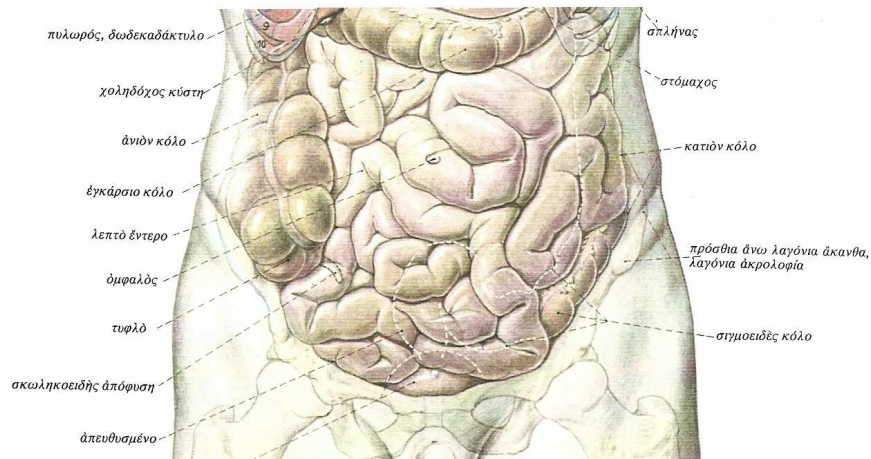


Α.Τ.Ε.Ι.Θ
ΣΧΟΛΗ:Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΣΑΝΑΚΗ ΑΣΠΑΣΙΑ
ΜΑΤΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Κα ΚΥΤΑΝΗ ΕΛΕΝΗ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008

Αφιερώνεται
Σε όλους τους ογκολογικούς ασθενείς

Σε αυτή την προσπάθειά μας ευχαριστούμε:

Τις οικογένειές μας για την υποστηρικτική τους διάθεση καθώς,

Και την κ. Κυτάνη Ελένη, Καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής

ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, για την ιδιαίτερη καθοδήγησή της, ώστε να

ολοκληρωθεί το παρόν εκπόνημα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<u>Σελίδες</u>
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</u>	
Ανατομία παχέος εντέρου	9
Περιγραφή τμημάτων παχέος εντέρου	10
Φυσιολογία παχέος εντέρου	18
Επιδημιολογία	22
Αιτιολογικοί παράγοντες	24
Παθολογική ανατομική	26
Σταδιοποίηση καρκίνου παχέος εντέρου	32
Επέκταση της νόσου-διασπορά	34
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
Κλινική εικόνα	36
Διαγνωστικές εξετάσεις	41
1. Κλινική εξέταση	42
2. εργαστηριακά ευρήματα	43
3. Απεικονιστικές μελέτες	44
4. Ειδικές εξετάσεις	47
Διαφορική διάγνωση	51
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</u>	
Θεραπεία καρκίνου παχέος εντέρου	
1. Χειρουργική θεραπεία	52
Προεγχειρητική φροντίδα	53

Γενικές αρχές χειρουργικών επεμβάσεων στο παχύ έντερο	56
Είδη εγχειρήσεων	56
2. Παρηγορική θεραπεία	59
3. α. Χημειοθεραπεία	60
β. Ακτινοθεραπεία	61
Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου	61
Ο ρόλος της ασπιρίνης στη μακροχρόνια πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου	65
Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου	67
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</u>	
Είδη κολοστομίας	69
Σκοποί εκτέλεσης της κολοστομίας	71
Επιπλοκές κολοστομίας	72
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ</u>	
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο	
Παχέος εντέρου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	74
Προεγχειρητική φάση	74
Μετεγχειρητική φάση	80
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ</u>	
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία	89
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία	92
Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας	91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Έξοδος από το νοσοκομείο αρρώστου με κολοστομία-σχέδιο διδασκαλίας και εκπαίδευσή του	96
Φροντίδα ατόμων με κολοστομία και αποκατάσταση	
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας stoma therapist	100
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	105
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	106

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στις δυτικές κοινωνίες και στη χώρα μας, ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού, βρίσκεται στη δεύτερη θέση της συνολικής κατάταξης, τόσο από άποψη επίπτωσης, όσο και θνητότητας. Εκατόν πενήντα χιλιάδες (150.000) νέων περιπτώσεων αυτού του καρκίνου, διαγιγνώσκονται ετησίως και πλέον των εξήντα χιλιάδων πεθαίνουν ετησίως στις ΗΠΑ. Στη χώρα μας η εικόνα είναι ανάλογη με 1:500 νέες περιπτώσεις κατά έτος.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει όλες τις ηλικίες, όμως η επίπτωση αυξάνει ιδιαίτερα μετά τα 40 έτη. Τουλάχιστον το 50% των περιπτώσεων αφορούν στο ορθό. Δυστυχώς και παρά τις μεγάλες διαγνωστικές εξελίξεις που έχουν επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια, η καθυστερημένη διάγνωση βρίσκεται σε υψηλά ποσοστά επί του συνόλου, με αποτέλεσμα τουλάχιστον στο 10% του συνόλου των περιπτώσεων, ο όγκος να μην είναι εξαιρεσιμος χειρουργικά και σε ποσοστό πλέον του 20% να υφίστανται ηπατικές μεταστάσεις.

Σκοπός της παρούσης εργασίας, είναι η διεξοδική αναφορά σε όλες τις παραμέτρους (κλινική εκδήλωση, διάγνωση, πρόγνωση, χειρουργική και μετεγχειρητική αντιμετώπιση, χημειοθεραπευτική και ακτινοθεραπευτική παρέμβαση) ώστε να καταστούν εμφανείς οι ιδιαίτεροι χαρακτήρες του νεοπλάσματος και το μέγεθος των δυνατοτήτων που παρέχονται από τη σύγχρονη Ιατρική και Νοσηλευτική επιμέλεια.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στην υφήλιο. Στις ανεπτυγμένες χώρες είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου από κακοήγη νεοπλασία, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα στους άνδρες και τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι η γενετική προδιάθεση, η διατροφή, η φτωχή σε φυτικές ίνες, φρούτα και λαχανικά, η υπερκατανάλωση του ζωικού λίπους, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, το οινόπνευμα, η έλλειψη άσκησης καθώς επίσης και η έκθεση σε αμίαντο. Τα κλινικά συμπτώματα είναι αίμα στα κόπρανα, αναιμία, αλλαγή σύστασης των κοπράνων, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, δυσπεπτικά ενοχλήματα, ίκτερος και αναιμία. Στη διάγνωση συμβάλουν το ιστορικό, η κλινική εξέταση, καθώς και η εργαστηριακή διεύρυνση με σκοπό την εντόπιση του όγκου στο έντερο. Η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη που αποσκοπεί στην αποφυγή εμφάνισης του καρκίνου και να ζητούνται οι αιτιολογικοί παράγοντες και τη δευτερογενή πρόληψη που αφορά τη δακτυλική εξέταση του ορθού, ανίχνευση αίματος στα κόπρανα, σιγμοειδοσκόπηση και κολonosκόπηση. Κατά κανόνα η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι χειρουργική. Ορισμένες φορές η χειρουργική θεραπεία συνδυάζεται ή ακολουθείται από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Ο ρόλος του νοσηλευτή προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά είναι πολύ σημαντικός για την αποκατάσταση του ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αποφυγή των επιπλοκών, καθώς και η συνεχής υποστήριξη, η συζήτηση και γενικότερα η επικοινωνία νοσηλευτή με ασθενή συμβάλλει στο να επανέλθει ο άρρωστος στη φυσιολογική του ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο αποτελεί τη συνέχεια του λεπτού εντέρου. Αρχίζει από την ειλεοκολική βαλβίδα και τελειώνει στον πρωκτό. Έχει μήκος 1,5 μέτρο και είναι φαρδύτερο από το λεπτό, αλλά με τοίχωμα λεπτότερο από αυτό. Κανονικά θα έπρεπε να λέγεται φαρδύ έντερο και όχι παχύ.

Χρησιμεύει για τον σχηματισμό των κοπράνων, τα οποία, με τις περισταλτικές κινήσεις του, τα προωθεί για να αποβληθούν από τον πρωκτό. Η απορροφητική του ικανότητα είναι μικρή και κυρίως αφορά τα υγρά στοιχεία του περιεχομένου του εντέρου. Με τον τρόπο αυτό τα κόπρανα, που στο τέλος του ειλεού είναι ρευστά και υδαρή, τα μετατρέπει σε πολτώδη και σκληρά.

Το παχύ έντερο παρουσιάζει τρεις μικρότερες μοίρες. Το **τυφλό** με την **σκωληκοειδή απόφυση**. Το **κόλον** και το **απευθυσμένο**.

Στην εξωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου υπάρχουν τα εξής χαρακτηριστικά γνωρίσματα, που το κάνουν να διαφέρει από τα άλλα τμήματα του εντέρου.

1. **οι κολικές ταινίες**. Πρόκειται για πάχυνση των μυικών ινών της επιμήκους μυικής στιβάδας του τοιχώματος. Είναι τρεις, αρχίζουν από το τυφλό (τη βάση της σκωληκοειδούς), στο σιγμοειδές γίνονται δύο και στο απευθυσμένο εξαφανίζονται.
2. **τα εκκολπώματα του παχέος** .
3. **οι επιπλοϊκές αποφύσεις** που είναι λιπώδεις προεκβολές του περιτοναίου, διαταγμένες σε σειρά κατά μήκος των κολικών ταινιών. Στο ανιόν, και στο κατιόν υπάρχουν από δύο στίχοι, στο

σιγμοειδές κόλον υπάρχουν τρεις στίχοι, στο εγκάρσιο ένας και στο τυφλό και το απευθυσμένο λείπουν.

Στην εσωτερική επιφάνεια παρατηρούμε τις κολικές ταινίες.

Στα εσωτερικά εκκολπώματα αντιστοιχούν ανάλογες κυμάνσεις, που λέγονται **κολικές κυψέλες**, στις δε εξωτερικές περισφίγγεις αντιστοιχούν, εσωτερικά οι **μηνοειδείς πτυχές**. Ακόμη στο εσωτερικό του δεν υπάρχουν οι λάχνες και οι πλάκες του Πάιερ.

Το τοίχωμα του παχέος εντέρου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες, που από μέσα προς τα έξω είναι:

Ο **ορογόνος** που είναι το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου.

Ο **μυικός** που αποτελείται από λείες μυικές ίνες και είναι σε δύο στιβάδες, έξω στιβάδα ή επιμήκη και μέσα στιβάδα ή κυκλοτερή. Με τη σύσπασή τους κάνουν τις περισταλτικές και τις αντιπερισταλτικές κινήσεις του τοιχώματός του, με τις οποίες ανακατώνεται και προωθείται το περιεχόμενό του.

Ο **υποβλεννογόνιος** που είναι χαλαρός συνδετικός ιστός.

Ο **βλενογόνος** που αποτελείται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, αδένες και χόριο.

Οι αρτηρίες για το τυφλό, ανιόν και εγκάρσιο προέρχονται από την άνω μεσεντέριο, για το κατιόν, το σιγμοειδές και την πάνω μοίρα του απευθυσμένου από την κάτω μεσεντέριο και για το κατώτερο τμήμα του απευθυσμένου από την έσω λαγόνιο. Οι φλέβες, με την άνω και κάτω μεσεντέριο πάνε στο σύστημα της πυλαίας κυκλοφορίας, εκτός από την κάτω και μέση μοίρα του απευθυσμένου, που πάνε στην έσω λαγόνιο. Πρόκειται για μια σπουδαία ανατομική λεπτομέρεια. Τα νεύρα προέρχονται από το άνω και κάτω μεσεντέριο πλέγμα, εκτός από το τελευταίο τμήμα που παίρνει νεύρα από το πυελικό πλέγμα

Περιγραφή των τμημάτων του παχέος εντέρου

1. Το τυφλό έντερο και η σκωληκοειδής απόφυση

Το τυφλό έντερο.

Το τυφλό έντερο είναι η πρώτη από τις μοίρες του παχέος εντέρου και βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Μοιάζει με σακούλα, που προς τα κάτω είναι κλειστή, προς τα πάνω δε συνδέεται με το ανιόν κόλο, αφού ενωθεί με το λεπτό έντερο με την ειλεοκολική βαλβίδα. Στο κάτω μέρος του βρίσκεται η σκωληκοειδής απόφυση.

Έχει χωρητικότητα 150 κ.ε. περίπου και από πολλούς θεωρείται σαν ένας δεύτερος στόμαχος και χρησιμεύει για την προσωρινή εναποθήκευση των τροφών, που έχουν υποστεί την πέψη και πρόκειται να μεταβληθούν σε κόπρανα για να αποβληθούν. Οι τυφλίτιδες δημιουργούν σημαντικού βαθμού δυσπεπτικές διαταραχές. Έχει μήκος 6 εκ. και πλάτος 7,5, είναι δε μετά τον στόμαχο, το φαρδύτερο μέρος του εντερικού σωλήνα.

Στο δεξιό λαγόνιο βόθρο βρίσκεται στο 90% των περιπτώσεων, στο υπόλοιπο 10% αλλάζει θέσεις και μπορεί να το βρούμε προς τα πάνω, τα κάτω, μέσα ή έξω. Καλύπτεται όλο από περιτόναιο, με μια πτυχή που λέγεται μεσότυφλο και γι' αυτό είναι ευκίνητο. Σε ένα μικρό ποσοστό καλύπτεται μόνο από μπρος με περιτόναιο και είναι ακίνητο και καθηλωμένο στο πίσω κοιλιακό τοίχωμα.

Εξωτερικά παρουσιάζει τις τρεις κολιτικές ταινίες, τα εκκολπώματα, την έκφυση της σκωληκοειδούς απόφυσης και την σύνδεση με τον ειλεό. Δεν υπάρχουν επιπλοϊκές αποφύσεις.

Εσωτερικά παρατηρούμε τις μηννοειδές πτυχές, τις κολιτικές κυψέλες, το στόμιο της σκωληκοειδούς και την ειλεοκολική βαλβίδα.

Η ειλεοκολική βαλβίδα είναι μια εγκάρσια σχισμή, που έχει δύο χείλη, το πάνω και το κάτω, που απολήγουν σε δύο χαλινούς. Είναι έτσι κατασκευασμένη που επιτρέπει το πέρασμα του περιεχομένου του λεπτού εντέρου μόνο από αυτό στο τυφλό, ενώ απαγορεύει το αντίθετο.

Η σκωληκοειδής απόφυση.

Η σκωληκοειδής απόφυση ξεκινάει από τη μέσα-κάτω επιφάνεια του τυφλού, έχει μήκος 1 μέχρι 30 εκ. και διακρίνουμε σ' αυτή βάση, σώμα και κορυφή. Καλύπτεται ολόκληρη από περιτόνιο και κρέμεται από μια πτυχή του, που λέγεται μεσεντερίδιο. Το τοίχωμά της έχει την ίδια κατασκευή με τα άλλα τμήματα του εντέρου και επί πλέον έχει άφθονα λεμφοζίδια με τα οποία καταστρέφει πολλά μικρόβια, που βρίσκονται στο περιεχόμενο του εντέρου. Είναι λοιπόν λεμφανοειδές όργανο και σαν αποστολή έχει την άμυνα του οργανισμού.

Αυτό είναι ο λόγος που πάσχει συχνά, όπως και η αμυγδαλής, διότι στον αγώνα και τις μάχες, που δίνει είναι μοιραίο να πάσχει και να παθαίνει απώλειες και αυτή.

Εκτός από την αμυντική αποστολή, που αναφέρθηκε, λέγεται ότι βοηθάει στην πέψη της κυτταρίνης, γι' αυτό είναι περισσότερο αναπτυγμένη στα φυτοφάγα ζώα, ενώ στα σαρκοφάγα είναι ατροφική και σχεδόν εξαφανισμένη. Στα παιδιά είναι πολύ πιο μεγαλύτερη παρά στους ενήλικες, διότι η διατροφή των παιδιών γίνεται κατά μεγαλύτερο ποσοστό με φυτικές και υδαρείς τροφές

(γάλα, χορτόσουπες). Έτσι το μήκος της παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις, ανάλογα με τη διατροφή και την ηλικία των ατόμων.

Η θέση που βρίσκεται επίσης αλλάζει και δεν είναι ίδια σε όλα τα άτομα.

Στο 50-60% των ατόμων βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο με κατεύθυνση προς τα μέσα και λίγο προς τα κάτω. Εξωτερικά αντιστοιχεί στο σημείο του Μακ-Βούρνεϋ, που το βρίσκουμε στη μέση μιας γραμμής, που την τραβάμε από τον ομφαλό μέχρι την πρόσθια άνω λαγόνιο άκανθα. Οι διαφορετικές αυτές θέσεις της εξαρτιούνται καταρχήν από τη θέση που έχει το τυφλό, κατά δεύτερο λόγο από την επίδραση διαφόρων επίκτητων παραγόντων, όπως φλεγμονές ή κακώσεις, που μπορεί να έχουν γίνει κατά τη διάρκεια της ζωής. Ακόμη διάφορες ανωμαλίες στη διάπλαση και την εξέλιξη του εντέρου επηρεάζουν σημαντικά τη θέση της. Μπορούμε λοιπόν να τη βρούμε χαμηλά μέσα στο λαγόνιο βόθρο ή ψηλά κάτω από το ήπαρ ή προς τα μέσα στο κοντά στον ομφαλό. Η θέση του οργάνου έχει μεγάλη σημασία για τους χειρουργούς, διότι ανάλογη θα είναι και η εγχειρητική τακτική που θα πρέπει να ακολουθήσουν κατά τη διάρκεια των εγχειρήσεών της.

2. το κόλον.

Το κόλον είναι η δεύτερη μοίρα του παχέος εντέρου και χωρίζεται σε 4 μικρότερες μοίρες, το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν και το σιγμοειδές κόλον.

A. το ανιόν κόλον

Το ανιόν κόλον αποτελεί την συνέχεια του τυφλού, προς τα πάνω, έχει μήκος 15 εκ., αρχίζοντας δε από τον δεξιό λαγόνιο βόθρο προχωρεί προς τα πάνω και κάτω από το ήπαρ, κάνοντας μία γωνία, την δεξιά κολική καμπή, μεταπίπτει στο εγκάρσιο κόλο.

Καλύπτεται από το περιτόναιο μόνο από εμπρός και τα πλάγια, γι' αυτό είναι καθηλωμένο και ακίνητο. Έχει τρεις κολικές ταινίες και δύο στίχους επιπλοϊκών αποφύσεων. Η δεξιά κολική καμπή βρίσκεται κάτω από τον δεξιό λοβό του ήπατος, είναι ομαλή και πολλές φορές ασταθής.

B. το εγκάρσιο κόλον.

Το εγκάρσιο κόλο, έχει μήκος 50 εκ., αρχίζει από την δεξιά κολική καμπή, σαν συνέχεια του ανιόντος, βαδίζει προς τα αριστερά και πάνω, φθάνει μέχρι το κάτω άκρο του σπληνός και σε μια απότομη και οξεία καμπή, την αριστερή κολική καμπή, μεταπίπτει στο κατιόν κόλο. Κατά την πορεία του αυτή δεν είναι ίσιο αλλά παρουσιάζει μια κυρτότητα, που το κυρτό της στρέφεται προς τα κάτω. Έχει τρεις κολικές ταινίες και ένα στίχο επιπλοϊκών αποφύσεων.

Καλύπτεται όλο από περιτόναιο με μια πτυχή του περιτοναίου που λέγεται εγκάρσιο μεσόκολο. Με το εγκάρσιο μεσόκολο η κοιλότητα της κοιλιάς χωρίζεται σε δυο μέρη την πάνω κοιλιά και την κάτω κοιλιά. Εκτός από το εγκάρσιο μεσόκολο, που χρησιμεύει και για να στηρίζει το εγκάρσιο κόλο υπάρχει και ένας ακόμα περιτοναϊκός σύνδεσμος για στήριγμα του που λέγεται γαστροκολικός σύνδεσμος που ξεκινώντας από το μείζον τόξο του στομάχου φθάνει μέχρι το εγκάρσιο κόλο.

Η αριστερή κολική καμπή βρίσκεται ψηλότερα και βαθύτερα από την δεξιά, είναι πιο απότομη και οξεία και σταθερή, πάντα στη θέση αυτή, διότι στηρίζεται με ένα σύνδεσμο περιτοναϊκό που λέγεται φρενοκολικός, πάνω στον οποίο βρίσκεται ο σπλήνας.

Γ. το κατιόν κόλον.

