



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

<<Η υποθρεψία και η οικονομική επίπτωση της θεραπείας
στους ογκολογικούς ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου>>

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΠΙΤΣΩΡΗ ΖΩΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κύριος ΛΙΒΑΝΗΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ

ΑΘΗΝΑ 2014



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Η υποθρεψία και η οικονομική επίπτωση της θεραπείας στους
ογκολογικούς ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΠΙΤΣΩΡΗ ΖΩΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κύριος ΛΙΒΑΝΗΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ

ΑΘΗΝΑ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΑ
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	6
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	12
1.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	14
1.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	14
1.5. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	15
1.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΥΣ ΕΝΤΕΡΟΥ-ΟΡΘΟΥ.....	18
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΘΡΕΨΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ-ΟΡΘΟΥ	
2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΟΡΙΣΜΟΣ.....	19
2.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΚΗΣ ΘΡΕΨΗΣ.....	20
2.3. ΑΙΤΙΑ ΚΑΚΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	21
2.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΙΚΗΣ ΚΑΧΕΞΙΑΣ.....	22
2.5. ΥΠΟ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΧΕΞΙΑΣ-ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	22
2.6. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ.....	23
2.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΧΕΞΙΑΣ.....	26
2.8. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	28
3.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ-ΟΡΙΣΜΟΙ.....	28
3.3. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	29
3.4. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	31
3.5. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	32
3.6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ

4.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΕΝΝΟΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	34
4.2. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ.....	36
4.3. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	38
4.4. ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	42
4.5. ΑΜΕΣΑ-ΕΜΜΕΣΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ.....	43
4.6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	45
4.7. Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	47
4.8. ΘΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	50
5.2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ.....	51

5.3. ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	51
5.4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA).....	52
5.5. ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ PATIENT’S GENERATED SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT (PG-SGA).....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

6.1. ΓΕΝΙΚΗ-ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	54
6.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ.....	54
6.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΟΥ MNA, PG-SGA ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	61
6.4. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΘΡΕΨΗΣ.....	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	64
7.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗ.....	68

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	71
-----------------------------------	-----------

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	72
-------------------------------	-----------

ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....	78
---------------------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	78
-----------------------	-----------

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εργασία αυτή είναι ένα πόνημα για το οποίο συνεργάστηκαν πολλοί, τους οποίους αισθάνομαι βαθιά ανάγκη να ευχαριστήσω. Χωρίς την βοήθειά τους δεν θα ήταν δυνατόν να πραγματοποιηθεί.

Κυρίως, επιθυμώ να εκφράσω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου, στον επιβλέποντα καθηγητή του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου κύριο Λιβάνη, για την παροχή αξιότιμων συμβουλών και για την καθοδήγηση του στη συγκεκριμένη διπλωματική εργασία, που με τις γνώσεις του και τις παρατηρήσεις του συνέβαλλε κατά πολύ στην ολοκλήρωση της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την υποστήριξη που μου παρείχε σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ασθενείς οι οποίοι κατανόησαν αμέσως την πρόθεσή μου να βελτιώσω την παροχή υγείας σε αυτούς και την ποιότητα ζωής τους, παρόλο που η σωματική και ψυχολογική προσωπική τους κατάσταση ήταν επίπονη και δυσάρεστη.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υποθρεψία στους καρκινοπαθείς ασθενείς δεν ανιχνεύεται συχνά και συνδέεται με μειωμένη σωματική δραστηριότητα, μειωμένη ανοχή και απάντηση στην αντικαρκινική θεραπεία, χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής, μειωμένη επιβίωση και υψηλότερες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Η απώλεια βάρους αναγνωρίζεται σπάνια, και δεν αξιολογείται, ώστε να αρθεί το αίτιο. Η υποθρεψία και τελικά η καχεξία αντιπροσωπεύουν σημαντική κατηγορία κλινικού προβλήματος. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ένας από τους κύριους όγκους-φονείς παγκοσμίως, αν και τα τελευταία έτη συντελέστηκαν σημαντικές πρόοδοι τόσο στην αντισυμβατική θεραπεία όσο και στην ανίχνευση και διόρθωση των διαταραχών θρέψης.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να εξεταστεί η υποθρεψία και η οικονομική επίπτωση της θεραπείας, στον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Η μεθοδολογική προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε είναι η στατιστική ανάλυση και η χρήση ερωτηματολογίου, σε 84 ασθενείς που αξιολογήθηκαν για τη θρέψη τους χρησιμοποιώντας τα ερωτηματολόγια (PG-SGA, MNA). Το PG-SGA και το MNA υπολογίζουν μια ομάδα αποτελεσμάτων και ταξινομούν τους ασθενείς σε τρεις διακριτές κατηγορίες θρέψης (καλή θρέψη, υποσιτισμένοι και σοβαρά υποσιτισμένοι).

Τέλος με βάση τα παραπάνω παρατίθεται μια σειρά από συμπεράσματα σε σχέση με το ρόλο που παίζει η διατροφή στο επίπεδο κινδύνου στους ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.

Επίσης στο τέλος της εργασίας υπάρχει το παράρτημα όπου παραθέτονται τα ερωτηματολόγια τα οποία απαντήθηκαν από τους ασθενείς.

ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

THE MALNUTRITION AND ECONOMIC IMPACT OF THERAPY IN CANCER PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

Malnutrition in cancer patients often remains undiagnosed and untreated, and is associated with a reduced physical function, reduced tolerance and poorer response to anticancer therapy, lower health-related quality of life, reduced survival and higher health-care costs. Weight loss in patients with cancer is rarely recognised, assessed, or managed actively. Malnutrition and eventually cachexia represents an important unmet need. Colorectal cancer is one of the leading tumours universally, considered among the big killers; although in the recent years very important advances occurred in its treatment and screening of malnutrition.

The aim of this paper is malnutrition and economic impact of therapy in colorectal cancer.

The methodological approach used in the statistical analysis and the use of a questionnaire, in the 84 enrolled patients were assessed for their nutrition status using nutritional questionnaires -the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), mini nutritional assessment (MNA). The PG-SGA and MNA calculate a grouping of nutritional scores and categorize patients into three distinctive classes of nutritional status, well nourished, moderately malnourished and severely malnourished.

Finally based on the above lists a number of conclusions regarding the role that nutrition plays in risk levels in patients with colorectal cancer.

Also at the end of the work there is an annex which lists the questionnaires answered by patients.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος (Ca) του παχέος εντέρου μαζί με αυτούς του πνεύμονα, προστάτη και μαστού θεωρούνται οι μεγάλοι συμπαγείς όγκοι στις Δυτικές κοινωνίες (Labianca et al 2010). Στον Ελληνικό πληθυσμό είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος. Το 2004, το 48% των θανάτων στην Ελλάδα οφειλόταν σε νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, ενώ στα κακοήθη νεοπλάσματα οφειλόταν το 25% των θανάτων. Μετά τα 75 έτη σημαντικές αιτίες θνησιμότητας αποτελούν τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου και του προστάτη, για τον ανδρικό πληθυσμό, ενώ σε Ελλάδα και Ευρώπη οι θάνατοι ανδρών υπερέρχουν αυτών των γυναικών. Η πορεία της θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα δεν ακολουθεί την πτωτική πορεία που εδραιώνεται στην Ευρώπη, για τις περισσότερες από τις κατηγορίες κακοηθειών. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη από 75 έτη, όπου μόνο η θνησιμότητα από καρκίνο του στομάχου δεν παρουσιάζει αύξηση. Η μεγάλη θνησιμότητα της ομάδας αυτής παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συνολικής εικόνας του ελληνικού πληθυσμού (Τούντας και συν, 2007).

Η σημαντική πρόοδος στη θεραπεία του Ca του παχέος εντέρου – απότοκος δαπανηρών ερευνών- που έχει επιτευχθεί κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δώδεκα ετών έχει βελτιώσει πολύ την προοπτική (πρόγνωση και ποιότητα ζωής) για τους ασθενείς με εντοπισμένη αλλά και μεταστατική ασθένεια. (Wolpin & Mayer, 2008). Οι ασθενείς αυτοί παραπέμπονται από τον ογκολόγο θεράποντα ιατρό στους ιατρούς της παρηγορητικής φροντίδας για περαιτέρω αγωγή, φροντίδα και υποστήριξη.

Η Παρηγορητική Αγωγή είναι κάθε μορφή ιατρικής φροντίδας ή θεραπείας που επικεντρώνεται στην μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων μίας χρόνιας νόσου, όπως ο καρκίνος, αντί της προσπάθειας εξαλείψεως της ίδιας της

νόσου. Παρηγορητική θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση των παρενεργειών μίας θεραπευτικής αγωγής, όπως η ανακούφιση της ναυτίας που συνδέεται με την χορήγηση χημειοθεραπείας.(<http://www.news-medical.net/health/Palliative-Care-What-is-Palliative-Care-%28Greek%29.aspx>)

Ο όρος «παρηγορητική φροντίδα» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2002) αναφέρεται στην προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και της οικογένειάς τους, που υποφέρουν από νοσήματα πτωχής πρόγνωσης ή σε προοδευτική επιδείνωση μέσω της πρόληψης, εκτίμησης και αντιμετώπισης του πόνου και των λοιπών φυσικών συμπτωμάτων, καθώς και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών τους. Η παροχή της είναι ανεξάρτητη από την ύπαρξη ή όχι της ελπίδας για μια θεραπεία με άλλα μέσα. (www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (last accessed 08/09/2009))

Υπολογίσθηκε στην Αγγλία, ότι το κόστος της φροντίδας των 127 χιλιάδων ασθενών που πεθαίνουν γενικώς από καρκίνο και μόνο για τον τελευταίο χρόνο της ζωής τους ανήλθε σε 1,8 δις λίρες στερλίνες. Η οργάνωση και ανάπτυξη των δομών της Παρηγορητικής Φροντίδας θα σημάνει την μείωση του κόστους κατά 42-171 εκατομμύρια λίρες στερλίνες. Στην Ελλάδα είμαστε τραγικά ανέτοιμοι (Χατζηανδρέου 2007).

Το δικαίωμα στην καλή ποιότητα ζωής ακόμα και στο τέλος της είναι παγκόσμιο συνολικό ανθρώπινο δικαίωμα. (<http://www.hospicecare.com/dv/english.html>)

Ο καρκίνος διασαλεύει την ποιότητα ζωής του ατόμου και προκαλεί σοβαρές μεταβολές που επηρεάζουν τις ανάγκες του ατόμου σε θρεπτικά συστατικά. Η καταστροφή των υγιών κύτταρων κατά την διάρκεια των αντικαρκινικών θεραπειών είναι η αιτία δυσάρεστων παρενεργειών τους, οι οποίες με την σειρά τους προκαλούν διάφορα διατροφικά-μεταβολικά προβλήματα. Έρευνες της τελευταίας δεκαπενταετίας επιβεβαιώνουν τα οφέλη της έγκαιρης διαιτητικής παρέμβασης στην έκβαση της καρκινικής θεραπείας, όπως για παράδειγμα την μείωση της εμφάνισης των παρενεργειών, την βελτιωμένη ποιότητα ζωής και την καλύτερη διαιτητική πρόσληψη. (Δημητρόπουλος & Ντάγανου και συν. 2008)

Οι Huhmann & Cunningham (2005) σε άρθρο ανασκόπησης του περιοδικού *Lancet Oncology* επεσήμαναν, εκτός τη σημασία της εκτίμησης της θρέψης στους ασθενείς με νεοπλασματικά νοσήματα, τη χρήση -για τον συγκεκριμένο σκοπό- ειδικών ερωτηματολογίων διαλογής (screening) και εκτίμησης (assessment) του κινδύνου για υποθρεψία, μεταξύ των οποίων το Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) και το Mini Nutritional Assessment (MNA). Είναι καίριο ζήτημα -κατά την διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης- η τήρηση των ερωτηματολογίων, καθότι η υποθρεψία συχνά φεύγει από την προσοχή λόγω έλλειψης κλινικής υποψίας, ιδίως σε ασθενείς με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος. Μπορεί επίσης, να οδηγήσει στο δύσκολο αντιμετωπίσιμο σύνδρομο της καχεξίας, το οποίο είναι συχνό σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο και συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και ημέρες νοσηλείας –άρα κόστος- έκπτωση της ποιότητας ζωής, μειωμένη ανοχή ή και ανταπόκριση στη αντινεοπλασματική θεραπεία και βραχεία επιβίωση (Fearon et al 2011, Laky et al 2010, Ravasco 2009, Ravasco et al, 2005, 2004, 2003, Huhmann & Cunningham, 2005).

Στο δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας αναφέρονται περιληπτικά τα επιδημιολογικά στοιχεία του καρκίνου του παχέος εντέρου καθώς και η σταδιοποίηση και πρόγνωση του και εν τέλει η θεραπεία του, προκειμένου να τονιστεί η ιδιαιτερότητα αυτής της μορφής κακοήθειας.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται ο ορισμός της καχεξίας, η διάγνωση και συχνότητα του συνδρόμου, όπως και οι τρόποι διατροφικής αξιολόγησης. Η σημασία της διατροφικής αξιολόγησης στην κλινική πράξη είναι στον εντοπισμό της υποθρεψίας και της καχεξίας, διότι η θεραπεία τόσο της υποθρεψίας όσο και της καχεξίας είναι δύσκολη και δεν στέφεται συχνά με επιτυχία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά για την υγεία σχετιζόμενη με την ποιότητα ζωής στους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, και στο πέμπτο κεφάλαιο τονίζεται το οικονομικό κόστος της θεραπείας του καρκίνου.

Τέλος στο έκτο κεφάλαιο περιγράφεται το υλικό, η μέθοδος και τα αποτελέσματα. Το υλικό αποτελείται από χημειοθεραπευόμενους κυρίως ασθενείς στα Νοσοκομεία ΓΝΑ <<ΕΛΠΙΣ>> και στο Αντικαρκινικό νοσοκομείο «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», από τον Δεκέμβριο 2012 έως τον Μάιο 2013. Η μέθοδος έρευνας ήταν η

συλλογή πληροφοριών μέσω 2 ερωτηματολογίων, του PG-SGA και του MNA για την εκτίμηση της θρέψης, (ελεγμένο και εγκυροποιημένο στην Ελλάδα). Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το πακέτο SPSS 15.

Απώτερος στόχος της έρευνας είναι να αναδειχθεί από τους επιστήμονες υγείας, η σημαντικότητα του έγκαιρου εντοπισμού της υποθρεψίας στους καρκινοπαθείς ασθενείς με Ca παχέος εντέρου, ώστε να γίνεται και η ταχεία ανάταξή τους, βελτιώνοντας -μέσω της ποιότητας φροντίδας υγείας- την ποιότητα ζωής τους.

1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

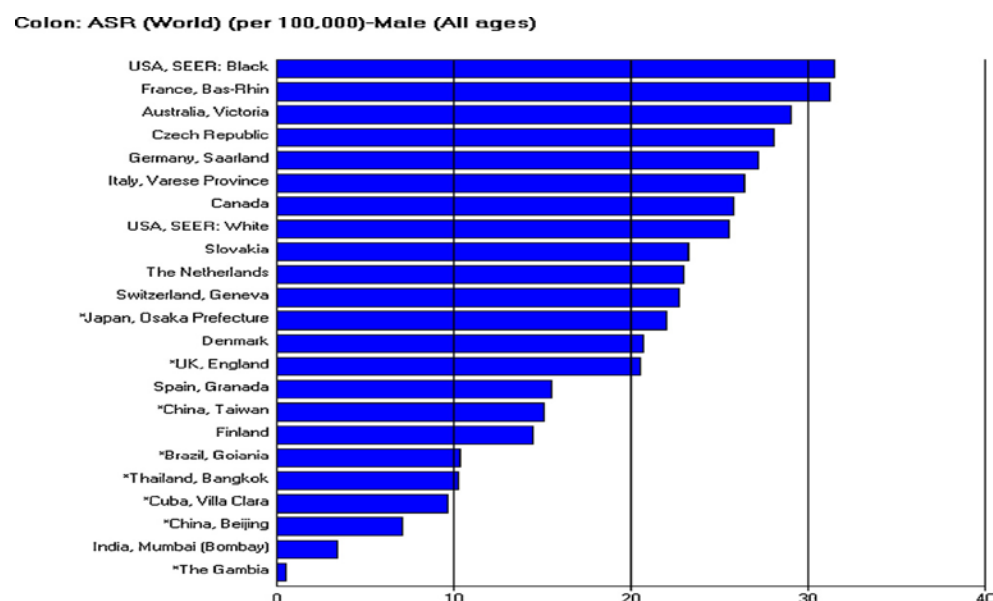
Το παχύ έντερο είναι το όργανο στο οποίο απαντώνται συχνότερα πολλαπλοί πρωτοπαθείς όγκοι. Ασθενείς με πολλαπλούς όγκους παχέος εντέρου έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκινώματα σε άλλα όργανα του σώματος. (Μπολτέτσου, 2002).

Στην Ευρώπη παρατηρούνται 250.000 νέες περιπτώσεις τον χρόνο, οι οποίες υπολογίζεται ότι αποτελούν το 9% όλων των περιπτώσεων **καρκινωμάτων** (Labianca et al, 2010). Στην Ελλάδα, η προσαρμοσμένη για την ηλικία συχνότητα θανάτου από καρκίνο παχέος εντέρου για το έτος 2006 ήταν 15,5 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους για τους άνδρες και 10,8 για τις γυναίκες (Ferlay et al 2007). Σύμφωνα με μελέτη του 2010, της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας από τους Κυριόπουλο και συν. <<Το υψηλό προτυποποιημένο πληλίκιο θνησιμότητας ανά νομό για το Ca παχέος εντέρου στο 50% της επικράτειας της χώρας μας (με το μεγαλύτερο πρόβλημα στη Βόρεια Ελλάδα και στην Κρήτη), υποδεικνύει σαφώς την ανάγκη για μέτρα δημόσιας υγείας και πρόληψης>>. Η εφαρμογή ενός προγράμματος μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από 23% έως και 55% μέσα σε διάστημα δέκα ετών, σύμφωνα με κλινικές μελέτες . Περίπου 70% των ασθενών είναι άνω των 65 ετών, ενώ είναι σπάνιο σε ηλικίες κάτω των 45. Στα έτη 45-54 η επίπτωση γίνεται 20 άτομα ανά 100.000 ανά έτος και κατόπιν αυξάνει με γρηγορότερους ρυθμούς (Labianca et al, 2010).

Η συχνότητα των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου αυξάνεται ταχέως σε χώρες που παραδοσιακά είχαν χαμηλή επίπτωση του νεοπλασματος (κυρίως στην Ιαπωνία), ενώ αυξάνεται βραδέως ή σταθεροποιείται στις Δυτικές χώρες (Parkin et al, 2005). Η αύξηση παρατηρείται κυρίως σε καρκινώματα του κόλου (τυφλό έως σιγμοειδές), ενώ η συχνότητα των καρκινωμάτων στο ορθό έχει παραμείνει σταθερή (Hamilton et al 2000). Αντίθετα με τη συχνότητα, η θνητότητα από τον καρκίνο του παχέος εντέρου, φαίνεται να παρουσιάζει πτώση, 7% στους άνδρες και 15,7% στις γυναίκες. (Bosseti et al, 2008), γεγονός που αντικατοπτρίζει την εφαρμογή αποτελεσματικότερων θεραπευτικών σχημάτων, την πρόιμη διάγνωση του νεοπλασματος κατά τα τελευταία χρόνια, την αλλαγή διατροφικών συνηθειών και αποφυγή γνωστών παραγόντων κινδύνου (Boyle et al, 2003). Σημαντική διαφορά στην επίπτωση παρατηρείται μεταξύ διαφόρων χωρών. Τα καρκινώματα παχέος εντέρου είναι έως και 20 φορές λιγότερο συχνά σε αναπτυσσόμενες χώρες π.χ. χώρες της Αφρικής, Ασίας και Πολυνησίας (Parkin et al 2005, Hamilton et al, 2000), **(Διάγραμμα 1).**

Η εντόπιση των καρκινωμάτων ποικίλει ανάλογα με το φύλο και τη χώρα. Τα καρκινώματα στο κόλον είναι πιο συχνά από τα καρκινώματα του ορθού σε άνδρες και γυναίκες των ανεπτυγμένων χωρών, αλλά η διαφορά στην εντόπιση είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες. Σε χώρες χαμηλού κινδύνου, το νεόπλασμα εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου (Parkin et al, 2005).

Διάγραμμα 1. Η επίπτωση του Ca παχέος εντέρου- ορθού ανά τον κόσμο



Σημαντική διαφορά στην **επίπτωση** παρατηρείται μεταξύ διαφόρων χωρών. Στις υψηλές εισοδηματικά χώρες είναι επίσης υψηλή και δείχνει αυξητικές τάσεις σε αυτές με μέσο ή χαμηλό εισόδημα. Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται και μεταξύ διαφορετικών διαμερισμάτων της ίδιας ηπείρου. Το νεόπλασμα είναι πολύ πιο συχνό σε χώρες της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης σε σχέση με την Κεντρική και Νότια Ευρώπη Πηγή: Parkin DM, et al (2002) όπως βιβλιογραφικά αναφέρεται στους Labianca et al (2010)

1.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκινώματος παχέος εντέρου θεωρούνται η Δυτικού τύπου διατροφή που είναι πλούσια σε θερμίδες και ζωικό λίπος, το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ και οι χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου. (Τσελεπή, 2008).

Οι αντικαρκινικές ουσίες (φολικό οξύ, αντιοξειδωτικές ουσίες), που περιέχονται στα λαχανικά και ο μικρότερος χρόνος επαφής της τροφής με το εντερικό επιθήλιο, που παρατηρείται σε διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες, προστατεύουν από την ανάπτυξη νεοπλασμάτων στο παχύ έντερο. Η χρόνια λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, η ανατολικού τύπου διατροφή, η ορμονική θεραπεία υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση και η φυσική δραστηριότητα θεωρούνται προστατευτικοί παράγοντες. (Hamilton et al, 2000, Τσελεπή, 2008).

Γενετικοί όμως παράγοντες ενοχοποιούνται για την νόσο. Έχει βρεθεί συγκεκριμένο γονίδιο το HNPCC εκ του συνδρόμου του κληρονομικού μη πολυποειδούς κολοορθικού καρκίνου όπου οι έχοντες το γονίδιο αυτό ανέπτυξαν κολοορθικό καρκίνο περίπου στην ηλικία των 70 ετών σε ποσοστό 82% (Labianca et al, 2010) .

1.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η αρχική αντιμετώπιση ενός ασθενούς με καρκίνο διαιρείται σε τρία στάδια: α) τη διάγνωση μετά από τον ενδεδειγμένο έλεγχο, β) τη σταδιοποίηση, και γ) τον προγραμματισμό της θεραπείας. Ο έλεγχος αρχίζει με κολονοσκόπηση και βιοψία ή κυτταρολογική εξέταση. Στη συνέχεια διενεργούνται οι ακόλουθες εξετάσεις, όπως

δακτυλική εξέταση, εξετάσεις αίματος και μέτρηση προεγχειρητικά καρκινικών δεικτών (CEA, CA 19-9), ακτινογραφία θώρακος, αξονική τομογραφία κοιλίας για την ανίχνευση ηπατικών και άλλων ενδοπεριτοναϊκών μεταστάσεων (μαγνητική τομογραφία εάν προκύψει ένδειξη) και ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα, το οποίο βοηθά πολύ την εκτίμηση του βάθους της διήθησης, ιδίως στους όγκους του ορθού σε συνδυασμό με τη δακτυλική εξέταση επιτρέπει τον ακριβή σχεδιασμό της χειρουργικής θεραπείας και την ανίχνευση ασθενών που μπορεί να ωφεληθούν από προεγχειρητική χημειο-ακτινοθεραπεία (Γεννατάς, 2007)

1.5. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η πρακτική της ομαδοποίησης των ασθενών σε στάδια νόσου (Σταδιοποίηση), ανάλογα με την έκταση της νόσου, βασίζεται στην παρατήρηση ότι η επιβίωση είναι καλύτερη σε αυτούς που η νόσος είναι περιορισμένη σε αντίθεση με εκείνους, των οποίων η νόσος έχει διασπαρθεί. (Wolpin & Mayer, 2008)

Συχνά χρησιμοποιούνται οι όροι «πρώιμη νόσος» και «τελική νόσος» για τους ασθενείς με αρχική και προχωρημένη νόσο αντίστοιχα, υπονοώντας ότι υπάρχει εξέλιξη σε σχέση με τον χρόνο. Το στάδιο της νόσου κατά την διάγνωση δεν αντανακλά μόνο τον ρυθμό ανάπτυξης της νόσου και την έκταση, αλλά σχετίζεται με τον τύπο του νεοπλασματος και την σχέση νόσου (όγκου) και ξενιστή (ασθενούς). (Wolpin & Mayer, 2008)

Το στάδιο της νόσου χρησιμοποιείται για να αναλύονται και να συγκρίνονται ομάδες ασθενών με παρόμοιας έκτασης νόσο. Είναι αναγκαίο να υπάρχει συμφωνία στην καταγραφή σαφών πληροφοριών για την ανατομική έκταση της νόσου, διότι η ακριβής κλινική περιγραφή και η ιστολογική ταξινόμηση των κακοηθών νεοπλασμάτων εξυπηρετεί συγκεκριμένες σκοπιμότητες, όπως την επιλογή της αρχικής και συμπληρωματικής θεραπείας, την εκτίμηση της πρόγνωσης, την ανάλυση των αποτελεσμάτων της κάθε θεραπείας, την διευκόλυνση ανταλλαγής πληροφοριών για την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπειών, και την συμβολή στην συνεχή έρευνα των κακοηθών νεοπλασμάτων (Ξυνόγαλος, 2007)

Στην διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται πολλά σχήματα σταδιοποίησης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η κατά Dukes σταδιοποίηση το 1937 ήταν η

πρώτη κοινά αποδεκτή προσπάθεια. Στις αρχές της δεκαετίας του 1950 ο Pierre Denoix πρότεινε και ανέπτυξε το σύστημα σταδιοποίησης **TNM** (Tumor, Node, Metastasis). (Τσελεπή, 2008).

