

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:
«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ
ΚΥΠΡΟΥ ΚΥΠΡΟΥΛΑ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
DR. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛΙΔΕΣ

| | |
|------------------|----|
| ΑΦΙΕΡΩΣΗ..... | 6 |
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ..... | 7 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 8 |
| SUMMARY..... | 11 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 12 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

| | |
|---|----|
| 1.1. Ανατομία και φυσιολογία πεπτικού συστήματος..... | 13 |
| 1.2. Ανατομία και φυσιολογία παχέος εντέρου..... | 16 |
| 1.2.1. Λειτουργίες παχέος εντέρου..... | 19 |
| 1.2.2. Αγγείωση και νεύρωση παχέος εντέρου..... | 21 |
| 1.2.3. Η λεμφική παροχέτευση..... | 22 |
| 1.2.4. Μικροβιολογία παχέος εντέρου..... | 23 |
| 1.3. Νοσήματα του παχέος εντέρου..... | 24 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΑΡΚΙΝΟΣ

| | |
|--|----|
| 2.1. Η ιστορία του καρκίνου..... | 28 |
| 2.2. Ορισμός καρκίνου..... | 30 |
| 2.3. Επιδημιολογία..... | 32 |
| 2.4. Νεοπλάσματα..... | 34 |
| 2.4.1. Καλοήθη νεοπλάσματα παχέος εντέρου..... | 35 |
| 2.4.2. Κακοήθη νεοπλάσματα παχέος εντέρου..... | 39 |
| 2.5. Ταξινόμηση – Σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου..... | 40 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

| | |
|---|----|
| 3.1 Γενικά..... | 45 |
| 3.2 Διατροφή..... | 45 |
| 3.3 Παχυσαρκία – αυξημένη μάζα σώματος (BMI)..... | 47 |
| 3.4 Ορμονικοί Παράγοντες..... | 48 |
| 3.5 Καθιστική Ζωή..... | 49 |

| | |
|-----------------------------------|----|
| 3.6 Κάπνισμα..... | 49 |
| 3.7 Κληρονομικότητα..... | 50 |
| 3.8 Πολύποδες Παχέος Εντέρου..... | 50 |
| 3.9 Τελευταία Δεδομένα..... | 51 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΟΛΗΨΗ

| | |
|---|----|
| 4.1.Πρωτογενής πρόληψη..... | 52 |
| 4.1.1.Περιβάλλον και καρκίνος του πεπτικού συστήματος..... | 52 |
| 4.2.Δευτερογενής πρόληψη..... | 56 |
| 4.2.1.Δοκιμασίες ελέγχου..... | 56 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ

| | |
|--|----|
| 5.1. Κλινική εικόνα- συμπτωματολογία | 61 |
| 5.2. Διάγνωση..... | 63 |
| 5.2.1. Δακτυλική εξέταση ορθού..... | 64 |
| 5.2.2. Αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος..... | 64 |
| 5.2.3. Ακτινολογικός έλεγχος του παχέος εντέρου με διπλή αντίθεση (double contrast)..... | 65 |
| 5.2.4. Κολonosκόπηση..... | 66 |
| 5.2.5. Σπινθηρογράφημα..... | 67 |
| 5.2.6. Ακτινογραφία θώρακο..... | 67 |
| 5.2.7. Υπερηχογράφημα ήπατος και κοιλιάς..... | 68 |
| 5.2.8. Αξονική και Μαγνητική τομογραφία ή υπερηχογράφημα..... | 68 |
| 5.2.9. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση..... | 70 |
| 5.2.10. Εικονική κολonosκόπηση (3D virtual colonoscopy)..... | 70 |
| 5.2.11. Ενδοαυλική υπερηχοτομογραφία..... | 71 |
| 5.2.12. Τεστ ανίχνευσης αφανούς αιμορραγίας (Hemoccult Test)..... | 72 |
| 5.2.13. Βιοψία..... | 73 |
| 5.2.14. Νέα διαγνωστική μέθοδος για τον καρκίνο του παχέος εντέρου- Χάπι βιντεοκάψουλα..... | 73 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

| | |
|--|----|
| 6.1. Συμπληρωματική θεραπεία..... | 75 |
| 6.2. Χειρουργική..... | 76 |
| 6.2.1. Θεραπεία αδενωμάτων παχέος εντέρου..... | 76 |
| 6.3. Αρχές της χειρουργικής του καρκίνου του παχέος εντέρου..... | 77 |
| 6.4. Ακτινοθεραπεία..... | 80 |
| 6.4.1. Ριζική ακτινοθεραπεία..... | 80 |
| 6.4.2. Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία..... | 82 |
| 6.4.3. Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία..... | 83 |
| 6.4.4. Sandwich ακτινοθεραπεία..... | 83 |
| 6.4.5. Διεγχειρητική ακτινοθεραπεία | 83 |
| 6.4.6. Ακτινοθεραπεία σε υποτροπές..... | 83 |
| 6.4.7. Τεχνικές ακτινοθεραπείας..... | 84 |
| 6.4.8. Ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας..... | 85 |
| 6.5. Χημειοθεραπεία..... | 86 |
| 6.5.1. Παρενέργειες της χημειοθεραπείας..... | 87 |
| 6.5.2. Συντηρητική θεραπεία..... | 89 |
| 6.6. Ανοσοθεραπεία..... | 89 |
| 6.7. Σύγχρονη θεραπεία και χειρουργικές πρακτικές..... | 89 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

| | |
|---|-----|
| 7.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή την περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων..... | 92 |
| 7.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των αναγκών θρέψης του ασθενή..... | 95 |
| 7.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων..... | 96 |
| 7.4. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε άρρωστο με καρκίνο με ψυχολογικά προβλήματα..... | 101 |
| 7.5. Νοσηλευτική φροντίδα στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου παχέος εντέρου..... | 103 |
| 7.6. Νοσηλευτική φροντίδα στη χημειοθεραπεία..... | 112 |
| 7.7. Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία..... | 114 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

| | |
|--|-----|
| 8.8. Ειλεοστομία - Κολοστομία | 118 |
| 8.8.1. Ειλεοστομία..... | 118 |
| 8.8.2. Κολοστομία..... | 119 |
| 8.8.2.1. Τύποι κολοστομίας..... | 119 |
| 8.8.3 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που πρόκειται να υποστεί κολοστομία ή ειλεοστομία..... | 121 |
| 8.8.3.1 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα..... | 121 |
| 8.8.4 Περιποίηση κολοστομίας – ειλεοστομίας..... | 124 |
| 8.8.4.1 Φροντίδα του στομίου..... | 125 |
| 8.8.5. Πλύση κολοστομίας..... | 125 |
| 8.8.6. Επιπλοκές κολοστομίας..... | 127 |
| 8.8.7. Προετοιμασία για έξοδο από το νοσοκομείο..... | 127 |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΗΣ.....128

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

| | |
|------------------|-----|
| Περίπτωση 1..... | 129 |
| Περίπτωση 2..... | 139 |

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....149

ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ

«Εγώ η Κύπρου Κυπρούλα αφιερώνω την πτυχιακή μας εργασία με πάρα πολλή αγάπη στην οικογένειά μου και ιδιαίτερα στην μητέρα μου που πάλεψε μ' αυτή την ασθένεια, αλλά και σ' όσους πάσχουν από καρκίνο παχέος εντέρου και αγωνίζονται να επιβιώσουν και να λειτουργήσουν στο στίβο της ζωής παρόλη την αναπηρία τους.»

«Και εγώ με την σειρά μου Γιώργος Παναγιώτου θα ήθελα να αφιερώσω την πτυχιακή μας εργασία στην οικογένεια μου που με στήριξαν σε όλοι την διάρκεια των σπουδών μου. Και σε όσους πάσχουν από καρκίνο παχέος εντέρου και τις οικογένειες τους.»

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

«Θέλουμε να εκφράσουμε ολόψυχα θερμές ευχαριστίες, στην Καθηγήτριά μας Dr. Μπατσολάκη Μαρία που με τη σωστή μάθηση, κατεύθυνση, ενθάρρυνση και υποστήριξη μας βοήθησε να διεκπεραιώσουμε την εργασία μας.

Επίσης ευχαριστούμε και όλους εκείνους που είχαν την καλοσύνη να μας βοηθήσουν».

Ευχαριστούμε θερμά

Κύπρου Κυπρούλα
Παναγιώτου Γιώργος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρακάτω εργασία θα αναφερθούμε στον καρκίνο του παχέος εντέρου αλλά και στην νοσηλευτική του παρέμβαση. Αρχικά θα αναφερθούμε στην ανατομία και φυσιολογία του πεπτικού συστήματος και πιο αναλυτικά του παχέος εντέρου.

Το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1,5 μέτρο. Αρχίζει από την ειλεοτυφλική βαλβίδα και τελειώνει στον πρωκτό. Αποτελείται από τρεις μικρότερες μοίρες, που είναι: α) το τυφλό, β) το κόλον, γ) απευθυσμένο ή ορθό. Το παχύ έντερο χρησιμεύει αφ' ενός για την ολοκλήρωση της πέψης, με την απορρόφηση ύδατος και νατρίου από το υδαρές εντερικό περιεχόμενο και την αποβολή ασήμαντης ποσότητας καλίου και αφ' ετέρου για το σχηματισμό κοπράνων. Επίσης αιματώνεται από τη μεσεντέρια αρτηρία. Τα φλεβικά στελέχη συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες και εκβάλλουν στην πυλαία κυκλοφορία, εκτός από τις μέσες και κάτω αιμορροϊδικές φλέβες που εκβάλλουν στη συστηματική κυκλοφορία.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου έχει εισβάλει για τα καλά στη ζωή μας. Στο δυτικό κόσμο, είναι το δεύτερο σε συχνότητα θανάτων κακόηθες νεόπλασμα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Πρόκειται κατά 95% για αδενοκαρκίνωμα. Το 50% των περιπτώσεων εντοπίζεται στο ορθό και το σιγμοειδές, ενώ το 25% στο τυφλό, το ανιόν κόλον, το εγκάρσιο και το κατιόν κόλον.

Η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες. Προσβάλλει κυρίως άτομα ηλικίας 50-60 ετών και συχνότερα άνδρες. Η αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν είναι γνωστή αλλά ενοχοποιούνται διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες όπως: α) Διατροφή, β) Παχυσαρκία, γ) Ορμονικοί παράγοντες, δ) Καθιστική ζωή, ε) Κάπνισμα, στ) Κληρονομικότητα, ζ) Πολύποδες παχέος εντέρου κ.λπ.

Σημαντικός παράγοντας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η πρόληψη όπου θα αναφερθούμε τόσο στην πρωτογενή όσο και στην δευτερογενή πρόληψη.

Τα συχνότερα συμπτώματα είναι: αδυναμία, ανορεξία, απώλεια σωματικού βάρους, απίσχνανση.

Ωστόσο, η διάγνωση μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους όπως: Δακτυλική εξέταση ορθού, αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, ακτινολογικός έλεγχος του παχέος εντέρου με διπλή αντίθεση, κολonosκόπηση, σπινθηρογράφημα, ακτινογραφία θώρακος, υπερηχογράφημα ήπατος και κοιλιάς, αξονική και μαγνητική τομογραφία, ορθοσιγμοειδοσκόπηση, τεστ ανίχνευσης αφανούς αιμορραγίας, ενδοαυλική υπερηχοτομογραφία.

Μετά την διάγνωση ακολουθεί η θεραπεία, όπου αυτή εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου. Αρχικά απαιτείται χειρουργική επέμβαση

και στη συνέχεια ο ασθενής υποβάλλεται σε μια σειρά χημειοθεραπειών ή ακτινοθεραπειών. Οι θεραπείες αυτές συνήθως εναλλάσσονται.

Ακόμη επιβάλλεται να αναφερθούμε στην ειλεοστομία-κολοστομία. Τόσο στην περιποίησή της, αλλά και στην προετοιμασία του ασθενή που υποβάλλεται σ' αυτήν, για την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Τέλος, ένα σημαντικό κεφάλαιο της εργασίας μας αποτελεί η νοσηλευτική παρέμβαση, όπου είναι αναπόσπαστο κομμάτι στην αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή, τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά.

SUMMARY

This study seeks to describe colon cancer and the nursing interventions for the patients diagnosed with this malady. Initially, we discuss the anatomy and physiology of the digestive system with a more thorough analysis of the colon.

The large intestine extends from the ileocecal junction to the anus and is about 1.5m long. It is divided in three sections, the cecum, the colon and the rectum. It is mainly responsible for maintaining the water balance, absorbing some vitamins, storing and expelling waste, and providing a location for flora-aided fermentation.

Blood supply to the large intestine comes mainly from the inferior mesenteric artery, which is responsible for supplying blood to the left third of the transverse colon and to the sigmoid colon. The middle third of the transverse colon is supplied by branches of the superior mesenteric artery and the rectal arteries, which stem from the internal iliac artery. The venous drainage of the large intestine is mostly by way of the portal venous system, except from the rectal plexus which drain into the middle and inferior rectal veins and then into the pudendal and internal iliac veins back to inferior vena cava.

Colon cancer is a living reality in many people's lives. In the western societies it is the second leading cause of cancer deaths, irrespective of gender, after lung cancer. Adenocarcinomas account for about 95% of all colorectal cancers. 50% of the cases occur in the rectum and sigmoid colon and 25% in the cecum, ascending, transverse and descending colon.

The incidence of colon cancer is higher in the economically developed countries. People aged between 50 and 60 years are more frequently affected and male gender is thought to influence colorectal cancer risk. The etiology of colorectal cancers remains unclear, but several risk factors are commonly found to be affective, such as diet components, obesity, hormonal factors, lack of exercise, hereditary factors, smoking and colon polyps.

Prevention is the most crucial factor in the fight against colon cancer, so primary as well as secondary prevention will be mentioned in this study.

The most common symptoms are weakness, lack of appetite, unexplained weight loss, change in bowel habits, rectal bleeding or blood in the stool and persistent abdominal discomfort, such as cramps, gas or pain.

Diagnosis can be established by digital rectal examination, hematological and biochemical blood analysis, double contrast radiography, colonoscopy, colonic scintigraphy, chest radiography, ultrasound of the abdomen, computed tomography (CT - scan), magnetic resonance

imaging (MRI), rectosigmoidoscopy, fecal occult blood testings and duplex scanning.

Once a diagnosis is established, a proper treatment plan is developed, depending on the stage of the cancer. Surgical intervention is required, followed by a series of chemotherapy and radiotherapy, which are usually combined.

Furthermore, it is important to mention colostomy and ileostomy, their treatment and ways to help and support a patient leaving hospital with them.

Lastly, an important chapter of this study is the nursing interventions, as an integrant part in addressing the needs of the patient, both mentally and physically.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι ένα από τα σοβαρά και οδυνηρά προβλήματα που απασχολούν σήμερα την επιστήμη αλλά και όλη την ανθρωπότητα δημιουργώντας μεγάλο ψυχικό πόνο στις κοινωνίες.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα προσβάλλουν κάθε ηλικιακή ομάδα. Ωστόσο, τα περισσότερα συμβαίνουν σε άτομα άνω των 65 ετών. Η επίπτωση στους άνδρες είναι υψηλότερη από ότι στις γυναίκες επίσης, είναι υψηλότερη στις εκβιομηχανισμένες χώρες απ' ό, τι στις αναπτυσσόμενες. Είναι, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η κύρια αιτία θανάτου στις εκβιομηχανισμένες χώρες.⁷¹

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

Η επιστημονική πρόοδος έχει δώσει σήμερα τη δυνατότητα στον άνθρωπο να καθυστερεί και να αναβάλλει το θλιβερό αποτέλεσμα μιας θανατηφόρου αρρώστιας, όπως ο καρκίνος, και να ανακουφίζει τον άρρωστο από πολλά σωματικά συμπτώματα που τη συνοδεύουν.⁵⁴

Η επιτυχία της νοσηλευτικής παρέμβασης σ' αυτόν τον τομέα φροντίδας, εξαρτάται όχι τόσο από τις γνώσεις της φυσιοπαθολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών της επιπτώσεων, αλλά της ικανότητας του νοσηλευτή να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για το συγκεκριμένο άρρωστο, ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες του δημιουργήσει και ποια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών αυτών, με την πραγματικότητα της ασθένειας.

Το γνωστικό επιστημονικό πεδίο που διαθέτει ο νοσηλευτής κάνει τη θέση του σημαντική, την ευθύνη του μεγάλη και τη συμβολή του στην αξιολόγηση. Το οδοιπορικό του αρχίζει από την πρώτη μέρα της διάγνωσης της αρρώστιας και τελειώνει με το θάνατο του ασθενούς. Από την εμπειρία αυτή θα δώσει πολλά αλλά θα αποκομίσει και πολλά.⁵⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

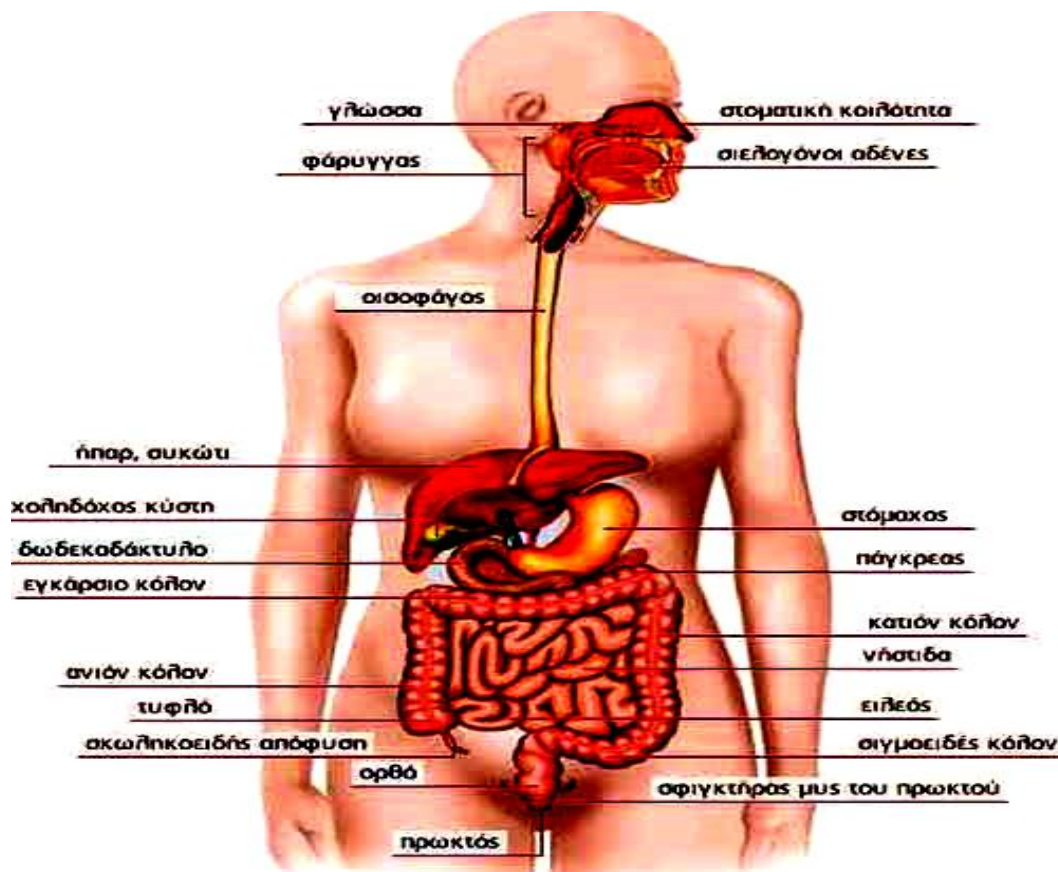
ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

1.1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η προαγωγή νέων ουσιών στον οργανισμό είναι απαραίτητη για την συνεχή επιτέλεση των λειτουργιών του. Τις ουσίες αυτές τις παίρνει ο οργανισμός από τις τροφές . Οι τροφές όμως , για να χρησιμοποιηθούν, πρέπει πρώτα να υποστούν μια σειρά μηχανικών και βιοχημικών επεξεργασιών.¹²

Το σύνολο των οργάνων , που συμβάλλουν στην επιτέλεση αυτής της λειτουργιάς, αποτελούν το πεπτικό σύστημα. Στα όργανα του πεπτικού συστήματος ανήκει ο γαστρεντερικός σωλήνας και τα παρακείμενα του όργανα.¹²

Ο γαστρεντερικός σωλήνας είναι σωλήνας 9 μέτρων, αρχίζει από το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό. Διακρίνεται σε διάφορα μέρη, δηλαδή: 1) τη στοματική κοιλότητα (στόμα, δόντια, σιελογόνοι αδένες, υπερώα και γλώσσα), 2) τον φάρυγγα, 3)τον οισοφάγο, 4) τον στομάχο, 5) το λεπτό έντερο και 6) το παχύ έντερο. Τα παρακείμενα όργανα, εξάλλου, είναι το ήπαρ και το πάγκρεας.^{5, 12}(**Εικόνα 1.1**)



(Εικόνα 1.1)

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

Η στοματική κοιλότητα αποτελείται από το στόμα, τα δόντια, τους σιελογόνους αδένες, την υπερώα και την γλώσσα.²¹

Η πέψη αρχίζει από την στοματική κοιλότητα, όπου τα μεγάλα τεμάχια της τροφής γίνονται μικρότερα σε μέγεθος, αναμιγνύονται με σίελο και μετατρέπονται σε ημίρρευστη μάζα.²⁰

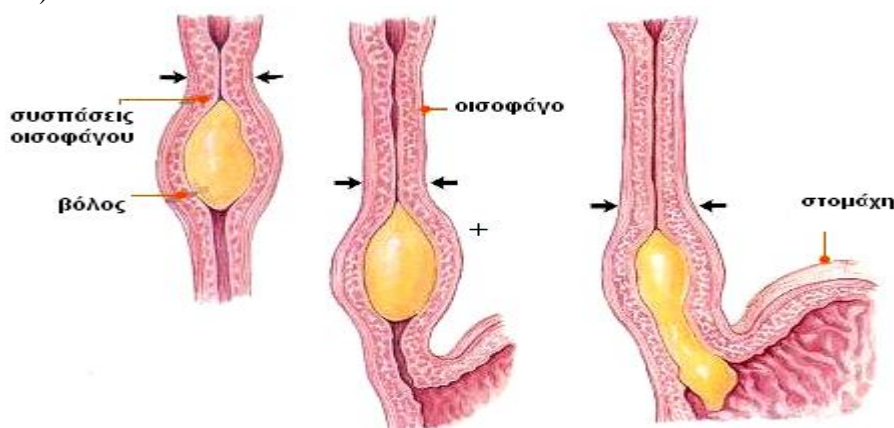
ΦΑΡΥΓΓΑΣ

Ο φάρυγγας είναι ίνομυώδης σωλήνας, μήκους 15cm, που συνδέει την στοματική κοιλότητα με τον οισοφάγο. Βρίσκεται μπροστά από την αυχενική μοίρα, της σπονδυλικής στήλης μέχρι τον 6ο αυχενικό σπόνδυλο. Στην θέση αυτή μεταπίπτει στον οισοφάγο. Βρίσκεται δηλαδή, πίσω από την κοιλότητα της μύτης, του στόματος και του λάρυγγα, με τους οποίους συγκοινωνεί με στόμια. Ο φάρυγγας αποτελεί τμήμα τόσο του πεπτικού όσο και του αναπνευστικού συστήματος πολλών οργανισμών. Από αυτόν περνούν οι τροφές που θα καταλήξουν στον οισοφάγο, όσο και ο αέρας προς τους πνεύμονες. Η επιγλωττίδα φροντίζει να κλείνει το πέρασμα προς την τραχεία όταν καταπίνονται τροφές, προκειμένου να μην εισέρθουν ξένα σώματα σε αυτή και επέλθει πνιγμός. Στους ανθρώπους, ο φάρυγγας παίζει επίσης σπουδαίο ρόλο στην ομιλία, με την παραγωγή της φωνής.³⁰

ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

Ο οισοφάγος είναι σωλήνας μήκους 22-25cm και διαμέτρου 1,25-2,5cm. Το ανώτερο τρίτο του αποτελείται από σκελετικούς μυς διαταγμένους κατά μήκος και κυκλοτερώς. Τα κατώτερα δυο τρίτα αποτελούνται από λείες μυϊκές ίνες. Εσωτερικά καλύπτεται από κολλαγόνο και ελαστικό δίκτυο, με κύτταρα που εκκρίνουν βλέννα. Με τις συσπάσεις του οισοφάγου η τροφή οδηγείται στο στομάχι.^{4,12}

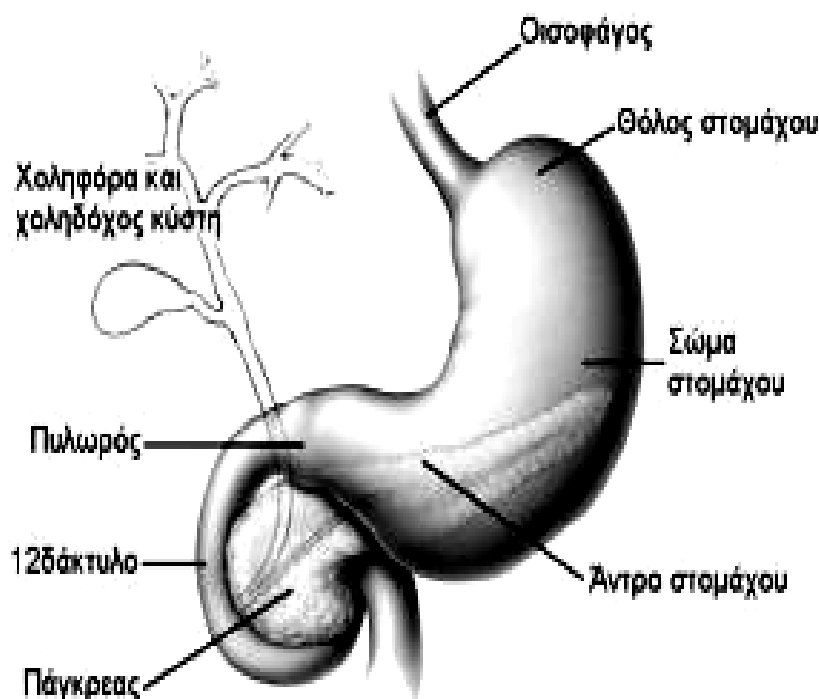
(εικόνα 1.2)



(Εικόνα 1.2)

ΣΤΟΜΑΧΙ

Στο στομάχι διακρίνουμε τις εξής ανατομικές περιοχές: Το θόλο, το σώμα, το άντρο και τον πυλωρό (εικόνα 1.3).



(Εικόνα 1.3)

Στο στομάχι η τροφή αναμιγνύεται με το γαστρικό υγρό, αραιώνεται και κατακεραματίζεται. Το γαστρικό υγρό που παράγεται από ειδικά κύτταρα του βλεννογόνου στην περιοχή του θόλου και του σώματος, περιέχει υδροχλωρικό οξύ και διάφορους παράγοντες που βοηθούν στη διάσπαση της τροφής και την απελευθέρωση των βιταμινών της τροφής (κυρίως βιταμίνη B12).²¹

Φυσιολογικά το στομάχι χωράει 1-1,5 λίτρα υγρών και τροφής. Η διάταση των τοιχωμάτων του θόλου και του σώματος προκαλεί το αίσθημα του κορεσμού, η ποσότητα όμως της τροφής που απαιτείται για να προκληθεί κορεσμός διαφέρει από άτομο σε άτομο.

Η τροφή ανάλογα με την ποιότητά της παραμένει στο στομάχι από 30 λεπτά μέχρι 3 ώρες. Τα υγρά παραμένουν λιγότερο από τα στερεά. Ο στόμαχος με τις συσπάσεις του μυϊκού του τοιχώματός αδειάζει το περιεχόμενό του στο δωδεκαδάκτυλο και το λεπτό έντερο. Η κένωση του στομάχου δεν είναι συνεχής αλλά διαλειπούσα και ρυθμίζεται από την βαλβίδα του πυλωρού.

Η βαλβίδα του πυλωρού δεν επιτρέπει την είσοδο συμπυκνωμένης τροφής στο λεπτό έντερο. Η διέλευση επιτρέπεται μόνο όταν η τροφή έχει αραιωθεί επαρκώς με τα γαστρικά υγρά.^{13,21}

ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

Το λεπτό έντερο έχει μήκος 4,5 – 6 μέτρα. Κύρια λειτουργία του είναι η συμπλήρωση της πέψης και τις απορρόφησης των προϊόντων διάσπασης της τροφής, του νερού και των ηλεκτρολυτών.²⁰

Η πρώτη μοίρα του λεπτού εντέρου ονομάζεται δωδεκαδάκτυλο (εικόνα 3). Στο εσωτερικό της κατιούσας μοίρας του δωδεκαδάκτυλου, που έχει σχήμα αγκύλης, υπάρχουν τα φύματα του Vater και του Santorini. Στο φύμα του Vater εκβάλλουν ο χοληδόχος και ο μεγάλος (μείζων) παγκρεατικός πόρος, ενώ στο φύμα του Santorini ο μικρός (ελάσσων) παγκρεατικός πόρος.^{12,21}

Το υπόλοιπο λεπτό έντερο διακρίνεται στη νήστιδα και τον ειλεό. Τα υγρά του ήπατος και του παγκρέατος (χολή και παγκρεατικό υγρό) είναι απαραίτητα για την διάσπαση της τροφής και την πλήρη απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών. Στην πρώτη μοίρα του λεπτού εντέρου, δηλαδή στο δωδεκαδάκτυλο και στην αρχή της νήστιδας, γίνεται η απορρόφηση του σιδήρου και του ασβεστίου. Το λεπτό έντερο καταλήγει στο παχύ έντερο μέσω μιας άλλης βαλβίδας, της ειλεοτυφλικής.¹³

Το λεπτό έντερο έχει τέσσερις χιτώνες :

- α. τον ορογόνο (περιτόναιο).
- β. το μυϊκό, που έχει δυο στιβάδες, την έξω επιμήκη και την έσω κυκλωτερή.
- γ. τον υποβλεννογόνο.
- δ. το βλεννογόνο.¹²

1.2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο εκτείνεται από το τελικό άκρο του ειλεού μέχρι τον πρωκτό, μια απόσταση περίπου 1,5 μέτρου.⁴

Τα κυριότερα μέρη του είναι:

- α) το τυφλό (έντερο) με τη σκωληκοειδή απόφυση.
- β) το κόλον με 4 μέρη: το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν και το σιγμοειδές κόλον (σίγμα).
- γ) το ορθό και τον πρωκτικό σωλήνα (εικόνα 1.4).²¹

Το τυφλό και η σκωληκοειδής απόφυση

Το τυφλό βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Έχει μήκος 6 εκατοστά το πλάτος περίπου 7,5 εκατοστά και η χωρητικότητα του 100-150cm.

Καλύπτεται από περιτόναιο κατά την πρόσθια επιφάνεια οπότε δημιουργείται οπισθοτυφλικός χώρος αλλά και μαύρο μεσεντέριο που ευνοεί την πρόκληση της ειστροφής. Το τυφλό συνιστάται σε μία μικρού μήκους θήκη με μία βαλβίδα που ανοίγει για να υποδεχτεί το χυλό από τον ειλεό του λεπτού εντέρου. Η βαλβίδα αυτή ονομάζεται ειλεοτυφλική βαλβίδα. Η λειτουργία της είναι να χρησιμεύει σαν σφικτήρας όπου ανοίγει περιοδικά και επιτρέπει την διέλευση του εντερικού περιεχομένου στο παχύ έντερο. Περίπου 2cm κάτω από το στόμιο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας υπάρχει το στόμιο της σκωληκοειδής απόφυσης.

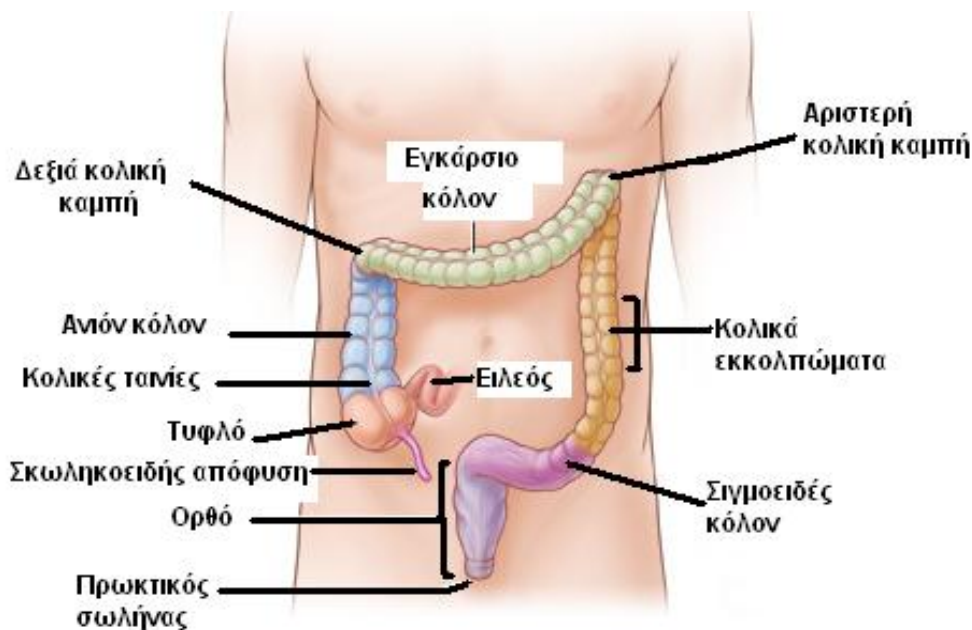
Η σκωληκοειδής απόφυση έχει μήκος 2-30cm συνήθως 8cm και διάμετρο 0,5-1cm. Η βάση της βρίσκεται στην κοινή αρχή των 3 κολικών ταινιών. Η θέση της ποικίλει σε σχέση προς το τυφλό. Συνηθέστερα την βρίσκουμε πίσω από το τυφλό (οπισθοτυφλική 65% των περιπτώσεων) ή μέσα στην πύελο (λαγονοπυελική 31%). Κατά τις θέσεις αυτές η σκωληκοειδής απόφυση εμφανίζει ποικίλη φορά, συνήθως κατιούσα, σπανιότερα ανιούσα ή εγκάρσια. Η υφή της είναι παρόμοια με εκείνη του υπόλοιπου εντέρου. Έχει όλους τους χιτώνες του παχέος εντέρου, ενώ ο βλεννογόνος της εκτός των άφθονων λευκοκυττάρων εμφανίζει και πολλά λεμφοζίδια, ιδιαίτερα στα παιδιά, ενώ στους ενήλικες αυτά αραιώνουν. Τα λεμφοζίδια αυτά συχνά καταλαμβάνουν και τον υποβλεννογόνιο χιτώνα, για αυτό και θεωρείται περισσότερο μέρος του λεμφοποιητικού συστήματος, παρά του πεπτικού.^{2,21}

ΤΟ ΚΟΛΟΝ

Ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές κόλον (σίγμα)

Αρχίζοντας στην δεξιά βουβωνική χώρα με το τυφλό και την εξαρτώμενη από αυτό σκωληκοειδή απόφυση, το παχύ έντερο πορεύεται προς τα άνω ως το ανιόν κόλον διαμέσου του δεξιού λαγόνιου βόθρου και προς το δεξιό υποχόνδριο. Ακριβώς κάτω από το ήπαρ, κάμπτεται προς τα αριστερά, σχηματίζοντας την δεξιά κολική καμπή (ηπατική καμπή), και διασχίζει οριζόντια την κοιλιά ως το εγκάρσιο κόλον μέχρι το αριστερό υποχόνδριο. Στην θέση αυτή, ακριβώς κάτω από τον σπλήνα, το παχύ έντερο κάμπτεται προς τα κάτω σχηματίζοντας την αριστερή κολική καμπή (σπληνική καμπή) και συνεχίζει την πορεία του προς τα κάτω ως το κατιόν κόλον, διαμέσου του αριστερού λαγόνιου βόθρου και στην αριστερή βουβωνική χώρα.⁴

Το παχύ έντερο εισχωρεί στην πυελική κοιλότητα ως σιγμοειδές κόλον, συνεχίζει την διαδρομή του στο οπίσθιο τοίχωμα της πυέλου ως ορθό και τερματίζει ως πρωκτικός δακτύλιος.⁴



(Εικόνα 1.4)

Ορθό

Έχει μήκος 12-15cm. Το άνω 1/3 καλύπτεται από περιτόναιο προσθίως και πλαγίως (Ιερή καμπή), το μέσο 1/3 καλύπτεται από περιτόναιο μόνο προσθίως (Ιερή καμπή), και το κάτω 1/3 είναι εξωπεριτοναϊκό (Περινεϊκή καμπή).

Τα ανατομικά όρια του ορθού είναι οπισθίως του ιερού οστού, πλαγίως τα τοιχώματα της πυέλου, και προσθίως ο προστάτης και τα σπερματικά αγγεία, και ο κόλπος και ο τράχηλος της μήτρας.

Το περιτόναιο της πρόσθιας επιφανείας κατέρχεται στην ελάχισσωνα πύελο και σε απόσταση 7cm από τον πρωκτό. Στη συνέχεια, ανακάμπει προς την ουροδόχο κύστη (ορθοκυστική πτυχή) ή τη μήτρα (ορθομητρική πτυχή) και σχηματίζει το χώρο του Douglas.³

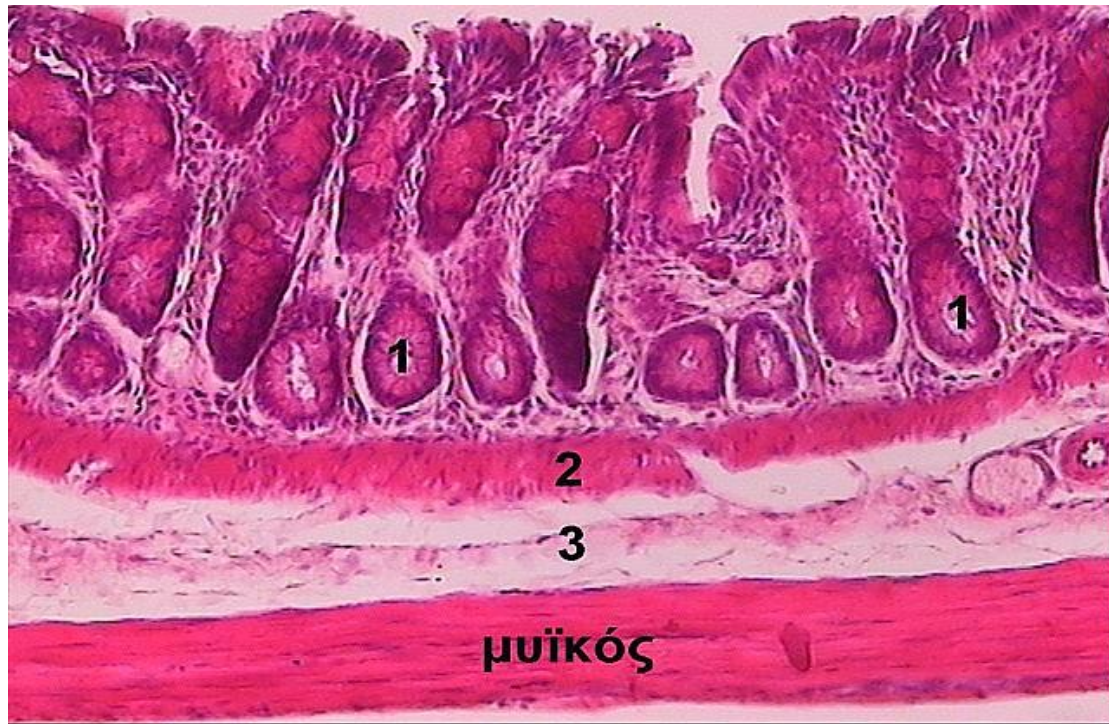
ΤΟΙΧΩΜΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το τοίχωμα του παχέως εντέρου αποτελείται από 4 χιτώνες:

1. **Βλεννογόνος** αποτελείται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, από χόριο και αδένες και από βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα, Μονήρη λεμφοζίδια ενώ στερείται λαχνών και πλακών του Peyer.^{1,22}
(εικόνα 1.5)
2. **Υποβλεννογόνος:** αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και παρεμβάλλεται μεταξύ του μυϊκού χιτώνα και του βλεννογόνου.
(εικόνα 1.5)
 - **Μυϊκός:** αποτελείται από δύο στιβάδες, την έσω κυκλωτερή και την έξω επιμήκη της οποίας οι λείες μυϊκές ίνες συγκεντρώνονται σε 3 ταινίες, τις κολικές ταινίες.¹
(εικόνα 1.5)

3. **Ορογόνο:** Ο ορογόνο που αποτελεί τον έξω χιτώνα του τοιχώματος του παχέος εντέρου, προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτόναιου και καλύπτει εξ ολοκλήρου τις μοίρες του παχέος εντέρου.¹

(εικόνα 1.5)



(Εικόνα 1.5) Το τοίχωμα του παχέος εντέρου έχει βλεννογόνο με απλούς σωληνοειδείς αδένες (1), βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα (2), υποβλεννογόνο χιτώνα (3), μυϊκό χιτώνα και ορογόνο (περιτόναιο). (χρώση αιματοξυλίνη-εωσίνη, μεγέθυνση X100)

1.2.1. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η κύρια λειτουργία του παχέος εντέρου είναι:

1. **Η απορρόφηση** ύδατος Na^+ και άλλων μετάλλων μετατρέποντας τα 400-1500 ml ισότονου εντερικού χυμού που εισέρχεται σε αυτό από τον ειλεό σε 150 gr ημιστερεών κοπράνων. Στο παχύ έντερο απορροφώνται επίσης βιταμίνες ενώ άλλες συντίθενται σε αυτό από τον μεγάλο αριθμό βακτηρίων που βρίσκονται σε αυτό.³¹

2. **Αποθήκευση:** τα κόπρανα προωθούνται αργά μέχρι το σιγμοειδές όπου και παραμένουν εφόσον δεν γίνεται αφόδευση. Το ορθό φυσιολογικά είναι άδειο όταν όμως με τις τμηματικές και δακτυλιοειδείς συσπάσεις, το περιεχόμενο φθάνει στο ορθό, η όταν η ενδο-αυλική πίεση φθάνει τα 20-25 cm H_2O , τότε το άτομο αισθάνεται την επιθυμία για αφόδευση. Οι νευρικοί υποδοχείς στο τοίχωμα του ορθού φυσιολογικών ατόμων είναι σε θέση να διακρίνουν εάν το προς αποβολή υλικό είναι στερεό, υγρό ή αέριο.

Τα αέρια του παχέος εντέρου προέρχονται κυρίως από τον αέρα που καταπίνουμε. Πρόκειται κυρίως για άζωτο (διοξείδιο του άνθρακος και το O₂ απορροφώνται ταχέως). Μεθάνιο και υδρογόνο υπάρχουν σε μικρές ποσότητες και είναι προϊόντα των βακτηριακών ζυμώσεων όπως και η αμμωνία.^{8,14,19}

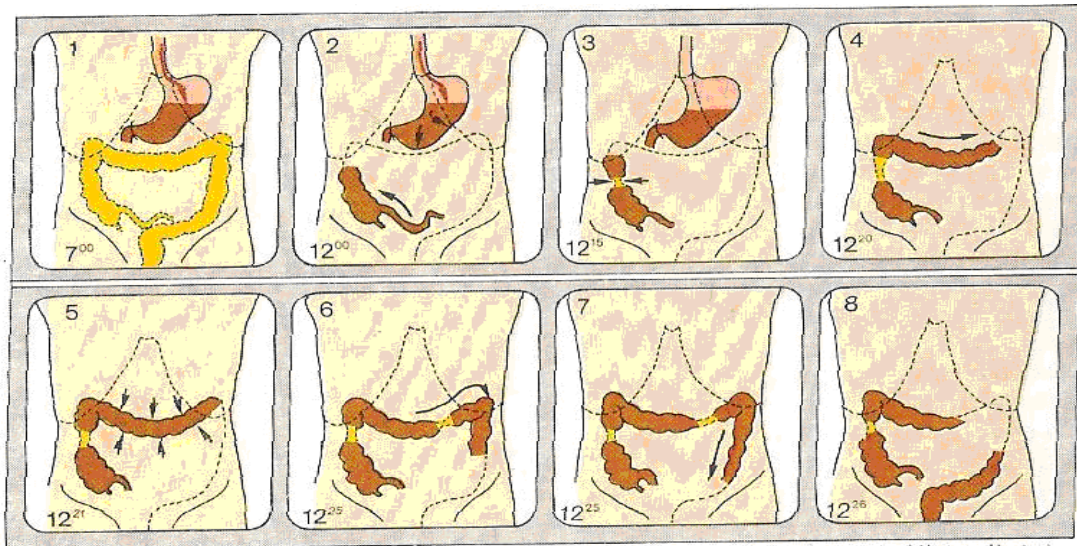
3. Κινητικότητα και αφόδευση: Στο παχύ έντερο παρατηρούνται τριών ειδών κινήσεις, ενώ υπάρχουν διαφορές στην κινητικότητα μεταξύ του δεξιού και του αριστερού κόλου. Ένας βηματοδότης στο εγκάρσιο κινητοποιεί το εγγύς κόλο, ώστε να διευκολύνει την αποθήκευση και την απορρόφηση, και το περιφερικό κόλο στην αντίθετη κατεύθυνση, για να επιτευχθεί η προώθηση του περιεχομένου.

