

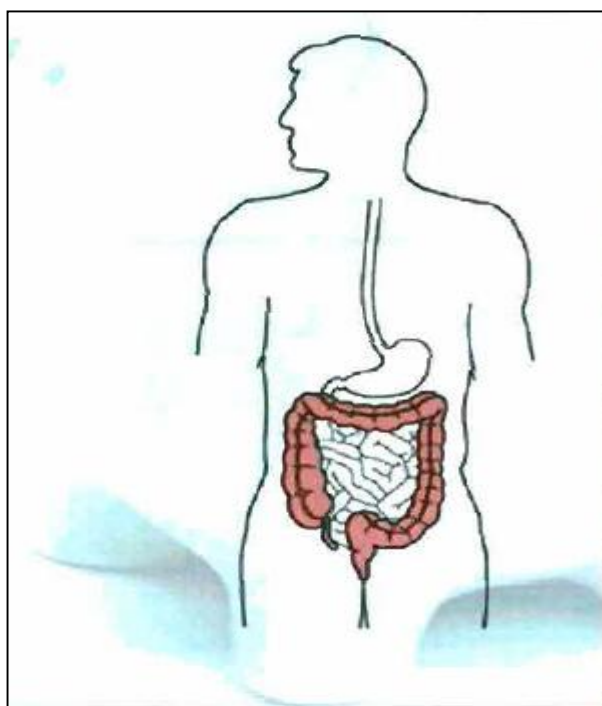
Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Θέμα : «Η συμβολή της νοσηλευτικής επιστήμης στην πρόληψη
του καρκίνου του παχέος εντέρου»*



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

Γληγόρη Ευδοξία

Διαμαντοπούλου Αναστασία

Χαρίση Ανέτα

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΠΑΤΡΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αφιέρωση	5
Πρόλογος	6
Εισαγωγή	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Ανατομική και φυσιολογική ανασκόπηση πεπτικού συστήματος - παχέος εντέρου

1.1 Ανατομία του πεπτικού συστήματος	12
1.1.1 Ανατομία του παχέος εντέρου	12
1.1.2 Λειτουργία του παχέος εντέρου	13
1.1.3 Αγγείωση και νεύρωση παχέος εντέρου	13
1.2 Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος	14
1.2.1 Αναλυτική φυσιολογία του παχέος εντέρου	15
1.2.2 Κένωση του παχέος εντέρου	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Καρκίνος παχέος εντέρου

2.1 Καρκίνος παχέος εντέρου- ορισμός.....	18
2.2 Εμφάνιση της νόσου- δείκτες επίπτωσης	18
2.3 Κύρια γενετικά σύνδρομα που σχετίζονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου	18
2.4 Πληθυσμιακές ομάδες κινδύνου.....	19
2.5 Μηχανισμός δημιουργίας καρκίνου παχέος εντέρου	21
2.6. Ιστολογία	22
2.6.1 καλοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου	22
2.6.2 κακοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου.....	23
2.7 Σταδιοποίηση.....	23
2.8 Παράγοντες κινδύνου	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο :Κλινική συμπεριφορά-διαγνωστική προσέγγιση

3.1 Κλινική εικόνα- συμπτωματολογία	30
3.1.1 Διαφορική διάγνωση των συμπτωμάτων καρκίνου παχέος εντέρου.....	31
3.2 Διάγνωση.....	31
3.2.1 Διαγνωστικές μέθοδοι	31

3.2.2 Νέα διαγνωστική μέθοδος για τον καρκίνο του παχέος εντέρου- Χάπι βιντεοκάμουλα.	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Πρόληψη	
4.1 Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.....	42
4.2 Νεότερες μέθοδοι πρόληψης.....	42
4.3 Συνοπτικές οδηγίες πρόληψης.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Θεραπεία	
5.1 Θεραπευτικές επιλογές ανά στάδιο	45
5.2 Η χειρουργική αντιμετώπιση.....	46
5.3 Η χημειοθεραπεία	46
5.3.1 Ανακουφιστική χημειοθεραπεία	47
5.3.2 Ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας.....	47
5.3.3 Πρόοδοι στη χημειοθεραπεία του παχέος εντέρου.....	49
5.4 Η ακτινοθεραπεία	49
5.4.1 Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία	50
5.4.2 Μέθοδοι εφαρμογής της ακτινοθεραπείας	51
5.5 Η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων	51
5.6 Η φωτοδυναμική θεραπεία.....	52
5.7 Η χρήση του laser.....	52
5.8 Νέα μέθοδος θεραπείας στον καρκίνο του παχέος εντέρου	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : Μετάσταση	
6.1 Μεταστάσεις σε άλλα όργανα ηπατικές μεταστάσεις	54
6.2 Επιπλοκές καρκίνου παχέος εντέρου.....	55
6.3 Πρόγνωση.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : Διατροφή	
7.1 Φυτικές ίνες και καρκίνος	58
7.2 Ερμηνεία της προστατευτικής δράσης των φυτικών ινών	59
7.3 Ελαιόλαδο και καρκίνος του παχέος εντέρου	60
7.4 Καρκίνος παχέος εντέρου και αλκοόλ.....	61
7.5 Μεσογειακή διατροφή και καρκίνος παχέος εντέρου	62
7.6 Ο ρόλος της διατροφής στον καρκίνο του παχέος εντέρου.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου	
8.1 Προεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου.....	65
8.2 Μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου.....	66

8.3 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με στομία πεπτικού συστήματος.....	66
8.3.1 Είδη κολοστομίας.....	67
8.3.2 Περιποίηση κολοστομίας.....	67
8.3.3 Πλύση κολοστομίας.....	69
8.3.4 Διδασκαλία του αρρώστου για την κολοστομία.....	72
8.3.5 Μόνιμη κολοστομία: Αλλαγή σωματικού ειδώλου, ψυχολογικές επιπτώσεις και αντιμετώπιση.....	72
8.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία.....	74
8.5 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.....	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 Εκτίμηση του καρκινικού πόνου.....	80
9.2 Καρκίνος και κατάθλιψη.....	81

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό και μέθοδος	84
Αποτελέσματα- Συσχετίσεις	87
Συζήτηση	158
Συμπεράσματα- Προτάσεις	163
Περίληψη	166
Summary	168
Βιβλιογραφία	169
Παράρτημα	173

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

*Α*υτή η εργασία είναι αφιερωμένη σε όλους όσους μας βοήθησαν στα τέσσερα χρόνια των σπουδών μας. Ως τελειόφοιτοι νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές μας και συγκεκριμένα την κυρία Παπαδημητρίου Μαρία η οποία μας βοήθησε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας, αλλά και με την πτυχιακή εργασία μας το πιο σημαντικό κομμάτι αυτών των χρόνων, για να μπορέσει να βγει ένα σεβαστό αποτέλεσμα. Επίσης ευχαριστούμε και τους γονείς μας, για όσα μας προσέφεραν, αλλά και τους αγώνες που έδωσαν ο καθένας με το δικό του τρόπο ώστε εμείς να βγούμε άξιοι άνθρωποι και επαγγελματίες στην δύσκολη κοινωνία μας.

Ευχαριστούμε πάρα πολύ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου απασχολεί σήμερα όλο και περισσότερους ανθρώπους, αυτό οφείλεται εκτός από την αλλαγή του τρόπου ζωής και σε κάποιους άλλους παράγοντες που θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε.

Δυστυχώς ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να εξελιχθεί αρκετά χωρίς να δώσει συμπτώματα .η καλύτερη πρόληψη είναι η έγκαιρη διάγνωση και αφαίρεση πολλές φορές των προκαρκινικών πολυπόδων πριν αυτοί εξελιχθούν σε καρκινωμάτωσης. Παθήσεις όπως είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου επιβάλουν την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού για την διαφύλαξη και την προστασία του.

Η προστασία της υγείας δεν αποτελεί πλέον ξεχωριστή ιατρική ειδικότητα αλλά εξαρτάται από τις προόδους πλείστων επιστημών που απασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον αλλά και την ορθή λειτουργία όλης της κρατικής μηχανής.

Είναι πλέον γενικότερη αποδοχή ότι οι διαιτητικές συνήθειες έχουν σχέση με την ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού. Η καλύτερη διατροφή είναι αυτή που περιέχει άφθονες φυτικές ίνες και χαμηλά λιπαρά. Η αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται από την εντόπιση το μέγεθος του όγκου, την έκταση της νόσου καθώς και από την ηλικία και την γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

Έχοντας υπόψη μας τη δύσκολη αυτή μορφή καρκίνου θελήσαμε να ερευνήσουμε την κατάσταση την οποία επικρατεί σχετικά με την ευαισθητοποίηση των πολιτών για την πρόληψη σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Μέσα από αυτή μας την έρευνα σκοπός μας είναι να μπορέσουμε να κατανοήσουμε εμείς οι ίδιοι αλλά και να δώσουμε τις γνώσεις μας στους απλούς πολίτες (δείγμα 193 ατόμων) την σημαντικότητα αυτού του προβλήματος και να δούμε την επιθυμία και την θέληση των πολιτών για ενημέρωση καθώς και ο τρόπος που επιθυμούν να ενημερωθούν, καθώς και την ευαισθητοποίηση αυτών των ανθρώπων για τους παράγοντες κινδύνου που δημιουργούν τον καρκίνο του παχέος εντέρου και το ποιος θα μπορούσε να είναι ο τρόπος αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος.

Η έρευνα μας αποτελείται από 2 μέρη: το γενικό μέρος και το ειδικό μέρος.

Στο γενικό μέρος αναφέρονται:

1.Γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του παχέος εντέρου (ανατομία, φυσιολογία, επιδημιολογικά, κλινικά στάδια) και

2.Δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην πρόληψη και στο τι πρέπει να προσέχει ένας άνθρωπος.

Στο ειδικό μέρος περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα της έρευνας μας καθώς και τα προτεινόμενα μέτρα που αναφέρονται τόσο στην πρόληψη όσο και στην ευαισθητοποίηση των πολιτών σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι ο καρκίνος είναι μια πρόσφατη ασθένεια και ότι οι αιτίες του σχετίζονται αποκλειστικά με την σύγχρονη ζωή, αλλά προφανώς κάνουν λάθος γιατί ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια πολύ παλιά ασθένεια. (Αντωνίου, 2007)

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια συχνή νόσος, ιδιαίτερα στις δυτικές κοινωνίες. Περίπου το 75% των ετήσιων νεοδιαγνωσθέντων περιπτώσεων ΚΠΕ αναπτύσσεται επί εδάφους αδενωματώδους πολύποδος (σποραδικός καρκίνος), ενώ το 15-20% των περιπτώσεων αφορά σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό Καρκίνου Παχέος Εντέρου. Το υπόλοιπο 5-10% εντάσσεται σε γνωστά γενετικά σύνδρομα όπως ο κληρονομικός μη πολυποδιασικός ΚΠΕ και η οικογενής αδενωματώδους πολυποδίαση. Η επίπτωση της νόσου αυξάνει σε σχέση με την ηλικία και παρατηρεί κανείς μια σημαντική αύξηση μετά την ηλικία των 50 ετών και στα δυο φύλα.

Κύρια αιτία εμφάνισης είναι η σχέση μεταξύ διαίτας και υγείας η οποία έχει μακρά και σημαντική ιστορία. Από το 1930 υπάρχουν μελέτες για τη σχέση διαίτας και καρκίνων του πεπτικού. Στην δεκαετία του '60 η προσοχή ήταν στραμμένη στο ρόλο του λίπους στην διατροφή. (Αντωνίου, 2007)

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σημαντική αιτία θνησιμότητας (8,7 θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού) και αποτελεί την τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου από κακοήγη νεοπλάσματα.

Σκοπός της μελέτης μας είναι να περιγράψουμε τι είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου, τα αίτια που τον προκαλούν, πώς να τον διαγνώσουμε, τα είδη των εξετάσεων και η σημασία τους, τρόποι θεραπείας και οι επιλοκές τους. Επίσης μεγάλη σημασία έχει η πρόληψη, καθημερινές δραστηριότητες τις οποίες κάνουν οι πολίτες καθώς και διατροφικές συνήθειες τις οποίες έχουν. Όλοι αυτοί οι παράγοντες θα μας οδηγήσουν σε ένα αποτέλεσμα για το πόσο ο σημερινός άνθρωπος έχει πιθανότητες να εμφανίσει αυτού του είδους τη μορφή καρκίνου.

Έχουμε ως στόχο την καλύτερη δυνατή κατανόηση του πεπτικού συστήματος, τα αίτια που προκαλούν καρκίνο παχέος εντέρου, και την αντιμετώπιση την οποία εκτελούμε. Επίσης παραθέτουμε τις τελευταίες εξελίξεις στο χώρο της έρευνας για τον καρκίνο καθώς και την αποτελεσματικότητα αυτών των νέων ανακαλύψεων στη θεραπεία.

Η πρόληψη είναι εφικτή με απλές ενέργειες. Η έγκαιρη διάγνωση είναι εφικτή με απλές εξετάσεις. Έχουμε επομένως το δικαίωμα σήμερα να αισιοδοξούμε ότι μπορούμε με αυτές τις προϋποθέσεις να κερδίσουμε την μάχη με τον καρκίνο, τουλάχιστον στο παχύ έντερο και στο ορθό.(Gilbert, 2004)

ΓΕΝΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

Ανατομία του πεπτικού συστήματος



✓ Ανατομία του παχέος εντέρου

✓ Λειτουργία του παχέος εντέρου

✓ Αγγείωση και νεύρωση παχέος εντέρου

✓ Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος

✓ Αναλυτική φυσιολογία του παχέος εντέρου

✓ Κένωση του παχέος εντέρου



Κεφάλαιο 1^ο

Ανατομία του πεπτικού συστήματος

1.1 Ανατομία του πεπτικού συστήματος

Το πεπτικό σύστημα είναι σωλήνας 7 m και 25 cm του μέτρου περίπου και αποτελείται από τη στοματική κοιλότητα, το φάρυγγα, τον οισοφάγο, το στομάχο, το δωδεκαδάκτυλο, τη νήστιδα, τον ειλέο και το παχύ έντερο, αποτελούμενο από το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση, το κόλον (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές) και το ορθό.

Τα όργανα του πεπτικού συστήματος βρίσκονται εν μέρει στην κεφαλή και τον τράχηλο και εν μέρει σε κοιλότητες του κορμού. Το ανώτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος αποτελείται: α) από τη στοματική κοιλότητα, με πολυάριθμους μικρούς αδένες και τρία ζεύγη μεγάλων σιελογόνων αδένων, και β) από την μέση και κάτω μοίρα του φάρυγγα μέχρι την αρχή του οισοφάγου.

Το τμήμα του πεπτικού συστήματος που βρίσκεται μέσα στο κορμό αποτελείται από το γαστρεντερικό σωλήνα, αρχίζοντας από την αρχή του οισοφάγου μέχρι το πέρας του παχέος εντέρου (πρωκτός). Εδώ υπάρχουν πολυάριθμοι μικροί και δύο μεγάλοι αδένες προσαρτημένοι στο γαστρεντερικό σωλήνα, το ήπαρ (συκώτι) και το πάγκρεας, που παράγουν πεπτικά υγρά, τα οποία διοχετεύονται στο λεπτό έντερο (δωδεκαδάκτυλο). (Χαντέ. 2000) (Σχήμα 1)

1.1.1. Ανατομία του παχέος εντέρου

Η κύρια ενέργεια του παχέος εντέρου είναι η επαναρρόφηση του νερού και των ηλεκτρολυτών, που εισήλθαν στο έντερο με τα πεπτικά υγρά. Το παχύ έντερο περιέχει άπεπτα υπολείμματα των τροφών που αποσυντίθεται με την επίδραση των βακτηρίων. Το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1 μέτρο. Αρχίζει από την ειλεοτυφλική βαλβίδα και τελειώνει στον πρωκτό. Κατά την πορεία του σχηματίζει μια στεφάνη ανοικτή προς τα κάτω, μέσα στην οποία βρίσκονται οι έλικες του λεπτού εντέρου. Το παχύ έντερο διαιρείται σε τρεις μοίρες 1) το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση 2) το κόλο με 4 μέρη (ανιόν- εγκάρσιο- κατιόν και σιγμοειδές και 3) το ορθό.

Το τυφλό το οποίο κρέμεται η σκωληκοειδής απόφυση, βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και χωρίζεται από το ανιόν κόλο με την εμφύτευση του ειλεού (ειλεοκολική βαλβίδα). Το ανιόν κόλο πορεύεται δεξιά προς τα άνω μέχρι το ήπαρ, όπου ανακάμπτει προς τα αριστερά και σχηματίζοντας τη δεξιά κολική καμπή, μεταβαίνει στο εγκάρσιο κόλο. Αυτό φαίνεται οριζόντια κάτω από το στόμαχο μέχρι το σπλήνα και εκεί ανακάμπτει πάλι προς τα κάτω, σχηματίζοντας την αριστερή κολική καμπή και μεταβαίνει στο κατιόν κόλο. Το κατιόν κόλο πορεύεται προς τα κάτω και πίσω κατά μήκος του αριστερού πλαγίου της κοιλιακής χώρας, όπου μεταβαίνει στο σιγμοειδές. Το σιγμοειδές κόλο πορεύεται αρχικά στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και μετά εισέρχεται στην ελλάσωνα πύελο σχηματίζοντας αγκύλη σαν **S**.

Στο ύψος του I2-I3 σπονδύλου μεταβαίνει στο ορθό ή απευθυσμένο που καταλήγει στον πρωκτό. (**Ζήσης, 1999**)

1.1.2. Λειτουργία του παχέος εντέρου

Η κύρια λειτουργία του παχέος εντέρου είναι η απορρόφηση ύδατος, Na⁺ και άλλων μετάλλων, μετατρέποντας τα 400- 1500 ml ισότονο εντερικού χυμού, που εισέρχεται σ' αυτό από τον ειλεό, σε 150 gr ημιστερεών κοπράνων. Στο παχύ έντερο απορροφώνται επίσης μερικές βιταμίνες, ενώ άλλες συντίθενται σ' αυτό από το μεγάλο αριθμό βακτηρίων που βρίσκονται σε αυτό. (**Κίτρου, 2000**)

1.1.3. Αγγείωση και νεύρωση παχέος εντέρου

Αγγείωση: 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 κατιών, το σιγμοειδές και την άνω μοίρα του απευθυσμένου και γ) από την έσω λαγόνια αρτηρία για την κάτω μοίρα του ορθού.

Οι φλέβες του παχέος εντέρου μέχρι το άνω τριτημόριο του ορθού εκβάλλουν στην άνω και κάτω μεσεντέρια φλέβα, οι οποίες εκβάλλουν στο σύστημα της πυλαίας φλέβας, ενώ οι φλέβες του υπόλοιπου ορθού εκβάλλουν στις έσω λαγόνιες φλέβες και με αυτές στο σύστημα της κοίλης φλέβας. (**Μπασσιούκα, 1998**)

Νεύρωση: Το παχύ έντερο νευρώνεται από εξωτερικά (εξωτοιχωματικά) και εσωτερικά (ενδοτοιχωματικά) νεύρα παρασυμπαθητικής και συμπαθητικής προέλευσης. Τα εξωτερικά νεύρα ρυθμίζουν τη λειτουργία του. Η παρασυμπαθητική νεύρωση του δεξιού κόλου γίνεται από τα πνευμονογαστρικά νεύρα και του

αριστερού από το δεύτερο, τρίτο και τέταρτο σπλαχνικά νεύρα. Το παρασυμπαθητικό διεγείρει την κινητικότητα του εντέρου και την έκκριση των αδένων και αναστέλλει τη σύσπαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, ενώ το συμπαθητικό έχει την αντίθετη δράση. (Σανδραβέλη, 2000)

1.2 Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος

Το γαστρεντερικό σύστημα αποτελεί την είσοδο των θρεπτικών συστατικών στο σώμα. Τα λίπη, οι πρωτεΐνες και οι υδατάνθρακες διασπώνται σε απορροφήσιμες μονάδες (πέψη), κυρίως στο λεπτό έντερο. Τα προϊόντα της πέψης, τα μέταλλα, οι βιταμίνες κ.λ.π. διαπερνούν το βλεννογόνο του στομάχου και του λεπτού εντέρου και εισέρχονται στο αίμα ή στη λέμφο (απορρόφηση). (Κίτρου, 2000)

Η πέψη αρχίζει στο στόμα, όπου τα μεγάλα τεμάχια της τροφής γίνονται μικρότερα σε μέγεθος, αναμιγνύονται με σίελο και μετατρέπονται σε ημίρρευστη μάζα. Η κατάποση είναι αντανακλαστικό μεταφοράς της μασημένης τροφής στον οισοφάγο, από τον οποίο περνά στο στομάχο, όπου αναμιγνύεται με γαστρικό υγρό και ρευστοποιείται με τις συσπάσεις, της άπω μοίρας του στομάχου. Η ρευστοποιημένη τροφή ονομάζεται τώρα βλωμός. Το περιεχόμενο του στομάχου περνά από το σφιγκτήρα του πυλωρού στο δωδεκαδάκτυλο, όπου προστίθενται εξωκρινή εκκρίματα των εντερικών κυττάρων και πεπτικά υγρά που προέρχονται από το πάγκρεας και τη χοληδόχο κύστη.

Στην περιοχή του δωδεκαδακτύλου, στον κατώτερο στομάχο και στο πάγκρεας παράγονται και ορισμένες ιστικές ή γαστρεντερικές ορμόνες που συμμετέχουν στην ρύθμιση της πέψης. Τα τοιχώματα του λεπτού εντέρου υποβοηθούν την ανακίνηση, την ανάμειξη και την προώθηση του βλωμού. Το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης της τροφής πραγματοποιείται σ' αυτό το τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος.

Στο παχύ έντερο γίνεται η τελική απορρόφηση ηλεκτρολυτών και νερού. Το περιεχόμενο της τελικής μοίρας του παχέος εντέρου, τα κόπρανα, αποτελείται κυρίως από απορροφήσιμες φυτικές ουσίες, μικρόβια και ελάχιστη ποσότητα νερού. Τα κόπρανα αποθηκεύονται στο ορθό ως την εκούσια αποβολή τους (αφόδευση).

Ο χρόνος που απαιτείται για τη διέλευση της τροφής από τα διάφορα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα ποικίλει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σύνθεση της τροφής. (Σανδραβέλη, 2000)

1.2.1 Αναλυτική φυσιολογία του παχέος εντέρου

Η ειλεοκολική βαλβίδα κανονικά είναι κλειστή. Σε κάθε περισταλτικό κύμα ανοίγει για λίγο και μικρή ποσότητα από το χυμό του ειλεού, εισέρχεται στο κόλον (παχύ έντερο). Εάν η βαλβίδα αφαιρεθεί τότε το περιεχόμενο του λεπτού εντέρου εισέρχεται στο κόλον τόσο γρήγορα, που δεν γίνεται καλή απορρόφηση στο λεπτό έντερο.

Όταν η τροφή εισέρχεται στο στομάχι το κόλον ηρεμεί και η είσοδος του περιεχομένου από την ειλεοκολική βαλβίδα αυξάνεται (γαστροειλεϊκό αντανακλαστικό). Αυτό πιθανότατα είναι αντανακλαστικό το οποίο ελκύεται μέσω πνευμονογαστρικού νεύρου.

Η ενεργοποίηση του συμπαθητικού αυξάνει τη τονική σύσπαση της βαλβίδας.

Οι κινήσεις του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν τις μεταβολές του ενδογενούς τόνου και τις τμηματικές συσπάσεις, όπως συμβαίνει και στο λεπτό έντερο για την καλύτερη ανάμιξη του περιεχομένου. Οι κινήσεις αυτές διακρίνονται σε κινήσεις ανάμιξης και προώθησης.

Περισταλτικά κύματα προωθούν το περιεχόμενο προς το απευθυσμένο παρ' ότι μπορεί να υπάρξουν και αντιπερισταλτικά κύματα. Μαζικές κινήσεις και ισχυρά περισταλτικά κύματα συμβαίνουν 2-3 φορές την ημέρα. Όπως και τα άλλα περισταλτικά κύματα και οι μαζικές κινήσεις, προκαλούνται από τονική διάταση του παχέος εντέρου. Οι κινήσεις αυτές οφείλονται στο μυεντερικό πλέγμα του Auerbach και έχουν σα στόχο την προώθηση μεγάλων ποσοτήτων του εντερικού περιεχομένου προς το απευθυσμένο. Οι κινήσεις αυτές δεν προκαλούν απαραίτητως κένωση.

Έντονες μαζικές κινήσεις είναι επίσης δυνατό να προκαλέσει ο ερεθισμός του κόλου. Για παράδειγμα άτομα με παθολογικές καταστάσεις στο κόλον (ελκώδης κολίτιδα) παρουσιάζουν πολλές φορές σχεδόν αδιάκοπα μαζικές κινήσεις.

Μαζικές κινήσεις είναι δυνατό να προκαλέσει επίσης ο έντονος ερεθισμός του παρασυμπαθητικού. **(Κίτρου, 2000)**

1.2.2 Κένωση του παχέος εντέρου

Η κένωση είναι μια πολύπλοκη συμπεριφορά που περιλαμβάνει τόσο αντανακλαστικές όσο και εκούσιες δράσεις. Το κέντρο ολοκλήρωσης για τις αντανακλαστικές δράσεις βρίσκεται στην ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού και ρυθμίζεται από ανώτερα κέντρα. Κυριότερες απαγωγοί είναι οι χολινεργικές

παρασυμπαθητικές ίνες των πυελικών νεύρων. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα δεν παίζει σημαντικό ρόλο στη φυσιολογική κένωση.

Σημαντικές στην κένωση του παχέος εντέρου είναι οι εκούσιες δράσεις. Ο έξω πρωκτικός σφικτήρας διατηρείται εκούσια σε κατάσταση χάλασης. Επίσης, η ενδοκοιλιακή πίεση αυξάνεται, για να βοηθήσει στην εξώθηση των κοπράνων. Κανονικά, προηγείται μια βαθειά εισπνοή, η οποία κινεί το διάφραγμα προς τα κάτω. Τότε κλείνει η γλωττίδα και οι συσπάσεις των αναπνευστικών μυών στους πλήρεις πνεύμονες αυξάνουν τόσο την ενδοθωρακική όσο και την ενδοκοιλιακή πίεση. Οι συσπάσεις των μυών των κοιλιακών τοιχωμάτων αυξάνουν περαιτέρω την ενδοκοιλιακή πίεση, η οποία μπορεί να αυξηθεί έως τα 200cm H₂O. Αυτό συντελεί στην εξώθηση των κοπράνων δια μέσου των χαλαρωμένων ήδη σφικτήρων. Οι μύες του δαπέδου της πυέλου χαλαρώνουν, ώστε να επιτρέψουν την πτώση του δαπέδου. Έτσι, υποβοηθείται η ευθυγράμμιση του απευθυσμένου και αποτρέπεται η πρόπτωσή του. **(Berne. 2002 , Guyton. 2001)**

Κεφάλαιο 2^ο

Καρκίνος παχέος εντέρου- ορισμός

✓ Εμφάνιση της νόσου –δείκτες επίπτωσης

✓ Κύρια γενετικά σύνδρομα που σχετίζονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου

✓ Πληθυσμιακές ομάδες κινδύνου

✓ Μηχανισμός δημιουργίας καρκίνου παχέος εντέρου

✓ Κακοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου

✓ Παράγοντες κινδύνου

✓Σταδιοποίηση

Κεφάλαιο 2^ο

Καρκίνος παχέος εντέρου

2.1 Ορισμός καρκίνου παχέος εντέρου

Ως καρκίνο του παχέος εντέρου ορίζουμε τους κακοήθεις όγκους που αναπτύσσονται στο τμήμα εκείνο του γαστρεντερικού σωλήνα που ενώνει το λεπτό έντερο με τον πρωκτό. (Αναγνωστόπουλος και Παπαδόπουλος, 2004)

2.2 Εμφάνιση της νόσου –δείκτες επίπτωσης

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει υψηλούς δείκτες επίπτωσης και θνησιμότητας στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες, μέσου δείκτες στη Νότια και Ανατολική Ευρώπη και χαμηλούς στις φτωχές χώρες της Αφρικής και της Ασίας. Στην Ελλάδα αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, δεδομένου ότι 850 ασθενείς πεθαίνουν ετησίως από καρκίνο του παχέος εντέρου και είναι η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα..(Αναγνωστόπουλος και Παπαδόπουλος, 2004)

2.3 Κύρια γενετικά σύνδρομα που σχετίζονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας στις δυτικές κοινωνίες. Σχεδόν το 75% των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου έχουν σποραδική νόσο, στους οποίους δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι κληρονόμησαν τη νόσο το υπόλοιπο 25% των ασθενών έχουν οικογενειακό ιστορικό που υποδεικνύει γενετική συμβολή ή κοινή έκθεση σε παράγοντες μεταξύ των μελών ή το συνδυασμό και των δύο. Γενετικές μεταλλάξεις έχουν αναγνωριστεί ως αίτια προσβολής από κληρονομικό καρκίνο του παχέος εντέρου στο 5-6 % των ασθενών. Μια ομάδα από οικογενή σύνδρομα όπως η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση (FAP), η μέτριας έντασης μορφή της οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση (AFAP), ο κληρονομικός μη πολυποδισιακός καρκίνος , το σύνδρομο Peutz-Jeghers, η νεανική πολυποδίαση και η νεοπλασία που σχετίζεται με το MYH (Mut Y Homolog) σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του παχέος εντέρου. Πιθανώς άλλα γονίδια που δεν έχουν ανακαλυφθεί ακόμη συνεισφέρουν μαζί με άλλους παράγοντες κινδύνου στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου.(Κουντουράκης, 2007)

2.4 Πληθυσμιακές ομάδες κινδύνου

1. **Συνήθους κινδύνου ή σποραδικού καρκίνου του παχέος εντέρου:** Στην κατηγορία αυτή ανήκει η πλειοψηφία των περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου και συμβαίνει σε άτομα χωρίς προδιαθεσικούς παράγοντες, αρχίζοντας από την ηλικία των 45-50 ετών και με σταδιακή αύξηση με την πάροδο της ηλικίας. (Πετρίδης, 2004)

Τα άτομα της ομάδας συνήθους κινδύνου πρέπει να ενθαρρύνονται στην διεξαγωγή:

A) Ετησίου ελέγχου κοπράνων για λανθάνουσα απώλεια αίματος μετά την ηλικία των 50 ετών .

Η δοκιμασία στηρίζεται στην παρατήρηση ότι το ένα τρίτο των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου και ένα σημαντικό ποσοστό αδενωμάτων αιμορραγεί. Η δοκιμασία ανιχνεύει αίμα προερχόμενο από το παχύ έντερο, ενώ ελάχιστα επηρεάζεται από την παρουσία αίματος από το ανώτερο πεπτικό. Υπάρχουν πολλά είδη test αλλά σε όλα η θετικότητα της δοκιμασίας είναι συνάρτηση της ποσότητας του απολεσθέντος αίματος. Έτσι 2ml θετικοποιούν τη δοκιμασία σε ποσοστό 7%, 10-20 ml σε ποσοστό 61%, 30 ml σε ποσοστό 93%. Η ευαισθησία τους για καρκίνο κυμαίνεται από 53-82% και για πολύποδες 19-45%. Η εφαρμογή της δοκιμασίας ελαττώνει τη θνησιμότητα κατά 12-43%. Η αποτελεσματικότητα της δοκιμασίας εξαρτάται από το είδος και την επαναληψιμότητά της και είναι καλύτερα να χρησιμοποιείται το ενυδατωμένο test σε δύο δείγματα από τρεις διαδοχικές κενώσεις. Οι δοκιμασίες αυτές μπορεί να αποδειχτούν ψευδώς θετικές λόγω της κατανάλωσης τροφών και φαρμάκων. Για το λόγο αυτό συνιστάται στους ασθενείς να μην καταναλώνουν κόκκινο κρέας τρεις ημέρες πριν την εξέταση και μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα μπορεί να προκύψουν σε λήψη μεγάλων δόσεων βιταμίνης C, πάνω από 250 g, συμπληρωμάτων φρούτων και χυμών. Έτσι συνιστάται να αποφεύγεται η κατανάλωση τους τρεις μέρες πριν την εξέταση. Επί θετικού αποτελέσματος (ιδιαίτερα σε όλα τα δείγματα) συνιστάται πλήρης έλεγχος με ολική κολonosκόπηση κατά προτίμηση.

B) Ορθοσιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο ενδοσκόπιο κάθε 5 έτη μετά την ηλικία των 50ετών.

Γ) Αντί της εύκαμπτης ορθοσιγμοειδοσκόπησης ανά 5 έτη εναλλακτικά προτείνεται βαριούχος υποκλυσμός κάθε 5 χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών ή ολική κολonosκόπηση κάθε 10.

Η εφαρμογή των πιο πάνω μέτρων εκτιμάται ότι θα μειώσει τη θνησιμότητα στον ασυμπτωματικό πληθυσμό 15-30% αν και υπάρχει το ερώτημα της στάθμισης κόστους-αποτελέσματος. Είναι σημαντικό η παρακολούθηση να εξατομικεύεται ανάλογα με την ηλικία, τα συνοδά συμπτώματα και τις νόσους και να διακόπτεται, όταν είναι απίθανο να παρατείνει το προσδόκιμο επιβίωσης(άνω των 75).

2. Άτομα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει:

- Άτομα με μη-πολυποδιασικό καρκίνο του παχέος εντέρου.
- Οι γονιδιακές δοκιμασίες για τη διάγνωση του συνδρόμου είναι πολύπλοκες με χαμηλή ευαισθησία και δεν είναι πρακτικά διαθέσιμες για την έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου όπως στην οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση
- Άτομα με οικογενειακό ιστορικό πρέπει να ελέγχονται με ολική κολοσκόπηση κάθε 1-2 έτη από την ηλικία των 20 ετών ή από ηλικία κατά 5 έτη μικρότερη από το νεότερο συγγενή που εμφάνισε καρκίνο του παχέος εντέρου. Μετά την ηλικία των 40 ετών η κολοσκόπηση πρέπει να γίνεται ετησίως.
- Άτομα με οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση. Οι ασθενείς αυτοί έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης νεοπλασμάτων στην περιοχή. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή και η επιτήρηση των ασθενών αυτών οδηγούν στη μείωση εμφάνισης της νόσου.

I. Άτομα με ένα μικρό αδένωμα μεγέθους <1cm. Συνιστάται κολοσκόπηση 3- 6 χρόνια μετά την εκτομή του αδενώματος. Εάν η εξέταση είναι φυσιολογική το άτομο ελέγχεται όπως και τα άτομα της ομάδας συνήθους κινδύνου.

II. Άτομα με ένα μεγάλο αδένωμα >1 cm, με πολλαπλά αδενώματα ή αδενώματα με υψηλού βαθμού δυσπλασία ή τάση (villous) εξαλλαγής. Συνιστάται κολοσκόπηση μέσα σε 3 έτη από την αρχική πολυποδεκτομή. Εάν η εξέταση είναι φυσιολογική προτείνεται επανέλεγχος σε 3 έτη και αν η εξέταση είναι και πάλι αρνητική το άτομο θα ελέγχεται όπως αυτά της ομάδας συνήθους κινδύνου.

- Άτομα με σύνδρομο νεανικής πολυποδίασης και με σύνδρομο Peutz-Jeghers. Σε ασυμπτωματικά άτομα σε κίνδυνο συνιστάται ετήσιο έλεγχος κοπράνων για λανθάνουσα απώλεια αίματος από την ηλικία των 20 ετών και εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανά 3 έτη.

2) Όταν τεθεί η διάγνωση του συνδρόμου συνιστάται εκτός από πλήρη τακτική ενδοσκόπηση του κατώτερου πεπτικού και ενδοσκόπηση του ανώτερου ανά 3-5 έτη.

- Άτομα με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (κολίτιδες).

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου αρχίζει να είναι σημαντικός μετά από 8 έτη από την εγκατάσταση πανκολίτιδας ή μετά από 12-15 χρόνια μετά την αριστερή κατανομή της νόσου. Στους υπόλοιπους ασθενείς ο κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου είναι μόλις 1,5 φορές μεγαλύτερες από αυτό του γενικού πληθυσμού.

Συνίσταται ολική κολονοσκόπηση και λήψη βιοψιών. Η εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 1-2 έτη επί απουσία δυσπλασίας, κάθε 1 έτος επί παρουσίας ακαθόριστης δυσπλασίας, κάθε 3-6 μήνες επί παρουσίας μέτριας δυσπλασίας. **(Τασούλης, 2007)**

• Άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου. **(Πετρίδης, 2004)**

Άτομα με έναν ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού που ανέπτυξαν καρκίνο του παχέος εντέρου ή αδενωματώδεις πολύποδες σε ηλικία κάτω των 60 ετών ή με δύο ή περισσότερους συγγενείς που ανέπτυξαν καρκίνο σε οποιαδήποτε ηλικία έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου τα ίδια. Τα άτομα αυτά έχουν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με τα άτομα της ομάδας συνήθους κινδύνου. Αντίθετα τα άτομα που έχουν συγγενείς δευτέρου βαθμού και εξής που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου δε φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο.

Συνιστάται ολική κολοσκόπηση κάθε 5 έτη από την ηλικία των 40 ετών ή 10 έτη νωρίτερα από το έτος που εμφανίστηκε ο καρκίνος στο νεότερο συγγενή.

2.5 Μηχανισμός δημιουργίας καρκίνου παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο αποτελεί το τελευταίο τμήμα του πεπτικού μας σωλήνα. Οι τροφές μετά την είσοδό τους στο στομάχι οδηγούνται στο λεπτό έντερο, όπου απορροφούνται τα θρεπτικά συστατικά και ότι απομένει καταλήγει στο παχύ έντερο και αποβάλλεται μετά από μία ή δύο ημέρες. Φυσιολογικά τα κύτταρα που καλύπτουν το εσωτερικό του παχέος εντέρου (βλεννογόνο) σταματούν να πολλαπλασιάζονται, πεθαίνουν, απομακρύνονται με τα κόπρανα μετά από λίγες μέρες και αντικαθίστανται από καινούργια. Όταν συμβούν, για άγνωστο λόγο, βλάβες στα γονίδια των κυττάρων αυτών, τα κύτταρα οδηγούνται σε συνεχή πολλαπλασιασμό με αποτέλεσμα την δημιουργία ενός διαφοροποιημένου ιστού που προβάλλει μέσα στο έντερο και ονομάζεται πολύποδας. Ο πολύποδας είναι καλοήθης όγκος και δεν δημιουργεί συνήθως συμπτώματα. Εάν συμβούν και άλλες βλάβες στα γονίδια των κυττάρων του πολύποδα τότε αναπτύσσεται ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Σχεδόν

όλοι οι καρκίνοι του παχέος εντέρου αναπτύσσονται πάνω σε πολύποδα και για το λόγω αυτό η αφαίρεση των πολύποδων μπορεί να προλάβει την ανάπτυξη του καρκίνου. Ευτυχώς, όλοι οι πολύποδες δεν εξελίσσονται σε καρκίνο. **(Παπαβασιλείου. 2004)**

Κατά την τελευταία δεκαετία έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στην αναγνώριση γενετικών μεταβολών, οι οποίες σχετίζονται με την ανάπτυξη και εξέλιξη των όγκων του παχέος εντέρου. Παρά την εξέλιξη που έχει παρατηρηθεί απαιτείται αρκετή επιπρόσθετη ερευνητική εργασία, για την κατανόηση της παθογένειας των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου. Επίσης υπάρχουν κρίσιμα ερωτήματα σχετικά με τη συνδυασμένη διεργασία των κληρονομικών και σωματικών μεταλλάξεων που έχουν ανακαλυφθεί στην ανάπτυξη των όγκων του παχέος εντέρου και για τα οποία γίνεται προσπάθεια να απαντηθούν. Υπάρχει αισιοδοξία ότι το μέλλον θα φέρει όχι μόνο πλήρη κατανόηση της παθογένειας των νεοπλασιών, αλλά και θα υπάρξει βελτίωση των διαγνωστικών μέσων, της παρακολούθησης και της αντιμετώπισης των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου. **(Νιώτης και Παπαβασιλείου. 1999)**

2.6 Ιστολογία

Τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη.

2.6.1 Καλοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου

A) Πολύποδες

Με τον όρο πολύποδες εννοούμε κάθε περιγεγραμμένο όγκο που προβάλλει στον αυλό με παρουσία ή απουσία μίσχου.

Ιστολογικώς, αναγνωρίζονται επιθηλιακοί και μη επιθηλιακοί πολύποδες.

A1) Επιθηλιακοί πολύποδες

Είναι οι πιο συχνοί πολύποδες στο παχύ έντερο. Η ταξινόμηση τους ανάλογα με την ιστογένεσή τους είναι: Ανώριμος, νεοπλασματικός, αμαρτωματώδης, φλεγμονώδης.

A2) Υπερπλαστικός- μεταπλαστικός πολύποδας

Είναι επιθηλιακός πολύποδας με άγνωστη αιτιολογία. Για την ανάπτυξή του, ενοχοποιούνται περιβαλλοντικοί παράγοντες, πιθανόν διαιτητικοί μερικοί θεωρούν ότι αφορούν σε γεροντική εστιακή εκφύλιση του βλεννογόνου, πλην όμως έχουν βρεθεί πολλαπλοί πολύποδες και σε νέα άτομα.

A3) Νεανικός πολύποδας

Δεν θεωρείται γνήσιο νεόπλασμα, αλλά αμάρτωμα ή φλεγμονώδους αιτιολογίας. Συχνά, εντοπίζεται στο ορθό σε αγόρια ή κορίτσια ηλικίας 1-10 ετών.

B) Αδένωμα

Είναι καλοήθης επιθηλιακό νεόπλασμα με δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής. Για τη γένεση του αδενώματος, ενοχοποιούνται γενετικοί παράγοντες, ενώ περιβαλλοντικοί παράγοντες (κυρίως διαιτητικοί) είναι υπεύθυνοι για την αύξηση του μεγέθους, την προοδευτικά αυξανόμενη σε βαθμό δυσπλασία και τέλος, την καρκινωματούδη εξαλλαγή. Συχνότερα, απαντάται σε άντρες.

B1) Σωληνώδες αδένωμα

Είναι ο συχνότερος τύπος, μεγέθους από 0,1 μέχρι μερικά εκατοστά. Μακροσκοπικώς, μοιάζει με μικρή ανθοκράμβη και συνήθως έχει μίσχο.

B2) Λαχνωτό αδένωμα

B3) Σωληνο-λαχνωτό αδένωμα

B4) Κακοήθης εξαλλαγή αδενώματος

B5) Οικογενής πολυποδίαση

B6) Σύνδρομο Gardner

B7) Σύνδρομο Turcot

2.6.2 Κακοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου

Ο πιο συχνός τύπος είναι το αδενοκαρκίνωμα, ενώ απαντώνται επίσης το αδеноμαλπιγιάκό, το αμιγές διηθητικό μαλπιγιάκό, το αδιαφοροποίητο και το ενδοκρινικό καρκίνωμα. (**Αραπαντώνη- Δαδιώτη, 1991**)

2.7 Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση του καρκίνου εξαρτάται από το πόσες στοιβάδες του τοιχώματος του εντέρου έχει διηθήσει και από το αν έχει προσβάλει λεμφαδένες ή άλλα όργανα. Χρησιμοποιούνται τα παρακάτω γράμματα:

- Τ για την επέκταση του όγκου στο κόλον ή το ορθών
- Ν για τυχόν επέκταση στους λεμφαδένες
- Μ για την ύπαρξη μεταστάσεων (διασπορά σε άλλες περιοχές του σώματος). Ένα νούμερο συνοδεύει έκαστο γράμμα και παριστά την επέκταση του καρκίνου. Για παράδειγμα, N0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει ένδειξη καρκινικών κυττάρων στους

λεμφαδένες. Αυτοί οι κώδικες προσφέρουν τη θέση για την πιστοποίηση του σταδίου του καρκίνου.

Τα στάδια συνήθως δίνονται σε νούμερα που κυμαίνονται από 0 έως IV. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός, τόσο πιο προχωρημένος είναι ο καρκίνος.

Επιπλέον του συστήματος ταξινόμησης T ,N ,M ο καρκίνος του παχέος εντέρου μερικές φορές ταξινομείται και με βάση ένα παλαιότερο σύστημα το Dukes- Kirklin. Οι διαφορές μεταξύ αυτών των συστημάτων είναι περισσότερο τεχνικές και ο ιατρός μπορεί να χρησιμοποιεί είτε το ένα, είτε το άλλο. Και τα δύο όμως. Δίνουν τις ίδιες γενικές πληροφορίες, δηλαδή την επέκταση του καρκίνου. Το T, N, M και το ισοδύναμό τους Dukes έχει ως παρακάτω:

Στάδιο 0

TisN0M0. Αυτό είναι το πρωιμότερο στάδιο του καρκίνου, ένα επιφανειακό, μη διηθητικό καρκίνωμα. Τα γράμματα <is> αναφέρονται στο in situ, που σημαίνει εντοπισμένο στη φυσιολογική του θέση, δηλαδή ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί κάτωθεν του βλεννογόνου, της πρώτης δηλαδή στοιβάδας του εντέρου. Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης φτάνουν στο 95%.

Στάδιο I

T1N0M0=Dukes-Kirklin A. Ο καρκίνος έχει επεκταθεί κάτωθεν του βλεννογόνου στην υποκείμενη στοιβάδα, την υποβλεννογόνο του κόλου ή του ορθού. Όμως δεν έχει επεκταθεί στο μυϊκό χιτώνα βαθύτερα ή στους λεμφαδένες και δεν έχει δώσει μετάσταση (N0, M0). Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης είναι μεγαλύτερα του 90%.

T2N0M0=Dukes-Kirklin B1. Ο καρκίνος έχει επεκταθεί στην επόμενη στοιβάδα του κόλου ή του ορθού, τη μυϊκή, αλλά δεν έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες, ούτε έχει κάνει μετάσταση. Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης φτάνουν στο 85%.

Στάδιο II.

T3N0M0 ή T4N0M0=Dukes Kirklin B2. Ο καρκίνος έχει διαπεράσει και τη μυϊκή στοιβάδα του εντέρου αλλά δεν έχει επεκταθεί σε λεμφαδένες. Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης φτάνουν στο 70%-75%.

Στάδιο III

TXN1M0=Dukes-Kirklin C. Ο καρκίνος έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες εγγύς του κόλου ή του ορθού (περιοχικοί). Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης είναι 35%-65%. Ο βαθμός τοπικής διεσόδυσης του όγκου δεν επηρεάζει το στάδιο.

Στάδιο IV

TXNXM1=Dukes- Kirklin D. Ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένους ιστούς και όργανα. Η πιο συνήθη εστία μετάστασης είναι το ήπαρ(συκώτι).Εφόσον το δείξουν οι απεικονιστικές εξετάσεις, ούτε ο βαθμός της τοπικής επέκτασης του όγκου ούτε των λεμφαδένων επηρεάζουν το στάδιο. Με εξαίρεση λίγες περιπτώσεις το στάδιο IV του καρκίνου είναι ανίατο(**Gilbert. 2004**).(βλ. πίνακας 1)(Εικόνα 1)(παράρτημα)

2.8 Παράγοντες κινδύνου

Ηλικία

Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου αυξάνει με την ηλικία. Παρά το ότι σπάνια παρουσιάζεται και σε νέα άτομα, 9 στους 10 πάσχοντες είναι άνω των 50 ετών.

Διατροφή

Ο καρκίνος του παχέος είναι σπάνιος σε χώρες με χαμηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος ή σε χορτοφάγους πληθυσμούς. Δεν έχουν ξεκαθαρίσει οι παράγοντες που ενοχοποιούνται, αλλά πιθανώς ευθύνεται το ζωικό λίπος που αυξάνει την κυτταρική διαίρεση στο επιθήλιο του εντέρου, ή/και καρκινογόνα που παράγονται κατά το μαγείρεμα ζωικών πρωτεϊνών σε υψηλή θερμοκρασία. Παράλληλα παρατηρήθηκε μια προστατευτική ιδιότητα των φυτικών ινών, όπως και των λαχανικών και των φρούτων. Το φυλλικό οξύ που ανευρίσκεται στα πράσινα λαχανικά και σε πολυβιταμινούχα σκευάσματα δρά προστατευτικά. Η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ επιβαρύνει την προδιάθεση για καρκίνο του παχέος.

Τρώτε κόκκινο κρέας μια φορά την εβδομάδα. Η υψηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος διπλασιάζει τον κίνδυνο καρκίνου.

Να έχετε ποικιλία στη διατροφή με τουλάχιστον 5 γεύματα πράσινων λαχανικών και φρούτων την ημέρα.

Μη ψήνετε υπερβολικά τα κρεατικά, και μην πίνετε πολύ αλκοόλ.(**Παπής. 2003**)

Βιταμίνες: άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες λαχανικών που περιέχουν βιταμίνες κινδυνεύουν λιγότερο. Η βιταμίνη με την ευεργετικότερη δράση θεωρείται το φυλλικό οξύ.

Καφές: μερικές έρευνες έχουν συνδέσει την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων καφέ με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Τα αποτελέσματα

όμως αυτών των ερευνών δεν έχουν επιβεβαιωθεί ακόμα. (Χατζηγεωργίου.2001)

Πολύποδες

Είναι καλοήθεις εξεργασίες στον αυλό του παχέος εντέρου και είναι αρκετά συχνοί σε ηλικίες άνω των 50. Κάποιοι τύποι πολυπόδων ενέχουν κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου.

Σε μια σπάνια κληρονομική νόσο, την οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση παρουσιάζονται εκατοντάδες πολύποδες στο παχύ έντερο. Εμφανίζονται στην εφηβεία και σχεδόν σίγουρα εξελίσσονται σε καρκίνο μεταξύ 30 και 50 ετών. Παρόμοιες νόσοι υπάρχουν και άλλες αλλά είναι πιο σπάνιες. (Το σύνδρομο Gardner, ο κληρονομικός μη πολυποδιασικός καρκίνος του παχέος, ο οικογενής καρκίνος του παχέος των Εβραίων Ashkenazi).

Βεβαρυσμένο προσωπικό ιστορικό

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών, μήτρας ή μαστού έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου. Επίσης, ασθενής που ήδη παρουσίασε πολύποδες ή καρκίνο μπορεί να ξαναεμφανίσει. Τέλος, η ελκώδης κολίτιδα, μια φλεγμονώδης νόσος του παχέος εντέρου, ενέχει μεγάλο κίνδυνο να επιπλακεί με καρκίνο. Η σπαστική κολίτις δεν έχει τέτοιο κίνδυνο.

Βεβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό

Οι συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά) ατόμου με καρκίνο του παχέος εντέρου έχουν αυξημένο κίνδυνο, ιδίως αν ο συγγενής τον παρουσίασε σε νεαρή ηλικία. Αν περισσότερα του ενός μέλη της οικογενείας παρουσίασαν καρκίνο, οι πιθανότητες για τους υπόλοιπους αυξάνουν.

Κάπνισμα

Σε σειρές μελετών έχει δειχθεί η άμεση σχέση του καπνίσματος με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Μάλιστα, έχει ενοχοποιηθεί και για την πρόωμη εμφάνιση καρκίνου του παχέος. Σταματώντας το κάπνισμα προφυλασσόμαστε και από πλήθος άλλων καρκίνων (πνεύμονος, λάρυγγα, οισοφάγου, στόματος, ουροδόχου κύστης, νεφρών και παγκρέατος), όπου αυτό εμπλέκεται.

Παχυσαρκία

Κυρίως στους άνδρες, η παχυσαρκία συνδέεται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Άνδρες με βάρος μεγαλύτερο του ιδανικού κατά 35%, έχουν 40% μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο.

Φυσική άσκηση

Διαρκώς και περισσότερα στοιχεία συσσωρεύονται για την προστατευτική δυνατότητα της άσκησης στον καρκίνο του παχέος. Σημαντικό όφελος προκύπτει από την μέτρια γυμναστική, όπως το έντονο βάδισμα 3 ώρες την εβδομάδα, αλλά πιο έντονη άσκηση μπορεί να ωφελήσει περισσότερο. Κάνοντας την άσκηση μέρος της ζωής μας (30' την ημέρα) μειώνουμε τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος. Η μη άσκηση συνδέεται με 2πλάσιο κίνδυνο καρκίνου.

Κληρονομικότητα

Παρά τις μεγάλες προόδους της γενετικής, δεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμα η σχέση των γονιδίων μας με την εμφάνιση καρκίνου. Εκτιμάται ότι 5-10% των περισσότερων τύπων καρκίνου οφείλονται σε μεμονωμένες μεταλλάξεις γονιδίων που αφορούν οικογένειες. Έτσι, για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, καρκίνος σε γονέα ή αδελφό σημαίνει 1,7 φορές αυξημένη πιθανότητα, ενώ δύο γονείς ή αδέρφια σημαίνει 3πλάσια πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου. Γι' αυτό θα πρέπει όλοι μας να είμαστε ενήμεροι τέτοιων περιστατικών στην οικογένεια και να πληροφορούμε στη συνέχεια το γιατρό μας.

Το να έχει κανείς έναν ή περισσότερους από τους παραπάνω προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου δεν σημαίνει ότι θα αναπτύξει καρκίνο. Έχει, όμως, περισσότερες πιθανότητες, και πρέπει να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένος στα θέματα πρόληψης. Μιλώντας με ειδικό ιατρό για αυτά τα θέματα είναι δυνατόν να προγραμματιστεί τακτικό check-up και να διαγνωσθεί-θεραπευθεί έγκαιρα οποιαδήποτε ανωμαλία.

