

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: «Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου που υποβάλλονται σε θεραπεία.»



Όνοματεπώνυμο σπουδαστή : Λεβεντάκος Ευάγγελος

Επιβλέπων Καθηγητής : Μαλιούκη Μαριάννα

Πάτρα -2015

Θέμα: «Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου που υποβάλλονται σε θεραπεία.»

Όνοματεπώνυμο σπουδαστή : Λεβεντάκος Ευάγγελος
Επιβλέπων Καθηγητής : Μαλιούκη Μαριάννα

Πάτρα -2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους ανθρώπους που συνέβαλαν και βοήθησαν σημαντικά για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας. Επίσης ένα θερμό ευχαριστώ σε όλους τους καθηγητές του τμήματος Νοσηλευτικής για τις πολύτιμες γνώσεις τους που όλα αυτά τα χρόνια έδωσαν στους συμφοιτητές μου και εμένα ,αλλα κυρίως για την συνεχή προσπάθειά τους να ματαδώσουν την αγάπη τους για το επάγγελμα του νοσηλευτή και για τον σεβασμό στον άνθρωπο. Ιδιαίτερα θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή της πτυχιακής εργασίας μου την κυρία Μαλιούκη Μαριάννα ,για τις υποδείξεις ,συμβουλές και χρήσιμες παρατηρήσεις της.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο τρίτος σε συχνότητα καρκίνος (10 – 15 % όλων των καρκίνων) και μια από τις κύριες αιτίες θανάτου που σχετίζονται με τον καρκίνο παγκοσμίως. Η επίπτωση της νόσου ποικίλει λόγω της γενετικής προδιάθεσης και των περιβαλλοντικών επιδράσεων. Η παθογένεια του αποτελεί αντικείμενο μελέτης , δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στην πρόληψη της νόσου , την πρώιμη διάγνωση , την εύρεση αντιπροσωπευτικών προγνωστικών βιοδεικτών και θεραπευτικών στόχων. Στόχος είναι η μείωση της νοσηρότητας και θνητότητας της νόσου καθώς και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών¹.

Η νόσος προκαλεί σημαντική επιβάρυνση στα συστήματα υγείας παγκοσμίως, δαπάνες προσωπικού και υλικοτεχνικού εξοπλισμού, ενώ αποτελεί κομβικό αντικείμενο μελέτης και έρευνας για ένα μεγάλο αριθμό ερευνητικών ιδρυμάτων. Η επίπτωσή του ποικίλλει σε διαφορετικά κοινωνικό-οικονομικά περιβάλλοντα. Επομένως, η κατανόηση της παθογένειας της νόσου σε συνδυασμό με επιδημιολογικές μελέτες συντελεί στην ανάδειξη των παραγόντων κινδύνου, με απώτερο σκοπό την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης. Μεγάλες διαφορές υπάρχουν και στα ποσοστά επιβίωσης με βάση το στάδιο της νόσου, το οποίο θεωρείται ο πλέον κρίσιμος προγνωστικός παράγοντας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ (σελ.3)

ΠΡΟΛΟΓΟΣ (σελ.4)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ -
ΙΣΤΟΛΟΓΙΑΣ- ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ
(σελ.7)

1.2 Παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά (σελ.14)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ (σελ.18)

2.2 Κακοήθη νεοπλάσματα (σελ.19)

2.3 Παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά (σελ.25)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (σελ.30)

3.1.1.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (σελ.31)

3.1.2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (σελ.31)

3.1.3. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ (σελ.33)

4.ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (σελ.35)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΠΡΟΛΗΨΗ (σελ.40)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (σελ.48)

5.2 ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (σελ.70)

5.3.1ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (σελ.72)

5.3.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (σελ.72)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ (σελ.74)

6.2 *ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ* (σελ.77)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία με την μεθοδο την νοσηλευτικης διεργασίας (σελ.80)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΑΣ- ΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Μοριακή Ανατομική-Ιστολογία

Το παχύ έντερο είναι τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και υποδιαιρείται στο τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση, στο ανιόν, στο εγκάρσιο, στο κατιόν κόλον, στο σιγμοειδές και στο ορθό. Οι κύριες λειτουργίες του είναι η απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών για την μετατροπή του υδαρούς άπεπτου περιεχομένου του λεπτού εντέρου στην ημίρρευστη κοπρανώδη μάζα και η παραγωγή βλέννας, η οποία αυξάνοντας την ολισθηρότητα της ενδοαυλικής εντερικής επιφάνειας διευκολύνει την διέλευση του εντερικού περιεχομένου [1].

Η δομή του παχέος εντέρου, προσαρμοσμένη στη λειτουργία του, είναι σχετικά σταθερή σε όλο το μήκος του με μικρές μόνο τοπογραφικές διαφορές, ιδιαίτερα μεταξύ τυφλού και ορθού. Το τοίχωμα του αποτελείται, κατά αντιστοιχία με τον υπόλοιπο γαστρεντερικό σωλήνα, από 4 χιτώνες: βλεννογόνος, υποβλεννογόνιος χιτώνας, μυϊκός χιτώνας και ορογόνος. (εικόνα ΙΑ) [2].

Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου είναι σχετικά επίπεδος, καθώς-σε αντίθεση με το λεπτό έντερο-δεν εμφανίζει προσεκβολές όπως πτυχές ή λάχνες (εκτός από την ορθική μοίρα). Αποτελείται από: 1) επιθήλιο 2)

χόριο και 3) βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα. Η τελευταία χωρίζει τον βλεννογόνο από τον υπο βλεννογόνο χιτώνα.

Το επιθήλιο είναι κυλινδρικού τύπου και σχηματίζει επιμήκεις μη διακλαδιζόμενους σωληνοειδείς αδένες, τις κρύπτες του Lieberkuhn, που εκτείνονται από την επιφάνεια μέχρι τη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα. Συνίσταται στους εξής τύπους κυττάρων (εικόνα IB) [1]:

- **Κυλινδρικά-απορροφητικά.** Αν και είναι ο πολυπληθέστερος τύπος επιθηλιακών κυττάρων του παχέος εντέρου δίνουν την εντύπωση ότι είναι λίγα σε αριθμό επειδή συμπίεζονται από τα μεγαλύτερα καλυκοειδή κύτταρα. Είναι στενά κυλινδρικά κύτταρα που φέρουν στην κορυφαία μεμβράνη τους μικρολάχνες και είναι υπεύθυνα για την απορροφητική λειτουργία του παχέος εντέρου.
- **Καλυκοειδή-βλενώδη.** Φέρουν άφθονα μεγάλα βλενώδη κυστίδια και είναι υπεύθυνα για την παραγωγή της βλέννας.
- **Πολυδύναμα αρχέγονα (stem cells).** Πρόκειται για αδιαφοροποίητα κύτταρα που έχουν την ικανότητα να πολλαπλασιάζονται, να αναπαράγουν τον εαυτό τους και να δίνουν μέσω μιας ρυθμιζόμενης διαδικασίας πολλαπλασιασμού, διαφοροποίησης και μετανάστευσης όλους τους εξειδικευμένους κυτταρικούς τύπους του επιθηλίου του παχέος εντέρου. Είναι υπεύθυνα, δηλαδή, για την συνεχή αναγέννηση του εντερικού επιθηλίου και άρα για την ομοιόσταση και την αποκατάσταση του σε περίπτωση βλάβης. Υπάρχουν περίπου 4-6 stem cells/κρύπτη, εντοπίζονται δε στο κατώτερο τριτημόριο των κρυπτών.
- **Εντεροενδοκρινή.** Στο παχύ έντερο είναι σχετικά λίγα σε αριθμό και εντοπίζονται διάσπαρτα ανάμεσα σε άλλους τύπους κυττάρων, κυρίως στο κατώτερο ήμισυ των κρυπτών. Τα νευροενδοκρινή

τους κοκκία περιέχουν διάφορες ουσίες, όπως ουσία P, χρωμογραφίνη, σωματοστατίνη και γλυκαγόνη και εντοπίζονται στη βάση του κυτταροπλάσματος κάτω από τον πυρήνα. Μετά από μία μακρόχρονη διαφωνία των ειδικών σχετικά με την νευρική ή επιθηλιακή τους προέλευση, φαίνεται τελικά ότι προέρχονται από τα επιθηλιακά αρχέγονα κύτταρα.

Ένας ακόμα είδος επιθηλιακών κυττάρων με προέλευση από τα αρχέγονα επιθηλιακά κύτταρα των κρυπτών είναι τα κύτταρα M, τα οποία εντοπίζονται σε περιοχές όπου υπάρχουν λεμφοζίδια.

Όπως συμβαίνει με όλα τα επιθήλια, το επιθήλιο του παχέος εντέρου επικάθεται σε μία συνεχή στιβάδα εξειδικευμένης εξωκυτταρίου ουσίας τη βασική μεμβράνη, η οποία διαχωρίζει τα επιθηλιακά κύτταρα από το διάμεσο συνδετικό ιστό ή στρώμα (χόριο). Η βασική μεμβράνη αποτελείται από κολλαγόνο τύπου IV, λαμινίνη και πρωτεογλυκάνες, που είναι ειδικά της βασικής μεμβράνης μακρομόρια αλλά και συστατικά που απαντώνται και στο στρώμα όπως η τενασίνη-c και η ινονεκτίνη (εικόνα 2) [3]. Τόσο τα επιθηλιακά κύτταρα όσο και τα μεσεγχυματικά κύτταρα του στρώματος είναι υπεύθυνα για την παραγωγή των συστατικών της βασικής μεμβράνης. Είναι πλέον αποδεκτό ότι η σύσταση της βασικής μεμβράνης η σύσταση, δηλαδή, της εξωκυτταρίου ουσίας καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το μικροπεριβάλλον των επιθηλιακών κυττάρων που εμπλέκεται σε σημαντικές κυτταρικές λειτουργίες, τόσο κατά την διάρκεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης όσο και μετά, όπως ο πολλαπλασιασμός, η διαφοροποίηση, η μετανάστευση και η απόπτωση.

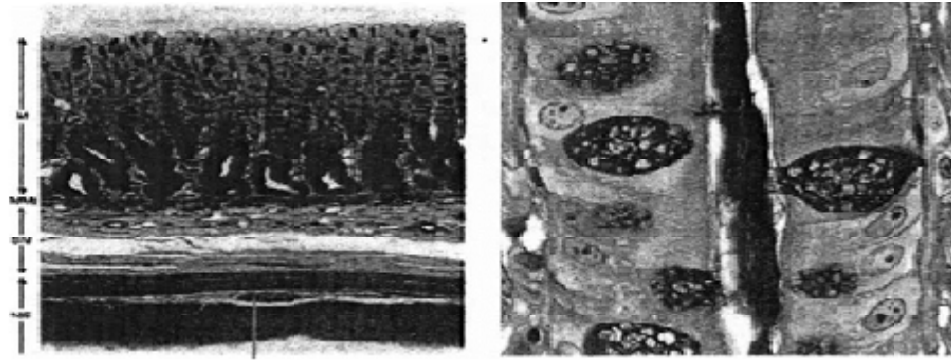
Το **χόριο** αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό ο οποίος είναι πλούσιος σε αιμοφόρα αγγεία, λεμφαγγεία, λεία μυϊκά κύτταρα, λεμφοκύτταρα και λεμφοζίδια που συχνά εκτείνονται στον υποβλεννογόνιο. Αυτή η αφθονία σε λεμφικό ιστό έχει σχέση με τον άφθονο βακτηριακό πληθυσμό του παχέος εντέρου.

Η **βλεννογόνιος μυϊκή στιβάδα** συνίσταται σε μία έσω κυκλωτερή και μία έξω επιμήκη στιβάδα λείων μυϊκών ινών.

Ο **υποβλεννογόνιος χιτώνας** αποτελείται από πυκνό ακανόνιστο συνδετικό ιστό με πολλά αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία και ένα υποβλεννογόνιο νευρικό πλέγμα- το πλέγμα του Meissner.

Ο **μυϊκός χιτώνας** αποτελείται από μία έσω κυκλωτερή και μία έξω επιμήκη στιβάδα λείων μυϊκών ινών. Σε αντίθεση με το λεπτό έντερο, ο μυϊκός ιστός της έξω επιμήκους στιβάδας στο παχύ έντερο συγκεντρώνεται σε τρεις παχιές δεσμίδες που λέγονται κολικές ταινίες. Μεταξύ έσω και έξω επιμήκους στιβάδας εντοπίζεται το μυντερικό νευρικό πλέγμα η πλέγμα του Auerbach.

Ο **ορογόνος χιτώνας** είναι λεπτό στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού, πλούσιου σε αιμοφόρα αγγεία, λεμφαγγεία και λιπώδη ιστό, που καλύπτεται από μονόστιβο πλακώδες επιθήλιο, το μεσοθήλιο.



Εικόνα 1 (Α): Οι στιβάδες του τοιχώματος του εντέρου. Μ: βλεννογόνος ΜΜ: βλεννογόνιος μυϊκή στιβάδα SM: υποβλεννογόνος ME: μυϊκός χιτώνας. (Β): Τομή αδένια παχέος εντέρου όπου φαίνονται τα απορροφητικά και τα βλενώδη κύτταρα [2].

αναμφισβήτητα εμπλέκεται στην καρκινογένεση στο παχύ έντερο, αλλά και στην παρέμβαση σε άλλα μονοπάτια ανεξάρτητα από την οδό σύνθεσης των προσταγλανδινών (c-myc, p38, NF-kappa β, ILK) [22].

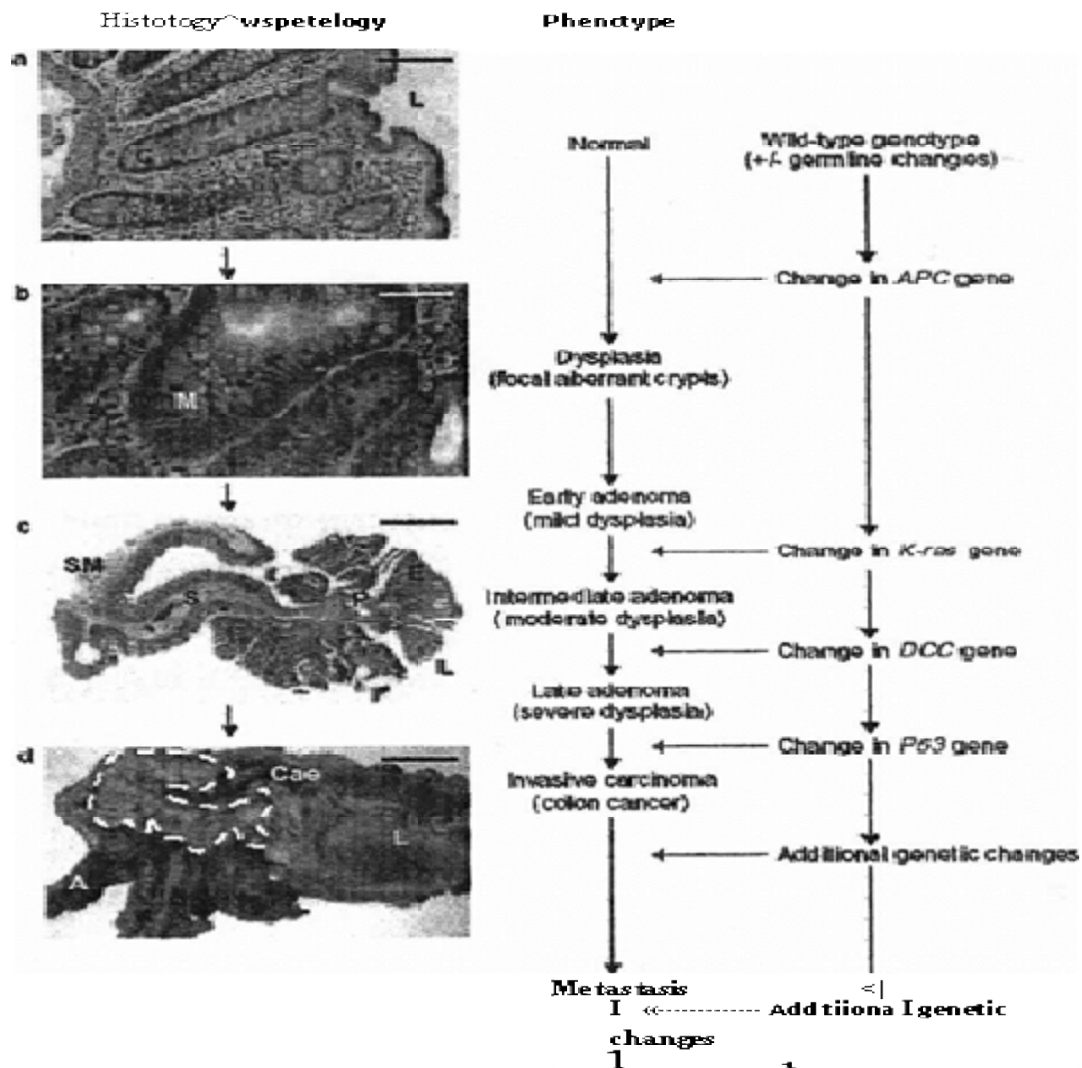
Γενετική προδιάθεση

Οι γενετικοί παράγοντες παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος του παχέος εντέρου. Το φάσμα της γενετικής προδιάθεσης είναι ευρύ, περιλαμβάνοντας τόσο καλά καθορισμένα κληρονομικά σύνδρομα, όπως η Οικογενής Αδενωματώδης Πολυποδίαση-FAP (Familial Adenomatous Polyposis) και ο κληρονομικός καρκίνος του παχέος εντέρου χωρίς πολυποδίαση-HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Carcinoma), όσο και ασαφώς καθοριζόμενες οικογενείς περιπτώσεις. Ακόμα και στις σποραδικές περιπτώσεις καρκινώματος παχέος εντέρου, περιπτώσεις δηλαδή που δεν οφείλονται σε κάποιο κληρονομικό σύνδρομο ή σε φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο, καθώς 15% των ασθενών έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό, ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου στους συγγενείς ασθενών με καρκίνωμα του παχέος εντέρου είναι περίπου 15% [21].