α. Παλίνδρομη περισταλτικότητα (αντιπερισταλισμός): πρόκειται για δακτυλιοειδείς συσπάσεις που κινούνται αντιθέτως και προεξάρχουν στο δεξιό κόλο. Οι κινήσεις αυτές αναμειγνύουν το περιεχόμενο και τείνουν να το περιορίσουν στο τυφλό και το ανιόν κόλο.

β. Τμηματικές συσπάσεις: είναι ο πιο συχνός τύπος κινητικότητας στο εγκάρσιο και το κατιόν κόλο. Δακτυλιοειδείς συσπάσεις διαιρούν τον αυλό σε όμοια τμήματα, προωθώντας τα κόπρανα σε μικρή απόσταση προς τις δυο κατευθύνσεις.^{8,14}

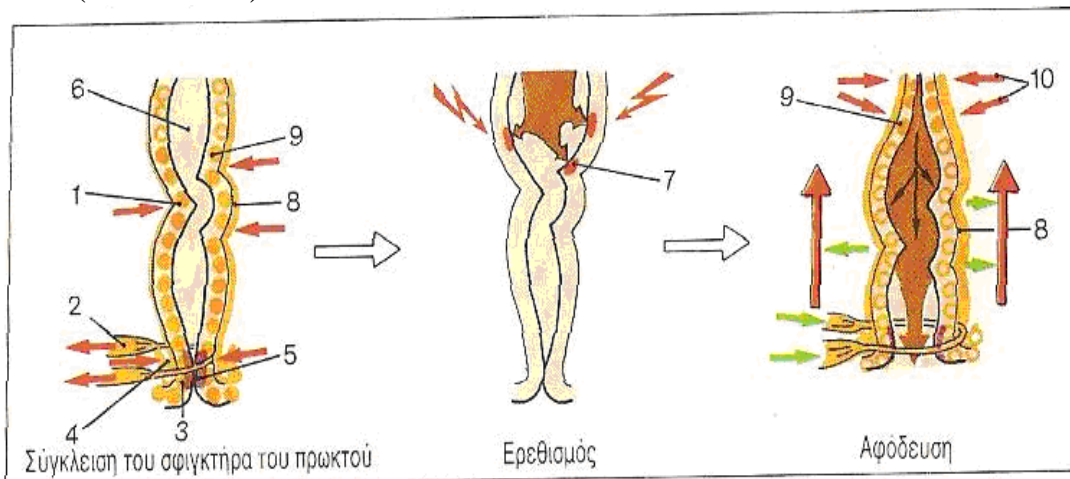
γ. Μαζικές κινήσεις: ισχυρή δακτυλιοειδής σύσπαση που κινείται περιφερικώς σε μεγάλες αποστάσεις στο εγκάρσιο και το κατιόν κόλο. Δεν είναι συχνές, συμβαίνουν μερικές φορές την ημέρα, κυρίως μετά από γεύματα. Το εντερικό νευρικό σύστημα συντονίζει και προγραμματίζει την κινητικότητα. Το φαγητό προκαλεί μεταβολές στην μυοηλεκτρική και κινητική δραστηριότητα του παχέος εντέρου, που ομαδικώς καταλήγουν στο γαστροκολικό αντανακλαστικό. Έτσι, περισσότερο περιεχόμενο του ειλεού προωθείται στο κόλο, αυξάνονται οι μαζικές κινήσεις και η έπειξη προς αφόδευση μεγαλώνει.(εικόνα 1.6) Το μέγεθος του γαστροκολικού αντανακλαστικού εξαρτάται από το σύνολο των θερμίδων που περιέχει το γεύμα. Οι φυσικές δραστηριότητες, όπως η αλλαγή της θέσεως και το βάδισμα, είναι σημαντικοί διεγέρτες της κινητικότητας. Η δίοδος μέσω του παχέος εντέρου επισπεύδεται όταν η διαίτα περιέχει ίνες από λαχανικά ή σιτάρι.^{8,14}

Η συχνότητα της αφόδευσης επηρεάζεται από κοινωνικούς και διαιτητικούς παράγοντες. Μια κένωση το 24ωρο είναι το σύνηθες. Ανάλογα όμως με το είδος της τροφής και με τη δραστηριότητα του ατόμου οι κενώσεις μπορεί φυσιολογικά να κυμαίνονται από 2 το 24ωρο έως και μία κάθε 2 ή 3 μέρες. Η ισχυρή τάση προς αφόδευση εμφανίζεται όταν μικρές ποσότητες κοπράνων εισέρχονται στο ορθό και διεγείρουν τα σεοϋποδοχείς στο τοίχωμα του ορθού και στους ανελκτήρες μυς.^{8,14}
(εικόνα 1.7)



A. Κινητικότητα του παχέος εντέρου
(Εικόνα 1.6)²⁰

(κατά Hertz και Newton)



B. Απόδευση
(Εικόνα 1.7)²⁰

1.2.2. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΣΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

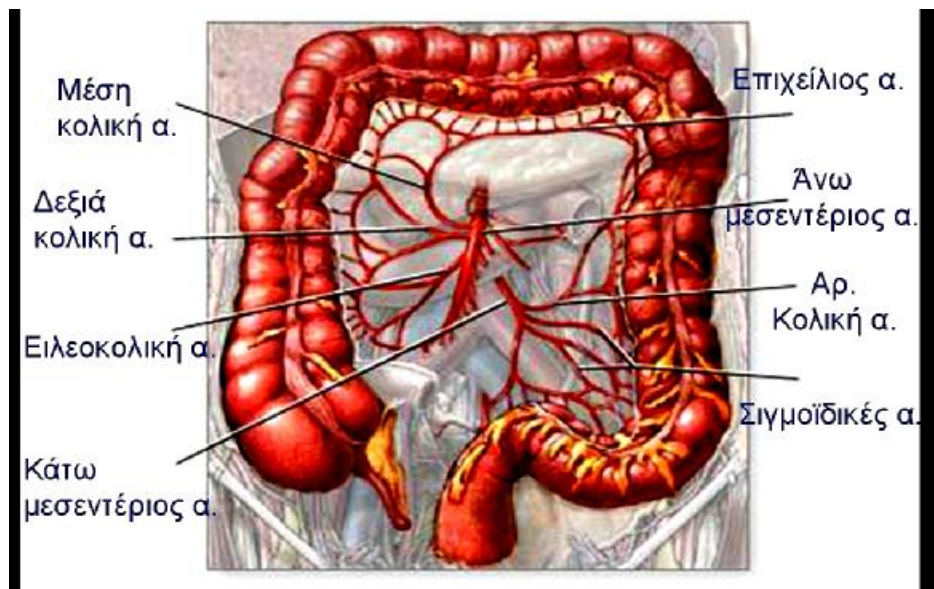
ΑΓΓΕΙΩΣΗ

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

Οι φλέβες του παχέος εντέρου μέχρι το άνω τριτήμοριο του ορθού εκβάλλουν στην άνω και κάτω μεσεντέρια φλέβα οι οποίες εκβάλλουν στο σύστημα της πυλαίας φλέβας, ενώ οι φλέβες του υπόλοιπου ορθού εκβάλλουν στις εσω λαγόνιες φλέβες και με αυτές στο σύστημα της κάτω κοίλης φλέβας.¹⁸

ΝΕΥΡΩΣΗ

Το παχύ έντερο νεκρώνεται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες, οι οποίες εκπορεύονται από το άνω και κάτω μεσεντέριο πλέγμα. Αυτές απολήγουν στο μυεντερικό και το υποβλενογόνιο γαγγλιοφόρο νεύρο. Οι συμπαθητικές ίνες μέχρι την αριστερή κολική καμπή προέρχεται από το πνευμονογαστρικό νεύρο, ενώ από την καμπή αυτή μέχρι τον πρωκτό προέρχονται από την νωτιαία μοίρα του παρασυμπαθητικού και φέρονται με τα πυελικά νεύρα.¹



(Εικόνα 1.8)

1.2.3. Η ΛΕΜΦΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ

Τυφλού και της σκωληκοειδούς απόφυσης. Τα λεμφαγγεία του τυφλού και της σκωληκοειδούς απόφυσης εκβάλλουν σε λεμφαδένες του μεσεντεριδίου καθώς και στους ειλεοκολικούς λεμφαδένες που βρίσκονται κατά μήκος της ειλεοκολικής αρτηρίας. Τα απαγωγά λεμφαγγεία εκβάλλουν στους άνω μεσεντέριους λεμφαδένες.^{17,18}

Ανιόντος κόλου. Τα λεμφαγγεία του ανιόντος κόλου εκβάλλουν στους παρακολικούς και στους επικολικούς λεμφαδένες και στη συνέχεια στους άνω μεσεντέριους λεμφαδένες.

Εγκάρσιου κόλου. Η λέμφος του εγκάρσιου κόλου διέρχεται από τους λεμφαδένες που βρίσκονται κατά μήκος της μέσης κολικής αρτηρίας. Τα απαγωγά λεμφαγγεία αυτών των λεμφαδένων εκβάλλουν στους άνω μεσεντέριους λεμφαδένες.

Κατιόντος κόλου. Τα λεμφαγγεία του κατιόντος κόλου εκβάλλουν στους μέσους κολικούς λεμφαδένες κατά μήκος της αριστερής κολικής αρτηρίας. Στη συνέχεια, η λέμφος διέρχεται από τους κάτω μεσεντέριους

λεμφαδένες, που βρίσκονται γύρω από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Εντούτοις, λεμφαγγεία της αριστερής κολικής καμπής εκβάλλουν επίσης και στους άνω μεσεντέριους λεμφαδένες, ακολουθώντας την άνω μεσεντέρια αρτηρία.

Σιγμοειδούς κόλου. Η λέμφος διοχετεύεται στους μέσους κολικούς λεμφαδένες, που βρίσκονται γύρω από τους κλάδους των αριστερών κολικών αρτηριών, και από εκεί στους κάτω μεσεντέριους λεμφαδένες, που περιβάλλουν την κάτω μεσεντέρια αρτηρία.^{17,18}

1.2.4. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Υπολογίζετε πώς στο παχύ έντερο του ανθρώπου υπάρχουν 400 με 500 διαφορετικά είδη βακτηρίων.¹¹ Ο τύπος της χλωρίδας εξαρτάται τόσο από διαιτητικούς όσο και από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Το ποσοστό των αναερόβιων στελεχών ανέρχεται στο 99% του συνόλου της μικροβιακής χλωρίδας στην περιοχή του ορθού με υπεροχή του *Bacteroides Fragilis* αλλά και ο *Lactobacillus Fibidus*, κλωστηρίδια και κόκκοι διαφόρων τύπων.^{9,10} Τα αερόβια βακτήρια είναι κυρίως τα κολοβακτηρίδια και οι εντερόκοκκοι. Η χλωρίδα του παχέος εντέρου συμμετέχει σε πολλές φυσιολογικές λειτουργίες. Τα βακτηρίδια διασπών τις χολοχρωστικές και δίνουν στα κόπρανα το γνωστό χρώμα, ενώ η οσμή τους οφείλεται στις αμίνες ινδόλη και σκατόλη που παράγονται επίσης από βακτηριδιακή δράση. Αποδεσμεύουν επίσης τα χολικά άλατα, επηρεάζουν την κινητικότητα και την απορρόφηση του εντέρου και παράγουν τα εντερικά αέρια μεταξύ αυτών και το μεθάνιο. Με την βακτηριδιακή απαμίνωση και την δράση της ουρεάσης στο παχύ έντερο παράγεται το 70% της αμμωνίας του γαστρεντερικού σωλήνα. Τα βακτηρίδια του εντέρου συμμετέχουν επίσης στην παθοφυσιολογία πολλών νοσημάτων, όπως επίσης και στην άμυνα του οργανισμού κατά των λοιμώξεων. Τέλος υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι αυτά παίζουν αξιόλογο ρόλο στην παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου.¹⁶

Φυσιολογικά η σύνθεση των κοπράνων είναι κατά τα 3/4 περίπου νερό και κατά το 1/4 στερεά συστατικά, από τα οποία περίπου 30% είναι νεκρά μικρόβια, 10% - 20% λίπος, 10% - 20% ανόργανη ύλη, 2% - 3% πρωτεΐνη και 30% άπεπτα συστατικά της τροφής και αποξηραμένα συστατικά των πεπτικών υγρών, όπως χολοχρωστικές και επιθηλιακά κύτταρα που αποπίπτουν. Το καστανό χρώμα των κοπράνων οφείλεται στη στερκοχολίνη και στην ουροχολίνη, που είναι παράγωγα της χολερυθρίνης. Η οσμή τους οφείλεται κυρίως στα προϊόντα της δράσης των μικροβίων, τα οποία διαφέρουν από άτομο σε άτομο ανάλογα με την μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου του και τον τύπο της τροφής που κατανάλωσε.¹⁵

1.3. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

1.ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟ ΠΑΧΗ ΕΝΤΕΡΟ

Το ευερέθιστο παχύ έντερο είναι συχνή διαταραχή του γαστρεντερικού συστήματος.²⁶

Η διάγνωση στηρίζεται σε ευρέως αποδεκτά κριτήρια με βάση τα συμπτώματα του ασθενούς, και τον αποκλεισμό οργανικής νόσου.

Παρόλο που τα συμπτώματα του ευερέθιστου παχέος εντέρου προκαλούν σημαντικό βαθμό δυσφορία και ενόχληση, δεν προκαλούν μόνιμη βλάβη στο έντερο και δεν οδηγούν σε αιμορραγία, ή άλλη σοβαρή νόσο όπως είναι ο καρκίνος.

Ο ακριβής παθοφυσιολογικός μηχανισμός του ευερέθιστου παχύ εντέρου είναι μέχρι σήμερα άγνωστος και ως εκ τούτου δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία. Θεωρείται λειτουργική διαταραχή, αφού δεν ανευρίσκονται παθολογικά ευρήματα κατά την εξέταση του εντέρου. Φαίνεται ότι στο ευερέθιστο παχύ έντερο υπάρχει κάποιου είδους διαταραχή στον άξονα επικοινωνίας εγκεφάλου-εντέρου. Έτσι, οι ασθενείς εμφανίζουν ενισχυμένη απάντηση των κέντρων του εγκεφάλου στα εντερικά ερεθίσματα, αλλά και αυξημένη ευαισθησία του εντέρου στα ενδοαυλικά αλλά και κεντρικά ερεθίσματα.^{24, 25}

Κλινικά συμπτώματα :

1. κοιλιακό άλγος που υποχωρεί μετά την αφόδευση
2. αλλαγή στη συχνότητα των κενώσεων
3. εναλλαγή δυσκοιλιότητας και διάρροιας
4. κόπρανα με διαφορετική σύσταση και βλέννα
5. αίσθημα μετεωρισμού (τυμπανισμού της κοιλιάς), ειδικά μετά το φαγητό
6. διαταραχή κενώσεων (από 3 κενώσεις την ημέρα ή λιγότερες από 3 την εβδομάδα)
7. αίσθημα για άμεση αφόδευση ή αίσθημα ατελούς κένωσης του ορθού.²⁸

2 ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Στην ελκώδη κολίτιδα το παχύ έντερο παθαίνει φλεγμονή, διογκώνεται (πρήζεται) και δημιουργούνται στην επιφάνεια του έλκη (πληγές) που μπορεί να είναι από πολύ μικρά έως πολύ μεγάλα. Αποτέλεσμα, το "πληγωμένο έντερο" να μην μπορεί να απορροφήσει το νερό, τα κόπρανα γίνονται υδαρή (διάρροια), ενώ από τα έλκη βγαίνει κάποιες φορές αίμα.

Η ελκώδης κολίτιδα παρουσιάζει μεγάλες ομοιότητες με μια άλλη πάθηση του εντέρου, που ονομάζεται νόσος του Κρον (Crohn's disease) και παλιότερα πίστευαν ότι επρόκειτο για την ίδια πάθηση. Σήμερα

γνωρίζουμε ότι είναι δύο ξεχωριστές παθήσεις που ανήκουν στις Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΕΝ) και παρά τις πολλές τους ομοιότητες έχουν και μεγάλες διαφορές. Η σπουδαιότερη διαφορά τους είναι ότι, ενώ στην ελκώδη κολίτιδα πάσχει αποκλειστικά και μόνο το παχύ έντερο, στη νόσο του Κρον μπορεί να υπάρχουν βλάβες και στο λεπτό έντερο, το στομάχι, ακόμα και το στόμα. Παρόλα αυτά, ακόμα και σήμερα που χρησιμοποιούνται οι πιο σύγχρονες μέθοδοι, είναι μερικές φορές δύσκολο να καταλάβουμε ποια από τις δυο παθήσεις πρόκειται και μόνο ο χρόνος και η συχνή παρακολούθηση του αρρώστου μπορεί να δώσει την απάντηση.^{24,25}

Κλινικά συμπτώματα

1. Πόνος στην κοιλιά
2. Διάρροια με παρουσία αίματος
3. Αναιμία
4. Κούραση
5. Απώλεια βάρους
6. Ανορεξία
7. Απώλεια αίματος από τον πρωκτό
8. Απώλεια υγρών του σώματος και θρεπτικών ουσιών
9. Δερματικές αλλοιώσεις
10. Πόνοι στις αρθρώσεις
11. Στα παιδιά μπορεί να παρουσιαστεί πρόβλημα με ανεπαρκή ανάπτυξη τους.

Τα συχνότερα συμπτώματα είναι ο πόνος στην κοιλιά και η διάρροια με αίμα.

Στο 50% των ασθενών τα συμπτώματα και σημεία είναι ήπιας μορφής. Άλλοι υποφέρουν από συχνούς πυρετούς, αιματηρές διάρροιες, αναγούλες και σοβαρούς κοιλιακούς πόνους.²⁵

Η θεραπεία αποτελείται από έλεγχο της φλεγμονής, προσεκτική διατροφή, διατήρηση του όγκου του αίματος και παρεμπόδιση των επιπλοκών. Αν ο ασθενής δεν μπορεί να ανταποκριθεί στην φαρμακευτική αγωγή και τα συμπτώματα γίνονται ανυπόφορα χρειάζεται άμεση χειρουργική επέμβαση του εντέρου με κολοστομία.²⁷

3 ΝΟΣΟΣ Hirschsprung

Τον όρο της νόσου Hirschsprung τον συναντάμε στις περιπτώσεις που υπάρχει απόφραξη του παχέος εντέρου, λόγω ελάττωσης των περισταλτικών κινήσεων σε τμήματα του, συνήθως στην περιοχή του

ορθού που ακολουθείται από μεγάλη διαταραχή του παχέος εντέρου πάνω από την περιοχή της απόφραξης. Η νόσος οφείλεται σε συγγενή έλλειψη των μεσεντερικών γαγγλιακών κυττάρων σχεδόν πάντοτε στο ορθό και το σιγμοειδές.²³

Η θεραπεία είναι χειρουργική και συνίσταται στην αφαίρεση του στενού τμήματος του παχέος εντέρου με τελικοτελική αναστόμωση.²⁶

4 ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Τα εκκολπώματα είναι κηλικές προεκβολές του βλεννογόνου και του υποβλεννογονίου χιτώνα διαμέσου της κυκλοτερούς μυϊκής στοιβάδας. Ονομάζονται ψευδή γιατί στερούνται μυϊκού χιτώνα. Καλύπτονται όμως από ορογόνο. Υπάρχουν δύο τύποι εκκολπωμάτων: Ο ένας αποτελεί επίκτητη πάθηση. Συνίσταται στην παρουσία πολλαπλών ψευδών εκκολπωμάτων ιδίως στο αριστερό κόλον και καλείται εκκολπωμάτωση. Ο δεύτερος τύπος είναι σπάνιος και πιθανότατα συγγενής. Συνίσταται δε στην παρουσία ενός μονήρους αληθούς εκκολπώματος στο τυφλό ή στο ανιόν.²⁶

ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΤΩΝ ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΩΝ - ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑ

Είναι η πιο συχνή επιπλοκή της εκκολπωμάτωσης. Ο κίνδυνος εμφάνισης είναι συνάρτηση του αριθμού των εκκολπωμάτων, του μήκους του πάσχοντος εντέρου, της ηλικίας εμφάνισης και του μεσοδιαστήματος ασυμπτωματικής περιόδου.

Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

- Άλγος αριστερού λαγονίου βόθρου η υπογαστρίου, το οποίο μπορεί να είναι ήπιο η δυνατό, συνεχές η κολικοειδές
- Δυσκοιλιότητα η διάρροιες η και εναλλαγή τους που ανακουφίζουν τον ασθενή
- Μικροσκοπική απώλεια αίματος με τα κόπρανα
- Ναυτία και έμετος
- Πυρετός
- Δυσουρικά ενοχλήματα λόγω φλεγμονώδους διήθησης της ουροδόχου κύστεως
- Πιθανώς ψηλαφητή μάζα στον αριστερό λαγόνιο βόθρο η εντός της πυέλου.

Η θεραπεία αποτελείται από παρεμπόδιση της δυσκοιλιότητας και καταπολέμηση της μόλυνσης. Όταν τα μέσα αυτά αποτύχουν τότε το τμήμα του προσβεβλημένου εντέρου πρέπει να αφαιρεθεί χειρουργικά.²⁹

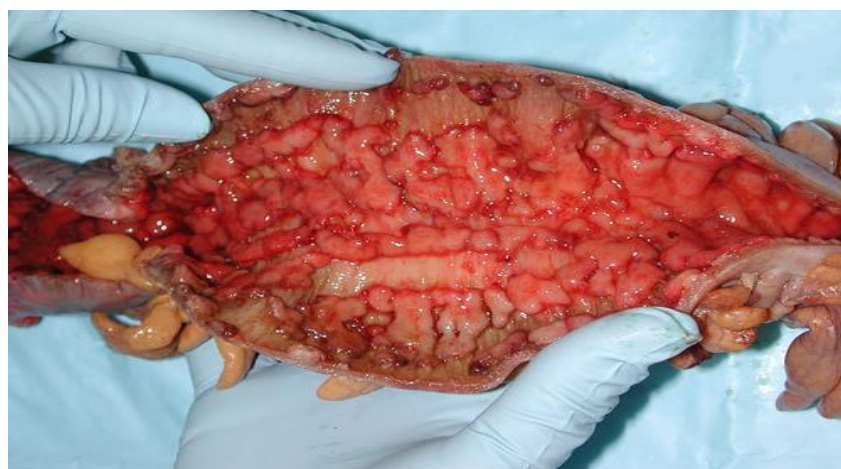
5 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ CROHN

Η νόσος του Crohn είναι μία πάθηση στην οποία το τοίχωμα ενός ή περισσοτέρων τμημάτων του πεπτικού συστήματος πρήζεται, ερεθίζεται και φουσκώνει. Αυτό το πρήξιμο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα και την στένωση του πεπτικού σωλήνα σε αυτό το σημείο. Τα προσβεβλημένα από Crohn τμήματα μπορεί να είναι από λίγα εκατοστά εντέρου ή και μεγαλύτερα, ένα μέτρο ή και περισσότερο. Μπορεί να προσβληθεί οποιοδήποτε σημείο της περιοχής από το στόμα έως τον πρωκτό ενώ μπορεί να είναι προσβεβλημένες και περισσότερα από ένα σημεία κάθε φορά. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, διάρροια κολικοειδές κοιλιακό άλγος και απώλεια βάρους. Στα παιδιά υπάρχει καθυστέρηση της ανάπτυξης.²⁴ Το πιο σύνηθες σημείο όπου παρουσιάζεται η φλεγμονή είναι ο τελικός ειλεός, αλλά μπορεί και να προσβληθεί μέρος του κόλου ή και όλο, είτε μόνο του είτε μαζί με τον πλαινό ειλεό.²³ Επίσης είναι συχνή και η φλεγμονή μέσα ή γύρω από τον πρωκτό.

Η φλεγμονή μπορεί να διαμορφωθεί σε: (α) σχισμές (ελκώδη ρήγματα) στο δέρμα ή το πρωκτικό κανάλι, (β) συρίγγια (μικρές σχισμές που βγάζουν πύον) γύρω από τον πρωκτό, ή (γ) δακτύλιους (πρησμένα και συχνά επίπονα εξογκώματα) ακριβώς έξω από τον πρωκτό.

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, διάρροια κολικοειδές κοιλιακό άλγος και απώλεια βάρους. Στα παιδιά υπάρχει καθυστέρηση της ανάπτυξης.^{24,25,}

Η θεραπεία είναι κυρίως συμπτωματική και μπορεί να περιλαμβάνει διατροφικά επιπρόσθετα, στεροειδή για μείωση της φλεγμονής και χρήση αντιβακτηριδιακών παραγόντων. Η χειρουργική είναι απαραίτητη εάν αναπτυχθούν συγκεκριμένες καταστάσεις όπως συρίγγιο, διάτρηση έντερου, αιμορραγία ή απόφραξη. Με εκτενή νόσο του παχέος εντέρου η κολεκτομή με ειλεοστομία μπορεί να είναι απαραίτητη.²⁷



Η εμφάνιση της νόσου του Crohn του παχέος εντέρου. Υπάρχουν γραμμική ("serpiginous") έλκη που χωρίζονται από τα νησιά του επιζών βλεννογόνου.

Αυτό είναι ένα δείγμα κολεκτομή (χειρουργική αφαίρεση του παχέος εντέρου)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΑΡΚΙΝΟΣ

2.1. Η ιστορία του καρκίνου



Ο καρκίνος φαίνεται να εντοπίζεται σε ακόμη παλαιότερες περιόδους, παρόλο που οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο καρκίνος για τη συγκεκριμένη νόσο,. Έχουν βρεθεί στοιχεία για ένα τύπο καρκίνου των οστών, το οστεοσάρκωμα, σε οστά κεφαλής και αυχένα σε μούμιες στην Αρχαία Αίγυπτο. Έχει ακόμη βρεθεί και περιγραφή της συγκεκριμένης νόσου σε πάπυρο ο οποίος υπολογίζεται να

γράφηκε το 1600 π.Χ. Στον πάπυρο αναφέρονται 8 περιπτώσεις όγκων ή ελκών στο στήθος οι οποίοι αντιμετωπίζονταν με καυτηριασμό, το λεγόμενο «τρυπάνι της φωτιάς». Στον πάπυρο αναφέρονταν ότι η νόσος δεν είχε θεραπεία. Για τους αρχαίους Αιγυπτίους ο καρκίνος ήταν η τιμωρία από τους Θεούς για ασεβείς και αμαρτωλές πράξεις. Τα κείμενα του Ιπποκράτη όμως είναι αυτά που για πρώτη φορά ονομάζουν αυτή τη νόσο καρκίνο. Η αιτιολογία της βασίστηκε στη θεώρηση του Ιπποκράτη το 460-370 π.χ. για τους 4 χυμούς (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή).³²

Σε φυσιολογικές συνθήκες οι χυμοί αυτοί βρίσκονται σε ισορροπία, όταν όμως συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα μαύρης χολής σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργείται ο καρκίνος. Αυτή η θεωρία υποστηρίχθηκε για πολλούς αιώνες μέχρι περίπου του 1300 μ.Χ. Η θεωρία των χυμών έφτασε στη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε ο διάσημος γιατρός Γαληνός. Η μακρόχρονη διατήρηση της οφείλεται στην αυστηρή απαγόρευση μελέτης του ανθρώπινου σώματος, που είχε επιβληθεί το συγκεκριμένο διάστημα για θρησκευτικούς λόγους. Για όλα αυτά τα χρόνια και για πολλά αργότερα η νόσος θεωρούνταν ανίατη ασθένεια ακόμη και αν υποβάλλονταν ο ασθενής σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση, αφαίρεσης του όγκου.

Κατά τον 15ο αιώνα, άρχισαν να χρησιμοποιούνται πιο επιστημονικές μέθοδοι στη μελέτη των ασθενειών. Το 1628 άρχισε να χρησιμοποιείται η μέθοδος της αυτοψίας όπου αποκάλυψε πολλά στοιχεία για το ανθρώπινο σώμα και την κυκλοφορία του αίματος μέσα από την καρδιά και τα υπόλοιπα όργανα. Το 1761 ο Morgagni χρησιμοποίησε πρώτος τη

νεκροψία για να συνδέσει παθολογικά ευρήματα με την αρρώστια που έπασχε ο ασθενής. Αυτή η μέθοδος έθεσε τα θεμέλια για την επιστημονική μελέτη του καρκίνου και την ανάπτυξη της επιστήμης της ογκολογίας. Την ίδια περίπου περίοδο ο σκοτσέζος John Hunter (1728-1793) πρότεινε ότι κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά, αυτοί που δεν έχουν «εισβάλει» σε κάποιο ιστό. Αλλά μόνο έναν αιώνα αργότερα αναπτύχθηκε η μέθοδος της αναισθησίας που επέτρεπε την ανάπτυξη των μεθόδων χειρουργικής επέμβασης. Εκείνη την περίοδο επικρατούσε η θεωρία λέμφου (υγρό που κυκλοφορεί στο σώμα μέσω του λεμφικού συστήματος) για την αιτιολογία του καρκίνου, η οποία υποστήριζε ότι η δημιουργία του καρκίνου είναι αποτέλεσμα της αλλαγής της πυκνότητας και σύστασης της λέμφου.³³



Rud. Virchow

Τον 19ο αιώνα γεννήθηκε και η επιστημονική ογκολογία μέσα από τη συστηματική πλέον χρήση του μικροσκοπίου και την ανάδυση της επιστήμης της κυτταρικής παθολογίας από τον Rudolf Virchow. Αυτή η μέθοδος επέτρεψε τη μελέτη ανθρώπινων ιστών που αφαιρέθηκαν από χειρουργική επέμβαση, και έτσι δίνονταν η δυνατότητα για σαφή διάγνωση. Έτσι άρχισε να υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα αλλά όχι όμως από φυσιολογικά. Ο Virchow παρόλ' αυτά υποστήριξε ότι όλα τα κύτταρα ακόμη και τα καρκινικά προέρχονται από άλλα κύτταρα και αντιπρότεινε τη θεωρία της χρόνιας ενόχλησης αλλά και της μεταφοράς του καρκίνου σαν υγρό μέσα στο σώμα.³³

Διάφορες θεωρίες αναπτύχθηκαν παράλληλα με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης κατά την διάρκεια των αιώνων. Μια θεωρία τον 17ο με 18ο αιώνα, πίστευε το ότι ο καρκίνος είναι μεταδοτική νόσος. Νόσος η οποία προκαλείται από παράσιτα στο σώμα, όπως κάποιο σκουλήκι που είναι υπεύθυνο για τον καρκίνο του στομάχου. Γεγονός που οδήγησε στην απομάκρυνση του πρώτου αντικαρκινικού νοσοκομείου από το κέντρο του Παρισιού το 1779, ώστε να μην μολυνθεί ο υγιής πληθυσμός.

Από τα τέλη του 19ου έως τις αρχές του 20ου αιώνα, πίστευαν στην θεωρία, ότι ο καρκίνος προκαλείται από κάποιο τραύμα. Πολλοί επιστήμονες πίστευαν ότι ο καρκίνος προκαλείται από την επιδείνωση κάποιου τραύματος. Εγκαταλείφθηκε σύντομα αυτή η θεωρία, μετά από αποτυχημένες προσπάθειες πρόκλησης καρκίνου σε πειραματόζωα με τραυματισμό.



Το 1911 ο Peyton Rous στο Ινστιτούτο Rockefeller της Νέας Υόρκης, για πρώτη φορά περιέγραψε το σάρκωμα στα κοτόπουλα. Αργότερα έγινε γνωστός ο ιός με την ονομασία, σάρκωμα του Rous. Για αυτή του την εργασία πήρε το βραβείο Νόμπελ το 1968. Το 1915 σε πανεπιστήμιο του Τόκιο, εργαστηριακά

απομονώθηκε για πρώτη φορά ο καρκίνος, σε πειραματόζωα και συγκεκριμένα στο δέρμα των ποντικών.³³

Πιο πρόσφατα, η κωνική θεωρία υποστηρίζει ότι αρχικά συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει ένα «κλώνο» πανομοιότυπων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν την καρκινική μάζα. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος των επιστημόνων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου.

Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στον κοινό νο. Πλέον η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτιά της.³³

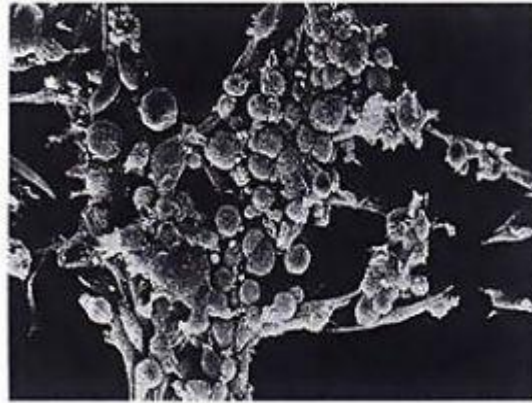
2.2.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

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

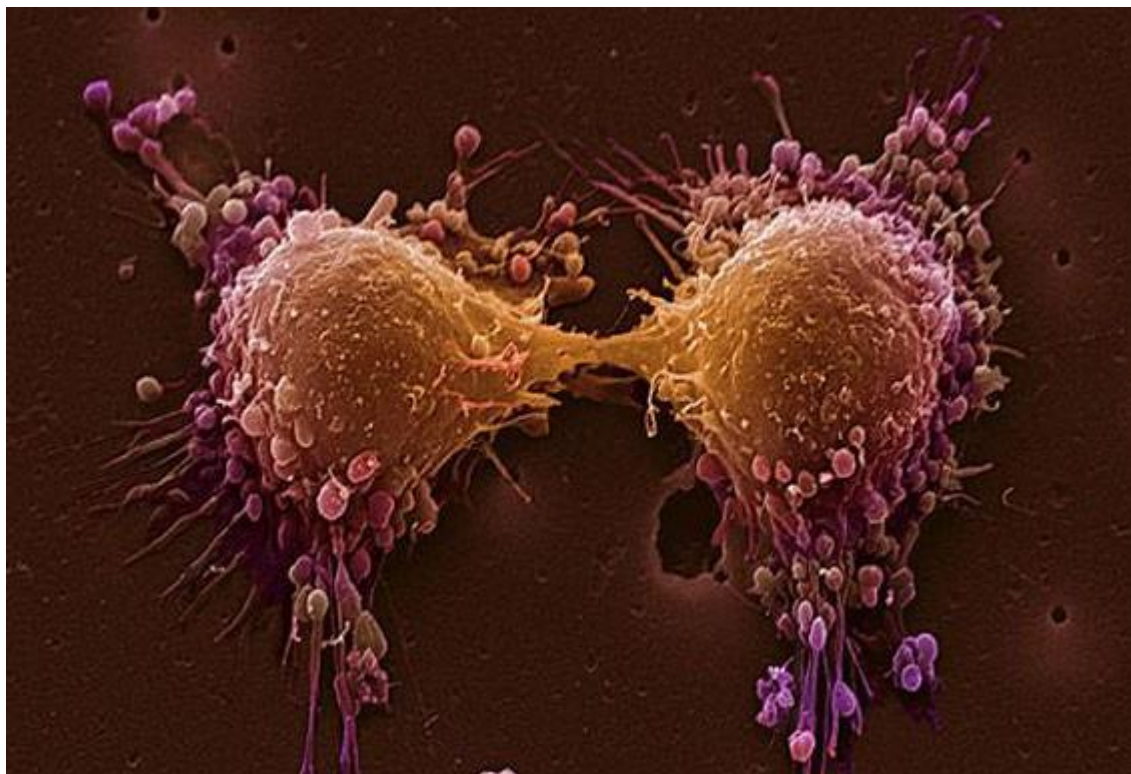
Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου και δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Κάθε ένα είδος έχει τον δικό του τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η βασική διαταραχή ξεκινάει από ένα κύτταρο το οποίο χάνει τον έλεγχο του πολλαπλασιασμού του και αναπτύσσεται ανεξέλεγκτα.

Τα παθολογικά κύτταρα, δεν υπακούουν στους νόμους ελέγχου, ανάπτυξης και θανάτου που ρυθμίζουν τη ζωή των φυσιολογικών κυττάρων του οργανισμού.³⁴





Σε ένα υγιή άνθρωπο, καθημερινά, εκατομμύρια κύτταρα διαιρούνται, πολλαπλασιάζονται και πεθαίνουν με το μηχανισμό της απόπτωσης. Νέα κύτταρα αντικαθιστούν αυτά που υφίσταται βλάβες και πεθαίνουν. Ο ασταμάτητος αυτός φυσιολογικός μηχανισμός επιτρέπει την επιδιόρθωση και την αναζωογόνηση των ιστών και των οργάνων του σώματος. Η πολύπλοκη, συνεχής λειτουργία του πολλαπλασιασμού και αντικατάστασης των κυττάρων, ελέγχεται πολύ αυστηρά από το γενετικό κώδικα του DNA που περιέχεται στον πυρήνα των κυττάρων. Όμως οποιαδήποτε αλλοίωση ή ζημιά που θα υποστεί το DNA, μπορεί να είναι η αιτία έναρξης της παθολογικής διαδικασίας του ανεξέλεγκτου πολλαπλασιασμού καρκινικών κυττάρων.³⁴



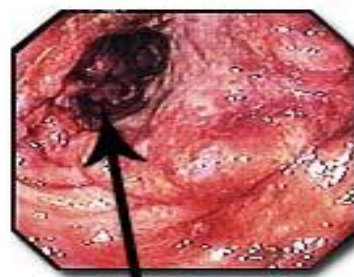
Καρκινικό κύτταρο σε φάση διαίρεσης. Η αρχή του κακού...³⁵

Ο καρκίνος συνήθως δεν επηρεάζει μόνο ένα όργανο του σώματος και δεν έχει μία μορφή. Μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε ιστό του σώματος και να έχει τελείως διαφορετική μορφή σε κάθε σημείο του σώματος. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι στην ουσία όγκοι εκτός από ορισμένους τύπους καρκίνου όπως η λευχαιμία, των οποίων τα κύτταρα κυκλοφορούν μέσα στο αίμα και στα όργανα και τελικά αναπτύσσονται σε συγκεκριμένους ιστούς.

Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Δεν είναι όμως όλοι οι όγκοι επικίνδυνοι. Οι καλοήθεις όγκοι δεν ονομάζονται καρκινικοί, δεν κάνουν μετάσταση και δεν είναι επικίνδυνοι για τη ζωή του ατόμου. Οι περισσότεροι καρκίνοι παίρνουν το όνομά τους από τον τύπο του κυττάρου ή του οργάνου από το οποίο αρχίζουν. Αν κάνουν μετάσταση ο νέος όγκος φέρει το ίδιο όνομα με τον αρχικό. Ορισμένοι όγκοι παίρνουν το όνομά τους από τον επιστήμονα που τους ανακάλυψε (π.χ. Hodgkin, Brenner). Άλλοι ιατρικοί όροι που χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν την ύπαρξη καρκινικής νόσου είναι οι όροι κακοήθης όγκος, καρκίνωμα και νεόπλασμα.³³



Καρκίνος παχέος εντέρου ⁴⁰



Καρκίνος εντέρου

2.3. Επιδημιολογία

Αποτελεί μείζον ιατροκοινωνικό πρόβλημα ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ορθού εξαιτίας της υψηλής του συχνότητας και της σημαντικής θνησιμότητας. Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου έχει κατά μέσον όρο χρόνο διπλασιασμού τις 130 ημέρες. Έτσι απαιτούνται τουλάχιστον 5 έτη και συχνά 10-15, ώστε να φθάσει σε μέγεθος τέτοιο που να προκαλεί κλινικά συμπτώματα. Κατά τη σιωπηλή αυτή περίοδο η

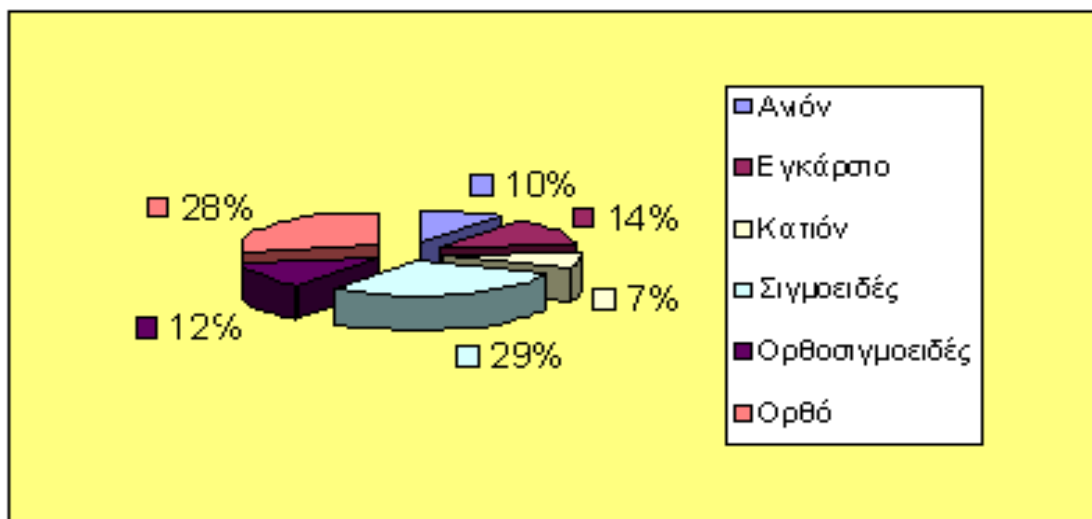
διάγνωση της νόσου εξαρτάται από τις συνηθισμένες εξετάσεις ρουτίνας⁴⁵. Εμφανίζεται συχνότερα στις αναπτυγμένες χώρες.

Η επίπτωση της νόσου ανέρχεται σε 35 περιπτώσεις στις ΗΠΑ, 40 περιπτώσεις στην Δυτική Ευρώπη, 15 περιπτώσεις στην Ν. Αμερική, 15 περιπτώσεις στην Ασία και 2 περιπτώσεις στην Αφρική ανά 100.000 κατοίκους. Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι τα 65 έτη. Προσβάλλει εξίσου τα δύο φύλα, με ελαφρά υπεροχή των ανδρών για το καρκίνωμα του ορθού και των γυναικών για τους κεντρικότερους όγκους (τυφλό). Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο συχνότερος σπλαγγικός καρκίνος, η τρίτη συχνότερη μορφή νεοπλασίας παγκοσμίως και η δεύτερη αιτία θανάτου από νεοπλασματική νόσο στις Η.Π.Α.. Αφορά εξίσου και τα δύο φύλα. Στους άνδρες είναι ο τρίτος σε συχνότητα θανάτου από καρκίνο (μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και του προστάτη), ενώ στις γυναίκες είναι ο δεύτερος (μετά τον καρκίνο του μαστού).³⁶

Συγκεκριμένα, το έτος 2006 στις Η.Π.Α., τα νέα περιστατικά καρκίνου του παχέος εντέρου ανήλθαν σε 106.680 και οι θάνατοι σε 55.170. Μεταξύ των ετών 1998 – 2002, η επίπτωση της νόσου στις Η.Π.Α. μειώθηκε έτος. Η πενταετής επιβίωση ανέρχεται σε 65.6%. Περίπου το 6% των Αμερικανών αναμένεται να εμφανίσει την νόσο κατά την διάρκεια της ζωής του. Ο κίνδυνος εμφάνισης ορθοκολικού καρκίνου αυξάνεται μετά την ηλικία των 40 ετών ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιών 50 – 55ετών και διπλασιάζεται ανά δεκαετία (εκθετική αύξηση).³⁶

Παρόλη την πρόοδο αναφορικά με τις χειρουργικές τεχνικές και τις επικουρικές θεραπείες, η βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών, σε προχωρημένα στάδια της νόσου, είναι μέτρια. Συνεπώς, πιστεύεται ότι έως σήμερα μόνο η εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στον περιορισμό της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από την νόσο.³⁶

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει διαφορετική συχνότητα κατανομής στα διάφορα τμήματα του εντέρου. (σχήμα 1)



Σχήμα 1 Η κατανομή του καρκίνου του παχέος εντέρου στα διάφορα τμήματά του.

Αυτό σημαίνει ότι το 62% των καρκίνων εντοπίζονται στο περιφερικό κόλο και το ορθό με αποτέλεσμα στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος να μπορεί να διαγνωστεί με μόνη τη δακτυλική εξέταση, και το 50% να μπορεί να διαγνωστεί με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση.³⁷

Σε παγκόσμια κλίμακα, λιγότερο από το ένα τρίτο των περιπτώσεων παρουσιάζονται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η επίπτωση είναι γενικά μεγαλύτερη στους κατοίκους των αστικών κέντρων σε σχέση με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Η Ελλάδα καταλαμβάνει τη χαμηλότερη θέση στην επίπτωση και θνητότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: η επίπτωση ανέρχεται σε 15,2 και η θνητότητα σε 8,4 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό. Από τις επιδημιολογικές μελέτες συνάγεται ότι οι γεωγραφικές διαφορές στην επίπτωση της νόσου αφορούν κατά κύριο λόγο το περιφερικό τμήμα του παχέος εντέρου: ο καρκίνος του εγγύς τμήματος του παχέος εντέρου προεξάρχει στις χώρες με χαμηλή επίπτωση της νόσου, ενώ ο καρκίνος του άπω τμήματος του παχέος εντέρου και του ορθού υπερισχύει στις χώρες με υψηλή επίπτωση.

