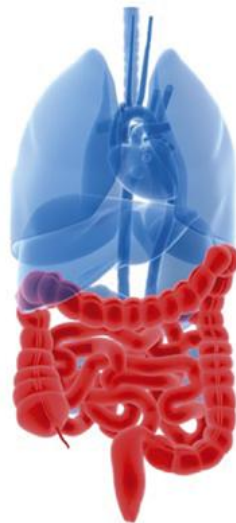


**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΕΥΠ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**<<ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ>>**



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ**  
**ΟΛΑΝΗ ΝΕΦΕΛΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ**  
**ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΠΑΤΡΑ, 2010**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.**

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>ΣΕΛ.5</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>ΣΕΛ.10</b>
<b><u>ΚΕΦ. 1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....</u></b>	<b><u>ΣΕΛ.12</u></b>
<b>1. 1. Η φυσιολογία του παχέος εντέρου.....</b>	<b>ΣΕΛ.14</b>
<b>1. 2. Η Ανατομία του παχέος εντέρου.....</b>	<b>ΣΕΛ.20</b>
<b><u>ΚΕΦ. 2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (Κ.Π.Ε) .....</u></b>	<b><u>ΣΕΛ.24</u></b>
<b>2. 1. Συχνότητα.....</b>	<b>ΣΕΛ.25</b>
<b>2. 2. Παράγοντες κινδύνου.....</b>	<b>ΣΕΛ.26</b>
<b>2. 3. Συμπτώματα.....</b>	<b>ΣΕΛ.29</b>
<b>2. 4. Διάγνωση-Εξετάσεις.....</b>	<b>ΣΕΛ.31</b>
<b>2. 5. Ιστολογικά ευρήματα.....</b>	<b>ΣΕΛ.34</b>
<b>2. 6. Σταδιοποίηση -Πρόγνωση.....</b>	<b>ΣΕΛ.35</b>
<b>2. 7. Μέτρα πρόληψης του καρκίνου παχέος εντέρου.....</b>	<b>ΣΕΛ.41</b>

**ΚΕΦ. 3. .ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ..... ΣΕΛ.48**

**3.1. Θεραπείες..... ΣΕΛ.48**

**3.2. Δημιουργία Κολοστομίας.....ΣΕΛ.56**

**ΚΕΦ.4.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ.  
ΣΕΛ.73**

**4.1. Εισαγωγή..... .ΣΕΛ.73**

**4.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή.....ΣΕΛ.74**

**4.3. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς..... ΣΕΛ.77**

**4.4. Φροντίδα της στομίας από τον ασθενή..... ΣΕΛ.79**

**4.5. Φροντίδα της στομίας από το νοσηλευτή..... ΣΕΛ.80**

**4.6.Εκπαίδευση αρρώστου και οικογένειας από το νοσηλευτή..... .ΣΕΛ.85**

**4.7. Επίδραση της κολοστομίας στον τρόπο ζωής του ασθενούς..... ΣΕΛ.87**

**4.8. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία....ΣΕΛ.90**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....ΣΕΛ.93**

**5.1. Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου που έχει υποβληθεί σε χημειοθεραπεία..... ΣΕΛ.94**

*5.2. Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου που έχει υποβληθεί σε κολοστομία.....ΣΕΛ.102*

**ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....ΣΕΛ.107**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....ΣΕΛ.109**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Για τους πιο πολλούς οι αιτίες που προκαλούν καρκίνο στο παχύ έντερο, είναι άγνωστες. Τα στοιχεία που έδωσαν οι διάφορες έρευνες που έγιναν και που συνεχίζονται ακόμη, συνδέουν τον καρκίνο του παχέος εντέρου με τις διατροφικές συνήθειες. Επικρατέστερη είναι η άποψη πως ένα διαιτολόγιο πλούσιο σε ζωικό λίπος και ζωικές πρωτεΐνες, και φτωχό σε φυτικές ίνες (όσπρια-φρούτα-λαχανικά) μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου στο παχύ έντερο.

Το βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό κάποιου ατόμου όπου οι γονείς του ή ο αδελφός ή η αδελφή του είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο στο παχύ έντερο σε ηλικία κάτω των 45 χρονών, θεωρείται ως άτομο υψηλού κινδύνου για να αναπτύξει σε κάποιο στάδιο της ζωής του καρκίνο στο παχύ έντερο καθώς επίσης αν άλλα συγγενικά άτομα έχουν διαγνωστεί με καρκίνο στο παχύ έντερο. Επίσης άτομα που υποφέρουν από γενετικές ασθένειες του εντέρου ή πάσχουν από χρόνιες κολίτιδες ή έχουν πολύποδες στο έντερο, διατρέχουν ψηλό κίνδυνο εξαλλαγής σε καρκίνο. Οι πολύποδες του εντέρου είναι καλό να αφαιρούνται γιατί εύκολα εξαλλάσσονται σε καρκίνο.

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι και μόνο ένα οποιοδήποτε από τα πιο κάτω:

1. Αίμα στα κόπρανα ή μαύρα κόπρανα
2. Αλλαγή στις συνήθειες αφόδευσης – επιμένουσα διάρροια ή δυσκοιλιότητα
3. Απώλεια βάρους
4. Αίσθημα ατελούς αφόδευσης

Μερικές φορές ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει στάση ή απόφραξη του εντέρου. Τα συμπτώματα είναι ο εμετός, η δυσκοιλιότητα, ο περισφιγμένος πόνος και η διάταση (φούσκωμα) της κοιλιάς. Αυτά τα συμπτώματα όμως

μπορεί να παρουσιαστούν και σε άλλες ασθένειες γι' αυτό όταν θα προκύψουν είναι πολύ σημαντικό να διαγνωσθούν από τον ιατρό σας.

Από τη στιγμή που ο προσωπικός σας ιατρός αποφασίσει να σας παραπέμψει σε ειδικό ιατρό, τότε αρχίζει και η πορεία της διάγνωσης.

Ο ειδικός ιατρός μετά από το ιστορικό της υγείας σας, θα προχωρήσει σε διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις όπως είναι η δακτυλική εξέταση του εντέρου, αναλύσεις αίματος και κοπράνων και η ακτινογραφία θώρακος. Πιο εξειδικευμένες εξετάσεις μπορεί να ακολουθήσουν και συνήθως είναι: η πρωκτοσκόπηση/ σιγμοειδοσκόπηση, ο βαριούχος υποκλυσμός, η κολονοσκόπηση, το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία.

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

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

Τα διάφορα στάδια του καρκίνου στο παχύ έντερο περιγράφονται από τους ιατρούς με την επιστημονική ένδειξη Dukes. Το στάδιο για το δικό σας καρκίνο μπορεί να είναι ένα από τα πιο κάτω:

Τα στάδια του καρκίνου στο παχύ έντερο

Dukes A -Ο όγκος εντοπίζεται μόνο στο εσωτερικό τοίχωμα του παχέος εντέρου.

Dukes B -Ο Όγκος έχει εισχωρήσει από το εσωτερικό τοίχωμα προς τον μυ χωρίς να προσβάλει τους λεμφαδένες της περιοχής.

Dukes C -Ο Όγκος έχει επεκταθεί και σε ένα ή περισσότερους λεμφαδένες της περιοχής. Οι λεμφαδένες είναι μέρος του λεμφικού συστήματος και αποτελούν την φυσιολογική άμυνα του οργανισμού εναντίον των μολύνσεων.

Dukes D -Τα καρκινικά κύτταρα του όγκου έχουν διασκορπιστεί και σε άλλα όργανα του σώματος και έχουν δημιουργήσει δευτεροπαθείς όγκους (μεταστάσεις).

Χειρουργική επέμβαση: Ίσως να είναι η πιο κατάλληλη θεραπεία που θα χρειαστείτε και αν το στάδιο του όγκου είναι πρώιμο (αρχικό) τότε υπάρχει πιθανότητα αποθεραπείας. Στις περιπτώσεις που ο όγκος προκαλεί απόφραξη στα έντερα, τότε η χειρουργική επέμβαση θα γίνει για την αντιμετώπιση και την θεραπεία των συμπτωμάτων.

Χημειοθεραπεία: Χορηγείται συνήθως μετά την εγχείρηση για περιορισμό της πιθανότητας επανεμφάνισης της ασθένειας κυρίως όταν ο καρκίνος είναι προχωρημένος. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθεί και πριν από την εγχείρηση ή και σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία.

Ακτινοθεραπεία: Συνήθως χορηγείται σε καρκίνο του πρωκτού είτε προ-εγχειρητικά, είτε μετ' εγχειρητικά.

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου είναι η πιο βασική θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου στο παχύ έντερο. Στην εγχείρηση αφαιρείται ένα μέρος του εντέρου που συμπεριλαμβάνει τον όγκο και επίσης αφαιρούνται οι λεμφαδένες της περιοχής, όπου συνήθως καρκινικά κύτταρα μπορεί να εισέλθουν και να προκαλέσουν μεταστάσεις. Στην συνέχεια γίνεται επανένωση των άκρων του εντέρου που παρέμεινε.

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

Για τους σκοπούς της εγχείρησης, θα χρειασθεί να εισαχθείτε στο νοσοκομείο ή στην χειρουργική κλινική μία μέρα προηγουμένως για την σχετική προετοιμασία κυρίως του εντέρου με την χορήγηση ειδικών καθαρτικών ή και αντιβίωσης. Όταν ο όγκος δημιουργεί απόφραξη, τότε δεν γίνεται ο καθαρισμός του εντέρου. Σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου, ο ιατρός θα κάνει την εγχείρηση για να πάρει δείγμα από τα καρκινικά κύτταρα του όγκου για βιοψία.



Σε ορισμένα άτομα με καρκίνο στο παχύ έντερο υπάρχει ένδειξη για να υποβληθούν σε κολοστομία. Αν και στην δική σας περίπτωση επιβάλλεται αυτός ο χειρισμός τότε χρειάζεται χρόνος και υπομονή μέχρι να συνηθίσετε τον τρόπο και τις διαδικασίες για καλή φροντίδα. Η εκπαίδευση στην φροντίδα της κολοστομίας, σε ορισμένα νοσοκομεία/κλινικές, αρχίζει λίγες ημέρες πριν από την επέμβαση. Αυτή την εκπαίδευση προς τους ασθενείς ή και στους συγγενείς γίνεται από ειδικές νοσηλεύτριες στην φροντίδα της κολοστομίας.

Μετεγχειρητικά, όταν θα αρχίσει η ανάρρωση, οι νοσηλεύτριες θα αρχίσουν να σας δείχνουν πώς να φροντίζετε από μόνος σας την κολοστομία. Στην αρχή όμως θα φροντίζουν την κολοστομία σας οι νοσηλεύτριες και σιγά-σιγά θα παρακολουθείτε τον τρόπο και τον χειρισμό της όλης φροντίδας αλλά και την περιποίηση που γίνεται στο δέρμα της γύρω περιοχής.

Μπορείτε να συναντηθείτε και να συνομιλήσετε με άτομα που είχαν την ίδια εμπειρία μ' εσάς, αν το θελήσετε. Αυτά τα άτομα ξέρουν και μπορούν να σας καθοδηγήσουν και θα σας βοηθήσουν να βρείτε τον τρόπο να ζείτε με την κολοστομία σας. Επίσης εθελοντές ή το προσωπικό που στελεχώνουν τις διάφορες υπηρεσίες των οργανώσεων/συνδέσμων των ασθενών με καρκίνο, μπορούν να σας προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες και βοήθεια αν αποταθείτε κοντά τους.

Πριν από την εγχείρηση ο ιατρός θα επιλέξει το σημείο που θα κάνει την κολοστομία έτσι ώστε να συνάδει με τις κινήσεις σας και να μην επηρεάζεται η εφαρμογή του συλλέκτη σ' οποιαδήποτε στάση και αν βρίσκεστε.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ.**

Η πολύπλοκη διαδικασία της πέψης πραγματοποιείται κατά μήκος της γαστρεντερικού σωλήνα, η οποία ξεκινά από το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό. Όλες οι τροφές τεμαχίζονται σε πολύ μικρά κομμάτια και μετατρέπονται σε απλές χημικές ουσίες, οι οποίες εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος. Με αυτόν τον τρόπο, οι θρεπτικές ουσίες μεταφέρονται σε όλα τα κύτταρα του οργανισμού, προσφέροντας καύσιμη ύλη και ενέργεια για την ανάπτυξη των ιστών.

Το παχύ έντερο αποτελεί τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα. Έχει μήκος περίπου 120 cm και έχει σαν βασικότερη λειτουργία την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών και την αποθήκευση των κοπράνων. Το παχύ έντερο διακρίνεται σε δεξιό κόλον (τυφλό, ανιόν, δεξιό τμήμα του εγκαρσίου) και αριστερό κόλον (αριστερό τμήμα του εγκαρσίου, κατιόν, σιγμοειδές) και το ορθό. Ο αυλός του παχέος εντέρου είναι ευρύς στο δεξιό κόλον και προς τα αριστερά γίνεται προοδευτικά περισσότερο στενός. Το τοίχωμα του εντέρου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες (βλεννογόνος, υποβλεννογόνιος, μυϊκός και ορογόνος). Το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου είναι το ορθόν (απευθυσμένο).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου – ορθού είναι ο τρίτος συχνότερος καρκίνος σε γυναίκες και άνδρες και αντιπροσωπεύει το 13% όλων των τύπων καρκίνου. Αρχικά προκαλεί μόνο ανεπαίσθητα ή και καθόλου συμπτώματα. Με την πάροδο του χρόνου προκαλούνται πόνοι μικρής έντασης, φουσκώματα, μικροαιμορραγίες που σπάνια είναι έντονες, καθώς και βλέννες στα κόπρανα. <sup>(1)</sup>

Στην Ευρώπη, γίνεται διάγνωση περίπου 190.000 νέων περιστατικών καρκίνου του παχέος εντέρου – ορθού κάθε χρόνο. Τη στιγμή της διάγνωσης, περίπου 20% των ασθενών έχουν ήδη μεταστατική νόσο (καρκίνος που έχει

επεκταθεί πέραν του παχέος εντέρου), ενώ ποσοστό 50% των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου – ορθού αναπτύσσουν μεταστάσεις και τελικά καταλήγουν, λόγω της νόσου. Περίπου 56.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο του παχέος εντέρου – ορθού στις ΗΠΑ ενώ το ποσοστό θνησιμότητας στην Ευρώπη ξεπερνά τους 100.000 ασθενείς το χρόνο(Φύσσας, 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.

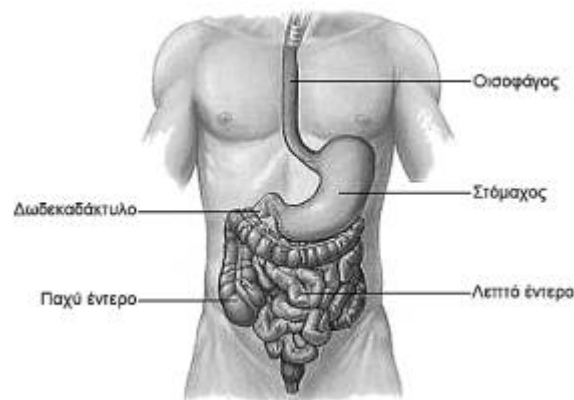
Το πεπτικό σύστημα αποτελείται από το γαστρεντερικό σωλήνα και από ορισμένα, συνδεδεμένα με αυτόν, αδενικά όργανα τα οποία παράγουν εκκρίματα που ενεργούν στο γαστρεντερικό σωλήνα. Κύριες υποδιαίρεσεις του γαστρεντερικού σωλήνα είναι η στοματική κοιλότητα, ο φάρυγγας, ο οισοφάγος, ο στόμαχος, το δωδεκαδάκτυλο, η νήστις, ο ειλεός, το κόλον, το απευθυσμένο και ο πρωκτός. Το δωδεκαδάκτυλο, η νήστις και ο ειλεός συγκροτούν το λεπτό έντερο ενώ το κόλον και το απευθυσμένο αποτελούν το παχύ έντερο. Στα συνδεδεμένα αδενικά όργανα περιλαμβάνονται οι σιελογόνοι αδένες, το ήπαρ, η χοληδόχος κύστη και το πάγκρεας.

Σε γενικές γραμμές, το τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα αποτελείται από το βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο, τον έξω μυϊκό και τον ορογόνο ή πρόσθετο χιτώνα.

Το τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα περιέχει πολλούς νευρώνες που αλληλοσυνδέονται σε μεγάλο βαθμό. Ένα πυκνό δίκτυο νευρικών κυττάρων στον υποβλεννογόνο χιτώνα είναι το υποβλεννογόνο πλέγμα (πλέγμα Meissner).

Το σημαντικό μυεντερικό πλέγμα (πλέγμα Auerbach) εντοπίζεται μεταξύ της κυκλοτερούς και της διαμήκουσ λείας μυϊκής στιβάδας. Το υποβλεννογόνο και το μυεντερικό πλέγμα, μαζί με άλλους νευρώνες του γαστρεντερικού σωλήνα, απαρτίζουν τα ενδοτοιχωματικά πλέγματα ή το εντερικό νευρικό σύστημα, το οποίο υποβοηθάει το συνδυασμό των κινητικών και εκκριτικών δραστηριοτήτων του γαστρεντερικού σωλήνα. Εάν τα συμπαθητικά και παρασυμπαθητικά νεύρα του εντέρου αποκοπούν, πολλές κινητικές και

εκκριτικές δραστηριότητες συνεχίζονται, διότι αυτές οι διεργασίες ελέγχονται από το εντερικό νευρικό σύστημα. (Gray's Anatomy, 2004).



*ΕΙΚΟΝΑ 1: Τα κυριότερα μέρη του γαστρεντερικού σωλήνα είναι ο οισοφάγος, ο στόμαχος, το δωδεκαδάκτυλο, το λεπτό και το παχύ έντερο. Κατά μήκος του σωλήνα πραγματοποιείται η πέψη των τροφών και η απορρόφηση των θρεπτικών μορίων στο κυκλοφορικό σύστημα.*

Σημαντικότερες φυσιολογικές λειτουργίες του πεπτικού συστήματος είναι η πέψη των τροφών και η απορρόφηση των θρεπτικών μορίων στο κυκλοφορικό σύστημα. Οι δραστηριότητες μέσω των οποίων το γαστρεντερικό σύστημα πραγματοποιεί αυτές τις λειτουργίες υποδιαιρούνται σε: έκκριση, πέψη και απορρόφηση.

Η κινητικότητα αναφέρεται στις γαστρεντερικές κινήσεις που αναμειγνύουν και κινούν το γαστρεντερικό περιεχόμενο και το προωθούν κατά μήκος του σωλήνα. Η έκκριση αναφέρεται στις διεργασίες με τις οποίες οι αδένες που είναι συνδεδεμένοι με το γαστρεντερικό σωλήνα απελευθερώνουν ύδωρ και ουσίες στο σωλήνα. Η πέψη ορίζεται ως η διεργασία μέσω της οποίας τα προσλαμβανόμενα τεμάχια τροφής και τα μεγάλα μόρια αποδομούνται χημικώς, έτσι ώστε να παραχθούν μικρότερα μόρια τα οποία είναι δυνατόν να απορροφηθούν δια μέσου του τοιχώματος του γαστρεντερικού σωλήνα. Τέλος, η απορρόφηση αναφέρεται στις

διεργασίες μέσω των οποίων τα θρεπτικά μόρια απορροφώνται από το γαστρεντερικό σωλήνα και εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος (Berne & Levy , 2002).

### ***1. 1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.***

Ως γνωστόν, το παχύ έντερο (κόλον και ορθό) αποτελεί το τελευταίο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα. Η συνεισφορά του στο μεταβολισμό του ανθρώπινου οργανισμού είναι σημαντική. Από παράλληλες παρατηρήσεις και μελέτες κτηνιάτρων, διατροφολόγων, μικροβιολόγων και γαστρεντερολόγων δόθηκε στους χειρουργούς η δυνατότητα της πλήρους κατανόησης της λειτουργικότητας, της φυσιολογίας, αλλά και του εν γένει ρόλου του παχέος εντέρου στον οργανισμό.

Είναι πλέον βεβαιωμένο ότι ο ρόλος του κόλου είναι η ανακύκλωση των θρεπτικών συστατικών, ενώ η λειτουργία του ορθού είναι η αποβολή των κοπράνων. Πολλοί παράγοντες ρυθμίζουν την ανακύκλωση των θρεπτικών συστατικών, όπως η υπαρκτή, αλλά και λειτουργικά επαρκής μικροβιακή χλωρίδα του οργάνου, η κινητικότητά του και η ικανή λειτουργική δραστηριότητα του βλεννογόνου του με τη μορφή της απορρόφησης και της έκκρισης. Συνεργικά αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν επίσης την αφυδάτωση του περιεχομένου και την αφόδευση, που συγκροτούν εν όλω την αποβολή των κοπράνων.

Το λεπτό έντερο απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των προσληφθέντων συστατικών, που ήδη έχουν αναμιχθεί με γαστρικές, χολικές και παγκρεατικές εκκρίσεις. Επικουρικά, το παχύ έντερο, διά της ανακύκλωσης, ελαττώνει τις απώλειες ύδατος, ηλεκτρολυτών και ενέργειας. Για να επιτευχθεί αυτό τον πιο σημαντικό ρόλο παίζει η μικροβιακή χλωρίδα του.

Η ύπαρξη πολλαπλών ομάδων μικροοργανισμών, με υψηλού βαθμού ικανότητα αποδόμησης, προσδίδουν στο όργανο την ισχυρή μεταβολική του δυναμική. Εντοπίζονται στον αυλό, στο βλεννογόνο και στη στιβάδα βλεννίνης. Η σχέση αναερόβιων προς αερόβιους μικροοργανισμούς είναι από 10/1 έως 100/1 και επικρατώντες τύποι είναι διάφορα είδη του γένους *Bacteroides* (66% του συνόλου στο κεντρικό κόλον, 68.5% στο ορθό).

Η σχέση μεταξύ ξενιστή και μικροβιακής χλωρίδας είναι αμφίδρομη. Ο ξενιστής προσφέρει στους μικροοργανισμούς ένα σταθερό περιβάλλον δράσης και ανάπτυξης, καθώς και ενεργειακό υπόστρωμα προερχόμενο από τη διατροφή και την κυτταρική αποδόμηση. Αντίστοιχα η μικροβιακή χλωρίδα προσφέρει στον ξενιστή τη βακτηριακή ζύμωση με τα προϊόντα της. Το κυριότερο προϊόν, το βουτυρικό οξύ, αποτελεί το κύριο ενεργειακό υπόστρωμα των επιθηλιακών κυττάρων του οργάνου.

Οι κύριες πηγές ενέργειας της μικροβιακής χλωρίδας είναι το άμυλο και οι μη αμυλούχοι πολυσακχαρίτες, με τους τελευταίους να είναι πιο γνωστοί ως ίνες της διατροφής. Η διαδικασία αποδόμησης είναι σταδιακή, μη ομοιόμορφη και διενεργείται από ομάδα μικροβίων.

Η λιγνίνη είναι ένα μη υδατανθρακικό συστατικό των φυτών, το οποίο δε ζυμώνεται από τη μικροβιακή χλωρίδα, αλλά προσλαμβάνει νερό προσδίδοντας όγκο στο περιεχόμενο. Οι κυτταρίνες αποτελούν συστατικό των λαχανικών και ζυμώνονται μερικά, ενώ οι πηκτίνες των φρούτων ζυμώνονται πλήρως από τα μικρόβια του παχέος εντέρου. Ο χρόνος διέλευσης του περιεχομένου εξαρτάται από το βαθμό ζύμωσης του υποστρώματος. Όταν το υπόστρωμα δε ζυμώνεται πλήρως, αυξάνει ο όγκος και επιταχύνεται η διέλευση, ενώ όταν η ζύμωση είναι πλήρης, ο όγκος είναι ελάχιστος και ο χρόνος διέλευσης βραδύς.

Τα αέρια που παράγονται από τη βακτηριακή ζύμωση συνιστούν το 75% των αερίων του παχέος εντέρου και είναι υδρογόνο (απάγεται με το φλεβικά

δίκτυο και αποβάλλεται από τους πνεύμονες), διοξείδιο του άνθρακα, μεθάνιο, άζωτο και δύσοσμα θειούχα αέρια. Η οσμή των παραγόμενων κοπράνων καθορίζεται από το είδος της μικροβιακής χλωρίδας του οργάνου και το είδος της τροφής.

Τα προϊόντα της βακτηριακής ζύμωσης από τη δράση της μικροβιακής χλωρίδας εξαρτώνται από το είδος και την ποσότητα του παρεχόμενου υποστρώματος, τη χημική του σύσταση και δομή, καθώς και τα βιοχημικά χαρακτηριστικά της ζύμωσης. Στο περιφερικό κόλον, όπου οι υδατάνθρακες είναι περιορισμένοι, οι διεργασίες της ζύμωσης είναι ποσοτικά σημαντικές. Τα δυσασπορρόφητα λιπίδια, ως προϊόντα του μεταβολισμού, λειτουργούν βλαπτικά για το βλεννογόνο του περιφερικού κόλου και του ορθού (ογκογενέσεις).

Τα λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου, ως προϊόντα της ζύμωσης, συμμετέχουν στον έλεγχο της μορφολογίας, της ομαλής λειτουργίας και της σωστής κινητικότητας του οργάνου. Συμμετέχουν επίσης στην αναστολή της γαστρικής κένωσης όταν προϊόντα διατροφής διέλθουν την ειλεοκολική συμβολή, στο λεγόμενο δηλαδή ειλεοκολικό φραγμό. Το προεξάρχον λιπαρό οξύ βραχείας αλύσου, το βουτυρικό, ασκεί θετική τροφική επίδραση στα φυσιολογικά κύτταρα του οργάνου, ενώ αντίθετα αναστέλει την ανάπτυξη των νεοπλασματικών κυττάρων. Επίσης διακόπτει την προνεοπλασματική υπερπλασία, ενώ, αλλοιώνοντας τη λειτουργικότητα των μιτοχονδρίων, τροποποιεί το ρυθμό συγκόλλησης των κυττάρων. Επιπρόσθετα διεγείρει την αιματική ροή, την ανανέωση των κυττάρων του βλεννογόνου, ρυθμίζει το ενδοαυλικό pH, καθώς επίσης και το βαθμό της απορροφητικής ικανότητας του οργάνου.

Τα βακτήρια της μικροβιακής χλωρίδας, πλούσια σε ουρεάση, συμμετέχουν στη λειτουργία διάσωσης της ουρίας. Το παχύ έντερο προσαρμόζεται ανάλογα με τη διατροφή στη διαδικασία διάσωσης του αζώτου



με απορρόφηση αναγκαίων αμινοξέων (λυσίνη). Το 10% του αζώτου της ουρίας δεν απεκκρίνεται στα ούρα, αλλά αναβολίζεται σε πρωτεΐνη σώματος.

Η συνολική απορροφητική επιφάνεια του οργάνου είναι περίπου 900 cm<sup>2</sup>. Τα στοιχεία που κατεξοχήν απορροφώνται είναι το νερό, ιόντα νατρίου και χολικά οξέα. Το νερό απορροφάται παθητικά και ελαττώνεται κατά 10 φορές. Αντίθετα η απορρόφηση ου νατρίου γίνεται ενεργητικά με κατανάλωση ενέργειας έναντι χημικής και ηλεκτρικής βαθμίδωσης. Επιπρόσθετα το κόλον απορροφά τα χολικά οξέα που διαφεύγουν την απορρόφηση από τον τελικό ειλεό, καθιστώντας έτσι το κόλον τμήμα της εντεροηπατικής κυκλοφορίας. Η απορρόφηση γίνεται παθητικά. Εάν υπάρξει διαταραχή στη διαδικασία απορρόφησής τους, παραμένουν στον αυλό αποσυζευγμένα χολικά άλατα, τα οποία παρεμβαίνουν στην απορρόφηση νερού και νατρίου, οδηγώντας σε εκκριτική ή χολοεκκριτική διάρροια.

Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου εμφανίζει, όπως και του λεπτού, τις κρύπτες του Lieberkühn, χωρίς όμως την παρουσία λαχνών. Αυτές οι κρύπτες επενδύονται με κύτταρα που εκκρίνουν αποκλειστικά βλέννη. Η βλέννη, που περιέχει μεγάλες ποσότητες διττανθρακικών, είναι προφανές ότι ενεργεί σαν συγκολλητική ουσία των κοπρανωδών υλών και παρέχει ενδοαυλική τοιχωματική προστασία. Ο ρυθμός έκκρισής της καθορίζεται από απτικά ερεθίσματα και από τοπικά νευρικά αντανεκλαστικά. Εκσεσημασμένη έκκριση βλέννης προκαλείται επίσης από ισχυρή παρασυμπαθητική διέγερση. Ο συνδυασμός της έκκρισης ιόντων υδρογόνου και διττανθρακικών, με την απορρόφηση ιόντων καλίου και νατρίου καθορίζει απόλυτα το ρόλο του παχέος εντέρου στην οξεοβασική ισορροπία. Επίσης η εκκριτική λειτουργία συμβάλλει στη ρύθμιση του ενδοαυλικού pH. Σε διάφορες μορφές κολίτιδας, όπως ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι, σιγκέλλωση, χολέρα, κολλαγονώδης κολίτις και κυστική ίνωση, διαταράσσεται η ομαλή εκκριτική λειτουργία του οργάνου.

Οι βασικές κινητικές δραστηριότητες είναι δύο, η ανάμιξη του περιεχομένου και η προώθησή του. Η ανάμιξη επιτυγχάνεται με την ταυτόχρονη συστολή της κυκλοτερούς και της επιμήκουσ μυϊκής στιβάδας σε μήκος περίπου 2.5 cm. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία των κολικών κυψελών και τη στιγμιαία ολική απόφραξη του αυλού. Οι συστολές αυτές κορυφώνονται σε 30 sec και ακολούθως αποσβένονται σε 60 sec. Με τον τρόπο αυτό αναδεύεται το περιεχόμενο και προκαλείται μικρή προώθησή του. Σε λίγα λεπτά οι κινήσεις αυτές ολοκληρώνονται σε γειτονικές περιοχές του παχέος εντέρου. Αποτέλεσμα αυτού και της μεταβολής της σύστασης του περιεχομένου είναι να αποβάλλονται καθημερινά συνολικά 80-200 ml.

Η προώθηση επιτυγχάνεται με τις κινήσεις ανάμιξης, αλλά κυρίως με τις «μαζικές κινήσεις», τις κατεξοχήν δηλαδή προωθητικές κινήσεις. Αυτές ξεκινούν από το εγκάρσιο κόλον και φτάνουν στο σιγμοειδές. Συνήθως εμφανίζονται μετά από γεύματα, μία ή δύο φορές την ημέρα. Παρουσιάζονται, με σταδιακή ανάπτυξη, συστολές που κορυφώνονται σε 30 sec και εν συνεχεία παρατηρείται σταδιακή χάλαση που ολοκληρώνεται εντός περίπου 3 λεπτών. Η συνολική τους διάρκεια είναι από 10 λεπτά έως μισή ώρα. Η εμφάνιση των μαζικών κινήσεων ξεκινά μετά από μηχανική διάταση του στομάχου και του 12-δακτύλου, που έχουν ως αποτέλεσμα την έκλυση του γαστροκολικού και του 12-δακτυλοκολικού αντανακλαστικού. Μαζικές κινήσεις επίσης αρχίζουν με ισχυρή παρασυμπαθητική διέγερση. Η διέλευση των κοπράνων από το παχύ έντερο είναι ταχύτερη στους άνδρες, στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και στους καπνιστές. Τέλος σημαντικό ρόλο στο χρόνο διέλευσης παίζει και η διατροφή του κάθε ατόμου ξεχωριστά.

Κατά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα το ορθό παραμένει κενό κοπράνων. Σ' αυτό συντελούν δύο παράγοντες: α) η παρουσία ασθενούς λειτουργικού σφιγκτήρα κατά τη μετάπτωση του σιγμοειδούς στο ορθό και β) η οξεία γωνία αυτής της μετάπτωσης που λειτουργεί «αποφρακτικά» προς την

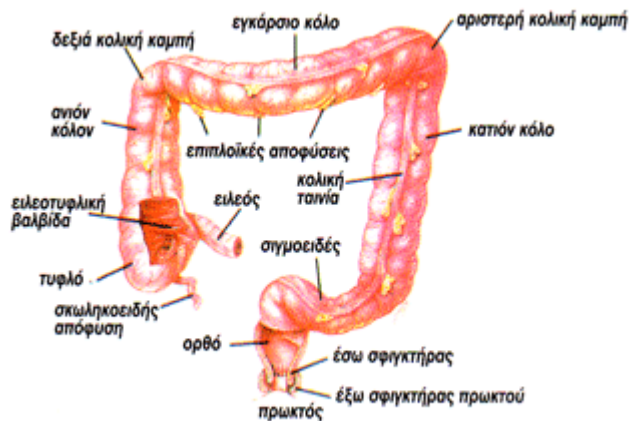
πλήρωση του ορθού. Με κάθε μαζική κίνηση προωθούνται κόπρανα στο ορθό, δημιουργώντας το αίσθημα της ανάγκης προς αφόδευση, ενώ αντανακλαστικά συστέλλεται το ορθό με ταυτόχρονη χάλαση των σφιγκτήρων του πρωκτού (έσω και έξω, με τον τελευταίο να βρίσκεται υπό τον εκούσιο, ενσυνείδητο έλεγχο του ατόμου).

Με την είσοδο των κοπράνων στο ορθό προκαλούνται, λόγω της διάτασης, νευρογενή περισταλτικά κύματα από το κατιόν κόλον προς την περιφέρεια, με αποτέλεσμα την προώθηση των κοπράνων στον πρωκτό. Όταν το περισταλτικό αυτό κύμα προσεγγίζει τον πρωκτό, ο έσω σφιγκτήρας χαλάται και, εφόσον ο έξω σφιγκτήρας υποστεί ακολούθως εκούσια χάλαση, πραγματοποιείται η αφόδευση. Από μόνο του αυτό το αντανακλαστικό της αφόδευσης είναι εξαιρετικά αδύναμο και για το λόγο αυτό απαιτείται ισχυρή συνεργική δραστηριότητα του παρασυμπαθητικού. Επίσης συνεργικά επιτελούνται βαθιές εισπνευστικές κινήσεις, σύγκλιση της γλωττίδας, συστολή μυών του κοιλιακού τοιχώματος και, τέλος, κάθοδος του εδάφους της πυέλου. Πέραν όμως όλων αυτών απαιτείται επιπλέον και κοινωνική εκπαίδευση που σχετίζεται με το σύγχρονο τρόπο ζωής. Εάν ο έξω σφιγκτήρας δε χαλάται εκούσια, τα αντανακλαστικά αποσβένονται σε λίγα λεπτά και επανέρχονται μετά από πολλές ώρες. Όταν αυτά τα αντανακλαστικά αναστέλλονται πολύ συχνά, έχουν ως συνέπεια την πρόκληση βαριάς δυσκοιλιότητας (Βλαχοπούλου, 2006).

## 1. 2.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ:.

Το παχύ έντερο είναι η συνέχεια του λεπτού εντέρου και εκτείνεται από το τέλος του ειλεού έως τον πρωκτό με συνολικό μήκος 1,2 μέτρα. Η πορεία του σχηματίζει μια ατελή στεφάνη ανοικτή προς τα κάτω, και δεξιά του περιβάλλει τις έλικες του λεπτού εντέρου. Από περιγραφικής άποψης διακρίνουμε στο παχύ έντερο τέσσερα άνισα στο μέγεθος μέρη :

- στο τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση.
- στο κόλον (ανιόν – εγκάρσιο – κατιόν και σιγμοειδές).
- στο ορθό ή απευθυσμένο ή ευθύ έντερο.
- στον πρωκτικό σωλήνα (Σκρέκας , 2004).



**ΕΙΚΟΝΑ 2: Τα κυριότερα ανατομικά τμήματα του παχέος εντέρου (Sobotta 1978).**

Από λειτουργικής άποψης θα μπορούσε να χωριστεί σε δύο μοίρες: στη δεξιά απορροφητική που περιλαμβάνει το τυφλό ανιόν και το δεξιό ημιμόριο του εγκάρσιου κόλου και στην αποθηκευτική αριστερή μοίρα που περιλαμβάνει το υπόλοιπο εγκάρσιο, το κατιόν, το σιγμοειδές και το ορθό.

Το εντερικό περιεχόμενο προωθείται, μέσω της ειλεοκολικής (ή ειλεοτυφλικής) βαλβίδας στο τυφλό, που αποτελεί την πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου. Το τυφλό εντοπίζεται στο δεξιό και κάτω μέρος της κοιλιάς. Οφείλει το όνομά του στο γεγονός ότι προς τα κάτω απολήγει τυφλά, ενώ προς τα άνω συνεχίζεται με κατεύθυνση προς το ανιόν κόλον. Λίγο πιο κάτω από την ειλεοκολική βαλβίδα παρατηρείται ένα άνοιγμα που οδηγεί στο εσωτερικό της σκωληκοειδούς απόφυσης. Η σκωληκοειδής απόφυση είναι ένας στενός, τυφλός σωλήνας, μήκους 6-10 εκατοστών.

Εμφανίζει άφθονο λεμφικό ιστό και γι' αυτό λειτουργικά κατατάσσεται και περιγράφεται στο ανοσοποιητικό σύστημα. Η σκωληκοειδής απόφυση μπορεί να πάρει διάφορες ανατομικές θέσεις σε σχέση με το τυφλό, πράγμα που έχει ιδιαίτερη σημασία κατά την αξιολόγηση των συμπτωμάτων της οξείας σκωληκοειδίτιδας και κατά την εκτέλεση της σκωληκοειδεκτομής. Η σκωληκοειδής απόφυση κρέμεται από μια πτυχή του περιτοναίου που ονομάζεται μεσεντερίδιο (Σκρέκας, 2004).

Το ανιόν κόλον, μήκους 13-15 εκ., εντοπίζεται στο δεξιό πλάγιο της κοιλιάς. Λίγο πιο κάτω από το ήπαρ μεταπίπτει στο εγκάρσιο κόλον, σχηματίζοντας τη δεξιά κολική καμπή. Το εγκάρσιο κόλον πορεύεται οριζόντια με κατεύθυνση από τα δεξιά προς τα αριστερά και μεταπίπτει στο κατιόν κόλον, λίγο πιο κάτω από το σπλήνα, σχηματίζοντας την αριστερή κολική καμπή. Το κατιόν κόλον, μήκους 20-25 εκ., εντοπίζεται στο αριστερό πλάγιο της κοιλιάς (Αρβανίτη, 2003).

Το κατιόν κόλον στο κάτω άκρο του μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλον, το οποίο πλησιάζει ξανά προς τη μέση γραμμή του σώματος. Το σιγμοειδές καταλήγει στο ορθό ή απευθυσμένο, την τελική μοίρα του παχέος εντέρου. Στη λήκυθο του ορθού, μια διεύρυνση στο κατώτερο τμήμα του ορθού, συσσωρεύονται τα κόπρανα και τα αέρια πριν από την αφόδευση. Με τη

διαδικασία της αφόδευσης, τα κόπρανα αποβάλλονται μέσω του πρωκτικού σωλήνα (Χρηστάκης, 2006).

Ο πρωκτικός σωλήνας είναι το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, που έχει σαν λειτουργία την συγκράτηση των κοπράνων που αποθηκεύονται στην λήκυθο. Ο πρωκτός περιβάλλεται από δύο κυλινδρικούς μυϊκούς σχηματισμούς (σφιγκτήρες). Ο έσω σφιγκτήρας που είναι λείος μυς, λειτουργεί αυτόματα και με τη συνεχή σύσπαση του δεν επιτρέπει την διαφυγή των κοπράνων. Ο ισχυρότερος έξω σφιγκτήρας υπόκειται στην βούληση του ανθρώπου, αποτελεί τον σπουδαιότερο σφιγκτήρα και συσπάται σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης συγκράτησης των κοπράνων( Πιάγκου & Γρίβας, 2002).

Η δομή του τοιχώματος του παχέος εντέρου ακολουθεί το γενικό σχήμα που αναφέρθηκε νωρίτερα, αλλά η διαμήκης μυϊκή στιβάδα του έξω μυϊκού χιτώνα είναι συγκεντρωμένη σε τρεις ζώνες που λέγονται κολικές ταινίες. Στις κολικές ταινίες, η διαμήκης μυϊκή στιβάδα είναι λεπτή. Με την σύσπαση των κολικών ταινιών, ο αυλός του εντέρου βραχύνεται και δημιουργούνται πτυχώσεις στο τοίχωμα, οι κολικές κυψέλες. Οι κολικές ταινίες και οι κολικές κυψέλες δίνουν χαρακτηριστική εμφάνιση στο παχύ έντερο. Ο διαμήκης μυς του απευθυσμένου και του πρωκτικού σωλήνα είναι πλήρης και συνεχής.

Η παρασυμπαθητική νεύρωση του τυφλού εντέρου και του ανιόντος και εγκάρσιου κόλου γίνεται μέσω κλάδων του πνευμονογαστρικού νεύρου, ενώ του κατιόντος και του σιγμοειδούς κόλου, του απευθυσμένου και του πρωκτικού σωλήνα μέσω των πυελικών νεύρων από την ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού. Οι παρασυμπαθητικές ίνες καταλήγουν πρωτίστως σε νευρώνες των ενδοτοιχωματικών πλεγμάτων. Οι συμπαθητικές ίνες νευρώνουν την εγγύς μοίρα του παχέος εντέρου μέσω του άνω μεσεντέριου πλέγματος, την άπω μοίρα του παχέος εντέρου μέσω του κάτω μεσεντέριου πλέγματος και του

άνω υπογάστριου πλέγματος και το απευθυσμένο καθώς και τον πρωκτικό σωλήνα μέσω του κάτω υπογάστριου πλέγματος.

Οι αρτηρίες που αιματώνουν το τυφλό, το ανιόν και τα δύο τριτημόρια του εγκάρσιου προς τα δεξιά είναι: η ειλεοκολική, η δεξιά κολική και η μέση κολική οι οποίες είναι κλάδοι της άνω μεσεντέριας αρτηρίας. Ενώ οι αρτηρίες που αιματώνουν το προς το αριστερά τριτημόριο του εγκάρσιου, το κατιόν, το σιγμοειδές και την ανώτερη μοίρα του ορθού είναι: η αριστερή κολική, οι σιγμοειδικές αρτηρίες και η άνω αιμορροϊδική αρτηρία, που είναι κλάδοι της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας. Η κατώτερη μοίρα του ορθού (πρωκτικός σωλήνας) αιματώνεται από τη μέση και κάτω αιμορροϊδική αρτηρία που είναι κλάδοι της έσω λαγόνιας αρτηρίας. Από τις αρτηρίες αυτές σχηματίζονται τα αρτηριακά τόξα από τα οποία εκφύονται οι τελικοί κλάδοι που φέρονται κάθετα προς το τοίχωμα του παχέος εντέρου(Σαββόπουλος, 1991).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.**

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια νόσος που μπορεί να προληφθεί. Σήμερα γνωρίζουμε αρκετές πτυχές της παθογένεσης του καθώς και παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξή του. Τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται στην εποχή μας πολύ εύκολα και σε πρώιμο στάδιο, με τις υπάρχουσες ενδοσκοπικές μεθόδους, όπως είναι η κολονοσκόπηση. Επιπλέον η ανίχνευση αίματος στα κόπρανα μπορεί εύκολα να οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση.

Τα νεοπλάσματα της περιοχής διακρίνονται σε καλοήθη (συνήθως πολύποδες) και κακοήθη. Οι πολύποδες εμπεριέχουν ένα σημαντικό δυναμικό εξαλλαγής σε κακοήθεια. Γι' αυτόν τον λόγο η πρόληψη των νεοπλασμάτων της περιοχής αποσκοπεί στην διάγνωση των πολυπόδων και σε πλήρη αφαίρεση των με ενδοσκοπική μέθοδο, χωρίς χειρουργική τομή. Εάν οι πολύποδες παραμείνουν, υπάρχει σημαντικός κίνδυνος εξαλλαγής τους (μετατροπής σε κακοήθη νεοπλάσματα). Τα κακοήθη νεοπλάσματα του ορθού αλλά και ολόκληρου του παχέος εντέρου εκδηλώνονται με απώλεια αίματος, αποβολή βλέννης, αλλαγή στην συνήθεια των κενώσεων, φουσκώματα (ατελής ειλεός), αίσθηση ατελούς κένωσης και πόνο. Η αντιμετώπιση των είναι πάντοτε χειρουργική και συνηθέστατα χρειάζεται να γίνει προσπέλαση της περιοχής με τομή του κοιλιακού τοιχώματος (Myers, 2007).

Πριν την ανάπτυξη και εκδήλωση καρκίνου του παχέος εντέρου, συχνά παρατηρούνται αλλαγές στο επιθήλιο του. Ένας τύπος αλλαγής είναι η ανάπτυξη ενός καλοήθους πολύποδα. Η αφαίρεση του πολύποδα μπορεί να προλάβει την εξέλιξή του σε κακοήθεια. Πάνω από 95% των καρκίνων του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα.

Στην πρόληψη της νόσου, πλην του τακτικού ελέγχου μπορεί να συμβάλλουν και οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και στον τον τρόπο



ζωής, όπως η κατανάλωση τουλάχιστον 5 μερίδων λαχανικών και φρούτων κάθε μέρα, η αντικατάσταση των κεκορεσμένων λιπαρών με ελαιόλαδο, η αποφυγή του κόκκινου κρέατος και η αντικατάστασή του με κοτόπουλο ή ψάρι, η επιλογή δημητριακών ολικής άλεσης και καστανού ρυζιού αντί των επεξεργασμένων προϊόντων, η μείωση κατανάλωσης του αλατιού, η κατανάλωση υγρών και κυρίως νερού και τέλος η αποφυγή του υπερβολικού σωματικού βάρους και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας (Gordon, 2009).

Τα αίτια του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν είναι ακόμα πλήρως γνωστά. Παρόλα αυτά, μεγάλες διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι συγκεκριμένοι παράγοντες κινδύνου αυξάνουν τις πιθανότητες ενός ατόμου να εμφανίσει καρκίνο.

## **2. 1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ**

Οι συνδυασμένες στατιστικές για άνδρες και γυναίκες αναφέρουν τον καρκίνο του παχέος εντέρου ως τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο των πνευμόνων. Στις ανεπτυγμένες χώρες, ο κίνδυνος ενός ενήλικα να αναπτύξει καρκίνο του παχέος εντέρου είναι 6% ή 1 στους 18. Το 90% των περιπτώσεων παρουσιάζονται σε ηλικίες άνω των 50, και λίγο συχνότερα σε άνδρες. Τα ποσοστά επιβίωσης εξαρτώνται κατά πολύ από το στάδιο της νόσου τη στιγμή της διάγνωσης. Σχεδόν 94% των ασθενών με περιορισμένη νόσο επιβιώνουν πάνω από 5 χρόνια, 70% των ασθενών με τοπικά προχωρημένη νόσο ξεπερνούν τα 5 χρόνια, ενώ μόλις 9% αυτών με μεταστάσεις ζουν πάνω από 5 έτη. Παρά τη γνώση ότι η πρόωμη διάγνωση βελτιώνει πολύ την επιβίωση, μόλις 35% των καρκίνων διαγιγνώσκονται πρώιμα, 38% με τοπικά προχωρημένη νόσο και 22% με μεταστάσεις.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες, ευθυνόμενος για το 11% των

θανάτων από αυτόν. Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη πεθαίνουν περίπου 60.000 άτομα από τα 150.000 με καρκίνο παχέος εντέρου που διαγιγνώσκονται ανά έτος. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο προσβάλλονται από καρκίνο 15.000 άνδρες, εκ των οποίων το 5,57% (δηλαδή 836 άτομα περίπου) από καρκίνο παχέος εντέρου και 11.500 γυναίκες από τις οποίες το 7,15% (δηλαδή 823 άτομα περίπου) τον ίδιο καρκίνο, συνολικά 1.659 άτομα κάθε χρόνο(Παππής, 2003)

## **2. 2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την αιτιολογία του Κ.Π.Ε., χωρίς ωστόσο να έχει καθοριστεί μετά βεβαιότητας το αίτιο. Όπως προκύπτει όμως από τα υπάρχοντα δεδομένα ο Κ.Π.Ε. αποτελεί μια πολυσταδιακής διαδικασίας, όπου ευθύνονται γενετικοί παράγοντες, αλλά και παράγοντες του περιβάλλοντος, όπως ο τρόπος διαβίωσης και κυρίως η διατροφή. Η επιρροή των περιβαλλοντικών παραγόντων γίνεται εμφανής από τις μεγάλες διαφορές στην συχνότητα μεταξύ διαφόρων χωρών με διαφορετικό τρόπο ζωής. Είναι αυξημένη στις Δυτικού τύπου κοινωνίες (35/100.000 κατοίκους στις ΕΙΠΑ) και μειωμένη στις υποανάπτυκτες χώρες (2/ 100.000 κατοίκους στις Ινδίες). Επί πλέον, απόγονοι μεταναστών από χώρες χαμηλής συχνότητας αποκτούν γρήγορα την αυξημένη συχνότητα της χώρας υποδοχής (Σαρακατσιάνου, 2009).

Υπάρχουν δύο πληθυσμιακές ομάδες που πάσχουν από καρκίνο παχέος εντέρου: η μία είναι η ομάδα «συνήθους κινδύνου» όπου ανήκει το 75% των ασθενών. Οι ασθενείς αυτοί δεν έχουν κανένα από τους γνωστούς προδιαθεσικούς παράγοντες της νόσου και η συχνότητα της εμφάνισης καρκίνου αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας αρχίζοντας στην ηλικία των 50 ετών περίπου.

Η δεύτερη ομάδα είναι η ομάδα «αυξημένου κινδύνου». Εδώ ανήκουν άτομα στο οικογενειακό ιστορικό των οποίων υπάρχουν συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο παχέος εντέρου, άτομα που πάσχουν για πάνω από 8 χρόνια από ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ελκώδη κολίτιδα ή νόσο Crohn με κολίτιδα), και άτομα που πάσχουν από σπάνια σύνδρομα όπως οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση, σύνδρομο Gardner, σύνδρομο Lynch κλπ.

Οι παράγοντες κινδύνου ή προδιαθεσικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη του Κ.Π.Ε. είναι οι εξής

**1. Ηλικία.** Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου αυξάνει με την ηλικία. Παρά το ότι σπάνια παρουσιάζεται και σε νέα άτομα, το 90% των πασχόντων είναι άνω των 50 ετών.

**2. 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 δρα προστατευτικά. Η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ επιβαρύνει την προδιάθεση για Κ.Π.Ε.

**3. Πολύποδες.** Είναι καλοήθειες εξεργασίες στον αυλό του παχέος εντέρου και είναι αρκετά συχνόι σε ηλικίες άνω των 50. Κάποιοι τύποι πολύποδων 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. Πιο σπάνιες παρόμοιες νόσοι

είναι το σύνδρομο Gardner, ο κληρονομικός μη πολυποδιαστικός καρκίνος του παχέος και ο οικογενής καρκίνος του παχέος των Εβραίων Ashkenazi.

**4. Κληρονομικότητα.** Παρά τις μεγάλες προόδους της γενετικής, δεν έχουν αποσαφηνιστεί ακόμα τα γονίδια των οποίων η έκφραση ή μετάλλαξη σχετίζεται 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 τριπλάσια πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου.

**5. Βεβαρημένο 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 υποτροπιάσει. Τέλος, η ελκώδης κολίτιδα, μια φλεγμονώδης νόσος του παχέος εντέρου, ενέχει μεγάλο κίνδυνο να εξελιχθεί σε καρκίνο. Η σπαστική κολίτις δεν έχει τέτοιο κίνδυνο.

**6. Κάπνισμα.** Σε σειρές μελετών έχει δειχθεί η άμεση σχέση του καπνίσματος με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Μάλιστα, έχει ενοχοποιηθεί και για την πρόιμη εμφάνιση του.

**7. 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.

**8. 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. Η έλλειψη άσκησης συνδέεται με διπλάσιο κίνδυνο καρκίνου(Σαρακατσιάνου, 2009).

### **2. 3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.**

Η συμπτωματολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου θα θέσει στον ιατρό την υποψία του νεοπλάσματος και θα τον οδηγήσει στη διάγνωση.

1) Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η παρουσία αίματος στα κόπρανα, λόγω αιμορραγίας του όγκου. Η λανθάνουσα αιμορραγία μπορεί να έχει τη μορφή μέλαινας ή αποβολής ζωηρόχρωμου αίματος ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Σπάνια τα καρκινώματα του τυφλού, ανιόντος εγκαρσίου και κατιόντος κόλου, δίνουν συμπτώματα αιμορραγίας λόγω της ανάμειξης του αίματος με το περιεχόμενο του εντέρου. Στην περίπτωση όμως μέλαινας κενώσεως πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφοροδιαγνωστική σκέψη του ιατρού το νεόπλασμα. Ο καρκίνος του σιγμοειδούς και ιδιαίτερα του ορθού εμφανίζεται με αιμορραγία που μπορεί να συνοδεύεται από βλέννη στα κόπρανα. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για να μην αποδίδεται η αιμορραγία σε καλοήθεις παθήσεις του πρωκτού, όπως σε αιμορροΐδες, πριν αποκλειστεί το ενδεχόμενο καρκίνου. Φυσικά οι δύο οντότητες μπορεί να συνυπάρχουν.

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

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

4) Ο καρκίνος μπορεί να εκδηλωθεί με συμπτώματα υπόχρωμης σιδηροπενικής αναιμίας. Οι ασθενείς παραπονούνται για αδυναμία, εύκολη κόπωση δύσπνοια και ζάλη ως αποτέλεσμα της χρόνιας απώλειας αίματος από μικροαιμορραγίες του όγκου. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται σε νεοπλάσματα του αριστερού τμήματος του εντέρου, καθώς σε αυτά η αιμορραγία δεν είναι εμφανής, παρουσιάζονται όμως τα αποτελέσματά της. Είναι σημαντικό ο κλινικός ιατρός ο οποίος διαπιστώνει υπόχρωμη σιδηροπενική αναιμία σε άτομο το οποίο δεν παρουσιάζει εμφανή αιτία απώλειας αίματος, ιδιαίτερος αν είναι κάποιας ηλικίας, να συμπεριλάβει στη διαγνωστική του σκέψη τον καρκίνο και να μην σπεύσει να χορηγήσει αγωγή χωρίς να επιβεβαιώσει την αιτία της.

5) Ανεύρεση ψηλαφητής ή ορατής μάζας μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη νεοπλασματικής εξεργασίας, ιδιαίτερα σε νεοπλάσματα του αριστερού παχέος εντέρου.