Ο καρκίνος του εντέρου προσφέρεται ιδιαίτερα για πρόληψη **γιατί:**

Συνήθως ξεκινάει σαν καλοήθης πολύποδας (προκαρκινική κατάσταση) απαιτείται αρκετό διάστημα πριν γίνει καρκίνος η πολυπεκτομή διακόπτει την εξέλιξη σε καρκίνο ακόμα και αν έχουμε καρκίνο, σε αρχικό στάδιο θεραπεύεται πλήρως με εγχείρηση και χωρίς παρά φύσει έδρα!

Αν τροποποιούσαμε τον τρόπο ζωής μας και δίναμε σημασία στους παράγοντες κινδύνου, περισσότεροι από τους μισούς καρκίνους του παχέος εντέρου θα μπορούσαν να προληφθούν!

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αναπτύσσεται με τρόπο προβλέψιμο και σχετικά αργά. Το γεγονός αυτό εξηγεί γιατί η πρόωμη διάγνωση φέρει τόσο μεγάλη σημασία στην επιτυχία της θεραπείας. Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου ξεκινούν από αδενωματώδεις πολύποδες. Τέτοιου είδους πολύποδες

αναπτύσσονται σε οποιοδήποτε τμήμα του παχέος εντέρου και εμφανίζονται στο 35% των ηλικιωμένων. Ευτυχώς, όμως, περίπου το 99% αυτών παραμένουν καλοήθεις. Ακόμη όμως και στην περίπτωση κακοήθους εξαλλαγής, αυτό συμβαίνει με αργό ρυθμό, σε διάστημα δέκα ή περισσότερων χρόνων. **(Παπής. 2003)**

Κεφάλαιο 3^ο

Κλινική συμπεριφορά – διαγνωστική προσέγγιση

✓ Κλινική εικόνα- συμπτωματολογία

✓ Διαφορική διάγνωση των συμπτωμάτων καρκίνου παχέος εντέρου

✓ Διάγνωση

✓ Διαγνωστικές μέθοδοι

✓ Νέα διαγνωστική μέθοδος για τον καρκίνο του παχέος εντέρου –

Χάπι βιντεοκάψουλα

Κεφάλαιο 3^ο

Κλινική συμπεριφορά-διαγνωστική προσέγγιση

3.1 Κλινική εικόνα- συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτώνται από την εντόπισή του και ποικίλουν αρκετά. Πολλά από αυτά εμφανίζονται και σε άλλες παθήσεις του παχέος εντέρου. Μόνο 4 στους 10 αρρώστους παρουσιάζονται στο γιατρό με τυπικά συμπτώματα. (Παπαβασιλείου, 2004)

Στα πρώτα στάδια αναπτύξεως του ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν προκαλεί συνήθως συμπτώματα. Ο καρκίνος αυτός χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη ασυμπτωματική του περίοδο. Μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, 15% των περιπτώσεων θεωρούνται ανεγχείρητοι καρκίνοι λόγω πολλαπλών μεταστάσεων ή ενδοπεριτοναϊκής διασποράς της νόσου. Στο υπόλοιπο 85%, δηλαδή στους χειρουργήσιμους ασθενείς, η πρόγνωση επιδεινώνεται λόγω διηθήσεων στους τοπικούς λεμφαδένες (50%) συνυπάρξεως αποφράξεως παχέος εντέρου (15%) ή διηθήσεων παρακείμενων οργάνων (15%).

Για τους λόγους αυτούς έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφοροι τρόποι για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου που βασίζονται σε μαζικό έλεγχο ασυμπτωματικών ομάδων πληθυσμού που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξή του. (Μουζάς, 1991)

Στο προχωρημένο στάδιο, είναι δυνατό να υπάρξουν, μόνα ή σε συνδυασμό, ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα :

- Η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου
- Ανεξήγητη διάρροια ή δυσκοιλιότητα ή το αίσθημα ότι το έντερο δεν κενούται πλήρως
- Αίμα στα κόπρανα, ανοιχτόχρωμο ή σκούρο **ΠΡΟΣΟΧΗ:** συχνά αποδίδονται μικρές ή μεγαλύτερες αιμορραγίες σε γνωστές ή άγνωστες αιμορροΐδες! Μην εφησυχάζετε αν δεν υποβληθείτε στον κατάλληλο έλεγχο!!!
- Κόπρανα στενότερα απ' ότι συνήθως ("σαν οδοντόκρεμα")
- Γενικά κοιλιακά συμπτώματα, όπως πόνος, πολλά αέρια, τυμπανισμός, "κράμπες" του εντέρου.
- Απώλεια βάρους αγνώστου αιτιολογίας, με ή χωρίς ανορεξία
- Αδυναμία και εύκολη κόπωση

- Αναιμία - Σιδηροπενία (δηλ. χαμηλός αιματοκρίτης ή χαμηλός σίδηρος σε τυχαία εξέταση αίματος .
- Ίκτερος .(Παπής, 2003)
- Ζάλη και τάση για εμετό.
- Εντερική απόφραξη.
- Ανορεξία.(Πετρίδης, 2004)

Τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να είναι ενδεικτικά καρκίνου του παχέος εντέρου αλλά και μιας σειράς άλλων νοσημάτων!

3.1.1 Διαφοροποίηση των συμπτωμάτων στον καρκίνο του δεξιού και του αριστερού κόλου:

Η εντόπιση του καρκίνου στο δεξιό κόλον χαρακτηρίζεται από παρουσία κόκκινου σκούρου αίματος στις κενώσεις, καλά αναμιγμένου με τα κόπρανα, αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος και συχνότερες μαζικές αιμοραγίες. Σε εντόπιση του καρκίνου στο αριστερό κόλον, το αίμα παρουσιάζεται σε μικρότερες κατά κανόνα ποσότητες, είναι κόκκινο, αναμιγμένο με τα κόπρανα και δεν υπάρχει συνήθως σημαντική αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος (Μουζάς, 1991)

3.2 Διάγνωση

Μετά την παρουσία των πρώτων συμπτωμάτων θα πρέπει να ακολουθήσει λήψη ιστορικού και λεπτομερή παρακλινική μελέτη. Η διαγνωστική μεθοδολογία στηρίζεται στην ακτινολογική μελέτη του παχέος εντέρου με τη μέθοδο την διπλής αντιθέσεως και την ενδοσκόπηση με άκαμπτο ή εύκαμπτο ενδοσκόπιο και επιβεβαιώνεται ιστολογικώς με τη λήψη ιστικού τεμαχιδίου από τη μακροσκοπική βλάβη μέσω των ενδοσκοπίων.

Η διάγνωση βέβαια πολλές φορές βραδύνει αδικαιολόγητα για αρκετούς μήνες. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο σε αμέλεια των αρρώστων όσο και στους θεράποντες ιατρούς που δεν υποπτεύονται τη νόσο.(Gilbert, 2004)

3.2.1 .Διαγνωστικές μεθόδους

•Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις

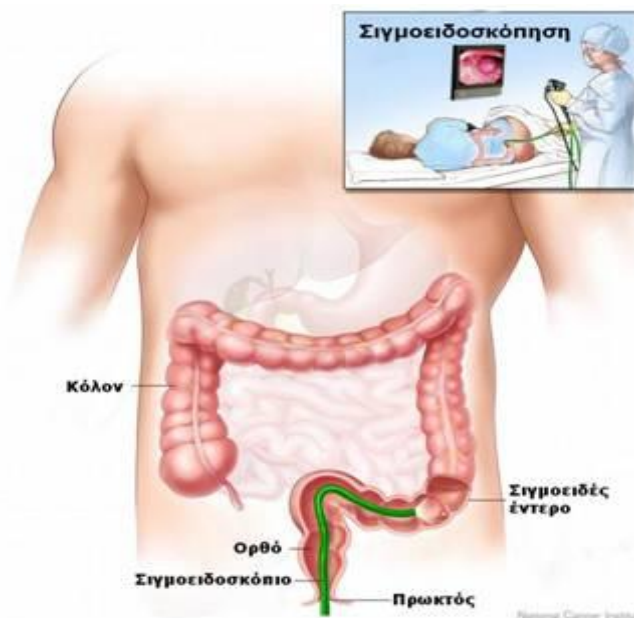
1.Μayer κοπράνων (ίσως είναι αρνητική στο 50% των περιπτώσεων του καρκίνου παχέος εντέρου)

2. γενική αίματος
3. γενική ούρων
4. βιοχημικές εξετάσεις που περιλαμβάνουν ηπατικά ένζυμα, χοληστερίνη, ασβέστιο, σάκχαρο.

5. προσδιορισμός του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) ,ενός νοπλασματικού δείκτη του ορού που μπορεί να είναι αυξημένος σε πρωτοπαθή ή υποτροπιάζοντα καρκίνο του παχέος (Dollinger. 1992)

•Πρωκτοσκόπηση / σιγμοειδοσκόπηση

Αυτή η εξέταση εντάσσεται στις ενδοσκοπήσεις και συνήθως γίνεται από γαστρο-εντερολόγο είτε σε νοσοκομείο είτε σε ιδιωτική κλινική. Σκοπός της εξέτασης είναι ο εσωτερικός έλεγχος του πρωκτού ή και του σιγμοειδούς από όπου ο ιατρός έχει την δυνατότητα να πάρει κύτταρα για βιοψία από το σημείο όπου υπάρχει ένδειξη ή υπόνοια για καρκίνο. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν ενδείκνυται εισαγωγή σε νοσοκομείο ή κλινική, προηγείται όμως πάντοτε καλός καθαρισμός και προετοιμασία του εντέρου με ειδική διατροφή και ειδικά καθαρτικά φάρμακα. Αυτή η εξέταση είναι συνήθως ανώδυνη όχι όμως και πολύ άνετη για τον ασθενή. (Εικόνα 2)

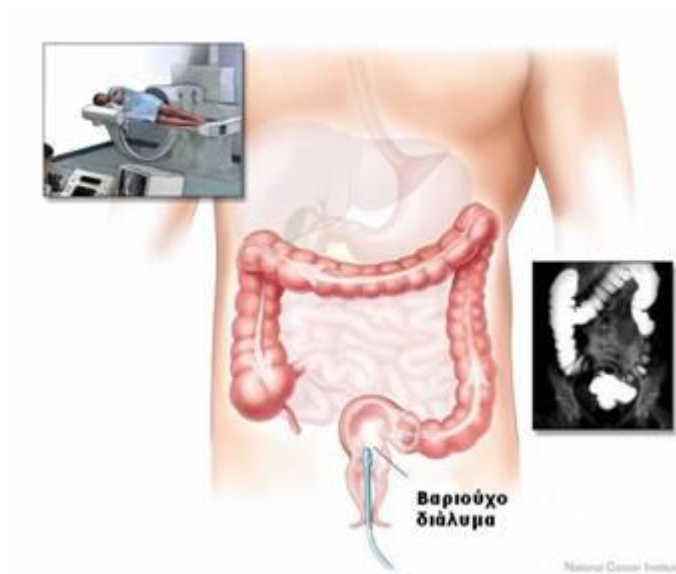


Εικόνα 1 (Κατσαρός 2006)

Σιγμοειδοσκόπηση. Ένας λεπτός, φωτιζόμενος σωλήνας εισάγεται δια του πρωκτού στο ορθό και το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου (σιγμοειδές) δια του οποίου ο ιατρός ερευνά για τυχόν βλάβες.

•Βαριούχος υποκλυσμός

Αυτή η εξέταση γίνεται σε ακτινολογικό τμήμα είτε σε νοσοκομείο, είτε σε ιδιωτική κλινική για εντοπισμό τυχόν ανωμαλίας μέσα στο έντερο και αφού προηγουμένως χορηγηθεί με υποκλυσμό ειδική σκιαγραφική ουσία. Και για αυτή την εξέταση χρειάζεται προετοιμασία του εντέρου με ειδική διατροφή και καθαρτικά φάρμακα. (Εικόνα 3)



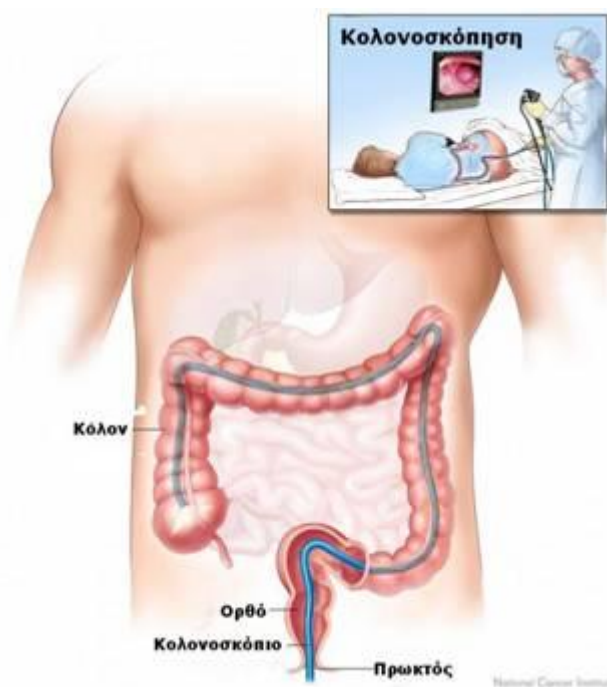
Εικόνα 2 (Κατσαρός 2006)

Διαδικασία βαριούχου υποκλυσμού. Ο ασθενής ξαπλώνει στο ακτινολογικό τραπέζι. Το βαριούχο διάλυμα (εναιώρημα θειϊκού βαρίου) εγχέεται στο ορθό και ρέει εντός του παχέος εντέρου. Παράλληλα λαμβάνονται ακτινογραφίες σε διάφορες θέσεις για την ανίχνευση πιθανών αλλοιώσεων.

•Κολονοσκόπηση

Είναι η ενδοσκοπική εξέταση και ο έλεγχος ολόκληρου του παχέος εντέρου και διαρκεί περίπου μία ώρα. Γίνεται σε ενδοσκοπικό τμήμα σε νοσοκομείο ή σε ιδιωτική κλινική αφού προηγουμένως γίνει κατάλληλη προετοιμασία του εντέρου με ειδική διατροφή και καθαρτικά φάρμακα. Πριν από την εξέταση χορηγείται συνήθως ενδοφλέβια ηρεμιστικό φάρμακο για την ηρεμία του ασθενούς. Αν κατά την διάρκεια της εξέτασης επισημανθούν τυχόν ανωμαλίες, τότε ο ιατρός θα πάρει μικρά δείγματα

για κυτταρολογική εξέταση. Επίσης μπορεί να πάρει και εικόνες από διάφορα σημεία του εντέρου.(Εικόνα 4)



Εικόνα 3 (Κατσαρός 2006)

Κολonosκόπηση. Ένας λεπτός, φωτιζόμενος σωλήνας εισάγεται δια του πρωκτού στο ορθό και το παχύ έντερο (κόλον) δια του οποίου ο ιατρός ερευνά για τυχόν βλάβες.

- **Συμπληρωματικές εξετάσεις**

Ακόμη και μετά από την διάγνωση του καρκίνου, είναι σημαντικό να γίνουν κάποιες επιπρόσθετες εξετάσεις για τον προσδιορισμό το μέγεθος και την ακριβή θέση του όγκου, αλλά και για τον εντοπισμό πιθανών μεταστάσεων σε άλλα όργανα. Όλη αυτή η διαδικασία και ο έλεγχος λέγεται σταδιοποίηση. Τα αποτελέσματα από την σταδιοποίηση θα βοηθήσουν στο προγραμματισμό της θεραπείας. Αυτές οι εξετάσεις μπορεί να επαναληφθούν τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά και στοχεύουν στην παρακολούθηση και τον έλεγχο της πορείας και την πρόοδο της υγείας.

- **Υπερηχογράφημα ήπατος και κοιλιάς**

Είναι τα κυριότερα όργανα που ελέγχονται στις περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου. Για σκοπούς καλής και σωστής απεικόνισης, 6 ώρες πριν την εξέταση αποφεύγεται η λήψη τροφής και υγρών. Συνήθως γίνεται σε νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική στο ακτινολογικό τμήμα. Ο ιατρός χρησιμοποιεί ένα ειδικό πομπό στη περιοχή της κοιλιάς ο οποίος μετατρέπει τα ηχητικά κύματα που παίρνει σε εικόνα με την βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή.

- **Αξονική Τομογραφία**

Η αξονική τομογραφία, είναι εξειδικευμένη ακτινογραφία η οποία απεικονίζει σε τρεις διαφορετικές τομές τα εσωτερικά όργανα του σώματος. Είναι ανώδυνη εξέταση και διαρκεί συνήθως από 10' – 20'. Στην αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται ελαφριά δόση ακτινοβολίας. Για την καλύτερη απεικόνιση των ευρημάτων χορηγείται σκιαγραφική ουσία υπό μορφή ροφήματος ή και ενδοφλέβια πριν από την εξέταση. Η ενδοφλέβια σκιαγραφική ουσία συνήθως σε ορισμένους ασθενείς προκαλεί ένα αίσθημα αύρας σ' όλο το σώμα.

- **Εικονική κολonosκόπηση**

Πρόκειται για νέα μέθοδο με την οποία ελέγχεται το παχύ έντερο. Γίνεται με την βοήθεια του αξονικού τομογράφου. Με ειδικό πρόγραμμα το μηχάνημα ανασυνθέτει τις δισδιάστατες εικόνες και τις μετατρέπει σε τρισδιάστατες. Ο αυλός του εντέρου μετατρέπεται σε πραγματικό tunnel και ο όγκος διαγράφεται καθαρότατα.

- **Μαγνητική Τομογραφία**

Αυτή η εξέταση είναι παρόμοια με την αξονική τομογραφία με την διαφορά ότι χρησιμοποιείται μαγνητισμός αντί ακτίνες X. Χορηγείται συνήθως σκιαγραφική ουσία ενδοφλέβια και διαρκεί περίπου 30'. (www.bococ.org.gr)

3.2.2 Νέα μέθοδος διάγνωσης καρκίνου παχέος εντέρου: Χάπι βιντεοκάψουλα

1. Χάπι-κάμερα που φωτογραφίζει καρέ καρέ το παχύ έντερο υποκαθιστά σε πολλές περιπτώσεις την κολonosκόπηση, μια καθόλου δημοφιλή διαγνωστική διαδικασία, παρεμβατική και επώδυνη



Εικόνα 4

Η Pillcam Colon είναι μια hi-tech κάψουλα η οποία υπόσχεται να γλιτώσει πολλούς ασθενείς από μια όχι και τόσο ευχάριστη εξέταση, την κολονοσκόπηση. Είναι μια κάψουλα διαφορετική από τις άλλες. Δεν διαθέτει θεραπευτικές ιδιότητες όπως οι κάψουλες που όλοι γνωρίζουμε αλλά διαγνωστικές, ενώ παράλληλα υπόσχεται να απαλλάξει αρκετούς ασθενείς από μια εξέταση που ακόμη και στο άκουσμά της οι περισσότεροι νιώθουν το λιγότερο... δυσφορία: την κολονοσκόπηση. Ονομάζεται Pillcam Colon και με τις δύο ισχυρές κάμερες που διαθέτει «φωτογραφίζει» καρέ καρέ το παχύ έντερο με ταχύτητα τεσσάρων εικόνων το δευτερόλεπτο, αναζητώντας πιθανές βλάβες.

Δημιουργεί έτσι ένα λεπτομερές «φωτογραφικό άλμπουμ» του... εσωτερικού κόσμου του ασθενούς και δη ενός οργάνου που βάλλεται από πολλαπλούς «εχθρούς» με κυριότερο τον καρκίνο, τον οποίον η νέα ενδοσκοπική μέθοδος εντοπίζει με αξιοπιστία σχεδόν εφάμιλλη εκείνης της συμβατικής κολονοσκόπησης, σύμφωνα με τους ειδικούς. Ο κατάλογος όμως των «εχθρών» του παχέος εντέρου δεν σταματά εδώ: οι πολύποδες, αλλά και τα εκκολπώματα παραμονεύουν και τώρα δίνεται πλέον η δυνατότητα και στους έλληνες ασθενείς να τα... συλλάβουν (φωτογραφικώς, αλλά και κυριολεκτικώς) πίνοντας μια κάψουλα-κάμερα εις υγείαν... της υγείας τους.

Το 2002 έφθασε στα χέρια των ελλήνων ειδικών και ασθενών μια βιντεοκάψουλα η οποία προσέφερε εξέταση του λεπτού εντέρου (η κάψουλα αυτή είχε παρουσιαστεί και από το ΒΗΜΑscience σε άρθρο στις 20.6.2004). Τώρα η «μητέρα» εταιρεία εκείνης της κάψουλας, η Given Imaging με έδρα στο Ισραήλ, δημιούργησε το «αδελφάκι» της, που δεν είναι άλλο από μια κάψουλα που με τη λογική του «πειείτε - φωτογραφίστε - τελειώσατε» προσφέρει μη παρεμβατική εξέταση ενός άλλου σημαντικού «μέλους» της... οικογενείας του πεπτικού σωλήνα μας, του παχέος εντέρου. Και αυτό το «αδελφάκι» έχει ταξιδέψει τους τελευταίους μήνες ως και τη χώρα μας, προσφέροντας διάγνωση σε έλληνες ασθενείς, αν και βρίσκεται ακόμη... στη βρεφική ηλικία του. (Τσώλη Θ., Φυντανίδου Ε.2008)

2.Η διαδικασία Η κάψουλα που έχει σχεδιαστεί για το παχύ έντερο διαφέρει από αυτή του λεπτού εντέρου σε τρία σημεία: Πρώτον, φέρει δύο κάμερες μία σε κάθε άκρο αντί μιας, και κατ' αυτόν τον τρόπο έχει τη δυνατότητα να μελετά καλύτερα τον αυλό του εντέρου. Δεύτερον, έχει μήκος 31 χιλιοστών (6 χιλιοστά μεγαλύτερο από την κάψουλα το λεπτού εντέρου Pillcam SB) το οποίο επιτρέπει την καλύτερη προώθηση στο παχύ έντερο. Τρίτον, η μπαταρία της λειτουργεί περισσότερες ώρες (11 αντί 8 ώρες), λαμβάνοντας ταυτόχρονα 4 αντί για 2 εικόνες ανά δευτερόλεπτο.

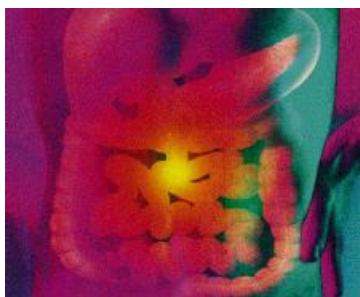
Ποια είναι, όμως, η διαδικασία στην οποία καλείται να υποβληθεί ο ασθενής; Η αλήθεια είναι ότι, όπως παραδέχονται οι ειδικοί, μειονεκτεί σε σύγκριση με τη συμβατική κολονοσκόπηση σε ό,τι αφορά την προετοιμασία η οποία είναι πιο περίπλοκη (αφού σε ό,τι αφορά αυτό καθαυτό το κομμάτι της εξέτασης, αντιλαμβάνεται κάποιος εύκολα ότι το να καταπιεί απλώς ένα χάπι... υψηλής τεχνολογίας δεν συγκρίνεται σε καμία περίπτωση με το να υποχρεωθεί να υποβληθεί σε μια παρεμβατική εξέταση). Και αυτό διότι απαιτείται η λήψη μεγαλύτερων ποσοτήτων καθαρτικών, αλλά και γαστροκινητικών φαρμάκων (δομπεριδόνη) σε σύγκριση με τη συμβατική κολονοσκόπηση πριν από την εξέταση. Παράλληλα πριν από την λήψη της Pillcam Colon ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε μια «εικονική» εξέταση με χρήση μιας άλλης κάψουλας που αποκαλείται κάψουλα βατότητας. Η κάψουλα αυτή ακολουθεί, χωρίς να «φωτογραφίζει» όμως, ολόκληρο το ταξίδι που πρόκειται να κάνει και η κάψουλα-βίντεο ώστε να αποδειχθεί ότι ο δρόμος είναι... καθαρός για να ολοκληρωθεί η διαδρομή εντός του εντέρου - δεν υπάρχουν δηλαδή εμπόδια σημαντικά όπως οι στενώσεις.

Αφού η κάψουλα βατότητας ολοκληρώσει με επιτυχία το έργο της, ξεκινά η 24ωρη προετοιμασία με τη λήψη των καθαρτικών και φαρμάκων για τη λήψη της κάψουλας που θα καταγράψει την κατάσταση του παχέος εντέρου. Την επομένη ημέρα φθάνει η ώρα της κατάποσης της κάψουλας. Το υλικό που καταγράφουν οι ενσωματωμένες κάμερες της Pillcam Colon μεταδίδεται μέσω ενός δικτύου αυτοκόλλητων αισθητήρων που έχουν τοποθετηθεί στα κατάλληλα σημεία της κοιλιακής χώρας του ασθενούς σε έναν ειδικό καταγραφέα (Data Recorder) που φορά στη ζώνη του. Η όλη διαδικασία διαρκεί περίπου 11 ώρες κατά τις οποίες ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει σπίτι του. Στη συνέχεια ο εξεταζόμενος επανέρχεται στο ιατρείο, προκειμένου ο γιατρός να λάβει το υλικό που έχει συλλέξει η ειδική συσκευή. Το υλικό αυτό περνά από τον καταγραφέα σε έναν ειδικό επεξεργαστή και

ο γιατρός βλέπει στην οθόνη τη διαδρομή της κάψουλας μέσα από έγχρωμες φωτογραφίες. Η κάψουλα - η οποία είναι βέβαια μιας χρήσεως - αποβάλλεται από τον οργανισμό του ασθενούς με τα κόπρανα μέσα σε 24-48 ώρες.

Σε περίπτωση μάλιστα που οι γιατροί επιθυμούν να παρακολουθήσουν το ταξίδι της κάψουλας εντός του πεπτικού σωλήνα σε πραγματικό χρόνο, έχουν πλέον τη δυνατότητα να το κάνουν. Ένα ειδικό μηχάνημα που ονομάζεται Real Time Viewer δείχνει την ακριβή πορεία της κάψουλας και των «σταθμών» της τη στιγμή ακριβώς που αυτή λαμβάνει χώρα, γεγονός που απαιτεί βέβαια την παραμονή του ασθενούς στο ιατρείο για τη διεξαγωγή της διαδικασίας. (Τσώλη Θ., Φυντανίδου Ε.2008)

3. Τι έδειξε η έρευνα



Εικόνα 5

Η πρόοδος της τεχνολογίας προσφέρει πλέον μη παρεμβατική εξέταση τόσο του λεπτού όσο και του παχέος εντέρου, με βιντεοκάψουλες που «σαρώνουν» τον πεπτικό σωλήνα δείχνοντας ζυχόν βλάβες και «σώζοντας» τους ασθενείς από την ταλαιπωρία του κολονοσκοπίου. Σε αυτή την μη παρεμβατική εξέταση έχουν ήδη υποβληθεί ως σήμερα, όπως προαναφέραμε, 25 άτομα στο νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ. Τα ευρήματα με βάση τη μέχρι στιγμής χρήση της κάψουλας έδειξαν όπως αναφέρεται στη μελέτη ότι «τόσο η κολονοσκόπηση όσο και η εξέταση με κάψουλα διαπίστωσαν καρκίνο σε 12 ασθενείς - ίδια ποσοστά επιτυχίας. Σε ό,τι αφορούσε τον εντοπισμό πολυπόδων η κολονοσκόπηση ανέδειξε εννέα στους δέκα σημαντικούς πολύποδες και 14 στους 17 μικρούς, ενώ η κάψουλα επτά στους δέκα σημαντικούς πολύποδες και 11 στους 17 μικρούς. Η ευαισθησία της κολονοσκόπησης στην ανίχνευση πολυπόδων ήταν 86% και της κάψουλας 73%». Πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι, όπως είναι αναμενόμενο, οι ασθενείς έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη ανοχή στην εξέταση με την κάψουλα παρά με την κολονοσκόπηση, σύμφωνα με τη μελέτη. Εκτός της σχετικής

δυσκολίας στην προετοιμασία των ασθενών για την εξέταση σε σχέση με τη συμβατική κολonosκόπηση, το βασικότερο μειονέκτημα είναι ότι κατά τη διάρκεια της εξέτασης με την κάψουλα δεν υπάρχει η δυνατότητα λήψης δείγματος ιστού για βιοψία. Στην περίπτωση που η εξέταση δείξει πολύποδα ή άλλη βλάβη, ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί στη διεξαγωγή της συμβατικής μεθόδου, προκειμένου να αφαιρεθεί και να εξεταστεί η "ύποπτη" περιοχή. . (Τσώλη Θ., Φουντανίδου Ε.2008)

4. Προοπτική και για βιοψία Τα εμπόδια, όμως, αυτά είναι πιθανόν στο άμεσο μέλλον να ξεπεραστούν. Δύο εταιρείες σχεδιάζουν να κυκλοφορήσουν νέες προηγμένες κάψουλες για τον έλεγχο τόσο του λεπτού όσο και του παχέος εντέρου, λαμβάνοντας την ίδια στιγμή βιοψία. Οι κάψουλες θα είναι περιστρεφόμενες, θα μπορούν να λαμβάνουν δείγμα "ύποπτου" ιστού, εγχέοντας παράλληλα αιμοστατικές ουσίες στο σημείο της βλάβης. Η νέα εξελιγμένη κάψουλα για την εξέταση του λεπτού εντέρου είναι πιθανόν να κυκλοφορήσει μέσα στο 2008 και θα ακολουθήσει εκείνη για το παχύ έντερο. Είναι σημαντικό ότι τα νέα αυτά συστήματα θα παίρνουν περισσότερες «φωτογραφίες» απ' ό,τι οι υπάρχουσες κάψουλες, οι οποίες σήμερα λαμβάνουν περισσότερες από 100.000 εικόνες στο παχύ και περισσότερες από 60.000 εικόνες στο λεπτό έντερο.

Ως φαίνεται, λοιπόν, η νέα μέθοδος δίνει μια μεγάλη υπόσχεση για ένα ιατρικό μέλλον λιγότερο παρεμβατικό - κάτι που αποτελεί τη γενικότερη τάση της ιατρικής τα τελευταία χρόνια. Ωσπου όμως η υπόσχεση να μετουσιωθεί σε πράξη για μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού, απαιτούνται κάποια ακόμη βήματα. Στη μελέτη των ελλήνων ειδικών υπογραμμίζεται ότι «η ενδοσκόπηση με κάψουλα *Pillcam Colon* είναι μια νέα ενδοσκοπική τεχνική που φαίνεται να πλησιάζει τα αποτελέσματα της κολonosκόπησης στην ανίχνευση νεοπλασιών στο παχύ έντερο, ενώ υπολείπεται ελαφρώς στην ανίχνευση πολύποδων. Είναι σαφές ότι χρειάζονται ακόμη αρκετά περιστατικά για την αξιολόγηση της μεθόδου και για την καλύτερη εμπέδωσή της. Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η ενδοσκόπηση με κάψουλα *Pillcam Colon* ως μη επεμβατική μέθοδος είναι καλύτερα ανεκτή από την κολonosκόπηση, αν και η προετοιμασία της απέχει ακόμη από το να είναι εύκολη».

Προς το παρόν, πάντως, σύμφωνα με τους επιστήμονες, η χορήγηση της ενδοσκοπικής κάψουλας ενδείκνυται σε ασθενείς που έχουν ήδη υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση καρκίνου του παχέος εντέρου και πρέπει να κάνουν επαναληπτικές εξετάσεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Επίσης, ενδείκνυται σε πάσχοντες από καρδιαγγειακά ή αναπνευστικά προβλήματα, σε όσους

έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου και οφείλουν να εξετάζονται συχνότερα από τον γενικό πληθυσμό, καθώς και σε άτομα που δεν ολοκληρώνουν τη συμβατική εξέταση λόγω πόνου και άλλων αιτίων.

Υπάρχουν όμως και ομάδες του πληθυσμού στις οποίες αντενδείκνυται η χρήση του προηγμένου μικροσκοπικού διαγνωστικού συστήματος: σε αυτές ανήκουν όσοι εμφανίζουν δυσκαταποσία και δυσφαγία, άτομα που έχουν υποβληθεί σε επανειλημμένες χειρουργικές επεμβάσεις στον πεπτικό σωλήνα, έγκυες γυναίκες ή όσοι πάσχουν από βαριά καρδιακή ανεπάρκεια και από άλλη απειλητική για τη ζωή διαταραχή. Παράλληλα η εξέταση δεν μπορεί να διενεργηθεί σε ασθενείς που δεν ολοκληρώνουν για διαφορετικούς λόγους την προετοιμασία που απαιτείται για την υποβολή σε αυτήν.

Το κόστος κάθε κάψουλας (λεπτού και παχέος εντέρου) ανέρχεται στα 600 ευρώ, αλλά καλύπτεται πλήρως από όλα τα ασφαλιστικά ταμεία, πλην του Οργανισμού Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ). Η κάψουλα βατότητας που προηγείται της χορήγησης της διαγνωστικής κάψουλας κοστίζει 150 ευρώ και επίσης καλύπτεται από τα ίδια Ταμεία. Πάντως, αν και δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο ώστε να υποβληθεί στην εξέταση, συνιστάται να γίνεται για εντελώς... γραφειοκρατικούς λόγους, αφού μόνο τότε καλύπτεται από τα Ταμεία.

Σε κάθε περίπτωση, είναι άκρως σημαντικό η διαγνωστική φαρέτρα των ειδικών να γεμίζει από νέας τεχνολογίας «όπλα» τα οποία ως μόνο στόχο έχουν να σώζουν ζωές. Αν αναλογιστεί κάποιος ότι οι βλάβες του παχέος εντέρου, όπως οι πολύποδες, είναι άκρως συχνές και πολλές φορές... σιωπηλές με αποτέλεσμα οι ειδικοί να συστήνουν κολονοσκόπηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε όλα τα άτομα άνω των 50 ετών, τότε αντιλαμβάνεται εύκολα την αξία της Pillcam Colon. Οι εικόνες που λαμβάνει η συγκεκριμένη βιντεοκάψουλα μπορεί να μην είναι οι πιο γοητευτικές, είναι όμως σωτήριες. (Τσώλη Θ., Φυντανίδου Ε.2008)

Κεφάλαιο 4^ο

Πρόληψη

✓ Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου

✓ Νεότερες μέθοδοι πρόληψης

✓ Συνοπτικές οδηγίες πρόληψης

Κεφάλαιο 4^ο

Πρόληψη

4.1 Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στην υφήλιο, ενώ στη χώρα μας είναι η 4^η αιτία θανάτου από κακοήγη νεοπλασία. Η πρόληψη, που αποσκοπεί στην αποφυγή εμφάνισης του καρκίνου, και τη δευτερογενή πρόληψη, που αποσκοπεί στη θεραπεία των καρκινικών καταστάσεων και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου σε ιάσιμο στάδιο. Στην πρωτογενή πρόληψη αναζητούνται οι γενετικοί παράγοντες που συμβάλλουν στον καρκίνο του παχέος εντέρου, όπως διάφορα μεταλλαγμένα γονίδια στα κληρονομικά σύνδρομα πολυποδίασης και μη πολυποειδούς καρκίνου. Επίσης, γίνεται αποφυγή των βλαπτικών διαιτητικών παραγόντων, όπως το ζωικό λίπος, το κόκκινο κρέας, το αλκοόλ, το κάπνισμα, η παχυσαρκία και η έκθεση στον αμίοντο, ενώ συστήνεται η διατροφή σε φυτικές ίνες, φρούτα, λαχανικά, ασβέστιο και ελαιόλαδο, καθώς και σωματική άσκηση. Η δευτερογενής πρόληψη αφορά έλεγχο με κατάλληλες δοκιμασίες στα άτομα με σχετικό κίνδυνο, δηλαδή όλους τους ενήλικες άνω των 50 ετών χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου ή οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου. Βασικές τέτοιες δοκιμασίες είναι η δακτυλική εξέταση του ορθού, η ανίχνευση αίματος στα κόπρανα, η σιγμοειδοσκόπηση και ενδεχομένως και η κολonosκόπηση. Στα άτομα σε μεγάλο κίνδυνο (αυτά με οικογενειακό ιστορικό κ.π.ε, ιστορικό αδενωμάτων πολύποδων, ιδιοπαθούς φλεγμονώδους παθήσεις των εντέρων, κληρονομικών συνδρόμων πολυποδίασης ή μη πολυποειδούς καρκίνου), ο έλεγχος γίνεται από νεότερη ηλικία και σε συχνότερη βάση.

Στο μέλλον, ο έλεγχος γενετικών μεταλλάξεων ίσως συμβάλει στην περαιτέρω μείωση της θνητότητας στα κληρονομικά σύνδρομα που οδηγούν σε καρκίνο του παχέος εντέρου. (Χριστοδούλου. 2000)

4.2 Νεότερες μέθοδοι πρόληψης

Σήμερα αναπτύσσονται δυο νέες μέθοδοι ελέγχου του παχέος εντέρου: η εικονική κολonosκόπηση και η κολonosκόπηση με βιντεοκάψουλα παχέος εντέρου.

Η εικονική κολonosκόπηση συνίσταται στην απεικόνιση του παχέος εντέρου με αξονική ή μαγνητική τομογραφία και η ανασύνθεση και ανάλυση των εικόνων με

ειδικά προγράμματα λογισμικού. Η ανάλυση των δημοσιευμένων μελετών σε σύγκριση με την κολονοσκόπηση ως μέθοδο αναφοράς, έχει δείξει ότι ανιχνεύονται 75% των πολυπόδων, με καλύτερη ευαισθησία για πολύποδες μεγαλύτερους από ένα εκατοστό. Η εξέταση αυτή χρησιμοποιείται σήμερα αρκετά ακτινολογικά εργαστήρια στην Ελλάδα.

Στην κολονοσκόπηση με βιντεοκάψουλα παχέος εντέρου ο ασθενής καταπίνει την βιντεοκάψουλα η οποία εκπέμπει συνεχώς εικόνες σε δέκτη-καταγραφέα που ο ασθενής φορά στη ζώνη του. Οι εικόνες αναλύονται με ειδικό πρόγραμμα λογισμικού. Η εξέταση αυτή βρίσκεται σε φάση κλινικών μελετών στην Ευρώπη, στις οποίες μετέχει και το Γαστρεντερολογικό Τμήμα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν».(**Λαδάς, 2007**)

4.3 Συνοπτικές οδηγίες πρόληψης

- ✓ Δίαιτα πλούσια σε λαχανικά, φρούτα
- ✓ Αντικατάσταση του λίπους στις τροφές με ελαιόλαδο
- ✓ Αντικατάσταση του κόκκινου κρέατος με ψάρι ή πουλερικά
- ✓ Παρατηρείτε πάντοτε τα κόπρανα για αίμα πριν τραβήξετε το καζανάκι
- ✓ Αν δείτε αίμα στα κόπρανα πρέπει να κάνετε κολονοσκόπηση
- ✓ Προληπτική κολονοσκόπηση μετά τα 50 (κάθε 10 χρόνια)
- ✓ Συστηματική παρακολούθηση με κολονοσκόπηση όταν υπάρχουν παράγοντες αυξημένου κινδύνου (κληρονομικότητα) . (**Λάδας, 2007**)
- ✓ Η σωματική άσκηση να περιλαμβάνεται στην καθημερινή ρουτίνα(π.χ. βόλτα αντί οδήγησης για τις μερικές αποστάσεις, αποφυγή χρήσεις του ανελκυστήρος, εκεί όπου είναι δυνατόν κ.λπ). (**Μάλλας, 2004**)

Κεφάλαιο 5^ο

Θεραπεία

-
- ✓ Θεραπευτικές επιλογές ανά στάδιο**
 - ✓ Χειρουργική αντιμετώπιση**
 - ✓ Η χημειοθεραπεία**
 - ✓ Ανακουφιστική χημειοθεραπεία**
 - ✓ Ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας**
 - ✓ Πρόοδοι στη χημειοθεραπεία του παχέος εντέρου**
 - ✓ Η ακτινοθεραπεία**
 - ✓ Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία**
 - ✓ Μέθοδοι εφαρμογής της ακτινοθεραπείας**
 - ✓ Η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων**
 - ✓ Η φωτοδυναμική θεραπεία**
 - ✓ Η χρήση του laser**
 - ✓ Νέα μέθοδος θεραπείας στον καρκίνο του παχέος εντέρου**
-

Κεφάλαιο 5^ο

Θεραπεία

5.1 Θεραπευτικές επιλογές ανά στάδιο

Στάδιο 0 του καρκίνου του παχέος εντέρου (καρκίνωμα in situ)

Η θεραπεία του καρκίνου σταδίου 0 (καρκίνωμα in situ) μπορεί να περιλαμβάνει τους ακόλουθους τύπους χειρουργικής επέμβασης:

Ø Τοπική εκτομή (ενδοσκοπική επέμβαση για την αφαίρεση του όγκου χωρίς να χρειαστεί τομή του κοιλιακού τοιχώματος) ή απλή πολυποδεκτομή (επέμβαση αφαίρεσης πολύποδα που έχει εξαλλαγεί σε καρκίνο).

Ø Τμηματεκτομή και αναστόμωση (χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του καρκίνου και συρραφή των άκρων που δημιουργήθηκαν στις περιοχές εκτομής). Εφαρμόζεται όταν το μέγεθος του καρκινικού ιστού δεν επιτρέπει την αφαίρεσή του με τοπική εκτομή.

Στάδιο I του καρκίνου του παχέος εντέρου

Η θεραπεία για τον καρκίνο σταδίου I είναι συνήθως η ακόλουθη:

Ø Τμηματεκτομή και αναστόμωση (χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης του καρκίνου και συρραφής των υγιών άκρων που δημιουργήθηκαν στις περιοχές εκτομής του παχέος εντέρου).

Στάδιο II του καρκίνου του παχέος εντέρου

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου που βρίσκεται στο στάδιο II μπορεί να είναι μία από τις παρακάτω:

Ø Τμηματεκτομή και αναστόμωση (χειρουργική αφαίρεση του όγκου και συρραφή των υγιών άκρων του παχέος εντέρου)

Ø Χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή βιολογική θεραπεία ως μέρος κλινικής μελέτης, μετά τη χειρουργική επέμβαση (επικουρικά).

Στάδιο III του καρκίνου του παχέος εντέρου

Η θεραπεία του καρκίνου σε στάδιο III μπορεί να είναι μία από τις παρακάτω:

Ø Τμηματεκτομή /αναστόμωση σε συνδυασμό με μετεγχειρητική χημειοθεραπεία.

Ø Κλινικές μελέτες χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας, ή βιολογικής θεραπείας μετεγχειρητικά.

Στάδιο IV του καρκίνου του παχέος εντέρου

Η θεραπεία του καρκίνου σταδίου IV μπορεί να είναι μία από τις παρακάτω:

Ø Μερική κολεκτομή και αναστόμωση (αφαίρεση του καρκίνου και συνένωση των άκρων εντέρου που προκύπτουν από την εκτομή, με παράκαμψη του όγκου)

Ø Χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης τμημάτων άλλων οργάνων όπως το ήπαρ, οι πνεύμονες, και οι ωοθήκες στα οποία μπορεί να έχει χορηγήσει μεταστάσεις ο καρκίνος (υπό προϋποθέσεις).

Ø Χημειοθεραπεία.

Ø Κλινικές μελέτες χημειοθεραπείας ή βιολογικής θεραπείας.

Ø Κάποιοι ασθενείς μπορεί να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία ως παρηγορική (ανακουφιστική) θεραπεία η οποία συμβάλλει στην υποχώρηση των συμπτωμάτων του καρκίνου. **(Κατσαρός, 2006)**

5.2 Η χειρουργική αντιμετώπιση

Η **χειρουργική επέμβαση** είναι η κύρια αντιμετώπιση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού. Κατά την επέμβαση μαζί με τον όγκο αφαιρείται και ένα τμήμα παχέος εντέρου και γίνεται και λεμφαδενικός καθαρισμός. Οι κυριότερες επεμβάσεις που έχουν καθιερωθεί είναι :

- Η ημικολεκτομή δεξιά ή αριστερά
- Η σιγμοειδεκτομή
- Η χαμηλή εκτομή του ορθού στην οποία αφαιρείται το σιγμοειδές και το ορθό, μέχρι λίγο πάνω από τον πρωκτικό δακτύλιο για καρκίνο του ορθού. Η αναστόμωση του παχέος εντέρου με το μικρό κολόβωμα του ορθού γίνεται με τον αυτόματο κυκλικό αναστομωτήρα.
- Κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και μόνιμη κολοστομία.
- Τοπική εκτομή του κακοήθους όγκου του ορθού και ενδοορθική ακτινοθεραπεία. **(Ελληνική αντικαρκινική εταιρία. 2004)**

5.3 Η χημειοθεραπεία

Η **χημειοθεραπεία** χρησιμοποιεί φάρμακα που σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα. Είναι συστηματική θεραπεία, το οποίο σημαίνει ότι τα φάρμακα αυτά κυκλοφορούν σε όλο το σώμα του ασθενούς και καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα οπουδήποτε στο σώμα. Μετά από μία επέμβαση για καρκίνο παχέος εντέρου, μπορεί

να παραμείνουν στον οργανισμό καρκινικά κύτταρα τα οποία έχουν φύγει από το έντερο αλλά δεν έχουν αναπτύξει εμφανείς μεταστάσεις.

Τότε σύντομα μετά από το χειρουργείο πρέπει να ξεκινήσει **προληπτική χημειοθεραπεία**, η οποία θα σκοτώσει αυτά τα μικροσκοπικά καρκινικά κύτταρα. Αυτού του είδους η χημειοθεραπεία ονομάζεται συμπληρωματική. Πρόσφατες μελέτες έχουν αποδείξει ότι στους ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε συμπληρωματική χημειοθεραπεία μέσα σε διάστημα 5 εβδομάδων από την επέμβαση, υπήρχαν αυξημένα ποσοστά επιβίωσης και μειωμένα ποσοστά υποτροπής του όγκου. Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φάρμακο στη χημειοθεραπεία για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού είναι η 5-φθοριουρακίλη. Η χημειοθεραπεία γίνεται συνήθως στο νοσοκομείο και είτε χρειάζεται νοσηλεία του ασθενούς είτε μπορεί να γίνει με παραμονή λίγων ωρών στο θάλαμο βραχείας νοσηλείας. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου χρησιμοποιούμε σκευάσματα χημειοθεραπείας και στο σπίτι με από του στόματος λήψη. Συνήθως ακολουθούνται κύκλοι χημειοθεραπειών, οι οποίοι διακόπτονται από ενδιάμεσα διαστήματα ανάρρωσης. **.(Kinghorn & Gamlin. 2004).**

5.3.1 Ανακουφιστική χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι σε θέση να καταστρέψει τόσο τον πρωταρχικό όγκο όσο και τις απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η ανακουφιστική χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο για να επιμηκυνθεί η ζωή, να ελέγχει τα συμπτώματα και να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής. Σκοπός της θεραπείας είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων με την πρόκληση των ελάχιστων δυνατών ανεπιθύμητων ενεργειών.

Είναι λοιπόν απαραίτητο να φέρουμε σε επαφή τον ασθενή και την οικογένεια σε μια θεραπευτική σχέση. **(Kinghorn & Gamlin. 2004).**

5.3.2.Ανεπιθύμητες ενέργειες της ανακουφιστικής χημειοθεραπείας

• Απώλεια των μαλλιών

Η απώλεια των μαλλιών απασχολεί όλους τους αρρώστους που πρόκειται να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία. Η απώλεια των μαλλιών είναι μια ψυχολογικά δυσάρεστη ανεπιθύμητη παρενέργεια της χημειοθεραπείας. Η αλωπεκία αλλοιώνει την εικόνα του σώματος και, συνεπώς δεν μπορεί παρά να δρα αρνητικά στην

ψυχολογία του αρρώστου. Η απώλεια των μαλλιών είναι προσωρινή και μετά το τέλος της χημειοθεραπείας θα ξαναβγούν με διαφορετική όμως υφή και χρώμα.

Η ψύχρανση του κρανίου είναι μια τεχνική που χρησιμοποιείται για την αποφυγή της τριχόπτωσης.

• **Στοματίτιδα**

Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι δυνατό να προκαλέσουν ξηροστομία. Αυτή μπορεί να ποικίλλει από γενική ξηρότητα και, απώλεια της αίσθησης της γεύσης, καταστροφή θηλών της γλώσσας, μέχρι σοβαρή και επώδυνη εξέλκωση. Η στοματίτιδα προκαλείται λόγω του ταχύτατου ρυθμού διαίρεσης των κυττάρων του στοματικού βλεννογόνου, γεγονός που καθιστά την περιοχή πιο ευαίσθητη στα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας.

Η ενημέρωση του αρρώστου για την στοματική υγιεινή είναι σημαντική. Η στοματική υγιεινή με μαλακή οδοντόβουρτσα και τακτικές στοματικές πλύσεις μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση του υγρού και του καθαρού στόματος. Επιπρόσθετα, οι στοματικές πλύσεις που περιέχουν ένα τοπικό αναλγητικό μπορούν να μειώσουν τον πόνο.

• **Περιφερική νευροπάθεια**

Η περιφερική νευροπάθεια έχει παρατηρηθεί ως ανεπιθύμητη ενέργεια ορισμένων φαρμάκων και εμφανίζεται αρκετούς μήνες μετά το πέρας της θεραπείας, πρόκειται για μια μη αναστρέψιμη κατάσταση.

Η έκταση της νευροπάθειας ποικίλει από αιμωδίες έως μειωμένη κινητικότητα η ανεπιθύμητη αυτή ενέργεια υποχωρεί μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας και οι άρρωστοι θα πρέπει να ενημερώνονται γι' αυτό πριν από την έναρξη της αγωγής.

• **Διαταραχή της λειτουργίας του εντέρου**

Άρρωστοι που λαμβάνουν χημειοθεραπεία μπορούν να παρουσιάσουν διάρροια ή δυσκοιλιότητα, και τα δύο είναι πολύ ενοχλητικά και συγκεκριμένα στον καρκίνο του παχέος εντέρου λόγω του πόνου που προέρχεται από τον όγκο, τα συμπτώματα είναι πιο έντονα με κοιλιακό άλγος και έντονη δυσφορία. **(Kinghorn & Gamlin.2004)**

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή και σχετίζονται με τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται. Τα σύγχρονα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα είναι συνήθως καλώς ανεκτά και οι παρενέργειες είναι εύκολα αντιμετωπίσιμες. Σε γενικές γραμμές, τα αντικαρκινικά σκευάσματα καταστρέφουν κύτταρα τα οποία πολλαπλασιάζονται και διαιρούνται ταχύτατα. Για το λόγο αυτό

από τη χημειοθεραπεία επηρεάζονται εκτός των καρκινικών κυττάρων και τα κύτταρα του αίματος και κάποια άλλα. (www.bococ.org.gr)

5.3.3. Πρόοδοι στη χημειοθεραπεία του παχέος εντέρου.

Η 5-φθοριοουρακίλη (5-FU) παρότι εξακολουθεί να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας του καρκίνου του παχέος εντέρου, συνοδεύεται από μικρό ποσοστό αντικειμενικών ανταποκρίσεων (περίπου 10%) και από ασήμαντη επίδραση στη συνολική επιβίωση. Η βιομετατροπή της όμως από το φυλλικό οξύ και η χορήγηση αυτής σε σχήματα παρατεταμένης ενδοφλέβιας χορήγησης συνοδεύεται από στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο ως προς το ποσοστό αντικειμενικής ανταπόκρισης, όσο και ως προς τη συνολική επιβίωση. Παρά ταύτα, δεν έχει ακόμη καθοριστεί, ούτε το προσφορότερο σχήμα χορήγησης της 5-FU, ούτε η προσφορότερη δόση της λευκοβορίνης. Η χορήγηση της 5-FU με λευκοβορίνη σε συνδυασμό με την οξαλοπλατίνη, ένα νέο πλατινούχο παράγωγο σύμφωνα με τις αρχές της χημειοθεραπείας, φαίνεται ότι συνιστά το πιο δραστικό σχήμα στη θεραπεία του προχωρημένου καρκίνου παχέος εντέρου. Με τη θεραπευτική αυτή προσέγγιση καθίσταται επίσης δυνατή η χειρουργική αφαίρεση αρχικώς ανεγχείρητων ηπατικών μεταστάσεων από καρκίνο παχέος εντέρου. Η per-os χορήγηση προφαρμάκων της 5-FU, όπως η καπεσιταμίνη ή η per-os συνχορήγηση της 5-FU με αναστολείς του ενζύμου της αφυδρογενάσης, που είναι υπεύθυνο για τον καταβολισμό της, έχει παρόμοια δραστηριότητα με την ταχεία i.v. χορήγηση αλλά γίνεται καλύτερα ανεκτή. Ο συνδυασμός της 5-FU/λευκοβορίνης σε σχήματα συνεχούς ενδοφλέβιας χορήγησης, με ιρινοτεκάνη (CPT-11), έναν αναστολέα της τοποϊσομεράσης-1 και οξαλοπλατίνη συνοδεύεται από αύξηση τόσο της αντικειμενικής ανταπόκρισης, όσο και της συνολικής επιβίωσης, χωρίς επιβάρυνση της ποιότητας ζωής. Οι συνδυασμοί αυτοί πρέπει σήμερα να αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας πρώτης γραμμής των ασθενών με ΚΠΕ, αν και ο καλύτερος τρόπος χορήγησης των φαρμάκων αυτών αποτελεί αντικείμενο εντατικής έρευνας. (Κουρούσης, 2001)

5.4. Η ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού, έχει θέση μόνο στην περίπτωση του καρκίνου στο ορθό. Έχει βρεθεί ότι η προεγχειρητική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία στο ορθό, μειώνει σημαντικά την πιθανότητα τοπικών υποτροπών της νόσου. Η πιθανότητα τοπικής υποτροπής στον

καρκίνο του ορθού χωρίς ακτινοθεραπεία, φτάνει μέχρι και **50%** μετά το χειρουργείο. Με την ακτινοθεραπεία αυτό το ποσοστό μειώνεται στο **7%**. (www.bococ.org.gr)

Η ακτινοθεραπεία συνιστάται στη χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας με σκοπό την παρεμπόδιση του πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων στο σώμα. Η ακτινοθεραπεία δεν μπορεί να διαφοροποιήσει τα αποτελέσματά της μεταξύ φυσιολογικών και καρκινικών κυττάρων, έτσι, μπορούν να επηρεαστούν και φυσιολογικά κύτταρα που βρίσκονται στην πορεία της δέσμης της ακτινοβολίας, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στον άρρωστο.

