

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΜΠΟΥΡΙΚΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ:
Δρ. ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Π. ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΠΑΤΡΑ 1999

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2862

Η πτυχιακή αυτή εργασία αφιερώνεται στους γονείς μου γιατί στήριζαν και στηρίζουν τα όνειρά μου και ελπίζω να μην τους διαψεύσω. Ευχαριστώ επίσης τον καθηγητή μου Παν. Στασινόπουλο για την πολύτιμη βοήθειά του.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	9
1.1 Ανατομία του ήπατος	9
1.2 Φυσιολογία του ήπατος	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	19
2.1 Επιδημιολογία	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	22
3.1 Διάγνωση	22
3.2 Πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος	22
3.2.1 Κλινική εικόνα	22
3.2.2 Εργαστηριακός έλεγχος	25
3.2.3 Ακτινολογικός έλεγχος	27
3.2.4 Ιστολογία	31
3.2.5 Παθολογική ανατομική	34
3.3 Χολαγγειοκαρκίνωμα	35
3.3.1 Συμπτωματολογία – Ακτινολογία – Ορολογικοί δείκτες	35
3.3.2 Ιστολογία	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	38
4.1 Σταδιοποίηση	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	39
5.1 Θεραπεία	39
5.2 Χειρουργική θεραπεία	39
5.3 Χημειοθεραπεία	42
5.4 Μεταμόσχευση του ήπατος	43

5.4.1	Εισαγωγή	43
5.4.2	Ενδείξεις και αντενδείξεις για μεταμόσχευση του ήπατος	44
5.4.3	Επιπλοκές της μεταμόσχευσης	46
5.4.4	Επιλογή του λήπτη	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο		48
6.1	Πρόγνωση	48
6.2	Πρόληψη	49
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		51
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ Νο 1		52
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ Νο 2		68
ΕΠΙΛΟΓΟΣ		85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		86

Εισαγωγή

Μέσα από αυτή την εργασία μας δίνεται η ευκαιρία να ασχοληθούμε και να μελετήσουμε τον καρκίνο του ήπατος που στη χώρα μας παρουσιάζει ενδιάμεσους προς υψηλούς δείκτες θνησιμότητας. Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος (Π.Κ.Η.) αποτελεί τον όγδοο συχνότερο καρκίνο στον κόσμο.

Πρόλογος

Ο καρκίνος του ήπατος αποτελεί ιδιαίτερος ενδιαφέρουσα νεοπλασία διότι κατά τα τελευταία χρόνια τόσο οι επιδημιολογικές έρευνες όσο και η αιτιολογία της νόσου έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο. Ιδιαίτερα στη χώρα μας, ο καρκίνος του ήπατος έχει πολύ μεγάλη σημασία εφόσον η συχνότητα των φορέων του ιού της ηπατίτιδας Β είναι πολύ υψηλή σε σχέση με άλλες αναπτυγμένες χώρες. Είναι ο καρκίνος που αισιοδοξούμε ότι θα περιορισθεί με τον εμβολιασμό του πληθυσμού για την ηπατίτιδα Β.

Η φυσική εξέλιξη της νεοπλασίας είναι κατά κανόνα ραγδαία και είναι γνωστό ότι η πλειονότητα των ασθενών με ηπάτημα καταλήγουν μέσα σε μερικούς μήνες, περίπου έξι μετά τη διάγνωση της νόσου.

Εντούτοις, ένας μικρός αριθμός ηπατημάτων φέρεται να έχει δυνητικά βραδεία εξέλιξη. Ο Davidson βρήκε, ανάμεσα σε 85 ηπατοκαρκινώματα ιστολογικά διαπιστωθέντα, 12 περιπτώσεις με επιβίωση πάνω από 2 χρόνια, από τις οποίες μόνο 4 είχαν αντιμετωπιστεί χειρουργικά με εκτομή. Ο Okuda καθόρισε μια υποομάδα πρωτοπαθών καρκίνων με κάψα, καλά διαφοροποιημένων και με εξέλιξη πιο αργή από τη συνήθη. Επίσης, οι Bergman και Graig απομόνωσαν μια ποικιλία πρωτοπαθούς καρκίνου με ινώδες υπόστρωμα και απουσία κίρρωσης σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες που παρουσίασαν βραδεία εξέλιξη. Τέλος, έχει πρόσφατα αναφερθεί μία περίπτωση αυτόματης υποστροφής πολυεστιακού ηπατοκυτταρικού καρκινώματος αποδεδειγμένου με βιοψία, με επιβίωση πάνω από 4 χρόνια. Οι πιθανότητες καλοθέστερης εξέλιξης της νόσου πρέπει να είναι γνωστές και να συνεκτιμώνται κατά την αξιολόγηση των θεραπευτικών χειρισμών και αποτελεσμάτων.

Η νόσος παραμένει για μακρό διάστημα εντοπισμένων στο ήπαρ. Με έρευνα του ο Al Sarraf διαπίστωσε μεταστάσεις μόνο στο 50% των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν στο τελικό στάδιο της νόσου. Όταν υπάρχει νεοπλασματική επέκταση, αυτή γίνεται πιο συχνά προς τις φλέβες (πυλαία, ηπατικές κάτω κοίλη, δεξιό καρδιακό κόλπο) και σπανιότερα στους επιχώριους λεμφαδένες, πνεύμονες, οστά, εγκέφαλο. Η κατ' επέκταση διήθηση του διαφράγματος είναι αρκετά συχνή, ενώ αντίθετα οι περιτοναϊκές μεταστάσεις σπάνιες.

Από θεραπευτικής πλευράς, οι ελπίδες εναπόκεινται στη χειρουργική, όπου η τελειοποίηση των τεχνικών και η μείωση της εγχειρητικής θνητότητας ίσως βελτιώσουν

τα ποσοστά επιβιώσεως. Δεν υπάρχει αμφιβολία, όμως ότι το στάδιο της νόσου και η βιολογική κατάσταση του ήπατος παίζουν σημαντικό ρόλο.

Η χημειοθεραπεία έχει περιορισμένα αποτελέσματα, ενώ η ακτινοθεραπεία μηδαμινά, λόγω της γνωστής ακτινοευαισθησίας του ηπατικού παρεγχύματος.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΗΠΑΡ

1.1 Ανατομία

Το ήπαρ είναι μονοφυής και ο μεγαλύτερος από τους αδένες του πεπτικού συστήματος. Το βάρος του κυμαίνεται περίπου στα 2000 gr. Το απόλυτο βάρος του ήπατος κυμαίνεται στους άνδρες από 1400 – 1800 γραμμάρια και τις γυναίκες από 1200 -- 1400.

Η χροιά του είναι καστανοκόκκινη, η σύστασή του μαλακή γι' αυτό εύκολα θρυμματίζεται και σπάζει σε κακώσεις της κοιλιάς. Λόγω της πλούσιας αγγείωσής του ο τραυματισμός του ήπατος έχει σαν αποτέλεσμα σοβαρή εσωτερική αιμορραγία.

Το εξωκρινές προϊόν του ήπατος είναι η χολή. Τα άλατα των χολικών οξέων, που περιέχονται στη χολή, έχουν επίδραση στην επιφανειακή δράση και χρησιμεύουν για τη γαλακτωματοποίηση και έτσι την πέψη των λιπών στο έντερο.

Θέση και σχήμα: Το ήπαρ βρίσκεται στην άνω κοιλία και αμέσως κάτω από το δεξιό θόλο του διαφράγματος. Καταλαμβάνει το δεξιό υποχόνδριο, το ιδίως επιγάστριο και μέρος του αριστερού υποχονδρίου, στο οποίο εκτείνεται σε διάφορο βαθμό. Έτσι βρίσκεται κατά $\frac{3}{4}$ δεξιά από τη μέση γραμμή και κατά $\frac{1}{4}$ αριστερά της.

Το σχήμα λόγω της μαλακής και εύπλαστης σύστασής του προσαρμόζεται με τη μορφή των παρακείμενων οργάνων.

Εξωτερική μορφολογία. Το ήπαρ εμφανίζει κατά την περιγραφή τρία χείλη, το πρόσθιο, το δεξιό και το αριστερό και τρεις επιφάνειες, την άνω την κάτω και την οπίσθια.

Χείλη: το πρόσθιο χείλος: Το χείλος αυτό εμφανίζει δύο εντομές την ομφαλική και την κυστική εντομή. Από τις εντομές αυτές αρχίζουν οι οβελιαίες αύλακες της κάτω επιφάνειας του ήπατος.

Η ομφαλική εντομή βρίσκεται αριστερά και υποδέχεται το στρογγυλό σύνδεσμο του ήπατος. Η κυστική εντομή βρίσκεται δεξιά και υποδέχεται τον πυθμένα της χοληδόχου κύστης.

Το δεξιό χείλος εκτείνεται προς τα πίσω μέχρι το έξω χείλος του δεξιού νεφρού. Βρίσκεται κρυμμένο μέσα από τους χόνδρους της 10ης – 12ης πλευράς.

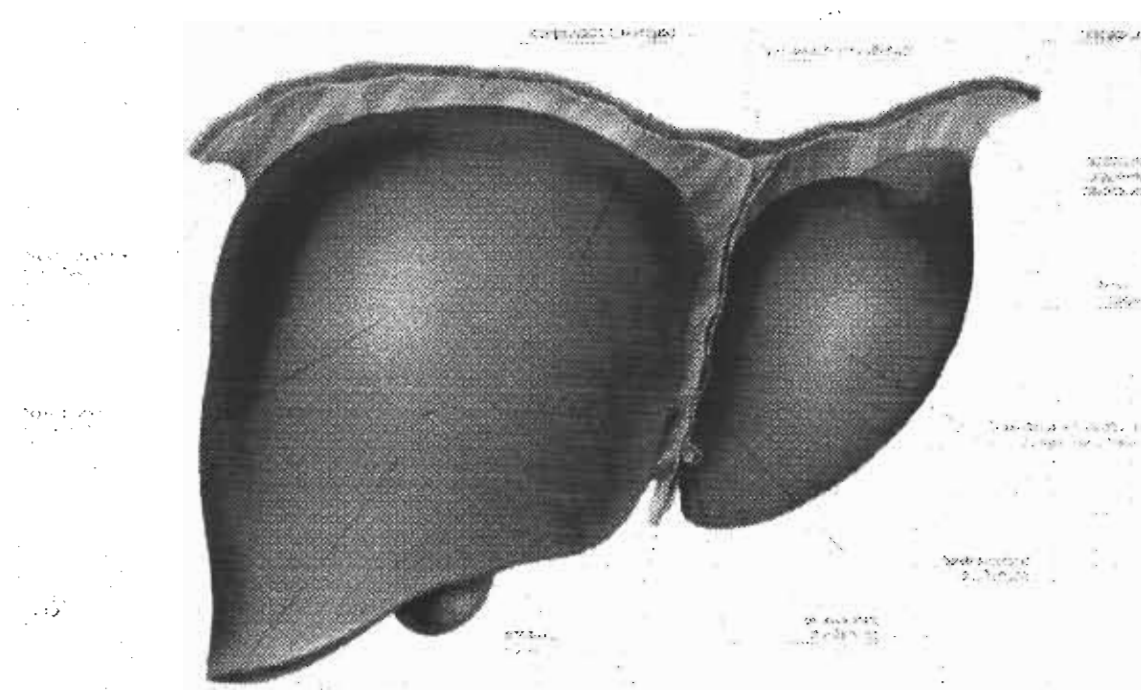
Το αριστερό χείλος είναι οξύ και φέρεται πίσω από τον χόνδρο της 7ης πλευράς, κυκλώτερος προς τ' αριστερά και πίσω, μέχρι τον οισοφάγο. Κάποτε όμως φθάνει μέχρι το αριστερό θωρακικό τοίχωμα, οπότε ακουμπάει στον σπλήνα.

Επιφάνειες: Η άνω επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται από περιτόναιο και χωρίζεται με την πρόσφυση του δρεπανοειδούς συνδέσμου σε δύο μέρη (λοβούς) το δεξιό και το αριστερό. Το δεξιό είναι πιο μεγάλο και αποτελεί τα $\frac{3}{4}$ ενώ το αριστερό είναι μικρό και αποτελεί το $\frac{1}{4}$ της επιφάνειας του ήπατος.

Δομή του ήπατος: Το ήπαρ είναι μικτός αδένας. Εξωτερικά περιβάλλεται από το περισπλαγνιοπέταλο του περιτοναίου, το οποίο δεν υπάρχει στις θέσεις, στις οποίες προσφύονται οι περιτοναϊκοί ηπατικοί σύνδεσμοι. Ακόμη το περιτόναιο δεν υπάρχει αντίστοιχα προς τη δεξιά μοίρα της πίσω επιφάνειας του ήπατος, τον καυστικό βόθρο και την πύλη του ήπατος. Υπό το περιτόναιο υπάρχει στιβάδα από χαλαρό συνδετικό ιστό, η οποία ονομάζεται κάψα του Glisson.

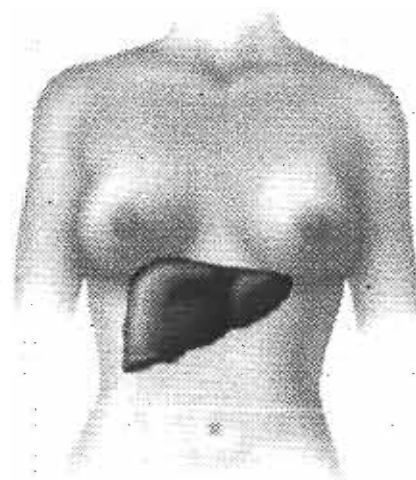
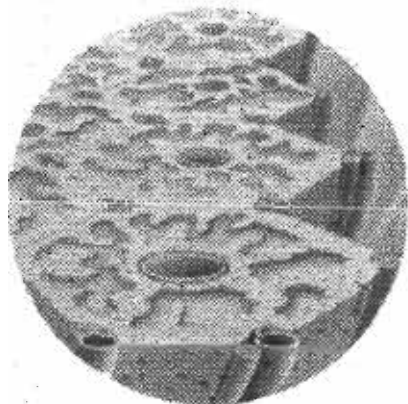
Το παρέγχυμα του ήπατος αποτελείται κυρίως από τα ηπατικά λοβία από τους χοληφόρους πόρους από αγγεία όπως και από τα νεύρα του.

Το συζώτι

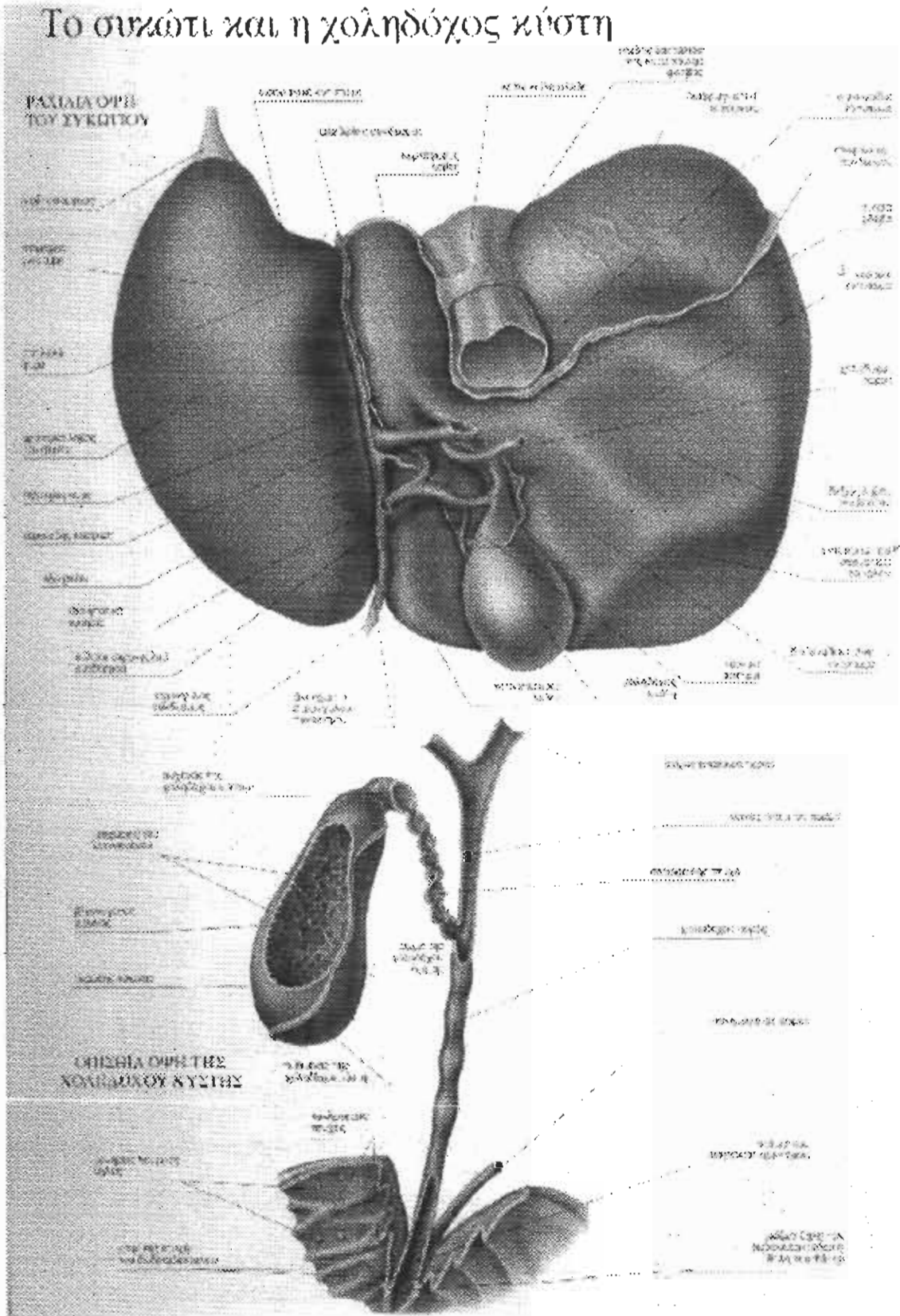


ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

ΑΡΧΑΙΣΤΟ ΜΗΤΕΡΟΚΟΙΛΙΟ
ΕΝΟΣ ΗΠΗΤΙΚΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΥ



ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΑΚΤΟΤΗΤΑΣ
ΣΤΑ ΟΡΓΑΝΟΓΕΝΗΤΑ
ΤΟΜΕΙΑ



1. Ηπατικά λοβία

Τα ηπατικά λοβία εμφανίζουν σχήμα ποικίλο και φαίνονται με γυμνό μάτι. Αποτελούν τις λειτουργικές και ανατομικές μονάδες του ήπατος. Αποτελούν συνήθως μικρές πενταγωνικές ή εξαγωνικές περιοχές σε σχήμα πυραμίδας. Η πυραμίδα αυτή από την κορυφή μέχρι το μέσο της βάσης της διελαύνεται από την κεντρική ή ενδολόβια φλέβα. Αυτή η φλέβα υποδέχεται το αίμα της πυλαίας φλέβας και εκβάλλει από τη βάση του ηπατικού λοβίου στην υπολόβια φλέβα.

