



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΧΑΛΙΑΣΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

Εισηγήτρια: ΖΑΜΠΙΡΑ ΙΡΙΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
SUMMARY	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	9
ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	10
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	10
3.1 Εισαγωγικά στοιχεία.....	10
3.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	11
3.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	14
3.3.1 Κινητικότητα του στομάχου	12
3.3.2 Γαστρική έκκριση	14
3.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	15
3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	16
3.6 ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	20
3.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	23
3.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	24
3.8.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	26
3.9 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ	29
3.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	30
3.10.1 Χειρουργική επέμβαση.....	30
3.10.2 Ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός.....	31
3.10.3 Ενδοσκοπική θεραπεία	32
3.10.4 Προεγχειρητική χημειοθεραπεία	32
3.10.5 Επικουρικές θεραπείες.....	32
3.10.6 Παρηγορητική θεραπεία	33
3.11 ΠΡΟΓΝΩΣΗ	33
3.12 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ.....	34
3.13 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	35

3.14 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	36
3.14.1 Διαγνωστικός έλεγχος	36
3.14.2 Η συναίνεση για τη χειρουργική επέμβαση	37
3.14.3 Στόχοι προεγχειρητικής φροντίδας	37
3.14.4 Εκπαίδευση για την εκτέλεση ασκήσεων μετεγχειρητικά	38
3.14.5.Προεγχειρητική ετοιμασία	38
3.14.6.Η άμεση προεγχειρητική φροντίδα	40
3.14.7.Φροντίδα στο χειρουργείο	41
3.14.8 Άμεση μετανασθητική φροντίδα	41
3.14.9 Η μετανασθητική φροντίδα στο τμήμα νοσηλείας	42
3.14.10 Η προστασία του ασθενούς από βλάβη.....	43
3.14.11 Χειρουργικό τραύμα και παροχετεύσεις.....	44
3.14.12 Προαγωγή της Αναπνευστικής Λειτουργίας	45
3.14.13 Η Προαγωγή της κυκλοφορίας	46
3.14.14 Η διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών	46
3.14.15 Προαγωγή της γαστρεντερικής λειτουργίας	47
3.14.16.Προαγωγή της άνεσης του ασθενούς.....	48
3.14.17 Η ανάπαυση και η δραστηριότητα.....	49
3.14.18 Πρόληψη των Λοιμώξεων	50
3.15.ΈΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	50
3.16.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	51
3.16.1.Ανεπιθύμητες ενέργειες από την χημειοθεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	52
3.17.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	57
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	57
4.1 Είδος έρευνας.....	57
4.2 Διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος.....	57
4.3 Καθορισμός κριτηρίων εισαγωγής και αποκλεισμού μιας μελέτης	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	59

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ / ΕΥΡΗΜΑΤΑ	59
5.1 Ανάλυση των δεδομένων.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	82
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	86
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	87

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε με σκοπό παρουσιάσει με επιστημονικό τρόπο από την πλευρά του νοσηλευτή, το θέμα του καρκίνου του στομάχου, αναλύοντας όλες τις επιμέρους θεματικές ενότητες και αναδεικνύοντας τους παραγόμενους νοσηλευτικούς ρόλους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την παρούσα εργασία, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar και PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο καρκίνος του στομάχου παρουσιάζει μειωμένη εξάπλωση λόγω της βελτίωσης της διατροφικής πρακτικής, αλλά παραμένει σε υψηλά επίπεδα θνησιμότητας. Σημαντικός παράγοντας κίνδυνου θεωρείται η λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιου του πυλωρού, που πιθανώς σχετίζεται με τη νόσο. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν σαν στόχο τη χειρουργική εκτομή. Σε αυτή τη διαδικασία σημαντικές είναι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Σε ανίατες περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου, ο σκοπός είναι η παροχή ανακουφιστικής φροντίδας με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο γαστρικός καρκίνος αποτελεί ένα νόσημα που απαιτεί ιδιαίτερες παρεμβάσεις, τόσο στη πρόληψη, όσο και στη θεραπεία και στην αποκατάσταση. Σε όλα τα στάδια της νόσου ο νοσηλευτικός ρόλος καθίσταται σημαντικό για την ομαλή εξέλιξη του ασθενούς.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: στόμαχος, καρκίνος, πρόληψη, νοσηλευτική φροντίδα, ανακουφιστική φροντίδα.

SUMMARY

PURPOSE: This thesis was designed to present scientifically on the part of the nurse the issue of stomach cancer, highlighting the nursing roles.

MATERIAL AND METHODS: For this thesis, a review of the international bibliography in Google Scholar, PubMed. The material of the thesis was selected from books and articles published mainly in the last decade in English and Greek.

RESULTS: Stomach cancer is declining due to improved nutritional practice but remains at high mortality rates. An important risk factor is the *Helicobacter pylori* infection, possibly related to the disease. Therapeutic interventions aim at surgical excision. In this process, nursing interventions are important. In incurable cases of advanced cancer, the purpose is to provide relief care in order to improve the quality of life of the patient.

CONCLUSIONS: Gastric cancer is a disease requiring special interventions, in prevention, as well as in treatment and rehabilitation. In all stages of the disease the nursing role becomes important for the smooth progression of the patient.

KEY WORDS: stomach, cancer, prevention, nursing care, palliative care.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια προσπάθεια προσέγγισης και παρουσίασης ενός δύσκολου ιατρικά και νοσηλευτικά νοσήματος που είναι ο καρκίνος του στομάχου. Η συγκεκριμένη πάθηση αποτελεί μια πρόκληση, καθώς παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες στη διάγνωση, στη θεραπευτική αντιμετώπιση και στην μετέπειτα ζωή του ασθενούς.

Αναλύοντας τα επιμέρους κεφάλαια, πέρα από το πρώτο εισαγωγικό κεφάλαιο, στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο σκοπός και ο στόχος της εργασίας, που οριοθετείται στην παραπάνω θέση που έχει σχέση με τις προκλήσεις και τις δυσκολίες του συγκεκριμένου νοσήματος.

Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την παρουσίαση των βιβλιογραφικών δεδομένων, αρχίζοντας από τις βασικές γνώσεις ανατομίας και φυσιολογίας και συνεχίζοντας στα επιμέρους υποκεφάλαια που αναλύουν την επιδημιολογία της νόσου, τους αιτιολογικούς παράγοντες, την ιστοπαθολογία, την κλινική εικόνα, τη σταδιοποίηση, τις θεραπευτικές επιλογές, την πρόγνωση και την πρόληψη της νόσου. Στο ίδιο κεφάλαιο αναλύονται οι νοσηλευτικές διεργασίες που εφαρμόζονται στον καρκίνο του στομάχου. Οι νοσηλευτικές διεργασίες αφορούν τη χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου και όλες τις διεργασίες που εφαρμόζονται προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Επίσης παρουσιάζονται οι νοσηλευτικές διεργασίες που εφαρμόζονται στη χημειοθεραπευτική και ακτινοθεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου.

Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την επιστημονολογική θέση καθώς ενημερώνει για τη έρευνα, το είδος της μεθοδολογίας και τη συλλογή των νεότερων δεδομένων σχετικά με τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την εφαρμογή παρεμβάσεων, σε επίπεδο παρηγορητικής φροντίδας, σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη μορφή της νόσου. Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως προέκυψαν από την μεθοδολογική προσέγγιση. Στο έκτο κεφάλαιο σχολιάζονται τα αποτελέσματα

της έρευνας και πραγματοποιείται συσχετισμός με τη διεθνή βιβλιογραφία. Τέλος παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την παρούσα μελέτη, με την επισήμανση των σημαντικότερων στοιχείων, που ίσως αποτελέσουν το αντικείμενο της μελλοντικής έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο σύγχρονος νοσηλευτής-τρια αντιμετωπίζει καθημερινά την ασθένεια του καρκίνου και των επιπτώσεων που έχει αυτή. Δυστυχώς σε ορισμένες περιπτώσεις βρίσκεται αντιμέτωπος με ανίατες περιπτώσεις, όπως είναι αυτή η περίπτωση του καρκίνου του στομάχου. Ο καρκίνος του στομάχου έχει την ιδιαιτερότητα ότι έχει αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, αφορά σε πολλές περιπτώσεις νέους ανθρώπους και παρουσιάζει δυσκολίες στη διάγνωση, αφού η συμπτωματολογία του θεωρείται άτυπη και μη ειδική.

Στο πλαίσιο άσκησης της νοσηλευτικής, η παραπάνω νόσος αποτελεί μια πρόκληση. Η ενημέρωση και η πρόληψη του καρκίνου γενικά και του καρκίνου του στομάχου ειδικότερα, αποτελούν ένα πεδίο στο οποίο ο σύγχρονος νοσηλευτής-τρια μπορεί να προσφέρει σημαντικό έργο. Η ενημέρωση, η αναγνώριση και η καθοδήγηση των ασθενών αποτελούν σημαντικό νοσηλευτικό έργο και για να γίνει αυτό ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να έχει τις ειδικές γνώσεις.

Μέσα από αυτή την εργασία παρουσιάζονται όλες οι ειδικές γνώσεις που πρέπει να έχει ένας επαγγελματίας υγείας για να πετύχει τους παραπάνω στόχους. Σαν πρώτος στόχος είναι να παρουσιαστούν, με βάση τα δεδομένα της σύγχρονης βιβλιογραφίας, όλα τα στοιχεία που αφορούν την επιδημιολογία, την αιτιολογία, τη διάγνωση, την κλινική εικόνα και τις θεραπευτικές επιλογές της νόσου και τέλος την φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο του στομάχου που δεν έχει ίαση.

Αυτός είναι και ο δεύτερος στόχος της εργασίας, που παρουσιάζεται στο ερευνητικό μέρος και αφορά όλα τα δεδομένα σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο στομάχου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 Εισαγωγικά στοιχεία

Από επιδημιολογικής άποψης ο καρκίνος του στομάχου παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Στις αρχές του 20ου αιώνα αποτελούσε τον πρώτο σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνο στον άνθρωπο, με μεγάλη διαφορά από τους υπόλοιπους. Μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, όμως, άρχισε μία σταδιακή μείωση της συχνότητας εμφάνισής του, η οποία έλαβε σημαντικές διαστάσεις το τελευταίο τέταρτο του αιώνα, έτσι που στις ημέρες μας στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες να είναι ο ένατος σε συχνότητα εμφάνισης στους άνδρες και 14ος στις γυναίκες. Στον υπόλοιπο όμως κόσμο, η νόσος εξακολουθεί να είναι διαδεδομένη, έτσι σε παγκόσμια κλίμακα βρίσκεται στη δεύτερη θέση μετά τον καρκίνο του πνεύμονα (Φιλόπουλος, 2017).

Αυτή η εξαιρετικά ενδιαφέρουσα επιδημιολογική πορεία του καρκίνου του στομάχου μέσα στο χρόνο έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των επιστημόνων, καθώς ο εντοπισμός των αιτιών που την προκάλεσαν θα μπορούσε να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση της καρκινογένεσης και του τρόπου αντιμετώπισής της (Φιλόπουλος, 2017).

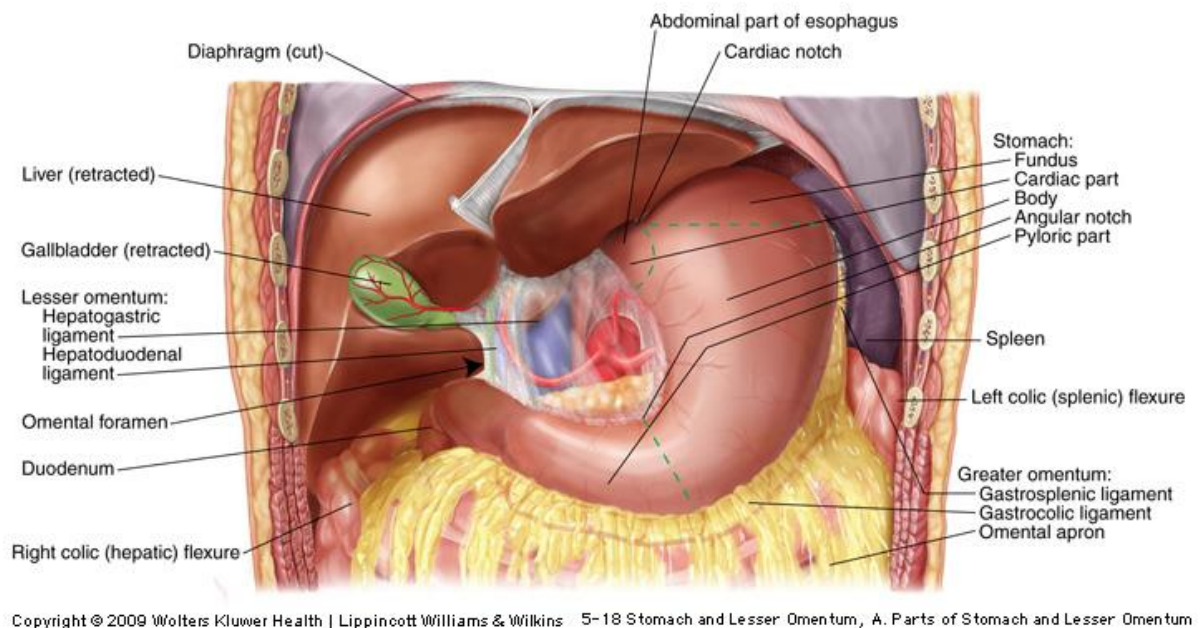
Οι περισσότεροι ερευνητές εκτιμούν ότι αυτή η σημαντική πτώση της συχνότητας εμφάνισης του συγκεκριμένου καρκίνου στις ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης θα πρέπει να αποδοθεί στην αλλαγή του τρόπου συντήρησης των τροφίμων και ιδιαίτερα στην ευρεία διάδοση και χρησιμοποίηση των ψυγείων, τα οποία κατέστησαν άχρηστες παλαιότερες πρακτικές, ιδίως εκείνες που στηριζόντουσαν στη χρησιμοποίηση ως συντηρητικού του αλατιού (παστά). Επίσης και οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες (π.χ. κατανάλωση μεγαλύτερων ποσοτήτων φρέσκων φρούτων και λαχανικών), αλλά και άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες πρέπει να έχουν συμβάλει σ' αυτή την εξέλιξη (Φιλόπουλος, 2017).

Το σημαντικό ρόλο της διατροφής στην καρκινογένεση ενισχύει και το γεγονός πως μεταξύ των διαφόρων γεωγραφικών περιοχών του κόσμου (όπου επικρατούν και διαφορετικές διατροφικές συνήθειες) παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις σ' ότι αφορά τη συχνότητα εμφάνισης της νόσου. Για παράδειγμα, αυτή είναι πολύ μεγάλη στην Ιαπωνία και σε ορισμένες περιοχές της Μέσης Ανατολής (όπου και η κατανάλωση παστών κρεάτων και ψαριών είναι διαδεδομένη), και μικρή στην Αυστραλία. Η μετακίνηση πληθυσμών από περιοχές με μεγάλη επίπτωση της νόσου σε άλλες με μικρότερη, συνοδεύτηκε από μία σταδιακή μείωση και της συχνότητας εμφάνισης της νόσου στις συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Ταυτόχρονα, όμως, η σχετική επιδημιολογική έρευνα ανέδειξε τη μεγάλη σημασία που έχουν οι διαιτητικές συνήθειες τα πρώτα χρόνια της ζωής των ανθρώπων (Wogan et al., 2005).

Ενώ, όμως, στις δυτικές χώρες η μείωση στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι σημαντική, κάτι αντίστοιχο δεν παρατηρήθηκε και για τη θνητότητά της, δηλ. για το ποσοστό των ασθενών που υποκύπτουν εξ' αιτίας της. Σε γενικές γραμμές η πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο του στομάχου έχει ελάχιστα βελτιωθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Αυτή η δυσμενής κατάσταση αποδίδεται τόσο στην καθυστερημένη διάγνωση της νόσου, όσο και στην ιδιαίτερη βιολογική συμπεριφορά της (Φιλόπουλος, 2017).

3.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο στόμαχος προέρχεται εμβρυολογικά από το πρόσθιο έντερο. Συνδέεται κεφαλικά με τον οισοφάγο και περιφερικά με το δωδεκαδάκτυλο. Είναι η πιο διευρυμένη μοίρα του πεπτικού σωλήνα και έχει τρεις κύριες λειτουργίες: την αποθήκευση της τροφής, την ανάμειξή της με το γαστρικό υγρό προς τον σχηματισμό ημίρρευστου χυμού και τη ρύθμιση του ρυθμού προώθησης του περιεχομένου προς το λεπτό έντερο. Ο στόμαχος βρίσκεται στην άνω κοιλία και εκτείνεται από την αριστερή υποχόνδρια χώρα προς την επιγάστρια και ομφαλική χώρα (Εικ. 1) (Lemone & Burke, 2014).

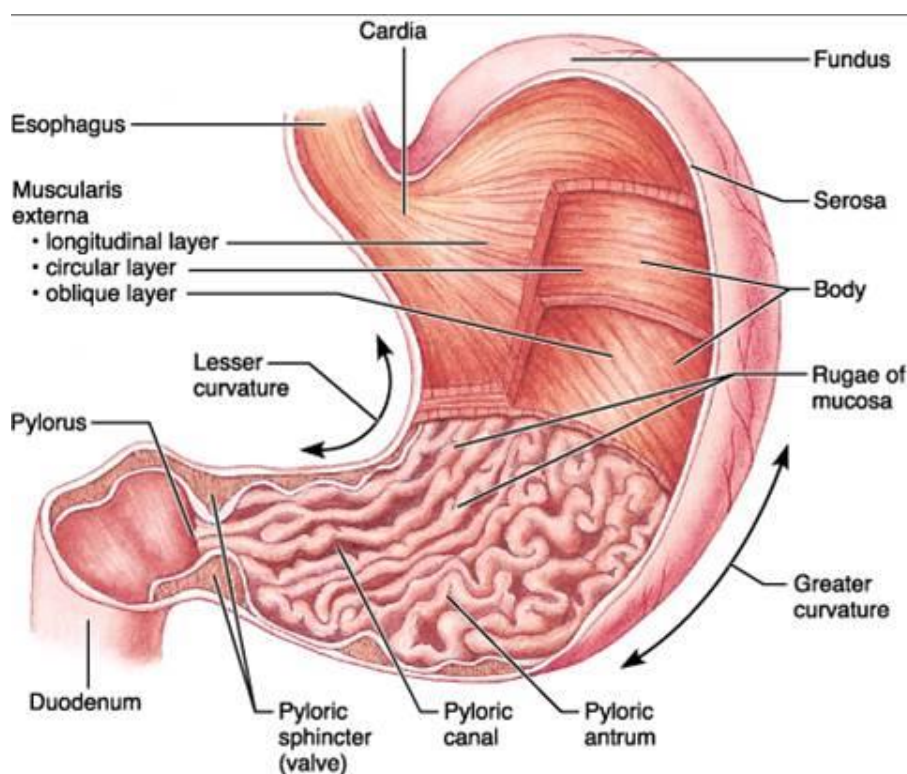


Εικόνα 1. Η θέση του στομάχου στο σώμα (Διαθέσιμο στο: web.duke.edu/anatomy/Lab05/Lab5.html)

Ένα τμήμα του καλύπτεται από τις κατώτερες πλευρές. Ο στομάχος έχει το σχήμα του γράμματος J και έχει δύο στόμια το οισοφαγικό (γαστροοισοφαγική ή καρδιοοισοφαγική συμβολή) και το πυλωρικό (γαστροδωδεκαδακτυλική συμβολή ή πυλωρικός σφιγκτήρας), δύο χείλη που ονομάζονται έλασσον και μείζον τόξο και δύο επιφάνειες την πρόσθια και την οπίσθια. Η γαστροοισοφαγική συμβολή βρίσκεται αριστερά του 10^{ου} θωρακικού σπονδύλου, περίπου δύο εκατοστά κάτω από το διάφραγμα. Το πυλωρικό στόμιο βρίσκεται δεξιά του 1^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου, όμως μπορεί να βρίσκεται και αρκετά χαμηλότερα αναλόγως της σωματικής διάπλασης, της θέσης του σώματος και της τροφής που περιέχει. Ο στομάχος βρίσκεται καθηλωμένος σε δύο σημεία: στην γαστροοισοφαγική συμβολή και στο οπισθοπεριτοναϊκό δωδεκαδάκτυλο μέσω του πυλωρού (Lemone & Burke, 2014).

Ο στομάχος διαιρείται για περιγραφικούς λόγους σε πέντε μέρη: την καρδία, τον θόλο ή πυθμένα, το σώμα, το άντρο και τον πυλωρό. Η καρδία είναι μια μικρή, δύσκολα αναγνωρίσιμη περιοχή δίπλα στην γαστροοισοφαγική

συμβολή, ελαφρώς αριστερά της μέσης γραμμής. Ο θόλος βρίσκεται προς τα άνω και αριστερά της γαστροοισοφαγικής συμβολής και συνήθως είναι γεμάτος από αέρα. Το σώμα εκτείνεται από την γαστροοισοφαγική συμβολή μέχρι την γωνιαία εντομή, μία σταθερή εντομή στο κατώτερο τμήμα του ελάσσονος τόξου. Το άντρο εκτείνεται από την γωνιαία εντομή μέχρι τον πυλωρό. Ο πυλωρός είναι ένα κυλινδρικό τμήμα του στομάχου, το οποίο σχηματίζεται από τον πυλωρικό σφιγκτήρα (Εικ.2) (Lemone & Burke, 2014).



Εικόνα 2. Η ανατομία του στομάχου (Mahadevan, 2017).

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες: τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο, τον μυϊκό και τον ορογόνο. Ο βλεννογόνος, ο οποίος αποτελείται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, καλύπτει όλο τον αυλό του στομάχου είναι παχύς και αγγειοβριθής και υπό φυσιολογικές συνθήκες έχει απαλή βελούδινη εμφάνιση και ροζ χρώμα. Σχηματίζει πολυάριθμες επιμήκεις

πτυχές, οι οποίες εμφανίζονται και στον υποβλεννογόνιο, είναι κινητές και εξαλείφονται κατά την διάταση του στομάχου. Οι αρτηρίες του στομάχου προέρχονται από κλάδους της κοιλιακής αρτηρίας. Οι φλέβες του στομάχου απάγουν το αίμα προς την πυλαία κυκλοφορία. Η νεύρωση του στομάχου προέρχεται από το κοιλιακό πλέγμα του συμπαθητικού συστήματος και από το δεξιό και αριστερό πνευμονογαστρικό νεύρο (Χαράτση – Γιωτάκη, 2010).

3.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

3.3.1 Κινητικότητα του στομάχου

Η λειτουργία του στομάχου είναι η αποθήκευση της τροφής, η ανάδυσή της με σκοπό την πολτοποιήσή της και η προώθηση αυτής προς το δωδεκαδάκτυλο. Τα περισταλτικά κύματα του στομάχου είναι αυτά που βοηθούν στην ανάδευση της τροφής, στην ανάμιξη αυτής με τα γαστρικά υγρά αλλά και στην προώθησή της. Έχουν ως αφετηρία το σώμα και κατευθύνονται προς τον πυλωρό. Το πάχος του μυϊκού τοιχώματος είναι μεγαλύτερο στο άντρο, γεγονός που αντικατοπτρίζει τις ισχυρότερες συσπάσεις που καταγράφονται στον περιφερικό στόμαχο. Ο πυλωρός συμπεριφέρεται ως σφιγκτήρας, που επιτρέπει μικρή κάθε φορά ποσότητα γαστρικού περιεχομένου να διέλθει προς το δωδεκαδάκτυλο. Όταν ο βλωμός περάσει δια του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα και εισέλθει στο στόμαχο πραγματοποιούνται διαδοχικά χάλαση υποδοχής, ανάδευση και πέψη και γαστρική κένωση (Χαράτση – Γιωτάκη, 2010).