Τα περισσότερα ακτινοθεραπευτικά τμήματα χρησιμοποιούν μηχανήματα που ονομάζονται γραμμικοί επιταχυντές, οι οποίοι παράγουν ακτινοβολία με τη χρήση ηλεκτρισμού. Παρόλα αυτά, υπάρχουν ακόμα τμήματα με μηχανήματα που χρησιμοποιούν ραδιενεργό υλικό, κυρίως το κοβάλτιο.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί με τη χρήση αυτών των μηχανημάτων ή με την τοποθέτηση ραδιενεργού υλικού μέσα στον ιστό ή σε μια κοιλότητα, που βρίσκεται κοντά στη νεοπλασματική εστία.

Η θεραπεία αυτή είναι γνωστή ως βραχυθεραπεία. Τα ραδιενεργά ισότοπα μπορούν να χορηγηθούν είτε δια της στοματικής οδού είτε ενδοφλέβια, για τη διεξαγωγή ερευνών ή για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων νεοπλασμάτων. Όλες αυτές οι τεχνικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπευτική ή την ανακουφιστική αντιμετώπιση του καρκίνου. (**Kinghorn & Gamlin. 2004**)

5.4. 1. Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία

Πριν αποφασιστεί το είδος της αντιμετώπισης που θα ακολουθηθεί (θεραπευτική ή ανακουφιστική), θα πρέπει να εξεταστούν προσεκτικά η έκταση της νόσου, οι σωματικές και προσωπικές ανάγκες των ασθενών, καθώς και οι επιθυμίες τους.

Μερικές φορές, κατά την διάγνωση, μπορεί να είναι προφανές ότι η νόσος είναι τόσο εκτεταμένη, ώστε η οριστική θεραπεία να μην είναι εφικτή. Μπορεί να φαίνεται περίεργη η θεώρηση της ακτινοθεραπείας ως ανακουφιστικής φροντίδας, λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών της, αλλά έχει αποδειχτεί χρήσιμη στην αντιμετώπιση ασθενών που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και για τους οποίους η ίαση δεν είναι πλέον δυνατή. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου 45% των ασθενών με καρκίνο θα λάβουν ακτινοθεραπεία κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της νόσου τους. (**Kinghorn & Gamlin 2004**)

5.4.2. Μέθοδοι εφαρμογής της ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται:

1. **Ως τηλεθεραπεία.** Το είδος της τηλεθεραπείας που επιλέγεται εξαρτάται από το βάθος του όγκου που ακτινοβολείται. Τα μηχανήματα χιλιοτάσης ελευθερώνουν τη μέγιστη δόση ακτινοβολίας σε επιφανειακούς όγκους, όπως δέρματος και μαστού. Οι πηγές ακτινών γ (κοβάλτιο -60 μονάδες) ελευθερώνουν τη δόση ακτινοβολίας σε βαθύτερες δομές του σώματος και αφήνουν άθικτο το δέρμα από ανεπιθύμητες ενέργειες. Άλλα μηχανήματα ακτινοθεραπείας, οι γραμμικοί επιταχυντές, ελευθερώνουν τη δόση τους σε βαθύτερους ιστούς, χωρίς να βλάπτουν το δέρμα και, επίσης, δημιουργούν λιγότερο σκεδασμό της ακτινοβολίας μέσα στους ιστούς του σώματος.

2. **Ενδοκοιλιακά.** Το ραδιοϊσότοπο, εισάγεται μέσα σε κοίλα όργανα ή σε υπάρχουσες κοιλότητες του σώματος. Στην υπεζωκοτική και περιτοναϊκή κοιλότητα εισάγονται κολλοειδή διαλύματα χρυσού ή φωσφόρου, ενώ διαλύματα ραδιενεργού χρυσού, νατρίου και βρωμίου, μέσα σε ελαστικούς σάκους, εισάγονται σε κοίλα όργανα.

3. **Με εμφύτευση:** Ραδιοϊσότοπα μέσα σε στερεά περιβλήματα (προστατευτικές θήκες), που μπορεί να έχουν μορφή βελονών, κόκκων καψουλών, συρμάτων και σωλήνων νάιλον, εμφυτεύονται μέσα σε ορισμένους όγκους. Μένουν μόνιμα μέσα στον ιστό ή αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρόνο.

4. **Με ένεση κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσότοπου.**

5. **Εσωτερικά από το στόμα ή ενδοφλέβια (Σαχίνη- Καρδάση και Πάνου.2004)**

Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας είναι η καταβολή, η προσωρινή ή μόνιμη απώλεια των τριχών της περιοχής και η ακτινική δερματίτιδα.

5.5 Η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων

Η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων εναντίον καρκινικών κυττάρων είναι μια άλλη σύγχρονη μορφή θεραπείας, η οποία βγαίνει σιγά -σιγά από το πειραματικό στάδιο και εφαρμόζεται στην κλινική πράξη. Τα αντισώματα αυτά φέρουν πάνω τους χημειοθεραπευτικά μόρια, προσκολλώνται στα καρκινικά κύτταρα εκλεκτικά και τα καταστρέφουν.

Άλλες μορφές ανοσοθεραπείας στοχεύουν στο να ενδυναμώσουν την ανοσολογική αντίδραση του ίδιου του οργανισμού εναντίον των καρκινικών κυττάρων

5.6 Η φωτοδυναμική θεραπεία

Η φωτοδυναμική θεραπεία είναι μια σύγχρονη επίσης μέθοδος, με την οποία τα καρκινικά κύτταρα προσλαμβάνουν μια φωτοευαίσθητη ουσία, η οποία διεγείρεται με μία πηγή φωτός οδηγώντας τα κύτταρα που την περιέχουν σε καταστροφή. (www.bococ.org.gr)

5.7 Η χρήση του laser

Η χρήση του laser βοηθάει στις περιπτώσεις μεγάλων καρκινικών όγκων που προκαλούν **απόφραξη** του παχέος εντέρου ή **αιμορραγία**, σε ασθενείς που έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας και δεν μπορούν να χειρουργηθούν.

5.8 Νέα μέθοδος θεραπείας στον καρκίνο του παχέος εντέρου

Μια νέα, αποτελεσματική θεραπεία κατά του μεταστατικού καρκίνου του παχέος εντέρου είναι διαθέσιμη στους ασθενείς.

Η αρμόδια υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής έκανε θετική εισήγηση για τη θεραπεία με τη δραστική ουσία **μπεφασιζουμάμπη**, η οποία πλήττει τον όγκο, στερώντας του το οξυγόνο. Οι κλινικές μελέτες έδειξαν ότι ο ρόλος της ουσίας είναι εξαιρετικά σημαντικός, καθώς αφορά την αναστολή της ανάπτυξης του δικτύου αιμοφόρων αγγείων που μεταφέρουν οξυγόνο και θρεπτικά στοιχεία στον όγκο, συμβάλλοντας στην επέκτασή του.

Στόχος της θεραπείας είναι ο περιορισμός ενός αυξητικού παράγοντα (VEGF), ο οποίος αποτελεί «κλειδί» για την αγγειογένεση. Με τον τρόπο αυτό εμποδίζεται η παροχή αίματος και κατ'επέκταση η διασπορά κυττάρων σε όλο το σώμα.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως με πάνω από 800,000 θανάτους ετησίως. (**Καραγιώργος, 2004**)

Κεφάλαιο 6^ο

Μετάσταση – επιπλοκές



✓ Μεταστάσεις σε άλλα όργανα ηπατικές μεταστάσεις

✓ Επιπλοκές καρκίνου παχέος εντέρου

✓ Πρόγνωση



Κεφάλαιο 6^ο

Μετάσταση-επιπλοκές

6.1 Μεταστάσεις σε άλλα όργανα ηπατικές μεταστάσεις

Όταν ο καρκίνος του παχέος εντέρου έχει διηθήσει στα γειτονικά όργανα όπως το λεπτό έντερο, σπλήνα, μήτρα, ουροδόχο κύστη, ουρητήρα ή νεφρό πρέπει το διηθημένο όργανο ή μέρος να αφαιρείται μαζί με το αντίστοιχο τμήμα του παχέος εντέρου.

Σε γυναίκες με καρκίνο του ορθού και ιδιαίτερα του πρόσθιου τοιχώματος έστω και αν δεν υπάρχει εμφανές διήθηση πολλοί χειρουργοί πιστεύουν ότι οι κοιλιοπερινεϊκή εκτομή θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει και το οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου, τη μήτρα, τους συνδέσμους και τα εξαρτήματά της, επειδή υπάρχει πυκνή επικοινωνία του ορθού με τα γεννητικά όργανα.

Το 30% των αρρώστων με καρκίνο του παχέος εντέρου κάνει μεταστάσεις στο ήπαρ.

Το 25% των μεταστάσεων του ήπατος είναι εξαιρεσιμες. Συνήθως είναι μονήρεις όγκοι ή δύο όγκοι και είναι δυνατόν να αφαιρεθούν με άτυπη ή τυπική ηπατεκτομή αφαιρώντας τον ένα λοβό.

Από τους ασθενείς που χειρουργούνται για ηπατικές μεταστάσεις το 25% συμπληρώνει πενταετή επιβίωση. Επομένως, υπάρχουν περιθώρια θεραπείας. Αυτό δεν ισχύει σε αρρώστους που οι μεταστάσεις αφορούν και τους δύο λοβούς και είναι πολλαπλές.

Αν οι ηπατικές μεταστάσεις δεν χειρουργηθούν, η μέση επιβίωση είναι 7 μήνες. Μπορεί ακόμη να εφαρμοστεί χημειοθεραπεία. Παλιά χρησιμοποιούνταν διάφορα μηχανήματα που τοποθετούνταν στον υποδόριο ιστό.

Καθετηριαζόταν η ηπατική αρτηρία και χορηγούνταν χημειοθεραπευτικές ουσίες σε συνεχή έκχυση. Τα φάρμακα αυτά δίνουν τα ίδια αποτελέσματα αν δοθούν από την ηπατική φλέβα. Σήμερα πιστεύεται ότι οι δυνατότητες της χημειοθεραπείας είναι περιορισμένες γι'αυτό δεν χρησιμοποιείται ευρέως. Το ίδιο ισχύει και για την ακτινοθεραπεία η οποία είναι διεισδυτική όσο η χειρουργική επέμβαση αλλά χωρίς δυνατότητες για κάτι καλύτερο. (Πομόνη, 2001)

6.2 Επιπλοκές καρκίνου παχέος εντέρου

Έχουν σχέση με τη διασπορά του αδενοκαρκινώματος του παχέος εντέρου, που μπορεί να γίνει με τρεις οδούς: την τοπική οδό, με διήθηση όλου του τοιχώματος και των γειτονικών οργάνων, τη λεμφική οδό, με διήθηση των περιοχικών λεμφαδένων, και την αιματογενή οδό, που μεταφέρει νεοπλασματικά κύτταρα προς το ήπαρ και άλλα όργανα, όπως οι πνέυμονες.

Γενικές επιπλοκές κοινές σε όλους τους καρκίνους

Πρόκειται για:

Ø ηπατικές μεταστάσεις, με συστηματική ψηλάφηση του ήπατος, υπερηχογράφημα και, αν χρειαστεί, αξονική τομογραφία. Η σπειροειδής αξονική τομογραφία με αγγειακή έγχυση(ελικοειδής πυλαία αξονική) έχει ευαισθησία 94% στην αναζήτηση ηπατικών μεταστάσεων από καρκίνο του παχέος εντέρου

Ø πνευμονικές μεταστάσεις : ακτινογραφία θώρακα

Υπερκλειδίες μεταστάσεις (αριστερά)

Τοπικές επιπλοκές σε καρκίνο του παχέος εντέρου

Η φλεγμονή συχνότερα παρατηρείται δεξιά:

Ø υπάρχει σχεδόν πάντα σε λανθάνουσα κατάσταση. Υπάρχει επίσης λευκοκυττάρωση και πολυμορφοπυρήνωση

Ø αποκαλύπτεται λόγω φλεγμονώδους όγκου στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, που συνοδεύεται από τοπικό άλγος και φλεγμονώδες σύνδρομο

Ø ορισμένοι καρκίνοι μπορεί να εξωτερικευθούν με περικολικό απόστημα

Η απόφραξη είναι συχνότερη στους καρκίνους του αριστερού κόλου, που συμβαίνει στις μισές περιπτώσεις. Η εικόνα είναι αυτή της απόφραξης του παχέος εντέρου, όπου η διάγνωση τίθεται με υποκλυσμό με υδατοδιαλυτές ουσίες που γίνεται επειγόντως.

Συχνά, το σημείο της διάτρησης είναι στο επίπεδο του όγκου.

Συχνά επίσης, η διάτρηση γίνεται κεντρικότερα, λόγω υπερδιάστασης του εντέρου, και ιδίως στο πρόσθιο τοίχωμα του τυφλού (διάτρηση λόγω διάτασης) Τότε δημιουργείται περιτονίτιδα μεγάλης βαρύτητας (κοπρανώδης περιτονίτιδα).(**Leger. 2003**)

6.3 Πρόγνωση

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από την επέκταση διασποράς του όγκου η οποία συνήθως καθορίζεται βάσει ταξινομήσεως του Dukes

Οι ασθενείς των οποίων ο όγκος περιορίζεται στο τοίχωμα, έχουν μεγάλη πιθανότητα ίασεως μετά την χειρουργική εκτομή, όπως δείχνει το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης που φτάνει στο 80%.

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

Πρέπει να τονιστεί ότι η πρόγνωση επηρεάζεται αντιστρόφως από την εμφάνιση επιπλοκών (απόφραξη ή διάτρηση). Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την πρόγνωση είναι ο βαθμός διαφοροποίησεως των κυττάρων κατά Broder.

Οι χειρουργημένοι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται σε συχνά χρονικά διαστήματα με αιματολογικές, ακτινολογικές εξετάσεις και ενδοσκοπήσεις. Εάν διαπιστωθεί υποτροπή της νόσου, χειρουργούνται εκ νέου. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται καλύτερο ποσοστό επιβίωσης και καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς **.(Σωτηροπούλου. 1996)**

Κεφάλαιο 7^ο

Διατροφή

✓ Φυτικές ίνες και καρκίνος

✓ Ερμηνεία της προστατευτικής δράσης των φυτικών ινών

✓ Ελαιόλαδο και καρκίνος του παχέος εντέρου

✓ Μεσογειακή διατροφή και καρκίνος παχέος εντέρου

✓ Ο ρόλος της διατροφής στον καρκίνο του παχέος εντέρου

Κεφάλαιο 7^ο

Διατροφή

7.1 Φυτικές ίνες και καρκίνος

Από πολλές μελέτες προκύπτουν ισχυρές ενδείξεις για τον προστατευτικό ρόλο των διαιτητικών φυτικών ινών στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι τροφές που περιέχουν αυξημένη ποσότητα φυτικών ινών είναι τα φρούτα, τα λαχανικά, τα όσπρια, οι ξηροί καρποί και τα δημητριακά(κορνφλέικς-πιτυρούχο ψωμί). Από αυτές, τα φρούτα και τα λαχανικά έχουν περισσότερο προστατευτική δράση, πιθανόν επειδή, πλην των φυτικών ινών, παίζουν ρόλο και άλλοι παράγοντες που περιέχονται στις τροφές αυτές, όπως οι βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία.

Η σύσταση είναι να λαμβάνονται καθημερινά 25-30 γρ. φυτικών ινών (να λαμβάνονται ισοζυγισμένα 5-7 αναλογίες από φρούτα, λαχανικά, όσπρια, δημητριακά, πιτυρούχο ψωμί). Στις δυτικού τύπου δίαιτες η συνήθης ημερησία λήψη φυτικών ινών δεν υπερβαίνει τα 10-11 γρ, που είναι περίπου το ένα τρίτο της απαιτούμενης ποσότητας.

Για τους μηχανισμούς με τους οποίους οι φυτικές ίνες μειώνουν την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου έχουν διατυπωθεί διάφορες υποθέσεις. Η επικρατέστερη είναι ότι οι διαιτητικές φυτικές ίνες αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων, δίνουν συχνότερες κενώσεις, μειώνουν το χρόνο διέλευσης των κοπράνων από το έντερο, με αποτέλεσμα αραίωση των καρκινογόνων ουσιών των κοπράνων και λιγότερη έκθεση του εντέρου σε αυτά. **(Μάλλας, 2004)**

Σε επιδημιολογικές μελέτες έχουν βρεθεί μεταβολές της συχνότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου που μεταναστεύουν και υιοθετούν τοπικές δίαιτες, π.χ. άτομα από τις Φιλιππίνες ή τη Χαβάη εμφανίζουν σε λίγα χρόνια την ίδια συχνότητα καρκίνου με τους κατοίκους της Καλιφόρνιας. Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ίνες του σιταριού και άλλων δημητριακών καθώς και διαφόρων άλλων φυτών που περιέχονται σε μεγάλες ποσότητες στη διατροφή των κατοίκων της Ασίας ή της Αφρικής, ασκούν προστατευτική δράση στην ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου.

Σε μελέτες σε ποντίκια παρατηρήθηκε ότι η εξαλλαγή καλοηθών αδενωμάτων του παχέος εντέρου υπό την επίδραση διαφόρων καρκινογόνων ουσιών αποτρέπει με την πλούσια σε ίνες διατροφή. Ο τύπος των ινών είχε σημασία. Έτσι βρέθηκε ότι

οι ίνες του σιταριού ήταν περισσότερο προστατευτικές από άλλες ίνες όπως π.χ. ίνες φρούτων, κυτταρίνης ακόμη και από το ρύζι και άλλα δημητριακά. (Πολυζός)

7.2 Ερμηνεία της προστατευτικής δράσης των φυτικών ινών.

Οι πιθανοί μηχανισμοί της προστατευτικής δράσης των φυτικών ινών στην καρκινογένεση είναι οι εξής:

- Αραίωση της συγκέντρωσης των καρκινογόνων ουσιών λόγω της παρουσίας φυτικών ινών
- Μεταβολή της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου, με αποτέλεσμα την αδρανοποίηση των καρκινογόνων ουσιών.
- Πρόκληση δυναμικών και λειτουργικών (χημικών) μεταβολών στα κύτταρα του βλεννογόνου με αποτέλεσμα τη μείωση του ρυθμού πολλαπλασιασμού τους.
- Αναστολή της παραγωγής βουτυρικού οξέος (ενός παράγοντα που βοηθά στη διαφοροποίηση των κυττάρων), το οποίο χρησιμοποιείται από τα κύτταρα ως πηγή ενέργειας για τον πολλαπλασιασμό τους. Οι ουσίες με αυτή τη δράση περιγράφονται ως Short Chain Fatty Acids (SCFAS) και επιδρούν σε παράγοντες που επηρεάζουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων, όπως τη διακυτταρική, την P21, και την πρωτεϊνική κινάση C.
- Τροποποίηση του μεταβολισμού των χολικών οξέων που εμπλέκονται στο μηχανισμό καρκινογένεσης.
- Μείωση των PH των κοπράνων.
- Επιτάχυνση της διάρκειας διέλευσης των κοπράνων στον εντερικό αυλό, με αποτέλεσμα την ελάττωση του χρόνου έκθεσης του βλεννογόνου στα καρκινογόνα.

Όλοι οι παραπάνω μηχανισμοί έχουν επιβεβαιωθεί –κατά κάποιον τρόπο– σε πειραματικές μελέτες σε ποντίκια, αλλά και σε ανθρώπους. Έτσι η χορήγηση 10g ινών σε ανθρώπους μείωσε τα επίπεδα δευτερογενών χολικών οξέων, καθώς και τη μεταλλαξιογόνο δράση των κοπράνων. Επίσης με ραδιενεργό Η-Θυμιδίνη (που δείχνει το ρυθμό κυτταρικού πολλαπλασιασμού, βρέθηκε ότι η χορήγηση ινών μείωσε το ρυθμό πολλαπλασιασμού των κυττάρων του εντερικού επιθηλίου ατόμων που είχαν χειρουργηθεί για καρκίνο του παχέος εντέρου και τα οποία ως γνωστό εμφανίζουν προδιάθεση για την ανάπτυξη και άλλων πρωτοπαθών καρκίνων του παχέος εντέρου. (Πολυζός)

7.3 Η δράση του ελαιόλαδου στον καρκίνο του παχέος εντέρου

Η κατανάλωση ελαιόλαδου φαίνεται να προστατεύει από την εκδήλωση καρκίνου του παχέος εντέρου, σύμφωνα με τη μελέτη του Michael Stoneham και της ερευνητικής ομάδας του στο Τμήμα Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, η οποία έχει δημοσιευθεί στο τεύχος Οκτωβρίου του Journal of Epidemiology and Community Health.

Ο συγγραφέας Michael Stoneham αναφέρει ότι "ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μια συχνή μορφή καρκίνου σε πολλές δυτικές χώρες και πιθανώς οφείλεται σε διατροφικούς παράγοντες. Επειδή το ελαιόλαδο θεωρείται ότι επηρεάζει την έκκριση χολικού άλατος στους αρουραίους, έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι μπορεί να επηρεάζει και τη συχνότητα εκδήλωσης καρκίνου του παχέος εντέρου". Σύμφωνα με τη μελέτη του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, φαίνεται ότι υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τη θεωρία ότι το ελαιόλαδο προστατεύει από τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Η μελέτη διεξήχθη σε άνδρες και γυναίκες από 28 χώρες και τέσσερις ηπείρους (περιλαμβανομένων της βόρειας και νότιας Ευρώπης, Αυστραλίας, Καναδά και ΗΠΑ). Αναλύθηκαν οι διατροφικοί παράγοντες σε εθνικό επίπεδο και έγινε σύγκρισή τους με τις διαφορές στην επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου ανά χώρα. Στοιχεία για τη συχνότητα εκδήλωσης καρκίνου ελήφθησαν και από τη Διεθνή Υπηρεσία Αντικαρκινικής Έρευνας (International Agency for Research in Cancer) (1987), (1992), ενώ τα δεδομένα για τη διατροφή ελήφθησαν από τον Οργανισμό Τροφίμων και Αγροτικών Προϊόντων του ΟΗΕ. Η διαφορά της μελέτης αυτής σε σύγκριση με προγενέστερες επιδημιολογικές μελέτες έγκειται στην αξιοποίηση δεδομένων για την κατανάλωση του ελαιόλαδου, τα οποία προέρχονται από το Διεθνές Συμβούλιο για το Ελαιόλαδο (International Olive Oil Council). Με απλή συγκριτική ανάλυση, εντοπίστηκε συσχετισμός μεταξύ της ιδιαίτερα υψηλής επίπτωσης καρκίνου του παχέος εντέρου και των χαμηλών επιπέδων κατανάλωσης δημητριακών και λαχανικών. Ωστόσο, με πολυπαραγοντική ανάλυση, το ελαιόλαδο -μετά τη διόρθωση για τους υπόλοιπους διατροφικούς παράγοντες- εμφανίστηκε ως η μόνη τροφή που μειώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του παχέος εντέρου.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η επίπτωση καρκίνου του παχέος εντέρου είναι χαμηλή στις μεσογειακές χώρες, όπου η κατανάλωση κρέατος είναι μέτρια. Όπως προσθέτει ο M. Stoneham: "Συνεκτιμώντας το γεγονός ότι το

ελαιόλαδο αποτελεί βασικό στοιχείο της διατροφής στις νοτιοευρωπαϊκές χώρες² και ότι θεωρείται σημαντικός ρυθμιστικός παράγοντας για τη συχνότητα εκδήλωσης καρκίνου σε αυτά τα κράτη, υποθέτουμε ότι ίσως υπάρχει κάποιος μηχανισμός με τον οποίο η διατροφή επηρεάζει τον καρκίνο του παχέος εντέρου".

Κύρια αποτελέσματα:

Σε ποσοστό 76%, οι διαφορές μεταξύ των χωρών ως προς την επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου δικαιολογούνται από τρεις σημαντικούς διατροφικούς παράγοντες: κατανάλωση κρέατος, ψαριών και ελαιολάδου, σε συνδυασμό. Το κρέας και τα ψάρια διαπιστώθηκε ότι αυξάνουν την επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, ενώ το ελαιόλαδο την περιορίζει.

Συμπεράσματα:

Το ελαιόλαδο πιθανώς δρα προστατευτικά ως προς την εκδήλωση καρκίνου του παχέος εντέρου. Σύμφωνα με την προτεινόμενη θεωρία, το ελαιόλαδο μπορεί να επηρεάζει τα πρότυπα έκκρισης χολικού οξέος στο παχύ έντερο, κάτι που, με τη σειρά του, ίσως επηρεάζει τον μεταβολισμό πολυαμινών στα κύτταρα του παχέος εντέρου κατά τέτοιο τρόπο ώστε να αναστέλλεται η μετάβαση από το φυσιολογικό βλεννογόνο προς αδένωμα και καρκίνωμα. (Stoneham,2002)

7.4 Καρκίνος παχέος εντέρου και αλκοόλ



Εικόνα 6

Το γενικότερο συμπέρασμα "παν μέτρον άριστον"

Όσοι πίνουν καθημερινά περισσότερα από τρία ποτά - ιδίως μπύρα - διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν καρκίνο του παχέος εντέρου. Σε αυτό το συμπέρασμα κατέληξε ομάδα ευρωπαϊών επιστημόνων, αναλύοντας στοιχεία από περίπου 480 χιλιάδες εθελοντές, τους οποίους παρακολούθησε επί 6 χρόνια.

Η μελέτη, που παρουσιάστηκε στην Διεθνή Επιθεώρηση Καρκίνου, προσπάθησε να συσχετίσει την κατανάλωση αλκοόλ με την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου.

Οι ερευνητές ανέλυσαν στοιχεία από την Ευρωπαϊκή Προοπτική Μελέτη για τον Καρκίνο και την Διατροφή - την επονομαζόμενη EPIC, που διεξάγεται από το 1992 σε δέκα ευρωπαϊκές χώρες. Κανένας από τους εθελοντές της μελέτης δεν είχε καρκίνο όταν πρωτοδήλωσε συμμετοχή. Στην διάρκεια των 6 ετών καταγράφηκαν 1.833 κρούσματα καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι επιστήμονες διαπίστωσαν ότι η συστηματική κατανάλωση αλκοόλ στη διάρκεια της ζωής αύξανε τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου, αλλά ιδίως όταν υπερέβαινε τα 30 γραμμάρια αλκοόλ την ημέρα. Η ποσότητα αυτή υπάρχει σε περίπου 1 λίτρο "δυνατή" μύρα ή σε δύο μεγάλα ποτήρια κρασί.

Όσοι εθελοντές έπιναν αυτές τις ποσότητες αλκοόλ είχαν κατά μέσον όρο 25% περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν τον συγκεκριμένο καρκίνο, με την μύρα να αυξάνει τον κίνδυνο λίγο περισσότερο απ' όσο το κρασί. Τις άνδρας έχει 1 πιθανότητα τις 20 να αναπτύξει καρκίνο του παχέος εντέρου κάποια στιγμή στη ζωή του – και μία γυναίκα 1 τις 18. Οι ειδικοί συνιστούν δύο με τρία οινόπνευματώδη ποτά για τις άνδρες και ένα με δύο για τις γυναίκες. Το γενικότερο συμπέρασμα «παν μέτρον άριστον». **Κουτρολού, 2007)**

7.5 Μεσογειακή διατροφή κατά καρκίνου παχέος εντέρου

Σημαντικότερο πρόβλημα υγείας σε όλο τον κόσμο και μία από τις σημαντικότερες αιτίες θνησιμότητας των δυτικών κοινωνιών και των κοινωνιών με δυτικοποιημένο τρόπο ζωής αποτελεί σήμερα ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Στην Ευρώπη, όπου παρουσιάζονται 305.000 περίπου νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο και 168.000 άνθρωποι πεθαίνουν από τη νόσο, είναι σήμερα ο πιο συχνός καρκίνος.

Μια νόσος που αποτελεί τόσο σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, έχει προκαλέσει το επιστημονικό ενδιαφέρον τόσο σε επίπεδο πρωτογενούς όσο και δευτερογενούς πρόληψης.

Τα παραπάνω τονίστηκαν από ειδικούς επιστήμονες κατά τη χθεσινή πρώτη μέρα των εργασιών του 26ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας, που διοργανώθηκε από την Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία και πραγματοποιείται στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών με την προεδρία του διευθυντού του

γαστρεντερολογικού τμήματος του νοσοκομείου «Αγία Ολγα» Ιωάννου Καραγιάννη, επίκουρου καθηγητή Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ο καθηγητής Επιδημιολογίας στο Πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ Δημήτρης Τριχόπουλος, τόνισε την αξία της μεσογειακής διατροφής, που χαρακτηρίζεται από 9 στοιχεία: την κατανάλωση μονοακόρεστων λιπών σε σχέση με τα κορεσμένα λίπη, την περιορισμένη κατανάλωση αλκοόλης, κυρίως σε μορφή κρασιού κατά τη διάρκεια των γευμάτων, την αυξημένη κατανάλωση λαχανικών, δημητριακών, φρούτων, οσπρίων και ψαριού, τη μειωμένη κατανάλωση κρέατος και παραγώγων του και τη μέτρια κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών σε συνδυασμό πάντα με φυσική άσκηση. (**Σοφία Νέτα**)

7.6 Ο ρόλος της διατροφής στον καρκίνο του παχέος εντέρου

Είναι ευρύτερα γνωστός ο ρόλος της διατροφής και της λήψης διαφόρων ερεθιστικών ουσιών στην εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Διάφορες μελέτες έχουν κατά καιρούς αποδείξει ότι μια διατροφή πλούσια σε κρέας και νιτρώδη και φτωχή σε ίνες και λαχανικά αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου του καρκίνου. Το πρόβλημα παρουσιάζεται πολύ συχνά στο δυτικό τρόπο διατροφής που βασίζεται στο κρέας και στην μεγάλη κατανάλωση λίπους και υδατανθράκων (ειδικά ζάχαρη), σε έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ και αφορούσε τις διατροφικές συνήθειες 4400 ατόμων σε γνωστό πανεπιστήμιο των ΗΠΑ. Τα άτομα αυτά που έτρωγαν καθημερινά κρέας και ζάχαρη σε μεγάλες ποσότητες και λίγα φρούτα και λαχανικά διπλασιάζουν τις πιθανότητες της εμφάνισης του Ca του παχέους εντέρου με ταυτόχρονη αύξηση του λίπους (παχυσαρκία) και της χοληστερίνης. Αντίθετα όσοι έχουν στη διατροφή τους και περιλαμβάνουν άφθονα φρούτα και λαχανικά ελάττωναν τον κίνδυνο αυτό κατά 40% ενώ ήταν πιο αδύνατοι και πιο δραστήριοι. Ο Μεσογειακός (λεγόμενος) τρόπος διατροφής είναι κατά τους επιστήμονες ο πιο ενδεδειγμένος για τη σωστή διατροφική αγωγή του ατόμου. Η Σοφία των Πατέρων της Ορθοδόξου Εκκλησίας θεσμοθετώντας τις περιόδους της νηστείας (και αποχής από του κρέατος κατά συνέπεια) κατάφερε από τους αιώνες να διατηρεί καλή υγεία , και σε συνδυασμό με την πνευματική ανάταση, ευεξία και δύναμη ζωής στα μέλη της. (**Κοκάκης, 2007**)

Κεφάλαιο 8^ο

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου

✓ Προεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου

✓ Μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου

✓ Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με στομία πεπτικού συστήματος

Ø Είδη κολοστομίας

Ø Περιποίηση κολοστομίας

Ø Πλύση κολοστομίας

Ø Διδασκαλία του αρρώστου για την κολοστομία

**Ø Μόνιμη κολοστομία: Αλλαγή σωματικού ειδώλου,
ψυχολογικές επιπτώσεις και αντιμετώπιση**

**✓ Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε
χημειοθεραπεία**

**✓ Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε
ακτινοθεραπεία**

Κεφάλαιο 8^ο

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου

8.1 Προεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου

1.Κάλυψη θρεπτικών αναγκών του αρρώστου με υπερθερμιδική χαμηλού υπολείμματος δίαιτα ,αρκετές ημέρες πριν την επέμβαση, αν το επιτρέπει η κατάσταση του

2.Παρακολούθηση και αναγραφή παθολογικών απωλειών υγρών (εμετοί, διάρροια)

3.Διατήρηση ενυδάτωσης με ενδοφλέβιες χορηγήσεις και αναγραφή όγκου αποβαλλομένων ούρων

4.Μείωση βακτηριακής χλωρίδας κόλου με μηχανικό καθαρισμό και αντιβίωση από το στόμα και παρεντερικά, με βάση την ιατρική οδηγία.

5.Παροχή βοήθειας στον άρρωστο να κατανοήσει και να αποδεχτεί την κολοστομία.

6.Ετοιμασία για την εγχείρηση, με εκτέλεση των συνήθων προεγχειρητικών διαδικασιών και τροποποίηση τους για κάλυψη εξατομικευμένων αναγκών

7.Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων. Εξαιτίας άγχους αναμένεται κάποια αύξηση στην αρτηριακή πίεση και στη συχνότητα του σφυγμού

8.Επισκόπηση του εγχειρητικού πεδίου για ολοκλήρωση της προετοιμασίας του

9.Επαλήθευση ότι ο άρρωστος δεν έφαγε τις οκτώ τελευταίες ώρες και ότι δεν πήρε υγρά για τουλάχιστον τέσσερις ώρες.

10.Κένωση της ουροδόχου κύστης. Μέτρηση και καταγραφή της ώρας και του ποσού των ούρων.

11.Αφαίρεση κοσμημάτων, φακών επαφής και τεχνητών οδοντοστοιχιών και παράδοση για ασφαλή φύλαξη.

12.Σε γυναίκα με βαμμένα νύχια, αφαιρούμε το χρώμα τους για να είναι δυνατός ο έλεγχος τους για κυάνωση στο χειρουργείο και μετά την επέμβαση.

13.Βοήθεια του αρρώστου να φορέσει την ειδική στολή για το χειρουργείο

14.Χορήγηση των προαναισθητικών φαρμάκων στη σωστή ώρα

15.Συμπλήρωση και υπογραφή του φύλλου προεγχειρητικής ετοιμασίας, το οποίο τοποθετείται στο φάκελο του αρρώστου.

16.Ασφαλής μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο

17.Ενημέρωση των συγγενών για την κατάσταση του αρρώστου μετά την επέμβαση. (**Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου. 2004, Αθανάτου. 2004**)

8.2 Μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου

1.Φροντίδα για τη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες κινήσεις και συγχρονισμένο βάδισμα.

2.Τακτοποίηση του αρρώστου στην κατάλληλη για κάθε περίπτωση θέση. Συνήθης θέση μετά το χειρουργείο είναι η ύπτια με το κεφάλι πλάγια για την πρόληψη εισρρόφησης εμεσμάτων και πνιγμού, σε περίπτωση εμέτου, καθώς και πτώσεως της γλώσσας προς τα πίσω.

3.Γίνεται έλεγχος : των ζωτικών σημείων , για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης, του τραύματος, των εξωτερικών γαζών μήπως αιμορραγούν, των παροχετεύσεων συνδέσεις και λειτουργία τους, του επιπέδου συνείδησης και τις κινήσεις των άκρων που αφορούν τη νευρολογική κατάστασή του

4.Προστασία του αρρώστου από ρεύματα αέρα να μη κρυώσει.

5.Εκτίμηση του πόνου και της δυσφορίας και φροντίδα για την ανακουφισή του.

6.Παρακολούθηση της ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών, του ρυθμού ροής, φροντίδα για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης.

7.Ενθάρρυνση αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές να βήχει, να αλλάζει συχνά θέση για την πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα.

8.Τοποθέτηση στο κομοδίνο χαρτοβάμβακο, νεφροειδές καθώς και το κουδούνι για να διευκολύνεται η επικοινωνία του. .

9.Αν φέρει κολοστομία, παρακολούθηση του χειρουργικού τραύματος
(**Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου. 2004, Αθανάτου. 2004**)

8.3 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με κολοστομία πεπτικού συστήματος

Κολοστομία είναι ένα παροδικό ή μόνιμο άνοιγμα του κόλου στο κοιλιακό τοίχωμα. Το κόλο έχει δυο λειτουργίες. Να συγκεντρώνει και να αποθηκεύει τις

περιττωματικές ουσίες και να και να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες. Και οι δύο αυτές λειτουργίες επιτελούνται ανεπαρκώς εξαιτίας της κολοστομίας. Το είδος και η συχνότητα της κοπρανώδους απέκκρισης – και η τεχνική για την αγωγή της – εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την εντόπιση της κολοστομίας.

8.3.1 Είδη κολοστομίας

Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία

Συχνά ονομάζονται «στεγνές» κολοστομίες γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παράγει σχηματισμένα κόπρανα. Η πλύση ένας υποκλυσμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα, μέσα από το στόμιο, μπορεί να βοηθήσει στη λειτουργία του εντέρου.

Εγκάρσια κολοστομία

α) Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδες. Έλεγχος με τη βοήθεια πλύσεων είναι δυνατός σε ορισμένες περιπτώσεις, όχι όμως στην πλειοψηφία τους.

β) Ο άρρωστος σχεδόν με βεβαιότητα θα χρειάζεται πάντοτε σάκο.

γ) Το απέκκριμα μπορεί να περιέχει πεπτικά ένζυμα, η προστασία επομένως του δέρματος γύρω από το στόμιο είναι απαραίτητη.

Η εγκάρσια κολοστομία γίνεται σε δυο είδη που είναι η εγκάρσια κολοστομία διπλού αυλού καθώς και η αγκυλωτή κολοστομία.

Ανιούσα κολοστομία

Το απέκκριμα είναι υδαρές. Ρέει σχεδόν συνεχώς. Υπάρχει το πρόβλημα ερεθισμού του δέρματος. Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη. Συνήθως η αγωγή της είναι όμοια με εκείνη της ειλεοστομίας. Υλικό εκλογής είναι ο αποχετευόμενος σάκος, προτιμότερο με δακτύλιο από ρητίνη καράγια. **(Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου. 2004**

8.3.2 Περιποίηση κολοστομίας

Η περιποίηση και η πλύση κολοστομίας αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας.

Τα αντικείμενα τα οποία χρειαζόμαστε για την διαδικασία περιποίησης της κολοστομίας είναι:

1. Δισκος που περιέχει:

§ Μπόλ με τολύπια και χαρτοβάμβακο

§ Φυσιολογικό ορό και phisohex

§ Σετ αλλαγής

§ Νεφροειδές

§ Αδιάβροχο με τετράγωνο

2. skin gel της Holister

3. πάστα καράγια

4. σάκοι κολοστομίας

5. πλαστικός σάκος για τη συλλογή του σάκου κολοστομίας μιας χρήσης

6. σαπούνι νερό και τρίφτης

<u>Νοσηλευτική ενέργεια</u> Φάση προετοιμασίας	Αιτιολόγηση ενέργειας
1.χρησιμοποιώντας διαμόμετρο στομίων διαλέξτε το διαμέτρημα που εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το αγγίζει. Παραγγείλετε το διαμέτρημα που αντιστοιχεί στην κάτω τυπωμένη σειρά του διαμετρομέτρου	1.Μικρότερο διαμέτρημα θα ερεθίσει το στόμιο. Μεγαλύτερο διαμέτρημα θα αφήσει ακάλυπτο το δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα. Υπάρχουν σάκοι με 7 έτοιμα διαμετρήματα σε εκατοστά.
2. δώστε στον άρρωστο αναπαυτική θέση τέτοια; Που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Εξασφαλίστε ιδιαιτερότητα.	2.Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να παίρνει μέρος και να κατανοεί αυτό που του γίνεται, ώστε τελικά, να μπορεί να κάνει την αλλαγή μόνος του.
3. εξηγήστε στον άρρωστο τις λεπτομέρειες	
4. αποκαλύψτε την περιοχή του στομίου και αφαιρέστε το σάκο κολοστομίας	
5.τυλίξτε το χρησιμοποιούμενο σάκο και βάλτε τον στον πλαστικό σάκο αχρήστων	
6. τοποθετήστε το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το στόμιο.	
7. τοποθετήστε το νεφροειδές κάτω από το στόμιο σε επαφή με το σώμα.	

Πίνακας 1

Η ρητίνη καράγια είναι φυσική ουσία, που σιγά-σιγά διαλύεται καθώς προστατεύει την περιοχή γύρω από το στόμιο. Μερικές φορές, μάλιστα, κομμάτια της πέφτουν μέσα στο σάκο. Ο σάκος στο επάνω μέρος του έχει φίλτρο διαφυγής αερίων. Για αποφυγή δημιουργίας κενού αέρα στο κλειστό σύστημα του σάκου, τοποθετούμε τσαλακωμένο κομμάτι χαρτοβάμβακου μέσα στο σάκο. Ο σάκος κολοστομίας με ρητίνη καράγια είναι μιας χρήσης. Η αλλαγή του πρέπει να γίνεται όταν γεμίσει μέχρι τη μέση ή όταν ο δακτύλιος δείχνει φανερά σημεία φθοράς, όποτε παύει να προστατεύει το δέρμα. Επειδή η ρητίνη καράγια είναι φυσική ουσία ο δακτύλιος μπορεί να διαφέρει σημαντικά στο χρώμα. Διάρκεια ζωής του δακτυλίου επηρεάζεται από τους παρακάτω παράγοντες:

- 1.θερμοκρασία σώματος και περιβάλλοντος
- 2.υγρασία περιβάλλοντος
- 3.κινητικότητα και εφίδρωση ατόμου.
- 4.φύση και ποσότητα εξερχόμενου από το στόμιο υλικού
- 5.σωστή επιλογή διαμετρήματος στομίου και σωστή εφαρμογή σάκου.(**Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου. 2004**)

8.3. 3. Πλύση κολοστομίας

Σκοπός της πλύσης κολοστομίας είναι:

1. Ο καθαρισμός του περιφερικού τμήματος του εντέρου όταν η κολοστομία έχει διπλό αυλό.
2. Η κένωση του εντέρου από κόπρανα, αέρια και βλέννα
3. Η άσκηση του εντέρου να επανέλθει στη φυσιολογική του λειτουργία και να έχει τακτική κένωση.

Υλικό νοσηλείας :

Δίσκος με :

Ø Set πλύσεως κολοστομίας ή κλυστήρα ή fleet enema.

Ø Καθετήρα ορθού, γάντια βαζελίνη.

Ø Διάλυμα σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

Ø Νεφροειδές, χαρτοβάμβακο, χαρτοσακούλα.

Ø Αδιάβροχο μιας χρήσεως ή απορροφητικό χαρτί.

§ Κουβέρτα νοσηλείας αν υπάρχει

§ Παραβάν, αν δεν υπάρχουν κουρτίνες στο κρεβάτι

§ δοχείο με κάλυμμα ή μεγάλο νεφροειδές

§ Στύλος ορού

Τύποι διαλύματος που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι :σαπουνάδα, φυσιολογικός ορός, χαμομήλι, λάδι παραφινέλαιο.

Θερμοκρασία περίπου 37-38 °C

Ποσόν διαλύματος 250-300cc περίπου και περισσότερο .

Ενημέρωση και προετοιμασία του αρρώστου.

- Ενημερώστε τον άρρωστο για τη νοσηλεία
- Ζητήστε τη συνεργασία και τη συμμετοχή του στη νοσηλεία, αν μπορεί και επιθυμεί ο ίδιος. Αυτό ενέχει στοιχεία διδασκαλίας, θα συμβάλουν στην εξοικείωσή του, για να μπορέσει να ανεξαρτοποιηθεί ευκολότερα.
- Δώστε θέση ύπια στον άρρωστο με κλίση προς το μέρος της κολοστομίας.

Εκτέλεση πλύσεως κολοστομίας

- Τοποθετήστε την κουβέρτα νοσηλείας και κατεβάστε τα κλινοσκεπάσματα στο κάτω μέρος του κρεβατιού
- Τοποθετείστε το αδιάβροχο κάτω από την κολοστομία για την προστασία των κλινοσκεπασμάτων.
- Αφαιρέστε και απορρίψτε το σάκο
- Τοποθετήστε το δοχείο ή το νεφροειδές κάτω από την κολοστομία,
- Καλύπτοντας με χαρτοβάμβακο την πλευρά που ακουμπάει στο σώμα του αρρώστου, για να απορροφηθεί υγρό που μπορεί να βρέξει τα λευχίματα ή το στρώμα
- Κρεμάστε το σάκο με το διάλυμα ή τον κλυστήρα στη στήλη του ορού ή ετοιμάστε το fleet enema.
- Επαλείψτε τον καθετήρα ή τον κώνο με βαζελίνη, αφαιρέστε τον αέρα, αφήνοντας να πέσει μια μικρή ποσότητα διαλύματος στο νεφροειδές. Ο αέρας στο έντερο μπορεί να προβληματίσει τον άρρωστο με τυμπανισμό.
- Εισάγετε τον καθετήρα μέχρι 6-8 εκ ή τον κώνο στο έντερο δια του στομίου με ήπιες κινήσεις για την πρόληψη τραυματισμού. Αν ο καθετήρας δεν προχωρεί μην ασκείται βία. Αφήστε να τρέξει το διάλυμα και ωθήστε ήπια τον καθετήρα προς τα μέσα.
- Κρατείστε το σάκο ή τον κλυστήρα περίπου 40 εκ ψηλότερα από την κολοστομία για να εξασφαλίσετε χαμηλή πίεση και περιμένετε να πέσει το διάλυμα. Στο fleet enema πιέστε ήπια το σάκο. Αν ο άρρωστος παρουσιάζει κωλικό εντέρου (πόνο)

διακόψετε τη ροή και περιμένετε να ηρεμήσει. Οι κολικοί αποδίδονται συχνά στο ταχύ ρυθμό εισαγωγής του διαλύματος.

- Αφαιρέστε τον καθετήρα ή τον κώνο από το στόμιο της κολοστομίας, όταν πέσει το διάλυμα και αποχωρίστε τον από τον σωλήνα αφήνοντας τον στο νεφροειδές.
- Προστατέψτε τα λευχίματα και τον εαυτό σας από τυχόν απότομη έξοδο περιεχομένου του εντέρου, κρατώντας το νεφροειδές κοντά στο στόμιο της κολοστομίας
- Επαναλάβεται την πλύση αν κρίνεται αναγκαίο
- Περιμένετε τουλάχιστον 15' για να κενωθεί το έντερο. Αν δεν αποβληθεί το περιεχόμενο, πιθανόν να χρειασθεί τοποθέτηση σωλήνα αερίων για την υποβοήθηση της εξόδου του. Συστήνεται στον άρρωστο να μετακινηθεί ή να ανασηκωθεί για την καλύτερη διέγερση του εντέρου.(Αθανάτου,2004)

8.3.4. Διδασκαλία κολοστομίας

1. Φροντίδα στόματος, αλλαγή σάκου, άδειασμα σάκου.

2. Φροντίδα δέρματος.

3. Έλεγχος κακοσμίας.

α. Αποφυγή σιτίων που δημιουργούν οσμές κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, αυγά, ψάρια, φασόλια.

β. Το γιαούρτι, ο χυμός ενός είδους μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών.

γ. Οι οσμές μπορεί να τεθούν κάτω από έλεγχο με τη λήψη ενός ή δύο δισκίων υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και προ του ύπνου.

4. Έλεγχος αερίων.

α. Η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται, σε φαγητά με πολλά καρυκεύματα και στα αεριούχα ποτά.

β. Αποφυγή σιτίων που δημιουργούν αέρια. Φασόλια, λαχανικά, κρεμμύδια, ραδίκια. αγγούρια.

5. Δίαιτα.

α. Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων, καλή μάσηση της τροφής

β. Εξατομίκευση της διαίτας, ώστε να είναι πλήρης και να μη δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

6. Ενδυμασία

α. Μπορεί να φορεθεί ζώνη, πρέπει όμως να είναι μεγαλύτερου μεγέθους για να δέχεται και το σάκο.

β. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιώ.

7. Φάρμακα

8. Ταξίδια

α. Δεν αντενδείκνυτε το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, αρκεί να έχει μαζί του ο άρρωστος το κουτί φροντίδας του στομίου.

9. Σπορ

α επιτρέπεται η συμμετοχή σε όλα τα είδη σπορ

β προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν στη συμμετοχή σε σπορ επαφής, όπως το ποδόσφαιρο.

10. Ύπνος

Οποιαδήποτε θέση μπορεί να ληφθεί κατά τον ύπνο.

11. απόφραξη.(Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου. 2004)

8.3.5. Μόνιμη κολοστομία: Αλλαγή σωματικού ειδώλου, ψυχολογικές επιπτώσεις και αντιμετώπιση.

Όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τον καρκίνο, το αίσθημα της ελπίδας μπορεί να το παρακινήσει, να το δραστηριοποιήσει, να του δώσει νόημα και λόγο να υπάρχει στη ζωή. Η διατήρηση της ελπίδας και της προσδοκίας για μια ευνοϊκή έκβαση, είναι έννοιες ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της αλλαγής της σωματικής εικόνας και τις ψυχολογικές της επιπτώσεις, την συνέχιση των καθημερινών δραστηριοτήτων, την διατήρηση ενός λειτουργικού ρόλου μέσα στην οικογένεια, και γιατί όχι την πιθανότητα μεγαλύτερης επιβίωσης.

Το αίσθημα της ελπίδας στα άτομα με καρκίνο, σχετίζεται με την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων –που προέκυψαν από τη νόσο- και την βελτίωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής, μέσα από την συνεχή τους απασχόληση και την, κατά το δυνατόν, φυσική τους ανεξαρτησία.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες, ευθυνόμενος για το 11% των θανάτων από αυτόν(Κουράκλης 1999, Πατικός & Καραμανώλης 2000) .

Υπολογίζεται ότι στη Ευρώπη πεθαίνουν περίπου 60000 άτομα από τα 150000 με καρκίνο του παχέος εντέρου που διαγιγνώσκονται ανά έτος .

Στην Ελλάδα κάθε χρόνο προσβάλλονται από καρκίνο 15.000 άντρες εκ των οποίων το 5.57% (δηλαδή 836 άτομα περίπου) από καρκίνο του παχέος εντέρου και 11500 από τις οποίες το 7,15% (δηλαδή 823 άτομα περίπου) από τον ίδιο καρκίνο. Συνολικά 1659 άτομα κάθε χρόνο. **(Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος)**

Στον καρκίνο του παχέος εντέρου η χειρουργική θεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής και ο καρκινοπαθής άρρωστος επιστρέφει από το χειρουργείο με μια μόνιμη κολοστομία, την δημιουργία της οποίας πρέπει να αποδεχτεί, ώστε στη συνέχεια να μπορέσει να προσαρμοστεί σε ένα καινούργιο τρόπο ζωής όσο το δυνατόν λιγότερο επώδυνα.

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

Η αντίληψη του σωματικού του ειδώλου όχι απλά απειλείται, αλλά είναι πραγματικότητα η αλλαγή του με όλες τις ψυχολογικές επιπτώσεις, όχι μόνο στο ίδιο το άτομο αλλά και στο περιβάλλον του. Η διατήρηση δε του ελέγχου των πασχόντων επάνω στον εαυτό τους και το περιβάλλον τους δεν είναι πάντοτε εύκολο νο επιτευχθεί. Αυτό είναι έντονα αισθητό στα ηλικιωμένα άτομα, που η ικανότητα για αυτοφροντίδα και επικοινωνία είναι ελαττωμένη. Γίνεται έτσι σαφής και επιτακτική η ανάγκη ενίσχυσης, κατανόησης, υποστήριξης, εκπαίδευσης και ενημέρωσης, όχι μόνο των ασθενών αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος .

Πολλοί ασθενείς (92%)έχουν αρνητική αντίληψη της καταστασεώς τους, εξ αιτίας της οποίας νομίζουν ότι δεν μπορούν πλέον να ζήσουν μια φυσιολογική και δραστήρια ζωή. **(Σαββοπούλου1991, Σαββοπούλου 2001)**

Είναι καθήκον του νοσηλευτή να τους τονίσει ότι χιλιάδες είναι οι άνθρωποι που βρέθηκαν στην θέση τους και ένοιωσαν τους ίδιους φόβους. Και όμως έχουν αναρρώσει πλήρως και συνεχίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

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

Αν λάβουμε δε υπόψη μας ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει άτομα ηλικίας περίπου 50 ετών και άνω – δηλαδή στην πιο παραγωγική τους ηλικία – το ερώτημα που τίθεται είναι, μπορούν αυτοί οι άνθρωποι να συνεχίσουν την συνήθη εργασία τους; Έχουμε προγράμματα αποκατάστασης κολοστομημένων ατόμων; είναι πάντως πρόβλημα αν η εργασία τους έχει σχέση με ανύψωση ή τράβηγμα βαρών.(**Σαββοπούλου. 2004**)

Ας μην ξεχνούν στο σημείο αυτό οι κολοστομημένοι ασθενείς ότι ο/η συντροφός τους εκτιμά περισσότερο την προσωπικότητα τους την αμοιβαία τους αγάπη και προσφορά στο γάμο και την οικογένεια τους.

Η ποιότητα της ζωής των ατόμων, που υποβάλλονται σε ριζική θεραπευτική αντιμετώπιση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού πρέπει θεωρητικά να μένει αλώβητη.(**Μπεσμπέας. 2000**). Αυτό όμως δεν είναι πάντοτε κατορθωτό, ιδιαίτερα όταν ο καρκίνος εντοπίζεται πολύ χαμηλά στο ορθό και είναι απαραίτητο να γίνει ακρωτηριαστική εγχείρηση και δημιουργία μόνιμης κολοστομίας.

Σημαντικός είναι ο ρόλος του γιατρού και του νοσηλευτή οι οποίοι με τον τρόπο τους ο καθένας βοηθά τον κολοστομημένο άρρωστο να μπορέσει να ανταπεξέλθει στην κατάσταση αυτή.

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα περιποιηθεί την κολοστομία του ασθενούς και θα τον διδάξει για να κάνει αυτές της ενέργειες μόνος του. Υπάρχουν σήμερα χιλιάδες βοηθήματα και υλικά τα οποία κάνουν τους χειρισμούς εύκολους. Με αυτά τα βοηθήματα εξασφαλίζεται κένωση του εντέρου σχεδόν φυσιολογική, με ελευθερία διατροφής και ενδυμασίας και δραστηριοποίηση του ατόμου κοινωνικά και επαγγελματικά. Οι άνθρωποι αυτοί μπορούν μετά τον μεταχειρητικό χρόνο ανάρρωσης να ξαναρχίσουν τις αθλητικές τους δραστηριότητες. Δραστηριότητες χωρίς προβλήματα είναι η ελαφρά άθληση, η γυμναστική, το τένις ο χορός, η ποδηλασία και το κολύμπι.

Σήμερα επίσης υπάρχει δυνατότητα παρέμβασης ψυχοκοινωνικού χαρακτήρα όπως η κοινωνική υποστήριξη, η συμβουλευτική, οι οποίες χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν τους κολοστομημένους ανθρώπους να αναρρώσουν.(**Μπεσμπέας. 1989**)

8.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων, προκαλούν ναυτία εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα και, από

τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Προβλήματα του αρρώστου:

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

Σκοποί της φροντίδας

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

Παρέμβαση

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών
4. Γεύματα συχνά μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά
5. Προσεκτική φροντίδα στόματος
6. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις
7. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
8. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας
9. Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.

10. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου
11. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών. **(Σαχίνη- Καρδάση και Πάνου. 2004, Ρούπα-Δαριβάκη. 2000)**

8.5 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία

Προβλήματα του αρρώστου

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου (αναιμία)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσότοπου στη στοματική κοιλότητα)
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσότοπου
5. Κίνδυνοι αιμορραγίας(θρομβοπενία)
6. Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία)
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για το άρρωστο και το περιβάλλον
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, αριθμητικός και χρονικός αριθμός επισκεπτηρίου.)

Παρέμβαση

1. Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχτεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης
2. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.
3. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρησή του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.
4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπιση τους όταν εκδηλωθούν. **(Σαχίνη- Καρδάση και Πάνου. 2004)**

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται σε γενικές γραμμές, ως εξής.

1. Ναυτία και έμετοι

I. χορήγηση ηρεμιστικών αντιεμετικών και αντιισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

II. ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.

III. χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας

IV. σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου.

2. Αντιδράσεις από το δέρμα

I. Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση

II. Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα

III. Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μόλυβδου, ψευδάργυρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες επιθέματα και λευκοπλάστη.

IV. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.

V. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέυ και γαζών lanettwax

3. Διάρροια

I. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

II. Χορήγηση διαίτας με μικρό υπόλειμμα

4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

I. Ηπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών

II. Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικό φαγητό)

III. Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας

IV. Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς

5. Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών.

I. Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.

II. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες.

6. Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή

7. Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχτεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία.) **.(Σαχίνη- Καρδάση και Πάνου. 2004 , Ρούπα-Δαριβάκη. 2000).**

Κεφάλαιο 9^ο

Ψυχολογικές επιπτώσεις

✓ Εκτίμηση του καρκινικού πόνου

✓ Καρκίνος και κατάθλιψη

Κεφάλαιο 9^ο

Ψυχολογικές επιπτώσεις

9.1 Εκτίμηση του καρκινικού πόνου

Η εκτίμηση είναι ένα ζωτικής σημασίας πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. απαιτεί την κατανόηση όχι μόνο των φυσικών προβλημάτων αλλά και των ψυχολογικών, πνευματικών και κοινωνικών συντελεστών της ολικής ταλαιπωρίας του ασθενούς.

Τα κύρια βήματα για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο περιγράφονται στη συνέχεια. Η άγνοια τους αποτελεί βασική αιτία εσφαλμένης διάγνωσης και ακατάλληλης αντιμετώπισης.

1. Πρέπει να πιστεύουμε όσα αναφέρει ο ασθενής για πόνο

2. Ξεκινάμε συζητήσεις γύρω από τον πόνο.

Στην αρχική εκτίμηση, ο λειτουργός υγείας θα πρέπει να ρωτήσει ειδικά τον ασθενή σχετικά με τον πόνο. Μερικές φορές ο ασθενής μπορεί να είναι διστακτικός να παραδεχτεί ότι πονάει επειδή, για παράδειγμα, φοβάται κάποια ένεση ή μια βίαιη εισαγωγή στο νοσοκομείο. Εάν ο ασθενής δεν είναι ικανός να περιγράψει τον πόνο ακολουθούμε τα εξής:

- Παρατηρήσεις ατόμων που την/τον φροντίζουν.
- Διάφορες φωνήσεις, π.χ. βογκητά .
- Εκφράσεις του προσώπου π.χ. ζάρωμα των φρυδιών
- Αλλαγές στις φυσιολογικές αντιδράσεις , π.χ. αύξηση ή ελάττωση της αρτηριακής πίεσης
- Ανταπόκριση σε δοκιμασία δόση αναλγητικών

3. Εκτιμούμε τη σοβαρότητα του πόνου.

Η εκτίμηση της σοβαρότητας του πόνου μπορεί να γίνει μέσω κλιμάκων πόνου οι οποίες είναι βοηθητικές και όχι ουσιαστικής σημασίας

4. Γίνεται λήψη λεπτομερούς ιστορικού αναφορικά με τον πόνο του ασθενούς

Πρέπει να λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό για να αποκαλυφθεί η εντόπιση και κατανομή του πόνου, η ποιότητα και η σοβαρότητά του το εάν είναι συνεχής ή διακεκομμένος καθώς και ποιοι παράγοντες τον βελτιώνουν ή τον χειροτερεύουν.

5. Εκτιμούμε την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.

Οι πληροφορίες σχετικά με προηγούμενες νόσους, με το παρόν επίπεδο άγχους και κατάθλιψης, με σκέψεις αυτοκτονίας, καθώς και το βαθμό της λειτουργικής ανικανότητας βοηθούν να τακτοποιηθούν οι ασθενείς, οι οποίοι ενδεχομένως χρειάζονται περισσότερο ειδική ψυχολογική υποστήριξη.

6.Κανουμε προσεκτική φυσική εξέταση

Στην εκτίμηση του ασθενούς με καρκίνο, το λεπτομερές ιστορικό και η προσεκτική κλινική εξέταση ίσως αποδειχθούν αρκετά για τον προσδιορισμό της αιτίας του πόνου και για την ευκολότερη εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας.

7. Ζητάμε και επιβλέπουμε προσεκτικά κάθε αναγκαία διερεύνηση.

Διαγνωστική διερεύνηση απαιτείται σε περιπτώσεις που υπάρχει αμφιβολία σχετικά με τα αίτια του πόνου ή όταν η απόφαση για την παραπέρα αντικαρκινική θεραπεία εξαρτάται από την ακριβή εντόπιση της νόσου.

8. σκεφτόμαστε εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου

Αν και η φαρμακευτική θεραπεία είναι το κύριο μέσο για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο, διάφορες εναλλακτικές μέθοδοι προσφέρουν, σε ορισμένες μορφές πόνου σημαντική ανακούφιση.

9. Εκτιμούμε τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Η συνεχής εκτίμηση και παρακολούθηση της θεραπείας απαιτεί μια ομαδική προσέγγιση και στηρίζεται κυρίως στις παρατηρήσεις του λειτουργού της υγείας ο οποίος φροντίζει τον ασθενή.(Ρηγάτος, 2000)

9.2 Καρκίνος και κατάθλιψη

Οι τρεις συνηθέστερες ψυχιατρικές διαγνώσεις στους καρκινοπαθείς είναι οι καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχές προσαρμογής και οργανικά σύνδρομα. Σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα, το θετικό ψυχιατρικό ιστορικό αναδεικνύεται ως ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου ψυχικής νόσησης και ακολουθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο, τη θεραπεία και το περιβάλλον. Γεγονός είναι ότι η ψυχολογική αντίδραση στη νόσο διαμορφώνεται από την προσωπικότητα και την προσαρμοστικότητα του ασθενούς και φαίνεται ότι η μαχητική αντιμετώπιση ευοδώνει την ψυχολογική προσαρμοστικότητα. Η κατάθλιψη παραμένει αδιάγνωστη στο 20-25% των καρκινοπαθών ποσοστό το οποίο προσεγγίζει το 80% στην ομάδα ασθενών τελικού σταδίου. Αυτό φαίνεται ότι οφείλεται αφενός στο ότι πολλοί κλινικοί συμμερίζονται τη διαδεδομένη άποψη σύμφωνα με την οποία η κατάθλιψη

αποτελεί φυσιολογική αντίδραση στον καρκίνο και αφετέρου στη σημαντική αλληλοεπικάλυψη των συμπτωμάτων του καρκίνου και της κατάθλιψης. Οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου διακρίνονται σε βιολογικούς και ψυχολογικούς. Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης αποτελεί το πρώτο σημαντικό βήμα για την εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και του κινδύνου αυτοκτονίας, ο οποίος είναι διπλάσιος στον πληθυσμό των καρκινοπαθών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Η θεραπεία με σύγχρονα αντικαταθλιπτικά και η ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου παρέχουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα. **(Βελέντζα και Μαμπλέκου.2003)**

ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μεθοδός μας στηρίχτηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη-Καρδάση 1997)

B. Πληθυσμός και δείγμα

Για τη συλλογή των στοιχείων της έρευνας μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλο σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο απευθυνόταν σε 200 τυχαίους πολίτες ηλικίας από 18 και πάνω. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 55 ερωτήσεις. Από αυτές οι 8 ήταν ανοικτού τύπου και από τις υπόλοιπες 47 ερωτήσεις οι 16 ήταν διχοτομικού τύπου και οι υπόλοιπες 31 εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Απρίλιο του 2008 μέχρι και τον Ιούλιο του ίδιου χρόνου στην περιοχή της Πάτρας, του Πύργου και του Μεσολογγίου.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλεχτήκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 10 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής

Κριτήριο εισαγωγής στην έρευνα μας ήταν απλοί πολίτες τυχαίου δείγματος για να δούμε τις συνήθειες που έχει ο σημερινός άνθρωπος.

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

Μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Που υπήρχαν 7 μη ολοκληρωμένα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τα οποία δεν περιλαμβάνονται στην έρευνα.

ΣΤ. Ζητήματα βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς .(να μην υποστεί καμία βλάβη φυσική συγκινησιακή κ.τ.λ. πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας καθώς και αυτοδιάθεσης)

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της ερευνάς μας επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα)τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας- σχολή της φοίτησης μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμίο των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μια ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων. Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέση τιμή (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0.05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο). Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 193 πολίτες οι οποίοι ήταν τυχαίο δείγμα ηλικίας 18 ετών και άνω. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

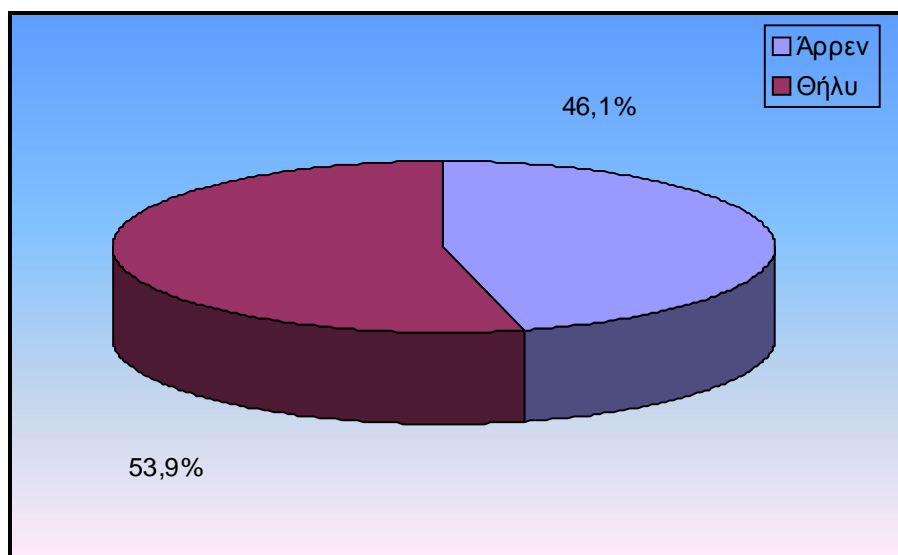
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες ήταν γυναίκες σε ποσοστό 53,9% ενώ οι υπόλοιποι άνδρες (89 άτομα – ποσοστό 46,1%) (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

ΦΥΛΟ	N=193	Percent (%)
Άρρεν	89	46,1
Θήλυ	104	53,9

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

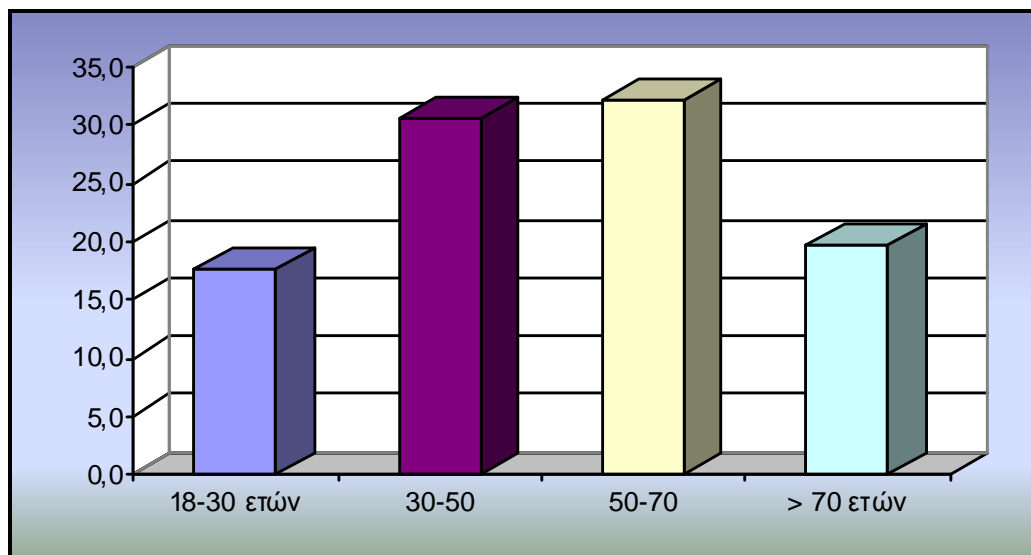


Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι έχουν ηλικία 50-70 ετών σε ποσοστό 32,1%. και η αμέσως επόμενη ηλικία ήταν από 30–50 ετών σε ποσοστό 30,6%. Ακολούθησαν οι ηλικίες άνω των 70 ετών (ποσοστό 19,7%) και 18-30 ετών (ποσοστό 17,6%) (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 2:Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	N=193	Percent (%)
18-30 ετών	34	17,6
30-50	59	30,6
50-70	62	32,1
> 70 ετών	38	19,7

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία

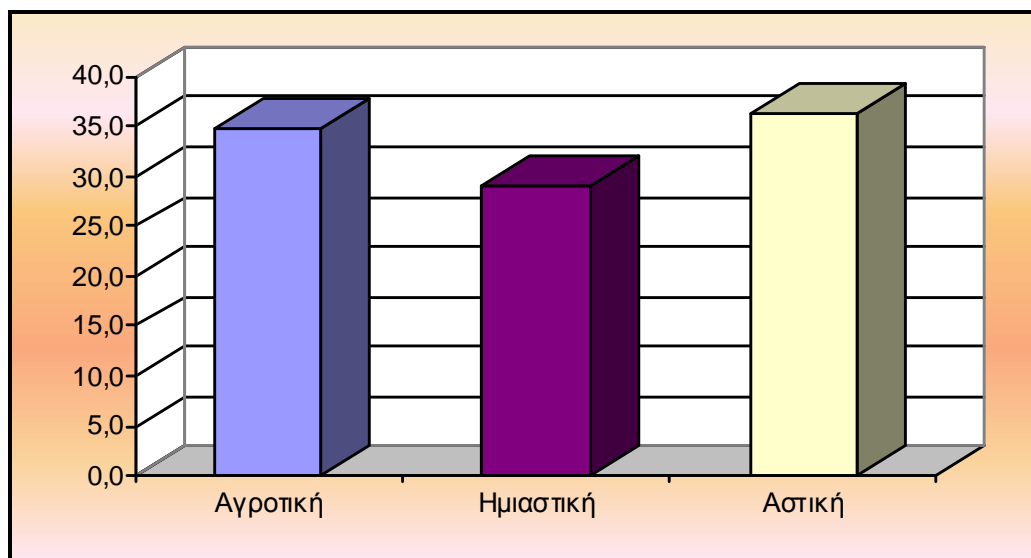


Οι περισσότεροι των ερωτηθέντων κατάγονταν από αστικές περιοχές σε ποσοστό 36,3%, ακολούθησαν οι καταγόμενοι από αγροτικές περιοχές σε ποσοστό 34,7% και οι λιγότεροι σε ποσοστό 29,0% από ημιαστικές περιοχές (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας

ΚΑΤΟΙΚΙΑ	N=193	Percent (%)
Αγροτική	67	34,7
Ημιαστική	56	29,0
Αστική	70	36,3

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας

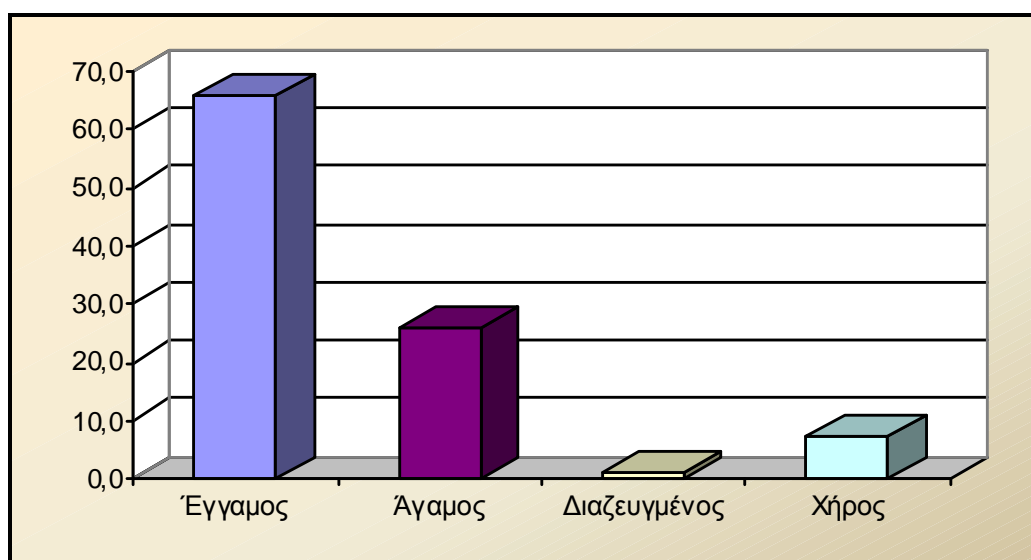


Σε ποσοστό 65,8% οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν έγγαμοι, ακολούθησαν οι άγαμοι (50 άτομα, ποσοστό 25,9%) και οι χήροι σε ποσοστό 7,3% ενώ υπήρχε και ένα μικρό ποσοστό της τάξης των 1% οι οποίοι είναι διαζευγμένοι (Πίνακας 4, Σχήμα 4).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	N=193	Percent (%)
Έγγαμος	127	65,8
Άγαμος	50	25,9
Διαζευγμένος	2	1,0
Χήρος	14	7,3

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

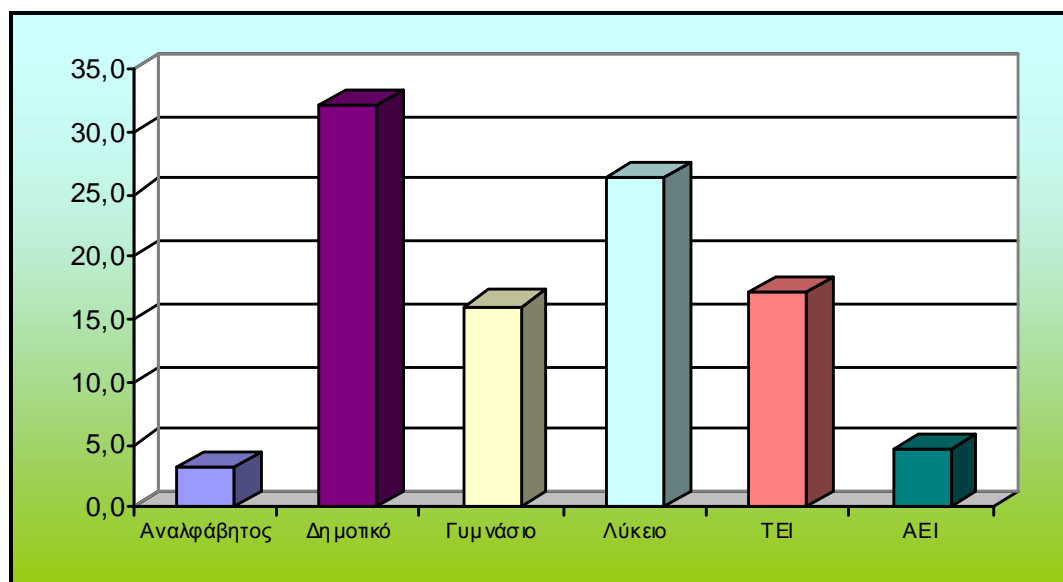


Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες είχαν γνώσεις δημοτικού (62 άτομα, 32,1%), ακολούθησαν οι ερωτηθέντες με γνώσεις λυκείου σε ποσοστό 26,4% και οι απόφοιτοι ΤΕΙ σε ποσοστό 17,1%. Εντύπωση προκαλεί ότι ποσοστό 3,1% των ερωτηθέντων δήλωσε αναλφάβητος ποσοστό παρόμοιο σχεδόν με τους αποφοίτους ΑΕΙ (ποσοστό 4,7%) (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις γραμματικές γνώσεις.

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	N=193	Percent (%)
Αναλφάβητος	6	3,1
Δημοτικό	62	32,1
Γυμνάσιο	31	16,1
Λύκειο	51	26,4
ΤΕΙ	33	17,1
ΑΕΙ	9	4,7

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις γραμματικές γνώσεις.

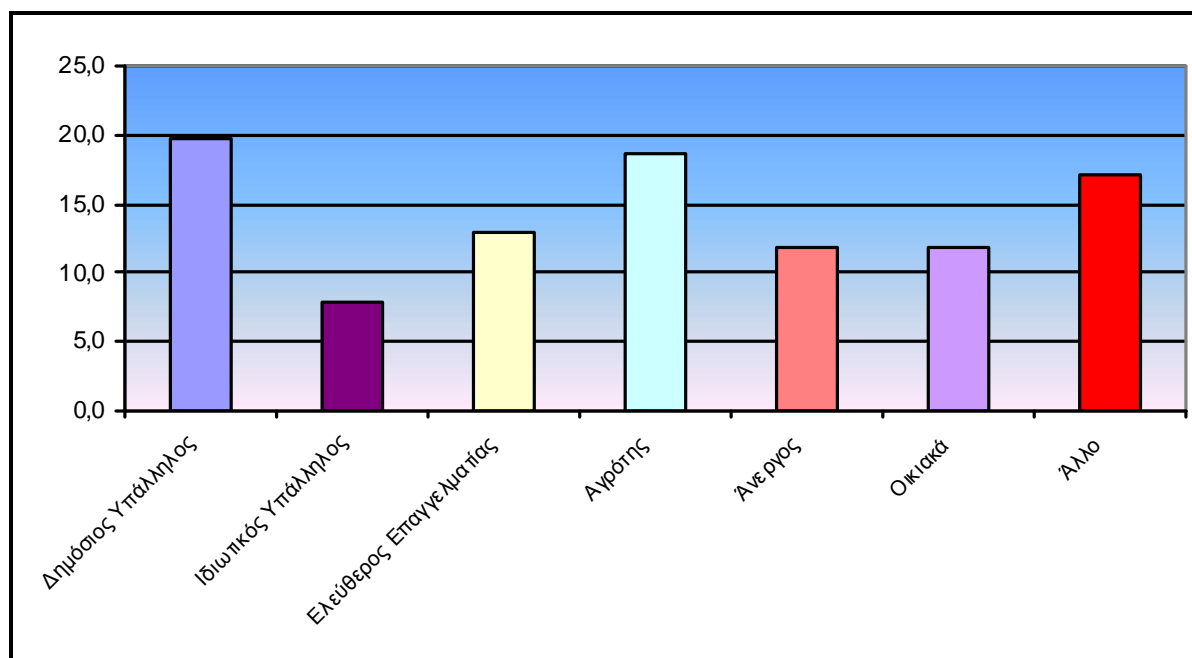


Σε ποσοστό 19,7% οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι ήταν δημόσιοι υπάλληλοι σε ποσοστό 18,7 ότι ήταν αγρότες και ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 11,9% δήλωσαν άνεργοι ενώ τόσοι εκ των ερωτηθέντων δήλωσαν οικιακά (Πίνακας 6, Σχήμα 6).

Πίνακας 6: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση το επάγγελμα τους

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	N=193	Percent (%)
Δημόσιος Υπάλληλος	38	19,7
Ιδιωτικός Υπάλληλος	15	7,8
Ελεύθερος Επαγγελματίας	25	12,9
Αγρότης	36	18,7
Άνεργος	23	11,9
Οικιακά	23	11,9
Άλλο	33	17,1

Σχήμα 6: Κατανομή των ερωτηθέντων με βάση το επάγγελμα τους.



Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι ήταν συνταξιούχοι σε ποσοστό 23,8% και ακολούθησαν οι φοιτητές σε ποσοστό 9,8% ενώ στην ερώτηση αυτή οι περισσότεροι δεν έδωσαν απάντηση δεδομένου ότι ήταν καλυμμένοι από την προηγούμενη ερώτηση. Το ποσοστό αυτών των ατόμων ήταν 43,5% δηλαδή 84 άτομα (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το ακριβές επάγγελμά τους

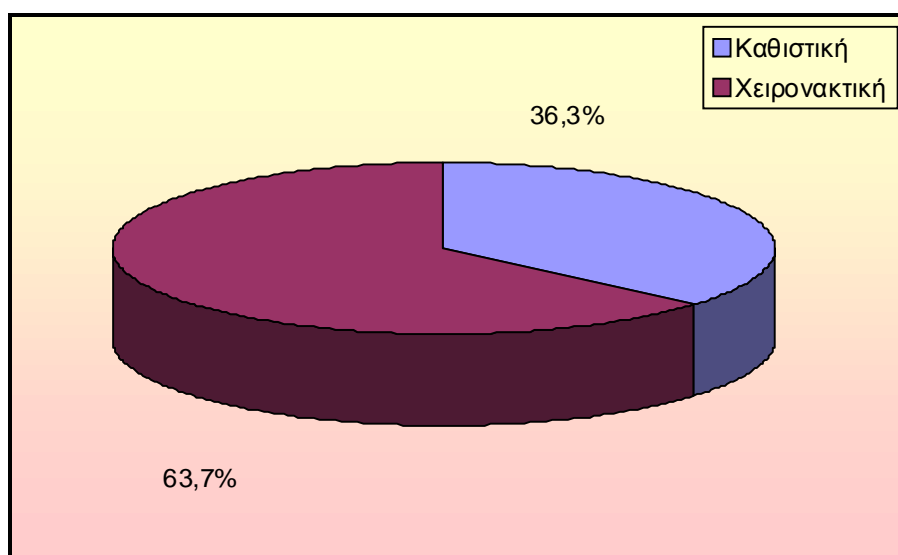
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	N=193	Percent (%)
Φοιτητής	19	9,8
Συνταξιούχος	46	23,8
Εμπορος	3	1,6
Ιδιοκτήτης Καταστήματος	9	4,7
Επιχειρηματίας	2	1,0
Ιατρικός Επισκέπτης	1	0,5
Πυροσβέστης	1	0,5
Υπάλληλος Συντονισμού	1	0,5
Λογίστρια	1	0,5
Νοσηλεύτης	8	4,1
Πολίτικος Μηχανικός	2	1,0
Βοηθός Θαλάμου	4	2,1
Βοηθός Μικροβιολόγου	1	0,5
Ξενοδοχοϋπάλληλος	1	0,5
Γεωπόνος	1	0,5
Ακτινολογικό Εργαστήριο	1	0,5
Εκπαιδευτικός	1	0,5
Βιβλιοθηκονόμος	1	0,5
Καθαρίστρια	1	0,5
Κομμώτρια	1	0,5
Γραμματέας	1	0,5
Αστυνομικός	2	1,0
Κληρικός	1	0,5

Οι περισσότεροι που ερωτήθηκαν για το είδος της εργασίας τους απάντησαν ότι η εργασία τους ήταν χειρονακτική σε ποσοστό 63,7 δηλαδή 123 άτομα ενώ οι υπόλοιποι δήλωσαν ότι κάνουν καθιστική εργασία (Πίνακας 8, Σχήμα 7).

Πίνακας 8: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το είδος εργασίας.

ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	N=193	Percent (%)
Καθιστική	70	36,2
Χειρονακτική	123	63,7

Σχήμα 7: κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το είδος εργασίας.

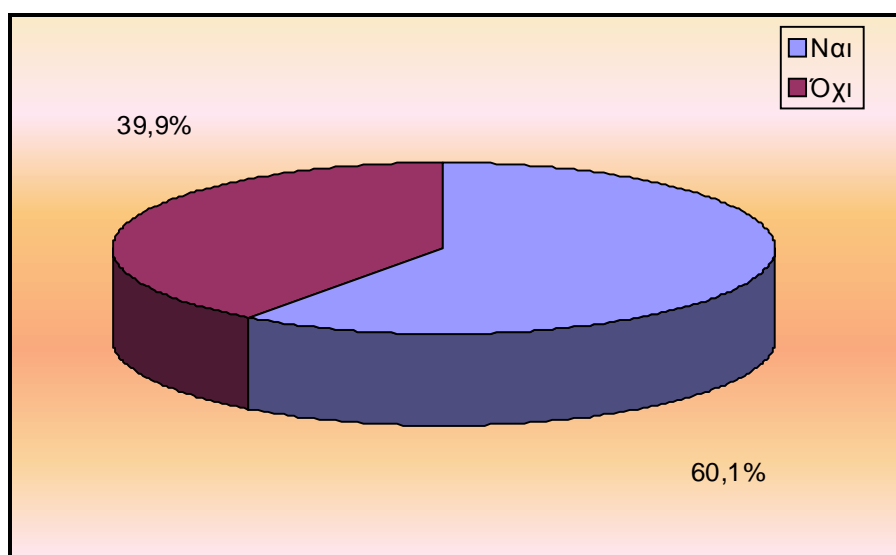


Στην ερώτηση αν η εργασία τους, τους προκαλεί άγχος οι περισσότεροι απάντησαν ναι σε ποσοστό 60,1 % δηλαδή 116 άτομα. Οι υπόλοιποι ανέφεραν ότι η εργασία τους δεν τους προκαλεί άγχος (77 άτομα, ποσοστό 39,9%) (Πίνακας 9, Σχήμα 8).

Πίνακας 9: Κατανομή των ερωτηθέντων για το αν το επάγγελμά τους, τους δημιουργεί άγχος.

ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΣΑΣ, ΣΑΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ ΑΓΧΟΣ;	N=193	Percent (%)
Ναι	116	60,1
Όχι	77	39,9

Σχήμα 8: Κατανομή των ερωτηθέντων για το αν το επάγγελμά τους, τους δημιουργεί άγχος.

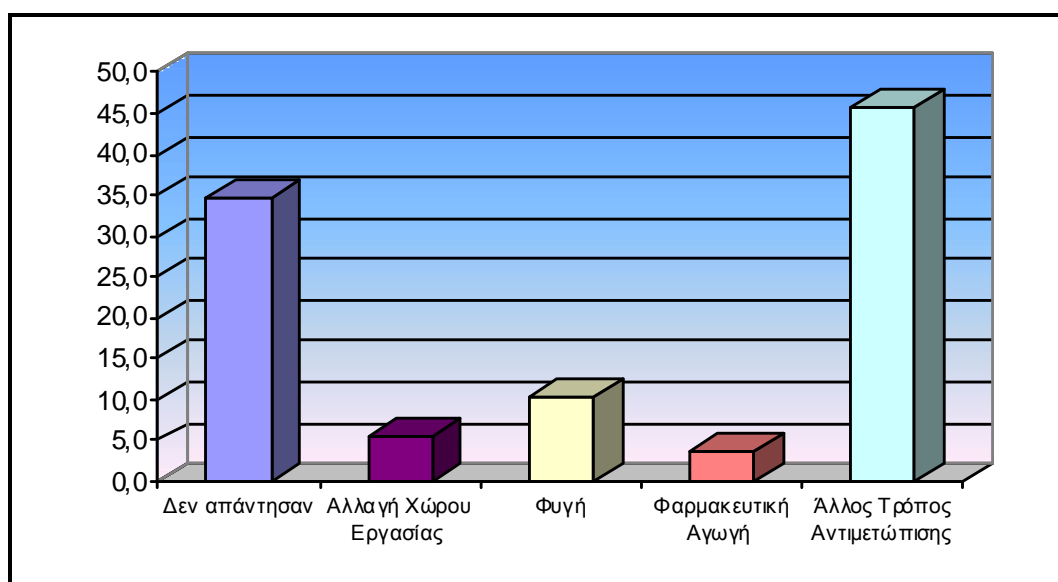


Ο τρόπος αντιμετώπισης του άγχους για τους περισσότερους από τους ερωτηθέντες ήταν κάποιος άλλος τρόπος αντιμετώπισης σε ποσοστό 45,6% (88 άτομα) ορισμένοι απάντησαν ότι δεν έκαναν τίποτα για να το αντιμετωπίσουν σε ποσοστό 34,7% (67 άτομα). Εντύπωση όμως προκαλεί το γεγονός ότι ποσοστό 3,6% λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπίσουν το άγχος τους (Πίνακας 10, Σχήμα 9).

Πίνακας 10: Κατανομή των ερωτηθέντων για το ποιος είναι ο τρόπος αντιμετώπισης του άγχους.

ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ	N=193	Percent (%)
Δεν απάντησαν	67	34,7
Αλλαγή Χώρου Εργασίας	11	5,7
Φυγή	20	10,4
Φαρμακευτική Αγωγή	7	3,6
Άλλος Τρόπος Αντιμετώπισης	88	45,6

Σχήμα 9: Κατανομή των ερωτηθέντων για το ποιος είναι ο τρόπος αντιμετώπισης του άγχους.

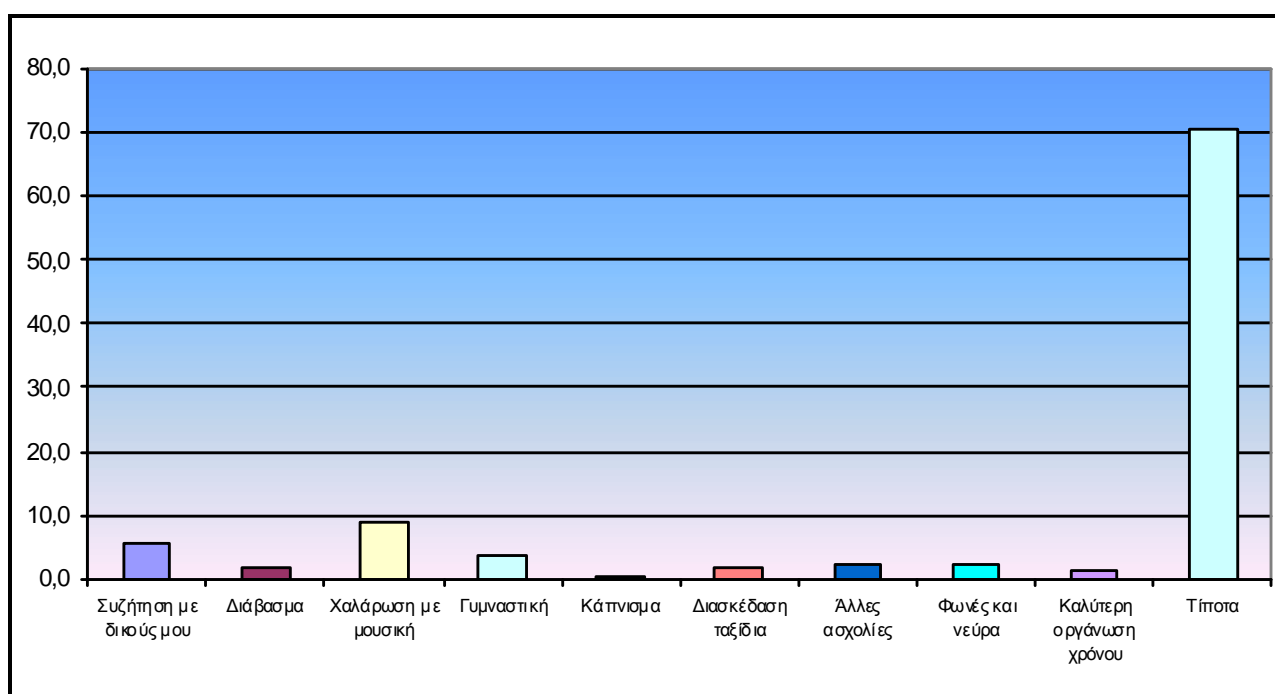


Ο τρόπος που αντιμετωπίζουν το άγχος σε ποσοστό 8,8 % (17 άτομα) ήταν η χαλάρωση με μουσική. Οι περισσότεροι από αυτούς και σε αρκετά μεγάλο ποσοστό (ποσοστό 5,7%) προτιμούν τη συζήτηση με τους δικούς τους ενώ έχουν απαντήσει ότι δεν κάνουν τίποτα για να το αντιμετωπίσουν ποσοστό 70,5% (Πίνακας 11, Σχήμα 10).

Πίνακας 11: Κατανομή των ερωτηθέντων για το ποιος είναι συγκεκριμένα ο τρόπος αντιμετώπισης του άγχους.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ	N=193	Percent (%)
Συζήτηση με δικούς μου	11	5,7
Διάβασμα	4	2,1
Χαλάρωση με μουσική	17	8,8
Γυμναστική	7	3,6
Κάπνισμα	1	0,5
Διασκέδαση ταξίδια	4	2,1
Άλλες ασχολίες	5	2,6
Φωνές και νεύρα	5	2,6
Καλύτερη οργάνωση χρόνου	3	1,6
Τίποτα	136	70,5

Σχήμα 10: Κατανομή των ερωτηθέντων για το ποιος είναι συγκεκριμένα ο τρόπος αντιμετώπισης του άγχους.

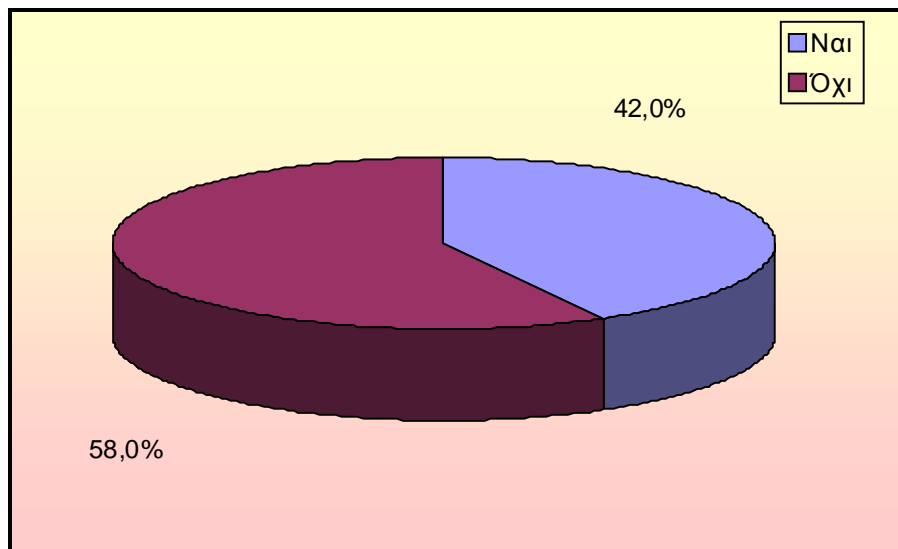


Στην ερώτηση αν θεωρούν επιβλαβή την εργασία στην υγεία τους οι περισσότεροι απάντησαν όχι, σε ποσοστό 58,0% (112 άτομα) ενώ οι υπόλοιποι 81 (ποσοστό 42,0%) απάντησαν ναι (Πίνακας 12, Σχήμα 11).

Πίνακας 12: Κατανομή των ερωτηθέντων για το αν θεωρούν επιβλαβή την εργασία στην υγεία τους.

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΕΠΙΒΛΑΒΗ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ;	N=193	Percent (%)
Ναι	81	42,0
Όχι	112	58,0

Σχήμα 11: Κατανομή των ερωτηθέντων για το αν θεωρούν επιβλαβή την εργασία στην υγεία τους.

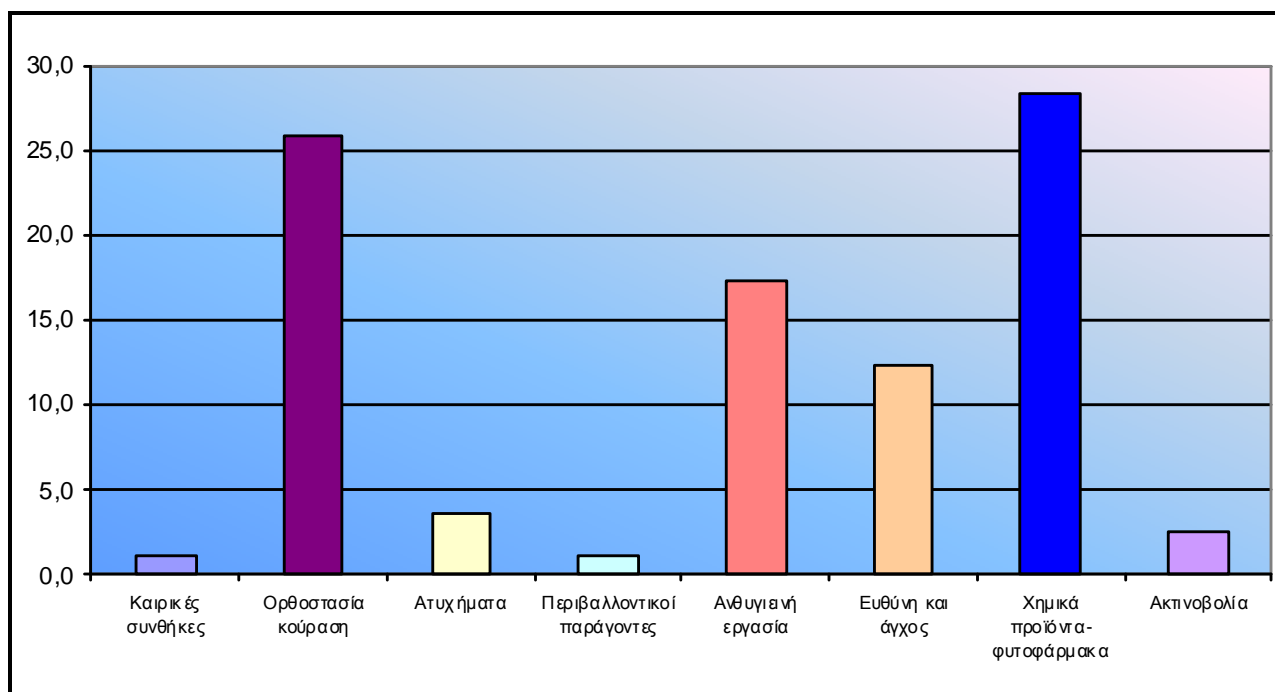


Από αυτούς που απάντησαν ότι υπάρχει κάποιος παράγοντας βλάβης της υγείας τους από την εργασία που κάνουν το 28,4% αυτών θεωρεί ότι προέρχεται από χημικά προϊόντα και φυτοφάρμακα, ποσοστό 25,9% θεωρεί την ορθοστασία και την κούραση, ποσοστό 17,3% θεωρεί ότι είναι ανθυγιεινή και ποσοστό 12,3% λόγω της ευθύνης και του άγχους που έχουν (Πίνακας 13, Σχήμα 12).

Πίνακας 13 : Κατανομή των ερωτηθέντων για το ποιος νομίζουν ότι είναι ο παράγοντας για την βλάβη στην υγεία τους.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΒΛΑΒΗΣ	N=81	Percent (%)
Καιρικές συνθήκες	1	1,2
Ορθοστασία κούραση	21	25,9
Ατυχήματα	3	3,7
Περιβαλλοντικοί παράγοντες	1	1,2
Ανθυγιεινή εργασία	14	17,3
Ευθύνη και άγχος	10	12,3
Χημικά προϊόντα- φυτοφάρμακα	23	28,4
Ακτινοβολία	2	2,5

Σχήμα 12: Κατανομή των ερωτηθέντων για το ποιος νομίζουν ότι είναι ο παράγοντας για την βλάβη στην υγεία τους.

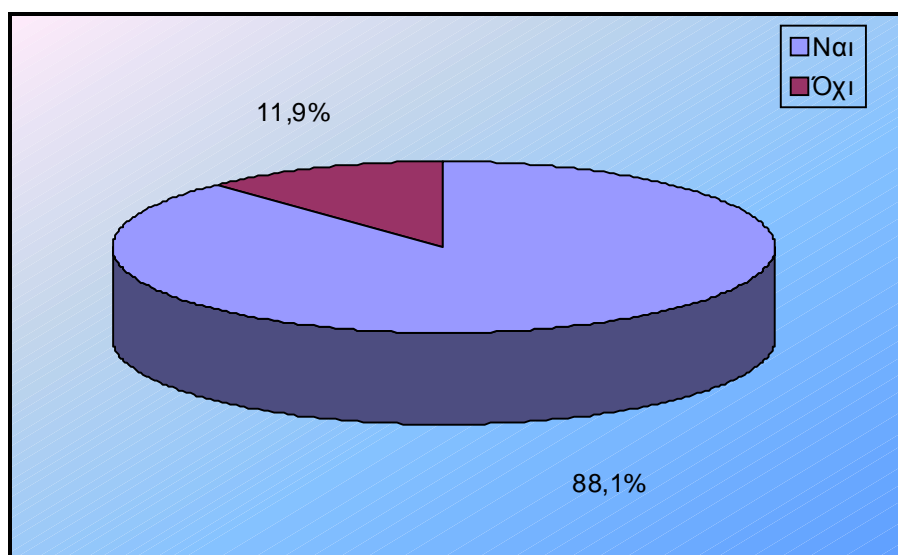


Στην ερώτηση αν πιστεύουν ότι είναι σημαντική η διατροφή στον καρκίνο του παχέος εντέρου οι περισσότεροι (170 άτομα , ποσοστό 88,1%) απάντησαν ότι ναι είναι σημαντική. Έκπληξη προκαλεί το ποσοστό 11,9% δηλαδή 23 άτομα, τα οποία απάντησαν ότι δεν θεωρούν τη διατροφή υπεύθυνη για τον καρκίνο του παχέος εντέρου (Πίνακας 14, Σχήμα 13).

Πίνακας 14: Κατανομή των ερωτηθέντων για το αν πιστεύουν ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στον καρκίνο του παχέος εντέρου.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΑΙΖΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΡΟΛΟ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ;	N=193	Percent (%)
Ναι	170	88,1
Όχι	23	11,9

Σχήμα 13: Κατανομή των ερωτηθέντων για το αν πιστεύουν ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στον καρκίνο του παχέος εντέρου.

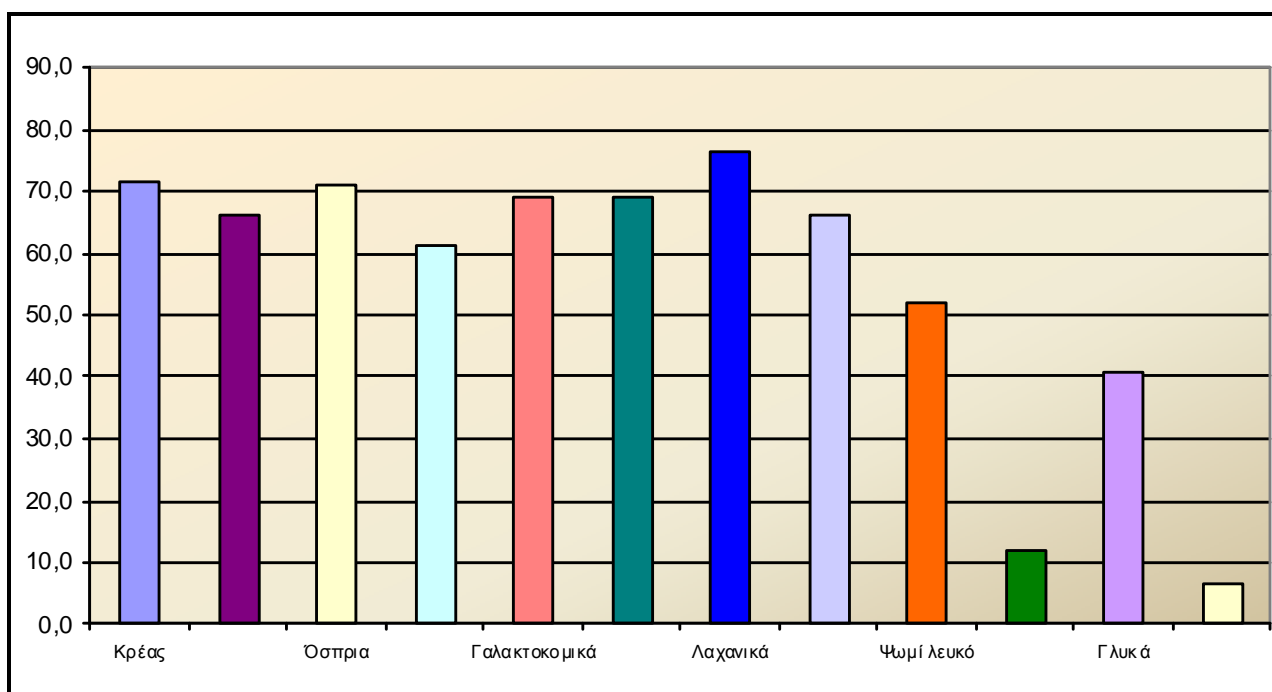


Στην ερώτηση τι περιλαμβάνει κυρίως η διατροφή τους οι περισσότεροι απάντησαν ότι καταναλώνουν πολλά λαχανικά (ποσοστό 76,2%) γεγονός πολύ σημαντικό όπως και τα φρούτα (ποσοστό 68,9%) εφόσον τα φρούτα και λαχανικά ευθύνονται για την καλύτερη λειτουργία του εντέρου. Παρόλα αυτά τα ζυμαρικά καταναλώνονται σε υψηλό ποσοστό (ποσοστό 66,3%) που αυτό σημαίνει μεγάλη κατανάλωση υδατανθράκων όπως και μικρό ποσοστό του ψωμιού ολικής αλέσεως με ποσοστό 11,9%. Ευχάριστο αποτελεί η πολύ μικρή κατανάλωση κονσερβοποιημένων προϊόντων (ποσοστό 6,7%) (Πίνακας 15, Σχήμα 14).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων για το τι περιλαμβάνει κυρίως η διατροφή τους.

ΤΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΥΡΙΩΣ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΑΣ;	N=193	Percent (%)
Κρέας	138	71,5
Ζυμαρικά	128	66,3
Οσπρια	137	71,0
Ψάρια	118	61,1
Γαλακτοκομικά	133	68,9
Φρούτα	133	68,9
Λαχανικά	147	76,2
Ψωμί	128	66,3
Ψωμί λευκό	100	51,8
Ψωμί ολικής αλέσεως	23	11,9
Γλυκά	79	40,9
Κονσερβοποιημένα προϊόντα	13	6,7

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων για το τι περιλαμβάνει κυρίως η διατροφή τους.

