



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ & Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»

Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδαστής:

Γάκιος Γεώργιος

ΑΜ: 13863

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
SUMMARY	4
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	6
3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	8
Α΄ ΜΕΡΟΣ	
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ	10
2. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	12
3. ΟΡΙΣΜΟΣ	13
4. ΑΙΤΙΑ	14
5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	20
6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	21
7. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	23
8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	28
9. ΠΡΟΛΗΨΗ	29
10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	30
10.1. Χειρουργική παρέμβαση	30
10.2. Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις	33
Β΄ ΜΕΡΟΣ	
1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	36
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	37
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ	40
4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	40
5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	46
Γ΄ ΜΕΡΟΣ	
ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)	48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του οισοφάγου είναι ένας από τους πιο θανατηφόρους καρκίνους παγκοσμίως. Η επιθετική συμπεριφορά του και η δυσκολία ανίχνευσης των συμπτωμάτων, οδηγούν σε διάγνωση του σε προχωρημένο στάδιο, με συνέπεια υψηλή θνησιμότητα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η κατανόηση της νόσου και ο τρόπος εντοπισμού της, καθώς και η πρόληψη και θεραπεία της.

Μεθοδολογία: Η αναζήτηση βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στη βιβλιοθήκη της σχολής καθώς και στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scielo, Science direct, Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία πενταετία. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα αγγλική γλώσσα, ενώ οι όροι της αναζήτησης ήταν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση esophagus cancer, etiology, prevention, therapy, esophagectomy, radiotherapy, chemotherapy, quality of life, nursing role.

Αποτελέσματα: Ο καρκίνος του οισοφάγου είναι μια επιθετική κακοήθεια με αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης. Η κύρια αιτία του οισοφαγικού καρκίνου είναι ένας ανεπιθύμητος τρόπος ζωής. Ως εκ τούτου, είναι δυνατόν να βελτιωθεί ο τρόπος ζωής και να ενημερωθούν οι πολίτες για τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου και την εκπαίδευση σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Η έγκαιρη ανίχνευση και η λιγότερο επεμβατική θεραπεία θα βελτιώσουν το αποτέλεσμα των ασθενών.

Συμπεράσματα: Η γνώση και η εκπαίδευση του πληθυσμού στον εντοπισμό συμπτωμάτων και η ολιστική παρέμβαση που δίνει έμφαση στην αυτοδιαχείριση και την αλλαγή τρόπου ζωής, δύναται να απομακρύνει το ενδεχόμενο εμφάνισης του οισοφαγικού καρκίνου. Ωστόσο, η θεραπεία του παραμένει δύσκολη και το προσδόκιμο επιβίωσης χαμηλό. Η φροντίδα και η εκπαίδευση του ασθενή από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό συμβάλει στη μετεγχειρητική του αποκατάσταση.

Λέξεις κλειδιά: Οισοφάγου, αίτια, κάπνισμα, πρόληψη, νοσηλευτική φροντίδα.

SUMMARY

Esophageal cancer is one of the most lethal cancers worldwide. This cancer's aggressive behavior and the difficulty of detection of symptoms, leading to a diagnosis of advanced stage, resulting in high mortality.

Purpose: The purpose of this paper is the understanding of the disease and the way of discovery, as well as prevention and treatment of esophageal cancer and its subtypes.

Methodology: A literature search was performed in the school's library and PubMed, Scielo, Science direct, Google Scholar databases. The material of the study includes articles published primarily in the last five years. Entered restriction on the language of publication of books and articles and used only the ones that were published in English language, while the search terms were in combinations while searching, esophagus cancer, etiology, prevention, therapy, esophagectomy, radiotherapy, chemotherapy, quality of life, nursing role.

Results: Esophageal cancer is an aggressive malignancy with increasing incidence. The main cause of esophageal cancer is an unwelcome way of life. Therefore, it is possible to improve the lifestyle and to inform citizens about the risk factors for cancer and education in a healthy lifestyle. Early detection and less invasive treatment will improve the outcome of patients.

Conclusions: Knowledge and training of the population to identify symptoms and holistic intervention that places emphasis on self-management and lifestyle change, may remove the possibility of esophageal cancer. However, the treatment of esophageal cancer remains difficult and life expectancy low. The care and education of the patient by qualified nursing staff contribute to postoperative rehabilitation.

Key words: Esophageal, causes, smoking, prevention, nursing care.

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του οισοφάγου είναι ένας από τους πιο θανατηφόρους καρκίνους παγκοσμίως. Είναι γνωστός για την επιθετική συμπεριφορά του, καθώς διηθεί τοπικά και μεθίσταται στους γειτονικούς λεμφαδένες, ενώ επηρεάζει τους άνδρες σε ποσοστό διπλάσιο από τις γυναίκες. Η ύπουλη εκδήλωση των συμπτωμάτων και οι σημαντικές κοινωνικές ανισότητες μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού οδηγούν σε δυσκολίες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και καθυστερήσεις στη διάγνωση, με αποτέλεσμα ο καρκίνος του οισοφάγου συνήθως να διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο και να συνοδεύεται από κακή πρόγνωση (Rustgi & El Serag, 2014).

Υπάρχουν δύο κύριοι ιστολογικοί υποτύποι καρκίνου του οισοφάγου: το πλακώδες καρκίνωμα και το αδενοκαρκίνωμα. Μεταξύ των παραγόντων κινδύνου περιλαμβάνονται παράγοντες τροποποίησης του τρόπου ζωής, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση καπνού και η διατροφή, που ταυτόχρονα θα πρέπει να θεωρούνται ως βασικά σημεία για την πρόληψη του καρκίνου του οισοφάγου (Cox et al., 2016). Επιπλέον, η παχυσαρκία και η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη οισοφαγικού αδενοκαρκινώματος (Cook et al., 2014).

Η θεραπεία του καρκίνου του οισοφάγου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του σταδίου του καρκίνου και της γενικής υγείας του ασθενούς. Σε προχωρημένο στάδιο εφαρμόζεται οισοφαγεκτομή. Η διατροφική κατάσταση των ασθενών, η λειτουργική ικανότητα και η συναισθηματική ευεξία υποβαθμίζονται σημαντικά, γεγονός που συχνά αυξάνει την επίπτωση των μετεγχειρητικών πνευμονικών επιπλοκών, με αποτέλεσμα να αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος θανάτου από χειρουργική επέμβαση.

Η εκπαίδευση του πληθυσμού σε ύποπτα συμπτώματα που συνδέονται με τον καρκίνο του οισοφάγου μπορούν να δημιουργήσουν υποψιασμένους πολίτες, που θα απευθυνθούν στους ειδικούς για να διερευνήσουν την κατάσταση της υγείας τους. Από την άλλη πλευρά, οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες θα μπορούσαν να αποτελέσουν ασπίδα κατά του καρκίνου του οισοφάγου, ενώ η διατροφική υποστήριξη θα μπορούσε να είναι ευεργετική για τη διαχείριση αυτών των ασθενών και μετά τη διάγνωση του καρκίνου (Yang et al., 2016).

Η γνώση διαχείρισης του καρκίνου από το νοσηλευτικό προσωπικό και η επικοινωνιακή του ικανότητα, αποτελεί πολύτιμο εργαλείο στη δημιουργία μιας

αποτελεσματικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή/νοσηλευόμενου, που εγκαθιδρύεται μέσα από τη γνώση και το διάλογο, ώστε να μεταμορφώσει την ανασφάλεια και το φόβο του ασθενή και να συμβάλει στην ισορροπία της ψυχικής του κατάστασης και τη διατήρηση ενός ασφαλούς επιπέδου ποιότητας ζωής, ιδιαίτερα κατά τον μετεγχειρητικό χρόνο.

2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις πλέον αμείλικτες ασθένειες που πολλοί άνθρωποι θα συναντήσουν στη διαδρομή της ζωής τους σε διαφορετικές μορφές. Η παλαιότερη καταγραμμένη περίπτωση του καρκίνου του μαστού εντοπίζεται στην αρχαία Αίγυπτο σε απολιθωμένα οστά και καταγράφηκε ότι δεν υπήρξε καμία θεραπεία για τον καρκίνο, μόνο παρηγορητική θεραπεία. Σύμφωνα με τις επιγραφές, οι επιφανειακοί όγκοι αφαιρέθηκαν χειρουργικά με τρόπο παρόμοιο με το σημερινό (Cox, 2000). Σε πάπυρο που ανακάλυψε το 1862 ο αιγυπτιολόγος Edwin Smith και χρονολογείται στο 2625 π.Χ., γινόταν λόγος για τον καρκίνο του μαστού, ο οποίος περιγραφόταν ως «μπάλα από χαρτί». Στο έργο του Ηροδότου «Ιστορίες» γύρω στο 440 π.Χ., περιγράφεται η περίπτωση της βασίλισσας των Περσών, της Ατόσσας, η οποία προσβλήθηκε από μια σπάνια ασθένεια, με την εμφάνιση ενός εξογκώματος που αιμορραγούσε στον μαστό της (Sudhakar, 2009).

Η προέλευση της λέξης καρκίνος πιστώνεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη (460-370 π.Χ.), που θεωρείται ο «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τον όρο "καρκίνωμα", από τη λέξη "καρκίνος" (κάβουρας), για να περιγράψει τους κακοήθεις όγκους. Ο Ρωμαίος παθολόγος, Κέλσος (28-50 π.Χ.), αργότερα μετέφρασε τον ελληνικό όρο σε καρκίνο, που είναι η λατινική λέξη για τα καβούρια. Το 160 μ.Χ., ο Έλληνας γιατρός Κλαύδιος Γαληνός υποστηρίζει ότι «ο καρκίνος είναι παγιδευμένη μέλαινα χολή, και ως στατική χολή, δεν μπορεί να αποδράσει από ένα σημείο και έτσι πήζει και γίνεται συμπαγής μάζα». Επιπλέον, χρησιμοποιεί τη λέξη *oncos* (Ελληνικά το οίδημα) για να περιγράψει τους όγκους. Η ορολογία του Γαληνού χρησιμοποιείται από την ιατρική κοινότητα που ασχολείται με την ογκολογία (Hajdu, 2011).

Κατά τη διάρκεια της Αναγέννησης, ξεκινώντας από τον 15ο αιώνα, οι επιστήμονες είχαν αναπτύξει μεγαλύτερη κατανόηση του ανθρώπινου σώματος. Επιστήμονες, όπως ο Γαλιλαίος και ο Νεύτωνας, άρχισαν να χρησιμοποιούν την επιστημονική μέθοδο για τη μελέτη ασθενειών. Η μέθοδος της αυτοψίας από τον Harvey (1628), οδήγησε σε μια κατανόηση της κυκλοφορίας του αίματος μέσω της καρδιάς και του σώματος που μέχρι τότε ήταν ένα μυστήριο.

Τον 19ο αιώνα γεννήθηκε η επιστημονική Ογκολογία με χρήση του σύγχρονου μικροσκοπίου στη μελέτη των προσβεβλημένων ιστών. Ο Ρούντολφ Βίρχοφ, συχνά ονομάζεται ο ιδρυτής της κυτταρικής παθολογίας, καθώς τα ερευνητικά του ευρήματα παρέχουν την επιστημονική βάση για τη σύγχρονη μελέτη του καρκίνου.

Αυτή η μέθοδος όχι μόνο επέτρεψε την καλύτερη κατανόηση της νόσου του καρκίνου, αλλά επίσης με τη βοήθεια της χειρουργικής, προσβεβλημένοι ιστοί του σώματος μπορούσαν να αφαιρούνται για να εξεταστούν και να γίνει μια ακριβής διάγνωση (Cox, 2000).

Από το 2014, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας διεθνής οργανισμός ερευνών για τον καρκίνο (IARC) έχει εντοπίσει πάνω από 100 χημικές, φυσικές, βιολογικές και καρκινογόνες ουσίες. Πολλές από αυτές τις ενώσεις είχαν αναγνωριστεί πολύ πριν οι επιστήμονες αντιληφθούν πως αναπτύσσεται ο καρκίνος. Σήμερα, η έρευνα οδηγεί στην ανακάλυψη νέων καρκινογόνων ουσιών, εξηγώντας πώς μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο και παρέχοντας τρόπους για την πρόληψη του καρκίνου.

Το 1962 οι Τζέιμς Γουάτσον και Φράνσις Κρικ, τιμήθηκαν με βραβείο Νόμπελ για την εργασία τους που είχε ανακαλύψει την ακριβή χημική δομή του DNA, τη βασική ύλη των γονιδίων. Το DNA βρέθηκε να είναι η βάση του γενετικού κώδικα. Μετά την εκμάθηση μετάφρασης του γενετικού κώδικα, οι επιστήμονες ήταν σε θέση να κατανοήσουν πώς λειτουργούν τα γονίδια και κατά πόσο θα μπορούσαν να καταστραφούν από μεταλλάξεις (αλλαγές ή λάθη στα γονίδια). Αυτές οι σύγχρονες τεχνικές της χημείας και της βιολογίας απάντησαν σε πολλά σύνθετα ερωτήματα σχετικά με τον καρκίνο (Hajdu, 2013).

Η ιστορία του καρκίνου του οισοφάγου χρονολογείται από την αρχαία αιγυπτιακή εποχή, γύρω στο 3000 π.Χ. Κατά τους τελευταίους αιώνες υπήρξε πρόοδος στην απεικόνιση και απομάκρυνση αυτών των βλαβών, αλλά χωρίς πραγματικές συνολικές επιπτώσεις στα ποσοστά επιβίωσης. Η πρώτη επιτυχής επέμβαση αντιμετώπισης του οισοφαγικού καρκίνου καταγράφεται το 1913 και αποδίδεται στον Αμερικανό χειρουργό Torek. Το 1933 καταγράφεται διπλή επιτυχία με τον Grey Turner στη Βρετανία και τον Ohsawa στην Ιαπωνία. Ο εικοστός πρώτος αιώνας είναι η στιγμή να σημειωθεί σημαντική πρόοδος όχι μόνο στη βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης αλλά και στη διάγνωση του καρκίνου του οισοφάγου στα πολύ αρχικά στάδια (Eslick, 2009).

3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του οισοφάγου είναι ένας από τους συνηθέστερους θανατηφόρους καρκίνους παγκοσμίως. Στις αναπτυσσόμενες χώρες κατατάσσεται στην πέμπτη θέση και έχει μία από τις χειρότερες προγνώσεις οποιουδήποτε νεοπλασματος του ανθρώπινου σώματος, ενώ ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο του οισοφάγου θα έχει αυξηθεί σε 728.945 μέχρι το έτος 2035 (Rubinstein et al., 2018).

Λόγω της στρατηγικής του θέσης μεταξύ της στοματικής κοιλότητας και του στομάχου, η ασθένεια είναι συνήθως ανίατη όταν ο ασθενής δυσκολεύεται στην κατάποση. Αυτό που είναι πολύ ανησυχητικό και ακόμα συναρπαστικό για αυτήν την κακοήθεια είναι η αξιοσημείωτη διαφοροποίηση της γεωγραφικής του επίπτωσης σε διάφορα μέρη του κόσμου. Ενώ η επίπτωση αυτής της ασθένειας στη Βόρεια Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη είναι περίπου 5 έως 10/100000, το ποσοστό αυτό είναι πάνω από 100/100000 στο Ιράν και σε ορισμένα μέρη της Κίνας (Saidi, 2014).

Το πλακώδες καρκίνωμα (SCC) είναι ο κυρίαρχος ιστολογικός τύπος καρκίνου του οισοφάγου παγκοσμίως. Μέχρι τη δεκαετία του 1970, οι περισσότεροι καρκίνοι του οισοφάγου στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν καρκινώματα πλακωδών κυττάρων (Enestved et al., 2010).

Σήμερα ο καρκίνος του οισοφάγου έχει σημειώσει σημαντική αλλαγή, με σημαντική αύξηση του επιπολασμού του αδενοκαρκινώματος. Αυξάνοντας περισσότερο από 35% τα τελευταία 30 χρόνια, το αδενοκαρκίνωμα έχει γίνει η πιο κοινή μορφή καρκίνου του οισοφάγου. Το καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων αντιπροσωπεύει περίπου το 40% των καρκίνων του οισοφάγου που διαγνώστηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σήμερα, περίπου το 60% των διαγνωσμένων καρκίνων του οισοφάγου είναι αδενοκαρκινώματα (Siegel et al., 2018).

Η συχνότητα εμφάνισης SCC αυξάνεται με την ηλικία και κορυφώνεται στην έβδομη δεκαετία της ζωής, η οποία είναι τρεις φορές υψηλότερη στους έγχρωμους παρά στους καυκάσιους, ενώ τα αδενοκαρκινώματα είναι πιο συνηθισμένα στους λευκούς άνδρες. Η επίπτωση του καρκίνου του οισοφάγου είναι 4 φορές υψηλότερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες και η ασθένεια επηρεάζει κυρίως ηλικιωμένα άτομα (μέση ηλικία, 60-70 έτη). Ο καρκίνος του οισοφάγου είναι τέσσερις φορές πιο κοινός και ελαφρώς πιο θανατηφόρος στους άνδρες παρά στις γυναίκες (Buas et al., 2015).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, περίπου 17.290 περιπτώσεις καρκίνου του οισοφάγου θα διαγνωσθούν κάθε χρόνο και 15.850 θάνατοι αναμένονται από την ασθένεια. Σε

παγκόσμιο επίπεδο, εκτιμήθηκαν 455.800 νέες περιπτώσεις καρκίνου του οισοφάγου και 400.200 θάνατοι σημειώθηκαν το 2012 (Siegel et al., 2018).

Τα ποσοστά επίπτωσης ποικίλλουν διεθνώς, με τα υψηλότερα ποσοστά στη Νότια και Ανατολική Αφρική και την Ανατολική Ασία και τα χαμηλότερα ποσοστά στη Δυτική και τη Μέση Αφρική και την Κεντρική Αμερική τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες (Jemal et al., 2011). Στην περιοχή υψηλού κινδύνου, η οποία εκτείνεται από το Βόρειο Ιράν μέσω των δημοκρατιών της Κεντρικής Ασίας έως τη Βόρειο-Κεντρική Κίνα (συχνά αναφέρεται ως «ζώνη καρκίνου του οισοφάγου»), το 90% των περιπτώσεων είναι καρκινώματα πλακώδους κυττάρου (SCC) (Torre et al., 2015). Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου σε αυτούς τους τομείς δεν είναι καλά κατανοητοί, αλλά πιστεύεται ότι περιλαμβάνουν χαμηλή διατροφική κατάσταση, χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και κατανάλωση ροφημάτων σε υψηλές θερμοκρασίες. Αντίθετα, σε περιοχές χαμηλού κινδύνου όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες και αρκετές δυτικές χώρες, το κάπνισμα και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αντιπροσωπεύουν περίπου το 90% των συνολικών περιπτώσεων οισοφαγικού SCC (Zhang et al., 2013).

Οι χρονικές τάσεις στην εμφάνιση ποικίλουν για τους δύο κύριους ιστολογικούς τύπους καρκίνου του οισοφάγου. Τα ποσοστά εμφάνισης του αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου αυξάνονται δραματικά σε αρκετές δυτικές χώρες, εν μέρει λόγω αύξησης των γνωστών παραγόντων κινδύνου όπως το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία. Η συσχέτιση μεταξύ της διατροφής και της οισοφαγίτιδας μπορεί να προτείνει μεθόδους πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του οισοφάγου και να δώσει την ευκαιρία να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης αυτής της θανατηφόρου νόσου (McCollum et al., 2016).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο οισοφάγος είναι ένας μυϊκός σωλήνας που συνδέει το φάρυγγα με το στομάχι και χρησιμοποιείται ως δίοδος μεταφοράς της τροφής. Είναι ένας μυϊκός σωλήνας μήκους 25-30 εκ. στον ενήλικα περίπου με ένα εσωτερικό στρώμα από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο, διαμέσου του οποίου οι τροφές διέρχονται από το φάρυγγα στο στομάχι, με τη βοήθεια περισταλτικών κινήσεων. Το τοίχωμα του οισοφάγου αποτελείται από τρεις χιτώνες από έξω προς τα μέσα: τον ινώδη, το μυϊκό ιστό και το βλεννογόνο (Χατζημπούγιας, 2007).

Ο οισοφάγος άρχεται από τον 6^ο αυχενικό σπόνδυλο και εκτείνεται ως το καρδιακό στόμιο του στομάχου. Δεν έχει πεπτική, απορροφητική ή εκκριτική λειτουργία. Ο οισοφάγος γεφυρώνει 3 ανατομικά διαμερίσματα: τον αυχένα, τον θώρακα και την κοιλιά. Διαιρείται σε τρεις μοίρες με βάση τις περιοχές τους σώματος που διέρχεται: την τραχηλική, τη θωρακική και την κοιλιακή μοίρα. Η τραχηλική μοίρα του οισοφάγου έχει μήκος περίπου 5 εκατοστά και μεταπίπτει στη θωρακική του μοίρα στο ύψος του μεσοδιαστήματος μεταξύ του 1ου και 2ου θωρακικού σπονδύλου. Η θωρακική μοίρα του οισοφάγου έχει μήκος περίπου 20 εκατοστά και συμβατικά χωρίζεται σε άνω, μέσο και κάτω τριτημόριο (Χατζημπούγιας, 2007).

Στο σημείο ένωσης οισοφάγου και φάρυγγα βρίσκεται ο φαρυγγοοισοφαγικός σφικτήρας, ενώ αντίστοιχα η περιοχή του κατώτερου οισοφάγου, που ενώνεται με το στομάχι, ονομάζεται γαστροοισοφαγικός σφικτήρας. Αυτοί οι 2 σφικτήρες, σε κατάσταση ηρεμίας (όταν το άτομο δεν καταπίνει) έχουν υψηλή πίεση και εμποδίζουν την παλινδρόμηση υγρών και στερεών τροφών. Κατά την κατάποση, ο βλωμός (η μπουκιά) προωθείται από το φάρυγγα στον οισοφάγο, αφού χαλαρώσει ο φαρυγγοοισοφαγικός σφικτήρας στιγμιαία. Ακολούθως μέσω των περισταλτικών κινήσεων ο βλωμός φτάνει στον γαστροοισοφαγικό σφικτήρα, που πρέπει με τη σειρά του να χαλαρώσει στιγμιαία, για να προωθηθεί ο βλωμός στο στομάχι (Orlando & Long, 2006).

