

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ:
ΠΡΟΛΗΨΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΜΑΡΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ:

ΦΙΛΤΙΣΕΝΙΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΠΑΤΡΑ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--------------------|-----------|
| Ευχαριστίες | 7 |
| Πρόλογος | 8 |
| Εισαγωγή | 10 |

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

| | | |
|-------|---------------------------------------|-----------|
| 1.1 | Ανατομία παχέος εντέρου | 12 |
| 1.2 | Μικροσκοπική ανατομική παχέος εντέρου | 15 |
| 1.2.1 | Βλεννογόνος | 16 |
| 1.2.2 | Υποβλεννογόνιος | 18 |
| 1.2.3 | Μυϊκός | 18 |
| 1.3 | Φυσιολογία εντέρου | 18 |
| 1.4 | Κένωση του παχέος εντέρου | 19 |
| 1.5 | Νεύρωση του παχέος εντέρου | 20 |
| 1.6 | Αγγείωση του παχέος εντέρου | 21 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

| | | |
|-----|----------------------|-----------|
| 2.1 | Καρκίνος – Ορισμός | 22 |
| 2.2 | Ιστορία του καρκίνου | 23 |

| | | |
|------|--|----|
| 2.3 | Καρκίνος παχέος εντέρου – ορισμός | 24 |
| 2.4 | Μοντέλο καρκινογένεσης | 25 |
| 2.5 | Στάδια καρκίνου παχέος εντέρου | 27 |
| 2.6 | Προδιαθεσικοί παράγοντες – αιτιολογία | 31 |
| 2.7 | Κλινική εικόνα καρκίνου παχέος εντέρου | 34 |
| 2.8 | Εντοπισμός της νόσου | 36 |
| 2.9 | Επιπλοκές καρκίνου παχέος εντέρου | 36 |
| 2.10 | Επιδημιολογικά στοιχεία | 37 |

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

| | | |
|-----|--|----|
| 3.1 | Πρωτογενής πρόληψη | 43 |
| 3.2 | Δευτερογενής πρόληψη | 45 |
| 3.3 | Γενικά μέτρα πρόληψης | 47 |
| 3.4 | Ερευνητικό έργο για την πρόληψη | 50 |
| 3.5 | Η νοσηλευτική στην πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου | 53 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

| | | |
|-------|--|----|
| 4.1 | Θεραπεία ανά στάδιο | 56 |
| 4.2 | Χειρουργική αντιμετώπιση | 57 |
| 4.3 | Χημειοθεραπεία | 63 |
| 4.3.1 | Ανεπιθύμητες ενέργειες χημειοθεραπείας | 64 |
| 4.4 | Ακτινοθεραπεία | 67 |
| 4.4.1 | Ανεπιθύμητες ενέργειες ακτινοθεραπείας | 71 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

| | | |
|-------|---|----|
| 5.1 | Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με χειρουργική αντιμετώπιση | 74 |
| 5.1.1 | Προεγχειρητική φροντίδα | 74 |
| 5.1.2 | Μετεγχειρητική φροντίδα | 78 |
| 5.2 | Κολοστομία | 84 |
| 5.2.1 | Είδη κολοστομίας | 85 |
| 5.2.2 | Περιποίηση κολοστομίας | 87 |
| 5.2.3 | Διδασκαλία ασθενή με κολοστομία | 90 |
| 5.3 | Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία | 92 |
| 5.4 | Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία | 94 |
| 5.5 | Νοσηλευτική παρέμβαση στην αποκατάσταση ασθενή με καρκίνο | 96 |

παχέος εντέρου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

| | | |
|-----|----------------------------------|------------|
| 6.1 | Κλινική περίπτωση 1 ^η | 100 |
| 6.2 | Κλινική περίπτωση 2 ^η | 110 |
| | Περίληψη | 120 |
| | Summary | 122 |
| | Βιβλιογραφία | 124 |

Αφιερωμένο στους καρκινοπαθείς,

μαχητές της ζωής.

Ευχαριστίες

Η εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας είναι μια πορεία μέσα από την οποία ωριμάζεις τόσο σαν επαγγελματία νοσηλευτή όσο και σαν άνθρωπος. Σχεδόν πάντα αποτελεί ένα δύσκολο δρόμο διότι πέρα από τις αναζητήσεις στην βιβλιογραφία, είναι συχνά απαραίτητο να επιλύσεις και πάσης φύσεως προβληματισμούς που προκύπτουν από αυτές, όπως εάν όλες αυτές οι πληροφορίες είναι τεκμηριωμένες και αποδεκτές από την επιστημονική κοινότητα.

Θα ήθελα να εκφράσω την βαθιά ευγνωμοσύνη μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας Φιλτισένιου Παρασκευή. Η βοήθειά της στην έμπνευση του θέματος και το σχεδιασμό της δομής αυτού, ήταν πολύτιμη. Ήταν πάντα δίπλα μου στην αντιμετώπιση των όποιων δυσκολιών και αποριών.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την πολύτιμη και αξιόλογη συνάδελφο και φίλη, Κα Ζησιμοπούλου Φωτεινή. Προσέφερε βοήθεια παρά το φορτωμένο πρόγραμμά της, ενώ η συμβολή της πάνω στην ιστολογική εικόνα, καρκινογένεση και επιδημιολογία του καρκίνου παχέος εντέρου ήταν καθοριστική λόγω της μεγάλης εμπειρίας της.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράσταση σε όλη την μέχρι τώρα πορεία μου.

Πρόλογος

Οι ασθένειες είναι τόσο εξατομικευμένες και ιδιαίτερες όσοι είναι και οι ασθενείς που τις εκδηλώνουν. Ο καρκίνος, όμως, φαίνεται να παρουσιάζει ένα σύνολο από δικά του χαρακτηριστικά, ενώ είναι ελάχιστες οι ασθένειες που συνδυάζουν τις καταστροφικές ιδιότητες μιας μακροχρόνιας αρρώστιας με την ξαφνική εμφάνιση μιας άλλης οξείας ασθένειας.

Είναι ευρύτατα γνωστό ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσφέρεται ως κλινική και ιστοπαθολογική οντότητα για έρευνα εδώ και μερικές δεκαετίες.

Η αιτία δεν είναι άλλη από την σχετικά αναγνωρίσιμη φυσιοπαθολογία της νόσου, η οποία σε αντίθεση με άλλες νεοπλασματικές επεξεργασίες, αρκετά συχνά, εμφανίζει πρώιμα διαγνωστικά στοιχεία.

Γνωρίζουμε ότι η καρκινογένεση είναι πολυσταδιακή και πολυπαραγοντική διαδικασία, γνωρίζουμε αρκετούς προδιαθεσικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εκτροπή της φυσιολογικής λειτουργίας των κυττάρων του παχέος εντέρου, όμως προτεραιότητα έχει η γρήγορη εφαρμογή ήδη γνωστών θεραπειών αλλά και ταυτόχρονη εκμετάλλευση των στοιχείων που προκύπτουν από την αιτιοπαθογένεια και τα επί μέρους χαρακτηριστικά της νόσου μελετώντας την κάθε περίπτωση σαν ξεχωριστή οντότητα.

Η μοναδικότητα του ανθρώπου ως έμβιου όντος μέσα στον ανθρώπινο μικρόκοσμο δεν μπορεί και δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως τυχαίο γεγονός. Από αυτό και μόνο απορρέει η άποψη ότι η νόσος πέρα από τα γενικά της χαρακτηριστικά θα ακολουθεί ξεχωριστή πορεία, μια πορεία που θα χαρακτηρίζει έναν συγκεκριμένο ασθενή και που θα χαρακτηρίζεται από τον συγκεκριμένο ασθενή σαν ένα είδος ταυτότητας νόσου.

Είναι χρέος μας να προσπαθούμε σε κάθε περίπτωση να ξεχωρίζουμε και να ταυτοποιούμε όσο μπορούμε λεπτομερέστερα την νόσο του κάθε ασθενούς μας, ούτως ώστε να πετύχουμε το μέγιστο δυνατό θεραπευτικό όφελος.

Η συνεισφορά της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης είναι καθοριστική στην ελάττωση, σε μεγάλο βαθμό, της απειλής του καρκίνου αλλά και στην καθυστέρηση του θλιβερού αποτελέσματος μιας τέτοιας θανατηφόρας νόσου.

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια κατανόησης και ορθής ανάπτυξης του θέματος “Καρκίνος παχέος εντέρου – Πρόληψη, Θεραπεία, Αποκατάσταση”.

Σκοπός του παρόντος συγγράμματος είναι η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην δημιουργία του καρκίνου παχέος εντέρου και η νοσηλευτική προσέγγιση της σοβαρής αυτής μορφής καρκίνου με στόχο την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση του ίδιου του καρκίνου και των επιπλοκών του.

Ο καρκίνος του παχέος ήταν και παραμένει από τις κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Ενδεικτικά θα πρέπει να τονιστεί ότι στις ΗΠΑ ο αριθμός θανάτων σύμφωνα με τα επίσημα στατιστικά στοιχεία το 2011 έφτασε 56.730 ενώ το 2002 ήταν 56.600. Η αναφορά στα στατιστικά στοιχεία των ΗΠΑ γίνεται για πολλούς και ποικίλους λόγους. Κύριος λόγος είναι η γενικά αποδεκτή αξιοπιστία των συγκεκριμένων στατιστικών στοιχείων και η εύκολη πρόσβαση σε αυτά μέσω του διαδικτύου, από πηγές ελεύθερης χρήσης για το κοινό.

Ένας άλλος λόγος είναι το γεγονός ότι σε σχέση με τους δικούς μας ασθενείς, οι στατιστικές των ΗΠΑ εμφανίζουν αρκετά σημεία προσέγγισης, σε ότι αφορά τον γενικό τρόπο ζωής, τις διατροφικές συνήθειες, και τους αρκετά ομοιάζοντες περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Η απλή ανάγνωση των αριθμών αναδεικνύει εύκολα ένα πρώτο δυσμενές συμπέρασμα. Παρά την πάροδο σχεδόν μιας δεκαετίας, ο αριθμός των ετήσια καταγραφόμενων θανάτων παραμένει ο ίδιος. Αν μάλιστα συνυπολογίσουμε το γεγονός ότι το 2002 διαγνώστηκαν 148.300 νέοι ασθενείς και το 2011 ο αριθμός έφτασε τους 106.000 νέους ασθενείς, χωρίς ανάλογη μείωση των θανάτων, σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) για τις ΗΠΑ, καταλαβαίνουμε ότι ακόμα η μάχη είναι σε πλήρη εξέλιξη.

Η βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου θεωρητικά

μπορεί να επιτευχθεί με την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση. Ο καρκίνος αυτός, εκπληρώνει τις προϋποθέσεις για την εφαρμογή μαζικού προληπτικού ελέγχου :

- Είναι από τους συχνότερους καρκίνους
- Εξελίσσεται αργά από προκαρκινικές βλάβες
- Υπάρχουν χαμηλού κόστους δοκιμασίες ανίχνευσης

Στα τέλη της δεκαετίας του '90 δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα από τις μεγαλύτερες σε συμμετοχή και διάρκεια μελέτες. Οι μελέτες αυτές επιβεβαιώνουν ότι η δευτερογενής πρόληψη με ετήσιο τεστ αφανούς αιμορραγίας στα κόπρανα οδηγεί σε μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο. Στην Ελλάδα έγιναν λίγες μελέτες με μεγαλύτερη αυτή του Μπεσμπέα («Αγιος Σάββας») (Μπεσμπέας, 1992).

Αισιόδοξα μηνύματα στην αντιμετώπιση του καρκίνου έρχονται σήμερα από την αποκωδικοποίηση του DNA, καθώς η πρόοδος της μοριακής βιολογίας επέτρεψε τα τελευταία χρόνια την καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών του κυτταρικού πολλαπλασιασμού και της καρκινογένεσης. Η επιστήμη κατάφερε σήμερα να αναστείλει την καρκινογένεση με τελική συνέπεια τον θάνατο του καρκινικού κυττάρου (Φούντζηλας & Μπαρμπούνης, 2006).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η πρόληψη, καθημερινές δραστηριότητες τις οποίες κάνουν οι πολίτες καθώς και οι διατροφικές συνήθειες τις οποίες έχουν. Η πρόληψη είναι εφικτή με απλές ενέργειες. Η έγκαιρη διάγνωση είναι εφικτή με απλές εξετάσεις. Οπότε, σήμερα, έχουμε το δικαίωμα να αισιοδοξούμε ότι με αυτές τις προϋποθέσεις θα κερδίσουμε την μάχη με τον καρκίνο, τουλάχιστον στο παχύ έντερο (Gilbert, 2004).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

Φυσιολογικό παχύ έντερο

1.1 Ανατομία εντέρου

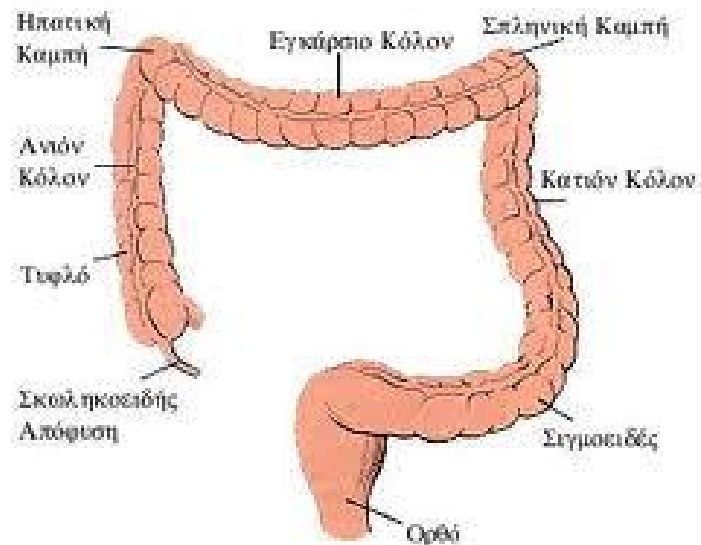
Η κύρια λειτουργία του παχέος εντέρου είναι η επαναρρόφηση του νερού και των ηλεκτρολυτών. Περιέχει υπολείμματα τροφών που αποσυντίθενται με τη βοήθεια των βακτηριδίων.

Το παχύ έντερο είναι η συνέχεια του λεπτού εντέρου και εκτείνεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα έως τον πρωκτό με συνολικό μήκος 130 cm ενώ το μήκος του ορθού φθάνει τα 15 cm έως 20 cm. Από περιγραφικής άποψης διακρίνουμε στο παχύ έντερο τέσσερα άνισα μέρη σε μέγεθος:

- το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση
- το κόλον (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές)

- το ορθό ή απευθυσμένο
- τον πρωκτικό σωλήνα

Το παχύ έντερο χωρίζεται σε δυο μοίρες: στη δεξιά απορροφητική με το τυφλό ανιόν και το δεξιό ημιμόριο του εγκάρσιου κόλου και την αποθηκευτική αριστερή μοίρα με το υπόλοιπο εγκάρσιο, το κατιόν, το σιγμοειδές και το ορθό.



Εικόνα 1. Σχηματική παρουσίαση των τμημάτων του παχέος εντέρου.

Το περιεχόμενο του εντέρου προωθείται μέσω της ειλεοτυφλικής βαλβίδας στο τυφλό, που αποτελεί την πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου. Το τυφλό αποτελεί διευρυμένο θύλακο του εντέρου. Βρίσκεται στο δεξιό και κάτω μέρος της κοιλιάς. Το όνομα του οφείλεται στο γεγονός ότι προς τα κάτω απολήγει τυφλά, ενώ προς τα άνω συνεχίζεται με κατεύθυνση προς το ανιόν κόλον. Λίγο πιο κάτω από την ειλεοκόλικη βαλβίδα υπάρχει ένα άνοιγμα που οδηγεί στο εσωτερικό της σκωληκοειδούς απόφυσης, η οποία είναι ένας στενός, τυφλός σωλήνας μήκους 6-10 cm. Η σκωληκοειδής απόφυση μπορεί να πάρει διαφορές ανατομικές θέσεις σε σχέση με το τυφλό, πράγμα που έχει ιδιαίτερη σημασία κατά την αξιολόγηση των συμπτωμάτων της οξείας σκωληκοειδίτιδας.

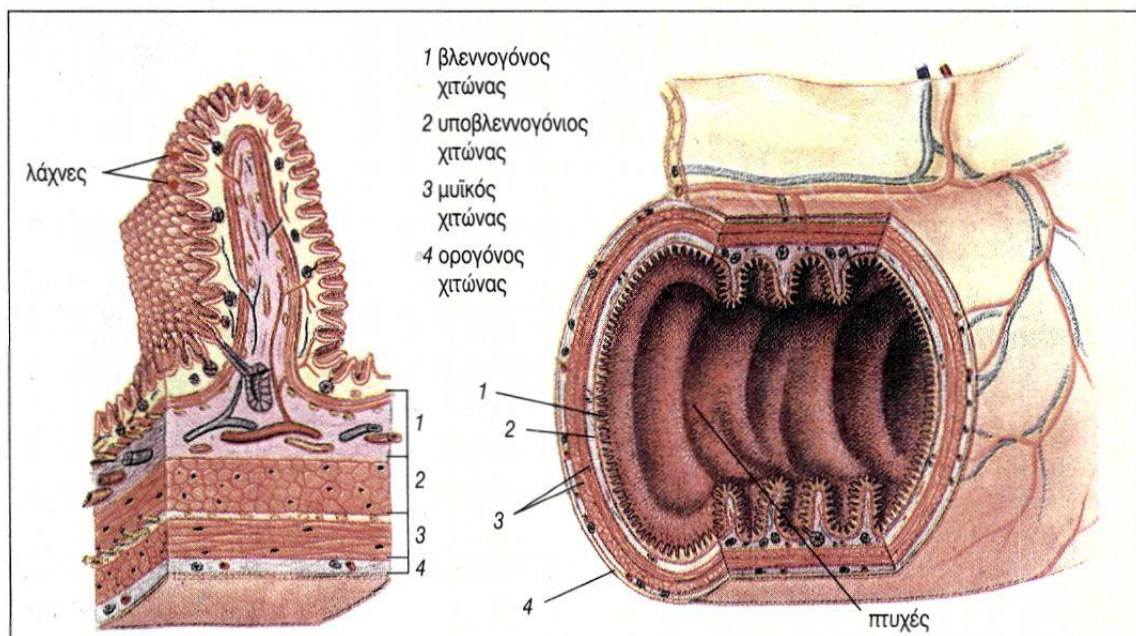
Το ανιόν κόλον έχει μήκος 13-15 cm και πορεύεται δεξιά προς τα άνω μέχρι την κάτω επιφάνεια του ήπατος όπου ανακάμπει αριστερά και σχηματίζει τη **δεξιά ή ηπατική κολική καμπή**. Ακολουθεί το εγκάρσιο κόλον το οποίο πορεύεται τοξοειδώς προς τα αριστερά μέχρι το αριστερό άνω τμήμα της κοιλιάς όπου κατά τον πόλο του σπλήνα σχηματίζει την **αριστερή ή σπληνική κολική καμπή** όπου μεταπίπτει στο κατιόν κόλον. Το κατιόν κόλον έχει μήκος 20-25 cm και πορεύεται προς τα κάτω και πίσω κατά μήκος του αριστερού πλάγιου της κοιλιακής χώρας. Η πρόσφυση του αριστερού κολικού συνδέσμου (**φρενοκολικός σύνδεσμος**) αποτελεί το έδαφος του χώρου που κατασκηνώνει ο σπλήνας. Το κατιόν κόλον μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλον το οποίο αρχικά πορεύεται στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και μετά εισέρχεται στην ελάσσονα πύελο σχηματίζοντας αγκύλη σχήματος 'S'. Στο ύψος του 2^{ου} -3^{ου} ιερού σπονδύλου μεταπίπτει στο ορθό το οποίο αρχικά ακολουθεί το κοίλο σχήμα του ιερού οστού, την **ιερή καμπή** και μετά, στο ύψος του κόκκυγα στρέφεται προς τα πίσω και περνάει διαμέσου του πυελικού εδάφους, την **περινεϊκή καμπή**. Το άνω τριτημόριο του ορθού είναι διευρυμένο και αποτελεί την λήκυθο. Ο πρωκτικός σωλήνας αποτελεί το τελευταίο τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος. Περιβάλλεται από δυο κυλινδρικούς μυϊκούς σχηματισμούς, τους σφιγκτήρες που συγκρατούν το περιεχόμενο της ληκύθου. Ο έσω σφιγκτήρας συσπάται συνεχώς και δεν επιτρέπει τη διαφυγή των κοπράνων, ενώ ο

έξω υπόκειται στη βούληση του άνθρωπου και συσπάται σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης συγκράτησης των κοπράνων (Κατρίτση & Κελέκης, 1954).

1.2 Μικροσκοπική ανατομική παχέος εντέρου

Το τοίχωμα του παχέος εντέρου αποτελείται από 4 χιτώνες:

- ✓ Βλεννογόνος
- ✓ Υποβλεννογόνιος χαλαρός συνδετικός
- ✓ Μυϊκός
- ✓ Ορογόνος (Φίκα, 1996)



Εικόνα 2. Σχηματική παράσταση χιτώνων του παχέος εντέρου.

1.2.1 Βλεννογόνος

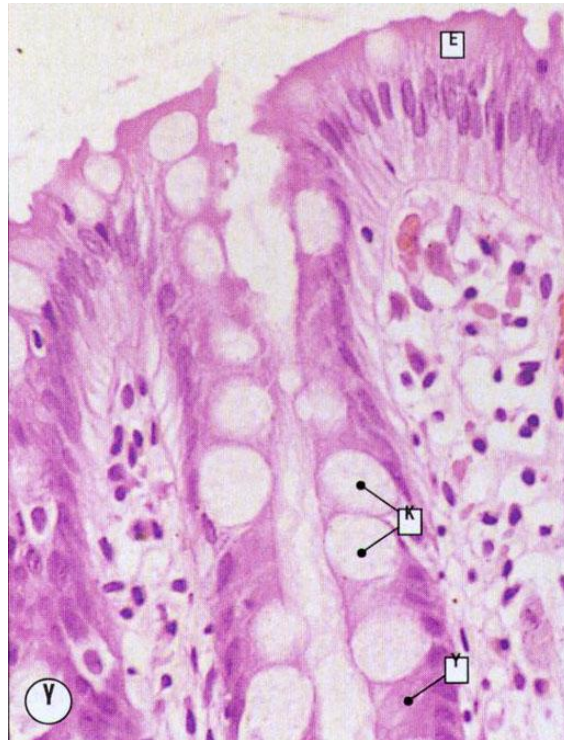
Επιθήλιο

Το επιθήλιο του παχέος εντέρου είναι μονόστιβο κυλινδρικό το οποίο λειτουργεί ως προστατευτική ασπίδα μεταξύ του εσωτερικού και του αυλού. Αποτελείται από **απορροφητικά** και **καλυκοειδή (goblet)** κύτταρα. Τα απορροφητικά κύτταρα είναι υπεύθυνα για την μεταφορά ύδατος και ηλεκτρολυτών. Στο ενδοαυλικό τμήμα τους παρουσιάζουν ψηκτροειδή παρυφή λόγω της παρουσίας των μικρολαχνών.

Τα καλυκοειδή κύτταρα συνθέτουν, αποθηκεύουν και εκκρίνουν βλέννη. Το κυτταρόπλασμά τους περιέχει πολλαπλά κυστίδια βλέννης (*Φίκα, 1996*).



Εικόνα 3. Επιθήλιο φυσιολογικού παχέος εντέρου.



Εικόνα 4. Άνω τμήμα σωληνώδους αδένος παχέος εντέρου που δείχνει τα κυλινδρικά κύτταρα (Y), τα καλυκοειδή κύτταρα (K) και τα επιφανειακά κύτταρα (E) που είναι κυλινδρικά και περιέχουν λίγη βλέννα.

Χόριο

Το χόριο αποτελεί το στρώμα που υποστηρίζει το βλεννογόνο του παχέος εντέρου και εκτείνεται από την υποεπιθηλιακή βασική μεμβράνη μέχρι τη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα. Τα περισσότερα κύτταρα του χορίου είναι υπεύθυνα για τοπικούς ανοσολογικούς μηχανισμούς που εξασφαλίζουν την άμυνα ενάντια σε επιβλαβείς ξενιστές (Φίκα, 1996).

Βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα

Μια λεπτή στιβάδα από λείες μυϊκές ίνες, η βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα, διαχωρίζει

τον βλεννογόνο (επιθήλιο και χόριο) από τον υποβλεννογόνιο χαλαρό συνδετικό ιστό. Μερικά λεία μυϊκά κύτταρα μπορεί να εκτείνονται προς τα επάνω στο χόριο και μπορεί να είναι πολυάριθμα σε περιοχές που βρίσκονται βλεννογόνιες προβολές, οι μνηοειδείς πτυχές. Συσπάσεις της μυϊκής στιβάδας προκαλούν αλλαγές της μορφής του βλεννογόνου και αλλάζουν τις φυσιολογικές διεργασίες του επιθηλίου (απορροφητικές, εκκριτικές) (Φίκα, 1996).

1.2.2 Υποβλεννογόνιος χιτώνας

Αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και περιέχει ινοβλάστες, κολλαγόνο, λιποκύτταρα, φλεγμονώδη κύτταρα, νεύρα και αγγεία. Εδώ συναντούνται δυο νευρικά πλέγματα : το υποβλεννογόνιο **πλέγμα του Meissner** και το εν τω βάθει υποβλεννογόνιο πλέγμα (**πλέγμα του Henle**) (Φίκα, 1996).

1.2.3 Μυϊκός χιτώνας

Αποτελείται από την έσω κυκλοτερή μυϊκή στιβάδα η σύσπαση των ινών της οποίας σχηματίζει τις κολικές κυψέλες, που είναι φυσιολογικά κυκλοτερή εκκολπώματα και την έξω επιμήκης μυϊκή στιβάδα η οποία παχυνόμενη κατά τόπους σχηματίζει τις 3 κολικές ταινίες (Φίκα, 1996).

1.3 Φυσιολογία εντέρου

Το ανθρώπινο παχύ έντερο έχει τέσσερις κυρίες λειτουργίες. Πρώτον, το κόλον απορροφά μεγάλες ποσότητες υγρού και ηλεκτρολυτών και μετατρέπει το υγρό περιεχόμενο του ειλεοτυφλικού τμήματος σε συμπαγή ή ημισυμπαγή κόπρανα. Δεύτερον, το κόλον απορροφά σε αφθονία λιπαρά οξέα βραχείας αλυσίδας, τα όποια σχηματίζονται από τη ζύμωση των υδατανθράκων των τροφών, που πραγματοποιείται

από τη μικροχλωρίδα του κόλου και δεν απορροφήθηκαν από το λεπτό έντερο. Τρίτον, η αποθήκευση περιεχομένου του κόλου αντιπροσωπεύει την αποθηκευτική λειτουργία του παχέος εντέρου. Τέταρτον, το κόλον αποβάλλει το περιεχόμενο του με ελεγχόμενο ρυθμό, που βρίσκεται σε μεγάλο βαθμό υπό εκούσιο έλεγχο.

Το παχύ έντερο για να πραγματοποιήσει αυτές τις σπουδαίες δραστηριότητες, λειτουργικά ενεργεί ως δυο διακριτά όργανα. Το εγγύς (ανιόν και εγκάρσιο) τμήμα, όπου εκεί γίνεται η μεγαλύτερη απορρόφηση υγρών και ηλεκτρολυτών και που γίνεται η βακτηριακή ζύμωση και το άπω (κατιόν και ορθοσιγμοειδές) τμήμα του κόλου όπου παρέχει την τελική ξήρανση του υλικού του κόλου και αποτελεί αποθηκευτικό χώρο για τα κόπρανα έως ότου γίνει η αφόδευση.

Το εγγύς κόλον έχει δυο τύπους κινητικής δραστηριότητας, τη μη προωθητική κατάτμηση και τις περισταλτικές κινήσεις. Οι μη προωθητικές τμηματικές συστολές που προκαλούν την κατάτμηση, παρέχουν στο κόλον την εμφάνιση κολικών κυψέλων. Στη φάση της κατάτμησης το υλικό παραμένει στο εγγύς τμήμα του παχέος εντέρου. Μια έως τρεις φορές τη μέρα συμβαίνει μαζικός περισταλτικός, κατά τον οποίο μέρος του περιεχομένου του εντέρου προωθείται περιφερικά κατά 20 cm ή και περισσότερο. Κατά τη διάρκεια του μαζικού περισταλτικού οι κολικές κυψέλες εξαφανίζονται και επανεμφανίζονται με την ολοκλήρωση του.