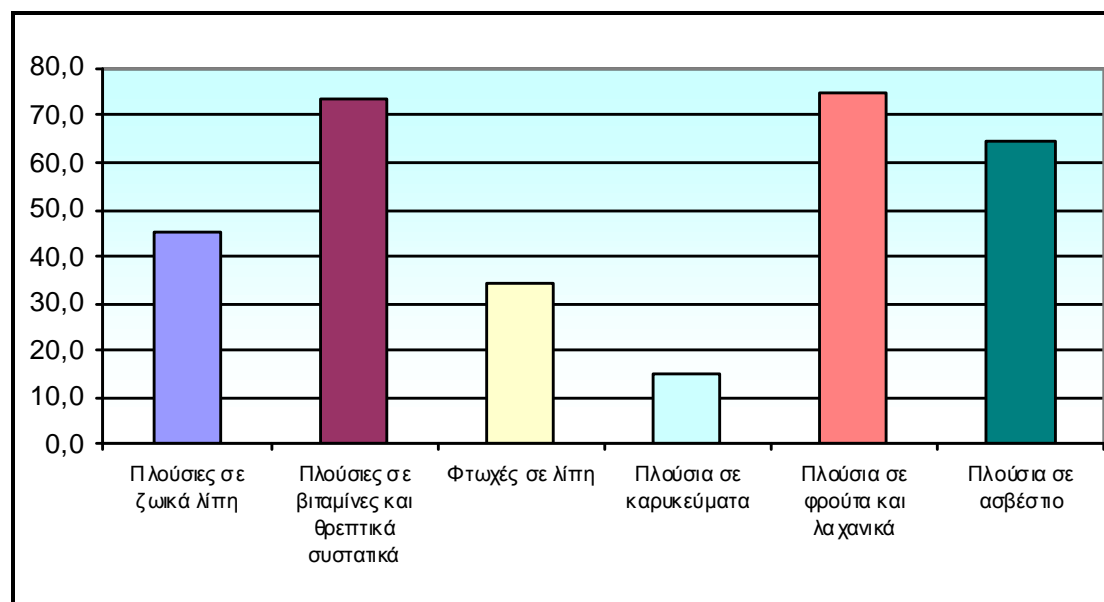


Οι τροφές που καταναλώνουν οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες είναι πλούσιες σε φρούτα και λαχανικά (144 άτομα, ποσοστό 74,6%) και έχουν υψηλά ποσοστά βιταμινών και θρεπτικών συστατικών (142 άτομα, ποσοστό 73,6%) ενώ είναι φτωχή σε λιπαρά. (66 άτομα, ποσοστό 34,2%) (Πίνακας 16, Σχήμα 15).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων για την περιεκτικότητα των τροφών που καταναλώνουν.

ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΡΟΦΩΝ	N=193	Percent (%)
Πλούσιες σε ζωικά λίπη	87	45,1
Πλούσιες σε βιταμίνες και θρεπτικά συστατικά	142	73,6
Φτωχές σε λίπη	66	34,2
Πλούσια σε καρκεύματα	29	15,0
Πλούσια σε φρούτα και λαχανικά	144	74,6
Πλούσια σε ασβέστιο	125	64,8

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων για την περιεκτικότητα των τροφών που καταναλώνουν.

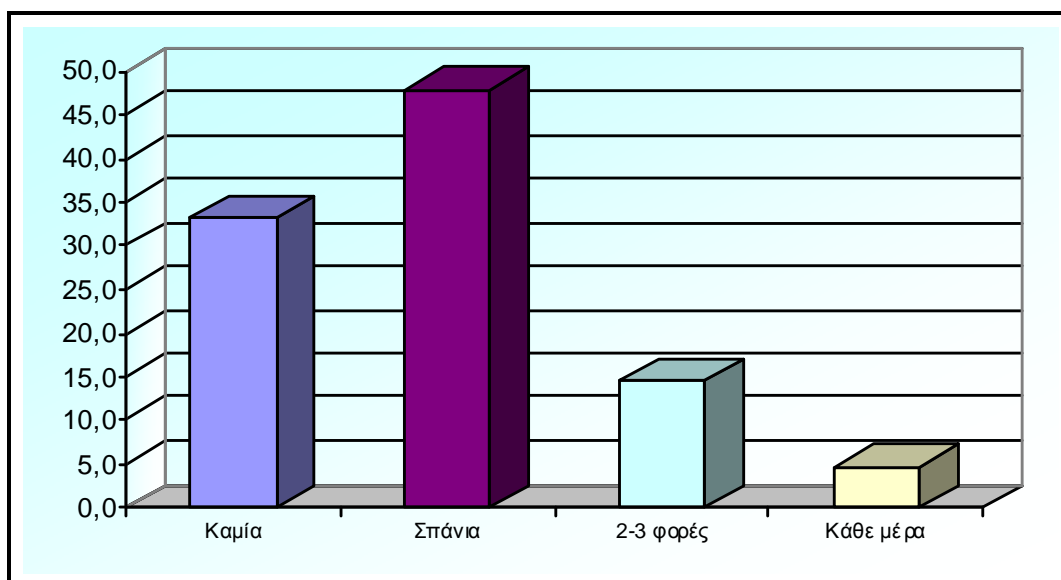


Στην ερώτηση πόσο συχνά καταναλώνουν τροφές τύπου fast food οι περισσότεροι (92 άτομα, ποσοστό 47,7%) απάντησαν ότι καταναλώνουν σπάνια έως ποτέ. Έκπληξη προκαλεί το ποσοστό των ερωτηθέντων 4,7% (9 άτομα) οποίοι δήλωσαν ότι κάθε μέρα καταναλώνουν τροφές τύπου fast food (Πίνακας 17, Σχήμα 16).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων για το πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνουν τροφές τύπου fast food.

ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ ΤΡΟΦΕΣ ΤΥΠΟΥ FAST FOOD;	N=193	Percent (%)
Καμία	64	33,2
Σπάνια	92	47,7
2-3 φορές	28	14,5
Κάθε μέρα	9	4,7

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων για το πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνουν τροφές τύπου fast food.

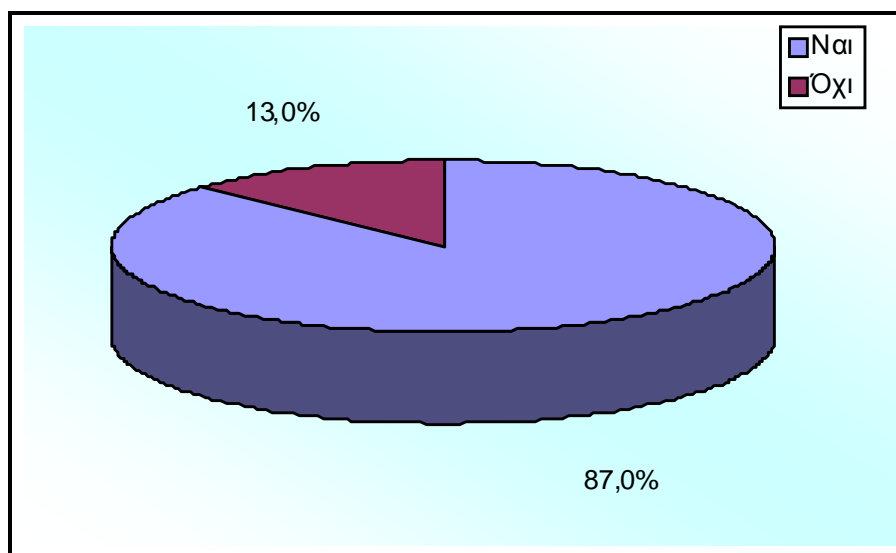


Οι περισσότεροι των ερωτηθέντων (168 άτομα, ποσοστό 87,0%) γνωρίζουν ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου ενώ οι υπόλοιποι απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν (Πίνακας 18, Σχήμα 17).

Πίνακας 18 : Κατανομή ερωτηθέντων για το αν γνωρίζουν ότι η διατροφή παίζει ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΑΙΖΕΙ ΡΟΛΟ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ;	N=193	Percent (%)
Ναι	168	87,0
Όχι	25	13,0

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων για το αν γνωρίζουν ότι η διατροφή παίζει ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

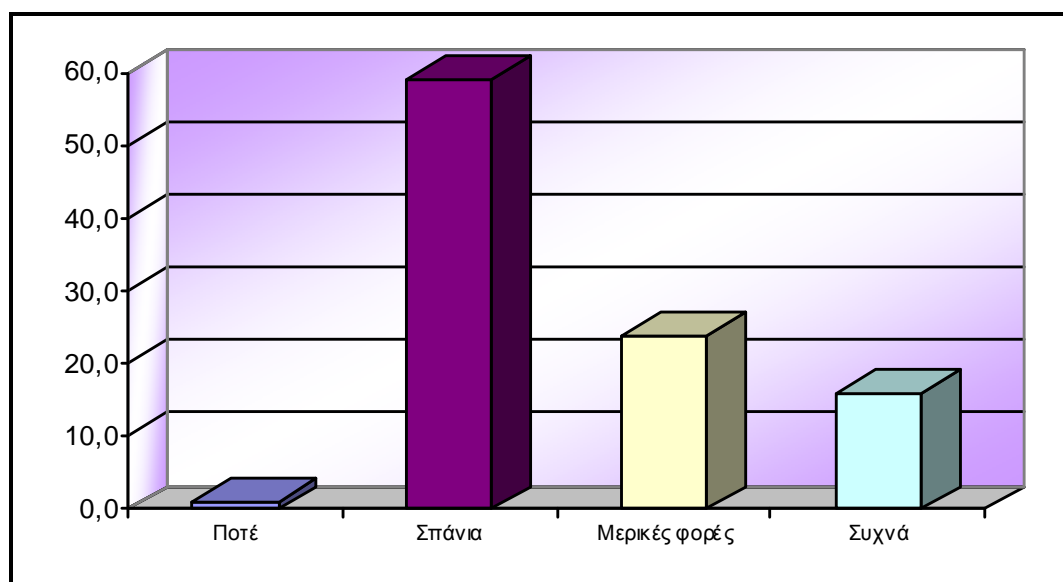


Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι καταναλώνουν σπάνια ή ποτέ αλκοολούχα ποτά (116 άτομα, ποσοστό 60,1%). Αξιοσημείωτο αποτελεί το ποσοστό των 31 ατόμων (ποσοστό 16,1%) που ανέφεραν ότι πίνουν πολύ συχνά αλκοολούχα ποτά (Πίνακας 19, Σχήμα 18).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων για το πόσο συχνά καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΩΝ ΠΟΤΩΝ	N=193	Percent (%)
Ποτέ	2	1,0
Σπάνια	114	59,1
Μερικές φορές	46	23,8
Συχνά	31	16,1

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων για το πόσο συχνά καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά.

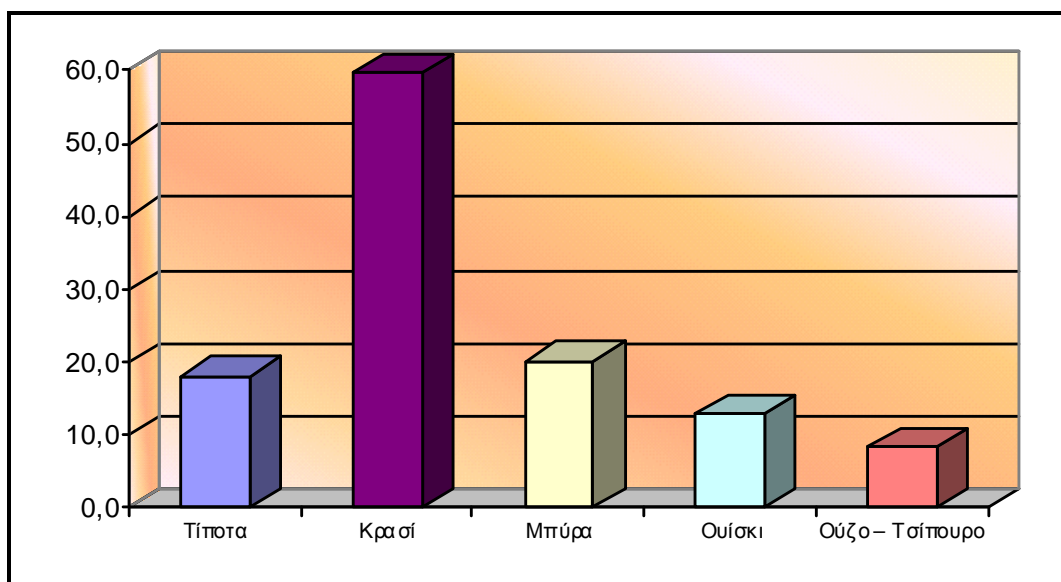


Το είδος του ποτού που απάντησαν ότι καταναλώνουν συνήθως οι ερωτηθέντες, είναι το κρασί (115 άτομα, ποσοστό 59,6%) και ακολουθούν η μπύρα (39 άτομα, ποσοστό 20,2%), το ουίσκι (25 άτομα, ποσοστό 13,0%) και το ούζο-τσίπουρο (16 άτομα, ποσοστό 8,3%) (Πίνακας 20, Σχήμα 19).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το είδος ποτού που καταναλώνουν συνήθως.

ΠΟΙΟ ΕΙΔΟΣ ΠΟΤΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ;	N=193	Percent (%)
Τίποτα	35	18,1
Κρασί	115	59,6
Μπύρα	39	20,2
Ουίσκι	25	13,0
Ούζο – Τσίπουρο	16	8,3

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το είδος ποτού που καταναλώνουν συνήθως.

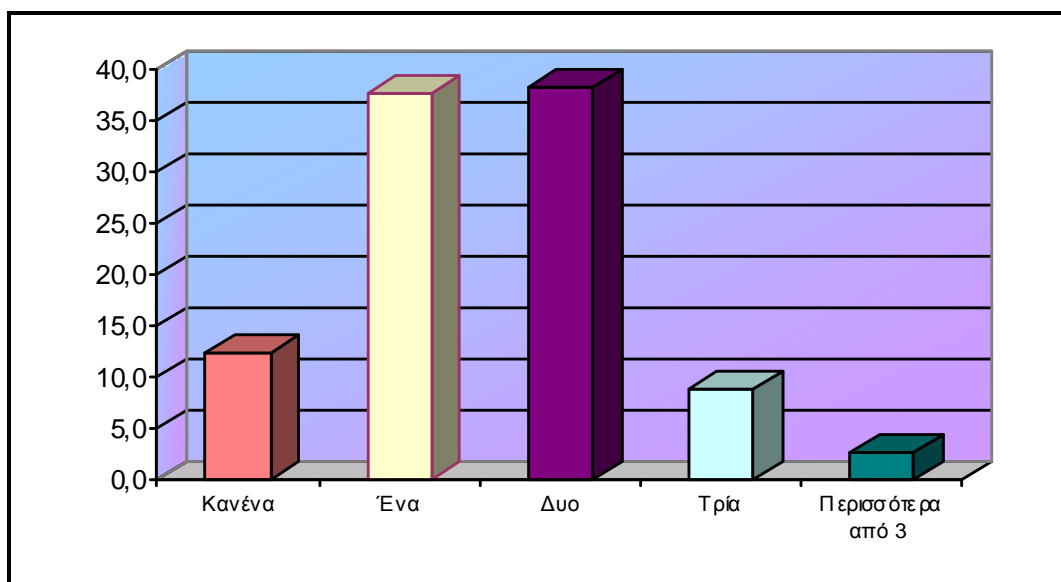


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων καταναλώνουν ένα με δύο φλιτζάνια καφέ την ημέρα (147 άτομα, ποσοστό 76,1%) ενώ μεγαλύτερες καταναλώσεις δεν ήταν συχνές (Πίνακας 21, Σχήμα 20).

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσα φλιτζάνια καφέ καταναλώνουν ημερησίως.

ΠΟΣΑ ΦΛΙΤΖΑΝΙΑ ΚΑΦΕ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ;	N=193	Percent (%)
Κανένα	24	12,4
Ένα	73	37,8
Δυο	74	38,3
Τρία	17	8,8
Περισσότερα από 3	5	2,6

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσα φλιτζάνια καφέ καταναλώνουν ημερησίως.

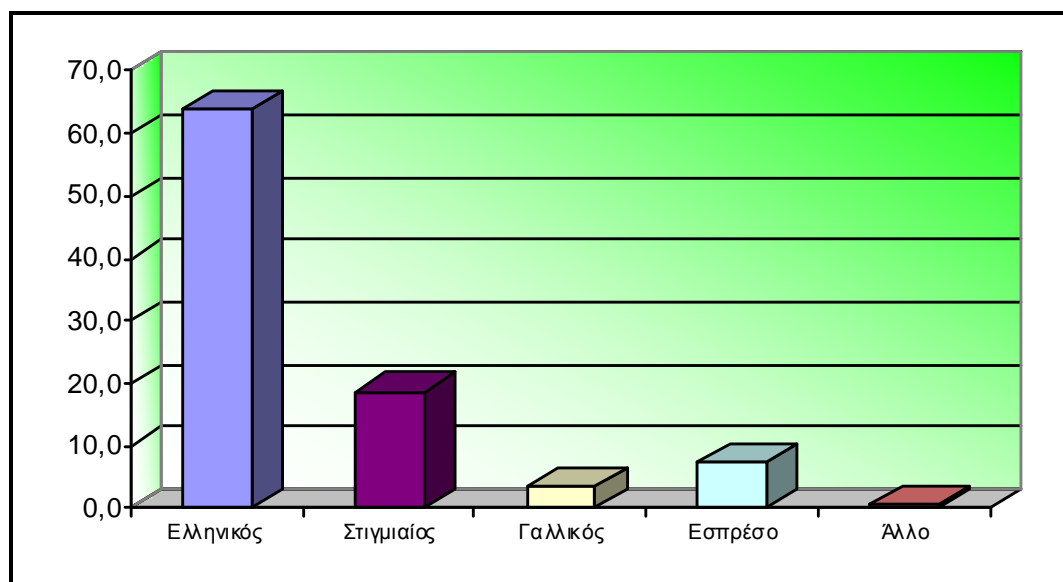


Ο καφές που προτιμούν οι περισσότεροι των ερωτηθέντων είναι ο ελληνικός καφές (123 άτομα, ποσοστό 63,7%) ενώ ακολουθεί στις προτιμήσεις ο στιγμιαίος (36 άτομα, ποσοστό 18,7%) και ακολουθούν άλλα είδη καφέ (Πίνακας 22, Σχήμα 21).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το είδος του καφέ που προτιμούν.

ΠΟΙΟ ΕΙΔΟΣ ΚΑΦΕ ΠΡΟΤΙΜΑΤΕ;	N=193	Percent (%)
Ελληνικός	123	63,7
Στιγμιαίος	36	18,7
Γαλλικός	7	3,6
Εσπρέσο	14	7,3
Άλλο	1	0,5

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το είδος του καφέ που προτιμούν.

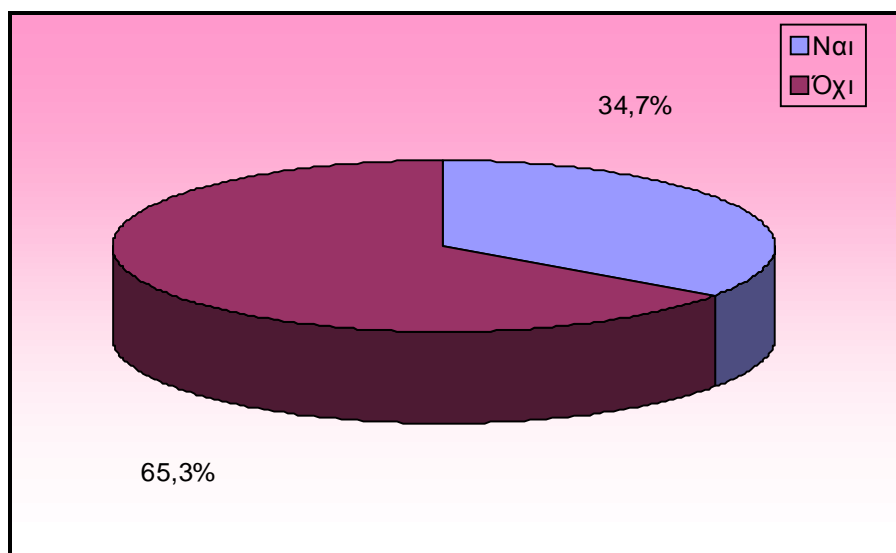


Οι περισσότεροι των ερωτηθέντων (126 άτομα, ποσοστό 65,3%) δήλωσαν ότι δεν είναι καπνιστές. Είναι ένα ποσοστό το οποίο εκπλήσσει διότι το αναμενόμενο θα ήταν να υπήρχαν περισσότεροι καπνιστές. Οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης ερωτηματολογίου δήλωναν ότι είχαν υπάρξει καπνιστές και το διέκοψαν διότι τους παρουσιάστηκε κάποιο πρόβλημα υγείας (Πίνακας 23, Σχήμα 22).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων για το αν είναι καπνιστές.

ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;	N=193	Percent (%)
Ναι	67	34,7
Όχι	126	65,3

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων για το αν είναι καπνιστές.

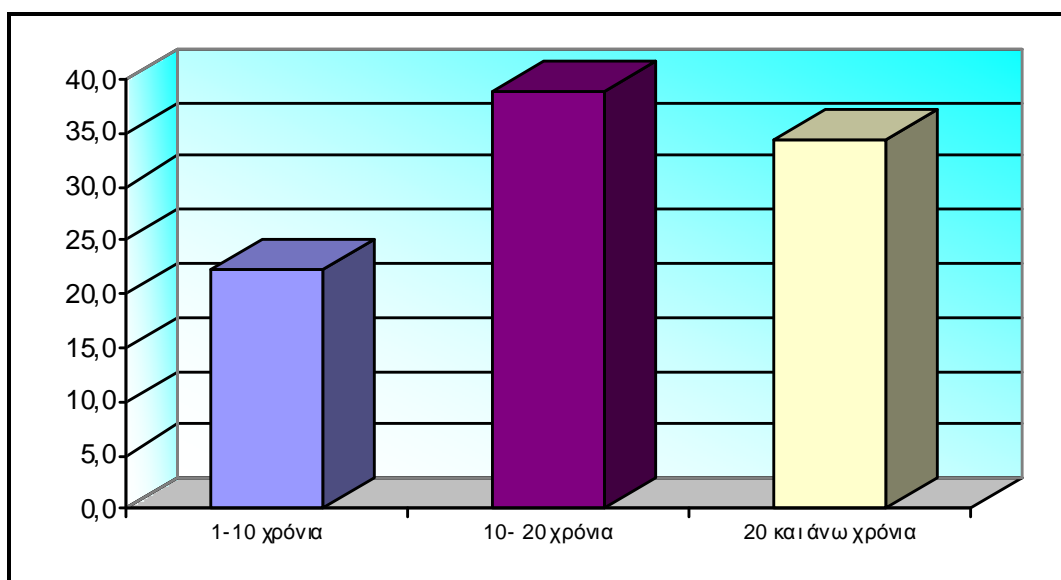


Από τα άτομα που καπνίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό (59 άτομα, ποσοστό 73,1%) καπνίζει πάνω από 10 χρόνια, αρκετά χρόνια για να δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα υγείας ενώ το υπόλοιπο 22,4% καπνίζει λιγότερο από 10 χρόνια (Πίνακας 24, Σχήμα 23).

Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα πόσα χρόνια καπνίζουν.

ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;	N=67	Percent (%)
1-10 χρόνια	15	22,4
10- 20 χρόνια	26	38,8
20 και άνω χρόνια	23	34,3

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα πόσα χρόνια καπνίζουν.

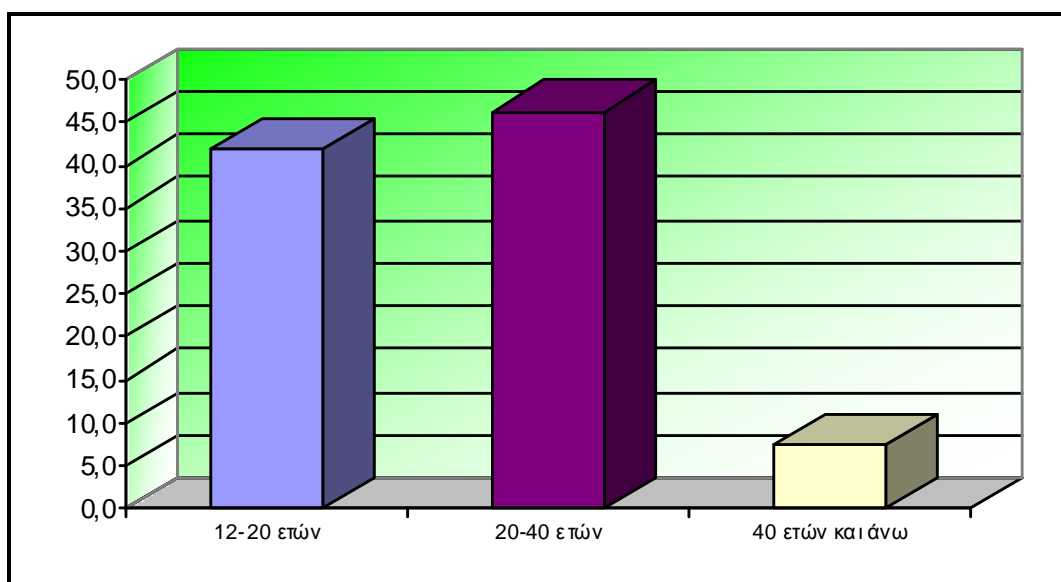


Η ηλικία που οι περισσότεροι από τους καπνιστές άρχισαν το κάπνισμα ήταν 20-40 ετών (31 άτομα, ποσοστό 46,3%) ενώ πάρα πολλοί επίσης ξεκίνησαν σε ηλικίες 12-20 ετών. (31 άτομα, ποσοστό 41,8%) (Πίνακας 25, Σχήμα 24)

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία έναρξης του καπνίσματος.

ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	N=67	Percent (%)
12-20 ετών	28	41,8
20-40 ετών	31	46,3
40 ετών και άνω	5	7,5

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία έναρξης του καπνίσματος.

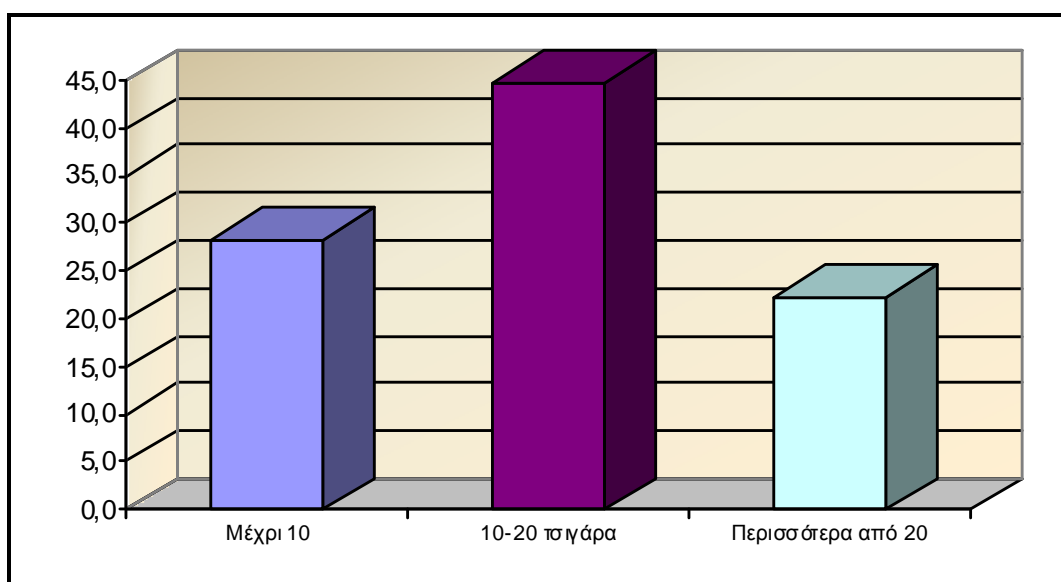


Στην ερώτηση για το πόσα τσιγάρα καπνίζουν οι περισσότεροι των καπνιστών απάντησαν ότι καπνίζουν 10 έως 20 τσιγάρα (30 άτομα, ποσοστό 44,8%) ενώ ακολουθούν αυτοί που καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα (19 άτομα, ποσοστό 28,4%) και αυτοί που καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα (15 άτομα, ποσοστό 22,4%) (Πίνακας 26, Σχήμα 25).

Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθέντων για το πόσα τσιγάρα καπνίζουν ημερησίως.

ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ;	N=67	Percent (%)
Μέχρι 10	19	28,4
10-20 τσιγάρα	30	44,8
Περισσότερα από 20	15	22,4

Σχήμα 25: Κατανομή ερωτηθέντων για το πόσα τσιγάρα καπνίζουν ημερησίως.



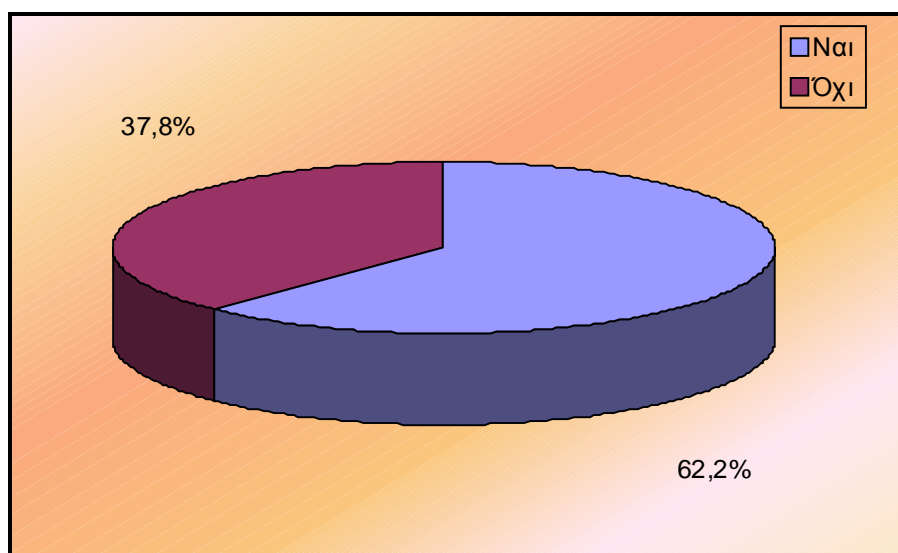
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι γνωρίζουν τι είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου (ποσοστό 62,2%) (Πίνακας 27, Σχήμα 26).

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν γνωρίζουν τι είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου.

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ;	N=193	Percent (%)
Ναι	120	62,2
Όχι	73	37,8

Σχήμα 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν γνωρίζουν τι είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου.

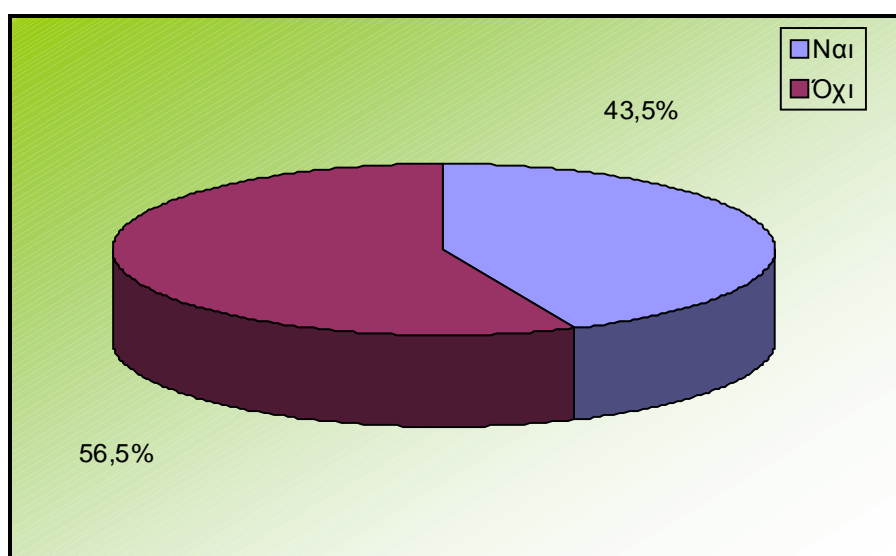


Στην ερώτηση αν κάποιος από την οικογένεια έχει εμφανίσει οποιαδήποτε μορφή καρκίνου απάντησαν σε ποσοστό 56,5% (109 άτομα) ότι κανείς από την οικογένεια τους δεν έχει εμφανίσει οποιασδήποτε μορφής καρκίνου. Επίσης υπήρχε και ποσοστό 43,5% (84 άτομα) οι οποίοι δήλωσαν ότι μέσα στην οικογένεια τους υπήρχε άτομο το οποίο είχε προσβληθεί από κάποια μορφή καρκίνου (Πίνακας 28, Σχήμα 27).

Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθέντων για το αν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένεια τους από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου.

ΕΧΕΙ ΝΟΣΗΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ, ΑΠΟ ΟΠΟΙΑΣΔΗΠΟΤΕ ΜΟΡΦΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ;	N=193	Percent (%)
Ναι	84	43,5
Όχι	109	56,5

Σχήμα 27: Κατανομή ερωτηθέντων για το αν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένεια τους από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου.



Από τους ερωτηθέντες που δήλωσαν ότι είχαν άτομο στην οικογένεια τους με καρκίνο, σε ποσοστό 34,5% το όργανο προσβολής ήταν το παχύ έντερο, ακολουθούσε ο καρκίνος πνευμόνων ποσοστό 16%, έπειτα ο καρκίνος ήπατος ποσοστό 12% και στη συνέχεια άλλες μορφές καρκίνου σε όλο το υπόλοιπο σώμα με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 29).

Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το όργανο εντόπισης μορφής καρκίνου στην οικογένεια τους.

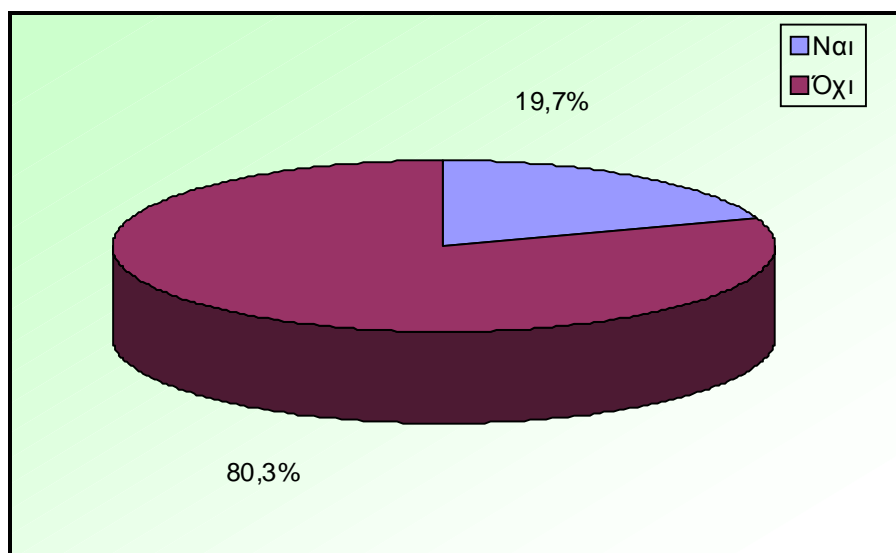
ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΤΟ ΟΡΓΑΝΟ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ;	N=84	Percent (%)
Παχύ έντερο	30	35,7
Λάρυγγας	5	6,0
Οστών	2	2,4
Μήτρας-ωοθηκών	3	3,6
Πάγκρεας	3	3,6
Λευχαιμία	4	4,8
Ήπαρ	10	11,9
Πνευμόνων	13	15,5
Στομάχου	3	3,6
Μαστού	6	7,1
Προστάτη	1	1,2
Νεφρού	1	1,2
Ουροδόχου κύστης	3	3,6
Στόματος	1	1,2
Οισοφάγου	2	2,4

Στην ερώτηση αν κάποιος έχει στην οικογένεια του άτομο το οποίο να έχει εμφανίσει καρκίνο παχέος εντέρου 38 άτομα απάντησαν ναι, ποσοστό 19,7% (Πίνακας 30, Σχήμα 28).

Πίνακας 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένεια τους από καρκίνο του παχέος εντέρου.

ΕΧΕΙ ΝΟΣΗΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ;	N=193	Percent (%)
Ναι	38	19,7
Όχι	155	80,3

Σχήμα 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένεια τους από καρκίνο του παχέος εντέρου.

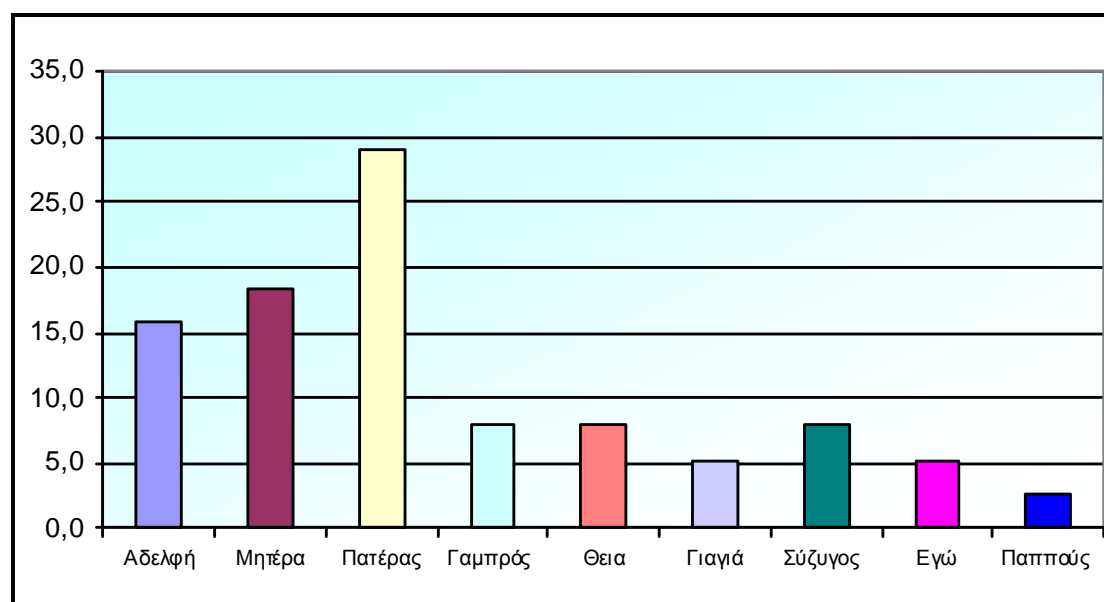


Σε ποσοστό 28,9% (11 άτομα) των ερωτηθέντων ο πατέρας είχε εμφανίσει καρκίνο παχέος εντέρου, στο 18,4% (7 άτομα) αυτών καρκίνο είχε εμφανίσει η μητέρα και σε ποσοστό 15,8% (6 άτομα) η αδελφή (Πίνακας 31, Σχήμα 29).

Πίνακας 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος έχει νοσήσει από καρκίνο παχέος εντέρου στην οικογένεια τους.

ΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΝΟΣΗΣΕΙ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ;	N=38	Percent (%)
Αδελφή	6	15,8
Μητέρα	7	18,4
Πατέρας	11	28,9
Γαμπρός	3	7,9
Θεια	3	7,9
Γιαγιά	2	5,3
Σύζυγος	3	7,9
Εγώ	2	5,3
Παππούς	1	2,6

Σχήμα 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος έχει νοσήσει από καρκίνο παχέος εντέρου στην οικογένεια τους.



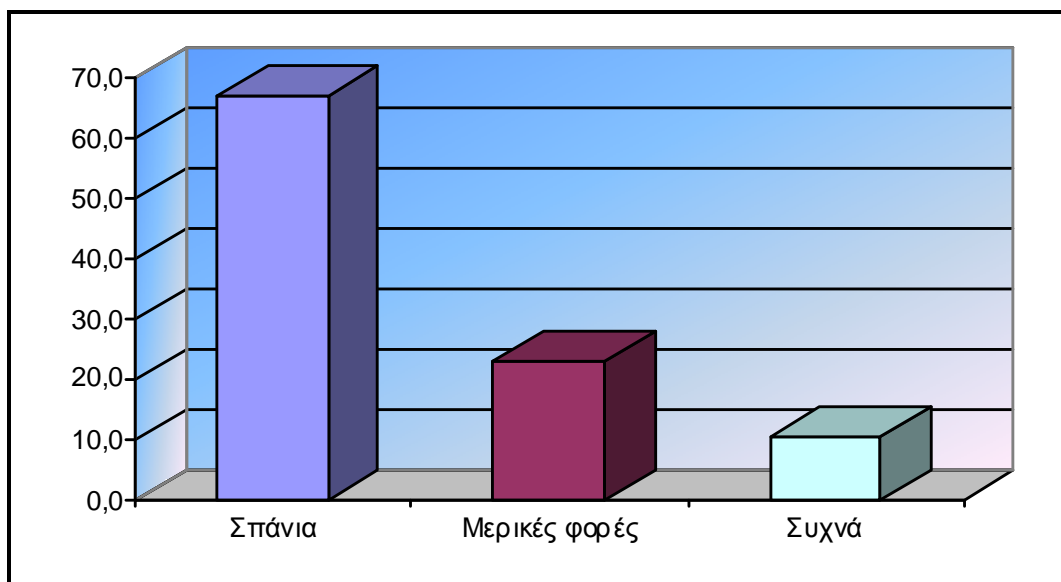
ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Στην ερώτηση αν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα δυσκοιλιότητας οι περισσότεροι απάντησαν σπάνια (129 άτομα, ποσοστό 66,8%). Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό των 10,4% (20 άτομα) το οποίο ανέφερε ότι αντιμετωπίζει συχνά πρόβλημα δυσκοιλιότητας (Πίνακας 32, Σχήμα 30).

Πίνακας 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη συχνότητα που υποφέρουν από δυσκοιλιότητα.

ΥΠΟΦΕΡΕΤΕ ΑΠΟ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ;	N=193	Percent (%)
Σπάνια	129	66,8
Μερικές φορές	44	22,8
Συχνά	20	10,4

Σχήμα 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη συχνότητα που υποφέρουν από δυσκοιλιότητα.

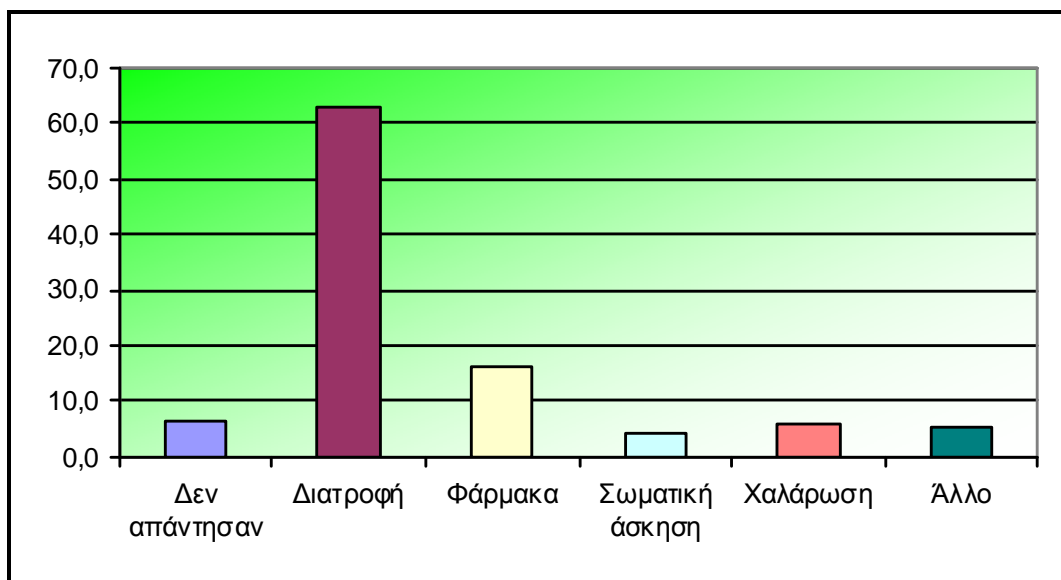


Ο τρόπος που οι περισσότεροι αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας και σε ποσοστό 62,7% δηλαδή 121 άτομα είναι η διατροφή. Αμέσως επόμενη επιλογή των περισσότερων είναι η χρήση φαρμακευτικής βοήθειας σε ποσοστό 16,1% δηλαδή 31 άτομα (Πίνακας 33, Σχήμα 31).

Πίνακας 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος της δυσκοιλιότητας

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ;	N=193	Percent (%)
Δεν απάντησαν	12	6,2
Διατροφή	121	62,7
Φάρμακα	31	16,1
Σωματική άσκηση	8	4,1
Χαλάρωση	11	5,7
Άλλο	10	5,2

Σχήμα 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος της δυσκοιλιότητας

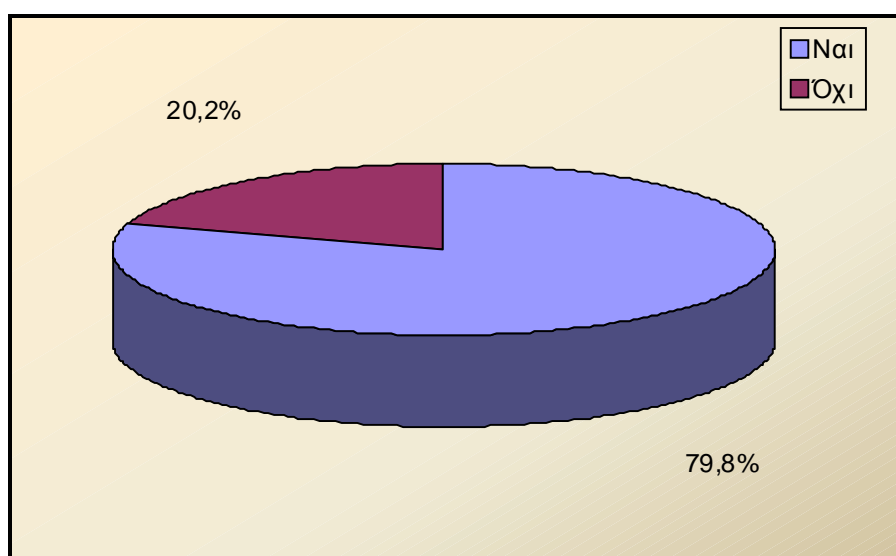


Στην ερώτηση αν η κατανάλωση νερού βοηθάει στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους απάντησαν ναι ποσοστό 79,8% δηλαδή 154 άτομα. Επίσης υπήρχε και ποσοστό 20,2% των ερωτηθέντων οι οποίοι πιστεύουν ότι δεν βοηθάει το νερό στη δυσκοιλιότητα (Πίνακας 34, Σχήμα 32).

Πίνακας 34: Κατανομή ερωτηθέντων στο αν πιστεύουν ότι αποτελεί επίλυση του προβλήματος της δυσκοιλιότητας η κατανάλωση υγρών και συγκεκριμένα του νερού.

ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΠΙΛΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΥΓΡΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΤΟΥ ΝΕΡΟΥ;	N=193	Percent (%)
Ναι	154	79,8
Όχι	39	20,2

Σχήμα 32: Κατανομή ερωτηθέντων στο αν πιστεύουν ότι αποτελεί επίλυση του προβλήματος της δυσκοιλιότητας η κατανάλωση υγρών και συγκεκριμένα του νερού.

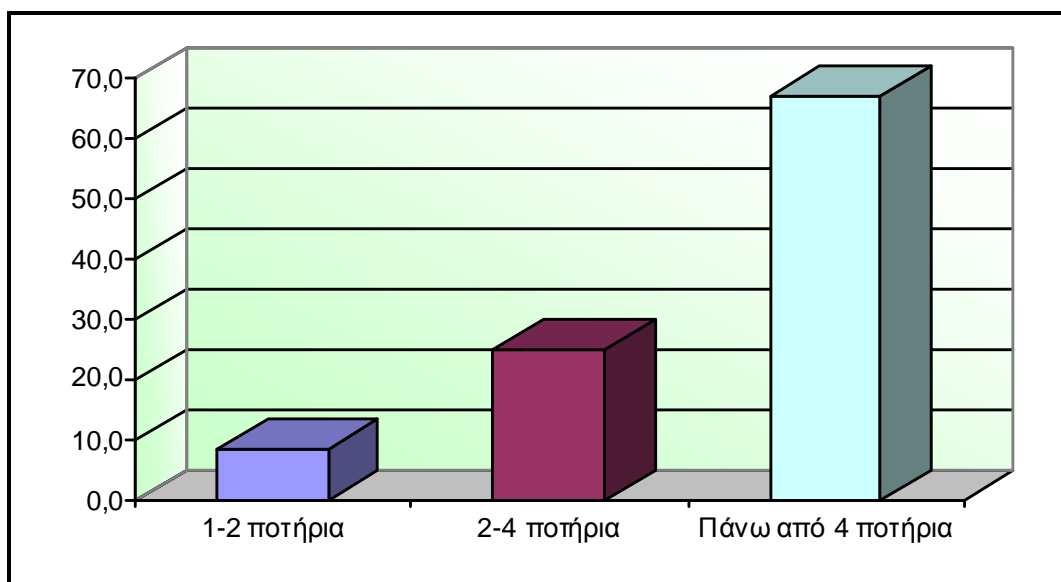


Ποσοστό ερωτηθέντων της τάξης του 66,8 % απάντησαν ότι καταναλώνουν πάνω από 4 ποτήρια νερό ημερησίως. Έκπληξη αποτελεί το ποσοστό των 8,3% (16 άτομα) οι οποίοι δεν πίνουν πάνω από 2 ποτήρια νερό ημερησίως (Πίνακας 35, Σχήμα 33).

Πίνακας 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσα ποτήρια νερό καταναλώνουν ημερησίως.

ΠΟΣΑ ΠΟΤΗΡΙΑ ΝΕΡΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΕ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ;	N=193	Percent (%)
1-2 ποτήρια	16	8,3
2-4 ποτήρια	48	24,9
Πάνω από 4 ποτήρια	129	66,8

Σχήμα 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσα ποτήρια νερό καταναλώνουν ημερησίως.

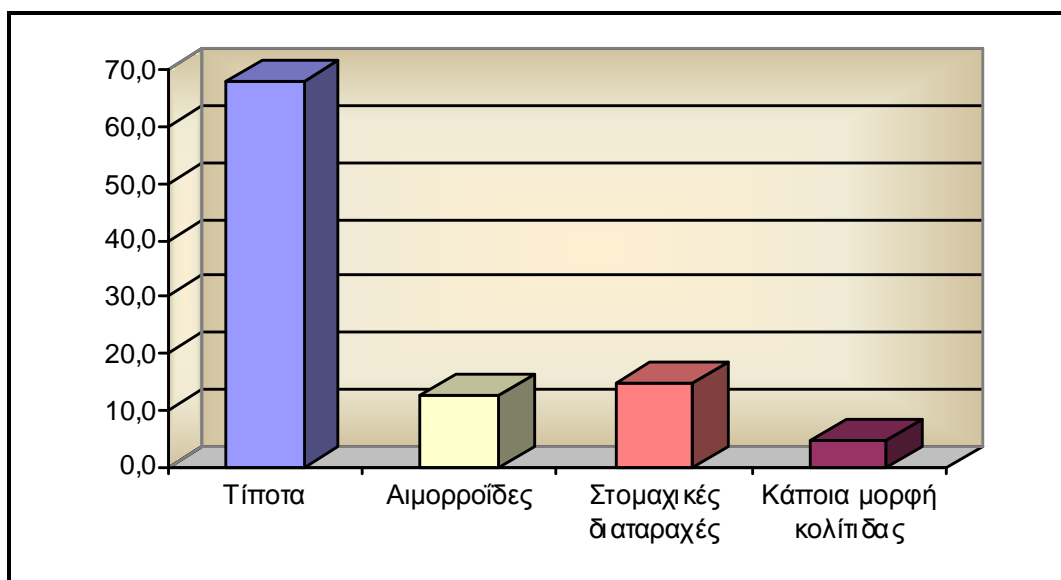


Στην ερώτηση αν υποφέρουν από κάτι, το οποίο να αφορά στο γαστρεντερικό σύστημα, οι περισσότεροι (131 άτομα, ποσοστό 67,9%) απάντησαν ότι δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα. Αντίθετα, ποσοστό 15,0% αντιμετωπίζει γαστρεντερικές διαταραχές, ποσοστό 12,4% πρόβλημα με αιμορροΐδες και ποσοστό 4,7% από κάποια μορφή κολίτιδας (Πίνακας 36, Σχήμα 34).

Πίνακας 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν υποφέρουν από κάτι, το οποίο να αφορά στο γαστρεντερικό σύστημα.

ΥΠΟΦΕΡΕΤΕ ΑΠΟ:	N=193	Percent (%)
Τίποτα	131	67,9
Αιμορροΐδες	24	12,4
Στομαχικές διαταραχές	29	15,0
Κάποια μορφή κολίτιδας	9	4,7

Σχήμα 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν υποφέρουν από κάτι, το οποίο να αφορά στο γαστρεντερικό σύστημα.

