

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

"Cα ΣΤΟΜΑΧΟΥ"

σπουδάστριάς ΘΕΟΦΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝ/ΑΣ



Υπεύθυνος καθηγητής  
Κος ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

375

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- Πρόλογος
- Φυσιολογία-ανατομία στομάχου
- Παθολογική ανατομική
- Επιδημιολογία
- Διαφορική διάγνωση
- Συμπτώματα και κλινική διάγνωση
- Εργαστηριακή διάγνωση
- Θεραπεία
- Επιπλοκές επεμβάσεων-Νοσηλευτική φροντίδα
- Ψυχολογικά προβλήματα ασθενούς με καρκίνο
- Σκέψεις για το μέλλον.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Διάλεξα σαν θέμα πτυχιακής εργασίας τον καρκίνο του στομάχου. Όταν το διδαχτήκαμε άρχισα να το μελετώ, θέμα σύγχρονο που αφορά την ανθρωπότητα, αλλά δυστυχώς περισσότερο είναι ο φόβος που κυριεύει τους μη ενημερωμένους και επιδεινώνει την κατάσταση.

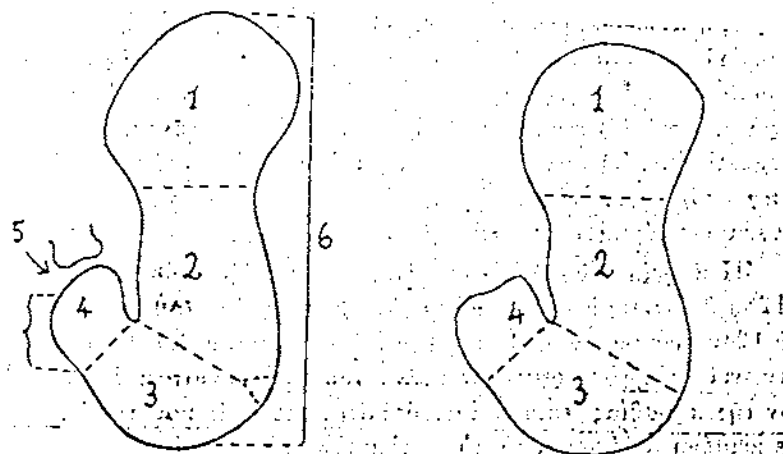
Θεώρησα σκόπιμο στην αρχή να περιγράψω την ανατομία-φυσιολογία και την αγγειονεύρωση του στομάχου, του τροφοδότου ολόκληρου του οργανισμού και καταφαίνεται πόση προσοχή χρειάζεται ο σημερινός άνθρωπος της αφθονίας, της υπερκατανάλωσης και της αφύσικης ζωής, για να διατηρήσει το στομάχι του σε καλή κατάσταση.

Πρέπει να κατανοήσουμε ότι ο μεγαλύτερος εχθρός του στομάχου είναι το πηρούνι, το κουτάλι και η αχορτασία.

Ως προς τη θεραπεία είναι πρόβλημα και πράξη του παθολόγου και του χειρουργού.

Εμείς σαν Νοσηλεύτριες/ές θα συμπαραστεκόμαστε με αγάπη, με ζήλο και θυσία στον πονούντα ασχέτου φύλου, χρώματος και εθνικότητας, για να γλυκαίνουμε τον πόνο του αρρώστου, θα εκτελούμε δε ευσυνείδητα τις θεραπευτικές εντολές των θεράποντων ιατρών.

Ο στόμαχος, VENTRICULUS ή γαστήρ GASTER είναι ένα ασκοειδές ανεύρισμα του εντερικού σωλήνα που υποδέχεται σαν δεξαμενή τις διαπεμπόμενες από τον οισοφάγο τροφές ο οποίος πέπτων αναλύει ή αποκοδομεί σε απλούστερες με την ενέργεια του γαστρικού υγρού τις πολτοποιεί μέχρι πολτοποιούς συστάσεως (χυλός ή χυμός).



1. Θόλυς, 2. σώμα, 3. κόλπος κατά FORSSELL πυλωρικών πρόσθιου κατά ASHOFF, 4. εξωστήριος σωλήν κατά F., πυλωρικός σωλήν κατά A.  
 4. Πυλωρός, 6. πεπτικός σάκκος κατά F.

Και μέρος των προπαρασκευασμένων τροφών απορροφείται από του υδίου του στομάχου. Το περισσότερο όμως με την ενέργεια του μυϊκού χιτώνα αυτού διαπέμπεται σε μικρές δόσεις δια του πυλωρού στο λεπτό έντερο το οποίο και είναι το κατ'εξοχή απομυζητήριο όργανο.

Για τη θέση και το σχήμα του στομάχου δεν είχαμε ιδέα πριν της ανακαλύψεως των ακτίνων RAINTEGEN, οι οποίες μας διαφώτισαν όχι μόνο για το σχήμα και τη θέση αλλά και για τις κινήσεις του στομάχου.

Υπάρχουν όμως ακόμη συζητήσεις για τη μορφή του στομάχου και διάφορες γνώμες κάθε μια στηρίζεται στην υφή και κυρίως στη διάταξη των μυϊκών ινών του οργάνου αλλά και επί της νευρώσεως αυτού (ESCHLESINGER, FORSSELL, ASCOFF, GRODEL, BERGMANN κ.α.).

Σήμερα και γενικώτερα παραδεδεγμένη είναι η ονοματοθεσία του FORSSELL. Αυτός διακρίνει:

α) το θόλο, FRMIX, του στομάχου παλαιότερα ονομαζότανε πυθμένας FUNDUS, όρος ο οποίος απορρίπτεται σήμερα. Έτσι καλείται το επάνω του καρδιακού στομίου ή καρδιάς, CARDIA, τμήμα του οισοφάγου  
β) το σώμα CORPUS του στομάχου δηλαδή το τμήμα του στομάχου το οποίο αρχίζει από το καρδιακό στόμιο, φτάνει μέχρι τη γωνία του στομάχου κατά το ελάσσον τόξο, κατά δε το μέζον τόξο εκτείνεται το όριο του σώματος του στομάχου μέχρι του σημείου που λήγουν οι λοξές μυϊκές ίνες, γ) το κόλλο SIMUS, ή άντρο ή πυλωρικό πρόστοον VESTIBULUM PYLORI, ή γόνυ GENU όπως τον αποκαλεί ο ASCHOFF.

Με τα ονόματα αυτά χαρακτηρίζεται ο κάτω πόλος του στομάχου δηλαδή το τμήμα που βρίσκεται μεταξύ του σώματος του στομάχου και του δ) πυλωρικού ή εξωστήριου σωλήνος, CANALIS PYLORICUS S/ EGESTOR/

Ο θόλος και το σώμα αποτελούν και τα δυο μαζί τον καλύμανο επιμήκη στομάχο ενώ ο κόλλος και ο πυλωρικός σωλήνας αποτελούν τον καθούμενο εγκάρσιο στομάχο.

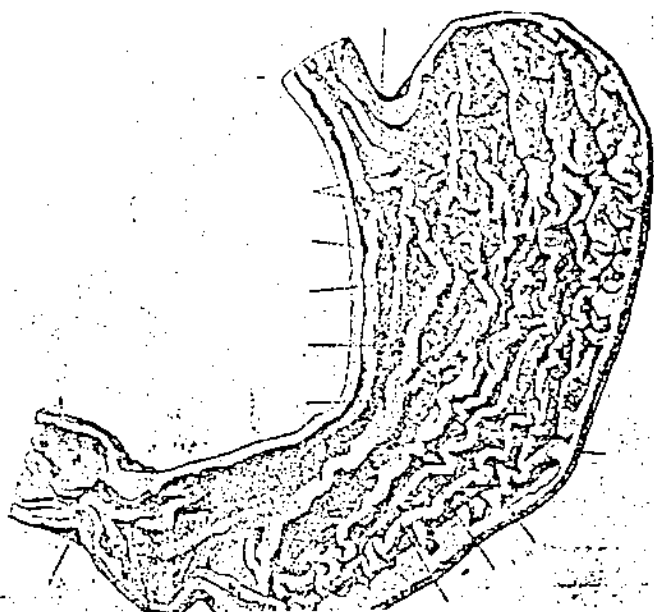
Η καρδιά του στομάχου βρίσκεται στο ίδιο ύψος με τον 11ο ή 12ο θωρακικό σπόνδυλο, ενώ ο πυλωρός αντιστοιχεί στη δεξιά πλευρά του 12ου θωρακικού ή 1ου οσφυϊκού σπονδύλου. Ο θόλος του στομάχου επικοινωνεί προς το αριστερό θόλο του διαφράγματος.

Η εσωτερική επιφάνεια του στομάχου εμφανίζει πτυχές οι οποίες οι μεν παράγονται σε κενό στομάχι εξαιτίας πτυχώσεως του βλενογόνου από τη συσταλείσα βλενογόνια μυϊκή στιβάδα, οι δε αντιστοιχούν σε παχύνσεις ή περισφίγγεις του μυϊκού χιτώνα. Από τις τελευταίες αυτές δύο έχουν πρωτεύουσα σημασία ή καρδιακή πτυχή, τη βαλβίδα που αντιστοιχεί στον πυθμένα της καρδιακής εντομής και η πλευρική πτυχή ή βαλβίδα η οποία παράγεται από το σφιγκτήρα μυός του πυλωρού ο οποίος αποτελείται από πάχυνση της κυλιότερους στιβάδος του μυϊκού χιτώνα.

Από των βλενογονίων πτυχών σημασία έχουν 2-4 επιμήκεις αύλακες οι οποίες χωρίς αναστόμωση άγουν από την καρδιά του στομάχου προς τον πυλωρό. Η αύλακα αυτή ανακαλύφθηκε ταυτόχρονα από τον

Σιλαβούνου στο βρέφος και από τον WALDEYER στον ενήλικο και ονομάστηκε από τον πρώτο σιαλοφόρο αύλακα, από το δεύτερο γαστρική οδός.

Με την αύλακα αυτή διέρχεται όχι μόνο ο σίελος αλλά και το νερό επιπλέον δε και οι τροφές οι οποίες είναι υδαρείς μετά την πέψη.



#### ΥΦΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το τοίχωμα του στομάχου έχει πάχος 2-3 χμ. και αποτελείται από μέσα προς τα έξω α) από τον ορογόνο, β) από τον μυϊκό, γ) από τον υποβλενογόνο χιτώνα και δ) από τον βλενογόνο είναι δε λεπτότερο κατά το βυθό και παχύτερο κατά την πυλωρική μούρα εξαιτίας της μεγαλύτερης αναπτύξεως του μυϊκού χιτώνα. Ο ορογόνος χιτώνας επενδύει το στόμασο αφήνοντας ελάχιστα τμήματα ακάλυπτα κατά μήκος των δύο τόξων. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από τρεις στιβάδες από μυϊκές ίνες, από την εξωτερική επιμήκη η οποία αποτελεί τη συνέχεια των επιμήκων ινών του οισοφύγου. Οι επιμήκεις ίνες πυκνότερες κατά το ελάσσον τόξο, ελαττώνονται μέχρι τη γωνία του στομάχου και ενισχύονται κατά τον πυλωρικό σωλήνα και μερικές από αυτές μεταβαίνουν μέχρι του 12δακτύλου. Η μέση κυκλοτερής στιβάδα είναι παχύτερη συνεχής είναι περισσότερο παχειά όσο φτάνει προς τον πυλωρό, όπου σχηματίζει τον καλούμενο σφιγκτήρα του πυλωρού. Οι λοξές ίνες,

FIBRAE OBLIQUAE, κατανέμονται πεταλωειδώς στο σώμα, λείπουν από το θόλο και από το πυλωρικό τμήμα του στομάχου. Μέσα στον υποβλενογόνο-ο χιτώνα, ο οποίος αποτελείται από χαλαρό ιστό με ελαστικές ίνες και λίπος βρίσκονται τα αγγεία του βλενογόνου. Αποχωριζόμενος ο χιτώνας αυτός από το υπόλοιπο τοίχωμα διατηρεί το σχήμα του στομάχου.

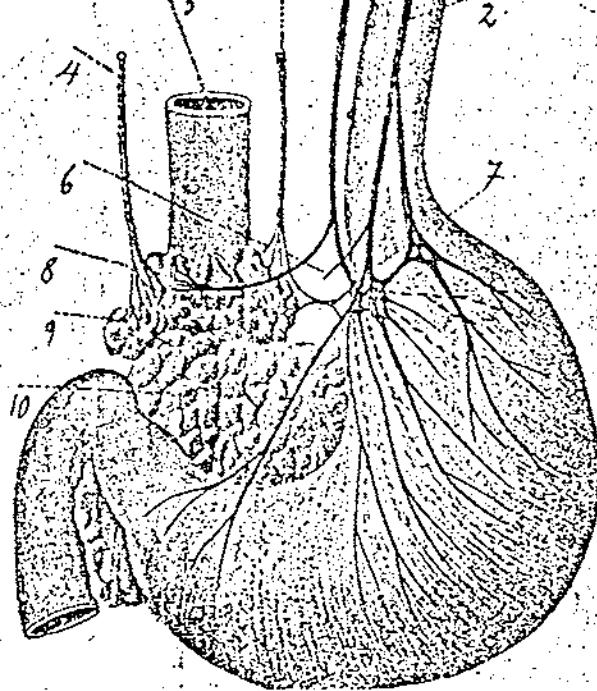
Ο βλενογόνος του στομάχου έχει περίπου πάχος 1,3 χμ. αποτελείται α) από το επιθήλιο β) το χόριο γ) από τη βλενογόνο μυική στιβάδα και δ) από αδένες. Το επιθήλιο του στομάχου παράγει κυρίως βλέννα, η οποία προασπίζει την ελεύθερη επιφάνεια του βλενογόνου από τις χημικές και φυσικές βλάβες.

Οι στοματικοί αδένες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες τους, ιδίως γαστρικούς, GLANDULAE GASTRICAE PROPRIAE, τους πυλωρικούς και τους καρδιακούς. Κατά τον ASCHOFF διακρίνεται και τέταρτη κατηγορία αδένων του κόλπου ή του προστόου. Οι ιδίως γαστρικοί αδένες αποτελούνται από θεμέλια κύτταρα τα οποία παράγουν την πεψίνη και από καλυπτήρια κύτταρα, τα οποία παρασκευάζουν το υδροχλωρικό οξύ. Επιπλέον βρίσκονται και άλλα κύτταρα τα οποία ονομάστηκαν από τον ELIENBERGER δευτερεύοντα κύτταρα (NEBENZELLEN) των οποίων η εκκριτική ενέργεια δεν είναι καθορισμένη.

#### ΝΕΥΡΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Τα νεύρα του στομάχου προέρχονται το μὲν από το δεξιό και αριστερό πνευμονογαστρικό το δε από το συμπαθητικό και πάντα από ίνες οι οποίες προέρχονται από το κύριο στέλεχος καθώς και από το κοιλιακό πλέγμα. Οι συμπαθητικές αυτές ίνες εισδύονται μέσα στο στομάχο μαζί με τις αρτηρίες. Από τη διπλή αυτή νεύρωση παράγονται τρία ενδοτοιχια γαγγλιοφόρα πλέγματα, το υπορογόνοιο, το μυικό ή πλέγμα του AUERBACH και το υποβλενογόνοιο ή πλέγμα του MEISSNER.





Νεύρωση στομάχου: 1. Δεξιό πνευμονογαστρικό, 2. αριστερό πνευμονογαστρικό, 3. αριστερό σπλαχνικό, 4. δεξιό σπλαχνικό, 5. αορτή, 6. ηπατικός κλώνος του πνεύμ., 7. κλώνος του δεξιού πνεύμονα, προς την πίσω επιφάνεια του στομάχου, 8. κλώνος του δεξιού πνεύμονα, 9. κλώνος του συμπ. προς το δεξιό μηννοειδές γάγγλιο, 10. κάτω κλώνος του πν. προς το πυλωρικό τμήμα του στομάχου.

Στο τελευταίο αυτό αποδίδονται οι εκκριτικές ιδιότητες, αποδίδεται όμως σ' αυτό και η κινητικότητα του μυϊκού χιτώνα του βλενογόνου, MUSCOLARIS MUCOSAE. Λόγω της αφθονίας των νευρικών ινών κατά την καρδιά του στομάχου αποδίδεται σ' αυτήν ανάλογη αποστολή όπως στο φλεβόκομπο της καρδιάς, γι' αυτό και ονομάστηκε βηματοδότης στομάχου.

#### Φ υ σ ι ο λ ο γ ι κ έ ς γ ν ώ σ ε ι ς

Το στομάχι έχει διπλή αποστολή. Πρώτα χρησιμεύει σαν αποθήκη της λαμβανομένης τροφής, την οποία με το HCl από την αποσύνθεση, ενώ συγχρόνως επιτρέπει τη βαθμιαία διόδο αυτής προς το έντερο και δεύτερο έχει πεπτικό προορισμό. Η απορροφητική αποστολή του στομάχου είναι μικρή σε σύγκριση με τη μεγάλη απορρόφηση που γίνεται στο έντερο, φαίνεται όμως ότι μ' αυτήν αποσκοπείται κυρίως η ομαλή λειτουργία των αδένων του στομάχου.

## Τ ο γ α σ τ ρ ι κ ό υ γ ρ ό

Εκκρίνεται από τους αδένες του εσωτερικού τοιχώματος του στομάχου και αποτελείται από HCL και πεπτικά ένζυμα.

Η έκκριση του γαστρικού υγρού ελέγχεται από δύο νεύρα του παρασυμπαθητικού συστήματος τα πνευμονογαστρικά νεύρα, που είναι δύο:

1. Αριστερό ή πρόσθιο και
2. Δεξιό ή οπίσθιο.

Το γαστρικό υγρό εκκρίνεται σε 3 φάσεις:

1. Κεφαλική. Ερεθίσματα από το Κ. Ν.Σ. πορευόμενο δια των πνευμονογαστρικών νεύρων προκαλούν: α) άμεση επίδραση στα βασικά κύτταρα του σώματος του στομάχου και έκκρισης πεΐνης και HCL και β) έμμεση δράση με ερεθισμό του πυλωρικού άντρου και έκκριση γαστρίνης.
2. Γαστρική. (με τη γαστρίνη).
3. Εντερική. (με την εντερογαστρίνη).

Η στάση των τροφών στο στομάχι προκαλεί διάσπαση και μηχανικό ερεθισμό του στομάχου.

-έκκριση γαστρίνης-είσοδος αυτής στο αίμα-επαναφορά στην κυκλοφορία-επίδραση του στομάχου και έκκριση HCL και πεψίνης.

## ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Το καρκίνωμα του στομάχου επιθηλιακός όγκος που εξορμάται από το βλεννογόνο του στομάχου και κυρίως από τα αυχενικά κύτταρα των αδένων που παράγουν βλέννα. Ο όγκος αρχικά επεκτείνεται προς την επιφάνεια και απαρτίζεται από καλυκοειδή και επιθηλιακά κύτταρα εντερικού τύπου, δεν παρατηρούνται όμως βασικά και ποιχωματικά κύτταρα πιστεύεται ότι το νεόπλασμα αυτό δημιουργείται από μεγάλο αριθμό αδένων μιας ευρείας περιοχής του γαστρικού βλεννογόνου.

Το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου αποτελεί το 50/ο των κακοηθών όγκων του στομάχου είναι σχεδόν πάντοτε πρωτοπαθής όγκος. Εντοπίζεται σε οποιοδήποτε τμήμα του στομάχου αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις αναπτύσσεται στην αλκαλινογόνο αντιπυλωρική μούρα και ειδικότερα κατά μήκος του ελάσσονος τόξου.

Η μελέτη του γαστρικού καρκινώματος που έχει σκοπό την ταξινόμηση και κατάταξή του έχει οδηγήσει σε πολλές προτάσεις οι οποίες στηρίζονται σε κριτήρια μακροσκοπικά ή μικροσκοπικά, αλλά και σε κριτήρια βιολογικής συμπεριφοράς του νεοπλασματος αυτού.

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το καρκίνωμα του στομάχου είναι ένας από τους πιο κοινούς κακοήθεις όγκους που προσβάλλουν τον άνθρωπο και σε συχνότητα ακολουθεί το καρκίνωμα του πνεύμονα, των βρόγχων και του παχέως εντέρου στον άντρα, του μαστού και των γεννητικών οργάνων στη γυναίκα. Σε μια στατιστική ανάλυση του 1962 COLIGHEN, 1975, που αφορά την περιοχή της Αγγλίας και Ουαλίας, ως τρίτη αιτία θανάτου αναφέρεται το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου (13.596) δεύτερη το αδενοκαρκίνωμα του παχέως εντέρου (14.559) και πρώτη το βρογχογενές καρκίνωμα (23.779).