Το τοίχωμα του οισοφάγου έχει πλούσιο λεμφικό δίκτυο και πυκνή μικροαγγειακή παροχή αίματος. Η ανάπτυξη καρκίνου του οισοφάγου ξεκινά από το εξωτερικό τοίχωμα και διεισδύει προς τα μέσα, συχνά παρεμποδίζοντας τον αυλό του οισοφάγου

καθώς μεγαλώνει. Ο οισοφάγος είναι το μόνο μέρος του γαστρεντερικού συστήματος που στερείται προστατευτικού εξωτερικού στρώματος οροφής. Η απουσία αυτού του προστατευτικού στρώματος επιτρέπει στον οισοφαγικό ιστό να επεκταθεί εύκολα για να φιλοξενήσει βλώματα τροφής που προωθούνται από την περισταλτική κίνηση. Η ελαστικότητα του οισοφάγου συχνά καθυστερεί την ταυτοποίηση των πιο κοινών σημείων και συμπτωμάτων του καρκίνου του οισοφάγου: προοδευτική δυσφαγία και απώλεια βάρους (Orlando & Long, 2006).

2. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και τα αδενοκαρκινώματα διαφέρουν ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως η θέση του όγκου και οι παράγοντες προδιαθέσεως. Το κάπνισμα και το αλκοόλ αποτελούν μείζονα παράγοντα κινδύνου για το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, ενώ γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, ο οισοφάγος Barrett, η παχυσαρκία και το κάπνισμα είναι οι παράγοντες κινδύνου για το αδενοκαρκίνωμα. Αυτό εξηγεί και την ραγδαία αύξηση των αδενοκαρκινωμάτων στις δυτικές χώρες (Engel et al., 2013).

Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου αυξάνεται με την ηλικία. Λιγότερο από το 15% των περιπτώσεων αφορούν σε άτομα ηλικίας κάτω των 55 ετών. Οι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάθουν καρκίνο του οισοφάγου από τις γυναίκες. Το πλακώδες καρκίνωμα είναι ο συχνότερος ιστολογικός τύπος σε μαύρα άτομα και λευκές γυναίκες, ενώ το αδενοκαρκίνωμα κυριαρχεί στους λευκούς άνδρες (Arnold et al., 2015). Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του πλακώδους κυττάρου του οισοφάγου είναι γενικά υψηλότερη στους άνδρες από τις γυναίκες στις περισσότερες χώρες και οι μαύροι άνδρες, σε σύγκριση με τους λευκούς στις Ηνωμένες Πολιτείες (Lagergren et al., 2011).

Το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ είναι οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου, ιδιαίτερα στους δυτικούς πληθυσμούς. Οι διατροφικοί παράγοντες, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η έκθεση σε περιβαλλοντικούς καρκινογόνους παράγοντες και η κληρονομική ευαισθησία μπορούν να διαδραματίσουν ισχυρότερο ρόλο στην αιτιολογία του πλακώδους καρκινώματος (Rubenstein et al., 2014). Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για το αδενοκαρκίνωμα είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και η παχυσαρκία, ενώ το κάπνισμα είναι μόνο ένας μετρίως ισχυρός παράγοντας κινδύνου. Υπάρχει μια σχέση δόσης-απόκρισης μεταξύ του καπνίσματος και των δύο υποτύπων του καρκίνου του οισοφάγου και το 49% των περιπτώσεων ESCC εκτιμάται ότι αποδίδεται στο κάπνισμα (Huang et al., 2018).

3. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο καρκίνος είναι η δεύτερη πιο σημαντική αιτία θανάτου στον δυτικό κόσμο, μετά τις καρδιαγγειακές ασθένειες. Είναι ένας γενικός όρος που περιλαμβάνει εκατοντάδες διαφορετικούς τύπους κακοήθων όγκων που έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, σύμφωνα με το όργανο προέλευσης, τη φύση των κυττάρων που εμπλέκονται και τη βιολογική συμπεριφορά τους (Kearney & Richardson, 2011).

Οι ανεξέλεγκτες κυτταρικές διαιρέσεις οδηγούν στο σχηματισμό μιας μάζας ιστού που αναπτύσσεται διαρκώς και είναι γνωστή με το όνομα όγκος. Αν τα καρκινικά κύτταρα παραμείνουν στη θέση τους και δεν διεισδύσουν σε γειτονικούς ιστούς, τότε ο όγκος θεωρείται καλοήθης. Αν όμως συμβεί μετάσταση καρκινικών κυττάρων, αν δηλαδή τα καρκινικά κύτταρα εισβάλλουν σε γειτονικούς ιστούς και αρχίσουν να παρενοχλούν τη λειτουργία τους ή διασκορπιστούν με το κυκλοφοριακό σύστημα σε άλλες περιοχές του σώματος, τότε ο όγκος καλείται κακοήθης και μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο του προσβεβλημένου ατόμου (Vander et al., 2011).

Ο καρκίνος του οισοφάγου είναι μία από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας μεταξύ των νεοπλασμάτων που επηρεάζουν το γαστρεντερικό σωλήνα (Tustumi et al., 2016). Εντοπίζονται δύο βασικοί τύποι καρκίνου του οισοφάγου, το πλακώδες/ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα που μπορεί να προκύψει σε όλο το μήκος του οισοφάγου αλλά είναι πιο συνηθισμένο στο τμήμα του οισοφάγου που βρίσκεται στην περιοχή του λαιμού και στα άνω δύο τρίτα της θωρακικής κοιλότητας, και το αδενοκαρκίνωμα που προκύπτει από τα κύτταρα του αδένου που παράγουν βλέννη, και εμφανίζεται στο ανώτερο τμήμα του οισοφάγου και στη γαστροοισοφαγική διασταύρωση (Thrift, 2016).

Ο καρκίνος του οισοφάγου (Esophageal cancer=EsC) συμπεριλαμβανομένου του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος (squamous cell carcinoma=SCC) και του αδενοκαρκινώματος θεωρείται σοβαρή κακοήθεια όσον αφορά την πρόγνωση και τη θανατηφόρο έκβαση στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων (Torre et al., 2015). Το καρκίνωμα του οισοφάγου επηρεάζει περισσότερους από 450.000 ανθρώπους παγκοσμίως και η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται ραγδαία. Επί του παρόντος, είναι ο έβδομος πιο συνηθισμένος καρκίνος στον κόσμο λόγω της εξαιρετικά επιθετικής του φύσης και του χαμηλού επιπέδου επιβίωσης (Pennathur et al., 2013).

4. ΑΙΤΙΑ

1. Η κατανάλωση καπνού είναι η κύρια αιτία εμφάνισης ασθενειών και θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες και περίπου 480.000 θάνατοι ετησίως προκαλούνται από το κάπνισμα και την έκθεση στον καπνό, ή σχεδόν ένας στους πέντε θανάτους ετησίως (Gallaway et al., 2018).

Το κάπνισμα είναι ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου του οισοφάγου. Οι καπνιστές έχουν 5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης αυτής της νόσου σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Η χρόνια έκθεση στους περιβαλλοντικούς καρκινογόνους παράγοντες που συνδέονται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και το μακροχρόνιο κάπνισμα τσιγάρων έχουν περισσότερο σχέση με την ανάπτυξη του καρκίνου των πλακωδών κυττάρων. Όσο μεγαλύτερη είναι η χρήση και η πρόσληψη αλκοόλ και τσιγάρων, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου. Η συνδυασμένη χρήση του καπνίσματος και του ποτού αυξάνει επίσης τον κίνδυνο, ενώ ο κίνδυνος αυτός μειώνεται για τους ανθρώπους που διέκοψαν το κάπνισμα (Wheeler & Reed, 2012).

Το αλκοόλ αυξάνει επίσης τον κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου. Το αλκοόλ είναι ένας σαφής παράγοντας κινδύνου για το πλακώδες καρκίνωμα. Το αλκοόλ δεν σχετίζεται με την ύπαρξη αδenoκαρκινώματος. Όσο περισσότερο αλκοόλ κάποιος πίνει, τόσο υψηλότερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου. Ο συνδυασμός του καπνίσματος και του αλκοολούχου ποτού αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου πολύ περισσότερο από τη χρήση είτε μόνο του (Karam-Hage et al., 2014).

Ο σχετικός κίνδυνος αυξάνεται με την κατανάλωση αλκοόλ που κυμαίνεται μεταξύ 1,8 και 7,4 ανάλογα με τον εβδομαδιαίο όγκο. Η πρόσληψη ορισμένων τύπων ποτών δημιουργεί παγκοσμίως «καυτά σημεία» καρκίνου του πλακώδους κυττάρου του οισοφάγου σε περιοχές της Βόρειας Γαλλίας που καταναλώνουν Brandie, μύρα καλαμποκιού στη Νοτιοανατολική Αφρική, αποσταγμένα ποτά ζάχαρης στο Πουέρτο Ρίκο ή ορισμένα ουίσκι στην Καρολίνα των Ηνωμένων Πολιτειών. Στη Βόρεια Κίνα, το οινόπνευμα δεν καταναλώνεται τακτικά και επομένως ο κίνδυνος που συνδέεται με αυτή τη συνήθεια δεν έχει σημασία (Oze et al., 2012).

2. Διατροφή: Ορισμένες ουσίες στη διατροφή μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου. Για παράδειγμα, υπήρξαν προτάσεις, που δεν έχουν ακόμη αποδειχθεί καλά, ότι μια δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε επεξεργασμένο κρέας μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου. Αυτό μπορεί

να βοηθήσει στην εξήγηση του υψηλού ποσοστού αυτού του καρκίνου σε ορισμένα μέρη του κόσμου.

Από την άλλη πλευρά, μια διαίτα με υψηλή περιεκτικότητα σε φρούτα και λαχανικά συνδέεται με χαμηλότερο κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου. Οι ακριβείς λόγοι για αυτό δεν είναι σαφείς, αλλά τα φρούτα και τα λαχανικά έχουν μια σειρά βιταμινών και μετάλλων που μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη του καρκίνου.

Η συχνή κατανάλωση πολύ καυτών υγρών (θερμοκρασίες 149 ° F ή 65 ° C - πολύ πιο ζεστές από ένα τυπικό φλιτζάνι καφέ) μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για τον τύπο του επιθηλιακού κυττάρου του καρκίνου του οισοφάγου. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε μακροχρόνια βλάβη των κυττάρων που φέρουν τον οισοφάγο από τα ζεστά υγρά.

3. Έκθεση στο χώρο εργασίας: Η έκθεση σε χημικούς αναθυμιάσεις σε ορισμένους χώρους εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του οισοφάγου. Για παράδειγμα, η έκθεση σε μερικούς από τους διαλύτες που χρησιμοποιούνται για στεγνό καθάρισμα μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερο κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου (Parent et al., 2000). Ορισμένες μελέτες έχουν καταλήξει σε αυτή τη διαπίστωση, ωστόσο δεν συμμερίζονται όλες οι σχετικές μελέτες αυτή την παραδοχή (Kamangar et al., 2009).

4. Τραυματισμός στον οισοφάγο: Υπάρχουν κάποιες χημικές ουσίες που βρίσκονται σε ισχυρά βιομηχανικά και οικιακά καθαριστικά, με ορισμένες να αποτελούν ισχυρούς διαβρωτικούς παράγοντες, που μπορεί να κάψουν και να καταστρέψουν τα κύτταρα, προκαλώντας σοβαρή χημική καύση στον οισοφάγο. Καθώς ο τραυματισμός θεραπεύεται, ο ουλώδης ιστός μπορεί να προκαλέσει στένωση σε μια περιοχή του οισοφάγου. Τα άτομα με αυτές τις διαταραχές έχουν αυξημένο κίνδυνο κακοήθους καρκίνου του οισοφάγου, κάτι που συμβαίνει συχνά πολλά χρόνια (ακόμη και δεκαετίες) αργότερα (Yang et al, 2016).

5. Ιστορικό ύπαρξης άλλων καρκίνων: Οι άνθρωποι που είχαν κάποιους άλλους καρκίνους, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος του στόματος και ο καρκίνος του λάρυγγα, έχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων του οισοφάγου. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι αυτοί οι καρκίνοι μπορούν επίσης να προκληθούν από το κάπνισμα (Lee et al, 2016).

6. Τύλωση: Η τύλωση είναι μια σπάνια, οικογενής ασθένεια που προκαλεί υπερβολική ανάπτυξη του ανώτερου στρώματος του δέρματος στις παλάμες και τα πέλματα. Τα άτομα με αυτήν την πάθηση αναπτύσσουν μικρά θηλώματα στον οισοφάγο και έχουν πολύ υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν πλακώδη καρκίνο του

οισοφάγου. Η αναγνώριση των μελών της οικογένειας που έχουν προσβληθεί και η έναρξη ενός προγράμματος επιτήρησης για έγκαιρη ανίχνευση μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση σε αυτά τα άτομα. Συχνά αυτό απαιτεί τακτική παρακολούθηση με ανώτερη ενδοσκόπηση. Η ταυτοποίηση ενός αιτιολογικού γονιδίου επιτρέπει την εισαγωγή γενετικού διαγνωστικού ελέγχου στη διαγνωστική αρένα και ανοίγει το δρόμο για λειτουργικές μελέτες με τη δυνατότητα προληπτικών θεραπειών (Saarinen et al., 2012).

Η τύλωση χαρακτηρίζεται από εστιακή πάχυνση του δέρματος των χεριών και των ποδιών και συνδέεται με έναν πολύ υψηλό κίνδυνο ζωής κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης πλακώδους κυτταρικού καρκινώματος του οισοφάγου. Αν και τα συμπτώματα του καρκίνου του οισοφάγου μπορεί να περιλαμβάνουν δυσφαγία, οδυνοφαγία, ανορεξία και απώλεια βάρους, μπορεί να υπάρχει απουσία συμπτωμάτων στην πρώιμη νόσο, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ενδοσκοπικής παρακολούθησης σε αυτούς τους ασθενείς (Smart et al., 2011).

Ο καρκίνος του οισοφάγου που συσχετίζεται με την τύλωση εμφανίζεται συνήθως από τα μέσα της 5^{ης} δεκαετίας της ζωής του ατόμου και εξής και δεν παρουσιάζει προγενέστερη εξέλιξη από την σποραδική μορφή της νόσου. Η τυλοποίηση με καρκίνο του οισοφάγου κληρονομείται ως αυτοσωμικό κυρίαρχο χαρακτηριστικό με πλήρη διείσδυση των δερματικών χαρακτηριστικών, συνήθως ηλικίας 7 έως 8 ετών, αλλά μπορεί να παρουσιαστεί τόσο αργά όσο η εφηβεία. Η πρόγνωση της τύλωσης με καρκίνο του οισοφάγου είναι δύσκολο να προσδιοριστεί λόγω του περιορισμένου αριθμού των προσβεβλημένων ατόμων (Ellis et al., 2015).

7. Αχαλασία: Η αχαλασία, είναι μια σπάνια διαταραχή της κινητικότητας του οισοφάγου, αγνώστου αιτιολογίας, που χαρακτηρίζεται από έλλειψη του ακούσιου αντανακλαστικού στον οισοφάγο μετά την κατάποση, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει το κλείσιμο του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα (Moradi et al., 2018).

Μια γενετική βάση για την αχαλασία υποστηρίζεται από αναφορές που δείχνουν εμφάνιση νόσου σε μονοζυγωτικά δίδυμα, αδέρφια και άλλους συγγενείς πρώτου βαθμού και εμφάνιση σε συνδυασμό με άλλες γενετικές ασθένειες όπως το σύνδρομο Down και τη νόσο του Parkinson (Ghoshal et al., 2012).

Επηρεάζει τα δύο φύλα και όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η αχαλασία περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Willis το 1674 ως «εμπλοκή τροφίμων στον οισοφάγο». Αντιμετώπισε αυτούς τους ασθενείς επιτυχώς με ένα διαστολέα φτιαγμένο από φάλαινα και σφουγγάρι. Ο όρος "achalasia" εισάχθηκε για πρώτη φορά από τον Hurst το 1927. Είχε παρατηρήσει τέτοιους ασθενείς από το 1914 και

πρότεινε ότι η διαταραχή τους μπορεί να οφείλεται στην απουσία φυσιολογικής χαλάρωσης του σφιγκτήρα, πιθανώς ως αποτέλεσμα οργανικών μεταβολών στο πλέγμα του Auerbach. Η αχαλασία είναι μια ελληνική λέξη που σημαίνει "αποτυχία χαλάρωσης" (Torres-Aguilera & Troche, 2018).

Η αχαλία μπορεί να είναι πρωτογενής (ιδιοπαθή) ή δευτερογενής. Σε δευτερογενή αχαλασία, είναι γνωστή η αιτία για τον εκφυλισμό των οισοφαγικών νευρικών ινών. Παθοφυσιολογικά, η αχαλασία προκαλείται από την απώλεια ανασταλτικών κυττάρων γαγγλίων στο μυεντερικό πλέγμα. Από την αρχική περιγραφή, αρκετές μελέτες έχουν επιχειρήσει να διερευνήσουν παράγοντες εκκίνησης που μπορεί να προκαλέσουν την ασθένεια, όπως ιική μόλυνση, άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες, αυτοανοσία και γενετικούς παράγοντες. Ωστόσο, η ακριβής παθογένεση της πρωτοταγούς αχαλασίας δεν είναι ακόμη γνωστή. Τα άτομα με αχαλασία διατρέχουν κίνδυνο οισοφαγικού καρκίνου που είναι πολλές φορές φυσιολογικό. Κατά μέσο όρο, οι καρκίνοι εντοπίζονται περίπου 15 έως 20 χρόνια μετά την έναρξη της αχαλασίας (Moradi et al., 2018).

8. Το σύνδρομο Plummer-Vinson: Πρόκειται για ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από σιδηροπενική αναιμία, γλωσσίτιδα, σπληνομεγαλία, ανάπτυξη χηλοειδών, εύθρυπτα νύχια και μεμβράνες στον οισοφάγο. Έχει διαπιστωθεί ότι 10% αυτών των ασθενών θα αναπτύξει επιδερμοειδή καρκίνο του οισοφάγου (Bakari et al., 2014).

9. Λοίμωξη από ιό ανθρώπινου θηλώματος (HPV): Σε περιοχές με υψηλή συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου η λοίμωξη από τον ιό HPV φαίνεται να παίζει σπουδαίο ρόλο, ενώ το ίδιο δεν φαίνεται να συμβαίνει σε περιοχές με χαμηλή συχνότητα (Rajendra et al., 2018).

10. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (gastroesophageal reflux disease): Ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας για την ανάπτυξη οισοφαγικού αδενοκαρκινώματος είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Το γαστρικό υγρό της αναρροής, το οποίο περιέχει επίσης τα χολικά οξέα και τα ένζυμα από το έντερο, μπορεί να προκαλέσει οισοφάγο Barrett (Yang et al., 2016) ο οποίος θεωρείται ο πιο αναγνωρισμένος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη του αδενοκαρκινώματος του οποίου η ύπαρξή του προμηνύει αυξημένο κίνδυνο. Ο οισοφάγος Barrett θεωρείται πως είναι η πρόδρομη κατάσταση του οισοφαγικού αδενοκαρκινώματος (Katz et al., 2016; Yang et al., 2016).

Υπάρχει ουσιαστική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των συμπτωμάτων της ΓΟΠΝ και εκείνων της ηωσινοφιλικής οισοφαγίτιδας, της λειτουργικής δυσπεψίας και της γαστροπάρεσης, που αποτελούν πρόκληση για τη διαχείριση του ασθενούς. Τα άτομα

με ΓΟΠΝ έχουν ελαφρώς υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου. Αυτός ο κίνδυνος φαίνεται να είναι μεγαλύτερος σε άτομα με συχνότερα συμπτώματα. Όμως, η ΓΟΠΝ είναι πολύ κοινή και οι περισσότεροι από τους ανθρώπους που την έχουν δεν εμφανίζουν απαραίτητα καρκίνο του οισοφάγου. Η ΓΟΠΝ μπορεί επίσης να προκαλέσει τον οισοφάγο του Barrett, ο οποίος συνδέεται με ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης οισοφαγικού αδενοκαρκινώματος (Pandit et al., 2018).

11. Ο οισοφάγος του Barrett: Το εσωτερικό του οισοφάγου καλύπτεται από ειδικό πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ εκείνο του στομάχου από άλλης μορφής επιθήλιο που αποτελείται από κυλινδρικά κύτταρα. Ο οισοφάγος Barrett είναι η κατάσταση εκείνη που στα τελευταία 3 ή περισσότερα εκατοστά του τελικού τμήματος του οισοφάγου το επιθήλιό του έχει αντικατασταθεί από επιθήλιο όπως εκείνο του στομαχιού.

Αυτή η κατάσταση μπορεί να συμβεί είτε γιατί υπάρχει διαφραγματοκήλη είτε όχι. Η κυριότερη αιτία εμφάνισης του οισοφάγου Barrett είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, δηλαδή τοπισωγύρισμα του περιεχομένου του στομάχου προς τον οισοφάγο. Υπολογίζεται ότι από τους ασθενείς που πάσχουν από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση το 20% έχει και οισοφάγο Barrett.

Ο οισοφάγος Barrett εμφανίζεται με διπλάσια συχνότητα στους άνδρες από ότι στις γυναίκες και η συχνότητά του αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας.

Στην πραγματικότητα πολύ περισσότερα άτομα πάσχουν από οισοφάγο Barrett από όσα τελικά διαγιγνώσκονται, καθώς η κατάσταση αυτή συχνά δεν προκαλεί συμπτώματα (Snider et al., 2018).