Το κατιόν κόλον αρχίζει από την αριστερή κολική καμπή, φέρεται προς τα κάτω κατά μήκος του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος, φθάνει στο πάνω στόμιο της ελάσσονος πυέλου και μεταπίπτει στο σιγμοειδές. Έχει μήκος 25 εκ., καλύπτεται από το περιτόναιο από μπρος και τα πλάγια και γι' αυτό είναι ακίνητο και καθηλωμένο. Έχει τρεις κολικές ταινίες και δυο στοίχους επιπλοϊκών αποφύσεων.

Δ. το σιγμοειδές κόλον.

Το σιγμοειδές κόλον αρχίζει από την είσοδο της ελάσσονος πυέλου, σαν συνέχεια του κατιόντος και αφού κάνει δύο καμπές μέσα στην πύελο, σαν λατινικό (S), στο ύψος του 3^{ου} ιερού σπονδύλου μεταπίπτει στο απευθυσμένο. Έχει μήκος 40 εκ., δύο κολικές ταινίες και τρεις στοίχους επιπλοϊκών αποφύσεων.

Κατά την πορεία του μέσα στην πύελο και τις καμπές που κάνει, πολλές φορές φθάνει μέχρι τον δεξιό λαγόνιο βόθρο και στην τελευταία του καμπή βρίσκεται, στον μεν άνδρα μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του απευθυσμένου, στη δε γυναίκα μεταξύ της μήτρας και του απευθυσμένου.

Το σιγμοειδές περιβάλλεται από παντού από μια πτυχή του περιτοναίου, που λέγεται μεσοσιγμοειδές και γι' αυτό είναι ευκίνητο.

3. Το απευθυσμένο.

Το απευθυσμένο ή ευθύ ή ορθό έντερο είναι το τρίτο και τελευταίο τμήμα του παχέος εντέρου. Έχει μήκος 15 εκ., αρχίζει

από εκεί που τελειώνει το σιγμοειδές, στο ύψος του 3^{ου} ιερού σπονδύλου και πορευόμενο κατά μήκος της πρόσθιας επιφάνειας του ιερού οστού και του κόκκυγα καταλήγει στον αιμορροϊδικό δακτύλιο, σε μια σχισμή, που βρίσκεται στο βάθος μεταξύ των δύο γλουτών και λέγεται πρωκτός.

Παρουσιάζει δύο μοίρες την πυελική και την περινεϊκή.

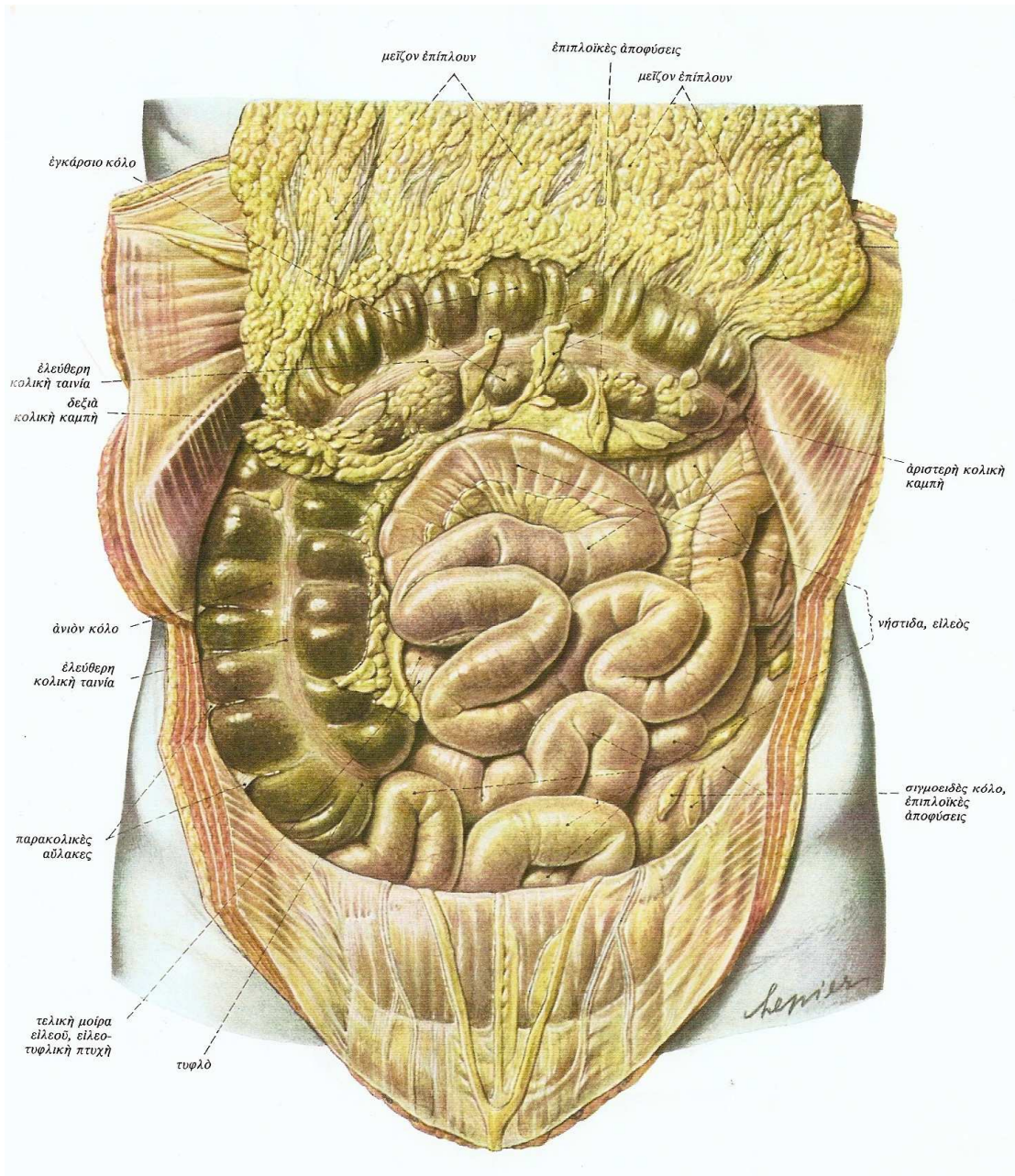
Η πυελική είναι μεγαλύτερη (12εκ.), βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο και καλύπτεται μόνο στο πάνω μέρος της από περιτόναιο. Στο μέσο της και προς τα κάτω είναι φαρδύτερη, λέγεται κοπροδόχος λήκυθος και χρησιμεύει για την εναποθήκευση των κοπράνων πριν αποβληθούν με την κένωση. Είναι το τρίτο, σε φάρδος, τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, μετά τον στόμαχο και το τυφλό.

Η περινεϊκή μοίρα έχει μήκος 2-3 εκ. και βρίσκεται μέσα στους μυς του περινέου τους οποίους διασχίζει και από τους οποίους στηρίζεται στη θέση αυτή. Στη θέση του αυτή, εκτός από τους μυς του περινέου, στηρίζεται και από την περιτονία που το περιβάλλει και από το περιτόναιο.

Η κατασκευή του απευθυσμένου διαφέρει από την κατασκευή του υπόλοιπου εντέρου στο ότι η κυκλωτερής μυϊκή στιβάδα στο τελευταίο σημείο της, προς το δακτύλιο, είναι παχύτερη και σχηματίζει έτσι ένα σφιγκτήρα, που με την σύσπασή του συγκρατεί τα κόπρανα και δεν φεύγουν μόνα τους, αυτό το σημείο λέγεται έσω σφιγκτήρας του πρωκτού. Υπάρχει και ο έξω σφιγκτήρας του πρωκτού, που αποτελείται από γραμμωτές μυϊκές ίνες και με τον οποίο, με την απόλυτη θέλησή μας, μπορούμε να συγκρατήσουμε ή να αφήσουμε να περάσουν τα κόπρανα. Ακόμη

διαφέρει στην κατασκευή και διότι στο τελευταίο μέρος ο βλεννογόνος από πολύστιβο κυλινδρικό επιθήλιο μεταβάλλεται σε πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και έτσι γίνεται ομαλή η μεταβίβαση και η σύνδεση με το δέρμα έξω από τον πρωκτό.

Ο πρωκτός ή δακτύλιος αποτελεί το τελευταίο σημείο του εντερικού σωλήνα, από τον οποίο βγαίνουν τα κόπρανα, που σαν τροφές είχαν μπει στο στόμα και είχαν υποστεί την πέψη. Τα κόπρανα αποτελούν τα άχρηστα συστατικά των τροφών.(Μηνά Κ. Παπακύριλλου Κοζάνη 1982).



ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι οι εξής:

1. **απορρόφηση:** περίπου 500 κ. εκ. περιεχομένου του λεπτού εντέρου, με περιεκτικότητα 90% σε νερό, εισέρχονται καθημερινός στο τυφλό. Το υλικό αυτό, κατά τη διέλευσή του από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου, αφυδατώνεται έτσι ώστε μόνο 120-150 κ. εκ. νερού να αποβάλλονται με τα κόπρανα. Το χλώριο και κυρίως το νάτριο απορροφώνται επίσης από το παχύ έντερο έτσι ώστε, ενώ οι ημερήσιες ανάγκες ενός φυσιολογικού ατόμου σε νάτριο είναι περίπου 5 mEq Na, οι ανάγκες ατόμου που έχει υποβληθεί σε ολική κολεκτομή να ανέρχονται σε 80-100 mEq Na προκειμένου να Αντίθετα, τα διττανθρακικά και κυρίως το κάλιο αποβάλλονται καλυφθούν οι απώλειες νατρίου από την ειλεοστομία. από το βλεννογόνο του παχέος εντέρου με παθητική διάχυση και έκκριση με τη βλέννη. Η απορρόφηση αμινοξέων, λιπολυτικών προϊόντων ή βιταμινών δεν είναι σημαντική στο παχύ έντερο αντιθέτως ένα σημαντικό μέρος υδατανθράκων, που δεν απορροφήθησαν στο λεπτό έντερο, απορροφώνται από το παχύ.
2. **αποθήκευση:** τα κόπρανα προωθούνται αργά μέχρι το σιγμοειδές όπου και παραμένουν εφόσον δεν γίνεται αφόδευση. Το ορθό φυσιολογικά είναι άδειο όταν όμως με τις τμηματικές και δακτυλιοειδείς συσπάσεις που αναφέρονται πιο κάτω, το περιεχόμενο φθάνει στο ορθό, η όταν η ενδο-αυλική πίεση φθάνει τα 20-25 cm H₂O, τότε το άτομο αισθάνεται την

επιθυμία για αφόδευση. Οι νευρικοί υποδοχείς στο τοίχωμα του ορθού φυσιολογικών ατόμων είναι σε θέση να διακρίνουν εάν το προς αποβολή υλικό είναι στερεό, υγρό ή αέριο.

Τα αέρια του παχέος εντέρου προέρχονται κυρίως από τον αέρα που καταπίνουμε. Πρόκειται κυρίως για άζωτο (διοξειδίο του άνθρακος και το O₂ απορροφώνται ταχέως). Μεθάνιο και υδρογόνο υπάρχουν σε μικρές ποσότητες και είναι προϊόντα των βακτηριακών ζυμώσεων όπως και η αμμωνία.

Φυσιολογικά, τα σχηματισμένα κόπρανα αποτελούνται από 70% νερό και 30% στερεά συστατικά. Απ' αυτά τα μισά περίπου είναι βακτηρίδια και τα άλλα μισά υπολείμματα τροφών.

3. κινητικότητα και αφόδευση: η κινητικότητα του παχέος εντέρου ρυθμίζεται με την αλληλεπίδραση χολινεργικών, αδρενεργικών, πεπτιδεργικών νευρώνων και γαστρεντερικών ορμονών και εκδηλώνεται με τρεις τρόπους : δακτυλιοειδείς συσπάσεις, κυρίως στο δεξιό κόλο, κινούμενες κεφαλικά (αντίστροφος περισταλτισμός), τμηματικές συσπάσεις, κυρίως στο εγκάρσιο και κατιόν, συγχρόνως σε διαφορετικές τυχαίες θέσεις και έντονες δακτυλιοειδείς συσπάσεις, κυρίως στο εγκάρσιο και κατιόν, κινούμενες προς την περιφέρεια σε μεγάλες αποστάσεις. Οι τελευταίες αυτές συσπάσεις συμβαίνουν συνήθως μόνο λίγες φορές ημερησίως και είναι αυτές που βάζουν σε λειτουργία το μηχανισμό της αφόδευσης. Η έναρξη των συσπάσεων αυτών διευκολύνεται με ένα μεγάλο γεύμα, με το κάπνισμα, τη λήψη καφέ ή άλλα ερεθίσματα στα οποία το άτομο έχει συνηθίσει τον εαυτό του (γαστροκολικό αντανακλαστικό). Όταν τα κόπρανα φθάνουν στο ορθό, τούτο

διατείνεται. Η διάταση αυτή στη συνέχεια προκαλεί αντανακλαστικές συσπάσεις του παχέος εντέρου. Η σύγχρονη σύσπαση των κοιλιακών μυών, ο χειρισμός Valsalva και η χαλάρωση του σφιγκτήρα του δακτυλίου έχουν ως αποτέλεσμα την αφόδευση.

Η κινητικότητα του παχέος εντέρου αλλάζει με διάφορα ερεθίσματα. Το παχύ έντερο εύκολα εμφανίζει παραλυτικό ειλεό από τραύμα, φλεγμονή ή χειρισμούς κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων. Η κινητικότητα του παχέος εντέρου αλλάζει με διάφορα ερεθίσματα. Το παχύ έντερο εύκολα εμφανίζει παραλυτικό ειλεό από τραύμα, φλεγμονή ή χειρισμούς κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων. Η μορφίνη και η κωδεΐνη αυξάνουν σημαντικά το μυϊκό τόνο με αποτέλεσμα την ελάττωση των περισταλτικών κινήσεων. Το ίδιο συμβαίνει με τα αντιχολινεργικά και τη γλυκαγόνη, ενώ τα παρασυμπαθομιμητικά φάρμακα [νεοστιγμίνη] αυξάνουν σημαντικά το μυϊκό τόνο με αποτέλεσμα την ελάττωση των περισταλτικών κινήσεων. Το ίδιο συμβαίνει με τα αντιχολινεργικά φάρμακα [νεοστιγμίνη] αυξάνουν την κινητικότητα του παχέους εντέρου. Η προώθηση και αποβολή αερίων είναι το πρωιμότερο κλινικό σημείο άρσης του παραλυτικού ειλεού ο οποίος κατά κανόνα συνοδεύει τις χειρουργικές επεμβάσεις και ιδιαίτερα τις ενδοκοιλιακές. Το σημείο αυτό εμφανίζεται συνήθως μεταξύ του πρώτου και τρίτου εικοσιτετραώρου ανάλογα με τη βαρύτητα και τη διάρκεια της επέμβασης. Η συχνότητα της αφόδευσης επηρεάζεται από κοινωνικούς και διαιτητικούς παράγοντες. Μια κένωση το 24ωρο είναι το σύνηθες. Ανάλογα όμως με το είδος της τροφής και με τη δραστηριότητα του ατόμου οι κενώσεις μπορεί φυσιολογικά να κυμαίνονται από το 24ωρο έως και μία κάθε δύο ή τρεις ημέρες.

Οποιαδήποτε αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου, που διαρκεί περισσότερο από μερικές εβδομάδες, θα πρέπει να ελέγχεται.

Η επίμονη διάρροια είναι εξουθενωτική για τον ασθενή και ίσως και θανατηφόρος λόγω μεγάλης απώλειας ύδατος και ηλεκτρολυτών. Μπορεί να οφείλεται σε χρόνια λήψη καθαρτικών, σε αυξημένη έκκριση από το λεπτό έντερο, σε φλεγμονώδεις παθήσεις λεπτού και παχέος εντέρου, σε θηλώδες αδένωμα του παχέος εντέρου, σε απώλεια της απορροφητικής επιφάνειας του εντέρου (εντερεκτομές) κλπ.

Η **δυσκοιλιότητα** αναφέρεται είτε στην αραιή συχνότητα των κενώσεων είτε στην σκληρή σύσταση των κοπράνων. Η δυσκολία στην αποβολή των κοπράνων λέγεται δυσχεσία. Επίμονη δυσκοιλιότητα, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, πρέπει να εγείρει την υπόνοια καρκίνου του παχέος εντέρου μέχρις αποδείξεως του εναντίου. Η πιο συνηθισμένη αιτία δυσκοιλιότητας, ιδιαίτερα στις δυτικές χώρες είναι η ανεπαρκής κατανάλωση φυτικών τροφών.

Η λειτουργία της αφόδευσης απαιτεί επαρκή αισθητικότητα του ορθού, φυσιολογικό σφιγκτηριακό μηχανισμό, φυσιολογική κινητικότητα του παχέος εντέρου και άθικτη νεύρωση. Όσοι προγραμματίζουν εγχειρήσεις στο παχύ έντερο και ιδιαίτερα στο περιφερικό του τμήμα, όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη προκειμένου μετεγχειρητικώς να διατηρηθεί φυσιολογικός ο μηχανισμός της αφόδευσης.(N. Καλαχάνης 1990).

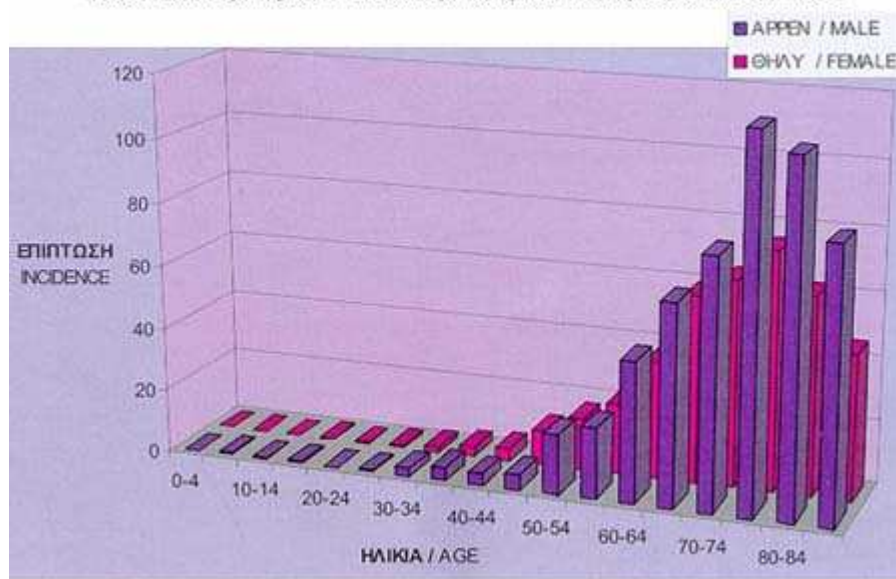
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνή κακοήθης πάθηση και κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των καρκίνων του πεπτικού συστήματος τόσο στις ΗΠΑ όσο και στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι πιο συχνός στους λαούς με «δυτικό» τρόπο ζωής-δίαιτας. Από υπάρχουσες επιδημιολογικές μελέτες η νόσος είναι πιο συχνή σε βιομηχανικά αναπτυγμένα κράτη, όπως η βόρεια Αμερική, η δυτική Ευρώπη, η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία και λιγότερο συχνή στις υπό ανάπτυξη περιοδεία όπως η Αφρική, Ασία και Νότιος Αμερική. Στις ΗΠΑ με 150.000 νέες περιπτώσεις τον χρόνο και 58.000 θανάτους εξαιτίας της, η νόσος ευθύνεται για το 15% όλων των θανάτων που οφείλονται σε καρκίνο. Στη χώρα μας καταλαμβάνει την τέταρτη θέση των αιτιών θανάτου από νεοπλασμάτα.(Α. Σούπαρης, Θεσ/νίκη 1998-2000).

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια ελαφριά μείωση της συχνότητας του και στα δύο φύλα. Οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες προσβάλλονται από καρκίνο του κόλου, ιδιαίτερα του δεξιού, σε αναλογία 1,2:1 αντίθετα, στον καρκίνο του ορθού η σχέση ανδρών προς γυναίκες είναι 1,1:1. είναι νόσος κυρίως των ενηλίκων με τη μεγαλύτερη συχνότητα κατά την έβδομη δεκαετία της ζωής. Σε ποσοστό 8% η νόσος εμφανίζεται προ της ηλικίας των 40 ετών και σε ένα μικρό ποσοστό προσβάλλει άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών ιδιαίτερα όταν αυτά πάσχουν από οικογενή πολυποδίαση.

ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΠΡΩΤΟΠΑΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΡΧΕΙΟ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ 1990 - 1991

Η κατανομή του στις διάφορες μοίρες του παχέος εντέρου είναι εντυπωσιακή: άνω του 70% των καρκίνων του παχέος εντέρου εξορμάται από το ορθό και το σιγμοειδές, 10% από το τυφλό και το υπόλοιπο κατανέμεται στο υπόλοιπο παχύ έντερο. Είναι πολυεστιακή σχετικά νόσος: 3% των ασθενών έχουν σύγχρονους όγκους και 1% των ασθενών που έχουν χειρουργηθεί θα εμφανίσουν μετά χρόνο όγκο για κάθε 10 χρόνια παρακολούθησεως.(N. Καλαχάνης, Αθήνα 1990).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι μεταβολές της συχνότητας του καρκίνου παχέος εντέρου στις διάφορες περιοχές της υδρογείου υποδηλώνουν την ύπαρξη πολλών αιτιολογικών παραγόντων. Οι κυριότεροι από αυτούς είναι:

- **οι διατροφικοί παράγοντες**, οι οποίοι είτε προσλαμβάνονται με τις τροφές είτε σχηματίζονται στο έντερο πιθανών από τη δράση αναερόβιων μικροβίων. Τα αναερόβια μικρόβια που υπερισχύουν με τη δίαιτα «δυτικού

τύπου» είναι κυρίως τα βακτηριοειδή και τα κλωστηρίδια. Τα μικρόβια αυτά, με τη βοήθεια ένζυμων τα οποία παράγουν, μεταβολίζουν τα χολικά οξέα, τη χοληστερίνη, τα λίπη και τα λευκώματα σε διάφορες καρκινογόνες ουσίες, οι οποίες και ενοχοποιούνται στην παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου.

- **Προδιαθεσικές-προκαρκινικές παθήσεις**, αυτές είναι η οικογενής πολυποδίαση, τα αδενώματα, η ελκώδης κολίτιδα, η νόσος του Crohn κ.α.
- **Οι κληρονομικότητα**, δηλαδή οι άμεσοι συγγενείς του πάσχοντος από καρκίνο του παχέος εντέρου εμφανίζουν τον κίνδυνο να προσβληθούν από τον ίδιο καρκίνο 2-3 φορές συχνότερα από το γενικό πληθυσμό. Τελευταία γίνεται πολύ συζήτηση για το ρόλο των γονιδίων στην ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου.(Α. Σούπαρης Θεσ/νίκη 1998-2000).
- **Επάγγελμα**. Υποστηρίζεται ότι άτομα που εργάζονται σε εργοστάσια παραγωγής συνθετικών ινών ή αγροτικών προϊόντων ή έχουν υποστεί παρατεταμένη έκθεση σε αμίαντο παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου.
- **Φύλο**. Αυξημένη συχνότητα του αριστερού κόλου, φαίνεται να παρατηρείται σε άτεκνες ή παχύσαρκες γυναίκες. Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, που ζουν σε χώρες με αυξημένη συχνότητα παχέος εντέρου εμφανίζουν ελαφρά μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του δεξιού κόλου από τους

άνδρες της ίδιας ηλικίας, ενώ μετά την ηλικία των 55 ετών η διαφορά αυτή κλείνει προς τη πλευρά των ανδρών.

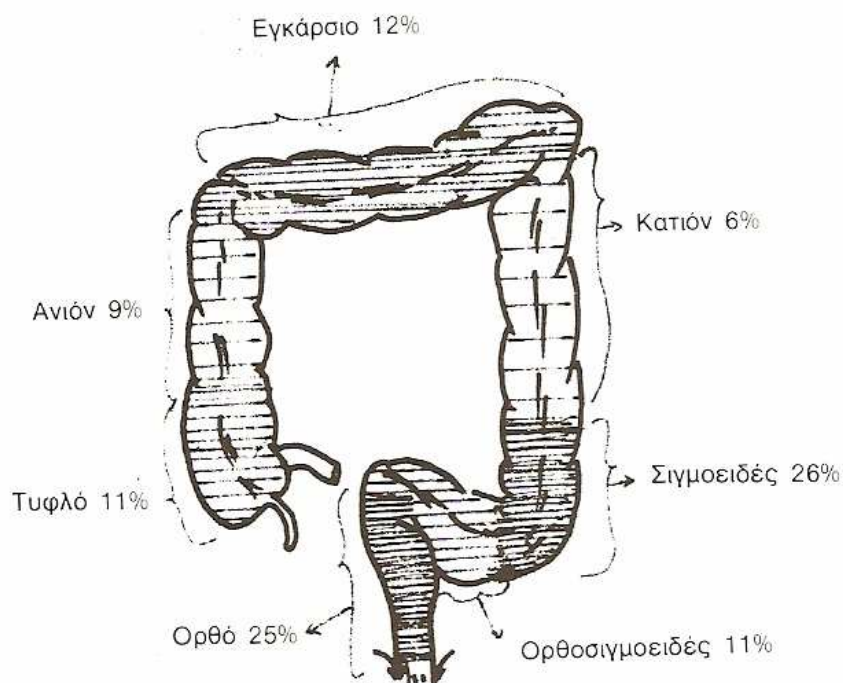
- **Ιατρογενείς παράγοντες.** Υποστηρίζεται κυρίως από πειραματικά δεδομένα ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου αυξάνεται μετά από χολοκυστεκτομή. Είναι επίσης γνωστό ότι η ουρηθροσιγμοειδοστομία είναι δυνατό να οδηγήσει στην ανάπτυξη καρκίνου στο σημείο της αναστόμωσης.
- **Νεοπλασματικά νοσήματα.** Είναι γνωστό ότι ασθενείς με καρκίνο μαστού, ενδομήτριου ή ωοθηκών παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. (Φούντζηλας Τ. 1988)

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει διαφορετική συχνότητα κατανομής στα διάφορα τμήματα του εντέρου, δηλαδή: τυφλό 11%, ανιόν 9%, εγκάρσιο 12%, κατιόν 6%, σιγμοειδές 26%, ορθοσιγμοειδές 11% και ορθό 25%. Αυτό σημαίνει ότι 62% των καρκίνων εντοπίζονται στο περιφερικό κόλο και ορθό με αποτέλεσμα στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος να μπορεί να διαγνωσθεί με μόνη τη δακτυλική εξέταση και στο 50% να μπορεί να διαγνωσθεί με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση.

Η πιθανότητα σύγχρονης ανεύρεσης περισσότερων του ενός καρκίνων στο παχύ έντερο ανέρχεται σε 4% περίπου (σύγχρονος καρκίνος). Στο ίδιο περίπου ποσοστό ανέρχεται και η πιθανότητα να εμφανισθεί ένας καινούργιος καρκίνος σε ένα έντερο ασθενούς από το

οποίο προηγουμένως έχει αφαιρεθεί ένας άλλος πρωτοπαθής καρκίνος (μετάγχρονος καρκίνος).



Συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου στις διάφορες μοίρες του παχέος εντέρου.
Μακροσκοπικά διακρίνουμε τις εξής μορφές καρκίνου του παχέος εντέρου:

1. **πολυποειδής ή ανθοκραμβοειδής καρκίνος:** εμφανίζεται σαν μεγάλη ανθοκραμβοειδής μάζα με ανώμαλη συνήθως επιφάνεια που προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου. Η έκταση της διήθησης του εντερικού τοιχώματος είναι συνήθως μικρή. Έχει ταχεία ανάπτυξη και επειδή εμφανίζει νέκρωση γι' αυτό συνήθως υπάρχει εξέλκωση σε κάποιο σημείο του όγκου.
2. **ελκωτικός καρκίνος:** εμφανίζεται σαν ένα τυπικό κακοήθες έλκος με ανώμαλα προέχοντα χείλη και ρυπαρό πυθμένα. Μπορεί να περιορίζεται στο ένα μόνο τεταρτημόριο

συνηθέστερα όμως καταλαμβάνει περισσότερα τεταρτημόρια του τοιχώματος του εντέρου και επειδή παρουσιάζει εκτεταμένη διήθηση σε βάθος δημιουργεί σημαντική παραμόρφωση και κάποιο βαθμό στένωσης.

3. **δακτυλιοειδής ή στενωτικός καρκίνος:** πρόκειται κατά πάσα πιθανότητα για προχωρημένο ελκωτικό καρκίνο ο οποίος έχει διηθήσει κυκλωτερώς και τα τέσσερα τεταρτημόρια του εντερικού τοιχώματος. Η έκταση του καρκίνου κατά τον επιμήκη άξονα του εντέρου ποικίλλει από δύο έως οκτώ εκατοστά.
4. **διάχυτος διηθητικός καρκίνος:** η μορφή αντιστοιχεί στην πλαστική λινίτιδα του στομάχου. Προκαλεί μια διάχυτη πάχυνση του εντερικού τοιχώματος, η οποία έχει έκταση τουλάχιστον 5-8 εκατοστών κατά των επιμήκη άξονα και της οποίας η επιφάνεια καλύπτεται κατά το μεγαλύτερο μέρος από φυσιολογικό εντερικό βλεννογόνο, συνήθως όμως υπάρχει εξέλκωση σε κάποιο σημείο. Καμιά φορά ο τύπος αυτός αποτελεί την προέκταση των άλλων μακροσκοπικών μορφών και όχι σπάνια αναπτύσσεται πάνω σε έδαφος ελκώδους κολίτιδας.
5. **κολλοειδής καρκίνος:** συνήθως πρόκειται για μια μεγάλη μάζα με ζελατινοειδή εμφάνιση. Είναι δυνατόν να υπάρχει διήθηση και εξέλκωση.

Είναι γνωστό ότι η ανθοκραμβοειδής μορφή εμφανίζεται συχνότερα στο δεξιό κόλο, ενώ οι στενωτικές μορφές στο αριστερό κόλο χωρίς βέβαια αυτό να αποτελεί και τον κανόνα. Στο ορθό συνηθέστερα εμφανίζονται οι ελκωτικές ή

δακτυλιοειδής μορφές και πολύ λιγότερο η ανθοκραμβοειδής μορφή με εξέλκωση.

Μικροσκοπικά ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι 95% αδενοκαρκίνωμα με μεγάλες όμως διαφορές στο βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων. Έτσι, στα καλά διαφοροποιημένα αδενοκαρκινώματα τα καρκινικά κύτταρα είναι σχεδόν όμοια με τα φυσιολογικά και σχηματίζουν αδένες όμοιους με εκείνους του φυσιολογικού εντερικού βλενογόννου. Αυτά έχουν και την καλύτερη πρόγνωση. Αντίθετα, στα αμετάπλαστα αδενοκαρκινώματα τα καρκινικά κύτταρα δεν μοιάζουν σχεδόν καθόλου με αυτά του φυσιολογικού βλενογόννου και είναι κατεσπαρμένα χωρίς να σχηματίζουν αδένες. Αυτά έχουν κακή πρόγνωση.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται με τους εξής τρόπους:

- με άμεση επέκταση κατά συνέχεια ιστών
- λεμφογενώς
- αιματογενώς
- με διασπορά καρκινικών κυττάρων που αποφολιδώνονται και πέφτουν μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα
- με εμφύτευση καρκινικών κυττάρων που διαφεύγουν κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Ο καρκίνος, και ιδιαίτερα του αριστερού κόλου, επεκτείνεται κυκλοτερώς. Υπολογίζεται ότι μέσα σε ένα χρόνο έχει καταλάβει σχεδόν τα $\frac{3}{4}$ της περιμέτρου.

Η επέκταση κατά συνέχεια ιστών σε γειτονικούς ιστούς ή όργανα προϋποθέτει τη διήθηση από τον όγκο όλων των

χιτώνων του εντερικού τοιχώματος μέχρι και του ορογόνου. Έτσι όλα τα ενδοπεριτοναϊκά όργανα καθώς και τα όργανα της ελάσσοнос πυέλου είναι δυνατόν να διηθηθούν από καρκίνο του παχέος εντέρου. Η διήθηση του περινευρικού χώρου επιτρέπει την εξάπλωση του καρκίνου κατά μήκος των νεύρων του παχέος εντέρου. Το εύρημα αυτό συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό τοπικής υποτροπής και έχει κακή πρόγνωση. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι κάποιου βαθμού ενδοτοιχωματική διήθηση γίνεται και κατά τον επιμήκη άξονα του εντέρου και κυρίως στον υποβλεννογόνιο χιτώνα. Η διήθηση αυτή επεκτείνεται περίπου 4 εκατοστά περιφερικά και 7 εκατοστά κεντρικά από τα μακροσκοπικά όρια του όγκου. Η παρατήρηση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τη ριζικότητα της εκτομής του τμήματος του εντέρου που φέρει τον όγκο.

Η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων είναι ο συχνότερος τρόπος μετάστασης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Όταν η καρκινική διήθηση έχει ξεπεράσει τα όρια του εντερικού τοιχώματος, τότε οι επιχώριοι αδένες είναι διηθημένοι σε ποσοστό 90% ενώ, όταν ακόμα περιορίζεται μόνο στο εντερικό τοίχωμα, το ποσοστό αυτό είναι περίπου 45%. Η έκταση της διήθησης των λεμφαδένων δεν έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου, έχει όμως σχέση με το βαθμό της διαφοροποίησης του όγκου, δηλαδή όσο περισσότερο αδιαφοροποίητος είναι ο καρκίνος τόσο πιο πιθανές είναι οι μεταστάσεις στους αδένες. Η διήθηση των λεμφαδένων δεν ακολουθεί πάντα την ανατομική τους σειρά έτσι ώστε μεταξύ περιοχών με διηθημένους αδένες να παρεμβάλλονται περιοχές με μη

διηθημένους αδένες. Αυτός είναι ο κυριότερος λόγος για τον οποίο μια ριζική θεραπευτική εγχείρηση επιβάλλει την εκτομή μεγάλου τμήματος εντέρου μαζί με το αντίστοιχο μεσεντέριο και λιγότερο η ενδοτοιχωματική επέκταση του καρκίνου που αναφέρθηκε προηγουμένως. Η ανεύρεση παλίνδρομης διήθησης των λεμφαδένων αποτελεί πολύ κακό προγνωστικό σημείο και οφείλεται σε παλίνδρομη ροή της λέμφου επειδή έχει αποφραχθεί η φυσιολογική οδός της λεμφικής αποχέτευσης από καρκινικά κύτταρα.

Αιματογενείς μεταστάσεις συμβαίνουν όταν ένας όγκος διηθήσει τις φλέβες του μεσόκολου. Οι πιο συχνές εντοπίσεις συμβαίνουν στο ήπαρ μέσω της πυλαίας φλέβας. Άλλες λιγότερο συχνές εντοπίσεις γίνονται στους πνεύμονες και στα οστά. Τα καρκινικά κύτταρα φθάνουν εκεί είτε αφού διέλθουν δια του ήπατος είτε διά της κάτω κοίλης φλέβας μετά από διήθηση των οσφυϊκών, σπονδυλικών ή άλλων συστηματικών φλεβών. Διήθηση του τοιχώματος των φλεβών παρατηρείται σε ποσοστό 15-35% των περιπτώσεων, άσχετα εάν έχουν εμφανιστεί ή όχι απομεμακρυσμένες μεταστάσεις. Προσπάθεια περιορισμού της αιματογενούς διασποράς κατά τη διάρκεια της εγχείρησης γίνεται με την απολίνωση των μεγάλων φλεβικών κλάδων του μεσεντερίου προτού ακόμα αρχίσουν οι χειρισμοί για την κινητοποίηση του πάσχοντος εντερικού τμήματος.

Όταν ο καρκίνος διηθήσει και τον ορογόνο χιτώνα τότε καρκινικά κύτταρα είναι δυνατόν να αποπέσουν και να εμφυτευθούν οπουδήποτε μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Κυρίως, λόγω της βαρύτητας, αυτά εμφυτεύονται στην

ορθοκυστική ή την ορθομητρική πτυχή όπου μπορούν να αναπτυχθούν μάζες που ψηλαφώνται κατά τη δακτυλική εξέταση και είναι γνωστές σαν ο «ύφαλος του Blumer» και σε πιο προχωρημένα στάδια ψηλαφώνται σαν «παγωμένη πύελος». Και τα δύο αυτά ευρήματα αποτελούν πολύ κακά προγνωστικά σημεία.

Με τον ίδιο τρόπο μεταστάσεις εμφανίζονται και στις ωοθήκες σε ποσοστό 3-4%, αναπτυσσόμενων έτσι όγκων του «Krukenberg» όπως και στον καρκίνο του στομάχου. Για το λόγω αυτό πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή θα πρέπει να συμπληρώνει μια εγχείρηση κολεκτομής για καρκίνο του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα σε γυναίκες της μετακλιμακτηριακής περιόδου.

Με τον ίδιο μηχανισμό, καρκινικά κύτταρα που αποφολιδώνονται μέσα στον αυλό του εντέρου είναι δυνατόν να εμφυτευθούν σε περισσότερα σημεία του εντερικού βλεννογόνου, αυτό όμως είναι πάρα πολύ σπάνιο. Πιο συχνή είναι η εμφάνιση τοπικής υποτροπής του καρκίνου στο σημείο της αναστόμωσης οφειλόμενη σε εμφύτευση κυττάρων που διαφεύγουν από τους χειρισμούς της εγχείρησης και παρά το γεγονός ότι η εκτομή του εντέρου είχε γίνει πάνω σε υγιείς ιστούς.

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Dukes η οποία βασίζεται στην τοπική έκταση της νόσου και στην παρουσία διηθημένων λεμφαδένων και φαίνεται ότι σχετίζεται αρκετά καλά με την πρόγνωση της νόσου. Η ταξινόμηση αυτή προτάθηκε αρχικά

από τον Dukes για τον καρκίνο του ορθού αποδείχθηκε όμως ότι είναι εξίσου ικανοποιητική και για τον καρκίνο του κόλου. Κατά καιρούς προτάθηκαν διάφορες τροποποιήσεις της αρχικής ταξινόμησης κατά Dukes.

Η ως άνω σταδιοποίηση περιλαμβάνει 4 στάδια:

A. Ο όγκος περιορίζεται στο τοίχωμα του εντέρου και δεν επεκτείνεται σε εξωεντερικούς ιστούς και λεμφαδένες.

B. Ο όγκος επεκτείνεται στους περικολικούς ιστούς χωρίς διήθηση των λεμφαδένων.

Γ. Υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Γ1. Διηθούνται οι επιχώριοι λεμφαδένες.

Γ2. Διηθούνται όλοι οι λεμφαδένες μέχρι την έκφυση της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας από την αορτή.

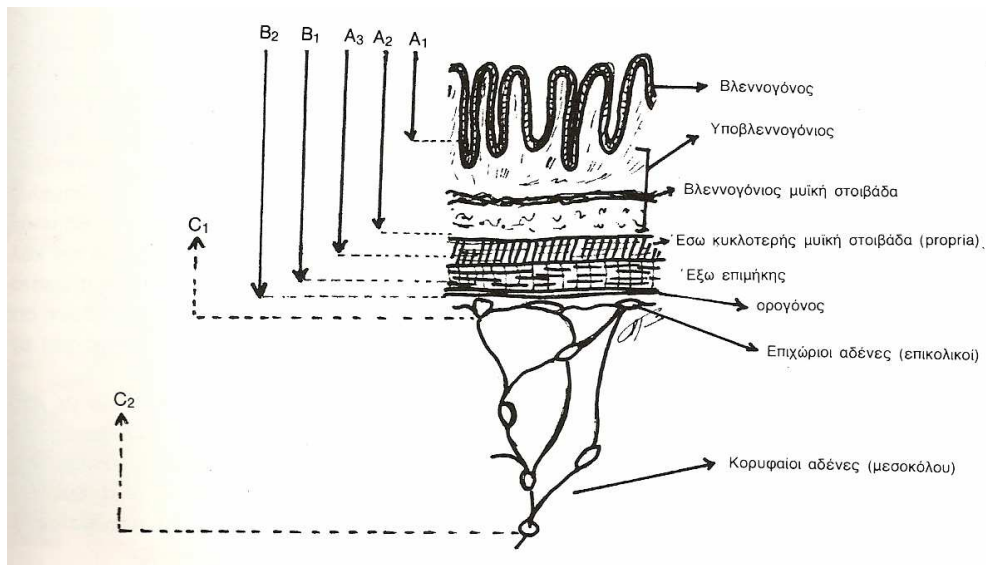
Δ. Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις (ήπαρ-πνεύμονες κτλ.) (Α. Σούπαρης, θες/νίκη 1998-2000)

Στάδιο	Υποστάδιο	Εξάπλωση καρκίνου
A	A1	Βλεννογόνος
	A2	Υποβλεννογόνιος
	A3	Υποβλεννογόνιος μυική στιβάδα
B	B1	Ξεπερνά την υποβλεννογόνιο μυική στιβάδα
	B2	Διηθεί τον ορογόνο
Γ	Γ1	Διηθημένοι επιχώριοι λεμφαδένες
	Γ2	Διηθημένοι απομακρυσμένοι

		λεμφαδένες
Δ	Δ1	Ανεγχείρητος όγκος ή παραμονή μέρους του όγκου μετά την εγχείρηση
	Δ2	Απομακρυσμένες μεταστάσεις (ήπαρ κλπ.)