Προδιαθεσικές-προκαρκινικές καταστάσεις

Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου αποτελεί πολύ σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα στην ανάπτυξη καρκινώματος του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος αυξάνει μετά από 8-10 χρόνια νόσου και είναι υψηλότερος στους ασθενείς με πρώιμη έναρξη και εκτεταμένη νόσο (πανκολίτιδα).

Οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα έχουν 20 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από το γενικό πληθυσμό να αναπτύξουν αδenoκαρκίνωμα του παχέος εντέρου και πληθυσμιακές μελέτες δείχνουν αύξηση της θνητότητας από καρκίνωμα κατά 4.4 φορές. Η προσβολή περισσότερου από το μισό του παχέος εντέρου συνοδεύεται από 15% κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου, ενώ σε προσβολή που περιορίζεται στο αριστερόν κόλον ο κίνδυνος είναι 5%. Πρόδρομη του καρκινώματος αλλοίωση στην ελκώδη κολίτιδα θεωρείται η δυσπλασία που διακρίνεται σε υψηλού και χαμηλού βαθμού επίπεδη δυσπλασία καθώς και σε δυσπλαστικές πολυποειδείς αλλοιώσεις (DALM-Dysplasia associated lesion or mass). Η παρουσία DALM ή υψηλού βαθμού επίπεδης δυσπλασίας



Εικόνα 8 (α) Εικόνα φωτονικού μικροσκοπίου ιστολογικής τομής φυσιολογικού εντερικού επιθηλίου (E) (Οιεντερική κρύπτη, L-αυλός). (b) Aberrant crypt foci: διαταραχή της φυσιολογικής αρχιτεκτονικής με απώλεια της γραμμικής διάταξης των πυρήνων και σχετικά συχνότερες μιτώσεις (M) μακριά από την βάση των κρυπτών, (c) Αδένωμα (P) ορθού. Το αδενικό επιθήλιο (E) εμφανίζει χαρακτηριστικά μέτριας δυσπλασίας (S: μίσχος, SM: υποβλεννογόνιος). (α) Διηθητικό καρκίνωμα τυφλού. Ο όγκος επισημαίνεται με την διακεκομμένη άσπρη γραμμή (Cae: τυφλό, A: σκληροειδής απόφυση). Αυτές οι φαινοτυπικές αλλαγές (αριστερή και κεντρική

στήλη) σχετίζονται με μία αλληλουχία μοριακών γενετικών αλλαγών (δεξιά στήλη) [26].

Μεταλλάξεις του γονιδίου APC παρατηρούνται στο 85% των σποραδικών καρκινωμάτων καθώς και σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις FAP, ανευρίσκονται δε ήδη στο στάδιο των ACF, γεγονός ενδεικτικά ότι αποτελούν κρίσιμο εναρκτήριο βήμα στην καρκινογένεση του παχέος εντέρου.

Η φυσιολογική πρωτεΐνη APC συμμετέχει σε διάφορες κυτταρικές λειτουργίες, όπως στη ρύθμιση του κυτταρικού κύκλου, στην απόπτωση, στη κυτταρική μετανάστευση, στη κυτταρική προσκόλληση, στην οργάνωση των μικροσωληνίσκων και στην συμπύκνωση των χρωμοσωμάτων

1.2 Παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά

Μακροσκοπικά χαρακτηριστικά

Τα μακροσκοπικά χαρακτηριστικά των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου ποικίλουν σημαντικά. Ο όγκος μπορεί να είναι: εξωφυτικός-πολυποειδής με ενδοαυλική κυρίως επέκταση, ενδοφυτικός-ελκωτικός με κυρίαρχη την ενδοτοιχωματική διήθηση, διάχυτα διηθητικός (πλαστική λινίτιδα) ή δακτυλιοειδής με κυκλοτερή ανάπτυξη και απόφραξη του αυλού. Η αλληλοεπικάλυψη μεταξύ αυτών των τύπων είναι αρκετά συΧνή• Τα καρκινώματα που αναπτύσσονται στο εγγύς τμήμα του παχέος εντέρου είναι συνήθως εξωφυτικά, ενώ εκείνα που

αναπτύσσονται στο εγκάρσιο ή το κατιόν κόλον είναι συνήθως δακτυλιοειδή. Τα βλεννώδη αδενοκαρκινώματα εμφανίζουν συχνά περιοχές με ορατή βλέννα και τα καρκινώματα με φαινότυπο MSI-H είναι καλά περιγεγραμμένα και στο 20% των περιπτώσεων βλεννώδη [19].

Ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά

Στο παχύ έντερο, σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στον υπόλοιπο γαστρεντερικό σωλήνα αλλά και σε ολόκληρο το σώμα, η διήθηση του χορίου από καρκινικά κύτταρα δεν συνοδεύεται από κίνδυνο μεταστάσεων. Συνεπώς, το καθοριστικό χαρακτηριστικό του διηθητικού αδενοκαρκινώματος είναι διήθηση του υποβλενογόννιου χιτώνα. Βλάβες με μορφολογικά χαρακτηριστικά αδενοκαρκινώματος που εντοπίζονται στο επιθήλιο (ενδοεπιθηλιακό ή με την κλασσική αντίληψη *in situ* αδενοκαρκίνωμα) ή διηθούν το χόριο αλλά δεν διασπούν την βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα για να διηθήσουν τον υποβλεννογόνο (*focal* ή ενδοβλεννογόνο αδενοκαρκίνωμα), δεν εμφανίζουν κίνδυνο μετάστασης. Μάλιστα, προκειμένου να αποφευχθεί η υπερ-θεραπεία ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει για αυτές τις βλάβες τους όρους υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή και ενδοβλεννογόνιος νεοπλασία, το σύστημα δε ταξινόμησης TNM τις περιλαμβάνει στο Tis ως καρκίνωμα *in situ*.

Τα περισσότερα αδενοκαρκινώματα σχηματίζουν αδενικούς σχηματισμούς, οι οποίοι εμφανίζουν ποικιλότητα ως προς το μέγεθος και την μορφολογία τους. Διακρίνονται διάφοροι ιστολογικοί τύποι (πίνακας 1, εικόνα 10). Το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα (*mucinous adenocarcinoma*) συνίσταται σε ποσοστό >50% από βλέννη.

Χαρακτηρίζεται από την παρουσία περιοχών με εξωκυττάρια βλέννη που περιέχουν κακοήθη επιθηλιακά κύτταρα, τα οποία είναι μονήρη ή σχηματίζουν σειρές ή κυψελοειδείς δομές. Οι περισσότεροι MSI-H όγκοι είναι αυτού του τύπου. Το καρκίνωμα με κύτταρα σαν δακτυλίδια με σφραγίδα-signet-ring cell carcinoma χαρακτηρίζεται από την παρουσία σε ποσοστό >50% καρκινικών κυττάρων με άφθονη κυτταροπλασματική βλέννη. Τα τυπικά signet-ring κύτταρα έχουν ένα μεγάλο κυστίδιο βλέννης που γεμίζει το κυτταρόπλασμα και παρεκτοπίζει τον πυρήνα. Αυτά τα κύτταρα μπορεί να εντοπίζονται στις περιοχές της βλέννης ενός βλενωδούς αδενοκαρκινώματος ή να σχηματίζουν ομάδες που διάχυτα διηθούν το τοίχωμα με την παρουσία ελάχιστης ή καθόλου εξωκυττάριας βλέννης. Το αδеноπλακώδες καρκίνωμα (adenosquamous -:> carcinoma) παρουσιάζει χαρακτηριστικά τόσο πλακώδους καρκινώματος όσο και αδενοκαρκινώματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη (πίνακας 1), ενώ αναπτύσσονται ακόμη και μη νεοπλασματικοί πολύποδες, οι οποίοι περιλαμβάνουν τους υπερπλαστικούς, φλεγμονώδεις και αμαρτωματώδεις. Επιπλέον, δυσπλασία (ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία) παρατηρείται σε χρόνια φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Πίνακας 1. Νεοπλάσματα του παχέος εντέρου

Αδενώματα	Καρκινώματα	Μη επιθηλιακές νεοπλασίες	Λεμφώματα	Καρκινοειδή
σωληνώδη	αδενοκαρκινώματα	λιπώματα	διάχυτα από μεγάλα κύτταρα	EC-cell (serotonin-producing)
θηλώδη	βλεννώδη καρκινώματα	λαιομυώματα	μανδύα	L-cell (glucagon like peptide-producing)
σωληνοθηλώδη	μικροκυτταρικά	νευρινώματα	MALT	μικτής διαφοροποίησης
οδοντωτά	πλακώδη	λαιομυοσαρκώματα	Burkitt	

	signet-ring	αγγειοσαρκώματα		
	αδενοπλακώδη	μελανώματα		
	μυελοειδή	Kaposi σαρκώματα		
	αδιαφοροποίητα	στρωματικοί όγκοι (GIST)		

2.1 ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τα αδενώματα (αδενωματώδεις πολύποδες) αποτελούν τα πλέον συνήθη καλοήθη επιθηλιακά νεοπλάσματα. Η επίπτωσή τους σχετίζεται με την ηλικία, ποικίλλει από 20%-30% πριν την ηλικία των 40 ετών ως 40%-50% μετά την ηλικία των 60 ετών. Με βάση τα μακροσκοπικά χαρακτηριστικά, τα αδενώματα διακρίνονται σε επίπεδα (flat), «depressed» και «elevated». Οι δύο πρώτες κατηγορίες αδενωμάτων αναγνωρίζονται ενδοσκοπικά από τις αλλαγές στην υφή και ερυθρότητα του βλεννογόνου, ενώ τα «ανυψωμένα» συχνά φέρουν μίσχο. Με βάση την ιστολογική αρχιτεκτονική, τα αδενώματα διακρίνονται σε σωληνώδη (tubular), σωληνοθηλώδη (tubulovillous) και θηλώδη (villous), ενώ χαρακτηριστική μορφολογία έχουν τα οδοντωτά (serrate) [11]. Η παρουσία των αδενωμάτων αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα κακοήθειας, διότι έχουν δυναμικό εξαλλαγής (αλληλουχία αδενώματος-αδενοκαρκινώματος). Ο βαθμός κακοήθους δυναμικού ποικίλλει και σχετίζεται με μεγάλο μέγεθος του αδενώματος (μέγιστη διάμετρος >2 εκατοστά), μεγάλο αριθμό, κυτταρολογική ατυπία, διαταραχή ιστολογικής αρχιτεκτονικής και απουσία μίσχου [12, 13]. Επίσης,

πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με αδένωμα έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη αδenoκαρκινώματος, ειδικά αν το αδένωμα διαγνωσθεί πριν την ηλικία των 60 ετών [14]. Αντίστοιχα, η παρουσία αδenoμάτος αποτελεί ένδειξη για πολυπεκτομή και για πρόιμη ολική κολονοσκόπηση για τη διάγνωση σύγχρονων ή μετάχρονων αδenoμάτων ή αδenoκαρκινώματος.

Οι μη-επιθηλιακής αρχής καλοήθεις όγκοι του παχέος εντέρου είναι λιγότερο συχνοί και προέρχονται από στρωματικά κύτταρα, όπως διάμεσα κύτταρα Cajal (GIST), λιποκύτταρα, ενδοθηλιακά κύτταρα, νευρικές ίνες. Συνήθως έχουν σαφή όρια και μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί. Συχνά ωστόσο, προκαλούν συμπτώματα, όπως συμπιεστικά φαινόμενα σε γειτονικές δομές, εντερική απόφραξη και αιμορραγία [15].

2.2 Κακόηθη νεοπλάσματα

Το αδenoκαρκίνωμα αποτελεί το πιο συχνό κακόηθες νεόπλασμα του παχέος εντέρου (98% επί του συνόλου). Με εξαίρεση τον καρκίνο του δέρματος, αποτελεί τον τρίτο πιο συχνό καρκίνο στους άνδρες, μετά από τον καρκίνο του προστάτη και πνεύμονα, αλλά και στις γυναίκες μετά από τον καρκίνο του μαστού και πνεύμονα. Συνολικά και στα δύο φύλα, αποτελεί το δεύτερο αίτιο ειδικής θνησιμότητας από καρκίνο στο δυτικό κόσμο. Συνιστά σημαντικό αίτιο νοσηρότητας, προκαλώντας συχνές και σοβαρές επιπλοκές, είτε άμεσα είτε λόγω της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Συχνές συνέπειες είναι η έκπτωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, πολυάριθμες νοσηλείες και απώλεια παραγωγικού χρόνου. Η νόσος προκαλεί σημαντική επιβάρυνση στα συστήματα υγείας παγκοσμίως, δαπάνες προσωπικού και υλικοτεχνικού εξοπλισμού, ενώ

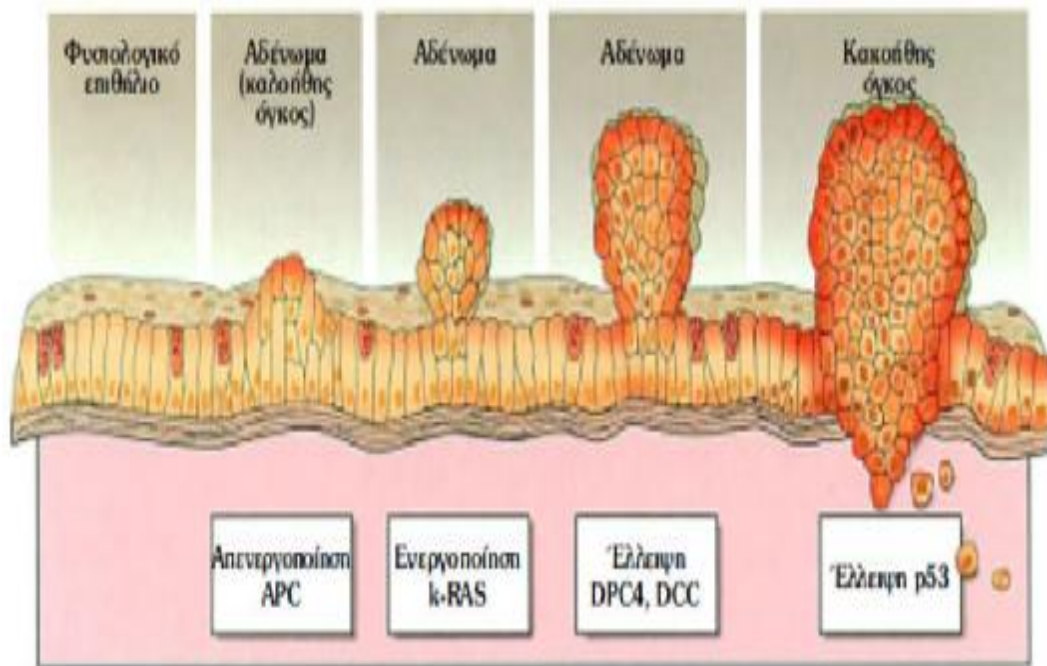
αποτελεί κομβικό αντικείμενο μελέτης και έρευνας για ένα μεγάλο αριθμό ερευνητικών ιδρυμάτων.

Το 1990, η επίπτωση του ορθοκολικού καρκίνου εκτιμήθηκε στις 783.000 νέες περιπτώσεις, ενώ συνεχώς παρουσιάζει αυξητική τάση (εικόνα 9). Στις Η.Π.Α. το 2002, η επίπτωση του ορθοκολικού καρκίνου εκτιμήθηκε στις 148.300 νέες περιπτώσεις, ενώ η ειδική θνησιμότητα εκτιμήθηκε στους 56.600 θανάτους [16]. Προσβάλλει άνδρες και γυναίκες εξίσου, με περίπου 401.000 νέες περιπτώσεις σε άνδρες και 381.000 σε γυναίκες ετησίως [17]. Εκτιμάται ότι περισσότεροι από 394.000 θάνατοι από καρκίνο παχέος εντέρου συμβαίνουν παγκοσμίως, ενώ η νόσος αντιπροσωπεύει το 9.4% των κακόηθων όγκων στους άνδρες και το 10.1% στις γυναίκες. Η επίπτωσή του ποικίλλει σε διαφορετικά κοινωνικο-οικονομικά περιβάλλοντα, όντας σαφώς μεγαλύτερη στις ανεπτυγμένες χώρες, σε σχέση με «υπό ανάπτυξη» χώρες. Ρόλο σε αυτή τη διαφορά διαδραματίζουν πιθανότατα περιβαλλοντικοί παράγοντες, κυρίως διατροφικές συνήθειες και τρόπος ζωής. Σε βιομηχανοποιημένες κοινωνίες (Βόρεια Αμερική, Ευρώπη, Αυστραλία), η επίπτωσή του ανέρχεται σε 12.6% όλων των καρκίνων στους άνδρες και σε 14.1% στις γυναίκες. Σε μη βιομηχανοποιημένες κοινωνίες, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 7.7% και 7.9%, αντίστοιχα [17]. Πληθυσμοί με διαφορετικό τρόπο ζωής παρουσιάζουν διαφορετική επίπτωση της νόσου. Επιπλέον, μετανάστες από περιοχές με αυξημένη επίπτωση, αποκτούν γρήγορα (εντός μιας γενεάς) το πρότυπο επίπτωσης του νέου περιβάλλοντος, όταν μεταναστεύουν σε περιοχές χαμηλής επίπτωσης. Το αντίστροφο συμβαίνει κατά την αντίστροφη μετανάστευση. Συνεπώς, ο καρκίνος παχέος εντέρου θεωρείται νόσος κυρίως περιβαλλοντικής αιτιολογίας, ενώ το 70.8% των περιπτώσεων της νόσου έχει συσχετιστεί με περιβαλλοντικά ερεθίσματα [17]. Επομένως, η

κατανόηση της παθογένειας της νόσου σε συνδυασμό με επιδημιολογικές παρατηρήσεις συντελεί στην ανάδειξη των παραγόντων κινδύνου, με απώτερο σκοπό την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης.

