του γονιδίου, αρμοδίου για το CD44, μια πρωτεΐνη της επιφάνειας του κυττάρου. Ερευνητές δηλώνουν ότι η γενετική αυτή ανωμαλία μπορεί να αποκαλυφθεί σε μικρά δείγματα κοπράνων και να χρησιμεύσει ως Test ελέγχου (screening) για την πρόιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Τα γενετικά τεστ CD44 είναι δαπανηρά και απαιτούν επίπονο εργαστηριακό έργο. Με τα σημερινά δεδομένα το τεστ, για CD44 στα κόπρανα μπορεί να δώσει 32% ψευδώς αρνητικά σε καρκινοπαθείς και 12% ψευδώς θετικά σε υγιή άτομα.

Η εξειδίκευση του τεστ αυτού, μπορεί να βελτιωθεί αν συλλέγονται περισσότερα του ενός δείγματα κοπράνων ή αν το τεστ γίνεται σε πολλές διαφορετικές ημέρες. Πάντως προς το παρόν δεν είναι εφικτή η εφαρμογή του screening αυτού σε μεγάλες κλινικές έρευνες [46]

4.3.4 Η μέτρηση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου CEA και άλλων ορολογικών δεικτών.

Έχει ενδειξη σε επιλεγμένες περιπτώσεις (παρακολούθηση υποτροπής μετά από χειρουργική αφαίρεση σαπαχέος εντέρου) και δεν πρέπει να εφαρμόζεται ως εξέταση ρουτίνας [25].

4.3.5 Βαριούχος υποκλισμός

Ο βαριούχος υποκλισμός με διπλή σκιαγραφική αντίθεση παραμένει σημαντική εξέταση για τον έλεγχο του παχέος εντέρου. Μπορεί να διενεργείται σε συνδυασμό με την σιγμοειδοσκόπηση ως εναλλακτική μέθοδος της κολonosκόπησης στις περιπτώσεις εκείνες όπου δεν απαιτείται ενδοσκοπική θεραπεία, δεν υπάρχει ιστορικό πολύποδων ή ΚΠΕ στον ασθενή ή δεν είναι εφικτή ή αποδεκτή η ολική κολonosκόπηση [25].

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΛΙΝΙΚΗ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ –
ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

5.1 Κλινική Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου ποικίλλουν και καθυστερούν αρκετά. Το 40% των ασθενών έχουν τυπική συμπτωματολογία της νόσου, ενώ στο υπόλοιπο ποσοστό η συμπτωματολογία υποεκτιμάται ή ερμηνεύεται διαφορετικά. Παρακάτω αναπτύσσεται η κλινική συμπτωματολογία με σειρά συχνότητας εμφάνισης.

5.1.1 Μικροσκοπική αιμορραγία

Οι πάσχοντες από καρκίνο παχέος εντέρου στο αρχικό στάδιο παρουσιάζουν μικροσκοπική αιμορραγία (αφανής αιμορραγία) στα κόπρανα που δεν φαίνεται οπτικά αλλά αναγνωρίζουμε με ειδικό τεστ [47]. Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η παρουσία αίματος στα κόπρανα, λόγω αιμορραγίας του όγκου. Η λανθάνουσα αιμορραγία μπορεί να έχει τη μορφή μέλαινας ή αποβολής ζωηρόχρωμου αίματος ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Σπάνια τα καρκινώματα του τυφλού, ανιόντος εγκαρσίου και κατιόντος κόλου, δίνουν συμπτώματα αιμορραγίας λόγω της ανάμειξης του αίματος με το περιεχόμενο του εντέρου. Στην περίπτωση όμως μέλαινας κενώσεως πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφοροδιαγνωστική σκέψη του ιατρού το νεόπλασμα. Ο καρκίνος του σιγμοειδούς και ιδιαίτερα του ορθού εμφανίζεται με αιμορραγία που μπορεί να συνοδεύεται από βλέννη στα κόπρανα. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για να μην αποδίδεται η αιμορραγία σε καλοήθεις παθήσεις του πρωκτού, όπως σε αιμορροΐδες, πριν αποκλειστεί το ενδεχόμενο καρκίνου. Φυσικά οι δύο οντότητες μπορεί να συνυπάρχουν [48].

5.1.2 Αλλαγή συνηθειών του εντέρου

Δεύτερο σε συχνότητα σύμπτωμα είναι η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου. Δυσκοιλιότητα, διαρροϊκές κενώσεις, εναλλαγή δυσκοιλιότητας και διαρροιών καθώς και μεταβολή της διαμέτρου των κοπράνων είναι δυνατό να αποτελούν πρώιμα συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά οφείλονται συνήθως σε απόφραξη του εντέρου και είναι συνηθέστερα σε καρκίνου του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου. Ο αποφρακτικός ειλεός συνεπεία νεοπλασματος συμβαίνει κυρίως σε εντόπιση στο αριστερό κόλον [14].

5.1.3 Συμπτώματα σιδηροπενικής αναιμίας

Ο καρκίνος μπορεί να εκδηλωθεί με συμπτώματα υπόχρωμης σιδηροπενικής αναιμίας. Οι ασθενείς παραπονούνται για αδυναμία, εύκολη κόπωση δύσπνοια και ζάλη ως αποτέλεσμα της χρόνιας απώλειας αίματος από μικροαιμορραγίες του όγκου. Συμπτώματα αναιμίας παρατηρούνται συνήθως σε καρκινώματα του δεξιού κόλου, το οποίο είναι συνέπεια απώλειας αίματος και διαβρωθέντων αγγείων. Είναι σημαντικό ο κλινικός ιατρός ο οποίος διαπιστώνει υπόχρωμη σιδηροπενική αναιμία σε άτομο το οποίο δεν παρουσιάζει εμφανή αιτία απώλειας αίματος, ιδιαιτέρως αν είναι κάποιας ηλικίας, να συμπεριλάβει στη διαγνωστική του σκέψη τον καρκίνο και να μην σπεύσει να χορηγήσει αγωγή χωρίς να επιβεβαιώσει την αιτία της [14, 48].

5.1.4 Κοιλιακό άλγος

Κοιλιακό άλγος είναι δυνατό να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα του καρκίνου του παχέος εντέρου επί οποιασδήποτε εντοπίσεως. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αποδίδεται επί υπάρξεως πόνου με χαρακτήρες κολικού που μπορεί να συνοδεύεται από διάταση της κοιλιάς και αναστολή αερίων και κοπράνων. Τα χαρακτηριστικά αυτά υποδηλώνουν κώλυμα στην προώθηση του εντερικού περιεχομένου και προσπάθεια υπερνικήσεως του κωλύματος. Πρωκταλγία και τεινεσμός δυνατόν να προέρχονται από διήθηση του σφικτήρος ή του πρωκτικού δακτυλίου και υποδηλώνουν νεόπλασμα του τελικού τμήματος του παχέος εντέρου [14].

5.1.5 Άλλα συμπτώματα

Σπανίως ένα καρκίνωμα του τυφλού εκδηλώνεται με συμπτωματολογία οξείας σκωληκοειδίτιδας, ενώ ακόμη σπανιότερο φαινόμενο είναι η διάτρηση της σκωληκοειδούς αποφύσεως εξαιτίας του.

Διήθηση των πέριξ οργάνων είναι δυνατό να προκαλέσει εκτός από πόνο συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας όταν διηθείται η κύστης και ο προστάτης. Είναι επίσης εφικτό να σχηματιστούν εσωτερικά συρίγγια, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, ορθοκυστικά ή ορθοκολπικά. Κλινική εικόνα περιτονίτιδας μπορεί να προέλθει από διάτρηση του εντέρου είτε λόγω διηθήσεως από τον όγκο, είτε διάτρηση συνηθέστερα του τυφλού λόγω παραμελημένης εντερικής αποφράξεως.

Σηψαιμία από *Streptococcus bovis* συσχετίζεται με νεοπλάσματα του γαστρεντερικού και ιδιαιτέρως του παχέος εντέρου. Τέλος δερματικές εκδηλώσεις, όπως *acanthosis nigricans*, δερματομυοσίτις, πεμφιγοειδές, μπορεί να σχετίζονται με καρκίνο του γαστρεντερικού.

Σε μεταγενέστερα στάδια της νόσου παρατηρούνται συνήθως τα γενικά συμπτώματα των κακοηθών νεοπλασιών, όπως πυρετός, κακουχία απώλεια βάρους[49].

Στη διάγνωση του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας πρέπει να περιλαμβάνεται και ο καρκίνος του παχέος εντέρου.

Αυτές οι εκδηλώσεις μπορεί να υποδηλώνουν ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα στο παχύ έντερο, που δεν είναι κατ' ανάγκη καρκίνος. Χρειάζεται όμως να ελεγχθούν από το γιατρό ιδιαίτερα αν επιμένουν πάνω από δύο εβδομάδες[50].

5.2 Συσχέτιση συμπτωμάτων ανατομικής θέσης του καρκινώματος του παχιάς εντέρου

Τα διάφορα συμπτώματα εκδηλώνονται σε άλλοτε άλλη συχνότητα εξαρτώμενη από την εντόπιση του νεοπλάσματος στα διάφορα τμήματα του παχιάς εντέρου. Έτσι ο πόνος π.χ είναι κύριο χαρακτηριστικό των προς τα δεξιά εντοπίσεων ενώ τα ενοχλήματα εκ του εντέρου του τύπου δυσκοιλιότητας διάρροιας είναι χαρακτηριστικό των προς τα αριστερά εντοπίσεων. Την ίδια συμπεριφορά δεικνύει και η ψηλαφητή μάζα αλλά σε διαφορετικά ποσοστά συχνότητας. Χαρακτηριστική συμπτωματολογία εμφανίζει το καρκίνωμα του ορθού. Επίσης στη εικόνα αυτή εμφανίζεται και η χρονική απόσταση μεταξύ της έναρξης των συμπτωμάτων και της οριστικής διάγνωσης [51].

5.2.1 Συμπτωματολογία καρκινώματος δεξιού κόλου

Η μεγάλη διάμετρος, το λεπτό και διατατό τοίχωμα, και το υδαρές περιεχόμενο αυτού του τμήματος του παχέος εντέρου επηρεάζουν αλλά και ερμηνεύουν τις μεγάλες διαστάσεις του νεοπλάσματος του δεξιού κόλου πριν από την οριστική διάγνωσή του. Τα εκ του εντέρου ενοχλήματα απουσιάζουν ή μπορεί να υπάρχει ήπια διάρροια (30%). Τα δυσπεπτικά ενοχλήματα, η ναυτία, οι έμετοι (32%), ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας, η απώλεια βάρους(48.6%), η εύκολη κόπωση, και η σοβαρή αναιμία αποτελούν ομάδα μη ειδικών συμπτωμάτων που μπορεί να συνοδεύουν και το νεόπλασμα του δεξιού κόλου. Άλλα συμπτώματα όπως το συνεχές ήπιο άλγος (78%) κατά το δεξιό λαγόνιο βόθρο ή το δεξιό υποχόνδριο ή το ιδίως επιγάστριο με κάποια τοπική ευαισθησία (μικροσκοπικό απόστημα;) και η ψηλαφητή μάζα (67.7%) κατά το δεξιό λαγόνιο βόθρο ανήκουν στην κατηγορία και αυτά των μη ειδικών για το νεόπλασμα του δεξιού κόλου συμπτωμάτων διότι μπορεί να συνοδεύουν το πεπτικό έλκος, την οξεία ή χρόνια χολοκυστίτιδα, την οξεία σκωληκοειδίτιδα ή ακόμη και το νεόπλασμα του στομάχου. Θα πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι η παρατηρούμενη αναιμία οφείλεται σε μικροσκοπική απώλεια αίματος και θα πρέπει να τονισθεί ότι επί υπάρχουσας ανεξήγητης υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας η ύπαρξη νεοπλάσματος τυφλού ή ανιόντος κόλου δεν θα πρέπει να αποκλείεται.

5.2.2 Συμπτωματολογία καρκινώματος Εγκαρσίου – Αριστερού κόλου

Ο αυλός εδώ έχει μικρότερη διάμετρο, ημιστερεό περιεχόμενο και προεξάρχει η αποφρακτική συμπεριφορά του όγκου. Έτσι προεξάρχει η δυσκοιλιότητα, αρχόμενη ή επιδεινούμενη υπάρχουσας, με ταυτόχρονη έναρξη ή κατάχρηση καθαρτικών. Την δυσκοιλιότητα συνοδεύουν «κραμποειδή» κοιλιακά άλγη, με βορβορυγό και μετεωρισμό της κοιλίας με επιδείνωση μετά τα γεύματα και βελτίωση με το πέρασμα αερίων. Ενίοτε εμφανίζεται διάρροια ή εναλλαγή διάρροιας δυσκοιλιότητας. Κάθε λίγες ημέρες εμφανίζεται η λεγόμενη «ψευδοδιάρροια» οφειλόμενη στην κατάχρηση καθαρτικών. Άλλο σύμπτωμα είναι η εμφάνιση αίματος και βλέννης αναμειγμένης με την κένωση ή ανεξάρτητα με χρώμα ζωνρό ερυθρό ή σκωριόχρωμο.

5.2.3 Συμπτωματολογία καρκινώματος περιφερικού Σιγμοειδούς(Ορθοσιγμοειδές)-Ορθού

Οι βλάβες αυτές προκαλούν την χαρακτηριστικότερη σειρά συμπτωμάτων. Τούτο είναι ίσως τυχερό!, λαμβάνοντας υπ' όψιν την υψηλή εμφάνιση του καρκίνου σε αυτές τις περιοχές του εντέρου. Όμως θα πρέπει να τονισθεί ότι μπορεί να είναι εντελώς ασυμπτωματικές και να ανακαλυφθούν τυχαία κατά την εξέταση για ραγάδα δακτυλίου ή άλλη καλοήγη πάθηση του δακτυλίου(J.Goligher). Το συχνότερο σύμπτωμα στις περιπτώσεις αυτές είναι η αιμορραγία από το ορθό, η οποία μπορεί να είναι μεγάλη (αιματοχεσία) ή ασήμαντη, να συνοδεύει την κένωση ή να αποτελεί τη κένωση αυτή καθ' εαυτή. Οι διαταραχές στην κένωση του τύπου της επιδεινούμενης δυσκοιλιότητας ή συνηθέστερα της πρωινής ψεύτικης διάρροιας η οποία ξεκινά τις πρωινές ώρες και αποτελείται από βλέννα, αίμα και πύον. Υπάρχει μία αλληλουχία συμπτωμάτων που σχετίζεται με τον καρκίνο του ορθού η οποία είναι χαρακτηριστική και απαρτίζεται από: Έπειξη προς αφόδευση η οποία μετά από προσπάθεια αποτελείται από μίγμα αίματος, υδαρών κοπράνων με ταυτόχρονη αποβολή αερίων. Η αποτυχημένη αυτή κένωση επαναλαμβάνεται πάλι και πάλι ανά 15΄ ή 1h έως 4-5 φορές τις πρώτες πρωινές και φθάνει τις 10-12/24h. Έτσι διαταράσσεται τόσο ο νυκτερινός ύπνος αλλά και οι ημερήσιες δραστηριότητες του ατόμου διότι εκτός του αυξανόμενου αριθμού των αποτυχημένων κενώσεων αυτές συνοδεύονται κάθε φορά κατά το πέρας με τεινεσμό (επώδυνη, ατελής κένωση). Ο πόνος στον ορθικό καρκίνο απουσιάζει κατά κανόνα εκτός και αν έχει μεγάλο μέγεθος (αίσθημα πληρότητας του ορθού), διηθεί το ιερό πλέγμα (ισχιαλγία), τον δακτύλιο (πόνος ραγάδας), τα γειτονικά όργανα όπως προστάτη, κύστη, κόλπο, οστά πυέλου με ανάλογη συμπτωματολογία. Θα πρέπει να τονισθεί ότι επί αιμορραγίας από το ορθό σε άτομα μέσης και άνω ηλικίας κατά πρώτον θα πρέπει να αποκλεισθεί

η συσχέτιση με καρκίνωμα του περιφερικού σιγμοειδούς και ορθού και δευτερευόντως με αιμορροϊδοπάθεια.