12. Παχυσαρκία: Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας έχει αυξηθεί αισθητά στον ανεπτυγμένο κόσμο κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Περίπου την ίδια περίοδο υπήρξε μια δραματική αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης αδενοκαρκινώματος οισοφάγου, επίσης κατά κύριο λόγο στο δυτικό, αναπτυγμένο κόσμο. Η παθογένεση του αδενοκαρκινώματος δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως, παρά το γεγονός ότι ολοένα και περισσότερο οι μοριακές αλλαγές που συμβαίνουν γίνονται πιο κατανοητές (Aleman et al., 2014).

Οι άνθρωποι που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (πολύ υπέρβαροι) έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου. Αυτό εξηγείται εν μέρει από το γεγονός ότι οι άνθρωποι που είναι παχύσαρκοι είναι πιο πιθανό να έχουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Η παχυσαρκία αποτελεί σαφή παράγοντα κινδύνου για το αδενοκαρκίνωμα οισοφάγου. Ένας δείκτης μάζας

σώματος (BMI) 30-34,9 kg/ m² σχετίζεται με μια αύξηση 2,39 φορές του κινδύνου σε σύγκριση με ένα ΔΜΣ μικρότερο από 25 kg/m², με ισχυρότερες επιδράσεις για εκείνους με ακόμα μεγαλύτερους ΔΜΣ. Συγκεκριμένα, η κοιλιακή παχυσαρκία σχετίζεται με τον οισοφάγο Barrett (El-Serag et al., 2014).

5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο καρκίνος του οισοφάγου σε πρώιμο στάδιο σπάνια συσχετίζεται με αξιοσημείωτα σημεία και συμπτώματα. Ως εκ τούτου, η έγκαιρη ανίχνευση είναι δύσκολη. Η δυσφαγία είναι το πιο συνηθισμένο αρχικό σύμπτωμα, αλλά συνήθως εμφανίζεται σε καρκίνο του οισοφάγου μεταγενέστερου σταδίου. Ο οισοφάγος είναι πολύ εύκαμπτος. Ως εκ τούτου, οι όγκοι είναι συνήθως αρκετά προχωρημένοι πριν ένα άτομο αντιληφθεί τη δυσκολία στην κατάποση. Μέχρι τη στιγμή που οι ασθενείς απευθύνονται σε γιατρό, αντιμετώπιζαν το σύμπτωμα της δυσφαγίας για αρκετούς μήνες. Μπορεί να έχει ξεκινήσει με την αδυναμία του πάσχοντα να καταπιεί στερεά τρόφιμα και στη συνέχεια να προχωρήσει τελικά σε υγρά. Είναι πιθανό οι ασθενείς να έχουν παρουσιάσει σημαντική απώλεια βάρους, υποσιτισμό και αδυναμία (ACS, 2017).

Εκτός από τη δυσφαγία, οι ασθενείς με όγκους του οισοφάγου μπορεί να παρουσιάσουν πόνο κατά την κατάποση. Άλλες καθυστερημένες κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του οισοφάγου είναι πόνος, λόξυγκας, δυσκολία στην αναπνοή, καούρα και σιελόρροια (Tomizawa et al., 2009; Pennathur et al., 2013).

Καθώς ο καρκίνος εξελίσσεται, τα βασικά σημεία είναι τα ακόλουθα:

- ακούσια απώλεια βάρους
- δυσπεψία
- καούρα
- πόνος ή δυσκολία κατά την κατάποση
- αίσθημα πνιγμού κατά τη διάρκεια του φαγητού
- εμετός
- παλινδρόμηση τροφής
- οπισθοστερνικός πόνος
- κόπωση
- αδυναμία και καταβολή δυνάμεων
- χρόνιος βήχας
- λόξυγκας

6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η καθιέρωση της διάγνωσης και η αξιολόγηση του καρκίνου του οισοφάγου επιτυγχάνεται μέσω πολλαπλών εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων. Οι ραδιογραφικές εξετάσεις χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό της θέσης και της έκτασης της οισοφαγικής εμπλοκής. Μόλις εντοπιστεί ο όγκος, μπορεί να γίνει ενδοσκόπηση για τον προσδιορισμό του μεγέθους του όγκου και για την απομάκρυνση των δειγμάτων ιστών και των κυττάρων για κυτταρολογική εξέταση και βιοψία. Η ενδοσκόπηση είναι χρήσιμη για τη διάγνωση της εμπλοκής των τραχηλικών λεμφαδένων και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διακρίνει τη συμμετοχή του οισοφαγικού τοιχώματος (Lordick et al., 2016).

Είναι απαραίτητη η λήψη υγρού μέσω βιοψίας για την ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης. Ο στόχος είναι η εύρεση νέων θεραπευτικών επιλογών που θα οδηγήσουν σε βελτιωμένη πρόγνωση της νόσου (Yamaguchi et al., 2009).

Εκτός από τη βιοψία, πολλοί ασθενείς υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία, τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων και ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα για τον προσδιορισμό του τοπικού σταδίου και της διεσδυτικότητας του όγκου και για την έρευνα για οποιαδήποτε τοπική μετάσταση των λεμφαδένων (ACS, 2017).

1.Ενδοσκοπικός υπέρηχος: Μόλις εντοπιστεί ο όγκος, μπορεί να γίνει ενδοσκόπηση για τον προσδιορισμό του μεγέθους του όγκου και για την απομάκρυνση των δειγμάτων ιστών και των κυττάρων για κυτταρολογική εξέταση και βιοψία. Η ενδοσκόπηση είναι χρήσιμη για τη διάγνωση της εμπλοκής των τραχηλικών λεμφαδένων και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διακρίνει τη συμμετοχή του οισοφαγικού τοιχώματος. Η ενδοσκοπική υπερηχογραφία χρησιμοποιείται για την καλύτερη αξιολόγηση της εμπλοκής των τοπικών λεμφαδένων και τον προσδιορισμό της διεσδυσης του όγκου. Η υπερηχογραφία μπορεί να συνδυαστεί με λεπτή βελόνα αναρρόφησης των λεμφαδένων για παθολογική επιβεβαίωση της εμπλοκής (Chandrasekhara et al., 2011).

2.Διάβαση οισοφάγου με βάριο: Μια μελέτη χρονομετρημένης κατάποσης βαρίου είναι συχνά η πρώτη μελέτη απεικόνισης που χρησιμοποιείται για να διακρίνει τον όγκο από μια αυστηρότητα. Η μελέτη αυτή παρέχει ανάλυση της δυσφαγίας, της κινητικότητας και της εκκένωσης και χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της οισοφαγικής μορφής και της λειτουργίας σε σχέση με άλλες δομές του μεσοθωρακίου. Τα ευρήματα μπορεί να περιλαμβάνουν παρατυπίες του βλεννογόνου και στένωση του αυλού (Liu et al., 2016).

3. Αξονική και μαγνητική τομογραφία χρησιμοποιείται για την έναρξη της προεπεξεργασίας με προσδιορισμό της εμπλοκής των περιφερειακών λεμφογαγγλίων και την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων. Μια αξονική τομογραφία πρέπει να περιλαμβάνει το στήθος, την κοιλιά και τη λεκάνη (Liu et al., 2016).

Η μαγνητική τομογραφία (MRI) είναι η καλύτερη μέθοδος εκτίμησης της επέκτασης του όγκου στο σπογγώδες οστό και κατά μήκος του μυελικού σωλήνα, ώστε να αποκαλυφθούν οι μεταστάσεις και να μελετηθούν οι μαλακοί ιστοί που βρίσκονται γύρω από τον όγκο. Η διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας διαλευκαίνει καταστάσεις που είναι δύσκολο να προσδιοριστούν με ακρίβεια, ενώ πρέπει να πραγματοποιείται οπωσδήποτε στα πλαίσια του χειρουργικού σχεδιασμού (Maliki et al., 2015).

4. Τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων (PET): Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων εκτελείται για την εκτίμηση των απομακρυσμένων μεταστάσεων. Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από αυτές τις εξειδικευμένες εξετάσεις μπορεί να συνδυαστούν για να καθορίσει το στάδιο των κλινικών ασθένεια του καρκίνου και να αναπτύξουν ένα σχέδιο θεραπείας (Kato et al., 2012).

7. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η Επιτροπή για τον Καρκίνο χρησιμοποιώντας τον όγκο (T), τον κόμβο (N), τη μετάσταση (M), την ταξινόμηση TNM για να διαπιστώσει την κλινική κατάσταση της νόσου. Το σκεπτικό για αυτό το σύστημα είναι η αναγνώριση ότι ο καρκίνος μπορεί να εξαπλωθεί με τρεις διαφορετικούς τρόπους, μέσα από τον περιβάλλοντα ιστό, μέσω του λεμφικού υγρού ή μέσω του αίματος. Οι πληροφορίες του TNM χρησιμοποιούνται για την τεκμηρίωση της προχωρημένης κατάστασης και της εξάπλωσης της τρέχουσας νόσου του ασθενούς. Το T αναφέρεται στον πρωτογενή όγκο και προσδιορίζει πόσο βαθιά ο όγκος έχει αναπτυχθεί στα 4 στρώματα του ιστού του οισοφάγου. Το N αναφέρεται σε εξάπλωση σε περιφερειακούς λεμφαδένες που βρίσκονται κοντά στον πρωτογενή όγκο. Το M αναφέρεται σε μεταστάσεις που παρουσιάζονται με εξάπλωση σε έναν απομακρυσμένο λεμφαδένα ή άλλα όργανα (Rice et al, 2017).

Το πρώτο βήμα είναι η ταξινόμηση του όγκου στον οργανισμό. Το δεύτερο βήμα συνδυάζει αυτές τις πληροφορίες με πιθανή εμπλοκή κοντινών και απομακρυσμένων δομών για τον προσδιορισμό της κλινικής φάσης (0-IV). Αυτή η γνώση είναι απαραίτητη για τη λήψη ενημερωμένων συστάσεων και κατάλληλων σχεδίων θεραπείας (Rice et al, 2017).

Η σταδιοποίηση με το σύστημα TNM είναι καθοριστικής σημασίας για την απόφαση του θεραπευτικού σχήματος, αλλά και για την πρόγνωση επιβίωσης. Κατά γενικό κανόνα, όλοι οι καρκίνοι του οισοφάγου σταδίου 0, I και II είναι δυνητικά ανιχνεύσιμοι. Οι περισσότεροι καρκίνοι του σταδίου III μπορούν να αποφευχθούν επίσης, ακόμα και όταν έχουν εξαπλωθεί στους κοντινούς λεμφαδένες, εφόσον ο καρκίνος δεν έχει αναπτυχθεί στην τραχεία, την αορτή (το μεγάλο αιμοφόρο αγγείο που προέρχεται από την καρδιά), τη σπονδυλική στήλη, ή άλλες κοντινές σημαντικές δομές. Δυστυχώς, πολλοί άνθρωποι των οποίων ο καρκίνος είναι δυνητικά ανιχνεύσιμος μπορεί να μην είναι σε θέση να χειρουργηθούν για να αφαιρεθούν οι καρκινικοί όγκοι, καθώς οι ασθενείς βρίσκονται σε δυσμενή κατάσταση (AJCC, 2017).

Στάδιο 0	T0N0M0 T _{is} N0M0	Ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα (Carcinoma in situ)
Στάδιο Ia	T1N0M0	Επέκταση του καρκίνου σε βλενογόνο χαλαρό υπόστρωμα, ή υποβλεννογόνο.
Στάδιο Ib	T2N0M0	(Κάτω θωρακικός οισοφάγος) Επέκταση του καρκίνου σε βλενογόνο χαλαρό υπόστρωμα, ή υποβλεννογόνο.
Στάδιο IIa	T3N0M0	(Άνω ή μέσος θωρακικός οισοφάγος) Επέκταση του καρκίνου σε βλενογόνα μυική στοιβάδα ή περιοισοφαγικό ινώδη ιστό.
Στάδιο IIb	T1N1M0 T2N1M0	(Άνω ή μέσος θωρακικός οισοφάγος) Επέκταση του καρκίνου σε βλενογόνα μυική στοιβάδα ή περιοισοφαγικό ινώδη ιστό.
Στάδιο IIIa	T1N2M0 T2N2M0 T3N1M0 T4aN0M0	Επέκταση του καρκίνου σε βλενογόνο χαλαρό υπόστρωμα, ή υποβλεννογόνο. Ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε 3-6 επιχώριους λεμφαδένες. Επέκταση του καρκίνου σε περιοισοφαγικό ινώδη ιστό και 1-2 επιχώριους λεμφαδένες. Επέκταση του καρκίνου σε πλευρά, περικάρδιο, διάφραγμα.
Στάδιο IIIb	T3N2M0	Επέκταση του καρκίνου σε περιοισοφαγικό ινώδη ιστό και 3-6 επιχώριους λεμφαδένες.

<p>Στάδιο IIIc</p>	<p>Οποιοδήποτε T N3 M0</p> <p>T4aN1M0 T4aN2M0</p> <p>T4b οποιοδήποτε N M0</p>	<p>Επέκταση του καρκίνου σε οποιοδήποτε στρώμα του οισοφάγου ή παρακείμενη δομή και επέκταση σε 7 και πλέον επιχώριους λεμφαδένες.</p> <p>Επέκταση σε πλευρά, περικάρδιο, διάφραγμα και 1-6 επιχώριους λεμφαδένες.</p> <p>Επέκταση σε παρακείμενες δομές όπως αορτή, σπονδυλικό σωμα ή τραχεία.</p>
<p>Στάδιο IV</p>	<p>Οποιοδήποτε T οποιοδήποτε N M1</p>	<p>Επέκταση του καρκίνου σε οποιοδήποτε στρώμα του οισοφάγου ή παρακείμενη δομή.Επέκταση σε επιχώριους λεμφαδένες και απομακρυσμένα όργανα.</p>

Πίνακας 1. Σταδιοποίηση κατά TNM πλακώδους καρκινώματος οισοφάγου (Πηγή: Rice et al, 2017)

Στάδιο 0	T _{is} N0M0	Ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα (Carcinoma in situ)
Στάδιο Ia	T1N0M0	Επέκταση του καρκίνου σε βλενογόνο χαλαρό υπόστρωμα, ή υποβλεννογόνο.
Στάδιο Ib	T2N0M0	Επέκταση του καρκίνου σε βλενογόνο χαλαρό υπόστρωμα, ή υποβλεννογόνο.
Στάδιο IIa	T3N0M0	Επέκταση του καρκίνου σε βλενογόνια μυική στοιβάδα.
Στάδιο IIb	T1N1M0 T2N1M0	Επέκταση του καρκίνου σε περιοισοφαγικό ινώδη ιστό. Επέκταση του καρκίνου σε βλενογόνο χαλαρό υπόστρωμα, ή υποβλεννογόνο και 1-2 επιχώριους λεμφαδένες.
Στάδιο IIIa	T1N2M0 T2N2M0 T3N1M0 T4aN0M0	Επέκταση του καρκίνου σε βλενογόνο χαλαρό υπόστρωμα, ή υποβλεννογόνο. Ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε 3-6 επιχώριους λεμφαδένες. Επέκταση του καρκίνου σε περιοισοφαγικό ινώδη ιστό και 1-2 επιχώριους λεμφαδένες. Επέκταση του καρκίνου σε πλευρά, περικάρδιο, διάφραγμα.
Στάδιο IIIb	T3N2M0	Επέκταση του καρκίνου σε περιοισοφαγικό ινώδη ιστό και 3-6 επιχώριους λεμφαδένες.

<p>Στάδιο IIIc</p>	<p>T4aN1M0 T4aN2M0</p> <p>T4b οποιοδήποτε N M0</p> <p>Οποιοδήποτε T N3 M0</p>	<p>Επέκταση του καρκίνου σε πλευρά, περικάρδιο ή διάφραγμα και 1-6 επιχώριους λεμφαδένες.</p> <p>Επέκταση σε παρακείμενες δομές όπως αορτή, σπονδυλικό σωμα ή τραχεία. Μη επέκταση σε παρακείμενους ιστούς.</p> <p>Επέκταση του καρκίνου σε οποιοδήποτε στρώμα του οισοφάγου ή παρακείμενη δομή και επέκταση σε 7 και πλέον επιχώριους λεμφαδένες.</p>
<p>Στάδιο IV</p>	<p>Οποιοδήποτε T οποιοδήποτε N M1</p>	<p>Επέκταση του καρκίνου σε οποιοδήποτε στρώμα του οισοφάγου ή παρακείμενη δομή. Επέκταση σε επιχώριους λεμφαδένες και απομακρυσμένα όργανα.</p>

Πίνακας 2. Σταδιοποίηση κατά TNM αδενοκαρκινώματος οισοφάγου (Πηγή: Rice et al, 2017)

8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του καρκίνου του οισοφάγου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το στάδιο ανίχνευσης, καθώς και την εξάπλωση σε περιφερειακές και απομακρυσμένες δομές του σώματος. Η συνολική πρόγνωση για ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του οισοφάγου είναι κακή. Η ηλικία του ασθενούς, το στάδιο του καρκίνου στη διάγνωση και η θέση του όγκου είναι όλα προγνωστικά επιβίωσης (Kaupilla et al., 2018).

Η συνολική επιβίωση μετά οισοφαγεκτομή για καρκίνο οισοφάγου ποικίλει πολύ, ενώ ουσιαστικά είναι φτωχή. Μόνο το 10% -22% των ασθενών επιβιώνουν 5 χρόνια μετά τη διάγνωση στην Ευρώπη, τις ΗΠΑ και την Κίνα. Η επιβίωση εξαρτάται κυρίως από την οριστική σταδιοποίηση της νόσου, που γίνεται με τη βιοψία του υλικού που αφαιρέθηκε με το χειρουργείο και τον τύπο του καρκίνου. Για το αρχικό στάδιο καρκίνου του οισοφάγου, η 5ετής επιβίωση είναι 80-85%, ενώ για προχωρημένο στάδιο η πρόγνωση είναι πιο κακή (Booka et al., 2015).

9. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου και η πρόληψη της έκθεσης σε αυτούς τους παράγοντες αποτελεί το πιο σημαντικό βήμα για την πρόληψη της νόσου. Η διακοπή του καπνίσματος καθώς και ο περιορισμός της κατανάλωσης οινοπνεύματος θεωρείται ότι μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του οισοφάγου. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής του ασθενούς και των διατροφικών συνηθειών του αποτελεί προστατευτική ασπίδα έναντι της εμφάνισης καρκίνου. Καθώς η παχυσαρκία συνδέεται με τον καρκίνο του οισοφάγου, ιδιαίτερα τον τύπο του αδενοκαρκινώματος, η παραμονή του ασθενή σε υγιές βάρος μπορεί να συμβάλει στον περιορισμό του κινδύνου αυτής της νόσου (Lahmann et al., 2012).

Καλό είναι ο ασθενής να γνωρίζει ποια τρόφιμα μπορούν να επηρεάζουν σε κάποιο βαθμό την πάθηση. Οι ασθενείς γνωρίζοντας αυτές τις πληροφορίες θα μπορούν να αναγνωρίζουν την επίδραση που έχουν συγκεκριμένα συστατικά στους ίδιους αμέσως μετά την κατανάλωσή τους και επομένως να επωφεληθούν από την επικείμενη αποφυγή της κατανάλωσής τους (Huerta-Iga et al., 2016).

Επιπλέον, τα άτομα με οισοφάγο Barrett, είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν καρκίνο του οισοφάγου. Επομένως, είναι σημαντικός ο εντοπισμός συμπτωμάτων της νόσου (καούρες, παλινδρόμηση) και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων (ομεπραζόλη, λανσοπραζόλη, εσομεπραζόλη) είναι η βασική φαρμακευτική επιλογή για τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (Lin et al., 2013).

Η θεραπεία με αναστολείς αντλίας πρωτονίων ενδέχεται να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης κυτταρικών αλλαγών (δυσπλασία) που μπορούν να μετατραπούν σε καρκίνο. Μερικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι ο κίνδυνος καρκίνου του οισοφάγου είναι χαμηλότερος σε άτομα με οισοφάγο Barrett που λαμβάνουν ασπιρίνη ή άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), όπως ιβουπροφαίνη. Ωστόσο, η λήψη αυτών των φαρμάκων σε καθημερινή βάση μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα, όπως νεφρική βλάβη και γαστρική αιμορραγία. Ορισμένες μελέτες έχουν επίσης βρει χαμηλότερο κίνδυνο καρκίνου του οισοφάγου σε άτομα με οισοφάγο του Barrett που λαμβάνουν φάρμακα που ονομάζονται στατίνες, τα οποία χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της υψηλής χοληστερόλης. Ωστόσο δεν προτείνεται η λήψη τους μόνο για την πρόληψη του καρκίνου, καθώς είναι πιθανό να υπάρξουν σοβαρές παρενέργειες (Shaheen et al., 2016).

10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική προσέγγιση του καρκίνου του οισοφάγου περιλαμβάνει την χειρουργική επέμβαση, τη χημειοθεραπεία, την ακτινοβολία ή των συνδυασμό των παραπάνω. Μετά τη θεραπεία ακολουθεί τακτική παρακολούθηση. Έτσι θα μπορούν να ανιχνευθούν και να αντιμετωπιστούν έγκαιρα πιθανές μεταβολές. Το follow-up αρχικά γίνεται ανά 3μηνο για τον πρώτο χρόνο και μετά ανά 6μηνο έως τα 5 χρόνια. Περιλαμβάνει μια σειρά εξετάσεων όπως, κλινική εξέταση, εξετάσεις αίματος, ακτινογραφία θώρακος, αξονικές τομογραφίες, ενδοσκοπήσεις, ή άλλες εξετάσεις (Sancheti et al., 2012).