3.3.2 Γαστρική έκκριση

Ο βλεννογόνος του στομάχου έχει διαφορετική σύνθεση κυττάρων αναλόγως με τις μοίρες του. Έτσι, τα τοιχωματικά κύτταρα βρίσκονται στον θόλο και την κεντρική μοίρα του σώματος και εκκρίνουν υδροχλωρικό οξύ (HCl) και ενδογενή παράγοντα, τα κύρια κύτταρα (chief cells) βρίσκονται στο περιφερικό σώμα και εκκρίνουν πεψινογόνο, τα κύτταρα G βρίσκονται στο άντρο και εκκρίνουν γαστρίνη, ενώ τα βλεννοκύτταρα βρίσκονται στο άντρο και το θόλο και εκκρίνουν βλέννη και πεψινογόνο. Η γαστρική έκκριση κατά τη

νηστεία ποικίλει μεταξύ 500mL και 1500mL την ημέρα. Μετά από κάθε γεύμα περίπου 1000mL εκκρίνονται στον αυλό. Η μεταξύ των γευμάτων έκκριση γαστρικού οξέος από τα τοιχωματικά κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου ακολουθεί έναν κιρκάδιο (νυχθημερή) ρυθμό. Ο ρυθμός αυτός είναι κατά πολύ χαμηλότερος σε σχέση με το ρυθμό έκκρισης μετά από ένα γεύμα, ενώ έχει ελάχιστη τιμή το πρωί (λίγο πριν την αφύπνιση) και μέγιστη τιμή το βράδυ. Επίσης, η έκκριση οξέος είναι άμεση συνάρτηση του αριθμού των τοιχωματικών κυττάρων, ο οποίος επηρεάζεται από το σωματικό βάρος. Έτσι, οι άνδρες έχουν υψηλότερο ρυθμό βασικής γαστρικής έκκρισης συγκριτικά με τις γυναίκες. Σημαντική διακύμανση παρατηρείται επίσης στη βασική έκκριση μεταξύ φυσιολογικών ατόμων, έτσι ώστε το pH ηρεμίας να κυμαίνεται μεταξύ 3 και 7 (Χαράτση – Γιωτάκη, 2014).

3.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του γαστρικού συστήματος είναι μια πολύ συχνή ασθένεια παγκοσμίως και η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο, που πλήττει περίπου ένα εκατομμύριο ανθρώπους ετησίως. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην εμφάνιση μεταξύ ηπείρων. Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης - έως 69 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα ετησίως - εντοπίζεται στους άντρες στη βορειοανατολική Ασία (Ιαπωνία, Κορέα και Κίνα). Ενδιάμεσες τιμές εμφανίζονται στην Ευρώπη και τη Νότια Αμερική. Η Βόρεια Αμερική, η Αφρική, η Νότια Ασία και η Ωκεανία (συμπεριλαμβανομένης της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας) είναι περιοχές με χαμηλή επίπτωση, με ποσοστά 4-10 περιπτώσεων ανά 100.000 άτομα (Piazuelo & Correa, 2013).

Φαίνεται να υπάρχουν εξηγήσεις για αυτές τις διαφορές στην επίπτωση της νόσου. Η υψηλή πρόσληψη διαφόρων παραδοσιακών τροφίμων συντηρημένων με αλάτι και η χαμηλή κατανάλωση φρέσκων φρούτων και λαχανικών συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του στομάχου. Περαιτέρω υποστήριξη αυτής της ιδέας είναι η διαπίστωση ότι η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του στομάχου παρατηρείται αυξημένη στους μετανάστες από αυτές τις χώρες (Bae et al., 2012).

Κατά τα τελευταία 50 χρόνια, τα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του στομάχου έχουν μειωθεί σταθερά σε πολλά μέρη του κόσμου. Πιστεύεται ότι η μείωση αυτή οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε παράγοντες που συνδέονται με την κατανάλωση καταψυγμένων τροφίμων, τη διαθεσιμότητα φρέσκων φρούτων και λαχανικών και τη μείωση της χρήσης αλατιού ως μέσου διατήρησης των τροφίμων. Άλλοι πιθανοί συσχετισμένοι παράγοντες περιλαμβάνουν τη μείωση της επικράτησης της λοίμωξης από το *Helicobacter pylori* και τη μείωση του καπνίσματος σε ορισμένες βιομηχανικές χώρες (Jemal et al., 2011).

Ο καρκίνος του στομάχου είναι συχνότερος στους άνδρες. Η επίπτωση αυξάνει με την ηλικία. Η μέση ηλικία εμφάνισης καρκίνου του στομάχου στον άνδρα είναι τα 70 έτη και στη γυναίκα τα 74 έτη. Παραδοσιακά, το μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνων του στομάχου εντοπιζόταν στο άντρο. Ωστόσο σήμερα η συχνότητα του καρκίνου του άντρου έχει μειωθεί και έχει αυξηθεί η συχνότητα του καρκίνου της καρδιακής μοίρας του στομάχου, με ρυθμό που ξεπερνά το ρυθμό αύξησης της επίπτωσης κάθε άλλης κακοήθειας. Έτσι, το αδενοκαρκίνωμα της εγγύς μοίρας του στομάχου αποτελεί σήμερα σχεδόν το 50% όλων των τύπων καρκίνων του στομάχου. Οι λόγοι που έχουν οδηγήσει σε αυτή την αλλαγή δεν είναι σαφείς, αλλά είναι πολύ πιθανό παράγοντες όπως ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος, η αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και η γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Οι όγκοι που εντοπίζονται στο έλασσον τόξο είναι πιο συχνοί συγκριτικά με αυτούς του μείζονος τόξου (Quiros & Desai, 2011).

3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο καρκίνος του στομάχου είναι μια πολυπαραγοντική ασθένεια. Υπάρχει μια ποικιλία περιβαλλοντικών, γενετικών, λοιμογόνων και άλλων παραγόντων, που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, ευνοώντας την ανάπτυξη της νόσου (Piazuelo & Correa, 2013). Ο καρκίνος του στομάχου αναφέρεται σε οποιοδήποτε κακόηθες νεόπλασμα που προκύπτει από την περιοχή που εκτείνεται μεταξύ της γαστροοισοφαγικής διασταύρωσης και του πυλωρού (Sarbia et al., 2004).

1. Φυλή/εθνικότητα

Η φυλή έχει θεωρηθεί από πολλούς ερευνητές ως δυνητικός παράγοντας κινδύνου και σε τρεις ομάδες φυλών έχουν κατηγοριοποιηθεί, ως προς το βαθμό κινδύνου. Έτσι, οι Ιάπωνες, οι Κορεάτες, οι Βιετναμέζοι, οι γηγενείς Αμερικανοί και Χαβανέζοι αποτελούν την ομάδα υψηλού κινδύνου. Άτομα Λατινικής καταγωγής, οι Κινέζοι και η μαύρη φυλή αποτελούν την ομάδα μέσου κινδύνου, ενώ οι Φιλιπινέζοι και τα άτομα της λευκής φυλής ανήκουν στην ομάδα χαμηλού κινδύνου (Nagini, 2012).

2. Παράγοντες περιβάλλοντος και τρόπου ζωής

Το κάπνισμα είναι ένας αναγνωρισμένος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη γαστρίτιδας, έλκους και γαστρικού καρκίνου. Εκτιμάται ότι μέχρι το 18% των περιπτώσεων καρκίνου του στομάχου οφείλεται στο κάπνισμα και υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν μια θετική αλληλεπίδραση μεταξύ του καπνίσματος και της λοίμωξης από τον *H. Pylori* (Gonzalez et al., 2003).

Μεταξύ των διαιτητικών παραγόντων, η υψηλή πρόσληψη αλατιού συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του στομάχου. Ένας προτεινόμενος μηχανισμός είναι η άμεση βλάβη στο γαστρικό βλεννογόνο με επακόλουθη φλεγμονώδη απόκριση και αυξημένο πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Η κατανάλωση κρέατος είναι ένας πιθανός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του στομάχου. Ορισμένες μελέτες έχουν βρει μια σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης επεξεργασμένου κρέατος και του καρκίνου του στομάχου. Ένας παράγοντας που σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο καρκίνου του στομάχου είναι η επαρκής πρόσληψη φρέσκων φρούτων και λαχανικών. Θεωρείται ότι ο προστατευτικός μηχανισμός των φρούτων και των λαχανικών σχετίζεται με την αντιοξειδωτική ικανότητα αυτών των τροφίμων (Gonzalez & Agudo, 2012).

Εκτός από συγκεκριμένα συστατικά της διατροφής, ορισμένες πρακτικές μαγειρικής σχετίζονται επίσης με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του στομάχου. Αυτά περιλαμβάνουν το ψήσιμο στη σχάρα, το ψήσιμο και το βαθύ τηγάνισμα

σε ανοικτούς κλιβάνους, η ξήρανση στον ήλιο, το αλάτισμα, ή ακόμα η σκλήρυνση και απολέπιση των τροφίμων. Οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες όπως το βενζο [α] πυρένιο που σχηματίζεται σε καπνιστά τρόφιμα έχουν ενοχοποιηθεί σε πολλές περιοχές του κόσμου με υψηλά ποσοστά καρκίνου του στομάχου (Wogan et al., 2005).

3. Το Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*Helicobacter pylori*)

Το *Helicobacter pylori* (H. Pylori) είναι ένα gram-αρνητικό βακτήριο που ζει στο ανθρώπινο στομάχι. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η λοίμωξη από το H. Pylori επηρεάζει το 50% του πληθυσμού. Ο επιπολασμός του H. pylori είναι 35% στις χώρες υψηλού εισοδήματος και ως 85% σε χώρες χαμηλού εισοδήματος. Ο υψηλότερος επιπολασμός είναι στην Ασία (Misra et al., 2014). Υπάρχουν δύο μηχανισμοί με τους οποίους η μόλυνση με H. Pylori μπορεί τελικά να οδηγήσει σε γαστρικό καρκίνο:

- Έμμεσα μέσω φλεγμονωδών διεργασιών: Η λοίμωξη από τον H. Pylori ενισχύει μια χρόνια φλεγμονώδη απόκριση, με αποτέλεσμα την αύξηση του κυτταρικού κύκλου που μπορεί να οδηγήσει, σε αρκετές δεκαετίες, σε συσσώρευση μιτωτικών σφαλμάτων. Οι λοιμώξεις από το H. Pylori αρχικά προκαλούν γαστρίτιδα, αλλά σε επίμονες μολύνσεις αναπτύσσεται η υποχλωδϋδρία, επιτρέποντας στα βακτήρια να μεταναστεύουν κοντά, οδηγώντας σε γενικευμένη γαστρίτιδα και αυξημένο κίνδυνο αδενοκαρκινώματος (McColl, 2010).
- Άμεσα: Το H. Pylori μπορεί να έχει άμεσες επιδράσεις στη μοριακή σύνθεση των γαστρικών επιθηλιακών κυττάρων μέσω της τοξικής δράσης. Οι μεταλλάξεις των γονιδίων που ρυθμίζουν το κυτταρικό κύκλο, μεταβάλλουν τη συμπεριφορά του κυττάρου που οδηγούν σε κακοήγη μετασχηματισμό (Bartchewsky et al., 2009).

Η λοίμωξη του πυλωρού συνδέεται με χρόνια ατροφική γαστρίτιδα και οι ασθενείς με ιστορικό παρατεταμένης γαστρίτιδας έχουν ως έξι φορές αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου. Είναι ενδιαφέρον ότι αυτός ο

συνδυασμός είναι ιδιαίτερα ισχυρός για τους όγκους που βρίσκονται στο άντρο, στο σώμα και στη βάση του στομάχου (Wu et al., 2010).

4. Κληρονομικότητα

Η κληρονομικότητα ευθύνεται για το 10% των περιπτώσεων καρκίνου του στομάχου. Ασθενείς με κληρονομικά σύνδρομα όπως η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση, το σύνδρομο Peutz-Jeghers και ο κληρονομικός μη πολυποειδής καρκίνος του παχέος εντέρου, έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Επίσης, άτομα με μεταλλάξεις στο γονίδιο p53, το BRCA2 και την E-καντχερίνη έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου (Saeki et al., 2013).

5. Προκαρκινωματώδεις καταστάσεις

Η ανάπτυξη διηθητικού γαστρικού καρκίνου περιλαμβάνει μια σταδιακή εξέλιξη μέσω μιας σειράς προκαρκινικών αλλοιώσεων. Διαδοχικές ιστοπαθολογικές μεταβολές λαμβάνουν χώρα στο γαστρικό βλεννογόνο συμπεριλαμβανομένης της ατροφικής γαστρίτιδας και της εντερικής μεταπλασίας και δυσπλασίας, που τελικά οδηγούν σε καρκίνωμα. Η αλληλουχία μεταπλασίας/ δυσπλασίας/ καρκίνου είναι πιο σχετική με τον γαστρικό καρκίνο, που αναπτύσσεται με μια σωρευτική σειρά γενετικών αλλαγών (Correa & Piazuelo, 2012). Έχουν αναγνωριστεί συγκεκριμένες καταστάσεις που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του στομάχου, καθώς αποτελούν σαφώς αναγνωρισμένες προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις. Τέτοιες καταστάσεις είναι (Corso et al., 2012):

- Η χρόνια ατροφική γαστρίτιδα, ειδικά του άντρου.
- Η εντερική μεταπλασία του γαστρικού βλεννογόνου, δηλαδή η αντικατάσταση του αδενικού γαστρικού επιθηλίου από εντερικό επιθήλιο.

- Οι δυσπλαστικές αλλοιώσεις του γαστρικού επιθηλίου που παρατηρούνται σε προηγούμενα φυσιολογικό βλεννογόνο ή σε περιοχές εντερικής μεταπλασίας.
- Οι αδενωματώδεις γαστρικοί πολύποδες,
- Η νόσος Menetrier που χαρακτηρίζεται από την παρουσία υπερτροφικών γαστρικών πτυχών και εκσεσημασμένη απώλεια πρωτεϊνών από το έντερο.

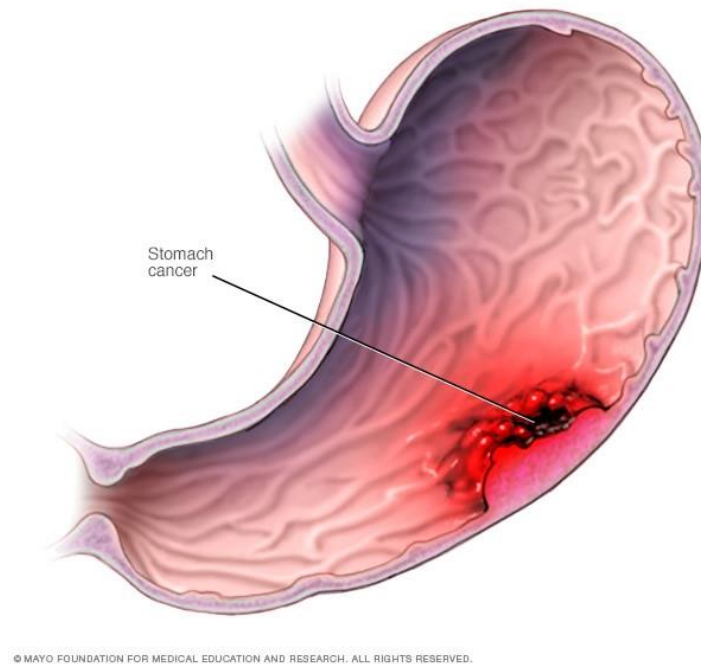
6. Προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση στομάχου

Σημαντική είναι η αιτιολογική συσχέτιση του γαστρικού καρκίνου με προηγηθείσα γαστρική χειρουργική για καλοήγη πάθηση. Ο αυξημένος κίνδυνος δεν είναι άμεσος, αλλά καθίσταται σημαντικός μετά από μία περίοδο 15 ετών, όπου έχει φανεί ότι είναι μεγαλύτερος για τις γυναίκες και μάλιστα για ασθενείς που έχουν χειρουργηθεί για πάθηση του στομάχου. Έχει φανεί από μελέτες, ότι ο τύπος της γαστρεντεραναστόμωσης δεν επηρεάζει τον σχετικό κίνδυνο που υπολογίζεται πως είναι 1-5%. Είναι επιβεβλημένη από αυτά τα στοιχεία συνεπώς, η προγραμματισμένη ενδοσκοπική παρακολούθηση ασθενών που έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε υφολική γαστρεκτομή, ειδικά σε αυτούς που είναι συμπτωματικοί και σε αυτούς με ενδείξεις επιθηλιακής δυσπλασίας, αρχόμενη 15 χρόνια μετά την αρχική επέμβαση (Nagini, 2012).

3.6 ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου αποτελεί 90-95% όλων των γαστρικών κακοηθειών. Η δεύτερη πιο συχνή γαστρική κακοήθεια είναι τα λεμφώματα. Οι γαστρεντερικοί στρωματικοί όγκοι, έχουν ταξινομηθεί σαν λειομύοματα και λειομυοσαρκώματα, αντιπροσωπεύουν το 2% των γαστρικών νεοπλασμάτων. Τα καρκινοειδή (1%), τα αδenoακανθώματα (1%) και τα καρκινώματα των πλακωδών κυττάρων (1%) είναι οι υπόλοιποι ιστολογικοί τύποι όγκων. Σε γενικές γραμμές, οι ερευνητές θεωρούν ότι οι γαστρικοί καρκίνοι είναι ελκώδεις, πολυοειδείς, συσσωρευμένοι (δηλ. διάχυτη πλαστική

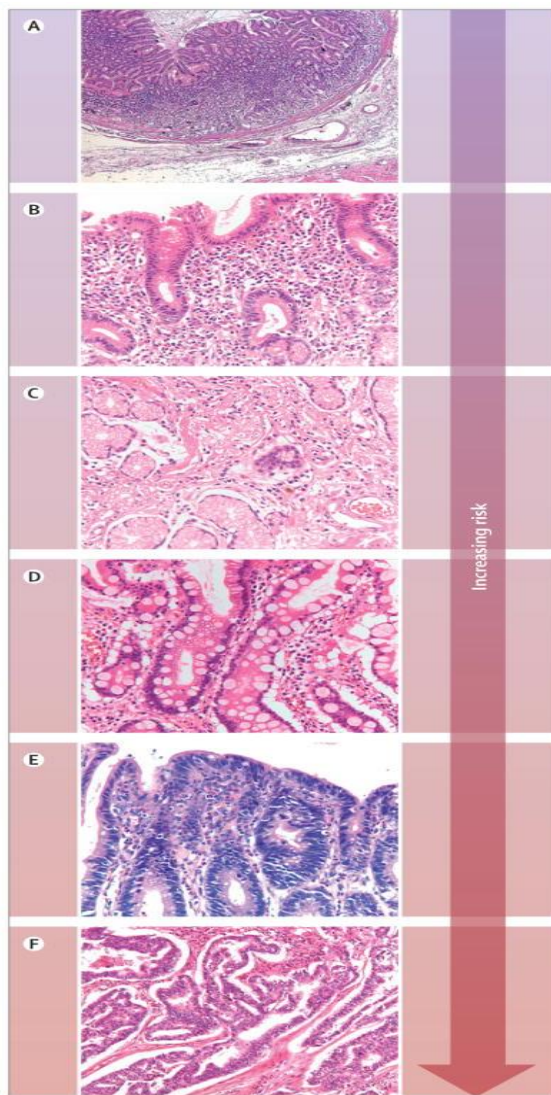
λινίτιδα), επιφανειακή εξάπλωση, πολυκεντρικοί ή εμφανίζουν το εκτοπικό αδενοκαρκίνωμα τύπου Barrett (Εικ. 3) (Avital et al., 2011).



Εικόνα 3. Αδενοκαρκίνωμα στομάχου (Διαθέσιμο στο: www.mayoclinic.org/diseases-conditions/stomach-cancer/symptoms-causes/syc-20352438)

Διάφορες παθολογοανατομικές ταξινομήσεις έχουν διαμορφωθεί προκειμένου να περιγράψουν το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου (Εικ. 4). Από αυτές η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη είναι η ταξινόμηση κατά Lauren. Η ταξινόμηση κατά Lauren διαχωρίζει το αδενοκαρκίνωμα στομάχου σε εντερικού και διηθητικού τύπου. Η ταξινόμηση αυτή αποτελεί την ευρύτερα διαδεδομένη και ουσιαστικά τη χρησιμότερη ταξινόμηση του γαστρικού καρκίνου. Σύμφωνα με αυτήν οι καρκίνοι χωρίζονται (Hu et al., 2012):

- Στους εντερικού τύπου καρκίνους.
- Στους διάχυτου τύπου καρκίνους.
- Στους μικτού τύπου με στοιχεία και από τις δύο προηγούμενες κατηγορίες.



Εικόνα 4. Ιστολογική εικόνα: Η αλληλουχία δείχνει τις αλλαγές στο γαστρικό βλεννογόνο, από το φυσιολογικό βλεννογόνο ως το καρκινικό. (Α) Κανονικό βλεννογόνο. (Β) Χρόνια γαστρίτιδα. (Γ) Ατροφία του βλεννογόνου. (Δ) Εντερική μεταπλασία. (Ε) Δυσπλασία. (F) Καρκίνωμα (Fox & Wang, 2007).

Οι διαφορές των δύο τύπων αδενοκαρκινώματος του στομάχου, εντερικού και διάχυτου, δεν περιορίζονται μόνο στην ιστολογία αλλά επεκτείνονται και στην επιδημιολογία και αιτιολογία της νόσου. Ο εντερικός τύπος εξελίσσεται από προκαρκινικές καταστάσεις (γαστρική ατροφία και εντερική μεταπλασία) και παρατηρείται συχνότερα σε ηλικιωμένους άνδρες παρά σε γυναίκες. Αποτελεί, μάλιστα, τον κυρίαρχο ιστολογικό τύπο σε περιοχές όπου ο καρκίνος του στομάχου έχει ενδημικό χαρακτήρα. Ο διάχυτος τύπος, απεναντίας, δε σχετίζεται με προκαρκινικές καταστάσεις, είναι συχνότερος σε

γυναίκες και νεαρότερα άτομα και είναι ο βασικός τύπος στις οικογενείς μορφές της νόσου (Lunet, 2006).

3.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Δυστυχώς, οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο του στομάχου παρουσιάζουν στα πρώιμα στάδια ήπια συμπτώματα ή τα συμπτώματα απουσιάζουν. Αυτός είναι ο κύριος λόγος που οδηγεί σε καθυστερημένη διάγνωση, αφού οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζουν ασαφή και μη ειδικά συμπτώματα. Η αρχική συμπτωματολογία περιλαμβάνει (Catalano et al., 2009):

- Άτυπα δυσπεπτικά ενοχλήματα και εύκολο κορεσμό
- Άτυπα κοιλιακά άλγη
- Απώλεια βάρους- ανορεξία
- Αναιμία (ως συνέπεια της χρόνιας απώλειας αίματος)

Δυσφαγία παρουσιάζεται σε ασθενείς με καρκίνο του εγγύς τμήματος στομάχου. Αντιθέτως, οι ασθενείς με καρκίνο του άπω τμήματος του στομάχου παραπονιούνται για ναυτία, έμετο ειδικά όταν ο όγκος αποφράσει τον αυλό (Catalano et al., 2009).

Περίπου το 30% των ασθενών παρουσιάζουν ιστορικό δυσπεψίας, που δεν διακρίνεται από την εικόνα του χρόνιου πεπτικού έλκους. Η γαστρική αιμορραγία είναι συνήθως λανθάνουσα και μόνο περιστασιακά μαζική. Η παρουσία ψηλαφητής κοιλιακής μάζας γενικά υποδηλώνει περιφερειακή επέκταση της νόσου. Καθώς ο όγκος επεκτείνεται, παρουσιάζονται ανεξήγητη απώλεια βάρους, ανορεξία και έμετοι (Avital et al., 2011). Η αναιμία και η αιματέμεση είναι συμπτώματα που αντιστοιχούν σε προχωρημένο στάδιο ασθένειας. Οι εκδηλώσεις της μεταστατικής νόσου μπορεί να είναι ο κοιλιακός πόνος, η διόγκωση του ήπατος, η παρουσία ασκίτη, ο ίκτερος ή οι ψηλαφητοί λεμφαδένες (Thrumurthy et al., 2013).

3.8 .ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι ασθενείς με πιθανό καρκίνο του στομάχου πρέπει να υποβληθούν για τη διάγνωση και τη σταδιοποίηση τους σε (Catalano et al., 2009):

- Πλήρη αντικειμενική εξέταση (ιστορικό και φυσική εξέταση)
- Εργαστηριακό έλεγχο (γενική αίματος, βιοχημικό έλεγχο, καρκινικούς δείκτες)
- Οισοφαγογαστροσκόπηση με λήψη βιοψιών
- Ακτινογραφία θώρακος
- Αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας
- Αξονική τομογραφία θώρακος (για όγκους στη εγγύς μοίρα του στομάχου)
- Ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan)
- Διαγνωστική λαπαροσκόπηση

Η γαστροσκόπηση αποτελεί σήμερα τη μέθοδο εκλογής για τη διερεύνηση παθήσεων του στομάχου και γενικότερα του ανώτερου πεπτικού συστήματος, κυρίως λόγω της εύκολης και άμεσης πρόσβασης, καθώς και της δυνατότητας λήψης βιοψιών (Εικ. 5). Τα νεότερα ενδοσκόπια είναι λεπτά, πολύ εύκαμπτα και ασφαλή για τον ασθενή. Έτσι η ενδοσκόπηση αποτελεί μια άνετη, γρήγορη εξέταση που απαιτεί μόνο ήπια καταστολή για τους ασθενείς. Η ενδοσκόπηση επιτρέπει την πλήρη μακροσκοπική αξιολόγηση του γαστρικού βλεννογόνου και την λήψη βιοψιών για την ιστολογική επιβεβαίωση του τύπου της βλάβης. Η διαγνωστική ακρίβεια της ενδοσκόπησης και της βιοψίας για πρωτογενή καρκίνου του στομάχου είναι της τάξης του 95% (Catalano et al., 2009).