5.3 Διάγνωση

Η Διαγνωστική Διαδικασία περιλαμβάνει τα βήματα που πρέπει να πραγματοποιήσει ο κλινικός ιατρός ώστε να φθάσει έγκαιρα στην ακριβή διάγνωση της νόσου. Προηγείται όπως πάντα η λήψη ιστορικού όπου αξιολογούνται εκτός των άλλων πληροφορίες που άπτονται την άτυπη δυσπεψία με ακαθόριστα κοιλιακά ενοχλήματα σε άτομα μέσης και άνω ηλικίας και θα πρέπει να ερευνώνται στη κατεύθυνση της νεοπλασίας του δεξιού κόλου εκτός των καλοήθων παθήσεων στομάχου, 12δακτύλου, χοληφόρων, σκωληκοειδούς αποφύσεως και νεοπλασίας στομάχου. Η ανεξήγητη κακουχία με αναιμία θέτει την υποψία νεοπλασματος του δεξιού κόλου αλλά και της νεοπλασίας του στομάχου. Η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου σε άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών για 2-3 εβδομάδες και άνω μπορεί να συσχετίζεται με νεοπλασία του αριστερού κόλου, όπως και με κολίτιδα ή εκκολπωματίτιδα [51].

5.3.1 Φυσική εξέταση

Η επισκόπηση του ασθενούς θα δώσει πληροφορίες όπως για την κατάσταση θρέψης (απώλεια βάρους;), χρώμα επιπεφυκώτων (αναιμία;), την ύπαρξη γενικευμένου ή τοπικού μετεωρισμού (ορατές περισταλτικές κινήσεις;). Με την ψηλάφηση αναζητούμε ενδοκοιλιακή μάζα, αξιολογούμε την κατάσταση του ήπατος, την ύπαρξη διογκωμένων λεμφαδένων (βουβωνικών ή αλλαχού). Με την επίκρουση αναζητούμε την ύπαρξη τυμπανικότητας (διάταση εντερικών ελίκων) ή αμβλύτητας (ασκίτης). Με την ακρόαση υπερκινητικότητα του εντέρου (μεταλλικοί ήχοι), ή έντονη κινητικότητα (βορβορυγμός) [51].

5.3.2 Δακτυλική εξέταση

Η δακτυλική εξέταση γινόταν από τον 11ο αιώνα από την Petrancellus, για ακριβώς τους ίδιους λόγους που χρησιμοποιείται και σήμερα [52]. Το 10% των νεοπλασμάτων βρίσκονται στο εύρος της διαγνωστικής εμβέλειας του εξεταστικού δακτύλου και είναι δυνατό να αποκαλυφθούν. Σε περίπτωση ανευρέσεως όγκου η εξέταση είναι χρήσιμη για τη σταδιοποίηση και την εξαιρεσιμότητα του όγκου.

Η δακτυλική εξέταση είναι σημαντική διαγνωστική πράξη διότι δύναται να ανακαλύψει την βλάβη υπό μορφή δισκοειδούς σκλήρυνσης ελαφρά υπεργερμένης,

οζώδους μαλακής υπέγερσης με μικρό έλκος, τυπικού καρκινικού έλκους με βαθύ κρατήρα και υπεγεργμένα χείλη, και δακτυλιοειδούς στενώσεως. Καθορίζει την θέση της βλάβης σε σχέση με τον δακτύλιο, το τράχηλο της μήτρας, το άνω όριο του προστάτου και τον κόκκυγα, την κινητικότητα της βλάβης σε σχέση με τον προστάτη, τις σπερματοδόχους κύστες, την ουροδόχο κύστη, τον κόλπο, την μήτρα, το ιερό οστού και τον κόκκυγα, καθορίζει την επέκταση τοπικά της βλάβης και ελέγχει την τελική ύπαρξη ύπαρξη αίματος κατά το πέρας της εξέτασης. Η αμφίχειρη δακτυλική εξέταση της πυέλου είτε διά του ορθού είτε δια του κόλπου, ανακαλύπτει ψηλαφητή μάζα σε ποσοστό 10-15% των περιπτώσεων επί βλαβών της αριστερής πλευράς και σε ποσοστό 70% επί βλαβών της δεξιάς πλευράς [51].

Πιο συγκεκριμένα: Για την εξέταση αυτή, ο γιατρός εισχωρεί το δάκτυλο του, αφού προηγουμένως έχει τοποθετήσει λιπαντικό και αναισθητικό στον ορθό ώστε να ψηλαφίσει ανώμαλες διαγνώσεις. Στο παρελθόν αυτή ήταν η μόνη προληπτική εξέταση δεν προτείνεται, αφού είναι πολύ λιγότερο ακριβής σε σχέση με τις άλλες εξετάσεις, πρέπει να γίνεται ακριβώς πριν την κολonosκόπηση ή την σιγμοειδοσκόπηση, αφού μπορεί να γίνουν αντιληπτές διογκώσεις, που δεν μπορούμε να δούμε με την βοήθεια των απεικονιστικών εξετάσεων. Η ίδια εξέταση χρησιμοποιείται και για την διάγνωση του CA του προστάτη [53].

5.4 Ορθοσιγμοειδοσκόπηση

Η ενδοσκόπηση του κατώτερου πεπτικού αποτελεί την υπ' αριθμόν ένα παρακλινική διαγνωστική πράξη στα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου. Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση με άκαμπτο όργανο ελέγχει μέχρι βάθους 25 εκ. το παχύ έντερο και αποκαλύπτει το 20% των βλαβών. Το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο φθάνει μέχρι βάθους τα 60 εκ. και ελέγχει το 50-60% των βλαβών.

Ο ασθενής προετοιμάζεται με ένα χαμηλό υποκλυσμό χωρίς άλλη διαδικασία και η εξέταση δεν έχει αντενδείξεις ή επιπλοκές. Η μέθοδος έχει υψηλή ευαισθησία (σχεδόν 100%) και ειδικότητα για το επισκοπηθέν τμήμα του εντέρου και παρέχει τη δυνατότητα λήψης βιοψίας από ύποπτες περιοχές. Μόνο τα θετικά ευρήματα αξιολογούνται καθώς τα αρνητικά δεν αποκλείουν την ύπαρξη νεοπλάσματος περιφερικότερα. Ιδιαίτερα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τα νεοπλάσματα παρουσιάζουν μία τάση περιφερικότερης εντόπισης και απαιτείται περαιτέρω έλεγχος [54].

5.5 Ακτινολογικός έλεγχος με βαριούχο υποκλισμό

Αυτή η εξέταση είναι μία μέθοδος στόχευσης με ακτίνες X, του εσωτερικού του εντέρου, για να ελέγξουμε για πολύποδες ή για ύπαρξη καρκίνου. Η μέθοδος αυτή

μπορεί να διογκώσει 70% των μεγάλων πολυπόδων και 50% των μικρών. Πρίν την εξέταση, ο ασθενής δέχεται έναν υποκλυσμό με βάριο, το οποίο είναι μία ουσία που δεν μπορεί να διαπεραστεί από τις ακτίνες. Καθώς είναι ξαπλωμένος ο ασθενής, ο ακτινολόγος πιέζει την κοιλιακή χώρα για να κατευθύνει το βάριο στο παχύ έντερο[53]. Λαμβάνονται πολλαπλές ακτινογραφίες σε όρθια θέση σε αριστερή και δεξιά πλάγια κατακεκλιμένη στάση [55]. Για την εκτέλεση της εξετάσεως απαιτείται προετοιμασία του εντέρου με υδρική δίαιτα, λήψη καθαρτικών και υψηλό υποκλυσμό. Τα συνηθέστερα ευρήματα είναι ανώμαλο έλλειμμα σκιαγράφησης, στένωση του αυλού, απουσία περισταλισμού σε συγκεκριμένη περιοχή και ανωμαλία της παρυφής του βλεννογόνου του εντέρου. Η εξέταση είναι ευαίσθητη 50-80% για πολύποδες < 1 cm, 70-90% για πολύποδες >1 cm και 55-85% στο πρώιμο καρκίνωμα. Η εξέταση είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με ορθοσιγμοειδοσκόπηση, διότι μόνο με το βαριούχο υποκλυσμό δεν ελέγχεται σωστά το ορθό. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η ευαισθησία της μεθόδου και πλησιάζει αυτή της κολονοσκόπησης για καρκινώματα και αδενώματα >1 cm. Η μέθοδος δεν επιτρέπει τη λήψη βιοψιών και την αφαίρεση των πολυπόδων. Στην εξέταση αξιολογούνται μόνο τα θετικά αποτελέσματα.

Σε περίπτωση που με το βαριούχο υποκλυσμό βρεθεί ύποπτη αλλοίωση ή στην περίπτωση που δεν υπάρχουν ευρήματα αλλά η κλινική υποψία είναι ισχυρή εκτελείται κολονοσκόπηση [53, 55, 56].

5.6 Κολονοσκόπηση

Η κολονοσκόπηση είναι μία διαδικασία κατά την οποία ο γιατρός εισάγει ένα εύκαμπτο ενδοσκόπιο 180 εκατοστών δια μέσου του ορθού στο παχύ έντερο και ελέγχει μέσω μιας κάμερας το εσωτερικό του παχέος εντέρου [55]. Με την εξέταση επιτυγχάνεται άριστη οπτική εικόνα του εσωτερικού του παχέος εντέρου, ενώ συγχρόνως μπορεί να γίνουν βιοψίες και θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως εκτομή πολυπόδων και αιμόσταση. Απαιτείται η προετοιμασία του ασθενούς δύο ημέρες πριν την εξέταση με υδρική δίαιτα, λήψη καθαρτικών και κλύσματα που αποσκοπεί στο σχολαστικό καθαρισμό του εντέρου. Η κολονοσκόπηση είναι πιο ακριβής από κάθε άλλη μέθοδο και η διαγνωστική της δυνατότητα φτάνει το 90%. Ανιχνεύει εξαιρετικά καλά μικρές βλάβες <1 cm και επιφανειακές αλλοιώσεις του βλεννογόνου.

Ο σημαντικότερος περιορισμός της κολονοσκοπήσεως είναι η αδυναμία προωθήσεως του οργάνου μέχρι το τυφλό που αγγίζει το 10-15% ακόμη και σε πεπειραμένους ενδοσκόπους. Τα ποσοστά επιτυχίας ολικής κολονοσκόπησης είναι 85-95%.. Κύριοι λόγοι μη προσπελάσεως είναι η κακή εντερική προετοιμασία, οι στενώσεις ή μεγάλοι όγκοι του εντέρου και οι καθηλωμένες γωνιώσεις του εντέρου. Και πάλι πρέπει να τονιστεί ότι μόνο το θετικό αποτέλεσμα, τόσο του ελέγχου όσο και των ληφθεισών βιοψιών, αξιολογείται [57].

5.7 Εργαστηριακός έλεγχος

Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, εκτός από μία πτώση του αιματοκρίτη και τον προσδιορισμό του τύπου της αναιμίας, δεν αναμένεται να αποδώσει ιδιαίτερα διαγνωστικά στοιχεία, βοηθάει όμως στη αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενή. Συγκεκριμένα γίνονται στον ασθενή οι εξής: γενική αίματος, βιοχημικές εξετάσεις ήπατος, ασβέστιο, έλεγχος νεφρικής λειτουργίας [4]. Μερικές φορές ο γιατρός παίρνει εξέταση αίματος για να ελέγξει το καρκινοεμβρυικό αντιγόνο (CEA). Το καρκινοεμβρυικό αντιγόνο είναι μία ουσία η οποία παράγεται από μερικά καρκινικά κύτταρα. Μερικές φορές βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, ιδιαιτέρως εάν η νόσος είναι εκτεταμένη. Αυξημένο CEA παρατηρείται και σε μερικές καλοήθεις παθήσεις όπως στους καπνιστές, στους κυρωτικούς και στους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Για το λόγο αυτό αποτελεί μη αξιόπιστη μέθοδο για τη πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου στο γενικό πληθυσμό. Πρέπει όμως να μετράται σε ασθενείς που έχουν χειρουργηθεί για καρκίνο του παχέος εντέρου και οι ευρισκόμενες τιμές να συγκρίνονται με τις προεγχειρητικές. Το CEA είναι ένας δείκτης πρόωμης αναγνώρισης μεταστάσεων ή τοπικής υποτροπής του νεοπλάσματος με ιδιαίτερη διαγνωστική βαρύτητα. Το 80% των ασθενών που παρουσιάζουν υποτροπή ή μεταστάσεις θα έχουν αύξηση του CEA που θα εμφανιστεί έξι μήνες πριν την κλινική εκδήλωση. Τελευταία έχουν δοκιμαστεί και άλλοι δείκτες για τη έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του κόλου όπως το αντιγόνο CA-19-9 και το ένζυμο ορνηθινοαποκαρβοξυλάση. Μελέτες αναζητούν στο αίμα και στα ούρα προϊόντα των gas-ογκογονιδίων που προκαλούν τον καρκίνο, ενώ επιχειρείται η ανίχνευση των όγκων με ραδιοσημασμένα μονοκλωνικά αντισώματα εναντίον αντιγόνων των καρκινικών κυττάρων [58].

5.8 Σύγχρονες διαγνωστικές μέθοδοι

Πολλά υποσχόμενη για τη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η εικονική κολονοσκόπηση (3D virtual colonoscopy). Πρόκειται για νέα τεχνική υπολογιστικής απεικόνισης τριών διαστάσεων του παχέος εντέρου που αναμένεται να προσφέρει τα μέγιστα στη διάγνωση και παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου. Μελέτες έδειξαν ότι η αποτελεσματικότητα της πλησιάζει αυτή της κλασσικής κολονοσκόπησης. Απαραίτητη είναι η προετοιμασία του ασθενούς με λήψη καθαρτικών και υδρική δίαιτα. Η διαδικασία της εικονικής κολονοσκόπησης αρχίζει με εμφύσηση αέρα στο παχύ έντερο. Ένας υψηλής ταχύτητας αξονικός τομογράφος λαμβάνει 300 εικόνες του εντέρου σε 20 δευτερόλεπτα και τα στοιχεία επεξεργάζεται ο ηλεκτρονικός υπολογιστής που ανασυνθέτει την εικόνα. Η εικονική κολονοσκόπηση δεν απαιτεί τη λήψη ηρεμιστικών ή υπνωτικών από τον ασθενή και είναι λιγότερο ενοχλητική από την

κλασσική κολonosκόπηση. Η νέα αυτή τεχνική έχει το πλεονέκτημα ότι διαρκεί μικρό χρονικό διάστημα και εξαρτάται λιγότερο από την ικανότητα του ιατρού που εκτελεί την εξέταση, καθώς οι εικόνες μπορούν να αποθηκευτούν και να ανακληθούν, όταν χρειάζεται. Μειονεκτεί σε σχέση με την κλασσική κολonosκόπηση στο ότι δεν έχει τη δυνατότητα να λάβει βιοψίες και να επέμβει θεραπευτικά ο ιατρός και να αφαιρέσει τον υπάρχοντα πολύποδα. Η τεχνική αυτή πιστεύεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο πληθυσμιακών ομάδων

Η ενδοαυλική υπερηχοτομογραφία είναι μία νεότερη μέθοδος που έχει μικρό ρόλο στη διάγνωση, αλλά φαίνεται ότι είναι αρκετά ευαίσθητη στην εκτίμηση της διήθησης του τοιχώματος του ορθού και στην εύρεση ενδοπυελικών λεμφαδένων. Πρόσφατα έχει χρησιμοποιηθεί η τεχνική της υδροκολονικής υπερηχοτομογραφίας (Hydrocolonie Sonography). Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η μέθοδος αυτή ανίχνευσε το 97% των καρκίνων και το 91% των πολυπόδων. Τα αποτελέσματα επαληθεύτηκαν με κολonosκόπηση. Η υδροκολονική υπερηχοτομογραφία έχει τη δυνατότητα να εκτίμη την κατασκευή του τοιχώματος του εντέρου και αυτό βοηθά στην εκτίμηση του σταδίου του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η μέθοδος αυτή αναμένεται να δοκιμαστεί και να προσδιοριστεί η χρησιμότητά της [25, 54].