Το στάδιο προκύπτει από τον συνδυασμό 3 παραμέτρων, τα χαρακτηριστικά του πρωτοπαθούς όγκου (Tumor, T), την κατάσταση των λεμφαδένων (Lymph Node, N) και την παρουσία μεταστάσεων (Metastasis, M). Τα πλεονεκτήματα του συστήματος TNM έγκεινται στο ότι -σε αντίθεση με τα άλλα συστήματα σταδιοποίησης το TNM ενημερώνεται συνεχώς με σύγχρονα δεδομένα, έχει διεπιστημονικό σχεδιασμό, επιτρέπει την ενσωμάτωση όλων των τεχνολογικών προσεγγίσεων, έχει ένα περιεκτικό σύνολο κανόνων που εξασφαλίζουν ομοιόμορφη χρήση (Τσελεπή, 2008).

Στον καρκίνο του παχέος εντέρου-ορθού η σταδιοποίηση έχει ως εξής:

Πρωτοπαθής όγκος (T)

T_x→ Μη εκτιμήσιμος πρωτοπαθής όγκος

T₀→ Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου

T_{is}→ Καρκίνωμα in situ: Τα καρκινικά κύτταρα περιβάλλονται από την βασική μεμβράνη των αδενίων (ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα) ή παρατηρείται διήθηση του χορίου (ενδοβλεννογόνο καρκίνωμα)

T₁↔ Ο όγκος διηθεί τον υποβλεννογόνο χιτώνα

T₂→ Ο όγκος διηθεί το μυϊκό χιτώνα

T₃→ Ο όγκος διαπερνά το μυϊκό χιτώνα και εκτείνεται στον υπορογόνο ή στους μη περιβαλλόμενους από περιτόναιο περικολικούς/περιορθικούς ιστούς

T₄→ Ο όγκος διηθεί γειτονικά όργανα κατά συνέχεια ιστού ή διασπά το σπλαχνικό περιτόναιο

Περιοχικοί λεμφαδένες (N)

N_X→ Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν δύναται να εκτιμηθούν

N0→ Απουσία μεταστάσεων σε περιοχικούς λεμφαδένες

N1→ Παρουσία μεταστάσεων σε 1 έως 3 επιχώριους λεμφαδένες

N2→ Παρουσία μεταστάσεων σε 4 ή περισσότερους επιχώριους λεμφαδένες

Μετάσταση (M)

MX→ Η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων δεν δύναται να εκτιμηθεί

M0→ Απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

M1→ Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

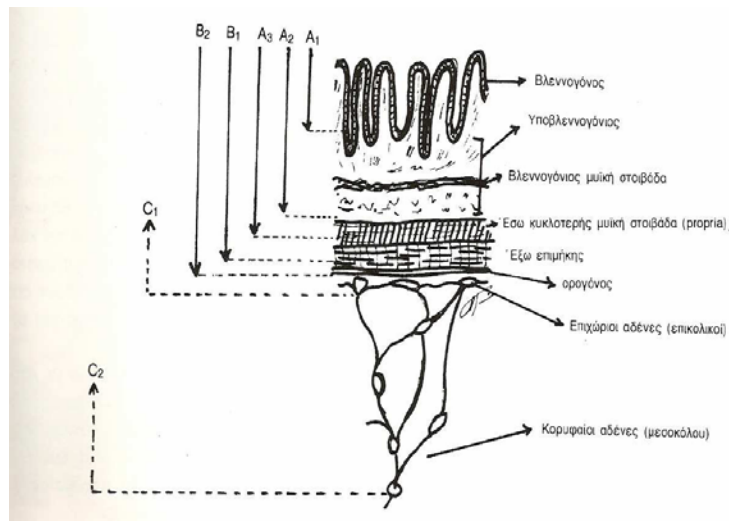
Στον Πίνακα 1., που παρατίθεται, παρουσιάζονται τα στάδια κατά TNM σε αντιστοιχία με την κατάταξη κατά Dukes ενώ στο σχήμα 1 απεικονίζεται σχηματικά η κατά Dukes ταξινόμηση του καρκίνου παχέος εντέρου-ορθού.

Πίνακας 1. TNM Σταδιοποίηση και πενταετής επιβίωση

Στάδιο	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I (DUKES A)	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
II (DUKES B)	T3	N0	M0
	T4	N0	M0
III (DUKES C)	T 1-2	N1	M0
	T 3-4	N1	M0
IV (DUKES D)	T 1-4	N 2	M0

	T 1-4	N 0-2	M1
--	-------	-------	----

πηγή: (<http://www.sgpgi.ac.in/path/seminars/ccastage.html>) Wolpin & Mayer (2008)



Σχήμα 1. Σχηματική απεικόνιση κατά Dukes ταξινόμησης του καρκίνου παχέος εντέρου-ορθού. A1,2,3 ο όγκος περιορίζεται στο εντερικό τοίχωμα, B1, 2 Ο όγκος επεκτείνεται στους περικολικούς ιστούς χωρίς διήθηση των λεμφαδένων. C 1, 2 Υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις. το C1 αφορά τις διηθήσεις στους επιχώριους λεμφαδένες και το C2 τις διηθήσεις λεμφαδένων μέχρι την έκφυση της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας. Το D στάδιο εδώ δεν απεικονίζεται διότι είναι οι απομακρυσμένες μεταστάσεις. (Πηγή: Σούπαρης, ΘΕΣ/νίκη 1998-2000 με αναφορά στον Κάλφα Σητεία Κρήτη)

1.6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ-ΟΡΘΟΥ

Η βασική θεραπεία του εντοπισμένου καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η χειρουργική επέμβαση. Σε αρκετές περιπτώσεις αυτή συνδυάζεται με χημειοθεραπεία ή και ακτινοθεραπεία. Η θεραπεία εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου, δηλαδή το μέγεθος, την θέση και την επέκταση του όγκου. Ο ακριβής προσδιορισμός του σταδίου είναι συχνά εφικτός μόνο μετά τη χειρουργική εξαίρεση του όγκου και την ιστολογική εξέταση αυτού. Μερικές φορές προηγούνται της χειρουργικής επέμβασης άλλα είδη θεραπείας. (Martin, 2000)

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί την θεραπεία εκλογής για την πλειονότητα των περιπτώσεων καρκίνου παχέος εντέρου-ορθού (στάδιο I-III) (Pallis

et al, 2010 b, Bresalier, 2006). Η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία αποτελεί απαραίτητη συμπληρωματική θεραπεία στον καρκίνο παχέος εντέρου μη αρχικού σταδίου και η ακτινοθεραπεία (προεγχειρητική ή μετεγχειρητική) στον καρκίνο του ορθού. Η έρευνα σε μοριακό επίπεδο των μηχανισμών της καρκινογένεσης επεκτείνεται και σε θεραπευτικό επίπεδο. Στο μέλλον αναμένεται να γίνεται εξατομίκευση της θεραπείας με βάση τους μοριακούς χαρακτήρες του όγκου (Dubois et al, 1998).

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας μπορεί να είναι κοινές μεταξύ των φαρμάκων ή πιο ειδικές. Επίσης μπορεί να κατηγοριοποιούνται σε συχνές, λιγότερο συχνές και σε σπάνιες. Οι συνήθεις παρενέργειες είναι η επιδείνωση δευτερογενώς της θρέψης κυρίως μέσω της προκαλούμενης γαστρεντερολογικής τοξικότητας (ανορεξία, ναυτία, έμετος, διάρροια, στοματίτιδα, δυσκοιλιότητα, διαταραχές της γεύσης ή/και της όσφρησης) αναιμία, καταβολή και κόπωση. Οι πιο ειδικές παρενέργειες είναι η αλωπεκία, τα κωλικοειδή άλγη, η δυσαισθησία (διαταραχή αισθητικότητας ή άλγος) δακτύλων κυρίως μετά την επαφή με κρύα αντικείμενα, το ερύθημα παλαμών-πελμάτων. Σπάνιες αλλά σοβαρές παρενέργειες είναι η στηθάγχη και ο λαρυγγόσπασμος (Martin, 2000). Η προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει την σχολαστική εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, η ενημέρωση του ιδίου και του περιβάλλοντός του. (Ζησιιάδης, 2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΘΡΕΨΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ-ΟΡΘΟΥ

2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΟΡΙΣΜΟΣ

Η θρέψη είναι ένας εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας για όλους τους ασθενείς που είναι σε κρίσιμη κατάσταση. Διαταραχές της διατροφής (δυσθρεψία) αποτελούν, η σοβαρά κακή θρέψη, ο υποσιτισμός αλλά και η παχυσαρκία, η οποία είναι ένα από τα προδιαθεσικά αίτια του καρκίνου του παχέος εντέρου. (Gioulbasanis et al, 2010).

Κακή θρέψη (malnutrition) είναι η ελάττωση της καθαρής σωματικής μάζας συγκριτικά με την ηλικία, το φύλο, το ύψος και την δραστηριότητα του ατόμου (Καλφαρέντζος, 2005).

Με τον όρο «καχεξία», αποδίδεται η κλινική εικόνα των ασθενών που βρίσκονται στην πλέον «κακή κατάσταση». Είναι όρος γνωστός από τα Ιπποκρατικά κείμενα και αποτελείται από τις λέξεις «κακή» και «έξη». Μόλις το 2008 ορίζεται, ως ένα πολύπλοκο μεταβολικό σύνδρομο που πάντα σχετίζεται με κάποιο υποκείμενο νόσημα και χαρακτηρίζεται από απώλεια μυϊκής μάζας, με ή χωρίς απώλεια λιπώδους ιστού. (Καλφαρέντζος, 2005).

Το βασικό κλινικό χαρακτηριστικό για τους ενήλικες είναι η απώλεια βάρους (διορθωμένη για πιθανή κατακράτηση υγρών) και για τα παιδιά η αναστολή της ανάπτυξης (εξαιρουμένων των ενδοκρινικών διαταραχών).

Η ανορεξία, η φλεγμονή, η αντίσταση στην ινσουλίνη και η μυϊκή αποδόμηση συχνά σχετίζονται με την καχεξία. Η καχεξία διαφέρει από την ασιτία, τη σχετιζόμενη με την ηλικία απώλεια μυϊκής μάζας, την κατάθλιψη, την δυσαπορρόφηση και τον υπερθυρεοειδισμό και προκαλεί αύξηση της νοσηρότητας. (Gioulbasanis et al, 2010).

2.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΚΗΣ ΘΡΕΨΗΣ

Οι επιδημιολόγοι ορίζουν ως "συχνή νόσο" αυτή που έχει επίπτωση πάνω από 10%. Η παρουσία της κακής θρέψης ή ο αυξημένος κίνδυνος υποθρεψίας στους νοσοκομειακούς ασθενείς αξιολογήθηκαν και εκτιμήθηκαν μόλις τα τελευταία 30 έτη ως παράγοντες που συμβάλλουν στην νοσηρότητα (κατά 10-25%) και στην θνητότητα (κατά 2-5%) της κυρίας παθήσεως των ασθενών αυτών. Επίσης σημαντικό ποσοστό ασθενών με κακή θρέψη δεν διαγιγνώσκεται, παρότι νοσηλεύεται και οι αιτίες είναι ποικίλες. (Καλφαρέντζος, 2005).

Η συχνότητα της απώλειας βάρους και της δυσθρεψίας στους ασθενείς με καρκίνο (Ca) κυμαίνεται από 31% ως 87%, αναλόγως με την περιοχή και το στάδιο της κακοήθειας, με τις υψηλότερες συχνότητες να εντοπίζονται στους ασθενείς με καρκίνο του αναπνευστικού (κεφαλής-τραχήλου) και γαστρεντερικού (οισοφάγος) ή σε εκείνους με πιο προηγμένη νόσο. (Gioulbasanis et al, 2010).

Η μεταβολική-διατροφική κατάσταση έχει συνδεθεί –εμπειρικά- με την κλινική έκβαση (Huhmann & Cunningham, 2005). Απώλεια βάρους >5% σχετίζεται με κακή πρόγνωση και παρατηρείται έως και στο 80% των ασθενών με καρκίνο

τελικού σταδίου, ενώ στο 20% αποτελεί τη βασική αιτία θανάτου (Gioulbasanis et al, 2010).

2.3. ΑΙΤΙΑ ΚΑΚΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Οι καρκινοπαθείς αναπτύσσουν συχνά κακή θρέψη κατά τη διάρκεια της ασθένειας τους, σαν αποτέλεσμα αμέσων ή εμμέσων επιδράσεων της κακοήθειας ή και από τις παρενέργειες των θεραπευτικών χειρισμών. (Tisdale, 2004)

Παθοφυσιολογικά, στις φλεγμονώδεις ουσίες που παράγονται από τον όγκο ή τον ξενιστή αποδίδεται ο κεντρικός ρόλος στην τροποποίηση των ορεξιογόνων ερεθισμάτων, εκτρέποντας έτσι το ενεργειακό ισοζύγιο. (Baracos, 2000)

Η παρουσία και ο βαθμός της κακής θρέψης- με την έκπτωση της μυϊκής μάζας- σχετίζονται με τη διάρκεια της επιβίωσης και επηρεάζουν την εγχειρητική θνητότητα, την νοσηρότητα καθώς και την απάντηση του όγκου στην χημειοθεραπεία και στην ακτινοθεραπεία (Tisdale 2009, 2006, 2004, Mac Donald, 2000, Nixon, 1980), (Σχήμα 2)



ΣΧΗΜΑ 2: Η υποθρεψία η οφειλόμενη στον καρκίνο έχει μεγάλη επίπτωση στην κλινική εξέλιξη, τα κοινωνικο-οικονομικά μεγέθη και ελαττώνει την ποιότητα ζωής. Πηγή: Marin Caro et al 2007 a,b.

4.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΙΚΗΣ ΚΑΧΕΞΙΑΣ

Τα διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου που προτείνονται είναι η απώλεια βάρους άνω του 5% σε διάστημα 12 μηνών ή και λιγότερο και 3 από τα ακόλουθα 5 κλινικο-εργαστηριακά ευρήματα, που είναι η ελάττωση της μυϊκής ισχύος, η κόπωση, η ανορεξία, ο χαμηλός δείκτης μάζας ελευθέρου λίπους και οι παθολογικές εργαστηριακές τιμές όπως αύξηση δεικτών φλεγμονής, αναιμία, χαμηλή τιμή λευκωματίνης.

Δυστυχώς η πληροφορία του ποσοστού της απώλειας βάρους σε κάποιο προκαθορισμένο χρονικό διάστημα είναι συνήθως η μόνη που χρησιμοποιείται είτε ως **μέθοδος διαλογής (screening)** ασθενών με «καχεξία», είτε για προγνωστικούς λόγους, είτε για την απόφαση έναρξης διατροφικής παρέμβασης. (Gioulbasanis et al 2010)

Το παράδοξο του συνδρόμου της καρκινικής καχεξίας είναι ότι όταν είναι αρχόμενο, και πιθανώς αναστρέψιμο, η απώλεια βάρους συνήθως δε συνοδεύεται από άλλα συμπτώματα (π.χ. ανορεξία, κόπωση), οπότε δεν γίνεται σαφώς αντιληπτή από τον ασθενούς ή το θεράποντα. Αντίθετα, σε προχωρημένα στάδια, ο ασθενής ή το οικείο περιβάλλον αναφέρουν σημαντική απώλεια βάρους, αλλά δυστυχώς οποιαδήποτε παρέμβαση είναι πιθανότατα αναποτελεσματική. Η παρατήρηση εγείρει την ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης του συνδρόμου. (Gioulbasanis et al 2010).

Χρειάζεται επομένως επαγρύπνηση για το ποσοστό της απώλειας του σωματικού βάρους (BMI) και σ' ότι αφορά το χαρακτηρισμό των ασθενών ως καχεκτικών αλλά και στην απόφαση για έναρξη διαιτολογικής ή και παρέμβασης σε ασθενείς με καχεξία. (Irigaray et al, 2007)

4.5.ΥΠΟ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΧΕΞΙΑΣ-ΣΑΡΚΟΠΕΝΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η σαρκοπενική παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα που δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο την έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου της καρκινικής καχεξίας. Η απώλεια της μυϊκής μάζας καλύπτεται από το υποδόριο λίπος, διατηρώντας όμως αυξημένο τον δείκτη μάζας σώματος (body mass index/BMI), έτσι ώστε δεν γίνεται κλινικά αντιληπτή (Tan et al 2009, Pischon et al 2008, Irigaray et al, 2007).

Η σαρκοπενία στους υπέρβαρους ασθενείς σχετίζεται τόσο με πτωχότερη επιβίωση (Prado et al, 2007) όσο και με αυξημένη τοξικότητα από την αντινεοπλασματική θεραπεία (Mitsiopoulos et al, 1998). Ο ακριβής ρόλος τέτοιου είδους μετρήσεων στη διάγνωση του συνδρόμου της καχεξίας, στη λήψη αποφάσεων διαιτολογικής ή και φαρμακευτικής παρέμβασης, στην πρόβλεψη απάντησης στη συστηματική χημειοθεραπεία και στην πρόγνωση των ασθενών με κακοήθη νοσήματα μένει να αποδειχθεί. (Blum et al, 2010, Tan et al, 2009, Pischon et al, 2008, Marin Caro et al 2007 a, b).

2.6. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ

Οι επαγγελματίες υγείας της παρηγορητικής φροντίδας που ασχολούνται με τη διατροφική αξιολόγηση (screening) συλλέγουν τέσσερις κατηγορίες στοιχείων α) το ιστορικό, β) την φυσική εξέταση, γ) την ανθρωπομετρία και δ) τις βιοχημικές αναλύσεις. Οι στόχοι είναι η ανίχνευση σημείων κακής θρέψης και η παρακολούθηση και τροποποίηση της θρεπτικής υποστήριξης με βάση τα ίδια εργαλεία μέτρησης και σύμφωνα με τις ανάγκες. Δεν υπάρχει ιδανικός δείκτης εκτίμησης της κατάστασης θρέψης. (Seres, 2005)

Τα χαρακτηριστικά του ως ιδανικού δείκτη εκτίμησης είναι η ευαισθησία ανιχνεύσεως των πρώιμων ενδείξεων υποθρεψίας, η ειδικότητα ανιχνεύσεως των εναλλαγών της καταστάσεως της θρέψης, η οποιαδήποτε διαιτολογική παρέμβαση να μπορεί να διορθώσει την ανιχνευθείσα επιδείνωση της θρέψης, και τέλος η διόρθωση των επιπέδων του δείκτη να απεικονίζεται και με την καλύτερη έκβαση (Barbosa-Silva, 2006, Seres, 2005).

Δεν έχει αναπτυχθεί και αξιολογηθεί κάποιο ερωτηματολόγιο ειδικά για ασθενείς με νεοπλασματική νόσο (Γκιουλμπασάνης, 2011). Η εκτίμηση της κατάστασης θρέψης και η αναγνώριση της υποθρεψίας ή και καχεξίας πρέπει να γίνεται κατά την εισαγωγή του ασθενούς, με τη χρήση εκείνης της μεθόδου που θα βρεθεί να έχει αποδεδειγμένη προγνωστική αξία (Laky et al, 2010, Jun Tian et al, 2008, Kyle et al, 2005, Huhmann & Cunningham 2005).

Για την ακριβέστερη εκτίμηση της θρέψης και της διαλογής ασθενών έχουν προταθεί ειδικά, εύχρηστα ερωτηματολόγια -ως εργαλεία διαλογής- όπως το Patient-Generated Subjective Global Assessment(PG-SGA) και το Mini Nutritional Assessment (MNA) στα οποία συνδυάζονται τόσο υποκειμενικά δεδομένα όσο και σωματομετρικά δεδομένα (Wu B et al, 2010, Yan Jun Li et al, 2009, Persson, et al 1999, Ottery, 1995).

Ο κατάλογος των κλινικών παραμέτρων που επηρεάζουν την κατάσταση της θρέψης ενός ασθενούς περιλαμβάνουν την αυξημένη ηλικία, την μειωμένη κινητικότητα, την παρουσία νευρο/ψυχιατρικών συνδρόμων, την συνύπαρξη και άλλων νοσημάτων καθώς επίσης και την χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή(π.χ. οπιοειδή, κορτικοειδή). Βασικά πλεονεκτήματα αυτών των ερωτηματολογίων είναι ότι μπορούν να εφαρμοσθούν όχι μόνο από τον ιατρό αλλά και από τον νοσηλευτή και τον κλινικό διαιτολόγο, ενώ και ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης από έμπειρο επαγγελματία είναι βραχύς(περίπου 10 λεπτά). Οι ασθενείς κατατάσσονται σε 3 κατηγορίες: Α. Καλή θρέψη, Β. Ήπια διαταραχή της θρέψης, Γ. Σοβαρή διαταραχή της θρέψης. (Yan Jun Li et al, 2009)

Το ερωτηματολόγιο Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) αποτελεί τροποποίηση ενός αρχικού λεπτομερούς πρωτοκόλλου, του Subjective Global Assessment (SGA), που αναπτύχθηκε αρχικώς για ηλικιωμένους ασθενείς και για τη συμπλήρωση του οποίου απαιτείται εξειδικευμένος διαιτολόγος

(Detsky et al 1987). Η Faith Ottery το 1995 το επεξεργάστηκε και το συμπλήρωσε στην παρούσα μορφή του διαβαθμισμένου πρωτοκόλλου. Οι ασθενείς κατατάσσονται σε 3 ομάδες (καλή θρέψη, υπόνοια διαταραχής έως σοβαρά διαταραχή) ανάλογα με τη βαθμολογία που προκύπτει. Προτείνεται εκτίμηση από διαιτολόγο ή και θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με συνολικό score ≥ 4 οι οποίοι θεωρούνται αυξημένου κινδύνου για υποθρεψία. Διατίθενται και οδηγίες για την παρακολούθηση της παρέμβασης και προτείνεται επανάληψη του πρωτοκόλλου σε τακτά χρονικά διαστήματα (Ottery, 1995). Από τότε έχει αξιολογηθεί παγκοσμίως σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο, αγγειακή νόσο, νεφροπαθείς, κλπ (Lim,2010, Bei-Wen Wu 2009, Cooper 2002,) και αποτελεί σημείο εγκυροποίησης για νεότερα εργαλεία αξιολόγησης. (Gurta et al, 2008a). Ενδεικτικώς αναφέρεται ότι η χρήση του ως γρήγορης και αξιόπιστης μεθόδου σε καρκινοπαθείς για την ανίχνευση ανάγκης διαιτολογικής παρέμβασης ή όχι. (Bauer και συν., 2002). Σε μελέτη ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο, συσχετίστηκε το PG-SGA με εργαστηριακές και σωματομετρικές μετρήσεις (πάχος δερματικής πτυχής, πυκνότητα σωματικής μάζας) και βρέθηκε ότι συσχετίζεται ικανοποιητικά με υποκειμενικές και αντικειμενικές παραμέτρους υποθρεψίας. (Laky et al, 2008).

Το ερωτηματολόγιο Mini Nutritional Assessment (MNA) αναπτύχθηκε από τους Guigoz και συν. σε συνεργασία με τη Nestle Nutritional Corporation®, στα τέλη τη δεκαετίας του '90 (www.mn-elderly.com, Παράρτημα I). Σχεδιάστηκε για να παρέχει μια απλή και γρήγορη εκτίμηση της κατάστασης της θρέψης γηριατρικών ασθενών ανεξάρτητα από τον τόπο παραμονής (νοσηλευτικό ίδρυμα, γηριατρική κλινική, οικία). Κατά τη διάρκεια της μελέτης αξιολογήθηκε και κυκλοφόρησε και στην Ελληνική γλώσσα.

Σε αντίθεση με το πρωτόκολλο PG-SGA που τροποποιήθηκε προκειμένου να εφαρμοσθεί σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο, το MNA προτείνεται να χρησιμοποιηθεί ως έχει (Huhmann & Cunningham, 2005). Κατά τις κατευθυντήριες οδηγίες για την εκτίμηση της κατάστασης της θρέψης ασθενών με νεοπλασματική νόσο με βάση τη “Καλή Κλινική Πρακτική (Good Clinical Practice)” προτείνεται το MNA ή εναλλακτικά το PG-SGA ως πρωτόκολλο διαλογής και εκτίμησης του κινδύνου υποθρεψίας, η συλλογή κλινικών δεδομένων, η συνέντευξη με τον ασθενή και η συλλογή ανθρωπομετρικών δεδομένων (βάρος, ιδανικό βάρος,

απώλεια βάρους και ύψος) ως ελάχιστες πληροφορίες μίας διαιτολογικής εκτίμησης (Duguet et al, 1999).

Επιπλέον, το MNA προτείνεται και ως μέρος της πολυδιάστατης γηριατρικής εκτίμησης (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) βάση της οποίας θα πρέπει να λαμβάνεται η απόφαση χορήγησης χημειοθεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς. Συνολικά, οι αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία που αφορούν την αξιολόγηση του πρωτοκόλλου σε ασθενείς με νεοπλασματικά νοσήματα είναι περιορισμένες. Ενδεικτικώς αναφέρεται ότι το MNA χρησιμοποιήθηκε για τη συγκριτική εκτίμηση της θρέψης ηλικιωμένων ασθενών με καλοήγη υπερπλασία προστάτη έναντι αυτών με καρκίνο του προστάτη. Η διαφορά του κινδύνου υποθρεψίας μεταξύ των ομάδων ήταν σημαντική (7,5% έναντι 50%, αντίστοιχα), παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ασθενών είχε υψηλό δείκτη μάζας σώματος. Επιπλέον, στον ίδιο πληθυσμό ασθενών, παρατηρήθηκε σημαντική σχέση της υποθρεψίας με συνυπάρχουσα καταθλιπτική συνδρομή. (Gioulbasanis et al, 2011).

Σε μελέτη, το 2007, χρησιμοποιήθηκε το MNA ως δείκτης ανταπόκρισης διαιτητικής παρέμβασης που περιλάμβανε την εκπαίδευση των χημειοθεραπευομένων ασθενών σε θέματα διατροφής καθώς και τη λήψη τροφών εμπλουτισμένων με ενισχυτικά αρωματικών ουσιών (Schiffman et al, 2007). Μελέτη πολυδιάστατης γηριατρικής αξιολόγησης σε 65 ηλικιωμένους καρκινοπαθείς ασθενείς βρήκε ότι η πλειοψηφία αυτών (79%) είχε αυξημένο κίνδυνο υποθρεψίας ή ήταν ήδη υποθρεπτικοί κατά τη στιγμή της διάγνωσης (Yu Jung Kim et al 2010).