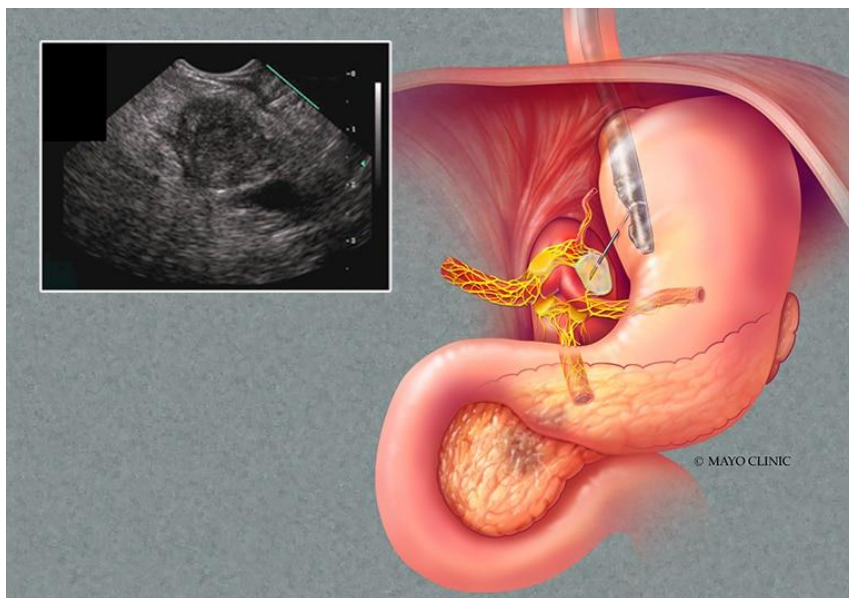


Εικόνα 5. Η διαδικασία της γαστροσκόπησης (Διαθέσιμο στο: www.leedsth.nhs.uk/a-z-of-services/endoscopy)

Η αξονική τομογραφία, η οποία εφαρμόζεται στον προεγχειρητικό έλεγχο των ασθενών με καρκίνο του στομάχου, είναι πολύ χρήσιμη καθώς μπορεί να ανιχνεύσει μεταστάσεις στο ήπαρ, τοπική διήθηση παρακείμενων δομών, περιοχική και απομακρυσμένη λεμφαδενική διήθηση, καθώς επίσης και την ύπαρξη ασκίτη (Classen et al., 2009).

Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα αποτελεί ένα αξιόλογο μέσο για τη σταδιοποίηση των ασθενών με τοπική και περιοχική νόσο, καθορίζοντας με αξιοπιστία το βάθος διήθησης και τη λεμφαδενική συμμετοχή. Η συνολική του ακρίβεια είναι περίπου 75-80%, ωστόσο εξαρτάται σημαντικά από την εμπειρία του εξεταστή (Εικ. 6). Χρησιμοποιείται εκτενώς σε εξειδικευμένα κέντρα για την ανίχνευση του βάθους διήθησης του γαστρικού τοιχώματος και την εξακρίβωση της περιγαστρικής λεμφαδενικής συμμετοχής στο δυνητικά χειρουργήσιμο καρκίνο του στομάχου. Στη μέθοδο χρησιμοποιείται μία υψηλής συχνότητας (7.5 ή 12 MHz) κεφαλή υπερήχων προσαρμοσμένη στην άκρη ενός ενδοσκοπίου, παρουσιάζει δε μία ιδιαίτερα απαιτητική καμπύλη εκμάθησης από την πλευρά

του εξεταστή. Εκτός από τον απεικονιστικό της χαρακτήρα, βοηθά επιπλέον, μέσω ενδοσκοπικής υπερηχογραφικής παρακολούθησης στη λήψη βιοψιών από γειτονικούς λεμφαδένες (Classen et al., 2009).



Εικόνα 6. Ενδοσκοπικός υπέρηχος (Διαθέσιμο στο: www.mayoclinic.org/medical-professionals/digestive-diseases)

Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET – positron emission tomography), με φθοριομένη γλυκόζη (18-FDG), μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την προεγχειρητική σταδιοποίηση σε ορισμένες περιπτώσεις. Ωστόσο, λόγω του κόστους της και της ελάχιστης εμπειρίας στη χρήση της δεν είναι ευρέως χρησιμοποιούμενη (Classen et al., 2009).

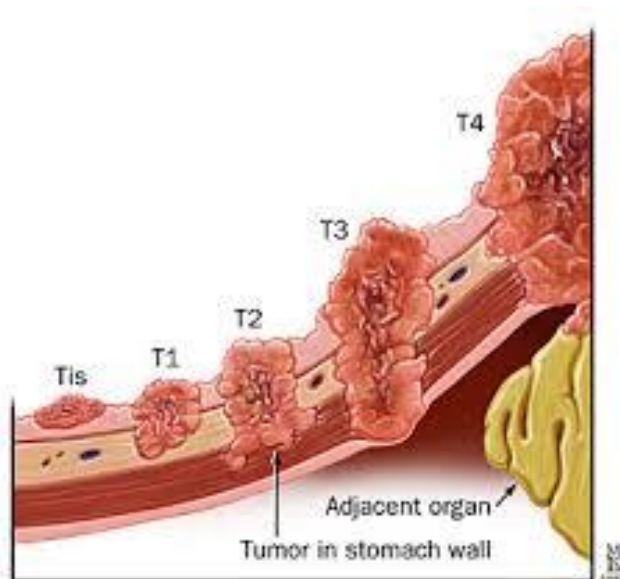
Η διαγνωστική λαπαροσκόπηση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην ανίχνευση μικρού μεγέθους περιτοναϊκών και ηπατικών μεταστάσεων, με αποτέλεσμα ασθενείς με μεταστατική νόσο και χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης να μην υποβάλλονται άσκοπα σε μια λαπαροτομία (Catalano et al., 2009).

3.8.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Το πιο διαδεδομένο σύστημα σταδιοποίησης είναι το TNM, το οποίο λαμβάνει υπόψη το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (T), τη συμμετοχή

επιχώριων λεμφαδένων (N), και την παρουσία ή μη απομακρυσμένων μεταστάσεων (M) (Εικ. 7) (Fléjou, 2011).

Σταδιοποίηση των όγκων του στομάχου σύμφωνα με το σύστημα του WHO (Fléjou, 2011).
Το T χωρίζεται σε: • T1a: ο όγκος διηθεί την βασική στιβάδα • T1b: ο όγκος διηθεί την υποβλεννογόνιο στιβάδα • T2: ο όγκος διηθεί την μυϊκή στιβάδα • T3: ο όγκος διηθεί την υπορογόνιο στιβάδα του στομάχου • T4a: ο όγκος διηθεί τον ορογόνο του στομάχου αλλά όχι και γειτονικές δομές • T4b: ο όγκος διηθεί γειτονικές δομές (π.χ. πάγκρεας)
Το N χωρίζεται σε: • N1: συμμετοχή 1-2 περιοχικών λεμφαδένων • N2: συμμετοχή 3-6 περιοχικών λεμφαδένων • N3a: συμμετοχή 7-15 περιοχικών λεμφαδένων • N3b: συμμετοχή ≥ 16 περιοχικών λεμφαδένων
Το M χωρίζεται σε: • M0: χωρίς μετάσταση • M1: ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων



Εικόνα 7. Σταδιοποίηση του καρκίνου του στομάχου (Διαθέσιμο στο: www.hopkinsmedicine.org/gastroenterology)

Έτσι, λοιπόν σύμφωνα με το σύστημα TNM έχουμε τα εξής στάδια στο αδενοκαρκίνωμα του στομάχου (AJCC, 2010):

Σταδιοποίηση γαστρικού καρκίνου κατά την (American Joint Committee on Cancer (AJCC) cancer staging, 2010)	
Στάδιο 0	Tis N0 M0
Στάδιο IA	T1 N0 M0
Στάδιο IB	T1 N1 M0 T2 N0 M0
Στάδιο IIA	T1 N2 M0 T2 N1 M0 T3 N0 M0
Στάδιο IIB	T1 N3 M0 T2 N2 M0 T3 N1 M0 T4a N0 M0

Στάδιο IIIA	T2 N3 M0 T3 N2 M0 T4a N1 M0
Στάδιο IIIB	T3 N3 M0 T4a N2 M0 T4b N0 M0 T4b N1 M0
Στάδιο IIIC	T4b N2 M0 T4b N3 M0
Στάδιο IV	Οποιοδήποτε T, οποιοδήποτε N, M1

3.9 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ

Τα αδενοκαρκινώματα του στομάχου εμφανίζουν έντονη τάση τοπικής διήθησης των γειτονικών ιστών και, επίσης, για απομακρυσμένες λεμφικές, περιτοναϊκές και αιματογενείς μεταστάσεις. Οι τρεις κύριοι τρόποι τοπικής διασποράς που έχουν μέγιστη σημασία όσον αφορά τις θεραπευτικές απόπειρες του καρκίνου του στομάχου, είναι (Su et al., 2013):

1. Η τοπική διήθηση του γαστρικού τοιχώματος, που σχετίζεται με τη διήθηση των γειτονικών ιστών και την περιτοναϊκή διασπορά. Η τοπική διήθηση του γαστρικού καρκίνου μπορεί να συμβεί ακτινοειδώς, διαμέσου των ενδοτοιχωματικών λεμφαγγείων ή άμεσα, μέσω διήθησης των διαφόρων στιβάδων και του ορογόνου του στομάχου.
2. Η λεμφική διήθηση, που αποτελεί τον ουσιαστικότερο προγνωστικό παράγοντα του καρκίνου του στομάχου.
3. Η επέκταση μέσω προσβολής των διαφόρων στιβάδων του στομάχου, μπορεί να οδηγήσει στη διασπορά προς το επίπλουν, το σπλήνα, τα επινεφρίδια, το διάφραγμα, το ήπαρ, το πάγκρεας ή το παχύ έντερο.

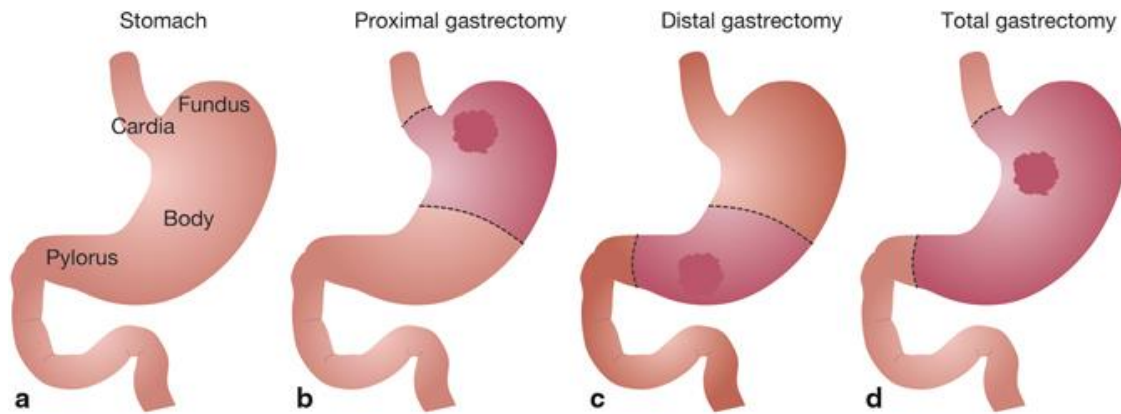
3.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.10.1 Χειρουργική επέμβαση

Επί απουσίας μεταστατικής διασποράς (δηλαδή για όλα τα στάδια εκτός του σταδίου IV), η χειρουργική αφαίρεση παραμένει η καλύτερη επιλογή για τη θεραπεία του καρκίνου του στομάχου, καθώς είναι η μόνη θεραπεία με σκοπό την ίαση. Για ασθενείς με καρκίνο του στομάχου η ευρεία εξαίρεση του όγκου και ο ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός δίνει την καλύτερη πιθανότητα για μακροχρόνια επιβίωση (Waddell et al., 2013).

Κριτήρια μη εξαιρεσιμότητας του όγκου είναι: η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων (στάδιο IV), η διήθηση μεγάλων αγγειακών δομών (π.χ. αορτή) και η επέκταση του όγκου στην ηπατική αρτηρία ή στην κοιλιακή αρτηρία, με τέτοιον τρόπο ώστε να καθιστά αδύνατη την πλήρη εκτομή του. Όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς θεωρούνται πιθανοί υποψήφιοι για να υποβληθούν σε χειρουργική εξαίρεση του όγκου. Η ύπαρξη πολλαπλών διηθημένων λεμφαδένων στην γειτονική περιοχή του όγκου δεν θα πρέπει να θεωρείται κριτήριο μη εξαιρεσιμότητας του όγκου (Waddell et al., 2013).

Οι όγκοι της άπω μοίρας του στομάχου αποτελούν περίπου το 35% των γαστρικών καρκίνων. Γενικά, η ολική γαστρεκτομή προτιμάται όποτε αυτό είναι εφικτό, αλλά μπορούν να αντιμετωπιστούν και με υφολική περιφερική γαστρεκτομή. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία υπέρ της μιας ή της άλλης χειρουργικής αντιμετώπισης. Μετά από περιφερική υφολική γαστρεκτομή, οι εναλλακτικές επιλογές για την αποκατάσταση της συνέχειας του ανωτέρου πεπτικού σωλήνα είναι: η γαστροεντεροαναστόμωση κατά Billroth I, η γαστρονηστιδική αναστόμωση κατά Billroth II και η Roux- en Y γαστρονηστιδική αναστόμωση (είτε εμπροσθοκολικά είτε οπισθοκολικά). Γενικά η Roux- en-Y γαστρονηστιδική αναστόμωση είναι η πλέον χρησιμοποιούμενη και πλεονεκτεί σε σχέση με τις υπόλοιπες τεχνικές στον έλεγχο των συνδρόμων μετά γαστρεκτομή (σύνδρομο Dumping, κ.α.) (Εικ. 8) (Waddell et al., 2013).



Εικόνα 8. Είδη γαστρεκτομής (Stange & Weitz, 2015).

3.10.2 Ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός

Το εύρος του λεμφαδενικού καθαρισμού αποτελεί ένα θέμα έντονων συζητήσεων στο πεδίο της χειρουργικής αντιμετώπισης του καρκίνου του στομάχου. Ο όρος ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός αναφέρεται σε D2 ή D3 λεμφαδενικό καθαρισμό (Marano et al., 2016).

Συνοπτικά, ο D1 λεμφαδενικός καθαρισμός αναφέρεται στην εξαίρεση των λεμφαδένων που βρίσκονται γύρω από το στομάχι. Ο D2 λεμφαδενικός καθαρισμός αναφέρεται στην εξαίρεση των λεμφαδένων της ηπατικής αρτηρίας, της αριστερής γαστρικής αρτηρίας, της κοιλιακής αρτηρίας, της σπληνικής αρτηρίας και των πυλών του σπληνός. Ο D3 λεμφαδενικός καθαρισμός αναφέρεται στην εξαίρεση των λεμφαδένων του D2 λεμφαδενικού καθαρισμού συν τους λεμφαδένες της ηπατικής πύλης και τους περιορτικούς λεμφαδένες (Marano et al., 2016).

Τα πλεονεκτήματα του ριζικού λεμφαδενικού καθαρισμού είναι ότι συνεισφέρει στην σταδιοποίηση της νόσου και ότι με την αφαίρεση ενός μεγάλου αριθμού λεμφαδένων απομακρύνεται ένα κομμάτι καρκινικού φορτίου, το οποίο αν παραμείνει θα επηρεάσει την επιβίωση. Τα βασικά επιχείρημα εναντίον του ριζικού λεμφαδενικού καθαρισμού είναι ότι αυξάνει την νοσηρότητα και τη θνητότητα, ιδίως όταν διενεργείται σπληνεκτομή στα

πλαίσια του ριζικού λεμφαδενικού καθαρισμού. Παρόλα αυτά στα χέρια εξειδικευμένων χειρουργών, ο ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός δεν φαίνεται να αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα (Marano et al., 2016).

3.10.3 Ενδοσκοπική θεραπεία

Η ενδοσκοπική εκτομή για γαστρικό καρκίνο θεωρείται ως θεραπευτική, μόνο όταν υπάρχει εξαιρετικά χαμηλή πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων και περιλαμβάνει την ενδοσκοπική εκτομή του βλεννογόνου και την ενδοσκοπική υποβλεννογονική εκτομή (Chen-Yu Kuo et al., 2014).

3.10.4 Προεγχειρητική χημειοθεραπεία

Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία χορηγείται με σκοπό την μείωση της νόσου (“downstaging”), ώστε να μπορέσει ο ασθενής να υποβληθεί στη συνέχεια σε ένα ριζικό χειρουργείο. Αυτή η μέθοδος έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως σε ασθενείς που θεωρούνται ότι έχουν μη εξαιρέσιμη αλλά μη μεταστατική νόσο, δηλαδή ασθενείς με όγκους σταδίου T4 ή με πολλαπλούς λεμφαδένες. Η μέθοδος αυτή έχει το πλεονέκτημα ότι οι ασθενείς αυτοί είναι πιο πιθανό να υποβληθούν σε ένα πιο ριζικό χειρουργείο αν μετά το πέρας της θεραπείας η νόσος τους δείχνει ανταπόκριση ή μπορούν να αποφύγουν την θνητότητα και τη νοσηρότητα ενός χειρουργείου αν μετά το πέρας της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας δεν έχει παρουσιαστεί βελτίωση της νόσου ή έχουν εμφανιστούν μεταστάσεις (Paoletti et al., 2010).

3.10.5 Επικουρικές θεραπείες

Σαν επικουρικές του χειρουργείου θεραπείες έχουν εφαρμοσθεί η χημειοθεραπεία και η χημειοακτινοθεραπεία. Η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία (adjuvant chemotherapy) φαίνεται από διάφορες μελέτες πως βελτιώνει την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του στομάχου, μόνον εφόσον έχει επιτευχθεί πλήρης εκτομή του όγκου (R0). Ο συνδυασμός χημειοθεραπευτικών παραγόντων υπερτερεί της μονοθεραπείας. Μία τελευταία μελέτη έδειξε ότι ακόμα και μετά από πλήρη εκτομή του όγκου και ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό η χημειοθεραπεία αυξάνει την επιβίωση. Η μετεγχειρητική

χημειοακτινοθεραπεία έχει φανεί από μελέτες ότι αυξάνει την επιβίωση μετά από ένα ριζικό χειρουργείο (πλήρης εκτομή του όγκου και ριζικός λεμφαδενικός καθαρισμός). Όμως τα υπάρχοντα στοιχεία δεν επαρκούν (Chen-Yu Kuo et al., 2014).

3.10.6 Παρηγορική θεραπεία

Ο γαστρικός καρκίνος είναι σχετικά ανθεκτικός στην ακτινοθεραπεία. Μέτριες δόσεις ακτινοβολίας εξωτερικής δέσμης χρησιμοποιούνται μόνο για τις περιπτώσεις παρηγορητικής φροντίδας και όταν εκδηλώνονται συμπτώματα όπως αιμορραγία, απόφραξη και πόνος. Μια ποικιλία ενδοσκοπικών μεθόδων είναι διαθέσιμη για την ανακούφιση των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την απόφραξη. Οι ενδοσκοπικές λύσεις με τη χρήση λέιζερ μπορεί να είναι αποτελεσματικές, αλλά παροδικές και απαιτούνται επαναλαμβανόμενες θεραπείες (Catalano et al., 2009).

Οι χειρουργικές επιλογές για παρηγορητική θεραπεία είναι η γαστρεντερική παράκαμψη μέσω γαστροεντεροαναστόμωσης (ΓΕΑ) και η γαστρεκτομή. Σημαντικό είναι να ληφθεί υπόψη ότι οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του στομάχου έχουν πολύ μικρή επιβίωση, και κάθε προσπάθεια για παρηγορική χειρουργική αντιμετώπιση θα πρέπει όχι μόνο να παρέχει ανακούφιση από τα συμπτώματα, αλλά επίσης να συνοδεύεται από ελάχιστη νοσηρότητα και θνητότητα. Οι ενδοσκοπικές παρηγορικές θεραπείες είναι χρήσιμες όταν δεν μπορεί να γίνει χειρουργική εκτομή και περιλαμβάνουν τη διαστολή και τοποθέτηση μεταλλικής ενδοπρόθεσης (stent), ώστε να δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να μπορεί να τραφεί (Pattanayak et al., 2017).

3.11 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι προγνωστικοί παράγοντες του καρκίνου του στομάχου καθορίζονται με βάση τα παρακάτω (Hartgrink et al., 2011):

1. Τη σταδιοποίηση κατά TNM. Ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων αποτελεί το σπουδαιότερο προγνωστικό παράγοντα.

2. Τον βαθμό της ιστολογικής διαφοροποίησης του όγκου (grade). Όγκοι με χαμηλό βαθμό διαφοροποίησης εμφανίζουν πτωχή πρόγνωση.
3. Την ανευπλοειδικότητα του όγκου, όπως αναδεικνύεται στην κυτταρομετρία ροής. Αnevπλοειδικοί όγκοι έχουν πτωχή πρόγνωση και εντοπίζονται συχνότερα στην καρδιοοισοφαγική συμβολή.
4. Την κλινική ταξινόμηση του όγκου. Η επιβίωση είναι χειρότερη με τους επιφανειακά εκτεινόμενους όγκους.
5. Την εξασφάλιση υγιών ορίων εκτομής.

Γενικώς η πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο του στομάχου εξαρτάται κατά μέγιστο βαθμό από το στάδιο του καρκίνου τη στιγμή της διάγνωσης. Ασθενείς με αρχόμενο καρκίνο του οργάνου που υποβάλλονται σε θεραπευτική εκτομή, εμφανίζουν καλή έως άριστη πρόγνωση επιτυγχάνοντας 5ετείς επιβιώσεις από 80% έως και >90%. Ασθενείς με τοπικά προχωρημένους καρκίνους χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις, παρέχουν 5ετή επιβίωση της τάξης του 50-60%, ενώ η παρουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο, υποβιβάζοντας την 5ετή επιβίωση αρκετά χαμηλότερα (Hartgrink et al., 2011).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο γαστρικός καρκίνος αντιπροσωπεύει το 1,5% όλων των νέων περιπτώσεων καρκίνου, αλλά το 1,8% των θανάτων από καρκίνο. Η συνολική 5ετής επιβίωση, ήταν 14,3% το 197 και αυξήθηκε στο 29,3% το 2006-2011. Η συνολική 5ετής επιβίωση για ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία, κυμαίνεται από 71% για τους ασθενείς με νόσο σταδίου ΙΑ έως 46% για το στάδιο ΙΙΑ, 20% για το στάδιο ΙΙΙΑ, έως 4% για το στάδιο ΙV (Hartgrink et al., 2011).

3.12 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Όλοι οι ασθενείς με καρκίνο του στομάχου θα πρέπει να βρίσκονται σε πρόγραμμα παρακολούθησης από τον θεράποντα ιατρό τους. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει:

1. Ιστορικό και φυσική εξέταση ανά τρίμηνο ή ανά εξάμηνο για τα πρώτα δύο χρόνια και εξάμηνο ή έτος για τα επόμενα τρία χρόνια
2. Γαστροσκόπηση ανά έτος
3. Εξετάσεις αίματος (γενική αίματος, σίδηρος, φεριτίνη, B12, φυλλικό οξύ) ανά εξάμηνο
4. Αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας και ίσως και θώρακος (αναλόγως την κρίση του θεράποντα ιατρού) ανά εξάμηνο για τα πρώτα δύο χρόνια και για τα επόμενα τρία χρόνια ανά έτος (Smyth et al., 2016).