Στην Ελλάδα η στατιστική ανάλυση της θνησιμότητας για την περίοδο 1973-1975 δείχνει ότι το καρκίνωμα του στομάχου καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση από πλευράς συχνότητας με 1.460 (άντρες 870, γυναίκες 590). Την πρώτη θέση κατέχει το βρογχογενικό καρκίνωμα, με 2.860 θανάτους (άντρες 2.420, γυναίκες 440).

### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου του στομάχου πρέπει να γίνει απ' όλες τις καταστάσεις που προκαλούν ανορεξία, δυσπεψία, αναιμία, εξασθένηση και απώλεια βάρους σώματος.

Χαρακτηριστικό είναι ότι σπάνια μια ασθένεια του στομάχου μιμείται τα συμπτώματα του γαστρικού καρκινώματος.

Όλα τα νεοπλασματα του στομάχου, καλοήθη και κακοήθη, συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση και συχνά δε διακρίνονται από

το καρκίνωμα, ώσπου να γίνει η ιστολογική εξέταση. Το καρκίνωμα της καρδιοοισοφαγικής μοίρας πρέπει να διαφοροδιογνωστεί από τα πεπτικά έλκη του κατώτερου οισοφάγου ή του ελάσσοντος τόξου, κοντά στην καρδιοοισοφαγική συμβολή.

Αντίθετα οι όγκοι του πυλωρού μπορεί να συγχέονται με το καλοήθες γαστρικό έλκος. Το ψηλαφητό γαστρικό καρκίνωμα πρέπει να διακριθεί κυρίως από το καρκίνωμα του εγκαρσίου θόλου, καθώς και από όγκους ή κύστες του παγκρέατος.

Η νευρική δυσπεψία, που συχνά συνοδεύεται από ανορεξία, ναυτία, καταβολή δυνάμεων και απώλεια βάρους, μπορεί να αποκλειστεί μόνον ύστερα από λεπτομερή ακτινολογική εξέταση του στομάχου. Η κακοήθης αναιμία διακρίνεται από την έντονη ωχρότητα, την απουσία της ανορεξίας και τη σχετική απώλεια βάρους σώματος και τη δυσπεψία.

Η εικόνα του αίματος είναι το αντικειμενικό κριτήριο, τονίζεται όμως χαρακτηριστικά ότι οι δυο ασθένειες μπορεί να συνυπάρχουν.

Άλλες παθήσεις που πρέπει να συμπεριληφθούν στη διαφορική διάγνωση είναι η υπερτροφική γαστρίτιδα, η γαστρική σύφιλη, η καλοήθης υπερτροφική πυλωρική στένωση και η πρόπτωση του βλεννογόνου του πυλωρού προς το βολβό του δωδεκαδάκτυλου.

#### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Το καρκίνωμα του στομάχου, δημιουργεί συμπτώματα και τα αρχικά είναι συνηθώς ήπια και ποικίλων μορφών.

Σε περισσότερο από 80 ο/ο των περιπτώσεων τα κύρια αρχικά συμπτώματα σχετίζονται με τη λειτουργία του πεπτικού σωλήνα, ενώ στις υπολοιπες περιπτώσεις προέχουν τα γενικά συμπτώματα, όπως αναιμία, απώλεια βάρους, πυρετός και σπάνια συμπτώματα από μεταστάσεις στα οστά, στους πνεύμονες ή στο περιτόναιο.

Παρακάτω περιγράφονται τα συμπτώματα και τα κλινικά σημεία του καρκινώματος του στομάχου, όπως εκδηλώνονται συνηθώς.

## 1. Δυσπεψία

Συχνά είναι η πρώτη υποκειμενική ενόχληση και ο τύπος της ποι- κίλει εξαιρετικά. Εκδηλώνεται ως επιγαστρικό βάρος, ή αίσθηση πίεσης ή τάση στην κοιλιά. Πολλές φορές η δυσπεψία αυτή εμφανίζεται ύστερα από ένα βαρύ γεύμα ή μια διατητική παρεκτροπή. Ο ασθενής αντιμετω- πίζει την επιγαστρική αυτή δυσχέρεια περιορίζοντας τα βαριά φαγητά, τα κρέατα και τις πλούσιες τροφές. Έτσι βελτιώνεται η κατάσταση του σε λίγες βδομάδες και ο ασθενής δε συμβουλευεται το γιατρό του, ωσό- του πλέον η δυσπεψία γίνεται μόνιμη καθημερινή ενόχληση.

## 2. Ανορεξία

Μπορεί να είναι αιφνίδια ή βαθμιαία και σε πολλούς ασθενείς να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα. Στην αρχή μπορεί να πάρει το χαρακτήρα του εύκολου κορεσμού μετά τη λήψη λιγότερου φαγητού από ότι συνήθως έτρωγε ο ασθενής. Έτσι αυός αποφεύγει το άφθονο φαγητό, ιδιαίτερα το κρέας, τρώει λίγο και αισθάνεται να χορταίνει εύκολα.

Όλα αυτά αποδίδονται στην υποχλωρυδρία που συνήθως υπάρχει.

## 3. Πόνος

Ο πόνος απουσιάζει για χρονικό διάστημα μεγάλο από την έναρξη του γαστρικού καρκινώματος και αυτό αποτελεί δυστύχημα, αφού επι- βραδύνεται έτσι η προσέλευση του αρρώστου στο γιατρό. Πολλές φορές μάλλον λείπει ως το τελικό στάδιο εξέλιξης του καρκινώματος.

Ο πόνος προκαλείται στο καρκίνωμα του στομάχου από ερεθισμό νευρικών γαστρικών κλάδων, από το οίδημα που δημιουργείται γύρω στον όγκο ή από τα ίδια τα νεοπλασματικά κύτταρα. Στην αρχή είναι ήπιος, με το πέρασμα όμως του χρόνου γίνεται συνεχής και έντονος. Αντανακλά στην ηλικία, δηλαδή σ' όλη την έκταση του ηλιακού πλέγμα- τος. Συχνά είναι ανεξάρτητος από τα γεύματα, επιδεικνύεται όμως με αυτά.

#### 4. Ναυτία.

Συνυπάρχει με την ανορεξία και προηγείται από τον έμετο. Εμφανίζεται συνήθως ύστερα από μεγάλα, δύσπεπτα γεύματα και μπορεί να γίνει ένα πολύ ενοχλητικό σύμπτωμα για τον ασθενή που τον κάνει να περιορίσει την ποσότητα και τον αριθμό γευμάτων του.

#### 5. Δυσφαγία

Αυτή αποτελεί συχνό σύμπτωμα και συνήθως το πρώτο όταν το καρκίνωμα του εντοπίζεται στην περιοχή του καρδιακού στομίου ή του θόλου του στομάχου, το σύμπτωμα αυτό εντοπίζεται συχνά, προτού ακόμη ο όγκος καταλάβει το καρδιακό στόμιο και οφείλεται στο ιστικό οίδημα της περιοχής.

Οι πρώτες εκδηλώσεις της δυσφαγίας εμφανίζονται με τη λήψη στερεών ή την παχεία κατάποση υγρών τροφών. Με το πέρασμα του χρόνου οι ασθενείς γίνονται ανίκανοι να καταπιούν στερεές τροφές, αργότερα μαλακιές και τελικά υγρές.

Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι οι ασθενείς αυτοί πνίγονται από το σάλιο τους λόγω αυξημένης σιαλόρροιας.

Η δυσφαγία είναι επίσης ανώδυνη στην αρχή, στη συνέχεια όμως επώδυνη.

#### 6.

Ακαθόριστα άλλα ή γενικά συμπτώματα που μπορεί να συνυπάρχουν στο καρκίνωμα του στομάχου, είναι η καταβολή των δυνάμεων, η εύκολη κόπωση, ο εύκολος κορεσμός, η αποστροφή από ορισμένες συνήθειες, όπως το κάπνισμα και τροφές όπως το κρέας.

## 7. Έμμετος

Συχνά πριν από τους έμμετους προηγείται ένα χρονικό διάστημα με άλλα αναθόριστα δυσπεπτικά ενοχλήματα, όπως το επιγαστρικό βάρος, φούσκωμα και ναυτία. Στα αρχικά στάδια της νόσου οι έμμετοι είναι ασταθείς και άδχεται με τους τροφικούς έμμετους της πυλωρικής στένωσης, σε προχωρημένα όμως στάδια της νόσου με μεσογαστρική ή πυλωρική στένωση, όπου παρεμποδίζεται η κέννωση του στομάχου, οι έμμετοι μπορεί να είναι τροφώδεις ή καφεοειδείς, με προσμίξεις αίματος ή πηγμάτων και να έχουν δυοάρεστη οσμή.

## 8. Απώλεια βάρους

Είναι από τα πιο σπάνια ευρήματα του καρκινώματος του στομάχου και σπάνια υπερβαίνει τα 5-7 χγρ. όταν ο άρρωστος επισκέπτεται για πρώτη φορά το γιατρό. Σε μεταγενέστερα στάδια εξέλιξης της νόσου συνοδεύεται σταθερά από αλλοίωση των χαρακτηριστικών του προσώπου, από αχυρόχρωμη όψη, ρυτιδωμένο μέτωπο, ξερό και τραχύ δέρμα, οίδημα στα σφυδρά, καθώς επίσης και αδυναμία και απίσχναση.

## 9. Γαστρορραγία

Μεγάλη αιμορραγία είναι σπάνια στο καρκίνωμα του στομάχου και εκδηλώνεται με αιματέμεση ή μέλαινα, συνήθως σε περίπτωση ελκοκαρκίνου που εντοκίζεται σε μια σιωπηλή περιοχή του στομάχου, πριν να εμφανισθούν άλλα τυπικά ή γενικά συμπτώματα. Η χρόνια όμως, μικροσκοπική, λανθάνουσα απώλεια αίματος είναι συνηθισμένη και οδηγεί στην υκόχρωμη αναιμία. Η επιμονή της μικροσκοπικής αιμορραγίας στα κόπρανα 10 ημέρες ή και περισσότερο, ύστερα από ένα επεισόδιο σημαντικής αιμορραγίας, θα πρέπει να γεννά κακοήθης νοσήματος.

## 10. Διάρρηση

Η διάρρηση ενός ελκώδους καρκινώματος δεν είναι και πολύ σπάνια, υπολογίζεται περίπου σε 4 ως 6 ο/ο των περιπτώσεων, οι οποίες

διαγιγνώσκονται ως διατρημένα άπλά έλκη, ενώ στην πραγματικότητα είναι περιπτώσεις ελκοκαρκίνου.

Η διάτρηση μπορεί να είναι η πρώτη κλινική εκδήλωση, τα περισσότερα όμως κακοήθη γαστρικά έλκη που διατρήθηκαν έχουν ήδη προκαλέσει συμπτώματα πριν από την εμφάνισή της.

