



**Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ
ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ»**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΒΑΝΔΩΡΟΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΑ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	7
ΑΝΑΤΟΜΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	7
1.1 Το παχύ έντερο	7
1.2 Επιδημιολογία	7
1.3 Αιτιολογικοί παράγοντες	9
1.4 Σταδιοποίηση νόσου	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	19
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	19
2.1 Διαγνωστικές εξετάσεις	19
2.2 Εργαστηριακά ευρήματα	24
2.3 Ειδικές εξετάσεις.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	29
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	29
3.1 Χειρουργική θεραπεία	29
3.2 Κολοστομία.....	30
3.3 Μετεγχειρητική χημειοθεραπεία.....	32
3.4 Ακτινοθεραπεία.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	34
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	34
4.1 Πρωτογενής πρόληψη.....	34
4.2 Δευτερογενής πρόληψη.....	35
4.3 Ομάδες που πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο	36
4.3.1 Ομάδες μέσου κινδύνου	36
4.3.2 Ομάδες υψηλού κινδύνου	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	38
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	38
5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική θεραπεία.....	38
5.2 Συμβολή νοσηλευτών.....	39

5.3 Ογκολογία και νοσηλεύτης.....	40
5.4 Νοσηλεύτης ογκολογικών ασθενών.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	46
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	46
6.1 Περιστατικό 1.....	46
6.2 Περιστατικό 2.....	57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	67

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται το ρόλο του νοσηλευτή στον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ανατομία- φυσιολογία του παχέος εντέρου και η φυσιολογία του καρκίνου παχέος εντέρου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι διαγνωστικές εξετάσεις, τα εργαστηριακά ευρήματα και οι ειδικές εξετάσεις της νόσου.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η θεραπεία του καρκίνου παχέος εντέρου που χωρίζεται σε χειρουργική θεραπεία, η κολοστομία, η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου η οποία χωρίζεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τέλος παρουσιάζονται οι ομάδες κινδύνου.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζεται η νοσηλευτική διεργασία σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου.

ABSTRACT

This project deals with the role of the nurse in colon cancer.

In the first chapter the anatomy- physiology of the colon intestine and physiology of the colon cancer.

The second chapter presents the diagnostic tests, laboratory findings and special examinations of the disease.

In the third chapter the treatment of colon cancer is divided into surgical treatment, colostomy, postoperative chemotherapy and radiotherapy.

In the fourth chapter the prevention of colon cancer, which is divided into primary, secondary and finally presents the risk groups.

The fifth chapter presents the role of the nurse in the treatment of colorectal cancer and the sixth and last chapter presents the nursing process in patients with colorectal cancer.

ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΑ

ΚΠΕ-Ο: καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού

CEA: carcinoembryonic antigen- καρκινοεμβρυικό αντιγόνο

SEER: Surveillance, Epidemiology, and End Results

FAP: Familial adenomatous polyposis

TNM :Tumor, Nodes, Metastasis

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

1.1 Το παχύ έντερο

Τα έντερα είναι το τελικό μέρος του πεπτικού συστήματος και διαχωρίζονται στο λεπτό και στο παχύ έντερο. Το παχύ έντερο αποτελείται από το κόλον και το απευθυσμένο. Μετά από την κατάποση της τροφής, αυτή περνά διαμέσου του οισοφάγου και πηγαίνει στο στομάχι για να γίνει η χώνευση και ακολούθως πηγαίνει στο λεπτό έντερο για να γίνει η απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών. Το υπόλοιπο μέρος της τροφής εισέρχεται στο παχύ έντερο όπου γίνεται η απορρόφηση των υγρών από το κώλον ενώ τα υπολείμματα προχωρούν στο απευθυσμένο για να αποβληθούν από τον πρωκτό με τις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου. Συνήθως ο καρκίνος στα έντερα αναπτύσσεται στην περιοχή του παχέος εντέρου¹.

1.2 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού (ΚΠΕ-Ο) είναι μια συχνή και θανατηφόρα ασθένεια αν δεν υπάρξει θεραπεία. Εκτιμάται ότι περίπου 132.700 νέες περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες, 93.090 περιπτώσεις παχέος εντέρου και 39,610 καρκίνου του ορθού. Περίπου 49.700 Αμερικανοί αναμένεται να πεθάνουν από καρκίνο του παχέος εντέρου κάθε χρόνο (8% των θανάτων από καρκίνο). Αν και η θνησιμότητα CRC έχει μειωθεί σταδιακά από το 1990 σε ποσοστό περίπου 3% ετησίως, τα τελευταία 15 χρόνια εξακολουθεί να παραμένει η τρίτη πιο κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η επίπτωση του ΚΠΕ-Ο όμως στις περισσότερες δυτικές χώρες είναι όμως σταθερή ή αυξάνεται ελαφρώς κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Αντίθετα, τα ποσοστά αυξήθηκαν ραγδαία σε πολλές περιοχές και σε κράτη που ιστορικά είχαν χαμηλό κίνδυνο, συμπεριλαμβανομένης της

Ισπανίας, όπως και σε πολλές χώρες στην Ανατολική Ασία και την Ανατολική Ευρώπη².

Η νόσος είναι σπάνια πριν την ηλικία των 40 ετών, η επίπτωσή της προοδευτικά αυξάνεται μεταξύ 40 και 50 ετών, γίνεται δε πολύ μεγαλύτερη για κάθε δεκαετία στη συνέχεια. Η νόσος παρουσιάζεται με αυξημένη επίπτωση στους άνδρες (αναλογία ανδρών/ γυναικών για καρκίνο παχέος εντέρου 1,2:1 και αναλογία ανδρών/γυναικών για καρκίνο ορθού 1,8:1). Ο μέσος κίνδυνος εμφάνισης ΚΠΕ-Ο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου είναι 5%, με το 90% των περιπτώσεων να εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών³.

Πιο πρόσφατα δεδομένα από τη βάση δεδομένων SEER των ΗΠΑ αλλά και αρχεία νεοπλασιών από χώρες τις ΕΕ δείχνουν ότι ο ΚΠΕ-Ο και ειδικά αυτός του ορθού ιδιαίτερα αυξάνεται στις κάτω από τα 50 ηλικίες, ενώ αυτοί μειώνονται σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Επίσης υπάρχει μια αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης ορθοκολικού καρκίνου, ακόμη και στους νεαρούς ενηλίκους 20 έως 39 ετών, αν και η απόλυτη συχνότητα στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα παραμένει πολύ χαμηλότερη από ό, τι για ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω⁴.

Αξιοσημείωτη είναι η παρατήρηση ότι από το 1998 και εντεύθεν, τόσο στις ΗΠΑ όσο και διεθνώς, καταγράφεται μια σταδιακή αύξηση του καρκίνου του εγγύς παχέος εντέρου (κεντρικότερα από τη σπληνική καμπή και ιδιαίτερα στο τυφλό), ο οποίος πλέον αποτελεί το 55% του συνόλου των περιπτώσεων. Η αλλαγή αυτή στην ανατομική κατανομή του ΚΠΕ-Ο μπορεί εν μέρει να αποδοθεί στη βελτίωση των μεθόδων διάγνωσης, αλλά μπορεί να αντανακλά και σε μια πραγματική αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του ανιόντος κόλου και του τυφλού⁴.

Η κολοноσκόπηση είναι πιο αποτελεσματική στην πρόληψη του καρκίνου του αριστερού και θα μπορούσε να είναι μια αιτία αυτής της αλλαγής. Είναι πιθανό ότι μέρος της αποτελεσματικότητας αυτής οφείλεται σε πτυχές της ποιότητας που σχετίζονται με την κολοноσκόπηση (κακή προετοιμασία του δεξιού κόλου, ελλιπής κολοноσκόπηση, ανατομικά ιδιαιτερότητες του δεξιού κόλου που θέτουν σε κίνδυνο την ορατότητα) αλλά και η βιολογία μπορεί να διαφέρει μεταξύ ΚΠΕ του δεξιού και του αριστερού παχέος εντέρου. Για παράδειγμα, οι οδοντωτοί πολύποδες (οδοντωτά αδενώματα, serrated adenomas) που είναι και το δυσκολότερο να τους δούμε ενδοσκοπικά μια και

είναι επίπεδοι, και που χαρακτηριστικά φέρουν μεταλλάξεις BRAF V600E και δίνουν ΚΠΕ-Ο με μικροδορυφορική αστάθεια (microsatellite instability), είναι πιο συχνοί στο δεξιό κόλον⁴.

Παρά το γεγονός ότι όλα αυτά τα θέματα μπορεί να συμβάλουν σε μια στροφή προς τον καρκίνο του δεξιού κόλου, φαίνεται να είναι υπάρχει μια πραγματική αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του δεξιού κόλου (κυρίως ανιόν και τυφλό).

Με βάση την υπόθεση αυτή μπορεί να εξηγηθεί και η παρατήρηση ότι, τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης έχουν αυξηθεί σημαντικά για τον καρκίνο του αριστερού, αλλά όχι και για τον καρκίνο του δεξιού κόλου¹.

Γεωγραφικές διαφορές καταγράφονται παγκοσμίως και ως προς τη συνολική επιβίωση από τη νόσο, με το μεγαλύτερο ποσοστό 5ετούς επιβίωσης να καταγράφεται στις ΗΠΑ (61%) και το μικρότερο στην Κίνα (32%). Η βελτίωση αυτή του προσδόκιμου επιβίωσης στο Δυτικό κόσμο μπορεί να αποδοθεί στην ευρεία εφαρμογή στο γενικό πληθυσμό τεχνικών έγκαιρης διάγνωσης της νόσου σε πολύ πρώιμο ή ακόμη και ασυμπτωματικό στάδιο ή/και στη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των συμπληρωματικών θεραπειών, με την ανακάλυψη και κλινική εφαρμογή δραστικότερων χημειοθεραπευτικών σχημάτων².

Ο ΚΠΕ-Ο συνήθως διαγιγνώσκεται μετά την έναρξη των συμπτωμάτων η λόγω λανθάνουσας αιμορραγίας στην πλειονότητα των ασθενών. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος . (Screening of asymptomatic individuals) για ΚΠΕ-Ο είναι πάρα πολύ σημαντικός (βλέπε εδώ η εδώ) και όλες οι πολιτισμένες πολιτείες έχουν τέτοια προγράμματα αλλά στην Ελλάδα το ΕΣΥ δεν ενδιαφέρεται για τέτοιες πρακτικές (πολλά τα αίτια) και έτσι η διαλογή των ασυμπτωματικών ασθενών επαφίεται στους γιατρούς και τους ασθενείς. Πρέπει όμως να πούμε ότι σε όλο τον δυτικό κόσμο, ενώ βελτιώνεται σταθερά η συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες γραμμές του προσυμπτωματικού ελέγχου, αυτή είναι ακόμη σχετικά χαμηλή⁵.

1.3 Αιτιολογικοί παράγοντες

Ο ΚΠΕ-Ο αποτελεί κατ' εξοχήν σποραδική νόσο (60-85% των περιπτώσεων), η οικογενής εμφάνιση παρατηρείται στο 10-30% των

περιπτώσεων, ενώ τα διάφορα γενετικά σύνδρομα ενοχοποιούνται για λιγότερο από το 5% του συνόλου των περιπτώσεων. Η παγκόσμια Ιατρική κοινότητα παρακολουθεί όλους αυτούς τους παράγοντες αλλά και άλλους και συνεχώς προκύπτουν νέα δεδομένα⁴.

Αποδεδειγμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες - παράγοντες κινδύνου

Είναι οι παράγοντες που παρέχουν ένα επαρκώς υψηλό κίνδυνο ικανό να αλλάξει τις συστάσεις διαλογής για προσυμπτωματικό έλεγχο ΚΠΕ-Ο ανήκουν:

Η ηλικία

Για την σημασία της ηλικίας στον (ΚΠΕ)-Ο μόνο οι εικόνες πιο πάνω νομίζω ότι είναι αρκετές⁴.

