



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕ ΘΕΜΑ

Καρκίνος του Παχέως Εντέρου

Και

Νοσηλευτικές Διεργασίες

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ

Ανθή Πρίτση

Δήμητρα Πολυχρόνου

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

Κα Χριστίνα Παπανικολάου

Ευχαριστίες

Σε αυτή την προσπάθειά μας ευχαριστούμε:

Τις οικογένειές μας για την υποστηρικτική τους διάθεση καθώς και την κα Παπανικολάου Χριστίνα, Καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Ιωαννίνων, για την ιδιαίτερη καθοδήγηση και υποστήριξή της, ώστε να ολοκληρωθεί το παρόν εκπόνημα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	7
Εισαγωγή	9
Ιστορική Αναδρομή	10
 Α' Μέρος – Γενικό Μέρος	
1. Ανατομία Παχέος Εντέρου	11
1.1 Ιστολογία	12
2. Φυσιολογία Παχέος Εντέρου	13
3. Παθοφυσιολογία	14
3.1 Καλοήθεις όγκοι του Παχέος Εντέρου	14
3.2 Κακοήθεις όγκοι του Παχέος Εντέρου	15
4. Αιτιοπαθογένεια του Καρκίνου του Παχέος Εντέρου και Διατροφή	16
4.1 Καρκίνωμα του Παχέος εντέρου	16
4.2 Παράγοντες Κινδύνου	17
4.3 Προκαρκινωματώδεις Καταστάσεις	21
4.4 Παθολογική Ανατομική	23
5. Διάγνωση	24
6. Κλινική εικόνα και επιπλοκές	25
7. Σταδιοποίηση	27
8. Θεραπεία	30
8.1 Αποτελέσματα Χειρουργικής Θεραπείας.....	31
8.2 Συμπληρωματική Θεραπεία για τον καρκίνο παχέος εντέρου και ορθού	32
9. Κολοστομίες	33
9.1 Θέσεις κολοστομίας.....	35

10. Ακτινοθεραπεία	37
10.1 Ριζική ακτινοθεραπεία.....	38
10.2 Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία	39
10.3 Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.....	40
11. Χημειοθεραπεία	41
11.1 Συμπληρωματική χημειοθεραπεία.....	42
12. Νέο επικουρική Θεραπεία.....	43
13. Διασπορά – Μετάσταση της Νόσου.....	44
13.1 Μεταστάσεις.....	45
13.2 Χειρουργική της μεταστατικής νόσου.....	45
14. Προληπτικός Έλεγχος.....	46

Β' Μέρος – Νοσηλευτικό Μέρος

1. Νοσηλευτική Εκτίμηση του Αρρώστου.....	48
1.1 Λήψη ιστορικού.....	48
1.2 Φυσική εξέταση	49
2. Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα.....	50
2.1 Ειδική προεγχειρητική φροντίδα για επέμβαση στο έντερο.....	51
2.2 Ετοιμασία πριν το χειρουργείο	52
2.3 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση στο έντερο.....	54
3. Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα	55
3.1 Αξιολόγηση (Συλλογή Δεδομένων)	56
4. Επιστροφή του Αρρώστου στο Τμήμα	57
5. Ειδική Νοσηλευτική Φροντίδα μετά την επέμβαση.....	58
5.1 Νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις.....	62
5.2 Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	67
6. Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις και Διαγνώσεις σε ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία	68
7. Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε Ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία....	69

7.1 Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χημειοθεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	70
--	----

Γ' Μέρος – Ερευνητικό Μέρος

Νέα ερευνητικά δεδομένα στις νοσηλευτικές διεργασίες του καρκίνου του παχέος εντέρου.....	72
---	----

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1. Στατιστικά δεδομένα καρκίνου	15
Πίνακας 2. Ταξινόμηση σταδίων κατά TNM	28
Πίνακας 3. Στατιστικά δεδομένα πενταετούς επιβίωσης ανά στάδιο	32

Περιεχόμενα Εικόνων

Εικόνα 1. Έντερο και επιμέρους μοίρες	11
Εικόνα 2. Ανάπτυξη καρκινώματος του παχέος εντέρου.....	16
Εικόνα 3. Καρκινικό κύτταρο υπεύθυνο για τον καρκίνο παχέος εντέρου	18
Εικόνα 4. Διαιτολόγιο πλούσιο σε φυτικές ίνες	20
Εικόνα 5. Πολύποδες Παχέος Εντέρου	23
Εικόνα 6. Διάγνωση και αφαίρεση πολύποδα	24
Εικόνα 7. Κοιλιακό άλγος	26
Εικόνα 8. Απεικόνιση Σταδίου I, II & III καρκίνου παχέος εντέρου	28
Εικόνα 9. Απεικόνιση κολοστομίας	34
Εικόνα 10. Είδη κολεκτομών ανάλογα με την εντόπιση του όγκου	36
Εικόνα 11. Διαδικασία κολονοσκόπησης.....	46

Εικόνα 12. Λήψη Ιστορικού.....	48
Εικόνα 13. Φροντίδα Στομίας.....	58
Εικόνα 14. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς.....	66
Βιβλιογραφία.....	104

Περίληψη

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου είναι μια νόσος που προσβάλλει άτομα ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου και εμφανίζεται συχνότερα στις αναπτυγμένες χώρες, κυρίως λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής των χωρών αυτών π.χ. διατροφικές συνήθειες. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός σε κάθε στάδιο από την αρχή της διάγνωσης της νόσου μέχρι και τη θεραπεία του ασθενή τόσο στο ψυχολογικό όσο και στο κλινικό κομμάτι αλλά και στην ψυχοκοινωνική αποκατάστασή του.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των κοινωνικών αναπαραστάσεων και η περιγραφή της εφαρμογής τους στη διεθνή επιστημονική κοινότητα με στόχο την ανάδειξη του ρόλου τους στις νοσηλευτικές διεργασίες.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και GoogleScholar και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Ο ρόλος του πολιτισμικού πλαισίου στην αντίληψη και την περιγραφή της νόσου είναι επίσης εμφανής στα αποτελέσματα των ερευνών, ιδίως εκείνων που σχετίζονται με την εμπειρία του πόνου, την διάκριση των συμπτωμάτων και τα ερμηνευτικά μοντέλα της ασθένειας. Τα αποτελέσματα της μελέτης έχουν ιδιαίτερη σημασία για τη Νοσηλευτική Επιστήμη.

Συμπεράσματα: Οι αναπαραστάσεις της υγείας και της ασθένειας προκύπτουν από πολύπλοκα σχήματα αναφοράς (προσωπικές εμπειρίες, ατομική αντίληψη της νόσου, η επίδραση των σχετικών κοινωνικών ομάδων κ.α). Προκειμένου να επιτευχθεί η πρόληψη πρέπει να λάβουμε υπόψη τις καθημερινές δυσκολίες των ανθρώπων με τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών τους σχέσεων και τα στοιχεία της κοινωνικής δομής

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος του κόλον, κολοστομία, αυτό- φροντίδα, ασθένεια, υγεία, διαχείριση συμπτωμάτων, νοσηλευτική

Abstract

In this paper we are going to deal with and study about malignant colon cancer disease, which is one of the leading causes of death worldwide. The appearance of CLC (colon cancer) is associating with both modern lifestyle, as reference in eating habits, and with their hereditary predisposition. The nurse throughout the duration of hospitalization, but and after that, when the patient is transferred to his home, has to be on patient's side by giving him all the necessary information he needs and reinforcing his psychological behavior.

Aim: The aim of this retrospective study was to investigate the social representations and the description of the application in the international scientific community, to highlight their role in nursing processes.

Materials and Methods: They took stock of Greek and international literature in electronic databases and PubMed, GoogleScholar and the library of the Institute SEYP Epirus. The material of the study was selected books and articles published mainly in the last decade and the material collected following a detailed study of the relevant literature. Posted restriction on language of publication from books and articles and used only what was published in Greek and English.

Results: The role of the cultural context in perception and description of the disease is also evident in the results of investigations, particularly those who are related to the experience of pain, distinguish symptoms and interpretative models of the disease. The results of the study have a particular importance for Nursing Science.

Conclusions: Representations of health and disease are resulting from complex reference formats (collective perceptions, personal experiences etc). In order to achieve prevention, we should take into account the daily difficulties of people with the characteristics of their social relations and elements of social structure. The nursing research on this issue is minimal and it would be important in the future to conduct research studies on social representations of care.

Key Words: rectar cancer, colonoscopy, disease, health, symptoms management, self- care, nursing

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι το δεύτερο κακοήθες νεόπλασμα όσον αφορά τον αριθμό των θανάτων μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος σε ότι αφορά την διάγνωση, τις χειρουργικές τεχνικές, την κατανόηση του γενικού υποστρώματος του καρκίνου του παχέος εντέρου, στη θεραπεία ασθενών που παρουσιάζουν μεταστάσεις και στις συμπληρωματικές θεραπείες. Αν και έχει γίνει μεγάλη πρόοδος ακόμη και σήμερα η αιτιολογία των περισσότερων περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου παραμένει απροσδιόριστη. Επιπλέον ο μεταστατικός καρκίνος του παχέος εντέρου με εξαίρεση κάποιες περιπτώσεις οδηγεί στο θάνατο (Runge et all, 2009).

Ο καρκίνος είναι η ανεξέλεγκτη αύξηση των κυττάρων σε ένα μέρος του οργανισμού. Η ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων διαφέρει από τη κανονική ανάπτυξη των κυττάρων. Δηλαδή αντί να πεθαίνουν τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν να αναπτύσσονται και να δημιουργούν νέα ανώμαλα κύτταρα. Στο παχύ έντερο τα καρκινώματα αρχικά εμφανίζονται με τη μορφή πολύποδα (καλοήθη ή κακοήθη) όπου με την πάροδο του χρόνου αν δεν ανιχνευθούν έγκαιρα μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο. Τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να διασπαρθούν μέσω του κυκλοφορικού ή του λεμφικού συστήματος σε άλλα σημεία του σώματος δημιουργώντας έτσι αποικιακούς όγκους οι οποίοι ονομάζονται μεταστάσεις. Σκοπός της νοσηλευτικής αντιμετώπισης είναι η προσέγγιση του αρρώστου ως μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα που έχει ως σκοπό τη λεπτομερή φροντίδα τόσο του αρρώστου όσο και της οικογένειάς του για την πρόληψη, την διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του (Νάτσικας, 2009).

Οι περισσότεροι καρκίνοι του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα. Σπάνια εμφανίζονται λεμφώματα, σαρκώματα ή κακοήθεις καρκινικοί όγκοι. Το μεγαλύτερο μέρος των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου είναι σποραδικοί και μόνο το 5-10% είναι κληρονομικοί (Μπονάτσος και συν, 2011). Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει και τα δύο φύλα και οι παράγοντες κινδύνου του είναι η κακή διατροφή, η παρουσία πολύποδων, η κληρονομικότητα και οι διάφορες λοιμώξεις. Επίσης έχει αναφερθεί ότι η συστηματική λήψη ασπιρίνης μειώνει τον κίνδυνο της εμφάνισής του. Μακροσκοπικά υπάρχουν τέσσερις μορφές καρκίνου: ο υπερτροφικός, ο ελκωτικός, ο διηθητικός και ο θηλωματώδης (Χανιώτης, Χανιώτης, 2009).

Ιστορική Αναδρομή

Η προέλευση της λέξης καρκίνος αποδίδεται στον έλληνα ιατρό Ιπποκράτη που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποιούσε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά και εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Στην Ελληνική γλώσσα οι λέξεις αυτές αναφέρονται στα καβούρια, τα οποία θυμίζουν τον καρκίνο, αφού οι ακτινωτές μεταστάσεις των καρκινικών κυττάρων, φέρουν αμυδρά στο μυαλό τη μορφή που έχουν τα πόδια και οι δαγκάνες του καβουριού. Ο καρκίνος είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος. Η ανώμαλη αυτή λειτουργία δεν πρέπει να συγχέεται με δύο φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού:(Rosen, 2012)

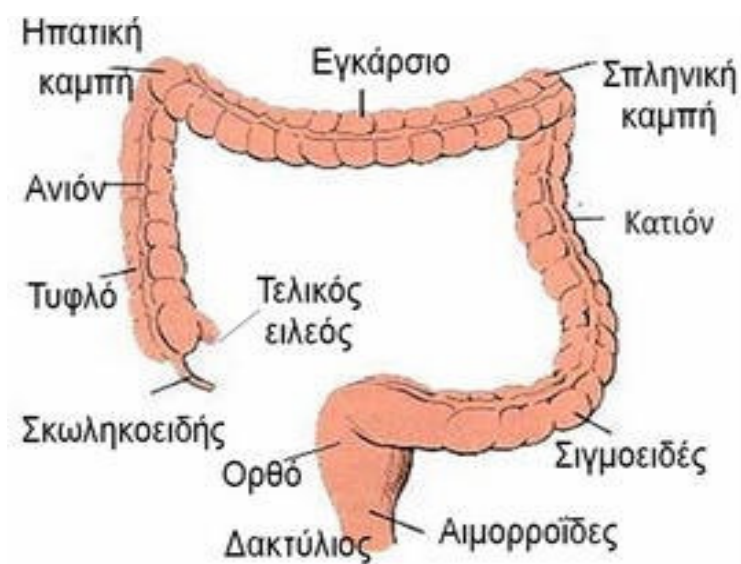
1. Την αναγέννηση των ιστών που συμβαίνει όταν αφαιρείται ιστός και ο οργανισμός ξανά φτιάχνει τον ίδιο ιστό π.χ. στην καταστροφή των ηπατικών κυττάρων (αφαίρεση ήπατος) το ήπαρ αναγεννάτε σε 6 μήνες όπως ήταν αρχικά (Rosen, 2012).
2. Την υπερπλασία που συμβαίνει σε ανάγκη του οργανισμού να αναπτύσσει φυσιολογικούς ιστούς (π.χ. υπερπλασία του ενός νεφρού όταν υπάρχει έλλειψη του άλλου) (Rosen, 2012).

Με τον όρο «καρκίνος» περιγράφεται μια ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. Ο όρος αναφέρεται στην υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή της έναρξης της διαδικασίας καρκινογένεσης. Οργανικά ο καρκίνος είναι μια ασθένεια των κυττάρων. Συνεπώς, η κατανόηση του καρκίνου προϋποθέτει μια μικρή αναφορά σχετικά με το τι συμβαίνει όταν φυσιολογικά κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά (Rosen, 2012).

1. Ανατομία Παχέος Εντέρου

Οι συνολικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι η συμπλήρωση της απορρόφησης, η κατασκευή ορισμένων βιταμινών, η δημιουργία των κοπράνων και η αποβολή των κοπράνων από το σώμα (Tortora, 2009).

Το παχύ έντερο έχει μήκος 1,5- 1,8 m βρίσκεται στην υποκοιλική μοίρα της κοιλιακής κοιλότητας (κάτω κοιλία) περιβάλλοντας τις έλικες του λεπτού εντέρου σαν κάδρο. Το παχύ έντερο μπορεί να υποδιαιρεθεί σε τέσσερις μοίρες: στο τυφλό και την σκωληκοειδή απόφυση, το κόλον που αποτελείται από το ανιόν κόλον, το εγκάρσιο κόλον, το κατίον κόλον και το σιγμοειδές κόλον, το ορθό και τον πρωκτικό σωλήνα.



Εικόνα 1. Έντερο και επιμέρους μοίρες

Με την εξαίρεση του πρωκτικού σωλήνα ο οποίος προέρχεται από το εξώδερμα, ολόκληρο το παχύ έντερο προέρχεται από το ενδόδερμα (Fritsch, Kuhnel, 2009).

Το τυφλό, το ανιόν, η δεξιά κολική καμπή και το εγκάρσιο αποτελούν το δεξιό κόλον, ενώ η αριστερή κολική καμπή, το κατίον, το σιγμοειδές και το ορθό αποτελούν το

αριστερό κόλον. Η σκωληκοειδής απόφυση ευρίσκεται στην αρχή του τυφλού στο σημείο σύγκλησης των τριών κολικών ταινιών (Μπονάτσος και συν, 2011).

1.1 Ιστολογία

Το τοίχωμα του παχέος εντέρου διαφέρει από το λεπτό έντερο με πολλούς τρόπους. Οι λάχνες ή οι μόνιμες κυκλικές αναδιπλώσεις που βρίσκονται στο βλεννογόνο, όμως, περιέχουν απλό κυλινδρικό επιθήλιο με πολλά κολυκοειδή κύτταρα. Τα κυλινδρικά κύτταρα λειτουργούν κυρίως στην απορρόφηση του νερού. Τα κολυκοειδή κύτταρα εκκρίνουν βλέννα που λιπαίνει το περιεχόμενο του εντέρου καθώς περνούν μέσα από το κόλον. Και τα κυλινδρικά και τα βλεννώδη κύτταρα βρίσκονται σε μακρύς ιστούς, κυλινδρικούς εντερικούς αδένες, που υπάρχουν σε όλο το πάχος του βλεννογόνου (Fritsch, Kuhnel, 2009).

Μεμονωμένα λεμφατικά οξίδια μπορούν επίσης να βρούμε στον βλεννογόνο. Ο υποβλεννογόνος του παχέος εντέρου είναι παρόμοιος με αυτόν που βρίσκεται στην υπόλοιπη γαστρεντερική οδό. Η μυϊκή στιβάδα αποτελείται από μια έξω στιβάδα επιμήκων μυών και μια έσω στιβάδα κυκλικών μυών. Αντίθετα με άλλα τμήματα της γαστρεντερικής οδού, τα μέρη του επιμήκους μυός είναι παχιά και σχηματίζουν τρεις ξεχωριστές ταινίες που αναφέρονται ως ταινίες του κόλου (ή κολικές ταινίες). Κάθε ταινία διατρέχει ολόκληρο παχύ έντερο. Οι τονικές συστολές των ταινιών συγκεντρώνουν το κόλον σε μια σειρά από σάκους, που ονομάζονται κολικές κυψέλες, οι οποίες δίνουν στο κόλο την πτυχωτή του εμφάνιση. Η ορογόνος στιβάδα του παχέος εντέρου είναι μέρος του σπλαγχνικού περιτοναίου. Οι μικροί σάκοι του σπλαγχνικού περιτοναίου είναι γεμάτοι με το λίπος που προσκολλάται στις κολονικές ταινίες και ονομάζονται επιπλοϊκά άκρα (Fritsch, Kuhnel, 2009).

2. Φυσιολογία

Παχύ έντερο: το παχύ έντερο δεν έχει ψηκτροειδή παρυφή και οι κύριες λειτουργίες του είναι η αφυδάτωση του χυμού για την παραγωγή κοπράνων και η αποθήκευση των κοπράνων μέχρι την αφόδευση. Το παχύ έντερο αποτελείται από το τυφλό, σκωληκοειδή απόφυση, κόλον, ορθό και το πρωκτικό σωλήνα. Στο τέλος του ορθού,

οι εσωτερικοί και εξωτερικοί πρωκτικοί σφιγκτήρες ρυθμίζουν την εξώθηση των κοπράνων (Mulroney, Myers, 2009).

Το κόλον εμφανίζει εξειδικευμένες μορφές προώθησης: τμηματική προώθηση και μαζικές κινήσεις. Η μυϊκή δομή του παχέος εντέρου είναι διαφορετική σε σχέση με του λεπτού εντέρου, σε αυτή βρίσκονται τρεις δεσμίδες επιμηκών μυών, που ονομάζονται κολικές ταινίες, οι οποίες εκτείνονται σε όλο το μήκος του οργάνου. Όταν συσπώνται, σχηματίζουν σάκους που ονομάζονται εκκολπώματα. Αυτή είναι η τμηματική προώθηση. Τα εκκολπώματα παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, γεγονός που βοηθάει στην «αποθήκευση» του χυμού όταν έχει αφυδατωθεί και έχει μετατραπεί σε κόπρανα. Ο ειλεοτυφλικός σφιγκτήρας ρυθμίζει τη ποσότητα του χυμού που εισέρχεται στο κόλον. Ο σφιγκτήρας είναι συνήθως τονικά κλειστός, αλλά η κίνηση του χυμού στο τελικό ειλέο προκαλεί χάλαση του σφιγκτήρα, επιτρέποντας σε μικρές ποσότητες χυμού να εισέλθουν στο κόλον. Ο ειλεοτυφλικός σφιγκτήρας ελέγχεται από τα εντερικά νεύρα, ορμόνες (CCK και γαστρίνη) και τα αυτόνομα νεύρα (Mulroney, Myers, 2009).

Ο πρωκτός, δηλαδή η έξοδος του ορθού, παραμένει φυσιολογικά κλειστός με τον έσω πρωκτικό σφιγκτήρα, ο οποίος αποτελείται από λείους μυς, και τον έξω πρωκτικό σφιγκτήρα που αποτελείται από σκελετικούς μυς και υπόκειται σε εκούσιο έλεγχο. Η απότομη διάταση των τοιχωμάτων του ορθού από τη μαζική κίνηση των συστατικών των κοπράνων ενεργοποιεί το αντανεκλαστικό αφόδευσης (Vander et al, 2011).

Αν και η τμηματική προώθηση είναι πολύ αργή, εμφανίζονται μαζικές μετακινήσεις (συνήθως 1 με 3 την ημέρα). Οι μαζικές κινήσεις έχουν περισταλτική φύση, αλλά οι συσπάσεις διαρκούν περισσότερο χρόνο. Αυτές οι δυνατές συσπάσεις εμφανίζονται όταν το περιφερικό κόλον είναι χαλαρό και αναγκάζει τα κόπρανα να περάσουν γρήγορα από το κατιόν κόλον στο ορθό. Οι μαζικές κινήσεις διεγείρονται από παρασυμπαθητικά νεύρα (πνευμονογαστρικά στο εγγύς κόλον και πυελικά νεύρα στο περιφερικό κόλον και ορθό) καθώς και τις ορμόνες CCK και γαστρίνη. Αυτοί οι παράγοντες είναι όλοι ενεργοί όταν υπάρχει χυμός στο άνω γαστρεντερικό σωλήνα (κατά τη διάρκεια της ενεργητικής πέψης) και η διέγερση των μαζικών κινήσεων βοηθάει στην κένωση του κάτω γαστρεντερικού σωλήνα από το χυμό και τα κόπρανα, προετοιμάζοντας έτσι το σωλήνα για νέα εισερχόμενα απόβλητα. Αντιστρόφως, διέγερση των συμπαθητικών νεύρων (από το άνω μεσεντέριο πλέγμα

στο κατίον κόλον) αναστέλλει τις κινήσεις, σύμφωνα με τις συνολικές δράσεις του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ) στο γαστρεντερικό σύστημα (Mulroney, Myers, 2009).

3. Παθοφυσιολογία

3.1 Καλοήθεις όγκοι του παχέος εντέρου

Περίπου το 90% των καλοήθων όγκων είναι πολύποδες. Πολυποδίαση του παχέος εντέρου σημαίνει την ύπαρξη περισσότερων από εκατό πολυπόδων. Πολύποδες ανακαλύπτονται όλο και συχνότερα με την αύξηση της ηλικίας. Ιστολογικά ανήκουν στα αδενώματα αλλά εμφανίζουν κίνδυνο εξαλλαγής. Ο κίνδυνος εξαλλαγής σχετίζεται με τη διάμετρο. Η εξαλλαγή είναι σπάνια σε πολύποδες διαμέτρου μικρότερης του ενός εκατοστού ενώ για πολύποδες μεγαλύτερους ο κίνδυνος αυξάνεται με πιθανότητα εξαλλαγής του 10% των περιπτώσεων (Γιωτάκη, 2014).

Ο πολύποδας μπορεί εύκολα να εντοπιστεί με την ορθοσκόπηση ή την κολονοσκόπηση. Με το κολονοσκόπιο είναι δυνατή η αφαίρεση των μικρών πολυπόδων ενώ οι μεγάλοι πρέπει να αφαιρούνται με χειρουργική επέμβαση. Συνήθως είναι ασυμπτωματικοί ή μπορεί να προκαλέσουν ανώδυνη αιμορραγία. Τέτοιου είδους πολύποδες εντοπίζονται κατά μήκος όλου του γαστρεντερικού σωλήνα. Η οικογενής πολυποδίαση είναι σπάνια κληρονομική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από τη εμφάνιση χιλιάδων αδενωματωδών πολυπόδων σε όλο το παχύ έντερο και μεταδίδεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα (Γιωτάκη, 2014).

3.2 Κακοήθεις όγκοι του παχέος εντέρου

Ο συνηθέστερος κακοήθης όγκος είναι το αδενοκαρκίνωμα. Προσβάλλει άτομα 50-70 ετών. Είναι συχνότερος στις αναπτυγμένες χώρες και σπανιότερος στη Αφρική και αυτό επιβεβαιώνει τη σχέση της νόσου με τις διατροφικές συνήθειες δυτικού τύπου, δηλαδή διατροφή πλούσια σε κρέατα και λίπη και φτωχή σε λαχανικά και φρούτα. Το 50% των περιπτώσεων εντοπίζεται στο ορθό (Γιωτάκη, 2014).

Ο καρκίνος δεν είναι μια μη υποκείμενη σε κανόνες ανάπτυξη ανώριμων κυττάρων, αλλά περισσότερο μια λογική, συγκροτημένη διεργασία κατά την οποία φυσιολογικά κύτταρα υφίστανται αλλαγές και αναπτύσσουν ειδικές λειτουργίες. Η κατανόηση της μορφολογίας και της βιοχημείας ενός φυσιολογικού κυττάρου είναι σημαντικές για την αξιολόγηση του νοσήματος (Osborn et al, 2013).

Αναμενόμενος αριθμός νέων περιπτώσεων καρκίνου (10 πρώτες εντοπίσεις ανά γένος), ΗΠΑ 2007	
Γυναίκες	Άνδρες
Παχύ έντερο και ορθό 11%	Παχύ έντερο και ορθό 10%
Αναμενόμενος αριθμών νέων θανάτων από καρκίνο (10 πρώτες εντοπίσεις ανά γένος), ΗΠΑ 2007	
Γυναίκες	Άνδρες
Παχύ έντερο και ορθό 10%	Παχύ έντερο και ορθό 9%

(Osborn et al, 2013)

Πίνακας 1. Στατιστικά Δεδομένα καρκίνου

Οι περισσότεροι πολύποδες παρατηρούνται στο ορθό και το σιγμοειδές, αν και οποιοδήποτε τμήμα του παχέος εντέρου είναι δυνατό να προσβληθεί. Ο όγκος τυπικά αυξάνεται χωρίς να γίνεται κλινικά εμφανής, δημιουργώντας ελάχιστα μόνο συμπτώματα. Τη χρονική στιγμή που εμφανίζονται τελικά συμπτώματα, η νόσος έχει ήδη επεκταθεί σε βαθύτερα στρώματα του τοιχώματος του εντέρου και ενδεχομένως και τα παρακείμενα όργανα. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου/ορθού επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστού, διηθώντας ολόκληρη την περίμετρο του παχέος εντέρου, τον υποβλεννογόνιο και τις υπόλοιπες στιβάδες του τοιχώματος του εντέρου. Είναι επίσης δυνατόν η άμεση επέκταση της νόσου να έχει ως αποτέλεσμα τη διήθηση παρακείμενων οργάνων (πχ ήπαρ, μείζων τόξο στομάχου, δωδεκαδάκτυλο, λεπτό έντερο, πάγκρεας, σπλήνας, ουροποιογεννητικό σύστημα και κοιλιακό τοίχωμα). Η συνηθέστερη μορφή διασποράς της νόσου είναι οι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες (λεμφαδενικές μεταστάσεις) (Priscilla et al, 2014).

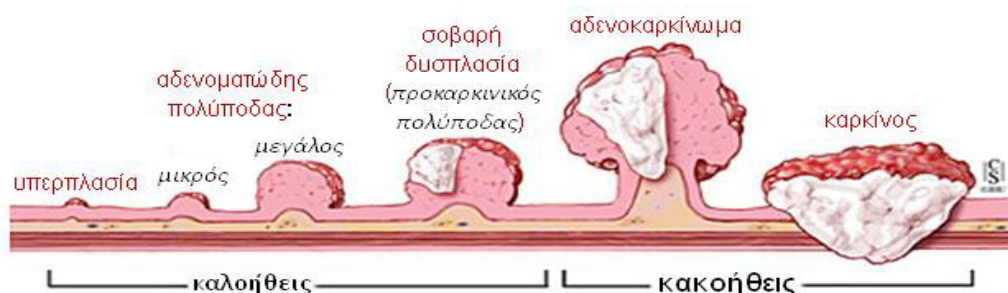
Όταν ο όγκος διαπεράσει τον ορογόνο του εντέρου, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν απόπτωση και εμφύτευση των καρκινικών κυττάρων σε άλλες περιοχές της περιτοναϊκής κοιλότητας. Το ίδιο είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (Priscilla et all, 2014).

4. Αιτιοπαθογένεια του Καρκίνου του Παχέως Εντέρου και Διατροφή

Ορισμός: Ο καρκίνος είναι η ανεξέλεγκτη αύξηση των κυττάρων σε ένα μέρος του οργανισμού. Η ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων διαφέρει από τη κανονική ανάπτυξη των κυττάρων. Δηλαδή αντί να πεθαίνουν τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν να αναπτύσσονται και να δημιουργούν νέα ανώμαλα κύτταρα. Στο παχύ έντερο τα καρκινώματα αρχικά εμφανίζονται με τη μορφή πολύποδα (καλοήγη ή κακοήγη), όπου με την πάροδο του χρόνου αν δεν ανιχνευθούν έγκαιρα μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο (Νάτσικας, 2009).

4.1 Καρκίνωμα του παχέος εντέρου

Άνω του 90% των κακοήθων όγκων του παχέος εντέρου είναι επιθηλιακής προέλευσης και σχεδόν αποκλειστικά πρόκειται για αδενοκαρκίνωμα. Οι λοιποί κακοήθεις όγκοι του παχέος εντέρου εντάσσονται στους καρκινοειδείς όγκους και σε μη επιθηλιακούς όγκους, όπως λεμφώματα και λειομυοσαρκώματα. Υποχρεωτικά προστάδια των αδενοκαρκινωμάτων, τόσο των σποραδικών όσο και των κληρονομικών, είναι αδενωματοώδεις πολύποδες του παχέος εντέρου (Classen et all, 2009).