Η κύρια κινητική δραστηριότητα που εμφανίζει το άπω κόλον είναι οι μη προωθητικές κινήσεις κατάτμησης, που δημιουργούνται από δακτυλιοειδείς ή τμηματικές συστολές. Εδώ γίνεται η τελική ξήρανση του περιεχομένου, καθώς και η αποθήκευση του μέχρι που μια μαζική περισταλτική κίνηση να ωθήσει το περιεχόμενο στο ορθό.

Το ορθό, κατά την πλήρωση του διεγείρει μια σειρά από αντανακλαστικά στους έσω και έξω σφιγκτήρες του πρωκτού, τα όποια οδηγούν σε αφόδευση (*Boron & Boulpaep, 2005*).

1.4 Κένωση του παχέος εντέρου

Η κένωση του εντέρου είναι μια πολύπλοκη διαδικασία και περιλαμβάνει αντανακλαστικές και εκούσιες δράσεις. Το κέντρο αντανακλαστικών δράσεων εντοπίζεται στην ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού και ρυθμίζεται από ανωτέρα κέντρα. Κυριότεροι απαγωγοί είναι οι παρασυμπαθητικές ίνες των πυελικών νεύρων ενώ το συμπαθητικό νευρικό σύστημα δεν παίζει σημαντικό ρόλο στην φυσιολογική κένωση. Ο έξω σφιγκτήρας διατηρείται σε κατάσταση χάλασης, επίσης αυξάνεται η ενδοκοιλιακή πίεση για ευκολότερη εξώθηση των κοπράνων, με τη βοήθεια μιας βαθιάς εισπνοής η οποία κινεί το διάφραγμα προς τα κάτω. Στη συνέχεια κλείνει η γλωττίδα, αυξάνονται οι συσπάσεις των αναπνευστικών μυών λόγω των γεμάτων με αέρα πνευμόνων με αποτέλεσμα την αύξηση της ενδοθωρακικής και ενδοκοιλιακής πίεσης. Κατά τη διαδικασία αυτή η ενδοκοιλιακή πίεση μπορεί να φτάσει μέχρι και 200cm H₂O . Αυτό συντελεί στην εξώθηση των κοπράνων δια μέσω των χαλαρωμένων σφιγκτήρων. Οι μύες του δαπέδου της πυέλου χαλαρώνουν, με αποτέλεσμα να υποβοηθείται η ευθυγράμμιση του απευθυσμένου και να αποτρέπεται η πρόπτωσή του (*Berne & Lery, 2002 – Guyton, 2001*).

1.5 Νεύρωση παχέος εντέρου

Η ενδογενής νεύρωση του παχέος εντέρου οφείλεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα, το οποίο αποτελείται από δίκτυο νευρώνων στο μεσεντέριο και στο υποβλεννογόνο πλέγμα. Το μεσεντέριο πλέγμα συμμετέχει κυρίως στον έλεγχο της κινητικότητας, ενώ το υποβλεννογόνο ελέγχει κυρίως την έκκριση και απορρόφηση των υγρών. Οι νευρώνες αυτού του συστήματος αλληλοσυνδέονται μεταξύ τους με νευρικές απολήξεις του αυτονόμου νευρικού συστήματος. Οι μεταβιβαστικές ουσίες, όπως η ακετυλοχολίνη, η σεροτονίνη, η σωματοστατίνη και διάφορα άλλα πεπτίδια βρίσκονται συχνά στους ενδογενείς νευρώνες. Η βέλτιστη λειτουργία του πεπτικού σωλήνα απαιτεί συντονισμένες αλληλεπιδράσεις μεταξύ ενδοκρινικών, παρακρινικών και νευροκρινικών

παραγόντων.

Η νεύρωση του παχέος εντέρου προέρχεται από τις συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες του αυτονόμου νευρικού συστήματος και συνιστά την ενδογενή και την εξωγενή νεύρωση του πεπτικού συστήματος. Οι συμπαθητικές ίνες ξεκινούν από τη θωρακοσφυϊκή μοίρα του νωτιαίου μυελού (Θ5-Ο2) και κατανέμονται στα παράπλευρα γάγγλια. Οι παρασυμπαθητικές ίνες προέρχονται από το πνευμονογαστρικό νεύρο και τα πυελικά σπλαχνικά νεύρα (Π1-Ι4). Σε γενικές γραμμές, το συμπαθητικό ελαττώνει την περισταλτικότητα και την εκκριτοκινητική δραστηριότητα του συστήματος, ενώ το παρασυμπαθητικό σύστημα αυξάνει την περισταλτικότητα, προκαλεί χάλαση των ακούσιων σφιγκτήρων και αυξάνει την εκκριτοκινητική του δραστηριότητα. Οι αγκύλες ανάδρασης προς το κεντρικό νευρικό σύστημα ρυθμίζουν τη σπλαχνική λειτουργία και συντονίζουν τη δραστηριότητα των εξωγενών και των ενδογενών νευρώνων του εντέρου μεταξύ τους (*Hansen & Keppel, 2002*).

1.6 Αγγείωση παχέος εντέρου

Το τυφλό, το ανιόν και τμήμα του εγκαρσίου κόλου αιματώνονται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία. Πιο συγκεκριμένα το τυφλό αιματώνεται από την ειλεοκόλικη αρτηρία, το ανιόν κόλον από τη δεξιά κολική αρτηρία και το εγκάρσιο από τη μέση κολική αρτηρία. Το υπόλοιπο τμήμα του παχέος εντέρου μέχρι το ορθό αγγειώνεται από την αριστερή κολική και τις σιγμοειδείς αρτηρίες, οι οποίες είναι κλάδοι της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας.

Το αίμα από το παχύ έντερο επιστρέφει προς την κάρδια μέσω της άνω και της κάτω μεσεντέριας φλέβας, ενώ από το κατώτερο τμήμα του ορθού δια μέσου της έσω λαγονίου μπαίνει στην κυκλοφορία της κάτω κοίλης φλέβας (*Σφηκάκης, 2006*)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

Παθολογικά στοιχεία εντέρου

2.1 Καρκίνος-ορισμός

Η προσέλευση της λέξης καρκίνος αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, γνωστός στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Στην ελληνική γλώσσά η λέξη καρκίνος αναφέρεται στα καβούρια. Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διαφόρους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη, οι ακτινωτές μεταστάσεις των όποιων φέρνουν αμυδρά στο μυαλό τη μορφή που έχουν οι δαγκάνες των καβουριών.

Ο καρκίνος είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κύτταρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος. Η ανωμαλία αυτή δεν πρέπει να συγχέεται με την αναγέννηση των ιστών, μετά από αφαίρεση τους και με την υπερπλασία που συμβαίνει σε ανάγκες του οργανισμού να αναπτύξει φυσιολογικούς ιστούς, που είναι φυσιολογικές διαδικασίες του οργανισμού.

Με τον ορό «καρκίνος» περιγράφεται μια ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. Ο ορός αναφέρεται στην υπερβολική και χωρίς προγραμματισμό ανάπτυξη κύτταρων του οργανισμού, που υπήρχε φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή έναρξης της καρκινογένεσης. Φυσιολογικά, τα κύτταρα αναπτύσσονται και διαιρούνται ώστε να προκύψουν θυγατρικά και να διατηρηθεί η υγεία του οργανισμού. Ορισμένες φορές, η διαδικασία αυτή εκτρέπεται του φυσιολογικού και δημιουργούνται νέα κύτταρα χωρίς όμως τα παλιά να πεθαίνουν. Έτσι, τα πλεονάζοντα κύτταρα δημιουργούν μάζες, που καλούνται όγκοι.

Σε μερικές περιπτώσεις, τα παθολογικά αυτά κύτταρα δημιουργούν μεταστάσεις, δηλαδή εξαπλώνονται και σε άλλα μέρη του σώματος, σχηματίζοντας μεταστατικούς όγκους παρόμοιους με τον αρχικό ¹¹.

Συνήθως ο καρκίνος δεν επηρεάζει ένα μονό όργανο του σώματος και δεν έχει μια μορφή. Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου, καθένας εκ των οποίων έχει το δικό του τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Οι όγκοι διακρίνονται σε καλοήθεις και κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι δεν ονομάζονται καρκινικοί, δεν κάνουν μετάσταση και δεν είναι επικίνδυνοι για τη ζωή του άτομου. Οι περισσότεροι καρκίνοι παίρνουν το όνομα τους από το όργανο το οποίο ξεκινούν ή από το όνομα του επιστήμονα που τους ανακάλυψε. Άλλοι ιατρικοί όροι για την υποδήλωση ύπαρξης καρκινικής νόσου είναι όροι κακοήθους όγκου, καρκίνωμα και νεόπλασμα .

2.2 Η ιστορία του καρκίνου

Οι πληροφορίες περί καρκίνου υπάρχουν από τότε που έχουμε ιατρικά κείμενα, δηλ. από τη εποχή του Ιπποκράτους και μετά, αν και παλαιότερα είχαν γραφεί ιατρικά κείμενα όπως μας πληροφορεί ο Σωκράτης «πολλά γαρ των ιατρών έστι συγγράμματα», (Ξενοφώντας, Απομνημονεύματα Δ, β, 10).

Ενδιαφέρον έχει να αναφέρουμε σχετικά με την ονοματολογία ότι οι αρχαίοι ιατροί έδωσαν στη νεοπλασία το όνομα «καρκίνος» από την εξωτερική του μορφή. Συγκεκριμένα ο Γαληνός σημειώνει ότι όπως στο ζώο καρκίνο (κάβουρα) τα πόδια του είναι εκατέρωθεν του σώματός του, κατά τον ίδιο τρόπο στον μαστό της γυναίκας από τον παρά φύσιν όγκο οι φλέβες είναι διογκωμένες και καταφανείς, που παρομοιάζονταν με τα πόδια του καβουριού. Και έκτοτε ο όρος αυτός γενικεύθηκε για όλες τις νεοπλασίες του σώματος και χρησιμοποιείται από όλους τους αρχαίους Έλληνες ιατρούς, ενώ παράλληλα απαντάται και ο όρος καρκίνωμα. Οι όροι αυτοί έφθασαν μέχρι

τις ημέρες μας και καθιερώθηκαν στην διεθνή ιατρική ορολογία.

Παρά το γεγονός ότι οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο «καρκίνος» για τη συγκεκριμένη νόσο, φαίνεται ότι ο καρκίνος εντοπίζεται σε ακόμα παλαιότερες περιόδους. Έχουν βρεθεί στοιχεία για το οστεοσάρκωμα, έναν τύπο καρκίνου των οστών, σε οστά κεφαλής και αυχένα σε μούμια στην *αρχαία Αίγυπτο*, καθώς και περιγραφή της νόσου σε πάπυρο, ο οποίος υπολογίζεται ότι γράφτηκε το 1600 π.χ.

Τα κείμενα του Ιπποκράτη όμως είναι αυτά που κατονομάζουν για πρώτη φορά τη νόσο ως καρκίνο. Η αιτιολογία βασίστηκε στη θεώρηση του Ιπποκράτη για τους τέσσερις χυμούς (αίμα, φλέμα, κίτρινη και μαύρη χολή) , οι οποίοι σε φυσιολογικές συνθήκες βρίσκονται σε ισορροπία. Όταν όμως η μαύρη χολή συσσωρεύεται σε υπερβολικές ποσότητες σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργείται ο καρκίνος. Η θεωρία αυτή έφτασε μέχρι τη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε διάσημος ιατρός Γαληνός (*Ντολατζάς, 2005*).

Κατά τον 15ο αιώνα άρχισαν να χρησιμοποιούνται επιστημονικές μέθοδοι στη μελέτη των ασθενειών. Το 1761 ο Morgan χρησιμοποίησε πρώτος τη μέθοδο της νεκροψίας και έθεσε τα θεμέλια για την επιστημονική μελέτη του καρκίνου και την ανάπτυξη της ογκολογίας. Τον 19ο αιώνα γεννήθηκε η επιστημονική ογκολογία και μέσα από τη συστηματική χρήση του μικροσκοπίου μελετήθηκαν ανθρωπινοί ιστοί που αφαιρέθηκαν από χειρουργική επέμβαση και δόθηκε η δυνατότητα για σαφή διάγνωση. Από τα τέλη του 19ου έως και τις αρχές του 20ου αιώνα πίστευαν στη θεωρία πως ο καρκίνος προκαλείται από κάποιο τραύμα, άλλα σύντομα αυτή η θεωρία εγκαταλείφθηκε έπειτα από αποτυχημένες προσπάθειες πρόκλησης καρκίνου σε πειραματόζωα. Πλέον η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μια πιο σαφή εικόνα, τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτιά της (<http://www.bestrong.org.gr>).

2.3 Καρκίνος παχέος εντέρου – ορισμός

Καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η νόσος χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη κακοηθών κυττάρων στην επένδυση ή επιθήλιο του πρώτου και μεγαλύτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Τα κακοήθη κύτταρα έχουν χάσει τον κανονικό μηχανισμό ελέγχου που διέπουν την ανάπτυξη. Αυτά τα κύτταρα μπορεί να εισβάλλουν στον περιβάλλοντα τοπικό ιστό ή μπορεί να εξαπλωθούν σε όλο το σώμα και να εισβάλουν σε άλλα συστήματα οργάνων (<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com>).

2.4 Μοντέλο καρκινογένεσης του παχέος εντέρου

Η καρκινογένεση είναι μια πολυσταδιακή διαδικασία κατά την οποία οι γενετικές αλλαγές μετασχηματίζουν τις ιδιότητες των φυσιολογικών κυττάρων σε εκείνες των καρκινικών. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί ίσως την πιο μελετημένη μορφή καρκίνου και έχει σημαντική συνεισφορά στην κατανόηση της γενετικής του καρκίνου, προσδίδοντας χρήσιμα μοντέλα για τα στάδια που ακολουθεί η ανάπτυξη του καρκίνου.

Η αλληλουχία των γεγονότων κατά την ογκογένεση έχει διακριθεί σε τρία στάδια :

Δημιουργία εντερικών κρυπτών : Οι εντερικές κρύπτες αποτελούν συμπλέγματα σωληνολαχνωτών αδένων που συνήθως έχουν

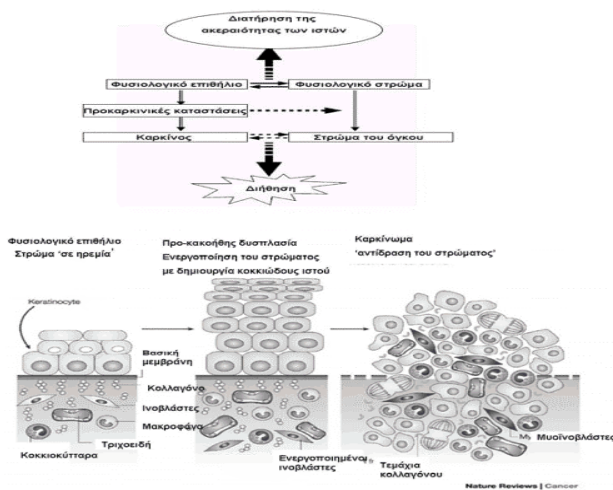
1. **δυσπλασίες.** Η δημιουργία των κρυπτών αυτών, αποτελεί μια από τις πρωταρχικές βλάβες ικανές να οδηγήσουν στον καρκίνο.
2. **Δημιουργία αδενωμάτων :** Οι δυσπλαστικές εντερικές κρύπτες δημιουργούν αδενώματα που συνήθως αναφέρονται ως αδενωματοειδείς πολύποδες.
3. **Δημιουργία καρκινώματος :** Τα καρκινώματα δημιουργούνται σε έδαφος

αδενώματος εξ ου και η ονομασία αδenoκαρκινώματα. Οι συγκεκριμένες βλάβες είναι υψηλής δυσπλασίας και εισχωρούν στον περιβάλλοντα ιστό.

4. **Δημιουργία μετάστασης :** Η μετάσταση είναι διαδικασία κατά την οποία το μετασηματισμένο ογκοκύτταρο αποκτά μεταστατικές ιδιότητες. Η διαδικασία αυτή απαιτεί ένα μεγάλο χρονικό διάστημα που διαρκεί 10-15 έτη (Vogelstein & Kinzler, 1993).

Για την επίτευξη της παραπάνω διαδικασίας κρίνεται απαραίτητη η μετάλλαξη συγκεκριμένων γονιδίων. Εναρκτήριο λάκτισμα αποτελεί η μετάλλαξη του ογκοκατασταλτικού γονιδίου-φρουρού του εντερικού επιθηλίου, APC (Fearon & Vogelstein, 1990).

ές αλληλεπιδράσεις (Hanahan and Weinberg, 2000). Με άλλα λόγια η μάζα αποτελεί ένα όργανο και ως τέτοιο πρέπει να αντιμετωπίζεται id Fusenig 2004).



φυσιολογική λειτουργία των οργάνων και η ανάπτυξη διηθητικών καρκινωμάτων
τό αμφίδρομες αλληλεπιδράσεις μεταξύ επιθηλιακών καιstromατικών κυττάρων (De
) . B. Τα δυσπλαστικά κύτταρα ενεργοποιούν το υποκείμενο στρώμα με ενεργοποίηση
στρατολόγηση φλεγμονωδών κυττάρων και αύξηση των αργείων δημιουργώντας ένα
ον για την ανάπτυξη διήθησης (Mueller and Fusenig 2004)

2.5 Στάδια καρκίνου παχέος εντέρου

Στον καρκίνο του παχέος εντέρου χρησιμοποιούνται δυο συστήματα σταδιοποίησης (*Hamilton et al 2000, Rosai 2004*) : το σύστημα που προτάθηκε το 1954 από τους Astler και Coller (*Astler & Coller 1954*) και το σύστημα που προτείνεται από την American Joint Committee of Cancer (AJCC) και την Union Internationale Contre Le Cancer (UICC) (*Greene et al, 2002*). Σύμφωνα με το σύστημα των **Astler-Coller** τα καρκινώματα του παχέος εντέρου ταξινομούνται ως εξής :

A : Ο όγκος περιορίζεται στον βλεννογόνο του παχέος εντέρου

B1 : Ο όγκος διηθεί τον μυϊκό χιτώνα του εντέρου αλλά δεν τον διαπερνά. Δεν παρατηρούνται λεμφαδενικές μεταστάσεις

B2 : Ο όγκος διαπερνά τον μυϊκό χιτώνα. Δεν παρατηρούνται λεμφαδενικές μεταστάσεις

C1 : Ο όγκος διηθεί τον μυϊκό χιτώνα του εντέρου, αλλά δεν τον διαπερνά. Συνυπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Αργότερα το σύστημα Astler-Coller τροποποιήθηκε με την προσθήκη των σταδίων B3 όταν ο όγκος διηθεί γειτονικά όργανα χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις, C3 όταν ο όγκος διηθεί γειτονικά όργανα και έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις και D όταν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις (*Rosai, 2004*).

Το **σύστημα TNM** είναι πιο λεπτομερές από τα παραπάνω, αν και όχι απαραίτητα πιο ακριβές στην πρόβλεψη της έκβασης του νεοπλασματος. Το στάδιο προκύπτει από το συνδυασμό τριών παραμέτρων (από τις οποίες προέρχονται και τα αρχικά TNM) : τα χαρακτηριστικά του πρωτοπαθούς όγκου (Tumor, T) την κατάσταση λεμφαδένων (Lymph Node, N) και την παρουσία μεταστάσεων (Metastasis, M).

Πρωτοπαθής Όγκος (T)

| | |
|-----|---|
| Tx | Μη εκτιμήσιμος πρωτοπαθής όγκος |
| T0 | Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου |
| Tis | Καρκίνωμα in situ : τα καρκινικά κύτταρα περιβάλλονται από τη βασική μεμβράνη των αδενίων η παρατηρείται διήθηση του χορίου |
| T1 | Ο όγκος διηθεί τον υποβλεννογόνο χιτώνα |
| T2 | Ο όγκος διηθεί τον μυϊκό χιτώνα |
| T3 | Ο όγκος διαπερνά τον μυϊκό χιτώνα και εκτείνεται στον υπορογόνο ή στους μη περιβαλλόμενους από περιτόναιο περικολικούς/περιορθρικούς ιστούς |
| T4 | Ο όγκος διηθεί γειτονικά όργανα κατά συνέχεια ιστού ή διασπά το σπλαχνικό περιτόναιο |

Περιοχικοί λεμφαδένες (N)

| | |
|----|---|
| NX | Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν δύναται να εκτιμηθούν |
| N0 | Απουσία μεταστάσεων σε περιοχικούς λεμφαδένες |
| N1 | Παρουσία μεταστάσεων σε 1 έως 3 λεμφαδένες |
| N2 | Παρουσία μεταστάσεων σε >4 λεμφαδένες |

Μετάσταση (M)

| | |
|----|---|
| Mx | Η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων δεν εκτιμάται |
| M1 | Απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων |
| M2 | Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων |

Στους Πίνακες 1 και 2 που ακολουθούν παρουσιάζονται τα στάδια κατά TNM και η αντιστοιχία του συστήματος TNM με το σύστημα των Astler-Coller, ενώ στην Εικόνα 5 παρουσιάζονται σχηματικά τα στάδια κατά Astler-Coller και TNM.

| Στάδιο | T | N | M |
|---------------|----------|----------|----------|
| Ο | Tis | N0 | M0 |
| I | T1, T2 | N0 | M0 |
| IIA | T3 | N0 | M0 |
| IIB | T4 | N0 | M0 |
| IIIA | T1, T2 | N1 | M0 |
| IIIB | T3, T4 | N1 | M0 |
| IIIC | Κάθε T | N2 | M0 |
| IV | Κάθε T | Κάθε N | M1 |

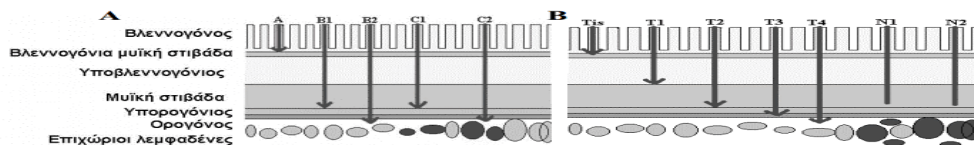
Πίνακας 1. Σταδιοποίηση TNM.

| TNM | Astler-coller | Modified Astler-Coller |
|-------------|----------------------|-------------------------------|
| 0 | | |
| I | A/B1 | A/B1 |
| IIA | B2 | B2 |
| IIB | B2 | B3 |
| IIIA | C1 | C1 |
| IIIB | C2 | C2/C3 |
| IIIC | C1/C2 | C1/C2/C3 |
| IV | --- | D |

Πίνακας 2. Αντιστοιχία TNM συστήματος στο σύστημα Astler-Coller και το τροποποιημένο Astler-Coller.

Πίνακας 2.2. Αντιστοιχία TNM συστήματος στο σύστημα Astler-Coller και το τροποποιημένο Astler-Coller

| TNM | Astler-Coller | Modified Astler-Coller |
|------|---------------|------------------------|
| 0 | | |
| I | A/B1 | A/ B1 |
| IIA | B2 | B2 |
| IIB | B2 | B3 |
| IIIA | C1 | C1 |
| IIIB | C2 | C2/C3 |
| IIIC | C1/C2 | C1/C2/C3 |
| IV | - | D |



Εικόνα 2.3 Σχηματική παρουσίαση των σταδίων κατά Astler-Coller (A) και TNM (B)
(πηγή: <http://www.sgpgi.ac.in/path/seminars/ccastage.html>)

56

Εικόνα 5. Σχηματική παρουσίαση των σταδίων κατά Astler-Coller (A) και TNM (B).

2.6 Προδιαθεσικοί παράγοντες – Αιτιολογία

Η αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι άγνωστοι. Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί, χωρίς ωστόσο να έχει καθοριστεί με βεβαιότητα το αίτιο. Όπως προκύπτει από τα υπάρχοντα δεδομένα ο καρκίνος αυτός δημιουργείται μέσω μιας πολυσταδιακής διαδικασίας, όπου ευθύνονται γενετικοί, περιβαλλοντικοί αλλά και διατροφικοί παράγοντες (Πετρίδης, 2004).

Διατροφή

Οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες που έχουν μελετηθεί με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης είναι χαμηλότερος στους πληθυσμούς με αυξημένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και ότι ο κίνδυνος αυτός

μεταβάλλεται με την αλλαγή της διαίτας.

Αν και ο προστατευτικός ρόλος των ινών δεν έχει τελείως αποσαφηνισθεί, η επιδημιολογία συνδέει την υψηλή πρόσληψη φυτικών διαιτητικών παραγόντων με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης νεοπλασμάτων παχέος εντέρου (Αντωνίου, 2008). Ο προστατευτικός ρόλος των ινών συνίσταται σε αύξηση του όγκου των κοπράνων, σε διάλυση των ουσιών που προάγουν την καρκινογένεση, ενώ προωθούν την γρήγορη εξαφάνισή τους από τον οργανισμό ελαχιστοποιώντας την χρονική διάρκεια επαφής τους με τον βλεννογόνο ελαττώνοντας τον χρόνο διέλευσης από τον γαστρεντερικό σωλήνα.

Συσχέτιση με την εμφάνιση της νόσου φαίνεται να υπάρχει και με την κατανάλωση του κόκκινου κρέατος και ενδεχομένως του ποσοστού ζωικού λίπους στο σύνολο των ημερήσιων θερμίδων. Αντίθετα, τα πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα, έλαια και το ελαιόλαδο πιστεύεται ότι ασκούν προστατευτική δράση στην εμφάνιση της νόσου.

Συμπληρώματα διατροφής όπως οι βιταμίνες Α, C, E και Β καροτίνη, δεν φαίνεται να ασκούν προστατευτική δράση. Η λήψη φυλλικού οξέος μειώνει την εμφάνιση καρκίνου και πολυπόδων του παχέος εντέρου. Το ασβέστιο, το σελήνιο, καθώς και η βιταμίνη D φαίνεται ότι ασκούν προστατευτική δράση.

Κάπνισμα

Οι καπνιστές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου και κυρίως του ορθού. Ο κίνδυνος αυτός εμφανίζεται μετά από 30-40 έτη χρήσης, ενώ φαίνεται να ελαττώνεται με τη διακοπή του καπνίσματος. Την ίδια επιβάρυνση φαίνεται να έχει και το κάπνισμα καπνού με την μορφή πίπας και πούρου.

Κατανάλωση καφέ και οινοπνεύματος

Η κατανάλωση καφέ που στο παρελθόν είχε θεωρηθεί ότι προστάτευε από την εμφάνιση καρκίνου, σήμερα θεωρείται ότι ούτε προστατεύει ούτε προδιαθέτει σε εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου. Η κατανάλωση αλκοόλ είναι ένας ακόμα προδιαθεσικός παράγοντας, χωρίς αυτό να είναι καθολικά αποδεκτό.

Παχυσαρκία και σωματική άσκηση

Το υπερβολικό βάρος μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης και έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί αιτία αυξημένης θνησιμότητας. Η έλλειψη σωματικής άσκησης μειώνει την κινητικότητα του εντέρου με αποτέλεσμα να αυξάνει ο κίνδυνος για ορθοκολικό καρκίνο.

Βεβαρημένο προσωπικό ιστορικό

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών, μήτρας ή μαστού έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο παχέος εντέρου. Επίσης, ασθενής που ήδη παρουσιάζει πολύποδες ή καρκίνο μπορεί να ξαναεμφανιστεί (Γλέντης, 2009). Τέλος, η ελκώδης κολίτιδα ενέχει μεγάλο κίνδυνο να εμπλακεί με καρκίνο (Goldman, 1999).

Γενετικοί παράγοντες

Παρ' ότι το γενετικό υπόστρωμα ενός ατόμου είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, σε συγγενείς 1^{ου} βαθμού είναι περίπου 18%. Περίπου, το 5% των καρκίνων του παχέος εντέρου οφείλονται σε κληρονομική προδιάθεση. Τα κληρονομούμενα αυτά σύνδρομα είναι διαταραχές στις οποίες τα άτομα που νοσούν έχουν κληρονομήσει γενετικές διαταραχές από τον ένα ή και τους δυο γονείς και είναι παρούσες σε κάθε κύτταρο του σώματος.

Η οικογενής πολυποδίαση, είναι ένα σύνδρομο κληρονομημένου καρκίνου παχέος εντέρου, στο οποίο τα μέλη θα αναπτύξουν πολυάριθμους πολύποδες συνήθως από την ηλικία της εφηβείας.