Τροποποιημένη ταξινόμηση κατά Dukes του καρκίνου του παχέος

εντέρου



Σχηματική απεικόνιση κατά Dukes ταξινόμησης του καρκίνου του παχέος εντέρου.

ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ-ΔΙΑΣΠΟΡΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου, επεκτείνεται με τους παρακάτω τρόπους:

- 1. Κατά συνέχεια ιστών.** Η ανάπτυξη του καρκίνου αρχίζει πάντοτε από τον βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Στη συνέχεια διηθείται ο υποβλεννογόνιος, ο μυϊκός χιτώνας

και ο ορογόνοσ με το περιπολικό λίπος. Διαδοχικά μπορεί να προσβληθούν γειτονικά όργανα και το κοιλιακό τοίχωμα.

Πρακτικά όμως σημασία έχει και η επέκταση του καρκίνου κατά τον επιμήκη άξονα και μάλιστα η μικροσκοπική διήθηση του τοιχώματος του κόλου. Η διήθηση αυτή επεκτείνεται περίπου 3 εκ. περιφερικότερα και 7 εκ. κεντρικότερα του όγκου με το υποβλεννογόνο λεμφικό δίκτυο.

2. Με τη λεμφική οδό. Αποτελεί τη συνηθέστερη οδό επέκτασης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει μόνο το εντερικό τοίχωμα, το ποσοστό διήθησης των επιχώριων λεμφαδένων ανέρχεται σε 30-50%. Όταν όμως ξεπεράσει το τοίχωμα του εντέρου, τότε η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων φθάνει στο 60-80%. Μετά τους επικολικούς λεμφαδένες διηθούνται οι παρακολικοί, οι ενδιάμεσοι και τέλος οι τελικοί ή προαορτικοί. Η διήθηση των λεμφαδένων δεν έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου. Επίσης είναι δυνατό να βρεθούν διηθημένοι λεμφαδένες σε κάποια απόσταση από τον πρωτοπαθή όγκο, ενώ ενδιάμεσα να μην υπάρχουν προσβεβλημένοι λεμφαδένες.

3. Με την αιματική οδό. Μικροέμβολα καρκινικών κυττάρων μεθίστανται με τις φλέβες του μεσοκόλου και ακολούθως με την πυλαία φλέβα στο ήπαρ σε ποσοστό 10-20%. Επίσης δια των σπονδυλικών και των οσφυικών φλεβών δύναται να προκληθούν μεταστάσεις στον

4. πνεύμονα και τα οστά. Για τον περιορισμό της αιματογενούς διασποράς θα πρέπει κατά τη διάρκεια της εγχείρησης να εφαρμόζεται η τεχνική των απαλών χειρισμών.
5. **Με ενδοπεριτοναϊκή διασπορά.** Στην περίπτωση επέκτασης του καρκίνου στον ορογόνο χιτώνα του εντέρου είναι δυνατό καρκινικά κύτταρα να αποπέσουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα, να εμφυτευθούν στην ορθοκυστική ή την ορθομητρική πτυχή του περιτιναίου, να αναπτυχθούν μάζες και να σχηματίσουν τον «ύφαλο του Blummer» ή σε προχωρημένα στάδια την «παγωμένη πύελο». Η ως άνω διασπορά είναι ψηλαφητή στη δακτυλική εξέταση.
6. **Με ενδοαυλική διασπορά.** Δια του αυλού του εντέρου είναι δυνατόν να γίνουν εμφυτεύσεις καρκινικών κυττάρων σε κεντρικότερα ή περιφερικότερα τμήματα του παχέος εντέρου. Αυτό είναι αποτέλεσμα κακών χειρισμών επί του όγκου προεγχειρητικά ή και διεγχειρητικά.
7. **Επέκταση** του νεοπλάσματος κατά μήκος του περινευρίου των νεύρων του μεσόκολου. Η κατάσταση αυτή συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό τοπικής υποτροπής την νόσου και έχει κακή πρόγνωση.(Α. Σούπαρης, Θεσ/νίκη 1998-2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου εμφανίζει ένα σχετικό αργό ρυθμό ανάπτυξης.

Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού (ο χρόνος δηλαδή που απαιτείται για να διπλασιασθεί σε μέγεθος ο όγκος) του πρωτοπαθούς καρκίνου του παχέος εντέρου έχει υπολογισθεί ότι είναι περίπου 130 ημέρες, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι πολλά χρόνια (τουλάχιστον 5 μπορεί όμως και 10-15 χρόνια) σιωπηρής παρουσίας της νόσου μπορεί να έχουν προηγηθεί πρώτου να φτάσει ο καρκίνος σε μέγεθος τέτοιο που να δώσει συμπτώματα. Αυτό υποδηλώνει και τη μεγάλη σημασία της πρώιμης διάγνωσης η οποία φυσικά συνοδεύεται και από την καλύτερη πρόγνωση. Για το σκοπό αυτό η American Cancer Society συνιστά το εξής πρόγραμμα : κάθε χρόνο μια δακτυλική εξέταση από το ορθό αρχίζοντας από την ηλικία των 40 ετών. Μετά την ηλικία των 50 ετών, ένα Hemoccult test κάθε χρόνο για τη βιοχημική ανίχνευση αίματος στα κόπρανα. Στην ηλικία των 50 και 51 ετών μια σιγμοειδοσκόπηση και επανάληψη της κάθε 3-5 χρόνια εφόσον οι δύο αρχικές σιγμοειδοσκοπήσεις ήταν αρνητικές. Άτομα τα οποία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο, όπως π.χ. άτομα με οικογενή πολυποδίαση, ελκωτική κολίτιδα, οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου ή γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των γεννητικών οργάνων, θα πρέπει να ελέγχονται συχνότερα, πλησιέστερα και ο έλεγχος να αρχίζει σε νεότερη ηλικία.

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

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

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

Το εύρος του αυλού του τυφλού και του ανιόντος είναι περίπου δυόμιση φορές μεγαλύτερο από αυτό του αριστερού κόλου και το εντερικό περιεχόμενο στις μοίρες αυτές είναι υδαρές. Έτσι, συμπτώματα αποφράξεις του εντέρου δεν είναι συνηθισμένα παρά το γεγονός ότι στην περιοχή αυτή οι ευμεγεθείς, εκπλασθητικοί όγκοι είναι πιο συχνοί. Αμβληρός, ενοχλητικός, σταθερός πόνος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο είναι συχνό σύμπτωμα, όπως συχνή είναι και η ύπαρξη αναιμίας με τα ανάλογα συμπτώματα δηλαδή ωχρότητα, εύκολη κόπωση, αδυναμία, ζάλη, δύσπνοια μετά από κόπωση και αίσθημα καρδιακών παλμών. Η διαπίστωση ανεξήγητης μικροκυτταρικής, υπόχρωμης αναιμίας θα πρέπει πάντα να δημιουργεί υποψίες για την ύπαρξη καρκίνου στο δεξιό κόλο. Στο 10% περίπου των ασθενών με

καρκίνο του δεξιού κόλου το πρώτο σημείο της νόσου είναι η ανεύρεση ψηλαφητής μάζας, πολλές φορές επώδυνης, στη δεξιά κοιλία.

Η παρουσία μεγάλης απώλειας βάρους, καχεξίας, ικτέρου και ηπατομεγαλίας υποδηλώνουν προχωρημένα στάδια καρκίνου.

Στο αριστερό κόλο (για να συνοψιστούν τα συμπτώματα, σαν αριστερό κόλο θεωρείται εδώ το τμήμα από την ηπατική καμπή ως το ορθοσιγμοειδές), το εύρος του αυλού είναι μικρότερο και το εντερικό περιεχόμενο πιο συμπαγές. Δεδομένου ότι στην περιοχή αυτή οι σκίρροι ή δακτυλιοειδείς τύποι καρκίνου είναι πιο συχνοί, προεξάρχουν εδώ τα συμπτώματα της προϊούσας εντερικής απόφραξης. Αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου και κυρίως προοδευτική δυσκοιλιότητα και ελάττωση της διαμέτρου της στήλης των κοπράνων μπορεί να αποτελούν τα πρώτα σημεία της νόσου. Είναι δυνατόν να υπάρχει πρόσμιξη των κοπράνων με βλέννα και αίμα χωρίς όμως να υπάρχει σοβαρή αναιμία. Η παρουσία σοβαρής αναιμίας ή ψηλαφητής μάζας υποδηλώνουν προχωρημένο καρκίνο.

Στον καρκίνο του ορθού το κυριότερο σύμπτωμα είναι η αποβολή ζωηρού ερυθρού αίματος με ή χωρίς βλέννα. Η απώλεια αίματος είναι επίμονη, σπάνια άφθονη και πολύ συχνά δυστυχώς αποδίδεται στην παρουσία αιμορροΐδων. Τις περισσότερες φορές μια απλή δακτυλική εξέταση λύνει το διαγνωστικό πρόβλημα.

Αποφρακτικά φαινόμενα δεν παρατηρούνται επειδή το εύρος της ληκύθου είναι μεγάλο. Υπάρχει συχνά αίσθημα ατελούς αφόδευσης. Κατά κανόνα δεν υπάρχει πόνος, αλλά αν υπάρχει αυτό σημαίνει ευρεία επέκταση της νόσου στα νεύρα ή στα άλλα όργανα της ελάσσονος πυέλου ή στον πρωκτικό δακτύλιο.

Η παρουσία συμπτωμάτων από άλλα όργανα και συστήματα εξαρτάται από τη διήθηση τους από τον ίδιο τον καρκίνο ή από τη συνυπάρχουσα φλεγμονή γειτονικών οργάνων. Έτσι, όταν διηθείται η ουροδόχος κύστη ή ο προστάτης είναι δυνατόν να υπάρχουν συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας. Εάν δημιουργηθεί ορθοκυστικό ή ορθοκολπικό συρίγγιο θα υπάρχει αποβολή αερίων κατά την ούρηση ή από τον κόλπο. Γαστροκολικά συρίγγια με ανάλογη συμπτωματολογία είναι επίσης δυνατόν να δημιουργηθούν από διήθηση του στομάχου από καρκίνο κυρίως του εγκάρσιου κόλου.

Η κλινική εξέταση της κοιλίας ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να δείξει την παρουσία ψηλαφητής μάζας κινητής ή καθηλωμένης, μεταστάσεις στον ομφαλό, ηπατομεγαλία, ασκίτη ή διάταση των φλεβών του κοιλιακού τοιχώματος αν υπάρχει απόφραξη της πυλαίας φλέβας.

Η γενική φυσική εξέταση του ασθενούς είναι απαραίτητη όχι μόνο για την ανεύρεση απομακρυσμένων μεταστάσεων αλλά και για την εντόπιση παθήσεων άλλων συστημάτων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρόγνωση και τη θεραπεία. Ύποπτοι λεμφαδένες θα πρέπει να αφαιρούνται και να εξετάζονται ιστολογικά.

Η σημασία της δακτυλικής εξέτασης τονίζεται ιδιαίτερη. Υπενθυμίζεται ότι στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι προσιτός στη δακτυλική εξέταση και στο 50-60% στην ορθοσιγμοειδοσκόπηση. (N. Καλαχάνης, Αθήνα 1990.)



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι οριστική λύση του προβλήματος του καρκίνου του παχέος εντέρου, εξαρτάται από την πρόωπη διάγνωσή του και αυτή από την ύπαρξη εύχρηστων και οικονομικών μεθόδων προσυμπτωματικού ελέγχου που να είναι δυνατόν να εφαρμοστούν στο γενικό πληθυσμό.

Σήμερα το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που προσέρχονται για θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου αυτού, είναι συμπτωματικοί και στις περιπτώσεις αυτές εύκολα διαπιστώνεται η καθυστερημένη αναζήτηση ειδικής ιατρικής φροντίδας. Συνήθως, παρεμβάλλεται χρονικό διάστημα πλέον των 6 μηνών.

Η διάγνωση επί συμπτωματικών ασθενών, θα τεθεί πρώιμα, εφόσον οι διαταραχές του πεπτικού σωλήνα αξιολογηθούν ειδικά και από τον ασθενή αλλά και από τον θεράποντα ιατρό.

Η τελική διάγνωση είναι η συνισταμένη πολλών συνιστωσών:

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

1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

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

2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

A. Γενική αίματος

Γενική ούρων

Λευκώματα ορού

Χολερυθρίνη

Αλκαλική φωσφατάση

Κρεατίνη

Ασβέστιο

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

Αύξηση του επιπέδου του CEA στον ορό του μετεγχειρητικού ασθενούς αναμένεται να παρουσιαστεί στο 80% περίπου εκείνων που παρουσιάζουν τοπική υποτροπή ή μεταστάσεις έως και 6 μήνες πριν από την κλινική εκδήλωση. Η συνδυαστική χρήση της μετρήσεως του

επιπέδου του CEA στον ορό του αίματος μετεγχειρητικώς και της αξονικής ομογραφίας θα έχει ως αποτέλεσμα την ανακάλυψη της υποτροπής ή μεταστάσεως σε πάνω από το 90% των ασθενών αυτών.(Γενική χειρουργική ΙΙ, Γιάννης Παπαδημητρίου).

3. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

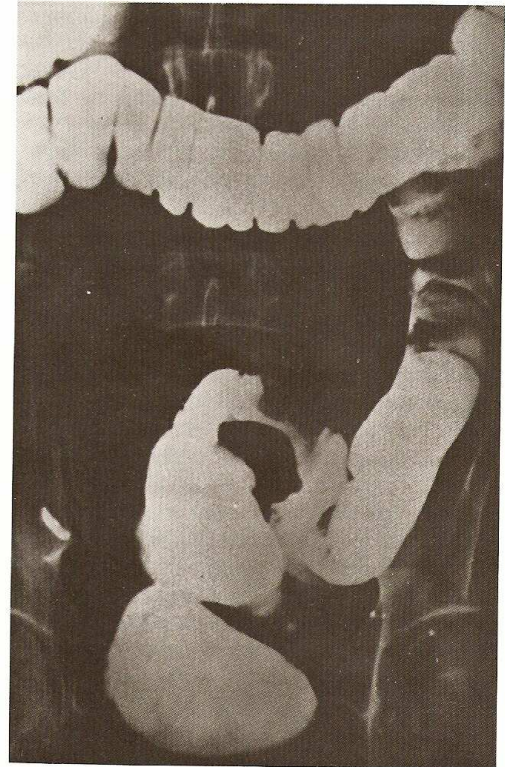
Απλές ακτινογραφίες θώρακος είναι απαραίτητες και συμπεριλαμβάνονται στον έλεγχο, στα πλαίσια της ρουτίνας.

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

αντικατασταθεί από τον ενδοσκοπικό έλεγχο. (Ι. Αγοραστός, Θεσ/νίκη 1998).



Βαριούχος υποκλισμός. Σκιερό εκμαγείο. Καρκίνος της μεσότητας του ανιόντος. Τυπική εικόνα σκιαγραφικού ελλείμματος πλήρωσης του εντερικού αυλού.

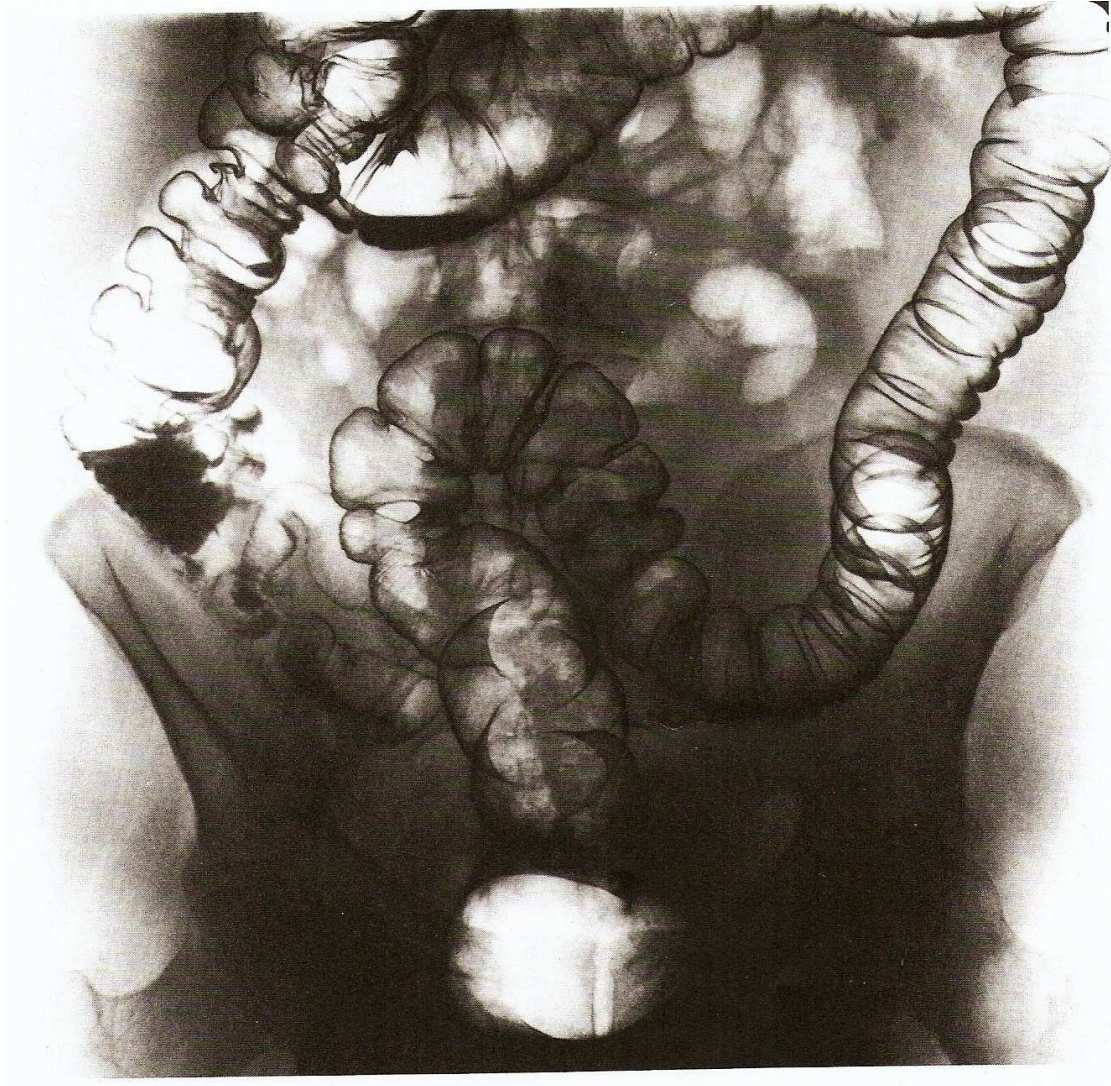


Ακτινολογική εμφάνιση καρκίνου του σιγμοειδούς. Τυπικό έλλειμμα πλήρωσως με την εικόνα του «φαγωμένου μήλου».

Β. Αξονική τομογραφία. Η αξονική τομογραφία δεν είναι απαραίτητη σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, αλλά είναι πολύ σημαντική στον έλεγχο της εξωτοιχωματικής επέκτασης της νόσου, σε ασθενείς με οστικό καρκίνο.

Η αξονική τομογραφία πρέπει να γίνεται μετά από ρεγος χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας με στόχο τη σκιαγράφηση ολόκληρου του γαστρεντερικού σωλήνα. Η εξέταση γίνεται με συνεχείς τομές των 10

mm από το θόλο του διαφράγματος μέχρι του πυελικού εδάφους. Με τον τρόπο αυτό απεικονίζονται πέραν των εντερικών ελίκων και του ορθού, το ήπαρ, τα επινεφρίδια και οι περιοχές όπου μπορεί να έχει αναπτυχθεί μεταστατική λεμφαδενοπάθεια. (Ανδρέου Ι. 1991).



Γενική ακτινογραφική άποψη του παχέος εντέρου: ανιόν κόλο, δεξιά κολική καμπή, εγκάρσιο κόλο, αριστερή κολική καμπή, κατιόν κόλο, σιγμοειδές κόλο και απευθυσμένο. Μέθοδος διπλής σκιαγραφήσεως.

Γ. Μαγνητική τομογραφία. Η μαγνητική τομογραφία είναι η πιο ευαίσθητη μέθοδος στη διερεύνηση του ήπατος για μεταστάσεις ή άλλη βλάβη και έχει πολύ μεγαλύτερη ειδικότητα από την αξονική. (Ανδρέου Ι. 1991).

