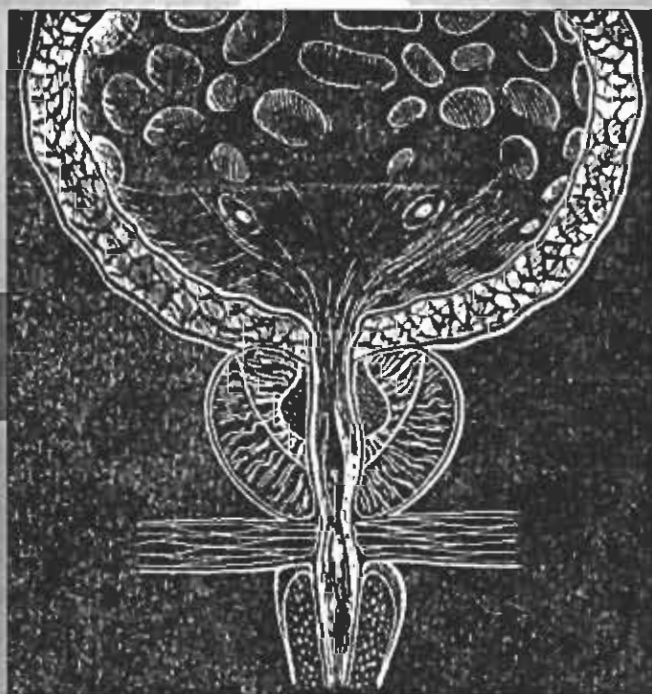


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κα.ΦΙΔΑΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΠΕΚΟΥ ΑΝΤΩΝΕΛΛΑ

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2000

AFIOMSE  
EIZAGETH

3363

## **Ευχαριστίες ...**

Θέλω να εκφράσω ολόψυχα θερμές ευχαριστίες στην καθηγήτριά μου κα.Φιδάνη, που με την σωστή μάθηση,κατεύθυνση, ενθάρρυνση και υποστήριξη με βοήθησε να διεκπεραιώσω την εργασία μου. Επίσης, ευχαριστώ και όλους εκείνους που είχαν την ευχαρίστηση να με βοηθήσουν.

Ευχαριστώ θερμά!

**Πέκου Αντωνέλλα**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

-ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	i
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

#### **A-ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ**

1.1 Ανατομία του προστάτη.....	4
1.2 Ανατομική υφή.....	6
1.3 Μεταβολές στην υφή του προστάτη με την ηλικία.....	8
1.4 Αγγείωση του προστάτη.....	8
1.5 Νεύρωση.....	9

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

#### **A-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ**

2.1 Εμβριολογία του προστάτη.....	12
2.2 Ενδοκρινολογία του προστάτη.....	12
2.3 Εξωκρινής λειτουργία του προστάτη.....	13
2.4 Ενδοκρινής λειτουργία του προστάτη.....	14

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

#### **A-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**..... 16

#### **B-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ**..... 17

#### **Γ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**..... 18

3.1 Σταδιοποίηση του όγκου.....	19
3.2 Βαθμοί κακοήθειας.....	20

#### **Δ-ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**..... 24

3.1 Συμπτώματα.....	24
3.2 Σημεία.....	24

#### **Ε-ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΚΤΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ**

3.1 Δακτυλική εξέταση.....	25
3.2 Διορθικό υπερηχοτομογράφημα (TRUS).....	26
3.3 Κυτταρολογική εξέταση.....	26
3.4 Διορθική βιοψία του προστάτη.....	27
3.5 μέτρηση του PSA.....	28

#### **Ζ-ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ**

3.1 Ακτινογραφία θώρακος και ενδοφλέβα πνευμογραφία.....	28
3.2 Κυστεοσκόπηση.....	28
3.3 Παρακέντηση μυελού των οστών.....	28
3.4 Αξονική τομογραφία.....	29
3.5 Μαγνητική τομογραφία.....	29

3.6 Σπινθηρογράφημα οστών.....	29
3.7 Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις.....	29
3.8 Υπολογιστική τομογραφία.....	30

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Α-ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

4.1 Χειρουργική θεραπεία.....	32
4.11 Ριζική προστατεκτομή.....	32
4.12 Ριζική οπισθό-ηβική προστατεκτομή.....	36
4.13 Ριζική περινεϊκή προστατεκτομή.....	38
4.14 Διακκοκυγική-ριζική προστατεκτομή.....	40
4.2 Ακτινοθεραπεία.....	40
4.3 Ορμονοθεραπεία.....	42
4.4 Χημειοθεραπεία.....	43
4.5 Βραχυθεραπεία.....	44
4.6 Θεραπεία ανά στάδιο.....	44

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA-ΠΡΟΣΤΑΤΗ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

<u>Α-ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</u> .....	49
---	----

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### Α-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

2.1 Δακτυλική εξέταση.....	51
2.2 Βιοψία.....	51
2.3 Κυτταρολογική εξέταση προστακτικού υγρού.....	51
2.4 Κυστεοσκόπηση.....	51
2.5 Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης.....	52
2.51 Ανοιχτή πλύση κύστης και καθετήρα.....	53
2.52 Κλειστή πλύση κύστης και καθετήρα.....	54
2.6 Ενδοφλέβια.....	54

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### Α-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1 γενικά νοσηλευτικά μέτρα.....	56
3.2 ειδικότερα κατά την ακτινοθεραπεία του προστάτη.....	57
3.3 νοσηλευτική φροντίδα στην ενδοκυλιακή ακτινοβολία.....	57

### Β-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1 σκοποί.....	58
3.2 παρέμβαση.....	58

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### **A-0 ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

4.1 Γενική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	61
4.11 Ψυχολογική υποστήριξη.....	61
4.12 Τόνωση σωματική.....	61
4.13 Ιατρικές ειδικές εξετάσεις.....	61
4.14 Γενική προετοιμασία.....	62
4.15 Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.....	62
4.16 Τελική προεγχειρητική προετοιμασία.....	62
4.2 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές.....	63
4.21 Εμετός ή ναυτία.....	63
4.22 Θρωμβοφλεβίτιδα και πνευμονική εμβολή.....	63
4.23 Επίσχεση ούρων.....	64
4.24 Ακράτεια.....	64
4.25 Αιμορραγία.....	65
4.26 Ουραιμία.....	65
4.27 Πνευμονία-ατελεκτασία.....	65
4.28 Μόλυνση και ρήξη τραύματος.....	66
4.29 Μετεγχειρητική ψύχωση.....	67
4.211 Shoch ή καταπληξία.....	67
4.212 Μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλίας.....	68
4.213 Παρυτικός ειλεός.....	68
4.214 Οξέωση-κετώση.....	68

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

<b><u>A-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟ ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ</u></b> .....	70
<b><u>B-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ</u></b> .....	71

<b><u>ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΔΙΝΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</u></b> .....	73
---	----

<b><u>1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA-ΠΡΟΣΤΑΤΗ-ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ</u></b> .....	74
<b><u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ</u></b> .....	75
<b><u>2.. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA-ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ</u></b> .....	80
<b><u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ</u></b> .....	85

<b><u>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ</u></b> .....	84
---	----

<b><u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u></b> .....	85
----------------------------------	----

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συχνότητα του καρκίνου του προστάτη συνεχίζει να αυξάνεται τα τελευταία χρόνια και έχει ξεπεράσει την συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα. Έχει υπολογιστεί ότι διακόσιες χιλιάδες νέες περιπτώσεις, διαγιγνώσκονται κάθε έτος και τριάντα οχτώ χιλιάδες ασθενείς πεθαίνουν από τη νόσο στις Η.Π.Α. .Ήτοι κάθε τρία λεπτά διαγιγνώσκεται μια νέα περίπτωση καρκίνου του προστάτη και ένας ασθενής πεθαίνει από τη νόσο κάθε δέκα λεπτά.

Η βεβαιότητα για την ύπαρξη ή όχι του καρκίνου δίνεται μόνο με την καθοδηγούμενη μέσω του διορθικού υπερηχοτομογραφήματος , βιοψία του προστάτη.Γνωρίζουμε σήμερα ότι υπάρχουν πολλές ακόμα περιπτώσεις προστατικού καρκίνου που παραμένουν αδιάγνωστες επειδή δεν προκαλούν συμπτώματα που να αναγκάζουν τους ασθενείς να καταφύγουν σε γιατρό. Μόνο ο συστηματικός προληπτικός έλεγχος του ειδικού προστατικού αντιγόνου μετά τον πεντικοστό έτος της ηλικίας τους μπορεί να τους οδηγήσει σε περαιτέρω και συγκεκριμένο έλεγχο.

Ο εντοπισμένος κλινικά καρκίνος του προστάτη μπορεί να αντιμετωπισθεί με την χειρουργική αφαίρεση ή ακτινοθεραπεία.Η ριζική προστατεκτομή αποτελεί την θεραπεία εκλογής σε άνδρες με προσδόκιμο επιβίωσης πάνω από δέκα χρόνια, γιατί παρέχει την δυνατότητα της πλήρους εξάλειψης της νόσου. Επομένως είναι σημαντικό για τον άρρωστο να ανακαλύψουμε τον καρκίνο στα αρχικά στάδια με τα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα που διαθέτουμε, τουτο είναι εφικτό επειδή η ειδικότητα και η ευαισθησία αυτών των εξετάσεων είναι μεγάλη.Πολλές μελέτες έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο προστάτη επηρεάζεται σημαντικά από την παρουσία απομακρισμένων μεταστάσεων.

Γνωρίζοντας την σημαντικότητα των ιατρικών εξετάσεων τόσο στη διάγνωση όσο και στην σταδιοποίηση του όγκου η άρτια εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια συμβάλλει στην σωστή εκτέλεση αυτών.

Με την προεγχειρητική προετοιμασία του αρρώστου και με το παρατηρητικό πνεύμα που την κυριεύει προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

Με το σχεδιασμό και εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, βοηθάει τον ασθενή έχοντας υπ'όψιν την βιοψυχοκοινωνική οντότητά του, να σταθεί σε ισορροπία μέσα στα πλαίσια της κοινότητας.

Επίσης, εφαρμόζοντας την πρωτογενή πρόληψη, επιδιώκουμε τη διάφωτηση του κοινού, τονίζοντας την σημαντικότητα του συστηματικού προληπτικού ελέγχου του PSA, στην ομάδα υψηλού κινδύνου.



# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

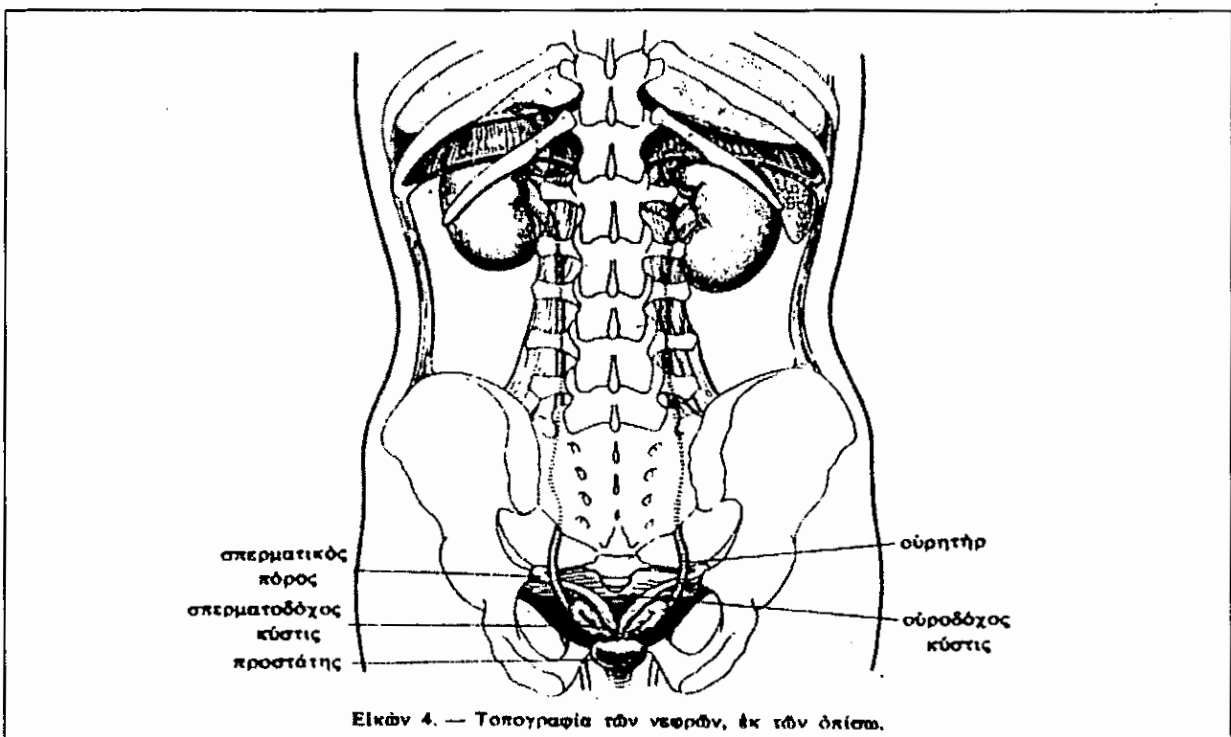
## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

### **A - ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ**

- 1.1 Ανατομία του προστάτη
- 1.2 Ανατομική υφή
- 1.3 Μεταβολές στην υφή του προστάτη με την ηλικία
- 1.4 Αγγείωση του προστάτη
- 1.5 Νεύρωση