Ο κληρονομικός μη πολυγενής καρκίνος παχέος εντέρου (HNPCC) είναι ένα σύνδρομο που εμφανίζεται συνήθως στο δεξιό κόλον, σε νεαρές ηλικίες των 30 και των 40 ετών. Ορισμένοι εξ' αυτών των ασθενών ενδέχεται να εμφανίσουν καρκίνο της

μήτρας, του στομάχου, των ωοθηκών, των ουρητήρων και των χοληφόρων (Goldman, 1999).

2.7 Κλινική εικόνα καρκίνου παχέος εντέρου

Τα συμπτώματα του καρκίνου παχέος εντέρου ποικίλλουν και καθυστερούν αρκετά. Το 40% των ασθενών έχουν τυπική συμπτωματολογία της νόσου ενώ στο υπόλοιπο ποσοστό η συμπτωματολογία υποεκτιμάτε ή παρερμηνεύεται (Σπηλιώτης, 1999).

Σε γενικές γραμμές, το πιο συχνό πρώιμο σύμπτωμα είναι η αλλαγή στις διαθέσεις του εντέρου. Ο ασθενής παρουσιάζει μεγάλου βαθμού δυσκοιλιότητα ή δυσκοιλιότητα εναλλασσόμενη με διάρροια και κολικοειδή πόνο. Συχνά συνυπάρχει αίμα αναμιγμένο με κοπρανώδεις μάζες, που συχνά αποδίδεται σε αιμορροϊδικούς όζους, ενώ μπορεί να συνυπάρχουν ανορεξία, ναυτία, εμετοί, απώλεια βάρους και αίσθημα ατελούς κένωσης (Σαχίνη, 2006).

Στην κλινική πράξη διακρίνουμε 4 ομάδες συμπτωμάτων :

1. Σχετιζόμενα με την μείωση του αυλού του εντέρου (μετεωρισμός)
2. Σχετιζόμενα με την ανώμαλη αγγείωση του όγκου (παρουσία αίματος στα κόπρανα)
3. Σχετιζόμενα με τα διηθητικά χαρακτηριστικά του όγκου και την επέκτασή του
4. Σχετιζόμενα με την καρκινική καχεξία (ανορεξία, αδυναμία, απώλεια βάρους)

Ο χρόνος εμφάνισης των συμπτωμάτων εξαρτάται και από τη διάμετρο του εντέρου στην περιοχή της βλάβης. Η διάμετρος στο τυφλό και ανιόν φτάνει τα 10cm, ενώ στο σιγμοειδές είναι 2–2,5cm. Στο εγκάρσιο και κατιόν 4–6cm και 3–5cm αντίστοιχα. Στο ορθό η διάμετρος φτάνει τα 5–7cm.

Για το λόγο αυτό, το **καρκίνωμα δεξιού κόλου** (μεγάλη διάμετρος, λεπτό – διατάσιμο τοίχωμα, υδαρές περιεχόμενο) απαιτεί μεγαλύτερο χρόνο για να διηθήσει το

τοίχωμα και να μειωθεί ο αυλός του εντέρου, με συνέπεια να εκδηλώνονται αργά η στένωση και η απόφραξη (Μερίκας, 1998). Τα εντερικά ενοχλήματα απουσιάζουν ή υπάρχει μόνο ήπια διάρροια. Άλλες εκδηλώσεις, όπως το συνεχές ήπιο άλγος στον δεξιό λαγόνιο βόθρο ή το επιγάστριο και μια ψηλαφητή μάζα στον δεξιό λαγόνιο βόθρο, ανήκουν στην κατηγορία των μη ειδικών συμπτωμάτων, αφού μπορεί να συσχετίζονται με το πεπτικό έλκος, την οξεία ή χρόνια χολοκυστίτιδα, την οξεία σκωληκοειδίτιδα ή το νεόπλασμα στομάχου. Επίσης, στο δεξιό κόλον τα πρωτεολυτικά ένζυμα είναι ακόμη ενεργά, δρουν στις πρωτεΐνες του αίματος προσδίδοντάς του σκούρο κόκκινο χρώμα, πράγμα που δεν γίνεται αντιληπτό κατά τις κενώσεις. Σε μερικές περιπτώσεις το πρώτο αντιληπτό σύμπτωμα είναι η αναιμία.

Αντίθετα, στο καρκίνωμα του εγκάρσιου – αριστερού κόλου (μικρή διάμετρος, ημιστέραιο περιεχόμενο) προεξάρχει η αποφρακτική συμπεριφορά του όγκου (δυσκοιλιότητα – αρχόμενη ή επιδείνωση προϋπάρχουσας με έναρξη ή κατάχρησης υπακτικών φαρμάκων). Η δυσκοιλιότητα συνοδεύεται από κοιλιακό άλγος και μετεωρισμό της κοιλίας που επιδεινώνεται μετά τα γεύματα. Ενίοτε εμφανίζεται διάρροια ή εναλλαγή διάρροια – δυσκοιλιότητα. Το καρκίνωμα αυτό εκδηλώνεται με την παρουσία αίματος (ανοιχτού χρώματος) που επαλείφει τις κενώσεις, ενώ μπορεί να συνυπάρχει και βλέννη (Στυλιανοπούλου, 2003).

Τέλος, στο **καρκίνωμα περιφερικού σιγμοειδούς – ορθού**, η συχνότερη εκδήλωση είναι η αιμορραγία (ζωηρό κόκκινο χρώμα) από το ορθό, η οποία μπορεί να είναι μεγάλη ή ασήμαντη. Υπάρχει μια αλληλουχία συμπτωμάτων, και περιλαμβάνει τάση προς αφόδευση και κένωση, η οποία αποτελείται από αίμα, βλέννη και πύον και υδαρή κόπρανα (Στυλιανοπούλου, 2003).

Συνοπτικά, οι κλινικές εκδηλώσεις των νεοπλασιών του παχέος εντέρου είναι :

1. Παρουσία αίματος στα κόπρανα (μέλαινα κένωση ή αποβολή αίματος ερυθρού χρώματος ανάλογα με την εντόπιση). Είναι λάθος να αποδίδεται σε καλοήθεις παθήσεις π.χ. αιμορροΐδες πριν αποκλειστεί το ενδεχόμενο νεοπλασίας.
2. Μεταβολή συνηθειών του εντέρου (δυσκοιλιότητα, διάρροια, εναλλαγή

κενώσεων). Συσχετίζεται κυρίως με καρκινώματα του (ΑΡ) τμήματος του παχέος εντέρου.

3. Κοιλιακό άλγος (ανεξαρτήτως εντόπισης)
4. Ψηλαφητή κοιλιακή μάζα, αποτελεί ένδειξη νεοπλασματικής εξεργασίας.
5. Αναιμία
6. Γενικές εκδηλώσεις : πυρετός, αδυναμία, απώλεια σωματικού βάρους

2.8 Εντοπισμός της νόσου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος. Το 45% περίπου των καρκίνων του παχέος εντέρου εντοπίζονται στο ορθό, περίπου το 20% στο σιγμοειδές, 6-7% στο κατιόν κόλο, το 6-8% στο εγκάρσιο, ενώ στο ανιόν κόλο το 15%, ένα 11% στο τυφλό και τέλος 1-2% στον πρωκτό (Σπηλιώτης, 1999).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου (95%) είναι αδενοκαρκινώματα, ενώ σε μικρότερο ποσοστό εκδηλώνονται ως σαρκώματα ή λειομυοσαρκώματα.

Τα αδενοκαρκινώματα διακρίνονται μικροσκοπικά σε :

1. Μυελοειδή
2. Σκιρρώδη
3. Θηλοειδή
4. Βλεννώδη ή κολλοειδή

2.9 Επιπλοκές καρκίνου παχέος εντέρου

Η διείσδυση πολλών όγκων του παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά από κάποια επιπλοκή της αρχικής βλάβης. Ο όγκος μπορεί να προκαλέσει :

1. Αιμορραγία από το ορθό
2. Διάτρηση στο εντερικό τοίχωμα, συχνότερα στο σημείο του όγκου. Εάν η διάτρηση γίνει κεντρικότερα και ιδίως στο πρόσθιο τοίχωμα του τυφλού τότε δημιουργείται περιτονίτιδα (Leger, 2003).
3. Απόφραξη η οποία είναι συχνότερη σε καρκίνους του αριστερού κόλου.
4. Συστροφή λόγω της ακινητοποίησης του εντερικού τοιχώματος
5. Αποστήματα που οφείλονται στην διήθηση του όγκου (Φαρμάκη & Σταυρέλου, 2004).

Γενικές επιπλοκές κοινές σε όλους τους καρκίνους

Ηπατικές μεταστάσεις, με ψηλάφηση του ήπατος, υπερηχογράφημα και αν είναι απαραίτητο αξονική τομογραφία.

Πνευμονικές μεταστάσεις, ορατές με ακτινογραφία θώρακος.

Συρίγγια εντεροκολικά και κολοκυστικά.

2.10 **Επιδημιολογικά στοιχεία**

Τα υπάρχοντα επιδημιολογικά δεδομένα για τον καρκίνο του παχέος εντέρου διατίθενται ξεχωριστά για το κόλον και το ορθό. Πάντως θάνατοι από τα νεοπλάσματα αυτά, συχνά αναφέρονται ως «καρκίνοι παχέος εντέρου». Για το λόγο αυτό, τα στοιχεία παραθέτονται συνδυασμένα.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί τη δεύτερη πιο συνήθη αιτία θανάτου στο δυτικό κόσμο και στα δυο φύλα (Μπεςμπέας, 1992). Στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη είναι

πρώτος σε συχνότητα σπλαγγικός καρκίνος (*Frame, 2001*) και δεύτερη αιτία θανάτου από κακοήγη νεοπλασία (*Jemal, 2003*).

Ειδικότερα, στις Η.Π.Α. εμφανίζονται 140.000 νέες περιπτώσεις ετησίως, ενώ καταγράφονται 57.000 θάνατοι ανά έτος. Αντίθετα, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης εμφανίζονται 195.000 νέες περιπτώσεις και καταγράφονται 510.000 θάνατοι παγκοσμίως αντίστοιχα.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου ήταν μια σπάνια νόσος στην Ευρώπη έως τα μέσα του 19^{ου} αιώνα. Η υιοθέτηση όμως του σύγχρονου τρόπου ζωής σε Ευρώπη και Αμερική συνοδεύτηκε από αύξηση της συχνότητάς του.

Είναι αποδεκτό ότι το 80% των περιπτώσεων έχει περιβαλλοντική και διατροφική προέλευση (*Μπεσμπέας, 1992*). Στην Βόρεια Αμερική, στην Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία ο καρκίνος αυτός εκπροσωπεί το 12,6%-14,6% όλων των καρκίνων σε άντρες και γυναίκες. Η επίδραση του περιβάλλοντος περιγράφεται στις μελέτες για τους μετανάστες. Οι Ιάπωνες που εγκαταστάθηκαν στις Η.Π.Α. παρουσίασαν αύξηση της συχνότητας του καρκίνου σε σχέση με τον πληθυσμό στον τόπο καταγωγής τους (*Kerr, 2001*).

Η υψηλότερη εκτιμώμενη επίπτωση αφορά τη δυτική Ευρώπη, με αναλογικά χαμηλότερη της νότιας και (με εξαίρεση την Δανία) βόρειας Ευρώπης (Πίνακας 3). Η αναλογία αντρών – γυναικών είναι σχεδόν μοναδιαία, αλλά σε άτομα ηλικίας κάτω των 55 ετών ο κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες. Κάτι που υποδηλώνει μια ενδοκρινική επίδραση στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες (*Black, Bray & Parkin, 1997*).

| | No./ Year | ASR (W)† | ASR (E)‡ | CR* | % All | No./ Year | ASR (W)† | ASR (E)‡ | CR* | % All |
|-------------|-----------------------|-------------|-------------|-----|----------|-------------------------|-------------|-------------|-----|----------|
| | Males, incidence 1990 | | | | | Females, incidence 1990 | | | | |
| Austria | 2345 | 43.1 | 64.7 | 5.3 | 18.1 | 2507 | 27.4 | 41.4 | 3.2 | 16.5 |
| Belgium | 2770 | 35.8 | 54.4 | 4.2 | 12.8 | 2989 | 26.8 | 40.5 | 3.0 | 16.0 |
| Denmark | 1592 | 37.4 | 56.9 | 4.5 | 15.3 | 1685 | 30.2 | 45.4 | 3.5 | 14.8 |
| Finland | 752 | 22.7 | 34.5 | 2.7 | 9.9 | 945 | 17.9 | 26.9 | 2.0 | 10.7 |
| France | 14706 | 34.0 | 51.5 | 4.1 | 12.4 | 12996 | 20.5 | 31.2 | 2.3 | 15.1 |
| Germany | 24034 | 41.7 | 62.8 | 5.0 | 16.5 | 29201 | 30.1 | 45.4 | 3.5 | 17.8 |
| Greece | 1132 | 13.8 | 20.6 | 1.6 | 7.0 | 1108 | 11.3 | 16.6 | 1.3 | 9.1 |
| Ireland | 814 | 36.8 | 56.3 | 4.2 | 15.2 | 691 | 24.8 | 37.8 | 2.7 | 13.3 |
| Italy | 13430 | 30.4 | 45.1 | 3.6 | 11.7 | 12073 | 20.3 | 30.0 | 2.3 | 13.1 |
| Luxembourg | 114 | 41.8 | 63.0 | 5.0 | 14.8 | 106 | 25.9 | 39.2 | 3.0 | 15.1 |
| Netherlands | 3773 | 36.9 | 55.7 | 4.3 | 12.7 | 3908 | 28.1 | 41.9 | 3.3 | 14.5 |
| Portugal | 2117 | 32.0 | 46.8 | 3.9 | 15.2 | 1876 | 21.1 | 30.8 | 2.4 | 14.5 |
| Spain | 7770 | 28.0 | 41.5 | 3.3 | 12.1 | 6862 | 19.2 | 28.2 | 2.2 | 14.7 |
| Sweden | 2413 | 29.6 | 45.2 | 3.5 | 12.8 | 2436 | 24.1 | 36.1 | 2.8 | 12.6 |
| U.K. | 15393 | 33.2 | 50.6 | 3.9 | 13.3 | 15703 | 23.6 | 36.0 | 2.7 | 13.2 |
| EU | 93135 | 33.8 | 50.9 | 4.0 | 12.3 | 95086 | 23.7 | 35.7 | 2.7 | 13.8 |
| | Males, mortality 1990 | | | | | Females, mortality 1990 | | | | |
| Austria | 1285 | 22.0 | 34.4 | 2.4 | 13.3 | 1465 | 14.1 | 22.3 | 1.4 | 15.2 |
| Belgium | 1493 | 18.3 | 29.1 | 2.0 | 9.5 | 1719 | 13.6 | 21.5 | 1.4 | 14.8 |
| Denmark | 1019 | 22.6 | 35.4 | 2.5 | 13.2 | 1055 | 16.7 | 26.2 | 1.8 | 14.7 |
| Finland | 402 | 11.7 | 18.5 | 1.2 | 8.0 | 515 | 8.3 | 13.3 | 0.8 | 10.8 |
| France | 7886 | 16.9 | 26.8 | 1.8 | 9.4 | 7599 | 10.4 | 16.6 | 1.0 | 14.1 |
| Germany | 12558 | 20.5 | 32.4 | 2.2 | 12.2 | 16624 | 14.9 | 23.6 | 1.5 | 16.3 |
| Greece | 624 | 7.0 | 11.0 | 0.8 | 5.2 | 619 | 5.5 | 8.6 | 0.6 | 8.4 |
| Ireland | 471 | 20.7 | 32.4 | 2.2 | 12.2 | 398 | 13.5 | 21.0 | 1.3 | 12.2 |
| Italy | 7255 | 15.3 | 23.9 | 1.7 | 8.5 | 6902 | 10.0 | 15.6 | 1.0 | 11.5 |
| Luxembourg | 59 | 21.2 | 32.4 | 2.4 | 11.2 | 51 | 11.9 | 18.7 | 1.3 | 11.5 |
| Netherlands | 1772 | 16.4 | 26.0 | 1.8 | 8.9 | 2135 | 13.2 | 21.0 | 1.4 | 13.9 |
| Portugal | 1204 | 17.0 | 26.2 | 1.9 | 11.7 | 1080 | 10.6 | 16.4 | 1.1 | 13.6 |
| Spain | 4204 | 14.3 | 22.2 | 1.6 | 8.9 | 3760 | 9.2 | 14.2 | 1.0 | 12.7 |
| Sweden | 1233 | 14.3 | 22.5 | 1.6 | 11.5 | 1299 | 11.3 | 17.7 | 1.2 | 13.5 |
| U.K. | 9573 | 20.0 | 31.0 | 2.3 | 11.4 | 9836 | 13.8 | 21.4 | 1.5 | 12.8 |
| EU | 51038 | 17.5 | 27.4 | 1.9 | 10.2 | 55057 | 12.1 | 19.0 | 1.2 | 13.8 |

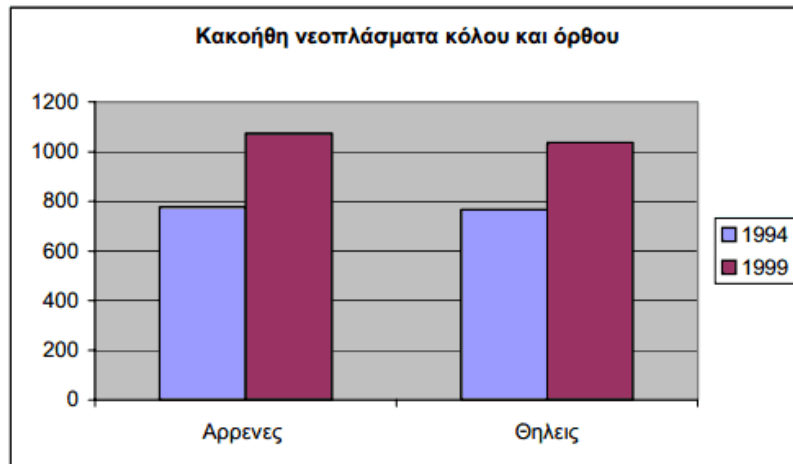
†ASR (W), age-standardised rate (world population) per 100 000.

‡ASR (E), age-standardised rate (European population) per 100 000.

*CR, cumulative rate 0-74 years (as per cent).

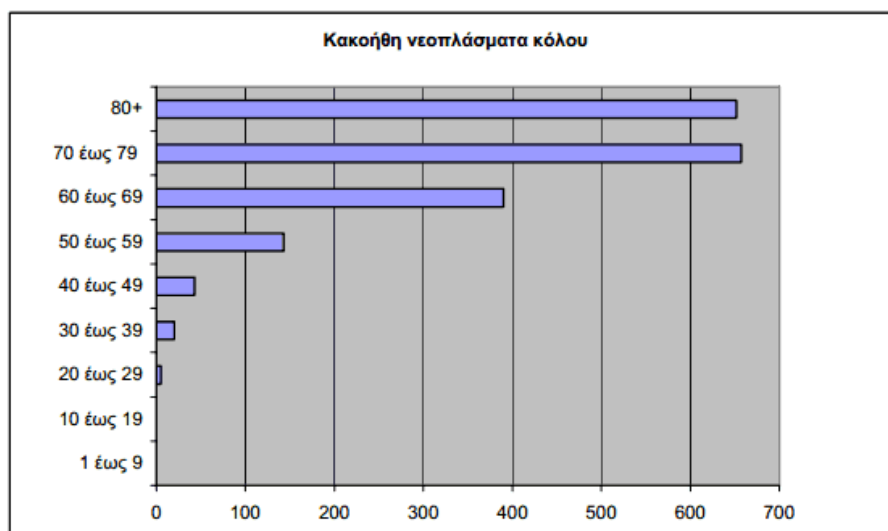
Πίνακας 3. Εκτιμώμενη επίπτωση και καταγεγραμμένη θνησιμότητα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανά φύλο.

Στη χώρα μας, η οποία καταλαμβάνει την τελευταία θέση μεταξύ των χωρών της ευρωπαϊκής ένωσης, η νόσος αποτελεί την τέταρτη αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλασμάτα. Απ' ότι φαίνεται συχνότερα προσβάλλονται οι άντρες και τούτο είναι έκδηλο όσον αφορά τον καρκίνο του ορθού, ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο του κόλου (Διάγραμμα 1).

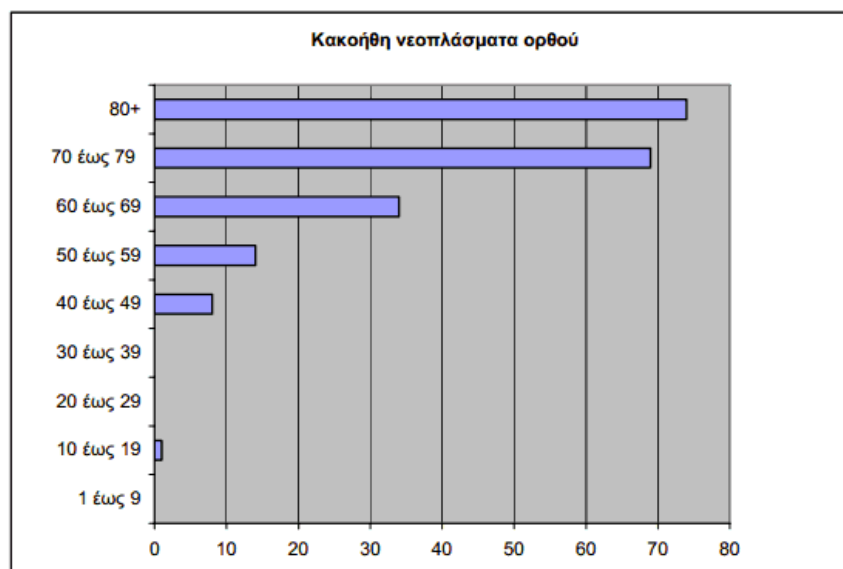


Διάγραμμα 1. Κακοήθη νεοπλασμάτα κόλου/ορθού σε άρρενες και θήλεις. Από στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε.

Στην Ελλάδα προσβάλλονται περίπου 1.500 άτομα και από αυτά τα άτομα μόνο το 45% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία (Κατσιβελου, 2002). Είναι σπάνιος κάτω από την ηλικία των 40 ετών και σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζεται σε άτομα μετά την ηλικία των 60. Η ηλικία είναι καθοριστικός παράγοντας στην θνησιμότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου. Βιβλιογραφικά όσο αυξάνει η ηλικία τόσο αυξάνει και ο κίνδυνος θανάτου από τη συγκεκριμένη μορφή θανάτου. Αξιοσημείωτο είναι ότι υπάρχουν έστω και πέντε θάνατοι στην ηλικιακή ομάδα των 20-29, ενώ στην ηλικιακή ομάδα των 70-79 παρατηρούνται 657 θάνατοι (Διάγραμμα 2 και 3).



Διάγραμμα 2. Κατανομή κακοηθών νεοπλασμάτων κόλου κατά ηλικίες. Από στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε.



Διάγραμμα 3. Κατανομή νεοπλασμάτων ορθού ανά ηλικιακή ομάδα. Από στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε.

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.), οι θάνατοι από κακοήγη νεοπλάσματα του κόλον και του ορθού το 1994 ανήρθαν στους 1.536 ενώ το έτος 1999 στους 2.110. Αυτό αντιστοιχεί σε μια αύξηση περίπου στο 37%. Η αύξηση αυτή μπορεί να οφείλεται είτε στην αλλαγή του τρόπου διατροφής, είτε στον τρόπο ζωής με μειωμένη φυσική δραστηριότητα και αυξημένο κάπνισμα και αλκοόλ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

Πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου

Η νόσος μπορεί να προληφθεί με την εφαρμογή κατάλληλου προληπτικού προγράμματος το οποίο αποσκοπεί όχι μόνο στη ανάδειξη του καρκίνου σε πρώιμο στάδιο αλλά και στην έγκαιρη διάγνωση των πολυπόδων οι οποίοι αποτελούν την κυριότερη κατάσταση που μετεξελίσσεται σε καρκίνο.

Η υψηλή συχνότητα και θνητότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου οφείλεται στο γεγονός ότι τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου δεν γίνονται αποδεκτά σε μεγάλο βαθμό από τον φυσιολογικό πληθυσμό λόγω του φόβου για τη νόσο, αλλά και του κόστους.

Όταν μιλούμε για πρόληψη καρκίνου, η έννοια αυτή έχει δυο διαστάσεις : α) την *πρωτογενή πρόληψη*, που είναι η επισήμανση και αποφυγή των περιβαλλοντικών, βιολογικών και γενετικών παραγόντων που θεωρούνται ότι συμβάλλουν αποφασιστικά στην πρόκληση ενός καρκίνου. Επίσης, περιλαμβάνονται εξετάσεις οι οποίες συμβάλλουν στην παρέμβαση, στους αιτιολογικούς παράγοντες ώστε να αποτραπεί η δημιουργία τους και β) τη *δευτερογενή πρόληψη*, που είναι η ανεύρεση και θεραπεία των προκαρκινικών καταστάσεων και η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου σε στάδιο που επιτρέπει θεραπεία.

3.1 Πρωτογενής πρόληψη

Γενετικοί παράγοντες

Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στη διακοπή της μακροχρόνιας διαδικασίας με

την οποία το φυσιολογικό εντερικό επιθήλιο μεταπίπτει σε καρκινικό. Στην καρκινογένεση εμπλέκονται ογκογονίδια και ογκοκατασταλτικά γονίδια.

Είναι σαφές ότι γονιδιακές μεταλλάξεις παίζουν ρόλο στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Έτσι, η συστηματική μετάλλαξη στο ογκοκατασταλτικό γονίδιο *APC* οδηγεί στην εμφάνιση του σύνδρομου της αδενωματώδους πολυποδίασης του κόλου (*Leppert & Dobbs, 1987*). Επιπλέον, εντοπισμένες μεταλλάξεις των γονιδίων *ras* και *p53* έχουν βρεθεί σε πολλά καρκινώματα του παχέος εντέρου (*Vogelstein & Fearon, 1988*). Στον κληρονομικό μη πολυποειδή καρκίνο του παχέος εντέρου παρατηρούνται ανωμαλίες στον αναδιπλασιασμό του DNA που οφείλονται σε μεταλλάξεις των γονιδίων επιδιόρθωσής του.

Σήμερα, είναι δυνατή η ανίχνευση των μεταλλάξεων των γονιδίων αυτών με PCR σε εξειδικευμένα εργαστήρια. Η πληρέστερη χαρτογράφηση των γονιδίων ίσως γίνει δυνατή στο μέλλον, όπως παρεμβάσεις σε επίπεδο γενετικού κώδικα (*Thorson, 1999*).

Περιβαλλοντικοί και διαιτητικοί παράγοντες

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν και αυτοί ιδιαίτερη σημασία για την εμφάνιση του καρκίνου. Έτσι υπάρχουν διαφορές στην επίπτωση της νόσου μεταξύ χωρών και ομάδων με διαφορετικό τρόπο ζωής. Υπάρχουν μερικοί διαιτητικοί παράγοντες που είναι ιδιαίτερα βλαπτικοί. Τέτοιοι είναι : α) το ζωικό λίπος και τα χολικά οξέα και β) το κόκκινο κρέας.

Παράγοντες με σαφή προστατευτική δράση είναι α) οι φυτικές ίνες που εξασκούν έμμεση προστατευτική δράση λόγω αύξησης του όγκου των κοπράνων και επιτάχυνσης της διάβασης αυτών, β) τα φρούτα και τα λαχανικά, γ) το ασβέστιο και βιταμίνη D.

Οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται κατά την πρωτογενή πρόληψη είναι :

Δαχτυλική εξέταση και εξέταση κοπράνων για αίμα ενδείκνυται για άτομα άνω των 40

ετών. Στην δαχτυλική εξέταση ελέγχεται το εσωτερικό του ορθού για την ανάπτυξη όγκων ενώ εξετάζεται και ο προστάτης. Οι όγκοι του παχέος εντέρου και του ορθού έχουν την τάση να αιμορραγούν αργά χωρίς να φαίνεται η ύπαρξη του αίματος στα κόπρανα με γυμνό μάτι. Με το occult test ελέγχονται τρία δείγματα κοπράνων τα οποία απλώνονται πάνω σε ένα ειδικό αντιδραστήριο το οποίο αλλάζει χρώμα με την παρουσία αιμοσφαιρίνης. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η ανεύρεση αίματος στα κόπρανα δεν σημαίνει ότι υπάρχει καρκίνος, όμως θα πρέπει να ακολουθήσουν άλλες πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, όπως ο βαριούχος υποκλυσμός και η κολonosκόπηση. Επίσης, πολύ σημαντικό είναι να θυμόμαστε ότι η μη ανεύρεση αίματος στα κόπρανα δεν αποκλείει την πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου (Χρυσίδης & Σαλιάγκας, 2005).

