

**ΠΑΤΡΑ
2015**

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ ANNA
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u>	<u>: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ</u>	<u>6</u>
--------------------------	-------------------------------	-----------------

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u>	<u>: ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ</u>	<u>12</u>
--------------------------	---------------------------------------	------------------

<u>2.1</u>	<u>ΓΕΝΙΚΑ</u>	<u>13</u>
<u>2.2</u>	<u>ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</u>	<u>14</u>
<u>2.3</u>	<u>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</u>	<u>16</u>
<u>2.3.1</u>	<u>Το ΤΥΦΛΟ ΚΑΙ Η ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ</u>	<u>16</u>
<u>2.3.2</u>	<u>Το ΚΟΛΟΝ</u>	<u>17</u>
<u>2.3.3</u>	<u>Το ΑΠΕΥΘΥΣΜΕΝΟ (ΟΡΘΟ)</u>	<u>19</u>
<u>2.4</u>	<u>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</u>	<u>20</u>
<u>2.5</u>	<u>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ</u>	<u>22</u>

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</u>	<u>: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ</u>	<u>25</u>
--------------------------	----------------------------	------------------

<u>3.1</u>	<u>ΓΕΝΙΚΑ</u>	<u>26</u>
<u>3.2</u>	<u>ΔΙΑΤΡΟΦΗ</u>	<u>26</u>
<u>3.3</u>	<u>ΚΑΠΝΙΣΜΑ</u>	<u>28</u>
<u>3.4</u>	<u>ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ</u>	<u>28</u>
<u>3.5</u>	<u>ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ</u>	<u>29</u>
<u>3.6</u>	<u>ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ</u>	<u>29</u>
<u>3.7</u>	<u>ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</u>	<u>30</u>

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</u>	<u>: ΠΡΟΛΗΨΗ</u>	<u>32</u>
--------------------------	-------------------------	------------------

<u>4.1</u>	<u>ΓΕΝΙΚΑ</u>	<u>33</u>
<u>4.2</u>	<u>ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ</u>	<u>33</u>
<u>4.3</u>	<u>ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ</u>	<u>40</u>

4.3.1	<u>ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΦΑΝΟΥΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΤΑ ΚΟΠΡΑΝΑ</u>	42
4.3.2	<u>ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕ ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΤΕΣΤ</u>	44
4.3.3	<u>ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ</u> ΣΦΑΛΜΑ! ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΟΡΙΣΤΕΙ ΣΕΛΙΔΟΛΕΙΚΤΗΣ.	
4.3.4	<u>ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ</u>	46
4.3.5	<u>ΒΑΡΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ</u>	46
4.4	<u>ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ</u>	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ52

5.1	<u>ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</u>	53
5.1.1	<u>ΣΥΣΤΥΜΑ Τ.Ν.Μ.</u>	53
5.1.2	<u>ΣΥΣΤΥΜΑ ΚΑΤΑ DUKES</u>	55
5.2	<u>ΠΡΟΓΝΩΣΗ</u>	56
5.2.1	<u>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ</u>	56
5.2.2	<u>ΒΑΘΜΟΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗΣ</u>	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ59

6.1	<u>ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ</u>	60
6.1.1	<u>ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ</u>	60
6.1.2	<u>ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ</u>	60
6.1.3	<u>ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ</u>	61
6.1.4	<u>ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ</u>	61
6.2	<u>ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΘΕΣΗΣ</u>	62
6.2.1	<u>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΔΕΞΙΟΥ ΚΟΛΟΥ</u>	62
6.2.2	<u>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΕΓΓΑΡΣΙΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΟΥ</u>	63
6.2.3	<u>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ(ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΕΣ)-ΟΡΘΟΥ</u>	64
6.3	<u>ΔΙΑΓΝΩΣΗ</u>	65
6.3.1	<u>ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ</u>	66
6.3.2	<u>ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ</u>	66
6.4	<u>ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ</u>	67
6.5	<u>ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕ ΒΑΡΙΟΥΧΟ ΥΠΟΚΛΙΣΜΟ</u>	68
6.6	<u>ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ</u>	69
6.7	<u>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ</u>	70
6.8	<u>ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ</u>	70
6.9	<u>ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</u>	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....74

7.1	ΓΕΝΙΚΑ.....	75
7.2	ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	75
7.3	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	76
7.3.1	ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ.....	78
7.4	ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	80
7.5	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....86

8.1	ΓΕΝΙΚΑ.....	87
8.2	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ...	87
8.3	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΘΡΕΨΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	88
8.4	ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΠΡΙΝ ΚΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	89
8.4.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	89
8.4.2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	93
8.4.3	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	94
8.5	ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ.....	95
8.5.1	ΔΙΣΚΟΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	97
8.5.2	ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ..... 100

9.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ.....	101
-----	---------------------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 :ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....118

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....121

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει μεγάλη αύξηση στα ποσοστά του ανά τον κόσμο όπου κατέχει την τέταρτη θέση στο σύνολο των καρκίνων. Στην Ευρώπη κατέχει την 3^η θέση μετά την καρκίνο του προστάτη και στην Ελλάδα την 4^η θέση μετά τον καρκίνο του προστάτη.

Σκοπός της εργασίας είναι να αναδειχθεί η σημασία της πρόληψης για την βελτίωση της πρόγνωσης και μείωση της θνησιμότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Σε μεγάλο ποσοστό των καρκίνων η πρόληψη υπερτερεί της θεραπείας. Τα τελευταία χρόνια λαμβάνοντας προληπτικά μέτρα έχει σημειωθεί θεαματική πρόοδος στα ποσοστά νοσηρότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο προληπτικός έλεγχος αποσκοπεί στην πρόωμη διάγνωση της νόσου και τη συντηρητική αγωγή, την ελάττωση της θνησιμότητας και την ποιότητα ζωής. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας στην διεθνή κοινότητα, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες στου κόσμου καταλαμβάνοντας θέση μέσα στις 10 πιο θανατηφόρες ασθένειες. Στην Ελλάδα, αν και η επίπτωσή του είναι από τις χαμηλότερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ωστόσο αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου ετησίως.

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

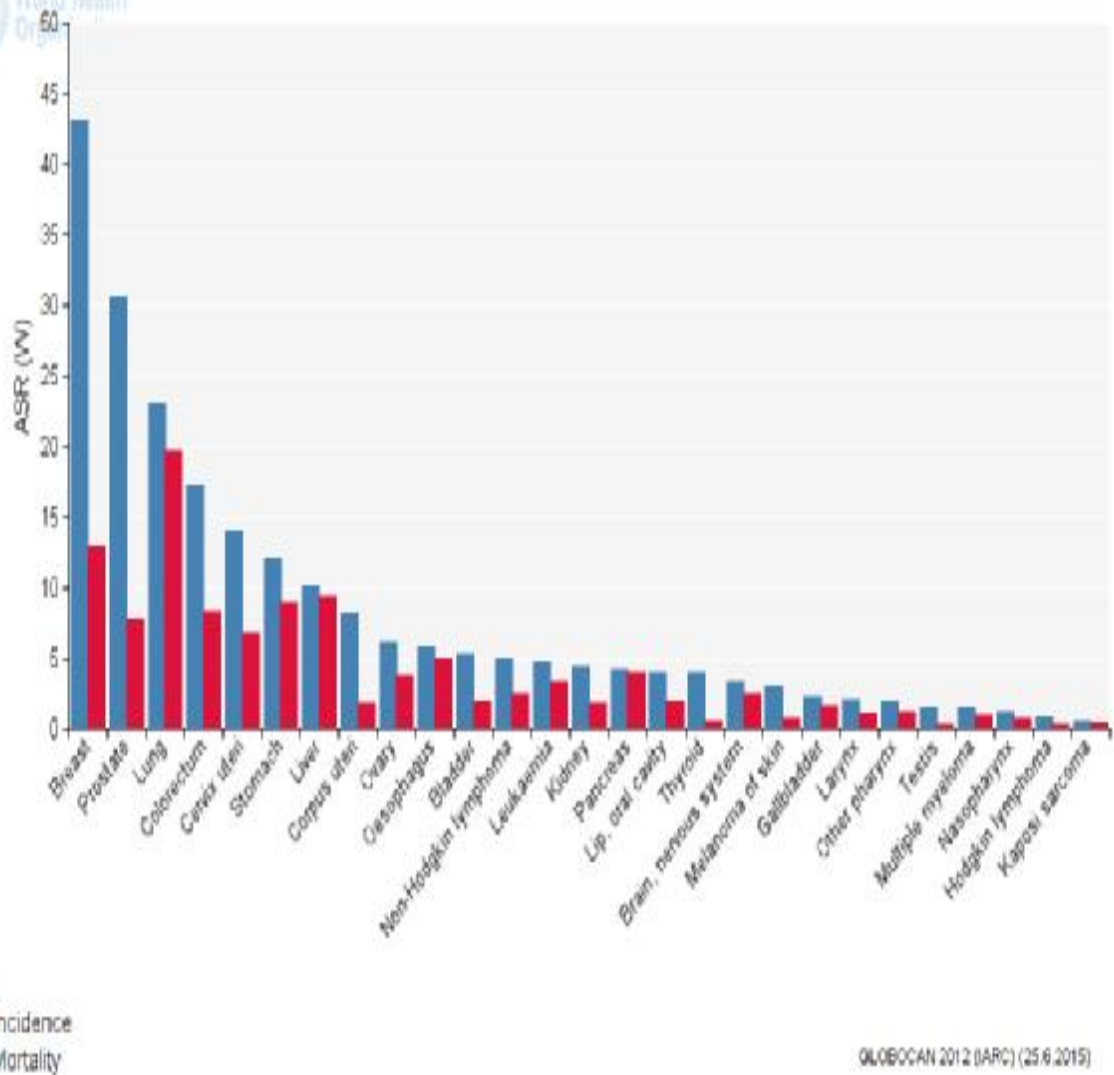
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

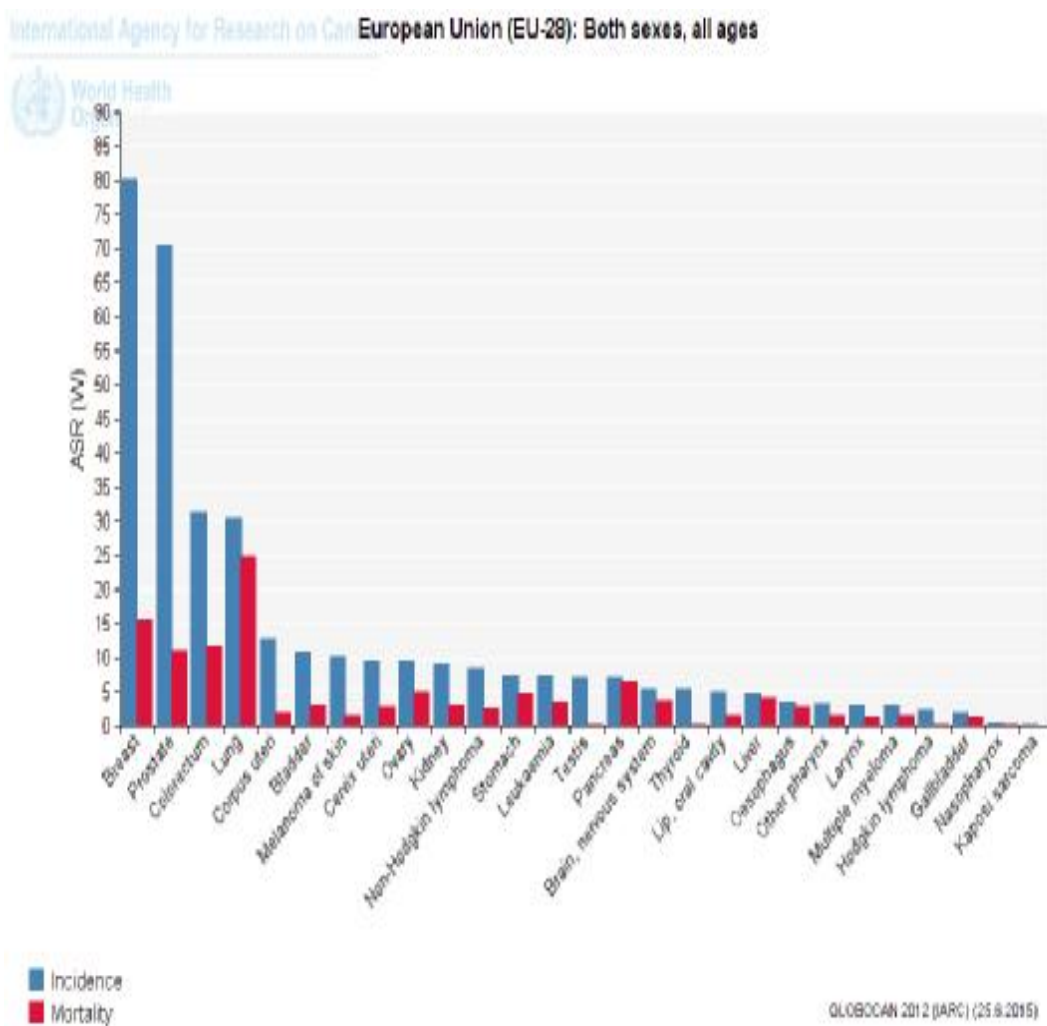
Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε το ποσοστό ανά τον κόσμο όπου ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι 4^{ος} κατά σειρά

International Agency for Research on Cancer

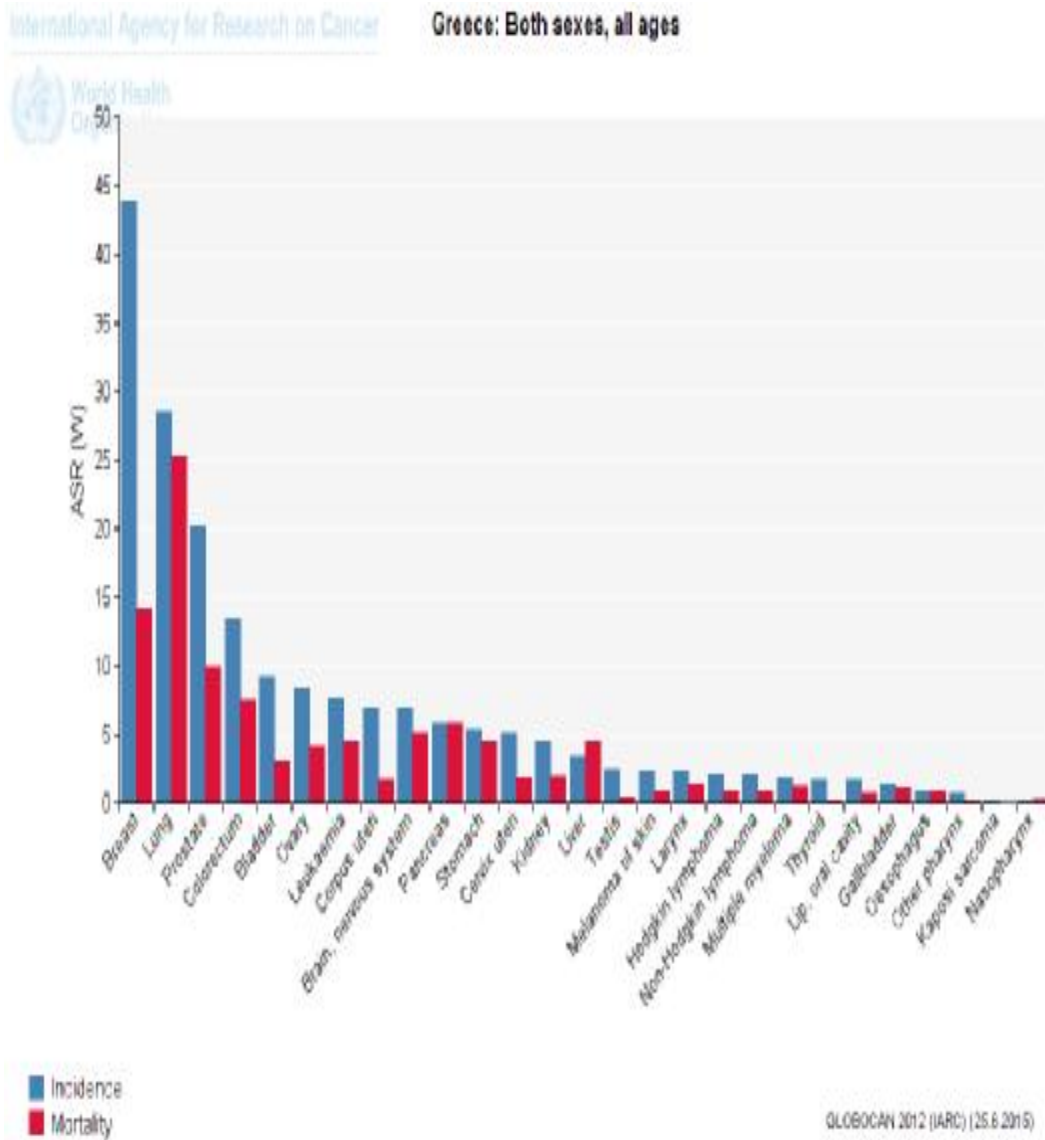
World: Both sexes, all ages



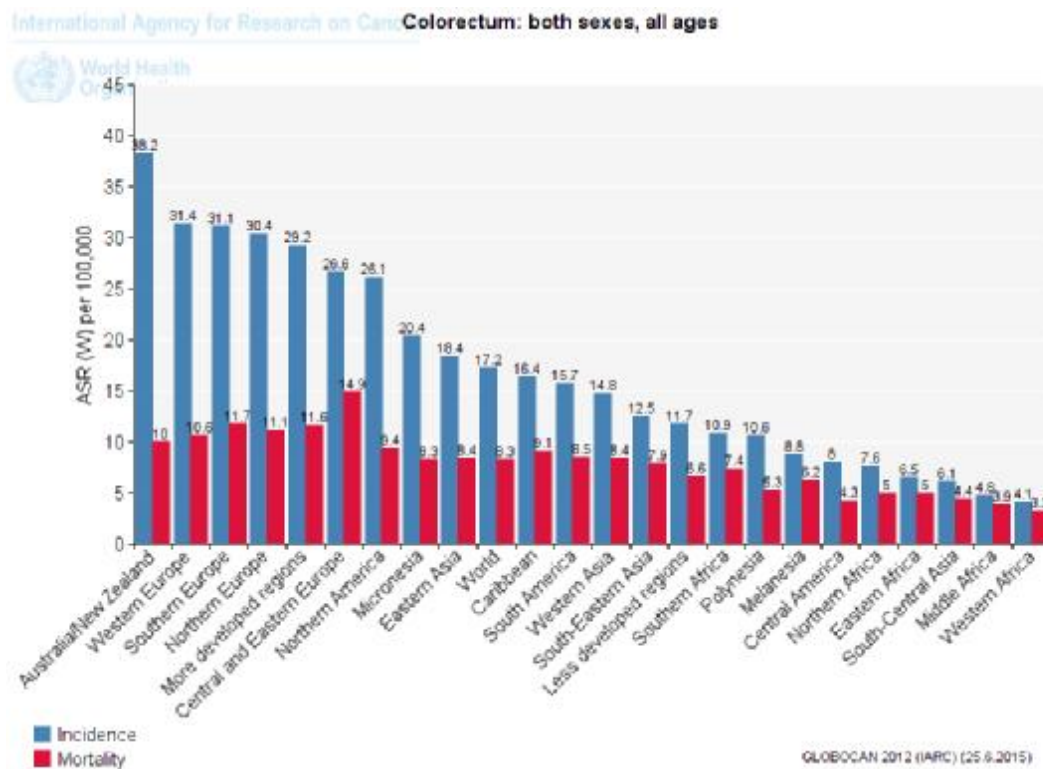
Στον επόμενο πίνακα παρακολουθούμε το ποσοστό του καρκίνου του παχέος εντέρου ανά την Ευρώπη όπου εδώ είναι 3^{ος} κατά σειρά.



Στον επόμενο πίνακα βλέπουμε τον καρκίνο του εντέρου στην Ελλάδα όπου είναι 4^{ος} κατά σειρά μετά τον καρκίνο του προστάτη.

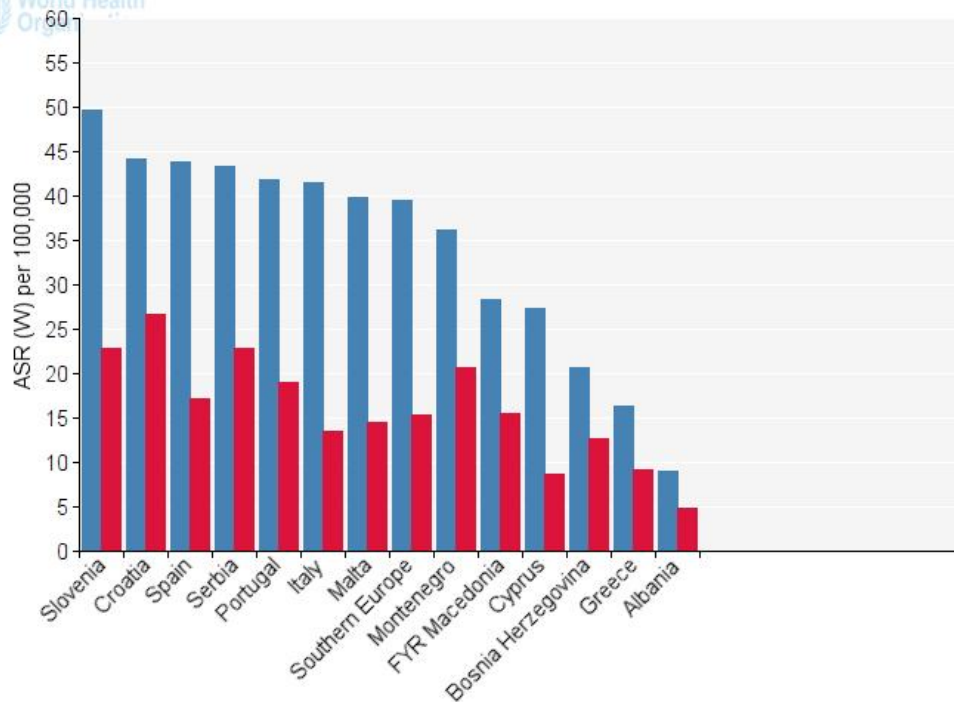


Ακολουθεί δείγμα 24 χωρών με ποσοστιαία σειρά του καρκίνου του παχέος εντέρου. Εμείς δεν είμαστε στις πρώτες 24 χώρες.



Το επόμενο δείγμα περιέχει 14 χώρες της Ευρώπης όλων των ηλικιών μόνο στους άνδρες. Είμαστε 13 στη σειρά.

