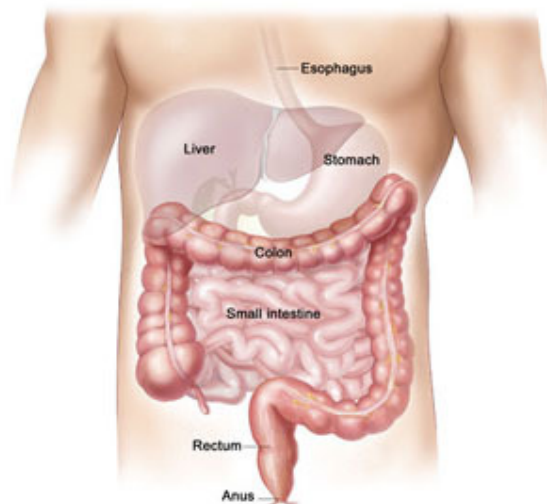


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ



ΣΧΟΛΗ:ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΣΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΕΠΟΠΤΗΣ:
Δρ.Μπατσολάκη Μαρία

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:
Γούτσος Αλέξιος

ΠΑΤΡΑ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ ΣΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	9
1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ.....	10
1.1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	10
1.1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΩΚΤΟΥ.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	15
2.1 ΕΠΙΔΗΜΟΛΟΓΙΑ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	16
2.2 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ – ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	18
3.1 ΣΥΜΠΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	22
4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	23
4.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	28
4.3 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	34
5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΠΡΟΛΗΨΗ.....	35
5.1.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	35
5.1.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ.....	35
5.1.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	36
5.1.4 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	37

5.1.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ - ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ	37
5.2 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	38
5.3 ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	40
5.3.1 ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ (ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ).....	40
5.3.2 ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	41
5.3.2.1 ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΜΕ ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΥΜΕΝΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ.....	41
5.3.2.2 ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	42
5.3.2.3 ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	42
5.3.2.4 ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΔΕΩΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	43
5.3.2.5 ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	44
6.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	45

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	49
1.1 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	51
2.1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΤΤΕΝΩΝ.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	54
3.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΧΜΘ.....	55
3.1.1 ΓΝΩΣΗ – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ – ΧΡΗΣΗ.....	55
3.1.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΧΜΘ	56
3.1.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΔΙΑΛΥΣΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (Μ.Δ.Κ.Φ.)	58
3.1.4 ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΥΛΙΚΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ.....	61
4.1 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ-ΕΛΕΓΧΟΣ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΥΠΟ ΧΜΘ-ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ...	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	64
5.1 ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ.....	65
5.1.1 ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ.....	65
5.1.2 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗΣ...65	
5.1.3 ΤΟ ΥΛΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	66
5.1.4 ΣΕΙΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	66
5.1.4.1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ...66	
5.1.4.2 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΘΕΤΗΡΑ.....	66
5.1.4.3 ΤΑΚΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ.....	67
5.1.4.4 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΔΕΛΤΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	67
5.2 ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑΣ.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	69
6.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ.....	70

6.2 ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	71
6.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ.....	74
7.1 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΟΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ.....	75
7.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ / ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ.....	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ	77
1 ^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	78
2 ^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	83
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	86
ΠΕΡΙΛΗΨΗ (ΕΛΛΗΝΙΚΑ).....	88
ΠΕΡΙΛΗΨΗ (ΑΓΓΛΙΚΑ).....	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	90

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τον Ιούνιο του 1985 πάρθηκε η πολιτική απόφαση στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα για λήψη μέτρων ώστε να αντιμετωπιστεί η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τον καρκίνο. Η επιτροπή Ογκολόγων της Κοινότητας το 1986 σχεδίασε το πρόγραμμα «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», με το οποίο εκτός των άλλων πρότεινε την κατάρτιση σε ογκολογικά ζητήματα των επαγγελματιών υγείας.

Στα πλαίσια αυτών των οδηγιών η Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία το 1989 κατάρτισε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για εξειδίκευση στη νοσηλευτική ογκολογία το οποίο έτυχε ευρείας αποδοχής από πολλές χώρες της Ευρώπης.

Στην χώρα μας λειτούργησε τέτοιο πρόγραμμα στο τμήμα νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

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

Οι ογκολογικοί ασθενείς είναι μια πρόκληση και για τους νοσηλευτές, όπως όλους τους επαγγελματίες υγείας ώστε να αποδείξουν τη συνεισφορά τους στο επίπεδο υγείας του κοινωνικού συνόλου διότι αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Η βαρύτητα της νόσου τους και το «προνόμιο» να γνωρίζουν το επικείμενο τέλος αρκετές φορές επηρεάζει τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου αποτελεί σήμερα ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας διεθνώς, ιδιαίτερα όμως στις ανεπτυγμένες χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής. Μέσοι δείκτες θνησιμότητας χαρακτηρίζουν τη Νότια και την πρώην Ανατολική Ευρώπη και χαμηλοί δείκτες θνησιμότητας την Ασία, την Αφρική και τις χώρες της Λατινικής Αμερικής. Αν και ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί και για την Ελλάδα σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας (αδρός δείκτης θνησιμότητας 9/100.000 κατοίκους), παρουσιάζει χαμηλότερη συχνότερη σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει εξ ίσου άνδρες και γυναίκες, ενώ ο καρκίνος του ορθού είναι συχνότερος στους άνδρες.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αποδείξει ότι οι νοσηλευτές σε όλο το φάσμα διάγνωση-θεραπεία / αποκατάσταση-τελικό στάδιο του καρκίνου παχέος εντέρου πρέπει να είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό-θεραπευτική ομάδα και ασθενή. Στα πλαίσια αυτά οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.

Πιο αναλυτικά θα δούμε τους νοσηλευτές συνοδοιπόρους στο δύσκολο δρόμο που καλείται να διανύσει κάθε άνθρωπος αντιμέτωπος με τον καρκίνο σε όλα τα βήματα της πορείας του.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ
ΣΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΡΩΚΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

1.1.1 Ανατομικά Στοιχεία Παχέος Εντέρου

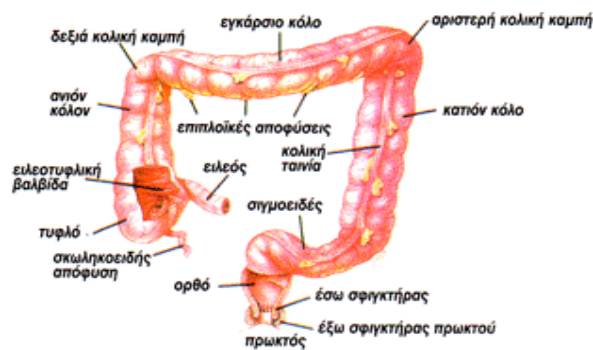
Το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1,5 μέτρο. Αρχίζει από την ειλεοτυφλική βαλβίδα (η οποία λειτουργεί ως βαλβίδα μονής κατευθύνσεως και παρεμποδίζει την παλινδρόμηση περιεχομένου του τυφλού στον τελικό ειλεό) και καταλήγει στον πρωκτό.

Αποτελείται από τρεις μικρότερες μοίρες, που είναι:

Το τυφλό, με τη σκωληκοειδή απόφυση

Το κόλον (Ανιόν, Εγκάρσιο, Κατιόν, Σιγμοειδές)

Το απευθυσμένο ή ορθό.



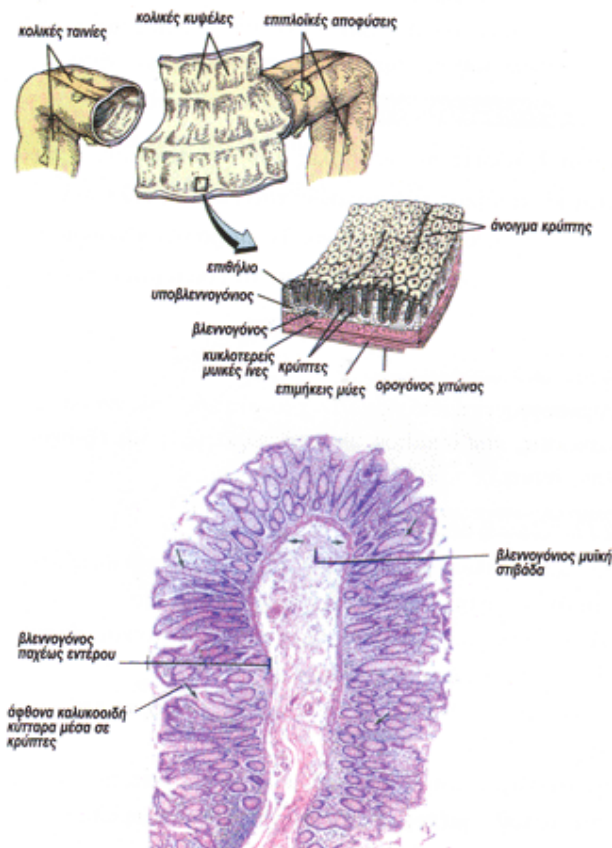
Το τυφλό αποτελεί «τυφλό» θύλακα που βρίσκεται επί του δεξιού λαγονογοϊτή μυός και του δεξιού μηριαίου νεύρου. Καλύπτεται από περιτόναιο κατά την πρόσθια και τις πλάγιες επιφάνειές του και μερικές φορές και κατά την οπίσθια επιφάνεια, οπότε δημιουργείται οπισθοτυφλικός χώρος, αλλά και μακρό μεσεντέριο που ευνοεί την πρόκληση της συστροφής. Η σκωληκοειδής απόφυση στο έμβρυο επικοινωνεί με τη βάση του τυφλού, στον ενήλικα ωστόσο, λόγω της διαφορετικής αναπτύξεως του τοιχώματος του τυφλού μετακινείται και εκβάλλει στο μεσο-οπίσθιο τοίχωμα.

Το ανιόν κόλον, μήκους 15 cm περίπου, εκτείνεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα μέχρι τη δεξιά κολική καμπή από την οποία αρχίζει το εγκάρσιο. Καλύπτεται από περιτόναιο κατά την πρόσθια και τις πλάγιες επιφάνειες, ενώ η οπίσθια επιφάνειά του βρίσκεται σε ανατομική συσχέτιση με το δεξιό ουρητήρα. Η δεξιά κολική καμπή επικαλύπτει συνήθως τον κάτω πόλο του δεξιού νεφρού.

Το εγκάρσιο κόλον, μήκους 45 cm περίπου, εκτείνεται μέχρι την αριστερή κολική καμπή, είναι ευκίνητο λόγω του μακρού μεσεντερίου του, του εγκάρσιου μεσοκόλου. Στην αντιμεσεντερική του επιφάνεια προσφύεται το μείζον επίπλουν.

Το κατιόν κόλον, εκτείνεται από την αριστερή κολική καμπή μέχρι τη λαγόνια ακρολοφία, καλύπτεται από περιτόναιο κατά την πρόσθια και τις πλάγιες επιφάνειές του και κείται προσθιοπλάγια από τον αριστερό ουρητήρα.

Το σιγμοειδές, ποικίλου μήκους, συνήθως όμως κάτω των 50 cm καλύπτεται από περιτόναιο σε όλες τις επιφάνειές του. Βρίσκεται μεταξύ της ουροδόχου κύστης και της μήτρας στις γυναίκες και μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού στους άνδρες.



Το ορθό, αρχίζει συνήθως στο ύψος του Ι3 σπονδύλου, εκεί όπου το σιγμοειδές αρχίζει να αποστερείται του μεσεντερίου του. Έχει μήκος 15-16 cm περίπου που κατέρχεται κατά μήκος του κοίλου του ιερού οστού για να καταλήξει στην ορθοπρωκτική συμβολή 2,5 cm μπροστά και λίγο χαμηλότερα από την κορυφή του κόκκυγα, σημείο που σε οριζόντιο επίπεδο αντιστοιχεί στην κορυφή του προστάτη στον άνδρα. Το ορθό διαιρείται σε τρία λειτουργικά τριτημόρια: το κάτω, το μέσο, και το άνω.⁴

Ωστόσο το παχύ έντερο, φέρει ορισμένα εξωτερικά γνωρίσματα : τις κολικές ταινίες, τα εκκολπώματα και τις επιπλοκές αποφύσεις και εσωτερικά : τις μηνοειδής πτυχές και τις κολικές κυψέλες.

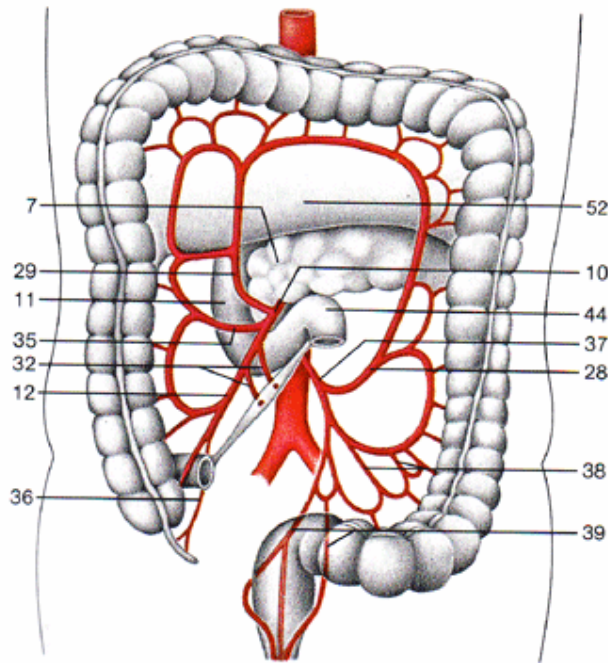
Αποτελείται από τέσσερις χιτώνες : τον ορογόνο, τον μυϊκό, τον υποβλεννογόνο και τον βλεννογόνο. Το πάχος του βλεννογόνου του παχέος εντέρου διπλασιάζεται από το τυφλό προς το ορθό. Στο επιθήλιο του παχέος εντέρου αναγνωρίζονται τρεις βασικοί τύποι κυττάρων:

- α) Τα καλυκοειδή ή λαγηνοειδή κύτταρα
- β) Τα υψηλά κυλινδρικά
- γ) Τα ενδοκρινικά κύτταρα.

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.⁷

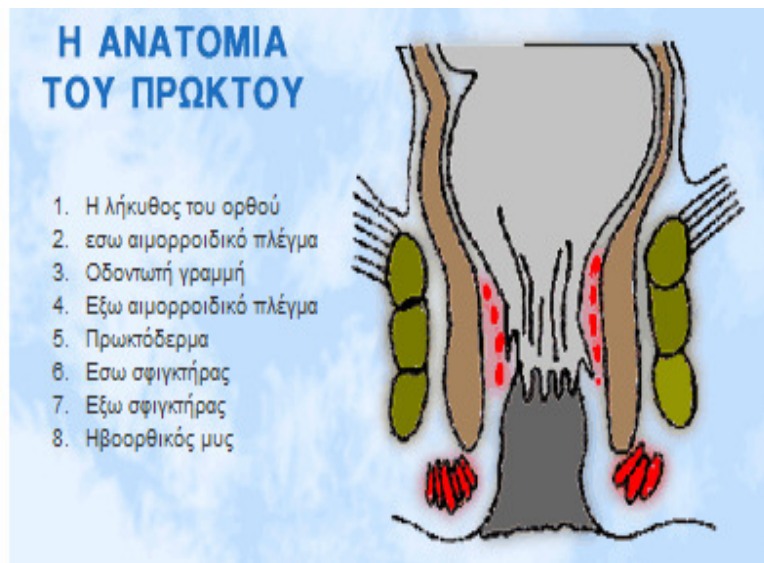
ΚΥΡΙΟΙ ΚΛΑΔΟΙ ΤΗΣ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΑΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ¹



- ΕΓΚΑΡΣΙΟ ΜΕΣΟΚΟΛΟ
- ΑΝΩ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ
- ΝΗΣΤΙΔΟΔΩΔΕΚΑΔΑΛΥΚΤΙΚΗ ΚΑΜΠΗ
- ΚΑΤΩ ΜΕΣΕΝΤΕΡΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ
- ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΟΛΙΚΗ ΚΑΜΠΗ
- ΣΙΓΜΟΕΙΔΙΚΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ
- ΑΝΩ ΑΙΜΟΡΡΟΙΔΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ
- 7. ΠΑΓΚΡΕΑΣ
- 32. ΝΗΣΤΙΔΙΚΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ
- 29. ΜΕΣΗ ΚΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ
- 30. 12. ΕΙΛΕΟΚΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ
- 11. ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟ
- 36. ΑΡΤΗΡΙΑ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΟΥΣ
- 35. ΔΕΞΙΑ ΚΟΛΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ

1.2 Ανατομικά Στοιχεία Πρωκτού

Πρωκτός είναι το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, που έχει σαν λειτουργία την συγκράτηση των κοπράνων που αποθηκεύονται στην λήκυθο. Ο πρωκτός περιβάλλεται από δύο κυλινδρικούς μυϊκούς σχηματισμούς (σφιγκτήρες). Ο έσω σφιγκτήρας που είναι λείος μυς, λειτουργεί αυτόματα και με τη συνεχή σύσπαση του δεν επιτρέπει την διαφυγή των κοπράνων. Ο ισχυρότερος έξω σφιγκτήρας υπόκειται στην βούληση του ανθρώπου, αποτελεί τον σπουδαιότερο σφιγκτήρα και συσπάται σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης συγκράτησης των κοπράνων. Ο πρωκτικός σωλήνας χωρίζεται με την οδοντωτή γραμμή σε άνω και κάτω με την οδοντωτή γραμμή. Το κάτω τμήμα του πρωκτού έχει πολλές αισθητικές ίνες και για τον λόγο αυτό είναι πολύ ευαίσθητο. Στο άνω τμήμα αντιληπτή γίνεται μόνον η διάταση σαν αίσθημα ανάγκης προς αφόδευση.



Η συγκράτηση των κοπράνων μέσα στην λήκυθο επιτυγχάνεται λόγω της διαφοράς πίεσης μεταξύ των υψηλών πιέσεων του πρωκτού και των χαμηλών πιέσεων του τελικού τμήματος του εντέρου (λήκυθος). Όταν γεμίσει από κόπρανα η λήκυθος, στην αρχή διατείνεται με αποτέλεσμα να έχουμε την αίσθηση ανάγκης προς αφόδευση. Μετά μικρό όμως χρονικό διάστημα, χαλαρώνει ο μυϊκός χιτώνας, μειώνονται οι πιέσεις μέσα στην λήκυθο και παρέρχεται το αίσθημα της αφόδευσης. Κατά την φάση της αφόδευσης χαλαρώνουν οι σφιγκτήρες του πρωκτού και ευθυάζεται ο εντερικός σωλήνας με αποτέλεσμα την ευχερή διόδο των κοπράνων.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ³

Ο κίνδυνος εμφάνισης μιας νόσου υπολογίζεται με βάση της ύπαρξη παραγόντων κινδύνου, συνθηκών οι οποίες αποδεδειγμένα αυξάνουν τις πιθανότητες κάποιου να νοσήσει από μια δεδομένη ασθένεια.