5.9 Επείγουσες καταστάσεις που αφορούν το νεόπλασμα του παχέος εντέρου (17,6%):

Συνήθως παρατηρείται στις βλάβες που αφορούν το αριστερό κόλον, σπληνική καμπή, κατιόν, σιγμοειδές, ακολούθως το τυφλό, ανιόν, ηπατική καμπή και τρίτον το εγκάρσιο. Διάτρηση (7%): Με επακόλουθο την περιτονίτιδα παρατηρείται συνήθως επί νεοπλασιών της σπληνικής καμπής, κατιόντος, σιγμοειδούς, δεύτερον επί νεοπλασιών του εγκαρσίου κόλου και τρίτον από νεοπλασιών του αριστερού κόλου. Στον αποφρακτικό καρκίνο ξεχωρίζουμε την χρόνια φάση κατά την οποία ο ασθενής αναφέρει δυσκολία στη κένωση για μερικές εβδομάδες και μήνες ακόμη πριν, τώρα απλά δεν έχει κένωση για 2-3 ημέρες παρά την χρήση υπακτικών φαρμάκων. Αναφέρει επίσης αναστολή αερίων και προοδευτική διάταση της κοιλίας. Παρόλα αυτά ελάμβανε υγρά και κάποια τροφή χωρίς να έχει τάση προς εμετό τις τελευταίες 6-7 ημέρες από την είσοδό του στο Νοσοκομείο, οπότε και άρχισαν οι έμετοι. Έτσι περιγράφεται η χρόνια φάση της απόφραξης και αφορά συνήθως τα νεοπλάσματα του αριστερού κόλου. Κατά την οξεία φάση του αποφρακτικού καρκίνου, αναφέρεται αιφνίδιο, οξύ, κολικοειδές, κοιλιακό άλγος με τάση προς έμετο και εμέτους, με έντονο μετεωρισμό της κοιλίας, με αναστολή αερίων και κοπράνων. Ευρήματα: Έντονος μετεωρισμός της κοιλίας, ορατές περισταλτικές κινήσεις του εντέρου, ήχοι μεταλλικοί και βορβορυγμός της κοιλίας με περιοδικότητα, συνοδεία «κραμποειδών κοιλιακών αλγών». Η δακτυλική εξέταση αναδεικνύει κενή διατεταμένη λήκυθο.

Χαρακτηριστική είναι η α/α κοιλίας σε όρθια στάση (υδραερικά επίπεδα) και με α/α παχιές εντέρου με γαστρογραφίνη (stop). Η αξονική τομογραφία χωρίς να είναι ειδική μπορεί να βοηθήσει. Άλλη επείγουσα κατάσταση εκδήλωσης του νεοπλάσματος του παχέος εντέρου είναι η διάτρηση η οποία μπορεί να συμβεί, α) κατά την οξεία ή υποξεία απόφραξη επί κοπρανώδους έλκους, ευρισκόμενου εγγύς ή μακράν του όγκου, με συνέπεια την εικόνα της γενικευμένης κοπρανώδους περιτονίτιδας η οποία απαιτεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Χαρακτηριστική είναι η γενικευμένη σύσπαση της κοιλίας με αναπηδώσα ευαισθησία, με εμέτους, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, α/α κοιλίας με υδραερικά επίπεδα. Η κατάσταση του ασθενούς είναι βαρεία και συνήθως θανατηφόρος. β) Επί απουσίας απόφραξης, η διάτρηση συνηθέστερα συμβαίνει επί του όγκου με συνέπεια την τοπική ή γενικευμένη περιτονίτιδα με εικόνα οξείας χειρουργικής κοιλίας, Στην περίπτωση αυτή η εικόνα είναι ηπιότερη της προηγούμενης [51].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

6.1 Σταδιοποίηση Καρκίνου Παχέος Εντέρου

Μια πλήρη διαγνωστική εκτίμηση περιλαμβάνει αναγνώριση του σταδίου και του βαθμού της κακοήθειας. Αυτό πρέπει να εκπληρωθεί πριν την έναρξη της θεραπείας γιατί οι θεραπευτικές επιλογές και η πρόγνωση καθορίζονται με βάση τη σταδιοποίηση και βαθμοποίηση. Συγκεκριμένα, η παθολοανατομική κυτταρολογική θέση, είναι αυτή που δίνει πληροφορίες για: α) τον τύπο και το μέγεθος του ιστού που λήφθηκε για βιοψία, β) τον τύπο, το στάδιο και το μέγεθος του καρκινικού όγκου γ) την ύπαρξη ή την απουσία επέκτασης στα αγγεία, στα λεμφαγγεία και στους λεμφαδένες δ) τον βαθμό διαφοροποίησης ε) την κατάσταση των λεμφαδένων (2 Υπάρχουν διάφορα συστήματα για ταξινόμηση της ανατομικής έκτασης της νόσου αλλά το καλύτερο και το πιο κατανοητό είναι το σύστημα TNM (3,4ο T αναφέρεται στην έκταση του πρωτογενούς όγκου, το N αναφέρεται στην ύπαρξη και εμπλοκή λεμφαδένων και το M στην παρουσία μετάστασης [53, 59]. Ορισμοί για το TNM πιο αναλυτικά:

6.1.1 Κατάταξη σύμφωνα με το μέγεθος του όγκου

TX: Πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να διαπιστωθεί.

TO: Δεν υπάρχει ένδειξη του όγκου.

Tis: CA in situ: ενδοεπιθηλιακός ή στο χόριο του βλεννογόνου χωρίς να επεκτείνεται μέσω της βλεννογόνιου μυϊκής στιβάδας.

T1: Ο CA διηθεί τον υποβλεννογόνιο.

T2: Ο CA διηθεί την μυϊκή στιβάδα.

T3: Ο CA μέσω μυϊκής στιβάδας τον χώρο κάτω από τον περιτόναιο.

T4: Ο CA διηθεί κατά επέκταση άλλα όργανα ή ανατομικές κατασκευές και/ή διαπερνά το σπλαχνικό περιτόναιο [60].

6.1.2 Κατάταξη σύμφωνα με τους λεμφαδένες

NX: Οι περιοχικοί λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν.

NO: Δεν υπάρχει μετάσταση στους λεμφαδένες.

N1: Μετάσταση σε 1-3 περικολικούς λεμφαδένες.

N2: Μετάσταση σε 4 ή περισσότερους περικολικούς λεμφαδένες

N3: Μετάσταση σε οποιοδήποτε λεμφαδένα κατά την πορεία συγκεκριμένου αγγειακού κορμού [60].

6.1.3 Μεταστάσεις

MX: Η παρουσία μεταστάσεων δεν μπορεί να εκτιμηθεί

MO : Όχι μεταστάσεις.

M1: Παρουσία μεταστάσεων [60]

6.1.3.1 Οδοί μετάστασης

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

1) Κατά συνέχεια των ιστών:

Ο όγκος επεκτείνεται δακτυλιοειδής και αποφράζει τελικά τον αυλό του εντέρου ,ιδίως στο αριστερό κόλο.Λόγω ανάπτυξης του καρκίνου έχουμε επέκταση στους γειτονικούς ιστούς και σε όργανα δια του τοιχώματος του εντέρου.Επίσης υπάρχει κίνδυνος επέκτασης και σε παρακείμενα όργανα όπως το ήπαρ ,η χοληδόχος κύστη, το λεπτό έντερο ,ο νεφρός και ο ουρητήρας τα λαγόνια αγγεία, το πάγκρεας, η ουροδόχος κύστη και τα κοιλιακά τοιχώματα.

2) Με τη λεμφική οδό:

Είναι ο συνηθέστερος τρόπος διασποράς. Όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει μόνο το εντερικό τοίχωμα, το ποσοστό διήθησης των επιχώριων λεμφαδένων ανέρχεται σε 35-50%. Όταν όμως ξεπερνάει το τοίχωμα του εντέρου ,τότε η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων φθάνει το ποσοστό των 80-90%.Η μετάσταση στα λεμφογάγγλια εξαρτάται από το πόσο αναπλαστικά είναι τα καρκινωματώδη κύτταρα και όχι από το μέγεθος του όγκου .Η μετάσταση δεν γίνεται προοδευτικός και κατά σειρά, αλλά μπορεί να βρεθούν σε απομακρυσμένα λεμφογάγγλια (ριζικά) ενώ δεν υπάρχουν στα πλησίον της πρωτοπαθούς εστίας.

3) Με την αιματική οδό

Είναι μια συνηθισμένη,ίσως όμως ,λιγότερη συχνή στον καρκίνο παχέος εντέρου από ότι σε καρκίνους άλλων οργάνων.Ο καρκίνος είναι δυνατόν να διηθήσει τις φλέβες του μεσόκολου του παχέος εντέρου και δια της πυλαίας φλέβας να προκαλέσει ηπατικές μεταστάσεις .Επίσης ,διαμέσου των οσφυϊκών και των σπονδυλικών φλεβών, μπορούν να εμφανίσουν μεταστάσεις .Διήθηση των φλεβών συμβαίνει συνήθως σε ποσοστό το 35% χωρίς πάντοτε να προκαλεί ηπατικές μεταστάσεις .Αυτές , κατά την ώρα της διάγνωσης μπορεί να υπάρχουν σε ποσοστό

20% σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και σε 10% σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού.

4) Διασπορά με εμφύτευση κυττάρων

Όταν ο όγκος διηθήσει και τον ορογόνο του εντέρου είναι δυνατόν ,καρκινικά κύτταρα να αποπέσουν και να εμφυτευτούν στην περιτοναϊκή κοιλότητα.Τα κύτταρα αυτά προσκολλώνται στο τριχωματικό περιτόναιο ή στο τοίχωμα οργάνων και εξελίσσονται σε μεταστατικές εστίες. Μεταστάσεις στις ωοθήκες αποδίδονται επίσης σε εμφύτευση καρκινικών κυττάρων.

5) Διασπορά πέριξ των νεύρων

Η διήθηση του περινευρικού χώρου από καρκίνο επιτρέπει τη διασπορά δια των νεύρων του παχέος εντέρου .Έχει ιδιαίτερη κακή προγνωστική σημασία αυτή η κατάσταση.

6) Ενδοαυλική εμφύτευση κυττάρων από την επιφάνεια εκπλασθητικών κυρίως όγκων.Τα κύτταρα καθιλώνονται κατά κανόνα σε αναστομωτικές επιφάνειες και ευθύνονται για ένα αποτροπών στη αναστόμωση [14, 19]

6.2 Σταδιοποίηση με σύστημα Dukes

DUKES A: Το νεόπλασμα είναι περιορισμένο στο τοίχωμα του εντέρου.

DUKES B: Το νεόπλασμα επεκτείνεται πέραν του τοιχώματος του εντέρου, αλλά χωρίς λεμορική συμμετοχή.

DUKES C1: Όταν έχουν επινεμηθεί οι επιχώριοι αδένες.

DUKES C2: Όταν έχουν επινεμηθεί και άλλοι αδένες εκτός των επιχώριων [4].

6.3 Βαθμοποίηση

Η βαθμοποίηση αναφέρεται στην ταξινόμηση των κυττάρων του όγκου. Τα συστήματα βαθμοποίησης ζητούν να ορίσουν την προέλευση του ιστού του όγκου κα το βαθμό στον οποίο το κύτταρο του όγκου διατηρούν τα λειτουργικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά του ιστού προέλευσης. Τελευταία αλλά σημαντικά είναι το γεγονός ότι στην βαθμοποίηση απονέμεται ένα εύρος αριθμός I εώςIV. Οι όγκοι βαθμού I ή καλά διαφοροποιημένοι όγκοι,μοιάζουν πολύ με τον ιστό προέλευσης.(3μ)Οι βαθμοί Πείναι μέτρια καλά διαφοροποιημένοι ,ενώ λίγο διαφοροποιημένοι είναι βαθμού III και IV ,αντίστοιχα [59].

6.4 Πρόγνωση

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει άμεση σχέση με το στάδιο στο οποίο πρωτοδιαγνώστηκε [53]. Η θνησιμότητα είναι συνάρτηση του παθολοανατομικού σταδίου. Ασθενείς με προχωρημένο στάδιο έχουν χειρότερη πρόγνωση με χαμηλότερα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης συγκριτικά με τα προωμότερα στάδια [14].

Ετσι,λοιπόν αν ο όγκος έχει διαγνωστεί στο προωμότερο στάδιο (στάδιο0) τα ποσοστά επιβίωσης φτάνουν στο 95%.Ωστόσο,υπάρχουν σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να λάβουμε υπόψην όπως ο βαθμός επέκτασης του όγκου,το βάθος διήθησης του τοιχώματος του αυλού του εντέρου από το νεόπλασμα και η συμμετοχή ή όχι των επιχώριων λεμφαδένων [14].

Στο στάδιο I όπου ο καρκινικός όγκος έχει επεκταθεί στην επόμενη στιβάδα του κόλου τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης είναι 90-85%

Στο στάδιο II τα ποσοστά του καρκίνου του παχέος εντέρου, πέφτουν στο 70-75% για πενταετή επιβίωση.

Στην περίπτωση που ο καρκίνος έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες εγγύς του κόλου ή του ορθού, στάδιο III τα ποσοστά επιβίωσης είναι 35-65%.

Τέλος με εξαίρεση λίγες περιπτώσεις το στάδιο IV η νόσος θεωρείται ανίατη με μηδενική πιθανότητα επιβίωσης [53].

Επιπρόσθετα, η ανέρευση των παρακάτω κατά τη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου προμηνύει κακή προγνωστική εξέλιξη όπως:

- Ο όγκος να έχει διαπεράσει το εντερικό τοίχωμα
- Ο όγκος να έχει τρυπήσει το εντερικό τοίχωμα
- Ο όγκος να είναι καθηλωμένος ,να εισβάλλει ή να έχει προσκολληθεί σε άλλα τμήματα της πυέλου ή των παρακείμενων ιστών
- Ο όγκος να είναι μεγαλύτερος από τα 6cm
- Να υπάρχει απόφραξη του παχέος εντέρου
- Να υπάρχει φτωχή διαφοροποίηση στα καρκινικά κύτταρα στο μικροσκόπιο
- Η εμφάνιση όγκου σε ασθενείς κάτω των 30 ετών

Όσοι ασθενείς λοιπόν έχουν υποβληθεί σε ριζικές εγχειρήσεις για καρκίνο του παχέος εντέρου πρέπει να παρακολουθούνται συχνά για την έγκαιρη διάγνωση μιας τοπικής υποτροπής , μιας μετάστασης ή ενός μετάχρονου καρκίνου[14].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1 Γενικά

Η βασική θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται με την χειρουργική επέμβαση [4]. Η θεραπεία που θα πρέπει να σας χορηγηθεί θα εξαρτηθεί από το στάδιο της διάγνωσης του καρκίνου, δηλαδή το μέγεθος, την θέση και την επέκταση του όγκου, που αποτελούν τα κύρια ευρήματα της χειρουργικής επέμβασης και της κυτταρολογικής εξέτασης του όγκου.

Μερικές φορές ο ιατρός μπορεί να εισηγηθεί να προηγηθούν της χειρουργικής επέμβασης άλλα είδη θεραπείας. Αυτό θα το κρίνει από τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων που έχουν θέσει την αρχική διάγνωση του καρκίνου στο παχύ έντερο.

Συνοψίζοντας, σε αρχικά στάδια η χειρουργική έχει τον πρώτο λόγο ενώ σε τοπικά εκτεταμένη νόσο, η ακτινοθεραπεία μικραίνει την μάζα και διευκολύνει την επέμβαση. Η χημειοθεραπεία παίζει σημαντικότερο ρόλο μετά την εγχείρηση. Με τον συνδυασμό αυτών των μεθόδων, έχει φανεί βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών. Τέταρτη μέθοδος, που ακόμα, βρίσκεται στο πειραματικό στάδιο είναι η ανοσοθεραπεία [47].

7.2 Συντηρητική Θεραπεία

Η συνδυασμένη προσέγγιση της νόσου (από χειρουργό και γαστρεντερολόγο) απέφερε ελάττωση της θνητότητας κατά 40-50% κατά τα τελευταία (20) χρόνια. Η αντιμετώπιση της εξάρσεως είναι αρχικά συντηρητική με : 1) παρεντερική χορήγηση υγρών για αντικατάσταση των απωλειών, 2) μετάγγιση αίματος για διόρθωση αναιμίας, 3) επαρκή θρέψη, 4) χορήγηση στεροειδών. Σε ποσοστό 95% των ασθενών με πρώτη εκδήλωση της νόσου επιτυγχάνεται ύφεση και υποτροπιάζει. Τέλος, ένα 15% των ασθενών θα χρειασθούν χειρουργική θεραπεία εκλεκτική ή επείγουσα [61].