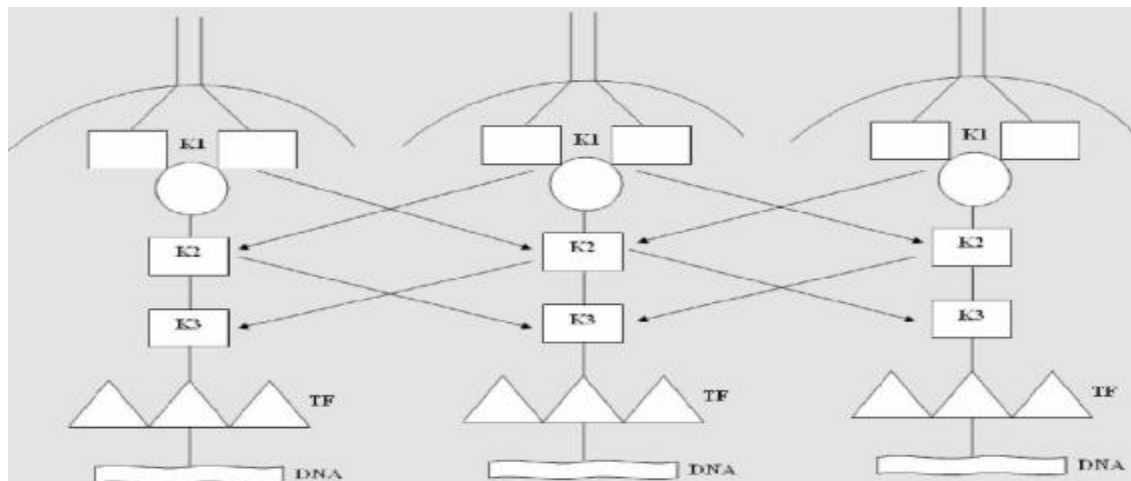
Μεγάλες διαφορές υπάρχουν και στα ποσοστά επιβίωσης με βάση το στάδιο της νόσου, το οποίο θεωρείται ο πλέον κρίσιμος προγνωστικός παράγοντας. Επίσης, έντονες διαφορές παρατηρούνται και στη θνητότητα των ασθενών στα διάφορα βιομηχανοποιημένα κράτη (εικόνα 10). Το γεγονός αυτό δεν εξηγείται εύκολα, αλλά μπορεί να αποδοθεί στο στάδιο της νόσου τη χρονική στιγμή της διάγνωσης ή/και στην επιλογή θεραπευτικής μεθόδου.

Σε ό,τι αφορά στο φύλο και την ηλικία, ο καρκίνος του παχέος εντέρου παρατηρείται κυρίως σε άνδρες άνω των 50 ετών. Οι περιπτώσεις εμφάνισης της νόσου πριν την ηλικία των 40 ετών είναι λίγες (6-8%) και σχετίζονται συνήθως είτε με ισχυρή γενετική προδιάθεση ή με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου [18]. Ενώ στο παρελθόν η νόσος εντοπιζόταν κυρίως στο αριστερό κόλον (σιγμοειδές και ορθό), πρόσφατα παρατηρείται αύξηση της συχνότητας εντόπισης στο δεξιό κόλον. Το γεγονός αυτό επιτείνει ιδιαίτερα τη σημασία της δευτερογενούς πρόληψης, διότι το αδενοκαρκίνωμα δεξιού κόλου συχνά είναι ασυμπτωματικό για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η ανεύρεση ενός κακοήθους όγκου σε σιγμοειδοσκόπηση οφείλει να συνοδεύεται από ολική κολονοσκόπηση, διότι στο 5% των περιπτώσεων συνυπάρχει σύγχρονο αδενοκαρκίνωμα, και στο 4% μετάχρονο αδενοκαρκίνωμα εντός χρονικού διαστήματος δύο ετών [19]. Τα αδενοκαρκινώματα είναι συνήθως μη βλενώδη, ενώ ο βαθμός κακοήθειας/διαφοροποίησης ποικίλλει.



Είναι φανερό ότι ενδοκυττάρια υπάρχει πληθώρα σηματοδοτικών μονοπατιών, τα οποία βρίσκονται σε δυναμική κατάσταση αλληλεπίδρασης (cross-talk) (εικόνα 12). Βλάβες στα συστατικά τέτοιων μονοπατιών, από μόνες δεν είναι ικανές να επάγουν καρκινογένεση, αλλά μειώνουν τον ουδό της. Όταν πολλές τέτοιες βλάβες συσσωρευτούν στο κύτταρο, ενεργοποιούνται μηχανισμοί κυτταρικής εξαλλαγής. Σε κακοήθειες συμπαγών όγκων, συνήθως απαιτούνται 5-7 τέτοιες βλάβες, ώστε να υπερκεραστεί ο ουδός καρκινογένεσης. Κάποιες βλάβες κληρονομούνται, ενώ άλλες δημιουργούνται υπό την επίδραση εξωγενών παραγόντων. Ο αριθμός των κληρονομήσιμων βλαβών ποικίλλει από άτομο σε άτομο, και εκφράζεται συχνά στα πλαίσια ενός θετικού οικογενειακού ιστορικού.

Εικόνα 12. Cross-talking ανάμεσα σε σηματοδοτικά μονοπάτια

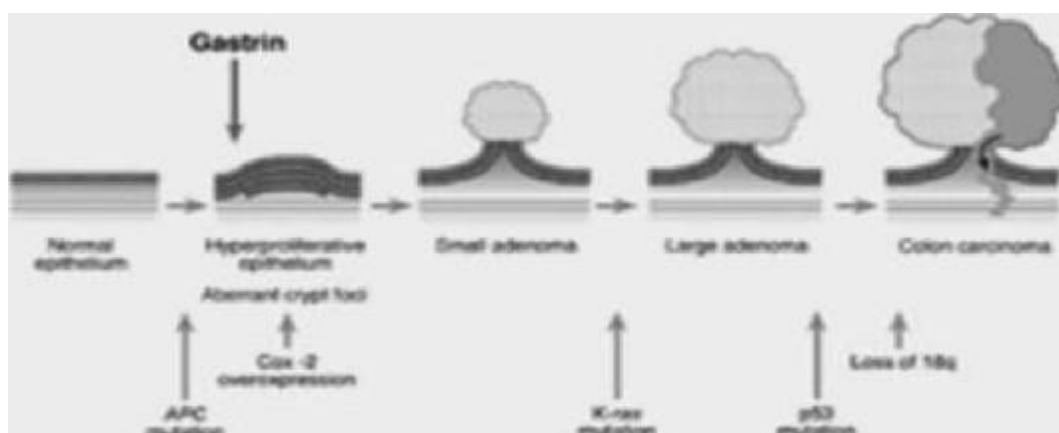


R: υποδοχέας, K1: κινάση 1, K2: κινάση 2, K3: κινάση 3, TF: μεταγραφικός παράγοντας

Το μοντέλο ορθοκολικού αδενώματος-αδenoκαρκινώματος συνιστά κλασικό παράδειγμα μιας τέτοιας πολυσταδιακής διαδικασίας (εικόνα 13). Οι όγκοι του παχέος εντέρου «επάγονται» μέσα από μια σειρά διακριτών κλινικών και ιστοπαθολογικών σταδίων. Αρχικά, περιοχή φυσιολογικού βλεννογόνου καθίσταται υπερπλαστική λόγω μετάλλαξης στο γονίδιο APC με επακόλουθη ανάπτυξη δυσπλαστικής κρύπτης (aberrant crypt foci-ACF) [33]. Στη συνέχεια, υπερέκφραση του γονιδίου COX-2, οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα του ενζύμου, γεγονός που σχετίζεται με ανάπτυξη αδενώματος. Διαδοχικές μεταλλάξεις, όπως αυτές του ογκογονιδίου K-RAS οδηγούν σε μεγαλύτερο μέγεθος αδενώματος και σε μεταπλαστικές περιοχές [39]. Μεταλλάξεις στα ογκοκατασταλτικά γονίδια p16 και p53, παρέχουν πλεονέκτημα επιβίωσης σε μεταπλαστικά κύτταρα, τα οποία επικρατούν [40]. Σε ένα από αυτά τα «προς εξαλλαγή» κύτταρα, μετάλλαξη του γονιδίου DCC, μετατρέπει το κύτταρο σε κακόηθες, ξεπερνώντας όλους τους ενδογενείς

αμυντικούς μηχανισμούς [41]. Η όλη διαδικασία αποτελεί συνέπεια γενετικών αλλαγών σε ογκογονίδια, ογκοκατασταλτικά γονίδια, και σε γονίδια που ρυθμίζουν την απόπτωση [42].

Εικόνα 13. Πολυσταδιακή διαδικασία καρκινογένεσης στο βλεννογόνο παχέος εντέρου (πηγή: www.rcsed.ac.uk/journal/svol2_5/205002.html)



Η διερεύνηση των γενετικών αλλαγών στα αδενώματα και η σύγκρισή τους με τις αντίστοιχες αλλαγές στα αδενοκαρκινώματα παρέχει πληροφορίες σχετικά με την καρκινογένεση στο παχύ έντερο. Ο αριθμός των κυττάρων που συμμετέχει σε κάθε ένα από αυτά τα στάδια καθώς και ο χρόνος παραμονής τους σε κάθε ένα από αυτά δεν είναι γνωστός και ποικίλλει ανά περίπτωση. Κληρονομήσιμες και σωματικές μεταλλάξεις με την επίδραση της «κλωνικής επιλογής» συντελούν στην ανάδειξη ενός κακόηθους κλώνου, ο οποίος στη συνέχεια υφίσταται νέες αλλαγές, δίνοντας γένεση σε υποκλώνους, συχνά πιο επιθετικούς και ανθεκτικούς στη θεραπεία (tumor progression).

2.3 Παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά.

Τα μακροσκοπικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του παχέος εντέρου όπως ποικίλουν σημαντικά. Ο όγκος μπορεί να είναι: εξωφυτικός - πολυποειδής με ενδοαυλική κυρίως επέκταση, ενδοφυτικός - ελκωτικός με κυρίαρχη την ενδοτοιχωματική διήθηση, διάχυτα διηθητικός (πλαστική λινίτιδα) ή δακτυλιοειδής με κυκλοτερή ανάπτυξη και απόφραξη του αυλού. Η αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των τύπων είναι αρκετά συχνή. Στο παχύ έντερο, η διήθηση του χορίου από καρκινικά κύτταρα δεν συνοδεύεται από κίνδυνο μεταστάσεων. Το καθοριστικό χαρακτηριστικό του διηθητικού αδενοκαρκινώματος είναι η διήθηση του υποβλενογόννιου χιτώνα. Βλάβες με μορφολογικά χαρακτηριστικά αδενοκαρκινώματος που εντοπίζονται στο επιθήλιο (in situ αδενοκαρκίνωμα) ή διηθούν το χόριο αλλά δεν διασπύουν την βλενογόνο μυϊκή στιβάδα για να διηθήσουν τον υποβλενογόνο (focal ή ενδοβλενογόνο αδενοκαρκίνωμα), δεν εμφανίζουν κίνδυνο μετάστασης.

Διακρίνονται διάφοροι ιστολογικοί τύποι αδενοκαρκινωμάτων.

- 1) Το βλενώδες αδενοκαρκίνωμα (mucinous adenocarcinoma).
- 2) Το καρκίνωμα με κύτταρα σαν δακτυλίδια με σφραγίδα (signet-ring cell carcinoma).
- 3) Το αδενοπλακώδες καρκίνωμα (adenosquamous - carcinoma).
- 4) Το μυελώδες καρκίνωμα (medullary carcinoma).
- 5) Το αδιαφοροποίητο καρκίνωμα.

Υπάρχουν και άλλοι σπανιότεροι ιστολογικοί τύποι (μικροκυτταρικό, καρκινοσάρκωμα, γιγαντοκυτταρικό, αδenoκαρκίνωμα με νευροενδοκρινή διαφοροποίηση, sprindle cell, clear cell, Paneth cell-rich, stem cell, pigmented).

Σε ότι αφορά το βαθμό διαφοροποίησης / κακοήθειας (grade), τα αδenoκαρκινώματα διακρίνονται σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης και αντίστοιχα σε χαμηλού και υψηλού βαθμού κακοήθειας

Κεφάλαιο 3.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το αδenoκαρκίνωμα του παχέος εντέρου εμφανίζει ένα σχετικά αργό ρυθμό ανάπτυξης. Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού(ο χρόνος δηλαδή που απαιτείται για να διπλασιασθεί σε μέγεθος ο όγκος) του πρωτοπαθούς καρκίνου του παχέος εντέρου έχει υπολογισθεί ότι είναι περίπου 130 ημέρες, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι πολλά χρόνια (τουλάχιστον 5 μπορεί όμως και 10-15 χρόνια) σιωπηρής παρουσίας της νόσου μπορεί να έχουν προηγηθεί προτού να φτάσει ο καρκίνος σε μέγεθος τέτοιο που να δώσει συμπτώματα. Αυτό υποδηλώνει και τη μεγάλη σημασία της πρώιμης διάγνωσης η οποία φυσικά συνοδεύεται και από την καλύτερη πρόγνωση. Για το σκοπό αυτό η American Cancer Society συνιστά το εξής πρόγραμμα: κάθε χρόνο μια δακτυλική εξέταση από το ορθό αρχίζοντας από την ηλικία των 40 ετών.

Μετά την ηλικία των 50 ετών, ένα Hemoccult test κάθε χρόνο για τη βιοχημική ανίχνευση αίματος στα κόπρανα. Στην ηλικία των 50 και 51 ετών μια σιγμοειδοσκόπηση και επανάληψή της κάθε 3-5 χρόνια εφόσον οι δύο αρχικές σιγμοειδοσκοπήσεις ήταν αρνητικές. Άτομα τα οποία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο, όπως π.χ. άτομα με οικογενή πολυποδίαση, ελκωτική κολίτιδα, οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου ή γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των γεννητικών οργάνων, θα πρέπει να ελέγχονται συχνότερα, πλησιέστερα και ο έλεγχος να αρχίζει σε νεότερη ηλικία.

Τα συχνότερα συμπτώματα τα οποία μπορεί να συνοδεύουν ένα καρκίνο του κόλου ή του ορθού συνοψίζονται ως ακολούθως :

- Αλλαγή των συνηθειών του εντέρου με τη μορφή δυσκοιλιότητας, διάρροιας ή συνδυασμό των δύο.
- Αποβολή αίματος με τις κενώσεις.
- Κοιλιακά άλγη.
- Δυσπεπτικά ενοχλήματα.
- Μετεωρισμός της κοιλίας και βορβορυγμοί.
- Ψηλαφητή ενδοκοιλιακή μάζα και επηρεασμός της γενικής κατάστασης του ασθενούς με την έννοια της απώλειας βάρους, αδυναμίας και αναιμίας.

Σε κάθε δεδομένη όμως περίπτωση η εμφάνιση συμπτωματολογίας μπορεί να ποικίλλει από πλήρη έλλειψη συμπτωμάτων που προαναφέρθηκαν. Σε γενικές όμως γραμμές είναι γνωστό ότι οι καρκίνοι του δεξιού κόλου, του αριστερού κόλου και του ορθού χαρακτηρίζονται από ομάδες συμπτωμάτων τα οποία διαφέρουν κάπως μεταξύ τους ανάλογα με την εντόπιση. Το εύρος του αυλού του τυφλού και του ανιόντος είναι περίπου δύομιση φορές μεγαλύτερο από αυτό του

αριστερού κόλου και το εντερικό περιεχόμενο στις μοίρες αυτές είναι υδαρές.