Οι Read και συν. το 2005 εφάρμοσαν σε μια μελέτη τα πρωτόκολλα MNA και PG-SGA σε 157 νεοδιαγνωσμένους ασθενείς με καρκίνο - συγκρίνοντάς τα μεταξύ τους – και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι και τα δυο είχαν υψηλή ευαισθησία αλλά το MNA είχε χαμηλότερη ειδικότητα. Στην μελέτη εξετάστηκε η ευαισθησία και η ειδικότητα του MNA σε σχέση με το PG-SGA, λόγω του γεγονότος ότι το τελευταίο “θεωρήθηκε” πιο ευρέως αποδεκτό. Επιπλέον, αναφέρεται ότι σε ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών τα αποτελέσματα των 2 πρωτοκόλλων δεν διέφεραν μεταξύ τους. Απ’ ευθείας συσχέτιση του MNA με το PG-SGA δεν περιγράφεται έως τώρα στη διεθνή βιβλιογραφία. (Gioulbasanis et al, 2011).

2.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΧΕΞΙΑΣ

Έως σήμερα καμιά φαρμακευτική θεραπεία δε θεωρείται επιτυχής στην αντιμετώπιση της καχεξίας. Η βασική προϋπόθεση για μια επιτυχή θεραπεία της καχεξίας είναι η έγκαιρη ανίχνευση και έναρξη της αντιμετώπισής της, πριν δηλαδή η κατάσταση γίνει μη αναστρέψιμη. Έχει μάλιστα προταθεί ο όρος «προ-καχεξία». Αφορά μια χρονική περίοδο διάρκειας περίπου 3 με 6 μηνών που πιστεύεται ότι προηγείται της πλήρους εγκατάστασης του συνδρόμου, κατά την οποία η απώλεια βάρους είναι περιορισμένη και δε συνοδεύεται από ανορεξία ή από άλλα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα γενικευμένης φλεγμονώδους αντίδρασης (Gioulbasanis et al 2010).

2.8. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η θρεπτική υποστήριξη βελτιώνει τους δείκτες θρέψης και μπορεί να βελτιώσει τη γενική κατάσταση ασθενών με κακή θρέψη, που προέρχεται από απόφραξη του γαστρεντερικού σωλήνα ή τοξικότητα από την ογκολογική θεραπεία ή την ίδια την κακοήθεια. (Marin Caro, 2007a, b, Καλφαρέντζος 2005).

Σε ασθενείς με καρκινική καχεξία, μικρή ή καθόλου βελτίωση, επιτυγχάνεται με την υποστήριξη της καθαρής σωματικής μάζας και τη γενική τους κατάσταση μετά από θρεπτική υποστήριξη. Παλαιότερα κλινικές μελέτες έδειξαν ότι η χορήγηση Ολικής Παρεντερικής Διατροφής σε καρκινοπαθείς υπό αντινεοπλασματική θεραπεία όχι μόνο δεν επιφέρει βελτίωση στην απάντηση του όγκου, την εμφάνιση τοξικότητας και την τελική επιβίωση αλλά βοηθάει στην αύξηση των λοιμώξεων συγκριτικά με ασθενείς που δεν χορηγήθηκε Ολική Παρεντερική Διατροφή. (Καλφαρέντζος 2005).

Έρευνα από τους Shang et al το 2006 μελέτησε την επίδραση στους δείκτες θρέψης, την επιβίωση και την ποιότητα ζωής, της χορήγησης εντερικής διατροφής σε συνδυασμό με παρεντερική διατροφή σε σχέση με την χορήγηση μόνο διεντερικής διατροφής. Οι συγγραφείς παρά τα θετικά στοιχεία υπέρ της πρώτης ομάδας συνέστησαν περαιτέρω μελέτες. (Shang, et al, 2006). Οι μελέτες στοχεύουν στην ταυτοποίηση ασθενών ή ομάδων ασθενών με κακή θρέψη, στους οποίους η θρεπτική υποστήριξη, σε συνδυασμό με αποτελεσματική ογκολογική θεραπεία, θα

μπορούσε να μειώσει τη θνητότητα, να βελτιώσει την απάντηση του όγκου στην ογκολογική θεραπεία και να αυξήσει την επιβίωση των ασθενών (Καλφαρέντζος 2005).

Υπάρχουν διαφορετικές κατευθυντήριες οδηγίες μεταξύ των διαφόρων οργανισμών για την έναρξη της εντερικής διατροφής, που βασίζονται τόσο στην κλινική εμπειρία όσο και σε αναφορές ειδικών επιτροπών (Arends, et al 2006, ASPEN, 2002). Στον ογκολογικό ασθενή συνιστάται προσεκτική και εξατομικευμένη θεραπεία με την συμβολή και του διαιτολόγου, σε όλα τα στάδια της θεραπείας, της παρακολούθησης ή της παρηγορητικής φροντίδας του ασθενούς με στόχο την επιβράδυνση της απώλειας βάρους και την βελτίωση της ποιότητας ζωής. (Arends, et al 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

3.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της ποιότητας ζωής αποκτά ολοένα μεγαλύτερη σημασία σε πλήθος πτυχές του κοινωνικού γίνεσθαι. Η διατήρηση και βελτιστοποίησή της αποτελεί αίτημα και στοίχημα της σύγχρονης ολιστικής προσέγγισης των νοσηρών καταστάσεων και ιδιαίτερα των κακοήθων νοσημάτων. (Αρδαβάνης, 2002)

Η ανάγκη αξιολόγησης της ποιότητας ζωής στους ογκολογικούς ασθενείς σε οποιοδήποτε στάδιο θεραπείας ή παρηγορητικής φροντίδας και εάν βρίσκονται φαίνεται σήμερα αυτονόητη, αλλά μόλις το 1996 διατυπώθηκε από την Αμερικανική Ογκολογική Εταιρεία ότι η έκβαση του ίδιου του καρκινοπαθούς είναι πιο σημαντική από την έκβαση της κακοήθειας της ίδιας. Μόλις τα τελευταία χρόνια έχει πλέον εισαχθεί η έννοια της συστηματικής ενσωμάτωσης της ποιότητας ζωής στην επιβίωση με τον όρο Έτη Ποιοτικής Ζωής (Quality Adjusted Life Years) (Αρδαβάνης, 2002, American Society of Clinical Oncology, 1996). Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι ήδη από τη δεκαετία του 50 είχε γίνει αντιληπτό το μέγεθος του προβλήματος, όπως δείχνει η εισαγωγή τότε από τον Karnofsky της κλίμακας κατάστασης ικανότητας, εργαλείο χρήσιμο μέχρι σήμερα (Ρεπάσος & Πανάγος, 2006, Αρδαβάνης, 2002).

3.2.ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ-ΟΡΙΣΜΟΙ

Ο ορισμός της ποιότητας ζωής διατυπώθηκε το 1991 από επιτροπή του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ, 1991), ως η προσωπική αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της ζωής του, βάσει της κουλτούρας και των αξιών του, και σε σχέση με τους στόχους του και τις προσδοκίες του. Η έννοια της ποιότητας ζωής επηρεάζεται από την φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, την αυτονομία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον. (www.who.int).

Η ποιότητα ζωής έχει πολλές συνιστώσες (οικονομικές, πολιτισμικές, πολιτικές) και εμπεριέχει μεταξύ των άλλων την πνευματική, κοινωνική, σωματική και συναισθηματική ποιότητα ζωής.

Αυτές οι τελευταίες 4 συνιστώσες αποτελούν την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής. Στο πλαίσιο των κλινικών ερευνών χρησιμοποιείται αυτή η πιο περιορισμένη έννοια της ποιότητας ζωής, που δεν αναφέρεται γενικά στην ευτυχία, την ικανοποίηση, τα πρότυπα ζωής, το κλίμα ή το περιβάλλον, αλλά περιλαμβάνει τις πλευρές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία (Υφαντόπουλος, 2001).

3.3. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Είναι γενικά παραδεκτό ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ της υποκειμενικής εκτιμήσεως την οποία οι ασθενείς εκφράζουν και της εκτιμήσεως από την αντικειμενική εξέταση που καταγράφουν οι επαγγελματίες υγείας για την ποιότητα ζωής των ασθενών τους. Πάντως τόσο η υποκειμενική όσο και η αντικειμενική εκτίμηση έχουν βαρύνουσα σημασία (Ρεπάσος & Πανάγος, 2006, Evans, 1985). Υπάρχει αυξημένη τεκμηρίωση σχετικά με την αξία του προσδιορισμού της ποιότητας ζωής, και της σημασίας που της αποδίδουν πλέον οι

επαγγελματίες υγείας αλλά και της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν στην εκμείυσή της.

Η διαδικασία εκτίμησης της ποιότητας ζωής αντλεί στοιχεία από πολλά πεδία, όπως η ψυχολογία και η στατιστική. Ένας αριθμός ερευνητικών άρθρων, υποστηρίζει ότι ο προσδιορισμός της ποιότητας ζωής θα μπορούσε να είναι αντικειμενικός αν οι κλινικοί ογκολόγοι αναγνώριζαν τα συμπτώματα του ασθενούς και τα κατέγραφαν, αντί της αναφοράς των συμπτωμάτων αυτών από τους ίδιους τους ασθενείς (Ρεπάσος & Πανάγος, 2006)

Πρώτη παρατήρηση είναι ότι μονοδιάστατα μέτρα όπως είναι η κατάσταση λειτουργικής δραστηριότητας, δηλαδή η συνολική αξιολόγηση του βαθμού ευεξίας, λειτουργικότητας και του επιπέδου ικανότητας για φυσιολογική δραστηριότητα, δεν προβλέπουν την ποιότητα ζωής, ούτε την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. (Ρεπάσος & Πανάγος 2006).

Η δεύτερη παρατήρηση είναι ότι η ραγδαία είσοδος πλήθους νέων φαρμάκων και τεχνολογίας στο προσκήνιο, σε συνδυασμό με την αδυναμία κατάδειξης μείζονος προόδου στην επιβίωση όλων των ασθενών βοήθησε στην ένταξη των ψυχομετρικών μεθόδων και στην έρευνα και στην εφαρμογή της βέλτιστης ψυχομετρικής μεθόδου στην καθημερινή και ερευνητική Ογκολογία και την Παρηγορητική Φροντίδα. (Αρδαβάνης, 2002).

Σήμερα πλέον, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής θεωρείται ως μείζων στόχος εκτίμησης για όλες τις κλινικές δοκιμές νέων φαρμάκων ή θεραπειών (Αρδαβάνης, 2002).

Συμπερασματικά η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί μέτρο έκβασης μιας νόσου, για τέσσερις κύριους λόγους, πρώτον οι βιολογικοί δείκτες δεν σχετίζονται πάντα με την λειτουργική κατάσταση και ευεξία, δεύτερον υπάρχει διάσταση μεταξύ της υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας του ασθενούς και εκείνης του προμηθευτή υπηρεσιών υγείας, τρίτον με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μετράται η ακριβής βαρύτητα μιας νόσου και τέταρτον σε νόσους οι οποίες χαρακτηρίζονται κυρίως από νοσηρότητα, και όχι θνητότητα, η έκβαση μετράται επακριβέστερα μέσω της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. (Οικονόμου & Καλόφωνος, 2006 όπως αναδημοσιεύεται στην Μητσάκα 2009).

Πέραν του οφέλους, αναφύονται και σημαντικές δυσκολίες για τον κλινικό γιατρό ή τον επαγγελματία υγείας, που θέλει να συμμετάσχει σε τέτοιες μελέτες, γεγονός στο οποίο οφείλεται η μη ύπαρξη πληθώρας δημοσιεύσεων στον χώρο. Οι δυσκολίες έγκεινται στο ότι, υπάρχουν ακόμη δυσκολίες ορισμού της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, ότι τα θέματα αυτά ανήκουν κυρίως στο πεδίο των κοινωνικών επιστημών και εμπειρικά μόνον προσεγγίζονται από τον κλινικό ιατρό με επίπτωση στην επιλογή της εκάστοτε μεθόδου αξιολόγησης, και ότι υπάρχουν προβλήματα στην εφαρμογή των μελετών σχετιζόμενων με την υγεία της ποιότητας ζωής. (Αρδαβάνης, 2002).

Οι ψυχικές διεργασίες δύσκολα αντικειμενικοποιούνται και ποσοτικοποιούνται. Η χρήση ερωτηματολογίων, με τα οποία διεκπεραιώνονται κατά κανόνα αυτές, εισάγει και τα μειονεκτήματα της υποκειμενικότητας της κρίσης ασθενών με διαφορετικά πολιτισμικά και κοινωνικά υπόβαθρα, ενώ η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής αφορά ένα πολύ περιορισμένο χρονικά πλαίσιο. Το τελευταίο έχει το πλεονέκτημα της αποφυγής σφαλμάτων πρόσμειξης ατομικών αναμνήσεων και στοιχείων της προσωπικότητας, αλλά μπορεί να αστοχεί στην καταγραφή της ψυχοδυναμικής διαδικασίας. (Αρδαβάνης, 2002)

Επίσης δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες για τους ηλικιωμένους ασθενείς, παρότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι νόσος ειδικώς της τρίτης ηλικίας. Δεν υπάρχει ούτε σαφές σημείο διαχωρισμού της μέσης από την τρίτη ηλικία. Επιπλέον διαπιστώνονται περιορισμοί εκ των ιδίων των ασθενών προσέλευσης σε Ερευνητικό νοσοκομείο και ενημέρωσης και άδειας εκ των θεραπόντων ιατρών (Pallis et al, 2010 a, b).

Όλα τα παραπάνω κάνουν αντιληπτό την επιτακτική ανάγκη της συμμετοχής ειδικών στο αντικείμενο επιστημόνων, της στενής συνεργασίας όλων των ειδικοτήτων και βέβαια την ανάγκη συνεχούς ευαισθητοποίησης και σχετικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να γίνεται προσεκτική επιλογή της μεθόδου που θα χρησιμοποιηθεί, χωρίς να λησμονούμε την αδυναμία μας, ακόμη και με τα καλύτερα ψυχομετρικά όργανα, να καταδυθούμε στο βάθος της προσωπικότητας του πάσχοντος και να συλλάβουμε το μέγεθος της αποσταθεροποίησής της, που συνεπάγεται η διάγνωση και η θεραπεία των κακοηθών νόσων (Αρδαβάνης, 2002).

3.4.ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μετά το 1980 αποδίδει 31 τυχαιοποιημένες μελέτες που περιλαμβάνουν άνω των 9.683 ασθενών με ορθοκολικό καρκίνο. Σχεδόν όλες οι μελέτες αφορούσαν μεταστατική νόσο και συνέκριναν είδη χημειοθεραπείας. (Arends, et al 2006)

Αν και οι μελέτες εξετάστηκαν από το 1980, καμία δεν ήταν δημοσιευμένη πριν από το 1990, ενώ το 71% ήταν δημοσιευμένο μετά το 1998. Συνολικά παρατηρείται έλλειψη ομοιομορφίας στην προσέγγιση, σχεδίαση, ανάλυση και ερμηνεία. Από τις οκτώ μελέτες που βρέθηκαν (26%), μία μόνο σχετίζεται με την σχετιζόμενη υγεία ποιότητας ζωής. Μόνο το 10% είχε σκεπτικό επιλογής συγκεκριμένου εγκυροποιημένου εργαλείου. Μόνο 4 από 29 μελέτες μεταξύ 1990 και 2004 ήταν ισχυρές μεθοδολογικά. Σε ποσοστό 94% έδιναν στοιχεία για τον χρόνο μετρήσεως, αλλά εκεί υπήρχαν διαφορές. Τέλος η έλλειψη μέτρησης στην κατάσταση υγείας και στην έναρξη της νόσου (39%), όπως και τα ελλείποντα δεδομένα αποτελούν πρόβλημα στο 52% των μελετών. Ο λόγος μη συμπλήρωσης αποτελεί πληροφορία (είναι σε τελικό στάδιο, ή ήθελε αλλά δεν του παρασχέθηκε το ερωτηματολόγιο;). Επίσης, τελευταία ανησυχία η προκατάληψη -λόγω Ηθικής και Δεοντολογίας- για την μη διεξαγωγή μελετών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα (Byrne et al, 2008).

Σχετικό, άρθρο ανασκόπησης από τους Byrne et al, 2008 αναφέρει ότι οι τομείς της σχετιζόμενης υγείας με την ποιότητα ζωής που έχουν μελετηθεί είναι, η περίοδος μετά το χειρουργείο, η αξία της περιγραφικής στατιστικής από όπου φάνηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς αναφέρουν τα συμπτώματα όταν πλέον αυτά είναι πολύ σοβαρά, η χημειοθεραπεία έναντι της καλύτερης υποστηρικτικής θεραπείας, οι επιπτώσεις της απάντησης στην χημειοθεραπεία, οι επιδράσεις της τοξικότητας, οι συνδυασμοί στην χημειοθεραπεία πρώτης και δεύτερης γραμμής, η καλύτερη διάρκεια της πρώτης γραμμής θεραπείας και η προγνωστική αξία της εκτιμήσεως της σχετιζόμενης υγείας με την ποιότητα ζωής ειδικά για την επιβίωση.

3.5.ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ο στόχος της χορήγησης διατροφής σε ασθενείς που εμφανίζουν απώλεια βάρους είναι η σταθεροποίηση ή και η βελτίωση της κατάστασης της θρέψης, που θα έχει ως συνέπεια την διατήρηση της ποιότητας ζωής. Όταν δεν υπάρχει συστηματική φλεγμονώδης αντίδραση αυτό είναι εφικτό. Όταν όμως υπάρχει η οποιαδήποτε διαιτητική παρέμβαση πρέπει να συνδυάζεται με φαρμακευτική αγωγή που να επιδρά στο μεταβολισμό των μυών ή και να τροποποιεί την φλεγμονώδη αντίδραση (Γκιουλμπασάνης, 2011, Arends, et al 2006).

Η θρεπτική υποστήριξη εκτός από την λεπτομερή εξέταση της κλινικής εικόνας, που περιλαμβάνει το ιστορικό, την φυσική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο, πρέπει να συμπεριλαμβάνει όλους τους επαγγελματίες υγείας, όταν αυτό ενδείκνυται. Μελέτες ασθενών που έκαναν ακτινοθεραπεία (Huhmann & Cunningham, 2005, Ravasco, et al 2005, Isenring, et al 2004) και άρθρα ανασκοπήσεων επισημαίνουν ότι η συμβολή του διαιτολόγου και η εξατομικευμένη θεραπεία επιφέρουν αποτέλεσμα στην επιβράδυνση της απώλειας βάρους και στην ποιότητα ζωής (Halfdanarson et al, 2008). Οι τελευταίοι σε αυτήν την μετα-ανάλυσή τους σε μεικτό πληθυσμό ογκολογικών ασθενών (περίπου 250 οι Ca του γαστρεντερικού συστήματος εκ των 488 ασθενών) βρήκαν μόνο πέντε μελέτες, που συνδύαζαν θρέψη και ποιότητα ζωής. Επεσήμαναν ως βασική αδυναμία τον μικρό αριθμό ανά μελέτη (n=60-137), την ετερογένεια του πληθυσμού (ποικίλα όργανα και ποικίλα στάδια) και την πρακτική αδυναμία να είναι <<τυφλός>> ο ασθενής ως προς την παρέμβαση. Πρότειναν την διαιτολογική παρέμβαση σε ασθενείς με απώλεια βάρους και ελαττωμένη πρόσληψη και περαιτέρω μελέτες .

Η ποιότητα ζωής αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της επιβίωσης. Οι ιατροί έχουν την δυνατότητα να την χρησιμοποιήσουν ως εργαλείο στην αξιολόγηση των ασθενών προκειμένου να έχουν μια πιο ακριβή εικόνα της φροντίδας Υγείας.

Παρ' όλες τις δυσκολίες εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής , τα υπάρχοντα εργαλεία εκτίμησης καθιστούν εφικτή και χρήσιμη

την αξιολόγησή της στις κλινικές μελέτες, ενώ αποτελεί σημαντικό στόχο και για τις μελέτες κόστους –αποτελεσματικότητας. (Isenring, et al 2004)

3.6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λαμβάνοντας υπ' όψιν την υφιστάμενη βιβλιογραφία για την υποθρεψία και καχεξία καθώς και την επίδρασή της στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, τον διαρκώς αυξανόμενο αριθμό ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου που προσέρχονται στις δομές της Παρηγορητικής Φροντίδας Υγείας , τις περιορισμένες ανά την Ελλάδα δομές χορήγησης Θεραπείας και Παρηγορητικής Φροντίδας Υγείας, την ανάγκη περιστολής των δαπανών, άρα τη βέλτιστη επιλογή των κατάλληλων ασθενών για την ανάλογη θεραπεία, γίνεται προσπάθεια με την παρούσα μελέτη να διερευνηθούν, αρχικά η εκτίμηση της κατάστασης θρέψης των ασθενών της Παρηγορητικής Φροντίδας, ώστε να χρησιμοποιηθεί στον αδρό υπολογισμό των υποσιτισμένων ασθενών -άρα των ύποπτων για επιπλοκές- κατά την επαφή τους με την ενδονοσοκομειακή δομή της παρηγορητικής φροντίδας υγείας, η συσχέτιση της καταστάσεως θρέψης με τους τομείς της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, η εξεύρεση του καλύτερου εργαλείου εκτίμησης της θρέψης (MNA, ή PG-SGA) στους ασθενείς της Παρηγορητικής Φροντίδας με καρκίνο παχέος εντέρου. (Γκιουλμπασάνης, 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ

4.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΕΝΝΟΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Το κόστος της θεραπείας του καρκίνου μπορεί να ποικίλλει και καθορίζεται από διάφορους παράγοντες όπως, το είδος του καρκίνου, τον τύπο φαρμάκου, τη διάρκεια της θεραπείας κ.τ.λ. (Μανιαδάκη,2011)

Είναι αλήθεια πως το κόστος μπορεί να είναι μεγάλο και για αυτό απαιτείται από τον ασθενή προσεκτικός σχεδιασμός και ανάλυση των οικονομικών του δυνατοτήτων και των απαιτήσεων της θεραπείας. (Μανιαδάκη,2011)

Στις αρχές του 2008, περίπου 12 εκατομμύρια άτομα υπήρχαν με ιστορικό καρκίνου στην Ευρώπη. Αυτός ο αυξανόμενος αριθμός των ασθενών του καρκίνου θα λαμβάνει ιατρική περίθαλψη σε όλη την πορεία του καρκίνου, αρχίζοντας από τη διάγνωση και συμπεριλαμβανόμενων των βραχυπρόθεσμων επιδράσεων και μακροχρόνιων επιπτώσεων της νόσου και της θεραπείας της είναι προφανές ότι το κόστος θα αυξάνεται. (Μανιαδάκη,2011)

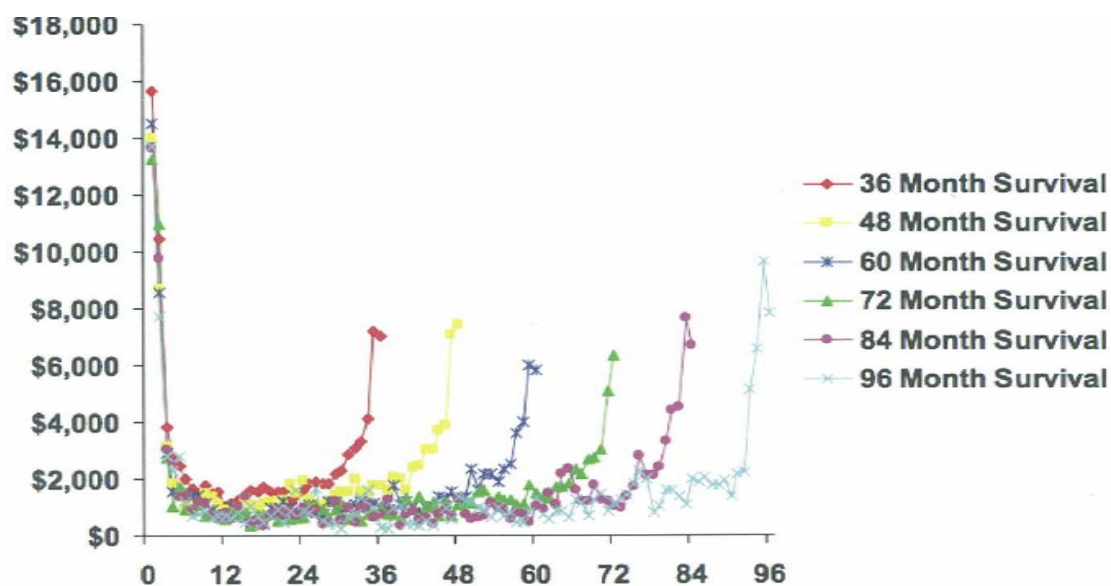
Τάσεις προς μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών της υγειονομικής περίθαλψης και η αύξηση του κόστους της θεραπείας του καρκίνου αναμένεται να οδηγήσει σε μια μεγαλύτερη επιβάρυνση του καρκίνου στο μέλλον.