Εικόνα 2. Ανάπτυξη καρκινώματος του παχέος εντέρου

Συχνότητα: ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί κακοήθες νεόπλασμα με τη μεγαλύτερη συχνότητα μετά τον καρκίνο του δέρματος στις χώρες της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής. Στην Ελλάδα αποτελεί την τέταρτη αιτία θανάτου μετά τους καρκίνους του πνεύμονα, προστάτη και στομάχου (Αναγνωστοπούλου, 2009).

Είναι νόσος κυρίως των μεγάλων ηλικιών, με μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ 50 – 70 ετών (15%), ενώ ποσοστό 8% είναι κάτω των 40 ετών. Η συχνότητά του στα δύο φύλα δεν παρουσιάζει σημαντική διαφορά, υπάρχει όμως σχετική υπερίσχυση στους άνδρες ιδιαίτερα όταν εντοπίζεται στον ορθό (Αναγνωστοπούλου, 2009).

4.2 Παράγοντες Κινδύνου

Σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό καρκινωμάτων του παχέος εντέρου δεν μπορούν να εξακριβωθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες της νόσου. Υπάρχουν, όμως, παθολογικές καταστάσεις που συνδέονται ισχυρά με την ανάπτυξή της και θεωρούνται προκαρκινικές καταστάσεις. Τέτοιες είναι τα αδενώματα (αδενωματώδεις πολύποδες) του παχέος εντέρου, οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις του παχέος εντέρου και οι γενετικοί παράγοντες. Η διαίτα και το περιβάλλον είναι, επίσης, σημαντικοί ενοχοποιητικοί παράγοντες για την εμφάνιση της νόσου (Μπανκουσλί, 2012).

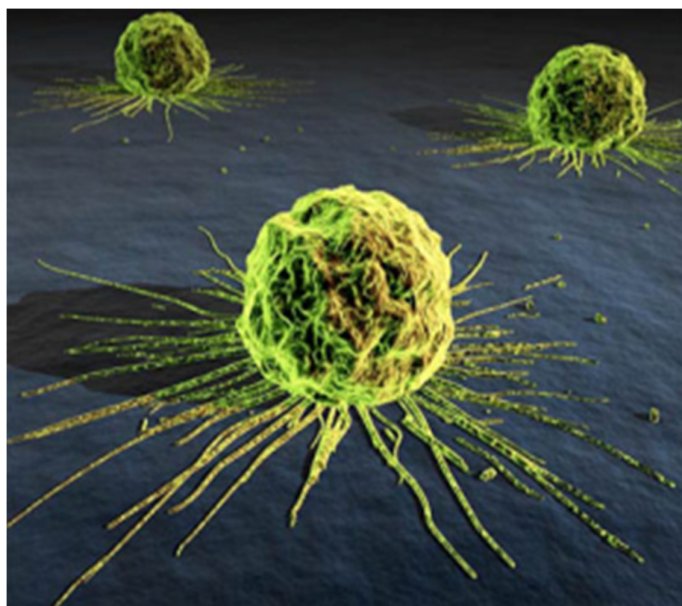
Πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου είναι οι παρακάτω (Αναγνωστοπούλου, 2009):

1. **Ηλικία:** Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας. Το 90% των ασθενών είναι άνω των 50 ετών.
2. **Φύλο:** Ο καρκίνος του κόλου εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες, ενώ ο καρκίνος του πρωκτού παρουσιάζεται πιο συχνά στους άνδρες.
3. **Ατομικό Ιστορικό:** Άτομα με ιστορικό αφαίρεσης αδενώματος ή καρκινώματος του παχέος εντέρου έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν δευτεροπαθές καρκίνωμα.
4. **Κληρονομικότητα:** Προσβάλλει πολλά άτομα της ίδιας οικογένειας και κυρίως άνδρες (Αναγνωστοπούλου, 2009).

Ο κληρονομικός μη πολυποδιακός καρκίνος είναι μια άλλη μορφή κληρονομικού καρκίνου του παχέος εντέρου που εμφανίζει οικογενειακή συρροή. Ύποπτος για τη

νόσο είναι κάθε ένας που έχει τουλάχιστον τρεις εξ αίματος συγγενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, ένας εκ των οποίων διαγνώστηκε σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών. Η μορφή αυτή δύσκολα διακρίνεται από τη σποραδική πολυποδίαση και ευθύνεται για μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνου του παχέος εντέρου απ' ό,τι η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση. Τα κυριότερα σημεία διαφορο- διάγνωσής του είναι το οικογενειακό ιστορικό, η τάση πρώιμης έναρξής του, καθώς και η συνύπαρξή του με άλλες μορφές καρκίνου. Από τη γενετική μελέτη των συγγενών των ασθενών με μη πολυποδιακό καρκίνο του παχέος, προέκυψαν ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της υπόθεσης ότι η προδιάθεση σχετίζεται με ένα είδος γενετικής αστάθειας που εκδηλώνεται με διάχυτες μεταβολές σε βραχείες, επαναλαμβανόμενες αλληλουχίες DNA (Μπανκουσλί, 2012).

5. **Χρωμοσωμικές και γονιδιακές ανωμαλίες.** Το 60 – 70% των περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου οφείλεται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Τα κληρονομικά σύνδρομα του καρκίνου είναι τα ακόλουθα: i) το σύνδρομο αδενωματωδών πολυποδιάσεων (οικογενής πολυποδίαση, σύνδρομο Gardner, σύνδρομο Turcot), ii) τα σύνδρομα των μη αδενωματωδών πολυποδιάσεων (σύνδρομο Peutz- Jeghers, νεανική πολυποδίαση), iii) το κληρονομικό μη πολυποδικό σύνδρομο (σύνδρομο Lynch I και II) (Αναγνωστοπούλου, 2009).



Εικόνα 3. Καρκινικό κύτταρο υπεύθυνο για τον καρκίνο παχέος εντέρου

Η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση αποτελεί σπάνιο γενετικό σύνδρομο και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση, ενίοτε από την παιδική ηλικία, πολλαπλών αδενωμάτων στο παχύ έντερο. Η πιθανότητα εμφάνισης αδenoκαρκινώματος στους ασθενείς αυτούς είναι σχεδόν 100%. Πρόσφατα κατέστη δυνατή η εντόπιση του γόνου της οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης στο χρωμόσωμα 5q. Αν και με τη θέση αυτή του γονιδίου συνδεόταν μέχρι πρότινος το σύνδρομο Gardner, σήμερα βρέθηκε ότι η αλληλουχία των βάσεων δεν είναι ίδια στα άτομα με οικογενή πολυποδίαση και σύνδρομο Gardner. Ο γόνος *apc* έχει πρακτική σημασία για την παρακολούθηση των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο να εμφανίσουν οικογενή πολυποδίαση. Μεταλλάξεις του γόνου *apc* συνδέονται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αδενωματωδών πολυπόδων και καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο γόνος *apc* σήμερα θεωρείται ότι συμμετέχει και στην εκδήλωση του συγγενούς καρκίνου του παχέος εντέρου που δεν συνδέεται με την οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση. Οι μεταλλάξεις που έχουν περιγραφεί στις οικογένειες με οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση κατέχουν θέσεις διαφορετικές μέσα στον γόνο *apc*, αλλά όλες οδηγούν «σε τελικό κωδικόνιο», με συνέπεια τη μη παραγωγή της πρωτεΐνης *apc*. Η σημασία τους δεν είναι γνωστή, αλλά είναι εύλογοι υποψήφιοι γόνοι για μια μορφή κληρονομικού καρκίνου του παχέος εντέρου (Μπανκουσλί, 2012).

6. Διατροφικές Συνήθειες: Παρ' όλο που ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνότερος στις πλούσιες παρά στις φτωχές χώρες, υπάρχουν κοινότητες μέσα στην οικονομικά ανώτερη ομάδα που προσβάλλονται λιγότερο απ' ό,τι η ομάδα σαν σύνολο. Π.χ. οι Χιλιαστές της Έβδομης Ημέρας, που είναι βασικά φυτοφάγοι, ακολουθούν διαιτολόγιο πλουσιότερο σε φυτικές ίνες και φτωχότερο σε ζωικό λίπος, απ' ό,τι οι υπόλοιποι Αμερικανοί, και υποφέρουν τρεις φορές λιγότερο από καρκίνο του εντέρου. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνότερος στην Αργεντινή, όπου καταναλώνεται μεγαλύτερο ποσοστό ζωικού λίπους απ' ό,τι στις υπόλοιπες χώρες της Νότιας Αμερικής. Εμφανίζεται ακόμα, όλο και συχνότερα στους Εσκιμώους, λόγω της εγκατάλειψης του παραδοσιακού τρόπου ζωής και υιοθέτησης του αμερικανικού προτύπου, πλούσιου σε ζωικά λίπη και φτωχού σε φυτικές ίνες (Αναγνωστοπούλου, 2009).

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι το υπερβολικό λίπος στο καθημερινό διαιτολόγιο αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου. Αυτό γίνεται διότι το λίπος αυξάνει την ποσότητα των χολικών αλάτων που βρίσκονται στο κόλο όπου

επενεργούν βακτηρίδια. Τα βακτηρίδια αυτά έχουν τη δυνατότητα να μετατρέψουν τα χολικά άλατα σε χημικές ουσίες με γνωστά καρκινογόνα (Αναγνωστοπούλου, 2009).

Διαιτολόγια πλούσια σε φυτικές ίνες και φτωχά σε ζωικά λίπη μειώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του αφενός μεν λόγω των λιγότερων χολικών αλάτων που μπορούν να μετατραπούν σε καρκινογόνα, αφετέρου δε λόγω της δημιουργίας μεγάλου όγκου περιττωμάτων και της γρήγορης αποβολής τους από τον εντερικό σωλήνα. Εξάλλου, υψηλές τιμές τριγλυκεριδίων πλάσματος συντελούν στη δημιουργία αδενωματοδών πολυπόδων. Γενικά, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σπάνιος σε άτομα με άφθονες κενώσεις, ενώ αντίθετα, όταν ο όγκος των περιττωμάτων είναι μικρός, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνός (Αναγνωστοπούλου, 2009).



Εικόνα 4. Διαιτολόγιο πλούσιο σε φυτικές ίνες

7. Έξεις: Έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένες συνήθειες ευνοούν την ανάπτυξη του καρκίνου γενικά και ειδικότερα του παχέος εντέρου. Από αυτές ενοχοποιούνται οι παρακάτω:

ι) **Η σωματική άσκηση και παχυσαρκία.** Δεν είναι ξεκάθαρο αν η παχυσαρκία και η ελλιπής σωματική άσκηση έχουν η καθεμία ξεχωριστή επίδραση ή συνθέτουν μαζί μια αλληλεπίδραση στον κίνδυνο του καρκίνου του παχέος εντέρου, αφού η μειωμένη σωματική άσκηση μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου μέσω της επίδρασής της στη φυσική ανοσία, τους αντιοξειδωτικούς αμυντικούς μηχανισμούς,

του βελτιωμένου μεταβολισμού, των ορμονικών μεταβολών ή μέσω άλλων αγνώστων μηχανισμών. Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου πιθανώς λόγω αναπτύξεως μεγαλύτερου μεγέθους αδενωματοδών πολυπόδων (Αναγνωστοπούλου, 2009). Παρόλα αυτά, ορισμένες μελέτες αναφέρουν μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου στα παχύσαρκα άτομα (Μπανκουσλί, 2012).

ii) **Κάπνισμα και κατανάλωση οινοπνεύματος.** Η μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος και καπνού έχει ως αποτέλεσμα δωδεκαπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης αδενωματοδών πολυπόδων (αδενώματα) όχι όμως και καρκίνου του παχέος εντέρου. Όσον αφορά το κάπνισμα φαίνεται ότι υπάρχει αρνητική σχέση που αποδίδεται στη παρασυμπαθητική δράση της νικοτίνης που αυξάνει τον περισταλτισμό του εντέρου (Αναγνωστοπούλου, 2009).

Το κάπνισμα ενοχοποιείται για αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου. Τα άτομα που κάνουν κατάχρηση τσιγάρου για μεγάλο χρονικό διάστημα έχουν 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου απ' ότι οι μη καπνίζοντες (Μπανκουσλί, 2012).

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και καρκίνου του παχέος εντέρου είναι επίσης αρνητική, αν και σε περιοχές όπου γίνεται μεγάλη κατανάλωση μπύρας υπάρχει αύξηση της συχνότητας καρκίνου του ορθού (Αναγνωστοπούλου, 2009).

4.3 Προκαρκινωματώδεις καταστάσεις

1) **Οι πολύποδες** (ή αλλιώς αδενώματα), οι οποίοι διακρίνονται σε τέσσερις ιστολογικούς τύπους, κατά σειρά συχνότητας.

- Σωληνώδη, ο πλέον συχνός τύπος
- Σωληνολαχνωτά
- Λαχνωτά
- Ψευδοθηλώδη

Ιδιαίτερη σημασία έχει το δυναμικό της κακοήθους εξαλλαγής των αδενωμάτων (αλληλουχία αδενώματος – καρκινώματος). Ο κίνδυνος της εξαλλαγής εξαρτάται από το μέγεθος του αδενώματος, την ιστολογική του διαφοροποίηση, το βαθμό, την έκταση της δυσπλασίας (χαμηλού ή υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία), και

από τον τύπο ανάπτυξης. Τη μεγαλύτερη τάση για κακοήθη εξαλλαγή έχουν τα λαχνωτά αδενώματα. Επίσης αδενώματα με ευρεία βάση εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής σε σχέση με τα μισχωτά. Το 90% των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου αναπτύσσονται σε έδαφος προϋπαρχόντων αδενωμάτων (πολυπόδων) (Αναγνωστοπούλου, 2009).

Η σχέση αδενωματώδους πολύποδα και καρκίνου είναι αδιαμφισβήτητη. Ενδεικτικοί παράγοντες του συσχετισμού αυτού είναι η ίδια καμπύλη κατανομής ηλικιών, η παρεμφερής τοπογραφική εντόπιση στο παχύ έντερο και η ταυτόχρονη πειραματική ανάπτυξη καρκίνου και αδενώματος με τη χορήγηση 1-2 διμεθυλνιτροζίνης στο κόλον πειραματόζων. Το αρχικό στάδιο εξέλιξης του αδενώματος σε καρκίνο είναι η μετατροπή του φυσιολογικού επιθηλίου σε αδενωματώδες. Το επόμενο στάδιο είναι ο σχηματισμός του αδενωματώδους πολύποδα, που μπορεί να εμφανίζεται με/χωρίς μίσχο ή να είναι σωληνωτός/λαχνωτός. Η πιθανότητα εξαλλαγής ενός αδενώματος είναι άμεσα συνδεδεμένη με το μέγεθός του, το είδος του και το βαθμό δυσπλασίας που το χαρακτηρίζει. Το μέγεθος των πολυπόδων και η μεγάλη ηλικία είναι επιβαρυντικοί παράγοντες στην πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 50% των πολυπόδων μεγέθους άνω 20mm είναι κακοήθεις. Επίσης, μεγαλύτερη πιθανότητα εξαλλαγής έχουν τα λαχνωτά αδενώματα καθώς και τα πολλαπλά αδενώματα (τα οποία λόγω του αριθμού τους έχουν αυξημένη πιθανότητα εξαλλαγής σε κάποιο από αυτά) (Μπανκουσλί, 2012).

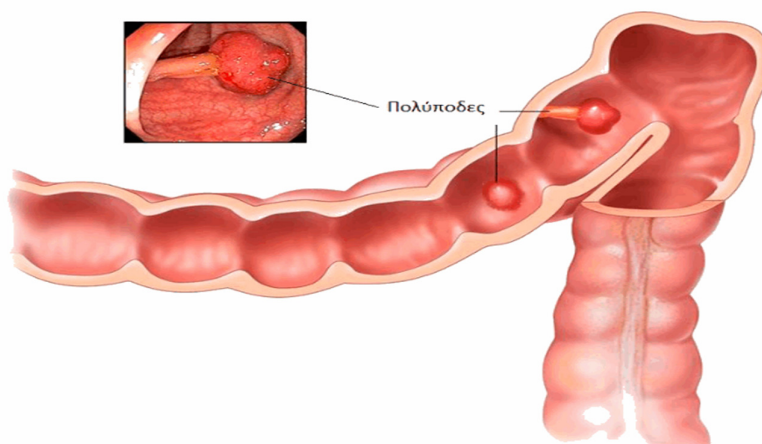
2) Η ελκώδης κολίτιδα

Οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn, μπορούν να αποτελέσουν αίτιο δημιουργίας καρκίνου του παχέος εντέρου. Στη διεργασία της εξέλιξης της ελκώδους κολίτιδας, παρατηρείται ανάπτυξη δυσπλασίας του πάσχοντος βλεννογόνου, που θεωρείται προκαρκινικό στάδιο. Ο κίνδυνος εξαλλαγής έχει απόλυτη σχέση με τη χρονική διάρκεια της κολίτιδας και γίνεται 7- 11 φορές μεγαλύτερος μετά το δέκατο χρόνο εμφάνισής της. Από την άλλη μεριά, η νόσος του Crohn αυξάνει την εμφάνιση κακοήθειας κατά 2 φορές (Μπανκουσλί, 2012).

3) Η οικογενής πολυποδίαση του εντέρου (σύνδρομο Peutz – Jeghers) (Αναγνωστοπούλου, 2009).

4.4 Παθολογική Ανατομική

Εμφανίζεται κυρίως σαν πολυπόδης ή ελκωτικός όγκος. Ιστολογικά είναι αδενωκαρκίνωμα και την καλύτερη πρόγνωση έχει το βλεννώδες που χαρακτηρίζεται από παραγωγή αφθόνου βλέννας από τα καρκινικά κύτταρα (Αναγνωστοπούλου, 2009).



Εικόνα 5. Πολύποδες Παχέος Εντέρου

Συνοψίζοντας,

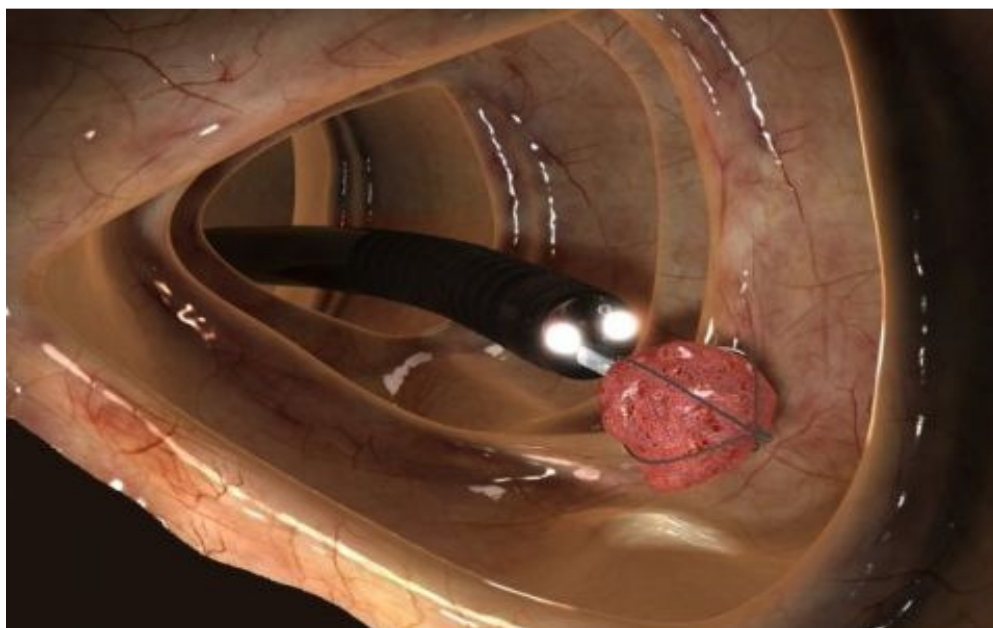
Η ανάπτυξη ενός καρκινώματος του παχέος εντέρου από ένα αδένωμα χαρακτηρίζεται ως ακολουθία βημάτων «αδένωμα $\Rightarrow$ καρκίνωμα». Η ανάλυση, με μεθόδους της μοριακής βιολογίας, αυτού του μοντέλου προοδευτικής εξέλιξης σε όγκο, έχει συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση των σποραδικών και κληρονομικών καρκινωμάτων του παχέος εντέρου (Classen et al, 2009).

Τα καρκινώματα του παχέος εντέρου εμφανίζουν ανισοκατανομή στα διάφορα τμήματά του. Στο τυφλό και το ανιόν κόλον εντοπίζονται περίπου το 35%, στο εγκάρσιο το 15%, στο κατίον 10% και στο σιγμοειδές το 40% των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου. Κατά τα τελευταία έτη παρατηρείται αύξηση των καρκινωμάτων της δεξιάς μοίρας του παχέος εντέρου. Επίσης, είναι δυνατόν να εμφανιστούν ταυτόχρονα περισσότερα καρκινώματα. Αυτός είναι ένας πρόσθετος λόγος, ώστε σε περίπτωση ανεύρεσης π.χ. ενός καρκινώματος του σιγμοειδούς, να επιβάλλεται ο ενδοσκοπικός έλεγχος όλου του παχέος μέχρι και το τυφλό (Classen et al, 2009).

5. Διάγνωση

Ενδοσκόπηση

Το άκαμπτο σιγμοειδές διευκολύνει τη λεπτομερή εξέταση του ορθού, αλλά συχνά δεν μπορεί να ελέγξει την ορθοσιγμοειδή συμβολή, ενώ και το σιγμοειδές δεν μπορεί να εξεταστεί ικανοποιητικά. Η εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση επιτρέπει το σχηματισμό καθαρής εικόνας μόνο του περιφερικού τρίτου του κόλου (Netter, 2009).



Εικόνα 6. Διάγνωση και αφαίρεση πολύποδα

Αντίθετα, η κολονοσκόπηση δίνει τη δυνατότητα ελέγχου ολόκληρου του κόλου και αποτελεί πιο ευαίσθητη εξέταση τόσο για τον ΚΠΕ όσο και για τα αδενώματα από το βαριούχο υποκλεισμό διπλής αντίθεσης. Ο ΚΠΕ και τα αδενώματα εμφανίζονται συγχρόνως σε ποσοστά μεγαλύτερα του 15% των ασθενών. Έτσι, το κόλον πρέπει να αξιολογείται συνολικά, όποτε αυτό είναι δυνατό (Netter, 2009).

Απεικονιστικές εξετάσεις

Οι περισσότεροι ασθενείς με ΚΠΕ δε χρειάζονται προεγχειρητικές εξετάσεις, πέρα από μια ακτινογραφία θώρακα. Το διορθικό υπερηχογράφημα μπορεί να

προσδιορίσει το βάθος της διήθησης του όγκου και την παρουσία μεταστάσεων σε πυελικούς λεμφαδένες (Netter, 2009).

Εργαστηριακές εξετάσεις

Οι προεγχειρητικές εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας περιλαμβάνουν τη γενική αίματος, καθώς και τη μέτρηση των βιοχημικών και ηπατικών παραμέτρων. Οι εξετάσεις αυτές συνήθως επαρκούν (Netter, 2009).

Διαφορική διάγνωση

Οι περισσότερες κακοήθειες νεοπλασίες του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα. Οι υπόλοιποι ιστολογικοί τύποι αφορούν σε λιγότερο από το 5% των περιπτώσεων και περιλαμβάνουν τους καρκινοειδείς όγκους, τα σαρκώματα, τα λεμφώματα, τα μελανώματα και στους ασθενείς με AIDS το σάρκωμα Kaposi. Οι τοπικά προχωρημένοι όγκοι από άλλες ανατομικές δομές της λεκάνης μπορούν να διηθήσουν το ορθό και να παρουσιαστούν με συμπτώματα καρκίνου του ορθού (Netter, 2009).

6. Κλινική εικόνα και επιπλοκές

Αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου κυρίως στα αρχικά στάδια και δη εναλλαγή διάρροιας και δυσκοιλιότητας. Μακροσκοπική και μικροσκοπική (Mayer κοπράνων θετική) παρουσία αίματος στα κόπρανα και ατελής ή τέλειος ειλεός. Η πρόγνωση είναι συνάρτηση της διήθησης και του βαθμού κακοήθειας του όγκου (Αναγνωστοπούλου, 2009).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ασυμπτωματικός στα αρχικά στάδια. Παρόλα αυτά, ασθενείς με ασυμπτωματική νόσο έχουν λανθάνουσα απώλεια αίματος, η οποία προοδευτικά αυξάνεται με την αύξηση του μεγέθους του όγκου και του βαθμού εξέλκωσης. Η κλινική εικόνα του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού εξαρτάται κυρίως από το τμήμα του εντέρου που εντοπίζεται η νεοπλασία. Όγκοι του δεξιού κόλου συνήθως αναπτύσσονται περισσότερο πριν προκαλέσουν ενοχλήματα, σε αντίθεση με όγκους του αριστερού κόλου ή ορθού που εμφανίζουν συμπτώματα πρώιμα. Όταν ο όγκος εντοπίζεται στο δεξιό τμήμα του εντέρου, πρώτο σύμπτωμα είναι συνήθως η αναιμία. Καθώς ο όγκος αναπτύσσεται, προκαλείται ακαθόριστο

κοιλιακό ενόχλημα ή εκδηλώνεται ψηλαφητή μάζα στον δεξιό λαγόνιο βάθρο, στο 10% των περιπτώσεων (Netter, 2009).

Οι ασθενείς παραπονιούνται για κωλικοειδή κοιλιακό πόνο, ιδιαίτερα μετά τη λήψη τροφής, και για αλλαγή των συνηθειών του εντέρου. Η αιματοχεσία και ο τεινεσμός είναι συμπτώματα που παρουσιάζονται κατά κύριο λόγο σε νόσο που εντοπίζεται στο ορθό και στο σιγμοειδές. Παρά τις μικρές αυτές διαφορές, η αλλαγή στη λειτουργία του εντέρου, η διάρροια, η δυσκοιλιότητα, τα κοιλιακά άλγη, τα δυσπεπτικά ενοχλήματα και ο μετεωρισμός αποτελούν κοινά συμπτώματα του καρκίνου του παχέως εντέρου και του ορθού (Netter, 2009).

Τα κύρια συμπτώματα είναι αιματοχεσία ή ερυθρομέλαινα, κοιλιακό άλγος ή διαταραχές κενώσεων και τέλος χρόνια μικροσκοπική απώλεια αίματος που οδηγεί σε σιδηροπενική αναιμία. Έχει βρεθεί ότι ασθενείς με εξαιρετικό όγκο παρουσιάζονται με κοιλιακό άλγος (44%), διαταραχές κενώσεων (43%), αιματοχεσία (40%), αδυναμία (20%), αναιμία (11%), απώλεια βάρους (6%). Όλα αυτά τα συμπτώματα βρέθηκε ότι έχουν μικρή ευαισθησία (έως και κάτω του 10%) αλλά υψηλή ειδικότητα (Αρχαύλης, 2012).



Εικόνα 7. Κοιλιακό άλγος

Το κοιλιακό άλγος είναι συνήθως απότοκο εντερικής απόφραξης, αν και σπάνια είναι απότοκο περιτοναϊκής προσβολής ή διάτρησης. Σε όγκους του ορθού αν και προεξάρχει συνήθως ο τεινεσμός, ωστόσο μπορεί μέσω προσβολής νεύρων να αναφέρει ο ασθενής επίμονο άλγος (Αρχαύλης, 2012).

Η απώλεια αίματος εξαρτάται από την θέση του όγκου. Όταν ο όγκος εδράζεται στο ορθοσιγμοειδές είναι πιθανότερο να είναι ορατή (αιματοχεσία), ενώ αντίθετα σε όγκο του δεξιού εντέρου είναι συνηθέστατα μικροσκοπική (οδηγώντας σε σιδηροπενική αναιμία) και συνεπώς ο όγκος θα αναγνωρισθεί καθυστερημένα. Διαταραχές των κενώσεων συνήθως οφείλονται σε όγκους του αριστερού παχέος εντέρου. Επίσης, στους περιφερικούς όγκους ο ασθενής μπορεί να αναγνωρίσει αλλαγές στο σχήμα (διάμετρο) των κοπράνων ή στην σύσταση (υδαρής με βλέννα διάρροια) αν υπάρχει μεγάλο λαχνωτό αδένωμα (Αρχαύλης, 2012).

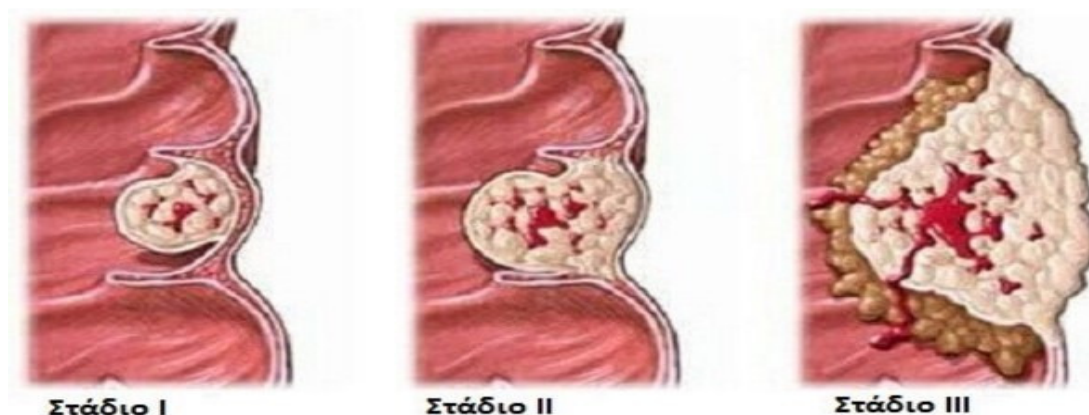
Οι βασικές επιπλοκές του καρκίνου του παχέος εντέρου/ ορθού είναι:

- Απόφραξη του εντέρου, λόγω στένωσης του αυλού του από τη νεοπλασματική μάζα,
- Διάτρηση του τοιχώματος του εντέρου από τον όγκο, με αποτέλεσμα επιμόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας από το εντερικό περιεχόμενο και
- Άμεση επέκταση του όγκου και διήθηση των παρακείμενων οργάνων (Lemone& Burke,2011).