Για τον καρκίνο του εντέρου υπάρχουν διάφοροι παράγοντες κινδύνου όπως:

- Δίαιτα και Διατροφή. Η θεωρία ότι οι διαιτητικοί παράγοντες σχετίζονται με τον ορθοκολικό καρκίνο βασίζεται σε επιδημιολογικές μελέτες που δείχνουν ότι η θνησιμότητα αυξάνει σε πληθυσμούς που καταναλώνουν πολλές θερμίδες, πολλές πρωτεΐνες ζωικής προέλευσης και κορεσμένα λίπη, και λίγες φυτικές ίνες. Οι πληθυσμοί που έχουν αυξημένο ποσοστό στεφανιαίας νόσου και υψηλά επίπεδα χοληστερίνης έχουν και αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ορθοκολικού καρκίνου. Κάποια είδη λιπών μπορεί να συμβάλλουν κατά το στάδιο ανάπτυξης του καρκίνου. Το αλκοόλ είναι ένας ακόμα προδιαθεσικός παράγοντας, χωρίς αυτό να είναι καθολικά παραδεκτό.
- Η αυξημένη πρόσληψη αντιοξειδωτικών συστατικών (όπως βιταμίνη C και E) φαίνεται πως μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης αυτού του καρκίνου. Η ασπιρίνη φαίνεται ότι παρεμποδίζει την ανάπτυξη όγκων του παχέος εντέρου.
- Προσωπικό ιστορικό ορθοκολικού ή άλλου είδους καρκίνου ή πολύποδα.
Οι γυναίκες που έχουν καρκίνο των ωοθηκών, του ενδομητρίου ή του μαστού έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν και ορθοκολικό καρκίνο.
- Γενετικοί παράγοντες (οικογενειακό ιστορικό ορθοκολικού καρκίνου ή πολύποδα). Περίπου 25 % των ασθενών έχουν οικογενειακό ιστορικό νόσου.
- Ηλικία. Ο κίνδυνος για την εμφάνιση του ορθοκολικού καρκίνου αυξάνει με την ηλικία. Ατομα με ηλικία άνω των 55 ετών έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ορθοκολικό καρκίνο.
- Καθιστική ζωή. Η έλλειψη σωματικής άσκησης επηρεάζει την κινητικότητα του εντέρου με αποτέλεσμα να αυξάνει ο κίνδυνος για ορθοκολικό καρκίνο.
- Χρόνια Φλεγμονώδης Εντερική Νόσος. Ο ορθοκολικός καρκίνος θεωρείται επιπλοκή χρόνιας φλεγμονώδους εντερικής νόσου και είναι πιο συχνός σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Η επίπτωση της νόσου αυξάνει όσο μεγαλύτερο είναι το τμήμα του εντέρου που έχει προσβληθεί και όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια και η σοβαρότητα της κολίτιδας.

2.2 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ – ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ⁷

Ο πιο συχνός ιστολογικός τύπος είναι το αδενοκαρκίνωμα. Σπανιότερα απαντώνται το αδеноμαλπιγιακό και το αμιγές μαλπιγιακό καρκίνωμα. Μακροσκοπικά ο όγκος είναι ελκωτικός ή ανθοκραμβοειδής και σπανιότερα σκίρρος ή διηθητικός. Στις διατομές μπορεί να είναι συμπαγής ή βλεννώδης. Αποτελείται από σωληνώδεις-καρκινωματώδεις βλάστες. Ποσοστό 10% περίπου των καρκινωμάτων χαρακτηρίζονται ως βλεννώδη αδενοκαρκινώματα. Περίπου 45% του συνόλου των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου εντοπίζονται στο ορθοσιγμοειδές. Οι άλλες θέσεις το παχέος εντέρου προσβάλλονται λιγότερο συχνά, αν και τα τελευταία χρόνια περιγράφεται «μετανάστευση» του καρκίνου προς το δεξιό κόλο. Ο καρκίνος διηθεί στους περιβάλλοντες ιστούς και τους επιχώριους λεμφαδένες, ενώ μεθίσταται κατά κύριο λόγο στο ήπαρ και λιγότερο στα οστά, τους πνεύμονες και τον εγκέφαλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 ΣΥΜΠΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ⁶

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι:

1. Αίμα στα κόπρανα ή μαύρα κόπρανα
2. Αλλαγή στις συνήθειες αφόδευσης – επιμένουσα διάρροια ή δυσκοιλιότητα
3. Κοιλιακό άλγος
4. Σιδηροπενική αναιμία
5. Απώλεια βάρους, ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, πυρετός
6. Ανεύρεση ψηλαφητής μάζας
7. Οξεία φλεγμονή κοιλιάς (σκωληκοειδίτις, περιτονίτις)
8. Διήθηση γειτονικών ιστών
9. Σηψαιμία και δερματικές εκδηλώσεις

Μερικές φορές ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει απόφραξη του εντέρου και σπανιότερα εντοπισμένη διάτρηση ή περιτονίτιδα. Τα συμπτώματα είναι ο εμετός, η δυσκοιλιότητα, ο περισφιγμένος πόνος και η διάταση (φούσκωμα) της κοιλιάς

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

- 1) Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η *παρουσία αίματος στα κόπρανα*, λόγω αιμορραγίας του όγκου. Η λανθάνουσα αιμορραγία μπορεί να έχει τη μορφή μέλαινας ή αποβολής ζωηρόχρωμου αίματος ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Σπάνια τα καρκινώματα του τυφλού, ανιόντος εγκαρσίου και κατιόντος κόλου, δίνουν συμπτώματα αιμορραγίας λόγω της ανάμειξης του αίματος με το περιεχόμενο του εντέρου. Στην περίπτωση όμως μέλαινας κενώσεως πρέπει να περιλαμβάνεται στη διαφοροδιαγνωστική σκέψη του ιατρού το νεόπλασμα. Ο καρκίνος του σιγμοειδούς και ιδιαίτερα του ορθού εμφανίζεται με αιμορραγία που μπορεί να συνοδεύεται από βλέννη στα κόπρανα. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για να μην αποδίδεται η αιμορραγία σε καλοήθεις παθήσεις του πρωκτού, όπως σε αιμορροΐδες, πριν αποκλειστεί το ενδεχόμενο καρκίνου. Φυσικά οι δύο οντότητες μπορεί να συνυπάρχουν.
- 2) Δεύτερο σε συχνότητα σύμπτωμα είναι η *αλλαγή των συνηθειών του εντέρου*. Δυσκοιλιότητα, διαρροϊκές κενώσεις, εναλλαγή δυσκοιλιότητας και διαρροιών καθώς και μεταβολή της διαμέτρου των κοπράνων είναι δυνατό να αποτελούν πρώιμα συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά οφείλονται συνήθως σε απόφραξη του εντέρου και είναι συνηθέστερα σε καρκίνου του αριστερού

- τμήματος του παχέος εντέρου. Ο αποφρακτικός ειλεός συνεπεία νεοπλάσματος συμβαίνει κυρίως σε εντόπιση στο αριστερό κόλον.
- 3) *Κοιλιακό άλγος* είναι δυνατό να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα του καρκίνου του παχέος εντέρου επί οποιασδήποτε εντοπίσεως. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αποδίδεται επί υπάρξεως πόνου με χαρακτήρες κολικού που μπορεί να συνοδεύεται από διάταση της κοιλιάς και αναστολή αερίων και κοπράνων. Τα χαρακτηριστικά αυτά υποδηλώνουν κώλυμα στην προώθηση του εντερικού περιεχομένου και προσπάθεια υπερνικήσεως του κωλύματος. Πρωκταλγία και τεινεσμός δυνατόν να προέρχονται από διήθηση του σφικτήρος ή του πρωκτικού δακτυλίου και υποδειλώνουν νεόπλασμα του τελικού τμήματος του παχέος εντέρου.
 - 4) Ο καρκίνος μπορεί να εκδηλωθεί με συμπτώματα *υπόχρωμης σιδηροπενικής αναιμίας*. Οι ασθενείς παραπονούνται για αδυναμία, εύκολη κόπωση δύσπνοια και ζάλη ως αποτέλεσμα της χρόνιας απώλειας αίματος από μικροαιμορραγίες του όγκου. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται σε νεοπλάσματα του αριστερού τμήματος του εντέρου, καθώς σε αυτά η αιμορραγία δεν είναι εμφανής, παρουσιάζονται όμως τα αποτελέσματά της. Είναι σημαντικό ο κλινικός ιατρός ο οποίος διαπιστώνει υπόχρωμη σιδηροπενική αναιμία σε άτομο το οποίο δεν παρουσιάζει εμφανή αιτία απώλειας αίματος, ιδιαιτέρως αν είναι κάποιας ηλικίας, να συμπεριλάβει στη διαγνωστική του σκέψη τον καρκίνο και να μην σπεύσει να χορηγήσει αγωγή χωρίς να επιβεβαιώσει την αιτία της.
 - 5) 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.
 - 6) Ανεύρεση *ψηλαφητής ή ορατής μάζας* μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη νεοπλασματικής εξεργασίας, ιδιαίτερα σε νεοπλάσματα του αριστερού παχέος εντέρου.
 - 7) Σπανίως ένα καρκίνωμα του τυφλού εκδηλώνεται με συμπτωματολογία *οξείας σκωληκοειδίτιδος*, ενώ ακόμη σπανιότερο φαινόμενο είναι η *διάτρηση* της σκωλικοειδούς αποφύσεως εξαιτίας του.
 - 8) *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.

9) 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.⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ³

Η υποψία καρκίνου του παχέος εντέρου πρέπει να οδηγήσει τον ιατρό σε αναλυτική λήψη ιστορικού, λεπτομερή κλινική εξέταση και εργαστηριακή διερεύνηση. Το ιστορικό θα προσδιορίσει το χαρακτήρα των συμπτωμάτων και θα καθορίσει την περαιτέρω διερεύνηση, ενώ θα εντοπίσει οικογενή σύνδρομα που παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει πάντοτε δακτυλική εξέταση. Το 10% των νεοπλασμάτων βρίσκονται στο εύρος της διαγνωστικής εμβέλειας του εξεταστικού δακτύλου και είναι δυνατό να αποκαλυφθούν. Σε περίπτωση ανευρέσεως όγκου η εξέταση είναι χρήσιμη για τη σταδιοποίηση και την εξαιρεσιμότητα του όγκου.

Στην ψηλαφητική εξέταση της κοιλίας η ανεύρεση μάζας μπορεί να σημαίνει όχι μόνο ευμέγεθες ή ψηλαφητό νεόπλασμα αλλά ίσως και ένα κεντρικά διατεταμένο έντερο λόγω αποφράξεως εκ του όγκου.

Η ανεύρεση ασκίτη ενδέχεται να οφείλεται σε καρκίνωμα του παχέος εντέρου, μπορεί δε να είναι αιμορραγικός. Ο ασκίτης προκαλείται από γενικευμένη καρκινωμάτωση της κοιλίας και είναι αποτέλεσμα αποφράξεως εκ του νεοπλάσματος της αποχετευτικής λεμφικής οδού της περιτοναϊκής κοιλότητας.

Η διαγνωστική προσπάθεια συνεχίζεται με *ορθοσιγμοειδοσκόπηση*. 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 νεοπλάσματος περιφερικότερα. Ιδιαίτερα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τα νεοπλάσματα παρουσιάζουν μία τάση περιφερικότερης εντόπισης και απαιτείται περαιτέρω έλεγχος.

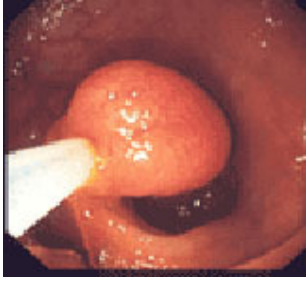
Ακολούθως εκτελείται ο ακτινολογικός έλεγχος. Μετά την ακτινογραφία κοιλίας λαμβάνει χώρα *βαριούχος υποκλυσμός διπλής σκιαγραφίσεως*. Η εξέταση γίνεται μετά από ικανοποιητική επάλειψη του

εντέρου με διάλυμα βαρίου και ακολουθεί η διάταση με εμφύσηση αέρα με σκοπό την επίτευξη καλύτερης ακτινολογικής αντιθέσης.

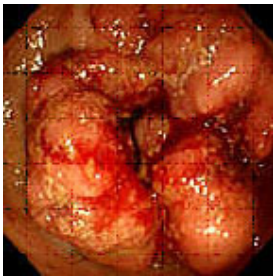
Λαμβάνονται πολλαπλές ακτινογραφίες σε όρθια θέση σε αριστερή και δεξιά πλάγια κατακεκλιμένη θέση. Για την εκτέλεση της εξέτασης απαιτείται προετοιμασία του εντέρου με υδρική δίαιτα, λήψη καθαρτικών και υψηλό υποκλυσμό. Τα συνηθέστερα ευρήματα είναι ανώμαλο έλλειμμα σκιαγράφησης, στένωση του αυλού, απουσία περισταλισμού σε συγκεκριμένη περιοχή και ανωμαλία της παρυφής του βλεννογόνου του εντέρου. Η εξέταση είναι ευαίσθητη 50-80% για πολύποδες < 1 cm, 70-90% για πολύποδες >1 cm και 55-85% στο πρώιμο καρκίνωμα. Η εξέταση είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με ορθοσιγμοειδοσκόπηση, διότι μόνο με το βαριούχο υποκλυσμό δεν ελέγχεται σωστά το ορθό. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η ευαισθησία της μεθόδου και πλησιάζει αυτή της κολοσκόπησης για καρκινώματα και αδενώματα >1 cm. Η μέθοδος δεν επιτρέπει τη λήψη βιοψιών και την αφαίρεση των πολυπόδων. Στην εξέταση αξιολογούνται μόνο τα θετικά αποτελέσματα.

Σε περίπτωση που με το βαριούχο υποκλυσμό βρεθεί ύποπτη αλλοίωση ή στην περίπτωση που δεν υπάρχουν ευρήματα αλλά η κλινική υποψία είναι ισχυρή εκτελείται *κολοσκόπηση*. 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 πολυπόδων και αιμόσταση. Απαιτείται η προετοιμασία του ασθενούς δύο ημέρες πριν την εξέταση με υδρική δίαιτα, λήψη καθαρτικών και κλύσματα που αποσκοπεί στο σχολαστικό καθαρισμό του εντέρου. Η κολοσκόπηση 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 κολοσκόπησης είναι η αδυναμία προωθήσεως του οργάνου μέχρι το τυφλό που αγγίζει το 10-15% ακόμη και σε πεπειραμένους ενδοσκόπους. Τα ποσοστά επιτυχίας ολικής κολοσκόπησης 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.



Εικόνα 1. Ενδοσκοπική εικόνα πολύποδος του παχέος εντέρου. Ο πολύποδας έχει περιβρογισθεί με τον βρόγχο πολυποδεκτομής (εισάγεται μέσω του κολονοσκοπίου) και είναι έτοιμος για αποκοπή.



Εικόνα 2. Ενδοσκοπική εικόνα καρκίνου του παχέος εντέρου

Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος εκτός από μία πτώση του αιματοκρίτη και τον προσδιορισμό του τύπου της αναιμίας, δεν αναμένεται να αποδώσει ιδιαίτερα διαγνωστικά στοιχεία, βοηθάει όμως στη αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενή. 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). 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 καλοήθεις 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. 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 ras-ογκογονιδίων που προκαλούν τον καρκίνο, ενώ επιχειρείται η ανίχνευση των όγκων με ραδιοσημασμένα μονοκλωνικά αντισώματα εναντίον αντιγόνων των καρκινικών κυττάρων.

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 αποτελεσματικότητά 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 κλασσική 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 κλασσική 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.

Η *ενδοαυλική υπερηχοτομογραφία* είναι μία νεότερη μέθοδος που έχει μικρό ρόλο στη διάγνωση, αλλά φαίνεται ότι είναι αρκετά ευαίσθητη στην εκτίμηση της διήθησης του τοιχώματος του ορθού και στην εύρεση ενδοπυελικών λεμφαδένων. Πρόσφατα έχει χρησιμοποιηθεί η τεχνική της υδροκολονικής υπερηχοτομογραφίας (Hydrocolonic 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.¹

Μετά την επιβεβαίωση της ύπαρξης όγκου στο παχύ έντερο αναζητείται η έκταση της νόσου. Εκτελείται ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα με λήψη ακτινογραφιών προσθοπίσθιας και πλάγιας (face-profil). Η αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας χρησιμοποιείται για τον έλεγχο μεταστάσεων στο χώρο και πρέπει πάντοτε να εκτελείται. Η αξονική τομογραφία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό ενδείξεων υποτροπής του όγκου μετά από αφαίρεση του σε ασθενείς που έχουν υποστεί ήδη χειρουργική θεραπεία. Για την αύξηση της ευκρίνειας της εξέτασης χρησιμοποιείται σκιαγραφικό ή εμφυσείται αέρας στο έντερο και λαμβάνονται λεπτές τομές. Ο περαιτέρω έλεγχος εξαρτάται από τα συμπτώματα που συνυπάρχουν. Όταν υφίσταται πόνος στα οστά πραγματοποιείται σπινθηρογράφημα, ενώ, εάν κριθεί απαραίτητο, θα πραγματοποιηθεί αξονική τομογραφία και σε άλλες περιοχές του σώματος. Η μαγνητική τομογραφία είναι ευαίσθητη μέθοδος που μπορεί να διαγνώσει τόσο τις μεταστάσεις του όγκου όσο και την τοπική υποτροπή της νόσου μετά από χειρουργική επέμβαση. Έχει δοκιμαστεί πρόσφατα πειραματικά μαγνητική τομογραφία με ενδοεντερικό σπείραμα (MRI with endorectal coil) για την εκτίμηση του βάθους διηθήσεως του όγκου και τοπικής υποτροπής.