Από πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η μετανάστευση από περιοχές με χαμηλή σε περιοχές με υψηλή επίπτωση συνοδεύεται από δραματική αύξηση της συχνότητας της νόσου, που εξισώνεται με αυτήν της χώρας διαμονής μετά από 2 γενεές, γεγονός που υποδηλώνει την αιτιολογική συνεισφορά περιβαλλοντικών παραγόντων.³⁸

Η φυσική ιστορία της νόσου έχει μεταβληθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Σήμερα, ο καρκίνος του παχέος εντέρου αντιπροσωπεύει το 70% του συνόλου των κολο-ορθικών καρκίνων, ενώ ο καρκίνος του ορθού μόλις το 30%. Επιπλέον, έχει αυξηθεί η επίπτωση του καρκίνου του δεξιού κόλου και έχει υπερβεί την αντίστοιχη του αριστερού κόλου. Τα αίτια για τη μεταβολή αυτή δεν είναι γνωστά, αλλά ίσως οφείλεται σε περιβαλλοντικούς, κυρίως διαιτητικούς, παράγοντες.^{38,39}

2.4 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τόσο οι καλοήθεις όσο και οι κακοήθεις όγκοι του παχέως εντέρου ανευρίσκονται σχετικά συχνά. Οι συχνότεροι από μεν τους καλοήθεις είναι τα διάφορα είδη πολυπόδων από δε τους κακοήθεις ο καρκίνος Άλλοι καλοήθεις όγκοι όπως το ίνωμα, το λίπωμα, το νευρίνωμα, το αιμαγγείωμα, το λαχνώδες αδένωμα και κακοήθεις όπως το λέμφωμα, το σάρκωμα και το ημικακοήθες καρκινοειδές είναι σπάνιοι.

2.4.1. ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Είναι όγκοι που προβάλλουν στον αυλό με παρουσία ή απουσία μίσχου. Είναι ένας κλινικός όρος που δεν υπονοεί την ιστολογική υφή, αποτελούν συχνό πρόβλημα γιατί μπορούν να εξαλλαχτούν ή και να συνοδεύονται από αδενοκαρκίνωμα. Υπάρχουν πολλές διαιρέσεις των τύπων των πολύποδων. Ιστολογικώς αναγνωρίζονται επιθηλιακοί και μη πολύποδες. Οι πιο συχνοί είναι οι επιθηλιακοί.⁴⁰

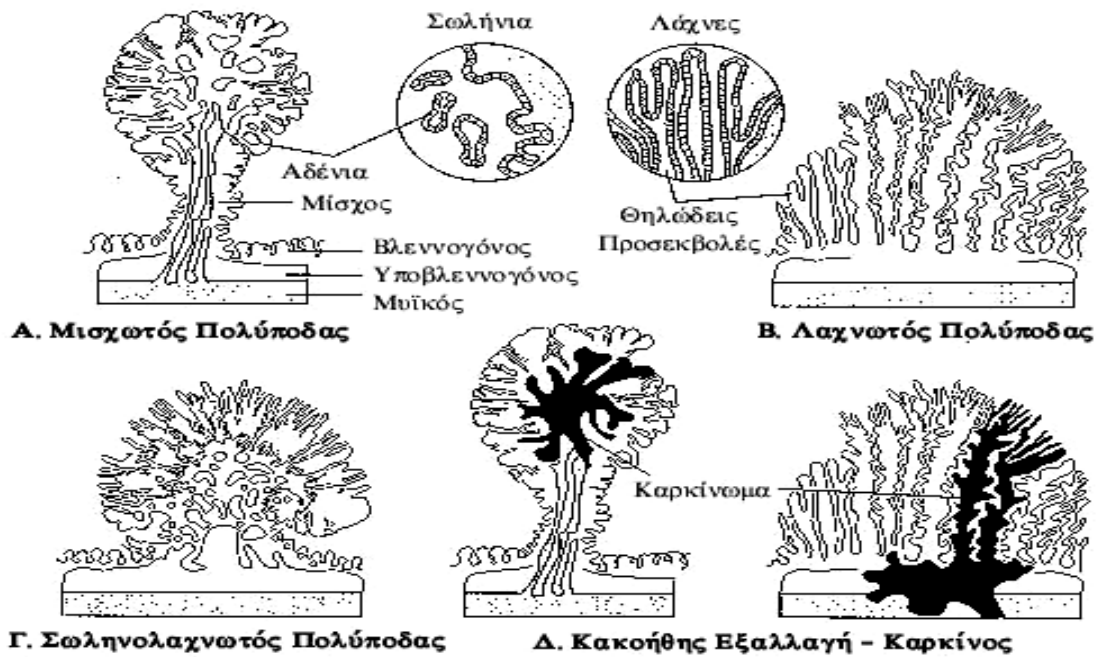
ΣΧΕΣΗ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Αρκετά δύσκολο είναι να ανακαλυφθεί ο καρκίνος στο αρχικό στάδιο γι' αυτό και για τον σύγχρονο παθολογοανατόμο θεωρείται επιτακτική η ανάγκη εξειδικεύσεως σε διάφορα όργανα ή συστήματα του οργανισμού. Οι τύποι των πολύποδων του παχέος εντέρου οι οποίοι παρουσιάζουν κάποια τάση για κακοήθη εξαλλαγή και η σχέση τους με το καρκίνο φαίνεται παρακάτω:

- Νεανικοί (τους κατατάσσουμε στα αμαρτώματα). Είναι κυρίως μη νεοπλασματικοί, κυρίως μισχωτοί και μόνο όταν συνδυάζονται με δυσπλασία ή μη αδενωματώδη μετατροπή του επιθηλιακού τους στοιχείου θεωρούνται κακοήθεις(10%(δέκα τοις εκατό).
- Peutz- jehghers πολύποδες (τους κατατάσσουμε στα αμαρτώματα). Ένα πολύ μικρό ποσοστό (2-3%) μετατρέπεται σε κακοήθη. Ο καρκίνος όταν αναπτυχθεί εμφανίζεται στο παχύ έντερο και όχι στη νήστιδα και στον ειλέο που δημιουργείται.⁴⁰
- Υπερπλαστικοί. Δεν θεωρούνται νεοπλασματικοί και αφού δεν είναι αμιγείς δεν είναι προκαρκινωμάτεις. Πολλοί ερευνητές τους θεωρούν προστάδιο των αδενωματωδών πολυπόδων.
- Μικτοί (συνδυασμός υπερπλαστικού και αδενωματώδους στοιχείου). Σε ποσοστό 1%(ένα τοις εκατό) είναι συχνά μισχωτοί και μεγαλύτεροι από τους αμιγείς υπερπλαστικούς, ενώ εξαλλάσσεται πάντοτε το αδενωματώδες στοιχείο τους.
- Νεοπλασματικοί ή αδενωματώδεις πολύποδες ή αδενώματα.⁴⁰

Υποδιαιρούνται σε τρεις κατηγορίες:

- σωληνώδεις
- σωληνολαχνώδεις
- λαχνώδεις.⁴⁰



Οι δύο πρώτοι είναι μισχωτοί ενώ οι λαχνώδεις είναι άμισχοι με ευρεία βάση. Όλοι έχουν διαφορετικούς μακροσκοπικούς χαρακτήρες ενώ σε κυτταρικό επίπεδο έχουν την ίδια μορφολογία.

Τα σωληνώδη, τα λαχνώδη και τα σωληνολαχνώδη αδενώματα διαχωρίζονται με υποκειμενικά μικροσκοπικά κριτήρια, αλλά όσο πιο πολλές τομές εξετάζονται από ένα πολύποδα, τόσο πιο συχνά παρατηρείται ο σωληνολαχνώδης τύπος. Η κυτταρική ατυπία ή δυσπλασία διαχωρίζεται σε ελαφρά, μέτρια και σοβαρή. Όσο μεγαλώνει ο πολύποδας τόσο η δυσπλασία αυξάνει και είναι περισσότερο συχνή στους λαχνώδεις, οι οποίοι παρουσιάζουν και τον υψηλότερο δείκτη κακοήθους εξαλλαγής.⁴⁰

Από την μέχρι τώρα εμπειρία, ένας *in situ* καρκίνος είναι αδύνατον να ανακαλυφθεί σε φυσιολογικό εντερικό βλεννογόνο. Η ανακάλυψη ενός καρκίνου του παχέως εντέρου σε *in situ* ή πρώιμο στάδιο παρατηρείται μόνο στους νεοπλασματικούς ή αδενωματώδεις πολύποδες με βαρεία δυσπλασία και εμφανίζεται συνήθως σαν μία μικρή εστία κακοήθων κυττάρων στην κορυφή του πολύποδα.

Ο καθορισμός του μικροδιηθητικού (πρώιμου) καρκίνου του παχέως εντέρου, αντιστοιχεί στη διηθητική ανάπτυξη των καρκινωματωδών κυττάρων δια μέσου της βλεννογονίου μυϊκής στιβάδας στον υποβλεννογόνο. Το γεγονός ότι η βλεννογονίου μυϊκή στιβάδα περιέχει λεμφαγγειακό πλέγμα θεωρείται σαν το ανατομικό εύρημα "κλειδί" για το διαχωρισμό του *in situ* από τον μικροδιηθητικό καρκίνο.⁴⁰

Αξίζει να τονισθεί η διαφορά της μικροδιήθησης μεταξύ μισχωτών και αμίσχων νεοπλασματικών πολυπόδων. Στους τελευταίους τα κύτταρα που αναπτύσσονται διηθητικά φθάνουν ευκολότερα στη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα, την διηθούν και δίνουν μεταστάσεις. Αντίθετα, οι

μισχωτοί με μικροδιήθηση της κεφαλής έχουν λιγότερο από 1%(ένα τοις εκατό) πιθανότητα μεταστάσεων.

Οπότε, όταν η εκτομή του πολύποδα γίνει πλήρως και σε υγιείς ιστούς, η θεραπεία είναι επαρκής. Και πιο συγκεκριμένα, τρεις είναι οι βασικοί ιστολογικοί δείκτες για τον καθορισμό της επάρκειας της θεραπευτικής αγωγής.⁴⁰

Το βάθος της διήθησης, η επάρκεια εξαίρεσης και ο βαθμός διαφοροποίησως της νεοπλασματικής επεξεργασίας. Απαραίτητο βοήθημα για τον Παθολογοανατόμο αποτελεί η αποστολή ακέραιου του πολύποδα, (δηλ. με το μίσχο του και υγιή εντερικό βλεννογόνο) σε καλές συνθήκες μονιμοποίησως και ότι υλικό κατακερματισμένο. Διότι, τότε είναι αδύνατον να καθορισθούν οι τρεις βασικοί ιστολογικοί δείκτες.

Επίσης, όταν ο Παθολογοανατόμος βάζει τη διάγνωση ενός αρχόμενου καρκίνου στο έδαφος πολύποδα οφείλει να εξαντλεί όλο το υλικό για να αποκλείσει τυχόν μεγαλύτερη διήθηση σε άλλες θέσεις. Τέλος, θα ήταν παράλειψη εάν δεν τονίζαμε ότι πρέπει πάντοτε να γίνεται από τον Παθολογοανατόμο η διαφορική διάγνωση μεταξύ του μικροδιηθητικού καρκίνου και της ψευδοκαρκινωμάτωσης διηθήσεως των νεοπλασματικών πολυπόδων. Αυτή αφορά την μετάθεση επιθηλιακών στοιχείων του πολύποδα διαμέσου της βλεννογονίου μυϊκής στιβάδας στον υποβλεννογόνο. Το φαινόμενο αυτό συμβαίνει συνήθως σε μεγάλους πολύποδες με μακρύ μίσχο, οι οποίοι ερεθίζονται εύκολα και αιμορραγούν, συναντώνται δε στο σιγμοειδές. Βασικά ιστολογικά κριτήρια είναι τα εξής: Τα αδένια είναι τα ίδια με του βλεννογόνου, στερούνται χαρακτήρων ατυπίας, περιβάλλονται δε από δεσμίδες μυϊκών ινών και δεν παρουσιάζουν την δεσμοπλαστική αντίδραση του υποστρώματος που παρατηρείται στον καρκίνο.⁴⁰

Παρακάτω παρατίθεται η συστηματική ταξινόμηση των πολυποδιάσεων :

- **Νεοπλασματικός τύπος:** Περιλαμβάνει τους αδενωμάτωσης πολύποδες, το λαχνωτό αδένωμα και την πολυποδίαση.
- **Αδένωμα:** είναι καλοήθης επιθηλιακό νεόπλασμα με δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής.

Η γένεσή του καθορίζεται γεννητικά, ενώ για την αύξηση του μεγέθους του, την προοδευτικά αυξανόμενη σε βαθμό δυσπλασία και την καρκινωμάτωση εξέλιξη, ευθύνονται περιβαντολλογικοί παράγοντες, κυρίως διαιτητικοί.

- **Σωληνώδες αδένωμα:** Είναι ο συχνότερος τύπος, μεγέθους απο 0,1 μέχρι μερικά εκατοστά. Μακροσκοπικώς μοιάζει με μικρή ανθοκράμβη και συνήθως έχει μίσχο. Μικροσκοπικώς παρατηρούνται πολλαπλές σωληνώδεις σχηματισμοί με μικρή συμμετοχή θηλών λαχνών.
- **Λαχνωτό αδένωμα:** Συνήθως είναι μεγάλο, άμισχο ή μισχωτό. Μικροσκοπικώς εμφανίζει λάχνες-θηλές που επενδύονται απο επιθηλιακά κύτταρα.

- **Μισχωτό-λαχνωτό αδένωμα:** Είναι άμισχος πολύποδας.
- **Συγγενής Πολυποδίαση:** Τα σύνδρομα αυτά διακρίνονται σε οικογενή και μη.^{41,42}

Τα **οικογενή** χωρίζονται σε αδενώματα και αμαρτώματα. Είναι σπάνια κληρονομική νόσος και χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη μεγάλου αριθμού πολυπόδων στο παχύ έντερο. Μεταβιβάζονται κληρονομικώς, κατά τον αυτόσωμο επικρατούντα χαρακτήρα. Προσβάλλει εξίσου και τα δύο φύλα, τα οποία μεταφέρουν και τα δύο τη νόσο.

Τα σύνδρομα της οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης είναι τα: Οικογενής πολυποδίαση, Σύνδρομο Gardner και Σύνδρομο Turcot, ενώ τα σύνδρομα οικογενών αμαρτωμάτων είναι τα:

Νευροϊνωμάτωση, Σύνδρομο Peutz-Jeghers, Juvenile polyposis και Gowden.^{41,42}

Τα **μη οικογενή** είναι ετερογενή σύνδρομα με το χαρακτηριστικό των πολυάριθμων πολυπόδων.

Είναι δύσκολο να διαχωριστούν ακριβώς μεταξύ τους και το χαρακτηριστικό τους είναι η καρκινωματοδής εξαλλαγή που αποτελεί και το σημαντικότερο πρόβλημα των συνδρομών αυτών.^{40, 41,42}

- **Αμαρτώματα:** περιλαμβάνει νεανικούς πολύποδες και πολύποδες του συνδρόμου Peutz-Jeghers.

Νεανικός πολύποδας: Δεν θεωρείται γνήσιο νεόπλασμα αλλά αμάρτωμα ή φλεγμονώδους αιτιολογίας. Είναι ο συχνότερος τύπος πολυπόδων σε άτομα ηλικίας 2-20 ετών. Οι περισσότεροι από αυτούς εντοπίζονται στο ορθό και στο σιγμοειδές. Στο 70%(εβδομήντα τοις εκατό) των περιπτώσεων είναι μονήρεις και μόνο όταν είναι πολλαπλοί υπάρχει εντόπισή τους και στο υπόλοιπο τμήμα του παχέως εντέρου. Οι νεανικοί πολύποδες είναι σχεδόν πάντοτε μισχωτοί, σφαιρικοί, ερυθρωποί, με επικάλυψη βλέννας και καλύπτονται με φυσιολογικό βλεννογόνο.

Σε διατομή υπάρχουν κυστικοί χώροι που καλύπτονται από επιθήλιο και περιέχουν βλέννα. Δεν υπάρχουν σαφής ενδείξεις ότι οι νεανικοί πολύποδες μπορούν να υποστούν κακοήθη εξαλλαγή. Το συνηθέστερο σύμπτωμα είναι η αιμορραγία από το ορθό. Η διάγνωση γίνεται με την ενδοσκόπηση.

Η θεραπεία είναι η εκτομή των πολυπόδων, είτε χειρουργικά είτε ενδοσκοπικά, ανάλογα με το μέγεθός τους και τη θέση τους.

Σύνδρομο Peutz-Jeghers: είναι πολύ σπάνια οικογενής νόσος και χαρακτηρίζεται από πολλαπλούς πολύποδες στο στόμαχο, λεπτό και παχύ έντερο. Επίσης, οι ασθενείς εμφανίζουν υπερχρωματικές κηλίδες του δέρματος και του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, κυρίως γύρω από τα χείλη και τα ούλα. Οι πολύποδες αυτοί είναι πολλαπλοί, μισχωτοί

ή άμισχοι και εντοπίζονται συνήθως στη νήστιδα και σπανιότερα στο στόμαχο και στο παχύ έντερο. Είναι συνήθως αμαρτώματα και η δυνατότητα κακοήθους εξαλλάγής τους είναι περιορισμένη.^{41,42}

- **Φλεγμονώδεις:** Περιλαμβάνονται πολύποδες του λεμφικού ιστού και ψευδοπολύποδες.

- **Υπερπλαστικός- μεταπλαστικός πολύποδας:** η αιτία ύπαρξης του είναι άγνωστη. Για την ανάπτυξή του ενοχοποιούνται περιβαλλοντικοί παράγοντες, πιθανόν διαιτητικοί. Οι υπερπλαστικοί πολύποδες εμφανίζουν επιμήκυνση των αυλών των βλεννογόνων αδένων με σύγχρονη τάση κυστικής διάτασής τους. Ο όρος μεταπλαστικός πολύποδας χρησιμοποιείται για να δείξει τη διαφορά των πολυπόδων αυτών από το φυσιολογικό βλεννογόνο.^{41,42}

2.4.2 ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

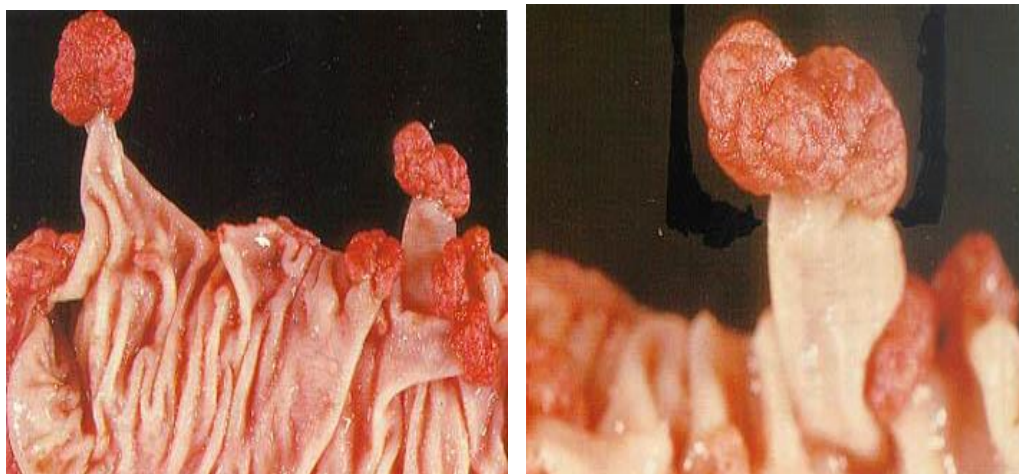
- Αδενοκαρκίνωμα
- Αμιγές μαλπιγιακό καρκίνωμα
- Αδενομαλπιγιακό καρκίνωμα

Όγκοι λεμφικού ιστού

- Καλοήθης λεμφοειδής» πολύποδας
- Κακοήθης λέμφωμα (δυτικού τύπου ή σποραδικό)
- Πολλαπλή λεμφωματώδης πολυποδίαση

Ο de novo καρκίνος του παχέως εντέρου, δηλαδή η εξαλλαγή προς κακοήθεια του επιθηλίου, χωρίς τη μεσολάβηση του καλοήθους πολύποδος - αδενώματος, θεωρείται σήμερα ασυνήθης. Στο σημείο αυτό απαιτείται μια διευκρινιστική παρέμβαση.

Πολύποδας στον πληθυσμό είναι μια έννοια συνώνυμη με κακοήθεια ή δυνητική κακοήθεια. Κατ' αρχήν, ο όρος πολύποδας είναι αποτυχημένος καθ' όσον ορίζει ένα μόρφωμα με πολλά πόδια, ενώ στην πραγματικότητα όταν έχει πόδια είναι ένα, ο μίσχος. Το μόρφωμα αυτό προβάλλει σε ένα κοίλο όργανο (στόματος, μήτρα, έντερο) και έχει προέλευση μια ποικιλία ιστών (φλεγμονώδης, ινώδης). Όταν η προέλευσή του είναι αδενικός ιστός, τότε συνιστά τον αδενωματώδη πολύποδα, το αδένωμα δηλαδή, που συνέπειά του είναι το καρκίνωμα (adenoma - carcinoma sequence). Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η συχνότητα του αδενώματος του παχέως εντέρου. Ένα μικρό ογκίδιο διαμέτρου περίπου 1 cm μόνο σε προγραμματισμένη έρευνα δείγματος πληθυσμού μπορεί να αξιολογηθεί. Σε αντίθεση, το κλινικά έκδηλο καρκίνωμα του παχέως εντέρου εκτιμάται σήμερα ότι καταλαμβάνει τη δεύτερη μεταξύ των κακοήθων νόσων θέση, καθ' όσον η πρώτη ανήκει στον καρκίνο του πνεύμονα.^{94,95}



Πολύποδας παχέως εντέρου (Μισχωτός)

2.5. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ- ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ταξινόμηση του καρκίνου παχέως εντέρου

Διακρίνονται σε 5 μορφές :

- 1) Αδενοκαρκίνωμα
- 2) Κακοήθες λέμφωμα
- 3) Λειομυοσάρκωμα
- 4) Καρκινοειδές
- 5) Αδενοακάθωμα.

Σταδιοποίηση

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

Αν και υπάρχουν πολλές και μακροχρόνιες αμφισβητήσεις για την αντικειμενικότητα των διαφόρων συστημάτων σταδιοποίησης, έχει γίνει συνείδηση, σε όλους όσους ασχολούνται με τον καρκίνο του παχέως εντέρου, ότι η σταδιοποίηση είναι καθοριστική στην όλη μελέτη του ασθενούς, κυρίως σε ότι αφορά στην πρόγνωση⁴³

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

έγινε τροποποίηση του σταδίου C. Η σταδιοποίηση κατά Dukes θεωρείται απλή και με σαφείς αναφορές σε ιστολογικά χαρακτηριστικά.⁴⁴

Ταξινόμηση κατά Dukes (1932)

ΣΤΑΔΙΟ Α Ο όγκος αναπτύσσεται σε όλο το τοίχωμα του εντέρου (όμως δεν διασπά τον ορογόνο)

ΣΤΑΔΙΟ Β Ο όγκος διασπά τον ορογόνο, ίσως διηθεί το περικολικό λίπος δεν διηθεί λεμφαδένες

ΣΤΑΔΙΟ C Ο όγκος διηθεί ολόκληρο το τοίχωμα και διηθεί λεμφαδένες.

Τροποποίηση του σταδίου C (1935)

ΣΤΑΔΙΟ C1 Διήθηση των επιχωρίων λεμφαδένων

ΣΤΑΔΙΟ C2 Διήθηση του κορυφαίου λεμφαδένα στην απολίνωση της μεσεντερίου αρτηρίας

ΣΤΑΔΙΟ D Απομακρυσμένες μεταστάσεις (κυρίως ήπαρ-πνεύμονες).

Ευρείας εφαρμογής θεωρείται το τροποποιημένο Dukes σύστημα των Astler & Coller που προτάθηκε το 1954. Η τροποποίηση κατά ASstler-Coller είναι σήμερα πιο διαδεδομένη, χάρις στις αυξημένες λεπτομέρειες που περιγράφει σε σχέση με την Dukes. Το ευρωπαϊκό σύστημα σταδιοποίησης, που στηρίζεται στην κατάταξη TNM, αν και έχει προσαρμοσθεί μετά από κοινές προσπάθειες της Διεθνούς Ένωσης κατά του Καρκίνου (UICC) και της Αμερικανικής Ενιαίας Επιτροπής για τον Καρκίνο (AJCC), δεν έχει τύχει ευρείας αποδοχής και ουσιαστικά δεν χρησιμοποιείται στην καθημερινή κλινική πράξη. Η αναθεώρηση των συστημάτων σταδιοποίησης που έγινε το 1987 ενοποίησε τα δύο συστήματα (Dukes και TNM), ώστε τα ανακοινούμενα αποτελέσματα να είναι απόλυτα συγκρίσιμα.⁴⁵

Ταξινόμηση κατά Astler-Coller (1954)

ΣΤΑΔΙΟ Α Ο όγκος αναπτύσσεται στον βλεννογόνο

ΣΤΑΔΙΟ Β1 Ο όγκος διηθεί μέχρι την έξω μυϊκή στιβάδα χωρίς να επεκτείνεται πέραν αυτής (όχι λεμφαδένες)

ΣΤΑΔΙΟ Β2 Ο όγκος διηθεί ολόκληρη την έξω μυϊκή στιβάδα (όχι λεμφαδένες)

ΣΤΑΔΙΟ C1 Ο όγκος περιορίζεται ακόμη στο τοίχωμα όμως διηθεί λεμφαδένες

ΣΤΑΔΙΟ C2 Ο όγκος διασπά τον ορογόνο και διηθεί λεμφαδένες

ΣΤΑΔΙΟ D Απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Οι Guterson και Solin το 1974, συμπλήρωσαν τη σταδιοποίηση κατά Astler-Coller, προσθέτοντας ένα στάδιο B3 (διήθηση γειτονοκών οργάνων) και ένα στάδιο C3 (B3, N). Σε γενικές γραμμές, από ανάλυση μεγάλων σειρών με καρκίνους του παχέος εντέρου, κατά την αντιμετώπισή τους, το 15% των όγκων είναι στάδιο A, το 35% των όγκων είναι στάδιο B και το 50% είναι στάδιο C.⁴⁶

Ταξινόμηση TNM

T (tumor) : Πρωτοπαθής εστία

To: Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς εστίας όγκου

Tx: Δεν υπάρχει δυνατότητα εκτίμησης της έκτασης του όγκου

Tis: Καρκίνωμα in situ

T1: Όγκος περιοριζόμενος στον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο

T2: Όγκος περιοριζόμενος στο εντερικό τοίχωμα χωρίς τη διήθηση του Ορογόνου

T3: Διήθηση του ορογόνου με ή χωρίς επέκταση σε παρακείμενους ιστούς

T4: Επέκταση σε παρακείμενους ιστούς και όργανα

N (nodes): Λεμφαδένες

No: Απουσία διήθησης λεμφαδένων

Nx: Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν

N1: Διήθηση 1 ως 3 περικολικών ή περιορθικών λεμφαδένων

N2: Διήθηση 4 ή περισσότερων περικολικών ή περιορθικών λεμφαδένων

N3: Διήθηση λεμφαδένων πέραν των περικολικών ή περιορθικών

M (metastases) Μεταστάσεις

Mx: Η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων δεν μπορεί να εκτιμηθεί

Mo: Απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

M1: Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων^{47, 48}

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.⁴⁷

Στάδιο I : T1, No, Mo ή T2, No, Mo : Ο καρκίνος έχει επεκταθεί μέσω

του βλεννογόνου στον υποβλεννογόνιο ή και στο μυϊκό χιτώνα, αλλά δεν έχει επεκταθεί σε επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένες περιοχές.

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

Στάδιο ΙΒ : 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 ΙΙΑ : T1-2, N1, Mo : Ο καρκίνος έχει επεκταθεί μέσω του βλεννογόνου στον υποβλεννογόνιο ή και στο μυϊκό χιτώνα και έχει διηθήσει 1-3 επιχώριους λεμφαδένες αλλά δεν έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένες περιοχές.⁴⁷

Στάδιο ΙΙΒ : 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 ΙΙC : 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.

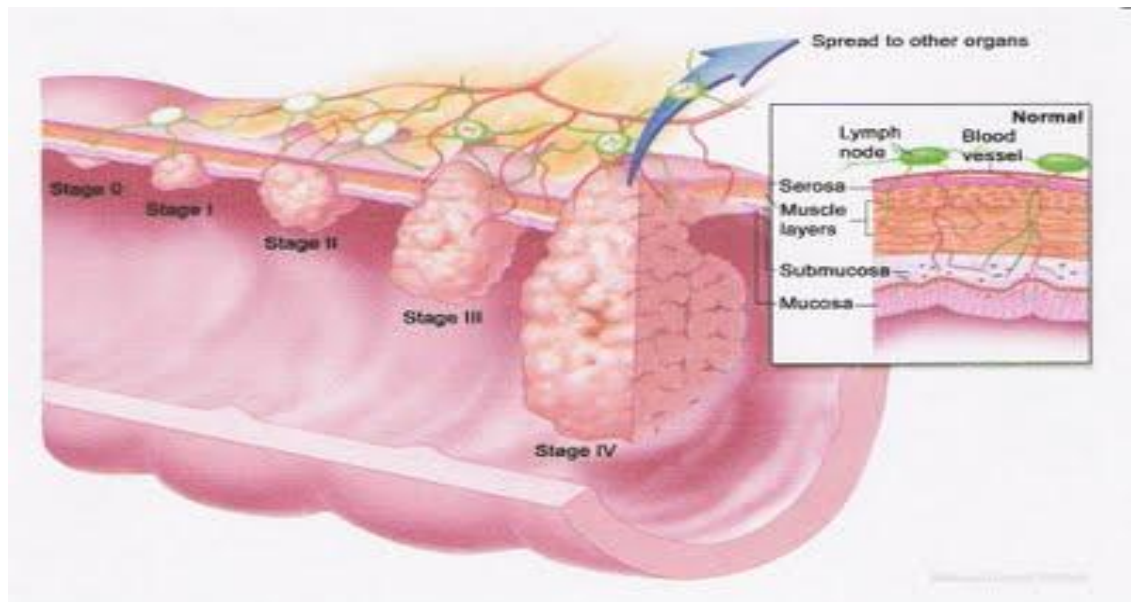
Στάδιο ΙV : Κάθε T, κάθε N, M1 : Ο καρκίνος μπορεί να είναι κάθε T και κάθε N αλλά έχει δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις όπως στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στο περιτόναιο ή στις ωοθήκες.⁴⁷

Αν και η κατάταξη TNM ή η κατά Astler-Coller είναι πιο λεπτομερείς από την κατάταξη κατά Dukes εν τούτοις σήμερα γίνεται αναφορά και στην κατάταξη της Ιαπωνικής Γαστρεντερολογικής Ενδοσκοπικής Εταιρείας για τους όγκους εκείνους που περιορίζονται στον υποβλεννογόνο χιτώνα.⁴⁶

Έτσι προτάθηκε η οντότητα του αρχόμενου καρκινώματος του παχέος εντέρου, κατ' αναλογία με τον αρχόμενο γαστρικό καρκίνο. Ως «αρχόμενο καρκίνωμα του παχέος εντέρου» θεωρείται εκείνο το οποίο περιορίζεται στον βλεννογόνο ή στην υποβλεννογόνο στιβάδα χωρίς όμως να διηθεί τον μυϊκό χιτώνα, ανεξαρτήτως διηθήσεως ή μη των λεμφαδένων. Θεωρείται ότι αναπτύσσεται επί εδάφους των flat αδενωμάτων, άλλοι όμως υποστηρίζουν ότι αναπτύσσεται κατά 80% de novo.⁴⁶

Επίσης διακρίνουμε καρκίνους:

- Χαμηλής διαφοροποίησης
- Μέσης διαφοροποίησης
- Υψηλής διαφοροποίησης
- Βλεννώδεις καρκίνους.⁴⁶



Στάδια καρκίνου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

3.1 Γενικά

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

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

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τόσο ενδογενών όσο και εξωγενών παραγόντων, με συνέπεια ένα ευρύ φάσμα βλαβών σε όλο το μήκος του επιθηλίου του παχέος εντέρου και τούτο όχι στιγμιαία αλλά διαχρονικά. Ενδογενείς παράγοντες είναι ογκογονιγιακοί, κληρονομικοί αλλά και η ηλικία, το φύλλο. Εξωγενείς δε είναι η διατροφή, το περιβάλλον, η ακτινοβολία κ.τ.λ.⁴⁹

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

3.2 Διατροφή

Ένας από τους βασικότερους παράγοντες που έχει ενοχοποιηθεί είναι η διατροφή χαμηλού υπολείμματος, πλούσια σε κορεσμένα λίπη και σάκχαρο, πολυκυκλικούς υδρογονάνθρακες, και η κατανάλωση κόκκινου κρέατος.^{50,51,52}

Η αυξημένη κατανάλωση κρέατος (ιδίως αυτού που περιγράφεται σαν κόκκινο κρέας) και κατά συνέπεια ζωικής προέλευσης πρωτεΐνης και λίπους συνοδεύεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κολοορθικού καρκίνου.^{53,60} Κόκκινο κρέας θεωρείται το χοιρινό, το βοδινό, το αρνίσιο και το μοσχαρίσιο.⁵⁰

Αναφέρεται ότι αυτοί που ήταν στην ομάδα με μεγάλη κατανάλωση κρέατος/ χαμηλή πρόσληψη λαχανικών εμφάνιζαν 8 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο παχέος εντέρου σε σχέση με αυτούς που ήταν στην ομάδα με χαμηλή κατανάλωση κρέατος/ υψηλή πρόσληψη λαχανικών.⁵³



Επίσης το λίπος φυτικής προέλευσης δεν έχει κανένα επιβαρυντικό ρόλο, ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν τον επιβαρυντικό ρόλο των κορεσμένων λιπών και τον προστατευτικό των πολυακόρεστων λιπών.⁵³

Υπάρχουν όμως και δημοσιεύσεις που ισχυρίζονται ότι το είδος του λίπους δεν φαίνεται να επηρεάζει τον κίνδυνο για την εμφάνιση κολοορθικού καρκίνου. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην Ιαπωνία που τα τελευταία 15 χρόνια αυξήθηκε η κατανάλωση λίπους κατά 15%, ο καρκίνος του παχέος εντέρου παρουσίασε αύξηση κατά 130%.⁵⁵ Αντικρουόμενες είναι οι απόψεις για το εάν η αυξημένη κατανάλωση κρέατος και ως εκ τούτου ζωικού λίπους συνοδεύεται με τον ίδιο κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου σε όλες τις θέσεις του κόλου και το ορθό. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η κατανάλωση υψηλών ποσοτήτων συνδέεται με αυξημένη εμφάνιση καρκίνου στο αριστερό κόλον, αλλά όχι στο δεξιό. Άλλοι ισχυρίζονται ότι η κατανάλωση “κόκκινου κρέατος” συσχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου στο δεξιό κόλο, ενώ αυτή προπαρασκευασμένου ή συντηρημένου κρέατος με καρκίνο του ορθού.⁵³

Άτομα που τρώνε καθημερινά κοτόπουλο αλλά και ψάρια έχουν μειωμένο κίνδυνο για καρκίνο παχέος εντέρου.⁵⁰

Παράλληλα παρατηρήθηκε μια προστατευτική ιδιότητα των φυτικών ινών, όπως και των λαχανικών και των φρούτων, διότι εμπεριέχουν μεγάλες ποσότητες αντιοξειδωτικών. Τέλος, το αλκοόλ μπορεί να ευνοήσει την ανάπτυξη καρκίνων της στοματικής κοιλότητας και του λάρυγγα διότι προκαλεί άμεσες βλάβες σε κύτταρα των οργάνων αυτών. Επίσης έμμεσα λόγω του μεταβολισμού του, μπορεί να ευνοήσει καρκινογένεση των ιστών του ήπατος και του μαστού. Ο κίνδυνος για καρκίνο μπορεί να αυξηθεί είτε διότι έχουμε κάποια πράγματα στη διατροφή μας είτε κάποια άλλα απουσιάζουν από αυτή ή δεν υπάρχουν στο βαθμό που θα έπρεπε. Τα φυτοχημικά θρεπτικά συστατικά που περιέχονται μέσα στα φρούτα και στα λαχανικά, τα δημητριακά ολικής αλέσεως και άλλα τρόφιμα που περιέχονται από το φυτικό βασίλειο, μειώνουν τον κίνδυνό μας για καρκίνο.⁴⁹

Αλλάζει όμως στις Μεσογειακές χώρες, το θέμα της διατροφής, οι οποίες έχουν άλλο διαιτολόγιο το οποίο διαφέρει στο ολικό λίπος, στο λάδι στον τύπο του κρέατος, στο κρασί, το τυρί, τα φρούτα και τα λαχανικά.^{26,60} Επιπρόσθετα, παρατηρείται παγκοσμίως μία σημαντική έλλειψη της βιταμίνης D στους ανθρώπους. Η εν λόγω έλλειψη της, στην διατροφή αυξάνοντας τον κίνδυνο για ορισμένες μορφές καρκίνου, μπορεί να ναι υπεύθυνη για μερικές χιλιάδες πρόωρους θανάτους ετησίως λόγω καρκίνου παχέος εντέρου. Μία προοπτική 19-ετή μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ημερήσια προσθήκη στη δίαιτα 3,8μg βιταμίνης D είναι ικανή να μειώσει τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου κατά 2 φορές σε σχέση με αυτούς που δε γινόταν

προσθήκη βιταμίνης D στη διαίτα. Η βιταμίνη D εμπεριέχεται στο γάλα, το γιαούρτι, στον χυμό πορτοκαλιού, στα λιπαρά ψάρια, στη μαργαρίνη και σε άλλα τρόφιμα λιπαρά.

Η δράση της βιταμίνης D φαίνεται να ασκείται μέσω της κινητοποίησης ασβεστίου, της καλύτερης απορρόφησης του από το έντερο, τη μείωση της αποβολής του και γενικά την αύξηση των επιπέδων του στον οργανισμό. Υπάρχει, όμως και ένας αριθμός αναφορών σύμφωνα με τις οποίες οι μεγάλες ποσότητες βιταμίνης D και ασβεστίου και ιδιαίτερα η φαρμακευτική τους προσθήκη στη διαίτα, είναι επιβαρυντικός παράγοντας και ευνοεί την ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου.⁵⁶



3.3 Παχυσαρκία – αυξημένη μάζα σώματος (BMI)

Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με τη διατροφή και του οποίου ο επιβαρυντικός του ρόλος φαίνεται να γίνεται ομόφωνα αποδεκτός είναι η υψηλή κατανάλωση θερμίδων, που συνοδεύεται από παχυσαρκία και κυρίως από αυξημένη μάζα σώματος (BMI). Η θνησιμότητα που συνοδεύει τους καρκίνους αυτούς στους παχύσαρκους είναι μεγαλύτερες από τις υπόλοιπες περιπτώσεις.⁵⁷

Υπάρχουν αναφορές που ισχυρίζονται ότι η παχυσαρκία οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση καρκίνου παχέος εντέρου στους άρρενες, αλλά όχι στις γυναίκες. Σαν πιθανή εξήγηση αναφέρεται το γεγονός ότι το λίπος στους άνδρες συσσωρεύεται στην κοιλιακή χώρα, ενώ στις γυναίκες γύρω από τους γλουτούς και τους μηρούς. Είναι

γνωστό ότι το κοιλιακό λίπος είναι το βιολογικώς δραστικό και αυτό το γεγονός θα μπορούσε να δώσει μία εξήγηση στην επιδημιολογική παρατήρηση. Ένας από τους λόγους για τον οποίο θεωρείται ότι η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο του Ca του παχέος εντέρου είναι τα αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης που παρατηρούνται στα παχύσαρκα άτομα.⁵³



3.4 Ορμονικοί Παράγοντες

Αντικρουόμενες είναι οι απόψεις σχετικά με την επίδραση των ορμονικών (ενδογενή οιστρογόνα, αντισυλληπτικά δισκία) και αναπαραγωγικών παραγόντων (εμμηναρχή, αριθμός κυήσεων, εμμηνόπαυση). Είναι γεγονός ότι οι γυναίκες μετά τη εμμηνόπαυση έχουν μειωμένες πιθανότητες για εμφάνιση καρκίνου παχέος εντέρου, λόγω αυξημένης έκκρισης οιστρογόνων. Υπάρχουν ανακοινώσεις που ισχυρίζονται ότι οι πολύτεκνες μητέρες είναι σε χαμηλότερο κίνδυνο από τις υπόλοιπες.⁵⁷

Άλλοι ερευνητές ανακοινώνουν ότι ο μεγάλος αριθμός κυήσεων προδιαθέτει για ανάπτυξη νεοπλασίας στο παχύ έντερο.⁵³ Αν και οι περισσότεροι συμφωνούν ότι η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων ή η θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα δεν επηρεάζει την εμφάνιση κολοορθικού καρκίνου, υπάρχουν και αναφορές που ισχυρίζονται το αντίθετο. Γενικά θα μπορούσε να πει κανείς ότι η συσχέτιση των αναπαραγωγικών και ορμονικών παραγόντων με την εμφάνιση καρκίνου στο κόλον και στο ορθό είναι εξαιρετικά επισφαλής, και τα αποτελέσματα των ερευνητικών εργασιών που υπάρχουν αντικρουόμενα.⁵³

3.5 Καθιστική Ζωή

Έχει υπολογιστεί ότι το 32% των καρκίνων του παχέος εντέρου μπορεί να έχει σχέση με την καθιστική ζωή. Οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που εξασκούνται τακτικά έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου και του μαστού. Μια από τις πιθανές εξηγήσεις της προληπτικής δράσης της σωματικής εξάσκησης εναντίον του καρκίνου του εντέρου είναι το γεγονός ότι η εξάσκηση και η γυμναστική αυξάνουν τον περισταλισμό του εντέρου. Ο περισταλιτισμός προωθεί γρηγορότερα το περιεχόμενο του εντέρου και των κοπράνων προς τα έξω. Έτσι μειώνεται ο χρόνος επαφής των κυττάρων του παχέος εντέρου με τις καρκινογόνες ουσίες που πιθανόν να περιέχονται μέσα στο εντερικό περιεχόμενο.²⁵



3.6 Κάπνισμα

Το κάπνισμα θεωρείται ότι παίζει σημαντικό ρόλο σε περίπου 25-35% των θανάτων. Φαίνεται από μελέτες ότι μπορεί να λειτουργεί σαν παράγοντας έναρξης της νεοπλασματικής εκτροπής στον καρκίνο του παχέος εντέρου.⁵⁸ Ο κίνδυνος εξαρτάται από την διάρκεια και την ποσότητα του καπνίσματος και γενικά γίνεται ορατός μετά από 30-40 χρόνια χρήσης, ενώ φαίνεται να ελαττώνεται από την διακοπή του. Την ίδια επιβάρυνση φαίνεται να έχει και το κάπνισμα καπνού με τη μορφή πίπας ή πούρου. Δεδομένων δε και των άλλων βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος η διακοπή θεωρείται ούτως ή άλλως ωφέλιμη.^{26,60}



3.7 Κληρονομικότητα

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες συνηγορούν υπέρ σαφούς κληρονομούμενης προδιάθεσης για καρκινογένεση στο παχύ έντερο. Θετικό οικογενειακό ιστορικό ή σύνδρομο LUNCH τύπου 1 για καρκίνο ή αδένωμα παχέος εντέρου αποτελεί πλέον γνωστό παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη αδενώματος ή καρκίνου. Στην πραγματικότητα μελέτες εδειξαν ότι το μέγεθος του κινδύνου σε πρώτου βαθμού συγγενείς με καρκίνο παχέος εντέρου έχει 2 με 3 φορές αυξημένο ρίσκο για εμφάνιση αυτής της νεοπλασίας.⁵⁵ Επίσης ασθενείς με προσωπικό ιστορικό ή σύνδρομο τύπου LUNCH ΤΥΠΟΥ2 είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη καρκίνου. Συγκεκριμένα οι γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών-μήτρας ή μαστού έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο παχέος εντέρου. Ασθενής που ήδη παρουσίασε πολύποδες ή καρκίνο μπορεί να ξαναεμφανιστεί. Τέλος η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Chron μπορεί να επιπλακούν με καρκίνο.

Οι τελευταίες εξελίξεις στη μοριακή βιολογία έχουν προτείνει ένα γενετικό μοντέλο ανάπτυξης του καρκίνου παχέος εντέρου. Οι διαταραχές της λειτουργίας του πληρέστερα μελετημένου γονιδίου p53 φαίνεται ότι συμβαίνει αρκετά συχνά, αλλά σε προχωρημένα στάδια της εξαλλαγής των αδενωμάτων ενώ οι μεταλλάξεις του K-ras ογκογονιδίου, εμφανίζονται νωρίτερα και ευνοούν την αύξηση του μεγέθους των αδενωμάτων.⁶¹

3.8 Πολύποδες Παχέος Εντέρου

Μία άλλη σημαντική αιτιολογία είναι ότι ο καρκίνος παχέος εντέρου αναπτύσσεται σε έδαφος αδενωμάτων πολυπόδων. Πολύποδες στο παχύ έντερο είναι δυνατό να σχηματίζονται στο 40% έως 50% του πληθυσμού σε ηλικία άνω του 50. Οι πολύποδες μπορούν να έχουν διάφορα μεγέθη και σχήματα. Η μικροσκοπική τους εξέταση μπορεί να δείξει διαφορετικές ιστολογικές μορφές.²⁶

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

3.9 Τελευταία Δεδομένα

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

επηρεάζεται από το φως του ηλίου και το σημείο ψηλότερης παραγωγής της είναι κατά τα μεσάνυχτα. Η νυχτερινή εργασία με το σύστημα της βάρδιας, καταστέλλει την κανονική παραγωγή της μελατονίνης και ταυτόχρονα αυξάνει την παραγωγή άλλων ορμονών όπως τα οιστρογόνα.