10.1. Χειρουργική παρέμβαση

Για μερικούς καρκίνους πρώιμου σταδίου, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσπαθήσει να απομακρύνει τον καρκίνο και κάποιους από τους φυσιολογικούς ιστούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να συνδυαστεί με άλλες θεραπείες, όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Η χειρουργική επέμβαση για την απομάκρυνση κάποιου ή του μεγαλύτερου μέρους του οισοφάγου ονομάζεται οισοφαγεκτομή. Η οισοφαγεκτομή περιλαμβάνει την εκτομή ολόκληρου ή μέρους του οισοφάγου ασθενών με διάγνωση καρκίνου σε αυτό το όργανο. Η θέση και το μέγεθος του όγκου είναι καθοριστικοί παράγοντες του μήκους της εκτομής. Πρόκειται για σοβαρή χειρουργική επέμβαση με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας (10% έως 40%), καθώς η νόσος συνήθως διαγνωρίζεται στα τελευταία στάδια, εκτός από το γεγονός ότι αρκετοί ασθενείς είναι καπνιστές, βαριές πότες και υποσιτιζονται. Συχνά αφαιρείται επίσης ένα μικρό κομμάτι του στομάχου. Το άνω μέρος του οισοφάγου συνδέεται με το υπόλοιπο τμήμα του στομάχου. Μέρος του στομάχου τραβιέται στο στήθος ή στο λαιμό για να γίνει ο νέος οισοφάγος (Stiles et al., 2012).

Εάν ο καρκίνος βρίσκεται στο κάτω μέρος του οισοφάγου (κοντά στο στομάχι) ή στο σημείο όπου συναντά τον οισοφάγο και το στομάχι, ο χειρουργός θα αφαιρέσει μέρος του στομάχου, το τμήμα του οισοφάγου που περιέχει καρκίνο και περίπου 7,6 έως 10 cm κανονικού οισοφάγου πάνω από αυτό. Στη συνέχεια, το στομάχι συνδέεται με αυτό που έχει απομείνει από τον οισοφάγο, είτε ψηλά στο στήθος είτε στο λαιμό (ACS, 2017).

Εάν ο όγκος βρίσκεται στο άνω ή το μεσαίο τμήμα του οισοφάγου, το μεγαλύτερο μέρος του οισοφάγου θα πρέπει να αφαιρεθεί για να βεβαιωθείτε ότι έχετε αρκετό ιστό πάνω από τον καρκίνο. Το στομάχι θα αναστηλωθεί και θα συνδεθεί με τον οισοφάγο στο λαιμό. Εάν για κάποιο λόγο το στομάχι δεν μπορεί να τραβηχτεί για να το συνδέσει με το υπόλοιπο τμήμα του οισοφάγου, ο χειρουργός μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα κομμάτι του εντέρου για να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ των δύο. Όταν χρησιμοποιείται ένα κομμάτι εντέρου, πρέπει να μετακινηθεί χωρίς να καταστραφούν τα αιμοφόρα αγγεία του. Αν τα αγγεία είναι κατεστραμμένα, δεν θα φτάσει αρκετό αίμα σε αυτό το κομμάτι του εντέρου και ο ιστός θα νεκρωθεί (ACS, 2017).

1.Οισοφαγεκτομή με θωρακοτομή δίνει την δυνατότητα λεμφαδενικού καθαρισμού του μεσοθωρακίου υπό άμεση επισκόπηση. Η ενδεδειγμένη προσπέλαση είναι ο συνδυασμός δεξιάς θωρακοτομής, μέσης λαπαροτομής και αριστερής πλάγιας τραχηλικής τομής. Ο οισοφάγος, ο εγγύς στόμαχος και οι γειτονικοί ιστοί αυτών (περιοισοφαγικό λίπος με τους γειτονικούς λεμφαδένες, άζυγος φλέβα, μείζον θωρακικός πόρος) αφαιρούνται και διενεργείται οισοφαγογαστρική αναστόμωση στον τράχηλο με ορθοτοπική τοποθέτηση του μοσχεύματος του στομάχου στο οπίσθιο μεσοθωράκιο. Ταυτόχρονα διενεργείται μια πυλωροπλαστική για πρόληψη της γαστρικής απόφραξης λόγω του σπασμού που προκαλείται στον πυλωρό μετά την τομή (Tirumani et al., 2015).

Στις επιπλοκές της επέμβασης περιλαμβάνονται: διεγχειρητικές επιπλοκές (κίνδυνος από την αναισθησία, αιμορραγία, κ.α.), αναπνευστικές επιπλοκές (π.χ. ατελεκτασία, αναπνευστική ανεπάρκεια), καρδιολογικές επιπλοκές, διαφυγή από την αναστόμωση, νέκρωση του μοσχεύματος του στομάχου, χυλοθώρακας, λοίμωξη τραύματος αλλά και απώτερες επιπλοκές (π.χ. στένωση αναστόμωσης) κ.α. Η θνησιμότητα της επέμβασης ποικίλλει από 2-15% (Napier et al., 2014).

2.Οισοφαγεκτομή δια του διαφράγματος η μέθοδος προτάθηκε λόγω της υψηλής θνησιμότητας της διαθωρακικής εκτομής. Η προσπέλαση περιλαμβάνει μια μέση λαπαροτομή και αριστερή πλάγια τραχηλική τομή. Ο οισοφάγος παρασκευάζεται τυφλά από την κοιλιά και τον τράχηλο και αφαιρείται. Αντικαθίσταται από τον στόμαχο, ο οποίος αναστομώνεται στον τράχηλο με τον υπολειπόμενο τραχηλικό οισοφάγο. Η επέμβαση αυτή έχει το μειονέκτημα του περιορισμένου λεμφαδενικού καθαρισμού και του αυξημένου κινδύνου αιμορραγίας διεγχειρητικά. Στις επιπλοκές της επέμβασης περιλαμβάνονται: διεγχειρητικές επιπλοκές (κίνδυνος από την αναισθησία, αιμορραγία, κ.α.), αναπνευστικές επιπλοκές, καρδιολογικές επιπλοκές,

διαφυγή από την αναστόμωση, νέκρωση μοσχεύματος στομάχου, λοίμωξη τραύματος αλλά και απότερες επιπλοκές (π.χ. στένωση αναστόμωσης). Η θνησιμότητα της επέμβασης είναι 2-8%. (Low et al., 2013).

3.Ελάχιστα επεμβατική οισοφαγεκτομή είναι η εκτομή του οισοφάγου με τη χρήση θωρακοσκοπικών ή συνδυασμό θωρακοσκοπικών και λαπαροσκοπικών τεχνικών. Η τεχνική αυτή προχωρά σε λεμφαδενικό καθαρισμό του θωρακικού οισοφάγου, αποφεύγοντας τη θωρακοτομή. Σήμερα, αρκετά εξειδικευμένα κέντρα εκτελούν ικανό αριθμό ελάχιστα επεμβατικών οισοφαγεκτομών και αναφέρουν καλύτερα αποτελέσματα από τις ανοικτές επεμβάσεις όσον αφορά στην περιεγχειρητική νοσηρότητα και την ανάρρωση (Κατσούλης, 2010).

4.Πιθανοί κίνδυνοι οισοφαγεκτομής: Η οισοφαγεκτομή είναι εξαιρετικά βαρεία επέμβαση (ειδικά επί καρκίνου) και συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά επιπλοκών (φτάνουν το 30-40%) και από θνητότητα που φτάνει το 3-5%. Όπως και οι πιο σοβαρές επεμβάσεις, η χειρουργική επέμβαση στον οισοφάγο παρουσιάζει ορισμένους κινδύνους. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν διαταραχές της όρεξης, της πρόσληψης τροφής και απώλεια βάρους μετεγχειρητικά. Πολύ μικρό ποσοστό ασθενών μπορεί να αντιμετωπίσουν μακροχρόνιες επιπλοκές, οι οποίες συνήθως βελτιώνονται με το χρόνο και αντιμετωπίζονται με συντηρητικά μέτρα ή και κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή (Rasmussen et al., 2018).

- Οι βραχυπρόθεσμοι κίνδυνοι περιλαμβάνουν αντιδράσεις στην αναισθησία, υπερβολική αιμορραγία, θρόμβους στους πνεύμονες ή αλλού και λοιμώξεις. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα έχουν τουλάχιστον κάποιο άλγος μετά τη χειρουργική επέμβαση, η οποία μπορεί συνήθως να βοηθηθεί με φάρμακα για τον πόνο.
- Η σημαντικότερη επιπλοκή στο αναπνευστικό σύστημα είναι η πνευμονία, που μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο, και μερικές φορές ακόμη και θάνατο.
- Μερικοί άνθρωποι μπορεί να έχουν αλλαγές στη φωνή μετά την επέμβαση.
- Η διαρροή του οισοφαγικού αναστομωτικού συστήματος είναι η σοβαρότερη μετεγχειρητική επιπλοκή και μπορεί να εμφανιστεί 2 έως 10 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση.
- Οι στενώσεις μπορεί να σχηματιστούν όπου ο οισοφάγος συνδέεται χειρουργικά με το στομάχι, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει προβλήματα κατάποσης για ορισμένους ασθενείς.
- Μετά από χειρουργική επέμβαση, το στομάχι μπορεί να εκκενωθεί πολύ αργά επειδή τα νεύρα που ελέγχουν τις συστολές του μπορούν να επηρεαστούν από τη

χειρουργική επέμβαση. Αυτό μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει σε συχνή ναυτία και έμετο.

- Μετά από χειρουργική επέμβαση, τα περιεχόμενα της χολής και του στομάχου μπορούν να επιστραφούν στον οισοφάγο, επειδή ο δακτυλιοειδής μυς που το ελέγχει, συχνά απομακρύνεται ή μεταβάλλεται από τη χειρουργική επέμβαση. Αυτό μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα όπως καούρα. Μερικές φορές τα αντιόξινα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση αυτών των συμπτωμάτων.

- Μία από τις σημαντικότερες επιπλοκές της οισοφαγεκτομής είναι η γαστρική νέκρωση, η οποία παρατηρείται στο 2% έως 3% των ασθενών που αναρρώνουν από την οισοφαγεκτομή. Με αυτή την επιπλοκή, το νεκρωτικό μόσχευμα πρέπει να αποσυνδεθεί από το στομάχι. Η νέκρωση μπορεί να συμβεί για διάφορους λόγους, όπως η κακή ροή αίματος ή η κακή χειρουργική τεχνική.

Ορισμένες επιπλοκές από αυτή τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή. Ο κίνδυνος θανάτου σχετίζεται με την εμπειρία του γιατρού με αυτές τις διαδικασίες. Γενικά, τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται με χειρουργούς και νοσοκομεία που έχουν την μεγαλύτερη εμπειρία (Low, 2013; Markar et al., 2014).

10.2 Άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις

10.2.1 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία περιλαμβάνει τη χρήση φαρμάκων για την επίθεση καρκινικών κυττάρων. Η χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί πριν ή μετά τη χειρουργική επέμβαση. Μερικές φορές συνοδεύει τη χρήση της ακτινοθεραπείας. Με την έννοια χημειοθεραπεία χαρακτηρίζεται η οποιαδήποτε ασκούμενη θεραπεία νόσων με χρήση χημικών ουσιών- φαρμάκων, τα οποία ονομάζονται χημειοθεραπευτικά. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι ουσίες που μπορούν να εξοντώσουν ή τουλάχιστον να εμποδίσουν την ανάπτυξη παθογόνων μικροοργανισμών μέσα στον ανθρώπινο οργανισμό. Αυτό πρέπει να γίνεται σύμφωνα με την αρχή της τοξικότητας του Ehrlich, δηλαδή ο μακροοργανισμός, δηλαδή ο άνθρωπος, δεν πρέπει να υφίσταται αξιόλογη βλάβη από το φάρμακο. Κατά την χημειοθεραπεία λοιπόν χορηγούνται στον ασθενή φάρμακα που έχουν σχεδιαστεί για να σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα, τα οποία υπάρχουν στο σώμα του ασθενούς και διαιρούνται ταχέως (Mauri et al., 2008; van Hagen et al., 2012). Οι τρεις στόχοι της χημειοθεραπείας είναι (Γεννατάς, 2003):

- Η πλήρης ίαση
- Ο έλεγχος του καρκίνου, και

■ Η ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα του καρκίνου

Η χημειοθεραπεία που χρησιμοποιείται στον καρκίνο του οισοφάγου συχνά συνίσταται σε μια προσέγγιση διπλής φαρμακευτικής αγωγής, όπως η χρήση σισπλατίνης και 5-φθοροουρακίλης. Τα φάρμακα χορηγούνται γενικά μέσω ενός κεντρικού φλεβικού καθετήρα ή ενός περιφερειακά εισαγόμενου κεντρικού φλεβικού καθετήρα. Η χημειοθεραπεία συνήθως χορηγείται σε κύκλους. Κάθε κύκλος έχει μια θεραπευτική περίοδο που ακολουθείται από μια περίοδο ανάπαυσης. Ένας κύκλος θεραπείας αποτελείται γενικά από 3 δόσεις την εβδομάδα για 2 ή 3 εβδομάδες. Ο σκοπός της χημειοθεραπείας είναι να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα που είναι υπεύθυνα για τη μεταστατική εξάπλωση. Αν και ο 5ετής ρυθμός επιβίωσης δεν έχει βελτιωθεί σημαντικά με την προεγχειρητική χρήση χημειοθεραπείας, ο ρυθμός επιβίωσης 2 ετών έχει βελτιωθεί (Luo et al., 2017).

Η χημειοθεραπεία έχει πολλές πιθανές παρενέργειες. Οι παρενέργειες εξαρτώνται κυρίως από το είδος των φαρμάκων που χορηγούνται και από τη δοσολογία τους και οφείλονται στο γεγονός ότι η χημειοθεραπεία σκοτώνει τα ταχέως αναπτυσσόμενα καρκινικά κύτταρα, όμως μπορεί να βλάψει και φυσιολογικά κύτταρα που πολλαπλασιάζονται γρήγορα. Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από το είδος των φαρμάκων που χορηγούνται στον ασθενή, τις δόσεις τους, τη διάρκεια της θεραπείας και, βέβαια, τον οργανισμό του ασθενούς. Οι πιο συνηθισμένες είναι η ναυτία και ο έμετος, η παροδική απώλεια των μαλλιών, ο αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων και η κόπωση. Οι παρενέργειες αυτές μπορεί να κάνουν δύσκολη τη ζωή του ασθενούς ή να τον επιβαρύνουν ψυχικά. Ωστόσο, οι περισσότερες μπορούν να ελεγχθούν με φάρμακα, υποστηρικτικά μέτρα ή με τροποποίηση του χημειοθεραπευτικού σχήματος (Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 2004; Liu et al., 2013).

10.2.2 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ακτίνες υψηλής ενέργειας για να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα. Επηρεάζονται μόνο τα κύτταρα της υπό θεραπεία περιοχής και όχι ολόκληρου του σώματος. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί πριν το χειρουργείο. Συνήθως συνδυάζεται με τη χημειοθεραπεία στα πλαίσια της αντιμετώπισης του καρκίνου οισοφάγου. Εκτιμάται ότι το 60% των ασθενών με καρκίνο θα υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία σαν μια μορφή θεραπευτικής αντιμετώπισης κατά τη διάρκεια της ασθένειας του (He et al., 2014).

Σε ασθενείς που υπόκεινται σε ακτινοβολία παρουσιάζονται παρενέργειες όπως: αίσθημα κόπωσης, ναυτία, εμετός, διάρροια, αιμορραγία από το πεπτικό, βλάβες στους πνεύμονες, όπως εξίδρωμα στον διάμεσο χώρο, μεγαλύτερη ευπάθεια σε λοιμώξεις, εξελκώσεις των βλεννογόνων, τριχόπτωση και δερματικά προβλήματα (Cambell et al., 2010).

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί δέσμες ακτινοβολίας για να εξοντώσει τα καρκινικά κύτταρα. Η ακτινοβολία μπορεί να χορηγείται εξωτερικά (με τη χρήση μηχανής) ή εσωτερικά (με συσκευή τοποθετημένη κοντά στον όγκο, η οποία ονομάζεται βραχυθεραπεία). Η ακτινοθεραπεία που χρησιμοποιείται στον καρκίνο του οισοφάγου χορηγείται συνήθως δύο φορές την ημέρα για 3 εβδομάδες. Ο σκοπός της ακτινοθεραπείας είναι να συρρικνωθεί ο όγκος σε ένα πιο διακριτό μέγεθος και να απομακρυνθεί η μικροσκοπική επίμονη ασθένεια που παραμένει μετά τη χημειοθεραπεία. Οι παρενέργειες είναι συνήθως πιο σοβαρές όταν χρησιμοποιείται συνδυασμένη θεραπεία, οι οποίες μπορεί να παρουσιαστούν ακόμη και καιρό μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, με κυρίαρχη τη στένωση του οισοφάγου που δυσχεραίνει την κατάποση (Chen et al., 2016).

10.2.3 Παρηγορητική θεραπεία

Η παρηγορητική θεραπεία είναι θεραπεία που στοχεύει στην πρόληψη ή την ανακούφιση των συμπτωμάτων αντί να προσπαθεί να θεραπεύσει τον καρκίνο. Ο κύριος σκοπός αυτού του είδους θεραπείας είναι η βελτίωση της άνεσης και της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Διάφοροι τύποι θεραπείας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόληψη ή την ανακούφιση των συμπτωμάτων του καρκίνου του οισοφάγου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, δίνονται μαζί με άλλες θεραπείες που προορίζονται για τη θεραπεία του καρκίνου. Σε άλλες περιπτώσεις, χορηγούνται παρηγορητικές θεραπείες όταν δεν είναι δυνατή η θεραπεία. Η μέθοδος επιλέγεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς και το προσδόκιμο επιβίωσής του (Diamantis et al., 2011).

Η οισοφαγική διαστολή χρησιμοποιείται για να τεντώσει μια περιοχή του οισοφάγου που περιορίζεται ή αποκλείεται για να επιτρέψει την καλύτερη κατάποση. Η διαστολή ενέχει τον κίνδυνο της ρήξης του οισοφάγου, ο οποίος αυξάνεται σε κάθε επανάληψη της διαδικασίας, και τον κίνδυνο της αιμορραγίας (Parameswaran et al., 2013).

Η τοποθέτηση stent στον οισοφάγο διασφαλίζει την βατότητα αυτού και επιτρέπει στον ασθενή να καταπιεί, βελτιώνοντας παράλληλα την θρέψη του. Τα stent που χρησιμοποιούνται διαθέτουν δύο στιβάδες σύρματος που χωρίζονται από ένα στρώμα σιλικόνης, αποτρέποντας έτσι την προς τα έσω ανάπτυξη του όγκου (Mao, 2016).

Η τοποθέτηση stent ενδείκνυται και για ασθενείς με τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο, αφού αυτό αποφράσσεται από την επιφάνεια του stent, δίνοντας στον ασθενή την ευκαιρία να τραφεί από το στόμα για τους υπόλοιπους μήνες ζωής του. Οι ασθενείς με stent θα πρέπει να έχουν ειδική διατροφή καθώς πρέπει να επιλέγουν τροφές που διέρχονται εύκολα μέσα από τον άκαμπτο σωλήνα (Rupinski et al., 2011).

Οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του οισοφάγου και δεν είναι επιλέξιμοι για χειρουργική επέμβαση, εξακολουθούν να έχουν κακή πρόγνωση. Η ενδοσκοπική φωτοδυναμική θεραπεία (PDT) αντιπροσωπεύει μια εφικτή και αποτελεσματική προσέγγιση κάτω από τις διαφορετικές επιλογές θεραπείας για αυτή την επιθετική κακοήθεια. Ο μηχανισμός της λειτουργίας βασίζεται στον φωτισμό του κακοήθους ιστού με φως λέιζερ μετά από επιλεκτική συσσώρευση του συγκεκριμένου φωτοευαισθητοποιητή σε αυτά τα καρκινικά κύτταρα. Ως αποτέλεσμα αυτής της φωτοχημικής αντίδρασης, η νέκρωση του όγκου εξελίσσεται γρήγορα με αποτέλεσμα τη μείωση του όγκου και την αύξηση της ποιότητας ζωής. Σε περίπτωση καρκίνου του οισοφάγου, η PDT πραγματοποιείται ενδοσκοπικά υπό γενική αναισθησία. Η PDT είναι ικανή να παρεμβαίνει στο ανοσοποιητικό σύστημα (Lindenman, 2017).

Η PDT είναι μια θεραπεία που χρησιμοποιεί ένα φωτοευαισθητοποιητικό φάρμακο το οποίο χορηγείται στον ασθενή, εντοπισμένο σε έναν όγκο και στη συνέχεια ενεργοποιείται με ένα λέιζερ για να προκαλέσει μια φωτοχημική αντίδραση για να καταστρέψει το κύτταρο. Η φωτοευαίσθητη ουσία απορροφώντας το φως παράγει ρίζες οξυγόνου που καταστρέφουν τον όγκο. Στη συνέχεια τα νεκρά κύτταρα μπορούν να απομακρυνθούν λίγες ημέρες αργότερα κατά τη διάρκεια μιας ανώτερης ενδοσκόπησης. Αυτή η διαδικασία μπορεί να επαναληφθεί αν χρειαστεί. Το πλεονέκτημα της PDT είναι ότι μπορεί να εξοντώσει τα καρκινικά κύτταρα με ελάχιστη βλάβη στα φυσιολογικά κύτταρα. Αλλά επειδή η χημική ουσία πρέπει να ενεργοποιηθεί από το φως, μπορεί να σκοτώσει μόνο καρκινικά κύτταρα κοντά στην εσωτερική επιφάνεια του οισοφάγου - αυτά που μπορεί να φτάσει στο φως. Αυτό το φως δεν μπορεί να φτάσει σε καρκίνους που έχουν εξαπλωθεί βαθύτερα στον οισοφάγο ή σε άλλα όργανα (Yoon et al., 2012).

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του οισοφάγου του Barrett και ορισμένων καρκίνων του οισοφάγου πολύ πρώιμου σταδίου. Συχνά χρησιμοποιείται επίσης για τη θεραπεία μεγάλων καρκίνων που εμποδίζουν τον οισοφάγο. Σε αυτή την περίπτωση, η PDT δεν προορίζεται να καταστρέψει ολόκληρο τον καρκίνο, αλλά αρκετά καρκινικά κύτταρα,, ώστε να βελτιώσει την ικανότητα του ατόμου προς κατάποση (Yano et al., 2014).