Δ. Ενδοορθική υπερηχοτομογραφία. Αποτελεί πολύ αξιόπιστη πηγή πληροφοριών για το βάθος της νεοπλασματικής διήθησης στο τοίχωμα του παχέος εντέρου. Επίσης αποκαλύπτει την παρουσία διογκωμένων παραορθικών λεμφαδένων, αλλά μπορεί να διακρίνει μεταξύ νεοπλασματικού και φλεγμονώδους λεμφαδένο.

Η αρχή της μεθόδου στηρίζεται στον εξ επαφής ή σχεδόν εξ επαφής έλεγχο των προς εξέταση τμημάτων του πεπτικού σωλήνα με τη χρήση κατάλληλων για το σκοπό αυτό ενδοσκοπίων. Η εξέταση αυτή, δίνει τη δυνατότητα λήψεως βιοψιών από την τυχόν ενδοαυλική βλάβη και επίσης μπορεί να γίνει παρακέντηση με λεπτή βελόνα της υπό εξέταση βλάβης, όταν αυτή εντοπίζεται πέραν του βλεννογόνου, με λήψη υλικού για κυτταρολογική εξέταση. (Καραγιάννης Ι. 1991).

4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Α. δακτυλική εξέταση (πρωκτού και ορθού). Μετά την εφαρμογή προστατευτικού χειροκτίου επισκοπείται και ψηλαφάται η περιπρωκτική περιοχή προς αποκάλυψη τυχόν αποστημάτων, στομιών, συριγγίων ή και όγκων. Στη συνέχεια επαλείφονται με αναισθητική αλοιφή ο πρωκτός και ο δείκτης. Ο εξεταζόμενος προειδοποιείται ότι θα αισθανθεί επιθυμία προς αφόδευση και ο δείκτης εισάγεται διαμέσου του πρωκτικού σωλήνα στην ορθική λήκυθο. Στην αρχή επιβάλλεται η αναγνώριση φυσιολογικών οδηγιών ανατομικών σημείων, όπως είναι ο

ορθοπρωκτικός δακτύλιος, η κορυφή του κόκκυγα πίσω, ο προστάτης εμπρός στους άνδρες, το μέγεθος και τα όρια του οποίου καθορίζονται. Ο τράχηλος της μήτρας στις γυναίκες ψηλαφάται ακριβέστερα με αμφίχειρη εξέταση με το αριστερό χέρι στο υπογάστριο. Μετά την αναγνώριση των

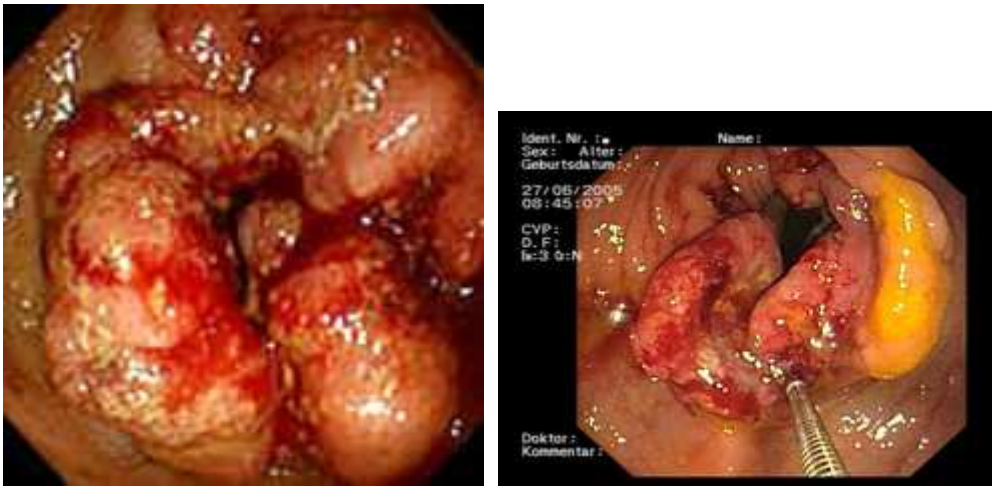
οδηγών αυτών σημείων, ο δείκτης ψηλαφά τα πλάγια και το οπίσθιο τοίχωμα του ορθού για την αναγνώριση οποιασδήποτε ανωμαλίας που εξορμάται από αυτό ή και από εξωορθικούς ιστούς.

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



Β. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση και ολική κολonosκόπηση. Γίνονται με τα εύκαμπτα ινoσκόπια, απαιτούν ειδική προετοιμασία για πλήρη καθαρισμό του παχέος εντέρου. Η προετοιμασία γίνεται με υδρική διαίτα

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



ενδοσκοπική εικόνα καρκίνου παχέος εντέρου

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

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται από:

1. παθήσεις του πεπτικού, όπως το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, τη χολοκυστοπάθεια, τη σκωληκοειδίτιδα, ιδίως σε καρκίνο του δεξιού κόλου. Η χρόνια αναιμία που ανευρίσκεται στον καρκίνο του δεξιού κόλου μπορεί να αποδοθεί σε ιδιοπαθή αιματολογική νόσο.
2. μεγάλους πολύποδες που δίνουν πολλές φορές τα ίδια συμπτώματα με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Άλλους καλοήθεις όγκους, όπως λίπωμα, ίνωμα, βλεννοκήλη της σκωληκοειδούς, ενδομητρίωση κτλ.
3. άλλες παθολογικές καταστάσεις του παχέος εντέρου που μπορεί να δώσουν την ίδια συμπτωματολογία όπως εκκολπωματίτιδα, ελκώδη κολίτιδα, νόσο του Crohn, οικογενή πολυποδίαση, ισχαιμική κολίτιδα κλπ.
4. από φυματίωση και άλλες φλεγμονές του εντέρου.

Επιπλοκές: Οι επιπλοκές που εμφανίζονται συνήθως είναι: α) η απόφραξη, β) η διάτρηση, γ) τα συρίγγια (εντεροκολικά, κολοκυστικά, κολοκολπικά), δ) η αποφρακτική νεφρική ανεπάρκεια και σπάνια ε) η μαζική αιμορραγία. (N. Ευγενίδης).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι:

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



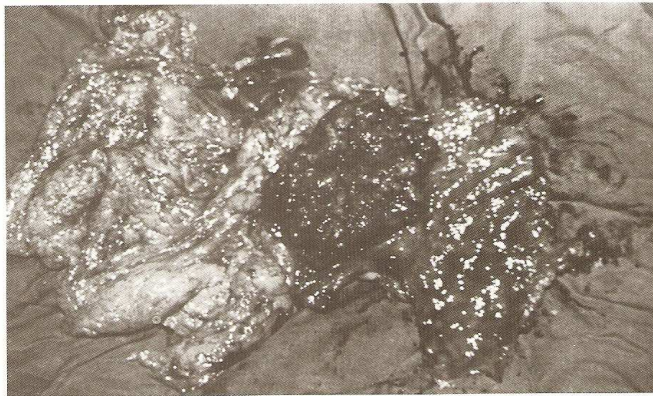
1.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στόχοι της θεραπείας του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι:

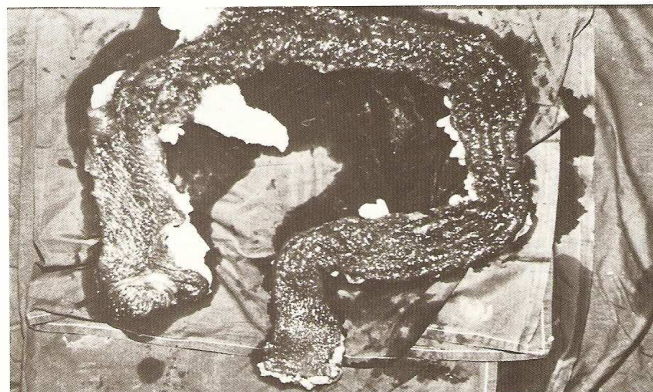
1. η εξαίρεση του καρκίνου.
2. η συνεξαίρεση των περιοχών με βέβαιη ή πιθανή λεμφική διασπορά, καθώς και των γειτονικών προς τον όγκο ιστών. Κατά την εγχείρηση επιβάλλεται, πριν από κάθε άλλο εγχειρητικό χειρισμό, η απολίνωση της φλεβικής απαγωγής και ο αποκλεισμός του εντερικού αυλού εκατέρωθεν του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

Οι εγχειρήσεις σχεδιάζονται κατά τρόπο που συγχρόνως με τον όγκο να συναφαιρείται και ο ιστός εντός του οποίου πορεύονται τα λεμφαγγεία και οι λεμφαδένες, αλλά να διατηρείται η αγγείωση των διατηρούμενων τμημάτων του εντέρου.

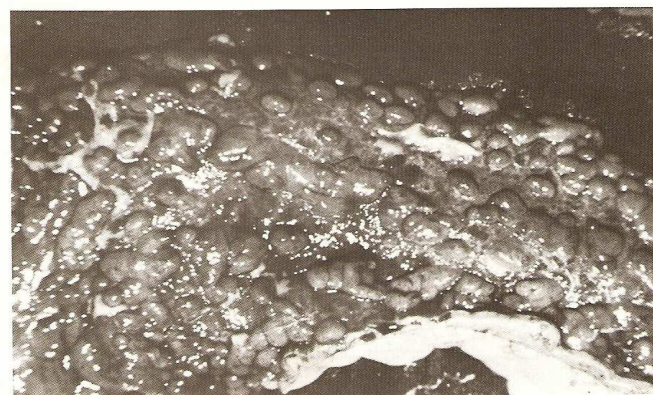
Το είδος της εγχείρησης καθορίζεται: α) από την εντόπιση του όγκου και β) από το επείγον ή όχι της αντιμετώπισεως (αποφρακτικά νεοπλάσματα).



Εικ. 30-25. Εγχειρητικό παρασκεύασμα σιγμοειδούς. Διακρίνεται ένας λαχνωτός πολύποδας ο οποίος έχει υποστεί κακοήγη εξαλλαγή.



Εικ. 30-26. Ολική κολεκτομή σε ασθενή με οικογενή πολυποδίαση. Διακρίνονται απειράριθμοι μικροί πολύποδες στο εγχειρητικό παρασκεύασμα.



Εικ. 30-27. Τμήμα παχέος εντέρου του ίδιου ασθενούς σε μεγέθυνση. Ολόκληρη η επιφάνεια του βλεννογόνου καταλαμβάνεται από πολύποδες.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Σε μια εκλεκτική εγχείρηση για ορθοκολικό καρκίνο θα πρέπει προεγχειρητικά να φροντίσουμε τα εξής:

- 1. προετοιμασία του εντέρου.** Για δύο έως τρεις ημέρες πριν την εγχείρηση θα πρέπει ο ασθενής να σιτίζεται με χαμηλού υπολείμματος τροφές και για την καλή προετοιμασία του εντέρου να χορηγούνται καθαρτικά και αντιβιοτικά από το στόμα.
- 2. σχεδιασμός της κολοστομίας.** Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται προεγχειρητικά για την πιθανότητα δημιουργίας κολοστομίας και επίσης σχεδιάζεται το σημείο της στομίας σε ορθία και κατακεκλιμένη θέση, ώστε να αποφεύγονται σφάλματα που ταλαιπωρούν μετεγχειρητικά τους ασθενείς.
- 3. σύγχρονες βλάβες.** Έχει πολύ μεγάλη σημασία για την έκταση της κολεκτομής καθώς και για τη συχνότητα υποτροπής του καρκίνου η προεγχειρητική γνώση ορισμένων παθολογικών σύγχρονων καταστάσεων του παχέος εντέρου, όπως η παρουσία πολυπόδων, φλεγμονώδους νόσου, εκκολπωμάτωσης κτλ. Αυτά θα αναγνωρισθούν από το ιστορικό, τον βαριούχο υποκλυσμό και την κολονοσκόπηση του παχέος εντέρου. Οι εξετάσεις αυτές θα αποκλείσουν και ένα δεύτερο πρωτοπαθές νεόπλασμα σε άλλο τμήμα του παχέος εντέρου. (Α. Σούπαρης).

Πρωτόκολλο απώτερης μετεγχειρητικής παρακολούθησως ασθενών χειρουργημένων για καρκίνωμα του παχέος εντέρου, εκτός του ορθού, για τα πρώτα 5 χρόνια.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ	Μ Η Ν Ε Σ Μ Ε Τ Α Τ Η Ν Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Σ Η																												
	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60									
Κλινική εξέταση		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Γενική αίματος	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Γενική ούρων	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Σάκχαρο-ουρία αίματος	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ηπατικός κύκλος*	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
CEA, CA19-9	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ολική κολοσκόπηση**		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X		X	
Υπερηχογράφημα άνω-κάτω κοιλίας	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας				X				X				X				X			X				X				X		
Ακτινογραφία θώρακος						X					X					X						X							X

Εξετάσεις ηπατικού κύκλου: Χολερυθρίνη, Τρανσαμινάσες, Λευκώματα ορού, Χρόνος Προθρομβίνης, Αλκαλική φωσφατάση, γ-GT
 Σε περιπτώσεις υφολικής κολεκτομής ή ελεσορθικής αναστομώσεως, η ολική κολοσκόπηση θα μπορεί να αφορά μόνο το τμήμα του κόλου που υπάρχει έως την αναστόμωση, οπότε ο ενδοσκοπικός έλεγχος θα είναι αρκετό να γίνεται έως λίγο (π.χ. 10 cm) πάνω από την αναστόμωση.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

- Αποφυγή διαφυγής κοπρανώδους υλικού προς την ενδοπεριτοναϊκή κοιλότητα.
- Απομόνωση εγχειρητικού πεδίου
- Αποφυγή ή μείωση της δυνατότητας διασποράς νεοπλασματικών κυττάρων.
- Αποκατάσταση της συνέχειας της πεπτικής οδού με αναστόμωση των κολοβωμάτων που δημιουργήθηκαν.
- Ο σωλήνας παροχέτευσης να βρίσκεται σε απόσταση ασφαλείας από την αναστόμωση.

ΕΙΔΗ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

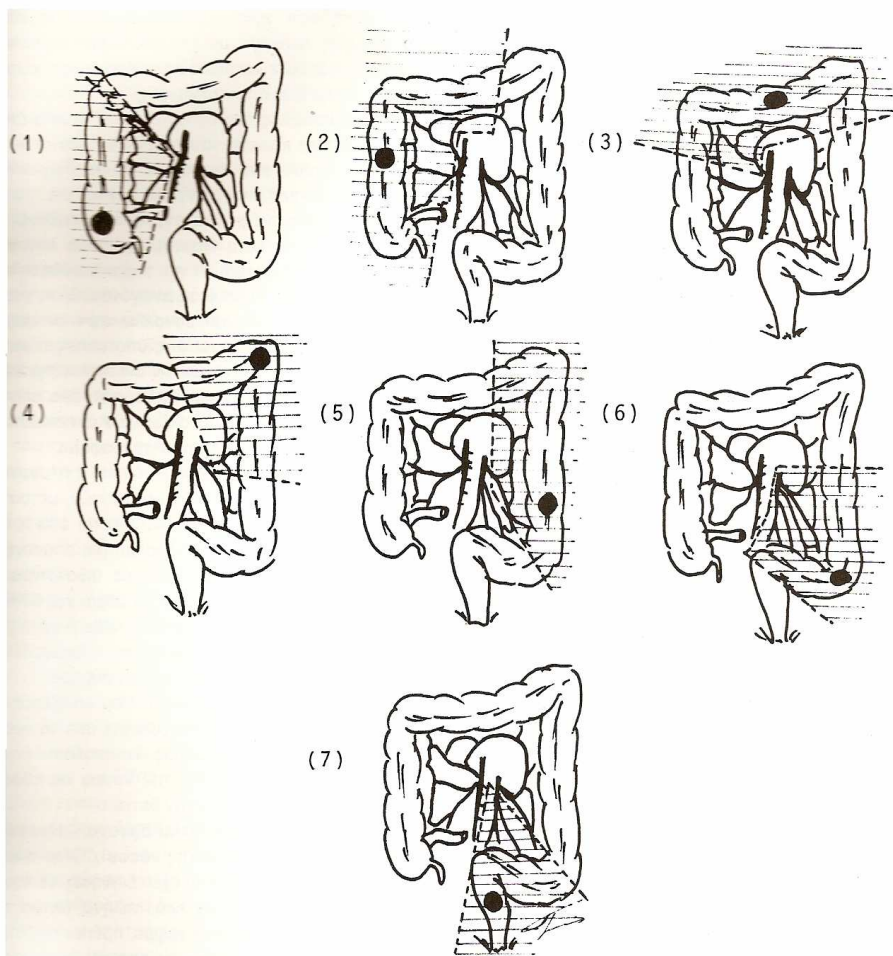
Καρκίνος του κόλου

Για καρκίνο του τυφλού, του ανιόντος, της κολικής καμπής, του εγγύς αυτής τμήματος του εγκάρσιου κόλου εφαρμόζεται η **δεξιά ημικολεκτομή**, (αφαίρεση τμήματος του εγκάρσιου) και ακολουθεί ειλεογκάρσια αναστόμωση. Για καρκίνο του εγκάρσιου κόλου εφαρμόζεται η **εγκαρσιεκτομή**.

Για καρκίνο της αριστερής κολικής καμπής και του κατιόντος εφαρμόζεται η **αριστερή ημικολεκτομή** (αφαίρεση του περιφερικού εγκάρσιου, του κατιόντος και της αρχής του σιγμοειδούς) και ακολουθεί τελικοτελική εγκαρσιο-σιγμοειδική αναστόμωση. Για καρκίνο του σιγμοειδούς εφαρμόζεται η **σιγμοειδεκτομή**.

Ολική κολεκτομή και ειλεορρηκτική αναστόμωση εφαρμόζεται συνήθως σε περιπτώσεις σύγχρονων νεοπλασμάτων του δεξιού και του αριστερού κόλου.

Σε περιπτώσεις διήθησης από τον καρκίνο παρακείμενων οργάνων, όπως το λεπτό έντερο, ο σπλήνας, ο ουρητήρας, η ουροδόχος κύστη, η μήτρα, οι ωθήκες, θα πρέπει να γίνεται εκτομή του ορθοκολικού καρκίνου με τα παραπάνω όργανα.



Είδη κολεκτομών ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου. 1. Περιορισμένη δεξιά ημικολεκτομή. 2. Τυπική δεξιά ημικολεκτομή. 3. Εκτομή του εγκαρσίου μαζί με τις κολικές καμπές. 4. Περιορισμένη αριστερά ημικολεκτομή. 5. Τυπική αριστερά ημικολεκτομή. 6. Χαμηλή πρόσθια εκτομή και 7. Κοιλιοπερινεϊκή ορθοσιγμοειδεκτομή.

Καρκίνος του ορθού

Οι κυριότερες επεμβάσεις για καρκίνο του ορθού είναι:

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

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

Γ) οπίσθιες προσπελάσεις

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

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

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

2.ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

- 1. κολεκτομή.** Εάν το επιτρέπει η γενική κατάσταση του ασθενούς και οι τοπικές συνθήκες περί του νεοπλάσματος, η περιορισμένη κολεκτομή με αναστόμωση είναι η καλύτερη.
- 2. κολοστομία.** Αποτελεί λύση ανάγκης σε περιπτώσεις εντερικής απόφραξης εξαιτίας προχωρημένου ορθοκολικού καρκίνου.
- 3. ερευνητική λαπαροτομία.** Θέτει τη διάγνωση του ανεγχείρητου καρκίνου ή της γενικευμένης καρκινωμάτωσης της κοιλίας ενώ είναι αδύνατος οποιοσδήποτε ανακουφιστικός χειρουργικός χειρισμός.
- 4. παράκαμψη.** Σε περιπτώσεις διήθησης ελίκων λεπτού εντέρου και παχέος εντέρου από τη νεοπλασματική μάζα, προτιμάται η

παράκαμψη με πλαγιοπλάγια εντεροαναστόμωση ή και ειλεοσιγμοειδική αναστόμωση.

5. **ακτινοβολία.** Η εξωτερική ή ενδοορθική ακτινοβολία χρησιμοποιείται για την ανακούφιση ασθενών με ανεγχείρητο ορθοκολικό καρκίνο από σοβαρά συμπτώματα, όπως πόνο, αιμορραγία, τεινεσμό.
6. **θεραπεία με laser.** Τελευταία το laser χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας ή της εντερικής απόφραξης εξαιτίας μη εξαιρέσιμων καρκίνων του παχέος εντέρου.
7. **έλεγχος του πόνου.** Τις περισσότερες φορές ο πόνος είναι το σύμπτωμα που θα κληθεί να αντιμετωπίσει ο ιατρός σε προχωρημένες καταστάσεις κακοήθειας. Η σειρά που πρέπει να ακολουθήσει για την ύφεση ή την εξάλειψη του πόνου είναι:
 - απλά παυσίπονα.
 - Ναρκωτικά φάρμακα από του στόματος ή παρεντερικά.
 - Τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα για τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.
 - Επισκληρίδια ηλεκτρόδια για την παρεμπόδιση των νευρικών ερεθισμάτων.
 - Χορδοτομή σε επιλεγμένες περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του ορθού.