Τα οιστρογόνα έχουν συσχετισθεί με την γένεση καρκίνων στη γυναίκα. Μερικές επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι οι γυναίκες που εργάζονται νύχτα, με το σύστημα της βάρδιας, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο. Ερευνητές από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, εξέτασαν την σχέση της νυχτερινής εργασίας και καρκίνου του παχέος εντέρου σε 78.586 νοσηλεύτριες μέσα στα πλαίσια μακρόχρονης έρευνας, που διήρκεσε από το 1988 έως το 1998.⁶²

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

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

Το βασικό ερώτημα που πρέπει να απαντηθεί είναι κατά πόσο η διακοπή του φυσιολογικού κύκλου της μελατονίνης είναι σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου.⁶²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου λόγω κακοήθους νόσου μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα. Η εφαρμογή ενός συστηματικού προγράμματος ανίχνευσης και πρόληψης για τον καρκίνο του παχέος εντέρου σε άτομα μεγαλύτερα των 50 ετών, θα μπορούσε να μειώσει τουλάχιστο κατά 40% τους θανάτους από την ασθένεια αυτή.⁵⁹

Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου μπορεί να διακριθεί σε πρωτογενή που περιλαμβάνει γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, και σε δευτερογενή που περιλαμβάνει την αναγνώριση προκαρκινοματώδων καταστάσεων καθώς και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.⁶⁴

4.1. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

4.1.1 Περιβάλλον και καρκίνος του πεπτικού συστήματος

1. Επαγγελματικό περιβάλλον

Η καρκινογόνα δράση ορισμένων χημικών ουσιών, όπως το αρσενικό, η βενζόλη, οι αρωματικές αμίνες κ.λ.π., είναι γνωστή από πολλά χρόνια. Η επίδραση των ουσιών αυτών όμως δεν έχει αποδειχθεί και για τους καρκίνους του πεπτικού συστήματος. Πάντως οι χημικοί επαγγελματικοί καρκίνοι θέτουν σημαντικά προβλήματα στην ιατρική της εργασίας και στρέφουν την προσοχή μας στην πιθανή βλαπτικότητα του περιβάλλοντος και κατ' αναλογία στη δυνατότητα πρόληψης του καρκίνου του πεπτικού συστήματος.⁶⁵

2. Ρύπανση του χώρου

Η ρύπανση του νερού είναι το ίδιο επικίνδυνη με τη ρύπανση του αέρα. Η παρουσία βιομηχανικών αποβλήτων στα γήινα νερά αποτελεί έναν κίνδυνο που δε μπορούμε ν' αγνοήσουμε, εφ' όσον ξέρουμε καλά από την πειραματική ιατρική, ότι τα περισσότερα από αυτά είναι καρκινογόνα.

3. Διατροφή και καρκίνος

Ο ρόλος της διατροφής έχει αποδειχθεί στα πειραματόζωα, αλλά δεν έχει ακόμα εξακριβωθεί στον άνθρωπο. Υπάρχουν μερικοί διαιτητικοί παράγοντες που είναι ιδιαίτερα βλαπτικοί. Τέτοιοι είναι: (α) Το ζωικό

λίπος και τα χολικά οξέα. Το ζωικό λίπος προκαλεί αυξημένη παραγωγή χολικών οξέων και χοληστερόλης στο ήπαρ, τα οποία μετατρέπονται σε δευτερογενή χολικά οξέα και τοξικούς μεταβολίτες χοληστερόλης στο έντερο με τη δράση βακτηριδίων. Τα δευτερογενή χολικά οξέα και οι λοιποί τοξικοί μεταβολίτες έχουν κυτταροτοξική δράση στο εντερικό επιθήλιο και προκαλούν αύξηση του ρυθμού πολλαπλασιασμού των επιθηλιακών κυττάρων του παχέος εντέρου. Ακόμη, τα χολικά οξέα ενεργοποιούν την πρωτεϊνική κινάση C στο βλεννογόνο του εντέρου, διεγείροντας έτσι τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό. (β) Το κόκκινο κρέας, που προκαλεί αυξημένη παραγωγή διγλυκεριδίων και παλμιτικού οξέος, ουσίες με βλαπτική επίδραση. Το έντονο ψήσιμο συντελεί στην παραγωγή ετεροκυκλικών αμινών με καρκινογόνο δράση. Έχουν γίνει αρκετές επιδημιολογικές μελέτες, απαιτούνται όμως περισσότερες και πιο εντατικές. Έχει παρατηρηθεί μεγαλύτερη συχνότητα Ca παχέος εντέρου στους παχύσαρκους και σε κατάχρηση υδατανθράκων. Είναι επίσης γνωστό, κυρίως από μελέτες σε πειραματόζωα, πως ορισμένες ουσίες που προστίθενται στα τρόφιμα (συντηρητικά, βελτιωτικά γεύσης, χρωστικές) ή που δημιουργούνται από ορισμένο τρόπο παρασκευής του φαγητού, παρουσιάζουν καρκινογόνα δράση.

Γι' αυτό επιβάλλεται συνεχής έλεγχος και συνεχής αναθεώρηση του καταλόγου των ουσιών που επιτρέπεται να προστίθενται στα τρόφιμα.

Επίσης το κάπνισμα ορισμένων τροφίμων έχει παρόμοια επίδραση : Καπνιστά κρέατα και ψάρια είναι πλούσια σε αρωματικούς πολυκυκλικούς υδρογονάνθρακες (συνήθως φαινανθρένιο και βενζοπυρένιο).⁶⁵

Ενδιαφέρουσα είναι η συσχέτιση της χοληστερόλης του ορού με την εμφάνιση καρκίνου παχέος εντέρου. Η αυξημένη τιμή χοληστερόλης ορού έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο στους άνδρες (σχετικό κίνδυνος 1,65 για επίπεδα άνω των 276 mg/dL) και έχουν αναφερθεί υψηλά επίπεδα LDL-χοληστερόλης και χαμηλά επίπεδα HDL-χοληστερόλης σε ασθενείς με αδενώματα παχέος εντέρου. Όμως, κατά τη διάρκεια ανάπτυξης και εμφάνισης του καρκίνου παχέος εντέρου, η τιμή της χοληστερόλης των πασχόντων γίνεται χαμηλότερη από την αντίστοιχη τιμή υγιών μαρτύρων.⁶⁶

Υπάρχουν όμως και δυνητικά προστατευτικοί ή λιγότερο βλαπτικοί διαιτητικοί παράγοντες που περιέχουν λίπη, όπως τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (ιχθυέλαια, οι Εσκιμώοι, που καταναλώνουν σημαντικές ποσότητες, έχουν πολύ μικρή επίπτωση καρκίνου παχέος εντέρου) και το μονοακόρεστο ελαιόλαδο (θεωρείται υπεύθυνο για τη χαμηλότερη επίπτωση στους Έλληνες σε σχέση με άλλους λαούς που καταναλώνουν περισσότερο ζωικό λίπος).⁶⁶

Παράγοντες με σαφή προστατευτική δράση είναι: (α) οι φυτικές ίνες, που εξασκούν έμμεση προστατευτική δράση λόγω αύξησης του όγκου των κοπράνων και επιτάχυνσης της διάβασης αυτών (μικρότερη επαφή

των τοξικών ουσιών με το εντερικό επιθήλιο), δέσμευσης των χολικών οξέων, απελευθέρωσης βουτυρικού οξέος και μείωσης του pH των κοπράνων, (β) τα φρούτα και λαχανικά, που περιέχουν σελήνιο, βιταμίνη Α, βιταμίνη C, βιταμίνη Ε και φυλλικό οξύ, ουσίες που όλες έχουν συσχετιστεί με προστατευτική δράση, (γ) το ασβέστιο, ιδιαίτερα όταν λαμβάνεται σε αυξημένες ποσότητες, λόγω ελάττωσης του κυτταρικού πολλαπλασιασμού του εντερικού επιθηλίου, δέσμευσης των χολικών οξέων και λιπαρών οξέων και μετατροπής τους σε αδιάλυτα άλατα, αύξησης της αποβολής διά των κοπράνων χολικών και φωσφορικών αλάτων, καταστολής της δραστηριότητας της δεκαρβοξυλάσης της ορνιθίνης και ελάττωσης της αναλογίας των τοξικών διυδροξυ-λιπαρών οξέων σε σχέση με τα τριυδροξυ-λιπαρά οξέα στο δωδεκαδακτυλικό υγρό.⁶⁶

Επίσης, μερικές έρευνες έχουν συνδέσει την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων καφέ με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Τα αποτελέσματα όμως αυτών των ερευνών δεν έχουν επιβεβαιωθεί ακόμα.⁶⁷

a. Ασπιρίνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα

Τα τελευταία χρόνια, έχει εισαχθεί ο όρος χημειοπροφύλαξη για της πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου, που αναφέρεται στη χρήση φυσικών ή συνθετικών παραγόντων στη χρήση φυσικών ή συνθετικών παραγόντων για την αναστροφή, καταστολή ή παρεμπόδιση εμφάνισης ή υποτροπής του καρκίνου. Έχουν χρησιμοποιηθεί το ασβέστιο και οι αντιοξειδωτικές βιταμίνες Α, C και Ε, χωρίς να έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη του καρκίνου. Η ασπιρίνη και τα νεότερα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) έχουν δώσει τα καλύτερα αποτελέσματα στην πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου και φαίνεται ότι τα άτομα που λαμβάνουν χρονίως ασπιρίνη ή ΜΣΑΦ εμφανίζουν μικρότερο σχετικό κίνδυνο για την ανάπτυξη της νόσου, αλλά το θέμα αυτό βρίσκεται ακόμη από εντατική μελέτη. Η αρχική παρατήρηση για τη δυνητική ωφέλεια των ΜΣΑΦ σε ασθενείς με καρκίνου παχέος εντέρου έγινε κατά την τυχαία χρήση σουλινδάκης σε ασθενείς με οικογενή πολυποδίαση του κόλου, όπου παρατηρήθηκε υποστοροφή πολυπόδων.⁶⁶

Ο μηχανισμός προστατευτικής δράσης των ΜΣΑΦ στον καρκίνου παχέος εντέρου είναι άγνωστος. Η αναστολή των προσταγλανδινών και οξειδωτικοί παράγοντες (π.χ. ένας μεταβολίτης της σουλινδάκης) έχουν προταθεί ως πιθανοί μηχανισμοί. Υπάρχει αυξανόμενη μαρτυρία ότι τα ΜΣΑΦ επάγουν τον προγραμματισμένο κυτταρικό θάνατο (απόπτωση) σε κάποια αρχικά αδενωματώδη κύτταρα, αλλά όχι και στα καρκινικά κύτταρα.⁶⁶

b. Κάπνισμα και αλκοόλ

Σε σειρές μελετών έχει δειχθεί η άμεση σχέση του καπνίσματος με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Μάλιστα, έχει ενοχοποιηθεί και για την πρώιμη εμφάνιση καρκίνου του παχέος. Σταματώντας το κάπνισμα προφυλασσόμαστε και από πλήθος άλλων καρκίνων (πνεύμονα, λάρυγγα, οισοφάγου, στόματος, ουροδόχου κύστης, νεφρών και παγκρέατος), όπου αυτό εμπλέκεται.²⁴

Με τον καρκίνο παχέος εντέρου έχει συσχετιστεί επίσης και η κατάχρηση αλκοόλ και μπίρας.

c. Φυσική άσκηση

Διαρκώς και περισσότερο στοιχεία συσσωρεύονται για την προστατευτική δυνατότητα της άσκησης στον καρκίνο του παχέος. Σημαντικό όφελος προκύπτει από την μέτρια γυμναστική, όπως το έντονο βάδισμα 3 ώρες την εβδομάδα, αλλά πιο έντονη άσκηση μπορεί να ωφελήσει περισσότερο. Κάνοντας την άσκηση μέρος της ζωής μας (30' την ημέρα) μειώνουμε τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος. Η μη άσκηση συνδέεται με διπλάσιο κίνδυνο καρκίνου.²⁴ Όσο παράξενο και αν φαίνεται, η τακτική φυσική άσκηση μειώνει αυτό τον τύπο του καρκίνου σε ποσοστό περίπου 50%.⁶⁷

d. Γενικές συστάσεις πρωτογενούς πρόληψης

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

- I. Μείωση της κατανάλωσης του ζωικού λίπους (κάτω των 20% της συνολικής διατροφής).
- II. Πρόσληψη αυξημένης ποσότητας φρούτων, λαχανικών, ψωμιού ολικής άλεσης, οσπρίων, ελαιολάδου και ασβεστίου.
- III. Προτίμηση ψαριών και πουλερικών αντί χοιρινού και βοδινού κρέατος.
- IV. Αποφυγή κατεργασμένων κρεάτων (καπνιστό ζαμπόν, μπέικον, βρασμένο συκώτι, λουκάνικα)
- V. Αποφυγή υπερβολικής πρόσληψης θερμίδων.
- VI. Αποφυγή καθιστικής ζωής, καπνίσματος και κατάχρησης αλκοόλ.⁶⁶

4.2. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

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

(α) τα άτομα που βρίσκονται σε σχετικό κίνδυνο, που είναι όλοι οι ενήλικες άνω των 50 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό νεοπλασμάτων παχέος εντέρου (αδενωμάτων ή καρκίνου) και ιδιοπαθούν φλεγμονώδους πάθησης των εντέρων (ΙΦΠΕ). Στα άτομα αυτά παρουσιάζεται ο λεγόμενος σποραδικός καρκίνος παχέος εντέρου (75% του συνόλου).

(β) Τα άτομα που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο και είναι αυτά με ιστορικό πολυπόδων, οικογένειες με κληρονομικά σύνδρομα πολυπόδων και κληρονομικό καρκίνο παχέος εντέρου (σύνδρομα Lynch I και Lynch II), χειρουργημένοι λόγω καρκίνου παχέος εντέρου, συγγενείς ασθενών με καρκίνου παχέος εντέρου, καθώς και οι ασθενείς με ΙΦΠΕ.

Δευτερογενής πρόληψη σε ασυμπτωματικό πληθυσμό για κάποιο νόσημα εφαρμόζεται όταν (α) η ελεγχόμενη νόσος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, (β) υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση μετά από έγκαιρη διάγνωση, (γ) είναι διαθέσιμη προσιτή διαγνωστική διαδικασία και (δ) το αποτέλεσμα δικαιολογεί το κόστος του ελέγχου. Οι παραπάνω προϋποθέσεις πληρούνται, λίγο ή πολύ, για τον καρκίνο παχέος εντέρου. Η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στην ανίχνευση της νόσου σε αρχικά στάδια, όταν είναι δυνατό να θεραπευτεί χειρουργικά, και στην ενδοσκοπική αφαίρεση επιθηλιακών πολυπόδων (αδενωμάτων), που είναι αποδεκτό σήμερα ότι αποτελούν προκαρκινικές καταστάσεις.⁶⁶

4.2.1. Δοκιμασίες ελέγχου

Οι δοκιμασίες ελέγχου (screening) του πληθυσμού είναι οι παρακάτω:

i. Ανίχνευση αίματος στα κόπρανα.

Οι δοκιμασίες για την κατάδειξη μικροσκοπικής απώλειας αίματος με τα κόπρανα αφορούν σε απώλειες μικρότερες από 40mg Hb ανά g κοπράνων. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, η απώλεια Hb με τα κόπρανα είναι μικρότερη από 3 mg ανά g κοπράνων, πράγμα που αντιστοιχεί σε 2 – 3 mL αίματος ανά 24ωρο. Αύξηση του ποσού της αποβαλλόμενης Hb ανά g κοπράνων σημαίνει παθολογικό αίτιο, καλοήθες ή κακοήθες. Είναι γνωστό ότι τα ερυθρά κύτταρα που εξέρχονται στον εντερικό αυλό υφίστανται λύση και απελευθερώνουν Hb που στη συνέχεια διασπάται σε σφαιρίνη και ελεύθερη αίμη. Περίπου 15% της αίμης απορροφάται και μετατρέπεται σε χολερυθρίνη στα κύτταρα του εντερικού επιθηλίου, μέσω των οξυγενασών της αίμης που βρίσκονται στα μικροσωμάτιά τους. Το υπόλοιπο 85% μεταβάλλεται σε πορφυρίνες με τη δράση των

εντερικών βακτηριδίων. Η σφαιρίνη αποδομείται με τη δράση των εντερικών και των παγκρεατικών πρωτεασών σε πεπτίδια και αμινοξέα.⁶⁸

Το αίμα που απελευθερώνεται στην πεπτική οδό μπορεί να καταδειχθεί είτε ως Hb (ερυθρά σημασμένα με Cr – ανοσολογικός προσδιορισμός) είτε ως πορφυρίνη (τεχνική φθορισμού) είτε, τέλος, ως σφαιρίνη (ανοσολογικός προσδιορισμός). Είναι γεγονός ότι όλες αυτές οι δοκιμασίες έχουν ένα βαθμό ενδογενούς αναξιπιστίας, αφού το ποσοστό της Hb που ανάγεται ποικίλλει ευρύτατα από άτομο σε άτομο. Οι μόνες δοκιμασίες που πραγματικά μετρούν ποσοτικά την απώλεια είναι: (α) το Radioassay μετρήσεως του Cr στα κόπρανα μετά από ενδοφλέβια έγχυση αυτόλογων ερυθροκυττάρων σημασμένων με ραδιενεργό Cr στη β – άλυσο της Hb και (β) η δοκιμασία HemoQuant που μετρά τις ολικές πορφυρίνες των κοπράνων μετά από χημική μετατροπή όλης της Hb σε πορφυρίνες.⁶⁸

Η δοκιμασία Haemocult για την ανίχνευση αίματος στα κόπρανα βασίζεται στη φαινολική οξείδωση που υφίσταται η γουαϊακόλη παρουσία Hb. Αυτό γίνεται επειδή η αίμη της Hb δρα ως ψευδοϋπεροξειδάση στην οξείδωση της γουαϊακόλης από το υπεροξείδιο του υδρογόνου, πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα στην ανάπτυξη ποικίλων αποχρώσεων του κυανού χρώματος. Η δοκιμασία Haemocult γίνεται ως εξής: ένα δείγμα κοπράνων επαλείφεται στη μια όψη ειδικού χάρτου, που είναι εμβαπτισμένος σε γουαϊακόλη. Στο δείγμα αυτό προστίθενται μερικές σταγόνες H₂O₂, αλλά στην αντίθετη πλευρά του διηθητικού χάρτου. Η εμφάνιση κυανού χρώματος οποιασδήποτε αποχρώσεως μέσα σε ένα λεπτό θεωρείται ως θετική αντίδραση.⁶⁸

Ψευδώς θετικές αντιδράσεις μπορεί να παρατηρηθούν, εφόσον στο δείγμα υπάρχουν χημικές ουσίες που ευνοούν τη δράση της υπεροξειδάσης. Τέτοιες χημικές ουσίες περιέχονται στα λαχανικά και στα φρούτα (υπεροξειδάσες), ενώ θετικές αντιδράσεις μπορεί να δώσει η βρώση ερυθρού κρέατος λόγω των εμπριεχομένων αιμοσφαιρίνης και μυοσφαιρίνης, όπως και ο per os λαμβανόμενος σίδηρος. Η σιμετιδίνη προκαλεί επίσης ψευδώς θετική αντίδραση, εφόσον εξετάζεται γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό περιεχόμενο, αφού το φάρμακο απορροφάται στο σύνολό του από το λεπτό έντερο. Το Povidone Iodine (Betatine), το γνωστό αντισηπτικό του δέρματος, προκαλεί επίσης ψευδώς θετικές αντιδράσεις.

Ψευδώς αρνητικές αντιδράσεις μπορεί να δώσουν αναγωγικές ουσίες που βρίσκονται στις τροφές, όπως το ασκορβικό οξύ, όταν όμως υπάρχουν σε υψηλές πυκνότητες. Το βάριο που χρησιμοποιείται για την εκτέλεση βαριούχου υποκλύσμου δεν επηρεάζει την εξέταση. Τα καθαρικά τέλος φαίνεται ότι μειώνουν τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές απαντήσεις. Γενικά, όμως, η επίδρασή τους στο αποτέλεσμα βρίσκεται υπό αξιολόγηση. Τέλος, είναι ευνόητο ότι ο εξεταζόμενος δεν

πρέπει να παίρνει ασπιρίνη ή άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, από το στόμα, αρκετές ημέρες πριν από τη διενέργεια της εξέτασεως.⁶⁸

Η δοκιμασία HemoQuant είναι ειδική ποσοτική μέθοδος για την ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα. Η δοκιμασία βασίζεται στη χημική μετατροπή της μη φθορίζουσας αίμης σε φθορίζουσες πορφυρίνες. Αυτό διευκολύνεται με θέρμανση του δείγματος των κοπράνων σε όξινο περιβάλλον, καθαρισμό του δείγματος με ειδική διεργασία μέσω οργανικών διαλυτών και, τέλος, ανάγνωση του τελικού κεκαθαρισμένου εκχυλίσματος φθορισμομετρικώς και συγκριτικώς με καθορισμένα πρότυπα. Η δοκιμασία HemoQuant, όπως διεξάγεται με τα υλικά που κυκλοφορούν στο εμπόριο, μπορεί να προσδιορίσει όλα τα ισοδύναμα της αιμοσφαιρίνης των κοπράνων, που έχουν μεταβληθεί σε πορφυρίνες με τη δράση των βακτηριδίων του εντέρου.⁶⁸

Υπάρχουν στο εμπόριο αρκετά προϊόντα που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της γουαϊακόλης, όπως τα Fecatest, Quick-Cult, Coloscreen, Hemoscreen, Hemachek κ.λπ., τα περισσότερα των οποίων προέρχονται από τις ΗΠΑ. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το νέο προϊόν Ezdetect, το οποίο φαίνεται ότι θα αυξήσει τη συμμόρφωση των ασθενών, αφού δεν απαιτείται χειρισμός που να φέρνει σε επαφή τον ασθενή με την κένωση. Ο εξεταζόμενος δεν έχει παρά να ρίξει στο νερό της τουαλέτας το ειδικό χαρτί που, σε περίπτωση θετικής αντιδράσεως, παίρνει κυανούν χρώμα. Η δοκιμασία βασίζεται στη αντίδραση ψευδοϋπεροξειδάσης. Το χρωμογόνο που χρησιμοποιείται, όταν οξειδωθεί παρουσία Hb, δίνει το κυανούν χρώμα που περιγράφηκε. Η ευαισθησία του είναι 2,0 mg Hb/100mL νερού (ισοδύναμο του Haemocult).

Όπως αναφέρθηκε, έχουν προταθεί από Ιάπωνες ερευνητές δύο ανοσολογικές δοκιμασίες που υπόσχονται αρκετά, τόσο στη μελέτη ασθενών με απώλεια αίματος από το πεπτικό όσο στο μαζικό έλεγχο του πληθυσμού.⁶⁸

Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της δοκιμασίας HemoQuant φαίνονται στον πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της δοκιμασίας HemoQuant.

| Πλεονεκτήματα | Μειονεκτήματα |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ποσοτική μέθοδος προσδιορισμού ολικού αίματος στα κόπρανα • Υψηλός βαθμός ειδικότητας και ευαισθησίας για την αιμοσφαιρίνη του αίματος • Τα λαχανικά δεν επηρεάζουν τη δοκιμασία • Ανιχνεύει Hb μέχρι 0,01 | <ul style="list-style-type: none"> • Δεν υπάρχουν ευρείες κλινικές μελέτες • Ακριβή, απαιτεί ιδιαίτερο εργαστηριακό εξοπλισμό • Τεχνικά δύσκολη • Χρειάζεται δίαιτα • Χρειάζεται μεγάλο δείγμα κοπράνων |

| | |
|---|--|
| <p>mg/g κοπράνων</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ακρίβεια της δοκιμασίας δεν επηρεάζεται από το υδαρές του δείγματος • Εύκολη στη διεξαγωγή • Διαφοροδιαγιγνώσκει αιμορραγία ανώτερου από κατώτερο πεπτικό (όχι απολύτως) | |
|---|--|

ii. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση.

Η μέθοδος αυτή έχει ιδιαίτερη αξία, γιατί το 50% των ΚΠΕ ανιχνεύονται με το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο (μήκους 60 cm). Η ωφέλεια από την εξέταση διαρκεί τουλάχιστον για 10 έτη, ενώ μειώνει κατά 70-80% τη θνητότητα από καρκίνου παχέος εντέρου του ελεγχόμενου τμήματος.

iii. Κολονοσκόπηση

Είναι η καλύτερη μέθοδος για τον έλεγχο του παχέος εντέρου και επιτρέπει τον έλεγχο όλου του μήκους αυτού, καθώς και την ενδοσκοπική αφαίρεση τυχόν πολυπόδων. Είναι πιο επίπονη και δαπανηρή από τη σιγμοειδοσκόπηση, αλλά παραμένει εξαιρετικά ασφαλής. Είναι απαραίτητη στα άτομα με αυξημένο κίνδυνο, ενώ έχει και σχετική ένδειξη ως αρχική εξέταση στα άτομα με σχετικό κίνδυνο (ανά δεκαετία μετά την ηλικία των 50). Σύμφωνα με νεότερα δεδομένα, η κολονοσκόπηση είναι μέθοδος που η αποτελεσματικότητά της δικαιολογεί το κόστος της για την πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου.

iv. Γενετικός έλεγχος μεταλλάξεων

Ο γενετικός έλεγχος μεταλλάξεων, π.χ. για το γονίδιο της αδενωματώδους πολυποδίασης του παχέος εντέρου (APC) ή για τα γονίδια κληρονομικού καρκίνου παχέος εντέρου (hMLH1 και hMSH2), είναι σημαντικός, αλλά προς το παρόν εφαρμόζεται μόνο σε εξειδικευμένα εργαστήρια. Σε μια ενδιαφέρουσα μελέτη, αναγνωρίστηκαν επίσης μεταλλάξεις του γονιδίου *ras* σε αποπεπτωκότα κύτταρα στα κόπρανα ασθενών με αδενώματα ή καρκίνου παχέος εντέρου.⁶⁶

v. Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA)

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

vi. Βαριούχος υποκλυσμός

Ο βαριούχος υποκλυσμός με διπλή σκιαγραφική αντίθεση παραμένει σημαντική εξέταση για τον έλεγχο του παχέος εντέρου. Μπορεί να διενεργείται σε συνδυασμό με τη σιγμοειδοσκόπηση ως εναλλακτική μέθοδος της κολονοσκόπησης στις περιπτώσεις εκείνες όπου δεν απαιτείται ενδοσκοπική θεραπεία, δεν υπάρχει ιστορικό πολυπόδων ή ΚΠΕ στον ασθενή ή δεν είναι εφικτή ή αποδεκτή η ολική κολονοσκόπηση.⁶⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. Κλινική εικόνα

Ένα σχετικά αργό ρυθμό ανάπτυξης εμφανίζει το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου.

Ο χρόνος που απαιτείται για να διπλασιασθεί σε μέγεθος ο όγκος του πρωτοπαθούς καρκίνου του παχέος εντέρου έχει υπολογισθεί ότι είναι περίπου 130 ημέρες, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι τουλάχιστον 5 μπορεί όμως και 10-15 χρόνια σιωπηρής παρουσίας της νόσου μπορεί να έχουν προηγηθεί προτού να φθάσει ο καρκίνος σε μέγεθος τέτοιο που να δώσει συμπτώματα. Αυτό υποδηλώνει και τη μεγάλη σημασία της πρώιμης διάγνωσης η οποία φυσικά συνοδεύεται και από την καλύτερη πρόγνωση.¹⁴

Η συμπτωματολογία εξαρτάται από την εντόπιση του καρκίνου, από τον ιστολογικό τύπο και από την έκτασή του, γι' αυτό και τα συμπτώματα θα διαχωρισθούν σε συμπτώματα του καρκίνου του δεξιού κόλου, του αριστερού κόλου και, τέλος, του ορθού.

Τα συμπτώματα του καρκίνου του δεξιού κόλου είναι αόριστα και όχι τόσο χαρακτηριστικά για τους εξής λόγους: α) το εύρος του αυλού του δεξιού κόλου είναι περίπου 2 ½ φορές μεγαλύτερο από αυτό του αριστερού κόλου, β) το υδαρές περιεχόμενο του τελικού ειλεού προς το τυφλό και γ) η μακροσκοπική μορφή του καρκίνου που συνήθως είναι ανθοκραμβοειδής και όχι στενωτικού τύπου.

Έτσι, για όλα αυτά οι ασθενείς προσέρχονται καθυστερημένα, χωρίς σαφή κλινική εικόνα. Τα σπουδαιότερα συμπτώματα είναι τα εξής:

- Στο 10% των ασθενών με καρκίνο του δεξιού κόλου, πρώτο σημείο που αναδεικνύεται είναι η ανεύρεση ψηλαφητής μάζας στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.
- Ανεξήγητη αναιμία με τα επακόλουθά της, όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, ζάλη, αδυναμία και δύσπνοια μετά από κόπωση. Η αναιμία αυτή προέρχεται από τη μικροσκοπική αιμορραγία του όγκου. Μακροσκοπική αιμορραγία του όγκου δεν είναι συχνή.
- Διάφορα δυσπεπτικά ενοχλήματα ή και πόνος στη δεξιά κοιλία, με επέκταση στον ομφαλό. Μπορεί να θεωρηθούν ως ενοχλήματα από χολοκυστοπάθεια ή γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος ή και σκωληκοειδίτιδα.
- Η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου και η εντερική απόφραξη δεν είναι χαρακτηριστικά ούτε συχνά συμπτώματα στον καρκίνο

του δεξιού κόλου για τους εξής λόγους: α) το μεγάλο εύρος του αυλού, β) η μακροσκοπική εικόνα του όγκου που συνήθως είναι ανθοκραμβοειδής και γ) το λεπτόρευστο του περιεχομένου του εντέρου στη συγκεκριμένη μοίρα του κόλου.

Τα συμπτώματα του καρκίνου του αριστερού κόλου είναι πιο χαρακτηριστικά, αρκεί να μην εκληφθούν ως συμπτώματα άλλων παθήσεων. Χαρακτηριστική είναι:

- η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου, είτε υπό τη μορφή δυσκοιλιότητας, είτε υπό τη μορφή διαρροϊκών κενώσεων είτε υπό τη μορφή εναλλαγής και των δυο. Είναι δυνατόν να υπάρχει αίμα στα κόπρανα, που συνήθως είναι ανάμικτο με αυτά, καθώς και βλέννα. Η αιμορραγία που προκαλείται από τον καρκίνο του παχέος εντέρου, σπανίως είναι μεγάλη. Η παρουσία όμως αναιμίας ή ψηλαφητής μάζας, υποδηλώνει προχωρημένο καρκίνο.

Άλλο χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρκίνου του αριστερού κόλου είναι:

Η πλήρης ή ατελής εντερική απόφραξη. Στο τμήμα αυτό, ο αυλός του εντέρου είναι μικρότερος και το εντερικό περιεχόμενο πιο συμπαγές. Επίσης, στην περιοχή αυτή ο συνηθέστερος μακροσκοπικός τύπος καρκίνου είναι ο δακτυλιοειδής, με αποτέλεσμα την προϊούσα εντερική απόφραξη^{8,63}

Στον καρκίνο του ορθού, το συχνότερο σύμπτωμα είναι:

Η αποβολή καθαρού αίματος, που σπάνια όμως είναι άφθονη ή εμφανίζεται με τη μορφή πηγμάτων αίματος. Η απώλεια αίματος είναι επίμονη και μπορεί να συνοδεύεται με πρόσμιξη βλέννας. Το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι ότι οι περισσότεροι αποδίδουν την αποβολή αίματος στις αιμορροΐδες και έτσι χάνεται πολύτιμος χρόνος.

Υπάρχει συχνά τεινεσμός και αίσθημα ατελούς αφόδευσης. Ο πόνος σε καρκίνο του ορθού συνήθως δεν υπάρχει, αλλά η παρουσία του υποδηλώνει επέκταση της νόσου και διήθηση των γύρω ιστών και ιδιαίτερα του ιερού και υπογαστρίου πλέγματος.⁴²

Επίσης 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.⁴⁷

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

Σε μεταγενέστερα στάδια της νόσου παρατηρούνται συνήθως τα γενικά συμπτώματα των κακοηθών νεοπλασιών, όπως πυρετός, κακουχία απώλεια βάρους. Στη διάγνωση του πυρετού αγνώστου αιτιολογίας πρέπει να περιλαμβάνεται και ο καρκίνος του παχέος εντέρου.⁴⁷

5.2.Διάγνωση

Τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτώνται από την εντόπιση του και ποικίλλουν αρκετά. Πολλά από αυτά εμφανίζονται και σε άλλες παθήσεις του παχέος εντέρου. Μόνο 4 στους 10 αρρώστους παρουσιάζονται στον γιατρό με τυπικά συμπτώματα.

Τα δεδομένα αυτά αποδεικνύουν την σημασία της καλής λήψεως του ιστορικού και της λεπτομερούς παρακλινικής μελέτης σε οποιονδήποτε αρρώστο με ελάχιστη έστω πιθανότητα υπάρξεως καρκίνου.

Η διάγνωση πολλές φορές βραδύνει αδικαιολόγητα για αρκετούς μήνες. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο σε αμέλεια των αρρώστων (από υποσυνείδητο φόβο για την αρρώστια ή ακόμα και από άγνοια) όσο και στους θεράποντες γιατρούς που δεν υποπτεύονται την νόσο. Ανεξάρτητα από το αν πράγματι η κατάδειξη του καρκίνου του παχέος εντέρου και σε πρωιμότερο στάδιο βελτιώνει ή όχι την επιβίωση, είναι αδικαιολόγητο το υψηλό ποσοστό καθυστερημένης διαγνώσεως. Ο κλινικός γιατρός πρέπει να έχει κατά νουν τον καρκίνο του παχέος εντέρου, όταν αντιμετωπίζει αρρώστους με τα συμπτώματα που εκτίθεται στην συνέχεια. Αυτό θα μειώσει τον αριθμό των αρρώστων που θα προσέρχονται στο νοσοκομείο με διάτρηση ή απόφραξη ή βαριά αιμορραγία από τον όγκο, πράγμα που ενδέχεται να έχει ευμενή επίπτωση, τουλάχιστον στην εγχειρητική θνητότητα.⁶⁸

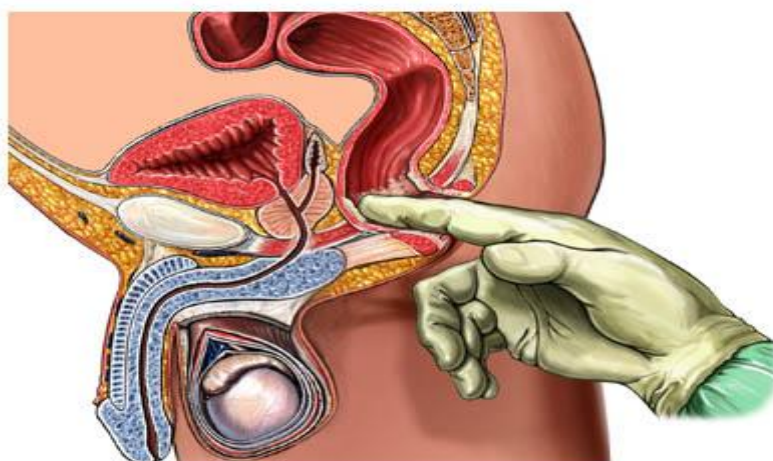
Το ατομικό ιστορικό περιλαμβάνει τα συμπτώματα του ασθενούς που αναφέρθηκαν παραπάνω (κλινική εικόνα), ιστορικό φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, ατομικό αναμνηστικό αφαίρεσης πολυπόδων ή καρκίνου, καθώς και οικογενειακό ιστορικό πολυποδιάσεως ή καρκίνου.⁶⁹

Η κλινική εξέταση μπορεί να δείξει αναιμία, ψηλαφητή μάζα στην κοιλιά, ψηλαφητό ήπαρ, διογκωμένους λεμφαδένες στη βουβωνική περιοχή, αδυναμία, καταβολή δυνάμεων, ασκίτη ή διάταση των φλεβών του κοιλιακού τοιχώματος αν υπάρχει απόφραξη της πυλαιάς φλέβας, αποφρακτικό ειλεό (τέλειο ή ατελή) και να θέσει υποψία για σύνδρομο Peutz – Jeghers ή Gardner.^{14,69,49}

Όταν υπάρχει υποψία ύπαρξης καρκίνου του παχέος εντέρου/ορθού οι διαγνωστικοί τρόποι ανίχνευσής του είναι:

- Δακτυλική εξέταση ορθού
- αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος
- Ακτινολογικός έλεγχος του παχέος εντέρου με διπλή αντίθεση (double contrast)
- Κολonosκόπηση
- Σπινθηρογράφημα.
- Ακτινογραφία θώρακος
- Υπερηχογράφημα ήπατος και κοιλιάς
- Αξονική και Μαγνητική τομογραφία ή υπερηχογράφημα
- Ορθοσιγμοειδοσκόπηση
- Εικονική κολοσκόπηση(3D virtual colonoscopy)
- Ενδοαυλική υπερηχοτομογραφία
- Η ενδοσκοπική κάψουλα (pillcam)
- Τεστ ανίχνευσης αφανούς αιμορραγίας (Hemoccult Test)
- Βιοψία

5.2.1. Δακτυλική εξέταση ορθού. Ο καρκίνος του ορθού σε αρχικό στάδιο δεν μπορεί να διαγνωστεί με απλή κλινική εξέταση (δηλ. επισκόπηση, επίκρουση και ψηλάφηση της κοιλιάς), γιατί ένας όγκος στην ελάσσονα πύελο διαμέτρου μικρότερης των 10 εκ. δεν μπορεί να ανακαλυφθεί με την εξωτερική κλινική εξέταση. Απαραίτητη για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του ορθού είναι η δακτυλική εξέταση της οποίας η σημασία τονίζεται ιδιαίτερα και αυτό γιατί στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι προσιτός στην εξέταση αυτή.⁷¹



Δακτυλική εξέταση ορθού

5.2.2. Αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, εκτός από μία πτώση του αιματοκρίτη και τον προσδιορισμό του τύπου της αναιμίας, δεν αναμένεται να αποδώσει ιδιαίτερα διαγνωστικά στοιχεία, βοηθάει όμως στη αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενή. Για το λόγο αυτό

δεν πρέπει να παραλείπεται. Πάντοτε πρέπει να περιλαμβάνεται έλεγχος της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας, ο δε επηρεασμός της τελευταίας μπορεί να υποσημαίνει μετάσταση. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μέτρηση του καρκινοεμβρυικού αντιγόνου (διεθνώς CEA).^{36,47,71}

Το καρκινοεμβρυικό αντιγόνο είναι μία γλυκοπρωτεΐνη που βρίσκεται στην επιφάνεια πολλών κυττάρων μεταξύ των οποίων και των νεοπλασματικών κυττάρων του παχέος εντέρου. Ανιχνεύεται στο αίμα αλλά και σε άλλα σωματικά υγρά, όπως στο γαστρικό, στα ούρα και στα κόπρανα. Δεν αυξάνεται μόνο σε καρκίνους του παχέος εντέρου αλλά και σε νεοπλάσματα ολόκληρου του γαστρεντερικού σωλήνα και άλλων οργάνων όπως του μαστού και του πνεύμονα. Αυξημένο CEA παρατηρείται και σε μερικές καλοήθειες παθήσεις όπως στους καπνιστές, στους κίρρωτικούς και στους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Για το λόγο αυτό αποτελεί μη αξιόπιστη μέθοδο για τη πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου στο γενικό πληθυσμό. Πρέπει όμως να μετράται σε ασθενείς που έχουν χειρουργηθεί για καρκίνο του παχέος εντέρου και οι ευρισκόμενες τιμές να συγκρίνονται με τις προεγχειρητικές.^{36,47,71}

Το CEA είναι ένας δείκτης πρόωμης αναγνώρισης μεταστάσεων ή τοπικής υποτροπής του νεοπλάσματος με ιδιαίτερη διαγνωστική βαρύτητα. Το 80% των ασθενών που παρουσιάζουν υποτροπή ή μεταστάσεις θα έχουν αύξηση του CEA που θα εμφανιστεί έξι μήνες πριν την κλινική εκδήλωση. Τελευταία έχουν δοκιμαστεί και άλλοι δείκτες για τη έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του κόλου όπως το αντιγόνο CA-19-9 και το ένζυμο ορνιθινοαποκαρβοξυλάση. Μελέτες αναζητούν στο αίμα και στα ούρα προϊόντα των gas-ογκογονιδίων που προκαλούν τον καρκίνο, ενώ επιχειρείται η ανίχνευση των όγκων με ραδιοσημασμένα μονοκλωνικά αντισώματα εναντίον αντιγόνων των καρκινικών κυττάρων.^{36,47,71}

5.2.3. Ακτινολογικός έλεγχος του παχέος εντέρου με διπλή αντίθεση. Για την ακτινολογική απεικόνιση του παχέος εντέρου και του ορθού χρησιμοποιείται η μέθοδος του βαριούχου υποκλυσμού με διπλή σκιαγραφική αντίθεση. Με την τεχνική αυτή, εισάγεται στο έντερο πυκνό βάριο σε ποσότητα 500ml περίπου, με σκοπό όχι την πλήρωση του αυλού, αλλά την επάλειψη του τοιχώματος του εντέρου. Το βάριο φτάνει στην σπληνική καμπή και στην συνέχεια ο εξεταζόμενος προσπαθεί να το αποβάλλει. Μετά την απομάκρυνση της μεγαλύτερης του ποσότητας, εισάγεται μέσω του σωλήνα του ορθού αέρας 1 lt περίπου στο έντερο για να σπρώξει το βάριο μέχρι το τυφλό και να επαλειφθεί έτσι όλος ο βλεννογόνος του. Όταν η σκιερή ουσία γεμίσει το τυφλό, ο άρρωστος τοποθετείται σε πρημνή θέση για να εμποδιστεί η είσοδος του βαρίου

στον τελικό ειλεό αυτό γίνεται γιατί η ειλεοτυφλική βαλβίδα βρίσκεται ψηλότερα από το επίπεδο του βαρίου που είναι μέσα στο τυφλό. Λαμβάνεται μια σειρά από ακτινογραφίες χωρίς ακτινοσκοπικό έλεγχο, αριστερά και πλάγια της πυέλου σε πρημνή θέση, δεξιά και αριστερά σε ύπτια θέση, όρθια και μισοκαθιστή θέση του αρρώστου.⁷³

Με τις πλάγιες ακτινογραφίες διευρύνεται ο οπισθοπεριτοναϊκός χώρος, καθώς και οι βλάβες του βλεννογόνου του ορθού. Έτσι με την τεχνική αυτή γίνεται η πρώιμη διάγνωση σε μικρά καρκινώματα, επίπεδα ή μικρούς πολύποδες που με το απλό βαριούχο υποκλυσμό δεν είναι δυνατή η ανίχνευσή τους καθώς και η εύκολη διάγνωση της πολλαπλής οικογενής πολυποδίασης. Επίσης διαπιστώνονται μικροί και μεγάλοι πολύποδες, η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn. Σε γενικές γραμμές ο βαριούχος υποκλυσμός με διπλή σκιαγραφική αντίθεση πλεονεκτεί γιατί: α) Έχει λεπτομερέστερη διαγνωστική ακρίβεια. β) Χρησιμοποιείται λιγότερο βάριο και έτσι δεν καλύπτονται οι αλλοιώσεις του βλεννογόνου.⁷³

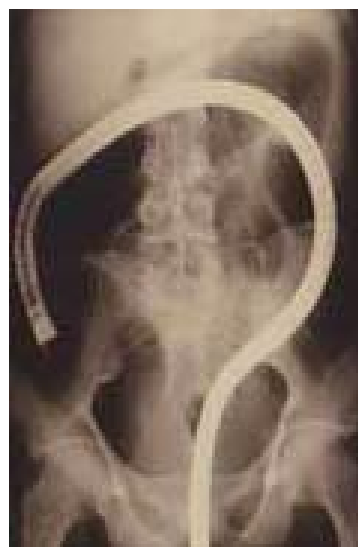


Απεικόνιση του παχέος εντέρου με τη μέθοδο της διπλής αντίθεσης.

5.2.4. Κολονοσκόπηση. Η εξέταση γίνεται με εύκαμπτο όργανο μήκους 180 εκατοστών και επισκοπείται όλο το παχύ έντερο μέχρι την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Με την εξέταση επιτυγχάνεται άριστη οπτική εικόνα του εσωτερικού του παχέος εντέρου, ενώ συγχρόνως μπορεί να γίνουν βιοψίες και θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως εκτομή πολύποδων και αιμόσταση. Απαιτείται η προετοιμασία του ασθενούς δύο ημέρες πριν την εξέταση με υδρική διαίτα, λήψη καθαρτικών και κλύσματα που

αποσκοπεί στο σχολαστικό καθαρισμό του εντέρου. Η κολονοσκόπηση είναι πιο ακριβής από κάθε άλλη μέθοδο και η διαγνωστική της δυνατότητα φτάνει το 90%. Ανιχνεύει εξαιρετικά καλά μικρές βλάβες <1 cm και επιφανειακές αλλοιώσεις του βλεννογόνου.