7.3 Χειρουργική Θεραπεία

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου είναι η πιο βασική θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου στο παχύ έντερο

Η εφαρμογή της σταδιακής χειρουργικής αντιμετώπισης έχει μειώσει σημαντικά τις εγχειρητικές επιπλοκές και τη θνητότητα σε σύγκριση με την εξαίρεση και άμεση αποκατάσταση. Η εξαιρεσιμότητα, γενικά, εξαρτάται από την έκταση και τη θέση του όγκου. Τα ποσοστά κυμαίνονται από 75-90%. Συμπερασματικά, η

προσαρμογή της χειρουργικής επέμβασης, ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση, είναι η περισσότερο συνετή αντιμετώπιση [61].

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται στις εξής περιπτώσεις:

- για επιβεβαίωση της διάγνωσης, με ταχεία βιοψία
- προφυλακτικά, για αφαίρεση καλοηθών νεοπλασμάτων που είναι επιρρεπή σε κακοήθη εξαλλαγή
- για αφαίρεση κακοήθους νεοπλάσματος. Τα αποτελέσματα της είναι θετικά, όταν ο καρκίνος αφαιρεθεί ριζικά προτού εξαπλωθεί σε περιοχές που δεν μπορούν να αφαιρεθούν
- για τον έλεγχο των κακοηθών νεοπλασμάτων με αφαίρεση αδένων
- παρηγορητικά, για ανακούφιση από επιπλοκές του καρκίνου, όπως εξελκώσεις, απόφραξη του γαστρεντερικού σωλήνα, πόνος από επέκταση του όγκου στα περιφερικά προς αυτόν νεύρα, αιμορραγία και μεγάλου βαθμού καχεξία. Η παρηγορητική θεραπεία συχνά συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία ή διατομή νεύρων νωτιαίου μυελού ή εγκεφάλου για απαλλαγή από τον πόνο. Στις περιπτώσεις που ο όγκος προκαλεί απόφραξη στα έντερα, τότε η χειρουργική επέμβαση θα γίνει για την αντιμετώπιση και την θεραπεία των συμπτωμάτων.

Είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή με καρκίνωμα του παχέος εντέρου, η εγχείρηση να γίνει σε προγραμματισμένη βάση και όχι υπό επείγουσες συνθήκες. Ανάλογα με το μέρος που εντοπίζεται και η βλάβη, η εγχείρηση αφορά το τυφλό και ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν και το σιγμοειδές και τελικά το κατώτερο μέρος του εντέρου το ορθό [4].

Οι κυριότερες χειρουργικές επεμβάσεις

Οι κυριότερες επεμβάσεις που έχουν καθιερωθεί είναι [61]:

- Η δεξιά ή αριστερή ημικολεκτομή
- Η σιγμοειδεκτομή
- Η χαμηλή εκτομή του ορθού στην οποία αφαιρείται το σιγμοειδές και το ορθό, μέχρι λίγο πάνω από το πρωκτικό δακτύλιο για καρκίνους του ορθού. Η αναστόμωση του παχέος εντέρου με το κολόβωμα του ορθού γίνεται με το αυτόματο κυκλικό αναστομωτήρα ένα μηχάνημα που κόβει και ράβει ταυτόχρονα, δείγμα της ευφυΐας του ανθρώπου που το ανέφηκτο διά χειρός του, το μετέτρεψε σε εφικτό με τα τεχνολογικά δημιουργήματα του. Τα ράμματα είναι μεταλλικοί αγκτήρες (κλίπς). Με τα αυτόματα συραπτικά μηχανήματα αυξήθηκε η διατήρηση των σφικτήρων του πρωκτού περισσότερο από 50% και μειώθηκαν αντίστοιχα οι ακρωτηριαστικές επεμβάσεις που καταλήγουν σε μόνιμη κολοστομία.

- Κοιλιοπερινεϊκή εκτομή και μόνιμη κολοστομία. Η εγχείρηση αυτή γίνεται μόνο όταν δεν υπάρχει αρκετό και ασφαλές κολόβωμα για την ένωση του παχέος εντέρου με τον πρωκτό.
- Τοπική εκτομή του κακοήθους όγκου του ορθού και ενδοορθική ακτινοθεραπεία.

7.3.1.1 Κολοστομία

Παραφύσιν έδρα είναι ο σχηματισμός τεχνητής έδρας όταν η φυσιολογική δεν μπορεί να σταματήσει. Αυτή εμφανίζεται με δύο μορφές: την ειλεοστομία και την κολοστομία.(13μ)

Η κολοστομία είναι μια σκόπιμη διάνοιξη του παχέος εντέρου και ένωσή της με την επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος .

Η κολοστομία μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή , τοποθετείται στο αριστερό πλάγιο της κοιλιάς και αφορά συνήθως το σιγμοειδές , λιγότερο το κατίον και σπανίως το εγκάρσιο Εξυπηρετεί τους εξής σκοπούς ανάλογα με το πρόβλημα του ασθενούς :

1. Αποσυμφορεί ένα αποφραγμένο έντερο .
2. Απολειτουργικοποιεί το περιφερικό τμήμα εντέρου σε μια προετοιμασία για εκτομή του στο εγγύς μέλλον .
3. Χρησιμεύει σαν μόνιμη παρά φύση έδρα όταν έχει αφαιρεθεί ο ορθοπρωκτικός σωλήνας.
4. Προστατεύει προσωρινά μια περιφερική εντεροαναστόμωση .

Υπάρχουν κολοστομίες μονού και διπλού αυλού .

Αν για κάποια αιτία δεν μπορεί να επανενωθεί τα έντερο τότε διαμέσου μίας τομής στην περιοχή της κοιλιάς, ο ιατρός θα φέρει και θα εφαρμόσει το έντερο στο επίπεδο του δέρματος. Αυτό το είδος της χειρουργικής διαδικασίας λοιπόν ονομάζεται κολοστομία και το σημείο της τομής είναι γνωστό σαν στομία. Από το σημείο της στομίας θα εξέρχεται το περιεχόμενο του εντέρου (κόπρανα) το οποίο θα περισυλλέγεται μέσα σε ειδικό σακούλι, το συλλέκτη, και που σύμφωνα με τις προδιαγραφές του, είτε θα αλλάζεται, είτε θα αδειάζετε. Συνήθως η κολοστομία είναι προσωρινή θεραπευτική αντιμετώπιση και σε μεταγενέστερο στάδιο επιχειρείται η επανένωση και η επαναφορά του εντέρου στη θέση του με άλλη χειρουργική επέμβαση. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί η κολοστομία για κάποιους λόγους να είναι και μόνιμη. Όταν ο όγκος που θα αφαιρεθεί βρίσκεται στο άνω μέρος του παχέος εντέρου στο σημείο όπου ενώνεται με το λεπτό έντερο, τότε η χειρουργική διαδικασία αφαίρεσης του και η εξαγωγή του εντέρου στην περιοχή της κοιλιάς

ονομάζεται ειλεοστομία. Και σ' αυτή την περίπτωση θα περισυλλέγεται το περιεχόμενο του εντέρου μέσα στον ειδικό συλλέκτη όπως και την κολοστομία. Αυτή η επέμβαση γενικά είναι προσωρινή.

Επίσης τα στόμια ταξινομούνται σύμφωνα με την ανατομική εντόπιση, τη κατασκευή του στομίου και τη μόνιμη ή πρόσκαιρη ύπαρξή τους. Η ανατομική εντόπιση του κολοστομίου επηρεάζει το χαρακτήρα της κοπρανώδους απέκκρισης, τις ανάγκες του αρρώστου και τη φροντίδα του στομίου, τόσοσ πιο σχηματισμένη και καλύτερα ελεγχόμενη είναι η κένωση.

Τα είδη των κολοστομιών που δημιουργούνται ανάλογα με την ανατομική εντόπιση είναι τα πιο κάτω:

- Ανιόν κολοστόμιο: το απέκκριμα είναι υδαρές, περιέχει πεπτικά ένζυμα και ηλεκτρολύτες και είναι απαραίτητη η προστασία του περιστομιακού δέρματος για τη πρόληψη ερεθισμού του. Η κακοσμία αποτελεί πρόβλημα και η ρύθμιση της κένωση του εντέρου δεν είναι δυνατή.
- Εγκάρσιο κολοστόμιο: το απέκκριμα είναι κάκοσμο και πολτώδες, περιέχει πεπτικά ένζυμα και ηλεκτρολύτες, ενώ η προστασία του περιστομιακού δέρματος είναι απαραίτητη για τη πρόληψη ερεθισμού. Η ρύθμιση της κένωσης του εντέρου δεν είναι πολύ εύκολη.
- Κατιόν ή σιγμοειδοκολοστόμιο: το απέκκριμα κατιόντος κολοστομίου είναι πιο στέρεο σε σχέση με το απέκκριμα από ανιόν και το εγκάρσιο. Όσο πιο κάτω είναι το κολοστόμιο, τόσο πιο στέρεο είναι το απέκκριμα και εκμηδενίζεται η απώλεια ενζύμων και ηλεκτρολυτών. Η κένωση από το σιγμοειδοκολοστόμιο έχει φυσιολογική υφή και είναι δυνατή η ρύθμιση της συχνότητάς της. Τα άτομα με σιγμοειδοκολοστόμιο δε χρειάζεται να χρησιμοποιούν συνέχεια σάκο συλλογής του απεκκρίματος και η κακοσμία ελέγχεται.

Το κολοστόμιο, όπως ήδη αναφέρθηκε, μπορεί να είναι προσωρινό και μόνιμο. Το προσωρινό γίνεται για την αντιμετώπιση φλεγμονώδους βλάβης. Το στόμιο επιτρέπει το περιφερικό μέρος του παχέος εντέρου, που πάσχει, να θεραπευτεί, με το περιορισμό της λειτουργικότητάς του στο ελάχιστο. Το μόνιμο κολοστόμιο στο ελάχιστο. Το μόνιμο ο κολοστόμιο συνήθως γίνεται σε καρκίνο παχέος εντέρου [62].

7.4 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που δεν μπορούν να βοηθήσουν η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να συμπληρώνει τη χειρουργική θεραπεία ή την ακτινοθεραπεία, γι' αυτό γίνεται σε συνδυασμό ή μετά από αυτές [61].

Η χημειοθεραπεία θεωρείται συστηματική θεραπεία. Εφαρμόζεται συνήθως μετεγχειρητικά και χορηγούνται ενδοφλεβίως φάρμακα για να σκοτώσουν τα καρκινικά κύτταρα που κυκλοφορούν στον οργανισμό. Μπορεί όμως να χρησιμοποιηθεί και προεγχειρητικά σε συνδυασμό με ακτινοβολία [63].

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλάσματα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και πετυχαίνουν την βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Ο σχεδιασμός της φαρμακευτικής αγωγής στηρίζεται σε ένα συνδυασμό δεδομένων που περιλαμβάνουν στοιχεία κινητικής των κυττάρων.

Οι νόμοι που συνδέουν τη κινητική των κυττάρων με τη χημειοθεραπεία ακολουθούν ορισμένα βασικά στοιχεία [63]:

1. Ο χρόνος διπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων που πολλαπλασιάζονται είναι σταθερός και ο θάνατος επέρχεται όταν τα κακοήθη κύτταρα φθάσουν ένα κριτικό κλάσμα του σωματικού βάρους
2. Έχει αποδειχθεί πειραματικά ότι ένα κακόηθες κύτταρο που επιζεί αποτελεί αποτυχία της θεραπείας. Η ίαση δηλαδή προϋποθέτει καταστροφή όλων των νεοπλασματικών κυττάρων .
3. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οι φυσιολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί ξενιστου παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκρίζωση υπολειπόμενων νεοπλασματικών κυττάρων. Συμπέρασμα των ανωτέρω είναι ότι η επιβίωση, συνδέεται στενά με το μέγεθος του όγκου κατά τον χρόνο της διαγνώσεως.
4. Μία συγκεκριμένη συγκέντρωση φαρμάκου για ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα προκαλεί τον θάνατο ενός σταθερού κλάσματος του νεοπλασματικού πληθυσμού, ανεξάρτητα από τον συνολικό αριθμό των καρκινικών κυττάρων. Αυτό σημαίνει ότι κάθε κύκλος θεραπείας σκοτώνει ένα συγκεκριμένο ποσοστό των κυττάρων που απομένουν και μία έκθεση σε ένα φάρμακο δεν είναι αρκετή να ξεριζώσει ένα όγκο πλήρως.

Τα αποτελέσματα λοιπόν της θεραπείας έχουν άμεση σχέση με τη δόση του φαρμάκου και την συχνότητα επαναλήψεως της θεραπείας. Επίσης τα φάρμακα πρέπει να συνδυάζονται με διαφορετικό μηχανισμό δράσεως. Όγκοι που είναι αρχικά ευαίσθητοι στην θεραπεία γρήγορα αναπτύσσουν αντοχή μετά από την παρατεταμένη έκθεση φαρμάκων. Τα κυτταροστατικά φάρμακα μετά από πειραματικές μελέτες αυξάνουν τις μιτώσεις που οδηγούν στην ανάπτυξη αντοχής.

Από την εποχή της εισαγωγής της στις κλινικές δοκιμές, πριν 25 και άνω χρόνια, η 5-φθοριουρακίλη (5-FU) παραμένει η πλέον αποτελεσματική αγωγή. Είναι το ίδιο αποτελεσματική όταν χορηγείται μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλα

φάρμακα. Η χορήγηση της έχει 15-20% ποσοστό μείωσης στο ήμισυ των μετρητών νεοπλασματικών μαζών(μερική ανταπόκριση).

Προτιμάται σε συνδυασμό με μεθυλ-CCNU και βινκριστίνη,αν και για πολλούς η υπεροχή του συνδυασμού αυτού, έναντι της 5-φθοριουρακίλης δεν είναι βέβαιη συγχρόνως με το συνδυασμό αυξάνεται σημαντικά η τοξικότητα. Για αυτό και πολλοί γιατροί προτιμούν την χορήγηση μόνο της 5-φθοριουρακίλης

Η 5-φθοριουρακίλη (5-FU) παρότι εξακολουθεί να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας του καρκίνου του παχέος εντέρου, συνοδεύεται από μικρό ποσοστό αντικειμενικών αποκλίσεων (περίπου και ίσο με 10%) και από ασήμαντη επίδραση στη συνολική επιβίωση. Η βιομετατροπή της όμως από το φυλλικό οξύ(λευκοβορίνη ή κιτροβορικός παράγοντας) και η χορήγηση αυτής σε σχήματα παρατεταμένης ενδοφλέβιας χορήγησης συνοδεύεται από στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο ως προς το ποσοστό αντικειμενικής ανταπόκρισης όσο και προς τη συνολική επιβίωση. (Εντούτοις η επίδραση του συνδυασμού αυτού στην επιβίωση είναι αβέβαιη και το ιδανικό δοσολογικό σχήμα δεν έχει ακόμη καθοριστεί.

Όμως η χορήγηση της 5-FU λευκοβορίνη σε συνδυασμό με την οξανοπλατίνη, ένα νέο πλατινούχο παραγωγό σύμφωνα με τις αρχές της χρονοθεραπείας, φαίνεται ότι συνιστά το πιο δραστικό σχήμα στη θεραπεία του προχωρημένου καρκίνου παχέος εντέρου. Η χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με τη ανοσοθεραπεία έχει εφαρμογή στις μεταστάσεις του καρκίνου του παχέος ντέρου στο ήπαρ ή στους πνεύμονες.Τέλος η περιοχική χημειοθεραπεία διαμέσου της ηπατικής αρτηρίας αυξάνει τις θεραπευτικές επιλογές σε ασθενείς, των οποίων η μεταστατική νόσος περιορίζεται στο ήπαρ χορηγούμενη είτε ως ως συμπληρωματική θεραπεία μετά τη πλήρη εκτομή της μεταστατικής εστίας είτε προεγχειρητικά προκειμένου η εστία αυτή να καταστεί εγχειρήσιμη [14].

Νεώτερες ενδείξεις και ειδικές περιπτώσεις χορήγησης χημειοθεραπείας είναι οι ακόλουθες [64]:

Επικουρική (Μετεγχειρητική) συστηματική θεραπεία: Η επικουρική θεραπεία έχει ορμονοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία. Χορηγείται μετά την αρχική θεραπεία ενός όγκου με εγχείρηση και η ακτινοθεραπεία, όταν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υπέρθεωσ μη κλινικός ορατών μεταστάσεων. Επικουρική ορμονοθεραπεία χορηγείται σε καρκίνο του παχέος εντέρου, με θετικούς λεμφαδένες.