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

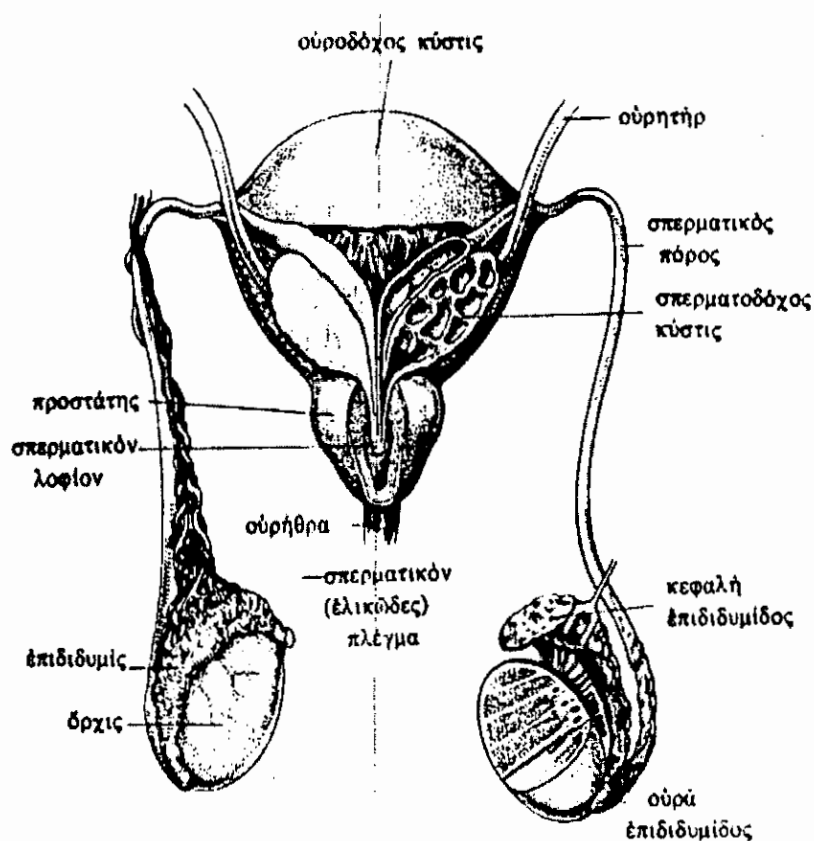
Ο προστάτης είναι ένα συμπαγές, εν μέρει οδενικό και εν μέρει ινομυϊκό όργανο, που περιβάλλει την αρχή της ανδρικής ουρήθρας. Εντοπίζεται δε χαμηλά στην ελάσσονα πύελο, πίσω από το κάτω όριο της ηβικής σύμφυσης και των ηβικών τόξων, και εμπρός από τη λήκυθο του ορθού, απ' όπου μπορεί να ψηλαφηθεί. Στο σχήμα είναι περίπου κωνικός και παρουσιάζει μια βάση, μία κορυφή, μία πρόσθια, οπίσθια και οπισθοπλαγιές επιφάνειες. Η βάση στη μεγαλύτερή της έκταση, εφάπτεται στον αυχένα της κύστης που ευρίσκεται ακριβώς από πάνω της. Η ουρήθρα εισέρχεται στον προστάτη από το πρόσθιο τμήμα της βάσης. Η κορυφή ευρίσκεται προς τα κάτω, και εφάπτεται με τον ουρητικό σφυγκτήρα και τον εν το βάθει εγκάρσιο μυ του περινέου... Η οπίσθια επιφάνεια είναι επίπεδη στον εγκάρσιο άξονα, και κυρτή στον κάθετο άξονα. Χωρίζεται από τον ορθό με την προστατική κάψα και με χαλαρό συνδετικό ιστό. Κοντά στο άνω όριο της δημιουργείται ένα εντύπωμα στο σημείο εισόδου των σπερματοδόχων κύστεων στον αδένα, που την χωρίζει σε ένα άνω και μικρότερο τμήμα και σ' ένα κάτω, μεγαλύτερο. Το άνω τμήμα είναι ποικίλου μεγέθους και αποκαλείται συνήθως μέσος λοβός. Το κάτω τμήμα παρουσιάζει μία ρηχή μέση αύλακα, που θεωρείται το όριο του δεξιού και αριστερού πλάγιου λοβού. Μία δέσμη ινομυώδους ιστού κοιλιακά της ουρήθρας, συνδέει τους δύο πλάγιους λοβούς, που αποκαλείται συνήθως προσθίος λοβός. Ο λοβός αυτός περιέχει λιγότερα αδενικά στοιχεία



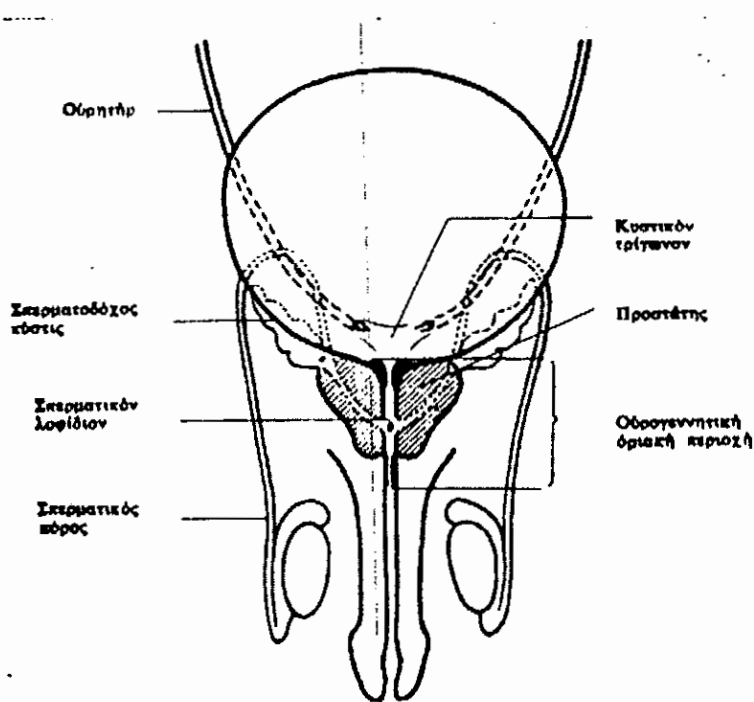
από τους υπόλοιπους. Αυτός ο απλοποιημένος χωρισμός του προστάτη σε λοβούς, που στηρίζεται στην κλασική μελέτη του LOWSCEY το 1912, έχει υποστεί αρκετές τροποποιήσεις χωρίς όμως καμία τους να είναι καθολικά αποδεκτή.

Η πρόσθια επιφάνεια, στον εγκάρσιο άξονα, είναι στενή και κυρτή και εκτείνεται από την κορυφή ως τη βάση. Ευρίσκεται 2 εκατ. περίπου πίσω από την ηβική σύμφυση, από την οποία χωρίζεται μ' ένα φλεβικό πλέγμα και χαλαρό λιπώδη ιστό. Κατά στο άνω άκρο της, στηρίζεται στην ηβική σύμφυση με τους ηβοπροστατικούς συνδέσμους. Η ουρήθρα αναδύεται από αυτήν την επιφάνεια λίγο κεφαλικά από την κορυφή του αδένα.

Οι οπισθοπλάγιες επιφάνειες είναι κυρτές και έρχονται σε σχέση με το πρόσθιο



Εικών 10. — Ούροδόχος κύστις μετά του προστάτου, των σπερματοδόχων κύστεων, του σπερματικού πόρου, των δρχεων και έπιδιδυμίδων εκ των όπισσω.



Εικών 8. — Οόρογεννητική όριακή περισχή.

τμήμα των ανελκτήρων του ορθού, απ' όπου χωρίζονται με ένα φλεβικό πλέγμα που ευρίσκεται μέσα σε ινώδη ιστό και αποτελεί τμήμα της κάψας του αδένα. Η εγκάρσιος διάμετρος του προστάτη είναι περίπου 4 εκ. η δε προσθιοπίσθια 2 εκ. και η κάθετη 3 εκ. και το βάρος του είναι 8 γραμμάρια.

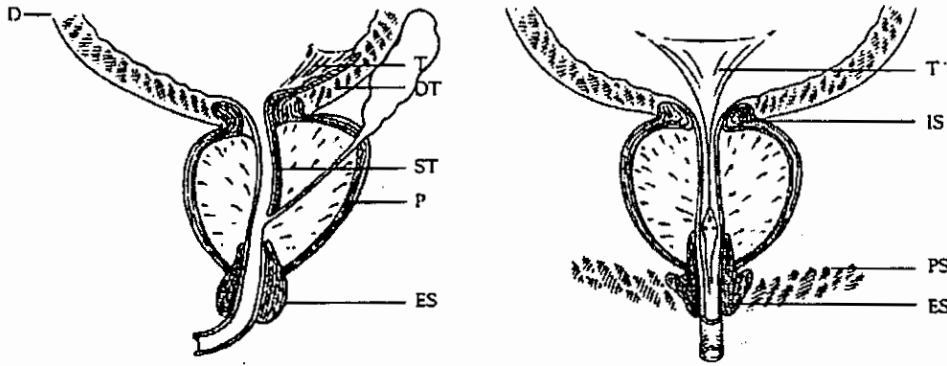
Ο προστάτης περιβάλλεται από ινώδη κάψα η οποία στα πλάγια περικλείει φλεβικούς κλάδους, στην πρόσθια επιφάνεια συνέχεται με τους ηβοπροστατικούς συνδέσμους και προς τα κάτω συμφύεται με τους εν το βάθει εγκάρσιους περινεϊκούς μυς και το πυελικό έδαφος. Η οπίσθια επιφάνεια της κάψας είναι διαφορετικής υφής και ανάγγειας.

Ο προστάτης διασχίζεται από την ουρήθρα και τους εκσπερματικούς πόρους και περιέχει τον προστατικό κόλπο. Η ουρήθρα ευρίσκεται στη συμβολή προσθίου και μέσου τριτημορίου του αδένα. Οι εκσπερματικοί πόροι περνούν λοξά προς τα εμπρός και κάτω, μέσα από το οπίσθιο τμήμα του προστάτη και εκβάλλουν στην προστατική ουρήθρα.

## **1.2. Ανατομική υφή**

Ο φυσιολογικός προστάτης ποικίλλει σε χρώμα, από γκρι μέχρι κόκκινο αναλόγως με τη δραστηριότητά του και είναι συμπαγές όργανο. Οι μυικές ίνες κυρίως είναι γραμμωτές. Κοιλιακά της ουρήθρας υπάρχει μία ξεχωριστή δεσμίδα λείων μυικών ινών που καταλήγουν στον ινομυώδη χιτώνα του οργάνου και που κεφαλικά συνέχονται με τις λείες μυικές ίνες της κύστης. Υπάρχει όμως ένας γραμμωτός μυς που ευρίσκεται μπροστά από την προστατική ουρήθρα, την περιβάλλει εν μέρει, και συνέχεται προς τα κάτω με τον σφυγκτήρα της ουρήθρας. Οι ίνες του φέρονται εγκάρσια προς τον ινώδη χιτώνα και ανάμεσά τους παρεμβάλλονται κολλαγόνες ίνες, ενώ άλλες κολλαγόνες ίνες φέρονται οπισθοπλάγια μέσα στη μάζα του αδένα, διά του ινομυώδους διαφράγματος και του διαφράγματος της αρηθραίας ακρολοφίας.

Αυτός ο μυς, που νευρούται από αιδοϊκό νεύρο, θεωρείται ότι είναι ο προστατευτικός σφιγκτήρας της ουρήθρας, αν και μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι αποτελεί μία μορφή «διαστολέα» της ουρήθρας, καθώς ελκεί την ουρηθραία αιμολοφία προς τα πίσω και τους σπερματικούς κόλπους προς τα εμπρός ώστε να συμπιέζονται οι προστατικοί αδένες και τα περιεχόμενά τους να εξέρχεται στην διατεταμένη τώρα ουρήθρα, σ' έναν χώρο ικανό να χωρέσει το σπέρμα, στο χρονικό διάστημα της συνουσίας που προηγείται της εκσπερμάτωσης. Το αδενικό υπόστρωμα αποτελείται



**Σχηματική απεικόνιση των ανατομικών στοιχείων του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος σε επιμήκη τομή.**

**D** : εξωστήρας μυς  
**T** : κυστικό τρίγωνο  
**DT** : εν τω βάθει τρίγωνο  
**ST** : επιπολής τρίγωνο

**P** : προστάτης  
**ES** : έξω σφιγκτήρας  
**IS** : έσω σφιγκτήρας  
**PS** : περιουρηθρικός γραμμωτός μυς

κυρίως από πολλαπλά θυλάκια με εσωτερικές θηλώδεις προσεκβολές. Τα θυλάκια εκβάλλουν σε επιμήκεις πόρους που συνδέονται και σχηματίζουν δώδεκα έως είκοσι εκκρητικούς πόρους που συνδέονται μεταξύ τους με χαλαρό συνδετικό ιστό.

Το επιθήλιο το οποίο κάλυπτε τους πόρους και τα θυλάκια, είναι κυλινδρικό. Οι ιστολογικές τομές του προστάτη αποκαλύπτουν δύο καλά διαχωρισμένες συγκεκριμένες ζώνες αδενικού ιστού που περιβάλλουν την προστατική ουρήθρα. Η μεγαλύτερη περιφερική ζώνη, αποτελείται από μακρείς διακλαδιζόμενους αδένες οι πόροι των οποίων συγκλίνουν προς τα πίσω και εκβάλλουν στους προστατικούς κόλπους αν και μερικοί εκβάλλουν κατευθείαν στα πλάγια τοιχώματα της ουρήθρας. Η κεντρική ζώνη αποτελείται από μία ομάδα «υποβλενογονικών» αδενών, οι πόροι των οποίων εκβάλλουν στο έδαφος των προστατικών κολπών και στο σπερματικό λοφίδιο. Στο πρόσθιο τμήμα του αδένος προς τον ισθμό, οι δύο ζώνες συντήκονται, ενώ στον υπόλοιπο αδένος χωρίζονται από μια λεπτή ακανόνιστη κάψα. Ο καρκίνος παρουσιάζεται αποκλειστικά στην περιφερική ζώνη ενώ η καλοήθης υπερπλασία εμφανίζεται στην κεντρική ζώνη.

Συμπερασματικά, ο Mc Neal σχετικά με τη δομή του προστάτη, διέκρινε τέσσερις ζώνες:

α) μία περιφερική ζώνη

β) μία κεντρική ζώνη, που μαζί με την πεφερική ζώνη σχηματίζουν τον λειτουργικό προστάτη.

γ) το τμήμα του προπροστατικού σφιγκτήρα με μία «μεταβατική ζώνη»

δ) την πρόσθια ινομυώδη ζώνη

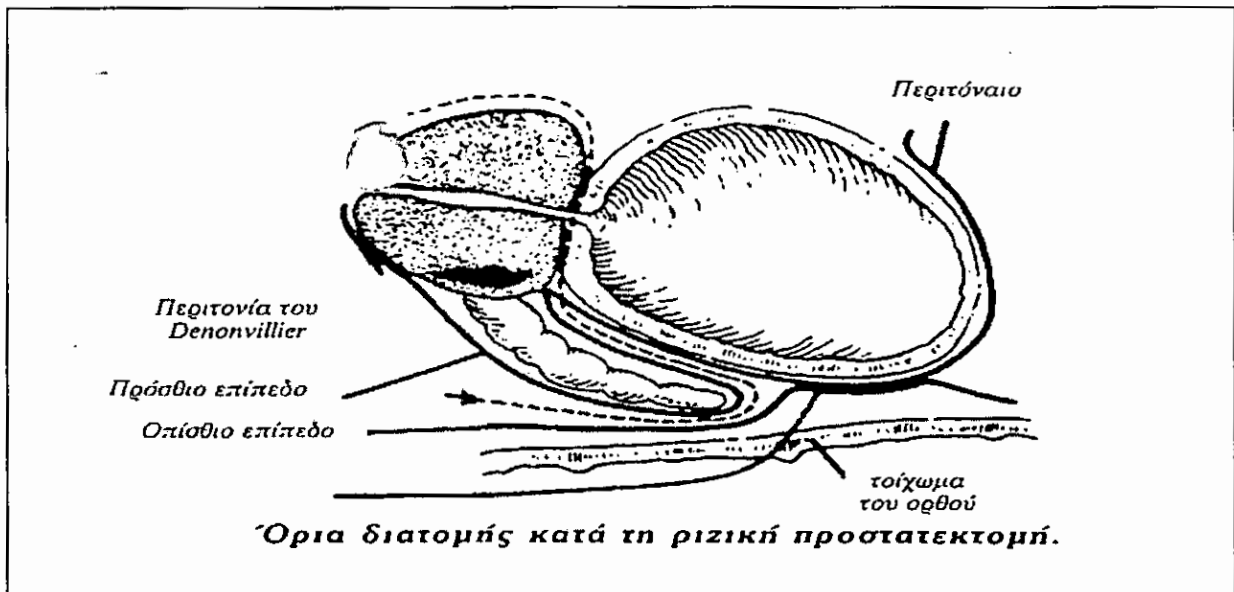
### 1.3. Μεταβολές στην υφή του προστάτη με την ηλικία

Στη γέννηση ο προστάτης αποτελείται από ένα σύστημα υποπλαστικών πόρων, που περιβάλλονται από πλούσιο στρώμα. Υπάρχουν θυλάκια με την μορφή μικρών τελικών κολοβωμάτων των πόρων. Μέχρι τον ένατο χρόνο περίπου, δεν παρατηρούνται αξιόλογες μεταβολές. Στην εφηβεία οι μεταβολές γίνονται πολύ γρήγορα, σε μία περίοδο έξι έως δώδεκα μηνών. Παρατηρείται διπλασιασμός περίπου του μεγέθους του αδένου που οφείλεται στον σχηματισμό θυλακίων από τα τελικά κολοβώματα των πόρων και από διαφοροποίηση των διακλαδώσεών τους και οφείλεται στην είσοδο της τεστοστερόνης στην κυκλοφορία. Στην τρίτη δεκαετία τα επιθήλια των αδένων αυξάνει σε έκταση καθώς διεισδύει μέσα στον αυλό των θυλακίων. Μετά την τρίτη δεκαετία, το μέγεθος του αδένου παραμένει σταθερά μέχρι την ηλικία των σαράντα περίπου ετών. Το σχήμα των θυλακίων γίνεται πιο ομαλό και αυξάνει ο αριθμός των σωματικών αμυλοειδούς. Μετά την πέμπτη δεκαετία, ο προστάτης μπορεί είτε να υποστεί καλοήγη υπερπλασία, είτε να υποστεί προοδευτική ατροφία.