Η οισοφαγοσκόπηση επαναλαμβάνεται 3 μέρες μετά για να απομακρυνθεί ο νεκρωτικός ιστός. Η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται ανάλογα με τις ανάγκες. Η φωτοδυναμική θεραπεία αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης συριγγίου και τον κίνδυνο εισρόφησης. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες της περιλαμβάνονται το οίδημα χεριών και προσώπου, και η φωτοευαισθησία,για αυτό και συστήνεται η αποφυγή έκθεσης στο φως (Hua et al., 2017).

10.2.4 Διατροφική υποστήριξη

Ο καρκίνος του οισοφάγου συνδέεται συνήθως με τον υποσιτισμό και τη διαταραχή της διατροφικής πρόσληψης. Η διατροφική διαχείριση αυτών των ασθενών μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της θεραπείας και το στάδιο της νόσου, προκειμένου να μετριαστούν τα συμπτώματα, να βελτιωθεί η διατροφική κατάσταση και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής. Επιπλέον, η καχεξία του καρκίνου επηρεάζει ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκίνο του οισοφάγου που αναδύεται ως ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να αντιμετωπίσει η διεπιστημονική ομάδα (Anandavadivelan et al., 2016). Οι ιδιαίτερες διατροφικές ανάγκες μακροπρόθεσμα έχουν επίσης μεγάλη σημασία για τους ασθενείς με τόσο ανιχνεύσιμη όσο και μη αναστρέψιμη ασθένεια, έχοντας κατά νου ότι η πλειοψηφία αυτών των ασθενών προσπαθούν να καλύψουν τις θερμιδικές και πρωτεϊνικές ανάγκες τους. Λαμβάνοντας υπόψη τη θεραπευτική προσέγγιση, ο διατροφικός έλεγχος και η αξιολόγηση οδηγούν σε έγκαιρη ανίχνευση υποσιτισμένων ασθενών που χρειάζονται θρεπτική υποστήριξη (Llop- Talaveron et al., 2014).

Η εξατομικευμένη διατροφική υποστήριξη θα μπορούσε να τροποποιήσει την κακή διατροφική κατάσταση με αποτέλεσμα τη μείωση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και τη βελτίωση της επιβίωσης. Ως εκ τούτου, η διατροφική θεραπεία πρέπει να αποτελεί ουσιαστικό μέρος μιας πολυκλαδικής προσέγγισης στο κλινικό περιβάλλον, προκειμένου να βελτιωθούν τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (Cox et al., 2016).

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς αποτελεί τη βάση της παροχής ολιστικής και αποτελεσματικής φροντίδας του. Η εκτίμηση πραγματοποιείται με τη λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση του ασθενή (LeMone et al., 2014). Η θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή εδραιώνεται μέσω των επικοινωνιακών λειτουργιών όπως η λήψη ιστορικού, ο εντοπισμός του προβλήματος, ο προσδιορισμός των αναγκών και η εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση (Bellali, 2018). Με τη λήψη του ιστορικού ο νοσηλευτής συγκεντρώνει πληροφορίες, αναφορικά με την ψυχολογική και σωματική κατάσταση του ασθενή. Οι πληροφορίες παρέχονται είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε και από την οικογένειά του. Η κλινική εξέταση του ασθενή επιβεβαιώνει, εμπλουτίζει και συγκεκριμενοποιεί τα λεγόμενά του (DeWit, 2013).

Η λήψη του ιστορικού ολοκληρώνεται σε τρία στάδια. Η βάση λήψης επαρκούς και ειλικρινούς ιστορικού είναι η δημιουργία καλής επικοινωνίας μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής θέτει τα κατάλληλα ερωτήματα προκειμένου στο τέλος της συνέντευξης να έχει συλλέξει όλα τα απαραίτητα στοιχεία που θα συνθέσουν την καλύτερη δυνατή εικόνα της κατάστασης του ασθενή. Ακολούθως, η κλινική εξέταση πραγματοποιείται με την καταγραφή των βιομετρικών του στοιχείων και την εκτίμηση των ζωτικών σημείων και προσδιορίζει τα επίπεδα της λειτουργικότητας του ασθενή. Τέλος, μέσω της επισκόπησης, της ψηλάφησης, της επίκρουσης και της ακρόασης, ολοκληρώνεται η φυσική εξέταση του πάσχοντα (DeWit, 2013).

Γίνεται αντιληπτό ότι μια καλή επικοινωνιακή σχέση βοηθά στη συλλογή πληροφοριών, στην ταυτοποίηση των συναισθημάτων και των αναγκών του ασθενούς και στην κατάλληλη παροχή βοήθειας, ενώ παράλληλα επιτυγχάνεται καλύτερη διαχείριση του άγχους, υπερνίκηση της αβεβαιότητας, κατανόηση πολύπλοκων πληροφοριών και καλύτερη αντιμετώπιση των ιατρικών αποφάσεων που αλλάζουν τη ζωή (Guo et al., 2012).

2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η νοσηλευτική φροντίδα είναι περίπλοκη και απαιτεί συντονισμό διαφόρων υπηρεσιών υποστήριξης, εκπαίδευσης ασθενών και οικογένειας, κλινική αξιολόγηση, διατροφική διαχείριση, αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών και παρηγορητική φροντίδα. Ο νοσηλευτής είναι ο επαγγελματίας που φροντίζει τον ασθενή παρέχοντας 24ωρη καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα και προγραμματισμό και ως εκ τούτου βρίσκεται σε συχνή και άμεση επαφή με την οικογένεια του. Αρχικά ο νοσηλευτής οφείλει να προετοιμάζει και να ενημερώνει τον ασθενή και τον φροντιστή του για τη διαδικασία των διαγνωστικών εξετάσεων και να παρέχει υποστήριξη κατά την ανακοίνωση δυσμενών αποτελεσμάτων (Fontes et al., 2017).

Ο ασθενής με καρκίνο του οισοφάγου παρουσιάζει υποθρεψία λόγω της δυσφαγίας, των εμέτων και των αυξημένων μεταβολικών αναγκών που οφείλονται στην ύπαρξη του καρκίνου. Η δυσκολία στην κατάποση περιορίζει την πρόσληψη τροφής με αποτέλεσμα τη μειωμένη πρόσληψη επαρκούς ποσότητας θρεπτικών ουσιών, γεγονός που προκαλεί μείωση της επουλωτικής ικανότητας του οργανισμού και καθυστερεί την ανάρρωση μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Είναι σημαντικός ο τακτικός έλεγχος του βάρους και η παρακολούθηση εργαστηριακών εξετάσεων μέτρησης αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη και επιπέδων λευκωματίνης ορού, προκειμένου να γίνεται πληρέστερος έλεγχος του επιπέδου θρέψης του ασθενούς. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι η επίβλεψη του σωστού διαιτολογίου για τον ασθενή του. Σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι σημαντική η συναισθηματική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειας στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας (Le Mone et al., 2014).

3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει προληπτική φροντίδα υγείας, να σχεδιάζει, να εκτελεί και να αξιολογεί τις προτεινόμενες από την ομάδα ενέργειες, να εξατομικεύει και να προσαρμόζει το πρόγραμμα εκπαίδευσης και το αρχικό πλάνο φροντίδας, ενώ εφαρμόζει το πρόγραμμα παρέμβασης, το οποίο έχει στόχο την εκπαίδευση σε δεξιότητες αυτοφροντίδας, την προαγωγή της αυτοδιαχείρισης και την ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης (Σταθοπούλου & Κουλούρη, 2010).

Ειδικότερα σε περιπτώσεις ασθενών με υποψία ευαισθησίας στον οισοφάγο, ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους για τις πιθανές δυσμενείς εξελίξεις σε περίπτωση άρνησης τροποποίησης συνθηκών ζωής. Η εκπαίδευση στην υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής χωρίς καπνό, αλκοόλ και με διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους, μπορεί να αποτρέψει το ενδεχόμενο εμφάνισης αυτής της καρκινικής μορφής (Coleman et al., 2013).

4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι αρμοδιότητες των νοσηλευτών έγκεινται στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, την αποκατάσταση της υγείας και την ανακούφιση του πόνου. Οι νοσηλευτές παρέχουν υπηρεσίες υγείας στο ίδιο το άτομο, στην οικογένεια και στην κοινότητα ενώ επιτελούν ένα διεπιστημονικό ρόλο μεταξύ άλλων συναφών επαγγελματιών υγείας (Andriopoulou et al., 2018).

Η Florence Nightingale είχε περιγράψει την περιβαλλοντική άνεση ως στόχο για τη νοσηλευτική φροντίδα. Θεωρούσε πως ένα υγιές περιβάλλον, η τροφή, ο ύπνος και η ανάπαυση, η αλληλεπίδραση με την οικογένεια και τους άλλους, η προσωπική υγιεινή αποτελούσαν μεθόδους που πρέπει να χρησιμοποιούνται από έναν νοσηλευτή για την προώθηση της ευημερίας των ασθενών (Pontes et al., 2018). Η νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί προηγμένη κλινική κρίση για την παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας για την επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας του ασθενούς. Σε όλη τη διαχείριση ασθενών με καρκίνο του οισοφάγου, το κύριο μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού παραμένει η παροχή εκπαίδευσης και συναισθηματικής υποστήριξης τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειες των ασθενών. Οι περισσότεροι ασθενείς υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση αμέσως μετά τη διάγνωση του καρκίνου (Moxon, 2011).

Οι πληροφορίες που μεταδίδονται στην προεγχειρητική διδασκαλία ενδέχεται να μην ληφθούν υπόψη από τους ασθενείς, λόγω των αυξημένων επιπέδων ανησυχίας, καθώς οι ασθενείς έχουν λίγο χρόνο για να επεξεργαστούν και να απορροφήσουν πληροφορίες και να αναπτύξουν ρεαλιστικές προσδοκίες. Αυτό το άγχος συχνά εντείνεται από το γεγονός ότι μια αξιόπιστη πρόγνωση μπορεί να δοθεί μόνο μετά από χειρουργική επέμβαση. Αυτή η κατάσταση και το γεγονός ότι η ατομική πρόοδος μπορεί να είναι πολύ απρόβλεπτη, καθιστά την ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με την καθημερινή πρόοδο πολύ σημαντική (Whitehurst et al., 2014).

Οι στόχοι της νοσηλευτικής περιστρέφονται γύρω από τη βελτίωση της ανοχής του ασθενούς στις θεραπείες, τη διατήρηση της σταθερότητας και την πραγματοποίηση της ανάρρωσης, σε μια προσπάθεια να βοηθήσει τον ασθενή να επιτύχει τη βέλτιστη ποιότητα ζωής. 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 (Holmes, 2011).

4.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε προεγχειρητικό στάδιο

Η προεγχειρητική περίοδος είναι ένα αγχωτικό γεγονός που ενεργοποιεί συγκεκριμένες συναισθηματικές, γνωστικές και φυσιολογικές αντιδράσεις ενός ασθενούς. Θεωρείται ιδιαίτερα στρεσογόνο τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για το οικογενειακό περιβάλλον τους, καθιστώντας δυσχερή την επικοινωνία και τη συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Πατελάρου και συν, 2015). Στην προεγχειρητική περίοδο, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν υψηλό επίπεδο άγχους και των συμπτώματα κατάθλιψης, εξασθένιση, πόνο στο στήθος, και δύσπνοια λόγω των ανησυχιών και του φόβου για τα αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης (Guo, 2014).

Παράγοντες όπως η ηλικία του ασθενούς, το φύλο, η προσωπικότητα του ατόμου, η προεγχειρητική ενημέρωση, ο τύπος της αναισθησίας που συνιστάται για την επέμβαση, ο μετεγχειρητικός πόνος, ο φόβος για το άγνωστο, η πιθανότητα θανάτου και η προηγούμενη εμπειρία του ασθενούς επηρεάζουν τις ανησυχίες του. Επιπλέον, το άγχος είναι μια συνηθισμένη κατάσταση σε πληθυσμούς ασθενών με καρκίνο και αξίζει τον έγκαιρο εντοπισμό και τη διαχείριση από τους επαγγελματίες υγείας (Ruis et al., 2017).

Οι συνέπειες του περιεγχειρητικού άγχους είναι τα κύρια καρδιακά επεισόδια (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονικό οίδημα), υψηλό ποσοστό επανεισαγωγής στο νοσοκομείο, κακή ποιότητα ζωής και υψηλή ποσοστό καρδιακής θνησιμότητας. Ο αντίκτυπος συσχετίζεται με τον υψηλό μετεγχειρητικό πόνο, την αυξημένη χρήση αναλγητικών, την παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο, και τη μείωση της ικανοποίησης του ασθενούς με την περιεγχειρητική εμπειρία. Όλοι αυτοί οι παράγοντες επιδεινώνουν τα συμπτώματα της επικρατούσας ασθένειας, επηρεάζουν αρνητικά τις φυσιολογικές παραμέτρους πριν και κατά τη διάρκεια της αναισθησίας και μπορούν να προκαλέσουν παρατεταμένη αποκατάσταση και να υπονομεύσουν την ποιότητα ζωής μετά την χειρουργική επέμβαση (Guo et al., 2012).

Ο βασικός πυλώνας της αντιμετώπισης του προεγχειρητικού άγχους εδράζεται στην πρόληψη του, καθώς το άγχος είναι αποτέλεσμα της υποκειμενικής εκτίμησης της απειλής που νοιώθει ότι δέχεται ο ασθενής. Συνεπώς, η αντιμετώπιση μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική εάν υποστηρίζεται ολοκληρωτικά από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά σε ασθενείς με υψηλό προεγχειρητικό άγχος (Ward et al., 2015).

Σημαντική θεωρείται η νοσηλευτική εκτίμηση, στα πλαίσια της οποίας το νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει να ενημερώσει, να εμψυχώσει, να συζητήσει και να επιλύσει απορίες του ασθενή για την επερχόμενη επέμβαση και να μετακινήσει την προσοχή του ασθενή στην μετεγχειρητική του αποκατάσταση. Η ευεργετική επίδραση της νοσηλευτικής επίσκεψης μειώνει τα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους και χρήσης αναλγητικών στη μετεγχειρητική περίοδο (Niguissie et al., 2014).

Η φροντίδα των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, περιλαμβάνει την προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα και τη μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα. Ο ασθενής πριν από την επέμβαση θα πρέπει να υποβληθεί σε προεγχειρητική εκτίμηση.

■ Η προεγχειρητική εκτίμηση των ασθενών έχει ως σκοπούς (Burke & Bauldoff, 2011):

■ Τη διερεύνηση της λειτουργικής καταστάσεως των οργάνων του οργανισμού κυρίως αυτών που πρόκειται να υποστούν το stress της χειρουργικής επέμβασης (πνεύμονες, καρδιά, ήπαρ, νεφροί).

■ Την αποκατάσταση, προεγχειρητικά, των λειτουργικών διαταραχών (Ιστορικό- αντικειμενική εξέταση-παρακλινικός έλεγχος).

■ Τα διαγνωστικά αποτελέσματα που προέκυψαν για τη νόσο.

■ Τους πιθανούς μετεγχειρητικούς κινδύνους και τις επιπλοκές

Οι νοσηλευτές, σαν μέλη της υγειονομικής ομάδας, δεδομένου ότι διαθέτουν τον περισσότερο χρόνο κοντά στον άρρωστο, έχουν την ευκαιρία να εκτιμήσουν, αξιολογήσουν και αντιμετωπίσουν τις ανάγκες και τα προβλήματά του καθώς και να κάνουν τις σχετικές αναφορές και εισηγήσεις στην υγειονομική ομάδα, αντιμετωπίζοντας τον άρρωστο ως ψυχοσωματική οντότητα, μοναδική και ανεπανάληπτη προσωπικότητα και όχι ως απλή χειρουργική περίπτωση.

■ Πριν το χειρουργείο οι ασθενείς υποβάλλονται σε κάποιες εξετάσεις ρουτίνας. Οι εξετάσεις αυτές πρέπει να είναι πλήρης και συνίσταται στη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού στη σχολαστική κλινική εξέταση και στην εκτέλεση όλων των απαραίτητων εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων. Στην λήψη ιστορικού συνίσταται (Burke & Bauldoff, 2011):

■ Η ηλικία του αρρώστου: τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν μετεγχειρητικά εύκολα αφυδάτωση και βραδύτερο ρυθμό επούλωσης στις τραυματικές βλάβες. Χρόνια νοσήματα (κυκλοφορικού, αναπνευστικού) επιβαρύνουν τη μετεγχειρητική κατάσταση.

■ Παχυσαρκία: προδιαθέτει σε μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως διαπύση τραύματος, εκσπλάχνωση, θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονικές επιπλοκές, shock (από αφυδάτωση).

■ Η καλή θρέψη και η ενυδάτωση προεγχειρητικά βοηθάει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την ελλιπή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών χωρίς σοβαρές συνέπειες. Ο άρρωστος με κακή θρέψη έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό στρες και είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις εξαιτίας μειωμένης αντίστασης του οργανισμού. Είναι επιρρεπής στο shock και την αιμορραγία εξαιτίας της υποπρωτεϊναιμίας. Η επούλωση του τραύματος καθυστερεί από τη μειωμένη πρόσληψη πρωτεϊνών και βιταμίνης C, προεγχειρητικά διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρική διαταραχή, χορηγείται υπερθερμιδική με περίσσεια βιταμινών διατροφή και γίνεται μετάγγιση αίματος αν και υπάρχει αναιμία.

■ Φάρμακα: αν ο άρρωστος παίρνει φάρμακα, όπως κορτικοειδή, αντιβιοτικά, διουρητικά και αντιπηκτικά κρίνεται αν πρέπει να συνεχιστούν ή όχι, γιατί μπορεί να υπάρχει συνέργεια με τα αναισθητικά φάρμακα.

■ Έντερο: πρέπει να ρυθμίζεται καλά προεγχειρητικά με κατάλληλη διαίτα, όχι με υπακτικά γιατί προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές (Burke & Bauldoff, 2011).

Τις απαραίτητες εξετάσεις αποτελούν (Burke & Bauldoff, 2011):

- Το Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Η Ακτινογραφία θώρακος
- Η Γενική ούρων
- Η Γενική αίματος
- Η Ομάδα και το RHESUS
- Ο χρόνος πήξης
- Ο ορολογικός έλεγχος (HB, HCV, HIV)
- Ο Πλήρης βιοχημικός έλεγχος.

4.2 Ψυχολογική προετοιμασία ασθενούς

Κάθε χειρουργική επέμβαση προκαλεί στρες στον άρρωστο. Όσο πιο έντονο είναι το στρες, τόσο περισσότερο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τον οργανισμό του αρρώστου πριν και μετά την επέμβαση.

Οι παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη φόβου, ανησυχίας, αγωνίας και stress είναι (Burke & Bauldoff, 2011):

- Το άγνωστο
- Η αναισθησία και ο πόνος
- Η σκέψη πιθανής αναπηρίας
- Το αίσθημα της ανασφάλειας και του θανάτου
- Η ανασφάλεια για το επαγγελματικό μέλλον και τα οικογενειακά προβλήματα.

Η συγκινησιακή υποστήριξη του χειρουργημένου αρρώστου είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητα των νοσηλευτών και εξασφαλίζεται με (Burke & Bauldoff, 2011):

- Τον μοναδικό, ειδικό ρόλο του νοσηλευτή να παρατηρεί και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας και άγχους
- Την επίδειξη πραγματικού ενδιαφέροντος, σεβασμού και σημασίας στα αισθήματα του αρρώστου
- Την παροχή λογικών εξηγήσεων και πληροφοριών
- Την συμπεριφορά με σύνεση, κρίση, στοργή, ευγένεια, ενδιαφέρον και κατανόηση
- Την εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.

Πριν κάθε χειρουργική επέμβαση απαιτείται γραπτή συγκατάθεση του ασθενή ή των συγγενών του. υπάρχει ειδικό έντυπο όπου ο ασθενής υπογράφει, αφού ενημερωθεί από το γιατρό. Αν πρόκειται για ανήλικο ασθενή ή ασθενή σε κωματώδη

κατάσταση, υπογράφει μέλος της οικογένειας. Σε επείγουσες καταστάσεις που κρίνεται η ζωή του ασθενούς, η εγχείρηση γίνεται χωρίς άδεια.

Η συναίνεση του ασθενούς σε κάθε ιατρική επέμβαση αποτελεί εκδήλωση του δικαιώματος αυτονομίας και αυτοδιάθεσης του ασθενούς, που θεμελιώνεται στο σύνταγμα, σε διεθνείς συμβάσεις και σε κοινούς νόμους. Η εγκυρότητα, όμως, της συναίνεσης προϋποθέτει την προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς για τη φύση και τους κινδύνους που συνεπάγεται η συγκεκριμένη ιατρική πράξη. Στην καθημερινή πρακτική, το πρόβλημα είναι να μπορεί να αποδείξει ο ιατρός ότι της συναίνεσης του ασθενούς προηγήθηκε πλήρης, εμπειριστατωμένη και ειδική για την περίπτωση του ενημέρωση, δεδομένου ότι ανύπαρκτη ή πλημμελής ενημέρωση καθιστά άκυρη τη συναίνεση και στοιχειοθετεί την ποινική ή την αστική ευθύνη του ιατρού (Βάρκα-Αδάμη & Αδάμης, 2008).

4.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε μετεγχειρητικό στάδιο

Το μετεγχειρητικό στάδιο αρχίζει από το τέλος της επέμβασης και τελειώνει με την έξοδο του αρρώστου και την πλήρη αποκατάστασή του. Έχει ως σκοπό (Gulanick & Myers, 2011):

- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο
- Τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του
- Έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών
- Πρόληψη περαιτέρω βλαβών (κατακλίσεις, παραμορφώσεις)
- Βοήθεια ανεξαρτητοποίησης αρρώστου και ανάκτηση δυνάμεων

Τέλος γίνεται ο σχεδιασμός εξόδου και η εκπαίδευση του ασθενούς. Ο νοσηλευτής συμβουλευεται έναν διαιτολόγο για τον σχεδιασμό του διαιτολογίου και παρέχεται υποστήριξη του ασθενούς κατά την εκπαίδευση του. Επίσης η εκπαίδευση του ασθενούς περιλαμβάνει και την αντιμετώπιση των πιθανών μετεγχειρητικών επιπλοκών για τα σημεία και τα συμπτώματα καθώς και τα μέτρα που μπορούν να εφαρμοσθούν για την πρόληψη τους (Lemon & Burke, 2013).