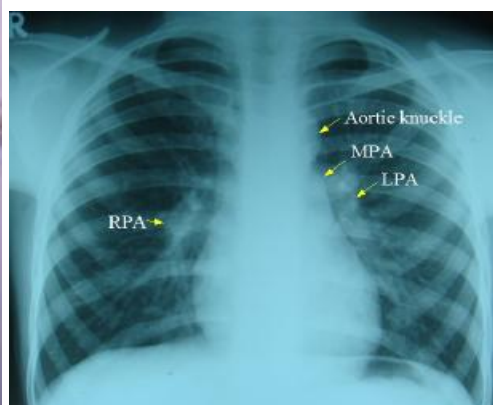
Ο σημαντικότερος περιορισμός της κολονοσκόπησης είναι η αδυναμία προωθήσεως του οργάνου μέχρι το τυφλό που αγγίζει το 10-15% ακόμη και σε πεπειραμένους ενδοσκόπους. Τα ποσοστά επιτυχίας ολικής κολονοσκόπησης είναι 85-95%.. Κύριοι λόγοι μη προσπελάσεως είναι η κακή εντερική προετοιμασία, οι στενώσεις ή μεγάλοι όγκοι του εντέρου και οι καθηλωμένες γωνιώσεις του εντέρου. Και πάλι πρέπει να τονιστεί ότι μόνο το θετικό αποτέλεσμα, τόσο του ελέγχου όσο και των ληφθεισών βιοψιών, αξιολογείται.⁴⁷



5.2.5. Σπινθηρογράφημα. Χρησιμοποιείται για την ανεύρεση πιθανόν μεταστάσεων. Η ακρίβειά του αναλογεί στο 60% περίπου, στο 20% δίνει ψευδώς θετικά και στο άλλο 20% δίνει ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Γι' αυτό και σήμερα έχει αντικατασταθεί από την αξονική τομογραφία [CT] και το NMR τα οποία εκτός από τις μεταστάσεις είναι δυνατόν στον καρκίνο του ορθού να μας πληροφορήσουν για το μέγεθος της εξωαυλικής επέκτασης του όγκου. Περιορισμένοι όγκοι δεν διαγιγνώσκονται εύκολα με την αξονική τομογραφία και γι' αυτό δεν αποτελεί εξέταση επιλογής.

5.2.6. Ακτινογραφία θώρακος. Είναι απαραίτητη για την πιθανή εντόπιση πνευμονικών μεταστάσεων, όπως επίσης απαραίτητη είναι και

η ενδοφλέβια πυελογραφία προεγχειρητικά για τον προσδιορισμό του αριθμού και της θέσης των νεφρών καθώς και της διήθησης ή παρεκτόπισης των ουρητήρων από τον όγκο. Τα στοιχεία από τον έλεγχο αυτό θα βοηθήσουν τον χειρουργό να αποφύγει ιατρογενείς κακώσεις των οργάνων αυτών ή να προχωρήσει σε πιο εκτεταμένη εγχείρηση.⁷³



5.2.7. Υπερηχογράφημα ήπατος και κοιλιάς. Στις περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου ελέγχονται συνήθως τα κυριότερα όργανα. Για σκοπούς καλής και σωστής απεικόνισης, πριν την εξέταση επιβάλλεται να αποφεύγεται η λήψη τροφής και υγρών. Το υπερηχογράφημα γίνεται συνήθως σε νοσοκομεία ή σε ιδιωτικές κλινικές στο ακτινολογικό τμήμα ή σε εξειδικευμένο ιατρό. Ο ιατρός χρησιμοποιεί ένα ειδικό πομπό στην περιοχή της κοιλιάς ο οποίος μετατρέπει τα ηχητικά κύματα που παίρνει σε εικόνα, με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή.⁷⁵

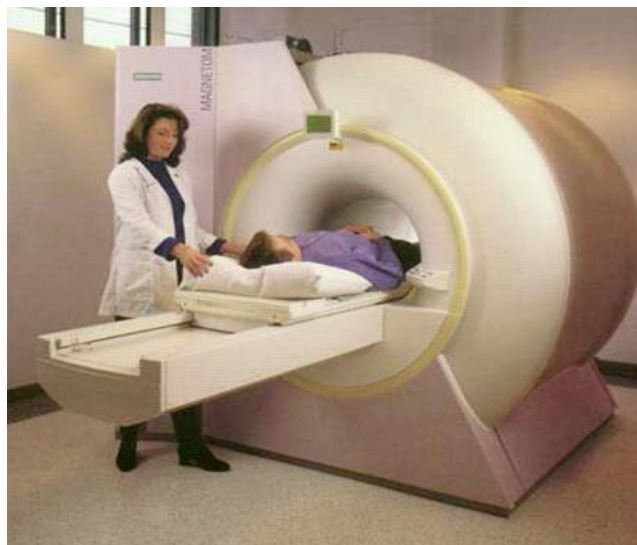
5.2.8. Αξονική Τομογραφία. Η αξονική τομογραφία, είναι εξειδικευμένη ακτινογραφία η οποία απεικονίζει σε τρεις διαφορετικές τομές τα εσωτερικά όργανα του σώματος. Είναι ανώδυνη εξέταση και διαρκεί συνήθως από 10' – 20'. Στην αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται ελαφριά δόση ακτινοβολίας που δεν επηρεάζει ούτε εσάς αλλά ούτε και τους γύρω σας. Πριν από την εξέταση θα πρέπει ο ασθενείς να μείνει χωρίς τροφή και υγρά για 4 ώρες.

Για καλύτερη απεικόνιση των ευρημάτων θα χορηγηθεί σκιαγραφική ουσία υπό μορφή ροφήματος ή και ενδοφλέβια πριν από την εξέταση. Η ενδοφλέβια σκιαγραφική ουσία συνήθως σε ορισμένους ασθενείς προκαλεί ένα αίσθημα αύρας σ' όλο το σώμα. Όμως αν έχει αλλεργία στο ιώδιο ή αν υποφέρετε από άσθμα θα πρέπει οπωσδήποτε να το

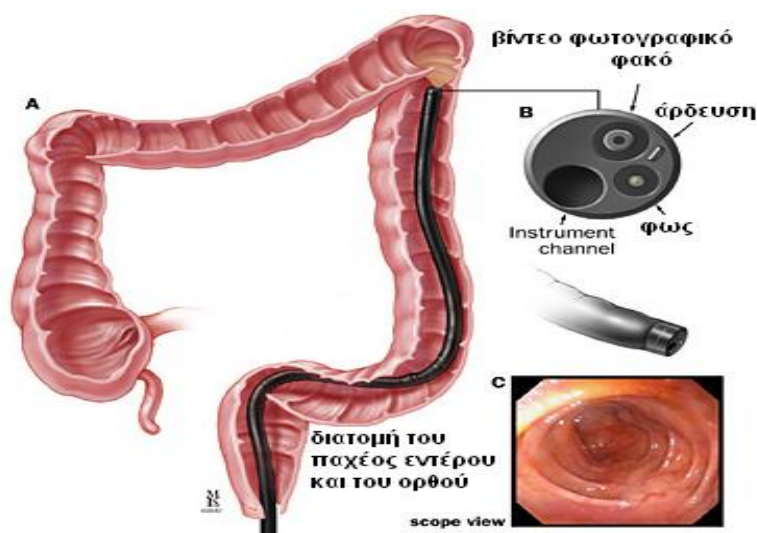
αναφέρετε στη νοσηλεύτρια του τμήματος ή τον ακτινολόγο. Σπάνια χορηγείται παρόμοια σκιαγραφική ουσία υπό μορφή υποκλυσμού.⁸¹



5.2.8. Μαγνητική Τομογραφία. Αυτή η εξέταση είναι παρόμοια με την αξονική τομογραφία με την διαφορά ότι χρησιμοποιείται μαγνητισμός αντί ακτίνες X. Χορηγείται συνήθως σκιαγραφική ουσία ενδοφλέβια και διαρκεί περίπου 30'. Ο μαγνητικός τομογράφος είναι ένα θορυβώδες μηχάνημα γι' αυτό θα σας χορηγηθούν ωτοασπίδες για περιορισμό της ενόχλησης από τους κρότους. Για συντροφιά μπορεί να παραμείνει στο δωμάτιο εξέτασης και κάποιο φιλικό ή συγγενικό άτομο. Λόγω του υψηλού μαγνητισμού θα πρέπει να αφαιρεθούν όλα τα μεταλλικά αντικείμενα που θα φοράει ο ασθενείς. Άτομα με χειρουργικά μεταλλικά κλίπς ή με καρδιακούς βηματοδότες δυστυχώς δεν μπορούν να υποβληθούν σε μαγνητική τομογραφία.⁸¹

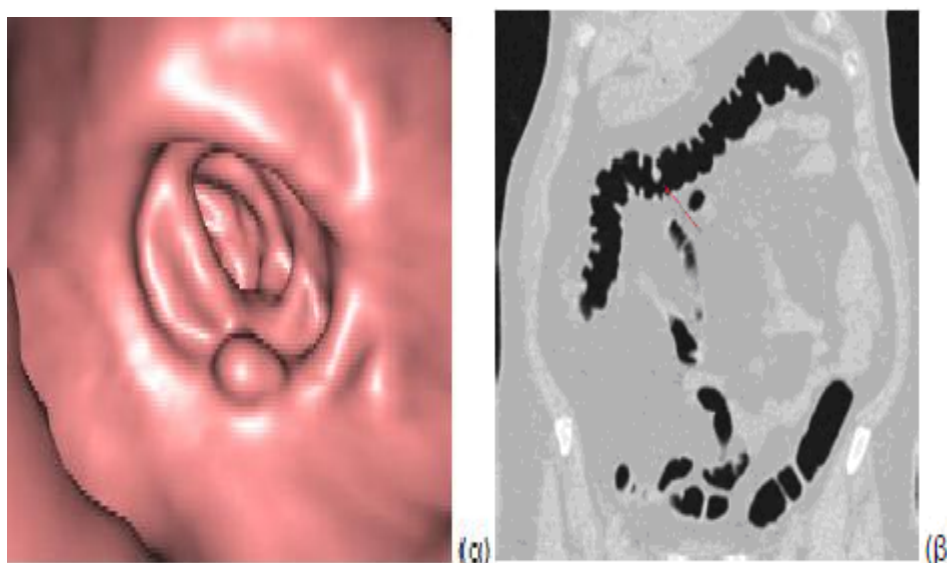


5.2.9. Ορθο-σιγμοειδοσκόπηση. Η εξέταση γίνεται με όργανο που ενδοσκοπεί τα τελευταία 25-30 εκατοστά του εντέρου και είναι ιδιαίτερης σημασίας καθώς ένα μεγάλο ποσοστό των καρκίνων του παχέος εντέρου, το οποίο ανέρχεται σε 50 -65%, εντοπίζονται στο ορθό και το σιγμοειδές. Ο ασθενής προετοιμάζεται με ένα χαμηλό υποκλυσμό χωρίς άλλη διαδικασία και η εξέταση δεν έχει αντενδείξεις ή επιπλοκές. Η εξέταση μπορεί να γίνει με μίας χρήσεως άκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο μήκους 25-30 εκατοστά το οποίο ενδοσκοπεί ορθό και τμήμα σιγμοειδούς ή με εύκαμπτο πολλαπλών χρήσεων, μήκους 60 εκατοστά, το οποίο ενδοσκοπεί μέχρι το μέσον του κατιόντος. Η μέθοδος έχει υψηλή ευαισθησία (σχεδόν 100%) και ειδικότητα για το επισκοπηθέν τμήμα του εντέρου και παρέχει τη δυνατότητα λήψης βιοψίας από ύποπτες περιοχές. Μόνο τα θετικά ευρήματα αξιολογούνται καθώς τα αρνητικά δεν αποκλείουν την ύπαρξη νεοπλασματος περιφερικότερα. Ιδιαίτερα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τα νεοπλάσματα παρουσιάζουν μία τάση περιφερικότερης εντόπισης και απαιτείται περαιτέρω έλεγχος.⁴⁷



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

κολοσκόπηση δεν απαιτεί τη λήψη ηρεμιστικών ή υπνωτικών από τον ασθενή και είναι λιγότερο ενοχλητική από την κλασική κολοσκόπηση. Η νέα αυτή τεχνική έχει το πλεονέκτημα ότι διαρκεί μικρό χρονικό διάστημα και εξαρτάται λιγότερο από την ικανότητα του ιατρού που εκτελεί την εξέταση, καθώς οι εικόνες μπορούν να αποθηκευτούν και να ανακληθούν, όταν χρειάζεται. Μειονεκτεί σε σχέση με την κλασική κολοσκόπηση στο ότι δεν έχει τη δυνατότητα να λάβει βιοψίες και να επέμβει θεραπευτικά ο ιατρός και να αφαιρέσει τον υπάρχοντα πολύποδα. Η τεχνική αυτή πιστεύεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο πληθυσμιακών ομάδων.⁴⁷



Η τρισδιάστατη εικονική κολονοσκόπηση (α) και η στεφανιαία δύο διαστάσεων εικόνα (β) αναδεικνύουν πολύποδα στο εγκάρσιο κόλο.⁷⁷

5.2.11. Ενδοαυλική υπερηχοτομογραφία είναι μία νεότερη μέθοδος που έχει μικρό ρόλο στη διάγνωση, αλλά φαίνεται ότι είναι αρκετά ευαίσθητη στην εκτίμηση της διήθησης του τοιχώματος του ορθού και στην εύρεση ενδοπυελικών λεμφαδένων. Πρόσφατα έχει χρησιμοποιηθεί η τεχνική της υδροκολονικής υπερηχοτομογραφίας (Hydrocolonial Sonography). Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η μέθοδος αυτή ανίχνευσε το 97% των καρκίνων και το 91% των πολυπόδων. Τα αποτελέσματα επαληθεύτηκαν με κολοσκόπηση. Η υδροκολονική υπερηχοτομογραφία έχει τη δυνατότητα να εκτίμα την κατασκευή του τοιχώματος του εντέρου και αυτό βοηθά στην εκτίμηση του σταδίου του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η μέθοδος αυτή αναμένεται να δοκιμαστεί και να προσδιοριστεί η χρησιμότητά της ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα.⁴⁷

5.2.12. Τεστ ανίχνευσης αφανούς αιμορραγίας (Hemoccult Test).

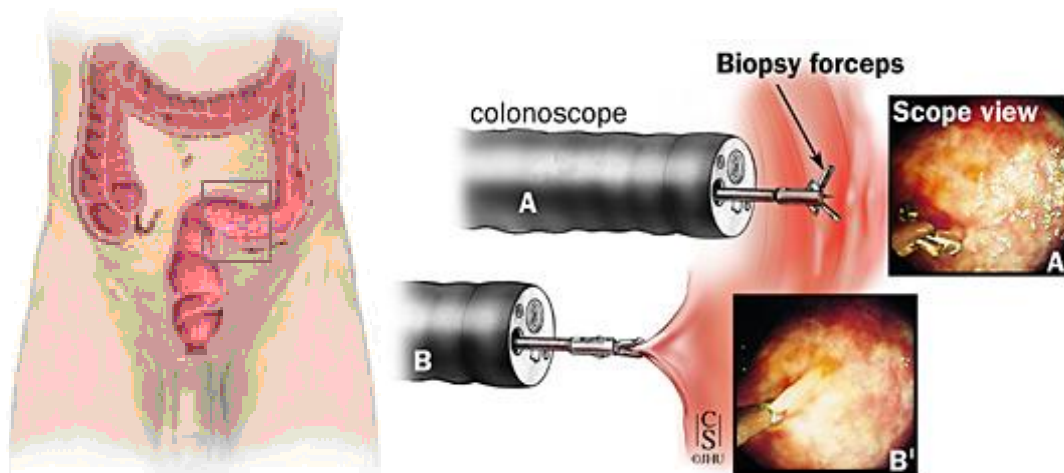
Τεστ που ανιχνεύουν την αιμοσφαιρίνη στα κόπρανα, ώστε να εντοπιστούν προβλήματα στο πεπτικό σύστημα (π.χ. γαστρορραγία, έλκος) και να διαγνωστεί ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού. Συλλέγετε το δείγμα με το ειδικό χαρτί και το βάζετε στον ειδικό σωλήνα. Προσαρμόζετε την ταινία δοκιμής στο σωλήνα και «διαβάζετε» το αποτέλεσμα. Το Αποτελέσματα βγαίνει σε 5'. Μπορεί να διαγνώσει εγκαίρως προβλήματα του πεπτικού σωλήνα και να παραπέμψει τον ασθενή στο γιατρό για εξετάσεις. Επειδή υπάρχει η πιθανότητα να μπερδέψει την αιμοσφαιρίνη με τη μυοσφαιρίνη, πρέπει δύο ημέρες πριν το τεστ να μην τρώτε κρέας, γιατί αυξάνει τη μυοσφαιρίνη. Είναι χρήσιμο για ανθρώπους μετά τα 40, με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου ή με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, και για τους υπόλοιπους μετά την ηλικία των 60 ετών.⁸⁰



Hemoccult Test

5.2.13. Βιοψία.

Λαμβάνεται κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης του καρκίνου και την αξιολόγηση του βαθμού διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων.⁷³



Ιστός αφαιρείται από το παχύ έντερο για την εξέταση

5.2.14. Νέα διαγνωστική μέθοδος για τον καρκίνο του παχέος εντέρου- Χάπι βιντεοκάψουλα

Η ενδοσκοπική κάψουλα (pillcam). Είναι μια κάψουλα διαφορετική από τις άλλες. Δεν διαθέτει θεραπευτικές ιδιότητες όπως οι κάψουλες που όλοι γνωρίζουμε αλλά διαγνωστικές, ενώ παράλληλα υπόσχεται να απαλλάξει αρκετούς ασθενείς από μια εξέταση που ακόμη και στο άκουσμά της οι περισσότεροι νιώθουν το λιγότερο... δυσφορία: την κολονοσκόπηση. Ονομάζεται Pillcam Colon και με τις δύο ισχυρές κάμερες που διαθέτει «φωτογραφίζει» με αυτόματο φωτισμό καρέ καρέ το παχύ έντερο με ταχύτητα τεσσάρων εικόνων το δευτερόλεπτο, αναζητώντας πιθανές βλάβες.⁷⁸

Η κάψουλα του παχέος εντέρου σχεδιάστηκε ειδικά για τον έλεγχο του παχέος εντέρου. Έχει μέγεθος 11 x 32 χιλ. Ο συνολικός χρόνος καταγραφής είναι περίπου 10 ώρες. Το σύστημα της κάψουλας περιλαμβάνει ειδικούς αισθητήρες (ηλεκτρόδια), οι οποίοι επικολλώνται στην κοιλιακή χώρα του ασθενή, και έναν καταγραφέα στοιχείων, ο οποίος τοποθετείται σε μία ειδική θέση (σαν τσέπη) ενός γιλέκου-ζώνης, το οποίο φοράει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της εξέτασης και είναι συνδεδεμένος με τους αισθητήρες. Ο καταγραφέας στοιχείων αποθηκεύει τα στοιχεία που στέλνει η κάψουλα κατά τη διάρκεια των 10 ωρών της εξέτασης. Μετά το τέλος της εξέτασης τα καταγεγραμμένα στοιχεία προβάλλονται μέσω ειδικού προγράμματος στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με τη μορφή εικόνων-video και εξετάζονται από τον ειδικό ιατρό.

Ο ασθενής, αφού καταπιεί την κάψουλα, μπορεί να κινείται ελεύθερα κατά τη διάρκεια των 10 ωρών της εξέτασης. Η κάψουλα αποβάλλεται φυσιολογικά, χωρίς ο ασθενής να το αντιληφθεί.

Οι επιπλοκές της εξέτασης είναι πολύ σπάνιες. Στα μειονεκτήματα της εξέτασης περιλαμβάνονται η αδυναμία λήψης βιοψιών ή αφαίρεσης πολυπόδων.

Υπάρχουν μελέτες οι οποίες δημοσιεύθηκαν πρόσφατα και δείχνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα όσον αφορά τη χρησιμοποίηση της κάψουλας για τη διάγνωση πολυπόδων και καρκίνου παχέος εντέρου. Παρ' όλ' αυτά η ευαισθησία της κάψουλας για την ανίχνευση όλων των πιθανών βλαβών του παχέος εντέρου ανεξαρτήτως μεγέθους είναι χαμηλότερη της κολονοσκόπησης.⁷⁹



Ενδοσκοπική κάψουλα⁷⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό ότι, παρά την πρόοδο της χειρουργικής, της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας κατά τις τελευταίες δεκαετίες, δεν έχει καταφέρει να επιμηκύνει την επιβίωση των ασθενών αυτών. Η αντιμετώπιση του ασθενούς με καρκίνο του παχέος εντέρου πρέπει να γίνεται από ομάδα ειδικών γιατρών. Το είδος της αγωγής που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, από τους οποίους ο σπουδαιότερος είναι το στάδιο της νόσου.⁶⁸

Η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία συνήθως εναλλάσσονται. Σε αρχικά στάδια, η χειρουργική έχει τον πρώτο λόγο, ενώ σε τοπικά εκτεταμένη νόσο -ιδίως στο ορθό- η ακτινοθεραπεία έχει τη δυνατότητα να σμικρύνει τη μάζα και να διευκολύνει την επέμβαση, ώστε να καταστεί ριζικότερη. Η χημειοθεραπεία παίζει ολοένα και σημαντικότερο ρόλο, κυρίως συμπληρωματικά αμέσως μετά την εγχείρηση. Είναι ίσως η πρώτη φορά που με το συνδυασμό χειρουργικής και χημειοθεραπείας έχει φανεί βελτίωση της επιβίωσης.⁶⁸

Αναμφίβολα, και στις προχωρημένες καταστάσεις, παρηγορητικές θεραπείες έχουν σημαντική θέση για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών αυτών.

Στόχοι της θεραπείας του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού είναι:

§ Η εξαίρεση του καρκίνου.

§ Η συνεξαίρεση των περιοχών με βέβαιη ή πιθανή λεμφική διασπορά, καθώς και των γειτονικών προς τον όγκο ιστών.⁷⁶

6.1 Συμπληρωματική θεραπεία

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

νεοπλάσματα, αποτελεί η συμπληρωματική χημειοθεραπεία, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις κύριο ή και βοηθητικό ρόλο διαδραματίζει η ακτινοθεραπεία.

Η συμπληρωματική ακτινοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου εφαρμόζεται, είτε ως περιοχική ακτινοθεραπεία της κοίτης του όγκου και των γειτονικών περιοχών δυνητικής λεμφαδενικής επέκτασης, είτε ως ολική ακτινοθεραπεία της κοιλίας. Η συμπληρωματική ακτινοθεραπεία του παχέος εντέρου σχετίζεται με την εμφάνιση επιπλοκών που μπορούμε να τις κατατάξουμε σε πρώιμες και όψιμες.⁴⁴

6.2 Χειρουργική

Η χειρουργική αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εντοπισμένης νόσου. Έστω και αν η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν έχει αλλάξει τα τελευταία 40 χρόνια, παρά τις όποιες προόδους της ιατρικής στον τομέα αυτόν, η χειρουργική αποτελεί σπουδαία προσφορά στον ασθενή, τόσο κατά τη στιγμή της εμφανίσεως της νόσου όσο και στη διευκόλυνση των μετέπειτα χειρισμών.⁶⁸

6.2.1 Θεραπεία αδενωμάτων παχέος εντέρου

Η πιθανότητα εξαλλαγής ενός αδενώματος σε αδenoκαρκίνωμα εξαρτάται από:

1. Το μέγεθος
2. Τον ιστολογικό τύπο
3. Το βαθμό της κυτταρικής ατυπίας.

Έτσι:

1. Επί αδενωμάτων κάτω του 1cm σε διάμετρο ανευρίσκεται καρκίνος σε ποσοστό 1%. Επί αδενωμάτων διαμέτρου 1-2cm ανευρίσκεται καρκίνος σε ποσοστό 10%. Επί αδενωμάτων άνω των 2cm ανευρίσκεται καρκίνος σε ποσοστό άνω του 50%⁶⁸.
2. Οι τρεις ιστολογικοί τύποι των αδενωμάτων αντιπροσωπεύουν 3 μορφές ιστολογικής εξελίξεως. Οι πιθανότητες εξαλλαγής είναι 5% στα σωληνώδη αδενώματα (αδενωματώδεις πολύποδες), 22% στα σωληνο-θηλώδη αδενώματα και 40% στα θηλώδη αδενώματα.
3. Η πιθανότητα εξαλλαγής των πολυπόδων αυξάνεται με το βαθμό της επιθηλιακής κυτταρικής ατυπίας. Επίσης, οι πολύποδες με ευρεία βάση έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εξαλλαγής από ότι οι

μισχωτοί πολύποδες. Ο χρόνος που απαιτείται για να εξαλλαγεί ένα αδένωμα σε αδenoκαρκίνωμα κυμαίνεται από 5 έως 15 χρόνια.

Θεραπεία

Το είδος της θεραπείας εξαρτάται από το είδος των πολύποδων και τα συμπτώματα που προκαλούν. Πολύποδες κάτω του 1cm και χωρίς συμπτώματα παρακολουθούνται ή αφαιρούνται με το ορθοσκόπιο ή το κολοσκόπιο. Πολύποδες άνω των 2cm πρέπει πάντα να αφαιρούνται, εάν είναι δυνατόν με το κολοσκόπιο ή το ορθοσκόπιο. Επί αποτυχίας αυτών ή εάν είναι πολλοί, συνιστάται λαπαροτομία και εξαίρεση του πάσχοντος τμήματος του εντέρου. Πολύποδες μεταξύ 1-2cm αφαιρούνται ενδοσκοπικός ή μετά από λαπαροτομία. Εάν σε αφαιρεθέντα ενδοσκοπικός πολύποδα ανευρεθεί αδenoκαρκίνωμα, η χειρουργική αφαίρεση του εντέρου συνιστάται μόνον εφόσον η καρκινωμάτωσης διήθηση αφορά και στον υποβλεννογόνιο μυϊκό (λεμφαγγειακή διασπορά).⁶⁸

6.3 Αρχές της χειρουργικής του καρκίνου του παχέος εντέρου

Οι σκοποί που επιδιώκονται στη χειρουργική του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι δύο:

α) Η άμεση νοσηρότητα και η θνητότητα να μην υπερβαίνουν το 5% στις εκλεκτικές εγχειρήσεις και το 25% στις επείγουσες.

β) Τα ποσοστά των τοπικών υποτροπών να είναι όσο το δυνατόν χαμηλότερο και το ποσοστό της πενταετούς επιβίωσης όσο το δυνατόν μεγαλύτερο.

Οι σκοποί αυτοί επιτυγχάνονται, όταν ο χειρουργός ακολουθεί τους χρυσούς κανόνες της σύγχρονης εγχειρητικής του παχέος εντέρου, ώστε τα ποσοστά των επιπλοκών, των τοπικών υποτροπών και της πενταετούς επιβίωσης να εξαρτώνται και από άλλους παράγοντες, πλην της εγχειρητικής τεχνικής.

Η χειρουργική του καρκίνου του παχέος εντέρου περιλαμβάνει:

α) την εκτομή του πάσχοντος τμήματος, το είδος και η έκταση της οποίας ποικίλουν ανάλογα με τη θέση του νεοπλασματος και

β) την αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου με την αναστόμωση του κεντρικού με τον περιφερικό αυλό.⁶⁸

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

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

Η προετοιμασία αυτή επιτυγχάνεται με:

- Χορήγηση τροφών που δεν αφήνουν υπόλειμμα.
- Μηχανικό καθαρισμό του εντέρου με υποκλυσμούς ο οποίος θεωρείται και ο καλύτερος τρόπος ή χημικός καθαρισμός με την χορήγηση ερεθιστικών καθαρτικών.
- Χορήγηση αντιβιοτικών.¹⁰¹

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

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

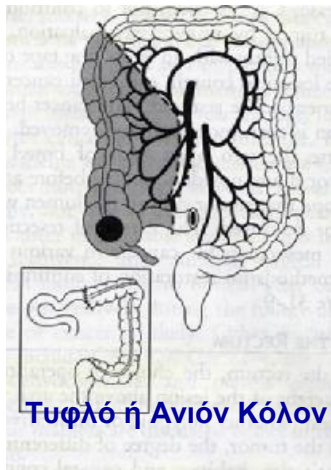
Παράλληλα λαμβάνεται ιδιαίτερη φροντίδα κατά την εγχείρηση ώστε να αποφευχθεί όσο είναι δυνατόν η διαφυγή και διασπορά καρκινικών κυττάρων από τους χειρουργικούς χειρισμούς.

Για καρκίνους που εντοπίζονται στο τυφλό, ανιόν κόλον, η εκτομή περιλαμβάνει μικρό τμήμα του τελικού ειλεού, το τυφλό, το ανιόν, το δεξιό ήμισυ του εγκαρσίου και την ειλεοκολική, την δεξιά κολική και τον δεξιό κλάδο της μέσης κολικής αρτηρίας και φλέβας με το αντίστοιχο μεσεντέριο και το μείζον επίπλουν (δεξιά ημικολεκτομή). Η αποκατάσταση της εντερικής συνέχειας γίνεται με ειλεο-εγκάρσια αναστόμωση.¹⁰¹

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

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

Για τον καρκίνο του σιγμοειδούς και του πλέον κεντρικού ορθοσιγμοειδούς η εκτομή περιλαμβάνει το περιφερικό κατιόν, το σιγμοειδές και το κεντρικό ορθοσιγμοειδές μαζί με τα σιγμοειδικά και άνω αιμορροϊδικά αγγεία.¹⁰¹



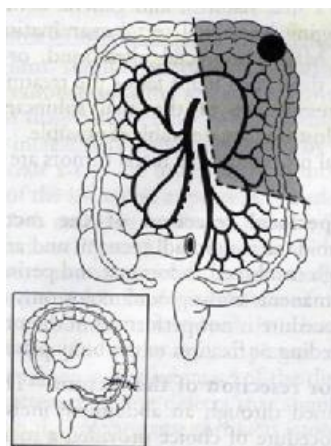
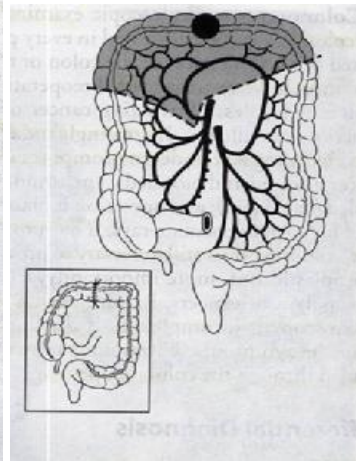
Τυφλό ή Ανιόν Κόλον

Λεμφαδενεκτομή
 Ειλεοκολική
 +
 (Δ) κολική αρτηρία

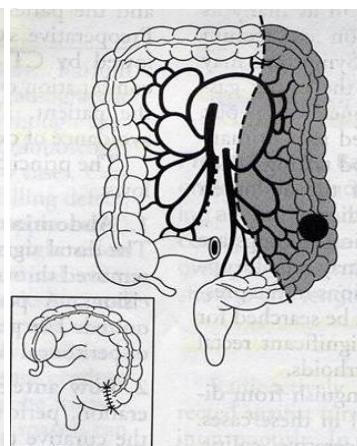


(Δ)Κολική καμπή ή
 (Δ)Εγκάρσιο

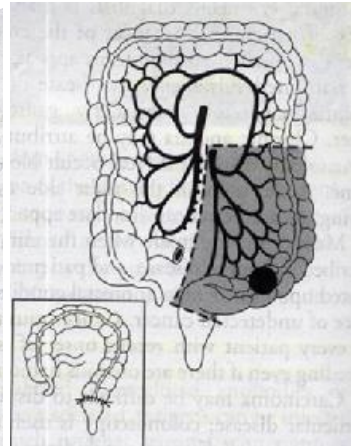
Εκτεταμένη
 (Δ) Ημικολεκτομή
 Ειλεοκολική + (Δ) και μέση κολική αρτηρία



(Αρ) Εγκάρσιο ή
 (Αρ) Κολική καμπή
 Εκτεταμένη
 (Αρ) Ημικολεκτομή
 (Α) Γαστρεπιπλοϊκή
 Μέση + (Αρ) κολική
 αρτηρία



Κατión ή εγγύς
 σιγμοειδές
 (Αρ) Ημικολεκτομή
 Κάτω μεσεντέριος
 αρτηρία



Μέσο ή άπω σιγμοειδές
 Σιγμοειδεκτομή
 Κάτω μεσεντέριος
 αρτηρία

Δύο είναι οι κλασσικές εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού:

1. Η χαμηλή πρόσθια εκτομή

Η χαμηλή πρόσθια εκτομή περιλαμβάνει το περιφερικό σιγμοειδές και το κεντρικό ορθό. Το κεντρικό σιγμοειδές αναστομώνεται με το περιφερικό ορθό. Η αναστόμωση αυτή εμφανίζει ένα σημαντικό

ποσοστό 25% περίπου διαφυγής γι' αυτό πολλές φορές συνδυάζεται με προσωρινή κολεοστομία.

2. Η συνδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή

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

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

Η χαμηλή πρόσθια εκτομή και η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή συνοδεύεται από σημαντικό ποσοστό θνητότητας και νοσηρότητας. Η μέση εγχειρητική θνητότητα για την πρώτη εγχείρηση ανέρχεται στο 6% και για τη δεύτερη σε 8%, ενώ η νοσηρότητα ανέρχεται σε 15%-56% και 25%-68% αντίστοιχα.¹⁰¹

6.4 Ακτινοθεραπεία

Η κύρια θεραπεία των αδενοκαρκινωμάτων του ορθού είναι η χειρουργική αφαίρεσή τους, είτε με πρόσθια τελικοτελική αναστόμωση είτε με κοιλιοπερινεϊκή εκτομή και μόνιμη κολοστομία.

Υπάρχουν όμως καταστάσεις που η χειρουργική μόνη δεν μπορεί να επέμβει λόγω της εκτεταμένης βλάβης ή, και αν τα περιστατικά είναι χειρουργήσιμα, το ποσοστό των υποτροπών είναι υψηλό (10-50% στην πενταετία) και το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο όσο τα στάδια την νόσου είναι πιο εκτεταμένα.

Στις περιπτώσεις αυτές, η ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει συνδυαζόμενη με τη χειρουργική και σε ορισμένες περιπτώσεις συνεκπικουρούμενη από τη χημειοθεραπεία, αυξάνοντας κατ' αρχάς την εξαιρεσιμότητα των όγκων, αλλά και μειώνοντας σε μεγάλο βαθμό τις τοπικές υποτροπές. Μπορεί να χορηγείται προεγχειρητικώς ή μετεγχειρητικώς και κατά τη διάρκεια της εγχειρήσεως (δειγχειρητικώς).^{68,48}

6.4.1 Ριζική ακτινοθεραπεία

Διακρίνεται σε:

- 1) Θεραπευτική με σκοπό την ίαση, γνωστή από το 1936 (Chaoul). Γίνεται σε μικρούς όγκους 1 έως 3cm, που είναι κινητοί και με

μικρή σε βάθος ιστού διήθηση. Η ένδειξη αυτή της ακτινοθεραπείας γίνεται με μεγάλη προσοχή, αφού ο ασθενής έχει εξετασθεί προσεκτικά, με ορθοσκόπηση και με δακτυλική εξέταση, αλλά και αυτό το μικρό στάδιο έχει επιβεβαιωθεί με διαυλική χρησιμοποίηση υπερήχων. Στις περιπτώσεις αυτές, η προσβολή των λεμφαδένων είναι χαμηλή (5%), αλλά ο αριθμός των ασθενών που ανακαλύπτεται σε ένα τέτοιο στάδια δυστυχώς μικρός. Βεβαίως, ο ρόλος της χειρουργικής δεν παραγνωρίζεται και η ακτινοθεραπεία αποτελεί εναλλακτική λύση.

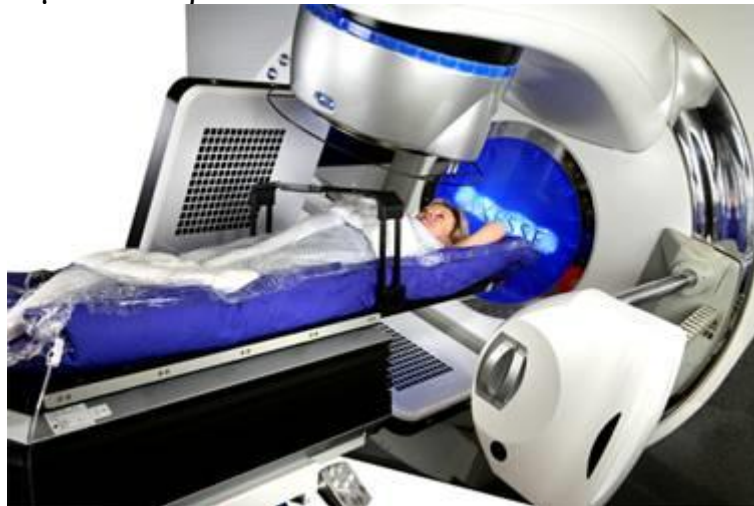
Η ακτινοθεραπεία γίνεται σε επαφή με τον όγκο (ακτινοθεραπεία επαφής ή ενδοκοιλιακή). Η ακτινοβολία X διοχετεύεται με ειδικούς κώνους μέσα στον αυλό του ορθού και έως τον όγκο. Γίνεται σε περιορισμένο αριθμό συνεδριών (2-3) των 25-35 Gy ανά συνεδρία με μεσοδιάστημα 21 ημερών. Από τη δεύτερη συνεδρία, το αποτέλεσμα είναι θεαματικό και στην Τρίτη βρισκόμαστε πολλές φορές προ γυμνού τοιχώματος.⁶⁸

Τα αποτελέσματα είναι άριστα, με 80% πενταετή επιβίωση και περίπου 5% τοπική αποτυχία και τοπικές υποτροπές.

- 2) Ακτινοθεραπεία αποκλειστική σε όγκους χειρουργήσιμους, αλλά ανεγχείρητους για λόγους κυρίως ιατρικούς ή αρνήσεως του ασθενούς. Τα αποτελέσματα εδώ είναι αντιστρόφως ανάλογα της εκτάσεως της νόσου. Οι δόσεις που χορηγούνται είναι πλήρεις (65-70 Gy) και ο τυπικός έλεγχος και η επιβίωση είναι μεγαλύτεροι σε όγκους κινητούς και μικρούς και όχι σε εκτεταμένους και ακίνητους όγκους, όπως επίσης σε ασθενείς μικρότερους των 50 ετών.
- 3) Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία. Εδώ, ο στόχος δεν είναι η ίαση. Γίνεται σε καρκίνους λίαν διηθητικούς, με διήθηση του περιτολικού λίπους, των πυελικών λεμφαδένων και των γειτονικών οργάνων (κύστεως, ιερού), με χαμηλή πυελική νόσο και διήθηση νεύρων, που συνοδεύεται με αιμορραγίες, άλγη, τεινισμό και ψευδείς ανάγκες για αφόδευση. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει άρση των συμπτωμάτων αυτών και καλύτερευση της καταστάσεως και του ηθικού του ασθενούς. Η δόση σε αυτές τις περιπτώσεις δεν πρέπει να είναι μικρότερη των 40-45 Gy σε 4-5 εβδομάδες. Μπορεί να δοθεί σε μικρότερο αριθμό συνεδριών με μεσοδιάστημα μιας ή δύο εβδομάδων. Σκοπός είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανακούφιση του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων και των λιγότερων μετακινήσεων. Δεν είναι σπάνιο να έχουμε καλή ανταπόκριση του όγκου στην ακτινοβολία, με μεγάλου βαθμού υποστροφή την νόσου, ώστε να καταστεί δυνατόν να επιχειρηθεί χειρουργική

εκτομή του όγκου ή να συνεχισθεί η ακτινοθεραπεία, με στόχο αυτή τη φορά την ίαση.

Αλλά, η κύρια θεραπεία είναι η χειρουργική. Είναι η μέθοδος που θα αφαιρέσει τον κύριο όγκο και η ακτινοθεραπεία είναι επίκουρη της χειρουργικής, διασφαλίζοντας τα όρια της εκτομής. Η χρησιμότητα τονίσθηκε σε αμερικανικό συμπόσιο του Ιανουαρίου του 1988, αφού μέχρι το 1985 μόνο το 40% των ασθενών που είχαν ένδειξη για ακτινοθεραπεία υποβάλλονταν σε αυτή και μόνο σε ορισμένα κέντρα.⁶⁸



6.4.2 Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Στη διεθνή βιβλιογραφία, όλοι είναι σύμφωνοι ότι, αν χορηγηθεί ακτινοθεραπεία πριν από τη χειρουργική επέμβαση σε καρκίνους ανεγχείρητους –λόγω της μεγάλης τοπικής εκτάσεως- μετά από 4-6 εβδομάδες το μέγεθος του όγκου ελαττώνεται και οι μικροσκοπικές εστίες στην περιφέρεια αποστειρώνονται. Όλο και μεγαλύτερος αριθμός των όγκων αυτών μπορεί να χειρουργηθεί. Με την αύξηση της εξαιρεσιμότητας των όγκων στα παθολογοανατομικά παρασκευάσματα, παρατηρούνται περισσότερα μικρά στάδια κατά Dukes, από ότι όταν οι ασθενείς χειρουργηθούν χωρίς προηγουμένως να υποβληθούν σε προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, και βέβαια μικρότερη προσβολή λεμφαδενών. Αυτό οφείλεται στη δραστική καρκινοκτόνο επίδραση των ακτινών επί των όγκων αυτών.

Αποστειρώνοντας την περιφέρεια, δύο τινά συμβαίνουν:

- 1) Η προσπέλαση του χειρουργού γίνεται από αποστειρωμένο περιβάλλον και έτσι μπορεί να είναι πιο συντηρητικός. Με τον τρόπο αυτόν, ο αριθμός των μη ακρωτηριαστικών επεμβάσεων, όπως η πρόσθια αναστομωτική εκτομή, αυξάνεται, με μείωση των κοιλιοπερινεϊκών και μόνιμη κολοστομία. Αυτό κυρίως ισχύει για το τμήμα του κάτω τριτημορίου του ορθού. Είναι γνωστές οι μελέτες του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Thomas Jefferson της Φιλαδέλφειας που μας επιβεβαιώνουν ότι μεγάλος αριθμός

ακρωτηριατικών επεμβάσεων με αφαίρεση του σφιγκτήρα λειτουργικό.

- 2) Ελάττωση των τοπικών υποτροπών. Ο Stevens απέδειξε ότι, όταν τα χειρουργικά όρια ήταν ελεύθερα, οι τοπικές υποτροπές ήταν μηδαμινές. Σε άλλες σοβαρές μελέτες από το Memorial Hospital, των Veterans Administration, αποδείχθηκε ότι δεν φαίνεται να αυξάνει την επιβίωση, ενώ υπάρχουν ανακοινώσεις που υποστηρίζουν την αύξηση της πενταετούς επιβιώσεως. Επίσης, δεν ελαττώνει τον αριθμό των μεταστάσεων και το χρόνο εμφανίσεώς τους. Η δράση λοιπόν της ακτινοθεραπείας είναι τοπική και η δόση που απαιτείται για να υπάρξει απάντηση δεν πρέπει να είναι μικρότερη των 40 Gy. Μια εφάπαξ δόση των 5 Gy, 24 ώρες πριν από την επέμβαση, αδρανοποιεί και εμποδίζει τη διασπορά των καρκινικών κυττάρων.⁶⁸

6.4.3 Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Γίνεται μετά την επούλωση του τραύματος (20 ημέρες). Σκοπός της είναι να μειώσει στο ελάχιστο τον αριθμό των τοπικών υποτροπών, που παρατηρούνται μετά από χειρουργική τομή, κατά τον Withers, επιτυγχάνεται από 50% σε 12% σε στάδια C1-C2 κατά Dukes και σε στάδια B1-B2 από 25-55% σε 5%, όπως επίσης στις υποτροπές στο περίνεο και στους καρκίνους του κάτω τριτημορίου του ορθού. Αυξάνεται επίσης το μεσοδιάστημα χωρίς νόσο. Για την επιβίωση, υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις.⁴²

6.4.4 Sand witch ακτινοθεραπεία

Σε μια προσπάθεια αυξήσεως του τοπικού αποτελέσματος, χρησιμοποιήθηκε η λεγόμενη ακτινοθεραπεία sand witch, δηλαδή προεγχειρητική ακτινοθεραπεία – χειρουργική επέμβαση μετά 4 εβδομάδες- μετεγχειρητική συμπληρωματική δόση, όταν το τραύμα θα έχει επούλωθεί.

6.4.5 Διεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Χρησιμοποιήθηκε κατ' αρχάς από τους Ιάπωνες, αλλά και στην Αμερική και στην Ευρώπη. Κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως με ανοικτή κοιλία, με αυστηρούς κανόνες αντισηψίας και πριν το τραύμα συρραφή, μέσα στο χειρουργείο κυρίως, αλλά και στο ακτινοθεραπευτικό τμήμα, χορηγείται δόση εξάπαξ 20-30 Gy με ειδικούς κώνους, που προσαρμόζονται στο μηχάνημα της ακτινοβολίας και με διαμέτρους ανάλογες με την επιφάνεια που θα ακτινοβοληθεί. Χρησιμοποιούνται κυρίως ηλεκτρόνια διαφόρων ενεργειών, που είναι ανάλογες του βάθους που θέλουμε να ακτινοβολήσουμε. Μετά τη συρραφή των τοιχωμάτων και την ουλοποίηση του τραύματος, χορηγείται συμπληρωματική δόση με εξωτερική διαδερμική

ακτινοθεραπεία (45Gy). Με την τεχνική αυτή, χορηγούνται υψηλές δόσεις στο χώρο του νεοπλάσματος όπου υπάρχει ο κίνδυνος υποτροπών, και ελαττωμένη στα γειτονικά όργανα, με σκοπό να αποφευχθούν ανεπιθύμητες ενέργειες.⁶⁸

6.4.6 Ακτινοθεραπεία σε υποτροπές

Οι δυνατότητες είναι συνάρτηση του αν προηγήθηκε ακτινοθεραπεία ή όχι και της δόσεως αυτής. Εάν η υποτροπή εμφανίζεται μετά από προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, οι παρενέργειες είναι πιθανές και ο κίνδυνός τους θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Η δόση είναι συνάρτηση της δόσεως που προηγήθηκε και είναι περιορισμένη.