International Agency for Research on **Colorectum: male, all ages**

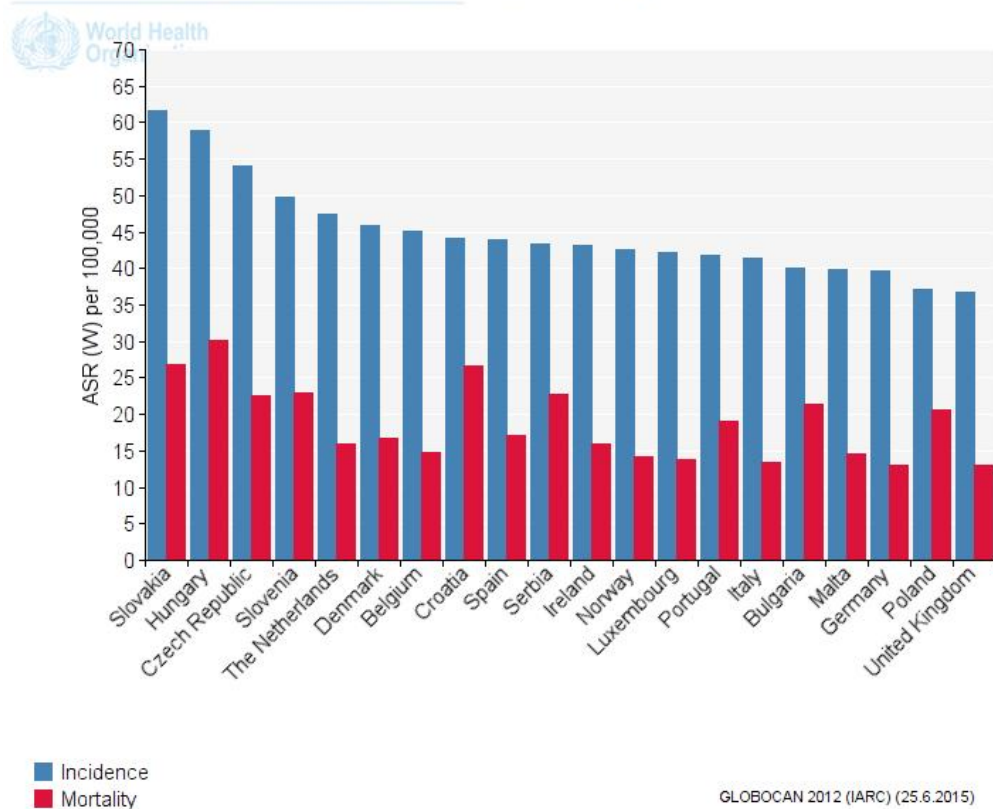


■ Incidence
■ Mortality

GLOBOCAN 2012 (IARC) (25.6.2015)

Ο τελευταίος πίνακας περιέχει 20 Ευρωπαϊκές χώρες με δείγμα το ανδρικό φύλο, όπου ούτε σε αυτές τις 20 πρώτες χώρες η Ελλάδα μέσα.

International Agency for Research on **Colorectum: male, all ages**



ΚΕΦΑΛΑΙΟ2

ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

2.1 Γενικά

Το σώμα διατηρεί την μορφολογία και την λειτουργία των οργάνων του με τη συνεχή πρόσληψη ενέργειας. Η ενέργεια παράγεται κυρίως από την καύση των υδατανθράκων και των λιπών και λιγότερων από τις πρωτεΐνες.

Το πεπτικό σύστημα είναι υπεύθυνο για την εξεργασία της προσλαμβανόμενης τροφής και την μετατροπή της σε μορφή τέτοια που να μπορεί να απορροφηθεί από το γαστρεντερικό σύστημα (ΓΕΣ) και να χρησιμοποιηθεί από δισεκατομμύρια κύτταρα του οργανισμού μας για τις δομικές και τις λειτουργικές τους ανάγκες.

Οι περισσότερες τροφές, με την μορφή που προσλαμβάνονται, είναι αδύνατον να φτάσουν στα κύτταρα επειδή δεν μπορούν να περάσουν από το έντερο στην κυκλοφορία ούτε μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τα κύτταρα του οργανισμού μας. Οπότε πρέπει η τροφή να υποστεί χημικές και φυσικές μεταβολές ώστε να καταστεί δυνατή η απορρόφηση και η χρησιμοποίησή της. Όλη αυτή η διαδικασία των φυσικών και χημικών μεταβολών με τις οποίες τα λίπη, οι υδατάνθρακες και οι πρωτεΐνες των τροφών μετατρέπονται σε δομικούς λίθους κατάλληλους να απορροφηθούν και να χρησιμοποιηθούν λέγεται πέψη .

Ο γαστρεντερικός ή πεπτικός σωλήνας είναι ένας ελικοειδής σωληνώδης διάδρομος που αρχίζει από την στοματική κοιλότητα και καταλήγει στον πρωκτό.

Τα όργανα του, βρίσκονται στις κοιλότητες του κορμού. Το ανώτατο τμήμα αποτελείται από την στοματική κοιλότητα με τους πολυάριθμους μικρούς και τρία ζεύγη μεγάλων σιελογόνων αδένων και από τη μέση και κάτω μοίρα του φάρυγγα μέχρι την αρχή του οισοφάγου.

Το τμήμα του πεπτικού σωλήνα μέσα στον κορμό (κατώτερο τμήμα) αποτελείται από την από τον γαστρεντερικό σωλήνα (ΓΕΣ) και αρχίζει από την αρχή του οισοφάγου μέχρι το τέλος του παχέος εντέρου. Αποτελείται από τον οισοφάγο –στόμαχο-λεπτό έντερο-παχύ έντερο.

Ο οισοφάγος λειτουργεί ως σωλήνας διέλευσης της τροφής. Η διάσπαση των τροφών γίνεται εν μέρει στον στόμαχο και συμπληρώνεται στο λεπτό έντερο. Στο τμήμα του ΓΕΣ υπάρχουν πολυάριθμοι μικροί και 2 μεγάλοι αδένες το ήπαρ και το πάγκρεας που παράγουν πεπτικά υγρά τα οποία διοχετεύονται στο λεπτό έντερο (12δακτύλο). Οι τροφές που δεν απορροφούνται με την απορρόφηση νερού στο κόλο, γίνονται πυκνότερες και μετατρέπονται σε κόπρανα.

2.2 Ανατομία παχέος εντέρου

Έντερο αποκαλούμε το τμήμα του πεπτικού σωλήνα που ξεκινά αμέσως μετά το στομάχι και φτάνει έως τον πρωκτό. Το μήκος του είναι περίπου 8,5-9,5μ και έχει τη μορφή ενός συνεχιζόμενου σωλήνα μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα. Διακρίνεται στο λεπτό και στο παχύ έντερο.

Το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1,5-2 μ και πλάτος 6,5 εκ. περίπου. Αποτελείται από τρία ανισομήκη τμήματα:

- το τυφλό έντερο μετά της σκωληκοειδούς απόφυσης
- το κόλον (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές)
- το απευθυσμένο ή ορθό

Το τοίχωμα του παχέος εντέρου αποτελείται από 4 χιτώνες οι οποίοι από έξω προς τα μέσα είναι:

- Ο ορογόνος

- Ο μυϊκός
- Ο υποβλεννογόنيος
- Ο βλεννογόνος.

Ο ορογόνος αποτελεί τον έξω χιτώνα του τοιχώματος του παχέος εντέρου, και προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτόναιου και καλύπτει εξ ολοκλήρου τις μοίρες του παχέος εντέρου.

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από δύο στιβάδες, την έσω κυκλοτερή και την έξω επιμήκη της οποίας οι λείες μυϊκές ίνες συγκεντρώνονται σε 3 ταινίες, τις κολικές ταινίες. Συγκεκριμένα το παχύ έντερο χαρακτηρίζεται από:

- τις επιμήκεις μυϊκές κολικές ταινίες, οι οποίες είναι τρεις, αποτελούν παχύνσεις της επιμήκουσ μυϊκής στιβάδας, αρχίζουν σε δύο, ενώ στο ορθό εξαφανίζονται,
- τις κολικές κυψέλες, που είναι εκκολπώματα του τοιχώματος και των οποίων η γένεση οφείλεται στην κατά τόπους σύσπαση των κυκλοτερών μυϊκών ινών και στο ότι η επιμήκης στιβάδα του παχέος εντέρου είναι βραχύτερη από τους υπόλοιπους χιτώνες του. Οι κολικές κυψέλες δεν είναι σταθερές.
- τις επιπλοκές αποφύσεις, οι οποίες αποτελούνται από λιπώδη ιστό, κρέμονται από ορογόνο και φέρονται κατά μήκος των κολικών ταινιών.

Ο υποβλεννογόنيος αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και παρεμβάλεται μεταξύ του μυϊκού χιτώνα και του βλεννογόνου

Ο βλεννογόνος αποτελείται από μονόστοιβο κυλινδρικό επιθήλιο, από χόριο και αδένες και από βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα.

Η αιμάτωση του παχέος εντέρου προέρχεται από δύο κύρια αρτηριακά στελέχη:

- την άνω μεσεντέρια αρτηρία
- κάτω μεσεντέρια αρτηρία

Και τα δύο αυτά στελέχη είναι κλάδοι της κοιλιακής αορτής. Το δεξιό τμήμα του παχέος εντέρου τροφοδοτείται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία και το αριστερό τμήμα του παχέος εντέρου τροφοδοτείται από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία.

2.3 Περιγραφή τμημάτων παχέος εντέρου

Κάθε τμήμα του παχέος εντέρου έχει τα δικά του χαρακτηριστικά και εκτελεί συγκεκριμένες λειτουργίες

2.3.1 Το τυφλό και η σκωληκοειδής απόφυση

Βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Έχει μήκος 6 εκατοστά και πλάτος περίπου 7,5 εκατοστά και η χωρητικότητά του είναι 100-150cm. Καλύπτεται από περιτόναιο κατά την πρόσθια επιφάνεια οπότε δημιουργείται οπισθοτυφλικός χώρος αλλά και μαύρο μεσεντέριο που ευνοεί την πρόκληση της ειστροφής. Το τυφλό συνιστάται σε μία μικρού μήκους θήκη

με μία βαλβίδα που ανοίγει για να υποδεχτεί το χυλό από τον ειλεό του λεπτού εντέρου.

Η βαλβίδα αυτή ονομάζεται ειλεοτυφλική βαλβίδα. Η λειτουργία της είναι να χρησιμεύει σαν σφικτήρας όπου ανοίγει περιοδικά και επιτρέπει την διέλευση του εντερικού περιεχομένου στο παχύ έντερο. Περίπου 2cm κάτω από το στόμιο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας υπάρχει το στόμιο της σκωληκοειδής απόφυσης

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

2.3.2 Το κόλον

Το κόλον αποτελεί το προτελευταίο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα. Ξεκινά στο ύψος της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και φτάνει μέχρι το ύψος του 3ου ιερού σπονδύλου, όπου μεταπίπτει στο απευθυσμένο. Διακρίνεται στο ανιόν, το εγκάρσιο, το κατίον και το σιγμοειδές.

Το ανιόν κόλο πορεύεται δεξιά προς τα άνω μέχρι το ήπαρ, όπου ανακάμπτει προς τα αριστερά και σχηματίζοντας την δεξιά κοιλιακή καμπή μεταβαίνει στο εγκάρσιο κόλο. Καλύπτεται κατά $\frac{3}{4}$ περίπου από περιτόναιο ενώ προς τα πίσω προσφύεται προς τα όργανα που υπάρχουν εκεί με χαλαρό συνδετικό ιστό.

Το εγκάρσιο κόλο αποτελώντας την συνέχεια του ανιόντος, φέρεται οριζόντια και αριστερά, κάτω από τον στομάχο μέχρι τον σπλήνα και εκεί ανακάμπτει πάλι προς τα κάτω, σχηματίζοντας την αριστερή κολική καμπή και μεταβαίνει στο κατιόνκόλο. Περιβάλλεται ολόκληρο από περιτόναιο και κρέμεται από μια πλατιά περιτοναϊκή πτυχή που λέγεται εγκάρσιο μεσόκολο. Το εγκάρσιο μεσόκολο εκτείνεται ανάμεσα στους νεφρούς και προσφύεται μπροστά στη δεύτερη μοίρα του 12δακτυλου και στο πρόσθιο χείλος του σώματος του παγκρέατος.

Το κατιόν πορεύεται προς τα κάτω και πίσω κατά μήκος του αριστερού πλαγίου της κοιλιακής χώρας, όπου μεταβαίνει στο σιγμοειδές. Καλύπτεται από περιτοναίο κατά το ήμισυ και κατέρχεται ως τον αριστερό λαγόνιο βόθρο.

Το σιγμοειδές πορεύεται αρχικά στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και μετά εισέρχεται στην ελάσσονα πύελο σχηματίζοντας αγκύλη, σιγμοειδή πορεία "S". Αρχίζει από το άνω στόμιο της πύελου και φτάνει μπροστά από τον 3ο ιερό σπόνδυλο. Περιβάλλεται γύρω-γύρω από περιτόναιο και είναι το πιο ευκίνητο τμήμα του παχέος εντέρου, διότι κρέμεται από μια πτυχή του περιτόναιου που λέγεται μεσοσιγμοειδές.

2.3.3 Το απευθυσμένο – Ορθό

Το απευθυσμένο ή ορθό βρίσκεται μέσα στην πύελο, αρχίζει από τον 3^ο ιερό σπόνδυλο και καταλήγει στον αιμορροϊδικό δακτύλιο. Αποτελεί τη συνέχεια του σιγμοειδούς κόλου και συγχρόνως την τελευταία μοίρα του παχέος εντέρου. Αρχικά ακολουθεί το κοίλο του ιερού οστού, σχηματίζοντας την ιερή καμπή και μετά στο ύψος του κόκκυγος στέφεται προς τα πίσω και περνάει δια μέσου του πυελικού εδάφους σχηματίζοντας την περινεϊκή καμπή. Τελικά σχηματίζει τον πρωκτικό σωλήνα και καταλήγει στον πρωκτό. Το ορθό δεν παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του υπόλοιπου παχέος εντέρου (κολικές ταινίες, εκκολπώματα, αποφύσεις), επομένως η επιμήκης μυϊκή σιβάδα του είναι συνεχής

GRAY'S ANATOMIA, 2006 ΑΘΗΝΑ

2.4 Φυσιολογία του παχέος εντέρου

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι οι εξής:

- απορρόφηση
- αποθήκευση
- μηχανική απομάκρυνση
- κινητικότητα και αφόδευση

Απορρόφηση:

Στην κεντρικότερη μοίρα του παχέος εντέρου γίνεται απορρόφηση του μεγαλύτερου μέρους του νερού και των ηλεκτρολυτών. Περίπου 500 κ.εκ. περιεχομένου του λεπτού εντέρου (περιεκτικότητα 90%σε νερό), εισέρχονται καθημερινά στο τυφλό. Το υλικό αυτό καθώς διέρχεται από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου αφυδατώνεται και μόνο 120-150κ.εκ. νερού αποβάλλονται με τα κόπρανα. Επίσης το CL και το NA απορροφώνται από το παχύ έντερο έτσι ώστε οι ανάγκες του φυσιολογικού ατόμου σε NA είναι περίπου 5 mEqNa.

Επίσης τα διπτανθρακικά και κυρίως το K αποβάλλονται από το βλεννογόνο του παχέος εντέρου με παθητική διάχυση και έκκριση με τη βλέννη με αποτέλεσμα ασθενείς με διάρροιες να εμφανίζουν υποκαλιαιμία.

Αποθήκευση:

Η περιφερειακή μοίρα του παχέος εντέρου είναι κυρίως τόπος εναποθήκευσης των κοπρανωδών μαζών οι οποίες προωθούνται μέχρι το σιγμοειδές όπου παραμένουν μέχρι να αποβληθούν.

Μηχανική απομάκρυνση:

Η μηχανική απομάκρυνση του περιεχομένου του παχέος εντέρου διευκολύνεται με την έκκριση βλέννης. Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου, εκκρίνει βλενώδες έκκριμα αλκαλικής αντίδρασης, που επαλείφει το βλεννογόνο και τον προστατεύει από την επίδραση της μικροβιακή του χλωρίδας. Η εντερική χλωρίδα συνθέτει τη βιταμίνη K, βιταμίνες του συμπλέγματος B, όπως θειαμίνη κ.τ.λ. Ακόμα είναι υπεύθυνη για τις

επεξεργασίες ζύμωσης και σήψης που γίνονται στο παχύ έντερο. Στο παχύ έντερο λαμβάνουν χώρα και ενζυμικές διεργασίες οφειλόμενες στη σαπροφυτική χλωρίδα του εντέρου που το προστατεύουν από τον πολλαπλασιασμό παθογόνων μικροβίων.

Κινητικότητα και αφόδευση:

Η κινητικότητα του παχέος εντέρου ρυθμίζεται από χολινεργικούς, αδρενεργικούς, πεπτιδεργικούς νευρώνες και γαστρεντερικές ορμόνες. Οι κινήσεις του παχέος εντέρου είναι: κινήσεις κατάτμησης, περισταλτικές για την μηχανική πέψη και μαζικές περισταλτικές που είναι απόκριση στην διάταση του. Οι μαζικές περισταλτικές γίνονται για την προώθηση μεγάλης ποσότητας περιεχόμενου σε μεγάλη απόσταση. Η κινητικότητα του παχέος εντέρου εκδηλώνεται με τους εξής τρόπους:

- δακτυλιοειδείς συσπάσεις κυρίως σε δεξιό κόλο,
- τμηματικές συσπάσεις στο εγκάρσιο και κατιόνκόλον και
- δακτυλιοειδείς συσπάσεις στο εγκάρσιο και κατιόνκόλο.

Όταν τα κόπρανα φτάσουν στο ορθό αυτό διατείνεται και η διάταση αυτή προκαλεί αντανακλαστικές συσπάσεις στο παχύ έντερο.

Η σύσπαση των κοιλιακών μυών, και η χαλάρωση του σφιγκτήρα του δακτυλίου έχουν σαν αποτέλεσμα την αφόδευση. Η βούληση ελέγχει τον έξω σφιγκτήρα και είτε αναστέλλει τη συστολή του επιτρέποντας την αφόδευση. Αν δεν πραγματοποιηθεί αφόδευση, καταργείται το αντανακλαστικό της μετά από λίγα λεπτά και συνήθως δεν ξαναεμφανίζεται παρά μόνο όταν μια νέα ποσότητα μπει στο ορθό, πράγμα που μπορεί να συμβεί αρκετές ώρες μετά.

Η συχνότητα της αφόδευσης επηρεάζεται από κοινωνικούς και διαιτητικούς παράγοντες ενώ αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου επιβάλλουν τον έλεγχο για οργανικές παθήσεις.

2.5 Παθολογική ανατομική

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προκύπτει από την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων στο βλεννογόνο που καλύπτει το παχύ έντερο. Ο καρκίνος ξεκινά από ένα μη φυσιολογικό κύτταρο, που στην συνέχεια διαιρείται σε δυο μη φυσιολογικά, τα οποία γίνονται τέσσερα κ.λ.π Τα κύτταρα αυτά διαιρούνται με διάφορες ταχύτητες, που ονομάζονται χρόνοι διπλασιασμού. Η συνεχής λειτουργία του πολλαπλασιασμού και αντικατάστασης των κυττάρων, ελέγχεται αυστηρά από τον γενετικό κώδικα του DNA που περιέχεται στον πυρήνα των κυττάρων. Όμως οποιαδήποτε αλλοίωση ή ζημιά που θα υποστεί το DNA μπορεί να αποτελέσει την έναρξη της παθολογικής διαδικασίας του ανεξέλεγκτου πολλαπλασιασμού καρκινικών κυττάρων. Μπορεί να χρειαστούν μία ή δυο εβδομάδες να αναπτυχθούν οι καρκίνοι ή μπορεί και έξι μήνες. Επομένως, είναι δυνατό να υπάρξει μια ασυμπτωματική περίοδος μετά την έναρξη της ανάπτυξης του καρκίνου, κατά την οποία δεν φαίνεται κάποιο ογκίδιο.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι όγκοι δεν είναι πάντα κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι είτε αφαιρούνται είτε παραμένουν ως έχουν ή θεραπεύονται. Οι κακοήθεις όγκοι, έχουν δυο κύρια χαρακτηριστικά. Δεν έχουν «τοίχωμα» ή καθορισμένα όρια. Ριζώνουν και προσβάλλουν τους γύρω ιστούς και επίσης έχουν την ικανότητα να διασπείρονται σε άλλα σημεία του σώματος.

Συνήθως ο καρκίνος στο παχύ έντερο αναπτύσσεται από έναν πολύποδα. Αρχικά ο πολύποδας είναι μία εντελώς καλοήθης εξεργασία. Με την πάροδο του χρόνου όμως και καθώς μεγαλώνει σε μέγεθος-λόγω γενετικών και διατροφικών παραγόντων-αυξάνεται ο κίνδυνος να μετατραπεί σε κακοήθη.

Οι αδεματώδεις πολύποδες είναι αδενώματα με καλά διαφοροποιημένα κύτταρα για σχηματισμός αδένων. Μονήρεις ή πολλαπλοί, εντοπίζονται συνήθως στο σιγμοειδές και το ορθό, κατά κανόνα είναι μισχωτοί. Η πιθανότητα να γίνει κακοήθης εξαλλαγής είναι 1,5% και αν είναι >2cm αυτή είναι 4,6%

Συχνά βρίσκονται αδενωματώδεις πολύποδες στη γειτονική περιοχή του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού 3% περίπου των περιπτώσεων. Επίσης μπορούν να παρατηρηθούν 2, 3 ή περισσότεροι ταυτόχρονοι καρκίνοι σε διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου και του ορθού, που αναπτύσσονται μετά από χειρουργική θεραπεία του πρωτοπαθούς κακοήθους όγκου.

Οι τύποι καρκίνου του παχέος εντέρου είναι:

- Αδενοκαρκίνωμα
- Κακοήθεις λέμφωμα
- Λειομνοσάρκωμα
- Καρκινοειδές
- Αδενοακάνθωμα

Τέλος ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται με τις εξής μορφές:

1. Δακτυλιοειδής περίσφιξη του εντέρου
2. Σωληνοειδής σχηματισμός

3. Εξέλκωση
4. Ανθοκραμβοειδής όγκος.

GANONG'S ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ. 2011, ΑΘΗΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Τα τελευταία χρόνια γίνονται πολλές ερευνητικές προσπάθειες όσων αφορά την αιτιολογία και την ανάπτυξη του καρκίνου. Παρόλα αυτά για τις περισσότερες περιπτώσεις παραμένουν αδιευκρίνιστες.

Υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό καρκινωμάτων του παχέος εντέρου για το οποίο δεν μπορούν να εξακριβωθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες της νόσου. Όμως υπάρχει και το ποσοστό των καρκινωμάτων που συνοδεύεται από παθολογικές καταστάσεις που ευθύνονται για την ανάπτυξη του. Οι παθολογικές καταστάσεις αυτές καλούνται προκαρκινικές. Αυτές είναι τα αδενώματα (πολύποδες) του παχέος εντέρου, οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις του παχέος εντέρου, οι γενετικοί, οι διαιτητικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Οι γενετικοί παράγοντες έχουν καθοριστικό ρόλο στο ποιά άτομα έχουν την προδιάθεση να αναπτύξουν τη νόσο, ενώ οι διαιτητικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες καθορίζουν ποια από τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο θα εμφανίσουν τελικά τη νόσο.

3.2 ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους περιβαλλοντικούς παράγοντες, που εμπλέκονται στην καρκινογένεση του παχέος εντέρου.

Τα στοιχεία που προκύπτουν από μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί ανά τον κόσμο δείχνουν ότι χαμηλότερο κίνδυνο έχουν οι πληθυσμοί με αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, ο οποίος θα μεταβληθεί εφόσον αλλάξουν οι διατροφικές συνήθειες.

Αντίθετα, η υπερβολική κατανάλωση τροφών ζωικής προέλευσης και ιδιαίτερα το κόκκινο κρέας και κατά συνέπεια το λίπος ζωικής προέλευσης έχουν ίσως τη μεγαλύτερη ευθύνη για την εμφάνιση της νόσου. Κόκκινο κρέας θεωρείται το χοιρινό, το βοδινό, το αρνίσιο και μοσχαρίσιο.

Προστατευτική δράση σύμφωνα με τις μελέτες φαίνεται να ασκούν τα ω-3 λιπαρά οξέα έλαια(ιχθυέλαια), το ελαιόλαδο, η βιταμίνη D και το φυλλικό οξύ, ενώ οι βιταμίνες A, C, E δεν φαίνεται να ασκούν προστατευτική δράση κατά του καρκίνου.