Σιγμοειδοσκόπηση και ολική κολonosκόπηση ενδείκνυται για ηλικίες άνω των 50 ετών.

Η εξέταση γίνεται με ένα εύκαμπτο λεπτό όργανο σαν ελαστικός σωλήνας μέσω του οποίου ελέγχεται το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Εάν ανακαλυφθεί με την σιγμοειδοσκόπηση κάποιος πολύποδας ή καρκίνωμα τότε πρέπει να ακολουθήσει ολική κολonosκόπηση.

Γενετικός έλεγχος μεταλλάξεων, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

Μέτρηση του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) και άλλων ορολογικών δεικτών έχει ένδειξη σε επιλεγμένες περιπτώσεις (υποτροπή μετά από χειρουργική αφαίρεση καρκίνου παχέος εντέρου).

3.2 Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει δυο ομάδες ελέγχου: α) τα άτομα που βρίσκονται σε σχετικό κίνδυνο, που είναι όλοι οι ενήλικες άνω των 50 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό νεοπλασμάτων παχέος εντέρου και ιδιοπαθούς φλεγμονώδους πάθησης των εντέρων, β) τα άτομα που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο και είναι αυτά

με ιστορικό πολύποδων, οικογένειες με κληρονομικά σύνδρομα πολυπόδων και κληρονομικό καρκίνο παχέος εντέρου (σύνδρομα Lynch I και Lynch II), χειρουργημένοι από καρκίνο παχέος εντέρου, συγγενείς ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου, καθώς και ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη πάθηση εντέρων.

Τα άτομα της πρώτης ομάδας πρέπει να υποβάλλονται στον εξής προσυμπτωματικό έλεγχο :

1. Εξέταση κοπράνων, για την παρουσία λανθάνουσας απώλειας αίματος, κάθε έτος μετά την ηλικία των 50 ετών
2. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση κάθε 5 έτη μετά την ηλικία των 50 ετών ή ολική κολonosκόπηση κάθε 10 έτη

Δευτερογενής πρόληψη σε ασυμπτωματικό πληθυσμό για κάποιο νόσημα εφαρμόζεται όταν α) η ελεγχόμενη νόσος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, β) υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση μετά από έγκαιρη διάγνωση, γ) είναι διαθέσιμη προσιτή διαγνωστική διαδικασία και δ) το αποτέλεσμα δικαιολογεί το κόστος του ελέγχου.

Στα άτομα της δεύτερης ομάδας, η δευτερογενής πρόληψη πραγματοποιείται ανάλογα με το κληρονομικό σύνδρομο. Η υποψία κληρονομικών συνδρόμων καρκίνου του παχέος εντέρου τίθεται εφόσον υπάρχει ιστορικό πολλαπλών περιπτώσεων σε στενούς συγγενείς και η νόσος εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία.

Έτσι στην περίπτωση της **οικογενούς αδενωματοώδους πολυποδίασης** πραγματοποιείται :

1. Γονιδιακός έλεγχος των μελών της οικογενείας στην εφηβική ηλικία
2. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανά 6 μήνες ή ανά έτος από την ηλικία των 12 ετών, μετά τα 40 έτη μπορεί να μειωθεί ανά 3 έτη
3. Επί αδενωμάτων συνιστάται ενδοσκοπικός έλεγχος του ανώτερου πεπτικού ανά 3-5 έτη

4. Επί παρουσίας του συνδρόμου, επιβάλλεται ολική κολεκτομή

Αντίθετα, στην περίπτωση του **κληρονομικού μη πολυποδιασικού καρκίνου** πραγματοποιείται :

1. Ολική κολονοσκόπηση ανά 1-2 έτη από την ηλικία των 20 ετών ή από ηλικία κατά 5 έτη μικρότερη από αυτή του νεότερου συγγενή
2. Οι γονιδιακές δοκιμασίες είναι πολύπλοκες, με χαμηλή ευαισθησία και δεν είναι πρακτικά δυνατές για την έγκαιρη διάγνωση

Στην περίπτωση, δε, της **ιδιοπαθούς φλεγμονώδους νόσου**, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι σημαντικός μετά τα 8 έτη από την εμφάνιση πανκολίτιδας. Συνιστάται :

1. Ολική κολονοσκόπηση
2. Λήψη βιοψιών

Οι εξετάσεις πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε 1-2 έτη επί απουσίας δυσπλασίας, κάθε 1 έτος επί παρουσίας ακαθόριστης δυσπλασίας και κάθε 3-6 μήνες επί παρουσίας μέτριας δυσπλασίας.

3.3 Γενικά μέτρα πρόληψης

Υπάρχουν αρκετές αμφιλεγόμενες έρευνες αναφορικά με την πρόληψη του καρκίνου και κατά πόσο αυτή είναι εφικτή. Αν και οι πιθανότητες να αναπτύξει κάποιος καρκίνο δεν μπορούν να αποφευχθούν, ο τρόπος ζωής και οι επιλογές του καθενός παίζουν σημαντικό ρόλο. Σύμφωνα με έρευνα της κλινικής Mayo Clinic των Η.Π.Α., ο καρκίνος μπορεί να είναι αδύνατο να προβλεφθεί, μπορεί όμως να προληφθεί.

Μακριά από τον καπνό

Το κάπνισμα, ως γνωστό, έχει συνδεθεί με αρκετές μορφές καρκίνου, συμπεριλαμβανομένων αυτών των πνευμόνων, της ουροδόχου κύστης, του τραχήλου της μήτρας και των νεφρών. Επιπλέον, το παθητικό κάπνισμα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο καρκίνου. Αντίθετα, κόβοντας την κακή συνήθεια του καπνίσματος, προφυλάσσετε ως ένα σημείο, τον εαυτό σας αυξάνοντας τις πιθανότητες να μην έρθετε αντιμέτωποι με κάποιες μορφές καρκίνου.

Σωστή διατροφή

Αν και οι υγιεινές διατροφικές επιλογές δε μπορούν να εγγυηθούν, ότι κάποιος δε θα νοσήσει από καρκίνο, μπορούν ωστόσο να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο. Οι ειδικοί προτείνουν να καταναλώνετε πολλά φρούτα και λαχανικά, να περιορίσετε τα λίπη, ειδικά όσα προέρχονται από ζωικές τροφές και να είστε φειδωλοί στην κατανάλωση του αλκοόλ. Περιπτώσεις καρκίνου, όπως είναι αυτές του στήθους, του εντέρου, των νεφρών και του ήπατος ενισχύονται από την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.

Φυσική άσκηση

Διατηρώντας το φυσιολογικό σας βάρος, μπορείτε να μειώσετε τις περιπτώσεις του καρκίνου του στήθους, του προστάτη, των πνευμόνων, του εντέρου και των νεφρών. Αρωγός στην μείωση των πιθανοτήτων είναι και η φυσική άσκηση, που σας βοηθά να ελέγχετε το βάρος σας.

Προστασία από τον ήλιο

Ο ήλιος αυξάνει τα επίπεδα βιταμίνης D στον οργανισμό σας αλλά η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του δέρματος είναι από τις πιο συνηθισμένες μορφές καρκίνου, αλλά και από τις πιο «εύκολες» να προστατευθείτε. Οι συμβουλές των ειδικών, απλές.

Αποφύγετε τον ήλιο (ιδιαίτερα τους καλοκαιρινούς μήνες) μεταξύ 10 το πρωί και 4 το απόγευμα, τις ώρες δηλαδή που ο ήλιος είναι πολύ δυνατός.

Παραμείνετε στη σκιά. Όταν βρίσκεστε εκτός σπιτιού, μη ξεχνάτε πάντα να φοράτε τα γυαλιά σας και ένα καπέλο.

Καλύψτε τις εκτεθειμένες περιοχές του σώματός σας. Φορέστε υφασμάτινα και ελαφριά ρούχα, που καλύπτουν όσο το δυνατόν καλύτερα το δέρμα σας. Διαλέξτε χρώματα, που αντανακλούν την υπεριώδη ακτινοβολία και αποφύγετε τα παστέλ.

Μην παραλείπετε το αντηλιακό. Χρησιμοποιήστε γενναίες δόσεις αντηλιακού για το σώμα και το πρόσωπο και μην ξεχνάτε να αλείφεστε συχνά.

Αποφύγετε τα σολάριουμ και τις διαδικασίες τεχνητού μαυρίσματος, καθώς είναι το ίδιο επιβλαβείς για το δέρμα με τη φυσική ακτινοβολία του ήλιου.

Ενισχύστε το ανοσοποιητικό σας σύστημα

Η πρόληψη κατά του καρκίνου περιλαμβάνει φυσικά και προστασία από ορισμένες ιογενείς λοιμώξεις. Συζητήστε με το γιατρό σας σχετικά με τους εμβολιασμούς για:

Ηπατίτιδα Β: Η ηπατίτιδα Β μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για καρκίνο του ήπατος. Το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β, συνιστάται για ορισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι ενήλικες που είναι σεξουαλικά ενεργοί, αλλά όχι σε μονογαμική σχέση, οι άνθρωποι με σεξουαλικά μεταδιδόμενες μολύνσεις, οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, οι άνδρες που έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες, όσοι εργάζονται στον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα εκείνοι, οι οποίοι ενδέχεται να εκτεθούν σε μολυσμένο αίμα ή υγρά του σώματος.

HPV: Ο HPV είναι ένας σεξουαλικά μεταδιδόμενος ιός, που μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και άλλες μορφές καρκίνου των γεννητικών οργάνων, καθώς και καρκίνων πλακωδών κυττάρων της κεφαλής και του τραχήλου. Το εμβόλιο κατά του HPV είναι στη διάθεση τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών, ηλικίας 26 ετών και κάτω, που δεν έχουν εμβολιαστεί ως έφηβοι.

Αποφύγετε τις επικίνδυνες συμπεριφορές

Μια άλλη αποτελεσματική τακτική πρόληψης του καρκίνου είναι να αποφεύγετε τις επικίνδυνες συμπεριφορές, που μπορεί να οδηγήσουν σε μολύνσεις, οι οποίες με τη σειρά τους αυξάνουν τον κίνδυνο του καρκίνου. Για παράδειγμα, η πρακτική του ασφαλούς σεξ, με τη χρήση όλων των αντισυλληπτικών μέτρων και η χρήση αποστειρωμένης σύριγγας, όπου και όταν χρειάζεται είναι μέτρα πρόληψης, που μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο μετάδοσης ιογενών λοιμώξεων.

Τακτική ιατρική φροντίδα

Οι τακτικοί έλεγχοι (αυτοεξέταση, ιατρικά τεστ) για διάφορους τύπους καρκίνου, όπως αυτός του δέρματος, του παχέος εντέρου, του προστάτη, του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, μπορούν να αυξήσουν τις πιθανότητες να ανακαλύψετε κάποια σημάδια, που προμηνύουν καρκίνο. Ρωτήστε το γιατρό σας σχετικά με το καλύτερο πρόγραμμα

3.4 Ερευνητικό έργο για την πρόληψη

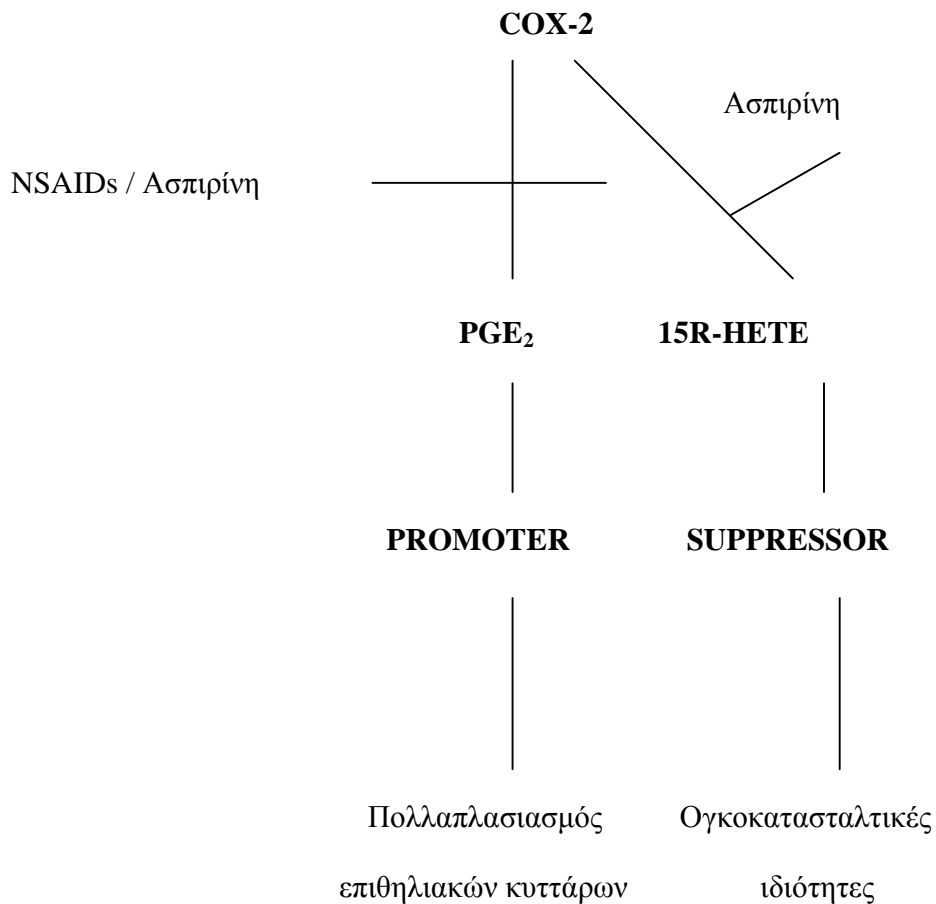
Την τελευταία δεκαετία γίνεται, στην διεθνή βιβλιογραφία, όλο και περισσότερο λόγος για την προστατευτική δράση των **NSAIDs** (και κυρίως της ασπιρίνης, της ιβουπροφαίνης, της πιροξικάμης και του μεφαιναμικού οξέος) στην εμφάνιση του καρκίνου του κόλου και του ορθού. Η μελέτη των *Thun et al*, οι οποίοι έκαναν λόγο για μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου κατά 50% σε άτομα που έλαβαν πάνω από 20 δισκία ασπιρίνης σε ένα μήνα, δέχτηκαν έντονη κριτική όσον αφορά τον σχεδιασμό της και ως προς την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (*Baron & Greenberg, 1991*). Το θέμα

αυτό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, κυρίως λόγω του ότι είναι πολύ πιο εύκολο, αλλά ίσως και πιο επικίνδυνο να προσθέσει κάποιος ένα δισκίο ασπιρίνης παρά να αλλάξει διαιτητικές συνήθειες και τρόπο ζωής σε ολόκληρες ομάδες πληθυσμού.

Οι πρώτες ενδείξεις ξεκίνησαν με τη μελέτη (*Waddell et al, 1983*), ήδη από το 1983, της δράσης των NSAIDs σε ασθενείς που εκδήλωναν το σύνδρομο της οικογενούς πολυποδίασης. Αναφέρθηκε λοιπόν ότι η θεραπεία ασθενών με **σουλινδάκη** μείωνε τον αριθμό των πολυπόδων στο ορθό χωρίς όμως να επιτύχει την πλήρη εξάλειψη αυτών (*Giardiello, 1993*). Σε μια άλλη μελέτη (*Greenberg & Barron, 1993*) οι ασθενείς με ιστορικό πολυπόδων, χωρίς όμως να εντάσσονται στην ομάδα της οικογενούς πολυποδίασης, έλαβαν θεραπεία με σουλινδάκη και απεδείχθη ότι μειώθηκε ο σχετικός κίνδυνος για εμφάνιση νέου πολύποδα στον ένα χρόνο παρακολούθησης σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν σουλινδάκη.

Η βιοχημική οδός που ακολουθούν τα NSAIDs και ιδίως η ασπιρίνη για να εκδηλώσουν την ευεργετική τους δράση στην πρόληψη του ορθοκολικού καρκίνου είναι αντικείμενο έρευνας, αλλά αρκετά στοιχεία έχουν προκύψει από τις έως τώρα μελέτες.

Είναι γνωστό ότι τα NSAIDs αναστέλλουν την παραγωγή προσταγλανδινών αναστέλλοντας τα ένζυμα που είναι υπεύθυνα γι' αυτή την μεταβολική διεργασία, τις κυκλοξυγενάσες 1 και 2 (COX-1 και COX-2). Η αναστολή της COX-1 οδηγεί σε επιθηλιακές βλάβες, αιμορραγίες και άλλες γαστρεντερικές διαταραχές, ενώ η αναστολή της PGE₂ μέσω της αναστολής της COX-2 οδηγεί σε αντιφλεγμονώδες αποτέλεσμα.



Η ασπιρίνη θεωρείται ο ισχυρότερος αναστολέας της παραγωγής προσταγλανδινών. Μπορεί να διεγείρει την COX-2 ώστε να παράγει 15R-υδροξυ-εικοσιτετρανοϊκό οξύ, το οποίο είναι γνωστό ότι αναστέλλει την ανάπτυξη όγκων. Επίσης, αναστέλλοντας την COX-2 μπορεί να μειώσει την παραγωγή PGE₂, που αποτελεί επιταχυντή του ρυθμού πολλαπλασιασμού των επιθηλιακών κυττάρων, συμπερασματικά μια ουσία ευοδωτική για την ανάπτυξη νεοπλασίας. Σύμφωνα με μελέτες, η PGE₂, εμφανίζει μεγάλη αύξηση της τιμής της στα πρώιμα στάδια ανάπτυξης του ορθοκολικού καρκίνου. Επίσης, οι ίδιες μελέτες, αναφέρουν την ανίχνευση αυξημένης τιμής της COX-2 σε ιστούς από καρκίνο παχέος εντέρου, ενώ τα επίπεδα της COX-1 ήταν φυσιολογικά.

Επομένως, αυξημένη ενεργοποίηση της COX-2 έχει ως επακόλουθο αυξημένη παραγωγή PGE₂.

Από τα προαναφερθέντα, φτάνουμε στο συμπέρασμα ότι η λήψη ασπιρίνης πιθανόν να αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα για την πρόληψη της καρκινογένεσης. Πολλά όμως ερωτήματα παραμένουν. Για παράδειγμα, ποια είναι η συνιστώμενη δόση και με ποια συχνότητα; Μήπως τελικά οι ανεπιθύμητες παρενέργειες από την μακροχρόνια λήψη στεροειδών εξανεμίζουν το όφελος από την πιθανή πρόληψη του καρκίνου; Και τέλος, δεν είναι αντιδεδοντολογικό να προτείνεται ένα σκεύασμα αντί για την σωστή διατροφή, άσκηση, την αποφυγή καπνίσματος, και γενικά ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής;

3.5 Η νοσηλευτική στην πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου

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 των ασθενών και των οικογενειών τους.*

Οι νοσηλευτές σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία -αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να αντεπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου είναι τεράστιος. Με την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ο νοσηλευτής μπορεί να προσεγγίσει το άτομο όχι μόνο σαν ασθενή αλλά και ως υγιή στο σπίτι του, στο σχολείο, στον χώρο εργασίας και οπουδήποτε ζει και δραστηριοποιείται. Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- Δεξιοτεχνία
- 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

Για την πρόληψη του καρκίνου στον υγιή πληθυσμό η ενημέρωση και εκπαίδευση που προσφέρει ο νοσηλευτής συνίσταται :

- Στην ενίσχυση της προσπάθειας για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος
- Στην εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας όταν το άτομο εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες
- Στην παρατήρηση και την λήψη μέτρων σε εμφάνιση προκαρκινικών αλλοιώσεων
- Στην ενεργό συμμετοχή κατά την διεξαγωγή ερευνών
- Στην διαφώτιση του κοινού (*Κατσαραγάκης, 2009*)

Η διαφώτιση του κοινού αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και ο νοσηλευτής καθίσταται σημαντικό μέλος φροντίζοντας :

- ✓ Για την ενθάρρυνση του κοινού για περιοδικό εργαστηριακό έλεγχο
- ✓ Για την ενημέρωση του κοινού κατά την εμφάνιση ύποπτων σημείων, για την καταφυγή σε ειδικευμένο γιατρό
- ✓ Για την παραπομπή του κοινού σε κατάλληλα κέντρα έρευνας και θεραπείας κατά περίπτωση

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη είναι, κυρίως, να επισημάνει τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνισή του με τέτοιον τρόπο, ώστε όχι μόνο να διευρύνει τις γνώσεις του κοινού αλλά και να αλλάξει ορισμένες βλαβερές, για την υγεία, απόψεις και συμπεριφορές.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτερογενή πρόληψη είναι τριπλός :

1. να συμβάλλει άμεσα στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου σε ιάσιμο στάδιο, με τη διενέργεια ορθοσιγμοειδοσκοπήσεων
2. να αναγνωρίσει άτομα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου με τη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού
3. να αυξήσει την συμμετοχή του κοινού σε προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης (*Βότση, 1996 & Βασιλειάδου, 1996*).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

Θεραπεία καρκίνου παχέος εντέρου

Η σύγχρονη θεραπεία του καρκίνου απαιτεί τη συντονισμένη προσπάθεια παθολόγων, χειρουργών και ακτινολόγων όπως και νοσηλευτών και των συναφών επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την αποκατάσταση του ασθενούς. Στο παρελθόν η αλληλουχία της θεραπείας ήταν γραμμική : οι μέθοδοι επιλέγονταν διαδοχικά. Σήμερα, επεκτείνεται η εφαρμογή της ολοκληρωμένης αντιμετώπισης και οι συνδυασμένες σε συντονισμένα σχήματα θεραπευτικές μέθοδοι εκμεταλλεύονται τις νέες ανακαλύψεις που αφορούν την βιολογία του νεοπλασματικού κυττάρου.

Η θεραπεία του καρκίνου παχέος εντέρου διαφοροποιείται ανάλογα με το στάδιο της νόσου, από τις τυχόν επιπλοκές που έχει προκαλέσει και από τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

4.1 Θεραπεία ανά στάδιο

Στάδιο 0 (καρκίνωμα in situ)

Η θεραπεία του καρκίνου, σταδίου 0 περιλαμβάνει 2 τύπους χειρουργικής επέμβασης :

1. Τοπική εκτομή (επέμβαση για την αφαίρεση του όγκου χωρίς να χρειαστεί τομή του κοιλιακού τοιχώματος) ή απλή πολυποδεκτομή
2. Τμηματεκτομή και αναστόμωση (χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης του όγκου και συρραφή των άκρων που δημιουργήθηκαν στις περιοχές εκτομής)

Στάδιο 1 καρκίνου παχέος εντέρου

Η θεραπεία για τον καρκίνο σταδίου 1 είναι συνήθως τμηματεκτομή και αναστόμωση.

Στάδιο 2 καρκίνου παχέος εντέρου

Εφαρμογή ευρείας – τοπικής εκτομής και αναστόμωσης. Μετά από την πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης, δεν ενδείκνυται η εφαρμογή επικουρικής θεραπείας, εκτός εάν αποφασιστεί να λάβουν μέρος σε κλινική μελέτη χορήγησης συστηματικής ή τοπικής χημειοθεραπείας ή βιολογικής θεραπείας.

Στάδιο 3 καρκίνου παχέος εντέρου

Η θεραπεία του καρκίνου σε στάδιο 3 γίνεται με τμηματεκτομή/αναστόμωση σε συνδυασμό με μετεγχειρητική χημειοθεραπεία, με χημειοθεραπευτικό σχήμα 5-FU και Leucovorin για 6 μήνες. Η εφαρμογή μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας δεν είναι καθιερωμένη και έχει θέση μόνο σε ασθενείς με μη πλήρη αφαίρεση του όγκου.

Στάδιο 4 καρκίνου παχέος εντέρου

Η θεραπεία αυτού του σταδίου γίνεται με :

1. Μερική κολεκτομή και αναστόμωση
2. Χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης τμημάτων άλλων οργάνων
3. Χημειοθεραπεία
4. Ακτινοθεραπεία ως παρηγορητική (ανακουφιστική) θεραπεία

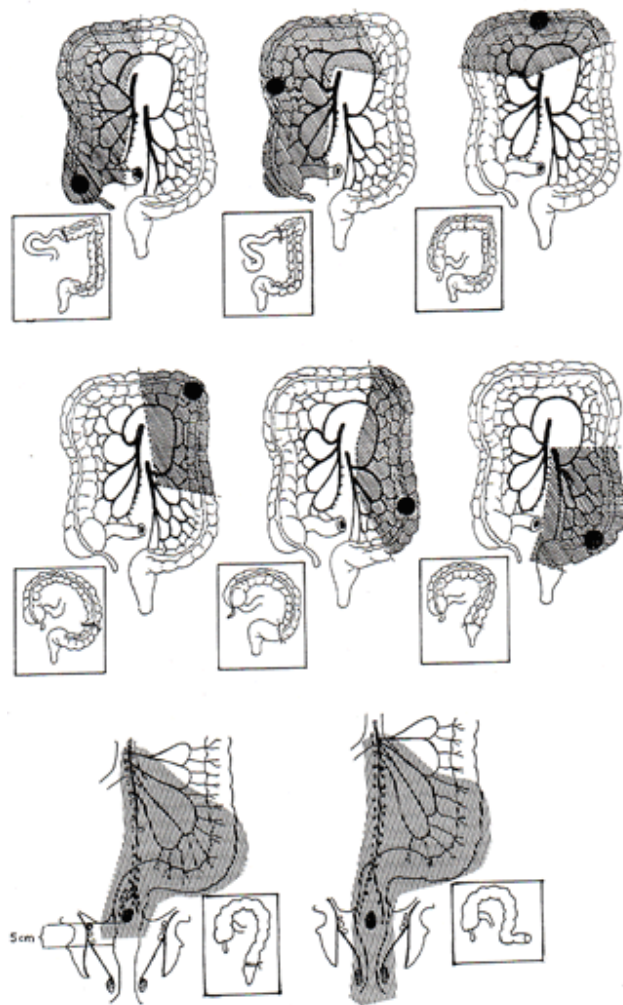
4.2 Χειρουργική αντιμετώπιση

Στόχος της χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου είναι η ολική εξαίρεση του όγκου και των γειτονικών ιστών που είναι δυνατόν να έχουν προσβληθεί. Κατά την επέμβαση μαζί με τον όγκο αφαιρείται ένα τμήμα του παχέος εντέρου και γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός. Ακολούθως, αναστομώνονται τα υγιή τμήματα του παχέος εντέρου και αποκαθίσταται η συνέχεια του πεπτικού.

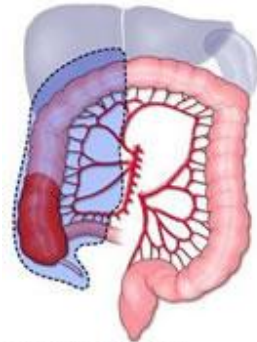
Ανάλογα με την εντόπιση του νεοπλάσματος, διαφοροποιείται η χειρουργική τακτική :

- Τυφλό, ανιόν κόλο ➡ δεξιά ημικολεκτομή

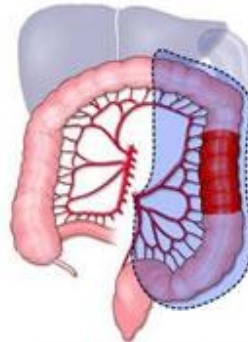
- Δεξιά κολική καμπή ⇒ δεξιά ημικολεκτομή
- Δεξιό εγκάρσιο κόλον ⇒ ευρεία δεξιά ημικολεκτομή
- Κεντρικό εγκάρσιο κόλον ⇒ εγκαρσιεκτομή
- Αριστερό εγκάρσιο κόλον ⇒ ευρεία αριστερή ημικολεκτομή
- Αριστερή κολική καμπή ⇒ ευρεία αριστερή ημικολεκτομή
- Κατιόν κόλον ⇒ αριστερή ημικολεκτομή
- Σιγμοειδές ⇒ σιγμοειδεκτομή
- Ορθοσιγμοειδική καμπή ⇒ πρόσθια εκτομή ορθοσιγμοειδούς
- Ανώτερο τριτημόριο ορθού ⇒ γαμηλή πρόσθια εκτομή
- Μέσο τριτημόριο ορθού ⇒ γαμηλή πρόσθια εκτομή
- Ψηλαφητό νεόπλασμα ⇒ κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθού (*Kumar, Cotran & Robbins, 2010*)



Σχηματική απόδοση της εκτάσεως εκτομής καρκινώματος παχέος εντέρου και ορθού και της αποκαταστάσεως.