Στην εγχείρηση πολλές φορές είναι αδύνατη η διαπίστωση αν η διάτρηση προέρχεται από καλοήθες ή κακοήθες έλκος.

Σε ύποπτες περιπτώσεις θα πρέπει να λαμβάνονται βιοψίες από τα χείλη του έλκους ή ασφαλέστερα να γίνεται σφηνοειδής εκτομή του γαστρικού έλκους και βιοψία.

### 11. Ογκος επιγαστρίου

Μια μάζα ψηλαφάται στο επιγάστριο του 1/3 των περιπτώσεων και παρ όλο που είναι ένα δυσοϊκό σημείο, δεν σημαίνει πάντοτε και ανεγχείρητη κατάσταση. Η δυνατότητα ψηλάφησης ενός όγκου ποικίλλει ανάλογα με την εντόπισή του στο στομάχο με το μέγεθός του, την ιδιοσυστασία του ασθενούς και το πάχος του κοιλιακού τοιχώματός του. Κατά την ψηλάφηση ο όγκος χαρακτηρίζεται σκληρός, υβώδης, μάλλον ανώδυνος, στην αρχή κίνητος και αργότερα ακίνητος. Πολλές φορές δίνει την εντύπωση ότι σφύζει, λόγω μετάδοσης των σφύσεων της κοιλιακής αρτηής από τις περιφορτικές γαγγλιακές μεταστάσεις.

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κλινική εικόνα: Η κλινική εικόνα του καρκινώματος του στομάχου εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι το στάδιο εξέλιξης της νόσου, η εντόπιση και η μορφή του ενοπλάσματος αλλά και από τη βιολογική συμπεριφορά του.

Έτσι αν και το καρκίνωμα του στομάχου δεν έχει ιδιαίτερα παθολογικά συμπτώματα, παρά εμφανίζει ποικιλία συμπτωμάτων, είναι δυνατό, σ' ένα μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, να αναγνωρίσουμε συγκεκριμένους



κλινικούς τύπους της νόσου, όπως τον πρώιμο ή αρχόμενο, τον προχωρημένο ή κλασικό, τον αποφρακτικό, τον ελκωτικό και τον λανθάνων ή ύπουλο.

Ετσι ο πρώιμος ή αρχόμενος τύπος της εξέλιξης του καρκινώματος του στομάχου χαρακτηρίζεται για τη μικρή σε βάθος διήθηση, περιορίζεται ως την υποβλενογόνοια στιβάδα του τοιχώματος και η συμπτωματολογία του είναι ανύπαρκτη ή ασαφής όπως αβληχρά δυσπεπτικά ενοχλήματα, βάρος κατά το επιγάστριο ύστερα από τη λήψη τροφής ή ανορεξία. Ο τύπος αυτός έχει μεγάλη σημασία, γιατί είναι χειρουργικά θεραπεύσιμο καρκίνωμα, με πενταετή επιβίωση κατά τις ιαπωνικές στατιστικές έως 97 ο/ο.

Ο προχωρημένος ή κλασικός τύπος του καρκινώματος διηθεί την υποβλενογόνοια μυική στιβάδα του γαστρικού τοιχώματος και παράλληλα καταλαμβάνει τα επιχώρια λεμφογάγγλια ή κάνει μετάσταση σε άλλα απομακρυσμένα όργανα. Η κλινική συμπτωματολογία είναι πλουσιότατη. Ο ασθενής συνήθως παραπονείται για ανορεξία, αίσθημα πληρότητας με τη λήψη και ελάχιστης ποσότητας τροφής, συνεχή πόνο στο επιγάστριο και απώλεια βάρους των δυνάμεων. Στην κλινική εξέταση παρατηρείται ευαισθησία στο επιγάστριο και πολλές φορές ο όγκος αποκαλύπτεται με την ψηλάφηση. Επίσης διαπιστώνεται υπόχρωμη αναιμία, θετική αντίδραση MAYER στα κόπρανα και αύξηση της τ.κ.ε.

Στον αποφρακτικό τύπο τα συμπτώματα ποικιλίζουν ανάλογα με την εντόπιση του καρκινώματος. Εάν ο όγκος εντοπίζεται στην καρδιακή μοίρα του στομάχου, ο ασθενής διαμαρτύρεται για επιτεινόμενη δυσφαγία, πρώτα σε στερεές και αργότερα σε υγρές τροφές και η κατάσταση αυτή πολύ δύσκολα διαχωρίζεται από το καρκίνωμα του κατώτερου οισοφάγου. Η δυσφαγία είναι το πρώτο σύμπτωμα στο 50 ο/ο περίπου των ασθενών του τύπου αυτού και η ελάττωση του βάρους σώματος είναι ταχεία.

Ο πόμος συχνά εντοπίζεται στην προκάρδια χώρα.

Αντίθετα, όταν το καρκίνωμα εντοπίζεται στην πυλωρική μοίρα του στομάχου, τα συμπτώματα είναι εκείνα της πυλωρικής στένωσης και

είναι δύσκολο κλινικά να διακρίνουμε αν η απόφραξη οφείλεται σε καρκίνωμα ή πεπτικό έλκος.

Σ' έναν άλλο αριθμό ασθενών το καρκίνωμα του στομάχου υποδέεται την κλινική μορφή του έλκους.

Στον ψευδοελκώδη αυτό τύπο οι ασθενείς εμφανίζουν συχνά κλινική εικόνα γνωστού έλκους, όπως επιγαστρικά πόνο 1-4 ώρες μετά τα γεύματα. Ο πόνος υποχωρεί μετά τη λήψη τροφών και διαρκεί λίγες βδομάδες. Οι επώδυνοι αυτοί περίοδοι χωρίζονται μεταξύ τους από περιόδους κλινικής ηρεμίας.

Περίπου 10 ως 30 ο/ο των ασθενών με καρκίνωμα του στομάχου έχουν ένα ιστορικό πεπτικού έλκους για αρκετά χρόνια πριν από τη διάγνωση, και πολλοί απ' αυτούς έχουν ήδη υποβληθεί αρκετά σε φαρμακευτική αγωγή για χρόνια γαστρικό έλκος.

Τέλος η λανθάνουσα ή ύπουλη κλινική μορφή παρουσιάζει αξιόλογη δυσκολία στη διάγνωση, εξ αιτίας της ασάφειας των συμπτωμάτων, που απομακρύνουν τη σκέψη από τη διάγνωση.

Η ασάφεια και η όψιμη εμφάνιση των συμπτωμάτων αυτής της μορφής οφείλεται στη θέση του καρκινώματος που εντοπίζεται κυρίως στο έγκρυομα του στομάχου ή εξορμάται από το μείζον τόξο του και στο γεγονός ότι στα αρχικά στάδια τουλάχιστο δε παρεμποδίζεται η γαστρική λειτουργία.

Τα πρώτα συμπτώματα στον τύπο αυτό είναι συνήθως ο επιγαστρικός πόνος, η ανορεξία, η ναυτία, η ελάττωση βάρους και η αναιμία. Οι πρώτες εκδηλώσεις επίσης, σ' αυτές τις μορφές, μπορεί να είναι η αιματέμεση ή μέλαινα ή και διάρρηξη. Επιβοηθητικό στοιχείο κατά τη φυσική εξέταση είναι η τοποθέτηση του ασθενή σε όρθια θέση γιατί στη θέση αυτή είναι ευκολότερο να ψηλαφηθεί ένας μικρός όγκος που πιθανό να διέφυγε κατά την ψηλάφηση με τον ασθενή σε οριζόντια θέση.

## ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. Αιματολογικές εξετάσεις: Ορισμένες αιματολογικές εξετάσεις βρίσκονται επηρεασμένες στο καρκίνωμα του στομάχου, καμιά όμως από αυτές δεν είναι ειδικής διαγνωστικής σημασίας για τη νόσο αυτή. Έτσι σε μεγάλο αριθμό προχωρημένων περιπτώσεων της νόσου παρατηρείται αναιμία, λευκοκυττάρωση, αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών, υπόλευκων, ματιναιμία, καθώς και ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Η αναιμία είναι συνήθως υπόχρωμη μικροκυτταρική, αποτέλεσμα της χρόνιας, μικροσκοπικής απώλειας αίματος, αλλά και της ανικανότητας απορρόφησης σιδήρου, που είναι πιο έντονη όταν συνδυάζεται με υποχλωρουδρία-αχλωρουδρία.

2. Καρκινοεμβρυικό αντιγόνο (CEA): Η ανακάλυψη του καρκινοεμβρυικού αντιγόνου (CEA) από τους GOLD και FINEBDUAN (1965) και στη συνέχεια η ανάπτυξη της ραδιοανοσολογικής μεθόδου του προσδιορισμού του στο αίμα από τον THOMPSON και συν 1969 θεμελίωσαν μια νέα διαγνωστική μέθοδο ανίχνευσης του καρκινώματος του πεπτικού σωλήνα και ιδιαίτερα του παχέος εντέρου και του στομάχου.

Το αντιγόνο αυτό διαπιστώθηκε ότι υπάρχει και σε διάφορους φυσιολογικούς ιστούς του εμβρύου, όπως το έντερο, το ήπαρ και το πάγκρεας και γι' αυτό ονομάστηκε καρκινοεμβρυικό.

Για τον προσδιορισμό του CEA υπάρχουν σήμερα διάφορες μέθοδοι που οι περισσότερες καθορίζουν ανώτατη φυσιολογική τιμή CEA στον όρο του αίματος σε 2,5.

3. Εξέταση κοπράνων: Η ανεύρεση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με καρκίνωμα του στομάχου και φτάνει σε 80 ως 90 ο/ο των περιπτώσεων. Αναφέρεται ότι, αν η εξέταση αποδειχτεί θετική, δεν αρνητικοποιείται στη συνέχεια. Κατα συνέπεια η εξέταση είναι πολύτιμη για την απλότητα και την αξιοπιστία της και γιατί κατευθύνει την προσοχή για τον έλεγχο του πεπτικού συστήματος σε περίπτωση αναιμίας ή άλλων ακαθόριστων συμπτωμάτων χωρίς

δυοπεψία. Η ανίχνευση της αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα γίνεται πολύ εύκολα μετά ΗΟΕ UOCULT ή ΗΕΜΑΤΕΣΤ και η απάντηση δίνεται σε δύο λεπτά της ώρας. Συζητείται επίσης η σκοπιμότητα της δοκιμασίας της εφαρμογής αυτής στο γενικό πληθυσμό, μιας ορισμένης ηλικίας.