4.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ³

Διαφορική διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου πρέπει να γίνει από νοσήματα που εκδηλώνονται με συμπτώματα αιματηρών κενώσεων, αναιμία, διαταραχή των κενώσεων ή κοιλιακό πόνο. Τα νοσήματα που μπορεί να προκαλέσουν αποβολή αίματος με τις κενώσεις είναι πολλά. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλάβει τις εσωτερικές αιμορροΐδες, τους πολύποδες, την ελκώδη κολίτιδα, τη μετακτινική κολίτιδα, την εκκολπωμάτωση. Αλλαγή στο ρυθμό των κενώσεων ή κλινική εικόνα ατελούς ή πλήρους απόφραξης μπορεί επίσης να προκληθεί από εκκολπωματίτιδα, ισχαιμική ή μετακτινική κολίτιδα ή συστροφή σιγμοειδούς. Μερικές φορές η τελική διάγνωση γίνεται στο χειρουργείο, επειδή ορισμένοι από τους αρρώστους χειρουργούνται επειγόντως με αποφρακτικό ειλεό ή διάτρηση. Ο πόνος στο δεξιό πλάγιο της κοιλίας ή η ψηλαφητή μάζα από καρκίνο του τυφλού ή του ανιόντος κόλου απαιτούν διαφορική διάγνωση από οξεία σκωληκοειδίτιδα, νόσο Crohn, νοσήματα του δεξιού νεφρού και σε ηλικιωμένα άτομα παθήσεις του στομάχου ή των χοληφόρων. Στις γυναίκες η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλάβει *την συστροφή κύστης ωοθήκης και την ενδομητρίωση*. Η ανεύρεση καλοήθους αιτίας αιμορραγίας, όπως π.χ. πολύποδα ή αιμορροειδοπάθεια, δεν πρέπει να αποπροσανατολίζει από την ορθή οδό διερεύνησης του ασθενούς με ολική κολοσκόπηση ή βαριούχο υποκλυσμό καλής ποιότητας.

4.3 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ²

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου ξεκινά ως ενδοβλεννογόνια επιθηλιακή βλάβη που αναπτύσσεται μέσα σε αδενωματώδεις πολύποδες ή σε αδένες. Όσο επεκτείνεται ο όγκος διεισδύει και διαπερνά το μυϊκό χιτώνα, εισβάλλοντας σε αιμοφόρα αγγεία και λεμφαγγεία. Έτσι επεκτείνεται σε γειτονικούς ιστούς, σε τοπικούς λεμφαδένες ή δίνει απομακρυσμένες μεταστάσεις. Συνήθως αναπτύσσεται αργά. Με ραδιογραφικές μεθόδους έχει βρεθεί ότι ο μέσος χρόνος διπλασιασμού του όγκου είναι 620 ημέρες (Bressalier 1998). Η λεμφαγγειακή και η αιματογενής διασπορά είναι σπάνιες πριν ο όγκος διεισδύσει στη βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα (Woluum 1986). Εξαιρέση αποτελούν όγκοι πολύ χαμηλής διαφοροποίησης που μπορεί να δώσουν μεταστάσεις πριν διαπεράσουν το τοίχωμα του εντέρου.

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

Εξαιτίας των ανωτέρω παρατηρήσεων ο Cuthbert Esquire Dukes, Διευθυντής στο ερευνητικό εργαστήριο του St Mark's Hospital του Λονδίνου, προτείνει έναν συγκεκριμένο τρόπο σταδιοποίησης: Στο στάδιο A περιλαμβάνονται οι όγκοι που διηθούν έως και τμήμα του μυϊκού χιτώνα, στο στάδιο B οι όγκοι που διηθούν όλο το μυϊκό χιτώνα και τον ορογόνο και επεκτείνονται πέραν αυτού στο περικολλικό λίπος και στο στάδιο C οι όγκοι που έχουν διηθήσει λεμφαδένες του μεσεντερίου.

Από τότε, η κατάταξη του Dukes έχει τροποποιηθεί αρκετές φορές, στην προσπάθεια να αυξηθεί η προγνωστική της αξία όσον αφορά τον καρκίνο του παχέος εντέρου και ορθού. Μία από τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες τροποποιήσεις της σταδιοποίησης κατά Dukes είναι αυτή που προτάθηκε το 1954 από τους Astler και Coller. Μία από τις

συχνότερα χρησιμοποιούμενες τροποποιήσεις της σταδιοποίησης κατά Dukes είναι αυτή που προτάθηκε το 1954 από τους Astler και Coller. Αυτή η κατάταξη περιγράφει τα εξής στάδια:

A, για όγκους που περιορίζονται στο βλεννογόνο

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

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

C, για όγκους με διηθημένους τοπικούς λεμφαδένες.

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

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

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

Ταξινόμηση TNM

T (tumor) : Πρωτοπαθής εστία

- 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

Είναι εμφανές ότι η πρόγνωση είναι πτωχότερη όσο αυξάνει το στάδιο της νόσου. Αφού έχουν καθοριστεί οι T, N και M παράμετροι ενός ασθενούς, συνήθως μετά τη χειρουργική επέμβαση, οι πληροφορίες αυτές συνδυάζονται και δίνουν τη σταδιοποίηση, για να καθοριστεί το στάδιο του όγκου, που συμβολίζεται με λατινικούς χαρακτήρες από το στάδιο I (το λιγότερο προχωρημένο στάδιο) έως το στάδιο IV (το πιο προχωρημένο στάδιο):

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

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

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

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

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

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

Στάδιο IIIC : Κάθε T, N2, Mo : Ο καρκίνος μπορεί να είναι κάθε T, αλλά έχει διηθήσει 4 ή περισσότερους επιχώριους λεμφαδένες χωρίς να έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένες περιοχές.

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

Συσχέτιση TNM / Dukes / Astler - Coller

TNM	Dukes	Astler - Coller
O		
I	A	A, B1
IIA	B	B2
IIB	B	B3
IIIA	C	C1
IIIB	C	C2, C3
IIIC	C	C1, C2, C3
IV		D

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΠΡΟΛΗΨΗ²

5.1.1 Θεραπεία

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

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

Τα διάφορα στάδια του καρκίνου στο παχύ έντερο περιγράφονται από τους ιατρούς με την επιστημονική ένδειξη Dukes.

5.1.2 Χειρουργική επέμβαση

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

Στην εγχείρηση αφαιρείται ένα μέρος του εντέρου που συμπεριλαμβάνει τον όγκο και επίσης αφαιρούνται οι λεμφαδένες της περιοχής, όπου συνήθως καρκινικά κύτταρα μπορεί να εισέλθουν και να προκαλέσουν μεταστάσεις. Στην συνέχεια γίνεται επανένωση των άκρων του εντέρου που παρέμεινε. Αν για κάποια αιτία δεν μπορεί να επανενωθεί τα έντερο τότε διαμέσου μίας τομής στην περιοχή της κοιλιάς, ο ιατρός θα φέρει και θα εφαρμόσει το έντερο στο επίπεδο του δέρματος. Αυτό το είδος της χειρουργικής διαδικασίας ονομάζεται κολοστομία και το σημείο της τομής είναι γνωστό σαν στομία. Από το σημείο της στομίας θα εξέρχεται το περιεχόμενο του εντέρου (κόπρανα) το οποίο θα περισυλλέγεται μέσα σε ειδικό σακούλι, το συλλέκτη, και που σύμφωνα με τις προδιαγραφές του, είτε θα αλλάζεται, είτε θα αδειάζεται. Συνήθως η κολοστομία είναι προσωρινή θεραπευτική αντιμετώπιση και σε μεταγενέστερο στάδιο επιχειρείται η επανένωση και η επαναφορά του εντέρου στη θέση του με άλλη χειρουργική επέμβαση. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί η κολοστομία για κάποιους λόγους να είναι και μόνιμη. Όταν ο όγκος που θα αφαιρεθεί βρίσκεται στο άνω μέρος του παχέος εντέρου στο σημείο όπου ενώνεται με το λεπτό έντερο,

τότε η χειρουργική διαδικασία αφαίρεσης του και η εξαγωγή του εντέρου στην περιοχή της κοιλιάς ονομάζεται ειλεοστομία. Και σ' αυτή την περίπτωση θα περισυλλέγεται το περιεχόμενο του εντέρου μέσα στον ειδικό συλλέκτη όπως και την κολοστομία. Αυτή η επέμβαση γενικά είναι προσωρινή.

Για τους σκοπούς της εγχείρησης, θα χρειασθεί να εισαχθείτε στο νοσοκομείο ή στην χειρουργική κλινική μία μέρα προηγουμένως για την σχετική προετοιμασία κυρίως του εντέρου με την χορήγηση ειδικών καθαρτικών ή και αντιβίωσης. Όταν ο όγκος δημιουργεί απόφραξη, τότε δεν γίνεται ο καθαρισμός του εντέρου. Σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου, ο ιατρός θα κάνει την εγχείρηση για να πάρει δείγμα από τα καρκινικά κύτταρα του όγκου για βιοψία.^{2,5,6}

Σε ορισμένα άτομα με καρκίνο στο παχύ έντερο υπάρχει ένδειξη για να υποβληθούν σε κολοστομία. Αν και στην δική σας περίπτωση επιβάλλεται αυτός ο χειρισμός τότε χρειάζεται χρόνος και υπομονή μέχρι να συνηθίσετε τον τρόπο και τις διαδικασίες για καλή φροντίδα. Η εκπαίδευση στην φροντίδα της κολοστομίας, σε ορισμένα νοσοκομεία/κλινικές, αρχίζει λίγες ημέρες πριν από την επέμβαση. Αυτή την εκπαίδευση προς τους ασθενείς ή και στους συγγενείς γίνεται από ειδικές νοσηλεύτριες στην φροντίδα της κολοστομίας. Μετ' εγχειρητικά, όταν θα αρχίσει η ανάρρωση, οι νοσηλεύτριες θα αρχίσουν να σας δείχνουν πώς να φροντίζετε από μόνος σας την κολοστομία. Στην αρχή όμως θα φροντίζουν την κολοστομία σας οι νοσηλεύτριες και σιγά-σιγά θα παρακολουθείτε τον τρόπο και τον χειρισμό της όλης φροντίδας αλλά και την περιποίηση που γίνεται στο δέρμα της γύρω περιοχής. Μπορείτε να συναντηθείτε και να συνομιλήσετε με άτομα που είχαν την ίδια εμπειρία μ' εσάς, αν το θελήσετε. Αυτά τα άτομα ξέρουν και μπορούν να σας καθοδηγήσουν και θα σας βοηθήσουν να βρείτε τον τρόπο να ζείτε με την κολοστομία σας. Επίσης εθελοντές ή το προσωπικό που στελεχώνουν τις διάφορες υπηρεσίες των οργανώσεων/συνδέσμων των ασθενών με καρκίνο, μπορούν να σας προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες και βοήθεια αν αποταθείτε κοντά τους. Πριν από την εγχείρηση ο ιατρός θα επιλέξει το σημείο που θα κάνει την κολοστομία έτσι ώστε να συνάδει με τις κινήσεις σας και να μην επηρεάζεται η εφαρμογή του συλλέκτη σ' οποιαδήποτε στάση και αν βρίσκεστε.^{24,27}

5.1.3 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του παχέος εντέρου χρησιμοποιείται τόσο στη γενικευμένη νόσο, όσο και σε συμπληρωματική θεραπεία μετά την επέμβαση. Οι φθοριοπυριμιδίνες, με κύριο εκπρόσωπο την 5-φθοριουρακίλη, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής αντιμετώπισης με κυτταροστατικά. Μεγάλος

αριθμός κυτταροστατικών έχουν δοκιμασθεί μόνα ή σε συνδυασμούς, όμως σε λίγα από αυτά παρουσιάστηκε μερική θεραπευτική ανταπόκριση. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με την 5-φθοριουρακίλη οι λεγόμενοι φαρμακολογικοί τροποποιητές με κύριο εκπρόσωπο το φολλινικό οξύ. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, όπως ενθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα με την χορήγηση ιντεφερόνης και 5-φθοριουρακίλης. Από τις τελευταία χρησιμοποιούμενες επίσης μεθόδους, η ενδοηπατική έγχυση συνδυασμού κυτταροστατικών μέσω χειρουργικού καθετηριασμού αρτηρίας είναι αρκετά ελπιδοφόρα. Σε περιπτώσεις ανεγχείρητου αποφρακτικού καρκινώματος η διάνοιξη του αυλού με ακτίνες Laser βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών.²⁰

5.1.4 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται προεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά σε περιπτώσεις καρκίνου του ορθού με λεμφαδενική διήθηση. Ο θεραπευτικός αυτός χειρισμός μειώνει το ρυθμό τοπικής υποτροπής και την επιβίωση των ασθενών.¹

5.1.5 Θεραπευτικές εξελίξεις - Πρόσφατα επιτεύγματα

Με την πρόοδο της τεχνολογίας και τα αλματώδη βήματα στην φαρμακευτική έρευνα, έχουν εφευρεθεί νέοι αντικαρκινικοί παράγοντες ή αλλιώς βιολογικοί, οι οποίοι ανήκουν στην κατηγορία των στοχευόμενων θεραπειών. Σε αντίθεση με την κλασική χημειοθεραπεία, η δράση των νέων παραγόντων αυτών δεν είναι κυτταροτοξική αλλά επεμβαίνουν σε «μοριακές οδούς» των καρκινικών κυττάρων αναστέλλοντας έτσι τη δράση τους με άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα το θάνατό τους.

Οι «έξυπνες» αυτές θεραπείες έχουν θεαματικά κλινικά αποτελέσματα αλλά με χαμηλή τοξικότητα, έτσι οι ασθενείς έχουν από τη μία πλευρά αποτελεσματική θεραπεία και από την άλλη πλευρά υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Ένα από τα σημαντικότερα βήματα σε αυτό το τομέα είναι η ανακάλυψη του ρόλου της αγγειογένεσης στον καρκίνο, καθώς και η αντικαρκινική αποτελεσματικότητα των αντιαγγειογενετικών παραγόντων.

Η αγγειογένεση, η δημιουργία δηλαδή αγγειακού δικτύου στον όγκο, είναι υψίστης σημασίας για την αύξηση του όγκου και τη δυνατότητά του για δημιουργία μεταστάσεων. Στην ουσία χωρίς αυτό το αγγειακό δίκτυο, τα καρκινικά κύτταρα δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε θρεπτικά συστατικά και σε οξυγόνο, απαραίτητοι παράγοντες για τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων του όγκου. Το καρκινικό αγγειακό δίκτυο διευκολύνει την πρόσβαση σε αυτούς τους παράγοντες.

Υπάρχουν όμως κάποιες ιδιαιτερότητες στο δίκτυο αυτό που το ξεχωρίζουν από το φυσιολογικό. Ένα τέτοιο χαρακτηριστικό είναι η άναρχη και ανώριμη δομή του.

Με την ανακάλυψη των αντιαγγεογενετικών φαρμάκων, είναι δυνατό αν ανασταλεί η δημιουργία του καρκινικού αγγειακού δικτύου και να καταρρεύσει το ήδη υπάρχον. Έτσι ο όγκος δεν μπορεί να τραφεί, τα καρκινικά κύτταρα ατροφούν και πεθαίνουν. Ταυτόχρονα με τον σταδιακό θάνατο των καρκινικών κυττάρων, εμποδίζεται και η ανάπτυξη νέων αφού δε θα είναι δυνατή η ανάπτυξή τους λόγω έλλειψης θρεπτικών συστατικών και οξυγόνου.

Μετά λοιπόν τις ελπιδοφόρες προκλινικές μελέτες, προχώρησαν σε κλινικές έρευνες μεγάλης κλίμακας όπου αποδείχθηκε και πρακτικά αυτό που είχε φανεί στα αρχικά πειράματα. Η προσθήκη αντιαγγεογενετικών παραγόντων στην κλασσική χημειοθεραπεία προσέθεσε σημαντικό κλινικό όφελος χωρίς να μειώνεται η ποιότητα ζωής, αντιθέτως, το σημαντικό κλινικό όφελος συνοδεύεται από πολύ καλό προφίλ ασφάλειας.

Έτσι, σήμερα μπορούμε να μιλήσουμε για μία νέα γενιά φαρμάκων, τους αντιαγγεογενετικούς παράγοντες, οι οποίοι έφεραν μία νέα, επαναστατική και ασφαλή μέθοδο αντιμετώπισης του καρκίνου. Οι νέοι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τα φάρμακα irinotecan, oxaliplatin και capecitabine. Τα νέα φάρμακα με «στοχευμένη» δράση περιλαμβάνουν τα: bevacizumab, cetuximab και προσφάτως το panitumumab.²⁰

5.2 ΠΡΟΛΗΨΗ³

Ο προληπτικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου είναι πολύ σημαντικός γιατί:

α. Η πάθηση αυτή είναι αρκετά συχνή: η πιθανότητα ενός ατόμου να εμφανίσει κάποια στιγμή καρκίνο του εντέρου είναι 6%.

β. Ο καρκίνος του εντέρου μπορεί εύκολα να προβλεφθεί, γιατί: Αρχικά γεννιέται ως καλοήθης πολύπους ("προκαρκινική" κατάσταση) Ο καλοήθης πολύπους διαρκεί για χρόνια, προτού εξελιχθεί σε καρκίνο. Ο καλοήθης πολύπους θεραπεύεται εύκολα με τη μέθοδο της ενδοσκοπικής πολυποδεκτομής, δηλαδή χωρίς εγχείρηση. Η πολυποδεκτομή διακόπτει την εξέλιξη σε καρκίνο. Ακόμα και όταν έχει δημιουργηθεί πραγματικός καρκίνος, όταν είναι σε πρώιμο στάδιο θεραπεύεται πλήρως με εγχείρηση, αλλά κατά κανόνα χωρίς παρά φύση έδρα.³

Α. Σε προληπτικό έλεγχο υποβάλλονται συνήθως υγιείς άνθρωποι που έχουν το συνήθη "κίνδυνο" για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται σημαντικά μετά την ηλικία των 50.

Αυτό βέβαια αφορά σε ανθρώπους που είναι υγιείς, δεν παρουσιάζουν δηλαδή συμπτώματα από το έντερο και δεν έχουν ιστορικό που να τους εντάσσει στην κατηγορία των ατόμων με αυξημένο κίνδυνο να πάθουν τη νόσο.