Κάθε ηπατικό λόβιο αποτελείται από ερειστικό υπόστρωμα από λεπτές συνδετικές κιγκλιδωτές ίνες. Αυτές εκτείνονται μεταξύ της κεντρικής φλέβας και της περιφέρειας του ηπατικού λοβίου και σχηματίζουν διαπλεκόμενες μεταξύ τους δίκτυο, μέσα στο οποίο βρίσκονται α) ηπατικά κύτταρα β) τα κολπώδη πυλαία τριχοειδή γ) τα τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας και δ) τα χοληφόρα σωληνάκια.

2. Χοληφόροι Πόροι

Οι χοληφόροι πόροι αποτελούν με τα χοληφόρα σωληνάκια την ενδοηπατική εκφορητική μοίρα της εξωκρινούς οδού του ήπατος. Διακρίνονται στους περιλόβιους και στους μεσολόβιους χοληφόρους πόρους.

Οι περιλόβιοι χοληφόροι πόροι περιβάλλουν σαν δίκτυο το ηπατικό λόβιο και αποτελούν τη συνέχεια των χοληφόρων σωληναρίων. Οι πόροι αυτοί εκβάλλουν στους μεσολόβιους χοληφόρους πόρους.

Οι μεσολόβιοι χοληφόροι πόροι σχηματίζονται από τη συνένωση πολλών περιλόβιων πόρων και πορεύονται στα μεσολόβια διαστήματα και μετά στα έλυτρα του Glisson. Φέρονται προς την πύλη του ήπατος, όπου συνενώνονται με τους παρακείμενους πόρους και κοντά στην πύλη σχηματίζουν δύο μεγάλους πόρους, το δεξιό και τον **αριστερό ηπατικό πόρο**. Οι πόροι αυτοί ενώνονται και σχηματίζουν τον **κοινό ηπατικό πόρο**.

3. Αγγεία και νεύρα του ήπατος

Το ήπαρ εμφανίζει δύο προσαγωγούς αιμοφόρους οδούς την οδό της πυλαίας

και την οδό της ηπατικής αρτηρίας και μια απαγωγό, την οδό των ηπατικών φλεβών. Με την **ηπατική αρτηρία** γίνεται η θρεπτική λειτουργία του ήπατος. Με την **πυλαία φλέβα** γίνεται η λειτουργική καθ' όσον μ' αυτή τη φλέβα φέρονται στο ήπαρ χρήσιμα συστατικά (προϊόντα πέψης και προϊόντα της καταστροφής των ερυθρών αιμοσφαιρίων όπως και ινσουλίνη).

Η πυλαία φλέβα η οποία σχηματίζεται από τη συνένωση της άνω μεσεντέριας με τη σπληνική φλέβα διαιρείται μπροστά την πύλη του ήπατος, σε δεξιό και αριστερό κλάδο. Οι κλάδοι αυτοί διακλαδίζονται μέσα στο ήπαρ σε κλάδους από τους οποίους οι λεπτότεροι πορεύονται μέσα στα μεσολόβια διαστήματα. Αυτοί ονομάζονται **μεσολόβιοι** κλάδοι. Από τους μεσολόβιους κλάδους εκφύονται μικρά προσαγωγά φλέβια τα οποία εισέρχονται μέσα στα ηπατικά λόβια, όπου διασπώνται σε πυκνό δίκτυο κολπωδών τριχοειδών, τα οποία εκβάλλουν τελικά στην ενδολόβια φλέβα.

Η ηπατική αρτηρία αποτελεί κλάδο της κοιλιακής αρτηρίας και το τροφικό αγγείο του ήπατος. Διανέμεται στο συνδετικό ιστό του, στα τοιχώματα των διαφόρων αγγείων, στους χοληφόρους πόρους και τελικά παρέχει οξυγονωμένο αίμα στα ηπατικά κύτταρα. Αυτή φέρεται στο ήπαρ με το ηπατοδωδεκαδακτυλικό σύνδεσμο και διαιρείται κοντά στις πύλες σε δύο κλάδους το δεξιό και τον αριστερό.

Ο δεξιός κλάδος της ηπατικής αρτηρίας χορηγεί πρώτα τη κυστική αρτηρία για τη χοληδόχο κύστη και κατόπιν διαιρείται σε 2-3 κλάδους για το δεξιό λοβό του ήπατος.

Ο αριστερός κλάδος διαιρείται σε τρεις συνήθως κλάδους. Οι κλάδοι του δεξιού και του αριστερού κλάδου της ηπατικής αρτηρίας συνοδεύουν τους κλάδους της πυλαίας φλέβας και καταλήγουν τελικά στους μεσολόβιους κλάδους οι οποίοι πορεύονται στα μεσολόβια διαστήματα.

Οι ηπατικές φλέβες δεν έχουν βαλβίδες και απάγουν από το ήπαρ αίμα. Οι ηπατικές φλέβες είναι τρεις κύριες: η δεξιά, η μέση και η αριστερή και μερικές μικρότερες εκβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα.

Τα νεύρα του ήπατος προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα και αποτελούνται

από κλάδους του πνευμονογαστρικού, του συμπαθητικού και του δεξιού φρενικού. Τα νεύρα συνοδεύουν την ηπατική αρτηρία και ακολουθούν μέσα στο ήπαρ τους κλάδους της ηπατικής αρτηρίας και της πυλαίας φλέβας και σχηματίζουν γύρω τους γαγγλιοφόρα πλέγματα.

Η εκφορητική οδός του ήπατος

Η εκφορητική οδός του ήπατος διακρίνεται σε δύο μοίρες την ενδοηπατική και εξωηπατική εκφορητική οδό. Η **ενδοηπατική** αποτελείται από τα χοληφόρα σωληνάκια και από τους χοληφόρους πόρους (περιλόβιους και μεσολόβιους). Η **εξωηπατική εκφορητική** οδός του ήπατος αποτελείται από:

- α) Τον κοινό ηπατικό πόρο
- β) Τον κυστικό πόρο
- γ) Την χοληδόχο κύστη
- δ) Το χοληδόχο πόρο

α) Ο κοινός ηπατικός πόρος έχει μήκος 3-5 εκ. και σχηματίζεται κατά το δεξιό άκρο της πύλης από τη συμβολή του δεξιού και του αριστερού πόρου. Πορεύεται μέσα στο μικρό επίπλουν όπου αναστομώνεται σε οξεία γωνία με τον κυστικό πόρο. Έτσι παράγεται ο χοληδόχος πόρος.

β) Ο κυστικός πόρος συνοδεύεται από τη χοληκυστική αρτηρία και αποτελεί τον εκφορητικό πόρο της χοληδόχου κύστης. Έχει μήκος 3-4 εκ.

γ) Η χοληδόχος κύστη έχει μήκος 8-10 εκ. πλάτος 3 εκ. και η χωρητικότητά της κυμαίνεται από 30-50 κυβ. εκ. Έχει σχήμα αχλαδιού και βρίσκεται στο κυστικό βόθρο της κάτω επιφάνειας του ήπατος. Εμφανίζει δύο επιφάνειες την **πρόσθια** και την **οπίσθια**. Κατά την περιγραφή της χοληδόχου κύστης διακρίνουμε τρία μέρη: τον **πυθμένα**, το **σώμα** και τον **αυχένα**.

Κατασκευή. Το τοίχωμα της χοληδόχου κύστης αποτελείται από τα έξω προς τα έσω α) από ατελή ορογόνο υμένα, β) από ινομυώδη χιτώνα και γ) από βλεννογόνο.

Λειτουργίες. Όταν δεν λειτουργεί το έντερο, η χολή που εκκρίνεται από το ήπαρ αθροίζεται στη χοληδόχο κύστη και κατά την πέψη χύνεται από τον χοληδόχο πόρο στο 12δάκτυλο. Όταν παραμένει η χολή στην κύστη γίνεται πιο πυκνή και πιο βλενωδής.

δ) Ο Χοληδόχος πόρος έχει μήκος 6-8 εκ. και εκτείνεται από τη συμβολή του κοινού ηπατικού και κυστικού πόρου μέχρι τη μεγάλη 12δακτυλική θηλή, όπου εκβάλλει.

Ο πόρος αυτός κατά την πορεία του εμφανίζει τρεις μοίρες:

- α) Την ενδοεπιλοϊκή μοίρα
- β) Την οπισθοπαγκρεατοδωδεκακτυλική μοίρα
- γ) Την ενδοτριχική μοίρα

Κατασκευή. Το τρίχωμα του χοληδόχου πόρου, του κοινού ηπατικού ως και του κυστικού πόρου αποτελείται από ινομυώδη χιτώνα και βλεννογόνο.

Ο ινομυώδης χιτώνας αποτελείται από συνδετικές και ελαστικές ίνες όπως και από λείες μυϊκές ίνες. Οι μυϊκές ίνες του χοληδόχου πόρου πυκνώνονται και παχύνονται κατά το στόμιο της εκβολής του και αποτελούν το σφιγκτήρα του Oddo.

Ο σφιγκτήρας αυτός αποτελείται από τέσσερις μοίρες:

- α) Από το σφιγκτήρα του χοληδόχου πόρου
- β) Από επιμήκεις ίνες
- γ) Από το σφιγκτήρα της ληκύθου
- δ) Από το σφιγκτήρα του παγκρεατικού πόρου.

1.2 Φυσιολογία του ήπατος

Λειτουργίες του ήπατος

Έχοντας υπ' όψη την πιο πάνω περιγραφείσα υφή του ήπατος και το δεδομένο ότι μορφή και λειτουργία είναι αλληλένδετα, είναι δυνατό να παρομοιάσουμε το ήπαρ προς πολύπλοκο χημικό εργοστάσιο, στο οποίο γίνεται πολυσύνθετη χημική εργασία. Κάθε ηπατικό κύτταρο έχει στην άμεση διάθεσή του όλα τα απαραίτητα υλικά για την πολύπλοκη χημική του εργασία (Παρασκευή γλυκογόνου ουρίας και χολής) και όλα τα μεταφορικά μέσα (τριχοειδή χοληφόρα και τριχοειδή πυλαίας) για την άμεση μεταφορά των προϊόντων που παράγονται από αυτό. Το ήπαρ συνεπώς και ειδικότερα το ηπατικό λόβιο αποτελεί μικό αδένιο πολύπλοκης κατασκευής και χαρακτηρίζεται από ότι αυτό το ίδιο το ηπατικό κύτταρο παράγει το εξώκρημα και τα ενδοκρήματα του ήπατος.

Η **εξωκρινής μοίρα** του ηπατικού λοβίου αποτελείται από τις ηπατικές δοκίδες και ιδιαίτερα από τα ηπατικά πετάλια και από τα χοληφόρα σωληνάρια (τριχοειδή) που βρίσκονται μέσα σε αυτά. Αποτελεί σωληνοειδή δικτυωτό αδένιο, που έχει σχέση με την έκκριση της χολής. Η χολή ανέρχεται κατά το 24ωρο στο ποσό των 500-600 κυβ εκ. και είναι απαραίτητη για την πέψη και την απομύζηση των λιπών.

Η ενδοκρινής μοίρα του ηπατικού λοβίου αποτελείται από τα ηπατικά πετάλια και από τους ανάμεσά τους πορευόμενους φλεβώδεις κόλπους της πυλαίας φλέβας. Σε αυτή τη μοίρα γίνεται η δόμηση και αποδόμηση του γλυκογόνου και παράγεται συγχρόνως η ουρία, το ινωδογόνο, η προθρομβίνη κ.α.

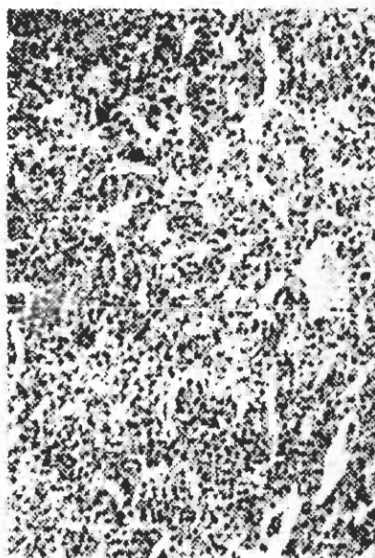
Το ήπαρ εκτός από το εξώκρημα και τα ενδοκρήματα τα οποία παράγει, χρησιμεύει επίσης και για την άμυνα του οργανισμού γιατί στο τοίχωμα των φλεβωδών κόλπων της πυλαίας φλέβας βρίσκονται τα αστεροειδή κύτταρα (Kupffer). Τα κύτταρα αυτά έχουν την ικανότητα να αποταμιεύουν διάφορες χρωστικές, να καταστρέφουν με ενδοκυττάρια πέψη τα μικρόβια και κυρίως να αποδομούν τα γερασμένα ερυθρά αιμοσφαίρια από την αιμοσφαιρίνη των οποίων παράγουν τη χολυρεθρίνη.



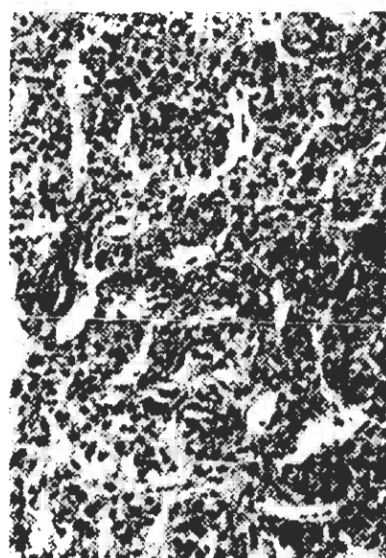
Πίνακας 234. Ήπατος του πονόμακκου, χρονικό στάδιο 2. Ούλας παρανεοπλαστικές διχασμένες λίαν εύροσφι ηνειαίνουσες κυττάρων, οι οποίες αναπτύσσονται περιμετρικά στην κύρια ποσοτική και αρχικά σε σύγκριση με τα κεντρικά ούλα της στεφάνης. Διακρίνονται ούλα φέρουσα έντονες ή ευνοϊκές με ελάττωμα αλληλεπιδράσεων διχασμένων κυττάρων, x 300.



Πίνακας 232. Σύνθεση του ήπατος με νεοπλασματικές κυττάρους, χρονικό στάδιο 4. Τα κύτταρα φέρουν έντονες αλληλεπιδράσεις, οι οποίες αναπτύσσονται περιμετρικά στην κύρια ποσοτική και αρχικά σε σύγκριση με τα κεντρικά ούλα της στεφάνης. Διακρίνονται ούλα φέρουσα έντονες ή ευνοϊκές με ελάττωμα αλληλεπιδράσεων διχασμένων κυττάρων, x 300.



Πίνακας 233. Ήπατος του πονόμακκου, χρονικό στάδιο 3. Τα κύτταρα φέρουν έντονες αλληλεπιδράσεις, οι οποίες αναπτύσσονται περιμετρικά στην κύρια ποσοτική και αρχικά σε σύγκριση με τα κεντρικά ούλα της στεφάνης. Διακρίνονται ούλα φέρουσα έντονες ή ευνοϊκές με ελάττωμα αλληλεπιδράσεων διχασμένων κυττάρων, x 300.



Πίνακας 235. Ήπατος του πονόμακκου, χρονικό στάδιο 1. Τα κύτταρα φέρουν έντονες αλληλεπιδράσεις, οι οποίες αναπτύσσονται περιμετρικά στην κύρια ποσοτική και αρχικά σε σύγκριση με τα κεντρικά ούλα της στεφάνης. Διακρίνονται ούλα φέρουσα έντονες ή ευνοϊκές με ελάττωμα αλληλεπιδράσεων διχασμένων κυττάρων, x 300.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Επιδημιολογία

Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος είναι κακοήθες νεόπλασμα που προέρχεται από τα ηπατικά κύτταρα (ηπατοκαρκίνωμα) ή το επιθήλιο των χοληφόρων (χολαγγειοκαρκίνωμα). Απαντάται σε παγκόσμια κλίμακα και μάλιστα παρουσιάζει συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα σ' ολόκληρο τον κόσμο, ακόμη και στην Ευρώπη και τη Β. Αμερική όπου η νόσος στα μέρη αυτά απαντάται σπανιότερα. Έτσι ενώ αντιπροσώπευε το 1% του συνόλου των καρκίνων πριν 30 χρόνια πέρασε στο 3% και μερικές φορές στο 6% σε νεκροτομικές μελέτες.

Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος, συγκρινόμενος με άλλες κακοήθεις νεοπλασίες παρουσιάζει ενδιαφέρουσες ιδιοτυπίες όσον αφορά την κατανομή του. Η ανομοιογένεια της γεωγραφικής κατανομής είναι εμφανής. Η νόσος είναι εξαιρετικά συχνή στην Αφρική και Άπω Ανατολή. Σε μεγαλύτερη συχνότητα παγκοσμίως εμφανίζεται στις τροπικές ζώνες της Αφρικής μέχρι και 100 φορές υψηλότερη από ότι στις ΗΠΑ και τη Δυτ. Ευρώπη, ενώ στη Ν. Ασία αντιπροσωπεύει το 20-40% του συνόλου των όγκων. Στην Ελλάδα αν και η συχνότητα είναι πολύ μικρότερη της Αφρικής (ετήσια επίπτωση 33-150 ανά 100.000 πληθυσμού) είναι σημαντικά μεγαλύτερη από την Αμερική και τη Δυτ. Ευρώπη (2-3/100.000).

Η κατανομή του πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος κατά ηλικία εμφανίζει ιδιαίτερη γεωγραφική κατανομή. Κατά κανόνα η συχνότητα αυξάνει με την ηλικία. Οι μικρές ηλικίες συνήθως δεν προσβάλλονται, στις περιοχές όμως που η νόσος ενδημεί υπάρχει έντονη στροφή προς αυτές. Η εμφάνιση της νόσου στα παιδιά είναι σπάνια, όλες όμως οι περιπτώσεις που έχουν κατά καιρούς αναφερθεί εμφανίζονται πριν τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής και αφορούν κυρίως περιπτώσεις ηπατοβλατώματος. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η μεση ηλικία προσβολής στη Δυτ. Ευρώπη είναι τα 58 έτη, στις ΗΠΑ τα 60 έτη ενώ στην Αφρική και Άπω Ανατολή τα 35 έτη. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε από τη Γαλλική Χειρουργική Εταιρία σε 252 περιπτώσεις παρουσιάσθηκαν τα αποτελέσματα που αναγράφονται στον πίνακα 3.3.1

Θα μας απασχολήσουν το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ηπάτωμα) και το χολαγγειοκαρκίνωμα (χολαγγείωμα), που είναι και τα συχνότερα νεοπλάσματα.

Πίνακας 3.3.1. Πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος. Κατανομή κατά ηλικία και φύλου (252 περιπτώσεις).

Τύπος	Ηπατοκαρκινώματα	Χολαγγειοκαρκινώματα	Αιμαγγειοκαρκινώματα	Διάφορα
Ηλικία	15-89	31-71	36-63	16-72
	Μ:54,8	50	49,7	41,5
	Μ.Ο:55	57	56	33
Φύλο	Α:171	12	7	5
	Γ:42	3	3	9
μ: Μέση τιμή ηλικίας. Μ.Ο.: Μέσος όρος ηλικιών. Α: Άνδρες Γ: Γυναίκες				
Monographies de l' Assa Francaise de Chic 1983				

Για τα ηπατοκαρκινώματα η μέση ηλικία είναι στη Γαλλία τα 55 έτη ενώ για τα χολαγγειοκαρκινώματα τα 57 έτη.