### 1.4. Αγγείωση του προστάτη

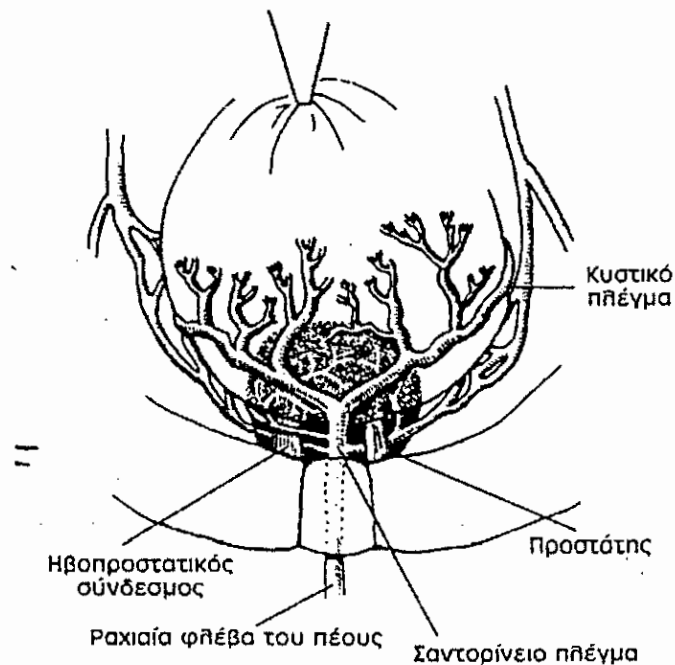
#### Αρτηριακή παροχή και φλεβική παροχέτευση

Ο προστάτης αιματώνεται από την κάτω κυστική αρτηρία. Σύμφωνα με τον Flocks (1959), όταν η κάτω κυστική δώσει κλάδους στο κάτω οπίσθιο τμήμα των σπερματοδόχων κύστεων, στη βάση της ουροδόχου κύστης και του προστάτη, κατα-



λήγει σε δύο μεγάλες ομάδες προστατικών αγγείων, την ομάδα της ουρήθρας και την ομάδα της κάψας. Τα αγγεία της ουρήθρας εισέρχονται στον προστάτη, στο προσθοπίσθιο σημείο προστάτη-κύστης, εξασφαλίζοντας αγγείωση στον αυχένα της κύστης και στο περιουρηθρικό τμήμα του αδένα. Οι κλάδοι της κάψας διατρέχουν την πλάγια πυελική περιτονία οπισθοπλαγίως του προστάτη, εξασφαλίζοντας κλάδους που αιματώνουν το έξω μέρος του προστάτη. Τα αγγεία της κάψας καταλήγουν σε ομάδα αγγείων που αιματώνουν το πυελικό έδαφος. Ιστολογικά, η ομάδα των αγγείων της κάψας περιβάλλεται από δίκτυο νεύρων. Τα αγγεία της κάψας, αρτηρίες και φλέβες σηματοδοτούν το μακροσκοπικό σημείο, που βοηθά στον προσδιορισμό των μικροσκοπικών κλάδων του πυελικού πλέγματος που νευρώνει τα σηραγγώδη σώματα.

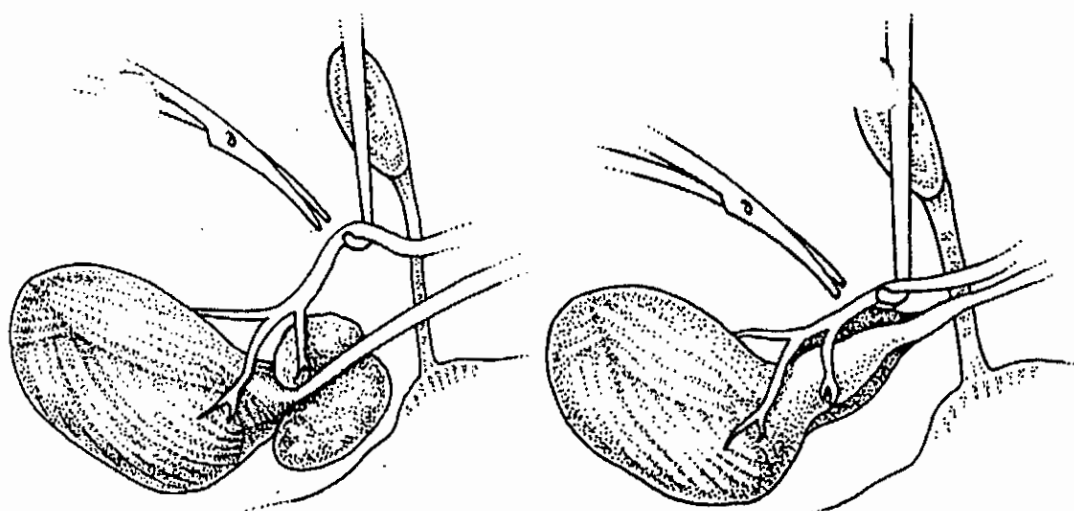
Η φλεβική παροχέτευση του προστάτη γίνεται στο Σαντορίνιο πλέγμα. Είναι απαραίτητο να έχουμε πλήρη γνώση αυτών των φλεβών, για να αποφύγουμε μεγάλη αιμορραγία, όταν παρασκευάζουμε την μεμβρανώδη ουρήθρα και την κορυφή του προστάτη. Η εντωβάθει ραχιαία φλέβα του πέους κάτω από την περιτονία του Bucks, μεταξύ των σηραγγωδών σωμάτων, διαπερνά το ουρογεννητικό διάφραγμα, διαιρούμενη σε τρεις μεγάλους κλά-



**Φλεβικό δίκτυο του προστάτη.**

δους: οι Επιπολής κλάδοι, και το δεξιό και αριστερό φλεβικό δίκτυο. Οι επιπολής κλάδοι, που ευρίσκονται μεταξύ των ηβοπροστατικών συνδέσμων, εντοπίζονται κεντρικά άνω του αυχένα της κύστης και του προστάτη. Αυτές οι φλέβες εντοπίζονται εύκολα στην οπισθοθηβική προστατεκτομή, και ευρίσκονται έξω της πυελικής περιτονίας. Τα πλάγια φλεβικά δίκτυα ευρίσκονται οπισθοπλαγία και επικοινωνούν με το αιδοϊκό, θυροειδές, και κυστικό πλέγμα. Αυτά τα πλέγματα συνενώνονται και σχηματίζουν την κάτω κυστική φλέβα, που εκβάλλει στην έσω λαγόνιο φλέβα.

### **1.5 ΝΕΥΡΩΣΗ - Πυελικό πλέγμα**



**Παρασκευή του Σαντορίνιου πλέγματος και αποχωρισμός του από την πρόσθια επιφάνεια του προστάτη.**

Η αυτόνομη νευρώση των οργάνων της πυέλου και των έξω γεννητικών οργάνων προέρχεται από το πυελικό πλέγμα, που σχηματίζεται από παρασυμπαθητικές φυγόκεντρες προγαγγλιακές ίνες, από νεύρα της σύσης, που προέρχονται από τα ιερά κέντρα (S<sub>2</sub> έως S<sub>4</sub>) και από συμπαθητικές ίνες από το θωρακοσφυϊκό κέντρο (T<sub>11</sub> έως L<sub>2</sub>). Το πυελικό πλέγμα βρίσκεται οπισθοπεριτοναϊκά πίσω του ορθού. Οι κλάδοι της κάτω κυστικής αρτηρίας και φλέβας διαπερνούν το πλέγμα. Απολίνωση στο σημείο αυτό δεν απολινώνει μόνο τη φλέβα, αλλά και τα νεύρα που νευρώνουν τα σηραγγώδη σώματα. Το πυελικό πλέγμα έχει σπλαγχνικούς κλάδους στην κύστη, ουρητήρα, σπερματοδόχες κύστεις, προστάτη, ορθό, μεμβρανώδη ουρήθρα και σηραγγώδη σώματα.

Εξάλλου, κλάδοι που περιέχουν σωματικές κινητικές ίνες νευρώνουν τον ανελκτήρα του πρωκτού, τον κοκκυγικό μυ και τον γραμμωτό μυ της ουρήθρας. Οι κλάδοι της μεμβρανώδους ουρήθρας και των σηραγγωδών σωμάτων πορεύονται έξω της προστατικής κάψας, στην πλάγια πυελική περιτονία. Οι Walsh & Donker (1982), απέδειξαν ότι οι κλάδοι που νευρώνουν τα σηραγγώδη σώματα βρίσκονται πλάγιως στην πλάγια πυελική περιτονία μεταξύ προστάτη και ορθού. Στην κορυφή του προστάτη πορεύονται ελαφρώς προσθίως αυτών, ώστε να βρίσκονται στην 3η και 9η ώρα της μεμβρανώδους ουρήθρας, και μετά τη διείσδυση στο ουρογεννητικό διάφραγμα, αυτές οι ίνες περνούν πίσω από την ραχιαία αρτηρία του πέους. Μολονότι τα νεύρα αυτά είναι μικροσκοπικά σε μέγεθος, η ανατομική θέση τους μπορεί να προσδιορισθεί κατά τη διάρκεια της επέμβασης, με τη βοήθεια των αγγείων της κάψας ως σημείο αναφοράς.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°**

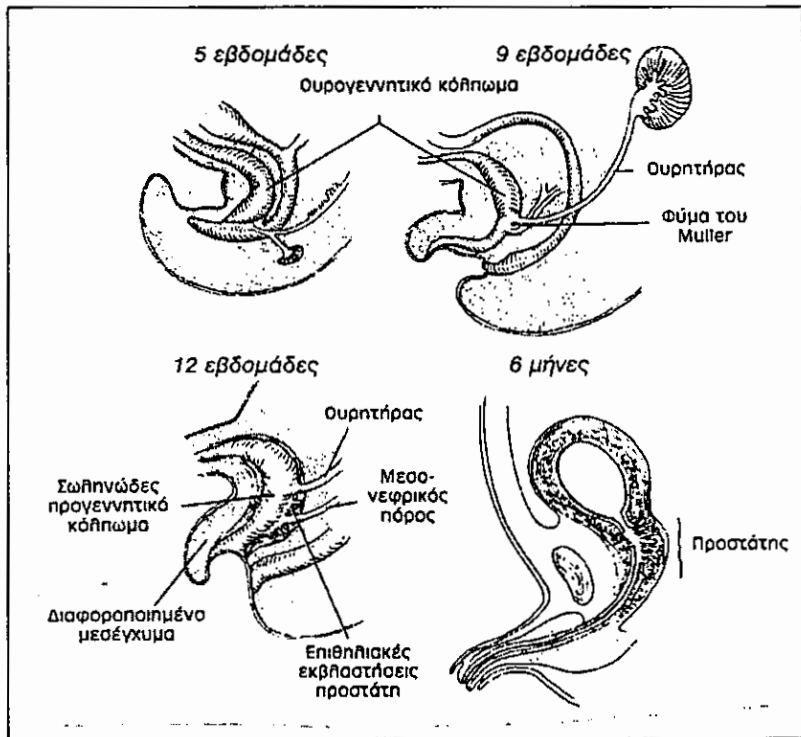
### **Α - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ**

- 2.1 Εμβρυολογία του προστάτη
- 2.2 Ενδοκρινολογία του προστάτη
- 2.3 Εξωκρινής λειτουργία του προστάτη
- 2.4 Ενδοκρινής λειτουργία του προστάτη

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

### **2.1 Εμβρυολογία του προστάτη**

Ο προστάτης εμφανίζεται σαν πολλαπλές συμπαγείς αποφύσεις του επιθηλίου της ουρήθρας πάνω και κάτω της εισόδου του μεσонеφρικού πόρου στο ουρογεννητικό κόλπωμα. Αυτές οι απλές σωληνώδεις αποφύσεις αρχίζουν να αναπτύσσονται σε πέντε ξεχωριστές ομάδες στο τέλος της δέκατης εβδομάδας και ολοκληρώνονται τη δέκατη έκτη εβδομάδα. Κατόπιν διακλαδίζονται, καταλήγοντας σε ένα σύνθετο σύστημα αγωγού (πόρου), το οποίο



συναντά τα διαφοροποιημένα μεσεγγυματικά κύτταρα γύρω από το τμήμα του ουρογεννητικού κοιλώματος. Αυτά τα μεσεγγυματικά κύτταρα αρχίζουν να αναπτύσσονται τα σωληνάρια τη δέκατη έκτη εβδομάδα και γίνονται πυκνότερα στην περιφέρεια όπου θα σχηματίσουν την προστατική κάψα. Την εικοστή δεύτερη εβδομάδα, το μυώδες στρώμα είναι αναπτυγμένο και συνεχίζει να αυξάνεται μέχρι τη γέννηση.