6) Σπανίως ένα καρκίνωμα του τυφλού εκδηλώνεται με συμπτωματολογία οξείας σκωληκοειδίτιδος, ενώ ακόμη σπανιότερο φαινόμενο είναι η διάτρηση της σκωλικοειδούς αποφύσεως εξαιτίας του.

7) Διήθηση των πέριξ οργάνων είναι δυνατό να προκαλέσει εκτός από πόνο συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας όταν διηθείται η κύστις και ο προστάτης. Είναι επίσης εφικτό να σχηματιστούν εσωτερικά συρίγγια, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, ορθοκυστικά ή ορθοκολπικά. Κλινική εικόνα

περιτονίτιδας μπορεί να προέλθει από διάτρηση του εντέρου είτε λόγω διηθήσεως από τον όγκο, είτε διάτρηση συνηθέστερα του τυφλού λόγω παραμελημένης εντερικής αποφράξεως.

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

9) Σε μεταγενέστερα στάδια της νόσου παρατηρούνται συνήθως τα γενικά συμπτώματα των κακοηθών νεοπλασιών, όπως πυρετός, κακουχία απώλεια βάρους. Στη διάγνωση του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας πρέπει να περιλαμβάνεται και ο καρκίνος του παχέος εντέρου(Σταματιάδης, 2007).



ΕΙΚΟΝΑ 3: Τα ποσοστά αντιπροσωπεύουν τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου σε κάθε τμήμα του παχέος εντέρου. Το 50% των περιπτώσεων εντοπίζεται στο ορθό και το σιγμοειδές, ενώ το 25% στο τυφλό, το ανιόν κόλον, το εγκάρσιο και το κατιόν κόλον.

#### **2. 4.ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Στις περισσότερες κακοήθειες ο προληπτικός έλεγχος θεωρείται "δευτερογενής πρόληψη" γιατί ανιχνεύει καρκίνους σε πρώιμα στάδια αλλά δεν προλαμβάνει τη νόσο. Στον καρκίνο του παχέος εντέρου, ο προληπτικός έλεγχος μπορεί να θεωρηθεί και "πρωτογενής πρόληψη", καθώς μπορεί να ανιχνεύσει προκαρκινικούς πολύποδες και να σταματήσει τη εξέλιξη της νόσου. Οι διαγνωστικές εξετάσεις για τον Κ.Π.Ε. θα πρέπει να γίνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ιδιαίτερα σε άτομα με προδιαθεσικούς παράγοντες. Οι συνιστώμενες εξετάσεις εξαρτώνται από την ηλικία, τους επιβαρυντικούς παράγοντες και τυχόν σημεία ή συμπτώματα(Σαρακατσιάνου, 2009).

- **Δοκιμασία ανίχνευσης ιχνών αίματος ή αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα (Δ.Α.Α.Κ)**, που δε φαίνονται με γυμνό μάτι. Πολύποδες ή μικροί καρκίνοι αιμορραγούν ελάχιστα και μπορούν να ανιχνευτούν μετά από εξέταση κοπράνων. Η δοκιμασία αυτή στηρίζεται στην παρατήρηση ότι περίπου το ένα τρίτο των καρκίνων αλλά και σημαντικό ποσοστό των αδενωμάτων αιμορραγεί. Η αιμορραγία αυτή είναι συνήθως λανθάνουσα και διαλείπουσα. Διατίθενται τουλάχιστον τρία είδη αυτής της δοκιμασίας με διαφορετική ευαισθησία και ειδικότητα το καθένα.

Η αποτελεσματικότητα της δοκιμασίας φαίνεται ότι εξαρτάται από το είδος και από την επαναληψιμότητα της και είναι καλύτερη όταν χρησιμοποιείται το ενυδατωμένο test σε δύο δείγματα από τρεις διαδοχικές κενώσεις, μετά από συγκεκριμένη δίαιτα. Μειονέκτημα της μεθόδου αποτελεί η αποτυχία ανίχνευσης αρκετών αδενωμάτων και μερικών καρκίνων καθώς και η παρουσία ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων, με αποτέλεσμα ασθενείς να υποβάλλονται άδικα σε έλεγχο του παχέος εντέρου. Αναφέρεται ότι η εφαρμογή της μπορεί να ελαττώσει τη θνησιμότητα από Κ.Π.Ε. κατά 12-43% ανάλογα με τις διάφορες μελέτες που έχουν γίνει.



- **Δακτυλική εξέταση από γιατρό**, ο οποίος μπορεί να εντοπίσει τυχόν ανώμαλους σχηματισμούς ή εσωτερική αιμορραγία. Η εξέταση είναι απλή και πρέπει να γίνεται πάντοτε στην κλινική εξέταση του κατώτερου πεπτικού και πριν από κάθε ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου. Με την δακτυλική εξέταση τίθεται η υποψία σε μεγάλο αριθμό νεοπλασμάτων του πρωκτού και του ορθού.

- **Σιγμοειδοσκόπηση ή μερική κολονοσκόπηση**, όπου με εύκαμπτο μακρύ όργανο με οπτικές ίνες (ορθοσιγμοειδοσκόπιο) ελέγχεται όλο ή μέρος του παχέος εντέρου υπό άμεση όραση. Αποτελεί τη συνηθέστερη και την πιο αποτελεσματική μέθοδο διάγνωσης ανατομικών ή λειτουργικών ανωμαλιών του παχέος εντέρου. Η αξία της ως μεθόδου ελέγχου του πληθυσμού είναι αναμφισβήτητη. Υπερέχει της Δ.Α.Α.Κ διότι με το εύκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο επιτρέπει την απευθείας επισκόπηση του περιφερικού παχέος εντέρου, δίνει τη δυνατότητα λήψης βιοψιών και έχει υψηλή ευαισθησία (σχεδόν 100%) και ειδικότητα, όσον αφορά στο ελεγχόμενο τμήμα του εντέρου. Αναφέρεται ότι η εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση μειώνει κατά 80% τη θνησιμότητα από Κ.Π.Ε. στο περιφερικό έντερο και εικάζεται ότι ο εφάπαξ έλεγχος θα μπορούσε να μειώσει κατά 45% τη συνολική θνησιμότητα.

- **Ολική κολονοσκόπηση**. Είναι η ακριβέστερη μέθοδος διάγνωσης των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου, επειδή καθιστά δυνατό τον έλεγχο όλου του παχέος εντέρου στο 95% των περιπτώσεων. Επιπροσθέτως δίνει την δυνατότητα λήψεως βιοψιών και ενδοσκοπικής αφαίρεσης των αδενωμάτων με συνέπεια την μείωση του κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου περιλαμβάνονται το μεγάλο κόστος, ο κίνδυνος επιπλοκών αλλά και ο μεγάλος φόρτος εργασίας για τα ενδοσκοπικά τμήματα.

- **Βαριούχος υποκλυσμός διπλής αντίθεσης**, δηλαδή ακτινογραφίες του παχέος εντέρου με χρήση σκιαγραφικού υγρού. Μπορεί να χρησιμεύσει ως εναλλακτική μέθοδος ελέγχου αντί της ολικής κολονοσκόπησης, παρότι είναι εξέταση λιγότερο ευαίσθητη (50-80% για πολύποδες <1 cm, 70-90% για

πολύποδες >1 cm και 55-85% στο πρώιμο καρκίνωμα) και δεν επιτρέπει τη λήψη βιοψιών ή την αφαίρεση των πολυπόδων. Αντίθετα όταν συνδυάζεται με εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση η ευαισθησία της μεθόδου αυξάνει και πλησιάζει αυτήν της κολονοσκόπησης για το καρκίνωμα και για τα αδενώματα που είναι >1 cm.

- **Βιοχημική ανάλυση αίματος**, στην οποία ανιχνεύονται τα επίπεδα ειδικών καρκινικών αντιγόνων. Σε κάθε τύπο καρκίνου παρατηρείται αύξηση των επιπέδων διαφορετικών καρκινικών αντιγόνων (ειδικοί βιοχημικοί δείκτες στο αίμα) που βοηθούν στη σωστή διάγνωση.

Η περαιτέρω διερεύνηση ύποπτων αποτελεσμάτων μπορεί να απαιτήσει και άλλες εξετάσεις, όπως αξονική και μαγνητική τομογραφία, σπινθηρογράφημα κ.ά. (Gordon, 2009).

## **2. 5. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:**

Μακροσκοπικά το καρκίνωμα του παχέος εντέρου εμφανίζεται:

- 1). Ως πολυπόδης σχηματισμός ή θηλωματώδης με ασαφή όρια, ο οποίος ιστολογικά αποτελείται σε όλη την έκτασή του από καρκινωματώδεις σωληνώδεις βλάστες που διηθούν τουλάχιστον και την βλεννογόνια μυϊκή στοιβάδα. Αντίθετα, ο νεοπλασματικός πολύποδας ή το αδένωμα που έχει πρόσφατα εξαλλαγεί, εμφανίζει σε ένα μόνο μέρος αυτού διήθηση του στρώματος.
- 2). Ως ζωνοειδής εξέλκωση που εκτείνεται στο μεγαλύτερο μέρος της ή σε ολόκληρη την περίμετρο του εντερικού τοιχώματος.
- 3). Ως ρικνωτική, στενωτική επεξεργασία. Η παρουσία μεγάλης ποσότητας βλέννας, αν και όχι πολύ συχνή, δημιουργεί βλεννώδη ζελατινώδη σύσταση.

4). Ως ανθοκραμβοειδής μορφή (εύθρυπτος και αιμορραγική).

Η μετάσταση των καρκινικών κυττάρων του όγκου γίνεται κυρίως με τη λεμφική οδό και ακολουθεί η κατά συνέχεια ιστού και η αιματική οδός. Με την τελευταία προσβάλλονται οι πνεύμονες και το συκώτι, ανάλογα βέβαια με τον ιστολογικό τύπο και το βαθμό κακοήθειας. Επίσης, μπορεί να πραγματοποιηθεί με ενδοπεριτοναϊκή διασπορά, με ενδοαυλική διασπορά και περινευρικά κατά μήκος του περινευρίου των νεύρων, σε καρκίνο ιδίως του ορθού με μεγάλη κακοήθεια.

Ιστολογικά τα καρκινώματα διακρίνονται σε καλά (20%), μέτρια (60%), και πτωχά (20%) διαφοροποιημένα αδενοκαρκινώματα, ανάλογα με το σχηματισμό σωληνωδών καρκινωματωδών βλαστών που υπενθυμίζουν προοδευτικά όλο και πιο λίγο τα φυσιολογικά εντερικά αδένια. Η διαίρεση αυτή αντιστοιχεί στην ιστολογική διαβάθμιση (grading) της κακοήθειας των νεοπλασμάτων αυτών από τον χαμηλό στο μέτριο και τέλος στον ψηλό βαθμό (Βλαχοπούλου, 2006).

## **2. 6. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ:**

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου ξεκινά ως ενδοβλεννογόνια επιθηλιακή βλάβη που αναπτύσσεται μέσα σε αδενωματώδεις πολύποδες ή σε αδένες. Όσο επεκτείνεται ο όγκος διεισδύει και διαπερνά το μυϊκό χιτώνα, εισβάλλοντας σε αιμοφόρα αγγεία και λεμφαγγεία. Έτσι επεκτείνεται σε γειτονικούς ιστούς, σε τοπικούς λεμφαδένες ή δίνει απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Συνήθως αναπτύσσεται αργά.

Με ραδιογραφικές μεθόδους έχει βρεθεί ότι ο μέσος χρόνος διπλασιασμού του

όγκου είναι 620 ημέρες (Bressalier 1998). Η λεμφαγγειακή και η αιματογενής διασπορά είναι σπάνιες πριν ο όγκος διεισδύσει στη βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα (Woluum 1986). Εξαιρέση αποτελούν όγκοι πολύ χαμηλής διαφοροποίησης που μπορεί να δώσουν μεταστάσεις πριν διαπεράσουν το τοίχωμα του εντέρου.

Οι όγκοι που αναπτύσσονται στο ορθό επεκτείνονται συνήθως σε γειτονικούς ιστούς, επειδή το ορθό είναι σχετικά ακίνητο και δεν καλύπτεται από ορογόνο. Οι όγκοι του κάτω τριτημορίου του ορθού λόγω της διπλής αιμάτωσης της περιοχής, μπορεί να δώσουν συχνότερα αιματογενείς μεταστάσεις στο ήπαρ (μέσω της άνω αιμορροϊδικής φλέβας και του πυλαίου συστήματος ) ή στον πνεύμονα ( μέσω της μέσης αιμορροϊδικής φλέβας και της κάτω κοίλης). Τα δύο ανώτερα τριτημόρια του ορθού διοχετεύουν το αίμα προς το πυλαίο σύστημα, οπότε οι όγκοι αυτού του τμήματος δίνουν αρχικά αιματογενείς μεταστάσεις στο ήπαρ. Περιστασιακά μπορεί να παρατηρηθούν μεταστάσεις στους οσφυϊκούς και θωρακικούς σπονδύλους εξαιτίας αιματογενούς διασποράς μέσω πυλαιοσπονδυλικών επικοινωνιών.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να δώσει μεταστάσεις σε τοπικούς ή απομακρυσμένους λεμφαδένες. Συχνότερα παρατηρούνται αιματογενείς μεταστάσεις στο ήπαρ, ενώ οι πνεύμονες προσβάλλονται μόνο μετά από προσβολή του ήπατος.

Εξαιτίας των ανωτέρω παρατηρήσεων ο Cuthbert Esquire Dukes, Διευθυντής στο ερευνητικό εργαστήριο του St Mark's Hospital του Λονδίνου, προτείνει έναν συγκεκριμένο τρόπο σταδιοποίησης:

Στο στάδιο A περιλαμβάνονται οι όγκοι που διηθούν έως και τμήμα του μυϊκού χιτώνα,

Στο στάδιο B οι όγκοι που διηθούν όλο το μυϊκό χιτώνα και τον ορογόνο και επεκτείνονται πέραν αυτού στο περικολικό λίπος.

Στο στάδιο C οι όγκοι που έχουν διηθήσει λεμφαδένες του μεσεντερίου(Gordon, 2009).

Από τότε, η κατάταξη του Dukes έχει τροποποιηθεί αρκετές φορές, στην προσπάθεια να αυξηθεί η προγνωστική της αξία όσον αφορά τον καρκίνο του παχέος εντέρου και ορθού.

Μία από τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες τροποποιήσεις της σταδιοποίησης κατά Dukes είναι αυτή που προτάθηκε το 1954 από τους Astler και Coller.

Μία από τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες τροποποιήσεις της σταδιοποίησης κατά Dukes είναι αυτή που προτάθηκε το 1954 από τους Astler και Coller.

Αυτή η κατάταξη περιγράφει τα εξής στάδια:

A, για όγκους που περιορίζονται στο βλεννογόνο

B1, για όγκους που εκτείνονται μέσα στη μυϊκή στιβάδα αλλά δεν την ξεπερνούν

B2, για όγκους που ξεπερνούν το τοίχωμα του εντέρου αλλά χωρίς συμμετοχή λεμφαδένων

C, για όγκους με διηθημένους τοπικούς λεμφαδένες. Το στάδιο C χωρίζεται επιπλέον στο C1, για όγκους που περιορίζονται στο τοίχωμα του εντέρου και στο C2, για όγκους που το διαπερνούν.

Κατά την τροποποίηση της σταδιοποίησης του Dukes από τον Turnbull και τους συνεργάτες του, προτείνεται ακόμα το στάδιο D, που αφορά απομακρυσμένες μεταστάσεις (Sobotta, 1978).

Ένας άλλος τρόπος κατάταξης που έχει προταθεί είναι το TNM σύστημα, το οποίο ταξινομεί τους όγκους ανάλογα με την έκταση του πρωτοπαθούς όγκου T, την έκταση των διηθημένων λεμφαδένων N και την παρουσία ή όχι

απομακρυσμένων μεταστάσεων M.

### **Ταξινόμηση TNM**

#### **T ( tumor ) : Πρωτοπαθής εστία**

- T<sub>0</sub> : Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς εστίας όγκου  
T<sub>x</sub> : Δεν υπάρχει δυνατότητα εκτίμησης της έκτασης του όγκου  
T<sub>is</sub> : Καρκίνωμα in situ  
T<sub>1</sub> : Όγκος περιοριζόμενος στον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο  
T<sub>2</sub> : Όγκος περιοριζόμενος στο εντερικό τοίχωμα χωρίς τη διήθηση του ορογόνου  
T<sub>3</sub> : Διήθηση του ορογόνου με ή χωρίς επέκταση σε παρακείμενους ιστούς  
T<sub>4</sub> : Επέκταση σε παρακείμενους ιστούς και όργανα

#### **N ( nodes ) : Λεμφαδένες**

- N<sub>0</sub> : Απουσία διήθησης λεμφαδένων  
N<sub>x</sub> : Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν  
N<sub>1</sub> : Διήθηση 1 ως 3 περικολικών ή περιορθικών λεμφαδένων  
N<sub>2</sub> : Διήθηση 4 ή περισσότερων περικολικών ή περιορθικών λεμφαδένων  
N<sub>3</sub> : Διήθηση λεμφαδένων πέραν των περικολικών ή περιορθικών

#### **M ( metastases ) : Μεταστάσεις**

- M<sub>x</sub> : Η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων δεν μπορεί να εκτιμηθεί  
M<sub>0</sub> : Απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων  
M<sub>1</sub> : Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

Είναι εμφανές ότι η πρόγνωση είναι πτωχότερη όσο αυξάνει το στάδιο της νόσου.

Αφού έχουν καθοριστεί οι T, N και M παράμετροι ενός ασθενούς, συνήθως μετά τη χειρουργική επέμβαση, οι πληροφορίες αυτές συνδυάζονται και δίνουν

τη σταδιοποίηση, για να καθοριστεί το στάδιο του όγκου, που συμβολίζεται με λατινικούς χαρακτήρες από το στάδιο I (το λιγότερο προχωρημένο στάδιο) έως το στάδιο IV (το πιο προχωρημένο στάδιο):

Στάδιο 0 : Tis, No, Mo : Ο καρκίνος είναι πρωϊμος. Δεν έχει επεκταθεί πέραν του βλεννογόνου του εντέρου ή του ορθού. Αυτό το στάδιο είναι γνωστό επίσης ως καρκίνωμα in situ ή ενδοβλεννογόνο καρκίνωμα.

Στάδιο I : T1, No, Mo ή T2, No, Mo : Ο καρκίνος έχει επεκταθεί μέσω του βλεννογόνου στον υποβλεννογόνο ή και στο μυϊκό χιτώνα, αλλά δεν έχει επεκταθεί σε επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένες περιοχές.

Στάδιο IIA : T3, No, Mo : Ο καρκίνος έχει διηθήσει τον ορογόνο χιτώνα. Δεν έχει επεκταθεί σε επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένες περιοχές.

Στάδιο IIB : T4, No, Mo : Ο καρκίνος έχει επεκταθεί πέραν του τοιχώματος του εντέρου ή του ορθού σε παρακείμενους ιστούς ή όργανα. Δεν έχει ακόμα επεκταθεί σε επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένες περιοχές.

Στάδιο IIIA : T1-2, N1, Mo : Ο καρκίνος έχει επεκταθεί μέσω του βλεννογόνου στον υποβλεννογόνο ή και στο μυϊκό χιτώνα και έχει διηθήσει 1-3 επιχώριους λεμφαδένες αλλά δεν έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένες περιοχές.

Στάδιο IIIB : T3-4, No, Mo : Ο καρκίνος έχει διηθήσει τον ορογόνο χιτώνα ή έχει επεκταθεί πέραν του τοιχώματος του εντέρου ή του ορθού σε παρακείμενους ιστούς ή όργανα και έχει διηθήσει 1-3 επιχώριους λεμφαδένες αλλά δεν έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένες περιοχές.

Στάδιο IIIC : Κάθε T, N2, Mo : Ο καρκίνος μπορεί να είναι κάθε T, αλλά έχει

διηθήσει 4 ή περισσότερους επιχώριους λεμφαδένες χωρίς να έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένες περιοχές.

Στάδιο IV : Κάθε T, κάθε N, M1 : Ο καρκίνος μπορεί να είναι κάθε T και κάθε N αλλά έχει δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις όπως στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στο περιτόναιο ή στις ωοθήκες (Παπασταματίου & Νικολόπουλος, 2003).

### ***ΠΡΟΓΝΩΣΗ***

Τα θεραπευτικά αποτελέσματα εξαρτώνται από την ηλικία, την έκταση, τη διαφοροποίηση, την εντόπιση του όγκου, την παρουσία ή απουσία λεμφικών μεταστάσεων, τη συνύπαρξη άλλων νόσων (ελκώδης κολίτιδα) και τη ριζικότητα της εγχειρήσεως.

Χωρίς αδενικές μεταστάσεις (στάδιο A και B κατά Dukes) η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται μεταξύ 70%-80%, ενώ με αδενικές μεταστάσεις (στάδιο C ) κατέρχεται σε ποσοστό περίπου 30%. Μετά από θεραπευτική εγχείρηση και για όλα τα στάδια , η 5ετής επιβίωση φθάνει σε ποσοστό 40%.

Οι καρκίνοι του δεξιού κόλου έχουν καλύτερη πρόγνωση από εκείνους του αριστερού κόλου.

Οι γυναίκες εμφανίζουν ελαφρώς καλύτερη πρόγνωση σε όλες τις ομάδες ηλικιών.

Μεγάλοι καρκίνοι σε νέους (κάτω των 40 ετών) ασθενείς έχουν κακή πρόγνωση.

Οι καρκίνοι που εξορμώνται από την ενδοπεριτοναϊκή μοίρα του ορθού έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους καρκίνους της εξωπεριτοναϊκής μοίρας του.

Αποφρακτικοί καρκίνοι του κόλου εμφανίζουν χειρότερη πρόγνωση από τους μη αποφρακτικούς.

Σε ασθενείς με μακρινές μεταστάσεις η επιβίωση σπάνια φθάνει τα 1-2 έτη και ο καρκίνος σε ελκώδη κολίτιδα είναι εξαιρετικά κακοήθης(Ντολάτζας, 1994).



## **2. 7.ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ:**

Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου διακρίνεται σε πρωτογενής και δευτερογενής. Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στην αποτροπή της έναρξης της καρκινογενετικής διαδικασίας, μέσω – κυρίως – της υιοθέτησης από το άτομο υγιεινών συνηθειών στην ζωή του. Η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου σε προσυμπτωματικό στάδιο.

**Πρωτογενής Πρόληψη:** θεωρείται ότι η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι μεγαλύτερη σε πληθυσμούς, που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες κρέατος και ζωικού λίπους. Κατά μέσον όρο, στις δυτικές κοινωνίες με υψηλή επίπτωση της νόσου, οι λιπαρές τροφές αντιστοιχούν στο 40 – 45% της συνολικής θερμιδικής πρόσληψης. Παρόλο που σε διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχει επιβεβαιωθεί η θετική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης κρέατος και ζωϊκού λίπους και της εμφάνισης της νόσου, τα αποτελέσματα δεν ήταν πάντα στατιστικώς σημαντικά. Σημειώνεται, πάντως, ότι η επιδημιολογική αυτή συσχέτιση έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά σε μελέτες με πειραματόζωα. Σύμφωνα με μία θεωρία, οι ετεροκυκλικές αμίνες, που παράγονται κατά το μαγείρεμα του κρέατος σε υψηλές θερμοκρασίες, ενοχοποιούνται για την πρόκληση της καρκινογένεσης. Τα αντικρουόμενα αποτελέσματα των μελετών, σχετικά με την ύπαρξη ή μη στατιστικά σημαντικής σχέσης, πιθανώς ερμηνεύονται από:

- A) τον βαθμό αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων.
- B) διαφοροποιήσεις στην ηλικία του πληθυσμού, που εξετάζεται.
- Γ) διαφορές στους τρόπους μαγειρέματος (π.χ. παραγωγή ετεροκυκλικών αμινών σε υψηλές θερμοκρασίες).

Δ) διαφοροποιήσεις στην ταυτόχρονη κατανάλωση και άλλων τροφίμων (π.χ. λαχανικά). Σε μία μελέτη, η ομάδα των ατόμων, που κατανάλωναν μεγάλη ποσότητα κρέατος και λαχανικών, εμφάνιζε μικρότερη συχνότητα της νόσου σε σχέση με την ομάδα ατόμων, που κατανάλωναν μεγάλη ποσότητα κρέατος αλλά όχι λαχανικών στο καθημερινό τους διαιτολόγιο.

Σύμφωνα με μελέτες, η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας ζωϊκού λίπους συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής ενός αδενώματος μετά πολυποδεκτομή, αν και αυτό το αποτέλεσμα δεν επιβεβαιώνεται σε άλλες μελέτες.

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι τα χολικά οξέα πιθανώς να έχουν κεντρικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια του ορθοκολικού καρκίνου. Μετά από ένα λιπαρό γεύμα παρατηρείται υψηλή συγκέντρωση χολικών οξέων στο έντερο (εξαιτίας της έκκρισης από την χοληδόχο κύστη). Η συγκέντρωση των χολικών οξέων στο παχύ έντερο εξαρτάται – σε σημαντικό βαθμό – από την ποσότητα και τον τύπο του προσλαμβανόμενου λίπους με τις τροφές. Ο καρκινογεννητικός μηχανισμός δράσης των χολικών οξέων στο παχύ έντερο δεν είναι γνωστός, αλλά πιστεύεται ότι διαμεσολαβείται από την διακυλογλυκερόλη. Η μετατροπή των διαιτητικών φωσφολιπιδίων σε διακυλογλυκερόλη, από βακτήρια του εντέρου, αυξάνεται όταν το διαιτολόγιο είναι πλούσιο σε λίπος. Κατόπιν, πιστεύεται ότι η διακυλογλυκερόλη εισέρχεται στο κύτταρο και ενεργοποιεί την πρωτεϊνική κινάση C, η οποία συσχετίζεται με την ενδοκυττάρια μεταγωγή σημάτων. Τα δεδομένα, σχετικά με την προστατευτική δράση των φυτικών ινών στην μείωση της επίπτωσης του ορθοκολικού καρκίνου, είναι αντικρουόμενα. Πάντως, οι περισσότερες εργαστηριακές και επιδημιολογικές μελέτες επιβεβαιώνουν την προστατευτική δράση. Η κατανάλωση φυτικών ινών είναι δυνατό να τροποποιήσει την διαδικασία της καρκινογένεσης στο παχύ έντερο με διάφορους μηχανισμούς, όπως είναι η δέσμευση των χολικών οξέων, η αραίωση των καρκινογόνων παραγόντων (λόγω αύξησης του υγρού περιεχομένου του εντέρου) και η μείωση του χρόνου διέλευσής τους από το έντερο. Οι φυτικές

ίνες δρουν ως υπόστρωμα του βακτηριακού μεταβολισμού, με αποτέλεσμα την αύξηση της βακτηριακής μάζας και την παραγωγή λιπαρών οξέων ελαφρών αλυσίδων, τα οποία έχουν αντικαρκινική δράση για το επιθήλιο.

Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε ασβέστιο (γάλα, γαλακτοκομικά προϊόντα) είναι δυνατό να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, εξαιτίας της προστατευτικής δράσης του ασβεστίου (δέσμευση χολικών οξέων, άμεσες επιδράσεις στον μεταβολισμό των επιθηλιακών κυττάρων και έμμεσες επιδράσεις στον μεταβολισμό των χολικών οξέων). Πολλές επιδημιολογικές και εργαστηριακές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η αυξημένη κατανάλωση τροφών με ασβέστιο συσχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, αν και σε αυτό το αποτέλεσμα δεν καταλήγει το σύνολο των ερευνητών.