Έτσι, συμπτώματα αποφράξεις του εντέρου δεν είναι συνηθισμένα παρά το γεγονός ότι στην περιοχή αυτή οι ευμεγεθείς, εκπλασθητικοί όγκοι είναι πιο συχνοί. Αμβληρός,ενοχλητικός,σταθερός πόνος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο είναι συχνό σύμπτωμα,όπως συχνή είναι και η ύπαρξη αναιμίας με τα ανάλογα συμπτώματα δηλαδή ωχρότητα,εύκολη κόπωση, αδυναμία, ζάλη,δύσπνοια μετά από κόπωση και αίσθημα καρδιακών παλμών.Η διαπίστωση ανεξήγητης μικροκυτταρικής, υπόχρωμης αναιμίας θα πρέπει πάντα να δημιουργεί υποψίες για την ύπαρξη καρκίνου στο δεξιό κόλο. Στο 10% περίπου των ασθενών με καρκίνο του δεξιού κόλου το πρώτο σημείο της νόσου είναι η ανεύρεση ψηλαφητής μάζας, πολλές φορές επώδυνης, στη δεξιά κοιλία. Η παρουσία μεγάλης απώλειας βάρους, καχεξίας, ικτέρου και ηπατομεγαλίας υποδηλώνουν προχωρημένα στάδια καρκίνου. Στο αριστερό κόλο (για να συνοψιστούν τα συμπτώματα, σαν αριστερό κόλο θεωρείται εδώ το τμήμα από την ηπατική καμπή ως το ορθοσιγμοειδές), το εύρος του αυλού είναι μικρότερο και το εντερικό περιεχόμενο πιο συμπαγές. Δεδομένου ότι στην περιοχή αυτή οι σκίρροι ή δακτυλιοειδείς τύποι καρκίνου είναι πιο συχνοί, προεξάρχουν εδώ τα συμπτώματα της προϊούσας εντερικής απόφραξης. Αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου και κυρίως προοδευτική δυσκοιλιότητα και ελάττωση της διαμέτρου της στήλης των κοπράνων μπορεί να αποτελούν τα πρώτα σημεία της νόσου. Είναι δυνατόν να υπάρχει πρόσμιξη των κοπράνων με βλέννα και αίμα χωρίς όμως να υπάρχει σοβαρή αναιμία.Η παρουσία σοβαρής αναιμίας ή ψηλαφητής μάζας υποδηλώνουν προχωρημένο καρκίνο. Στον καρκίνο του ορθού το κυριότερο σύμπτωμα είναι η αποβολή ζωηρού ερυθρού αίματος με ή χωρίς βλέννα. Η απώλεια αίματος είναι επίμονη,

σπάνια άφθονη και πολύ συχνά δυστυχώς αποδίδεται στην παρουσία αιμορροΐδων.

Τις περισσότερες φορές μια απλή δακτυλική εξέταση λύνει το διαγνωστικό πρόβλημα. Αποφρακτικά φαινόμενα δεν παρατηρούνται επειδή το εύρος της ληκύθου είναι μεγάλο. Υπάρχει συχνά αίσθημα ατελούς αφόδευσης. Κατά κανόνα δεν υπάρχει πόνος, αλλά αν υπάρχει αυτό σημαίνει ευρεία επέκταση της νόσου στα νεύρα ή στα άλλα όργανα της ελάσσοнос πυέλου ή στον πρωκτικό δακτύλιο. Η παρουσία συμπτωμάτων από άλλα όργανα και συστήματα εξαρτάται από τη διήθηση τους από τον ίδιο τον καρκίνο ή από τη συνυπάρχουσα φλεγμονή γειτονικών οργάνων. Έτσι, όταν διηθείται η ουροδόχος κύστη ή ο προστάτης είναι δυνατόν να υπάρχουν συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας. Εάν δημιουργηθεί ορθοκυστικό ή ορθοκολπικό συρίγγιο θα υπάρχει αποβολή αερίων κατά την ούρηση ή από τον κόλπο. Γαστροκολικά συρίγγια με ανάλογη συμπτωματολογία είναι επίσης δυνατόν να δημιουργηθούν από διήθηση του στομάχου από καρκίνο κυρίως του εγκάρσιου κόλου. Η κλινική εξέταση της κοιλίας ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να δείξει την παρουσία ψηλαφητής μάζας κινητής ή καθηλωμένης, μεταστάσεις στον ομφαλό, ηπατομεγαλία, ασκίτη ή διάταση των φλεβών του κοιλιακού τοιχώματος αν υπάρχει απόφραξη της πυλαίας φλέβας.

Η γενική φυσική εξέταση του ασθενούς είναι απαραίτητη τη όχι μόνο για την ανεύρεση απομακρυσμένων μεταστάσεων αλλά και για την εντόπιση παθήσεων άλλων συστημάτων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρόγνωση και τη θεραπεία. Υποπτοι λεμφαδένες θα πρέπει να αφαιρούνται και να εξετάζονται ιστολογικά. Η σημασία της δακτυλικής εξέτασης τονίζεται ιδιαίτερη. Υπενθυμίζεται ότι στο 25% των

περιπτώσεων ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι προσιτός στη δακτυλική εξέταση και στο 50-60% στην ορθοσιγμοειδοσκόπηση.



3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η οριστική λύση του προβλήματος του καρκίνου του παχέος εντέρου, εξαρτάται από την πρόωπη διάγνωσή του και αυτή από την ύπαρξη εύχρηστων και οικονομικών μεθόδων προσυμπτωματικού ελέγχου που να είναι δυνατόν να εφαρμοστούν στο γενικό πληθυσμό. Σήμερα το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που προσέρχονται για θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου αυτού, είναι συμπτωματικοί και στις περιπτώσεις αυτές εύκολα διαπιστώνεται η καθυστερημένη αναζήτηση ειδικής ιατρικής φροντίδας. Συνήθως, παρεμβάλλεται χρονικό διάστημα πλέον των 6 μηνών.

Η διάγνωση επί συμπτωματικών ασθενών, θα τεθεί πρώιμα, εφόσον οι διαταραχές του πεπτικού σωλήνα αξιολογηθούν ειδικά και από τον ασθενή αλλά και από τον θεράποντα ιατρό. Η τελική διάγνωση είναι η συνισταμένη πολλών συνιστωσών:

- 1.της κλινικής εξέτασης, συνδιαζόμενης με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού
- 2.ειδικών και μη εργαστηριακών εξετάσεων
- 3.απεικονιστικών μεθόδων
- 4.ειδικών εξετάσεων.

3.1.1.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Οι νόσοι του παχέος εντέρου μπορεί να εκδηλωθούν με κοιλιακό άλγος, με αλλαγή της εντερικής λειτουργίας υπό μορφή δυσκοιλιότητας ή διάρροιας ή εναλλασσόμενων επεισοδίων αυτών και με αποβολή αίματος ή βλέννας.Το κοιλιακό άλγος μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία ή σε περίπτωση αποφράξεως από διάταση της κοιλίας και αργότερα έμετο.Η κακουχία ή απώλεια βάρους και η αναιμία αποτελούν σπουδαία,αλλά μη ειδικά συμπτώματα. Η εξέταση της κοιλίας μπορεί να αποκαλύψει διάταση, εμφανή μάζα ή και περισταλισμό σε ισχνά άτομα.Το τυφλό είναι μάλλον ψηλαφητό σε ισχνά άτομα, όπως και το κατίον και το σιγμοειδές όταν είναι πλήρη κοπράνων. Τα υπόλοιπα τμήματα του παχέος εντέρου είναι αψηλάφητα,τα κατώτερα όμως δύο τριτημόρια του ορθού είναι προσιτά στη δακτυλική εξέταση από το ορθό.

3.1.2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

A. Γενική αίματος

Γενική ούρων

Λευκώματα ορού

Χολερυθρίνη

Αλκαλική φωσφατάση

Κρεατίνη

Ασβέστιο

B. CEA. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μέτρηση του καρκινοεμβρικού αντιγόνου, όχι τόσο για την τεκμηρίωση της διαγνώσεως ή την πρόωμη διάγνωση ή πρόγνωση της νόσου, όσο για την απώτερη μετεγχειρητική παρακολούθηση του ασθενούς. Το επίπεδο του CEA στον ορό του αίματος μπορεί να είναι αυξημένο στους καπνιστές, στους κίρρωτικούς και στους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, παγκρεατίτιδα και ελκωτική κολίτιδα, αλλά και στους πάσχοντες από καρκίνο του μαστού, του πνεύμονα, του στομάχου και του παγκρέατος και έτσι, η μέτρησή του δεν θεωρείται αξιόπιστη για το γενικό και προγραμματισμένο έλεγχο του πληθυσμού. Στους πάσχοντες όμως από καρκίνο του παχέος εντέρου πρέπει οπωσδήποτε να μετράται το προεγχειρητικό επίπεδο του CEA στον ορό του ασθενούς, για να συγκρίνεται με μετεγχειρητικές μετρήσεις, καθόσον το CEA, ως μετεγχειρητικός δείκτης πρόωμης αναγνωρίσεως τοπικής υποτροπής ή μεταστάσεων έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία.

Αύξηση του επιπέδου του CEA στον ορό του μετεγχειρητικού ασθενούς αναμένεται να παρουσιαστεί στο 80% περίπου εκείνων που παρουσιάζουν τοπική υποτροπή ή μεταστάσεις έως και 6 μήνες πριν από την κλινική εκδήλωση. Η συνδυαστική χρήση της μετρήσεως του επιπέδου του CEA στον ορό του αίματος μετεγχειρητικώς και της αξονικής τομογραφίας θα έχει ως αποτέλεσμα την ανακάλυψη της υποτροπής ή μεταστάσεως σε πάνω από το 90% των ασθενών αυτών

3.1.3. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Απλές ακτινογραφίες θώρακος είναι απαραίτητες και συμπεριλαμβάνονται στον έλεγχο, στα πλαίσια της ρουτίνας.

A. βαριούχος υποκλυσμός

Ο βαριούχος υποκλυσμός διπλής αντίθεσης, ο οποίος γίνεται με εμφύσημα αέρα, είναι αρκετά καλή εξέταση για ανατομικές αλλαγές του παχέος εντέρου όπως εκκολπώματα, στενώσεις, απωθήσεις από εξωεντερικές αιτίες, εξαφάνιση των κωλικών κυψελών, ύπαρξη συριγγίων τα οποία είναι ιδιαίτερα συχνά στη νόσο του Crohn. Δεν μπορεί να διαγνώσει μικρούς πολύποδες, επιφανειακές βλάβες του βλεννογόνου ή αγγειακές δυσπλασίες οι οποίες αποτελούν αιτία αιμορραγίας από το κατώτερο πεπτικό. Πρέπει να γίνεται πολύ καλή προετοιμασία του εντέρου γιατί υπολείμματα κοπράνων στο τοίχωμα του εντέρου μπορεί να θεωρηθούν ως πολύποδες ή νεοπλάσματα. Ο βαριούχος υποκλυσμός αποτελεί βασική εξέταση του παχέος εντέρου σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή περιοχές όπου δεν υπάρχει η δυνατότητα ενδοσκοπικού ελέγχου. Ωστόσο τα τυχόν ευρήματα σε βαριούχο υποκλυσμό, στις περισσότερες περιπτώσεις, χρειάζονται ενδοσκοπική διαγνωστική επιβεβαίωση ή θεραπευτική ενδοσκοπική παρέμβαση. Στα μεγάλα νοσοκομεία ο βαριούχος υποκλυσμός ακολουθεί φθίνουσα πορεία και τείνει να αντικατασταθεί από τον ενδοσκοπικό έλεγχο.



B. Αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία δεν είναι απαραίτητη σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, αλλά είναι πολύ σημαντική στον έλεγχο της εξωτοιχωματικής επέκτασης της νόσου, σε ασθενείς με οστικό καρκίνο. Η αξονική τομογραφία πρέπει να γίνεται μετά από peros χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας με στόχο τη σκιαγράφιση ολόκληρου του γαστρεντερικού σωλήνα. Η εξέταση γίνεται με συνεχείς τομές των 10 mm από το θόλο του διαφράγματος μέχρι του πυελικού εδάφους. Με τον τρόπο αυτό απεικονίζονται πέραν των εντερικών ελίκων και του ορθού, το ήπαρ, τα επινεφρίδια και οι περιοχές όπου μπορεί να έχει αναπτυχθεί μεταστατική λεμφαδενοπάθεια.

Γ. Μαγνητική τομογραφία.

Η μαγνητική τομογραφία είναι η πιο ευαίσθητη μέθοδος στη διερεύνηση του ήπατος για μεταστάσεις ή άλλη βλάβη και έχει πολύ μεγαλύτερη ειδικότητα από την αξονική.

Δ. Ενδοορθική υπερηχοτομογραφία.

Αποτελεί πολύ αξιόπιστη πηγή πληροφοριών για το βάθος της νεοπλασματικής διήθησης στο τοίχωμα του παχέος εντέρου. Επίσης αποκαλύπτει την παρουσία διογκωμένων παραορθικών λεμφαδένων, αλλά μπορεί να διακρίνει μεταξύ νεοπλασματικού και φλεγμονώδους λεμφαδένο. Η αρχή της μεθόδου στηρίζεται στον εξ επαφής ή σχεδόν εξ επαφής έλεγχο των προς εξέταση τμημάτων του πεπτικού σωλήνα με τη χρήση κατάλληλων για το σκοπό αυτό ενδοσκοπίων. Η εξέταση αυτή, δίνει τη δυνατότητα λήψεως βιοψιών από την τυχόν ενδοαυλική βλάβη και επίσης μπορεί να γίνει παρακέντηση με λεπτή βελόνα της υπό εξέταση βλάβης, όταν αυτή εντοπίζεται πέραν του βλεννογόνου, με λήψη υλικού για κυτταρολογική εξέταση.

4.ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Α. δακτυλική εξέταση (πρωκτού και ορθού). Μετά την εφαρμογή προστατευτικού χειροκτίου επισκοπείται και ψηλαφάται η περιπρωκτική περιοχή προς αποκάλυψη τυχόν αποστημάτων, στομιών, συριγγίων ή και όγκων. Στη συνέχεια επαλείφονται με αναισθητική αλοιφή ο πρωκτός και ο δείκτης. Ο εξεταζόμενος προειδοποιείται ότι θα αισθανθεί επιθυμία προς απόδευση και ο δείκτης εισάγεται διαμέσου του πρωκτικού σωλήνα στην ορθική λήκυθο. Στην αρχή επιβάλλεται η αναγνώριση φυσιολογικών οδηγών ανατομικών σημείων, όπως είναι ο ορθοπρωκτικός δακτύλιος, η κορυφή του κόκκυγα πίσω, ο προστάτης εμπρός στους άνδρες, το μέγεθος και τα όρια του οποίου καθορίζονται. Ο τράχηλος της μήτρας στις γυναίκες ψηλαφάται ακριβέστερα με αμφίχειρη

εξέταση με το αριστερό χέρι στο υπογάστριο. Μετά την αναγνώριση των οδηγών αυτών σημείων, ο δείκτης ψηλαφά τα πλάγια και το οπίσθιο τοίχωμα του ορθού για την αναγνώριση οποιασδήποτε ανωμαλίας που εξορμάται από αυτό ή και από εξωορθικούς ιστούς.

Η ψηλαφητή εμβέλεια του δακτύλου φτάνει μέχρι το επίπεδο του ορθομητρικού ή ορθοκυστικού κολπώματος του περιτοναίου, ώστε να καθίσταται αντιληπτή οποιαδήποτε διόγκωση του σιγμοειδούς που βρίσκεται στο πυελικό κόλπωμα του περιτοναίου. Το ίδιο ισχύει και για τους όγκους ή διογκώσεις των έσω γεννητικών οργάνων στις γυναίκες, τις σπερματοδόχους κύστες στους άνδρες, όπως επίσης και για δευτεροπαθείς νεοπλασματικές διηθήσεις στο έδαφος του πυελικού κολπώματος του περιτοναίου. Προς τα πίσω είναι δυνατό να αναγνωρισθούν οπισθοορθικοί όγκοι που εξορμούνται από μεσεγχυματογενή στοιχεία, εκτός βέβαια του κοίλου του ιερού οστού και του κόκκυγα, τα οποία είναι φυσιολογικά οδηγά στοιχεία.



B.Ορθοσιγμοειδοσκόπηση και ολική κολονοσκόπηση.

Γίνονται με τα εύκαμπτα ινοσκόπια, απαιτούν ειδική προετοιμασία για πλήρη καθαρισμό του παχέος εντέρου. Η προετοιμασία γίνεται με υδρική διαίτα 3-4 ημερών και χορήγηση διαφόρων καθαρκτικών σε συνδυασμό με υποκλυσμούς. Η καλή προετοιμασία του εντέρου βοηθά σημαντικά στον καλό και επιτυχή έλεγχο του εντέρου. Με το σιγμοειδοσκόπιο ελέγχεται το παχύ έντερο μέχρι βάθος 50 εκ.. Αυτό όμως καλύπτει το 50% των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου, δεδομένου ότι τα μισά νεοπλάσματα εντοπίζονται σε αυτό το τμήμα. Η κολονοσκόπηση καλύπτει ολόκληρο το παχύ έντερο και μερικές φορές ο ενδοσκόπος μπορεί να εισέλθει και στο τελικό τμήμα του ειλεού. Χρειάζεται ιδιαίτερη εμπειρία από την πλευρά του ενδοσκόπου και σε ένα ποσοστό 5 % δεν είναι δυνατός ο πλήρης έλεγχος



50

Γ. Ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα.

Η ανεύρεση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα, η οποία πρέπει να γίνεται μετά από αποχή από λήψη κρέατος και σε επανειλημμένες εξετάσεις, χρησιμοποιείται ως προληπτική δοκιμασία για τη διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου και κατά επέκταση για μικροσκοπική απώλεια αίματος από τον πεπτικό σωλήνα. Η ανεύρεση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα δεν προδικάζει την ύπαρξη νεοπλασματος αλλά πρέπει να γίνεται έλεγχος για την πηγή προέλευσής της.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται από:

1. παθήσεις του πεπτικού, όπως το γαστροδωδεκαδακτυλι-

κό έλκος, τη χολοκυστοπάθεια,τη σκωληκοειδίτιδα,ιδίως σε καρκίνο του δεξιού κόλου. Η χρόνια αναιμία που ανευρίσκεται στον καρκίνο του δεξιού κόλου μπορεί να αποδοθεί σε ιδιοπαθή αιματολογική νόσο.