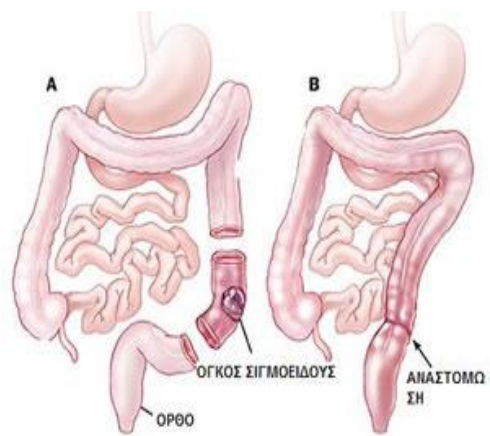
ΔΕΞΙΑ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ



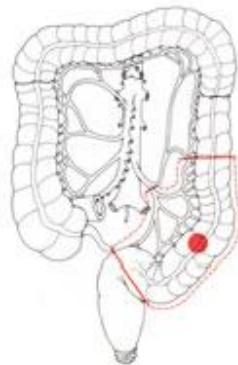
ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ



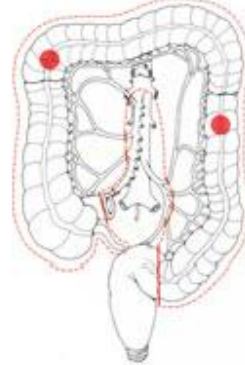
ΕΓΚΑΡΣΙΕΚΤΟΜΗ



ΕΚΤΟΜΗ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ



ΟΛΙΚΗ ΚΟΛΕΚΤΟΜΗ



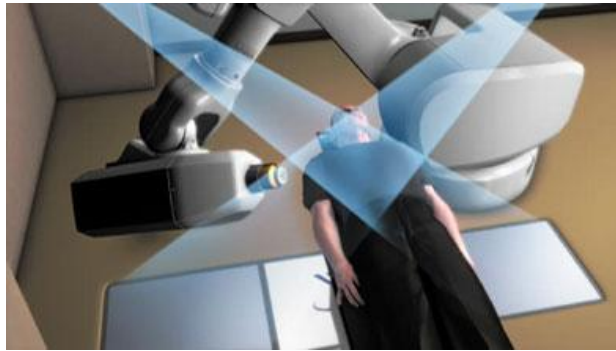
Νέα μέθοδος χειρουργικής επέμβασης – Cyber Knife

Είναι το πρώτο και μοναδικό στην Ελλάδα σύστημα ακτινοχειρουργικής που σχεδιάστηκε για την αντιμετώπιση όγκων και άλλων παθολογικών καταστάσεων με ενδείξεις καλοήθειας ή κακοήθειας σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος με ακρίβεια κάτω του χιλιοστού, χωρίς την εφαρμογή του αιματηρού μεταλλικού πλαισίου ακινητοποίησης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, σε κάθε μετακίνηση του ασθενούς, το σύστημα κάνει αυτόματα διορθώσεις, ακολουθώντας και ελέγχοντας τη θέση του στόχου και του ασθενούς. Έτσι επιτυγχάνεται η μέγιστη ακρίβεια στη χορηγούμενη ακτινοθεραπεία. Το CyberKnife® είναι το πρώτο σύστημα που έχει λάβει έγκριση από το FDA (U.S. Food and Drug Administration) για στερεοτακτική ακτινοχειρουργική σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος (κρανιακές & εξωκρανιακές εφαρμογές).

Τα οφέλη για τον ασθενή είναι ότι:

- Δεν γίνεται καμία τομή ή σημάδι στο δέρμα
- Ελάχιστος έως μηδενικός κίνδυνος μόλυνσεων
- Ανύπαρκτος κίνδυνος αιμορραγίας ή απώλειας αίματος
- Ο κίνδυνος για τους υγιείς και γειτονικούς με τη βλάβη ιστούς ελαχιστοποιείται λόγω της ακρίβειας της δέσμης
- Χαμηλότερος κίνδυνος επιπλοκών όταν συγκρίνεται με άλλες θεραπευτικές μεθόδους
- Η θεραπεία μπορεί να γίνει και σε όγκους που λόγω θέσεως δεν επιδέχονται χειρουργική επέμβαση
- Λιγότερη ταλαιπωρία και πόνος
- Δεν απαιτείται νοσηλεία γιατί γίνεται σε βάση εξωτερικού ασθενή

- Καλύτερη ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία



Η εφαρμογή και η επιτυχία της θεραπείας βασίζεται στη στενή συνεργασία μεταξύ του χειρουργού (νευροχειρουργού όταν πρόκειται για πρόβλημα εγκεφάλου και σπονδυλικής στήλης ή ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας του πάσχοντος οργάνου όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε εξωκρανικό πρόβλημα), του εξειδικευμένου ακτινοθεραπευτού ογκολόγου, του ειδικά εκπαιδευμένου ακτινοφυσικού, του έμπειρου τεχνολόγου ακτινοθεραπείας καθώς και του νοσηλευτή. Αυτή η ειδικευμένη ομάδα είναι αρμόδια για την επιλογή των ασθενών που θα αντιμετωπιστούν με στερεοτακτική

ακτινοχειρουργική CyberKnife®, το σχεδιασμό, τη χορήγηση θεραπείας, καθώς και τον επανέλεγχο του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα.

4.3 Χημειοθεραπεία

Ο όρος χημειοθεραπεία αναφέρεται σε μια μορφή θεραπευτικής αγωγής κατά του καρκίνου. Η χημειοθεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων που αποσκοπούν στην **καταστροφή των καρκινικών κυττάρων**. Αποτελεί συνήθη πρακτική για την αντιμετώπιση των περισσότερων ειδών καρκίνου, και χρησιμοποιείται ποικιλοτρόπως, είτε σε συνδυασμό με αγωγές ακτινοβολίας και χειρουργικές επεμβάσεις (λήψη πριν ή μετά την εγχείρηση), είτε κατά μόνας.

Η χημειοθεραπεία έκανε την εμφάνιση της στη δεκαετία του 1950 και έχει έκτοτε αποδειχτεί **εξαιρετικά αποτελεσματική** σε αρκετές περιπτώσεις. Παγκόσμια, διενεργούνται συνεχείς έρευνες γύρω από υπάρχοντες ή και νέες φαρμακευτικές ουσίες, που στόχο έχουν την πληρέστερη αντιμετώπιση διαφόρων ειδών καρκίνου, με όσο το δυνατόν λιγότερες επιβλαβείς επιδράσεις στα υγιή κύτταρα.

Η χημειοθεραπεία συνήθως παρέχεται με τους εξής τρόπους:

- Στοματικά, με το φάρμακο να έχει τη μορφή χαπιού ή υγρού
- Ενδομυϊκώς
- Ενδοφλεβίως. Η μέθοδος αυτή αποτελεί και τη συνηθέστερη πρακτική. Σε κάποιο σημείο του κυκλοφοριακού συστήματος του ασθενή συνδέεται ένας μικρός πλαστικός σωλήνας (καθετήρας) μέσω του οποίου διοχετεύεται η φαρμακευτική ουσία στον οργανισμό.
- Υποδορίως
- Ενδοαρτηριακώς

Η τακτικότητα λήψης της χημειοθεραπείας εξαρτάται από το είδος του καρκίνου, τη θεραπευτική προσέγγιση που εφαρμόζει ο ιατρός και την ανταπόκριση του οργανισμού στη θεραπεία.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να δοθεί σε μια ποικιλία καταστάσεων :

Πρωτοβάθμια χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται όταν ο καρκίνος του παχέος εντέρου έχει προχωρήσει και έχει ήδη εξαπλωθεί σε διάφορα μέρη του σώματος. Σε αυτήν την κατάσταση, η χειρουργική επέμβαση δεν μπορεί να εξαλείψει τον καρκίνο, παρά μόνο η χημειοθεραπεία η οποία συρρικνώνει τους όγκους, ανακουφίζει να συμπτώματα και παρατείνει τη ζωή (Γληγόρη, Διαμαντοπούλου, Χαρίση 2008).

Επικουρική χημειοθεραπεία είναι αυτή που χορηγείται μετά την χειρουργική επέμβαση του καρκίνου. Ενώ μπορεί να παραμείνουν καρκινικά κύτταρα στον οργανισμό τα οποία έχουν φύγει από το έντερο αλλά δεν έχουν αναπτύξει εμφανείς μεταστάσεις. Πρόσφατες μελέτες απόδειξαν ότι στους ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αυτού του είδους την χημειοθεραπεία υπήρχαν αυξημένα ποσοστά επιβίωσης και μειωμένα ποσοστά υποτροπής του όγκου (Γλέντης, 2009).

Εισαγωγική χημειοθεραπεία δίνεται πριν από την χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να συρρικνωθεί ο όγκος έτσι ώστε ο χειρουργός να αφαιρέσει τον όγκο εντελώς και με λιγότερες επιπλοκές.

4.3.1 Ανεπιθύμητες ενέργειες χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία στόχο έχει την καταστροφή καρκινικών κυττάρων προτού αυτά μετακινηθούν και προκαλέσουν μετάσταση του καρκίνου σε άλλα ζωτικά σημεία του σώματος. Η ποικιλία χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι ευρεία, γεγονός που συντελεί και στην ευρύτητα των παρατηρημένων παρενεργειών από τη χρήση τους. Αν ληφθεί υπόψη και η διαφοροποιημένη σωματική υπόσταση του κάθε ασθενούς, αντιλαμβανόμαστε τις ανάλογες διαφοροποιήσεις που μπορούν να παρατηρηθούν στις παρενέργειες.

Οι βραχυπρόθεσμες (και συχνά αντιμετωπίσιμες) παρενέργειες της χημειοθεραπείας περιλαμβάνουν

- ναυτία
- έμετο
- απώλεια της όρεξης
- εκτεταμένη τριχόπτωση
- άφθες στη στοματική κοιλότητα
- στοματίτιδα
- εξανθήματα

Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι πιθανόν να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις και μωδιάσματα στα άκρα. Επειδή η χημειοθεραπεία βλάπτει την παραγωγή κυττάρων αίματος στο μυελό των οστών, ο ασθενής μπορεί να υποφέρει από χαμηλά ποσοστά αιματικών κυττάρων. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να προκαλέσει διάφορες παρενέργειες, όπως:

- Αυξημένο κίνδυνο μικροβιακής μόλυνσης (λόγω έλλειψης των λευκών αιμοσφαιρίων που προστατεύουν το σώμα από σχετικούς κινδύνους).
- Αιμορραγία και εμφάνιση μελανιών εξαιτίας μικροτραυματισμών (λόγω έλλειψης αιμοπεταλίων).
- Κόπωση (μερικές φορές σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά ερυθρών αιμοσφαιρίων).

Η γνώση των παρενεργειών καθιστά ικανό το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς να του παρασταθεί αλλά και να προσδιορίσει πρακτικούς τρόπους για να βελτιώσει τις συνθήκες θεραπείας του, πάντοτε φυσικά με τη συνεργασία και τη γνωμοδότηση του επιβλέποντος ιατρού. Υπάρχει πιθανότητα να εντοπιστούν αρνητικές επιδράσεις και σε άλλα όργανα του σώματος. Αποτελεί ζήτημα εξαιρετικής σημασίας να αναφέρει ο ασθενής στο γιατρό του όλα τα σχετικά συμπτώματα και να εξεταστεί η δυνατότητα προσαρμογής της θεραπείας (στη δοσολογία για παράδειγμα).

Δυστυχώς, αν και οι περισσότερες παρενέργειες φθίνουν μετά το πέρας της φαρμακευτικής αγωγής, υπάρχει πιθανότητα ο οργανισμός του ασθενή να επηρεαστεί μόνιμα από τη χημειοθεραπεία. Ακολουθούν μερικοί τρόποι με τους οποίους θα μπορούσε να συμβεί αυτό:

Στειρότητα και σεξουαλικότητα

Ορισμένες, μορφές χημειοθεραπείας μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα γονιμότητας, τα οποία, σε ορισμένες περιπτώσεις καθίστανται μόνιμα. Αν ο ασθενής φοβάται αυτή την προοπτική είναι καλό να ενημερώσει το γιατρό του πριν την έναρξη της θεραπείας. Η χημειοθεραπεία μπορεί να επηρεάσει τη σεξουαλικότητα τόσο των αντρών όσο και των γυναικών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η επιθυμία για σωματική επαφή μπορεί να είναι χαμηλή ή και ανύπαρκτη για κάποιο χρονικό διάστημα. Συνήθως, όμως, επανέρχεται όταν διακόπτεται η θεραπεία. Τα περισσότερα αντικαρκινικά φάρμακα, επίσης, επιδρούν βλαπτικά στο έμβρυο, αν η ασθενής που τα λαμβάνει είναι έγκυος κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η λήψη μέτρων προφύλαξης κατά της σύλληψης είναι σημαντική για να διασφαλιστεί η υγεία του εμβρύου.

Επιδράσεις στα μαλλιά, το δέρμα, το στόμα και το στομάχι.

Τα μαλλιά, το δέρμα, το στόμα το στομάχι και γενικότερο το πεπτικό σύστημα μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά από τη χημειοθεραπεία, όπως ήδη αναφέρθηκε.

Επιδράσεις στο μυελό των οστών

Ο μυελός των οστών εντοπίζεται στο εσωτερικό ορισμένων οστών. Εκεί συντίθενται νέα αιματικά κύτταρα, τα ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια, καθώς και τα αιμοπετάλια. Δυστυχώς, η λειτουργία του μυελού συχνά επηρεάζεται από τα αντικαρκινικά φάρμακα με αποτέλεσμα τα μειωμένα επίπεδα αιματικών κυττάρων. Όπως ήδη αναφέρθηκε, η εξέλιξη αυτή μπορεί με τη σειρά της να επιφέρει παρενέργειες. Πιο συγκεκριμένα:

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια μεταφέρουν οξυγόνο από τους πνεύμονες σε όλο το υπόλοιπο σώμα, δίνοντας του με τον τρόπο αυτό την απαραίτητη ενέργεια για να λειτουργήσει.

Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας μπορεί να παρατηρηθεί μείωση στην παραγωγή κυττάρων αυτού του είδους, με αποτέλεσμα την εμφάνιση αναιμίας και όλων των συνεπειών της (κόπωση, αδυναμία, δυσκολία στην αναπνοή, ωχρότητα στο δέρμα και τα ούλα).

Τα λευκά αιμοσφαίρια προστατεύουν το αίμα από μολύνσεις. Λόγω της μείωσης του αριθμού τους εξαιτίας της χημειοθεραπείας, η άμυνα του οργανισμού του ασθενή είναι χαμηλή. Για το λόγο αυτό συχνά ζητείται από τον ασθενή να φροντίζει να παραμένει μακριά από αρρώστους, να καταναλώνει μόνο μαγειρεμένο φαγητό και να φροντίζει να τηρεί αυστηρά τις καθιερωμένες συνήθειες υγιεινής (πλύσιμο χεριών κτλ.).

Τα αιμοπετάλια συμβάλλουν στην διακοπή της αιμορραγίας σε περίπτωση τραυματισμού. Η χημειοθεραπεία επιδρά και στα δικά τους επίπεδα, με αποτέλεσμα την ευαισθησία του ασθενή σε τραυματισμούς και κοψίματα. Ο γιατρός θα φροντίσει να ενημερώσει τον ασθενή για πρακτικούς τρόπους με τους οποίους μπορεί να προστατέψει τον εαυτό του (π.χ. τη χρήση ειδικής οδοντόβουρτσας για την αποφυγή τραυματισμών στα ούλα) (Γλέντης, 2009).

4.4 Ακτινοθεραπεία

Η χρήση ακτινοβολίας κατά του καρκίνου αποσκοπεί στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων και στη συρρίκνωση των καρκινικών όγκων (Ντάκος, 2008). Ενέργεια σε μορφή ακτινών κατευθύνεται μέσω κυμάτων ή σωματιδίων στον όγκο των καρκινικών κυττάρων που επιδρούν βλαπτικά στα γονίδια και τη μοριακή υπόσταση των κυττάρων με αποτέλεσμα την αδυναμία περαιτέρω ανάπτυξης και διαίρεσης των καρκινικών κυττάρων. Η ακτινοθεραπεία είναι η πρώτη **μη χειρουργική θεραπευτική προσέγγιση** κατά του καρκίνου, και εμπλούτισε σημαντικά το οπλοστάσιο της ιατρικής στις μάχες της κατά της επάρατου νόσου. Επονομάζεται, επίσης, *ραδιοθεραπεία, θεραπεία με ακτίνες X και θεραπεία με κοβάλτιο ή ακτινοβόληση*.

Η ακτινοθεραπεία παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα όταν χρησιμοποιείται κατά κυττάρων που διαιρούνται και πολλαπλασιάζονται γρήγορα και άναρχα. Τα καρκινικά

κύτταρα χαρακτηρίζονται από αυτήν ακριβώς τη λειτουργία. Δυστυχώς, όμως, η ακτινοβολία επιδρά βλαπτικά, εκτός από τα καρκινικά κύτταρα, **και στα υγιή κύτταρα**, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαφόρων παρενεργειών. Μάλιστα, με στόχο την προστασία του υγιούς ιστού, οι ειδικοί απέφευγαν να εφαρμόζουν ακτινοθεραπεία σε μια περιοχή του σώματος για δεύτερη φορά. Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες έχουν καταδείξει πως, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να εφαρμοστεί ακτινοθεραπεία στην ίδια περιοχή δίχως ιδιαίτερο επιπλέον κίνδυνο για τον υγιή ιστό. Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας είναι συνήθως μακροπρόθεσμες, καθώς τα επηρεαζόμενα από την ακτινοθεραπεία κύτταρα, υγιή και καρκινικά, δεν πεθαίνουν άμεσα, αλλά σταδιακά, σε περίοδο ημερών ή και μηνών μετά την έκθεση στην ακτινοβολία.

Κατηγορίες

Η ακτινοβολία που συνήθως χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας ονομάζεται ιονίζουσα, καθώς σχηματίζει ιόντα (άτομα με θετικό ή αρνητικό ηλεκτρικό φορτίο) στα κύτταρα των ιστών που εφαρμόζεται, απελευθερώνοντας ηλεκτρόνια ατόμων. Η ιονίζουσα ακτινοβολία διακρίνεται σε δύο μεγάλες ομάδες:

1. Ακτινοβολία φωτονίων (ακτίνες X και γάμα). Τα φωτόνια εκπέμπονται από ραδιενεργούς πηγές, όπως κοβάλτιο ή καίσιο, ή από μια ειδική συσκευή που ονομάζεται Γραμμικός Επιταχυντής (*linear accelerator*). Η ακτινοβολία φωτονίων είναι το συνηθέστερο είδος ακτινοβολίας σε αγωγές κατά του καρκίνου.
2. Ακτινοβολία σωματιδίων (ηλεκτρόνια, πρωτόνια, νετρόνια, σωματίδια Άλφα και Βήτα). Δέσμες ηλεκτρονίων μπορούν να παραχθούν και να κατευθυνθούν στο καρκινοπαθή ιστό μέσω Γραμμικού Επιταχυντή.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία, εξαιτίας της ισχύος της, χαρακτηρίζεται από υψηλή διεισδυτικότητα στους καρκινοπαθείς ιστούς. Υπάρχουν, ωστόσο, και μορφές λιγότερο ισχυρής ακτινοβολίας που χαρακτηρίζονται μη ιονίζουσες, όπως τα ραδιοκύματα, τα μικροκύματα και τα κύματα φωτός.

Η χρήση ακτινοβολίας δεσμών πρωτονίων αποτελεί ανακάλυψη των τελευταίων ετών και έχει συμβάλει εντυπωσιακά στην αντιμετώπιση ορισμένων τύπου καρκίνου. Τα πρωτόνια είναι πυρηνικά ατομικά σωματίδια που μπορούν να διαπερνούν ιστούς δίχως να τους βλάπτουν, ασκώντας καταστρεπτική δράση μόνο στο τελικό τμήμα της «διαδρομής» τους. Η ιδιότητά τους αυτή καθιστά ικανή την συρρίκνωση του καρκινικού όγκου δίχως ιδιαίτερες αρνητικές επιδράσεις στους υγιείς περιβάλλοντες ιστούς. Δυστυχώς, η ακτινοθεραπεία πρωτονίων απαιτεί ειδικό εξοπλισμό που λίγα ιατρικά κέντρα διαθέτουν.

Αντίθετα η χρήση ακτινοβολίας νετρονίων μειώνεται σταδιακά, λόγω των σοβαρών και μακροπρόθεσμων παρενεργειών που προκαλεί.

Παροχή

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται με διάφορους τρόπους, ανάλογα με το είδος του καρκίνου που πρέπει να αντιμετωπισθεί, τις περιστάσεις και τις ανάγκες του ασθενή. Για το λόγο αυτό, το πρώτο στάδιο της θεραπείας συνίσταται ουσιαστικά στην κατάλληλη προετοιμασία, κυρίως σε γνωστικό επίπεδο. Το ιατρικό προσωπικό μπορεί να χρησιμοποιήσει δεδομένα από αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες καθώς και από άλλους είδους απεικονιστικές προσεγγίσεις για το σαφή προσδιορισμό της περιοχής που έχει προσβληθεί με καρκίνο καθώς και τις πιθανές προεκτάσεις του. Παράλληλα, εξετάζεται με προσοχή η πιθανότητα βλαπτικής επίδρασης σε υγιείς ιστούς που περιβάλλουν τη προς θεραπεία περιοχή και αναζητούνται τρόποι για την προστασία τους. Το εξαιρετικής σημασίας στάδιο της προετοιμασίας θα καταστήσει εφικτή την αντιμετώπιση του καρκίνου με τις κατά το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες.

Οι πρακτικές, τεχνικές και ο εξοπλισμός που σχετίζονται με την ακτινοθεραπεία εξελίσσονται συνεχώς. Ωστόσο, τρεις είναι οι βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις ακτινοθεραπείας:

Εξωτερική δέσμη ακτινοβολίας.

Η ακτινοβολία από μία εξωτερική πηγή αποτελεί και τη συνηθέστερη πρακτική. Μέσω μιας συσκευής, δέσμη ακτινών στοχεύει στην καρκινοπαθή περιοχή, επηρεάζοντας και τους υγιείς ιστούς τους οποίους διαπερνά προτού φθάσει στα καρκινικά κύτταρα.

Στόχος του ιατρικού προσωπικού είναι πάντοτε η κατά το δυνατόν εκτενέστερη καταστροφή των καρκινικών κυττάρων με τις ελάχιστες δυνατές βλαπτικές επιδράσεις στον υγιή ιστό. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, απαιτείται προετοιμασία ημερών που θα αποσαφηνίσει τις περιοχές του σώματος που θα δεχθούν ακτινοβολία (οι οποίες συχνά επισημαίνονται με τατουάζ), το είδος της και τον τρόπο με τον οποίο αυτή θα εφαρμοστεί.

Συχνά, η αναγκαία ποσότητα ακτινοβολίας διασπάται και εφαρμόζεται στον ασθενή σε δόσεις, σε μια περίοδο μερικών εβδομάδων (συνήθως 5 έως 8). Σε μερικές περιπτώσεις διασπάται ακόμη και η ημερήσια δόση, οπότε ο ασθενής θα υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία δύο φορές την ίδια μέρα. Σε άλλες περιπτώσεις συμπίεζονται χρονικά οι δόσεις, οπότε ο ασθενής λαμβάνει την ημερήσια δόση του δύο φορές την ημέρα. Η ημερήσια διάρκεια της διαδικασίας ποικίλλει, αλλά μπορεί να διαρκέσει ως και 30 λεπτά, ή και περισσότερο.

Εσωτερική ακτινοθεραπεία (Βραχυθεραπεία).

Η εσωτερική ακτινοθεραπεία προσβάλλει τον καρκινικό όγκο από το εσωτερικό του σώματος και, συνεπώς, από μικρότερη απόσταση, γι' αυτό και είναι γνωστή ως «βραχυθεραπεία». Στην περίπτωση της βραχυθεραπείας, πηγές ακτινών προσκολλούνται στον όγκο ή σε κοιλότητα του σώματος κοντά στον καρκινικό όγκο και τίθενται σε λειτουργία. Με τον τρόπο αυτό μεγάλες ποσότητες ενέργειας προσβάλλουν μια μικρή σε μέγεθος περιοχή, με ελάχιστη βλαπτική επίδραση για τον περιβάλλοντα υγιή ιστό, που, μέσω εξωτερικής ακτινοθεραπείας, θα υφίστανται σοβαρή βλάβη.

Ο γιατρός έχει στη διάθεσή του υπέρηχους, ακτινογραφίες ή σαρωτές σώματος για να εντοπίσει το σημείο που πρέπει να τοποθετηθούν οι ραδιενεργοί πηγές. Σε ορισμένες

περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητη η μόνιμη προσκόλληση των πηγών αυτών στον όγκο, όπου δρουν αυτόνομα για αρκετές εβδομάδες ή και μήνες.

Λόγω του εξαιρετικά μικρού τους μεγέθους, δεν αφαιρούνται, αλλά παραμένουν *in situ* ακόμη και μετά το πέρας της λειτουργίας τους. Σε άλλες περιπτώσεις, όμως, μέσω ειδικών βελονών – καθετήρων το υλικό εισέρχεται στο σώμα για μια σύντομη περίοδο χρόνου (10 – 20 λεπτά) ή για μερικές ημέρες (ανάλογα με την περίπτωση και τις ανάγκες του ασθενή) και στη συνέχεια αφαιρείται.

Ραδιο – φαρμακευτικά σκευάσματα.

Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ούτε η εξωτερική, ούτε η εσωτερική βραχυθεραπεία μπορούν να βοηθήσουν στην πλήρη αντιμετώπιση του καρκίνου, όπως, επί παραδείγματι, σε περιστατικά καρκίνου των οστών. Η ύπαρξη ειδικών φαρμακευτικών σκευασμάτων με ραδιενεργή δράση που εισέρχονται στοματικά ή ενδοφλέβια στο σώμα μπορούν να φτάσουν ευκολότερα στις καρκινοπαθείς περιοχές του σώματος και να προσβάλλουν τον καρκίνο, ή τουλάχιστον, να ανακουφίσουν από τα συμπτώματά του (Σαχίνη, Καρδάση, Πάνου, 2004).

4.4.1 Ανεπιθύμητες ενέργειες ακτινοθεραπείας

Οι πιθανές παρενέργειες εξαρτώνται από το είδος της θεραπείας (εσωτερική, εξωτερική, φαρμακευτική), τη δόση της ακτινοβολίας που επιδέχεται το σώμα του ασθενούς, τη διάρκειά της και την περιοχή του σώματος που έχει προσβληθεί από καρκίνο. Συνεπώς, το είδος ή ο αριθμός των παρενεργειών ποικίλλουν.

Οι αγωγές ακτινοβολίας μοιάζουν αρκετά με τις ακτινογραφίες και δεν προξενούν πόνο αυτές καθ' αυτές. Παρενέργειες προκύπτουν συνήθως λόγω της βλαπτικής επίδρασης της ακτινοβολίας τόσο σε καρκινικά, όσο και σε υγιή κύτταρα. Διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες, τις βραχυπρόθεσμες, οι οποίες συνήθως υποχωρούν μετά το πέρας της θεραπείας, και τις μακροπρόθεσμες, οι οποίες μπορεί να προσλάβουν και μόνιμο χαρακτήρα. Οι συνηθέστερες παρενέργειες περιλαμβάνουν:

- Κνησμό (φαγούρα στο δέρμα)
- Εξάντληση
- Ναυτία
- Έμετο
- Στηθάγχη
- Δυσκολία στην κατάποση.
- Σημάδια ταλαιπωρίας του δέρματος, όπως ξεφλούδισμα.

Πολλά από τα συμπτώματα που αναφέραμε υποχωρούν με κατάλληλη αντιμετώπιση και πάντοτε σε συνεργασία με το γιατρό, ενώ και ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να ανακουφίσει το σώμα του ακολουθώντας μερικές απλές εισηγήσεις.