Ανεξάρτητα από τη γεωγραφική κατανομή της νόσου οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες σε αναλογία που κυμαίνεται από 3-10:1 (άνδρες : γυναίκες). Η διαφορά αφορά κυρίως τις μεγάλες ηλικίες (μεγαλύτερη των 50 ετών). Στη μικρή και μέση ηλικία η συχνότητα είναι περίπου ίδια για τα δύο φύλα. Όμως η διαφορά γίνεται όλο και μεγαλύτερη στις χώρες με μεγάλη επίπτωση της νόσου. Έτσι στην Αφρική η αναλογία νόσησης είναι σε κάποιες φυλές 6-20 άνδρες προς 1 γυναίκες, ενώ στις ΗΠΑ και Δυτ. Ευρώπη είναι 3-4:1 αντίστοιχα. Αναφερόμενοι πάλι στον πίνακα 3.3.1 βλέπουμε ότι στη Γαλλία, τόσο για το ηπάτωμα όσο και για το χολαγγειοκαρκίνωμα, οι άνδρες νοσούν περίπου 4 φορές πιο συχνά από τις γυναίκες

Σχετικά με τη διαφορετική κατανομή κατά φυλή, ο περιβαλλοντικός παράγων παίζει μεγάλο ρόλο και επιβαρύνει την εμφανή φυλετική προδιάθεση, διότι όπως αποδεικνύει το παράδειγμα των ΗΠΑ οι μαύροι σε νοσούν περισσότερο από τους λευκούς . Αξίζει να σημειωθεί επιπλέον η ασυνήθιστα υψηλή συχνότητα της νόσου στους ιθαγενείς Banton της Νοτιοανατολικής Αφρικής, στους οποίους το ηπάτωμα αντιπροσωπεύει το 50% των κακοηθών νεοπλασμάτων.

Εκτός από την περιγραφική, η αναλυτική επιδημιολογία έχει προσφέρει πολλά στην κατανόηση της νόσου. Βέβαια, τίποτε δεν είναι σαφώς αποδεδειγμένο σχετικά με την αιτιολογία του πρωτοπαθούς καρκίνου. Πάντως τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει

σημειωθεί αξιόλογη πρόοδος στην ανίχνευση προδιαθεσικών παραγόντων που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της νόσου και οι οποίοι συνοψίζονται στον πίνακα 33.Π Η κίρρωση αποτελεί αναμφισβήτητα υπόστρωμα του πρωτοπαθούς καρκίνου.

Πίνακας 33.Π. Πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος. Προδιαθεσικοί παράγοντες.

1. Κίρρωση
Ιός ηπατίτιδας Β → ηπατίτιδα → κίρρωση
Αλκοόλ → κίρρωση
Αιμοχρωμάτωση → κίρρωση
2. Διατροφικοί παράγοντες
Αφλατοξίνες
Μεταβολικά αίτια
Άλλα τοξικά αίτια
3. Χημικά καρκινογόνα
4. Thorotrast.
5. Λοιμώδη αίτια: παραπασιτώσεις
6. Ορμονικοί παράγοντες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Διάγνωση

Η διάγνωση του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος θα στηριχθεί στην κλινική εικόνα που σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να ταξινομηθεί σε τύπους ενώ του χολαγγειοκαρκινώματος είναι πολύ πιο δύσκολη κλινικώς, επειδή στερείται χαρακτηριστικών σημείων. Οι απεικονιστικές εξετάσεις θέτουν ισχυρή υπόνοια υπάρξεως της νόσου ενώ η ιστολογική ή κυτταρολογική εξέταση επιβεβαιώνει τη νόσο. Σε ορισμένες περιπτώσεις η υποψία για ύπαρξη καρκίνου του ήπατος ενισχύεται από ορισμένες εξετάσεις όπως τη σημαντική αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης και της γ-GT και επιβεβαιώνεται με τις ειδικές δοκιμασίες όπως την εκλεκτική αγγειογραφία, τη λαπαροσκόπηση και βιοψία.

3.2 Πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος

3.2.1 Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα του πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος παρουσιάζει πολυμορφία και δεν προσφέρει αξιόπιστη βοήθεια στη διάγνωση. Η νόσος δεν διαγιγνώσκεται εύκολα κλινικά. Η έναρξή της άλλοτε είναι αθόρυβη και ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει επί μακρόν λανθάνων και ασυμπτωματικός. Ευνόητο είναι ότι η κλινική εικόνα εξαρτάται από τη συνύπαρξη ή όχι κίρρωσης και την έκταση της νεοπλασματικής μάζας στο ήπαρ. Η κλασική συμπτωματολογία που σχετίζεται άμεσα με τον όγκο σε υγιές ήπαρ περιλαμβάνει «άλγος» στο δεξιό υποχόνδριο, που μπορεί να αντανakλά στη σύστοιχη ωμοπλάτη, ψηλαφητή μάζα, επιγαστρικό βάρος, αλλαγή της γενικής κατάστασης, δυσπεπτικές διαταραχές, καταβολή, ανορεξία και απώλεια βάρους. Ο ίκτερος είναι σπάνιος στον πρωτοπαθή καρκίνο, είναι λε συχνότερος και πρωιμότερος στο χολαγγειοκαρκίνωμα. Στα ¼ των περιπτώσεων παρατηρείται ηπατομεγαλία. Ασκίτης μπορεί να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα πυλαίας υπέρτασης

αναπτυσσόμενης σταδιακά από την πίεση που ασκούν η νεοπλασία και οι διηθημένοι λεμφαδένες στο στέλεχος ή τους ενδοηπατικούς κλάδους της πυλαίας. Μια αιφνίδια επιπλοκή μπορεί να αποκαλύψει τη νόσο που μέχρι τη στιγμή αυτή ήταν τελείως αθόρυβη. Οξεία εισβολή άλγους συνοδεύεται σε περισσότερο από 10% των περιπτώσεων από οξύ αιμοπεριτόναιο που οφείλεται σε ρήξη νεοπλασματικών όζων που έχουν υποστεί κεντρική νέκρωση.

Εκδήλωση οξείας επιπλοκής αποτελεί επίσης ο πυρετός που είναι υψηλός και με διακυμάνσεις, Άτυπος, επίμονος αποτελεί συχνό αίτιο πυρετού άγνωστης αιτιολογίας και παραμένει ανεξήγητος στο 40-50% των περιπτώσεων. Ο πρωτοπαθής καρκίνος υποδύεται ενίοτε κλινική εικόνα παθογόνων αποστημάτων του ήπατος.

Υπόνοιες, επιπλέον, για νεοπλασία αποτελεί αιφνίδια έξαρση των συμπτωμάτων γνωστής υποκείμενης αντιρροπούμενης κίρρωσης. Ενίοτε η αποκάλυψη της νόσου γίνεται με την εμφάνιση προοδευτικού ίκτερου ή ασκίτη ή κατά την διάρκεια εκλεκτικής αρτηριογραφίας που εκτελέστηκε για διερεύνηση ρήξης κιστών οισοφάγου επικιρρωτικού ασθενούς. Αποτελεί γεγονός ότι η διάγνωση του νεοπλάσματος σε κίρρωτικούς είναι δύσκολη, αλλά κάθε ανεξήγητη επιβάρυνση πρέπει να θέτει την υποψία ανάπτυξης πρωτοπαθούς καρκίνου. Αρκεί να σημειώσουμε σήμερα τη δυνατότητα να ανιχνεύονται μικροί ασυμπτωματικοί καρκίνοι σε κίρρωτικούς που υποβάλλονται τακτικά σε συμπληρωματικές εξετάσεις, βιολογικές και ουρολογικές και των οποίων η πρόγνωση είναι καλύτερη.

Συχνά η νόσος δεν εκδηλώνεται κλινικά αλλά βρίσκεται τυχαία κυρίως σε βιοψίες, λαπαροσκοπήσεις, βιολογικές εξετάσεις, νεκροψία. (Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται αναλυτικά η συμπτωματολογία 192 περιπτώσεων πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά και ότι το 10% σχεδόν των ηπατωμάτων αποτελούσε τυχαίο εύρημα).

Πίνακας 33. III				
Σύμπτωμα	Ηπατοκυτταρικά καρκινώματα (157)	Χολαγγειο- καρκινώματα (14)	Αιμαγγειο- σαρκώματα (10)	Διάφορα (11)
Ηπατομεγαλία	117 (74,5%)	12 (85,7%)	8	9
Άλγος	99 (63%)	10 (71,4%)	10	9
Πυρετός	37 (23,5%)	5 (35,7%)	3	0
Αιμοπεριτόναιο	23 (14,6%)	0	2	1
Ίκτερος	13 (8,2%)	6 (42,8%)	3	1
Ασκίτης	7 (4,4%)	1 (7,10%)	1	1
Αιμορραγία πεπτικού	6 (3,8%)	0	1	0
Τυχαίο εύρημα	15 (9,5%)	0	0	0

Monographies de l' Assoc. Francaise de Chir, 1983.

Σπανιότερα πρώτη ή και μοναδική εκδήλωση της νόσου αποτελούν ποικίλα παρανεοπλασματικά σύνδρομα, τα οποία εκδηλώνουν όμως πολλοί σπλαχνικοί καρκίνοι. Λόγω έκτοπης έκκρισης πρωτεϊνικών ουσιών με ορμονική δράση από τα νεοπλασματικά κύτταρα, λόγω μεταβολικών διαταραχών, δυνατό να εμφανιστεί υπογλυκαιμία, πολυερυθραιμία, πορφυρία, υπερασβεστιαμία, μεταναστευτική θρομβοφλεβίτιδα των κάτω άκρων και πιο σπάνια σύνδρομο καρκινοειδούς, παραγωγή χορειακής γοναδοτροπίνης, έκκριση προσταγλανδινών, υπερλιπιδαιμία και υπερχολιστεριναμία, ηωσινοφιλία, αυτοάνοση, αιμολυτική αναιμία και τέλος νευρολογικές εκδηλώσεις.

3.2.2 Εργαστηριακός έλεγχος

Δεν υπάρχει βιοχημική διαταραχή η οποία να αποδεικνύει την ύπαρξη του πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος. Ωστόσο, είναι βοηθητική η συνεκτίμηση των βιοχημικών εξετάσεων και ενίοτε προγνωστική στα πλαίσια του καθορισμού της έκτασης και της εξαιρεσιμότητας του πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος.

Σε περίπτωση καρκίνου εντοπισμένου σε μη κίρρωτικό ήπαρ, ο ηπατικός έλεγχος είναι φυσιολογικός. Ακόμη και η κάθαρση της BSP είναι φυσιολογική ή λίγο αυξημένη.

Αναφέρεται ωστόσο ότι όταν η χολερυθρίνη διατηρείται φυσιολογική και διαπιστώνεται αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης στον ορό του αίματος χωρίς να συνυπάρχει ηπατική δυσλειτουργία ή οστική νόσος που να μπορεί να δικαιολογήσει αυτή την αύξηση τότε δημιουργείται σοβαρή υποψία για την ύπαρξη πρωτοπαθούς ή μεταστατικής νεοπλασματικής εξεργασίας στο ήπαρ.

Στον πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος επί εδάφους κίρρωσης οι συχνότερες βιοχημικές διαταραχές είναι η υπερχολερυθριναιμία, η αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης, της s-νουκλεοτιδάσης, της γ-γλουταμιλοτρανσπεπτιδάσης (γ-GT), των α₂-σφαιρικών, της προαξελερίνης και των τρανσαμινών. Οι δοκιμασίες κυτταρόλυσης (κυτταρολυτικά ένζυμα, αλδολάση, ορνιθινοκαρβαμυλοτρανσφεράση, γαλακτική δεϋδρογενάση και ισοκιτρική δεϋδρογενάση) είναι συχνά θετικές.

Το αυστραλιανό αντιγόνο (Hb_sAg) και οι δείκτες της ηπατίτιδας B ανευρίσκονται συχνά θετικά σε κίρρωτικούς με πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος. Υπάρχει επίσης κατακράτηση της BSP ενώ οι παράγοντες πήξης και η αλβουμίνη είναι ελαττωμένοι. Σπανιότερα παρατηρείται ένα παρανεοπλασματικό σύνδρομο όπως πολυερυθραιμία, υπερασβεστιαμία και μαζική υπερχοληστεριναιμία.

Ιδιαίτερα βασική ως διαγνωστικό εύρημα αναφέρεται η ανίχνευση της α₁-εμβρυϊκής πρωτεΐνης στον ορό του πλάσματος των ασθενών. Η α₁-εμβρυϊκή πρωτεΐνη ανευρέθη σε νεογέννητο ζώο (στον ορό του αίματος εμβρύου αγελάδας) από τον Pederson το 1944. Ο Adeler το 1963, την ανίχνευσε σε νεαρούς επίμνες πάσχοντες από πρωτοπαθή καρκίνο. Ο Tatorinon το 1964, τη μέτρησε για πρώτη φορά σε 2 ενήλικες άνδρες πάσχοντες από πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος.

Η α₁-εμβρυϊκή πρωτεΐνη είναι γλυκοπρωτεΐνη που έχει μοριακό βάρος 70000 στον άνθρωπο, εκκρίνεται από τα ωοειδή εμβρυϊκά κύτταρα, που είναι διαφορετικά από

τα φυσιολογικά και τα νεοπλασματικά κύτταρα. Κατ' άλλους η έκκρισή της είναι δυνατή από όλα τα κύτταρα του ήπατος που βρίσκονται σε συγκεκριμένο βαθμό διαφοροποίησης. Η αύξηση συγκέντρωσης στον ορό της α₁-εμβρυϊκής πρωτεΐνης στον πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες από τους οποίους οι σπουδαιότεροι είναι: α. γεωγραφικοί παράγοντες: Στην Ευρώπη και στην Αμερική είναι θετική σαν εύρημα σε πρωτοπαθή νεοπλάσματα ήπατος στο 30% των περιπτώσεων στο 75% των ίδιων περιπτώσεων στην Αφρική και στην Ελλάδα στο 68,1% των περιπτώσεων β. Η ηλικία: Στα παιδιά με πρωτοπαθή καρκίνο η α₁-εμβρυϊκή πρωτεΐνη βρίσκεται θετική μέχρι 90% των περιπτώσεων και ελαττώνεται με την πάροδο της ηλικίας. Γ. Το φύλο: Στους άνδρες η α₁-εμβρυϊκή πρωτεΐνη βρίσκεται συχνότερα θετική απ' ότι στις γυναίκες. Δ. Η συνύπαρξη ή όχι της κίρρωσης: Σε ηπάτωμα με κίρρωση η α₁-εμβρυϊκή πρωτεΐνη σε αντίθεση με τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο, το ηπατοχολαγγειοκαρκίνωμα και το ηπατοβλάστωμα, όπου ανευρίσκεται σε υψηλές τιμές στ. Τα εξελικτικά στάδια της νόσου: Με την αύξηση του όγκου αυξάνει ανάλογα και η τιμή της α₁-εμβρυϊκής πρωτεΐνης. Μετά ηπατεκτομή η α₁-εμβρυϊκή πρωτεΐνη μειώνεται σε φυσιολογικά επίπεδα μετά από 40 περίπου ημέρες. Η αύξησή της υποδηλώνει υποτροπή της νόσου ή ύπαρξη μεταστάσεων. Για το λόγο αυτό πρέπει οι ασθενείς, που έχουν υποβληθεί σε ηπατεκτομή και παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα α₁-εμβρυϊκής πρωτεΐνης, να υποβάλλονται σε επανεγχείρηση ακόμη και απουσία άλλων παθολόγων ευρημάτων.

Φυσιολογικά η α₁-εμβρυϊκή πρωτεΐνη σε χαμηλές τιμές ανευρίσκεται θετική σε νέα ενήλικα άτομα και σε εγκύους γυναίκες μεταξύ 10ης και 30ης εβδομάδος. Αυξημένο επίπεδο έχει παρατηρηθεί σε εμβρυϊκούς όγκους των όρχεων και των ωοθηκών, επίσης επί ιογενούς ηπατίτιδας, κυρίως σε παιδιά, σε ορισμένες περιπτώσεις καρκίνου στομάχου, παγκρέατος, χοληδόχου κύστης λόγω ύπαρξης εκκριτικών κυττάρων της α₁-εμβρυϊκής πρωτεΐνης σ' αυτά τα όργανα. Έχει περιγραφεί ακόμη θετική α₁-εμβρυϊκή πρωτεΐνη σε δευτεροπαθείς καρκίνους του ήπατος, επί τυροσίνης, επί ιδιοπαθούς αιμοχρωμάτωσης, επί στεατόρροιας και επί αμοιβαδικού αποστήματος.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι η α₁-εμβρυϊκή πρωτεΐνη σε μεγαλύτερη από τη φυσιολογική τιμή των 200 nag/dl δεν είναι ούτε σταθερή (50-80% των περιπτώσεων) ούτε ειδική εξέταση.

Είναι αξιοσημείωτο ότι αυτός ο βιοχημικός δείκτης επιτρέπει, εφόσον είναι θετικός, την πρόωμη διαπίστωση μιας υποτροπής, επιδεχόμενης νέας χειρουργικής

επέμβασης, την παρακολούθηση της εξέλιξης και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας στη συγκεκριμένη νόσο.

Τελευταία έχει αναφερθεί αξιολογή ειδικότητα και για έναν άλλο δείκτη την DCP.

Έτσι προτείνεται σήμερα από πολλούς, για την ορολογική διάγνωση του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος, η σύγχρονη μέτρηση α -FP και DCP.

