

ΥΓΕΙΑ

Κολονοσκόπηση: απαραίτητη εξέταση που σώζει ζωές

Γεράσιμος Μάντζαρης,

MD, PhD, AGAF, Συνιονιστής Διευθυντής
Γαστρεντερολογίας, "Νοσοκομείο Ευαγγελιούμοδος"

Σήμερα η κολονοσκόπηση αποτελεί την πιο αποτελεσματική προληπτική εξέταση που μειώνει τον κίνδυνο να αναπτύξει και να πεθάνει κανείς από καρκίνο του παχέος εντέρου επειδή ανιχνεύει και αφαιρεί τη μεγίστη πλειονότητα των πολυπόδων του παχέος εντέρου που έχουν εν δυνάμει καρκινική εξαλλαγή. Ο έλεγχος για τον σποραδικό καρκίνο του παχέος εντέρου αρχίζει γύρω στα 50 έτη.

Η προληπτική κολονοσκόπηση είναι αποδεδειγμένα η πιο αποτελεσματική προληπτική εξέταση που μειώνει τον κίνδυνο να αναπτύξει και να πεθάνει κανείς από καρκίνο του παχέος εντέρου, επειδή ανιχνεύει και αφαιρεί τη μεγίστη πλειονότητα των πολυπόδων του παχέος εντέρου που έχουν εν δυνάμει καρκινική εξαλλαγή.

Υπό την έννοια αυτή δεν έχει μόνο διαγνωστική αξία όπως άλλες εξετάσεις (πχ η ανιχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα ή η εικονική κολονοσκόπηση) αλλά και θεραπευτική αφού η κολονοσκόπηση μπορεί να αφαιρέσει τις ανιχνευθείσες βλάβες. Προκαρκινικές βλάβες του πεπικού δεν θεωρούνται πλέον μόνο τα αδενώματα, δηλαδί οι βλάβες που οδηγούν στον σποραδικό καρκίνο του παχέος εντέρου, αλλά και «υπερπλαστικοί» πολύποδες που συνδυάζονται με διάφορα σύνδρομα καρκίνου.

Ο έλεγχος για τον σποραδικό καρκίνο του παχέος εντέρου αρχίζει γύρω στα 50 έτη. Αυτό δεν είναι ένα αδιαπραγμάτευτο χρονικό όριο και μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα κατά μερικά έτη και στην ίδια χώρα μεταξύ διαφορετικών φυλών, (πχ στις ΗΠΑ υπάρχει η τάση οι γυναίκες να αρχίζουν τον έλεγχο στα 55 και οι άνδρες στα 45). Υπάρχουν όμως ομάδες στον πληθυσμό που είτε έχουν παθήσεις που θεωρούνται προκαρκινικές (όπως η ελκώδης κολίτιδα) είτε είναι μέλη οικογενειών με σύνδρομο κληρονομικού καρκίνου (όπως η οικογένεις



αδενωματώδης πολυποδίαση, σύνδρομα 'υπερπλαστικής πολυποδιάσεως', τα σύνδρομα του Lynch, αλλά κυρίως τα μέλη οικογενειών με συγγενή Ιου βαθμού με αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου. Στις ομάδες αυτές, ο χρόνος έναρξης της επιπήρποντος για καρκίνο του παχέος εντέρου διαφέρει. Έτσι, αν κάποιος υγιής έχει συγγενή Ιου βαθμού με αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου που αναπτύχθηκε σε πλικά κάτω των 50 ετών, ο ίδιος θα αρχίσει προληπτικές κολονοσκοπίσεις 10 έτη νωρίτερα από την πλικά που είχε ο συγγενής που ανέπτυξε καρκίνο.

Αν σε κάποια οικογένεια υπάρχουν πάνω από 1 μέλη με καρκίνο του εντέρου ή συσσώρευση καρκίνων από διάφορα όργανα τότε όλη η οικογένεια πρέπει να διερευνθεί όχι μόνο με ενδοσκόπηση αλλά και γενεπολύ έλεγχο για να δούμε αν υπάρχει υποκείμενο κάποιο συγκεκριμένο κληρονομικό σύνδρομο καρκίνου για το οποίο έχουν διατυπωθεί κατευθυντήριες οδηγίες ελέγχου.