4. Εξέταση γαστρικού υγρού: Σχετικής σημασίας για τη διάγνωση χαρακτηρίζονται και τα ευρήματα από την ανάλυση του γαστρικού υγρού, επειδή 25 ο/ο περίπου των ασθενών με καρκίνωμα του στομάχου έχουν φυσιολογική γαστρική έκκριση. Οι υπόλοιποι ασθενείς εμφανίζουν γνήσια αχλωρυδρία ή υποχλωρυδρία. Ιδιαίτερα ο βαθμός της υποχλωρυδρίας σε ηλικιωμένα άτομα δεν οδηγεί σε ασφαλή συμπεράσματα για την παρουσία καρκινώματος.

Η κυρία διαγνωστική χρησιμότητα του προσδιορισμού του ΗΟΛ είναι σε περιπτώσεις ελκωτικών βλαβών του στομάχου που συνδυάζονται με αχλωρυδρία, ύστερα από μέγιστη διέγερση. Το εύρημα αυτό θεωρείται κατά κανόνα παθογνωμικό του καρκινώματος του στομάχου.

Συνεπώς σε ασθενείς με γαστρικό καρκίνωμα, που εξακολουθούν να θικρύνουν ΗΟΛ, ανάλυση του γαστρικού υγρού δεν προσφέρει ουσιαστική διαγνωστική αξία.

Αντίθετα όταν σε ασθενείς, με ελκωτική βλάβη του στομάχου συνυπάρχει αχλωρυδρία τότε η διάγνωση του καρκίνου είναι πολύ πιθανή και πρέπει να επιβεβαιωθεί με τις παρακάτω διαγνωστικές μεθόδους, τη γαστροσκοπηση, τη βιοψία και την κυτταρολογική εξέταση.

5. Ακτινολογικός έλεγχος: Η ακτινολογική εξέταση εξακολουθεί να αποτελεί μια από τις σημαντικές διαγνωστικές μεθόδους του καρκινώματος του στομάχου, γιατί συνδυάζει την απλότητα με το χαμηλό κόστος αλλά και τη διαγνωστική ακρίβεια με την καλή ανεκτικότητα από τον ασθενή.

Η ακτινολογική εξέταση, εφ' όσον εκτελείται σωστά, μπορεί να πετύχει υψηλό ποσοστό διαγνωστικής ακρίβειας (80 ο/ο) που σε ορι-

ομένες μορφές του καρκινώματος φτάνει ως και 90 ο/ο.

Η αυξημένη χρήση του γαστροδοκίου, τα τελευταία χρόνια, αποκάλυψε ότι η συμβατική ακτινολογική εξέταση του στομάχου είναι ανεπαρκής, για τη διάγνωση μικρών κυρίως αλλοιώσεων του βλεννογόνου. Ετσι στις περιπτώσεις αυτές και σε άλλες αμφίβολες χρησιμοποιούνται πιο εξειδικευμένες ακτινολογικές τεχνικές, η κυριότερη από τις οποίες είναι η μέθοδος της διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης.

Με τη μέθοδο της διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης το ποσοστό του λάθους στη διάγνωση αρχόμενου καρκινώματος του στομάχου, μικρών καλοηθών όγκων και ελκών έχει ελλατωθεί από 19-24 ο/ο που ήταν με τη συνηθισμένη ακτινολογική εξέταση σε 6-7 ο/ο των περιπτώσεων.

Τα κλασσικά ακτινοδιαγνωστικά σημεία του καρκινώματος του στομάχου είναι:

1) Το έλλειμα πλήρωσης 2) Η στέρεοίτητα και η δυσκαμψία του τοιχώματος 3) Οι ανωμαλίες των πτυχών του βλενογόννου της περιοχής και 4) Το κακοήθες έλκος. Τα σημεία αυτά μπορεί να εμφανιστούν μεμονωμένα ή σε ποικιλία συνδυασμών, ανάλογα με τον τύπο και το μέγεθος του όγκου, όπως περιγράφονται λεπτομερώς παρακάτω και βοηθούν τις περισσότερες φορές, στην υπεύθυνη διάγνωση του γαστρικού καρκινώματος.

A) Διήθητική μορφή (σπίρρο καρκίνωμα). Η ακτινολογική εμφάνιση της μορφής αυτής είναι η ακαμψία, η οποία ποικίλει και εξαρτάται από την εντόπιση και την έκταση της διήθησης στο τοίχωμα του στομάχου.

Εαν η διήθηση αφορά το θόλο του στομάχου, η παρυφή είναι ανώμαλη, το μέγεθος του μικρότερο και η απόσταση θόλου διαφράγματος έχει σμικρυνθεί.

Εαν εντοπίζεται στο σώμα του στομάχου, είναι δυνατό να προκαλέσει κυκλική περίσφιξη του και το στομάχι μεταβάλλεται σε δύλοβο παίρνοντας σχήμα "κλεψύδρας" η σκιερή ουσία διέρχεται ταχύτατα από το στομάχι στο 12δάκτυλο. Όταν τέλος η διήθηση καταλάβει κυκλωτερώς ολόκληρο το τοίχωμα του στομάχου, δημιουργείται μια

ειδική μορφή ή πλαστική λινίτιδα.

Β) Πολυποειδής μορφή (ανθοκραβοειδής). Ακτινολογικά ο τύπος αυτός εμφανίζεται σαν έλλειμα πλήρωσης στο σκιερό εκμαγείο του στομάχου. Τα χείλη του όγκου είναι συχνά ανώμαλα, κυματοειδή ή οδοντωτά και δεν παρατηρείται μίσχος.

Γύρω από το έλλειμα σκιαγράφησης το τοίχωμα του στομάχου είναι άκαμπτο από τη νεοπλασματική διήθηση. Η γωνία που σχηματίζεται από τη βάση του όγκου και το γαστρικό τοίχωμα είναι μάλλον οβεία. Η εξέλιξη του όγκου είναι συχνή, και τότε η κύπη του έλικους προβάλλει μέσα στο γαστρικό αυλό.

Γ) Ελκωτική μορφή. Στη μορφή αυτή συνήθως ο όγκος εξελιώνεται πρώιμα και στην επιφάνεια του σχηματίζεται ελκωτική κρύπη.

Η κρύπη δημιουργείται από τη νέκρωση και απόπτωση νεοπλασματικού ιστού. Τα ακτινολογικά σημεία του έλικους αυτού, πάνω στα οποία θα βασιστεί η διάγνωση και η διάκρισή του από το καλοήθες έλκος, είναι ο κρατήρας, η παρυφή του, η κατάσταση του βλενογόννου στη γειτονική περιοχή και η περισταλτική δραστηριότητα.

Η κρύπη του νεοπλασματικού έλικους βρίσκεται συνήθως μέσα στον αυλό του στομάχου και δεν ξεπερνά τα όρια του τοιχώματος.

Έχει ανώμαλα χείλη και οι πτυχές του βλενογόννου δε φέρονται ακτινωτά προς τον κρατήρα, παρά διακόπτονται απότομα σε κάποια απόσταση από αυτόν. Γύρω από την κρύπη υπάρχει διαυγαστική άλως που οφείλεται σε γειτονική νεοπλασματική διήθηση. Αναφέρονται επίσης και άλλα ακτινολογικά χαρακτηριστικά του κακοήθους έλικους, όπως το σημείο του CARMAY το σημείο απότομης μετάπτωσης, κλπ..

**6. Γαστροσκοπία:** Μεγάλη ώθηση στη διαγνωστική των παθήσεων του στομάχου δόθηκε τα τελευταία χρόνια με την εφαρμογή της σύγχρονης γαστροσκοπίας. Αυτή στηρίζεται κυρίως στην ανακάλυψη του εύκαμπτου ευδοσκοπίου το οποίο έχει τη δυνατότητα να μεταδίδει την εικόνα και διαμέσου τεθλασμένης ή καμπύλης οδού.

Το όργανο αυτό αποτελείται από 150.000 περίπου λεπτότατες υάλινες ίνες με διάμετρο 15-20μ. . Οι φωτεινές ακτίνες που εκπέμπονται από την παρατηρούμενη εικόνα αντανακλώνται κατά μήκος του άξονα κάθε ίνας χωριστά, και έτσι φθάνουν στο μάτι του ελειαστή, έστω κι αν το όργανο υφίσταται διάφορες κάμψεις. Ο προσοφθάλμιος φακός, αφού προσλάβει τις φωτεινές ακτίνες, τις συνθέτει σε ενιαίο σύνολο, που έτσι επιτρέπει να παρατηρήσουμε με το μάτι τις μικρές αλλοιώσεις, το σχήμα, το χρώμα και τη σύσταση του γαστρικού βλενογόννου. Σήμερα η γαστροσκοπία γίνεται με τοπική κυρίως αναισθησία και αποδείχτηκε μέθοδος απλή, εύκολη και ακίνδυνη.

Επιτρέπει ακόμη τη λήψη βιοψίας, κυτταρολογικού υλικού, καθώς επίσης και τη φωτογράφιση και κινηματογράφιση του εσωτερικού του στομάχου, καθώς και την εκτέλεση μικροεπεμβάσεων. Παρέχει δηλ. τη δυνατότητα ολοκληρωμένης έρευνας των διαφόρων τμημάτων του στομάχου. Η διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου αυτής σύμφωνα με ιαπωνικές μελέτες κατά τον REVNA και συν (1965). Φτάνει έως 96 ο/ο των περιπτώσεων για τη διάγνωση του γαστρικού καρκινώματος. Τονίστηκε όμως από πολλούς συγγραφείς ότι η γαστροσκοπία δεν ανταγωνίζεται και δεν κατανοεί τον ακτινολογικό έλεγχο, παρά απεναντίας, αποτελεί συμπληρωματική εξέταση και εφαρμόζεται για να δώσει απάντηση στα ερωτήματα που προκύπτουν από τις εξετάσεις που προηγήθηκαν.

7. Βιοψία: Τα ενδοσκοπικά ή διαγνωστικά κριτήρια δεν είναι τόσο αντικειμενικά και υπεύθυνα, όσο η ιστολογική ή κυτταρολογική εξέταση που βασίζεται στη μικροσκοπική εξέταση.

Γι' αυτό πρέπει η βιοψία και η κυτταρολογική εξέταση να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση ακόμα και σε εμφανείς καλοήθειες βλάβες. Για τη λήψη της βιοψίας, όλα τα σύγχρονα γαστροσκοπία έχουν ειδική δίοδο, από την οποία μπορεί να περάσει εύκολα εθιαμπη λαβίδα βιοψίας.