Οι υποτροπές στην πλειονότητα των περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου/ ορθού μετά την αφαίρεση του όγκου παρατηρούνται μέσα στα 4 πρώτα έτη από την επέμβαση. Το μέγεθος του πρωτογενούς όγκου δεν σχετίζεται κατ' ανάγκη με την απώτερη επιβίωση του ασθενούς. Συνήθεις παράγοντες που σχετίζονται με την πρόγνωση της νόσου, είναι ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων, η διάτρηση του τοιχώματος του εντέρου από τον όγκο και η διήθηση παρακείμενων οργάνων (Lemone & Burke, 2011).

7. Σταδιοποίηση

Η αρχική σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου – και που διατηρείται μέχρι σήμερα – έγινε από τον Άγγλο παθολογοανατόμο Dukes το 1932 και περιελάμβανε τρία στάδια (A, B, C). Επειδή έχουν δημιουργηθεί πολλές συγχύσεις λόγω των παραλλαγών του συστήματος αυτού, τα τελευταία χρόνια αντικαθίσταται από το σύστημα TNM της Διεθνούς Ομοσπονδίας κατά του καρκίνου (UICC). Η σταδιοποίηση με βάση το σύστημα αυτό είναι πλέον ακριβής και τυποποιημένη (Αναγνωστοπούλου,2009).



Εικόνα 8. Απεικόνιση Σταδίου I, II & III Καρκίνου Παχέως Εντέρου

Ο Dukes διαιρεί τους κακοήθεις όγκους του παχέως εντέρου στα ακόλουθα στάδια:

Στάδιο I, σε αυτό κατατάσσονται όγκοι που περιορίζονται στο βλεννογόνο. Πενταετής επιβίωση 90% . Στάδιο II, σε αυτό περιλαμβάνονται όγκοι που έχουν διηθήσει το έντερο σε όλο του το πάχος, χωρίς όμως επέκταση στους γειτονικούς ιστούς και στους επιχώριους λεμφαδένες. Πενταετής επιβίωση 60% . Στάδιο III, σε αυτό έχουμε διήθηση των τοπικών λεμφαδένων. Πενταετής επιβίωση 30% , και τέλος, Στάδιο VI, όπου εδώ έχουμε μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα. Πενταετής επιβίωση πρακτικά ανύπαρκτη (Αναγνωστοπούλου, 2009).

ΣΤΑΔΙΟ	ΔΙΗΘΗΣΗ	ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ (%)
DUKES		
A	Υποβλεννογόνιος	85
B	Περιορθικά	64
C	Λεμφαδένες	33
TNM		
0	Tis No Mo	100
I	T1 No Mo	100
	T2 No Mo	85
II	T3 No Mo	70
	T4 No Mo	30
III	Οποιοδήποτε T N1	60
	Οποιοδήποτε T N2	30
IV	Οποιοδήποτε T ή N	3

(Αναγνωστοπούλου, 2009)

Πίνακας 2. Ταξινόμηση Σταδίων κατά TNM

(Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά TNM ισχύουν τα εξής:

- Tx: αδυναμία προσδιορισμού ύπαρξης πρωτοπαθούς όγκου
- T0: απουσία αποδείξεων πρωτοπαθούς όγκου
- Tis: καρκίνωμα in situ (αποκλειστικά στον βλεννογόνο)
- T1: επέκταση της διήθησης έως τον υποβλεννογόνο χιτώνα
- T2: επέκταση της διήθησης έως τον μυϊκό χιτώνα
- T3: επέκταση της διήθησης έως τον ορογόνο ή όπου δεν υπάρχει ορογόνος επέκταση προς τους περικολικούς ή περιορθικούς ιστούς
- T4: ο όγκος διηθεί κατ' επέκταση άλλα όργανα ή διηθεί το σπλαχνικό περιτόναιο

- Nx: δεν μπορούν να προσδιορισθούν επιχώριοι λεμφαδένες
- N0: δεν υπάρχει μετάσταση σε επιχώριους λεμφαδένες
- N1: μετάσταση σε 1-3 επιχώριους λεμφαδένες
- N2: μετάσταση σε 4 ή περισσότερους επιχώριους λεμφαδένες

- Mx: δεν μπορούν να προσδιορισθούν απομακρυσμένες μεταστάσεις
- M0: δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις
- M1: υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις (Αναγνωστοπούλου, 2009).

8. Θεραπεία

Αξίζει να σημειωθεί η σημασία για τον καρκίνο του παχέος εντέρου της παρουσίας του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA), που βρίσκεται στον γαστρεντερικό σωλήνα

των εμβρύων και των πασχόντων από καρκίνωμα του παχέος εντέρου (Αναγνωστοπούλου, 2009).

Η κύρια θεραπεία του καρκίνου παχέος εντέρου εξακολουθεί να είναι και σήμερα η χειρουργική εξαίρεση του νεοπλάσματος. Οι εξαιρέσεις του κανόνα αυτού είναι ελάχιστες και αφορούν σε ειδικές περιπτώσεις ασθενών (Μπονάτσος και συν, 2011).

Η χειρουργική εκτομή αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στη ριζική αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Το 90-92% των ασθενών αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Η τοπική εκτομή του όγκου είναι η μόνη θεραπεία που απαιτείται για καρκίνο πρώιμου σταδίου. Καθώς το στάδιο της νόσου αυξάνεται σε σχέση με το βάθος της διήθησης και την παρουσία μεταστατικής συμμετοχής των περιοχικών λεμφαδένων και των απομακρυσμένων οργάνων, η πιθανότητα εξάλειψης της νόσου μόνο με τη χειρουργική θεραπεία ελαχιστοποιείται. Οι επικουρικές θεραπείες φαίνεται ότι αυξάνουν την επιβίωση στους ασθενείς με υψηλή πιθανότητα υποτροπής, που έχουν αντιμετωπιστεί χειρουργικά (Στυλιανίδης, 2012).

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου βασίζεται στην αρχή της διαδοχικής, κατά συνέχεια ιστού επέκτασης του όγκου. Με βάση την αρχή αυτή ο όγκος αναπτύσσεται στον εντερικό βλεννογόνο, διηθεί τις στιβάδες του εντερικού τοιχώματος, μεθίσταται στους περιοχικούς λεμφαδένες και τέλος μεθίσταται σε απομακρυσμένα όργανα. Με βάση την αρχή αυτή ο χειρουργός οφείλει να αφαιρέσει το τμήμα που φέρει την αρχική βλάβη σε έκταση τέτοια που να περιλάβει πιθανές ενδοτοιχωματικές νεοπλασματικές επεκτάσεις τόσο κεντρικά όσο και περιφερικά και να αφαιρέσει τους σύστοιχους λεμφαδένες του μεσεντερίου. Το περιφερικό όριο εκτομής, με βάση τα σημερινά κλινικοεργαστηριακά δεδομένα, πρέπει να είναι τουλάχιστον 5 cm για το κόλον και 2 cm για το ορθό (Μπονάτσος και συν, 2011).

Στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες πολλοί χειρουργοί προτείνουν την προφυλακτική ωοθηκεκτομή, αν και το κέρδος στην επιβίωση από αυτό το χειρισμό δεν ξεπερνά το 5% (Μπονάτσος και συν, 2011).

Το μήκος του παχέος εντέρου που εξαιρείται σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι τόσο ώστε να εξασφαλίζει τουλάχιστον το ελάχιστο της ογκολογικής εκτομής με τα κριτήρια που αναφέρθηκαν παραπάνω σε συνδυασμό με τη διασφάλιση επαρκούς αιμάτωσης του τμήματος που απομένει (Μπονάτσος και συν, 2011).

Οι αναστομώσεις γίνονται είτε με το χέρι είτε με αυτόματα συρραπτικά εργαλεία μιας χρήσης. Καμιά διαφορά μεταξύ των δύο τεχνικών δεν έχει αποδειχθεί όσον αφορά στις επιπλοκές, εκτός ίσως από συχνότερη επίπτωση των αναστομωτικών στενώσεων στις περιπτώσεις εφαρμογής συρραπτικών εργαλείων (Μπονάτσος και συν, 2011).

Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια να εντοπίζονται οι ηπατικές μεταστάσεις που δεν είναι δυνατό να απεικονιστούν με τη προεγχειρητική αξονική τομογραφία με τη χρήση διεγχειρητικού υπερηχοτομογραφήματος. Παράλληλα, έχει αρχίσει προσπάθεια καλύτερης «χαρτογράφησης» των λεμφαδενικών διηθήσεων και μικρομεταστάσεων σε άλλους ενδοπεριτοναϊκούς ιστούς με τη βοήθεια συσκευής που ανιχνεύει διεγχειρητικά σεσημασμένα μονοκλωνικά αντισώματα που έχουν χορηγηθεί προεγχειρητικά. (Μπονάτσος και συν, 2011).

Η τοπική εκτομή νεοπλασμάτων του ορθού άρχισε να κερδίζει και πάλι έδαφος λόγω της προεγχειρητικής σταδιοποίησης που μπορεί να προσφέρει η ενδοαυλική υπερηχοτομογραφία. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε σε νεοπλάσματα σταδίου T1 και T2 χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις, είτε σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο όπου θεραπευτικές εκτομές δεν έχουν νόημα. Ακόμα, σε όλες εκείνες τις περιπτώσεις όπου η γενική κατάσταση του ασθενούς δεν επιτρέπει μείζονες χειρουργικές πράξεις (Μπονάτσος και συν, 2011).

Τα τελευταία χρόνια έχει επιχειρηθεί η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου με λαπαροσκοπικές τεχνικές. Αν και τα αρχικά αποτελέσματα είναι εξαιρετικά θετικά, η λαπαροσκοπική χειρουργική για τον καρκίνο του παχέος εντέρου περιορίζεται σε κέντρα με ειδική εμπειρία και στα πλαίσια αυστηρών κλινικών πρωτοκόλλων (Μπονάτσος και συν, 2011).

α. Αποτελέσματα χειρουργικής θεραπείας

Η πενταετής επιβίωση μετά από χειρουργική θεραπεία για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού σήμερα εμφανίζεται στον παρακάτω πίνακα όπου συνοψίζονται τα αποτελέσματα των πιο πρόσφατων μελετών (Μπονάτσος και συν, 2011).

Πενταετής Επιβίωση		
Στάδιο (Dukes)	Κόλον	Ορθό

A	82-100%	78-93%
B	63-80%	45-77%
C	26-74%	22-50%

(Μπονάτσος και συν, 2011)

Πίνακας 3. Στατιστικά δεδομένα πενταετούς επιβίωσης ανά στάδιο

Δυστυχώς, παρά τις τεχνικές βελτιώσεις της χειρουργικής θεραπείας, τις προόδους στην προεγχειρητική διάγνωση και σταδιοποίηση, αλλά και στα προγράμματα μαζικού ελέγχου του πληθυσμού, μικρή μόνο βελτίωση της επιβίωσης έχει επιτευχθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων 40 ετών και αυτή οφείλεται κυρίως στη μείωση της περιεγχειρητικής θνησιμότητας. Φαίνεται ότι η χειρουργική έχει εξαντλήσει τα όριά της στην αντιμετώπιση της νόσου. Η όποια πρόοδος συντελεστεί θα οφείλεται είτε στην έγκαιρη χειρουργική παρέμβαση είτε – και το πιθανότερο – σε άλλες θεραπευτικές εξελίξεις (Μπονάτσος και συν, 2011).

b. Συμπληρωματική Θεραπεία για τον Καρκίνο Παχέος Εντέρου και του Ορθού

Η συμπληρωματική θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού περιλαμβάνει την προ- δια- και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, την προ- και μετεγχειρητική χημειοθεραπεία καθώς και τους συνδυασμούς τους με διάφορους τρόπους χορήγησης. Σε κάθε περίπτωση τα οφέλη από τη συμπληρωματική θεραπεία πρέπει να συνεκτιμώνται σε σχέση με τις πιθανές επιπλοκές τους και τη ποιότητα ζωής των ασθενών. Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται μόνο στον καρκίνο του ορθού (Μπονάτσος και συν, 2011).

Οι κατευθυντήριες γραμμές που ορίστηκαν από το Αμερικανικό Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (Απρίλιος 1990) σχετικά με τη συμπληρωματική θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού έχουν ως εξής:

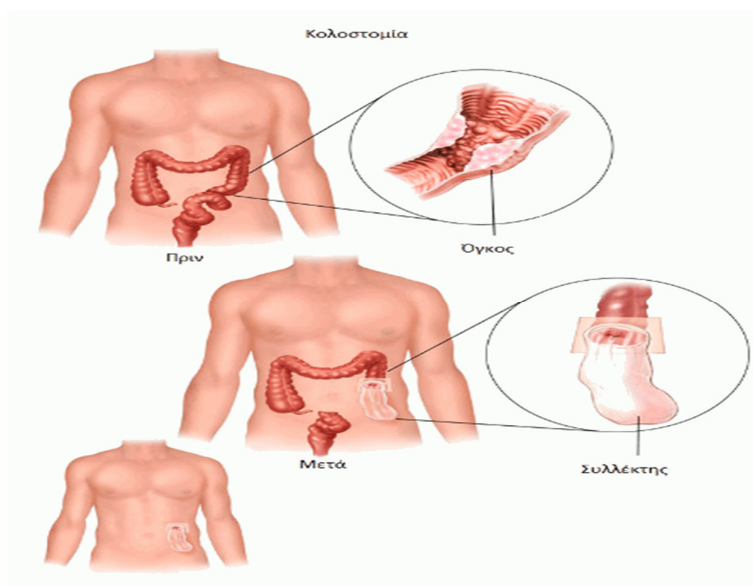
1. Η καλύτερη δυνατή συμπληρωματική θεραπεία για τους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου σταδίου I – II ή υψηλού κινδύνου στάδιο II δεν είναι σήμερα γνωστή. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς αυτοί πρέπει να περιλαμβάνονται σε κλινικές μελέτες.

2. Εάν αυτό δεν είναι δυνατό, ασθενείς σταδίου III μπορούν να λαμβάνουν συμπληρωματική θεραπεία με συνδυασμό 5FU και λεβαμιζόλης αν και δεν υπάρχουν ιατρικές ή ψυχοκοινωνικές αντενδείξεις.
3. Ασθενείς σταδίου I και χαμηλού κινδύνου στάδιο II δεν χρειάζονται κανενός είδους συμπληρωματική θεραπεία.
4. Ασθενείς με καρκίνο του ορθού σε στάδιο I δεν χρειάζονται μετεγχειρητική συμπληρωματική θεραπεία.
5. Η μετεγχειρητική χημειο- και ακτινοθεραπεία βελτιώνει τον τοπικό έλεγχο της νόσου και την επιβίωση σε ασθενείς με καρκίνο ορθού σταδίου II και III.
6. Η οξεία και η χρόνια τοξικότητα των θεραπειών αυτών περιορίζουν την αξία τους έξω από ελεγχόμενες κλινικές δοκιμασίες.
7. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει, όποτε είναι δυνατό, να θεραπεύονται στα πλαίσια προοπτικών κλινικών μελετών (Μπονάτσος και συν, 2011).

9. Κολοστομίες

Η χειρουργική εκτομή του εντέρου μπορεί να συνοδεύεται από κολοστομία για την εκτροπή του εντερικού περιεχομένου. Η κολοστομία είναι ένα άνοιγμα που δημιουργείται στο παχύ έντερο, μέσω του οποίου ο αυλός του παχέος εντέρου επικοινωνεί με το δέρμα (Lemone, Burke, 2011).

Κατά τη διαδικασία αυτή πραγματοποιείται μια τομή στο κοιλιακό τοίχωμα και το κόλον φέρεται προς τα έξω για να παροχετεύει το κοπρανώδες περιεχόμενο. Μπορεί να απαιτείται κολοστομία μετά από κολεκτομή. Η κολοστομία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη. Αν πρόκειται για προσωρινή κολοστομία ασθενής υποβάλλεται ξανά σε χειρουργική επέμβαση για την αναστόμωση των δύο άκρων του εντέρου (Dewit, 2009).



Εικόνα 9. Απεικόνιση κολοστομίας

Τύποι Στομιών

Υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι στομίας στη χειρουργική για τις διαταραχές του εντέρου και καλούνται: (1) κολοστομία αγκύλης, (2) κολοστομία διπλής εκστόμωσης και (3) κολοστομία μονής εκστόμωσης ή τελική κολοστομία.

- Κολοστομία Αγκύλης:** Όπως υποδηλώνει και το όνομα μια αγκύλη του κόλου φέρεται μέσω μια κοιλιακής τομής προς την επιφάνεια του σώματος. Κάποιο είδος γέφυρας τοποθετείται κάτω από την αγκύλη προκειμένου να προληφθεί το «γλίστρημα» προς την κοιλιακή κοιλότητα. Η αγκύλη σχηματίζεται και ασφαρίζεται στη θέση της, ενώ ο ασθενής βρίσκεται στην αίθουσα του χειρουργείου. Περίπου 2 ημέρες αργότερα, ο χειρουργός ανοίγει την κολοστομία, είτε στο χειρουργείο είτε στην κλίνη ασθενούς. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με ειδικό ηλεκτρικό καυτηριαστή (διαθερμία) ή χειρουργικό ψαλίδι και δεν απαιτείται αναισθησία καθώς το έντερο δε διαθέτει αισθητήρια νεύρα. Όταν ο χειρουργός πραγματοποιήσει το άνοιγμα στο τοίχωμα του εντέρου (στομία), το κοπρανώδες περιεχόμενο περνάει μέσω του ανοίγματος (στόμα) στην αγκύλη του εντέρου. Ο ειδικός συλλέκτης για τα κόπρανα πρέπει να είναι έτοιμος πριν το άνοιγμα του εντέρου, ώστε να τοποθετηθεί αμέσως μετά τη δημιουργία του στόματος. Ο συλλέκτης των κοπράνων πρέπει να εφαρμόζει πάνω από τη στομία. Μετά από 5-7 ημέρες, ο

χειρουργός μπορεί να αφαιρέσει τη γέφυρα, αν η στομία είναι πλέον σταθερή στο κοιλιακό τοίχωμα (Dewit,2009).

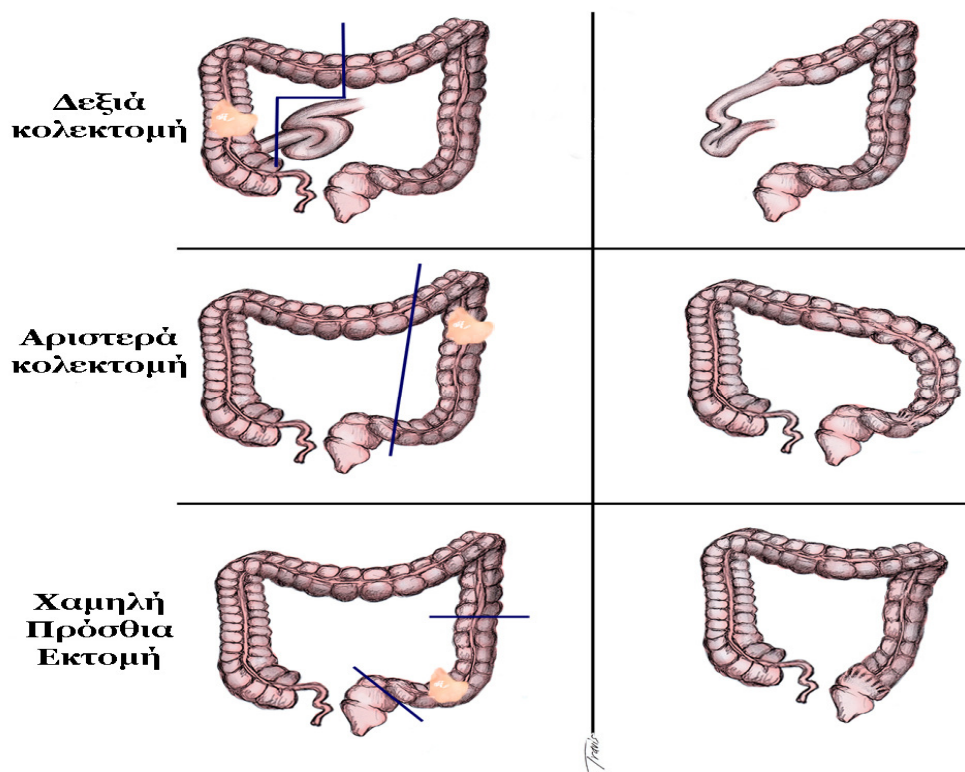
- **Κολοστομία (Διπλής Εκστόμωσης):** Στο είδος αυτό της κολοστομίας υπάρχουν δύο διαφορετικά στόμια. Η αγκύλη του εντέρου διαχωρίζεται πλήρως και δημιουργούνται ενός εγγύς και ένα άπω στόμιο. Το εγγύς στόμιο είναι εκείνο το οποίο βρίσκεται πλησιέστερα στο λεπτό έντερο, ώστε το περιεχόμενο να μπορεί να διέλθει προς τα έξω. Το άνω στόμιο οδηγεί στο ορθό και πρέπει να παροχετεύεται μόνο μικρές ποσότητες βλέννης. Η απόσταση ανάμεσα στα στόμια ποικίλει. Σε περίπτωση που βρίσκονται πολύ κοντά είναι δύσκολο να υπάρχει αρκετή επιφάνεια γύρω από το κάθε ένα για να εφαρμοστεί ο συλλέκτης. Κάποια στιγμή τα δύο άκρα μπορεί να επανενωθούν (Dewit,2009).
- **Τελική κολοστομία:** Σε αυτή τη μορφή κολοστομίας υπάρχει μόνο ένα στόμιο. Αυτό εντοπίζεται στο κατώτερο τεταρτημόριο της κοιλιάς και αποτελεί το εγγύς άκρο του σιγμοειδούς. Το άκρο αυτό φέρεται στο κοιλιακό τοίχωμα, υφίσταται μια περιέλιξη γύρω από τον εαυτό του και τελικά συρράπτεται στο δέρμα, δημιουργώντας τη λεγόμενη ώριμη χειρουργική στομία. Αν η κολοστομία είναι προσωρινή, το εναπομένον τμήμα του εντέρου και του ορθού παραμένουν ακέραια. Αν η κολοστομία είναι μόνιμη, μπορεί να εφαρμοστεί κοιλιοπερινεϊκή προσπέλαση για την απομάκρυνση του υπόλοιπου παχέος εντέρου, του ορθού και του πρωκτού (Dewit,2009).

9.1 Θέσεις κολοστομίας

Η ανιούσα κολοστομία είναι εκείνη στην οποία είτε το ένα άκρο είτε μια αγκύλη του τμήματος του ανιόντος κόλου φέρεται προς την επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος για να σχηματίσει ένα στόμιο. Τα κόπρανα από μια ανιούσα κολοστομία είναι περισσότερο υδαρή και δημιουργούν πολλά προβλήματα (Dewit,2009).

Η ανιούσα κολοστομία συνήθως είναι προσωρινή και πραγματοποιείται για να επιτρέψει στο έντερο περιφερικά της στομίας να ηρεμήσει και να επουλωθεί. Αυτό μερικές φορές είναι απαραίτητο για ασθενή με φλεγμονώδη νόσο του

εντέρου, προκειμένου να αποκατασταθεί μια συγγενής ανωμαλία ή για ασθενή ο οποίος υπέστη διάσχιση από τραυματισμό του εντέρου. Μετά από ένα χρονικό διάστημα ηρεμίας και επούλωσης του εντέρου, ο χειρουργός αποκαθιστά και επανενώνει τα δύο άκρα του και το κοπρανώδες περιεχόμενο μπορεί να αποβάλλεται φυσιολογικά (Dewit,2009).



Εικόνα 10. Είδη κολεκτομών ανάλογα με την εντόπιση του όγκου

Η εγκάρσια κολοστομία συνήθως δημιουργείται στο κέντρο της κοιλιάς, σημείο στο οποίο εντοπίζεται το εγκάρσιο κόλον. Ο τύπος αυτός της κολοστομίας συνήθως είναι προσωρινός. Τα κόπρανα από την εγκάρσια κολοστομία είναι υδαρή και η αποβολή τους είναι απρόβλεπτη (Dewit,2009).

Η κολοστομία στο σιγμοειδές κόλον (κατιούσα) εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα του κοιλιακού τοιχώματος. Είναι ο συνηθέστερος τύπος μόνιμης κολοστομίας και πραγματοποιείται για τη θεραπεία του καρκίνου του ορθού. Τα κόπρανα από μια κολοστομία του σιγμοειδούς είναι περισσότερο στερεά και καλά σχηματισμένα και δεν αποβάλλονται συχνότερα από μια φορά την ημέρα ή ανά 2 ημέρες. Είναι

επομένως πολύ πιο εύκολο να αναπτυχθεί κάποιο πρότυπο κένωσης για τον έλεγχο της ροής του κοπρανώδους περιεχομένου από αυτήν (Dewit, 2009).

10. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία δεν χρησιμοποιείται ως κύρια μέθοδος αντιμετώπισης του καρκίνου του παχέος εντέρου/ορθού, χρησιμοποιείται όμως σε συνδυασμό με τη χειρουργική εκτομή κατά τη θεραπεία των όγκων του ορθού. Οι μικροί καρκίνοι του ορθού είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν με ενδοαυλική ακτινοβολήση, εξωτερική ακτινοβολήση ή ακτινοβολήση με εμφύτευση ραδιενεργού υλικού. Ο καρκίνος του ορθού σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο τοπικής υποτροπής παρά την πλήρη χειρουργική εκτομή του και ιδιαίτερα όταν ο όγκος έχει επεκταθεί σε ιστούς εκτός του τοιχώματος του εντέρου ή στους επιχώριους λεμφαδένες (Lemone, Burke, 2011).

Με την εφαρμογή προεγχειρητικής ή μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας μειώνεται η συχνότητα υποτροπής των όγκων της πυέλου. Από την άλλη, η επίδραση της ακτινοθεραπείας στην απώτερη επιβίωση του ασθενούς είναι λιγότερο σαφής. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται επίσης προεγχειρητικά, προκειμένου να συρρικνωθεί ένας μεγάλος όγκος του ορθού, έτσι ώστε να είναι δυνατή η χειρουργική αφαίρεσή του (Lemone, Burke, 2011).

Υπάρχουν καταστάσεις που η χειρουργική μόνη δεν μπορεί να επέμβει λόγω της εκτεταμένης βλάβης ή, και αν τα περιστατικά είναι χειρουργήσιμα, το ποσοστό των υποτροπών είναι υψηλό. Στις περιπτώσεις αυτές, η ακτινοθεραπεία παρεμβαίνει συνδυαζόμενη με τη χειρουργική και σε ορισμένες περιπτώσεις συνεπικουρούμενη από τη χημειοθεραπεία, αυξάνοντας κατ' αρχάς την εξαιρεσιμότητα των όγκων, αλλά και μειώνοντας σε μεγάλο βαθμό τις τοπικές υποτροπές. Μπορεί να χορηγείται προεγχειρητικώς ή μετεγχειρητικώς και κατά τη διάρκεια της εγχειρήσεως (διεγχειρητικώς) (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).

10.1 Ριζική ακτινοθεραπεία

Διακρίνεται σε:

- Θεραπευτική με σκοπό την ίαση, γνωστή από το 1936 (Chaoul). Γίνεται σε μικρούς όγκους 1 έως 3 cm, που είναι κινητοί και με μικρή σε βάθος ιστού διήθηση. Στις περιπτώσεις αυτές, η προσβολή των λεμφαδένων είναι χαμηλή (5%), αλλά ο αριθμός των ασθενών που ανακαλύπτεται σε ένα τέτοιο στάδιο δυστυχώς μικρός. Βεβαίως, ο ρόλος της χειρουργικής δεν παραγνωρίζεται και η ακτινοθεραπεία αποτελεί την εναλλακτική λύση. Τα αποτελέσματα είναι άριστα, με 80% πενταετή επιβίωση και 5% τοπική αποτυχία και τοπικές υποτροπές (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).
- Ακτινοθεραπεία αποκλειστική σε όγκους χειρουργήσιμους, αλλά ανεγχείρητους για λόγους κυρίως ιατρικούς ή αρνήσεως του ασθενούς. Τα αποτελέσματα εδώ είναι αντιστρόφως ανάλογα της εκτάσεως της νόσου (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).
- Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία. Εδώ ο στόχος δεν είναι η ίαση. Γίνεται σε καρκίνους λίαν διηθητικούς, με διήθηση του περιτολικού λίπους, των πυελικών λεμφαδένων και των γειτονικών οργάνων (κύστεως, ιερού), με χαμηλή πυελική νόσο και διήθηση νεύρων. Συνοδεύεται από αιμορραγίες, άλγη, τεινεσμό και ψευδείς ανάγκες για αφόδευση. Σκοπός είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανακούφιση του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων και των λιγότερων μετακινήσεων. Δεν είναι σπάνιο να έχουμε καλή ανταπόκριση του όγκου στην ακτινοβολία, με μεγάλου βαθμού υποστροφή της νόσου, ώσπου να καταστεί δυνατόν να επιχειρηθεί χειρουργική εκτομή του όγκου ή να συνεχισθεί η ακτινοθεραπεία, με στόχο αυτή τη φορά την ίαση (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).

Αλλά, η κύρια θεραπεία είναι η χειρουργική. Είναι η μέθοδος που θα αφαιρέσει τον κύριο όγκο και η ακτινοθεραπεία είναι επίκουρη της χειρουργικής, διασφαλίζοντας τα όρια της εκτομής. (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).