5.0 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν διάφορα συναισθήματα, που για λόγους κατανόησης έχει γίνει προσπάθεια να περιγραφούν ως φάσεις. Το πιο γνωστό μοντέλο είναι της ψυχιάτρου Elizabeth Kubler-Ross, όπου περιγράφονται 5 στάδια: άρνησης, θυμού, διαπραγμάτευσης, κατάθλιψης και αποδοχής. Τα στάδια αυτά δεν είναι πάντα διακριτά ούτε εξελίσσονται με την γραμμικότητα που παρουσιάζονται εδώ. Τα ίδια στάδια ισχύουν επίσης για τους ασθενείς με καρκίνο αρχικού σταδίου, αλλά και για τους πάσχοντες από καρκίνο τελικού σταδίου, ενώ ισχύουν και για τους συγγενείς τους οι οποίοι περνούν από ανάλογες ψυχικές διεργασίες (Ιακωβίδης & Ιακωβίδη, 2007).

Η διάγνωση του καρκίνου του οισοφάγου μπορεί να είναι ένα καταστροφικό γεγονός στη ζωή ενός ατόμου. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν κατάθλιψη και φόβο προεγχειρητικά, και πιθανότατα θα βιώσουν κάποιο φόβο και αγωνία μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς χρειάζονται υποστήριξη και καθησυχασμό μετεγχειρητικά. Μπορεί να φοβούνται τη θνησιμότητα, να ανησυχούν για την εικόνα του σώματος ή να έχουν συναισθήματα ενοχής ότι οι συνήθειες του τρόπου ζωής τους (π.χ. το κάπνισμα και το ποτό) μπορεί να συνέβαλαν στην ανάπτυξη της νόσου τους.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας σε ασθενείς τελικού σταδίου προϋποθέτει από τους ογκολογικούς νοσηλευτές να διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες όπως στην επικοινωνία, τη συνεργατικότητα με άλλους επαγγελματίες υγείας και στην έρευνα καθώς και την ικανότητα που σχετίζεται με την προσαρμογή τους στο δύσκολο περιβάλλον των ογκολογικών ασθενών. Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που αξιολογούν τους ασθενείς και την οικογένειά τους, τους εκπαιδεύουν, τους παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη και σωματική φροντίδα και έχουν την ικανότητα αποτελεσματικής μεταχείρισης των συμπτωμάτων τους. Επίσης λειτουργούν ως συνήγοροι των ασθενών, συντονίζουν τη φροντίδα τους, είναι οι μάνατζερ τους και αποτελούν και τους μέντορες των νέων νοσηλευτών. Η ολιστική προσέγγιση των ασθενών τελικού σταδίου έχει ως βασική παράμετρο την ανακουφιστική φροντίδα τους, και την επίλυση βιο-ηθικών ζητημάτων που προκύπτουν συχνά. Η κάλυψη των ατομικών αναγκών των ασθενών συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη προσαρμογή τους, τη καλύτερευση της ποιότητας ζωής και ενδεχομένως σε ένα ήρεμο και αξιοπρεπή θάνατο μειώνοντας το πένθος και το θρήνο των φροντιστών (Κωνσταντινίδη & Φιλαλήθη, 2013).

Η οικογενειακή υποστήριξη διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο στον καθορισμό του επιπέδου αντιμετώπισης του ψυχολογικού άγχους που βιώνεται όταν παρουσιάζεται υποτροπή του καρκίνου. Τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια του, μπορεί να υποφέρουν από προβλήματα στρες κατά τη φάση της προσαρμογής. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στοχεύουν να θεραπεύσουν τον ασθενή και την οικογένεια. Η ομαδική ψυχοθεραπεία και η γνωστική θεραπεία συμπεριφοράς, προσπαθούν να διδάξουν τους ασθενείς με καρκίνο πώς να αντιμετωπίσουν την άρνηση ή τη δυσφορία που προκύπτει από το άκουσμα της διάγνωσης του καρκίνου ή την πιθανότητα υποτροπής σε επόμενο στάδιο. Αρκετές μελέτες ισχυρίζονται ότι ασθενείς με υποτροπή υποφέρουν περισσότερο από ψυχολογικό στρες λόγω του αυξημένου φόβου και της αβεβαιότητας, και ομολογούν ότι υπάρχει μειωμένη κοινωνική υποστήριξη έξω από την άμεση οικογένεια (Yang et al., 2008).

Κατά συνέπεια, ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ολότητα από τη διεπιστημονική ομάδα, τα μέλη της οποίας θα πρέπει να δημιουργήσουν ένα σχέδιο θεραπευτικής παρέμβασης το οποίο θα παρέχει ολοκληρωμένη υποστήριξη στον ασθενή (Petzel, 2012).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η ποιότητα ζωής είναι αλληλένδετες. Πολλές αποτελεσματικές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλουν στη βελτίωση του ψυχοκοινωνικού φάσματος, χωρίς ωστόσο να αναβαθμίζουν το επίπεδο ποιότητας ζωής στον αναμενόμενο βαθμό (Lin et al., 2009).

Αυτό το οποίο έχει βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών είναι η ενσωμάτωση όλο και περισσότερων ψυχο-κοινωνικών παρεμβάσεων οι οποίες συμβάλλουν προκειμένου να επέλθει μια αρμονική συμφωνία με τις μεταβολές και τη διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος τους, με το πένθος τους, να διατηρήσουν την ελπίδα, να βελτιώσουν τη έκφραση αυτών που νιώθουν και φοβούνται, να μειώσουν την τάση για απομόνωση και να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους (Mannheim, 2006).

Abstract 1

Esophageal cancer in the world: incidence, mortality and risk factors

There is little about the incidence, mortality and risk factors of Esophageal cancer (EC) in the world. Therefore, the purpose of this study was to determine the incidence rate, mortality and EC risk factors in the world. This review study was conducted on published English research by January 2017 with the search in by March 2018 by searching in the databases of PubMed, Scopus, and Science Direct with the keywords "esophagus cancer," "epidemiology," "incidence," "mortality," "risk factor," " world." Based on the findings of this study, the geographical distribution of the EC differs according to subtitles, as AC is more prevalent in developed countries, while SCC is more prevalent in countries in Africa and East Asia. The most important risk factors for EC are the low intake of vegetables and fruits, drinking drinks and hot liquids, reducing the intake of nutritional supplements such as selenium and zinc, smoking, excessive consumption of alcohol, past medical history, obesity and exposure to some environmental factors. According to the findings, it seems that the main cause of EC is an undesirable lifestyle. Therefore, it is possible to improve the lifestyle and inform the community about EC risk factors and healthy lifestyle education (Yousefi et al., 2018).

Περίληψη

Δεν υπάρχουν πολλά για την επίπτωση, τη θνησιμότητα και τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του οισοφάγου (EC) στον κόσμο. Ως εκ τούτου, ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός του ποσοστού επίπτωσης, της θνησιμότητας και των παραγόντων κινδύνου καρκίνου του οισοφάγου στον κόσμο. Αυτή η μελέτη επανεξέτασης διεξήχθη σε δημοσιευμένη αγγλική έρευνα μέχρι τον Ιανουάριο του 2017 με την αναζήτηση έως τον Μάρτιο του 2018 με αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων των PubMed, Scopus και Science Direct με τις λέξεις-κλειδιά «καρκίνος του οισοφάγου», «επιδημιολογία», «επίπτωση», "παράγοντας κινδύνου", "κόσμος". Με βάση τα ευρήματα αυτής της μελέτης, η γεωγραφική κατανομή του οισοφαγικού καρκίνου διαφέρει ανάλογα με τους υπότυπους, καθώς το αδενοκαρκίνωμα είναι πιο διαδεδομένο στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ το πλακώδες

καρκίνωμα είναι πιο διαδεδομένο στις χώρες της Αφρικής και της Ανατολικής Ασίας. Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου του οισοφάγου είναι η χαμηλή πρόσληψη λαχανικών και φρούτων, η κατανάλωση ζεστών ποτών, η μείωση της πρόσληψης συμπληρωμάτων διατροφής όπως το σελήνιο και ο ψευδάργυρος, το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, το παρελθόν ιστορικό, η παχυσαρκία και η έκθεση σε μερικά περιβαλλοντικοί παράγοντες. Σύμφωνα με τα ευρήματα, φαίνεται ότι η κύρια αιτία του οισοφαγικού καρκίνου είναι ένας ανεπιθύμητος τρόπος ζωής. Ως εκ τούτου, είναι δυνατόν να βελτιωθεί ο τρόπος ζωής και να ενημερωθεί η κοινότητα για τους παράγοντες κινδύνου του καρκίνου και την εκπαίδευση σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

Abstract 2

Current and future treatment options for esophageal cancer in the elderly.

Introduction: Esophageal cancer is the eighth most common cancer globally and has the sixth worst prognosis because of its aggressiveness and poor survival. Data regarding cancer treatment in older patients is limited because the elderly have been under-represented in clinical trials. Therefore, we reviewed the existing literature regarding treatment results for elderly patients (70+ years).

Areas covered: We used pubmed to analyze the actual literature according to elderly esophageal cancer patients with subheading of incidence, esophagectomy, chemoradiation or chemotherapy. The main points of interest were treatment options for patients with Barrett's esophagus or early carcinoma, advanced tumor stages, and inoperable cancer.

Expert opinion: The incidence of esophageal cancer has been increasing over the past thirty years, with a rapid increase of esophageal adenocarcinoma in Western industrialized nations. Patients aged over 60 years have been particularly affected. In this review, we have shown that elderly patients with esophageal cancer have various alternatives for adequate treatment. Clinical evaluation of comorbidity is necessary to make treatment decisions. Therapeutic options for early carcinomas are endoscopic or surgical resection. For elderly patients with advanced carcinomas, preoperative chemoradiation or chemotherapy should be discussed (Bollschweiler et al., 2017).

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο καρκίνος του οισοφάγου είναι ο όγδοος συνηθέστερος καρκίνος παγκοσμίως και έχει την έκτη χειρότερη πρόγνωση λόγω της επιθετικότητας του και της κακής επιβίωσης. Τα δεδομένα σχετικά με τη θεραπεία του καρκίνου σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι περιορισμένα επειδή οι ηλικιωμένοι υποεκπροσωπούνται στις κλινικές δοκιμές. Επομένως, αναθεωρήσαμε την υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τα αποτελέσματα θεραπείας για ηλικιωμένους ασθενείς (70+ ετών).

Γνωστικές περιοχές: Χρησιμοποιήσαμε τη βάση δεδομένων pubmed για να αναλύσουμε την πραγματική βιβλιογραφία σύμφωνα με τους ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο του οισοφάγου, αναφορικά με την επίπτωση, την οισοφαγεκτομή, τη χημειοκαταστολή ή τη χημειοθεραπεία. Τα κύρια σημεία ενδιαφέροντος ήταν επιλογές θεραπείας για ασθενείς με καρκίνο οισοφάγου ή πρόωρο καρκίνωμα Barrett, όγκους προχωρημένου σταδίου και μη εγχειρήσιμου καρκίνου.

Εμπειρογνωμοσύνη: Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου αυξάνεται τα τελευταία τριάντα χρόνια, ενώ παρατηρείται μια ταχεία αύξηση του οισοφαγικού αδενοκαρκινώματος στις βιομηχανικές χώρες του δυτικού κόσμου. Ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών έχουν επηρεαστεί ιδιαίτερα. Σε αυτήν την ανασκόπηση, δείξαμε ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς με καρκίνο του οισοφάγου έχουν διάφορες εναλλακτικές λύσεις για την κατάλληλη θεραπεία. Η κλινική αξιολόγηση της συννοσηρότητας είναι απαραίτητη για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Οι θεραπευτικές επιλογές για πρόωμα καρκινώματα είναι η ενδοσκοπική ή χειρουργική εκτομή. Για ηλικιωμένους ασθενείς με προχωρημένα καρκινώματα, πρέπει να συζητηθεί η εναλλακτική επιλογή της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας.

Abstract 3

Utility of Adjuvant Chemotherapy After Neoadjuvant Chemoradiation and Esophagectomy for Esophageal Cancer.

OBJECTIVE: To determine whether adjuvant chemotherapy (AC) after neoadjuvant chemoradiation and esophagectomy is associated with improved overall survival for patients with locally advanced esophageal cancer, and to evaluate how pathologic disease response to neoadjuvant treatment impacts this effect.

BACKGROUND: Neoadjuvant chemoradiation is currently the preferred management approach for locoregional esophageal cancer. Although there is interest

in the use of AC, the benefit of systemic therapy after neoadjuvant chemoradiation and esophagectomy is unclear.

METHODS: Retrospective cohort study of patients with esophageal cancer treated with neoadjuvant chemoradiation and esophagectomy in the National Cancer Data Base (2006-2012).

RESULTS: Among 3592 patients with esophageal cancer (84.7% adenocarcinoma, 15.2% squamous cell carcinoma), 335 (9.3%) were treated with AC. AC was not associated with a significantly lower risk of death among patients with no residual disease (ypT0N0) or residual non-nodal disease (ypT+N0). Among patients with residual nodal disease (TanyN+), AC was associated with a 30% lower risk of death in the overall cohort [hazard ratio (HR) 0.70, (0.57-0.85)] and among those with adenocarcinoma [HR 0.69 (0.57-0.85)]. Using a 90-day postoperative landmark, findings were similar. Among patients with postoperative length of stay ≤ 10 days and no unplanned readmission, AC was associated with approximately 40% lower risk of death among patients with residual nodal disease [overall cohort, HR 0.63 (0.48-0.84); adenocarcinoma, HR 0.66 (0.49-0.88)].

CONCLUSIONS: AC after neoadjuvant chemoradiation and esophagectomy is associated with improved survival in patients with residual nodal disease. Our findings suggest AC may provide additional benefit for esophageal cancer patients, and merits further investigation (Burt et al., 2017).

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Να προσδιοριστεί εάν η ανοσοενισχυτική θεραπεία σχετίζεται με βελτίωση του ποσοστού επιβίωσης ασθενών με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του οισοφάγου και να αξιολογηθεί ο τρόπος με τον οποίο η παθολογική ανταπόκριση της νόσου στο νέο επαγωγικό θεραπευτικό σχήμα επηρεάζει αυτή την επίδραση.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Η νεοεπικουρική χημειοθεραπευτική μέθοδος είναι αυτή τη στιγμή η προτιμώμενη προσέγγιση διαχείρισης για τον καρκίνο του οισοφάγου. Αν και υπάρχει ενδιαφέρον για τη χρήση της, το όφελος της συστηματικής θεραπείας μετά από οισοφαγεκτομή είναι ασαφές.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναδρομική μελέτη κοόρτης ασθενών με καρκίνο του οισοφάγου που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με νεοεπικουρική χημειοθεραπεία στην Εθνική Βάση Δεδομένων για τον Καρκίνο (2006-2012).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από 3592 ασθενείς με καρκίνο του οισοφάγου (84,7% αδenoκαρκίνωμα, 15,2% με πλακώδες καρκίνωμα), 335 (9,3%) υποβλήθηκαν σε αγωγή με νεοεπικουρική χημειοθεραπεία, η οποία δεν συσχετίστηκε με σημαντικά μικρότερο κίνδυνο θανάτου σε ασθενείς χωρίς υπολειμματική νόσο (ypT0N0) ή υπολειμματική μη κνημιαία νόσο (ypT + N0). Μεταξύ των ασθενών με υπολειμματική νόσο (ypTanyN +), η θεραπεία συσχετίστηκε με 30% χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου στο συνολικό ποσοστό [0,30-0,85] [0,27-0,85] και μεταξύ εκείνων με αδenoκαρκίνωμα [HR 0,69 (0,57- 0,85)]. Χρησιμοποιώντας ένα μετεγχειρητικό ορόσημο 90 ημερών, τα ευρήματα ήταν παρόμοια. Μεταξύ των ασθενών με μετεγχειρητική διάρκεια διαμονής ≤ 10 ημερών και μη προγραμματισμένης επανεισδοχής στο νοσοκομείο, η θεραπευτική μέθοδος συσχετίστηκε με κατά 40% χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου σε ασθενείς με υπολειμματική νόσου [συνολική ομάδα, HR 0,63 (0,48-0,84) και αδenoκαρκίνωμα, HR 0.66 (0.49-0.88)].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία μετά από οισοφαγεκτομή σχετίζεται με τη βελτίωση της επιβίωσης σε ασθενείς με υπολειμματική νόσο του κόλπου. Τα ευρήματά μας δείχνουν ότι η μέθοδος μπορεί να προσφέρει πρόσθετο όφελος στους ασθενείς με καρκίνο του οισοφάγου και αξίζει περαιτέρω διερεύνηση.

Abstract 4

Watanabe M. Recent Topics and Perspectives on Esophageal Cancer in Japan.

Despite recent advances in multidisciplinary treatment strategy, outcomes of esophageal cancer treatment still remain unsatisfactory. There are two histologic subtypes of esophageal cancer, namely, squamous cell carcinoma and adenocarcinoma, and these subtypes turned out to be genetically separate diseases. I focused on nine topics among the cancer's epidemiology, diagnosis, and treatment, and reviewed the literature. Although the number of patients with esophageal cancer has been continuously increasing, the cause of esophageal cancer is evident in a substantial proportion of patients, and public education may be able to decrease its incidence. Early detection and less invasive treatment will improve the outcome of patients. Minimally invasive esophagectomy decreased surgical invasiveness and improved short-term outcomes in the clinical trials. Centralization of patients to high-

volume centers and introduction of multidisciplinary perioperative care bundle may further improve the outcome of patients undergoing esophagectomy. Although no targeting agent has shown efficacy in patients with esophageal cancer, immune checkpoint blockades are promising, and the results of phase III trials are awaited.

Περίληψη

Παρά τις πρόσφατες εξελίξεις στην πολυεπιστημονική στρατηγική θεραπείας, τα αποτελέσματα της θεραπείας του καρκίνου του οισοφάγου παραμένουν ανεπαρκή. Υπάρχουν δύο ιστολογικοί υποτύποι καρκίνου του οισοφάγου, το πλακώδες καρκίνωμα και το αδenoκαρκίνωμα, οι οποίοι αποδεικνύονται δύο γενετικά ξεχωριστές ασθένειες. Επικεντρώθηκα σε εννέα θέματα μεταξύ της επιδημιολογίας, της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου και επανεξέτασα τη βιβλιογραφία. Αν και ο αριθμός των ασθενών με καρκίνο του οισοφάγου αυξάνεται συνεχώς, η αιτία του καρκίνου του οισοφάγου είναι εμφανής σε σημαντικό ποσοστό των ασθενών και η δημόσια εκπαίδευση μπορεί να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης. Η έγκαιρη ανίχνευση και η λιγότερο επεμβατική θεραπεία θα βελτιώσουν το αποτέλεσμα των ασθενών. Η ελάχιστη επεμβατική οισοφαγεκτομή μείωσε τη χειρουργική επιλογή και βελτίωσε τις βραχυπρόθεσμες εκβάσεις στις κλινικές δοκιμές. Η συγκέντρωση των ασθενών σε εξειδικευμένα κλινικά κέντρα και η εισαγωγή μιας δέσμης διεπιστημονικής περιεγχειρητικής φροντίδας μπορεί να βελτιώσει περαιτέρω την έκβαση των ασθενών που υποβάλλονται σε οισοφαγική θεραπεία. Αν και κανένας παράγοντας δεν έχει δείξει αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με καρκίνο του οισοφάγου, οι ανοσοποιητικοί αποκλεισμοί των σημείων ελέγχου υποσκάπτουν και αναμένονται τα αποτελέσματα των δοκιμών φάσης III.

Abstract 5

Recent advances in preoperative management of esophageal adenocarcinoma

Esophageal cancer is an aggressive malignancy with increasing incidence, and the prognosis of patients treated by surgery alone remains dismal. Preoperative treatment can modestly prolong overall survival. Preoperative chemotherapy or chemoradiation is the standard of care for resectable esophageal cancer (greater than clinical stage I and less than clinical stage IV). One of the challenges is to predict complete response in the surgical specimen from preoperative therapy and to avoid surgery in some patients but also predict ineffectiveness of preoperative therapy if the tumor is

resistant and avoid such therapies altogether. In-depth understanding of the molecular biology could lead to personalized therapy, and in the future, clinical trials designed according to molecular features are expected. Here, we summarize preoperative treatment for esophageal adenocarcinoma and their potential (Harada et al., 2017).

Περίληψη

Ο καρκίνος του οισοφάγου είναι μια επιθετική κακοήθεια με αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης και η πρόγνωση των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση από μόνη της παραμένει θλιβερή. Η προεγχειρητική θεραπεία μπορεί να επιμηκύνει ομαλά τη συνολική επιβίωση. Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία ή η ανοσοθεραπεία είναι το πρότυπο της περίθαλψης για τον εκτοπισμένο καρκίνο του οισοφάγου (μεγαλύτερο από το κλινικό στάδιο I και λιγότερο από το κλινικό στάδιο IV). Μία από τις προκλήσεις είναι η πρόβλεψη πλήρους απόκρισης στο χειρουργικό δείγμα από προεγχειρητική θεραπεία και η αποφυγή χειρουργικής επέμβασης σε μερικούς ασθενείς, αλλά και η πρόβλεψη αναποτελεσματικότητας της προεγχειρητικής θεραπείας αν ο όγκος είναι ανθεκτικός και αποφεύγονται εντελώς τέτοιες θεραπείες. Η εις βάθος κατανόηση της μοριακής βιολογίας θα μπορούσε να οδηγήσει σε εξατομικευμένη θεραπεία και στο μέλλον αναμένονται κλινικές δοκιμές σχεδιασμένες σύμφωνα με μοριακά χαρακτηριστικά.