Η σωστή βιοψία πρέπει να είναι επαρκής σε ποσότητα ιστού για μελέτη και αντιπροσωπευτική του όγκου.

Η καταλληλότερη θέση για τη λήψη βιοψίας βρίσκεται στα όρια υγιούς ιστού και ύποπτης εξεργασίας. Από τα έλη ειδικότερα πρέπει να λαμβάνονται βιοψίες, τόσο από την περιφέρεια του χείλους όσο και από τον πυθμένα τους. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να λαμβάνονται πολλά ιστοτεμάχια από κάθε ύποπτη βλάβη. Τα ιστοτεμάχια αυτά τοποθετούνται στη συνέχεια μέσα σε φορμόλη 10 ο/ο και αποστέλλονται για εξέταση.

Με τη βιοψία μπορεί να γίνει η διάγνωση του πρώιμου γαστρικού καρκινώματος σε 85-95 ο/ο των περιπτώσεων και στο προχωρημένο ως τα 93 ο/ο. Η πιστότητα της βιοψίας αυξάνεται με την επανάληψή της και μπορεί να φτάσει τα 98 ο/ο.

Β. Κυτταρολογική εξέταση: Η κυτταρολογική διάγνωση βασίζεται στην αποφολίδωση των κυττάρων, τα οποία καλύπτουν το βλεννογόνο του στομάχου είναι αποτέλεσμα συνεχούς ανάπτυξης ή αύξησης της επιθηλιακής στιβάδας του οργάνου.

Το προς εξέταση υγρό λαμβάνεται μετά από έκπλυση του στομάχου με φυσιολογικό ορό.

Παράγοντες που μειώνουν την πιθανότητα ορθής κυτταρολογικής διάγνωσης είναι:

1) Πολλά κύτταρα που βρίσκονται μέσα στο ίζημα του γαστρικού υγρού δεν προέρχονται από το βλεννογόνο του στομάχου παρά από το ανώτερο πεπτικό ή αναπνευστικό σύστημα.

2) Τα ένζυμα του στομάχου προκαλούν ταχεία εκφύλιση και καταστροφή των αποφολιδωμένων κυττάρων, γι' αυτό ο χρόνος ανάμεσα στη λήψη του γαστρικού υγρού και την κυτταρολογική εξέταση δεν πρέπει να περνά 1/2 Η.

3) Η δύσκολη ταξινόμηση των κυττάρων, για τα οποία πρέπει να καθοριστεί όχι μόνο ο καλοήθης ή ο κακοήθης χαρακτήρας τους, παρά και η φύση τους, επιθηλιακή ή μεσεγχυματική.

4) Η κυτταρολογική μελέτη δεν έχει διαγνωστική αλλά, αν η



κακοήθεια εντοπίζεται στον υπερβλενογόνιο και δε διαπερνάει το βλενογόνο προς τον αυλό του στομάχου.

5) Μερικοί όγκοι καλύπτονται από νευρωτικές ή ινώδεις μεμβράνες προς τον αυλό του στομάχου.

Τα ευρήματα από την κυτταρολογική εξέταση χαρακτηρίζονται θετικά, ύποπτα και αρνητικά, και ταξινομούνται κατά τη μέθοδο Παπανικολάου σε πέντε κατηγορίες: I, II, III, IV και V. Από αυτές τις κατηγορίες η κατηγορία I και II είναι αρνητικές, η κατηγορία III ύποπτη και οι κατηγορίες IV και V θετικές.

Η ακρίβεια της κυτταρολογικής μεθόδου εξαρτάται από την πείρα και την επιδεξιότητα εξεταστή, απαιτεί πολύ χρόνο, είναι δαπανηρή και δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος ρουτίνας. Είναι μια ακριβής και χρήσιμη μέθοδος, που ανεβάζει το ποσοστό διάγνωσης του γαστρικού καρκινώματος κατά το SCHADE (1960) σε 97 ο/ο, τον TAEBAL σε 81 ο/ο και τον TAUNA σε 85 ο/ο.

#### ΆΛΛΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Για τη διάγνωση του γαστρικού καρκινώματος, όπως αναφέρεται χρησιμοποιούνται σπανιότερα βέβαια και άλλες εξειδικευμένες διαγνωστικές μέθοδοι, που είναι:

1) Παρελιετογραφία, 2) Η φαρμακοδυναμική ακτινολογική έρευνα με πρόκληση υπερκινητικότητας του , 3) Η εκλεκτική κοιλιακή αγγειογραφία, 4) Η γαστροφωτογραφία, 5) Η γαστροκινηματογραφία, 6) Η δοκιμασία φθορισμού με τετρακυκλίνη, 7) Ο προσδιορισμός του εμβρυϊκού αντιγόνου FSA στο γαστρικό υγρό και 8) Η αξονική τομογραφία.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκινώματος του στομάχου η μέθοδος εκλογής, που κατά κύριο λόγο εφαρμόζεται και σήμερα, είναι η χειρουργική. Άλλες μέθοδοι, όπως η χημειοθεραπεία και κυρίως η ακτινοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία, δεν αποδείχτηκαν προς το παρόν αποτελεσματικές στη θεραπεία ή στην αναστολή της εξέλιξης της νόσου αυτής.

Είναι φανερό πως με την εγχείρηση επιδιώκεται η ριζική εκτομή και κάθαρση της περιοχής από τη νεοπλασματική νόσο, όταν όμως η θεραπευτική αυτή εκτομή δεν είναι δυνατή, επιβάλλεται η παρηγορική εκτομή ή παράκαμψη. Έτσι η χειρουργική θεραπεία περιοαμβάνει επεμβάσεις ριζικές και παρηγορικές. Η χημειοθεραπεία εξ' άλλου εφαρμόζεται είτε σε προχωρημένη τοπικά ή σε μεταστατική νόσο, είτε για να βελτιώσει τα πενιχρά αποτελέσματα της παρηγορικής χειρουργικής θεραπείας.

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στη δεκαετία του 1940, η ολική γαστρεκτομή αποτελούσε μέθοδο εκλογής για πολλές κλινικές, στη θεραπεία του γαστρικού καρκινώματος, με τάση να περιλαμβάνονται στην εκτομή και γειτονικά όργανα ή τμήματά τους όπως το πάγκρεας, το ήπαρ, ο σπλήνας, το εγκάρσιο θόλο κλπ..

Σήμερα έχει αποδειχτεί ότι η χωρίς κριτήρια εκτέλεση ολικής γαστρεκτομής δεν πλεονεκτεί από την υφολική γαστρεκτομή αναφορικά με τη βελτίωση της πενταετούς επιβίωσης, ενώ συγχρόνως αυτή χαρακτηρίζεται από μεγάλη εγχειρητική θνητότητα και άμεσες αλλά και απώτερες επιπλοκές. Οι διαπιστώσεις αυτές οδήγησαν στην καθιέρωση πιο συντηρητικών εγχειρήσεων, όπως είναι η εκτεταμένη υφολική γαστρεκτομή και η ανώτερη γαστρεκτομή.

Ειδικότερα οι τύποι της γαστρεκτομής, που είναι παραδεκτοί

σήμερα από τους περισσότερους συγγραφείς:

α. Η ευρεία υφολική γαστρεκτομή, κυρίως κατά BILIVOTH II με συναφάρεση του μείζονος επιπλύν, όταν το καρκίνωμα εντοπίζεται στα περιφερικά 2/3 του στομάχου.

β. Η ανώτερη (PROCIMAL) υφολική γαστρεκτομή ή οισοφαγογαστρεκτομή, όταν το καρκίνωμα εντοπίζεται στο ανώτερο 1/3 του στομάχου.

γ. Η ολική γαστρεκτομή (TOTAL) με σπληνεκτομή και περιφερειακή παγκρεατική, όταν το καρκίνωμα εντοπίζεται στο κεντρικό 1/3 του στομάχου.

Με κύριο γνώμονα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και κατά δεύτερο λόγο την αύξηση του χρόνου επιβίωσης των ασθενών με προχωρημένο καρκίνωμα στομάχου γίνεται περισσότερο προσπάθεια παρηγορικής χειρουργικής θεραπείας.

Βασική προϋπόθεση της θεραπευτικής εγχείρησης αποτελεί η εκτομή του όγκου σε υγιείς ιστούς και, αν είναι δυνατό, πρέπει να εκτελείται ιστολογική εξέταση για τη διαπίστωση απουσίας νεοπλασματικών κυττάρων στα χείλη εκτομής του εγχειρητικού παρασκευάσματος πρακτικά ασφαλές όριο εκτομής θεωρείται η απόσταση 4-5 εκατ. από τα μικροσκοπικά όρια του όγκου.

Έτσι ως κριτήρια, για να θεωρηθεί ότι η εκτομή είναι θεραπευτική στο γαστρικό καρκίνωμα, καθορίζονται οι παρακάτω παράγοντες:

1) Εκτομή τμήματος στομάχου σε απόσταση 8-5 εκ. από τα ορατά χείλη του όγκου.

2) Επιπλοεκτομή.

3) Σπληνεκτομή για αλλοιώσεις που εντοπίζονται στο σώμα ή στο θόλο του στομάχου.

4) Τα χείλη των κολβωμάτων να είναι ελεύθερα νεοπλασματικών κυττάρων.

5) Αφαίρεση επιχωρίων λεμφαδένων και

6) Απουσία ορατής μεταστατικής εστίας.

## Ριζική χειρουργική θεραπεία

1) Ευρεία υπολική γαστρεκτομή. Ο τύπος αυτής της εκτομής ενδείκνυται σε περιπτώσεις που το καρκίνωμα εντοπίζεται στην πυλωρική μοίρα του στομάχου. Είναι όμοια με εκείνη, εκτελείται σε περίπτωση πεπτικού έλκους, με τη διαφορά ότι για το καρκίνωμα αφαιρείται μεγαλύτερο τμήμα του στομάχου (70-80 ο/ο).

Επίσης συναφαιφούνται τα επιχώρια λεμφογάγγλια, το μείζον, και ελάσσον επιπλούν και μεφικές φορές ο σπλήνας.

Η αφαίρεση του σπλήνα κρίνεται αναγκαία, όταν το νεόπλασμα εντοπίζεται στα όρια μεταξύ προπυλωρικής μοίρας και σώματος του στομάχου, οπότε και η υπολική γαστρεκτομή είναι ευρύτερη και περιλαμβάνει τα 85 ο/ο του οργάνου.