Β. Ο προληπτικός έλεγχος είναι πιο εντατικός και αρχίζει νωρίτερα σε ανθρώπους που το ιστορικό τους -προσωπικό ή οικογενειακό- τους τοποθετεί σε ομάδα με υψηλότερο, από το συνηθισμένο, κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο είναι:

- Ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου ή πολυπόδων σε στενό συγγενή (συγγενής πρώτου βαθμού). Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όταν υπάρχουν δύο ή περισσότεροι πρώτου βαθμού συγγενείς ή συγγενής που έπαθε τον καρκίνο αυτό σε νεαρή ηλικία.
- Ιστορικό καρκίνου του μαστού ή του ενδομητρίου στις γυναίκες.
- Ιστορικό ελκώδους κολίτιδος. Ο κίνδυνος καρκίνου είναι αυξημένος στις ελκώδεις κολίτιδες που προσβάλλουν μεγάλο μέρος του εντέρου και για πολλά χρόνια.
- Ιστορικό προηγούμενων πολυπόδων ή και καρκίνου του παχέος εντέρου που θεραπεύτηκε, στον ίδιο τον ασθενή. Υπάρχει κίνδυνος να παρουσιαστεί και άλλος -ανεξάρτητος από τον προηγούμενο- καρκίνος!

Η σπαστική κολίτιδα δεν αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου. Αν συντρέχει κάποια από τις παραπάνω περιπτώσεις, δεν υπάρχει κανείς απολύτως λόγος για πανικό. Ο προληπτικός έλεγχος εξασφαλίζει ότι ο καρκίνος μπορεί πάντα να προληφθεί. Τι περιλαμβάνει ο προληπτικός έλεγχος;

Οι εξετάσεις του προληπτικού ελέγχου είναι:

- Η δακτυλική εξέταση του εντέρου από το γιατρό.
- Η εξέταση κοπράνων για αφανή ίχνη αίματος.
- Η σιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο όργανο.
- Η κολοσκόπηση, κατά την οποία το παχύ έντερο (το κόλον) γίνεται άμεσα ορατό συνήθως σε όλο του το μήκος.
- Ο βαριούχος υποκλυσμός -διπλής αντίθεσης.

5.3 ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

5.3.1 Επιτήρηση Γενικού Πληθυσμού (Ασυμπτωματικά Ατομα)

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι εξαιρετικά συχνός και η πρόωμη διάγνωσή του αυξάνει κατά πολύ την επιβίωση του γενικού πληθυσμού. Στην ομάδα αυτή των ατόμων που χαρακτηρίζεται ως συνήθους κινδύνου περιλαμβάνονται ασυμπτωματικοί άνδρες και γυναίκες άνω των 45 ετών . Στην κατηγορία αυτή δεν ανήκουν άτομα με συμπτώματα που υποδηλώνουν καρκίνο του παχέος εντέρου και οι ομάδες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του παχέος εντέρου.

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

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

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

2) Ορθοσιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο ενδοσκόπιο κάθε 5 έτη μετά την ηλικία των 45 ετών.

3) Ολική κολοσκόπηση κάθε 10 χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών.

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

5.3.2 ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

5.3.2.1 Επιτήρηση οικογενειών με κληρονομούμενα σύνδρομα

Είναι απαραίτητο να τίθεται η υποψία για κληρονομούμενα σύνδρομα καρκίνου παχέος εντέρου, όταν υπάρχει ιστορικό πολλαπλών περιπτώσεων καρκίνων σε στενούς συγγενείς δια μέσου των γενεών και ο καρκίνος εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία. Αναλόγως του συνδρόμου των πασχόντων ατόμων προτείνεται και ο έλεγχος με στόχο την έγκαιρη διάγνωση.

I. Οικογενής αδενωματοώδης πολυποδίαση

- 1) Γονιδιακός έλεγχος των μελών της οικογένειας που έχει το σύνδρομο από την εφηβική ηλικία Στα τέκνα των διαγνωσθέντων ατόμων έμμεση οφθαλμοσκόπηση από την βρεφική ηλικία.
- 2) Εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανά 6μήνες ή ανά έτος από την ηλικία των 12 ετών. Μετά τα 40 έτη η συχνότητα της εξέτασης μπορεί να μειωθεί στα 3 έτη. Η ολική κολοσκόπηση αρχίζει να πραγματοποιείται, όταν κριθεί αναγκαίο.
- 3) Όταν εμφανιστούν αδενώματα στο παχύ έντερο συνιστάται και ενδοσκοπικός έλεγχος του ανώτερου πεπτικού ανά 3-5 έτη.
- 4) Επί παρουσίας του συνδρόμου επιβάλεται ολική κολεκτομή. Στα παιδιά συνιστάται αναμονή μέχρι την ενηλικίωση.

II. Σύνδρομο κληρονομούμενου μη πολυποδιασικού καρκίνου παχέος εντέρου (Σύνδρομο Lynch I και II)

- 1) Οι γονιδιακές δοκιμασίες για τη διάγνωση του συνδρόμου είναι πολύπλοκες με χαμηλή ευαισθησία και δεν είναι πρακτικά

διαθέσιμες για την έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου όπως στην οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση.

- 2) Άτομα με οικογενειακό ιστορικό πρέπει να ελέγχονται με ολική κολοσκόπηση κάθε 1-2 έτη από την ηλικία των 20 ετών ή από ηλικία κατά 5 έτη μικρότερη από το νεότερο συγγενή που εμφάνισε καρκίνο του παχέος εντέρου. Μετά την ηλικία των 40 ετών η κολοσκόπηση πρέπει να γίνεται ετησίως.

III. Σύνδρομο Peutz-Jeghers

- 1) Σε ασυμπτωματικά άτομα σε κίνδυνο συνιστάται ετήσιο έλεγχος κοπράνων για λανθάνουσα απώλεια αίματος από την ηλικία των 20 ετών και εύκαμπτη ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανά 3 έτη.
- 2) Όταν τεθεί η διάγνωση του συνδρόμου συνιστάται εκτός από πλήρη τακτική ενδοσκόπηση του κατώτερου πεπτικού και ενδοσκόπηση του ανώτερου ανά 3-5 έτη.

5.3.2.2 Επιτήρηση ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του παχέος εντέρου (Ελκώδης κολίτιδα / Νόσος του Crohn)

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου αρχίζει να είναι σημαντικός μετά από 8 έτη από την εγκατάσταση πανκολίτιδας ή μετά από 12-15 χρόνια μετά την αριστερή κατανομή της νόσου. Στους υπόλοιπους ασθενείς ο κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου είναι μόλις 1,5 φορές μεγαλύτερος από αυτό του γενικού πληθυσμού. Συνιστάται ολική κολοσκόπηση και λήψη βιοψιών. Η εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 1-2 έτη επί απουσία δυσπλασίας, κάθε 1 έτος επί παρουσίας ακαθόριστης δυσπλασίας, κάθε 3-6 μήνες επί παρουσίας μέτριας δυσπλασίας.

5.3.2.3 Επιτήρηση συγγενών ασθενών με νεόπλασμα παχέος εντέρου

Άτομα με έναν ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού που ανέπτυξαν καρκίνο του παχέος εντέρου ή αδενωματώδεις πολύποδες σε ηλικία κάτω των 60 ετών ή με δύο ή περισσότερους συγγενείς που

ανέπτυξαν καρκίνο σε οποιαδήποτε ηλικία έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου τα ίδια. Τα άτομα αυτά έχουν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με τα άτομα της ομάδας συνήθους κινδύνου. Αντίθετα τα άτομα που έχουν συγγενείς δευτέρου βαθμού και εξής που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου δεφαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο. Συνιστάται ολική κολοσκόπηση κάθε 5 έτη από την ηλικία των 40 ετών ή 10 έτη νωρίτερα από το έτος που εμφανίστηκε ο καρκίνος στο νεότερο συγγενή.

5.3.2.4 Επιτήρηση ασθενων με αδενώματα του παχeos εντερου

Οι ασθενείς αυτοί έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης νεοπλασμάτων στην περιοχή. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή και η επιτήρηση των ασθενών αυτών οδηγούν στη μείωση εμφάνισης της νόσου.

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

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

5.3.2.5 Επιτήρηση ασθενών μετά απο χειρουργική εξαίρεση καρκίνου παχέος εντέρου

Οι ασθενείς αυτοί έχουν αυξημένο κίνδυνο για σύγχρονα και μετάχρονα νεοπλάσματα καθώς και για τοπική υποτροπή του αρχικού νεοπλάσματος.

Συνιστάται έλεγχος με ολική κολοσκόπηση μέσα σε ένα έτος από τη χειρουργική επέμβαση. Εάν η εξέταση είναι αρνητική, προτείνεται επανέλεγχος σε τρία έτη. Εάν και τότε είναι φυσιολογική, συνιστάται έλεγχος κάθε 5 έτη.

Με την έγκαιρη διάγνωση, με τη βοήθεια των σύγχρονων τεχνικών, και τη εντατική ιατρική φροντίδα ευελπιστούμε ότι θα παρατείνουμε την επιβίωση των πασχόντων και θα βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ⁷

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου (δηλαδή η επιβίωση μετά την αρχική διάγνωση) εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το στάδιο της νόσου, μια παράμετρο που καθορίζει το πόσο προχωρημένος είναι ο όγκος. Εφ' όσον ο όγκος βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο (Α και Β) τα τρία τέταρτα των ασθενών βρίσκονται στη ζωή μετά από 5 χρόνια. Όσο όμως το στάδιο μεγαλώνει (C και D) η επιβίωση μικραίνει σημαντικά. Συνολικά ο ένας στους δύο ασθενείς θα βρίσκεται εν ζωή μετά από 5 χρόνια.

Άλλοι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες είναι η έκταση του όγκου, η προσβολή των λεμφαδένων και των αιμοφόρων αγγείων, καθώς και ο ιστολογικός τύπος (η εικόνα του όγκου στο μικροσκόπιο).

Υπάρχουν ακόμη γενετικοί προγνωστικοί δείκτες όπως είναι η ανάλυση των «τόπων» LOH18q και TP53 για τυχόν «μεταλλάξεις». Αυτές οι μεταλλάξεις ενδέχεται να υιοθετηθούν στο μέλλον ως χρήσιμοι προγνωστικοί παράγοντες στην καθημερινή κλινική πράξη.

Τελευταίως χρησιμοποιούνται μέθοδοι όπως το cDNA-microarray, η αλυσωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) καθώς και η fluorescence in situ hybridisation αν και δεν συνιστώνται προς το παρόν ως μέθοδοι ρουτίνας.

Αρκετοί από τους ασθενείς με πρώιμη νόσο θα εμφανίσουν μεταστάσεις. Η μεταστατική νόσος χωρίς καμία θεραπεία έχει επιβίωση περίπου 6-8 μήνες. Ενώ με την συστηματική χημειοθεραπεία και την προσθήκη βιολογικών παραγόντων η επιβίωση μπορεί να ξεπεράσει τους 30 μήνες.

**Κλινικοί και ιστοπαθολογικοί χαρακτήρες που μπορούν να
επιρεάσουν την πρόγνωση**

Χαρακτηριστικά	Επίδραση στην πρόγνωση
<u>Ιστοπαθολογική</u>	
<u>Χειρουργικό – Παθολογοανατομικό στάδιο</u>	
Βάθος διείσδυσης στο τοίχωμα	Αυξημένη διείσδυση – χειρότερη πρόγνωση
Αριθμός τοπικών λεμφαδένων σχετίζονται με τον όγκο	1 – 4 λεμφαδένες καλύτερα από > 4 λεμφαδένες
<u>Ιστολογικά χαρακτηριστικά όγκου</u>	
Βαθμός διαφοροποίησης	Υψηλή διαφοροποίηση είναι προτιμότερη από χαμηλή
Βλενώδεις ή «σφραγιστήρα δακτυλίου»	Κακή πρόγνωση
Διήθηση φλεβών	Κακή πρόγνωση
Διήθηση λεμφαγγείων	Κακή πρόγνωση
Διήθηση νεύρων	Κακή πρόγνωση
Τοπική φλεγμονή και ανοσολογική αντίδραση	Βελτιωμένη πρόγνωση
Μεγέθη όγκου	Πολυποειδές / Εξωφυτικό καλύτερο από ελκωτικό / διηθητικό
Περιεχόμενο DNA	Σε ανευλοειδείς κακή πρόγνωση

Αναφορά στην πενταετή επιβίωση κατά στάδιο στον καρκίνο του παχέος εντέρου (θνητότης γενικά)

Στάδιο I	93%
Στάδιο IIΑ	85%
Στάδιο IIΒ	72%
Στάδιο IIIΑ	83%
Στάδιο IIIΒ	64%
Στάδιο IIIC	44%
Στάδιο IV	8%

Αναφορά στην πενταετή επιβίωση κατά στάδιο στον καρκίνο του παχέος εντέρου (θνητότης Ca) 1990-1999

Στάδιο I	92%
Στάδιο IIΑ	73%
Στάδιο IIΒ	56%
Στάδιο IIIΑ	8%

Αναφορά στην πενταετή επιβίωση κατά στάδιο στον καρκίνο του παχέος εντέρου (θνητότης Ca) 1991-1993

Στάδιο IIIΑ	67%
Στάδιο IIIΒ	44%
Στάδιο IIIC	30%

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: **Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.**

Ας δούμε λίγο πιο αναλυτικά, το κοινωνικό έργο που καλούνται να επιτελέσουν οι νοσηλευτές/τριες, στο δύσκολο δρόμο που καλείται να διανύσει κάθε άνθρωπος αντιμετώπος με τον καρκίνο σε όλα τα βήματα της πορείας του.



Ο νοσηλευτής/τρια ογκολογικών ασθενών, είναι κάτοχος πτυχίου του τμήματος νοσηλευτικής της Ιατρικής Σχολής, με ειδικότητα στην νοσηλευτική ογκολογία. Ενδεχομένως να είναι και κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου ψυχικής υγείας.

Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρια είναι αναγκαίο να χαρακτηρίζεται από:

- Δεξιότητες.
- Επιστημονική κατάρτιση.
- Αγάπη για τους ασθενείς.
- Αίσθημα ευθύνης.
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο.
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη.^{8,29}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ

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

Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την κλινική του κατάσταση, την επιλογή και τον καθορισμό της θεραπείας του, τη χορήγηση των απαραίτητων φαρμάκων και των πιθανών παρενεργειών τους καθώς και της πορείας της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά.

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

Εδώ απαιτείται από τους νοσηλευτές:

1. Ενημέρωση, για την αναγκαιότητα της θεραπείας, για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους, για τις παρενέργειες, για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.
2. Ασφαλής χορήγηση των χημειοθεραπευτικών προφύλαξη από την εξαγγελίωση των φαρμάκων.
3. Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπτώσεων της θεραπείας.
 - Θερμομέτρηση- πυρετός - αρχόμενη λοίμωξη λόγω λευκοπενίας
 - Εξέταση δέρματος- εκχυμώσεις- θρομβοπενία
 - Αλλεργικές εκδηλώσεις, βήχας, δύσπνοια, μεταβολές καρδιακής λειτουργίας (πτώση πίεσης- ταχυκαρδίες)
 - Εκδηλώσεις από ΓΕΣ: διάρροια, μη πρόσληψη υγρών, απώλεια υγρών λόγω εμέτων.
 - Έμμετοι: αριθμός / ποσότητα- χρονική απόσταση από τη θεραπεία
 - Έλεγχος στοματικής κοιλότητας, πρόληψη ή αντιμετώπιση βλεννογονίτιδας ή/και μυκητιασικής στοματίτιδας από χημειοθεραπεία.

4. Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών.
5. Ενημέρωση για εισαγωγή ασθενών σε κλινικές μελέτες.
6. Υποστήριξη των ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα.
7. Παρότρυνση συγγενών και άλλων ατόμων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς για συμμετοχή σε προγράμματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης.
8. Ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά - διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά έτσι ώστε να έχει ο ασθενής υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
9. Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους.
10. Εκμάθηση για χρησιμότητα και αναγκαιότητα καθετήρων όπως Levin Folley, παροχετεύσεων, κολοστομίας, κ.ά.
11. Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενή στην θεραπευτική κλίνη κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας.
12. Την παραμονή στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνο του ασθενή αλλά την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης.
13. Την παραμονή του στο περιβάλλον του. Οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω.
14. Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx)
15. Τις παρενέργειες και την αντιμετώπισή τους (προσωρινές, αντιμετώπισιμες):
 - Κόπωση
 - Πτώση των τριχών της περιοχής που ακτινοβολείται
 - Τοπική αντίδραση στο δέρμα- διαταραχές ύπνου
 - Μυελοτοξικότητα
 - Έμετοι
 - Ακτινική οισοφαγίτις, κολίτις, κυστίτις ²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΧΜΘ

3.1.1 Γνώση– Προετοιμασία – Χρήση

Η εξέλιξη της θεραπευτικής του καρκίνου έλαβε γοργούς ρυθμούς τα τελευταία τριάντα χρόνια και εντατικοποιήθηκε πρόσφατα. Ένα μεγάλο μέρος της εξέλιξης αυτής οφείλεται στη χημειοθεραπεία με κυτταροστατικά φάρμακα. Η εμπειρία που αποκτήθηκε με τη συνεχή χρήση των χημειοθεραπευτικών ουσιών, έχει επιβάλει τρόπους, νόμους και διαδικασίες για τη σωστή χρησιμοποίηση των ουσιών αυτών στην κλινική πράξη. Είναι πλέον γνωστό ότι τα κυτταροστατικά φάρμακα δρουν όχι μόνο στα νεοπλασματικά κύτταρα, αλλά σε όλα τα κύτταρα υγιά και μη του οργανισμού με αποτέλεσμα να εμφανίζουν υψηλό βαθμό τοξικότητας. Η αναφερόμενη τοξικότητα δεν αφορά μόνο τον ασθενή που υποβάλλεται σε αντινεοπλασματική θεραπεία αλλά και το υγειονομικό προσωπικό που έχει ως αντικείμενό του την φύλαξη, διακίνηση, προετοιμασία προς έκχυση και συγκέντρωση απορριμμάτων.

Το προσωπικό που εμπλέκεται στην προετοιμασία χημικοθεραπευτικών φαρμάκων μπορεί να εκτεθεί σε χαμηλές δόσεις φαρμάκων από άμεση επαφή ή εισπνοή. Προσωπικό που επανειλημμένα εκτέθηκε σε κυτταροστατικά φάρμακα έδειξε μεταλλακτική δραστηριότητα στα ούρα του. Αν και δεν έγιναν μακροχρόνιες μελέτες σε εργαζόμενους που χειρίζονται χημειοθεραπευτικών παράγοντες είναι γνωστό ότι αυτά συνδέονται με δευτεροπαθή ανάπτυξη κακοηθών όγκων και χρωμοσωματικών ανωμαλιών. Για το λόγο αυτό η προετοιμασία των κυτταροστατικών φαρμάκων πρέπει να ακολουθεί συγκεκριμένη διαδικασία και να γίνεται από εξειδικευμένο προσωπικό σε ειδικά διαμορφωμένο και εξοπλισμένο χώρο.