Εξίσου σημαντική είναι η συμμόρφωση του ασθενή με το διαιτολόγιο που θα του συστήσει ο γιατρός του, καθώς και με προϊόντα καθαρισμού ή φροντίδας του δέρματος, το οποίο μπορεί να έχει υποστεί ξεφλούδισμα ή κοκκίνισμα μετά από αγωγές εξωτερικής ακτινοβολήσης. Ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει τα στενά ρούχα, ιδιαίτερα γύρω από την υπό θεραπεία περιοχή καθώς και την άσκοπη ή μακροχρόνια έκθεση του στο ήλιο, λόγω της ευαισθησίας του δέρματος του. Το σπουδαιότερο, ωστόσο, μέτρο που οφείλει να λάβει ο ασθενής είναι η διαρκής και ειλικρινής ενημέρωση του γιατρού του σχετικά με τα συμπτώματα που πιθανόν παρουσιάζει. Εκείνος είναι σε θέση να τον συμβουλέψει σχετικά και να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, γεγονός που μπορεί να περιλαμβάνει προσαρμογή της θεραπείας ή και διακοπή της για ένα διάστημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

Αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου.

Σήμερα η αποκατάσταση του ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου, η σωματική και ψυχοσωματική θεραπεία αναπόσπαστο τμήμα της θεραπευτικής προσπάθειας, αρχίζει από τη στιγμή που γίνεται γνωστή η νόσος. Με τη λέξη αποκατάσταση εννοούμε την επαναφορά του ασθενή στην προηγούμενή του κατάσταση. 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, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Για να γίνει αυτό, η νόσος και στην περίπτωση που εξετάζουμε, ο καρκίνος παχέος εντέρου, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά. Από την πρώτη στιγμή της διάγνωση του καρκίνου, όλα τα μέλη της ομάδας υγείας θα πρέπει να συνεργαστούν μεταξύ τους αλλά συγχρόνως να δείξουν κατανόηση και να έχουν σωστή επικοινωνία με τον ασθενή.

Στη φάση της αποκατάστασης του ασθενή μαζί με το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να συμμετέχει και η οικογένεια καθώς και το κοντινό κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή. Η ασθένεια αλλά και τα αποτελέσματα των θεραπειών (π.χ. κολοστομία) απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση (εκμάθηση τεχνικών). Ένας ακόμα παράγοντας για την υλοποίηση της φιλοσοφίας της αποκατάστασης αποτελούν τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης ασθενών, όπου η εφαρμογή τους αρχίζει στον νοσοκομείο και συνεχίζεται στο σπίτι του ασθενή, πολλές φορές μέχρι το τέλος της ζωής του, με τη βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας. Το τελικό αποτέλεσμα της αποκατάστασης καθορίζεται από την συμβολή του καθενός.

5.1 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με χειρουργική αντιμετώπιση

Η προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει την ψυχολογική υποστήριξη, τη σωματική τόνωση του ασθενούς, την καθαριότητα του ασθενούς και την πληθώρα ιατρικών εξετάσεων αίματος, ούρων, ΗΚΓ, ακτινογραφία θώρακος και άλλες εξειδικευμένες εξετάσεις για το συγκεκριμένο χειρουργείο, την εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει τη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι, την τακτοποίησή του στην κατάλληλη θέση, τον έλεγχο των ζωτικών σημείων.

5.1.1 Προεγχειρητική φροντίδα

Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς

Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο, διακατέχεται από άγχος και φόβο για το άγνωστο, ο φόβος για την νάρκωση, φόβοι που έχουν σχέση με το επάγγελμα, την οικογένειά του, την οικονομική κατάσταση, πολύ περισσότερο ο συγκεκριμένος ασθενής να αντιμετωπίσει και το γεγονός μόνιμης αναπηρίας, ή αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου. Είναι σημαντικό για κάθε ασθενή, ο ψυχικός και σωματικός παράγοντας να βρίσκεται στην καλύτερη δυνατή κατάσταση όταν πρόκειται να χειρουργηθεί, γιατί είναι γνωστό ότι η έλλειψη ψυχικής ηρεμίας επηρεάζει άμεσα την ισορροπία του οργανισμού με αποτέλεσμα την εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών, ως και shock.

Καθήκον, λοιπόν, του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να ενημερώσει τον ασθενή, να του εξηγήσει τι πρόκειται να συμβεί, με κατανόηση και με λόγια σύμφωνα με το επίπεδο μόρφωσης του εκάστοτε ασθενούς.

Πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να εξωτερικεύει τους φόβους και τις ανησυχίες και να απαντήσει με ειλικρίνεια σε όλες του τις απορίες σχετικά με την επέμβαση που θα γίνει. Οι ασθενείς έχουν ιδιαίτερη ανάγκη από υποστήριξη και ενίσχυση για να αποκτήσουν εμπιστοσύνη στον γιατρό, τους νοσηλευτές και το περιβάλλον του νοσοκομείου. Κάθε άρρωστος που πρόκειται να κάνει κολοστομία πρέπει να καταλάβει ότι αυτή αποτελεί μοναδική λύση που θα του επιτρέψει να ζήσει και να είναι υγιής. Κάτι που βοηθά στην καλύτερη αποδοχή είναι να φέρουμε σε επαφή τον ασθενή με τους άλλους ασθενείς, οι οποίοι έχουν κολοστομία και την έχουν αποδεχθεί πλήρως. Εάν αυτό είναι δυνατό να γίνει, ο ασθενής μπορεί να διαβάσει ή να του διαβάσουν ορισμένα άρθρα γραμμένα από ομοιοπαθείς οι οποίοι ζουν ομαλά στην κοινωνία άσχετα από την αρρώστια τους.

Σωματική τόνωση του ασθενούς

Η καλή κατάσταση θρέψης προεγχειρητικά του ασθενούς τον βοηθά να αντιμετωπίσει το αρνητικό μετεγχειρητικό ισοζύγιο χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό. Γι' αυτόν τον λόγο χορηγούνται τροφές πλούσιες σε λευκάματα, άλατα, βιταμίνες, θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη και λίπη. Επιπλέον γίνεται ηλεκτρολυτικός έλεγχος και ακριβής μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Σημειώνεται οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο ασθενής και δεν πρέπει να διακοπών διουρητικά, αντιπηκτικά, και αντιβιοτικά. Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στα παχύσαρκα άτομα γιατί έχουν σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως: διαπύηση τραύματος και η εκσπλάγχωση, πνευμονικές επιπλοκές, θρομβοφλεβίτιδα. Επιπλέον, αντιδρούν λιγότερα έντονα στο stress, δεν αντέχουν στην αφυδάτωση και παρουσιάζουν ευκολότερα shock.

Επιπροσθέτως, η ηλικία έχει ιδιαίζουσα σημασία στην μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς. Ο οργανισμός των υπερηλίκων έχει ελαττωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας με αποτέλεσμα την μικρότερη αντοχή στο stress. Το θρεπτικό ανισοζύγιο είναι συχνό ενώ το αίσθημα δίψας δεν είναι αξιόπιστος δείκτης των αναγκών τους σε υγρά. Συχνά υπάρχει αναιμία ενώ και η υπόταση είναι πολύ επικίνδυνη

κατάσταση για τον υπερήλικα, για τον λόγο πως αν δεν διορθωθεί αμέσως προκαλεί νεφρική βλάβη και έμφραγμα.

Παράλληλα, καθώς οι ασθενείς σε κάθε εγχείρηση χάνουν υγρά με την απώλεια αίματος, ιδρώτα, εμέτων θα πρέπει προεγχειρητικά να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή και να γίνεται μετάγγιση αίματος ενώ υπάρχει αναιμία. Ακολούθως, ο νοσηλευτής διδάσκει τον άρρωστο πώς να αναπνεύσει και να βήχει αποτελεσματικά για την αποφυγή αναπνευστικής οξέωσης, ατελεκτασίας ή βρογχοπνευμονίας. Επιπλέον, για την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας θα πρέπει κατά τακτικά χρονικά διαστήματα να κινεί τα πόδια του φέροντάς τα προς την κοιλιακή χώρα.

Καθαριότητα του ασθενούς

Περιλαμβάνει την ατομική καθαριότητα και την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Η σπουδαιότερη αρχή στην οποία στηρίζεται η εγχείρηση της κολοστομίας είναι ο μηχανισμός καθαρισμού του εντέρου ώστε να ελαττωθεί το περιεχόμενό του στο ελάχιστο. Γι' αυτό τον λόγο οι ασθενείς εισάγονται στο νοσοκομείο μερικές φορές πριν γίνει η εγχείρηση και τους χορηγείται δίαιτα χωρίς υπόλειμμα. Την παραμονή χορηγείται δίαιτα και το βράδυ γίνεται υποκλυσμός όπως και το πρωί της ημέρας της επέμβασης. Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον γιατρό για το αποτέλεσμα των υποκλυσμών.

Πολλές φορές χορηγούνται από το στόμα αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου όπως σουφλοναμίδες ή και αντιβιοτικά επί πέντε ημέρες, με σκοπό να μειωθούν οι πιθανότητες μόλυνσης του τραύματος. Όσον αφορά την καθαριότητα του σώματος την παραμονή της επέμβασης, γίνεται λουτρό και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μολύνσεων.

Γίνεται πληθώρα ιατρικών εξετάσεων ούρων, αίματος, ΗΚΓ, ακτινογραφία θώρακος και πολλές εξειδικευμένες για το εν λόγω χειρουργείο. Η εξέταση αίματος είναι απαραίτητος κανόνας πριν από την γενική αναισθησία. Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης ελέγχεται η πήκτικότητα του αίματος.

Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου για την αποφυγή αϋπνίας και κόπωσης που μπορεί να οδηγήσει σε μετεγχειρητικές ανωμαλίες ή και στην εμφάνιση επιπλοκών. Γι' αυτό χορηγείται ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο, τη νύχτα της παραμονής με εντολή γιατρού. (Παππά & Πετροπούλου 2001, Αθανάτου 2004, Σαχίνη – Καρδάση & Πάνου 2004).

Όσον αφορά την τοπική προεγχειρητική ετοιμασία, εννοούμε την ετοιμασία του μέρους του σώματος στο οποίο επρόκειτο να γίνει η επέμβαση. Αυτή, περιλαμβάνει καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του συγκεκριμένου σημείου ώστε να μειωθούν όσο το δυνατόν οι μολύνσεις. Εάν κατά την αποτρίχωση προκληθεί λύση της συνέχειας του δέρματος, πρέπει να ενημερωθεί ο χειρουργός πριν τη επέμβαση. Η έκταση του εγχειρητικού πεδίου αρχίζει από την πρόσθια επιφάνεια του κορμού από το ύψος των θηλών του μαστού έως την ηβική σύμφυση. Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στην περιοχή των βουβωνικών πτυχών (Παππά & Πετροπούλου 2001).

Πριν τη μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο έχουμε την τελική προεγχειρητική ετοιμασία. Συγκεκριμένα: ντύσιμο του ασθενούς με ειδικό πουκάμισο, σκούφο, ποδονάρια, ταυτότητα. Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών, κοσμημάτων, χρημάτων τα οποία δίνονται είτε σε στενό συγγενή είτε στην προϊσταμένη. Ξεβάφονται τα νύχια και κενώνεται η ουροδόχος κύστη. Μισή ώρα πριν το χειρουργείο χορηγείται η προνάρκωση και γίνεται λήψη ζωτικών σημείων πριν και μετά την χορήγησή της. Συμπληρώνεται το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου.

Κατόπιν, μετά την μεταφορά του ασθενούς οι νοσηλευτές ετοιμάζουν κατάλληλα τον θάλαμό του. Στρώνεται το χειρουργικό κρεβάτι χωρίς μαξιλάρι, τοποθετείται αδιάβροχο. Στο κομοδίνο του τοποθετούμε πετσέτα, ποτήρι με νερό, port cotton, νεφροειδές και στο πλάι χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα και χαρτοβάμβακο για τις ανάγκες του ασθενούς. Ο θάλαμος θα πρέπει να είναι σκοτεινός και δροσερός καθώς επίσης απομονωμένος από θορύβους και ενοχλήσεις. Η νοσηλεύτρια παραμένει με τον ασθενή μέχρι την τελευταία στιγμή πριν να πάει στο χειρουργείο τον ενθαρρύνει και τον βεβαιώνει ότι θα είναι στο πλευρό του στις δύσκολες στιγμές που περνάει και ότι θα τον βοηθήσει να ξεπεράσει κάθε μετεγχειρητικό πρόβλημα (Αθανάτου 2004).

5.1.2 Μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου

Περιλαμβάνει:

- Φροντίδα για την μεταφορά του ασθενή από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες κινήσεις και συγχρονισμένο βάδισμα.
- Τακτοποίηση του αρρώστου στην κατάλληλη για κάθε περίπτωση θέση. Συνήθης μετά το χειρουργείο είναι η ύπτια με το κεφάλι πλάγια για πρόληψη εισρόφησης, εμεσμάτων και πνιγμού σε περίπτωση εμετού καθώς και πτώσεως της γλώσσας προς τα πίσω.
- Γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων, της γενικής κατάστασης του τραύματος, παρακολούθηση των εξωτερικών γαζών για πιθανή αιμορραγία των παροχετεύσεων και έλεγχος της λειτουργικότητάς του. Παρακολούθηση του ασθενούς, του επιπέδου συνείδησης και της κίνησης των άκρων που αφορούν την νευρολογική κατάστασή του.
- Προστασία του ασθενή από ρεύμα αέρα για να μην κρυώσει.
- Εκτίμηση του πόνου και της δυσφορίας (φροντίδα για ανακούφισή του).
- Παρακολούθηση της ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών του ρυθμού ροής (φροντίδα για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης).
- Ενθάρρυνση αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να αλλάζει συχνά θέση για την πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα.
- Τοποθέτηση στο κομοδίνο χαρτοβάμβακα, νεφροειδές καθώς και το κουδούνι για να διευκολύνεται η επικοινωνία του.
- Αν φέρει κολοστομία, παρακολούθηση του χειρουργικού τραύματος (*Σαχίνη – Καρδάση & Πάνου 2004, Αθανάτου 2004*).

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές

Οι συνήθεις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

α) **πόνος**, ο οποίος ξεκινά από το δέρμα, τους μυς, τους τένοντες, τα οστά, το περιτόναιο ή τα σπλάγχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα και υποχωρεί μετά από 48 ώρες, β) **ναυτία – έμετοι**, σήμερα με την πρόοδο της αναισθησιολογίας έχουν περιορισθεί. Αιτίες για την εμφάνισή τους είναι η συλλογή υγρών στο στομάχι, η διάταση της κοιλίας, η χορήγηση μορφίνης, η επίδραση της νάρκωσης, ψυχολογικές επιδράσεις, γ) **δίψα**, δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του σώματος, που προκαλείται από την ένεση της ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις δ) **διάταση εντέρου**, ε) **διάταση κύστεως**, στ) **λόξυγγας**, ζ) **ανησυχία – δυσφορία**, η) **δυσκοιλιότητα**.

Ο νοσηλευτής οφείλει να βρίσκεται κοντά στον ασθενή να το παρακολουθεί και να τον παρατηρεί για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτών των δυσχερειών.

Οι κυριότερες επιπλοκές που μπορεί να παρουσιάσει ο ασθενής σε χειρουργείο καρκίνου παχέος εντέρου είναι:

1. **Επιπλοκές από το κυκλοφορικό** (Shock – Αιμορραγία – Θρομβοφλεβίτιδα – Φλεβοθρόμβωση)

α) **Shock**: είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς αιμάτωσης των ζωτικών οργάνων, αδυναμίας χρήσης του οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών από τους ιστούς ή αδυναμίας απομάκρυνσης από αυτούς των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού. Το σοκ ανάλογα με την αιτιολογία του διακρίνεται σε υπογκαιμικό, σηπτικό, αναφυλακτικό, καρδιογενές και νευρογενές.

Η κλινική εικόνα του αρρώστου σε κατάσταση σοκ είναι:

- Ωχρότητα προσώπου.
- Ψυχρότητα και εφίδρωση δέρματος

- Ταχυσφυγμία και υπόταση.
- Ανησυχία.
- Ναυτία και εμέτους.

Στην φάση αυτή συνήθως αντιμετωπίζετε γι' αυτό και λέγεται ανατάξιμο σοκ. Τις περισσότερες φορές, όμως, συνοδεύεται και από διαταραχές άλλων οργάνων όπως η αναπνευστική λειτουργία με δύσπνοια, η νεφρική με ολιγουρία και διαταραχές πηκτικότητας. Η νοσηλευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση του σοκ περιλαμβάνει τα εξής:

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση Trendelenburg.
- Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και επαρκούς οξυγόνωσης.
- Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας.
- Στενή παρακολούθηση ζωτικών και νευρολογικών σημείων.
- Χορήγηση υγρών Ringer's, N/S 0.9 %.
- Λήψη αίματος για ομάδα – διασταύρωση.
- Χορήγηση πλήρους αίματος ή ερυθρών ανάλογα με τις τιμές των Hct και Hb.
- Συχνός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών, αερίων αρτηριακού αίματος, σακχάρου αίματος.
- Λήψη ΗΚΓ.
- Στενή παρακολούθηση ΚΦΠ και διατήρησή της μεταξύ 6 και 8 cm H₂O.
- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.

β) **Αιμορραγία:** οφείλεται είτε σε αποκατάσταση της αρτηριακής πίεσης που συμβαίνει τις πρώτες ώρες μετά την εγχείρηση, είτε σε ολίσθηση απολίνωσης εξαιτίας φλεγμονής, μη καλού κόμπου ή διάβρωσης του αγγείου από σωλήνα παροχέτευσης.

Η κλινική εικόνα του αρρώστου με αιμορραγία είναι:

- Ταχυσφυγμία.
- Ωχρότητα προσώπου.
- Δέρμα υγρό και ψυχρό.
- Ψυχροί ιδρώτες.
- Πτώση θερμοκρασίας.
- Ταχύπνοια.
- Πτώση αρτηριακής και κεντρικής φλεβικής πίεσης.
- Πτώση αιματοκρίτη.
- Παρουσίαση συγχυτικής κατάστασης και απώλεια συνείδησης.

Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει τα εξής:

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση Trendelenburg.
- Τοποθέτηση του σημείου που αιμορραγεί σε ανάρροπη και κάλυψη με γάζες.
- Μετάγγιση αίματος.
- Έλεγχος ροής της ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών.

γ) **Θρομβοφλεβίτιδα – Φλεβοθρόμβωση:** Αίτια της θρομβοφλεβίτιδας είναι η βλάβη φλεβών μετά από άσκηση πίεσης, επιβράδυνση της κυκλοφορίας στα κάτω άκρα μετά από την εγχείρηση λόγω ακινησίας και η αιμοσυμπύκνωση λόγω απώλειας υγρών. Η κλινική εικόνα αρχικά εκδηλώνεται με πόνο και σύσπαση στη γαστροκνημιαία περιοχή ή πόνο κατά ραχιαία κάμψη του άκρου ποδός και του γόνατος. Είναι επίσης αισθητός ο πόνος κατά την πίεση. Στην συνέχεια παρουσιάζει ερυθρότητα, θερμότητα οίδημα και πιθανόν πυρετό.

Η νοσηλευτική φροντίδα για την πρόληψή της περιλαμβάνει:

- Αλλαγή θέσης φλεβοκέντησης.
- Καλή ενυδάτωση του ατόμου.
- Έγκαιρη έγερση του αρρώστου.

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων όταν είναι κλινήρης.

2. Πνευμονικές επιπλοκές (Ατελεκτασία – Πνευμονική εμβολή)

α) **Ατελεκτασία:** είναι η ατελής έκπτυξη τμήματος του πνεύμονα. Τα αίτια παρουσίας μετεγχειρητικής ατελεκτασίας είναι αφυδάτωση, αναπνευστική καταστολή, εισρόφηση εμεσμάτων – αίματος και μετεγχειρητικής διάσταση κοιλιάς. Η κλινική εικόνα εκδηλώνεται με βήχα, δύσπνοια, κυάνωση. Η νοσηλευτική φροντίδα για πρόληψη και καταπολέμησή της ατελεκτασίας είναι:

- Παρακίνηση του αρρώστου να αναπνέει βαθιά, να βήχει, να αποβάλει εκκρίσεις, να αλλάζει συχνά θέση στο κρεβάτι για έγκαιρη έγερση.
- Αποφυγή χρήσης ηρεμιστικών φαρμάκων που καταστέλλουν το αντανακλαστικό του βήχα, εκτός μικρών δόσεων αναλγητικών για την καταπολέμηση του μετεγχειρητικού πόνου.
- Εισπνοές υδρατμών ή βλεννολυτικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

β) **Πνευμονική εμβολή:** Η κλινική εικόνα εκδηλώνεται με έντονο πόνο στον θώρακα, αδυναμία αναπνοής, κυάνωση, αγωνία, κρύος ιδρώτας και σφυγμός συχνός – άρρυθμος και τελικά απηλάφητος. Η νοσηλευτική παρέμβαση για την πρόληψη πνευμονικής εμβολής περιλαμβάνει:

- Έγκαιρη έγερση του αρρώστου.
- Συχνή αλλαγή των ενδοφλέβιων καθετήρων.
- Έγκαιρη αντιμετώπιση εμφανιζόμενης θρομβοφλεβίτιδας.

3. Επιπλοκές από το πεπτικό σύστημα (εντερική απόφραξη).

α) **Εντερική απόφραξη:** Η κλινική εικόνα εκδηλώνεται με οξύ πόνο στην κοιλιά, πυρετό, αύξηση της συχνότητας των σφίξεων και έμετο. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τα εξής:

- Συνεχή αναρρόφηση από ρινογαστρικό σωλήνα.
- Χορήγηση νερού και ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως.

Στην περίπτωση αυτή πολλές φορές η χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη για την αποκατάσταση του αποφραχθέντος εντέρου.

4. **Επιπλοκές στο χειρουργικό τραύμα** (λοίμωξη – Ρήξη ραμμάτων – Εκσπλάχνωση).

α) **Λοίμωξη:** Τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως 36 – 48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους εξεργασίας. Για τις λοιμώξεις ενοχοποιούνται ο σταφυλόκοκκος, το κολοβακτηρίδιο, η ψευδομονάδα, ο στρεπτόκοκκος κ.α. Η κλινική εικόνα εκδηλώνεται με αύξηση της συχνότητας των σφίξεων, αύξηση της θερμοκρασίας και οι οιδηματώδες – επώδυνο και ζεστό τραύμα. Η νοσηλευτικά παρέμβαση για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της λοίμωξης περιλαμβάνει τα εξής:

- Διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές.
- Καθαριότητα του περιβάλλοντος.
- Διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος.
- Έκπλυση του τραύματος με ζεστή αντισηπτική διάλυση.
- Χορήγηση ειδικής αντιβίωσης μετά από καλλιέργεια υγρού του τραύματος.
- Χρήση και τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων.

β) **Ρήξη ραμμάτων – εκσπλάχνωση:** Η επιπλοκή αυτή οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων εξαιτίας λοίμωξης, ισχυρού βήχα και φτερνίσματος, μεγάλης κοιλιακής διάτασης, κακής θρέψης του αρρώστου, μεγάλης ηλικίας και κακής τεχνικής συρραφής του τραύματος. Η

κλινική εικόνα εκδηλώνεται με έντονο πόνο και ενδεχομένως συμπτώματα σοκ. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε ύπτια αναπαυτική θέση με κάμψη των γονάτων για να μειωθεί η κοιλιακή διάσταση.
- Τοποθέτηση αποστειρωμένου τετράγωνου βρεγμένου με φυσιολογικό ορό πάνω στο τραύμα ή στην εκσπλάχνωση και στερεώνεται πιεστικά.
- Χρησιμοποίηση ειδικού επιδέσμου.

Στις περιπτώσεις αυτές ο γιατρός ειδοποιείται αμέσως και ο άρρωστος μεταφέρεται στο χειρουργείο για ανάταξη των σπλάχνων και συρραφή του τραύματος (*Αγγελάκη, Στασινού 2009*).

5.2 Κολοστομία

Η ανάπτυξη νέων εγχειρητικών τεχνικών, βελτιωμένων υλικών (σάκοι κ.α.) και η αυξημένη και αποτελεσματική φροντίδα (με την κατάλληλη εκπαίδευση ιδίως του νοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενούς), αφενός μεν βελτίωσαν την ανοχή και αφετέρου δε ελάττωσαν τις επιπλοκές των στομίων. Η κατασκευή μιας κολοστομίας είναι ένα σπουδαίο μέρος μιας μεγαλύτερης εγχειρήσεων αφενός (όγκοι, τραύματα, εκκολπωματίτιδα, φλεγμονώδεις παθήσεις του παχέος εντέρου), και αφετέρου μπορεί να εφαρμόζεται ως μόνη εγχειρητική τεχνική σε περιπτώσεις αντιμετώπισης παθήσεων του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα των οξέων. Προκειμένου να ελαττωθεί ο κίνδυνος εκ των εγχειρήσεων του παχέος εντέρου, συχνά, είναι σκόπιμο ή απαραίτητο να γίνει μία εγγύς αποσυμφόρηση, μιας αναστομώσεως, μιας αλλοίωσης, που προκαλεί απόφραξη του

εντέρου, μιας διάτρησης ή όποιας άλλης αλλοίωσης, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών από την ολοκλήρωση μιας κολεκτομής.

Μία κολοστομία χρησιμοποιείται για τους παρακάτω τρεις σκοπούς:

1. Να αντικαταστήσει τον πρωκτό ως το ακραίο άνοιγμα του γαστρεντερικού σωλήνα.
2. Να εκτρέψει το κοπρανώδες περιεχόμενο από κάποια περιφερικότερη παθολογική κατάσταση, όπως μία διάτρηση του κόλου, βαρεία φλεγμονή κ.λπ.
3. Να αποσυμφορήσει το αποφραγμένο παχύ έντερο.

Η καθήλωση της κολοστομίας γίνεται στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Ο τύπος της κολοστομίας που χρησιμοποιείται από τον χειρουργό πρέπει να βασίζεται στην εκτίμηση του ειδικού σκοπού για τον οποίο θα γίνει (Τσεύης 2009).

5.2.1 Είδη κολοστομίας

Κατιούσα και σιγμοειδής κολοστομία

Συχνά ονομάζονται “στεγνές” κολοστομίες, γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλον μπορεί να παράγει σχηματισμένα κόπρανα. Η πλύση, ένας υποκλυσμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα, μέσα από το στόμιο, μπορεί να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου.

Εγκάρσια κολοστομία

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

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

Υπάρχουν δύο εγκάρσια κολοστομίας:

- α) Διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία.
- β) Αγκυλωτή κολοστομία.

Η διπλού αυλού έχει δύο στόμια, ένα ενεργό, το κεντρικό και ένα ανενεργό, το περιφερειακό. Είναι συνήθως παροδική. Το ενεργό στόμιο βγάζει τα κόπρανα έξω, παρακάμπτοντας βλάβη ή φλεγμονή του κατώτερου κάλου. Το ανενεργό στόμιο διατηρεί το άνοιγμα του παρακαμπτόμενου τμήματος του εντέρου ώσπου να γίνει η επούλωση. Τότε κλείνεται η κολοστομία και το έντερο επανασυνδέεται με λαπαροστομία.

Η αγκυλωτή κολοστομία είναι ένας άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης. Μία αγκύλη ακέραιου εντέρου φέρεται έξω από το κοιλιακό τοίχωμα και ράβονται τα δύο σκέλη της. Τα κόπρανα παροχετεύονται μέσα από τομή που γίνεται στο επάνω μέρος της αγκύλης. Μπορεί να μείνει ανοιχτή από 10 μέρες έως 9 μήνες. Ο ιστός του στομίου συρρικνώνεται και μπορεί τελικά να μοιάζει με την διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία. Όμως, μετά την αποκατάσταση του περιφερειακού τμήματος του κάλου, τα τοιχώματα της αγκύλης, που ράφτηκαν, αφαιρούνται με εντεροτόμο και η συνέχεια του εντέρου αποκαθίσταται χωρίς να είναι απαραίτητη η λαπαροστομία.

Η αγκυλωτή κολοστομία γίνεται ως έκτακτη διαδικασία σε περίπτωση απόφραξης ή πρίν από σχεδιασμένη χειρουργική επέμβαση (Σαχίνη 2006, Ρούπα – Δαριβάκη 2000).