Διάφορες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί, για τη διαπίστωση της επίδρασης της πρόσληψης συγκεκριμένων βιταμινών στον κίνδυνο εμφάνισης ορθοκολικού καρκίνου, με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Οι μελέτες αυτές κυρίως αφορούν την πρόσληψη βιταμίνης E, D και άλλων (αντιοξειδωτικών) βιταμινών. Σε μία μετα-ανάλυση 14 τυχαιοποιημένων μελετών δεν διαπιστώθηκε προστατευτική δράση από την χορήγηση συμπληρωμάτων αντιοξειδωτικών βιταμινών σχετικά με την εμφάνιση ορθοκολικών αδενωμάτων, καρκίνου ή άλλων όγκων του ΓΕΣ. Σε εξέλιξη βρίσκονται μελέτες αναφορικά με την απαιτούμενη δοσολογία των χορηγούμενων σκευασμάτων βιταμινών, ώστε να προκύψει προστατευτική δράση. Διάφορες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για την διαπίστωση της σχέσης της φυσικής άσκησης με τον κίνδυνο εμφάνισης ορθοκολικού καρκίνου. Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες καταδεικνύουν μία αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ του επιπέδου της φυσικής άσκησης και της επίπτωσης της νόσου. Δεν είναι, όμως, σαφής ο βαθμός επίδρασης διαιτητικών και γενετικών παραγόντων στην διαπιστούμενη συσχέτιση. Επίσης, σε άλλη μελέτη έχει διαπιστωθεί αύξηση του κινδύνου

εμφάνιση ορθοκολικού καρκίνου σε προεμμηνοπαυσιακές – παχύσαρκες γυναίκες.

Η σχέση της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών με τον κίνδυνο εμφάνιση ορθοκολικού καρκίνου ή αδενωμάτων έχει εξεταστεί σε διάφορες μελέτες. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών καταδεικνύουν την ύπαρξη μίας θετικής σχέσης, παρόλο που – σε ορισμένες μελέτες – ο βαθμός συσχέτισης δεν είναι ιδιαίτερα ισχυρός. Σύμφωνα με μία άποψη, είναι πιθανό το οινόπνευμα να ενεργοποιεί τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό του βλεννογόνου, να πυροδοτεί την έκφραση πρωτο-ογκογονιδίων και να οδηγεί σε συγκέντρωση καρκινογόνων παραγόντων στο παχύ έντερο.

Η σχέση του καπνίσματος με τον κίνδυνο εμφάνιση ορθοκολικού καρκίνου έχει μελετηθεί εκτενώς και έχει διαπιστωθεί αυξημένος κίνδυνος εμφάνιση της νόσου (όπως και αδενωμάτων) σε καπνιστές. Επίσης, μία σημαντική αύξηση του κινδύνου υποτροπής ενός αδενώματος (μετά πολυποδεκτομή) αποδίδεται στο κάπνισμα, σύμφωνα με διάφορες μελέτες. Βάσει της μελέτης CPS II (Cancer Prevention Study II), εκτιμάται ότι το 12% των θανάτων από ορθοκολικό καρκίνο στις Η.Π.Α. το 1997 συσχετιζόταν με το κάπνισμα. Πάντως, στη σχετική βιβλιογραφία, υπάρχουν και μελέτες, που δεν επιβεβαιώνουν τα ανωτέρω συμπεράσματα.

Σε διάφορες μελέτες, η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων έχει συσχετιστεί με την μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου. Όμως, η εφαρμογή της χορήγησης αυτών των φαρμάκων – ως μέτρου πρωτογενούς πρόληψης – παραμένει ασαφής, καθώς δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία σχετικά με βασικές παραμέτρους (π.χ. δοσολογία, διάρκεια της αγωγής) και δεν έχουν εκτιμηθεί επαρκώς τα δυνατά πλεονεκτήματα (π.χ. μείωση των αναγκαίων μέτρων πληθυσμιακής επιτήρησης) σε σχέση με τους μακροχρόνιους κινδύνους (π.χ. γαστρεντερικά έλκη, αιμορραγικά Α.Ε.Ε.).

Η μείωση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου σε γυναίκες, που λαμβάνουν σκευάσματα ορμονικής υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση, έχει καταδειχθεί σε διάφορες μελέτες. Αντίθετα, η χορήγηση θεραπείας υποκατάστασης δεν επηρεάζει (ή ακόμα και αυξάνει ελαφρά) την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του ορθού.

### **Δευτερογενής Πρόληψη- Επιτήρηση Γενικού**

#### **Πληθυσμού(ασυμπτωματικά άτομα)**

Η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνει σημαντικά την επιβίωση. Στην ομάδα ατόμων, που χαρακτηρίζονται ως συνήθους κινδύνου, περιλαμβάνονται ασυμπτωματικοί άνδρες και γυναίκες άνω των 50 ετών. Τα άτομα αυτής της ομάδας πρέπει να υποβάλλονται στον εξής προσυμπτωματικό έλεγχο:

1). Εξέταση κοπράνων, για την παρουσία λανθάνουσας απώλειας αίματος, κάθε έτος μετά την ηλικία των 50 ετών.

2). Ορθοσιγμοειδοσκόπηση κάθε 5 έτη μετά την ηλικία των 50 ετών.

Εναλλακτικά, προτείνεται βαριούχος υποκλυσμός κάθε 5 χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών ή ολική κολοσκόπηση κάθε 10 έτη.

- Επιτήρηση μελών οικογενειών με κληρονομικά σύνδρομα

Η υποψία κληρονομικών συνδρόμων καρκίνου του παχέος εντέρου τίθεται εφόσον υπάρχει ιστορικό πολλαπλών περιπτώσεων σε στενούς συγγενείς και η νόσος εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία.

#### **I. Οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση**

1. Γονιδιακός έλεγχος των μελών της οικογένειας στην εφηβική ηλικία Σε τέκνα διαγνωσθέντων ατόμων συνιστάται έμμεση οφθαλμοσκόπηση κατά την βρεφική ηλικία.

2. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανά 6μήνες ή ανά έτος από την ηλικία των 12 ετών. Μετά τα 40 έτη, η συχνότητα της εξέτασης μπορεί να μειωθεί στα 3 έτη. Ολική κολοσκόπηση εφαρμόζεται εάν κριθεί αναγκαίο.

3. Επί αδενωμάτων του παχέος εντέρου συνιστάται ενδοσκοπικός έλεγχος του ανώτερου πεπτικού ανά 3 - 5 έτη.

4. Επί παρουσίας του συνδρόμου, επιβάλλεται ολική κολεκτομή. Σε παιδιά συνιστάται αναμονή μέχρι την ενηλικίωση.

II. Σύνδρομο κληρονομικού μη πολυποδιασικού καρκίνου παχέος εντέρου (σύνδρομο Lynch I ή II)

1. Οι γονιδιακές δοκιμασίες είναι πολύπλοκες, με χαμηλή ευαισθησία, και δεν είναι πρακτικά διαθέσιμες για την έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου, όπως συμβαίνει με την οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση.

2. Άτομα με οικογενειακό ιστορικό πρέπει να υποβάλλονται σε ολική κολοσκόπηση ανά 1 - 2 έτη από την ηλικία των 20 ετών ή από ηλικία κατά 5 έτη μικρότερη από αυτή του νεότερου συγγενή, που εμφάνισε καρκίνο του παχέος εντέρου. Μετά την ηλικία των 40 ετών, η κολοσκόπηση πρέπει να γίνεται ανά έτος.

III. Σύνδρομο Peutz-Jeghers

1. Σε ασυμπτωματικά άτομα συνιστάται ετήσια εξέταση κοπράνων (για λανθάνουσα απώλεια αίματος) από την ηλικία των 20 ετών και ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανά 3 έτη.

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

- Επιτήρηση ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι σημαντικός μετά 8 έτη από την εγκατάσταση πανκολίτιδας ή μετά 12 - 15 έτη από την αριστερή κατανομή της νόσου. Στους υπόλοιπους ασθενείς, ο κίνδυνος είναι μόλις 1.5 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Συνιστάται ολική κολοσκόπηση και λήψη βιοψιών. Η εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 1 - 2 έτη επί απουσίας δυσπλασίας, κάθε έτος επί παρουσίας ακαθόριστης δυσπλασίας και κάθε 3 - 6 μήνες επί παρουσίας μέτριας δυσπλασίας.

- Επιτήρηση συγγενών ασθενών με νεόπλασμα του παχέος εντέρου  
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, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Συνιστάται ολική κολοσκόπηση κάθε 5 έτη με έναρξη στην ηλικία των 40 ετών ή 10 έτη νωρίτερα από την ηλικία, που εμφανίστηκε η νόσος στον νεότερο συγγενή.

- Επιτήρηση ασθενών με αδενώματα παχέος εντέρου  
Οι ασθενείς αυτοί έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κακοηθών νεοπλασμάτων στο παχύ έντερο. Η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή και επιτήρηση των ασθενών συμβάλλει στην μείωση της εμφάνισης της νόσου.

I. Ασθενείς με αδένωμα μεγέθους μικρότερου του 1 cm. Συνιστάται κολοσκόπηση 3 - 6 έτη μετά την εκτομή του αδενώματος. Εάν η εξέταση είναι φυσιολογική, η μετέπειτα παρακολούθηση του ασθενούς γίνεται σύμφωνα με όσα ισχύουν για τον γενικό πληθυσμό.

II. Ασθενείς με αδένωμα μεγαλύτερο από 1 cm, πολλαπλά αδενώματα ή αδενώματα με υψηλού βαθμού δυσπλασία ή τάση εξαλλαγής. Συνιστάται κολοσκόπηση εντός 3 ετών από την πολυποδεκτομή. Εάν η εξέταση είναι φυσιολογική, προτείνεται επανέλεγχος σε 3 έτη και εάν η εξέταση είναι και πάλι αρνητική, ο ασθενής θεωρείται ότι ανήκει στην ομάδα γενικού πληθυσμού.

Σημειώνεται ότι η χειρουργική αφαίρεση των πολυπόδων του παχέος εντέρου συμβάλλει σημαντικά στην μείωση της επίπτωσης του ορθοκολικού καρκίνου. Σύμφωνα με μία μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. (National Polyp Study), επιτεύχθηκε μείωση κατά 75% της επίπτωσης της νόσου σε ασθενείς με αδενώματα μετά από ενδοσκοπική πολυποδεκτομή( Φούντζηλας & Μπαρμπούνης, 2006).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ:**

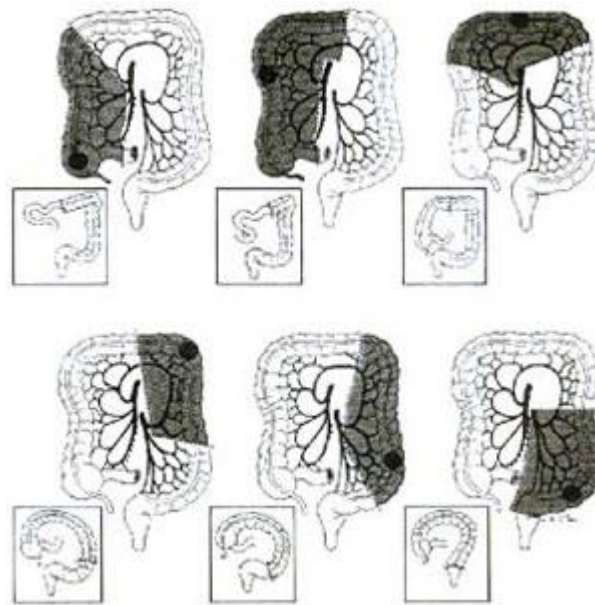
### **3.1. ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.**

Η θεραπεία του καρκίνου παχέος εντέρου διαφοροποιείται ανάλογα με το στάδιο της νόσου από τις τυχόν επιπλοκές που έχει προκαλέσει και από τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Περιλαμβάνει, κατά περίπτωση, τη χειρουργική επέμβαση, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία, αλλά και τις νεότερες στοχευόμενες θεραπείες. Απαιτείται η συνεργασία ομάδας ιατρών όπως χειρουργού, γαστρεντερολόγου, ογκολόγου και ακτινοθεραπευτή, ώστε να ακολουθηθεί μια ή συνδυασμός περισσότερων θεραπευτικών επιλογών.

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι τα ποσοστά επιτυχούς αντιμετώπισης του καρκίνου του παχέος εντέρου κυμαίνονται από 85% έως και 90% αν η διάγνωση γίνει στα αρχικά στάδια, μειώνονται στο 70-80% στις περιπτώσεις που η νόσος εντοπιστεί στο στάδιο II, ενώ σε πιο προχωρημένα στάδια το ποσοστό μειώνεται περισσότερο στο 25-60%, για να φτάσει στο 5-30% στο τελικό στάδιο.

**Α. Χειρουργική θεραπεία:** είναι η πιο συχνή αντιμετώπιση για καρκίνο παχέος εντέρου. Ο χειρουργός αφαιρεί τον όγκο και τμήμα του κοντινού υγιούς εντέρου καθώς και του περιοχικούς λεμφαδένες. Μία σχολαστική αφαίρεση έχει πιθανότητες να γιατρέψει τον άρρωστο από τον καρκίνο αρκεί να μην υπάρχουν μεταστάσεις, να αφαιρεθεί σωστά τμήμα του εντέρου κι από τις δύο μεριές του όγκου και να γίνει μια καλή αναστόμωση. Σε όλες τις περιπτώσεις καρκίνου, τα τμήματα του εντέρου που απομένουν μετά την εκτομή ενώνονται και αποκαθίσταται πάλι η συνέχεια του εντερικού σωλήνα (αναστόμωση)(Gordon, 2009).





*ΕΙΚΟΝΑ 4: Σχηματική απεικόνιση της χειρουργική εκτομής του όγκου και τμήματος γειτονικού υγιούς ιστού και λεμφαδένων, που πραγματοποιείται ανάλογα με το στάδιο του όγκου, καθώς και της αναστόμωσης του εντέρου, όποτε αυτή είναι δυνατή.*

Εξαιρούνται οι περιπτώσεις διάτρησης και ειλεού, όπου λόγω φλεγμονής απαιτείται συνήθως να γίνει προσωρινή κολοστομία και μετά από λίγους μήνες με νέα επέμβαση, η αναστόμωση του εντέρου, αν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει. Κολοστομία ονομάζεται η εξωτερίκευση του παχέος εντέρου στο κοιλιακό τοίχωμα. Τότε ο ασθενής δεν ενεργείται κανονικά, αλλά σε σακουλάκι κολλημένο στο δέρμα της κοιλιάς του.

Αν ο καρκίνος του παχέος εντέρου βρίσκεται πολύ χαμηλά στο ορθό, σε σημείο που να απέχει λιγότερο από 6 εκατοστά από τον πρωκτό (πιάνεται τότε και με το δάχτυλο), συνήθως απαιτείται μαζί με την αφαίρεση του πάσχοντος τμήματος του εντέρου και αφαίρεση όλου του σφιγκτηριακού μηχανισμού του πρωκτού και τότε γίνεται μόνιμη κολοστομία(περίπου 15% των καρκίνων). Η

επέμβαση αυτή λέγεται κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού γιατί περιλαμβάνει τομή και από την κοιλία και από το περίνεο, δηλαδή γύρω από τον πρωκτό.

Κατά τη χειρουργική θεραπεία συνήθως χρειάζεται να γίνει προσπέλαση της περιοχής με τομή του κοιλιακού τοιχώματος. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις νεοπλασμάτων του ορθού, αυτά μπορούν να αφαιρεθούν από τον πρωκτό με μία νεότερη μέθοδο, την διαπρωκτική ενδοσκοπική χειρουργική (transanal endoscopic microsurgery)(Κουράκλης, 1999, σελ.199-200).

## **B. Χημειοθεραπεία:**

Χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να δοθούν με διάφορους τρόπους, όπως με την ενδοφλέβια ένεση, με ενδοφλέβια με αντλία, ή ακόμη και σε μορφή χαπιού που λαμβάνονται από το στόμα. Κάθε φάρμακο λειτουργεί κατά ένα συγκεκριμένο καρκίνο, και κάθε φάρμακο έχει συγκεκριμένες δόσεις και χρονοδιαγράμματα για τη λήψη της. Η χημειοθεραπεία μπορεί να δοθεί σε μια ποικιλία καταστάσεων:

Πρωτοβάθμια χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται όταν καρκίνου του παχέος εντέρου έχει προχωρήσει και έχει ήδη εξαπλωθεί σε διάφορα μέρη του σώματός σας. Σε αυτήν την κατάσταση, η χειρουργική επέμβαση δεν μπορεί να εξαλείψει τον καρκίνο, τόσο το καλύτερο στοίχημά σας πρέπει να αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία, η οποία μπορεί να συρρικνωθεί όγκους, την ανακούφιση των συμπτωμάτων, και να παρατείνει τη ζωή.

Είναι επικουρική χημειοθεραπεία όταν χημειοθεραπεία χορηγείται μετά ο καρκίνος έχει αφαιρεθεί χειρουργικά. Η χειρουργική επέμβαση δεν μπορεί να εξαλείψει όλες τις καρκίνο, έτσι ώστε η επικουρική θεραπεία χημειοθεραπείας που χρησιμοποιούνται για να σκοτώσει όλα τα καρκινικά κύτταρα που ενδέχεται να έχουν χαθεί, όπως τα κύτταρα που ενδέχεται να έχουν αναπαραχθεί με μεταστάσεις ή εξαπλωθεί στο ήπαρ.

Εισαγωγική χημειοθεραπεία δίνεται χημειοθεραπεία πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Φάρμακα της χημειοθεραπείας μπορεί να δοθεί πριν από τη χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να συρρικνωθεί ο όγκος έτσι ώστε ο χειρουργός μπορεί να αφαιρέσει εντελώς με λιγότερες επιπλοκές. Χημειοθεραπεία δίνεται, επίσης, με την ακτινοβολία, βάσει της οποίας η ακτινοβολία πιο αποτελεσματική.

### **Χημειοθεραπευτικά φάρμακα:**

Φλουουρακίλη ήταν το πρώτο φάρμακο της χημειοθεραπείας επιλογή για καρκίνο του παχέος εντέρου. Χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με λευκοβορίνη (μιας βιταμίνης), η οποία καθιστά 5-FU περισσότερο αποτελεσματική. 5-FU χορηγείται ενδοφλεβίως. Πρόσφατα, μια μορφή χάπι της 5-FU έχει αναπτυχθεί, κάλεσε Xeloda, το οποίο χρησιμοποιείται για καρκίνο του παχέος εντέρου που έχει εξαπλωθεί σε άλλα όργανα. Xeloda χρησιμοποιείται επίσης ως εισαγωγική θεραπεία με ακτινοβολία σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού για να αυξήσει την επίδραση της ακτινοβολίας.

Αρκετά νέα φάρμακα χημειοθεραπείας και χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία καρκίνου του παχέος εντέρου που έχει εξαπλωθεί. Αυτά περιλαμβάνουν Camptosar, Eloxatin, το Avastin, το Erbitux, και Vectibix. Camptosar, Eloxatin, και το Avastin δίνονται συνήθως μαζί με 5-FU για μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου. Το Erbitux είναι διοικητικά καθοριζόμενων ενδοφλεβίως είτε μόνο του είτε με Camptosar. Vectibix χορηγείται συνήθως σε συνδυασμό με 5-FU και λευκοβορίνη.

### **Παρενέργειες της χημειοθεραπείας:**

Επειδή ο μηχανισμός της χημειοθεραπείας είναι να σκοτώσει ταχέως διαιρούμενων καρκινικών κυττάρων, σκοτώνει επίσης και άλλες ταχέως διαιρούμενων τα υγιή κύτταρα στο σώμα μας, όπως η μεμβρανών στο εσωτερικό του στόματος, η επένδυση του γαστρεντερικού σωλήνα, οι θύλακες

των τριχών, και το μυελό των οστών. Ως αποτέλεσμα, οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας σχετίζονται με αυτές τις περιοχές των κατεστραμμένων κυττάρων.

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Ναυτία και έμετος
- Ανορεξία
- Τριχόπτωση
- Πληγές στο στόμα
- Εξάνθημα στα χέρια και τα πόδια
- Διάρροια

Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τις επιπτώσεις της χημειοθεραπείας για τον μυελό των οστών περιλαμβάνουν αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων (λόγω του χαμηλού αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων), αιμορραγία ή μώλωπες από βλάβες ήσσονος σημασίας (λόγω του χαμηλού αριθμού των αιμοπεταλίων στο αίμα), και η αναιμία που σχετίζονται με κόπωση (λόγω της χαμηλά επίπεδα ερυθρών αιμοσφαιρίων).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που εμφανίζονται με χημειοθεραπεία εξαρτάται από τη δοσεί ιδιαίτερη ναρκωτικά και το άτομο. Για παράδειγμα, δεν είναι, απώλεια μαλλιών είναι κοινά στις περισσότερες χημειοθεραπεία που προσφέρεται σήμερα για καρκίνο του παχέος εντέρου. Ωστόσο, ορισμένα άτομα μπορεί να εμφανίσουν κάποια αραίωση μαλλιών(Gordon, 2009).

## Γ. Ακτινοθεραπεία:

Ακτινοθεραπεία είναι μια ανώδυνη διαδικασία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του παχέος εντέρου ή καρκίνο του ορθού. Επίσης κάλεσε ακτινοθεραπεία, είναι η χρήση ειδικών υψηλής ενέργειας ακτίνες X για να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα.

Ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται μόνο για να επηρεάσουν τα κύτταρα στην καρκινική περιοχή, γι 'αυτό ονομάζεται τοπική θεραπεία. Αντίθετα, η χημειοθεραπεία είναι μια συστηματική θεραπεία, διότι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για ταξίδια σε όλο το σώμα.

Ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται συχνά σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε πριν είτε μετά την επέμβαση. Χρησιμοποιείται πριν από τη χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να συρρικνωθεί ο όγκος και να διευκολύνουν την αφαίρεση. Μετά την επέμβαση η ακτινοβολία μπορεί να σκοτώσει όλα τα υπόλοιπα τα καρκινικά κύτταρα που δεν μπορούν να αφαιρεθούν κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης. Ακτινοβολίας θεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την ανακούφιση των συμπτωμάτων που προκαλούνται από τον καρκίνο, όπως ο πόνος ή πίεση.

Υπάρχουν δύο είδη ακτινοθεραπεία, εξωτερικά και εσωτερικά. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με εξωτερική μηχανή χρησιμοποιείται για τον εφοδιασμό της ακτινοβολίας στην περιοχή του καρκίνου. Είναι δεδομένο κανονικά σε μια βάση εξωτερικών ασθενών σε νοσοκομείο ή κλινική. Υπάρχουν αρκετοί διαφορετικοί τύποι των εξωτερικών μηχανών ακτινοβολία ως εκ τούτου το θεράποντα γιατρό θα καθορίσει το οποίο είναι κατάλληλο για κάθε περίπτωση χωριστά.

Εσωτερική ακτινοθεραπεία μπορεί επίσης να ονομάζεται βραχυθεραπεία εμφύτευμα ή θεραπεία. Για εσωτερική θεραπεία ένα μικρό αντικείμενο που περιέχει ραδιενεργό υλικό, προστίθεται κοντά ή ακόμη και στο εσωτερικό του

όγκου. Το εμφύτευμα θα μπορούσε να είναι ένα καλώδιο, πλαστικό σωλήνα, κάψουλα, ή σπόρων.

Τα δύο είδη ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί από κοινού ή μεμονωμένα. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια ή μετά από χημειοθεραπεία ή άλλες θεραπείες για τον καρκίνο. Ακτινοβολίας θεραπεία χορηγείται συνήθως σε περίοδο 6 ή 7 εβδομάδες, 5 ημέρες την εβδομάδα (θεραπείες δεν δίνονται κανονικά το Σάββατο ή την Κυριακή). Ορισμένοι τύποι θεραπείας μπορεί να δοθεί μόνο για 2 ή 3 εβδομάδες.

Ακτινοθεραπεία θα επηρεάσει τα φυσιολογικά κύτταρα, καθώς και τα καρκινικά κύτταρα και μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες. Φυσιολογικά κύτταρα δεν θα πρέπει να θανατωθούν από την ακτινοβολία, και πολλοί από αυτούς θα ανακάμψει από τη θεραπεία. Η ιατρική ομάδα παρέχει η θεραπεία θα καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για την ασπίδα φυσιολογικά κύτταρα και να αποτρέψει τυχόν αρνητικές επιπτώσεις. Ορισμένες από τις πιθανές παρενέργειες περιλαμβάνουν:

- Αιματηρά σκαμνιά
- Διάρροια
- Κόπωση
- Ανορεξία
- Ναυτία
- Δερματικές αλλαγές στην περιοχή της αγωγής

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με ακτινοβολία, υπάρχουν πολλά πράγματα που ένας ασθενής μπορεί να κάνει για να γίνουν πιο άνετα. Για την καταπολέμηση της κόπωσης, είναι σημαντικό να αποκτηθεί η αφθονία της ανάπαυσης. Η καλή διατροφή είναι επίσης επιτακτική ανάγκη να αποφευχθεί η απώλεια βάρους και τη διατήρηση της δύναμης. Χαλαρά ενδύματα θα πρέπει να φοριέται πάνω από το χώρο της θεραπείας για την αποφυγή ερεθισμού στο δέρμα.

Ρουτίνας σωματική εξετάσεις με το θεράποντα γιατρό θα είναι αναγκαία για την παρακολούθηση των επιπτώσεων της ακτινοβολίας και να αντιμετωπιστούν τυχόν παρενέργειες. Οι εξετάσεις αίματος για την παρακολούθηση λευκά αιμοσφαίρια, ερυθρά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν. Μετά το σχέδιο θεραπείας είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη επιτυχία με ακτινοθεραπεία (Παπασταματίου, 2006).

**Δ. Βιολογική θεραπεία:** η μέθοδος χρησιμοποιεί το ίδιο το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού ώστε να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Η βιολογική θεραπεία εκμεταλλεύεται την ειδικότητα της χημικής ανοσίας (παραγωγή αντισωμάτων) έναντι των καρκινικών κυττάρων, τα οποία διαφέρουν ελάχιστα σε σχέση με τα φυσιολογικά. Χρησιμοποιούνται μονοκλωνικά αντισώματα που στρέφονται ενάντια αντιγόνων που είναι μοναδικά και βρίσκονται στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων. Συγκεκριμένα, υπάρχει πλέον η δυνατότητα σύζευξης των αντισωμάτων με χημειοθεραπευτικούς φορείς με στόχο την ειδική μεταφορά τους στα κύτταρα του όγκου. Με αυτόν τον τρόπο πραγματοποιείται τοπική χημειοθεραπεία που εξολοθρεύει μόνο καρκινικά κύτταρα και αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Η βιολογική θεραπεία αναπτύχθηκε πολύ πρόσφατα και το κόστος της είναι ιδιαίτερα υψηλό. Δεν έχει εφαρμογή ακόμα σε όλους τους τύπους καρκίνου, αλλά αποτελεί πολύ χρήσιμη αντιμετώπιση (Σαββοπούλου, 1991).