Κληρονομικά σύνδρομα ΚΠΕ-Ο:

Υπάρχουν μερικές ειδικές γενετικές διαταραχές, οι περισσότερες των οποίων κληρονομούνται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα και συνδέονται με πολύ υψηλό κίνδυνο για ΚΠΕ-Ο, όμως αποτελούν λιγότερο από το 5% των περιπτώσεων κολορθικού καρκίνου και αυτές είναι:

Η οικογενής πολυποδίαση (Familial adenomatous polyposis (FAP))

Η Familial adenomatous polyposis (FAP) και οι παραλλαγές της (Gardner's syndrome, Turcot's syndrome, και attenuated familial adenomatous polyposis) εξετάζονται μαζί και ενοχοποιούνται για λιγότερο του 1% του συνόλου των περιπτώσεων. Στο τυπική FAP, πολυάριθμα αδενώματα του παχέος εντέρου εμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία. Τα συμπτώματα εμφανίζονται σε στην ηλικία των 16 ετών και καρκίνος παχέος εντέρου εμφανίζεται σε > 90% των ασθενών, περίπου στην ηλικία των 45. Η έκφραση του γονιδίου οδηγεί στη διάχυτη εμφάνιση πολλαπλών αδενωματοδών πολυπόδων (> 100) παχέος εντέρου⁶.

Ασθενείς με οικογενή πολυποδίαση μπορεί να αναπτύξουν πλήθος καλοηθών και κακοηθών εξω-κολονικών εκδηλώσεων. Ιδιαίτερη σημασία έχουν η ανάπτυξη ηπατοβλαστώματος και καρκίνου του δωδεκαδακτύλου και της περιοχής του φύματος του Vater. Σπανιότερες μορφές καρκίνου σχετιζόμενες με FAP αποτελούν ο καρκίνος του παγκρέατος, των εξηπατικών χοληφόρων, του θυρεοειδούς αδένος και του ΚΝΣ.

Μια εξασθενημένη μορφή της FAP (AFAP), έχει υψηλό κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου (αν και το μέγεθος του κινδύνου δεν είναι τόσο καλά προσδιορισμένο), αλλά χαρακτηρίζεται από λιγότερα αδενώματα και η μέση ηλικία διάγνωσης του καρκίνου είναι τα 54 έτη. Η FAP προκαλείται από βλαστικές μεταλλάξεις βλαστική στο γονίδιο APC (adenomatous polyposis coli) που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 5. Το ίδιο γονίδιο εμπλέκεται στην AFAP, αλλά οι περιοχές με τις μεταλλάξεις του γονιδίου APC είναι διαφορετικές⁷.

MUTYH-associated polyposis (MAP)

Η MAP είναι ένα σύνδρομο, που μεταβιβάζεται με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα και οφείλεται σε διαλληλόμορφες βλαστικές μεταλλάξεις στο γονίδιο διόρθωσης εκτομής βάσεων στο ομόλογο mutY (MUTYH), με συνέπεια το γονίδιο APC αποκτά εύκολα σωματικές μεταλλάξεις. Συνήθως το σύνδρομο παρουσιάζεται με λιγότερα από 500 αδενώματα στο παχύ έντερο. Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών δείχνουν ότι η βλαστικές μεταλλάξεις στο γονίδιο MUTYH μπορεί να ευθύνεται για ένα σημαντικό μέρος των οικογενών ΚΠΕ-Ο που εμφανίζονται χωρίς να προϋπάρχει ένα κυρίαρχο κληρονομικό οικογενές σύνδρομο, και ότι ένας σημαντικός αριθμός των διαλληλόμορφων φορέων μπορεί να παρουσιάζουν καρκίνο χωρίς συνδέονται με πολυποδίαση, καθιστώντας τον φαινότυπο πολύ δύσκολο να εντοπιστεί. Νέα γονίδια πολυποδίασης (POLE και POLD1, και NTHL-associated polyposis [NAP]) είναι τώρα μέρος της επόμενης γενιάς μελετών στον κληρονομικό ΚΠΕ-Ο⁴.

Ο κληρονομικός μη πολυποειδικός ΚΠΕ-Ο. Lynch syndrome (hereditary nonpolyposis colorectal cancer).

Το σύνδρομο Lynch είναι ένα αυτοσωματικό κυρίαρχο σύνδρομο που είναι πιο συχνό από την FAP και αντιπροσωπεύει περίπου το 3% όλων των

αδενοκαρκινωμάτων του παχέος εντέρου. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από: νεαρή ηλικία εμφάνισης, νεοπλασματικές αλλοιώσεις και μικροδορυφορική αστάθεια (MSI).

Εναλλακτικά μπορεί κάποιος να χρησιμοποιήσει τα κριτήρια της Bethesda. Το 1997, το National Cancer Institute, USA δημοσίευσε μια σειρά συστάσεων που ονομάζονται κατευθυντήριες γραμμές της Bethesda για την αναγνώριση των ατόμων που πρέπει να κάνουν γενετικές εξετάσεις (genetic counselling or testing) για σύνδρομο Lynch που σχετίζονται με ΚΠΕ-Ο. Το NCI αναθεώρησε τα κριτήρια αυτά το 2004⁵.

Οι Revised Bethesda guidelines

Η κατευθυντήριες γραμμές Bethesda έχουν στόχο να βοηθήσουν να εντοπισθούν ασθενείς με μικροδορυφορική αστάθεια (microsatellite instability, MSI) αναγκαία για να αξιολογήσει κανείς αυτούς τους ασθενείς ως έχοντες σύνδρομο Lynch (HNPCC). Όγκοι από τέτοιους ασθενείς άτομα πρέπει να εξεταστούν για MSI στις ακόλουθες περιπτώσεις:

ΚΠΕ-Ο σε έναν ασθενή ο οποίος είναι < 50 έτη

Παρουσία σύγχρονου, η μετάχρονου ΚΠΕ-Ο ή άλλων όγκων που σχετίζονται με HNPCC*1, ανεξάρτητα από την ηλικία

ΚΠΕ-Ο με MSI-υψηλής ιστολογίας \pm 2 που έχει διαγνωστεί σε ασθενή που είναι κάτω των 60 ετών

ΚΠΕ-Ο που έχει διαγνωστεί σε έναν ή περισσότερους συγγενείς 1ου με ένα όγκο που σχετίζονται με HNPCC*3, με έναν από τους καρκίνους να διαγιγνώσκεται κάτω από την ηλικία των 50 ετών

ΚΠΕ-Ο που έχει διαγνωστεί σε δύο ή περισσότερους 1ου ή 2ου βαθμού συγγενείς με όγκους που σχετίζονται με HNPCC*, ανεξάρτητα από την ηλικία⁷.

1.4 Σταδιοποίηση νόσου

Η πρώτη αδρή σταδιοποίηση της νόσου γίνεται προεγχειρητικά βασιζόμενη στα αποτελέσματα των απεικονιστικών κυρίως μεθόδων, καθώς και διεγχειρητικά από τον χειρουργό. Το υπερηχογράφημα, η αξονική και η

μαγνητική τομογραφία, ενώ παρέχουν πληροφορίες μόνο σε ευμεγέθεις βλάβες του πεπτικού σωλήνα, είναι ανεκτίμητης αξίας στη μελέτη πιθανών απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η MRI δεν φαίνεται να προσφέρει αξιοσημείωτα πλεονεκτήματα στη διάγνωση και τη σταδιοποίηση συγκριτικά με τη CT και πιστεύεται ότι ο συνδυασμός CT και EUS αποτελεί πιθανώς την καλύτερη μέθοδο για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Το PET/CT, το σπινθηρογράφημα και η IVP παρέχουν επίσης πληροφορίες για την εξωεντερική επέκταση του όγκου⁸.

Η τελική σταδιοποίηση της νόσου γίνεται με την ιστολογική εξέταση ολόκληρου του εγχειρητικού παρασκευάσματος. Ο κλινικός και ιστολογικός συσχετισμός επιβεβαιώνει ότι η πρόγνωση εξαρτάται από το βάθος της διήθησης του εντερικού τοιχώματος κατά τον χρόνο της διάγνωσης. Η συμμετοχή λεμφαδένων συνοδεύεται από περαιτέρω επιδείνωση του ρυθμού επιβίωσης, ενώ η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων έχει την χειρότερη πρόγνωση⁶.

Τα δύο κύρια συστήματα σταδιοποίησης που χρησιμοποιούνται είναι οι τροποποιήσεις της ταξινόμησης κατά Dukes και η ταξινόμηση κατά TNM (Tumor, Nodes, Metastasis), όπως προτείνεται από την American Joint Committee on Cancer (AJCC) και την International Union Against Cancer. Η πρώτη ταξινόμηση προτάθηκε αρχικά από τον Dukes για τον καρκίνο του ορθού (1937), αποδείχθηκε όμως εξίσου ικανοποιητική και για τον καρκίνο του κόλου. Κατά καιρούς προτάθηκαν διάφορες τροποποιήσεις της αρχικής ταξινόμησης κατά Dukes, επειδή όμως εμφανίστηκε σύγχυση μεταξύ των χειρουργών, προτάθηκε από πολλούς η εφαρμογή της ταξινόμησης σύμφωνα με το σύστημα TNM⁹.

Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά TNM ισχύουν τα εξής:

- Tx: αδυναμία προσδιορισμού ύπαρξης πρωτοπαθούς όγκου
- T0: απουσία αποδείξεων πρωτοπαθούς όγκου
- Tis: καρκίνωμα in situ (αποκλειστικά στον βλεννογόνο)
- T1: επέκταση της διήθησης έως τον υποβλεννογόνο χιτώνα

- T2: επέκταση της διήθησης έως τον μυϊκό χιτώνα
- T3: επέκταση της διήθησης έως τον ορογόνο ή όπου δεν υπάρχει ορογόνος επέκταση προς τους περικολικούς ή περιορθικούς ιστούς
- T4: ο όγκος διηθεί κατ' επέκταση άλλα όργανα ή διηθεί το σπλαχνικό περιτόναιο
- Nx: δεν μπορούν να προσδιορισθούν επιχώριοι λεμφαδένες
- N0: δεν υπάρχει μετάσταση σε επιχώριους λεμφαδένες
- N1: μετάσταση σε 1-3 επιχώριους λεμφαδένες
- N2: μετάσταση σε 4 ή περισσότερους επιχώριους λεμφαδένες
- Mx: δεν μπορούν να προσδιορισθούν απομακρυσμένες μεταστάσεις
- M0: δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις
- M1: υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις

Η σταδιοποίηση το καρκίνου του παχέος εντέρου κατά TNM περιγράφεται στον παρακάτω πίνακα:

ΣΤΑΔΙΟ 0	Tis,No,Mo
ΣΤΑΔΙΟ I	T1,No,Mo ή T2, No,Mo
ΣΤΑΔΙΟ IIA	T3,No,Mo
ΣΤΑΔΙΟ IIB	T4,No,Mo
ΣΤΑΔΙΟ IIIA	T1,N1,Mo ή T2,N1,Mo
ΣΤΑΔΙΟ IIIB	T3,N1,Mo ή T4,N1,Mo

ΣΤΑΔΙΟ III C	Οποιοδήποτε T ,N2,M0
ΣΤΑΔΙΟIV	Οποιοδήποτε T, οποιοδήποτε N ,M1

Μια άλλη ταξινόμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου καθώς και τροποποιήσεις αυτής (MAC), που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι αυτή κατά Astler-Coller. Αντιστοιχία μεταξύ των ταξινομήσεων κατά TNM, Dukes, MAC και Astler-Coller, καθώς και τα ποσοστά 5-ετούς επιβίωσης των ασθενών, ανάλογα με το στάδιο, παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα⁸.