10.2 Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Στη διεθνή βιβλιογραφία, όλοι είναι σύμφωνοι ότι, αν χορηγηθεί ακτινοθεραπεία πριν από τη χειρουργική επέμβαση σε καρκίνους ανεγχείρητους- λόγω της μεγάλης τοπικής εκτάσεως- μετά από 4-6 εβδομάδες το μέγεθος του όγκου ελαττώνεται και οι μικροσκοπικές εστίες στην περιφέρεια αποστειρώνονται. Όλο και μεγαλύτερος αριθμός των όγκων αυτών μπορεί να χειρουργηθεί. Με την αύξηση της εξαιρεσιμότητας των όγκων στα παθολογοανατομικά παρασκευάσματα, παρατηρούνται περισσότερα μικρά στάδια κατά Dukes, από ότι όταν ασθενείς χειρουργηθούν χωρίς προηγουμένως να υποβληθούν σε προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, και βέβαια μικρότερη προσβολή λεμφαδένων. Αυτό οφείλεται στη δραστική καρκινοκτόνο επίδραση των ακτίνων επί των όγκων αυτών. Αποστειρώνοντας την περιφέρεια, δύο τινά συμβαίνουν:

1. Η προσπέλαση του χειρουργού γίνεται από αποστειρωμένο περιβάλλον και έτσι μπορεί να είναι πιο συντηρητικός. Με τον τρόπο αυτόν, ο αριθμός των μη ακρωτηριαστικών επεμβάσεων, όπως η πρόσθια αναστομωτική εκτομή, αυξάνεται, με μείωση των κοιλιοπερινεϊκών και μόνιμη κολοστομία. Αυτό κυρίως ισχύει για το τμήμα του κάτω τριτημορίου του ορθού (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).
2. Ελάττωση των τοπικών υποτροπών. Ο Stevens απέδειξε ότι, όταν τα χειρουργικά όρια ήταν ελεύθερα, οι τοπικές υποτροπές ήταν μηδαμινές. Επίσης δεν ελαττώνει τον αριθμό των μεταστάσεων και το χρόνο εμφανίσεώς τους. Η δράση λοιπόν της ακτινοθεραπείας είναι τοπική και η δόση των 5 Gy, 24 ώρες πριν από την επέμβαση, αδρανοποιεί και εμποδίζει τη διασπορά των καρκινικών κυττάρων (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).

10.3 Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Γίνεται μετά την επούλωση του τραύματος (20 ημέρες). Σκοπός της είναι να μειώσει στο ελάχιστο τον αριθμό των τοπικών υποτροπών, που παρατηρούνται μετά από χειρουργική μόνη κατά των Withers, επιτυγχάνεται από 50% σε 12% σε στάδιο C1-C2 κατά Dukes και σε στάδιο B1-B2 από 25-55% σε 5%, όπως επίσης

στις υποτροπές στο περίνεο και στους καρκίνους του κάτω τριτημορίου του ορθού. Αυξάνεται επίσης το μεσοδιάστημα χωρίς νόσο. Για την επιβίωση, υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης,2010).

Sandwich ακτινοθεραπεία

Σε μια προσπάθεια αυξήσεως του τοπικού αποτελέσματος, χρησιμοποιήθηκε η λεγόμενη ακτινοθεραπεία Sandwich, δηλαδή προεγχειρητική ακτινοθεραπεία – χειρουργική επέμβαση μετά από 4 εβδομάδες- μετεγχειρητική δόση, όταν το τραύμα θα έχει επουλωθεί (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης,2010).

Διεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Χρησιμοποιήθηκε κατ' αρχάς από τους Ιάπωνες, αλλά και στην Αμερική και στην Ευρώπη. Κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως με ανοικτή κοιλία, με αυστηρούς κανόνες αντισηψίας και πριν το τραύμα συρραφεί, μέσα στο χειρουργείο κυρίως, αλλά και στο ακτινοθεραπευτικό τμήμα. Μετά τη συρραφή των τοιχωμάτων και την ουλοποίηση του τραύματος, χορηγείται συμπληρωματική δόση με εξωτερική διαδερμική ακτινοθεραπεία. Με την τεχνική αυτή, χορηγούνται υψηλές δόσεις στο χώρο του νεοπλάσματος όπου υπάρχει ο κίνδυνος υποτροπών, και ελαττωμένη στα γειτονικά όργανα, με σκοπό να αποφευχθούν ανεπιθύμητες ενέργειες (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης,2010).

Ακτινοθεραπεία σε υποτροπές

Οι δυνατότητες είναι συνάρτηση του αν προηγήθηκε ακτινοθεραπεία ή όχι και της δόσεως αυτής. Εάν η υποτροπή εμφανίζεται μετά από προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, οι παρενέργειες είναι πιθανές και ο κίνδυνος τους θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Η δόση είναι συνάρτηση της δόσεως που προηγήθηκε και είναι περιορισμένη (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης,2010).

Αν η υποτροπή ακολουθεί την επέμβαση, χωρίς προ- ή μετ- εγχειρητική ακτινοθεραπεία, οι δόσεις ακτινοβολίας ή θα είναι προεγχειρητικές με σκοπό επανεπέμβαση του χειρουργού ή πλήρεις με σκοπό την ίαση/ανακούφιση (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης,2010).

11. Χημειοθεραπεία

Μετεγχειρητικά, χρησιμοποιείται σε επικουρική χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου/ορθού. Διάφοροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μπορούν να χρησιμοποιηθούν, όπως η φθοριοουρακίλη που χορηγείται ενδοφλεβίως, και το φολινικό οξύ. Όταν συνδυάζονται με ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία μειώνει τη συχνότητα υποτροπής του όγκου και παρατείνει την επιβίωση των ασθενών με όγκους του ορθού σταδίου I ή II (Lemone, Burke, 2011).

Το όφελος της χημειοθεραπείας, ειδικά όσον αφορά τον καρκίνο του παχέος εντέρου, είναι λιγότερο σαφές. Παρ' όλα αυτά, η χημειοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη της υποτροπής της νόσου αλλά και για τη μείωση της πιθανότητας διασποράς της νόσου στο ήπαρ. Στα χημειοθεραπευτικά σχήματα που εφαρμόζονται για τη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου/ορθού, μπορούν επίσης να συμπεριληφθούν η ιρινοτεκάνη ή οξαλιπλατίνη (Lemone, Burke, 2011).

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του παχέος εντέρου χρησιμοποιείται τόσο στη γενικευμένη νόσο όσο και ως συμπληρωματική χημειοθεραπεία μετά την επέμβαση. Έχουν δοκιμασθεί όλα τα κυκλοφορούντα κυτταροστατικά, καθώς και πολλά από αυτά που βρίσκονται στο στάδιο της μελέτης. Λίγα παρουσίασαν ανταπόκριση και αυτή δεν ήταν μεγάλη. Η μεγάλη ωστόσο συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου οδήγησε τις κλινικές προσπάθειες και μελέτες σε όλα τα είδη θεραπευτικών προσπαθειών (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).

Μονοθεραπεία

Το συμπέρασμα των μέχρι σήμερα μελετών είναι ότι η μεγαλύτερη δόση πετυχαίνει καλύτερα αποτελέσματα, αλλά έχει μεγαλύτερη τοξικότητα. Η 5-Fu (φθοριοπυριμιδίνες – 5Fluorouracil), που χρησιμοποιήθηκε στην πλειονότητα των περιπτώσεων, χορηγήθηκε με όλους τους δυνατούς τρόπους χορηγίσεως. Η ανταπόκριση στο σύνολο όλων αυτών των προσπαθειών ήταν ουσιαστικά 12-15%. Η επιβίωση δεν μεταβλήθηκε σε σχέση με αυτούς που δεν υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία. Δημιουργήθηκε έτσι η εντύπωση ότι η χημειοθεραπεία ελάχιστα ή μηδαμινά προσφέρει στον καρκίνο του παχέος εντέρου (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).

Θεραπεία με συνδυασμούς κυτταροστατικών

Παράλληλα με τη μονοθεραπεία, αρχίζουν και οι μελέτες συνδυασμών κυτταροστατικών, πάντα με βάση την 5-Fu. Χρησιμοποιήθηκαν και πιο επιθετικοί συνδυασμοί. Στον συνδυασμό αυτόν, προστέθηκε Sreptozotocin. Η ανταπόκριση παρουσίασε πτωχή βελτίωση ποσοστών και έφθασε το 20-30%. Παρουσιάστηκε ωστόσο οξύ πρόβλημα αυξήσεως της τοξικότητας ανάλογα με την επιθετικότητα του συνδυασμού. Τα πτωχά αποτελέσματα και η αύξηση της τοξικότητας, ενίσχυσαν την εντύπωση ότι η χημειοθεραπεία ελάχιστα προσφέρει στον καρκίνο του παχέως εντέρου (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).

Ενδοηπατική έγχυση κυτταροστατικών

Η μέθοδος αυτή έδωσε τα πρώτα θετικά αποτελέσματα και προκάλεσε μεγάλο ενθουσιασμό προ δεκαετίας. Η ανταπόκριση, όσον αφορά στις ηπατικές μεταστάσεις και η επιβίωση βελτιώθηκαν σημαντικά. Ο ενθουσιασμός στη συνέχεια περιορίστηκε, γιατί σε συγκριτικές μελέτες δεν έδειξε ότι μεταβάλλει σημαντικά την επιβίωση και δεν αντιμετωπίζονται εξωηπατικές εντοπίσεις, ενώ υπάρχει σοβαρό ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών και επιπλοκών. Το πρόβλημα βρίσκεται στη φυσική ιστορία του καρκίνου του παχέως εντέρου, στην επιλογή των ασθενών στις διάφορες μελέτες και, το βασικότερο, η μέθοδος αυτή περιορίζει περαιτέρω χρήση συστηματικής χημειοθεραπείας λόγω μεγάλου κινδύνου ηπατοτοξικότητας. Η μέθοδος άρχισε να βρίσκει το δρόμο της πρόσφατα, όταν σε μεγάλη σειρά ασθενών, στους οποίους εφαρμόστηκε ως συμπληρωματική χημειοθεραπεία, με αποτέλεσμα στατιστικώς σημαντικό σε σχέση με την επιμήκυνση της επιβιώσεως. Τα αποτελέσματα δεν έχουν ακόμη επιβεβαιωθεί (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).

Ανοσοθεραπεία

Πρωτοχρησιμοποιήθηκε το 1893, όταν ο Cooley δοκίμασε υλικό ερυσιπέλατος. Η ανοσοθεραπεία του καρκίνου του παχέως εντέρου δεν έχει δώσει μέχρι στιγμής θετικά αποτελέσματα, αλλά οι μελέτες συνεχίζονται (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).

11.1 Συμπληρωματική χημειοθεραπεία

Πρόσφατα, ανακοινώθηκε η αξία της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας στον καρκίνο του παχέος εντέρου, για την οποία μέχρι σήμερα επικρατούσε η αντίληψη ότι δεν έχει θέση. Πρόσφατη ανασκόπηση του θέματος στις Ηνωμένες Πολιτείες ανακίνησε το θέμα. Η συμπληρωματική χημειοθεραπεία δεν απέδιδε μέχρι σήμερα, λόγω του είδους της (συνήθως μονοθεραπεία με μικρές δόσεις, σύντομο συνολικά διάστημα θεραπείας) (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης,2010).

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου βρίσκεται σε περίοδο εξέλιξης. Αναμένονται αποτελέσματα βελτίωσης της θεραπείας, τόσο στον τομέα της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας όσο και στον τομέα των προσπαθειών για τη βελτίωση των χημειοθεραπευτικών συνδυασμών φαρμάκων. Όλες αυτές οι προσπάθειες, μαζί με τη βελτίωση των διαγνωστικών τεχνικών, της χειρουργικής αντιμετώπισης και της ακτινοθεραπείας θα βελτιώσουν το σύνολο των αποτελεσμάτων (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης,2010).

12. Νέο επικουρική Θεραπεία

Ο όρος νέο- επικουρική θεραπεία χρησιμοποιείται για να ορίσει την θεραπεία η οποία γίνεται πριν την χειρουργική αφαίρεση ενός όγκου με κύριο στόχο (αλλά όχι μοναδικό) την μετατροπή ενός ανεγχείρητου ή οριακά χειρουργήσιμου νεοπλάσματος σε χειρουργήσιμο, καθώς και την μετατροπή μιας χειρουργικής εκτομής σε λιγότερο ακρωτηριαστική. Άλλοι όροι οι οποίοι χρησιμοποιούνται για τον ίδιο σκοπό είναι οι όροι εισαγωγική θεραπεία και προεγχειρητική θεραπεία. Η προεγχειρητική θεραπεία δυνατόν να συνίσταται από την χορήγηση ακτινοθεραπεία μόνης, χημειοθεραπεία μόνης, συνδυασμού των δύο αυτών μεθόδων. Στο καρκίνωμα του παχέος εντέρου η χορήγηση νέο-επικουρικής χημειοθεραπείας έχει δοκιμαστεί κυρίως στο καρκίνωμα του παχέος εντέρου (Ζουμπλιός,2012).

13. Διασπορά – Μετάσταση της Νόσου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται με τους παρακάτω τρόπους:

- Κατά συνέχεια ιστών. Η ανάπτυξη του καρκίνου αρχίζει πάντοτε από τον βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Στη συνέχεια διηθείται ο υποβλεννογόνιος, ο μυϊκός χιτώνας, τοπικοί λεμφαδένες και ο ορογόνος με το περιτολικό λίπος. Διαδοχικά μπορεί να προσβληθούν γειτονικά όργανα και το κοιλιακό τοίχωμα (Αρχαύλης,2012).
- Με τη λεμφική οδό. Αποτελεί τη συνηθέστερη οδό επέκτασης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει μόνο το εντερικό τοίχωμα, το ποσοστό διήθησης των επιχώριων λεμφαδένων ανέρχεται σε 30-50%. Όταν όμως ξεπεράσει το τοίχωμα του εντέρου, τότε η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων φθάνει στο 60-80%. Μετά τους επικολικούς λεμφαδένες διηθούνται οι παρακολικοί, οι ενδιάμεσοι και τέλος οι τελικοί ή προαορτικοί. Η διήθηση των λεμφαδένων δεν έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου. Επίσης, είναι δυνατό να βρεθούν διηθημένοι λεμφαδένες σε κάποια απόσταση από τον πρωτοπαθή όγκο, ενώ ενδιάμεσα να μην υπάρχουν προσβεβλημένοι λεμφαδένες (Αρχαύλης,2012).
- Με την αιματική οδό. Μικροέμβολα καρκινικών κυττάρων μεθίστανται με τις φλέβες του μεσοκόλου και ακολούθως με την πυλαία φλέβα στο ήπαρ σε ποσοστό 10-20%. Επίσης δια των σπονδυλικών και των οσφυϊκών φλεβών δύναται να προκληθούν μεταστάσεις στον πνεύμονα και τα οστά (Αρχαύλης,2012).
- Με ενδοπεριτοναϊκή διασπορά. Στην περίπτωση επέκτασης του καρκίνου στον ορογόνο χιτώνα του εντέρου είναι δυνατό καρκινικά κύτταρα να αποπέσουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα, να εμφυτευθούν στην ορθοκυστική ή στην ορθομητρική πτυχή του περιτοναίου (Αρχαύλης,2012).
- Με ενδοαυλική διασπορά. Δια του αυλού του εντέρου είναι δυνατόν να γίνουν εμφυτεύσεις καρκινικών κυττάρων σε κεντρικότερα ή περιφερικότερα τμήματα του παχέος εντέρου. Αυτό είναι αποτέλεσμα κακών χειρισμών επί του όγκου προεγχειρητικά ή και διεγχειρητικά (Αρχαύλης, 2012).

13.1 Μεταστάσεις

Γίνονται και με τους τρεις τρόπους, δηλαδή λεμφογενώς στους επιχώριους λεμφαδένες, αιματογενώς με την πυλαία φλέβα στο ήπαρ και κατά συνέχεια ιστού που αποτελεί και την προσφιλή οδό (Αναγνωστοπούλου, 2009).

13.2 Χειρουργική της Μεταστατικής Νόσου

Ηπατικές μεταστάσεις: Αν διαπιστωθεί ύπαρξη ηπατικής μετάστασης κατά την αρχική επέμβαση για την πρωτογενή εστία, συνιστάται εξαίρεση εάν η εκτομή είναι δυνατή με μικρής έκτασης περιφερική ηπατεκτομή. Σε διαφορετική περίπτωση οι περισσότεροι συγγραφείς συνιστούν επανεπέμβαση μετά από 4-6 εβδομάδες. Η χειρουργική εκτομή είναι η μοναδική θεραπεία για ηπατικές μεταστάσεις που θα εμφανιστούν αργότερα. Σήμερα επιτυγχάνεται 5ετής και ελεύθερη νόσου επιβίωση στο 25 – 30% των ασθενών με ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία. Στις περισσότερες περιπτώσεις η σφηνοειδής εκτομή του ηπατικού παρεγχύματος σε έκταση 2 cm από τη μεταστατική εστία είναι αρκετή. Αν η εκτομή αυτή δεν επαρκεί πιθανόν να χρειαστεί ανατομική λοβεκτομή (Μπονάτσος και συν, 2011).

Πνευμονικές μεταστάσεις: Συνήθως αποτελούν εκδήλωση γενικευμένης καρκινώματος, οπότε η χειρουργική εξαίρεση δεν έχει νόημα. Στις περιπτώσεις μεμονωμένων πνευμονικών μεταστάσεων, η χειρουργική εκτομή επιτυγχάνει 5ετή επιβίωση στο 20% των ασθενών (Μπονάτσος και συν, 2011).

Τοπική υποτροπή στο καρκίνο του ορθού: Η πλειοψηφία των ασθενών που προσέρχονται με τοπική υποτροπή έχουν διασπορά της νόσου σε όλη την πύελο που πολλές φορές συνδυάζεται με απομακρυσμένες μεταστάσεις. Αν η αρχική θεραπεία ήταν απλή τοπική εκτομή, καυτηρίαση ή ακτινοβολία του νεοπλάσματος υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να επιτευχθούν καλά αποτελέσματα με ριζική εκτομή (χαμηλή πρόσθια ή κοιλιοπερινεϊκή εκτομή). Αν η αρχική παρέμβαση αφορούσε θεραπευτική εκτομή, οι περιπτώσεις που η επανεπέμβαση είναι εφικτή και αποτελεσματική είναι εξαιρετικά σπάνιες. Στις περιπτώσεις εντοπισμένων ενδοπυελικών μεταστάσεων πρέπει να επιχειρείται εκτομή που θα συνοδεύεται με ακτινοθεραπεία (Μπονάτσος και συν, 2011).

14. Προληπτικός Έλεγχος

Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία συνιστά την ετήσια δακτυλική εξέταση του ορθού, αρχής γενομένης από την ηλικία των 40 ετών, σε συνδυασμό με την εξέταση των κοπράνων για λανθάνουσα απώλεια αίματος, αρχίζοντας από την ηλικία των 50 ετών. Επειδή στον καρκίνο του παχέος εντέρου /ορθού η αιμορραγία μπορεί να είναι διαλείπουσα, συνήθως απαιτείται η συλλογή πολλαπλών δειγμάτων κοπράνων μέσα σε διάστημα αρκετών ημερών για την ανίχνευση τυχόν λανθάνουσας απώλειας αίματος. Δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά την υπόδειξη για περιοδικό (ανά 3-5 έτη) έλεγχο με σιγμοειδοσκόπηση ή κολονοσκόπηση με εύκαμπτο ενδοσκόπιο όλων των ατόμων ηλικίας άνω των 50 ετών (Lemone&Burke, 2011).

Τα προληπτικά μέτρα περιλαμβάνουν δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες και χαμηλή σε κόκκινο κρέας και ζωικά λίπη. Τα θρεπτικά συστατικά τα οποία συνήθως προστατεύουν από την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου είναι φυτικές ίνες, το ασβέστιο, το σελήνιο και η βιταμίνη C. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, όπως η ασπιρίνη ή η σουλινδάκη μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο του παχέος εντέρου (Dewit, 2009).



Εικόνα 11. Διαδικασία κολονοσκόπησης

Η πραγματοποίηση προσυμπληρωματικού ελέγχου πρέπει να ξεκινά στην ηλικία των 50 ετών με ετήσια πραγματοποίηση εξέτασης κοπράνων για παρουσία αίματος. Το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πραγματοποίηση

ενδοσκόπησης ή μπορεί να γίνει εξέταση με διπλή σκιαγράφιση βαριούχου υποκλυσμού. Οι δύο παραπάνω εξετάσεις πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε 5 χρόνια. Για τα άτομα που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου (οικογενειακό ιστορικό, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου ή εντερικοί πολύποδες) πρέπει να πραγματοποιείται κολονοσκόπηση τουλάχιστον κάθε 10 έτη (Dewit, 2009).

Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν την παρουσία κόκκινου αίματος στα κόπρανα, μαύρα ογκώδη κόπρανα, μεταβολή στο μέγεθος και στο σχήμα των κοπράνων, κοιλιακή διάταση χωρίς αύξηση του βάρους, αίσθημα ανεπαρκούς κένωσης του εντέρου και αναιμία η οποία οφείλεται σε αιμορραγία του εντέρου. Επίσης, είναι συχνά ο κοιλιακός πόνος και το αίσθημα πίεσης στην κατώτερη κοιλιακή χώρα ή στο ορθό. Η δακτυλική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει μάζα στον πρωκτό. Όγκοι στο ορθό ή στο κατώτερο σιγμοειδές μπορούν να αποκαλυφθούν με πρωκτοσιγμοειδοσκόπηση (Dewit, 2009).

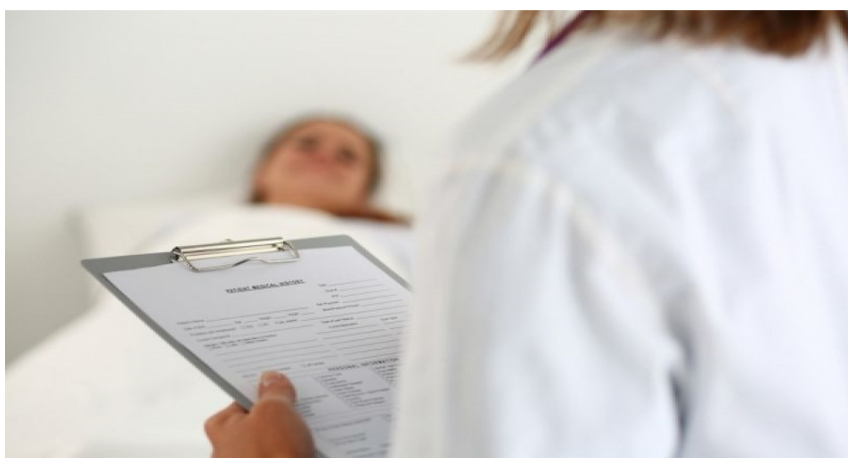
Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια πολύ σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στις δυτικού τύπου κοινωνίες, όπως η χώρα μας, με το πρόβλημα να καθίσταται ολοένα και μεγαλύτερο. Η επιτήρηση του γενικού πληθυσμού και των ειδικών ομάδων αυξημένου κινδύνου, συμβάλλει αποφασιστικά στην πρόληψη της νόσου και στην μείωση του κόστους (Πετρίδης, 2011).

II ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Νοσηλευτική Εκτίμηση του Αρρώστου

1.1 Λήψη ιστορικού

Κατά τη διάρκεια αυτής της αρχικής φάσης της νοσηλευτικής διαδικασίας συλλέγονται τα ακόλουθα σημαντικά δεδομένα που αφορούν τον ασθενή.



Εικόνα 12. Λήψη Ιστορικού

- Ιστορικό της νόσου, συμπεριλαμβανομένων των σημείων και των συμπτωμάτων που τον οδήγησαν στην αναζήτηση φροντίδας υγείας
- Άλλες συνυπάρχουσες νόσοι, όπως σακχαρώδης διαβήτης
- Τρέχοντα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα που είναι αποτέλεσμα του καρκίνου, όπως πόνος ή κατάθλιψη
- Κατανόηση του θεραπευτικού σχεδίου
- Προσδοκίες από το θεραπευτικό σχέδιο
- Λειτουργικοί περιορισμοί λόγω της ασθένειας ή της θεραπείας
- Επιπτώσεις της νόσου στον τρόπο ζωής
- Αξιόπιστα συστήματα υποστήριξης ή άτομα που ασχολούνται με τη φροντίδα του ασθενούς

- Στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος, και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτών (Lemone & Burke, 2011).

1.2 Φυσική Εξέταση

Από τη στιγμή που ο ασθενής θα εισαχθεί στο νοσοκομείο θα γίνει μια πλήρης φυσική εξέταση, έτσι ώστε να καταγράφουν τα αρχικά ευρήματα, τα οποία και θα αποτελέσουν τη βάση έναντι της οποίας θα αξιολογηθούν ενδεχόμενες μεταβολές που θα παρατηρηθούν αργότερα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να καταγραφεί η κατάσταση της θρέψης του ασθενούς χρησιμοποιώντας ανθρωπομετρικές μετρήσεις (π.χ. σωματότυπος, ύψος, βάρος, αναλογία λίπους, μυϊκή μάζα), αξιολογηθούν τα εργαστηριακά δεδομένα και να καταγραφούν οποιαδήποτε ειδικά σημεία και συμπτώματα. Είναι επίσης σημαντικό να αξιολογηθεί η κατάσταση ενυδάτωσης του ασθενούς, ιδιαίτερα όταν δυσκολεύεται να προσλάβει τροφή και υγρά ή όταν παρουσιάζει εμέτους (Lemone & Burke, 2011).

2. Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Ο νοσηλευτής κατά την προεγχειρητική φροντίδα θα πρέπει να εφαρμόσει τη συνήθη προεγχειρητική φροντίδα για τον χειρουργικό ασθενή. Συγκεκριμένα ο νοσηλευτής που έχει εξειδικευθεί στις στομίες έχει την εμπειρία για την αναγνώριση και την επισήμανση της σωστής θέσης για τη δημιουργία της στομίας, λαμβανομένων υπόψη διαφόρων παραμέτρων (όπως το ύψος της στομίας, οι δερματικές πτυχές και οι ενδυματολογικές προτιμήσεις του ασθενούς). Η αρχική εκπαίδευση για τη φροντίδα της στομίας γίνεται επίσης από τον νοσηλευτή που έχει εξειδικευθεί στις στομίες, κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου (Priscilla & Karen, 2009).

Συνακόλουθα, είναι αναγκαίο να τοποθετηθεί ένας ρινογαστρικός σωλήνας (Levin), εάν έχει δοθεί τέτοια οδηγία. Αν και ο ρινογαστρικός σωλήνας τοποθετείται στην αίθουσα χειρουργείου, ακριβώς πριν από τη χειρουργική επέμβαση, εντούτοις μπορεί να τοποθετηθεί προεγχειρητικά, με σκοπό την απομάκρυνση των γαστρικών εκκρίσεων και την κένωση του στομάχου από το περιεχόμενο του. Ακόμη, σύμφωνα με τις οδηγίες κρίνεται απαραίτητο ο νοσηλευτής να εκτελέσει κάποιες διαδικασίες

προετοιμασίας του εντέρου. Χορηγούνται δηλαδή αντιβιοτικά από το στόμα ή παρεντερικά. Τέλος, μπορεί να γίνουν υποκλυσμοί ή να χορηγηθούν καθαρκτικά, με αποτέλεσμα τον καθαρισμό του εντέρου, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος επιμόλυνσης της περιτοναϊκής κοιλότητας από το εντερικό περιεχόμενο κατά τη διάρκεια της επέμβασης (Priscilla & Karen, 2009).

Πριν από την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης στο παχύ έντερο, πρέπει να γίνονται προσπάθειες για την απομάκρυνση όσο το δυνατό μεγαλύτερης ποσότητας κοπρανώδους περιεχομένου από το κόλον. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, ο ασθενής τοποθετείται σε δίαιτα με μικρό υπόλειμμα για τις τελευταίες 7 με 10 ημέρες πριν από την επέμβαση. Τις τελευταίες 12 με 72 ώρες πριν από την επέμβαση, η δίαιτα τροποποιείται σε υδρική. Βιταμίνες και μέταλλα μπορεί να χορηγούνται συμπληρωματικά κατά τη διάρκεια εφαρμογής αυτής της περιοριστικής δίαιτας. Μπορεί να χορηγηθούν προφυλακτικά αντιβιοτικά για την αποφυγή λοίμωξης στο σημείο της εγχείρησης (Dewit, 2009).

Εκτός από την διαιτητική προετοιμασία, πρέπει να χορηγούνται υπακτικά και να πραγματοποιούνται υποκλυσμοί προκειμένου να καθαριστεί το κατώτερο έντερο όσο το δυνατόν καλύτερα. Το περιεχόμενο του στομάχου απομακρύνεται με την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και με τη σύνδεσή του σε αναρρόφηση το πρωί πριν από την επέμβαση. Αν είναι απαραίτητη η απομάκρυνση και του περιεχομένου του λεπτού εντέρου εισάγεται ειδικός σωλήνας ο οποίος διέρχεται διαμέσου του στομάχου στο δωδεκαδάκτυλο. Ο σωλήνας αυτός καλείται σωλήνας Miller Abbott, συνδέεται στην αναρρόφηση και απαιτείται η ίδια φροντίδα με εκείνη του ρινογαστρικού σωλήνα. Ο σωλήνας αυτός συνήθως παραμένει στη θέση του μετεγχειρητικά προκειμένου να παροχετεύεται η βλέννη και ο αέρας τα οποία μπορεί να προκαλέσουν διάταση και τάση στη συρραφή (Dewit, 2009).

Η προεγχειρητική θεραπεία περιλαμβάνει ανάπαυση, υπονατριούχο ή υποχοληστερινούχο δίαιτα, δακτυλίτιδα σε καρδιακή ανεπάρκεια και συνεχή χορήγηση υγρών (Σαχίνη & Πάνου, 2010).

Η εκπαίδευση του ασθενούς περιλαμβάνει:

- Ασκήσεις διαφραγματικής αναπνοής και βήχα με σκοπό την έκπτυξη των πνευμόνων, την βελτίωση του αερισμού, την αύξηση του οξυγονωμένου αίματος και την ρευστοποίηση των εκκρίσεων.
- Ασκήσεις κάτω άκρων και αλλαγή θέσης στο κρεβάτι με σκοπό την βελτίωση της κυκλοφορίας για την πρόληψη φλεβικής στάσης και άριστης ανταλλαγής αερίων (Lemone, Burke, 2011).