Όλες οι μορφές αντιμετώπισης έχουν και ανεπιθύμητες ενέργειες στον ανθρώπινο οργανισμό. Αυτές εξαρτώνται από τη μορφή και ένταση της αγωγής καθώς και από την κατάσταση του ίδιου του οργανισμού. Γι' αυτό θα πρέπει, πάντα σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό, να εκτιμώνται τα δυνητικά οφέλη σε σχέση με το βιολογικό κόστος κάθε θεραπευτικής αντιμετώπισης,

ώστε να έχει ουσιαστικό αποτέλεσμα. Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική είναι η συνεχής παρακολούθηση μετά την αγωγή για τυχόν υποτροπές ή μεταστάσεις(Φούντζηλας & Μπαρμπούνης 2006).

### **3.2.. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ**

Η κολοστομία είναι ένα άνοιγμα που δημιουργείται χειρουργικά στο κόλον, μέσα από το τοίχωμα της κοιλίας και αποτελεί την συνηθέστερη μορφή στομίας. Αποτελεί χειρουργικό όρο που σημαίνει την εκτροπή της αποχετευτικής οδού του πεπτικού σωλήνα. Σκοπός της είναι να επιτρέψει στα κόπρανα να παρακάμψουν ένα σημείο του εντέρου που έχει αφαιρεθεί ή έχει υποστεί βλάβη. Η κολοστομία μπορεί να δημιουργηθεί σε οποιοδήποτε σημείο κατά μήκος του παχέος εντέρου. Επίσης, μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη, αναλόγως τον ιατρικό λόγο που επέβαλλε την επέμβαση. Πραγματοποιείται συνήθως σε ασθενείς με καρκίνο στην κοιλία ή την πύελο, ο οποίος διηθεί το παχύ έντερο. Κατά την χειρουργική επέμβαση, τμήμα του παχέος εντέρου αφαιρείται και το απώτερο τελικό τμήμα του εντέρου μετατίθεται προς το κοιλιακό τοίχωμα, όπου συρράπτεται σχηματίζοντας την στομία (Καρανίκας, 2004).

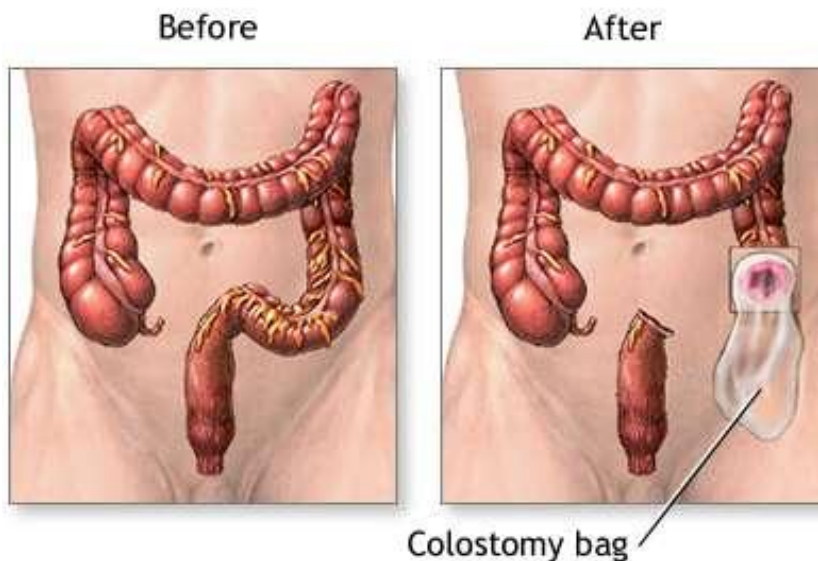
Ο οργανισμός, μετά την αφαίρεση τμήματος του παχέος εντέρου, προσαρμόζεται αρκετά καλά στο - μικρότερου μήκους - πεπτικό σύστημα. Εάν η στομία γίνει κοντά στο τελικό τμήμα του παχέος εντέρου (όπως συμβαίνει συνήθως), έχει «χαθεί» μόνο η περιοχή, που συγκεντρώνονται τα δύσπεπτα υπολείμματα, και ο σφιγκτήρας του πρωκτού.

Εάν η στομία γίνει σε υψηλότερο σημείο του εντέρου, οι κενώσεις θα είναι λιγότερο σχηματισμένες και πιο υδαρείς, αφού έχει απομακρυνθεί το τμήμα του παχέος εντέρου όπου γίνεται η απορρόφηση του ύδατος. Το τμήμα



του εντέρου (που απομένει) αναλαμβάνει - σε κάποιο βαθμό - την λειτουργία απορρόφησης του ύδατος. Επίσης, οι νεφροί αναλαμβάνουν το επιπλέον έργο της προσαρμογής στην απορρόφηση του ύδατος και των ηλεκτρολυτών (Καρανίκας, 2004).

Όταν η τροφή φτάσει στο παχύ έντερο, που αποτελεί το τελευταίο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα μήκους 2 μέτρων, οι περισσότερες θρεπτικές ουσίες έχουν ήδη απορροφηθεί. Στο αρχικό τμήμα του παχέος εντέρου, επιτελείται η απορρόφηση του ύδατος και των αλάτων. Κατόπιν, τα δύσπεπτα υπολείμματα των τροφών μεταφέρονται και συγκεντρώνονται στο τελικό τμήμα του παχέος εντέρου και του ορθού. Με την διάνοιξη του σφιγκτήρος του πρωκτού, τα κόπρανα εξέρχονται από τον οργανισμό (αφόδευση) (Πιάγκου & Γρίβας, 2002).



*ΕΙΚΟΝΑ 5: Η εικόνα του παχέος εντέρου πριν και μετά την επέμβαση αφαίρεσης τμήματος και δημιουργίας κολοστομίας στο κοιλιακό τοίχωμα. Διακρίνεται επίσης και ο ειδικός σάκος συλλογής κοπράνων.*

Κατά την κολοστομία τα κόπρανα δε βγαίνουν πια από τον πρωκτό αλλά από κάποιο, ενδιάμεσο, σημείο τους παχέος εντέρου, κατά προτίμηση όσο γίνεται πιο κοντά προς το ορθό, που εκβάλλει δια του κοιλιακού τοιχώματος. Για αυτόν το σκοπό διανοίγεται και δημιουργείται ένα νέο, "παρά φύση", στόμιο απ' όπου, στο εξής, θα εξασφαλίζεται η τελική αποχετευτική λειτουργία του εντέρου. Η κολοστομία δεν διαθέτει σφιγκτήρα μυ (όπως υπάρχει στο τέλος του πρωκτικού σωλήνα) οπότε ο ασθενής δεν μπορεί να ελέγξει τις κενώσεις του. Για το λόγο αυτό, ο ασθενής φοράει έναν ειδικό σάκο στον οποίο συγκεντρώνονται τα κόπρανα.

Οι σάκοι είναι κατασκευασμένοι από λεπτό εύκαμπτο πλαστικό, οι οποίοι προσκολλώνται στο δέρμα πάνω από την στομία. Τα σακουλάκια είναι στεγανά στις οσμές και ασφαλή όσον αφορά τις διαρροές. Εναλλακτική λύση για πολλούς ασθενείς με κολοστομία και αρκετά σκληρά κόπρανα, είναι η πραγματοποίηση ενός τύπου υποκλυσμού μέσω της στομίας, που γίνεται κάθε μία ή δύο ημέρες. Με αυτόν τον τρόπο, το έντερο κενώνεται στον κατάλληλο χρόνο. Το υπόλοιπο διάστημα, οι ασθενείς φορούν ένα μικρό σακουλάκι πάνω από την στομία.

Ο ρόλος μιας κολοστομίας μπορεί να είναι προστατευτικός, όταν περιφερειακά αυτής υπάρχει κάποια επισφαλής αναστόμωση του εντέρου, ή θεραπευτικός, όταν περιφερειακά της κολοστομίας υπάρχει παθολογική κατάσταση (π. χ. κακοήθης όγκος) η οποία δεν επιτρέπει τη διέλευση των κοπράνων(Σουγλέρη, 2005).

Η διάμετρος της στομίας συνήθως συρρικνώνεται, καθώς το μετεγχειρητικό οίδημα υποχωρεί και ο ασθενής αποκτά κανονικό διαιτολόγιο και φυσιολογική δραστηριότητα. Μπορεί να χρειαστούν αρκετές εβδομάδες μέχρι η στομία να αποκτήσει το μόνιμο μέγεθος της. Αντίθετα, το ερυθρό χρώμα της διατηρείται. Η στομία απαιτεί μικρότερο χρόνο επούλωσης σε σχέση

με τις συνήθεις χειρουργικές τομές. Η αποβολή των κοπράνων αρχίζει εντός ολίγων ημερών, συνήθως με αρκετά αέρια και υδαρείς μάζες μέχρι το έντερο να αναρρώσει από την επέμβαση.

Οι στομίες έχουν διάφορα σχήματα και διαστάσεις, ανάλογα με το είδος της επέμβασης και τα προβλήματα του ασθενούς. Επειδή η κολοστομία πραγματοποιείται με χρήση του παχέος εντέρου είναι ευρύτερη σε σχέση με την ειλεοουροστομία, η οποία γίνεται με χρήση του λεπτού εντέρου. Οι περισσότερες στομίες προεξέχουν από το δέρμα, ώστε τα κόπρανα και τα ούρα να απομακρύνονται από το δέρμα χωρίς να λιμνάζουν γύρω από τη στομία (Καρανίκας, 2004).

### **5 Τύποι κολοστομίας:**

**Μια μόνιμος κολοστομία** (permanent colostomy) είναι προορισμένη να αντικαταστήσει τον πρωκτό, όταν ο πρωκτός και το ορθό πρέπει να αφαιρεθούν. Η ιδεώδης μόνιμη κολοστομία πρέπει να έχει ένα απλό στόμιο (για την εύκολη φροντίδα της), να αποδίδει αρκετά σχηματισμένα κόπρανα, να είναι σε θέση προσιτή στον ασθενή για την περιποίησή της, να λειτουργεί ικανοποιητικά και να είναι άνετη. Αυτά τα χαρακτηριστικά, έχει μία τεχνικά καλή τελική μόνιμη κολοστομία του αριστερού κόλου τοποθετημένη στον αριστερό λαγόνιο βόθρο.

**Μία πρόσκαιρη-προσωρινή κολοστομία** (temporary), προορίζεται μόνο ως πρόσκαιρο μέσο, μέχρις ότου επέλθει η αποκατάσταση της συνέχειας του κόλου (αναστόμωση) ή μετά την υποχώρηση μιας οξείας καταστάσεως, η οποία υπαγόρευσε την κολοστομία. Η ιδεώδης προσωρινή κολοστομία πρέπει να κατασκευασθεί εύκολα, να επιτρέπει την οριστική εξαίρεση του πάσχοντος εντέρου, χωρίς να παραβλάπεται η κολοστομία και να επιτρέπει εύκολη και ασφαλή αποκατάστασή της. Έτσι, π.χ. η δεξιά με έλικα εγκαρσιοστομία

συγκεντρώνει τα περισσότερα απ' αυτά τα κριτήρια, όταν η νόσος είναι στο σιγμοειδές.

**Η κολοστομία με Έλικα-Αγκύλη**, ή με **Εξωτερίκευση Κολοστομία**, ή με **Εκτομή Κολοστομία** ή **Κολοστομία κατά Paul Mikulicz**, είναι σχεδόν συνώνυμες. Το κόλο εξωτερικεύεται ως μία έλικα, με εγγύς και άπω ίσα σκέλη (αγκύλη), τα οποία φέρονται διαμέσου της ίδιας τομής. Αυτός ο τύπος της κολοστομίας γίνεται γρήγορα και είναι ιδιαίτερα χρήσιμος, όταν επιθυμείται η αποσυμφόρηση του αποφραγμένου εντέρου να συμπεριλαμβάνει στο εξωτερικευμένο τμήμα του κόλου, την περιοχή της νόσου, η οποία και εκτέμνεται π.χ. η εξωτερίκευση ενός διατριθέντος καρκινώματος του σιγμοειδούς.

**Η κολοστομία στην κατά Hartman** εκτομή (εξαίρεση της αλλοίωσης του κόλου) είναι τεχνική για το εγγύς σκέλος του εντέρου, ενώ το άπω σκέλος (ορθό) συγκλείεται και αφήνεται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα ή οπισθοπεριτοναϊκά. Πλεονεκτήματα της εγχειρήσεως είναι η αφαίρεση της παθολογικής αλλοίωσης, αλλά μειονέκτημα, η δύσκολη, σε 2<sup>ο</sup> χρόνο, αποκατάσταση της συνεχείας του εντέρου.

**Η με διηρημένα στόμια κολοστομία (Denine's colostomy)** είναι η πλέον αποτελεσματική μέθοδος πλήρους εκτροπής του κοπρανώδους περιεχομένου τού εντέρου από μια άπω αλλοίωση. Τα δύο σκέλη του κόλου φέρονται προς τα έξω μέσω ξεχωριστών τομών. Το εγγύς στόμιο είναι, έτσι, μια τελική κολοστομία. Το άπω στόμιο ονομάζεται **Βλεννογονικό συρίγγιο**. Αυτή η κολοστομία εξασφαλίζει πλήρη, πρόσκαιρη εκτροπή (diversion) των κοπράνων. Απολειπτική κολοστομία, αλλά η αποκατάσταση της συνεχείας του εντέρου είναι περισσότερο δύσκολη.

**Στην περινεϊκή κολοστομία**, το άκρο του κόλου φέρεται έξω δια μέσου του περινέου. Δεν είναι ικανοποιητική κολοστομία, όταν δε διατηρείται σφιγκτηριακός έλεγχος, η φροντίδα της δυσάρεστη και δύσκολη (Καρανίκας, 2004).

## **Η ταξινόμηση των κολοστομιών γίνεται με βάση:**

1. Την περιοχή του κοιλιακού τοιχώματος που τοποθετούνται.
2. Του τμήματος του παχέος εντέρου που εξωτερικεύεται, και
3. Του τρόπου με τον οποίο γίνεται η εξωτερίκευση.

Π.χ. δεξιά εγκαρσιοστομία με Έλικα (right Loop Transverse Colostomy) (Πιτσιάνη, 2007).

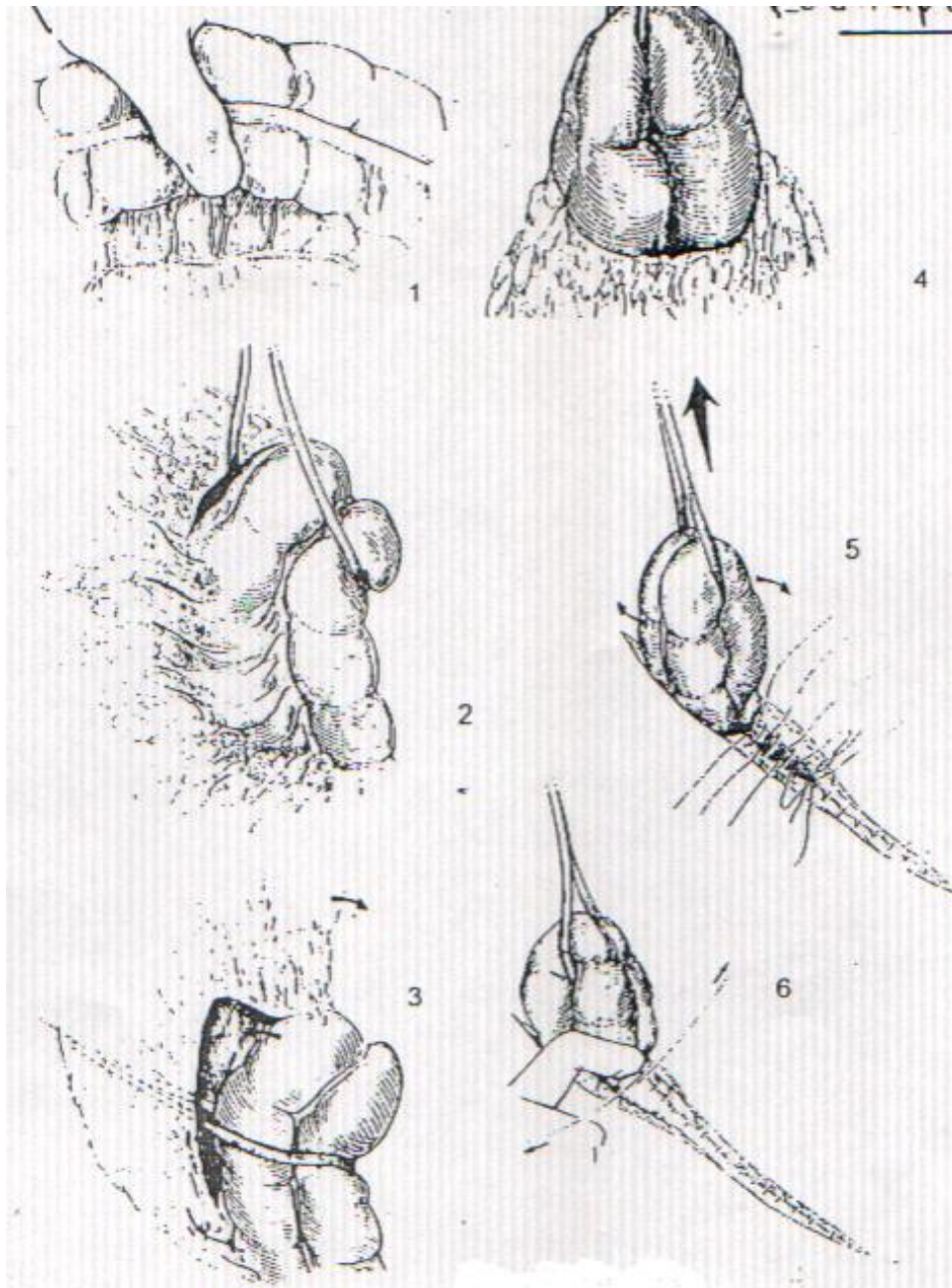
### *Είδη κολοστομίας*

1. Η κολοστομία-με έλικα-αγκύλη-(loop colostomy), η οποία παρεντίθεται στη συνέχεια του παχέος εντέρου.
2. Η διπλή δια διαιρέσεως του εντέρου, κολοστομία (Divine's loop colostomy).
3. Η διπλή παράλληλη κολοστομία, "δίκην δικάνου όπλου"(double barreled colostomy), μετά από εξωτερίκευση και κολεκτομή-κολοστομία κατά Paul Mikulicz.
4. Η τελική κολοστομία με έλικα (end loop colostomy).
5. Η τελική κολοστομία (end colostomy) σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ή ορθοσιγμοειδεκτομή κατά Hartman.
6. Η τελική κολοστομία με βλεννογονικό συρίγγιο.
7. Η τελική ειλεοκολοστομία με έλικα.
8. Η τυφλοστομία.

## **Κολοστομία με Έλικα- Αγκύλη (Loop Colostomy)**

Η παραδοσιακή στομία με έλικα (αγκύλη) (εικόνα 3) έχει αντικατασταθεί αποτελεσματικά, από πολλούς χειρουργούς, απ' την Τελική Στομία με Έλικα (End Loop Stomas) εικ. 4, η οποία έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

1. Εκτρέπει τελείως τον ρού του εντερικού περιεχομένου.
2. Δε χρειάζεται υποστήριξη με ελαστικό σωλήνα ή άλλο υλικό και έτσι επιτρέπει την ασφαλή εφαρμογή των συσκευών στομίας.
3. Το στρογγύλο σχήμα της, επιτρέπει οι συσκευές στομίας να εφαρμόζουν καλά χωρίς κίνδυνο διαρροής και ερεθισμού του δέρματος.
4. Έχει ένα άπω εντερικό στόμιο διαμέσου, του οποίου είναι δυνατόν να ελέγχει το περιφερικό σκέλος του εντέρου, και
5. η σύγκληση της στομίας είναι εύκολη και γίνεται με μία κυκλωτή τομή γύρω από τη στομία (αποφεύγεται μία λαπαροτομία). Τη δυνατότητα, όμως, αυτή παρέχει κατά το πλείστον και η παραδοσιακή κολοστομία με έλικα (Abcarian & Pearl , 1999).



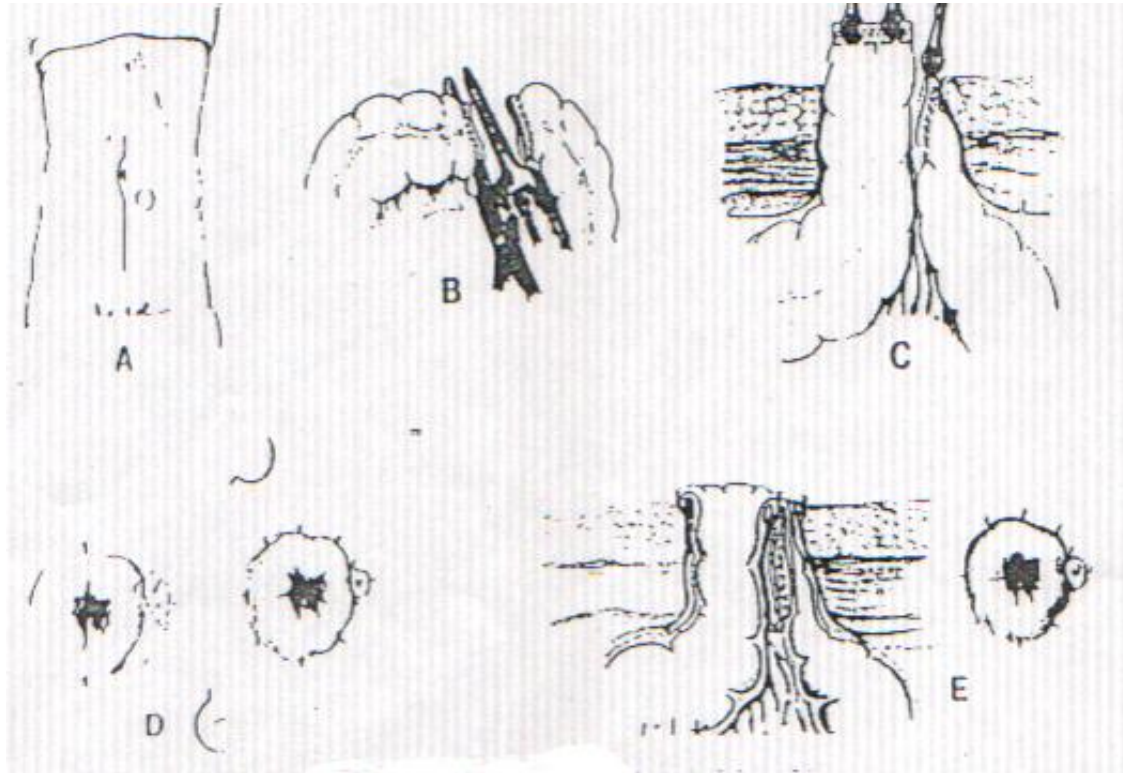
Εικόνα 3. Κολοστομία με Έλικά- Αγκύλη (Loop Colostomy)

Τελική κολοστομία με Ελικά

Είναι η συνηθέστερη κολοστομία εκτροπής του περιεχομένου του κόλου για την προστασία μιας περιφερικότερης εγχειρήσεως ή αναστομώσεως.

### Τεχνική

Στην εικόνα 4 παρουσιάζονται η θέση και τα στάδια της τεχνικής της στομίας αυτής.



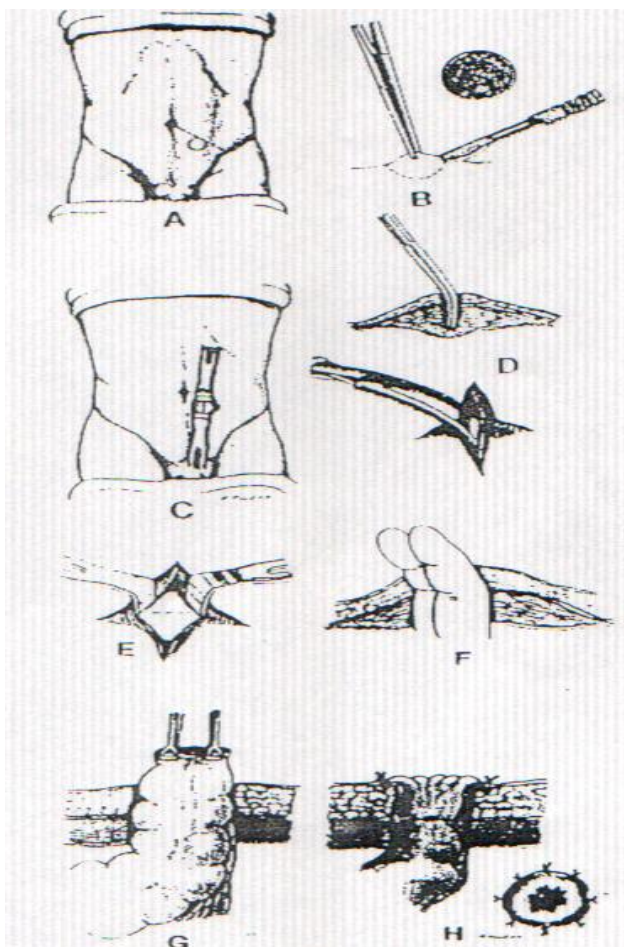
Εικόνα 4. Τελική Στομία με Έλικα (End Loop Stomas)

### Τελική κολοστομία (End colostomy)

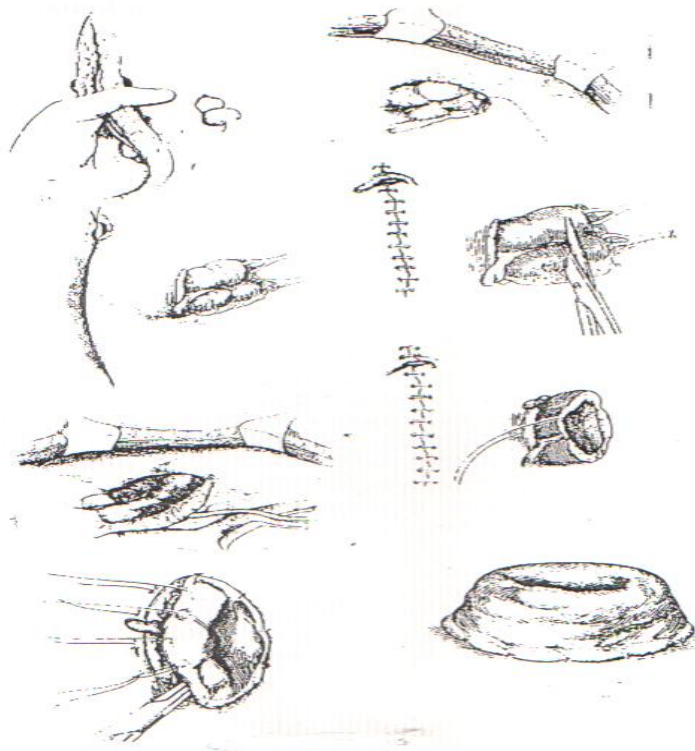
Είναι η πλέον συχνή κολοστομία και ολοκληρώνει την κοιλιοπερινεϊκή εκτομή τού ορθού-σιγμοειδούς σε καρκίνο του ορθού. Η θέση της στομίας και η παρασκευή του κοιλιακού τοιχώματος, δια μέσου του οποίου θα τοποθετηθεί σ' αυτό, αναλύονται στις εικόνες 6 και 5. Κατά την τοποθέτηση, θα πρέπει να αποφεύγεται η συστροφή του εντέρου, οι απολινώσεις (πρόκληση ισχαιμίας) και



η υπό τάση καθήλωση. Οι στηρικτικές ραφές μεταξύ απονεύρωσης και ορομυϊκού χιτώνα τού εντέρου, δεν είναι απαραίτητες. Αντιθέτως, ο κενός χώρος μεταξύ μεσοκόλου και πλαγίου τοιχωματικού περιτοναίου πρέπει να συγκλείεται, αφήνοντας, όμως, κενό διάστημα παρακολικά. Μετά τη σύγκληση της κυρίας εγχειρητικής τομής, το πέρας της κολοστομίας (που είχε συγκληθεί με συρραπτικό μηχάνημα), ανοίγεται και καθλώνεται με διακεκομμένες ραφές ολικού πάχους-με απορροφήσιμο ράμμα- στο δέρμα.