Η εκτίμηση της οικονομικής επιβάρυνσης του καρκίνου, συμπεριλαμβανόμενων των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, της απώλειας παραγωγικότητας και νοσηρότητας για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, είναι ολόένα και πιο σημαντικά ζητήματα για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, τους ιατρούς, τους εργοδότες, τις οικογένειές και την κοινωνία συνολικά. (Taylor,2004)

Ο καρκίνος φέρει σαν αποτέλεσμα την απώλεια των οικονομικών πόρων και των ευκαιριών για τους ασθενείς, τις οικογένειες, τους εργοδότες, και την κοινωνία συνολικά. Οι απώλειες αυτές περιλαμβάνουν την οικονομική απώλεια, τη νοσηρότητα, τη μειωμένη ποιότητα ζωής, και το πρόωρο θάνατο. Κατά την εκτίμηση της οικονομικής επιβάρυνσης της νόσου, η χρηματική αποτίμηση των πόρων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της νόσου και την απώλεια ευκαιριών που οφείλονται στη νόσο μετρώνται ως κόστος, το οποίο διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση. (Taylor,2004)

Η φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής των ασθενών αυξάνει το κόστος του καρκίνου. Το κόστος είναι χαμηλότερο κατά την περίοδο μεταξύ της αρχικής φροντίδας και του τέλους του κύκλου ζωής τους, με την καμπύλη κόστους να έχει τη μορφή του γραφήματος <<U>>. Το κόστος περίθαλψης εξάλλου διαφέρει από ηλικία σε ηλικία και από τη χρονική στιγμή διάγνωσης. (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2) (Yabroff et. al.,

2012)



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Μηνιαίο Κόστος Φροντίδας Ασθενών Καρκίνου Παχέος Εντέρου(πηγή: Yabroff et. al., 2009)

Η διαχείριση των εξόδων της θεραπείας του καρκίνου είναι δύσκολη για πολλούς ασθενείς και τις οικογένειες, η αντιμετώπιση του καρκίνου και των οικονομικών συνεπειών του μπορεί να προκαλέσει δυσφορία και ανησυχία και να την καταστήσει πιο δύσκολη. (Labianca et al 2010)

Όσο για τον καρκίνο (Ca) του παχέος εντέρου είναι η τρίτη πιο κοινή κακοήθεια στον κόσμο (Labianca et al 2010). Στις ΗΠΑ καταμετρήθηκαν 148.810 νέες περιπτώσεις το 2008, ενώ το 2004 είχε υπολογισθεί ότι το κόστος ήταν 8,4 δις δολάρια αλλά και ότι ο έλεγχος (screening) εξοικονομεί οικονομικούς πόρους, οι οποίοι υπολογίστηκε ότι ανέρχονται σε 10-20 χιλιάδες δολάρια ανά έτος και άτομο. (www.health.state.mn.us/healthreform/measurement/2010PrelimRecs_ColorectalCancer.pdf)

4.2.Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Ο καρκίνος εξακολουθεί να επιβαρύνει με αυξανόμενους ρυθμούς τους δείκτες νοσηρότητας και θνητότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, εξαιτίας αύξησης

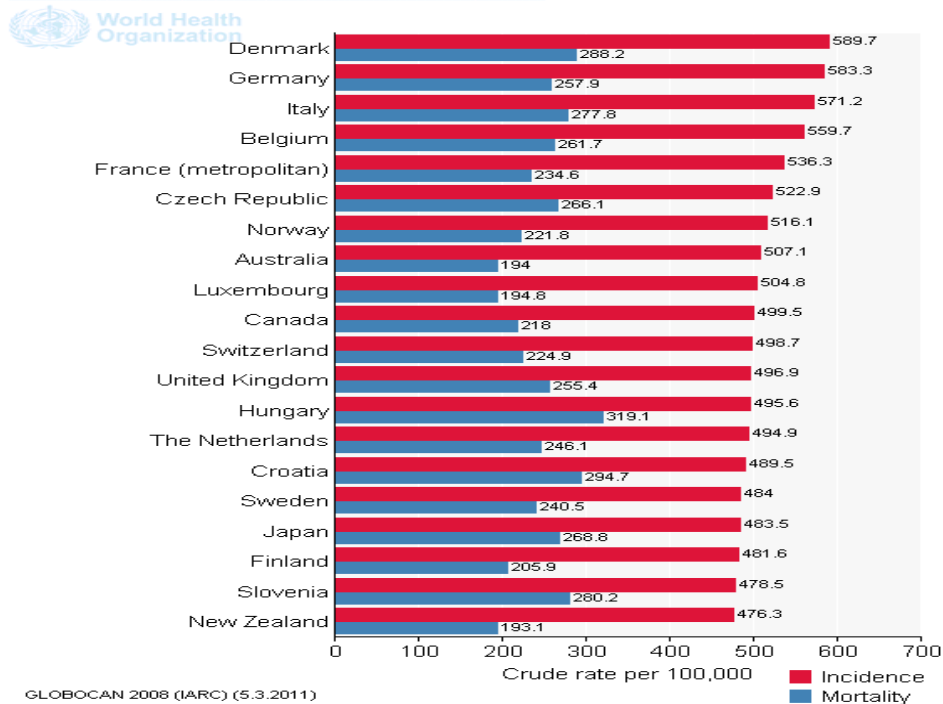
και γήρανσης του πληθυσμού αλλά ταυτόχρονα εξαιτίας της αυξανόμενης υιοθέτησης συμπεριφορών που τροφοδοτούν την εμφάνιση καρκίνου. (Freddie, B. & Melissa, M., et.al. 2011)

Ο καρκίνος είναι πρόβλημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Επηρεάζει όλους τους ανθρώπους, τους νέους και τους ηλικιωμένους, τους πλούσιους και τους φτωχούς, τους άντρες, τις γυναίκες, τα παιδιά. Είναι όμως και η ασθένεια που μπορεί να προληφθεί και η πιο θεραπεύσιμη από όλες τις μεγάλες απειλητικές για τη ζωή ασθένειες που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος. (Yabroff et. al., 2012)

Αν και η γνώση για την πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου αυξάνεται, συνεχίζεται η αύξηση του αριθμού νέων περιπτώσεων ασθενών με καρκίνο κάθε χρόνο σε παγκόσμιο επίπεδο. (World Health Organization and International Union against Cancer, 2005, Global Action Against Cancer - Updated version). Περίπου 12,7 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις με καρκίνο και 7,6 εκατομμύρια θάνατοι που οφείλονται στον καρκίνο εκτιμάται ότι εμφανίστηκαν το 2008 σε παγκόσμιο επίπεδο, με 56% αυτών των νέων περιπτώσεων και 64% των θανάτων να εμφανίζονται στις οικονομικά αναπτυσσόμενες χώρες. (Ferlay, J., & Shin, HR., et.al. 2008)

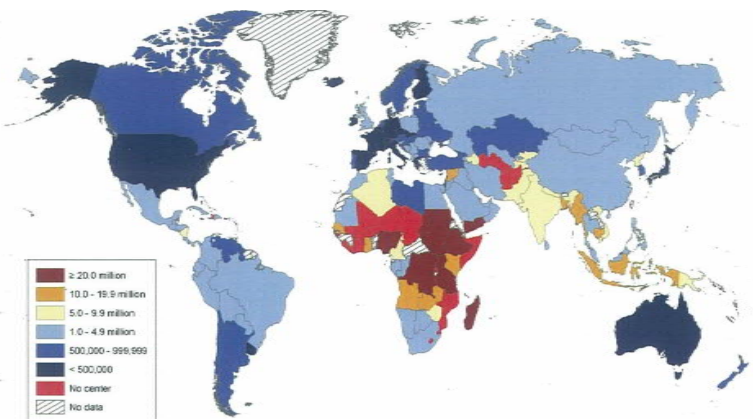
Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. (IARC 2008). Οι χώρες της Ευρώπης εμφανίζονται ως πρωταγωνίστριες σε ποσοστά επίπτωσης και θνητότητας από καρκίνο σε παγκόσμιο επίπεδο. (Ferlay, J. & Shin, HR., et.al. 2008), (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3)

cancers excl. non-melanoma skin cancer: both sexes, all ag



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3 : Ιεράρχηση των 20 πρώτων χωρών παγκοσμίως με τη μεγαλύτερη επίπτωση και θνητότητα από καρκίνο για το έτος 2008

Σε παγκόσμιο επίπεδο οι δείκτες επίπτωσης και θνητότητας δεν ακολουθούν ανάλογα τα ποσοστά νέων τεχνολογιών θεραπείας του καρκίνου όπως για παράδειγμα τις μονάδες ακτινοθεραπείας, ενδεικτικό της ανισότητας στην πρόσβαση αποτελεσματικής θεραπείας των ογκολογικών ασθενών. (EIKONA 1). Αυτό σε συνδυασμό με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες των αναπτυσσόμενων χωρών που αποτρέπουν την έγκαιρη διάγνωση οδηγούν στην αύξηση της θνητότητας στις χώρες αυτές. (Freddie, B. & Melissa, M., et.al. 2011)



ΕΙΚΟΝΑ 1: Αριθμός ανθρώπων που εξυπηρετούνται από κέντρα ακτινοθεραπείας ανά χώρα.(Πηγή: International Atomic Energy Agency, Directory of Radiotherapy Centers)

4.3. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ποιότητα της περίθαλψης έχει βελτιωθεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, παρά το γεγονός ότι όλες οι χώρες μπορούν να επιτύχουν καλύτερα αποτελέσματα, ιδιαίτερα για την αποφυγή των εισαγωγών σε νοσοκομεία για τα άτομα με χρόνιες ασθένειες. Έχει σημειωθεί πρόοδος στην θεραπεία θανατηφόρων παθήσεων όπως η καρδιακή προσβολή, τα εγκεφαλικά επεισόδια και ο καρκίνος στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, που υποβάλλουν εκθέσεις στον ΟΟΣΑ. (Λαζάρου & Οικονομοπούλου, 2007)

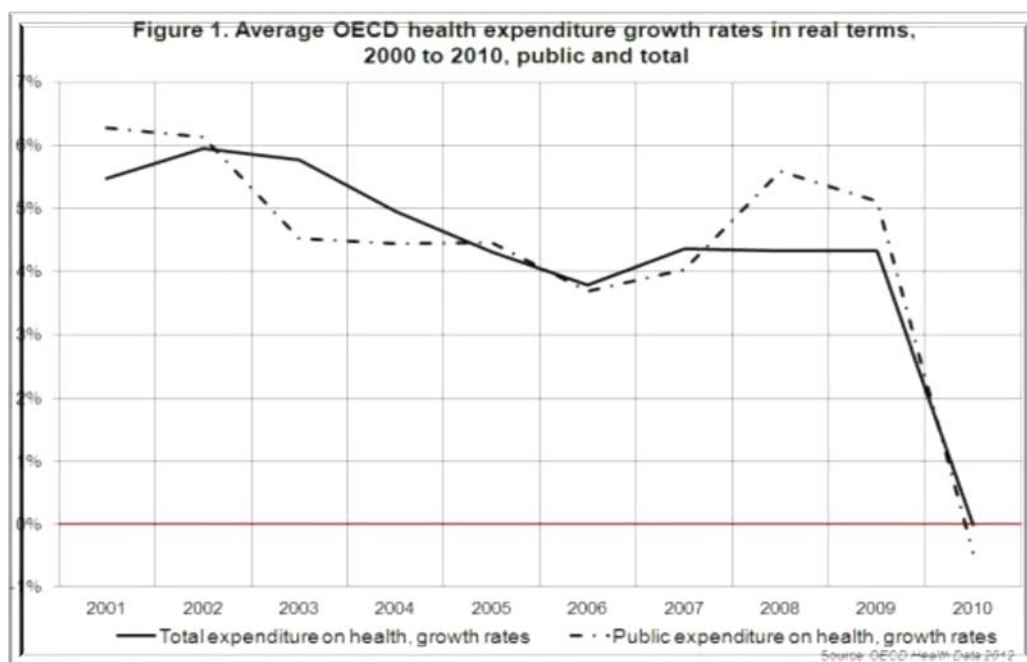
Τα ποσοστά επιβίωσης για διάφορες μορφές καρκίνου έχουν επίσης βελτιωθεί στις περισσότερες χώρες, αντικατοπτρίζοντας την πιο έγκαιρη ανίχνευση και τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της αγωγής. Ενώ τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του μαστού παραμένουν κάτω από το 80% στην Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβενία, αυξήθηκαν κατά περισσότερο από 10 εκατοστιαίες μονάδες μεταξύ του 1997 και του 2002 και την περίοδο 2004 - 2009. Στις δύο αυτές χώρες σημειώθηκε επίσης σημαντική πρόοδος ως προς τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού.

Είναι δύσκολο να ελεγχθεί η ποιότητα της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, επειδή στις περισσότερες χώρες υπάρχουν λιγότερα στοιχεία για τον τομέα αυτόν από ότι για τον νοσοκομειακό τομέα. Η αποφευκτική εισαγωγή σε νοσοκομείο χρησιμοποιείται συχνά ως δείκτης είτε για προβλήματα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ή στην ποιότητα και στη συνέχεια της περίθαλψης. (Οικονόμου, 2012)

Ωστόσο ο ρυθμός αύξησης των δημοσίων δαπανών για την υγεία επιβραδύνεται ή μειώνεται σε πραγματικούς όρους το 2010 στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά περίπου 5%

ετησίως σε πραγματικούς όρους στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά την περίοδο 2000-2009, αλλά αυτό ακολουθήθηκε από μηδενική ανάπτυξη το 2010. (<http://www.oecd.org/health/healthgrowthinhealthspendinggrindstoahalt.htm>)

Τα προκαταρκτικά στοιχεία που έχουν συλλέξει για περιορισμένο αριθμό χωρών δείχνουν μικρή ή καθόλου ανάπτυξη το 2011. Η διακοπή των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2010 προήλθε από την πτώση του 0,5% των δημόσιων δαπανών για την υγεία, μετά από μια αύξηση άνω του 5% ετησίως το 2008 και το 2009. Η πτώση αυτή φαίνεται στο διάγραμμα 4.



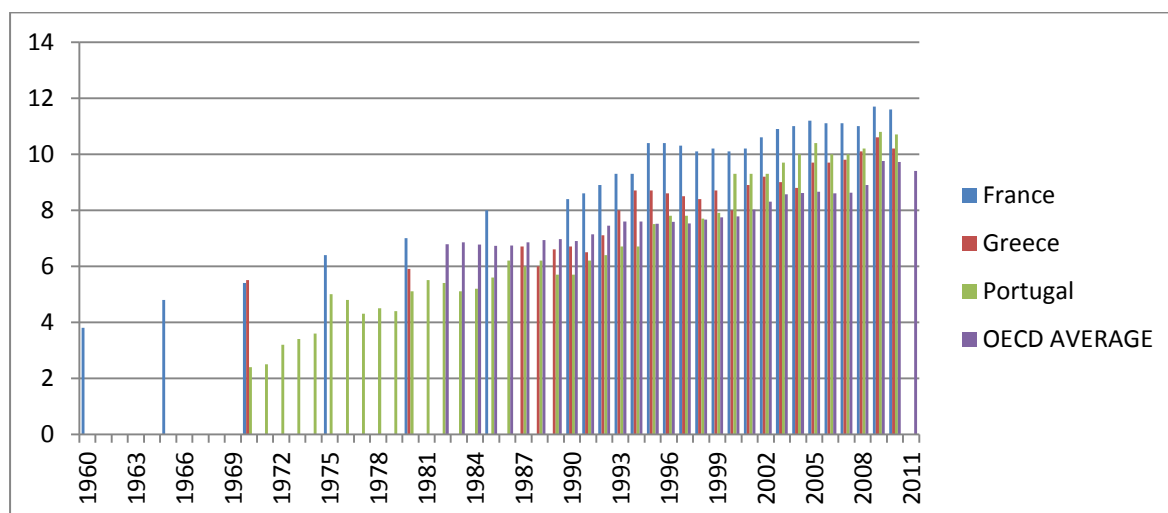
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4

(Πηγή:<http://www.oecd.org/health/healthgrowthinhealthspendinggrindstoahalt.htm>)

Στον πίνακα 2 παραθέτουμε τα ποσά των συνολικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ για την Ελλάδα τα τελευταία χρόνια.

HEALTH EXPENDITURE										
Total expenditure on health, % gross domestic product										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Greece	8,9	9,2	9,0	8,8	9,7	9,7	9,8	10,1	10,6	10,2

Για να δούμε την σύγκριση των τριών χωρών Ελλάδα, Γαλλίας, Πορτογαλίας και του μέσου όρου του ΟΟΣΑ παραθέτουμε το διάγραμμα 5 .



Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία υπολογίζονται στο 10.2% του ΑΕΠ στην Ελλάδα, σε σχέση με 9.5% που είναι ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ. Η οικονομική και χρηματοπιστωτική κρίση οδήγησε σε μια αύξηση του ρυθμού των δαπανών για την υγεία, λόγω του ότι η ελληνική οικονομία συρρικνώθηκε αλλά οι δαπάνες παρέμειναν ίδιες.

Η αύξηση των κατά κεφαλήν δαπανών στον τομέα της υγείας επιβραδύνθηκε ή ελαττώθηκε σε πραγματικούς όρους το 2010 σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες, αναστρέφοντας την τάση σταθερών αυξήσεων. Οι δαπάνες είχαν ήδη αρχίσει να μειώνονται το 2009 σε χώρες που πλήττονταν σκληρότερα από την οικονομική κρίση (π.χ., την Εσθονία και την Ισλανδία), αλλά ακολούθησαν περαιτέρω μειώσεις το 2010 λόγω των αυξανόμενων δημοσιονομικών πιέσεων και της αύξησης των δεικτών χρέους προς το ΑΕΠ. Σε όλη την ΕΕ, κατά μέσο όρο οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά 4,6% ανά έτος σε πραγματικές τιμές μεταξύ του 2000 και του 2009, ακολουθούμενη από πτώση κατά 0,6% το 2010. (<http://www.oecd.org/health/healthgrowthinhealthspendinggrindstoahalt.htm>)

Οι μειώσεις των δημόσιων δαπανών για την υγεία είχαν επιτευχθεί μέσω μιας σειράς μέτρων, συμπεριλαμβανομένων των μειώσεων των μισθών ή και των επίπεδων απασχόλησης, της αύξησης των άμεσων πληρωμών από νοικοκυριά για ορισμένες υπηρεσίες και φάρμακα, και με την επιβολή αυστηρών δημοσιονομικών περιορισμών στα νοσοκομεία. Η αύξηση της αποτελεσματικότητας επιδιώχθηκε

επίσης μέσω συγχωνεύσεων νοσοκομείων ή επιτάχυνσης της μετάβασης από τον τομέα της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης στην περίθαλψη και την χειρουργική επέμβαση στα εξωτερικά ιατρεία. Ως αποτέλεσμα της αρνητικής αύξησης των δαπανών για την υγεία το 2010, το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία έχει σταθεροποιηθεί ή μειώθηκε ελαφρά σε πολλά κράτη μέλη της ΕΕ. Το 2010, τα κράτη μέλη της ΕΕ αφιέρωσαν κατά μέσο όρο (μη σταθμισμένο) το 9,0% του ΑΕΠ τους στις δαπάνες για την υγεία, αυξήθηκε σημαντικά από το 7,3% το 2000, αλλά μειώθηκε ελαφρά σε σχέση με το ανώτατο επίπεδο του 9,2% το 2009. (Καλλιδώνης, Λ., 2013)

Ο δημόσιος τομέας είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης της περίθαλψης υγείας σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες εκτός της Κύπρου. Το 2010, σχεδόν τα τρία τέταρτα (73%) όλων των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκαν κατά μέσο όρο από το Δημόσιο στα κράτη μέλη της ΕΕ. Η δημόσια χρηματοδότηση αντιστοιχούσε σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% στις Κάτω Χώρες, τις σκανδιναβικές χώρες (εκτός της Φινλανδίας), στο Λουξεμβούργο, στην Τσεχική Δημοκρατία, στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Ρουμανία. Το ποσοστό αυτό ήταν το χαμηλότερο στην Κύπρο (43%), και στη Βουλγαρία, στην Ελλάδα και στη Λετονία (55-60%).

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τον συνδυασμό της δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγείας σε ορισμένες χώρες. Οι δημόσιες δαπάνες έχουν υποστεί περικοπές για ορισμένα αγαθά και υπηρεσίες, οι οποίες περικοπές συνδυάζονται συχνά με αυξήσεις του μεριδίου των άμεσων πληρωμών από νοικοκυριά. Στην Ιρλανδία, το μερίδιο της δημόσιας χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία μειώθηκε κατά περίπου 6 εκατοστιαίες μονάδες μεταξύ του 2008 και του 2010, και ανέρχεται πλέον στο 70%, ενώ αυξήθηκε το μερίδιο των άμεσων πληρωμών από νοικοκυριά. Υπήρξε επίσης σημαντική πτώση στη Βουλγαρία και στη Σλοβακική Δημοκρατία. Μετά τη δημόσια χρηματοδότηση, η κύρια πηγή χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία στις περισσότερες χώρες είναι οι άμεσες πληρωμές. Η χρηματοδότηση ιδιωτικής ασφάλισης υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο μόνον σε λίγες χώρες. Το 2010, το μερίδιο των άμεσων πληρωμών ήταν υψηλότερο στην Κύπρο (49%), τη Βουλγαρία (43%) και την Ελλάδα (38%). Το χαμηλότερο ήταν στις Κάτω Χώρες (6%), τη Γαλλία (7%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (9%). Το μερίδιο αυτό αυξήθηκε κατά την τελευταία δεκαετία στα μισά περίπου

κράτη μέλη της ΕΕ, κυρίως στη Βουλγαρία, την Κύπρο, τη Μάλτα και την Σλοβακική Δημοκρατία. (<http://dw.de/p/17RDI>, 2013)

Η οικονομική κρίση και οι αυξανόμενοι δημοσιονομικοί περιορισμοί έχουν επιτείνει τις πιέσεις στα συστήματα υγείας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Διάφορες χώρες που έχουν πληγεί σκληρότερα από την κρίση έχουν λάβει σειρά μέτρων για να μειώσουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Θα είναι σημαντικό να παρακολουθούνται από κοντά οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των μέτρων αυτών στους θεμελιώδεις στόχους των συστημάτων υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες για να διασφαλιστούν η κατάλληλη πρόσβαση και η ποιότητα της περίθαλψης. (Τούντας, 2007)

4.4. ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η φροντίδα του ασθενούς επηρεάζει την εξισορρόπηση της εργασίας και τα οικονομικά της οικογένειας. Εκτιμάται ότι είναι μεγάλο το κόστος για τους εργοδότες, λόγω της απώλειας παραγωγικότητας, και για τους φροντιστές, λόγω της απώλειας του εισοδήματος. Μερικοί ερευνητές επισημαίνουν ότι ο χρόνος που απαιτείται για τη φροντίδα ισοδυναμεί με πλήρη απασχόληση σε εργασία. (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Σε σύγκριση με τους συναδέλφους που δεν είναι φροντιστές, οι οικογενειακοί φροντιστές πρέπει να πάρουν περισσότερο χρόνο από την εργασία, να σταματήσουν να εργάζονται ή να χάνουν ημέρες από το χώρο εργασίας χωρίς αμοιβή.

Οι μελέτες διαπίστωσαν ότι το επίπεδο της παραγωγικότητας στην εργασία επηρεάστηκε από τους εργαζόμενους οι οποίοι ήταν φροντιστές της οικογένειας, επειδή οι οικογενειακοί φροντιστές ήταν πιο κουρασμένοι και καταπονημένοι, έπρεπε να παραμείνουν περισσότερες ημέρες μακριά από την εργασία, και αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν την εργασία νωρίτερα για να ασχοληθούν με τη φροντίδα των ασθενών. (Βλαχογιάννη και συν., 2009).

Επίσης τα οικονομικά της οικογένειας μπορούν επίσης να επηρεαστούν από την ημερήσια δαπάνη της φροντίδας. Άλλα συναφή έξοδα της φροντίδας είναι οι μεταφορές, τα φάρμακα, οι ιατρικές προμήθειες, η συνταγή για τα φάρμακα, ο

εξοπλισμός, και η ενασχόληση με τα οικιακά μπορεί επίσης να επηρεάσει την χρηματοοικονομική επάρκεια. Δυστυχώς το κόστος της φροντίδας αυξάνεται και όταν δεν καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση. (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

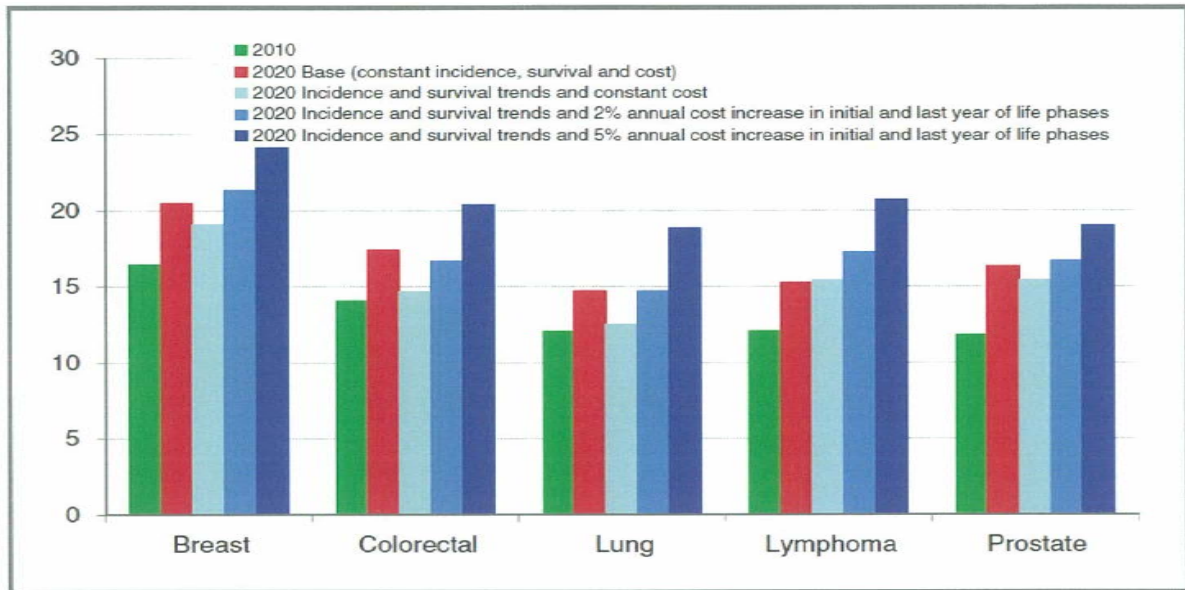
4.5. ΑΜΕΣΑ-ΕΜΜΕΣΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ

Λέγοντας άμεσες ιατρικές δαπάνες είναι εκείνες που σχετίζονται με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν οι ασθενείς, όπως των νοσηλειών, την χειρουργική επέμβαση, τις ιατρικές επισκέψεις, τη θεραπεία της ακτινοβολίας και τη χημειοθεραπεία.