Η Διοίκηση Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας, η Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία, Νοσοκομεία και άλλα ιδρύματα φροντίδας υγείας της Ευρώπης και των ΗΠΑ, συνέταξαν οδηγίες που αφορούν την προετοιμασία και το χειρισμό των χημειοθεραπευτικών.

Το προσωπικό δε πρέπει να γνωρίζει:

1. Την χρήση βιολογικού θαλάμου ασφαλείας (θάλαμος νηματικής ροής)
2. Την χρήση χειρουργικών γαντιών κατά τον χειρισμό φαρμάκων και απεκκριμάτων αρρώστων που έλαβαν χημειοθεραπευτικά

3. Την χρησιμοποίηση ρόμπας με μακρύ μανίκι (από υλικό που δεν αποβάλλει σωματίδια), σκούφο κεφαλής, προστατευτικά καλύμματα παπουτσιών, μάσκα και προστατευτικά γυαλιά σε περίπτωση που το προσωπικό δεν δουλεύει σε θάλαμο νηματικής ροής.
4. Τοποθέτηση υλικού που χρησιμοποιήθηκε σε κατάλληλα δοχεία, σάκκους με την ένδειξη "κυτταροτοξικό" .

Βασικές προϋποθέσεις για την σωστή προετοιμασία και την τήρηση μέτρων προφύλαξης είναι:

1. Εργασιακός χώρος που τηρεί τις προδιαγραφές
2. Σωστός εξοπλισμός του εργασιακού χώρου
3. Σωστός χειρισμός των κυτταροστατικών φαρμάκων από το προσωπικό

Με την παρουσία αυτή σκοπός μας είναι να ενημερωθεί το προσωπικό για τον χώρο που χρειάζεται και τον εξοπλισμό που απαιτείται για την προετοιμασία και διάλυση των χημειοθεραπευτικών ουσιών.¹⁸

3.1.2 Παρενέργειες ΧΜΘ

Η Ογκολογία σήμερα είναι ένα ταχύτατο εξελισσόμενο πεδίο έρευνας, θεωριών, εφαρμογών και γνώσεων. Μολονότι η χρήση της νέας γενιάς κυτταροστατικών φαρμάκων με τις δυνατότητες που παρέχουν στην κλινική πράξη υπάρχει ανάγκη για μεγαλύτερη επιμέλεια και προσοχή στην χορήγησή τους. Ωστε οι ανεπιθύμητες παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν να είναι ελεγχόμενες και αναστρέψιμες. Απαιτείται κατά την παρεντερική χορήγησή τους η αυστηρή και σχολαστική εφαρμογή των ισχυόντων στην δεδομένη τομή του χρόνου, κανόνων, για την πρόληψη εξαγγελίωσης.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν διαφόρων ειδών αντιδράσεις. Είτε στο βλεννογόνο της φλέβας ή στους περι-γύρω ιστούς. Κατά την χορήγηση ανθρακυκλινών μπορεί να παρουσιαστεί ερεθισμός κατά μήκος της φλεβικής γραμμής και άλγος χωρίς να έχει γίνει εξαγγελίωση. Αντιθέτως οίδημα, ερεθισμός, αίσθημα καύσου ή κνησμού στο σημείο της έγχυσης επίσης τοπικό πόνο, και μη επαναφοράς του αίματος στην εισρόφηση με σύριγγα ή με την μείωση της υδροστατικής πίεσης, σημαίνει ότι έχει συμβεί εξαγγελίωση. Τα παραπάνω συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν μεμονωμένα ή ταυτόχρονα δύο ή περισσότερα μαζί. Αίσθημα καύσου ή πόνου τοπικά αποτελούν οξείες αντιδράσεις, που παρατηρούνται με την έγχυση BCNU ή Dacarbazine χωρίς να έχει γίνει εξαγγελίωση. Η εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων άνωθεν και γύρω από την φλέβα είναι δυνατό να μειώσουν την ένταση των συμπτωμάτων.

Η σωστή διάλυση και μερικές φορές η περαιτέρω διάλυση των φαρμάκων, όπως επίσης ο αργός ρυθμός της χορήγησης, αρκούν για να έχουμε καλύτερη και μεγαλύτερη ανθεκτικότητα της φλεβικής γραμμής. Βέβαια δεν ισχύει για όλα τα φάρμακα και για όλους τους ασθενείς. Η εξαγγείωση των φαρμάκων είναι ικανή να προκαλέσει βλάβη στους ιστούς. Μια σημαντική επιπλοκή, που πολλές φορές προκαλεί νέκρωση των ιστών, βλάβες στις νευρικές απολύξεις, στους τένοντες και στο τριχοειδικό αγγειακό δίκτυο. Με αποτέλεσμα να έχουμε τοπική ανικανότητα και παραμόρφωση που οδηγεί στην δυσλειτουργία του άκρου. Η ποιότητα των υγιών ιστών έχει αρνητικό αντίκτυπο από την φλυκτανοδική εκδορά της εξαγγείωσης με διάφορους τρόπους (πχ. κακή αιμάτωση, κακή θρέψη κ.ά). Η εκτεταμένη βλάβη συσχετίζεται με το είδος του φαρμάκου, την πυκνότητά του, την ποσότητα που έχει εξαγγειωθεί, και την καθυστέρηση αναγνώρισης της εξαγγείωσης.^{17,19}

Υπάρχουν δύο ομάδες φαρμάκων που προκαλούν τοξικά φαινόμενα στους ιστούς:

1. Τα φάρμακα που προκαλούν άμεση αντίδραση και βλάβη, που άμεσα θεραπεύονται γιατί είναι άμεσα μεταβολιζόμενα όπως (BCNU, Cisplatin, etoposide, 5-fu, mecloteramine, vinblastine, vincristine, vinorelbine) και
2. Τα φάρμακα που προκαλούν μεν άμεση αντίδραση αλλά δε ενώνονται με το DNA των ιστών και παραμένουν σε αυτούς όπως (actinomivine D, dactinomycin, andriamicine, epirubicine, idacubicine, mitomycin C).

Τα φάρμακα της δεύτερης ομάδας μπορεί να προκαλέσουν βαριά βλάβη στους ιστούς με εξελκώσεις, που συχνά απαιτούν χειρουργικό καθαρισμό και γενικά έχουν κακή πρόγνωση.

Η γνώση των παραγόντων κινδύνου όπως προηγηθείσες συνεδρίες, τρίτη ηλικία, κακή θρέψη, προϋπάρχουσες βλάβες στα αγγεία, παρουσία λεμφαδενικών μασχαλιαίων μεταστάσεων, προηγηθείσα ακτινοβολία στην περιοχή της έγχυσης, δερματικά τεστ στο ίδιο άκρο, η παρουσία αδύναμου, μικρού και ευαίσθητου φλεβικού δικτύου καθώς επίσης η επιμελής προσεκτική επιλογή της φλέβας, η επιδέξια φλεβοκέντηση, η καλή τεχνική έγχυσης και γενικώς η προσεκτική εφαρμογή των κανόνων χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι δυνατό να μειώσουν την συχνότητα εμφάνισης της εξαγγείωσης.

Η τοποθέτηση της φλεβικής γραμμής προτιμάται στο αντιβράχιο γιατί η βλάβη που θα συμβεί σε περίπτωση εξαγγείωσης σε επίπεδο νεκρών ιστών και τενόντων είναι λιγότερο έντονη. Μετά το αντιβράχιο προτιμάται η επιφάνεια της άκρα χείρας. Να αποφεύγεται η έγχυση σε σημείο που έχει χορηγηθεί στο παρελθόν ή έχουν γίνει δερματικά τεστ. Συνεχής έλεγχος κατά χρονικά διαστήματα καθόλη την διάρκεια της έγχυσης της φλεβικής γραμμής για ερεθισμό ή τοπικές αντιδράσεις και

έλεγχος για επιστροφή-επαναφορά αίματος. Ενημέρωση του ασθενή για τις προσεκτικές και ήπιες κινήσεις του άκρου που έχει τοποθετηθεί η φλεβική γραμμή. Ενημέρωση μας από τον ίδιο για τυχόν ενοχλητικά συμπτώματα.

Η διαπίστωση ή σε υποψία εξαγγείωσης η διακοπή της έγχυσης πρέπει να είναι άμεση. Μπορούν να εφαρμοστούν ψυχρά επιθέματα για 24h (εκτός των αλκαλοειδών της vinca). Ανύψωση του μέλους ή άκρου και διατήρηση αυτού σε ανάρροπη θέση. Για τα αλκαλοειδή της vinca τοποθετούνται και εφαρμόζονται θερμά επιθέματα. Αντίδοτα υπάρχουν για την mecloretamine το (tisoflaro sodio) και για τα αλκαλοειδή η (taluronintiasi). Τα αντίδοτα για τα άλλα χημειοθεραπευτικά δεν φαίνεται να έχουν καλύτερη δράση από τα ψυχρά επιθέματα.⁹

3.1.3 Εργαστηριακός χώρος εργασίας μονάδων διάλυσης κυτταροστατικών φαρμάκων (Μ.Δ.Κ.Φ.)

Η περιοχή που προορίζεται για την χρήση επικίνδυνων φαρμάκων πρέπει να πληροί ορισμένες προδιαγραφές. Οι χώροι πρέπει να είναι περιορισμένοι και να καθορίζονται με ειδικές πινακίδες. Η είσοδος να απαγορεύεται για μη εντεταλμένο προσωπικό. Οι εργαζόμενοι δεν θα πρέπει να τρώνε, να πίνουν να καπνίζουν, να χρησιμοποιούν καλλυντικά ή να αφήνουν φαγητό στον χώρο αυτό. Θα πρέπει να υπάρχουν σαφείς αναρτημένες οδηγίες για περίπτωση ατυχημάτων (π.χ. επαφή του φαρμάκου με το δέρμα ή τα μάτια).

Η Μ.Δ.Κ.Φ. πρέπει να αποτελείται από τρία χωριστά δωμάτια. Το πρώτο δωμάτιο λειτουργεί ως χώρος γραφείου και χώρος παραμονής του προσωπικού, όταν αυτό δεν απασχολείται με διαλύσεις χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Είναι εξοπλισμένο με γραφεία, βιβλιοθήκη, ηλεκτρονικό υπολογιστή κ.λ.π.

Το δεύτερο δωμάτιο λειτουργεί σαν αποθηκευτικός χώρος, για τα υλικά που χρησιμοποιούνται στην μονάδα (π.χ. σύριγγες, γάντια, γάζες, βελόνες, ορούς) και σαν αποδυτήριο του προσωπικού, για να φορά την προστατευτική ρόμπα, τη μάσκα, τα γάντια και τα ποδονάρια.

Το τρίτο δωμάτιο είναι αυτό στο οποίο πραγματοποιούνται οι διαλύσεις των κυτταροστατικών φαρμάκων. Σ' αυτό τον χώρο πρέπει να εξασφαλίζεται ελεγχόμενη συγκέντρωση των σωματιδίων αέρα.

Το δωμάτιο αυτό διαθέτει φυσικό φωτισμό, φυσικό αερισμό, τεχνητό σύστημα απαγωγής του αέρα και κλειστό ή ημίκλειστο χώρο ασφαλείας (τάξεως III ή IIΒ αντίστοιχα, εντός του οποίου και μόνο γίνεται η προετοιμασία των παρασκευασμάτων με χημειοθεραπευτικά φάρμακα .

Ο χώρος πρέπει να είναι καλά αεριζόμενος και σε περίπτωση κλιματισμού, ο αέρας ποτέ να μην γυρνά ανακυκλωμένος. Οι χώροι αυτοί

έχουν συνήθως σύστημα αερισμού που ή διοχετεύεται ο αέρας του χώρου έξω ή με ειδικά φίλτρα επιστρέφει καθαρός. Κατά την παρασκευή των φαρμάκων πρέπει ο χώρος εργασίας να αερίζεται με φορά εξωτερική. Υπάρχει σχετικός κανονισμός περί αερισμού σε περιβάλλον με καρκινογόνες ουσίες.

Επίσης, πρέπει να διαθέτει ψυγείο για προσωρινή αποκλειστική φύλαξη παρασκευασμάτων και νεροχύτη με τρεχούμενο νερό. Το δάπεδο, οι επιφάνειες εργασίας και οι τοίχοι να καλύπτονται από υλικά που πλένονται εύκολα, με μηδενική απορροφητική ικανότητα, και να μην υπάρχουν κρύπτες ή περιττά έπιπλα που μπορούν να εγκλωβίσουν σκόνη χημειοθεραπευτικών ουσιών. Τέτοια δωμάτια πρέπει να υπάρχουν στο φαρμακείο και στα νοσηλευτικά τμήματα όπου γίνεται προετοιμασία χημειοθεραπευτικών.

Μέσα σ' αυτόν τον χώρο πρέπει να υπάρχει επίσης κυτίο αντιμετώπισης έκτακτων προβλημάτων διάχυσης και διασποράς των κυτταροστατικών φαρμάκων, τοποθετημένο σε εμφανές σημείο.¹⁸

3.1.4 Καταστροφή υλικού κυτταροστατικής αγωγής

Μετά το τέλος της διάλυσης των φαρμάκων κάθε σχήματος ακολουθεί ο καθαρισμός και η αποκομιδή των απορριμμάτων. Τα απορρίμματα χαρακτηρίζονται ως μολυσμένα ή οικιακά. Μολυσμένα απορρίμματα θεωρούνται όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν στον θάλαμο νηματικής ροής, όπως σύριγγες, βελόνες, φιαλίδια, αμπούλες, γάντια, χαρτί, καθώς και οι μάσκες, τα ενδύματα και τα ποδονάρια.

Οικιακά απορρίμματα θεωρούμε οποιαδήποτε αντικείμενα δεν χρησιμοποιήθηκαν στην διαδικασία διάλυσης και δεν βρέθηκαν στο εσωτερικό του θαλάμου νηματικής ροής, όπως χαρτιά, χάρτινα περιβλήματα φαρμάκων, περιβλήματα συριγγών, βελόνων και συσκευών μιας χρήσης. Τα οικιακά απορρίμματα δεν τα ρίχνουμε στους ειδικούς περιέκτες για οικονομικούς λόγους.

Υλικά όπως σύριγγες και βελόνες θα πρέπει να τοποθετούνται σε δοχείο αιχμηρών αντικειμένων με σκληρό τοίχωμα και στη συνέχεια σε πλαστικές σακούλες με ειδική σήμανση ή σε ειδική συσκευή κάψης βελόνων. Απαγορεύεται η θραύση οποιασδήποτε σύριγγας και οι βελόνες πρέπει να πετιούνται ακάλυπτες στον ειδικό κάδο αιχμηρών αντικειμένων. Είδη μιας χρήσης (π.χ. ρόμπες, γάντια) τοποθετούνται επίσης στις ειδικές πλαστικές σακούλες και αποθηκεύονται σε κλειστό κάδο, που βρίσκεται στο χώρο διαχείρισης των φαρμάκων ή τοποθετούνται σε αεροστεγές και άθραυστο δοχείο το οποίο είναι ανάλογο σημειωμένο.

Οι περιέκτες των μολυσματικών απορριμμάτων που βρίσκονται στην Κ.Μ.Δ.Κ.Φ. έχουν σκέπασμα που ανοίγει με το πόδι, είναι αδιάβροχοι και το χρώμα τους είναι διαφορετικό από άλλους περιέκτες. Συλλέγονται πάνω από μία φορά την ημέρα και, για να αποφευχθεί η διασπορά σταγονιδίων από φιαλίδια, αμπούλες, σύριγγες που έχουν χρησιμοποιηθεί, οι περιέκτες αντικαθίστανται από άλλους στην μέση της βάρδιας .

Υγρά απόβλητα, καθώς και οποιαδήποτε ποσότητα φαρμάκου που έχει ανοιχθεί αλλά δεν έχει χρησιμοποιηθεί, θα πρέπει να απορρίπτονται στο σύστημα αποχέτευσης και να ακολουθεί ξέπλυμα με άφθονη ποσότητα κρύου νερού ή να τοποθετούνται σε ειδικό kit ή δοχείο και να αχρηστεύονται (π.χ. θάψιμο σε ειδικές περιοχές ή καύση στους 1000oC). Οι δίσκοι και τα νεφροειδή που θα χρησιμοποιηθούν καθώς και άλλα μη αναλώσιμα υλικά π.χ. γυαλιά, θα πρέπει να πλένονται με άφθονο χλιαρό νερό και στην συνέχεια να ακολουθείται η συνήθης διαδικασία για απολύμανση.

Η μεταφορά των απορριμμάτων θα πρέπει να γίνεται από προσωπικό που φορά μακριά χονδρή ποδιά και χονδρά γάντια και να αποφεύγονται οι πολλές μετακινήσεις τους (μόνο από τον χώρο απόρριψης στο χώρο καύσης ή συλλογής για απομάκρυνση και υγειονομική ταφή).

Τα απορρίμματα αυτού του είδους θα πρέπει να χειρίζονται χωριστά από τα υπόλοιπα απορρίμματα του νοσοκομείου. Ο τελικός προορισμός είναι χώροι τοξικών αποβλήτων που πληρούν τις προδιαγραφές του EPA (Environmental Protection Agency) ή των κατά τόπους νομοθετικών ρυθμίσεων.

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό λοιμώξεων τα υλικά που πρέπει να απορριφθούν, θα πρέπει να συγκεντρώνονται (συλλέγονται) και να καίγονται σε κλιβάνους στους 800-1000oC, ή να γίνεται υγειονομική ταφή τους. Για το κάθε φάρμακο υπάρχουν προτεινόμενες μέθοδοι απόρριψης από την εταιρεία παρασκευής τους.