Ας δούμε πιο αναλυτικά τη της διατροφής στις :

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Όπως προείπαμε στην πρόληψη των καρκινωμάτων ασκούν οι τροφές φυτικής προέλευσης όπως:

- Λαχανικά
- Φρούτα
- Δημητριακά ολικής αλέσεως και όσπρια
- Πράσινο τσάι (οι μελέτες δείχνουν ότι η κατανάλωση του μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο κατά 50%)
- Ψάρια
- Ελαιόλαδο
- Φιστίκια
- Γιαούρτι
- Πιπερόριζα

Ø Λαχανικά

3.3 ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τον κίνδυνο αδενωμάτων του παχέος εντέρου. Τα άτομα που καπνίζουν έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου και οι πρώην καπνιστές έχουν 1,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα από κάποιον μη καπνιστή.

Οι καπνιστές παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μεγάλων πολύποδων με δυνητική κακοήθεια.

Ο κίνδυνος σχετίζεται και με τον αριθμό των τσιγάρων ημερησίως και τα έτη καπνίσματος.

Επίσης η διακοπή του καπνίσματος μας προφυλάσσει και από άλλους είδους καρκίνους π.χ λάρυγγα, οισοφάγου, στόματος, πνεύμονα, ουροδόχου κύστης, παγκρέατος

3.4 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με τη διατροφή και του οποίου ο ρόλος είναι επιβαρυντικός φαίνεται να είναι η αυξημένη κατανάλωση θερμίδων που συνοδεύεται από παχυσαρκία .

Αρκετές μελέτες αναφέρουν μεγάλη συχνότητα της νόσου στα παχύσαρκα άτομα και ιδιαίτερα στους άνδρες. Οι άνδρες με σωματικό βάρος μεγαλύτερο του ιδανικού κατά 35% , έχουν 40% μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο.

3.5 ΦΥΣΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Διαρκώς και περισσότερα στοιχεία συσσωρεύονται για την προστατευτική δυνατότητα της φυσικής άσκησης για τον καρκίνο του πεχέος εντέρου. Μελέτες δείχνουν ότι το 35% των καρκινωμάτων συνοδεύονται με την καθιστική ζωή διότι η έλλειψη σωματικής άσκησης προκαλεί χρόνια δυσκοιλιότητα, άρα δυσλειτουργία του εντέρου συνεπώς και μεγάλη πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου.

Κάνοντας την άσκηση μέρος της ζωής μας, περίπου 30 λεπτά την ημέρα μειώνουμε τον κίνδυνο. Για κάποιον που δεν γυμνάζεται έστω και μιας μέτριας μορφής άσκηση θα ήταν σημαντική, όπως το έντονο βάδισμα 3 ώρες την εβδομάδα για παράδειγμα, αλλά η πιο έντονη γυμναστική θα ωφελούσε περισσότερο.

3.6 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Παρά τις συνεχείς μελέτες και τις μεγάλες προόδους της γενετικής δεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμα η σχέση των γονιδίων μας με την εμφάνιση της νόσου. Εκτιμάται ότι το 10% όλων των τύπων καρκίνου οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες.

Οι συγγενείς πρώτου βαθμού ενός ατόμου που εμφάνισε καρκίνο του παχέος εντέρου έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν την ίδια ασθένεια. Ο κίνδυνος αυξάνεται, εάν στην ίδια οικογένεια έχουν νοσήσει περισσότερα άτομα. Σε αυτήν την περίπτωση η ασθένεια καλείται οικογενής καρκίνος του παχέος εντέρου. Μέχρι τώρα έχουν αναγνωρισθεί συγκεκριμένα οικογενή σύνδρομα που οδηγούν σε εκδήλωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Δύο από αυτά είναι:

- **Οικογενήςαδενωματώδης πολύποδες (FAP).** Αποτελεί σπάνιο γενετικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πολλών αδενωματώδων πολύπόδων, ακόμα και από πολύ μικρή ηλικία. Ο αριθμός των πολύπόδων κυμαίνεται από λίγους μέχρι και αρκετές χιλιάδες, ενώ ο αριθμός αυξάνεται με το πέρασ της ηλικίας. Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου στους ασθενής αυτούς είναι σχεδόν σίγουρη.
- **Κληρονομικός μη πολυποδιακός καρκίνος του παχέος εντέρου.** Είναι μια μορφή κληρονομικού καρκίνου του εντέρου που εμφανίζεται με οικογενειακή κατανομή. Ύποπτος για την νόσο είναι κάθε ένας που έχει τουλάχιστον τρεις πρώτου βαθμού συγγενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου όταν ένα εκ των οποίων διαγνώστηκε σε ηλικία μικρότερης των 40 ετών. Η μορφή αυτή ευθύνεται για το μεγαλύτερο ποσοστό του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Ισάμ Μπανκουσλί MD, αθήνα 2013

3.7 Πολύποδες παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων αναπτύσσεται σε έδαφος προϋπαρχόντων πολύπόδων. Ο πολύποδας είναι ένας καλοήθης όγκος μεγέθους μερικών χιλιοστών ή εκατοστών που εμφανίζεται στο εσωτερικό του εντερικού σωλήνα. Συνήθως δεν προκαλούν συμπτώματα. Όμως σε μεταγενέστερο στάδιο μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο. Οι πολύποδες του παχέος εντέρου είναι συχνό φαινόμενο ιδίως όσο αυξάνεται η ηλικία. Ένας στους τρεις (33% του πληθυσμού) μετά τα 50 έχει κάποιο πολύποδα και αυτό αυξάνεται σε 50% στην ηλικία των 70. Είναι πλέον

γνωστό ότι από τους πολύποδες αυτούς κάποιος θα εξελιχθεί σε κακοήθεια, όμως η διαδικασία είναι αρκετά βραδεία ώστε με την κολonosκόπηση να τους ανακαλύπτουμε εγκαίρως και να τους αφαιρούμε. Υπολογίζεται ότι χρειάζονται 5-10 έτη για να εξελιχθεί ο πολύποδας σε καρκίνο, οπότε ξεκινώντας την κολonosκόπηση στην ηλικία των 45-50 ετών και επαναλαμβάνοντας ανά 5 έτη (όταν είναι φυσιολογική), προλαμβάνουμε τη νόσο και αποφεύγουμε την επέμβαση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, 2006, ΑΘΗΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΟΛΗΨΗ

4.1 ΓΕΝΙΚΑ

Σε μεγάλο ποσοστό των καρκίνων η πρόληψη υπερτερεί της θεραπείας. Τα τελευταία χρόνια λαμβάνοντας προληπτικά μέτρα έχει σημειωθεί θεαματική πρόοδος στα ποσοστά νοσηρότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο προληπτικός έλεγχος αποσκοπεί στην πρόωμη διάγνωση της νόσου και τη συντηρητική αγωγή, την ελάττωση της θνησιμότητας και την ποιότητα ζωής.

Τα προληπτικά μέτρα ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες. Την πρωτογενή πρόληψη και την δευτερογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει μια σειρά από προληπτικά μέτρα που έχουν ως στόχο την αποφυγή του αιτιολογικού παράγοντα που οδηγούν στη νόσηση από καρκίνο του παχέος εντέρου. Στη δευτερογενή πρόληψη ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και στοχεύουν στην προσυμπτωματική διάγνωση όσο το δυνατόν στο πρωιμότερο στάδιο.

4.2 ΠΡΟΤΩΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η ανακάλυψη καρκινογόνων παραγόντων, στο παχύ έντερο, μπορεί να γίνει με τρεις κατηγορίες ερευνών: σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα και σε μικροβιακές καλλιέργειες.

Οι παράγοντες που εξετάζουμε και που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην πρόληψη των πολύποδων και του καρκίνου του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν:

1. Κληρονομικότητα, γονίδια, οικογενειακό ιστορικό
2. Διατροφή
3. Ασβέστιο
4. Φυλλικό οξύ, βιταμίνες
5. Ασπιρίνη
6. Τρόπος ζωής
7. Κάπνισμα
8. Οιστρογόνα.

Ας δούμε λίγο πιο αναλυτικά τους παράγοντες αυτούς:

Κληρονομικότητα

Υπάρχουν ορισμένα γονίδια αποτρέπουν τη γένεση καρκίνου. Κάποιοι άνθρωποι όμως για κάποιο λόγο έχουν χάσει αυτά τα προστατευτικά γονίδια παρουσιάζουν συχνότερα καρκίνο παχέος εντέρου.

Τα άτομα που έχουν γονείς, αδελφή ή αδελφό που έχουν παρουσιάσει κάποια στιγμή στη ζωή τους πολύποδες ή καρκίνο παχέος εντέρου, διατρέχουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο από τον υπόλοιπο πληθυσμό για να προσβληθούν και οι ίδιοι από τις παθήσεις αυτές.

Επίσης υπάρχει κίνδυνος αλλά σε μικρότερο βαθμό για τα άτομα που έχουν πιο μακρινούς συγγενείς όπως θείους, θείες, παππούδες ή γιαγιάδες που προσβλήθηκαν από τις εν λόγω νόσους.

Για τους λόγους αυτούς άτομα με οικογενειακό ιστορικό πολύποδων και καρκίνου παχέος εντέρου, πρέπει να εξετάζονται και να αξιολογούνται τακτικά από το γιατρό τους.

Διατροφή

Η διατροφή μας παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην γένεση όσο και στην πρόληψη του καρκίνου. Υπολογίζεται ότι το 40% των καρκίνων του παχέος εντέρου έχουν σχέση με τη διατροφή.

Είναι σημαντικό να ακολουθούμε μια διατροφή η οποία να μην είναι βλαβερή για τον οργανισμό μας. Όπως προκύπτει από τις μελέτες των τελευταίων χρόνων, ιδανικότερη είναι η μεσογειακή διατροφή.

Οι άνθρωποι που καταναλώνουν τακτικά ορισμένα λαχανικά και φρούτα, προσβάλλονται σπανιότερα από καρκίνο του παχέος εντέρου:

- Λαχανικά και φρούτα που έχουν κόκκινο, κίτρινο, πορτοκαλί και πράσινο χρώμα όπως οι πιπεριές, τα πορτοκάλια, οι φράουλες, τα καρότα, που είναι πλούσια σε φυτοχημικές αντιοξειδωτικές ουσίες
- Τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά όπως το λάχανο, το μπρόκολο, τα λαχανάκια των Βρυξελλών περιέχουν ψηλές ποσότητες φυσικών αντικαρκινικών ουσιών.
- Υψηλή κατανάλωση σε ποσότητες μη επεξεργασμένων δημητριακών

Η κατανάλωση του κόκκινου κρέατος και αλλαντικών, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου, ενώ άτομα που έχουν καταναλώνουν καθημερινά ψάρια, όπως και κοτόπουλο έχουν μειωμένο κίνδυνο για εμφάνιση της νόσου.

Ασβέστιο

Το ασβέστιο είναι σημαντικό για τη γένεση του καρκίνου διότι είναι αναγκαίο για τη ρύθμιση της ανάπτυξης και του πολλαπλασιασμού των κυττάρων.

Πειράματα που πραγματοποιήθηκαν σε ζώα έδειξαν πως η απουσία ασβεστίου οδηγεί σε υπερβολικό πολλαπλασιασμό κυττάρων του παχέος εντέρου.

Παρά το γεγονός ότι στον άνθρωπο η αντικαρκινική δράση του ασβεστίου παραμένει υπό διερεύνηση, είναι σημαντικό να έχουμε αρκετό ασβέστιο στη διατροφή μας καθημερινά.

Οι ενήλικες θα πρέπει να προσλαμβάνουν 1 γραμμάριο ασβεστίου σε καθημερινή βάση. Ιδιαίτερα οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, λόγω υψηλού κίνδυνου οστεοπόρωσης, έχουν περισσότερη ανάγκη ασβεστίου που ανέρχεται σε 1,5 γραμμάρια ημερησίως.

Το ασβέστιο απορροφάται από τον οργανισμό μας καλύτερα από το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα παρά από τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά.

Επίσης καλές πηγές ασβεστίου είναι τα θαλασσινά και τα μαλάκια.

Φυλλικό οξύ, βιταμίνες

Πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν την προστατευτική δράση του φυλλικού οξέος στην καρκινογένεση του παχέος εντέρου, προκαλώντας γονιδιακές μεταλλάξεις και αλλοιώνοντας το DNA.

Τροφές πλούσιες σε φυλλικό οξύ είναι το σπανάκι, τα δημητριακά ολικής άλεσης, το πορτοκάλι τα όσπρια και η μαγιά μπύρας.

Όμως, ιατρικά δεδομένα δείχνουν ότι η λήψη συμπληρωμάτων διατροφής όπως σκευάσματα βιταμίνης C, E και βήτα καροτίνης δεν ασκούν προστατευτικό ρόλο για την πρόληψη του καρκίνου.

BeStrong.org.gr - 17.03.14

Ασπιρίνη

Οι ιατρικές έρευνες δεν έχουν τελικά οριστικοποιήσει την δράση της ασπιρίνης. Κάποιες μελέτες αποδέχονται την προστατευτική της δράση κατά του καρκίνου και κάποιες άλλες όχι.

Είναι πιθανόν ότι ασθενείς που λαμβάνουν τακτικά ασπιρίνη, έχουν μειωμένο κίνδυνο για τον καρκίνο αυτό λόγω αλλοίωσης των δράσεων των προσταγλανδινών. Οι προσταγλανδίνες είναι ουσίες που δρουν όπως οι ορμόνες και πιθανόν να σχετίζονται με υπερβολική ανάπτυξη των κυττάρων του εντέρου.

Φάρμακα όμως όπως η ασπιρίνη προκαλούν σοβαρές παρενέργειες . Αυξάνει την αιμορραγική διάθεση, τον κίνδυνο αιμορραγικών εγκεφαλικών επεισοδίων όπως επίσης προβλήματα στο στομάχι, σε άτομα με έλκος. Για τους λόγους αυτούς η ασπιρίνη θα πρέπει να λαμβάνεται μόνο με ιατρική συνταγή.

2010 Dec;59(12):1670-9.

Τρόπος ζωής

Άτομα που στον ελεύθερο τους χρόνο είναι δραστήρια, περπατούν και ασκούνται, φαίνεται να προσβάλλονται σπανιότερα από καρκίνο.

Αρκετά συχνά οι άνθρωποι αναρωτιούνται εάν είναι αργά να αρχίσουν ένα πρόγραμμα τακτικής σωματικής άσκησης. Η απάντηση είναι πως όχι ποτέ δεν είναι αργά για να αρχίσει κάποιος να ασκεί το σώμα του. Φυσικά είναι προτιμότερο η φυσική άσκηση να ξεκινά νωρίς στη ζωή μας αλλά σε όποια ηλικία και αν ξεκινήσει πάντα θα ασκεί προληπτική δράση όχι μόνο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου αλλά και για τον κίνδυνο προσβολής από διάφορες παθήσεις.

Τα οφέλη που μπορεί να μας δώσει ένα τακτικό πρόγραμμα σωματικής άσκησης, περιλαμβάνουν:

A. Για τη σωματική υγεία

- Καλύτερη σωματική κατάσταση
- Μείωση του κινδύνου για καρδιοπάθεια και υψηλή πίεση
- Μείωση του κινδύνου για παχυσαρκία και διαβήτη
- Μείωση του κινδύνου για προσβολή από διάφορους καρκίνους, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του παχέος εντέρου

B. Για την ψυχική υγεία

- Καλύτερη ψυχική διάθεση
- Μείωση του κινδύνου κατάθλιψης
- Αίσθημα ευχαρίστησης
- Αύξηση του αισθήματος αυτοπεποίθησης.

Κάπνισμα

Οι καπνιστές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρκινογένεσης του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος εξαρτάται από τη διάρκεια και την ποσότητα του καπνίσματος ενώ φαίνεται να ελαττώνεται με την διακοπή του.. Ο κίνδυνος είναι διπλάσιος έως τετραπλάσιος σε σχέση με τους μη καπνιστές.

Οι καπνιστές παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μεγάλων πολυπόδων με δυνητική κακοήθεια.

Δεδομένων δε και των άλλων βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος, η διακοπή του θεωρείται ούτως ή άλλως ωφέλιμη.

BeStrong.org.gr - 17.03.14

Οιστρογόνα

Η σχέση της θεραπείας της ορμονικής αποκατάστασης με την επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει αξιολογηθεί σε αρκετές μελέτες. Τα συμπληρώματα οιστρογόνων που λαμβάνουν οι γυναίκες για να μειώσουν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, φαίνεται να ελαττώνουν τις πιθανότητες για καρκίνο του παχέος εντέρου.

Η ευεργετική τους δράση στην καρκινογένεση φαίνεται ότι οφείλεται στην μείωση της παραγωγής δευτερογενών χολικών αλάτων και στην ελαττωμένη δράση αυξητικών παραγόντων ή σε συνδυασμό αυτών των μηχανισμών. Επίσης, η ορμόνη μελατονίνης έχει αντικαρκινικές ιδιότητες και εφόσον επηρεαστεί η παραγωγή της από την νυχτερινή εργασία παρουσιάζεται μεγαλύτερος κίνδυνος για εμφάνιση Καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού.

Παρόλα αυτά, τα στοιχεία δεν είναι επαρκή για να συστηθούν τα οιστρογόνα ως προστατευτικά για τον εν λόγω καρκίνο.

4.3 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Για να υπάρξει μια επιτυχημένη πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου θα πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει σε ποια ομάδα κινδύνου ανήκει και ποιες είναι οι εξετάσεις που θα πρέπει να ακολουθεί. Οι ομάδες έχουν ως εξής:

Ομάδα χαμηλού κινδύνου:

Στην ομάδα αυτή ανήκει ο γενικός πληθυσμός. Το 75% των ασθενών δεν έχουν προδιαθεσικούς παράγοντες.

1. Όλα τα άτομα(άνδρες, γυναίκες)
 - Ø Άνω των 50 ετών
 - Ø Που δεν έχουν συμπτώματα(π.χ αίμα στα κόπρανα)
 - Ø Δεν πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα
 - Ø Δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου

Σε αυτή την ομάδα θα πρέπει να γίνονται οι εξής εξετάσεις:

2. Κάθε χρόνο αιμοσφαιρίνη κοπράνων
3. Κάθε πέντε χρόνια κολonosκόπηση

Ομάδα ενδιάμεσου κινδύνου:

Στην ομάδα αυτή ανήκει το 18-20% των νέων ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου. Όλοι έχουν προδιαθεσικούς παράγοντες.

- Ασθενείς μετά από πολυπεκτομή
- Ασθενείς μετά από τμηματική κολεκτομή για καρκίνο του παχέος εντέρου
- Άτομα που έχουν περισσότερους από έναν συγγενή με καρκίνο του παχέος εντέρου

Σε αυτή την ομάδα θα πρέπει να γίνονται οι εξής εξετάσεις:

- Ασθενείς μετά από πολυπεκτομή ή κολεκτομή για καρκίνο παχέος εντέρου
 - Ø Κολonosκόπηση κάθε 3-5 χρόνια
- Άτομα που έχουν πάνω από έναν συγγενή με καρκίνο παχέος εντέρου
 - Ø Πρώτη κολonosκόπηση σε ηλικία 5-10 χρόνια μικρότερη του ασθενούς
 - Ø Παρακολούθηση με κκολonosκόπηση κάθε 3-5 χρόνια

Ομάδα υψηλού κινδύνου:

Στην ομάδα αυτή ανήκουν τα άτομα που έχουν:

- Ελκώδη κολίτιδα πάνω από 10 έτη
- Ιστορικό πολυποδίασης
- Οικογενής καρκίνος παχέος εντέρου

Σε αυτή την ομάδα θα πρέπει να γίνονται οι εξής εξετάσεις:

4. Ιστορικό πολυποδίασης

Ø Δωδεκαδακτυλοσκόπηση αν έχουν πολύποδες παχέος εντέρου

· Σε οικογενή καρκίνο παχέος εντέρου, όταν ηλικία πάνω από 20 ετών

Ø κολonosκόπηση κάθε 2-3 χρόνια

Ø Εξέταση λευκών αιμοσφαιρίων

4.3.1 Έλεγχος αφανούς αιμορραγίας στα κόπρανα

Ένα από τα πρώτα σημάδια του καρκίνου του παχέος εντέρου ή του ορθού μπορεί να είναι μικρές ποσότητες αίματος στα κόπρανα που δεν φαίνονται με γυμνό μάτι. Η ανίχνευση του αίματος στα κόπρανα, γίνεται με ειδικές εξετάσεις που ανιχνεύουν ίχνη ανθρώπινης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα (**δοκιμασία γουϊακόλης, Faecal Occult Blood Tests - FOBT**). Η ανίχνευση αυτή οδηγεί στη διενέργεια εξετάσεων όπως η σιγμοειδσκόπηση όπου μπορεί να εντοπιστεί ένας ή περισσότεροι πολύποδες ή ένας κακοήθης όγκος του παχέος εντέρου που είναι η αιτία της παρουσίας αίματος στα κόπρανα. Η συστηματική διενέργεια εξετάσεων για ίχνη αίματος στα κόπρανα που στοχεύει στην

έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού, έχει προταθεί ως η καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου και μείωση των θανάτων. Μία πρόσφατη γαλλική έρευνα έδειξε ότι τα ανιχνευτικά τεστ για αίμα στα κόπρανα σώζουν χιλιάδες ζωές. Για 12 χρόνια οι Γάλλοι γιατροί υπέβαλαν σχεδόν 92.000 άτομα ηλικίας από 45 έως 74 ετών, σε τεστ κοπράνων για ανίχνευση αίματος, κάθε περίπου 2 χρόνια. Στους ασθενείς με θετικά αποτελέσματα, δηλαδή υπήρχαν ίχνη αίματος στα κόπρανά τους, γινόταν πλήρης εξερεύνηση του παχέος εντέρου με κολonosκόπηση. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, κατέστη δυνατό να γίνει 1 εξέταση κοπράνων στο 69,5% ενώ στο 38,1% έγιναν από 5 έως 6 ανιχνευτικές εξετάσεις στα κόπρανα. Σε ασθενείς που έκαναν το τεστ έστω και μια φορά, ο κίνδυνος θανάτου μειώθηκε σημαντικά κατά 33%, ενώ σε ασθενείς που ο καρκίνος ανιχνεύτηκε από το τεστ το ποσοστό επιβίωσης στα 11 χρόνια ανερχόταν στο 50%. Αναμφίβολα, η εξέταση αυτή δεν είναι τέλεια. Τα τεστ μπορεί να δώσουν λανθασμένα αποτελέσματα είτε θετικά είτε αρνητικά. Ένα θετικό τεστ για παράδειγμα είναι δυνατό να έχει μη ανθρώπινη αιμοσφαιρίνη. Επίσης ένα λανθασμένο αρνητικό διότι το αίμα από τον πολύποδα ή τον όγκο να μην είναι κατανομημένο ομοιόμορφα στα κόπρανα, και έτσι το δείγμα που λήφθηκε να μην περιέχει ίχνη που να είναι ανιχνεύσιμα από το τεστ. Επίσης το τεστ θα είναι αρνητικό εάν ο πολύποδας ή ο όγκος δεν αιμορραγούν ή αιμορραγούν μόνο κατά διαστήματα με αποτέλεσμα το τεστ στη συγκεκριμένη στιγμή που θα γίνει να μην είναι θετικό

Όμως, παρά τους περιορισμούς αυτούς και την πιθανή χαμηλή ευαισθησία του τεστ, φαίνεται ότι η αξία του είναι μεγάλη. Η συστηματική του εφαρμογή σε πληθυσμιακό επίπεδο πιθανόν να σώζει χιλιάδες ζωές από τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού.