3.2.3 Ακτινολογικός έλεγχος

Η διαγνωστική τεκμηρίωση του ηπατώματος εκτός από το βιοχημικό έλεγχο συμπληρώνεται:

1. Απλή ακτινογραφία θώρακος – κοιλίας. Η ακτινολογική αξιολόγηση των διαστάσεων του ήπατος είναι δύσκολη, δεδομένου ότι σπάνια απεικονίζεται ο αριστερός λοβός. Ανωμαλίες στην παρυφή του διαφράγματος, άνωση, κατάσπαση, ελαττωμένη κινητικότητα, πυκνώσεις της δεξιάς βάσης είναι ευρήματα που συνδυάζονται με ηπατική νόσο. Πάντως στις απλές ακτινογραφίες σπάνια μπορούν να αναδειχθούν ηπατικές, αποτιτανώσεις και αύξηση των ορίων του ήπατος οφειλόμενες σε νεοπλασίες.
2. Το ισοτοπικό σπινθηρογράφημα, υπήρξε για πολύ καιρό ένα από τα λίγα μέσα ελέγχου του ηπατικού παρεγχύματος. Η αποτελεσματικότητά του έχει αναγνωρισθεί για αλλοιώσεις διαμέτρου μεγαλύτερης από 2-3 cm. Παθήσεις που προκαλούν καταστροφή του παρεγχύματος απεικονίζονται σαν «ψυχρές» εστίες. Χαρακτηριστικό είναι ότι η αναφερόμενη ακρίβεια του σπινθηρογραφήματος αποδεικνύει παρουσία ή απουσία παθήσεων του ήπατος σε ποσοστό 75-90% χωρίς όμως να μπορεί να τις διαφοροδιαγνώσει και να προσδιορίσει την ακριβή φύση της νόσου. Πρόοδο αποτελεί η συνδυασμένη χρήση σεληνίου μεθειονίνης που καθιλώνεται εκλεκτικά στον ηπατοκυτταρικό καρκίνο.
3. Το υπερηχογράφημα αποτελεί μία μέθοδο ελέγχου με αξιολογή διαγνωστική αξία. Είναι αναίμακτη, δεν εκθέτει τον ασθενή σε ιονίζουσα ακτινοβολία και είναι σχετικά μικρού κόστους. Ως εκ τούτου μπορεί να χρησιμοποιηθεί άφοβα για την παρακολούθηση της πορείας και την ανταπόκριση στη θεραπεία διαφόρων ηπατικών νεοπλασμάτων. Μπορεί να προσδιορίσει την έκταση του όγκου, να

αναζητήσει διογκωμένους αδένες και να μελετήσει τα χοληφόρα, την πυλαία, τις ηπατικές φλέβες και την κάτω κοίλη φλέβα. Οι υπέρηχοι έχουν την ικανότητα να διαφοροποιούν ευρήματα του σπινθηρογραφήματος ανάμεσα στις κύστες, τα αποστήματα και τους όγκους που δίνουν μη ειδικές ψυχρές περιοχές. Μπορούν επίσης να διαφοροποιούν ανωμαλίες οφειλόμενες σε ανατομικές παραλλαγές ή σε σοβαρή μη χειρουργική νόσο. Έτσι μειώνουν τον αριθμό των ψευδώς θετικών διαγνώσεων. Το υπερηχογράφημα μπορεί σύμφωνα με την πλειονότητα των συγγραφέων να αποδεικνύει βλάβες διαμέτρου μέχρι 15 mm αλλά η ακρίβεια της εξέτασης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από την εμπειρία του γιατρού. Στο κίρρωτικό ήπαρ, με νεότερης τεχνολογικής υπερηχογράφους είναι δυνατή η απεικόνιση νεοπλασματικών εστιών διαμέτρου μικρότερης των 3 cm στο 84% των περιπτώσεων. Τέλος, οι υπέρηχοι κατευθύνουν με ασφάλεια μια ηπατική βιοψία.

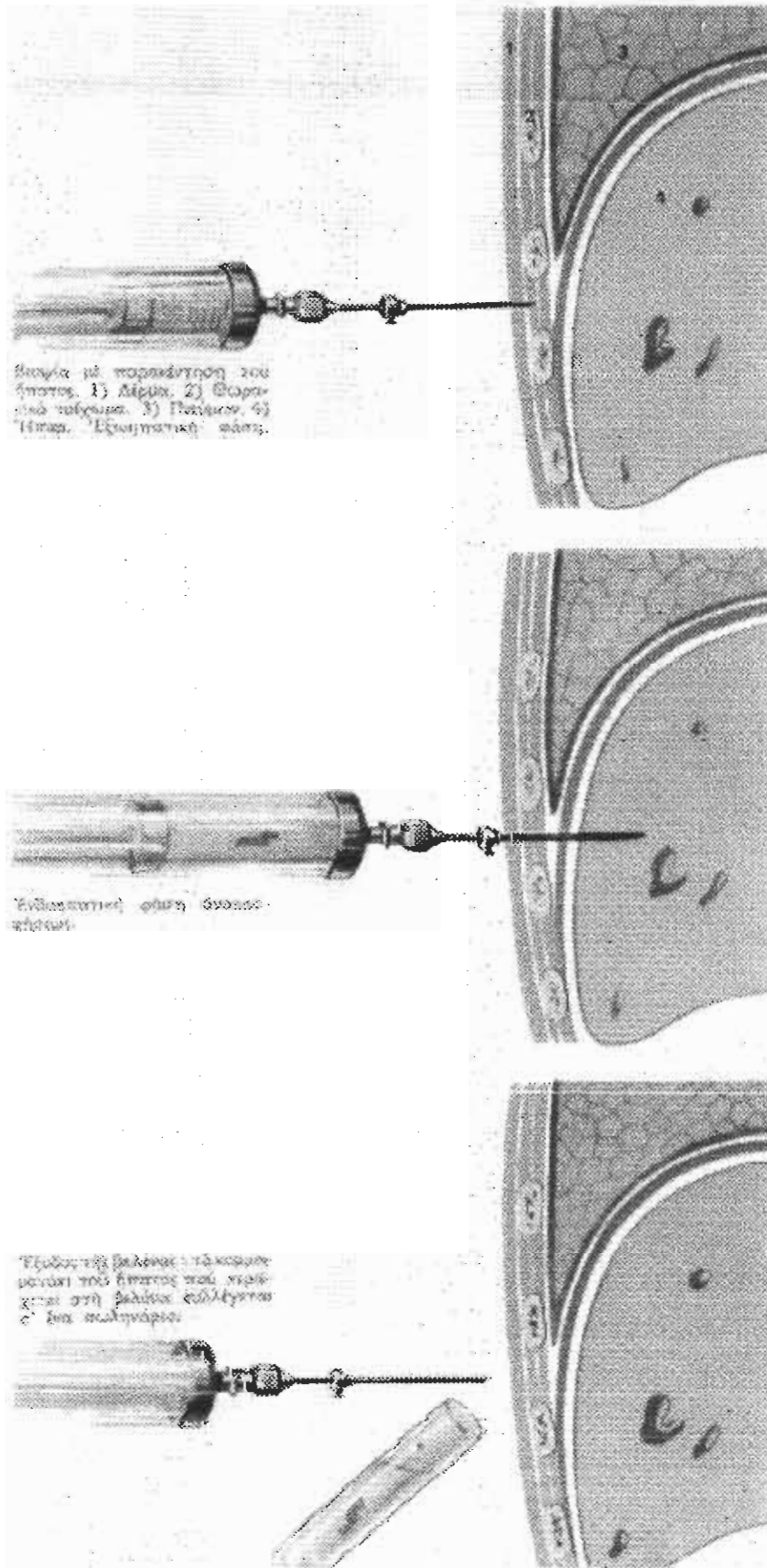
4. Στην αξονική και στη μαγνητική τομογραφία, που αποτελούν πρόσφατα εφαρμοσθείσες εξετάσεις, ο πρωτοπαθής καρκίνος εμφανίζεται στην εστιακή αλλοίωση της πυκνότητας του ηπατικού παρεγχύματος. Η πυκνότητα της εστίας είναι συνήθως μικρότερη από την αντίστοιχη πυκνότητα του φυσιολογικού παρεγχύματος. Η πυκνότητα της εστίας είναι συνήθως μικρότερη από την αντίστοιχη πυκνότητα του φυσιολογικού παρεγχύματος. Η πυκνότητα της εστίας είναι συνήθως μικρότερη από την αντίστοιχη πυκνότητα του φυσιολογικού παρεγχύματος. Τα όρια του νεοπλάσματος μπορεί να είναι σαφή ή ασαφή, το δε ήπαρ απεικονίζεται διογκωμένο και με ηβώδες περίγραμμα στην περιοχή της βλάβης. Με ειδική μέθοδο ογκομετρίας μπορούν να μετρηθούν και να προσδιορισθούν τα ακριβή όρια της βλάβης.
5. Ουσιαστικό ρόλο στη διάγνωση έχει επίσης και η εκλεκτική αρτηριογραφία του Αλληρείου τρίποδα και άνω μεσεντερίου. Η αξιοπιστία της εξαρτάται από το βαθμό της αγγείωσης του όγκου σε σχέση με το παρακείμενο παρέγχυμα. Οι αγγειοβριθείς όγκοι διακρίνονται ακόμη και όταν έχουν διαστάσεις μικρότερες από 1 cm, ενώ λιγότερο αιματούμενοι διακρίνονται όταν είναι πάνω από 2-3 cm. Η εκλεκτική αρτηριογραφία πάντως της οποίας η καθαυτή διαγνωστική αξία έχει μειωθεί μετά την εφαρμογή της αξονικής τομογραφίας, κατατοπίζει κυρίως το χειρουργό για το είδος εγχείρησης που θα ακολουθήσει, ιδιαίτερα δε είναι χρήσιμη σε περιπτώσεις επανεγχειρήσεων και αγγειακών ανωμαλιών.

6. Η πυλαιογραφία και η φλεβογραφία κάτω κοίλης σπάνια χρησιμοποιείται σήμερα. Με αυτές αναδεικνύονται θρομβώσεις των ενδοηπατικών κλάδων της πυλαίας και τυχόν επέκταση του ηπατώματος στην κάτω κοίλη. Η αγγειογραφία κάτω κοίλης συνοδευόμενη από φλεβογραφία των ηπατικών μπορεί να γίνει σε περιπτώσεις οπίσθιων όγκων. Οι πληροφορίες όμως αυτές λαμβάνονται από τεχνικά άρτιο υπερηχογράφημα.
7. Διαγνωστική βοήθεια προσφέρουν επίσης η χολαγγειογραφία και η σπληνοπυλαιογραφία όπου η πρώτη διερευνά την αρχιτεκτονική των ενδοηπατικών διακλαδώσεων των χοληφόρων και η δεύτερη το ενδοηπατικό δίκτυο της πυλαίας.
8. Μεγάλη είναι η προσφορά της διαδερμικής βιοψίας του ήπατος και της βιοψίας υπό υπερηχογραφικό ή τομογραφικό έλεγχο. Η διαδερμική βιοψία ενέχει τον κίνδυνο αιμορραγίας λόγω της μεγάλης αγγειοβρίθειας των όγκων και χολόρροιας. Σαν αντενδείξεις για την παρακέντηση και τη βιοψία του ήπατος αναφέρονται:
 1. Η υποθρομβοβιναϊμία με ποσοστό προθρομβίνης κατώτερο του 50%.
 2. Η θρομβοπενία, με αιμοπετάλια λιγότερα των 100.000 κ.κ.χ.
 3. Η βαρά αναιμία.
 4. Ο χρονίζων αποφρακτικός ίκτερος εξωηπατικής αιτίας (υπερδιάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων και κίνδυνος χολοπεριτοναίου).
 5. Ο ασκίτης
 6. Αποστήματα της γειτονικής προς το ήπαρ περιοχής ή και του ιδίου του οργάνου, παρασιτικές κύστες αιμαγγειώματα και
 7. Ασθενείς που δεν συνεργάζονται.
9. Με τη λαπαροσκόπηση μπορεί να διαπιστωθεί κίρρωση, μία ή πολλές νεοπλασματικές οζώδεις εστίες και να ληφθεί βιοψία.

Τέλος τονίζεται ότι η βιοψία έχει αξία μόνο επί θετικού για καρκίνο ευρήματος. Μια αρνητική προεγχειρητική διαδερμική υπό αξονική τομογραφία βιοψία δεν μπορεί με κανένα τρόπο να αποκλείσει την ύπαρξη ενός κακοήθους νεοπλασματος.

Η χαρακτηριστικότερη βιοψία που γίνεται με παρακέντηση είναι εκείνη του ήπατος. Φθάνουμε στο όργανο μέσω του θώρακα ή από την κοιλία, αν πρόκειται για παρακέντηση της πρόσθιας επιφάνειας του ήπατος που παρουσιάζει υπερτροφία, κάτω από το πλευρικό τόξο. Ανάλογα με την οδό που θα ακολουθήσουμε, η βελόνα πρέπει να

είναι λιγότερο ή περισσότερο επιμήκης. Οπωσδήποτε, σκοπός είναι να αφαιρέσουμε ένα κομματάκι του ηπατικού παρεγχύματος.



Ο αρρωστος ξαπλώνεται σε ύπτια θέση, με το δεξί χέρι κάτω από το κεφάλι. Προηγείται τοπική αναισθησία κι έπειτα η βελόνα βυθίζεται στο ένατο ή το δέκατο μεσοπλεύριο διάστημα (μέσο του θώρακος) ή, όταν το ήπαρ είναι πολύ διογκωμένο κάτω από το πλευρικό τόξο. Ανάλογα με τον τύπο της βελόνας που θα χρησιμοποιήσουμε όταν φθάσουμε στο όργανο δίνεται στη βελόνα κίνηση ελικοειδής ή περιστροφική. Η εισροή αίματος στη σύριγγα αποτελεί ένδειξη επιτυχίας: σημαίνει ότι το αίμα εξώθησε το κομματάκι που έχει αφαιρεθεί. Η βιοψία του ήπατος είναι ενδεχόμενο να

προκαλέσει τραυματισμό των αιμοφόρων αγγείων, ή των ενδοηπατικών χολαγγείων που όμως δεν έχει συνέπειες. Αντίθετα, είναι επικίνδυνες οι δευτεροπαθείς αιμορραγίες. Πρέπει επομένως, προτού προβούμε στη βιοψία του ήπατος, να προσδιορισθεί ο χρόνος προθρομβίνης του αίματος. Αν το ποσοστό προθρομβίνης είναι χαμηλό, πρέπει να αναβληθεί η επέμβαση ή να προηγηθεί θεραπεία με βιταμίνη Κ, που επαναφέρει την προθρομβίνη στα φυσιολογικά όρια. Η προθρομβίνη είναι ουσιώδης παράγων για την πήξη του αίματος. Η ανεπάρκειά της εμποδίζει την πήξη του αίματος και επομένως ευνοεί τις αιμορραγίες. Η βιοψία του ήπατος γίνεται μόνο για ερευνητικό σκοπό. Είναι πολύ χρήσιμη προκειμένου να επιβεβαιωθεί η διάγνωση ηπατίτιδας και να εκτιμηθεί η βαρύτητα της νόσου. Επί πλέον, επιτρέπει τη διάγνωση της κίρρωσης.

3.2.4 Ιστολογία

Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα

Είναι από τα δέκα πιο συχνά αναπτυσσόμενα κακοήγη νεοπλάσματα και ίσως το περισσότερο θανατηφόρο.

Οι μικρές κυρίως αλλοιώσεις περιβάλλονται από ινώδη κάψα η παρατήρηση αυτή πιθανότατα υποδηλώνει ότι τα ηπατοκυτταρικά καρκινώματα έχουν μια αρχική βραδεία φάση αναπτύξεως.

Πειραματικές μελέτες έδειξαν ότι η καρκινωμάτωσης εξαλλαγή του ήπατος είναι πολυσταδιακή εξεργασία.

Στον άνθρωπο έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί τύποι ηπατικής νόσου για την ανάπτυξη καρκινώματος. Η κίρρωση τον ήπατος στις διάφορες μελέτες φαίνεται να αποτελεί το συχνότερο αίτιο. Ο ρόλος της δυσπλασίας ως προκαρκινωμάτους αλλοιώσεως φαίνεται να είναι σημαντικός. Φαίνεται ότι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας είναι το μέγεθος τον όγκου κατά τη διάγνωση.

Μακροσκοπική εμφάνιση

Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί μαλακή, αιμορραγική και πολλές χρωσμένη με χολή μάζα, συχνά νεκρωτική.

Η μακροσκοπική κατάταξη κατά Eggel, διαχωρίζει τρεις τύπους.

1. Τον οζώδη.
2. Το συμπαγή.
3. Το διάχυτο.

Μικροσκοπική εμφάνιση

Το κύριο χαρακτηριστικό των ηπατοκυτταρικού καρκινώματος είναι η ομοιότητά του με το φυσιολογικό ήπαρ, δηλαδή η ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων σε δοκιδώδεις σχηματισμούς.

Αναγνωρίζονται οι εξής ιστολογικοί υπότυποι:

1. Δοκιδώδης τύπος.
2. Αδενικός τύπος.
3. Συμπαγής τύπος

Βαθμός κακοήθειας του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος

Ο βαθμός κακοήθειας του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος καθιερώθηκε το 1958 από τον Edmondson. Υπάρχουν όμως σοβαρές αμφιβολίες για το κατά πόσο σχετίζεται με την πρόγνωση.

Grade I : Τα καρκινικά κύτταρα έχουν μεγάλη ομοιότητα με τα φυσιολογικά ηπατοκύτταρα.

Grade II : Τα καρκινικά κύτταρα διατάσσονται σε σωληνώδεις ή κυψελιδικούς σχηματισμούς.

Grade III : Τα καρκινικά κύτταρα διατάσσονται σε χορδές.

Grade IV : Τα καρκινικά κύτταρα έχουν κυρίως διάχυτη ανάπτυξη.

Οι πυρήνες των καρκινικών κυττάρων είναι ευμεγέθεις και το κυτταρόπλασμα τους είναι βασεόφιλο.

Τα καρκινώματα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία είναι σπάνια. Συχνότερα είναι τα καρκινώματα που ανήκουν στην κατηγορία II.

Ειδικοί τύποι ηπατοκυτταρικού καρκινώματος

1. Διαυγοκυτταρικό ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.
2. Ινοπεταλώδες καρκίνωμα.
3. Αρχόμενο ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.
4. Μισχωτό ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.

Ηπατοβλάστωμα

Είναι το λιγότερο συχνό κακοήθες νεόπλασμα στην παιδική ηλικία. Αναπτύσσεται συχνότερα στο δεξιό λοβό του ήπατος, είναι μονήρες και το μέγεθός του είναι 5-25 cm. Μακροσκοπικώς, είναι καλά περιγεγραμμένο νεόπλασμα με λοβωτή εμφάνιση. Μικροσκοπικώς, τα ηπατοβλαστώματα αποτελούνται από ηπατοκύτταρα σε διάφορα στάδια ωριμάνσεως, τα οποία συνυπάρχουν με ποικιλία μεσεγχυματογενών στοιχείων. Αποτελείται από δύο τύπων πρωτογενή ηπατοκύτταρα. α) τα εμβρυογενή και β) τα εμβρυϊκά.

3.2.5 Παθολογική Ανατομική

Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος παρουσιάζει ποικιλία μορφών μακροσκοπικά και ιστολογικά.

Μακροσκοπική εικόνα: Εμφανίζεται με συμπαγή (μονήρη) μορφή, που καταλαμβάνει μεγάλο συνήθως τμήμα του ηπατικού παρεγχύματος ή οζώδη με την παρουσία πολλαπλών όζων που καταλαμβάνουν ολόκληρο το όργανο (εικόνα 1).

Ιστολογική εικόνα: Τα πρωτοπαθή νεοπλάσματα προέρχονται από τα δομικά στοιχεία του ηπατικού παρεγχύματος και υπάρχουν μεμονωμένες ή μικτές μορφές. Συνηθέστεροι τύποι νεοπλασμάτων είναι:

1. Το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα ή ηπάτωμα, που αντιπροσωπεύει το 90-95% των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων του ήπατος.
2. Το ή χολαγγείωμα πολύ σπάνια αναπτυσσόμενο σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% σε υγιές ήπαρ.
3. Το ηπατοχολαγγειοκαρκίνωμα, πολύ σπάνια μικτή μορφή νεοπλάσματος.
4. Το ινοπεταλώδες καρκίνωμα.

Σπανιότερα ανευρίσκονται:

1. Σάρκωμα σε ποσοστό 0,1 % έως 0,5 % των όγκων.
2. Αιμαγγειοσάρκωμα.

Θα αναφερθούμε αναλυτικότερα στις ακόλουθες μορφές πρωτοπαθών νεοπλασμάτων.