3.α. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία συνιστάται στην χρήση φαρμάκων τα οποία καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα. Συνήθως τα φάρμακα χορηγούνται ενδοφλέβια ή από του στόματος. Από τη στιγμή που

θα περάσουν στην κυκλοφορία του αίματος διανέμονται σε όλο το σώμα.

Όλα τα κυτταροστατικά προκαλούν παρενέργειες ανάλογα με τον τύπο του φαρμάκου, πρώιμες ή όψιμες. Οι παρενέργειες αποτελούν προβλήματα για τον άρρωστο, τα οποία απαιτούν ανάλογη νοσηλευτική αντιμετώπιση. Γι'αυτό οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν πολλές γνώσεις, δεξιότητες, ενδιαφέρον και κατανόηση όταν νοσηλεύουν καρκινοπαθείς, ώστε να τους εμπνέουν εμπιστοσύνη και να τους εξασφαλίζουν άνετο περιβάλλον. Ιδιαίτερη σημασία για τους καρκινοπαθείς έχει η ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση για ό,τι πρόκειται να τους γίνει, τα προβλήματα που ενδεχομένως μπορεί να προκύψουν και ότι σήμερα υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισής τους για την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής.

β. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

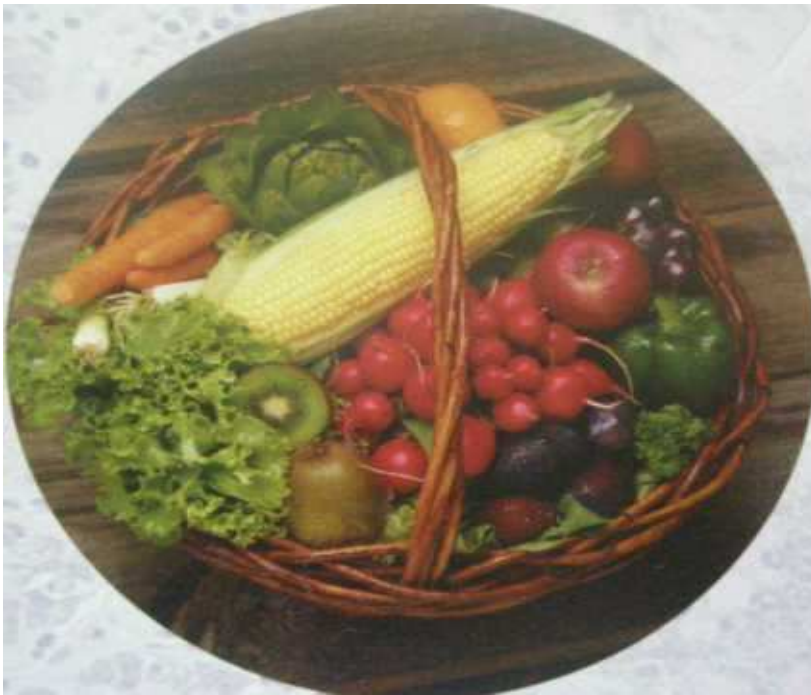
Η ακτινοβολία είναι θεραπεία με ακτίνες υψηλής ενέργειας (όπως οι ακτίνες X) οι οποίες καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα. Η ακτινοβολία μπορεί να έρχεται έξω από το σώμα (εξωτερική ακτινοβολία) ή από ραδιενεργά υλικά που τοποθετούνται κατευθείαν στον όγκο (εσωτερική ακτινοβολία).

Μετά την εγχείρηση, η ακτινοβολία μπορεί να προσβάλλει μικρές περιοχές του καρκίνου του παχέος που δεν μπόρεσαν να αφαιρεθούν κατά την εγχείρηση. Αν το μέγεθος ή η θέση ενός όγκου κάνει την εγχείρηση δύσκολη, η ακτινοβολία μπορεί να χρησιμοποιηθεί πριν από αυτήν, για να περιορίσει το μέγεθος του όγκου. ([www. Sambalis. gr/καρκίνος_παχέος_εντέρου.html](http://www.Sambalis.gr/καρκίνος_παχέος_εντέρου.html)).

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το πρώτο μέτρο πρόληψης είναι η εντόπιση γενετικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων, υπεύθυνων για καρκίνο του παχέος εντέρου. Δεύτερο μέτρο είναι η εντόπιση και η εκρίζωση προκαρκινικών βλαβών. Για τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, αν και δεν είναι ακόμη απόλυτα τεκμηριωμένοι, το Εθνικό Ινστιτούτο του Καρκίνου των ΗΠΑ εξέδωσε οδηγίες διατροφής.

1. ελάττωση της κατανάλωσης λίπους (<30% των θερμίδων)
2. αύξηση των φυτικών ινών στα 20-30 γραμμάρια ημερησίως
3. αύξηση κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών



4. αποφυγή της παχυσαρκίας.
5. ελαφρά έως μέση κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και σωματική άσκηση.

Για το δεύτερο μέρος, της έγκαιρης εντόπισης των προκαρκινικών καταστάσεων, υπάρχουν δύο κατηγορίες πληθυσμού: αυτοί που είναι υψηλού κινδύνου και αυτοί που είναι σχετικού κινδύνου.

Για τους πληθυσμούς σχετικού κινδύνου προτείνονται τα εξής:

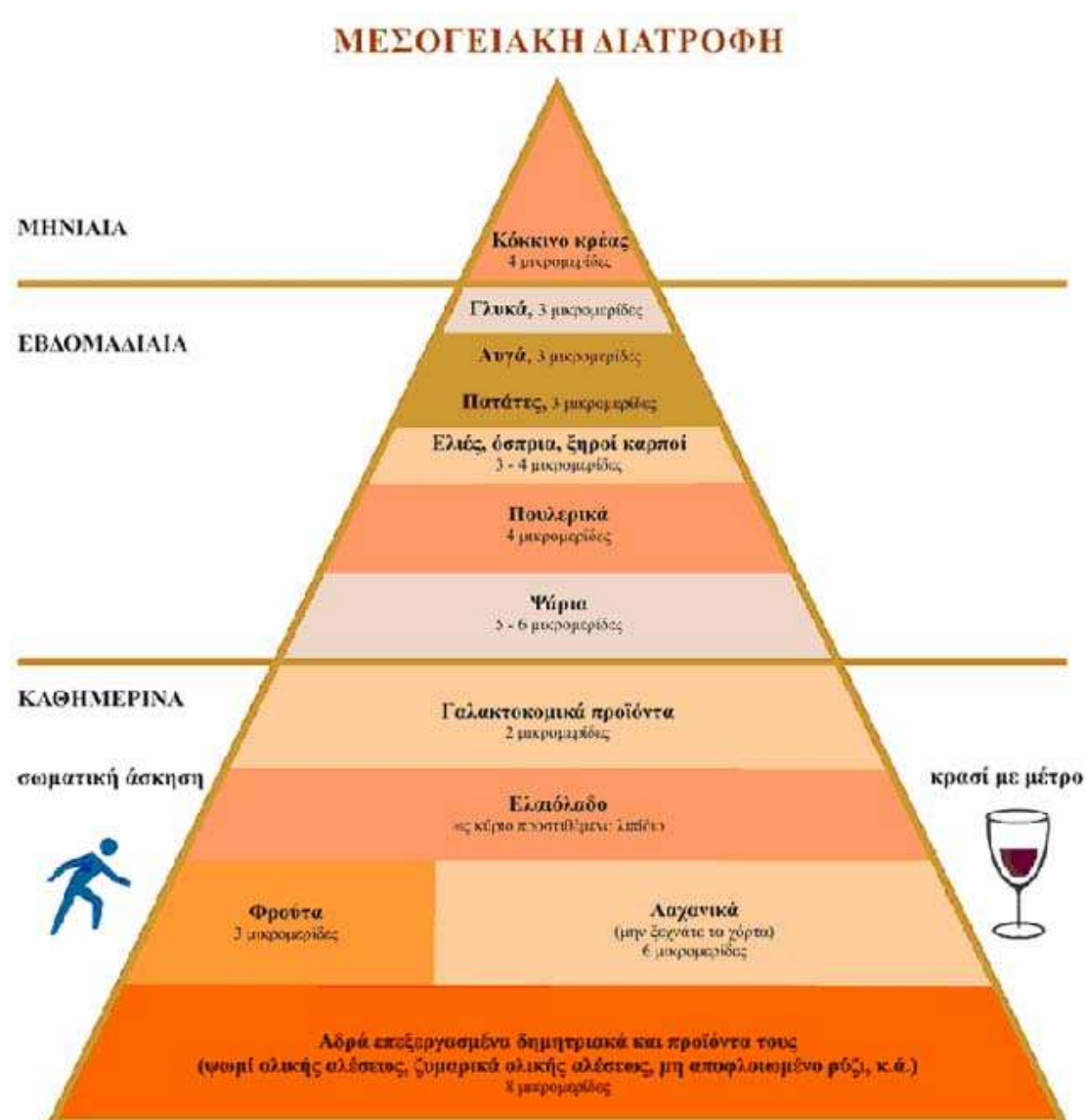
1. ετήσια δακτυλική εξέταση του ορθού για ηλικία άνω των 40.
2. εξέταση κοπράνων για Hb κάθε χρόνο για ηλικία πάνω από 50 ετών.
3. ορθοσιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο όργανο κάθε 3-5 χρόνια μετά τα 50.

Οι συστάσεις που δίνονται από την παγκόσμια οργάνωση υγείας σε συνεργασία με έγκυρα διεθνή αντικαρκινικά κέντρα όσον αφορά την διαίτα και τον τρόπο ζωής στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Μειωμένη κατανάλωση ζωικού λίπους (λιγότερο από 20 % του συνόλου των λαμβανόμενων θερμίδων). Η καθημερινή διατροφή να περιλαμβάνει ικανή ποσότητα φρέσκων λαχανικών και φρούτων, ψωμιού ολικής αλέσεως, δημητριακών, οσπρίων και ελαιόλαδου, προκειμένου να εξασφαλιστεί η λήψη σημαντικών συστατικών που έχουν αντικαρκινική δράση. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το ασβέστιο των γαλακτοκομικών προϊόντων ασκεί προφυλακτική δράση. Το παραπάνω διαιτολόγιο αντιπροσωπεύει τη λεγόμενη «Μεσογειακή Δίαιτα». Το παραπάνω προτεινόμενο διαιτολόγιο και ο δραστηκός περιορισμός του Δυτικού τρόπου διατροφής με τις τροφές του τύπου «fast food» που είναι πολύ υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος, είναι πιθανώς ευεργετικό, όταν εφαρμόζεται από την παιδική και νεαρή ηλικία.

Συμπερασματικά είναι χρήσιμη η διατροφή που είναι φτωχή σε ζωικό λίπος και πλούσια σε συστατικά φυτικής προέλευσης, αλλά μέχρι να

διευκρινισθούν με ακρίβεια οι ιδιότητες διαφόρων συστατικών της τροφής, πρέπει να αποφεύγονται οι διαιτητικές υπερβολές. (www.sambalis.gr/καρκίνος_παχέος_εντέρου.html).



Ο ρόλος της ασπιρίνης στη μακροχρόνια πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου

Η λήψη κάθε μέρα ασπιρίνης στη δόση των 300 mg ή περισσότερο για περίπου 5 χρόνια, βρέθηκε να είναι αποτελεσματική για την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες έρευνες που έδειξαν τα ευεργετικά αποτελέσματα να διαρκούν για 10 χρόνια.

Ήδη ήταν γνωστό ότι άλλες τυχαιοποιημένες έρευνες, είχαν δείξει ότι σε ασθενείς με ιστορικό αδενωμάτων ή καρκίνου του παχέος εντέρου, η ασπιρίνη μειώνει το βραχυπρόθεσμο κίνδυνο επανεμφάνισης των αδενωμάτων του παχέος εντέρου συμπεριλαμβανομένου και του ορθού.

Για τη μακροπρόθεσμη προστασία που προσφέρει η ασπιρίνη σε άτομα που δεν έχουν ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου (πρωτογενής πρόληψη), απαιτείται πολύ περισσότερος χρόνος για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Ο λόγος είναι ότι από τα πρώτα στάδια της ανάπτυξης των αδενωμάτων του παχέος εντέρου μέχρι την εξέλιξη τους σε καρκίνο, χρειάζονται τουλάχιστον 10 χρόνια.

Για να κατανοήσουν καλύτερα την προληπτική δράση της ασπιρίνης κατά του καρκίνου του παχέος εντέρου, Βρετανοί γιατροί, αξιολόγησαν αξιόπιστα στοιχεία από 2 μεγάλες τυχαιοποιημένες έρευνες με παρακολούθηση των ασθενών για περισσότερο από 20 χρόνια (British Doctor Aspirin Trial). Παράλληλα με συστηματικό τρόπο, εξέτασαν όλες τις σχετικές επιδημιολογικές έρευνες για να δουν κατά πόσο τα αποτελέσματα των τυχαιοποιημένων ερευνών κατέληγαν σε ανάλογα αποτελέσματα.

Τα αποτελέσματα μας δίνουν σημαντικές πληροφορίες:

1. οι δύο μεγάλες τυχαιοποιημένες έρευνες, έδειξαν ότι η λήψη 300 mg ασπιρίνης κάθε μέρα για 5 χρόνια (ισοδυναμεί με 1 χάπι ασπιρίνης), μειώνει τον κίνδυνο προσβολής από τον καρκίνο του παχέος εντέρου κατά 74%. Η ενεργητική αυτή δράση της ασπιρίνης διαρκεί για τα 10-15 χρόνια που ακολουθούν την καθημερινή πενταετή λήψη ασπιρίνης.
2. ο μεγάλος αριθμός των επιδημιολογικών ερευνών που αξιολογήθηκαν, (περίπου 30), έδειξαν ότι η λήψη μέτριων έως υψηλών δόσεων ασπιρίνης, για 10 χρόνια ή περισσότερα, μειώνουν τον κίνδυνο προσβολής από τη νόσο κατά 50% έως 70%.
3. η προληπτική δράση της ασπιρίνης παρουσιάζοταν ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, ή τη χώρα προέλευσης των ανθρώπων. Επίσης καταγραφόταν και σε άτομα που είχαν στενούς συγγενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, γεγονός που ως γνωστόν αυξάνει κατά 2 έως 4 φορές τον κίνδυνο τους να παρουσιάσουν και αυτοί τον ίδιο καρκίνο κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Παρά τις έρευνες που συσχετίζουν τη μακροχρόνια χορήγηση της ασπιρίνης με λιγότερο κίνδυνο για καρκίνο, υπάρχουν ενδοιασμοί για τη χορήγησή της σε άτομα που δεν έχουν υψηλό κίνδυνο για καρκίνο λόγω επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει όπως αιμορραγία. Για άτομα που έχουν παράγοντες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του παχέος εντέρου, η ασπιρίνη για πρόληψη της νόσου, πιθανόν να είναι ωφέλιμη. Αλλά αυτό

αποτελεί ακόμα θέμα διερεύνησης και ας μη ξεχνούμε ότι υπάρχουν και άλλες μέθοδοι αποτελεσματικής πρόληψης.

Η ασπιρίνη επιδρά στους μηχανισμούς της φλεγμονής την οποία καταστέλλει. Η δράση της κατά του καρκίνου παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον.

Η κατανόηση των μηχανισμών δράσης της ασπιρίνης σε κυτταρικό επίπεδο, θα μπορούσε να οδηγήσει στο σχεδιασμό φαρμάκων που θα είναι αποτελεσματικότερα από αυτήν χωρίς τις παρενέργειες της με στόχο τη καλύτερη πρόληψη ή ακόμη και τη θεραπεία του καρκίνου.(Effect of aspirin on long-term risk of colorectal cancer: consistent evidence from randomized and observational studies-Salicylates trigger protein synthesis inhibition in a protein, Απρίλιος 2007).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη είναι να επισημάνει τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση ή μη του καρκίνου.

Πρέπει να εφαρμόσει στην πράξη εκπαιδευτικά και προγράμματα προαγωγής υγείας με σκοπό να αυξήσει τις γνώσεις του κοινού και να αλλάξει κάποιες βλαβερές για την υγεία συνήθειες. Απαραίτητες για τη διενέργεια αυτών των εκπαιδευτικών προγραμμάτων προϋποθέσεις είναι:

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

- Ενημέρωση για τους παράγοντες κινδύνου.

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

1. μπορεί να συμβάλλει στην ανεύρεση των νεοπλασιών και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου σε στάδιο που επιτρέπει τη θεραπεία.
2. ο νοσηλευτής δύναται να διαδραματίσει ρόλο κλειδί στην αναγνώριση ατόμων υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου.
3. ο νοσηλευτής οφείλει να αυξήσει τη συμμετοχή του κοινού στα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης.

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

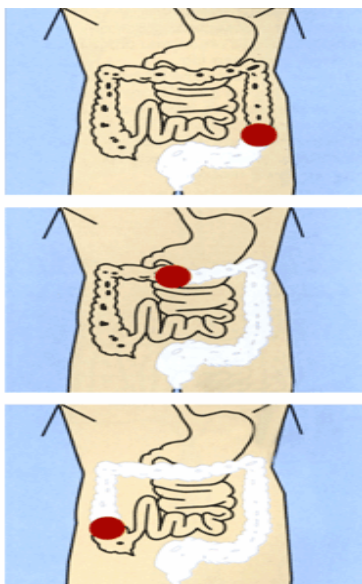
1. ψυχολογική προετοιμασία ασθενούς και της οικογένειάς του για τη χειρουργική επέμβαση
2. προεγχειρητική και μετεγχειρητική παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς
3. ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του για να αποδεχθούν τη νέα πραγματικότητα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

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

ΕΙΔΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ



1. Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία.

Συχνά ονομάζονται «στεγνές» κολοστομίες, γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παραγάγει σχηματισμένα

κόπρανα. Η λύση, ένας υποκλυσμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα, μέσα από το στόμιο, μπορεί να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου.

2. εγκάρσια κολοστομία.

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

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

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

Εγκάρσιας κολοστομίας γίνονται δύο είδη:

- η διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία
- η αγκυλωτή κολοστομία.

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

Η αγκυλωτή κολοστομία είναι ένας άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης.

Μία αγκύλη ακέραιου εντέρου φέρεται έξω από το κοιλιακό τοίχωμα και ράβονται τα δύο σκέλη της. Τα κόπρανα παροχετεύονται μέσα από τομή

που γίνεται στο επάνω μέρος της αγκύλης. Μπορεί να μείνει ανοιχτή από 10 μέρες έως 9 μήνες. Ο ιστός του στομίου συρρικνώνεται και μπορεί τελικά να μοιάζει με εκείνη των δύο στομίων. Όμως μετά την αποκατάσταση του περιφερικού τμήματος του κόλου τα τοιχώματα της αγκύλης, που ράφτηκαν, αφαιρούνται με εντεροτόμο και η συνέχεια του εντέρου αποκαθίσταται χωρίς να είναι απαραίτητη η λαπαροτομία.

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

3. ανιούσα κολοστομία.

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

Σκοποί εκτέλεσης της κολοστομίας

1. μπορεί να αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που γίνεται για θεραπεία του καρκίνου του ορθού.
2. μπορεί να γίνει παρηγορητικά σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου.
3. μπορεί να αποτελεί παροδικό μέτρο για την προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για την επούλωση φλεγμαίνοντος εντέρου

4. μπορεί να γίνει παροδικά για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας. (Σαχίνη-Καρδάση Α.- Πάνου Μ.1997).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

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

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

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

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

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

Θεραπεία: αντιμετώπιση της περιτονίτιδας, χειρουργική διόρθωση.

3. περικολική φλεγμονή ή απόστημα. Αίτια: επιμόλυνση από τα υγρά και το περιεχόμενο της κολοστομίας.

Θεραπεία: αντιβίωση και παροχέτευση της πυώδους συλλογής.

4. συρίγγιο. Αίτιο: κακή τεχνική των ραφών.

Θεραπεία: κλείνει μόνο του ή επεμβαίνουμε χειρουργικά.

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

Θεραπεία: διαστολές προσωρινά, χειρουργική επέμβαση.