4.3.2 Έλεγχος με γενετικά τεστ

Σύμφωνα με τα δεδομένα που ισχύουν μέχρι σήμερα , όλοι οι άνδρες και γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών, πρέπει να υποβάλλονται σε τεστ ανίχνευσης για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Τώρα χάρις στην πρόοδο που έχει επιτευχθεί στη γενετική, η μοριακή βιολογία αναγνωρίζει τα γονίδια τα οποία σχετίζονται με τις διάφορες μορφές καρκίνου(ογκογονίδια) και γενικότερα τις γενετικές αλλαγές.Φαίνεται ότι φτάνουμε στην εποχή που η ανίχνευση και η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του πεχέος εντέρου, θα γίνεται πολύ εύκολα με την ανάλυση δείγματος κοπράνων του ασθενούς.

Δύο πρόσφατες κλινικές μελέτες μας δείχνουν τις πρώτες επιτυχείς εφαρμογές μεθόδων που βασίζονται στην ανίχνευση των παθολογικών ογκογονιδίων του καρκίνου του παχέος εντέρου μέσα στα κόπρανα του ασθενούς.

Η πρώτη κλινική έρευνα δημοσιεύεται στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό [TheNewEnglandJournalofMedicine](#)όπου έλαβαν μέρος 74 ασθενείς. Το τεστ που γινόταν πάνω σε δείγμα των κοπράνων των ασθενών, είχε σαν στόχο την αναγνώριση των μεταλλάξεων του γονιδίου [APC\(AdenomatousPolyposisColigene\)](#), οι οποίες συνδέονται με την έναρξη των καρκίνων του παχέος εντέρου και του ορθού. Για την αναγνώριση των ανωμαλιών του DNA χρησιμοποιήθηκε μια τεχνική που αναπτύχθηκε από τους ίδιους τους γιατρούς, που ονομάζεται πρωτεϊνική βράγχυνση([digitalproteintruncation](#)). Η μέθοδος αυτή επιτρέπει τη διάσπαση του DNA σε πολλά μικρότερα κομμάτια, που έχει σαν αποτέλεσμα την ευκολότερη αναγνώριση του γονιδίου που αναζητείται. Τα αποτελέσματα ήταν θεαματικά. Αναγνωρίστηκαν επιτυχώς οι γενετικές ανωμαλίες που συνδέονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου στο 61% των ασθενών και σε ένα πρώιμο στάδιο. Επίσης προκαρκινικές καταστάσεις στο 50% των ασθενών.

Η δεύτερη έρευνα, που δημοσιεύτηκε σε ένα άλλο πολύ γνωστό ιατρικό

περιοδικό, στο [Lancet](#), είχε σαν βάση την αναγνώριση μεταλλάξεων ενός άλλου γονιδίου που ονομάζεται [BAT26](#). Το γονίδιο αυτό συνδέεται με καρκίνους που εμφανίζονται κυρίως στο δεξιό μέρος του παχέος εντέρου που είναι το ανιόν κόλον και το τυφλό.

Σε αυτή την έρευνα έλαβαν μέρος 134 ασθενείς και το ποσοστό επιτυχίας στην αναγνώριση του καρκίνου ήταν 37%. Το σημαντικό όμως είναι ότι με τη μέθοδο αυτή ανιχνεύονται οι καρκίνοι του δεξιού μέρους του παχέους εντέρου που είναι δύσκολο να ανεβρεθούν με την κολonosκόπηση.

Ενώ η μέθοδος αυτή δεν έχει τελειοποιηθεί, η ειδικότητα και των δύο τεστ είχε μηδαμικά λανθασμένα θετικά αποτελέσματα.

Το ιδανικότερο θα ήταν ο συνδυασμός των δύο γενετικό τεστ. Θα μπορούσε ίσως να αναγνωρισθεί μεγαλύτερο ποσοστό καρκινικών και προκαρκινικών καταστάσεων από ότι το κάθε ένα τεστ μόνο του λόγω της υψηλής ειδικότητας που τα χαρακτηρίζει.

Neoplasia . Vol. 6, No. 5, September/October 2004, pp. 536 – 540

4.3.3 Κολonosκόπηση

Είναι γνωστό ότι το 95% των καρκίνων του παχέος εντέρου οφείλονται σε πολύποδες. Οι πολύποδες είναι καλοήθης όγκοι οι οποίοι με το πέρασμα του χρόνου μπορούν να εξελιχθούν σε κακοήθεις. Η κολonosκόπηση αποτελεί τον καλύτερο τρόπο διάγνωσης των πολύποδων διότι εξετάζει το σύνολο του παχέος εντέρου και προλαμβάνει σχεδόν το 80% των πολύποδων που οδεύουν σε καρκίνο παχέος εντέρου και του ορθού.

Η κολonosκόπηση είναι μια διαδικασία κατά την οποία ο γαστρεντερολόγος-ενδοσκόπος εισάγει ένα λεπτό εύκαμπτο ενδοσκόπιο στον πρωκτό και το προωθεί έως το τελικό τμήμα του παχέος εντέρου, το τυφλό. Το ενδοσκόπιο διαθέτει κάμερα και μέσω του monitor γίνεται ο έλεγχος στο εσωτερικό του

εντέρου. Επίσης διαθέτει κανάλι εργασίας μέσα από το οποίο περνάνε εργαλεία έτσι ώστε να μπορέσει ο γιατρός να πάρει δείγμα του εντέρου για βιοψία, ακόμα να αφαιρέσει πολύποδες. Οι πολύποδες αυτοί αποστέλλονται σε παθολογοανατομικό εργαστήριο για να ελεγχθούν για δυσπλασία ή κάρκίνο.

ΣΑΡΗΤΖΟΓΛΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ, MD

4.3.4 Σιγμοειδοσκόπηση

Η σιγμοειδοσκόπηση είναι παρόμοια με την κολonosκόπηση. Πρόκειται για μια μέθοδο που μειώνει τη θνησιμότητα κατά 60-70%. Είναι πιο εύκολη για τους ασθενείς όμως έχουν μια πολύ σημαντική διαφορά. Η σιγμοειδοσκόπηση ελέγχει μόνο το πρώτο τμήμα του παχέος εντέρου (ορθό,σιγμοειδές) ενώ η κολonosκόπηση ελέγχει το σύνολο του εντέρου και για αυτό το λόγο υπερτερεί της σιγμοειδοσκόπησης.

Lancet 2002; 359: 1291–300

4.3.5 Βαριούχος υποκλυσμός

Ο βαριούχος υποκλυσμός είναι μια εξέταση που περιλαμβάνει μια σειρά ακτινογραφιών της κοιλίας μετά από πλήρωση του εντέρου με σκιαγραφικό βάριο. Έχει το πλεονέκτημα ότι εξετάζει ολόκληρο το παχύ έντερο και σε συνδυασμό με τη σιγμοειδοσκόπηση αποτελεί εναλλακτική μέθοδο της κολonosκόπησης. Βεβαίως δεν χαρακτηρίζεται από μεγάλη ευαισθησία διότι δεν έχει τη δυνατότητα να ανιχνεύει μικροσκοπικούς πολύποδες.

4.4 ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτογενής πρόληψη αφορά την επέμβαση, φροντίδα και αντιμετώπιση της παρά φύση έδρας ή κολοστομίας.

Η κολοστομία ή παρά φύση είναι ένα άνοιγμα που δημιουργείται χειρουργικά στο κόλον μέσα από το τοίχωμα της κοιλίας. Σκοπός της είναι η παράκαμψη από τα κόπρανα ενός τμήματος του παχέος εντέρου που νοσεί ή έχει υποστεί βλάβη. Ενδέχεται να είναι προσωρινή ή μόνιμη ανάλογα με το λόγο που επέβαλε την επέμβαση. Όταν κάποιος υποβληθεί σε επέμβαση κολοστομίας τα κόπρανα δεν αποβάλλονται πια μέσα από τον πρωκτό αλλά από τη στομία. Κατά την χειρουργική επέμβαση, τμήμα του παχέος εντέρου αφαιρείται και το απώτερο τελικό τμήμα του εντέρου μετατίθεται στο κοιλιακό τμήμα, όπου συρράπτεται και σχηματίζει τη στομία. Η κολοστομία δεν έχει σφιγκτήρα μυ και συνεπώς η αποβολή των κοπράνων δεν ελέγχεται από τη θέληση του ατόμου. Για αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο η σωματική όσο και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή. Η καλή υγιεινή και περιποίηση της κολοστομίας είναι απαραίτητες.

Ψυχολογική υποστήριξη

Μετά από μια χειρουργική επέμβαση είναι λογικό ο ασθενής να νιώθει αδύναμος και να περάσει από ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων, τα οποία διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Πόσο μάλλον στην επέμβαση της κολοστομίας, ειδικά εάν είναι μόνιμη που νιώθει ότι θα αλλάξει η εμφάνιση του και αυτό έχει επίπτωση όχι μόνο στον ίδιο αλλά και στο περιβάλλον του. Είναι σημαντικό ο ασθενής να κατανοήσει το χρόνο που χρειάζεται για να έχει πάλι την αίσθηση ότι είναι φυσιολογικός. Συχνά βιώνει αισθήματα άγχους, οργής,

άρνησης, θυμού, ζήλειας για τους υγιείς όπως και απόρριψης. Για αυτόν λοιπόν το λόγο ο νοσηλευτής οφείλει:

- Να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης, να τον στηρίξει ψυχολογικά και να τον ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματα του
- Να παρέχει εξατομικευμένη πληροφόρηση ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή
- Να αποσαφηνίσει απορίες, προκαταλήψεις και παρερμηνείες
- Να αναφέρει συνεχώς ότι χιλιάδες άνθρωποι βρέθηκαν στην ίδια θέση και είχαν τα ίδια συναισθήματα, όμως έχουν αναρρώσει πλήρως και έχουν αποκτήσει ξανά την καθημερινότητα τους

Διατροφή μετά από κολοστομία

Αμέσως μετά την επέμβαση ο ασθενής ακολουθεί μια ειδική διατροφή. Όταν τελειώσει η περίοδος της ανάρρωσης συνήθως ο ασθενής μπορεί να επανέλθει στη συνηθισμένη διατροφή του διότι η πέψη γίνεται στο λεπτό έντερο και όχι στο κόλον. Υπάρχουν όμως τροφές που προκαλούν οσμές και αέρια. Οι τροφές αυτές είναι:

- Μπρόκολο, κουνουπίδι
- Λαχανάκια βρυξελλών
- Φασόλια
- Λάχανο
- Σπαράγγια
- Αυγό
- Ψάρι
- Σκόρδο, κρεμμύδι

- Ορισμένα μπαχαρικά
- Αεριούχα ποτά και αναψυκτικά
- Όσπρια

Γενικότερα θα πρέπει να αποφεύγει την πολυφαγία και τα ακατάστατα γεύματα. Η διατροφή να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά με μέτρια λήψη ινών. Να περιέχει άφθονη λήψη υγρών όχι όμως χυμούς φρούτων και τομάτας γιατί προκαλούν συχνές κενώσεις. Είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής να μασάει αργά χωρίς να καταπίνει αέρα και να μη μιλάει όταν μασάει. Επίσης για να αποφευχθεί η παραγωγή αερίων είναι σημαντικό να μην φοράμε στενά ρούχα.

Περιποίηση κολοστομίας

Η περιποίηση της κολοστομίας είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι και για τον ασθενή αλλά και για το οικογενειακό περιβάλλον του. Όσο ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο η περιποίηση της κολοστομίας είναι καθήκον της νοσηλεύτριας, όταν όμως ο ασθενής επιστρέψει στο σπίτι πρέπει να γνωρίζει ο ίδιος αλλά και η οικογένεια του την περιποίηση. Άρα λοιπόν πριν φύγει ο ασθενής από το νοσοκομείο πρέπει ο νοσηλευτής να διδάξει τον ίδιο και την οικογένεια τον τρόπο που θα φροντίζουν καθημερινά την παρά φύση έδρα.

Το πρώτο βήμα σε αυτήν την κατεύθυνση είναι ο σωστός καθαρισμός του δέρματος. Αλλά πρώτα από όλα χρειάζεστε το δικό σας χώρο και άνεση για όση ώρα ασχολείστε με την στομία σας. Συνήθως το μπάνιο του σπιτιού είναι ο κατάλληλος χώρος.

Έχετε πάντα έτοιμα τα απαιτούμενα υλικά όπως:

- Ψαλιδάκι με κυρτά άκρα

- Υλικά αλλαγής (αυτοκόλλητος σάκος ή σύστημα βάσης και σάκου).
- Υλικά καθαρισμού (γάζες, νερό, skinlotion).
- Μια ειδική κρέμα (softpaste) που θα χρησιμοποιηθεί σαν στεγανοποιητής, εφόσον απαιτείται.
- Ένα ειδικό προϊόν αφαίρεσης του κολλητικού υλικού και των υπολειμμάτων (Niltac).
- Μετρητής στομίας

Απομακρύνουμε προσεκτικά τον υπάρχοντα σάκο, χωρίς να ερεθιστεί το δέρμα, τραβώντας μαλακά από πάνω προς τα κάτω. Το προϊόν Niltac μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια σε αυτό το στάδιο. Καθαρίστε το δέρμα γύρω από την στομία, κάνοντας κυκλικές κινήσεις από την περιφέρεια προς την στομία με:

- 1-2 στεγνές γάζες για χονδρικό καθάρισμα.
- 1-2 βρεγμένες (σε χλιαρό νερό) και στημένες γάζες για καλό καθάρισμα.
- 1-2 στεγνές γάζες για στέγνωμα της περιοχής (ταμπονάρετε την περιοχή).

Εάν χρησιμοποιούμε σάκο δυο τεμαχίων και αλλάζουμε μόνο το σάκο, καθαρίστε καλά το δακτυλίδι της βάσης πριν βάλετε τον νέο σάκο.

ΠΡΟΣΟΧΗ!!!

- ∅ Δεν χρησιμοποιούμε βενζίνη, αιθέρα, αφριστικά καθαριστικά καθώς υπάρχει κίνδυνος να ερεθίσουν ή να ξηράνουν το δέρμα
- ∅ Δεν χρησιμοποιούμε αρωματικές αλοιφές, έλαια, κοινές κρέμες καθώς υπάρχει κίνδυνος να μην κολλήσουν καλά τα υλικά
- ∅ Δεν χρησιμοποιούμε σφουγγάρια ή γάντια του μπάνιου καθώς υπάρχει κίνδυνος μυκητίασης
- ∅ Δεν χρησιμοποιούμε χαρτί τουαλέτας ή χαρτοβάμβακα καθώς τρίβονται και αφήνουν υπολείμματα πάνω στο δέρμα

Για να τοποθετήσουμε τον νέο σάκο βεβαιωνόμαστε πως το δέρμα είναι στεγνό και πως το άνοιγμα της βάσης (του κολλητικού δηλαδή υλικού) ταιριάζει ακριβώς με το άνοιγμα της στομίας. Πριν τοποθετήσουμε τον σάκο αφαιρούμε το φιλμ που καλύπτει το κολλητικό υλικό. Ξεκινάμε την εφαρμογή από κάτω προς τα πάνω αφού βεβαιωθούμε πως δεν υπάρχουν ζάρες ανάμεσα στο δέρμα και το αυτοκόλλητο.

Πιέζουμε σταθερά για λίγο ώστε να κολλήσει καλά. Εάν ο σάκος είναι χωριστός συνδέστε τον με την βάση ξεκινώντας κάτω από την στομία και πιέζοντας κυκλικά ώστε ο δακτύλιος της βάσης να κουμπώσει στον δακτύλιο του σάκου. Για διπλή σιγουριά ρίχνουμε 6-9 σταγόνες Nodog S μέσα στον σάκο για εξουδετέρωση των οσμών.

Δεν ξεχνάμε ποτέ να ελέγχουμε:

- Μετράμε τακτικά το μέγεθος της στομίας. Η στομία θα είναι πρησμένη αμέσως μετά την εγχείρηση και για τις επόμενες ημέρες. Καθώς το πρήξιμο σταδιακά υποχωρεί είναι σημαντικό να μετράτε τακτικά το μέγεθος της στομίας. Κάθε κουτί με υλικά διαθέτει ειδική μεζούρα μέτρησης. Πρέπει να γίνει συνήθεια η μέτρηση του μεγέθους της στομίας σας κάθε φορά που ανοίγετε ένα νέο κουτί.
- Σιγουρευτείτε ότι η σπή εφαρμόζει τέλεια. Θα εξασφαλίσετε τη μέγιστη προστασία του περιστομικού δέρματος προσαρμόζοντας την σπή (άνοιγμα) του κολλητικού υλικού όσο το δυνατόν πιο κοντά στην στομία. Το κολλητικό υλικό πρέπει να εφαρμόζει τέλεια γύρω από την στομία χωρίς όμως να της ασκεί πίεση και να ερεθίζει.
- Απόρριψη του σάκου. Πριν πετάξουμε το σάκο στα σκουπίδια, είναι καλό να διπλώσουμε και να κολλάμε το κολλητικό υλικό ώστε να απομονωθεί το περιεχόμενό του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ

5.1 Σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου

Μετά τη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού, ακολουθούν εξετάσεις που γίνονται με σκοπό να διαπιστωθεί η ακριβής έκταση του καρκίνου, τόσο στο εσωτερικό του τοιχώματος του εντέρου όσο και εκτός αυτού, στους γύρω ιστούς και σε άλλα μέρη του σώματος.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού διαχωρίζεται σε τέσσερα στάδια, που κυμαίνονται από μικρές εστίες περιορισμένες στην εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου μέχρι την εξάπλωσή του και σε άλλα όργανα του σώματος. Όταν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε άλλα όργανα του σώματος, τότε αναφερόμαστε σε αυτόν ως μεταστατικό καρκίνο.

Υπάρχουν δύο διαφορετικά συστήματα σταδιοποίησης για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού. Το πρώτο σύστημα, που ονομάζεται σύστημα σταδιοποίησηςDukes, τείνει σταδιακά να αντικατασταθεί από το σύστημα σταδιοποίησης TNM, το οποίο δίνει αναλυτικότερες πληροφορίες.

5.1.1 Σύστημα T.N.M

TNM σημαίνει **T** umour (όγκος), **N** ode (λεμφαδένες), **M** etastases (μεταστάσεις).

- Όπου **T** περιγράφει το μέγεθος του όγκου και το κατά πόσο έχει εξαπλωθεί στο τοίχωμα του εντέρου.
- Όπου **N** περιγράφει το εάν και κατά πόσον ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες.
- Όπου **M** περιγράφει το εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε ένα άλλο όργανο του σώματος, όπως το ήπαρ ή στους πνεύμονες (μεταστατικός καρκίνος).

Όγκος

- Tis: καρκίνωμα in situ (αποκλειστικά στον βλεννογόνο)
- T1: επέκταση της διήθησης έως τον υποβλεννογόνο χιτώνα.
- T2: επέκταση της διήθησης έως τον μυϊκό χιτώνα.
- T3: επέκταση της διήθησης έως τον ορογόνο (Ορογόνος αποτελεί το εξωτερικό προστατευτικό περίβλημα του γαστρεντερικού σωλήνα).
- T4a: ο όγκος διηθεί το σπλαχνικό περιτόναιο (Το περιτόναιο είναι ένας λεπτός υμένας ο οποίος αποτελείται από δύο πέταλα: το τοιχωματικό που επενδύει το κοιλιακό τοίχωμα και το σπλαχνικό που επενδύει τα σπλάγχχνα)
- T4β: ο όγκος διηθεί κατ' επέκταση άλλα όργανα

Λεμφαδένες

- N0: δεν υπάρχει μετάσταση σε επιχώριους (τοπικούς) λεμφαδένες
- N1: μετάσταση σε 1-3 επιχώριους λεμφαδένες
- N2: μετάσταση σε 4 ή περισσότερους επιχώριους λεμφαδένες
- N2a: σε 4 με 6 λεμφαδένες
- N2b: σε 7 ή περισσότερους λεμφαδένες

Μεταστάσεις

- M0: δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις
- M1: υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις

Υπάρχουν τρεις τρόποι με τους οποίους ο καρκίνος εξαπλώνεται στο σώμα και αυτοί είναι:

- Μέσω των ιστών, δηλαδή ο καρκίνος διηθεί τους γύρω φυσιολογικούς ιστούς.
- Μέσα από το λεμφικό σύστημα. Τα καρκινικά κύτταρα εισβάλλουν στα αγγεία του λεμφικού συστήματος και μέσω αυτών μεταφέρονται στους επιχώριους (κοντινούς) λεμφαδένες και σε άλλα μέρη του σώματος.
- Μέσω του αίματος. Τα καρκινικά κύτταρα εισβάλλουν στα αιμοφόρα αγγεία (φλέβες και αρτηρίες) και μεταφέρονται μέσω αυτών σε άλλα σημεία του σώματος (ήπαρ, πνεύμονες, οστά, εγκέφαλος κ.ά). Οι συχνότερες μεταστατικές εστίες από τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού είναι το ήπαρ, οι πνεύμονες, τα οστά και ο εγκέφαλος.

5.1.2 Σύστημα κατά Dukes

- Dukes A : Ο όγκος εντοπίζεται μόνο στο εσωτερικό τοίχωμα του παχέος εντέρου.
- Dukes B : Ο Όγκος έχει εισχωρήσει από το εσωτερικό τοίχωμα προς τον μυ χωρίς να προσβάλει τους λεμφαδένες της περιοχής.
- Dukes C : Ο Όγκος έχει επεκταθεί και σε ένα ή περισσότερους λεμφαδένες της περιοχής. Οι λεμφαδένες είναι μέρος του λεμφικού συστήματος και αποτελούν την φυσιολογική άμυνα του οργανισμού εναντίον των μολύνσεων.
- Dukes D : Τα καρκινικά κύτταρα του όγκου έχουν διασκορπιστεί και σε άλλα όργανα του σώματος και έχουν δημιουργήσει δευτεροπαθείς όγκους (μεταστάσεις).

5.2 Πρόγνωση

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου συνδέεται άμεσα με το στάδιο στο οποίο πρωτοδιαγνώστηκε. Η θνησιμότητα είναι συνάρτηση του παθολοανατομικού σταδίου. Ασθενείς με προχωρημένο στάδιο έχουν χειρότερη πρόγνωση με χαμηλότερα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης συγκριτικά με τα πρωιμότερα στάδια

5.2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση

Η πρόγνωση και οι επιλογές θεραπείας εξαρτώνται από τα ακόλουθα:

- Το στάδιο του καρκίνου. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού σε αρχικό στάδιο μπορεί συχνά να ιαθεί.
- Τον τύπο και τα ιστολογικά χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων.
- Την ηλικία του ασθενούς και τη γενική κατάσταση της υγείας του.
- Τον αριθμό των εξαιρεθέντων λεμφαδένων.
- Την διήθηση από καρκινικά κύτταρα η όχι των εγχειρητικών ορίων (η παρουσία δηλαδή ή όχι καρκινικών κυττάρων στο σημείο της τομής του χειρουργού στο έντερο) και την απόσταση του όγκου από το εγχειρητικό όριο.
- Τη διήθηση αγγείων.
- Τη λεμφαγγειακή διήθηση.
- Τη περινευρική διήθηση.

- Το βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων
- Τα γενετικά χαρακτηριστικά του ασθενούς και του όγκου

5.2.2 Βαθμός διαφοροποίησης

Ο βαθμός διαφοροποίησης αποτελεί χαρακτηριστικό των καρκινικών κυττάρων το οποίο επηρεάζει σημαντικά την επιβίωση, ακόμα και ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου. Ασθενείς με καλώς διαφοροποιημένα καρκινώματα έχουν υψηλότερα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης σε σχέση με τους ασθενείς με κακοήθειες χαμηλής διαφοροποίησης.