Abstract 6

Diagnosis and Treatment of the Extraesophageal Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease.

To review the clinical presentation, diagnosis, and treatment options available for management of extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD) and to compare the most recent technological advances to the existing guidelines. Extraesophageal manifestations of GERD include cough, laryngopharyngeal reflux (LPR), and asthma. Recent advances in diagnostic modalities may have outpaced the existing diagnostic and therapeutic clinical guidelines. We searched the MEDLINE, Cochrane, and Embase databases for articles pertaining to the presentation, diagnosis, and treatment of extraesophageal manifestations of reflux, specifically cough due to reflux, LPR, and asthma due to reflux. Search terms applied to 3 thematic topics: diagnosis, medical treatment, and surgical treatment. We had searched the bibliographies of included studies, yielding a

total of 271 articles for full review. We graded the level of evidence and classified recommendations by size of treatment effect, according to the guidelines from the American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. One hundred twentyeight articles met criteria for analysis. Our findings show that the diagnosis of cough, LPR, or asthma due to gastroesophageal reflux is difficult, as no criterion standard test exists. Also, patients often present without heartburn or regurgitation typical of GERD. Combined multichannel intraluminal impedance, the pH (MII-pH) monitoring system, and the symptom association probability (SAP) test might distinguish extraesophageal manifestations of reflux from idiopathic chronic cough, laryngitis due to other causes, and atopic asthma. In addition, extraesophageal manifestations of reflux are most effectively diagnosed with a stepwise approach incorporating empiric treatment and antisecretory therapy, combined MII-pH monitoring, and surgical intervention in few selected cases. Recent studies demonstrate the potential diagnostic role of MII-pH monitoring. Surgical intervention provides resolution of extraesophageal symptoms less reliably than typical symptoms when the patient has GERD (Sidhwa et al., 2017).

Περίληψη

Να επανεξετάσουμε την κλινική παρουσίαση, τη διάγνωση και τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές για τη διαχείριση των εκδηλώσεων εξωοισοφαγικών της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (GERD) και να συγκρίνουμε τις πιο πρόσφατες τεχνολογικές εξελίξεις στις υπάρχουσες κατευθυντήριες γραμμές. Οι εξωοισοφαγικές εκδηλώσεις της GERD περιλαμβάνουν βήχα, λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση (LPR) και άσθμα. Οι πρόσφατες εξελίξεις των διαγνωστικών μεθόδων μπορεί να έχουν ξεπεράσει τις υφιστάμενες διαγνωστικές και θεραπευτικές κλινικές οδηγίες. Εξετάσαμε τις βάσεις δεδομένων MEDLINE, Cochrane και Embase για άρθρα σχετικά με την παρουσίαση, τη διάγνωση και τη θεραπεία των εξωοισοφαγικών εκδηλώσεων παλινδρόμησης, ειδικά βήχα λόγω αναρροής, LPR και άσθματος λόγω παλινδρόμησης. Οι όροι αναζήτησης εφαρμόστηκαν σε 3 θεματικά θέματα: διάγνωση, ιατρική περίθαλψη και χειρουργική θεραπεία. Είχαμε αναζητήσει τις βιβλιογραφίες των περιλαμβανόμενων μελετών, αποδίδοντας συνολικά 271 άρθρα για πλήρη ανασκόπηση. Βαθμολογήσαμε το επίπεδο των αποδεικτικών στοιχείων και τις ταξινομημένες συστάσεις βάσει του μεγέθους της θεραπευτικής επίδρασης, σύμφωνα με τις οδηγίες της Task Force American Heart Association on Practice Guidelines. Εκατόν είκοσι οκτώ άρθρα ικανοποιούσαν κριτήρια για ανάλυση. Τα ευρήματά μας

δείχνουν ότι η διάγνωση του βήχα, της LPR ή του άσθματος λόγω γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης είναι δύσκολη, καθώς δεν εξέρχεται κανένας κανόνας. Επίσης, οι ασθενείς παρουσιάζονται συχνά χωρίς καούρα ή παλινδρόμηση που είναι χαρακτηριστικό της GERD. Η συνδυασμένη πολυκαναλική ενδοκοιλιακή αντίσταση, το σύστημα παρακολούθησης του pH και η δοκιμασία πιθανότητας συσχέτισης συμπτωμάτων (SAP) μπορεί να διακρίνουν εξωοισοφαγικές εκδηλώσεις παλινδρόμησης από τον ιδιοπαθή χρόνιο βήχα, τη λαρυγγίτιδα που οφείλεται σε άλλες αιτίες και το ατοπικό άσθμα. Επιπροσθέτως, οι εξωοισοφαγικές εκδηλώσεις παλινδρόμησης διαγιγνώσκονται αποτελεσματικότερα με μια σταδιακή προσέγγιση που ενσωματώνει εμπειρική θεραπεία και αντιεκκριτική θεραπεία, συνδυασμένη παρακολούθηση του pH και χειρουργική επέμβαση σε λίγες επιλεγμένες περιπτώσεις. Πρόσφατες μελέτες καταδεικνύουν τον πιθανό διαγνωστικό ρόλο της παρακολούθησης του pH. Η χειρουργική παρέμβαση παρέχει την εξάλειψη των συμπτωμάτων του εξωγενούς ιστού λιγότερο αξιόπιστα από τα τυπικά συμπτώματα όταν ο ασθενής έχει GERD.

Abstract 7

Nutritional Management of Esophageal Cancer Patients, Esophageal Abnormalities.

Esophageal cancer is associated with malnutrition in the vast majority of patients. This phenomenon is partly attributed to the disease process itself, the location of the tumor and other factors, such as dysphagia which is often accentuated due to chemotherapy/radiotherapy treatment or surgical intervention. The poor nutritional status of these patients is often related to the presence of cancer cachexia, altered metabolism, and tissue wasting. Malnutrition in this patient population affects quality of life, worsens patient's tolerance to chemotherapy and accounts for lower survival. Nutritional management of these patients includes both proper nutritional assessment and support and might prevent, to a certain extent, the manifestation of malnutrition-related consequences. The purpose of this article is to review the current literature in order to focus on the etiology and diagnosis of malnutrition in esophageal cancer patients, emphasizing also on the optimal nutritional support during multimodality treatment (Schizas et al., 2017).

Περίληψη

Ο καρκίνος του οισοφάγου συνδέεται με τον υποσιτισμό στη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται εν μέρει στην ίδια την ασθένεια, στη θέση του όγκου και σε άλλους παράγοντες, όπως η δυσφαγία η οποία συχνά επιδεινώνεται λόγω χημειοθεραπείας/ακτινοθεραπείας ή χειρουργικής επέμβασης. Η κακή διατροφική κατάσταση αυτών των ασθενών συχνά σχετίζεται με την παρουσία καχεξίας λόγω του καρκίνου, του μεταβολισμού και της καταστροφής των ιστών. Ο υποσιτισμός σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών επηρεάζει την ποιότητα ζωής, επιδεινώνει την ανοχή του ασθενούς στη χημειοθεραπεία και αποδίδει χαμηλότερη επιβίωση. Η διατροφική διαχείριση αυτών των ασθενών περιλαμβάνει τόσο σωστή διατροφική αξιολόγηση όσο και υποστήριξη και μπορεί να αποτρέψει, σε κάποιο βαθμό, την εκδήλωση των σχετικών με το υποσιτισμό συνεπειών.

Abstract 8

The effect of a nurse led telephone supportive care programme on patients' quality of life, received information and health care contacts after oesophageal cancer surgery-A six month RCT-follow-up study.

BACKGROUND: Following oesophagectomy, a major surgical procedure, it is known that patients suffer from severely reduced quality of life and have an unmet need for postoperative support. Still, there is a lack of research testing interventions aiming to enhance the patients' life situation after this surgical procedure.

AIM: The aim of the study was to evaluate the effect of a nurse led telephone supportive care programme on quality of life (QOL), received information and the number of healthcare contacts compared to conventional care following oesophageal resection for cancer.

METHOD: The study was designed as a randomized controlled trial (RCT) aiming to test the effect of a nurse led telephone supportive care program compared to conventional care. Patient assessments were conducted at discharge, 2 weeks, 2, 4 and 6 months after discharge and comprised evaluation of QOL, received information and the number of health care contacts. Statistical testing were conducted with repeated measurements analysis of variance to test if there were differences between the groups during follow-up.

RESULT: The results show that the intervention group was significantly more satisfied with received information for items concerning the information they received about things to do to help yourself, written information and for the global information score. The control group scored significantly higher on the item regarding wishing to receive more information and wish to receive less information. No effect of the intervention was shown on QOL or number of health care contacts.

CONCLUSION: Proactive nurse-led telephone follow-up has a significant positive impact on the patients' experience of received information. This is likely to have a positive effect on their ability to cope with a life that may include remaining side effects and adverse symptoms for a long time after surgery (Malmström et al., 2016).

Περίληψη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Μετά από την οισοφαγεκτομή, μια μείζονα χειρουργική επέμβαση, είναι γνωστό ότι οι ασθενείς πάσχουν από σοβαρή μείωση της ποιότητας ζωής και έχουν μια μη ικανοποιημένη ανάγκη για μετεγχειρητική υποστήριξη. Παρ'όλα αυτά, υπάρχει έλλειψη ερευνητικών παρεμβάσεων με σκοπό την ενίσχυση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά από αυτή τη χειρουργική επέμβαση.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την επίδραση ενός τηλεφωνικού προγράμματος υποστήριξης ασθενών από νοσηλευτές στην ποιότητα ζωής (ΠΖ), την πληροφόρηση και τον αριθμό των επαφών της υγειονομικής περίθαλψης σε σύγκριση με τη συμβατική φροντίδα μετά από οισοφαγική εκτομή σε καρκίνο οισοφάγου.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη σχεδιάστηκε ως μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (RCT) με στόχο να ελεγχθεί η επίδραση ενός νοσηλευτού που βασίζεται σε τηλεφωνικό υποστηρικτικό πρόγραμμα φροντίδας σε σύγκριση με τη συμβατική φροντίδα. Οι αξιολογήσεις ασθενών διεξήχθησαν κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, 2 εβδομάδες, 2, 4 και 6 μήνες μετά την έξοδο και περιλάμβανε αξιολόγηση της ΠΖ, των πληροφοριών που έλαβαν οι ασθενείς κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο και του αριθμού των επαφών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, όπου θα μπορούσαν να είχαν πρόσβαση. Οι στατιστικές δοκιμές διεξήχθησαν με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις της διακύμανσης για να εξεταστεί εάν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ομάδα παρέμβασης ήταν πολύ πιο ικανοποιημένη από τις πληροφορίες που έλαβε σχετικά με τις μεθόδους αυτοδιαχείρισης, τις γραπτές πληροφορίες και για την παγκόσμια βαθμολογία πληροφοριών. Η ομάδα ελέγχου σημείωσε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με το στοιχείο που επιθυμεί να λάβει περισσότερες και λιγότερες πληροφορίες αντίστοιχα. Δεν υπήρξε καμία επίδραση της παρέμβασης στην ΠΖ ή στον αριθμό των επαφών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η προληπτική παρακολούθηση της τηλεφωνικής συνομιλίας με μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού έχει σημαντική θετική επίδραση στην εμπειρία των ασθενών από τις ληφθείσες πληροφορίες. Αυτό είναι πιθανόν να έχει θετική επίδραση στην ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν μια κατάσταση που μπορεί να περιλαμβάνει παρενέργειες και δυσμενή συμπτώματα για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τη χειρουργική επέμβαση στην οποία υποβλήθηκαν.

Abstract 9

Oncology Nursing in Hong Kong: Milestones over the Past 20 Years.

The article reviews the development of oncology nurses' role, training, education, practice, and service provision in Hong Kong, highlighting milestones over the past two decades and providing directions for future training, practice, and research. There was an expansion of the diversity of roles and practice from the 2000s onward, reflecting the importance of contribution by nurses to clinical practice and service for cancer patients. These areas include advanced roles and competence development, advanced training, service delivery model, cross-cluster collaboration, quality improvement initiatives, and new nurse clinic model. Recognizing the challenges and the opportunities, it helps to identify the future work with newer and more advanced practice foci as well as training initiatives in advanced practice being developed to meet the increased needs of increasing service load and populations in need of ongoing access to oncology care. The role and the continuous efforts of the clinical, academic, and professional bodies to meet this goal will be crucial and strategic in the future (Mak, 2019).

Περίληψη

Το άρθρο εξετάζει την εξέλιξη του ρόλου των ογκολογικών νοσηλευτών, αναφορικά με την εκπαίδευση, την πρακτική και την παροχή υπηρεσιών στο Χονγκ Κονγκ, τονίζοντας τα ορόσημα κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες και παρέχοντας οδηγίες για μελλοντική κατάρτιση, πρακτική και έρευνα. Υπήρξε μια επέκταση της ποικιλομορφίας των ρόλων και της πρακτικής από το 2000 και εξής, αντιστακώντας τη σημασία της συμβολής των νοσηλευτών στην κλινική πρακτική και την υπηρεσία για ασθενείς με καρκίνο. Οι τομείς αυτοί περιλαμβάνουν προηγμένους ρόλους και ανάπτυξη ικανοτήτων, προηγμένη κατάρτιση, μοντέλο παροχής υπηρεσιών, συνεργασία μεταξύ ομάδων, πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας και νέο μοντέλο νοσοκομειακής κλινικής. Αναγνωρίζοντας τις προκλήσεις και τις ευκαιρίες, συμβάλλει στον εντοπισμό της μελλοντικής εργασίας με νέες και πιο εξελιγμένες εγκεκριμένες πρακτικές καθώς και σε πρωτοβουλίες κατάρτισης σε προηγμένες πρακτικές που αναπτύσσονται για την κάλυψη των αυξανόμενων αναγκών του φορτίου υπηρεσιών και των πληθυσμών που χρειάζονται συνεχή πρόσβαση στην ογκολογική περίθαλψη. Ο ρόλος και οι συνεχείς προσπάθειες των κλινικών, ακαδημαϊκών και επαγγελματιών φορέων για την επίτευξη αυτού του στόχου θα είναι κρίσιμες και στρατηγικές στο μέλλον.

Abstract 10

The power of nursing: guiding patients through a journey of uncertainty.

PURPOSE: The objective of this qualitative study was to understand the experiences of oncology nurses in patient counseling and support services in the ambulatory care setting.

METHODS AND SAMPLE: A qualitative study was conducted using grounded theory methods. Data were generated through four focus group interviews with 21 oncology nurses currently providing counseling and support services for cancer patients in Japan. The content was analyzed based on a constant comparison approach.

RESULTS: The power of nursing was identified through three themes: connecting with the patient (shared needs); personalized coordination (shared action); and realizing the patient's potential (reassurance). Oncology nurses should guide patients through the uncertain cancer trajectory by identifying patients' true needs based on an

established relationship, providing personalized coordination, and developing their potential. Patient-centered care can be provided in non-physical care settings such as counseling and support services.

CONCLUSIONS: Our study describes the uniqueness and significance of nursing, and provides insights into realizing the full potential of nurses. This conceptual model can be used as a guide for practice and an educational tool to build professional identity of nurses. Oncology nurses can take a leadership role in enhancing the visibility of the nurses in multidisciplinary environments (Komatsu & Yagasaki, 2014).

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της ποιοτικής μελέτης ήταν η κατανόηση των εμπειριών των νοσηλευτών ογκολογίας στις συμβουλευτικές υπηρεσίες ασθενών και στις υπηρεσίες υποστήριξης στον τομέα της περιπατητικής φροντίδας.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ: Μια ποιοτική μελέτη διεξήχθη. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν μέσω συνεντεύξεων σε 21 ογκολογικούς νοσηλευτές χωρισμένους σε 4 ομάδες, οι οποίοι παρείχαν το τρέχον διάστημα υπηρεσίες συμβουλευτικής και υποστήριξης σε ασθενείς με καρκίνο στην Ιαπωνία. Το περιεχόμενο αναλύθηκε με βάση μια προσέγγιση σταθερής σύγκρισης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η δυναμική της νοσηλευτικής εντοπίστηκε μέσω τριών αξόνων: σύνδεση με τον ασθενή (κοινές ανάγκες), εξατομικευμένος συντονισμός (κοινή δράση) και συνειδητοποίηση των δυνατοτήτων του ασθενή (διαβεβαίωση). Οι ογκολογικοί νοσηλευτές θα πρέπει να καθοδηγούν τους ασθενείς στην αβέβαιη πορεία του καρκίνου προσδιορίζοντας τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών βάσει μιας καθιερωμένης σχέσης, προσφέροντας εξατομικευμένο συντονισμό και αναπτύσσοντας τις δυνατότητες των ασθενών. Η περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή μπορεί να αφορά εκτός από τη φυσική φροντίδα, υπηρεσίες συμβουλευτικής και υποστήριξης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη μας περιγράφει τη μοναδικότητα και τη σημασία της νοσηλευτικής και παρέχει πληροφορίες για την πλήρη αξιοποίηση των δυνατοτήτων των νοσηλευτών. Αυτό το εννοιολογικό πρότυπο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός για την πρακτική και ως εκπαιδευτικό εργαλείο για την οικοδόμηση της επαγγελματικής ταυτότητας του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι ογκολογικοί

νοσηλευτές μπορούν να αναλάβουν ηγετικό ρόλο στην ενίσχυση της προβολής του κλάδου τους σε πολυεπιστημονικά περιβάλλοντα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του οισοφάγου θεωρείται σοβαρή κακοήθεια αναφορικά με την πρόγνωση και το ποσοστό θνησιμότητας. Ενέχει μια αυξανόμενη ανησυχία για τη δημόσια υγεία, καθώς αναμένεται να αυξηθεί η συχνότητα εμφάνισης του κατά τα επόμενα χρόνια. Το πλακώδες καρκίνωμα είναι ο πιο κοινός ιστολογικός τύπος καρκίνου του οισοφάγου παγκοσμίως, με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης σε αναπτυσσόμενα έθνη. Με την αυξημένη επικράτηση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και της παχυσαρκίας στις αναπτυγμένες χώρες, η συχνότητα του αδενοκαρκινώματος, του δεύτερου ιστολογικού τύπου, έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια. Σημαντικές διαφορές στην συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του οισοφάγου υπάρχουν βάσει γεωγραφικών και φυλετικών διαφορών, οι οποίες μπορεί να συνδέονται με διαφορές στην έκθεση σε παράγοντες κινδύνου.

Ο καρκίνος του οισοφάγου οργανώνεται σύμφωνα με το ευρέως αποδεκτό σύστημα TNM. Η σταδιοποίηση διαδραματίζει αναπόσπαστο ρόλο στα πρωτόκολλα θεραπευτικής καθοδήγησης συγκεκριμένων σταδίων και έχει μεγάλο αντίκτυπο στη συνολική επιβίωση. Οι συνήθεις τρόποι απεικόνισης που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση περιλαμβάνουν μεθόδους απεικόνισης, ενδοσκοπήσεις και βιοψία. Οι τρέχουσες επιλογές θεραπείας περιλαμβάνουν χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, φωτοδυναμική προσέγγιση και πρόγραμμα διατροφικής υποστήριξης.

Καθώς τα συμπτώματα συγχέονται και είναι ο δύσκολος ο έγκαιρος εντοπισμός της νόσου, είναι σημαντική η πρόληψη της ασθένειας με την υιοθέτηση ενός ιδιαίτερα υγιεινού τρόπου ζωής, που θα εμπεριέχει προσεγμένη διατροφή, σωματική δραστηριότητα, αποφυγή παχυσαρκίας, προϊόντων καπνού και χρήσης αλκοόλ.

Σε επίπεδο διαμονής στο νοσοκομείο, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να εξειδικεύεται στη διαχείριση ασθενών με καρκίνο, προκειμένου να ανακουφίσει τον ασθενή κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο συμβάλλοντας στη μετεγχειρητική του ανάκαμψη, διασφαλίζοντας ένα υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής για τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του.

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του οισοφάγου παραμένει σε άνοδο παγκοσμίως και παρά την επιθετική έρευνα στον τομέα της γαστρεντερικής Ογκολογίας, τα ποσοστά επιβίωσης παραμένουν χαμηλά. Η δημόσια εκπαίδευση αναφορικά με τη νόσο μπορεί να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης. Η έγκαιρη ανίχνευση και η λιγότερο επεμβατική θεραπεία θα βελτιώσουν το αποτέλεσμα των

ασθενών. Απομένει να αναπτυχθεί ένα εργαλείο αποτελεσματικού ελέγχου, το οποίο θα οδηγήσει στην καθιέρωση των ελάχιστα επεμβατικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση της νόσου.