2.1 Ειδική προεγχειρητική φροντίδα για επέμβαση στο έντερο

1. Προεγχειρητική ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενή. Σωστή ενημέρωση του ασθενούς προ του χειρουργείου και συζήτηση με τον υπεύθυνο νοσηλευτή, ώστε ένα μεγάλο κομμάτι του προεγχειρητικού άγχους να εξαλειφθεί. Είναι σημαντικό στην ενημέρωση να παρίσταται και ο συνοδός που θα είναι υπεύθυνος για την μετεγχειρητική φροντίδα. Επίσης πρέπει να τονιστεί η αποχή από τις καταχρήσεις του αλκοόλ και του καπνού για περισσότερες από τέσσερις (4) εβδομάδες προ της επέμβασης, ενώ ενθαρρύνεται και η προεγχειρητική άσκηση (Μαρίνης& Γρίβας,2013).

2. Προεγχειρητική προετοιμασία του εντέρου. Δεν είναι απαραίτητος ο μηχανικός καθαρισμός του εντέρου προ της επέμβασης με κάποιες αντίθετες γνώμες που υποστηρίζουν ότι στη λαπαροσκοπική προσέγγιση, ιδίως σε μικρούς όγκους που ίσως απαιτούν διεγχειρητική ενδοσκόπηση, η μηχανική προετοιμασία είναι απαραίτητη. Η αποφυγή του μηχανικού καθαρισμού ελαττώνει το προεγχειρητικό stress, την αφυδάτωση, τον παρατεταμένο ειλεό μετά την επέμβαση καθώς και την πιθανότητα μετεγχειρητικής διαφυγής από την αναστόμωση (Μαρίνης& Γρίβας,2013).

3. Προεγχειρητική νηστεία. Πρέπει να επιτρέπεται η κατανάλωση καθαρών υγρών μέχρι δύο ώρες πριν από το χειρουργείο, ενώ η βρώση στέρεας τροφής επιτρέπεται μέχρι και έξι ώρες πριν. Στους διαβητικούς τύπου 1 με νευροπάθεια, οι οποίοι έχουν καθυστερημένη γαστρική κένωση στα στερεά, αν λάβουν την αντιδιαβητική αγωγή τους έχουν τον ίδιο χρόνο γαστρικής κένωσης στα υγρά με τον υγιή ασθενή (Μαρίνης& Γρίβας, 2013).

4. Προαναισθητική φαρμακευτική αγωγή. Για την βελτίωση του προεγχειρητικού άγχους σημαντική θέση έχει η προεγχειρητική εκπαίδευση του ασθενή. Δεν

συνιστάται να χορηγούνται μακράς ή βραχείας διάρκειας κατασταλτικά φάρμακα πριν το χειρουργείο, διότι καθυστερείται η μετεγχειρητική ανάνηψη. Αν είναι ανάγκη, μπορεί να χορηγηθούν βραχείας δράσης ενδοφλέβια αναισθητικά φάρμακα υπό παρακολούθηση στο χώρο του χειρουργείου, προκειμένου να διευκολυνθεί η περιοχική αναισθησία (Μαρίνης & Γρίβας,2013).

5. Θρομβοπροφύλαξη. Για την προφύλαξη της εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης πρέπει να χρησιμοποιούνται ελαστικές κάλτσες διαβαθμισμένης συμπίεσης, σύστημα διαλείπουσας πνευματικής συμπίεσης και ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους (Μαρίνης & Γρίβας,2013).

6. Αντιμικροβιακή προφύλαξη και προετοιμασία του δέρματος. Όσον αφορά στην αντιμικροβιακή προφύλαξη σε προγραμματισμένες επεμβάσεις θα πρέπει να χορηγούνται ενδοφλεβίως αντιβιοτικά για αερόβια και αναερόβια μικρόβια 30-60 λεπτά πριν την τομή και επαναλαμβάνονται ανάλογα με τον χρόνο ημίσειας ζωής, εάν το χειρουργείο είναι πολύωρο. Δεν απαιτείται συστηματική χορήγηση. Ο ευπρεπισμός καλό είναι να γίνεται με εκρίζωση των τριχών και όχι με ξύρισμα. Επίσης, η αντισηψία του χειρουργικού πεδίου θα πρέπει να γίνεται με διάλυμα chlorhexidine-alcohol, αν και υπάρχει κίνδυνος για εγκαύματα από τη διαθερμία σε αυτές τις περιπτώσεις (Μαρίνης & Γρίβας,2013).

7. Αναισθησιολογικό πρωτόκολλο. Συγκεκριμένο αναισθησιολογικό πρωτόκολλο θα πρέπει να τηρείται ώστε να είναι εφικτή η γρήγορη ανάνηψη του ασθενούς. Η χρήση βραχείας δράσης φαρμάκων τόσο κατά την εισαγωγή στην αναισθησία, όσο και στη διατήρηση της φαίνεται να βοηθά στη ταχύτερη ανάνηψη του ασθενή και την αποφυγή της μετεγχειρητικής ναυτίας και εμετού (Μαρίνης & Γρίβας,2013).

2.2 Ετοιμασία πριν το χειρουργείο

- Νηστεία: τίποτα από το στόμα περίπου 6-8 ώρες για τους γνωστούς λόγους.
- Ταυτότητα: για την πρόληψη λάθους τοποθετείται ταυτότητα στο χέρι του αρρώστου με ονοματεπώνυμο και την κλινική που νοσηλεύεται, η οποία ελέγχεται στο χειρουργείο για τον ίδιο λόγο.
- Λήψη ζωτικών σημείων: η λήψη τους προηγείται ως βασικό κριτήριο της γενικής κατάστασης του αρρώστου. Σε περίπτωση προβλήματος π.χ. πυρετού,

οι νοσηλευτές αναφέρονται στον υπεύθυνο γιατρό για να ληφθεί ανάλογη απόφαση.

- Φακοί επαφής- γυαλιά: φακοί ή γυαλιά αφαιρούνται γιατί μπορεί να σπάσουν και να τραυματίσουν τον άρρωστο αλλά και για τον εύκολο έλεγχο της κόρης του ματιού κυρίως κατά τη νάρκωση.
- Αφαίρεση κοσμημάτων και οδοντοστοιχίας: αφαιρούνται και παραδίδονται στους οικείους για να μη χαθούν, διαφορετικά καταγράφονται, υπογράφει ο άρρωστος και παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη.
- Νύχια – χείλη: βαμμένα νύχια και χείλη καθαρίζονται, διότι κατά την εγχείρηση γίνεται έλεγχος από τα σημεία αυτά για την καλή ή κακή οξυγόνωση του αρρώστου. Η κυάνωση των νυχιών και των χειλιών είναι κριτήριο κακής οξυγόνωσης. Ενημερώστε την άρρωστη για την αφαίρεσή τους για να μην αισθανθεί δυσάρεστα (Αθανάτου,2010).
- Κένωση κύστεως: πριν την επέμβαση ο άρρωστος πρέπει να ουρήσει. Αν για κάποιο λόγο δεν μπορεί, συμβουλευτείτε το γιατρό μήπως θα πρέπει να γίνει καθετηριασμός κύστεως. Διότι μπορεί να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι λόγω μυϊκής χάλασης από τη νάρκωση ή να τρωθεί κατά την επέμβαση λόγω διάτασης.
- Προνάρκωση: ο τρόπος της διαφέρει στα διάφορα νοσοκομεία και τις κλινικές. Μπορεί να γίνει στο χειρουργείο, ή στο τμήμα 30' – 1 ώρα πριν φύγει ο άρρωστος από το χειρουργείο.
- Προεγχειρητικό δελτίο. Ο υπεύθυνος νοσηλευτής ή νοσηλεύτρια του τμήματος που ετοιμάζει τον άρρωστο για το χειρουργείο συμπληρώνει όλα τα στοιχεία στο προεγχειρητικό δελτίο. Συγχρόνως γίνεται έλεγχος αν έγιναν όλα όσα αφορούν την προετοιμασία του αρρώστου. Το συμπληρωμένο προεγχειρητικό δελτίο, το ατομικό βιβλιάριο, ο φάκελος ιστορικού και τα φάρμακα – αν έχει- τον συνοδεύουν στο χειρουργείο..
- Ειδική στολή χειρουργείου: αντικαθίστανται τα ενδύματα και τα εσώρουχά του συνήθως με χειρουργικό πουκάμισο, κάλυμμα κεφαλής ή και ποδονάρια- ανάλογα με την επέμβαση- για λόγους καθαριότητας και διευκόλυνσης των χειρουργών στην επέμβαση. Η ετοιμασία γίνεται στο κρεβάτι ή στο φορείο.
- Μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο: η μεταφορά του από το τμήμα στο χειρουργείο γίνεται από προσωπικό και φορείο του χειρουργείου σε ρυθμισμένη ώρα.

- Υποδοχή του αρρώστου στο χειρουργείο: η στιγμή αυτή είναι σημαντική για τον άρρωστο. Είναι ανήσυχος και επηρεασμένος ψυχολογικά για την επέμβαση. Οι νοσηλευτές τον υποδέχονται με καλοσύνη και ευγένεια, του μιλούν με το όνομά του, εξηγούν τυχόν απορίες, τον ενημερώνουν για το χώρο που βρίσκεται, την ώρα περίπου που θα τον πάρουν στην αίθουσα του χειρουργείου και ό,τι σχετικό κρίνεται απαραίτητο. Συγχρόνως ελέγχεται η ταυτότητά του, το προεγχειρητικό δελτίο, τα ζωτικά σημεία και η γενική του κατάσταση (Αθανάτου, 2010).

2.3 Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς που Υποβάλλεται σε Χειρουργική Επέμβαση στο Έντερο

Προεγχειρητική νοσηλευτική εκτίμηση και παρεμβάσεις:

Κάθε χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται από κάποια μορφή συγκινησιακής αντίδρασης του αρρώστου, έκδηλη ή όχι, φυσιολογική ή παθολογική. Οι συγκινησιακές αντιδράσεις μπορεί να επηρεάσουν τη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου, γι' αυτό είναι απαραίτητο να αναγνωρίζονται στην προεγχειρητική περίοδο (Σαχίνη & Πάνου, 2010).

Οι προεγχειρητικοί φόβοι που μπορεί να βιώνει ο άρρωστος είναι:

- Φόβος της νάρκωσης
- Φόβος του άγνωστου
- Φόβος αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου (κολοστομία)
- Φόβος αποχωρισμού από τα οικεία υποστηρικτικά συστήματα και από προηγούμενες δραστηριότητες (Σαχίνη & Πάνου, 2010).

3. Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα ξεκινά με την μεταφορά του ασθενούς από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης. Εκεί ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του ασθενούς καθώς και την περιοχή της χειρουργικής τομής για να μπορέσει να προσδιορίσει την αντίδραση του ασθενούς στην χειρουργική επέμβαση. Καταγράφεται ο αριθμός των αναπνοών, το χρώμα του δέρματος καθώς και η θερμοκρασία και αν έχει τάση για έμετο/ναυτία γιατί προκαλείται πίεση στη συρραφή

του τραύματος. Επίσης, ο νοσηλευτής εκτιμά συχνά τη διανοητική λειτουργία και το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς, γιατί ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί συνεχή προσανατολισμό ως προς το χώρο και το χρόνο και τα πρόσωπα (Lemone, Burke, 2011).

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φθάνει μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο και την πλήρη αποκατάστασή του. Είναι μια περίοδος παρακολούθησης και φροντίδας που έχει σκοπό:

- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
- Την διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του.
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Την πρόληψη κατακλίσεων ή παραμορφώσεων.
- Τη βοήθεια να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του (Αθανάτου, 2010).

Επιπλέον,

1. Υγρά κρυσταλλοειδή. Όχι πρόσθετη χορήγηση ηλεκτρολυτών καλίου, νατρίου το πρώτο 24ωρο.
2. Όχι αντιβιοτικά επί εκλεκτικών επεμβάσεων. Σε επείγουσες επεμβάσεις και σε περιπτώσεις περιτονίτιδας χορηγούνται μία αμινογλυκοσίδη, μία κεφαλοσπορίνη 3^{ης} γενιάς και κλινταμυκίνη ή μετρονιδαζόλη για τα αναερόβια μικρόβια.
3. Ο ρινογαστρικός σωλήνας κλείνεται μετά το πρώτο 24ωρο για 2-3 ώρες. Εάν ανοιχθεί και δεν αναρροφηθούν πάνω από 300 ml, αφαιρείται.
4. Σε παχύσαρκα άτομα άνω των 60 ετών χορηγείται Fraxiparine 100 IU/kg υποδορίως στην κοιλιά, άπαξ ημερησίως, αρχίζοντας 12 ώρες προεγχειρητικώς, για 5-7 ημέρες.
5. Κινητοποίηση αρρώστου το πρώτο 24ωρο (Κοσμίδης, Τριανταφυλλίδης, 2010).

3.1 Αξιολόγηση (Συλλογή Δεδομένων)

Η άμεση μετεγχειρητική φροντίδα για τον ασθενή ο οποίος υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση του εντέρου είναι ίδια με εκείνη που παρέχεται σε άλλους ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις κοιλίας. Είναι απαραίτητη η συχνή αξιολόγηση των ζωτικών σημείων, του χειρουργικού τραύματος, και της ενδοφλέβιας γραμμής. Η παροχέτευση του εντέρου πρέπει να αξιολογείται σχετικά με την ποσότητα και τα χαρακτηριστικά. Κατά τη διάρκεια της πρώιμης μετεγχειρητικής περιόδου ο ασθενής αξιολογείται για την ύπαρξη ναυτίας. Ο έμετος ασκεί πίεση στη συρραφή του τραύματος. Πρέπει να τεκμηριώνονται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα και να αξιολογείται το ισοζύγιο υγρών. Οι συνήθεις επεμβάσεις στο παχύ έντερο είναι μακράς διάρκειας. Η παρατεταμένη περίοδος αναισθησίας και η έκθεση του σώματος με τη συνοδό απώλεια υγρών καθιστά τον ασθενή επιρρεπή στην ανάπτυξη καταπληξίας (shock). Η αποβολή των ούρων πρέπει να αξιολογείται τακτικά, γιατί η μειωμένη διούρηση μπορεί να αποτελέσει σημείο καταπληξίας (Dewit,2009).

Η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση του ασθενούς μετεγχειρητικά εστιάζει στην αντίληψή του για την αλλαγή της εικόνας του σώματος, τη σημασία της αλλαγής ενός τμήματος του σώματος, τις συνήθειες και παρούσες δεξιότητες αντιμετώπισης, τη συναισθηματική του κατάσταση, το υποστηρικτικό σύστημα, τον τρόπο της ζωής του πριν την επέμβαση και την αντίληψή του για την πρόγνωση και την επίδρασή της στη ζωή του γενικότερα (Dewit,2009).

4. Επιστροφή του Αρρώστου στο τμήμα

Ο γαστρικός ή ο εντερικός σωλήνας συνδέεται με την αναρρόφηση μόλις ο ασθενής επιστρέψει στο θάλαμο. Ο ασθενής δεν πρέπει να λαμβάνει τίποτα από το στόμα για τις πρώτες 48 ώρες. Ο περισταλτισμός του εντέρου συνήθως επανέρχεται μετά το χρονικό διάστημα και ο ρινογαστρικός σωλήνας μπορεί να αφαιρεθεί. Ο ασθενής στη συνέχεια, είναι σε θέση να λάβει υγρά από το στόμα (Dewit,2009).

Η διέλευση του αέρα ή των υγρών διαμέσου του ορθού αποτελεί ένδειξη ύπαρξης περισταλτισμού. Προσεκτική παρακολούθηση του ασθενούς για σημεία επιστροφής

του περισταλισμού και τεκμηρίωσή του στο φύλλο νοσηλευτικών παρατηρήσεων (Dewit,2009).

Η ενδοφλέβια γραμμή και τα επίπεδα των ηλεκτρολυτών παρακολουθούνται πολύ προσεκτικά, καθώς ο ασθενής είναι ιδιαίτερα επιρρεπής σε διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών. Η αξιολόγηση του πόνου πρέπει να είναι συνεχής, καθώς και η αποτελεσματικότητα της αναλγησίας (Dewit,2009).

Σύμφωνα με τις οδηγίες που περιγράφονται από τον Αθανάτου (2010), επιστρέφοντας ο άρρωστος από το χειρουργείο στη νοσηλευτική μονάδα ο νοσηλευτής ενεργεί τα παρακάτω:

- Φροντίζει για τη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες κινήσεις και συγχρονισμένο βάδισμα.
- Τακτοποιεί τον άρρωστο στην κατάλληλη για κάθε περίπτωση θέση. Κακή τοποθέτηση στο κρεβάτι συντελεί στην εμφάνιση επιπλοκών. Συνήθης θέση μετά το χειρουργείο είναι η ύπτια με το κεφάλι πλάγια για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων και πνιγμού σε περίπτωση εμετού καθώς και πτώσεως της γλώσσας προς τα πίσω.
- Ελέγχει ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης, το τραύμα. Τις εξωτερικές γάζες, μήπως αιμορραγεί, τις παροχετεύσεις, συνδέσεις και λειτουργία τους, το επίπεδο συνείδησης και την κίνηση των άκρων που αφορούν τη νευρολογική κατάστασή του.
- Τον προστατεύει από ρεύματα αέρα να μη κρυώσει.
- Εκτιμά τον πόνο και τη δυσφορία και φροντίζει για την ανακούφισή του.
- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση υγρών, τον ρυθμό ροής, φροντίζει για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης. Ελέγχει το σημείο φλεβοκέντησης και αν κριθεί αναγκαίο ακινητοποιεί το χέρι προληπτικά για να μη σπάσει η φλέβα.
- Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να αλλάζει συχνά θέση για την πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα.
- Τοποθετεί στο κομοδίνο χαρτοβάμβακο, νεφροειδές καθώς και το κουδούνι για να διευκολύνεται η επικοινωνία του.

- Συμβουλευείται και διεκπεραιώνει τις ιατρικές οδηγίες και οργανώνει τη νοσηλευτική φροντίδα του 24ώρου.
- Ακούει προσεκτικά τυχόν παράπονα και ενοχλήματά του και υποστηρίζει ψυχολογικά τον άρρωστο και τους συγγενείς.
- Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και σημειώνει, ώρα επιστροφής από το χειρουργείο, ζωτικά σημεία, γενική κατάσταση, αν έχει ορό ή μετάγγιση, καθετήρα, παροχέτευση, οξυγόνο και ό, τι άλλο σχετικό (Αθανάτου,2010).

5. Ειδική Νοσηλευτική Φροντίδα Μετά την Επέμβαση

1. Φροντίδα της Στομίας

Η στομία επισκοπείται για την εικόνα ροζ ή ερυθρού χρώματος που υποδηλώνουν επαρκή παροχή αίματος. Πρέπει να έχει την εικόνα υγιούς βλεννογόνου, όπως ο φυσιολογικός βλεννογόνος του στόματος. Στη συνέχεια, η στομία συρρικνώνεται σε μέγεθος και το χρώμα της γίνεται λιγότερο έντονο.



Εικόνα 13. Φροντίδα Στομίας

Μπορεί να παρατηρηθεί μικρή αιμορραγία γύρω από τη στομία, αλλά αν η αιμορραγία γύρω από τη στομία είναι μεγαλύτερη πρέπει να αναφέρεται. Οι περισσότεροι σάκοι συλλογής είναι διαφανείς και έτσι δεν απαιτείται η αφαίρεσή τους για την αξιολόγηση του χρώματος και της ποιότητας του περιεχομένου τους. Το δέρμα γύρω από τη στομία αξιολογείται για την ύπαρξη ερεθισμού και σημείων λύσης. Μια εμφανής στιλπνότητα ή αποχρωματισμός της στομίας μπορεί να υποδηλώνει μη επαρκή ροή αίματος διαμέσου των ιστών της στομίας. Το κυανό χρώμα μπορεί να υποδηλώνει απόφραξη της αιματικής ροής (Dewit,2009).

Επίσης, η στομία παρακολουθείται για την ύπαρξη σημείων οίδηματος. Κατά την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο, η στομία μπορεί να είναι ελαφρά οιδηματώδης ή μεγαλύτερη σε σχέση με το μέγεθός της μετά την πλήρη επούλωση. Οίδημα της στομίας μπορεί να προκληθεί από την εφαρμογή ενός σάκου συλλογής ο οποίος να είναι πολύ στενός για να την περιβάλλει. Το άνοιγμα του στομίου πρέπει να είναι κατά 0,4 cm μεγαλύτερο από την περίμετρο της στομίας (Dewit,2009).

Τις 2 με 4 πρώτες ημέρες δεν εμφανίζεται αποβολή κοπράνων από την κολοστομία καθώς ο ασθενής δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα. Επίσης, ο ασθενής παρακολουθείται για σημεία λοίμωξης. Η αντιβιοτική θεραπεία συνήθως χορηγείται για λίγες ημέρες μετεγχειρητικά προκειμένου να προληφθεί η λοίμωξη. Πάνω από μια ειλεοστομία ποτέ δεν πρέπει να τοποθετούνται χειρουργικά επικαλύμματα. Σε περίπτωση που παρατηρείται μειωμένη παροχέτευση του ειλεού, η οποία συνοδεύεται από πόνο στο στομάχι, πιθανόν να υπάρξει απόφραξη. Αν η κατάσταση δεν αποκατασταθεί μπορεί να συμβεί ρήξη ή διάτρηση του εντέρου (Dewit,2009).

2. Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων

Η ακριβής καταγραφή των προσλαμβανόμενων και των αποβαλλόμενων είναι πολύ σημαντική στη φροντίδα ενός ασθενούς με στομία. Η συνολική αποβολή του κοπρανώδους υλικού μετράται κάθε 8 ώρες. Ο ασθενής με ειλεοστομία πρέπει πάντοτε να παρακολουθείται για σημεία αφυδάτωσης και διαταραχής του ισοζυγίου των υγρών. Πρέπει να είναι επαρκής για την αναπλήρωση των απωλειών με τα κόπρανα (Dewit,2009).

3. Κένωση του Σάκου και Έκπλυση της Ειλεοστομίας

Όταν ο ασθενής αρχίζει να ξανασιτίζεται, ο σάκος της ειλεοστομίας πρέπει να αδειάζει κάθε 2 με 3 ώρες και όταν είναι μισογεμάτος. Στις ειλεοστομίες συνήθως δεν γίνεται πλύση, εκτός και αν υπάρχει απόφραξη από μεγάλα υπολείμματα άπεπτων τροφών. Στην ειλεοστομία με σάκο τύπου Kock (Kock pouch), εισάγεται σωλήνας παροχέτευσης ο οποίος συνδέεται με την αναρρόφηση κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, προκειμένου να προληφθεί η διάταση και να επιτρέψει στο σάκο να επουλωθεί. Μετά από διάστημα περίπου 2 εβδομάδων, ο ασθενής διδάσκεται πώς να εισάγει τον καθετήρα για την παροχέτευση του περιεχόμενου. Καθώς ο σάκος

ωριμάζει και η χωρητικότητά του αυξάνει, ο χρόνος ανάμεσα στις παροχετεύσεις αυξάνεται (Dewit,2009).

Η κολοστομία του σιγμοειδούς συνήθως παροχετεύει σχηματισμένα κόπρανα με σχετικά περιοδικό τρόπο. Ένας καθετήρας με κωνικό άκρο συνδέεται με το σάκο, ο οποίος είναι γεμάτος με 500-1000 ml χλιαρού νερού βρύσης. Ο σάκος τοποθετείται 45 έως 50 cm πάνω από το ύψος της στομίας. Ο σάκος της κολοστομίας απομακρύνεται και συνδέεται ένας κυλινδρικός σωλήνας έκπλυσης ο οποίος καταλήγει απευθείας στη λεκάνη της τουαλέτας. Όταν η έκπλυση ολοκληρωθεί, ο σωλήνας απομακρύνεται, πραγματοποιείται φροντίδα του δέρματος και εφαρμόζεται νέος καθαρός σάκος. Αν ο ασθενής είναι αρκετά τυχερός ώστε να έχει συστηματικές κενώσεις του εντέρου, η έκπλυση δεν είναι απαραίτητη (Dewit,2009).

Ο κύριος λόγος έκπλυσης μιας κολοστομίας είναι να επιτευχθεί ένα πρότυπο κένωσης του εντέρου σε χρόνο κατάλληλο για το άτομο που φέρει τη στομία. Αν ο ασθενής προτιμά να μην πραγματοποιεί πλύσεις, μπορεί να χρησιμοποιήσει υπόθετα για τη διέγερση της κένωσης. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να φέρει σάκο συλλογής του περιεχομένου, γιατί η κένωση του εντέρου μπορεί να είναι απρόβλεπτη (Dewit,2009).

4. Φροντίδα του Δέρματος Γύρω από τη Στομία

Η περιοχή του δέρματος γύρω από τη στομία πρέπει να διατηρείται καθαρή και προστατευμένη από το κοπρανώδες περιεχόμενο το οποίο έρχεται σε επαφή στα σημεία γύρω από το άνοιγμα του σάκου συλλογής. Η παροχέτευση από μια ειλεοστομία περιέχει ένζυμα και χολικά άλατα, τα οποία είναι πολύ επιβλαβή για το δέρμα. Οι δύο βασικές αρχές οι οποίες πρέπει να τηρούνται προκειμένου να προστατευτεί το δέρμα είναι η καθαριότητα και η εφαρμογή ενός προστατευτικού φραγμού, ο οποίος εμποδίζει την επαφή ανάμεσα στο δέρμα και στο περιεχόμενο που ρέει από τη στομία. Εάν υπάρχει κατάλληλη μόνωση για την πρόληψη της επαφής κοπράνων και ούρων γύρω από τη στομία, ο ερεθισμός και η λύση του δέρματος γύρω από αυτή εμφανίζονται εξαιρετικά σπάνια (Dewit,2009).

Πιθανές αιτίες των προβλημάτων του δέρματος είναι οι αλλεργικές αντιδράσεις, οι λοιμώξεις από μύκητες και ο ερεθισμός από την πολύ συχνή αλλαγή σάκων. Όταν το δέρμα εμφανίζει ερεθισμούς παρά τις προσπάθειες προστασίας του, ο ιατρός δίνει

οδηγία για τοπική εφαρμογή φαρμακευτικών σκευασμάτων. Οι μυκητιάσεις του δέρματος είναι αρκετά συνήθεις (Dewit,2009).

5. Αλλαγή του Σάκου Συλλογής

Υπάρχουν δύο τύποι σάκων: ο προσωρινός ή μιας χρήσεως και ο μόνιμος ή πολλαπλών χρήσεων. Μπορεί να είναι ανοικτοί ή κλειστοί στο ένα άκρο τους. Ο καθένας από αυτούς εφαρμόζει σταθερά στο δέρμα γύρω από τη στομία. Ο νέος σάκος πρέπει να εφαρμόζει στο μέγεθος της στομίας και οι διαστάσεις του πρέπει να είναι κατά 0,25 cm μεγαλύτερος από τις διαστάσεις της στομίας. Η εφαρμογή του δεν πρέπει να είναι σφιχτή ώστε να αποφράσσει τη στομία, αλλά να είναι αρκετά σταθερή ώστε το δέρμα να μην εκτίθεται στο παροχετευμένο υλικό (Dewit,2009).

6. Ψυχοκοινωνικά Ζητήματα

Η στάση του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή, τη στομία και τη φροντίδα της έχει άμεση επίδραση στη στάση που θα αναπτύξει ο ασθενής για την αλλαγή της εικόνας του σώματός του και την αυτοφροντίδα. Η απομάκρυνση των κοπράνων δεν είναι ευχάριστη νοσηλευτική παρέμβαση, αλλά η αντίδραση στην εικόνα και στην οσμή είναι κάτι το οποίο μπορεί να ελεγχθεί. Στην πραγματικότητα πρέπει να πραγματοποιείται προσεκτική και υπομονετική φροντίδα της στομίας, των εκκρίσεων και της αντικατάστασης του συλλέκτη. Είναι πολύ βασική η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης νοσηλευτή- ασθενούς προκειμένου να βοηθηθεί ο ασθενής όσον αφορά στις ψυχοκοινωνικές του ανησυχίες. Μόνο τότε ο ασθενής θα μπορέσει να ανταποκριθεί στην ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων του (Dewit,2009).

Ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται από τον νοσηλευτή ζεστά και με στάση αποδοχής. Πρέπει να του δίδεται η δυνατότητα να εκφράσει τις ανησυχίες του σχετικά με τα σωματικά, σεξουαλικά και κοινωνικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν εξαιτίας της στομίας. Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει και συνεργάζεται με τον ασθενή για την αναγνώριση των απαραίτητων αλλαγών στον τρόπο ζωής και συνιστά ρεαλιστικές εναλλακτικές λύσεις. Οι ανησυχίες του ασθενούς πρέπει να συζητούνται πρακτικά και ο/η σύντροφός του πρέπει να συμμετέχει στη συζήτηση. Αν ο ασθενής συνεχίσει να είναι καταθλιπτικός ή δεν μπορεί να αποδεχθεί την αλλαγή της εικόνας του σώματός του, ο νοσηλευτής πρέπει να πραγματοποιήσει παραπομπή για εξειδικευμένη συμβουλευτική (Dewit,2009).

7. Εκπαίδευση Ασθενούς

Ο νοσηλευτής διδάσκει με ποιο τρόπο ελέγχεται η κακοσμία. Η καλή βασική υγιεινή είναι πολύ σημαντική. Προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι οσμές ένα άλλο μέτρο είναι ο αποκλεισμός από τη διατροφή τροφών που είναι γνωστό ότι προκαλούν οσμές και αέρια. Η γρήγορη λήψη και η μη καλή μάσηση της τροφής μπορεί επίσης να προκαλέσει αέρια. Ο αέρας ο οποίος εισέρχεται από τη στομία στο σάκο συλλογής θα παραμείνει εκεί μέχρι αυτός να ανοιχτεί και να απελευθερωθεί. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί ανοίγοντας το κατώτερο άκρο του σάκου και πιέζοντας ελαφρά τις πλευρές για να απομακρυνθεί ο αέρας. Οι σύγχρονοι σάκοι περιέχουν βαλβίδα η οποία επιτρέπει την έξοδο του αέρα. Οι σάκοι πολλαπλών χρήσεων πλένονται με σαπούνι και νερό και ξαναπλένονται με κρύο διάλυμα ξυδιού. Ο ασθενής με κολοστομία σταδιακά επανέρχεται στη φυσιολογική διαίτα. Οι διαιτητικές οδηγίες είναι πιο σημαντικές για τους ασθενείς με ειλεοστομία, η απόφραξη της οποίας είναι μάλλον συχνή (Dewit,2009).