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες:

- Βαθμού 1:χαμηλής κακοήθειας-υψηλής διαφοροποίησης
- Βαθμού 2: ενδιάμεσης κακοήθειας
- Βαθμού 3:υψηλής κακοήθειας-χαμηλής διαφοροποίησης

Χαμηλού βαθμού κακοήθειας – υψηλής διαφοροποίησης, σημαίνει ότι τα καρκινικά κύτταρα μοιάζουν με τα φυσιολογικά κύτταρα του εντέρου. Συνήθως αναπτύσσονται αργά και υπάρχουν λίγες πιθανότητες να εξαπλωθούν σε άλλα όργανα.

Στους υψηλού βαθμού κακοήθειας – χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνους τα κύτταρα παρουσιάζονται «ανώμαλα», μοιάζουν ελάχιστα με εκείνα του φυσιολογικού ιστού, πολλαπλασιάζονται ταχύτατα και είναι πιο πιθανό να εξαπλωθούν σε άλλα όργανα.

Οι μέτριου βαθμού καρκίνοι έχουν χαρακτηριστικά ενδιάμεσα στους προηγούμενους ως προς τη μορφολογία τους, το ρυθμό ανάπτυξης και την ικανότητα τους να εξαπλώνονται σε άλλα όργανα. Μερικές φορές περιγράφονται ως μέτρια διαφοροποιημένα.

BeStrong.org.gr - 16.03.14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

6.1 Κλινική συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι πολυάριθμα και μη ειδικά. Πολλές φορές διαφέρουν ανάλογα με το που εντοπίζεται ο όγκος μέσα στο έντερο. Το 40% των ασθενών παρουσιάζει τυπική συμπτωματολογία της νόσου, ενώ στο υπόλοιπο ποσοστό η συμπτωματολογία υποεκτιμάται ή ερμηνεύεται διαφορετικά. Παρακάτω αναπτύσσεται η κλινική συμπτωματολογία με σειρά συχνότητας εμφάνισης.

6.1.1 Κοιλιακό άλγος

Το κοιλιακό άλγος είναι δυνατόν να αποτελεί το πρώτο σύμπτωμα του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αποδίδεται επί υπάρξεως πόνου με στοιχεία κολικού που μπορεί να συνοδεύεται από διάταση της κοιλιάς και αναστολή αερίων και κοπράνων. Τα χαρακτηριστικά αυτά υποδηλώνουν αδυναμία στην προώθηση του εντερικού περιεχομένου και προσπάθεια υπερνικήσεως του κωλύματος. Πρωκταλγία είναι δυνατός να προέρχεται από διήθηση του σφικτήρος ή του πρωκτικού δακτυλίου και υποδηλώνει νεόπλασμα του τελικού τμήματος του παχέος εντέρου

6.1.2 Μικροσκοπική αιμορραγία

Οι πάσχοντες από καρκίνο παχέος εντέρου στο αρχικό στάδιο παρουσιάζουν μικροσκοπική αιμορραγία στα κόπρανα όπου δεν φαίνεται με γυμνό μάτι αλλά αναγνωρίζεται με ειδικό τεστ.

Το πιο σύνηθες σύμπτωμα είναι η παρουσία αίματος στα κόπρανα, λόγω

αιμορραγίας του όγκου. Η αιμορραγία μπορεί να έχει τη μορφή μέλαινας ή αποβολής ζωηρόχρωμου αίματος ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Τα καρκινώματα του τυφλού, ανιόντος εγκαρσίου και κατιόντοςκόλον σπάνια παρουσιάζουν αιμορραγία λόγω της ανάμειξης του αίματος με το περιεχόμενο του εντέρου. Ο καρκίνος του σιγμοειδούς και ιδιαίτερα του ορθού εμφανίζεται με αιμορραγία που μπορεί να συνοδεύεται από βλέννη στα κόπρανα.

6.1.3 Αλλαγή συνηθειών του εντέρου

Δεύτερο σε συχνότητα σύμπτωμα είναι η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου. Δυσκοιλιότητα, διάρροιες ,η εναλλαγή από δυσκοιλιότητα σε διαρροϊκές κενώσεις, καθώς και μεταβολή της διαμέτρου των κοπράνων είναι δυνατό να αποτελούν πρώιμα συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως οφείλονται σε απόφραξη του εντέρου και είναι συνηθέστερα σε καρκίνου του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου.

6.1.4 Σιδηροπενική αναιμία

Ο καρκίνος εκδηλώνεται με συμπτώματα υπόχρωμης σιδηροπενικής αναιμίας. Οι ασθενείς αισθάνονται αδυναμία, κόπωση, δύσπνοια και ζάλη λόγω απώλειας αίματος από μικροαιμορραγίες του όγκου. Συμπτώματα αναιμίας παρατηρούνται συνήθως σε καρκινώματα του δεξιού κόλου. Είναι σημαντικό ο κλινικός ιατρός ο οποίος διαπιστώνει υπόχρωμη σιδηροπενική αναιμία σε άτομο το οποίο δεν παρουσιάζει εμφανή αιτία απώλειας αίματος, ιδιαίτερα σε

μεγάλες ηλικίες, να συμπεριλάβει στη διαγνωστική του σκέψη τον καρκίνο και να μην σπεύσει να χορηγήσει αγωγή χωρίς να επιβεβαιώσει την αιτία της.

καραγιάννης αθανάσιος ογκολόγος,

6.2 Συσχέτιση συμπτωμάτων ανατομικής θέσης

Τα διάφορα συμπτώματα εκδηλώνονται σε άλλοτε άλλη συχνότητα εξαρτώμενη από την εντόπιση του νεοπλασματος στα διάφορα τμήματα του παχιάς εντέρου. Έτσι ο πόνος π.χ είναι κύριο χαρακτηριστικό των προς τα δεξιά εντοπίσεων ενώ τα ενοχλήματα εκ του εντέρου του τύπου δυσκοιλιότητας διάρροιας είναι χαρακτηριστικό των προς τα αριστερά εντοπίσεων. Την ίδια συμπεριφορά δεικνύει και η ψηλαφητή μάζα αλλά σε διαφορετικά ποσοστά συχνότητας. Χαρακτηριστική συμπτωματολογία εμφανίζει το καρκίνωμα του ορθού. Επίσης στη εικόνα αυτή εμφανίζεται και η χρονική απόσταση μεταξύ της έναρξης των συμπτωμάτων και της οριστικής διάγνωσης

6.2.1 Συμπτωματολογία καρκινώματος δεξιού κόλου

Η μεγάλη διάμετρος, το λεπτό και διατατό τοίχωμα, και το υδαρές περιεχόμενο αυτού του τμήματος του παχέος εντέρου επηρεάζουν αλλά και ερμηνεύουν τις μεγάλες διαστάσεις του νεοπλασματος του δεξιού κόλου πριν από την οριστική

διάγνωσή του. Τα εκ του εντέρου ενοχλήματα απουσιάζουν ή μπορεί να υπάρχει ήπια διάρροια (30%). Τα δυσπεπτικά ενοχλήματα, η ναυτία, οι έμετοι (32%), ο πυρετός αγνώστου αιτιολογίας, η απώλεια βάρους(48.6%), η εύκολη κόπωση, και η σοβαρή αναιμία αποτελούν ομάδα μη ειδικών συμπτωμάτων που μπορεί να συνοδεύουν και το νεόπλασμα του δεξιού κόλου. Άλλα συμπτώματα όπως το συνεχές ήπιο άλγος (78%) κατά το δεξιό λαγόνιο βόθρο ή το δεξιό υποχόνδριο ή το ιδίως επιγάστριο με κάποια τοπική ευαισθησία (μικροσκοπικό απόστημα;) και η ψηλαφητή μάζα (67.7%) κατά το δεξιό λαγόνιο βόθρο ανήκουν στην κατηγορία και αυτά των μη ειδικών για το νεόπλασμα του δεξιού κόλου συμπτωμάτων διότι μπορεί να συνοδεύουν το πεπτικό έλκος, την οξεία ή χρόνια χολοκυστίτιδα, την οξεία σκωληκοειδίτιδα ή ακόμη και το νεόπλασμα του στομάχου. Θα πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι η παρατηρούμενη αναιμία οφείλεται σε μικροσκοπική απώλεια αίματος και θα πρέπει να τονισθεί ότι επί υπάρχουσας ανεξήγητης υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας η ύπαρξη νεοπλασματος τυφλού ή ανιόντος κόλου δεν θα πρέπει να αποκλείεται.

6.2.2 Συμπτωματολογία καρκινώματος εγκάρσιου-αριστερού κόλου

Ο αυλός εδώ έχει μικρότερη διάμετρο, ημιστερέο περιεχόμενο και προεξάρχει η αποφρακτική συμπεριφορά του όγκου. Έτσι προεξάρχει η δυσκοιλιότητα, αρχόμενη ή επιδεινούμενη υπάρχουσας, με ταυτόχρονη έναρξη ή κατάχρηση

καθαρτικών. Την δυσκοιλιότητα συνοδεύουν «κραμποειδή» κοιλιακά άλγη, με βορβορυγό και μετεωρισμό της κοιλίας με επιδείνωση μετά τα γεύματα και βελτίωση με το πέρασμα αερίων. Ενίοτε εμφανίζεται διάρροια ή εναλλαγή διάρροιας δυσκοιλιότητας. Κάθε λίγες ημέρες εμφανίζεται η λεγόμενη «ψευδοδιάρροια» οφειλόμενη στην κατάχρηση καθαρτικών. Άλλο σύμπτωμα είναι η εμφάνιση αίματος και βλέννης αναμεμιγμένης με την κένωση ή ανεξάρτητα με χρώμα ζωηρό ερυθρό ή σκωριόχρωμο.

6.2.3 Συμπτωματολογία καρκινώματος περιφερικού Σιγμοειδούς(Ορθοσιγμοειδές)-Ορθού

Οι βλάβες αυτές προκαλούν την χαρακτηριστικότερη σειρά συμπτωμάτων. Τούτο είναι ίσως τυχερό!, λαμβάνοντας υπ' όψιν την υψηλή εμφάνιση του καρκίνου σε αυτές τις περιοχές του εντέρου. Όμως θα πρέπει να τονισθεί ότι μπορεί να είναι εντελώς ασυμπτωματικές και να ανακαλυφθούν τυχαία κατά την εξέταση για ραγάδα δακτυλίου ή άλλη καλοήγη πάθηση του δακτυλίου(J.Goligher). Το συχνότερο σύμπτωμα στις περιπτώσεις αυτές είναι η αιμορραγία από το ορθό, η οποία μπορεί να είναι μεγάλη (αιματοχεσία) ή ασήμαντη, να συνοδεύει την κένωση ή να αποτελεί τη κένωση αυτή καθ' εαυτή. Οι διαταραχές στην κένωση του τύπου της επιδεινούμενης δυσκοιλιότητας ή συνηθέστερα της πρωινής ψεύτικης διάρροιας η οποία ξεκινά τις πρωινές ώρες και αποτελείται από βλέννα, αίμα και πύον. Υπάρχει μία αλληλουχία συμπτωμάτων που σχετίζεται με τον καρκίνο του ορθού η οποία είναι χαρακτηριστική και απαρτίζεται από: Έπειξη προς αφόδευση η οποία μετά από προσπάθεια αποτελείται από μίγμα αίματος, υδαρών κοπράνων με ταυτόχρονη αποβολή αερίων. Η αποτυχημένη αυτή κένωση

επαναλαμβάνεται πάλι και πάλι ανά 15΄ ή 1h έως 4-5 φορές τις πρώτες πρωινές και φθάνει τις 10-12/24h. Έτσι διαταράσσεται τόσο ο νυκτερινός ύπνος αλλά και οι ημερήσιες δραστηριότητες του ατόμου διότι εκτός του αυξανόμενου αριθμού των αποτυχημένων κενώσεων αυτές συνοδεύονται κάθε φορά κατά το πέρας με τεινεσμό (επώδυνη, ατελής κένωση). Ο πόνος στον ορθικό καρκίνο απουσιάζει κατά κανόνα εκτός και αν έχει μεγάλο μέγεθος (αίσθημα πληρότητας του ορθού), διηθεί το ιερό πλέγμα (ισχιαλγία), τον δακτύλιο (πόνος ραγάδας), τα γειτονικά όργανα όπως προστάτη, κύστη, κόλπο, οστά πυέλου με ανάλογη συμπτωματολογία. Θα πρέπει να τονισθεί ότι επί αιμορραγίας από το ορθό σε άτομα μέσης και άνω ηλικίας κατά πρώτον θα πρέπει να αποκλεισθεί η συσχέτιση με καρκίνωμα του περιφερικού σιγμοειδούς και ορθού και δευτερευόντως με αιμορροϊδοπάθεια.

καραγιάννης αθανάσιος ογκολόγος,

6.3 Διάγνωση

Η Διαγνωστική Διαδικασία περιλαμβάνει τα βήματα που πρέπει να πραγματοποιήσει ο κλινικός ιατρός ώστε να φθάσει έγκαιρα στην ακριβή διάγνωση της νόσου. Προηγείται όπως πάντα η λήψη ιστορικού όπου αξιολογούνται εκτός των άλλων πληροφορίες που άπτονται την άτυπη δυσπεψία με ακαθόριστα κοιλιακά ενοχλήματα σε άτομα μέσης και άνω ηλικίας και θα πρέπει να ερευνώνται στη κατεύθυνση της νεοπλασίας του δεξιού κόλου εκτός των καλοήθων παθήσεων στομάχου, 12δακτύλου, χοληφόρων, σκωληκοειδούς αποφύσεως και νεοπλασίας στομάχου. Η ανεξήγητη κακουχία

με αναιμία θέτει την υποψία νεοπλασματος του δεξιού κόλου αλλά και της νεοπλασίας του στομάχου. Η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου σε άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών για 2-3 εβδομάδες και άνω μπορεί να συσχετίζεται με νεοπλασία του αριστερού κόλου, όπως και με κολίτιδα ή εκκολπωματίτιδα.

6.3.1 Φυσική εξέταση

Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει την επισκόπηση του ασθενούς η οποία θα δώσει γενικές πληροφορίες, όπως για την κατάσταση θρέψης (απώλεια βάρους;), χρώμα επιπεφυκώτων (αναιμία;), την ύπαρξη γενικευμένου ή τοπικού μετεωρισμού (ορατές περισταλτικές κινήσεις;). Με την ψηλάφηση αναζητούμε ενδοκοιλιακή μάζα, αξιολογούμε την κατάσταση του ήπατος, την ύπαρξη διογκωμένων λεμφαδένων (βουβωνικών ή αλλαχού). Με την επίκρουση αναζητούμε την ύπαρξη τυμπανικότητας (διάταση εντερικών ελίκων) ή αμβλύτητας (ασκίτης). Με την ακρόαση υπερκινητικότητα του εντέρου (μεταλλικοί ήχοι), ή έντονη κινητικότητα (βορβορυγμός)

6.3.2 Δακτυλική εξέταση

Η δακτυλική εξέταση είναι σημαντική διότι ελέγχει το 10-15% των νεοπλασιών του παχέος εντέρου και έχει τη δυνατότητα να ανακαλύψει την βλάβη υπό μορφή δισκοειδούς σκλήρυνσης ελαφρά υπεργερμένης, οζώδους μαλακής υπέγερσης με μικρό έλκος, τυπικού καρκινικού έλκους με βαθύ κρατήρα και υπεργεμένα χείλη, και δακτυλιοειδούς στενώσεως. Καθορίζει την θέση της βλάβης σε σχέση με τον δακτύλιο, το τράχηλο της μήτρας, το άνω όριο του

προστάτου και τον κόκκυγα, την κινητικότητα της βλάβης σε σχέση με τον προστάτη, τις σπερματοδόχους κύστεις, την ουροδόχο κύστη, τον κόλπο, την μήτρα, το ιερό οστού και τον κόκκυγα, καθορίζει την επέκταση τοπικά της βλάβης και ελέγχει την τελική ύπαρξη ύπαρξη αίματος κατά το πέρας της εξέτασης. Η αμφίχειρη δακτυλική εξέταση της πυέλου είτε διά του ορθού είτε δια του κόλπου, ανακαλύπτει ψηλαφητή μάζα σε ποσοστό 10-15% των περιπτώσεων επί βλαβών της αριστερής πλευράς και σε ποσοστό 70% επί βλαβών της δεξιάς πλευράς.

Στο παρελθόν αποτελούσε τη μόνη προληπτική εξέταση. Τώρα πια δεν προτείνεται, αφού είναι πολύ λιγότερο ακριβής σε σχέση με τις άλλες εξετάσεις. Συνίσταται πριν την κολonosκόπηση ή την σιγμοειδοσκόπηση, αφού μπορεί να γίνουν αντιληπτές διογκώσεις, που δεν μπορούμε να δούμε με την βοήθεια των απεικονιστικών εξετάσεων. Η ίδια εξέταση χρησιμοποιείται και για την διάγνωση του CA του προστάτη

6.4 Ορθοσιγμοειδοσκόπηση

Η ενδοσκόπηση του κατώτερου πεπτικού αποτελεί την υπ' αριθμόν ένα παρακλινική διαγνωστική πράξη στα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου. Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση με άκαμπτο όργανο ελέγχει μέχρι βάθους 25 εκ. το παχύ έντερο και αποκαλύπτει το 20% των βλαβών. Το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο φθάνει μέχρι βάθους τα 60 εκ. και ελέγχει το 50-60% των βλαβών.

Ο ασθενής προετοιμάζεται με ένα χαμηλό υποκλυσμό χωρίς άλλη διαδικασία και η εξέταση δεν έχει αντενδείξεις ή επιπλοκές. Η μέθοδος έχει υψηλή ευαισθησία (σχεδόν 100%) και ειδικότητα για το επισκοπηθέν τμήμα του

εντέρου και παρέχει τη δυνατότητα λήψης βιοψίας από ύποπτες περιοχές. Μόνο τα θετικά ευρήματα αξιολογούνται καθώς τα αρνητικά δεν αποκλείουν την ύπαρξη νεοπλασματος περιφερικά. Ιδιαίτερα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τα νεοπλασματα παρουσιάζουν μία τάση περιφερικότερης εντόπισης και απαιτείται περαιτέρω έλεγχος.

Lancet 2002; 359: 1291–300

6.5 Ακτινολογικός έλεγχος με βαριούχο υποκλισμό

Πρόκειται για μια εξέταση που στοχεύει στην απεικόνιση τα του εσωτερικού του εντέρου με ακτίνες χ, για να ελέγξουμε για πολύποδες ή την ύπαρξη καρκίνου. Η μέθοδος αυτή μπορεί να διογκώσει 70% των μεγάλων πολυπόδων και 50% των μικρών. Πριν την εξέταση, ο ασθενής δέχεται έναν υποκλισμό με βάριο, το οποίο είναι μία ουσία που δεν μπορεί να διαπεραστεί από τις ακτίνες. Καθώς είναι ξαπλωμένος ο ασθενής, ο ακτινολόγος πιέζει την κοιλιακή χώρα για να κατευθύνει το βάριο στο παχύ έντερο. Λαμβάνονται πολλαπλές ακτινογραφίες σε όρθια θέση σε αριστερή και δεξιά πλάγια κατακεκλιμένη στάση. Πριν την εξέταση απαιτείται προετοιμασία του εντέρου με υδρική δίαιτα, λήψη καθαρικών και υψηλό υποκλισμό. Τα συνηθέστερα ευρήματα είναι ανώμαλο έλλειμμα σκιαγράφησης, στένωση του αυλού, απουσία περισταλτισμού σε συγκεκριμένη περιοχή και ανωμαλία της παρυφής του βλεννογόνου του εντέρου. Η εξέταση είναι ευαίσθητη 50-80% για πολύποδες <1 cm, 70-90% για πολύποδες >1 cm και 55-85% στο πρώιμο καρκίνωμα. Η εξέταση είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με ορθοσιγμοειδοσκόπηση, διότι μόνο με το βαριούχο υποκλισμό δεν ελέγχεται σωστά το ορθό. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η ευαισθησία της μεθόδου και πλησιάζει αυτή της κολonosκόπησης για καρκινώματα και αδενώματα >1 cm. Μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι δεν επιτρέπει τη λήψη βιοψιών και

την αφαίρεση των πολυπόδων. Στην εξέταση αξιολογούνται μόνο τα θετικά αποτελέσματα.

Σε περίπτωση που με το βαριούχο υποκλυσμό βρεθεί ύποπτη αλλοίωση ή στην περίπτωση που δεν υπάρχουν ευρήματα αλλά η κλινική υποψία είναι ισχυρή εκτελείται κολονοσκόπηση.

Παπής Χαρίλαος, Γενικός Χειρουργός

6.6 Κολονοσκόπηση

Η κολονοσκόπηση είναι μία διαδικασία κατά την οποία ο γιατρός εισάγει ένα εύκαμπτο ενδοσκόπιο 180 εκατοστών δια μέσου του ορθού στο παχύ έντερο και ελέγχει μέσω μιας κάμερας το εσωτερικό του παχέος εντέρου. Με την εξέταση επιτυγχάνεται άριστη οπτική εικόνα του εσωτερικού του παχέος εντέρου, ενώ συγχρόνως μπορεί να γίνουν βιοψίες και θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως εκτομή πολυπόδων και αιμόσταση. Απαιτείται η προετοιμασία του ασθενούς δύο ημέρες πριν την εξέταση με υδρική διαίτα, λήψη καθαρικών και κλύσματα που αποσκοπεί στο σχολαστικό καθαρισμό του εντέρου. Η κολονοσκόπηση είναι πιο ακριβής από κάθε άλλη μέθοδο και η διαγνωστική της δυνατότητα φτάνει το 90%. Ανιχνεύει εξαιρετικά καλά μικρές βλάβες <1 cm και επιφανειακές αλλοιώσεις του βλεννογόνου.

Μειονέκτημα της κολονοσκόπησης είναι η αδυναμία προωθήσεως του οργάνου έως το τυφλό που αγγίζει το 10-15% ακόμη και σε πεπειραμένους ενδοσκόπους. Τα ποσοστά επιτυχίας ολικής κολονοσκόπησης είναι 85-95%.. Λόγοι που εμποδίζουν την ολική κολονοσκόπηση είναι η κακή εντερική προετοιμασία, οι στενώσεις ή μεγάλοι όγκοι του εντέρου.

6.7 Εργαστηριακός έλεγχος

Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, εκτός από τον έλεγχο του αιματοκρίτη και τον προσδιορισμό του τύπου της αναιμίας, δεν αναμένεται να αποδώσει ιδιαίτερα διαγνωστικά στοιχεία, βοηθάει όμως στη αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενή. Συγκεκριμένα γίνονται στον ασθενή οι εξής: γενική αίματος, βιοχημικές εξετάσεις ήπατος, ασβέστιο, έλεγχος νεφρικής λειτουργίας. Μερικές φορές ο γιατρός παίρνει εξέταση αίματος για να ελέγξει το καρκινοεμβρυικό αντιγόνο. (CEA). Το καρκινοεμβρυικό αντιγόνο είναι μία ουσία η οποία παράγεται από μερικά καρκινικά κύτταρα. Κάποιες φορές βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο παχέος εντέρου, ιδιαίτερα αν η νόσος είναι εκτεταμένη. Αυξημένο CEA παρατηρείται και σε μερικές καλοήθεις καταστάσεις όπως οι καπνιστές, οι κυρωτικοί και σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, οπότε και αποτελεί μη αξιόπιστη μέθοδο για τη πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου στο γενικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά όμως να μετράται χειρουργημένους ασθενής καρκίνου του παχέος εντέρου και τα ευρήματα να συγκρίνονται με τις προεγχειρητικές εξετάσεις. Το CEA είναι ένας δείκτης πρόωμης αναγνώρισης μεταστάσεων. Το 80% των ασθενών που παρουσιάζουν υποτροπή ή μεταστάσεις θα έχουν αύξηση του CEA που θα εμφανιστεί έξι μήνες πριν την κλινική εκδήλωση.