3.13 ΠΡΟΛΗΨΗ

Ένα πρόγραμμα για την πρόληψη του καρκίνου του στομάχου πρέπει να περιλαμβάνει τη διαλογή και τη θεραπεία της λοίμωξης από τον *H. Pylori*, την ενδοσκοπική και ιστολογική παρακολούθηση των προκαρκινικών αλλοιώσεων, τη βελτίωση της υγιεινής, τον περιορισμό του αλατιού και την πρόσληψη μιας ισορροπημένης διατροφής που περιέχουν φρέσκα φρούτα και λαχανικά πλούσια σε αντιοξειδωτικά (Correa et al., 2004)

Η εξάλειψη της λοίμωξης από *H. Pylori* θεωρείται ως κύρια στρατηγική χημειοπροφύλαξης για τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του στομάχου. Οι αμερικανικές και ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές συνιστούν την εκρίζωση του *H. Pylori* σε όλους τους ασθενείς με ατροφία και/ ή εντερική μεταπλασία και σε όλους τους συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με καρκίνο του γαστρικού επιθηλίου, επιπλέον της ενδοσκοπικής και της ιστολογικής παρακολούθησης (Gonzalez & Riboli, 2010).

Η θεραπεία και η εξάλειψη της λοίμωξης από *H. Pylori* συνιστάται σε ασθενείς με γαστρίτιδα. Η εκρίζωση του *H. pylori* σε μεγάλη κλίμακα ως προληπτικό μέτρο για τον καρκίνο του στομάχου έχει αποτελέσει το αντικείμενο αντιπαράθεσης. Αυτό το μέτρο δεν συνιστάται λόγω του κινδύνου εμφάνισης ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών. Επιπλέον, αν και η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών αγωγών έχει δείξει πρόσφατες βελτιώσεις, ουσιαστικά όλα

τα σχήματα παρουσιάζουν κάποιο περιθώριο αποτυχίας στην εξάλειψη των βακτηριδίων και τα ποσοστά επαναμόλυνσης είναι συχνά υψηλά. Ακόμα υπάρχει η άποψη που θεωρεί αυτό το βακτήριο ως μέρος της ανθρώπινης γαστρικής χλωρίδας και η εξάλειψή του μπορεί να είναι αιτία αύξησης του επιπολασμού άλλων ασθενειών όπως η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, ο οισοφάγος του Barrett και το οισοφαγικό αδενοκαρκίνωμα (Cover & Blaser, 2009).

Επειδή ο γαστρικός καρκίνος αναπτύσσεται μέσα από μια μακρά περίοδο προκαρκινικών βλαβών που μπορεί να διαρκέσει χρόνια έως δεκαετίες, η ταυτοποίηση αυτών των βλαβών και η ενδοσκοπική παρακολούθηση των ασθενών με υψηλό κίνδυνο καρκίνου του γαστρικού ιστού μπορεί να βοηθήσει στην ανίχνευση κακοήθων βλαβών πρώιμου σταδίου όταν εξακολουθούν να λειτουργούν (Dinis-Ribeiro et al., (2012).

3.14 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

3.14.1 Διαγνωστικός έλεγχος

Πριν από τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής προχωρά σε εκτίμηση του χειρουργικού ασθενή λαμβάνοντας ένα νοσηλευτικό ιστορικό και κάνοντας μια φυσική εξέταση. Οι πληροφορίες αυτές χρησιμοποιούνται προκειμένου να εκτιμηθεί η αρχική κατάσταση του ασθενούς πριν το χειρουργείο, να αναγνωρισθούν οι σωματικές ανάγκες του, να προσδιορισθούν οι απαιτήσεις όσον αφορά την εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειας του και να ιεραρχηθούν οι προτεραιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο τρόπος εκτίμησης της ασθενούς και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις καθορίζονται ανάλογα με το είδος της χειρουργικής επέμβασης. Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί ένα σημαντικό και στρεσογόνο γεγονός. Ανεξάρτητα από τη φύση της χειρουργικής επέμβασης (είτε πρόκειται για μείζονα είτε για ελάσσονα) η ασθενής και η οικογένεια του θα νιώσουν άγχος. Η ένταση του άγχους τους δεν είναι κατ' ανάγκη ανάλογη με το μέγεθος και τη βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης (Lemone & Burke, 2014).

3.14.2 Η συναίνεση για τη χειρουργική επέμβαση

Το έντυπο συγκατάθεσης του ασθενούς πρέπει να υπογραφεί πριν από την εκτέλεση της επέμβασης και τη χορήγηση των προεγχειρητικών φαρμάκων, όταν η σκέψη και ο νους του ασθενούς δεν έχει επηρεασθεί από τα φάρμακα. Η αναγκαιότητα της διαδικασίας, η περιγραφή της διαδικασίας που πρόκειται να εκτελεσθεί, οι κίνδυνοι και τα οφέλη της, καθώς και οι διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπείες, πρέπει να εξηγηθούν στον ασθενή με κατανοητούς όρους. Εάν ο ασθενής είναι ανήσυχος, βρίσκεται σε σύγχυση ή είναι διανοητικά καθυστερημένος, κάποιος άλλος υπεύθυνος, όπως ο γονέας ή ο κηδεμόνας, πρέπει να είναι παρών κατά την επεξήγηση και ίσως χρειασθεί να υπογράψει το έντυπο συγκατάθεσης (deWit, 2013).

3.14.3 Στόχοι προεγχειρητικής φροντίδας

Ζητήματα που πρέπει να προσεγγίσει ο νοσηλευτής –τρια προεγχειρητικά είναι (deWit, 2013):

- Άγχος σχετικό με τη χειρουργική εμπειρία και έκβαση
- Φόβος σχετικός με τον κίνδυνο θανάτου, τα αποτελέσματα της επικείμενης επέμβασης ή την απώλεια ελέγχου λόγω της αναισθησίας
- Προκαταβολική στενοχώρια σχετική με επικείμενη απώλεια μιας σωματικής λειτουργίας ή σωματικού μέλους.
- Ελλιπής γνώση σχετικά με τις προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές πράξεις ρουτίνας.
- Διαταραχές του ύπνου σχετικές με στρες (συναισθηματική καταπόνηση) ή μη οικείο περιβάλλον.
- Αναποτελεσματική ατομική αντιμετώπιση σχετική με την έλλειψη δεξιοτήτων για την επίλυση προβλημάτων ή επαρκή υποστήριξη.
- Αναποτελεσματική επιτέλεση ρόλου σχετική με αδυναμία ως προς τη φροντίδα των παιδιών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Προεγχειρητικά, ο χρόνος κατανέμεται ανάμεσα στην προετοιμασία του ασθενούς για την επέμβαση και στην ενημέρωση σχετικά με αυτά που πρόκειται να συμβούν και στην εφαρμογή των μελλοντικών μέτρων που θα βοηθήσουν τον ασθενή στην περίοδο ανάνηψης (deWit, 2013).

3.14.4 Εκπαίδευση για την εκτέλεση ασκήσεων μετεγχειρητικά

Η εκπαίδευση του ασθενούς όσον αφορά την αναπνοή, το βήχα και τις ασκήσεις των κάτω άκρων είναι υψηλής προτεραιότητας κατά την προεγχειρητική περίοδο. Η φλεβική επιστροφή παρακωλύεται συχνά κατά τη χειρουργική εργασία λόγω της θέσης που λαμβάνεται στο χειρουργικό τραπέζι και τη λίμναση αίματος στα κάτω άκρα. Η στάση (διακοπή της ροής του αίματος) θέτει τον ασθενή σε κίνδυνο θρομβοφλεβίτιδας (πήγμα αίματος που προκαλεί φλεγμονή του αγγείου). Ειδικές ασκήσεις των κάτω άκρων βοηθούν στην πρόληψη της κατάστασης αυτής. Ο νοσηλευτής –τρια εξηγεί τη σημασία αυτών των ασκήσεων και δείχνει στον ασθενή πώς πρέπει να εκτελούνται (deWit, 2013).

Ο νοσηλευτής-τρια δείχνει στον ασθενή πώς να αλλάζει θέση στο κρεβάτι με κάμψη των κάτω άκρων για χάλαση των κοιλιακών μυών, κρατώντας τα προστατευτικά κιγκλιδώματα και στρεφόμενος αργά στο πλάι. Ο χειρισμός αυτός χρησιμοποιείται, επίσης, για να σηκωθεί από το κρεβάτι. Ο ασθενής ενημερώνεται επιπλέον σχετικά με το τι πρέπει να αναμένει πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση. Ζητά από τον ασθενή να κάνει επίδειξη. Για βαθιά αναπνοή και βήχα είναι προτιμότερο για τον ασθενή να κάθεται χωρίς να ακουμπά την πλάτη στο στρώμα ή στην καρέκλα. Αυτό διευκολύνει την πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων. Η χειρουργική τομή πρέπει να συγκρατείται ελαφρά με ένα μαξιλάρι (deWit, 2013).

3.14.5.Προεγχειρητική ετοιμασία

1. Η κατάσταση NPO (Nothing Per Os - τίποτα από το στόμα)

Η λήψη τροφής και υγρών συνήθως απαγορεύεται για έξι έως οχτώ ώρες πριν από την εγχείρηση. Σε καθορισμένες περιπτώσεις επιτρέπεται η χορήγηση

αντι-υπερτασικού φαρμάκου ή φαρμάκου για την καρδιά με μια γουλιά νερό, το πρωί της επέμβασης. Ο νοσηλευτής –τρια ελέγχει πάντα την ιατρική οδηγία πριν χορηγήσει οτιδήποτε από το στόμα κατά την άμεση προεγχειρητική περίοδο. Σκοπός του περιορισμού είναι η πρόληψη του εμέτου και της εισρόφησης κατά την αναισθησία (deWit, 2013).

2. Η κένωση του εντέρου και της κύστης

Εάν ο ασθενής πρόκειται να υποστεί επέμβαση στο γαστρεντερικό σύστημα, θα ζητηθεί υποκλυσμός μέχρι να καθαρίσει το έντερο του. Ο ασθενής πιθανόν να τεθεί σε ελαφρά δίαιτα ή δίαιτα με υγρά για τρεις ημέρες πριν από την επέμβαση προκειμένου να μειωθεί το εντερικό περιεχόμενο. Ο νοσηλευτής –τρια εξασφαλίζει ότι ο ασθενής έχει ουρήσει -εκτός και αν έχει τοποθετηθεί καθετήρας- πριν από τη χορήγηση της προεγχειρητικής φαρμακευτικής αγωγής. Η επαγόμενη από τα φάρμακα ή την αναισθησία μυϊκή χάλαση προκαλεί έπειξη προς ούρηση εάν δεν έχει εκκενωθεί η ουροδόχος κύστη (deWit, 2013).

3. Οι προβλεπόμενοι σωλήνες και εξοπλισμός

Εάν εισαχθεί, κατά τη διάρκεια της επέμβασης, ρινογαστρικός σωλήνας για μετεγχειρητική χρήση, ο νοσηλευτής – τρια εξηγεί στον ασθενή το σκοπό της εισαγωγής, τη φροντίδα και το πώς θα αισθανθεί. Επίσης εκτιμά πόσο περίπου θα παραμείνει ο καθετήρας στο στόμαχο. Ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με τους υπόλοιπους προβλεπόμενους σωλήνες, όπως μπορεί να είναι οι παροχετεύσεις, η ενδοφλέβια γραμμή, η συσκευή κενού και ο σωλήνας θωρακικής παροχέτευσης, ο ρινογαστρικός καθετήρας και ο ουροκαθετήρας και ενημερώνει τον ασθενή για τη φροντίδα τους (deWit, 2013).

4. Η ανάπαυση και η λήψη ηρεμιστικών

Ο ασθενής πρέπει να αναπαύεται πριν από την επέμβαση, έτσι ώστε ο οργανισμός μπορέσει να αντεπεξέλθει στο άγχος της αναισθησίας και της επέμβασης. Συνήθως, δίνεται οδηγία για χορήγηση ηρεμιστικού τη νύκτα πριν από την επέμβαση, αλλά ο ίδιος ο ασθενής πρέπει να ζητήσει τη χορήγηση του (deWit, 2013).

5. Η προετοιμασία του δέρματος

Μερικές φορές ζητείται από τον ασθενή να κάνει μπάνιο με ειδικό αντισηπτικό παράγοντα τη νύκτα ή το πρωί πριν την επέμβαση, για την εξάλειψη όσο το δυνατό μεγαλύτερου αριθμού βακτηρίων από το δέρμα. Η αφαίρεση των τριχών από τη θέση επέμβασης είναι δυνατόν να γίνει το πρωί της εγχείρησης (deWit, 2013).

3.14.6. Η άμεση προεγχειρητική φροντίδα

Ο ασθενής φορά μια καθαρή νοσοκομειακή ρόμπα, χωρίς εσώρουχο, για το χειρουργείο. Τα μαλλιά καλύπτονται με χειρουργικό χάρτινο σκούφο. Τα μακριά μαλλιά πρέπει να καλυφθούν για να μην μπερδεύονται. Τα τσιμπιδάκια και οι καρφίτσες μαλλιών πρέπει να αφαιρούνται. Τα κοσμήματα αφαιρούνται και μαζί με τα χρήματα και τις πιστωτικές κάρτες παραδίδονται στα οικεία πρόσωπα για φύλαξη ή ασφαρίζονται σε φάκελο πολύτιμων ειδών και κλειδώνονται. Εάν ο ασθενής φορά τη βέρα του στο χειρουργείο, αυτή καλύπτεται συνήθως με λευκοπλάστ, χωρίς να παρεμποδίζεται η κυκλοφορία του αίματος. Οι τεχνητές οδοντοστοιχίες αφαιρούνται, τοποθετούνται σε σημασμένο δοχείο και φυλάσσονται στο κατάλληλο μέρος σύμφωνα με την τακτική του νοσοκομείου. Η ταυτότητα, τύπου περικαρπίου, του ασθενούς ελέγχεται με αντιπαραβολή της με το διάγραμμα για την ακρίβεια της ταυτοποίησης και την αποφυγή σφαλμάτων (deWit, 2013).

Ο νοσηλευτής-τρια ελέγχει όλες τις διαδικασίες οι οποίες αναγράφονται στον προεγχειρητικό κατάλογο ελέγχου και πρέπει να εκτελεσθούν εγκαίρως το χρονικό διάστημα πριν την επέμβαση. Έτσι, προλαμβάνονται οι βεβιασμένες κινήσεις και τα λάθη, καθώς και η αργοπορία στη χορήγηση της προεγχειρητικής αγωγής, ενώ ο κατάλογος έχει ολοκληρωθεί. Εάν η σήμανση της θέσης του σώματος του ασθενούς στην οποία θα διενεργηθεί η επέμβαση, αποτελεί τακτική του νοσηλευτικού ιδρύματος, τότε εφαρμόζεται η κατάλληλη σήμανση και ενημερώνεται ο ασθενής. Ακόμη, ο νοσηλευτής-τρια βοηθά να μεταφερθεί ο ασθενής στο φορείο όταν έλθει ο τραυματιοφορέας να τον παραλάβει για το χειρουργείο. Ελέγχει το διάγραμμα προκειμένου να βεβαιωθεί

ότι οι εντολές έχουν διεκπεραιωθεί και κάνει την τελευταία καταχώρηση στις νοσηλευτικές σημειώσεις (deWit, 2013).

3.14.7. Φροντίδα στο χειρουργείο

Ο ασθενής μεταφέρεται στην αίθουσα αναμονής όπου ο νοσηλευτής της αίθουσας χειρουργείου εξακριβώνει την ταυτότητα του και επιβεβαιώνει τη διεκπεραίωση όλων των προεγχειρητικών οδηγιών. Ο αναισθησιολόγος και ο εκπαιδευμένος στη χορήγηση αναισθητικών νοσηλευτής θα τοποθετήσουν μία φλεβική γραμμή εάν δεν υπάρχει ήδη. Χορηγούνται τα φάρμακα της προεγχειρητικής αγωγής σύμφωνα με τις οδηγίες. Όταν το χειρουργείο είναι έτοιμο, ο ασθενής μεταφέρεται στο χειρουργικό τραπέζι. Η ταυτότητα του ασθενούς επαληθεύεται πάλι από το νοσηλευτή της αίθουσας χειρουργείου. Ελέγχεται το έντυπο συναίνεσης του ασθενούς προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι ο ασθενής προετοιμάζεται για τη σωστή επέμβαση στη σωστή ανατομική περιοχή. Ο ασθενής τοποθετείται στη θέση του με υποστηρίγματα προκειμένου να προληφθεί κάκωση των νευρών και να ελαχιστοποιηθεί η πίεση στις οστέινες προεξοχές. Ιμάντες ασφαλείας στερεώνονται γύρω από τον ασθενή. Όλο το προσωπικό που θα εισέλθει στο χειρουργείο φορά αποστειρωμένο ρουχισμό, καλύμματα κεφαλής και των άκρων, αποστειρωμένες ρόμπες και μάσκες (deWit, 2013).

3.14.8 Άμεση μεταναισθητική φροντίδα

Η περίοδος αμέσως μετά την επέμβαση, είναι κρίσιμη και απαιτεί σταθερή παρακολούθηση από ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές. Η μονάδα ανάνηψης και μεταναισθητικής φροντίδας παρέχει φροντίδα για όλες τις βασικές ανάγκες του ασθενούς μετεγχειρητικά. Ο ασθενής τοποθετείται στη σωστή θέση για πρόληψη της εισρόφησης και την προαγωγή της έκπτυξης των πνευμόνων. Ο ασθενής διατηρείται ζεστός, καλυπτόμενος με θερμαντικές κουβέρτες και ενημερώνεται για να καθησυχαστεί με τη διαβεβαίωση ότι η χειρουργική επέμβαση ολοκληρώθηκε. Τα ζωτικά σημεία μετρώνται κάθε 5-15 λεπτά μέχρι να σταθεροποιηθούν. Ο εξοπλισμός επείγουσας ανάγκης είναι πάντα διαθέσιμος. Ο ασθενής παραμένει στη μονάδα ανάνηψης μέχρι τη

σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων και έως ότου συνέρθει και μπορεί να ανταποκριθεί στα ερεθίσματα. Επειδή οι ασθενείς συνέρχονται από τη νάρκωση σταδιακά, το περιβάλλον πρέπει να είναι απόλυτα ήσυχο και η επικοινωνία ανάμεσα στο προσωπικό είναι στοιχειώδης και πραγματοποιείται σε χαμηλούς τόνους. Μόλις ξυπνήσει ο ασθενής, επιτρέπεται ορισμένες φορές στους οικείους του να τον επισκεφθούν για λίγα λεπτά προκειμένου να βεβαιωθούν ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο είναι καλά και ανανήπτει (deWit, 2013).

3.14.9 Η μεταναισθητική φροντίδα στο τμήμα νοσηλείας

Αμέσως μετά την παραλαβή του ασθενούς από το νοσηλευτή-τρια της ανάνηψης, τον έλεγχο της ταυτότητας και τακτοποίηση στο κρεβάτι, πρέπει να πραγματοποιηθεί η αρχική μετεγχειρητική εκτίμηση. Η εκτίμηση αυτή αποσκοπεί στην αναγνώριση και στην έγκαιρη αναγνώριση των σημείων των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η αρχική μετεγχειρητική εκτίμηση περιλαμβάνει μετρήσεις των ζωτικών σημείων, που πραγματοποιούνται κάθε 15 λεπτά για μία ώρα, κάθε 30 λεπτά για τέσσερις ώρες, κάθε ώρα για τέσσερις ώρες και ακολούθως κάθε τέσσερις ώρες μέχρι να ανανήψει πλήρως ο ασθενής από την αναισθησία και να ομαλοποιηθούν τα ζωτικά σημεία. Εάν τα ζωτικά σημεία είναι ασταθή, εκτελούνται πιο συχνές εκτιμήσεις (deWit, 2013).

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις που συνήθως χρησιμοποιούνται για τους μετεγχειρητικούς ασθενείς οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε γενική αναισθησία είναι οι εξής (Lemone & Burke, 2014):

- Πόνος σχετικός με τη λύση της συνέχειας του ιστού.
- Κίνδυνος λοίμωξης σχετικός με χειρουργικό τραύμα.
- Διαταραχή της ανταλλαγής αερίων σχετική με τη δράση της αναισθησίας στους πνεύμονες.
- Αναποτελεσματικός καθαρισμός των αεροφόρων οδών, που οφείλεται σε αδυναμία βαθιάς αναπνοής και βήχα χωρίς δυσφορία.

- Ελλιπής ικανότητα φροντίδας του εαυτού, η οποία οφείλεται στη μειωμένη κινητικότητα και στην ύπαρξη σωλήνων και επιδέσεων.
- Κίνδυνος κάκωσης σχετικός με καταστολή, μειωμένο επίπεδο συνείδησης ή υπερβολική απώλεια αίματος.
- Μειωμένη ιστική αιμάτωση που οφείλεται στην επέμβαση, την αναισθησία και την τοποθέτηση του ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι.
- Αναποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος από την πλευρά του ασθενούς, η οποία οφείλεται στην απώλεια σωματικού μέλους ή στην αλλαγή της εικόνας του σώματος.

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα εξαρτώνται από τις εξατομικευμένες ειδικές νοσηλευτικές διαγνώσεις. Οι γενικοί νοσηλευτικοί στόχοι είναι οι εξής (Lemone & Burke, 2014):

- Διατήρηση της βατότητας των αεραγωγών και επαρκής ανταλλαγή αερίων.
- Διατήρηση επαρκούς ιστικής αιμάτωσης.
- Εξασφάλιση της άνεσης και ανάπαυσης του ασθενούς.
- Διευκόλυνση της επούλωσης τραυμάτων.
- Διευκόλυνση της ψυχολογικής προσαρμογής στις μεταβολές του τρόπου ζωής και της σωματικής εικόνας.
- Πρόληψη των επιπλοκών.

3.14.10 Η προστασία του ασθενούς από βλάβη

Η προστασία του ασθενούς από βλάβη αποτελεί καθήκον προτεραιότητας. Ο ασθενής πρέπει να κατακλίνεται πλάγια ή με την κεφαλή στραμμένη πλάγια για την πρόληψη της εισρόφησης, εάν δεν υπάρχει αντένδειξη, μέχρι την πλήρη ανάνηψη, εγρήγορση και επάνοδο του αντανακλαστικού της κατάποσης (Osborn et al., 2013).

Τα προστατευτικά κιγκλιδώματα κρατούνται ανυψωμένα για λόγους ασφαλείας, μέχρι την πλήρη ανάνηψη των ασθενών από την αναισθησία. Ο νοσηλευτής –τρια καθησυχάζει τον ασθενή που έχει υποβληθεί σε ραχιαία αναισθησία, εξηγώντας του πώς είναι φυσιολογικό να αισθάνεται τα κάτω άκρα μουδιασμένα και βαριά και ότι σύντομα θα τα αισθάνεται φυσιολογικά. Η αίσθηση της θέσης των άκρων θα επανέλθει πρώτα στα κάτω άκρα, στη συνέχεια θα επανέλθουν η αίσθηση της εν τω βάθει πίεσης, η εκούσια κίνηση και ακολούθως η αίσθηση του επιπολής πόνου και της θερμοκρασίας. Το αίσθημα αιμωδίας στα κάτω άκρα είναι σύνηθες. Ο ασθενής είναι επιρρεπής σε υπόταση μέχρι να παρέλθει η δράση της αναισθησίας. Παρακολουθείται για νωτιαία κεφαλαλγία, αλλά δεν είναι απαραίτητο να παραμείνει σε εντελώς επίπεδη κατάκλιση για τις πρώτες 12 ώρες, διότι έχει αποδειχθεί ότι το μέτρο αυτό είναι αναποτελεσματικό. Εάν εμφανισθεί κεφαλαλγία, η επίπεδη στάση μειώνει τον πόνο (Osborn et al., 2013).

3.14.11 Χειρουργικό τραύμα και παροχετεύσεις

Η θέση τομής ελέγχεται όταν ο ασθενής επιστρέψει στη μονάδα. Οι επιδέσεις πρέπει να είναι στεγνές. Εάν υπάρχει μεταβολή της χρώσης, η περιοχή περιγράφεται με μολύβι και σημειώνεται ο χρόνος έτσι ώστε να είναι δυνατόν να εκτιμηθεί αργότερα περαιτέρω αιμορραγία. Δεν πραγματοποιείται αλλαγή των επιδέσεων χωρίς οδηγία. Η θέση της τομής πρέπει να ελέγχεται κάθε μία ώρα για τις πρώτες τέσσερις ώρες και στη συνέχεια κάθε δύο ώρες εάν δεν εμφανισθεί αιμορραγία. Η υπερβολική αιμορραγία αναφέρεται στον ιατρό. Πρέπει να ελέγχονται τα κλινοσκεπάσματα κάτω από τον ασθενή διότι μερικές φορές το αίμα «τρέχει» από την επίδεση και λιμνάζει εκεί (deWit, 2013).