TNM	Όγκος	Λεμφαδέν ες	Απομ · Μετ/σεις	Duk es – MAC	Astler-Coller	5-ετης επιβίωση (%)
ΣΤΑΔΙ Ο 0	Tis	N0	M0	-	Περιορισμένος στον βλεννογόνο	100
ΣΤΑΔΙ Ο I	T1	N0	M0	Duk es A, MAC A	Επεκτεινόμενο ς στον υποβλεννογόνο	100
	T2	N0	M0	Duk es A, MAC B1	Επεκτεινόμενο ς στον μυϊκό χιτώνα	93,2
ΣΤΑΔΙ Ο IIA	T3	N0	M0	Duk es B, MAC B2	Επεκτεινόμενο ς διαμέσου του μυϊκού χιτώνα	84,7
ΣΤΑΔΙ Ο IIB	T4	N0	M0	Duk es B, MAC B3		72,2
ΣΤΑΔΙ Ο IIIA	T1-T2	N1	M0	Duk es C, MAC	Περιορισμένος στο τοίχωμα του εντέρου με επιχώριους	83,4

				C1	λεμφαδένες	
ΣΤΑΔΙ Ο ΙΙΒ	T3-T4	N1	M0	Dukes C, MAC C2-C3	Επέκταση διαμέσου του τοιχώματος του εντέρου με επιχώριους λεμφαδένες	64,1
ΣΤΑΔΙ Ο ΙΙC	Οποιο/ τε T	N2	M0	Dukes C, MAC C1- C2- C3		44,3
ΣΤΑΔΙ ΟΙV	Οποιο/ τε T	Οποιοδήπ οτε N	M1	-, MAC D	Απομακρυσμέ νες μεταστάσεις	8,1

Σε αντίθεση με τα άλλα συστήματα σταδιοποίησης του καρκίνου του παχέος εντέρου το TNM πλεονεκτεί στο ότι ενημερώνεται συνεχώς με σύγχρονα δεδομένα, έχει διεπιστημονικό σχεδιασμό, επιτρέπει την ενσωμάτωση όλων των τεχνολογικών προσεγγίσεων και τέλος έχει ένα περιεκτικό σύνολο κανόνων που εξασφαλίζουν την ομοιόμορφη χρήση⁸.

Η πρόγνωση της νόσου διαφοροποιείται από την παρουσία υπολειπόμενου όγκου μετά την αρχική χειρουργική εξαίρεση. Η μετεγχειρητική υπολειπόμενη νόσος που αντανακλά την αποτελεσματικότητα της αρχικής θεραπείας περιγράφεται από την ταξινόμηση «R».

RX	Δεν μπορεί να εκτιμηθεί η παρουσία υπολειπόμενης νόσου
----	--

R0	Μη υπολειπόμενη νόσος
R1	Μικροσκοπικά
R2	Μακροσκοπικά υπολειπόμενη νόσος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

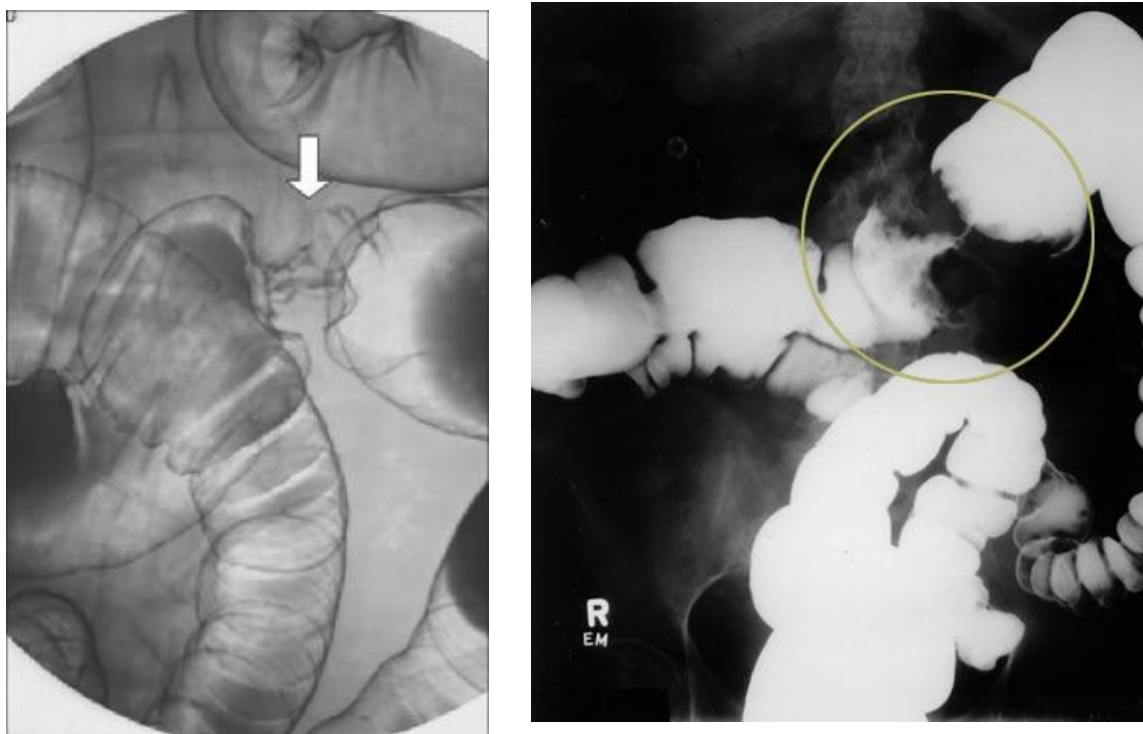
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

2.1 Διαγνωστικές εξετάσεις

Σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου η κλινική εξέταση της κοιλιάς μπορεί να αναδείξει την ύπαρξη ψηλαφητής μάζας και πιθανόν ένα κεντρικά διατεταμένο τμήμα εντέρου, λόγω απόφραξης από τον όγκο, ηπατομεγαλία, ασκίτη ή επισκοπικά διατεταμένες φλέβες στο κοιλιακό τοίχωμα σε περίπτωση απόφραξης της πυλαίας φλέβας. Η επισκόπηση επίσης του ασθενούς δίνει πληροφορίες για την κατάσταση θρέψης του και την χροιά των επιπεφυκώτων. Η κλινική εξέταση μπορεί ακόμη να αποκαλύψει ψηλαφητούς λεμφαδένες (βουβωνικούς ή αλλού), οι οποίοι πρέπει να διερευνηθούν. Δεν πρέπει να αγνοείται η αξία της δακτυλικής εξέτασης δεδομένου του ότι στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος του παχέος εντέρου αφορά όγκους προσιτούς στην εξέταση αυτή⁹.

Εάν, με βάση το ιστορικό και την συμπτωματολογία του ασθενούς τίθεται υποψία για καρκίνο παχέος εντέρου, τότε θα πρέπει να ακολουθήσει σχολαστικός έλεγχος του οργάνου βασιζόμενος σε παρακλινικές απεικονίσεις αυτού αλλά και των υπολοίπων οργάνων προκειμένου να καθοριστεί η έκταση της νόσου. Αρχικά επιβάλλεται ο ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα που μπορεί να αποκαλύψει πνευμονικές μεταστάσεις καθώς και της κοιλιάς που πιθανόν να αναδείξει εικόνα απόφραξης του εντερικού σωλήνα. Ακολουθεί ο βαριούχος υποκλυσμός διπλής σκιαγράφησης (Εικ. 1,2), ο οποίος μπορεί να απεικονίσει τον όγκο, ελέγχει όμως και το υπόλοιπο παχύ έντερο στις περιπτώσεις σύγχρονου καρκίνου ή συνυπάρχοντων πολυπόδων. Αρχικά λαμβάνεται το ανάγλυφο εκμαγείο του εντέρου και ακολούθως γίνεται διάταση αυτού με εμφύσηση αέρα με σκοπό την επίτευξη καλύτερης ακτινολογικής αντίθεσης. Λαμβάνονται πολλαπλές ακτινογραφίες σε διάφορες θέσεις προκειμένου να ελεγχθούν όλα τα τμήματα του εντέρου. Σε περίπτωση καρκίνου ανευρίσκεται ανώμαλο έλλειμμα πλήρωσης, στένωση του αυλού, απουσία περισταλτισμού στην περιοχή της βλάβης και ανωμαλία στο πρότυπο του βλεννογόνου. Η ευαισθησία της μεθόδου φθάνει το 50-80% για

πολύποδες μικρότερους του ενός εκατοστού, το 70-90% για πολύποδες μεγαλύτερους του ενός εκατοστού και το 55-85% για πρώιμο καρκίνο¹⁰.



Εικόνα 1,2. Ανάδειξη καρκίνου παχέος εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό.

Σε περίπτωση που με το βαριούχο υποκλυσμό βρεθεί ύποπτη αλλοίωση ή στην περίπτωση που δεν υπάρχουν ευρήματα αλλά η κλινική υποψία είναι ισχυρή εκτελείται κολονοσκόπηση. Η μέθοδος αυτή θεωρείται σήμερα ως η μέθοδος εκλογής για τον έλεγχο του παχέος λόγω της δυνατότητας που προσφέρει όχι μόνο να δίνει άριστη οπτική εικόνα του εσωτερικού του εντέρου αλλά και να καθιστά επιπλέον εφικτή την λήψη βιοψιών από τις συνευρισκόμενες βλάβες καθώς και την εκτέλεση θεραπευτικών επεμβάσεων, όπως αφαίρεση πολυπόδων και αιμόσταση. Η διαγνωστική αξία της μεθόδου φθάνει το 90%, αφού μπορεί να ανιχνεύσει

εξαιρετικά καλά βλάβες μικρότερες του ενός εκατοστού και επιφανειακές αλλοιώσεις του βλεννογόνου. Περιορισμός για την επιτυχή εκτέλεση της μεθόδου είναι η αδυναμία προώθησης του ενδοσκοπίου μέχρι το τυφλό που αγγίζει το 10-15%. Άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες είναι η κακή προετοιμασία του εντέρου, οι στενώσεις από μεγάλους όγκους καθώς και οι οξείες γωνιώσεις του εντέρου¹¹.



Εικόνες 3,4. Ενδοσκοπική εμφάνιση καρκίνου ανιόντος και τυφλού αντίστοιχα.

• Πρωκτοσκόπηση / σιγμοειδοσκόπηση

Αυτή η εξέταση εντάσσεται στις ενδοσκοπήσεις και συνήθως γίνεται από γαστρο-εντερολόγο είτε σε νοσοκομείο είτε σε ιδιωτική κλινική. Σκοπός της εξέτασης είναι ο εσωτερικός έλεγχος του πρωκτού ή και του σιγμοειδούς από όπου ο ιατρός έχει την δυνατότητα να πάρει κύτταρα για βιοψία από το σημείο όπου υπάρχει ένδειξη ή υπόνοια για καρκίνο. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν ενδείκνυται εισαγωγή σε νοσοκομείο ή κλινική, προηγείται όμως πάντοτε καλός καθαρισμός και προετοιμασία του εντέρου με ειδική διατροφή και ειδικά καθαρτικά φάρμακα. Οι οδηγίες για την προετοιμασία του εντέρου δίδονται συνήθως γραπτώς Αυτή η εξέταση είναι συνήθως ανώδυνη όχι όμως και πολύ άνετη για τον ασθενή¹².