Αν κάποιος συγγενής ανιχνευθεί με άπειρους πολύποδες στο παχύ εντέρο ή καρκίνο που αναπτύχθηκε σε κάποιον από αυτούς τους πολύποδες έχει πιθανότατα σύνδρομο οικογενούς αδενωματώ-

δους πολυποδιάσεως. Τα μέλη αυτής της οικογένειας πρέπει να ελεγχθούν με γενετικές μεθόδους αλλά και να αρχίσουν εδνοσκόπηση ήδη από τη 2η δεκαετία της ζωής. Οι ασθενείς με εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα ή Crohn κολίτιδα πρέπει επίσης να ενδοσκοπούνται αρχίζοντας στα 8 χρόνια από τότε που άρχισαν τα συμπτώματα και όχι από την ημερομηνία της επίσημης διάγνωσης. Εδώ η επιπήρποντη με κολονοσκόπιο δεν στοχεύει σε πολύποδες αλλά στη λίψη βιοψιών από ύποπτες περιοχές ή ακόμη και από ενδοσκοπικώς «υγιή» βλεννογόνο (επειδή οι προκαρκινικές βλάβες μπορεί να είναι τελείως επίπεδες περιοχές του εντέρου) και να ανιχνεύονται μόνο με την ιστολογική εξέταση βιοψιών. Η περαιτέρω συχνότητα της προληπτικής κολονοσκόπησης θα καθοριστεί από τον κίνδυνο που έχει ο κάθε ασθενής στον οποίο συνυπολογίζεται τόσο η πορεία της νόσου όσο και τα ευρήματα των προηγούμενων κολονοσκοπίσεων. Τα νεώτερα ενδοσκόπια σε συνδυασμό με τεχνικές μεγέθυνσης της εικόνας, αντιθέσεως και χρωμοενδοσκόπησης βοηθούν πολύ στην ανιχνευση ακόμη και πολύ μικρών βλαβών που ήταν αόρατες με τα κοινά ενδοσκόπια.

Γενικές διαιτητικές αρχές

Του Αναστάσιου Μόρτογλου,

Ενδοκρινολόγου Ιατρικού Αθηνών

Από την αρχή θα πρέπει να τονιστεί και να γίνει απόλυτα κατανοητό ότι δεν υπάρχουν υγιεινά τρόφιμα αλλά υγιεινή διατροφή. Όλες οι τροφές επιτρέπονται και όλες απαγορεύονται, με μέτρο όμως και σωστές αναλογίες, που ωστόσο δεν είναι για όλους τους ανθρώπους τα ίδια. Εξαρτώνται από το φύλο, την πλικά, το επάγγελμα, τη σωματική δραστηριότητα, τις υπάρχουσες παθήσεις ή την προδιάθεση για παθήσεις, τις ειδικές καταστάσεις όπως είναι η κύπος, ο θυλασμός, η εφηβεία κ.λπ. Οι παρακάτω γενικές αρχές ισχύουν

για όλους μας και καλό θα είναι να γίνουν τρόπος ζωής:

- Η ποσότητα της τροφής, δηλαδί οι θερμίδες που παίρνουμε, πρέπει να είναι τόση ώστε να διατηρείται το βάρος μας στα επιθυμητά όρια.
- Η διατροφή πρέπει να μας προσφέρει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά στοιχεία, στις ποσότητες που απαιτούνται για τον καθένα από εμάς.
- Η συνολική ποσότητα λίπους της διατροφής μας δεν πρέπει να υπερβαίνει το 30% των συνολικών μας ενεργειακών αναγκών, δηλαδί τα 33 γραμμάρια λιπαρών ουσιών ανά 1.000 θερμίδες. Από αυτά τα λίπη μόνο το 10% μπορεί να είναι ζωικής προέλευσης,

δηλαδί 11 γραμμάρια ανά 1.000 θερμίδες.

- Το 55% της διατροφής μας πρέπει να καλύπτεται από υδατάνθρακες, όπως είναι το ψωμί, το ρύζι, τα ζυμαρικά, οι πατάτες, τα φρούτα, τα χόρτα και τα όσπρια.
- Πρέπει να περιορίσουμε το αλάτι.
- Η κατανάλωση καφέ δεν πρέπει ποτέ να ξεπερνά τα τρία φλιτζάνια την ημέρα.
- Από τα οινοπνευματώδη δεν πρέπει να παίρνουμε πάνω από το 5% των ημερήσιων θερμίδων μας, δηλαδί δύο ποτά την ημέρα.
- Η ποσότητα χοληστερίνης στην καθημερινή μας διατροφή δεν πρέπει

να ξεπερνά τα 250mg, αλλά αυτό δεν είναι πάντα δεομευτικό. Αν τα ζωικά λίπη (κορεσμένα) είναι σε μόνιμη βάση μειωμένα, μπορούμε να πάρουμε τροφές με περισσότερη χοληστερίνη χωρίς να διατρέχουμε τον κίνδυνο να αυξηθούν τα επίπεδά της στο αίμα μας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν πολλά χοληστερίνη λόγω αυξημένης κατανάλωσης θαλασσινών, εντούτοις η σχεδόν παντελής έλλειψη ζωικών λιπών από τη διατροφή τους συντελεί ώστε να έχουν πολύ μικρών βλαβών που ήταν αόρατες με τα κοινά ενδοσκόπια.