### **2.2 Ενδοκρινολογία του προστάτη**

Ο προστάτης είναι ένας αδένας με μεικτή ενδοκρινική λειτουργία. Όπως σε κάθε αδέν, έτσι και στον προστάτη η λειτουργία του ευρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης. Ο υποθάλαμος, ως γνωστόν, αποτελεί το νευροειδοκρινικό κέντρο του ανθρώπινου οργανισμού. Δέχεται ερεθίσματα από το Κ.Π.Σ. αλλά και από περιφερικά όργανα με τελικό σκοπό τη ρύθμιση της λειτουργίας της υπόφυσης από τον προσθάλαμο της υπόφυσης εκλύονται η ωχρινοτρόπος (LH)

ορμόνη και αδενοκορτηκοτρόπος ορμόνη (ACTH) που δρουν στους όρχεις και στον φλοιό των επινεφριδίων, αντίστοιχα, και ευθύνονται για την παραγωγή της τεστοστερόνης. Έτσι, αναλυτικά, οι ορμόνες που ρυθμίζουν τη λειτουργία του προστάτη είναι:

- Η Τεστοστερόνη, ανδρογόνο παραγόμενο κυρίως από τους όρχεις και είναι η ορμόνη που έχει την μέγιστη δράση επί του προστάτη. Μετά από κάποια παθητικό διάχηση στο κυτταρόπλασμα γίνεται η παραγωγή m-RNA και η σύνθεση ειδικών πρωτεϊνών, που χρησιμεύουν για την αναδίπλωση του προστατικού επιθηλίου την έκφραση και ανάπτυξη του προστατικού ιστού.

- Τα Ανδρογόνα, παράγονται από τον φλοιό των επινεφριδίων, υπό την επίδραση της ACTH ορμόνης. Δεν έχει πλήρως αποσαφηνισθεί η δράση τους.

- Τα Οιστρογόνα, τα οποία παράγονται σε μικρή ποσότητα κατευθείαν στους όρχεις. Ποσά οιστρογόνων θεωρείται ότι μπορούν να επηρεάσουν τον μεταβολισμό του προστάτη.

- Η Προλακτίνη, παράγεται στο πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Κύρια λειτουργία της είναι η προαγωγή της πρόσληψης και μεταβολισμού της τεστοστερόνης από τον προστατικό αδένα.

Άλλες ορμόνες που κατά καιρούς έχει συζητηθεί η δράση τους, είναι η ινσουλίνη, η προγεστερόνη και η θυροξίνη. Όταν βρίσκονται σε φυσιολογικές ποσότητες στον οργανισμό, δεν έχει παρατηρηθεί κάποια δράση στον προστάτη.

### 2.3 Εξωκρινής λειτουργία του προστάτη

Η έξω έκκριση του προστάτη περιλαμβάνει την παραγωγή του προστατικού υγρού. Το προστατικό υγρό παράγεται από τα αδενικά κύτταρα του προστάτη και κατά την εκσπερμάτιση, αναμιγνύεται με το σπέρμα, και αποτελεί το 12-20% του συνολικού όγκου του. Το ειδικό βάρος του είναι  $1,027 \pm 0,0002$  και το PH 6,6-7,2. Η σύνθεσή του αποτελείται από :

Σύνθεση του προστατικού υγρού					
Πρωτεΐνες	25	mg/ml	Λιπίδια	3	mg/ml
Νάτριο	153	mM	Κάλιο	28	μM
Ασβέστιο	30	mM	Μαγνήσιο	20	mM
Χλωριούχα	38	mM	Διττανθρακικά	20	mM
Κιτρικά	98	mM	Ψευδάργυρο	488	μg/ml
Σπερμίνη	2,4	mg/ml	Χοληστερόλη	0,9	mg/ml

Η σύσταση αυτή μεταβάλλεται ανάλογα με τις παθήσεις του προστάτη. Όλα τα συστατικά του προστατικού υγρού είναι απαραίτητα για τη ζωτικότητα των σπερματοζωαρίων.

## **2.4 Ενδοκρινής λειτουργία του προστάτη**

Περιλαμβάνει την παραγωγή πρωτεϊνών, οι οποίες διοχετεύονται στην κυκλοφορία του αίματος και δρουν σε άλλα όργανα, επηρεάζοντας την λειτουργία τους. Τέτοιες ορμόνες θεωρούνται κυρίως το προστατικό αντιγόνο και η προστατική οξύνη φωσφατάση.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

## Α - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

## Β - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ

## Γ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

3.1 Σταδιοποίηση του όγκου

3.2 Βαθμοί κακοήθειας

## Δ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

3.1 Συμπτώματα

3.2 Σημεία

## Ε - ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ

3.1 Δακτυλική εξέταση

3.2 Διορθικό υπερηχοτομογράφημα (TRUS)

3.3 Κυτταρολογική εξέταση

3.4 Διορθική βιοψία του προστάτη

3.5 Μέτρηση του PSA

## Ζ - ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

3.1 Ακτινογραφία θώρακος και ενδοφλέβια πυελογραφία

3.2 Κυστεοσκόπηση

3.3 Παρακέντηση μυελού των οστών

3.4 Αξονική τομογραφία

3.5 Μαγνητική τομογραφία

3.6 Σπινθηρογράφημα οστών

3.7 Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις

3.8 Υπολογιστική τομογραφία

## **A. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Ο καρκίνος του προστάτη είναι πάθηση των ηλικιωμένων ατόμων και εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε ασθενείς ηλικίας 60-70 ετών. Οι νεκροτομικές μελέτες ανεβάζουν τη συχνότητα του σιωπηλού καρκίνου σε 40% σε άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών. Από επιδημιολογικής πλευράς είναι άξιο να τονισθούν τα κατώτερα:

α) η γεωγραφική άνισος κατανομή του καρκίνου του προστάτου (υψηλή στη Σουηδία, χαμηλή στην Ιαπωνία),

β) η αυξημένη θνησιμότητα σε προσφυγές που μετακινούνται από χαμηλής θνησιμότητας σε υψηλής θνησιμότητας περιοχές (περιβαλλοντικοί, ή διαιτητικοί παράγοντες),

γ) η μεγαλύτερη συχνότητα στους μαύρους παρά στους λευκούς των ΗΠΑ,

δ) οι σχέσεις οικογενειακής καταστάσεως του ασθενούς και η επίδραση της σεξουαλικής ζωής (μεγαλύτερη συχνότητα στους διαζευγμένους και μικρότερα στους ανύπαντρους), και

ε) η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ασθενούς (αυξημένη συχνότητα της πάθησης σε χαμηλό επίπεδο του ασθενούς<sup>3</sup>. Είναι ουδέτερος σε συχνότητα καρκίνος στον άνδρα μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα και ο τρίτος σαν αιτία θανάτου (μετά τον α) πνεύμονα και α) εντέρου). Η πιθανότητα των ασθενών με λανθάνοντα καρκίνο να νοσήσουν είναι 1 στους 100 και 1 στους 300 θα πεθάνει από τη νόσο<sup>5</sup>.

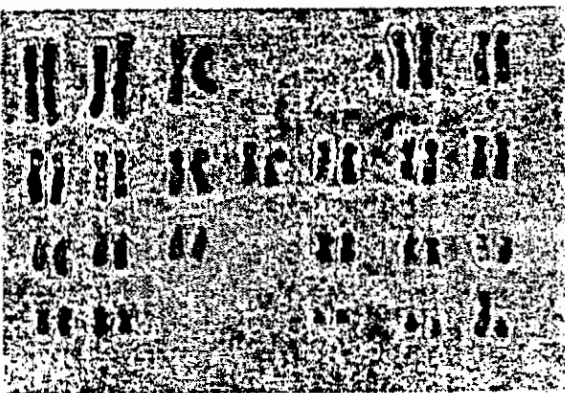
Σε μια επιδημιολογική αναδρομική μελέτη από τον Κ.Π. Καλαφατή και Κ.Φ. Χατζηδημητρίου με τίτλο «Ο καρκίνος του προστάτη σύμφωνα με το στάδιο και τον βαθμό κακοήθειάς του κατά τη διάγνωση στη Ρόδο την περίοδο 1988-1997», με σκοπό να παρουσιαστεί η τάση της επίπτωσης του καρκίνου του προστάτη αναφορικά με το στάδιο και τον βαθμό διαφοροποίησης της νόσου μέσα στη δεκαετία αυτή. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς κάτοικοι της Ρόδου με ιστολογικά βεβαιωμένο καρκίνο προστάτη που διαγνώσθηκαν στην υπό μελέτη περίοδο. Το 95% των καρκίνων προστάτη ήταν αδενοκαρκίνωμα. Μεταξύ των ομάδων «πρωΐμου σταδίου» και «όψιμου σταδίου» σημειώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς την μέση ηλικία εμφάνισης με 72,9 και 75,5 έτη αντίστοιχα<sup>6</sup>. Η σχέση μετά νόσου και βαθμό κακοήθειας ήταν στατιστικά λείαν σημαντική. Στη δεύτερη πενταετία παρατηρήθηκε σαφής μείωση της επίπτωσης της νόσου με απομακρυσμένες μεταστάσεις και αύξηση της «τοπικά προχωρημένης» κατά 11%. Η ομάδα μέσου βαθμού διαφ. (Grade III) παρακολούθησε την επίπτωση της νόσου μέσα στη δεκαετία με αύξηση στη

συχνότητα εμφάνισης από 41% στο 46% μεταξύ πρώτης και δεύτερης πενταετίας. Η σχετική επίδραση στον βαθμό που επετεύχθη, πάνω στις διάφορες επιδημιολογικές παραμέτρους, συμπίπτει για την περιοχή αυτή και τη χρονική περίοδο που αναφέρονται με την εισαγωγή νέων διαγνωστικών μεθοδών και τεχνικών<sup>8</sup>.

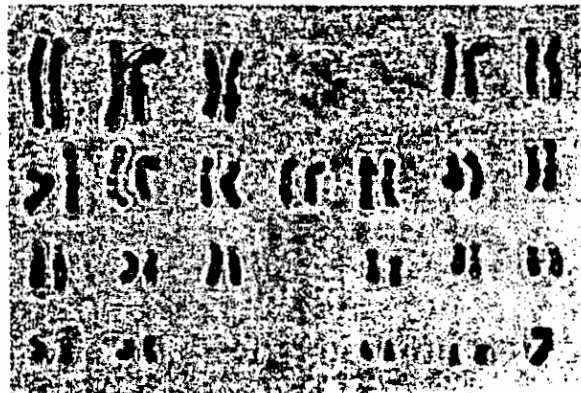
## **Β. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ**

Η ακριβής αιτία δεν είναι γνωστή, 1) οι ορμόνες πάντως παίζουν κάποιον ρόλο. Οι άνδρες που αφαιρούν τους όρχεις τους πριν από την εφηβεία και επομένως δεν προφταίνουν να παραγάγουν την ανδρική ορμόνη τεστοστερόνη - σπάνια θα αναπτύξουν καρκίνο του προστάτη. Εντούτοις, 2) η χρήση ορμονών όπως των στεροειδών από αθλητές ή της κορητζόνης από ορισμένους ασθενείς δεν φαίνεται να προξενεί πρόβλημα. 3) Ορισμένοι ισχυρίζονται τελευταία ότι τροφές πλούσιες σε λίπος παίζουν κάποιον ρόλο αλλά αυτό δεν ισχύει.

4) Κληρονομικές προδιαγραφές: Από διάφορες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς (<60 ετών) εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα μεγάλων ετεροχρωματικών περιοχών των χρωμοσωμάτων 1 και 16 σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς οι οποίοι είχαν την ίδια συχνότητα μεγάλων ετεροχρωματικών περιοχών με τους υγιείς μάρτυρες. Αντίθετα δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ ασθενών και μαρτύρων όσον αφορά τη συχνότητα ολικών ή μερικών αναστροφών των χρωμοσωμάτων 1, 9 και 16. Την τελευταία επίσης δεκαετία αποκαλύφθηκε ο ρόλος δύο ομάδων γονιδίων που σχετίζονται με τον καρκίνο τα πρωτο-ογκογονίδια (protooncogenes) τα οποία διεγείρουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και τα



Εικ. Β1. Καρυότυπος ασθενούς με Ca προστάτου > 85 ετών



Εικ. Β2. Καρυότυπος υγιούς μάρτυρα > 85 ετών. Μεταξύ των καρυότυπων του ασθενούς και του μάρτυρος στις μεταφάσεις με C ζώνωση δεν παρατηρούνται διαφορές στη συχνότητα των μερικών ή των ολικών αναστροφών των χρωμοσωμάτων 1, 9 και 16.

ογκοκατασταλτικά γονίδια (tumor suppressor genes) τα οποία πιστεύεται ότι ελέγχουν τους διαφορετικούς δρόμους πολλαπλασιασμού και διαφοροποίησης των κυττάρων.

Αυτά τα δύο βρίσκονται στις ίδιες χρωμοσωμικές ζώνες οι οποίες αποτελούν σημεία θραύσης των χρωμοσωμάτων που σχετίζονται με κακοήθεια και επίκτητες χρωμοσωματικές ανωμαλίες είναι δυνατόν να ενεργοποιήσουν ή να αδρανοποιήσουν αντίστοιχα<sup>7</sup>.

5) Η κοινωνικο-οικονομική και γεωγραφική θέση, το θρήσκευμα, η εθνικότητα και διοικητικές συνήθειες και αυτό είναι αποτέλεσμα από επιδημιολογικές μελέτες που παρουσιάζουν διαφορές στη συχνότητα<sup>1</sup> ανάπτυξης του καρκίνου του προστάτη μεταξύ διαφόρων κρατών και φυλών αλλά και διαφορετικών κοινωνικών ομάδων της ίδιας χώρας.

6) Επίσης με την πάθηση αυτή συνδέονται και διάφοροι ιοί, διηθητικοί οι οποίοι χρησιμοποιούν περαιτέρω επιβεβαίωση.

Πολύ περισσότερα γνωρίζουμε σχετικά με το τί δεν προκαλεί τη νόσο. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί κάποιος να αποκτήσει καρκίνο του προστάτη από «υπερβολικό σεξ», αυνανισμό, λοιμώξεις του προστάτη ή καλοήγη υπερπλασία του προστάτη. Δεν έχει αποδειχθεί ότι λοιμώξεις του προστάτη ή οι λίθοι του παίζουν κάποιον ρόλο.

## **Γ. ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**

Οι όγκοι του προστάτη διαχωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες σύμφωνα με την International Histological Classification, όπως προτάθηκε από τους Mostofi και συν το 1980. Σε καρκινώματα προερχόμενα από το επιθήλιο, σε καρκινώματα από το στρώμα, σε πρωτοπαθή ποικίλα (miscellaneous) και σε δευτεροπαθή νεοπλασμάτα, όγκους που κάνουν μετάσταση στον προστάτη. Το αδενοκαρκίνωμα του προστάτη παρουσιάζεται στη μακροσκοπική εξέταση συνήθως με κίτρινη χροιά.

Η ιστολογική εμφάνιση του καρκινώματος του προστάτη εξαρτάται από τη μορφολογία του στρώματος και την εξαφάνιση του χαρακτήρα των κυττάρων που βρίσκονται σε επαφή με τον όγκο. Συνήθως παρατηρείται τυχαίος προσανατολισμός των λοβιδίων διαφόρου μεγέθους και σχήματος στην περιφέρεια του όγκου. Η κατανομή είναι από μικρά λοβίδια σε πολύ μεγάλα λοβίδια, τα οποία δεν έχουν τα χαρακτηριστικά αυτών της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη. Τελικά τα νησίδια από κύτταρα όγκου παρουσιάζονται σε μονότονη διάταξη<sup>1</sup>.