8. Εκτίμηση των Αποτελεσμάτων της Φροντίδας

Συλλέγονται δεδομένα σχετικά με τις δραστηριότητες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να διαπιστωθεί αν έχουν επιτευχθεί οι αναμενόμενες εκβάσεις. Όταν οι εκβάσεις δεν έχουν επιτευχθεί, το σχέδιο φροντίδας πρέπει να αναθεωρείται και να επιλέγονται νέες ενέργειες για την επίτευξή τους (Dewit,2009).

5.1 Νοσηλευτικές Διαγνώσεις και Παρεμβάσεις

Κατά τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας λαμβάνονται υπόψη τόσο οι σωματικές ανάγκες του ασθενούς όσο και η συναισθηματική του απάντηση στη διάγνωση του καρκίνου. Δεδομένου ότι ο καρκίνος του παχέως εντέρου/ορθού συχνά είναι προχωρημένος τη στιγμή της διάγνωσης, η πρόγνωση, ακόμη και μετά από την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας, μπορεί να είναι πτωχή. Η άρνηση και ο θυμός είναι συνήθεις αντιδράσεις. Μπορεί να απαιτηθεί μεγάλη χειρουργική επέμβαση με πιθανότητα δημιουργίας κολοστομίας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας είναι δυνατόν να εξαντλήσουν και να απογοητεύσουν τον ασθενή (Priscilla, Karen, 2009).

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τη συναισθηματική υποστήριξη, την εκπαίδευση και την άμεση φροντίδα του ασθενούς πριν και μετά τις διαγνωστικές εξετάσεις και τη χειρουργική επέμβαση και κατά τη διάρκεια της εφαρμογής των επικουρικών μεθόδων θεραπείας. Στις κυριότερες νοσηλευτικές διαγνώσεις περιλαμβάνονται ο πόνος, οι διαταραχές θρέψης και ο προπαρασκευαστικός θρήνος του ασθενούς. Ο κίνδυνος διαταραχής της σεξουαλικής λειτουργίας να λαμβάνεται υπόψη ως σημαντική νοσηλευτική διάγνωση όταν έχει γίνει κολοστομία (Priscilla, Karen, 2009).

1. Πόνος

Ο ασθενής με καρκίνο του παχέος εντέρου/ορθού μπορεί να αισθανθεί πόνο λόγω της προετοιμασίας στην οποία υποβάλλεται, των διαγνωστικών εξετάσεων και της χειρουργικής επέμβασης. Έπειτα από κοιλιοπερινεϊκή εκτομή, είναι δυνατόν να εμφανισθεί πόνος- φάντασμα στο ορθό (δηλαδή πόνος στην περιοχή ενός οργάνου που έχει ήδη αφαιρεθεί) (Osborn et all, 2013).

Αξιολογείται ο πόνος του ασθενούς χρησιμοποιώντας την κλίμακα πόνου (0-10) για την ποσοτικοποίηση του επιπέδου του πόνου. Ο ασθενής αξιολογείται επίσης για την ύπαρξη άλλων παραγόντων που ευθύνονται για τον πόνο, όπως είναι ο φόβος, η κόπωση, ο θυμός και το άγχος. Απαραίτητη επίσης είναι και η υποστήριξη της χειρουργικής τομής με ένα μαξιλάρι και η διδασκαλία του ασθενούς να κάνει το ίδιο όταν βήχει και όταν παίρνει βαθιές αναπνοές ώστε να προληφθούν οι επιπλοκές από το αναπνευστικό. Για να ελαχιστοποιηθεί η συχνότητα και η ένταση του βήχα και κατά συνέπεια και ο πόνος χρειάζεται η διασφάλιση επαρκούς πρόσληψης υγρών. (Osborn et all, 2013).

2. Διαταραχές της Θρέψης: Πρόσληψη Μικρότερη των Αναγκών του οργανισμού

Η προετοιμασία του εντέρου για τις διαγνωστικές εξετάσεις και τη χειρουργική επέμβαση, η χειρουργική επέμβαση αυτή καθαυτή, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία εκθέτουν τον ασθενή με καρκίνο του παχέος εντέρου/ορθού στον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών της θρέψης. Μετά τη χειρουργική επέμβαση καταβάλλεται προσπάθεια για την αναπλήρωση των απωλειών και την κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε υγρά και ηλεκτρολύτες, ενδεχομένως με χορήγηση ολικής

παρεντερικής διατροφής. Για την επούλωση των τραυμάτων μετά τη χειρουργική επέμβαση απαιτείται η πρόσληψη επαρκούς ποσότητας θερμίδων και θρεπτικών ουσιών. Επιπλέον, όταν ο όγκος είναι προχωρημένος, οι μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού μπορεί να είναι αυξημένες και η όρεξη του ασθενούς μειωμένη (Priscilla, Karen, 2009).

Αξιολογείται το επίπεδο θρέψης χρησιμοποιώντας δεδομένα όπως, το ύψος και το σωματικό βάρος, την μέτρηση της πτυχής του δέρματος και το δείκτη μάζας σώματος καθώς και τα εργαστηριακά αποτελέσματα όπως για παράδειγμα οι συγκεντρώσεις λευκωματίνης ορού (Lemone, Burke, 2011).

Αυξάνεται το επίπεδο δραστηριότητας όσο είναι επιτρεπτό γιατί η δραστηριότητα συμβάλλει στη διέγερση της όρεξης. Παρέχεται περιβάλλον κατάλληλο και ξεκούραστο για φαγητό. Παρακολουθούνται οι σωλήνες σίτισης ή ενδοφλέβιας ολικής παρεντερικής σίτισης σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κάθε κλινικής, προκειμένου να προσδιορισθεί η αντοχή του συστήματος διατροφικής διανομής. Χορηγούνται επίσης κυτταροπροστατευτικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες π.χ. ethyl για να εξασφαλισθεί η άνεση και η βελτίωση της διατροφής προλαμβάνοντας τη ξηρότητα του στόματος (Osborn et al, 2013).

3. Προπαρασκευαστικός Θρήνος

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε κολεκτομή για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου/ορθού, καλείται να προσαρμοσθεί στην απώλεια ενός μείζονος οργάνου, την ίδια στιγμή που έρχεται αντιμέτωπος με τη διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή κατάσταση. Ακόμη και εάν η πρόγνωση είναι καλή, πολλά άτομα αντιλαμβάνονται τον καρκίνο ως θανατηφόρα ασθένεια. Η υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του κατά τη διάρκεια της αρχικής φάσης του θρήνου μπορεί να διευκολύνει την ανάρρωσή του και να ενισχύσει τα ψυχικά του αποθέματα, ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και τελικά να προσαρμοσθεί στη νέα πραγματικότητα (Priscilla, Karen, 2009).

4. Κίνδυνος Διαταραχής της Σεξουαλικής Λειτουργίας

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου/ορθού και η χειρουργική επέμβαση κατά την οποία δημιουργείται μια κολοστομία, αυξάνουν τον κίνδυνο διαταραχής της σεξουαλικής λειτουργίας. Η διαταραχή αυτή ορίζεται ως μεταβολή της σεξουαλικότητας τέτοια,

ώστε αυτή να θεωρείται πλέον ανεπαρκής και να παύει να προσφέρει ικανοποίηση στον ασθενή. Διάφοροι οργανικοί παράγοντες είναι δυνατόν να προκαλέσουν διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας, όπως η διατομή νεύρων και αιμοφόρων αγγείων που νευρώνουν και αιματώνουν τα γεννητικά όργανα, η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και άλλα φάρμακα που χορηγούνται μετά τη χειρουργική επέμβαση (Priscilla, Karen, 2009).

Ο ασθενής που έχει κολοστομία αισθάνεται ότι η εικόνα του σώματός του έχει αλλοιωθεί, και κατά συνέπεια μειώνεται και η αυτοεκτίμησή του. Ο ασθενής πιθανόν να αισθάνεται ότι είναι ανεπιθύμητος και φοβάται την απόρριψη. Ανησυχεί για τις δυσάρεστες οσμές και για την τυχόν διαφυγή κοπράνων από τη συσκευή της στομίας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης (Lemone & Burke, 2011).

5. Κατ' Οίκον Φροντίδα

Κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και της προεγχειρητικής περιόδου παρέχονται οδηγίες για τα ακόλουθα θέματα (Priscilla, Karen, 2009).

- Εξετάσεις που πρόκειται να γίνουν και κατάλληλη προετοιμασία, όπως περιορισμοί της διαίτας, χορήγηση υπακτικών, υποκλυσμοί και περιορισμοί στην πρόσληψη τροφής και υγρών πριν και από την επεμβατική πράξη.
- Συνιστώμενη φροντίδα μετά την επεμβατική πράξη και πιθανές παρενέργειες που πρέπει να αναφέρονται.
- Προεγχειρητική φροντίδα, όπως προετοιμασία του εντέρου και περιορισμοί στη χορήγηση τροφής και υγρών (Priscilla, Karen, 2009).

Εάν σχεδιάζεται η δημιουργία κολοστομίας, ο ασθενής παραπέμπεται σε ειδικό για τις στομίες, προκειμένου να ενημερωθεί και να εκπαιδευθεί σε θέματα σχετικά με τη στομία (Priscilla, Karen, 2009).

Όταν έχει αρχίσει η εφαρμογή της θεραπείας, να συμπεριλαμβάνονται και τα ακόλουθα θέματα στην εκπαίδευση του ασθενούς για την κατ' οίκον φροντίδα (Priscilla, Karen, 2009).

- Αντιμετώπιση του πόνου
- Φροντίδα του δέρματος και αντιμετώπιση των πιθανών παρενεργειών της ακτινοθεραπείας ή/ και της χημειοθεραπείας

- Φροντίδα της χειρουργικής τομής και της στομίας
- Συνιστώμενη διαίτα
- Προγραμματισμένες συναντήσεις για την περαιτέρω παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς (Priscilla, Karen, 2009).

Εάν ο όγκος δεν είναι εξαιρεσιμος ή εάν δεν είναι δυνατή η ίαση του ασθενούς, δίνονται πληροφορίες σχετικά με την αντιμετώπιση του πόνου και των συμπτωμάτων. Συζητήστε τη δυνατότητα συμμετοχής σε πρόγραμμα παρηγορητικής φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου. Κανονίστε για την παραπομπή του ασθενούς σε ένα τέτοιο πρόγραμμα ή σε κάποια υπηρεσία που ασχολείται με την κατ' οίκον φροντίδα (Priscilla, Karen, 2009).

6. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς με καρκίνο

Ο καρκίνος δεν είναι μόνο μια ασθένεια, αλλά μια μεγάλη ομάδα νόσων με κοινά αλλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά, ανάλογα με τη θέση εντόπισής τους. Τις περισσότερες φορές ο καρκίνος προκαλεί ποικίλα έντονα και δυσάρεστα προβλήματα λόγω της διεργασίας της νόσου ή της θεραπείας. Ως επακόλουθο, ο ασθενής με καρκίνο βιώνει μία πληθώρα συμπτωμάτων σε κάθε στάδιο της πορείας της νόσου όπου διαταράσσεται η οργανική, η συναισθηματική, η κοινωνική και η πνευματική ισορροπία της ζωής του (Τζεναλής& Βεκίλη,2013).



Εικόνα 14. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς

Η στομία είναι μία θεραπευτική παρέμβαση που οδηγεί σε μόνιμη φυσική βλάβη, παραμόρφωση και απώλεια σημαντικής λειτουργικότητας. Αυτές οι φυσικές αλλαγές

έχουν σημαντικές συνέπειες για τις συναισθηματικές και κοινωνικές σχέσεις, καθώς και τις δραστηριότητες του ασθενούς. Οι στομίες σχετίζονται με σοβαρές αλλαγές στην καθημερινότητα, πολλές παρενέργειες, δυσλειτουργίες που φέρνουν σε δύσκολη θέση τον ασθενή και απαιτούν προσαρμοστικές δεξιότητες. Μάλιστα, κάποιες φορές ο ασθενής είναι συχνά σε αμηχανία σε σχέση με την εικόνα του σώματος. Οι σεξουαλικές σχέσεις είναι συχνά πηγές άγχους, ειδικότερα όταν ο ασθενής έχει νέους συντρόφους και αυτό αφορά κυρίως στους νεότερους ασθενείς (Μουσσάς και συν, 2010).

Η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στηρίζεται κατ' αρχάς στην κατανόηση αυτή από τον θεράποντα και στη συνέχεια σε κατάλληλα στοχευμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (Μουσσάς και συν, 2010).

5.2 Μετεγχειρητικές Επιπλοκές

1. Επιλοίμωξη τραύματος
2. Ναυτία- εμετός
3. Δίψα
4. Αιμορραγία
5. Διάσπαση τραύματος και εκσπλάχνωση (Dewit,2009)

6. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και διαγνώσεις σε ασθενή που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία

Σκοπός της ακτινοθεραπείας είναι η ριζική θεραπευτική αντιμετώπιση μιας κακοήθειας ή η ενίσχυση του θεραπευτικού αποτελέσματος της χειρουργικής και τέλος η ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα της κακοήθειας. Αναλόγως, λοιπόν, τον σκοπό για τον οποίο χορηγείται, η ακτινοθεραπεία διακρίνεται στη θεραπευτική ή ριζική, στην επικουρική, στη συμπληρωματική και στην παρηγορητική ή ανακουφιστική (Κούβαρης, 2011).

1. Θεραπευτική ή ριζική ακτινοθεραπεία. Σε πολλές περιπτώσεις η ακτινοθεραπεία αναλαμβάνει το κύριο θεραπευτικό βάρος στους

ανεγχείρητους συμπαγείς όγκους είτε λόγω προχωρημένου σταδίου είτε λόγω ιατρικών αντενδείξεων π.χ καρδιακή ανεπάρκεια. Οι δόσεις που απαιτούνται είναι υψηλές, με την προϋπόθεση ότι το επιτρέπει η φυσική κατάσταση του ασθενούς (Κούβαρης,2011).

2. Επικουρική ακτινοθεραπεία. Θεωρείται εκείνη που υποβοηθά το θεραπευτικό αποτέλεσμα της χειρουργικής μειώνοντας σημαντικά την πιθανότητα υποτροπής. Εφαρμόζεται επί ενδείξεων που προκύπτουν από τα παθολογοανατομικά ευρήματα (Κούβαρης,2011).
3. Συμπληρωματική ακτινοθεραπεία. Είναι το ίδιο σημαντική με τη χειρουργική επέμβαση όσον αφορά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Εφαρμόζεται στις περιπτώσεις ατελούς εξαιρέσεως του όγκου. Η δόση της ακτινοβολίας που απαιτείται είναι υψηλή, όπως και της ριζικής ακτινοθεραπείας. Πρέπει να τονίσουμε ότι όταν η ακτινοθεραπεία συνδυάζεται με τη χειρουργική, δεν θα πρέπει να είναι και οι δύο ριζικές, διότι εξουθενώνουν τον ασθενή και δυνητικά εμφανίζουν σοβαρές επιπλοκές. Η απόφαση λοιπόν για χειρουργείο ή η επιλογή της έκτασής του πρέπει να γίνεται με πολύ σωφροσύνη, όπως βεβαίως και από πλευράς ακτινοθεραπείας η έκταση των πεδίων, η προστασία των υγιών ιστών και η επιλογή της δόσης (Κούβαρης,2011).
4. Παρηγορητική- ανακουφιστική ακτινοθεραπεία. Σκοπός της είναι η άρση των ενοχλητικών συμπτωμάτων, όπως της μητρορραγίας, της αιμόπτυσης, του άλγους από οστικές μεταστάσεις, της δυσκαταποσίας λόγω στένωσης του οισοφάγου ή της δύσπνοιας λόγω στένωσης ή απόφραξης βρόγχου κ.λ.π. Εφαρμόζεται ακόμα και αν το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μικρό, διότι εκτός από την ανακούφιση που στοχεύει και στην επίτευξη μακράς ασυμπτωματικής περιόδου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Κούβαρης,2011).

Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε οξείες και σε χρόνιες ή όψιμες παρενέργειες, ανάλογα με το χρόνο εμφάνισής τους. Οι πιο συχνές οξείες παρενέργειες είναι η κόπωση, οι αντιδράσεις του δέρματος, προβλήματα από το γαστρεντερικό σωλήνα (ναυτία, έμετος, διάρροια), η βλεννογονίτιδα στόματος (ξηροστομία) και η σεξουαλική δυσλειτουργία (Λαμβανίτη & Ζυγά,2012).

7.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία

Μετά από ομαδική προσέγγιση του ασθενή, καταβάλλεται προσπάθεια ανάπτυξης ενός θεραπευτικού προγράμματος, που εσωκλείει τις φυσικές και συναισθηματικές του ανάγκες. Κύρια ευθύνη του νοσηλευτή είναι η προστασία του αρρώστου με τη χρήση ειδικού θαλάμου, έτοιμου για την αντιμετώπιση επιπλοκών και απαλλαγμένου από την προστασία ξένων ατόμων. Ειδικότερα, ο νοσηλευτής πληροφορεί τον καρκινοπαθή για τα αίτια των τοξικών ενεργειών των κυτταροστατικών φαρμάκων και μειώνει την ανησυχία του για την εμφάνισή τους. Παράλληλα με την διενέργεια της θεραπείας, ο νοσηλευτής μεταδίδει αρχές διδασκαλίας και καθοδηγεί τον ασθενή στην αποδοχή της θεραπείας και των ανεπιθύμητων ενεργειών του. Τέλος, γίνεται γενική αξιολόγηση του ασθενή με τη λήψη ιστορικού που περιλαμβάνει πληροφορίες για τη θρέψη, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τη συναισθηματική κατάσταση και το μέχρι τώρα ιστορικό υγείας του (Lemone&Burke,2011).

Πιο αναλυτικά,

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει τη θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων- αποβαλλόμενων υγρών
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας
5. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις)
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας
10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα

11. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2010).

7.1 Ανεπιθύμητες ενέργειες από την χημειοθεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- 1. Λευκοπενία.** Η λευκοπενία προέρχεται από μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα λόγω της καταστροφικής επίδρασης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων (Lemone& Burke,2011).
- 2. Θρομβοπενία.** Η θρομβοπενία οφείλεται στη μείωση των αιμοπεταλίων του αίματος, τα οποία συμμετέχουν στην πήξη του αίματος, έτσι ώστε μικρός τραυματισμός να αιτιολογεί την αιμορραγική διάθεση του οργανισμού του καρκινοπαθούς (Lemone&Burke,2011).
- 3. Αναιμία.** Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιδρούν και στα ερυθρά αιμοσφαίρια, προκαλώντας ελάττωση του αριθμού τους, δηλαδή αναιμία (Lemone& Burke,2011).
- 4. Ναυτία και έμετος.** Η ναυτία και ο έμετος σχετίζονται με την ισχυρή φαρμακευτική δράση των κυτταροστατικών φαρμάκων και η έντασή τους εξαρτάται από την ανοχή του ασθενούς σε αυτά (Lemone&Burke,2011).
- 5. Διάρροια.** Η διάρροια αποτελεί ενδεικτικό σημείο της δράσης των χημειοθεραπευτικών και εμφανίζεται από την πρώτη ημέρα της θεραπείας (Lemone & Burke, 2011).
- 6. Στοματίτιδα- Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.** Λίγο μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας, παρατηρείται καταστροφή κυττάρων του βλεννογόνου του στόματος, με αποτέλεσμα να ατροφεί και οποιοσδήποτε μικροτραυματισμός να καταλήγει σε εξέλκωση (Lemone& Burke,2011).
- 7. Αλωπεκία.** Η πτώση των τριχών της κεφαλής είναι μια από τις πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Είναι προσωρινή, αφού μετά το τέλος της θεραπείας, αρχίζει ξανά η ανάπτυξη της τριχοφυΐας (Lemone& Burke,2011).

8. Νεφροτοξικότητα. Η νεφρική λειτουργία επηρεάζεται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, καθώς αυτά μεταβολίζονται και αποβάλλονται από τους νεφρούς , με κίνδυνο να προκαλέσουν στο πέρασμά τους βλάβη σε αυτούς (Lemone&Burke,2011).



III. Νέα ερευνητικά δεδομένα στις νοσηλευτικές διεργασίες του καρκίνου του καρκίνου του παχέος εντέρου

Στη συνέχεια της εργασίας εντάσσονται 15 επιστημονικά άρθρα που σχετίζονται με τη νόσο του καρκίνου του παχέος εντέρου. Όλα τα άρθρα έχουν συμπτυχτεί και έχουν δημιουργήσει ένα ολοκληρωμένο ενημερωτικό κείμενο σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

1. Developing and piloting a nurse-led model of follow-up in the multidisciplinary management of colorectal cancer

Summary

One of the main challenges of colorectal cancer follow-up is the detection of early disease in order to influence survival and improve outcome. Yet, the benefits of follow-up are not only related to survival. It is well documented that patients can experience an array of problems following colorectal cancer surgery which impact upon quality of life; therefore symptom management plays an important part in the overall spectrum of follow-up care. In addition, there is emerging evidence to suggest that clinical nurse specialists are well placed in the multidisciplinary team to co-ordinate such follow-up programmes. This paper reports on a pilot study designed to assess the feasibility of a follow-up programme led by nurse specialists for patients with colorectal cancer. Key outcome areas were adherence to an agreed follow-protocol, quality of life, patient and clinician satisfaction and a cost-analysis of the new model. The study was conducted over one year with 60 patients. This redesign resulted in a smoother pathway of follow-up care, improved quality of life and acceptance to both patients and clinicians alike. The introduction of a nurse-led follow-up model is expected to demonstrate cost savings over a 3 year rolling follow-up programme.

Μετάφραση

Ανάπτυξη και πειραματισμός με ένα μοντέλο ηγετικής νοσηλεύτριας για τη συνέχεια της διεπιστημονικής διαχείρισης του καρκίνου του παχέος εντέρου

Μία από τις κύριες προκλήσεις της παρακολούθησης του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η ανίχνευση της ασθένειας σε πρώιμο στάδιο, ώστε να επηρεάζει την επιβίωση και τη βελτίωση αυτής της έκβασης. Ωστόσο, τα οφέλη της παρακολούθησης δεν σχετίζονται μόνο με την επιβίωση. Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι οι ασθενείς μπορούν να δοκιμαστούν από μια σειρά από προβλήματα μετά από εγχείρηση του παχέος εντέρου που έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής. Ως εκ τούτου, στη διαχείριση των συμπτωμάτων παίζει σημαντικό ρόλο το γενικότερο φάσμα ιατρικής παρακολούθησης. Επιπλέον, υπάρχουν καινούρια στοιχεία που δείχνουν ότι οι ειδικοί κλινικοί νοσηλευτές βρίσκονται σε καλή θέση στη διεπιστημονική ομάδα για να συντονίζουν τα προγράμματα αυτά παρακολούθησης. Το έγγραφο αυτό αναφέρεται σε μια πιλοτική μελέτη που σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τη σκοπιμότητα ενός προγράμματος παρακολούθησης με επικεφαλής τους ειδικούς νοσηλευτές για ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου. Βασικοί τομείς της έκβασης ήταν η τήρηση της συμφωνηθείσας συνέχειας του πρωτόκολλου, η ποιότητα ζωής, και η κλινική ικανοποίηση του ασθενή και μια ανάλυση κόστους του νέου μοντέλου. Η μελέτη διεξήχθη σε διάστημα ενός έτους με 60 ασθενείς. Αυτός ο επανασχεδιασμός οδήγησε σε μια πιο ομαλή πορεία στην ιατρική παρακολούθηση, βελτίωση της ποιότητας ζωής και της αποδοχής και στους ασθενείς και στους κλινικούς ιατρούς επίσης. Η παρουσίαση ενός ηγετικού νοσηλευτικού μοντέλου αναμένεται να αποδείξει εξοικονόμηση του κόστους πάνω από 3 χρόνια έπειτα από συνεχή παρακολούθηση του προγράμματος.

2. Enhanced recovery for patients following colorectal surgery.

Abstract

The gastrointestinal tract consists of different organs that may become diseased and require surgery. Colorectal surgery is commonly undertaken for conditions such as colorectal cancer and diverticular disease. This article discusses some of the more common operations to increase the reader's understanding of colorectal surgery.

Enhanced recovery has been undertaken in the UK and Europe for several years. It is a way of improving the experience and wellbeing of patients following surgery by enabling faster recovery and return to normal, minimising post-operative complications such as infection, as well as reducing length of stay in hospital and readmission.

Μετάφραση

Ενισχυμένη αποκατάσταση των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση του παχέος εντέρου.

Ο γαστρεντερικός σωλήνας αποτελείται από διαφορετικά όργανα που μπορούν να νοσήσουν και να χρειαστούν χειρουργική επέμβαση. Το χειρουργείο του παχέος εντέρου πραγματοποιείται συνήθως για συνθήκες, όπως καρκίνος του παχέος εντέρου και εκκολπωματική νόσο. Αυτό το άρθρο ασχολείται με ορισμένες από τις πιο κοινές χειρουργικές επεμβάσεις για να αυξήσει την κατανόηση του αναγνώστη για την χειρουργική επέμβαση του παχέος εντέρου. Ενισχυμένη ανάκαμψη έχει αναληφθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ευρώπη για πολλά χρόνια. Είναι ένας τρόπος για τη βελτίωση της εμπειρίας και της ευημερίας των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση, επιτρέποντας ταχύτερη ανάρρωση και επιστροφή στο φυσιολογικό, ελαχιστοποιώντας μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως λοίμωξη, καθώς και στη μείωση της διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο και την επανεισαγωγή.

3. Review of bowel dysfunction of rectal cancer patients during the first five years after sphincter-preserving surgery: a population in need of nursing attention.

Abstract

PURPOSE:

The aim of the review was to summarize the longitudinal changes in bowel dysfunction among patients with rectal cancer within the first five years following sphincter-preserving resection.

METHODS:

A series of literature searches were conducted on six English-language electronic databases. Articles published after 1990 were searched. A total of 29 articles (reporting 27 studies) was found.

RESULTS:

Bowel dysfunction, including an alteration in the frequency of bowel movements, incontinence, abnormal sensations, and difficulties with evacuation, is reported among patients with rectal cancer within the first five years after sphincter-preserving resection. These problems are most frequent and severe within the first year, especially within the first six months, and stabilize after one year. Some of the problems may last for years.

CONCLUSION:

Supportive care for bowel dysfunction is needed, and should include the provision of information and psychological support delivered in multiple steps. Oncology nurses can play an important role in providing supportive care for rectal cancer patients with bowel dysfunction.

Μετάφραση

3.Επανεξέταση της δυσλειτουργίας του εντέρου των ασθενών με καρκίνο του ορθού κατά τα πέντε πρώτα χρόνια μετά από χειρουργείο σφιγκτήρα συντήρησης: ένας πληθυσμός που έχει ανάγκη νοσηλευτικής προσοχής.

ΣΚΟΠΟΣ:

Στόχος της αναθεώρησης ήταν να συνοψίσει τις διαμήκεις αλλαγές της δυσλειτουργίας του εντέρου μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του ορθού εντός των

πρώτων πέντε ετών μετά εκτομή σφικτήρα συντήρησης.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Μια σειρά από βιβλιογραφική έρευνα διεξήχθησαν σε έξι αγγλόγλωσσες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Τα άρθρα που δημοσιεύτηκαν μετά το 1990 ερευνήθηκαν. Ένα σύνολο από 29 άρθρα (αναφορά 27 μελέτες) βρέθηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Δυσλειτουργία του εντέρου, συμπεριλαμβανομένης μεταβολή της συχνότητας των κινήσεων του εντέρου, ακράτεια, μη φυσιολογικές αισθήσεις, και δυσκολίες με την εκκένωση, έχουν αναφερθεί μεταξύ ασθενών με καρκίνο του ορθού εντός των πρώτων πέντε ετών από τη διατήρηση του σφικτήρα-εκτομή. Αυτά τα προβλήματα είναι πιο συχνά και σοβαρά εντός του πρώτου χρόνου, ειδικά εντός των πρώτων έξι μηνών, και τη σταθεροποίηση μετά από ένα χρόνο. Μερικά από τα προβλήματα μπορεί να διαρκέσουν για χρόνια.

ΣΥΝΑΨΗ:

Η υποστηρικτική φροντίδα για τη δυσλειτουργία του εντέρου είναι αναγκαία, και θα πρέπει να περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών και ψυχολογικής υποστήριξης σε διάφορες βαθμίδες. Νοσηλεύτριες του ογκολογικού μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην παροχή υποστηρικτικής φροντίδας για τους ασθενείς με καρκίνο του ορθού και εντερική δυσλειτουργία.

4. A theoretical framework to guide a study of patients' bowel symptoms and self-care strategies following sphincter-saving surgery for rectal cancer.

Abstract

A paucity of research is available on patients' bowel symptom experiences and self-care strategies following sphincter-saving surgery for rectal cancer. Most research undertaken to date on patients' bowel symptoms following surgery for rectal cancer has been largely atheoretical. The purpose of this paper is to describe the process of choosing a theoretical framework to guide a study of patients' bowel symptoms and self-care strategies following sphincter-saving surgery for rectal cancer. As a result of a thorough literature review, we determined that the Symptom Management Theory provided the most comprehensive framework to guide our research.

Μετάφραση

4. Ένα θεωρητικό πλαίσιο για την καθοδήγηση μιας μελέτης συμπτωμάτων του εντέρου των ασθενών και των στρατηγικών αυτο-φροντίδας που ακολουθούνται για τον σφιγκτήρα για την εξοικονόμηση χειρουργικών επεμβάσεων για τον καρκίνο του ορθού.