Ανιούσα κολοστομία

Το απέκκριμα είναι υδαρές. Ρέει σχεδόν συνεχώς. Υπάρχει το πρόβλημα ερεθισμού του δέρματος. Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη. Συνήθως η αγωγή της είναι όμοια με εκείνη της ειλεοστομίας (Σαχίνη 2006, Ρούπα – Δαριβάκη 2000).

Η ταξινόμηση των κολοστομιών γίνεται με βάση:

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

Π.χ δεξιά εγκαρσιοστομία με έλικα (Καρανίκας 2004).

Αιτία εκτέλεσης της κολοστομίας

- Μπορεί να αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που έγινε για θεραπεία καρκίνου του ορθού.
- Μπορεί να γίνει παρηγορητικά σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου.
- Μπορεί να αποτελεί παροδικό μέτρο για προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για επούλωση φλεγμάνοντος εντέρου.
- Μπορεί να γίνει παροδικά για αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας (Σαχίνη 2006, Σαββοπούλου 2004).

5.2.2 Περιποίηση – Πλύση

Σκοποί:

- Να βοηθήσει στο άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενό του: κόπρανα, αέρια, βλέννα.
- Να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου.
- Να βοηθήσει σε μια προγραμματισμένη κένωση του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο.

Αντικείμενα:

Δοχείο υγρού πλύσης.

Δοχείο για το υγρό πλύσης.

Υγρό πλύσης 500 – 1500 mL (χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα, 4g αλάτι σε 500 mL νερού ή άλλο διάλυμα που παρήγγειλε ο γιατρός) θερμοκρασίας 40,5 οC.

Καθετήρας από μαλακό ελαστικό νούμερο 22 ή 24, με κάποιο είδος θωράκισης για παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού πλύσης (ή μαλακό ελαστικό ή πλαστικό κώνο Laird tip).

Μανίκι ή περίβλημα πλύσης, αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με ζώνη (μπορεί ακόμα να χρησιμοποιηθεί ένα τυλιγμένο σε ρολό αδιάβροχο για παροχέτευση του υγρού πλύσης).

Πλαστικός σάκος για συλλογή των υγρών γαζών και του σάκου μιας χρήσης.

Χαρτί τουαλέτας και υδατοδιαλυτή γλισχραντική ουσία.

Λαβίδα Kocher.

Νοσηλευτική ενέργεια - φάση προετοιμασίας

Διαλέξτε τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση, πάντα την ίδια ώρα της μέρας. Ενημερώστε τον άρρωστο για το είδος της νοσηλείας και προτρέψτε τον να παρακολουθεί τη διαδικασία, ώστε να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται στο μέλλον. Κρεμάστε το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50 εκατοστά πάνω από το στόμιο.

Βάλτε τον άρρωστο να καθίσει στη λεκάνη της τουαλέτας ή σε μια καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα. Αφαιρέστε τις γάζες και το σάκο και βάλτε τα στον πλαστικό σάκο ακρήστων.

Φάση εκτέλεσης

Τοποθετείστε το μανίκι πλύσης ή το περίβλημα στο στόμιο και το άλλο άκρο του μέσα στη λεκάνη. Αφήστε λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα από το σωλήνα και τον καθετήρα ή κώνο, για να αφαιρεθεί ο αέρας από τη συσκευή. Αλείψτε τον καθετήρα με γλισχραντική ουσία και ήπια βάλτε τον μέσα στο στόμιο. Ο καθετήρας δεν πρέπει να μπει πάνω από 8cm. Πιέστε το στήριγμα του καθετήρα απαλά και σταθερά προς το στόμιο, για να εμποδίσει την επιστροφή υγρού. Αν ο καθετήρας δεν προχωρά εύκολα, αφήστε το νερό να ρέει αργά, ενώ ήπια θα σπρώχνετε τον καθετήρα. Για την αρχική μετεγχειρητική πλύση 500ml νερού είναι αρκετά οποία πρέπει να εισέλθουν στο στόμιο σε 5-10 λεπτά. Στις επόμενες πλύσεις ο όγκος αυξάνεται στα 1000-1500 ml για να έχουμε θετικό αποτέλεσμα.

Κρατήστε τον καθετήρα στη θέση του για 10 δευτερόλεπτα μετά την είσοδο του νερού. Μετά, ήπια αφαιρέστε το. Αφήστε να περάσουν 10-15 λεπτά για μέγιστη επιστροφή. Κατόπιν, στεγνώστε το κάτω άκρο του μανικιού ή του περιβλήματος και κλείστε το με λαβίδα Kocher.

Φάση παρακολούθησης

Καθαρίστε την επιφάνεια με ήπιο σαπούνι και νερό και σπογγίστε την. Επαλείψτε με σκεύασμα karaya ή άλλο φραγμό του περιστομιακού δέρματος. Αντικαταστήστε το σάκο με γάζες. Καθαρίστε τα αντικείμενα με σαπούνι και νερό και στεγνώστε τα προτού τα φυλάξετε σε καλά αεριζόμενο χώρο. Αυτό θα θέσει σε έλεγχο τη δυσοσμία και θα παρατείνει το χρόνο ζωής των αντικειμένων.

5.2.3 Διδασκαλία ασθενή με κολοστομία

Φροντίδα δέρματος:

α. Μια ομάδα αποτελεσματικών φραγμών του δέρματος γίνεται από ινδικό κόμμι (karaya gum). Είναι διαθέσιμο και δίσκους ή δακτυλίους, που μπορούν να τοποθετηθούν σε ανοιχτό περιστομιακό δέρμα. Η πάστα και οι δακτύλιοι karaya είναι εξαιρετικοί για πρόληψη ερεθισμού του δέρματος γύρω από το στόμιο.

β. Καλύμματα του στομίου μπορεί να είναι οι σάκοι μιας χρήσης, γάζες και χαρτοβάμβακο επαλειμμένα με βαζελίνη, κάλυμμα saran ή κηρόχαρτο πάνω από τη γάζα που στερεώνεται με υποαλλεργικό λευκοπλάστη.

γ. Ανοιχτό περιστομιακό δέρμα βοηθούν τα κορτικοστεροειδή σε αερόλυμα, όταν βέβαια χρησιμοποιούνται με φειδώ.

δ. Για αλλεργικές αντιδράσεις γίνεται δοκιμή άλλων υλικών, ώσπου να βρεθούν τα συμβατά. Σε μερικούς ασθενείς τα αντιόξινα εναιωρήματα έχουν βρεθεί πολύ αποτελεσματικά.

Έλεγχος κακοσμίας

α. Αποφυγή αιτιών που προκαλούν οσμές

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

γ. Οι οσμές μπορεί να τεθούν υπό έλεγχο με τη λήψη ενός δισκίου υποανθρακικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και προ του ύπνου.

Έλεγχος αερίων

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

β. Αποφυγή σιτιών που δημιουργούν αέρια: φασόλια, λαχανικά, κρεμμύδια, ραδίκια, αγγούρια.

Δίαιτα

α. Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων. Καλή μάσηση της τροφής

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

γ. Τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μπύρα μπορεί να ενεργήσει ως υπακτικό και να δημιουργήσει αέρια.

Ενδυμασία

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

β. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιό. Για τους άνδρες είναι προτιμότερο το μαγιό σε σορτς, ενώ για τις γυναίκες με φούστα.

Φάρμακα

Οι ειλεοστομημένοι δεν πρέπει να περνούν υπακτικά και φάρμακα με κάλυμμα που διαλύεται στο έντερο.

Ταξίδια

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

β. Οι κολοστομημένοι που κάνουν πλύση, μπορούν κατά τη διάρκεια του ταξιδιού να χρησιμοποιήσουν πόσιμο νερό.

Εγκυμοσύνη

α. Το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη.

β. Είναι απαραίτητη η προσεκτική ιατρική παρακολούθηση. Το μέγεθος του στομίου αλλάζει καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και μαζί με τη μεταβολή στο σχήμα της κοιλίας, μπορεί να απαιτηθεί προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό για το στόμιο.

Απόφραξη

Γνώση σημείων και συμπτωμάτων, πληροφόρηση του γιατρού και χρήση θεραπευτικής αγωγής αν είναι απαραίτητο (Σαχίνη 2006, Σαββοπούλου 2001).

5.3. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία

Σχεδόν όλα τα χημικοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα και από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλον. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γενετικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το δέρμα και τα νύχια. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Προβλήματα του αρρώστου

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λεύκα αιμοσφαίρια, ανοσοκαταστολή).
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, διάρροιες).
4. Διαταραχή ηλεκτρολυτών υγρών (εμετοί, διάρροιες).
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.

6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου.

Σκοποί φροντίδας

Η μεγίστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.

Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.

Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και η αντιμετώπιση τους (Σαχίνη 2006)

Παρέμβαση

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
3. Επαρκής ενυδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
4. Συχνά και μικρά γεύματα. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών.
5. Προσεκτική φροντίδα σώματος.
6. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις.
7. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φάρμακου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς και το ήπαρ.
8. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
9. Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.
10. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
11. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθηση στους γύρω ιστούς (Σαχίνη 2006, Σαββοπούλου 2004).

5.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία

Προβλήματα του αρρώστου

1. Κακή διακίνηση του οξυγόνου.
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο.
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου.
5. Κίνδυνοι αιμορραγίας.
6. Κίνδυνοι λοίμωξης.
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον.
8. Ψυχικά προβλήματα.

Παρέμβαση

- 1 .** Ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας ώστε να την αποδεχτεί όσο το δυνατόν καλύτερα.
- 2.** Λήψη προφυλακτικών μέτρων κατά την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου στο σώμα.
- 3.** Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, τη διάρκεια της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της

διαδικασίας, καθώς και πληροφόρησή του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας όταν πρόκριτι για τηλεθεραπεία.

4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν (Σαχίνη 2006).

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται ως εξής

1. Ναυτία και έμετοι

- Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντισταμινικών, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Ενθάρρυνση του ασθενή για λήψη υγρών.
- Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.
- Καταγραφή αντιδράσεων του αρρώστου.

2. Αντιδράσεις από το δέρμα

- Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση.
- Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό και τραυματισμό από στενά ενδύματα.
- Παροχή συμβουλών στον άρρωστο να αποφεύγει την επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικό βαρέων μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και κρέμες, επιθέματα και λευκοπλάστη.
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό και χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών lanetiwoux.

3. Διάρροια

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.

4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

- Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών.
- Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο.
- Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας.
- Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς.

5. Καταστολή λειτουργίας μυελού των οστών

- Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
 - Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και αιμορραγίας.
6. Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες και στην ατομική υγιεινή.
7. Υποστήριξη του ασθενούς ώστε να δεχθεί όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (*Σαββοπούλου 2001, Γληγόρη, Διαμαντοπούλου, Χαρίση 2008*)

5.5 Νοσηλευτική παρέμβαση στην αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα : αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλασματος 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 τον σκοπό της νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου. Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου. Τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής είναι:

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

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

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

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβουλή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρ'που 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 (Σουγλέρη 2002).

Σε κάθε άτομο με στομία πρέπει να δίδεται η δυνατότητα απόκτησης γνώσεων αναφορικά με το πρόβλημά του ώστε να το αποδεχθεί πιο εύκολα, να το χειριστεί πιο καλά και να διατηρήσει υψηλό το ποιοτικό επίπεδο της ζωής του. Μετά την αρχική εκπαίδευση στο νοσοκομείο απαιτείται συνεχής εκπαίδευση για ένα χρονικό διάστημα στο σπίτι του προκειμένου να ανταποκριθεί στις ανάγκες φροντίδας της κολοστομίας του. Στο πρόγραμμα εκπαίδευσης πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και η οικογένεια καθώς αρκετές φορές ένα ή περισσότερα μέλη αναλαμβάνουν να βοηθήσουν τον ασθενή τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Είναι πολύ σπουδαίο πριν αρχίσει η διδασκαλία να εκτιμηθεί ο ασθενής για φυσικούς περιορισμούς όπως δυσκολία στην όραση, δυνατότητα εύκολου χειρισμού του υλικού.

Επιπροσθέτως ο νοσηλευτής αξιολογεί και εξατομικεύει παράγοντες που επηρεάζουν την μάθηση, όπως:

- Επιλογή κατάλληλης ώρας για διδασκαλία.
- Επιλογή κατάλληλου περιβάλλοντος για διδασκαλία.
- Αξιολόγηση επιπέδου αντίληψης και ικανότητας μάθησης του ασθενούς και των μελών της οικογένειάς του.

Παράλληλα ο νοσηλευτής φροντίζει ώστε ο ασθενής να προμηθευτεί όλα τα απαραίτητα υλικά για την περιποίηση του και σε περίπτωση που απαιτείται σύνθετη φροντίδα να εξασφαλίσει την παραπομπή του σε νοσηλευτές που εργάζονται σε προγράμματα, όπως βοήθεια στο σπίτι (Αγγελάκη, Στασινού 2009).

Με την ολοκλήρωση της διδασκαλίας του ασθενή και του μέλους της οικογένειάς του θα πρέπει να είναι σε θέση ώστε:

- Να αλλάζει τη συσκευή του κολοστομίου

- Να συζητά τους κινδύνους για ερεθισμό και λύση της συνέχειας του βλεννογόνου της στομίας και του περιστομιακού δέρματος και να έχει σωστές τοποθετήσεις σε θέματα όπως αλλαγής σωματικού ειδώλου και αποδοχής από τα μέλη της οικογένειας του.
- Να περιποιείται το δέρμα γύρω από το στόμιο και να πραγματοποιεί πλύση της στομίας, καθώς και να περιγράφει τα συμπτώματα απόφραξης της στομίας και να αναζητά τρόπους αντιμετώπισής της.
- Να διατηρεί καλή ποιότητα ζωής και να γνωρίζει τις υπηρεσίες υγείας οι οποίες υπάρχουν στη διάθεσή του και να μπορεί να τις χρησιμοποιήσει (*Φύσσας 2005*).

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

6.1 Κλινική περίπτωση 1^η

Η ασθενής Χ.Γ. , ηλικίας 62 ετών, βάρους 71 κιλών, έγγαμη με τρία παιδιά, κάτοικος Πατρών, εισήλθε στις 12/2/2013 στη Χειρουργική κλινική του Π.Γ.Ν. Πατρών “Παναγία η Βοήθεια” με συμπτώματα διαρροϊκών κενώσεων, πόνου από 10ημέρου και απώλεια βάρους.

Ατομικό ιστορικό:

- Επέμβαση ΔΕ οφθαλμού προ 2 μηνών για καταρράκτη
- Στεφανιαία νόσος από 15ετίας (υπό αγωγή monosordil 20mg 1x2)

Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο τα ζωτικά της σημεία είναι τα εξής:

ΑΠ: 130/70 mmHg

Θ: 36,3° C

ΣΦ: 79/min

Την πρώτη μέρα παραμονής του στο νοσοκομείο η ασθενής υποβλήθηκε στις παρακάτω εξετάσεις:

- Γενική αίματος:
 - Hb=14,4 gr%
 - Λευκά=7.180/μl
 - Ερυθρά=5.000.000/μl
 - Αιμοπετάλια=328.000/μl

- Ακτινογραφία θώρακος= ΚΦ

Στις 15/2/2013 άρχισε η προετοιμασία του ασθενή για κολονοσκόπηση, που έγινε την επόμενη μέρα. Στην κολονοσκόπηση διαπιστώθηκε πίεση και μετατόπιση του τοιχώματος του κόλου, στην περιοχή του ορθού.

Η τελική διάγνωση των θεράποντων ιατρών είναι Ca ορθού.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση στις 18/2/2013, και ώρα 10:30 π.μ.

Επέστρεψε στην κλινική στις 13:45 μ.μ. Τα ζωτικά της σημεία είναι:

ΑΠ: 110/65 mmHg

Θ: 37,4°C

ΣΦ: 85/min

Φέρει ορό L/R 1000cc από περιφερική φλεβική γραμμή, καθετήρα κύστεως folley, ROP για παροχέτευση του τραύματος και σάκο κολοστομίας. Επί πόνου η πυρετού δίνεται 1 amp Aprotel IV, διαλυμένη σε N/S 100cc, ύστερα από ιατρική οδηγία.

Ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή (metrogyl 1x3) και σε αντιπηκτική αγωγή (inohep 3500/0.35 IU).

Τελικά η ασθενής πήρε εξιτήριο στις 2/3/2013, συνοδευόμενη από την οικογένειά της. Με τη βοήθεια και τη διδασκαλία του νοσηλευτικού προσωπικού η ασθενής πήρε κουράγιο να συνεχίσει και να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα της ζωής της.

6.1.1 Πρόβλημα 1: Νοσηλευτική διεργασία

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|--|---------------------------------|--|---|---|
| Αγωνία, άγχος, φόβος με την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο | Μείωση των συναισθημάτων αυτών. | <p>Ενημέρωση της ασθενούς για την κατάστασή της και του τι πρόκειται να αντιμετωπίσει στο μέλλον. Ψυχολογική υποστήριξη & ενίσχυση της</p> <p>Ενημέρωση & ενίσχυση του οικείου περιβάλλοντος της ασθενούς. (Συζήτηση με την κόρη της ότι η μητέρα της βρίσκεται σε καλή κατάσταση και ότι όλα θα πάνε καλά.)</p> | <p>Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς: Ενημέρωση της για την κατάστασή της και του τι πρόκειται να αντιμετωπίσει στο μέλλον. Επίλυση αποριών & ενίσχυση στις ανησυχίες της. Ενθάρρυνση της ασθενούς κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων & επεξήγηση της αναγκαιότητας κάθε εξέτασης.</p> <p>Ενημέρωση & Υποστήριξη των οικείων της και διδασκαλία για το πώς πρέπει να φέρονται στην ασθενή.</p> | <p>Η ασθενής έπαψε πια να νιώθει άγχος και να είναι ταραγμένη, άρχισε να ηρεμεί. Πήρε θάρρος για να συνεχίσει την θεραπεία της.</p> |

6.1.2 Πρόβλημα 2: Νοσηλευτική διεργασία

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|--------------------|--|---|---|---|
| Θρέψη της ασθενούς | Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψεως της ασθενούς. | Ρύθμιση διαιτολογίου Εξασφάλιση επαρκούς θρέψεως, ακόμα και με την χρησιμοποίηση τεχνητών μέσων. | <p>Χορήγηση στην ασθενή τροφές κατάλληλες με την παρούσα κατάσταση της.</p> <p>Δημιουργία ευχάριστου & καθαρού περιβάλλοντος.</p> <p>Καλομαγειρεμένες τροφές και εύπεπτες – ελκυστικό διατολόγιο.</p> <p>Ρύθμιση των γευμάτων σε συγκεκριμένες ώρες.</p> <p>Καταπολέμηση του πόνου, της νευρικότητας και γενικά κάθε αιτίου που προκαλούν σύσπαση του πεπτικού συστήματος με αποτέλεσμα την δυσχέρεια των τροφών.</p> | <p>Η ασθενής έτρωγε με όρεξη το φαγητό της, δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα, μόνο μετεγχειρητικά που η λήψη τροφών από την φυσική οδό ήταν αδύνατη. Έτσι τοποθετήθηκε LEVIN. Η σωστή θρέψη της ασθενούς οδήγησε στο να μην παρουσιαστεί κανένα πρόβλημα κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο και να γίνει γρήγορα καλά.</p> |

6.1.3 Πρόβλημα 3: Νοσηλευτική διεργασία

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---|---|--|--|---|
| Υδατο-ηλεκτρολυτικό & Οξεοβασικό ανισοζύγιο | Επαρκής ενυδάτωση της ασθενούς Αποφυγή επιπλοκών από την ανεπαρκή λήψη υγρών | Ρύθμιση λήψης επαρκών υγρών. Χορήγηση υγρών (P.Os & παρεντερικά). | Ενυδάτωση της ασθενούς με χορήγηση άφθονων υγρών P.Os. Χορήγηση υγρών παρεντερικά. Ενημέρωση της ασθενούς ότι πρέπει να ενυδατώνεται κανονικά. | Ρυθμίστηκαν τα ανισοζύγια οξεοβασικά και υδατοηλεκτρολυτικά |

6.1.4 Πρόβλημα 4: Νοσηλευτική διεργασία.

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|-----------------------------|---------------------------------|--|---|---|
| <p>Πόνος μετεγχειρητικά</p> | <p>Ανακούφιση από τον πόνο.</p> | <p>Καταπολέμηση της αιτίας που δημιουργεί τον πόνο. Χρησιμοποίηση κατάλληλων μεθόδων ή φαρμάκων για ανακούφιση από τον πόνο.</p> | <p>Τοποθέτηση της ασθενούς σε αναπαυτική θέση. Χορήγηση αναλγητικών. Ενημέρωση & ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς αναφέροντας ότι ο πόνος που αισθάνεται είναι φυσιολογικός μετά την εγχείρηση και να μην ανησυχεί.</p> | <p>Καταπράυνση από τον πόνο. Η ασθενής ηρέμησε και αποκοιμήθηκε.</p> |

6.1.5 Πρόβλημα 5: Νοσηλευτική διεργασία.

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
| Καθαριότητα και φροντίδα σώματος. | Φροντίδα σωματικής υγιεινής της ασθενούς. Αποφυγή μολύνσεων | Καθαριότητα του σώματος με συχνό μπάνιο. Φροντίδα περιβάλλοντος χώρου & διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων & ατομικού ρουχισμού του ασθενή | Συχνά λουσίματα του τριχωτού της κεφαλής. Περιποίηση του δέρματος με συχνά μπάνια. Φροντίδα και αλλαγή κολοστομίας. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας και δοντιών. Φροντίδα νυχιών. | Ο ασθενής ένιωθε πιο ευχάριστα, πιο ευδιάθετος |

6.1.6 Πρόβλημα 6: Νοσηλευτική διεργασία.

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|-------------------|--------------------------------|--|---|---|
| Εμπύρετο | Αντιμετώπιση εμπύρετου. | Ανακούφιση του αρρώστου από τον υψηλό πυρετό. Εφαρμογή Νοσηλευτικών παρεμβάσεων αντιμετώπισής του. | Λήψη ανά τρίωρο ζωτικών σημείων. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. Χορήγηση αντιπυρετικού. Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος | Αντιμετώπιση εμπύρετου με επιτυχία ασθενής ένιωθε καλύτερα. |

6.1.7 Πρόβλημα 7: Νοσηλευτική διεργασία.

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|--------------------------------------|--|---|--|--|
| <p>Λύπη, σύγχυση, φόβος θανάτου.</p> | <p>Απαλλαγή της ασθενούς από τα συναισθήματα αυτά.</p> | <p>Ενημέρωση της ασθενούς και ενθάρρυνση ότι η κατάστασή της είναι πολύ καλή.</p> <p>Συνάντηση με ομοιοπαθή της. Προσπάθεια για δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στοργής & αναγνώρισεως στην ασθενή.</p> | <p>Ο νοσηλευτής πληροφόρησε την ασθενή ότι σύμφωνα με τις τελευταίες εξετάσεις η πορεία της ασθένειάς της εξελίσσεται πολύ καλά.</p> <p>Συνάντηση και συζήτηση της ασθενούς με άλλον ασθενή.</p> <p>Προσέλευση της προσοχής της ασθενούς σε καινούρια ενδιαφέροντα. Προτροπή της ασθενούς για ενεργητική συμμετοχή στο πρόγραμμα θεραπείας της με σκοπό τη μείωση του άγχους της & τη συμβολή της στην γρήγορη ανάρρωσή της.</p> | <p>Μείωση της αρχικής έντασης των αρνητικών συναισθημάτων της ασθενούς – έστω και προσωρινά.</p> |

6.1.8 Πρόβλημα 8: Νοσηλευτική διεργασία

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|--|---|--|---|---|
| <p>Αδυναμία να συνηθίσει την ιδέα της κολοστομίας.</p> | <p>Προσπάθεια αποδοχής της νέας εικόνας εαυτού της.</p> | <p>Ενίσχυση της ασθενούς ώστε να συνηθίσει να ζει με το πρόβλημά της. Ενίσχυση & εκπαίδευση των συγγενών της ασθενούς ώστε να βοηθήσουν και αυτοί στην γρήγορη προσαρμογή της στον καινούριο τρόπο ζωής.</p> | <p>Ο νοσηλευτής εξηγεί στην ασθενή ότι πρέπει να μάθει να ζει με την ασθένειά της. Ότι το να φέρει μία κολοστομία δεν είναι και τόσο τραγικό. Δεν υπάρχει τίποτα που να την κάνει αποκρουστική για τους άλλους.</p> <p>Δημιουργία ευκαιριών, έτσι ο ασθενής να τις χρησιμοποιεί δημιουργικά για να εκφράσει τον εαυτό του & να νομίζει ότι είναι χρήσιμος.</p> <p>Επικοινωνία με τους οικείους της & τον τρόπο με τον οποίο θα την βοηθήσουν να ξεπεράσει τα δυσάρεστα αισθήματά της ώστε να ζήσει άνετα & χωρίς κόμπλεξ για το πρόβλημά της.</p> | <p>Η ασθενής ένιωσε περισσότερο δυνατή & θετικότερη στην αντιμετώπιση της νέας της εικόνας. Ένοιωσε αίσθημα ασφάλειας & ότι όλοι θέλουν το καλό της και να την βοηθήσουν.</p> |

6.2 Κλινική περίπτωση 2^η

Η ασθενής Γ.Π, ηλικίας 79 ετών, βάρους 84 κιλών, έγγαμη με 4 παιδιά, κάτοικος κάτω Αχαΐας, εισήλθε στις 10/4/2013 στην Α' Χειρουργική κλινική του Π.Γ.Ν.Πατρών “Παναγία η Βοήθεια” με συμπτώματα δυσκοιλιότητας για αρκετό χρονικό διάστημα.

Ατομικό ιστορικό:

- Αφαίρεση πολύποδα από το σιγμοειδές κόλον που είχε εντοπιστεί σε κολονοσκόπηση προ 3ετίας.
- Πάσχει από υπέρταση.

Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο προγραμματίστηκαν οι παρακάτω εξετάσεις:

- Πλήρης αιματολογικός έλεγχος
- ΗΚΓ
- Ακτινογραφία θώρακος
- Καρκινικοί δείκτες
- Δακτυλική εξέταση

Αφού συγκεντρώθηκε όλο το υλικό των εξετάσεων από τους θεράποντες ιατρούς της κλινικής που νοσηλεύεται η ασθενής, συνίσταται χειρουργική κοιλιοπεριτοναϊκή εκτομή και εξωτερίκευση του σιγμοειδούς σαν μόνιμη κολοστομία.

Στις 15/4/2013 και ώρα 12:15 μ.μ. η ασθενής μπήκε για χειρουργική επέμβαση και επέστρεψε στην κλινική στις 15:50μ.μ.

Καλύπτεται με τριπλό αντιβιοτικό σχήμα και λαμβάνει ορρό L/R 1000cc.Φέρει ουροκαθετήρα κύστεως Foley, σωλήνα παροχέτευσης του τραύματος και μόνιμη κολοστομία.

Η MTX πορεία της μέχρι σήμερα – την 6η MTX ημέρα – υπήρξε ομαλή, πλην ατελούς ειλεού, ο οποίος διαπιστωθεί ακτινολογικά.

Γίνεται στην ασθενή υψηλός καθαρτικός υποκλυσμός από την κολοστομία και αναμένεται λύση του ειλεού εντός 48 ωρών, αλλιώς θα χρειαστεί εκ νέου χειρουργική επέμβαση.