Αξιολογούνται οι παροχετεύσεις για βατότητα κατά τον έλεγχο του τραύματος και εκτελούνται εκκένωση και επανασυμπίεση των συσκευών παροχέτευσης, όπως απαιτείται. Το ποσό της παροχέτευσης καταγράφεται στο αρχείο προσλαμβανόμενων/αποβαλλόμενων υγρών. Οι συσκευές παροχέτευσης πρέπει να τοποθετούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος μετακίνησης των θέσεων εισόδου. Κατά την αξιολόγηση οι σωλήνες ελέγχονται

για αναδιπλώσεις και κάμψεις και ο ασθενής δεν πρέπει να ξαπλώνει επάνω τους (deWit, 2013).

3.14.12 Προαγωγή της Αναπνευστικής Λειτουργίας

Ο μετεγχειρητικός ασθενής αντιμετωπίζει κίνδυνο εμφάνισης αναπνευστικών προβλημάτων από τη δράση της αναισθησίας στους πνεύμονες, την παραμονή του στην ίδια θέση στο χειρουργικό τραπέζι καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης, καθώς και από την περιορισμένη κινητικότητα κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Είναι δυνατόν να χορηγηθεί οξυγόνο στον ασθενή με ρινικό καθετήρα κατόπιν οδηγίας για 24 ώρες μετά την επέμβαση. Κάποιος βαθμός ατελεκτασίας (σύμπτωση των τοιχωμάτων των κυψελίδων) παραμένει μετά την αναισθησία. Ήπια υποξία εμφανίζεται, συνήθως, περίπου 48 ώρες μετά την επέμβαση. Πρέπει να ακολουθήσουν προσεκτική ακρόαση των πνευμόνων γι' απουσία ήχων, ή τριζόντων ήχων που είναι ενδεικτικοί κατακράτησης των εκκρίσεων, εκτίμηση της συχνότητας και του βάθους της αναπνοής και ενθάρρυνση του ασθενούς για βαθιές ανάσες και βήχα κάθε δύο ώρες. Αυτό είναι βασικό για την πρόληψη της πνευμονίας και την ανακούφιση από την ατελεκτασία. Μετεγχειρητική πνευμονία επέρχεται όταν η απουσία κίνησης ή αλλαγής θέσης προκαλεί στάση των εκκρίσεων που καθίστανται γόνιμο έδαφος για την ανάπτυξη βακτηρίων. Ο βήχας πιθανόν να αντενδείκνυται σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση κήλης ή επέμβαση στους οφθαλμούς, στα ώτα ή στον εγκέφαλο. Για τους λόγους αυτούς ο νοσηλευτής-τρια ελέγχει τις ιατρικές οδηγίες (Osborn et al., 2013).

Ο βήχας χρησιμεύει για την αποβολή των εκκρίσεων. Εάν ο ασθενής δεν μπορεί να βήξει αποτελεσματικά, ο νοσηλευτής-τρια κατευθύνει τον να πάρει βαθιά ανάσα και να εκπνεύσει βίαια με ανοικτό το στόμα. Ο νοσηλευτής-τρια ζητά από τον ασθενή να βήχει και βεβαιώνεται ότι ο ασθενής αλλάζει θέση κάθε δύο ώρες, διότι μεταβάλλεται η κατανομή των αερίων και της αιματικής ροής στους πνεύμονες και έτσι διευκολύνεται η αποβολή των εκκρίσεων. Ενδείξεις επιπλοκών αποτελούν τα παράπονα των ασθενών για δύσπνοια, πόνο κατά την εισπνοή και υπερβολική κόπωση που σχετίζεται με υποξαιμία. Η χρήση

αναπνευστικού σπιρόμετρου είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην πρόληψη της ατελεκτασίας και του υπαερισμού. Επίσης είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί παλμικό οξύμετρο για τον προσδιορισμό της οξυγόνωσης του αίματος (Osborn et al., 2013).

3.14.13 Η Προαγωγή της κυκλοφορίας

Η αρτηριακή πίεση και ο σφυγμός πρέπει να συγκρίνονται με τις προεγχειρητικές τιμές προκειμένου να προσδιορισθεί εάν υπάρχουν σημαντικές διαφορές. Μια μεταβολή του σφυγμού πιθανόν να είναι ενδεικτική εσωτερικής αιμορραγίας, αλλά μπορεί επίσης να δείχνει ανεπαρκή έλεγχο του πόνου. Η χρήση αντιθρομβωτικών ελαστικών καλτσών βοηθά τη φλεβική επιστροφή από τα κάτω άκρα. Εάν ο ασθενής θεωρείται αυξημένου κινδύνου για φλεβική θρόμβωση, ο χειρουργός θα δώσει οδηγία για την εφαρμογή συσκευών περιοδικής συμπίεσης με αέρα («πνευματική» συμπίεση) στα κάτω άκρα. Οι συσκευές αυτές συμπιέζουν και χαλαρώνουν εναλλακτικά, πιέζοντας τα αγγεία και εξωθώντας το αίμα κατά μήκος των αγγείων (Osborn et al., 2013).

3.14.14 Η διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών

Η αποβολή ούρων παρακολουθείται μετεγχειρητικά. Εάν ο ασθενής έχει μόνιμο καθετήρα, παρακολουθούνται τα ούρα στο σάκο κάθε μία ώρα κατά την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο. Εάν η ροή είναι μικρότερη των 5ml/kg/ώρα, πρέπει να αναφέρεται στο θεράποντα ιατρό. Ελέγχεται ο καθετήρας για γωνιώσεις ή κάμψεις. Εάν δεν υπάρχει καθετήρας, ο ασθενής πρέπει να ουρήσει εντός 8 ωρών από την επέμβαση. Εάν ο ασθενής αδυνατεί να ουρήσει, πρέπει να δοθεί οδηγία για καθετηριασμό της κύστης (deWit, 2013).

Κατά την επιστροφή του ασθενούς από το χειρουργείο συνήθως χορηγούνται ενδοφλέβια υγρά. Ανάλογα με τη βαρύτητα και τον τύπο της επέμβασης, τα υγρά μπορεί να συνεχίσουν να χορηγούνται ενδοφλεβίως για λίγες ημέρες. Η θέση της ενδοφλέβιας έγχυσης ελέγχεται για βατότητα της φλέβας και την απουσία επιπλοκών. Ο νοσηλευτής-τρια επανελέγχει τον ρυθμό

ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών. Όλα τα χορηγούμενα ενδοφλεβίως υγρά καταγράφονται στο διάγραμμα πρόσληψης/αποβολής υγρών (deWit, 2013).

Μόλις ο ασθενής ανακτήσει τις αισθήσεις του και επανέλθει το αντανακλαστικό της κατάποσης, είναι δυνατόν να χορηγηθεί στον ασθενή ένα κομματάκι πάγου ή λίγο νερό, εκτός και αν υπάρχει οδηγία «τίποτα από το στόμα». Όλα τα προσλαμβανόμενα υγρά καταγράφονται στο διάγραμμα πρόσληψης/αποβολής υγρών. Κατά τη λήξη κάθε βάρδιας σημειώνεται η διαφορά ανάμεσα στην πρόσληψη και στην αποβολή. Αρχικά, ο οργανισμός θα κατακρατήσει υγρά, λόγω αντίδρασης στο στρες που προκαλείται από την επέμβαση. Μετεγχειρητικά, η αποβολή υγρών θα αυξηθεί, μέχρι να υπερβεί την πρόσληψη αυτών. Έπειτα από δύο με τρεις ημέρες θα υπάρξει πάλι ισορροπία (deWit, 2013).

Η αναισθησία πιθανόν να προκαλέσει στον ασθενή ναυτία και έμετο. Ειδικό δοχείο για τον εμετό (συνήθως ένα νεφροειδές) πρέπει να είναι σε σημείο με εύκολη πρόσβαση και ο ασθενής να τοποθετείται στο πλάι προκειμένου να προληφθεί η εισρόφηση. Σε περίπτωση υπερβολικής ναυτίας ή εμέτου ο ιατρός δίνει, συνήθως, οδηγία για τη χορήγηση φαρμάκου. Μετά τον έμετο θα πρέπει να εξασφαλισθεί η στοματική φροντίδα του ασθενούς. Εάν ο έμετος δεν ελέγχεται με το φάρμακο, ίσως πρέπει να τοποθετηθεί ρινογαστρικός σωλήνας για την αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου και την πρόληψη περαιτέρω απώλειας υγρών και ηλεκτρολυτών (deWit, 2013).

3.14.15 Προαγωγή της γαστρεντερικής λειτουργίας

Μετεγχειρητικά απαγορεύεται η λήψη τροφής μέχρι να επανέλθουν οι εντερικοί ήχοι μετά την επέμβαση και τη γενική αναισθησία. Λόγω του κινδύνου ανάπτυξης παραλυτικού ειλεού (διαταραχή του εντερικού περισταλτισμού και της προώθησης του εντερικού περιεχομένου), πρέπει να πραγματοποιείται ακρόαση για εντερικούς ήχους τουλάχιστον μία φορά σε κάθε βάρδια. Όταν ο ασθενής ξαναρχίσει τη διατροφή, αυτή αρχίζει με συνήθως υδρική δίαιτα. Φυσιολογικά η εντερική κινητικότητα να επανέλθει εντός δύο ή τριών ημερών. Εάν αυτό δεν συμβεί, ίσως χρειασθεί η χορήγηση υπόθετου για διέγερση της

εντερικής κινητικότητας. Οι ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή αναλγητικά ενδέχεται να εμφανίσουν δυσκοιλιότητα και χρειάζονται μαλακτικά των κοπράνων ή υπακτικά για την προαγωγή της φυσιολογικής εντερικής κινητικότητας (deWit, 2013).

3.14.16. Προαγωγή της άνεσης του ασθενούς

Εάν ο ασθενής παραπονείται για πόνο κατά την επιστροφή του στη νοσηλευτική μονάδα, ο νοσηλευτής-τρια ελέγχει εάν έχει χορηγηθεί αναλγητικό. Διαφορετικά ενημερώνει τον γιατρό και χορηγεί τον αναλγητικό που θα υποδειχθεί. Εάν η αναπνοή είναι στα φυσιολογικά όρια και δεν υπάρχει αντένδειξη, χορηγεί το οπιοειδές αναλγητικό που έχει ζητηθεί σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Για την αντιμετώπιση του πόνου, ο νοσηλευτής-τρια ελέγχει εάν ο ασθενής είναι αρκετά ζεστός και λαμβάνει μέτρα για την άνεση του ασθενούς και την ανακούφιση από τον πόνο, με τεχνικές περισπασμού της προσοχής σε διάφορα άλλα θέματα. Επίσης ο νοσηλευτής-τρια παρατηρεί πότε χρειάζεται αναλγησία ο ασθενής και να προετοιμάζει τη χορήγηση της στον καθορισμένο χρόνο (Osborn et al., 2013).

Ο ασθενής ίσως κρυώνει και πρέπει να κρατηθεί ζεστός με πρόσθετες κουβέρτες ή θερμαινόμενες κουβέρτες που τοποθετούνται κάτω από τα πάνω κλινοσκεπάσματα. Η τοποθέτηση καλτσών στα πόδια του ασθενούς μπορεί να βοηθήσει. Ορισμένα αναισθητικά φάρμακα πιθανόν να προκαλέσουν ρίγος καθώς παρέρχεται η δράση τους. Εάν εμφανισθεί υπερβολικό ρίγος, ο νοσηλευτής-τρια ζητά από τον ιατρό φαρμακευτικές οδηγίες (Osborn et al., 2013).

Μετά τη γενική αναισθησία ίσως παρατηρηθούν διάταση της κοιλιάς και συσσώρευση μεγάλης ποσότητας αερίων στον αυλό του εντέρου, επειδή αναστέλλεται ο περισταλτισμός του πεπτικού σωλήνα. Αυτό ενδέχεται να προκαλέσει δυσφορία στον ασθενή. Ο νοσηλευτής-τρια για την μείωση ή εξάλειψη των παραπάνω εφαρμόζει (Osborn et al., 2013):

- Κινητοποίηση του ασθενούς (η κινητοποίηση βοηθά στην κίνηση και αποβολή των αερίων).
- Πρόσληψη μικρών μόνο ποσοτήτων υγρών ή τροφής. Η πόση υγρών που δεν είναι ούτε πολύ ζεστά ούτε πολύ κρύα και η αποφυγή της λήψης νερού με καλαμάκι βοηθούν στην ελαχιστοποίηση των αερίων.
- Εάν επιτρέπεται, ο ασθενής μπορεί να παραμείνει σε ελαφρά θέση Trendelenburg, με τα κάτω άκρα και το ορθό υψηλότερα από το επίπεδο του στομάχου. Η θέση αυτή μπορεί να βοηθήσει στην αποβολή των αερίων.
- Περιστασιακά εμφανίζεται λόξυγκας κατά τη μετεγχειρητική φάση, προκαλώντας δυσφορία στον ασθενή. Η αναπνοή σε χάρτινο ασκό ανακουφίζει συνήθως από το λόξυγκα, αλλά ο εμμένων λόξυγκας απαιτεί ισχυρότερη θεραπεία που συνταγογραφείται από τον ιατρό.

3.14.17 Η ανάπαυση και η δραστηριότητα

Ο ασθενής χρειάζεται ύπνο μετά την επέμβαση. Στο θάλαμο πρέπει να επικρατεί ησυχία και τα νοσηλευτικά καθήκοντα να ομαδοποιούνται χρονικά ώστε να αποφεύγονται οι άσκοπες αφυπνίσεις του ασθενούς. Κάθε δύο ώρες ο ασθενής πρέπει να κάνει τις ασκήσεις των κάτω άκρων και να αλλάζει θέση. Οι οδηγίες για περπάτημα είναι δυνατόν να ξεκινήσουν 8 ώρες μετά την επέμβαση. Ο νοσηλευτής-τρια ανυψώνει πρώτα την κεφαλή της κλίνης και αφήνει το σώμα να προσαρμοσθεί στην αλλαγή της θέσης. Στη συνέχεια, τοποθετεί τον ασθενή στην πλευρά του κρεβατιού αφήνοντας τα κάτω άκρα εξαρτημένα στο πλάι, με τα πόδια στο έδαφος. Έπειτα από λίγα λεπτά, ο ασθενής στέκεται όρθιος και κάνει τα πρώτα βήματα, που σταδιακά αυξάνονται. Ο νοσηλευτής-τρια υπογραμμίζει στον ασθενή ότι η άσκηση είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη κυκλοφορικών διαταραχών. Επίσης ενημερώνει τον ίδιο και τους συνοδούς ότι δεν επιτρέπεται η εντριβή στα κάτω άκρα για βελτίωση της αιματικής κυκλοφορίας. Η ενέργεια αυτή ίσως προκαλέσει ρήξη του σχηματισθέντος θρόμβου και σχηματισμό εμβόλου (θρόμβος που κυκλοφορεί με

την κυκλοφορία και ενσφηνώνεται σε ένα αγγείο προκαλώντας την απόφραξη του) στους πνεύμονες, την καρδιά ή τον εγκέφαλο. Ο νοσηλευτής-τρια επιδοκιμάζει κάθε προσπάθεια του ασθενούς, μέχρι να σταθεί στα πόδια του και να γίνει κάπως ανεξάρτητος (Osborn et al., 2013).

Εάν επιβάλλεται κλινοστατισμός, πρέπει να πραγματοποιούνται ασκήσεις για την κινητικότητα μυών και αρθρώσεων τουλάχιστον τέσσερις φορές την ημέρα. Ο ασθενής μπορεί να εκτελεί ενεργητικές ασκήσεις στις περισσότερες αρθρώσεις, αλλά είναι δυνατόν να εκτελούνται και παθητικές ασκήσεις εάν ο ασθενής δεν μπορεί να ασκηθεί, εκτός και αν έχει προγραμματισθεί η επίσκεψη φυσικοθεραπευτή (Osborn et al., 2013).

3.14.18 Πρόληψη των Λοιμώξεων

Πρέπει να χρησιμοποιούνται άσηπτες τεχνικές στη φροντίδα του μετεγχειρητικού ασθενούς. Το πλύσιμο των χεριών είναι το πρωταρχικό μέτρο για την πρόληψη της λοίμωξης. Οι αλλαγές των επιδέσεων εκτελούνται με αυστηρά άσηπτες τεχνικές κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο. Σε αυτό το πλαίσιο ο νοσηλευτής-τρια ενθαρρύνει την πρόσληψη υγρών για εκκένωση της ουροδόχου κύστης στον ασθενή, την αλλαγή θέσης, τις βαθιές αναπνοές και το περπάτημα για την πρόληψη της πνευμονίας, που προκαλείται από κατακράτηση των εκκρίσεων και την απουσία κινητικότητας (Osborn et al., 2013).

3.15.ΈΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο σχεδιασμός της εξόδου ξεκινά από την εισαγωγή. Περιλαμβάνει οδηγίες όπως (deWit, 2013):

- Ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει κάθε φάρμακο που λαμβάνει και το πότε πρέπει να το λαμβάνει.
- Συζητούνται το διαιτολόγιο, τυχόν περιορισμοί στη διατροφή και στην πρόσληψη των υγρών.

- Αναφέρονται τυχόν περιορισμοί της δραστηριότητας και δίνονται οδηγίες για τη χρήση ειδικού εξοπλισμού, όπως μπαστούνια ή βακτηρίες, νάρθηκες ή στηρίγματα βάδισης.
- Επεξηγείται ο τύπος του λουτρού που επιτρέπεται.
- Αναλύονται ο καθαρισμός και η επίδεση του τραύματος και οι τρόποι προμήθειας των απαραίτητων υλικών.
- Καταγράφονται τα σημεία και συμπτώματα που προειδοποιούν για επιπλοκές, όπως αύξηση της θερμοκρασίας άνω των 37,7 βαθμούς Κελσίου, η επιδεινούμενη κακουχία, η εξοίδηση, η αιμορραγία μέσα από τον επίδεσμο, η μειωμένη αισθητικότητα κάτω από τη θέση τομής ή σοβαρή ναυτία και ο έμετος.
- Δίνονται οδηγίες, όπως για το πότε θα πραγματοποιηθεί επίσκεψη στο ιατρό.

3.16.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μετά από ομαδική προσέγγιση της ασθενούς, καταβάλλεται προσπάθεια ανάπτυξης ενός θεραπευτικού προγράμματος, που εσωκλείει τις φυσικές και συναισθηματικές της ανάγκες. Κύρια ευθύνη του νοσηλευτή είναι η προστασία της άρρωστης με τη χρήση ειδικού θαλάμου, έτοιμου για την αντιμετώπιση επιπλοκών και απαλλαγμένου από την παρουσία ξένων ατόμων της (Lemone & Burke, 2014):

- Ο νοσηλευτής πληροφορεί την καρκινοπαθή για τα αίτια των τοξικών ενεργειών των κυτταροστατικών φαρμάκων και μειώνει την ανησυχία της για την εμφάνισή τους.
- Παράλληλα με την διενέργεια της θεραπείας, ο νοσηλευτής μεταδίδει αρχές διδασκαλίας και καθοδηγεί την ασθενεί στην αποδοχή της θεραπείας και των ανεπιθύμητων ενεργειών της.

- Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς 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.

3.16.1.Ανεπιθύμητες ενέργειες από την χημειοθεραπεία και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. **Ουδετεροπενία.** Η ουδετεροπενία είναι μια απειλητική για τη ζωή επιπλοκή της χημειοθεραπείας. Η επίπτωση ποικίλλει και εξαρτάται από τη φύση του χορηγούμενου φαρμάκου. Πολλοί ασθενείς με χημειοθεραπεία καθίστανται ουδετεροπενικοί, αλλά μόνο η παρουσία πυρετού καθιστά αυτή την κατάσταση άμεσης προσοχής. Άλλα συμπτώματα, όπως η δύσπνοια ή η διάρροια, έχουν ταξινομηθεί λιγότερο ως επείγοντα. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αφορούν την ανάπτυξη και ενίσχυση της εφαρμογής της φροντίδας των ασθενών, με την πρόληψη και τη διαχείριση της εμπύρετης ουδετεροπενίας. Αυτό επιτυγχάνεται παρέχοντας την κατάλληλη εκπαίδευση στους ασθενείς και τις οικογένειες και παρέχοντας στους ασθενείς λεκτικές και γραπτές πληροφορίες σχετικά με τα πρώιμα σημάδια της εμπύρετης ουδετεροπενίας (Roe & Lennan, 2014).
2. **Ναυτία και έμετος.** Η ναυτία και ο εμετός που προκαλούνται από χημειοθεραπεία είναι από τις πιο δυσάρεστες παρενέργειες της θεραπείας και αναφέρονται από τους ασθενείς ως ένας από τους μεγαλύτερους φόβους. Ενώ έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στη φαρμακολογική διαχείριση της ναυτίας και του εμέτου που προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία, δεν έχει εξαλειφθεί. Η πρόληψη της ναυτίας και του εμέτου που προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία είναι ο στόχος, χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα αντιεμετικά ανάλογα με την εμετογενετικότητα του χημειοθεραπευτικού σχήματος. Τα σύγχρονα αντιεμετικά είναι πολύ αποτελεσματικά στην πλειοψηφία των περιπτώσεων (Roe & Lennan, 2014).

3. **Διάρροια.** Η διάρροια είναι συχνή σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, αλλά οι αιτίες της είναι πολυπαραγοντικές. Η άμεση βλάβη στο βλεννογόνο που καλύπτει το γαστρεντερικό σύστημα συχνά θεωρείται ότι είναι η αιτία, αλλά η κατάχρηση των αντιβιοτικών, τα σύνδρομα κακής απορρόφησης, η ταυτόχρονη ακτινοθεραπεία και η λοίμωξη επίσης εμπλέκονται. Η συνεχιζόμενη διάρροια μπορεί να έχει βαθιά επίδραση στον ασθενή και μπορεί να διακόψει τα προγράμματα θεραπείας (Kornblau et al., 2008). Οι ασθενείς είναι συχνά διστάζουν να πάνε στο νοσοκομείο όταν υποφέρουν από διάρροια, γιατί είναι δύσκολο να ταξιδέψουν. Επιπλέον, οι ασθενείς είναι συχνά απρόθυμοι να επικοινωνήσουν με τις γραμμές βοήθειας για δεύτερη φορά, εάν τα συμπτώματά τους δεν επιλυθούν κατά τη διάρκεια της πρώτης επικοινωνίας. Ο νοσηλευτής-τρια διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, ενισχύοντας τον ασθενή να επικοινωνήσει με το γιατρό του ή με γραμμή βοήθειας. Αν αφεθεί χωρίς θεραπεία, τα επακόλουθα της διάρροιας περιλαμβάνουν τη νεφρική ανεπάρκεια, τη διάτρηση του εντέρου, τη λοίμωξη και θάνατος. Σε σοβαρές περιπτώσεις απαιτείται εισαγωγή στο νοσοκομείο για ενυδάτωση και διερεύνηση της αιτίας (Roe & Lennan, 2014).

4. **Στοματίτιδα – Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.** Η στοματίτιδα είναι μια κοινή παρενέργεια της χημειοθεραπείας και χαρακτηρίζεται από πόνο και φλεγμονή του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας. Αναπτύσσεται ως άμεσο αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας που καταστρέφει τα υγιή κύτταρα στο στόμα. Συνολικά, το 40% των ατόμων που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία θα αναπτυχθεί σε κάποιο βαθμό στοματίτιδα. Η σοβαρότητα της εξαρτάται από τον τύπο του χημικοθεραπευτικού παράγοντα και της δόσης που χρησιμοποιήθηκε. Η διάρκεια της είναι σύντομη, αλλά μπορεί να είναι εξουθενωτική και επώδυνη για τον ασθενή. Ο ασθενής πριν την χημειοθεραπεία συμβουλευεται να κάνει οδοντιατρικό έλεγχο. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την πραγματοποίηση κλινικών και διατροφικών

αξιολογήσεων και παρακολούθηση των αλλαγών κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Roe & Lennan, 2014).