- **Βαριούχος υποκλυσμός**

Αυτή η εξέταση γίνεται σε ακτινολογικό τμήμα είτε σε νοσοκομείο, είτε σε ιδιωτική κλινική για εντοπισμό τυχόν ανωμαλίας μέσα στο έντερο και αφού προηγουμένως χορηγηθεί με υποκλυσμό ειδική σκιαγραφική ουσία. Και για αυτή την εξέταση χρειάζεται προετοιμασία του εντέρου με ειδική διατροφή και καθαρτικά φάρμακα. Σχετικές οδηγίες δίδονται γραπτώς την ημέρα που θα δοθεί το ραντεβού για την εξέταση¹³.

- **Κολonosκόπηση**

Είναι η ενδοσκοπική εξέταση και ο έλεγχος ολόκληρου του παχέος εντέρου και διαρκεί περίπου μία ώρα. Γίνεται σε ενδοσκοπικό τμήμα σε νοσοκομείο ή σε ιδιωτική κλινική αφού προηγουμένως γίνει κατάλληλη προετοιμασία του εντέρου με ειδική διατροφή και καθαρτικά φάρμακα. Πριν από την εξέταση χορηγείται συνήθως ενδοφλέβια ηρεμιστικό φάρμακο. Αν κατά την διάρκεια της εξέτασης επισημανθούν τυχόν ανωμαλίες, τότε ο ιατρός θα πάρει μικρά δείγματα για κυτταρολογική εξέταση. Επίσης μπορεί να πάρει και εικόνες από διάφορα σημεία του εντέρου. Αυτή η εξέταση, όπως και οι προηγούμενες, είναι κάπως άβολη για τον ασθενή¹⁴.

- **Συμπληρωματικές εξετάσεις**

Ακόμη και μετά από την διάγνωση του καρκίνου, είναι σημαντικό να γίνουν κάποιες επιπρόσθετες εξετάσεις που θα βοηθήσουν τον ιατρό σας να προσδιορίσει το μέγεθος και την ακριβή θέση του όγκου, αλλά και για τον εντοπισμό πιθανών μεταστάσεων σε άλλα όργανα. Όλη αυτή η διαδικασία και ο έλεγχος λέγεται σταδιοποίηση και παίρνει λίγο χρόνο μέχρι να συμπληρωθεί.

Τα αποτελέσματα από την σταδιοποίηση θα βοηθήσουν τον ιατρό στο προγραμματισμό της θεραπείας. Αυτές οι εξετάσεις μπορεί να επαναληφθούν

τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας σας όσο και μετά και στοχεύουν στην παρακολούθηση και τον έλεγχο της πορείας και την πρόοδο της υγείας¹⁴.

- **Υπερηχογράφημα ήπατος και κοιλιάς**

Είναι τα κυριότερα όργανα που ελέγχονται στις περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου. Για σκοπούς καλής και σωστής απεικόνισης, 6 ώρες πριν την εξέταση επιβάλλεται να αποφύγετε την λήψη τροφής και υγρών. Συνήθως γίνεται σε νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική στο ακτινολογικό τμήμα. Ο ιατρός χρησιμοποιεί ένα ειδικό πομπό στη περιοχή της κοιλιάς ο οποίος μετατρέπει τα ηχητικά κύματα που παίρνει σε εικόνα με την βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή.

- **Αξονική Τομογραφία**

Η αξονική τομογραφία, είναι εξειδικευμένη ακτινογραφία η οποία απεικονίζει σε τρεις διαφορετικές τομές τα εσωτερικά όργανα του σώματος. Είναι ανώδυνη εξέταση και διαρκεί συνήθως από 10' – 20'. Στην αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται ελαφριά δόση ακτινοβολίας που δεν επηρεάζει ούτε εσάς αλλά ούτε και τους γύρω σας. Πριν από την εξέταση θα πρέπει να μείνετε χωρίς τροφή και υγρά για 4 ώρες¹⁴.

Για καλύτερη απεικόνιση των ευρημάτων θα χορηγηθεί σκιαγραφική ουσία υπό μορφή ροφήματος ή και ενδοφλέβια πριν από την εξέταση. Η ενδοφλέβια σκιαγραφική ουσία συνήθως σε ορισμένους ασθενείς προκαλεί ένα αίσθημα αύρας σ' όλο το σώμα. Όμως αν έχετε αλλεργία στο ιώδιο ή αν υποφέρετε από άσθμα θα πρέπει οπωσδήποτε να το αναφέρετε στη νοσηλεύτρια του τμήματος ή τον ακτινολόγο. Σπάνια χορηγείται παρόμοια σκιαγραφική ουσία υπό μορφή υποκλυσμού¹⁴.

- **Μαγνητική Τομογραφία**

Αυτή η εξέταση είναι παρόμοια με την αξονική τομογραφία με την διαφορά ότι

χρησιμοποιείται μαγνητισμός αντί ακτίνες Χ. Χορηγείται συνήθως σκιαγραφική ουσία ενδοφλέβια και διαρκεί περίπου 30'. Ο μαγνητικός τομογράφος είναι ένα θορυβώδες μηχάνημα γι' αυτό θα σας χορηγηθούν ωτοασπίδες για περιορισμό της ενόχλησης από τους κρότους. Για συντροφιά μπορεί να παραμείνει στο δωμάτιο εξέτασης και κάποιο φιλικό ή συγγενικό άτομο. Λόγω του υψηλού μαγνητισμού θα πρέπει να αφαιρέσετε όλα τα μεταλλικά αντικείμενα που θα φοράτε. Άτομα με χειρουργικά μεταλλικά κλίπς ή με καρδιακούς βηματοδότες δυστυχώς δεν μπορούν να υποβληθούν σε μαγνητική τομογραφία¹⁵.

2.2 Εργαστηριακά ευρήματα

Οι νόσοι του παχέος εντέρου μπορεί να εκδηλωθούν με κοιλιακό άλγος, με αλλαγή της εντερικής λειτουργίας υπό μορφή δυσκοιλιότητας ή διάρροιας ή εναλλασσόμενων επεισοδίων αυτών και με αποβολή αίματος ή βλέννας. Το κοιλιακό άλγος μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία ή σε περίπτωση αποφράξεως από διάταση της κοιλίας και αργότερα έμετο. Η κακουχία ή απώλεια βάρους και η αναιμία αποτελούν σπουδαία, αλλά μη ειδικά συμπτώματα. Η εξέταση της κοιλίας μπορεί να αποκαλύψει διάταση, εμφανή μάζα ή και περισταλισμό σε ισχνά άτομα. Το τυφλό είναι μάλλον ψηλαφητό σε ισχνά άτομα, όπως και το κατιόν 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 ορθό¹⁵.

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 αναγνώρισεως 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 II, Γιάννης Παπαδημητρίου)¹⁴.

Απεικονιστικές μελέτες

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 έλεγχο¹⁵.

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 σκιαγράφιση ολόκληρου του γαστρεντερικού σωλήνα. Η εξέταση γίνεται με συνεχείς τομές των 10 - 46 - 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 λεμφαδενοπάθεια¹⁶.

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. 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 αντιδραστικού 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 εξέταση¹⁷.

2.3 Ειδικές εξετάσεις

A. 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 οδηγιών αυτών σημείων, ο δείκτης ψηλαφά τα πλάγια και το οπίσθιο τοίχωμα του ορθού για την αναγνώριση οποιασδήποτε ανωμαλίας που εξορμάται από αυτό ή και από εξωορθικούς ιστούς. Η ψηλαφητή εμβέλεια του δακτύλου φτάνει μέχρι το επίπεδο του ορθομητρικού ή ορθοκυστικού κολπώματος του περιτοναίου, ώστε να καθίσταται αντιληπτή οποιαδήποτε διόγκωση του σιγμοειδούς που βρίσκεται στο πυελικό κόλπωμα του περιτοναίου. Το ίδιο ισχύει και για τους όγκους ή διογκώσεις των έσω γεννητικών οργάνων στις γυναίκες, τις σπερματοδόχους κύστες στους άνδρες, όπως επίσης και για δευτεροπαθείς νεοπλασματικές διηθήσεις στο έδαφος του πυελικού κολπώματος του περιτοναίου. Προς τα πίσω είναι δυνατό να αναγνωρισθούν οπισθοορθικοί όγκοι που εξορμούνται από μεσεγχυματογενή στοιχεία, εκτός βέβαια του κοίλου του ιερού οστού και του κόκκυγα, τα οποία είναι φυσιολογικά οδηγία στοιχεία¹¹.

B. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση και ολική κολονοσκόπηση.

Γίνονται με τα εύκαμπτα ινοσκόπια, απαιτούν ειδική προετοιμασία για πλήρη καθαρισμό του παχέος εντέρου. Η προετοιμασία γίνεται με υδρική δίαιτα 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 κολonosκόπηση 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.

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 της¹¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

3.1 Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση της νόσου. Ειδικά στα αρχικά στάδια η χειρουργική αντιμετώπιση, τις περισσότερες φορές οδηγεί σε ίαση. Η χειρουργική αντιμετώπιση, στηρίζεται στην αρχή της διαδοχικής, δηλαδή της κατά συνέχεια ιστού, επέκτασης της νόσου. Με βάση αυτή, αρχικά ο όγκος αναπτύσσεται στον εντερικό βλεννογόνο, διηθεί τις στιβάδες του εντέρου δηλαδή το τοίχωμα του εντέρου και στην συνέχεια στους επιχώριους λεμφαδένες. Ακολούθως μέσω της λεμφικής και αγγειακής οδού, δίνει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα όπως για παράδειγμα το ήπαρ και τον πνεύμονα. Έτσι λοιπόν, η ορθή ογκολογική χειρουργική αντιμετώπιση στοχεύει αφενός στην αφαίρεση του όγκου σε ασφαλή υγιή όρια αλλά και αφετέρου στην σχολαστική ανεύρεση και αφαίρεση όλων των επιχώριων λεμφαδένων. Για τον λόγο αυτό η πρώτη χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει ακρογωνιαία σημασία για την μετέπειτα πορεία της νόσου και φυσικά την επιβίωση του ασθενούς⁸.

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου είναι η πιο βασική θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου στο παχύ έντερο. Στην εγχείρηση αφαιρείται ένα μέρος του εντέρου που συμπεριλαμβάνει τον όγκο και επίσης αφαιρούνται οι λεμφαδένες της περιοχής, όπου συνήθως καρκινικά κύτταρα μπορεί να εισέλθουν και να προκαλέσουν μεταστάσεις.

Στην συνέχεια γίνεται επανένωση των άκρων του εντέρου που παρέμεινε. Αν για κάποια αιτία δεν μπορεί να επανενωθεί το έντερο τότε διαμέσου μίας τομής στην περιοχή της κοιλιάς, ο ιατρός θα φέρει και θα εφαρμόσει το έντερο στο επίπεδο του δέρματος. Αυτό το είδος της χειρουργικής διαδικασίας ονομάζεται κολοστομία και το σημείο της τομής είναι γνωστό σαν στομία. Από το σημείο της στομίας θα εξέρχεται το περιεχόμενο του εντέρου (κόπρανα) το οποίο θα περισυλλέγεται μέσα σε ειδικό σακούλι, το συλλέκτη, και που σύμφωνα με τις προδιαγραφές του, είτε θα αλλάζεται, είτε θα αδειάζεται⁷.

3.2 Κολοστομία

Η κολοστομία είναι προσωρινή θεραπευτική αντιμετώπιση και σε μεταγενέστερο στάδιο επιχειρείται η επανένωση και η επαναφορά του εντέρου στη θέση του με άλλη χειρουργική επέμβαση. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί η κολοστομία για κάποιους λόγους να είναι και μόνιμη. Όταν ο όγκος που θα αφαιρεθεί βρίσκεται στο άνω μέρος του παχέος εντέρου στο σημείο όπου ενώνεται με το λεπτό έντερο, τότε η χειρουργική διαδικασία αφαίρεσης του και η εξαγωγή του εντέρου στην περιοχή της κοιλιάς ονομάζεται ειλεοστομία¹².