Σήμερα καθιερώθηκε σαν μέθοδος θεραπείας του καρκινώματος της πυλωρικής μοίρας, η ευρεία υπολική γαστρεκτομή κατά BILLIROTH II, που οι βασικοί χρόνοι της περιγράφονται παρακάτω.

Εκτελείται πρώτα η αποκόλληση του μείζονος επιπλούν από το εγκάρσιο θόλο, για να αφαιρεθεί αυτό σαν ενιαίο παρασκευάσμα με το στομάχι. Οι υποπυλωρικοί και υπερπυλωρικοί λεμφαδένες κίνητοποιούνται, για να συναφαιρεθούν μαζί με τον πυλωρό.

Παρασκευάζεται και διατέμνεται η πρώτη μοίρα του 12δακτύλου και συγκλείεται το θολόβωμα το ελάσσον επιπλούν διαιρείται όσο το δυνατό πιο κοντά στην πύλη του ήπατος, και προστατεύονται τα στοιχεία του υπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου. Η γαστρική αριστερή αρτηρία διαιρείται κοντά στην εκφυσή της από την κοιλιακή αρτηρία, και έτσι καταβάλλεται προσπάθεια οι λεμφαδένες που βρίσκονται γύρω από αυτήν να συναφαιρούνται με το περιφερειακό τμήμα του στομάχου, στο οποίο εντοπίζεται το καρκίνωμα. Για την αποκατάσταση της συνέχειας του γαστρεντερικού σωλήνα φέρεται προς τα επάνω η πρώτη έλικα της νήστιδας διαμεσοκολικά είτε εμπροσθοκολικά και αναστομώνεται με το θολόβωμα του στομάχου τελικοπλάγια. Η θνητότητα της

εγχείρησης αυτής κυμαίνεται περίπου 5 ο/ο.

2) Ανώτερη υφολική γαστρεκτομή (οισοφαγογαστρεκτομή). Η εγχείρηση αυτή εκτελείται όταν το καρκίνωμα εντοπίζεται στην καρδιακή μοίρα και το θόλο του στομάχου, ως μια προσπάθεια να περιοριστούν οι ενδείξεις της ολικής γαστρεκτομής, επειδή η τελευταία χαρακτηρίζεται από υψηλή εγχειρητική θνητότητα και χαμηλό ποσοστό βετούς επιβίωσης. Κατά την εγχείρηση αυτή εκτέμνεται τμήμα του περιφερικού οισοφάγου και τα 2/3 περίπου του κεντρικού τμήματος του στομάχου με συναφαίρεση του σπλήνα, της ουράς του παγκρέατος αν κρίνεται αναγκαίο των δύο επίπλων καθώς και των λεμφαδένων της περιοχής της κοιλιακής αρτηρίας. Η εγχειρητική προέλαση είναι δυνατό να γίνει με αριστερή παράμεση λαπαροτομία ή μέση υπε-υκομφάλια τομή. Η αριστερή θωρακοκοιλιακή τομή όμως εξασφαλίζει ευρύ εγχειρητικό πεδίο, που δίνει μεγαλύτερη άνεση στους χειρισμούς.

Παρασκευάζεται το ενδοκοιλιακό τμήμα του οισοφάγου και το ανώτερο τμήμα του στομάχου.

Διατέμνεται το ελάσσον επιπλόν ως τη δεξιά γαστρική αρτηρία και ο γαστροκολικός σύνδεσμος. Απολιώνεται και διατέμνονται τα βραχεία γαστρικά αγγεία, η αριστερή αστροεπιπλοϊκή και η αριστερή γαστρική αρτηρία. Στη συνέχεια διατέμνεται ο οισοφάγος και ο στόμαχος με αναγκαστική διατομή των πνευμονογαστρικών νεύρων, και για αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα εκτελείται οισοφαγογαστρική αναστόμωση. Η αναστόμωση αυτή μπορεί να έχει τη μορφή είτε μερικής τελικής κατά PRAN είτε τελικοπλαϊίας, η οποία είναι και η προτιμότερη, αφού προηγουμένως συγκλειστεί το θολόβωμα του στομάχου καθλώνεται στο θόλο του διαφράγματος με 3 ως 5 ραφές, με σκοπό να μη φέρει η οισοφαγογαστρική αναστόμωση το βάρος του γαστρικού κολοβώματος. Η εγχείρηση συμπληρώνεται με διενέργεια πυλωροπλαστικής.

3) Ολική γαστρεκτομή. Κατά την εγχείρηση αυτή αφαιρείται ολόκληρος ο στόμαχος και το περιφερικό τμήμα του οισοφάγου, το κολόβωμα του οποίου αναστομώνεται με την αρχή της νήστιδας.

Η εκτομή επίσης περιλαμβάνει τμήμα της πρώτης μοίρας του 12 δακτύλου το μείζον και το ελάσσον επιπλουν καθώς και τον σπλήνα.

Η εγχείρηση αυτή ενδείκνυτε όταν ένα γαστρικό καρκίνωμα είναι εξαιρεσίμο, δεν μπορεί όμως να αντιμετωπισθεί ριζικά με τη μερική γαστρεκτομή. Αυτό συμβαίνει όταν, το καρκίνωμα διηθεί διάχυτα το στομάχι (πλαστική λινίτιδα) ή εντοπίζεται στο άνω τριτημόριο του (σώμα, θόλος) ή στο κολόβωμα του στομάχου που παρέμεινε από υφολική γαστρεκτομή που έγινε πριν από καιρό για καλοήγη νόσο (πεπτικό έλκος).

Η προσπελαση για την εκτέλεση αυτής της χειρουργικής επέμβασης είναι όμοια με κείνη που περιγράφηκε για την ανώτερη υφολική γαστρεκτομή.

Κατά την ολική γαστρεκτομή αφαιρείται η ενδοπεριτοναϊκή μοίρα του οισοφάγου, όλος ο στομάχος μαζί με το ελάσσον και μείζον επιπλουν, ο σπλήνας και μερικές φορές η ουρά του παγκρέατος καθώς και η πρώτη μοίρα του 12δακτύλου και σε έκταση 4-5 εκ. μ. από το πυλωρικό σφιγκτήρα.

Προσπάθεια καταβάλλεται να συναφαιρούνται ομάδες λεμφογαγγλίων που συνήθως αποτελούν εστίες μεταστάσεων του καρκινώματος.

### ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το καρκίνωμα του στομάχου εμφανίζει μεγαλύτερη ευαισθησία στα κυτταροστατικά φάρμακα συγκριτικά με τ' άλλα καρκινώματα του πεπτικού. Τα θεραπευτικά όμως αποτελέσματα του καρκινώματος αυτού με χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν είναι πολύ ενθαρρυντικά, αν συγκριθούν με εκείνα του μαστού, του όρχεος και των κακοηθών λεμφωμάτων.

Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται κυρίως σε προχωρημένη τοπικά ή σε μεταστατική νόσο, η οποία δε βρίσκεται ακόμη στο τελικό της στάδιο και με την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχουν άλλες αντενδείξεις. Στις περιπτώσεις αυτές η χημειοθεραπεία μπορεί να προσφέρει ύφεση

ή στασιμότητα της νόσου σε ποσοστό που κυμαίνεται από 18 ως 45 ο/ο και να συνδυάζεται πολλές φορές με παράταση της επιβίωσης τάσης με τη χημειοθεραπεία στο καρκίνωμα του στομάχου δεν επιτυγχάνεται. Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται επίσης, είτε σαν κύρια θεραπευτική μέθοδος είτε σαν συμπληρωματική, ύστερα από παρηγορική χειρουργική επέμβαση ή σπανιότερα μπορεί να συνδυάζεται και με ακτινοθεραπεία.

Χημειοθεραπευτικά φάρμακα που έχουν μεγάλη ανταπόκριση στον οα του στομάχου: η 5-φθοριοουρακίλη (25 ο/ο), Μιτομυσίνη-C (30 ο/ο) Αδριαμυκίνη (40 ο/ο).

Η εφαρμογή της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας μετά ριζική χειρουργική εκτομή για την αύξηση της επιβίωσης δεν απέδωσε προς το παρόν αποτελέσματα.

#### ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συμβολή της ακτινοθεραπείας στο γαστρικό καρκίνωμα φαίνεται αρνητική, επειδή το αδenoκαρκίνωμα του στομάχου είναι ανθεκτικό στην ακτινοβολία.

Παρ' όλα ο συνδυασμός της ακτινοθεραπείας με τη χημειοθεραπεία ή τη χειρουργική αναφέρεται από πολλούς συγγραφείς να επίφέρει βελτίωση σε ασθενείς με προχωρημένο γαστρικό καρκίνωμα.

#### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Εκτός από τις συνηθισμένες επιπλοκές οποιασδήποτε επεμβάσεως (SHOCK, αιμορραγία, αναπνευστικές επιπλοκές κλπ.), στις επεμβάσεις στομάχου συναντούμε ειδικές επιπλοκές.

1. Ρήξη του κολοβώματος του 12δάκτυλου ή της αναστόμωσης. Μπορεί να οφείλεται σε προϋπάρχουσα τοπική φλεγμονή ή κακή μετεγχειρητική κατάσταση του ασθενούς.

2. Κακή λειτουργία προσιούσης ή απιούσης έλικος. Μπορεί να προέλθει από στένωση ή απόφραξη των ελίκων λόγω συμφύ-

σεως(αίσθημα επιγαστρικού βάρους, άλγος και γενική κακουχία).

3. Πεπτικό αναστομωτικό έλκος.

Εμφανίζεται στην αναστόμωση συμπτώματα έλκους επίμονα.

4. Σύνδρομο μικρού στομάχου.

5. Σύνδρομο DUMPING .

6. Αναιμία.

Άλλοτε σιδηροπενική και άλλοτε μεγαλοβλαστική. Ο ασθενής σε άλλοτε άλλα διαστήματα από τη λήψη της τροφής αισθάνεται απότομη αδιαθεσία, μεγάλη καταβολή δυνάμεων, αίσθημα παλμών, ψυχρές επιδρώσεις και λιποθυμική τάση.

Τα ενοχλήματα αναγκάζουν τον ασθενή να ξαπλώσει και μετά 30-60' παρέχονται. Ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει τα μεγάλα γεύματα να παίρνει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και λίπη. Επίσης χορηγούνται και αντιχολινεργά.

Σήμερα για την επιτυχία μιας εγχείρησης σπουδαίο ρόλο παίζει η προεγχειρητική και μετεγχειρητική αγωγή και σ' αυτό βοηθά η πρόοδος στην αναισθησιολογία, η γνώση των ηλεκτρολυτών, τα αντιβιοτικά κλπ..