5. **Αλωπεκία.** Η πτώση των τριχών της κεφαλής είναι μια από της πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας. Είναι προσωρινή, αφού μετά το τέλος της θεραπείας, αρχίζει ξανά η ανάπτυξη της τριχοφυΐας. Η αλωπεκίαση, αν και δεν είναι απειλητική για τη ζωή, είναι η πιο ορατή παρενέργεια της χημειοθεραπείας, επιδρώντας στην εικόνα του σώματος και στην αυτοπεποίθηση. Πολλοί ασθενείς επιλέγουν μια περούκα για να αντιμετωπίσουν την αλλαγή της εικόνας του σώματος. Το νοσηλευτικό προσωπικό συζητά τις ψυχολογικές επιπτώσεις της αλωπεκίας. Αυτό περιλαμβάνει συμβουλές και στρατηγικές για τη διαχείριση της τριχόπτωσης καθώς και παροχή μηνυμάτων ενίσχυσης για την αναμενόμενη αναγέννηση της τριχοφυΐας (Roe & Lennan, 2014).
6. **Αίσθημα κόπωσης- κούραση.** Μία από τις πιο συχνές και δυσάρεστες παρενέργειες του καρκίνου και της χημειοθεραπείας είναι κόπωση. Ο πραγματικός επιπολασμός της κόπωσης σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είναι άγνωστος, αλλά είναι πολύ πιθανό όλοι οι ασθενείς να έχουν κάποιο βαθμό κόπωσης. Οι στρατηγικές διαχείρισης περιλαμβάνουν σχεδιασμό των δραστηριοτήτων και εξασφάλιση σχεδίου ανάπαυσης. Άλλα μέτρα που πρέπει να ληφθούν είναι η επαρκής πρόσληψη θερμίδων και η διόρθωση της αναιμίας (Roe & Lennan, 2014).

3.17.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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, του σκοπού για τον οποίο χορηγείται, η ακτινοθεραπεία διακρίνεται στη θεραπευτική ή ριζική, στην επικουρική, στη συμπληρωματική και στην παρηγορητική ή ανακουφιστική (Osborn et al., 2013):

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.
1. **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.
2. **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, δε 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.
3. **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.λπ. Εφαρμόζεται ακόμα και αν το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μικρό, διότι εκτός από την ανακούφιση στοχεύει και στην επίτευξη μακράς ασυμπτωματικής περιόδου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

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, εμετός, διάρροια), η βλεννογονίτιδα στόματος (ξηροστομία) και η σεξουαλική δυσλειτουργία (Λαβδανίτη & Ζυγά, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Είδος έρευνας

Η παρούσα εργασία ως ερευνητική μέθοδο θα χρησιμοποιήσει την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιεί ποιοτικές έρευνες, άρθρα ανασκόπησης καθώς και συζητήσεις ως ευρήματα, τα οποία απώτερο σκοπό έχουν την καλύτερη και ποιοτική προσέγγιση του διαπραγματευόμενου θέματος. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η κατανόηση του καρκίνου του στομάχου. Η ανασκόπηση πραγματοποιείται σε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο εφαρμόζεται η ανασκόπηση με την χρήση λέξεων-κλειδιά (συγκεκριμένα εδώ οι λέξεις-κλειδιά είναι: καρκίνος στομάχου, νόσος τελικού σταδίου, παρηγορητική φροντίδα, νοσηλευτικές παρεμβάσεις- stomach cancer, end stage disease, palliative care, nursing interventions) οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν συνδυαστικά, σε μια βάση δεδομένων (Pubmed). Τα άρθρα που παρουσιάστηκαν είναι στην αγγλική γλώσσα. Συνολικά παρουσιάστηκαν 201 άρθρα. Μετέπειτα, σε δεύτερο στάδιο, γίνεται η συλλογή των άρθρων που παρουσιάστηκαν και επεξεργασία, με στόχο την απάντηση των ερωτημάτων που έχουν τεθεί (Mantzoukas & Watkinson, 2007).

4.2. Διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος

Η επιλογή του προβλήματος ή της θεματικής περιοχής είναι αποφασιστικό στάδιο για κάθε ερευνητική διαδικασία, όποια και να είναι η προσέγγιση και η μέθοδος που ακολουθείται (Ιωσηφίδης, 2006). Το ερώτημα που θα τεθεί πρέπει να είναι σαφές, τεκμηριωμένο επιστημονικά και κλινικά σημαντικό.

Προκειμένου να τεθεί το ερώτημα/αρχική υπόθεση σχηματικά διακρίνονται μεταξύ δύο στρατηγικών οριοθέτησης. Η πρώτη στρατηγική χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη από πριν καθορισμένων ερευνητικών ερωτημάτων ή υποθέσεων οι οποίες θα πρέπει να επιβεβαιωθούν ή να

διαψευστούν από τα εμπειρικά ποιοτικά δεδομένα που θα συλλεχθούν από το πεδίο. Η δεύτερη στρατηγική χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μιας γενικής θεματικής περιοχής έρευνας δίχως να υπάρχουν καθορισμένες και αυστηρά τυποποιημένες ερευνητικές ερωτήσεις ή υποθέσεις (Ιωσηφίδης, 2006).

Το ερευνούμενο ερώτημα είναι για τη συγκεκριμένη εργασία αφορά τα ζητήματα που προκύπτουν όταν ο ασθενής πάσχει από ανίατη μορφή της νόσου και οι παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν σε επίπεδο παρηγορητικής φροντίδας.

4.3. Καθορισμός κριτηρίων εισαγωγής και αποκλεισμού μιας μελέτης

Η θεωρητική δειγματοληψία είναι συνεπώς, μια διαδικασία που απαιτείται ταυτόχρονα συστηματικότητα, συνεκτική λογική (για τη σε βάθος και ενδελεχή εξέταση στοχευμένων εκδηλώσεων του φαινομένου) αλλά και ευελιξία (για την υποδοχή απρόσμενων και καινοφανών εκδηλώσεων). Εξαιρετικά σημαντικό ρόλο για τον προσδιορισμό των κριτηρίων επιλογής των περιπτώσεων στο πλαίσιο της στρατηγικής της θεωρητικής δειγματοληψίας παίζει η θεωρητική ευαισθησία του ερευνητή, αφού μέσω αυτής μπορεί να διακρίνει το ουσιώδες από το επουσιώδες και να αναγνωρίσει συγκεκριμένα δεδομένα ως ενδείξεις εννοιών ή υποθέσεων. Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ενδέχεται να αναδεικνύουν εκείνες τις όψεις του φαινομένου τις οποίες επιθυμεί να μελετήσει σε βάθος. Ο ερευνητής, ακόμη, μπορεί να διακρίνει την κεντρική σημασία που αποκτούν συγκεκριμένες έννοιες και να αναγνωρίζει ενδείξεις αυτών των εννοιών εντός των δεδομένων (Τσιώλης, 2014).

Η παρούσα έρευνα βασίζεται σε άρθρα που αναφέρονται ζητήματα που προκύπτουν όταν ο ασθενής πάσχει από ανίατη μορφή της νόσου και οι παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν σε επίπεδο παρηγορητικής φροντίδας. Σαν κριτήρια εισαγωγής των άρθρων καθορίστηκαν να είναι μονάχα άρθρα που έχουν δημοσιοποιηθεί από νοσηλευτικά και ιατρικά περιοδικά κατά τη χρονική περίοδο 2012-2018. Επίσης από την ανασκόπηση αποκλείστηκαν άρθρα που είχαν δημοσιευθεί πριν από το έτος του 2012, καθώς θεωρήθηκαν ότι δεν παρουσιάζουν στοιχεία που να ανταποκρίνονται στην σημερινή κατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ / ΕΥΡΗΜΑΤΑ

5.1 Ανάλυση των δεδομένων

Huang K., et al., (2017). The effects of hospice-shared care for gastric cancer patients. *PLoS One*. Feb 3;12(2):e0171365.

Abstract

BACKGROUND: Hospice care has been proved to result in changes to the medical behaviors of terminally ill patients. The aim of this study was to evaluate the effects and medical behavior changes of hospice-shared care intervention among terminally ill gastric cancer patients.

METHODS: A total of 174 patients who died of gastric cancer between 2012 and 2014 were identified. These patients were divided into two groups: a hospice-shared care group (n = 93) and a control group (n = 81).

RESULTS: Among the 174 patients, 84% had advanced stage (stage III or stage IV) cancer. The females and the patients cared by medical oncologists had a higher percentage of hospice-shared care than the males (71% vs 44%, $p = 0.001$) and those cared by other physicians (63% vs 41%, $p = 0.004$). Compared to the control group, the hospice-shared care group underwent lower incidence of life sustaining or aggressive medical treatments, including intensive care unit admission (2% vs 26%, $p < 0.001$), intubation (1% vs 27%, $p < 0.001$), cardiopulmonary-cerebral resuscitation (0% vs 11%, $p = 0.001$), ventilator use (1% vs 27%, $p < 0.001$), inotropic agent use (8% vs 46%, $p < 0.001$), total or partial parenteral nutrition use (38% vs. 58%, $p = 0.029$), and blood transfusion (45% vs 74%, $p < 0.001$). Besides, the hospice-shared care group had a higher percentage of palliative treatments than the control group, including signed Do-Not-Resuscitate (DNR) orders (95% vs 37%, $p < 0.001$), receiving home hospice care (16% vs 1%, $p < 0.001$), and indicating home as the realistically preferred place of death (41% vs 19%, $p = 0.001$).

CONCLUSION: The use of hospice-shared care for gastric cancer patients could increase the rate of signed DNR orders, decrease the use of life sustaining and aggressive/palliative treatments, and improve quality of life.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Τα αποτελέσματα της παρηγορητικής φροντίδας για τους ασθενείς με γαστρικό καρκίνο.

Περίληψη

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Η παρηγορητική φροντίδα έχει αποδειχθεί ότι έχει ως αποτέλεσμα αλλαγές στη συμπεριφορά ασθενών με τελική ασθένεια. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η εκτίμηση των επιπτώσεων και των αλλαγών της συμπεριφοράς της παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με γαστρικό καρκίνο.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Συνολικά 174 ασθενείς που πέθαναν από καρκίνο του στομάχου μεταξύ 2012 και 2014 εντοπίστηκαν. Αυτοί οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: μία ομάδα παρηγορητικής φροντίδας ($n = 93$) και μια ομάδα ελέγχου ($n = 81$).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μεταξύ των 174 ασθενών, το 84% είχε προχωρημένο στάδιο (στάδιο III ή στάδιο IV) καρκίνου. Οι γυναίκες και οι ασθενείς που φροντιζόταν από ειδικούς ογκολόγους είχαν υψηλότερο ποσοστό φροντίδας, σε σχέση με τους άνδρες (71% έναντι 44%, $p = 0,001$) και εκείνους που τους φρόντιζαν ιατροί άλλων ειδικοτήτων (63% έναντι 41%, $p = 0,004$). Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, η ομάδα παρηγορητικής παρουσίασε χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης υποτροπιάζουσας ή επιθετικής θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής σε μονάδα εντατικής θεραπείας (2% έναντι 26%, $p < 0,001$), διασωλήνωση (1% έναντι 27%, $p < 0,001$ έναντι 11%, $p = 0,001$), χρήση αναπνευστήρα (1% έναντι 27%, $p < 0,001$), καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (38% έναντι 58%, $p = 0,029$) και μετάγγισης αίματος (45% έναντι 74%, $p < 0,001$). Επιπλέον, η ομάδα παρηγορητικής φροντίδας είχε υψηλότερο ποσοστό παρηγορητικών θεραπειών από ό,τι η ομάδα ελέγχου, συμπεριλαμβανομένων των υπογεγραμμένων παραγγελιών Do-Not-Resuscitate

(DNR) (95% έναντι 37%, $p < 0.001$) έναντι 1%, $p < 0.001$), και υποδεικνύοντας το σπίτι ως τον ρεαλιστικά προτιμώμενο τρόπο θανάτου (41% έναντι 19%, $p = 0.001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η εφαρμογή της παρηγορητικής φροντίδας για ασθενείς με γαστρικό καρκίνο, θα μπορούσε να αυξήσει το ποσοστό των υπογεγραμμένων εντολών DNR, να μειώσει τη χρήση επιθετικών/ παρηγορητικών θεραπειών και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής.

Takayoshi K., et al., (2017). Weight Loss During Initial Chemotherapy Predicts Survival in Patients With Advanced Gastric Cancer. *Nutr Cancer*. Apr;69(3):408-415.

Abstract

BACKGROUND: Patients with advanced gastric cancer (AGC) often suffer weight loss, which can be used to predict prognosis. Few reports have assessed the correlation between weight loss during chemotherapy and survival in patients with AGC.

METHODS: Fifty-three patients with histologically proven AGC, who started systemic chemotherapy from September 2010 to March 2014, were retrospectively examined for body weight, inflammatory status, and survival. Correlation analyses were performed between weight change and survival. Correlations between weight loss and the patient characteristics were analyzed by stepwise multiple regression analyses.

RESULTS: The mean age of the patients was 64.4 years; 64% of the patients were males. Initial chemotherapy included fluoropyrimidine plus cisplatin (62%), fluoropyrimidine alone (26%), and other medications (12%); 72% of the patients exhibited weight loss during the initial therapy. Poorer mean overall survival and mean progression-free survival were observed in patients with weight loss of higher-than-average values than in those with weight loss of lower-than-average values.

CONCLUSIONS: Weight loss during initial chemotherapy for AGC may predict survival. Systemic inflammation is suggested to be associated with weight loss.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Η απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια της αρχικής χημειοθεραπείας προβλέπει την επιβίωση σε ασθενείς με προχωρημένο γαστρικό καρκίνο.

Περίληψη

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Οι ασθενείς με προχωρημένο γαστρικό καρκίνο συχνά υποφέρουν από απώλεια βάρους, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόγνωση της ασθένειας. Λίγες αναφορές έχουν αξιολογήσει τη συσχέτιση μεταξύ απώλειας βάρους κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας και επιβίωσης σε ασθενείς με γαστρικό καρκίνο.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πενήντα τρεις ασθενείς με ιστολογικά αποδεδειγμένο γαστρικό καρκίνο, οι οποίοι άρχισαν συστηματική χημειοθεραπεία από τον Σεπτέμβριο του 2010 έως τον Μάρτιο του 2014, εξετάστηκαν αναδρομικά για το σωματικό βάρος, τη φλεγμονώδη κατάσταση και την επιβίωση. Διεξήχθησαν αναλύσεις συσχέτισης μεταξύ αλλαγής βάρους και επιβίωσης. Οι συσχετίσεις μεταξύ της απώλειας βάρους και των χαρακτηριστικών του ασθενούς αναλύθηκαν με βηματικές αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 64,4 έτη. Το 64% των ασθενών ήταν άνδρες. Η αρχική χημειοθεραπεία συμπεριέλαβε φθοροπυριμιδίνη συν σισπλατίνη (62%), μόνο φθοροπυριμιδίνη (26%) και άλλα φάρμακα (12%). Το 72% των ασθενών παρουσίασε απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια της αρχικής θεραπείας. Η φτωχότερη μέση συνολική επιβίωση και η μέση επιβίωση χωρίς εξέλιξη παρατηρήθηκαν σε ασθενείς με απώλεια βάρους με υψηλότερες από τις μέσες τιμές σε σύγκριση με εκείνους με απώλεια βάρους χαμηλότερο από τις μέσες τιμές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η απώλεια βάρους κατά την αρχική χημειοθεραπεία λόγω γαστρικού καρκίνου μπορεί να προβλέψει την επιβίωση. Η συστηματική φλεγμονή προτείνεται ότι σχετίζεται με την απώλεια βάρους.

Davoodi A., et al., (2015). Effects of a self-care education program on quality of life of patients with gastric cancer after gastrectomy. *J Community Support Oncol. Sep;13(9):330-6.*

Abstract

BACKGROUND: Gastrectomy affects different aspects of functionality and impacts on the quality of life (QoL) of patients with gastric cancer. The importance of appropriate assessment of QoL in cancer patients is well established, yet strategies that help improve this important patient outcome are relatively scarce.

OBJECTIVE: To examine the effectiveness of a brief self-care education program to improve QoL of gastric cancer patients after gastrectomy.

METHODS: Using a randomized controlled trial, 59 patients with gastric cancer and candidate for gastrectomy were randomly assigned either to an intervention group (n = 31) to participate in a brief self-care education program or to a usual-care group (n = 28). Data were collected on patient demographics, and QoL was measured by the QLQ-C30 and the QLQ-STO22 at baseline and 1 month after gastrectomy.

RESULTS: There were no statistically significant between-group differences in any subscales of the QLQ-C30 and the QLQ-STO22. However, participants in the brief self-care education program showed significant improvements from baseline in the global health status-QoL scale ($t = 2.243, P < .05$), experience of pain ($t = 2.508, P < .05$), constipation ($t = 2.773, P < .05$), and the experience of dysphagia at the follow-up assessment.

CONCLUSION: A brief self-care education program was not sufficient to significantly improve the quality of life patients with gastric cancer after gastrectomy.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Επιδράσεις ενός προγράμματος εκπαίδευσης αυτο-φροντίδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του στομάχου μετά από γαστρεκτομή.

Περίληψη

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Η γαστρεκτομή επηρεάζει διάφορες πτυχές της λειτουργικότητας και επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής (QoL) των ασθενών με καρκίνο του στομάχου. Η σημασία της κατάλληλης αξιολόγησης της ποιότητας ζωής σε καρκινοπαθείς είναι καλά εδραιωμένη, ωστόσο οι στρατηγικές που συμβάλλουν στη βελτίωση αυτού του σημαντικού αποτελέσματος του ασθενούς είναι σχετικά περιορισμένες.

ΣΚΟΠΟΣ: Να εξετάσει την αποτελεσματικότητα ενός σύντομου εκπαιδευτικού προγράμματος αυτο-φροντίδας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του στομάχου μετά από γαστρεκτομή.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιώντας μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, 59 ασθενείς με καρκίνο του γαστρικού συστήματος και υποψήφιοι για γαστρεκτομή χωρίστηκαν τυχαία, είτε σε μια ομάδα παρέμβασης (n = 31) για να συμμετάσχουν σε ένα σύντομο πρόγραμμα εκπαίδευσης αυτοεξυπηρέτησης, είτε σε μια ομάδα συνήθους φροντίδας (n = 28). Συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών και η QoL μετρήθηκε με QLQ-C30 και QLQ-STO22 κατά την έναρξη και 1 μήνα μετά τη γαστρεκτομή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σε οποιαδήποτε υποκλίμακα των QLQ-C30 και QLQ-STO22. Εντούτοις, οι συμμετέχοντες στο σύντομο πρόγραμμα εκπαίδευσης αυτο-φροντίδας παρουσίασαν σημαντικές βελτιώσεις σε σχέση με την αρχική κατάσταση QoL (t

= 2.243, $P < .05$), την εμπειρία του πόνου ($t = 2.508$, $P < .05$), τη δυσκοιλιότητα ($t = 2.773$, $P < .05$) και την εμπειρία της δυσφαγίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ένα σύντομο εκπαιδευτικό πρόγραμμα αυτοεξυπηρέτησης δεν ήταν αρκετό για να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με γαστρικό καρκίνο μετά από γαστρεκτομή.

Segami K., et al., (2017). Risk factors for severe weight loss at 1 month after gastrectomy for gastric cancer. *Asian J Surg.* May 22. pii: S1015-9584(16)30499-7.

Abstract

BACKGROUND: Body weight loss (BWL) is frequently observed in gastric cancer patients who undergo gastrectomy for gastric cancer. The risk factors for severe BWL after gastrectomy remain unclear.

METHODS: The present study retrospectively examined patients who underwent curative gastrectomy for gastric cancer between January 2012 and June 2014 at Kanagawa Cancer Center. All patients received perioperative care based on the enhanced recovery after surgery protocol. The %BWL value was calculated based on the percentage of body weight at 1 month after surgery in comparison to the preoperative body weight. Severe BWL was defined as %BWL > 10%. The risk factors for severe BWL were determined by both univariate and multivariate logistic regression analyses.

RESULTS: There were 278 patients examined. The median age of the patients was 68 years. The operative procedures included total gastrectomy [n=97; open (n=61) and laparoscopic {n=36}] and distal gastrectomy (n=181). Surgical complications of grade ≥ 2 (as defined by the Clavien-Dindo classification) were observed in 37 patients, these included: pancreatic fistula (n=9), anastomotic leakage (n=5), and abdominal abscess (n=3). There were no cases of surgery-associated mortality. Both univariate and multivariate logistic analyses

demonstrated that surgical complications, and total gastrectomy were significant risk factors for severe BWL.

CONCLUSIONS: Surgical complications and total gastrectomy were identified as being significant risk factors for severe BWL in the 1st month after gastrectomy. To maintain body weight after gastrectomy, physicians should pay careful attention to patients who undergo total gastrectomy and those who develop surgical complications.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Παράγοντες κινδύνου για σοβαρή απώλεια βάρους σε 1 μήνα μετά τη γαστρεκτομή για καρκίνο του στομάχου.

Περίληψη

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Η απώλεια βάρους σώματος παρατηρείται συχνά σε ασθενείς με γαστρικό καρκίνο που υποβάλλονται σε γαστρεκτομή για καρκίνο του στομάχου. Οι παράγοντες κινδύνου για σοβαρή απώλεια βάρους μετά από γαστρεκτομή παραμένουν ασαφείς.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Η παρούσα μελέτη εξέτασε αναδρομικά τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπευτική γαστρεκτομή για καρκίνο του στομάχου μεταξύ Ιανουαρίου 2012 και Ιουνίου 2014 στο Kanagawa Cancer Center. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν περιεγχειρητική φροντίδα με βάση το πρόγραμμα ενίσχυσης μετά από χειρουργική επέμβαση. Η τιμή του σωματικού βάρους υπολογίστηκε με βάση το ποσοστό σωματικού βάρους 1 μήνα μετά τη χειρουργική επέμβαση σε σύγκριση με το προεγχειρητικό σωματικό βάρος. Η σοβαρή απώλεια σωματικού βάρους ορίζεται ως % BWL > 10%. Οι παράγοντες κινδύνου για σοβαρή απώλεια σωματικού βάρους προσδιορίστηκαν τόσο με μονές μεταβλητές όσο και με πολλαπλές αναλύσεις λογικής παλινδρόμησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εξετάστηκαν 278 ασθενείς. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 68 έτη. Οι λειτουργικές διαδικασίες περιλάμβαναν συνολική γαστρεκτομή [n = 97; (n = 61) και λαπαροσκοπική (n = 36)] και μερική γαστρεκτομή (n = 181).

Στις 37 ασθενείς παρατηρήθηκαν χειρουργικές επιπλοκές βαθμού ≥ 2 (όπως ορίστηκε από την ταξινόμηση Clavien-Dindo), οι οποίες περιελάμβαναν: παγκρεατικό συρίγγιο ($n = 9$), ρήξη αναστόμωσης ($n = 5$) και κοιλιακό απόστημα ($n = 3$). Δεν υπήρξαν περιπτώσεις θανάτου που να σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση. Τόσο οι μονομεταβλητές όσο και οι πολυπαραγοντικές λογιστικές αναλύσεις κατέδειξαν ότι οι χειρουργικές επιπλοκές και η ολική γαστρεκτομή ήταν σημαντικοί παράγοντες κινδύνου σοβαρή απώλεια σωματικού βάρους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι χειρουργικές επιπλοκές και η ολική γαστρεκτομή αναγνωρίστηκαν ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου σοβαρή απώλεια σωματικού βάρους κατά τον 1ο μήνα μετά τη γαστρεκτομή. Για να διατηρηθεί το σωματικό βάρος μετά τη γαστρεκτομή, οι γιατροί θα πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ολική γαστρεκτομή και σε εκείνους που αναπτύσσουν χειρουργικές επιπλοκές.

Li Y, Qiu J, Cao H. (2016). Application of enhanced recovery after surgery for patients with laparoscopic radical gastrectomy. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi . Mar;19(3):269-73.

Abstract

OBJECTIVE: To investigate the clinical application effects of enhanced recovery after surgery (ERAS) during perioperative period on patients undergoing laparoscopic radical gastrectomy.

METHODS: A total of 127 patients with gastric cancer receiving laparoscopic radical gastrectomy in our department from July 2013 to February 2015 were prospectively enrolled. Patients were randomly divided into ERAS group ($n=67$) treated with ERAS method and conventional group ($n=60$) treated with the traditional perioperative management. The perioperative efficacy and postoperative short-term outcomes were compared between the two groups.

RESULTS: All the patients were recovery with no mortality during perioperative period. Compared with conventional group, patients in ERAS group showed shorter time of nasogastric tube placement $[(1.4 \pm 0.6) \text{ days vs. } (2.2 \pm 0.6) \text{ days, } P=0.000]$, shorter time to first ambulation $[(2.3 \pm 1.1) \text{ days vs. } (4.2 \pm 6.4) \text{ days, } P=0.026]$, shorter time to initiate oral intake $(1.9 \pm 0.7) \text{ days vs. } (4.0 \pm 1.1) \text{ days, } P=0.000]$ and shorter postoperative hospital stay $[(13.9 \pm 4.0) \text{ days vs. } (18.7 \pm 9.1) \text{ days, } P=0.000]$. Visual pain scores were all significantly lower in the ERAS group as compared to the traditional group 2 hours after anesthesia awakening, 12, 24, 48 hours after operation and at the first ambulation respectively (all $P < 0.05$). The overall complication rate was significantly lower in ERAS group than that in conventional group $[14.9\% (10/67) \text{ vs. } 30.0\% (18/60), P = 0.041]$. Patients in the ERAS group had shorter postoperative hospital stay $[(13.9 \pm 4.0) \text{ days vs. } (18.7 \pm 9.1) \text{ days, } P=0.000]$.