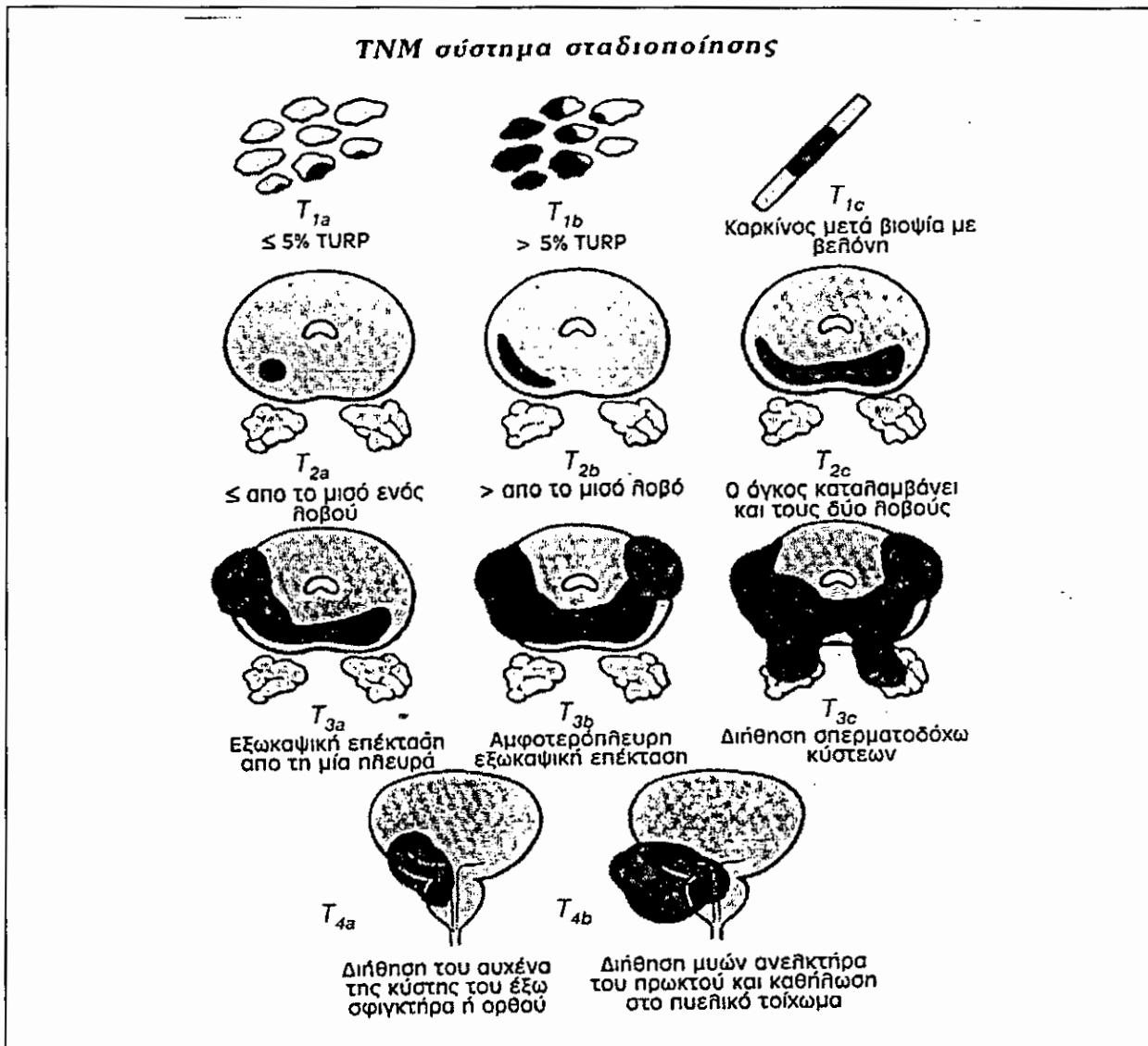
### 3.1 Σταδιοποίηση του όγκου

#### TNM σταδιοποίηση

T<sub>x</sub> : Δεν μπορεί να γίνει εκτίμηση του προστάτη.

T<sub>0</sub> : Δεν υπάρχει όγκος.

T<sub>i</sub> : Όγκος που δεν ψηλαφάται με την δακτυλική εξέταση και δεν φαίνεται με τους υπερήχους.



**T1a:** Τυχαία ανεύρεση του όγκου, που καταλαμβάνει < 5% του ιστού που εξαιρέθηκε χειρουργικά.

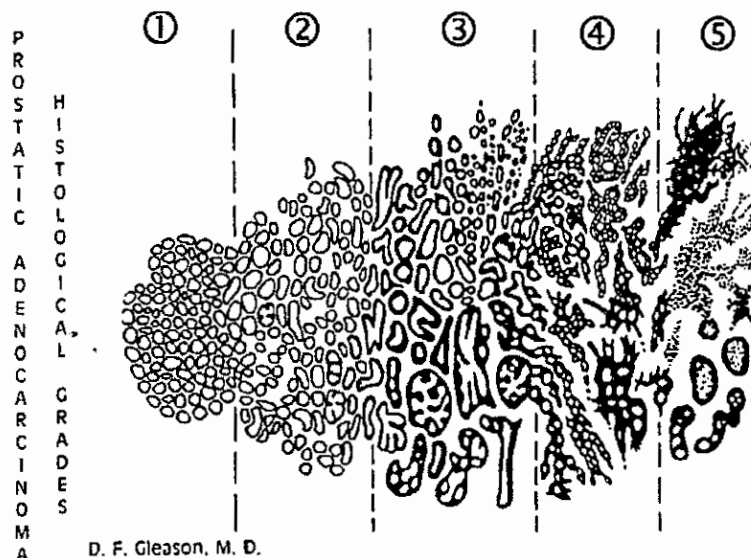
**T1b:** Τυχαία ανεύρεση του όγκου που καταλαμβάνει > 5% του ιστού που εξαιρέθηκε χειρουργικά.

- T<sub>1c</sub>: Ανεύρεση του όγκου μετά από βιοψία με βελόνα, λόγω υψηλής τιμής του ειδικού προστατικού αντιγόνου.
- T<sub>2</sub>: Ο όγκος περιορίζεται μέσα στον προστάτη.
- T<sub>2a</sub>: Ο όγκος καταλαμβάνει μισό ή λιγότερο από τον ένα λοβό.
- T<sub>2b</sub>: Ο όγκος καταλαμβάνει πάνω από το μισό λοβό αλλά όχι και τους δύο.
- T<sub>2c</sub>: Ο όγκος καταλαμβάνει και τους δύο λοβούς.
- T<sub>3</sub>: Ο όγκος επεκτείνεται έξω από την κάψα.
- T<sub>3a</sub>: Εξωκαψική επέκταση από τη μια πλευρά.
- T<sub>3b</sub>: Αμφοτερόπλευρη εξωκαψική επέκταση.
- T<sub>3c</sub>: Διήθηση σπερματοδόχων κύστεων.
- T<sub>4</sub>: Ο όγκος διηθεί και άλλα παρακείμενα όργανα, εκτός των σπερματοδόχων κύστεων.
- T<sub>4a</sub>: Διήθηση του αυχένα της κύστης του έξω σφιγκτήρα ή του ορθού.
- T<sub>4b</sub>: Διήθηση μυών ανελκτήρα του πρωκτού, ή είναι καθηλωμένος.

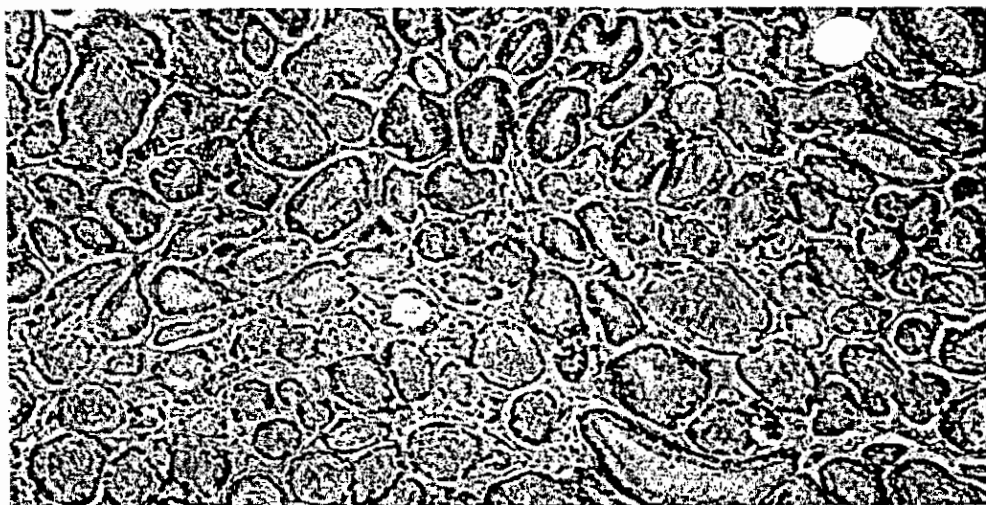
### 3.2 Βαθμοί Κακοήθειας

Με τον βαθμό κακοήθειας γίνεται προσπάθεια να καθορίσουμε τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του όγκου και να προβλέψουμε κατ' αυτόν τον τρόπο τη βιολογική του συμπεριφορά.

Η ταξινόμηση κατά Gleason, η πιο δημοφιλής, χρησιμοποιεί χαμηλή μεγέθυνση, (X 40-100) για να εκτιμήσει το αδενικό δείγμα του όγκου και τη σχέση του με το στρώμα. Πέντε βαθμοί κακοήθειας παρατηρούνται από το πλέον (1) έως το λιγότερο (5) διαφοροποιημένο τμήμα. Ο τελικός βαθμός κακοήθειας είναι το άθροισμα των πέντε-δειγμάτων του όγκου.

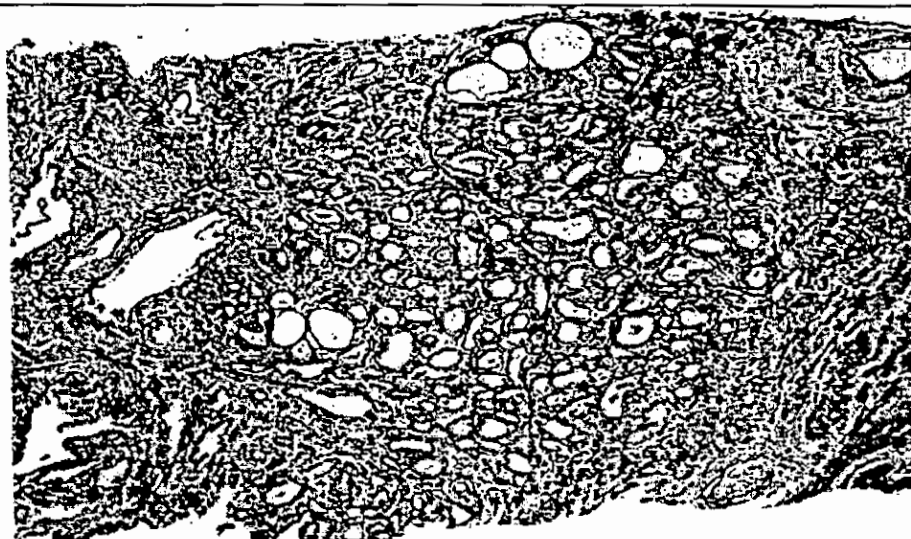


**Τύπου I:** Περιέχει ομοιογενή διάταξη από μία σειρά κυκλικών ή κυβοειδών καλώς διαχωρισμένων αδένων. Η διήθηση του στρώματος είναι σπάνια. Τα όρια του όγκου είναι σαφώς καθορισμένα.



**Gleason grade I :** Ομοιόμορφα μονήρη αδένια σε στενή επαφή.

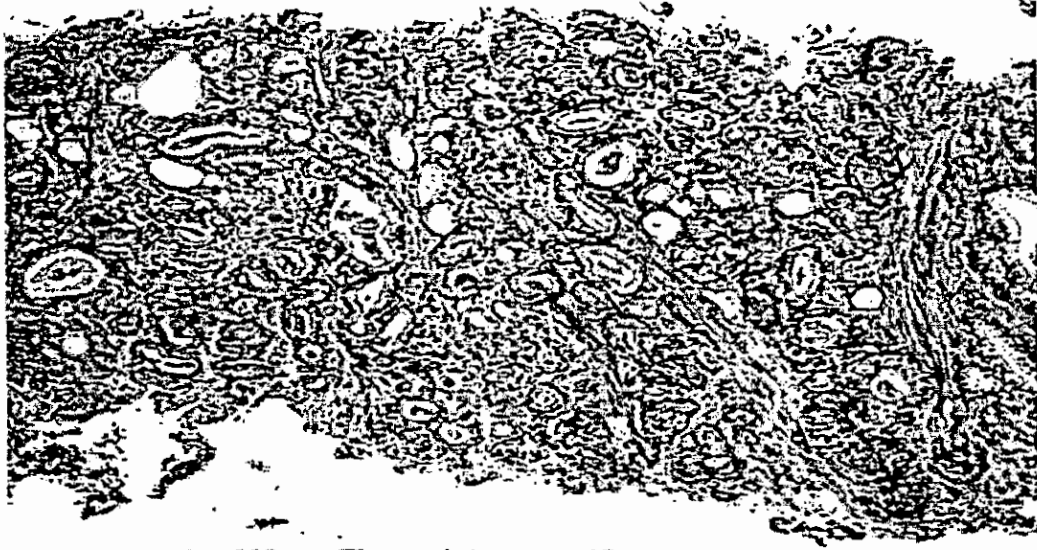
**Τύπου II:** Έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με του τύπου I, εκτός του ότι υπάρχει λιγότερη ομοιομορφία στο σχήμα των αδένων. Μια μικρή ποσότητα του στρώματος διηθείται καθότι τα όρια του όγκου δεν είναι καλώς καθορισμένα.