Για να επιτευχθεί ο στόχος, ο οποίος είναι μια αποτελεσματική διαχείριση των ιατρικών αποβλήτων σε συνάρτηση με την υγιεινή της εργασίας στις υγειονομικές μονάδες χρειάζεται καταρχήν η αναγνώριση της ανάγκης ύπαρξης και προσφοράς υπηρεσιών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας στο χώρο των υγειονομικών μονάδων, και η επάνδρωση των αντίστοιχων υπηρεσιών.²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ - ΕΛΕΓΧΟΣ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΥΠΟ ΧΜΘ - ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

Η χημειοθεραπεία επηρεάζει και τα φυσιολογικά κύτταρα παράλληλα με τα καρκινικά. Η τοξικότητα των φαρμάκων αυτών, δηλαδή της χημειοθεραπείας είναι μεγαλύτερη στα κακοήθη παρά στα φυσιολογικά κύτταρα. Ενώ τα καρκινικά κύτταρα δεν ανακάμπτουν μετά την έκθεση τους στην χημειοθεραπεία, τα υγιή κύτταρα έχουν μηχανισμούς επιδιόρθωσης που τους επιτρέπουν να λειτουργήσουν ξανά φυσιολογικά. Από τους φυσιολογικούς ιστούς, εκείνοι που πολλαπλασιάζονται με ρυθμό ίσο ή και μεγαλύτερο από τους καρκινικούς, δηλαδή ο μυελός των οστών, το επιθήλιο του γαστρεντερικού σωλήνα και οι θύλακες των τριχών, παρουσιάζουν τις πιο συχνές και πιο επικίνδυνες παρενέργειες:

Η *βλεννογονίτιδα της στοματικής κοιλότητας* είναι από τις πιο συχνές και σοβαρές επιπλοκές της θεραπείας του καρκίνου. Παρατηρείται σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία σε ποσοστό 40-76% ανάλογα με το είδος και τις δόσεις των χορηγούμενων φαρμάκων αλλά και σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως η υποκείμενη νόσος, η ηλικία, το επίπεδο στοματικής υγιεινής, η ιδιοσυγκρασία του ασθενούς. Το μεγαλύτερο ποσοστό των λοιμώξεων οφείλεται σε μυκητιασιακές λοιμώξεις. Υπεύθυνος μικροοργανισμός στην συντριπτική πλειοψηφία είναι η *Candida* και ακολουθεί με μεγάλη διαφορά ο *Aspergillus*. Σχετικά σπάνια όμως είναι δυνατόν να παρατηρηθούν και άλλες μυκητιάσεις όπως ιστοπλάσμωση, κρυπτοκοκκίαση, τριχοσπόρωση, κοκκιδιοειδομυκητίαση κ.ά. Οι βακτηριακές λοιμώξεις ακολουθούν σε συχνότητα εμφάνισης. Αυτές οφείλονται κυρίως σε Gram-βακτηρίδια όπως *Pseudomonas*, *klebsiella*, *pztens*, *entezobacter*, *E.Coli* αλλά και σε Gram+ κόκκους κυρίως σε αιμολυτικούς στρεπτόκοκκους. Οι ιογενείς λοιμώξεις της στοματικής κοιλότητας αποτελούν σημαντική επιπλοκή της θεραπείας του καρκίνου με καθοριστική πολλές φορές, συνέπειες για την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων οφείλεται στον ιό του απλού έρπητα τύπου I (HSV-1) ενώ συχνή είναι και παρουσία αλλοιώσεων που προκαλούνται από τον μεγαλοκυτταροϊό CMV. Δυνατή είναι επίσης η πρόκληση λοίμωξης από τον ιό της ανεμευλογιάς-ζωστήρα και τον ιό Epstein-Barr. Οι αιμορραγίες της στοματικής κοιλότητας αποτελούν σχετικά συχνό φαινόμενο, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση κακοήθων νόσων. Ειδικά σε περιπτώσεις οξείας λευχαιμίας η τάση για αιμορραγία εμφανίζεται

συχνότερα και εντονότερα ως αποτέλεσμα τόσο της νόσου όσο και της θεραπείας της.

- Η *αιματολογική τοξικότητα* είναι η πιο σημαντική παρενέργεια των αντικαρκινικών φαρμάκων. Η λευκοπενία μπορεί να οδηγήσει σε βαριά λοίμωξη και στο θάνατο. Η δε θρομβοπενία σε αιμορραγία και στον θάνατο. Η αναιμία αποτελεί μικρότερο πρόβλημα και αντιμετωπίζεται σχετικά εύκολα. Η εισαγωγή τα τελευταία χρόνια στην κλινική πράξη των αυξητικών αιμοποιητικών παραγόντων έχει βοηθήσει σημαντικά την πρόληψη και αντιμετώπιση της λευκοπενίας, ενώ η θρομβοποιητίνη παραμένει σε ερευνητικά πλαίσια.
- Η *γαστρεντερική τοξικότητα* εκδηλώνεται συνήθως με ανορεξία, ναυτία και εμετούς. Αποτέλεσε για χρόνια τον εφιάλτη των χημειοθεραπειών. Η εισαγωγή τα τελευταία χρόνια ανταγωνιστών φάρμακων (αντιεμετικά κ.α.), έχει περιορίσει σε πολύ μεγάλο βαθμό την ταλαιπωρία των ασθενών από την ναυτία και τους εμετούς. Τέλος η χημειοθεραπεία προκαλεί επίσης στοματίτιδα, οισοφαγίτιδα, έλκος και διάρροια.
- Η *αλωπεκία* είναι ένα συχνό επακόλουθο της χημειοθεραπείας. Δημιουργεί πολλά ψυχολογικά προβλήματα αλλά είναι σχεδόν πάντα αναστρέψιμη.
- *Άλλες παρενέργειες* της χημειοθεραπείας είναι η ανοσοκαταστολή, οι δερματικές εκδηλώσεις, η ηπατοξικότητα, η πνευμονική τοξικότητα, η καρδιοτοξικότητα, η νεφροτοξικότητα, η στείρωση, οι συγγενείς ανωμαλίες και η καρκινογένεση.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ

5.1.1 Ρινογαστρικός καθετήρας

Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα είναι η εισαγωγή καθετήρα από τη μύτη του αρρώστου στο στομάχι ή και προώθηση αυτού προς το έντερο. Η νοσηλεία αυτή αποσκοπεί στην τεχνητή διατροφή όταν η από του στόματος δεν είναι επαρκής.

5.1.2 Γενικές αρχές ρινογαστρικής διασωλήνωσης^{24,25}

- 1) Διδάξτε τον άρρωστο πώς να συνεργασθεί καλύτερα. Πότε και πώς να καταπίνει κατά την εισαγωγή του καθετήρα.
- 2) Έχετε τον κατάλληλο για κάθε περίπτωση καθετήρα και τα απαραίτητα αντικείμενα.
- 3) Υπολογίστε το μήκος του καθετήρα μετρώντας τον από το ακρορίνιο μέχρι το λοβίο του αυτιού και από εκεί μέχρι το άκρο της ξιφοειδούς απόφυσης, που υπολογίζεται περίπου 50 - 55 εκ. για να φθάσει στο στομάχι. Συνήθως οι καθετήρες είναι αριθμημένοι.
- 4) Φροντίστε συχνά τους ρώθωνες του αρρώστου, διότι αποξηραίνονται οι εκκρίσεις και σχηματίζονται κρούστες, οι οποίες αποφράσσουν και δυσχεραίνουν την αναπνοή του και τη στοματική κοιλότητα.
- 5) Ελέγχετε τη διαβατότητα του σωλήνα για πιθανή απόφραξη κάμνοντας πλύση με φυσιολογικό ορό. Το ισότονο διάλυμα διατηρεί την οσμωτική πίεση και μειώνει την απώλεια ηλεκτρολυτών από το στομάχι.
- 6) Παροτρύνετε τον άρρωστο για βαθιές αναπνοές, βήχα και αποβολή των εκκρίσεων για εξασφάλιση ελεύθερης αναπνευστικής οδού.
- 7) Μετράτε με ακρίβεια τις απώλειες υγρών.

5.1.3 Το υλικό νοσηλείας

- Δυο Ρινογαστρικούς σωλήνες (Levin) νούμερα 16 - 18, ποτήρι με νερό και καλαμάκι, λιπαρά ουσία
- νεφροειδές, αντιαλλεργικό λευκοπλάστ, ψαλίδι
- σύριγγα των 20cc ή ακόμα μεγαλύτερη, πίεστρο ή λαβίδα
- χαρτοβάμβακο και τετράγωνο αδιάβροχο.
- Μπολ με τολύπια και τεμάχια χαρτοβάμβακο
- Τοπικό αναισθητικό (Xylocaine spray)
- Αναρροφητήρα αν πρόκειται για συνεχή αναρρόφηση.
- Ένα ζευγάρι απλά γάντια
- Γλωσσοπίεστρο για το άνοιγμα του στόματος, για επιβεβαίωση όρασης του καθετήρα.
- Ιατρική οδηγία
- Ποδιά

5.1.4 ΣΕΙΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

5.1.4.1 Ενημέρωση και ετοιμασία αρρώστου

Ενημερώστε τον ασθενή για τη νοσηλεία που θα του γίνει για να εξασφαλίσετε καλύτερη συνεργασία. Δώστε στον ασθενή ημικαθιστή θέση εκτός αντένδειξης. Τοποθετήστε το τετράγωνο μπροστά στον ασθενή έτσι ώστε να προστατεύσετε τα κλινοσκεπάσματα για να μη λερώσουν. Καθαρίστε τους ρώθωνες και ψεκάστε με το τοπικό αναισθητικό για μείωση των φαρυγγικών αντανακλαστικών και τη διευκόλυνση της εισαγωγής του καθετήρα.

5.1.4.2 Εισαγωγή καθετήρα

Υπολογίστε το μήκος του καθετήρα και εμβαπτίστε το άκρο του 15 - 20 εκ. στο νερό ή στην λιπαρή ουσία για να διευκολυνθεί η εισαγωγή του. Συστήστε στον ασθενή να μείνει σε θέση χαλαρή. Ωθήστε τον καθετήρα με ήπιες κινήσεις προς τον ρινοφάρυγγα. Παρακολουθείστε τον καθετήρα, διότι έχει τάση να αναδιπλώνεται. Ενθαρρύνεται τον ασθενή να παραμείνει χαλαρός στη θέση του και όταν ο καθετήρας φθάσει στον φάρυγγα να κάνει κλίση της κεφαλής προς τα

εμπρός, παίρνοντας βαθιές επιπόλαιες αναπνοές. Με τη θέση αυτή της κεφαλής κλείνει η οδός προς το λάρυγγα και διευκολύνεται το πέρασμα του καθετήρα προς τον οισοφάγο. Με τις αναπνοές παρεμποδίζεται η κατεύθυνση του καθετήρα προς την τραχεία.

Αφήστε τον ασθενή να ηρεμήσει αν παρουσιάζει έντονο φαρυγγικό αντανακλαστικό. Με την παρουσία του καθετήρα το αντανακλαστικό επιτείνεται και προκαλείται έμετος. Συστήστε ο ασθενής να καταπίνει κατά την προώθηση του καθετήρα. Η κατάποση διακόπτει προσωρινά την εισπνοή και βοηθάει στην προώθησή του. Υποβοηθείστε αν χρειασθεί με την κατάποση μικρής ποσότητας νερού. Σταματήστε την προώθηση του καθετήρα αν συναντήσετε αντίσταση. Μην ασκείτε βία προς αποφυγή τραυματισμού και πρόκληση δυσφορίας. Μετακινήστε τον ελαφρά προς τα έξω και ξαναωθείστε τον αν χρειάζεται. Παρακολουθείτε τον ασθενή για βήχα, δυσφορία, δύσπνοια, κυάνωση, σημεία που δηλώνουν εισαγωγή του καθετήρα στην τραχεία. Αναρροφείστε περιεχόμενο στομάχου με τη σύριγγα για την επιβεβαίωση της θέσεως του καθετήρα στο στομάχι. Στερεώστε με αντιαλλεργικό λευκοπλάστ τον καθετήρα, έτσι ώστε να μην εμποδίζει τις κινήσεις του ασθενούς και να μην μετακινηθεί από τη θέση του. Κλείστε το άκρο του καθετήρα με πίεςτρο ή λαβίδα ή συνδέστε τον με τον σωλήνα του σάκου συλλογής υγρών τον οποίον στερεώνεται με στατό στο κρεβάτι του ασθενούς, χαμηλά ώστε να πέφτουν τα υγρά. Αφήστε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση. Παρακολουθείστε τη λειτουργία του συστήματος. Αν διαπιστώσετε πως δεν λειτουργεί, σημαίνει ότι ή δεν υπάρχουν υγρά ή έχει αποφραχθεί ο καθετήρας και χρειάζεται πλύση.

5.1.4.3 Τακτοποίηση αντικειμένων

Απομακρύνουμε τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα και τακτοποιούμε το δίσκο για επόμενη χρήση.

5.1.4.4 Ενημέρωση δελτίου νοσηλείας

Σημειώνουμε τον τύπο του καθετήρα και το λόγο που τον εφαρμόσαμε, την ποσότητα, το χρώμα, και τη σύσταση των υγρών του στομάχου.

5.2 ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑΣ

Όταν στον ασθενή μας έχει τοποθετηθεί καθετήρας, θα πρέπει τα μέτρα ασηψίας και αντισηψίας να εφαρμόζονται σχολαστικά γιατί σήμερα οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι πολύ εκτεταμένες. Η περιοχή γύρω από το στόμιο της ουρήθρας θα πρέπει να καθαρίζεται συχνά με νερό και σαπούνι. Ο άρρωστος πρέπει να παίρνει πολλά υγρά για την μηχανική έκπλυση του καθετήρα και διάλυση των ουσιών που σχηματίζουν πύγματα.²⁵

Για την αποφυγή του κινδύνου μόλυνσης κατά την εφαρμογή του καθετήρα είναι απαραίτητες οι ακόλουθες προφυλάξεις:

- Αυστηρή αντισηψία
- Καθετήρας μικρότερης διαμέτρου από εκείνης της ουρήθρας για την αποφυγή τραυματισμού της.
- Τοποθέτηση στον καθετήρα αποστειρωμένης λιπαντικής ουσίας για την μείωση της τριβής
- Εισαγωγή του καθετήρα με ήπιους χειρισμούς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τον καρκίνο, το αίσθημα της ελπίδας μπορεί να το παρακινήσει, να το δραστηριοποιήσει, να του δώσει νόημα και λόγο να υπάρχει στη ζωή. Η διατήρηση της ελπίδας και της προσδοκίας για μια ευνοϊκή έκβαση, είναι έννοιες ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της αλλαγής της σωματικής εικόνας και τις ψυχολογικές της επιπτώσεις, την συνέχιση των καθημερινών δραστηριοτήτων, την διατήρηση ενός λειτουργικού ρόλου μέσα στην οικογένεια, και γιατί όχι την πιθανότητα μεγαλύτερης επιβίωσης.¹⁵

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

Είναι καθήκον του νοσηλευτή να τους τονίσει ότι χιλιάδες είναι οι άνθρωποι που βρέθηκαν στην θέση τους και ένοιωσαν τους ίδιους φόβους. Κι όμως έχουν αναρρώσει πλήρως και συνεχίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Έτσι ο γιατρός και ο εξειδικευμένος νοσηλευτής Stoma Therapist, έχοντας στην διάθεσή τους την πρωτοποριακή κυκλοφορία των προϊόντων διαφόρων εταιριών, διδάσκουν στα άτομα με μόνιμη κολοστομία την φροντίδα του νέου στομίου. Ο άρρωστος πρέπει να είναι σε θέση να αλλάζει τον σάκο της κολοστομίας και να την περιποιείται, διότι η αφόδευση είναι ανεξέλεγκτη, γίνεται αυτόματα, χωρίς την βούληση του ατόμου. Η συχνή φροντίδα διευκολύνεται με την χρήση ειδικού σάκου, που διαθέτει ειδικό κολλητικό δύο υλικών και αντιϊδρωτικό κάλυμμα. Ακόμη ο σάκος διαθέτει ειδικό 'παράθυρο' για να είναι δυνατή η επιθεώρηση, αλλά και η εργασία στο στόμιο χωρίς την αλλαγή του σάκου. Επίσης το σύστημα υποκλυσμού (Irrigation Set), το λεπτό και εύκαμπτο κάλυμμα στομίου με κολλητικό δύο υλικών και με φίλτρο αερίων, αλλά ιδιαιτέρως το αυτοκόλλητο πώμα του στομίου με φίλτρο αερίων, απελευθερώνει τον χρήστη από τον σάκο και απαλλάσσει από τις οσμές και τον θόρυβο.^{25,27}

Βασική είναι και η περιποίηση του δέρματος γύρω από την κολοστομία για να αποφεύγεται η δερματίτιδα. Σήμερα ειδικά προϊόντα χρησιμοποιούνται ευρύτατα, όπως αυτά του ειδικού γαλακτώματος για τον καθαρισμό του δέρματος γύρω από το στόμιο, της αδιάβροχης

μεμβράνης που προστατεύει το δέρμα από ερεθισμούς επιτρέποντάς το να αναπνέει, ειδικής κρέμας που τα συστατικά της –όπως η παραφίνη, κυκλομεθικόνη και γλυκερίνη- όχι απλά προστατεύουν και θεραπεύουν το δέρμα, αλλά διατηρούν και το pH του δέρματος φυσιολογικό. Με όλα αυτά τα σύγχρονα βοηθήματα εξασφαλίζεται κένωση του εντέρου σχεδόν φυσιολογική, με ελευθερία διατροφής και ενδυμασίας, και δραστηριοποίηση του ατόμου κοινωνικά και επαγγελματικά. Οι άνθρωποι αυτοί μπορούν μετά τον μετεγχειρητικό χρόνο ανάρρωσης να ξαναρχίσουν τις αθλητικές τους δραστηριότητες. Δραστηριότητες χωρίς προβλήματα είναι η ελαφρά άθληση, η γυμναστική, το τένις, ο χορός η ποδηλασία, το κολύμπι.²³

6.2 ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Σύμφωνα με τη Διεθνή εταιρία για τη μελέτη του πόνου (IASP), Πόνος είναι η αισθητηριακή και συγκινησιακή εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστού ή περιγράφεται με τους όρους τέτοιας βλάβης. Ο καρκινικός πόνος διακρίνεται στον οξύ και τον χρόνιο καθέννας από τους οποίους μπορεί να οφείλεται είτε σε αυτή καθ' αυτή τη νόσο (όγκο και μεταστάσεις του), είτε στις ακολουθούμενες θεραπευτικές πρακτικές.