6.8 Σύγχρονες διαγνωστικές μέθοδοι

Τα τελευταία χρόνια πολλά υποσχόμενη για τη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η εικονική κολonosκόπηση (3D virtual colonoscopy). Πρόκειται για μια νέα τεχνική υπολογιστικής απεικόνισης τριών διαστάσεων του παχέος εντέρου που αναμένεται να προσφέρει τα μέγιστα στη διάγνωση και παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου. Μελέτες βεβαιώνουν ότι η αποτελεσματικότητα της πλησιάζει αυτή της κλασικής κολonosκόπησης. Πριν τη διαδικασία είναι απαραίτητη η προετοιμασία του

ασθενούς η οποία περιλαμβάνει λήψη καθαρτικών και υδρική δίαιτα. Η διαδικασία της εικονικής κολονοσκόπησης αρχίζει με εμφύσηση αέρα στο παχύ έντερο. Ένας υψηλής ταχύτητας αξονικός τομογράφος λαμβάνει 300 εικόνες του εντέρου σε 20 δευτερόλεπτα και τα στοιχεία επεξεργάζεται ο ηλεκτρονικός υπολογιστής που ανασυνθέτει την εικόνα. Η εικονική κολονοσκόπηση δεν απαιτεί τη λήψη ηρεμιστικών ή υπνωτικών από τον ασθενή και είναι λιγότερο ενοχλητική από την κλασσική κολονοσκόπηση. Η νέα αυτή τεχνική πλεονεκτεί στο ότι διαρκεί μικρό χρονικό διάστημα και εξαρτάται λιγότερο από την ικανότητα του ιατρού που εκτελεί την εξέταση, καθώς οι εικόνες μπορούν να αποθηκευτούν και να ανακληθούν, όταν χρειαστεί. Μειονεκτεί σε σχέση με την κλασσική κολονοσκόπηση στο ότι δεν έχει τη δυνατότητα να λάβει βιοψίες και να επέμβει θεραπευτικά ο ιατρός και να αφαιρέσει τον υπάρχοντα πολύποδα. Η τεχνική αυτή πιστεύεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο πληθυσμιακών ομάδων. Η ενδοαυλική υπερηχοτομογραφία είναι μία νεότερη μέθοδος που παίζει μικρό ρόλο στη διάγνωση, αλλά φαίνεται να είναι αρκετά ευαίσθητη στην εκτίμηση της διήθησης του τοιχώματος του ορθού και στην εύρεση ενδοπυελικών λεμφαδένων. Πρόσφατα χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της υδροκολονικής υπερηχοτομογραφίας (Hydrocolonic Sonography). Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν η μέθοδος αυτή ανίχνευσε το 97% των καρκίνων και το 91% των πολυπόδων. Τα αποτελέσματα επαληθεύτηκαν με κολονοσκόπηση. Η υδροκολονική υπερηχοτομογραφία έχει τη δυνατότητα να εκτίμα την κατασκευή του τοιχώματος του εντέρου και αυτό βοηθά στην εκτίμηση του σταδίου του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η μέθοδος αυτή αναμένεται να δοκιμαστεί και να προσδιοριστεί η χρησιμότητά της.

6.9 Επείγουσες καταστάσεις που αφορούν το νεόπλασμα του παχέος εντέρου

Συνήθως παρατηρείται στις βλάβες που αφορούν το αριστερό κόλον, σπληνική καμπή, κατιόν, σιγμοειδές, και ακολουθεί το τυφλό, ανιόν, ηπατική καμπή και τρίτον το εγκάρσιο. Διάρρηση (7%): Με επακόλουθο την περιτονίτιδα παρατηρείται συνήθως επί νεοπλασιών της σπληνικής καμπής, κατιόντος, σιγμοειδούς, δεύτερον επί νεοπλασιών του εγκαρσίου κόλου και τρίτον από νεοπλασιών του αριστερού κόλου. Κατά την χρόνια φάση του αποφρακτικού καρκίνου ο ασθενής αναφέρει δυσκολία στη κένωση για μερικές εβδομάδες και μήνες ακόμη πριν, τώρα απλά δεν έχει κένωση για 2-3 ημέρες παρά την χρήση υπακτικών φαρμάκων. Επίσης κάνει αναφορά σε αναστολή αερίων και προοδευτική διάταση της κοιλίας. Παρόλα αυτά λαμβάνει υγρά και κάποια τροφή χωρίς να έχει τάση προς εμετό τις τελευταίες 6-7 ημέρες από την είσοδό του στο Νοσοκομείο, οπότε και άρχισαν οι έμετοι. Έτσι περιγράφεται η χρόνια φάση της απόφραξης και αφορά συνήθως τα νεοπλάσματα του αριστερού κόλου.

Στην την οξεία φάση του αποφρακτικού καρκίνου, αναφέρεται αιφνίδιο, οξύ, κολικοειδές, κοιλιακό άλγος με τάση προς έμετο και εμέτους, με έντονο μετεωρισμό της κοιλίας, αναστολή αερίων και κοπράνων. Τα ευρήματα είναι: Έντονος μετεωρισμός της κοιλίας, ορατές περισταλτικές κινήσεις του εντέρου, ήχοι μεταλλικοί και βορβορυγμός της κοιλίας με περιοδικότητα, συνοδεύει «κραμποειδών κοιλιακών αλγών». Σε αυτήν την περίπτωση η δακτυλική εξέταση αναδεικνύει κενή διατεταμένη λήκυθο. Χαρακτηριστική είναι η α/α κοιλίας σε όρθια στάση με γαστρογραφίνη. Η αξονική τομογραφία μπορεί να βοηθήσει με μικρό ποσοστό διάγνωσης.

Μία άλλη επείγουσα κατάσταση εκδήλωσης του νεοπλάσματος του παχέος εντέρου είναι η διάρρηση η οποία μπορεί να συμβεί: α) κατά την οξεία ή

υποξεία απόφραξη επί κοπρανώδους έλκους, ευρισκόμενου εγγύς ή μακράν του όγκου, με συνέπεια την εικόνα της γενικευμένης κοπρανώδους περιτονίτιδας η οποία απαιτεί επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

Χαρακτηριστική είναι η γενικευμένη σύσπαση της κοιλίας με αναπηδώσα ευαισθησία, με εμέτους, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, α/α κοιλίας με υδραερικά επίπεδα. Η κατάσταση του ασθενούς είναι σοβαρή και συνήθως θανατηφόρος. β) Επί απουσίας απόφραξης, η διάτρηση συνηθέστερα συμβαίνει επί του όγκου με συνέπεια την τοπική ή γενικευμένη περιτονίτιδα με εικόνα οξείας χειρουργικής κοιλίας, Στην περίπτωση αυτή η εικόνα είναι ηπιότερη της προηγούμενης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1 Γενικά

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από το μέγεθος, την εντόπιση και την έκταση του όγκου, από τις τυχόν επιπλοκές που έχει προκαλέσει και από τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Απαιτείται η συνεργασία ομάδας ιατρών όπως χειρουργού, γαστρεντερολόγου, ογκολόγου και ακτινοθεραπευτή, ώστε να ακολουθηθεί μια ή συνδυασμός περισσοτέρων θεραπευτικών επιλογών. Συνήθως η θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση της νόσου είναι χειρουργική. Ειδικά στα αρχικά στάδια η χειρουργική αντιμετώπιση, τις περισσότερες φορές οδηγεί σε ίαση. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί παρά φύση έδρα.

7.2 Συντηρητική Θεραπεία

Η συνδυασμένη προσέγγιση της νόσου (από χειρουργό και γαστρεντερολόγο) απέφερε ελάττωση της θνητότητας κατά 40-50% κατά τα τελευταία σχεδόν 20 χρόνια. Η αντιμετώπιση της εξάρσεως είναι αρχικά συντηρητική με:

- παρεντερική χορήγηση υγρών για αντικατάσταση των απωλειών
- 2) μετάγγιση αίματος για διόρθωση αναιμίας
- 3) επαρκή θρέψη
- 4) χορήγηση στεροειδών

Σε ποσοστό 95% των ασθενών με πρώτη εκδήλωση της νόσου επιτυγχάνεται ύφεση και υποτροπιάζει. Τέλος, ένα 15% των ασθενών θα χρειασθούν χειρουργική θεραπεία εκλεκτική ή επείγουσα.

7.3 Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου είναι η πιο βασική θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου στο παχύ έντερο. Στην εγχείρηση αφαιρείται ένα μέρος του εντέρου που συμπεριλαμβάνει τον όγκο και επίσης αφαιρούνται οι λεμφαδένες της περιοχής, όπου συνήθως καρκινικά κύτταρα μπορεί να εισέλθουν και να προκαλέσουν μεταστάσεις. Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, απαιτείται σχολαστικός έλεγχος της κοιλίας (ιδιαίτερως του ήπατος) για την παρουσία μεταστατικών εστιών. Η εφαρμογή λαπαροσκοπικών τεχνικών βρίσκεται υπό μελέτη.

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται στις εξής περιπτώσεις:

- για επιβεβαίωση της διάγνωσης, με ταχεία βιοψία
- προφυλακτικά, για την αφαίρεση καλοηθών νεοπλασμάτων που είναι επιρρεπή σε κακοήθη εξαλλαγή
- για αφαίρεση κακοήθους νεοπλασματος. Όταν ο καρκίνος αφαιρεθεί ριζικά προτού εξαπλωθεί σε περιοχές που δεν μπορούν να αφαιρεθούν τότε μπορούμε να πούμε ότι έχουμε θετικό αποτέλεσμα.
- για τον έλεγχο των κακοηθών νεοπλασμάτων με αφαίρεση αδένων

- Σε επιπλοκές, όπως εξελκώσεις, απόφραξη του γαστρεντερικού σωλήνα, πόνος από επέκταση του όγκου στα περιφερικά προς αυτόν νεύρα, αιμορραγία και μεγάλου βαθμού καχεξία.

Η παρηγορητική θεραπεία επί το πλείστον συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία ή διατομή νεύρων νωτιαίου μυελού ή εγκεφάλου για απαλλαγή από τον πόνο. Στις περιπτώσεις που ο όγκος προκαλεί απόφραξη στα έντερα, τότε η χειρουργική επέμβαση θα γίνει για την αντιμετώπιση και την θεραπεία των συμπτωμάτων.

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

- Η δεξιάνημικολεκτομή εκτελείται όταν ο όγκος εντοπίζεται στο αρχικό τμήμα του παχέος εντέρου, δηλαδή το τυφλό, το ανιόν κόλον, και την δεξιά κολική καμπή.
- Αριστερή ημικολεκτομή εκτελείται όταν, ο όγκος εντοπίζεται από την αριστερή κολική καμπή και περιφερικά του εντέρου μέχρι την αρχή το σιγμοειδούς.
- Η σιγμοειδεκτομή εκτελείται όταν, ο όγκος εντοπίζεται στα ανατομικά όρια του σιγμοειδούς, μέχρι και τα πρώτα εκατοστά του ορθού. Με την επέμβαση αυτή αφαιρείται όλο το σιγμοειδές. Η αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου γίνεται με αναστόμωση του κατιόντος κόλου με το ορθό.
- Η χαμηλή πρόσθια εκτομή εκτελείται όταν ο όγκος εντοπίζεται στο ορθό και σε απόσταση μεγαλύτερη των 4,5 με 5 εκατοστών από την αρχή του δακτυλίου (του πρωκτού)
- Κοιλιοπερινεϊκή εκτομή εκτελείται όταν ο όγκος εντοπίζεται στον πρωκτό ή σε απόσταση μικρότερη των 4,5 – 5 εκατοστών από τον δακτύλιο. Με την επέμβαση αυτή αφαιρείται το τελικό τμήμα του ορού μαζί με τους σφικτήρες του πρωκτού. Στην περίπτωση αυτή, το κεντρικό τμήμα του

εντέρου (δηλαδή το σιγμοειδές) εκστομώνεται στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα, δημιουργώντας παρά φύση έδρα.

BeStrong.org.gr - 16.03.14

7.3.1 Κολοστομία

Η κολοστομία είναι μια σκόπιμη διάνοιξη του παχέος εντέρου και ένωσή της με την επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος .

Η κολοστομία μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή , τοποθετείται στο αριστερό πλάγιο της κοιλιάς και αφορά συνήθως το σιγμοειδές , λιγότερο το κατιόν και σπανίως το εγκάρσιο Εξυπηρετεί τους εξής σκοπούς ανάλογα με το πρόβλημα του ασθενούς :

- Αποσυμφορεί ένα αποφραγμένο έντερο
- Απολειτουρικοποιεί το περιφερικό τμήμα εντέρου σε μια προετοιμασία για εκτομή του στο εγγύς μέλλον
- Χρησιμεύει σαν μόνιμη παρά φύση έδρα όταν έχει αφαιρεθεί ο ορθοπρωκτικός σωλήνας
- Προστατεύει προσωρινά μια περιφερική εντεροαναστόμωση

Αν για κάποια αιτία δεν μπορεί να επανενωθεί τα έντερο τότε διαμέσου μίας τομής στην περιοχή της κοιλιάς, ο ιατρός θα φέρει και θα εφαρμόσει το έντερο στο επίπεδο του δέρματος. Αυτό το είδος της χειρουργικής διαδικασίας λοιπόν

ονομάζεται κολοστομία και το σημείο της τομής είναι γνωστό σαν στομία. Από το σημείο της στομίας θα εξέρχεται το περιεχόμενο του εντέρου (κόπρανα) το οποίο θα περισυλλέγεται μέσα σε ειδικό σακούλι, το συλλέκτη, και που σύμφωνα με τις προδιαγραφές του, είτε θα αλλάζεται, είτε θα αδειάζεται. Συνήθως η κολοστομία είναι προσωρινή θεραπευτική αντιμετώπιση και σε μεταγενέστερο στάδιο επιχειρείται η επανένωση και η επαναφορά του εντέρου στη θέση του με άλλη χειρουργική επέμβαση. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί η κολοστομία για κάποιους λόγους να είναι και μόνιμη. Όταν ο όγκος που θα αφαιρεθεί βρίσκεται στο άνω μέρος του παχέος εντέρου στο σημείο όπου ενώνεται με το λεπτό έντερο, τότε η χειρουργική διαδικασία αφαίρεσης του και η εξαγωγή του εντέρου στην περιοχή της κοιλιάς ονομάζεται ειλεοστομία. Και σ' αυτή την περίπτωση θα περισυλλέγεται το περιεχόμενο του εντέρου μέσα στον ειδικό συλλέκτη όπως και την κολοστομία. Αυτή η επέμβαση γενικά είναι προσωρινή.

Επίσης τα στόμια ταξινομούνται σύμφωνα με την ανατομική εντόπιση, τη κατασκευή του στομίου και τη μόνιμη ή πρόσκαιρη ύπαρξή τους. Η ανατομική εντόπιση του κολοστομίου επηρεάζει το χαρακτήρα της κοπρανώδους απέκκρισης, τις ανάγκες του αρρώστου και τη φροντίδα του στομίου, τόσο πιο σχηματισμένη και καλύτερα ελεγχόμενη είναι η κένωση.

Τα είδη των κολοστομιών που δημιουργούνται ανάλογα με την ανατομική εντόπιση είναι τα πιο κάτω:

- Ανιόν κολοστόμιο: το απέκκριμα είναι υδαρές, περιέχει πεπτικά ένζυμα και ηλεκτρολύτες και είναι απαραίτητη η προστασία του περιστομιακού δέρματος για τη πρόληψη ερεθισμού του. Η κακοσμία αποτελεί πρόβλημα και η ρύθμιση της κένωσης του εντέρου δεν είναι δυνατή.
- Εγκάρσιο κολοστόμιο: το απέκκριμα είναι κάκοσμο και πολτώδες, περιέχει πεπτικά ένζυμα και ηλεκτρολύτες, ενώ η προστασία του

περιστομιακού δέρματος είναι απαραίτητη για τη πρόληψη ερεθισμού. Η ρύθμιση της κένωσης του εντέρου δεν είναι πολύ εύκολη.

- Κατιόν ή σιγμοειδοκολοστόμιο: το απέκκριμα κατιόντοςκολοστομίου είναι πιο στέρεο σε σχέση με το απέκκριμα από ανιόν και το εγκάρσιο. Όσο πιο κάτω είναι το κολοστόμιο, τόσο πιο στέρεο είναι το απέκκριμα και εκμηδενίζεται η απώλεια ενζύμων και ηλεκτρολυτών. Η κένωση από το σιγμοειδοκολοστόμιο έχει φυσιολογική υφή και είναι δυνατή η ρύθμιση της συχνότητάς της. Τα άτομα με σιγμοειδοκολοστόμιο δε χρειάζεται να χρησιμοποιούν συνέχεια σάκο συλλογής του απεκκρίματος και η κακοσμία ελέγχεται.

7.4 Χημειοθεραπεία

Όταν μιλάμε για χημειοθεραπεία εννοούμετη χρήση φαρμάκων με σκοπό να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα, όχι μόνο στη περιοχή του παχέος εντέρου αλλά σε ολόκληρο τον οργανισμό. Γίνεται συνήθως μετά το χειρουργείο, αλλά και πριν ή και ανεξάρτητα από αυτό. Είναι η μόνη θεραπεία η οποία δρα σε ολόκληρο τον οργανισμό και επομένως η μονή που μας δίνει τη δυνατότητα, εκτός από την πρωτοπαθή εστία, να αντιμετωπίσουμε τα κυκλοφορούντα καρκινικά κύτταρα και τις μικρομεταστάσεις που συνήθως ήδη υπάρχουν κατά τη διάγνωση ενός καρκίνου ανεξάρτητα από το στάδιο.

Ανάλογα με τον τύπο και το στάδιο του όγκου η χημειοθεραπεία μπορεί:

- Να προσφέρει πλήρη ίαση.
- Να περιορίσει την εξάπλωσή του.
- Να επιβραδύνει την ανάπτυξή του.

- Να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα που μπορεί να έχουν εξαπλωθεί σε σημεία του οργανισμού διαφορετικά από αυτά της πρωτοπαθούς εστίας.
- Να περιορίσει τα συμπτώματα που προκαλεί ο καρκίνος και επομένως να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν τα νεοπλάσματα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και πετυχαίνουν την βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Ο σχεδιασμός της φαρμακευτικής αγωγής στηρίζεται σε ένα συνδυασμό δεδομένων που περιλαμβάνουν στοιχεία κινητικής των κυττάρων.

Οι νόμοι που συνδέουν τη κινητική των κυττάρων με τη χημειοθεραπεία.

ακολουθούν ορισμένα βασικά στοιχεία:

1. Ο χρόνος διπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων που πολλαπλασιάζονται είναι σταθερός και ο θάνατος επέρχεται όταν τα κακοήθη κύτταρα φθάσουν ένα κριτικό κλάσμα του σωματικού βάρους
2. Έχει αποδειχθεί πειραματικά ότι ένα κακόηθες κύτταρο που επιζεί αποτελεί αποτυχία της θεραπείας. Η ίαση δηλαδή προϋποθέτει καταστροφή όλων των νεοπλασματικών κυττάρων .
3. Μία συγκεκριμένη συγκέντρωση φαρμάκου για ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα προκαλεί τον θάνατο ενός σταθερού κλάσματος του νεοπλασματικού πληθυσμού, ανεξάρτητα από τον συνολικό αριθμό των καρκινικών κυττάρων. Αυτό σημαίνει ότι κάθε κύκλος θεραπείας σκοτώνει ένα συγκεκριμένο ποσοστό των κυττάρων που απομένουν και μία έκθεση σε ένα φάρμακο δεν είναι αρκετή να ξεριζώσει ένα όγκο πλήρως.

Τα αποτελέσματα λοιπόν της θεραπείας έχουν άμεση σχέση με τη δόση του φαρμάκου και την συχνότητα επαναλήψεως της θεραπείας. Επίσης τα φάρμακα πρέπει να συνδυάζονται με διαφορετικό μηχανισμό δράσεως. Όγκοι που είναι αρχικά ευαίσθητοι στην θεραπεία γρήγορα αναπτύσσουν αντοχή μετά από την παρατεταμένη έκθεση φαρμάκων.

Ένα αποτελεσματικό φάρμακο είναι η 5-φθοριουρακίλη (5-FU). Ενώ δοκιμάστηκε πριν από 25 χρόνια, ακόμη παραμένει η πιο αποτελεσματική θεραπεία. Είναι το ίδιο αποτελεσματική όταν χορηγείται μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα. Η χορήγηση της έχει 15-20% ποσοστό μείωσης στο ήμισυ των μετρητών νεοπλασματικών μαζών (μερική ανταπόκριση). Συνίσταται και σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα όπως η βινκριστίνη αλλά οι απόψεις των ιατρών δίστανται διότι ο συνδυασμός προκαλεί πολλές φορές τοξικότητα, οπότε πολλοί προτιμούν μόνο τη χορήγηση της 5-φθοριουρακίλης.

Ένας άλλος συνδυασμός που φαίνεται να είναι δραστικός στη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου φαίνεται να είναι αυτός της 5-φθοριουρακίλης με την λευκοβορίνη (FA). Σε μελέτη που εφαρμόστηκε στην οποία έλαβαν μέρος 1081 ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου και ορθού σταδίων B2 ή C, οι ασθενείς που πήραν 5-FU και FA σε δόση 500mg/m² είχαν στατιστικά σημαντική βελτίωση τόσο της ελεύθερης νόσου όσο και της συνολικής επιβίωσης. Επίσης φαίνεται ότι ο συνδυασμός αυτός βελτιώνει και την πρόγνωση.

Συμπερασματικά, πολλές καλά σχεδιασμένες μελέτες απέδειξαν ότι η συμπληρωματική χημειοθεραπεία παρατείνει την επιβίωση σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού. Όμως παραμένουν ακόμη πολλά ερωτηματικά, στα οποία αναμένεται να δώσουν απάντηση οι τρέχουσες κλινικές μελέτες.

7.5 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι σήμερα ένας από τους κυριότερους τρόπους αντιμετώπισης των κακοηθών νεοπλασιών χρησιμοποιείται μόνη ή σε συνδυασμό με την χειρουργική, τη χημειοθεραπεία και σε μικρότερο ποσοστό την ορμονοθεραπεία και ανοσοθεραπεία. Οι ακτινοθεραπευτές χρησιμοποιούν την ακτινοβολία για τη θεραπεία του καρκίνου, για να ελέγξουν την αύξηση του όγκου αλλά και να ανακουφίσουν συμπτώματα όπως ο πόνος. Η ακτινοβολία δρα στο εσωτερικό των κυττάρων καταστρέφοντας την ικανότητα τους για πολλαπλασιασμό. Τα κύτταρα όταν πεθαίνουν απομακρύνονται από τον οργανισμό φυσιολογικά. Τα υγιή κύτταρα επηρεάζονται και αυτά από την ακτινοβολία αλλά σε αντίθεση με τα καρκινικά κύτταρα έχουν την ικανότητα να επιδιορθώσουν τις βλάβες που έχουν υποστεί.

Η εξωτερική ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται σε εξωτερική βάση με καθημερινές επισκέψεις στο κέντρο. Γίνεται με ακτίνες χ υψηλής ενέργειας. Οι ακτίνες παράγονται από ένα μηχάνημα, τον γραμμικό επιταχυντή και βρίσκεται σε απόσταση από το σώμα του ασθενή.

Μία άλλη τεχνική εξωτερικής ακτινοθεραπείας, όπου είναι και η πιο συχνή είναι η τρισδιάστατη σύμμορφος ακτινοθεραπεία(3D-CRT). Η ακτινοθεραπεία διαμορφούμενης έντασης είναι μια βελτιωμένη εκδοχή της 3D-CRT όπου στόχος της είναι η αποφυγή των φυσιολογικών ιστών προτιμάται πολύ τα τελευταία χρόνια.