Σε κάθε φάση της περίθαλψης, οι άμεσες ιατρικές δαπάνες που σχηματίζονται με τον καρκίνο ποικίλλουν σημαντικά από το είδος του καρκίνου. Κατά το έτος 2010, το μέσο μηνιαίο κόστος για τη φροντίδα γυναικών με καρκίνο του μαστού ήταν \$1.923 και \$5.074 για τη φροντίδα ατόμων με καρκίνο των πνευμόνων. Στη φάση της φροντίδας, το μέσο μηνιαίο κόστος ήταν \$184 και \$678, αντίστοιχα. Κατά το τελευταίο έτος της ζωής των ασθενών που έπασχαν από καρκίνο, το μηνιαίο κόστος φροντίδας ήταν \$5.238 και \$7.710. Συμπερασματικά το καθαρό κόστος της φροντίδας ήταν υψηλότερο στο αρχικό και τελευταίο έτος της ζωής από ότι στην ενδιάμεση φάση της περίθαλψης και υψηλότερο στους καρκίνους των πνευμόνων από ότι του μαστού. (Yabroff et al., 2012)

Τα έξοδα της φροντίδας του καρκίνου στις ΗΠΑ το 2010 εκτιμάται ότι ήταν 124,5 δισεκατομμυρίων \$ με υψηλότερο κόστος για καρκίνο του μαστού (16,5 δισεκατομμύρια \$), του παχέος εντέρου (4,1 δισεκατομμύρια \$), λέμφωμα (12,1 δισεκατομμύρια \$), του πνεύμονα (12,1 δις \$) και του προστάτη (11,9 δισεκατομμύρια \$). (Yabroff et al., 2012)

Αν η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου, ο χρόνος επιβίωσης και το κόστος της φροντίδας παρέμεναν σε σταθερά επίπεδα, από το έτος 2020 και μετά, το κόστος της θεραπείας του καρκίνου προβλέπεται να αυξηθεί σε 157,8 δις. \$ από 124,5 δις.\$ το 2010. (ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6)



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Το κόστος του καρκίνου αναμένεται να φτάσει τα 158 δις \$ μέχρι το 2020 (Πηγή: <http://www.cancer.gov/newscenter/newsfromnci/2011/costcancer2020>)

Αν οι πρόσφατες τάσεις για την ελάττωση της επίπτωσης, τη βελτίωση της επιβίωσης, και το αυξανόμενο κόστος συνεχιστεί, το εκτιμώμενο κόστος της θεραπείας του καρκίνου θα αυξηθεί στα \$172,8 δις. το 2020 παγκοσμίως, με μια αύξηση 39% από το 2010. Η πλειοψηφία των εκτιμήσεων των άμεσων ιατρικών δαπανών του καρκίνου έχουν επικεντρωθεί στον ηλικιωμένο πληθυσμό ηλικίας 65 ετών και άνω, ο πληθυσμός με τη μεγαλύτερη επικράτηση καρκίνου.

Όσο αναφορά το έμμεσο κόστος του καρκίνου είναι οι οικονομικές απώλειες που συνδέονται με το χρόνο που δαπανάται με την ιατρική περίθαλψη, το χρόνο που χάνεται από εργασία ή άλλες συνήθεις δραστηριότητες (κόστος νοσηρότητας), και την απώλεια παραγωγικότητας λόγω του πρόωρου θανάτου (το κόστος θνησιμότητας). (Κωνσταντινίδης, 2005)

Επειδή η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου και τα ποσοστά θνησιμότητας είναι υψηλότερα στους ηλικιωμένους, και λιγότερα στο εργατικό δυναμικό, οι προσεγγίσεις αποδίδουν πολύ διαφορετικές εκτιμήσεις των έμμεσων δαπανών του καρκίνου. Συμπεριλαμβανομένων των εξόδων μετακίνησης από και προς τη κλινική, περιμένοντας για την παραλαβή και τη φροντίδα, αυτά είναι έξοδα που συνήθως δεν μπορούν να υπολογιστούν.

Τα έξοδα λόγω του χρόνου ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, τη φάση της φροντίδας και με το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση. Η νοσηρότητα λόγω ασθένειας ή θεραπείας μπορεί να νοηθεί ως απώλεια παραγωγικότητας, δηλαδή απώλεια ημερών από την εργασία, ή περισσότερο ευρέως ως απώλεια της ικανότητας προς συμμετοχή σε συνήθεις δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης της αναψυχής. (Κωνσταντινίδης, 2005)

4.6. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΚΑΡΚΙΝΟ

Σε μια μελέτη που διεξήχθη στο New Brunswick που εξέτασε τις οικονομικές επιπτώσεις στις οικογένειες που φροντίζουν ένα παιδί με καρκίνο, έγιναν συνεντεύξεις σε 28 οικογένειες. Βρέθηκε ότι οι οικογένειες που έχουν ένα παιδί με καρκίνο επιβαρύνονται με υψηλές δαπάνες κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, της θεραπείας και της παρακολούθησης των φάσεων της νόσου. (Καπουλίτσας & Καρτάλης, 2007)

Στον Καναδά περίπου 90 παιδιά μετά τη γέννηση τους μέχρι και 14 ετών διαγιγνώσκονται με καρκίνο κάθε χρόνο. Αν και ο καρκίνος της παιδικής ηλικίας είναι σπάνιος, ωστόσο είναι η πιο κοινή ασθένεια που σχετίζεται με τις αιτίες θανάτου των παιδιών. Το ποσοστό επιβίωσης για τα παιδιά με καρκίνο έχει αυξηθεί δραματικά από τα τέλη της δεκαετίας του 1990. Δικαιολογημένα οι ψυχολογικές, κοινωνιολογικές και οικονομικές επιπτώσεις της νόσου μπορεί να είναι εξαιρετικά αγχωτικές για οικογένειες. (Καπουλίτσας & Καρτάλης, 2007)

Λίγες μελέτες έχουν διεξαχθεί για να τεκμηριώσουν τα ζητήματα αυτά, ιδίως από την άποψη των οικογενειών που φροντίζουν ένα παιδί με καρκίνο. Η ηλικία των προσβεβλημένων παιδιών κατά τη στιγμή της διάγνωσης στο New Brunswick κυμαινόταν από 6 μηνών έως 17 ετών. Η πιο κοινή διάγνωση ήταν οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία. Όλα τα παιδιά είχαν λάβει χημειοθεραπεία, μερικά είχαν λάβει θεραπεία με ακτινοβολία, και κάποια άλλα είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση μυελού των οστών. (Κωνσταντινίδης, 2005).

Τρία θέματα προέκυψαν από αυτήν την ποιοτική μελέτη ως παράγοντες που συμβάλλουν για τις δαπάνες αυτές, τα απαραίτητα ταξίδια, η απώλεια εισοδήματος λόγω της μείωσης ή παύσης της γονικής απασχόλησης και οι δαπάνες θεραπείας. (Miedema et al., 2008)

Επιπλέον η φροντίδα του ασθενή επιβαρύνει ένα από τα δυο φύλα. Συνήθως η μητέρα ήταν αυτή που τερμάτισε ή μείωσε το ωράριο εργασίας και επηρέασε τις οικονομίες της οικογένειας. Για οικογένειες με παιδιά που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο, τα οικονομικά θέματα αναδείχτηκαν ως μια σημαντική ανησυχία σε μια εποχή που οι οικογένειες αυτές είχαν ήδη αναλάβει και άλλα έξοδα. Αυτή η οικονομική επιβάρυνση μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην οικονομική ασφάλεια, την ποιότητα ζωής, καθώς και τη μελλοντική ευημερία όλης της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων των αδελφών του πάσχοντος παιδιού, αλλά κυρίως της μητέρας. (Sharp, Timmons, 2010)

Οικονομικά προγράμματα βοήθειας για τις οικογένειες των σοβαρά άρρωστων παιδιών πρέπει να επεκταθούν.(Κωνσταντινίδης, 2005).Εκτός από τις διαταραχές της ψυχολογίας της οικογένειας, οι οικογένειες περιγράφουν οικονομικές δυσκολίες που σχετίζονται με τη φροντίδα για ένα παιδί με καρκίνο. Αναφέρεται σε μελέτη ότι το 37% των οικογενειών ανέφεραν ότι αναγκάστηκαν να δανειστούν χρήματα για να καλύψουν το επιπλέον κόστος της θεραπείας που σχετίζεται με την ασθένεια του παιδιού. (Miedema et al., 2008). Μια άλλη μελέτη ανέφερε ότι οι γονείς των παιδιών με καρκίνο υπέστησαν μεγαλύτερες οικονομικές δυσκολίες από ότι οι γονείς των παιδιών με άλλες σοβαρές ασθένειες, όπως ο διαβήτης. (Sharp, Timmons, 2010)

Μια μικρή ποιοτική καναδική μελέτη ανέφερε ότι μια από τις δυσκολίες των οικογενειών με παιδιά που είχαν καρκίνο ήταν γεγονός ότι τους ζητήθηκε να ταξιδέψουν 400 χιλιόμετρα κατά μέσο όρο για να λάβουν θεραπεία. Πολλές οικογένειες ζουν στην επαρχία, ως αποτέλεσμα, πολλοί άνθρωποι να πρέπει να ταξιδέψουν για να λάβουν εξειδικευμένες θεραπείες. Για παράδειγμα στο New Brunswick, οι ασθενείς με καρκίνο συνήθως αντιμετωπίζονται σε επαρχία είτε στη Νέα Σκωτία ή στο Κεμπέκ. Η άφιξη στην επαρχία είναι μεγάλο ταξίδι, και στην περίπτωση αυτή διανύονται πολλά χιλιόμετρα. (Miedema et al., 2008).

4.7. Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το άμεσο και έμμεσο οικονομικό κόστος της θεραπείας του καρκίνου στην Ελλάδα είναι υψηλό. Το υψηλό άμεσο οικονομικό κόστος που επιβαρύνει το ΕΣΥ, προκύπτει από τη διάρκεια παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, κυρίως τα υψηλού κόστους αντικαρκινικά και άλλα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένου και των πιθανών χειρουργικών επεμβάσεων καθώς και τις υψηλής ακρίβειας και κόστους διαγνωστικές εξετάσεις. Δεν υπάρχουν στοιχεία επίσημα για το άμεσο κόστος στην Ελλάδα, ωστόσο εκτιμάται ότι το κόστος για τη θεραπεία του καρκίνου κυμαίνεται περίπου 6.5% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη.

Προκύπτει επίσης ένα υψηλό έμμεσο οικονομικό κόστος λόγω της μειωμένης παραγωγικότητας, όσο του πάσχοντα, όσο και της οικογένειάς του, που επιβαρύνεται με την κατ'οίκον νοσηλεία αυτού αλλά και από την απώλεια ημερών εργασίας από τον ίδιο τον ασθενή και τους φροντιστές του. Υπολογίζεται ότι το έμμεσο κόστος είναι τουλάχιστον διπλάσιο του άμεσου .

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ό τι στις αναπτυγμένες χώρες της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης, του Καναδά και της Ν. Ζηλανδίας. (OECD 2007).

Μεταξύ των 34 χωρών μελών του Ο.Ο.Σ.Α, η Ελλάδα κατατάσσεται το 2004 στη 19η θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες και στην 23η στις γυναίκες. Όμως, η ευνοϊκή θέση της χώρας είναι σε κάποιο βαθμό πλασματική λόγω ελλείψεων στη διάγνωση, σφαλμάτων στην ταξινόμηση και κυρίως λόγω της έλλειψης εθνικού αρχείου νεοπλασιών. (Health at a Glance 2007: OECD indicators).

Ωστόσο στη χώρα μας, σε αντίθεση με τις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, παρατηρείται μεταξύ των ετών 1980-2004 σταθερή αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες (Ε.Σ.Δ. για τον Καρκίνο 2008-2012, σελίδες 16-17).

Στους άνδρες πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, και ακολουθούν του προστάτη και του παχέος εντέρου. Στις γυναίκες πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο είναι ο καρκίνος του πνεύμονα και ακολουθούν του μαστού και του παχέος εντέρου. Από αρκετές μελέτες φαίνεται ότι η θνησιμότητα από καρκίνο διαφοροποιείται μεταξύ των γεωγραφικών διαμερισμάτων της χώρας, στοιχείο που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Μια πρόσφατη, τέλος, μελέτη έδειξε ότι η θνησιμότητα μειώθηκε κατά 30,5% μετά από σύγκριση που έγινε μεταξύ των περιόδων 1980-1984 και 2000-2007, γεγονός που εν μέρει αποδίδεται στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. (Τούντας, 2007)

Οι διαγνωστικές ελλείψεις και τα σφάλματα ταξινόμησης καθώς και οι δυσκολίες στη διαπίστωση και στην πιστοποίηση της αιτίας του θανάτου, οδηγούν κατά κανόνα σε υποεκτίμηση της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας. Για το λόγο αυτό ο καταλληλότερος τρόπος παρακολούθησης της διαχρονικής εξέλιξης της νόσου είναι η καταγραφή των περιπτώσεων καρκίνου μέσα από τα αρχεία νεοπλασιών σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Δυστυχώς, όμως στη χώρα μας δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για την επίπτωση του καρκίνου και ως εκ τούτου η επιδημιολογική παρακολούθηση γίνεται έμμεσα μέσω των στοιχείων θνησιμότητας.

Μια από τις πηγές πληροφόρησης για την κατάσταση στην Ελλάδα λοιπόν είναι τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Βλέποντας λοιπόν κάποιος τα σχετικά στοιχεία ανακαλύπτει αυτό που ισχύει στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ότι ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες την 20ετία από το 1980 έως και το 2006 είναι φαινόμενο το οποίο είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό εάν λάβουμε υπόψη μας ότι οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο ακολουθούν πτωτικές τάσεις στις περισσότερες οικονομικά αναπτυγμένες χώρες από τα μέσα του 1980. (<http://www.oecd.org/health/healthgrowthinhealthspendinggrindstoahalt.htm>)

4.8. ΘΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Εκτός από την επιβάρυνση της εμπειρίας αυτής, πολλές μελέτες δείχνουν ότι η διαδικασία παροχής φροντίδας μπορεί να είναι και πηγή ανακούφισης, ικανοποίησης και ανταμοιβής για τον φροντιστή. Μια μεγάλη αναλογία φροντιστών επιβεβαιώνει την ύπαρξη προσωπικών ανταμοιβών, παρά τις συναισθηματικές, οικονομικές και σωματικές επιπτώσεις. Περίπου το 70% των φροντιστών αναφέρει ότι η παροχή βοήθειας τον κάνει να νιώθει ικανός και να εκτιμά τη ζωή περισσότερο, όπως και να νιώθει καλά με τον εαυτό του. Οι θετικές πλευρές της φροντίδας έχουν οριστεί και μετρηθεί και περιλαμβάνουν ψυχική ανάταση, την ευγνωμοσύνη και την αυτοεκτίμηση του φροντιστή, την ικανοποίηση από την προσφορά και τον τρόπο ζωής, την αύξηση της δεξιοτεχνίας στην παροχή φροντίδας και την απόκτηση ιδεολογίας σχετική με την προσφορά. (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010)

Οι θετικές εμπειρίες προέρχονται από την προσφερόμενη αγάπη, τη στοργή, την ανταμοιβή, την εύρεση νοήματος, τη συναισθηματική δέσμευση. Πολλοί βρίσκουν νόημα στο ρόλο της φροντίδας και νιώθουν πολύ καλά προετοιμασμένοι για αυτήν. Οι εμπειρίες αυτές μπορούν να αυξήσουν τον ρόλο της περηφάνιας και την ικανότητα των φροντιστών να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της ζωής. (Vachon et al., 1995). Πολλές οικογένειες αποφασίζουν να ζήσουν τις καλύτερες στιγμές τους καθώς αντιμετωπίζουν τον θάνατο. Όταν κάποιος είναι μάρτυρας μιας απειλητικής ασθένειας είναι πιθανό να αφυπνιστεί και να αντιμετωπίσει το γεγονός ότι περνάει ο χρόνος και ότι οι ευκαιρίες στη ζωή είναι λίγες. Επειδή πολλές φορές δεν υπάρχει μέλλον, είναι πρόθυμοι να εστιάσουν στο παρόν, κάνοντας αυτές τις στιγμές όσο καλύτερες μπορούν να γίνουν.

Είναι δυνατόν πολλές φορές από τις θετικές αυτές πλευρές να μειώσουν το αίσθημα της επιβάρυνσης. Υπάρχει περίπτωση η υγεία των φροντιστών να βελτιωθεί κατά τη διάρκεια της νόσου του ασθενή, ως αποτέλεσμα των θετικών επιδράσεων. Η ανάγκη σχεδιασμού και παρεμβάσεων για τη μείωση του φόρτου και της επιβάρυνσης, της κόπωσης, της ανησυχίας, των οποιονδήποτε προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίζει κάποιος φροντιστής ειδικά στο χώρο του νοσοκομείου, πρέπει να αποτελεί επιτακτική ανάγκη από το νοσηλευτικό προσωπικό. Τα σωματικά ή και τα ψυχολογικά προβλήματα που επιβαρύνουν καθημερινά τους φροντιστές πρέπει τουλάχιστον από τους επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπιστούν, δίνοντας την

ευκαιρία στον φροντιστή να μιλήσει για ότι τον απασχολεί, παρέχοντας και σε αυτόν με τη σειρά, κάποιου είδους υποστήριξη, την οποία σίγουρα έχει ανάγκη. (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η οικονομική και ψυχολογική ενίσχυση των φροντιστών που στο ελληνικό νοσοκομείο αποτελεί, λόγω έλλειψης επαρκούς νοσηλευτικού προσωπικού, ένα σημαντικό κομμάτι που συμπληρώνει, αντικαθιστά τη νοσηλευτική φροντίδα, μέσα από οργανισμούς ή ακόμα και από το ίδιο το κράτος μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά στην πρόληψη άγχους, κατάθλιψης και στην ελάττωση των σωματικών ενοχλημάτων. Μην ξεχνάμε ότι ένα αρκετά επιλήψιμο ποσοστό φροντιστών για να παρέχουν φροντίδα στον ασθενή τους σταματούν να εργάζονται με αποτέλεσμα να δανείζονται από τους γύρω ή ακόμα χειρότερα από τράπεζες. Τα τελευταία χρόνια άρχισε όλο και περισσότερο να επικρατεί η άποψη ότι ο καρκίνος δεν είναι μόνο μια ασθένεια του σώματος, αλλά αποτελεί και μία τόσο κρίσιμη καμπή στη ζωή του ασθενούς και της οικογένειάς του, ώστε για τη θεραπεία και την πιθανή ίαση να είναι σχεδόν πάντοτε αναγκαία η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη. (Vachon et al., 1995)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Στη μελέτη εντάχθηκαν όλοι οι ασθενείς, ηλικίας άνω των 18 ετών, με ιστολογικά επιβεβαιωμένο καρκίνο του παχέος εντέρου (κόλου και ορθού) που προσήλθαν στο Ογκολογικό Τμήμα του ΓΝΑ «ΕΛΠΙΣ» και του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Αθηνών «ο Άγιος Σάββας» από τον Δεκέμβριο του 2012 έως τον Μάιο του 2013, προκειμένου να εκτιμηθούν για την χορήγηση συστηματικής αντινεοπλασματικής θεραπείας και παρηγορητικής φροντίδας.

Το δείγμα μας περιλαμβάνει συνολικά 84 ασθενείς. Δεδομένου ότι στόχος της εργασίας είναι η περιγραφή της κατάστασης θρέψης των ασθενών στον Ελλαδικό χώρο, και ο συσχετισμός των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων με τον κίνδυνο υποσιτισμού, συμμετείχαν άτομα με διατροφικές συνήθειες που

αντικατοπτρίζουν τις αντίστοιχες του Ελληνικού πληθυσμού. Για το λόγο αυτό οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι μόνιμοι κάτοικοι Ελλάδας τα τελευταία 15 έτη. Επιπλέον, κάθε περίπτωση συνοδεύεται από κλινικές πληροφορίες σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την εντόπιση και το στάδιο του όγκου καθώς και την κλινική πορεία. Οι κλινικές πληροφορίες δεν αποκάλυπταν την ταυτότητα των ασθενών και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της μελέτης.

5.2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ

Προϋπόθεση για να συμπεριληφθούν οι ασθενείς σε ανάλυση ανταπόκρισης στη θεραπεία ήταν να έχουν μετρήσιμη -και εκτός ακτινοβολημένου πεδίου- νόσο. Αποκλείστηκαν από τη μελέτη ασθενείς με ιστορικό δεύτερου πρωτοπαθούς νεοπλασματος ή εμφάνιση λοίμωξης, ενώ ασθενείς με ιστορικό χρόνιου νοσήματος, λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά την περίοδο της εκτίμησης στη μελέτη εντάχθηκαν κανονικά. Ασθενείς που δεν ήταν σε θέση να συνεργασθούν για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (πχ λόγω παρουσίας ανοϊκής συνδρομής ή ψυχιατρικής νόσου), εξαιρέθηκαν από την μελέτη.

Η προσωπική διανομή των ερωτηματολογίων και η ενημέρωση των ασθενών έγινε από ιατρούς και νοσηλευτές με εμπειρία στην προσέγγιση αυτού του πληθυσμού ασθενών. Από τα 100 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν, συμπληρώθηκαν μόνον 86, δηλαδή το ποσοστό της ανταπόκρισης ήταν 86%. Δύο ασθενείς δεν ενθυμούντο σαφώς το παρελθόν βάρος τους και επομένως εξαιρέθηκαν από το υλικό. Το ποσοστό που ανταποκρίθηκε (86%) ξεπερνούσε την αναμενόμενη ανταποκρισιμότητα (35-45%) (Τούντας και συν. 2003).

Η καταγραφή των δεδομένων ήταν συνεχόμενη (continuous recording) για να ελαχιστοποιηθούν τυχόν στατιστικά σφάλματα διαλογής (selection biases). Κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα υπολογίσθηκε ότι περίπου 80 ασθενείς θα εντάσσονταν στη μελέτη

5.3. ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η μελέτη έλαβε την έγκριση από την Επιτροπή Δεοντολογίας του Νοσοκομείου. Ο σχεδιασμός της μελέτης ήταν συμβατός με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι σ' ότι αφορά τις ηθικές, επιστημονικές και νομικές αρχές που ρυθμίζουν την κλινική έρευνα όπως αυτές τροποποιήθηκαν το 1996 καθώς και με τις συστάσεις για τη “Καλή Κλινική Πρακτική” (World Medical Association Declaration of Helsinki 1964). Όλοι οι ασθενείς διάβασαν, κατανόησαν και υπέγραψαν το σχετικό έντυπο ενημερώσεως και συγκαταθέσεως πριν την ένταξη στη μελέτη.

5.4. ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

Όλοι οι νέο-διαγνωσμένοι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο παχέος εντέρου ενημερώθηκαν σχετικά με το πρωτόκολλο και είχαν τη δυνατότητα να ενταχθούν σ' αυτό εντός 2 ημερών από την έναρξη της συστηματικής θεραπείας. Μετά την υπογραφή του εντύπου συγκατάθεσης, οι ασθενείς συμπλήρωσαν το πρωτόκολλο MNA με τη βοήθεια δύο επαγγελματιών υγείας. Ο αριθμός αυτός καθορίστηκε να είναι περιορισμένος ούτως ώστε να ελαττωθεί, κατά το δυνατόν, ο κίνδυνος υποκειμενικής διακύμανσης (inter-observer variability). Ο προγραμματισμένος χρόνος που απαιτείτο για την συμπλήρωση του MNA κυμαινόταν από 15-25min (παράρτημα I).

Οι κατηγορίες σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο MNA είναι: Καλή θρέψη, Κίνδυνος υποσιτισμού και Σοβαρός υποσιτισμός. Η ίδια φιλοσοφία ισχύει και στην συμπλήρωση του PG-SGA.

Το ερωτηματολόγιο MNA περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις που χωρίζονται σε 2 μέρη: 1) Διαλογής (screening) και 2) Εκτίμησης (assessment). Οι ερωτήσεις διαλογής είναι 6 και αναφέρονται σε μεταβολές στην πρόσληψη της τροφής, στην απώλεια βάρους (εδώ χρησιμοποιείται το όριο του 5% μέσα στο τελευταίο τρίμηνο, ενώ και η απάντηση “δεν γνωρίζω” βαθμολογείται ανάλογα), την κινητικότητα, την παρουσία οξέος ψυχολογικού stress αλλά και χρόνιων νευρο-ψυχιατρικών νοσημάτων (άνοια, κατάθλιψη) και τέλος στο BMI που προκύπτει από τον τύπο:

BMI= Βάρος / Ύψος². Οι ερωτήσεις εκτίμησης αφορούν την ικανότητα του ασθενούς να ζει ανεξάρτητα, τη θεραπευτική αγωγή, καθώς και 2 ερωτήσεις που αφορούν την αυτοεκτίμηση της θρέψης και της κατάστασης της υγείας γενικότερα σε σχέση με άλλα άτομα της ίδιας ηλικίας. Επιπλέον, περιλαμβάνονται 2 σωματομετρικές καταγραφές που αφορούν τη μέτρηση της περιμέτρου του βραχιονίου και της κνήμης.

Αν το άθροισμα της βαθμολογίας είναι μεγαλύτερο από 23,5 τότε, βάση πρωτοκόλλου, ο ασθενής έχει επαρκή θρέψη. Αν το score είναι μεταξύ 17 και 23,5 τότε θεωρείται ότι ο ασθενής είναι αυξημένου κινδύνου για εμφάνιση υποθρεψίας ενώ αν το συνολικό score είναι μικρότερο του 17 τότε χαρακτηρίζεται ως υποθρεπτικός κατά τη στιγμή της εκτίμησης.

5.5. ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ PATIENT'S GENERATED SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT (PG-SGA)

Η φόρμα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την πρόσληψη της τροφής, το βάρος, την παρουσία παραγόντων που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο υποθρεψίας και αποτελείται από ένα συνδυασμό δεδομένων που δίνονται από τον ίδιο τον ασθενή κατά την λήψη του ιστορικού, όπως η απώλεια βάρους, η πρόσληψη τροφής, η λειτουργική κατάσταση, τα συμπτώματα που επηρεάζουν την πρόσληψη της τροφής και από την εκτίμηση του επαγγελματία υγείας (νοσηρότητα, φαρμακευτική αγωγή, παρουσία πυρετού) (Παράρτημα 2). Η απώλεια βάρους διαβαθμίζεται από 0 έως 5 και αφορά το χρονικό διάστημα των τελευταίων 6 μηνών. Καταγράφονται επίσης η λειτουργική κατάσταση του ασθενούς και τα συμπτώματα που σχετίζονται με την πρόσληψη της τροφής. Στο πρωτόκολλο SGA (2^η σελίδα της φόρμας PG-SGA στο παράρτημα 2) περιλαμβάνεται επιπλέον η φυσική εξέταση καθώς και η εκτίμηση της κατάστασης 7 μυϊκών ομάδων, 3 περιοχών εναποθέσεων λίπους και η παρουσία οιδήματος. Με τον τρόπο αυτό, συνυπολογίζεται και η σύνθεση του σώματος στην διαδικασία του διατροφικού screening.