Εικόνα 5. Τελική κολοστομία (End colostomy)



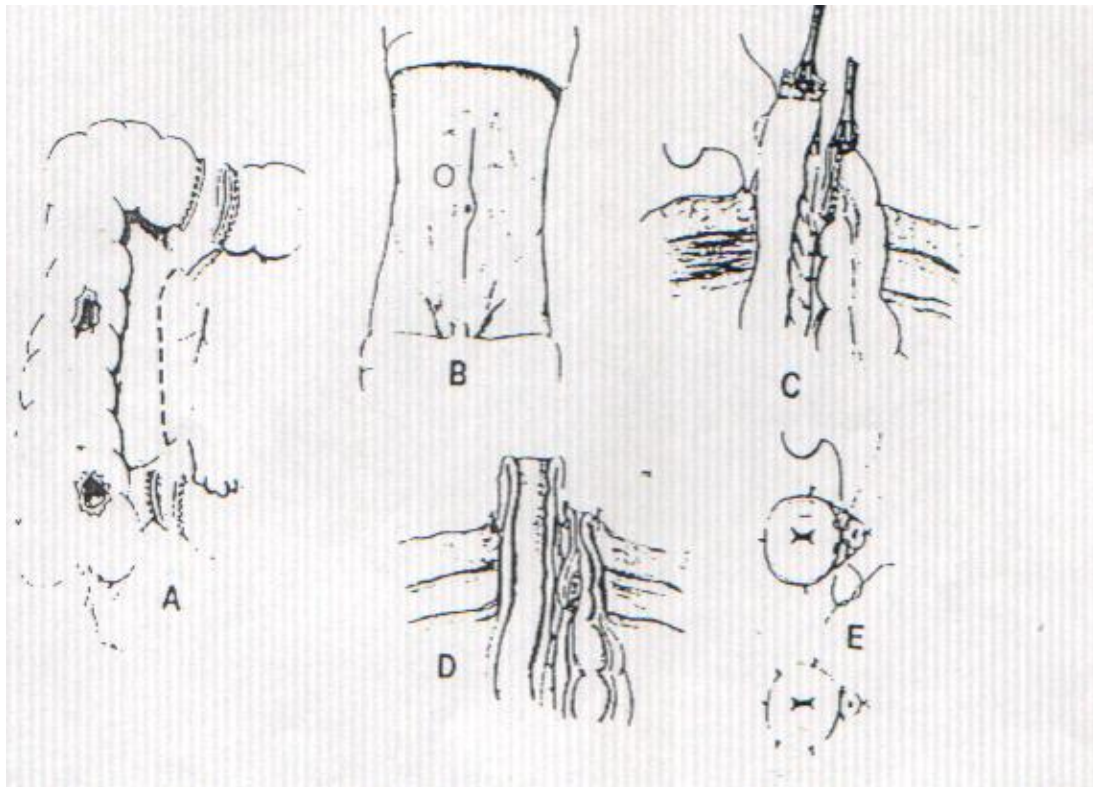
Εικόνα 6. Τελική κολοστομία (End colostomy)

### **Τελική Ειλεοκολοστομία με Έλικα (End Loop Ileocolostomy)**

Η εγχείρηση αυτή εκτελείται σε εκτεταμένους ή πολλαπλούς τραυματισμούς του δεξιού κόλου, σε συνδυασμό με δεξιά ημικολεκτομή, ιδιαίτερα σε τραυματίες-π.χ. εκ πυροβόλου όπλου -εκτεταμένους τραυματισμούς οργάνων και βαριάς γενικής καταστάσεως (προτιμότερη από μία ειλεοκολική αναστόμωση). Επίσης, εκτελείται ως πρόσκαιρο μέσο ανακούφισης, ασθενών με κεραυνοβόλο ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Grohn. Στην εικόνα 7 παρουσιάζονται η θέση και τα στάδια της τεχνικής της Τελικής Ειλεοκολοστομίας με Έλικα:

A. Διαίρεση του εγκαρσίου κόλου και του τελικού ειλεού. B-C. Τοποθέτηση και των δύο στο δεξιό άνω 4μόριο της κοιλίας, με λεπτούς χειρισμούς. D-E. Το στόμιο του ειλεού καθηλώνεται στο δέρμα, με ραφές εκστροφής ολικού πάχους. Το μεγάλο πλεονέκτημα της στομίας αυτής, έναντι της ειλεοστομίας και ενός

ξεχωριστού βλεννογονικού συριγγίου του κόλου είναι, ότι η αποκατάστασή της δεν απαιτεί νέα λαπαροτομία.



Εικόνα 7. Τελική Ειλεοκολοστομία με Ελικά (End Loop Ileocolostomy)

### Τυφλοστομία (Tube calcostomy)

Στις στομίες του παχέος εντέρου περιλαμβάνεται και η Τυφλοστομία, η οποία μπορεί να εφαρμοσθεί σε προχωρημένες περιπτώσεις οξείας απόφραξης του παχέος εντέρου, εάν το τυφλό είναι λίαν διατεταμένο. Παρά ταύτα δεν εφαρμόζεται συνήθως διότι, ναι μεν αποσυμφορεί το παχύ έντερο, αλλά συχνά ανεπαρκεί γρήγορα. Εκτός τούτου απαιτεί ένα αξιόλογο βαθμό νοσηλευτικής φροντίδας, για να παραμείνει η βατότητα του σωλήνα, ο οποίος είναι συνήθως ένας ευρύς σωλήνας Petzer ή ένας καθετήρας Foley ανάλογος.

Οι ενδείξεις είναι:

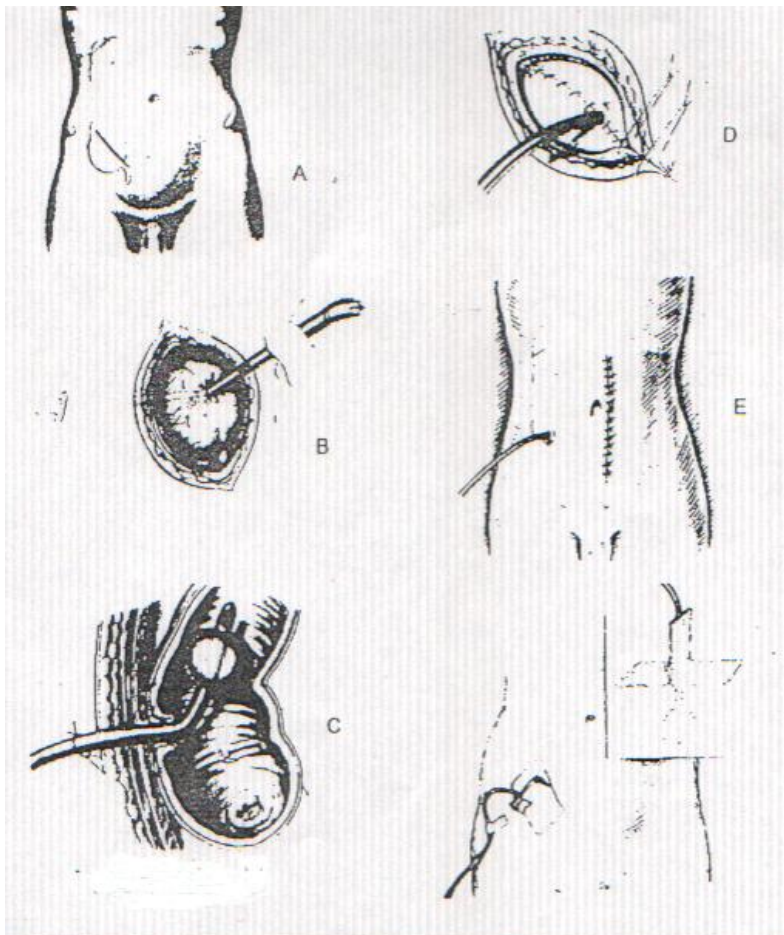
1. ο συνδυασμός με μία αριστερή αναστόμωση του κόλου
2. η απόφραξη του παχέος εντέρου
3. η διάτρηση του τυφλού

#### 4. η συστροφή του τυφλού

##### Τεχνική

Η τυφλοστομία, σπάνια, πλέον εκτελείται, επειδή δεν εκτρέπει τελείως το περιεχόμενο και εξασφαλίζει περιορισμένη αποσυμφόρηση του παχέος εντέρου (εικόνα 8).

Το τυφλό, είτε εξωτερικεύεται μερικώς στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, διανοίγεται με μικρή τομή και κατηλώνεται αμέσως με εντεροδερματικές ραφές, ή πιο συχνά παροχετεύεται με σωλήνα Petzer ή καθετήρα Foley με ευρύ αυλό, που εισάγεται από το κοιλιακό τοίχωμα και κατηλώνεται αεροστεγώς στο τοίχωμα του τυφλού με μια ή δύο περιρραφές.



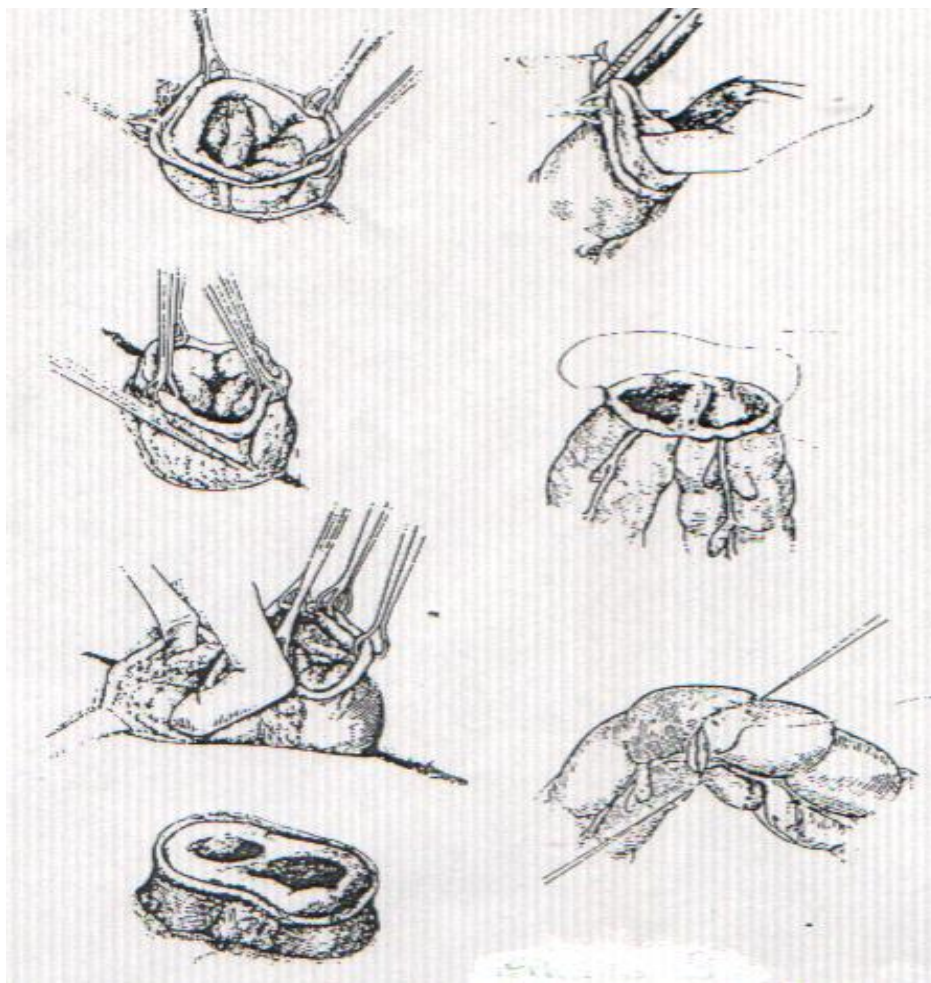
Εικόνα 8. Τυφλοστομία (Tube caecostomy)

##### Σύγκληση τυφλοστομίας

Μετεγχειρητικά, μετά πάροδο επτά ημερών περίπου, αναπτύσσεται ένα συρίγγιο μεταξύ τυφλού και προσθίου κοιλιακού τοιχώματος, οπότε ο σωλήνας αφαιρείται και εντός 2-3 ημερών το συρίγγιο κλείνει αυτόματα, εκτός εάν υπάρχει περιφερικότερα απόφραξη. Σπάνια χρειάζεται σύγκληση με ραφή.

### **Τεχνική της σύγκλησης της κολοστομίας (εικόνα 9-10)**

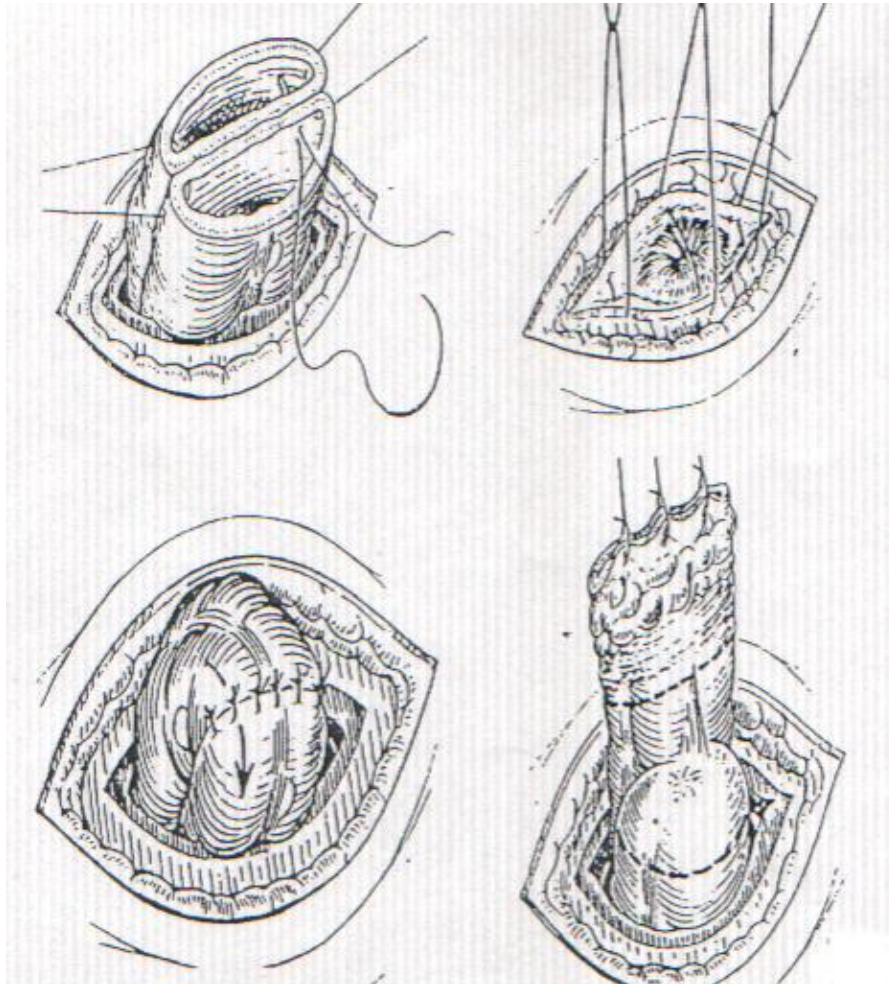
Πριν αποφασισθεί η σύγκληση μιας κολοστομίας, είναι απαραίτητο να βεβαιωθούμε, ότι δεν υπάρχουν περιφερικότερα προβλήματα απόφραξης του κόλου ή ενεργός φλεγμονώδης πάθηση, που να αφορά στην αναστόμωση. Η ενδοσκοπική εξέταση του περιφερικού τμήματος του εντέρου προτιμάται, αν και μία καλή δια βαρίου εξέταση (υποκλυσμός), παρέχει τις ζητούμενες πληροφορίες. Ακολουθεί μηχανικός καθαρισμός του εντέρου και χορήγηση αντιβιοτικών. Στις περιπτώσεις που έχει γίνει βλεννογονικό συρίγγιο μακριά από την κολοστομία, απαιτείται λαπαροτομία για να αποκατασταθεί η συνέχεια του κόλου.



Εικόνα 9. ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Στην κολοστομία με έλικα ή στην τελική κολοστομία με έλικα (συνήθως πρόκειται για προσωρινές κολοστομίες), η σύγκληση είναι σχετικά εύκολη και γίνεται με μία ελλειψοειδή τομή γύρω από τη στομία, εγγύς στη βλεννογονοδερματική συμβολή και πλήρη κινητοποίηση των άκρων του κόλου. Παρασκευάζονται τα χείλη των στομίων και εκτελείται η αναστόμωση μεταξύ των δύο άκρων του εντέρου. Σε πολλές τελικές κολοστομίες με έλικα, εκτελείται πλαγιοπλάγια αναστόμωση με συρραπτικό μηχάνημα. Το αποκαταστηθέν έντερο επανατοποθετείται στην περιτοναϊκή κοιλότητα και συγκλείεται η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός. Το δέρμα μπορεί να αφηθεί να επουλωθεί κατά 2<sup>ο</sup> σκοπό ή να συμπλησιασθεί χαλαρά. Ενδοπεριτοναϊκή παροχέτευση δε χρειάζεται. Προσωπική μας επιλογή είναι η παροχέτευση του

υποδορίου δια ελαστικού σωλήνος και αντιστομίου ή με συνεχή ήπια αναρρόφηση (redovac).



*Εικόνα 10. ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ*

### **Επιπλοκές της σύγκλησης της κολοστομίας**

Η σύγκληση της κολοστομίας παρουσιάζει μία νοσηρότητα 10-50%, κατά τις διάφορες στατιστικές και μία θνητότητα μέχρι 4%.

Η φλεγμονή του εγχειρητικού τραύματος και η διάσπαση της αναστομωτικής ραφής είναι οι κατ' εξοχήν επιπλοκές (τοπικές), ενώ οι λοιμώξεις του

ουροποιητικού συστήματος, η καρδιακή ανεπάρκεια και η πνευμονική εμβολή εμφανίζονται σπανιότερα και είναι οι συχνότερες από τις συστηματικές επιπλοκές. Οι επιπλοκές είναι συχνότερες στους ηλικιωμένους ασθενείς και όταν επιχειρείται η αποκατάσταση της κολοστομίας σε διάστημα μικρότερο των δύο μηνών από την κατασκευή της. Το σπουδαιότερο προληπτικό μέτρο είναι να γνωρίζει ο χειρουργός τη συχνότητα και τη σπουδαιότητα της νοσηρότητας των επιπλοκών αυτών, ώστε να δίνει μεγάλη προσοχή στις λεπτομέρειες της αποκατάστασης. Η φλεγμονή του τραύματος απαιτεί άμεση παροχέτευση και έντονη τοπική φροντίδα. Η μικρή αναστομωτική διαφυγή αντιμετωπίζεται, συνήθως, επιτυχώς συντηρητικά, με δίαιτα πτωχή σε υπόλειμμα και πλούσια σε πρωτεΐνες και θερμίδες. Εάν ο ασθενής παρουσιάζει συμπτωματολογία συστηματικής λοίμωξης ή εκτεταμένης διάσπασης της αναστόμωσης, τότε απαιτείται μία εγγύς κολοστομία και παροχέτευση της περιτοναϊκής κοιλότητας ή εξωτερίκευση της διασπασθείσης αναστόμωσης. (Σμπαρούνης, 1991, Bernard, 2001).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ.**

Όταν ένα άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τον καρκίνο, 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, τη βελτίωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής του.

Η θεραπεία εκλογής για τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι χειρουργική. Για κάθε ασθενή, η ιδέα ότι πάσχει από καρκίνο και χρειάζεται κολοστομία για να επιβιώσει αποτελεί διπλό σοκ. Η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας συνεπάγεται για τον άνθρωπο απώλειες και αλλαγές, που μπορεί να είναι βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές. Πολλοί ασθενείς (92%) έχουν αρνητική αντίληψη της καταστάσεώς τους, εξ αιτίας της οποίας νομίζουν ότι δεν μπορούν πλέον να ζήσουν μια φυσιολογική και δραστήρια ζωή. Απαιτείται χρόνος, σωστή πληροφόρηση και συμπαράσταση για να προσαρμοστεί στην ιδέα. Δεν είναι λίγοι οι ασθενείς που αρχικά υποφέρουν από κατάθλιψη και χρειάζονται τη βοήθεια ειδικού ψυχολόγου για να μπορέσουν να επανέλθουν και να επιστρέψουν στην καθημερινότητα τους (Παπλής, 2003).

### **4. 1. Εισαγωγή.**

Στην αρχή, ο ασθενής έχει την τάση να «υπερπροστατεύει» τη στομία. Πιθανόν να πιστεύει ότι είναι εύθραυστη και μπορεί να καταστραφεί με το παραμικρό χτύπημα. Φυσικά, πρέπει να υπάρχει μία λογική μέριμνα και προστασία, όμως η στομία είναι εκπληκτικά ανθεκτική. Το νερό, η επαφή κατά τη σεξουαλική πράξη ή ακόμη και κάποια μικροχτυπήματα σε έπιπλα δεν της

προκαλούν βλάβη. Σημειώνεται, όμως, ότι αιμορραγεί εύκολα, διότι κοντά στην επιφάνειά της υπάρχουν πολλά μικρά αιμοφόρα αγγεία. Αυτή η μικρή προσωρινή αιμορραγία είναι φυσιολογική. Αν η αιμορραγία συνεχιστεί ή παρατηρηθεί αίμα στις κενώσεις, τότε ο ασθενής θα πρέπει να επικοινωνήσει με το γιατρό του. Ένας μικρός σάκος ή μία μαλακή γάζα αποτελεί τον καλύτερο τρόπο προστασίας από την τριβή με τα ρούχα. Η στομία δεν θα πρέπει να πονά. Είναι πάντα κόκκινη και υγρή, όπως το εσωτερικό του στόματος(Πιτσιάνη, 2007).

Η στομία δεν εμποδίζει τις φυσιολογικές δραστηριότητες του ασθενούς (σίτιση, εργασία, άθληση, κ.α.). Πρέπει, όμως, ο ασθενής να εξοικειωθεί με συγκεκριμένες παραμέτρους της φροντίδας της στομίας.

#### ***4. 2. Ο ρόλος του νοσηλευτή.***

Κάθε άρρωστος με στομία ,στο νοσοκομείο έχει τη φροντίδα και την υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού. Στη διάρκεια αυτή είναι σημαντικό να προετοιμάζεται για τη ζωή στο σπίτι του , όπου εκεί η υποστήριξη μπορεί να είναι λιγότερο διαθέσιμη.

Γι' αυτό λοιπόν καθήκον του νοσηλευτή είναι η ενημέρωση και διδασκαλία του ασθενή σχετικά με την ιδιαιτερότητα του, έτσι ώστε βγαίνοντας από το νοσοκομείο να αντιμετωπίσει όσο το δυνατόν λιγότερα προβλήματα.

Η αντίληψη του σωματικού του ειδώλου όχι απλά απειλείται, αλλά είναι πραγματικότητα με όλες τις ψυχολογικές επιπτώσεις, όχι μόνον στο ίδιο το άτομο αλλά και στο περιβάλλον του. Συχνά ο ασθενής βιώνει αισθήματα άγχους, άρνησης, οργής, θυμού απόρριψης, ζήλιας για τους υγιείς ανθρώπους, ενοχής για την παρούσα κατάσταση της υγείας του, φόβο για την εξέλιξή της. Είναι λοιπόν καθήκον του νοσηλευτή:

- \* Να παρέχει εξατομικευμένη πληροφόρηση, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενή.
- \* Να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης, να τον στηρίζει ψυχολογικά, να τον ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματά του.
- \* Να αποσαφηνίσει απορίες, παρερμηνείες και προκαταλήψεις.
- \* Να τονίσει ότι χιλιάδες είναι οι άνθρωποι που βρέθηκαν στην θέση του και ένοιωσαν τους ίδιους φόβους. Κι όμως έχουν αναρρώσει πλήρως και συνεχίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Συνήθως, η απαραίτητη υποστήριξη και ενημέρωση παρέχεται στους ασθενείς από νοσηλευτές, με ιδιαίτερη εμπειρία στην φροντίδα των στομιών. Στις Η.Π.Α., η υποστήριξη και ενημέρωση των ασθενών επιτυγχάνεται και μέσω των δραστηριοτήτων της Εταιρείας Ατόμων με Στομία (UOA), η οποία αριθμεί τουλάχιστον πενήντα χιλιάδες μέλη με διάφορα είδη στομίας. Αντίστοιχες εταιρείες υπάρχουν σε κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Κάθε άρρωστος με στομία, στο νοσοκομείο έχει τη φροντίδα και την υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού. Στη διάρκεια αυτή είναι σημαντικό να προετοιμάζεται για τη ζωή στο σπίτι του, όπου εκεί η υποστήριξη μπορεί να είναι λιγότερο διαθέσιμη. Γι' αυτό λοιπόν καθήκον του νοσηλευτή είναι η ενημέρωση και διδασκαλία του ασθενή σχετικά με την ιδιαιτερότητα του, έτσι ώστε βγαίνοντας από το νοσοκομείο να αντιμετωπίσει όσο το δυνατόν λιγότερα προβλήματα.

Ο εξειδικευμένος στην Ογκολογία νοσηλευτής είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- Δεξιότητες
- Επιστημονική κατάρτιση
- Αγάπη για τους ασθενείς
- Αίσθημα ευθύνης

- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα, παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας (αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών) και υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους.

Οι ογκολογικοί ασθενείς είναι μια πρόκληση και για τους νοσηλευτές, όπως για όλους τους επαγγελματίες υγείας καθώς καλούνται να αποδείξουν τη συνεισφορά τους στο επίπεδο υγείας του κοινωνικού συνόλου, διότι αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Η βαρύτητα της νόσου τους και το προνόμιο να γνωρίζουν το επικείμενο τέλος αρκετές φορές επηρεάζει την ψυχολογία, τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του (Dirolf & Banovic, 1999).

Ιδιαίτερα οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, οι οποίοι είναι υποχρεωμένοι να υποβληθούν σε κολοστομία για να εξασφαλίσουν την επιβίωση τους, καλούνται να προσαρμοστούν σε μια μεγάλη αλλαγή στο σωματικό του είδωλο. Η κολοστομία μπορεί να έχει τεράστιες ψυχολογικές επιπτώσεις, όχι μόνον στο ίδιο το άτομο αλλά και στο περιβάλλον του. Συχνά ο ασθενής βιώνει αισθήματα άγχους, άρνησης, οργής, θυμού απόρριψης, ζήλιας για τους υγιείς ανθρώπους, ενοχής για την παρούσα κατάσταση της υγείας του, φόβο για την εξέλιξή της. Σε ότι αφορά λοιπόν την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, είναι λοιπόν καθήκον του νοσηλευτή (Παππής, (2003).