Οι σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας έχουν πετύχει να μειώσουν τις παρενέργειες από το γαστρεντερικό και το ουροποιητικό. Ακόμη κ να εμφανιστούν είναι μικρού βαθμού και θεραπεύονται πολύ γρήγορα μετά το πέρας της ακτινοβολίας.

Παρενέργειες

Οι ασθενείς με καρκίνο συνήθως υποβάλλονται ταυτόχρονα σε χημειοθεραπεία κατά τη διάρκεια της ακτινοβολίας. Οι παρενέργειες που θα εμφανιστούν στην κοιλιακή χώρα οφείλονται στην ακτινοθεραπεία ενώ οι υπόλοιπες στην χημειοθεραπεία. Οι παρενέργειες δεν είναι για όλους τους ασθενείς ίδιες και μπορούν να ελεγχθούν με φαρμακευτική αγωγή. Αυτές της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από το είδος των φαρμακευτικών σκευασμάτων που θα χρησιμοποιηθούν. Αυτές τις ακτινοθεραπείας παρουσιάζουν κοιλιακές κράμπες, διάρροιες, αίσθημα πίεσης στην περιοχή του ορθού ναυτία, αίσθημα κόπωσης, συχουρία. Τα συμπτώματα αυτά είναι προσωρινά.

Ένα πολύ σημαντικό ενδεχόμενο το οποίο πρέπει να συζητηθεί με τον ιατρό είναι ότι τα φάρμακα αυτά επηρεάζουν την τεκνοποίηση.

Ένας ασθενής που υποβάλλεται σε αντικαρκινικές θεραπείες δοκιμάζεται σωματικά αλλά και ψυχολογικά. Για αυτόν το λόγο θα πρέπει να φροντίζει τον εαυτό του. Θα πρέπει δηλαδή:

- Να ξεκουράζεται
- Να τρώει ισορροπημένα
- Να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες
- Να φροντίζει το δέρμα και την περιοχή όπου ακτινοβολείται

- Να ζητήσει ψυχολογική υποστήριξη από συγγενείς και γίλους ή ακόμα και από ομάδες που αντιμετώπισαν ή αντιμετωπίζουν την ίδια κατάσταση.

ΠαπηςΧαρίλαος, Γενικός Χειρουργός, νοσηλευοντας ασθενεις με καρκινο, γ. παρικός & σια
,2011,αθηνα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

8.1 Γενικά

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο του παχέος εντέρου ξεκινά από τα πρώτα στάδια της ανιχνεύσεως της νόσου και προχωρεί ως το τελευταίο στάδιό της, αποκατάσταση ή θάνατος. Ο ρόλος του Νοσηλευτή σε ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου είναι:

- Υποστήριξη και βοήθεια του ασθενούς στην περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψεως του ασθενούς.
- Βοήθεια κατά την εφαρμογή θεραπείας.
- Βοήθεια του αρρώστου, για να υποστεί τη καλοστομία και να ζήσει μ' αυτήν.

Μαλγαρινού ΜΑ Κωνσταντινίδου ΣΦ Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική Εκδόσεις Ταβίθα 2001.

8.2 Ο ρόλος του Νοσηλευτή την περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων

Ο ρόλος του Νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός κατά τη περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων. Ο νοσηλευτής προσανατολίζει τον άρρωστο, τον βοηθά ψυχολογικά και τον ενισχύει στην προσπάθεια της έρευνας του προβλήματος της υγείας του. Εξηγεί αναλυτικά στον άρρωστο ανάλογα με τις

γνώσεις του και το μορφωτικό του επίπεδο. Ο ρόλος του στην ουσία σε αυτό το στάδιο είναι η ψυχολογική υποστήριξη ώστε να κατανοήσει ο ασθενής το πρόβλημα και να βοηθηθεί όσον αφορά στην αντίδραση που μπορεί να παρουσιάσει. Επίσης πρέπει να ενημερωθεί πλήρως για το τι πρόκειται να ακολουθήσει και να συνεργαστεί όσο το δυνατόν καλύτερα. Για παράδειγμα στη κλινική εξέταση ο νοσηλευτής ζητά από τον ασθενή να διατηρήσει χαλαρό το μυϊκό και νευρικό του σύστημα για τη διευκόλυνση της εξετάσεως και να εκκενώσει την ουροδόχο κύστη για τον προσδιορισμό της καταστάσεως της κοιλίας και των οργάνων της πυέλου.

Μαλαρινού ΜΑ Κωνσταντινίδου ΣΦ Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική Εκδόσεις Ταβίθα 2001.

8.3 Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψης του ασθενή

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

Ο άρρωστος με διατροφικά προβλήματα βρίσκεται σε μειονεκτική θέση γιατί:

- Έχει μικρή ανοχή στο χειρουργικό stress.
- Είναι επιρρεπείς στις λοιμώξεις.

- Είναι επιρρεπείς στο SHOCK και την αιμορραγία.

Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες», τόμος 1ος, έκδοση Β', Εκδόσεις ΒΗΤΑ. 1997

8.4 Παρέμβαση πριν κατά και μετά την θεραπεία

8.4.1 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη θεραπεία του καρκίνου

Σε αυτό το στάδιο ο ρόλος του νοσηλευτή εκτός της ψυχολογικής υποστήριξης καθήκον του είναι:

- Βοήθεια του αρρώστου στην χειρουργική αντιμετώπιση
- Βοήθεια του αρρώστου στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας
- Βοήθεια του αρρώστου στην εφαρμογή της ακτινοθεραπείας

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διεγχειρητική φροντίδα:

- Ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή να πλυθεί, να ευπρεπιστεί, και να φορέσει την ειδική ένδυση για το χειρουργείο.
- Να διασφαλίσει ότι δεν θα πάρει τίποτα ο ασθενής από το στόμα.

- Να απομακρύνει τυχόν βαφές νυχιών, makeup και κραγιόν για να διευκολυνθεί η εκτίμηση της κυκλοφορίας κατά τη διάρκεια της επέμβασης και μετά από αυτή.
- Να επιβεβαιώσει ότι οι ειδικές ταινίες επισήμανσης για την αναγνώριση της ταυτότητας του ασθενούς, της ομάδας αίματος και των πιθανών αλλεργιών του είναι οι σωστές, ευανάγνωστες και στερεά τοποθετημένες.
- Να απομακρύνει τυχόν κοσμήματα και τσιμπιδάκια για τα μαλλιά, να αφαιρέσει τυχόν οδοντοστοιχίες, τεχνητά μάτια και φακούς επαφής και να τα τοποθετήσει σε ασφαλές σημείο
- Να ολοκληρώσει την προετοιμασία του δέρματος και του εντέρου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες
- Να τοποθετήσει ουροκαθετήρα, φλεβική γραμμή και ρινογαστρικό καθετήρα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Να επιβεβαιώσει, πριν από την προεγχειρητική χορήγηση φαρμάκων, ότι έχει υπογραφεί η συγκατάθεση του ασθενούς μετά από ενημέρωση του
- Να χορηγήσει τα προεγχειρητικά φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες
- Να επιβεβαιώσει ότι όλες οι απαντήσεις των διαγνωστικών εξετάσεων βρίσκονται στο φάκελο του ασθενούς.
- Να προσφέρει συνεχή ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και την οικογένεια του
- Τέλος να προετοιμάσει το θάλαμο του ασθενούς για την μετεγχειρητική φροντίδα τακτοποιώντας το κρεβάτι του και διασφαλίζοντας την ύπαρξη στο θάλαμο των προβλεπόμενων προμηθειών και του απαραίτητου εξοπλισμού

Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την χημειοθεραπεία

- Προετοιμασία του αρρώστου μέσω κατατοπιστικών συζητήσεων πριν την έναρξη της θεραπείας μέσα σε ένα κλίμα εμπιστοσύνης.
- Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
- Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- Χορήγηση των κυτταροστατικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Προστασία του αρρώστου από μολύνσεις
- Κατανάλωση μικρών και συχνών γευμάτων, ελαφρά διαίτα πλούσια σε θρεπτικές ουσίες και βιταμίνες
- Λαμβάνονται μέτρα ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του ασθενούς.
- Παρακολούθηση των ούρων και των κοπράνων για τυχόν αιμορραγία και λήψη μέτρων για την αποφυγή της αιμορραγίας.
- Καταγραφή πιθανών παρενεργειών της θεραπείας στο νοσηλευτικό φάκελο

Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες», τόμος 1ος, έκδοση Β', Εκδόσεις ΒΗΤΑ. 1997

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χημειοθεραπεία

- Ενημέρωση του ασθενούς για το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης
- Γίνεται επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας απελευθέρωσης, μαζί με την περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, η διάρκεια της διαδικασίας και η πιθανή ακινητοποίηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας
- Διευκρίνιση της λήψης προστατευτικών μέτρων για την προστασία του περιβάλλοντος, όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου.
- Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη των παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία καθώς και μέτρα για την έγκαιρη αντιμετώπισή τους εάν εκδηλωθούν. Για παράδειγμα αντιδράσεις στο δέρμα όπως στην ακτινοδερματίτιδα, γίνεται παρακολούθηση του δέρματος για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση.
- Παρέχονται συμβουλές στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει την επάλειψη της περιοχής με αντισηπτική βαρέων μετάλλων όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και βάμμα ιωδίου. Επίσης πρέπει να αποφεύγονται αλοιφές, λοσιόν και 45 σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστ
- Αν ο ασθενής παρουσιάσει γενικά συμπτώματα όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις καθημερινές του δραστηριότητες και στην ατομική υγιεινή,

- Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα όποια τυχόν παροδική αλλαγή του σωματικού ειδώλου

Μαλαγαρινού ΜΑ Κωνσταντινίδου ΣΦ Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική Εκδόσεις Ταβίθα 2001.

8.4.2 Νοσηλευτική παρέμβαση στην προεγχειρητική φροντίδα

Στην προεγχειρητική φροντίδα απαιτείται λεπτομερής ενημέρωση του ασθενούς όσον αφορά τις ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές που πρόκειται να συμβούν μετά την εγχείρηση. Γίνεται αναφορά στην εντόπιση και τον αριθμό των τομών καθώς και των παροχετεύσεων. Ενημερώνεται ο ασθενής ότι υπάρχει περίπτωση να του τοποθετηθεί κολοστομία.

Η νοσηλευτική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει την ψυχολογική ετοιμασία του ασθενούς όπου είναι:

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει τους φόβους και τα συναισθήματα του, φόβος θανάτου, πόνου, νάρκωσης, αναπηρίας, απόρριψης από τους οικείους και φίλους.
- Παροχή πληροφοριών στα πλαίσια της αρμοδιότητας των Νοσηλευτών και προσπάθεια λύσεως των παρεξηγημένων αντιλήψεων του αρρώστου.
- Πληροφόρηση σχετική με το πρόβλημα της κολοστομίας από άρρωστο, που έχει ο ίδιος υποστεί.

Η δεύτερη αρμοδιότητα του νοσηλευτή είναι η σωματική προετοιμασία οποία περιλαμβάνει:

- την καθαριότητα του ασθενούς με την καθαριότητα του σώματος του ασθενούς και τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα.
- Την τοπική προεγχειρητική ετοιμασία που είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση.
- Την προεγχειρητική ετοιμασία την ημέρα τη επέμβασης περιλαμβάνει είναι όμοια με αυτή κάθε χειρουργικής επέμβασης.

Μαλγαρινού ΜΑ Κωνσταντινίδου ΣΦ Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική Εκδόσεις Ταβίθα 2001.

8.4.3 Νοσηλευτική παρέμβαση στην μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα ξεκινά με την μεταφορά του ασθενούς από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα της ανάνηψης. Εκεί ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του ασθενούς καθώς και την περιοχή της χειρουργικής τομής για να μπορέσει να προσδιορίσει την αντίδραση του ασθενούς στην χειρουργική επέμβαση. Καταγράφεται ο αριθμός των αναπνοών, το χρώμα του δέρματος καθώς και η θερμοκρασία και αν έχει τάση για εμετό/ναυτία γιατί προκαλείται πίεση στη συρραφή του τραύματος. Επίσης ο νοσηλευτής εκτιμά συχνά τη διανοητική λειτουργία και το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς. Εφόσον σταθεροποιηθεί η κατάσταση του ασθενούς μεταφέρεται στο θάλαμο όπου γίνεται συνεχής εκτίμηση για την αναγνώριση και την πρόληψη τυχόν επιπλοκών. Αφού γίνει η αρχική εκτίμηση

του ασθενούς και ληφθούν τα μέτρα για την ασφάλεια του, στη συνέχεια ο νοσηλευτής μελετά τις μετεγχειρητικές οδηγίες του γιατρού οι οποίες είναι:

- Τον έλεγχο του τραύματος και των παροχeteύσεων
- Την εκτίμηση της λειτουργίας των νεφρών: ποσόν ούρων, μέτρηση και καταγραφή σε ειδικό πίνακα προσλαμβανομένων-αποβαλλόμενων υγρών, έλεγχος του καθετήρα.
- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει, κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.
- Την παρακολούθηση της ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών ή αίματος, ποσόν, ρυθμό ροής, έγκαιρη αντικατάσταση. Επίσης, γίνεται έλεγχος της φλεβικής γραμμής
- Την ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων και να αλλάζει συχνά θέση.
- Την σίτιση του ασθενούς.
- Την ενημέρωση της νοσηλευτικής λογοδοσίας
- Την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου και των συγγενών.

8.5 Φροντίδα ασθενή με κολοστομία

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα εκπαιδεύσει και θα βοηθήσει το άτομο να προσαρμοστεί στο νέο τρόπο ζωής είτε αυτός είναι παροδικός είτε είναι μόνιμος.

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που εκτιμά αν είναι επαρκής η θρέψη, το βαθμό περιορισμού της άνεσης και παρατηρεί τα συμπτώματα. Αξιολογεί τα χαρακτηριστικά της κένωσης αν υπάρχει αίμα αν είναι διαρροϊκή, πολτώδης ή σχηματισμένη. Προσέχει επίσης τη συχνότητα, την οσμή και το χρώμα των κοπράνων. Εκτιμά την κατάσταση του δέρματος γύρω από το στόμιο καθώς και την κατάσταση του πρωκτού. Εξετάζει το στόμιο για αλλαγή στο χρώμα και στη διάμετρο. Παρέχεται βοήθεια στο άτομο να έχει σταθερή καθημερινή κένωση του εντέρου με πλήση του κολοστομίου και να ρυθμίσει το διαιτολόγιο του. Ο άρρωστος ενημερώνεται για το πώς θα μειώσει τα αέρια και την κακοσμία. Αξιολογεί τον ασθενή αν μπορεί να μάθει να περιποιείται την κολοστομία και αν είναι υπεύθυνος όταν την εφαρμόζει. Αξιολογείται αν ο άρρωστος και το οικογενειακό του περιβάλλον είναι σε θέση να συμβάλουν στην φροντίδα του κολοστόμιου. Εντοπίζονται οι ανάγκες του ασθενούς για ενημέρωση και εκπαίδευση όσον αφορά τον νέο τρόπο ζωής.

Πριν ξεκινήσει ο νοσηλευτής τη νοσηλεία ενημερώνεται από το φάκελο του ασθενή για:

- Το είδος του στομίου, τη θέση του στην κοιλιά και τις οδηγίες του χειρουργού σχετικά με την περιποίηση του στομίου.
- Τη φυσική ικανότητα του ασθενή και αν μπορεί να πηγαίνει στο λουτρό για την περιποίηση της στομίας, τη φύση, τα χαρακτηριστικά και τον όγκο της κένωσης.
- Το μέγεθος της συσκευής κολοστομίου και το είδος του προστατευτικού υλικού του δέρματος και το σαπούνι που χρησιμοποιείται.
- Το πρόγραμμα διδασκαλίας του αρρώστου για το τι πρέπει να μάθει ο ασθενής σχετικά με την αυτοφροντίδα του στομίου.

8.5.1 Δίσκος κολοστομίας

Στο τροχήλατο τοποθετούνται τα εξής υλικά:

- Ένα σετ αλλαγής
- Φυσιολογικός ορός και phisohex
- Νεφροειδές με τολύπια βαμβακιού και τεμάχια χαρτοβάμβακου
- Συσκευή κολοστομίου
- Προστατευτικό υλικό για το περιστομιακό δέρμα skingelc.a
- Πάστα karaya ή άλλο υλικό για την εφαρμογή της συσκευής
- Σάκος πλαστικός για τη συλλογή του χρησιμοποιημένου υλικού μίας χρήσης
- Νεφροειδές
- Σαπούνι, κανάτα με νερό και λεκάνη
- Τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών
- Λευκοπλάστ
- Γάντια μίας χρήσης
- Παραβάν

8.5.2 Περιποίηση

Αρχικά ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή ότι θα ξεκινήσει τη νοσηλεία και ταυτόχρονα δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να απαντηθούν τα πιθανά ερωτήματα του για να μειωθεί το άγχος του και να εξασφαλισθεί η συνεργασία με τον άρρωστο. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να μην εκδηλώνει ποτέ αισθήματα οίκτου, αποστροφής και απόρριψης κατά την εφαρμογή της νοσηλείας αυτής γιατί γίνονται αντιληπτά από τον ασθενή. Έχει ήδη μεταφερθεί το υλικό στο χώρο της νοσηλείας και απομακρύνονται οι επισκέπτες και τοποθετείται παραβάν γύρω από το κρεβάτι του ασθενούς. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής αφού πλύνει τα χέρια του για να προστατεύσει τον ασθενή από τυχόν μολύνσεις και να αυξήσει την ψυχολογική του άνεση, δίνει στον ασθενή αναπαυτική ύπτια και ελαφρώς ανάρροπη θέση για να μπορεί και ο ίδιος ο ασθενής να παρακολουθεί και να συμμετέχει υπεύθυνα στην φροντίδα του κολοστομίου. Βάζει ένα τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών κάτω από την περιοχή που αντιστοιχεί στο στόμιο για να μην λερώσει τα σεντόνια και φοράει γάντια για να προφυλαχθεί από τα μικρόβια των κοπράνων και των υγρών του σώματος. Αφαιρεί όλη τη συσκευή ή μόνο το σάκο προσεκτικά για να μην τραυματίσει το δέρμα, μπορεί να χρειαστεί εφαρμογή διαλυτικού για την αποκόλληση της συσκευής. Απομακρύνει κόπρανα ή βλέννα με μια γάζα και την πετάει στον πλαστικό κάδο με τα άχρηστα για να αποφύγει την μόλυνση του υλικού και την δυσάρεστη μυρωδιά. Βάζει το νεφροειδές κάτω από το στόμιο για να δεχθεί τυχόν κένωση. Παρατηρεί αν υπάρχει κυάνωση, ερυθρότητα και οίδημα στο δέρμα γύρω από το στόμιο τα οποία μπορεί να οφείλονται σε αλλεργική αντίδραση εξαιτίας των υλικών που χρησιμοποιούνται για την φροντίδα του. Καθαρίζει το δέρμα γύρω από το στόμιο με ζεστό νερό με ή χωρίς σαπούνι για να προληφθεί ο ερεθισμός του δέρματος καθώς και η

κακοσμία και για να αισθανθεί πιο άνετα ο ασθενής. Σαπούνι μπορεί να μην χρησιμοποιηθεί αν ερεθίζει το δέρμα ή τουλάχιστον να είναι μαλακό. Έπειτα σκουπίζει το δέρμα με πετσέτα για να μπορέσει να κολλήσει η νέα συσκευή. Επιλέγει το σωστό μέγεθος της στομίας για να μην ερεθιστεί το δέρμα γιατί το μικρότερο στόμιο θα ερεθίσει το κολοστόμιο ενώ το μεγαλύτερο θα αφήσει ακάλυπτο το δέρμα το οποίο ερεθίζεται από το αποβαλλόμενο περιεχόμενο του εντέρου. Ανοίγει το σετ αλλαγής και με τη λαβίδα καθαρίζει το στόμιο με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια με rhisoHex και με φυσιολογικό ορό και καλύπτει τις δερματικές πτυχές με πάστα karaya για να αποφύγει τη διαρροή του περιεχομένου της συσκευής. Αφού έχει αφαιρέσει τα γάντια, βγάζει το προστατευτικό χαρτί και το κολλάει στο κέντρο του ανοίγματος του στομίου. Τοποθετεί πρώτα το κάτω μέρος για να αποφύγει την δημιουργία πτυχών από τις οποίες θα διαφύγει υγρό. Απομακρύνει το νεφροειδές και το τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών και τοποθετεί τον ασθενή σε αναπαυτική θέση για να ηρεμήσει. Πετάει το υλικό που χρησιμοποιήθηκε και αερίζει το δωμάτιο έτσι ώστε να μην θυμίζει στον ασθενή τη δυσάρεστη νοσηλεία και για να αποφευχθεί η κακοσμία και οτιδήποτε άλλο που μπορεί να μειώνει τη αξιοπρέπεια του ασθενούς. Ταυτόχρονα με τη νοσηλεία διδάσκεται και ο άρρωστος για την εκτέλεση της. Παροτρύνεται να έχει σταδιακά ενεργό ρόλο στην εκτέλεση της μέχρι να μπορέσει να αυτοεξυπηρετείται και να ανεξαρτητοποιηθεί.

Μαλγαρινού ΜΑ Κωνσταντινίδου ΣΦ Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική Εκδόσεις Ταβίθα 2001.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

9.1 Νοσηλευτικό ιστορικό

9.1 Περίπτωση 1_η

Το πρώτο άτομο που διάλεξα για την εργασία μου είναι γυναίκα ηλικίας 45 ετών. Η βασικότερη αιτία για την οποία επισκέφτηκε το νοσοκομείο ήταν η απώλεια αίματος και διάρροιες από τον ορθό. Ο εξωτερικός παθολόγος με δακτυλική εξέταση διαπίστωσε όγκο στην περιοχή του ορθού όπου και την έστειλε για περαιτέρω εξετάσεις. Στο νοσοκομείο ο κλινικός ιατρός διαπίστωσε και αυτός την ίδια μάζα στο έντερο και την έστειλε να κάνει βαριούχο υποκλυσμό για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Ο βαριούχος υποκλυσμός έδειξε και αυτός Ca ορθού. Αποφασίστηκε εισαγωγή για εγχείρηση.

Δημογραφικά Στοιχεία

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Α. Κ.

ΧΡΟΝ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : 1970

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : Πάτρα

ΔΙΕΥΘ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : Πάτρα

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ : Χ Ο

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ : Ελληνική

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : Εργοστάσιο

ΑΣΦΑΛΕΙΑ : Ι.Κ.Α

ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Έγγαμος

ΗΜ. ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ : 07/11/2014 ΩΡΑ : 15:45 μ.μ.

ΗΜ. ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ : 07/11/2007

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ : Θ : 36,6C ΣΦΥΞΕΙΣ : 80min Α.Π. : 140/80mm H g

ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ : Όχι

ΥΨΟΣ : 160 cm ΒΑΡΟΣ : 86 Kgr.

Ατομικό Αναμνηστικό Ιστορικό

ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ : Καλή

ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ : Δε θυμάται

ΕΜΒΟΛΙΑ : Δε θυμάται

ΑΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ : Σπονδυλαρθρίτιδα

ΧΕΙΡ. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ : Όχι

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ – ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ : Όχι

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ : Όχι.

ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ : Όχι

ΠΕΡΙΟΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ : Ναι

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ : Όχι

Ψυχοκοινωνικό Ιστορικό

ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : Εργοστάσιο

ΚΙΝΔΥΝΟΙ : Από τραυματισμό

ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ : Ναι

ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ :

Κάπνισμα : Όχι

Οινόπνευμα : κοινωνικός πότης.

Καφεΐνη : 2 καφέδες (ελληνικούς)/ημέρα .