2.μεγάλους πολύποδες που δίνουν πολλές φορές τα ίδια συμπτώματα με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Άλλους καλοήθεις όγκους, όπως λίπωμα, ίνωμα, βλεννοκήλη της σκωληκοειδούς, ενδομητρίωση κτλ.

3.άλλες παθολογικές καταστάσεις του παχέος εντέρου που μπορεί να δώσουν την ίδια συμπτωματολογία όπως εκκολπωματίτιδα, ελκώδη κολίτιδα, νόσο του Crohn, οικογενή πολυποδίαση, ισχαιμική κολίτιδα κλπ.

4.από φυματίωση και άλλες φλεγμονές του εντέρου.

Επιπλοκές: Οι επιπλοκές που εμφανίζονται συνήθως είναι:

α) η απόφραξη, β)η διάτρηση,γ)τα συρίγγια(εντεροκολικά, κολοκυστικά, κολοκολπικά),δ)η αποφρακτική νεφρική ανεπάρκεια και σπάνια ε) η μαζική αιμορραγία.

Κεφάλαιο 4

4.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτογενή, η οποία αφορά την αποφυγή παραγόντων κινδύνου, δευτερογενή, η οποία αφορά στην εφαρμογή διαγνωστικών δοκιμασιών με στόχο την πρόωμη διάγνωση της νόσου και τριτογενή που αφορά στην αποκατάσταση της υγείας και ποιότητας ζωής των ασθενών που έχουν ήδη νοσήσει καθώς και την αποφυγή υποτροπών. Ήδη, από την εποχή του Ιπποκράτη, η έννοια της πρόληψης κατέχει σημαίνουσα θέση στην ιατρική πρακτική, διότι χαρακτηρίζεται από αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και στερείται κόστους σε σχέση με τη χορήγηση θεραπείας.

Οι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος παχέος εντέρου φαίνονται παρακάτω

1. Ηλικία (>50 ετών)

2. Διατροφή - υπερβολική κατανάλωση κόκκινου κρέατος, ζωικού λίπους

3. Έλλειψη φυσικής δραστηριότητας

4. Παχυσαρκία

5. Διαβήτης

6. Κάπνισμα

7. Ουρητηροσιγμοειδοστομία

8. Αλκοόλ (κατανάλωση άφθονης ποσότητας μύρας σχετίζεται με καρκίνο ορθού)

9. Φλεγμονώδης νόσος εντέρου, κυρίως ελκώδης κολίτιδα με παρουσία περιοχών δυσπλασίας, >8 χρόνια παρουσία ενεργού νόσου.

10. Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό αδενωματοδών πολυπόδων μεγάλου μεγέθους (>1εκ), αριθμού, με κυτταρολογική ατυπία, χωρίς μίσχο

11. Ατομικό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου

12. Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου: 5 - 10% των ασθενών έχουν κληρονομικές γενετικές ανωμαλίες:

α. Γονίδιο FAP (το φυσιολογικό γονίδιο είναι ογκοκατασταλτικό και μετάλλαξη / αδρανοποίησή του οδηγεί στη δημιουργία αδενωματοδών πολυπόδων στα πλαίσια του συνδρόμου οικογενούς αδενωματοδούς πολυποδίασης).

β. HNPCC: βλάβη σε ένζυμο επιδιόρθωσης του DNA προκαλεί κληρονομικό μη πολυποδιασικό καρκίνο παχέος εντέρου (Lynch Syndrome), με υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη άλλων κακοηθειών, όπως καρκίνο ενδομητρίου (43%) και ωοθηκών. γ. Μετάλλαξη στο γονίδιο I1307k APC, αν και σπάνια στο γενικό πληθυσμό, σχετίζεται με ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου στους Ashkenazi Εβραίους.

δ. Σπάνια σύνδρομα, όπως Gardner, Peutz-Jechers, Turkot, Fraumeni Li, Cowden, Cronchite-Canada.

Η πρωτογενής πρόληψη συνίσταται στη διαδικασία αποφυγής παραγόντων κινδύνου και έχει καίρια σημασία για τη μείωση νοσηρότητας και θνησιμότητας από τη νόσο. Η χημειοπρόληψη στον καρκίνο του παχέος εντέρου συνίσταται στη μακροχρόνια χρήση φυσικών ή/και χημικών παραγόντων, με σκοπό την καθυστέρηση, αναστολή ή αναστροφή της ανάπτυξης αδενωμάτων, αναστέλλοντας τη

διαδικασία της καρκινογένεσης. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα τέτοιων παραγόντων δεν έχει τεκμηριωθεί, με συνέπεια η χορήγησή τους να μην έχει ένδειξη στην κλινική πρακτική. Επίσης, η χρήση τους δεν πρέπει να υποκαθιστά την εφαρμογή προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης. Παραδείγματα παραγόντων χημειοπρόληψης παρατίθενται παρακάτω.

α. Διατροφή πλούσια σε βιταμίνη D, ασβέστιο, πολυβιταμινούχα σκευάσματα πλούσια σε φυλικό οξύ, σελήνιο και φυτικές ίνες

β. Διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης

γ. Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ασπιρίνη, ιβουπροφένη, σουλινδάκη, σελεκοξίμη) λόγω αναστολής COX-2 σχετίζονται με μείωση κινδύνου κατά 20–50% (η χρήση τους περιορίζεται σε υψηλού κινδύνου ασθενείς λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών, π.χ. γαστρίτιδας, πεπτικού έλκους).

δ. Difluoromethyl ornithine (DFMO)

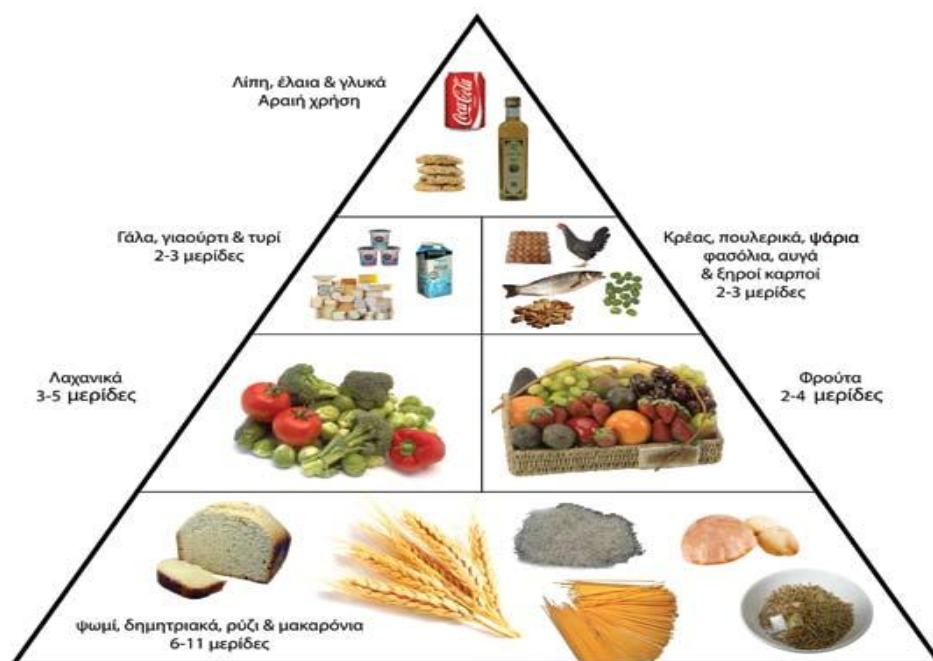
ε. Ορμονική υποκατάσταση

στ. Στατίνες

ζ. Ursodeoxycholic acid (σε ελκώδη κολίτιδα)

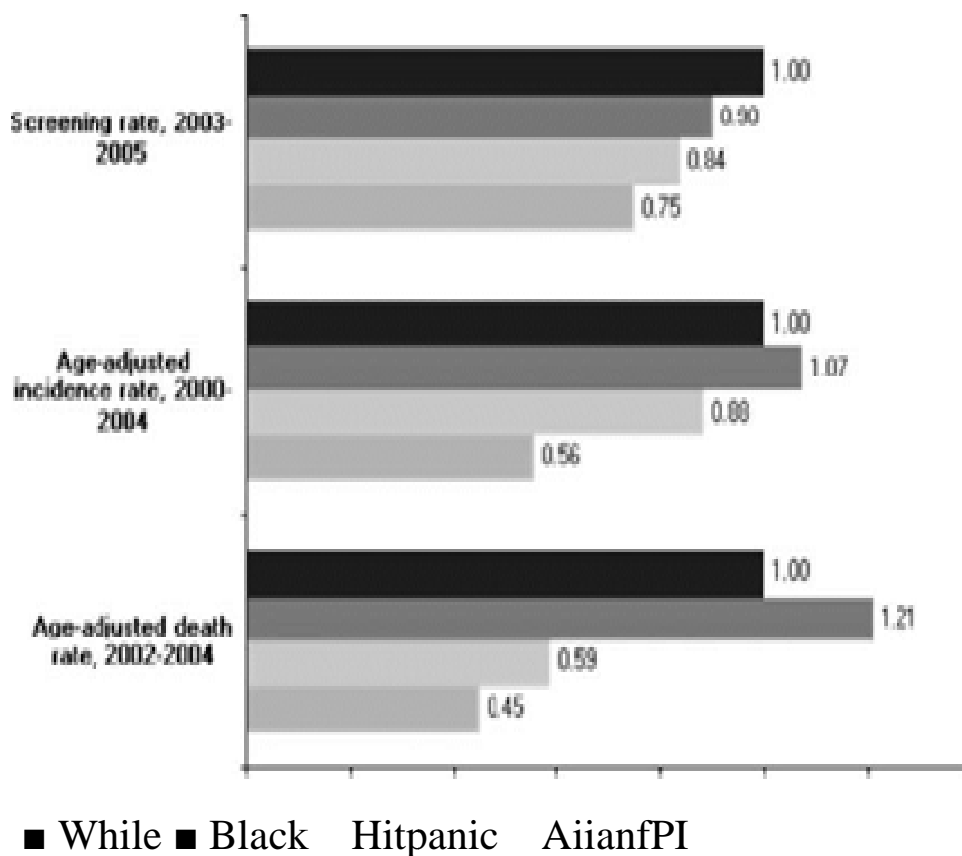
Η δευτερογενής πρόληψη (screening) έχει σημαντικό ρόλο στη μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο, οδηγώντας σε πρόωμη διάγνωση και θεραπεία [67]. Σε ασθενείς >50 ετών απαιτείται ετήσια εξέταση για ανίχνευση αίματος στα κόπρανα (occult blood test) και σιγμοειδοσκόπηση ανά 5 χρόνια ή ολική κολonosκόπηση ανά 10 χρόνια, ή νωρίτερα αν κάποια δοκιμασία είναι θετική. Επίσης, ανεύρεση αδενωματωδών πολυπόδων αποτελεί ένδειξη για επανάληψη ολικής κολonosκόπησης εντός 3-5 ετών. Ατομικό ιστορικό καρκίνου παχέος

εντέρου ή αδενωματώδους πολύποδα και οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου (1ου βαθμού συγγενής <60 ετών / 2 πρώτου βαθμού συγγενείς) αποτελεί ένδειξη για ολική κολονοσκόπηση πριν την ηλικία των 50 ετών. Η δευτερογενής πρόληψη για άτομα υψηλού κινδύνου περιλαμβάνει γενετικές δοκιμασίες με στόχο την αναγνώριση μεταλλάξεων γονιδίων που σχετίζονται με σύνδρομο (π.χ FAP, HNPCC), ετήσια κολονοσκόπηση (από ηλικία 20 ετών) σε ασθενείς με σύνδρομο οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης, ετήσια κολονοσκόπηση με λήψη αντιπροσωπευτικών βιοψιών σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, προληπτική κολεκτομή σε άτομα με σύνδρομο οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης, ή με ελκώδη κολίτιδα και παρουσία δυσπλασίας, πρόωμη έναρξη τακτικών κολονοσκοπήσεων σε ασθενείς με HNPCC και αφαίρεση πολυπόδων.



Τα ποσοστά εφαρμογής δοκιμασιών δευτερογενούς πρόληψης έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, αλλά ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού δεν υποβάλλεται σε τέτοιες δοκιμασίες. Ανάμεσα στο 2002 και 2005, το ποσοστό ατόμων >50 ετών στις Η.Π.Α. που υποβλήθηκε σε προληπτική κολonosκόπηση αυξήθηκε από 42.5% σε 46.8% [68]. Η εφαρμογή προγραμμάτων ενημέρωσης πληθυσμού και ιατρικού προσωπικού είναι απαραίτητη για την αύξηση της αποτελεσματικότητας της δευτερογενούς πρόληψης και συνεπώς τη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας σχετιζόμενης με τη νόσο (εικόνα 18).

Εικόνα 18. Δευτερογενής πρόληψη, επίπτωση και θνησιμότητα ανά εθνικότητα



Soisces. MewJerseyDepatfineni ot'rVe&Sb-aryo Senior Set vices

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη είναι να επισημάνει τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση ή μη του καρκίνου. Πρέπει να εφαρμόσει στην πράξη εκπαιδευτικά και προγράμματα προαγωγής υγείας με σκοπό να αυξήσει τις γνώσεις του κοινού και να αλλάξει κάποιες βλαβερές για την υγεία συνήθειες. Απαραίτητες για τη διενέργεια αυτών των εκπαιδευτικών προγραμμάτων προϋποθέσεις είναι:

- γνώση της πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου.
- Ενημέρωση για τα καινούρια επιτεύγματα της γενετικής.
- Ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου.



Όσον αφορά την δευτερογενή πρόληψη ο ρόλος του νοσηλευτή είναι τριπλός.

1.μπορεί να συμβάλλει στην ανεύρεση των νεοπλασιών και την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου σε στάδιο που επιτρέπει τη θεραπεία.

2.ο νοσηλευτής δύναται να διαδραματίσει ρόλο κλειδί στην αναγνώριση ατόμων υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου.

3.ο νοσηλευτής οφείλει να αυξήσει τη συμμετοχή του κοινού στα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης.

Εν κατακλείδι στον τομέα της τριτογενούς πρόληψης ο ρόλος του νοσηλευτή είναι:

1.ψυχολογική προετοιμασία ασθενούς και της οικογένειάς του για τη χειρουργική επέμβαση

2.προεγχειρητική και μετεγχειρητική παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς

3.ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας του για να αποδεχθούν τη νέα πραγματικότητα.

Κεφάλαιο 5

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι:

1. χειρουργική θεραπεία
- 2 παρηγορική θεραπεία
- 3 συμπληρωματική: α. χημειοθεραπεία
β. Ακτινοθεραπεία

5.1.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στόχοι της θεραπείας του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι:

- 1.η εξαίρεση του καρκίνου.
- 2.η συνεξαίρεση των περιοχών με βέβαιη ή πιθανή λεμφική διασπορά,καθώς και των γειτονικών προς τον όγκο ιστών. Κατά την εγχείρηση επιβάλλεται,πριν από κάθε άλλο εγχειρητικό χειρισμό,η απολίνωση της φλεβικής απαγωγής και ο αποκλεισμός του εντερικού αυλού εκατέρωθεν του όγκου με περίδεση,ώστε να αποφευχθεί η εγχειρητική διασπορά νεοπλασματικών κυττάρων.

Οι εγχειρήσεις σχεδιάζονται κατά τρόπο που συγχρόνως με τον όγκο να συναφαιρείται και ο ιστός εντός του οποίου πορεύονται τα λεμφαγγεία

και οι λεμφαδένες, αλλά να διατηρείται η αγγείωση των διατηρούμενων τμημάτων του εντέρου. Το είδος της εγχείρησης καθορίζεται:

α) από την εντόπιση του όγκου και

β) από το επείγον ή όχι της αντιμετώπισης (αποφρακτικά νεοπλάσματα).

ΕΙΔΗ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Καρκίνος του κόλου

Για καρκίνο του τυφλού, του ανιόντος, της κολικής καμπής, του εγγύς αυτής τμήματος του εγκάρσιου κόλου εφαρμόζεται η δεξιά ημικολεκτομή, (αφαίρεση τμήματος του εγκάρσιου) και ακολουθεί ειλεογκάρσια αναστόμωση. Για καρκίνο του εγκάρσιου κόλου εφαρμόζεται η εγκαρσιεκτομή. Για καρκίνο της αριστερής κολικής καμπής και του κατιόντος εφαρμόζεται η αριστερή ημικολεκτομή (αφαίρεση του περιφερικού εγκαρσίου, του κατιόντος και της αρχής του σιγμοειδούς) και ακολουθεί τελικοτελική εγκαρσιοσιγμοειδική αναστόμωση. Για καρκίνο του σιγμοειδούς εφαρμόζεται η σιγμοειδεκτομή.

Ολική κολεκτομή

και ειλεορθική αναστόμωση εφαρμόζεται συνήθως σε περιπτώσεις σύγχρονων νεοπλασμάτων του δεξιού και του αριστερού κόλου. Σε περιπτώσεις διήθησης από τον καρκίνο παρακείμενων οργάνων, όπως το λεπτό έντερο, ο σπλήνας, ο ουρητήρας, η ουροδόχος κύστη, η μήτρα, οι ωοθήκες, θα πρέπει να γίνεται εκτομή του ορθοκολικού καρκίνου με τα παραπάνω όργανα.