3.3 Χολαγγειοκαρκίνωμα

3.3.1 Συμπτωματολογία – Ακτινολογία - Ορολογικοί δείκτες

Το χολαγγειοκαρκίνωμα, συνώνυμο με το αδενοκαρκίνωμα των χοληφόρων πόρων και το χολαγγειο-κυτταρικό καρκίνωμα, είναι σχετικά σπάνιο, αποτελεί το 10% περίπου του συνόλου των πρωτοπαθών καρκίνων του ήπατος.

Με κυριότερους αιτιολογικούς παράγοντες χημικές ουσίες ή τα αντισυλληπτικά, χρόνιες παρασιτικές μολύνσεις και την πολυκυστική νόσο ήπατος χοληφόρων, το χολαγγειοκαρκίνωμα δεν έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα και κλινικά σημεία.

Γενικά συμπτώματα όπως καταβολή, απώλεια βάρους, ανορεξία, πυρετός, ναυτία, έμετος, συνοδεύονται από περισσότερο ειδικά για νόσο ήπατος ή χοληφόρων όπως πόνο στο δεξιό υποχόνδριο, ψηλαφητή μάζα, ίκτερο και ασήτη που όμως εμφανίζονται συνήθως σε προχωρημένο στάδιο της νόσου.

Όταν το χολαγγειοκαρκίνωμα προέρχεται από ενδοηπατικό χοληφόρο κοντά στην πύλη, ίκτερος μπορεί να εμφανισθεί σε πρώιμο στάδιο.

Στον πίνακα αναφέρεται η συχνότητα των κλινικών συμπτωμάτων. Η διάγνωση του χολαγγειοκαρκινώματος είναι ιστολογική, με χαρακτηριστικά μικροσκοπικά ευρήματα που το ξεχωρίζουν από τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο, παρότι όχι σπάνια - υπάρχει διαφοροδιαγνωστική δυσχέρεια.

Από τις βιοχημικές εξετάσεις, η συχνή παρουσία χολοστάσεως - ή και ίκτερου - δεν είναι καθόλου ειδική. Ο συνδυασμός βέβαια ορολογικών εξετάσεων και αγγειοαπεικονιστικών μεθόδων οδηγεί συχνά τη διαγνωστική σκέψη προς τη σωστή κατεύθυνση.

Συγκεκριμένα, η αύξηση του νεοπλασματικού δείκτη CA 199, κυρίως, και του CEA λιγότερο, όταν συνοδεύονται από φυσιολογικές τιμές AFP σε ασθενή με βασικά ομοιογενή ενδοηπατική μάζα, συχνά μαζί με δορυφόρα οζίδια, όπως αποκαλύπτονται με αξονική τομογραφία ή υπερηχοτομογραφία, είναι στοιχεία που πρέπει να ευαισθητοποιήσουν τον κλινικό γιατρό προς τη διάγνωση του χολαγγειοκαρκινώματος.

Η διαφοροδιαγνωστική προσφορά της ηπατικής αγγειογραφίας συνίσταται στην αποκάλυψη σε περιπτώσεις χολαγγειοκαρκινώματος, μη αγγειοβριθούς – σε αντίθεση με τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο – όγκου.

3.3.2 Ιστολογία

Στους χοληφόρους πόρους είναι δυνατή η ανάπτυξη τόσο καλοηθών όσο και κακοηθών επιθηλιακών όγκων.

«Κακοήθεις επιθηλιακοί όγκοι των χοληφόρων πόρων».

- Καρκίνωμα των χοληφόρων

Κλινικώς, τα καρκινώματα των χοληφόρων διακρίνονται σε τρεις κύριες μορφές:

1. Ενδοηπατικό καρκίνωμα των χοληφόρων ή χολαγγειοκαρκίνωμα.
2. Αδενοκαρκίνωμα των πυλών.
3. Αδενοκαρκίνωμα των εξωηπατικών χοληφόρων.

Ιστολογικώς είναι αδενοκαρκίνωμα που στις περισσότερες περιπτώσεις η παραγωγή βλέννας είναι προφανής.

Υπάρχουν δύο σημαντικά προβλήματα στην ιστολογική διάγνωση ενός χολαγγειοκυτταρικού καρκινώματος: α) Η διάκρισή του από οποιοδήποτε αδενοκαρκίνωμα και η αναγνώριση ότι πρόκειται για πρωτοπαθή εντόπιση και όχι για μεταστατική διήθηση και β) η διάκρισή του από ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.

Η διαφορική διάγνωση από το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα θα γίνεται:

- α. Από την παραγωγή βλέννας.
- β. Από την απουσία α – εμβρυϊκής σφαιρίνης και την παρουσία καρκινο-εμβρυϊκού αντιγόνου και CA 19-9 στα νεοπλασματικά κύτταρα.
- γ. Από την απουσία χολής.
- δ. Από την παρουσία ενδοκυτταροπλασματικών αυλών.

- Κυσταδενοκαρκίνωμα των χοληφόρων πόρων.

Γενικά, είναι σπάνιος τύπος καρκινώματος.

- Μικτό χολαγγειο- και ηπατο- κυτταρικό καρκίνωμα.

- Αδενο- πλακώδες και αμιγές μαλπιγιακό καρκίνωμα.
Είναι καρκινώματα που σπανίως αναπτύσσονται στο ήπαρ.
- Βλεννοεπιδερμικό καρκίνωμα.
Πρόκειται για σπανίως αναπτυσσόμενο στο ήπαρ καρκίνωμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^Ο

4.1 Σταδιοποίηση

Η κατάταξη αφορά στο πρωτοπαθές ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα και στο χολαγγειοκαρκίνωμα του ήπατος. Απαιτείται ιστολογική επιβεβαίωση. Η συνύπαρξη κίρρωσεως του ήπατος πρέπει να σημειώνεται ιδιαίτερω.

Κατάταξη σύμφωνα με το μέγεθος του όγκου (T)

T1 – Μονήρης όγκος μικρότερος ή ίσος με 2 cm στη μεγαλύτερη διάμετρο, χωρίς υπεραγγείωση

T2 – Μονήρης όγκος, επίσης έως 2 cm, αλλά με αγγειακή ανάπτυξη, ή πολλαπλοί όγκοι με διάμετρο μέχρι 2 cm περιορισμένοι στον ένα λοβό χωρίς υπεραγγείωση ή μονήρης όγκος μεγαλύτερος των 2 cm, χωρίς όμως τη συμμετοχή αγγείων.

T3 – Μονήρης όγκος μεγαλύτερος των 2 cm με αγγειακή ανάπτυξη ή πολλαπλοί όγκοι περιορισμένοι στον ένα λοβό, μεγαλύτεροι των 2 cm με ή χωρίς υπεραγγείωση

T4 – Πολλαπλοί όγκοι και στους δύο λοβούς ή όγκοι που διηθούν μεγάλα στελέχη της πυλαίας ή των ηπατικών φλεβών.

Επιχώριοι θεωρούνται οι λεμφαδένες της περιοχής του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου.

N0 – Δεν υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες

N1 – Υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες

Κατάταξη σύμφωνα με τις μεταστάσεις (M)

M0 – Δεν υπάρχουν μεταστάσεις

M1 – Υπάρχουν μεταστάσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Θεραπεία

Η θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος εξαρτάται από το στάδιο της νόσου, τη βιολογική κατάσταση του ηπατικού παρεγχύματος, την ηλικία και τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Σε αρχικά στάδια, με καλή βιολογική συμπεριφορά του ήπατος, η μερική ηπατεκτομή αποτελεί θεραπεία εκλογής. Επί εκτεταμένης νόσου, γίνεται προσπάθεια με χημειοθεραπεία ωστόσο, τα αποτελέσματα ακόμη είναι απογοητευτικά. Η χημειοθεραπεία μπορεί να είναι συστηματική ή τοπική ενδοαρτηριακή. Έχει γίνει ακόμη προσπάθεια με εμβολισμούς μικροσφαιριδίων, με αμφίβολα αποτελέσματα. Η ακτινοθεραπεία έχει περιορισμένη χρησιμότητα. Λόγω της ακτινοευαισθησίας του υλατοκυτταρικού παρεγχύματος.

5.2 Χειρουργική θεραπεία

Κριτήρια χειρουργικής αφαίρεσης

1. Μονήρης όγκος με εντόπιση μόνο στον ένα λοβό.
2. Απουσία τοπικών ή μακρινών μεταστάσεων.
3. Απουσία διήθησης παρακείμενων οργάνων.
4. Καλή γενική κατάσταση (όχι άλλα σοβαρά προβλήματα υγείας).

Μόνη αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση πρωτοπαθών κακοηθών νεοπλασμάτων του ήπατος θεωρείται σήμερα η εγχειρητική εξαίρεσή τους.

Πράγματι, η μεγάλη λειτουργική προσαρμοστικότητα και αναγεννητική ικανότητα του ήπατος επιτρέπει την εκτομή κατά 75- 80% ή και πλέον του λειτουργικού ηπατικού παρεγχύματος για την ασφαλή εξαίρεση νεοπλασμάτων. Καλή λειτουργική

κατάσταση, αιμάτωση και παροχέτευση του εναπομένοντος ηπατικού παρεγχύματος, από τις οποίες κυρίως εξαρτάται η εγχειρησιμότητα πρωτοπαθών ή δευτεροπαθών νεοπλασμάτων του ήπατος.

Ένδειξη για εγχειρητική αντιμετώπιση αποτελούν τα ηπατώματα, τα χολαγγειοκαρκινώματα ή και άλλα, επιθηλιακού ή μεσεγχυματογενούς τύπου, ασχέτως μεγέθους. Αυτό βεβαίως ισχύει υπό την προϋπόθεση ότι περιορίζονται στα ανατομικά όρια λοβού ή τμήματος, δεν διηθούν ζωτικά ανατομικά μόρια και δεν εμφανίζουν μεταστάσεις.

Αντένδειξη για την εγχειρητική αντιμετώπιση πρωτοπαθών ή και δευτεροπαθών νεοπλασμάτων του ήπατος αποτελεί η ύπαρξη κίρρωσεως, διάχυτης καταλήψεως του ηπατικού παρεγχύματος, μεταστάσεων, ίκτερου, ασκίτη, βαριών βιοχημικών ή μεταβολικών διαταραχών ή και μειωμένης αναγεννητικής ικανότητας του ήπατος.

Η εγχειρησιμότητα στις περιπτώσεις πρωτοπαθών (ή και δευτεροπαθών) νεοπλασμάτων του ήπατος είναι περιορισμένη και διαπιστώνεται κυρίως εγχειρητικώς. Διήθηση της κάτω κοίλης φλέβας, του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου, του διαφράγματος ή παρακείμενων οργάνων από το νεόπλασμα δεν συνηγορούν για την εγχειρητική αντιμετώπισή του. Ουσιαστική αύξηση της εγχειρησιμότητας (56%) παρατηρήθηκε μετά το μαζικό έλεγχο α-εμβρυϊκής σφαιρίνης (α-FP) ασυμπτωματικού πληθυσμού.

Η εγχειρητική τεχνική ποικίλλει ανάλογα με την εντόπιση των νεοπλασμάτων (δεξιά-αριστερή λοβ, δεξιά-αριστερή εκτεταμένη ηπατεκτομή, τμηματεκτομή, σφηνοειδής εκτομή).

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η φροντίδα των ασθενών μετά από ηπατεκτομή πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητως καλή παροχέτευση της περιοχής του ήπατος, εξασφάλιση καλής αναπνευστικής λειτουργίας, χορήγηση «τριπλού» σχήματος αντιβιοτικών, υγρών-ηλεκτρολυτών, λευκοματίνης/πλάσματος κ.λ.π.

Η συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών ελαττώνεται συνεχώς και σήμερα κυμαίνεται σε απολύτως παραδεκτά όρια. Η συχνότητα αυτή είναι ευθέως ανάλογη με την ύπαρξη αιμορραγίας ή διαφυγής χολής από την επιφάνεια διατομής του ήπατος

(πιν. 2) και φαίνεται ότι είναι ανεξάρτητη από το μέγεθος του νεοπλασματος και του τύπου ή της εκτάσεως της ηπατεκτομής.

Η θνητότητα μετά από ηπατεκτομή για κακοήθη νεοπλασμάτα είναι σήμερα περιορισμένη, ακόμη και στην περίπτωση εκτεταμένων ηπατεκτομών (πιν. 2, 3). Ουσιαστική σημασία γι'αυτήν έχει η κατάσταση του υπολειπόμενου ηπατικού παρεγχύματος και η θνητότητα είναι μεγαλύτερη στην περίπτωση συνυπάρξεως κίρρωσεως.

Η τριετής επιβίωση μετά από ηπατεκτομή κυμαίνεται μεταξύ 20-50% σε επιλεγμένα περιστατικά, ενώ ανάλογη είναι και η πενταετής επιβίωση (πιν. 4). Η χειρουργική επέμβαση είναι το μόνο θεραπευτικό μέσο, το οποίο εξασφαλίζει ουσιαστικά επιβίωση ή και -σποραδικά- θεραπεία σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλασμάτα του ήπατος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Μετεγχειρητικές επιπλοκές μετά από ηπατεκτομή για κακοήθη νεοπλασμάτα του ήπατος.

Επιπλοκή	Ασθενείς	%
Υποδιαφραγματικό απόστημα	86/1083	8
Αιμορραγία (Ενδοπεριτοναϊκή)	49/1083	4,5
Χολικό συρίγγιο	45/1083	4
Γαστρορραγία	24/934	2,6
Ηπατική ανεπάρκεια	25/354	7
Διατύηση τραύματος	25/297	8,4

Στοιχεία Foster, 1984

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Εγχειρητική θνητότητα αναλόγως του τύπου της ηπατεκτομής.

Ηπατεκτομή	Θνητότητα (%)
Εκτεταμένη δεξιά λοβεκτομή	26
Δεξιά λοβεκτομή	26
Αριστερή λοβεκτομή	9
Σφηνοειδής (άτυπη) ηπατεκτομή	6

5.3 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία του ηπατοκυτταρικού καρκίνου έχει καθαρά ανακουφιστικό χαρακτήρα και χορηγείται στη μεγάλη πλειονότητα των ασθενών που βρίσκονται έξω από τις δυνατότητες της χειρουργικής θεραπείας. Πολυάριθμα φάρμακα ή συνδυασμοί φαρμάκων έχουν χορηγηθεί σε προσπάθειες βελτιώσεως του αναμφισβήτητα μικρού χρόνου επιβιώσεως.

Ο αντιμεταβολίτης των πυριμιδινών 5-Fluorouracil (5-Fu) ιστορικά αναφέρεται ως το πιο δραστικό φάρμακο στα αδενοκαρκινώματα του πεπτικού συστήματος · έχει δοκιμασθεί ευρύτατα στον ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

Σήμερα, φαίνεται ότι το πλέον δραστικό φάρμακο στον ηπατοκυτταρικό καρκίνο είναι η Doxorubicin (Adriamycin). Οι αρχικές μελέτες έδειξαν 80% αντικειμενικές ανταποκρίσεις και διάμεση επιβίωση 8 μηνών με τη χορήγηση 75 mg/m² κάθε 3 εβδομάδες.

Η χημειοθεραπεία αποτελεί το τελευταίο καταφύγιο στο σημερινό επίπεδο των γνώσεών μας. Αναρίθμητες θεραπευτικές δοκιμές έχουν γίνει σε ολόκληρο τον κόσμο κάτω από τις πιο αυστηρές επιστημονικές συνθήκες ώστε οι γιατροί και οι ασθενείς να μην παρασύρονται από έναν απατηλό ενθουσιασμό μπροστά σε κάποιες μεμονωμένες επιτυχίες.

Κάθε αντικαρκινικό φάρμακο δοκιμάζεται σε ειδικευμένα κέντρα και συγκρίνεται με άλλες παλαιότερες θεραπείες για να γίνει γνωστό αν τα θεραπευτικά του αποτελέσματα είναι πραγματικά, αν παρουσιάζει πλεονεκτήματα σε σχέση με προηγούμενες θεραπείες και αν η αναπόφευκτη τοξικότητά του δεν ξεπερνά το ευεργέτημα που μπορεί κανείς να ελπίζει από αυτό.

Πραγματικά κάθε αντικαρκινική θεραπεία συνεπάγεται πολύ βαριές παρενέργειες: τουλάχιστον έχουμε πεπτικές διαταραχές, ναυτίες, ανορεξία και μερικές φορές σοβαρές διάρροιες. Σχεδόν πάντα έχουμε βλάβες στο αίμα: τα κύτταρα του αίματος (λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια, ερυθρά αιμοσφαίρια) που έχουν έντονο πολλαπλασιασμό, είναι σχεδόν το ίδιο ευαίσθητα στη δράση των κυτταροστατικών φαρμάκων όσο και τα καρκινικά κύτταρα. Χρειάζεται λοιπόν μια πιο αυστηρή επίβλεψη για να αποφύγουμε ατυχήματα απλασίας (μείωση ή εξαφάνιση αυτών των κυττάρων) τα οποία μπορεί από μόνα τους να είναι θανατηφόρα (π.χ. λόγω μιας

μόλυνσης που καταπολεμείται ή μιας αιμορραγίας). Πολλά από αυτά τα φάρμακα επιφέρουν επίσης πτώση των μαλλιών (τα οποία όμως ξαναφυτρώνουν).

Θα πρέπει να ζυγίζουμε καλά αυτά τα δυσάρεστα επακόλουθα σε συσχετισμό με τα θεραπευτικά πλεονεκτήματα, τα οποία σε πολλές περιπτώσεις δεν έχουν αποδειχτεί. Εξάλλου αυτές οι θεραπείες έχουν και ψυχολογικές επιπτώσεις, γιατί είναι δύσκολο κάποιος ασθενής που παίρνει αυτά τα φάρμακα να μην καταλαβαίνει ότι πρόκειται για αντικαρκινική θεραπεία. Γι' αυτό, κάθε θεραπεία που πρόκειται να εφαρμοστεί πρέπει πρώτα να μελετηθεί και να ζυγιστεί πολύ.

Η απόφαση παίρνεται αφού ληφθούν υπόψη η ηλικία, η πιθανολογούμενη αντίσταση του ασθενή και ο τύπος του καρκίνου. Ένας μεταστατικός καρκίνος του μαστού, για παράδειγμα είναι συχνά ευαίσθητος στη χημειοθεραπεία και θα ήταν κρίμα να μην δώσουμε μια νέα πιθανότητα σε μια άρρωστη. Άλλοι μεταστατικοί καρκίνοι, που προέρχονται από ενδοκρινικούς όγκους του παγκρέατος, είναι εξίσου πολύ ευαίσθητοι σε μία ορισμένη χημειοθεραπεία.

Τα ογκολογικά κέντρα ολόκληρου του κόσμου εργάζονται ασταμάτητα δοκιμάζοντας τη μία μετά την άλλη καινούριες ουσίες, που μόνες ή σε συνδυασμό με άλλες μπορούν να καταλήξουν σε κάποια αποτελέσματα. Δεν πρέπει λοιπόν να σταυρώνουμε τα χέρια από απελπισία όταν διαπιστωθεί καρκίνος του ήπατος.

5.4 Μεταμόσχευση του ήπατος

5.4.1 Εισαγωγή

Η πρώτη μεταμόσχευση του ήπατος έγινε από τον Starzl το έτος 1963. Από τότε μέχρι και το τέλος του 1985 είχαν πραγματοποιηθεί περισσότερες από 1000 παρόμοιες μεταμοσχεύσεις σ' ολόκληρο τον κόσμο.