Άλλες ουσίες : Δεν αναφέρει .

ΣΥΝΗΘΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ : Οικιακά μετά από τη δουλειά.

ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : Διαμέρισμα σε πολυκατοικία.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ : Τρέφεται ελεύθερα.

ΥΠΝΟΣ : Δεν αναφέρει προβλήματα .

ΑΣΚΗΣΗ – ΑΝΑΠΑΥΣΗ : Δεν προλαβαίνει να γυμναστεί .

Ιστορικό Υγείας κατά Συστήματα

ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Καλή , λίγο ωχρός, δεν αναφέρει αλλαγή στο βάρος ή εύκολη κόπωση .

ΔΕΡΜΑ : Κ.Φ

ΚΕΦΑΛΙ : Μαύρα μαλλιά αρκετά.

ΜΥΤΗ ΚΟΛΠΟΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ : Κ.Φ.

ΑΥΤΙΑ : Κ.Φ.

ΜΑΤΙΑ : Φυσιολογική όραση.

ΣΤΟΜΑ – ΛΑΡΥΓΓΑΣ : Κ.Φ.

ΤΡΑΧΗΛΟΣ : Κ.Φ.

ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ : (Από την ιατρική εξέταση οι βουβωνικοί λεμφαδένες είναι αψηλάφητοι .)

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ : Κ.Φ

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΟ : Κ.Φ.

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ : Από 4μήνου βλεννοαιματηρές κενώσεις και αίσθημα ατελούς εκκένωσης του εντέρου . Χρόνια δυσκοιλιότητα .

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ : Φυσιολογική ποσότητα ούρων.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ : Κ.Φ.

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ : Κ.Φ.

ΑΓΓΕΙΑΚΟ : Συχνές κράμπες στα πόδια , ιδιαίτερα στο αριστερό .

ΝΕΥΡΙΚΟ : Κ.Φ.

ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Είναι πολύ φοβισμένη. Ανησυχεί πολύ διότι υπάρχει οικογενειακό ιστορικό.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η βασικότερη αιτία για την οποία επισκέφτηκε το νοσοκομείο ήταν η απώλεια αίματος και διάρροιες από τον ορθό. Ο εξωτερικός παθολόγος με δακτυλική εξέταση διαπίστωσε όγκο στην περιοχή του ορθού όπου και την έστειλε για περαιτέρω εξετάσεις. Στο νοσοκομείο ο κλινικός ιατρός διαπίστωσε και αυτός την ίδια μάζα στο έντερο και την έστειλε να κάνει βαριούχο υποκλυσμό για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Ο βαριούχος υποκλυσμός έδειξε και αυτός Ca ορθού. Αποφασίστηκε εισαγωγή για εγχείρηση.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Υπήρχε μια προδιάθεση στην οικογένεια της, αρκετοί συγγενείς είχαν αποβιώσει από καρκίνο. Συγκεκριμένα ο πατέρας της είχε πεθάνει από ca πνεύμονα και ο αδελφός της από ca ήπατος. Οι υπόλοιπες ασθένειες που αναφέρονται στο οικογενειακό ιστορικό είναι αρτηριοσκλήρυνση, σακχαρώδης διαβήτης.

Στον εργαστηριακό έλεγχο συμπεριλαμβανόταν και η ακτινογραφία θώρακος η οποία ήταν αρνητική, ο βαριούχος υποκλυσμός καθώς και η εξέταση κοπράνων.

Στην μικροβιολογική εξέταση κοπράνων βρέθηκαν στοιχεία αίματος, οι κενώσεις ήταν υδαρείς και με βλέννα.

Επίσης η ασθενής υποβλήθηκε σε σιγμοειδοσκόπηση και σε σπινθηρογράφημα ήπατος για τυχόν μεταστάσεις.

Αφού τελείωσαν όλες οι εξετάσεις στις οποίες έπρεπε να υποβληθεί η ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργείο στις 30-11-14.

Εξήλθε στις 14-12-14 αφού πρώτα είχε διδαχθεί πως θα δίνονται οι αλλαγές της κολοστομίας, ποια φάρμακα πρέπει να παίρνει και κάθε πότε θα επισκέπτεται το γιατρό της.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Αγωνία, άγχος, φόβος με την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο	Μείωση των συναισθημάτων	Συζήτηση με την ασθενή για την κατάσταση και το τι πρόκειται να αντιμετωπίσει. Συζήτηση με την κόρη της ότι η μητέρα της είναι σε καλή κατάσταση και ότι όλα θα πάνε καλά.	Απάντηση στις ερωτήσεις και τις ανησυχίες της. Ενθάρυνση ασθενούς. Διδασκαλία στο οικογενειακό περιβάλλον	Η ασθενής έπαψε να νιώθει άγχος και φόβο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣ ΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙ ΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Θρέψη του ασθενούς	Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψης του ασθενούς	Ρύθμιση διατροφής. Εξασφάλιση επαρκούς θρέψης	Χορήγηση τροφών κατάλληλων με την κατάσταση. Ρύθμιση των γευμάτων σε συγκεκριμένες ώρες	Η ασθενής έτρωγε χωρίς να παρουσιάσει πρόβλημα ,μόνο που μετεγχειρητικά ήταν αδύνατον να τρώει από τη φυσική οδό, και τοποθετήθηκε Levin.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Υδατοηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο	Επαρκής ενυδάτωση του αρρώστου	Ρύθμιση λήψεων επαρκών υγρών από φυσικούς οδούς και παρεντερικά	Ενυδάτωση ασθενούς με χορήγηση άφθονων υγρών από το στόμα και παρεντερικά.	Ρυθμίστηκαν τα ανισοζύγια
Πόνος μετεγχειρητικά	Ανακούφιση από τον πόνο	Καταπολέμηση της αιτίας που προκαλεί τον πόνο. Χρησιμοποίηση κατάλληλων φαρμάκων για ανακούφιση	Τοποθέτηση ασθενούς σε αναπαυτική θέση. Χορήγηση αναλγητικών. Ενημέρωση ασθενούς ότι ο πόνος είναι κ ψυχολογικός	Καταπράυνση από τον πόνο. Η ασθενής ηρέμησε και κοιμήθηκε
Πυρετός	Αντιμετώπιση πυρετού	Ανακούφιση από πυρετό. Εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος	Λήψη Ζ.Σ ανά τρίωρο. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. Χορήγηση αντιπυρετικών	Κατεστάλλει ο πυρετός. Ο ασθενής ένιωθε καλύτερα

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Καθαριότητα και φροντίδα σώματος	Εξασφάλιση ανέσεων του ασθενούς. Αποφυγή μολύνσεων	Καθαριότητα σώματος με σωστό μπάνιο. Καθαριότητα ιματισμού	Συχνά λουσίματα του τριχωτού της κεφαλής. Περιποίηση δέρματος με συχνά μπάνια. Φροντίδα και αλλαγή κολοστομίας. Περιποίηση στοματικής φροντίδας και δοντιών. Φροντίδα νυχιών	Ο ασθενής ένιωθε πιο ευχάριστα , πιο ευδιάθετα
Λύπη, σύγχυση, φόβο του επικείμενου θανάτου	Απαλλαγή ασθενούς από τα συναισθήματα αυτά	Ενημέρωση ασθενούς και ενθάρρυνση ότι η κατάσταση είναι πολύ καλή. Προσπάθεια για αίσθημα ασφάλειας	Ενημέρωση ασθενούς από νοσηλεύτρια ότι η πορεία της ασθένειας εξελίσσεται πολύ καλά. Συνάντηση της ασθενούς με άλλον ασθενή όπου τυχαίνει να είναι γυναίκα που έπασχε από την ίδια ασθένεια και ενθάρρυνση ότι	Η ασθενής εν μέρει ανακουφίστηκε και απομάκρυνε τους φόβους και την απαισιοδοξία που την κυριεύε.

όλα είναι καλά
τώρα .
Παρότρυνση
ασθενούς για
καινούργια
ενδιαφέροντα

Αδυναμία να συνηθίσει την ιδέα της κολοστομίας	Προσπάθεια να συνηθίσει να ζει με αυτό	Ψυχολογική συμπαράσταση και ενθάρρυνση για ενδιαφέροντα. Διάλογος με το οικείο περιβάλλον της ώστε να βοηθήσουν και αυτοί στη γρήγορη προσαρμογή της	Συζήτηση με την ασθενή ότι πρέπει να μάθει να ζει με αυτό και ότι να έχει κανείς κολοστομία δεν είναι τόσο τραγικό και ότι υπάρχουν άνθρωποι με πιο σοβαρά προβλήματα. Επικοινωνία με τους οικείους για να βοηθήσουν και αυτοί ώστε να ζει άνετα χωρίς κόμπλεξ.	Η ασθενής ένιωσε ότι θέλουν το καλό της και να την βοηθήσουν. Σιγά σιγά αποκτά θέληση για ζωή.
---	--	--	---	--

Περίπτωση 2^η

Διάγνωση:ca σιγμοειδές.

Πάσχει από χρόνια ελκώδη κολίτιδα και σε προκαθορισμένη εξέταση στον ιατρό του υποβλήθηκε σε σιγμοειδοσκόπηση και βαριούχο υποκλυσμό όπου και διαγνώσθηκε κασιγμοειδές. Έτσι εισάγεται στο νοσοκομείο για χειρουργική αντιμετώπιση.

Δημογραφικά Στοιχεία

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Β. Χ.

ΧΡΟΝ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : 1945

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ : Πύργος

ΔΙΕΥΘ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : Πύργος

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ : Χ Ο

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ : Ελληνική

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : Αγρότης

ΑΣΦΑΛΕΙΑ : Ο Γ Α

ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Εγγαμος

ΗΜ. ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ : 07/1/2015 ΩΡΑ : 13:45 μ.μ.

ΗΜ. ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ : 07/1/2015

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ : Θ : 36C ΣΦΥΞΕΙΣ : 78/min Α.Π. : 140/80mm H g

ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣ : Όχι

ΥΨΟΣ : 160 cm

ΒΑΡΟΣ : 86 Kgr.

Ατομικό Αναμνηστικό Ιστορικό

ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ : Καλή

ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ : Δε θυμάται

ΕΜΒΟΛΙΑ : Δε θυμάται

ΆΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ : Χρόνια ελκώδη κολίτιδα

ΧΕΙΡ. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ : 1970 : Σκωληκοειδεκτομή

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ – ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ : Όχι σοβαρά.

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ : Δερματική αλλεργία σε κάποια χόρτα .

ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ : Όχι

ΠΕΡΙΟΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ : Όχι

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ : Το 1963 που
υποβλήθηκε σκωληκοειδεκτομή.

Ψυχοκοινωνικό Ιστορικό

ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : Αγρότης

ΚΙΝΔΥΝΟΙ : Από τραυματισμό

ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ : Όχι

ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ :

Κάπνισμα : 20 χρόνια , 20 τσιγ/ημέρα .

Οινόπνευμα : κοινωνικός πότης.

Καφεΐνη : 2 καφέδες (ελληνικούς)/ημέρα .

Άλλες ουσίες : Δεν αναφέρει .

ΣΥΝΗΘΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ : Ασχολείται με αγροτικές εργασίες. Αρκετά φορτωμένες μέρες με πολλή δουλειά , ιδιαίτερα σε περιόδους που η αγροτική παραγωγή το απαιτεί (συγκομιδή ελαιοκάρπου , τρύγος).

ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : Ιδιόκτητος μονοκατοικία τριών δωματίων.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ : Τρέφεται ελεύθερα.

ΥΠΝΟΣ : Δεν αναφέρει προβλήματα .

ΑΣΚΗΣΗ – ΑΝΑΠΑΥΣΗ : Δεν προλαβαίνει να γυμναστεί .

ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Καλή , λίγο ωχρός, δεν αναφέρει αλλαγή στο βάρος ή εύκολη κούραση .

ΔΕΡΜΑ : Ηλιοκαμένο με αρκετές ρυτίδες.

ΚΕΦΑΛΙ : Άσπρα μαλλιά αρκετά, χωρίς ουλές.

ΜΥΤΗ ΚΟΛΠΟΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ : Κ.Φ.

ΑΥΤΙΑ : Κ.Φ.

ΜΑΤΙΑ : Φυσιολογική όραση.

ΣΤΟΜΑ – ΛΑΡΥΓΓΑΣ : Κ.Φ.

ΤΡΑΧΗΛΟΣ : Κ.Φ.

ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ : (Από την ιατρική εξέταση οι βουβωνικοί λεμφαδένες είναι αψηλάφητοι .)

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ : Αναφέρει τσιγαρόβηχα .

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΟ : Κ.Φ.

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ : Από 3μήνου βλεννοαιματηρές κενώσεις και αίσθημα ατελούς εκκένωσης του εντέρου . Χρόνια δυσκοιλιότητα .

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ : Φυσιολογική ποσότητα ούρων.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ : Κ.Φ.

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ : Κ.Φ.

ΑΓΓΕΙΑΚΟ : Συχνές κράμπες στα πόδια , ιδιαίτερα στο αριστερό .

ΝΕΥΡΙΚΟ : Κ.Φ.

ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Είναι ψύχραιμος και αισιόδοξος. Είναι ενημερωμένος πλήρως για το είδος της επέμβασης και για την πιθανότητα δημιουργίας κολοστομίας Δεν ξέρει ότι έχει καρκίνο και ανησυχεί για το αποτέλεσμα της βιοψίας . Στενοχωριέται για την επιβάρυνση της οικογένειάς του. Είναι συνεργάσιμος. Γενικά αναφέρει ότι είναι αγχώδης και ευσυγκίνητος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ ΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣ ΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜ ΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙ ΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Προεγχειρητι κή ετοιμασία ασθενούς	Αποφυγή μετεγχειρητικ ών επιπλοκών	Φυσική προεγχειρητι κή προετοιμασία . Ψυχολογική ετοιμασία	Προετοιμασία του εντέρου για την εγχείρηση. Καθαρκτικός υποκλυσμός.	Δημιουργία ανέσεως στον ασθενή
Τεχνητή διατροφή με Levin μετεγχειρητικ ά	Θρέψη του ασθενούς	Ενημέρωση του ασθενή για την τεχνητή διατροφή	Διδασκαλία του ασθενούς για το ρινογαστρικό σωλήνα	Ο ασθενής τρέφεται κανονικά
Θρέψη του ασθενούς	Αντιμετώπιση των θρεπτικών αναγκών του ασθενούς	Χορήγηση απαραίτητων τροφών και ενημέρωση για το	Χορήγηση τροφών πλούσιων λεύκωμα χαμηλών λίπος	Ο ασθενής σε αισθάνεται και δυνατός σε
Πρόβλημα κακοσμίας	Θεραπεία του προβλήματος	δαιτολόγιο του Διδασκαλία του ασθενούς	Αποφυγή τροφών που δημιουργούν	Αντιμετώπι ση της κακοσμίας . Τόνωση

Πλύση κολοστομίας	Καθαριότητα του εντέρου από το περιεχόμενο του	για τις τροφές που πρέπει να λαμβάνει	αέρια. Διδασκαλία και εκμάθηση του τρόπου εργασίας για την πλύση κολοστομίας	του ασθενούς Σωστή Παρακολούθησ η του ασθενή την πλύση της κολοστομίας. Ο ασθενής βοηθά έτσι ώστε να εκπαιδεύεται ταυτόχρονα	του ασθενούς περιποίηση του εντέρου και αποφυγή της απόφραξης του. Ο ασθενής νιώθει ικανός να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του.

ΠΡΟΒΛΗ ΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟ ΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣ ΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣ ΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΙΣΗ
Δημιουργία στοματίτι δας	Καταπολέμη ση της μόλυνσης	Ανίχνευση αιτιών που δημιούργησαν τη στοματίτιδα. Θεραπεία στοματίτιδας	Ενημέρωση ιατρού για το πρόβλημα.	Θεραπεία της στοματίτιδας

Έξοδος του ασθενή	Προετοιμασία του ασθενή για αναχώρηση από το νοσοκομείο	Ψυχολογική προετοιμασία. Απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων για την αυτοεξυπηρέτησή του	Απόκτηση γνώσεων για την περιποίηση της κολοστομίας τόσο στον ίδιο όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον	Ο ασθενής αισθάνεται ικανοποίηση κατά την έξοδο του
----------------------------------	---	--	--	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Γενικά

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

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

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

Πρωτοβάθμια πρόληψη

Η διαπίστωση ότι η νόσος έχει μεγαλύτερη επίπτωση και θνησιμότητα στις ανεπτυγμένα οικονομικά χώρες οδήγησε τους ερευνητές στην αναζήτηση αιτιολογικών παραγόντων που χαρακτηρίζουν τις περιοχές αυτές. Έτσι η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου καθοδηγήθηκε στην εκστρατεία ενημέρωσης κατά της διατροφής που είναι πλούσια σε κόκκινο κρέας και φτωχή σε φυτικές ίνες, βιταμίνη D, ασβέστιο. Επίσης ενημερώνεται ο

πληθυσμός για την αξία της φυσικής άσκησης έναντι της νόσου. Ο σύγχρονος νοσηλευτής θα πρέπει σε προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης που οργανώνονται κεντρικά από τις ανώτερες διοικητικές δομές στο χώρο της υγείας. Επίσης θα πρέπει να γίνει συνείδηση του κάθε λειτουργού υγείας ότι η αντιμετώπιση της νόσου δεν είναι μόνο η θεραπεία της αλλά και η πρόληψή της. Ο νοσηλευτής ανάλογα με τον εργασιακό του χώρο θα πρέπει να δραστηριοποιείται στην πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Εάν εργάζεται σε δευτεροβάθμιο ίδρυμα μπορεί να δραστηριοποιηθεί με την ενημέρωση συγγενών των νοσούντων που πιθανόν να ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου, ενώ εάν δραστηριοποιείται στην κοινότητα σε πρωτοβάθμιο ίδρυμα μπορεί να συμμετέχει σε προγράμματα ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού.

Δευτεροβάθμια Πρόληψη

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

Αυτό έχει αναγνωρισθεί διεθνώς, και στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου εφαρμόζονται προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης. Τα περισσότερα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης έχουν ως κύριο άξονα την εφαρμογή του Haemocculttest για ανίχνευση αφανούς αιμορραγίας στα κόπρανα σε ασυμπτωματικά άτομα άνω των 50 ετών. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα για ενημέρωση του πληθυσμού αλλά και την προτροπή του να δεχθεί να εφαρμόσει το test μπορεί να είναι καταλυτικός. Σημαντική θέση στην δευτερογενή πρόληψη της νόσου έχει η σιγμοειδοσκόπηση και η

κολονοσκόπηση, ενώ ο ακτινολογικός έλεγχος με βαριούχο υποκλισμό εξακολουθεί να έχει και σήμερα υψηλή διαγνωστική αξία.

Θεραπεία και Αποκατάσταση

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

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. βαλαβανίδης αθ., «κακοήθεις νεοπλασίες στον άνθρωπο και περιβαλλοντικοί παράγοντες» μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, σελ. 25 – 35 αθήνα 2001.
2. ι. μπολάνης χειρουργός, διατροφή για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, february 21, 2014, προβλήθηκε 5-6-2015
3. ελληνική εταιρεία ογκολογίας πεπτικού, τι πρέπει να ξέρετε για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, 28 νοεμβρίου 2012 , προβλήθηκε 27-5-2015
4. ζαμπελας α, κλινική διαιτολογία και διατροφή με στοιχεία, broken hill, 2007 αθηνα kearney, richardson, νοσηλευοντας ασθενεις με καρκινο (επιτομο) 12589500, γ. παρικός & σια, 2011, αθηνα
5. ισάμ μπανκουσλί md, phd διευθυντής ογκολόγος, καρκίνος του παχέος εντέρου : απολογία και παράγοντες κινδύνου
6. караγιαννης αθανασιος ογκολογος, πολύποδες, τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού, προβλήθηκε 14-6-2015
7. κουρκουτα, διαγνωστική νοσηλευτική προσεγγίση(επιτομο)13256577, broken hill, 2011, αθηνα
8. Μαλαρινού ΜΑ Κωνσταντινίδου ΣΦ Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική Εκδόσεις Ταβίθα 2001.
9. σαρήτζογλου ιωάννης md,ph.d, γενικός χειρουργός ενδοσκόπος, ποια είναι η θεραπεία για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, ποια θα μπορούσε να είναι η πρόληψη για τον καρκίνο του παχέος εντέρου;, προβλήθηκε 2-6-2015
10. παναγιώτης αντωνίου md διευθυντής ιατρικής υπηρεσίας αθηναϊκής κλινικής «καρκίνος παχέος εντέρου» iator.gr 2006.
παπαδάκου μαρία, παναγιώτης β. γκινόπουλος συμπληρωματική θεραπεία σε καρκίνο του παχέος εντέρου-ορθού, μονάδα χημειοθεραπείας, γ.ν.π άγιος ανδρέας
12. παππής χαρίλαος , γενικός χειρουργός, ποιοι παράγοντες ενοχοποιούνται για τον καρκίνο του παχέος εντέρου;, iatronet.gr/ygeia/peptiko-ipar/article/197/karkinos-toy-paxeos-enteroy.html, δημοσίευση 23 -12-2003, προβλήθηκε 19-5-2015
13. παππής χαρίλαος γενικός χειρουργός, ποιά είναι τα στάδια του καρκίνου του παχέος εντέρου; , πώς διαγιγνώσκεται ο καρκίνος πρώιμα; δημοσίευση 23 -12-2003, προβλήθηκε 19-5-2015

14. Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες», τόμος 1ος, έκδοση Β΄, Εκδόσεις ΒΗΤΑ. 1997

15. χρηστος κων. ζαβος • ειδικός γαστρεντερολόγος – ηπατολόγος , διδάκτωρ ιατρικής σχολής αριστοτελείου πανεπιστημίου θεσσαλονίκης
μετεκπαιδευθείς στο universitair medisch centrum utrecht, ολλανδία, κολonosκόπηση, πολυπεκτομή παχέος εντέρου, σιγμοειδοσκόπηση, προβλήθηκε 18-5-2015

16. athensradiotherapy.gr/cancertypes/rectumcancer,ακτινοθεραπεία,metropolitan hospital, προβλήθηκε 17-5-2015

17. barett, ganong's ιατρικη φυσιολογια, broken hill, 2011, αθηνα lemone, burke, παθολογικη-χειρουργικη νοσηλευτικη. κριτικη σκεψη κατα τη φροντιδα του ασθενους(τομος α) 32998059, λαγος δημητριος, 2013, αθηνα

18. danielle calistri *, claudia rengucci*-etal- detection of colorectal cancer by a quantitative fluorescence determination of dna amplification in stool1, neoplasia . vol. 6, no. 5, september/october 2004,

19. din fv1, theodoratou e-etal- effect of aspirin and nsaid s on risk and survival from colorectal cancer. gut. 2010 dec;59(12):1670-9.

20. drake, vogl, mitchell, gray's ανατομια (τομος 1-2) , broken hill, 2006, αθηνα moore, κλινικη ανατομια(επιτομο), broken hill, 2012, αθηνα

21. jean faivre, vincent dancourt -etal -reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a french controlled study

22. kathleen y. wolin1, alpa v. -etal- change in physical activity and colon cancer incidence and mortality , published in final edited form as:cancer epidemiol biomarkers prev. 2010 december

23. national cancer institute ,macmillan cancer support, bestrong.org.gr - 16.03.14,προβλήθηκε 20-6-2015

24. mulroney, netter's βασικες αρχες φυσιολογιας του ανθρωπου, broken hill, 2010, αθηνα

25. pd hardt*,1, s mazurek-etal- faecal tumour m2 pyruvate kinase: a new, sensitive screening tool for colorectal cancer, british journal of cancer (2004)

26. woodhead, wicker, περιεγχειρητικη νοσηλευτικη φροντιδα(επιτομο) 5802, λαγος δημητριος, 2007, αθηνα