**Gleason grade II :** Μεγαλύτερη ποικιλία στο σχήμα και το μέγεθος των αδενίων σε σχέση με το grade I.

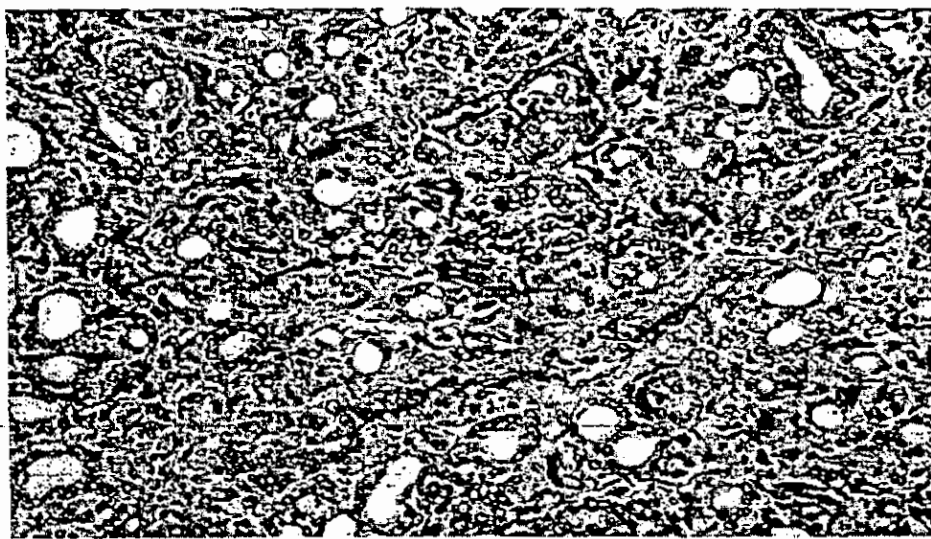
**Τύπου III:** παρατηρούνται τρεις περιοχές. Η πρώτη χαρακτηρίζεται από όμοια και ακανόνιστα αδένια, υπάρχει διήθηση του στρώματος και τα όρια του όγκου δεν είναι καθορισμένα. Η δεύτερη περιοχή αποτελείται από φωλιές κυττάρων τα οποία

σχηματίζουν μικρές ομάδες ή χορδές. Η τρίτη περιοχή αποτελείται από μάζες θηλώδους ή ηθιμοειδούς επιθηλίου, έχουσες απότομη παραυφή. Τα όρια του όγκου δεν είναι καλώς καθορισμένα.



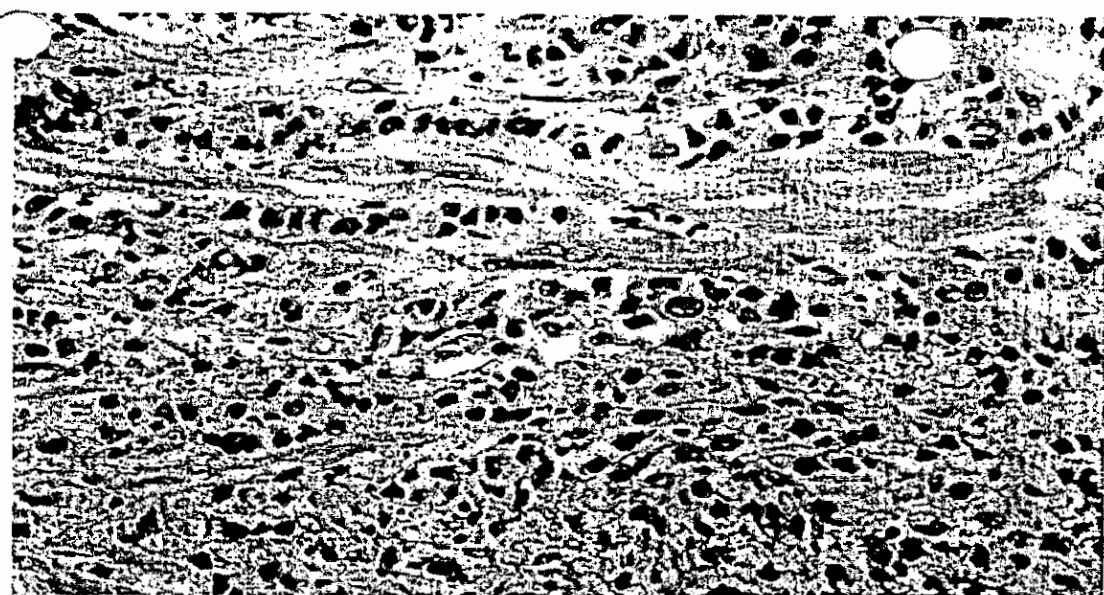
**Gleason grade III :** Ποικιλία μεγέθους και σχήματος αδενίων από μικρά έως μεγάλα.

**Τύπου IV:** Διακρίνεται σε δύο περιοχές. Η πρώτη αποτελείται από συνένωση ακανόνιστων αδενικών μαζών που δείχνουν προεξέχοντα όρια. Σημαντική είναι η διήθηση του στρώματος και ο όγκος φαίνεται χωρίς σαφή όρια. Η δεύτερη περιοχή έχει την ίδια μορφολογία με επιπλέον την παρουσία μεγάλων κυττάρων με διαυγές κυτταρόπλασμα, όμοια των κυττάρων του αδενοκαρκινώματος του νεφρού.



**Gleason grade IV :** Νεοπλασματικά αδένια σε μικρό αριθμό και στη μεγαλύτερη έκταση μεμονωμένες άτυπες κυτταρικές αθροίσεις.

**Τύπου V:** Χαρακτηρίζεται από ανώμαλες μάζες από κακοήθη κύτταρα, συνήθως χωρίς να σχηματίζουν αδένια. Το δεύτερο χαρακτηριστικό εύρημα είναι η ανώμαλη ηθμοειδής διευθέτηση των κυττάρων με κεντρική νέκρωση, εικόνα όμοια του καρκινώματος των μαστικών πόρων του μαστού. Αυτό το τμήμα χαρακτηρίζεται επίσης από εκτεταμένη διήθηση του στρώματος. Περίπου 50% των όγκων θα εκδηλώσουν πλέον του ενός ιστολογικού τύπου κατά Gleason, και αυτή η ετερογένεια του όγκου οδήγησε στη χρήση του αθροίσματος πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς τύπου ως «Gleason score».



*Gleason grade V : Ανάπτυξη των νεοπλασματικών κυττάρων σε δοκίδες ή συμπαγείς αθροίσεις.*

## **Δ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

### **3.1 Συμπτώματα**

Ο καρκίνος του προστάτη διαφεύγει της προσοχής μέχρις ότου η νόσος επεκταθεί ή διαγνωσθεί τυχαία, μετά από χειρουργική επέμβαση για καλοήγη υπερπλασία. Η αδυναμία να ανακαλυφθεί ο καρκίνος αυτός οφείλεται στην έλλειψη συμπτωμάτων. Εμφανιζόμενος όμως στην περιφερική ζώνη, προκαλεί κυρίως συμπίεση της ουρήθρας και μείωση της ροής των ούρων μόνο όταν η νεοπλασματική εστία είναι Z μεγέθους. Απόφραξη απότομα τοπική επέκταση του όγκου μπορεί να προκαλέσει απόφραξη του ορθού και πόνο κατά την οφόδευση, περίνεο. Η σεξουαλική ζωή των ασθενών δεν διαταράσσεται και σε λίγες περιπτώσεις αναφέρεται πόνος κατά την εκσπερμάτιση. Η αιμοσπερμία και αιματουρία που συνοδεύει την καλοήγη υπερπλασία πρέπει να διερευνηθεί για να αποκλεισθεί η κακοήθεια<sup>8</sup>.

Κατά προσέγγιση 15-40% των ασθενών με καρκίνο προστάτη διαγιγνώσκονται λόγω μεταστάσεων που εκφράζεται με πόνο στα οστά.

### **3.2 Σημεία**

Αλλαγές στο μέγεθος, στο σχήμα ή στη σύσταση του προστάτη σε άνδρα ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών, πρέπει να οδηγεί τη σκέψη του γιατρού σε πιθανή κακοήθεια. Η παρουσία εκτεταμένης σκληρίας και απώλεια συμμετρικότητας και των ανατομικών ορίων του προστάτη οδηγεί στη διάγνωση κατά 70%. Όμως σ' ένα ποσοστό 10-20% των όγκων είναι πολύ μικρή και δεν ανευρίσκονται με δακτυλική εξέταση. Μεταστατικές εστίες στα οστά μπορούν να εντοπισθούν λόγω της ευαισθησίας στην ψηλάφιση. Κατά την ψηλάφιση μπορεί να ευρεθούν λεμφαδένες στη βουβωνική χώρα ή την υπερκλείδιο<sup>1</sup>.

## Ε. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ

### **3.1 Δακτυλική εξέταση**

Η δακτυλική εξέταση είναι η κύρια εξέταση για την ανεύρεση καρκίνου του προστάτη. Μας επιτρέπει να εκτιμήσουμε κατά προσέγγιση, το μέγεθος του προστάτη, τη συνύπαρξη σκληρίας και την παρουσία εξωκαψικής εντόπισης της νόσου. Εξαρτάται από την εμπειρία του εξεταστή και δεύτερον δεν ανευρίσκεται καρκίνος του προστάτη σταδίου A. Μόνο 50% των ασθενών με δακτυλική εξέταση ευρέθει ότι έχουν CA προστάτη. Και ότι μόνο 41% των όγκων μικροτέρων 1,5 εκατ. σε διάμετρο μπορούν να διαγνωσθούν με την δακτυλική εξέταση<sup>1</sup>.

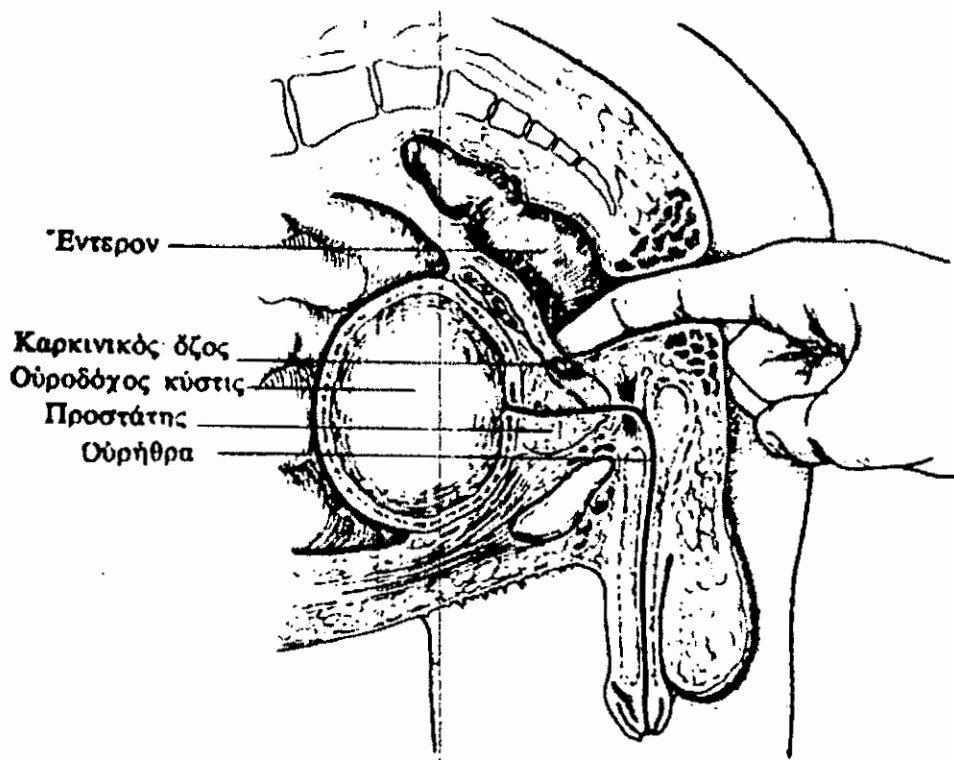
#### **Χαρακτηριστικά της δακτυλικής εξέτασης:**

Ευαισθησία 55-69%

Ειδικότητα 59-67%

Θετική διαγνωστική οξία 11-26%

Αρνητική προγ/κή οξία 85-96%



Διάγνωση ασυμπτωματικού άρχομένου καρκίνου του προστάτου δι' εξέτασας από το όρθο.

### Πλεονεκτήματα

Ανέξοδος

Μη επεμβατική

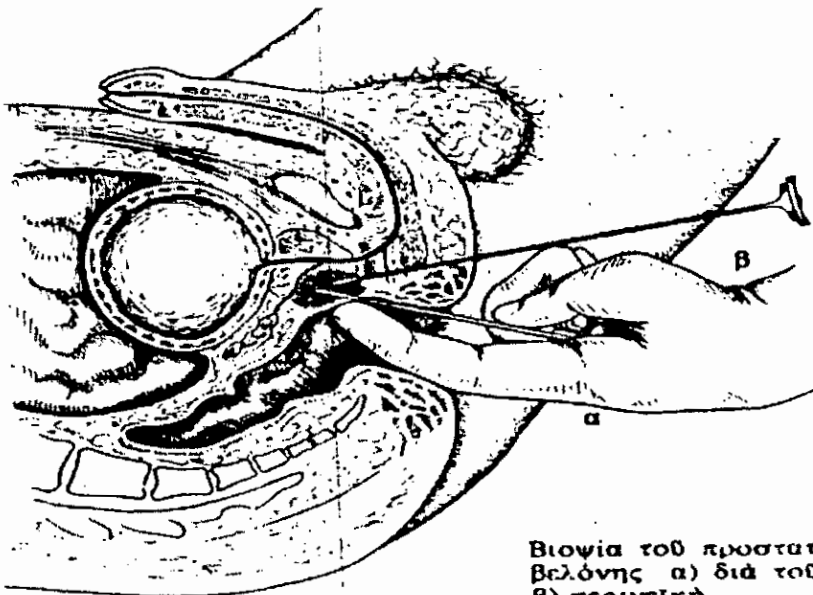
Όχι θνησιμότητα

### 3.2 Διορθικό υπερηχοτομογράφημα (TRUS)

Το διορθικό υπερηχοτομογράφημα μπορεί να οδηγήσει στην ανεύρεση πολλών μη ψηλαφητών μικρών όγκων. Ο Lee και Cooper (1990), ανακοίνωσαν ότι το ποσοστό ανεύρεσης καρκίνου του προστάτη με τη βοήθεια Δ.Υ. ήταν κατά προσέγγιση διπλάσια από την δακτυλική εξέταση. Το 32% των καρκίνων του προστάτη που διεγνώσθησαν με δακτυλική εξέταση είναι δακτυλική εξέταση αρνητική. Μία άλλη μελέτη του Shinohara (1989) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι 86% των όχι ψηλαφητών όγκων ήταν εμφανείς στο Δ.Υ. και 21% των ψηλαφητών όχι<sup>1</sup>.

### 3.3 Κυτταρολογική εξέταση

Μπορούμε να πούμε ότι η αναρρόφηση κυττάρων είναι εξέταση μεγάλης ευαισθησίας, έχει χαμηλό κόστος και σπάνιες επιπλοκές καθώς και η ευκολία να εκτελεσθεί χωρίς αναισθησία την καθιστούν πρώτη διαγνωστική τεχνική σε ασθενείς, ύπτους για καρκίνο του προστάτη. Δεν χρειάζεται νοσηλεία στον ασθενή, ενώ τα απο-



Εικόνα 99. — Βιοψία διά βελόνης.



τελέσματα ανακοινώνονται εντός 15 λεπτών, και δεν απαιτείται καθυστέρηση ριζικής προστατεκτομής για αρκετές εβδομάδες όπως συμβαίνει στην βιοψία του προστάτη. Οι επιπλοκές είναι σπάνιες δηλαδή μικρότερη του 1%, τα δε αντιβιοτικά δεν χορηγούνται συστηματικά. Η δια του ορθού βιοψία του προστάτου με τη βοήθεια της βελόνης Franklin - SLeverman, αποτελεί απλή μέθοδο άνευ επιπλοκών με ευχερή λήψη ιστού εκ της υπόπτου περιοχής. Θα πρέπει να εκτελείται και εις ερχομένης και εις προχωρημένης περίπτωσης. Το ποσοστό της γνωστής αποτυχίας ανέρχεται εις 5,53%<sup>4</sup>.