Καρκίνος του ορθού

Οι κυριότερες επεμβάσεις για καρκίνο του ορθού είναι:

A) η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή. Εκτελείται όταν ο όγκος εντοπίζεται χαμηλά στο κάτω τριτημόριο του ορθού, κοντά στον πρωκτικό σωλήνα και δεν είναι δυνατή η αναστόμωση. Αφαιρείται το περιφερικό σιγμοειδές, η ορθοσιγμοειδική καμπή, το ορθό και ο πρωκτικός σωλήνας με συνδυασμένη διακοιλιακή και περινεϊκή προσπέλαση και διενεργείται μόνιμη σιγμοειδοστομία στο αριστερό πλάγιο της κοιλίας.

B) η χαμηλή πρόσθια εκτομή του ορθού. Εφαρμόζεται σε όγκους των οποίων το κατώτερο όριο απέχει 6-8 εκ. από το έξω χείλος του πρωκτού. Ακολουθεί η διενέργεια χαμηλής αναστόμωσης με τη χρήση συνήθως αυτόματων συρραπτικών εργαλείων.

Γ) οπίσθιες προσπελάσεις

- διασφιγκτηριακή μέθοδος. Η προσπέλαση του μέσου και κάτω τριτημορίου του ορθού μπορεί να γίνει με διατομή των σφιγκτήρων. Αυτή η εγχείρηση απαιτεί αφενός εμπειρία και αφετέρου γνώση των σοβαρών επιπλοκών της όπως η ανεπάρκεια των σφιγκτήρων, η ρήξη της αναστόμωσης και ο σχηματισμός συριγγίων.

- διακοκκυγική μέθοδος

1) **εγχείρηση Hartmann**. Εκτελείται όπως η πρόσθια εκτομή, όμως αντί της δημιουργίας αναστόμωσης, το περιφερικό κολόβωμα του ορθού συγκλείεται και το κεντρικό κολόβωμα του κόλου εξωτερικεύεται ως κολοστομία. Η μέθοδος εφαρμόζεται σε περιπτώσεις διάτρησης ή εντερικής απόφραξης από καρκίνο του ορθοσιγμοειδούς, σε βαριά κατάσταση του ασθενούς, σε εκτεταμένη και μη εξαιρέσιμη πυελική νεοπλασία. Μ' αυτή την εγχείρηση μειώνεται ο εγχειρητικός χρόνος και

αποφεύγεται ο κίνδυνος ρήξης της αναστόμωσης. Σε δεύτερο χρόνο, εάν το επιτρέπει η κατάσταση του ασθενούς, αποκαθίσταται η συνέχεια του εντέρου με τη διενέργεια αναστόμωση

Προεγχειρητική φροντίδα

1) Προεγχειρητική ψυχοκοινωνική νοσηλευτική εκτίμηση και παρεμβάσεις : Κάθε χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται από κάποια μορφή συγκινησιακής αντίδρασης του αρρώστου, έκδηλη ή όχι, φυσιολογική ή παθολογική . Οι συγκινησιακές αντιδράσεις μπορεί να επηρεάσουν τη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου, γι'αυτό είναι απαραίτητο να αναγνωρίζονται στην προεγχειρητική περίοδο. Οι προεγχειρητικοί φόβοι που μπορεί να βιώνει ο άρρωστος είναι :

- ✓ Φόβος της νάρκωσης
- ✓ Φόβος του άγνωστου
- ✓ Φόβος αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου (κολοστομία).
- ✓ Φόβος αποχωρισμού από τα οικεία υποστηρικτικά συστήματα και από προηγούμενες δραστηριότητες.

Ο νοσηλευτής εξαιτίας της εγγύτητάς του με τον άρρωστο, είναι το άτομο στο οποίο αυτός εμπιστεύεται τους φόβους και τα προβλήματά του. Ο νοσηλευτής , με την σειρά του, θα πρέπει να δημιουργεί όλες τις προϋποθέσεις που βοηθούν τον άρρωστο να εκφράζει τις σκέψεις του και να πληροφορεί τον χειρουργό για τους φόβους του, ώστε μαζί να τον προετοιμάσουν για την χειρουργική εμπειρία. Η ψυχολογική ετοιμασία, για το χειρουργικό stress που θα ακολουθήσει , επιτρέπει στον άρρωστο να βιώνει κάποιο βαθμό άγχους.

Η πληροφόρηση που δημιουργεί μέτριο βαθμό άγχους επιτρέπει στον άρρωστο να αυξήσει την ανοχή του στο stress με ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης. Στην προεγχειρητική προετοιμασία δεν θα πρέπει να παραβλέπεται και η σημαντικότητα της πνευματικής θεραπείας. Η πίστη έχει μεγάλη υποστηρικτική δύναμη. Έτσι τα πιστεύω κάθε ατόμου πρέπει να είναι σεβαστά και να υποστηρίζονται. Η σπουδαιότητα της προεγχειρητικής ψυχολογικής προετοιμασίας είναι μεγάλη. Τα ευρήματά της δείχνουν ότι:

- ✓ Βοηθά στην μείωση του άγχους.
- ✓ Μειώνει την δόση του αναισθητικού που χορηγείται κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και των αναλγητικών μετά από αυτή.
- ✓ Συμβάλει στην πιο γρήγορη σταθεροποίηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης μετά την επέμβαση
- ✓ Μειώνει τα επίπεδα των κορτικοειδών ορμονών στο αίμα, που είναι δείκτες της ορμονικής αντίδρασης στο stress.
- ✓ Μειώνει την επίπτωση μετεγχειρητικής λοίμωξης
- ✓ Ενθαρρύνει το άτομο να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στην ανάρρωσή του.
- ✓ Επιταχύνει την ανάρρωση και την έξοδό του από το νοσοκομείο

2) Προεγχειρητική εκπαίδευση του αρρώστου: Η εκπαίδευση και η συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την προεγχειρητική περίοδο έχουν θετική επίδραση στην αίσθηση σωματικής και ψυχολογικής ευεξίας τόσο πριν όσο και μετά τη χειρουργική επέμβαση. Η ενημέρωση του αρρώστου περιλαμβάνει τα εξής :

- Ασκήσεις διαφραγματικής αναπνοής και βήχα Σκοπός της διαφραγματικής αναπνοής είναι η διευκόλυνση της έκπτυξης των πνευμόνων ,η βελτίωση του αερισμού καθώς και η αύξηση της οξυγόνωσης του αίματος, ενώ του βήχα είναι να ρευστοποιηθούν, να κινητοποιηθούν και να αποβληθούν οι εκκρίσεις του αναπνευστικού.Ο άρρωστος διδάσκεται πώς να εισπνέει αργά από τη μύτη, εκτείνοντας τους κοιλιακούς μύες και να εκπνέει από συρωμένα χείλη, συσπώντας τους κοιλιακούς μύες , ενώ ταυτόχρονα του ζητάμε να υποστηρίζει την τομή του τραύματος.
- Ασκήσεις κάτω άκρων και αλλαγής θέσεως στο κρεβάτι. Σκοπός των ασκήσεων αυτών είναι η βελτίωση της κυκλοφορίας για πρόληψη φλεβικής στάσης και άριστη ανταλλαγή αερίων. Ο άρρωστος εκπαιδεύεται προεγχειρητικά για τις αλλαγές θέσης στο κρεβάτι προκειμένου η διαδικασία αυτή μετεγχειρητικά να είναι λιγότερο επώδυνη . Οι ασκήσεις κάτω άκρων περιλαμβάνουν έκταση και κάμψη των αρθρώσεων γόνατος και ισχίου καθώς και κυκλικές ασκήσεις ποδοκνημικής άρθρωσης .

3) Φυσική νοσηλευτική εκτίμηση και παρεμβάσεις :

Σκοπός της είναι η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου , η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με τη μείωση πηγών , η πρόληψη των επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης του αρρώστου. Η φυσική νοσηλευτική εκτίμηση πριν την χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει :

α) Θρεπτική και υδατοηλεκτρολυτική κατάσταση:

Σχετίζεται άμεσα με την ενδοεγχειρητική επιτυχία και τη μετεγχειρητική ανάρρωση . Ο άρρωστος που βρίσκεται σε καλή

θρεπτική κατάσταση προεγχειρητικά είναι καλύτερα προετοιμασμένος να

Χειριστεί το χειρουργικό stress και να επιστρέψει σε άριστη υγεία μετά τη χειρουργική επέμβαση. Κύρια θρεπτικά προεγχειρητικά προβλήματα είναι η καχεξία και η παχυσαρκία. Ο καχεκτικός άρρωστος βρίσκεται σε μειονεκτική θέση και αυτό γιατί :

- 1) Έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό stress.
- 2) Είναι επιρρεπής σε λοιμώξεις εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας των βλεννογόνων των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα .
- 3) Είναι επιρρεπής σε shock και αιμορραγία εξαιτίας υποπρωτεϊναιμίας από παρατεταμένο αρνητικό ισοζύγιο αζώτου.
- 4) Καθυστερεί η επούλωση του τραύματός του εξαιτίας μειωμένων αποθεμάτων πρωτεΐνης και βιταμίνης C.

Παρέμβαση

- Δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνες (κρέας, γάλα , αυγά και τυρί) και υδατάνθρακες και φτωχή σε λίπος.
- Συμπληρωματικά υγρά γεύματα , όπως γάλα εμπλουτισμένο με σκόνη γάλακτος.
- Χορήγηση υδρολυμένων πρωτεϊνών από το στόμα.
- Πιθανόν και ολική παρεντερική τροφή.

Τέλος διαταραχές στους ηλεκτρολύτες και στα υγρά του σώματος είναι συνήθεις σε πολλούς χειρουργικούς αρρώστους. Γι' αυτό πρέπει να

τεκμηριώνονται και να διορθώνονται προεγχειρητικά ιδίως εκείνες του καλίου , του ασβεστίου και του μαγνησίου .

β) Αναπνευστική κατάσταση :

Για την εκτίμησή της ο νοσηλευτής σημειώνει βράχυνση αναπνοής , δύσπνοια , θωρακαλγία και βήχα με άφθονη πυώδη απόχρεμψη . Ο άρρωστος ρωτάται για τις καπνιστικές του συνήθειες. Γίνεται ακτινογραφία θώρακα , προσδιορισμός αερίων αρτηριακού αίματος για εξασφάλιση δεδομένων βασικής γραμμής και μελέτες πνευμονικής λειτουργίας . Ο άρρωστος θεωρείται έτοιμος για χειρουργείο μόνο όταν εξασφαλιστεί η άριστη δυνατή λειτουργία . Το κάπνισμα διακόπτεται 4-6 εβδομάδες πριν από την επέμβαση .

γ) Καρδιαγγειακή κατάσταση:

Ο σκοπός στην προετοιμασία οποιουδήποτε αρρώστου για χειρουργείο είναι να έχει ένα καρδιαγγειακό σύστημα ικανό να ανταποκριθεί στις ανάγκες σε οξυγόνο , υγρά και θρεπτικές ουσίες . Οι άρρωστοι εκτιμώνται προσεκτικά για:

- Υψηλή αρτηριακή πίεση.
- Αραιό, συχνό ή ανώμαλο σφυγμό .
- Οίδημα.
- Κυάνωση.
- Ψυχρότητα άκρων.
- Αδυναμία και βράχυνση αναπνοής .

Η εκτίμηση ολοκληρώνεται με ηλεκτροκαρδιογράφημα και εργαστηριακές εξετάσεις. Η προεγχειρητική θεραπεία περιλαμβάνει

ανάπαυση, υπονατριούχο ή υποχοληστερινούχο δίαιτα, δακτυλίτιδα σε καρδιακή ανεπάρκεια και συνεχή χορήγηση υγρών .

δ) Ηπατική και νεφρική λειτουργία:

Για την επαρκή απομάκρυνση των φαρμάκων από το στόμα , αναισθητικών μέσων , άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού και των τοξινών είναι απαραίτητη η καλή λειτουργία του ήπατος και των νεφρών. Άρρωστοι με ιστορικό αλκοολισμού ή ασκίτη έχουν ανάγκη προσεκτικής εξέτασης για διαπίστωση ηπατικής πάθησης. Επειδή αυτά τα άτομα παρουσιάζουν συνήθως υποθρεψία και εξασθένηση , τους χορηγούνται υπερθερμιδική δίαιτα , ενδοφλέβια διαλύματα και βιταμίνες . Η εκτίμηση της κατάστασης του ουροποιητικού γίνεται με παρακολούθηση για συμπτώματα συχνουρίας , δυσουρίας , ολιγουρίας και για ούρα (πρωινά) χαμηλού ειδικού βάρους . Η εκτίμηση συμπληρώνεται με ανάλυση ούρων, εξέταση ουρίας και κρεατινίνης αίματος .

ε) Ενδοκρινική λειτουργία :

Καταστάσεις που μπορεί να αυξήσουν τον χειρουργικό κίνδυνο είναι ο υπερθυρεοειδισμός , ο υποθυρεοειδισμός και ο σακχαρώδης διαβήτης. Συνεπώς πρέπει να αναγνωρίζονται και να θεραπεύονται προεγχειρητικά . Η παρέμβαση περιλαμβάνει την συχνή παρακολούθηση των επιπέδων γλυκόζης του αίματος και τη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη.

στ) Αιματολογική λειτουργία :

Οι ασθενείς εκτιμώνται προσεκτικά για :

- Ύπαρξη ιστορικού αιμορραγικής διάθεσης ή θρόμβωσης .
- Συμπτώματα όπως μώλωπες , υπερβολική αιμορραγία μετά από μικροτραυματισμούς και ρινορραγίες
- Παρουσία ηπατικής ή νεφρικής πάθησης.

- Χρήση αντιπηκτικών.
- Παθολογικό χρόνο πήξης , χρόνο προθρομβίνης και αριθμό αιμοπεταλίων.

Παρέμβαση

- Διόρθωση κάθε διαταραχής προεγχειρητικά.
- Εξασφάλιση αίματος , μετά από προσδιορισμό ομάδας και διασταύρωση.

ζ) Ανοσολογική λειτουργία :

Σκοπός της εκτίμησης είναι η διαπίστωση ύπαρξης ιστορικού αλλεργίας. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η αναγνώριση και τεκμηρίωση ευαισθησίας σε ορισμένα φάρμακα καθώς και αντιδράσεων που τυχόν παρουσίασε ο άρρωστος σε μετάγγιση . Στην εκτίμηση συμπεριλαμβάνεται ο έλεγχος για ύπαρξη ιστορικού ανοσοκαταστολής εξαιτίας θεραπείας με κορτικοστεροειδή , ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας. Η παρέμβαση περιλαμβάνει την παρακολούθηση για εκδήλωση και των πιο ελαφρών συμπτωμάτων λοίμωξης και την εφαρμογή σχολαστικής άσηπτης τεχνικής κατά την φροντίδα τους.

η) Χρήση φαρμάκων :

Πολλοί άρρωστοι παίρνουν φάρμακα με ή χωρίς συνταγή , τα οποία αυξάνουν τον μετεγχειρητικό κίνδυνο , επειδή μπορεί να επιδρούν στο χρόνο πήξής να αλληλεπιδρούν δυσμενώς με τα αναισθητικά μέσα . Ο νοσηλευτής πρέπει να ρωτά προσεκτικά τους ασθενείς για τα φάρμακα τα οποία λαμβάνει , ώστε να εξασφαλίζεται η λήψη ενός πλήρους ιστορικού.

⊕) Ηλικιακή κατάσταση :

Η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου . Ο οργανισμός των ηλικιωμένων έχει μειωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας για ομοιόσταση , με αποτέλεσμα την μικρότερη αντοχή στο stress. Συχνά υπάρχει αναιμία , που στερεί τον οργανισμό του ηλικιωμένου από τα κύρια κανονιστικά συστήματα της αιμοσφαιρίνης . Ο νοσηλευτής πρέπει να προβεί σε μια ολοκληρωμένη και προσεκτική εκτίμηση της κατάστασής του προεγχειρητικά , προκειμένου να διαπιστωθούν καταστάσεις που πρέπει να διορθωθούν και να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Παρέμβαση

- Μέτρηση του όγκου των αποβαλλομένων ούρων, δοκιμασίες ελέγχου νεφρικής λειτουργίας.
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Διόρθωση θρεπτικής κατάστασης
- Διόρθωση τυχόν αναιμίας με μικρές και συχνές μεταγγίσεις.

4) Προετοιμασία την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης:

Η ετοιμασία του αρρώστου το απόγευμα της προηγούμενης ημέρας περιλαμβάνει:

1. Ετοιμασία του δέρματος:

Γίνεται καθαρισμός του δέρματος με χρήση κατάλληλου αντισηπτικού διαλύματος και αποτρίχωση του εγχειρητικού πεδίου. Ο νοσηλευτής σημειώνει τυχόν λύση ή σημεία λοίμωξης του εγχειρητικού πεδίου.

2. Ετοιμασία της γαστρεντερικής οδού :

Περιλαμβάνει την προετοιμασία του εντέρου για την επικείμενη επέμβαση η οποία :

- Αποσκοπεί στην αποφυγή της ακούσιας εκκένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι , λόγω της μυϊκής χάλασης που προέρχεται από την νάρκωση.