Και σε αυτή την περίπτωση θα περισυλλέγεται το περιεχόμενο του εντέρου μέσα στον ειδικό συλλέκτη όπως και την κολοστομία. Αυτή η επέμβαση γενικά είναι προσωρινή. Για τους σκοπούς της εγχείρησης, πραγματοποιείται η εισαγωγή στο νοσοκομείο ή στην χειρουργική κλινική μία μέρα προηγουμένως για την σχετική προετοιμασία κυρίως του εντέρου με την χορήγηση ειδικών καθαρτικών ή και αντιβίωσης. Όταν ο όγκος δημιουργεί απόφραξη, τότε δεν γίνεται ο καθαρισμός του εντέρου. Σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου, ο ιατρός θα κάνει την εγχείρηση για να πάρει δείγμα από τα καρκινικά κύτταρα του όγκου για βιοψία.

Η ταξινόμηση των κολοστομιών γίνεται με βάση α. την περιοχή του κοιλιακού τοιχώματος όπου εγκαθίστανται, β. του τμήματος του παχέος εντέρου το οποίο εξωτερικεύεται και γ. του τρόπου με τον οποίο γίνεται η εξωτερίκευση.

Υπάρχουν τέσσερα βασικά είδη κολοστομίας :

Η κολοστομία-αγκύλη η οποία παρεντίθεται στη συνέχεια του παχέος εντέρου. Αποτελεί απλή εγχείρηση, κατά την οποία τμήμα του παχέος εντέρου, συνήθως το εγκάρσιο ή το σιγμοειδές, εξωτερικεύεται δια μέσου μικρής τομής στο κοιλιακό τοίχωμα. Η εξωκοιλιακή συγκράτηση της κολοστομίας, μέχρι την επούλωση επιτυγχάνεται με γυάλινη ή πλαστική ράβδο ή ελαστικό σωλήνα που διεκβάλλονται κάτω από την εντερική αγκύλη και πάνω από το αγγειακό τόξο του μεσοκόλου. Αν είναι διατεταμένο από αέρα το κεντρικότερο τμήμα της κολοστομίας επιβάλλεται ανακουφιστική παρακέντηση και αναρρόφηση με βελόνα ή με λεπτότατο σωλήνα. Η παρακέντηση-αναρρόφηση είναι άσηπτη επέμβαση-εξωπεριτονεϊκή-ενώ η διάνοιξη της κολοστομίας είναι σηπτική για το κοιλιακό τραύμα και συνήθως

γίνεται 24-48 ώρες μετά την εγκατάστασή της. Τελευταία γίνεται άμεση διάνοιξη και εντεροδερματική ραφή. Η κολοστομία-αγκύλη είναι προσωρινή και η σύγκλυσή της εύκολη¹⁴.

Η διπλή κολοστομία

Με την κολοστομία αυτή υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος ενδοκοιλιακής μόλυνσεως, αποφεύγεται όμως η ρύπανση του τραύματος. Το παχύ έντερο διαιρείται χωρίς εκτομή και τα διαιρεμένα τμήματά του εξωτερικεύονται με χωριστές τομές του κοιλιακού τοιχώματος και συγκρατούνται σε αυτό με εντεροδερματική ραφή. Το κεντρικό στόμιο αποτελεί τη λειτουργούσα κολοστομία, το περιφερικό όμως λειτουργεί ως «βλεννογονικό συρίγγιο». Η διπλή κολοστομία απαιτεί μεγαλύτερη κινητοποίηση από την κολοστομία-αγκύλη, το κεντρικό όμως στόμιο της είναι μικρότερο, πιο καλαίσθητο και υποδέχεται καλύτερα τη συσκευή κολοστομίας. Προτιμάται όταν ενδείκνυται πλήρης εκτροπή των κοπράνων και τέλεια «αποστείρωση» του περιφερικού τμήματος¹⁸.

Η διπλή παράλληλη κολοστομία μετά από εξωτερίκευση και κολεκτομή

Η κολοστομία αυτή προϋποθέτει πλήρη κινητοποίηση προς την εκτομή του πάσχοντος τμήματος του παχέος εντέρου, οπότε τα διατηρητέα υγιή τμήματα αυτού (κεντρικό και περιφερικό) συμπλησιάζονται και συγκρατούνται σε παράλληλη επαφή με μερικές ραφές πριν από την εκτομή. Η «παράλληλη επαφή» εξωτερικεύεται μερικά, εκτέμνεται το πάσχον τμήμα και τα παράλληλα στόμια στερεώνονται σε θέση εκστομώσεως με εντεροδερματικές ραφές. Οι επικριτές της υποστηρίζουν ότι η κολεκτομή είναι ατελής λόγω αδυναμίας αφαιρέσεως όλων των επιχωρίων λεμφαδένων σε περίπτωση νεοπλασίας¹⁸.

Η τελική κολοστομία, εκτελούμενη συνήθως μετά από ορθοσιγμοειδεκτομή για καρκίνο του ορθού

Αποτελεί μόνιμη εξωτερίκευση του σιγμοειδούς μετά από κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς ή μετά από χαμηλή πρόσθια εκτομή του ορθοσιγμοειδούς. Η κολοστομία συγκρατείται με άμεση εντεροδερματική ραφή και σύγκλιση του «πλάγιου χώρου», η οποία επιτυγχάνεται με τη στήριξη του μεσοσιγμοειδούς του εξωτερικευμένου εντέρου το πλάγιο περιτόναιο μέχρι το εσωτερικό άνοιγμα της σπής της

κολοστομίας. Η σύγκλειση του πλαγίου χώρου επιβάλλεται σε οποιαδήποτε σιγμοειδοστομία προς αποφυγή εσωτερικής κοίλης, ενώ δεν χρειάζεται στην εγκαρσιοστομία¹⁷.

3.3 Μετεγχειρητική χημειοθεραπεία

Η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία είναι συμπληρωματική της χειρουργικής αντιμετώπισης. Σκοπός της χημειοθεραπείας – αφού έχει γίνει ορθή ογκολογική επέμβαση – είναι η καταστροφή πιθανών καρκινικών κυττάρων τα οποία έχουν ήδη διασπαρθεί πριν την χειρουργική με βάση την σταδιοποίηση της νόσου. Είναι τεκμηριωμένο ότι, η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία αυξάνει την πιθανότητα ίασης και το προσδόκιμο επιβίωσης.

Σε ασθενείς σταδίου I (πρώιμος καρκίνος, η εντόπιση του περιορίζεται στον βλεννογόνο το εντέρου και δεν περνά το τοίχωμα του) η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία δεν χρειάζεται και δεν ωφελεί.

Σε ασθενείς σταδίου II (επέκταση του όγκου σε όλο το τοίχωμα, με επέκταση στο περικολικό λίπος) η χημειοθεραπεία χορηγείται κατά περίπτωση και ανάλογα της επικινδυνότητας του νεοπλάσματος.

Σε ασθενείς σταδίου III (επέκταση του όγκου σε επιχώριους λεμφαδένες) η χημειοθεραπεία είναι απαραίτητη και ελαττώνει σημαντικά το ποσοστό υποτροπής.

Σε ασθενείς σταδίου IV (παρουσία μεταστάσεων σε απομακρυσμένα όργανα) η χημειοθεραπεία χορηγείται μετά την χειρουργική αφαίρεση των μεταστάσεων. Αν δεν είναι δυνατή η χειρουργική αφαίρεση των μεταστάσεων, χορηγείται παρηγορητική χημειοθεραπεία με σκοπό την επιμήκυνση του χρόνου ζωής¹⁹.

3.4 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία έχει ως στόχο να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα μέσω ακτινοβόλησης με ιοντίζουσες ακτινοβολίες. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται είτε μόνη της ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία (ονομάζεται χημειο-ακτινοθεραπεία), σε συνδυασμό με την χειρουργική επέμβαση σε επιλεγμένα στάδια του καρκίνου του ορθού. Η χειρουργική επέμβαση γίνεται συνήθως 6-8 εβδομάδες μετά τη λήξη της χημειοακτινοθεραπείας. Στην περίπτωση του καρκίνου του ορθού, η ακτινοθεραπεία ή η χημειοακτινοθεραπεία συνιστάται να δοθεί προεγχειρητικά, όποτε είναι δυνατόν. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ή χημειο-ακτινοθεραπεία προορίζεται για επιλεγμένους ασθενείς με καρκίνο του ορθού που έχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής και οι οποίοι δεν είχαν λάβει ακτινοθεραπεία προεγχειρητικά. Σε εξειδικευμένα κέντρα, βραχυθεραπεία ή ειδικές τεχνικές ακτινοθεραπείας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως εναλλακτική λύση αντί για τοπική χειρουργική επέμβαση (με ή χωρίς χημειο-ακτινοθεραπεία) για επιλεγμένες μορφές του καρκίνου του ορθού²⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

4.1 Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη, αφορά την βελτίωση ή/και τροποποίηση επιβαρυντικών παραγόντων που σχετίζονται με την διατροφή και τις καθημερινές συνήθειες.

Διατροφή. Είναι πλήρως τεκμηριωμένη η σχέση καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού με συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες, όπως:

1.Κόκκινο κρέας και ζωικά λίπη. Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων κόκκινου κρέατος, πρωτεϊνών ζωικής προέλευσης και κορεσμένων λιπών αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης του ορθοκολικού καρκίνου. Πληθυσμοί που εμφανίζουν αυξημένο ποσοστό στεφανιαίας νόσου και υψηλά επίπεδα χοληστερίνης έχουν και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου.

2.Λαχανικά και φρούτα. Η καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών συνοδεύεται από μείωση της νόσου. Επιπλέον η παρουσία φυτικού υπολείμματος στον αυλό του εντέρου ασκεί προφυλακτική δράση κατά του καρκίνου και βελτιώνει την ομαλή λειτουργία του εντέρου. Για τον καρκίνου του παχέος εντέρου πιστεύεται ότι ευθύνονται προκαρκινικές ουσίες που προέρχονται από τη δραστηριότητα της εντερικής χλωρίδας. Οι ουσίες αυτές αδρανοποιούνται με το άπεπτο φυτικό υπόλειμμα το οποίο διασπώμενο στο παχύ έντερο, αυξάνει τον όγκο των κοπράνων και επιταχύνει την απομάκρυνση των προκαρκινογόνων ουσιών με τα κόπρανα.

3.Ελαιόλαδο. Η κατανάλωση του συνοδεύεται από μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του εντέρου. Η ιδιότητα αυτή του ελαιολάδου αποδίδεται στην υψηλή περιεκτικότητά του σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, φαινόλες και τοκοφερόλες

4.Φαρμακευτικοί παράγοντες. Η χορήγηση ασβεστίου από το στόμα έχει διαπιστωθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Επίσης η χορήγηση των βιταμινών E, D και του φυλικού οξέως δρα προστατευτικά στην εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ειδικά για την Vit D έχει προταθεί η χορήγηση της σε δόσεις μεγαλύτερες από τις συνιστώμενες ημερησίως δόσης (συνιστώμενη ημερήσια δόση 200-400 IU). Πρόσφατες, επιδημιολογικές και

κλινικές μελέτες επιβεβαιώνουν τον προστατευτικό ρόλο της ασπιρίνης και των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων στην πρόληψη, της εμφάνισης καρκίνου και πολυπόδων του παχέος εντέρου²¹.