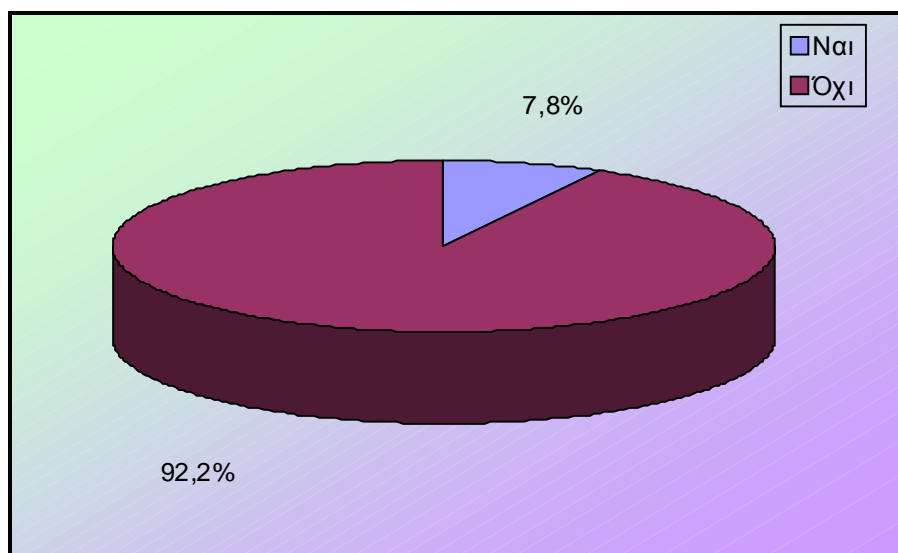


Ποσοστό 7,8% των ερωτηθέντων (15 άτομα) έχουν εμφανίσει κάποια μορφή πολύποδα ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών όχι (Πίνακας 37, Σχήμα 35).

Πίνακας 37: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν εμφανίσει κάποια μορφή πολύποδα.

ΕΧΕΤΕ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΜΟΡΦΗ ΠΟΛΥΠΟΔΑ;	N=193	Percent (%)
Ναι	15	7,8
Όχι	178	92,2

Σχήμα 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν εμφανίσει κάποια μορφή πολύποδα.

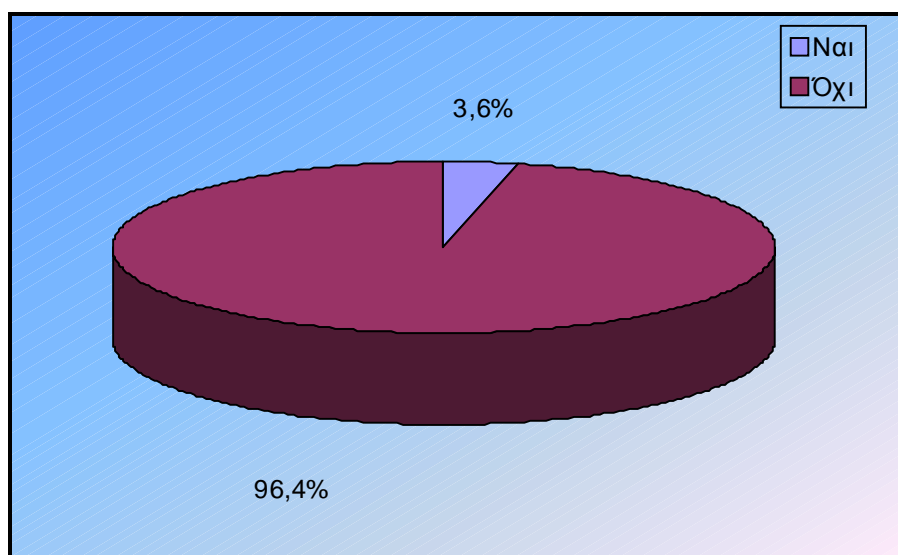


Ποσοστό 3,6% των ερωτηθέντων (7 άτομα) απάντησαν ότι έχουν αντιμετωπίσει πρόβλημα εκκολπωματίτιδας ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών όχι (Πίνακας 38, Σχήμα 36).

Πίνακας 38: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν εμφανίσει κάποια μορφή εκκολπωματίτιδας.

ΕΧΕΤΕ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΜΟΡΦΗ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑΣ;	N=193	Percent (%)
Ναι	7	3,6
Όχι	186	96,4

Σχήμα 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν εμφανίσει κάποια μορφή εκκολπωματίτιδας.

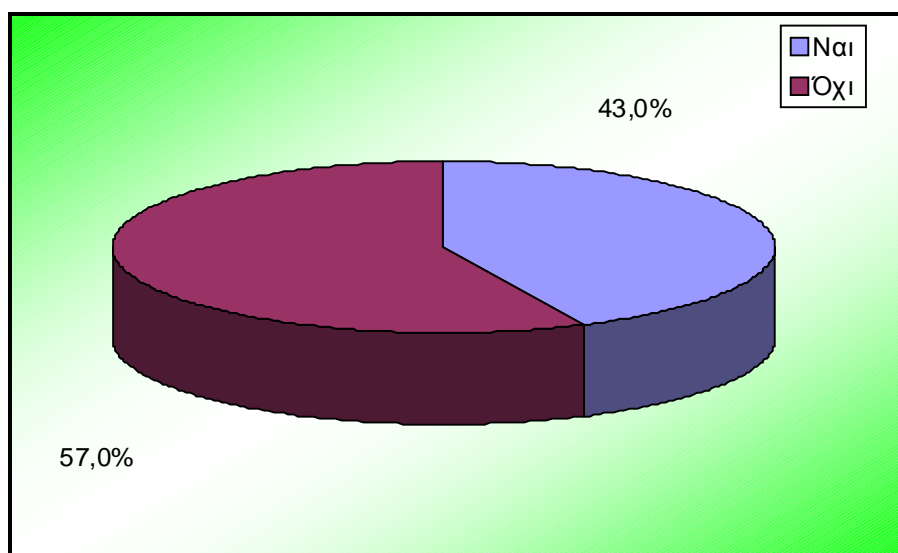


Από τα 193 άτομα που ερωτήθηκαν οι 83 από αυτούς (ποσοστό 43,0%) απάντησαν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών όχι (Πίνακας 39, Σχήμα 37).

Πίνακας 39: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα.

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ;	N=193	Percent (%)
Ναι	83	43,0
Όχι	110	57,0

Σχήμα 37: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα.



Στην ερώτηση ποιο είναι το χρόνια νόσημα που πάσχουν, οι περισσότεροι και σε ποσοστό 19,3%, από αυτούς που έχουν κάποιο πρόβλημα, απάντησαν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το θυρεοειδή και στη συνέχεια ακολουθούν η υπέρταση με ποσοστό 16,9%, ο σακχαρώδης διαβήτης με ποσοστό 15,7%, οι καρδιαγγειακές παθήσεις με ποσοστό 10,8% και ακολουθούν άλλα χρόνια νοσήματα με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 40).

Πίνακας 40: κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση ποιο είναι ακριβώς το νόσημα από το οποίο πάσχουν

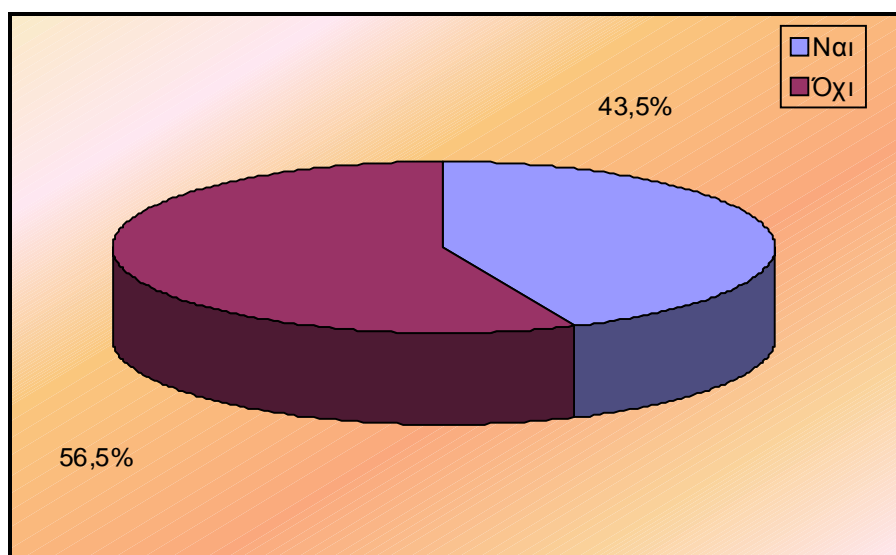
ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ;	N=83	Percent (%)
Αναιμία	2	2,4
Άσθμα	6	7,2
Σακχαρώδης διαβήτης	13	15,7
Προστάτης	1	1,2
Υπέρταση	14	16,9
Καρδιαγγειακές παθήσεις	9	10,8
Δερματικός λύκος	1	1,2
Ημικρανίες	2	2,4
Αλλεργία	1	1,2
Ψωρίαση	1	1,2
Θυρεοειδής	16	19,3
Έλκος στομάχου	2	2,4
Οστεοπόρωση	3	3,6
Παραπληγία	1	1,2
Ψυχικές παθήσεις	1	1,2
Σκλήρυνση κατά πλάκας	1	1,2
Αρθρίτιδα	4	4,8
Αυχενικό σύνδρομο	1	1,2
Χοληστερίνη	2	2,4
Καρκίνος π ε	1	1,2
Ίλιγγος	1	1,2

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (109 άτομα, ποσοστό 56,5%) δήλωσαν ότι δεν λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή και το υπόλοιπο 43,5% (84 άτομα) ότι λαμβάνουν (Πίνακας 41, Σχήμα 38).

Πίνακας 41: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή.

ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ;	N=193	Percent (%)
Ναι	84	43,5
Όχι	109	56,5

Σχήμα 38: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή.



Η φαρμακευτική θεραπεία την οποία λαμβάνουν οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα σε ποσοστό 20,2% είναι ορμονική θεραπεία και στη συνέχεια ακολουθούν σε ποσοστό 17,8% αυτοί που λαμβάνουν θεραπεία με αντιυπερτασικά φάρμακα, σε ποσοστό 15,5% αυτοί που λαμβάνουν θεραπεία με αντιδιαβητικά φάρμακα και ακολουθούν άλλες κατηγορίες φαρμάκων με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 42).

Πίνακας 42: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κατηγορία φαρμάκου την οποία λαμβάνουν.

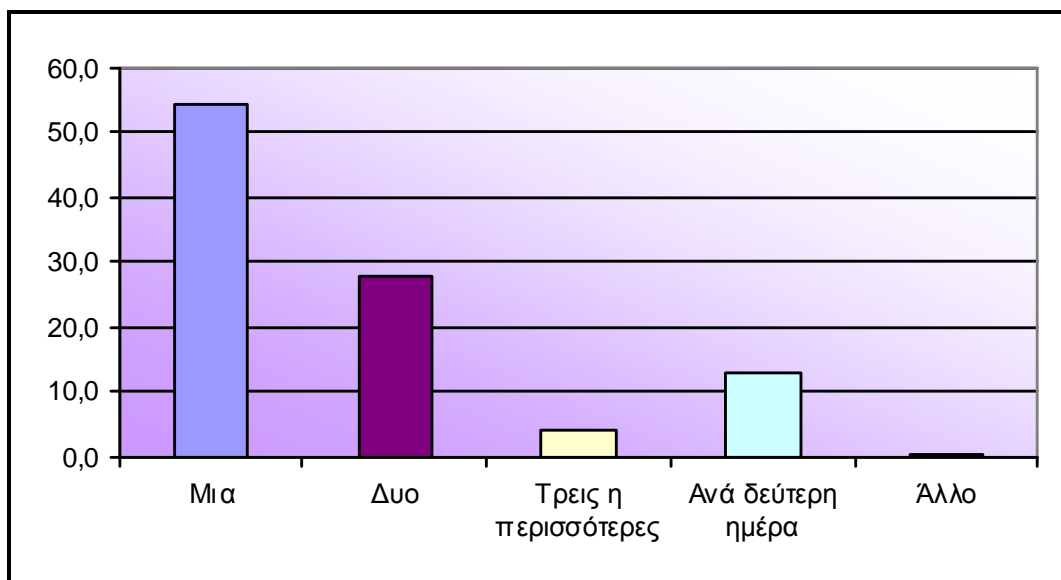
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ	N=84	Percent (%)
Σκευάσματα σιδήρου	1	1,2
Αποχρεμπτικό	1	1,2
Αντιδιαβητικό	13	15,5
Προστάτη	1	1,2
Αντιυπερτασικό	15	17,8
Καρδιαγγειακού συστήματος	8	9,5
Βρογχοδιασταλτικό	5	6,0
Κορτιζόνη	7	8,3
Παυσίπονα	4	4,8
Αντιισταμινικά	1	1,2
Αντιεπιληπτικά	2	2,4
Ψωρίασης	1	1,2
Ορμονική θεραπεία	17	20,2
Γλαύκωμα	1	1,2
Αντιελκωτικό	1	1,2
Ίλιγγου	1	1,2

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (105 άτομα, ποσοστό 54,4%) απάντησαν ότι έχουν μια κένωση ημερησίως ενώ άλλοι 54 ερωτηθέντες (ποσοστό 28,0%) απάντησαν ότι έχουν δύο κενώσεις ημερησίως. Εντύπωση προκαλεί το ποσοστό 13,0% (25 άτομα) οι οποίοι ανέφεραν ότι έχουν μία κένωση ανά δεύτερη ημέρα (Πίνακας 43, Σχήμα 39).

Πίνακας 43: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσες κενώσεις έχουν ημερησίως.

ΠΟΣΕΣ ΚΕΝΩΣΕΙΣ ΕΧΕΤΕ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ;	N=193	Percent (%)
Μια	105	54,4
Δυο	54	28,0
Τρεις η περισσότερες	8	4,1
Ανά δεύτερη ημέρα	25	13,0
Άλλο	1	0,5

Σχήμα 39: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσες κενώσεις έχουν ημερησίως.

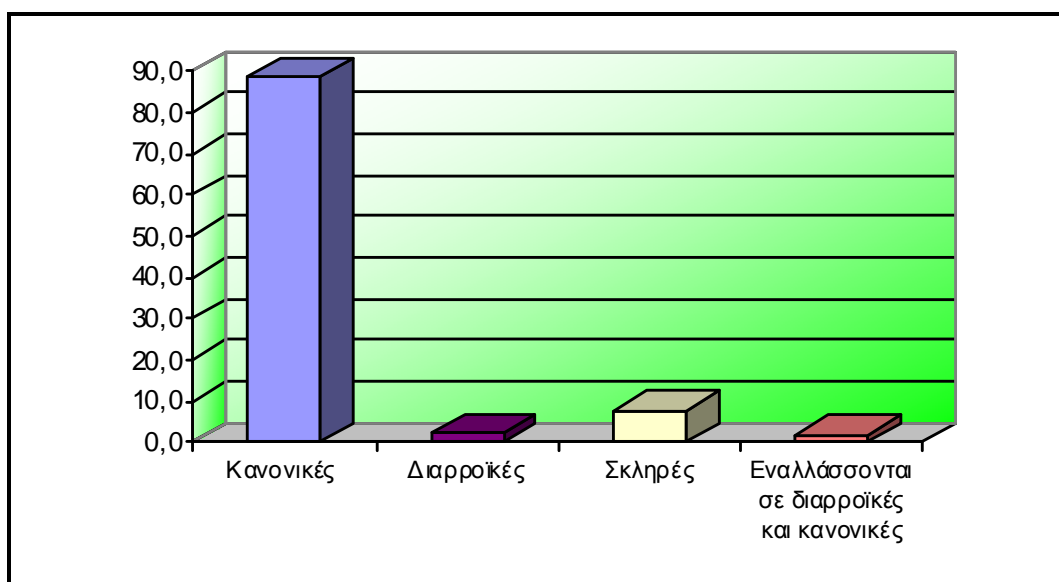


Οι κενώσεις που έχουν οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (171 άτομα, ποσοστό 88,6%) είναι κανονικές ενώ υπάρχει ποσοστό 1,6% των ερωτηθέντων το οποίο δήλωσε ότι οι κενώσεις τους εναλλάσσονται σε διαρροϊκές και κανονικές το οποίο είναι ένα από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου (Πίνακας 44, Σχήμα 40).

Πίνακας 44: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το είδος των κενώσεων.

ΕΙΔΟΣ ΚΕΝΩΣΕΩΝ	N=193	Percent (%)
Κανονικές	171	88,6
Διαρροϊκές	4	2,1
Σκληρές	15	7,8
Εναλλάσσονται σε διαρροϊκές και κανονικές	3	1,6

Σχήμα 40: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το είδος των κενώσεων.

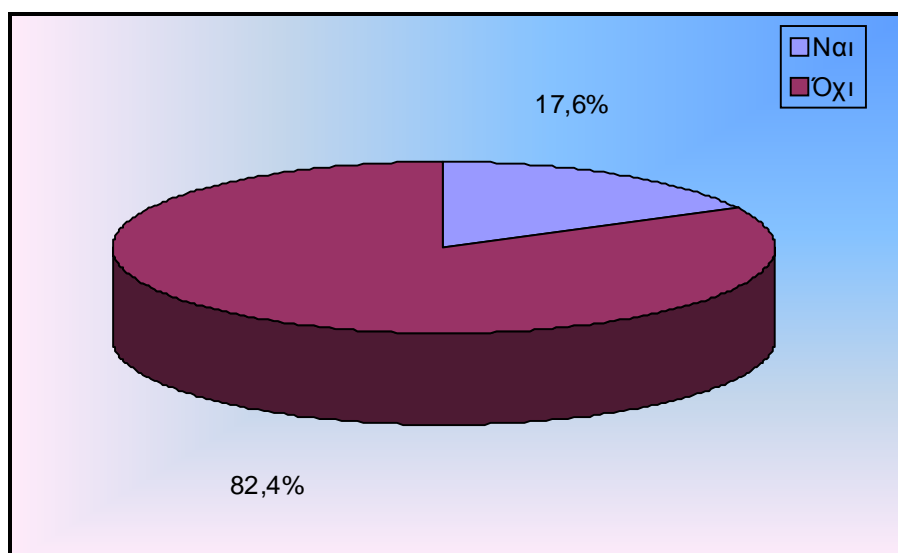


Στην ερώτηση, αν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου 159 άτομα (ποσοστό 82,4%) δήλωσαν ότι δεν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση ενώ αντίθετα 34 άτομα (ποσοστό 17,6%) έχουν κάνει (Πίνακας 45, Σχήμα 41).

Πίνακας 45: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς αν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του πάχους έντερου.

Έχετε κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του πάχους έντερου;	N=193	Percent (%)
Ναι	34	17,6
Όχι	159	82,4

Σχήμα 41: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς αν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του πάχους έντερου.

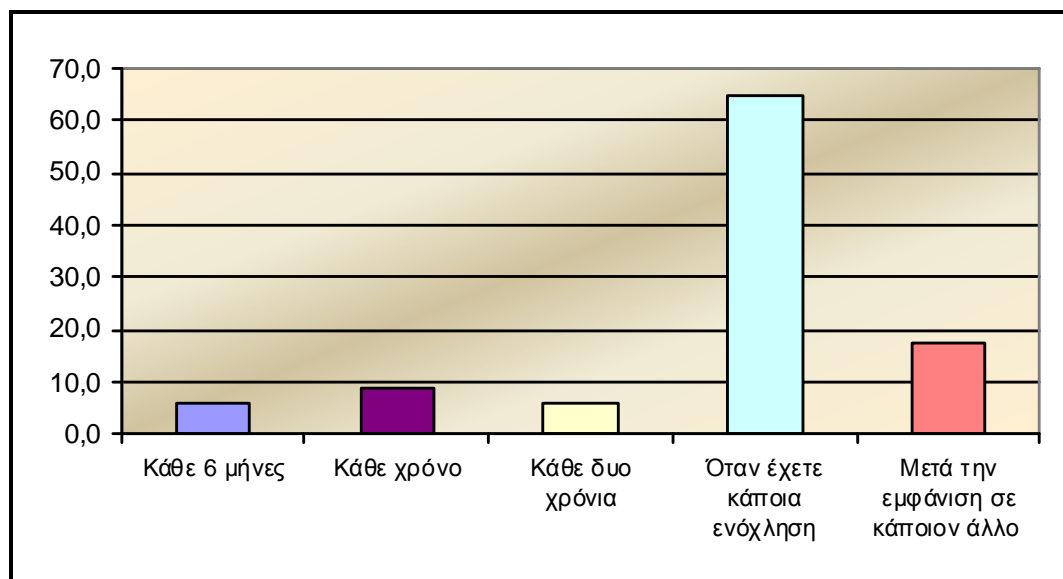


Το 64,7% των ερωτηθέντων (22 άτομα) που έκαναν κάποια προληπτική εξέταση είχαν κάποια ενόχληση η οποία τους οδήγησε στο να κάνουν την εξέταση ενώ άλλοι 6 (ποσοστό 17,6%) αυτών έκαναν την εξέταση όταν εμφανίστηκε σε κάποιον άλλο. Προληπτικό έλεγχο κάθε 6 μήνες ή κάθε χρόνο ή κάθε δύο χρόνια έκανε το 20,6% των ερωτηθέντων (7 άτομα) (Πίνακας 46, Σχήμα 42).

Πίνακας 46: Κατανομή ερωτηθέντων που έχουν κάνει την εξέταση, κάθε ποτέ κάνουν αυτό τον έλεγχο.

ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΘΕ ΠΟΤΕ ΚΑΝΕΤΕ ΑΥΤΟΝ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ;	N=34	Percent (%)
Κάθε 6 μήνες	2	5,9
Κάθε χρόνο	3	8,8
Κάθε δυο χρόνια	2	5,9
Όταν έχετε κάποια ενόχληση	22	64,7
Μετά την εμφάνιση σε κάποιον άλλο	6	17,6

Σχήμα 42: Κατανομή ερωτηθέντων που έχουν κάνει την εξέταση, κάθε ποτέ κάνουν αυτό τον έλεγχο.

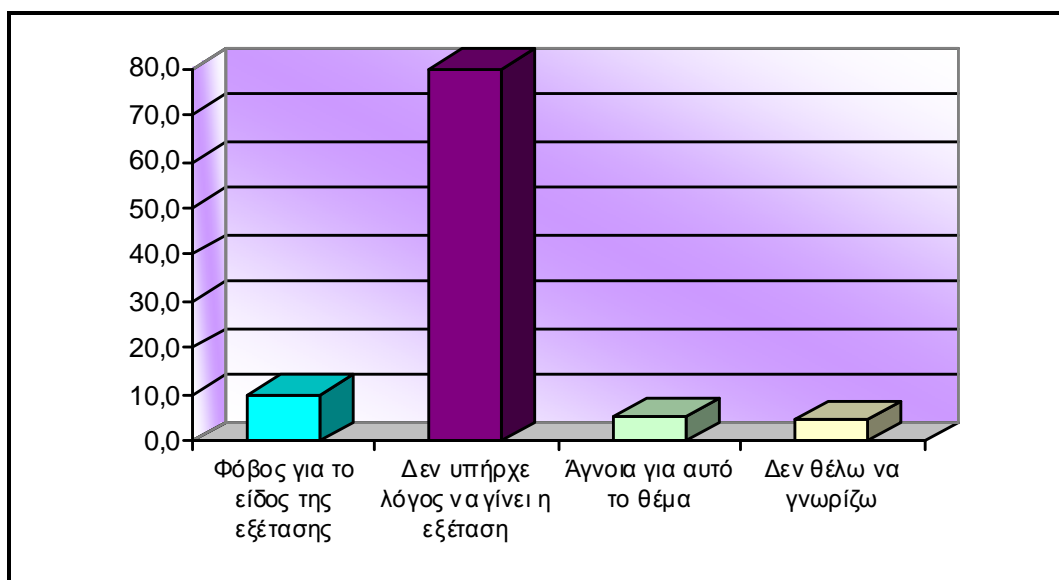


Σε υψηλό ποσοστό 79,9% οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι δεν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση γιατί δεν υπήρχε λόγος να γίνει. Επίσης εντύπωση προκαλεί το ποσοστό 5,0% των ερωτηθέντων που δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν κάτι σχετικά με αυτό το θέμα, επομένως δεν έχουν κάνει και κάποια εξέταση (Πίνακας 47, Σχήμα 43).

Πίνακας 47: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αιτία της άρνησης στο να κάνουν κάποια προληπτική εξέταση.

ΑΙΤΙΑ ΑΡΝΗΣΗΣ	N=159	Percent (%)
Φόβος για το είδος της εξέτασης	16	10,1
Δεν υπήρχε λόγος να γίνει η εξέταση	127	79,9
Άγνοια για αυτό το θέμα	8	5,0
Δεν θέλω να γνωρίζω	7	4,4

Σχήμα 43: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την αιτία της άρνησης στο να κάνουν κάποια προληπτική εξέταση.

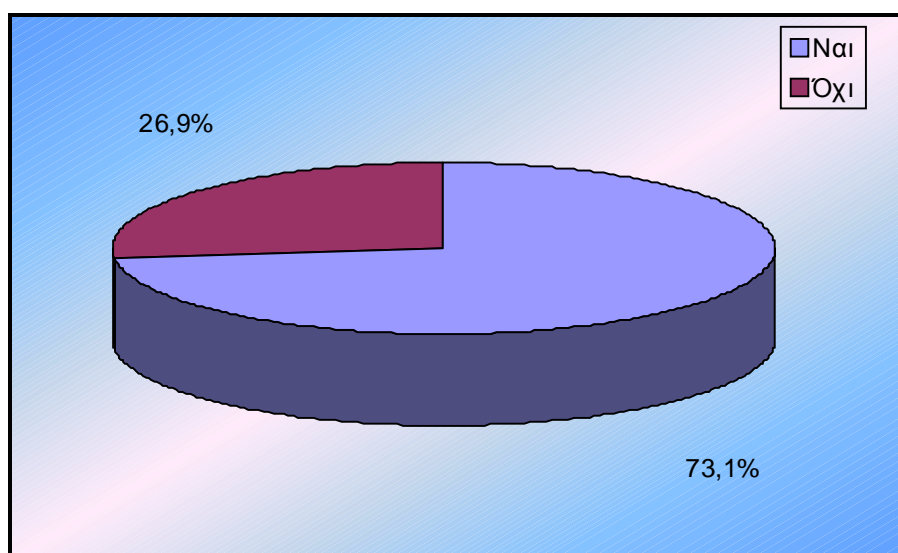


Από τα άτομα τα οποία ερωτήθηκαν, 141 άτομα (ποσοστό 73,1%) απάντησαν ότι αν τους γινόταν κάποια ενημέρωση, θα δεχόντουσαν να τους γίνει κάποια προληπτική εξέταση, ενώ οι υπόλοιποι 52 (ποσοστό 26,9%) δήλωσαν ότι ακόμη και αν τα ενημέρωναν δεν θα δεχόντουσαν να τους γίνει κάποιος προληπτικός έλεγχος (Πίνακας 48, Σχήμα 44).

Πίνακας 48: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν ενημερώνονταν σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου αν θα δεχόντουσαν να τους γίνει προληπτικός έλεγχος.

ΑΝ ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΣΑΣΤΑΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΑΝ ΘΑ ΔΕΧΟΣΑΣΤΑΝ ΝΑ ΣΑΣ ΓΙΝΕΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ;	N=193	Percent (%)
Ναι	141	73,1
Όχι	52	26,9

Σχήμα 44: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν ενημερώνονταν σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου αν θα δεχόντουσαν να τους γίνει προληπτικός έλεγχος.

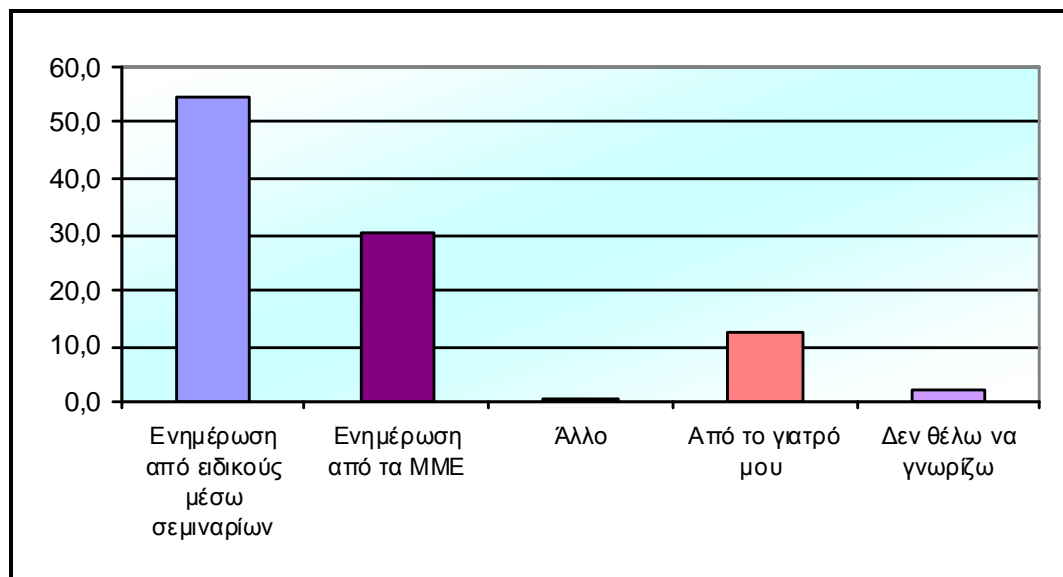


Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (ποσοστό 54,9%) θεωρούν ότι ο καλύτερος τρόπος ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι να ενημερωθούν από ειδικούς μέσω σεμιναρίων είτε από τα ΜΜΕ (ποσοστό 30,1%) είτε από το γιατρό τους (ποσοστό 12,4%) (Πίνακας 49, Σχήμα 45).

Πίνακας 49: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος νομίζουν ότι είναι ο καλύτερος τρόπος ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

ΠΟΙΟΣ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΛΥΤΕΡΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ;	N=193	Percent (%)
Ενημέρωση από ειδικούς μέσω σεμιναρίων	106	54,9
Ενημέρωση από τα ΜΜΕ	58	30,1
Άλλο	1	0,5
Από το γιατρό μου	24	12,4
Δεν θέλω να γνωρίζω	4	2,1

Σχήμα 45: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος νομίζουν ότι είναι ο καλύτερος τρόπος ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

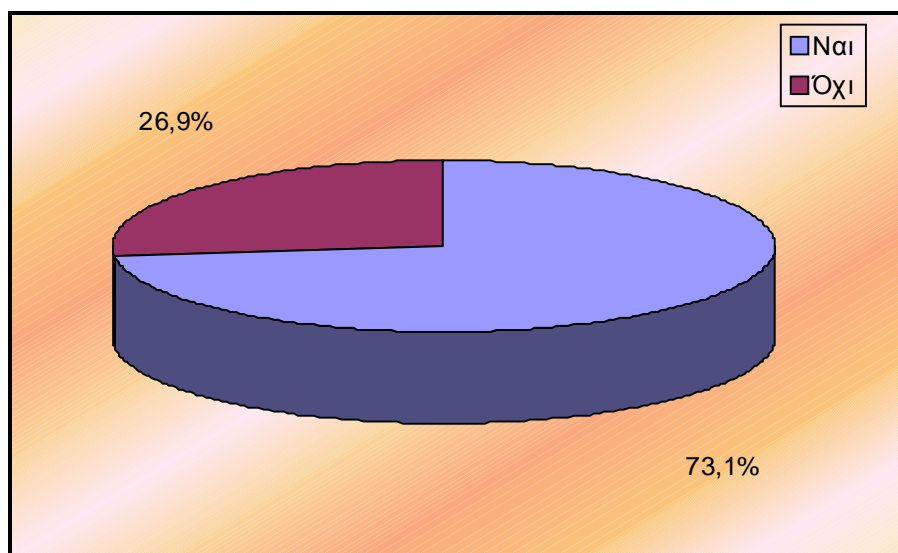


Τρεις στους τέσσερεις από τους ερωτηθέντες (146 άτομα, ποσοστό 75,6%) δήλωσαν ότι δεν έχουν ενημερωθεί από πουθενά σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου ενώ το υπόλοιπο 24,4% δήλωσε ότι έχει ενημερωθεί (Πίνακας 50, Σχήμα 46).

Πίνακας 50: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν τους έχει γίνει ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΓΙΝΕΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ;	N=193	Percent (%)
Ναι	47	24,4
Όχι	146	75,6

Σχήμα 46: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν τους έχει γίνει ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

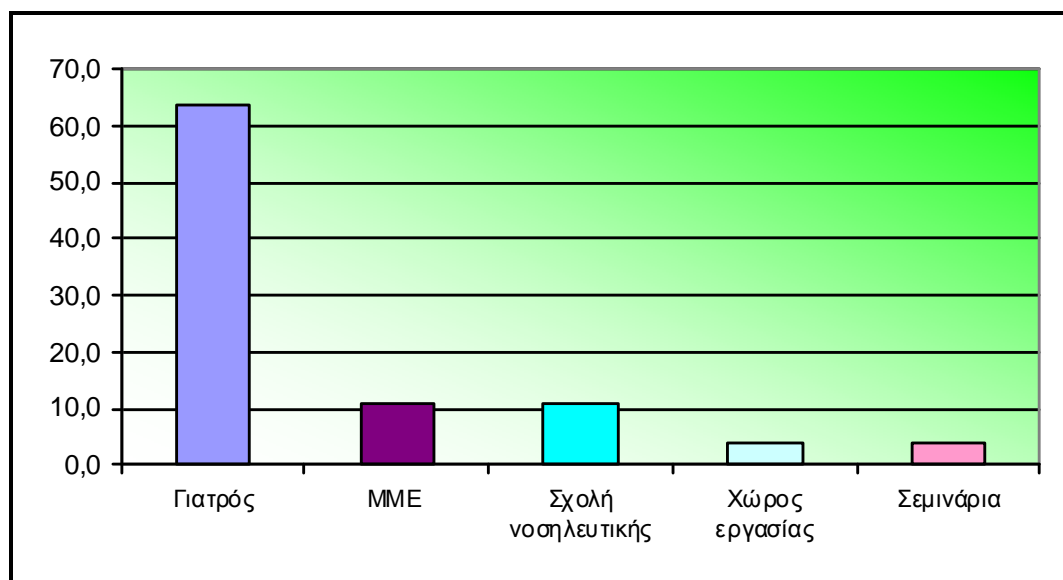


Η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι έχουν ενημερωθεί δήλωσαν ότι ο γιατρός τους ήταν αυτός που τους ενημέρωσε σχετικά (30 άτομα, ποσοστό 63,8%) ενώ ακολουθούν άλλες πηγές ενημέρωσης με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 51, Σχήμα 47).

Πίνακας 51: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος ήταν ο φορέας ενημέρωσης.

ΠΟΙΟΣ ΗΤΑΝ Ο ΦΟΡΕΑΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ;	N=47	Percent (%)
Γιατρός	30	63,8
MME	5	10,6
Σχολή νοσηλευτικής	5	10,6
Χώρος εργασίας	2	4,2
Σεμινάρια	2	4,2

Σχήμα 47: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος ήταν ο φορέας ενημέρωσης.

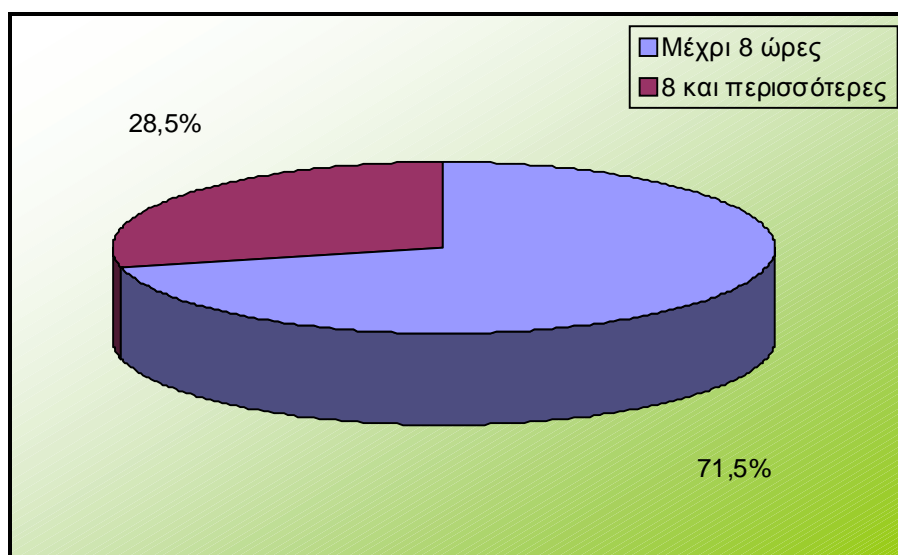


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (138 άτομα, ποσοστό 71,5%) κάνει μέχρι 8 ώρες ύπνου ενώ περισσότερες από 8 κάνει το υπόλοιπο 28,5% αυτών (Πίνακας 52, Σχήμα 48).

Πίνακας 52: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσες ώρες κοιμούνται συνήθως.

ΠΟΣΕΣ ΩΡΕΣ ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ;	N=193	Percent (%)
Μέχρι 8 ώρες	138	71,5
8 και περισσότερες	55	28,5

Σχήμα 48: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσες ώρες κοιμούνται συνήθως.

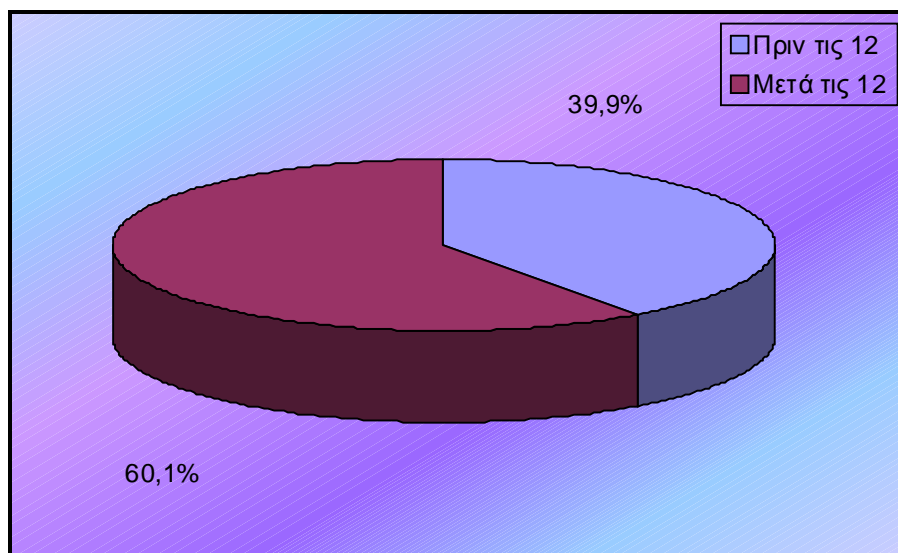


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (116 άτομα, ποσοστό 60,1%) κοιμάται μετά τις 12 ενώ το υπόλοιπο 39,9% πριν τις 12 (Πίνακας 53, Σχήμα 49).

Πίνακας 53: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια ώρα κοιμούνται το βράδυ συνήθως.

ΠΟΙΑ ΩΡΑ ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΤΟ ΒΡΑΔΥ ΣΥΝΗΘΩΣ;	N=193	Percent (%)
Πριν τις 12	77	39,9
Μετά τις 12	116	60,1

Σχήμα 49: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια ώρα κοιμούνται το βράδυ συνήθως.

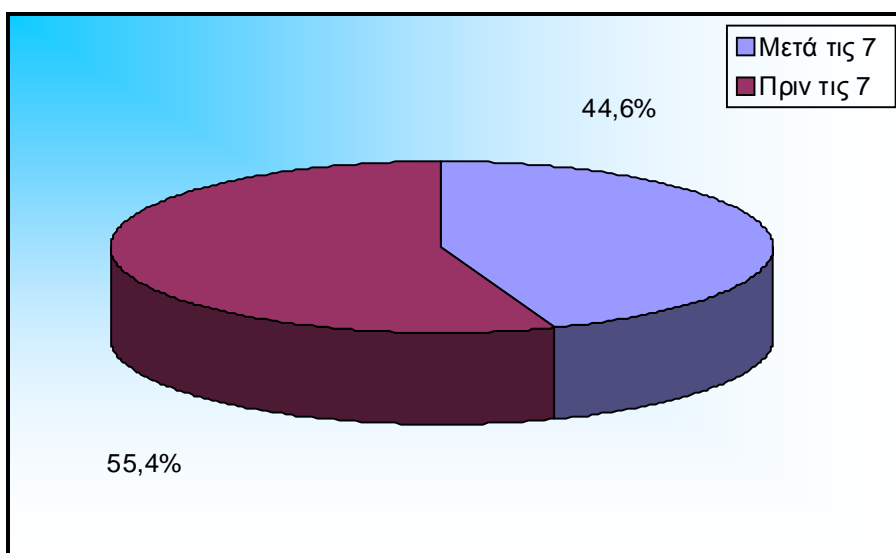


Το 55,4% των ερωτηθέντων (107 άτομα) ξυπνά πριν τις 7 το πρωί ενώ το υπόλοιπο 44,5% ξυπνά μετά τις 7 (Πίνακας 54, Σχήμα 50).

Πίνακας 54: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια ώρα ξυπνούν το πρωί

ΠΟΙΑ ΩΡΑ ΞΥΠΝΑΤΕ ΤΟ ΠΡΩΙ;	N=193	Percent (%)
Μετά τις 7	86	44,5
Πριν τις 7	107	55,4

Σχήμα 50: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια ώρα κοιμούνται το βράδυ συνήθως.

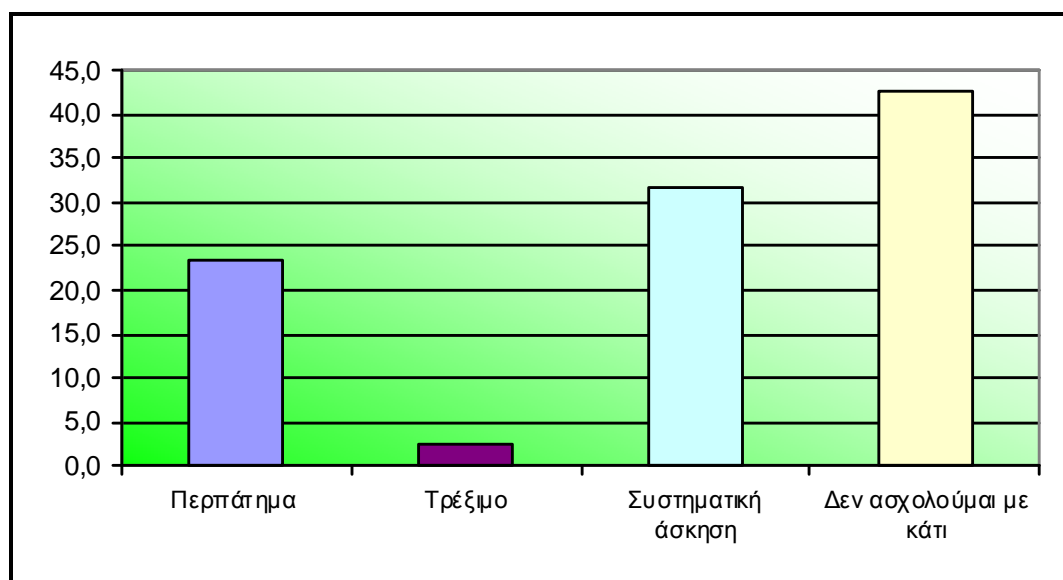


Το 42,5% των ερωτηθέντων (82 άτομα) δήλωσε ότι δεν ασχολείται με κάτι στον ελεύθερο χρόνο του ενώ το υπόλοιπο 57,5% ασχολείται με κάποιου είδους άσκηση (είτε συστηματική είτε περπάτημα είτε σε πολύ μικρότερο ποσοστό τρέξιμο) (Πίνακας 55, Σχήμα 51).

Πίνακας 55: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιες είναι οι δραστηριότητες τους στον ελεύθερο χρόνο τους.

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ;	N=193	Percent (%)
Περπάτημα	45	23,3
Τρέξιμο	5	2,6
Συστηματική άσκηση	61	31,6
Δεν ασχολούμαι με κάτι	82	42,5

Σχήμα 51: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιες είναι οι δραστηριότητες τους στον ελεύθερο χρόνο τους.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 193 πολίτες οι οποίοι ήταν τυχαίο δείγμα ηλικίας 18 ετών και άνω, μέσου όρου ηλικίας περίπου 50 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

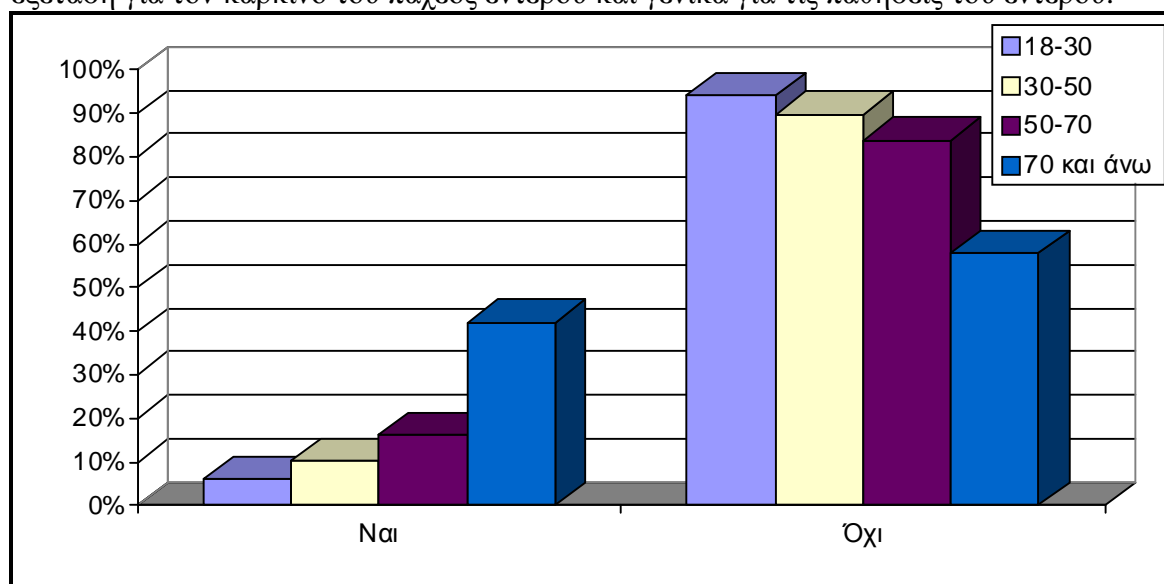
Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (42,1%) άτομα ηλικίας 70 ετών και άνω έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γενικά για τις παθήσεις του εντέρου σε σχέση με άτομα μικρότερων ηλικιακών ομάδων και ιδιαίτερα αυτών μεταξύ 18 και 30 ετών που έχουν κάνει σε ποσοστό μόλις 5,9% (Πίνακας 56, Σχήμα 52). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 21,277$, $df = 3$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 56: Συσχέτιση της ηλικίας και του εάν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γενικά για τις παθήσεις του εντέρου.

		Ηλικία				
		18-30	30-50	50-70	70 και άνω	
Έχετε κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γενικά για τις παθήσεις του εντέρου;	Ναι	2 5,9%	6 10,2%	10 16,1%	16 42,1%	34 17,6%
	Όχι	32 94,1%	53 89,8%	52 83,9%	22 57,9%	159 82,4%
		34	59	62	38	193

$$\chi^2 = 21,277, df = 3, p < 0,0001$$

Σχήμα 52: Συσχέτιση της ηλικίας και του εάν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γενικά για τις παθήσεις του εντέρου.



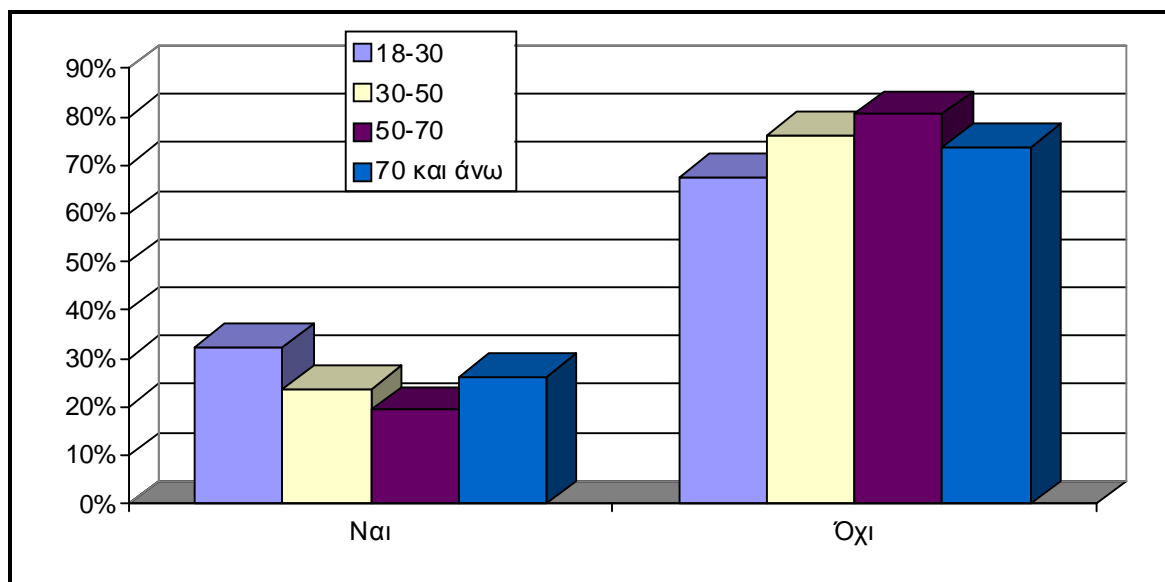
Σε υψηλότερο ποσοστό (32,4%) σε άτομα ηλικίας 18-30 ετών τους έχει γίνει κάποια ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου σε σχέση με άτομα μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων και ιδιαίτερα αυτών μεταξύ 50 και 70 ετών που έχουν κάνει σε ποσοστό 19,4% (Πίνακας 57, Σχήμα 53). Η διαφορά που παρατηρείται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 2,114$, $df = 3$, NS).

Πίνακας 57: Συσχέτιση της ηλικίας και του εάν τους έχει γίνει κάποια ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

		Ηλικία				
		18-30	30-50	50-70	70 και άνω	
Σας έχει γίνει κάποια ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου;	Ναι	11 32,4%	14 23,7%	12 19,4%	10 26,3%	47 24,4%
	Όχι	23 67,6%	45 76,3%	50 80,6%	28 73,7%	146 75,6%
		34	59	62	38	193

$\chi^2 = 2,114$, $df = 3$, NS

Σχήμα 53: Συσχέτιση της ηλικίας και του εάν τους έχει γίνει κάποια ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.



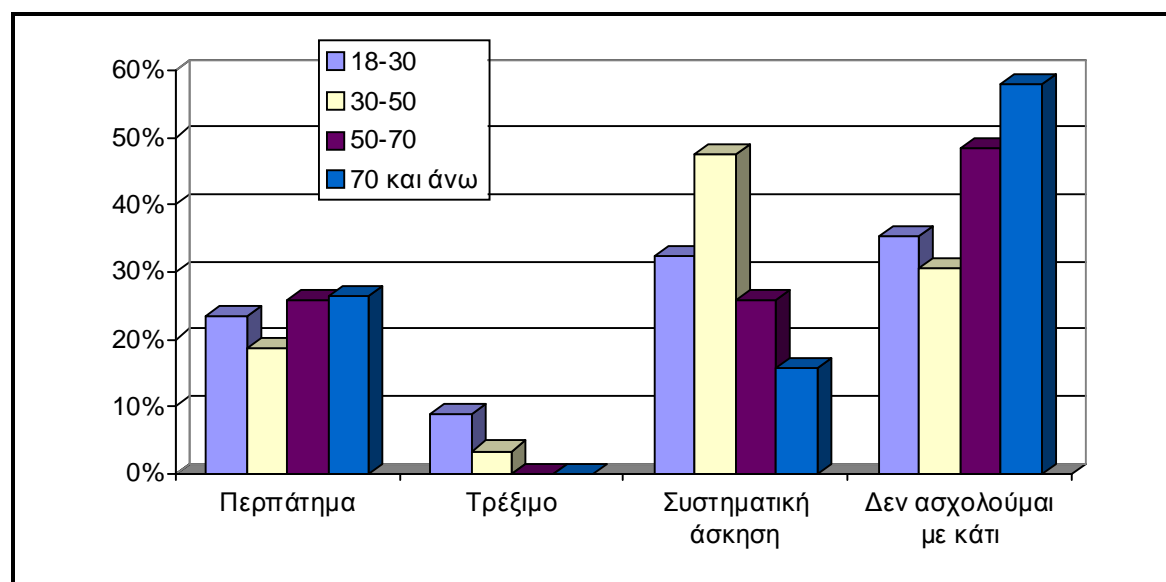
Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό τόσο τα άτομα άνω των 70 ετών (57,9%) όσο και τα άτομα 50-70 ετών (48,4%) δεν ασχολούνται με κάτι στον ελεύθερο χρόνο τους έναντι των ηλικιακών ομάδων 18-30 ετών και 30-50 ετών που σε ποσοστά 64,7% και 69,5% κάνουν κάποιου είδους άσκηση (Πίνακας 58, Σχήμα 54). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($\chi^2 = 22,101$, $df = 9$, $p < 0,01$).

Πίνακας 58: Συσχέτιση της ηλικίας και του ποιες είναι οι δραστηριότητές τους στον ελεύθερο χρόνο τους.