Η σπανιότητα της έρευνας είναι διαθέσιμη στις εμπειρίες των εντερικών συμπτωμάτων των ασθενών και των στρατηγικών αυτο-φροντίδας που ακολουθούνται από σφιγκτήρα εξοικονόμησης χειρουργικών επεμβάσεων, για τον καρκίνο του ορθού. Οι περισσότερες έρευνες που έχουν αναληφθεί μέχρι σήμερα σχετικά με τα συμπτώματα του εντέρου των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του ορθού είναι σε μεγάλο βαθμό χωρίς θεωρία. Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει τη διαδικασία της επιλογής ενός θεωρητικού πλαισίου για να καθοδηγήσει μια μελέτη των συμπτωμάτων του εντέρου των ασθενών και των στρατηγικών αυτο-φροντίδας που ακολουθούνται από σφιγκτήρα εξοικονόμησης χειρουργικών επεμβάσεων για τον καρκίνο του ορθού. Ως αποτέλεσμα της ενδελεχούς επισκόπησης της βιβλιογραφίας, διαπιστώσαμε ότι η θεωρία της διαχείρισης των συμπτωμάτων παρείχε το πιο ολοκληρωμένο πλαίσιο για την καθοδήγηση της έρευνας μας.

5. Self-care strategies for the management of bowel symptoms following sphincter-saving surgery for rectal cancer.

Abstract

The primary aim of this article is to identify the self-care strategies that patients use to manage bowel symptoms experienced following sphincter-saving surgery for rectal cancer. Comparisons will be made with self-care strategies used by patients to manage chronic fecal incontinence and the bowel symptoms associated with other chronic bowel diseases, such as irritable bowel syndrome and inflammatory bowel

disease. Published studies and conceptual literature from 2000-2010 were the data sources. Three major themes emerged from the literature reflecting the self-care strategies used by patients to manage bowel symptoms: functional self-care strategies (e.g., taking medication), social activity-related self-care strategies (e.g., planning social events), and alternative self-care strategies (e.g., complementary therapies). An analysis of studies highlighted that, through the process of trial and error, patients learned the strategies that were most effective in the management of their bowel symptoms. Knowledge of such strategies will be beneficial to healthcare professionals when educating patients about effective management of bowel symptoms following sphincter-saving surgery.

Μετάφραση

5. Στρατηγικές αυτο-φροντίδας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του εντέρου μετά από σφιγκτήρα εξοικονόμησης χειρουργικής επέμβασης για τον καρκίνο του ορθού.

Ο πρωταρχικός στόχος αυτού του άρθρου είναι να προσδιοριστούν οι στρατηγικές αυτο-φροντίδας που χρησιμοποιούν οι ασθενείς για να διαχειριστούν τα συμπτώματα του εντέρου μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου του ορθού. Συγκρίσεις θα γίνουν με τις στρατηγικές αυτο-φροντίδας που χρησιμοποιούνται από ασθενείς για τη διαχείριση χρόνιας ακράτειας κοπράνων και τα συμπτώματα του εντέρου που συνδέονται με άλλες χρόνιες ασθένειες εντέρου, όπως του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Δημοσιευμένες μελέτες και εννοιολογική λογοτεχνία από 2000-2010 ήταν οι πηγές δεδομένων. Τρία σημαντικά θέματα προέκυψαν από τη βιβλιογραφία που αντανακλούν τις στρατηγικές αυτο-φροντίδας που χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς για να διαχειριστούν τα συμπτώματα του εντέρου: λειτουργικές στρατηγικές αυτο-φροντίδας (π.χ. τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής), στρατηγικές αυτο-φροντίδας που σχετίζονται με τις κοινωνικές δραστηριότητες (π.χ. προγραμματισμός κοινωνικών εκδηλώσεων), και εναλλακτικές στρατηγικές αυτο-φροντίδας (π.χ., συμπληρωματικές θεραπείες). Μια ανάλυση των μελετών τόνισε ότι, μέσα από τη διαδικασία της δοκιμής και του λάθους, οι ασθενείς μαθαίνουν τις στρατηγικές που ήταν πιο αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του εντέρου τους. Η γνώση αυτών των στρατηγικών θα είναι επωφελής για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, όταν θα εκπαιδεύουν

τους ασθενείς σχετικά με την αποτελεσματική διαχείριση των συμπτωμάτων του εντέρου μετά από σφιγκτήρα εξοικονόμησης χειρουργικής επέμβασης.

6. Bowel symptom experiences and management following sphincter saving surgery for rectal cancer: A qualitative perspective.

Abstract

PURPOSE OF THE RESEARCH:

The aim of this research was to explore participants' qualitative perspectives on bowel symptom experiences and management strategies following sphincter saving surgery for rectal cancer.

METHODS AND SAMPLE:

The data presented in this paper were gleaned from a semi-structured question that formed part of a larger multi-site quantitative correlational study. From a sample of 143 participants, a total of 77 (62.6%) males and 46 (37.3%) females provided qualitative comments. Participants were aged 30-70 years and over, had undergone sphincter saving surgery for rectal cancer in the past 3-42 months. Data were analysed using pre-determined semi-structured categories.

KEY RESULTS:

The study demonstrated the subjective nature of the bowel symptoms experienced. It also highlighted the bowel symptoms that were most problematic and the effect of these symptoms on participants' daily lives. In addition, the self-care strategies that worked best for individual participants in the management of bowel symptoms were identified.

CONCLUSIONS:

There is a need to educate patients on the short-term as well as the long-term bowel symptoms experienced following sphincter saving surgery for rectal cancer. Nurses

have an important contribution to make in facilitating patients to choose from a range of self-care strategies to help them manage their bowel symptoms postoperatively.

Μετάφραση

6. Εμπειρίες εντερικών συμπτωμάτων και διαχείρισης που ακολουθούνται από σφιγκτήρα εξοικονόμησης χειρουργικών επεμβάσεων

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Ο σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να διερευνήσει τις προοπτικές ποιοτικής συμμετοχής στις εντερικές συμπτωματικές εμπειρίες και τις στρατηγικές διαχείρισης μετά από χειρουργική επέμβαση σφιγκτήρα εξοικονόμησης για τον καρκίνο του ορθού.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ:

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται σε αυτό το άρθρο συγκεντρώθηκαν από μια ημι-δομημένη ερώτηση που αποτελούσε μέρος μιας μεγαλύτερης ποσοτικής μελέτης συσχετισμού. Από ένα δείγμα 143 συμμετεχόντων, συνολικά σε 77 (62,6%) άνδρες και 46 (37,3%) γυναίκες τους παράχθηκαν ποιοτικές παρατηρήσεις. Οι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας 30-70 ετών και άνω, είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση σφιγκτήρα εξοικονόμησης λόγω του καρκίνου του ορθού τους τελευταίους μήνες 3-42. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας προκαθορισμένες ημι-δομημένες κατηγορίες.

Βασικά αποτελέσματα:

Η μελέτη κατέδειξε την υποκειμενική φύση των συμπτωμάτων που βιώνει το έντερο. Υπογράμμισε, επίσης, τα συμπτώματα του εντέρου που ήταν πιο προβληματικά και την επίδραση αυτών των συμπτωμάτων στην καθημερινή ζωή των συμμετεχόντων. Επιπλέον, εντοπίστηκαν οι στρατηγικές αυτο-φροντίδας που λειτούργησαν καλύτερα για μεμονωμένους συμμετέχοντες στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του εντέρου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Υπάρχει ανάγκη για εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τη βραχυπρόθεσμη, καθώς και μακροπρόθεσμη εμπειρική συμπτωματολογία του εντέρου, ακολουθούμενη από σφιγκτήρα εξοικονόμησης χειρουργικών επεμβάσεων για καρκίνο του πρωκτού. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν μια σημαντική συνεισφορά στη διευκόλυνση ασθενών,

επιλέγοντας μια σειρά από στρατηγικές αυτο-φροντίδας, για να βοηθήσουν τους ασθενείς να διαχειριστούν τα συμπτώματα του εντέρου τους μετεγχειρητικά.

7. Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment.

Abstract

Purpose

An examination of quality of life outcomes following reversal of a temporary stoma after rectal cancer treatment.

Method

An extensive search of the literature was conducted. Studies selected examine the consequences of stoma reversal on individual's lives. Methodological issues and implications for nursing practice are also considered.

Results

It is clear that after stoma reversal, there is often a temporary alteration in bowel function, impacting on individuals' physical, social and psychological health for several months. There is possibility of permanent difficulties for some, significantly affecting their quality of life if left untreated. These effects can lead to more negative post-operative experiences than expected.

Conclusion

This review prompts discussion about how to provide appropriate support for patients following stoma reversal but also optimal pre-operative preparation, to foster realistic expectations and subsequent adaptation. It is suggested that nursing support should be targeted to the first few months post-reversal when bowel symptoms tend to be most troublesome.

Μετάφραση

7. Ποιότητα ζωής, μετά από αναστροφή των προσωρινών στομιών μετά από τη θεραπεία του καρκίνου του ορθού.

Σκοπός

Η εξέταση της ποιότητας της ζωής αποτελεσμάτων, μετά από αναστροφή του προσωρινού στομίου μετά τη θεραπεία του καρκίνου του ορθού.

Μέθοδος

Μια εκτεταμένη έρευνα της βιβλιογραφίας έγινε. Οι μελέτες επιλέχθηκαν να εξετάσουν τις συνέπειες του στόματος στη ζωή του ατόμου. Εξετάζεται επίσης το ενδεχόμενο Μεθοδολογικά ζητήματα και οι συνέπειες για τη νοσηλευτική πρακτική.

Αποτελέσματα

Είναι σαφές ότι μετά την αναστροφή του στομίου, υπάρχει συχνά μια προσωρινή μεταβολή στη λειτουργία του εντέρου που επιδρούν στην σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία των ατόμων για αρκετούς μήνες. Υπάρχει δυνατότητα μόνιμης δυσκολίας για κάποιους, που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους, αν αφαιρεθεί χωρίς θεραπεία. Τα αποτελέσματα αυτά μπορεί να οδηγήσουν σε πιο αρνητική μετεγχειρητική εμπειρία από το αναμενόμενο.

Σύναψη

Αυτή η κριτική ζητά συζήτηση για το πώς να παρέχουν την κατάλληλη στήριξη για τους ασθενείς μετά από αναστροφή του στομίου, αλλά επίσης τη βέλτιστη προεγχειρητική προετοιμασία, ώστε να ενισχυθούν ρεαλιστικές προσδοκίες και η επακόλουθη προσαρμογή. Προτείνεται ότι η στήριξη που θηλάζουν θα πρέπει να απευθύνονται στους πρώτους λίγους μήνες μετά την ανατροπή όταν τα συμπτώματα του εντέρου τείνουν να είναι πιο ενοχλητικό.

8. Surviving cancer treatment: An investigation of the experience of fear about, and monitoring for, recurrence in patients following treatment for colorectal cancer

Abstract

Background

It is known that many individuals worry about their cancer recurring after colorectal cancer treatment but the significance and specific manifestations of this problem require exploration.

Purpose

This paper reports upon the research findings of a qualitative study to explain how fears of recurrence can affect individuals recovering from curative colorectal cancer surgery.

Methods

A longitudinal, grounded theory study was conducted. Sixteen participants who had received curative treatment for colorectal cancer were interviewed on up to four occasions during the 12 months following their surgery, 62 interviews were conducted in total.

Results

Many participants expressed anxiety about if and when their cancer might return, despite the knowledge that they had had successful treatment for early-stage colorectal cancer. This fear led some to adopt new behaviours in a desire to achieve a more dependable and controllable body. Heightened monitoring and management of the body characterised a state of ‘guarding’ – a concept developed from the data. By contrast, other participants did not perceive the risk of cancer recurrence to be as personally threatening or were able to assume strategies to manage any such concerns and find a sense of resolution to their recovery.

Conclusion

The nature of an individual’s response to fears of recurrence and consequent impact on their recovery warrants greater clinical consideration. Providing opportunities to openly discuss the possibility of cancer recurrence, assessing individual fears and offering suggestions on possible coping strategies to lessen the associated distress, are essential supportive activities enabling transition to life beyond cancer.

Keywords:

Colorectal cancer, Fear of recurrence, Body, Guarding, Survivorship

Μετάφραση

Θεραπεία επιβίωσης του καρκίνου: Μια έρευνα σχετικά με την εμπειρία του φόβου, και παρακολούθηση για υποτροπές σε ασθενείς που ακολουθούν θεραπεία για καρκίνο του παχέος εντέρου.

Περίληψη

Υπόβαθρο

Είναι γνωστό ότι πολλά άτομα ανησυχούν για την επανεμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου μετά τη θεραπεία του καρκίνου, αλλά η σημασία και οι συγκεκριμένες εκφάνσεις αυτού του προβλήματος απαιτούν εξερεύνηση.

Σκοπός

Αυτή η έκθεση αναφέρεται πάνω στα ευρήματα μιας ποιοτικής ερευνητικής μελέτης για να εξηγήσει πώς οι φόβοι της υποτροπής μπορεί να επηρεάσουν τα άτομα που αναρρώνουν από θεραπευτική εγχείρηση του παχέος εντέρου.

Μέθοδοι

Μια διαχρονική, θεμελιωμένη θεωρητική μελέτη διεξήχθη. Δεκαέξι συμμετέχοντες που είχαν λάβει θεραπευτική αγωγή για καρκίνο του παχέος εντέρου ερωτήθηκαν έως τέσσερις φορές στη διάρκεια των 12 μηνών μετά την επέμβαση, 62 συνεντεύξεις διεξήχθησαν συνολικά.

Αποτελέσματα

Πολλοί συμμετέχοντες εξέφρασαν ανησυχία για το αν και πότε ο καρκίνος τους μπορεί να επιστρέψει, παρά της γνώσης ότι είχαν μια επιτυχή θεραπεία για πρώιμου σταδίου καρκίνου του παχέος εντέρου. Αυτός ο φόβος οδήγησε κάποιους να υιοθετήσουν νέες συμπεριφορές ως μια επιθυμία να επιτύχουν ένα πιο αξιόπιστο και ελεγχόμενο σώμα. Αυξημένη παρακολούθηση και διαχείριση του σώματος χαρακτηρίζει μια κατάσταση «φύλαξη» - μια έννοια που αναπτύχθηκε από τα δεδομένα. Αντίθετα, άλλοι συμμετέχοντες δεν αντιλήφθηκαν τον κίνδυνο υποτροπής του καρκίνου να είναι τόσο προσωπικά απειλητικός ή ήταν σε θέση να υποθέσουν

στρατηγικές για να διαχειριστούν οποιεσδήποτε τέτοιες ανησυχίες και να βρούμε μια νοήμον σωτηρία για την αποκατάστασή τους.

Σύναψη

Η φύση της απόκρισης ενός ατόμου στους φόβους της υποτροπής και την επακόλουθη επίπτωση, χρήζει μεγαλύτερου κλινικού ενδιαφέροντος. Παρέχοντας ευκαιρίες να συζητήσουν ανοιχτά το ενδεχόμενο της υποτροπής του καρκίνου, την αξιολόγηση μεμονωμένων φόβων και προσφέροντας προτάσεις για πιθανές στρατηγικές αντιμετώπισης για να μειώσει τη σχετική αγωνία, είναι απαραίτητες υποστηρικτικές δραστηριότητες που θα επιτρέπουν τη μετάβαση στη ζωή πέρα από τον καρκίνο.

Λέξεις-κλειδιά:

καρκίνος του παχέος εντέρου, ο φόβος της υποτροπής, σώμα, φύλαξη, επιβίωση

9. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners

Abstract

Purpose

This study examines the impact of different modes of treatment on depression, anxiety, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer patients and their partners.

Methods

The sample was comprised of 114 oncology patients and 67 partners. All patients were diagnosed with colorectal cancer. Participants were recruited from an Oncology Hospital in the North of Portugal and had been submitted to three modes of treatment: surgery, surgery plus chemotherapy or surgery followed by radiotherapy.

Results

The results showed that patients who received only surgery, as treatment, had lower levels of depression, anxiety and traumatic stress symptoms when compared with patients who received surgery and chemotherapy or surgery plus radiotherapy. Partners of surgical patients presented lower levels of state anxiety and traumatic stress symptoms when compared with the other two groups. Patients with more depression had partners also more depressed. No relationship was found between anxiety and traumatic stress symptoms in patients and partners. Patients who received a diagnosis longer than 12 months had more traumatic stress, intrusion and hypervigilance. Patients with illness recurrence showed more traumatic symptoms. Anxiety and depression were the main predictors of patient's quality of life. Traumatic stress was a predictor of symptom distress - pain/bowel pattern.

Conclusion

This study highlights the importance of providing psychological interventions for cancer patients and their partners. Chemotherapy patients and those diagnosed over a year, as well as their partners, are more at risk.

Keywords:

Colorectal cancer, Partners, Depression, Anxiety, Traumatic stress, Quality of life

Μετάφραση

Άγχος, κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες και ποιότητα ζωής σε καρκίνο του παχέως εντέρου μετά από διάφορες θεραπείες: Μια μελέτη με πορτογάλους ασθενείς και των συντρόφων τους

Περίληψη

Σκοπός

Η παρούσα μελέτη εξετάζει την επίδραση των διαφόρων τρόπων θεραπείας για την κατάθλιψη, το άγχος, το μετατραυματικό στρες και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του παχέως εντέρου και των συντρόφων τους.

Μέθοδοι

Το δείγμα αποτελείται από 114 ογκολογικούς ασθενείς και 67 εταίρους. Όλοι οι ασθενείς είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του παχέως εντέρου. Οι συμμετέχοντες είχαν προσληφθεί από ένα νοσοκομείο Ογκολογίας στο βόρειο τμήμα της Πορτογαλίας και είχαν υποβληθεί σε τρεις τρόπους θεραπείας: χειρουργική, χειρουργική επέμβαση και χημειοθεραπεία ή χειρουργική επέμβαση ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς που έλαβαν μόνο χειρουργική ως θεραπεία, είχαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και συμπτώματα μετατραυματικού στρες, σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν χημειοθεραπεία και χειρουργική επέμβαση ή χειρουργική επέμβαση συν ακτινοθεραπεία. Οι σύντροφοι των χειρουργικών ασθενών παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα της κατάστασης άγχους και συμπτώματα τραυματικού άγχους, σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες. Οι ασθενείς με περισσότερη κατάθλιψη είχαν συντρόφους επίσης πιο καταθλιπτικούς. Καμία σχέση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ άγχους και συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε ασθενείς και συντρόφους. Οι ασθενείς που έλαβαν διάγνωση περισσότερο από 12 μήνες είχαν περισσότερο τραυματικό στρες, παρείσδυσης και υπερεγρήγορη. Οι ασθενείς με υποτροπική ασθένεια έδειξαν πιο τραυματικά συμπτώματα. Άγχος και κατάθλιψη ήταν οι κύριοι προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας της ζωής του ασθενούς. Το τραυματικού στρες ήταν ένας προγνωστικός δείκτης της δυσφορίας σύμπτωμα - πόνο /μοτίβο του εντέρου.

Σύναψη

Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της παροχής ψυχολογικών παρεμβάσεων για τους καρκινοπαθείς και τους συνεργάτες τους. Ασθενείς χημειοθεραπείας και αυτοί που διαγνώστηκαν πάνω από ένα χρόνο, καθώς και οι σύντροφοί τους, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο.

Λέξεις-κλειδιά:

Καρκίνο του παχέος εντέρου, Συνεργάτες, κατάθλιψη, άγχος, μετατραυματικό στρες, Ποιότητα ζωής

10. Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: A review of the literature

Abstract

Purpose

Patients with colorectal cancer experience physical, psychological and social challenges. Psychosocial interventions seem to be effective in improving the physical, psychological and social outcomes of cancer patients. There is a lack of research exploring the effectiveness of pre-operative and post-operative psychosocial interventions on the outcomes of colorectal patients. This literature review aimed to explore the effects of pre-operative and post-operative psychosocial interventions on the outcomes of patients with colorectal cancer, including physical, psychological and social functioning, as well as the quality of life.

Methods and sample

A literature search for studies on psychosocial interventions for patients with colorectal cancer published between 2002 and 2012 was undertaken from electronic databases of Medline, CINAHL, Scopus, PsycINFO, Mednar, and Proquest. Hand-searching was conducted to find relevant papers from the reference lists of included articles.

Key results

Eleven studies met the inclusion criteria and were included after methodological quality appraisal. A narrative summary was carried out. Various psychosocial interventions, including educational interventions, cognitive-behavioural therapy, relaxation training and supportive group therapy were found to reduce colorectal patients' length of hospital stay, days to stoma proficiency and hospital anxiety and depression, and to improve patients' quality of life. Home visits, telephone sessions, individual teaching sessions and group sessions were commonly conducted.

Conclusions

Various forms of psychosocial interventions were used to improve outcomes of patients with colorectal cancer. Further research is recommended to investigate the effects of psychosocial interventions carried out during both the pre- and post-operative period on colorectal patients' outcomes. Given the small number of studies identified, it is essential to take this into consideration when identifying strategies and conducting future psychosocial interventions for colorectal patients.

Keywords:

Anxiety, Cognitive-behavioural therapy, Colorectal cancer, Depression, Psychosocial intervention, Psychoeducational intervention, Relaxation training, Support expressive group therapy, Stoma proficiency, Quality of life

Μετάφραση

Επίδραση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για την έκβαση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου: Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Περίληψη

Σκοπός

Οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου βιώνουν σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές προκλήσεις. Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στη βελτίωση των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αποτελεσμάτων των ασθενών με καρκίνο. Υπάρχει μια έλλειψη ερευνητικής διερεύνησης της αποτελεσματικότητας των προεγχειρητικών και μετεγχειρητικών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, σχετικά με τα αποτελέσματα του παχέος εντέρου ασθενών. Αυτή η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει στόχο τη διερεύνηση των επιπτώσεων των προεγχειρητικών και μετεγχειρητικών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, σχετικά με τα αποτελέσματα των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργικότητας, καθώς και την ποιότητα της ζωής.

Μέθοδοι και δείγμα

Μια αναζήτηση της βιβλιογραφίας για τις μελέτες σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για τους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που δημοσιεύτηκαν μεταξύ του 2002 και του 2012 αναλήφθηκε από τις ηλεκτρονικές βάσεις Medline, CINAHL, Scopus, PsycINFO, Mednar και Proquest. Δια χειρός αναζήτηση διεξήχθη για να βρείτε σχετικά έγγραφα από τους καταλόγους αναφοράς όπου περιλαμβάνονται άρθρα.

Βασικά αποτελέσματα

Έντεκα μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και συμπεριλήφθηκαν μετά από μεθοδολογική αξιολόγηση της ποιότητας. Μια συνοπτική έκθεση πραγματοποιήθηκε. Διάφορες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένων των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, ασκήσεις χαλάρωσης και υποστηρικτική θεραπεία ομάδας βρέθηκαν να μειώνουν τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, τις ημέρες για την επάρκεια της στομίας και το άγχος του νοσοκομείου και την κατάθλιψη, και για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Κατ'οίκον επισκέψεις, τηλεφωνικές συνεδρίες, ατομικές συνεδρίες διδασκαλίας και ομαδικές συνεδρίες διεξάγονταν συνήθως.

Συμπεράσματα

Διάφορες μορφές ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων χρησιμοποιήθηκαν για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου. Περαιτέρω έρευνα συστήνεται για τη διερεύνηση των επιπτώσεων των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται τόσο κατά την προ και μετεγχειρητική περίοδο, σχετικά με τα αποτελέσματα του παχέος εντέρου ασθενών. Δεδομένου του μικρού αριθμού μελετών που εντοπίστηκαν, είναι απαραίτητο να ληφθεί αυτό υπόψη κατά τον προσδιορισμό των στρατηγικών και τη διεξαγωγή μελλοντικών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για τον ορθοκολικό ασθενή.

Λέξεις-κλειδιά:

άγχος, γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, κατάθλιψη, ψυχοκοινωνική παρέμβαση, ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση, ασκήσεις χαλάρωσης, υποστηρικτική εκφραστική ομαδική θεραπεία, επάρκεια στομίας, ποιότητα ζωής

11. Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand.

Abstract

PURPOSE:

The aim of the study was to examine patient-reported symptoms and self-care strategies in Thai patients with cancer.

METHODS:

The study was descriptive using a cross-sectional design. It was carried out at the National Cancer Institute, Thailand (Bangkok; Lopburi). 202 patients undergoing combined radiotherapy and chemotherapy (RT-CT), n=52; or CT alone, n=103; or RT alone, n=47 participated. Data was collected with the use of a 25-item Therapy-Related Symptom Checklist, TRSC (Thai); a Self-Care Method scale; the Karnofsky Scale, and a Health Data form.

RESULTS:

Patients on combined RT-CT reported more symptoms on the TRSC, with greater severity than those receiving RT or CT alone ($F=7.2$; $p<0.01$); and lower Karnofsky score ($F=4.2$, $p<0.05$); Karnofsky and TRSC scores were inversely correlated. Using complementary care categories, self-care methods reported were six types: (a) Diet/nutrition/life-style changes (e.g. modify food) to manage Eating and Fatigue symptoms; (b) Mind/Body Control to relieve Fatigue and other symptoms; (c) Biologic treatment (e.g. vitamins) for eating difficulties; (d) Herbal treatments for hair loss; (e) Other methods, and (f) taking prescribed medicines to control pain and other symptoms. Some patients reported "doing nothing" as coping.

CONCLUSIONS:

Self-care including complementary care use as an adjunct to cancer treatments could help patients deal with the side effects of therapy. Assessment of symptoms using the TRSC (Thai) version and their alleviation could enable the health care providers to enhance patients' coping during cancer treatments.

Μετάφραση

Θεραπεία του καρκίνου που σχετίζεται με τα συμπτώματα και την αυτό- φροντίδα στην Ταϊλάνδη.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ:

Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν από ασθενείς και τις στρατηγικές αυτο- φροντίδας σε Ταϊλανδέζους ασθενείς με καρκίνο.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Η μελέτη ήταν περιγραφική χρησιμοποιώντας ένα σχέδιο διατομής. Διεξήχθη στο Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου, Ταϊλάνδη (Μπανγκόκ: Lopburi). 202 ασθενείς υποβάλλονται σε συνδυασμένη ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία (RT-CT), $n = 52$: ή CT μόνο, $n = 103$: ή την RT μόνον, $n = 47$ συμμετέχοντες. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση ενός 25-σημείου Θεραπείας- Σχετικό Σύμπτωμα Checklist, ΚΔΕΠ (Ταϊλάνδης): μια κλίμακα Μέθοδος αυτό- φροντίδας, η Karnofsky Κλίμακα, και μια μορφή δεδομένων υγείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Ασθενείς με συνδυασμό RT-CT ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα στο ΚΔΕΠ, με μεγαλύτερη σοβαρότητα από εκείνους που λαμβάνουν RT ή CT μόνο ($F = 7.2$: $P < 0,01$), και χαμηλότερη βαθμολογία Karnofsky ($F = 4.2$, $p < 0,05$), Karnofsky και ΚΔΕΠ βαθμολογίες συσχετίζονταν αντίστροφα. Χρησιμοποιώντας συμπληρωματικές κατηγορίες φροντίδας, οι μέθοδοι αυτό -φροντίδας που αναφέρθηκαν ήταν έξι τύπων: (α) διατροφή / θρεπτικότητα / αλλαγές στον τρόπο ζωής (π.χ. την τροποποίηση των τροφίμων) για τη διαχείριση Διατροφή και κόπωση συμπτώματα, (Β) Νοητικός / Σωματικός έλεγχος για την ανακούφιση της κούρασης και άλλων συμπτωμάτων, (Γ) Βιολογική επεξεργασία (π.χ. βιταμίνες) για τις διατροφικές δυσκολίες, (Δ) Φυτικές θεραπείες για την τριχόπτωση, (Ε) Άλλες μέθοδοι, και (ΣΤ) να παίρνουν τα συνταγογραφημένα φάρμακα για τον έλεγχο του πόνου και άλλων συμπτωμάτων. Μερικοί ασθενείς ανέφεραν "δεν κάνει τίποτα", ως αντιμετώπιση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η αυτο-φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων των συμπληρωματικών χρήση της υγειονομικής ως συμπλήρωμα σε θεραπείες για τον καρκίνο θα μπορούσε να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τις παρενέργειες της θεραπείας. Η αξιολόγηση των συμπτωμάτων με τη χρήση της έκδοσης του ΚΔΕΠ (Ταϊλάνδης) και

η ανακούφιση τους θα μπορούσε να επιτρέψει στους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης να ενισχύσουν την αντιμετώπιση των ασθενών κατά τη διάρκεια των θεραπειών του καρκίνου.

12. Long term effect of surgery and radiotherapy for colorectal cancer on defecatory function and quality of life.

Abstract

PURPOSE:

Survival from rectal cancer has improved substantially. Understanding the consequences of treatment is important to optimise patient support and minimise impact on daily life. We aimed to define the long-term prevalence of pelvic dysfunction following curative rectal cancer surgery (+/- radiotherapy) within the context of overall quality of life.

METHODS:

We evaluated bowel, urinary and sexual function and quality of life using three validated questionnaires in patients treated for rectal cancer. This group was compared to patients undergoing abdominal surgery without pelvic dissection for colon cancer during the same time period.

RESULTS:

The response rate was 57% (381/667) with a median time interval of 4.4 years. A subset of rectal patients documented persistent problems with faecal leakage (16%); requiring to alter daily activities (18%); always needing to wear a protective pad (17%); rarely or never emptying their bowels fully (31%); difficulty controlling the passage of gas (32%) and requiring to modify diet (30%). Altered bowel function was found to impact on overall quality of life. Men reported increased erectile function difficulties. Pre-operative radiotherapy was associated with increased defecation problems as was low level of anastomosis (≤ 6 cm).

CONCLUSION:

In keeping with emergent evidence, this study has quantified the extent of late adverse effects with a sub-set of rectal cancer patients reporting persistent bowel function problems. The implications are now to consider current follow-up

services and to 'trial' new models of comprehensive assessment and interventions in patients who are 'at risk' of experiencing late adverse effects of treatment.