Καθημερινές συνήθειες και τρόπος ζωής. Πολλές από τις καθημερινές μας συνήθειες καθώς και ο τρόπος διαβίωσης μπορεί να δρουν επιβαρυντικά και να σχετίζονται με αύξηση της εμφάνισης του καρκίνου του εντέρου. Τέτοιες συνήθειες είναι:

1.Παχυσαρκία. Η παχυσαρκία ευνοεί την εκδήλωση της νόσου. Πιθανών και λόγω των κακών διατροφικών συνηθειών. Επομένως η προοδευτική μείωση του σωματικού βάρους λειτουργεί προφυλακτικά στην εμφάνιση του καρκίνου του εντέρου.

2.Σωματική δραστηριότητα. Η κακή φυσική κατάσταση και η καθιστική ζωή προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου. Συνεπώς η βελτίωση της φυσικής κατάστασης και η σωματική άσκηση (ακόμα και το καθημερινό βάδισμα) αποτελούν ένα πολύ ικανοποιητικό τρόπο πρόληψης ενώ ταυτόχρονα βελτιώνουν την λειτουργία του εντέρου δρώντας και κατά της δυσκοιλιότητας.

3.Κάπνισμα. Οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος αυτός εξαρτάται από τη διάρκεια και την ποσότητα του καπνίσματος ενώ φαίνεται να ελαττώνεται με την διακοπή του καπνίσματος. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου είναι έως και τέσσερεις φορές μεγαλύτερος στους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές. Επιπλέον οι βαρείς καπνιστές έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν πολύποδες παχέος εντέρου σε σχέση με τους μη καπνιστές²¹.

4.2 Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη συνίσταται στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και στην αντιμετώπιση γνωστών προκαρκινικών καταστάσεων. Στην δευτερογενή πρόληψη, εντάσσονται εργαστηριακές εξετάσεις που αφορούν συμπτωματικούς ανθρώπους ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών καθώς και εργαστηριακές εξετάσεις που αφορούν ανθρώπους που εντάσσονται στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

Έλεγχος (screening) ασυμπτωματικού γενικού πληθυσμού ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών.

1.Ετήσια δοκιμασία ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα. Το ετήσιο Hem occult test σε άτομα άνω των πενήντα ετών συμβάλει δραστικά στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του εντέρου αφού μπορεί να διαγνώσει το 70-80% των καρκίνων του εντέρου.

2.Κολonosκόπηση. Η κολonosκόπηση θα πρέπει να εκτελείται κάθε τρία, με πέντε έτη. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η πλήρης επισκόπηση του αυλού του εντέρου και η αφαίρεση τυχών πολυπόδων. Σε περιπτώσεις που για διάφορους λόγους, η κολonosκόπηση δεν είναι δυνατή εναλλακτικά προτείνεται η εικονική κολonosκόπηση.

Έλεγχος (screening) ατόμων που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

1.Θετικό οικογενειακό ιστορικό. Η παρακολούθηση αυτών των ανθρώπων πρέπει να αρχίζει από την ηλικία των 35 με 40 ετών και περιλαμβάνει FOBT Fecal Occult Blood Test ανά έτος και ολική κολonosκόπηση κάθε 3 με 5 έτη.

2.Οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση. Στα άτομα αυτά προτείνεται η ολική κολεκτομή με ειλεο-ορθική αναστόμωση και ορθοσκόπηση κάθε 6 μήνες, εφόρου ζωής.

3.Ελκώδης κολίτιδα. Σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα με ενεργό νόσο για περισσότερα από 10 έτη, προτείνεται ολική κολonosκόπηση κάθε 1 με 2 έτη²².

4.3 Ομάδες που πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο

4.3.1 Ομάδες μέσου κινδύνου

Στις ομάδες μέσου κινδύνου περιλαμβάνονται τα άτομα ηλικίας 50 ετών ή μεγαλύτερα, χωρίς ιδιαίτερους επιβαρυντικούς παράγοντες (και χωρίς συμπτώματα) τα οποία πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο για πολύποδες ή καρκίνο παχέος εντέρου. Το είδος της εξέτασης μπορεί να επιλεγεί από τις περιγραφόμενες ανωτέρω, μετά από συζήτηση με τον γιατρό και εκτίμηση των διαφόρων εξετάσεων ως προς την αποτελεσματικότητα, ευκολία, διαθεσιμότητα, ασφάλεια και κόστος. Εάν επιλεγεί η κολonosκόπηση

και είναι φυσιολογική, επανέλεγχος γίνεται σε 10 χρόνια. Εάν στην εξέταση υπάρξουν ευρήματα, επανέλεγχος γίνεται πιο σύντομα, μετά από σύσταση του γιατρού²³.

4.3.2 Ομάδες υψηλού κινδύνου

Σε αυτή την ομάδα περιλαμβάνονται:

- Ø Άτομα με οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου παχέος: πιο συγκεκριμένα τα άτομα με ένα ή περισσότερους πρώτου βαθμού συγγενείς (πατέρα, μητέρα, αδελφό, αδελφή ή παιδί) με καρκίνο ή αδενωματώδεις πολύποδες, πρέπει να ξεκινούν τον προληπτικό έλεγχο στα 40 ή 10 χρόνια νωρίτερα από τη διάγνωση στην οικογένεια (ότι έρχεται πρώτο). Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται με κολonosκόπηση που επαναλαμβάνεται κάθε 5 χρόνια.
- Ø Άτομα με οικογενειακό ιστορικό οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης: πιο συγκεκριμένα τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη από γενετικό έλεγχο για να διαπιστωθεί εάν φέρουν το παθολογικό γονίδιο, που οδηγεί σε ανάπτυξη πολλών πολυπόδων και καρκίνου παχέος εντέρου σε μικρή ηλικία. Άτομα που φέρουν το παθολογικό γονίδιο ή δεν το γνωρίζουν, έχουν ανάγκη από ετήσια ορθοσιγμοειδοσκόπηση ξεκινώντας από την εφηβεία.
- Ø Άτομα με οικογενειακό ιστορικό κληρονομικού, μη πολυποδιασικού καρκίνου παχέος εντέρου: πιο συγκεκριμένα τα άτομα αυτά έχουν επίσης ανάγκη από γενετικό έλεγχο. Όσοι φέρουν παθολογικό γονίδιο ή δεν το γνωρίζουν, πρέπει να υποβάλλονται σε κολonosκόπηση (γιατί οι πολύποδες και οι καρκίνοι σε αυτούς τους ανθρώπους είναι συνήθως στο δεξιό κόλον, το τμήμα του εντέρου που δεν ελέγχεται με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση) ανά διετία από την ηλικία των 25.
- Ø Άτομα με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο (ελκώδη κολίτιδα ή Crohn κολίτιδα): στη συγκεκριμένη ομάδα απαιτείται κολonosκόπηση με λήψη βιοψιών ανά ένα ή δύο χρόνια, ξεκινώντας από την οκταετία μετά την έναρξη της φλεγμονής επί προσβολής όλου του εντέρου ή μετά τη δεκαπενταετία επί προσβολής του ορθού και σιγμοειδούς²³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική θεραπεία

Τον Ιούνιο του 1985 πάρθηκε η πολιτική απόφαση στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα για λήψη μέτρων ώστε να αντιμετωπιστεί η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τον καρκίνο.

Η επιτροπή Ογκολόγων της Κοινότητας το 1986 σχεδίασε το πρόγραμμα “Η Ευρώπη κατά του καρκίνου” με το οποίο εκτός των άλλων πρότεινε την κατάρτιση σε ογκολογικά ζητήματα των επαγγελματιών υγείας. Στα πλαίσια αυτών των οδηγιών η Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία το 1989 κατάρτισε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για εξειδίκευση στη νοσηλευτική ογκολογία το οποίο έτυχε ευρείας αποδοχής από πολλές χώρες της Ευρώπης. Στην χώρα μας λειτούργησε τέτοιο πρόγραμμα στο τμήμα νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών²¹. Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρια είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- Δεξιότητες.
- Επιστημονική κατάρτιση.
- Αγάπη για τους ασθενείς.
- Αίσθημα ευθύνης.
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο.
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη.

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: **Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.**

Οι νοσηλευτές/τριες σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο

του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα²⁰.

5.2 Συμβολή νοσηλευτών

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου.

Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου.

Ποια τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής;

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

Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το 1) να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου 2) να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή 3) να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο palliative care ανακουφιστική φροντίδα, έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας.

Σημαντική εξέλιξη στη Νοσηλευτική είναι η ανάπτυξη Κοινοτικής Νοσηλευτικής και ιδιαίτερα του θεσμού της κατ'οίκον νοσηλείας που προσφέρει εκτός των άλλων και ανακουφιστική φροντίδα²⁰.

5.3 Ογκολογία και νοσηλευτής

Η Ογκολογική Νοσηλευτική αποτελεί μία από τις ειδικότητες της Νοσηλευτικής που από πολύ νωρίς απάντησε στην πρόκληση του ορισμού μιας τόσο πολύπλοκης και σημαντικής έννοιας. Σκοπός: Η παρούσα ανασκόπηση διεξήχθη με σκοπό να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και περιγράφουν την έννοια της «φροντίδας» οι νοσηλευτές και οι ασθενείς στο χώρο της Ογκολογικής Νοσηλευτικής. Υλικό-Μέθοδος: Διεξήχθη περιεκτική αναζήτηση στις βιβλιογραφικές βάσεις Medline, ScienceDirect, Cinahl, HEAL-Link κατά το χρονικό διάστημα 1994–2009, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους στην αγγλική γλώσσα: “nursing”, “care”, “caring”, “cancer patients”, “caring behaviors”, “oncology”. Ειδικότερα, επιλέχθηκαν και αναλύθηκαν 28 μελέτες διερεύνησης των αντιλήψεων των ασθενών και των νοσηλευτών για τη φροντίδα στην Ογκολογία. Αποτελέσματα: Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη φροντίδα σύμφωνα με την προσωπικότητα και τις αξίες τους, ενώ επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις τους για τον καρκίνο. Οι παρεμβάσεις των εξειδικευμένων νοσηλευτών βελτιώνουν την ποιότητα του σχεδιασμού της φροντίδας. Στα εξειδικευμένα αντικαρκινικά κέντρα και τους ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας αναπτύσσεται και καλλιεργείται η θεραπευτική διαπροσωπική σχέση μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών που ανακουφίζει το «υποφέρειν» των ασθενών. Η παρουσία του νοσηλευτή δίπλα στον ασθενή είναι μεταξύ των πέντε δημοφιλέστερων συμπεριφορών φροντίδας για τους νοσηλευτές. Συμπεράσματα: Οι αντιλήψεις των ασθενών παραμένουν σταθερές με την πάροδο των χρόνων. Οι ασθενείς θεωρούν σημαντικότερες τις συμπεριφορές φροντίδας που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών και τη γνώση στην εφαρμογή των διαφόρων νοσηλευτικών διαδικασιών. Επιπλέον, οι νοσηλευτές θεωρούν

σημαντικό στοιχείο να διαθέτουν ευαισθησία, ενσυναίσθηση, ικανότητες επικοινωνίας και κατάλληλη εκπαίδευση που προάγει το περιβάλλον εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Τέλος, επισημαίνεται η σημασία της πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας με σεβασμό στις θρησκευτικές πεποιθήσεις τους. Η διαφορά των αντιλήψεων των συμπεριφορών φροντίδας νοσηλευτών και ασθενών στην Ογκολογία φαίνεται να συγκλίνει στα εξειδικευμένα αντικαρκινικά κέντρα²⁰.

Δεξιότητες ογκολογικού νοσηλευτή

Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρια είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- Δεξιότητες.
- Επιστημονική κατάρτιση.
- Αγάπη για τους ασθενείς.
- Αίσθημα ευθύνης.
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο.
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη.

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή ψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους²³.