		Ηλικία				
		18-30	30-50	50-70	70 και άνω	
Ποιες είναι οι δραστηριότητές σας στον ελεύθερο χρόνο σας;	Περπάτημα	8 23,5%	11 18,6%	16 25,8%	10 26,3%	45 23,3%
	Τρέξιμο	3 8,8%	2 3,4%	0 0,0%	0 0,0%	5 2,6%
	Συστηματική άσκηση	11 32,4%	28 47,5%	16 25,8%	6 15,8%	61 31,6%
	Δεν ασχολούμαι με κάτι	12 35,3%	18 30,5%	30 48,4%	22 57,9%	82 42,5%
		34	59	62	38	193

$\chi^2 = 22,101$, $df = 9$, $p < 0,01$

Σχήμα 54: Συσχέτιση της ηλικίας και του ποιες είναι οι δραστηριότητές τους στον ελεύθερο χρόνο τους.



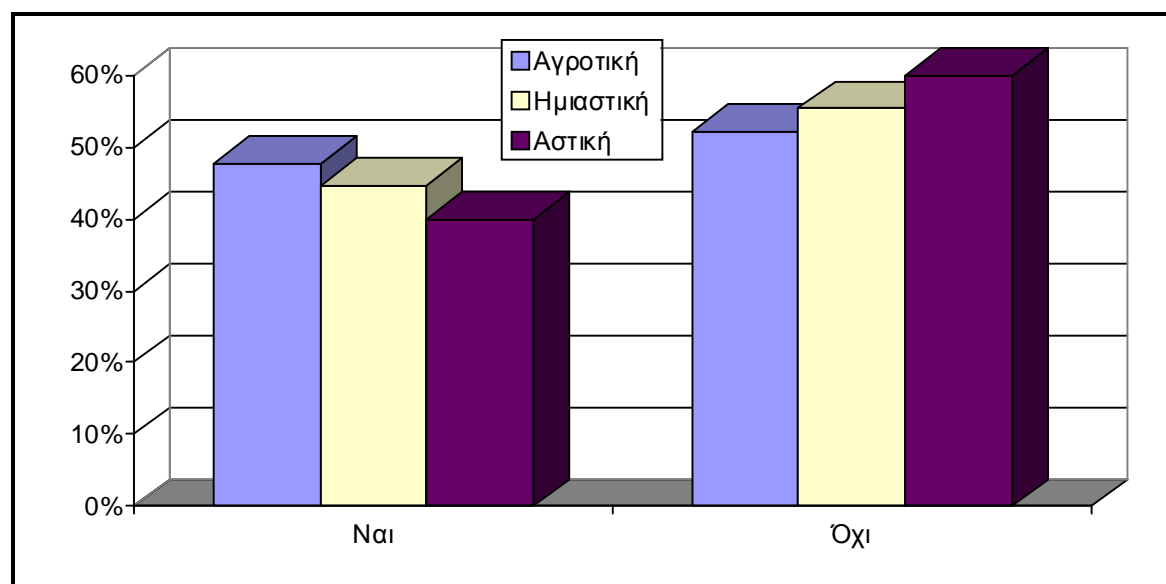
Δεν δείχνει προτίμηση ο καρκίνος οποιασδήποτε μορφής στον τόπο μόνιμης κατοικίας των ερωτηθέντων αφού τα ποσοστά των συγγενών που έχουν νοσήσει είναι παρόμοια και οι διαφορές πολύ μικρές (Πίνακας 59, Σχήμα 55). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,848$, $df = 2$, NS).

Πίνακας 59: Συσχέτιση του τόπου μόνιμης κατοικίας και εάν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά τους από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου.

		Τόπος μόνιμης κατοικίας			
		Αγροτική	Ημιαστική	Αστική	
Έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά σας από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου;	Ναι	32 47,8%	25 44,6%	28 40,0%	85 44,0%
	Όχι	35 52,2%	31 55,4%	42 60,0%	108 56,0%
		67	56	70	193

$$\chi^2 = 0,848, df = 2, NS$$

Σχήμα 55: Συσχέτιση του τόπου μόνιμης κατοικίας και εάν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά τους από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου.



Με την ίδια λογική εμφανίζεται και ο καρκίνος του παχέος εντέρου που επίσης δεν δείχνει προτίμηση στον τόπο μόνιμης κατοικίας των ερωτηθέντων. Οι διαφορές που παρατηρούνται ομοίως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 1,004$, $df = 2$, NS).

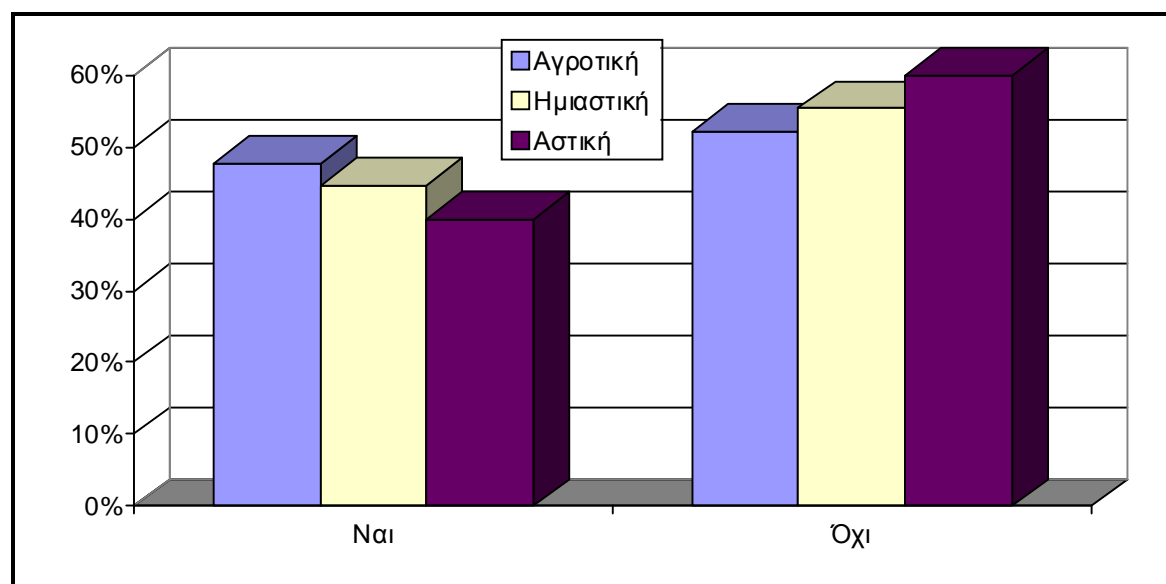
Ανεξάρτητα τύπου μόνιμης κατοικίας σε πολύ υψηλά ποσοστά οι ερωτηθέντες θα δεχόντουσαν να τους γίνει προληπτικός έλεγχος εάν είχε προηγηθεί ενημέρωση επί του θέματος αυτού (Πίνακας 60, Σχήμα 56). Οι πολύ μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,002$, $df = 2$, NS).

Πίνακας 60: Συσχέτιση του τύπου μόνιμης κατοικίας και εάν θα δεχόντουσαν να τους γίνει προληπτικός έλεγχος εάν είχε προηγηθεί ενημέρωση.

		Τύπος μόνιμης κατοικίας			
		Αγροτική	Ημιαστική	Αστική	
Αν σας ενημέρωναν σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου θα δεχόσασταν να σας γίνει προληπτικός έλεγχος;	Ναι	49 73,1%	41 73,2%	51 72,9%	141 73,1%
	Όχι	18 26,9%	15 26,8%	19 27,1%	52 26,9%
		67	56	70	193

$$\chi^2 = 0,002, df = 2, NS$$

Σχήμα 56: Συσχέτιση του τύπου μόνιμης κατοικίας και εάν θα δεχόντουσαν να τους γίνει προληπτικός έλεγχος εάν είχε προηγηθεί ενημέρωση.



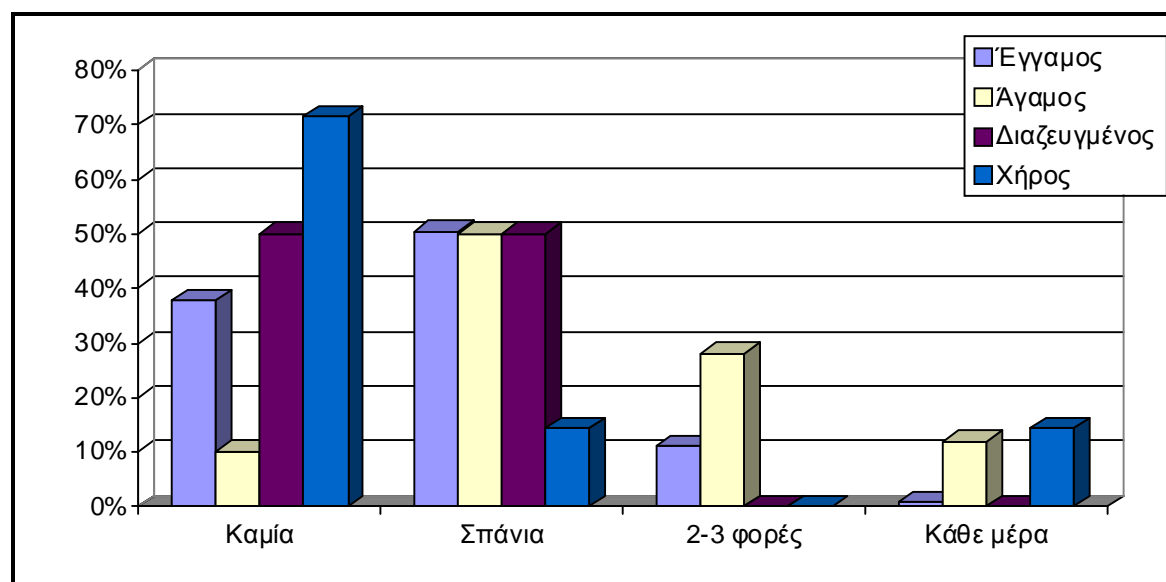
Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό τόσο οι διαζευγμένοι (100,0%) όσο και οι έγγαμοι (88,19%) καταναλώνουν σπάνια ή καθόλου τροφές τύπου fast food έναντι των άγαμων που σε ποσοστό 40,0% τρώνε 2-3 φορές την εβδομάδα ή και συχνότερα τέτοιες τροφές (Πίνακας 61, Σχήμα 57). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 41,118$, $df = 9$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 61: Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης και του πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνουν τροφές τύπου fast food.

		Οικογενειακή κατάσταση				
		Έγγαμος	Άγαμος	Διαζευγμένος	Χήρος	
Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε τροφές τύπου fast food;	Καμία	48 37,80%	5 10,00%	1 50,00%	10 71,43%	64 33,16%
	Σπάνια	64 50,39%	25 50,00%	1 50,00%	2 14,29%	92 47,67%
	2-3 φορές	14 11,02%	14 28,00%	0 0,00%	0 0,00%	28 14,51%
	Κάθε μέρα	1 0,79%	6 12,00%	0 0,00%	2 14,29%	9 4,66%
		127	50	2	14	193

$\chi^2 = 41,118$, $df = 9$, $p < 0,0001$

Σχήμα 57: Συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης και του πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνουν τροφές τύπου fast food.



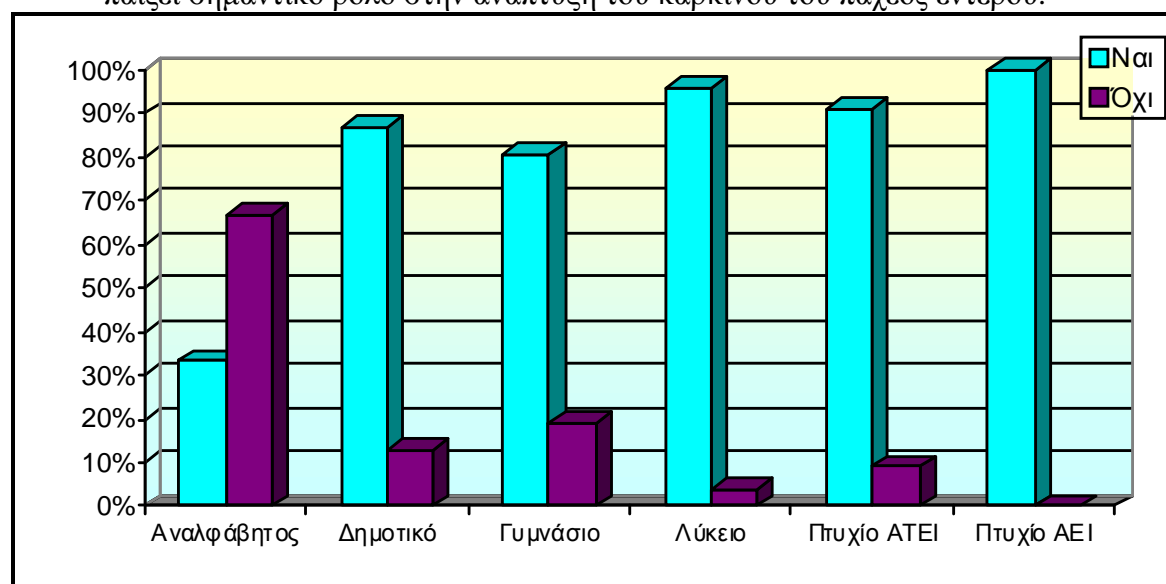
Προφανώς άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου πιστεύουν σε πολύ υψηλότερο βαθμό ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου έναντι των ατόμων χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Πίνακας 62, Σχήμα 58). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 23,535$, $df = 6$, $p < 0,01$).

Πίνακας 62: Συσχέτιση των γραμματικών γνώσεων και εάν πιστεύουν ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

		Πιστεύετε ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου;		
		Ναι	Όχι	
Γραμματικές γνώσεις	Αναλφάβητος	2 33,3%	4 66,7%	6
	Δημοτικό	54 87,1%	8 12,9%	62
	Γυμνάσιο	25 80,6%	6 19,4%	31
	Λύκειο	49 96,1%	2 3,9%	51
	Πτυχίο ΑΤΕΙ	30 90,9%	3 9,1%	33
	Πτυχίο ΑΕΙ	9 100,0%	0 0,0%	9
		170 88,1%	23 11,9%	193 100,0%

$$\chi^2 = 23,535, df = 6, p < 0,01$$

Σχήμα 58: Συσχέτιση των γραμματικών γνώσεων και εάν πιστεύουν ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου.



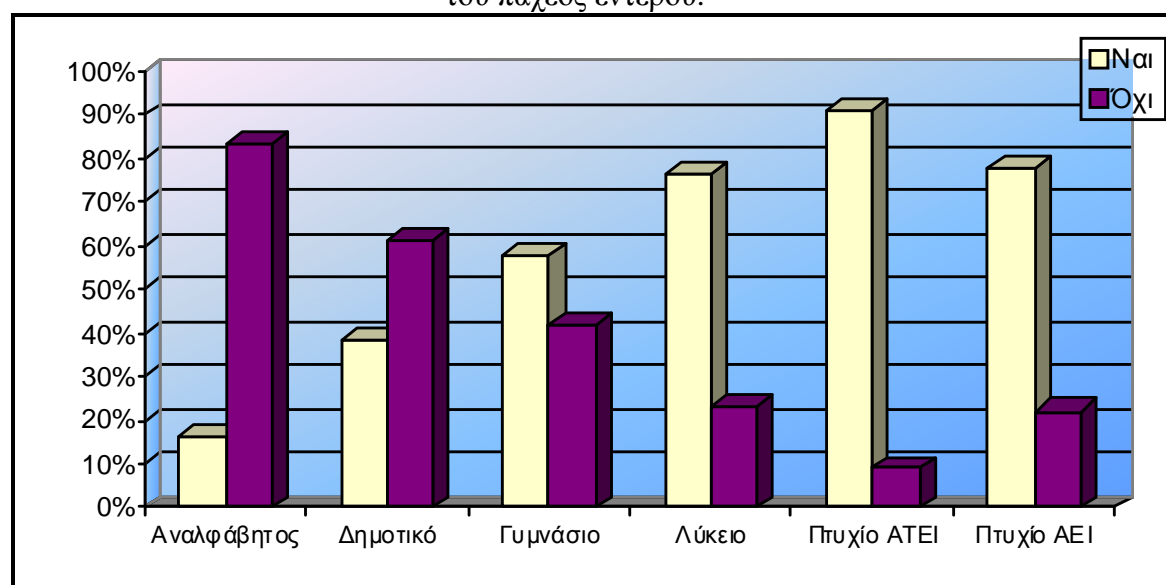
Ομοίως άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου γνωρίζουν σε πολύ υψηλότερο βαθμό τι είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου έναντι των ατόμων χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Πίνακας 63, Σχήμα 59). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 37,580$, $df = 6$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 63: Συσχέτιση των γραμματικών γνώσεων και εάν γνωρίζουν τι είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου.

		Γνωρίζετε τι είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου;		
		Ναι	Όχι	
Γραμματικές γνώσεις	Αναλφάβητος	1 16,7%	5 83,3%	6
	Δημοτικό	24 38,7%	38 61,3%	62
	Γυμνάσιο	18 58,1%	13 41,9%	31
	Λύκειο	39 76,5%	12 23,5%	51
	Πτυχίο ΑΤΕΙ	30 90,9%	3 9,1%	33
	Πτυχίο ΑΕΙ	7 77,8%	2 22,2%	9
		120 62,2%	73 37,8%	193 100,0%

$$\chi^2 = 37,580, df = 6, p < 0,0001$$

Σχήμα 59: Συσχέτιση των γραμματικών γνώσεων και εάν γνωρίζουν τι είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου.



Αντίθετα, ανεξάρτητα μορφωτικού επιπέδου οι ερωτηθέντες σε υψηλά ποσοστά δήλωσαν ότι δεν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γενικά για τις παθήσεις του εντέρου (Πίνακας 64). Οι διαφορές που παρατηρούνται με σημαντικότερη αυτή των αναλφάβητων δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 9,959$, $df = 6$, NS).

Πίνακας 64: Συσχέτιση των γραμματικών γνώσεων και εάν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γενικά για τις παθήσεις του εντέρου.

		Έχετε κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γενικά για τις παθήσεις του εντέρου;		
		Ναι	Όχι	
Γραμματικές γνώσεις	Αναλφάβητος	3 50,0%	3 50,0%	6
	Δημοτικό	14 22,6%	48 77,4%	62
	Γυμνάσιο	7 22,6%	24 77,4%	31
	Λύκειο	7 13,7%	44 86,3%	51
	Πτυχίο ΑΤΕΙ	2 6,1%	31 93,9%	33
	Πτυχίο ΑΕΙ	1 11,1%	8 88,9%	9
		34 17,6%	159 82,4%	193 100,0%

$\chi^2 = 9,959$, $df = 6$, NS

Ομοίως, ανεξάρτητα μορφωτικού επιπέδου οι ερωτηθέντες σε υψηλά ποσοστά δήλωσαν ότι θα δεχόντουσαν να τους γίνει προληπτικός έλεγχος εάν τους ενημέρωναν σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου (Πίνακας 65). Οι διαφορές που παρατηρούνται με σημαντικότερη αυτή των αναλφάβητων δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 7,584$, $df = 6$, NS).

Πίνακας 65: Συσχέτιση των γραμματικών γνώσεων και εάν θα δεχόντουσαν να τους γίνει προληπτικός έλεγχος εάν είχε προηγηθεί ενημέρωση σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

		Θα δεχόσασταν να σας γίνει προληπτικός έλεγχος εάν σας ενημέρωναν σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου;		
		Ναι	Όχι	
Γραμματικές γνώσεις	Αναλφάβητος	3 50,0%	3 50,0%	6
	Δημοτικό	45 72,6%	17 27,4%	62
	Γυμνάσιο	25 80,6%	6 19,4%	31
	Λύκειο	40 78,4%	11 21,6%	51
	Πτυχίο ΑΤΕΙ	21 63,6%	12 36,4%	33
	Πτυχίο ΑΕΙ	7 77,8%	2 22,2%	9
		141 73,1%	52 26,9%	193 100,0%

$\chi^2 = 7,584$, $df = 6$, NS

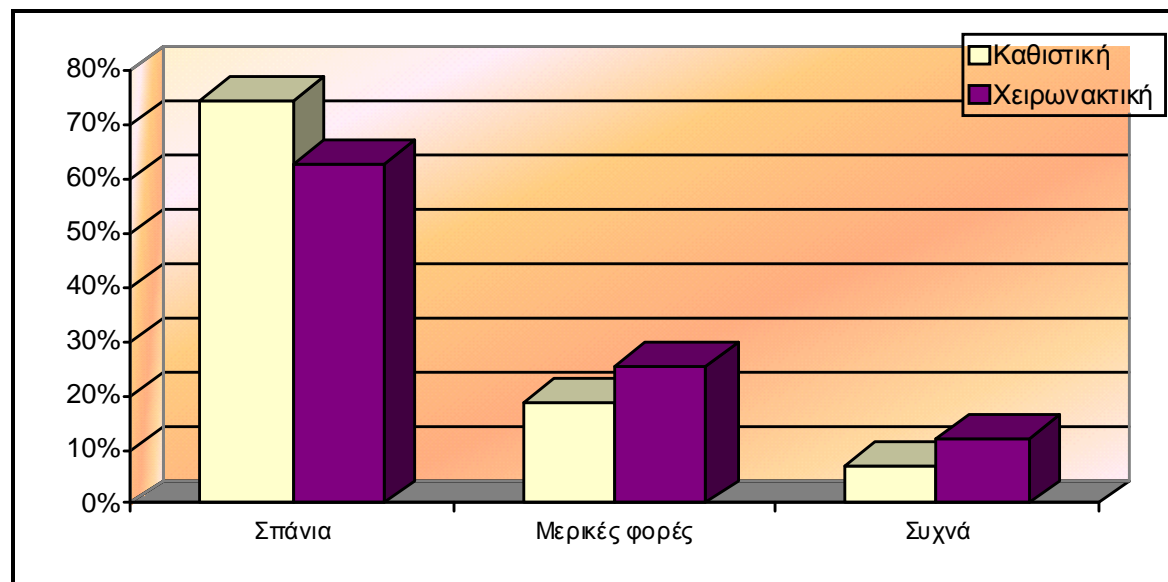
Το είδος της εργασίας, χειρωνακτική ή καθιστική δεν φαίνεται να παίζει ρόλο στην ύπαρξη ή μη δυσκολιότητας σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων (Πίνακας 66, Σχήμα 60). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 2,871$, $df = 2$, NS).

Πίνακας 66: Συσχέτιση του είδους της εργασίας και εάν υποφέρουν από δυσκολιότητα.

		Είδος εργασίας		
		Καθιστική	Χειρωνακτική	
Υποφέρετε από δυσκολιότητα;	Σπάνια	52 74,3%	77 62,6%	129 66,8%
	Μερικές φορές	13 18,6%	31 25,2%	44 22,8%
	Συχνά	5 7,1%	15 12,2%	20 10,4%
		70	123	193

$\chi^2 = 2,871$, $df = 2$, NS

Σχήμα 60: Συσχέτιση του είδους της εργασίας και εάν υποφέρουν από δυσκολιότητα.



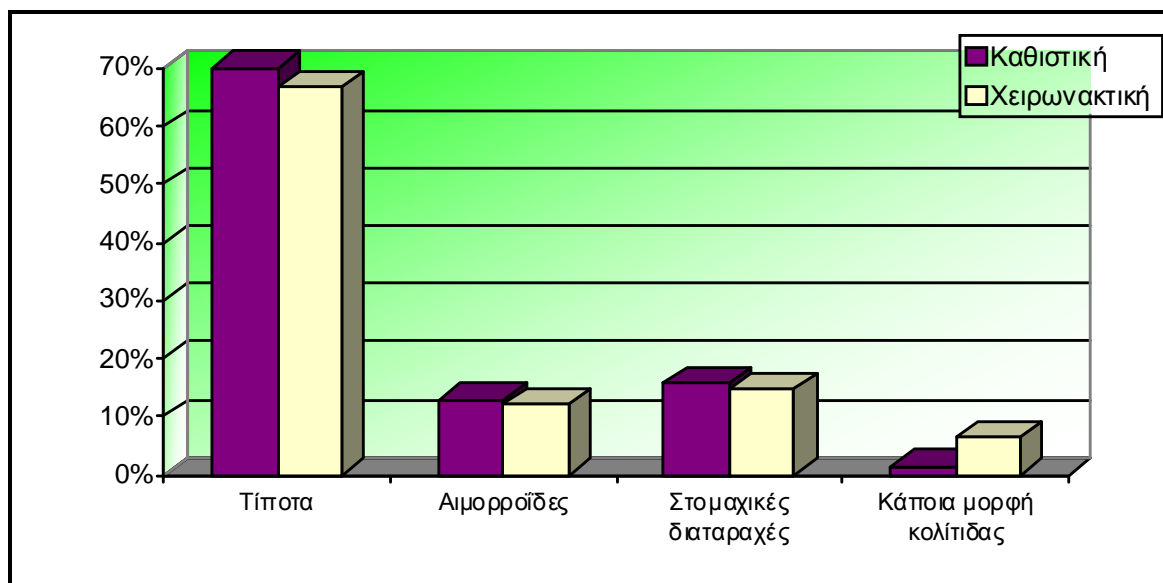
Από τι ακριβώς υποφέρουν οι ερωτηθέντες δεν φαίνεται να σχετίζεται με το είδος της εργασίας, χειρωνακτική ή καθιστική (Πίνακας 67, Σχήμα 61). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 2,588$, $df = 3$, NS).

Πίνακας 67: Συσχέτιση του είδους της εργασίας και από τι υποφέρουν.

		Είδος εργασίας		
		Καθιστική	Χειρωνακτική	
Υποφέρετε από:	Τίποτα	49 70,0%	82 66,7%	131 67,9%
	Αιμορροΐδες	9 12,9%	15 12,2%	24 12,4%
	Στομαχικές διαταραχές	11 15,7%	18 14,6%	29 15,0%
	Κάποια μορφή κολίτιδας	1 1,4%	8 6,5%	9 4,7%
		70	123	193

$\chi^2 = 2,588$, $df = 3$, NS

Σχήμα 61: Συσχέτιση του είδους της εργασίας και από τι υποφέρουν.



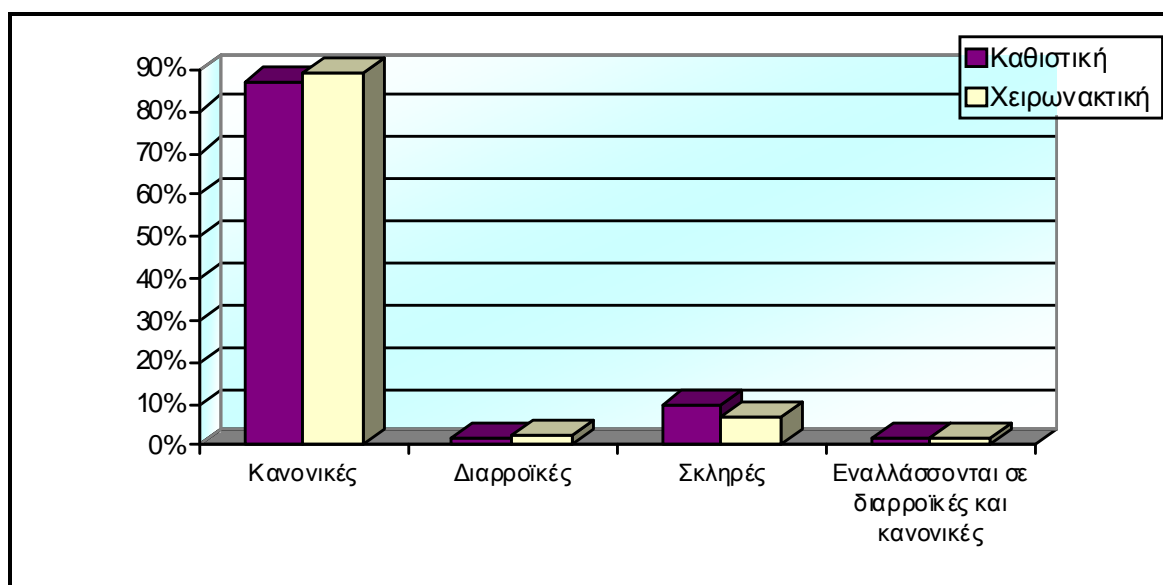
Το είδος των κενώσεων που έχουν συνήθως οι ερωτηθέντες δεν φαίνεται να σχετίζεται με το είδος της εργασίας, χειρωνακτική ή καθιστική (Πίνακας 68, Σχήμα 62). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,959$, $df = 3$, NS).

Πίνακας 68: Συσχέτιση του είδους της εργασίας και τι είδους κενώσεις έχουν συνήθως.

		Είδος εργασίας		
		Καθιστική	Χειρωνακτική	
Είδος κενώσεων που έχετε συνήθως	Κανονικές	61 87,1%	110 89,4%	171 88,6%
	Διαρροϊκές	1 1,4%	3 2,4%	4 2,1%
	Σκληρές	7 10,0%	8 6,5%	15 7,8%
	Εναλλάσσονται σε διαρροϊκές και κανονικές	1 1,4%	2 1,6%	3 1,6%
		70	123	193

$$\chi^2 = 0,959, df = 3, NS$$

Σχήμα 62: Συσχέτιση του είδους της εργασίας και τι είδους κενώσεις έχουν συνήθως.



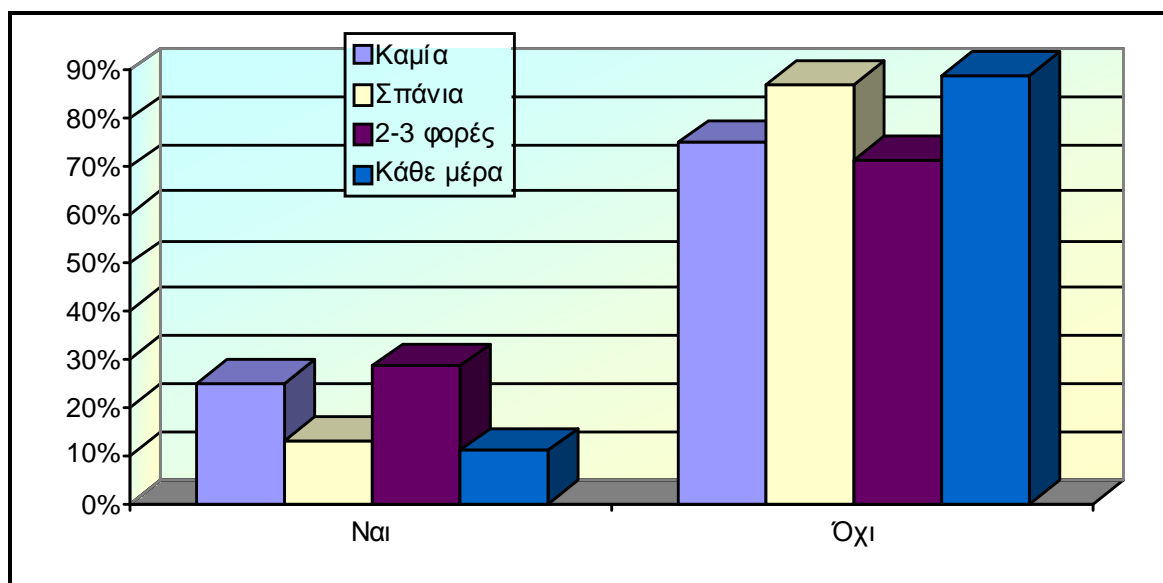
Γενικά οι ερωτηθέντες δεν συνηθίζουν να καταναλώνουν τροφές τύπου fast food γεγονός που είναι ανεξάρτητο από εάν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά τους από καρκίνο του παχέος εντέρου (Πίνακας 69, Σχήμα 63). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 5,607$, $df = 3$, NS).

Πίνακας 69: Συσχέτιση της κατανάλωσης τροφών τύπου fast food και του εάν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά τους από καρκίνο του παχέος εντέρου.

		Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε τροφές τύπου fast food;				
		Καμία	Σπάνια	2-3 φορές	Κάθε μέρα	
Έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά σας από καρκίνο του παχέος εντέρου;	Ναι	16 25,0%	12 13,0%	8 28,6%	1 11,1%	37 19,2%
	Όχι	48 75,0%	80 87,0%	20 71,4%	8 88,9%	156 80,8%
		64	92	28	9	193

$\chi^2 = 5,607$, $df = 3$, NS

Σχήμα 63: Συσχέτιση της κατανάλωσης τροφών τύπου fast food και του εάν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά τους από καρκίνο του παχέος εντέρου.



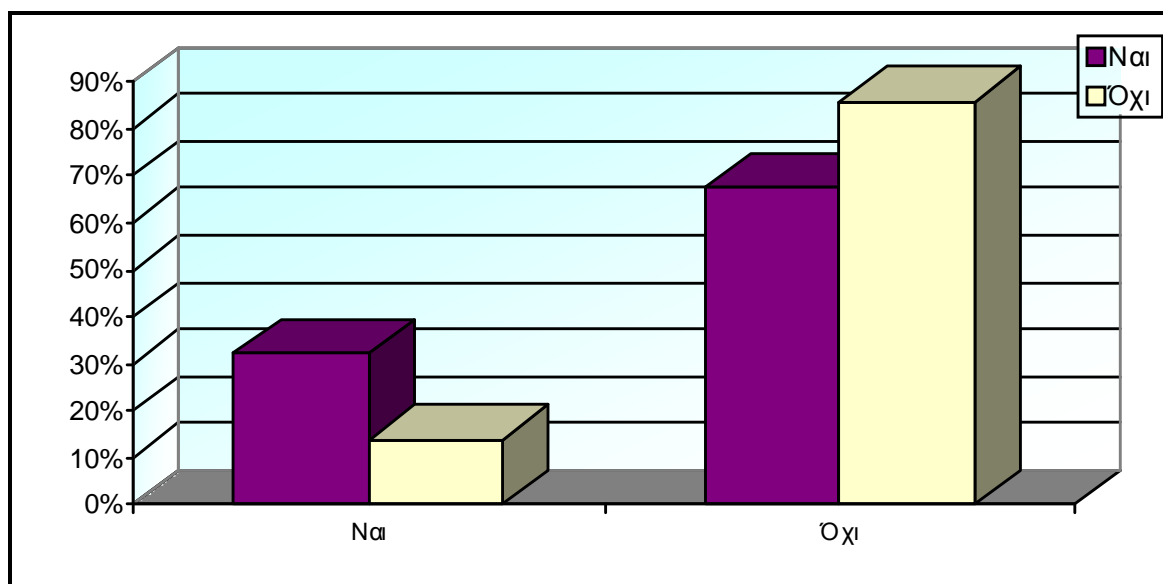
Το ποσοστό των ατόμων που έχει κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του πάχους εντέρου όταν κάποιος από την οικογένειά του έχει νοσήσει από καρκίνο του πάχους εντέρου (32,4%) σε σχέση με αυτούς που δεν έχει νοσήσει κάποιος από καρκίνο του πάχους εντέρου (14,1%) (Πίνακας 70, Σχήμα 64). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($\chi^2 = 6,904$, $df = 1$, $p < 0,01$).

Πίνακας 70: Συσχέτιση του αν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του πάχους εντέρου σε σχέση με το αν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά τους από καρκίνο του πάχους εντέρου.

		Έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά σας από καρκίνο του πάχους εντέρου;		
		Ναι	Όχι	
Έχετε κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του πάχους εντέρου;	Ναι	12 32,4%	22 14,1%	34 17,6%
	Όχι	25 67,6%	134 85,9%	159 82,4%
		37	156	193

$\chi^2 = 6,904$, $df = 1$, $p < 0,01$

Σχήμα 64: Συσχέτιση του αν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του πάχους εντέρου σε σχέση με το αν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά τους από καρκίνο του πάχους εντέρου.



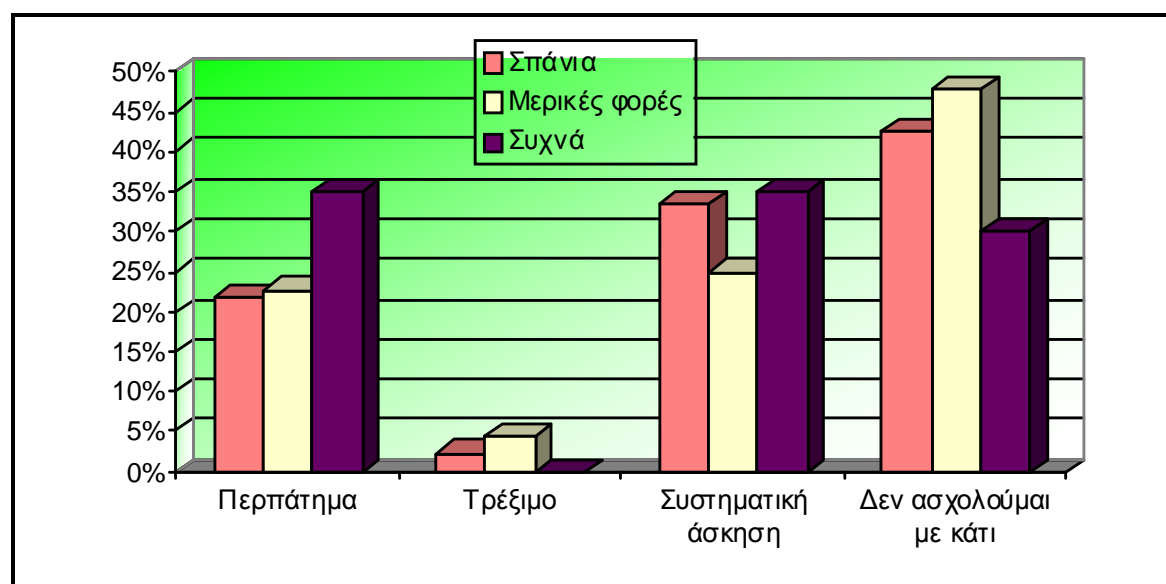
Δεν φαίνεται να έχουν σχέση το ποιες είναι οι δραστηριότητες τους στον ελεύθερο χρόνο τους και το εάν υποφέρουν από δυσκοιλιότητα (Πίνακας 71, Σχήμα 65). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 4,344$, $df = 6$, NS).

Πίνακας 71: Συσχέτιση του αν υποφέρουν από δυσκοιλιότητα και του ποιες είναι οι δραστηριότητες τους στον ελεύθερο χρόνο τους.

		Υποφέρετε από δυσκοιλιότητα;			
		Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	
Ποιες είναι οι δραστηριότητες σας στον ελεύθερο χρόνο σας;	Περπάτημα	28 21,7%	10 22,7%	7 35,0%	45 23,3%
	Τρέξιμο	3 2,3%	2 4,5%	0 0,0%	5 2,6%
	Συστηματική άσκηση	43 33,3%	11 25,0%	7 35,0%	61 31,6%
	Δεν ασχολούμαι με κάτι	55 42,6%	21 47,7%	6 30,0%	82 42,5%
		129	44	20	193

$\chi^2 = 4,344$, $df = 6$, NS

Σχήμα 65: Συσχέτιση του αν υποφέρουν από δυσκοιλιότητα και του ποιες είναι οι δραστηριότητες τους στον ελεύθερο χρόνο τους.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στην υφήλιο, ενώ στη χώρα μας είναι η 4^η αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλασία. Η πρόληψη, αποσκοπεί στην αποφυγή εμφάνισης του καρκίνου, και η δευτερογενή πρόληψη, που αποσκοπεί στη θεραπεία των καρκινικών καταστάσεων και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου σε ιάσιμο στάδιο, είναι η σημαντικότερη κίνηση που μπορεί να γίνει για την καλύτερη αντιμετώπιση αυτού του καρκίνου. (Χριστοδούλου. 2000)

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου 3.000 άτομα προσβάλλονται κάθε χρόνο από καρκίνο του παχέος εντέρου. Αν και ο αριθμός αυτός είναι μικρότερος συγκριτικά με τους αντίστοιχους αριθμούς για τον υπόλοιπο δυτικό κόσμο, εντούτοις είναι ανησυχητικός μιας και η συχνότητα της νόσου αυξάνει με ραγδαίο ρυθμό.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου όπως και κάθε μορφή καρκίνου μπορεί να έχει τεράστιες επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς.

Ο στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση καθώς και η ενημέρωση-διαφώτιση των ατόμων που συμμετείχαν, για τα συμπτώματα και τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση και την εξέλιξη, του καρκίνου του παχέος εντέρου, με απώτερο σκοπό την πρόληψη την έγκυρη διάγνωση καθώς και την αντιμετώπιση του ίδιου του καρκίνου και των επιπλοκών του.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 193 άτομα τυχαίο δείγμα ηλικίας από 18 ετών και άνω. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με 55 ερωτήσεις το οποίο συντάχθηκε με βάση την διεθνή βιβλιογραφία .

Η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό η διατροφή το κάπνισμα το αλκοόλ κ.α. είναι παράγοντες πολύ σημαντικοί για την εμφάνιση καρκίνου παχέος εντέρου.

Στην ερευνά μας ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων που έλαβε μέρος ήταν ηλικίας 50-70 ετών σε ποσοστό 32,1% και ποσοστό επίσης 30,6% ήταν ηλικίας 30-50 ετών. Η συμμετοχή των ανδρών είναι στο 46,1% και των γυναικών 53,9%. Από τα άτομα αυτά σε ποσοστό 63,7% έκαναν χειρονακτική εργασία και μόλις ποσοστό 36,2% καθιστική. Σύμφωνα με έρευνες η καθιστική ζωή ή διαφορετικά η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας μπορεί να προκαλέσει καρκίνο στο παχύ έντερο λόγω της μεγαλύτερης παραμονής των απεκκρίσεων στο έντερο. Διαρκώς και περισσότερα στοιχεία συσσωρεύονται για την προστατευτική δυνατότητα της άσκησης στον

καρκίνο του παχέος. Σημαντικό όφελος προκύπτει από την μέτρια γυμναστική, όπως το έντονο βάδισμα 3 ώρες την εβδομάδα, αλλά πιο έντονη άσκηση μπορεί να ωφελήσει περισσότερο. Κάνοντας την άσκηση μέρος της ζωής μας (30'την ημέρα) μειώνουμε τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος. Η μη άσκηση συνδέεται με 2πλάσιο κίνδυνο καρκίνου. **(Παππής. 2003)**

Σε σειρές μελετών έχει δειχθεί η άμεση σχέση του καπνίσματος με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Μάλιστα, έχει ενοχοποιηθεί και για την πρώιμη εμφάνιση καρκίνου του παχέος. Σταματώντας το κάπνισμα προφυλασσόμαστε και από πλήθος άλλων καρκίνων (πνεύμονος, λάρυγγα, οισοφάγου, στόματος, ουροδόχου κύστης, νεφρών και παγκρέατος), όπου αυτό εμπλέκεται. **(Χριστοδούλου. 2000)**. Στην ερευνά μας ποσοστό 65,3 % απάντησε ότι δεν καπνίζουν και ποσοστό 34,7% ότι είναι καπνιστές. Από τα άτομα τα οποία ανέφεραν ότι δεν καπνίζουν, κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ανέφεραν ότι είχαν υπάρξει καπνιστές και το διέκοψαν διότι τους εμφανίστηκε κάποιο πρόβλημα υγείας.

Την πόρτα στον καρκίνο παχέος εντέρου ανοίγουν οι διατροφικές μας συνήθειες, οι οποίες υπολογίζεται ότι ευθύνονται για περίπου το 30% του συνόλου των περιστατικών καρκίνου στις δυτικές κοινωνίες, καθιστώντας τη διατροφή το δεύτερο παράγοντα κινδύνου για καρκίνο μετά το κάπνισμα.

Οι λιπαρές τροφές, τα τηγανιτά, οι τροφές με συντηρητικά και το κόκκινο κρέας, ευνοούν την ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου. **(Νέτα Σ.)** Στην ερώτηση τι περιλαμβάνει κυρίως η διατροφή τους οι περισσότεροι απάντησαν ότι καταναλώνουν πολλά λαχανικά (ποσοστό 76,2%) γεγονός πολύ σημαντικό όπως και τα φρούτα (ποσοστό 68,9%) εφόσον τα φρούτα και λαχανικά ευθύνονται για την καλύτερη λειτουργία του εντέρου. Παρόλα αυτά τα ζυμαρικά καταναλώνονται σε υψηλά ποσοστά (ποσοστό 66,3%) που αυτό σημαίνει μεγάλη κατανάλωση υδατανθράκων όπως και μικρό ποσοστό του ψωμιού ολικής αλέσεως με ποσοστό 11,9%. Ευχάριστο αποτελεί η πολύ μικρή κατανάλωση κονσερβοποιημένων προϊόντων (ποσοστό 6,7%). Οι τροφές που καταναλώνουν οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες είναι πλούσιες σε φρούτα και λαχανικά (144 άτομα, ποσοστό 74,6%) και έχουν υψηλά ποσοστά βιταμινών και θρεπτικών συστατικών (142 άτομα, ποσοστό 73,6%) ενώ είναι φτωχή σε λιπαρά. Βλέπουμε λοιπόν μια ευαισθητοποίηση στο θέμα της διατροφής ος' αναφορά στο πως θα πρέπει να τρέφονται.

Οι ερευνητές ανέλυσαν στοιχεία από την Ευρωπαϊκή Προοπτική Μελέτη για τον Καρκίνο και την Διατροφή - την επονομαζόμενη EPIC. Όσοι πίνουν

καθημερινά περισσότερα από τρία ποτά - ιδίως μπύρα - διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν καρκίνο του παχέος εντέρου. Σε αυτό το συμπέρασμα κατέληξε ομάδα ευρωπαϊών επιστημόνων, αναλύοντας στοιχεία από περίπου 480 χιλιάδες εθελοντές, τους οποίους παρακολούθησε επί 6 χρόνια.

Οι επιστήμονες διαπίστωσαν ότι η συστηματική κατανάλωση αλκοόλ στη διάρκεια της ζωής αύξανε τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου, αλλά ιδίως όταν υπερέβαινε τα 30 γραμμάρια αλκοόλ την ημέρα. Η ποσότητα αυτή υπάρχει σε περίπου 1 λίτρο "δυνατή" μπύρα ή σε δύο μεγάλα ποτήρια κρασί. (Κουτρολού, 2007)

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι καταναλώνουν σπάνια ή ποτέ αλκοολούχα ποτά (116 άτομα, ποσοστό 60,1%). Αξιοσημείωτο αποτελεί το ποσοστό των 31 ατόμων (ποσοστό 16,1%) που ανέφεραν ότι πίνουν πολύ συχνά αλκοολούχα ποτά. Το είδος του ποτού που απάντησαν ότι καταναλώνουν συνήθως οι ερωτηθέντες, είναι το κρασί (115 άτομα, ποσοστό 59,6%) και ακολουθούν η μπύρα (39 άτομα, ποσοστό 20,2%), το ουίσκι (25 άτομα, ποσοστό 13,0%) και το ούζο-τσίπουρο (16 άτομα, ποσοστό 8,3%).

Σύμφωνα με τον κ. Πετρίδη, ανεξήγητη διάρροια ή δυσκοιλιότητα ή το αίσθημα ότι το έντερο δεν κενούται πλήρως, καθώς και γενικά κοιλιακά συμπτώματα όπως πόνος, πολλά αέρια τυμπανισμός και άλλα, είναι μερικά από τα συμπτώματα που θα πρέπει να οδηγήσουν κάποιον για κάποιο προληπτικό έλεγχο. Οι κενώσεις που έχουν οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (171 άτομα, ποσοστό 88,6%) είναι κανονικές ενώ υπάρχει ποσοστό 1,6% των ερωτηθέντων το οποίο δήλωσε ότι οι κενώσεις τους εναλλάσσονται σε διαρροϊκές και κανονικές το οποίο είναι ένα από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτήσεων που αφορούν την κατανάλωση τροφών τύπου fast food, και το εάν έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά τους από καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Επίσης δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του καρκίνου οποιαδήποτε μορφής και του τόπου μόνιμης κατοικίας. Καθώς και της εμφάνισης του καρκίνου του παχέος εντέρου και του τόπου μόνιμης κατοικίας. Επίσης δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου μόνιμης κατοικίας και του αν θα δεχόντουσαν να τους γίνει κάποιος προληπτικός έλεγχος εάν είχε προηγηθεί ενημέρωση επί του

θέματος αυτού. Επίσης δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και του αν θα δεχόντουσαν να τους γίνει προληπτικός έλεγχος εάν τους ενημέρωναν σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Ομοίως το είδος της εργασίας, χειρωνακτική ή καθιστική δεν φαίνεται να παίζει ρόλο στην ύπαρξη ή μη δυσκοιλιότητας σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων. Σε υψηλότερο ποσοστό (32,4%) σε άτομα ηλικίας 18-30 ετών τους έχει γίνει κάποια ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου σε σχέση με άτομα μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων και ιδιαίτερα αυτών μεταξύ 50 και 70 ετών που έχουν κάνει σε ποσοστό 19,4%. Η διαφορά που παρατηρείται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική

Αντίθετα, ανεξάρτητα μορφωτικού επιπέδου οι ερωτηθέντες σε υψηλά ποσοστά δήλωσαν ότι δεν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γενικά για τις παθήσεις του εντέρου (Πίνακας 64). Οι διαφορές που παρατηρούνται με σημαντικότερη αυτή των αναλφάβητων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Ομοίως, ανεξάρτητα μορφωτικού επιπέδου οι ερωτηθέντες σε υψηλά ποσοστά δήλωσαν ότι θα δεχόντουσαν να τους γίνει προληπτικός έλεγχος εάν τους ενημέρωναν σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου (Πίνακας 65). Οι διαφορές που παρατηρούνται με σημαντικότερη αυτή των αναλφάβητων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Το είδος των κενώσεων που έχουν συνήθως οι ερωτηθέντες δεν φαίνεται να σχετίζεται με το είδος της εργασίας, χειρωνακτική ή καθιστική. Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές

Αντίθετα βρέθηκε να σχετίζεται άμεσα η ηλικία με το αν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση. Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (42,1%) άτομα ηλικίας 70 ετών και άνω έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γενικά για τις παθήσεις του εντέρου σε σχέση με άτομα μικρότερων ηλικιακών ομάδων και ιδιαίτερα αυτών μεταξύ 18 και 30 ετών που έχουν κάνει σε ποσοστό μόλις 5,9% ($p < 0,0001$).

Στατιστική σημαντική διαφορά παρατηρείται σε πολύ υψηλότερο ποσοστό τόσο σε άτομα άνω των 70 ετών (57,9%) όσο και σε άτομα 50-70 ετών (48,4%) τα οποία δεν ασχολούνται με κάτι στον ελεύθερο χρόνο τους έναντι των ηλικιακών ομάδων 18-30 ετών και 30-50 ετών που σε ποσοστά 64,7% και 69,5% κάνουν κάποιου είδους άσκηση ($p < 0,01$).

Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό τόσο οι διαζευγμένοι (100,0%) όσο και οι έγγαμοι (88,19%) καταναλώνουν σπάνια ή καθόλου τροφές τύπου fast food έναντι των

άγαμων που σε ποσοστό 40,0% τρώνε 2-3 φορές την εβδομάδα ή και συχνότερα τέτοιες τροφές ($p<0,0001$).

Προφανώς άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου πιστεύουν σε πολύ υψηλότερο βαθμό ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου έναντι των ατόμων χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου ($p<0,01$).

Ομοίως άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου γνωρίζουν σε πολύ υψηλότερο βαθμό τι είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου έναντι των ατόμων χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου ($p<0,0001$).

Τέλος το ποσοστό των ατόμων που έχει κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του πάχους εντέρου όταν κάποιος από την οικογένειά του έχει νοσήσει από καρκίνο του παχέος εντέρου είναι στο 32,4% σε σχέση με αυτούς που δεν έχει νοσήσει κάποιος από καρκίνο του παχέος εντέρου (14,1%) .Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($p<0,01$).

Από την όλη μελέτη , την σχετική διερεύνηση και από την ανάλυση των συσχετίσεων προέκυψε ότι αρκετοί παράγοντες επιδρούν στην εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και σχετίζονται άμεσα τόσο με την ηλικία όσο και με το μορφωτικό επίπεδο. Ωστόσο όλα τα ευρήματα της μελέτης σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, ο σύγχρονος τρόπος ζωής και διατροφής και οι γενετικοί παράγοντες, επιδρούν καθοριστικά στην εμφάνιση της νόσου και δίνουν έναυσμα για περαιτέρω μελέτη.

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια νόσος, της οποίας τα συμπτώματα αργούν να εκδηλωθούν και η θεραπεία συνίσταται στην χειρουργική επέμβαση και στην χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία ανάλογα με την περίπτωση.

Η εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου στην Ελλάδα αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, δεδομένου ότι 850 ασθενείς πεθαίνουν ετησίως από καρκίνο του παχέος εντέρου και είναι η Τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα. Έτσι λοιπόν πολύ σημαντική είναι η έγκαιρη διάγνωση και η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Βάση της έρευνας, την οποία διεξήγαμε, τα κυριότερα συμπεράσματα που προκύπτουν είναι τα ακόλουθα:

✓ Στην ερώτηση, <έχετε κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου;> 159 άτομα (ποσοστό 82,4%) δήλωσαν ότι δεν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση ενώ αντίθετα 34 άτομα (ποσοστό 17,6%) έχουν κάνει.