- Προλαμβάνεται η συλλογή αερίων και η μετεγχειρητική διάταση του εντέρου .Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει τη χορήγηση για 3-4 μέρες τροφών χωρίς υπόλειμμα και άφθονα υγρά καθώς και καθαρισμό του εντέρου με υποκλυσμό.

3. Ετοιμασία για αναισθησία και προαγωγή ανάπαυσης και ύπνου :

Τη νύχτα πριν την επέμβαση επιδιώκεται εξασφάλιση ύπνου , με χορήγηση ηρεμιστικών , σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Ο νοσηλευτής παίρνει όλα τα κατάλληλα μέτρα , όπως μείωση του φωτός, ελάττωση των θορύβων και απομάκρυνση επισκεπτηρίου για την υποβοήθηση του ύπνου.

5) Άμεσες προεγχειρητικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις :

Για την ασφάλεια του αρρώστου κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, ο νοσηλευτής , πριν από την μεταφορά του στο χειρουργείο :

- Καταγράφει τα ζωτικά του σημεία . Εξαιτίας άγχους αναμένεται κάποια αύξηση στην αρτηριακή πίεση και στην συχνότητα του σφυγμού . Μεγάλες ωστόσο διαφορές από τις βασικές τιμές πρέπει να αναφέρονται στον χειρουργό .

- Επισκοπεί το εγχειρητικό πεδίο για ολοκλήρωση της προετοιμασίας του.
- Ελέγχει και φέρνει σε πέρας οποιαδήποτε ειδική οδηγία , όπως εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα ή έναρξη ενδοφλέβιας γραμμής .
- Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης . Μετρά και καταγράφει την ώρα και το ποσό των ούρων.
- Αφαιρεί κοσμήματα του αρρώστου , ξένες οδοντοστοιχίες , τεχνητά μέλη και ξεβάφει το χρώμα από βαμμένα νύχια.
- Βοηθά τον άρρωστο να φορέσει τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο.
- Χορηγεί τα προαναισθητικά φάρμακα στην ώρα τους με βάση την ιατρική οδηγία.
- Συμπληρώνει και υπογράφει το φύλλο της προεγχειρητικής ετοιμασίας.
- Φροντίζει για την ασφαλή μεταφορά του αρρώστου στο φορείο .

Μετεγχειρητική φροντίδα

1) Αρμοδιότητες του νοσηλευτή

1. Φροντίζει για τη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφευχθεί η έκθεσή του και να μείνει ανοικτός ο αεραγωγός του .
2. Βάζει τον άρρωστο στην κατάλληλη θέση. Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών που μπορεί να αφορούν τους πνεύμονες , το κυκλοφορικό , το ουροποιητικό, το πεπτικό, το τραύμα ,τους μυς και τις αρθρώσεις. Συνεπώς η ύπτια θέση , χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι, χρησιμοποιείται αμέσως μετά την εγχείρηση για τη διευκόλυνση αποβολής εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και απελευθέρωση του

αεραγωγού. Ο άρρωστος μένει στη θέση αυτή μέχρι να ανανήψει πλήρως . Αργότερα μπορεί να τοποθετηθεί σε θέση Fowler ή ημι-Fowler.

3.Ελέγχει:

- Τα ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης.
- Το τραύμα μήπως αιμορραγεί (εξωτερικές γάζες).
- Τη λειτουργία και τη σύνδεση των παροχετεύσεων.
- Το επίπεδο συνείδησης και κίνησης των κάτω άκρων που αφορούν τη νευρολογική κατάσταση του αρρώστου.
- Τη λειτουργία των νεφρών.

Ποσό ούρων , μέτρηση και αναγραφή σε ειδικό πίνακα προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

•Το σημείο φλεβοκέντησης, την ενδοφλέβια έγχυση, τον τύπο διαλύματος , το ρυθμό ροής, την ποσότητα και προβλέπει για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης.

4. Τον προστατεύει από ρεύματα αέρα για να μην κρυώσει 5. Τον ενθαρρύνει να παίρνει βαθιές αναπνοές , να βήχει, να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων και να αλλάζει συχνά θέση στο κρεβάτι.

6. Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και καταγράφει τις νοσηλευτικές ενέργειες.

2) Σίτιση του αρρώστου

Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες χορηγούνται διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών , που δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 3000ml. Η χορήγηση μεγαλύτερης ποσότητας αποφεύγεται για την πρόληψη υπερφόρτωσης

του κυκλοφορικού συστήματος και άλλων διαταραχών. Αφού εγκατασταθεί επαρκής η λειτουργία των νεφρών , χορηγείται καθημερινά κάλιο, αν ο ασθενής δεν σιτίζεται ακόμα από το στόμα. Οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β και C χορηγούνται σε όλους τους αρρώστους που η παρεντερική θεραπεία τους παρατείνεται πέρα από δυο μέρες. Η βιταμίνη C συμβάλλει στην επούλωση του χειρουργικού τραύματος, στην πρόληψη αιμορραγιών, στην άμυνα του οργανισμού στις λοιμώξεις, στην πρόληψη κόπωσης μετά από έντονη μυϊκή προσπάθεια, στην απορρόφηση σιδήρου των τροφών και στον σχηματισμό ερυθροκυττάρων . Η βιταμίνη Β παίζει σημαντικό ρόλο στην παραγωγή των ερεθισμάτων στα περιφερικά νεύρα, στην λειτουργία της γαστρικής έκκρισης, στην διατήρηση της όρεξης και της ευεξίας. Έλλειψη της Β επιφέρει ανορεξία, ατονία του εντέρου (μείωση του τόνου των λείων μυϊκών ινών του τοιχώματος του εντέρου), κόπωση και νευρικότητα. Τα διαλύματα αμινοξέων βοηθούν όταν χορηγούνται μετά την καταβολική φάση . Άλλες πηγές παρεντερικών θερμίδων είναι τα διαλύματα αιθυλικής αλκοόλης και τα γαλακτώματα λίπους. Τα διαλύματα αιθυλικής αλκοόλης όταν χορηγούνται εξασφαλίζουν θερμίδες και κατευνάζουν τον άρρωστο. Όταν επιτραπεί η από του στόματος σίτιση, οι νοσηλευτές ενθαρρύνουν τον άρρωστο να παίρνει υγρά και στην συνέχεια εμπλουτίζεται το διαιτολόγιό του.

3) Έγερση του αρρώστου

Μέσα στις πρώτες 24-48 ώρες από την εγχείρηση, σχεδόν όλοι οι χειρουργημένοι άρρωστοι σηκώνονται από το κρεβάτι. Οι λόγοι της πρώιμης αυτής έγερσης είναι οι εξής :

- Πρόληψη πνευμονικών , αγγειακών, πεπτικών επιπλοκών.
- Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος.

- Μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.
- Συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα.
- Μείωση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Κατά την έγερση, ο ασθενής τοποθετείται πρώτα σε ανάρροπη θέση, ώσπου να βεβαιωθούμε ότι δεν αισθάνεται ζάλη, στη συνέχεια σεκαθιστή θέση με τα κάτω άκρα κρεμασμένα και τέλος σηκώνεται. Αν η έγερση δεν είναι δυνατή, είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι, που φέρουν τα ίδια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση. Αρχίζουν συνήθως στο πρώτο 24 ωρο.

Οι ασκήσεις αυτές είναι :

- ✓ Βαθιές αναπνευστικές κινήσεις, για πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων.
- ✓ Ασκήσεις των βραχιόνων πλήρους τροχιάς στην κατ'ώμων άρθρωση.
- ✓ Ασκήσεις άκρων χεριών.
- ✓ Ασκήσεις άκρων ποδιών.
- ✓ Ασκήσεις προετοιμασίας του αρρώστου για έγερση από το κρεβάτι.
- ✓ Ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών.

4) Φροντίδα του χειρουργικού τραύματος

Ο νοσηλευτής βοηθά το γιατρό στην αλλαγή τραύματος για τους ακόλουθους λόγους:

- ✓ Η ομάδα ως σύνολο δίνει στον άρρωστο πιο επιμελημένη φροντίδα
- ✓ Ο νοσηλευτής παρακολουθεί την κατάσταση του αρρώστου και μπορεί έτσι να του παράσχει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα

- ✓ Φροντίζει για την προμήθεια επιδεσμικού υλικού, ανάλογα με τις ανάγκες και για την απομάκρυνσή του αν είναι μολυσμένο.
- ✓ Αναλαμβάνει την εκτέλεση των αλλαγών, αφού ο γιατρός κάνει τις πρώτες.
- ✓ Καταγράφει στο δελτίο παρακολούθησης του αρρώστου την κατάσταση του τραύματος και του επιδεσμικού υλικού

Πριν από κάθε αλλαγή, ο νοσηλευτής ενημερώνει το ασθενή. Αν νοσηλεύεται σε μεγάλοθάλαμο, σύρονται οι κουρτίνες έτσι ώστε η έκθεση του αρρώστου να είναι η μικρότερη δυνατή. Κατά την νοσηλευτική φροντίδα του χειρουργικού τραύματος ακολουθούνται τα εξής:

- ✓ Πλύσιμο των χεριών πολύ καλά πριν και μετά την νοσηλεία.
- ✓ Χρησιμοποίηση αποστειρωμένου υλικού στις αλλαγές.
- ✓ Αυστηρή τήρηση άσηπτης τεχνικής.
- ✓ Περιορισμός της κίνησης κατά την διάρκεια της αλλαγής.
- ✓ Διατήρηση του αρρώστου καθαρού και του τραύματος στεγνού.
- ✓ Εκτίμηση των ζωτικών σημείων και ιδιαίτερα της θερμοκρασίας.
- ✓ Συγκέντρωση του ακάθαρτου υλικού από το τραύμα με προσοχή και απόρριψή του με ασφαλή τρόπο για την πρόληψη εξάπλωσης της μόλυνσης και σε άλλους αρρώστους .
- ✓ Παρακολούθηση της λειτουργίας των παροχετεύσεων. Η κακή λειτουργία τους συμβάλλει στην κατακράτηση υγρών στο τραύμα. Η φιάλη ή ο πλαστικός σάκος να βρίσκεται πάντοτε χαμηλότερα από το επίπεδο του τραύματος για την πρόληψη της παλινδρόμησης των υγρών προς το τραύμα με αποτέλεσμα την μόλυνσή του.
- ✓ Αξιολόγηση των χαρακτηριστικών του υγρού που παροχετεύεται από το τραύμα(χρώμα, οσμή, ποσότητα).

- ✓ Εκτίμηση της κατάστασης της τομής (ράμματα, κλιπς).
- ✓ Χορήγηση αντιβιοτικών και αντιπυρετικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- ✓ Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειας.

5) Νοσηλευτική αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών

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 shock ανάλογα με την αιτιολογία του διακρίνεται σε υπογκαιμικό, σηπτικό, αναφυλακτικό, καρδιογενές και νευρογενές. Η κλινική εικόνα του αρρώστου σε κατάσταση shock είναι:

- Ωχρότητα προσώπου.
- Ψυχρότητα και εφίδρωση δέρματος.
- Ταχυσφυγμία και υπόταση
- Ανησυχία.
- Ναυτία και εμέτους.

Στην φάση αυτή συνήθως αντιμετωπίζεται γι' αυτό και λέγεται ανατάξιμο shock. 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 shock 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 σεολίσθηση 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 υδρώτες.
- Πτώση θερμοκρασίας.
- Ταχύπνοια.

- Πτώση αρτηριακής και κεντρικής φλεβικής πίεσης.
- Πτώση αιματοκρίτη.
- Παρουσίαση συγχειτικής κατάστασης και απώλεια συνείδησης. Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει τα εξής:
 - Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση Trendelenburg.
 - Τοποθέτηση του σημείου που αιμορραγεί σε ανάρροπη θέση 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 τη 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 τα εξής:

- 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 λοβού του πνεύμονα. Τα αίτια παρουσίας μετεγχειρητικής ατελεκτασίας είναι αφυδάτωση, αναπνευστική καταστολή, εισρόφηση εμεσμάτων-αίματος και μετεγχειρητική διάταση κοιλιάς. Η κλινική εικόνα εκδηλώνεται με βήχα, δύσπνοια και κυάνωση. Η νοσηλευτική φροντίδα για πρόληψη και καταπολέμηση της ατελεκτασίας είναι :

- Παρακίνηση του αρρώστου να αναπνέει βαθιά, να βήχει, να αποβάλλει τις εκκρίσεις, να αλλάζει συχνά θέση στο κρεβάτι και 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 στο 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 σφύξεων και εμετό. 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 σφύξεων, αύξηση της θερμοκρασίας και οιδηματώδες-επώδυνο και ζεστό τραύμα. Η νοσηλευτική 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-Εκ σπλάχνωση: 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 shock. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε ύπτια αναπαυτική θέση με κάμψη των γονάτων για να μειωθεί η κοιλιακή διάταση.
- Τοποθέτηση αποστειρωμένου τετράγωνου βρεγμένο 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.

5.2 ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εάν η περίπτωση ασθενούς με ορθοκολικό καρκίνο χαρακτηριστεί ανεγχείρητη λόγω της τοπικής διασποράς, των πολλαπλών μεταστάσεων ή της γενικευμένης νόσου, τότε θα πρέπει ο χειρουργός να προβεί σε ανακουφιστική επέμβαση για να αντιμετωπίσει διάφορα προβλήματα, όπως εντερική απόφραξη, διάτρηση, τοπική ή γενικευμένη σήψη, συρίγγια, αιμορραγία και πόνο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η παρηγορική θεραπεία θα βελτίωση ή θα ελέγξει αυτά τα προβλήματα και θα δώσει στον ασθενή καλύτερη ποιότητα ζωής.

1.κολεκτομή.

Εάν το επιτρέπει η γενική κατάσταση του ασθενούς και οι τοπικές συνθήκες περί του νεοπλάσματος, η περιορισμένη κολεκτομή με αναστόμωση είναι η καλύτερη.

2.κολοστομία.

Αποτελεί λύση ανάγκης σε περιπτώσεις εντερικής απόφραξης εξαιτίας προχωρημένου ορθοκολικού καρκίνου.

3.ερευνητική λαπαροτομία.

Θέτει τη διάγνωση του ανεγχείρητου καρκίνου ή της γενικευμένης καρκινωμάτωσης της κοιλίας ενώ είναι αδύνατος οποιοσδήποτε ανακουφιστικός χειρουργικός χειρισμός.

4.παράκαμψη.

Σε περιπτώσεις διήθησης ελίκων λεπτού εντέρου και παχέος εντέρου από τη νεοπλασματική μάζα,προτιμάται η παράκαμψη με πλαγιοπλάγια εντεροαναστόμωση ή και ειλεοσιγμοειδική αναστόμωση.

5.ακτινοβολία.

Η εξωτερική ή ενδοορθική ακτινοβολία χρησιμοποιείται για την ανακούφιση ασθενών με ανεγχείρητο ορθοκολικό καρκίνο από σοβαρά συμπτώματα,όπως πόνο, αιμορραγία,τεινισμό.

6.θεραπεία με laser

Τελευταία το laser χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας ή της εντερικής απόφραξης εξαιτίας μη εξαιρέσιμων καρκίνων του παχέος εντέρου.

7.έλεγχος του πόνου.

Τις περισσότερες φορές ο πόνος είναι το σύμπτωμα που θα κληθεί να αντιμετωπίσει ο ιατρός σε προχωρημένες καταστάσεις κακοήθειας.Η σειρά που πρέπει να ακολουθήσει για την ύφεση ή την εξάλειψη του πόνου είναι:

- απλά παυσίπονα.
- Ναρκωτικά φάρμακα από του στόματος ή παρεντερικά.

- Τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα για τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.
- Επισκληρίδια ηλεκτρόδια για την παρεμπόδιση των νευρικών ερεθισμάτων.
- Χορδοτομή σε επιλεγμένες περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του ορθού.

5.3.1 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία συνιστάται στην χρήση φαρμάκων τα οποία καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα. Συνήθως τα φάρμακα χορηγούνται ενδοφλέβια ή από του στόματος. Από τη στιγμή που θα περάσουν στην κυκλοφορία του αίματος διανέμονται σε όλο το σώμα. Όλα τα κυτταροστατικά προκαλούν παρενέργειες ανάλογα με τον τύπο του φαρμάκου, πρώιμες ή όψιμες. Οι παρενέργειες αποτελούν προβλήματα για τον άρρωστο, τα οποία απαιτούν ανάλογη νοσηλευτική αντιμετώπιση. Γι' αυτό οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν πολλές γνώσεις, δεξιότητες, ενδιαφέρον και κατανόηση όταν νοσηλεύουν καρκινοπαθείς, ώστε να τους εμπνέουν εμπιστοσύνη και να τους εξασφαλίζουν άνετο περιβάλλον. Ιδιαίτερη σημασία για τους καρκινοπαθείς έχει η ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση για ό,τι πρόκειται να τους γίνει, τα προβλήματα που ενδεχομένως μπορεί να προκύψουν και ότι σήμερα υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισής τους για την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής.