Η εκπαίδευση στην φροντίδα της κολοστομίας, σε ορισμένα νοσοκομεία/ κλινικές, αρχίζει λίγες ημέρες πριν από την επέμβαση. Αυτή την εκπαίδευση

προς τους ασθενείς ή και στους συγγενείς γίνεται από εξειδικευμένες νοσηλεύτριες στην φροντίδα της κολοστομίας. Μετ' εγχειρητικά, όταν θα αρχίσει η ανάρρωση, οι νοσηλεύτριες δείχνουν στον ασθενή τον τρόπο φροντίδας της στομίας. Στην αρχή την φροντίζουν οι νοσηλεύτριες και σιγά-σιγά ο ασθενής μαθαίνει τον τρόπο και τον χειρισμό της όλης φροντίδας αλλά και την περιποίηση που γίνεται στο δέρμα της γύρω περιοχής. Επίσης εθελοντές ή το προσωπικό που στελεχώνουν τις διάφορες υπηρεσίες των οργανώσεων/συνδέσμων των ασθενών με καρκίνο, μπορούν να προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες και βοήθεια στους ασθενείς (Jean & Shultz, 2004).

#### ***4. 3. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς.***

Περιλαμβάνει την ψυχολογική και τη σωματική ετοιμασία του ασθενούς στην οποία κύριο ρόλο παίζει ο νοσηλευτής που έχει αναλάβει τη φροντίδα του. Σε ότι αφορά την ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς, θα πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

- Αξιολόγηση του επιπέδου κατανόησης του αρρώστου σχετικά με την εγχείρηση που πρόκειται να κάνει, τη χειρουργική πορεία και αγωγή.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει τους φόβους και τα συναισθήματά του, φόβος θανάτου, πόνου, νάρκωσης, αναπηρίας, απόρριψης από τους οικείους και φίλους.
- Παροχή πληροφοριών στα πλαίσια της αρμοδιότητας των νοσηλευτών και προσπάθεια λύσεως των παρεξηγημένων αντιλήψεων του αρρώστου.
- Πληροφόρηση σχετική με το πρόβλημα της κολοστομίας από άρρωστο που έχει ο ίδιος υποστεί.

Παράλληλα, η σωματική ετοιμασία γενικά περιλαμβάνει τα συνήθη μέτρα μιας επέμβασης κοιλίας.

- Δίαιτα χωρίς υπόλειμμα επί 4 ημέρες πριν την εγχείρηση, την προηγούμενη της επέμβασης μόνον υγρά από το στόμα και τίποτα μετά τα μεσάνυκτα.

- Χορήγηση αντισηπτικού του εντέρου ή ευρέως φάσματος αντιβιοτικό προληπτικά πριν την εγχείρηση.

- Χορήγηση καθαρτικού ή υποκλυσμού επί 2- 4 ημέρες πριν την εγχείρηση.

- Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα το πρωί της ημέρας της επεμβάσεως.

(24)

Πριν από την εγχείρηση ο ιατρός θα επιλέξει το σημείο που θα κάνει την κολοστομία έτσι ώστε να συνάδει με τις κινήσεις του ασθενούς και να μην επηρεάζεται η εφαρμογή του συλλέκτη σ' οποιαδήποτε στάση του σώματος του.

#### ***4. 4. Φροντίδα της στομίας από τον ασθενή.***

Ο άρρωστος πρέπει να είναι σε θέση να αλλάζει τον σάκο της κολοστομίας και να την περιποιείται, διότι η απόδευση είναι ανεξέλεγκτη, γίνεται αυτόματα, χωρίς την βούληση του ατόμου. Η συχνή φροντίδα διευκολύνεται με την χρήση ειδικού σάκου, που διαθέτει ειδικό κολλητικό δύο υλικών και αντιϊδρωτικό κάλυμμα. Ακόμη ο σάκος διαθέτει ειδικό 'παράθυρο' για να είναι δυνατή η επιθεώρηση, αλλά και η εργασία στο στόμιο χωρίς την αλλαγή του σάκου. Επίσης το σύστημα υποκλυσμού (Irrigation Set), το λεπτό

και εύκαμπτο κάλυμμα στομίου με κολλητικό δύο υλικών και με φίλτρο αερίων, αλλά ιδιαιτέρως η αυτοκόλλητη τάπα στομίου με φίλτρο αερίων, απελευθερώνει τον χρήστη από τον σάκο και απαλλάσσει από τις οσμές και τον θόρυβο.

Βασική είναι και η περιποίηση του δέρματος γύρω από την κολοστομία για να αποφεύγεται η δερματίτιδα. Σήμερα ειδικά προϊόντα χρησιμοποιούνται ευρύτατα, όπως αυτά του ειδικού γαλακτώματος για τον καθαρισμό του δέρματος γύρω από το στόμιο, της αδιάβροχης μεμβράνης που προστατεύει το δέρμα από ερεθισμούς επιτρέποντάς το να αναπνέει, ειδικής κρέμας που τα συστατικά της -όπως η παραφίνη, κυκλομεθικόνη και γλυκερίνη- όχι απλά προστατεύουν και θεραπεύουν το δέρμα, αλλά διατηρούν και το pH του δέρματος φυσιολογικό. (Morais, 2006).

Με όλα αυτά τα σύγχρονα βοηθήματα εξασφαλίζεται κένωση του εντέρου σχεδόν φυσιολογική, με ελευθερία διατροφής και ενδυμασίας, και δραστηριοποίηση του ατόμου κοινωνικά και επαγγελματικά (Bernard, 2001, σελ.100-103). Οι άνθρωποι αυτοί μπορούν μετά τον μετεγχειρητικό χρόνο ανάρρωσης να ξαναρχίσουν τις αθλητικές τους δραστηριότητες. Δραστηριότητες χωρίς προβλήματα είναι η ελαφρά άθληση, η γυμναστική, το τένις, ο χορός η ποδηλασία, το κολύμπι.

Ως προς την άσκηση μελέτες έχουν δείξει ότι η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται, έχουν σχέση με πολλές αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα της ζωής των ατόμων

Αξίζει να σημειωθεί ότι ερεύνα στο IPO (Ongology intitute of Portugal, Ογκολογικό Ινστιτούτο Πορτογαλίας) έδειξε ότι χρειάζονται 4 μόνο μέρες

για να εκπαιδευτεί στην περιποίηση της στομίας ένας ασθενής. Τέσσερις μέρες που θα βελτιώσουν την υπόλοιπη ζωή του (Dirolf & Banovic, 1999).

#### **4.5. Φροντίδα της στομίας από το νοσηλευτή.**

Τα βήματα που θα πρέπει να ακολουθεί ένας νοσηλευτής κατά τη μετεγχειρητική φροντίδα της κολοστομίας ενός ασθενούς είναι τα εξής: Ενημερώνει τον άρρωστο για τη νοσηλεία που πρόκειται να του γίνει και ζητά τη συνεργασία του. Τοποθετεί παραβάν, αν δεν υπάρχουν κουρτίνες στο κρεβάτι του αρρώστου, για εξασφάλιση μοναχικότητας. Παρέχει στον άρρωστο κατάλληλη και αναπαυτική θέση, ύπτια με μικρή κλίση προς το πλάγιο της κολοστομίας. Τοποθετεί ένα αδιάβροχο κοντά στην κολοστομία ανάλογα με τη θέση του αρρώστου. Ανοίγει μια χαρτοσακούλα στο κάτω μέρος του κρεβατιού για τη συλλογή των ακρήστων. Φορά πάντοτε τα γάντια για προληπτικούς λόγους. Χαλαρώνει τη ζώνη κολοστομίας, αν χρησιμοποιεί ο άρρωστος, αποκολλά το σάκο και τον απορρίπτει στη χαρτοσακούλα. Τοποθετεί το νεφροειδές κάτω από το στόμιο αφού καλύψει με χαρτοβάμβακο την πλευρά που έρχεται σε επαφή με το σώμα του αρρώστου για να απορροφήσει τα υγρά. Καθαρίζει καλά την περιοχή της στομίας με φυσιολογικό ορό, χρησιμοποιώντας λαβίδα και τολύπιο. Σαπουνίζει καλά τη γύρω περιοχή του στομίου με χλιαρό νερό και σαπούνι, ξεπλένει και στεγνώνει καλά την περιοχή. Τοποθετεί καλά το νέο σάκο και επιβεβαιώνει ότι δεν υπάρχει πρόβλημα διαρροής γύρω από το στόμιο. Ο ασθενής αφήνεται καθαρός και σε αναπαυτική θέση. Τέλος, ο νοσηλευτής σημειώνει στο δελτίο νοσηλείας παρατηρήσεις, όπως ύπαρξη αίματος ή πύου, δερματίτιδα και στο θερμομετρικό διάγραμμα αν είχε πραγματοποιηθεί κένωση (Σαββοπούλου, 2006).



Βασικές νοσηλευτικές πράξεις είναι:

- \* Σωστή επιλογή του σάκου συλλογής κοπράνων σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή
  - \* Σωστή επιλογή της βάσης ανάλογα με το στόμιο
  - \* Σωστή περιποίηση του δέρματος(Χρήση καθαριστικών που σέβονται το pH του δέρματος, καλό σκούπισμα, χρήση ειδικών σκευασμάτων για αποφυγή ερεθισμού)
  - \* Επίδειξη υποκλυσμού, εφόσον η μέθοδος αυτή ταιριάζει στον ασθενή.
- Αξίζει να σημειωθεί ότι ερεύνα στο IPO (Ongology intitute of Portugal) έδειξε ότι χρειάζονται 4 μόνο μέρες για να εκπαιδευτεί στην περιποίηση της στομίας ένας ασθενής. Τέσσερις μέρες που θα βελτιώσουν την υπόλοιπη ζωή του (Winslow, 2001, σελ. 35-38).

Νοσηλευτικές συμβουλές:

Διατροφή

- \* Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων, καλή μάσηση της τροφής.
- \* Εξατομίκευση της διαίτας, ώστε να είναι πλήρης και να μην δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα
- \* Ισορροπημένη διατροφή χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά με μέτρια λήψη ινών. Τα φρούτα ,οι χυμοί τους και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μπύρα μπορεί να ενεργήσει ως υπακτικό και να δημιουργήσει αέρια
- \* Άφθονη λήψη υγρών- τουλάχιστον 6 ποτήρια ημερησίως.
- \* Απολαύστε το φαγητό σας (Σαχίνη –Καρδάση & Πάνου, 2000, σελ. 424-425).

Ενδυμασία

Αποφυγή πολύ εφαρμοστών ρούχων και χρήση αξεσουάρ στην περιοχή της στομίας (ζώνες τιράντες), τα οποία μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία. Μπορεί

να χρησιμοποιηθεί μαγιό. Για τους άνδρες είναι προτιμότερο με σορτς και για τις γυναίκες με φούστα.

#### Σωματική υγιεινή

Ο ασθενής μπορεί να πλυθεί και να κάνει μπάνιο όπως το συνήθιζε, με ή χωρίς τον σάκο ή τη βάση. Η επαφή του στομίου με το νερό δε δημιουργεί κανένα πρόβλημα και δεν θα αισθανθεί καμία ενόχληση.

#### Εργασία

Σε περίπτωση που η εργασία του αφορά άρση βαρέων αντικειμένων τότε θα πρέπει να περιμένει μέχρι να υπάρξει πλήρης ίαση των κοιλιακών μυών για να επανέλθει σε αυτήν. Η γρήγορη αποκατάσταση είναι μεγάλης σημασίας για τον ασθενή και την οικογένεια του, ώστε να αποφευχθεί το άγχος της μακροχρόνιας απουσίας και απραξίας. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών (96%) με κολοστομία αισθάνεται αδυναμία ανταπόκρισης στον ρόλο τους, όχι μόνον ως παράγοντα οικονομικής στήριξης της οικογένειας, αλλά και ως προς την ανατροφή των παιδιών, τις σπουδές τους, την οικονομική ενίσχυση και αποκατάστασή τους.

#### Άθληση

Ο μόνος κίνδυνος είναι να τραυματιστεί η στομία, που σημαίνει ότι τα «σκληρά»αθλήματα καλό θα ήταν να αποφεύγονται. Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι υπάρχουν ειδικά εξαρτήματα στήριξης του σάκου τα οποία τον απαλλάσσουν από το πιθανό άγχος ότι το τρέξιμο το κολύμπι ή κάποια άλλη αθλητική δραστηριότητα θα προκαλέσει απώλεια του σάκου και «ατύχημα».

#### Σεξουαλικές σχέσεις

Η αλλαγή της εικόνας του σωματικού ειδώλου, η απώλεια της ελκυστικότητας, η αίσθηση δυσοσμίας και του ατυχήματος είναι παράγοντες που επιδρούν ψυχολογικά μιας ομαλής σεξουαλικής ζωής. Ο νοσηλευτής πρέπει να καθησυχάσει τον ασθενή και να τον ενθαρρύνει να συζητήσει για την στομία με τον ερωτικό του σύντροφο καθώς η σεξουαλική λειτουργία των κολοστομημένων ασθενών ποικίλλει από πλήρη ικανότητα μέχρι πλήρη

ανικανότητα. Σε πολλές περιπτώσεις η ικανότητα αυτή ξαναποκτάται κάτι που μπορεί να απαιτήσει και δύο χρόνια(Bryant, 2000, σελ. 51-53).

#### Εγκυμοσύνη

Η στομία δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη. Το μέγεθος της αλλάζει καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και, μαζί με τη μεταβολή στο σχήμα της κοιλιάς, μπορεί να απαιτηθεί προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό.

#### Ταξίδια

Η κολοστομία δεν εμποδίζει τον ασθενή να ταξιδεύσει. Προσεχτική συγκέντρωση των απαραίτητων υλικών ,προσεκτική έκλογη του είδους ταξιδιού και διαμονής και τα προβλήματα λύνονται.

#### Οσμές

Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι όλοι οι νέοι σάκοι κολοστομίας περιέχουν φίλτρο από ενεργό άνθρακα που φυλακίζει τις οσμές και ότι κυκλοφορούν στο εμπόριο αποσμητικές πούδρες και σπρεϋ που δρουν πολύ αποτελεσματικά. Καλό είναι να αποφεύγονται τροφές όπως ψάρι, αυγά, κρεμμύδια, πράσινα λαχανικά τυρί φασόλια αγγούρια.. Ενώ το γιαούρτι, ο χυμός ενός είδους μούρου, το αποβουτυρωμένο γάλα και η λήψη δισκίων υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και προ του ύπνου μειώνουν τις οσμές.

#### Αέρια

Συμβουλευόμαστε τον ασθενή:

- \* Να αποφεύγει να καταπίνει αέρα ενώ τρώει.
- \* Να μην μιλάει ενώ τρώει.
- \* Να αποφεύγει τα ανθρακούχα ποτά.
- \* Να έχει κανονικά γεύματα.
- \* Να αποφεύγει τροφές όπως: πράσινα λαχανικά, φρούτα, καρύδια, μπιζέλια κρεμμύδια, ραδίκια, αυγά, φασόλια.( Μπεσμπέας, 2007).

#### Διάρροια

Η διάρροια μπορεί να προκληθεί από γαστρεντερίτιδα ή άλλες εντερικές

μολύνσεις, από τα φάρμακα ή από διάφορες τροφές. Συνιστάται η κατανάλωση υγρών και να αποφυγούνται έντονα καρυκευμένες τροφές, σοκολάτα , φασόλια, μπιζέλια, δαμάσκηνα, φρούτα και λαχανικά, ακόμα και ο χυμός τους.

#### Δυσκοιλιότητα

Στη δυσκοιλιότητα συνιστάται η κατανάλωση περισσότερων λαχανικών και φρούτων, καθώς και η αποφυγή προϊόντων γάλακτος και τροφών όπως τα πορτοκάλια, οι ξηροί καρποί, τα σπαράγγια και τα μανιτάρια. Η άσκηση βοηθά στην κινητοποίηση του εντέρου.

#### ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟ ΣΤΟΜΙΟ:

- Οπισθοχώρηση στομίου.
  - \* Δημιουργία κήλης.
  - \* Πρόσπτωση.
  - \* Αιμορραγία(Winslow, 2001, σελ. 35-38)

#### **Νοσηλευτικά προβλήματα κολοστομίας,**

Η κολοστομία συχνά παρουσιάζει ορισμένα προβλήματα, τα οποία ο νοσηλευτής καλείται να αντιμετωπίσει και να ενημερώσει πλήρως τον ασθενή για την επίλυση τους. Τα κυριότερα από αυτά είναι τα εξής(Γαβρή, 2007).

-Τραύμα και μόλυνση στην περιοχή της κολοστομίας. Οι αιτίες είναι το εκτεταμένο τραύμα, η παρουσία μικροβίων και παροχευτικών υγρών, η δυσκολία ελέγχου του τραύματος λόγω θέσεως, ο πόνος και το οίδημα. Κατά την νοσηλευτική αντιμετώπιση, ο ασθενής ελέγχεται για πιθανή αιμορραγία, συστήνονται εδρόλουτρα σύμφωνα με ιατρική οδηγία και με τη χρήση ειδικού

αντισηπτικού υγρού, ελέγχεται το χρώμα και η οσμή των υγρών, αλλάζεται το επιδερμικό υλικό, εξασφαλίζονται αυστηρώς άσηπτες συνθήκες και τέλος ο ασθενής τοποθετείται σε άνετη θέση ώστε να μην πονάει και να μην ερεθίζει περισσότερο την περιοχή του τραύματος.

-Κακοσμία. Οι αιτίες είναι η αποβολή περιεχομένου του εντέρου και τα κάκοσμα αέρια από τη λήψη τροφών. Κατά τη νοσηλευτική αντιμετώπιση, χρησιμοποιούμε πάντοτε τους ειδικούς σάκους κολοστομίας με φίλτρο διαφυγής αερίων ή ενεργό φίλτρο άνθρακα που συγκρατεί τις οσμές.

- Δερματίτιδα γύρω από το στόμιο.

- Άγχος, ανησυχία(Σουγλέρη, 2007).

#### ***4. 6. Εκπαίδευση αρρώστου και οικογένειας από το νοσηλευτή.***

Ο έλεγχος της στομίας, η επιστροφή στην πλήρη κοινωνική και επαγγελματική ζωή, η καλή φυσική και ψυχολογική κατάσταση είναι στοιχεία μιας παρατεταμένης διεργασίας με την οποία ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στη μετέπειτα πορεία του αρρώστου, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Σχετικές έρευνες αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς, που τους έγινε διδασκαλία πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση, παρέμειναν λιγότερο χρόνο στο νοσοκομείο, παρουσίασαν λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, υπέφεραν λιγότερο πόνο, και επανήλθαν στο κοινωνικό σύνολο και τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες, πιο σύντομα από αρρώστους που δεν τους έγινε καμία εκπαίδευση.

Ο νοσηλευτής μπορεί να εκπαιδεύσει τον άρρωστο αλλά και την οικογένεια του σχετικά με τη φροντίδα της κολοστομίας και τυχόν δυσκολίες ή επιπλοκές που πρόκειται να αντιμετωπίσει στο νέο τρόπο ζωής του. Η συγκεκριμένη εκπαίδευση βοηθά τον ασθενή και τους συγγενείς του να νιώσουν ασφάλεια, να ενημερωθούν και να λύσουν όλες τις απορίες τους. Τα βασικά σημεία της εκπαίδευσης περιλαμβάνουν τα εξής:

-Τη φροντίδα της κολοστομίας. Ο νοσηλευτής δείχνει τον τρόπο φροντίδας, το κατάλληλο υλικό και τον τρόπο χρήσεώς του, όπως τη χρήση του σάκου σύμφωνα με τις ειδικές οδηγίες και ανάλογα με τον τύπο του καθώς και την πλύση της κολοστομίας.

-Την πρόληψη κακοσμίας και τον έλεγχο των αερίων. Συστήνεται η αποφυγή τροφών που προκαλούν κάκοσμα αέρια, όπως κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, ραδίκια, αγγούρια και φασόλια. Το γιαούρτι, ο χυμός μούρου, το αποβουτυρωμένο γάλα και η λήψη δισκίων υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και προ του ύπνου μειώνουν την οσμή των κοπράνων. Ο ασθενής ενημερώνεται ότι όλοι οι νέοι σάκοι κολοστομίας περιέχουν φίλτρο από ενεργό άνθρακα που φυλακίζει τις οσμές και ότι κυκλοφορούν στο εμπόριο αποσμητικές πούδρες και σπρέι που δρουν πολύ αποτελεσματικά.

-Τη διαίτα. Ο ασθενής ενημερώνεται ότι πρέπει να αποφεύγει την πολυφαγία, τα μεγάλα και ακατάστατα γεύματα και να μασάει καλά την τροφή του. Η διαίτα του να είναι πλήρης σε θρεπτικές ουσίες και εξατομικευμένη, ώστε να μην προκαλείται διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Να αποφεύγει τροφές με πολλές ίνες, σπόρους, καλαμπόκι, σέλινο, ξηρούς καρπούς, λαχανοσαλάτες σταφίδες, αποξηραμένα φρούτα και φαγητά. Τα φρούτα ,οι χυμοί τους και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μύρα μπορεί να

ενεργήσει ως υπακτικό και να δημιουργήσει αέρια. Άφθονη λήψη υγρών-τουλάχιστον 6 ποτήρια ημερησίως (Abcarian & Pearl, 1999).

-Ενδυμασία - σπορ. Συστήνεται η αποφυγή πολύ εφαρμοστών ρούχων και χρήση αξεσουάρ στην περιοχή της στομίας (ζώνες τιράντες), τα οποία μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιό. Σε ότι αφορά τα σπορ, ο μόνος κίνδυνος είναι να τραυματιστεί η στομία, κάτι που σημαίνει ότι τα «σκληρά»αθλήματα καλό θα ήταν να αποφεύγονται. Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι υπάρχουν ειδικά εξαρτήματα στήριξης του σάκου τα οποία τον απαλλάσσουν από το πιθανό άγχος ότι το τρέξιμο το κολύμπι ή κάποια άλλη αθλητική δραστηριότητα θα προκαλέσει απώλεια του σάκου(Σαββοπούλου, 1999).

#### ***4. 7. Επίδραση της κολοστομίας στον τρόπο ζωής του ασθενούς***

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 την

νόσο - και τη 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 ανεπτυγμένες χώρες, ευθυνόμενος για το 11% των θανάτων από αυτόν (Φούντζηλας & Μπαρμπούνης, 2006).

Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη πεθαίνουν περίπου 60.000 άτομα από τα 150.000 με καρκίνο παχέος εντέρου που διαγιγνώσκονται ανά έτος .

Στην Ελλάδα κάθε χρόνο προσβάλλονται από καρκίνο 15.000 άνδρες, εκ των οποίων το 5,57% (δηλαδή 836 άτομα περίπου) από καρκίνο παχέος εντέρου και 11.500 γυναίκες από τις οποίες το 7,15% (δηλαδή 823 άτομα περίπου) τον ίδιο καρκίνο, συνολικά 1.659 άτομα κάθε χρόνο( Πατικός & Καραμανώλης, 2000, σελ. 546-550).

Στον καρκίνο του παχέος εντέρου η χειρουργική θεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής, και ο καρκινοπαθής άρρωστος πολλές φορές επιστρέφει από το χειρουργείο με μία μόνιμη κολοστομία, την δημιουργία της οποίας πρέπει να αποδεχθεί, ώστε στην συνέχεια να μπορέσει να προσαρμοσθεί σε έναν καινούριο τρόπο ζωής όσο το δυνατόν λιγότερο επώδυνα.

Η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας συνεπάγεται για τον άνθρωπο απόλειες και αλλαγές, που μπορεί να είναι βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές. Το άτομο ίσως χάνει τον πλήρη έλεγχο στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής, την ισορροπία στις σχέσεις και την επικοινωνία με τους φίλους και την οικογένειά του, την αίσθηση του υγιούς ανθρώπου, και τέλος τον έλεγχο στις σωματικές του λειτουργίες, όπως αυτόν της αφόδευσης (Κουρούσης, 2001, σελ. 141-147).



Η αντίληψη του σωματικού του ειδώλου όχι απλά απειλείται, αλλά είναι πραγματικότητα η αλλαγή του με όλες τις ψυχολογικές επιπτώσεις, όχι μόνον 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 να 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 μόνων των ασθενών αλλά και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος.

Πολλοί ασθενείς (92%) έχουν αρνητική αντίληψη της καταστάσεώς τους, εξ αιτίας της οποίας νομίζουν ότι δεν μπορούν πλέον να ζήσουν μια φυσιολογική και δραστήρια ζωή (Μπεσμπέας, 2000, σελ. 36-38).

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

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών (96%) με κολοστομία αισθάνεται άδυναμία ανταπόκρισης στον ρόλο τους, όχι μόνον ως παράγοντα οικονομικής στήριξης της οικογένειας, αλλά και ως προς την ανατροφή των παιδιών, τις σπουδές τους, την οικονομική ενίσχυση και αποκατάστασή 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 οι άνθρωποι αυτοί να συνεχίσουν την συνήθη εργασία τους; Έχουμε προγράμματα αποκατάστασης κολοστομημέ

νων ατόμων; Είναι πάντως πρόβλημα αν η εργασία τους έχει σχέση με ανύψωση ή τράβηγμα βαρών.

Ως προς τις οικονομικές δε συνέπειες οι αριθμοί δείχνουν, ότι στην κοινότητα μας ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού έχει σημαντική συμμετοχή στην δαπάνη για την φροντίδα της υγείας και την ταλαιπωρία των ανθρώπων (Σαββοπούλου, 2001, σελ. 94-103).

#### ***4.8. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία.***

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία **κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής**. Ανεξάρτητα με αυτό σκοπός του/της νοσηλευτή/τριας είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο.

Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η **πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό** και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά.

Η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με χημειοθεραπεία μόνη ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία.

1. Ενημέρωση, για την αναγκαιότητα της θεραπείας, για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους, για τις παρενέργειες, για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.

2. Ασφαλής χορήγηση των χημειοθεραπευτικών προφύλαξη από την εξαγγείωση των φαρμάκων.
3. Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπτώσεων της θεραπείας.
4. Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών.
5. Ενημέρωση για εισαγωγή ασθενών σε κλινικές μελέτες.
6. Υποστήριξη των ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα.
7. Παρότρυνση συγγενών και άλλων ατόμων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς για συμμετοχή σε προγράμματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης.
8. Ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά - διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά έτσι ώστε να έχει ο ασθενής υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
9. Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους.
10. Εκμάθηση για χρησιμότητα και αναγκαιότητα καθετήρων όπως Levin Folley, παροχετεύσεων, κολοστομίας, κ.ά.
11. Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενή στην θεραπευτική κλίνη κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας.
12. Την παραμονή στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνο του ασθενή αλλά την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης.
13. Την παραμονή του στο περιβάλλον του. Οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω.
14. Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx)

## **Στην ψυχολογική στήριξη προ και μετά της θεραπείας**

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα: αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλάσματος κατάσταση σωματικής - ψυχικής - κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που προέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου.

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή/τριας είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου. Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου. **Τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής είναι:**

- Χειρισμός/ διαχείριση καρκινικού πόνου.
- Αντιμετώπιση ψυχολογικών - κοινωνικών ηθικών προβλημάτων.
- Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων.
- Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας.
- Φροντίδα τελικού σταδίου.

Οι νοσηλευτές/τριες οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το:

1. Να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου.
2. Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή.
3. Να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του **στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση** της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο "palliative care" - "ανακουφιστική φροντίδα", έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας (Σταυρίδου, 1998).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ:**

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μία μέθοδος η οποία αναφέρεται στην αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων του αρρώστου, την νοσηλευτική αντιμετώπιση των αντίστοιχων αναγκών, τον προγραμματισμό των νοσηλευτικών ενεργειών και την τελική εκτίμηση των αποτελεσμάτων της παραπάνω διαδικασίας σε σχέση προς τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι τα εξής:

- Νοσηλευτική αξιολόγηση προβλημάτων ασθενή.
- Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης.
- Προγραμματισμός νοσηλευτικής παρέμβασης.
- Εφαρμογή προγραμματισμού.
- Εκτίμηση αποτελεσμάτων.