Αν η υποτροπή ακολουθεί την επέμβαση, χωρίς προ- ή μετα-εγχειρητική ακτινοθεραπεία, οι δόσεις ακτινοβολίας ή θα είναι προεγχειρητικές (40-45 Gy) με σκοπό επανεπέμβαση του χειρουργού ή πλήρεις (65 Gy) με σκοπό την ίαση/ανακούφιση.⁶⁸

6.4.7 Τεχνικές ακτινοθεραπείας

Ακτίνες γ κοβαλτίου 60, ακτίνες χ υψηλών ενεργειών (10-20 KV) και ηλεκτρόνια ανάλογων ενεργειών, που παράγονται από γραμμικούς επιταχυντές. Ακτίνες γ ιριδίου 192, με μορφή νημάτων, που τοποθετούνται μέσα και γύρω από τον όγκο (βραχυθεραπεία), για λίγο χρονικό διάστημα και συνεχώς.

Ο όγκος-στόχος προς ακτινοβολήση αποτελείται από τον όγκο με τις προεκτάσεις του προς την πύελο (διήθηση προστάτη, ουροδόχου, νεύρων και αγγείων, όλο το ιερό οστού). Στο πεδίο συμπεριλαμβάνονται οι πυελικοί λεμφαδένες, επειδή πιθανώς θα είχαμε διασπορά και σε αυτούς. Ακτινοβολείται όλη η πύελος από το άνω όριο του 1^{ου} ιερού σπονδύλου και προς τα κάτω το πεδίο ακτινοβολίας μπορεί να περικλείσει (όχι πάντα) τον πρωκτό, αν η βλάβη βρίσκεται στ κάτω τριτημόριο του ορθού, ή – σπάνια- και του βουβωνικούς λεμφαδένες, αν η νόσος εκτείνεται και προς τον πρωκτό.⁷⁷

Ιδεώδης θεραπεία είναι η ομοιογενής ακτινοβολήση της πυέλου (επιτυγχάνεται με τους γραμμικούς επιταχυντές) και περιορίζονται στο ελάχιστο οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Γι' αυτό το λόγο, πριν από την πρώτη συνεδρία, ο ασθενής προετοιμάζεται λεπτομερώς: γίνεται συστηματική εξέταση, κατά την οποία καταγράφονται η θέση του όγκου, το μέγεθος, η μακροσκοπική του εικόνα, η σχέση με τα γειτονικά όργανα (προστάτη, κύστη) και η διήθηση των υπό τον όγκο τοιχωμάτων. Λαμβάνονται περιγράμματα και με τη βοήθεια της αξονικής τομογραφίας, σχεδιάζεται η θέση του όγκου, αλλά και των οργάνων που δεν πρέπει να δεχθούν υπερβολική δόση. Υπολογίζονται τα πεδία ακτινοβολήσεως και οι άξονές τους και με το σχεδιασμό των ισοδοσικών καμπυλών για την κατανομή της ακτινοβολίας στην πύελο μπορούμε να υπολογίσουμε με μαθηματικό τρόπο την ακριβή δόση σε κάθε σημείο της

ακτινοβλούμενης περιοχής. Αν κάτι δεν πάει καλά, θα μπορέσουμε έτσι να αλλάξουμε το πρόγραμμα θεραπείας.

Οι δόσεις που χορηγούνται είναι ανάλογες του αποτελέσματος που αποζητούμε: 65-70 Gy σε πλήρη ακτινοθεραπεία με σκοπό την ίαση. Τα τελευταία 20-25 Gy δίνονται με πεδίο μικρό, κατευθυνόμενο στον υπολειπόμενο όγκο και μόνο. Σε προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, 40-50 Gy σε 4-5 εβδομάδες και θα λαμβάνονται υπόψη οι δυνατότητες του χειρουργείου. Αν μπορεί να χειρουργεί μετά από μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας (πυελικές ινώσεις). Στη μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, χορηγούνται δόσεις 45-50-60 Gy, ανάλογα με τη διήθηση των στιβάδων και την προσβολή των λεμφαδένων (N+). Η ανακούφιση του ασθενούς επιτυγχάνεται με δόσεις 40-50 Gy σε 4-5 εβδομάδες.⁶⁸

Κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας, συνιστάται στον ασθενή να σιτίζεται με ελαφρά τροφή, εύπεπτη και χωρίς υπολείμματα, να αποφεύγει τα οινοπνευματώδη ποτά. Συνιστάται επίσης η λήψη ύδατος (2 λίτρων) και βιταμίνης Α και χορηγούνται αντιεμετικά και αντιδιαρροϊκά. Διορθώνεται –όπου απαιτείται– κάθε αιματολογική διαταραχή που διαπιστώνεται στον εβδομαδιαίο έλεγχο, όπως και κάθε ενδιάμεση στη θεραπεία φλεγμονή με καλλιέργειες ούρων και χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού σκευάσματος.⁶⁸

6.4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας

Μέσα στο πεδίο της ακτινοβολίας περιλαμβάνονται το λεπτό έντερο, το ορθό και το σιγμοειδές (τμήμα), η ουροδόχος κύστη, αλλά και ο συνδετικόλιπώδης ιστός της πυέλου με αγγεία και νεύρα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από την ακτινοβολήση έχουν σχέση με τα όργανα αυτά. Πιο συνήθεις είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες στο έντερο. Διακρίνονται σε άμεσες (κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας) και σε απώτερες, μετά από μήνες ή χρόνια. Οι άμεσες οφείλονται στην προσβολή του επιθηλίου του βλεννογόνου, που είναι ιστός με γρήγορο κυτταρικό πολλαπλασιασμό. Προκαλείται ατροφία κρυπτών και θηλών και προσβολή των ενδοθηλίου των αγγείων. Είναι παροδική και παρέρχεται 2-3 εβδομάδες μετά από τον τερματισμό της ακτινοβολήσεως.

Ενδοσκοπικός, ο βλεννογόνος εμφανίζεται οίδηματώδης και εξιδρωματικός. Κλινικώς, παρατηρείται δυσεντερικό σύνδρομο με διάρροιες και εμετούς. Συνυπάρχει κακοδιαθεσία, γενική κακουχία, ανορεξία.⁷²

Οι απώτερες ανεπιθύμητες ενέργειες (2-5%) οφείλονται στην προσβολή του υποβλεννογόνιου χιτώνα που καταλήγει σε ισχαιμικές εντερίτιδες και σε κολίτιδες που έχουν τάση για στένωση. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από εικόνα ατελών ειλεών, άλγους, διαρροιών και από πτώση της γενικής καταστάσεως. Τέλος, μπορεί να καταλήξει σε οξεία απόφραξη του εντέρου.

Από την κύστη, μπορεί να παρουσιασθούν κυστίτιδες αμέσως, αλλά και μετά από 2-3 μήνες, με άλγος και έπειξη προς ούρηση ή αιμορραγικό σύνδρομο.

Ευτυχώς, με τον κατάλληλο εξοπλισμό, αλλά και με την έγκαιρη πρόληψη, οι ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν μειωθεί στο ελάχιστο.

Η κλασική ακτινοθεραπεία, όπως και η χειρουργική, έχουν δώσει το μέγιστο έως τώρα. Θα μπορούσαμε, ίσως, να βελτιώσουμε το αποτέλεσμα με νέες ακτινοβολίες, όπως με νετρόνια και πρωτόνια, που είναι σωματιδιακές ακτινοβολίες που προκαλούν μεγάλο ιονισμό, με τη διαφορετική κλασματοποίηση της ακτινοβολίας (υπερκλασματικές ή υποκλασματικές), με την προσθήκη της χημειοθεραπείας κ.λπ. Όλα αυτά είναι όμως ακόμη σε στάδιο μελέτης. Ας αφήσουμε το χρόνο να δείξει την αποτελεσματικότητά τους.^{68,72}

6.5 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιεί αντικαρκινικά (κυτταροστατικά) φάρμακα, για να καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα. Μπορεί να αποτελείται από ένα φάρμακο ή περισσότερα, από μια ομάδα 50 περίπου είδη διαφορετικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σήμερα.

Το σχήμα της θεραπείας που θα χορηγηθεί στον ασθενή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, ιδιαίτερα από τον τύπο καρκίνου που έχει, από ποιο σημείο του σώματος ξεκίνησε, πώς μοιάζουν τα καρκινικά κύτταρα κάτω από το μικροσκόπιο και πώς είναι διασκορπισμένα ή αν βρίσκονται σε περισσότερα από ένα σημεία του σώματος.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη ή σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία ή/και χειρουργική επέμβαση.

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

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

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

Η χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ανοσοθεραπεία έχει εφαρμογή στις μεταστάσεις του καρκίνου του παχέος εντέρου στο ήπαρ ή στους πνεύμονες.⁹⁶



Σκοπός της χημειοθεραπείας είναι:

- **Θεραπεία:** Μερικοί όγκοι μπορούν να καταστραφούν ολοσχερών με το σχεδιασμό από το γιατρό μίας σειράς χημειοθεραπείας.
- **Συρρίκνωση του καρκίνου και παράταση της ζωής:** Εάν δεν είναι δυνατή η πλήρης ίαση, τότε η χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να συρρικνωθεί ο καρκίνος και να παραταθεί και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής.⁸⁶

6.5.1 Παρενέργειες της χημειοθεραπείας

Δεν προκαλούν όλα τα φάρμακα τις ίδιες παρενέργειες, ενώ μερικοί άνθρωποι, μπορεί να έχουν ελάχιστες. Οι θεραπείες προκαλούν διαφορετικές παρενέργειες σε διαφορετικούς ανθρώπους και αυτές διαφέρουν, από θεραπεία σε θεραπεία. Οι παρενέργειες αυτές όμως διαρκούν πολύ λίγο και μόλις σταματήσει η θεραπεία, εξαφανίζονται.

Τα όργανα που επηρεάζονται πιο πολύ από τη χημειοθεραπεία είναι αυτά των οποίων τα κύτταρα πολλαπλασιάζονται με πιο γρήγορο ρυθμό όπως το στόμα, το πεπτικό σύστημα, το δέρμα, τα μαλλιά, τα νύχια και ο μυελός των οστών.^{86,91}

Πεπτικό σύστημα

Το αίσθημα αδιαθεσίας, που πολλές φορές συνοδεύεται από ναυτία και εμετό, είναι ένα σύμπτωμα συνδεδεμένο με τη δράση ορισμένων φαρμάκων χημειοθεραπείας. Πολλά άτομα δεν παρουσιάζουν τέτοια συμπτώματα, ούτε και όλα τα φάρμακα έχουν αυτές τις ανεπιθύμητες επιπλοκές.

Τα συμπτώματα αδιαθεσίας προλαμβάνονται ή μειώνονται και σίγουρα ο γιατρός θα μεριμνήσει γι' αυτό, αφού θα δώσει οδηγίες για χορήγηση στεροειδών ή αντιεμετικών φαρμάκων πριν και μετά τη χημειοθεραπεία. Επίσης, θα δοθούν ανάλογα φάρμακα με όλες τις οδηγίες για να τα παίρνει ο ασθενής και σίτι για μερικές μέρες.

Αυτά τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως μέσα σε λίγα λεπτά ή και μετά από αρκετές ώρες από τη χημειοθεραπεία και διαρκούν μερικές ώρες ή σε σπάνιες περιπτώσεις μερικές μέρες.

Κάποια φάρμακα της χημειοθεραπείας μπορεί να προκαλέσουν διάρροια, ανορεξία ή δυσκοιλιότητα.

Συχνά δίνονται στεροειδή παράλληλα με την ένεση της χημειοθεραπείας. Η ποσότητα των στεροειδών είναι πολύ μικρή για να προκαλέσει οποιαδήποτε ζημιά. Συχνά δίνουν μια αίσθηση ευεξίας, παράλληλα με την ελάττωση της αδιαθεσίας και με τη μείωση της ανορεξίας. Μερικοί παρατηρούν ότι βάζουν βάρος με την αύξηση της όρεξής τους.⁸⁶

Στόμα

Μερικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν έλκη στο στόμα. Εάν αυτό πρόκειται να συμβεί, τα έλκη εμφανίζονται πέντε με δεκαπέντε μέρες μετά τη χορήγηση των φαρμάκων και εξαφανίζονται μέσα σε τρεις με τέσσερις εβδομάδες. Τα έλκη πιθανό να μολυνθούν, έτσι ο γιατρός δίνει κατάλληλη θεραπεία για την αποφυγή ή την καταπολέμηση της μόλυνσης.

Επίσης μπορεί να υπάρξει αλλαγή της γεύσης. Το φαγητό μπορεί να φαίνεται στον ασθενή πιο αλμυρό, πικρό, ή με γεύση μετάλλου. Η κανονική γεύση θα επανέλθει, αφού σταματήσει η χημειοθεραπεία.

Μαλλιά και δέρμα

Το πέσιμο των μαλλιών είναι από τις πιο γνωστές παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Ορισμένα φάρμακα προκαλούν ελάχιστη ή καθόλου απώλεια μαλλιών. Κάποια άλλα όμως προκαλούν μερική ή ολική απώλεια μαλλιών για κάποιο χρονικό διάστημα. Κάποιες θεραπείες μπορούν επίσης να καταστρέψουν τα μαλλιά, κάνοντας τα να πέφτουν μια ή δύο εβδομάδες μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας. Το αν και κατά πόσο θα πέσουν τα μαλλιά, εξαρτάται από το είδος ή το συνδυασμό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται, τη δόση και την αντίδραση του κάθε οργανισμού. Τα μαλλιά θα ξαναβλαστήσουν, μόλις σταματήσει η θεραπεία.⁹¹

Μερικοί ασθενείς, σε κάποια είδη χημειοθεραπείας μπορούν να προστατέψουν τα μαλλιά τους με την «κρύα σκούφια». Η κρύα σκούφια περιορίζει τη ροή και την ποσότητα του φαρμάκου προς το δέρμα της κεφαλής. Δυστυχώς δεν μπλοκάρει την επίδραση όλων των φαρμάκων.

Ορισμένα φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν το δέρμα, κάνοντάς το ξηρό, να έχει φαγούρα ή ελαφρά αποχρωματισμένο. Όλα αυτά μπορεί να χειροτερέψουν με το κολύμπι, ιδιαίτερα εάν υπάρχει χλώριο στο νερό. Οποιοδήποτε εξάνθημα πρέπει να αναφέρεται στον επιβλέπον γιατρό. Τα νύχια μπορεί να μεγαλώνουν πιο αργά.

Τα φάρμακα μπορούν να κάνουν το δέρμα πιο ευαίσθητο στο ηλιακό φως.⁸⁶

Μυελός των οστών

Η χημειοθεραπεία μπορεί να μειώσει τον αριθμό των κυττάρων του αίματος που παράγονται από το μυελό των οστών.

6.5.2 Συντηρητική θεραπεία

Η θεραπεία συντηρήσεως γίνεται με ενέσεις: 5-10 χστγρ. Ανά χλγρ. Βάρους ενδοφλεβίως μία φορά την εβδομάδα. Η εμφάνιση σημείων τοξικότητας είναι σπάνια εφόσον εμφανιστούν επιβάλλουν περιορισμούς στη θεραπεία.

Ανοχή: Εφόσον τηρούνται οι δόσεις και οι τρόποι χορήγησης που υποδεικνύονται η ανοχή του fluoro-uracil είναι ικανοποιητική.

Στην αρχή της θεραπείας η διάρροια, οι εμετοί και η ναυτία είναι συχνή. Σε σπάνιες περιπτώσεις παρατηρούνται αλωπεκία και δερματίτιδα ενώ σπανιότερα παρατηρούνται αιμορραγίες κυρίως από το πεπτικό σύστημα. Έχουν επίσης αναφερθεί προκάρδια άλγη και παροδικές αλλοιώσεις του Η.Κ.Γ. Η λευκοπενία και η θρομβοπενία παρατηρούνται συχνά κατά την έναρξη της θεραπείας.

Αντένδειξη: Το fluoro-uracil αντενδείκνυται αυστηρά σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Παρατήρηση: Πρέπει να αποφεύγεται η έκθεση του fluorouracil σε θερμοκρασίες μεγαλύτερες των 30 βαθμών κελσίου για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το φάρμακο πρέπει να προφυλάγεται από το άμεσο ηλιακό φως.⁶⁸

6.6. Ανοσοθεραπεία

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

Διάφοροι ανοσοθεραπευτικοί τύποι είναι οι εξής:

- 1) Η ενεργητική ανοσοθεραπεία
- 2) Η παθητική ανοσοθεραπεία
- 3) Θετική ανοσοθεραπεία και
- 4) Αυξητικές θεραπείες.⁸⁶

6.7. Σύγχρονη θεραπεία και χειρουργικές πρακτικές

Μονοκλωνικών αντισωμάτων: Η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων εναντίον καρκινικών κυττάρων είναι μια σύγχρονη μορφή θεραπείας, η οποία βγαίνει σιγά σιγά από το πειραματικό στάδιο και εφαρμόζεται στην κλινική πράξη. Τα αντισώματα αυτά φέρουν πάνω τους

χημειοθεραπευτικά μόρια, προσκολλώνται στα καρκινικά κύτταρα εκλεκτικά και τα καταστρέφουν.

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

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

Η φωτοδυναμική θεραπεία είναι μια σύγχρονη επίσης μέθοδος, με την οποία τα καρκινικά κύτταρα προσλαμβάνουν μια φωτοευαίσθητη ουσία, η οποία διεγείρεται με μία πηγή φωτός οδηγώντας τα κύτταρα που την περιέχουν σε καταστροφή.^{99,100}

Στην χειρουργική του παχέος εντέρου σήμερα υπάρχουν σημαντικές παροχές της ιατρικής τεχνολογίας, που σκοπό έχουν την βελτιστοποίηση των μεθόδων χειρουργικής και το καλύτερο αποτέλεσμα στην ίαση και την ταλαιπωρία του ασθενούς.

Λαπαροσκοπική Κολεκτομή

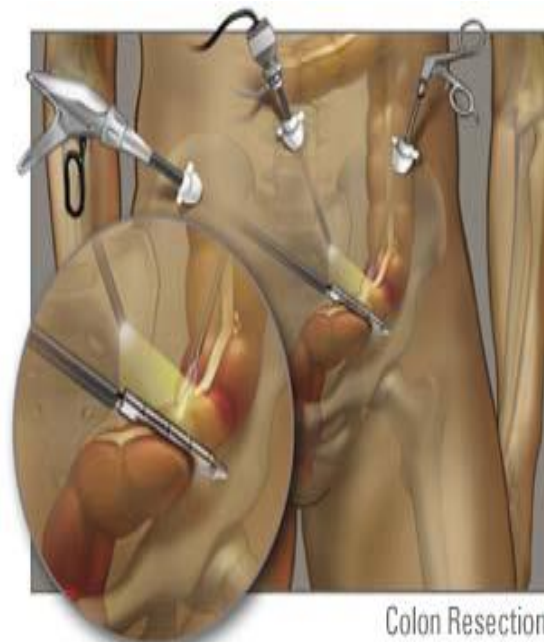
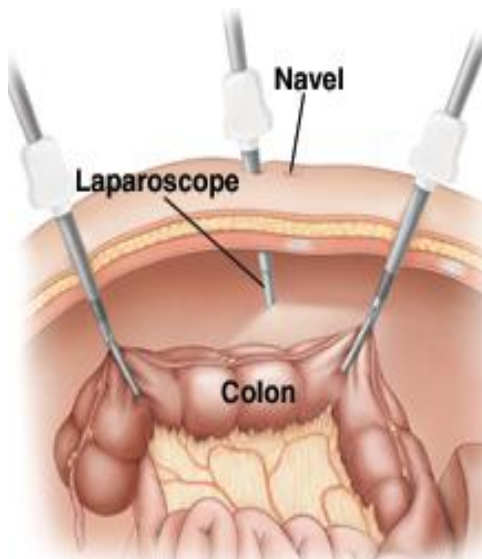
Πλέον στις μέρες μας έχει επιστημονικά τεκμηριωθεί η ασφάλεια από ογκολογικής απόψεως της διενέργειας μίας κολεκτομής με λαπαροσκοπική προσπέλαση. Η επέμβαση στο σύνολό της διενεργείται διά μικρών οπών του δέρματος και μόνο για την απομάκρυνση του χειρουργικού παρασκευάσματος από την κοιλιά, διανοίγεται μια μικρή τομή στο κοιλιακό τοίχωμα μήκους περίπου 5.0 εκατοστών. Τα οφέλη από μια τέτοια προσπέλαση είναι τεράστια, όμως μόνο όταν τηρούνται με ευλάβεια οι ενδείξεις για μια τέτοια επέμβαση κι ασφαλώς όταν εκτελείται από έμπειρο λαπαροσκόπο.⁹⁸

Η λαπαροσκόπηση σήμερα προσφέρει στην χειρουργική του παχέος εντέρου, το σημαντικό υποβοήθημα της μεγάλης μείωσης του εύρους της χειρουργικής τομής, με αποτέλεσμα την μείωση του μετεγχειρητικού άλγους και του μετεγχειρητικού χρόνου ανάρρωσης.

Επίσης προσφέρει μία αρτιότερη και πλέον αναίμακτη επέμβαση σε δύσκολα προσβάσιμες περιοχές της κοιλιάς όπως η "σπληνική καμπή" και η ελάσσων πύελος, με αποτέλεσμα την μείωση της σημαντικής νοσηρότητας αυτών των επεμβάσεων.⁹⁷

Μετά τη χειρουργική επέμβαση ο ασθενής πρέπει οπωσδήποτε να εκτιμηθεί από ειδικό οικόλογο, ο οποίος με βάση την ιστολογική έκθεση

του παρασκευάσματος θα προτείνει συμπληρωματική θεραπεία (χημειο-ακτινοθεραπεία, θεραπεία με μονοκλωνικά αντισώματα).⁹⁸



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

7.1 Ο ρόλο του νοσηλεύτη την περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων

Ο καρκινοπαθής αποτελεί ειδική περίπτωση αρρώστου. Ο καρκίνος αποτελεί σήμερα κοινωνικό πρόβλημα και αντιμετωπίζεται από τον κόσμο όπως αντιμετωπιζόταν παλιότερα και η φυματίωση. Θεωρείται από πολλούς ότι ο καρκινοπαθής δεν έχει πια κανένα μέλλον και ότι παραμένει στη ζωή μόνο και μόνο για να ταλαιπωρείται και να ταλαιπωρεί.⁸²

Η νοσηλεύτρια/τής καλείται να παίξει σημαντικό ρόλο, μαζί με όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, να βοηθήσει τον καρκινοπαθή να ξεπεράσει τα σοβαρά ψυχολογικά κυρίως και άλλα προβλήματα που προκαλεί η φύση της πάθησής του και να διατηρήσει όλες τις ηθικές και σωματικές δυνάμεις του στο ακέραιο, έτσι ώστε να είναι σε θέση να δεχτεί οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή του οριστεί και να συντελέσει στην επιτυχία της. Η νοσηλεύτρια/τής πρέπει να δώσει θάρρος, ελπίδα για να παλέψει για καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πρωταρχική θέση στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς έχει το αναπόφευκτο ερώτημα: «Πρέπει ή δεν πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος για τη φύση και τη σοβαρότητα της πάθησής του;»

Στη λήψη μιας τόσο δύσκολης απόφασης όσο αυτή, θα παίξουν ρόλο πολλοί και διάφοροι παράγοντες (π.χ. μορφωτικό επίπεδο) και θ' αποφασισθεί σε συνεργασία με τους θεράποντες γιατρούς και το στενό οικογενειακό περιβάλλον.⁸²

Στη διάρκεια του διαγνωστικού ελέγχου, η νοσηλεύτρια/τής παίξει το δικό της προσωπικό ρόλο, βοηθώντας τόσο όσο το γιατρό όσο και τον ασθενή για τη καλύτερη διεκπεραίωση της εξέτασης. Ο διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει τα εξής:

7.1.1 Βαριούχος υποκλυσμός

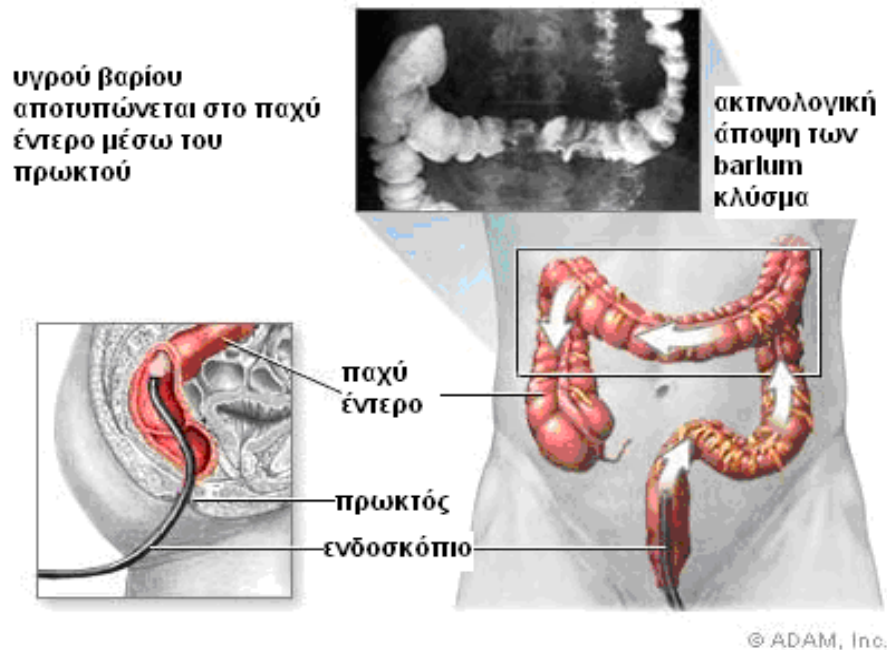
Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας, πριν και μετά την εξέταση
- Υγρή διαίτα για 24 ώρες πριν την εξέταση

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Εισαγωγή σωλήνα στον ορθό και ροή του διαλύματος βαρίου μέσα στο κόλο
- Εισαγωγή αέρα μέσα στο κόλο

- Αλλαγή της θέσης και γύρισμα του αρρώστου πολλές φορές για γέμισμα του κόλου από το βάριο
- Ένεση γλυκαγόνης, για χαλάρωση του κόλου
- Μετά τη λήψη ακτινογραφιών μπορεί να χρειαστεί χρησιμοποίηση της τουαλέτας από τον άρρωστο για αποβολή του βαρίου.



Μετά την εξέταση:

- Ενθάρρυνση για λήψη άφθονων υγρών για απομάκρυνση του βαρίου
- Καθαρτικό όπως γάλα μαγνησίας, για αποβολή του βαρίου
- Πολλές φορές, απαραίτητος χαμηλός υποκλυσμός.

7.1.2 Σιγμοειδοσκόπηση

Η ετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας
- Προετοιμασία του εντέρου

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Βοήθεια του αρρώστου να τοποθετηθεί στην ειδική θέση
- Κάλυψη του αρρώστου
- Δακτυλική εξέταση πριν από την εισαγωγή του ενδοσκοπίου, για αποκλεισμό απόφραξης και διαστολή του πρωκτικού σφιγκτήρα

- Εισαγωγή του σιγμοειδοσκοπίου μετά από γλίσχρανσή του
- Ενίσχυση του αρρώστου και ενθάρρυνσή του να αναπνέει βαθιά για να απαλλαγεί από την ανάγκη για κένωση του εντέρου που αισθάνεται μετά την εισαγωγή του ενδοσκοπίου
- Πιθανή λήψη δείγματος βιοψίας
- Έξοδος του ενδοσκοπίου αργά, για προσεκτική εξέταση του βλεννογόνου.



Μετά την εξέταση:

- Βοήθεια του αρρώστου στον καθαρισμό της πρωκτικής περιοχής
- Παρακολούθηση για πυρετό, αιμορραγία. Σημείωση παραπόνων για ασυνήθη πόνο
- Ενθάρρυνση λήψης υγρών.⁷¹

7.1.3 Κολονοσκόπηση

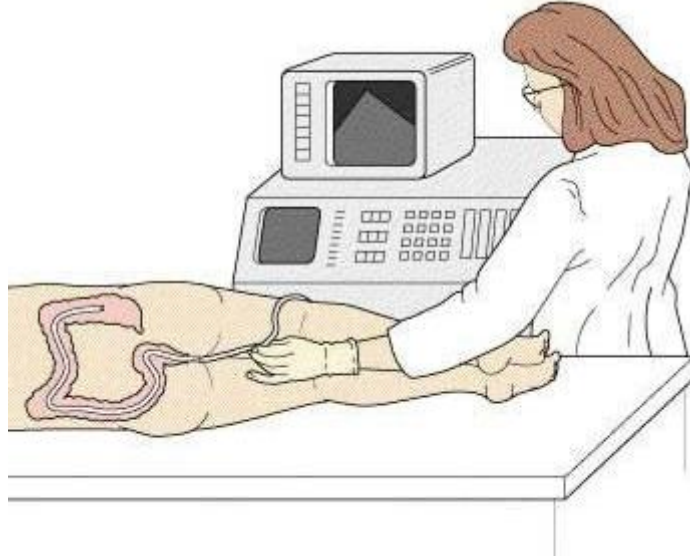
Η προετοιμασία περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας
- Η ετοιμασία του εντέρου περιλαμβάνει υγρή δίαιτα για 72 ώρες πριν την εξέταση

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση
- Δακτυλική εξέταση

- Επάλειψη με γλισχραντικό και εισαγωγή του ενδοσκοπίου
- Εξέταση του βλεννογόνου και λήψη δειγμάτων
- Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.



Μετά την εξέταση:

- Βοήθεια στον καθαρισμό της πρωκτικής περιοχής από βαζελίνη και κόπρανα
- Παρακολούθηση του αρρώστου για πυρετό, αιμορραγία και ασυνήθη πόνο
- Συνέχιση ελέγχου των ζωτικών σημείων
- Ενθάρρυνση λήψης υγρών.

7.1.4 Βιοψία

Η λήψη δειγμάτων για βιοψία γίνεται κατά τη διάρκεια της κολonosκόπησης και σιγμοειδοσκόπησης.

Πριν την εξέταση η νοσηλεύτρια/της έχει έτοιμο το δοχείο με το υγρό όπου θα μπει το δείγμα (φορμόλη με αναλογία 10% με νερό ή οινόπνευμα 76-96%). Μετά την εξέταση προσέχει ιδιαίτερα για εμφάνιση αιμορραγίας.⁷¹

7.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των αναγκών θρέψης του ασθενή

Ο κάθε άρρωστος έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επίβλεψης ανάλογα με την κατάστασή του. Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθάει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το

μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο του αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό. Ο άρρωστος με διατροφικά προβλήματα βρίσκεται σε μειονεκτική θέση γιατί:

- Έχει μικρή ανοχή στο χειρουργικό stress.
- Είναι επιρρεπείς στις λοιμώξεις.
- Είναι επιρρεπείς στο SHOCK και την αιμορραγία.
- Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος από την ελάττωση της πρωτεΐνης και της βιταμίνης C. Γι' αυτό η αναπλήρωσή τους θεωρείται αναγκαία.

Ο έλεγχος των ηλεκτρολυτών και η ανάταξη πιθανής υπάρχουσας αναιμίας και η διόρθωσή τους είναι από τα βασικότερα που πρέπει να προηγούνται της επέμβασης. Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στα ηλικιωμένα άτομα, διότι η αφυδάτωση είναι συχνή, καθώς και στα παχύσαρκα, τα οποία παρουσιάζουν ευκολότερα shock και άλλες μετεγχειρητικές επιπλοκές (π.χ. διαπύση, τραύματος, εκσπλάχνωση, πνευμονικές επιπλοκές, θρομβοφλεβίτιδα)^{86,71}

7.3 Ο ρόλος του νοσηλεύτη στην αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων

7.3.1 Αλλαγή στην εμφάνιση

Η αλλαγή στη σωματική ακεραιότητα και εμφάνιση του αρρώστου με καρκίνο είναι συχνό πρόβλημα, που απαιτεί τη σωστή αντιμετώπιση. Ακρωτηριασμοί μελών, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, αλωπεκία, καχεξία, κακοσμία κ.α. διαφοροποιούν την εμφάνιση του αρρώστου, δημιουργούν αναπηρίες και επηρεάζουν την ιδέα που έχει για την εικόνα του εαυτού του. Οι νοσηλεύτριες/τές συχνά πρώτες θα έλθουν σε επαφή με τον άρρωστο, που προσπαθεί να αποδεχτεί και να μάθει να ζει με τις μεταβολές που έχουν παρουσιασθεί στο σώμα. Αυτές πολύ συχνά, δίνουν πρώτες πληροφορίες στον άρρωστο για τις αλλαγές που έχουν γίνει στο σώμα του και τον εκπαιδεύουν στους νέους τρόπους ζωής και τεχνικές αυτοφροντίδας. Συνήθως σ' αυτή τη φάση ο άρρωστος αρχίζει να συνειδητοποιεί τις αλλαγές στο σώμα του σαν μια πραγματικότητα. Οι άρρωστοι που αισθάνονται την οικογένειά τους και τους φίλους τους, να βλέπουν αλλά και να αποδέχονται το πρόβλημά τους με ειλικρινή αγάπη και ενδιαφέρον, μπορούν πολύ πιο εύκολα να το αποδεχθούν και να συμβιβασθούν με αυτό. Η διαδικασία της αποδοχής της νέας εμφάνισης και της διαταραχής της σωματικής ακεραιότητας του αρρώστου παίρνει αρκετό χρόνο τόσο για τον άρρωστο, όσο και για την οικογένεια και τους γνωστούς του. Στη διατήρηση καλής ιδέας του ίδιου του αρρώστου για τη σωματική του εμφάνιση αλλά και των άλλων γι'

αυτόν, βοηθούν πολύ η καλή ατομική καθαριότητα, τα καθαρά και ωραία ρούχα, η χρησιμοποίηση προσθέσεων και η δραστηριοποίησή του.⁷³

7.3.2 Διατροφή

Η καλή διατροφή του αρρώστου με καρκίνο αποτελεί πολλές φορές νοσηλευτικό πρόβλημα και συγχρόνως ευθύνη της νοσηλεύτριας/τη, επειδή από την μια οι ανάγκες για καλή θρέψη του καρκινοπαθή είναι μεγαλύτερες, από την άλλη η περιορισμένη διάθεση για φαγητό (ανορεξία) αποτελεί σύμπτωμα της αρρώστιας. Η αποστροφή στην τροφή και μάλιστα σε ορισμένα είδη και η ανορεξία ποικίλλουν από άρρωστο σε άρρωστο. Πάρα πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την καλή διατροφή του αρρώστου. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ανακαλύπτει αυτούς τους παράγοντες και να τους αντιμετωπίζει ανάλογα, επειδή αυτή έχει την ολοκληρωτική ευθύνη της καλής διατροφής του αρρώστου.

Η χορήγηση της απαραίτητης τροφής, ιδίως μετά από ειδικές εγχειρήσεις, όπως προσώπου, στοματικής κοιλότητας, τραχείας, οισοφάγου, στομάχου και γενικά του πεπτικού σωλήνα, συναντά πολλές δυσκολίες. Όμως οι περισσότεροι απ' αυτούς τους αρρώστους δε χάνουν τη διάθεση του φαγητού και πρέπει η νοσηλεύτρια να την ικανοποιεί, όπως και τις άλλες ανάγκες του οργανισμού.

Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών του οργανισμού του αρρώστου σε θερμίδες και αυτών που του προσφέρονται και αποτελεί προειδοποιητικό σημείο για βελτίωση της διατροφής του.⁷³

7.3.3 Νέκρωση – Εξέλκωση

Καθώς αυξάνεται το μέγεθος του όγκου, μπορεί να διαταραχτεί η αιμάτωσή του με τη συμπίεση των αγγείων που τον αιματώνουν, με αποτέλεσμα τη διακοπή της θρέψης και τη νέκρωση του όγκου. Η νέκρωση συνήθως γίνεται στο κέντρο της διόγκωσης, μπορεί να φθάσει και στο δέρμα και τότε δημιουργείται εξέλκωση ή διανοίγεται σε κοιλότητα ή κοίλο όργανο (έντερο). Η νέκρωση συνοδεύεται συνήθως από γενική κακουχία και πυρετό. Τα γενικά αυτά φαινόμενα γίνονται περισσότερο έντονα, όσο μεγαλύτερη έκταση έχει ο ιστός που νεκρώνεται. Κίνδυνος της νέκρωσης και εξέλκωσης είναι η μόλυνση γι' αυτό προστατεύονται από εστίες μόλυνσης με τα γνωστά μέτρα.⁷³

7.3.4 Κακοσμία

Όταν η ιστική αλλοίωση παραμένει ανοικτή, η κακοσμία είναι αναπόφευκτη και το πιο σπουδαίο μέτρο για τη μείωση της είναι η τήρηση καθαρής της τραυματικής χώρας. Η κακοσμία είναι αποτέλεσμα των νεκρωμένων ιστών και της μόλυνσεως των εξελκώσεων. Το είδος του υγρού που θα χρησιμοποιηθεί για την πλύση του τραύματος, θα

εξαρτηθεί από την κατάσταση της τραυματικής χώρας. Η γύρω από το τραύμα περιοχή επιβάλλεται να σαπουνίζεται και να διατηρείται καθαρή. Η επίδοση του τραύματος αλλάζεται κάθε φορά που είναι λερωμένη.

Ο αερισμός του θαλάμου, χωρίς να κινδυνεύει ο άρρωστος από το κρύο βοηθά στη μείωση ή και εξάλειψη της κακοσμίας.

Η χρήση αποσμητικών ουσιών για τη μείωση κακοσμίας του θαλάμου είναι συμπληρωματικό μέτρο και δεν αντικαθιστά την καθαρότητα του τραύματος.⁷³

7.3.5 Δευτεροπαθής λοίμωξη

Τόσο η νέκρωση, όσο και η εξέλκωση του όγκου εκτίθενται σε μολύνσεις. Σημεία δηλωτικά της λοιμώξεως είναι η κακουχία, πυρετός, άφθονες και δύσοσμες εκκρίσεις.

Η βασική φροντίδα για τον περιορισμό της μόλυνσης περιλαμβάνει τον καθαρισμό της μολυσμένης εξελκώσεως του όγκου με χλιαρό νερό και ήπια αντισηπτικά διαλύματα. Όταν εμφανιστεί λοίμωξη, χρησιμοποιούμε αντιμικροβιακά φάρμακα εσωτερικά και με τοπική εφαρμογή για τη γρηγορότερη υποχώρησή της.

Η εξέλκωση και μάλιστα η μολυσμένη περιοχή δεν επιτρέπει την ακτινοθεραπεία. Πρέπει να έχουμε υπόψη ότι η πρόληψη της λοίμωξης είναι αποτελεσματικότερη από τη θεραπεία της. Επιβάλλεται λοιπόν η φροντίδα των όγκων που έχουν εξέλκωση με προσοχή και επιμέλεια για την αποτροπή λοιμώξεως όσο αυτό είναι δυνατό.

7.3.6 Αιμορραγία

Είναι δυνατό να αιμορραγήσουν οι νεοπλασματικές νεκρώσεις και εξελκώσεις. Η αιτιολογία, η προφύλαξη και η θεραπεία τους είναι οι ίδιες με τις άλλες αιμορραγίες. Οι αιμορραγίες μετά από ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζονται δυσκολότερα.

7.3.7 Πόνος

Ο πόνος δεν συνοδεύει πάντοτε τον καρκίνο, αποτελεί το σύμπτωμα που ιδιαίτερα φοβίζει τον άρρωστο. Κι' αυτό επειδή πολλοί λανθασμένα πιστεύουν ότι ο πόνος αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρκίνου.

Ο πόνος στον καρκίνο συνήθως είναι αποτέλεσμα πίεσης, αισθητικών απολήξεων των νεύρων. Πίεση οργάνων, εξέλκωση ή μόλυνση του όγκου. Ο ίδιος ο όγκος δεν πονεί.⁷³

Οι καρκινοπαθείς χρειάζονται ανακούφιση από τον πόνο σε όλα τα στάδια της ασθένειάς τους. Πόνος υπάρχει περίπου στο ένα τρίτο των ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται σε αντικαρκινική θεραπεία. Σ' αυτούς, η αντιμετώπιση του πόνου και η αντικαρκινική θεραπεία πάνε συνήθως μαζί. Σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο περισσότεροι από τα δύο τρίτα εμφανίζουν πόνους και σ' αυτούς η αντιμετώπιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων γίνεται ο κύριος στόχος της θεραπείας.⁸⁴

Ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί κατά την πορεία της αρρώστιας ή με την εφαρμογή χειρουργικής επέμβασης ή θεραπείας με ακτινοβολία και αποτελεί πρώιμο αλλά και όψιμο σύμπτωμα της αρρώστιας. Γενικά εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια, γι' αυτό και ο άρρωστος δεν καταφεύγει έγκαιρα στο γιατρό.⁷³

Τα χαρακτηριστικά του πόνου του καρκίνου είναι τα εξής:

1. Συνεχής και μπορεί να (στην περίπτωση που προκαλείται από πίεση αισθητικών νεύρων), όταν μειωθεί το μέγεθος του όγκου μετά από θεραπεία
2. Χρόνιος, δηλαδή μεγάλης χρονικής διάρκειας
3. Μπορεί να έχει μεγάλη ένταση αλλά και μικρή

Ο βαθμός που ο άρρωστος μπορεί να ανεχθεί τον πόνο επηρεάζεται από:

1. Την έννοια που έχει ο πόνος στον άρρωστο
2. Τα ήθη, έθιμα και το πολιτιστικό επίπεδο του αρρώστου
3. Την πείρα πόνου που είχε ο άρρωστος στο παρελθόν
4. Το άγχος – το μεγάλο άγχος δεν δίνει περιθώρια ανοχής του πόνου
5. Τη γενική κατάσταση του αρρώστου

Η πρωταρχική θεραπεία του πόνου, που προκαλεί ο καρκίνος, είναι η αφαίρεση, η καταστροφή, ή η μείωση του μεγέθους του όγκου. Και όταν η θεραπεία (αντιμετώπιση) του πόνου είναι αδύνατον να γίνει, με τον περιορισμό της εντάσεώς του βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής του αρρώστου.⁷³

Η νοσηλεύτρια/της έχει πολύ πιο μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας στον άρρωστο για τον περιορισμό του πόνου από την απλή χορήγηση φαρμάκων. Ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να γίνει με πλησίασμα του αρρώστου γεμάτο σκέψη και συνέπεια. Ο τρόπος που η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει τον πόνο του αρρώστου επηρεάζει την ένταση (stress) και το άγχος του. Ο πόνος γίνεται αόρητος όταν η κατανόηση και το προσωπικό ενδιαφέρον δεν εκδηλώνονται και νομίζει ότι τον παραμελούν όλοι.

Υπάρχουν πολλά ενοχλήματα, εκτός από τον πόνο που κουράζουν τον άρρωστο και τον κάνουν ευαίσθητο στον πόνο. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια/της πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση του αρρώστου από όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων του.⁷³

Ο τρόπος που η νοσηλεύτρια/της αντιμετωπίζει τον πόνο του αρρώστου επηρεάζει το επίπεδο της εντάσεως και του άγχους του.⁷³ Αν χρειάζονται φάρμακα για την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο, πρέπει να καθορίζονται από το γιατρό. Στην επιλογή ενός ή και περισσότερων φαρμάκων έχουμε υπόψη τα εξής:

- ✓ Τα χαρακτηριστικά του πόνου
- ✓ Αν ο πόνος δημιουργεί ανησυχία και άγχος στον άρρωστο
- ✓ Ποιο είναι το προσδόκιμο επιβίωσης του αρρώστου
- ✓ Αν μπορεί κάτι να γίνει με το αίτιο που προκαλεί τον πόνο. Αν μπορεί να απομακρυνθεί ή όχι
- ✓ Αν ο εθισμός στο φάρμακο μπορεί να προκαλέσει πρόβλημα. Για αρρώστους που ο χρόνος επιβίωσης προβλέπεται να είναι μικρός, ο περιορισμός των ναρκωτικών φαρμάκων, για το κίνδυνο του εθισμού, είναι εγκληματικός⁷³

Οι δραστηριότητες και οι απασχολήσεις του αρρώστου, κατά τη μέρα, είναι πολύ περισσότερες από τη νύχτα, γι' αυτό συνιστάται η μείωση των αναλγητικών φαρμάκων τη μέρα και η αύξησή τους τη νύχτα.

Αν και υπάρχουν πολλά άλλα μέσα για τον έλεγχο του πόνου, εκτός από τα φάρμακα, τα τελευταία αυτά δεν παύουν να παίζουν σπουδαίο ρόλο στον έλεγχό του.

Κατά τη χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων, η νοσηλεύτρια/της δεν πρέπει να ξεχνά ότι σε ένα βαθμό τα φάρμακα ανακουφίζουν αν ο άρρωστος πιστεύει πως τον ωφελούν.

Μερικές φορές η νοσηλεύτρια/της προσπαθεί να προστατεύσει τον άρρωστο από τον κίνδυνο του εθισμού και αραιώνει το διάστημα μεταξύ των δυο χορηγήσεων του φαρμάκου. Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας πρωτοβουλίας της είναι το φάρμακο να μη επιδράσει αποτελεσματικά όταν ο πόνος είναι δυνατός και ο άρρωστος να πάψει να πιστεύει ότι είναι αποτελεσματικό το φάρμακο.

Προβλήματα που εμφανίζονται στον άρρωστο από τη χρήση των φαρμάκων που αναστέλλουν τον πόνο πρέπει να συζητούνται έγκαιρα με το γιατρό, πριν να κάνουμε κάποια αλλαγή.