KEYWORDS:

Cancer survivors, Late effects, Quality of life, Radiotherapy, Rectal cancer, Surgery

Μετάφραση

Μακροχρόνια επίδραση της χειρουργικής επέμβασης και της ακτινοθεραπείας για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στην λειτουργία αφόδευσης και στην ποιότητα ζωής.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ:

Η επιβίωση από τον καρκίνο του ορθού έχει βελτιωθεί σημαντικά. Η κατανόηση των συνεπειών της θεραπείας είναι σημαντικό για να βελτιστοποιηθεί η υποστήριξη των ασθενών και να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή. Έχουμε ως στόχο να καθορίσουμε τη μακροπρόθεσμη επικράτηση της πυελικής δυσλειτουργίας μετά από χειρουργική θεραπεία για καρκίνο του ορθού (+/- ακτινοθεραπεία), στο πλαίσιο της συνολικής ποιότητας ζωής.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Αξιολογήσαμε το έντερο, το ουροποιητικό και τη σεξουαλική λειτουργία και την ποιότητα ζωής χρησιμοποιώντας τρία επικυρωμένα ερωτηματολόγια σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για καρκίνο του παχέος εντέρου. Αυτή η ομάδα συγκρίθηκε με ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση κοιλίας, χωρίς όμως πυελική ανατομή για καρκίνο του παχέος εντέρου κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 57% (381/667) με ένα διάμεσο χρονικό διάστημα 4,4 ετών. Ένα υποσύνολο ασθενών με καρκίνο του ορθού τεκμηρίωσε συνεχή προβλήματα με διαρροή κοπράνων (16%), απαιτώντας να τροποποιηθούν οι καθημερινές δραστηριότητες (18%). Πάντα χρειάζεται να φορούν προστατευτικό μαξιλαράκι (17%). Σπάνια ή καθόλου πλήρης κένωση του εντέρου τους (31%). Δυσκολία ελέγχου περάσματος του αερίου (32%) και απαιτείται να τροποποιηθεί η διαίτα (30%). Αλλοιωμένη λειτουργία του εντέρου βρέθηκε να έχει αντίκτυπο στη συνολική ποιότητα της ζωής. Οι άνδρες ανέφεραν αυξημένες δυσκολίες στυτικής λειτουργίας. Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία συνδέθηκε με αυξημένα προβλήματα αφόδευσης, καθώς ήταν χαμηλά τα επίπεδα της αναστόμωσης (≤ 6 cm).

ΣΥΝΑΨΗ:

Σύμφωνα με αναδυόμενα αποδεικτικά στοιχεία, η μελέτη αυτή έχει ποσοτικοποιήσει την έκταση των καθυστερημένων αρνητικών επιπτώσεων με μια υπό-ομάδα ασθενών με καρκίνο του ορθού που αναφέρουν επίμονα προβλήματα λειτουργίας του εντέρου. Οι επιπτώσεις είναι τώρα να εξεταστούν οι τρέχουσες υπηρεσίες παρακολούθησης και να «δοκιμαστούν» νέα μοντέλα της συνολικής αξιολόγησης και παρεμβάσεων σε ασθενείς που βρίσκονται «σε κίνδυνο» να εμφανίσουν αργά δυσμενείς επιδράσεις της θεραπείας.

Λέξεις-κλειδιά:

επιζώντες από τον καρκίνο, αργά αποτελέσματα, ποιότητα ζωής, ακτινοθεραπεία, καρκίνος του κόλον, χειρουργείο

13. Prospective longitudinal evaluation of quality of life in patients with permanent colostomy after curative resection for rectal cancer: a preliminary study.

Abstract

PURPOSE:

The aim of this study was to evaluate health-related quality of life in patients with a colostomy immediately before and during the first year after surgery.

SUBJECTS AND SETTING:

Patients (aged ≥ 20 years) who were diagnosed with rectal cancer and scheduled to undergo curative surgery with a permanent colostomy were recruited for this study. Data were collected at 2 university hospitals in Tokyo.

METHODS:

Participants were asked to complete a self-administered questionnaire regarding health-related quality of life before surgery and a mailed or hand delivered questionnaire to evaluate quality of life at 2, 6, and 12 months after surgery using the Short Form-36 version 2. For patients who responded at all 4 time points, the scores at each time point were compared using paired t tests to examine longitudinal changes in quality of life after surgery.

RESULTS:

Mean quality-of-life scores in most domains before surgery and during the first year after surgery were lower than the normal control in the norm-based scoring method. Scores at 2 months after surgery were lower than those before surgery. At 12 months after surgery, however, quality-of-life scores improved almost to the level observed before surgery, with the exception of the score in the social functioning domain. Statistical differences in scores between the time points of the survey were observed in the role-physical, bodily pain, and mental health domains.

CONCLUSIONS:

These results suggests that patients with permanent colostomy after curative resection for rectal cancer need additional medical support and care before surgery and during the first year after surgery.

Μετάφραση

Επίδοξη διαμήκη αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής σε ασθενείς με μόνιμη κολοστομία, μετά από θεραπευτική εκτομή για καρκίνο του ορθού: μια προκαταρκτική μελέτη.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ:

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την ποιότητα της υγείας που σχετίζονται με τη ζωή σε ασθενείς με κολοστομία αμέσως πριν και κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά την χειρουργική επέμβαση.

ΘΕΜΑΤΑ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ:

Οι ασθενείς (ηλικίας ≥ 20 ετών), οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του ορθού και είχαν προγραμματιστεί να υποβληθούν σε θεραπευτική επέμβαση με μόνιμη κολοστομία είχαν προσληφθεί για τη μελέτη αυτή. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε 2 πανεπιστημιακά νοσοκομεία στο Τόκιο.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα αυτοδιοικούμενο ερωτηματολόγιο σχετικά με την υγεία που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής πριν από την επέμβαση, και ένα ταχυδρομούμενο ή δια χειρός παραδοτέο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής στους 2, 6 και 12 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση με τη χρήση του Short Form-36 έκδοση 2. Για ασθενείς που ανταποκρίθηκαν σε όλα τα 4 χρονικά σημεία, οι βαθμολογίες για κάθε χρονικό σημείο συγκρίθηκαν χρησιμοποιώντας ζεύγη t τεστ για να εξεταστούν διαμήκη αλλαγές στην ποιότητα ζωής μετά την επέμβαση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Οι μέσες βαθμολογίες της ποιότητας ζωής στην περισσότερη επικράτεια πριν από την επέμβαση και κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά την επέμβαση ήταν χαμηλότερες από τον κανονικό έλεγχο στον βασικό κανόνα μεθόδου βαθμολόγησης. Οι βαθμολογίες στους 2 μήνες μετά την επέμβαση ήταν χαμηλότερες από εκείνες πριν την εγχείρηση. Στους 12 μήνες μετά την επέμβαση, ωστόσο οι βαθμολογίες της ποιότητας ζωής βελτιώθηκαν σχεδόν στο επίπεδο που παρατηρείται πριν από την

επέμβαση, με την εξαίρεση της βαθμολογίας στον τομέα της κοινωνικής λειτουργικότητας. Στατιστικές διαφορές στις βαθμολογίες μεταξύ των χρονικών σημείων της έρευνας παρατηρήθηκαν στο ρόλο-φυσιολογίας, σωματικό πόνο, και τους τομείς της ψυχικής υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ασθενείς με μόνιμη κολοστομία μετά από θεραπευτική εκτομή για καρκίνο του ορθού χρειάζονται πρόσθετη ιατρική υποστήριξη και φροντίδα πριν από τη χειρουργική επέμβαση και κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά την επέμβαση.

14. A chance to live: women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery.

Abstract

The aim of this study was to describe women's experience of living with a colostomy after rectal cancer surgery. Interviews with five women about their experiences were subjected to thematic content analysis. The findings showed that receiving a cancer diagnosis gave rise to thoughts about life and death. For the women to feel comfortable, the information and health-care measures need to focus on supporting them through the entire process, also when the treatment is completed. After the surgery, the women adjusted to living with colostomy and carried on as before the cancer diagnosis, but they constantly worried about leakage or flatulence. The women were happy to have survived the cancer and this realization helped them to accept and have a good life with colostomy. In conclusion, women with colostomy because of rectal surgery need specific rehabilitation and nursing care that focuses on adjustment to temporary or permanent changes in life.

Μετάφραση

Μια ευκαιρία να ζήσουν: εμπειρίες των γυναικών που ζουν με κολοστομία μετά την πρωκτική χειρουργική επέμβαση καρκίνου.

Περίληψη

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να περιγράψει την εμπειρία των γυναικών που ζουν με κολοστομία μετά την πρωκτική χειρουργική επέμβαση καρκίνου. Συνεντεύξεις με πέντε γυναίκες σχετικά με τις εμπειρίες τους, υποβλήθηκαν σε θεματική ανάλυση περιεχομένου. Τα ευρήματα έδειξαν ότι λαμβάνοντας μια καρκινική διάγνωση τους έδωσε αφορμή για σκέψεις σχετικά για τη ζωή και το θάνατο. Για να αισθάνονται άνετα οι γυναίκες, τα μέτρα πληροφόρησης και υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να επικεντρώνονται στην υποστήριξη τους καθ' όλη τη διαδικασία, επίσης και όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία. Μετά την επέμβαση, οι γυναίκες προσαρμόζονται για να ζουν με κολοστομία και συνεχίζουν όπως και πριν τη διάγνωση του καρκίνου, αλλά συνεχώς ανησυχούν για διαρροές ή μετεωρισμούς. Οι γυναίκες ήταν στην ευχάριστη θέση να έχουν επιβιώσει από τον καρκίνο και αυτή η συνειδητοποίηση τις βοήθησε να το αποδεχθούν και να έχουν μια καλή ζωή με κολοστομία. Εν κατακλείδι, οι γυναίκες με κολοστομία, λόγω της ορθικής επέμβασης χρειάζονται ειδική αποκατάσταση και νοσηλευτική φροντίδα που να εστιάζει στην προσαρμογή σε προσωρινές ή μόνιμες αλλαγές στη ζωή.

15.Preoperative oral antibiotics reduce infections after colorectal cancer surgery.

Abstract

AIM:

The objectives were to recognize the risk factors for surgical site infections (SSIs) after surgery due to colorectal cancer and to assess the impact of mechanical bowel preparation (MBP) and oral antibiotic prophylaxis (ABX) on SSIs.

METHODS:

Records from two colorectal centers were used. Risk factors of SSIs were categorized into patient-, disease-, and treatment-dependent.

RESULTS:

A group of 2240 patients was included. SSIs were noted in 364 patients (16.3 %). MBP+/ABX+ was connected with a lower incidence of anastomotic leak (AL) and organ-space SSIs: 2.4 vs. 6.3 %; $p = 0.008$ and 3.6 vs. 7.2 %; $p = 0.017$, respectively. Patient-dependent factors: obesity increased the risk of skin superficial SSIs, adjusted OR 1.53 (1.47-1.59 95 % confidence interval (95 % CI)), and deep incisional SSIs 1.42 (1.39-1.45 95 % CI). Disease-dependent factors: rectal cancer was associated with a higher risk of skin superficial and deep incisional SSIs, adjusted OR 1.28 (1.22-1.34 95 % CI) and 1.13 (1.09-1.15 95 % CI). Treatment-dependent factors: MBP+/ABX+ was associated with a lower risk of organ-space SSIs, adjusted OR 0.53 (0.44-0.59 95 % CI). Radiotherapy increased the risk of organ-space SSIs, adjusted OR 1.78 (1.75-1.80 95 % CI). The risk of organ-space SSIs was the highest after low anterior resection, adjusted OR 1.62 (1.60-1.64 95 % CI).

CONCLUSIONS:

If possible, MBP and ABX should always be administered to decrease the risk of AL and organ-space SSIs. Factors strictly related to the treatment mostly increased the risk of organ-space SSIs.

KEYWORDS:

Anastomotic leak; Bowel preparation; Colorectal cancer; Oral antibiotic prophylaxis; Surgical site infection

Μετάφραση

Προεγχειρητικά αντιβιοτικά στόματος μειώνουν τις λοιμώξεις μετά από εγχείρηση παχέος εντέρου.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ:

Οι στόχοι ήταν να αναγνωρίσουν τους παράγοντες κινδύνου για χειρουργικές λοιμώξεις (ΛΧΘ) μετά από χειρουργική επέμβαση, λόγω καρκίνου του παχέος

εντέρου και να αξιολογήσουν τον αντίκτυπο της μηχανικής προετοιμασίας του εντέρου (MBP) και από του στόματος αντιβιοτική προφύλαξη (ABX) για ΛΧΘ.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Χρησιμοποιήθηκαν τα αρχεία από δύο κέντρα παχέος εντέρου. Παράγοντες κινδύνου ΛΧΘ κατηγοριοποιήθηκαν σε ασθενείς- ασθένειες και θεραπεία-εξαρτώμενη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Μια ομάδα 2.240 ασθενών είχε συμπεριληφθεί. ΛΧΘ παρατηρήθηκαν σε 364 ασθενείς (16,3%). MBP + / ABX + συνδέθηκε με χαμηλότερη επίπτωση της αναστομωτικής διαρροής (AL) και όργανο-χώρο ΛΧΘ: 2,4 έναντι 6,3%? $p = 0,008$ και 3,6 έναντι 7,2%? $p = 0.017$, αντίστοιχα. Ασθενής που εξαρτάται από παράγοντες: η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο της δερματικής επιφανειακής ΛΧΘ, προσαρμογή OR 1,53 (1,47-1,59 διάστημα εμπιστοσύνης 95% (95% CI)), και βαθιάς τομής ΛΧΘ 1,42 (1,39 - 1,45 95% CI). Ασθένεια που εξαρτάται από παράγοντες: ο καρκίνος του ορθού συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο δέρματος επιπολής και εν τω βάθει τομής ΛΧΘ, προσαρμογή OR 1,28 (1,22 - 1,34 95% CI) και 1,13 (1,09-1,15 95% CI). Η θεραπεία που εξαρτάται από παράγοντες: MBP + / ABX + συσχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο του οργανικού χώρου ΛΧΘ, προσαρμογή OR 0,53 (0,44 - 0,59 95% CI). Η ακτινοθεραπεία αυξάνει τον κίνδυνο των οργάνων χώρου ΛΧΘ, προσαρμογή OR 1,78 (1,75 - 1,80 95% CI). Ο κίνδυνος του οργανικού χώρου ΛΧΘ ήταν το υψηλότερο μετά από χαμηλή πρόσθια εκτομή, προσαρμογή OR 1,62 (1,60 - 1,64 95% CI).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Εάν είναι δυνατόν, MBP και ABX θα πρέπει πάντα να χορηγούνται για να μειώνεται ο κίνδυνος της AL και ο οργανικός χώρος ΛΧΘ. Παράγοντες που σχετίζονται αυστηρά με τη θεραπεία αύξησαν κυρίως τον κίνδυνο των οργανικών χώρων ΛΧΘ.

Λέξεις-κλειδιά:

Αναστομωτική διαρροή, προετοιμασία του εντέρου, Καρκίνος του παχέος εντέρου, δια του στόματος αντιβιοτική προφύλαξη, χειρουργική λοίμωξη

Συμπεράσματα Ερευνητικών Άρθρων

Η υποστηρικτική φροντίδα για τη δυσλειτουργία του εντέρου είναι αναγκαία και θα πρέπει να περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών και ψυχολογικής υποστήριξης σε διάφορες βαθμίδες. Επίσης, νοσηλεύτριες του ογκολογικού μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην παροχή υποστηρικτικής φροντίδας για τους ασθενείς με καρκίνο του ορθού και με εντερική δυσλειτουργία. Ακόμη, η γνώση στρατηγικών θα είναι επωφελής για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, όταν θα εκπαιδεύουν τους ασθενείς σχετικά με την αποτελεσματική διαχείριση των συμπτωμάτων του εντέρου, μετά από σφιγκτήρα εξοικονόμησης χειρουργικής επέμβασης. Καταλαβαίνουμε πως υπάρχει ανάγκη για εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τη βραχυπρόθεσμη, καθώς και μακροπρόθεσμη εμπειρική συμπτωματολογία του εντέρου ακολουθούμενη από σφιγκτήρα εξοικονόμησης χειρουργικών επεμβάσεων για ασθενείς με καρκίνο του πρωκτού. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες έχουν μια σημαντική συνεισφορά στη διευκόλυνση ασθενών επιλέγοντας μια σειρά από στρατηγικές αυτό-φροντίδας για να βοηθήσουν τους ασθενείς να διαχειριστούν τα συμπτώματα του εντέρου τους μετεγχειρητικά, καθώς επίσης προτείνεται ότι η νοσηλευτική στήριξη θα πρέπει να απευθύνεται στους πρώτους λίγους μήνες μετά την αντιστροφή, όταν τα συμπτώματα του εντέρου τείνουν να είναι πιο ενοχλητικά. Κάποια άλλα αποτελέσματα ερευνών υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς σε μόνιμη κολοστομία μετά από θεραπευτική εκτομή για καρκίνο του ορθού χρειάζονται πρόσθετη ιατρική υποστήριξη και φροντίδα πριν τη χειρουργική επέμβαση και κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά την επέμβαση. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες με κολοστομία, λόγω της ορθικής χειρουργικής επέμβασης χρειάζονται ειδική αποκατάσταση και νοσηλευτική φροντίδα που εστιάζεται στην προσαρμογή σε προσωρινή ή μόνιμη αλλαγή της ζωής τους. Ωστόσο, αυτό-φροντίδα συμπεριλαμβανομένης της χρήσης συμπληρωματικής φροντίδας ως συμπλήρωμα σε θεραπείες του καρκίνου θα μπορούσε να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τις παρενέργειες της θεραπείας. Αξιολόγηση των συμπτωμάτων με τη χρήση του ΚΔΕΠ (Ταϊλάνδη) έκδοση και την ανακούφισή τους θα μπορούσε να επιτρέψει στους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης να ενισχύσουν την αντιμετώπιση των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου. Παρόλα αυτά, μια μελέτη ανέδειξε τη σημασία της παροχής ψυχολογικών παρεμβάσεων για τους καρκινοπαθείς και τους συνεργάτες τους. Ειδικότερα, οι ασθενείς που κάνουν χημειοθεραπεία και αυτοί που

διαγνωστήκαν πάνω από ένα χρόνο, καθώς και οι συνεργάτες τους, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Επιπροσθέτως, διάφορες μορφές της ψυχοκοινωνικής επέμβασης χρησιμοποιήθηκαν για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου. Περαιτέρω έρευνα συστήνεται συνήθως για να διερευνηθούν οι επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που πραγματοποιούνται τόσο κατά την προ και κατά τη μετεγχειρητική περίοδο σε ασθενείς με ορθοκολικό αποτελέσματα. Λόγω του μικρού αριθμού των μελετών που εντοπίζονται, είναι απαραίτητο να ληφθεί αυτό υπόψη κατά τον προσδιορισμό των στρατηγικών και τη διεξαγωγή μελλοντικών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για τους ασθενείς με ορθοκολικό. Επίσης, η φύση της απόκρισης ενός ατόμου σε φόβους επανάληψης επίπτωσης χρήζει είσπραξη μεγαλύτερης κλινικής εξέτασης. Παροχή ευκαιριών για να συζητήσουν ανοιχτά το ενδεχόμενο της επανεμφάνισης του καρκίνου, την αξιολόγηση μεμονωμένων φόβων και υποδείξεων σχετικά με τις πιθανές στρατηγικές αντιμετώπισης για να μειωθεί η σχετική αγωνία, είναι απαραίτητες υποστηρικτικές δραστηριότητες που διευκολύνουν τη μετάβαση στη ζωή πέρα από τον καρκίνο. Εντούτοις, σύμφωνα με αναδυόμενα αποδεικτικά στοιχεία, η μελέτη αυτή έχει προσδιοριστεί ποσοτικά στην έκταση των καθυστερήσεων των αρνητικών επιπτώσεων με μια υπό-ομάδα των ασθενών με καρκίνο του ορθού αναφορικά με τα επίμονα προβλήματα της λειτουργίας του εντέρου. Οι επιπτώσεις πρέπει να εξεταστούν από τις τρέχουσες υπηρεσίες παρακολούθησης και να δοθούν νέα μοντέλα της συνολικής αξιολόγησης και παρεμβάσεων σε ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης αργών ανεπιθύμητων παρενεργειών της θεραπείας. Εν τέλει, συμπεραίνεται πως η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών ανησυχιών θα πρέπει να γίνει μέρος της φροντίδας και να δίνεται συνήθως σε ασθενείς με στομία. Συνακόλουθα, προτείνεται να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στη διάλυση αρνητικών σκέψεων και να ενθαρρύνονται οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

- **Αθανάτου, Ε.,** 2010. *Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική*. Αθήνα: εκδόσεις Ζ.
- **Αρχαύλης, Ε.,** 2012. *Αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, προεγχειρητική σταδιοποίηση*. Αθήνα: ιατρικές εκδόσεις
- **Γαρδίκας, Κ.,** 2009. *Ειδική νοσολογία*. Αθήνα: εκδόσεις Ιτάβικα
- **Γιωτάκη, Ε.,** 2010. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Αθήνα: Ιατρικές & Επιστημονικές Εκδόσεις Σιώκης
- **Ζουμπλός, Χ.,** 2012. *Νεοεπικουρική χημειοθεραπεία*. Εκδόσεις Νοσοκομειακά χρονικά, σελ: 227- 246
- **Κοσμίδης, Π., Τριανταφυλλίδης, Γ.,** 2010. *Ογκολογία του πεπτικού συστήματος*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΕΠΕ
- **Κούβαρης, Ι.,** 2011. *Εισαγωγή στην ακτινοθεραπεία. Επιστημονικά θέματα*. 2(1), σελ:20-21
- **Λαβδανίτη, Μ., Ζύγα, Σ.,** 2012. *Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 4(1), σελ:13-17
- **Μαρίνης, Α., Γρίβας, Π.,** 2013. *Προωθημένη Μετεγχειρητική Ανάνηψη (Enhanced Recovery After Surgery) στη Χειρουργική του Παχέως Εντέρου, Κατευθυντήριες Οδηγίες 2013*, 18(2), σελ: 123-126
- **Μουσσάς, Γ., Καρκανιάς, Α., Παπαδοπούλου, Α.,** 2010. *Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε ασθενείς του γενικού νοσοκομείου με καρκίνο. Αρχεία ψυχιατρικής*. 19(2), σελ:124-144
- **Μπανκουσλί, Ι.,** 2012. *Πρακτική προσέγγιση στην κλινική ογκολογία*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- **Μπονάτσος, Γ., Κακλαμάνος, Ι., Γολεμάτης, Β.,** 2011. *Χειρουργική Παθολογία*. Αθήνα: εκδόσεις Πασχαλίδης
- **Νάτσικας, Ν.,** 2009. *Παθήσεις Παχέως Εντέρου και Ορθού*, έκδοση 3^η. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις university studio press

- **Πετρίδης, Α.,** 2011. *Εγχειρίδιο Χειρουργικής*, έκδοση 5^η . Αθήνα: Εκδόσεις “ΕΛΛΗΝ”
- **Σαχίνη- Καρδάση, Α., Πάνου, Μ.,** 2010. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες*, τόμος ΙΙ. Αθήνα: εκδόσεις ΒΗΤΑ
- **Σαχίνη- Καρδάση, Α., Πάνου, Μ.,** 2010. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες*, τόμος 1^{ος}. Αθήνα: εκδόσεις ΒΗΤΑ
- **Στυλιανίδης, Γ.,** 2012. *Χειρουργική Θεραπεία Πρωτοπαθούς εστίας*. Έκδοση Β’ Νοσοκομειακά χρονικά, σελ:209-226
- **Τζαναλής, Α., & Βεκίλη, Ι.,** 2013. *Συμπλέγματα συμπτωμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Το Βήμα του Ασκληπιού*, 12(3), σελ:227-302
- **Φερτάκης, Α.,** 2009. *Παθολογική Φυσιολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- **Χανιώτης, Α., Χανιώτης, Φ.,** 2009. *Νοσολογία – Παθολογία*, τόμος ΙΙ. Αθήνα: εκδόσεις Λίτσα

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

- **Dewit, S.,** 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες & Πρακτική*, τόμος 2^{ος}. (Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Λαμπρινού, Α., & Λεμονίδου, Χ.).Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης
- **Fritsch H., Kuhnel W.,** 2009. *Taschentlas Anatomie in 3 Banden, Band 2 Innere Organe*. Μεταφρασμένο από Γερμανικά από Α. Δ. Αρβανίτης. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- **Ignatavicius, D., Workman, L.,** 2012. *Παθολογική- Χειρουργική νοσηλευτική, Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα*, τόμος ΙΙ. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Βασιλειάδου. Αθήνα: εκδόσεις ΒΗΤΑ
- **Lemone, P., Burke, K.,** 2011. *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική*, τόμος 2. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Η. Παναγιωτάκη- Μπροκαλάκη. Αθήνα: εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- **Mulroney, S. E., Myers, A. K.,** 2009. *Netter’s Essential Physiology*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Γ. Ανωγειανάκης, Α. Ανωγειανάκη, Γ. Κουτσοβίτης. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ

- **Netter, F.,** 2009. *Παθολογία Βασικές Αρχές*, τόμος Ι,ΙΙ. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Κ. Βλάσης. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης
- **Osborn, S. K., Wraa, C. E., Watson, B. A.,** 2013. *Medical – Surgical Nursing, Preparation of Practice*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Κ. Αγγελόπουλος, Χ. Γκιώνη, Δ. Ζήκος, Ε. Κάλφα, Ν. Καπώνη, Σ. Καραπατσά, Χ. Κάρλου, Ε. Κοντοπού, Γ. Κοτρωνούλας, Κ. Κουγιανός, Α. Λουδοβιώτη, Μ. Μουσιδίου, Κ. Παπανικολάου, Α. Παπαπέτρου, Κ. Παπαχρόνη, Ν. Πατέλης, Ε. Σαρμανιώτη, Κ. Τόγια, Χ. Τσιολάκη, Δ. Χατζηστεφανίδης. Λευκωσία: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD
- **Lemone, P., Burke, K.,** 2011. *Παθολογική Χειρουργική νοσηλευτική: κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*, τόμος ΙΙ. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Η. Παναγιωτάκη- Μπροκαλάκη. Αθήνα: εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- **Priscilla, L., Karen, B.,** 2009. *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*, τόμος ΙΙ. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- **Richard, L. D., Wayne V., Adam W. M. M.,** 2010. *Gray's Anatomy for Students*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Δ. Τουσίμης. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- **Rosen, L.,D.,** 2012. *The American cancer society text at: <http://www.bestrong.org>*
- **Runger, M., Geganti, A., Netter, F.,** 2009. *Παθολογία Βασικές Αρχές*, τόμος Ι. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης
- **Tortora G. J.,** 2009. *Principles of Human Anatomy*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Γ. Καραχάλιος. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ
- **Vander, A., Sherman, J., Luciano, D.,** 2011. *Human Physiology, The Mechanisms of Body Function*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ν. Γελαδάς, Θ. Κοκκορόγιαννης, Γ. Νάσσης, Μ. Κοσκολού, Χ. Καλαϊτζή, Κ. Κωστίκας, Δ. Φιλίππου, Κ. Φινέττη. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

- **Andersson, G., Engström, Å., Söderberg, S.,** (2010). A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *International Journal of Nursing Practice*, vol.16, p.603-608

- **Burch, J.,** (2012). Enhanced recovery for patients following colorectal surgery. *Nursing Standard journal*, vol. 27, p. 37-43
- **Hoon, L., S., Sally, C., W., C., Hong- Gu, H.,** (2013). Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, vol.17, p.883-891
- **Ito, N., Ishiguro, M., Uno, M., Kato, S., Shimizu, S., Obata, R., Tanaka, M., Tokunaga, K., Nagano, M., Sugihara, K., Kazuma, K.,** (2012). Prospective Longitudinal Evaluation of Quality of Life in Patients With Permanent Colostomy After Curative Resection for Rectal Cancer: A Preliminary Study. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, vol.39 p.172-177
- **Knowles, G., Haigh, R., McLean, C., Phillips, H., A., Dunlop, M., G., Din, F., V., N.,** (2013). Long term effect of surgery and radiotherapy for colorectal cancer on defecatory function and quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, vol.17, p.570-577
- **Knowles, G., Sherwood, L., Dunlop, M., G., Dean, G., Jodrell, G., McLean, C., Preston, E.,** (2006). Developing and piloting a nurse- led model of follow- up in the multidisciplinary management of colorectal cancer. *European journal of Oncology Nursing*, vol. 11, p. 212- 223
- **Lai, X., Wong, F., K., Ching, S., S.,** (2013). Review of bowel dysfunction of rectal cancer patients during the first five years after sphincter- preserving surgery: a population in need of nursing attention. *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 17, p.681-692
- **Landers, M., McCarthy, G., Savage, E.,** (2012). Bowel symptom experiences and management following sphincter saving surgery for rectal cancer: A qualitative perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, vol.16, p.293-300
- **Landers, M., McCarthy, G., Savage, E.,** (2013). A theoretical framework to guide a study of patients' bowel symptoms and self- care strategies following sphincter- saving surgery for rectal cancer. *Applied Nursing Research*, vol.26, p.157-159
- **Landers, M., Savage, E., McCarthy, G., Fitzpatrick, J., J.,** (2011). Self- care strategies for the management of bowel symptoms following sphincter- saving surgery for rectal cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, vol.15, p.105-113

- **Mik, M., Berut, M., Trzcinski, R., Wild, L., Buczynski, J., Wild, And.,** (2016). Preoperative oral antibiotics reduce infections after colorectal cancer surgery. *Langenbecks Arch Surg*, vol 20, p.184- 192
- **Pereira, G., M., Figueiredo, P., A., Fincham, F., D.,** (2012). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing*, vol.16, p.227-232
- **Piamjariyakul, U., Williams, P., D., Prapakorn, S., Kim, M., Park, L., Rojjanasrirat, W., Williams. A., R.,** (2010). Cancer therapy- related symptoms and self- care in Thailand. *European Journal of Oncology Nursing*, vol.14, p.387- 394
- **Taylor, C., Morgan, L.,** (2011). Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. *European Oncology Nursing Society*, vol.15, p.59-66
- **Taylor, C., Richardson, A., Cowley, S.,** (2011). Surviving cancer treatment: An investigation of the experience of fear about, and monitoring for, recurrence in patients following treatment for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, vol15, p.243-249