CONCLUSION: ERAS during perioperative period in laparoscopic radical gastrectomy is safe and effective, which is associated with quicker postoperative rehabilitation, better pain control and shorter hospital stay.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Εφαρμογή προγράμματος ενισχυτικής φροντίδας μετά από χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς με λαπαροσκοπική ριζική γαστρεκτομή.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση των κλινικών αποτελεσμάτων προγράμματος ενίσχυσης μετά από χειρουργική επέμβαση, κατά τη διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπική ριζική γαστρεκτομή.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Συνολικά 127 ασθενείς με καρκίνο του στομάχου που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική ριζική γαστρεκτομή στο τμήμα μας από τον Ιούλιο του 2013 έως τον Φεβρουάριο του 2015 μελετήθηκαν. Οι ασθενείς χωρίστηκαν τυχαία σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με τη την ενισχυτική μέθοδο ($n = 67$) και στη συμβατική ομάδα ($n = 60$) που υποβλήθηκε σε φροντίδα με την

παραδοσιακή περιεγχειρητική αντιμετώπιση. Η μετεγχειρητική αποτελεσματικότητα και τα μετεγχειρητικά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα συγκρίθηκαν μεταξύ των δύο ομάδων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Όλοι οι ασθενείς ανένηψαν χωρίς θνησιμότητα κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου. Σε σύγκριση με την συμβατική ομάδα, οι ασθενείς της ομάδας που είχαν την ενισχυτική φροντίδα, εμφάνισαν βραχύτερο χρόνο τοποθέτησης ρινογαστρικού σωλήνα $[(1,4 \pm 0,6)$ ημέρες έναντι $(2,2 \pm 0,6)$ ημερών, $P = 0,000$], μικρότερο χρόνο για την έναρξη της από του στόματος πρόσληψης διατροφής $(1,9 \pm 0,7)$ ημερών έναντι $(4,0 \pm 1,1)$ ημερών, $P = 0,000$] και μικρότερης μετεγχειρητικής διαμονής $[13,9 \pm 4,0)$ ημερών έναντι $(18,7 \pm 9,1)$ ημερών, $P = 0,000$]. Οι βαθμολογίες αξιολόγησης με κλίμακες πόνου ήταν όλες σημαντικά χαμηλότερες στην ομάδα ενισχυμένης φροντίδας, σε σύγκριση με την παραδοσιακή ομάδα 2 ώρες μετά την αφύπνιση από την αναισθησία, 12, 24, 48 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση και στην πρώτη περιπατητική άσκηση αντίστοιχα (όλες οι τιμές $P < 0,05$). Το συνολικό ποσοστό επιπλοκών ήταν σημαντικά χαμηλότερο στην ομάδα ενισχυτικής φροντίδας από ότι στην συμβατική ομάδα $[14,9\% (10/67)$ έναντι $30,0\% (18/60)$, $P = 0,041$]. Οι ασθενείς στην ομάδα ενισχυτικής φροντίδας είχαν μικρότερη μετεγχειρητική διαμονή $[13,9 \pm 4,0)$ ημέρες έναντι $(18,7 \pm 9,1)$ ημερών, $P = 0,000$].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το πρόγραμμα ενισχυτικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου στη λαπαροσκοπική ριζική γαστρεκτομή είναι ασφαλές και αποτελεσματικό, το οποίο συνδέεται με την ταχύτερη μετεγχειρητική αποκατάσταση, τον καλύτερο έλεγχο του πόνου και τη βραχύτερη παραμονή στο νοσοκομείο.

Wiraszka GR., Głuszek S., Kozieł D. (2014). Characteristics of gastrointestinal stromal tumours, diagnostic procedure and therapeutic management and main directions of nursing practice in gastrointestinal stromal tumours. *Contemp Oncol (Pozn)*.;18(6):384-90.

Abstract

Gastrointestinal stromal tumours (GIST) constitute a separate group of mesenchymal neoplasms of the gastrointestinal tract. They have been commonly recognized for a few years, they have created a new problem in medical practice. GIST are more often centred in the stomach. They equally affect female and male patients and occur mainly in patients older than 50 years of age. The clinical picture of the tumour is non-specific. Radical surgical treatment and molecularly targeted therapy with tyrosine kinase inhibitors are used in GIST treatment. Nursing practice with reference to GIST danger is connected with biopsychosocial interventions of perioperative, oncological and palliative procedures and involves the area of health education mainly oriented towards shaping preventive procedures which favour early disease detection and support therapy and recovery.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Χαρακτηριστικά των γαστρεντερικών στρωματικών όγκων, της διαγνωστικής διαδικασίας και της θεραπευτικής αντιμετώπισης και κύριες κατευθύνσεις της νοσηλευτικής πρακτικής σε γαστρικούς στρωματικούς όγκους.

Περίληψη

Οι γαστρικοί στρωματικοί όγκοι (GIST) αποτελούν ξεχωριστή ομάδα μεσεγχυματικών νεοπλασμάτων της γαστρεντερικής οδού. Έχουν αναγνωριστεί εδώ και μερικά χρόνια και έχουν δημιουργήσει ένα νέο πρόβλημα στην ιατρική πρακτική. Οι γαστρικοί στρωματικοί όγκοι εντοπίζονται συχνότερα στο στομάχι. Εξίσου επηρεάζουν τους άνδρες και τις γυναίκες και εμφανίζονται κυρίως σε ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών. Η κλινική εικόνα του όγκου είναι μη ειδική. Η ριζική χειρουργική θεραπεία και η μοριακά στοχευμένη θεραπεία με

αναστολείς κινάσης τυροσίνης χρησιμοποιούνται στη θεραπεία αυτών των όγκων. Η νοσηλευτική πρακτική αναφορικά τους γαστρικούς στρωματικούς όγκους συνδέεται με τις βιοψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις των περιεγχειρητικών, ογκολογικών και ανακουφιστικών διαδικασιών. Περιλαμβάνει τον τομέα της αγωγής υγείας, που είναι κυρίως προσανατολισμένος στη διαμόρφωση προληπτικών διαδικασιών που ευνοούν την έγκαιρη ανίχνευση των ασθενών και υποστηρίζει τη θεραπεία και την αποκατάσταση.

Hsu JT., et al., (2017). Palliative gastrectomy is beneficial in selected cases of metastatic gastric cancer. *BMC Palliat Care*. Mar 14;16(1):19.

Abstract

BACKGROUND: Salvage chemotherapy is the mainstay of treatment for metastatic gastric cancer (mGC). This study aimed to clarify the effects of palliative gastrectomy (PG) and identify prognostic factors in mGC patients undergoing PG.

METHODS: This was a retrospective review of 333 mGC patients receiving PG or a non-resection procedure (NR) between 2000 and 2010. Clinicopathological factors affecting the prognosis of these patients were collected prospectively and analyzed.

RESULTS: One hundred and ninety-three patients underwent PG and 140 NR. The clinicopathological characteristics were comparable between the two groups except for metastatic pattern. There were no significant differences in postoperative morbidity and mortality between the two groups. The PG group had a significantly longer median overall survival compared with the NR group (7.7 months vs. 4.9 months). In the PG group, age ≤ 58 years, preoperative albumin level >3 g/dL, ratio of metastatic to examined lymph nodes ≤ 0.58 , and administration of chemotherapy were independent prognostic factors in multivariate analysis.

CONCLUSIONS: Patients undergoing PG had better outcomes than those undergoing NR. Among the patients undergoing resection, age ≤ 58 years, a better preoperative nutritional status, less nodal involvement and postoperative chemotherapy independently affected patient survival.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Η παρηγορητική γαστρεκτομή είναι ευεργετική σε επιλεγμένες περιπτώσεις μεταστατικού καρκίνου του στομάχου.

Περίληψη

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Η χημειοθεραπεία διάσωσης αποτελεί τον πυρήνα της θεραπείας για μεταστατικό καρκίνο του στομάχου. Αυτή η μελέτη στοχεύει στην αποσαφήνιση των επιδράσεων της παρηγορητικής γαστρεκτομής και στην ταυτοποίηση των προγνωστικών παραγόντων σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του στομάχου, που υποβάλλονται σε παρηγορητική γαστρεκτομή.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Αυτή ήταν μια αναδρομική ανασκόπηση 333 ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του στομάχου, που υποβλήθηκαν σε παρηγορητική γαστρεκτομή ή σε μια διαδικασία μη-εκτομής (NR) μεταξύ 2000 και 2010. Οι κλινικοπαθολογικοί παράγοντες που επηρέασαν την πρόγνωση αυτών των ασθενών συλλέχθηκαν μελλοντικά και αναλύθηκαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εκατόν ενενήντα τρεις ασθενείς υποβλήθηκαν σε παρηγορητική γαστρεκτομή και 140 σε μια διαδικασία μη-εκτομής. Τα κλινικοπαθολογικά χαρακτηριστικά ήταν συγκρίσιμα μεταξύ των δύο ομάδων εκτός από το μεταστατικό πρότυπο. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στην μετεγχειρητική νοσηρότητα και θνησιμότητα μεταξύ των δύο ομάδων. Η ομάδα παρηγορητικής γαστρεκτομής είχε σημαντικά μεγαλύτερη μέση συνολική επιβίωση συγκριτικά με την ομάδα μη-εκτομής (7,7 μήνες έναντι 4,9 μηνών). Στην ομάδα παρηγορητικής γαστρεκτομής, η ηλικία ≤ 58 ετών, το προεγχειρητικό επίπεδο λευκωματίνης $> 3\text{g/dL}$, η αναλογία μεταστατικών προς εξετασθέντες λεμφαδένες $\leq 0,58$ και η χορήγηση χημειοθεραπείας ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες σε πολυπαραγοντική ανάλυση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε παρηγορητική γαστρεκτομή είχαν καλύτερα αποτελέσματα από εκείνους που υποβλήθηκαν σε διαδικασία μη-εκτομής. Μεταξύ των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εκτομή, η ηλικίας ≤ 58 ετών, η καλύτερη προεγχειρητική διατροφική κατάσταση, η μικρότερη συμμετοχή λεμφαδένων και η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία επηρέασαν ανεξάρτητα την επιβίωση των ασθενών.

Šmíd D, et al., (2016). The Influence of Palliative Chemotherapy on the Quality of Life of Patients with Gastric Cancer. *Klin Onkol*.;29(4):279-86.

Abstract

BACKGROUND: Gastric cancer is a malignant disease with a poor prognosis. The incidence of gastric cancer in the Czech Republic in 2013 was 14.34 cases per 100,000 citizens. Unfortunately, most patients are diagnosed with advanced stage disease and therefore undergo palliative treatment. Some patients undergo surgery and a very small percentage undergo palliative chemotherapy. The five year survival rate for those with advanced gastric cancer ranges from 5-15%.

METHODS: This is a prospective study of patients undergoing chemotherapy for advanced gastric cancer. The aim was to assess the quality of life of those undergoing chemotherapy.

RESULTS: The results showed that chemotherapy reduced the quality of life for these patients.

DISCUSSION: Although palliative chemotherapy prolonged time to progression, it had little impact on overall survival. Conversely, chemotherapy reduced quality of life. Thus, clinicians and patients must decide whether to begin palliative chemotherapy. The final decision should be made by the patient after discussion with the treating clinician.

CONCLUSION: Treatment of patients with gastric cancer must be undertaken on an individual basis. Those undergoing palliative treatment must play an active

role in the decision process regarding chemotherapy and assess the potential benefits and drawbacks. Because chemotherapy treatment has a detrimental effect on quality of life, the decision should be based on factors that predict the likely therapeutic effect of chemotherapy.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Η Επίδραση της Παρηγορητικής Χημειοθεραπείας στην Ποιότητα Ζωής των Ασθενών με Γαστρικό Καρκίνο.

Περίληψη

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Ο καρκίνος του γαστρικού ιστού είναι μια κακοήθης νόσος με κακή πρόγνωση. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του στομάχου στη Δημοκρατία της Τσεχίας το 2013 ήταν 14,34 περιπτώσεις ανά 100.000 πολίτες. Δυστυχώς, οι περισσότεροι ασθενείς διαγιγνώσκονται με προχωρημένο στάδιο ασθένειας και επομένως υποβάλλονται σε παρηγορητική αγωγή. Μερικοί ασθενείς υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση και ένα πολύ μικρό ποσοστό υποβάλλονται σε παρηγορητική χημειοθεραπεία. Το πενταετές ποσοστό επιβίωσης για άτομα με προχωρημένο καρκίνο του γαστρικού κυμαίνεται από 5-15%.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία για προχωρημένο γαστρικό καρκίνο. Ο στόχος ήταν να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η χημειοθεραπεία μείωσε την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Παρόλο που η παρηγορητική χημειοθεραπεία παρατείνει τον χρόνο ζωής, είχε μικρή επίδραση στη συνολική επιβίωση. Αντίθετα, η χημειοθεραπεία μείωσε την ποιότητα ζωής. Έτσι, οι κλινικοί ιατροί και οι ασθενείς πρέπει να αποφασίσουν εάν θα ξεκινήσουν παρηγορητική χημειοθεραπεία. Η τελική

απόφαση θα πρέπει να ληφθεί από τον ασθενή μετά από συζήτηση με τον κλινικό ιατρό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η θεραπεία των ασθενών με καρκίνο στομάχου πρέπει να γίνεται σε ατομική βάση. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε παρηγορητική αγωγή πρέπει να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τη χημειοθεραπεία και να αξιολογήσουν τα πιθανά οφέλη και μειονεκτήματα. Επειδή η χημειοθεραπεία έχει επιζήμια αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής, η απόφαση πρέπει να βασίζεται σε παράγοντες που προβλέπουν το πιθανό θεραπευτικό αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας.

McCall MD, et al., (2016.). Quality of life: A critical outcome for all surgical treatments of gastric cancer. *World J Gastroenterol.* Jan 21;22(3):1101-13.

Abstract

Surgery represents the main curative therapeutic modality for gastric cancer, and it is occasionally considered for palliation as well as prophylaxis. Most frequently, surgical outcomes are conveyed in terms of oncological outcomes such as recurrence and survival. However, quality of life (QoL) is also important and should be considered when making treatment decisions - including the extent of and approach to surgery. Measurement of QoL usually involves the application of questionnaires. While there are multiple QoL questionnaires validated for use in oncology patients, there are very few that have been validated for use in those with gastric cancer. In this review, we discuss and compare the current status of QoL questionnaires in gastric cancer. More importantly, the impact of surgery for treatment, palliation and prophylaxis of gastric cancer on QoL will be described.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Ποιότητα ζωής: Ένα κρίσιμο αποτέλεσμα για όλες τις χειρουργικές θεραπείες του γαστρικού καρκίνου.

Περίληψη

Η χειρουργική επέμβαση αντιπροσωπεύει τη βασική θεραπευτική μέθοδο για τον καρκίνο του στομάχου και περιστασιακά εφαρμόζεται για ανακούφιση καθώς και για προφύλαξη. Πιο συχνά, τα χειρουργικά αποτελέσματα μεταφέρονται από την άποψη των ογκολογικών αποτελεσμάτων, όπως η επανεμφάνιση του όγκου και η επιβίωση. Ωστόσο, η ποιότητα ζωής (QoL) είναι επίσης σημαντική και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη λήψη των αποφάσεων θεραπείας- συμπεριλαμβανομένης της έκτασης και της προσέγγισης στην χειρουργική επέμβαση. Η μέτρηση του QoL συνήθως συνεπάγεται την εφαρμογή ερωτηματολογίων. Ενώ υπάρχουν πολλαπλά ερωτηματολόγια QoL επικυρωμένα για χρήση σε ογκολογικούς ασθενείς, πολύ λίγα που έχουν επικυρωθεί για χρήση σε άτομα με καρκίνο του στομάχου. Σε αυτήν την ανασκόπηση, συζητήθηκαν και συγκρίθηκαν η τρέχουσα κατάσταση των ερωτηματολογίων QoL για τον καρκίνο του γαστρικού συστήματος. Το πιο σημαντικό είναι να περιγραφεί ο αντίκτυπος της χειρουργικής επέμβασης για τη θεραπεία, την ανακούφιση και την προφύλαξη του καρκίνου του στομάχου στην ποιότητα ζωής.

Thrumurthy SG, et al., (2015). Does surgery have a role in managing incurable gastric cancer? *Nat Rev Clin Oncol*. Nov;12(11):676-82.

Abstract

Although the incidence of gastric cancer is decreasing, the outcomes of this disease are among the poorest of all solid-organ tumours, predominantly due to the frequent presence of stage IV metastatic disease at primary presentation. Stage IV gastric cancer is incurable and carries a very poor prognosis (5-year survival rate of ~4%); palliative chemotherapy remains the standard of care, but increasing evidence indicates that palliative surgery can provide a prognostic and symptomatic benefit, particularly in combination with chemotherapy and/or radiotherapy. Ongoing prospective trials should further clarify the efficacy of

palliative surgery in comparison with other treatment modalities. Until such data are available, surgery should not be offered as a standard first-line treatment, but can be considered in selected cases after thorough multidisciplinary discussions involving the patient. Patient selection for both gastrectomy and nonresectional surgery must include consideration of various factors that predict quality of life after surgery. This Perspectives summarizes the available evidence and discusses the utility of palliative surgery in relation to other therapeutic modalities in the management of incurable gastric cancer.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Η χειρουργική επέμβαση έχει κάποιο ρόλο στη διαχείριση του ανιάτου καρκίνου του στομάχου;

Περίληψη

Παρότι η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του στομάχου μειώνεται, τα αποτελέσματα αυτής της ασθένειας συγκαταλέγονται μεταξύ των φτωχότερων από όλους τους όγκους των στερεών οργάνων, κυρίως λόγω της συχνής παρουσίας της μεταστατικής νόσου του σταδίου IV στην πρωτογενή εμφάνιση. Ο καρκίνος του στομάχου σταδίου IV είναι ανιάτος και παρουσιάζει μια πολύ κακή πρόγνωση (5ετής επιβίωση~ 4%). Η παρηγορητική χημειοθεραπεία παραμένει το πρότυπο της περίθαλψης, αλλά αυξανόμενα στοιχεία δείχνουν ότι η παρηγορητική χειρουργική επέμβαση μπορεί να προσφέρει ένα προγνωστικό και συμπτωματικό όφελος, ιδιαίτερα σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία ή/ και την ακτινοθεραπεία. Οι συνεχιζόμενες προοπτικές μελέτες θα πρέπει να διευκρινίσουν περαιτέρω την αποτελεσματικότητα της παρηγορητικής χειρουργικής σε σύγκριση με άλλες μορφές θεραπείας. Μέχρι να είναι διαθέσιμα τέτοια δεδομένα, η χειρουργική επέμβαση δεν πρέπει να προσφέρεται ως βασική θεραπεία πρώτης γραμμής, αλλά μπορεί να εξεταστεί σε επιλεγμένες περιπτώσεις μετά από διεξοδικές διεπιστημονικές συζητήσεις που αφορούν τον ασθενή. Η επιλογή ασθενών τόσο για τη γαστρεκτομή όσο και για τη μη

επεμβατική χειρουργική επέμβαση πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση διαφόρων παραγόντων που προβλέπουν την ποιότητα ζωής μετά από χειρουργική επέμβαση. Αυτές οι προοπτικές συνοψίζουν τα διαθέσιμα στοιχεία και συζητούν τη χρησιμότητα της παρηγορητικής χειρουργικής σε σχέση με άλλες θεραπευτικές μεθόδους στη διαχείριση του ανιάτου καρκίνου του στομάχου.

Tey J., et al., (2014 Clinical outcome of palliative radiotherapy for locally advanced symptomatic gastric cancer in the modern era. *Medicine (Baltimore)*. Nov;93(22):e1118.

Abstract

The purpose of this study was to report the outcomes of patients with symptomatic locally advanced/recurrent gastric cancer treated with radiotherapy (RT) using modern 3-dimensional techniques. Of 115 patients with median age of 77 years, 78 (67.8%) patients had metastatic disease at the time of treatment. Index symptoms were gastric bleeding, pain, and obstruction in 89.6%, 9.2%, and 14.3% of patients, respectively. Dose fractionation regimen ranged from 8-Gy single fraction to 40 Gy in 16 fractions. One hundred eleven patients (93.3%) were computed tomography (CT) planned. Median follow-up was 85 days. Response rates for bleeding, pain, and obstruction were 80.6% (83/103), 45.5% (5/11), and 52.9% (9/17), respectively, and median duration of response was 99 days, 233 days, and 97 days, respectively. Median survival was 85 days. Actuarial 12-month survival was 15.3%. There was no difference in response rates between low (≤ 39 Gy) and high (> 39 Gy) biologically effective dose (BED) regimens (α/β ratio = 10). Median survival was significantly longer in patients who responded to RT compared with patients who did not (113.5 vs 47 days, $P < 0.001$). Three patients (2.6%) had grade 3 Common Toxicity Criteria equivalent toxicity (nausea/vomiting/anorexia). External beam RT delivered using 3-dimensional conformal techniques is highly effective and well tolerated in the local palliation of gastric cancer, with palliation lasting the majority of

patient's lives. Short (≤ 39 Gy BED) RT schedules are adequate for effective symptom palliation.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Κλινική έκβαση της παρηγορητικής ακτινοθεραπείας για τοπικά προχωρημένο συμπτωματικό γαστρικό καρκίνο στη σύγχρονη εποχή.

Περίληψη

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η αναφορά των αποτελεσμάτων των ασθενών με συμπτωματικό τοπικά προχωρημένο/ υποτροπιάζοντα γαστρικό καρκίνο, που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με ακτινοθεραπεία (RT) χρησιμοποιώντας σύγχρονες τρισδιάστατες τεχνικές. Από 115 ασθενείς με μέση ηλικία 77 ετών, 78 (67,8%) ασθενείς εμφάνισαν μεταστατική νόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Τα συμπτώματα ήταν γαστρική αιμορραγία, πόνος και απόφραξη σε 89,6%, 9,2% και 14,3% των ασθενών, αντίστοιχα. Η δόση της ακτινοβολίας κυμαίνονταν από 8-Gy ως 40 Gy. Εκατόν έντεκα ασθενείς (93,3%) υποβλήθηκαν σε υπολογιστική τομογραφία (CT). Η διάμεση παρακολούθηση ήταν 85 ημέρες. Τα ποσοστά ανταπόκρισης για αιμορραγία, πόνο και γαστρική απόφραξη ήταν 80,6% (83/103), 45,5% (5/11) και 52,9% (9/17) αντίστοιχα και η μέση διάρκεια της ανταπόκρισης ήταν 99 ημέρες, 233 ημέρες και 97 ημέρες, αντίστοιχα. Η μέση επιβίωση ήταν 85 ημέρες. Η αναλογιστική επιβίωση 12 μηνών ήταν 15,3%. Δεν υπήρχε διαφορά στα ποσοστά απόκρισης μεταξύ των χαμηλών δόσεων (≤ 39 Gy) και των υψηλών (> 39 Gy) βιολογικών δόσεων (BED) (λόγος $\alpha / \beta = 10$). Η μέση επιβίωση ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία, σε σύγκριση με ασθενείς που δεν έλαβαν (113,5 έναντι 47 ημερών, $P < 0,001$). Τρεις ασθενείς (2,6%) είχαν συμπτώματα τοξικότητας (ναυτία/ έμετο/ ανορεξία). Σύντομα προγράμματα ακτινοθεραπείας (≤ 39 Gy BED) είναι επαρκή για αποτελεσματική ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Keränen I., et al., (2013). Gastric outlet obstruction in gastric cancer: a comparison of three palliative methods. *J Surg Oncol. Dec*;108(8):537-41.

Abstract

BACKGROUND: Gastric outlet obstruction (GOO) commonly occurs in advanced gastric cancer. Our aim was to evaluate the results of endoscopic stenting (ES), palliative resection (PR), and gastrojejunostomy (GJ) as palliation of GOO.

METHODS: A total of 97 patients (50 ES, 26 PR, 21 GJ) were included in this retrospective study. All the patients had primary gastric cancer and symptoms of GOO.