**Πίνακας 1**

Ηλικία	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Αριθμός περιπτώσεων	80	150	190	156	158	122	66
Συχνότης επί της %	8,67	16,26	20,60	16,91	17,13	13,23	7,15

### **3.4 Διορθική βιοψία του προστάτη**

Είναι η διορθική κατευθυνόμενη διά βελόνης βιοψία το προστάτου. Πέρνονται πολλές βιοψίες χωρίς αναισθησία του ασθενή, και εκτελείται σε εξωτερικούς ασθενείς. Ο ασθενής τοποθετείται σε θέση λιθοτομής, αφού προηγουμένως προηγηθεί καθαρισμός εντέρου με Fleet enema, και με την κεφαλή των υπερήχων στον ορθό (7mHz) εξετάζεται ο προστάτης. Κατά τον επιμηκή και εγκάρσιο άξονα πέρνονται 6 (έξι) βιοψίες (τρεις από κάθε λοβό) πέρνονται από τις ύποπτες περιοχές με βελόνη 18 garge Tru-cut, και χορηγείται προφυλακτική αντιβίωση. Αντένδειξη για τη βιοψία αυτή είναι οι ασθενείς που βρίσκονται υπό αντιπηκτική αγωγή<sup>9</sup>.

#### **Επιπλοκές της διορθικής βιοψίας του προστάτη**

Αιματουρία 46% επίσχεση 0,7%

Αίμα στα κόπρανα 3,5% Πυρετός 17,0%

Αιμοσπερμία 28,0% Ναυτία, εμετός 2,5%

Δυσουρία 0,7% Ορχεοεπιδημίτιδα 1,6%

### **3.5 Μέτρηση του PSA (ειδικό προστατικό αντιγόνο)**

Το ειδικό προστατικό αντιγόνο είναι ο πιο ακριβής καρκινικός δείκτης στην ογκολογία. Χρησιμοποιείται στην διάγνωση, σταδιοποίηση και παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο προστάτη. Μετά από έρευνες διαπιστώθηκε ότι οι άρρωστοι με καρκίνο προστάτη έχουν πιο συχνά λιγότερο ελεύθερο PSA καθώς και πηλίκο ελεύθερου PSA/ολικού PSA είναι 0,15. Η τιμή του μεταξύ των ορίων της γκρι ζώνης είναι 2,0-10,0 ng/ml.

## **Z. ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ**

### **3.1 Ακτινογραφία θώρακος και ενδοφλέβια πνευμογραφία**

Η ακτινογραφία θώρακος και η ενδοφλέβια πνευμογραφία μάς επιτρέπουν να διαπιστώσουμε την ανεύρεση οστικών μεταστάσεων πνευμονικές μεταστάσεις παρουσιάζονται σε ένα ποσοστό 25% των ασθενών που πέθαναν από CA προστάτου. Η οστική μετάσταση είναι συνήθως οστεοβλαστικού τύπου. Η ενδοφλέβια πνευμογραφία στον καρκίνο αυτό μπορεί να δείξει διαταραχή του περιγράμματος της ουροδόχου κύστης, απόφραξη του ουρητήρα ή απώθηση από πνευλικές λεμφαδενικές μεταστάσεις.

### **3.2 Κυστεοσκόπηση**

Κατά την κυστεοσκόπηση σε ασθενείς με CA προστάτη μπορεί να ευρεθεί ανύψωση της βάσης της ουροδόχου κύστης και απόφραξη ή ακαμψία της προστατικής ουρήθρας.

### **3.3 Παρακέντηση μυελού των οστών**

Η παρακέντηση του μυελού των οστών γίνεται για την ανεύρεση οστικών

μεταστάσεων. Εντούτοις αυτή η τεχνική έχει αποδειχθεί ότι είναι μικρότερης ευαισθησίας από το σπινθηρογράφημα οστών και είναι χρήσιμη για την επαλήθευση οστικών μεταστάσεων.

### **3.4 Αξονική τομογραφία**

Η αξονική τομογραφία (CT) ενδείκνυται για την σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη μόνον όταν υποψιαζόμαστε. Εκτεταμένη διήθηση λεμφαδένων. Ενδεικτικό συνήθως σε ασθενείς με αυξανόμενο συνεχώς το PSA μετά από τη χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία για την ανεύρεση λεμφαδένων. Έχει ακρίβεια 83-92%.

### **3.5 Μαγνητική τομογραφία (MRI)**

Δεν είναι χρήσιμη για τη διάγνωση CA προστάτου λόγω κόστους και επίσης λόγω επισκίασεως των ευρυμάτων της καλοήθους ή κακοήθους επεξεργασίας. Είναι ακριβής στη σταδιοποίηση της εξωκαψικής επέκτασης της νόσου ή διήθησης των σπερματοδόχων κύστεων. Ακρίβεια 83-89% και ευαισθησία 88-90%.

### **3.6 Σπινθηρογράφημα οστών**

Το σπινθηρογράφημα οστών είναι η πιο ευαίσθητη απεικονιστική μέθοδος για την ανεύρεση μεταστάσεων. Δεν είναι ειδικό για τον CA προστάτη. Η πλειονότητα των μεταστατικών βλαβών, σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, φαίνονται σαν ασύμμετρες περιοχές έντονης πρόσληψης του ραδιοϊσότοπου. Πρόσφατες μελέτες, των Oesterling (1993) και άλλων έδειξαν ότι το σπινθηρογράφημα των οστών μπορεί να αποφευχθεί σε εκείνους τους ασθενείς που το προεγχειρητικό PSA είναι <10mg/ml και έχουν κλινικώς εντοπισμένο CA προστάτη.

### **3.7 Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις**

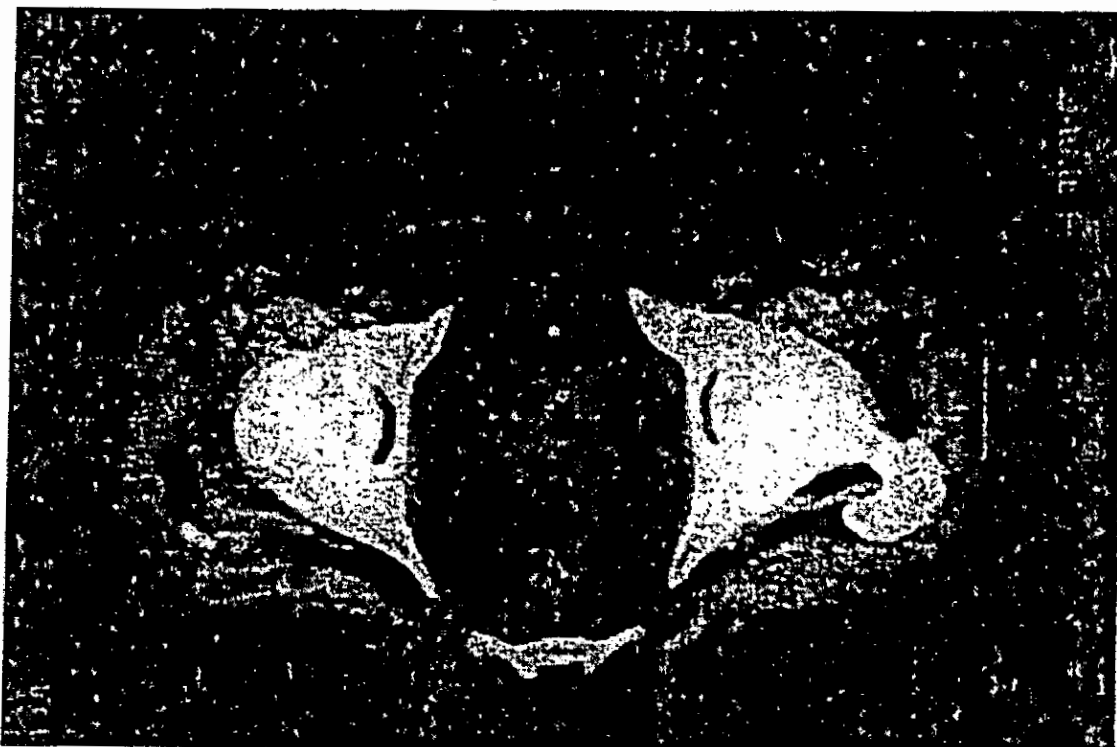
Βιοχημικές εξετάσεις αίματος: Μέτρηση PSA και το προστατικό κλάσμα της όξινης φωσφατάσης που μπορεί να είναι στον CA προστάτου. Ανάλυση ούρων για να

βρεθεί αίμα σ' αυτά ή ουρολοίμωξη. Γενική αίματος μπορεί να δείξει αναιμία αν ο όγκος έχει προσβάλλει τον μυελό των οστών.

Βιοχημικός έλεγχος ορού που περιλαμβάνει 15 έως 20 βιοχημικές εξετάσεις και αφορά μέτρηση ηπατικών και οστικών ενζύμων, εκτίμηση νεφρικής λειτουργίας.

### 3.8 Υπολογιστική τομογραφία (ΥΤ)

Η ΥΤ συνέβαλλε σημαντικά στην εκτίμηση της έκτασης της νόσου στο δεύτερο και τρίτο στάδιο και υπήρξε η μέθοδος εκλογής στο τέταρτο στάδιο. Συμβάλλει στην σταδιοποίηση του CA και στη συνέχεια στον σχεδιασμό της θεραπείας<sup>10</sup>.



Εικ. 1. ΥΤ καρκίνου προστάτη. Ο προστάτης απεικονίζεται διογκωμένος. Σημειώνεται η έκδηλη πίεση και παρεκτόπιση της ουροδόχου κύστης. Ανωμαλία σχήματος και παρυφής του προστάτη λόγω διήθησης και διάσπασης της κάψας του.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **Α - ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ**

#### **4.1 Χειρουργική θεραπεία**

##### **4.11 Ριζική προστατεκτομή**

##### **4.12 Ριζική οπισθό-ηβική προστοτεκτομή**

##### **4.13 Ριζική περινεϊκή προστοτεκτομή**

##### **4.14 Διακοκκυλική ριζική προστατοτεκτομή**

#### **4.2 Ακτινοθεραπεία**

#### **4.3 Ορμονοθεραπεία**

#### **4.4 Χημειοθεραπεία**

#### **4.5 Βραχυθεραπεία**

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ**

Η θεραπεία που θα εφαρμοσθεί εξαρτάται από το στάδιο όγκου (το μέγεθός του και τον βαθμό διασποράς του σε άλλα σημεία) και από τον βαθμό διαφοροποίησής του. Ο καρκίνος μπορεί να ιαθεί αν ανακαλυφθεί ενόσω παραμένει περιορισμένος στον προστάτη. Αν έχει διασπαρθεί, αντιμετωπίζεται αλλά δεν θεραπεύεται. Η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία αποτελούν τις θεραπείες εκλογής εφόσον ο όγκος πρόκειται να ιαθεί. Η απόφαση εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς, τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του και τις προσωπικές επιθυμίες του.

### **4.1 Χειρουργική θεραπεία**

Περιλαμβάνει την:

- 1) Ριζική προστατεκτομή
- 2) Ριζική οπισθο-ηβική προστατεκτομή
- 3) Ριζική περινεϊκή προστατεκτομή
- 4) Διακοκκυλική ριζική προστατεκτομή

#### **4.11 Ριζική προστατεκτομή**

Είναι η χειρουργική αφαίρεση του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων. Αυτή η μέθοδος οδηγεί σε ίαση μόνον εάν ο CA περιορίζεται στον προστάτη. Ο χειρουργός θα πάρει συχνά, δειγματολυπτικά, λεμφαδένες (η διαδικασία ονομάζεται λεμφαδενοεκτομή) κατά την διάρκεια της επέμβασης και πριν γίνει η προστατεκτομή. Αν η βιοψία των λεμφαδένων είναι θετική (+) για κακοήθεια ο προστάτης δεν θα αφαιρεθεί διότι το όφελος για τον ασθενή θα είναι μικρό.

Η νεότερη τεχνική λήψης λεμφαδένων ονομάζεται λαπαροσκοπική λεμφαδενοεκτομή, ένα μακρύ τηλεσκόπιο (λαπαροσκόπιο) εισάγεται στην κοιλιά και χρησιμοποιείται για παρατήρηση και οδηγός για να ληφθεί δείγμα από λεμφαδένες πυελού για διήθηση<sup>1</sup>.

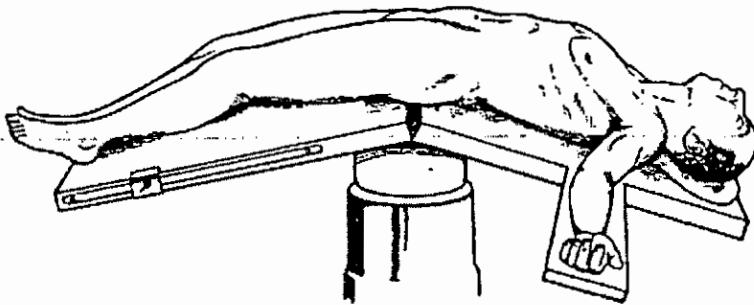
*Ενδείξεις ριζικής προστατεκτομής:*

Οι ιδανικοί υποψήφιοι για Ρ.Π. είναι ασθενείς ηλικίας κάτω των 70 ετών, καλής γενικής κατάστασης και όταν ο όγκος είναι περιορισμένος στο στάδιο T1-T2-T3.

Οι Moul και Paulson (1991) εξέτασαν τους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε κυστεοπροστατεκτομή σταδίου T3 μεγάλου όγκου. Τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά καθότι σε ποσοστό 90% των περιπτώσεων υπήρχαν θετικά εγχειριτικά όρια, με ένα ποσοστό 50% σοβαρών επιπλοκών και 40% επανεπέμβασης. Η κυστεοπροστατεκτομή ως μονοθεραπεία δεν έχει γίνει αποδεκτή σ' αυτό το στάδιο<sup>1</sup>.

Δύο έως τρεις μονάδες αίματος απαιτούνται προς μετάγγιση κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Η χορήγηση Ηπορίνης δεν συνιστάται αυξάνει την πιθανότητα αιματώματος και φλεγμονής του δέρματος.

Η λεμφαδενοκτομή γίνεται συνήθως με γενική αναισθησία. Ο Wash (1985) απέδειξε ότι με την επισκληρίδιο αναισθησία ο ασθενής έχει μικρότερη απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Γι' αυτό μεταξύ των δύο αυτών αναισθησιών δεν υπάρχει σημαντική διαφορά. Ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση και για να έχουμε εύκολη προσπέλαση στην ελάσσονα πύελο, ανυψώνεται η λεκάνη με γωνίωση του χειρουργικού τραπέζιου.