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι υποδείγματα φροντίδας, συμβάλλοντας καθοριστικά στην ικανοποίηση του ασθενή. Ειδικότερα οι νοσηλευτές που αναλαμβάνουν τη φροντίδα καρκινοπαθών, οφείλουν να αντιλαμβάνονται τις ανάγκες του κάθε ασθενή προσφέροντας εξατομικευμένη φροντίδα. Ανώτερος στόχος είναι η αξιοποίηση του δυναμικού του ασθενή, προκειμένου να διασφαλιστεί υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής στα πλαίσια αποδοχής και διαχείρισης της ασθένειας. Η εγκαθίδρυση θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-ασθενή που βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και τον σεβασμό, συμβάλει στην παγιοποίηση της πίστης και της ελπίδας, στην κάλυψη των σωματικών και συναισθηματικών αναγκών του ασθενή και στην επίτευξη της αυτοπραγμάτωσης του νοσηλευτή μέσα από την κατάκτηση της γνώσης και των ικανοτήτων, ενώ επιτρέπει στον ασθενή να είναι ισότιμος εταίρος στην επίτευξη της ευεξίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Aleman J., Eusebi L., Ricciardiello L., et al.,** 2014. *Mechanisms of obesity-induced gastrointestinal neoplasia.* Gastroenterology 146: 357–373.
- **Allen, J. D., Savadatti, S., & Levy, A. G.,** 2009. *The transition from colorectal cancer ‘patient’ to ‘survivor.’* Psycho-Oncology, 18:71-78.
- **Anandavadivelan P, Lagergren P.,** 2016. *Cachexia in patients with oesophageal cancer.* Nature Reviews Clinical Oncology.13(3):185- 198.
- **Aust H, Rüsç D, Schuster M, et al.,** 2016. *Coping strategies in anxious surgical patients.* BMC Health Serv Res. 16:250.
- **Baek Y., Yi M.,** 2015. *Factors Influencing Quality of Life during Chemotherapy for Colorectal Cancer Patients in South Korea.* J Korean Acad Nurs; 45(4):604-12.
- **Bakari G, Benelbarhdadi I, Bahiije L, Essaid AE.,** 2014. *Endoscopic treatment of 135 cases of Plummer-Vinson web: a pilot experience.* Gastrointest Endosc. 80:738–41.
- **Bellali Th.,** 2018. *Communication with the patient nowadays: is it a necessary clinical skill/practice? (editorial).* Hellenic Journal of Nursing Science ,11(1): 3-10.
- **Booka, E., Takeuchi, H., Nishi, T., et al.,** 2015. *The Impact of Postoperative Complications on Survivals After Esophagectomy for Esophageal Cancer.* Medicine, 94(33): e1369.
- **Bollsweiler E, Plum P, Mönig S, Hölscher A.,** 2017. *Current and future treatment options for esophageal cancer in the elderly.* Expert Opinion on Pharmacotherapy, 18:10,1001-1010.
- **Buas MF, Vaughan TL.,** 2013. *Epidemiology and risk factors for gastroesophageal junction tumors: understanding the rising incidence of this disease.* Semin Radiat Oncol, 23:3.
- **Burch, J.,** 2012. *Enhanced recovery for patients following colorectal surgery.* Nursing standard (Royal College of Nursing Great Britain), 27(2):37-43.
- **Burt BM, Groth SS, Sada YH, et al.,** 2017. *Utility of Adjuvant Chemotherapy After Neoadjuvant Chemoradiation and Esophagectomy for Esophageal Cancer.* Ann Surg.266(2):297-304.

- **Campbell, N. P., & Villafior, V. M.,** 2010. *Neoadjuvant treatment of esophageal cancer*. World journal of gastroenterology, 16(30), 3793–3803.
- **Celik F, Edipoglu IS.,** 2018. *Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score*. Eur J Med Res. 23(1):41.
- **Chen, J., Guo, H., Zhai, T., et al.,** 2016. *Radiation dose escalation by simultaneous modulated accelerated radiotherapy combined with chemotherapy for esophageal cancer: a phase II study*. Oncotarget, 7(16), 22711–22719.
- **Cheng, M. L., Zhang, L., Borok, M., et al.,** 2015. *The incidence of oesophageal cancer in Eastern Africa: identification of a new geographic hot spot?*. Cancer epidemiology, 39(2): 143–149.
- **Coleman HG, Murray LJ, Hicks B, et al.,** 2013. *Dietary fiber and the risk of precancerous lesions and cancer of the esophagus: a systematic review and meta-analysis*. Nutrition Reviews. 71(7): 474–82.
- **Cook MB, Corley DA, Murray LJ, et al.,** 2014. *Gastroesophageal reflux in relation to adeno- carcinomas of the esophagus: A pooled analysis from the Barrett's and Esophageal Adenocarcinoma Consortium (BEACON)*. Suzuki H, ed. PLoS One. 9(7):e103508.
- **Cox S, Powell C, Carter B, et al.,** 2016. *Role of nutritional status and intervention in oesophageal cancer treated with definitive chemoradiotherapy: Outcomes from SCOPE1*. British Journal of Cancer. 115(2):172- 177. DOI: 10.1038/bjc.2016.129
- **Cserép Z, Losoncz E, Balog P, et al.,** 2012. *The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery*. J Cardiothorac Surg. 7:86.
- **Diamantis, G., Scarpa, M., Bocus, P., et al.,** 2011. *Quality of life in patients with esophageal stenting for the palliation of malignant dysphagia*. World journal of gastroenterology, 17(2):144–150.
- **Domper Arnal, M. J., Ferrández Arenas, Á., Lanás Arbeloa, Á.,** 2015. *Esophageal cancer: Risk factors, screening and endoscopic treatment in Western and Eastern countries*. World journal of gastroenterology, 21(26), 7933-43.
- **Ellis, A., Risk, J. M., Maruthappu, T., Kelsell, D. P.,** 2015. *Tylosis with oesophageal cancer: Diagnosis, management and molecular mechanisms*. Orphanet journal of rare diseases, 10, 126.

- **El-Serag H., Hashmi A., Garcia J., et al.,** 2014. *Visceral abdominal obesity measured by CT scan is associated with an increased risk of Barrett's oesophagus: a case-control study.* Gut 63: 220–229.
- **Fontes CMB, Menezes DV, Borgato MH, Luiz MR.,** 2017. *Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature.* Rev Bras Enferm, 70(5):1089-1095.
- **Ghoshal UC, Daschakraborty SB, Singh R.,** 2012. *Pathogenesis of achalasia cardia.* World J Gastroenterol, 18:3050- 7.
- **Gulanick M., Myers LJ.,** 2011. *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes.* Mosby, (7th edition).
- **Guo P, East L, Arthur A.,** 2012. *A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial.* Int J Nurs Stud, 49:129-37.
- **Guo P, East L, Arthur A.,** 2012. *A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: A randomized controlled trial.* Int J Nurs Stud, 49:129-37.
- **Guo P.,** 2015. *Preoperative education interventions to reduce anxiety and improve recovery among cardiac surgery patients: a review of randomised controlled trials.* J Clin Nurs. 24(1-2):34-46.
- **Gupta A, Majumber K, Arora N, et al.,** 2016. *Obesity and mortality in patients with esophageal cancer: A systematic review and meta-analysis.* Journal of Clinical Oncology 34 (4_suppl.): 20-20.
- **Hajdu SI, Thun MJ, Hannan LM and Jemal A.,** 2011. *A note from history: landmarks in history of cancer, part I,* Cancer 117(5):1097–1102.
- **Harada K, Mizrak Kaya D, Baba H and Ajani JA.** 2017. *Recent advances in preoperative management of esophageal adenocarcinoma*
- **He L, Allen PK, Potter A, et al.,** 2014. *Re-evaluating the optimal radiation dose for definitive chemoradiotherapy for esophageal squamous cell carcinoma.* J Thorac Oncol. 9(9):1398–1405.
- **Holmes S.,** 2011. *Understanding cachexia in patients with cancer.* Nursing Standard; 25(21):47-56.
- **Hua X, Li Y, Ma H, et al.,** 2017. *Photodynamic therapy versus endoscopic submucosal dissection for management of patients with early esophageal neoplasia: a retrospective study.* J Thorac Dis, 9:5046-51.

- **Huerta-Iga, F., Bielsa-Fernández, MV., Remes-Troche, JM., Valdovinos-Díaz, MA., Tamayo-de la Cuesta, JL.,** 2016. *Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease: recommendations of the Asociación Mexicana de Gastroenterología*: Revista de Gastroenterología de México, 81(4):208-222.
- **Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D.,** 2011. *Global cancer statistics*. CA Cancer J Clin. 61:69–90.
- **Kamangar, F., Chow, W. H., Abnet, C. C., & Dawsey, S. M.,** 2009. *Environmental causes of esophageal cancer*. Gastroenterology clinics of North America, 38(1), 27-57.
- **Karam-Hage, M., Cinciripini, P. M., & Gritz, E. R.,** 2014. *Tobacco use and cessation for cancer survivors: an overview for clinicians*. CA: a cancer journal for clinicians, 64(4), 272-90.
- **Kato H, Kuwano H, Nakajima M, et al.,** 2012. *Comparison between positron emission tomography and computed tomography in the use of the assessment of esophageal carcinoma*. Cancer. 94:921–928.
- **Katz P, Gerson LB. et al.,** 2016. *Corrigendum: guidelines for the diagnosis and management of the gastroesophageal reflux disease*. Am. J. Gastroenterol. 108: 308–328.
- **Kaupilla, J. H., Mattsson, F., Brusselaers, N., & Lagergren, J.,** 2018. *Prognosis of oesophageal adenocarcinoma and squamous cell carcinoma following surgery and no surgery in a nationwide Swedish cohort study*. BMJ open, 8(5), e021495.
- **Kaz, AM., Wong, CJ., Varadan, V, et al.,** 2016. *Global DNA methylation patterns in Barrett's esophagus, dysplastic Barrett's, and esophageal adenocarcinoma are associated with BMI, gender, and tobacco use*. Clinical Epigenetics, 8, pp.111.
- **Komatsu H, Yagasaki K.,** 2014. *The power of nursing: guiding patients through a journey of uncertainty*. Eur J Oncol Nurs.18(4):419-24.
- **Kourkouta L, & Papathanasiou IV.,** 2014. *Communication in Nursing Practice*. Materia Socio-Medica, 26(1): 65–67.
- **Kushi HL., Doyle C., McCullough M., et al.,** 2012. *American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention*. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 62(1): 30-67.
- **Lagergren J, Mattsson F.,** 2011. *No further increase in the incidence of esophageal adenocarcinoma in Sweden*. Int J Cancer, 129:513.

- **Lee, E., Stram, D. O., Ek, W. E., et al.**, 2015. *Pleiotropic analysis of cancer risk loci on esophageal adenocarcinoma risk. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 24(11), 1801–1803.
- **Lindenmann J., Fink-Neuboeck N.**, 2017. *Photodynamic Therapy for Esophageal Cancer: Functional, Clinical, and Immunological Aspects*. In: Haybaeck J. (eds) *Mechanisms of Molecular Carcinogenesis – Volume 1*. Springer.
- **Liu, R., Chu, H., Xu, F., & Chen, S.**, 2016. *Esophageal cancer diagnosed by high-resolution manometry of the esophagus: A case report. Oncology letters*, 11(5), 3131–3134.
- **Llop- Talaveron JM, Farran- Teixidor L, Badia- Tahull MB, et al.**, 2014. *Artificial nutritional support in cancer patients after esophagectomy: 11 years of experience. Nutrition and Cancer*. 66(6):1038- 1046.
- **Long, E., & Beales, I. L.**, 2014. *The role of obesity in oesophageal cancer development. Therapeutic advances in gastroenterology*, 7(6):247-68.
- **Lordick F, Mariette C, Haustermans K, Obermannová R Arnold D; ESMO Guidelines Committee.** (2016). *Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol*, 27(suppl 5):v50-v57.
- **Luo, Y., Mao, Q., Wang, X., Yu, J., & Li, M.**, 2017. *Radiotherapy for esophageal carcinoma: dose, response and survival. Cancer management and research*, 10, 13–21.
- **Mak SS.**, 2019. *Oncology Nursing in Hong Kong: Milestones over the Past 20 Years. Asia Pac J Oncol Nurs*, 6:10-6.
- **Malmström M, Ivarsson B, Klefsgård R, et al.**, 2016. *The effect of a nurse led telephone supportive care programme on patients' quality of life, received information and health care contacts after oesophageal cancer surgery-A six month RCT-follow-up study. Int J Nurs Stud*. 64:86-95.
- **Mao A.M.**, 2016. *Interventional Therapy of Esophageal Cancer. Gastrointestinal tumors*, 3(2), 59–68.

- **Malik V, Harmon M, Johnston C, et al., 2015.** *Whole Body MRI in the Staging of Esophageal Cancer--A Prospective Comparison with Whole Body 18F-FDG PET-CT.* Dig Surg.32(5):397-408.
- **McCollum AD, Wu B, Clark JW, et al., 2016.** *The combination of capecitabine and thalidomide in previously treated, refractory metastatic colorectal cancer.* Am J Clin Oncol. 29:40–44.
- **Moradi A, Fazlollahi N, Eshraghi A. et al., 2018.** *Is There Any Evidence for a Viral Cause in Achalasia?* Middle East J Dig Dis, 10:169-173.
- **Napier, K. J., Scheerer, M., & Misra, S., 2014.** *Esophageal cancer: A Review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities.* World journal of gastrointestinal oncology, 6(5): 112-20.
- **Nigussie S, Belachew T, Wolancho W., 2014.** *Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University specialized teaching hospital, South Western Ethiopia.* BMC Surg 14:67.
- **Noelle K. LoConte, Jeffrey E. et al., 2018.** *Lifestyle Modifications and Policy Implications for Primary and Secondary Cancer Prevention: Diet, Exercise, Sun Safety, and Alcohol Reduction.* American Society of Clinical Oncology Educational Book, 38, 88-100.
- **Orlando RC, Long DJ., 2006.** *Anatomy, Histology, Embryology, and Development Anomalies of the Esophagus.* In Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease 8th Edition. Philadelphia. Mark Feldman, Lawrence S. Friedman, Lawrence J. Brandt.
- **Oze I, Matsuo K, Ito H, et al., 2012.** *Cigarette smoking and esophageal cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence among the Japanese population.* Jpn J Clin Oncol. 42:63–73.
- **Pandit S, Bektor M, Alexander JS, et al., 2018.** *Gastroesophageal reflux disease: A clinical overview for primary care physicians.* Pathophysiology, (25):1-11.
- **Pennathur A, Gibson MK, Jobe BA, et al., 2013.** *Esophageal carcinoma.* Lancet, 381:400-12.
- **Perdikis, G, Fakhre, GP, Speed, EA, Griggs, R., 2011.** *The psychological effects of cancer and reconstruction: "A stroll down mammary lane"--A patient's artistic journal.* Ann Plast Surg 67(1):2-5.

- **Petzel MQB, Parker NH, Valentine AD et al.,** 2012. *Fear of cancer recurrence and quality of life among survivors of neoplasms.* J Clin Oncol 30:244-248.
- **Rajendra S, Xuan W, Merrett N, et al.,** 2018. *Survival rates for patients with Barrett high-grade dysplasia and esophageal adenocarcinoma with or without human papillomavirus infection.* JAMA Netw Open. 1(4):e181054.
- **Rice, T. W., Patil, D. T., & Blackstone, E. H.,** 2017. *8th edition AJCC/UICC staging of cancers of the esophagus and esophagogastric junction: application to clinical practice.* Annals of cardiothoracic surgery, 6(2), 119–130. doi:10.21037/acs.2017.03.14
- **Rubenstein, J. H., & Shaheen, N. J.,** 2015. *Epidemiology, Diagnosis, and Management of Esophageal Adenocarcinoma.* Gastroenterology, 149(2), 302-17.e1.
- **Ruis C, Wajer IH, Robe P, van Zandvoort M.,** 2017. *Anxiety in the preoperative phase of awake brain tumor surgery.* Clin Neurol Neurosurg. 157:7-10.
- **Rupinski M, Zagorowicz E, Regula J, et al.,** 2011. *Randomized comparison of three palliative regimens including brachytherapy, photodynamic therapy, and APC in patients with malignant dysphagia (CONSORT 1a) (Revised II).* Am J Gastroenterol, 106:1612–1620
- **Rustgi AK, El-serag HB.,** 2014. *Esophageal carcinoma.* N Engl J Med, 371:2499-509.
- **Saarinen S, Vahteristo P, Lehtonen R, et al.,** 2012. *Analysis of a Finnish family confirms RHBDF2 mutations as the underlying factor in tylosis with oesophageal cancer.* Fam Cancer. 11:525–528.
- **Sandhu, D.S. & Fass. R.,** 2018. *Current Trends in the management of gastroesophageal reflux disease.* Gut LiVer, 12(1):7-16
- **Schizas D, Lidoriki I, Moris D, Liakakos T.,** 2017. *Nutritional Management of Esophageal Cancer Patients, Esophageal Abnormalities,* Jianyuan Chai, IntechOpen,
- **Schwab, M.,** 2008. *Encyclopedia of Cancer.* Vol.6. Springer.
- **Sidwa, F., Moore, A., Alligood, E., & Fisichella, P. M.,** 2017. *Diagnosis and treatment of the extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease.* In Failed Anti-Reflux Therapy (pp. 33-49). Springer, Cham.
- **Siegel RL, Miller KD, Jemal A.,** 2017. *Cancer statistics, 2017.* CA Cancer J. Clin. 67:7–30.

- **Singh S, Sharma AN, Murad MH, et al.,** 2013. *Central Adiposity Is Associated With Increased Risk of Esophageal Inflammation, Metaplasia, and Adenocarcinoma: A Systematic Review and Meta-analysis.* Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association. 11:1399–1412. e7.
- **Smart H, Kia R, Subramanian S, Khalid S, et al.,** 2011. *Defining the endoscopic appearances of tylosis using conventional and narrow-band imaging: a case series.* Endoscopy. 43:727–730.
- **Snider EJ, Compres G, Freedberg DE. et al.,** 2018. *Barrett's esophagus is associated with a distinct oral microbiome.* Clinical and translational gastroenterology, 9(3):135.
- **Tan WK, di Pietro M, Fitzgerald RC.,** 2017. *Past, present and future of esophagus Barrett.* . Eur J Surg Oncol. 43 (7): 1148-1160.
- **Thrift AP.,** 2016. *The epidemic of oesophageal carcinoma: Where are we now?* Cancer Epidemiol, 41:88.
- **Tomizawa, Y., & Wang, K. K.,** 2009. *Screening, surveillance, and prevention for esophageal cancer.* Gastroenterology clinics of North America, 38(1), 59–viii.
- **Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al.,** 2015. *Global cancer statistics, 2012.* CA Cancer J Clin, 65:87.
- **Torres-Aguilera, M., & Remes Troche, J. M.,** 2018. *Achalasia and esophageal cancer: risks and links.* Clinical and experimental gastroenterology, 11, 309-316.
- **Wang WL, Wang YC, Lee CT, et al.,** 2015. *The impact of human papillomavirus infection on the survival and treatment response of patients with esophageal cancers.* J Dig Dis, 16:256–263.
- **Watanabe M.,** 2018. *Recent Topics and Perspectives on Esophageal Cancer in Japan.* JMA J.
- **Wheeler JB, Reed CE.,** 2012. *Epidemiology of esophageal cancer.* Surg Clin North Am. 92:1077–1087.
- **Yang, H.-C., Thornton, L. M., Shapiro, C. L., & Anderson, B. L.,** 2008. *Surviving recurrence: Psychological and quality-of-life recovery.* Cancer, 112, 1178-1187.

- **Yang L, Francois F, Pei Z.,** 2012. *Molecular pathways: pathogenesis and clinical implications of microbiome alteration in esophagitis and Barrett esophagus.* Clin. Cancer Res. 18:21.
- **Yang CS, Chen X, Tu S.,** 2016. *Etiology and prevention of esophageal cancer.* Gastrointestinal Tumors. 3(1):3- 16.
- **Yano, T., Hatogai, K., Morimoto, H., Yoda, Y., & Kaneko, K.,** 2014. *Photodynamic therapy for esophageal cancer.* Annals of translational medicine, 2(3), 29.
- **Yoon, H. Y., Cheon, Y. K., Choi, H. J., & Shim, C. S.,** 2012. *Role of photodynamic therapy in the palliation of obstructing esophageal cancer.* The Korean journal of internal medicine, 27(3), 278–284.
- **Zhang Y.,** 2013. *Epidemiology of esophageal cancer.* World J Gastroenterol, 19:5598-606.
- **Zhang Y, Yang X, Geng D, et al.,** 2018. *The change of health-related quality of life after minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer: a meta-analysis.* World Journal of Surgical Oncology, 16:97.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Βάρκα-Αδάμη Α., Αδάμης Σ.,** 2008. *Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς η περίπτωση του υποψήφιου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση.* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 5(25):577-583.
- **Berne MR., Levy NM.,** 2011. *Αρχές Φυσιολογίας, τόμος Β'.* Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης. Ηράκλειο, e-books.
- **Dewit, S.C.,** 2009. *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική. 1 ος τόμος.* Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Χ. Δάενας και συν. Κύπρος: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ & BROKEN HILL PUBLISHERS LTD
- **Ζαρταλούδη Α, Κουτελέκος Ι.,** 2017. *Άγχος και Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Ρευματικά Νοσήματα.* ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 56(4): 305–314.
- **Κωσταντινίδης, Θ., Φιλαλήθης, Α.,** 2013. *Ο ρόλος των νοσηλευτών ογκολογίας στην νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με προχωρημένη νόσο.* Νοσηλευτική. 52(2):117-130.

- **Λαβδανίτη Μ., Ζυγά Σ., 2012.** *Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 4 (1):13-17.*
- **Μπονάτσος, Γ., Κακλαμάνος, Ι., & Γολεμάτης, Β., 2011.** *Χειρουργική Παθολογία.* Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Osborn, K., Wraa, C., Watson, A., 2013.** *Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική. Τόμος II (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης. Κουρκούτα, Λ., Μαντζούκας, Σ., Μπατσολάκη, Μ., Παπαδημητρίου, Μ., Τσίου, Χ.).* Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Kearney, N., Richardson, A., 2011.** *Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο, αρχές και πρακτική.* Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
- **LeMone, P., Burke, K. & Bauldoff, G., 2014.** *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς. 5η έκδοση. Τόμος Α.* Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός.
- **Παπαλάμπρος, Ε., 2012.** *Χειρουργική από το διδακτικό και ερευνητικό προσωπικό του χειρουργικού τομέα .* Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Πατελάρου Α., Μπέλεση Π., Τσίου Χ., 2015.** *Διερεύνηση πληροφόρησης και προεγχειρητικού άγχους σε θωρακοχειρουργικούς ασθενείς-Μια πιλοτική μελέτη.* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(1): 45-53.
- **Σταθοπούλου Χ, Κουλούρη Α., 2010.** *Προαγωγή της Αυτοδιαχείρισης της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας στην Κοινότητα.* Νοσηλευτική, 49(2): 148–156.
- **Χατζημπούγιας Δ., 2007.** *Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου. 4^η Έκδοση.* Αθήνα: GM Design.
- **Vander, A. Sherman, J. Luciano, D., Tsakopoulos, N., 2011.** *Φυσιολογία του Ανθρώπου-Μηχανισμοί της Λειτουργίας του Οργανισμού,* Αθήνα: Π.Χ Πασχαλίδης.