Εισαγωγική (neo-adjuvant) χημειοθεραπεία: Η χορήγηση της χημειοθεραπείας ως πρώτης θεραπείας π.χ. πριν από την κολοστομία και η ακτινοθεραπεία σε μία περίπτωση καρκίνου του παχέος εντέρου. Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής πριν από τη κλασική αφαίρεση σε ορισμένα πειραματικά κλινικά δεδομένα. Αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις αντικείμενο μελέτης.

Η χημειοθεραπεία έχει και πολλές παρενέργειες εκτός από τα πολλά πλεονεκτήματα. Μπορεί πολλοί ογκολόγοι να προτιμούν η χημειοθεραπεία να προηγείται της ακτινοθεραπείας, αλλά προκαλεί στοματίτιδα, οισοφαγίτιδα έλκος κ διάρροια. Η αλωπεκία είναι συχνά επακόλουθο της χημειοθεραπείας. Δημιουργεί επίσης πολλά ψυχολογικά προβλήματα, αλλά ευτυχώς είναι σχεδόν πάντοτε αναστρέψιμο. Άλλες παρενέργειες είναι η ανοσοκαταστολή η νεφροτοξικότητα , νευροτοξικότητα, η πνευμονική τοξικότητα, οι συγγενείς ανωμαλίες και η καρκινογένεση [63].

7.5 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι σήμερα ένας από τους κυριότερους τρόπους αντιμετώπισης των κακοηθών νεοπλασιών χρησιμοποιείται μόνη ή σε συνδυασμό με την χειρουργική, τη χημειοθεραπεία και σε μικρότερο ποσοστό την ορμονοθεραπεία και ανοσοθεραπεία [4].

Η ακτινοθεραπεία έχει σαν βασικό της σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς τη πρόκληση βλάβης, ασυμβίβαστης με τη ζωή, στους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Η ακτινοθεραπεία στο καρκίνωμα του παχέος εντέρου αποτελεί την κύρια επικουρική μέθοδο ιδιαίτερα στα καρκινώματα του ορθού. Η πρωταρχική ριζική ακτινοθεραπεία μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική σε αυτούς που παρουσιάζονται με όγκους που είναι ανεγχείρητοι λόγω της επέκτασης στα γειτονικά όργανα της πυέλου, ή σε υποτροπιάσαντες όγκους , σε ασθενείς με ύπαρξη μακροσκοπικής νόσου μετεγχειρητικά, προεγχειρητικά σε αυτούς που έχουν καρδιαγγειακή ή αναπνευστική νόσο προλαμβάνοντας τη ριζική επέμβαση , ακόμη επίσης και στην ανακούφιση συμπτωμάτων αιμορραγίας και πόνου ή οστικές μεταστάσεις σε ποσοστό που υπερβαίνει το 70% των ασθενών. Διαρκεί αρκετό διάστημα 4-7 εβδομάδες περίπου και χορηγούνται μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας που πολλές φορές συνοδεύονται από σοβαρές παρενέργειες. Επίσης ακολουθεί και η ανακουφιστική θεραπεία που σκοπό της δεν είναι η ίαση του ασθενούς αλλά η ανακούφιση του από τα συμπτώματα. Η διάρκεια της είναι σχετικά σύντομη από 1-2 εβδομάδες και εφαρμόζεται σε προχωρημένες καταστάσεις [65].

Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία χορηγείται σε όγκους T3 και σκοπός της είναι η καταστροφή των περιφερικών τμημάτων του όγκου τα οποία επειδή βρίσκονται σε άμεση γειτονική σχέση με τα τριχοειδή έχουν καλή αιμάτωση και επομένως είναι ακτινοευαίσθητα [4].

Διεγχειρητική ακτινοθεραπεία-IORT καλείται η χορήγηση μιάς εφάπαξ αυξημένης ακτινοθεραπείας απευθείας στον όγκο ή στην κοίτη του όγκου

εκτεθειμένου κατά τη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης υπό άμεσο επισκοπικό έλεγχο με ικανοποιητική προστασία των περιζυγιων ιστών.

Συνοψίζοντας, τα πλεονεκτήματα της τεχνικής αυτής είναι ότι η δέσμη ακτινοβολίας, συνήθως ηλεκτρονίων, κατευθύνεται στην περιοχή όπου, κατά τη γνώμη του χειρουργού, υπάρχει υπολειμματικός όγκος ή μικροδιαθήσεις. Επίσης είναι δυνατόν στην πορεία της δέσμης, υπάρχουν όπως προαναφέραμε ακτινοευαίσθητα όργανα, όπως είναι το λεπτό έντερο τα όργανα αυτά να μετακινηθούν ή να προστατευτούν με φύλλα μολύβδου.

Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται μετά την επούλωση του μετεγχειρητικού τραύματος και σκοπός είναι η καταστροφή υπάρχοντος υπολειμματικού όγκου ή η υπόνοια ύπαρξης μικροδιαθησεων στη περιοχή του χειρουργικού πεδίου..Τέλος εφαρμόζεται 3-4 εβδομάδες μετά τη επέμβαση.

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται και ως τηλεθεραπεία (ακτίνες Χ και τηλεθεραπεία με χρήση ραδιοθεραπευτικής βόμβας). β. Εξωτερικά, γ. ενδοκοιλιακά, δ. Εμφύτευση στερεών ραδιενεργών πηγών υπό μορφή βελόνων, κόκκων, κάψουλων, συρμάτων κλπ (ισότοπα που εμφυτεύονται είναι ο χρυσός, το ράδιο, το ραδόνιο, το ταντάλιο κλπ), ε. έγχυση κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσότοπου (AU198 & P32), στ. εσωτερικά από το στόμα ή ενδοφλέβια (ραδιοϊώδιο, ραδιοχρυσός, ραδιοφώσφορος)

Οι επιπλοκές της ιονίζουσας ακτινοβολίας στον ανθρώπινο οργανισμό διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες. Οι πρώιμες επιπλοκές είναι: α. τοπικές βλάβες του δέρματος (ακτινοδερματίτιδες), β. Αλωπεκία, γ. Αλλοιώσεις αίματος και αιμοποιητικού ιστού, δ. Βλάβη του φακού του οφθαλμού - πρόκληση καταρράκτη, ε. Στείρωση παροδική ή μόνιμη, στ. Συγγενείς ανωμαλίες ή και θάνατο του εμβρύου σε έγκυο γυναίκα. Οι όψιμες επιπλοκές είναι: α. Λευχαιμία, β. Καρκίνος στην περιοχή που ακτινοβολήθηκε, γ. Βράχυνση του χρόνου ζωής [66].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

8.1 Γενικά

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο του παχέος εντέρου αρχίζει από τα πρώτα στάδια της ανιχνεύσεως της νόσου και προχωρεί ως το τελευταίο στάδιό της, αποκατάσταση ή θάνατος. Ο ρόλος του Νοσηλευτή σε ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου συνιστάται [59, 62]:

- Υποστήριξη και βοήθεια του ασθενούς στην περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψεως του ασθενούς.
- Βοήθεια κατά την εφαρμογή θεραπείας.
- Βοήθεια του αρρώστου, για να υποστεί τη καλοστομία και να ζήσει μ' αυτήν.

8.2 Ο ρόλος του Νοσηλευτή την περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων

Ο ρόλος του Νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός κατά τη περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων. Είναι αυτή που προσανατολίζει τον άρρωστο, τον βοηθά ψυχολογικά και τον ενισχύει στην προσπάθεια της έρευνας του προβλήματος της υγείας του. Η νοσηλεύτρια εξηγεί στον άρρωστο ανάλογα με τις γνώσεις του και το μορφωτικό του επίπεδο. Ειδικότερα: Στη κλινική εξέταση: η νοσηλεύτρια ζητά από τον ασθενή να διατηρήσει χαλαρό το μυϊκό και νευρικό του σύστημα για τη διευκόλυνση της εξέτασεως και να εκκενώσει την ουροδόχο κύστη για τον προσδιορισμό της καταστάσεως της κοιλίας και των οργάνων της πυέλου [59, 62].

8.3 Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψης του ασθενή

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθάει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο του αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό. Ο άρρωστος με διατροφικά προβλήματα βρίσκεται σε μειονεκτική θέση γιατί:

- Έχει μικρή ανοχή στο χειρουργικό stress.
- Είναι επιρρεπείς στις λοιμώξεις.
- Είναι επιρρεπείς στο SHOCK και την αιμορραγία.

- Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος από την ελάττωση της πρωτεΐνης και της βιταμίνης C. Γι' αυτό η αναπλήρωσή τους θεωρείται αναγκαία.

Ο έλεγχος των ηλεκτρολυτών και η ανάταξη πιθανής υπάρχουσας αναιμίας και η διόρθωσή τους είναι από τα βασικότερα που πρέπει να προηγούνται της επέμβασης. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στα ηλικιωμένα άτομα, διότι η αφυδάτωση είναι συχνή, καθώς και στα παχύσαρκα, τα οποία παρουσιάζουν ευκολότερα shock και άλλες μετεγχειρητικές επιπλοκές (π.χ. διαπύηση, τραύματος, εκσπλάχνωση, πνευμονικές επιπλοκές, θρομβοφλεβίτιδα) [59, 62].

8.4 Βοήθεια πριν κατά και μετά την θεραπεία

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία του ασθενούς με καρκίνο του παχέος εντέρου διακρίνεται:

- I. Βοήθεια του αρρώστου για χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου.
- II. Βοήθεια του αρρώστου στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας.
- III. Βοήθεια του αρρώστου στην εφαρμογή της ακτινοθεραπείας.

8.4.1 Νοσηλευτική φροντίδα στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου

Περιλαμβάνει την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου και την πρόληψη και την διόρθωση μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών.

8.4.1.1 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πρόκειται να υποστεί χειρουργική επέμβαση για θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου και πιθανότατα κολοστομία περιλαμβάνει την ψυχολογική και σωματική ετοιμασία.

8.4.1.1.1 Ψυχολογική ετοιμασία

Αξιολόγηση του επιπέδου κατανόησης και αποδοχής του αρρώστου σχετικά με την εγχείρηση που πρόκειται να κάνει, τη μετεγχειρητική πορεία και αγωγή κλπ.

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει τους φόβους και τα συναισθήματα του, φόβος θανάτου, πόνου, νάρκωσης, αναπηρίας, απόρριψης από τους οικείους και φίλους.

- Παροχή πληροφοριών στα πλαίσια της αρμοδιότητας των Νοσηλευτών και προσπάθεια λύσεως των παρεξηγημένων αντιλήψεων του αρρώστου.

- Πληροφόρηση σχετική με το πρόβλημα της κολοστομίας από άρρωστο, που έχει ο ίδιος υποστεί.

8.4.1.1.2 Σωματική ετοιμασία:

Περιλαμβάνει την καθαριότητα του ασθενούς με την καθαριότητα του σώματος του ασθενούς και τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα.

Η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

Η προεγχειρητική ετοιμασία την ημέρα τη επέμβασης περιλαμβάνει είναι όμοια με αυτή κάθε χειρουργικής επέμβασης.

8.4.1.2 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση του Νοσηλευτή.

Ο Νοσηλευτής σ' αυτή τη φάση συμβάλλει:

- Στην προστασία του ασθενούς κατά τα διάφορα στάδια της ανάνηψης.

- Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξεως της ασθένειάς του.

- Στην ανακούφιση του από ενοχλήματα.

- Στην πρόληψη επιπλοκών και

- Στη βοήθεια του ασθενούς, για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο. Αυτή περιλαμβάνει:

- Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.

- Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η συνήθης θέση είναι η ύπτια με το κεφάλι στο πλάι, η οποία συμβάλλει στη χαλάρωση των μυών και στη λειτουργία των παροχετεύσεων, καθώς επίσης στη πρόληψη της εισρόφησης των εμεσμάτων και πνιγμού (σε περίπτωση εμετών), και πτώσεως της γλώσσας προς τα πίσω.

- Τον έλεγχο των ζωτικών σημείων, για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης.

- Τον έλεγχο του τραύματος, μήπως αιμορραγεί και των παροχετεύσεων (συνδέσεις και λειτουργία τους).
- Τον έλεγχο του επιπέδου συνείδησης και κίνησης των κάτω άκρων, πο αφορούν τη νευρολογική κατάσταση.
- Την εκτίμηση της λειτουργίας των νεφρών: ποσόν ούρων, μέτρηση και καταγραφή σε ειδικό πίνακα προσλαμβανομένων-αποβαλλόμενων υγρών, έλεγχος του καθετήρα (θέση και λειτουργία του).
- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει, κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.
- Την παρακολούθηση της ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών ή αίματος, ποσόν, ρυθμό ροής, έγκαιρη αντικατάσταση. Επίσης, γίνεται έλεγχος του σημείου φλεβοκέντησης.
- Την ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων και να αλλάζει συχνά θέση.
- Την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου και των συγγενών.
- Την ενημέρωση της νοσηλευτικής λογοδοσίας:
- Την σίτιση του ασθενούς.

8.4.2 Νοσηλευτική φροντίδα στην χημειοθεραπεία

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είναι:

- η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
- η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
- η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους

Η νοσηλευτική φροντίδα συνιστάται στα εξής:

- Προετοιμασία του αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
- Χορήγηση αντιεμετικών πριν την θεραπεία.
- Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανομένων – αποβαλλομένων υγρών.
- Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
- Προσεκτική φροντίδα στόματος.

- Προστασία του αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
- Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ., τους νεφρούς ή το ήπαρ.
- Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γενετικό του σύστημα.
- Λήψη μέτρων, ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
- Λήψη μέτρων για την πρόληψη εξαγγελίωσης του φαρμάκου και διήθησης των γύρω ιστών [59, 62].

8.4.3 Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι δύσκολη και με πολλές παρενέργειες θεραπεία. Για την αποδοχή της από τον άρρωστο, με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης, είναι απαραίτητη η μέσα σε λογικά όρια, ενημέρωσή του για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειές της. Είναι απαραίτητη η διδασκαλία του ασθενούς για το τι πρέπει αν κάνει κατά τη εφαρμογή των ραδιοϊσοτόπων.

Η νοσηλευτική φροντίδα, στην περίπτωση της εφαρμογής των ραδιοϊσοτόπων, συνιστάται:

- πρόληψη των εμετών και της ναυτίας:
 - Χορηγούμε ηρεμιστικά, αντιεμετικά, αντιϊσταμικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
 - Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να παίρνει υγρά.
 - Χορηγούμε μικρά και συχνά γεύματα, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσια σε λεύκωμα.
 - Σημειώνουμε τις αντιδράσεις του.
- πρόληψη των αντιδράσεων από το δέρμα:
 - Παρατηρούμε συχνά για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση.
 - Εφαρμόζουμε στην ακτινοβολημένη περιοχή ουδέτερες κρέμες, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.

- Πλένουμε το δέρμα με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- Προστατεύουμε το δέρμα από την ηλιακή ακτινοβολία, ενδύματα.
- Φροντίζουμε την υγιεινή της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς με ήπια αντισηπτικά.
- πρόληψη της διάρροιας:
 - Χορηγούμε αντιδιαρροϊκά, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
 - Αποφεύγουμε να δίνουμε τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
 - Χορηγούμε δίαιτα με μικρό υπόλειμμα.
- προστασία του ασθενούς με καταστολή του μυελού των οστών:
 - Προστατεύουμε τον άρρωστο από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
 - Παρατηρούμε για τυχόν εμφάνιση αιμορραγιών και μεριμνούμε για την αντιμετώπισή τους.
 - Μεγάλη προσοχή στο χειρισμό των εκκριμάτων και απεκκριμάτων του ασθενούς και φύλαξή τους ώσπου να γίνουν ακίνδυνα για το περιβάλλον.
 - Τήρηση των αρχών απόστασης-χρόνου για το προσωπικό, που φροντίζει ασθενή που ακτινοβολείτε , σύμφωνα με τα διεθνή στάνταρτ.
- απομόνωση του αρρώστου, αν υπάρχει αυτή η δυνατότητα.
- αν δεν υπάρχει ιδιαίτερο δωμάτιο, τοποθέτηση του κρεβατιού σε απόσταση τουλάχιστον δύο μέτρων από τα άλλα.
- Προσοχή να μην παίρνει ακτινοβολία από άλλο άρρωστο [59, 62].