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

Θεραπεία: στην κήλη αρχικά σε ελαφρά ενοχλήματα γίνεται χρήση ζώνης ή χειρουργική διόρθωση ή οποία εφαρμόζεται και στην πρόπτωση. (Αθανάτου Ε. 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η νοσηλευτική φροντίδα αυτών των ασθενών αποτελεί θέμα ενδιαφέρον αλλά ταυτόχρονα και ιδιαίτερο, αφού ο καρκινοπαθής δεν είναι απλά ένας κοινός χειρουργημένος ασθενής αλλά κατά συνέπεια η προσέγγιση και η νοσηλεία του απαιτεί μοναδική προσοχή.

Στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητα του, να ανεχθεί την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια.

Απώτερος σκοπός είναι η αποκατάσταση με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας του βίου και τον περιορισμό της εξάρτησης από την νόσο.

Νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

1.Πρόβλημα

Ανάγκη ψυχολογικής προετοιμασίας του ασθενούς προεγχειρητικά καθώς βρίσκεται σε κατάσταση άγχους ανησυχίας και φόβου.

Σκοπός

Να ενημερωθεί ο ασθενής και να προετοιμαστεί ψυχολογικά για την επικείμενη επέμβαση.

Προγραμματισμός.

- Να ενημερωθεί ο ασθενής για τη λειτουργία της κλινικής και τις διαθέσιμες ευκολύνσεις.
- Να ενημερωθεί ο ασθενής και η οικογένεια του για το είδος της επέμβασης και τη μετεγχειρητική του πορεία.(Τι πρέπει να περιμένουν. Πόσες μέρες αναμένεται διαρκέσει η ανάρρωση. Με τι θα είναι συνδεδεμένος και τι εικόνα θα παρουσιάζει αμέσως μετά την επιστροφή του στο τμήμα.).
- Να συζητηθούν οι αναμενόμενοι φόβοι του ασθενούς για τη νάρκωση, το άγνωστο, την αλλαγή του σωματικού ειδώλου (αν γίνει κολοστομία) και τον αποχωρισμό.

Εφαρμογή.

- Κατατοπίσαμε τον ασθενή γύρω από τη λειτουργία και τους χώρους.
- Ο θεράπων ιατρός ενημέρωσε τον ασθενή οικογένεια του γύρω από τα προαναφερθέντα.
- Έγινε συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με τους φόβους του και λύθηκαν οι απορίες του.

Αξιολόγηση.

Ο ασθενής είναι ενήμερος και μοιάζει λιγότερο αγχωμένος.

2. Πρόβλημα.

Ανάγκη φυσικής προεγχειρητικής ετοιμασίας την παραμονή της επέμβασης.

Σκοπός.

Να ετοιμαστεί ο ασθενής κατάλληλα για την επικείμενη επέμβαση.

Προγραμματισμός

- Να ενημερωθεί ο ασθενής για την προεγχειρητική προετοιμασία.
- Να ολοκληρωθεί ο εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει: γενική αίματος, βιοχημικές εξετάσεις, χρόνους πήξεως, διασταύρωση, ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ, και να ελεγχθούν οι απαντήσεις των εξετάσεων.
- Να γίνει εξέταση από αναισθησιολόγο και να δοθούν οδηγίες για προνάρκωση.
- Να γίνει φροντίδα ατομικής υγιεινής με λουτρό καθαριότητας.
- Να γίνει προετοιμασία που περιλαμβάνει:
 - α) Χορήγηση κατάλληλης διαίτας (2Lt. χαμόμηλο και πολύ νερό ως τα μεσάνυχτα, μετά ουδέν peros)
 - β) Χορήγηση ισχυρού καθαρτικού Klean prep (έλεγχος της καθαριότητας των κενώσεων το βράδυ.)
 - γ) Να τεθεί φλεβοκαθετήρας και αν κριθεί απαραίτητο να χορηγηθεί ορός για αποφυγή αφυδάτωσης.
 - δ) Να χορηγηθεί αντιβιοτική αγωγή για τοπική χημειοπροφύλξη του εντέρου peros με flagyl 500 mL. και neomycin 1 gr. σε 3 δόσεις στις 13:00 - 14:23.

Εφαρμογή.

- Ενημερώθηκε ο ασθενής για την ετοιμασία.
- Ο εργαστηριακός έλεγχος έχει ολοκληρωθεί.

Ελέγχθηκαν οι απαντήσεις και μπήκαν σε φάκελο.

- Έγινε λουτρό καθαριότητας στον ασθενή.
- Εξετάστηκε από αναισθησιολόγο και δόθηκαν οδηγίες.
- Χορηγήθηκε κατάλληλη διαίτα.
- Δόθηκαν οι δύο πρώτες δόσεις χημειοπροφύλαξης.
- Τέθηκε φλεβοκαθετήρας 18G και σύμφωνα με την Ι.Ο. στις

8:00 μ.μ. τέθηκε ορός ringers lactate 1000 cc.

- Ενημερώθηκε ο ασθενής να μη φάει ή πιει τίποτα μετά τις 12 τα μεσάνυχτα.

- Θα ελεγχθεί το βράδυ η καθαρότητα των κενώσεων.

Αξιολόγηση.

Η φυσική προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς συνεχίζεται.

3. Πρόβλημα.

- Ανάγκη ύπνου και ανάπαυσης του ασθενούς.

Σκοπός.

- Να αναπαυθεί και να κοιμηθεί ο ασθενής την προηγούμενη της επέμβασης.

Προγραμματισμός.

- Να εξασφαλιστεί ήρεμο-ήσυχο-αναπαυτικό περιβάλλον.
- Να γίνει προσπάθεια να μην σκέφτεται συνέχεια την επικείμενη εγχείρηση.
- Να γίνει σύσταση για αποφυγή υγρών πλούσια σε καφεΐνη.

- Να ενημερωθεί ο ασθενής να αδειάσει την ουροδόχο κύστη πριν την κατάκλιση.
- Να χρησιμοποιηθούν τεχνικές χαλάρωσης.
- Να δοθούν ηρεμιστικά-υπνωτικά σύμφωνα με I.O.

Εφαρμογή.

- Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε δίκλινο θάλαμο μόνος του.
- Ενθαρρύνθηκε η συμμετοχή του σε διάφορες δραστηριότητες κατά τις απογευματινές ώρες.
 - Αποθαρρύνθηκε ο ασθενής από κατανάλωση καφέ, τσάι, ποτά τύπου cola ιδιαίτερα το απόγευμα.
 - Παροτρύνθηκε να αδειάσει την ουροδόχο κύστη πριν από την κατάκλιση.
 - Υπήρχε απαλή μουσική στο θάλαμο του, έγιναν ασκήσεις χαλάρωσης, έγινε μασάζ στην πλάτη.
 - Δόθηκαν σύμφωνα με την I.O. πριν την κατάκλιση tab lexotanil 1,5 mg p.o.

Εκτίμηση.

- Ο ασθενής κοιμήθηκε βαθιά όλη νύχτα. Το πρωί αισθανόταν ότι έχει αναπαυθεί καλά.

4.Πρόβλημα.

Ανάγκη άμεσης προεγχειρητικής προετοιμασίας το πρωί πριν από την εγχείρηση.

Σκοπός

Να σταλθεί ο ασθενής στο χειρουργείο σωστά προετοιμασμένος με ασφάλεια.

Προγραμματισμός.

- Να γίνει συζήτηση με τον ασθενή και να λυθούν οι τελευταίες απορίες του.
- Να ντυθεί με τα ειδικά ρούχα του χειρουργείου και να τοποθετηθούν αντιθρομβωτικές κάλτσες και ταυτότητα αναγνώρισης στο χέρι του.
- Να γίνει προνάρκωση σύμφωνα με τις I.O. και να χορηγηθεί ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους, ως αντιθρομβωτική αγωγή.
- Να ελεγχθεί η πληρότητα του ιατρικού φακέλου.
- Να συμπληρωθεί το έντυπο της γραπτής συγκατάθεσης (εάν αυτό δεν έχει ήδη γίνει).
- Να συμπληρωθεί από τη νοσηλεύτρια το έντυπο προεγχειρητικής ετοιμασίας και να υπογραφεί.
- Να γίνει η ασφαλής μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο.
- Να εξασφαλιστεί επικοινωνία με τους συγγενείς και ενημέρωση για τη διάρκεια της επέμβασης και την εικόνα που θα παρουσιάζει ο ασθενής μετά το χειρουργείο.

Εφαρμογή

- Έγινε συζήτηση με τον ασθενή και λύθηκαν οι απορίες που εξέφρασε.

- Βοηθήσαμε τον ασθενή να ντυθεί με τα κατάλληλα ρούχα και τις αντιθρομβωτικές κάλτσες και τοποθετήσαμε στο χέρι το βραχιόλι με το ονοματεπώνυμο του.
- Έγινε προνάρκωσή σύμφωνα με τις I.O. με amp . dornocum 5 mg και amp . Zantac 50 mg. im στις 7:30 π.μ. Χορηγήθηκε fraxiparine 0,3 mL. sc.
- Ελέγχθηκε η πληρότητα του ιατρικού φακέλου.
- Ελέγχθηκε το έντυπο συγκατάθεσης (ήταν υπογραμμένο από τον ασθενή).
- Συμπληρώθηκε και υπογράφηκε το έντυπο της προεγχειρητικής προετοιμασίας.
- Εξασφαλίζεται η άνετη και ασφαλής μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο.
- Ενημερώθηκαν οι ασθενείς.

Αξιολόγηση.

Ολοκληρώθηκε η άμεση προεγχειρητική προετοιμασία και στις 7:45 π.μ. οδηγείται ο ασθενής στο χειρουργείο με ασφάλεια και πλήρως προετοιμασμένος.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

1.Πρόβλημα.

Υπογκαιμία λόγω της απώλειας από την επέμβαση.

Σκοπός.

Να διορθωθεί η υπογκαιμία που προκλήθηκε από τις απώλειες υγρών από την επέμβαση, με χορήγηση φρέσκου πλάσματος.

Προγραμματισμός.

- Να χορηγηθούν στον ασθενή 3 μονάδες φρέσκου πλάσματος, με μεσοδιαστήματα χορήγησης τουλάχιστον 2 ωρών.
- Να ενημερωθεί ο ασθενής για τις επικείμενες μεταγγίσεις.
- Να ελεγχθεί η καταλληλότητα των περιφερειακών φλεβικών γραμμών.
- Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων πριν και μετά τη μετάγγιση και να παρακολουθείται ο ασθενής συχνά κατά τη διάρκειά της.
- Να εκτελεστούν οι μεταγγίσεις με σωστό και ασφαλή τρόπο.
- Να γίνει πρόληψη πιθανών επιπλοκών από τη μετάγγιση και έγκαιρη πρόληψη τυχών συμπτωμάτων.

Εφαρμογή.

Ζητάμε από την αιμοδοσία την πρώτη μονάδα FFP. Μετά από μισή ώρα έρχεται το πλάσμα. Ενημερώνεται ο ασθενής για τη μετάγγιση και τους κινδύνους της και ελέγχεται η βατότητα και η καταλληλότητα των περιφερειακών φλεβικών γραμμών.

Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων πριν τη μετάγγιση, τα οποία είναι Κ.Φ. και καταγράφονται στον φάκελο.

Εφαρμόζεται ειδική συσκευή για τη μετάγγιση στη φιάλη του πλάσματος με άσηπτη τεχνική και αφού ελεγχθεί ξανά η μονάδα πλάσματος ότι είναι η κατάλληλη για το συγκεκριμένο ασθενή, ξεκινά η μετάγγιση.

Ελέγχονται και καταγράφονται στο φάκελο του ασθενούς τα στοιχεία της φιάλης που αφορούν: Στον αριθμό φιάλης αίματος και

πλάσματος, στην ημερομηνία παρασκευής του πλάσματος, στην ομάδα αίματος, στο rhesus, στο ονοματεπώνυμο του ασθενούς. Καταγράφονται επίσης: Το όνομα της νοσηλεύτριας που έκανε τη συμβατότητα, το όνομα του νοσηλευτή που κάνει τη μετάγγιση και η υπογραφή του καθώς και του θεράποντα ιατρού που ζήτησε τη μετάγγιση. Καταγράφεται ακόμα η ώρα έναρξης και η ώρα λήξης της μετάγγισης.

Χορηγείται το πλάσμα σε 45 min, ενώ ο ασθενής παρακολουθείται συχνά.

Αξιολόγηση.

Η μετάγγιση του ασθενούς με την πρώτη μονάδα πλάσματος έγινε χωρίς προβλήματα.

2.Πρόβλημα.

Ήπια αναπνευστική δυσχέρεια.

Σκοπός.

- Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματα και να γίνει πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών του αναπνευστικού.

Προγραμματισμός.

- Να τοποθετηθεί ο ασθενής σε ημικαθιστή θέση για να μην πιέζεται το διάφραγμα από τα κοιλιακά όργανα.
- Να χορηγηθεί το πρώτο 24ωρο Οξυγόνο συνεχώς με μάσκα Venturi 35%.
- Να εξασφαλιστεί ικανοποιητική αναλγησία για να μπορεί να αναπνέει βαθιά και να βήχει.
- Να ελέγχεται η αναπνευστική καταστολή από την αναλγησία, με συχνή λήψη ζωτικών σημείων.

- Να προγραμματιστεί για φυσικοθεραπεία αναπνευστικού και να δοθεί εξασκητής αναπνοής three-flow την επόμενη μέρα.

- Να γίνει έγκαιρη έγερση και κινητοποίηση.

Εφαρμογή.

- Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε σωστή θέση ημι-flower.
- Χορηγείται Οξυγόνο με μάσκα venture 35%.
- Έχει ενδοραχιαία αναλγησία PCA και προς το παρόν δεν πονάει.

- Ελέγχονται συστηματικά ανά 3ωρο η καταστολή και τα ζωτικά σημεία του ασθενούς (έχει καταστολή 0, ικανοποιητικό αριθμό αναπνοών, περίπου 15/ min, σφίξεων 106/ min και θ 37,4°C.)

- Προγραμματίστηκε για φυσιοθεραπεία αναπνευστικού.

- Η έγερση θα γίνει την επόμενη μέρα το πρωί.

Αξιολόγηση.

Ο ασθενής μετά τις παρεμβάσεις αναπνέει σχετικά καλά, δεν πονάει και μπορεί να βήξει.

3. Πρόβλημα.

Δίψα.

Σκοπός.

Απαλλαγή του ασθενούς από το αίσθημα αυτό.

Προγραμματισμός.

- Να χορηγηθούν υγρά παρεντερικά.

- Να υγρανθούν τα χείλη του ασθενούς.

Εφαρμογή.

- Χορηγείται παρεντερικά διάλυμα R/L 1000 ml.
- Υγράνθηκαν τα χείλη του ασθενούς με βρεγμένη γάζα.

Εκτίμηση.

Μειώθηκε το αίσθημα της δίψας.

4. Πρόβλημα.

Κίνδυνος Θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

Σκοπός.

Να γίνει πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών από το αγγειακό.

Προγραμματισμός.

- Να φοράει ο ασθενής αντιθρομβωτικές κάλτσες μέχρι την πλήρη κινητοποίησή του.
- Να χορηγείται στον ασθενή καθημερινά ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (Fraxiparine 0,3 ml) x 1 sc.
- Να γίνεται κινησιοθεραπεία στον ασθενή.

Εφαρμογή.

- Ο ασθενής φοράει αντιθρομβωτικές κάλτσες.
- Στις 8:00 π.μ. έγινε Fraxiparine 0,3 ml sc.
- Γίνεται κινησιοθεραπεία και διδασκαλία για ασκήσεις πλήρους τροχιάς.

Αξιολόγηση.

Έχουν παρθεί τα κατάλληλα μέτρα για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων.

5. Πρόβλημα.

Κίνδυνος υδατοηλεκτρολυτικού ισοζυγίου.

Σκοπός

- Να διατηρηθεί το υδατοηλεκτρολυτικό ισοζύγιο του ασθενούς σε ικανοποιητικά επίπεδα.
- Να αποκατασταθούν οι απώλειες από την επέμβαση.

Προγραμματισμός.

- Να χορηγηθούν στον ασθενή κρυσταλλοειδή και κολλοειδή διαλύματα για αποκατάσταση των υγρών.
- Να χορηγηθούν οι απαραίτητοι ηλεκτρολύτες.
- Να γίνει 24ωρη καταμέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και να βγει το ισοζύγιο.

Εφαρμογή.

Το πρώτο 24ωρο μετεγχειρητικά χορηγήθηκαν 2000ml R/L και 3fps (600 ml περίπου.).

Απέβαλε:400 ml γαστρικό υγρό από το Levin.

1300 ml ούρα (ωριαία καταμέτρηση)

100 ml αίμα (από την παροχέτευση)

600 ml ιδρώτα.

Ισοζύγιο υγρών: Προσλαμβανόμενα = 2600ml

Αποβαλλόμενα = 1550ml.

Σύνολο = +1150ml.

Αξιολόγηση.

Το πρώτο 24ωρο μετεγχειρητικά ο ασθενής μας έχει ισοζύγιο υγρών +1150ml που κρίνεται ικανοποιητικό.

6. Πρόβλημα.

Κίνδυνος λοίμωξης.

Σκοπός.

Πρόληψη λοίμωξης.

Προγραμματισμός.

- Μέτρηση ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.
- Χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με την Ι.Ο. (ROCEPHIN 1g.)
- Εκτίμηση περιοχών I.V. χορήγησης για σημεία λοίμωξης.

Εφαρμογή.

- Έγινε μέτρηση των ζωτικών σημείων.
- Χορηγήθηκε I.V. 1g ROCEPHIN.
- Έγινε εκτίμηση των περιοχών I.V. χορήγησης.

Εκτίμηση.

- Ζωτικά σημεία: Α.Π. 134/75mm Hg, σφίξεις 84', θερμοκρασία 38,7 °C, αναπνοές 16.
- Δεν υπάρχουν σημεία λοίμωξης στις περιοχές I.V. χορήγησης.

7. Πρόβλημα.

Ανάγκη παρακολούθησης λειτουργίας του ενδοραχιαίου καθετήρα.

Σκοπός.

Διατήρηση της σωστής λειτουργίας του καθετήρα για ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και πρόληψη επιπλοκών.

Προγραμματισμός.

- Να ελέγχεται καθημερινά το σημείο εισόδου του καθετήρα για σημεία φλεγμονής, αιμορραγίας, εκροής ENY και να διατηρείται η επίδεση καθαρή και στεγνή.
- Να ελέγχονται, καταγράφονται και αναφέρονται οποιαδήποτε συμπτώματα μπορεί να έχουν σχέση με τον καθετήρα όπως νευρολογικά συμπτώματα, πονοκέφαλος, ναυτία, αναπνευστική καταστολή. Να γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.
- Να είναι ο ασθενής τοποθετημένος σε θέση ημι-Fowler και να γίνει κινητοποίηση του με προσοχή.
- Να είναι κοντά στον ασθενή δίσκος ανάνηψης με τα απαραίτητα για διασωλήνωση και amp. Narcan που είναι το αντίδοτο των οπιοειδών.

Εφαρμογή.

- Ο καθετήρας ελέγχθηκε.
- Ελέγχονται και καταγράφονται ζωτικά σημεία και καταστολή. Δεν αναφέρονται άλλα συμπτώματα.
- Ο ασθενής είναι τοποθετημένος σωστά και κοντά του υπάρχει ο δίσκος ανάνηψης.

Αξιολόγηση.

Ο ασθενής προς το παρόν δεν πονάει και δεν παρουσιάζει σημεία κακής λειτουργίας του ενδοραχιαίου καθετήρα. Η παρακολούθηση συνεχίζεται.(www.geocities.com/nosileytiki/karkinos.htm)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία.

Χημειοθεραπεία: είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για παραγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της ανάπτυξης και της αναπαραγωγής τους.

Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται τη χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, αν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτριών –των και άλλου υγειονομικού προσωπικού.

Καθώς μεγαλύτεροι αριθμοί ασθενών δέχονται χημειοθεραπεία όλο και εμπλέκονται περισσότερες/οι νοσηλεύτριες/τες στη φροντίδα του σε ειδικευμένα κέντρα, γενικά νοσοκομεία και στην κοινωνία, αναπτύσσοντας μεγαλύτερη ικανότητα στη νοσηλευτική φροντίδα των χημειοθεραπευτικών αρρώστων.

Προβλήματα αρρώστου

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία)
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή)
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροια)
4. Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια)

5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος

6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

Σκοποί της φροντίδας

1. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
3. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους

Παρέμβαση

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας
5. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις)
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ

9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας

10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί τη παροδική αλλαγή του σωματικού ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα

11. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του άρρωστου

12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.

- Ένα άλλο είδος θεραπείας με σημαντικά αποτελέσματα τα τελευταία χρόνια είναι η ακτινοθεραπεία, αλλά με αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες στο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό σκέλος.