Οι κατηγορίες κατά SGA είναι: **Καλή θρέψη, Ήπια διαταραχή της θρέψης και Σοβαρή διαταραχή της θρέψης**. Ενώ οι κατηγορίες κατά PG-SGA score είναι :0-1=1, 2-3=2, 4-8=3, >9=4. Αναλυτικώς:

- 0-1- Απαιτείται μηδενική παρέμβαση. Επαναξιολόγηση ρουτίνας
- 2-3- Εκπαίδευση ασθενών & οικογενειών, από το διαιτολόγο, την νοσηλεύτρια, ή άλλο κλινικό με φαρμακευτικές παρεμβάσεις όπως υποδεικνύονται από τις οδηγίες
- 4-8- Απαιτεί την παρέμβαση από διαιτολόγο, από κοινού με τη νοσηλεύτρια ή τον ιατρό όπως υποδεικνύεται από την έρευνα συμπτωμάτων
- >9- Δείχνει μια κρίσιμη ανάγκη για τη βελτιωμένη διαχείριση συμπτώματος έως και τις λοιπές θεραπευτικές επιλογές από όλο το φάσμα των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την διατροφή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

6.1.ΓΕΝΙΚΑ- ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα δεδομένα περιγραφικής στατιστικής εκφράστηκαν ως μέσοι όροι (mean), σταθερές αποκλίσεις (standard deviation), διάμεσες τιμές του δείγματος ασθενών και ως ποσοστά (%). Για τις συγκρίσεις ποιοτικών ή ποσοτικών χαρακτηριστικών μεταξύ των υπο-ομάδων χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι -λόγω μη κανονικότητας της κατανομής- οι δοκιμασίες Friedmann, Wilcoxon signed rank test, και οι Spearman's correlation coefficient, Kendall tau-b, και Kruskal-Wallis H-test. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των μετρήσεων των παραγόντων που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's α .

Τα δημογραφικά δεδομένα, οι παράμετροι ηλικία, φύλο, ιστορικό καπνίσματος, απώλεια βάρους το τελευταίο εξάμηνο και τον τελευταίο μήνα, οι κατηγορίες θρέψης κατά MNA καθώς και οι κατηγορίες διαιτολογικής παρέμβασης κατά PG-SGA, συσχετίστηκαν με τις παραπάνω μεθόδους και αναγράφεται η στατιστική ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε. Όλες οι στατιστικές δοκιμασίες πραγματοποιήθηκαν στο 5% επίπεδο σημαντικότητας, και χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 15.

6.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

Τα δημογραφικά-επιδημιολογικά τους χαρακτηριστικά καθώς και τα βασικά χαρακτηριστικά της νόσου παρατίθενται στον Πίνακα 3 και 4

Έτσι τελικά στη μελέτη εντάχθηκαν και εκτιμήθηκαν 84 ασθενείς (46 άνδρες, 38 γυναίκες), μέσης ηλικίας, με σταθερή απόκλιση (Standard Deviation, SD) τα $66,75 \pm 10,75$ έτη. Από τους ασθενείς, οι 2 (2,38%) δεν έλαβαν καμίας μορφής αντινεοπλασματική θεραπεία, καθότι ήταν στο τελικό στάδιο. Οι υπόλοιποι 77 (91,6%) από αυτούς έλαβαν συνδυασμένη χημειοθεραπεία και οι 3 (3,57%) έλαβαν μονο-χημειοθεραπεία ή θεραπεία με βιολογικό παράγοντα λόγω κακής γενικής κατάστασης. Οι 70 ασθενείς (83,3%) ήταν στα στάδια II και III της νόσου, δηλαδή χειρουργήσιμα στάδια.

Τα βασικά σωματομετρικά χαρακτηριστικά, όπως ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), η απώλεια βάρους και οι γενικές βαθμολογίες (PG-SGA score, MNA score) των ερωτηματολογίων εκτίμησης θρέψης παρατέθηκαν στους πίνακες 5 και 6.

Τόσο μεταξύ των τιμών του BMI όσο και μεταξύ των κατηγοριών απώλειας βάρους παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Κατά τον διαχωρισμό ανάλογα με την ηλικία -άνω και κάτω των 65ετών- φάνηκε ότι στους <<ηλικιωμένους>> (n=51) η στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 3 χρονικών τιμών BMI διατηρείτο στο BMI και στην απώλεια βάρους, ενώ στους κάτω των 65 (n=33) ο BMI είχε στατιστικά σημαντική διαφορά αλλά όχι και η απώλεια βάρους (p=0,080).

Στον πίνακα 7 παρατέθηκαν οι βαθμολογίες των 4 κατηγοριών ως προς την διαιτολογική παρέμβαση κατά PG-SGA καθώς και οι βαθμολογίες των 3 κατηγοριών θρέψης κατά MNA, SGA (καλή θρέψη, υπόνοια ή βεβαιότητα για υποθρεψία και σοβαρά κακή θρέψη).

Στον πίνακα 8 έγινε κατηγοριοποίηση σύμφωνα με την ηλικία (>65y (n=51) και <65y (n=33)). Οι ασθενείς ανήκουν κατά κανόνα, τόσο πριν από 6 μήνες όσο και πριν από 1 μήνα, στο στάδιο του υπέρβαρου ατόμου (BMI 25-30, με απώλεια βάρους 2-2,9% τον τελευταίο μήνα και 2-5,9% τους τελευταίους 6 μήνες. Στην παρούσα μελέτη δεν διαπιστώθηκε απώλεια βάρους άνω του 5% σε διάστημα 12 μηνών ή και λιγότερο (ή $BMI < 20 \text{kg/m}^2$) που είναι 2 από τα κριτήρια διάγνωσης του συνδρόμου

της καρκινικής καχεξίας, οπότε δεν επελέγη να διαχωριστούν οι ασθενείς με αυτό το κριτήριο, όπως σε άλλες μελέτες (Γκιουλμπασάνης, 2011)

Τόσο στην κατά MNA κατάταξη όσο και στην κατά SGA οι ασθενείς ήσαν επί το πλείστον υποθρεπτικοί ή με υπόνοια υποθρεψίας (κατηγορίες B και C). Κανένας από τους ασθενείς δεν στην πρώτη κατηγορία κατά PG-SGA ώστε να μην χρειάζεται διατροφολογική παρέμβαση (πίνακας 7).

Σύμφωνα με το MNA, έναντι 37 (44%) ασθενών που είχαν επαρκή θρέψη (MNA-A), το υπόλοιπο 66% (MNA-B και MNA-C) δηλαδή ασθενείς που διαγνώστηκαν με αυξημένο κίνδυνο για υποθρεψία και ή με υποθρεψία, είχαν ανάγκη διατροφικής υποστήριξης.

Σύμφωνα με το SGA, μόνο 14 (16,7%) ασθενείς είχαν επαρκή θρέψη (SGA-A), το υπόλοιπο 83,3% (δηλαδή κατηγορίες SGA -B και SGA -C) είχαν ανάγκη διατροφικής υποστήριξης.

Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση PG-SGA -για το είδος της διατροφικής υποστήριξης που χρειάζεται- 72 ασθενείς (85,7%) έχρηζαν άμεσων μέτρων για την βελτιωμένη διαχείριση της υποθρεψίας και πιθανής καχεξίας τους από όλο το φάσμα των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την διατροφή (πίνακας 7).

Στους ηλικιωμένους (πίνακας 8) παρατηρήθηκε ότι 43 ασθενείς (84,3%) κατά SGA είχαν υπόνοια ή βεβαιότητα υποθρεψίας. Επίσης 51 ασθενείς (100%) έχρηζαν άμεσων μέτρων διατροφικής παρέμβασης (κατά την κατηγοριοποίηση PG-SGA) και σύμφωνα με το MNA -που άλλωστε χαρακτηρίζεται γηριατρικό πρωτόκολλο- μόνο το 52,9% (n=27) των ασθενών ήταν στην B και C κατηγορία και επομένως έχρηζε παρέμβασης.

Πίνακας 3 : Βασικά δημογραφικά - επιδημιολογικά χαρακτηριστικά (n=84)

Εντόπιση	κόλον	81 (96,4)
	Ορθό	3 (3,6%)
Φύλο	Ανδρες	46 (54,8%)
	Γυναίκες	38 (45,2%)
άτομα>65 : σύνολο 51	Ανδρες>65	34 (66,6 %)

Ατομα<65 : σύνολο 33	Γυναίκες>65	17 (33,3 %)
	Ανδρες<65	9 (27,3 %)
	Γυναίκες<65	24 (72,7 %)
Ηλικία	Μέσος όρος 66,75 έτη +- 10,75 έτη	
	Διακύμανση 28-85 έτη	
	Διάμεσος 68 έτη	
Ιστορικό καπνίσματος	Ενεργείς καπνιστές	54 (64,3)
	Μη καπνιστές	30 (35,7%)
	Ασθενείς που δεν κάπνισαν ποτέ	25 στους 30 (83,3%)
	Πρώην καπνιστές	5 στους 30 (16,6%)
Μόρφωση	Δημοτικό	45 (53,57%)
	Γυμνάσιο/IEK	31(36,9%)
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	8 (9,5%)
Κατοικία	Αγροτική περιοχή	16 (19%)
	Μικρή πόλη	22 (26,2%)
	Μεγάλη πόλη	46 (54,7%)
Επάγγελμα	συνταξιούχος	41(48,8%)
	Οικιακά	10 (11,9%)
	ιδιωτικός υπάλληλος	9 (10,7%)
	δημόσιος υπάλληλος	3 (3,57 %)
	αγρότης	1 (1,2%)
	συνταξιούχος ΟΓΑ	4 (4,76%)
	συνταξιούχος ιδιωτικός υπάλληλος	4 (4,76%)
	συνταξιούχος NAT	2 (2,38%)
	εργαζόμενος	6 (7,14%)
	άνεργος απόφοιτος ΜΕ	1 (1,2%)
Παράλληλη νοσηρότητα	καμία	25 (29,76%)
	Ελαφρά	43 (51,2%)
	Βαριά	14 (16,7%)
	χωρίς πρότερο έλεγχο	2 (2,38%)

Πίνακας 4: Στοιχεία από το Ογκολογικό Ιστορικό των Ασθενών (n=84)

Στάδιο κατά τη διάγνωση	I	1 (1,2%)
	II	41 (48,8%)

	III	29 (34,5%)
	IV	11 (13,09%)
	Τελικό	2 (2,38%)
Θεραπεία	Χημειο- και Ακτινοθεραπεία	3 (3,57%)
	Χημειοθεραπεία	77 (91,6%)
	καμμία	2 (2,38%)

Πίνακας 5: Βασικά σωματομετρικά χαρακτηριστικά, δείκτες και ερωτηματολογία εκτίμησης θρέψης (n=84)

	M±SD	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Διάμεσος τιμή	P
BMI 6μηνών πριν (kg/m ²)	28,59±4,72	18,65	39,47	27,90	
BMI 1μηνός πριν (kg/m ²)	27,70±4,70	17,21	39,04	27,51	
BMI t=0 (kg/m ²)	26,93±4,88	14,34	38,63	26,95*	<0,001
Βαθμοί Απώλειας βάρους 1μ	1,14±1,20	0	4	1	
Βαθμοί Απώλειας βάρους 6μ	1,51±1,02	0	4	1 ⁺	<0,001
PG-SGA score	13,45±5,90	3	55	13	
MNA score	22,55±2,88	12,5	26,5	22,50	

M± SD: μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση, NS μη στατιστικά σημαντική διαφορά, *Friedman Test μεταξύ των BMI, + Wilcoxon Signed Ranks Test μεταξύ των 2κατηγοριών απώλειας βάρους. Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) 6μηνών πρό της μετρήσεως, 1 μηνός πριν και την στιγμή της αξιολόγησης (BMI t=0) και η απώλεια βάρους κατά τον τελευταίο μήνα και κατά τους τελευταίους 6 μήνες, όπως περιγράφεται στο PG-SGA. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO 2000), οι ασθενείς χωρίζονται ανάλογα με το δείκτη μάζας σώματος σε: ελλιποβαρείς (<19), σε αυτούς με φυσιολογικό βάρος (BMI 19-25), σε υπέρβαρους (BMI 25-30), και σε παχύσαρκους (BMI >30). Η τελευταία κατηγορία χωρίζεται σε παχυσαρκία κατηγορίας I (BMI 30-35), II (BMI 35-40) και III (BMI >40). Βρέθηκε με παραμετρικές μεθόδους ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο στις 3 μετρήσεις BMI, όσο και στην απώλεια βάρους τον τελευταίο μήνα εν σχέσει με τους τελευταίους 6 μήνες.

Οι κατηγορίες απώλειας βάρους τον τελευταίο μήνα κατά PG-SGA είναι : Για απώλεια >=10% δίδονται 4 βαθμοί, για 5-9,9% δίδονται 3 βαθμοί, για 3-4,9% δίδονται 2, για 2-2,9% 1 βαθμός και για 0-1,9% αντιστοιχούν 0 βαθμοί.

Οι κατηγορίες απώλειας βάρους τους τελευταίους 6 μήνες κατά PG-SGA είναι: Για απώλεια >=10% δίδονται 4 βαθμοί, για 10-19,9% δίδονται 3 βαθμοί, για 6-9,9% δίδονται 2, για 2-5,9% δίδεται 1 βαθμός και για 0-1,9% αντιστοιχούν 0 βαθμοί (παράρτημα I).

Πίνακας 6: Βασικά σωματομετρικά χαρακτηριστικά, δείκτες και ερωτηματολόγια εκτίμησης θρέψης σε ηλικίες >65 και <65 ετών (n=84)

ηλικίες >65 (n=51)	M±SD	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Διάμεσος τιμή	p
BMI 6μηγών πριν (kg/m ²)	29,29 ±4,51	20,09	39,47	27,90	
BMI 1μηγός πριν (kg/m ²)	28,28±4,44	18,47	39,04	28,39	
BMI t=0 (kg/m ²)	27,61±4,46	17,10	38,63	27,39*	<0,001
Βαθμοί Απώλειας βάρους 1μ	1,49±0,95	0	4	1	
Βαθμοί Απώλειας βάρους 6μ	1,12±1,07	0	3	1 ⁺	<0,003
PG-SGA score	13,45±3,56	3	55	13	
MNA score	22,93±2,68	14,5	26,5	22,50	
ηλικίες <65 (n=33)	M±SD	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Διάμεσος τιμή	p
BMI 6μηγών πριν (kg/m ²)	27,52 ±4,9	18,65	38,05	26,91	
BMI 1μηγός πριν (kg/m ²)	26,78±5,01	17,21	36,10	26,23	
BMI t=0 (kg/m ²)	25,86± 5,36	14,34	36,20	24,97*	<0,001
Βαθμοί Απώλειας βάρους 1μ	1,55±1,15	0	4	1	
Βαθμοί Απώλειας βάρους 6μ	1,18±1,40	0	4	1 ⁺	NS
PG-SGA score	13,45±8,44	3	55	12	
MNA score	21,96±3,11	12,5	26,5	22,50	

Η σύγκριση είναι σημαντική με p<0,05 (2-tailed). M±SD: μέση τιμή±σταθερή απόκλιση

*Friedman Test , + Wilcoxon Signed Ranks Test

Πίνακας 7: Κατηγοριοποίηση θρέψης κατά SGA και MNA και ένδειξη για διατροφολογική παρέμβαση των ασθενών του δείγματος από το (PG-SGA) (n=84)

Κατηγορίες θρέψης SGA	n	%
SGA-A	14	16,7
SGA-B	61	72,6
SGA-C	9	10,7
Κατηγορίες διατροφολογικής παρέμβασης κατά PG-SGA		
PG-SGA 1	0	0
PG-SGA 2	1	1,2
PG-SGA 3	11	13,1

PG-SGA 4	72	85,7
Κατηγορίες θρέψης MNA		
MNA-A	37	44
MNA-B	42	50
MNA-C	5	6

Πίνακας 8: Κατηγοριοποίηση θρέψης και ένδειξη για διατροφολογική παρέμβαση των ασθενών του δείγματος (n=84)

>65y (n=51) <65y (n=33)

Κατηγορίες θρέψης SGA	n	%	n	%
SGA-A	8	15,7	6	18,2
SGA-B	38	74,5	23	69,7
SGA-C	5	9,8	4	12,1
Κατηγορίες διατροφολογικής παρέμβασης κατά PG-SGA				
PG-SGA 1	0	0	0	0
PG-SGA 2	0	0	1	3,0
PG-SGA 3	3	5,9	8	24,2
PG-SGA 4	46	90,2	23	69,7
PG-SGA 5	2	3,9	1	3,0
Κατηγορίες θρέψης MNA				
MNA-A	24	47,1	13	39,4
MNA-B	25	49,0	17	51,5
MNA-C	2	3,9	3	9,1
Κατηγορίες ΑπώλειαςΒΣ 6μ				
0	6	11,8	6	18,2
1	23	45,1	12	36,4
2	14	27,5	8	24,2
3	7	13,7	5	15,2
4	1	2,0	2	6,1
Κατηγορίες ΑπώλειαςΒΣ 1μ				
0	18	35,3	16	48,5
1	17	33,3	5	15,2

2	8	15,7	5	15,2
3	8	15,7	4	12,1
4	0	0	3	9,1
Στάδιο 1	1	1,95	0	0
2	27	52,9	16	48,5
3	16	31,4	10	30,3
4	6	11,8	5	15,2
Τελικό	0	0	2	6,1

Κατηγορίες κατά SGA και MNA: A. Καλή θρέψη. B. Ήπια διαταραχή της θρέψης. C. Σοβαρή διαταραχή της θρέψης. Κατηγορίες κατά PG-SGA score: 0-1=1, 2-3=2, 4-8=3, >9=4, όπως περιγράφονται αναλυτικά στο κείμενο ανωτέρω και στο παράρτημα 1.

6.3 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΝΑ, PG-SGA ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Διερευνήθηκαν οι δημογραφικοί παράγοντες και οι σχετιζόμενοι με την νόσο για την σχέση τους με την θρέψη. Στον πίνακα 9 παρατίθεται η συσχέτιση των ερωτηματολογίων θρέψης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την νόσο. Στον πίνακα παρατίθενται μόνο τα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα.

Από τις λοιπές συσχετίσεις των δημογραφικών-κοινωνικών δεδομένων και χαρακτηριστικών νόσου έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχουν ασθενείς συσχετίσεις κυρίως και καμία ισχυρή, στην θρέψη (πίνακας 9).

Το επίπεδο εκπαίδευσης επηρέασε ασθενώς τις κατηγορίες για διατροφολογική παρέμβαση κατά PG-SGA και το συνολικό του score, τη σωματική και συναισθηματική λειτουργικότητα, τη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας. Το επάγγελμα επηρέασε μόνο τη συναισθηματική λειτουργικότητα. Η διαμονή δεν επηρέασε τίποτε. Το φύλο επηρέασε μετρίως το MNA score, την αϋπνία και ασθενώς τις MNA κατηγορίες, την ανορεξία, τη δυσκοιλιότητα, τη σωματική λειτουργικότητα και το σωματικό ρόλο

Η νοσηρότητα επηρέασε ασθενώς τη ζωτικότητα, την οικονομική κατάσταση και τις κατηγορίες για διατροφολογική παρέμβαση κατά PG-SGA. Το

κάπνισμα επηρέασε τη ΣΥΠΖ και καθόλου τη θρέψη. Είχε ασθενείς με μέτρια συσχέτιση με την αϋπνία και τη συναισθηματική λειτουργικότητα.

Η χρήση αλκοόλ -κανείς δεν ήταν αλκοολικός- επηρέασε ισχυρά το PG-SGA, ασθενώς τις κατηγορίες MNA, SGA, μέτρια την αϋπνία και την συναισθηματική λειτουργικότητα και ασθενώς τη σωματική λειτουργικότητα και ρόλο, τη δυσκοιλιότητα και τις οικονομικές δυσκολίες. Η χρήση του αλκοόλ φάνηκε ότι επηρέασε μέτρια τον πόνο και ασθενώς το σωματικό και συναισθηματικό ρόλο, τη ζωτικότητα, και οριακά στατιστικά την ψυχική υγεία.

Τέλος το στάδιο της νόσου επηρέασε μέτρια το σωματικό και συναισθηματικό ρόλο, τη διάρροια, και τις SGA κατηγορίες. Ασθενή συσχέτιση είχε η ψυχική υγεία και η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας, η δύσπνοια, η αϋπνία, το MNA, PG-SGA score, οι MNA κατηγορίες θρέψης αλλά και η απώλεια βάρους βμηγών πριν.

Πίνακας 9: Συσχέτιση θρέψης και δημογραφικών χαρακτηριστικών και νόσου

		Εκπαί δευση	ηλικία	φύλο	αλκοόλ	Νοσηρό -τητα	Στάδιο νόσου
MNA	r		0,252*	-0,372**			-0,260*
score	p		0,021	0,0001			0,017
MNA κατ.	r			0,273*	0,289*		0,258*
	p			0,011	0,007		0,011
SGA κατ.	r				0,224*		0,409**
	p				0,035		0,001
PG-SGA	r	-0,260*	0,235*			0,233*	
Διαιτ. κατ.	p	0,013	0,009			0,023	
PG-SGA	r	-0,272*			-0,361**		0,223*
score	p	0,013			0,001		0,041
Απώλεια	r						0,208*
ΒΣ 6m	p						0,029

Απώλεια	r					
ΒΣ 1m	p					

* Η συσχέτιση είναι σημαντική με $p < 0,05$ (2-tailed). ** Η συσχέτιση είναι σημαντική με $p < 0,001$ (2-tailed). Αναφέρονται μόνο οι στατιστικώς σημαντικές τιμές. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Με bold σημειώνονται οι μέτριες συσχετίσεις. Δεν υπήρξε καμμία ισχυρή συσχέτιση. Στις κατηγορίες <<διαμονή, επάγγελμα και κάπνισμα>> δεν ανιχνεύτηκαν στατιστικά σημαντικές τιμές.

6.4. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΘΡΕΨΗΣ

Στον πίνακα 10 αναφέρονται οι στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις του MNA με το PG-SGA, στον 11 αυτές που αφορούν την ηλικία άνω των 65 ετών

Πίνακας 10: Συσχέτιση του MNA με το PG-SGA και την απώλεια βάρους

		SGAκατηγορία	PG-SGAκατηγορία	WtL 6m	WtL1m
MNAκ	r	0,529**	<i>0,200</i>	<i>0,186</i>	
	p	0,001	<i>0,057</i>	<i>0,058</i>	
SGAκ	r		0,405**	0,422*	0,423**
	p		0,001	0,001	0,001
PG-SGAκ	r			0,294**	0,367**
	p			0,003	0,001

WtL : απώλεια βάρους στους 6 μήνες και στον 1 μήνα. Αναφέρονται μόνο οι στατιστικώς σημαντικές τιμές. * Η συσχέτιση είναι σημαντική με $p < 0,05$ (2-tailed). ** Η συσχέτιση είναι πολύ σημαντική με $p < 0,001$ (2-tailed). Με bold σημειώνονται οι μέτριες συσχετίσεις. Ανάλυση μεταξύ κατηγοριών έγινε με Kendall tau b. Τα στοιχεία σε italics δεν είναι στατιστικώς σημαντικά αλλά πιθανώς δείχνουν τάση που θα διορθώνετο με μεγαλύτερο δείγμα.

Πίνακας 11: Συσχέτιση του MNA με το PG-SGA και την απώλεια βάρους στην ηλικιακή ομάδα >65 ετών

		SGAκατηγορία	WtL 6m	WtL1m
MNAκ	r	0,468**		
	p	0,001		

SGAκ	r		0,367**	0,420**
	p		0,004	0,001
PG-SGA κατηγορία	r			0,307*
	p			0,017

WtL : απώλεια βάρους στους 6μήνες και στον 1μήνα. Αναφέρονται μόνο οι στατιστικώς σημαντικές τιμές. * Η συσχέτιση είναι σημαντική με $p < 0,05$ (2-tailed). ** Η συσχέτιση είναι πολύ σημαντική με $p < 0,001$ (2-tailed). Με bold σημειώνονται οι μέτριες συσχετίσεις. Ανάλυση μεταξύ κατηγοριών έγινε με Kendall tau b.

Το MNA αποτυγχάνει να προβλέψει την απώλεια βάρους στις 2 χρονικές στιγμές, ενώ το SGA τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στους νεότερους είναι ικανό. Το MNA αν και συσχετίζεται με το SGA, συσχετίζεται με τις κατηγορίες για διαιτολογική παρέμβαση κατά PG-SGA στους >65ετών, παρότι το p δείχνει μία τάση στο γενικό πληθυσμό καρκινοπαθών παχέος εντέρου. Οι κατηγορίες κατά PG-SGA συσχετίζονται με την απώλεια βάρους που χρησιμοποιείται στη νοσοκομειακή καθημερινότητα ως κλασσικός τρόπος ανίχνευσης της υποθρεψίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε η θρέψη των ασθενών της παρηγορητικής φροντίδας (ΠΦ) με καρκίνο παχέος εντέρου, και διαπιστώθηκε μεγάλο ποσοστό υποθρεψίας, το οποίο ανίχνευε καλύτερα το PG-SGA. Η μελέτη για την εξεύρεση του καλύτερου εργαλείου εκτίμησης της θρέψης (MNA, ή PG-SGA) στους ασθενείς της κατηγορίας αυτής αναδεικνύει την ανάγκη για στοχευμένες μελέτες σε ομοιογενείς πληθυσμούς καρκινοπαθών.

Ο καρκίνος παχέος εντέρου-ορθού εκπροσωπεί μία ετερογενή, πολυπαραγοντική νοσολογική οντότητα, όπως αποδεικνύεται από το γεγονός ότι ιστολογικά πανομοιότυποι καθώς και όγκοι ίδιου σταδίου μπορεί να εμφανίζουν διαφορετική πρόγνωση και απάντηση στην θεραπεία (Jass, 2007). Τα τελευταία χρόνια αντικείμενο έρευνας για την ανάδειξη ομάδων ασθενών που θα έχουν πωχή κλινική ανταπόκριση είναι η μοριακή ανάλυση και χρήση πρωτεϊνικών δεικτών.

Στόχος είναι να επιλεγεί η κατάλληλη θεραπεία για αυτούς (Kim et al, 2007, Ghadimi, al 2005, Eschrich et al,2005). Κοινός τόπος της έκπτωσης είναι η καρκινική καχεξία και οι διαταραχές θρέψης, οι οποίες αυξάνουν την πιθανότητα λοιμώξεων, το κόστος της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, μειώνουν την ποιότητα ζωής και την επιβίωση και βέβαια παραμένουν ζωτικής σημασίας στην βιβλιογραφία (Blum et al, 2010, Thoresen et al, 2010). Η ποιότητα ζωής καταγράφεται ως ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης της επιβίωσης οπότε και σε αυτόν τον τομέα έρευνας το ενδιαφέρον βαίνει αμείωτο (Gioulbasanis, 2011a, b, 2010, Fearon et al, 2011, Gupta et al, 2008 b, Chima, 1997). Η απώλεια βάρους και η μειωμένη λήψη πρωτεϊνικών θερμίδων είναι ανεξάρτητοι παράγοντες της ποιότητας ζωής. (Ravasco et al, 2007)

Η επιλογή του πληθυσμιακού δείγματος ασθενών της ΠΦ στην παρούσα μελέτη έγινε με βάση την σχετική ομοιογένειά, όσον αφορά την πρόγνωση και τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, καθώς επίσης και τα αυξημένα ποσοστά καρκινικής καχεξίας που παρατηρούνται ήδη κατά τη διάγνωση της νόσου.