RESULTS: Compared to surgery, ES resulted in a faster improvement on oral intake and symptom relief ($P < 0.001$) and a shorter hospitalization ($P < 0.001$). Complication rates, hospital re-admissions, occurrence of biliary obstruction, and the number of patients receiving chemotherapy were similar. The median symptom-free and overall survival were longest in the PR group ($P < 0.001$). In multivariate survival analysis, independent prognostic factors were age, BMI, pre-procedure GOOSS, palliative resection as treatment modality, and chemotherapy.

CONCLUSIONS: In gastric cancer and GOO, the clinical condition of the patient before treatment affects survival and should be taken into account in determining the treatment. PR seems to provide a survival benefit and should be considered as treatment option for patients suitable for surgery. For patients unfit for surgery, ES provides rapid and efficient palliation. Chemotherapy also seems to improve survival in gastric cancer and GOO.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ:

Γαστρική απόφραξη στον καρκίνο του στομάχου: σύγκριση τριών παρηγορητικών μεθόδων.

Περίληψη

ΥΠΟΒΑΘΡΟ: Η απόφραξη της γαστρικής οδού εμφανίζεται συνήθως σε προχωρημένο γαστρικό καρκίνο. Στόχος είναι να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα της ενδοσκοπικής μεθόδου στεντ (ES), της παρηγορητικής εκτομής (PR) και της γαστρονηστιδο-στομίας (GJ) ως ανακουφιστική μέθοδο για την απόφραξη της γαστρικής οδού.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Συνολικά 97 ασθενείς (50 ES, 26 PR, 21 GJ) συμπεριλήφθηκαν σε αυτήν την αναδρομική μελέτη. Όλοι οι ασθενείς είχαν πρωτογενή γαστρικό καρκίνο και συμπτώματα απόφραξης της γαστρικής οδού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε σύγκριση με τη χειρουργική επέμβαση, η τοποθέτηση στεντ, οδήγησε σε ταχύτερη βελτίωση στην από του στόματος λήψη τροφής και στην ανακούφιση των συμπτωμάτων ($P < 0,001$) και σε μικρότερη νοσηλεία ($P < 0,001$). Τα ποσοστά επιπλοκών, η επανεισαγωγή στο νοσοκομείο, η εμφάνιση αποφράξεως των χοληφόρων και ο αριθμός των ασθενών που έλαβαν χημειοθεραπεία ήταν παρόμοια. Η διάμεση επιβίωση χωρίς συμπτώματα και συνολική επιβίωση ήταν μεγαλύτερη στη ομάδα με παρηγορητική εκτομή ($P < 0,001$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση επιβίωσης, ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες ήταν η ηλικία, ο δείκτης μάζας σώματος, η προγενέστερη επέμβαση για απόφραξη του γαστρικού αυλού, η ανακουφιστική εκτομή ως τρόπος θεραπείας και η χημειοθεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στον καρκίνο του στομάχου και σε απόφραξη της γαστρικής οδού, η κλινική κατάσταση του ασθενούς πριν από τη θεραπεία επηρεάζει την επιβίωση και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τον προσδιορισμό της θεραπείας. Η παρηγορητική εκτομή φαίνεται να παρέχει ένα πλεονέκτημα επιβίωσης και πρέπει να θεωρείται ως θεραπευτική επιλογή για τους ασθενείς που είναι κατάλληλοι για χειρουργική επέμβαση. Για τους ασθενείς που είναι ακατάλληλοι για χειρουργική επέμβαση, η τοποθέτηση στεντ παρέχει ταχεία και αποτελεσματική ανακούφιση. Η χημειοθεραπεία φαίνεται επίσης να βελτιώνει την επιβίωση στον καρκίνο του γαστρικού ιστού και στην περίπτωση απόφραξης της γαστρικής οδού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Παρά τη βελτίωση της επιστήμης, η πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο του στομάχου έχει ελάχιστα βελτιωθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Αυτή η δυσμενής κατάσταση αποδίδεται τόσο στην καθυστερημένη διάγνωση της νόσου, όσο και στην ιδιαίτερη βιολογική συμπεριφορά της. Σε πολλές περιπτώσεις ο νοσηλευτικός ρόλος αφορά την φροντίδα ενός ασθενούς με καρκίνο του στομάχου, που βρίσκεται στο τελικό στάδια της νόσου. Σε αυτό το στάδιο η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών παρηγορητικής και ανακουφιστικής υποστήριξης του ασθενούς (Huang et al., 2017).

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε φαίνεται ότι παρηγορητική φροντίδα έχει αποδειχθεί ότι έχει ως αποτέλεσμα αλλαγές στη συμπεριφορά ασθενών με τελική ασθένεια. Αυτές οι αλλαγές αναφέρονται στην αποδοχή της ανίατης ασθένειας και του θανάτου και συνοδεύεται από την επιθυμία μη αναζωογόνησης σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής και από τη μείωση των επιθετικών θεραπειών. Παράλληλα υπάρχει μια αντίληψη για την εφαρμογή παρηγορητικής θεραπείας, με σκοπό την ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα και την βελτίωση της ποιότητας ζωής (Huang et al., 2017).

Ο καρκίνος του στομάχου σταδίου IV είναι ανίατος και παρουσιάζει μια πολύ κακή πρόγνωση (5ετής επιβίωση~ 4%). Η παρηγορητική χημειοθεραπεία παραμένει το πρότυπο της περίθαλψης, αλλά αυξανόμενα στοιχεία δείχνουν ότι η παρηγορητική χειρουργική επέμβαση μπορεί να προσφέρει ένα προγνωστικό και συμπτωματικό όφελος, ιδιαίτερα σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία ή/ και την ακτινοθεραπεία (Thrumurthy et al., 2017). Επίσης ασθενείς που υποβλήθηκαν σε παρηγορητική γαστρεκτομή, είχαν καλύτερα αποτελέσματα από εκείνους που υποβλήθηκαν σε διαδικασία μη-εκτομής (Hsu et al., 2017).

Η θεραπεία των ασθενών με καρκίνο στομάχου πρέπει να γίνεται σε ατομική βάση. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε παρηγορητική αγωγή πρέπει

να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και να αξιολογήσουν τα πιθανά οφέλη και μειονεκτήματα. Παρόλο που η παρηγορητική χημειοθεραπεία παρατείνει τον χρόνο ζωής, δεν έχει επίδραση στη συνολική επιβίωση. Αντίθετα, επιδρά στην ποιότητα ζωής, καθώς συνοδεύεται από πολλές παρενέργειες. Έτσι, οι κλινικοί ιατροί και οι ασθενείς πρέπει να αποφασίσουν εάν θα ξεκινήσουν παρηγορητική χημειοθεραπεία. Η τελική απόφαση θα πρέπει να ληφθεί από τον ασθενή μετά από συζήτηση με τον κλινικό ιατρό. Από την άλλη οι γιατροί πρέπει να επιλέγουν τους ασθενείς με βάση τα οφέλη για την παρεχόμενη ποιότητα ζωής (Šmíd et al., 2016).

Με βάση αυτή την παράμετρο, της ποιότητας της ζωής, μπορούν να εφαρμοστούν προγράμματα αυτοφροντίδας από τους νοσηλευτές, στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο στομάχου και έχουν υποβληθεί σε γαστρεκτομή. Ωστόσο σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, αυτά τα προγράμματα δεν είναι ακόμα αποτελεσματικά για να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με γαστρικό καρκίνο μετά από γαστρεκτομή (Davoodi et al., 2015).

Όσον αφορά την ποιότητα ζωής (QoL), θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την λήψη αποφάσεων για την έκταση και την προσέγγιση στην χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου. Η μέτρηση του QoL απαιτεί την εφαρμογή επικυρωμένων ερωτηματολογίων και σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, ελάχιστα έχουν επικυρωθεί για χρήση σε άτομα με καρκίνο του στομάχου (McCall et al., 2016).

Μια άλλη παράμετρος που συνδέεται με αυτούς τους ασθενείς είναι η απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους σώματος παρατηρείται συχνά σε ασθενείς με γαστρικό καρκίνο, χωρίς να παραμένουν σαφείς οι παράγοντες κινδύνου για σοβαρή απώλεια βάρους μετά από γαστρεκτομή. Σαν επιβαρυντικοί παράγοντες θεωρήθηκαν οι χειρουργικές επιπλοκές και η ολική γαστρεκτομή (Segami et al., 2017). Επίσης η απώλεια βάρους κατά την διάρκεια της αρχικής χημειοθεραπείας σε ασθενείς με προχωρημένο γαστρικό καρκίνο, σχετίζεται με

συστηματική φλεγμονή και φτωχότερη μέση συνολική επιβίωση (Takayoshi et al., 2017).

Σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε λαπαροσκοπική ριζική γαστρεκτομή, η εφαρμογή προγράμματος ενισχυτικής φροντίδας κατά την διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου, αποδείχθηκε ασφαλές και αποτελεσματικό. Οι παράμετροι της φροντίδας περιλαμβάνουν μέτρα όπως η ταχύτερη κινητοποίηση του ασθενούς, η συστηματικότερη αντιμετώπιση του πόνου, η ταχύτερη απομάκρυνση του ρινογαστρικού καθετήρα και η ταχύτερη έναρξη διατροφής από το στόμα. Όλες αυτές οι παρεμβάσεις οδηγούν σε ταχύτερη μετεγχειρητική αποκατάσταση και σε βραχύτερη παραμονή στο νοσοκομείο (Li et al., 2016).

Επίσης σύντομα προγράμματα παρηγορητικής ακτινοθεραπείας είναι επαρκή για αποτελεσματική ανακούφιση των συμπτωμάτων, γαστρική αιμορραγία, πόνος και απόφραξη, σε τοπικά προχωρημένο γαστρικό καρκίνο (Tey et al., 2014).

Στον προχωρημένο καρκίνο του στομάχου παρουσιάζεται συχνά απόφραξη της γαστρικής οδού, γεγονός που επηρεάζει την επιβίωση και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τον προσδιορισμό της θεραπείας. Η παρηγορητική εκτομή φαίνεται να παρέχει ένα πλεονέκτημα επιβίωσης και πρέπει να θεωρείται ως θεραπευτική επιλογή για τους ασθενείς που είναι κατάλληλοι για χειρουργική επέμβαση. Για τους ασθενείς που είναι ακατάλληλοι για χειρουργική επέμβαση, η τοποθέτηση στεντ παρέχει ταχεία και αποτελεσματική ανακούφιση. Η χημειοθεραπεία φαίνεται επίσης να βελτιώνει την επιβίωση στον καρκίνο του γαστρικού ιστού και στην περίπτωση απόφραξης της γαστρικής οδού (Keränen et al., 2013).

Τέλος οι σπάνιοι γαστρικοί στρωματικοί όγκοι έχουν αναγνωριστεί εδώ και μερικά χρόνια και έχουν δημιουργήσει ένα νέο πρόβλημα στην ιατρική πρακτική. Η νοσηλευτική πρακτική σε ασθενείς με γαστρικούς στρωματικούς όγκους συνδέεται με τις βιοψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις των περιεγχειρητικών, ογκολογικών και ανακουφιστικών διαδικασιών.

Περιλαμβάνει τον τομέα της αγωγής υγείας, που είναι κυρίως προσανατολισμένος στη διαμόρφωση προληπτικών διαδικασιών που ευνοούν την έγκαιρη ανίχνευση των ασθενών και υποστηρίζει τη θεραπεία και την αποκατάσταση (Wiraszka et al., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του στομάχου συνιστά ένα σημαντικό πρόβλημα και μια πρόκληση για το χώρο της υγείας. Παρά τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες και στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, το συγκεκριμένο νόσημα, παραμένει ανίατο, στα προχωρημένα στάδια του. Βασικός σκοπός σε αυτή την κατηγορία νοσημάτων είναι η πρόληψη. Αυτή αποσκοπεί στον προσυμπτωματικό έλεγχο ασθενών υψηλού όπως οι ασθενείς με γαστρικό έλκος και μη ελεγχόμενη λοίμωξη από ελικοβακτηρίδιου του πυλωρού, οι ασθενείς με κληρονομικότητα και οι ασθενείς με ακραίες διατροφικές συνήθειες. Ο νοσηλευτής-τρια φροντίζει να εντοπίσει τους συγκεκριμένους ασθενείς και να τους καθοδηγήσει σε ειδικούς, ώστε να υποβληθούν σε προσυμπτωματικό έλεγχο και να γίνει η έγκαιρη διάγνωση. Σημαντικό ρόλο έχει ο νοσηλευτής-τρια στη νοσοκομειακή θεραπεία, αφού βασικό θεραπευτικό ρόλο έχει η χειρουργική θεραπεία, με την εκτέλεση γαστρεκτομής. Ο νοσηλευτής –τρια έχει βασικό ρόλο στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς, συμβάλλοντας σε σημαντικό βαθμό στην μετεγχειρητική ανάνηψη και ταχεία αποκατάσταση. Τέλος το δυσκολότερο έργο αφορά τη φροντίδα ασθενούς τελικού σταδίου, λόγω προχωρημένης νόσου. Ο νοσηλευτής –τρια πρέπει με ψυχικό σθένος να φροντίσει τον ασθενή, παρέχοντας παρηγορητική και ανακουφιστική φροντίδα και συγχρόνως ενισχύοντας τον ψυχισμό του, με σκοπό την ποιότητα ζωής, κατά το τελικό στάδιο της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AJCC Cancer Staging Manual. (2010). *Cancer Staging Manual*. AJCC 7th Ed Cancer Staging Manual
2. Avital I., Pisters PWT., Kelsen DP., Willett CG. (2011). *Cancer of the Stomach*. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
3. Bae JM., Lee EJ., Guyatt G. (2012). Citrus fruit intake and stomach cancer risk: a quantitative systematic review. *Gastric Cancer*, 11:23–32.
4. Bartchewsky W Jr., Martini MR., Masiero M., Squassoni AC., Alvarez MC., Ladeira MS. (2009). Effect of Helicobacter pylori infection on IL-8, IL-1beta and COX-2 expression in patients with chronic gastritis and gastric cancer. *Scand J Gastroenterol*, 44:153–61.
5. Catalano V., Labianca R., Beretta GD., Gatta G., de Braud F., Van Cutsem E. (2009). Gastric cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*, 71:127–164.
6. Chen-Yu Kuo., Yee Chao., Chung-Pin Li. (2014). Update on treatment of gastric cancer. *Journal of the Chinese Medical Association*, 77: 345-353
7. Classen M., Diehl V., Kochsik K. (2009). *Εσωτερική Παθολογία & Διαφορική Διαγνωστική. Βασικές Αρχές Διαφορικής Διαγνωστικής*. Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
8. Correa P., Piazuelo MB. (2012). The gastric precancerous cascade. *J Dig Dis*, 13:2–9.
9. Correa P., Piazuelo MB., Camargo MC. (2004). The future of gastric cancer prevention. *Gastric Cancer*, 7:9–16.
10. Corso G., Seruca R., Roviello F. (2012). Gastric cancer carcinogenesis and tumor progression. *Ann Ital Chir*, 83:172–176.

11. Cover TL., Blaser MJ. (2009). *Helicobacter pylori* in health and disease. *Gastroenterology*, 136:1863-73.
12. Davoodi A., Gholizadeh L., Rezazadeh H., Sheikalipour Z., Lakdizaji S., Mirinajad K., Rahmani A. (2015). Effects of a self-care education program on quality of life of patients with gastric cancer after gastrectomy. *J Community Support Oncol*, 13(9):330-6.
13. de Wit S. (2013). *Παθολογική Χειρουργική νοσηλευτική*. Μετάφραση: Λαμπρινού Κ., Λεμονίδου Χ. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
14. Dinis-Ribeiro M., Areia M., de Vries AC., Marcos-Pinto R., Monteiro-Soares M., O'Connor A. (2012). Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSg), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). *Endoscopy*, 44:74-94.
15. Fléjou JF. (2011). WHO Classification of digestive tumors: the fourth edition. *Ann Pathol*, 31:S27-S31
16. Fox J., Wang T. (2007). Inflammation, atrophy, and gastric cancer. *J Clin Invest*, 117(1):60-69.
17. Gonzalez CA., Agudo A. (2012). Carcinogenesis, prevention and early detection of gastric cancer: where we are and where we should go. *Int J Cancer*, 130:745-53.
18. Gonzalez CA., Pera G., Agudo A., Palli D., Krogh V., Vineis P. (2003). Smoking and the risk of gastric cancer in the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC). *Int J Cancer*, 107:629-34.
19. Gonzalez CA., Riboli E. (2010). Diet and cancer prevention: Contributions from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *Eur J Cancer*, 46:2555-2562.

20. Hartgrink H., Jansen E., van Grieken N., van de Velde C. (2009). Gastric cancer. *Lancet*, 374(9688): 477–490.
21. Hartgrink H., Jansen EP., van Grieken NC., van de Velde CJ. (2011). Gastric cancer. *Lancet*, 374(9688):477-90.
22. Hsu JT., Liao JA., Chuang HC., Chen TD., Chen TH., Kuo CJ., Lin CJ., Chou WC., Yeh TS., Jan YY. (2017). Palliative gastrectomy is beneficial in selected cases of metastatic gastric cancer. *BMC Palliat Care*, 14;16(1):19.
23. Hu B., Hajj N., Sittler S., Lammert N., Barnes R., EhrigA. (2012). Gastric cancer: Classification, histology and application of molecular pathology. *J Gastrointest Oncol*,3(3):251-261.
24. Huang K., Wang SH., Chuah SK., Rau KM., Lin YH., Hsieh MC., Shih LH., Chen YH. (2017). The effects of hospice-shared care for gastric cancer patients. *PLoS One*, 3;12(2):e0171365.
25. Jemal A., Bray F., Center MM., Ferlay J., Ward E., Forman D. (2011). Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 61:69-90.
26. Keränen I., Kylänpää L., Udd M., Louhimo J., Lepistö A., Halttunen J., Kokkola A. (2013). Gastric outlet obstruction in gastric cancer: a comparison of three palliative methods. *J Surg Oncol*, 108(8):537-41.
27. Kornblau S., Benson AB., Catalano R. (2008). Management of cancer treatment-related diarrhea. Issues and therapeutic strategies. *J Pain Symptom Manage*, 19:118–129
28. Lemone P., Burke K. (2014). Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Τόμος II. Έκδοση 5η. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
29. Li Y, Qiu J, Cao H. (2016). Application of enhanced recovery after surgery for patients with laparoscopic radical gastrectomy. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*, 19(3):269-73.

30. Lunet N. (2006). Gastric Cancer: Frequency and Trends. *Arquivos De Medicina*, 20(3):79-85
31. Mahadevan V. (2017). Basic science Anatomy of the stomach. *Surgery (Oxford)*, 35(11):608-611.
32. Mantzoukas S., Watkinson S. (2007). Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 28-37
33. Marano L., Polom K., Patrìti A., Roviello G., Falco G. et al. (2016). Surgical management of advanced gastric cancer: An evolving issue. *Eur J Surg Oncol*, 42(1):18-27.
34. McCall MD., Graham PJ., Bathe OF. (2016). Quality of life: A critical outcome for all surgical treatments of gastric cancer. *World J Gastroenterol*, 21;22(3):1101-13.
35. McColl K. (2010). Helicobacter pylori infection. *N Engl J Med*, 362:1597–1604.
36. Misra V., Pandey R., Misra SP. (2014). Helicobacter pylori and gastric cancer: Indian enigma. *World J Gastroenterol*, 20: 1503–9.
37. Nagini S.(2012). Carcinoma of the stomach: A review of epidemiology, pathogenesis, molecular genetics and chemoprevention. *World J Gastrointest Oncol*, 4(7): 156–169.
38. Osborn K., Wraa C., Watson A. (2013). Παθολογική –χειρουργική νοσηλευτική. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
39. Paoletti X., Oba K, Burzykowski T et al. (2010). Benefit of adjuvant chemotherapy for resectable gastric cancer: a meta-analysis. *JAMA*, 303: 1729–1737.

40. Pattanayak S., Saha D., Bara B., Nayak S. (2017). Palliative surgery in management of advanced carcinoma stomach and its outcome. *Int Surg J*, 4(1):300-303
41. Piazzuelo M., Correa P. (2013). Gastric cancer: *Overview Colomb Med.*, 44 (3):192-201
42. Quiros RM., Desai DC. (2011). Multidisciplinary approach for the treatment of gastric cancer. *Minerva Gastroenterol Dietol*, 57(1):53-68.
43. Roe H., Lennan E. (2014). Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. *Nursing. Research and Reviews*, 4: 103–115
44. Saeki N., Ono H., Sakamoto H., Yoshida T. (2013). Genetic factors related to gastric cancer susceptibility identified using a genome-wide association study. *Cancer Sci*, 104:1-8.
45. Sarbia M., Becker KF., Höfler H. (2004). Pathology of upper gastrointestinal malignancies. *Semin Oncol*, 31:465–475.
46. Segami K., Aoyama T., Kano K., Maezawa Y., Nakajima T., Ikeda K., Sato T., Fujikawa H., Hayashi T., Yamada T., Oshima T., Yukawa N., Rino Y., Masuda M., Ogata T., Cho H., Yoshikawa T. (2017). Risk factors for severe weight loss at 1 month after gastrectomy for gastric cancer. *Asian J Surg*, (16)30499-7.
47. Šmíd D., Skalický T., Fichtl J., Kubačková D., Doležal J., Novák P., Svoboda T., Slouka D. (2016). The Influence of Palliative Chemotherapy on the Quality of Life of Patients with Gastric Cancer. *Klin Onkol*, 29(4):279-86.
48. Smyth E. C., Verheij M., Allum W., Cunningham D., Cervantes A. & Arnold D., on behalf of the ESMO Guidelines Committee. (2016). Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 27 (Supplement 5): v38–v49.

49. Stange D., Weitz J. (2015). Methods of Reconstruction—BI, BII, Roux-en-Y, Jejunum Interposition, Proximal Gastrectomy and Pouch Reconstruction. *Gastric Cancer*, 3:175-183.
50. Su JS., Chen YT., Wang RC., Wu CY., Lee SW., Lee TY. (2013). Clinicopathological characteristics in the differential diagnosis of hepatoid adenocarcinoma: a literature review. *World J Gastroenterol*, 19:321–327.
51. Takayoshi K., Uchino K., Nakano M., Ikejiri K., Baba E. (2017). Weight Loss During Initial Chemotherapy Predicts Survival in Patients With Advanced Gastric Cancer. *Nutr Cancer*, 69(3):408-415.
52. Tey J., Choo BA., Leong CN., Loy EY., Wong LC., Lim K., Lu JJ., Koh WY. (2014). Clinical outcome of palliative radiotherapy for locally advanced symptomatic gastric cancer in the modern era. *Medicine (Baltimore)*, 93(22):e118.
53. Thrumurthy S., Chaudry A., Hochhauser D., Mughal M. (2013). The diagnosis and management of gastric cancer. *BMJ*, 347:f63-67
54. Thrumurthy SG, Chaudry MA, Chau I, Allum W. (2015). Does surgery have a role in managing incurable gastric cancer? *Nat Rev Clin Oncol*, 12(11):676-82.
55. Waddell T., Verheij M., Allum W., Cunningham D., Cervantes A., . Arnold D. (2013). Gastric cancer: ESMO–ESSO–ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 24 (Supplement 6): vi57–vi63.
56. Wiraszka GR., Głuszek S., Kozieł D. (2014). Characteristics of gastrointestinal stromal tumours, diagnostic procedure and therapeutic management and main directions of nursing practice in gastrointestinal stromal tumours. *Contemp Oncol (Pozn)*, 18(6):384-90.

57. Wogan GN., Hecht SS., Felton JS., Conney AH., Loeb LA. (2005). Environmental and chemical carcinogenesis. *Semin Cancer Biol*, 14:473–486.
58. Wu X., Zeng Z., Chen B., Yu J., Xue L., Hao Y., et al. (2010). Association between polymorphisms in interleukin-17A and interleukin-17F genes and risks of gastric cancer. *Int J Cancer*, 127(1):86-92.
59. Ιωσηφίδης Θ. (2006). *Ποιοτική κοινωνική έρευνα*. Εκδόσεις Κριτική. Αθήνα
60. Λαβδανίτη Μ., Ζυγά Σ. (2012). Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4(1): 13-17
61. Φιλόπουλος Ε. (2017). Ο Καρκίνος του Στομάχου: Αθόρυβος αλλά πολύ επικίνδυνος!. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Διαθέσιμο στο: <http://www.cancer-society.gr>.
62. Χαράτση-Γιωτάκη Ε. (2010). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης.

Πηγές στο διαδίκτυο

web.duke.edu

www.mayoclinic.org

www.leedsth.nhs.uk

www.hopkinsmedicine.org