Έχει ιδιαίτερη σημασία να θυμόμαστε πως υπάρχουν πολλά φάρμακα που ελέγχουν μερικώς τον πόνο του αρρώστου. Με τη νοσηλευτική όμως αξιολόγηση του αρρώστου και τη χρησιμοποίηση όλων των κατάλληλων μέσων προσέγγισης και βοήθειάς του είναι δυνατόν να πετύχουμε ώστε οι άρρωστοι με καρκίνο να μη έχουν ανυπόφορο πόνο.⁷³

7.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε άρρωστο με καρκίνο με ψυχολογικά προβλήματα

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη, λοιπόν, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

Η οικογένεια, οι φίλοι του και δυστυχώς συχνά μορφωμένοι άνθρωποι, μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές, κι αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαισθάνονται οι άρρωστοι και διέρχονται στάδια αβεβαιότητας.⁷³

Είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την αρρώστια. Η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματά μας απέναντί της και τότε θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμη, θα επιτύχουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαθύνουμε στον πόνο του, αλλά να τον κατανοήσουμε και να τον συμπαθήσουμε, χωρίς παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τον άρρωστο και τον κόσμο του.

Συμβαίνει όμως να αρνούμαστε να ακούσουμε τον άρρωστο να περιγράφει τους φόβους του ή ακόμη συμβαίνει να του διηγούμαστε μια αστεία ιστορία, τη στιγμή που εκείνος βρίσκεται σε αγωνία. Είναι γνωστό ότι άθελά μας απορρίπτουμε ότι δεν μπορούμε να χειρισθούμε με επιτυχία. Αλλ' αυτός είναι λανθασμένος τρόπος αντιμετώπισης. Απλές, σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινίσεις παρανοήσεων, σταθερό ενδιαφέρον ελαττώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες.⁷³

Ακόμη όταν προσεκτικά αποφεύγουμε να πούμε τη λέξη «καρκίνος» στον άρρωστο που γνωρίζει την αρρώστια του, αυτό φανερώνει ότι φοβόμαστε αυτή την αρρώστια. Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε σε γιατρό «αν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστια μου, φοβίζει και σοκάρει κι εμένα (άρρωστος). Αλλ' εάν εσύ είσαι ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσας κατάστασης είμαι κι εγώ».

Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτή. Η άρνηση της αρρώστιας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής πρόγνωσης. Προσοχή χρειάζεται στη συμπεριφορά αυτή του αρρώστου, επειδή μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή του από γιατρό.⁷³



Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ. α. Εκδηλώνεται κατά την Ross (1969), με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά. Η Τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποια αντάλλαγμα, κυρίως με τον Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί και η φάση αυτή ονομάζεται φάση της κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθίσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση και να μη προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας. Τέλος, ο άρρωστος, μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Ο άρρωστος, στη φάση αυτή, έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.⁷³

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσης, αφής, ομιλίας κ.λπ. και η δυσμορφία από την αρρώστια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής έντασης. Η νοσηλεύτρια/της καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να τα αντιμετωπίσει, όπως ήδη έχει αναφερθεί.⁷³

Ακόμη ο φόβος του αρρώστου ότι η οικογένεια και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια/της να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Αλλά πρέπει να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας του ο άρρωστος με καρκίνο;

Η ερώτηση αυτή για τους αρρώστους με καρκίνο έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμη γιατρούς, ψυχίατρους, εκκλησία και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά του, για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τις νοσηλεύτριες/τες. Και μείς τι θα απαντήσουμε; Θα του κρύψουμε την αλήθεια; Πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει τη διάγνωση της νόσου; Πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει τους ανθρώπινους υπολογισμούς για το χρόνο της ζωής του;

Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο συχνά εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα του, από τη φιλοσοφία του για τη ζωή, και τις απόψεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο. (Η μεγαλύτερη ανακούφιση μπορεί να είναι η θρησκευτική παρηγοριά).

Ακόμη όλες οι λέξεις δεν έχουν το ίδιο νόημα για κάθε άτομο. Αν ξέρουμε μια ορισμένη λέξη τι σημαίνει για ένα συγκεκριμένο άτομο, τότε μόνο μπορούμε να τη χρησιμοποιούμε. Οι εντυπώσεις, οι γνώσεις, οι παραστάσεις, οι ψυχολογικές και άλλες εμπειρίες του αρρώστου γύρω από τη λέξη «καρκίνος» θα ρυθμίσουν τη συμπεριφορά μας απέναντι στο ερώτημα, «Πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας;»⁷³

7.5 Νοσηλευτική φροντίδα στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου παχέος εντέρου

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

- Γενική
- Τοπική και
- Τελική

A. Γενική προεγχειρητική προετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει:

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

φόβους και τις ανησυχίες του και να εξηγήσει όλες τις απορίες του σχετικά με την επέμβαση που θα γίνει.

Η νοσηλεύτρια, επειδή ξοδεύει πολύ χρόνο στη φροντίδα του αρρώστου και έρχεται σε επαφή με τους διάφορους ειδικούς εκ των πραγμάτων αποτελεί τον συντονιστή της νοσηλείας του πάσχοντος, είναι εκείνη όπου εκτιμά και αξιολογεί την οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον, έτσι εκ των πραγμάτων πλέον παίζει τον πιο αποφασιστικό ρόλο στη συνεχιζόμενη νοσηλεία του αρρώστου και στην κατανόηση του αρρώστου και της οικογένειάς του. Για να ανταποκριθεί όμως η νοσηλεύτρια επαρκώς στις νοσηλευτικές της υποχρεώσεις, πρέπει να έχει εμπειρία στη νοσηλευτική, στην επίβλεψη και στη διοίκηση, γι' αυτό και κρίνεται απαραίτητη η συνεχής θεωρητική και κλινική εκπαίδευσή της.⁸⁵

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

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

δ) Την καθαριότητα του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει την ατομική καθαριότητα και την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Το έντερο προετοιμάζεται για την εγχείρηση του με δίαιτες όπως τροφή με όσο το δυνατό λιγότερα υπολείμματα. Την παραμονή της επέμβασης γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί της μέρας της επέμβασης. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και ενημερώνει. Όσο αφορά την καθαριότητα του σώματος την παραμονή γίνεται λουτρό καθαριότητας καθώς και αντισηψίας της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μολύνσεων.⁸⁴

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

1. τον έλεγχο του άγχους και των άλλων συμπτωμάτων,
2. τον έλεγχο των περιβαλλοντικών παραγόντων.⁸⁵

B. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία

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

Γ. Τελική προεγχειρητική προετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει την παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή, το ντύσιμο του ασθενή μισή ώρα πριν από την καθορισμένη ώρα της επέμβασης με τη ρόμπα του χειρουργείου, τα ποδονάρια και τη σκούφια. Επίσης αφαιρούνται όλα τα ξένα σώματα (οδοντοστοιχίες) και τα κοσμήματα τα οποία παραδίδονται στους συγγενείς για φύλαξη. Τέλος γίνεται προνάρκωση η οποία έχει ήδη καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο. Μετά την προνάρκωση φροντίζουμε να ξαπλώσει ο άρρωστος και διατηρούμε περιβάλλον ήσυχο και χωρίς έντονο φωτισμό. Ο ασθενής είναι έτοιμος πλέον για τη μεταφορά του στο χειρουργείο όπου αν είναι δυνατόν τον συνοδεύει ο νοσηλευτής. Όσο ο ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο ο νοσηλευτής φροντίζει να ετοιμαστεί ο θάλαμος κατάλληλα για να δεχτεί το χειρουργημένο άρρωστο. Η ετοιμασία περιλαμβάνει το στρώσιμο του κρεβατιού, χειρουργικό δηλαδή ανοιχτό από όλες τις πλευρές χωρίς μαξιλάρι και με αδιάβροχο στο πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων για να προστατευθούν από τυχόν εμετούς. Επίσης στο κομοδίνο τοποθετείται πετσέτα, ποτήρι με νερό, port cotton, νεφροειδές και στο πλάι χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα. Προηγουμένως ο θάλαμος έχει καθαριστεί και διατηρείται σκοτεινός και δροσερός.⁸⁶

7.5.1 Μετεγχειρητική παρακολούθηση

Έχει υπολογισθεί ότι περίπου το 50% των αρρώστων που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για πρωτοπαθή καρκίνο του παχέος εντέρου αναπτύσσουν στη συνέχεια τοπική, περιοχική ή απομακρυσμένη υποτροπή. Σχεδόν όλες οι υποτροπές εμφανίζονται τα πρώτα 5 χρόνια από την αρχική χειρουργική θεραπεία και περίπου το 80% ανιχνεύονται τα πρώτα 2 χρόνια. Συνεπώς, ιδιαίτερα σημαντική είναι η

μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπευτική εγχείρηση για καρκίνο του παχέος εντέρου.⁸⁷

Πριν περάσουμε στην μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αξίζει να σημειώσουμε τις εξετάσεις που πρέπει να γίνονται μετεγχειρητικά και τον ρυθμό τους, για την πρόληψη κάποιας υποτροπής.⁸⁸

7.5.1.1 Φυσική εξέταση

Η φυσική εξέταση του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντική. Θα πρέπει να πραγματοποιείται κάθε 3 μήνες για τα δύο πρώτα χρόνια και κάθε 6 με 12 μήνες για τα 3 ακόλουθα χρόνια.⁸⁸

7.5.1.2 Αιματολογικές εξετάσεις

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

Αίμα κοπράνων

Τα κόπρανα του ασθενούς θα πρέπει να εξετάζονται για παρουσία αίματος κάθε 3 με 4 μήνες για τα πρώτα δύο χρόνια και κάθε 6 με 12 μήνες τα επόμενα 3 χρόνια.⁸⁸

Ακτινογραφία θώρακος

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

Κολονοσκόπηση

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

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

Σε κάποιες περιπτώσεις, όπως η κακή προετοιμασία του εντέρου ή η αδυναμία λήψεως αρκετού τμήματος του εντέρου για βιοψία καθιστούν

την κολονοσκόπηση μη αποτελεσματική πλήρως στη διάγνωση μετάχρονου νεοπλασματος.⁸⁸

Αξονική τομογραφία

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

Υπέρηχοι ήπατος

Το υπερηχογράφημα του ήπατος θα πρέπει να γίνεται κάθε 6 με 12 μήνες για 5 χρόνια. Οι ηπατικές μεταστάσεις, εμφανίζονται ταυτόχρονα με τον πρωτοπαθή καρκίνο του παχέος εντέρου στο 29-25% των ασθενών.⁸⁸

7.5.2 Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Πρέπει να γίνεται από έμπειρο και επιδέξιο νοσηλευτή ο οποίος παρακολουθεί και αξιολογεί την κατάσταση του αρρώστου. Μόλις ο ασθενής μεταφερθεί στο τμήμα, τον παραλαμβάνει ένας νοσηλευτής και φροντίζει κατ' αρχήν για την σωστή τοποθέτησή του στο κρεβάτι. Η πιο συνήθης θέση είναι ύπτια με το κεφάλι στραμμένο στο πλάι. Γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων καθώς και έλεγχος της κατάστασης του τραύματος. Ο άρρωστος παρακολουθείται συχνά μέχρι την αφύπνιση του και προφυλάσσεται κατάλληλα από τυχόν διεγέρσεις. Επίσης ελέγχονται ο καθετήρας κύστεως, αν υπάρχει, και ο ορός που φέρει ο ασθενής από το χειρουργείο.⁸⁵

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

Όταν ο ασθενής έχει προσωρινή κολοστομία έχει μόνο τραύμα στα κοιλιακά τοιχώματα, ενώ στη μόνιμη κολοστομία μπορεί να φέρει και τραύμα στην έδρα από την περινεοτομή. Έτσι ο νοσηλευτής ανακουφίζει

τον ασθενή από τον πόνο με την τοποθέτηση αεροθαλάμου, καθώς και τη συχνή αλλαγή της θέσεως. Για την εύκολη μετακίνηση του ασθενή, χωρίς τη μετακίνηση του επιδεσμικού υλικού βοηθάει πολύ η τοποθέτηση επιδέσεως. Επίσης αργότερα γίνονται εδρόλουτρα για την καθαριότητα και την πιο σύντομη επούλωση του τραύματος.⁸⁵

Ο ασθενής με περινεοτομή έχει μόνιμο καθετήρα κύστεως, γι' αυτό ο νοσηλευτής φροντίζει για την ακριβή μέτρηση και καταγραφή των ούρων, καθώς και για την πρόληψη απόφραξης του καθετήρα και μόλυνσης της κύστης.⁸¹

7.5.2.1 Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες

Πόνος. Για τον ασθενή ο πόνος είναι ένα εξαιρετικά δυσάρεστο και φοβογόνο αίσθημα που αλλοιώνει την ψυχική του διάθεση και διαταράσσει καθοριστικά την ποιότητα της ζωής του. Για τον γιατρό και το νοσηλευτή είναι ένα εξαιρετικά δύσκολο διαγνωστικό και θεραπευτικό πρόβλημα. Η εξέλιξη της Ογκολογίας παράλληλα με τις νέες συσσωρευθείσες γνώσεις ανατομίας, φυσιολογίας, φαρμακολογίας και ψυχολογίας επέτρεψαν τη γνώση των μηχανισμών του πόνου του καρκινοπαθούς και επομένως την αιτιολογική αντιμετώπισή του.⁸⁵

Δίψα. Η δίψα προέρχεται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, μετά τη νάρκωση, που προκαλείται από την ελάττωση των εκκρίσεων και τη μείωση των υγρών του ασθενούς. Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις του στόματος.⁸⁵

Εμετός. Αποτελεί κι αυτός φυσιολογικό φαινόμενο μετά τη νάρκωση και συνήθως διαρκεί μέχρι την απονάρκωση του αρρώστου. Αν ο ασθενής κάνει εμετούς ο νοσηλευτής γυρίζει το κεφάλι του στο πλάι και του δίνει νεφροειδές. Μετά από κάθε εμετό το απομακρύνει, το καθαρίζει και φροντίζει για την καθαριότητα των κλινοσκεπασμάτων. Επίσης πλένει το στόμα του αρρώστου με νερό. Αν οι εμετοί συνεχίζονται, χορηγούνται αντιεμετικά ή γίνεται διασωλήνωση με Levin.⁸⁵

7.5.2.2 Μετεγχειρητικές επιπλοκές

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

Μετεγχειρητικό shock. Είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Αντιμετωπίζεται με την ανύψωση του εγκεφάλου, με τη θέρμανση του αρρώστου με θερμοφόρες, καθώς και με τη χορήγηση καρδιοτονωτικών αίματος ή πλάσματος IV μετά από οδηγίες του γιατρού.⁸⁶

Διάταση στομάχου. Τα αίτια που προκαλούν αυτή την επιπλοκή είναι η υποτονία των μυών του στομάχου, η μείωση της λειτουργικότητας του στομάχου, η μείωση της κινητικότητας του ασθενή και η ελλιπής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής είναι μετεωρισμός της κοιλιάς, βάρος στο επιγάστριο, λόξιγκας, δύσπνοια και εμετοί. Η πρόληψη της επιπλοκής συνίσταται στην καταπολέμηση των αιτιών.

Θρομβοφλεβίτιδες. Η θρόμβωση του αγγείου εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Η πρόληψη συνιστάται με:

- Αποφυγή πίεσεως πάνω στις κνήμες
- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι
- Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας
- Αποφυγή εντριβών των άκρων

Η θεραπεία συνιστάται με:

- Απόλυτη ακινησία του άκρου, για να μη μετακινηθεί ο θρόμβος
- Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με εντολή ιατρού.⁸⁶

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

Η ανακούφιση του αρρώστου περιλαμβάνει:

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

Κατακλίσεις. Είναι από τις πιο συχνές επιπλοκές των χειρουργημένων ασθενών. Οφείλεται στην παρατεταμένη κατάκλιση, στον περιορισμό των κινήσεων, στη συνεχή πίεση των μελών του σώματος και στην κακή κυκλοφορία. Άλλοι παράγοντες που συντελούν είναι η εξασθένηση του

οργανισμού, η ύπαρξη αντικειμένων στο κρεβάτι καθώς και τα βρεγμένα από ούρα κλινοσκεπάσματα.

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

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

Εντερική απόφραξη. Εκδηλώνεται με οξύ πόνο στην κοιλιά, σαν κωλικός. Συνήθως παρουσιάζεται και τυρετός και αύξηση της συχνότητας των σφίξεων. Το εντερικό περιεχόμενο δεν προωθείται με αποτέλεσμα τη διάταση του εντέρου, παλινδρόμηση του περιεχομένου του εντέρου προς το στομάχι και αποβολή του εμετού. Η θεραπεία συνιστάται με συνεχή αναρρόφηση με την οποία προλαμβάνεται η διάταση πάνω από την απόφραξη. Πολλές φορές είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση του αποφραχθέντος εντέρου. Γίνονται παράλληλα ενδοφλέβιες χορηγήσεις για αντικατάσταση του νερού και των ηλεκτρολυτών.⁷¹

7.5.3 Έλεγχος συμπτωμάτων

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

Η αξιολόγηση και αντιμετώπιση αυτών των επιπλοκών αποτελούν νοσηλευτική πρόκληση, επειδή μπορεί να υποδηλώνουν σημεία επιδείνωσης της νόσου ή παρενέργειες από την εφαρμογή της θεραπείας ώστε να προληφθούν έγκαιρα για να μην προστεθούν στην ήδη βεβαρημένη κατάσταση του ασθενή.⁸⁵

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

νοσοκομείο. Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα βοηθήσει τόσο στην ψυχική του ηρεμία όσο και στην επανένταξή του στην κοινωνία. Να καταστήσει δηλαδή το άτομο σε ωφέλιμο και ενεργό μέλος της.⁸⁹

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

Η αντίληψη του σωματικού του ειδώλου όχι απλά απειλείται, αλλά είναι πραγματικότητα η αλλαγή του με όλες τις ψυχολογικές επιπτώσεις, όχι μόνο στο ίδιο το άτομο αλλά και στο περιβάλλον του. Γίνεται έτσι σαφής και επιτακτική η ανάγκη ενίσχυσης κατανόησης, υποστήριξης, εκπαίδευσης και ενημέρωσης, όχι μόνο των ασθενών αλλά και του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Πολλοί ασθενείς (92%) έχουν αρνητική αντίληψη της καταστάσεώς τους, εξαιτίας της οποίας νομίζουν ότι δεν μπορούν πλέον να ζήσουν μια φυσιολογική και δραστήρια ζωή. Είναι καθήκον του νοσηλευτή να τους τονίσει ότι χιλιάδες είναι οι άνθρωποι που βρέθηκαν στη θέση τους και ένοιωσαν τους ίδιους φόβους. Κι όμως έχουν αναρρώσει πλήρως και συνεχίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

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

Αν λάβουμε δε υπόψη μας ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει άτομα ηλικίας περίπου 50 ετών και άνω –δηλαδή στην πιο παραγωγική τους ηλικία–το ερώτημα που τίθεται είναι, μπορούν οι άνθρωποι αυτοί να συνεχίσουν την συνήθη εργασία τους; Έχουν προγράμματα αποκατάστασης κολοστομημένων ατόμων; Είναι πάντως πρόβλημα αν η εργασία τους έχει σχέση με ανύψωση ή τράβηγμα βαρών. Ως προς τις οικονομικές δε συνέπειες οι αριθμοί δείχνουν, ότι στην κοινωνία μας ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού έχει σημαντική συμμετοχή στην δαπάνη για την φροντίδα της υγείας και την ταλαιπωρία των ανθρώπων. Η τεχνολογία σήμερα στηρίζει την ποιότητα της ζωής, και με την εφευρετικότητα του ο άνθρωπος κατόρθωσε να διασώσει την ακεραιότητα του εντέρου. Πολλές φορές, όμως, η ριζικότητα της χειρουργικής επέμβασης μπορεί να προκαλέσει

βλάβες και σεξουαλική δυσλειτουργία, που μπορεί να φτάσει μέχρι την ανικανότητα με όλες τις συνέπειες στον ψυχικό κόσμο του ατόμου.⁸⁹

7.6 Νοσηλευτική φροντίδα στη χημειοθεραπεία

Η χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων στη θεραπεία της κακοήθους νόσου αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία δεκαετία και αυτή η τάση συνεχίζεται. Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται την χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, εάν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτριών/των και άλλου υγειονομικού προσωπικού.

7.6.1 Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

1. Καταστολή του μυελού των οστών παρατηρείται:

α) Λευκοπενία

Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση λευκών η θεραπεία διακόπτεται και ενημερώνεται ο γιατρός. Η νοσηλεύτρια/της ελέγχει τη θερμοκρασία του σώματος σε τακτά χρονικά διαστήματα διότι μικρή άνοδος αυτής μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία και το δέρμα και τις κοιλότητες για λοίμωξη. Για πρόληψη των λοιμώξεων πρέπει να τηρούνται τα εξής μέτρα:

- Ø Εφαρμογή σχολαστικής ατομικής καθαριότητας
- Ø Κάθε 4-6 ώρες γίνεται αντισηψία της στοματικής κοιλότητας
- Ø Μετά τη χορήγηση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού
- Ø Αλλαγή της συσκευής του ορού κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες

β) Θρομβοπενία

Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια, τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες για ρινοουλορραγίες και αρτηριακή πίεση του αίματος.

Οι αιμορραγίες προλαμβάνονται ως εξής:

Οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις πρέπει να περιορίζονται και ασυνήθης αιμορραγία μετά από αυτές να γίνεται γνωστή στο γιατρό. Η νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να δίνει συμβουλές στον άρρωστο για τα μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα όπως από βίαιο καθαρισμό

της μύτης, χρήση ακατάλληλης ξυριστικής μηχανής και σκληρής οδοντόβουρτσας.

γ) Αναιμία

Ελέγχεται ο αιματοκρίτης, η αιμοσφαιρίνη και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση. Ο άρρωστος βοηθείται με διαιτολόγια πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο, αποφυγή κόπωσης, χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού.⁸⁶

2. Γαστρεντερικές διαταραχές

Εκδηλώνονται με:

α) Ναυτία, εμετός

Παρακολουθούνται η συχνότητα, ο χαρακτήρας και η ποσότητα των εμετών, η ανορεξία και η θρέψη. Η νοσηλεύτρια/της πρέπει να λαμβάνει μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμετών όπως:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν ή μετά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας
- Δίνονται μικρά κομμάτια πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία
- Η τροφή σερβίρεται μετά την υποχώρηση της ναυτίας
- Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα σε συνεργασία με τον άρρωστο για το περιεχόμενο και την ώρα
- Χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες
- Ενισχύεται ο ασθενής να μασάει πολύ καλά την τροφή. Μετά από κάθε γεύμα πρέπει να γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας

β) Διάρροια

Παρακολουθούνται το χρώμα και η ποσότητα της διαρροϊκής κένωσης, ο ασθενής για συμπτώματα αφυδατώσεως και μεταβολικής οξέωσης και αποφεύγονται τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα. Για την αντιμετώπιση της διάρροιας η νοσηλεύτρια/της χορηγεί:

- Αντιδιαρροϊκά φάρμακα κατόπιν εντολής γιατρού
- Άφθονα υγρά και
- Εξασφαλίζει τη διατήρηση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών

γ) Στοματίτιδα

Εξετάζεται ο βλεννογόνος αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες. Ο άρρωστος παρακολουθείται καθημερινά για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο από όξινες τροφές και περιποιείται συστηματικά τη στοματική του κοιλότητα.⁸⁶

3. Ανοσοκατασταλτική επίδραση

Ο άρρωστος ελέγχεται για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο. Προστατεύεται από μολύνσεις και αναβάλλεται – αν είχε προγραμματιστεί να γίνει – η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

4. Αλλαγές στο δέρμα

Εξετάζεται το δέρμα για λύση της συνέχειας του, διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από ξηρότητα, την μεγάλη έκθεση στον ήλιο και σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες. Επίσης η νοσηλεύτρια/της πληροφορεί τον ασθενή σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.α..⁸⁶

5. Νευροτοξικότητα

Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρύς πόνος στα χέρια και τα πόδια, αταξία, απώλεια συντονισμού παραλυτικός ειλεός. Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με την χρησιμοποίηση μέτρων ασφάλειας για την προστασία του και την διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση.⁷¹

6. Αλωπεκία

Κατά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ο άρρωστος νιώθει φοβισμένος, ανασφαλής, ζει μια οδυνηρή εμπειρία διότι γνωρίζει ότι θα του πέσουν τα μαλλιά. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να δράσει ψυχοθεραπευτικά για να καταστείλει τους φόβους του σε μεγάλο βαθμό, να τον βοηθήσει να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και να τον ενημερώσει ότι το τριχωτό της κεφαλής του θα αποκατασταθεί οχτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Η νοσηλευτική παρέμβαση έχει μεγάλη σημασία για την ηθική και ψυχική ενίσχυση του ασθενούς γιατί δίνει τη δυνατότητα να αποκτήσει θάρρος και υπομονή και να ελαχιστοποιηθεί το ψυχικό του τραύμα.⁷¹

7.7 Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας/τη που νοσηλεύει τον άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται:

1. Στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία,
2. Στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία.

3. Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και
4. Στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν και μετά τη θεραπεία,

Για την προετοιμασία του αρρώστου που πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες X – Τηλεακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.⁷¹

Το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας

Η νοσηλεύτρια:

Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για:

- ✚ Το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε
- ✚ Τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία
- ✚ Το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός, ανακουφιστικός)
- ✚ Τον αριθμό των συνεδρίων που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.

Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.

Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.

Προσπαθεί να καταλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία ή εμετούς ή άλλη αντίδραση ώστε να την διαγνώσει έγκαιρα και να είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα. Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν την θεραπεία, αν χρειάζεται επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.⁸⁶

Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του αρρώστου για την εφαρμογή της ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματά του που συνήθως είναι τα εξής:

- ✚ Πονάει η ακτινοθεραπεία;
- ✚ Θα είναι μόνος του κατά την διάρκεια της θεραπείας;
- ✚ Αν δεν αισθάνομαι καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;
- ✚ Θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά την θεραπεία; Αν ναι, θα πρέπει να είμαι απομονωμένος;

Η απάντηση στα πιο πάνω, άλλα και άλλα σχετικά ερωτήματα του αρρώστου μειώνει την ανησυχία και το άγχος, τον βοηθάει να συνεργασθεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της. Πριν αρχίσει η θεραπεία, ο άρρωστος που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω:

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας:
 - ✓ Διατηρείται στεγνή.
 - ✓ Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα αποφεύγεται η τριβή.
 - ✓ Δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και αν υπάρχει ιατρική εντολή.
 - ✓ Τόσο κατά τη θεραπεία, όσο και μετά απ' αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μην ζεσταίνεται πολύ)
 - ✓ Προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο (αέρας κ.α.)
 - ✓ Αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με κάθε μέσο.
 - ✓ Δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.
2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.
3. Το διαιτολόγιό του (φαγητό) να είναι ελαφρύ, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.
4. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπεία (ακτινοβολία) που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμό του.⁸⁶

Αντιμετώπιση παρενεργειών – επιπλοκών – ακτινοθεραπείας.

Σε ακτινοδερματίτιδα:

- ✓ Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται
- ✓ Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών
- ✓ Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό
- ✓ Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή
- ✓ Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα

- ✓ Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα που αυξάνουν τον ερεθισμό
- ✓ Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο διάστημα η ακτινοθεραπεία

Σε καταστολή μυελού των οστών ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα:

- ✓ Μέτρηση ζωτικών σημείων
- ✓ Ακίνησία του αρρώστου, μείωση άγχους και φόβου
- ✓ Χορήγηση παρεντερικά υγρά και ηλεκτρολυτών, σε μεγάλη απώλεια αίματος. Χορήγηση αίματος.⁷¹

Σε εμφάνιση διάρροιας (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία).

- ✓ Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του ιατρού
- ✓ Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια
- ✓ Χορηγείται ειδική δίαιτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης, δηλαδή: Γενικής καταβολής δυνάμεων, ναυτίας, εμετών, ανορεξίας, απώλειας βάρους, η νοσηλεύτρια μετά από ιατρική εντολή:

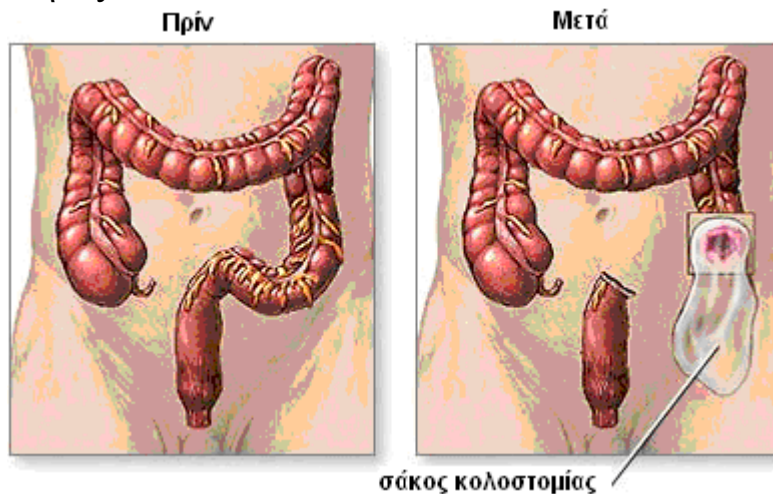
- ✓ Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.
- ✓ Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή –αν αυτό δεν είναι δυνατόν- γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας).
- ✓ Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του, που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.⁸⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

8.8 Ειλεοστομία - Κολοστομία

Κάθε χρόνο χιλιάδες άτομα υπόκεινται σε επεμβάσεις που καταλήγουν σε κολοστομία ή ειλεοστομία. Για κάποιους η επέμβαση αυτή αποτελεί μοναδική λύση για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Για άλλους είναι αποτέλεσμα ατυχήματος ή πραγματοποιείται για την αποκατάσταση γενετικών ανωμαλιών. Σε κάθε περίπτωση η πραγματοποίηση μιας εγχείρησης που καταλήγει σε στομία είναι μια σημαντική αλλαγή στην ζωή του καθενός καθώς νέες συνήθειες και διαδικασίες, όπως η αλλαγή του σάκου και η περιποίηση της στομίας, θα πρέπει να γίνουν μέρος της καθημερινότητας.⁹⁰



8.8.1 Ειλεοστομία

Ειλεοστομία είναι τεχνητό στόμιο στην έλικα του τελικού ειλεού, το οποίο εξωτερικεύεται μέσω του κοιλιακού τοιχώματος στο δέρμα χειρουργικά, στο σημείο κάτω και δεξιά του ομφαλού. Σκοπός της είναι η αποβολή του περιεχομένου του εντέρου.

Ενδείκνυται σε ελκώδη κολίτιδα όπου ενεργείται ολική ή υφολική κολεκτομή και σε πολλαπλά καρκινώματα του παχέος εντέρου. Μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή. Στην ελκώδη κολίτιδα, όταν δεν μπορεί να γίνει ειλεορθηκή αναστόμωση, γίνεται βαλβιδική ειλεοστομία (kock rouche). Οι υγρές εκκρίσεις του εντέρου συγκεντρώνονται σε μια κοιλότητα η οποία κατασκευάζεται χειρουργικά με το κατώτερο μέρος του λεπτού εντέρου. Τα αέρια και τα κόπρανα αδειάζονται με καθετήρα, ο οποίος μπαίνει στην κοιλότητα μέσω μιας χειρουργικά κατασκευασμένης βαλβίδας που μοιάζει με θηλή και δεν επιτρέπει τη διαρροή. Για περισσότερη αποδοτικότητα και άνεση η κοιλότητα πρέπει να αδειάζει 4-5 φορές την ημέρα. Η κένωση στην ειλεοστομία είναι συνεχής, μαλακή και υγρή. Το εξερχόμενο περιεχόμενο του εντέρου είναι δύσοσμο και περιέχει εντερικά ένζυμα, τα οποία ερεθίζουν το

δέρμα γύρω από το στόμιο, γι' αυτό η φροντίδα πρέπει να είναι επιμελής και συχνή.⁹²

8.8.2 Κολοστομία

Κολοστομία είναι το τεχνητό στόμιο σε κάποιο σημείο του παχέος εντέρου – ανιόν, εγκάρσιον ή κατιόν κόλον- το οποίο εξωτερικεύεται χειρουργικά διά του κοιλιακού τοιχώματος στο δέρμα. Σκοπός της κολοστομίας είναι η αποβολή του περιεχομένου του εντέρου.⁹²

8.8.2.1 Τύποι κολοστομίας

Η κολοστομία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη. Σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθού, σε καρκίνο του ορθού, είναι μόνιμη. Σε φλεγμονώδεις καταστάσεις του εντέρου μπορεί να γίνει προσωρινή για τη διευκόλυνση της επούλωσης του φλεγμαινόντος τμήματος του εντέρου και μετά να γίνει σύγκλιση του στομίου.⁹²

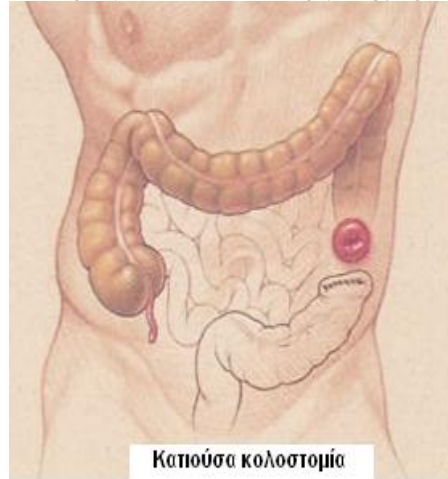
- ▼ **Ανιούσα κολοστομία.** Γίνεται στο ανιόν κόλον. Το περιεχόμενο που εξέρχεται είναι υδαρές.



- ▼ **Εγκαρσιοστομία.** Γίνεται στο εγκάρσιο κόλον. Είναι η διπλού αυλού και η ελικοειδής. Η διπλού αυλού έχει δύο στόμια. Η ελικοειδής έχει ένα στόμιο, αλλά δύο αυλούς. Η κένωση είναι συνήθως ημιυδαρής ή μαλακή, δύσσομη και μπορεί να ερεθίσει το δέρμα γύρω από το στόμιο.



- ▼ Κατιούσα κολοστομία – Σιγμοειδοστομία. Γίνονται στο κατιόν κόλον και το σιγμοειδές. Η κένωση στην κατιούσα είναι ημιυδαρής. Στη σιγμοειδή κολοστομία είναι συμπαγής. Και εδώ υπάρχει δυσοσμία στο περιεχόμενο του εντέρου και προκαλείται ερεθισμός, όταν παραμείνει στο δέρμα χωρίς καλή φροντίδα.



Η κολοστομία όπως και η ειλεοστομία δεν έχουν σφιγκτήρα όπως ο πρωκτός και επομένως η αποβολή των κοπράνων δεν ελέγχεται από τη θέληση του ατόμου. Για τον πάραπάνω λόγο επιβάλλεται η συνεχής χρήση ειδικού πλαστικού σάκου. Υπάρχει μια ποικιλία πλαστικών σάκων σε είδος και μέγεθος για όλους τους τύπους των στομιών, που είναι αυτοκόλλητοι, με δερμοπροστατευτικό και φίλτρο διαφυγής αερίων, καθώς και ειδικές κρέμες, spray και σκόνες για τη δερματίτιδα που μπορεί να δημιουργηθεί γύρω από το στόμιο από την επίδραση των υγρών. Μερικοί σάκοι διαθέτουν υποδοχείς για ειδική ζώνη υποστήριξής τους.⁸⁶



Ειδικό πλαστικό σάκοι κολοστομίας

8.8.3 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που πρόκειται να υποστεί κολοστομία ή ειλεοστομία

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που πρόκειται να υποστεί κολοστομία ή ειλεοστομία περιλαμβάνει ψυχολογική και σωματική ετοιμασία.

α) Ψυχολογική

- § Αξιολόγηση του επιπέδου κατανόησης του αρρώστου σχετικά με την εγχείρηση που πρόκειται να κάνει, τη χειρουργική πορεία και αγωγή κ.λπ.
- § 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 - ειλεοστομίας από άρρωστο που έχει ο ίδιος υποστεί.⁹²

β) Σωματική

Η σωματική ετοιμασία γενικά περιλαμβάνει τα συνήθη μέτρα μιας επέμβασης κοιλιάς (βλ.νοσηλευτική φροντίδα στη χειρουργική αντιμετώπιση σελ.110). Στην προκειμένη περίπτωση διαφέρει η ετοιμασία του εντέρου για την κένωσή του, την απαλλαγή από τον τυμπανισμό και την ελάττωση των βακτηριδίων. Εφαρμόζονται τα παρακάτω με παραλλαγές ανάλογα με το σύστημα κάθε κλινικής:

- § Δίαιτα χωρίς υπόλειμμα επί 4 ημέρες πριν την εγχείρηση. Την προηγούμενη της επέμβασης μόνον υγρά από το στόμα και τίποτε 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.⁹²

8.8.3.1 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Στη μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κολοστομία - ειλεοστομία λαμβάνονται τα συνήθη γενικά μέτρα, όπως σε κάθε επέμβαση κοιλιάς ⁹² (βλ.νοσηλευτική φροντίδα στη χειρουργική αντιμετώπιση σελ.110).

Τα ιδιαίτερα νοσηλευτικά προβλήματα που συνήθως παρουσιάζονται και η αντιμετώπισή τους αναπτύσσονται στους παρακάτω πίνακες.

Νοσηλευτικά προβλήματα ανιούσας κολοστομίας

| Προβλήματα | Αίτια | Νοσηλευτική αντιμετώπιση |
|---|---|--|
| Συνεχής αποβολή περιεχομένου του εντέρου. | Έλλειψη σφιγκτήρα για τον έλεγχο. | Εφαρμόστε τον κατάλληλο σάκο. Ελέγχετε την καλή εφαρμογή του για πιθανή χαλάρωση και διαρροή. Αλλάζετε το σάκο συχνά. Ελέγχετε το στόμιο για συρρίκνωση ή πρόπτωση. Παρακολουθείτε το χρώμα, το ποσόν και τη σύσταση του περιεχομένου του εντέρου. |
| Δερματίτιδα γύρω από το στόμιο | Ερεθιστικά υγρά του εντέρου. Κακή τοποθέτηση του σάκου Πλημμελής καθαριότητα. Ακατάλληλο υλικό . Ευαισθησία δέρματος. | Ελέγχετε συχνά το δέρμα για ερεθισμό. Αποφεύγετε την επικόλληση σάκου πάνω στην περιοχή της δερματίτιδας. Κάνετε καλή καθαριότητα με χλιαρό νερό και μαλακό σαπούνι, καθαρίστε και στεγνώστε καλά. Χρησιμοποιείτε μια από τις ειδικές κρέμες που υπάρχουν. |
| Πιθανή διαταραχή ύδατος και ηλεκτρολυτών | Ανεπαρκής πρόσληψη υγρών και ηλεκτρολυτών Απώλειες από τις κενώσεις | Μετράτε τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, ιδιαίτερα τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, συμπεριλαμβανομένων και των διαρροϊκών κενώσεων. Εξασφαλίστε επάρκεια |

| | | |
|----------------|----------------------------|---|
| | | <p>λήψεως υγρών. Συστήστε στον άρρωστο να αυξάνει τη λήψη υγρών σε ζεστές ημέρες και σε υπερβολική αφυδάτωση. Ενημερώστε τον άρρωστο για τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει σε ανεπάρκεια λήψεως υγρών και ηλεκτρολυτών όπως σε: Αφυδάτωση, συμπύκνωση ούρων, ολιγουρία, δίψα, πυρετός κ.α. Υπονατρίαμια, υπόταση, ναυτία, εμετός, διάρροια, κεφαλαλγία. Υπακαλιαμια, απάθεια ή φόβος, ναυτία, λήθαργος, ταχυκαρδία.</p> |
| Άγχος-Ανησυχία | Αλλαγή λειτουργία σώματος. | στη του |
| | | <p>Ενισχύστε τον άρρωστο ψυχολογικά. Φέρτε τον σε επαφή με άλλο κολοστομημένο άρρωστο για να συζητήσει το πρόβλημά του. Συστήστε τον να αρχίσει να μετέχει στη νοσηλεία του, να εξοικειωθεί και να αναλάβει μόνος του την αυτοφροντίδα του. Συζητείστε μαζί του και δώστε σαφείς και ακριβείς απαντήσεις στις απορίες του.</p> |

| | | |
|----------------|---|--|
| Απώλεια βάρους | Αλλαγή τύπου διατροφής. Κακή απορρόφηση. Έλλειψη ανοχής ορισμένων τροφών. Κακή μάσηση. | Εξασφαλίστε ποιότητα και ποσότητα ανεκτή στον άρρωστο. Χορηγείστε τροφή αρχικά ρευστή και στη συνέχεια ημίρευστη, στερεά, ελέγχοντας την ανοχή της. Συστήστε στον άρρωστο να επικοινωνεί με το γιατρό του για κάθε πρόβλημα. ⁹² |
|----------------|---|--|

8.8.4 Περιποίηση κολοστομίας – ειλεοστομίας

Υλικό νοσηλείας:

- ✿ Δίσκος ή τροχοφόρο νοσηλείας με:
 - Set αλλαγής, γάντια
 - Νεφροειδές, χαρτοβάμβακο
 - Χαρτοσακούλα, αδιάβροχο
 - Πλαστικό σάκο – κατάλληλο για κάθε περίπτωση
- ✿ Φυσιολογικό ορό
- ✿ Αντισηπτική διάλυση
- ✿ Σαπούνι γλυκερίνης
- ✿ Χλιαρό νερό, τρίφτη
- ✿ Λεκάνη, κρέμα δέρματος
- ✿ Παραβάν.

Σειρά εργασίας:

Ενημέρωση και προετοιμασία αρρώστων

- ✿ Ενημερώστε τον άρρωστο για τη νοσηλεία που πρόκειται να του γίνει και ζητείστε τη συνεργασία του.
- ✿ Τοποθετείστε παραβάν, αν δεν υπάρχουν κουρτίνες στο κρεβάτι του αρρώστου, για εξασφάλιση μοναχικότητας.
- ✿ Δώστε στον άρρωστο κατάλληλη και αναπαυτική θέση, ύπτια με μικρή κλίση προς το πλάγια της κολοστομίας ή ημικαθιστή.

8.8.4.1 Φροντίδα του στομίου

- ✿ Αναδιπλώστε τα κλινοσκεπάσματα.
- ✿ Τοποθετείστε το αδιάβροχο κοντά στην κολοστομία ανάλογα με τη θέση του αρρώστου για να προστατέψετε τα κλινοσκεπάσματα.
- ✿ Ανοίξτε τη χαρτοσακούλα στο κάτω μέρος του κρεβατιού για τη συλλογή των ακρήστων.
- ✿ Φορέστε τα γάντια για προληπτικούς λόγους.
- ✿ Χαλαρώστε τη ζώνη κολοστομίας, αν χρησιμοποιεί ο άρρωστος. Αποκολλήστε το σάκο και απορρίψτε τον. Αν έχει περιεχόμενο εντέρου είναι προτιμότερο να απομακρυνθεί αμέσως από το θάλαμο για αισθητικούς λόγους. Αν είστε ένας νοσηλευτής/α επιστρέψτε στον άρρωστο χωρίς καθυστέρηση και συνεχίστε τη νοσηλεία.
- ✿ Τοποθετείστε το νεφροειδές κάτω από το στόμιο αφού καλύψετε με χαρτοβάμβακο την πλευρά που έρχεται σε επαφή με το σώμα του αρρώστου για να απορροφήσει τα υγρά.
- ✿ Ανοίξτε το set.
- ✿ Καθαρίστε καλά την περιοχή του στομίου με φυσιολογικό ορό, χρησιμοποιώντας λαβίδα και τολύπιο.
- ✿ Σαπουνίστε καλά τη γύρω από το στόμιο περιοχή με χλιαρό νερό και σαπουνί ή αντισηπτική σαπουνάδα, ξεπλύνετε και στεγνώστε καλά.
- ✿ Ετοιμάστε το σάκο σύμφωνα με τον τύπο του και τις ειδικές οδηγίες.
- ✿ Επικολλήστε καλά το σάκο και βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχει διαρροή γύρω από το στόμιο.
- ✿ Αφήστε τον άρρωστο καθαρό και σε αναπαυτική θέση.
- ✿ Συγκεντρώστε και απομακρύνετε τα χρησιμοποιούμενα αντικείμενα.
- ✿ Σημειώστε στο δελτίο νοσηλείας παρατηρήσεις, όπως εμφάνιση αίματος, πύου, δερματίτιδα και στο θερμομετρικό διάγραμμα αν είχε κένωση.^{92,70}

8.8.5 Πλύση κολοστομίας

Σκοποί:

1. Να βοηθήσει στο άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενό του: κόπρανα, αέρια, βλέννα.
2. Να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου.
3. Να βοηθήσει στο να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο.