8.5 Φροντίδα ασθενή με κολοστομία

Η φροντίδα της κολοστομίας αποτελεί το κεντρικότερο θέμα στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε άρρωστο με κολοστομία. Η κολοστομία ανεξάρτητα από το αν είναι μόνιμη ή προσωρινή αποτελεί ένα νέο στοιχείο στη ζωή του αρρώστου και γι' αυτό η προσεκτική φροντίδα συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία της. Η εκπαίδευση της φροντίδας της κολοστομίας, σε ορισμένα νοσοκομεία/κλινικές, αρχίζει λίγες ημέρες πριν από την επέμβαση. Αυτή την εκπαίδευση προς τους

ασθενείς ή και στους συγγενείς γίνεται από ειδικές νοσηλεύτριες στην φροντίδα της κολοστομίας.

Η περιποίηση αυτή γίνεται κατά τα πρώτα 24ωρα άσηπτα, παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό, ένεκα του γεμάτου μικρόβια περιεχομένου του παχέος εντέρου.

Μετά την επούλωση του τραύματος η αλλαγή της «Παραφύσιν έδρας» γίνεται με καθαρά, όχι όμως αποστειρωμένα αντικείμενα. Η «Παραφύσιν έδρα» αλλάζεται, όταν υπάρχει ανάγκη αλλαγής και πάντα μισή ώρα προτού φαγητού [62].

8.5.1 Δίσκος κολοστομίας

Τα απαραίτητα υλικά για την αλλαγή του σάκου κολοστομίας και τη φροντίδα του στομίου είναι [67]:

α. Δίσκος που περιέχει:

- Μπολ με τολύπια και χαρτοβάμβακα
- Φυσιολογικό ορό και αντισηπτικό (Phisohex)
- Σετ αλλαγής
- Νεφροειδές, γάντια μιας χρήσης
- Αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών

β. Skin Gel της Hollister, το οποίο είναι ζελατινούχο πήκτωμα για την αποφυγή πιθανού δερματικού ερεθισμού

γ. Πάστα Κανάγια

δ. Σάκοι κολοστομίας

ε. Πλαστικός σάκος για τη συλλογή του μιας χρήσης σάκου

στ. Σαπούνι, νερό και τρίφτης

Γνωρίζοντας ότι ο σάκος με μικρότερη διάμετρο θα ερεθίσει το στόμιο , ενώ με μεγαλύτερη διάμετρο θα αφήσει ακάλυπτο δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα, χρησιμοποιούμε διάμετρο στομίων και διαλέγουμε σάκο, που η διάμετρός του εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το εγγίζει. Υπάρχουν σάκοι με 7 έτοιμα διαμετρήματα σε εκατοστά: 2,5, 3,2, 3,8, 4,4, 5,1, 6,4, 7,6. Εάν δεν υπάρχει κόβουμε με το ψαλίδι προσεκτικά στο μέγεθος που θέλουμε εμείς [62].

8.5.2 Περιποίηση κολοστομίας

Δίνουμε στον άρρωστο αναπαυτική θέση, τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Η πιο συνήθης θέση είναι η ύπτια με μικρή κλίση προς το πλάγιο της κολοστομίας ή ημικαθιστή. Ενημερώνουμε τον άρρωστο για τη νοσηλεία που πρόκειται να του γίνει και ζητάμε τη συνεργασία του. Εξασφαλίζουμε μοναχικότητα με τοποθέτηση παραβάν, αν δεν υπάρχουν κουρτίνες στο κρεβάτι του αρρώστου.

Αναδιπλώνουμε τα κλινοσκεπάσματα και τοποθετούμε το αδιάβροχο και το τετράγωνο κοντά στη κολοστομία για να προστατέψουμε τα κλινοσκεπάσματα. Φοράμε γάντια και αποκαλύπτουμε τη περιοχή του στομίου. Αφαιρούμε όλη τη συσκευή ή μόνο το σάκο. Στην πρώτη περίπτωση αποκολλάμε τη συσκευή με το ένα χέρι, ενώ με το άλλο ασκούμε ελαφρά πίεση στο δέρμα. Πιθανόν να χρειαστεί η εφαρμογή διαλυτικού για την αποκόλληση της συσκευής. Απομακρύνουμε τυχόν κόπρανα ή βλέννα από το στόμιο με στεγνό χαρτοβάμβακα ή γάζα. Εδώ ακριβώς θα κάνουμε αξιολόγηση του στομίου για οίδημα, έντονη ερυθρότητα, κυάνωση εξέλκωση. Το νέο στόμιο είναι οιδηματώδες, μειώνεται όμως το οίδημα και το στόμιο παίρνει φυσιολογικές διαστάσεις σε περίοδο 2-3 εβδομάδων από την εγχείρηση. Ακόμη το στόμιο υπόκειται στον κίνδυνο νέκρωσης κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές εβδομάδες. Επισκοπούμε και το περιστομιακό δέρμα για τα ίδια σημεία καθώς και τη κατάσταση της ραφής (τραύμα). Η τυχόν ερυθρότητα ή ο ερεθισμός μπορεί να οφείλεται σε τοπική αλλεργική αντίδραση του δέρματος στα υλικά που χρησιμοποιούνται για την φροντίδα του, στα ένζυμα και τα οξέα του εντερικού υγρού, στην ανεπαρκή φροντίδα του δέρματος γύρω από το στόμιο. Τοποθετούμε το νεφροειδές κάτω από το στόμιο, αφού καλύψουμε με χαρτοβάμβακο την πλευρά που θα έρθει σ' επαφή με το σώμα του αρρώστου, για να απορροφήσει τα υγρά. Καθαρίζουμε το περιστομιακό δέρμα με χλιαρό νερό με ή χωρίς σαπούνι. Στεγνώνουμε την περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις. Ανοίγουμε, έπειτα, το set αλλαγής και με λαβίδα καθαρίζουμε το στόμιο, με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια, χρησιμοποιώντας PhisoHex και ισότονο διάλυμα NaCl, όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό. Απομακρύνουμε το νεφροειδές με το χαρτοβάμβακο και στεγνώνουμε καλά το στόμιο με ήπιες κινήσεις. Αν υπάρχει ένδειξη δερματικού ερεθισμού, επαλείφουμε με ζελατινούχο πήκτωμα Skin Gel. Αφαιρούμε τα γάντια. Αφαιρούμε το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας. Το προστατευτικό που μένει στα δύο πλάγια χρησιμεύει για το πιάσιμο του σάκου. Κρατώντας από το προστατευτικό των δύο στεγνών λωρίδων, στα πλάγια, φέρνουμε το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στομίου. Εφαρμόζουμε πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας, αρχίζοντας τη τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο. Πιέζουμε σταθερά προς τα πάνω και έξω, ισιώνοντας συγχρόνως τόσο το δέρμα όσο και την αυτοκόλλητη επιφάνεια, προλαμβάνοντας έτσι τη δημιουργία πτυχών. Η κατεύθυνση του σάκου πρέπει να είναι ελαφρά πλάγια ίδια δηλαδή με την κατεύθυνση των εξερχόμενων κοπράνων. Κολλάμε με τον ίδιο τρόπο το επάνω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας. Τέλος, αφαιρούμε το χαρτί και κολλάμε τις δύο στενές

λωρίδες στα πλάγια. Αν το στόμιο είναι ασύμμετρο, για να καλύψουμε τις δερματικές πτυχές, χρησιμοποιούμε πάστα καταψα. Αν χρειάζεται, εφαρμόζουμε ζώνη στήριξης στη στεφάνη του σάκου και τροποποιούμε ανάλογα το μήκος της για να εφαρμόζει καλά γύρω από τη μέση. Απομακρύνουμε το αδιάβροχο και τακτοποιούμε το δίσκο. Απορρίπτουμε τα χρησιμοποιηθέντα υλικά και τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση. Φροντίζουμε για τον αερισμό του θαλάμου. Πλένουμε τα χέρια μας και προβαίνουμε στην καταγραφή της νοσηλείας, ώστε να εξασφαλίζεται η ομαλή συνέχιση της νοσηλείας. Μεταφέρουμε στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου τις παρατηρήσεις μας για το μέγεθος, την κατάσταση του στομίου και του περιστομιακού δέρματος, τη φύση, τα χαρακτηριστικά και τον όγκο της κένωσης, το υλικό που χρησιμοποιήθηκε και την ικανότητα μάθησης του αρρώστου σχετικά με την αυτοφροντίδα του στομίου [58].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

9.1 Νοσηλευτικό Ιστορικό

9.1.1 Δημογραφικά Στοιχεία

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Β. Χ.

ΧΡΟΝ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : 1940

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : Άρτα

ΔΙΕΥΘ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : Άρτα

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ : Χ Ο

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ : Ελληνική

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : Αγρότης

ΑΣΦΑΛΕΙΑ : Ο Γ Α

ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Εγγαμος

ΗΜ. ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ : 07/11/2007 ΩΡΑ : 13:45 μ.μ.

ΗΜ. ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ : 07/11/2007

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ : Θ : 36C ΣΦΥΞΕΙΣ : 78/min Α.Π. : 140/80mm H g

ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ : Οχι

ΥΨΟΣ : 160 cm ΒΑΡΟΣ : 86 Kgr.

9.1.2 Παρούσα Νόσος: Καρκίνος Ορθού

Από 3μήνου βλεννοαιματηρές κενώσεις με ήπιο κοιλιακό άλγος διάχυτο στην κάτω κοιλιακή χώρα και αίσθημα ατελούς εκκένωσης του εντέρου.

Ψηλάφηση από τον ίδιο τον ασθενή μορφώματος του ορθού.

Ορθοσκόπηση στις 27/9/2007 . Αποτέλεσμα : Νεοεξεργασία ορθού στα 3-4 εκ. που εκτείνεται ως τα 7-8 εκ. . Λήψη βιοψιών.

5/10/1999 , αποτέλεσμα ιστολογικής : Αδενοκαρκίνωμα ορθού μέσης διαφοροποίησης.

6/11/1999 , ολόσωμη CT που αναφέρει διήθηση του περιορθικού λίπους , κάποιες ύποπτες εστίες στο ήπαρ και είναι αρνητική για μεταστάσεις.

Αιματολογικός έλεγχος 31/10/1999 : Φυσιολογικές τιμές

Προγραμματίστηκε για επέμβαση στις 8/11/2007.

9.1.3 Ατομικό Αναμνηστικό Ιστορικό

ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ : Καλή

ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ : Δε θυμάται

ΕΜΒΟΛΙΑ : Δε θυμάται

ΑΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ : Όχι

ΧΕΙΡ. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ : 1970 : Σκωληκοειδεκτομή

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ – ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ : Όχι σοβαρά.

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ : Δερματική αλλεργία σε κάποια χόρτα .

ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ : Όχι

ΠΕΡΙΟΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ : Όχι

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ : Το 1963 που υποβλήθηκε σκωληκοειδεκτομή.

9.1.4 Ψυχοκοινωνικό Ιστορικό

ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : Αγρότης

ΚΙΝΔΥΝΟΙ : Από τραυματισμό

ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ : Όχι

ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ :

Κάπνισμα : 20 χρόνια , 20 τσιγ/ημέρα .

Οινόπνευμα : κοινωνικός πότης.

Καφεΐνη : 2 καφέδες (ελληνικούς)/ημέρα .

Άλλες ουσίες : Δεν αναφέρει .

ΣΥΝΗΘΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ : Ασχολείται με αγροτικές εργασίες. Αρκετά φορτωμένες μέρες με πολλή δουλειά , ιδιαίτερα σε περιόδους που η αγροτική παραγωγή το απαιτεί (συγκομιδή ελαιοκάρπου , τρύγος).

ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : Ιδιόκτητος μονοκατοικία τριών δωματίων.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ : Τρέφεται ελεύθερα.

ΥΠΝΟΣ : Δεν αναφέρει προβλήματα .

ΑΣΚΗΣΗ – ΑΝΑΠΑΥΣΗ : Δεν προλαβαίνει να γυμναστεί .

9.1.5 Ιστορικό Υγείας κατά Συστήματα

ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Καλή , λίγο ωχρός, δεν αναφέρει αλλαγή στο βάρος ή εύκολη κούραση .

ΔΕΡΜΑ : Ηλιοκαμένο με αρκετές ρυτίδες.

ΚΕΦΑΛΙ : Ασπρα μαλλιά αρκετά, χωρίς ουλές.

ΜΥΤΗ ΚΟΛΠΟΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ : Κ.Φ.

ΑΥΤΙΑ : Κ.Φ.

ΜΑΤΙΑ : Φυσιολογική όραση.

ΣΤΟΜΑ – ΛΑΡΥΓΓΑΣ : Κ.Φ.

ΤΡΑΧΗΛΟΣ : Κ.Φ.

ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ : (Από την ιατρική εξέταση οι βουβωνικοί λεμφαδένες είναι αψηλάφητοι .)

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ : Αναφέρει τσιγαρόβηχα .

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΟ : Κ.Φ.

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ : Από 3μήνου βλενοαιματηρές κενώσεις και αίσθημα ατελούς εκκένωσης του εντέρου . Χρόνια δυσκοιλιότητα .

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ : Φυσιολογική ποσότητα ούρων.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ : Κ.Φ.

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ : Κ.Φ.

ΑΓΓΕΙΑΚΟ : Συχνές κράμπες στα πόδια , ιδιαίτερα στο αριστερό .

ΝΕΥΡΙΚΟ : Κ.Φ.

ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Είναι ψύχραιμος και αισιόδοξος. Είναι ενημερωμένος πλήρως για το είδος της επέμβασης και για την πιθανότητα δημιουργίας κολοστομίας Δεν ξέρει ότι έχει καρκίνο και ανησυχεί για το αποτέλεσμα της βιοψίας . Στενοχωριέται για την επιβάρυνση της οικογένειάς του. Είναι συνεργάσιμος. Γενικά αναφέρει ότι είναι αγχώδης και ευσυγκίνητος.

9.2 Νοσηλευτική Διεργασία

9.2.1 Προεγχειρητική Φροντίδα

Πρόβλημα - Σκοπός	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
<p>Ανάγκη ψυχολογικής προετοιμασίας του ασθενούς προεγχειρητικά καθώς βρίσκεται σε κατάσταση άγχους ανησυχίας και φόβου</p> <p>Να ενημερωθεί ο ασθενής και να προετοιμαστεί ψυχολογικά για την επικείμενη επέμβαση .</p>	<p>Να ενημερωθεί ο ασθενής για τη λειτουργία της κλινικής και τις διαθέσιμες ευκολύνσεις .</p> <p>Να ενημερωθεί ο ασθενής και η οικογένειά του για το είδος της επέμβασης και τη μετεγχειρητική του πορεία . (Τι πρέπει να περιμένουν . Πόσες μέρες αναμένεται να διαρκέσει η ανάρρωση . Με τι θα είναι συνδεδεμένος και τι εικόνα θα παρουσιάζει αμέσως μετά την επιστροφή του στο τμήμα) .</p> <p>Να συζητηθούν οι αναμενόμενοι φόβοι του ασθενούς για τη νάρκωση , το άγνωστο , την αλλαγή του σωματικού ειδώλου (αν γίνει κολοστομία) και τον αποχωρισμό .</p>	<p>Κατατοπίσαμε τον ασθενή γύρω από τη λειτουργία της κλινικής και τους χώρους .</p> <p>Ο θεράπων ιατρός ενημέρωσε τον ασθενή και την οικογένειά του γύρω από τα προαναφερθέντα .</p> <p>Έγινε συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με τους φόβους του και λύθηκαν οι απορίες του .</p>	<p>Ο ασθενής είναι ενήμερος και μοιάζει λιγότερο αγχωμένος.</p>

Πρόβλημα – Σκοπός	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
<p>Ανάγκη φυσικής προεγχειρητικής ετοιμασίας την παραμονή της επέμβασης</p> <p>Να ετοιμαστεί ο ασθενής κατάλληλα για την επικείμενη επέμβαση.</p>	<p>Να ενημερωθεί ο ασθενής για την προεγχειρητική προετοιμασία 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.</p> <p>Να γίνει φροντίδα ατομικής υγιεινής με λουτρό καθαριότητας</p> <p>Να γίνει προετοιμασία εντέρου που περιλαμβάνει : α) Χορήγηση κατάλληλης διαίτας : 2 lt. χαμόμηλο και νερό ως τα μεσάνυχτα , μετά ουδέν peros. β) Χορήγηση ισχυρού καθαρτικού γ) Αν κριθεί απαραίτητο να χορηγηθεί ορός για αποφυγή αφυδάτωσης .δ) Να χορηγηθεί αντιβιοτική αγωγή για τοπική χημειοπροφύλαξη του εντέρου</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 στον 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 18 G και σύμφωνα με την I.O. στις 8:00 μ.μ. τέθηκε ορός ringers lactate 1000 cc</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>Η φυσική προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς συνεχίζεται.</p>