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Όπως έχει αναφερθεί πιο πάνω, η θεραπεία του αρρώστου συνίσταται στη χειρουργική επέμβαση. Γι' αυτό η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την προετοιμασία του αρρώστου για το χειρουργείο και την φροντίδα αυτού μετά την εγχείρηση.

Η Νοσηλεύτρια, όπως έχει υπόψην την ύπουλη εμφάνιση της νόσου, πρέπει να αξιολογεί τα ενοχλήματα του αρρώστου και να τον παραπέμπει στον γιατρό για ακτινολογικό έλεγχο.

Τόσο στην προεγχειρητική περίοδο, όσο και στη μετεγχειρητική περίοδο, ο άρρωστος μπορεί να χρειάζεται τεχνητή διατροφή (τοποθέτηση σωλήνα LEVIN στο στομάχι).



Επί ανεγχειρήτων όγκων του στομάχου και όταν υπάρχουν προβλή-  
ματα λήψεως τροφής, λόγω στενώσεως του οισοφάγου και του καρδια-  
κού ή πυλωρικού στομίου του στομάχου, συνίστάται η γαστροστομία  
ή δωδεκαδακτυλοστομία. Με το πρώτο ή δεύτερο στόμιο, ανάλογα με  
την περίπτωση τρέφουμε τον άρρωστό μας.

Τα στόμια αυτά δίνουν στο άτομο μια σοβαρή αναπηρία και καθι-  
στούν τον άρρωστο εξαρτώμενο για κάλυψη και αυτής της βασικής του  
ανάγκης δηλαδή της λήψεως τροφής. Αυτή αποτελεί έντονη συναισθη-  
ματική και επώδυνη εμπειρία. Γι' αυτό καλείται τόσο ο γιατρός όσο  
και η αδερφή να βοηθήσουν τον άρρωστο να δεχτεί την αναπηρία του.

### ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΕΤΑΧΕΙΡΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ

#### Βασικά προβλήματα

1. Μετεγχειρητικό άλγος
2. Επαρκή θρέψη
3. Πρόληψη επιπλοκών

#### Σκοποί

1. Η ανακούφιση του αρρώστου από το μετεγχειρητικό άλγος και τη δυσφορία.
  - α) Συχνή αλλαγή θέσεως για την ανακούφιση του ασθενή και την πρό-  
λήψη επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφοριακό σύστημα.
  - β) Λεπτόλογη φροντίδα του στόματος για την αντιμετώπιση της ξηρό-  
τητας αυτού.
  - γ) Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών προς πρόληψη των μολύνσεων.
  - δ) Χορήγηση αναλγητικών ή ναρκωτικών για έλεγχο του άλγους.
  - ε) Υγρά από το στόμα χορηγούνται κατόπιν εντολής του γιατρού.
  - στ) Αναρροφήσεις από το στομάχι προς απομάκρυνση υγρών αίματος  
και αέρος από το στομάχι.

## 2. Ενίσχυση επαρκούς θρέψεως του ασθενή.

- α) Ενδοφλέβιος χορήγηση υγρών προς πρόληψη καταπληξίας και διατήρηση σε καλή κατάσταση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών.
  - β) Χορήγηση υγρών από το στόμα και εφόσον το έντερο λειτουργεί.
  - γ) Η αύξηση λαμβανομένων υγρών επηρεάζεται από την ανοχή του αρρώστου σε υγρά.
  - δ) Λευκή τροφή με πρόθεση βιταμινών όπως ενδείκνυται από την κατάσταση του ασθενή.
  - ε) Χορήγηση σιδήρου και βιταμινών για συμπλήρωση επάρκειας των λαμβανομένων αυτών.
- στ) Αποφυγή τροφών οι οποίες συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου DUMPING.

## 3. Ενημέρωση για τις επιπλοκές οι οποίες μπορεί να συνοδεύουν την εγχείρηση στομάχου.

### SHOCK

- α) Εκτίμηση εκκρίσεως του τραύματος και των παροχετεύσεων.
- β) Εκτίμηση της αρτηριακής πίεσεως και της συχνότητας των σφυγμών και των αναπνοών.
- γ) Χορήγηση στον καθορισθέντα χρόνο αίματος και υγρών προς αντικατάσταση των απωλεσθέντων.

### ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

- α) Παρακολούθηση τραύματος και παροχετεύσεως για παρουσία αίματος.
- β) Εκτίμηση της αρτηριακής πίεσεως της συχνότητας των σφυγμών και των αναπνοών.
- γ) Αντικατάσταση του χαμένου αίματος όπως καθορίζεται.

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- α) Ενισχύεται η λήψη βαθειών αναπνοών.
- β) Ενισχύεται η συχνή αλλαγή θέσεως και κινήσεως για μετακίνηση των βρογχικών εκκρίσεων.

γ) Εγερση από το κρεβάτι εφ' όσον ενδείκνυται για αύξηση ανταλλαγής των αερίων.

#### ΘΡΟΜΒΩΣΗ-ΕΜΒΟΛΗ

α) Ενθάρρυνση της συμμετοχής για αυτοεξυπηρέτηση, για ενίσχυση της κυκλοφορίας.

β) Ενίσχυση της έγκαιρης έγερσης του ασθενή προς μείωση της φλεβικής στάσεως του αίματος.

γ) Χρησιμοποίηση ελαστικών καλτσών εφόσον συνιστώνται προς πρόληψη της φλεβικής στάσεως.

δ) Έλεγχος της πιεστικότητας των επιδέσεων, προς αποφυγή δυσμενούς επίδρασεως στην κυκλοφορία.

#### ΕΚΣΠΛΑΧΝΩΣΗ

α) Χρησιμοποιείτε επίδεση κοιλίας αν ενδείκνυται για προστασία του ασθενή.

β) Προλαβετε διάταση και μόλυνση τραύματος.

γ) Προστατεύετε την τομή κατά το βήχα.

δ) Ενισχύστε την καλή διατροφή.

ε) Συχνή παρακολούθηση του τραύματος.

#### Σύνδρομο DUMPING

Το σύνδρομο DUMPING εκδηλώνεται άλλοτε σε άλλο χρονικό διάστημα από τη λήψη τροφής, συνήθως όμως μετά την πάροδο 5-30' από το γεύμα. Ο ασθενής αναφέρει αίσθημα πληρότητας κατά το επιγάστριο δυσφορία, αδυναμία, ζάλη, ταχυκαρδία κλπ. Αυτά τα συμπτώματα διαρκούν συνήθως 15-30'.

Για την αποφυγή του συνδρόμου ο ασθενής πρέπει

α) Να αποφεύγει τα μεγάλα γεύματα.

β) Να αποφεύγει ζεστά, κρύα, αλμυρά φαγητά ή μεγάλης περιεκτικότητας υδατάνθρακούς τροφές.

γ) Να αποφεύγει υγρά με τα γεύματα.

δ) Να μειώνει τα γλυκά από το διαιτολόγιο.

ε) Να παίρνει τα γεύματα κανονικά, αργά και σε ήρεμο περιβάλλον.

στ) Να ξαπλώνει μετά τα γεύματα.

#### 4. Ενίσχυση αποκαταστάσεως του ασθενή

α) Βοηθείστε τον ασθενή να μεταβάλλει τα πιεστικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

β) Ενισχύστε τον ασθενή να βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση.

γ) Μετράτε συστηματικά το βάρος του σώματος.

δ) Συμβουλευόστε τον ασθενή να παίρνει επαρκείς θερμίδες μετά την έξοδό του από το Κοσοκομείο.

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

#### ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το άτομο στο οποίο έγινε η διάγνωση του καρκίνου βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Και αυτό γιατί ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας.

Συχνά ο ασθενής εμφανίζει αισθήματα εχθριότητας προς το περιβάλλον. Οι καταστάσεις αυτές μπορεί να είναι προσωρινές. Η αδερφή που βρίσκεται κοντά του μπορεί να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια για την αποκατάστασή του.

Στα άτομα στα οποία έχει διαγνωσθεί ο καρκίνος δημιουργούνται και ψυχολογικές διαταραχές. Η πιο συχνή ψυχική διαταραχή είναι η κατάθλιψη που συνδυάζεται με το άγχος, φόβο ή ευχή θανάτου, με κλάματα, αυπνία και πολύ συχνά με αυτομομφή και ενοχικές σκέψεις.

Η λέξη "καρκίνος" που ηχεί σαν σάλπιγμα του οριστικού τέλους και προκαλεί πανικό, Γι' αυτό η αποφυγή χρησιμοποίησης της λέξης "καρκίνος" στον ασθενή ο οποίος γνωρίζει τη διάγνωση της νόσου ανακλά τα αισθήματα φόβου και αγωνίας.

Η αδερφή όμως μπορεί να προσφέρει στον ασθενή ψυχολογική υποστήριξη, αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

## ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Η ανεξήγητη αλλά σταθερά συνεχιζόμενη μείωση της συχνότητας του καρκίνου του στομάχου στις ΗΠΑ είναι ενθαρρυντική και ελπιδοφόρα για τον υπόλοιπο κόσμο, ενώ η πιθανή αιτιολογική συσχέτιση της νόσου με διάφορους διαιτητικούς παράγοντες επιβάλλει την απομάκρυνσή τους από τη διατροφή του σύγχρονου ανθρώπου. Επειδή τα τελευταία 20 χρόνια παρά τις προόδους της χειρουργικής δεν υπήρξε ουσιαστική βελτίωση των αποτελεσμάτων ή σύγχρονη έρευνα έχει στραφεί προς τη χημειοθεραπεία, η οποία δίνεται σε πολλά ερευνητικά προγράμματα προφυλακτικά αμέσως μετά τη γαστρεκτομή. Στη Β. Χειρουργική κλινική του "Ευαγγελισμού" μελετάται η αξία της αντίστροφης από τη σημερινή τακτική. Δηλαδή αντί της αρχικής γαστρεκτομής και αργότερα χημειοθεραπεία και αργότερα (συνήθως μετά δύο εβδομάδες) τη γαστρεκτομή.

Ελπίζουμε έτσι ότι θα επηρεάσουμε πιο αποτελεσματικά τη μικρομεταστατική νόσο που τόσο συχνά υπάρχει (αν και δεν ανακαλύπτεται) τη στιγμή της γαστρεκτομής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βασικές αρχές παθολογικής και χειρουργικής νοσηλευτικής,  
Μ.Α. Μαργαρινού-Σ.Φ. Κωσταντινίδου 1981
- Γενική ογκολογία, Εθνικά συμβούλια 1981
- Χειρουργική Κ. Τούντα
- Χειρουργική MAINGOT