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

Η νοσηλευτική διεργασία- μέθοδος εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας επιτυγχάνει την ολική φροντίδα του ασθενούς διότι λαμβάνει υπ' όψιν τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές, οικονομικές και αποκαταστατικές ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς και συμβάλλει στη μερική ή πλήρη βελτίωση της υγείας του. Επίσης ενσωματώνει όλες τις

διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας του όλου ατόμου του ασθενούς που εκτείνονται και πιο πέρα από την αντιμετώπιση των άμεσων αναγκών και προβλημάτων του. Τέτοιες διαστάσεις είναι η διδασκαλία της υγείας ή της δημιουργικής ζωής μέσα στα όρια μιας αναπηρίας που δημιουργήθηκε, η διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας και η επιστροφή του ασθενούς στην κοινωνία ως χρήσιμο μέλος.

- **5.1 Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία:**

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1η

Άντρας με όνομα Α.Ι. , ηλικίας 58 ετών εισήχθη στην χειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 9/7/2009 έπειτα από ερευνητική λαπαροτομία στην οποία υποβλήθηκε στις 18/6/2009 λόγω αποφρακτικού ειλεού. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης ανευρέθηκε όγκος ανιόντος κόλου και υποβλήθηκε σε τυπική δεξιά ημικολεκτομή. Η μακροσκοπική κατάσταση της περιτοναϊκής κοιλότητας δεν ανέδειξε δευτεροπαθείς εντοπίσεις. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε << αδενοCa παχέος εντέρου μέσης διαφοροποίησης, επεκτεινόμενο ως τον ορογόνο του εντέρου>>. Επίσης από τους 56 ανευρεθέντες λεμφαδένες, 3 ήταν διηθημένοι από τη νόσο (στάδιο C2 κατά Astler- Coller, pT4N1 κατά AJCC-UICC). Η γενική αίματός του έδινε τα εξής στοιχεία: HGB (Αιμοσφαιρίνη) : 8,5 g/dl με Φυσιολογικές τιμές 14-18, HCT (αιματοκρίτης): 28,6% με φυσιολογικές τιμές 42-54, MCV (μέσος όγκος ερυθρών ) : 59,8 fl με φυσιολογικές τιμές 76-98 και LYM (λεμφοκύτταρα):

42,0% με φυσιολογικές τιμές 18-40. Ο ασθενής παραπέμφθηκε άμεσα για περαιτέρω συμπληρωματικούς θεραπευτικούς χειρισμούς.

Στην εισαγωγή του στο Π.Γ.Ν.Π. το επόμενο βήμα ήταν να υποβληθεί ο ασθενής σε χημειοθεραπευτικό σχήμα φαρμάκων FOLFOX το οποίο χορηγείται ανά 15 ημέρες και κρατάει δύο 24ωρα. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε 12 κύκλους θεραπευτικού σχήματος.

Σχήμα FOLFOX:

Προετοιμασία:

N/S -Φυσιολογικός ορός για ενυδάτωση 1x1

Zetrom amp. –Αντιεμετικό 2x2

Decadron amp. –Κορτιζόνη 2x1

Zantac tab. –Γαστροπροστασία 2x1

Fenistil amp. –Αντιισταμινικό 2x1

Κυρίως θεραπευτικό σχήμα με κυτταροστατικά φάρμακα:

Oxaliplatin 140mg -Την πρώτη μέρα μόνο. Πρέπει η έγχυση να ολοκληρωθεί μέσα σε 3 ώρες και χορηγείται σε Dextrose 250 cc.

Veravorin 350mg - Έγχυση μέσα σε 2 ώρες.

Fluorasil (5Flu) 700mg - Μπαίνει σε αντλία και ολοκληρώνεται η έγχυση μέσα σε 48 ώρες.

Στο τέλος του θεραπευτικού σχήματος χορηγείται διουρητικό Lasix IV 1x1 για αποβολή της περίσσειας ποσότητας των κυτταροστατικών φαρμάκων.

***1)Ναυτία-έμετος-διάρροιες (αξιολόγηση)***

Σκοπός

-Διατήρηση επαρκούς θρέψης.

-Κάλυψη θερμιδικών αναγκών.

-Να απαλλαχθεί από τους εμέτους.



-Πρόληψη αφυδάτωσης.

### Προγραμματισμός

-Χορήγηση τροφών που προτιμά ο ασθενής.

-Μικρά γεύματα.

-Ενθάρρυνση ασθενή να φάει.

-Χορήγηση αντιεμετικού Zetrom προληπτικά.

### Εφαρμογή

-6 με 8 μικρά και ελαφριά γεύματα.

-Πολλά υγρά σε μικρές ποσότητες και σε μικρά χρονικά διαστήματα

-Αποφυγή κατανάλωσης νερού 30 λεπτά πριν και μετά το γεύμα καθώς και κατά τη διάρκειά του.

-Πλύσεις στοματικής κοιλότητας.

### Εκτίμηση

-Θρέψη ικανοποιητική.

-Αύξηση βάρους.

## **2)Στοματίτιδα (αξιολόγηση)**

### Σκοπός

-Μείωση πόνου και δυσφορίας

-Προαγωγή καλής θρέψης.

### Προγραμματισμός

-Σωστή υγιεινή στόματος.

-Κατάλληλες τροφές για αποφυγή τραυματισμού.

### Εφαρμογή

-Συχνό βούρτσισμα δοντιών μετά από κάθε γεύμα με μαλακή οδοντόβουρτσα

-Στοματικές πλύσεις με σόδα, νερό ή χαμομήλι

-Χορήγηση ευκολομάσητων τροφών, όχι μπαχαρικά, ξύδι, αλάτι, λεμόνι.

-Όχι αλκοόλ κάπνισμα.

-Χαμηλή θερμοκρασία τροφών.

### Εκτίμηση

-Άνεση και ανακούφιση.

**3)Μελαγχολία-stress εξαιτίας της αλωπεκίας και της χημειοθεραπείας (αξιολόγηση).**

### Σκοπός

-Εξασφάλιση ψυχικής ηρεμίας του ασθενή και ψυχολογική στήριξή του.

## Προγραμματισμός

-Ηθική τόνωση

-Επικοινωνία με ασθενή σε κάθε απορία και ανασφάλεια του.

## Εφαρμογή

-Συζήτηση με τον ασθενή για τα προβλήματα που τον απασχολούν

-Καθησυχασμός ασθενή και διαβεβαίωσή του ότι τα μαλλιά του θα ξανά φυτρώσουν κατά το μεγαλύτερο ποσοστό τους.

-Εξασφάλιση επαφής αν είναι δυνατό με ασθενείς που περνάνε το ίδιο πρόβλημα ώστε να μειωθεί το αίσθημα της μοναξιάς.

-Διδασκαλία οικογένειας για την σωστή στήριξη του ασθενή και ενθάρρυνσή τους να αντιμετωπίζουν τον ασθενή σαν έναν άνθρωπο με φυσιολογικές ανάγκες.

## Εκτίμηση

- Ο ασθενής δέχεται καλύτερα την θεραπεία.

-Έχει καλύτερο επίπεδο ύπνου

-Αντιμετωπίζει τις παρενέργειες χωρίς φόβο.

-Έρχεται πιο κοντά στον νοσηλευτή και στα άτομα της οικογένειάς του συζητώντας αυτά που τον απασχολούν

## **4)Μυελοκαταστολή (αξιολόγηση)**

## Σκοπός

Πρόληψη λοιμώξεων όπως έρπητας, πνευμονία, σηψαιμία, σηπτικό shock.

## Προγραμματισμός

Αυστηρή τήρηση κανόνων αντισηψίας στο περιβάλλον του, σωστής αποστείρωσης των εργαλείων και προσεχτική επαφή του με αυτόν

## Εφαρμογή

-Χρήση μάσκας και αποστειρωμένων γαντιών για προφύλαξη μετάδοσης και διασποράς μικροβίων από το περιβάλλον και από εμάς στον άρρωστο.

-Διατήρηση καθαρού του περιβάλλοντος που νοσηλεύεται ο άρρωστος.

-Σωστή απολύμανση, επαρκής αερισμός.

-Σωστοί κανόνες υγιεινής του ίδιου του ασθενή

-Διδασκαλία οικογένειας για καλή απολύμανση περιβάλλοντος και αντικειμένων που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή

## Εκτίμηση

Ο ασθενής δεν εμφανίζει επιπλοκές και κινδύνους από λοιμώξεις.

- **5.2 Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου που έχει υποβληθεί σε κολοστομία:**

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2η**

Άντρας με όνομα Τ.Σ. ετών 63 εισήχθη στις 17/11 2008 στην χειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών με διαγνωσμένο καρκίνο παχέος εντέρου. Τα συμπτώματα που τον οδήγησαν στη εξακρίβωση του καρκίνου ήταν τα εξής: αποβολή αίματος από το ορθό, κοιλιακό άλγος και απώλεια βάρους, με αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου και εναλλαγή από διάρροια σε δυσκοιλιότητα. Στην πορεία υποβλήθηκε σε ορθοσιγμοειδοσκόπηση όπου παρατηρήθηκε πίεση στη περιοχή του σιγμοειδούς με μετατόπιση του τοιχώματος του κόλου το οποίο παρουσιάζει μεγάλου βαθμού στένωση. Έπειτα ακολούθησε ερευνητική λαπαροτομία κατά την οποία διαγνώστηκε Ca στο ορθοσιγμοειδές και στα 5 cm από το ορθό. Ακολούθησε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθού και τελική κολοστομία. Οι αιματολογικές εξετάσεις έδωσαν τις εξής τιμές: Hct-41, Hb- 14,1.

**\*Η κολοστομία στην κατά Hartman** εκτομή (εξαίρεση της αλλοίωσης του κόλου) είναι τεχνική για το εγγύς σκέλος του εντέρου, ενώ το άπω σκέλος (ορθό)συγκλείεται και αφήνεται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα ή οπισθοπεριτοναϊκά. Πλεονεκτήματα της εγχειρήσεως είναι η αφαίρεση της παθολογικής αλλοίωσης, αλλά μειονέκτημα, η δύσκολη, σε 2<sup>ο</sup> χρόνο, αποκατάσταση της συνεχείας του εντέρου.

Στον ασθενή χορηγήθηκε η παρακάτω φαρμακευτική αγωγή:

N/S 0,9 % 1x2

Voltaren fl. 500 1x1

Zetagal fl. 1,5 1x3

Flagyl fl. 500 1x3

Primperan amp. 1x3

*1) Πόνος του χειρουργικού τραύματος και μείωση άνεσης την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα(αξιολόγηση)*

#### Σκοπός

-Μείωση πόνου στο ελάχιστο δυνατό.

-Ανακούφιση ασθενή

#### Προγραμματισμός

-Χορήγηση παυσίπονων και κατευναστικών πάντοτε με ιατρική οδηγία.

#### Εφαρμογή

-Αναπαυτική θέση στο κρεβάτι.

-Διερεύνηση αιτιών πόνου και περιοχής γύρω από το τραύμα.

-Επισκόπηση παροχτεύσεων τραύματος.

#### Εκτίμηση

-Ανακούφιση από τον πόνο.

-Αύξηση άνεσης του ασθενή.

## **2)Μείωση δραστηριοτήτων ασθενή (αξιολόγηση)**

### Σκοπός

Αύξηση κινητικότητας και δραστηριοτήτων του ασθενή για αποφυγή δημιουργίας κατακλίσεων και σοβαρών επιπλοκών.

### Προγραμματισμός

-Βοήθεια και υποστήριξη ασθενή για έγερση.

-Εφαρμογή μέτρων για πρόληψη επιπλοκών

### Εφαρμογή

-Εφαρμογή ελαστικών περιδέσεων στα κάτω άκρα.

-Υποστήριξη και ενθάρρυνση ασθενή για άμεση έγερση από το κρεβάτι μετά το χειρουργείο με τη βοήθεια δύο νοσηλευτών

-Βοήθεια στην συχνή αλλαγή πλευρού που ξεκουράζεται ή κοιμάται ο ασθενής.

-Σωστό στρώσιμο κρεβατιού για αποφυγή δημιουργίας τσακίσεων που ερεθίζουν στο δέρμα.

### Εκτίμηση

-Ο ασθενής δραστηριοποιείται και αποφεύγεται η δημιουργία κατακλίσεων, φλεβοθρομβώσεων και άλλων σοβαρών επιπλοκών.

**3)Άρνηση ασθενούς να μάθει να περιποιείται την κολοστομία λόγω θυμού και άρνησης υποδοχής της νέας του εικόνας (αξιολόγηση).**

#### Σκοπός

Να γίνει διδασκαλία περιποίησης στομίας και να δοθεί σημασία στην υποχρεωτική φροντίδα, αλλαγή και καθαρισμό

#### Προγραμματισμός

Σωστή μέθοδος διδασκαλίας χειρισμού της κολοστομίας από τον ασθενή με προσεχτική προσέγγισή του.

#### Εφαρμογή

-Υπομονή και επιμονή κατά την υπόδειξη των κινήσεων και πράξεων που αφορούν στην περιποίηση της στομίας μέχρι να γίνουν πλήρως κατανοητές από τον ασθενή

-Παρακολούθηση του ασθενή καθώς επιχειρεί μόνος του να επαναλάβει όσα έμαθε γύρω από την κολοστομία του.

#### Εκτίμηση

Ο ασθενής αποβάλλει το άγχος και τον φόβο του, αποκτά θάρρος, μαθαίνει να περιποιείται την κολοστομία του χωρίς καμία επίβλεψη, νιώθει ανεξάρτητος και δέχεται καλύτερα την νέα του εικόνα.

**4)Πυρετός 38,9°C την δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα(αξιολόγηση)**



## Σκοπός

-Ανακούφιση του ασθενή από το πυρετό και καλλιέργεια υγρών παροχέτευσης για ανεύρεση πυρετογόνου παράγοντα.

-Ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος σε φυσιολογική τιμή.

## Προγραμματισμός

-Χορήγηση αντιπυρετικών

-Επαρκής ενυδάτωση.

-Λήψη ούρων για καλλιέργεια για τυχόν ουρολοίμωξης

## Εφαρμογή

Παρακολούθηση θερμοκρασίας ανά 3 ώρες.

-Χορήγηση αντιπυρετικών με ιατρική οδηγία.

-Χορήγηση sodium chloride 9%.

-Λήψη ούρων και αίματος για παραπάνω διερεύνηση του πυρετού.

## Εκτίμηση

-Όχι σημαντική μείωση πυρετού(38,3°C)

-Καλλιέργεια θετική για gram (-), e.coli>100.000/ml

-Δόθηκε αντιβίωση septrin και fibraentyl με ιατρική σύσταση

-Ο πυρετός συνεχίστηκε την 3<sup>η</sup> και 4<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα.

## **5) Ουρολοίμωξη (αξιολόγηση)**

### Σκοπός

-Αντιμετώπιση ουρολοίμωξης

-Μείωση πυρετού.

-Προαγωγή άνεσης του ασθενή.

### Προγραμματισμός

-Χορήγηση φαρμάκων αντιβιοτικών

-Επαρκής ενυδάτωση για διούρηση.

### Εφαρμογή

Χορήγηση septrin και fibraentyl για 10 ημέρες.

### Εκτίμηση

Ο ασθενής δεν έχει απαλλαχτεί από τον πόνο και ο πυρετός κατέβηκε 37,5°C.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια νόσος που μπορεί να προληφθεί. Σήμερα γνωρίζουμε αρκετές πτυχές της παθογένεσης του καθώς και παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξή του. Τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται στην εποχή μας πολύ εύκολα και σε πρώιμο στάδιο, με τις υπάρχουσες ενδοσκοπικές μεθόδους, όπως είναι η κολονοσκόπηση. Επιπλέον η ανίχνευση αίματος στα κόπρανα μπορεί εύκολα να οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση.

Οι συνδυασμένες στατιστικές για άνδρες και γυναίκες αναφέρουν τον καρκίνο του παχέος εντέρου ως τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο των πνευμόνων. Στις ανεπτυγμένες χώρες, ο κίνδυνος ενός ενήλικα να αναπτύξει καρκίνο του παχέος εντέρου είναι 6% ή 1 στους 18. Το 90% των περιπτώσεων παρουσιάζονται σε ηλικίες άνω των 50, και λίγο συχνότερα σε άνδρες. Τα ποσοστά επιβίωσης εξαρτώνται κατά πολύ από το στάδιο της νόσου τη στιγμή της διάγνωσης.

Συχνά ο καρκίνος του δεξιού τμήματος του παχέος εντέρου (τυφλό, ανιόν) το οποίο έχει μεγάλη διάμετρο και συνεπώς δεν φράζει ακόμα κι από μεγάλο όγκο, διαγιγνώσκεται επειδή βρέθηκε σιδηροπενική αναιμία σε κάποια εξέταση αίματος και συστήθηκε κολονοσκόπηση στον ασθενή. Σπανιότερα προκαλεί αιμορραγία χρώματος σκούρου μελιτζανί ή μαύρου. Αντίθετα ο καρκίνος του αριστερού τμήματος (κατιόν, σιγμοειδές) το οποίο έχει μικρή διάμετρο και φράζει εύκολα, εκδηλώνεται συχνότερα με συμπτώματα ειλεού, χωρίς να λείπει και η αναιμία.

Η χειρουργική θεραπεία είναι η πιο συχνή αντιμετώπιση για καρκίνο παχέος εντέρου. Ο χειρουργός αφαιρεί τον όγκο και τμήμα του κοντινού υγιούς εντέρου καθώς και του περιοχικούς λεμφαδένες. Μία σχολαστική αφαίρεση έχει πιθανότητες να γιατρέψει τον άρρωστο από τον καρκίνο αρκεί να μην υπάρχουν

μεταστάσεις, να αφαιρεθεί σωστά τμήμα του εντέρου κι από τις δύο μεριές του όγκου και να γίνει μια καλή αναστόμωση. Σε όλες τις περιπτώσεις καρκίνου, τα τμήματα του εντέρου που απομένουν μετά την εκτομή ενώνονται και αποκαθίσταται πάλι η συνέχεια του εντερικού σωλήνα.

Ίσως η τελευταία αίσθηση που δημιουργήθηκε να είναι δυσάρεστη. Η αίσθηση πως το μέλλον δείχνει να είναι ομιχλώδες, και ότι θα χρειαστεί νέα προσπάθεια και περισσότερη κούραση και δουλειά. Ότι γράφτηκαν ελάχιστα έως καθόλου ευχάριστα πράγματα. Ελπίζω ωστόσο να κατέστη σαφές και να συμφωνούν όλοι πως έχουν γίνει άλματα στο τομέα της νοσηλευτικής και πως οι νοσηλευτές κάνουν και θα κάνουν τη διαφορά προς μια πιο ποιοτική φροντίδα και καλύτερο σύστημα υγείας.

Έχουν ακόμη πολύ δουλειά να κάνουν ώστε να γίνουν κτήμα τους οι νέες τεχνολογίες, να συνεχίσουν να τεκμηριώνουν την αξία τους και την αποδοτικότητα τους, να διασφαλίσουν την επάρκεια ικανοποιημένων και καταρτισμένων νοσηλευτών, και να δώσουν στους νέους συναδέλφους κίνητρα, προοπτικές και νέες ευκαιρίες.

Πρέπει να είναι σίγουροι ότι Νοσηλευτές παρέχουν και θα παρέχουν τη φροντίδα τους εντός του συστήματος υγείας. Μέσω της τέχνης και της επιστήμης της νοσηλευτικής και μέσω της ανθρωπιάς.

Χωρίς ανθρωπιά παρέχουν κρύες υπηρεσίες. Με οδηγό τους την ανθρωπιά, διατηρούν την εμπιστοσύνη και κάνουν τη διαφορά στη πρόοδο της νοσηλευτικής, των νοσηλευτών και της υγείας για το παγκόσμιο πληθυσμό.

Πρέπει να είναι ενθουσιασμένοι με το μέλλον τους. Είναι και πρέπει να προσπαθήσουν ακόμη περισσότερο να είναι, άριστοι επαγγελματίες και ανθρωπιστές, αφοσιωμένοι να συνεργάζονται με όλους στο τομέα της υγείας με απώτερο σκοπό την επίτευξη των κοινών τους στόχων. Τη θεραπεία, φροντίδα και ανακούφιση των ασθενών. Περιορίζονται μόνο από τα όρια, που αναπόφευκτα υπάρχουν, των οραμάτων τους.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.**

- Αρβανίτη, Β. (2003). *Καρκίνος του παχέος εντέρου*. Άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση:  
<http://www.mednutrition.gr/content/view/2003/158>
- Abcarian, H., & Pearl, R. (1999). *Stomas Surgery*, 1295-1305.
- Βλαχοπούλου, Σ.(χ.η.). *Καρκίνος παχέος εντέρου, Ανατομικά στοιχεία παχέος εντέρου*. Άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση:  
<http://www.imlarisis.gr/main.php?p=333&more>
- Bernard, L. (2001). *State Of The Art In Colorectal Cancer Screening: Ογκολογική Ενημέρωση 3 Φεβρουαρίου 2001*(σελ. 100-103).
- Berne, R. M., & Levy, M. N. (επιμέλεια Κούβελας, Η.). (2002). *Αρχές φυσιολογίας*. (τόμος ΙΙ). Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
- Bryant, D.(2000). *Changing an ostomy appliance*. 51-53.
- Γαβρή, Χ. (2007). *Διαιτολογικές Συστάσεις Κολοστομίας, Ειλεοστομίας*. Άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση:  
[www.mednutrition.gr/content/view/1039/159](http://www.mednutrition.gr/content/view/1039/159)
- Dirolf, J., & Banovic, J.(1989). *Addressing the need of families of cancer patients*. *Oncology Nursing Forum*, 208.
- Gordon Philip, H. (2008). *Νεοπλάσματα του πρωκτού και του παχέος εντέρου*. Άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση:  
<http://www.colorectal.gr>.
- Gray, H. (2004). *Anatomy*. 39th Edition, Dec 2004.
- Jean, M. & Shultz, R. (n.d.). *Preparing the Patient for Colostomy Care: A Lesson Well Learned. Ostomy Wound Management*, Vol. 48 (10), άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.o-wm.com/>
- Καρανίκας, Ι. (2004). *Επιπλοκές εγχειρήσεων παχέος εντέρου, ορθού και πρωκτού*. 7<sup>ο</sup> σεμινάριο της Ελληνικής Χειρουργικής εταιρείας, άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση

[:www.exe1928.gr/ell/articles/articles\\_seminars/articles\\_year2004/article\\_sem-txt/article\\_sem7](http://www.exe1928.gr/ell/articles/articles_seminars/articles_year2004/article_sem-txt/article_sem7)

- Κουράκλης, Γ.(1999). *Κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου*. Ιατρική 1999. 199-200.
- Κουρούσης, Χ. (2001). *Πρόοδοι στην χημειοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου*. Ιατρική 2001. 141-147.
- Μπεσμπέας, Σ. (2000). *Εκτίμηση της θεραπευτικής πρακτικής στον καρκίνο του παχέος εντέρου ορθού*. Ογκολογική Ενημέρωση 2000. 36-38.
- Morais, I.(2006). *Educating ostomy patients in self care during the hospitalization period*. Helios 2006, 13(02):3-6.
- Myers, D.(2007). *Στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας του παχέος εντέρου και του πρωκτικού σωλήνα*. Άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.colorectal.gr/anatomy>,
- Ντολάτζας, Θ.(1994). *Συνοπτική χειρουργική*. Εκδόσεις Λίτσας.
- Παπασταματίου, Μ.,& Νικολόπουλος, Δ.(χ.η.). άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση:  
<http://www.medtime.gr/content/view/216/35/land,greek/> .
- Παπής, Χ. (2003). *Καρκίνος του παχέος εντέρου*. Άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση: [www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=197](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=197)
- Πατίκος, Κ., & Καραμανώλης, Δ.(2000). *Σύγχρονες απόψεις στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου*. Ιατρική 2000,78(6):546-550.
- Πιάγκου, Μ., & Γρίβας, Δ.(2005). *Ανατομία παχέος εντέρου*. Άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση:  
<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=154>
- Πιτσιάνη, Γ.(2006). *Νοσηλευτική Φροντίδα αρρώστου με κολοστομία*. Άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση:  
[www.imlarisis.gr/main.php?p](http://www.imlarisis.gr/main.php?p)

- Σαββόπουλος, Γ.(1991). *Διερευνητική μελέτη των προβλημάτων και αναγκών των ασθενών με κολοστομία σε χειρουργηθέντα Καρκίνο παχέος εντέρου*. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1991.
- Σαββοπούλου, Γ. (2006). *Μόνιμη κολοστομία, αλλαγή σωματικού ειδώλου, ψυχολογικές επιπτώσεις και αντιμετώπιση*. Άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση:  
<http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=125275>
- Σαρακατσιάνου, Χ. (2009). *Εκπαίδευση και ενημέρωση ασθενή με κολοστομία, η συμβολή του νοσηλευτή*.
- Σαχίνη –Καρδάση, Α., & Πάνου Μ.(2000). *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική*.(τόμος ΙΙ), Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, Σελ. 424-425.
- Σμπαρούνης, Χ.(1991). *Γενική Χειρουργική*, Τόμος Γ΄,1991.
- Σουγλήρη, Μ.(2007). *Νοσηλευτική παρέμβαση στην Ογκολογία*. Μονάδα Χημειοθεραπείας, Ογκολογικό Παθολογικό τμήμα Π.Γ.Ν. Άγιος Ανδρέας, άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση:  
[www.oncology.gr/1/synedrio3/praktikaagsoyglerrinn](http://www.oncology.gr/1/synedrio3/praktikaagsoyglerrinn)
- Σκρέκας, Γ. (2004). *Ανατομία του πεπτικού συστήματος* .
- Σταματιάδης, Α.(2002). Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία: «*Οδηγίες για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου*» άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση:  
<http://www.colorectal.gr/text2>
- Σταυρίδου, Μ.(1998). *Νοσηλευτική τεχνική χειρουργείου*. Εκδόσεις University Studio Press, 1998.
- Sobotta (1988). *Άτλας Ανατομικής του Ανθρώπου*. 1η Ελληνική Έκδοση, Β΄ τόμος, Εκδόσεις Παριζιάνος, 1988.
- Winslow, E.(2001). *Patient education materials*. American Journal of nursing, 2001, 101(10):35-38.

Φούντζηλας, Γ., & Μπαρμπούνης Β. (2006). *Βασικές αρχές θεραπείας του καρκίνου*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις University Studio Press.

Φύσσας, Γ.(2006). *Καρκίνος του παχέος εντέρου*. Άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση: [www.fyssas.gr/gr/kar\\_paxy\\_ent.asp](http://www.fyssas.gr/gr/kar_paxy_ent.asp)

Χρηστάκης, Χ. (2006). *Ανατομία παχέος εντέρου*. Άρθρο που ανακτήθηκε από την ηλεκτρονική διεύθυνση:

[www.exe1928.gr/ell/articles/articles\\_seminars/2006/dseminar/article8159](http://www.exe1928.gr/ell/articles/articles_seminars/2006/dseminar/article8159)

00