Με τα σημερινά δεδομένα το 68-78.6% των υποβληθέντων σε ηπατικές μεταμοσχεύσεις επιζούν, κατά μέσο όρο ανά έτος το 19,4% από αυτούς πέντε έτη και το 17,9% από εκείνους με πενταετή επιβίωση 10 έτη. Από τη σειρά του Starzl υπάρχουν περιπτώσεις μεταμοσχεύσεων του ήπατος που επιζούν 15 χρόνια ήδη, με ικανοποιητική

ηπατική λειτουργία και ποιότητα της ζωής. Στην τελευταία σειρά του ίδιου ερευνητή η εγχειρητική θνησιμότητα ανέρχεται στο 14,2%.

Η μεταμόσχευση του ήπατος είναι, ως χειρουργική επέμβαση, ίσως η πιο δύσκολη που μπορεί να απαντηθεί μέσα στο ευρύ φάσμα όλων των χειρουργικών επεμβάσεων και προϋποθέτει τέλεια οργάνωση, νοοτροπία ομάδας, άψογη προετοιμασία και σχολαστική εφαρμογή όλων των κανόνων της επιστήμης και της τέχνης.

Σύμφωνα με τα διεθνώς παραδεκτά και εφαρμοζόμενα, το ήπαρ ως μόσχευμα, πρέπει να προέρχεται από εγκεφαλικά νεκρό δότη ο οποίος σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας που είχε διατηρηθεί αιμοδυναμική σταθερότητα.

5.4.2 Ενδείξεις και αντενδείξεις για μεταμόσχευση ήπατος

Ενδείξεις για τη μεταμόσχευση του ήπατος είναι:

1. Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα.
2. Κίρρωση του ήπατος (χολική-πρωτοπαθής-δευτεροπαθής, κρυπτογενής, μεθιπατική, αλκοολική).
3. Σκληρυντική χολαγγειίτιδα.
4. Αιμοχρωμάτωση.
5. Γαλακτοζαιμία.
6. Ανεπάρκεια του ενζύμου α1-αντιθριψίνη.
7. Νόσος του Wilson.
8. Σύνδρομο του Budd και Chiari.
9. Ατρησία των χοληφόρων.
10. Οξεία ηπατική νέκρωση (ιογενής-τοξική).
11. Πρωτοπαθή νεοπλάσματα του ήπατος.
12. Αποτυχία προηγούμενης μεταμοσχεύσεως.
13. Συνεχής καρδιοαναπνευστική αιμοδυναμική σταθερότητα.
14. Απουσία λοιμώξεως και AIDS.
15. Ηλικία, κατά προτίμηση, κάτω των 50 ετών.
16. Απολύτως φυσιολογικές παράμετροι αξιολογήσεως ηπατικής λειτουργίας.

Η ύπαρξη πρωτοπαθούς όγκου άλλης εντόπισης πρέπει να αποκλεισθεί. Ωστόσο έχουν περιγραφεί μεταμοσχεύσεις ήπατος και σε περιπτώσεις μεταστατικών νεοπλασμάτων μετά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, ως επεμβάσεως παρηγορητικές. Κιρρωτικοί ασθενείς σε προχωρημένα στάδια της πάθησης (υπολευκοματιναμία, υποθρομβιναμία, κίρσορραγίες) έχουν απόλυτη ένδειξη, κατά το δυνατό άμεσης μεταμόσχευσης.

Η διερεύνηση της ιστοσυμβατότητας δέκτη-δότη περιορίζεται στην ομάδα αίματος, που πρέπει να είναι η ίδια. Είναι γνωστό ότι το ήπαρ απορρίπτεται σπανιότερα απ' ότι άλλα όργανα, εξαιτίας της μειωμένης αντιγονικής του δραστηριότητας.

Ως αντενδείξεις για τις μεταμοσχεύσεις του ήπατος αναφέρονται:

1. Απόλυτες

- _ Βακτηριδιακές μυκητησιακές μολύνσεις (εκτός του ηπατοχοληδόχου συστήματος)
- _ Κακοήθεις νόσοι (εκτός του ήπατος)
- _ Πολλαπλές συγγενείς ανωμαλίες (που δεν αντιμετωπίζονται)
- _ Προχωρημένη καρδιοαναπνευστική πάθηση και νεφρική ανεπάρκεια, ανεξάρτητη από την ηπατική βλάβη.
- _ Ενεργός αλκοολισμός (υποχρεωτική διακοπή στη λήψη αλκοόλ τουλάχιστον ένα χρόνο πριν από τη μεταμόσχευση)

2. Σχετικές

- _ Φλεγμονές του ήπατος και των χοληφόρων.
- _ Θετικά HB και Ag.
- _ Θρόμβωση της πυλαίας φλέβας.
- _ Εκτεταμένες (προηγούμενες) επεμβάσεις του ήπατος και των χοληφόρων.
- _ Οξεία ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που δεν συνδέεται με την ηπατική πάθηση.
- _ Ηλικία μεγαλύτερη των 60 χρόνων.

5.4.3 Επιπλοκές της μεταμόσχευσης

Σαν επιπλοκές των μεταμοσχεύσεων του ήπατος αναφέρονται:

1. Η αιμορραγία από τις αναστομώσεις, ως αποτέλεσμα τεχνικών σφαλμάτων ή και γενικότερα διαταραχών των παραγόντων της πήξεως.
2. Η νέκρωση του μοσχεύματος από τα παραπάνω αίτια ή και από αγγειακές θρομβώσεις (ηπατικής αρτηρίας, πυλαίας, κάτω κοιλής).
3. Οι επιπλοκές από την αναστόμωση του χοληδόχου πόρου (αποφράξεις, στενώσεις, συρίγγια).
4. Η απόρριψη του μοσχεύματος.
5. Οι λοιμώξεις.
6. Οι εμβολές

Οι επιπλοκές αυτές επηρεάζουν τη μετεγχειρητική πορεία δημιουργούν διαγνωστικά προβλήματα και αυξάνουν τη θνησιμότητα.

Νεφρική ανεπάρκεια, εκδηλούμενη στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, οφείλεται σε αύξηση της πίεσης στη νεφρική φλέβα κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης (χρόνος της υφηπατικής αναστόμωσης της κάτω κοιλής). Μία οξεία απόρριψη του μοσχεύματος μπορεί να εμφανιστεί σε τέσσερις ημέρες από την επέμβαση. Η διαδερμική βιοψία, σ'αυτές τις περιπτώσεις είναι δυνατό να διαγνώσει τη λεμφοκυτταρική διήθηση των πυλαίων τριχοειδών αλλά και να διαφοροδιαγνώσει μια απόρριψη από ίωση, χολοαγγειίτιδα ή αγγειακή βλάβη.

Οι επιπλοκές από την αναστόμωση του χοληδόχου πόρου έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα. Οι στενώσεις του πόρου είναι αιτίες χολοαγγειακών κρίσεων και συριγγείων, που επιβάλλουν συχνά άμεση χειρουργική αντιμετώπιση.

5.4.4 Επιλογή του λήπτη

Ένδειξη για να υποβληθούν σε μεταμόσχευση ήπατος έχουν οι ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο ηπατικής ανεπάρκειας που δεν επιδέχεται άλλο είδος συντηρητικής ή εγχειρητικής θεραπείας, ασχέτως της κύριας παθήσεως του ήπατος.

Ειδικώς για τα νεοπλάσματα, πρέπει να πούμε ότι αυτά πρέπει να είναι πρωτοπαθή στο ήπαρ, ανεγχείτητα με την κλασική ογκολογική χειρουργική και να μην υπάρχει άλλη

εξωηπατική εντόπιση (μετάσταση) ή διήθηση παρακείμενων οργάνων. Τα νεοπλάσματα γενικώς έρχονται σε δεύτερη μοίρα επιλογής ως ένδειξη προς μεταμόσχευση, α) διότι οι ασθενείς με καλοήγη νοσήματα είναι πολύ περισσότεροι και εφόσον επιβιώσουν της εγχειρήσεως, έχουν πολύ καλύτερη απώτερη πρόγνωση και β) η έλλειψη μοσχευμάτων επιβάλλει να προηγούνται οι έχοντες καλοήγη νοσήματα.

Από του έχοντες καλοήθες νόσημα ασθενείς/υποψηφίους λήπτες, προηγούνται εκείνοι που βρίσκονται σε κώμα ή και πρόκειται να υποβληθούν σε επαναμεταμόσχευση και ακολουθούν οι έχοντες κεραυνοβόλο ηπατίτιδα και στη συνέχεια οι νεώτεροι σε ηλικία.

Η συμβατότητα μεταξύ νοσήματος λήπτη, ως κριτήριο επιλογής του λήπτη, έχει κάποια ελαστικότητα όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις ήπατος σε υπερεπειγούσες όμως περιπτώσεις όπου επικρέμεται κίνδυνος θανάτου για τον ασθενή/λήπτη (κώμα, επαναμεταμόσχευση) επιτρέπεται να αγνοήσουμε τις ομάδες αίματος και να μεταμοσχευθεί στον ασθενή το πρώτο ήπαρ/μόσχευμα που θα είναι διαθέσιμο.

Τέλος ο ασθενής/λήπτης πρέπει να είναι σε καλή γενικώς κατάσταση όσον αφορά τη λειτουργικότητα άλλων οργάνων ιδίως του καρδιοαναπνευστικού συστήματος, να μην πάσχει από AIDS να μην είναι φορέας του HIV και να μην έχει θρόμβωση του συστήματος της πυλαίας κυκλοφορίας (απαραίτητος ο προεγχειρητικός αγγειογραφικός έλεγχος).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, κάθε νοσοκομείο που ασχολείται με μεταμοσχεύσεις ήπατος είναι απαραίτητο να συντάσσει κατάλογο αναμενόντων ασθενών για μεταμόσχευση και με την αναγγελία ανευρέσεως δότη να γίνεται από τους υπευθύνους η επιλογή του λήπτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Πρόγνωση

Η πρόγνωση του πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος είναι κακή. Στους ασθενείς, στους οποίους ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος αναπτύχθηκε σε έδαφος κίρρωσεως, η πενταετής επιβίωση είναι μηδενική. Στους ασθενείς με εξαιρετικό καρκίνο, η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα. Φαίνεται γενικά ότι το ποσοστό των χειρουργήσιμων ασθενών με πρωτοπαθή ηπατοκυτταρικό καρκίνο είναι περίπου 20%. Στους ασθενείς που χειρουργούνται, η εγχειρητική θνησιμότητα είναι λίγο μεγαλύτερη από 10% και η πενταετής επιβίωση 15-20%. Αν οι ασθενείς δεν χειρουργηθούν, είναι σπανιότατο φαινόμενο η επιβίωσή τους να ξεπεράσει τα πέντε χρόνια και αυτό μόνο σε όγκους που περιβάλλονται από κάψα.

Η υιοθέτηση από όλες τις χώρες του κόσμου της τακτικής να παρακολουθούνται οι ασθενείς με κίρρωση ήπατος ανά τρίμηνα ή εξάμηνα διαστήματα, με ορισμένη μέθοδο (υπερηχοτομογράφημα ήπατος, α-FP ορού), αναμένεται ότι θα αυξήσει το ποσοστό των καρκίνων που καταδεικνύονται σε πρώιμο στάδιο, πράγμα που ενδεχομένως θα βελτιώσει την πρόγνωση του θανατηφόρου αυτού νεοπλάσματος.

6.2 Πρόληψη

Οι περισσότεροι τύποι καρκίνου του ήπατος μπορεί να εμποδιστούν με τα μέτρα δημόσιας υγιεινής που μειώνουν την έκθεση σε παράγοντες επικίνδυνους να οδηγήσουν στην αρρώστια.

Παγκοσμίως ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι η προσβολή από τον ιό ηπατίτιδας Β (HBV) και ηπατίτιδας C (HCV). Ένα εμβόλιο προστασίας από την ηπατίτιδα Β έχει αναπτυχθεί και χρησιμοποιείται επιτυχώς τελευταία. Όλα τα παιδιά θα έπρεπε να εμβολιάζονται προκειμένου να εμποδιστεί η προσβολή τους και να μειωθεί κατά αυτόν τον τρόπο ο κίνδυνος του καρκίνου του ήπατος αλλά και η ζημιά στο συκώτι λόγω της ηπατίτιδας. Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει κάποιο εμβόλιο για την ηπατίτιδα C.

Έτσι η αποφυγή της προσβολής από ηπατίτιδα HCV και HBV σε ανθρώπους που δεν έχουν εμβολιασθεί βασίζεται στην κατανόηση των τρόπων μετάδοσής τους-από μεταγγίσεις αίματος, από μολυσμένες βελόνες που έχουν χρησιμοποιήσει ενδοφλέβια χρήστες ναρκωτικών και από σεξ χωρίς προφυλάξεις με προσβλημένα άτομα. Επίσης μητέρες που είναι φορείς του ιού της ηπατίτιδας μπορεί να μεταδώσουν τον ιό στο παιδί τους πριν τη γέννηση. Οι τράπεζες αίματος που υπάρχουν στις ΗΠΑ διενεργούν τακτικές εξετάσεις για να εντοπίσουν τυχόν μολυσμένο αίμα από δότες. Όλο το μολυσμένο αίμα απορρίπτεται. Η εξάπλωση των HBV και HCV μέσω των βελονών χρηστών ναρκωτικών ή του σεξ με προσβεβλημένα άτομα παραμένει μια σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγιεινή και εκπαίδευση αφού η ιατρική επιστήμη από μόνη της δεν είναι αρκετή.

- Η πρόληψη των ηπατικών καρκίνων που προκαλούνται από τον αλκοολισμό αποτελεί πρόκληση για τη δημόσια υγιεινή και τη δημόσια εκπαίδευση.
- Η αλλαγή του τρόπου αποθήκευσης ορισμένων σιτηρών σε τροπικές και υποτροπικές χώρες θα μπορούσε να μειώσει την έκθεση στον καρκίνο που προκαλούν ουσίες όπως οι αφλατοξίνες. Πολλές βιομηχανικές χώρες έχουν θεσπίσει ήδη κανονισμούς για την εμπόδιση και τον έλεγχο μολυσμένων σιτηρών.

- Επίσης καλύτερες αντιπαρασιτικές θεραπείες και καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες για την υγιεινή και τη φροντίδα της υγείας μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση των κινδύνων καρκίνων του ήπατος σε χώρες όπου οι μολύνσεις αυτές αποτελούν σημαντικό παράγοντα εμφάνισης του καρκίνου του ήπατος.
- Κατάλληλα μέτρα προφύλαξης μπορεί να ληφθούν για να προστατέψουν τους εργαζόμενους από βιομηχανικά χημικά γνωστά για την πρόκληση καρκίνου του ήπατος και ακόμη να προστατέψουν τους καταναλωτές από χημικά στα φάρμακα και το περιβάλλον που ζουν. Οι περισσότερες βιομηχανικές χώρες έχουν κανονισμούς για την προστασία τόσο των εργαζομένων όσο και των καταναλωτών από τέτοια χημικά. Αυτοί οι κανονισμοί έχουν εξαλείψει την χρήση ορισμένων ενόχων χημικών ουσιών.
- Ορισμένες κληρονομικές ασθένειες μπορούν να προκαλέσουν κίρρωση του ήπατος αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του ήπατος. Ο εντοπισμός των ασθενειών αυτών και η έγκαιρη θεραπεία τους μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του ήπατος.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Τ.Θ.

ΗΛΙΚΙΑ : 68 ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ Ο.Γ.Α.

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΧΕΛΙΔΟΝΙ ΗΛΕΙΑΣ

Ατομικό αναμνηστικό

- Παιδικά νοσήματα: ναι
- Εμβολιασμοί: δεν θυμάται
- Νοσήματα της ώριμης ηλικίας: Έλκος δωδεκαδακτύλου με ιστορικό γαστρορραγίας. Αντιμετωπίστηκε με γαστρεκτομή και Billroth II, χειρουργηθέν προ 40 ετών περίπου.
- Υπέρταση

Οικογενειακό ιστορικό

- Η μητέρα του πέθανε σε ηλικία 80 ετών από εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Τον πατέρα του δεν τον γνώρισε.
- Ο αδελφός του, ηλικίας 60 ετών, είναι υγιής.

Κοινωνικό ιστορικό

- Βιοτικό επίπεδο: μέτριο
- Βαθμός μορφώσεως: Χαμηλός
- Έξεις: Πίνει λίγο, Γεύματα ελεύθερα και λιπαρά.

Αιτία εισόδου

Εστιακές βλάβες αριστερού λοβού ήπατος.

Παρούσα νόσος

Ο ασθενής, ηλικίας 68 ετών προ 10ετίας περίπου υπεβλήθη σε εγχείρηση για όγκο ήπατος, κατά την οποία εγένετο ηπατεκτομή του IV τμήματος του ήπατος.

Προ πενθημέρου ο ασθενής διακομίσθη στο νοσοκομείο του Πύργου μετά από επίμονο επιγαστρικό άλγος. Κατά τον διαγνωστικό έλεγχο υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία κοιλίας η οποία ενέδειξε δύο εστιακές βλάβες στον αριστερό λοβό του ήπατος.

Με την διάγνωση πιθανής υποτροπής όγκου ήπατος διακομίσθη στο ΠΠΓΝ Ρίου. Για τον καθορισμό της εντόπισης της υποτροπής, της σχέσης της με τα αγγεία του ήπατος και τη διερεύνηση πιθανών άλλων βλαβών έγινε Portal CT η οποία επιβεβαίωσε τα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας και την εγχειρησιμότητα του όγκου.