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με την ζωή στου φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας

1. Το είδος της ακτινοβολίας
2. Η δόση της ακτινοβολίας
3. Ο ρυθμός δόσης

4. Το είδος του ιστού

5. Η έκταση του ακτινοβολούμενου πεδίου

6. Η οξυγόνωση του ιστού, που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία, γι'αυτό η ακτινοθεραπεία συχνά συνδυάζεται με υπερβαρική οξυγόνωση

7. Η θερμοκρασία, που έχει σχέση ανάλογη με την με την ακτινευαισθησία επειδή επηρεάζει το ρυθμό κυκλοφορίας του αίματος και, επομένως, την οξυγόνωση του ιστού

8. Διάφορες ουσίες που ελαττώνουν την ακτινευαισθησία, όπως:

α. Ουσίες που περιέχουν τη ρίζα σουλφυδρίλιο(-SH), όπως κυστιδίνη, κυστίνη, γλουτάθειο κ.ά.

β. Ουσίες που προκαλούν ανοξία (παρααμινοπροπιφαινόνη)

γ. Ουσίες που αναστέλλουν τη δράση ορισμένων ενζύμων (κυανιούχα).

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.

Προβλήματα αρρώστου

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου (αναιμία)

2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσότοπου στη στοματική κοιλότητα)

3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας

4. Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία)
5. Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσότοπου
6. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία)
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, αριθμητικός και χρονικός περιορισμός επισκεπτηρίου).

Παρέμβαση

1. Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση. Το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.

2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρηση του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.

3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.

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

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, σε γενικές γραμμές ως εξής:

1. ναυτία και έμετοι

α. Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

β. Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά

γ. Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας

δ. Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου

2. Αντιδράσεις από το δέρμα

α. Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση

β. Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα

γ. Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και βάμμα ιωδίου. Ακόμα, να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη

δ. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό

ε. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών lanettwax

3. Διάρροια

α. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με ιατρική οδηγία

β. Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα

4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

α. Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών

β. Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά)

γ. Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη της ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας

δ. Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς

5. Καταστολής της λειτουργίας του μυελού των οστών

α. Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς

β. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες

6. Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην στοματική υγιεινή

7. Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό είδωλο (αλωπεκία)

(Σαχίνη-Καρδάση Α. –Πάνου Μ. 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Έξοδος από το νοσοκομείο αρρώστου με κολοστομία-σχέδιο διδασκαλίας και εκπαίδευσή του

Ο προγραμματισμός μιας σωστής νοσηλευτικής φροντίδας αρρώστου με κολοστομία περιλαμβάνει τρία στάδια: το πρώτο στάδιο καλύπτει την προεγχειρητική ετοιμασία (σωματική και ψυχολογική). Το δεύτερο στάδιο καλύπτει η μετεγχειρητική περίοδος. Το τρίτο καλύπτεται από μακροπρόθεσμο προγραμματισμό νοσηλευτικής φροντίδας, που αποσκοπεί στο να αποκαταστήσει τον άρρωστο σε ρεαλιστικό επίπεδο ανεξαρτησίας και να τον βοηθήσει να λύσει τα ψυχολογικά, συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματά του, πριν από την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Οι ασθενείς των οποίων το νήμα της ζωής συνεχίζεται και μετά την εμφάνιση της νόσου, πρέπει να αισθανθούν ότι τίποτα δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής και ότι μπορούν να συμμετάσχουν σε όλα, έστω και μετά από μία μόνιμη κολοστομία.

Η νοσηλεύτρια έχει τη δυνατότητα να αναπτύξει πολλαπλές δραστηριότητες και να ασχοληθεί με το σύνολο των προβλημάτων του ασθενούς. Για πρώτη φορά θα έρθει αντιμέτωπος με την κολοστομία και από εδώ και στο εξής δε θα έχει τον έλεγχο στα αέρια και στα κόπρανα. Όμως σε αυτή τη φάση είναι πολύ σημαντικό να διδαχθεί ο ασθενής πώς να αντιμετωπίζει ρεαλιστικά την κατάσταση.

Η προετοιμασία του ασθενούς για την έξοδό του από το νοσοκομείο περιλαμβάνει την ακόλουθη διδασκαλία από τους νοσηλευτές:

1. φροντίδα στομίας, αλλαγή σάκου, άδειασμα σάκου

2. φροντίδα δέρματος.

Αρχικά εξηγούμε στον άρρωστο ότι με την πάροδο του χρόνου το οίδημα και ο ερεθισμός του στομίου υποχωρούν και επέρχεται πλήρης σχηματισμός στομίου χωρίς σφιγκτήρα. Στην ειλεοστομία η αποβολή του εντερικού περιεχομένου είναι συνεχής ενώ στην κολοστομία το έντερο επιδίδεται εκπαίδευση, ώστε να έχει περίπου κανονική κένωση.

Όσον αφορά τα σκευάσματα και τους σάκους στομίας που διατίθενται στη διάθεση του αρρώστου είναι τα εξής:

- Μία ομάδα αποτελεσματικών φραγμών του δέρματος, γίνεται από ινδικό κόμμι (karaya gum). Είναι διαθέσιμο σε σκόνη και δίσκους ή δακτυλίους, που μπορούν να τοποθετηθούν σε ανοικτό περιστομιακό δέρμα (νέο δέρμα σχηματίζεται κάτω από αυτά). Η πάστα και οι δακτύλιοι karaya είναι εξαιρετικοί για την πρόληψη ερεθισμού του δέρματος αμέσως γύρω από το στόμιο.
- Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι σάκων, ο ενιαίος κλειστός ή ανοικτός και οι δύο τεμαχίων. Επίσης χωρίζονται σε αυτούς που έχουν κάνουλα παροχέτευσης και τους απλούς κλειστούς ή ανοιχτούς.
- Οι υποαλλεργιογόνοι φραγμοί του δέρματος περιλαμβάνουν τα STOMAHESIVE, RELIA SEAL και το HOLLIHESIVE. Αυτά φθείρονται βραδύτερα και συχνά μπορούν να φορεθούν σε περιοχές με πτυχές.
- Το STOMAHESIVE και το HOLLIHESIVE είτε μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε τεμάχια διαστάσεων 10X10 cm είτε να κοπούν στο μέγεθος της επιφάνειας που πρέπει να στεγανοποιηθεί. Κολλούν καλά σε υγρό, ερεθισμένο δέρμα και επιτρέπουν επούλωση.



- Το RELIA SEAL κυκλοφορεί σε στρογγυλά τεμάχια. Είναι πιο αποτελεσματικό σε ερυθρό περιστοματικό δέρμα.
- Καλύμματα στομίου μπορεί να είναι σάκοι μιας χρήσης, γάζα και χαρτοβάμβακο επαλειμμένο με βαζελίνη, κάλυμμα SARAN ή κηρόχαρτο πάνω από τη γάζα που στερεώνεται με υποαλλεργικό λευκοπλάστη.
- Για ανοιχτό περιστοματικό δέρμα βοηθούν, όταν χρησιμοποιούνται με φειδώ, κορτικοστεροειδή σε αερόλυμα ή σπρέι ή NYSTATIN σκόνη.

3. έλεγχος κακοσμίας

- αποφυγή σιτίων που δημιουργούν οσμές (κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, αυγά, ψάρια, φασόλια)
- το γιαούρτι, ο χυμός ενός μαύρου μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών

4. έλεγχος αερίων

- η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται, σε φαγητά με πολλά καρυκεύματα και στα αεριούχα ποτά
- αποφυγή σιτίων που δημιουργούν αέρια: φασόλια, λαχανικά κρεμμύδια, ραδίκια, αγγούρια

5. δίαιτα

- αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων, καλή μάσηση της τροφής
- εξατομίκευση της διαίτας ώστε να είναι πλήρης και να μη δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα
- τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να προκαλούν συχνές κενώσεις. Η μύρα μπορεί να ενεργήσει σαν ηπακτικό και να δημιουργήσει αέρια

6. ενδυμασία

- μπορεί να φορεθεί ζώνη, πρέπει όμως να είναι μεγαλύτερου μεγέθους και να δέχεται και τον σάκο
- μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιό. Για τους άνδρες είναι προτιμότερο το μαγιό με σορτς ενώ για τις γυναίκες με φούστα

7. ταξίδια

- δεν αντενδείκνυται το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, φτάνει να έχει μαζί του το κουτί φροντίδας στομίου.

8. σπορ

- επιτρέπεται η συμμετοχή σε όλα τα σπορ. Προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν στη συμμετοχή σε σπορ επαφής, όπως το ποδόσφαιρο, μπάσκετ κλπ.

9. εγκυμοσύνη

- το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη
- είναι απαραίτητη η προσεκτική ιατρική παρακολούθηση.
- Το μέγεθος του στομίου αλλάζει μέγεθος καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και μαζί με τη μεταβολή στο σχήμα της

κοιλίας, μπορεί να απαιτήσει προσαρμογή στο χρησιμοποιημένο υλικό για το στόμιο.

10. ύπνος

- οποιαδήποτε θέση μπορεί να παρθεί κατά τον ύπνο.

11. απόφραξη

- ο ασθενής ενημερώνεται για να γνωρίζει τα σημεία απόφραξης και τα συμπτώματα. Πληροφορεί το γιατρό του αν είναι απαραίτητο.

Μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, ο ασθενείς με μόνιμη κολοστομία, πρέπει να επισκέπτεται περιοδικά το θεράποντα ιατρό. Πολλές φορές επιβάλλεται η κατά διαστήματα διαστολή του στομίου με δάχτυλο προς αποφυγή συσφίξεως του. (Σαχίνη-Καρδάση Α.- Πάνου Μ. 1997)

Φροντίδα ατόμων με κολοστομία και αποκατάσταση

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας stoma therapist.

Το βασικότερο πρόβλημα των ανθρώπων με κολοστομία είναι η δύσκολη παραδοχή από τον άρρωστο της νέας πραγματικότητας που καταργεί προσωρινά ή μόνιμα τη φυσιολογική οδό αφόδευσης και δημιουργεί μια «παρά φύση έδρα».

Αυτή η μορφή ακρωτηριασμού, η δημιουργία ενός τεχνητού πρωκτού στο εμπρόσθιο μέρος της κοιλίας, η κατάργηση του φυσικού πρωκτού και η απώλεια του ελέγχου αφόδευσης δεν αποτελούν σωματικό μόνο τραύμα. Οι ψυχικές επιπτώσεις αυτής της επέμβασης είναι δυνατό να ακολουθούν τον ασθενή σε όλη την διάρκεια της ζωής του.

Η σωστή προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση παίζει βασικό ρόλο στην όλη πορεία του ασθενούς και στην προσαρμογή του στην καινούρια κατάσταση.

Η προετοιμασία συνίσταται σε απλές συμβουλές και ενημέρωση για την κατάσταση του από το γιατρό και το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Η stoma therapist θα ασχοληθεί με τη μετεγχειρητική φροντίδα αυτών των αρρώστων. Stoma therapist είναι η εξειδικευμένη νοσηλεύτρια που πρέπει να είναι καλός γνώστης της ψυχολογίας αυτών των ατόμων και καλός γνώστης των πρακτικών προβλημάτων.

Μετά από την εγχείρηση οι περισσότεροι ασθενείς εκφράζουν σχεδόν ολοκληρωτικά, ένα μόνο συναίσθημα, το φόβο. Στην αρχή ο φόβος αυτός συνοψίζεται σε πρακτικά προβλήματα, όπως οι οσμές, οι θόρυβοι και οι διαρροές. Αυτά είναι συνήθως πραγματικά προβλήματα και οφείλονται στο γεγονός ότι ο ασθενής δεν έχει ακόμα προσαρμοστεί στην τεχνική πλευρά της νέας του κατάστασης. Με τη βοήθεια της stoma therapist τα προβλήματα αυτά αρχίζουν σταδιακά να εξαφανίζονται.

Παρά όμως την αντιμετώπιση πρακτικών προβλημάτων, το άγχος και τα άλλα προβλήματα συνεχίζονται. Η αλλαγή την οποία υφίσταται η εικόνα του σώματος του νέου οσταρικού είναι έντονη και εμφανής στον ίδιο. Ο ασθενής αισθάνεται ακρωτηριασμένος. Το τραύμα που έχει υποστεί τον κάνει να αντιλαμβάνεται το σώμα του ως κάτι που έχει πληγωθεί και είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο. Το νέο άνοιγμα στο εμπρόσθιο μέρος του σώματος είναι εύκολα παρατηρητέο τόσο από τον ίδιο όσο και από τους γύρω του. Η άμεση περιποίηση της κολοστομίας έχει σημασία

γιατί οι πρώτες εντυπώσεις που θα δημιουργηθούν στον άρρωστο, δεν πρέπει να είναι τραυματικές.

Κύριο ρόλο θα παίξει η συμβολή της stoma therapist η οποία θα πρέπει να διδάξει στον άρρωστο την φροντίδα της κολοστομίας και να τον πειραματίσει στην τεχνική της μια και στη συνέχεια θα αναλάβει ο ίδιος την εξυπηρέτηση του.

Κατά την ώρα της αλλαγής, ο ασθενής πρέπει να είναι μόνος του με τη stoma therapist μακριά από τα βλέμματα του περιβάλλοντος. Ο άρρωστος διδάσκεται να περιποιείται το δέρμα σωστά και να αλλάζει το σάκο. Με την αφαίρεση του σάκου το δέρμα καθαρίζεται με ουδέτερο σαπούνι και νερό. Το στεγνώνει καλά και κολλάει το σάκο, ο οποίος πρέπει να έχει μετρηθεί και να μην αφήνει ελεύθερο δέρμα μέσα στο σάκο και το ερεθίζει. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγουμε την δερματίτιδα. Ευτυχώς, σήμερα υπάρχουν όλα τα μέσα που βοηθούν ώστε να ξεπεραστούν τα προβλήματα τους. Η τελευταία μέθοδος που προκάλεσε αληθινή επανάσταση, είναι η πλύση του εντέρου με το irrigation set, το οποίο κατά κάποιο τρόπο ελέγχει και αναγκάζει το έντερο να εκκενωθεί μόνο μια φορά την ημέρα και μετά χρησιμοποιείται το stoma cup.

Ο άρρωστος αφοδεύει καθημερινά σε ώρα που καθορίζει ο ίδιος και μπορεί άνετα να επιδοθεί σε όλες τις δραστηριότητες και να απολαύσει όλες τις χαρές της ζωής. Έχει ολοκληρωμένη τη μετεγχειρητική του αποκατάσταση και αποδίδεται σαν χρήσιμο και ενεργό μέλος του κοινωνικού συνόλου.

Μεταφέρονται τα συναισθήματα και οι κρίσεις των αρρώστων που ευεργετήθηκαν από την εφαρμογή αυτής της αντιμετώπισης της κολοστομίας.

1. Ομαλή συζυγική συμβίωση.
2. Επαγγελματική αποκατάσταση.
3. Ανεμπόδιστη κοινωνική συναναστροφή.
4. Ψυχική υγεία.
5. Διαιτητική ελευθερία.
6. Ελεύθερη επιλογή ενδυμάτων.

Το πρώτο βήμα για τον προγραμματισμό σωστής μακροπρόθεσμης νοσηλευτικής φροντίδας είναι η αξιολόγηση. Το να αξιολογηθεί η ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο άρρωστος για να διαπιστωθεί η στάση του απέναντι στην στομία και οι λόγοι που τον κάνουν να αρνηθεί ή να αποδεχτεί αυτή την κατάσταση είναι βασικό στοιχείο.

Ο ασθενής διακατέχεται από άγχος και βιώνει έντονα το αίσθημα της αναπηρίας. Οι ψυχοτραυματικές επιβαρύνσεις, σαν αποτέλεσμα της στομίας, τον κάνουν να νοιώθει αδύναμος να αντιμετωπίσει πολλά πρακτικά θέματα της ζωής. Οι επιβαρύνσεις αυτές εξελίσσονται και διαφοροποιούνται σε σχέση με πολλούς παράγοντες, όπως το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου, οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, το κοινωνικό και το επαγγελματικό περιβάλλον και πάνω από όλα η διαμόρφωση της προσωπικότητας του ίδιου του ασθενή.

Τα σοβαρά προβλήματα καθαριότητας, σεξουαλικής συμπεριφοράς, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας που δημιουργούνται από την στομία, πρέπει να αντιμετωπιστούν με ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, την παροχή γνώσεων για την αυτοεξυπηρέτηση του, την εξοικείωση του αρρώστου με την νέα πραγματικότητα και την προσαρμογή σε ένα νέο τρόπο ζωής.

Για να αντιληφθούμε καλύτερα τη συμβολή της νοσηλεύτριας stoma-therapist στην αποκατάσταση του αρρώστου με κολοστομία, θα πρέπει να κατανοήσουμε την έννοια της λέξης «αποκατάσταση».

Αποκατάσταση, είναι η επαναφορά ενός ατόμου στο σύνολό του μετά από μια ασθένεια, σε μία κατάσταση που να προσεγγίζει κατά το δυνατό την προηγούμενη φυσιολογική του κατάσταση. Είναι βασικό να κατανοήσουμε ότι η αποκατάσταση ενός αρρώστου με μια οποιαδήποτε αναπηρία και ειδικά με κολοστομία, αρχίζει από το διάστημα που εισέρχεται στο νοσοκομείο.

Ο στόχος είναι η αποκατάσταση του ασθενούς μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο και η επανένταξη του στην κοινωνία με όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ας κάνουμε μια ειλικρινή προσπάθεια να πλησιάσουμε περισσότερο τον άρρωστο με καρκίνο. Να σταθούμε κοντά του, να τον ακούσουμε, να τον βοηθήσουμε. Η ενθάρρυνση και η μετάγχιση ελπίδας θα περιορίσει την απαισιοδοξία και απογοήτευση του ασθενούς.(Ιακωβίδου Δ. 1991)



ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί ιατρονοσηλευτικό και συγχρόνως κοινωνικό-οικονομικό πρόβλημα.

Η προαγωγή υγείας, η πρόληψη της νόσου, η φροντίδα υγείας στην αρρώστια, η αποκατάσταση και η συνεχιζόμενη φροντίδα σε όλο τον κύκλο ζωής, αποτελούν πρόκληση για όλους τους νοσηλευτές εφόσον το θέμα του καρκίνου καλύπτει το φάσμα αυτό. Παρέχεται η μοναδική ευκαιρία στους νοσηλευτές ώστε συνεργαζόμενοι και σχεδιάζοντας μαζί με τους αρρώστους και τις οικογένειές τους να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής αυτών που υπηρετούν. Η γνώση είναι δύναμη και δίνει το κύρος σ' αυτούς που την κατέχουν να την διαθέτουν για το καλό των συνανθρώπων τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μηνά Κ. Παπακρύλλου, εγχειρίδιο περιγραφικής ανατομικής του ανθρώπου, Κοζάνη Ιούλιος 1982.
2. Sobotta, Άτλας ανατομικής του ανθρώπινου σώματος, 2^η Ελληνική έκδοση.
3. Ι. Αγοραστός, διαγνωστική προσέγγιση νοσημάτων παχέος εντέρου.
4. Αθανάτου Ε. «παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική», Αθήνα 2004.
5. Ιακωβίδου Δ. «φροντίδα αρρώστων με κολοστομία και αποκατάσταση. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας Stoma therapist», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, 1991.
6. Σαχίνη-Καρδάση Α.- Πάνου Μ. «παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική», 1997.
7. Ν. Καλαχάνης, «παχύ έντερο», Λίτσας, Αθήνα 1990.
8. Ν. Ευγενίδης, «νεοπλάσματα του παχέος εντέρου», εσωτερική παθολογία.
9. Ν. Νάτσικας «παθήσεις παχέος εντέρου και ορθού», Γενική Χειρουργική ΙΙΙ.
10. Γ. Παπαδημητρίου «χειρουργικές παθήσεις του παχέος εντέρου», Γενική Χειρουργική ΙΙ.
11. Α. Σούπαρης «φλεγμονώδεις παθήσεις», Θεσ/νίκη 1998-2000
12. Φούντζηλας Γ. «καρκίνος του κόλου ορθού»- θέματα παθολογίας ογκολογίας, 1988.

13. Καραγιάννης Ι. «ενδοαυλική υπερηχογραφία για την εκτίμηση της διηθήσεως του καρκίνου του ορθού», Ελληνική Ογκολογική Εταιρεία, 1991.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

14. Sambalis. gr/ παχέος εντέρου.html
15. www. Geocities.com/nosileytiki/καρκίνος.html
16. Salicylates trigger protein synthesis inhibition in a protein,
Απρίλιος, 2007.