5.3.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοβολία είναι θεραπεία με ακτίνες υψηλής ενέργειας

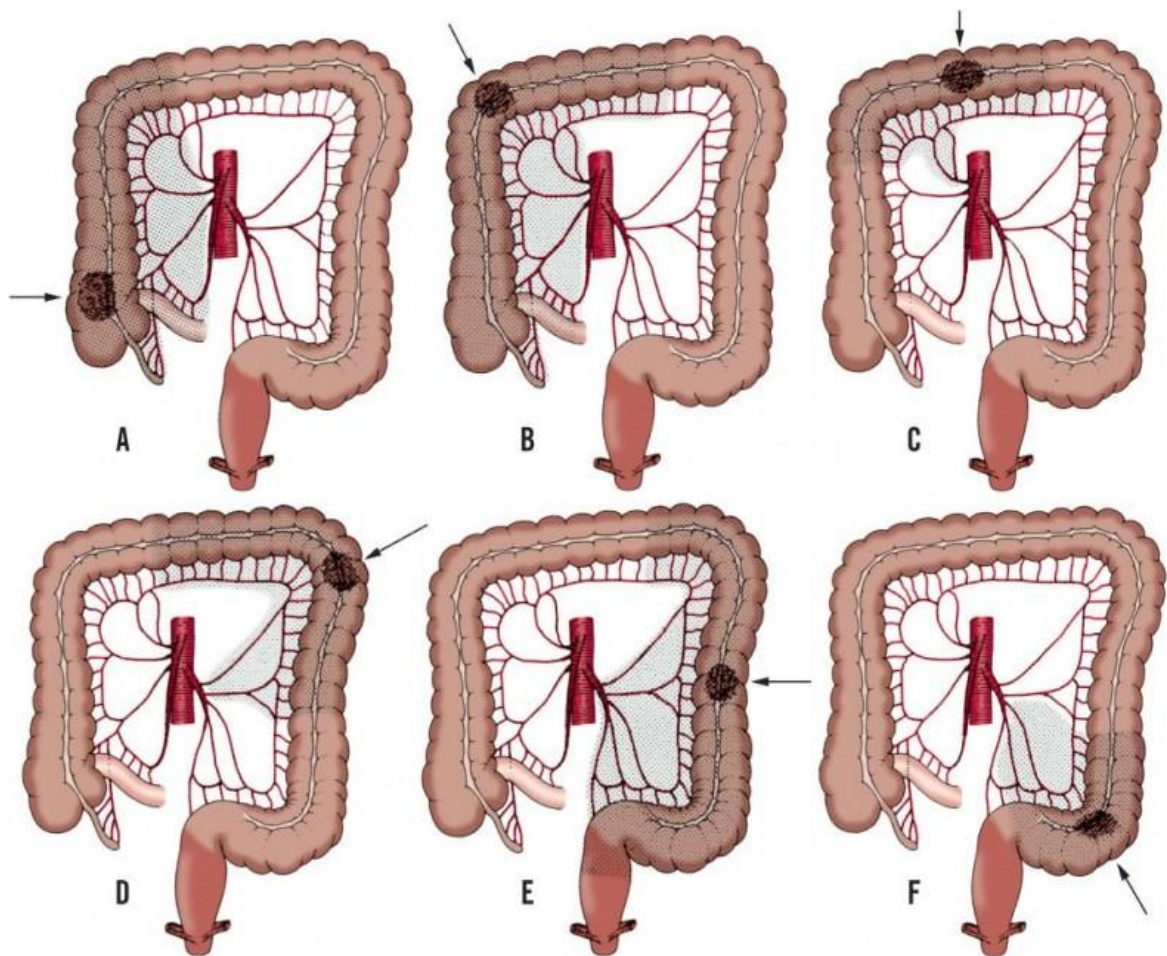
(όπως οι ακτίνες X) οι οποίες καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα. Η ακτινοβολία μπορεί να έρχεται έξω από το σώμα (εξωτερική ακτινοβολία) ή από ραδιενεργά υλικά που τοποθετούνται κατευθείαν στον όγκο (εσωτερική ακτινοβολία). Μετά την εγχείρηση, η ακτινοβολία μπορεί να προσβάλλει μικρές περιοχές του καρκίνου του παχέος που δεν μπόρεσαν να αφαιρεθούν κατά την εγχείρηση. Αν το μέγεθος ή η θέση ενός όγκου κάνει την εγχείρηση δύσκολη, η ακτινοβολία μπορεί να χρησιμοποιηθεί πριν από αυτήν, για να περιορίσει το μέγεθος του όγκου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Κολοστομία είναι ένα παροδικό ή μόνιμο άνοιγμα του κόλου στο κοιλιακό τοίχωμα. Το κόλο έχει δύο λειτουργίες: να συγκεντρώνει και να αποθηκεύει τις περιττωματικές ουσίες και να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες. Και οι δύο αυτές λειτουργίες γίνονται ανεπαρκώς εξαιτίας της κολοστομίας. Το είδος και η συχνότητα της κοπρανόδους απέκκρισης και η τεχνική για την αγωγή της εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την εντόπιση της κολοστομίας.

ΕΙΔΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ



1. Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία.

Συχνά ονομάζονται «στεγνές» κολοστομίες, γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παραγάει σχηματισμένα κόπρανα. Η λύση, ένας υποκλυσμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα, μέσα από το στόμιο, μπορεί να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου.

2. εγκάρσια κολοστομία.

A. το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδες. Έλεγχος με τη βοήθεια των πλύσεων είναι δυνατός σε ορισμένες περιπτώσεις όχι όμως στην πλειοψηφία τους.

B.ο άρρωστος σχεδόν με βεβαιότητα θα χρειάζεται σάκο όλο τον καιρό

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

Εγκάρσιας κολοστο-ίας γίνονται δύο είδη:

- η διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία
- η αγκυλωτή κολοστομία.

Η διπλού αυλού έχει δύο στόμια, ένα ενεργό, το κεντρικό και ένα ανενεργό, το περιφερικό. Είναι συνήθως παροδική. Το ενεργό στόμιο βγάζει τα κόπρανα έξω, παρακάμπτοντας βλάβη ή φλεγμονή του κατώτερου κόλου. 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 λαπαροτομία.

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 εκείνη των δύο στομίων. Όμως μετά την αποκατάσταση του περιφερικού τμήματος του κόλου τα τοιχώματα της αγκύλης, που ράφτηκαν, αφαιρούνται με εντεροτόμο και η συνέχεια του εντέρου αποκαθίσταται χωρίς να είναι απαραίτητη η λαπαροτομία. Η

αγκυλωτή κολοστομία γίνεται σαν έκτακτη διαδικασία σε περίπτωση απόφραξης ή πριν από σχεδιασμένη χειρουργική επέμβαση.

3. ανιούσα κολοστομία.

Το απέκκριμα είναι υδαρές. Ρέει σχεδόν συνεχώς. Υπάρχει το πρόβλημα του ερεθισμού του δέρματος. Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη. Συνήθως η αγωγή της είναι όμοια με εκείνη της ειλεοστομίας. Υλικό εκλογής είναι ο αποχετευόμενος σάκος, προτιμότερο με δακτύλιο από ρητίνη καράγια.

Σκοποί εκτέλεσης της κολοστομίας

1. μπορεί να αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που γίνεται για θεραπεία του καρκίνου του ορθού.
2. μπορεί να γίνει παρηγορητικά σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου.
3. μπορεί να αποτελεί παροδικό μέτρο για την προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για την επούλωση φλεγμαίνοντος εντέρου
4. μπορεί να γίνει παροδικά για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας.

6.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Οι εκτομές του παχέος εντέρου μπορούν να ακολουθηθούν από οποιαδήποτε από τις τοπικές και γενικές επιπλοκές που διέπουν τις μεγάλες ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Οι επιπλοκές όμως που προέρχονται από την κολοστομία είναι οι ακόλουθες:

1.εισολκή.

Είναι βαρύτατη επιπλοκή, ιδιαίτερα όταν ελκωθεί η επιφάνεια του άκρου του εντέρου προς την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Αίτια: είναι η παχυσαρκία, ανάπτυξη παραλυτικού ή αποφρακτικού ειλεού μετεγχειρητικά, απαρασκευάστο έντερο που περιέχει κοπρανώδεις μάζες, ισχαιμία και γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που έχει εξωτερικευτεί.

Θεραπεία: πρόληψη των παραγόντων, που είναι δυνατόν να προληφθούν. Σε εισολκή συνίσταται επανεγχείριση και κατασκευή νέας κολοστομίας.

2.διάτρηση.

Αίτια: τραυματισμός του εντέρου με το ρύγχος της συσκευής των υποκλυσμών. Μπορεί να προκληθεί περιτονίτιδα.

Θεραπεία: αντιμετώπιση της περιτονίτιδας, χειρουργική διόρθωση.

3.περικολική φλεγμονή ή απόστημα.

Αίτια: επιμόλυνση από τα υγρά και το περιεχόμενο της κολοστομίας.

Θεραπεία: αντιβίωση και παροχέτευση της πυώδους συλλογής.

4.συρίγγιο.

Αίτιο: κακή τεχνική των ραφών.

Θεραπεία: κλείνει μόνο του ή επεμβαίνουμε χειρουργικά

5.στένωση.

Αίτια: αποδίδεται σε φλεγμονή. Ο άρρωστος μπορεί να παραπονιέται για δυσκοιλιότητα.

Θεραπεία: διαστολές προσωρινά, χειρουργική επέμβαση.

6.κήλη-πρόπτωση.

Αίτια : αποδίδεται σε αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση. Στα παιδιά δε κατά το κλάμα λόγω ελλειπούς ανάπτυξης των κοιλιακών μυών.

Θεραπεία: στην κήλη αρχικά σε ελαφρά ενοχλήματα γίνεται χρήση ζώνης ή χειρουργική διόρθωση ή οποία εφαρμόζεται και στην πρόπτωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία με την μεθοδο την νοσηλευτικής διεργασίας

Χημειοθεραπεία: είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για παραγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της ανάπτυξης και της αναπαραγωγής τους. Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται τη χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, αν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτριών-των και άλλου υγειονομικού προσωπικού. Καθώς μεγαλύτεροι αριθμοί ασθενών δέχονται χημειοθεραπεία όλο και εμπλέκονται περισσότερες/οι νοσηλεύτριες/τες στη φροντίδα του σε ειδικευμένα κέντρα, γενικά νοσοκομεία και στην κοινωνία, αναπτύσσοντας μεγαλύτερη ικανότητα στη νοσηλευτική φροντίδα των χημειοθεραπευτικών αρρώστων.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
1) Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος 2) Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου	1. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας 2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος 3. Η έγκαιρη διαπίστωση	1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης 2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από

<p>(σκούρο δέρμα,αλωπεκία).</p> <p>3) διαταραχή υγρών ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια)</p> <p>4)Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις(ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή)</p> <p>5)διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες</p> <p>6) Θρεπτικό ανισοζύγιο</p>	<p>δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους</p>	<p>τη θεραπεία</p> <p>3.Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών</p> <p>4.Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας</p> <p>5.Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά</p> <p>6.Προσεκτική φροντίδα στόματος</p> <p>7.Προστασία αρρώστου από μολύνσεις.</p> <p>8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ</p> <p>9.Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας</p>
--	---	---

		<p>10.Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί τη παροδική αλλαγή του σωματικού ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα</p> <p>11.Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του άρρωστου</p> <p>12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.</p>
--	--	---

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κεφαλαίο 1

1. Stevens A, Lowe J. Human Histology. 2nd edition. Mosby Year Book. 1997.
2. Janqueira LC, Carneiro J. Basic Histology: Text & Atlas. 10th edition. Mc Graw Hill. 2002
3. Teller IC, Beaulieu JF. Interactions between laminin and epithelial cells in intestinal health and disease. Exp. Rev. Mol. Med. 2001.
4. Grapin-Bolton A, Melton DA. Endoderm development, from patterning to organogenesis. TIG 16;3: 124-130. 2000.
5. Roberts DJ. Molecular mechanisms of development of gastrointestinal tract. Dev Dyn 219: 109-120. 2000.
6. Beck F. Homeobox genes in gut development. Gut 51: 450-454. 2002.
7. Montgomery RK, Mulberg AE, Grand RJ. Development of the human gastrointestinal tract: twenty years of progress. Gastroenterology 116: 702-731. 1999.

8. Theodosiou NC, Tabin DJ. Wnt signaling during development of the gastrointestinal tract. *Dev Biol* 259: 258-271. 2003.
9. Karam SM. Lineage commitment and maturation of epithelial cells in the gut. *Frontiers in Bioscience* 4: 286-299. 1999
10. Silberg DG, Furth EE, Taylor JK, Schuck T, Chiou T, Traber P.. CDX1 protein expression in normal, metaplastic, and neoplastic human alimentary tract epithelium. *Gastroenterology*. 113:478-486. 1997.
11. James R, Erler T, Kazenwadel J. Structure of the murine homeobox gene *cdx-2*. Expression in embryonic and adult intestinal epithelium. *J.Biol. Chem* 269:15229-15237. 1994.
12. Hermiston ML, Gordon JI. In vivo analysis of cadherin function in the mouse intestinal epithelium: Essential roles in adhesion, maintenance of differentiation, and regulation of programmed cell death. *J Cell Biol* 129:489-506. 1995
13. Hermiston ML, Wong MH, Gordon JI. Forced expression of E-cadherin in the mouse intestinal epithelium slows cell migration and provides evidence for nonautonomous regulation of cell fate in a self-renewing system. *Genes Dev* 10:985-996. 1996.
14. Hermiston ML, Gordon JI. Inflammatory bowel disease and adenomas in mice expressing a dominant negative N-cadherin. *Science* 270:1203-1207. 1995.

15. Preston SL, Alison MR, Forbaw SJ, Direkze NC, Poulsom R, Wright NA. The new stem cell biology: something for everyone. *J Clin Pathol: Mol Pathol* 56: 86-89. 2003.
16. Powel DW, Mifflin RC, Valentich JD, Crowe SE, Saada JI, West AB. Myofibroblasts. II. Intestinal subepithelial myofibroblasts. *Am. J. Physiol.* 277: C183-201. 1999.
17. Van de Wetering M, Clevers H. The P-catenin-TCF-4 complex imposes a crypt progenitor phenotype on colorectal cancer cells. *Cell* 111: 241-250. 2002.
18. Bach SP, Reneham AG, Potten CS. Stem cells: the intestinal stem cell as a paradigm. *Carcinogenesis* 21;3: 469-476. 2000.
19. Hamilton SR, Vogelstein B, Rubio CA et al. Carcinoma of the colon and rectum. In: Hamilton SR, Aaltonen LA editors. *Pathology and Genetics of tumors of the Digestive System*. World Health Organization Classification of tumors. Lyon France . IARC Press. 2002.
20. Kumar V, Cotran RS, Robbins SL. *Basic Pathology*. Sixth edition. W.B Saunders company. 1997.
21. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fisher JE, Galloway AC. *Principles of surgery*. Seventh edition. Mc Graw Hill. 1999.

22. Thun MJ, Henley SJ, Patrono C. Non Steroidal Anti-inflammatory Drugs as anticancer agents: mechanistic, pharmacologic and clinical issues. *J Natl Cancer Inst* 94; 4: 252-266. 2002.
23. Alexander N, Wong CS, Pignatelly M. B-catenin-a linchpin in colorectal carcinogenesis. *Am J Pathol* 160 :389-402. 2002.
24. Potter JD. Colorectal cancer: molecules and populations. *J Natl Cancer Inst.* 91 916-932. 1999.
25. Fearon ER, Vogelstein B. A genetic model for colorectal tumorigenesis. *Cell* 61 759-767. 1990.
26. Cho KR, Vogelstein B. Genetic alterations in the adenoma-carcinoma sequenc *Cancer* 70: 1727-31. 1992.
27. Pharoach PDP, Caldas C. Molecular genetics and the assesment of human cance* *Exp. Rev. Mol. Med.* 1999.
28. Bright-Thomas RM Hargest R. APC, b-catenin and hTCF4; an unholy trinity in \ genesis of colorectal cancer. *Ejso* 29: 107-117. 2003.
29. Oving IM, Clevers HC. Molecular causes of colon cancer. *Eur J Clin Invest* 448-457. 2002.
30. Μηνά Κ. Παπακύριλλου, εγχειρίδιο περιγραφικής ανατομικής του ανθρώπου, Κοζάνη Ιούλιος 1982.
31. Sobotta, Άτλας ανατομικής του ανθρώπινου σώματος, 2^η Ελληνική έκδοση.
32. Ι. Αγοραστός, διαγνωστική προσέγγιση νοσημάτων παχέος εντέρου.

33. Αθανάτου Ε. «παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική», Αθήνα 2004.
34. Ιακωβίδου ; «φροντίδα αρρώστων με κολοστομία και αποκατάσταση.Ο ρόλος της νοσηλεύτριας Stoma therapist», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, 1991.
35. Σαχίνη-Καρδάση Α. Πάνου Μ. «παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική», 1997.
- 36, Ν. Καλαχάνης, «παχύέντερο», Λίτσας, Αθήνα 1990.
- 37 Ν. Ευγενίδης, «νεοπλάσματα του παχέος εντέρου», εσωτερική παθολογία.
38. Ν.Νάτσικας «παθήσεις παχέος εντέρου και ορθού», Γενική Χειρουργική ΙΙΙ.
39. Γ. Παπαδημητρίου «χειρουργικές παθήσεις του παχέος εντέρου», Γενική Χειρουργική ΙΙ.
40. Α. Σούπαρης «φλεγμονώδεις παθήσεις», Θεσ/νίκη 1998-2000
41. Φούντζηλας Γ. «καρκίνος του κόλου ορθού» θέματα παθολογίας ογκολογίας, 1988.