Ο ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργική επέμβαση ηπατεκτομής αριστερού λοβού ήπατος και υπεβλήθη σε πλήρη προεγχειρητικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
1. Επινεφρικό άλγος εξαιτίας του όγκου του ήπατος	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του πόνου και ανακούφιση του αρρώστου, έως ότου υποβληθεί στη χειρουργική επέμβαση 	<ul style="list-style-type: none"> Ενθάρρυνση του ασθενούς να περιγράψει τον πόνο Εξασφάλιση ήρεμου και καθαρού περιβάλλοντος Παρακίνηση του ασθενούς να αναπαύεται επαρκώς Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας Ενίσχυση του ηθικού του αρρώστου, αποφυγή των ερεθισμάτων που 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής εκφράζει την ανησυχία του και περιγράφει τον πόνο του Δημιουργία ήσυχου περιβάλλοντος και ρύθμιση της θερμοκρασίας Χορήγηση Lonarid per os. 1x3 κατόπιν ιατρικής οδηγίας Χορήγηση Pethidine 50 mg 1x1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας 	<ul style="list-style-type: none"> Με τη χορήγηση των αναλγητικών ο πόνος μειώθηκε Η διάθεση του ασθενούς βελτιώθηκε

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
2. Χρόνια ιδιοπαθής υπέρταση	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση της υψηλής αρτηριακής πίεσως 	<p>προκαλούν συγκίνηση</p> <ul style="list-style-type: none"> Τρίωρη λήψη Α.Π. και σφύξεων Χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας Υγιεινοδιαιτητική αγωγή με προσπάθεια απώλειας βάρους και αποφυγή κατανάλωσης λιπαρών τροφών και αλάτων 	<ul style="list-style-type: none"> Γίνεται εκτίμηση της Α.Π. ανά 3 ώρες και αναγραφή των τιμών της στο διάγραμμα Χορήγηση Adalat των 5mg per. os. 1x1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας Εξασφαλίσθηκε ήρεμο και άνετο περιβάλλον 	<ul style="list-style-type: none"> Παρατηρήθηκε ελάττωση της Α.Π. στα φυσιολογικά και ελάττωση της ανησυχίας του ασθενούς
3. Υγιεινή σώματος για αποφυγή μετεγχειρητικής λοίμωξης του ήπατος που είναι βαριά επέμβαση	<ul style="list-style-type: none"> Πρόληψη της λοίμωξης 	<ul style="list-style-type: none"> Καθαριότητα σώματος 	<ul style="list-style-type: none"> Λουτρό καθαριότητας του ασθενούς Ενημέρωση του ασθενούς Εξασφάλιση 	<ul style="list-style-type: none"> Ανακουφίσθηκε ο ασθενής μετά το λουτρό καθαριότητας που του έγινε Μειώθηκε ο

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος ▪ Καθαρισμός του εντέρου 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ κατάλληλης θερμοκρασίας δωματίου ▪ Αποφυγή έκθεσης του ασθενούς ▪ Ρύθμιση της κατάλληλης θερμοκρασίας του νερού και συγκέντρωση όλων των απαραίτητων αντικειμένων ▪ Ξερίστηκε η περιοχή του σώματος από τις θηλές του μαστού ως τις λαγόνιες ακρολοφίες ▪ Έγινε αλλαγή λευχεμάτων και ρούχων ασθενούς ▪ Χορηγήθηκε προφυλακτικά η αντιβίωση Mandokef 1 gr 1x3 κατόπιν ιατρικής οδηγίας ▪ Έγινε υψηλός υποκλυσμός και 	<p>κίνδυνος μετεγχειρητικής λοίμωξης με τις συγκεκριμένες ενέργειες</p>

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
4. Πιθανή μετεγχειρητική φλεβοθρόμβωση κάτω άκρων	<ul style="list-style-type: none"> Πρόληψη φλεβοθρόμβωσης των κάτω άκρων 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση αντιπηκτικών Ελαφρά πιεστική περίδεση από τα δάκτυλα ως τις βουβώνες με ελαστικό συγκλωλτικό επίδεσμο ή ελαστικές κάλτσες Προγραμματισμός ασκήσεων πριν από την επέμβαση Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε το αντιπηκτικό Innohep 1x1 για 2 ημέρες πριν την εγχείρηση κατόπιν ιατρικής οδηγίας Έγινε η τοποθέτηση ελαστικών αντιθρομβωτικών καλτσών μέχρι το γόνατο Μετά από ειδοποίηση φυσιολογική γίνονται οι ασκήσεις των κάτω άκρων Ο ασθενής τοποθετείται σε καθιστική θέση με τα πόδια πάνω στο κρεβάτι 	<ul style="list-style-type: none"> Μειώθηκε ο κίνδυνος μετεγχειρητικής φλεβοθρόμβωσης

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλεύτικης φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλεύτικης φροντίδας	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
5. Κίνδυνος διεγχειρητικής ή μετεγχειρητικής αιμορραγίας λόγω της επέμβασης και της ηπατικής βλάβης	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση αρκετού αίματος για αντιμετώπιση ενδεχόμενης αιμορραγίας 	<ul style="list-style-type: none"> Δίνεται εντολή για εξετάσεις αίματος για την διαπίστωση της ομάδας αίματος και συμβατότητας Χορήγηση βιταμίνης Κ για αιμόσταση 	<ul style="list-style-type: none"> Πραγματοποιήθηκαν οι εξετάσεις αίματος, διαγνώσθηκε η ομάδα του και εξασφαλίσθηκε επάρκεια αίματος Έγινε χορήγηση της βιταμίνης Κ 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφαλίσθηκε επάρκεια αίματος για ενδεχόμενη αιμορραγία κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή μετά από αυτή
6. Καλή προεγχειρητική θρέψη για αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση στην πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση διαιτολογίου πλούσιου σε υδαάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη Εξασφάλιση ελαφράς δίαιτας το βράδυ πριν την επέμβαση και χορήγηση νερού ελεύθερα μέχρι 4 ώρες πριν από την επέμβαση 	<ul style="list-style-type: none"> Του χορηγούνται τροφές πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά Δόθηκε βραδινό γεύμα στον άρρωστο μια κούπα τσάι 	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπισθηκε η πλημμελής σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών
7. Ανησυχία και ευερεθιστικότητα	<ul style="list-style-type: none"> Εξάλειψη ανησυχίας και ευερεθιστότητας 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση του ασθενούς πριν από κάθε νοσηλεία και επικοινωνία με 	<ul style="list-style-type: none"> Γίνεται ενημέρωση πριν από κάθε νοσηλεία για να αποφευχθεί το στρες 	<ul style="list-style-type: none"> Με τα μέτρα που πάρθηκαν μειώθηκε η ένταση και το άγχος

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
		<p>αυτών για την κατανόηση της γενικής του κατάστασης</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης ▪ Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου με χορήγηση στον άρρωστο κατευναστικού κατόπιν ιατρικής οδηγίας ▪ Παρατήρηση της συμπεριφοράς του αρρώστου για ανίχνευση σημείων αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης ▪ Εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση 	<p>που συμβάλει σε υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Η νοσηλεύτρια επικοινωνεί με τον άρρωστο ▪ Χορηγήθηκε στον άρρωστο κατευναστικό με ένα ζεστό πόμα και του εξασφαλίσθηκε ήσυχος ύπνος ▪ Η νοσηλεύτρια επισκέπτεται τον άρρωστο σε τακτά χρονικά διαστήματα και παρακολουθεί για την εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων ▪ Οι νοσηλευτικές τεχνικές εκτελούνται με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση με αποτέλεσμα το αίσθημα ασφάλειας 	

					του ασθενούς να ενισχύεται	
--	--	--	--	--	-------------------------------	--

Ημέρα Χειρουργείου

Η χειρουργική επέμβαση έγινε με επιτυχία.

Αφαιρέθησαν 2 εστίες ηπατοκυτταρικού Ca στον αριστερό λοβό του ήπατος. Έγινε αριστερή τυπική ηπατεκτομή

Όσον αφορά την ιστολογική εξέταση η ταχεία βιοψία έδειξε HCC (ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα). Μετά την εγχείρηση μεταφέρθηκε στην Μ.Ε.Θ. του Ρίου. Εκεί παρουσίασε ελαφρά υποθερμία. Αφού αντιμετωπίστηκε η υποθερμία, έγινε η προοδευτική αποδέσμευση από τον αναπνευστήρα. Η αιμοδυναμική του κατάσταση ήταν σταθερή και η ωριαία διούρησή του ήταν μεγαλύτερη των 100 ml / h.

Την επόμενη ημέρα ο ασθενής διεκομίσθη στην Χειρουργική Κλινική για περαιτέρω νοσηλεία.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
1. Διεγχειρητική αιμορραγία λόγω βαρύτητας της επεμβάσεως	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ελάττωση της αιμορραγίας ▪ Αποφυγή shock και πνευμονικού οιδήματος 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Εξασφάλιση επαρκούς χορήγησης αίματος ▪ Σωστή ενδοφλέβια χορήγηση υγρών 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Του έγινε μετάγγιση 2 μονάδων αίματος και 2 μονάδων πλάσματος λόγω απώλειας όγκου ▪ Η χορήγηση των υγρών έγινε και γίνεται αργά γιατί η ταχεία χορήγηση μπορεί να αυξήσει πολύ την πίεση και να ξαναρχίσει η αιμορραγία ▪ Γίνεται έλεγχος Red-o-pack ανά ώρα ▪ Μέτρηση ανά ώρα Α.Π., σφ., Κ.Φ.Π. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αποφύγαμε τον κίνδυνο για εμφάνιση shock και πνευμονικού οιδήματος
2. Υψηλός πυρετός Άμεσα μετεγχειρητικά πιθανόν λόγω αναπνευστικής	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Μείωση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα ▪ Αντιμετώπιση ρίγους ▪ Πρόληψη 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αύξηση της χορήγησης υγρών 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Έγινε προγραμματισμός της ποσότητας των υγρών που πρέπει να πάρει ο ασθενής το 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Επιτεύχθηκε μείωση της θερμοκρασίας ▪ Αντιμετωπίστηκε το ρίγος και αποφεύχθηκε η

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
αιτιολογίας	αφυδάτωσης	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Λήψη Ζ.Σ. ▪ Χορήγηση αντιυπερτικών σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες ▪ Τοποθέτηση θερμοφόρας στα πόδια του ασθενή ▪ Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος ▪ Αλλαγή λευχιμάτων όταν κρίνεται απαραίτητο 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 24ωρο ▪ Γίνεται λήψη Ζ.Σ. ανά 3ωρο ▪ Σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες του χορηγήθηκε Aprotel ▪ Τοποθετήθηκε θερμοφόρα όταν ο ασθενής εμφάνισε ρίγος ▪ Έγινε ρύθμιση της θερμοκρασίας του δωματίου και περιορίστηκαν οι επισκέψεις ▪ Έγινε αλλαγή των λευχιμάτων μετά από εφίδρωση ▪ Του γίνεται αναπνευστική γυμναστική 	αφυδάτωση του ασθενούς
3. Πόνος μετεγχειρητικός	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Παρότρυνση του ασθενούς για περιγραφή του πόνου του 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Έγινε επαφή με τον ασθενή και του δόθηκε η ευκαιρία να περιγράψει τον πόνο του 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ελάττωση του πόνου

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων ▪ Παρακολούθηση του ασθενούς αν ο πόνος προέρχεται από την χειρουργή ή από άλλων παράγοντα ▪ Τόνωση του ηθικού του αρρώστου 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορηγήθηκε Voltaren κατόπιν ιατρικής οδηγίας ▪ Έγινε έλεγχος όλων των παρεχτεύσεων, σε καρφίτσες ασφαλείας, σφιχτές επιδέσεις ▪ Δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος. Ο ασθενής μιλάει για τα συναισθήματά του καθώς παροτρύνεται να ακούσει μουσική ή να δει τηλεόραση έτσι ώστε να αποσπασθεί η προσοχή του 	
4. Ουρολοίμωξη λόγω ύπαρξης ουροκαθετήρα	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αντιμετώπιση της ουρολοίμωξης και εξάλειψη των παθογόνων μικροβίων ▪ Διατήρηση νεφρικής λειτουργίας 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αλλαγή του καθετήρα Foley ▪ Τοπικός καθαρισμός 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ειδοποιήθηκε ο ουρολόγος και έγινε η αλλαγή του καθετήρα ▪ Του έγινε σγολαστικός των καθαρισμός των 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Με τα μέτρα αυτά αντιμετώπιστηκε η ουρολοίμωξη ▪ Ο ασθενής βρίσκεται υπό αντιβίωση

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση υγρών ▪ Χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες ▪ Μέτρηση αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών 	<p>γεννητικών οργάνων πριν την εισαγωγή του καθετήρα</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Του χορηγήθηκαν άφθονα υγρά για τη σωστή του ενυδάτωση αλλά χωρίς να επηρεάζει το ισοζύγιο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ▪ Δεν του χορηγήθηκε καινούργια αντιβίωση γιατί ο ασθενής βρίσκεται ήδη σε αντιβίωση 	
5. Δίψα λόγω του αναισθητικού φαρμάκου και της απώλειας μεγάλης ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ανακούφιση του αρρώστου από το αίσθημα της δίψας ▪ Πρόληψη αφυδάτωσης 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση υγρών παρεντερικά 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Του χορηγείται N/S 1000cc φυσιολογικός ορός με γρήγορο ρυθμό ροής ύστερα από οδηγία του ιατρού 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Σιγά σιγά ανακουφίστηκε ο άρρωστος από το αίσθημα της δίψας και αποφεύχθηκε η αφυδάτωση

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
εγκλείση		<ul style="list-style-type: none"> Διατήρηση της στοματικής κοιλότητας υγρής Έλεγχος υγρών και ηλεκτρολυτών 	<ul style="list-style-type: none"> Χρησιμοποιούμε τούβλα εμποτισμένα με διάλυμα σόδας που βοηθούν στη διάλυση της βλέννης του στόματος και κάνουμε πλύση της στοματικής κοιλότητας Γίνεται συχνός έλεγχος υγρών και ηλεκτρολυτών βάσει του φύλλου νοσηλείας του ασθενούς 	
6. Έμετος λόγω του αναισθητικού φαρμάκου	<ul style="list-style-type: none"> Να ανακουφισθεί ο ασθενής από το αίσθημα του έμετου 	<ul style="list-style-type: none"> Γαρακολούθηση του ασθενούς για ατοφυγή εισρόφισης του εμετού Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου Φροντίδα της 	<ul style="list-style-type: none"> Έχουμε τοποθετήσει τον ασθενή σε θέση με το κεφάλι στο πλάι και στο κομμάτι του υπάρχει νεφροειδές Χορηγήθηκε Primorep 1x1 σύμφωνα με την ιατρική οδηγία Έγινε πλύση της 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής ανακουφίστηκε εντελώς από το αίσθημα του έμετου και αποφεύχθηκε τυχόν εισρόφιση

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση των αποτελεσμάτων
7. Ανησυχία-Δυσφορία λόγω αύπνιας	<ul style="list-style-type: none"> Εξάλειψη της ανησυχίας και της δυσφορίας του ασθενή 	<p>στοματικής κοιλότητας</p> <ul style="list-style-type: none"> Αλλαγή στο διαιτολόγιο του ασθενούς <p>Δημιουργία ιδανικού περιβάλλοντος έτσι ώστε να απαλλαγεί από δυσάρεστες σκέψεις</p> <ul style="list-style-type: none"> Σωματική ανακούφιση του ασθενούς 	<p>στοματικής κοιλότητας</p> <ul style="list-style-type: none"> Χορηγείται στον ασθενή ελαφρά τροφή μέχρι να εξαφανισθεί το αίσθημα του εμέτου <ul style="list-style-type: none"> Μειώθηκαν οι θόρυβοι στο ελάτσιο Αντικαταστάθηκε ο ημερήσιος ύπνος του με μουσική και επικοινωνία με άλλους ασθενείς Δόθηκε στον ασθενή ξεστό γάλα Του έγινε ελαφρά εντριβή, αερίστηκε το δωμάτιο και χαμήλωσε το φως πριν από τον βραδινό του ύπνο 	<ul style="list-style-type: none"> Ύστερα από την λήψη αυτών των μέτρων παρατηρήσαμε ότι η ψυχολογία του ασθενούς βελτιώθηκε

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Ι.Σ.

ΗΛΙΚΙΑ : 73 ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ Ο.Γ.Α.

ΤΟΠΙΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ : ΕΥΠΑΛΙΟΝ ΔΩΡΙΔΟΣ

Ατομικό αναμνηστικό

- Παιδικά νοσήματα: όχι
- Εμβολιασμοί: όχι
- Νοσήματα της ώριμης ηλικίας: Υπέρταση από 3ετίας, Ηπατίτιδα Β
- Χειρουργικές επεμβάσεις: Χειρουργήθηκε για Ca ρινός στις 8 / 1 / 98

Οικογενειακό ιστορικό

- Οι γονείς του πέθαναν πριν από 5 χρόνια λόγω προχωρημένης ηλικίας
- Ο αδελφός του, ηλικίας 70 ετών, έχει σακχαρώδη διαβήτη
- Τα άλλα του δύο αδέρφια δεν έχουν παρουσιάσει κάποια ασθένεια

Κοινωνικό ιστορικό

- Βιοτικό επίπεδο: Μέτριο
- Βαθμός μορφώσεως: Χαμηλός
- Έξεις: Πίνει 2-3 φλιτζάνια καφέ ημερησίως. Καπνίζει 18 τσιγάρα την ημέρα. Όσον αφορά το αλκοόλ καταναλώνει ένα ποτηράκι κρασί την ημέρα και 1-2 ποτήρια τσίπουρο την εβδομάδα

Αιτία εισόδου

Διερεύνηση εστιακής βλάβης δεξιού λοβού ήπατος που αποτελεί τυχαίο εύρημα κατά τον διαγνωστικό έλεγχο κωλικού του νεφρού.

Παρούσα νόσος

Ο ασθενής παρουσίασε προ 7-8 ημερών μακροσκοπική αιματουρία και επεισόδιο κωλικού του νεφρού αριστερά. Ο έντονος πόνος συνοδευόταν από φρίκια και ένα επεισόδιο εμετού. Ο κωλικός του νεφρού αντιμετωπίστηκε στο Κέντρο Υγείας

Ναυπάκτου. Προ τεσσάρων ημερών το βράδυ είχε δεύτερο επεισόδιο με τα ίδια συνοδά συμπτώματα. Το πρωί της ίδιας ημέρας υποβλήθηκε σε εξετάσεις για διερεύνηση του κωλικού. Η α/α Ν.Ο.Κ. έδειξε λιθίαση αριστερού νεφρού και αριστερού ουρητήρα. Το U/S άνω-κάτω κοιλίας ανέδειξε πυελοκαλική διάταση αριστερού νεφρού μικρού βαθμού και μονήρη ευμεγέθη εστιακής βλάβης διαστάσεων 5,5x5,5cm περίπου στον δεξιό λοβό του ήπατος. Κατόπιν αυτών ο ασθενής παραπέμφθηκε στο Π.Π.Γ.Ν.Π. για περαιτέρω διερεύνηση.