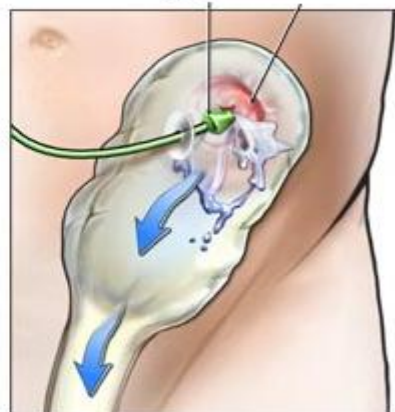
Νοσηλευτική διαδικασία:

- ✿ Διαλέγεται ο κατάλληλος χρόνος για την πλύση και γίνεται την ίδια πάντα ώρα της κάθε ημέρας.
- ✿ Ενημερώνεται ο άρρωστος για το είδος την νοσηλείας και προτρέπεται να παρακολουθεί τη διαδικασία.
- ✿ Κρεμάται το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45 – 50cm πάνω από το στόμιο.
- ✿ Ο άρρωστος τοποθετείται στη λεκάνη της τουαλέτας ή σε μια καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα.
- ✿ Αφαιρούνται οι γάζες και ο σάκος και τοποθετούνται στο δοχείο απορριμμάτων.
- ✿ Τοποθετείται το μανίκι πλύσης στο στόμιο και το άλλο άκρο του μέσα στην λεκάνη.
- ✿ Αφήνεται λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα από τον σωλήνα και τον καθετήρα ή κώνο
- ✿ Τοποθετείται ο καθετήρας μέσα στο στόμιο αφού πρώτα αλείφεται με γλισχραντική ουσία. (όχι πάνω από 8cm)
- ✿ Αν ο καθετήρας δεν προχωρεί εύκολα αφήνεται το νερό να ρέει αργά, ενώ ήπια θα σπρώχνεται τον καθετήρα.
- ✿ Αν ο άρρωστος αισθανθεί κράμπα, κλείνετε ο σωλήνας και αφήνεται ο άρρωστος να ξεκουραστεί. Το νερό πρέπει να μπει σε 5 -10min. Μετά αφαιρείται ο κώνος.
- ✿ Αφήνεται χρόνος 10 – 15min για τη μέγιστη επιστροφή. Κατόπιν αφού στεγνώσει το κάτω άκρο του μανικού κλείνεται με kokher.
- ✿ Αφήνεται το μανίκι στη θέση του περίπου 20min καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί.
- ✿ Καθαρίζεται η επιφάνεια με σαπούνι και νερό και γίνεται επάλειψη του περιστοματικού δέρματος με karaya. Αντικαθίστανται ο σάκος και οι γάζες.
- ✿ Καθαρίζονται τα αντικείμενα με σαπούνι και νερό, στεγνώνονται και φυλάσσονται σε καλά αεριζόμενο χώρο.⁷¹

Πλύση
κολοστομίας



καθετήρας στόμιο



Πλύση κολοστομίας

8.8.6 Επιπλοκές κολοστομίας

1. Εισολκή. Είναι βαρύτερη επιπλοκή, ιδιαίτερα όταν ελκωθεί η επιφάνεια του άκρου του εντέρου προς την περιτοναϊκή κοιλότητα. Αίτια. Είναι η παχυσαρκία, ανάπτυξη παραλυτικού ή αποφρακτικού ειλεού μετεγχειρητικά, απαρασκευάστο έντερο που περιέχει κοπρανώδεις μάζες, ισχαιμία και γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που έχει εξωτερικευθεί.
Θεραπεία. Πρόληψη των παραγόντων, που μπορεί να προληφθούν. Σε εισολκή συνίσταται επανεγχείρηση και κατασκευή νέας κολοστομίας.
2. Διάτρηση – Αίτια. Τραυματισμός του εντέρου με το ρύγχος της συσκευής των υποκλυσμών. Μπορεί να προκληθεί περιτονίτιδα.
Θεραπεία. Αντιμετώπιση της περιτονίτιδας ή και χειρουργική διόρθωση.
3. Περικολική φλεγμονή ή απόστημα – Αίτια. Επιμόλυνση από υγρά του περιεχομένου της κολοστομίας.
Θεραπεία. Αντιβίωση και παροχέτευση της πυώδους συλλογής.
4. Συρίγγιο – Αίτια. Κακή τεχνική των ραφών.
Θεραπεία. Κλείνει μόνο του ή επεμβαίνουμε χειρουργικά.⁹²

8.8.7 Προετοιμασία για έξοδο από το νοσοκομείο

- Ο ασθενής εκπαιδεύεται κατά την διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο για τη φροντίδα της στομίας, την αλλαγή και το άδειασμα του σάκου,
- Διδάσκεται στον τρόπο φροντίδας του δέρματος γύρω από τη στομία.
- Ενημερώνεται πως η κολοστομία δεν αποτελεί εμπόδια για καμία άσκηση ή άθλημα. Η κολύμβηση και το βάδισμα θεωρούνται απαραίτητα. Βοηθούν στο να αισθάνεται ο ασθενής ευεξία και στην κατά το δυνατόν φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.
- Στη διάρκεια του ύπνου μπορεί να πάρει οποιαδήποτε θέση.
- Εξηγείται στον ασθενή ότι στην αρχή θα ακολουθήσει δίαιτα χωρίς φυτικό υπόλειμμα. Η επιστροφή σε κανονική δίαιτα πρέπει να γίνει σταδιακά με την προσθήκη φυτικού υπολείμματος.
- Ενημερώνεται για την αποφυγή τροφών που προκαλούν μετεωρισμό, π.χ. φασόλια, λάχανο και τροφών που σχετίζονται με την πρόκληση οσμής, π.χ. κρεμμύδια, αρακάς.⁷¹

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΗΣ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί ιατρονοσηλευτικό και συγχρόνως κοινωνικό-οικονομικό πρόβλημα.

Η προαγωγή υγείας, η πρόληψη της νόσου, η φροντίδα υγείας στην αρρώστια, η αποκατάσταση και η συνεχιζόμενη φροντίδα σε όλο τον κύκλο ζωής, αποτελούν πρόκληση για όλους τους νοσηλευτές εφόσον το θέμα του καρκίνου καλύπτει το φάσμα αυτό. Παρέχεται η μοναδική ευκαιρία στους νοσηλευτές ώστε συνεργαζόμενοι και σχεδιάζοντας μαζί με τους αρρώστους και τις οικογένειές τους να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής αυτών που υπηρετούν. Η γνώση είναι δύναμη και δίνει το κύρος σ'αυτούς που την κατέχουν να την διαθέτουν για το καλό των συνανθρώπων τους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μερικές προτάσεις που δίνουμε εμείς για την μείωση των κρουσμάτων καρκίνου παχέος εντέρου είναι :

1.Να διδάξει ο νοσηλευτής στο κοινό έναν υγιή τρόπο ζωής και κυρίως διατροφικές συνήθειες τα οποία θα βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

2.Να προσπαθήσουμε αρχικά εμείς ως νοσηλευτές μέσω της κοινοτικής νοσηλευτικής να ενημερώνουμε τους πολίτες ώστε να αναπτύξουν το αίσθημα της υπευθυνότητας και να προλαμβάνουν καταστάσεις. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω διαλέξεων που θα γίνεται στην κοινότητα και θα τονίζουν τη σπουδαιότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου.

3.Τοποθέτηση ειδικευμένου προσωπικού στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ώστε να είναι δυνατή, η γρήγορη εξυπηρέτηση των ασθενών οι οποίοι έχουν κολοστομία καθώς και ενημέρωση του υγιούς κοινού σχετικά με την πρόληψη.

4.Η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε όλοι οι φορείς υγείας να είναι εφοδιασμένοι με το κατάλληλο τεχνολογικό – υλικό εξοπλισμό και επαρκές προσωπικό ώστε να ανταποκρίνονται στη φροντίδα πάσχοντος με καρκίνο παχέος εντέρου.

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

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^η

Άνδρας ηλικίας 75 ετών, βάρους 74kg, έγγαμος με τρία παιδιά, από την Πάφο, εισήλθε στην κρατική χειρουργική κλινική του γενικού Νοσοκομείου Πάφου στις 20/1/2010.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό, ο ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του γενικού Νοσοκομείου Πάφου με τα εξής συμπτώματα :

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

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

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής δεν είχε περάσει κάποια σοβαρή νόσο κατά το παρελθόν. Μόνο που τα τελευταία πέντε χρόνια είχε συχνές αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Γενική Αίματος

| | |
|----------------------|---------------------------|
| Αιματοκρίτης : | 33% |
| Αιμοσφαιρίνη : | 11g/dl |
| Ερυθρά Αιμοσφαίρια : | $4.200.000 \cdot 10^6/u1$ |
| Λευκά αιμοσφαίρια : | $7.500 \cdot 10^3/u1$ |

Βιοχημικές Αίματος

| | |
|----------------------|----------|
| Σάκχαρο : | 90mg/dl |
| Ουρία : | 15mg/dl |
| Άμεση χολερυθρίνη : | 0,2mg/dl |
| Έμμεση χολερυθρίνη : | 0,5mg/dl |

Γενική Ούρων

| | |
|------------------|-----------|
| Χροιά: | Κίτρινη |
| Όψη : | Διαυγής |
| Αντίδραση : | Όξινη |
| Οσμή : | Ιδιάζουσα |
| Λεύκωμα : | όχι |
| Σάκχαρο : | όχι |
| Πυοσφαίρια : | όχι |
| Μικροοργανισμοί: | όχι |

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής εισήλθε στη Χειρουργική Κλινική στις 20/1/2010. Κατά την εισαγωγή του, πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία που ήταν :

A.Π. : 120/80mmHg, Σφίξεις : 90min, Θερμοκρασία : 36,7 °C

Οι μέρες παραμονής του στο νοσοκομείο ήταν συνολικά 20. Το χειρουργείο ήταν προγραμματισμένο για τις 23/1/2010. Την προηγούμενη ημέρα έγινε προεγχειρητική ετοιμασία που περιλάμβανε τοπική καθαριότητα της χειρουργικής περιοχής και καθαρτικοί υποκλυσμοί. Την ημέρα του χειρουργείου έμεινε νηστικός. Με την ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειάς του και του νοσηλευτικού προσωπικού οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

Μερικές ώρες μετά βγήκε από το χειρουργείο και το νοσηλευτικό προσωπικό έκανε λήψη ζωτικών σημείων.

ΑΠ : 100/60mmHg, Σφίξεις : 76/min, Θερμοκρασία : 36,6 °C.

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

Η κάρτα νοσηλείας του ασθενούς περιείχε την εξής αγωγή :

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

Sodium Chloride 0,9% 1000cc 1x1

Flagye F1 1x3

Zinacef amp. 750mg 1x3

Zideron amp. 75mg/2ml 1x3

Apotel amp, 1g/6,7ml b.d.

Εξήλθε από το νοσοκομείο στις 13/2/2010 έχοντας διδαχθεί την περιποίηση της κολοστομίας και ακολουθώντας την αγωγή που του συστήθηκε από τον ιατρό του.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

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

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|--|--|---|
| | | | Έγινε συχνή λήψη ζωτικών σημείων: ΑΠ. 110/70mmHg ΣΦ.: 86/min Θ: 36,6 °C | φυσιολογικός ορός και οι ηλεκτρολύτες αναπλήρωσαν τα υγρά που έχασε ο ασθενής. Παρατηρήθηκε μικρή ταχυσφυγμία λόγω της αιμορραγίας. Δεν παρατηρήθηκαν συμπτώματα αφυδάτωσης γιατί έγινε έγκαιρη αναπλήρωση των υγρών που χάθηκαν. |
| -Πτώση του αιματοκρίτη (33%) που οφείλεται στην απώλεια αίματος από το ορθό. | -Αύξηση της τιμής του αιματοκρίτη | -Χορήγηση σιδηροσκευασμάτων ενδομυϊκός. -Χορήγηση βιταμινών ενδοφλεβίως -Χορήγηση τροφής πλούσιας σε σίδηρο, υδατάνθρακες και λευκώματα. | -Ενδομυϊκή χορήγηση Ferrum Hausman amp. 100mg/2 mL 1x2 καθημερινά Χορήγηση βιταμινών bitis ενδοφλεβίως μέσα σε φυσιολογικό ορό. -Ο ασθενής δεν έφαγε τα δύο πρώτα βράδια επειδή ετοιμάστηκε για εξετάσεις. | Με την χορήγηση των σιδηροσκευασμάτων επιτεύχθηκε η αύξηση της τιμής του αιματοκρίτη (38%). Η απορρόφηση του σιδήρου γίνεται κυρίως στη φήτιδα του λεπτού εντέρου όπου ενώνεται με την αποφερριτίνη και δίνει την φερριτίνη με την οποία φέρεται στην |

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

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <p>-Αϋπνία του ασθενή λόγω του φόβου και του άγχους για την εγχείρηση</p> | <p>-Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.</p> | <p>-Χορήγηση ηρεμιστικού και υπνωτικού φαρμάκου την νύχτα της παραμονής της εγχείρησης</p> | <p>-Την νύχτα τη παραμονής της εγχείρησης δόθηκε στον ασθενή 1 tab.Lexotanil 1,5mg PEROS</p> | <p>-Με την επίδραση του ηρεμιστικού φαρμάκου Lexotanil ελαττώθηκε η ψυχική ένταση και το άγχος του ασθενούς και κατάφερε να κοιμηθεί.</p> |
|---|--|--|--|---|

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

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική-διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|---|--|---|
| | | φαρμάκου. | χαλάρωση των μυών για να ανακουφιστεί από τον πόνο. -Χορηγήθηκε lamp. Zideron 75mg/2ml ενδομυϊκός. | |
| -Εμετός και ναυτία | -Πρόληψη εισρόφησης του εμετού και καταστολή της ναυτίας. | -Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση. -Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου. | -Τοποθέτηση του κεφαλιού του ασθενούς στο πλάι με ένα νεφροειδές το οποίο αποσύρεται μετά τον εμετό διότι η μυρωδιά μπορεί να προκαλέσει επιπρόσθετη ναυτία και εμετό. -Ο ορός εμπλουτίστηκε με lamp. Primperan 10 mg/2mL I.V.. | Με την κατάλληλη θέση που δόθηκε στον ασθενή αποφεύχθηκε η εισρόφηση του εμετού. Επίσης με τη χορήγηση του φαρμάκου Primperan το οποίο ασκεί ισχυρή αντιεμετική δράση, σταμάτησε ο εμετός και ο ασθενής δεν παρουσίασε ξανά τάση προς εμετό. Το Primperan (μετοκλοπραμίδη) επιτυγχάνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο. |
| -Πυρετός: 38,6 °C | -Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα | -Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς -Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. | -Μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά τρίωρο -Τοποθετήθηκαν ψυχρά | Με την τοποθέτηση των ψυχρών επιθεμάτων και την αντιπυρετική δράση του φαρμάκου Apotel, η |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> -Ενυδάτωση του ασθενούς -Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου -Αλλαγή του ιδρωμένου ρουχισμού | <ul style="list-style-type: none"> επιθέματα στον επιθέματα στον ασθενή ώστε να προκληθεί απώλεια θερμότητας -Ο ασθενής από το χειρουργείο είχε αρχίσει να παίρνει ορρούς σε συγκεκριμένο σχήμα. -Έγινε 1 amp. 7ml Apotel ενδομυϊκός -Έγινε αλλαγή του ιδρωμένου ρουχισμού και ιματισμού του ασθενούς | <ul style="list-style-type: none"> θερμοκρασία του σώματος ρυθμίστηκε στους 36,8 °C. Η παρακεταμόλη (Apotel), ελαττώνει τον πυρετό με απευθείας δράση στο θερμορρυθμιστικό κέντρο του Κ.Ν.Σ., αυξάνοντας την αποβολή θερμότητας από το σώμα με αγγειοδιαστολή και εφίδρωση. |
| <ul style="list-style-type: none"> -Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανοσοζύγιο | <ul style="list-style-type: none"> -Αποκατάσταση του υδατοηλεκτρολυτικού και οξεοβασικού ισοζυγίου | <ul style="list-style-type: none"> -Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών παρεντερικός -Μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ώστε να αποκατασταθούν τα ισοζύγια του ασθενούς. | <ul style="list-style-type: none"> -Από την 1^η μετεγχειρητική μέρα χορηγούνται οροί με ηλεκτρολύτες όπως : Sodium Chloride 0,9% των 1000cc 1x1 και Dextrose 5% των 1000cc και με 2amp KCl και 2amp NaCl 1x2 -Ακριβής μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ώστε να αποκατασταθούν τα ισοζύγια του ασθενούς. | <ul style="list-style-type: none"> Με την παρεντερική χορήγηση των υγρών και ηλεκτρολυτών αλλά και την ακριβή μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών υπήρξε επαρκής ενυδάτωση του ασθενούς και αποκαταστάθηκε βαθμιαία το ισοζύγιο των υγρών. Προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα βρίσκονται στα ίδια περίπου επίπεδα. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ανάγκες-Προβλήματα Αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|---|---|---|
| -Θρεπτικό ανισοζύγιο | -Αποκατάσταση του θρεπτικού ισοζυγίου και διατήρηση επαρκούς θρέψης του ασθενούς | -Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως -Μετά την διακοπή χορήγησης των υγρών αρχίζει η χορήγηση τροφών per os -Έλεγχος των τροφών που ο ασθενής προτιμάει -Προσπάθεια εξασφάλισης των σωστών συνθηκών διατροφής | -Χορηγήθηκε Sodium Chloride 0,9% των 1000cc 1x1 και Dextrose 5% των 1000cc με 2amp KCl και 2amp NaCl -Προσπάθεια θρέψης του ασθενούς με τροφές της αρεσκείας του. Δημιουργία ευχάριστου και καθαρού περιβάλλοντος -Καλοσερβιρισμένες τροφές με ευχάριστη οσμή. | Η θρέψη του ασθενούς ήταν ικανοποιητική. Επίσης, η σωστή θρέψη οδήγησε σε ταχεία ανάρρωση του ασθενή. |

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2^η

Η δεύτερη περίπτωση που θα αναφερθούμε είναι γυναίκα, Μ.Χ., ηλικίας 48 ετών, βάρους 55 Kg, έγγαμη με τρία παιδιά, κάτοικος Λευκωσίας, προσήλθε στις 5/5/09 στο «Αρεταίειο» Νοσοκομείο Λευκωσίας. Κοντά της ήταν οι τρεις κόρες τις και ο σύζυγος της, οι οποίοι την αγαπούν πολύ και θα της συμπαρασταθούν σ' όλη τη διάρκεια της δοκιμασίας της.

Η ασθενής προσήλθε με τα εξής συμπτώματα:

Έντονο πόνο στην περιοχή αριστερά της κοιλιάς από 10ημέρου, καταβολή δυνάμεων, ελαφρά δυσκοιλιότητα και απώλεια βάρους (έχασε 4 κιλά σε 1 μήνα).

Κατά την εισαγωγή τα ζωτικά σημεία της ασθενούς ήταν τα εξής:

ΑΠ: 110/60 mmHg

Σφ: 70/min

Το **ατομικό ιστορικό της ασθενούς** δεν αναφέρει καμία πάθηση.

Το δε οικογενειακό της αναμνηστικό αναφέρει:

- καρκίνος μήτρας (η μητέρα της ασθενούς).
- Αιφνίδιος θάνατος πατέρα της ασθενούς (πιθανός καρκίνος παχέος εντέρου).

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

Κεφάλι : Φυσιολογικό, κανονικό.

Θώρακας : Ακρόαση καρδιάς, φυσιολογική.
Ακρόαση πνευμόνων, φυσιολογική.

Κοιλιά : Σφικτή, επώδυνη, ελαφρός φουσκωμένη.

Άκρα : Φυσιολογικά, ικανοποιητική κινητικότητα
Αρθρώσεων, ψηλαφητές σφύξεις.

Τελικό συμπέρασμα : Με κολονοσκόπηση διαγνώστηκε καρκίνος παχέος εντέρου(ανιόν κόλον), απροσδιόριστου μεγέθους και χρειάζεται χειρουργική επέμβαση.

Στις 7/5/09 προσήλθε στο νοσοκομείο για την προγραμματισμένη της εγχείρηση, όπου και της έγινε εισαγωγή. Φαινόταν αρκετά αγχωμένη και ανήσυχη με ζωτικά σημεία: ΑΠ 120/72 mmHg, αναπνοές 19/min και ήταν απύρετη.

Το χειρουργείο της παρόλο που ήταν προγραμματισμένο στις 10:00 το πρωί, ειδοποιήθηκε η ασθενής στις 16:00 μ.μ. Αυτό προκάλεσε μεγάλο άγχος και ανησυχία στην ασθενή. Της έγινε προεγχειρητική ετοιμασία.

Στις 7/5/09 ώρα 16:00 μπήκε στο χειρουργείο, όπου κράτησε 5 ώρες και παρελήφθη από το χειρουργείο απύρετη, ανήσυχη με ΑΠ 130/75 mmHg,

και σφίξεις 85. Παρουσίασε επίσης ευαισθησία στην περιοχή του τραύματος. Η ασθενής φέρει ορρό και καθετήρα κύστεως.

Η πορεία της ασθενούς δεν κύλισε ομαλά. Η ασθενής τις επόμενες τέσσερις ημέρες γινόταν όλο και πιο αδύναμη, ανήσυχη και δεν είχε αεριστεί. Στις 11/5/09 της έγινε κολονοσκόπηση όπου ο ιατρός διαπίστωσε μικρό άνοιγμα του εντέρου στο σημείο του ειλεό και μέσα σε 30 λεπτά βρέθηκε στο χειρουργείο για 2^η φορά, όπου της έγινε προσωρινή ειλεοστομία. Οι επόμενες ημέρες κύλισαν ομαλά για την ασθενή. Αφαιρέθηκε ο καθετήρας folly και έγινε διακοπή του ορού. Η ασθενής στις 18/5/09 πήρε εξιτήριο από το νοσοκομείο, λίγο ανήσυχη από την απρόσμενη ειλεοστομία αλλά έχοντας την πεποίθηση για την καλύτερευση της υγείας της.

Η κάρτα νοσηλείας της περιλάμβανε τα εξής φάρμακα:

- Pamcoram 5 mg 1x2 IV
- Losec 20 mg Fl 1x3 IV
- Lasix 25 mg ½ amp 1x1 I.V.
- Primperan amp 10 mg/2 mL 1x3 I.V.
- Apotel 600 mg amp 1x3 IM
- Ufexil Fl 1x1 IV
- Colpocin 500 mg Fl 1x3 IV
- D/W 5% 1000cc με 2amp Nacl – 3amp Kcl

Η ασθενής πέρασε μια πολύ δύσκολη δοκιμασία, η οποία της δημιούργησε μεγάλο άγχος, απογοήτευση από την απρόσμενη ειλεοστομία καθώς και φόβο και αγωνία για τη ζωή της. Έχοντας δίπλα της όμως τα αγαπημένα της πρόσωπα, αφού οι δύο από τις κόρες της ήταν νοσηλεύτριες, κατάφερε να ανταπεξέλθει στην δύσκολη αυτή δοκιμασία και να πάρει δύναμη για να συνεχίσει τον δικό της αγώνα για ζωή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

| Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα | Αντικειμενικός σκοπός | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση αποτελέσματος |
|--|--|---|--|--|
| <p>-Ανάγκη ψυχολογικής προετοιμασίας του ασθενούς προεγχειρητικά καθώς βρίσκεται σε κατάσταση άγχους, ανησυχίας και φόβου,</p> | <p>-Να ενημερωθεί ο ασθενής και να προετοιμαστεί ψυχολογικά για την επικείμενη επέμβαση.</p> | <p>-Να ενημερωθεί ο ασθενής για την λειτουργία της κλινικής και τις διαθέσιμες ευκολύνσεις. -Να ενημερωθεί ο ασθενής και η οικογένεια του για το είδος της επέμβασης και την μετεγχειρητική του πορεία (τι πρέπει να περιμένουν, πόσες μέρες αναμένεται να διαρκέσει η ανάρρωση, με τι είναι συνδεδεμένος και τι εικόνα θα παρουσιάζει αμέσως μετά την επιστροφή της στο τμήμα). -Να συζητηθούν οι αναμενόμενοι φόβοι της ασθενούς για τη νάρκωση, το άγνωστο, την αλλαγή του σωματικού ειδώλου και τον αποχωρισμό.</p> | <p>-Κατατοπίσαμε την ασθενή γύρω από την λειτουργία της κλινικής και τους χώρους. -Ο χειρουργός ενημέρωσε την ασθενή και την οικογένειά του γύρω από τα προαναφερθέντα. -Έγινε συζήτηση με την ασθενή σχετικά με τους φόβους της και λύθηκαν οι απορίες της.</p> | <p>-Η ασθενής είναι ενήμερη και μοιάζει λιγότερο αγχωμένη.</p> |

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

| Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα | Αντικειμενικός σκοπός | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση αποτελέσματος |
|---|--|---|---|--|
| <p>-Ανάγκη φυσικής προεγχειρητικής ετοιμασίας την παραμονή της επέμβασης. Σημείωση: Η δίαιτα και υποκλυσμός της προηγούμενης του χειρουργείου έγινε από την ασθενή στο σπίτι, έπειτα από ιατρικές οδηγίες.</p> | <p>-Να ετοιμαστεί η ασθενής κατάλληλα για την επικείμενη επέμβαση.</p> | <p>-Να ενημερωθεί η ασθενής για την προεγχειρητική ετοιμασία. -Να ολοκληρωθεί ο εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει: γενική αίματος βιοχημικές εξετάσεις, χρόνους πήξεως, διασταύρωση, ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ και να ελεγχθούν οι απαντήσεις εξετάσεων. -Να γίνει φροντίδα ατομικής υγιεινής με λουτρό καθαριότητας. -Προετοιμασία εντέρου που περιλαμβάνει : α) να μην φάει ή να πει τίποτα μέχρι την εγχείρηση, β) χορήγηση ισχυρού καθαρτικού. -Να τεθεί φλεβοκαθετήρας.</p> | <p>-Ενημερώθηκε η ασθενής για την ετοιμασία. -Ο εργαστηριακός έλεγχος έχει ολοκληρωθεί.. Ένζυμα: -Ελέγχθηκαν οι απαντήσεις και μπήκαν στο φάκελο. -Έγινε λουτρό καθαριότητας στην ασθενή. -Δεν έφαγε τίποτα μέχρι την ώρα του χειρουργείου. -Τέθηκε φλεβοκαθετήρας. -Ελέγχθηκε η καθαρότητα των κενώσεων.</p> | <p>-Η φυσική προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς ολοκληρώθηκε.</p> |

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

| Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα | Αντικειμενικός σκοπός | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση αποτελέσματος |
|--|--|--|--|--|
| <p>-Πρώτη μετεγχειρητική ημέρα: Δίψα</p> | <p>-Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα αυτό.</p> | <p>-Να χορηγηθούν υγρά παρεντερικά. -Να υγραθούν τα χείλη του ασθενούς. -Έλεγχος ενδυνάμωσης με τον προσδιορισμό ειδικού βάρους. -Έλεγχος υδατοηλεκτρολυτικής ισορροπίας.</p> | <p>-Χορηγείται παρεντερικά διάλυμα L/R 1000 ml. -Υγράθηκαν τα χείλη της ασθενούς με βρεγμένη γάζα. -Έλεγχος ειδικού βάρους ούρων. -Έλεγχος διούρησης. -Έλεγχος ηλεκτρολυτών.</p> | <p>-Μειώθηκε το αίσθημα της δίψας.</p> |

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

| Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα | Αντικειμενικός σκοπός | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση αποτελεσμάτων |
|--------------------------------|---|--|--|--|
| -Χειρουργικό τραύμα | -Πρόληψη επιμόλυνσης του χειρουργικού τραύματος | -Φροντίδα περιοχής χειρουργικού τραύματος. -Να χρησιμοποιηθεί άσηπτη τεχνική. -Χρησιμοποίηση αποστειρωμένου υλικού. -Να γίνονται συχνές αλλαγές των γαζών στην περιοχή του τραύματος με άσηπτη τεχνική -Έλεγχος της παροχέτευσης (ROP) | -Έγινε η περιποίηση της περιοχής του χειρουργικού τραύματος με άσηπτη τεχνική -Χρησιμοποιήθηκε αποστειρωμένο υλικό -Οι αλλαγές των γαζών γίνονται 1 φορά ημερησίως με άσηπτη τεχνική -Έγινε παρακολούθηση της παροχέτευσης. Η ποσότητα του παροχετευμένου υγρού: 1 ^η Μ.Μ = 300 cc 2 ^η Μ.Μ = 250 cc 3 ^η Μ.Μ = 100 cc 4 ^η Μ.Μ = 20 cc | -Αποφεύχθηκε η μόλυνση του τραύματος. -Το ROP αφαιρέθηκε την 4 ^η μετεγχειρητική ημέρα. |

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

| Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα | Αντικειμενικός σκοπός | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση αποτελέσματος |
|---|--|--|--|--|
| -Πόνος οφειλόμενος στη χειρουργική επέμβαση | -Καταπολέμηση του άλγους -Ανακούφιση της ασθενούς | -Χορήγηση φαρμάκων ύστερα από ιατρική οδηγία -Η ασθενής πρέπει να τοποθετηθεί στην κατάλληλη θέση -Να υπάρξει ήσυχο περιβάλλον | -Χορηγήθηκε Zideron amp 75 mg/ml IM -Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση -Ελαχιστοποιήθηκε ο θόρυβος και υπήρξε χαμηλός φωτισμός | -Όταν δόθηκε zideron ο πόνος υποχώρησε μετά από 2 τέταρτα. -Η ασθενής νιώθει αρκετά καλά ύστερα από την σωστή τοποθέτησή της -Σ' αυτό συνέβαλε και η εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος |

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΉ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

| Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα | Αντικειμενικός σκοπός | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση αποτελέσματος |
|-----------------------------------|--|--|---|--|
| -Η ασθενής έχει δεξιά ειλεοστομία | -Περιποίηση ειλεοστομίας -Πρόληψη επιπλοκών | -Φροντίδα με άσηπτη τεχνική τα πρώτα 24ωρα -Μετά την επούλωση του τραύματος η περιποίηση να γίνει με καθαρή τεχνική -Προφύλαξη δέρματος γύρω από τη στομία -Προστασία ασθενούς -Κένωση του σάκου σε τακτά χρονικά διαστήματα -Παρακολούθηση σύστασης και ποσότητας των κενώσεων | -Έγινε η φροντίδα της στομίας με άσηπτη τεχνική για 4 μέρες -Μόλις επουλώθηκε το τραύμα η φροντίδα έγινε με καθαρή τεχνική -Τοποθετήθηκε παραβάν και απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες κατά την αλλαγή της κολοστομίας -Ο σάκος αλλάχθηκε κάθε φορά που γέμιζε μέχρι το ήμισυ | -Δεν παρατηρήθηκε ερυθρότητα, οίδημα, εξέλκωση γύρω από το στόμιο -Η ασθενής δεν ένιωσε ανασφάλεια και αίσθημα ντροπής γιατί προστατεύθηκε κατά την περιποίηση. |

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΉ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

| Αξιολόγηση αρρώστου - πρόβλημα | Αντικειμενικός σκοπός | Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση αποτελέσματος |
|---|--|---|--|--|
| <p>-Ψυχολογικό πρόβλημα της ασθενούς με ειλεοστομία (στενοχώρια για την μεταβολή του σωματικού ειδώλου, αίσθημα μοναξιάς)</p> | <p>-Εξάλειψη του ψυχολογικού προβλήματος -Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς</p> | <p>-Συνεχής διάλογος και επικοινωνία της νοσηλεύτριας με την ασθενής -Να καταστείλει η νοσηλεύτρια/της τους φόβους της ασθενούς -Να δώσει ελπίδα και πίστη στην άρρωστη</p> | <p>-Έγινε διάλογος με την ασθενή -Δόθηκε ευκαιρία στην ασθενή να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανασφάλειάς της</p> | <p>-Η νοσηλευτική παρέμβαση είχε μεγάλη σημασία για την ψυχική ενίσχυση της ασθενούς και της έδωσε την δυνατότητα για να αποκτήσει θάρρος, πεποίθηση στις δυνάμεις της και να ενισχυθεί η αυτοεκτίμησή της</p> |



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mader S Sylvania: Understanding Human Anatomy and physiology. Έκδοση WMC Braun , 1997
2. Sobatta : Άτλας Ανατομικής του ανθρώπου. Έκδοσης 1^η , Β' Τόμος. Εκδόσεις Παριζιάνος, 1978.
3. Καρκινός Ι.Δ. , Επιπλοκές εγχειρήσεων παχέος εντέρου, ορθού και πρωκτού, 7^ο Σεμινάριο, Επιμελητής Γ.Π.Ν.Α. <<Σιμανόγλειο>>, 2004.
4. Richard L.Drake, Wayne Vogl, Adam W.N. Michell, Ανατομία, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Τόμοι 1 και 2, 2005. σελ: 279-284.
5. Κατριτση Δ.Ε.-Παπαδοπούλου Ι.Ν., Ανατομική του ανθρώπου, Σπλαγχνολογία – καρδιά, Έκδοση 3^η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986, σελ: 11 και 78-88.
6. Alastair M. Thompson, Χειρουργική ανατομία κλινική εξέταση, Επιστημονικές Εκδόσεις: Θωμά Σ. Γερασμίδης, 2002, σελ: 55-57.
7. Κακλαμάνης Ν., Καμμάς Α., Η Ανατομική του ανθρώπου, Αθήνα 1998.
8. Κωστάκης, Α., Ι., Σύγχρονη Χειρουργική Διαγνωστική και θεραπευτική. Τόμος Β', Αθήνα : Πασχαλίδης, 2005.
9. Wexler H. M., Bacteroides : The Good, the bad and the Nitty – Gritty. Clinical Microbiology Reviews. 2007. 20; 593-621.
10. Fric P. Probiotics and prebiotics- renaissance of a therapeutic principle (ε)MED, 2007. σελ: 237-270.
11. Gibson Gr. Dietary modulation of the human gut micro flora using the pebiotics oligofructose and inulin. J. Nutr. 1999, σελ: 1438-1441.
12. Μαρία Πάνου, Άννα Σαχίνη – Καρδάση, Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2^ο, Έκδοση Αθήνα, 2006. σελ:269.
13. www.gomedica.org/obesity_anatomy.htm (6/2/2010)
14. Μπάλας, Π., Χειρουργική. Τόμος Β', Αθήνα: Λίτσας, 2004.
15. Guyton Α. Φυσιολογία του ανθρώπου. Έκδοση 3η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα, 1995.
16. Ganong W. Φυσιολογία. Ιατρική, Έκδοση 11^η, Εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανός, Αθήνα 2000.
17. Keith L. Moore, Κλινική Ανατομία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Έκδοση 3^η, Αθήνα, 1998.
18. Dr Ζήσης Θ., <<Σημειώσεις Ανατομίας 1>> Πάτρα 1999, σελ136-142.
19. www.exel928.gr/files/seminars/2007/z/thema1.doc (6/2/2010)
20. Agamemnon Despopoulos, Stefan Silhernagl, Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο Άτλαντα, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989. σελ:200.
21. Herbert Lippert, Ανατομική, Έκδοση 5^η, Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 1983.
22. www.exel928.gr/ell/articles_seminars/2006/dseminar/article815900/ (6/2/2010)
23. Λεουτσάκος Γ.Β., Παθήσεις παχέος εντέρου και ορθού. Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόρης Παρισιανός, Αθήνα 1994.
24. www.iatronet.gr (7/2/2010)
25. www.medlook.net (7/2/2010)

- 26.Γαρδίκια Κ.Δ., Ειδική νοσολογία, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2005. σελ:250-282.
- 27.Keir-Wise A.B.-Crebs C., Ανατομία και φυσιολογία του ανθρώπινου συστήματος, Μετάφραση Ταλαντοπούλου Μ., Έκδοση 3^η, Ελλην.
- 28.www.healthview.gr (7/2/2010)
- 29.www.gostrenterologicoiatreio.gr (7/2/2010)
- 30.www.el.wikipedia.org (7/2/2010)
- 31.Dr. Κίτρου Μ., <<Σημειώσεις Φυσιολογίας 1>> Πατρα.
- 32.<http://panthisiakos.wordpress.com/2009/05/21/> (7/2/2010)
- 33.<http://www.beststrong.org.gr/el/learncancer/whatisacancer/> (7/2/2010)
- 34.Thomas, A., Charles, C., Bennett C., Fred P. «*Βασική παθολογία*», Αθήνα,Λίτσας, έκδοση 4η, Α' τόμος, 2000 σελ. 540-542.
35. stefanogiannis.blogspot.com/2007/11/7.html(7/2/2010)
- 36.http://kpaxxx.blogspot.com/2009/07/blog-post_5868.html (7/2/2010)
- 37.Φύσσας Γ. Καρκίνος Του Παχέος Εντέρου. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα (http://www.fyssas.gr/gr/kar_paxy_ent.asp) (7/2/2010)
- 38.Ξυδάκης Ε. Επιδημιολογία του Καρκίνου Παχέος Εντέρου. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα(<http://www.oncology.gr/1/synedrio3/praktikaagxidakis.HTM>), (8/2/2010).
- 39.Med-Notes. Κακοήθη Νοσήματα: Καρκίνος Παχέος Εντέρου. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα (http://kpaax3.blogspot.com/2008/07/blogpost_27.html)(8/2/2010)
- 40.<http://medlab.cs.uoi.gr/erga/pathology/kefalaio5/kefalaio535.htm> (8/2/2010)
- 41.<http://health.in.gr/andras/> (8/2/2010)
- 42.Παπαχριστοδούλου Α.Ι., Χειρουργική παχέος εντέρου, εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts Κεφάλαιο 1ο , 1995. σελ. 4, 41-47.
- 43.Καλατζής, Ν., Σκανδάλης, Ν. «*Καρκίνος παχέος εντέρου*», Αθήνα, Βήτα,τόμος 3ος, 1995. σελ. 216, 218.
- 44.Πανάγος, Η. «*Χημειοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου*», Αθήνα,Πασχαλίδης, Επίτομος, 1995. σελ. 252-253, 288-293.
- 45.Σφηκάκης Π. Καρκίνος Του Παχέος Εντέρου - Σταδιοποίηση – Προγνωστικοί Παράγοντες Και Δείκτες. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα (http://www.exe1928.gr/ell/articles/articles_seminars/2006/dseminar/article552298) (8/2/2010)
- 46.Αρνογιαννάκη, Ν. «*Ελληνική χειρουργική ογκολογία*», τόμος 3, τεύχος 2,Μάιος-Αύγουστος, 2005. σελ. 75-77.
- 47.<http://www.medtime.gr/content/view/216/35/lang.greek/> (9/2/2010)
- 48.Compton Carolyn, Greece L.Frederick <<the staying of colorectal cancer: 2004 and beyond, CA A cancer journal for clinicians, τόμος 54, τεύχος 6, Νοέμβριος/Δεκέμβριος 2004, σελ. 295-307.
- 49.Πετρίδης Α., «*Εγχειρίδιο Χειρουργικής*» 4η Έκδοση , Εκδόσεις Ελλην σελ 134–140 Αθήνα 2002.
- 50.«*Καρκίνος Παχέος Εντέρου*», Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής, Αθήνα 2003.

51. Βαλαβανίδης Αθ., «Κακοήθεις Νεοπλασίες στον άνθρωπο και περιβαλλοντικοί παράγοντες» Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, σελ. 25 – 35 Αθήνα 2001.
52. Μπεσμπέας Σ., «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου και ορθού» Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, τόμος Α. Αθήνα 2002, σελ. 74 - 83.
53. Σουγλάκος Ι. «Αιτιολογικοί Παράγοντες στον καρκίνο του παχέος εντέρου» Διδακτορική Διατριβή Ηράκλειο 2000.
54. Κυριακίδου Ε. Η εκπαίδευση της νοσηλευτικής στην ογκολογική νοσηλευτική. Νοσηλευτική, τεύχος 5^ο, εκδόσεις Υγείας Θεράμεινα ΕΖΔΝΣ, 1986, σελ: 169-176.
55. Παναγιώτης Αντωνίου MD Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Αθηναϊκής Κλινικής «Καρκίνος Παχέος Εντέρου» Iator.gr 2006.
56. Andrew Flood, Ulrike Peters, Nilanjan Chatterjee, James V. Lacey, Jr., Catherine Schairer, and Arthur Schatzkin Calcium from Diet and Supplements is Associated With Reduced Risk of Colorectal Cancer in a Prospective Cohort of Women Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005 14: 126-132
57. P D Terry, A B Miller, and T E Rohan Obesity and colorectal cancer risk in women Gut, Aug 2002; 51: 191 - 194.
58. Χριστοδούλου Δ. Κ., Τσιάνος Ε.Β. Πρόληψη του Καρκίνου του Παχέος Εντέρου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(6): 566 – 575 2000
59. www.gastrenterologicoiatreio.gr (9/2/2010)
60. Levin Bernard “International Strategy of cancer management screening and early detection of disease” Proceedings 1st International congress, Athens March 2001, σελ 59 - 67.
61. M Cruz-Correa, F Milligan, F M Giardiello, T M Bayless, M Torbenson, J H Yardley, Frank W Jackson, and F Wilson Jackson Collagenous colitis with mucosal tears on endoscopic insufflation: a unique presentation Gut, Oct 2002, 51: 600 - 615.
62. Night Shift and risk of colorectal cancer in the nurses health study. Journal of the National Cancer Institute 96 (11) 825 – 828. 2003.
63. Σέχα, Μ., Ν., (1996). *Χειρουργική ΙΙΙ*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
64. Τσιάνος Ε Β., Σύγχρονες απόψεις στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαγνωστική προσέγγιση Πρακτικά 17^{ου} πανελληνίου συνεδρίου γαστρεντερολογίας, επίτομος, εκδόσεις ελληνικής γαστρεντερολογικής εταιρείας, 19/10-2/11 1997. σελ.240-243.
65. Γιώργος Λ. Κατράκης., Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο. Αθήνα 1980. σελ: 17 – 196.
66. www.mednet.gr (9/2/2010)
67. www.health.in.gr (9/2/2010)
68. Πάρις, Κοσμίδης., Γιάννης, Τριανταφυλλίδης., Ογκολογία του πεπτικού συστήματος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991. σελ:10-17,40-41,67-68,77-82,231-233,236-302.
69. Παπαδημητρίου, Μ., Εσωτερική παθολογία. Τόμος 1^{ος} ,University studio press.

70. Krook JE, Moertel CG, et al .Effective surgical adjuvant therapy for high-risk rectal carcinoma.N Engl J Med,324:709-715 1991.
- 71.Σαχίνη-Καρδάση Άννα-Πάνου Μαρία, Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος 1^{ος}. Έκδοση Β'. Αθήνα , 1997.
- 72.Παπαδημητρίου, Ι., Σύγχρονη γενική χειρουργική . Τόμος 2^{ος}, Παρισσιανός, Αθήνα 2008.
- 73.Priscilla L., Karen B., Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική, Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς, 2006.
- 74.www.iatrikiareikonisi.gr/ (9/2/2010)
- 75.Πωλίνα Μ., Κατανοώντας την χημειοθεραπεία. Ογκολογικό κέντρο τράπεζας Κύπρου. Έκδοση 1^η, 2002.
- 76.www.imlarisis.gr (9/2/2010)
- 77.www.hygeia.gr/ (9/2/2010)
- 78.<http://www.tovima.gr/> (9/2/2010)
- 79.http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,id=73838176 (11/2/2010)
- 80.<http://www.vita.gr/> (11/2/2010)
- 81.www.bococ.org.cy/ (11/2/2010)
- 82.Τσίκου Ν. Καραγεωργοπούλου Σ.-Γραβανή., Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής 2. Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, 1996. σελ: 140-146.
- 83.<http://graphics8.nytimes.com/images/2007/08/01/health/adam/1064.jpg> (15/2/2010)
- 84.Ρηγάτος Γ.Α., Η ανακούφιση του καρκινικού πόνου με οδηγίες για την χρήση οπιοειδών, εκδόσεις ΒΗΤΑ. 2006. σελ:4.
- 85.Τσιγκουράκος Κ., Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση του καρκινοπαθούς. Ελληνική αντικαρκινική εταιρία. Αθήνα, 1994.
- 86.Μαλγαρινού Α., Κωνσταντινίδου Φ., Νοσηλευτική γενική παθολογική χειρουργική. Τόμος Α. έκδοση 24^η. Η Ταβίθα. Αθήνα.2002.
- 87.Γολεμάτης Χ., Γλυνατζής Θ., Νεοπλάσματα του πεπτικού συστήματος. Πασχαλίδης, Επίτομος. Αθήνα. 1995
- 88.Αλεξανδρή Η., Αποστολόπουλος Α., Κυριακίδης Α., Ελληνική χειρουργική ογκολογία. Τόμος 5^ο, Τεύχος 2^ο. Αθήνα 2005.
- 89.Σαββοπούλου Γ., Διερευνητική μελέτη των προβλημάτων και αναγκών των ασθενών με κολοστομία σε χειρουργηθέντα καρκίνο του παχέος εντέρου. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα. 1991.
- 90.www.gcp.gr (15/2/2010)
- 91.<http://www.clarian.org/> (9/3/2010)
- 92.Αθανάτου Ε.Κ., Κλινική νοσηλευτική Βασικές και ειδικές νοσηλείες. Έκδοση ΙΓ', Αθήνα 2003. σελ:481-492.
- 93.Ζησιάδης, Α., Μπασδάνης Γ., και Μιχαλόπουλος Α. Καρκίνος παχέος εντέρου. Θεματικές επιλογές. University Studio Press, 2001
- 94.<http://www.klinikiagiouloukas.gr/> (9/3/2010)
- 95.http://www.exe1928.gr/ell/articles/articles_seminars/2006/2006st/article5235 (10/3/2010)
- 96.Σπηλιώτης, Ι. «Καρκίνος από την άγνοια....στον φόβο», Πάτρα, Αχαϊκές. 1999

97. <http://www.sambalis.gr/colon-cancer.html>(10/3/2010)
98. <http://www.healthierworld.gr/>(10/3/2010)
99. <http://www.surgeon.gr/>(11/3/2010)
100. www.doctora.gr/(13/3/2010)
101. Καλαχάνης Ν.Γ., Καρκίνος παχέος εντέρου, τόμος 2^ο Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ. Αθήνα 1979.