✓ Στην ερώτηση <αν έχετε κάνει την εξέταση κάθε πότε κάνετε αυτόν τον έλεγχο;> Το 64,7% των ερωτηθέντων (22 άτομα) που έκαναν κάποια προληπτική εξέταση είχαν κάποια ενόχληση η οποία τους οδήγησε στο να κάνουν την εξέταση ενώ το 17,6% (6 άτομα) έκαναν την εξέταση όταν εμφανίστηκε σε κάποιο μέλος της οικογένειάς τους

✓ Ακόμη, στην ερώτηση όσον αφορά την <αιτία της άρνησης στο να κάνουν κάποια προληπτική εξέταση> Σε υψηλό ποσοστό 79,9% (127 άτομα) οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι δεν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση διότι δεν υπήρχε κανένας λόγος να γίνει. Επίσης εντύπωση προκαλεί το ποσοστό 5,0% που δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν κάτι σχετικά με αυτό το θέμα, επομένως δεν έχουν κάνει και κάποια εξέταση.

✓ Σχετικά με την ερώτηση <αν σας ενημέρωναν για τον καρκίνο του παχέος εντέρου θα δεχόσασταν να σας γίνει προληπτικός έλεγχος. Από τα άτομα τα οποία ερωτήθηκαν, σε ποσοστό 73,1% (141 άτομα) απάντησαν ότι αν τους γινόταν κάποια ενημέρωση, θα δεχόντουσαν να τους γίνει κάποια προληπτική εξέταση ενώ το υπόλοιπο 26,9% δεν θα δεχόντουσαν να τους γίνει προληπτικός έλεγχος.

✓ Στην ερώτηση < ποιος νομίζετε ότι είναι ο καλύτερος τρόπος ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου;> Σε ποσοστό 55% οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες θέλουν να ενημερωθούν από ειδικούς μέσω σεμιναρίων ενώ το 30,1% προτιμά τα Μ.Μ.Ε.

✓ Στην ερώτηση < αν σας έχει γίνει ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου;> Σε ποσοστό 75,6% (146 άτομα) δήλωσαν ότι δεν έχουν ενημερωθεί από πουθενά σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου ενώ το υπόλοιπο 24,4% (47 άτομα) δήλωσε ότι έχει ενημερωθεί.

✓ Στην συσχέτιση της ηλικίας και του εάν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γενικά για τις παθήσεις του εντέρου προκύπτει ότι σε πολύ υψηλό ποσοστό (42,1%) άτομα ηλικίας 70 ετών και άνω έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γενικά για τις παθήσεις του εντέρου σε σχέση με άτομα μικρότερων ηλικιακών ομάδων και ιδιαίτερα αυτών μεταξύ 18 και 30 ετών που έχουν κάνει σε ποσοστό μόλις 5,9%.

Οι προτάσεις που εμείς δίνουμε ώστε να συμμετάσχουμε στην πρόοδο της μείωσης των κρουσμάτων από καρκίνο του παχέος εντέρου είναι:

1. Η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε όλοι οι φορείς υγείας να είναι εφοδιασμένοι με το κατάλληλο τεχνολογικό – υλικό εξοπλισμό και επαρκές προσωπικό ώστε να ανταποκρίνονται στη φροντίδα πάσχοντος με καρκίνο παχέος εντέρου.
2. Να προσπαθήσουμε αρχικά εμείς ως νοσηλευτές μέσω της κοινοτικής νοσηλευτικής να ενημερώνουμε τους πολίτες ώστε να αναπτύξουν το αίσθημα της υπευθυνότητας και να προλαμβάνουν καταστάσεις. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω διαλέξεων που θα γίνεται στην κοινότητα και θα τονίζουν τη σπουδαιότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου. Αυτό ήταν μια από τις προτάσεις που σε ποσοστό 54,9% επέλεξαν οι πολίτες δηλαδή θέλουν να ενημερωθούν σχετικά με το θέμα μέσα από επιστημονικές ημερίδες οι οποίες θα διεξάγονται στον τόπο κατοικίας τους όπου και να βρίσκεται αυτός.
3. Να διδάξει ο νοσηλευτής στο κοινό έναν υγιή τρόπο ζωής και κυρίως διατροφικές συνήθειες τα οποί θα βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.
4. Τοποθέτηση ειδικευμένου προσωπικού στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ώστε να είναι δυνατή, η γρήγορη εξυπηρέτηση των ασθενών οι οποίοι έχουν

κολοστομία καθώς και ενημέρωση του υγιούς κοινού σχετικά με την πρόληψη.

5. Το εθνικό σύστημα υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία να παρέχει σε κάθε άτομο άνω των 50 ετών προληπτική κολonosκόπηση ώστε να προάγουν την πρόληψη.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην δημιουργία του καρκίνου του παχέος εντέρου και η νοσηλευτική προσέγγιση αυτής της σοβαρής μορφής καρκίνου, με στόχο κυρίως την πρόληψη, την έγκυρη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση του ίδιου του καρκίνου και των επιπλοκών του. Σημαντική θέση στην πρόληψη, θεραπεία και διάγνωση του καρκίνου παχέος εντέρου κατέχει η αγωγή υγείας με τη μορφή της ενημέρωσης

Υλικό – Μέθοδος: Τα δείγματα της μελέτης ήταν 200 τυχαίοι πολίτες ηλικίας από 18 και πάνω. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Η συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου που περιείχε ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική κατανομή και για τις στατιστικές συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό test χ^2 για να εξετάσει αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών.

Αποτελέσματα: Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι το 53,9% των ερωτηθέντων είναι γυναίκες και ποσοστό 46,1% είναι άνδρες.

Στην ερώτηση, αν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου 159 άτομα (ποσοστό 82,4%) δήλωσαν ότι δεν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση

Το 64,7% των ερωτηθέντων (22 άτομα) που έκαναν κάποια προληπτική εξέταση είχαν κάποια ενόχληση η οποία τους οδήγησε στο να κάνουν την εξέταση ενώ ποσοστό 17,6% από αυτούς, έκαναν την εξέταση όταν εμφανίστηκε σε κάποιον άλλο.

Προληπτικό έλεγχο κάθε 6 μήνες ή κάθε χρόνο ή κάθε δύο χρόνια έκανε το 20,6% των ερωτηθέντων. Σε υψηλό ποσοστό 79,9% οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι δεν έχουν κάνει κάποια προληπτική εξέταση γιατί δεν υπήρχε λόγος να γίνει.

Επίσης εντύπωση προκαλεί το ποσοστό 5,0% των ερωτηθέντων που δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν κάτι σχετικά με αυτό το θέμα, επομένως δεν έχουν κάνει και κάποια εξέταση. Από τα άτομα τα οποία ερωτήθηκαν, 141 άτομα (ποσοστό 73,1%) απάντησαν ότι αν τους γινόταν κάποια ενημέρωση, θα δεχόντουσαν να τους γίνει κάποια προληπτική εξέταση. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (ποσοστό

54,9%) θεωρούν ότι ο καλύτερος τρόπος ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι να ενημερωθούν από ειδικούς μέσω σεμιναρίων. Τρεις στους τέσσερις από τους ερωτηθέντες (146 άτομα, ποσοστό 75,6%) δήλωσαν ότι δεν έχουν ενημερωθεί από πουθενά σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Συμπέρασμα: ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης είναι η πρόληψη για να υπάρχει πρόληψη θα πρέπει να υπάρχει ευαισθητοποίηση, καθώς μέσα από την έρευνά μας φαίνεται η ανάγκη για ενημέρωση των πολιτών πάνω σε αυτό το σοβαρό θέμα. Έτσι λοιπόν πρέπει να υπάρξει κινητοποίηση από όλους του φορείς υγείας για την έγκαιρη διάγνωση πρόληψη καθώς και αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου ο οποίος συνεχώς αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς και στη χώρα μας.

SUMMARY

The purpose of this study is the investigation of the factors which lead to cancer of the intestine and the hospitalization procedure of this serious disease. The purpose being, mainly, prevention, early diagnosis and the managing the disease itself , as well as any complications. The following form of information strongly supports prevention, therapy and early diagnosis of intestinal cancer.

Material-Methodology: The subjects involved in the research were 200 randomly picked citizens aged 18 and over; regardless of their racial, family or socioeconomic backgrounds. The collection of data was done in the form of a questionnaire with open type or closed questions. For the statistical analysis of the data a descriptive categorization was used and for the statistical comparisons the X² test was used to examine whether there is a major difference among the variables.

Conclusion: The best way of combating this disease is preventive measures; in order for this to be possible the public must be informed and sensitized to the problem. Therefore, all of the nation's health services must take action towards early diagnosis, prevention, and dealing with intestinal cancer, which is on the rise.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανάτου Ε. 'Προεγχειρητική και Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου'. Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές Και Ειδικές Νοσηλείες. Έκδοση ΙΔ. Εκδόσεις Παπανικολάου. Αθήνα 2004 σ: 187-188,487-489

Αντωνίου Π. Καρκίνος παχέος εντέρου. <http://www.iator.gr/antoniou-xeirourgios/karkinos%20paxeos%20enterou.htm> 3/11/2007

Αναγνωστοπούλου Α. & Παπαδόπουλος Α. Οικογενειακός οδηγός. Αυγερινός Α. Νεοπλασματικά νοσήματα, νεοπλάσματα του γαστρεντερικού συστήματος. Θεσσαλονίκη 2004 σ:101

Αραπαντιάνη-Ζαδιώτη Π. Ιστολογία. Κοσμούδης Π & Τριανταφυλλίδης Γ. Ογκολογία του πεπτικού συστήματος. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 1991 σ: 251- 259.

Βελέντζα Κ. & Μαμπλέκου Ε. Καρκίνος και κατάθλιψη. Ιατρική 83 (3):Αθήνα, 2003 σ: 199-200.

Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Εκδόσεις Δοντάς. Αθήνα 2004 σ: 84-85.

Ζήσης Θ. Σημειώσεις Ανατομίας Ι. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 1999 σ:136-137

Κάζης Α. Η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων βοηθά στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. www.mednutrition.gr/nutrition/index.php?Itemid=94&id=586&option=com_content&task=view 15/10/2006

Καραγιώργος Α. Νέα θεραπεία «χτυπά τον μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου. Έθνος, 18-11-2004 σ: 32.

Κατσαρός Θ. Καρκίνος του παχέος εντέρου. www.inpap.org/22doc.htm

Κίτρου Μ. Σημειώσεις Φυσιολογίας Ι. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας . Πάτρα 2004 σ:99-100

Κοκάκης Ι. Ο ρόλος της διατροφής στον καρκίνο του παχέος εντέρου <http://www.i-m-attikis.gr/html/gr/medical/01.htm> 1/12/2007

Κουντουράκης Π. Ελληνική ογκολογία. Εκδόσεις Ν.Ι. Κορδιόλης Αθήνα 2007,σ:205-213.

Κουράκλης , Γ Κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, τόμος 3^{ος} τεύχος 75. Ιατρική Αθήνα, 1999,σ:199-200.

Κουρούσης Χ «Πρόοδοι στη χημειοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου» Ιατρική 79(2)Αθήνα 2001σ:141-147

Κουτρολού Β. Αλκοόλ και καρκίνος του εντέρου.
www.skai.gr/master_story.php?id=55522 1/12/2007

Λαδάς Σ. Καρκίνος & Πολύποδες παχέος εντέρου. Πρόληψη και Θεραπεία.
www.ladas.pblogs.gr/karkinos-polypodes-paheos-enteroy-prolhps-h-kai-therapeia.html 23/5/2007

Λιαδάκης Γ, Βουδούρης Ο & Καραϊτανού Ι. 12 Μύθοι για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Prevention. Εκδόσεις Liberis, Αθήνα 2006. σ: 165-169.

Μάλλας Η. Διατροφή και καρκίνος του παχέος εντέρου. Ε ιατρικά. Τεύχος 112. Τόμος 2^{ος} . Εκδόσεις Τεγόπουλος , Αθήνα 2004. σ: 42.

Μουζάς Ι.Α. Συμπτωματολογία, Κοσμόδης Π & Τριανταφυλλίδης Γ. Ογκολογία του πεπτικού συστήματος. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991σ:238-241

Μπασσιούκα Α. « Καρκίνος παχέος εντέρου – Κολοστομία – Η παρέμβαση της νοσηλευτικής στην ψυχοσωματική υποστήριξη του ατόμου». Πτυχιακή εργασία. Εποπτεία Παπαδημητρίου Μ. εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1998 σ: 7.

Μπεσιμπέας , Σ. Εκτίμηση της θεραπευτικής πρακτικής στον καρκίνο του παχέος εντέρου και ορθού. Ογκολογική ενημέρωση Αθήνα 2000, 2(1) σ:36-38

Μπεσιμπέας Σ. Φροντίδα κολοστομίας και αποκατάσταση. Μάχη και ελπίδα 1989, 28:14-16

Νέτα Σ. Μεσογειακή διατροφή κατά καρκίνου παχέος εντέρου
http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=10.11.2006,id=62961116 10/11/2006

Νιάτης Θ.Μ. & Παπαβασιλείου Α. Η γενετική της ανάπτυξης των όγκων του παχέος εντέρου. Ιατρική Αθήνα 1999, 76(2)σ: 135-141.

Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος. Εβδομάδα Πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του Καρκίνου. Ιατρικό Βήμα 1998,61:16

Παπαβασιλείου Ε. και Τζούβαλα Μ. Σήμα κινδύνου οι πολύποδες . Τεύχος 99.Τόμος 9^{ος} .Εκδόσεις Τεγόπουλος , Αθήνα 2004. σ: 38, 42.

Παππής Χ. Καρκίνος του παχέος εντέρου
www.iatronet.gr/article.asp?art_id=197 23/12/2003

Πατικός Κ. & Καραμανιώλης Α. Σύγχρονες απόψεις στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ιατρική Αθήνα 2000, 78(6),σ:546-550

Πετρίδης Α. Καρκίνωμα του παχέος εντέρου. Εγχειρίδιο χειρουργικής. Επίτομος, Έκδοση 5^η. Εκδόσεις 'ΕΛΛΗΝ'. Αθήνα 2004 σ: 135-137.

Πομόνη Α. «Νοσηλευτική συμβολή σε καρκινοπαθή με καρκίνο του παχέος εντέρου. Πτυχιακή εργασία. Εποπτεία Λέφα Β. εκδόσεις Τ.Ε.Ι Πάτρας, Πάτρα 2001. σ: 68.

Φρύπα-Δαριβάκη Ζ, Τσίκος Ν & Χατζηπέτρον Μ. ‘Ογκολογική Νοσηλευτική’. Νοσηλευτική. Έκδοση Β. Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων. Αθήνα 2000 σ: 405-406.

Φηγάτος Γ. Η ανακούφιση του καρκινικού πόνου. Έκδοση 2^η . Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2000 σ: 10-15.

Σαββοπούλου Γ. Διερευνητική Μελέτη των προβλημάτων και αναγκών των ασθενών με κολοστομία σε χειρουργηθέντα καρκίνο του παχέος εντέρου. Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1991.

Σαββοπούλου Γ. Μόνιμη κολοστομία :Δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα. Νοσηλευτική Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2001,40(1) σ:94-103

Σαββοπούλου Γ. Μόνιμη κολοστομία :Αλλαγή σωματικού ειδώλου- Ψυχολογικές επιπτώσεις και αντιμετώπιση. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Εκδόσεις Δοντάς. Αθήνα 2004 σ:108-112.

Σανδραβέλη Π. «Καρκίνος του παχέος εντέρου και νοσηλευτική παρέμβαση». Πτυχιακή εργασία .Εποπτεία Παπαδημητρίου Μ. εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας .Πάτρα 2000 σ: 9.

Σαχίνη-Καρδάση Α, & Πάνου Μ. ‘Περιεγχειρητική Αγωγή’. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 1^{ος} . Έκδοση Β΄. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2000 σ: 114-115,186-190

Σαχίνη-Καρδάση Α & Πάνου Μ. Ορθοκολονικοί Όγκοι’. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 2^{ος} . Έκδοση Β΄. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2000 σ: 325-326 412-419, 423-425.

Σουφλέρη Ι. Καρκίνος: Νέα φάρμακα και θεραπείες. tovima.dolnet.gr/print_article.php?e=B&f=13272&m=A56&aa=1 24/11/2007

Σωτηροπούλου Α. «Η νοσηλευτική στη νοσηλεία ασθενούς με καρκίνο του παχέος εντέρου »Πτυχιακή Εργασία, εποπτεία Γεωργούση Π. εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1996 σ:51

Τασούλης Α. Διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. www.medtime.gr/content/view/86/35.30/1/2007.

Τσώλη Θ., Φυντανίδου Ε «ΤΟ ΒΗΜΑ» 25/5/2008 σελ. Η04 κωδικός άρθρου Β15367Η041

Χάντε Ε. «Καρκίνος παχέος εντέρου – Κολοστομία – Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη του πάσχοντος από καρκίνο του παχέος εντέρου». Πτυχιακή εργασία. Εποπτεία Δημοπούλου Ε. εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας .Πάτρα 2000 σ: 8.

Χατζηγεωργίου Γ. «Καρκίνος παχέος εντέρου ενημερωθείτε για να σωθείτε»

www.health.in.gr/news/article.asp?ingArticleID=31751 6/9/2001

Χριστοδούλου Α. και Τσιάνος Ε. Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.
www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=15894 24/11/2000

Berne M.R & Lery N. Matheu. Αρχές φυσιολογίας. Επιμέλεια μετάφραση Αγγελάτου Φ, Βουκελάτου Γ. τόμος II. Έκδοση 2^η . Πανεπιστημιακές εκδόσεις κρήτης. Ηράκλειο 2002 σ:25-27

Dollingers M, Rosenbaum E & Cable G. Ο καρκίνος: Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Επιμέλεια μετάφραση Λαμπρόπουλος Σ. Εκδόσεις Κάτοπτρο. Αθήνα 1992 Σ 371-372.

Gilbert S. **Καρκίνος του εντέρου:** Πρόληψη και Θεραπεία. Επιμέλεια μετάφρασης Λιναρδούτσος Δ. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2004 σ: 38-39.

Guyton.C.A,MD .Φυσιολογία του ανθρώπου. Επιμέλεια μετάφραση Α Ευαγγελία. Έκδοση 5^η . Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 2001 σ:762-763

Kinghorn S & Gamlin R. Ανακουφιστική Νοσηλευτική. Επιμέλεια μετάφρασης Θεοδοσοπούλου –Ευθυμίου Ε. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2000 σ: 96-67, 105-112.

Leger L & Boutelier P. Χειρουργική Σημειολογία. Επιμέλεια μετάφραση Ανδρουζάκης Γ & Κινόγλου Γ. Έκδοση 6^η .Εκδόσεις Παρισσιανού. Αθήνα 2003 σ: 299-300.

Stoneham M, Goldacre M , Seagroat V & Gill L. Μελέτη δείχνει ότι το ελαιόλαδο προστατεύει από τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

www.iatronet.gr/article.asp?art_id=205 27/2/2002

www.rhodes.aegean.gr/sxedia/grafdaskalou/anatomy/sub1/digestion.htm 2/11/2007

www.iatrikionline.gr/berzovitis/berz_A827.htm 2/11/2007

<http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=9483&subid=2&pubid=3392022> 11/2007

<http://www.helrad.org/journal/issues/36-1/36-1-8.htm> 2/11/2007

www.medlab.cs.uoi.gr 2/11/2007

www.bococ.org 2/11/2007

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο

α. Άρρεν

β. Θύλη

2. Ηλικία

α. 18- 30

β. 30- 50

γ. 50 -70

δ.70 και άνω

3. ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

α. Αγροτική περιοχή

β. Ημιαστική περιοχή

γ. Αστική περιοχή

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

α. Έγγαμος /η

β. Άγαμος /η

γ. Διαζευγμένος/η

δ. Χήρος /α

5. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

α. Αναλφάβητος

β. Απολυτήριο δημοτικού

γ. Απολυτήριο γυμνασίου

δ. Απολυτήριο λυκείου

ε. Πτυχίο ΑΤΕΙ

στ. Πτυχίο ΑΕΙ

ζ. Άλλο/τι;

B. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

1. Ποιο είναι το επάγγελμά σας ;

- α. Δημόσιος υπάλληλος
- β. Ιδιωτικός υπάλληλος
- γ. Ελεύθερος επαγγελματίας
- δ. Αγρότης
- ε. Άνεργος
- στ. Οικιακά
- ζ. Άλλο

1α. Αναγράψτε ακριβώς

2. Παρακαλώ αναγράψτε ακριβώς το είδος της εργασίας σας

- α. Καθιστική
- β. Χειρονακτική

3. Το επάγγελμά, σας δημιουργεί άγχος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Ο τρόπος που αντιμετωπίζεται το άγχος είναι:

- α. Αλλαγή χώρου εργασίας
- β. Φυγή
- γ. Φαρμακευτική αγωγή
- δ. Άλλος τρόπος αντιμετώπισης

4α. Ποιος είναι αυτός ;

5. Θεωρείται την εργασία σας επιβλαβή για την υγεία σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Αν ΝΑΙ, ποιος νομίζεται πως είναι ο παράγοντας αυτός για την βλάβη στην υγεία σας;

..... (Αναγράψτε τον)

Γ. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

1. Πιστεύεται ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου;

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Τι περιλαμβάνει συνήθως η διατροφή σας;

α. Κρέας

β. Ζυμαρικά

γ. Όσπρια

δ. Ψάρια

ε. Γαλακτοκομικά

ζ. Λαχανικά

στ. Φρούτα

η. Ψωμί είδος.....

θ. Γλυκά

ι. κονσερβοποιημένα προϊόντα

κ. Άλλο / τι;

3. Οι τροφές που καταναλώνεται είναι;

α. Πλούσιες σε ζωικά λίπη

β. Πλούσιες σε βιταμίνες και θρεπτικά συστατικά

γ. Φτωχές σε λίπη

δ. Πλούσιες σε καρυκεύματα

ε. Πλούσιες σε φρούτα και λαχανικά

στ. Πλούσιες σε ασβέστιο

4. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνεται τροφές τύπου fast food;

- α. Καμία
- β. 2-3 φορές
- γ. Κάθε μέρα
- δ. Σπάνια
- ε. Άλλο.....

5. Γνωρίζεται ότι η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

6. Πόσο συχνά καταναλώνεται αλκοολούχα ποτά;

- α. Σπάνια
- β. Μερικές φορές
- γ. Συχνά

7. Ποιο είδος ποτού καταναλώνεται συνήθως;

- α. Κρασί
- β. Μπύρα
- γ. Ουίσκι
- δ. Ούζο
- ε. Άλλο ποτό / τι ;

8. Πόσα φλιτζάνια καφέ καταναλώνεται ημερησίως;

- α. Ένα
- β. Δύο
- γ. Τρία
- δ. Περισσότερα από τρία
- ε. Κανένα

9. Τι είδους καφέ προτιμάτε;

α. Ελληνικό

β. Στιγμαίο (νες καφέ)

γ. Γαλλικός

δ. Εσπρέσο

ε. Άλλο

10.Είστε καπνιστής;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

11.Πόσα χρόνια καπνίζεται;

12.Ηλικία έναρξης

13. Πόσα τσιγάρα καπνίζεται ημερησίως;

α. Μέχρι 10

β. Μέχρι 20

γ. Περισσότερα από 20

Δ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1. Γνωρίζεται τι είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

2. Έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά σας από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

3. Ποιο ήταν το όργανο εντόπισης ;

.....

4. Έχει νοσήσει κάποιος από την οικογένειά σας από καρκίνο του παχέος εντέρου;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

5. Αν ΝΑΙ αναφέρεται ποιος

E. ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1. Υποφέρεται από δυσκοιλιότητα ;

α. Σπάνια

β. Μερικές φορές

γ. Συχνά

2. Πως αντιμετωπίζεται αυτό το πρόβλημα;

α. Διατροφή

β. Φάρμακα

γ. Σωματική άσκηση

δ. Χαλάρωση

ε. Άλλο

3. Αποτελεί επίλυση του προβλήματος η κατανάλωση υγρών και συγκεκριμένα του νερού;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

4. Πόσα ποτήρια νερό καταναλώνεται την ημέρα;

α 1-2

β. 2-4

γ. Πάνω από 4

5. Υποφέρεται από :

- α. Αιμορροΐδες
- β. Στομαχικές διαταραχές
- γ. Από κάποια μορφή κολίτιδας
- δ. Άλλο /τι;.....

6.Είχατε εμφανίσει κάποια μορφή πολύποδα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

7.Είχατε εμφανίσει κάποια μορφή εκκολποματίτιδας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Αν ναι ποιο είναι ακριβώς το νόσημα αυτό;

.....

10.Λαμβάνεται κάποια φαρμακευτική αγωγή

ΝΑΙ ΟΧΙ

11.Τι κατηγορία φαρμάκου λαμβάνεται;

.....

12.Πόσες κενώσεις έχετε ημερησίως;

- α. Μια
- β. Δυο
- γ. Τρεις ή περισσότερες
- δ. Ανά δεύτερη ημέρα
- ε. Άλλο/ τι;.....

13. Οι κενώσεις είναι συνήθως:

- α. Κανονικές
- β. Διαρροϊκές
- γ. Σκληρές
- δ. Εναλλάσσονται σε διαρροϊκές κ κανονικές κατά διαστήματα

14. Έχετε κάνει κάποια προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και γενικά για τις παθήσεις του εντέρου;

ΝΑΙ ΟΧΙ

15. Αν ΝΑΙ κάθε πότε κάνετε αυτό τον έλεγχο;

- α. Κάθε χρόνο
- β. Κάθε δύο χρόνια
- γ. Όταν έχετε κάποια ενόχληση
- δ. Άλλο /τι;.....

16. Αν ΟΧΙ ποια είναι η αιτία της άρνησης αυτής;

- α. Φόβος για το είδος της εξέτασης
- β. Δεν υπήρχε λόγος για να γίνει η εξέταση
- γ. Δεν υπάρχει κάποια ενημέρωση για το θέμα αυτό (άγνοια)
- δ. Δεν θέλω να γνωρίζω
- ε. Άλλο /τι;.....

17. Αν σας ενημέρωναν σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου και την πρόληψη θα δεχόσασταν να σας γίνει προληπτικός έλεγχος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

18. Ποιος νομίζετε ότι είναι ο καλύτερος τρόπος ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου;

- α. Ενημέρωση από ειδικούς μέσω σεμιναρίων η εκδηλώσεων που θα διεξάγονται στην κοινότητα αλλά και στις μεγάλες πόλεις
- β. Ενημέρωση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης
- γ. Άλλο/ τι;.....

19. Σας έχει γίνει κάποια ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου;

ΝΑΙ ΟΧΙ

20. Αν ΝΑΙ ποιος ήταν ο φορέας παροχής αυτής της ενημέρωσης ;

.....

21. Πόσες ώρες κοιμάστε συνήθως;

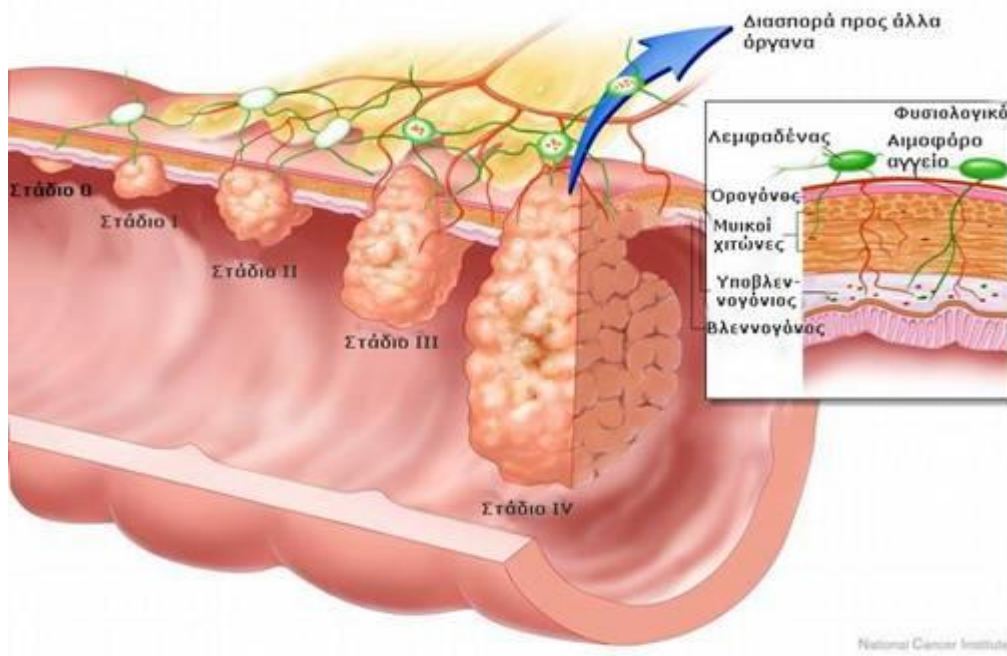
22. Ποια ώρα κοιμάστε το βράδυ συνήθως;

23. Ποια ώρα ξυπνάτε το πρωί ;

24. Ποιες είναι οι δραστηριότητες σας στον ελεύθερο σας χρόνο;

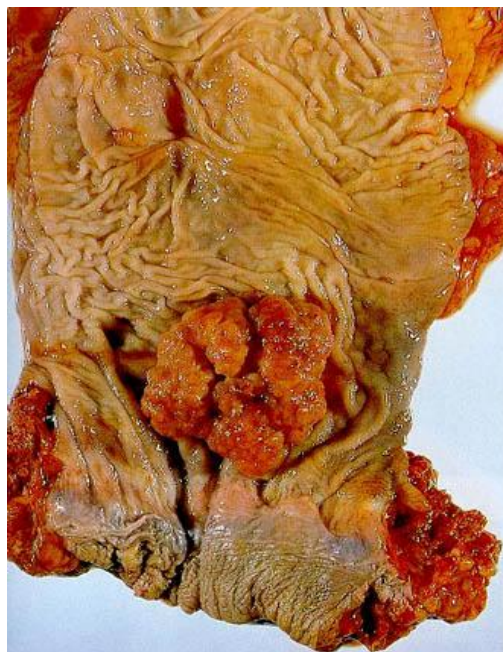
- α. Περπάτημα
- β. Τρέξιμο
- γ. Συστηματική άσκηση (γυμναστήριο)
- δ. Δεν ασχολούμαι με κάτι στον ελεύθερο χρόνο μου
- ε. Άλλο

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ



Εικόνα 1

Κατά την ανάπτυξη του όγκου από Σταδίου 0 σε Σταδίου IV, τα καρκινικά κύτταρα σταδιακά διηθούν τις στοιβάδες του τοιχώματος του παχέος εντέρου, τους παρακείμενους λεμφαδένες και τελικά διασπείρονται σε απομακρυσμένα όργανα.



Εικόνα 2

Καρκίνος παχέος εντέρου

(www.medlab.cs.uoi.gr)



Εικόνα 3

Αφαιρούμενος πολύποδας παχέος εντέρου.

(www.medlab.cs.uoi.gr)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Σχετικά με την ταξινόμηση T N. M.

T = όγκος	N = λεμφαδένες	M = μετάσταση
T0: Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου.	N0: Δεν υπάρχει ένδειξη στους γειτονικούς λεμφαδένες.	M0: Απομακρυσμένες μεταστάσεις.
T1: Πρωτοπαθής όγκος στην υποβλεννογόνιο στοιβάδα.	N1: Σε 1-3 γειτονικούς λεμφαδένες.	M1: Ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων.
T2: Όγκος στη μυική στοιβάδα.	NX: Δεν μπορούν να εκτιμηθούν οι περιοχικοί λεμφαδένες.	MX: Δεν μπορούν να εκτιμηθούν μεταστάσεις με βάση το παρασκεύασμα(ο ακτινολογικός έλεγχος μπορεί να δείξει οπουδήποτε).
T4: Ο όγκος κατά συνέχεια ιστού έχει περάσει τη βασική στοιβάδα κι έχει επεκταθεί σε γειτονικά όργανα.		

1. Ασπιρίνη και στατίνες εναντίον καρκίνου παχέος εντέρου

ΗΜΕΡΗΣΙΑ 17/10/2007



Την ανάπτυξη του καρκίνου παχέος εντέρου αναστέλλει η χρήση ασπιρίνης σε μικρές ποσότητες μαζί με στατίνες, όταν όμως αυτός βρίσκεται σε αρχικά στάδια.

Παλαιότερες διεθνείς μελέτες έδειξαν ότι η χρήση μεγάλων δόσεων ασπιρίνης για 5-6 χρόνια συμβάλλει στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου ενώ νεότερες έρευνες έδειξαν ότι μικρές δόσεις ασπιρίνης σε συνδυασμό με τις στατίνες οι οποίες χρησιμοποιούνται κατά της χοληστερίνης μπορούν να αναστείλουν τον καρκίνο.

Μελέτη της γαστρεντερολογικής κλινικής του Θεαγενείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, έδειξε ότι ένα γονίδιο είναι εκείνο που προάγει τον καρκίνο του παχέος εντέρου και προκαλεί μεταστάσεις. Με τη χρήση ασπιρίνης σε συνδυασμό με στατίνη διαπιστώθηκε ότι αναστέλλεται ο συγκεκριμένος καρκίνος. Όπως αναφέρουν επιστήμονες η χοληστερίνη μεταβολίζεται στο παχύ έντερο και είναι καρκινογόνος.

Γι' αυτό τον λόγο είναι ευεργετική η δράση των στατινών. Από την άλλη η ασπιρίνη καταπολεμά τα ογκογονίδια που ευθύνονται για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και αναστέλλει την ανάπτυξή του όταν αυτός είναι σε αρχικά στάδια.

Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του οισοφάγου, του παγκρέατος και του παχέος εντέρου. Ο καρκίνος του στομάχου, αντίθετα, έχει σημειώσει αισθητή μείωση λόγω εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, που είναι καρκινογόνο, της συντήρησης των τροφών με την ψύξη και της αποφυγής των παστών και καπνιστών, γεγονός που οδηγεί σε μείωση των καρκινογόνων περιβαλλοντικών παραγόντων. Σημειώνεται ότι τα ποσοστά καρκίνου του οισοφάγου στη χώρα μας είναι πολύ χαμηλά γιατί οι Έλληνες έχουν ένα γονίδιο που προκαλεί απόπτωση των κυττάρων που ευθύνονται για τη νόσο.

Σημαντικές εξελίξεις έχουν σημειωθεί τα τελευταία χρόνια στη διάγνωση και θεραπεία των νόσων του πεπτικού συστήματος, όπως είναι το έλκος βολβού δωδεκαδακτύλου, ο καρκίνος του παγκρέατος, του ήπατος, του παχέος εντέρου, του

στομάχου, η φλεγμονώδης πάθηση των εντέρων, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και άλλα.

Με την ανακάλυψη των χαρακτηριστικών του «αθάνατου» αρχέγονου κυττάρου στον ανθρώπινο οργανισμό ανοίγουν νέοι ορίζοντες στο πεδίο των μεταμοσχεύσεων.

Εξελίξεις της έρευνας σε μοριακό επίπεδο δίνουν ελπίδες για αποτελεσματική προσέγγιση και αντιμετώπιση των αρρώστων με παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος. <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=9483&subid=2&pubid=33920>

2. 10 Μύθοι για τον Καρκίνο του Παχέος Εντέρου.

Καταρρίπτουμε τους πιο γνωστούς...

ΜΥΘΟΣ 1^{ος} Οι πολύποδες του εντέρου είναι καρκίνος

Οι πολύποδες δεν είναι καρκίνος. Όμως πρέπει να αφαιρούνται διότι μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο. Ειδική κατηγορία αποτελούν οι «κληρονομικοί» πολύποδες, αυτοί δηλαδή που εμφανίζονται στα μέλη μιας οικογένειας και που ευθύνονται για το περίπου 1% του συνόλου των καρκίνων του παχέος εντέρου. Εφόσον γνωρίζετε ότι κάποιος στην οικογένειά σας είχε πολύποδα στο έντερο, θα πρέπει από την ηλικία των 40 ετών να υποβληθείτε σε κολονοσκόπηση.

ΜΥΘΟΣ 2^{ος} Επειδή είχε η μητέρα μου θα έχω και εγώ

Το οικογενειακό ιστορικό αποτελεί όντως μια σημαντική επιβάρυνση. Στην περίπτωση που έχετε έναν συγγενή πρώτου βαθμού, με διάγνωση καρκίνου του εντέρου πριν από την ηλικία των 45 ετών, επισκεφτείτε το γιατρό σας. Όσοι εμφανίζουν αυτή τη νόσο σε μικρές ηλικίες έχουν προφανώς γενετική προδιάθεση, την οποία ενδεχομένως την έχουν κληροδοτήσει και στα παιδιά τους.

ΜΥΘΟΣ 3^{ος} :Τα αντισυλληπτικά ενοχοποιούνται για την εμφάνισή του

Όχι μόνο δεν ισχύει αυτό, αλλά σύμφωνα με πολυάριθμες επιστημονικές μελέτες πιθανώς να υπάρχει και αντίθετη σχέση. Για τις γυναίκες που χρησιμοποιούν το αντισυλληπτικό χάπι, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου ενδέχεται να είναι μέχρι και 20% μικρότερος, σύμφωνα με έρευνα που διενεργήθηκε από το Ινστιτούτο Φαρμακολογικής Έρευνας του Μιλάνο.

ΜΥΘΟΣ 4^{ος} :Οι τηγανητές πατάτες αυξάνουν τον κίνδυνο

Παλαιότερες επιστημονικές μελέτες είχαν καταδείξει ότι η έκθεση τροφών σε πολύ υψηλές θερμοκρασίες, όπως για παράδειγμα κατά τη διάρκεια του τηγανίσματος, προκαλεί τη δημιουργία μιας χημικής ένωσης από την οποία προκύπτει μια ουσία που

ονομάζεται ακρυλαμίδη. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα που δημοσιεύτηκε στο «British Journal of Cancer» φαίνεται πως η ακρυλαμίδη δεν έχει καρκινογόνες ιδιότητες.

ΜΥΘΟΣ 5^{ος} : Η θετική στάση και η καλή διάθεση μπορεί να τον νικήσει.

Πολλά ακούγονται και ακόμα περισσότερα γράφονται για τα οφέλη που αποκομίζουν οι ασθενείς οι οποίοι «δεν το βάζουν κάτω» όταν παρουσιάζουν καρκίνο, αλλά παλεύουν με αισιοδοξία για να τον νικήσουν. Παρ' όλα αυτά, οι ειδικοί υποστηρίζουν πως δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά, ότι η στάση αυτή αυξάνει τις πιθανότητες ίασεως. «Στην πραγματικότητα, αυτό που προσφέρει η θετική στάση είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής στη διάρκεια της θεραπείας και μετά από αυτήν.

ΜΥΘΟΣ 6^{ος} : Ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν έχει σχέση με το κάπνισμα.

Έχει τεκμηριωθεί από επιστημονικές μελέτες ότι άνθρωποι που κάπνιζαν επί 20 χρόνια και πάνω έχουν 40% περισσότερες πιθανότητες να πάθουν καρκίνο του παχέος εντέρου, ενώ ένας στους οκτώ θανάτους από αυτή τη νόσο συνδέεται με τη βλαβερή συνήθεια. Ο κίνδυνος αυξάνεται ιδιαίτερα επικίνδυνα σε άτομα που καπνίζουν για περισσότερα από 35 χρόνια.

Επίσης, η κατανάλωση αλκοόλ είναι ακόμη ένας ισχυρός αρνητικός παράγοντας διότι «ανταγωνίζεται» το φυλλικό οξύ που είναι μια σημαντική προστατευτική ουσία για την ακεραιότητα του εντερικού επιθηλίου.

ΜΥΘΟΣ 7^{ος} : Μόνο ο γιατρός αποφασίζει για τη θεραπεία.

Υπάρχουν περιπτώσεις, που μετά τη χειρουργική αφαίρεση καρκίνου του παχέος εντέρου, ο γιατρός συζητά τα δεδομένα του όγκου με τον ασθενή και αποφασίζουν από κοινού εάν θα κάνουν συμπληρωματική θεραπεία από τη μορφή χημειοθεραπείας.

ΜΥΘΟΣ 8^{ος} : Όσοι έχουν τον ίδιο τύπο της νόσου πρέπει να ακολουθήσουν την ίδια θεραπεία.

Υπάρχουν πολλά ήδη όγκων του εντέρου με τελείως διαφορετική βιολογική συμπεριφορά. Επιπλέον, η εξέλιξη του κάθε ασθενούς σχετίζεται με τα ειδικά του χαρακτηριστικά. Συνεπώς, η θεραπεία πρέπει να είναι εξατομικευμένη. Όσον αφορά το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί, εξαρτάται κυρίως από τον τύπο του καρκίνου και το βαθμό εξάπλωσής του. Η απόφαση λαμβάνεται από ειδικούς χειρουργούς και ογκολόγους.

ΜΥΘΟΣ 9^{ος}: Μόνο η χημειοθεραπεία θεραπεύει.

Αυτό δεν ισχύει. Η ριζική χειρουργική επέμβαση είναι το κύριο όπλο κατά του καρκίνου του παχέως εντέρου και παρέχει από μόνη της οριστική θεραπευτική δράση όταν ο όγκος δεν έχει εξαπλωθεί. Εάν ο χειρουργός και ο ογκολόγος κρίνουν ότι η αφαίρεση είναι ολοκληρωμένη, δεν χρειάζονται περαιτέρω θεραπείες (χημειοθεραπεία, ή ακτινοθεραπεία), αλλά μόνο τακτική παρακολούθηση. Οι συμπληρωματικές θεραπείες γίνονται μόνο στις περιπτώσεις που με βάση την ιστολογική εξέταση πιθανολογούνται μεταστάσεις σε άλλα όργανα ή κίνδυνος υποτροπής.

ΜΥΘΟΣ 1^{ος} :Ο καρκίνος του εντέρου δεν θεραπεύεται.

Βεβαίως και θεραπεύεται, τουλάχιστον στις περιπτώσεις όπου έχει γίνει πρόωμη διάγνωση.

Ωστόσο η καλύτερη αντιμετώπιση συνίσταται στην πρόληψη χάρη στη σωστή διατροφή. (Λιαδάκη, 2006)

3.Η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων βοηθά στην πρόληψη του καρκίνου του παχέως εντέρου.

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου αποτελεί τον τρίτο πιο κοινό τύπο καρκίνου στον κόσμο. Επιστημονικές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι το ασβέστιο των γαλακτοκομικών προϊόντων, χαμηλών σε λιπαρά, ελαττώνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου στο παχύ έντερο.

Αυτό οφείλεται στο ότι το ασβέστιο των γαλακτοκομικών ελαττώνει τον πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων του παχέως εντέρου και αναστέλλει την εμφάνιση κακοήθων αδενωμάτων στην περιοχή του παχέως εντέρου. Επίσης, τα γαλακτοκομικά προϊόντα περιέχουν βιταμίνη D, συζευγμένο λινελαϊκό οξύ, ορισμένους μικροοργανισμούς, καζείνη και λακτοφερρίνη, τα οποία αναστέλλουν την καρκινογένεση στο παχύ έντερο.

Συμπερασματικά, η επαρκής κατανάλωση διαιτητικού ασβεστίου σχετίζεται με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου στο παχύ έντερο. (Κάζης, 2006)

4. Αντισώματα εναντίον του καρκίνου του παχέος εντέρου

Σμίκρυνση των όγκων του παχέος εντέρου ασθενών οι οποίοι δεν είχαν ανταποκριθεί σε άλλες μεθόδους θεραπείας ανέφεραν κατά τη διάρκεια του συνεδρίου επιστήμονες του Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. Οι αμερικανοί επιστήμονες χορήγησαν σε αυτή την κατηγορία ασθενών το φάρμακο IMC-C255 ή cetuximab, ένα αντίσωμα. Τα αντισώματα είναι πρωτεΐνες οι οποίες παράγονται από το ανοσοποιητικό σύστημα των θηλαστικών και χαρακτηρίζονται από το γεγονός ότι η στερεοδιάταξή τους είναι συμπληρωματική ως προς μια άλλη πρωτεΐνη, το αντιγόνο. Η συμπληρωματική στερεοδιάταξη των δύο πρωτεϊνών έχει ως αποτέλεσμα την προσκόλλησή τους όταν βρεθούν στον ίδιο χώρο. Το cetuximab αναγνωρίζει και προσκολλάται πάνω σε μια χαρακτηριστική πρωτεΐνη της επιφάνειας των καρκινικών κυττάρων η οποία αποτελεί τον παραλήπτη των μηνυμάτων που οδηγούν αυτά τα κύτταρα σε πολλαπλασιασμό. Η προσκόλληση του cetuximab στην πρωτεΐνη αυτή έχει ως αποτέλεσμα αφενός την αναστολή του πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων και αφετέρου την αύξηση της ευαισθησίας τους σε άλλα φάρμακα. (Σουφλέρη, 2001)

Γενικές αρχές

ØΟ καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί συχνά να θεραπευτεί πλήρως.

ØΗ ίαση είναι πιο πιθανή όταν βρεθεί σε αρχικό στάδιο.

ØΑσυνήθιστα συμπτώματα από την κοιλιά ή αλλαγές ή αίμα στις κενώσεις πρέπει να αναφέρονται αμέσως στο γιατρό.

ØΗ κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ασβεστίου πιθανά προφυλάσσει από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Το αντίθετο συμβαίνει με την κατανάλωση κόκκινου κρέατος και καπνίσματος.

ØΟ καρκίνος στις περισσότερες περιπτώσεις αναπτύσσεται πάνω σε πολύποδα.

ØΗ αφαίρεση των πολυπόδων προλαμβάνει την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

ØΗ αφαίρεση των πολυπόδων ή του καρκίνου υπαγορεύει την ανάγκη παρακολούθησης ανά συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα.

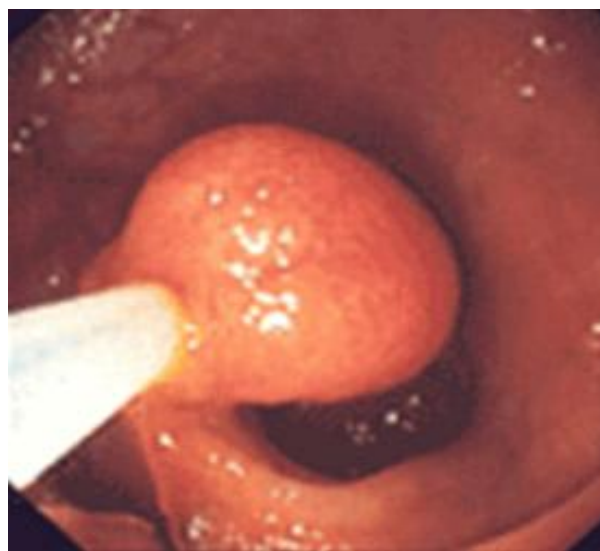
Οι άνω των 50 ετών χωρίς συμπτώματα πρέπει να υποβάλλονται σε δοκιμασία ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα κάθε χρόνο και σε εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση κάθε 3 με 5 χρόνια ή σε κολonosκόπηση ανά 10ετία αν δεν υπάρξουν ευρήματα.

Οι στενοί συγγενείς των ασθενών που εμφάνισαν καρκίνο του παχέος εντέρου σε νεαρή ηλικία πρέπει να συμβουλευτούν γιατρό ειδικό στο νόσημα αυτό. (Παπαβασιλείου, 2001)

Θυμηθείτε : Ο καρκίνος θεραπεύεται πλήρως ! Η πρόληψη και η πρώιμη διάγνωση είναι η καλύτερη θεραπεία !

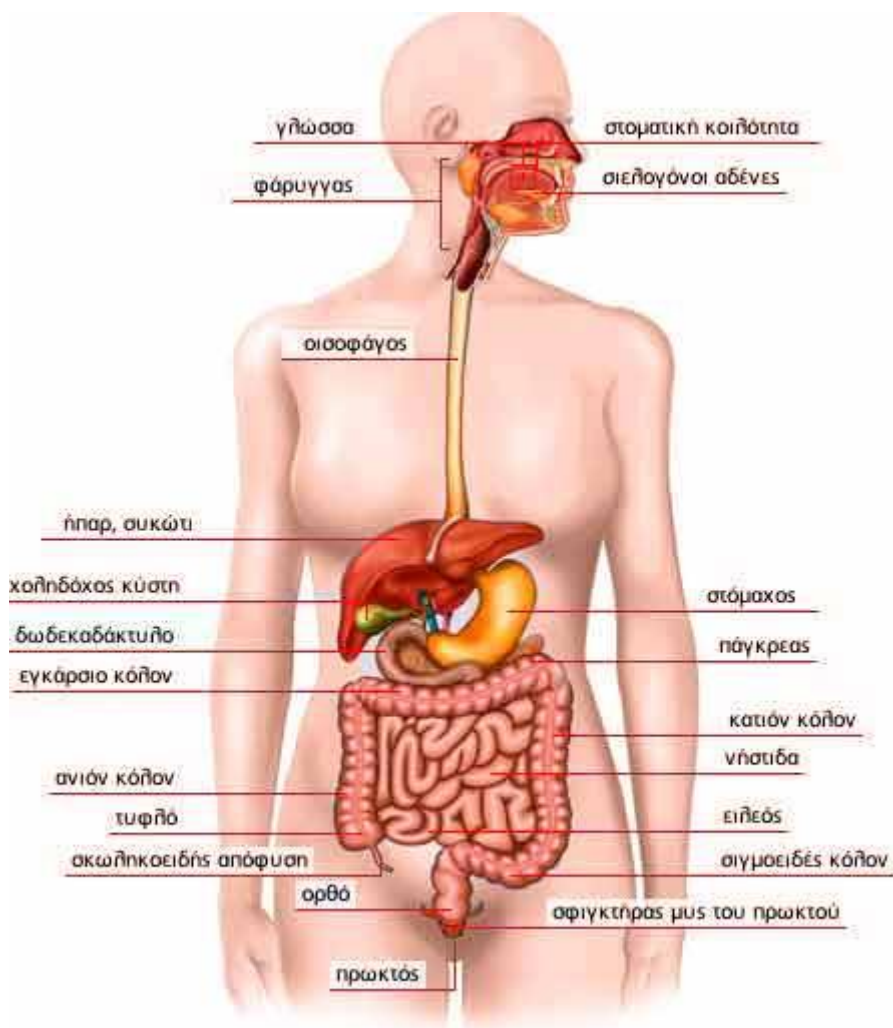


Εικόνα 4



Εικόνα 5

www.iatrikionline.gr/berzovitis/berz_A827.htm
Καρκίνος παχέος εντέρου. Διακρίνεται μέσω της κολonosκόπησης



Ανατομία του πεπτικού συστήματος
(Εικόνα 6)

www.rhodes.aegean.gr/sxedia/grafdaskalou/anatomy/sub1/digestion.htm

5. Το υπερηχογράφημα κοιλίας ως πρώτη διαγνωστική προσέγγιση στον προχωρημένο καρκίνο του παχέος εντέρου.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διευρύνουμε τη χρήση των υπερήχων στο ΓΕΣ και να βελτιώσουμε την ιατρική πράξη σε ασθενείς με αδιάγνωστο προχωρημένο καρκίνο του παχέος εντέρου, του οποίου η ένδειξη τίθεται πρώτα υπερηχογραφικά. Υλικό - Μέθοδος: Σε διάστημα 3 ετών μελετήθηκαν 14 ασθενείς. Σε 9 ασθενείς με κλινική σημειολογία ύποπτη και για νεόπλασμα του παχέος εντέρου προηγήθηκε υπερηχογράφημα κοιλίας ως εξέταση ρουτίνας. Σε 3 ασθενείς που προσήλθαν με ενδείξεις ειλεού, το υπερηχογράφημα ακολούθησε αμέσως μετά τον ακτινολογικό έλεγχο με απλές α/ες κοιλίας. Σε 2 ασθενείς με ιστορικό χειρουργημένου

καρκινώματος του ορθοσιγμοειδούς και με κλινική υποψία τοπικής υποτροπής προηγήθηκε το υπερηχογράφημα. Έγινε συναξιολόγηση με τα ευρήματα της ΥΤ (8 ασθενείς), του βαριούχου υποκλυσμού (1) και της κολονοσκόπησης (7). Αποτελέσματα: Σε όλους τους ασθενείς τέθηκε υπερηχογραφικά η ένδειξη του νεοπλάσματος του παχέος εντέρου, με κριτήρια τις εικόνες ψευδόνεφρου ή τον συνδυασμό άτυπου στόχου και υπόηχης μάζας. Η απεικόνιση της συνυπάρχουσας παθολογίας (περικολικοί λεμφαδένες, μεταστατικό ήπαρ, λεμφαδένες στην πύλη του ήπατος, ασκίτης, απόφραξη παχέος εντέρου, υδρονέφρωση, μεταστάσεις πνεύμονος) ενίσχυσε τη διάγνωση προς την κατεύθυνση του νεοπλάσματος και συνέβαλε στη σταδιοποίηση σε 10 ασθενείς. Επρόκειτο για αδενοκαρκινώματα, τα οποία επιβεβαιώθηκαν με βιοψία μετά από εγχείρηση ή ενδοσκόπηση εκτός από 2 ασθενείς. Συμπέρασμα: Σύμφωνα και με τα αποτελέσματά μας, το υπερηχογράφημα κοιλίας μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμο στην αξιολόγηση ασθενών με προχωρημένο καρκίνο του παχέος εντέρου, που έχουν ακαθόριστη συμπτωματολογία και προσεγγίζονται αρχικά με αυτό. (Β. Ίτζος, Τερζίδου, Πετρίδης, Παπαχιλλέα, Παπαεμμανουήλ, Καλπακίδης, και Παλλάδας)



Εικόνα 7