Για τον καθορισμό της εντόπισης του όγκου έγινε αξονική τομογραφία, αγγειογραφία ήπατος, σπινθηρογράφημα ήπατος και βιοψία δια βελόνης, τα οποία έθεσαν τη διάγνωση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος εντοπισμένου στο δεξιό λοβό του ήπατος χωρίς προσβολή των γύρω ιστών ή ύπαρξη άλλων μεταστάσεων. Κατόπιν αυτών ο ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργική επέμβαση δεξιάς ηπατεκτομής

ΠΡΟΕΙΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
1. Ιδιοπαθής υπέρταση	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Μείωση της Α.Π. στα φυσιολογικά επίπεδα ▪ Βοήθεια του αρρώστου να κατανοήσει και να αποδεχθεί το πρόβλημά του και τον τρόπο αντιμετώπισέως του 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Μείωση του σωματικού βάρους ▪ Δίαιτα χωρίς αλάτι 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορηγούνται στον ασθενή τροφές μικρής περιεκτικότητας σε λίπος ▪ Η περιεκτικότητα του νατρίου στην τροφή του δεν ξεπερνά τα 2 gr ημερησίως ▪ Του χορηγήθηκε tableta Adalat 5 mg 1x1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας ▪ Εξασφάλιση περιόδων αναπαύσεως, ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η Α.Π. διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα
2. Άγχος εξαιτίας της επεμβάσεως	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Τόνωση του ηθικού του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων ▪ Τρίωρη λήψη Α.Π. και σφύξεων ▪ Ελάττωση της ανησυχίας του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Η νοσηλεύτρια επικοινωνήσε με τον 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Με τα μέτρα που πάρθηκαν

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
	<p>αναγκών του ασθενούς και η ικανοποίηση αυτών</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Παρότρυνση του ασθενούς να εκφράσει τις ανησυχίες του ▪ Ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση του και το είδος της επέμβασης ▪ Χορήγηση αγγχολυτικών φαρμάκων 	<p>άρρωστο και μέσω της επικοινωνίας αυτής κατανόησε και ικανοποίησε τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Μέσα από το διάλογο που πραγματοποιήθηκε ο ασθενής μπόρεσε να εκφράσει τις ανησυχίες του και να μιλήσει για το πρόβλημά του ▪ Ενημερώθηκε ο ασθενής για την κατάσταση του χωρίς όμως να αναφερθούν λεπτομέρειες οι οποίες θα μπορούσαν να αυξήσουν το άγχος του ▪ Του χορηγήθηκε tableta Lexotanil 3mg 1x1 κατόπιν 	<p>καταφέραμε να μειώσουμε αρκετά το άγχος του ασθενούς</p>	

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
3. Εξασφάλιση επαρκούς θρέψης για να αντεπεξέλθει στο βάρος των επεμβάσεων	<ul style="list-style-type: none"> Αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών λόγω έλλειπτούς θρέψεως 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση στον ασθενή θρεπτικών συστατικών και άλλων στοιχείων του οργανισμού όπως πλάσμα και ηλεκτρολύτες Εξασφάλιση επαρκούς πρόσληψης υγρών στον ασθενή Εξασφάλιση ελαφράς τροφής την προηγούμενη της εγχειρήσεως ημέρα 	<p>ιατρικής οδηγίας</p> <ul style="list-style-type: none"> Του χορηγήθηκαν 2 μονάδες φρέσκο πλάσμα Γίνεται χορήγηση επαρκούς ποσότητας υγρών ημερησίως στον ασθενή τα οποία καταγράφονται στην κάρτα νοσηλείας του Του χορηγήθηκε τροφή χωρίς πολλά υπολείμματα την προηγούμενη της εγχειρήσεως ημέρα και έξι ώρες πριν από την εγχείρηση ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα Η νοσηλεία εκτελέστηκε από νοσηλεύτη για την 	<ul style="list-style-type: none"> Με τα μέτρα αυτά έχει ελαττωθεί ο κίνδυνος για την εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών λόγω έλλειψης θρέψεως
4. Καθαριότητα εντερικού σωλήνα	<ul style="list-style-type: none"> Αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο 	<ul style="list-style-type: none"> Εντολή για εκτέλεση υψηλού υποκλύσμου 	<ul style="list-style-type: none"> Η νοσηλεία εκτελέστηκε από νοσηλεύτη για την 	<ul style="list-style-type: none"> Με τα μέτρα που πάρθηκαν αποφεύχθηκε τυχόν

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ χειρουργικό κρεβάτι ▪ Αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών ▪ Αποφυγή μόλυνσως του χειρουργικού πεδίου λόγω πιθανού τραυματισμού του παχέως εντέρου ως ιατρογενούς επιπλοκής κατά την επέμβαση ▪ Προετοιμασμένος εντερικός σωλήνας για πιθανή επέκταση της επεμβάσεως λόγω διεγχειρητικών ευρημάτων 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενημέρωση του αρρώστου για τη νοσηλεία που πρόκειται να του γίνει ▪ Εξασφάλιση μοναχικότητας για αποφυγή έκθεσης του αρρώστου ▪ Συγκέντρωση των απαραίτητων αντικειμένων ▪ Ετοιμασία του διαλύματος που θα χρησιμοποιηθεί ▪ Κατάλληλη θέση του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ άνεση του ασθενούς ▪ Ενημερώθηκε ο ασθενής για τη νοσηλεία ώστε να μην του προκαλέσουμε αδικαιολόγητο άγχος ▪ Τοποθετήθηκε παραβάν για την εξασφάλιση μοναχικότητας του αρρώστου ▪ Ετοιμάσθηκε το διάλυμα και ρυθμίστηκε η θερμοκρασία του (38⁰C) ▪ Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε αριστερή πλάγια θέση με ελαφρά κάμψη των γονάτων ▪ Η νοσηλεία ολοκληρώθηκε και καταγράφηκε στο 	<p>εκκένωση του εντέρου στο χειρουργικό κρεβάτι και μειώθηκε ο κίνδυνος μετεγχειρητικών επιπλοκών</p>

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
5. Υγιεινή σώματος για αποφυγή μετεγχειρητικής λοίμωξης	<ul style="list-style-type: none"> Πρόληψη μολύνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα 	<ul style="list-style-type: none"> Καθαριότητα και απολύμανση του δέρματος Προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων όπως ομφαλού και περιποίηση νυχιών Καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα Χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε καθαριότητα του σώματος με αντισηπική σαπουνούχο ουσία PhisoHex Στην καθαριότητα σώματος δόθηκε προσοχή στην περιοχή του ομφαλού και έγινε περιποίηση νυχιών Έγινε πλύση στόματος και στην συνέχεια αντισηψία με Betadine Του χορηγήθηκε i.v. Zantak 750mg 1x1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας 	<ul style="list-style-type: none"> Με τα μέτρα αυτά μειώθηκε ο κίνδυνος μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος και οποιασδήποτε άλλης μετεγχειρητικής λοίμωξης
6. Πιθανή μετεγχειρητική φλεβοθρόμβωση λόγω της βαρύτητας της επεμβάσεως λόγω διεγχειρητικών	<ul style="list-style-type: none"> Αποφυγή φλεβικής φλεβοθρόμβωσης 	<ul style="list-style-type: none"> Αποφυγή πύεσως πάνω στις κνήμες 	<ul style="list-style-type: none"> Η περιποίηση γίνεται με απαλές και ήπιες κινήσεις και αποφεύγεται τυχόν άσκηση πίεσης στις κνήμες από τα 	<ul style="list-style-type: none"> Μειώθηκε ο κίνδυνος πιθανής φλεβικής φλεβοθρόμβωσης

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
ευρημάτων		<ul style="list-style-type: none"> Έγκαυρο σήκωμα από το κρεβάτι Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβροήθηση της κυκλοφορίας Αποφυγή εντριβής των άκρων 	<p>κλινοσκεπάσματα</p> <ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής σηκώνεται από το κρεβάτι και περπατά σε τακτά χρονικά διαστήματα Γίνονται ασκήσεις των κάτω άκρων και ο ασθενής τοποθετείται σε καθιστή θέση με τα πόδια πάνω στο κρεβάτι Τοποθέτηση ελαστικών αντιθρομβωτικών καλτσών μέχρι το γόνατο Χορήγηση amp. Fraxiparine 1x1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας από το πρωί της ημέρας της εγχειρήσεως 	
7. Πιθανή μετεγχειρητική αναπνευστική	<ul style="list-style-type: none"> Αποφυγή μετεγχειρητικής αναπνευστικής 	<ul style="list-style-type: none"> Διδασκαλία στον άρρωστο πως να αναπνέει βαθιά και 	<ul style="list-style-type: none"> Του έγιναν ασκήσεις αναπνοής για να αποφευχθούν 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του κινδύνου εμφάνισης αναπνευστικής

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Λοίμωξη	Λοίμωξης	<p>να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση</p> <ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση καθαρού περιβάλλοντος 	<p>μετεγχειρητικά αναπνευστικά προβλήματα</p> <ul style="list-style-type: none"> Απολύμανση του δωματίου του ασθενούς Περιορισμός των επισκεπτών 	μετεγχειρητικής λοίμωξης

Ημέρα χειρουργείου

Η χειρουργική επέμβαση έγινε στις 20 / 3 / 99.

Κατά την εγχείρηση βρέθηκε όγκος διαστάσεων 6cmx5cm και εγένετο δεξιά τυπική ηπατεκτομή. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης χορηγήθηκαν 4 μονάδες αίματος στον ασθενή.

Ο ασθενής μετά την εγχείρηση σε καλή κατάσταση διεκομίσθη για εντατική νοσηλεία στην Μ.Ε.Θ.

Την επόμενη ημέρα της επέμβασης μεταφέρθηκε στην χειρουργική κλινική για περαιτέρω νοσηλεία.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
1. Πόνος λόγω του χειρουργικού τραύματος	<ul style="list-style-type: none"> Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθέτησι του ασθενούς σε κατάλληλη θέση Εξασφάλιστ περιποίησης των μελών του σώματος Φροντίζουμε τον ασθενή κατά τον βήχα Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων 	<ul style="list-style-type: none"> Δίδουμε στον ασθενή τέτοια θέση που να προκαλεί χαλάρωση των μυών Έγινε ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος Σε περίπτωση βήχα ή εμέτου εφαρμόζεται ελαφρά πίεση στο τραύμα για αποφυγή ρήξης ραμμάτων Του χορηγείται ½ amp. Πεθιδίνη 1x2 επί έντονου πόνου κατόπιν ιατρικής οδηγίας 	<ul style="list-style-type: none"> Μειώθηκε ο πόνος του ασθενούς
2. Υποξαιμία-Υπόξια λόγω κατακράτησης βρογχικών	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση της υποξαιμίας και της υποξίας 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση του ασθενούς για τη νοσηλεία που θα του 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής ενημερώθηκε για τη νοσηλεία που θα 	<ul style="list-style-type: none"> Βελτιώθηκε η οξυγόνωση του αίματος και των


Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
εκκρίσεων και δυσχέρεια στις αναπνευστικές κινήσεις λόγω της εγχείρησης	<ul style="list-style-type: none"> γίνει Μείωση των επισκεπτιών Παρατήρηση του ασθενούς για σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας Λήψη των ζοτικών σημείων Να γίνει οξυγονοθεραπεία Να γίνει μέτρηση των αερίων του 	<ul style="list-style-type: none"> υποβληθεί Αλοιμακρύνθηκαν οι επισκέπτες και στο κρεβάτι του ασθενούς τοποθετήθηκε ταμπέλα “ μην καπνίζετε” Γίνεται επισκόπηση του χρώματος του δέρματος και ελέγχουμε τον ρυθμό της αναπνοής Τα ζωτικά σημεία του ασθενή ήταν: Α.Π.: 130/70 mm/Hg, σφύξεις: 70 και θερμοκρασία: 37,2⁰C Τοποθετήθηκε μάσκα Venturi 8l1 60% για τη χορήγηση του οξυγόνου κατόπιν ιατρικής οδηγίας Έγινε μέτρηση των αερίων του αίματος 	ιστών	

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
		αίματος	και τα αποτελέσματα ήταν: PO ₂ 60mm/Hg και PCO ₂ 331mm/Hg	
		<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών φαρμάκων 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση amp. Bisolvon 1x3 Ενημερώθηκε το φύλλο νοσηλείας 	
3. Θρομβοφλεβίτιδα δεξιάς μεσοβασιλικής φλέβας λόγω τοποθέτησης και μακράς παραμονής του φλεβικού καθετήρα	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση της θρομβοφλεβίτιδας Αποφυγή κινδύνου σηπτικής φλεγμονής και αποκόλλησης του θρόμβου από τη φλέβα και να προκληθεί πνευμονική εμβολή 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση Χορήγηση τοπικού ηπαρινικού παράγοντα 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση για διευκόλυνση της κυκλοφορίας Χορήγηση Fraxiparine 0.3 (1x1) κατόπιν ιατρικής οδηγίας Τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων για ανακούφιση του αρρώστου κατόπιν ιατρικής οδηγίας Χορήγηση Lasonyl 1x3 	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετωπίστηκε η θρομβοφλεβίτιδα Αποφύγαμε τον κίνδυνο αποκόλλησης του θρόμβου από τη φλέβα
4. Λοίμωξη χειρουργικού τραύματος λόγω	<ul style="list-style-type: none"> Θεραπεία του μολυσμένου τραύματος 	<ul style="list-style-type: none"> Διάνοιξη του χειρουργικού τραύματος 	<ul style="list-style-type: none"> Γίνονται στον ασθενή καθημερινά αλλαγές του 	<ul style="list-style-type: none"> Με τα μέτρα τα οποία λήθηκαν διαπιστώθηκε

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
σταφυλοκοκκικής προσβολής	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αντιμετώπιση του πόνου ▪ Αντιμετώπιση πυρετού ▪ Λήψη ζωτικών σημείων ▪ Διατήρηση του χώρου καθαρού 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση παυσίτου κατόπιν ιατρικής οδηγίας ▪ Αύξηση χορήγησης υγρών ▪ Χορήγηση Depon ▪ Γίνεται λήψη Ζ.Σ. ανά 3ωρο Α.Π. 140/80mmHg, σφύξεις: 80/min, θερμοκρασία: 37,5°C ▪ Μειώθηκε ο αριθμός των επισκεπτών ▪ Γίνεται αερισμός και καθαριότητα του δωματίου ▪ Παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα ▪ Έκπλυση του τραύματος με ζεστή αποστειρωμένη διάλυση ▪ Χορηγήθηκε ειδική αντιβίωση μετά από 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ υποχώρηση της μόλυνσης του τραύματος 	

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
5. Επίσχεση ούρων λόγω υποτονίας των τοιχωμάτων της κύστης από τη χορήγηση ναρκωτικών τα οποία εμποδίζουν την σύσπασή τους	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Να επιτευχθεί σύσπαση των μυών της ουροδόχου κύστεως 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Αλλαγή της θέσης του αρρώστου στο κρεβάτι ▪ Έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι ▪ Χρησιμοποίηση τεχνικών οι οποίες βοηθούν στην φυσιολογική ούρηση του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Καλλιέργεια του υγρού του τραύματος κατόπιν ιατρικής οδηγίας ▪ Χρησιμοποιήθηκαν θερμά επιθέματα ▪ Γίνεται αλλαγή της θέσης του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα ▪ Σηκώνουμε τον ασθενή και τον κρατάμε όρθιο εφόσον η κατάστασή του το επιτρέπει ▪ Χύνουμε χλιαρό νερό πάνω στα γεννητικά του όργανα ή βάζουμε χλιαρό νερό μέσα στην σκοραμίδα τα οποία όδουν ως χαλαρωτικά στον σφιγκτήρα ▪ Ανοίγουμε τη βρύση και αφήνουμε να 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Επιτεύχθηκε η ούρηση του ασθενούς με τη χορήγηση του σπασμολυτικού υπόθετου

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
6. Διδασκαλία του ασθενούς για έξοδο από το νοσοκομείο	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Βοήθεια στον ασθενή και την οικογένεια του να κατανοήσουν το πρόβλημα 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση σπασμολυτικού φαρμάκου κατόπιν ιατρικής οδηγίας 	<p>τρέξει νερό. Ο ήχος του νερού που ρέει διευκολύνει την ούρηση</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Τοποθετούμε θερμοφόρα πάνω στην ουροδόχο κύστη ▪ Επειδή τα παραπάνω μέτρα δεν απέδωσαν του χορηγήθηκε σπασμολυτικό υπόθετο κατόπιν ιατρικής οδηγίας 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ο ασθενής είναι έτοιμος να αποχωρήσει από το νοσοκομείο
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Βοήθεια στον ασθενή και την οικογένεια του να κατανοήσουν το πρόβλημα 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας για τα θεραπευτικά μέτρα που θα ακολουθήσει στο σπίτι ▪ Παρότρυνση του ασθενούς και της οικογένειάς του να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις απορίες τους 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Έγινε επίδειξη στον ασθενή και την οικογένειά του για τον τρόπο χορηγήσεως των φαρμάκων ▪ Μέσα από τη συζήτηση ο ασθενής εξέφρασε τα συναισθήματά του με αποτέλεσμα να επιτευχθεί καλύτερη επικοινωνία 	

Πρόβλημα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
		<ul style="list-style-type: none"> Προετοιμασία του ασθενούς για την έξοδο από το νοσοκομείο 	<ul style="list-style-type: none"> Τονίστηκε στον ασθενή η ανάγκη για τακτική ιατρική παρακολούθηση και καθορισμός του χρόνου επανεξέτασης εξαιτίας της πιθανότητας υποτροπής της νόσου Τονίστηκε στον ασθενή η ανάγκη για ανάπαυση και να λαμβάνει τη σωστή δόση φαρμάκων 	

Επίλογος

Η πτυχιακή αυτή εργασία μου έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθώ με τον καρκίνο του ήπατος, να μελετήσω τη νόσο και να ζήσω μαζί με τους ασθενείς που παρακολούθησα, τις δυσκολίες που υπάρχουν για την επιτυχή αντιμετώπισή τους.

Είναι φανερό ότι η πάθηση αυτή προσβάλλει ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού κάθε χρόνο. Έτσι απαιτείται να δοθεί μεγαλύτερη σημασία στον προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του ήπατος.

Σήμερα η εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας στη διάγνωση και θεραπεία της πάθησης αυτής έχει συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση της επιβίωσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Ο καρκίνος του ήπατος προσβάλλει ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού κάθε χρόνο και είναι φανερό ότι χρειάζεται να δώσουμε μεγαλύτερη σημασία στην εξάλειψη των αιτιολογικών παραγόντων της νόσου, στον προληπτικό έλεγχο των ομάδων υψηλού κινδύνου και τη διαφώτιση και ενημέρωση του πληθυσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γαρδίκας Κ.Δ., «Ειδική Νοσολογία», έκδοση Δ', Αθήνα 1984
2. Ganong F. William, «Ιατρική Φυσιολογία», τόμος Β', Αθήνα 1985
3. Guyton A. MD, «Φυσιολογία του ανθρώπου» έκδοση 3^η, Αθήνα 1984
4. Κανδρεβιώτος Νικόλαος, «Νεοπλάσματα στο πλαίσιο της γενικής παθολογίας και παθολογικής ανατομίας», Αθήνα 1984
5. Κατρίτσης Δ. Επαμεινώνδας - Παπαδόπουλος Ι. Νικόλαος, «Ανατομική του ανθρώπου», Αθήνα 1986
6. Κατσά Α., «Βασική χειρουργική», Αθήνα 1973
7. Κοσμίδης Α. Πάρης - Τριανταφυλλίδης Κ. Γιάννης «ογκολογία του πεπτικού συστήματος», εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991
8. Kahle N. - Leonharot H. - Platzer N., «Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου», Αθήνα 1996
9. Current, «Surgical diagnosis and treatment», 8^η έκδοση, Η.Π.Α. 1988
10. Leonhardt H. - Frick H. - Strack P., «Ειδική ανατομία II», Αθήνα 1985
11. Μαλγαρινού Μ. Α. - Κωνσταντινίδου Σ. Φ., «Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική», έκδοση 15^η, Αθήνα 1988
12. Μουτσόπουλος Χ. Μ. - Εμμανουήλ Δ. Σ., «Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας», Αθήνα 1991
13. Μπάλας Π., «Χειρουργική», Αθήνα 1987
14. Παπαδημητρίου Α. Γιάννης - Ανδρουλάκης Α. Γιώργος, «Αρχές γενικής χειρουργικής», Αθήνα 1985
15. Σέχα Ν. Μιχαήλ, «Χειρουργική», Αθήνα 1996
16. Τριχοπούλου Αντωνία - Τριχόπουλος Δημήτρης «Προληπτική Ιατρική», Αθήνα 1986
17. Harrison, «Εσωτερική παθολογία», 10^η έκδοση, Αθήνα 1988