6.2.1 Πρόβλημα 1: Νοσηλευτική διεργασία

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|-----------------------|---|---|--|--|
| Μετεγχειρητικός πόνος | Σκοπός μας είναι να μειωθεί αρχικά και κατά δεύτερον να εξαλειφθεί ο πόνος. | <p>Πρέπει να γίνουν:</p> <p>α) Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος</p> <p>β) Αναπαυτική θέση της ασθενούς στο κρεβάτι</p> <p>γ) Στρώσιμο – τέντωμα κλινοσκεπασμάτων</p> <p>δ) Χορήγηση αναλγητικών συστηματικά /βωρο ή εάν κριθεί αναγκαίο και ενδιάμεσα των συστηματικών δόσεων ή</p> <p>ε) Χορήγηση αναλγητικών με αντλία συνεχούς έγχυσης.</p> | <p>Εξασφαλίστηκε ήσυχο περιβάλλον, τοποθετήθηκε η ασθενής σε αναπαυτική θέση, στρώθηκε εκ νέου το κρεβάτι της ασθενούς και χορηγήθηκε IM αναλγητική αγωγή (1 amp Zideron) σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> | <p>Η ασθενής φαίνεται πιο ήρεμη. Η έκφραση του προσώπου της είναι γαλήνια και μας διαβεβαιώνει ότι δεν πονά.</p> <p>Αποζητά παρέα και διάλογο.</p> |

6.2.2 Πρόβλημα 2: Νοσηλευτική διεργασία

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|-------------------------|--|---|--|--|
| Μετεγχειρητικός ειλεός. | Σκοπός μας είναι να επέλθει λύση του ειλεού, ώστε να μην χρειασθεί η ασθενής να χειρουργηθεί ξανά. | <p>Πρέπει να γίνουν:</p> <p>α) Ακτινολογική επιβεβαίωση του ειλεού</p> <p>β) Ακρόαση περισταλτικών κινήσεων του εντέρου</p> <p>γ) Κινητοποίηση της ασθενούς ώστε να αυξηθούν οι περισταλτικές κινήσεις του εντέρου</p> <p>δ) Χορήγηση καθαρτικών υπόθετων</p> <p>ε) Καθαρτικοί υποκλυσμοί από την στομία.</p> | <p>Έγινε ακτινολογική επιβεβαίωση του ειλεού.</p> <p>Ακρόαση του εντέρου και δεν διαπιστώθηκαν εντερικοί ήχοι.</p> <p>Χορηγήθηκαν 2 υπόθετα Dulcolax και έγινε υψηλός καθαρτικός υποκλυσμός από την κολοστομία με διάλυμα παραφινέλαιου και νερού.</p> | <p>Δεν υπήρξαν ορατά αποτελέσματα λύσης του ειλεού.</p> <p>Η ασθενής δεν αισθάνθηκε περισταλτικές εντερικές κινήσεις ούτε διαπίστωσε να γεμίζει ο σάκος της κολοστομίας με αέρια.</p> <p>Επανάληψη των ιδίων μέτρων & την επόμενη ημέρα & παρακολούθηση.</p> |

6.2.3 Πρόβλημα 3: Νοσηλευτική διεργασία

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|------------------------------|--|--|---|---|
| Αύξηση θερμοκρασίας σώματος. | Σκοπός μας είναι να διατηρηθεί η θερμοκρασία σε φυσιολογικά επίπεδα. | Πρέπει να γίνουν: Α) Θερμομέτρηση ανά 3ωρο Β) Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων Γ) Ενθάρρυνση της ασθενούς για λήψη χλιαρού λουτρού Δ) Χορήγηση αντιπυρετικών βάσει ιατρικών οδηγιών. | Έγινε θερμομέτρηση και διαπιστώθηκε ↑ θερμοκρασίας στους 38,6 ⁰ C. Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα έγινε χλιαρό λουτρό και χορηγήθηκε αντιπυρετική αγωγή IM (1amp Aprotel). | Η ασθενής είχε καλή ανταπόκριση στη νοσηλευτική παρέμβαση. Η θερμοκρασία της μειώθηκε στους 37 ⁰ C, ενώ η ίδια βρισκόταν σε καλή διάθεση. Εξακολουθεί η ανά 3ωρη θερμομέτρηση. |

6.2.4 Πρόβλημα 4: Νοσηλευτική διεργασία

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|---|--|--|---|--|
| Ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης της ασθενούς εξαιτίας αλλαγής σωματικού ειδώλου. | Σκοπός μας είναι: 1) Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράσει τους φόβους και τις αγωνίες της 2) Μείωση του άγχους & της θλίψης, καθώς & η ενεργοποίηση αντιρροπιστικών μηχανισμών. | Πρέπει να γίνουν: 1) Αφιέρωση αρκετού χρόνου στην ασθενή ώστε να ακούσουμε προσεκτικά τους προβληματισμούς της. 2) Εξασφάλιση κλίματος εμπιστοσύνης δείχνοντας αποδοχή, αλλά θέτοντας και όρια ανάρμοστης συμπεριφοράς. Συμπεριφορά ψύχραιμη και ρεαλιστική. 3) Ενημέρωση της ασθενούς για τους λόγους που έγινε η κολοστομία 4) Ενθάρρυνση της ασθενούς να περιποιείται την κολοστομία μόνη της. 5) Προγραμματισμός συνάντησης με άλλο άτομο κατά προτίμηση ίδιου φύλου και ηλικίας που φέρει κολοστομία και έχει προσαρμοστεί επιτυχώς σ' αυτή την κατάσταση. 6) Προγραμματισμός επαφής της ασθενούς με φαρμακευτικές εταιρείες που διακινούν προϊόντα | Έγιναν 1) Αναγνώριση σημείων & συμπτωμάτων διαταραχής της αυτοεκτίμησης (π.χ. λεκτικά ή μη στοιχεία που υποδηλώνουν αρνητική αντίδραση στις αλλαγές λειτουργίας ή εμφάνισης του σώματος) προτρέποντας την ασθενή να αρχίζει να κοιτά την κολοστομία. 2) Ενημέρωση της ασθενούς για τους λόγους ύπαρξης της κολοστομίας και διδασκαλία περιποίησης της από την ίδια την ασθενή. 3) Προγραμματίστηκε συνάντηση της ασθενούς με άλλη ασθενή (η οποία έφευγε με εξιτήριο) που είχε | Η ασθενής δείχνει ανακουφισμένη και ικανή να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το πρόβλημα, όπως φαίνεται από: 1) Τα λεγόμενά της ότι είναι σε θέση να αποδεχθεί και να φροντίζει μόνη της την κολοστομία. 2) Την θέλησή της να συμμετάσχει στη θεραπευτική αγωγή και στο όλο πλάνο αποθεραπείας και αυτοεξυπηρέτησης. 3) Την αποδοχή και χρησιμοποίηση των παρεχομένων και προτεινόμενων τρόπων αυτοφροντίδας 4) Την έλλειψη αντικοινωνικής συμπεριφοράς τόσο ως προς τον εαυτό της όσο και προς τους άλλους. 5) Τη σωστή χρήση των αντιρροπιστικών |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | <p>περιποίησης των κολοστομιών.</p> <p>7) Προγραμματισμός επαφής της ασθενούς με τα υπάρχοντα συστήματα υποστήριξης και τους κοινωνικούς φορείς που ασχολούνται με τα συγκεκριμένα θέματα (π.χ. ομάδες αντιμετώπισης του stress ή σύλλογοι ασθενών με στομία, κ.τ.λ)</p> <p>8) Συνεργασία με το θεράποντα ιατρό σχετικά με την ψυχιατρική υποστήριξη της ασθενούς εάν υπάρχει ένδειξη.</p> | <p>κολοστομία & αντιμετώπιζε με ρεαλισμό & ψυχραιμία το πρόβλημά της.</p> <p>4) Προγραμματίστηκε επαφή της ασθενούς με φαρμακευτική εταιρεία που ασχολείται με κολοστομηθέντες ασθενείς εντός της 2η MTX εβδομάδας.</p> <p>5) Χορήγηση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>6) Ενημέρωση της ασθενούς ότι μία συμβουλευτική συνάντηση με ειδικό γιατρό (ψυχίατρο) αποτελεί βασικό βήμα βοήθειας επίλυσης του προβλήματος της αυτοαπόρριψης επιτυχώς.</p> | <p>μηχανισμών άμυνας.</p> <p>6) Τη θέλησή της να γνωρίσει κι άλλα κολοστομηθέντα άτομα.</p> <p>7) Το ενδιαφέρον της να επικοινωνήσει με κοινωνικούς φορείς στήριξη μέχρι τέλος</p> <p>8) Την αποδοχή μελλοντικής ψυχιατρικής υποστήριξης.</p> |
|--|--|--|---|---|

6.2.5 Πρόβλημα 5: Νοσηλευτική διεργασία

| ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ |
|--|--|--|--|--|
| Αυξημένος κίνδυνος βλάβης του δέρματος περιφερικά της κολοστομίας. | <p>Σκοπός μας είναι:</p> <p>1) Να ενημερωθεί η ασθενής ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος διάβρωσης του δέρματος περίξ της στομίας εξαιτίας των παροχετευομένων υγρών που είναι πλούσια σε πρωτεολυτικά ένζυμα, ώστε να προληφθεί έγκαιρα το φαινόμενο.</p> <p>2) Να μάθει η ασθενής να αναγνωρίζει έγκαιρα σημεία και συμπτώματα λύσης συνέχειας του δέρματος ή φλεγμονής γύρω από την κολοστομία</p> <p>3) Να διδάξουμε την ασθενή να φροντίζει μόνη της την περίξ της κολοστομίας περιοχή αποτελεσματικά.</p> | <p>Πρέπει να γίνουν:</p> <p>1) Συχνός έλεγχος δέρματος γύρω από την κολοστομία.</p> <p>2) Διδασκαλία της ασθενούς όσον αφορά:</p> <p>α) στεγανότητα δέρματος</p> <p>β) φροντίδα μη επαφής παροχετευομένων υγρών με το γύρω υγιές δέρμα</p> <p>γ) αλλαγής συστήματος</p> <p>δ) καθαρισμού της περιοχής</p> <p>ε) τρόπων συγκράτησης του συστήματος συλλογής χωρίς να δημιουργούνται πιεστικά φαινόμενα.</p> | <p>Έγιναν:</p> <p>1) Συχνός έλεγχος των περιοχών του δέρματος που είναι σε επαφή με την αυτοκόλλητη ταινία και περιφερικά της κολοστομίας για σημεία και συμπτώματα λύσης συνέχειας του δέρματος, καυσαλγία και αδυναμία διατήρησης του σάκου κολοστομίας στη θέση του.</p> <p>2) Ελήφθησαν μέτρα πρόληψης και προστασίας από ερεθισμό ή λύση συνέχειας του δέρματος γύρω από την στομία ως εξής:</p> <p>α) αφαίρεση των τριχών χρησιμοποιώντας ηλεκτρική μηχανή ώστε να εξασφαλιστεί η καλύτερη</p> | <p>Η ασθενής παρουσιάζει φυσιολογική επούλωση του τραύματος, διατηρεί την ακεραιότητα του δέρματος όπως διαπιστώνεται από την απουσία σημείων και συμπτωμάτων φλεγμονής ή λύσης.</p> <p>Δείχνει θετική διάθεση απέναντι στην διδασκαλία που της έγινε και δηλώνει έτοιμη να αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει προβλήματα που τυχόν εμφανιστούν.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>εφαρμογή του συστήματος</p> <p>β) κάνοντας test ευαισθησίας σε όλα τα προϊόντα που έρχονται σε επαφή με το δέρμα πριν τη τακτική χρήση τους</p> <p>γ) αλλάζοντας το σύστημα συλλογής όχι συχνότερα από 3-7 ημέρες</p> <p>δ) αποφεύγοντας την επαφή με το δέρμα των αποβαλλόμενων υγρών</p> <p>ε) καθαρίζοντας το δέρμα γύρω από την κολοστομία με καθαριστικό δέρματος που δεν αφήνει υπόλειμμα ή με ένα ήπιο σαπούνι και χλιαρό νερό</p> <p>στ) επαλείφοντας με στεγανοποιητικό υλικό και όχι της επιπολής στιβάδα του δέρματος.</p> <p>3) Ενημέρωση και διδασκαλία της ασθενούς να μετρά το μέγεθος της κολοστομίας συχνά</p> | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>κατά τις 6 πρώτες μετεγχειρητικές εβδομάδες και να τροποποιεί το μέγεθος των ανοιγμάτων της προστατευτικής βάσης των σάκων συλλογής καθώς μειώνεται το οίδημα.</p> <p>4) Άδειασμα του σάκου όταν γεμίζει κατά το $^{1/3}$ ή $1/2$ της χωρητικότητάς του ή όταν είναι διατεταμένος από αέρα, ώστε να μην παραβλέπεται η στεγανότητα του συστήματος</p> <p>5) Έλεγχος του σάκου ώστε να μην ασκείται πίεση στο δέρμα.</p> | |
|--|--|--|--|

Περίληψη

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σήμερα ο πιο συχνός καρκίνος του γαστρεντερικού συστήματος, και αποτελεί σημαντική αιτία θανάτων στον Δυτικό κόσμο.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην δημιουργία του καρκίνου του παχέος εντέρου και η νοσηλευτική προσέγγιση αυτής της σοβαρής μορφής καρκίνου.

*Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι κατά το 2020 θα παρουσιάζονται κάθε χρόνο 20.000.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι στο εγγύς μέλλον η Γενετική και η Μοριακή Βιολογία με νέες τεχνικές και μεθόδους θα θεραπεύσουν ριζικά όλα τα **νοσήματα φθοράς** μεταξύ των οποίων είναι και ο καρκίνος. Έτσι προς το παρόν επιβάλλεται και είναι υποχρέωση κάθε πολίτη προς τον εαυτόν του, την οικογένεια και τους φίλους του, προς την κοινωνία στην οποία ζει, να υποβάλλεται στον οριζόμενο προσυμπτωματικό έλεγχο. Η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης ορισμένων καρκίνων στις δυτικές κοινωνίες, σχετίζεται με τις αλλαγές που συντελούνται στον τρόπο ζωής των ανθρώπων τις τελευταίες δεκαετίες.*

Οι παράγοντες που συμμετέχουν στην εμφάνιση του καρκίνου είναι το κάπνισμα, η υποκινητικότητα, η παχυσαρκία, η υπερβολική κατανάλωση θερμίδων και η λήψη υψηλών ποσοτήτων λιπαρών τροφών, καθώς και επεξεργασμένων σακχάρων. Ο Π.Ο.Υ υπολογίζει ότι η υποκινητικότητα και η παχυσαρκία ευθύνονται για 3-4 στους 10 καρκίνους του παχέος εντέρου, του οισοφάγου και του νεφρού.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται με την ηλικία και επειδή πλέον οι άνθρωποι ζουν περισσότερα χρόνια από πριν, με καλύτερη ποιότητα ζωής, λόγω της προόδου του τεχνολογικού πολιτισμού και κυρίως της ιατρικής επιστήμης, ο καρκίνος θα αποτελέσει ένα σοβαρό πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπισθεί για την ελάττωση της συχνότητάς του και της θνησιμότητας.

Οι μισοί από τους ανθρώπους που θα αναπτύξουν καρκίνο θα χάσουν την ζωή τους από τη νόσο αυτή γιατί η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένο στάδιο. Η πρόληψη του

καρκίνου είναι δυνατή. Για το 50% περίπου των καρκίνων γνωρίζουμε τις αιτίες που τους προκαλούν, όπως συνήθειες και τρόπος ζωής - περιβαλλοντικοί παράγοντες – διατροφή - κοινωνικές και πολιτιστικές πρακτικές.

Η πρόωμη διάγνωση είναι εξαιρετικά σημαντική, για αυτό και η αποφυγή όλων των παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου αποτελεί την πρωτογενή πρόληψη. Είναι σημαντικό επίσης το γεγονός ότι η σωστή αντιμετώπιση γνωσμένων προ-καρκινικών καταστάσεων μπορεί επίσης να προλάβει τον καρκίνο. Ο φόβος και η άγνοια για τα σημεία και συμπτώματα του καρκίνου ή των προκαρκινικών καταστάσεων είναι παρ' όλα αυτά συχνοί ενώ και από τη φύση του ο καρκίνος μπορεί να είναι ύπουλος και να ανιχνεύεται δύσκολα χωρίς παρεμβάσεις πληθυσμιακού ελέγχου. Επιπροσθέτως, η νοσηλευτική επιστήμη συμβάλλει σημαντικά τόσο στην πρόληψη όσο και στην θεραπεία των ατόμων, καθιστώντας απαραίτητη την κατάλληλη εκπαίδευση και την συνεχιζόμενη δια βίου μάθηση των νοσηλευτών ώστε να συμβάλλουν ενεργά και αποτελεσματικά στην φροντίδα των ασθενών.

Στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά. Ένας στους τέσσερις Έλληνες θα πεθάνει από καρκίνο. Όμως ο καρκίνος μπορεί να νικηθεί. Οι περισσότεροι και πιο συχνοί καρκίνοι, όπως είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του παχέος εντέρου, του προστάτη, του δέρματος κ.α. μπορούν να προληφθούν γιατί οφείλονται σε εξωγενείς κυρίως παράγοντες.

Δυστυχώς όμως, οι Έλληνες είναι πρωταθλητές στο κάπνισμα, στην έλλειψη φυσικής άσκησης, στην παχυσαρκία, ενώ η διατροφή μας απέχει κατά 50% περίπου από τα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής. Γι' αυτό άλλωστε οι θάνατοι από καρκίνο στην Ελλάδα την τελευταία 20ετία παραμένουν σταθεροί, παρά την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, ενώ στη Δ. Ευρώπη μειώνονται συνεχώς. Οι περισσότεροι Έλληνες δεν πραγματοποιούν τις απαραίτητες προληπτικές εξετάσεις για τη διάγνωση ορισμένων καρκίνων πριν την εκδήλωση συμπτωμάτων.

Η πρόληψη, η ενημέρωση, η έγκαιρη αναγνώριση & διάγνωση καθώς και τα οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, είναι τα μόνα όπλα της ανθρωπότητας έναντι του καρκίνου!

SUMMARY

The colon cancer is now the most common cancer of the gastrointestinal system and is a major cause of death in the Western world.

*The **purpose** of this study is to investigate the risk factors that lead to the creation of colon cancer and the nursing approach to this serious form of cancer.*

The World Health Organization estimates that by 2020 will be presented each year 20 million new cases of cancer. There are strong indications that in the near future the Genetics and Molecular Biology with new techniques and methods will radically cure all chronic diseases among them and cancer. So for now, it is the duty of every citizen to himself, his family and his friends, to the society in which he lives, be submitted to the designated screening. The increasing incidence of certain cancers in Western societies, is associated with the changes taking place in the lifestyle of people in recent decades.

The factors involved in the occurrence of cancer is smoking, inactivity, obesity, excessive consumption of calories and taking high amounts of fatty foods and processed sugars. The WHO estimates that dysmotility and obesity accounting for 3-4 to 10 cancers of the colon, esophagus and kidney.

The risk of cancer increases with age, and because most people are living longer than before, with better quality of life because of the advancement of technological culture and especially medical science, cancer will become a serious problem that must be addressed to reduce its frequency and mortality.

Half of the people who develop cancer will lose their lives to this disease because the diagnosis is made at an advanced stage. Preventing cancer is possible. For about 50% of cancers know the causes that cause them such habits and lifestyle - environmental factors - nutrition - Social and cultural practices.

Early diagnosis is extremely important, hence the avoidance of all risk factors of cancer development is primary prevention. It is also important that the correct treatment of recognized pre-cancerous conditions can also prevent cancer. Fear and ignorance about the signs and symptoms of cancer or precancerous conditions are nevertheless frequent while the nature of the cancer may be insidious and difficult to detect without interference screening.

Additionally, nursing science contributes significantly both prevention and treatment of individuals, necessitating appropriate training and continuing lifelong learning for nurses to contribute actively and effectively to patient care.

In Greece, cancer is the second cause of death after cardiovascular. One in four Greeks will die of cancer. But cancer can be defeated. The more and more common

cancers , such as lung cancer , breast, cervix , colon , prostate, skin , etc. preventable because mainly due to external factors.

Unfortunately, the Greeks are stop smoking, lack of physical activity, obesity, and our diet is about 50% of the standard Mediterranean diet . This is why cancer deaths in Greece the last 20 years remain stable , despite the progress of medical science , while in Western Europe decreased continuously. Most Greeks do not conduct the necessary screening tests for the diagnosis of certain cancers before they develop symptoms.

Prevention, awareness, early identification and diagnosis as well as the organized screening programs are the only weapons of mankind against cancer

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανάτου Ε. Προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα από Κλινική νοσηλευτική Βασικές και ειδικές νοσηλείες. Επίτομος. Εκδόσεις Παπανικολάου. Έκδοση ΙΕ αναθεωρημένη. Αθήνα 2004. σελ 187-202

Αγγελάκη Χ, Στασινού Ε. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Πτυχιακή εργασία. (εποπτεία Κωνσταντινίδης Θ). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης. Ηράκλειο 2009. σελ 75-82.

Αντωνίου Π. Καρκίνος παχέος εντέρου <http://www.iator.gr/Antoniou-xeirourgios>

Astler VN., Coller FA. The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. Ann Surg, 1954

Βασιλειάδου Α. Η μηχανική του σώματος. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, 1996

Βότση Ε. Η ιστορία της Νοσηλευτικής για Μ.Τ.Ν.Σ. Αθήνα, 1996

Baron J and Greenberg Re. Could aspirin really prevent colon cancer. N Engl J Med, 1991

Berne M.R., Lery N.M. Αρχές φυσιολογίας. Μετάφραση Αγγελάτου Γ., Βουκελάτου Γ. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης. Έκδοση 2^η. Ηράκλειο, 2002

Black RJ, Bray F. and Parkin DM. Cancer incidence and mortality in the European Union : Cancer Registry data and estimates of national incidence for 1990. Eur J Cancer, 1997

Boron F. Walter , Boulpaep L. Emile Medical physiology. Elsevier Science Health Division, 2005

Γλεντής Π. Καρκίνος παχέος εντέρου, πολύποδας, κολεκτομή, κολonosκόπηση, μεταστάσεις. <http://www.iatronet.gr>

Γληγόρη Ε., Διαμαντοπούλου Α., Χαρίση Α. Η συμβολή της νοσηλευτικής επιστήμης στην πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου. Πτυχιακή εργασία. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα, 2008

Fearon ER, Vogelstein B. A genetic model of colorectal tumor genesis. Cell 61, 1990

Frame JN et al. Developing a colorectal cancer screening program. Oncology issues, 2001

Giardiello FM, Hamilton SR, Krush AJ et al. Treatment of colonic and rectal adenomas with sulindac in familial adenomatous polyposis. N Engl J Med, 1993

Gilbert S. Καρκίνος του παχέος εντέρου. Πρόληψη και Θεραπεία. Μετάφραση Λιναρδούτσος. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα, 2004

Goldman P.R. Ιατρική στον 21^ο αιώνα. Μετάφραση Χατζηδάκη Μ., Μουτσοπούλου Α., Πρατσίνης Ν. Εκδόσεις Δομική. Αθήνα, 2000

Greenberg ER, Barron JA, Freeman MJ. Reduced risk of large – bowel adenomas among aspirin users. J Natl Cancer Inst., 1993

Greene FL, Page DL, Fleming ID, Fritz AG, Balch CM, Haller DG, Morrow M. AJCC Cancer Staging Manual. 6th ed. Springer – Verlag. New York, 2002

Guyton C.A. Φυσιολογία του ανθρώπου. Μετάφραση Ευαγγελία Α. Εκδόσεις Λίτσας. Έκδοση 5^η. Αθήνα, 2001

Hamilton SR, Vogelstein B, Kudo S, Ribali F, Nakamura S, Rubio CA, Sobin LH, Fogt F, Winawer SJ, Goldgar DE, Jass JR. Carcinoma of the colon and rectum. Classification of tumors. IARC Press, 2000

Jemal A. Et al. Cancer statistics. Cancer J Clin., 2003

Καρανίκας Ι.Δ. Επιπλοκές εγχειρήσεων παχέως εντέρου ορθού και πρωκτού. 7ο σεμινάριο ελληνικής χειρουργικής εταιρίας. www.exe1928.gr 15/8/2004

Κατρίτση Ε.Δ., Κελέκης Δ. Ανατομία – Φυσιολογία. Ίδρυμα Ευγενίδου, 1954.

Κατσαβέλου Α. Καρκίνος παχέος εντέρου – νοσηλευτική παρέμβαση. Πτυχιακή εργασία. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα, 2002

Κατσαραγάκης Σ. Η σχέση του νοσηλευτή με την ποιότητα ζωής. <http://www.cancer-society.gr>

Kerr DJ et al. ABC of colorectal cancer. London. BMJ Books, 2001

Kumar V, Cortan R, Robbins S. Colorectal Cancer. <http://healthnotewandnews.blogspot.com>

Leger LR, Boutellier P. Χειρουργική Σημειολογία. Μετάφραση Ανδρουζάκης Γ., Κίνογλου Γ. Εκδόσεις Παρισιανού. Έκδοση 6^η. Αθήνα, 2003

Leppert M, Dobbs M, Scambler P. The gene for familiar polyposis coli maps to the long arm of chromosome 5. Science, 1987

Μέρικας Ε. Καρκίνος παχέος εντέρου, κλινική σημειολογία – διάγνωση. Θέματα παθήσεων παχέος εντέρου. Εκδόσεις Επιτροπή εκπαίδευσης Ελλήνων χειρουργών. Αθήνα, 1998

Μπεσμπέας Σ. Πληθυσμιακός έλεγχος για την έγκαιρη διάγνωση των νεοπλασμάτων του καρκίνου του παχέος εντέρου – ορθού. Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα Ογκολογίας, 1992

Ντάκος Π. Καρκίνος παχέος εντέρου – νοσηλευτική παρέμβαση. Πτυχιακή εργασία. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα, 2008

Ντολατζάς Θ. Ο γιατρός συμβουλεύει, από την Προληπτική Ιατρική. Τόμος Γ. Έκδοση 7^η. Εκδόσεις Κορωναίου. Αθήνα, 2005

Παππά Μ, Πετροπούλου Α. Ο καρκίνος παχέος εντέρου, διάγνωση, θεραπεία, πρόληψη. Πτυχιακή εργασία (Εποπτεία Παπαδημητρίου). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2001. σελ 112,140-142.

Πετρίδης Α. Εγχειρίδιο Χειρουργικής. Έκδοση 5^η. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ. Αθήνα, 2004

Rosai J, Special techniques in surgical pathology. Mosby Endiburg, 2004

Σαββοπούλου Γ. Μόνιμη κολοστομία: Δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα. Νοσηλευτική. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2001. σελ 94-103.

Σαββοπούλου Γ. Μόνιμη κολοστομία: Αλλαγή σωματικού ειδώλου-Ψυχολογικές επιπτώσεις και αντιμετώπιση. Ελληνική αντικαρκινική εταιρία. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Εκδόσεις Δόντας. Αθήνα 2004. σελ 105-112.

Σανδραβέλη Π. Καρκίνος παχέως εντέρου και νοσηλευτική παρέμβαση. Πτυχιακή εργασία (Εποπτεία Παπαδημητρίου). Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2000. σελ 88-95.

Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με νεοπλάσματα από Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 1^{ος}. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα, 2006

Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. Ορθοκολονικοί όγκοι από Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 2^{ος}. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2006

Σουγλέρη Μ. Νοσηλευτική παρέμβαση στην ογκολογία. Πρακτικά 3^{οο} ογκολογικού συνεδρίου. Αθήνα 2002.

Σπηλιώτης Ι. Καρκίνος παχέως εντέρου από Καρκίνος «Από την άγνοια στον φόβο». Εκδόσεις Αχαϊκή. Έκδοση 1^η. Πάτρα, 1999

Σταυρέλου Α, Φαρμάκη Θ. Καρκίνος παχέως εντέρου. Πτυχιακή εργασία. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα, 2004

Στυλιανοπούλου Φ. Αρχές ιατρικής γενετικής. Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα, 2003

Σφηκάκης Π. Καρκίνος παχέως εντέρου. <http://www.exe1928.gr/ell/articles> 4/9/2006

Thorson AG, Knezetic JA, Lynch HI. A century of progress in hereditary polyposis colorectal cancer. Dis Colon Rectum, 1999

Thun MJ, Namboodiri MM & Health JR CW. Aspirin use reduced risk of fatal colon cancer. N Engl J Med, 1991

Vogelstein B, Kinzler KW. The multistep nature of cancer. Trends Genet, 1993

Vogelstein B, Fearon ER, Hamilton SR. Genetic alterations during colorectal tumor development. N Engl J Med, 1988

Φίκα Β. Ιστοπαθολογία ΙΙ. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Λάρισας. Λάρισα, 1996

Φούντζηλας Γ, Μπαρμπούνης Β. Βασικές αρχές θεραπείας του καρκίνου. Τόμος 10^{ος}. Έκδοση 2^η. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη, 2006

Φύσσας Γ. Καρκίνος παχέως εντέρου. www.exe1928.gr/ell/articles 4/9/2005.

Χρυσίδης Θ, Σαλιάγκας Κ. Χειρουργικά Χρονικά. Τόμος 10^{ος}. Έδεσσα 2005

Waddell WR, Loughry RW. Sulindac for polyposis of the colon. J Surg Oncol., 1983