Πρόβλημα – Σκοπός	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
<p>Ανάγκη ύπνου και ανάπαυσης του ασθενούς.</p> <p>Να αναπαυθεί και να κοιμηθεί ο ασθενής την προηγούμενη της επέμβασης.</p>	<p>Να εξασφαλιστεί ήρεμο - ήσυχο – αναπαυτικό περιβάλλον.</p> <p>Να γίνει προσπάθεια να μην σκέφτεται συνέχεια την επικείμενη εγχείριση.</p> <p>Να γίνει σύσταση για αποφυγή υγρών πλούσια σε καφεΐνη.</p> <p>Να ενημερωθεί ο ασθενής να αδειάσει της ουροδόχο κύστη πριν την κατάκλιση.</p> <p>Να χρησιμοποιηθούν τεχνικές χαλάρωσης.</p> <p>Να δοθούν ηρεμιστικά - υπνωτικά σύμφωνα με I. O.</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 cola ιδιαίτερα το απόγευμα.</p> <p>Παροτρύνθηκε να αδειάσει την ουροδόχο κύστη πριν την κατάκλιση.</p> <p>Υπήρχε χαμηλή μουσική στο θάλαμο του, έγιναν ασκήσεις προοδευτικής χαλάρωσης, έγινε μασάζ στην πλάτη.</p> <p>Δόθηκαν σύμφωνα με την I.O. πριν την κατάκλιση tab Lexotanil 1,5 mg p.o.</p>	<p>Ο ασθενής κοιμήθηκε βαθιά όλη την νύχτα. Το πρωί αισθανόταν ότι είχε αναπαυθεί καλά.</p>

Πρόβλημα	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
<p>Ανάγκη άμεσης προεγχειρητικής προετοιμασίας το πρωί πριν την επέμβαση .</p> <p>Να σταλεί ο ασθενής στο χειρουργείο σωστά προετοιμασμένος και με ασφάλεια .</p>	<p>Να ντυθεί με τα ειδικά ρούχα χειρουργείου και να τοποθετηθούν αντιθρομβωτικές κάλτσες και ταυτότητα αναγνώρισης στο χέρι του.</p> <p>Να γίνει προνάρκωση σύμφωνα με τις Ι.Ο. και να χορηγηθεί ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους , ως αντιθρομβωτική αγωγή .</p> <p>Να ελεγχθεί η πληρότητα του ιατρικού φακέλου .</p> <p>Να συμπληρωθεί το έντυπο της γραπτής συγκατάθεσης (εάν αυτό δεν έχει ήδη γίνει) .</p> <p>Να συμπληρωθεί από τη νοσηλεύτρια το έντυπο προεγχειρητικής ετοιμασίας και να υπογραφεί .</p> <p>Να γίνει η ασφαλής μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο .</p> <p>Να εξασφαλιστεί επικοινωνία με τους συγγενείς και ενημέρωση για τη διάρκεια της επέμβασης και την εικόνα που θα παρουσιάζει ο ασθενής μετά το χειρουργείο .</p>	<p>Βοηθήσαμε τον ασθενή να ντυθεί με τα κατάλληλα ρούχα και τις αντιθρομβωτικές κάλτσες και τοποθετήσαμε στο χέρι το βραχιόλι με το ονοματεπώνυμό του.</p> <p>Έγινε προνάρκωση σύμφωνα με τις Ι.Ο. με amp . dornicum 5 mg. im και amp. Zantac 50 mg. im στις 7:30 π.μ. . Χορηγήθηκε fraxiparine 0,3 ml . sc .</p> <p>Ελέγχθηκε η πληρότητα του ιατρικού φακέλου .</p> <p>Ελέγχθηκε το έντυπο συγκατάθεσης (ήταν υπογεγραμμένο από τον ασθενή) .</p> <p>Συμπληρώθηκε και υπογράφηκε το έντυπο της προεγχειρητικής προετοιμασίας .</p> <p>Εξασφαλίζεται η άνετη και ασφαλής μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο .</p> <p>Ενημερώθηκαν οι συγγενείς .</p>	<p>Ολοκληρώθηκε η άμεση προεγχειρητική προετοιμασία και στις 7:45 π.μ. οδηγείται ο ασθενής στο χειρουργείο με ασφάλεια και πλήρως προετοιμασμένος.</p>

\

9.2.2 Μετεγχειρητική Φροντίδα

Πρόβλημα	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
<p>Υπογκαιμία λόγω της απώλειας από την επέμβαση .</p> <p>Να διορθωθεί η υπογκαιμία που προκλήθηκε από τις απώλειες υγρών από την επέμβαση , με χορήγηση φρέσκου πλάσματος .</p> <p>Να γίνει η μετάγγιση με ασφάλεια</p>	<p>Να χορηγηθούν στον ασθενή 3 μονάδες φρέσκου πλάσματος , με μεσοδιαστήματα χορήγησης τουλάχιστον 2 h .</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>Να γίνει πρόληψη πιθανών επιπλοκών από τη μετάγγιση και έγκαιρη αναγνώριση τυχόν συμπτωμάτων .</p>	<p>Ζητάμε από την αιμοδοσία την πρώτη μονάδα FFP στις 3:30 μ.μ.. Μετά από μισή ώρα έρχεται το πλάσμα .</p> <p>Ενημερώνεται ο ασθενής για τη μετάγγιση και τους κινδύνους της και ελέγχεται η βατότητα και η καταλληλότητα των περιφερικών φλεβικών γραμμών .</p> <p>Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων πριν τη μετάγγιση , τα οποία είναι Κ.Φ. και καταγράφονται στο φάκελο .</p> <p>Εφαρμόζεται ειδική συσκευή για τη μετάγγιση στη φιάλη του πλάσματος με άσηπτη τεχνική και αφού ελεγχθεί ξανά η μονάδα πλάσματος ότι είναι η κατάλληλη για τη συγκεκριμένη ασθενή , ξεκινά η μετάγγιση .</p>	<p>Η μετάγγιση της ασθενούς με την πρώτη μονάδα πλάσματος έγινε χωρίς προβλήματα .</p>

Πρόβλημα	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
<p>Ήπια αναπνευστική δυσχέρεια .</p> <p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματα και να γίνει πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών του αναπνευστικού.</p>	<p>Να τοποθετηθεί ο ασθενής σε ημικαθιστή θέση για να μην πιέζεται το διάφραγμα από τα κοιλιακά όργανα .</p> <p>Να χορηγηθεί για το πρώτο 24ωρο O2 συνεχώς με μάσκα venturi 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 συχνή λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>Να προγραμματιστεί για φυσικοθεραπεία αναπνευστικού και να δοθεί εξασκητής αναπνοής three – flow την επόμενη μέρα .</p> <p>Να γίνει έγκαιρη έγερση και κινητοποίηση .</p>	<p>Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε σωστή θέση ημι – fowler .</p> <p>Χορηγείται O2 με μάσκα venturi 35% .</p> <p>Έχει ενδοραχιαία αναλγησία PCA και προς το παρόν δεν πονάει.</p> <p>Ελέγχονται συστηματικά ανά 3ωρο η καταστολή και τα ζωτικά σημεία του ασθενούς (έχει καταστολή 0 , ικανοποιητικό αριθμό αναπνοών , περίπου 15 / min , σφίξεων 106 / min και Θ 37,4ο C.</p> <p>Προγραμματίστηκε για φυσιοθεραπεία αναπνευστικού.</p> <p>Η έγερσή του θα γίνει την επόμενη μέρα το πρωί .</p>	<p>Ο ασθενής μετά τις παρεμβάσεις αναπνέει σχετικά καλά, δεν πονάει και μπορεί να βήξει .</p>

Πρόβλημα	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
<p>Δίψα.</p> <p>Απαλλαγή του ασθενούς από το αίσθημα</p>	<p>Να χορηγηθούν υγρά παρεντερικά.</p> <p>Να υγρανθούν τα χείλη του ασθενούς.</p>	<p>Χορηγείται παρεντερικά διάλυμα R/L 1000 ml.</p> <p>Υγράθηκαν τα χείλη του ασθενούς με βρεγμένη γάζα.</p>	<p>Μειώθηκε το αίσθημα της δίψας.</p>

Πρόβλημα	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
<p>Κίνδυνος θρομβοεμβολικών επεισοδίων .</p> <p>Να γίνει πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών από το αγγειακό</p>	<p>Να φοράει ο ασθενής αντιθρομβωτικές κάλτσες μέχρι την πλήρη κινητοποίησή του.</p> <p>Να χορηγείται στον ασθενή , καθημερινά , ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (fraxiparine 0,3 ml) x 1 sc</p> <p>Να γίνεται κινησιοθεραπεία στον ασθενή .</p>	<p>Ο ασθενής φοράει τις αντιθρομβωτικές κάλτσες .</p> <p>Στις 8 π.μ. έγινε fraxiparine 0,3 ml sc .</p> <p>Γίνεται κινησιοθεραπεία και διδασκαλία για ασκήσεις πλήρους τροχιάς .</p>	<p>Έχουν παρθεί τα κατάλληλα μέτρα για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων .</p>

Πρόβλημα - Σκοπός	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
<p>Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο.</p> <p>Αποκατάσταση του υδατοηλεκτρολυτικού και οξεοβασικού ισοζυγίου.</p>	<p>Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών παρεντερικά.</p>	<p>Χορηγήθηκαν οι εξής οροί εναλλαξ:</p> <p>Sodium Chloride 0,9% των 100 cc εμπλουτισμένος με ηλεκτρολύτες.</p> <p>Dextrose 5% των 1000 cc εμπλουτισμένος με βιταμίνες.</p>	<p>Η παρεντερική χορήγηση των υγρών και ηλεκτρολυτών βοήθησε ώστε να αποκατασταθεί βαθμιαία το ισοζύγιο των υγρών.</p> <p>Επίσης,προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά βρίσκονταν στα ίδια επίπεδα.</p>

Πρόβλημα	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
Κίνδυνος λοίμωξης. Πρόληψη λοίμωξης.	Μέτρηση Ζωτικών Σημείων ανά 3ωρο Χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με την I.O. (ROCEPHIN 1gr.) Εκτίμηση περιοχών I.V. χορήγησης για σημεία λοίμωξης.	Εγινε μέτρηση των Ζωτικών Σημείων. Χορηγήθηκε I.V. 1gr ROCEPHIN. Εγινε εκτίμηση των περιοχών I.V. χορήγησης .	ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Α.Π. 134/75 mmHg Σφίξεις 84' Θέρμ. 38,7 C. Αναπ. 16'. Δεν υπάρχουν σημεία λοίμωξης στις περιοχές I.V. χορήγησης.

Πρόβλημα	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
Ανάγκη παρακολούθησης λειτουργίας του ενδοραχιαίου καθετήρα Διατήρηση της σωστής λειτουργίας του καθετήρα για ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και πρόληψη επιπλοκών	Να ελέγχεται καθημερινά το σημείο εισόδου του καθετήρα για σημεία φλεγμονής , αιμορραγίας , εκροής ΕΝΥ και να διατηρείται η επίδεση καθαρή και στεγνή . Να ελέγχονται , καταγράφονται και αναφέρονται οποιαδήποτε συμπτώματα μπορεί να έχουν σχέση με τον καθετήρα όπως νευρολογικά συμπτώματα , πονοκέφαλος , ναυτία , αναπνευστική καταστολή . Να γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο . Να είναι ο ασθενής τοποθετημένος σε θέση ημι-fowler και να γίνει κινητοποίησή του με προσοχή .	Ο καθετήρας ελέγχθηκε . Ελέγχονται και καταγράφονται ζωτικά σημεία και καταστολή . Δεν αναφέρονται άλλα συμπτώματα . Ο ασθενής είναι τοποθετημένος σωστά και κοντά της υπάρχει ο δίσκος ανάνηψης .	Ο ασθενής προς το παρόν δεν πονάει και δεν παρουσιάζει σημεία κακής λειτουργίας του ενδοραχιαίου καθετήρα . η παρακολούθηση συνεχίζεται.

Πρόβλημα – Σκοπός	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
<p>Ανορεξία</p> <p>Να γίνει βελτίωση της όρεξης του ασθενούς και διατήρηση καλής θρέψης.</p> <p>Δυσκοιλιότητα</p> <p>Να γίνει η αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας και αποκαταστασή της φυσιολογικής λειτουργίας του εντερικού.</p>	<p>Μικρά και συχνά γεύματα-υψηλής θερμιδικής αξίας.</p> <p>Προσφορά τροφών που ο ασθενής προτιμάει.</p> <p>Καλοσερβιρισμένες τροφές με ευχάριστη οσμή και σε ικανοποιητική ποικιλία.</p> <p>Χορήγηση άφθονων υγρών.</p> <p>Χορήγηση τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη.</p> <p>Χορήγηση υπακτικού φαρμάκου.</p> <p>Χορήγηση υπακτικού φαρμάκου.</p>	<p>Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.</p> <p>Χορηγήση τροφών της αρέσκειας του ασθενούς.</p> <p>Προσφορά καλοσερβιρισμένων τροφών με ευχάριστη οσμή.</p> <p>Συστήθηκε στον ασθενή η λήψη άφθονων υγρών.</p> <p>Συστήθηκε στον ασθενή η λήψη τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη.</p> <p>Τέθηκε Dulcolax Supp των 10 mg.</p>	<p>Ο ασθενής μετά από μερικές ημέρες παρουσίασε μια μικρή βελτίωση της όρεξης.</p> <p>Με τη λήψη τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη αυξήθηκε ο περισταλισμός του εντέρου και με την λήψη άφθονων υγρών εξασφαλίστηκε η επαρκής ενυδάτωση του ασθενούς. Επίσης, η άμεση ενέργεια του Dulcolax στον εντερικό βλεννογόνο είχε ως αποτέλεσμα την κένωση μαλακών αλλά σχηματισμένων κοπράνων. Το Dulcolax υπάγεται στην κατηγορία των καθαρτικών που διεγείρουν την εντερική κινητικότητα και μειώνουν την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών.</p>

Πρόβλημα - Σκοπός	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
<p>Εμετός και ναυτία.</p> <p>Πρόληψη εισρόφησης του εμέτου και καταστολή της ναυτίας</p>	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση.</p> <p>Πλύση της στοματικής κοιλότητας και διατήρηση καθαρών των κλινοσκεπασμάτων του ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου.</p>	<p>Τοποθέτηση του κεφαλιού του ασθενούς στο πλάι με ένα νεφροειδές το οποίο αποσύρεται αμέσως μετά τον έμετο ,διότι η παραμονή του κοντά στον άρρωστο μπορεί να προκαλέσει επιπρόσθετα τη ναυτία και έμετο.</p> <p>Μετά τον έμετο έγινε πλύση του στόματος με λίγο νερό και απομακρύνθηκαν τα λερωμένα κλινοσκεπάσματα.</p> <p>Εμπλούτισμος του ορού με 1 amp.primperan.</p>	<p>Με την κατάλληλη θέση που δόθηκε στον ασθενή αποφεύχθηκε η εισρόφηση του εμέτου και με την πλύση του στόματος έγινε η πρόληψη εμφάνισης επιπρόσθετου εμέτου.Επίσης, με την χορήγηση του αντιεμετικού Primperan το οποίο ασκεί ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση, σταμάτησε ο έμετος.</p> <p>Το Primperan(μετοκλοπραμίδη) επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο.Εκτός από τις χολινεργικές και αντιντοπαμινεργικές ιδιότητες το Primperan ασκεί επιπλέον κεντρική αντιεμετική δράση.</p>

Πρόβλημα - Σκοπός	Προγραμματισμός ενέργειας	Εκτέλεση ενέργειας	Αξιολόγηση ενέργειας
<p>Αισθήματα λύπης και απελπισίας για τον φόβο επικείμενου θανάτου.</p> <p>Να γίνει απαλλάγη του ασθενούς από τις απαισιόδοξες αυτές σκέψεις.</p>	<p>Στροφή του ασθενούς σε νέα ενδιαφέροντα που θα τον απαλλάξουν από τις άσχημες σκέψεις του.</p>	<p>Συμπαράσταση και ψυχολογική υποστήριξη τους ασθενους.</p> <p>Προτροπή του ασθενούς να ασχοληθεί με τις δραστηριότητες που τους κινούν το ενδιαφέρον ώστε να πάψει να σκέπτεται συνεχώς την κατάσταση του.</p>	<p>Με την συμπαράσταση και την ψυχολογική υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού, ο ασθενής ένιωσε καλύτερα και απαλλαχτηκε από τις άσχημες σκέψεις.Επίσης το διάβασμα που ήταν πάντα η πο ευχαρίστη απασχόλησή του, τον βοήθησε ώστε να πάψει να σκέφτεται διαρκώς την κατάσταση του.</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

10.1 Γενικά

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας στην διεθνή κοινότητα, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες στου κόσμου καταλαμβάνοντας θέση μέσα στις 10 πιο θανατηφόρες ασθένειες.