Οι Ahlles διακρίνουν πέντε συνιστώσες του πόνου σε καρκινοπαθείς:

1. Φυσιολογική συνιστώσα (οργανική αιτιολογία)
2. Αισθητηριακή συνιστώσα (ένταση, εντόπιση, ποιότητα του πόνου)
3. Συγκινησιακή συνιστώσα (κατάθλιψη, άγχος)
4. Αντιληπτική συνιστώσα (το νόημα που καθέννας συνδέει με τον πόνο του)
5. Συμπεριφορική συνιστώσα (επίπεδο δραστηριότητας, λήψη αναλγητικών)¹¹

Ο πόνος στον ασθενή με καρκίνο συναρτάται με τον τύπο του νεοπλασματος, την έκταση της νόσου, την ακολουθούμενη κύρια θεραπευτική αγωγή, την προσωπικότητα του ασθενούς, τα υποστηρικτικά συστήματά του κλπ. Η συχνότητα του πόνου προσδιορίζεται σε διάφορα ποσοστά που κυμαίνονται ανάλογα με διάφορες μεταβλητές (νόσος αυτή καθ'αυτή, ασθενής, θεράπων ιατρός κλπ). Πόνο θα εμφανίσουν το 5% ασθενών με λευχαιμία, 20% με λέμφωμα, 40% με καρκίνο γαστρεντερικού, 45% με πρωτοπαθή καρκίνο του πνεύμονος, 52% με καρκίνο του μαστού και 85% με καρκίνο των οστών. Σε ασθενείς όλων των σταδίων πόνος θα

εκδηλωθεί στο 38% . Πολλές φορές ο πόνος υποεκτιμάται ή υποθεραπεύεται και αυτό μπορεί να οφείλεται σε διάφορα φάρμακα, ανεπαρκή εκπαίδευση, δομή και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, προβλήματα από τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του. Για την αντιμετώπιση του πόνου πρέπει πρώτα να αντιμετωπιστεί το αίτιο και να υπάρξουν αλλαγές στον τρόπο ζωής.^{12,13}

Στα φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου συγκαταλέγονται διάφορα ψυχοφάρμακα όπως:

- Ψυχοδιεγερτικά
- Μείζονα ηρεμιστικά
- Αγχολυτικά
- Αντικαταθλιπτικά

Στον αντίποδα όλων των παραπάνω βρίσκεται η διαπίστωση ότι σε ακραίες καταστάσεις ασθενών τελικού σταδίου, ο πόνος μπορεί να αποτελεί το μόνο σημείο που αποδεικνύει στον ασθενή ότι εξακολουθεί να ζει. Ο πόνος αυτός δεν αντιμετωπίζεται με φάρμακα ούτε με άλλες παρεμβάσεις.²⁸

6.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ²¹

Ο καρκίνος σαν χρόνια, συστηματική, εξελικτική νόσος καθώς και η θεραπευτική του αντιμετώπιση επηρεάζουν τη διατροφική κατάσταση των ασθενών. Η διατροφική υποστήριξη των ασθενών από τα αρχικά στάδια διάγνωσης και θεραπείας φαίνεται να μειώνει την νοσηρότητα και τη θνητότητα επίσης μειώνει το κόστος και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η νόσος χαρακτηρίζεται από αυξημένο μεταβολισμό λιπών, πρωτεϊνών και υδατανθράκων που οδηγεί σε κατανάλωση αποθεμάτων ενέργειας του οργανισμού. Διάφορες μεταβολικές διαταραχές οδηγούν σε καχεξία με συνέπεια ηλεκτρολυτικές διαταραχές, έλλειμμα βιταμινών. Σημασία έχει ότι η κακή θρέψη των ασθενών συνεπάγεται ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς ο λεμφικός ιστός μειώνεται ο σπλήνας, ο θύμος αδένας και οι λεμφαδένες υποστρέφονται. Η ανοσοκαταστολή και η επιβάρυνση της θεραπείας επιδεινώνουν την εξέλιξη της νόσου. Χειρουργικές επεμβάσεις για τη θεραπεία πρωτοπαθούς εστίας στο πεπτικό σύστημα οδηγούν σε μόνιμες ή παροδικές αλλαγές στην πρόσληψη και την απορρόφηση των τροφών.

Η ακτινοθεραπεία επηρεάζει την λειτουργία των υγιών ιστών που περιβάλλουν την περιοχή που ακτινοβολείται. Οι ασθενείς εμφανίζουν διαταραχές γεύσης και ξηροστομία και συμβάλλουν στην εκδήλωση

ανορεξίας. Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας επηρεάζουν τη διατροφική κατάσταση των ασθενών. Τα συμπτώματα ποικίλουν και έχουν σχέση με τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες που χρησιμοποιούνται. Τα συχνότερα προβλήματα είναι η στοματίτιδα, διαταραχή γεύσης, έμμετοι, ναυτία, διάρροια. Μεγάλης σημασίας είναι η έγκαιρη εκτίμηση των ασθενών ώστε να προληφθούν οι συνέπειες από την κακή θρέψη. Διάφοροι μέθοδοι έχουν προταθεί για τον έλεγχο της διατροφικής κατάστασης των ασθενών. Η διάγνωση είναι η συνισταμένη πολλών στοιχείων που συλλέγονται από το ιστορικό, την κλινική εξέταση, τις εργαστηριακές εξετάσεις, το διαιτητικό ιστορικό και το ψυχολογικό προφίλ του ασθενούς.

Η κακή θρέψη σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας υψηλό κόστος υπηρεσιών, μεγαλύτερο αριθμό επιπλοκών και υψηλότερα ποσοστά θνητότητα. Το διευρυμένο πεδίο της Ογκολογίας περιέλαβε και τον τομέα της διαιτητικής υποστήριξης που έχει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα του καρκινοπαθούς. Στα πλαίσια της διαιτητικής υποστήριξης των ασθενών, μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον αφορά στην ανεύρεση ορεξιογόνων φαρμάκων.

Η διαιτητική υποστήριξη γίνεται με δύο τρόπους:

1. Από τον πεπτικό σωλήνα
2. Παρεντερικά

Όταν ο πεπτικός σωλήνας δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σίτιση τότε είμαστε αναγκασμένοι να καταφύγουμε στην παρεντερική σίτιση.

Δύο είναι οι τύποι παρεντερικής σίτισης:

1. Από περιφερική φλέβα
2. Από κεντρική φλέβα

Τα διαλύματα πρέπει να παρασκευάζονται με αυστηρές συνθήκες ασηψίας γιατί ο κίνδυνος επιπλοκών είναι μεγάλος.

Συμπερασματικά ο καρκίνος και η θεραπεία του επηρεάζουν τη θρέψη των ασθενών σε διαφορετικό επίπεδο κάθε φορά.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός και πρέπει να είναι ικανός να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ρόλου του και στον τομέα της διαιτητικής υποστήριξης των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΟΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

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

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

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

Η **παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου** είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του **στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση** της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο "palliative care" - "ανακουφιστική φροντίδα", έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας.²⁸

7.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ / ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα ως αναπόσπαστη άποψη της ολιστικής νοσηλευτικής διάστασης του αρρώστου με κακοήθη νόσο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς του ώστε να καταπολεμά και να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια. Οι άρρωστοι με κακοήθη νοσήματα αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που

επηρεάζουν τόσο την πορεία και έκβαση της νόσου τους όσο και τις διαστάσεις του εγώ τους με επέκταση της ποιότητας της ζωής τους.

Οι αμυντικοί μηχανισμοί, όπως το χιούμορ επιτρέπουν την έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων με άνεση και χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στους άλλους και επιπλέον επιτρέπει στο άτομο να εκφραστεί με κάτι που κατά τα άλλα είναι δύσκολο να αντιμετωπίσει μειώνοντας την ένταση και το άγχος του. Το γέλιο και το χιούμορ προσφέρει δύναμη και ελπίδα σε νοσηλευτή και ασθενή. Η ενσωμάτωση τους στην νοσηλευτική φροντίδα, επιδρά θετικά σε εκφραστή και δέκτη ώστε να σώζεται η υπόληψη του ατόμου τόσο απέναντι του "εγώ" του όσο και απέναντι των άλλων. Σκοπός τους είναι η μείωση του άγχους και αποβλέπουν να βοηθήσουν, όχι να λύσουν προβλήματα και δυσμενείς ψυχολογικές καταστάσεις.¹⁶

Η χρήση του λειτουργεί συμπληρωματικά με την θεραπευτική αγωγή. Στηρίζεται στην αποδοχή του χιούμορ, ως μέρος της θεραπευτικής αγωγής από τον ασθενή. Μπορεί να είναι εξατομικευμένο και πρέπει να ενσωματώνεται στο γενικό πλαίσιο φροντίδας του ασθενή και να ακολουθεί τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας.

Μια ιδιαίτερη ετερογενής ομάδα καρκινοπαθών είναι οι ηλικιωμένοι για τη βοήθεια - εκπαίδευση των οποίων χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια διότι:

1. Υπάρχουν δυσκολίες σε αλλαγές συμπεριφοράς και συνηθειών τους
2. Βιολογικές φθορές (ελαττωμένη όραση, ακοή, διαταραχές μνήμης, περισσότερος χρόνος για κατανόηση πληροφοριών)
3. Απαιτείται αρκετή υπομονή για απλά-κατανοητά λόγια-επαναλήψεις
4. Απαιτείται ολοκληρωμένη γηριατρική εκτίμηση για καθέναν ξεχωριστά και ανάλογη αντιμετώπιση (φυσική κατάσταση-λειτουργική κατάσταση, εξάρτηση η όχι- ευπάθεια)
5. Τα ψυχολογικά προβλήματα είναι εντονότερα λόγω ταυτόχρονης ύπαρξης προβλημάτων γήρατος
6. Η κοινωνική θέση είναι υποβαθμισμένη και συχνά συνοδεύεται από οικονομική υποβάθμιση
7. Μερικά συμπτώματα όπως ο πόνος βιώνεται εντονότερα εξαιτίας της συνύπαρξης των άλλων προβλημάτων (μοναξιά, κατάθλιψη, αίσθηση μη συμμετοχής στις διαδικασίες).¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κύριος Π.Ε. 65 ετών προσήλθε στο παθολογικό εξωτερικό ιατρείο εφημερεύοντος νοσοκομείου, αναφέροντας άλγος και ψηλαφητή μάζα αριστεράς πλαγίας κοιλιακής χώρας από μηνός. Ο ασθενής αναφέρει επίσης έντονη καταβολή δυνάμεων, ανορεξία και ωχρότητα.

Από το ιστορικό του προκύπτει ότι ο ασθενής έχει εκκολπωμάτωση παχέος εντέρου και έχει χειρουργηθεί για κοίλη μεσοσπονδύλιου δίσκου και αφαίρεση πολυπόδων σιγμοειδούς προ διαίτας. Ο ασθενής είναι καπνιστής (20 τσιγάρα την ημέρα) και υπέρβαρος.

Στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται ότι ο πατέρας του έπασχε από καρκίνο παχέος εντέρου.

Στην κλινική εξέταση ανεδείχθη ψηλαφητή μάζα στη περιοχή του σιγμοειδούς, ωχρότητα δέρματος και επιπεφυκώτων και μυϊκή αδυναμία κάτω άκρων.

Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνονται ευρήματα σιδηροπενικής αναιμίας (πτώση αιμοσφαιρίνης, υποχρωμία μικροκυττάρωση, θρομβοκυττάρωση, αύξηση TIBC). . Λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης αποφασίστηκε από το γιατρό η εισαγωγή του ασθενούς στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου για την περαιτέρω διερεύνηση του προβλήματος.

Ο ασθενής υπεβλήθη σε CT άνω κάτω κοιλίας και κολονοσκόπηση. Διαπιστώθηκε κακοήθης όγκος σταδίου Β σιγμοειδούς.

Αφού έγιναν όλες οι εξετάσεις στις οποίες έπρεπε να υποβληθεί ο ασθενής (αιματολογικές, εξέταση κοπράνων, κολονοσκόπηση, ακτινογραφία θώρακα) αποφασίστηκε η άμεση χειρουργική επέμβαση.

Ο ασθενής χειρουργήθηκε με προεγχειρητική διάγνωση Ca σταδίου Β στο σιγμοειδές και εγχειρητική διάγνωση Ca σιγμοειδούς με τη νόσο να έχει κοιλιακή λεμφαδενική εντόπιση χώρα.

Πραγματοποιήθηκε σιγμοειδεκτομή 10 cm.

Αξιολόγηση Ατόμου προβλήματα ασθενούς Νοσ/κή Ανύψωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Καταβολή δυνάμεων	Να επανακτήσει ο ασθενής τις δυνάμεις του όσο αυτό είναι εφικτό	Μείωση των δραστηριοτήτων του ασθενούς	Αποφυγή ενεργειών που θα δημιουργήσουν κόπωση στον άρρωστο, ανάπαυση, εξαερόληση ηρεμίας	Ο ασθενής παρουσιάζει μικρή βελτίωση μετά από μερικές ημέρες. Το αίσθημα αδυναμίας υποχώρησε επειδή απέφυγε να κάνει κινήσεις που θα αύξωναν την κόπωση
Θρεπτικό ανισοζύγιο προαγόμενο από τις διάρροιες	Προαγωγή της θρέψης και της ενυδάτωσης του ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση κατάλληλου διατολογίου. - Έλεγχος των τροφών που ο ασθενής προτιμά. - Διατήρηση ενυδάτωσης ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση τροφής πλούσιας σε λευκόματα, υδατάνθρακες, βιταμίνες και πρωτεΐνη - Χορήγηση ενδοφλέβιου ορών Dextrose 5% 1X2 και Ringer's 1X1 θρεπτικό ισοζύγιο επιτυγχάνεται επειδή ο Dextrose είναι πλούσιος σε υδατάνθρακες. - Χορήγηση βιταμινών Calcivita 1X1 σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. 	Ο συνδυασμός χορήγησης υγρών, κατάλληλης διατροφής και χορήγησης βιταμινών συνέλεξαν στην προαγωγή της θρέψης και της ενυδάτωσης του ασθενούς

Αξιολόγηση Ατόμου προβλήματα ασθενούς Νοσική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Προετοιμασία ασθενούς για την κολonosκόπηση	Να ετοιμασθεί ο ασθενής πλήρως ώστε να ολοκληρωθεί η κολonosκόπηση χωρίς δυσκολίες	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση του ασθενούς για την εξέταση. - Ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς - Αποχή του ασθενούς από το φαγητό 10 ώρες πριν την εξέταση Χορήγηση υπακτικών	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής ενημερώθηκε για την εξέταση και τον τρόπο εκτέλεσής της και ήταν ψυχολογικά προετοιμασμένος. - Ο ασθενής δεν έφαγε τίποτα το βράδυ και το πρωί της ημέρας της εξέτασης. - Χορήγηση Duphalac 10cc X 2 	Η κολonosκόπηση έγινε και το αποτέλεσμα ήταν Ca σιμοειδούς έγινε λήψη ιστού για βιοψία. Μετά το αποτέλεσμα της κολonosκόπησης αποφασίστηκε χειρουργική επέμβαση.
Ανησυχία για την εγχείρηση και ανησυχία για την έκφασή της.	Απαλλαγή του ασθενούς από την αγωνία και την ανησυχία.	Συζήτηση και ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του σε ότι αφορά την εγχείρηση και την μεταεγχειρητική πορεία	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημερώθηκε ο ασθενής για την επέμβαση που θα γίνει. Εξηγήσαμε στον ασθενή την αναγκαιότητα της επέμβασης για την αντιμετώπιση του προβλήματός του και έγινε αναφορά για τις μεγάλες δυνατότητες της επιστήμης στις μέρες μας. 	Ο ασθενής δείχνει ικανοποιημένος από την συζήτηση και την ενημέρωση που του έγινε. Πιστεύει στην καλή έκβαση της επέμβασης και ελπίζει περισσότερο ότι θα γίνει καλά.
Γενική προεγχειρητική προετοιμασία	Σωματική τόνωση του ασθενούς μέσα σε πέντε μέρες.	<ul style="list-style-type: none"> - Διαιτολόγιο πλούσιο σε τροφές που παράγουν την θρέψη. Παρεντερική χορήγηση υγρών.	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση τροφής πλούσιας σε λευκόματα, βιταμίνες, υδατάνθρακες. - Χορήγηση Dextrose 1X1 και φυσιολογικού ορού 1X1 - Επιτηγάνεται προαγωγή της θρέψης με την χορήγηση τροφής πλούσιας σε θρεπτικές ουσίες. 	Επιτεύχθηκε η σωματική και ψυχική τόνωση του ασθενούς.