Η επιλογή των συγκεκριμένων πρωτοκόλλων θρέψης έγινε με βάση την ευκολία στην εφαρμογή τους από οιονδήποτε επαγγελματία υγείας και την προτεινόμενη ευρεία χρήση του στον τομέα της ογκολογίας, χωρίς να έχει ποτέ ευρέως αξιολογηθεί σε παρόμοιο Ελληνικό πληθυσμό. Για το λόγο αυτό, το πρωτόκολλο συγκρίθηκε με τον πλέον διαδεδομένο –και παράλληλα απλοϊκό τρόπο- εκτίμησης της θρέψης, που εφαρμόζεται στην κλινική πράξη: το ποσοστό (%) της απώλειας βάρους σε ένα προκαθορισμένο χρονικό διάστημα. Χρησιμοποιήθηκε η βαθμονόμηση που χρησιμοποιεί το ίδιο το PG-SGA (Ferguson, 2003, Ottery,1995)

Η υποθρεψία ή η σοβαρά κακή θρέψη ανιχνεύθηκε στους ασθενείς αυτούς, με το PG-SGA να υπερτερεί έναντι του MNA και της απώλειας βάρους, επιβεβαιώνοντας την βιβλιογραφία (Ravasco 2009, 2007).

Οι ασθενείς μας παρουσίασαν BMI υπέρβαρου ατόμου ($25-30 \text{ kg/m}^2$) με αποτέλεσμα η διάγνωση της υποθρεψίας, (που θέτει το όριο των $<20 \text{ kg/m}^2$) να καθίσταται δυσκολότερη και η ανάγκη για ακριβή εκτίμηση επιτακτικότερη. Μάλιστα η απώλεια βάρους στους <<νέους>> δεν έδειξε –ακόμα και με τον ευαίσθητο τρόπο που προτείνει το PG-SGA- στατιστικά σημαντική διαφορά. Επιπλέον το αυξημένο σωματικό βάρος σχετίζεται και αιτιολογικά με μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Η σαρκοπενική παχυσαρκία σήμερα είναι ο

σημαντικότερος λόγος υπο- διάγνωσης της καχεξίας, και σχετίζεται με πτωχότερη επιβίωση όσο και με αυξημένη τοξικότητα από την αντινεοπλασματική θεραπεία (Gioulbasanis, 2010, Prado et al, 2008). Η ακριβής συσχέτιση της με την ΣΥΠΖ μέλλει να αποδειχθεί με πολυκεντρική μελέτη.

Στο πρωτόκολλο SGA περιλαμβάνεται η φυσική εξέταση καθώς και η εκτίμηση της κατάστασης 7 μυϊκών ομάδων, 3 περιοχών εναποθέσεων λίπους και η παρουσία οιδήματος. Με τον τρόπο αυτό, συνυπολογίζεται κλινικά πλήρως και η σύνθεση του σώματος στη διαδικασία του διατροφικού screening. Παρότι το πρωτόκολλο είναι πλήρες δεν αρκεί. Προσφάτως, έχουν αναπτυχθεί ειδικά λογισμικά που επιτρέπουν την ανάλυση και τον υπολογισμό της μυϊκής μάζας και του λιπώδους ιστού με μεγάλη ακρίβεια από ψηφοποιημένες εικόνες αξονικών τομογραφιών που χρησιμοποιούνται κατά τη σταδιοποίηση της νόσου (Prado et al, 2008, 2007). Στην μελέτη του κινδύνου για υποθρεψία/καχεξία καρκινοπαθών εξετάστηκε η σχέση 3 παραγόντων, δηλαδή της απώλειας βάρους ($\geq 10\%$), της ανεπαρκούς πρόσληψης τροφής (< 1500 kcal/ημέρα) και της υψηλής C- αντιδρώσας πρωτεΐνης (≥ 10 mg/dl) και κατετάγησαν οι ασθενείς σε 3 ομάδες (1, 2 ή και τους 3 παράγοντες παρόντες). Η απώλεια βάρους θεωρήθηκε ως η μοναδική παράμετρος χαρακτηρισμού της υποθρεψίας. Η ανωτέρω κατηγοριοποίηση συσχετίστηκε καλύτερα με υποκειμενικές και αντικειμενικές μετρήσεις που αφορούσαν την ποιότητα της ζωής και τη φυσική δραστηριότητα. Η ανάλυση υπο-ομάδων έδειξε ότι η συγκεκριμένη κατάταξη ήταν περιορισμένης εμβέλειας διότι είχε προγνωστική αξία σε ασθενείς με τοπικο-περιοχική αλλά όχι και με μεταστατική νόσο (Fearon et al, 2006).

Η έρευνα των Gioulbasanis et al 2011a,b στην ομάδα ασθενών με μεταστατικό καρκίνο πνεύμονα, άρα υποθρεπτικούς με κίνδυνο για καχεξία, απέδειξε ότι το πρωτόκολλο MNA -εν σχέσει με την απώλεια βάρους- σχετίζεται καλύτερα με εργαστηριακές παραμέτρους που αφορούν τη καχεξία, την έκταση της νόσου, την ανάγκη ενδονοσοκομειακής νοσηλείας και τη διάρκεια αυτής, την απάντηση στη θεραπεία και τη συνολική επιβίωση. Δεν εκτιμήθηκε το PG-SGA, ούτε η ΣΥΠΖ. Σημειώνεται ότι μόνο το PG-SGA έχει αξιολογηθεί σε ανάλογο πληθυσμό ασθενών, δηλ καρκινοπαθών, ενώ και τα δύο προτείνονται για την εκτίμηση της κατάστασης της θρέψης σε νεοπλασματική νόσο (Laky 2010 & 2008, Bauer 2002, Baracos, 2000).

Ως επόμενο βήμα στην έρευνα των Gioulbasanis et al 2011a,b, προτάθηκε η απ' ευθείας σύγκριση των δύο πιο διαδεδομένων πρωτοκόλλων εκτίμησης της θρέψης (MNA και PG-SGA) καθώς και η συγκριτική αξιολόγηση του MNA έναντι του PG-SGA, με βάση αντικειμενικές παραμέτρους (ποσοτικοποίηση μυϊκής μάζας και λιπώδους ιστού) από την εφαρμογή λογισμικών ανάλυσης των εικόνων αξονικών τομογραφιών.

Οι Read και συν. (2005) σε μελέτη των πρωτοκόλλων MNA και SGA σε 157 νεοδιαγνωσμένους καρκινοπαθείς κατέληξαν 1) στο συμπέρασμα ότι και τα δυο είχαν υψηλή ευαισθησία αλλά το MNA είχε χαμηλότερη ειδικότητα και ότι 2) στους ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών τα αποτελέσματα των 2 πρωτοκόλλων δεν διέφεραν μεταξύ τους. Το MNA συσχετίστηκε με το SGA, επειδή το τελευταίο “θεωρήθηκε” πιο ευρέως αποδεκτό. Στην παρούσα μελέτη μας, με το 60% των ασθενών άνω των 65ετών, το SGA απέδειξε ότι είναι πιο ευαίσθητο όσον αφορά την διάγνωση της υποθρεψίας.

Οι Nourissat et al.(2007) διαπίστωσαν ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με την απώλεια βάρους σε 477 ασθενείς με νεοπλασματική νόσο και άρα με την υποθρεψία και καχεξία ήταν οι: παρουσία καταθλιπτικής συνδρομής, εντόπιση του πρωτοπαθούς όγκου, υποβολή σε συστηματική χημειοθεραπεία, το φύλο και το είδος της επαγγελματικής ενασχόλησης.

Η κατάθλιψη στον ογκολογικό ασθενή έχει ως συνέπεια τη μείωση της φυσικής δραστηριότητας και επομένως την ελάττωση της εθελουσίας δαπάνης ενέργειας. Με αυτόν τον τρόπο, εξοικονομείται ένα ποσό ενέργειας με κόστος βέβαια την έκπτωση της ποιότητας ζωής (Gioulbasanis et al,2010). Για την εκτίμηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε από το EORTC QLQ-C30 ο πόνος, η κόπωση και η συναισθηματική λειτουργικότητα (Mystakidou et al,2005, Laird et al 2011). Η κατάθλιψη επιφέρει μείωση της σωματικής λειτουργικότητας, του ρόλου, της συναισθηματικής, γνωστικής και κοινωνικής λειτουργικότητας. Οι ασθενείς της παρούσης μελέτης δεν είχαν τιμές ανάλογες με κατάθλιψη. Θα ήταν επόμενο βήμα να μετρηθεί σε αυτούς το Hospital Anxiety and Depression Score (HADS). Η βαθμολογία HADS αναμένεται χαμηλότερη από την μελέτη της Mystakidou et al,(2005) σε Ελληνικό δείγμα ασθενών, τα συμπτώματα ναυτία-έμετος, πόνος,

αϋπνία, δυσκοιλιότητα που συσχετίστηκαν σημαντικά με την κατάθλιψη, στην παρούσα μελέτη απεικονίζαν καλύτερη κατάσταση.

Σαφώς ο καρκίνος παχέος εντέρου δεν έχει τα αυξημένα ποσοστά υποθρεψίας-καχεξίας όπως αυτός του παγκρέατος ή ο μεταστατικός του πνεύμονα. Όμως αφενός στο τελικό στάδιο η κατάθλιψη είναι κοινή και ανεξάρτητη εντοπίσεως, συνοδεύοντας την υποθρεψία-καχεξία (Fearon et al, 2011, Laird et al 2011) και αφετέρου οι ασθενείς της μελέτης είχαν μεταστατικό (προχωρημένο) καρκίνο με τιμές PG-SGA πολύ μεγαλύτερες από της Read et al, (2005). Εκεί το PG-SGA ήταν $7,5 \pm 6,4$ και το SGA των ασθενών με κακή θρέψη το 52%, έναντι των τιμών της παρούσας μελέτης όπου το PG-SGA ήταν $13,45 \pm 5,9$ και το SGA 83,3%. Η εξήγηση μπορεί να είναι στο ότι στην παρηγορητική φροντίδα υπάρχει αυξημένη ενάργεια για τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στα πλαίσια της αγωγής για τον πόνο, ενώ αντίθετα η ευαισθητοποίηση για την ανίχνευση της υποθρεψίας δεν είναι αντίστοιχη.

Η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι χρειάζονται τυχαιοποιημένες μελέτες υποθρεψίας και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, με τον ιδανικό αριθμό ασθενών για τις ανάγκες, με εκτίμηση ΣΥΠΖ σε κάθε αλλαγή της εικόνας και αρχική τιμή αναφοράς, άρα της καταστάσεως σε υγεία ώστε να γίνουν οι συγκρίσεις (Byrne et al, 2007). Στην παρούσα μελέτη και λόγω της ανυπαρξίας αναφορών θρέψης και ΣΥΠΖ επελέγη να καταγραφεί η σχετικά ομοιογενής ομάδα του ΚΠΕ-Ο, που προσέρχεται στην ΠΦ, για αυτό και δεν υπάρχει τιμή αναφοράς στην έναρξη της νόσου. Οι Halfdanarson et al (2008) επισημαίνουν ότι υπάρχουν μόνο 5 μελέτες που επιχειρούν να προσεγγίσουν την ΣΥΠΖ και την ανάγκη για διατροφική παρέμβαση, ότι ο αριθμός των μελετών είναι μικρός και ότι οι συγκρίσεις είναι δύσκολες για τους ανωτέρω λόγους αλλά και διότι οι ανάγκες θρέψης πρέπει να αντιμετωπίζονται εξατομικευμένα.

7.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗ

Αναγνωρίζοντας ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει πως η παρηγορητική φροντίδα οφείλει να αξιολογεί και να αντιμετωπίζει μαζί με τα σωματικά συμπτώματα και τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που τα συνοδεύουν

Αναγνωρίζοντας πως η παρηγορητική φροντίδα δεν αφορά μόνο την οργάνωση υπηρεσιών παροχής της αλλά ενδιαφέρεται και για τη σχετική έρευνα και εκπαίδευση

Αναγνωρίζοντας πως οι πόροι που είναι διαθέσιμοι για την υγεία είναι περιορισμένοι, ότι η έρευνα πρέπει να έχει ως στόχο την εξεύρεση αποδοτικών λύσεων μέσα σε λογικά πλαίσια καθώς και ότι τα συμπεράσματα δεν εφαρμόζονται στην καθημερινή πρακτική, ώστε να ωφελούνται κατά το δυνατό οι ασθενείς και οι οικογένειες τους (World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care), είναι δυνατό να τεθεί το επόμενο επιστημονικό ερώτημα που μπορεί να συμβάλει στην εύρεση μιας γρήγορης, αξιόπιστης και πρακτικά εφαρμόσιμης μεθόδου εκτίμησης της θρέψης και ΣΥΠΖ, δεδομένων και των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης.

Το ερώτημα περιλαμβάνει: 1) την διερεύνηση των ιδανικών πρωτοκόλλων εκτίμησης της θρέψης και ποιότητας ζωής σε ασθενείς με κακοήθεια, τη μέτρηση θρέψης κατά την έναρξη της νόσου από τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας καθώς και τη μέτρηση σε κάθε αλλαγή της κλινικής εικόνας προκειμένου να εκτιμηθεί ποια από τα συμπτώματα και κλίμακες συνδέονται με την επιβίωση, την τοξικότητα από την θεραπεία, τις ιδιαιτερότητες της εκάστοτε νόσου στο εκάστοτε στάδιο. Εδώ να σημειωθεί ότι τα συμπτώματα και η αντιστοιχία τους σε κάθε νόσο δεν έχουν διερευνηθεί. Όσον αφορά τα πρωτόκολλα θρέψης πιθανώς να χρειασθεί η τροποποίηση των ήδη υπαρχόντων πρωτοκόλλων (προσθήκη ή/και αφαίρεση ερωτήσεων) για τον προφανή λόγο ότι τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν αναπτυχθεί και αξιολογηθεί σε γηριατρικούς ασθενείς και επομένως μπορεί αφ' ενός να λείπουν κάποια δεδομένα που αφορούν τη νόσο (πρωτοπαθής εντόπιση και σχέση με καχεξία –υποθρεψία και την ΣΥΠΖ). Επιπλέον, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με τα κλινικά δεδομένα και πληροφορίες από αντικειμενικές μετρήσεις που θα αναδείξουν την αποδοτικότερη μέθοδο (πχ απεικονιστικών εξετάσεων μέσα από τις οποίες θα ποσοτικοποιείται το λίπος και η μυϊκή μάζα).

2) την εφαρμογή του συνδυασμού των πρωτοκόλλων (PG-SGA) στον καρκίνο του παχέος εντέρου-ορθού σε ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών, δεδομένου ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου-ορθού είναι νόσος της μεγάλης ηλικίας και η βιολογική

ηλικία δεν είναι ικανή και αναγκαία συνθήκη για να αποτρέψει τους θεράποντες ιατρούς από μία αγωγή θεωρητικά τοξική (Pallis et al, 2010a,b)

3) την εφαρμογή του συνδυασμού των ανωτέρω πρωτοκόλλων σε ομάδα παχύσαρκων ασθενών δεδομένου ότι αποτελούν ιδιαίτερη κατηγορία, η σαρκοπενική παχυσαρκία είναι υπομελετημένη και στην Ελλάδα η παχυσαρκία είναι υπαρκτή νοσολογία και βεβαίως αποτελεί προδιαθεσικό αίτιο του καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού,

4) τη διερεύνηση της πρόγνωσης στους ασθενείς της παρούσας μελέτης δεδομένης της διαφοράς στην επιβίωση μεταξύ καχεκτικών και μη-καχεκτικών ασθενών ακόμα και όταν πρόκειται για το ίδιο στάδιο του ίδιου πρωτοπαθούς νοσήματος.

Απώτερος στόχος της πραγματοποιηθείσης έρευνας ήταν να αναδειχθεί από τους επιστήμονες υγείας, η σημαντικότητα του έγκαιρου εντοπισμού του υποσιτισμού και της επίδρασης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στους καρκινοπαθείς ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και ορθού, για τρεις κυρίως λόγους: 1) για την έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου και τον καθορισμό των ασθενών οι οποίοι θα μπορούσαν να ωφεληθούν από οποιαδήποτε διαιτολογική παρέμβαση ή και με φαρμακευτική αγωγή. 2) για να χρησιμοποιηθεί η πληροφορία από την εκτίμηση της θρέψης στην πρόγνωση της νόσου, και 3) η πληροφορία της θρέψης που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τη διαστρωμάτωση ασθενών που εντάσσονται σε κλινικές μελέτες (ή ακόμα και για τον αποκλεισμό ασθενών από αυτές) καθώς και για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αρδαβάνης Α. (2002) Ο Έλεγχος της Ποιότητας Ζωής στις διάφορες φάσεις των Νεοπλασματικών Νόσων. 3ο Διανοσοκομειακό Συνέδριο Κλινικής Ογκολογίας Δυτικής Ελλάδος. Retrieved November 12, 2010 from the website <http://www.oncology.gr/1/synedrio3/praktikaagardavanis.HTM>
2. Βλαχογιάννη, Α. & Ποταμιάνου, Δ. & Παναγιώτου, Μ. & Ανδριανάκη, Α. & Ευθυμίου, Α. και συν. (2009), <<Η Ζωή μετά τη Φροντίδα. Εγχειρίδιο Υποστήριξης για τον πρώην Φροντιστή>>, Live after Care, Αθήνα
3. Γεννατάς Κ.Σ. (2007) Πολυσυστηματική- πολυπαραγοντική προσέγγιση του καρκίνου. Κεφάλαιο 22, σελ 392
4. Γκιουλμπασάνης Ι. (2011) Εκτίμηση της κατάστασης της θρέψης σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα με την εφαρμογή του πρωτοκόλλου Mini Nutritional Assessment (MNA): Συσχέτιση με κλινικό-εργαστηριακές παραμέτρους υποθρεψίας – καχεξίας και με την επιβίωση. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή, Παθολογική-Ογκολογική κλινική, Ηράκλειο 2011 σελ 59-81.
5. Δημητρόπουλος Χ, Ντάγανου Μ, Αλεξιάς Γ. (2008) “Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Από τη Θεωρία στην Πράξη”, Info Respiratory, 49, 32-41. Retrieved November 12, 2010 from the website http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_49/perieix_49.htm
6. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο 2008-2012
7. Ζησιάδης, Α., Μπασδάνης, Γ. και Μιχαλόπουλος Α. Καρκίνος παχέος εντέρου. (2001) Θεματικές επιλογές. University Studio Press, 2001 http://www.klinikiagiosloukas.gr/articles_det.asp?article_id=50
8. Καλφαρέντζος Φ, (2005) Αρχές τεχνητής διατροφής. Θεωρία και πράξη. Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα
9. Καπουλίτσας, Α. & Καρτάλας, Χ. (2007), <<Ψυχολογική Υποστήριξη Παιδιού με καρκίνο>>, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής
10. Κοτσαγιώργη, Θ. (2005), <<Εκτίμηση Αναγκών Υγείας Ογκολογικών Ασθενών για τη Διαμόρφωση Προτύπων στη Νοσηλευτική Φροντίδα τους>>, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τεύχος 4
11. Κοτσαγιώργη, Ι. και Γκέκα, Κ. (2010), <<Ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα Υγείας>>, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τεύχος 4
12. Κωνσταντινίδης, Θ. (2005), <<Εκτίμηση Αναγκών Υγείας Ογκολογικών Ασθενών για τη Διαμόρφωση Προτύπων στη Νοσηλευτική Φροντίδα τους>>, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσιας Υγείας και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας
13. Λαζάρου ,Π.& Οικονομοπούλου, Χ. (2007), «Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Διεθνή δεδομένα και ελληνική πραγματικότητα», Νοσηλευτική 2007, Vol. 46, no 2
14. Μανιαδάκη, Ν., (2011), <<Το κόστος της ογκολογικής θεραπείας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη>>, Τα Νέα της ΕΟΠΕ, Τεύχος 13

15. Μητσάκα Δ. (2009) Η ικανοποίηση των χημειοθεραπευομένων γυναικών με καρκίνο του μαστού στη μονάδα βραχείας νοσηλείας του νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» ,σε σχέση με το σχετιζόμενο με την υγεία επίπεδο ποιότητας της ζωής των. Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας του ΕΣΥ, Πάτρα, 2008 σελ 47.
16. Μπολτέτσου Ευμορφία (2001) Παθολογοανατομικά Δεδομένα Στον Καρκίνο Του Παχέος Εντέρου <http://www.oncology.gr/1/synedrio3/praktikaagmpoltetsou.HTM>
17. Ξυνόγαλος Σ. (2007) Σύστημα σταδιοποίησης TNM <http://www.onco.gr/documents/Xinogalos.pdf> Κεφ.20, 369-376
18. Οικονόμου, Χ., (2012), «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα: ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», (<http://www.ineobservatory.gr/sitefiles/files/report7.pdf>).
19. Ρεπάσος Ε, Πανάγος Γ.(2006) Ποιότητα ζωής και κατάσταση λειτουργικής ικανότητας, http://www.onco.gr/documents/Repasos_Panagos.pdf Κεφ.21, 377-385.
20. Τούντας, Γ. και συν (2007). Η υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας. Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας. Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα σελ 19-24
21. Τούντας, Γ.& Οικονόμου Ν., (2007), «Αξιολόγηση Υπηρεσιών και συστημάτων υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , Vol.24, no. 1
22. Τσελεπή Β. (2008) “Μορφολογική Μελέτη Της Διαντίδρασης Επιθηλίου-Μικροπεριβάλλοντος κατά την Καρκινογένεση στο Παχύ Έντερο, Με Προοπτική Ανάπτυξης Στρατηγικών Χημειοπρόληψης και Εξατομικευμένης Θεραπείας”, Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πατρών Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής Εργαστήριο Ανατομίας Και Ιστολογίας-Εμβρυολογίας Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Βασικές Ιατρικές Επιστήμες» Πάτρα, Οκτώβριος 2008 σελ 41-53.
23. Χατζηανδρέου Εύα (2007) Κόστος ή όφελος στην Παρηγορητική Φροντίδα: σχέση τεκμηριωμένη ή αυτονόητη? << Παρηγορητική Φροντίδα>>(9), 4-6.

12. ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Society of Clinical Oncology, (1996), << Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines>>, *J Clin Oncol* (14), 671–679.
2. Arends J, & Bodoky G, & Bozzetti F, et al., (2006)<< ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology>>, *Clinical Nutrition* 25, 245–259.
3. ASPEN Board of Directors, Clinical Guidelines Task Force (2002). Nutrition assessment-adults. *J Parenter Enteral Nutr.* 26, 9SA–12SA.

4. Bauer J, Capra S, Ferguson M (2002) "Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer". *Eur J Clin Nutr.* 56 (8), 779-85.
5. Baracos VE.(2000) Regulation of skeletal-muscleprotein turnover in cancer-associated cachexia. *Nutrition* (16), 1015-1018.
6. Barbosa-Silva MC, Barros AJ. (2006) "Indications and limitations of the use of subjective global assessment in clinical practice: an update", *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 9 (3), 263-9.
7. Bei-Wen Wu, Tao Yin, Wei-Xin Cao, et al (2009) "Clinical application of subjective global assessment in Chinese patients with gastrointestinal cancer", *World J Gastroenterol* 15, (28), 3542-3549
8. Blum D, Omlin A, Fearon K, Baracos V, Radbruch L, Kaasa S, Strasser F; European Palliative Care Research Collaborative (2010) "Evolving classification systems for cancer cachexia: ready for clinical practice?", *Support Care Cancer* 18 (3), 273-9.
9. Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, et al Boffetta P. (2003) European code against cancer and scientific justification: third version. *Ann Oncol* 14,973–1005.
10. Bozzetti F, SCRINIO Working Group. Screening the nutritional status oncology: a preliminary report on 1,000 outpatients. *Support Care Cancer.* 2008; 17(3):278-84
11. Bresalier RS. Malignant neoplasms of the large intestine. (2006) In: Sleisenger and Fordtrans's *Gastrointestinal and liver disease*. Saunders, Canada, pp 2759-2810.
12. Byrne C, Griffin A, Blazeby J, Conroy T, Efficace F (2007). Health-related quality of life as a valid outcome in the treatment of advanced colorectal cancer. *EJSO* (33),S95-10
13. Cooper BA, Bartlett LH, Aslani A, Allen BJ, Ibels LS, Pollock CA (2002) "Validity of subjective global assessment as a nutritional marker in end-stage renal disease", *Am J Kidney Dis.* 40 (1), 126-32.
14. Chima CS, Barco K, Dewitt ML, Maeda M, Teran JC, Mullen KD. (1997) "Relationship of nutritional status to length of stay, hospital costs, and discharge status of patients hospitalized in the medicine service", *J Am Diet Assoc*, Sep 97(9), 975-8.
15. Dubois RN, Abramson SB, Croford L et al. (1998) Cyclooxygenase in biology and disease. *FASEB* 12, 1063-73.
16. Duguet A, Bachmann P, Lallemand Y, et al.(1999) Good clinical practice in nutritional management in cancer patients: malnutrition and nutritional assessment *Bull Cancer.* 86 (12), 997-1016.
17. Eschrich S, Yang I, Bloom G et al.(2005) Molecular staging for survival prediction of colorectal cancer patients. *J Clin Oncol* (23), 3526-35.
18. Evans RW, Manninen DL, Garrisson LP. (1985), <<The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med*, (312), 553-559.
19. Fearon K, Strasser F, Anker S et al (2011) Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol*, 12, 489–95.