Στην Ελλάδα, αν και η επίπτωσή του είναι από τις χαμηλότερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ωστόσο αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου ετησίως.

Για την καλύτερη αντιμετώπιση μιας τόσο συχνής και θανατηφόρου νόσου η πολιτεία θα πρέπει να οργανώσει, για ηθικούς αλλά και οικονομικούς λόγους, δύο γραμμές άμυνας απέναντί της, αναπτύσσοντας παράλληλα τόσο τον τομέα της πρόληψης όσο και της θεραπείας.

10.2 Πρωτογενής πρόληψη

Η διαπίστωση ότι η νόσος έχει μεγαλύτερη επίπτωση και θνησιμότητα στις ανεπτυγμένα οικονομικά χώρες οδήγησε τους ερευνητές στην αναζήτηση αιτιολογικών παραγόντων που χαρακτηρίζουν τις περιοχές αυτές. Έτσι η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου καθοδηγήθηκε στην εκστρατεία ενημέρωσης κατά της διατροφής που είναι πλούσια σε κόκκινο κρέας και φτωχή σε φυτικές ίνες, βιταμίνη D, ασβέστιο. Επίσης ενημερώνεται ο πληθυσμός για την αξία της φυσικής άσκησης έναντι της νόσου. Ο σύγχρονος νοσηλευτής θα πρέπει σε προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης που οργανώνονται κεντρικά από τις ανώτερες διοικητικές δομές στο χώρο της υγείας. Επίσης θα πρέπει να γίνει συνείδηση του κάθε λειτουργού υγείας ότι η αντιμετώπιση της νόσου δεν είναι μόνο η θεραπεία της αλλά και η πρόληψή της. Ο νοσηλευτής ανάλογα με τον εργασιακό του χώρο θα πρέπει να δραστηριοποιείται στην πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Εάν εργάζεται σε δευτεροβάθμιο ίδρυμα μπορεί να δραστηριοποιηθεί με την ενημέρωση συγγενών των νοσούντων που πιθανόν να ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου, ενώ εάν δραστηριοποιείται στην κοινότητα σε πρωτοβάθμιο ίδρυμα μπορεί να συμμετέχει σε προγράμματα ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού.

10.3 Δευτερογενής Πρόληψη

Τεράστιο ρόλο στην μείωση της θνησιμότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου κατέχει η δευτερογενής πρόληψη. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μαζί με τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας μπορούν να αντιμετωπισθούν μέχρι τελικής ίασης εάν διεγνωσθούν σε ασυμπτωματικό στάδιο.

Αυτό έχει αναγνωρισθεί διεθνώς, και στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου εφαρμόζονται προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης. Τα περισσότερα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης έχουν ως κύριο άξονα την εφαρμογή του Haemocult test για ανίχνευση αφανούς αιμορραγίας στα κόπρανα σε ασυμπτωματικά άτομα άνω των 50 ετών. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα για ενημέρωση του πληθυσμού αλλά και την προτροπή του να δεχθεί να εφαρμόσει το test μπορεί να είναι καταλυτικός. Σημαντική θέση στην δευτερογενή πρόληψη της νόσου έχει η συγμοειδοσκόπηση και η κολonosκόπηση, ενώ ο ακτινολογικός έλεγχος με βαριούχο υποκλισμό εξακολουθεί να έχει και σήμερα υψηλή διαγνωστική αξία.

10.4 Θεραπεία και Αποκατάσταση

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι χειρουργική, ενώ κάποιες φορές συμπληρωματικά εκτελείται χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο νοσοκομείο είναι η ολιστική νοσηλευτική φροντίδα του χειρουργημένου ασθενή, η ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη.

Επιπροσθέτως η δημοφιλής άποψη ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ανίατη νόσος και η χειρουργική επέμβαση οδηγεί σε χαμηλή ποιότητα ζωής λόγω της κολοστομίας πρέπει να αποδοκιμάζεται.

Βιβλιογραφία:

1. Fact sheet No 310. The top ten causes of death. World Health Organization. Geneva, February 2007.
2. Ferlay J, et al., GLOBOCAN 2002. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC CancerBase No.5, Version 2.0. IARC Press, Lyon, 2004.
3. Becker, N., Cancer mortality and prevention in the European Union. Eur J Surg Oncol, 1998. 24(5): p. 370-4
4. Δρ. Σπηλιώτης Δ. Ιωάννης «Καρκίνος, από την άγνοια ... στον φόβο» Αχαϊκές εκδόσεις, 306 – 322 , 1999.
5. World Health Statistics. World Health Organization. Geneva 2007.
6. Παναγιώτης Αντωνίου MD Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Αθηναϊκής Κλινικής «Καρκίνος Παχέος Εντέρου» Iator.gr 2006.
7. Πλέσσας Τ. Σ. ,Κανέλλος Ε, «Φυσιολογία του ανθρώπου 1» Έκδοση 2^η , Εκδόσεις Φαρμάκου - Τύπος, ΑΘΗΝΑ 1997.
8. Άγιος Ι: Περιγραφική και Εφαρμοσμένη Ανατομική, τόμος Β' Εκδόσεις University Press, 1997.
9. Standring: Gray's Anatomy 39th Edition Dec 2004
10. Mader S Sylvia: Understanding Human Anatomy and Physiology. Εκδόσεις WMC Braun Publishers, 1997.
11. Sobotta: Άτλας Ανατομικής του Ανθρώπου: 1^η Ελληνική Έκδοση, Β' Τόμος. Εκδόσεις Παριζιάνος, 1978.
12. Γούλια Γ. Ε. «Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική» Εκδοσή 1η, Εκδόσεις Ταβίθα, 1991.
13. Παπαζαχαρίας Χρήστος «Μεταφορά νερού και ηλεκτρολυτών στο λεπτό και παχύ έντερο», 6^ο Σεμινάριο εντατικής θεραπείας-υγρά και ηλεκτρολύτες, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Επιμέλεια: Γεώργιος Ι. Μπαλτόπουλος, 2003.
14. Γαρδίκας Κ.Δ. Ειδική Νοσολογία, Τόμος Α' Εκδοση δ'. Εκδόσεις Παριζιάνος 2000.
15. Μπεσμπέας Σ. Σταύρος «Παχύ έντερο – ορθό – πρωκτός». Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Ογκολογίας και Ψυχοκοινωνικής ογκολογίας σελ. 76 – 100, 2004.
16. Πετρίδης Α., «Εγχειρίδιο Χειρουργικής» 4^η Έκδοση , Εκδόσεις Ελλην σελ 134 – 140 Αθήνα 2002.

17. «Καρκίνος Παχέος Εντέρου», Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής, Αθήνα 2003.
18. Βαλαβανίδης Αθ., «Κακοήθεις Νεοπλασίες στον άνθρωπο και περιβαλλοντικοί παράγοντες» Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, σελ. 25 – 35 Αθήνα 2001.
19. Μπεσμπέας Σ., «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου και ορθού» Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, τόμος Α σελ. 74 - 83 Αθήνα 2002.
20. Σουγλάκος Ι. «Αιτιολογικοί Παράγοντες στον καρκίνο του παχέος εντέρου» Διδακτορική Διατριβή Ηράκλειο 2000.
21. Levin Bernard “International Strategy of cancer management screening and early detection of disease” Proceedings 1st International congress, σελ 59 - 67 Athens March 2001.
22. Andrew Flood, Ulrike Peters, Nilanjan Chatterjee, James V. Lacey, Jr., Catherine Schairer, and Arthur Schatzkin Calcium from Diet and Supplements is Associated With Reduced Risk of Colorectal Cancer in a Prospective Cohort of Women Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005 14: 126-132
23. P D Terry, A B Miller, and T E Rohan Obesity and colorectal cancer risk in women Gut, Aug 2002; 51: 191 - 194.
24. A M Haydon, R J MacInnis, D R English, H Morris, and G G Giles Physical activity, insulin-like growth factor 1, insulin-like growth factor binding protein 3, and survival from colorectal cancer Gut,; 55: 689 - 694. May 2006
25. Χριστοδούλου Δ. Κ., Τσιάνος Ε.Β. Πρόληψη του Καρκίνου του Παχέος Εντέρου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(6): 566 – 575 2000.
26. M Cruz-Correa, F Milligan, F M Giardiello, T M Bayless, M Torbenson, J H Yardley, Frank W Jackson, and F Wilson Jackson Collagenous colitis with mucosal tears on endoscopic insufflation: a unique presentation Gut, 51: 600 - 615 Oct 2002.
27. Night Shift and risk of colorectal cancer in the nurses health study. Journal of the National Cancer Institute 96 (11) 825 – 828. 2003.
28. Μπεσμπέας Σ.,-«Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού. Αποτελέσματα με το Haemoccult test». Διεθνής στρατηγική αντιμετώπιση του καρκίνου, πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου.,1^ο Διεθνές συνέδριο, σελ 69-73 Αθήνα Μάρτιος 2001
29. Α. Τριχοπούλου, Δ. Τριχόπουλος. Προληπτική Ιατρική. Εκδόσεις Παρισιάνος, 1986.

-
30. Μπεσμπέας Σ. Σταύρος, «Πρόληψη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου», 1^ο Διεθνές Συνέδριο, Αθήνα, Μάρτιος 2001, σελ. 69-73.
 31. Michelle H. Lewin, Nina Bailey, Tanya Bandaletova, Richard Bowman, Amanda J. Cross, Jim Pollock, David E.G. Shuker, and Sheila A. Bingham Red Meat Enhances the Colonic Formation of the DNA Adduct O6-Carboxymethyl Guanine: Implications for Colorectal Cancer Risk *Cancer Res* 66: 1859-1865, 2006
 32. Sporn MB. Chemoprevention of Cancer. *Carcinogenesis* 21 525 – 530, 2000.
 33. Larriba MJ, Munoz A., Snail vs vitamin D receptor expression in colon cancer: Therapeutic implications *Br. J. of Cancer* 92: 985 – 989, 2005.
 34. Boyapati, SM, Bostick RM et al. Vitamin D and risk of colorectal adenoma: Dependency on vitamin D receptor Bsm1 polymorphism and nonsteroidal anti – inflammatory drug use? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 12: 631 – 637, 2003.
 35. Willet WC Diet and Cancer. *Oncologist* 5: 393 – 404, 2000.
 36. Collins AR Antioxidant intervention as a rout to cancer prevention. *Eur J of Cancer* 41: 1923 – 1930, 2005
 37. Greenberg ER, Baron JA et al. A clinical trial of antioxidant vitamins to prevent colorectal adenoma. *N. Engl. J. of Med* 331: 141 – 147, 1994.
 38. Vainio H, Miller AB. Primary and secondary prevention in colorectal cancer. *Acta Oncol.* 42: 809 – 815, 2003.
 39. Jacobs ET, Jiang R, et al. Selenium and colorectal adenoma: Results of a pulled analysis, *J Natl Cancer Inst.* 96: 1669 -1675, 2004.
 40. Chan AT, Giovannucci ET, et al. Long term use of aspirin and non steroidal antiinflammatory drugs and risk of colorectal cancer. *JAMA* 294: 914 – 923, 2005.
 41. Steinbach G Lynch PM, et al. The effects of celecoxib a cyclooxygenase 2 inhibitor in familiar adenomatous polyposis. *N. Engl J of Med.* 342: 1946 – 1952, 2000.
 42. Graaf MR, Richel DJ et al Effects of statins and famesyltransferase inhibitors on the development and progression of cancer. *Cancer treatment Review* 30: 609 – 641, 2004
 43. Al Azzawi F, Wahab M. Estrogen and colon cancer. Current issues. *Climacteric* 5: 3 – 14, 2003.
 44. Κ. Μανουσάκης. Αποτελεί η κολonosκόπηση την πλέον βαρύνουσα επιλογή «Μαζικού Ελέγχου» για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού; *Ογκολογία πεπτικού* 1: 7 – 10, 2005

45. Jean Faivre, Vincent Dancourt, Catherine Lejeune, Mohamed A. Tazi, Joseph Lamour, Dominique Gerard, Frederic Dassonville, Claire Bonithon-Kopp Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study *Gastroenterology* 126: 1674-1680 2004
46. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, 2000.
47. Πετρίδης Α, «Εγχειρίδιο Χειρουργικής» 4η έκδοση, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, 2002.
48. Οδηγίες για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρία. Σελ 10 - 19 Αθήνα 1998.
49. Ογκολογία. Κ. Παπαβασιλείου, Ι. Κούβαρης, Κ. Γεννατάς, Δ.Βώρος Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1991.
50. Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής «Καρκίνος του Παχέος Εντέρου» σελ6-7 ΑΘΗΝΑ 2003)
51. Γ. Θ. Λακιώτης. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία. Καρκίνος του Παχέος εντέρου Σεμινάρια έτους 2006.
52. Δούτα Σ Νικολάου «Ένας αγώνας συνεχίζεται... Ο καρκίνος στην Ελλάδα χθες, σήμερα, αύριο σελ 17 – 24, 1995.
53. Ι. Μπράμης, Π Σκανδαλάκης. Καρκίνος του παχέος εντέρου – πρόληψη και θεραπεία. (μετάφραση) Εκδόσεις Πασχαλίδη 2004.
54. Ιωάννης Παπαδημητρίου. Σύγχρονη Γενική Χειρουργική. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα 2000.
55. Π.Βλάχος κ.Παπαβασιλείου, Θ.Καμπούρης, Σ.Τρακαδάς. Ακτινολογία Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισιανός, Αθήνα 1989.
56. Δ. Ευνόπουλος, Δ Δημητρουλόπουλος, Ε. Παρασκευάς. Καρκίνος του Παχέος εντέρου. Σύγχρονες διαγνωστικές μέθοδοι. Ελληνική Ογκολογία 39: 1 13 – 24, 2003.
57. Winawer SJ, Fletcher RH et.al .Colorectal cancer screening:clinical guidelines and rationale.*Gastroenterology*,112:594-642, 1997
58. Krook JE, Moertel CG, et al .Effective surgical adjuvant therapy for high-risk rectal carcinoma.*N Engl J Med*,324:709-715 1991.
59. Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες», τόμος 1ος, έκδοση Β΄, Εκδόσεις ΒΗΤΑ. 1997
60. Compton Carolyn, Greece L.Frederick «The Staging of colorectal cancer: A cancer Journal for clinians 54: 295 – 307 2004.

-
61. Γ. Πέρος Επείγουσα Χειρουργική Καρκίνου Παχέος Εντέρου – Ορθού Δ' Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, ΠΓΝ Νίκαιας "Αγ. Παντελεήμων»
 62. Μαλαρινού ΜΑ Κωνσταντινίδου ΣΦ Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική Εκδόσεις Ταβίθα 2001.
 63. Γεννατάς Κ. Χημειοθεραπεία – πρακτικές εφαρμογές. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας σελ.210 – 214, Αθήνα 2002.
 64. Καρούσης Χ. Πρόοδοι στην Χημειοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ιατρική 79: 141 – 147 , 2001.
 65. Κυπαρισσιάδης Π. Αρχές ακτινοθεραπείας – πρακτικές εφαρμογές. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας σελ 377 – 383 Αθήνα 2004.
 66. Μαραγκουδάκης Ε. Ολοσωματική ακτινοθεραπεία Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας σελ 205 – 209 Αθήνα 2002.
 67. Μανούσου Α. Νοσηλευτική φροντίδα στομίων Ε.Λ.Ν.Π Μεταξά 2005.