Βασικοί ρόλοι νοσηλευτή

- Συγκεκριμένα οι δραστηριότητες των ογκολογικών νοσηλευτών στην κλινική πρακτική περιλαμβάνουν:
 - Έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινωματώδους αλλαγής ή συμπτωματικής νόσου με την συμμετοχή σε προγράμματα ελέγχου πληθυσμιακών ομάδων και με την ενθάρρυνση ατόμων για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά.

- Οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας που εκτείνεται σε όλες τις φάσεις καρκίνου, από την διάγνωση μέχρι την θεραπεία, την αποκατάσταση ή την βοήθεια για ειρηνικό θάνατο.
- Έλεγχος επιπλοκών, συμπτωμάτων και παρηγορητική θεραπεία με τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις.
- Έλεγχος του πόνου με την χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων, στον κατάλληλο χρόνο και την απαιτούμενη δόση για την πρόσληψη του και την χρησιμοποίηση συμπληρωματικών ανακουφιστικών μέτρων και τρόπων.
- Συνεχιζόμενη φροντίδα στο νοσοκομείο, στο σπίτι, σε ειδικά ιδρύματα κλπ με την υποστηρικτική νοσηλεία ή βοήθεια των συγγενών για εξασφάλιση ποιότητας ζωής του αρρώστου σε όλη την περίοδο της ασθένειας του και / ή στον ειρηνικό θάνατο²².

5.4 Νοσηλευτής ογκολογικών ασθενών

Εισαγωγή στο νοσοκομείο

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής. Ανεξάρτητα με αυτό σκοπός του/της νοσηλευτή/τριας είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο. Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά²³.

Θεραπεία

Η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με χημειοθεραπεία μόνη ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία.

- Ενημέρωση, για την αναγκαιότητα της θεραπείας, για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους, για τις παρενέργειες, για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.
- Ασφαλής χορήγηση των χημειοθεραπευτικών προφύλαξη από την εξαγγείωση των φαρμάκων.
- Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπλώσεων της θεραπείας.
- Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών.
- Ενημέρωση για εισαγωγή ασθενών σε κλινικές μελέτες.
- Υποστήριξη των ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα.
- Παρότρυνση συγγενών και άλλων ατόμων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς για συμμετοχή σε προγράμματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης.
- Ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά - διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά έτσι ώστε να έχει ο ασθενής υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους.
- Εκμάθηση για χρησιμότητα και αναγκαιότητα καθετήρων όπως Levin Folley, παροχετεύσεων, κολοστομίας, κ.ά.
- Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενή στην θεραπευτική κλίνη κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας.
- Την παραμονή στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνο του ασθενή αλλά την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης.
- Την παραμονή του στο περιβάλλον του. Οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω.
- Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx)²²

Επαγγελματικά Δικαιώματα Βοηθών Νοσηλευτών

Περιγραφή καθηκόντων Ι. Οι νοσηλευτικές πράξεις που ασκούνται από τους κατόχους Διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης του Ν. 2009/92, των ειδικοτήτων “Νοσηλευτική Τραυματολογία”, “Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων”, “Νοσηλευτής Χειρουργείου”, “Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις” και “Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας” των Ι.Ε.Κ. και από τους πτυχιούχους των Τ.Ε.Ε. Α’ και Β’ κύκλου της ειδικότητας “Βοηθών Νοσηλευτών”, μετά από ανάθεση από τον υπεύθυνο νοσηλευτή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, είναι οι ακόλουθες:

- Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου.
- Βοήθεια, φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου που πάσχει από χρόνιο ανίατο νόσημα ή έχει υποστεί ατύχημα ή έχει κακοποιηθεί.
- Φροντίδα επιπλοκών από κατάκλιση με σκοπό την πρόληψη.
- Πρόκληση ούρησης μόνο με φυσικά μέσα.
- Παρακολούθηση λειτουργίας παροχετεύσεων.
- Λήψη μέτρων περιοριστικών για την ασφάλεια του αρρώστου.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων (σφίξεις, πίεση, θερμοκρασία).
- Συλλογή δειγμάτων εκκρίσεων.
- Εφαρμογή φυσικών μεθόδων για την πρόκληση υποθερμίας – υπερθερμίας.
- Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.
- Απλές επιδέσεις.
- Βοήθεια στην αφαίρεση παροχετεύσεων.
- Βοήθεια στην τοποθέτηση νάρθηκα.
- Εκκενωτικό υποκλυσμό.
- Φροντίδα της καθαριότητας του χώρου και των εργαλείων.
- Προετοιμασία των χρησιμοποιούμενων εργαλείων, του επιδεσμικού υλικού και ιματισμού για την αποστείρωση.

- Ταξινόμηση εργαλείων, οργάνων, συσκευών, ιματισμού, ορρών, φαρμακευτικού υλικού, αναλωσίμων, κ.λ.π.
- Έλεγχος της λειτουργίας των εργαλείων και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.
- Παρακολούθηση της λειτουργίας απλών συσκευών και οργάνων, των οποίων γνωρίζει τη λειτουργία, καθώς και πιθανές βλάβες τους και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

6.1 Περιστατικό 1

Ασθενής ηλικίας 70 ετών εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου «Παναγιά η Βοήθεια» καθώς παρουσίασε συμπτώματα λόγω της χημειοθεραπείας στην οποία υποβάλλεται. Ο ασθενής προ ενός έτους παρουσίασε καρκίνο του παχέως εντέρου. Υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης του όγκου και έκτοτε κατόπιν ιατρικής εντολής πραγματοποιεί έναν κύκλο χημειοθεραπειών ως συμπληρωματική θεραπεία.

Τα συμπτώματα τα οποία παρουσίασε είναι τα εξής:

- Εμετοί
- Δερματοπάθεια
- Διάρροια
- Κεφαλαλγία
- Πυρετός

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
<p>Εμετοί από τη χημειοθεραπεία.</p> <p>Κίνδυνος αφυδάτωσης από τη χημειοθεραπεία.</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον έμετο.</p>	<p>Να δοθεί στον ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.</p> <p>Να γίνει χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία..</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς να λαμβάνει άφθονα υγρά για την αποφυγή αφυδάτωσης.</p> <p>Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας,</p>	<p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση</p> <p>Χορηγήθηκε ampPrimperan ενδοφλέβια σύμφωνα με ιατρική οδηγία</p> <p>Η ασθενής έλαβε υγρά και επιτεύχθηκε η σωστή σίτιση της.</p> <p>Έγινε η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με</p>	<p>Οι εμετοί σταμάτησαν μετά από τη φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>Η στοματική κοιλότητα διατηρήθηκε καθαρή.</p> <p>Εξασφαλίστηκε επαρκής ενυδάτωση και σωστή σίτιση της ασθενούς.</p>

			Hexalen	
--	--	--	---------	--

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Δερματοπάθεια λόγω χημειοθεραπείας	Να αποκατασταθούν οι τοπικές βλάβες.	<p>Παρακολούθηση ασθενούς για ξηρότητα και ερυθρότητα του δέρματος.</p> <p>Ενημέρωση ασθενούς για προστασία δέρματος της ακτινοβολούσας περιοχής από ηλιακή ακτινοβολία ή υψηλή θερμοκρασία</p>	<p>Βρέθηκαν σημεία ερυθρότητας στο δέρμα.</p> <p>Ενημερώθηκε ο ασθενής να προστατεύει το δέρμα του.</p> <p>Έγιναν πλύσεις με σαπούνι και χλιαρό νερό με τις οδηγίες</p>	Βελτιώθηκαν η εικόνα ερυθρότητας στο δέρμα.

		<p>Ενημέρωση ασθενούς για αποφυγή αλοιφών, λοσιόν, σκόνης και επιθεμάτων στην περιοχή του δέρματος που έχει ερεθιστεί.</p> <p>Να γίνονται πλύσεις με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό, ύστερα από ιατρική οδηγία.</p>	<p>του ιατρού.</p>	
--	--	---	--------------------	--

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Διάρροια	Να σταματήσουν οι διαρροϊκές κενώσεις.	Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Λήψη άφθονων υγρών με αυξημένη συγκέντρωση καλίου και νατρίου για την αποφυγή αφυδάτωσης και προσαρμογή διαιτολογίου κατόπιν εντολής ιατρού.	Χορηγήθηκε Immodium 2mg, 2 tablets ανά 6ωρο. Προσαρμόστηκε το διαιτολόγιο της σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. Έλαβε άφθονα υγρά πλούσια σε κάλιο και νάτριο για την πρόληψη αφυδάτωσης.	Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς η διάρροια ύστερα από τη χορήγηση Immodium, Έγινε η πρόληψη αφυδάτωσης μετά από την λήψη άφθονων υγρών.

		Εργαστηριακός και βιοχημικός έλεγχος ηλεκτρολυτών.	Έγινε λήψη αίματος για βιοχημικό έλεγχο και τα αποτελέσματα ήταν: Νάτριο: 134 mEq/L, Κάλιο: 3mEq/L, Ασβέστιο: 7, Φόσφορος: 4mg/dl, Σίδηρος: 99mg/kg.	
--	--	--	--	--

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> ∅ Κεφαλαλγία 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Εξάλειψη συμπτωμάτων. ∅ Ανακούφιση από τον πόνο. 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Δημιουργία σωστού περιβάλλοντος ∅ Εξασφάλιση ανάπαυσης του ασθενούς ∅ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας. 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Χαμηλός φωτισμός ∅ Εξασφάλιση μεγάλων διαστημάτων ύπνου ∅ Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής Apotel κατόπιν οδηγίας ιατρού 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Ανακούφιση ασθενούς από τα συμπτώματα του πόνου

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Μετεγχειρητικός πυρετός (39°C).	Επαναφορά της θερμοκρασίας εντός 2ωρών σε φυσιολογικά επίπεδα.	<p>Να γίνει λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και κυρίως της θερμοκρασίας ανά 3ωρο.</p> <p>Να χορηγηθούν υγρά για την αποφυγή εφίδρωσης.</p> <p>Να τοποθετηθούν κρύα επιθέματα στην ασθενή.</p>	<p>Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και της θερμοκρασίας ανά 3ωρο</p> <p>Τοποθετήθηκαν κρύα επιθέματα ανά 20 λεπτά.</p> <p>Χορηγήθηκε 1 amp Αrotel σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	Η θερμοκρασία της ασθενούς επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα

		<p>Να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Να γίνει λήψη αίματος και ούρων για αιματολογικές εξετάσεις και καλλιέργεια ούρων.</p> <p>Να τηρηθεί ελαφρύ διαιτολόγιο στην ασθενή.</p>	<p>Έγινε λήψη αίματος και ούρων και στάλθηκαν για καλλιέργεια.</p> <p>Χορηγήθηκαν υγρά IV: N/S 0,9% 1000 ml και L/R 1000 ml.</p> <p>Έγινε τήρηση διαιτολογίου που συστάθηκε από διαιτολόγο και περιελάμβανε σούπες, χυμούς φρούτων, ροφήματα όπως χαμομήλι και τσάι καθώς επίσης και</p>	
--	--	---	--	--

			άφθονο νερό.	
--	--	--	--------------	--

6.2 Περιστατικό 2

Ασθενής ηλικίας 75 ετών εισήχθη στη χειρουργική κλινική προκειμένου να υπεβληθεί σε επέμβαση αφαίρεσης όγκου. Ο ασθενής τα τελευταία πέντε χρόνια είχε παρουσιάσει πολύποδες οι οποίοι στην πορεία διαφοροποιήθηκαν. Ο ασθενής παρουσίασε αιμορραγία από τον πρωκτό, αναιμία και κοιλιακό άλγος. Μετά από μια σειρά εξετάσεων όπως κολonosκόπηση, αξονική τομογραφία παχέος εντέρου και μετά από τα αποτελέσματα της βιοψίας ιστού ο ασθενής διαγιγνώσθηκε με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Κατόπιν εντολής ιατρού ο ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση προκειμένου να αφαιρεθεί ο όγκος του. Τα συμπτώματα τα οποία παρουσίασε προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά ήταν τα εξής:

- Φόβος-άγχος
- Πόνος
- Πυρετός
- Ψυχολογική εξάντληση/ προβλήματα ύπνου

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Φόβος και άγχος (προεγχειρητικά.)	Εξάλειψη της αγωνίας και του άγχους.	<p>Να πραγματοποιηθεί ηθική και ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό</p>	<p>Δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης και πολύωρη συζήτηση με τον ασθενή.</p> <p>Χορηγήθηκε tabletLexotanil1,5 mg μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Δόθηκαν απαντήσεις στον</p>	<p>Το άγχος της ασθενούς περιορίστηκε.</p> <p>Ύστερα από την συζήτηση με τον ψυχολόγο της κλινικής η ασθενής δέχτηκε να πραγματοποιηθεί η επέμβαση.</p>

		<p>την εκτόνωση και την ψυχολογική στήριξη του.</p> <p>Παροχή στήριξης από ψυχολόγους ή ψυχιάτρους.</p>	<p>ασθενή, σχετικά με τον σκοπό και την έκβαση της χειρουργικής επέμβασης.</p>	
--	--	---	--	--

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα στον ύπνο λόγω οργανικής και ψυχολογικής εξάντλησης του. Αισθητηριακή αποστέρηση.</p>	<p>Επαναφορά του ύπνου του ασθενούς στις απαιτούμενες ώρες. Μείωση του αισθήματος αισθητηριακής αποστέρησης.</p>	<p>Διαμόρφωση του χώρου ώστε να επικρατεί ηρεμία και χαμηλός φωτισμός. Διατήρηση προσανατολισμού στο χώρο. Ενδυνάμωση συναισθηματικής ευεξίας ασθενούς. Διατήρηση οικείων ως προς τον ασθενή οσμών, γεύσεων και αγγιγμάτων όσο αυτό είναι εφικτό.</p>	<p>Οι ώρες ύπνου του ασθενούς αποκαταστάθηκαν. Η αισθητηριακή αποστέρηση εξαλείφθηκε. Ο ασθενής νιώθει τον προσανατολισμό στο χώρο.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Πόνος μετεγχειρητικά.	Ανακούφιση και απαλλαγή από τον πόνο εντός 24 ωρών.	<p>Να γίνει εναλλαγή θέσεων, ώστε να βρεθεί η κατάλληλη θέση που να ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο.</p> <p>Να γίνει λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση ημι- Fowler διότι έτσι ανακουφίζοταν από τον πόνο.</p> <p>Έγινε η λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων</p>	<p>Ο πόνος μειώθηκε.</p> <p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο.</p>

		<p>ανά 3ωρο.</p> <p>Να γίνει χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>ανά 3ωρο:Αρτηριακή πίεση: 120-70 mmHg, Θερμοκρασία;36,7 °C, Σφυγμός: 70/min, Αναπνοή: 16/min.</p> <p>Χορηγήθηκε Oxخالgan 150 mg 1x4 και σε αύξηση της έντασης του πόνου χορήγηση 2 σκευασμάτων (Oxخالgan150 mg) βράδυ.</p>	
--	--	---	---	--

			Έγινε τοποθέτηση αυτοκόλλητου συστήματος για διαδερμική χορήγηση (durogesic 50mg) 1ανά 3ωρο σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	
--	--	--	---	--

ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος νοσηλείας</p>	<p>Διαφύλαξη χώρου ασθενούς και λοιμώξεις στο χώρο νοσηλείας</p>	<p>Διατήρηση ασθενούς σε αποστειρωμένο χώρο</p>	<p>Εντατική περιποίηση ασθενούς/ προσεκτικός καθαρισμός</p> <p>Διαρκείς απολύμανση του χώρου νοσηλείας</p>	<p>Ο ασθενής νοσηλεύεται σε υγιείς αποστειρωμένο περιβάλλον</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου συμβαίνει όταν υπάρχει ανάπτυξη μη υγιών κυττάρων (κακοήθες νεόπλασμα) στο εσωτερικό τοιχίο του παχέος εντέρου ή του ορθού. Κάθε χρόνο και σε όλο τον κόσμο, ο καρκίνος του παχέος εντέρου διαγιγνώσκεται σχεδόν σε ένα εκατομμύριο ανθρώπους. Μάλιστα, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, αποτελεί τον τρίτο σε συχνότητα καρκίνο για άντρες και γυναίκες. Στην Ευρώπη η υψηλότερη θνησιμότητα παρατηρείται σε άνδρες και γυναίκες των ανατολικών και βορειοδυτικών χωρών.

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου (95% των καρκίνων του οργάνου) εμφανίζει ένα σχετικά αργό ρυθμό ανάπτυξης. Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού του πρωτοπαθούς όγκου έχει υπολογισθεί να είναι περίπου 130 ημέρες, πράγμα που σημαίνει ότι αρκετό διάστημα (5-15 χρόνια) σιωπηρής παρουσίας της νόσου μπορεί να έχει προηγηθεί προτού ο καρκίνος να φθάσει σε μέγεθος τέτοιο που να δώσει συμπτώματα. Αυτό υποδηλώνει και τη μεγάλη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης, η οποία και συνοδεύεται από καλύτερη πρόγνωση.

Το ιστορικό του ασθενούς και η συμπτωματολογία του θα θέσουν στον γιατρό την υποψία του νεοπλασματος και θα τον οδηγήσουν στην διάγνωση.

Οικογενής πολυποδίαση, σύνδρομο Gardner, λαχνωτοί πολύποδες, χρόνια ελκώδης κολίτιδα, σχιστοσωμιακή κολίτιδα και έκθεση σε ακτινοβολία μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εκδηλώνεται ως μη επείγουσα κατάσταση (75,2%), επείγουσα κατάσταση με οξεία εντερική απόφραξη (18%) ή επείγουσα κατάσταση με εικόνα εντερικής απόφραξης και περιτονίτιδος (6,8%). Σε ασθενείς με μη επείγουσες καταστάσεις, η συμπτωματολογία είναι ήπια και αφορά κυρίως στη λειτουργικότητα του εντέρου ή τη γενική τους κατάσταση. Τα συχνότερα συμπτώματα σε έναν ασθενή με καρκίνο του παχέος είναι η αποβολή αίματος με τις κενώσεις, η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου με τη μορφή της διάρροιας ή της δυσκοιλιότητας ή συνδυασμού αυτών, το κοιλιακό άλγος, η εμφάνιση δυσπεπτικών ενοχλημάτων, μετεωρισμού της κοιλιάς και βορβορυγμών, η ψηλαφητή ενδοκοιλιακή μάζα

και ο επηρεασμός της γενικής κατάστασης του ασθενούς με την έννοια της αδυναμίας, της απώλειας βάρους και της αναιμίας.

Η διαχείριση του καρκινοπαθούς είτε στη διάρκεια της ενεργού φάσης της νόσου είτε στην περίοδο της ύφεσης, είναι μια εξίσου δύσκολη υπόθεση για τον νοσηλευτή. Ο ρόλος του έχει αποδειχθεί αρκετές φορές σωτήριος είτε με τη σωστή και έγκαιρη επισήμανση των αλλαγών, σωματικών ή ψυχολογικών, είτε με τη σωστή και άμεση αντιμετώπιση, είτε ακόμη και με τη σωστή κατεύθυνση.

Βασική επίσης προϋπόθεση είναι ότι ο νοσηλευτής της πρωτοβάθμιας εκτός από τη διάθεση για προσφορά πρέπει να είναι και σωστά καταρτισμένος στα βασικά ογκολογικά προβλήματα. Πρωτίστως, θα πρέπει να γνωρίζει την φυσική ιστορία της νόσου, την ταχύτητα εξέλιξης, τις επιπλοκές, το πρόγραμμα των θεραπειών που ακολούθησε και το πρόγραμμα που ο ασθενής οφείλει να ακολουθήσει.. Είναι αυτός που θα συμβάλλει στην παρακίνηση του αδιάφορου και ταλαιπωρημένου καρκινοπαθούς για τη συνέχιση της θεραπείας του, είναι αυτός που θα συνιστά στον ασθενή τη συνέχιση της συνεργασίας του με το κέντρο αναφοράς, με το ογκολογικό τμήμα. Όλα αυτά μέχρις ότου ο ασθενής περιπέσει στο τελικό στάδιο της νόσου εκεί όπου την θεραπεία της αναχαίτισης θα την διαδεχθεί η θεραπεία του συμπτώματος, η τελική φροντίδα²⁴.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. Butcher, G. (2008). Γαστρεντερολογία. Εκδόσεις Παρισιάνου., Αθήνα.
2. Χατζημπούγιας, Ι. (2002). Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου. Εκδόσεις Gm Desing, Θεσσαλονίκη.
3. American Institute for Cancer Research, www.aicr.org
4. Καλαχάνης, Ν. (1990). Παχύ έντερο. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
5. Παπαχριστοδούλου Α.Ι., (1995). Χειρουργική παχέος εντέρου, Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
6. Dewit, S. (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
7. Fritsch, H., & Kuhnel W. (2009). Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
8. Osborn, K., Wraa, C., Watson, A. (2013). Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική., Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
9. Νάτσικας, Ν. (1991). Παθήσεις Παχέος Εντέρου και Ορθού. Εκδόσεις university studio press, Θεσσαλονίκη.
10. Μαυρογιάννης, Χ. (2008). Ενδοσκοπήσεις Πεπτικού Συστήματος- Βασικές αρχές κλινικές εφαρμογές κλινικές εφαρμογές περιενδοσκοπική φροντίδα. Εκδόσεις medical art, Αθήνα.
11. Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, Η. (2011). Η νοσηλευτική στην κλινική πράξη. Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.
12. Weitz J, Koch M, Debus J, et al. (2005). Colorectal cancer. Lancet
13. Keller M, Fall P, (2005) « Optimizing Quality of life», Supplements 105:9-15
14. Lambley, Peter, (2005), Η ψυχολογία του καρκίνου, Εκδόσεις Μακρή, Αθήνα
15. Frost P., Leving B., “Clinical Implications of Metastatic Process”, Lancet 1992.
16. Τσιρλιάκος Α, (2004) «Χειρουργική » Α.Τ.Ε.Ι Θεσ/νίκης Α έκδοση
17. Πατηράκη-Κουρμπάνη, (2000) «Προτεραιότητες στη νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών»: Η ανακούφιση του χρόνιου πόνου Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης ΠΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας».

18. Κυρίτση Ε ,(1999)« Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με διαταραχή εικόνας σώματος και αυτοιδέας».Νοσηλευτική 2:151- 155,
19. American Institute for Cancer Research . (2011). Colorectal Cancer. CUP Report, Διαθέσιμο στο:
<http://www.aicr.org/continuous-update-project/reports/Colorectal-Cancer-2011-Report.pdf>, προσπελάστηκε: 15/8/2016
20. <http://www.eligast.gr/images/fylladia/prolipsi-kpe.pdf>, προσπελάστηκε: 19/8/2016
21. <http://www.saritzoglou.com/diagnose-prolepse-therapeia.html>
προσπελάστηκε: 15/8/2016
22. Γιωτάκη Ε. (2010). Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. Ιατρικές και Επιστημονικές Εκδόσεις Σιώκης, Αθήνα
23. Δημητρουλόπουλος Δ. (2008). Τι νεότερο στον ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Διάγνωση και θεραπεία. Ιατρική 93
24. Χατζημπούγιας Ι. (2000). Στοιχεία Ανατομικής Του Ανθρώπου. Εκδόσεις GM DESIGN Γιώργος Μανιατογιάννης, Θεσσαλονίκη.