20. Fearon KC, Voss AC, Hustead DS. (2006) Definition of cancer cachexia: effect of weight loss, reduced food intake, and systemic inflammation on functional status and prognosis. *Am J Clin Nutr.* 83 (6), 1345-50.
21. Ferguson, M (2003). Patient generated subjective global assessment. *Oncology*17,(22),1-3.
22. Ferlay J, Autier P, Boniol M, et al (2007) Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 18, 581-592
23. Ferlay, J. & Shin, HR. & Bray, F. & Forman, D. & Mathers, CD. & Parkin, D. (2008), GLOBOCAN, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; Year. Available at: <http://globocan.iarc.fr>. Last accessed 5_3_2011
24. Freddie Bray, Melissa M. Center, Jacques Ferlay, Elizabeth Ward, David Forman, CA *CANCER J CLIN* 2011;000:000-000, Global Cancer Statistics Ahmedin Jemal, DVM; Available online at <http://cajournal.org> and <http://cacancerjournal.org> Last accessed 5_3_2011
25. Huhmann M, & Cunningham R, (2005) Importance of nutritional screening in treatment of cancer-related weight loss *Lancet Oncol* (6), 334–43.
26. Hamilton SR, Vogelstein B, Kudo S, et al (2000). Carcinoma of the colon and rectum In: Hamilton SR, Aaltonen LA (Eds): World Health Organization, Classification of tumors. Pathology and Genetics of Tumors of the Digestive System. IARC Press: Lyon, p.103-144.
27. Halfdanarson TR, Thordardottir EO, West CP, Jatoi A (2008) “Does Dietary Counseling Improve Quality of Life in Cancer Patients? A Systematic Review and Meta-analysis”, *J Support Oncol* (6), 234–237
28. Irigaray P, Newby JA, Lacomme S, et al. (2007) Overweight/obesity and cancer genesis: more than a biological link. *Biomed Pharmacother* 61,665–78
29. Isenring E, Capra S, Bauer D. (2004) “Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area” *Br. J. Cancer*, 91 (3), 447–452.
30. Jass JR. (2007) Molecular heterogeneity of colorectal cancer: Implications for cancer control. *Surg Oncol.* Dec 16 Suppl (1), S7-9.
31. Jun Tian, Zhen-chun Chen, Li-fang Hang (2008) “The Effects of Nutrition Status of Patients with Digestive System Cancers on Prognosis of the Disease”, *Cancer Nursing*, 31 (6), 462-7.
32. Ghadimi BM, Grade M, Difilippantonio MJ et al. (2005) Effectiveness of gene expression profiling for response prediction of rectal adenocarcinomas to preoperative chemoradiotherapy. *J Clin Oncol* (23), 1826-38.
33. Gioulbasanis I, Baracos VE, Giannousi Z, et al.(2005) Baseline nutritional evaluation in metastatic lung cancer patients: Mini Nutritional Assessment versus weight loss history. *Ann Oncol.* 22(4), 835-41. A
34. Gioulbasanis I, Baracos VE, Giannousi Z, et al.(2011) Baseline nutritional evaluation in metastatic lung cancer patients: Mini Nutritional Assessment versus weight loss history. *Ann Oncol.* 22(4):835-41. a

35. Gioulbasanis I, Georgoulas P, Vlachostergios PJ, et al (2011) Mini Nutritional Assessment (MNA) and biochemical markers of cachexia in metastatic lung cancer patients: Interrelations and associations with prognosis. *Lung Cancer* May 30.epub ahead of print. b
36. Gioulbasanis I, Vlachostergios P, Zafiriou A, Papandreou C (2010) Cancer cachexia syndrome: a review. *Forum of clinical oncology* (6), 34-41.
37. Gupta D, Lis C, Dahlk S et al (2008), <<The relationship between bioelectrical impedance phase angle and subjective global assessment in advanced colorectal cancer. *Nutrition Journal* 7:19 doi:10.1186/1475-2891-7-19 a
38. Gupta D, Lammersfeld C, Vashi P. (2008). Can SGA of nutritional status predict survival in ovarian cancer? *Journal of ovarian cancer? J of ovarian research I: 5*, doi:10.1186/1757-2215-1-5, 1-7. b
39. Labianca R, Beretta G, Kildani B.(2010) Colon cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 74, 106–133
40. Laky B, Janda M, Cleghorn G, et al. (2008) Comparison of different nutritional assessments and body composition measurements in detecting malnutrition among gynecologic cancer patients. *Am J Clin Nutr* (87),1678–85.
41. Laky B, Janda M, Kondalsamy-Chennakesavan S, Cleghorn G, Obermair A. (2010) “Pretreatment malnutrition and quality of life -association with prolonged length of hospital stay among patients with gynecological cancer: a cohort study”, *BMC Cancer*, 10,232-8
42. Laird B, Scott A, MsKeon A-Let al (2011) Pain, Depression and Fatigue as a symptom cluster in advanced cancer. *J Pain Symptom manage*,doi: [10.1016/j.jpainsymman.2010.10.261](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.10.261)
43. Lim HJ, Choue R. (2010) “Nutritional status assessed by the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) is associated with qualities of diet and life in Korean cerebral infarction patients”. *Nutrition*, 26 (7-8), 766-71.
44. Kim IJ, Lim SB,Kang HC et al. (2007) Microarray gene expression profiling for predicting complete response to preoperative chemoradiotherapy in patients with advanced rectal cancer. *Dis Colon Rectum* (50), 1342-53.
45. Kyle UG, Schneider SM, Pirlich M, Lochs H, Hebuterne X, Pichard C.(2005) “Does nutritional risk, as assessed by Nutritional Risk Index, increase during hospital stay? A multinational population-based study”, *Clinical Nutrition*, 24(4), 516-24.
46. Martin C. (2000) Calorie, protein, fluid, and micronutrient requirements. In: McCallum P, Polisena C (Eds). *The clinical guide to oncology nutrition*. Chicago: The American Dietetic Association p 45-60.
47. MacDonald N.(2000) Workshop summary and conclusions. *Nutrition* (16), 1019-1020.
48. Marin Caro MM, Laviano A, Pichard C.(2007) “Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients”. *Clinical Nutrition*, 26 (3), 289-301. A
49. Marin Caro MM, Laviano A, Pichard C (2007), “Impact of nutrition on quality of life during cancer”. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 10 (4), 480-7. B

50. Miederna, B. & Easley, J. & Fortin, P. & Hamilton, R. & Mathews, M. (2008), <<The Economic Impact of Families when a child is diagnosed with cancer>>, *Curr. Oncol.*, 15
51. Mitsiopoulos N, Baumgartner RN, Heymsfield SB, et al. (1998) Cadaver validation of skeletal muscle measurement by magnetic resonance imaging and computerized tomography. *J Appl Physiol* (85), 15–22.
52. MN Community Measurement Colorectal Cancer Screen Impact and Recommendation Document April 2010 http://www.health.state.mn.us/healthreform/measurement/2010PrelimRecs_ColorectalCancer.pdf
53. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E et al (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Qual Life Res.* 14(8), 1825-33.
54. Nourissat A, Mille D, Delaroche G, et al. (2007) Estimation of the risk for nutritional state degradation in patients with cancer: development of a screening tool based on results from cross-sectional survey. *Ann Oncol.* 18(11), 1882-6.
55. Nixon DW, Heymsfield SB, Cohen AE, et al. (1980) Protein-calorie undernutrition in hospitalized cancer patients. *Am J Med* (68), 683-690.
56. Ottery FD. (1995) “Supportive nutrition to prevent cachexia and improve quality of life” *Seminars in Oncology*, 22 (2 Suppl 3), 98-111.
57. Pallis A.G., Papamichael D, Audisio R, et al (2010) EORTC Elderly Task Force experts’ opinion for the treatment of colon cancer in older patients. *Cancer Treatment Reviews* (36) 83–90
58. Pallis A.G., Fortpied C, Wedding U, et al.(2010) EORTC elderly task force position paper: Approach to the older cancer patient. *European Journal of Cancer* (46), 1502–1513. B
59. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al Global Cancer Statistics, 2005, *CA Cancer J Clin* (55), 74-108, 2005
60. Prado CM, Baracos VE, McCargar LJ, et al. (2007) Body composition as an independent determinant of 5-fluorouracil-based chemotherapy toxicity. *Clin Cancer Res.* (13),3264-3268
61. Prado CM, Lieffers JR, McCargar LJ, et al.(2008) Prevalence and clinical implications of sarcopenic obesity in patients with solid tumours of the respiratory and gastrointestinal tracts: a population-based study. *Lancet Oncol.* 9 (7), 629-35.
62. Pischon T, Nöthlings U, Boeing H(2008) Obesity and Cancer. *Proc Nutr Soc.* 67, 128-45
63. Persson C, Sjöden P-O, Glimelius B. (1999) “The Swedish version of the patient-generated subjective global assessment of nutritional status: gastrointestinal vs urological cancers”, *Clinical Nutrition Journal*, 18 (2), 71-77.
64. Ravasco P (2009) Cancer and nutrition: key determinants of quality of life. *European Journal of Cancer* 45 (S1), 409.
65. Ravasco P, Monteiro Grillo I, Camilo M. (2007) “Cancer wasting and quality of life react to early individualized nutritional counselling!”, *Clinical Nutrition*, 26(1),7-15.

66. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. (2005) “Dietary Counseling Improves Patient Outcomes: A Prospective, Randomized, Controlled Trial in Colorectal Cancer Patients Undergoing Radiotherapy “ *Journal of Clinical Oncology*, 23 (7), 1431-1438.
67. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. (2004) “Cancer: disease and nutrition are key determinants of patients' quality of life”, *Support Care Cancer*, 12 (4), 246-52.
68. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Camilo ME (2003) “ Does nutrition influence quality of life in cancer patients undergoing radiotherapy?”, *Radiother Oncol*, 67(2),213-20.
69. Read JA, Crockett N, Volker DH, et al. (2005) Nutritional assessment in cancer: comparing the Mini-Nutritional Assessment (MNA) with the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). *Nutr Cancer*. 53 (1), 51-6.
70. Seres DS. (2005) Surrogate nutrition markers, malnutrition, and adequacy of nutrition support. *Nutr Clin Pract* (20), 308–313.
71. Sharp, L. & Timmons, A. (2010), <<The Financial Impact of a cancer Diagnosis. National cancer Registry/ Irish cancer society
72. Schiffman SS, Sattely-Miller EA, Taylor EL, et al. (2007) Combination of flavor enhancement and chemosensory education improves nutritional status in older cancer patients. *J Nutr Health Aging*. 11 (5), 439-54
73. Shang, E, Weiss, C, Post, S, and Kaehler, G (2006) The Influence of Early Supplementation of Parenteral Nutrition on Quality of Life and Body Composition in Patients With Advanced Cancer. *J PEN* 30 (3), 222-9.
74. Tan BH, Birdsell LA, Martin L, et al. (2009) Sarcopenia in an overweight or obese patient is an adverse prognostic factor in pancreatic cancer. *Clin Cancer Res*. 15 (22), 6973-9.
75. Tisdale MJ.(2009)“Mechanisms of cancer cachexia”, *Physiol Rev*. 89 (2), 381-410.
76. Tisdale MJ (2006) “Clinical anticachexia treatments”, *Nutr Clin Pract*. 21 (2), 168-74.
77. Tisdale MJ (2004) “Cancer cachexia”, *Langenbecks Arch Surg*. 389(4), 299-305.
78. The Declaration of Venice to Support Palliative Care Research in Developing Countries. <http://www.hospicecare.com/dv/english.html>
79. Taylor, E. (2004), <<Economic Costs of cancer Health Disparities>>, Summary of Meeting Proceedings. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health
80. Thoresen L, Frykholm G, Lydersen S, et al. (2010) Assessment of malnutrition and nutritional risk: which nutritional criteria predict survival in advanced malignant disease? *Clinical Nutrition* 5 (Supplement 2), 47 (PP062)
81. Vachon, M.L., & Kristjanson, L. & Higginson, I. (1995), <<Psychosocial Issues in Palliative Care: the Patient, the Family and the Process and Outcome of Care. *J Pain Symptom Manage*, 10
82. Yu Jung Kim, Jee Hyun Kim, Myung-Sook Park, et al.(2010) Comprehensive geriatric assessment in Korean elderly cancer patients receiving chemotherapy. *Cancer Res Clin Oncol* DOI 10.1007/s00432-010-0945-1

83. Yan Jun Li, Jie Dong and Li Zuo. (2009) “Is subjective global assessment a good index of nutrition in peritoneal dialysis patients with gastrointestinal symptoms?” *Perit Dial Int* 29 (S2), S78–S82.
84. Wolpin B, & Mayer R.(2008) Systemic Treatment of Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 134(5), 1296–1310.
85. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (last accessed 08/09/2009)
86. World Medical Association Declaration of Helsinki. Recommendations guiding physicians in biochemical research involving human subjects. Adopted by the 18th WMA General Assembly Helsinki, Finland, June 1964, and amended by the 29th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 1975 35th WMA General Assembly, Venice, Italy, October 1983 41st WMA General Assembly, Hong Kong, September 1989 48th WMA General Assembly, Somerset West, Republic of South Africa, October 1996
87. What-is-Palliative-Care <http://www.news-medical.net/health/Palliative-Care-What-is-Palliative-Care-%28Greek%29.aspx>
88. Wu B, Yin TT, Cao W, Gu ZD, Wang X, Yan M, Liu B (2010) “Validation of the Chinese version of the Subjective Global Assessment scale of nutritional status in a sample of patients with gastrointestinal cancer”, *Int J Nurs Stud*. 47(3), 323-31.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- <http://www.oecd.org/health/healthgrowthinhealthspendinggrindstoahalt.htm>
- <http://dw.de/p/17RD1> , «Το σύστημα Υγείας της Ελλάδας νοσεί, 2013»
- MNA: <http://www.mna-elderly.com> last assessed 04-04-2011

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 (MNA)



Mini Nutritional Assessment MNA®

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Φύλο: _____ Ημερ/νία: _____
 Ηλικία: _____ Βάρος(kg): _____ Ύψος(cm): _____

A) Έχει η πρόσληψη τροφής μειωθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών λόγω μείωσης της όρεξης, λόγω διαταραχών πέψης, λόγω δυσκολίας, μάσησης ή κατάποσης;
 0=σοβαρή μείωση της όρεξης
 1=μέτρια μείωση της όρεξης
 2=φυσιολογική όρεξη

B) Απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων μηνών
 0=απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 3 κιλά
 1=δε γνωρίζει
 2=απώλεια βάρους από 1 έως 3 κιλά
 3= καμία απώλεια βάρους

Γ) Κινητικότητα;
 0= κλινήρης ή/και καθηλωμένος σε καρέκλα;
 1= μη κλινήρης ή/και καθηλωμένος σε καρέκλα αλλά χωρίς να βγαίνει έξω από το σπίτι
 2=βγαίνει εκτός σπιτιού

Δ) Έχει ο ασθενής υποστεί ψυχολογικό στρες ή οξύ νόσημα τους τελευταίους τρεις μήνες
 0=ναι 1=όχι

Ε) Νευροψυχιατρικά νοσήματα;
 0=σοβαρή άνοια ή κατάθλιψη
 1=μέτρια άνοια
 2=χωρίς ψυχολογικά προβλήματα

ΣΤ) Ο Δείκτης Μάζας Σώματος του ασθενούς είναι:
 0=ΔΜΣ<19 2=21<ΔΜΣ<23
 1= 19<ΔΜΣ<21 3=ΔΜΣ>23

Ζ) Ανεξάρτητη διαβίωση (όχι σε οικο ευγηρίας ή κλινική ή νοσοκομείο)
 0=όχι 1=ναι

Η) Χρησιμοποιεί περισσότερα από 3 συνταγογραφούμενα φάρμακα την ημέρα
 0=ναι 1=όχι

Θ) Έλκη κατάκλισης;
 0=ναι 1= όχι

Ι) Πόσα πλήρη γεύματα τρώει ο ασθενής καθημερινά;
 0= 1 γεύμα
 1= 2 γεύματα
 2= 3 γεύματα

ΙΑ) Επιλεγμένοι δείκτες πρωτεϊνικής πρόσληψης

- τουλάχιστον 1 μερίδα γαλακτοκομικών (γάλα, γιαούρτι, τυρί) ημερησίως
 ναι..... όχι.....
- 2 ή περισσότερες μερίδες αυγού ή οσπρίων ανά εβδομάδα
 ναι..... όχι.....
- κρέας, ψάρι, κοτόπουλο καθημερινά
 ναι..... όχι.....

0.0=εάν είναι 0 ή 1 ναι
 0.5= εάν 2 ναι
 1.0= εάν 3 ναι

ΙΒ) Καταναλώνει 2 ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών καθημερινά
 0=όχι 1=ναι

ΙΓ) Πόσα ποτήρια υγρών (νερό, χυμοί, καφέ, τσάι, γάλα) πίνει καθημερινά;
 0.0=λιγότερο από 3 ποτήρια
 0.5=3 έως 5 ποτήρια
 1.0=περισσότερο από 5 ποτήρια

ΙΔ) Τρόπος σίτισης
 0=αδυναμία σίτισης χωρίς βοήθεια
 1= σιπίζεται μόνος του με σχετική δυσκολία
 2= σιπίζεται μόνος του χωρίς δυσκολία

ΙΕ) Αυτοαξιολόγηση της κατάστασης θρέψης του;
 0=θεωρεί ότι είναι υποσιτισμένος
 1=δε μπορεί προσδιορίσει την κατάσταση θρέψης του
 2=δεν θεωρεί ότι έχει προβλήματα με την κατάσταση θρέψης του

ΙΣΤ) Σε σχέση με άλλα συνομήλικα άτομα πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του;
 0.0=όχι τόσο καλή
 0.5=δε γνωρίζει
 1.0=εξίσου καλή
 2.0= καλύτερη

Ζ) Περίμετρος βραχίονα σε cm του ασθενούς
 0.0=ΠΒ<21
 0.5=21<ΠΒ<22
 1.0=ΠΒ>22

Η) Περίμετρος γαστροκνημίας σε cm του ασθενούς
 0=ΠΚ<31
 1=ΠΚ>31

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ (max 30 πόντοι)

Δείκτης Υποσιτισμού
 17<ΔΥ<23.5 κίνδυνος υποσιτισμού
 ΔΥ<17 παρουσία υποσιτισμού

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.

IIAPAPTHMA 2 (PG-SGA)

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)

Patient ID Information

History (Boxes 1-4 are designed to be completed by the patient.)

1. Weight (See Worksheet 1)

In summary of my current and recent weight:

I currently weigh about _____ pounds
I am about _____ feet _____ tall

One month ago I weighed about _____ pounds
Six months ago I weighed about _____ pounds

During the past two weeks my weight has:

decreased ⁽¹⁾ not changed ⁽²⁾ increased ⁽³⁾

Box 1

2. Food Intake: As compared to my normal intake, I would rate my food intake during the past month as:

unchanged ⁽⁰⁾
 more than usual ⁽⁰⁾
 less than usual ⁽¹⁾

I am now taking:

normal food but less than normal amount ⁽¹⁾
 little solid food ⁽²⁾
 only liquids ⁽²⁾
 only nutritional supplements ⁽³⁾
 very little of anything ⁽⁴⁾
 only tube feedings or only nutrition by vein ⁽⁵⁾

Box 2

3. Symptoms: I have had the following problems that have kept me from eating enough during the past two weeks (check all that apply):

no problems eating ⁽⁰⁾
 no appetite, just did not feel like eating ⁽¹⁾
 nausea ⁽¹⁾ vomiting ⁽²⁾
 constipation ⁽¹⁾ diarrhea ⁽³⁾
 mouth sores ⁽²⁾ dry mouth ⁽¹⁾
 things taste funny or have no taste ⁽¹⁾ smells bother me ⁽¹⁾
 problems swallowing ⁽²⁾ feel full quickly ⁽¹⁾
 pain; where? ⁽³⁾ _____
 other** ⁽¹⁾ _____

** Examples: depression, money, or dental problems

Box 3

4. Activities and Function: Over the past month, I would generally rate my activity as:

normal with no limitations ⁽⁰⁾
 not my normal self, but able to be up and about with fairly normal activities ⁽¹⁾
 not feeling up to most things, but in bed or chair less than half the day ⁽²⁾
 able to do little activity and spend most of the day in bed or chair ⁽³⁾
 pretty much bedridden, rarely out of bed ⁽⁴⁾

Box 4

Additive Score of the Boxes 1-4 A

The remainder of this form will be completed by your doctor, nurse, or therapist. Thank you.

5. Disease and its relation to nutritional requirements (See Worksheet 2)

All relevant diagnoses (specify) _____

Primary disease stage (circle if known or appropriate) I II III IV Other _____

Age _____

Numerical score from Worksheet 2 B

6. Metabolic Demand (See Worksheet 3)

Numerical score from Worksheet 3 C

7. Physical (See Worksheet 4)

Numerical score from Worksheet 4 D

Global Assessment (See Worksheet 5)

Well-nourished or anabolic (SGA-A)
 Moderate or suspected malnutrition (SGA-B)
 Severely malnourished (SGA-C)

Total PG-SGA score

(Total numerical score of A+B+C+D above)

(See triage recommendations below)

Clinician Signature _____ RD RN PA MD DO Other _____ Date _____

Nutritional Triage Recommendations: Additive score is used to define specific nutritional interventions including patient & family education, symptom management including pharmacologic intervention, and appropriate nutrient intervention (food, nutritional supplements, enteral, or parenteral triage). First line nutrition intervention includes optimal symptom management.

0-1 No intervention required at this time. Re-assessment on routine and regular basis during treatment.

2-3 Patient & family education by dietitian, nurse, or other clinician with pharmacologic intervention as indicated by symptom survey (Box 3) and laboratory values as appropriate.

4-8 Requires intervention by dietitian, in conjunction with nurse or physician as indicated by symptoms survey (Box 3).

≥ 9 Indicates a critical need for improved symptom management and/or nutrient intervention options.

© FD Ottery, 2001

Worksheets for PG-SGA Scoring

© FD Ottery, 2001

Boxes 1-4 of the PG-SGA are designed to be completed by the patient. The PG-SGA numerical score is determined using 1) the parenthetical points noted in boxes 1-4 and 2) the worksheets below for items not marked with parenthetical points. Scores for boxes 1 and 3 are additive within each box and scores for boxes 2 and 4 are based on the highest scored item checked off by the patient.

Worksheet 1 - Scoring Weight (Wt) Loss

To determine score, use 1 month weight data if available. Use 6 month data only if there is no 1 month weight data. Use points below to score weight change and add one extra point if patient has lost weight during the past 2 weeks. Enter total point score in Box 1 of the PG-SGA.

Wt loss in 1 month	Points	Wt loss in 6 months
10% or greater	4	20% or greater
5-9.9%	3	10-19.9%
3-4.9%	2	6-9.9%
2-2.9%	1	2-5.9%
0-1.9%	0	0-1.9%

Score for Worksheet 1
Record in Box 1

Worksheet 2 - Scoring Criteria for Condition

Score is derived by adding 1 point for each of the conditions listed below that pertain to the patient.

Category	Points
Cancer	1
AIDS	1
Pulmonary or cardiac cachexia	1
Presence of decubitus, open wound, or fistula	1
Presence of trauma	1
Age greater than 65 years	1

Score for Worksheet 2 =
Record in Box B

Worksheet 3 - Scoring Metabolic Stress

Score for metabolic stress is determined by a number of variables known to increase protein & calorie needs. The score is additive so that a patient who has a fever of > 102 degrees (3 points) and is on 10 mg of prednisone chronically (2 points) would have an additive score for this section of 5 points.

Stress	none (0)	low (1)	moderate (2)	high (3)
Fever	no fever	>99 and <101	≥101 and <102	≥102
Fever duration	no fever	<72 hrs	72 hrs	> 72 hrs
Steroids	no steroids	low dose (<10mg prednisone equivalents/day)	moderate dose (≥10 and <30mg prednisone equivalents/day)	high dose steroids (≥30mg prednisone equivalents/day)

Score for Worksheet 3 =
Record in Box C

Worksheet 4 - Physical Examination

Physical exam includes a subjective evaluation of 3 aspects of body composition: fat, muscle, & fluid status. Since this is subjective, each aspect of the exam is rated for degree of deficit. Muscle deficit impacts point score more than fat deficit. Definition of categories: 0 = no deficit, 1+ = mild deficit, 2+ = moderate deficit, 3+ = severe deficit. Rating of deficit in these categories are *not* additive but are used to clinically assess the degree of deficit (or presence of excess fluid).

Fat Stores:	0	1+	2+	3+
orbital fat pads	0	1+	2+	3+
triceps skin fold	0	1+	2+	3+
fat overlying lower ribs	0	1+	2+	3+
Global fat deficit rating	0	1+	2+	3+

Muscle Status:	0	1+	2+	3+
temples (temporalis muscle)	0	1+	2+	3+
clavicles (pectoralis & deltoids)	0	1+	2+	3+
shoulders (deltoids)	0	1+	2+	3+
interosseous muscles	0	1+	2+	3+
scapula (latissimus dorsi, trapezius, deltoids)	0	1+	2+	3+
thigh (quadriceps)	0	1+	2+	3+
calf (gastrocnemius)	0	1+	2+	3+
Global muscle status rating	0	1+	2+	3+

Fluid Status:	0	1+	2+	3+
ankle edema	0	1+	2+	3+
scrotal edema	0	1+	2+	3+
ascites	0	1+	2+	3+
Global fluid status rating	0	1+	2+	3+

Point score for the physical exam is determined by the overall subjective rating of total body deficit.
 No deficit score = 0 points
 Mild deficit score = 1 point
 Moderate deficit score = 2 points
 Severe deficit score = 3 points

Score for Worksheet 4 =
Record in Box D

Worksheet 5 - PG-SGA Global Assessment Categories

Category	Stage A Well-nourished	Stage B Moderately malnourished or suspected malnutrition	Stage C Severely malnourished
Weight	No wt loss OR Recent non-fluid wt gain	~5% wt loss within 1 month (or 10% in 6 months) OR No wt stabilization or wt gain (i.e., continued wt loss)	> 5% wt loss in 1 month (or >10% in 6 months) OR No wt stabilization or wt gain (i.e., continued wt loss)
Nutrient Intake	No deficit OR Significant recent improvement	Definite decrease in intake	Severe deficit in intake
Nutrition Impact Symptoms	None OR Significant recent improvement allowing adequate intake	Presence of nutrition impact symptoms (Box 3 of PG-SGA)	Presence of nutrition impact symptoms (Box 3 of PG-SGA)
Functioning	No deficit OR Significant recent improvement	Moderate functional deficit OR Recent deterioration	Severe functional deficit OR recent significant deterioration
Physical Exam	No deficit OR Chronic deficit but with recent clinical improvement	Evidence of mild to moderate loss of SQ fat &/or muscle mass &/or muscle tone on palpation	Obvious signs of malnutrition (e.g., severe loss of SQ tissues, possible edema)

Global PG-SGA rating (A, B, or C) =