Αξιολόγηση Ατόμου προβλήματα ασθενούς Νοσική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Προεγχειρητική προετοιμασία του εντερικού σωλήνα.	Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα για την πρόληψη των λοιμώξεων	<ul style="list-style-type: none"> - Διατροφή χωρίς υπόλειμμα. - Μηχανικός μηχανισμός του εντέρου – υψηλός υποκλιση. - Χορήγηση καθαρτικών. Χορήγηση αντιβιοτικών 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση φροφόν που δεν αφήνουν υπόλειμμα δύο μέρες πριν το χειρουργείο. - Χορήγηση καθαρτικού (καστορέλαιο). - Χορήγηση αντιβιοτικού Zinacef 750mg 1X2 σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Εκτέλεση υποκλισημό 6 ώρες πριν το χειρουργείο. 	<p>Η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα επιτεύχθηκε με τη χορήγηση καθαρτικών και τον υποκλισημό που έγινε στον ασθενή έτσι ώστε να αποφύγξει κένωση του εντερικού σωλήνα στο χειρουργικό τραπέζι.</p>
Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.	Πρόληψη μόλυνσης του εγχειρητικού πεδίου	Καθαρισμός και αποψήφια του εγχειρητικού πεδίου.	Την παραμονή της εγχείρισης έγινε καθαριότητα, αποψήφια και αποψήφια της περιοχής του εγχειρητικού πεδίου.	Επιτεύχθηκε ο καθαρισμός και η αποψήφια του εγχειρητικού πεδίου που είναι απαραίτητη για την αποφυγή μολύνσεων.
Τελική προεγχειρητική προετοιμασία	Γενική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και φυσιολογική προετοιμασία για την εισαγωγή του στο χειρουργείο.	<ul style="list-style-type: none"> - Λήψη ζωτικών σημείων. - Ένδυση του ασθενούς Ηθική τόνωση του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> - Το πρωί της ημέρα της εγχείρισης έγνε λήψη ζωτικών σημείων με τιμές: Θ: 36,7 °C Α.Π.: 130/80 mm/Hg ΣΦΥΞΙΣ: 80/min ΑΝΑΠΝΟΞ: 17/min - Ο ασθενής φόρεσε τη ρόμπα του χειρουργείου. Ο ασθενής εξέφρασε την αισιοδοξία του για το αποτέλεσμα της επέμβασης. 	<p>Η γενική κατάσταση του ασθενούς ήταν καλή. Τα ζωτικά σημεία κυμαίνονται σε φυσιολογικές τιμές. Ο ασθενής ήταν ήρεμος πριν πάει στο χειρουργείο.</p>

Αξιολόγηση Ατόμου προβλήματα ασθενούς Νοσ/κή Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Παρακολούθηση του ασθενούς για εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών.	Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.	Έλεγχος των ζωτικών σημείων.	Έγινε λήψη ζωτικών σημείων από τη στιγμή που ο ασθενής ήρθε από το χειρουργείο. Θ: 36,4 °C Α.Π.: 120/80 mm/Hg ΣΦΥΞΕΙΣ: 70/min ΑΝΑΠΝΟΕΣ: 15/min Η προσοχή των νοσηλευτών επικεντρώθηκε κυρίως στην πρόληψη της αιμορραγίας. Γι' αυτό και συχνά γινόταν λήψη της Α.Π. και των σφύξεων, παράμετροι που οδηγούν στον έλεγχο της μετεγχειρητικής αιμορραγίας.	Ο ασθενής της ημέρα της εγχείρησης δεν παρουσίασε κάποιο σοβαρό πρόβλημα.
Παροχέυσεις	Έλεγχος της παροχέυσης	Αλλαγή της παροχέυσης βάζοντας κορσερ στο σολήνα και αλλάζοντας τον σπλέετη.	Η παροχέυση υπήρχε για τρεις μέρες. Έπειτα αφαιρέθηκε και συνεξήστηκε η επούλωση του τραύματος	Απομάκρυνση πύου και άχρηστων υγρών από την κούλιακή χώρα.
Περιποίηση τραύματος.	Βοήθεια του γιατρού στις αλλαγές του χειρουργικού τραύματος.	<ul style="list-style-type: none"> - Καθαριότητα τραύματος με άσηπτη τεχνική. - Αντισηψία της τραυματικής περιοχής με Betadine solution. Καθαριότητα και αντισηψία γύρω από το τραύμα. 	Την 2 ^η ημέρα έγινε η πρώτη αλλαγή του τραύματος με άσηπτη τεχνική και χρησιμοποίηση set αλλαγής. Η αλλαγή έγινε με άσηπτη τεχνική για την πρόληψη των λοιμώξεων και επιπλοκών του τραύματος (επιμόλυνση του τραύματος). Επίσης έγινε καθαρισμός της περιφέρειας του τραύματος με Betadine solution.	Η περιποίηση γινόταν καθημερινά λαμβάνοντας όλα τα μέτρα αντισηψίας για την αποφυγή των μολύνσεων. Υπήρξε σταδιακή επούλωση του τραύματος.
<p>Ο ασθενής πήρε εξιτήριο σε καλή γενική κατάσταση.</p> <p>Θα επιστρέψει στο νοσοκομείο για τον προγραμματισμένο έλεγχο της εξέλιξης της πορείας του.</p>				

2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κύριος Π. Δ. 55 ετών, προσήλθε στην Ογκολογική κλινική του νοσοκομείου για την προγραμματισμένη χημειοθεραπεία. Είναι το δεύτερο σε σειρά θεραπευτικό σχήμα που λαμβάνει ο ασθενής.

Από το ατομικό ιστορικό προκύπτει ότι ο ασθενής δεν είχε περάσει κάποια σοβαρή ασθένεια κατά το παρελθόν εκτός από την προ 4μήνου χειρουργική επέμβαση στην οποία υποβλήθηκε με χειρουργική διάγνωση Ca ορθοσιγμοειδούς και πολυποδίαση εντέρου, στην οποία πραγματοποιήθηκε κολεκτομή.

Από το ατομικό ιστορικό προκύπτει ότι ο ασθενής είναι καπνιστής 30 τσιγάρα την ημέρα και εκφράζει την άρνησή του στην διακοπή του καπνίσματος.

Κατά την φυσική εξέταση η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι καλή με σωματικό βάρος σταθερό και με λήψη ζωτικών σημείων εντός φυσιολογικών ορίων.

Ο ασθενής υπεβλήθη σε όλες τις απαραίτητες εξετάσεις (εργαστηριακός, καρδιολογικός, απεικονιστικός έλεγχος) πριν την έναρξη της ΧΜΘ.

Αξιολόγηση Ατόμου Προβλήματα Ασθενούς Νοσ/κη Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αλλοιωμένος στοματικός βλεννογόνος λόγω τοξικής δράσης φαρμάκων (στοματίτιδα).	Α νακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και την ξηρότητα.	- Παροχή φροντίδας της στοματικής κοιλότητας . - Παρεμβάσεις για τη βελτίωση της υγιεινής του στόματος.	- Τοπική εφαρμογή θεραπείας (σύμφωνα με εντολή γιατρού). - Ενημέρωση του ασθενούς να αποφεύγει ζεστά ροφήματα και τροφές, αλκοόλ και καπνό. - Χορήγηση αντιμικροβιασικών (με εντολή γιατρού). - Ενόφρυνση καλής στοματικής υγιεινής με ήπιο βούρτσισμα δοντιών.	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τα συμπτώματα και παρουσίασε βελτίωση της στοματικής υγείας.
Μειωμένη αντίσταση του οργανισμού στις λοιμώξεις.	Πρόληψη των λοιμώξεων.	- Παρεμβάσεις για την προστασία του ασθενούς από λοιμώξεις.	- Εξασφάλιση καθαρού περιβάλλοντος. - Ενημέρωση ασθενούς να αποφεύγει άτομα που έχουν λοιμώξεις. - Απομόνωση ασθενούς κατόπιν ιατρικής οδηγίας. - Χρησιμοποίηση τεχνικών αποστείρωσης. - Χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.	Ο ασθενής δεν εμφάνισε λοιμώξη.
Μεταβολές στην απέκκριση των ούρων, επώδυνη ούρηση, σχετιζόμενες με νευροτοξικότητα	Να απαλλαγεί ο ασθενής από τα συμπτώματα.	- Χορήγηση υγρών σε οποιαδήποτε μορφή. - Μέτρηση προσλαμβανόμεν ων και αποβαλλόμενων υγρών	- Χορήγηση διοηρητικών σύμφωνα με ιατρική οδηγία - Χορήγηση ορών σύμφωνα με εντολή γιατρού. - Χορήγηση υγρών από το στόμα. - Ενόφρυνση του ασθενούς για κένωση της κύστεως ειδικά τη νύχτα.	Ο ασθενής δεν παραπονείται για δυσκολία στην ούρηση και η πρόσληψη και απέκκριση υγρών είναι ισορροπημένη.
Φόβος, άγχος, θυμός, κατάβληση απαισιοδοξία	Να απαλλαγεί ο ασθενής από τα συναίσθηματα που τον διακατέχουν.	- Παρεμβάσεις για τη μείωση του άγχους. - Ενόφρυνση να εκφράσει τους φόβους και το θυμό του	- Διαβεβαίωση του ασθενούς ότι οι μεταβολές είναι προσωρινές. - Ενημέρωση της οικογένειας για τα συναίσθηματα και πρόταση για την υποστήριξη του ασθενούς. - Συχνή επικοινωνία με τον ασθενή και παράφρυνση να εκφράσει τα συναίσθηματά του. - Επισκόπηση του αισθήματος της αυτοεκτίμησης.	Ο ασθενής εκφράζει τα συναίσθηματά του και είναι πιο ήρεμος.

Αξιολόγηση Ατόμου Προβλήματα Ασθενούς Νοσ/κη Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ναυτία και έμετος	Να σταματήσουν τα συμπτώματα ναυτίας και εμετού.	<ul style="list-style-type: none"> - Διατήρηση επαρκούς ενυδάτωσης και σίτισης του ασθενούς. - Παρεμβάσεις για την πρόληψη και ελάττωση των συμπτωμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιεμετικών 1 amp Prupretan (IM) (με ιατρική εντολή). - Χορήγηση μικρών γευμάτων και αύξηση των χρησιμοποιούμενων υγρών. 	Ο ασθενής δεν εμφανίζει ναυτία ή έμετο.
Διαταραχές στην εικόνα του σώματος σχετιζόμενες με αλωπεκία. (εξαιτίας της τοξικής) επίδρασης των φαρμάκων στους θύλακες).	Πρόληψη ή ελαχιστοποίηση απόλειας μαλλιών.	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση του ασθενούς ότι η απόλεια είναι προσωρινή και ότι τα μαλλιά θα επανέλθουν μετά το τέλος της θεραπείας. - Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της αλωπεκίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Κόψιμο μακρίων μαλλιών πριν από την θεραπεία. - Χρήση καπέλου και χρήση περούκας πριν από την τριχόπτωση. - Πληροφόρηση του ασθενούς για την λήψη μέτρων προφύλαξης του τριχοτού της κεφαλής 	Ο ασθενής δείχνει να έχει αποδεχτεί την κατάσταση.
Προβλήματα απέκκρισης (δυσκοιλιότητα) εξαιτίας της επίδρασης της ΧΜΘ στο Αυτόνομο Νευρικό Σύστηματος.	Ο ασθενής να έχει κένωση τουλάχιστον κάθε 2 ^η μέρα.	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση υατικών. - Ενθάρρυνση για λήψη τροφών που αφηίνουν υπόλειμμα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση υγρών για τη διέγερση του εντέρου. - Χορήγηση πετος το πρωί και Duphalac (10cc) και το βράδυ Milk of Magnesia (10cc). - Παρότρυνση να προτιμά χόρτα, ακτινίδια, ξηρά σικά κλπ. 	Ο ασθενής έχει κένωση κάθε δεύτερη μέρα.
Αδυναμία προερχόμενη από αναμιά.	Να επανακτήσει ο ασθενής τις δυνάμεις του.	<ul style="list-style-type: none"> - Παρακολούθηση αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη. - Ενθάρρυνση για ηρεμία και ανάπαυση. - Παρεμβάσεις για τη μείωση των συμπτωμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση τροφών πλούσιων σε λεύκιμα και σίδηρο. - Χορήγηση σκευασμάτων σιδήρου FERRUM HAUSNAN (2ml) 1X2 (IM) (σύμφωνα με εντολή γιατρού). - Αποφυγή κόπωσης 	Ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

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

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

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

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

Αυτό έχει αναγνωρισθεί διεθνώς, και στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου εφαρμόζονται προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης. Τα περισσότερα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης έχουν ως κύριο άξονα την ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου ως έλεγχο σε άτομα άνω των 45 και επανάληψη ανά 5ετία.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα για ενημέρωση του πληθυσμού αλλά και την προτροπή του να δεχθεί να εφαρμόσει το test μπορεί να είναι καταλυτικός. Σημαντική θέση στην δευτερογενή πρόληψη της νόσου έχει η σιγμοειδοσκόπηση και η κολonosκόπηση, ενώ ο ακτινολογικός έλεγχος με βαριούχο υποκλισμό εξακολουθεί να έχει και σήμερα υψηλή διαγνωστική αξία.

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

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

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ένας καρκίνος που χαρακτηρίζεται από τη νεοπλασία στο έντερο. Αρχικά εμφανίζεται ένα αδένωμα το οποίο υπάρχει περίπτωση να είναι καλοήθες, αλλά μερικές φορές εξελίσσεται σε κακοήθεια με την πάροδο του χρόνου. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου διαγιγνώσκεται με βιοψία μέσω της της ενδοσκοπήσεως του παχέος εντέρου.

Οι ακόλουθες εξετάσεις καθορίζουν το μέγεθος και την διασπορά της νόσου: CT άνω κάτω κοιλίας - θώρακος, βιοψία λεμφαδένων, καρκινοεμβρυϊκοί δείκτες CEA, CA19 (πορεία – υποτροπή νόσου). Η θεραπεία συνίσταται σε χειρουργική παρέμβαση, ακτινοβολία και χημειοθεραπεία.

Οι παθολόγοι και το νοσηλευτικό προσωπικό τους πρέπει να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς να ακολουθούν τους κανόνες για σωστή διατροφή και περιποίηση των μετεγχειρητικών αποτελεσμάτων (στομίες).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια αποτρέψιμη ασθένεια ακολουθώντας διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες, αποφυγή καπνίσματος και καθημερινή σωματική άσκηση. Για εκείνους που έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του εντέρου, η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα εξετάσεων προληπτικού ελέγχου μπορεί να ανιχνεύσει όγκους, οι οποίοι μπορούν να αφαιρεθούν προτού να μετατραπούν σε καρκινώματα.

SYMMARY

Bowel cancer, is a **cancer** characterized by **neoplasia** in the **colon**. Colorectal cancers start in the lining of the bowel. If left untreated, it can grow into the muscle layers underneath, and then through the bowel wall. Most begin as a small growth on the bowel wall: a **colorectal polyp** or **adenoma**. These mushroom-shaped growths are usually **benign**, but some develop into cancer over time. Localized bowel cancer is usually diagnosed through **colonoscopy**.

The following may be used also to diagnose the disease: fecal occult blood test (FOBT), sigmoidoscopy, double-contrast barium enema, and/or digital rectal exam. The following tests and procedures may be used to determine if the Large intestine adenocarcinoma has spread: CT scan, lymph node biopsy, complete blood count, carcinoembryonic antigen (CEA) assay, MRI, and/or surgery. The standard modes of treatment are surgery, radiation therapy, and **chemotherapy**.

Physicians and their nursing staff must educate patients in the necessity and urgency of complying with colorectal screening guidelines.

Colorectal cancer, for many people, is a totally preventable disease. By exercising regularly, eating a high-fiber diet, and avoiding smoking many colorectal cancers can be prevented. For those with a family history of polyps or colorectal cancer, participation in a screening program can detect polyps, and they can have them removed before they turn into cancerous growths.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Βλάχος Λ., Παπαβασιλείου Κ., Καμπούρης Θ., Τρακαδας Σ., Ακτινολογία ,τόμος 2ος, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισιάνος, Αθήνα 1989, σελ. 212 και 218-223
- 2) Κομπορόζος Β., Καρκίνος Παχέος Εντέρου, Θέματα γενικής χειρουργικής από τα σεμινάρια 1995. Θεώρηση: Δρόσος Ν., Εκδόσεις Επιτροπής Μετεκπαίδευσης Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρίας, Αθήνα 1995, σελ. 765-773
- 3) Οδηγίες για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρία, Αθήνα 1998, σελ. 10-19
- 4) Παπαδημητρίου Ι., Σύγχρονη γενική χειρουργική, τόμος 2ος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα 2000, σελ. 884-888, 1017-1019 και 1047-1049
- 5) Σέχα Μ., Χειρουργική, τόμος 3ος, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1996, σελ. 999-1003
- 6) Γολεμάτη Β., Χειρουργική Παθολογία, τόμος 2ος, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1991, σελ.1081-1088
- 7) http://www.hopkins-coloncancer.org/subspecialties/heredicolor_cancer/diagnosis/diagno.htm#col.
- 8) Λανάρα Β., Πρόγραμμα εκπαίδευσης στην ογκολογική νοσηλευτική στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, Νοσηλευτική 1: 26, 1994
- 9) Dodd M. Managing side effects of chemotherapy. A guide for nurses and patients. Appleton and Lange, 1987, p.122-124
- 10) Ρηγάτος Γ., Ψυχοκοινωνική Ογκολογία, Ascent 2000
- 11) Ahles T.A., Blanchard E.B., Ruckdesehel S.C. : The multidimensional nature of cancer related pain. Pain 17,p. 277-280, 1983
- 12) De Connof and Careceni A. : Manual of cancer Pain, 1996

- 13) Rigatow G. and Kappon / Rigatos I: A behaviour aspect about permanent cancer pain. *Psycho-oncology letters* S. 115-118, 1994
- 14) American Nurses Association, Code for nurses with interpretive statements, the association Kansas City, 1976
- 15) Γιαννοπούλου Α., Ψυχιατρική Νοσηλευτική (Παράρτημα), 1996
- 16) Το γέλιο και το χιούμορ ως συμπλήρωμα της νοσηλευτικής φροντίδας (Είναι πάντα αποτελεσματικό;) Abstract Book, 4^ο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 1999
- 17) Kassner E. Evaluation and treatment of chemotherapy extravasation injuries. *J Pediatr Oncol Nurs* 2000 Jul;17(3): 135-48
- 18) Berghammer P, Pohnl R, Baur M, Dittrich C. Docetaxel extravasation. *Support Care Cancer* 2001 Mar; 9(2):131-4
- 19) Rudolph R, Larson D.L. Etiology and treatment of chemotherapy agent extravasation injuries: a review. *J Clin Oncol* 5, 1116-1126, 1987
- 20) Κουρούσης Χ., Πρόοδοι στην χημειοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου, *Ιατρική* 2001, 79 (2): 141-147
- 21) Μπεσμπέας Σ., Εκτίμηση της θεραπευτικής πρακτικής στον καρκίνο του παχέος εντέρου ορθού, *Ογκολογική Ενημέρωση* 2000, 2 (1) : 36-38
- 22) Dirolf, J & Banovic, J. Addressing the need of families of cancer patients. *Oncology Nursing Forum* 1989, 16 (Suppl 2): 208
- 23) Σαββοπούλου Γ., Διερευνητική μελέτη των προβλημάτων και αναγκών των ασθενών με κολοστομία σε χειρουργηθέντα καρκίνο του παχέος εντέρου, *Διδακτορική Διατριβή*, Αθήνα 1991
- 24) Σαββοπούλου Γ., Μόνιμη κολοστομία (Δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα) *Νοσηλευτική* 2001, 40 (1): 94-103
- 25) Bryant, D. Changing an ostomy appliance. *Nursing* 2000, 30 (11): 51-53

- 26) Winslow, E. Patient education materials. *American Journal of Nursing* 2001, 101(10): 33-38
- 27) Μπεσμπέας Σ., Φροντίδα κολοστομίας και αποκατάσταση (Μάχη και Ελπίδα) 1989, 28: 14-16
- 28) Πατηράκη Ε., Η ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα, Ογκολογική Ενημέρωση Ιουλίου- Σεπτεμβρίου 1999
- 29) MacMahon R, Pearson A. *Nursing as therapy*. Chapman and Hall, London 1991