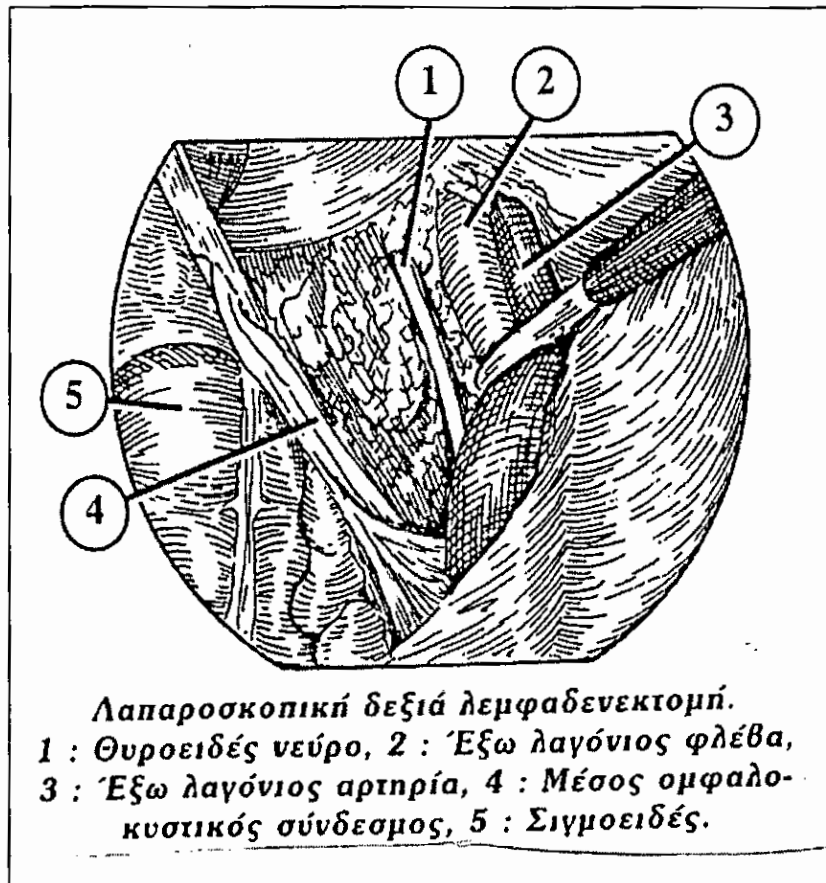


**Τοποθέτηση του ασθενή στο χειρουργικό τραπέζι σε θέση Trendelenburg.**

Μετά τον καθαρισμό της κοιλιάς και των έξω γενετικών οργάνων τοποθετείται καθετήρας Foley 20F, με 20-30 cc στο μπαλόνι. Η τομή γίνεται από την ηβική σύμφυση, μέχρι τον ομφαλό. Μετά τη διάνυξη των τοιχωμάτων εντοπίζονται τα κάτω επιγάστρια αγγεία. Σε παχύς ασθενείς η μερική διατομή του όρθου κοιλιακού μυός διευκολύνει την προσπέλαση. Η προκυστική περιτονία διαχωρίζεται από την εγκάρσια περιτονία και κινητοποιείται το περιτόνιο στο ύψος του διχασμού των κοινών λαγό-

νιων αγγείων. Οι ευρυτήρες εντοπίζονται στο σημείο διασταύρωσης με την κοινή λαγόνια αρτηρία. Όταν εκτελείται η συνηθισμένη λεμφαδενεκτομή, τα χειρουργικά όρια είναι το αιδοιομηρικό νεύρο πλαγίως, ο διχασμος των κοινών λαγόνιων αρτηριών άνω, περιφερειακά τα περισπώμενα αγγεία και το θυροειδές νεύρο κάτω και οπισθίως. Η παρασκευή για την αφαίρεση των λεμφαδένων γίνεται κάτω και οπισθίως. Η παρασκευή για την αφαίρεση των λεμφαδένων γίνεται πρώτα κατά μήκος του αιδοιομηρικού νεύρου, ο δε ιστός άνω της κοινής λαγονίου αρτηρία απελευθερώνεται.

Όλα τα λεμφαγγεία απολινώνονται πριν από την διατομή. Κατόπιν ο συνδετικός λιπώδης ιστός προς τα έξω της λαγονίου φλέβας, στην περιοχή της θηροειδούς περιτονίας αποκολλάται από το πνευλικό τοίχωμα. Ο ιστός που εισέρχεται στον μοιραίο πόρο έλκεται κεντρικός και απολινώνεται κατόπιν, παρασκευάζονται οι λεμφαδένες κατά μήκος του θηροειδούς νεύρου, μέχρι του επίπεδου της έξω λαγονίου αρτηρίας, αφαιρούνται και στέλνονται για ταχεία βιοψία.



**Λαπαροσκοπική δεξιά λεμφαδενεκτομή.**  
1 : Θυροειδές νεύρο, 2 : Έξω λαγόνιος φλέβα,  
3 : Έξω λαγόνιος αρτηρία, 4 : Μέσος ομφαλο-  
κυστικός σύνδεσμος, 5 : Σιγμοειδές.

Η περιοχή του λεμφαδενικά καθαρισμού ελέγχεται για τυχόν αιμορραγία. Έχουν περιγραφεί πολλές τροποποιήσεις της λεμφαδενεκτομής.

Η εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή περιλαμβάνει την πλήρη κινητοποίηση της έξω λαγονίου αρτηρίας και φλέβας και η εν block αφαίρεση των λεμφαδένων δεν χρησιμοποιείται συχνά. Μ' αυτήν την τεχνική, μπορούν επίσης να αφαιρεθούν και οι προϊεροί λεμφαδένες.

Η περιορισμένη λεμφαδενεκτομή περιλαμβάνει αφαίρεση λεμφαδένων μεταξύ έξω λαγονίου φλέβας, εσω λαγονίου αρτηρίας, θηροειδούς νεύρου και περισπώ-



μενων αγγείων. Επιπλοκή της λεμφαδενοκτομής είναι η λεμφοκύλη. Αν υπάρχει η υποψία λεμφοκύλης μετά από την επέμβαση, συνίσταται υπέρηχος ή αξονική τομογραφία. Αυτές που προκαλούν συμπτώματα χρειάζονται θεραπευτική επέμβαση. Με την αξονική ή τον υπέρηχο για οδηγό γίνεται παρακέντιση, αφήνοντας έναν καθετήρα rigtail, μέχρις ότου σταματήσει η παροχέτευση και αν επιμένει συνίσταται έγχυση τετρακυκλίνης, ως σκληρυντικού παράγοντα. Διαλύονται 200 έως 500 mg του φαρμάκου σε 5 ή 10 ml % ξυλοκαΐνης, η οποία μειώνει τον πόνο. Σε υποτροπή λεμφοκύλης είναι προτιμότερο να επιχειρείται μαρσιποποίηση εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας.

#### *Αντικείμενα λαπαροσκόπησης*

- 1) Διοξείδιο του άνθρακα (CO<sub>2</sub>).
- 2) CCD κάμερα και τουλάχιστον μία οθόνη (monitor).
- 3) 0ο 10 mm λαπαροσκόπιο (300).
- 4) Τέσσερις ειδικές βελόνες παρακέντησης 10mm (trocars).
- 5) Παπαροσκοπικό ψαλίδι, συνδεδεμένο με διαθερμία.
- 6) Δύο λαπαροσκοπικές λαβίδες συγκρότησης ιστών.
- 7) Λαβίδες διατομής.
- 8) Διαστολέα.
- 9) Δύο σακούλες.
- 10) Συνδετήρες (clips).

#### *Επιπλοκές της λαπαροσκοπικής λεμφαδενοκτομής*

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε λαπαροσκοπική λεμφαδενοκτομή πνευλική εξέρχεται από το νοσοκομείο αυθημερών. Μόνο 6% των ασθενών χρειάζεται να παραμείνει τη νύχτα στο νοσοκομείο. Η συνήθης αιτία είναι η ναυτία. Σ' αυτούς τους ασθενείς χορηγείται Ondansetron.

Διακρίνουμε τις γενικές επιπλοκές που αναφέρονται μόνο από τον Winfield (1992) και τον Ruckle (1992) όπως συμφύσεις στην αριστερή πλευρά κατά του σιγμοειδούς και ειδικές επιπλοκές που αναφέρθηκαν σε ποσοστό 14% από τον Ruckle

(1992), όπως παράλυση θηροειδούς νεύρου, οπισθοπεριτοναϊκό απόστημα και διάτρηση της ουροδόχου κύστης. Μπορεί να γίνει κάκωση της αρτηρίας στο σημείο αναστάμασης, αιμορραγία κατά 6% κατά τη διάρκεια τεχνικής.

Διακρίνεται και η εξωπεριτοναϊκή πυελική λεμφαδενεκτομή που αποτελεί εναλλακτική θέση της ενδοπεριτοναϊκής και είναι λιγότερο επεμβατική.

#### **4.12 Ριζική οπισθο-ηβική προστατεκτομή**

Ο Walsh (1983) τροποποίησε την τεχνική της ριζικής προστατεκτομής, με σκοπό να προστατευθεί το αγγειονευρώδες δεμάτιο. Ο ασθενής μπορεί να δώσει αίμα 6-8 εβδομάδες πριν από την επέμβαση το οποίο θα χρησιμοποιηθεί κατά τη διάρκεια της επέμβασης για αποφυγή επιπλοκών κατά την μετάγγιση. Συνήθως απαιτείται 2-3 μονάδες αίματος.

**Ειδικά εργαλεία:** Ένας φακός κεφαλής είναι χρήσιμος για καθαρή εικόνα ανατομικής περιοχής. Διαστολέας Balfour με το οπίσθιο άγκιστρο είναι χρήσιμος τόσο κατά τη διάρκεια της λεμφαδενεκτομής, όσο και για την διάρκεια ριζικής προστατεκτομής εξασφαλίζοντας οπίσθιο έλξη της κύστης.

Θέση στο χειρουργικό τραπέζι είναι θέση Trendelenburg.

#### ***Η χειρουργική επέμβαση ακολουθεί αυτά τα στάδια:***

- 1) Διατομή πλευρικής περιτονίας
- 2) Διατομή των ηβαπροστατικών συνδέσμων
- 3) Απολίνωση του ραχιαίου φλεβικού πλέγματος
- 4) Διατομή της ουρήθρας
- 5) Διατομή του βολβοσπραγγώδους μυός και της πλάγιας περιτονίας
- 6) Εκτομή της πλάγιας πυελικής περιτονίας και του αγγειονευρώδους δεματίου
- 7) Διατομή του αυχένα της κύστης και των σπερματοδόχων κύστεων
- 8) Σύγκλιση του αυχένα της κύστης και αναστόμωση με την ουρήθρα

#### ***Μετεγχειρητική πορεία:***

Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών από την 2η μετεγχειρητική ημέρα

Οι ποροχετεύσεις μένουν μέχρι να σταματήσουν οι ποροχετεύσεις υγρών 3η-

4η μετεγχειρητική ημέρα.

Σπάνια μπορεί να παρουσιάζουν διαφυγή κατά την αναστόμωση για 5-10 ημέρες και δεν θεωρείται σημαντικό.

Οι ασθενείς εξέρχονται του Νοσοκομείου με καθετήρα Foley την 7η-10η και επιστρέφουν μετά από 3 εβδομάδες για αφαίρεση του καθετήρα.

Η ακράτεια που παρουσιάζεται διορθώνεται συνήθως τον 1ο ή 2ο μήνα μετά από την επέμβαση.

### **Επιπλοκές**

Οι επιπλοκές διαιρούνται σε εγχειρητικές, σε νωρίς μετεγχειρητικές και σε απώτερες μετεγχειρητικές.

#### **1) Επιπλοκές κατά τη διάρκεια της επέμβασης:**

- α) Αιμορραγία
- β) Διατομή του θυροειδούς νεύρου
- γ) Κάκωση ορθού
- δ) Κάκωση ουρητήρα

#### **2) Ενωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές:**

- α) Θρομβοφλεβίτιδα και φλεγμονή του δέρματος
- β) Παρατεταμένη παροχέτευση υγρών τραύματος
- γ) Αυτόματη εξαγωγή του καθετήρα

#### **3) Απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές:**

- α) Στένωση της αρηθροκυστικής αναστόμωσης
- β) Ακράτεια
- γ) Ανικανότητα
- δ) Ορχιαλγία

## **Πλεονεκτήματα - Μειονεκτήματα**

### **Τα πλεονεκτήματα είναι:**

- α) Εκτελείται ταυτόχρονα με την λεμφαδενεκτομή, με την ίδια τομή.
- β) Εκτελείται με ανατομική ακρίβεια και θεωρείται από τους ουρολόγους περισσότερο ακριβής (αξιόπιστο).

### **Τα μειονεκτήματα είναι:**

- α) Ο χειρουργός πρέπει να έχει κατά νου το φλεβικό πλέγμα καθότι αν δεν ελέγχει καλά, μπορεί να προκύψει σημαντική απώλεια αίματος.
- β) Η τοποθέτηση ραφών στην ουρήθρα είναι δύσκολη.
- γ) Κατά την τεχνική διατήρησης του αγγειονευρώδους δεματίων αυτό κείται στο πλαγιοπίσθιο όριο του προστάτη και της ουρήθρας, εκτός του χειρουργικού πεδίου.

### **4.13 Ριζική περινεϊκή προστατεκτομή**

Η περινεϊκή προσπέλαση του προστάτη, ήταν μέθοδος εκλογής στη θεραπεία διαφόρων νόσων αυτών. Η περινεϊκή προσπέλαση έχει πλεονεκτήματα έναντι της οπισθοθηβικής ριζικής προστατεκτομής, καθότι δεν προκαλεί κάκωση του εντέρου και έχουμε καλύτερο έλεγχο της αιμορραγίας. Η επιθυμητή στάση επιτυγχάνεται με ανύψωση των γλουτών και με σημαντική κάψη των μηρών. Τα άκρα περιδέονται με ελαστικούς επιδέσμους για αποφυγή θρομβολογικών επεισοδίων. Ένα ειδικό εργαλείο που χρησιμοποιείται είναι ο διαστολέας Lawsloy που εισάγεται διά μέσου της ουρήθρας στην ουροδόχο κύστη.

### **Επιπλοκές**

- α) Απώλεια των ανατομικών ορίων κατά την διάρκεια παρασκευής της κορυφής του προστάτη.
- β) Έλεγχος της αιμορραγίας από το περιπροστατικό φλεβικό δεμάτιο.
- γ) Προβλήματα κατά την ανακατασκευή του αυχένα της κύστης.
- δ) Αδυναμία ούρησης μετά από την αφαίρεση του καθετήρα Foley.

- ε) Διαφυγή ούρων από το περινεϊκό χειρουργικό τραύμα
- ζ) Στένωμα της ουρηθρηκυστικής αναστόμωσης
- η) Τα στενώματα που εμφανίζονται αρκετούς μήνες μετά την ριζική αφαίρεση
- ι) Ακράτεια ούρων

### **Πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα της περινεϊκής ριζικής προστατεκτομής**

#### **Κυριότερα πλεονεκτήματα:**

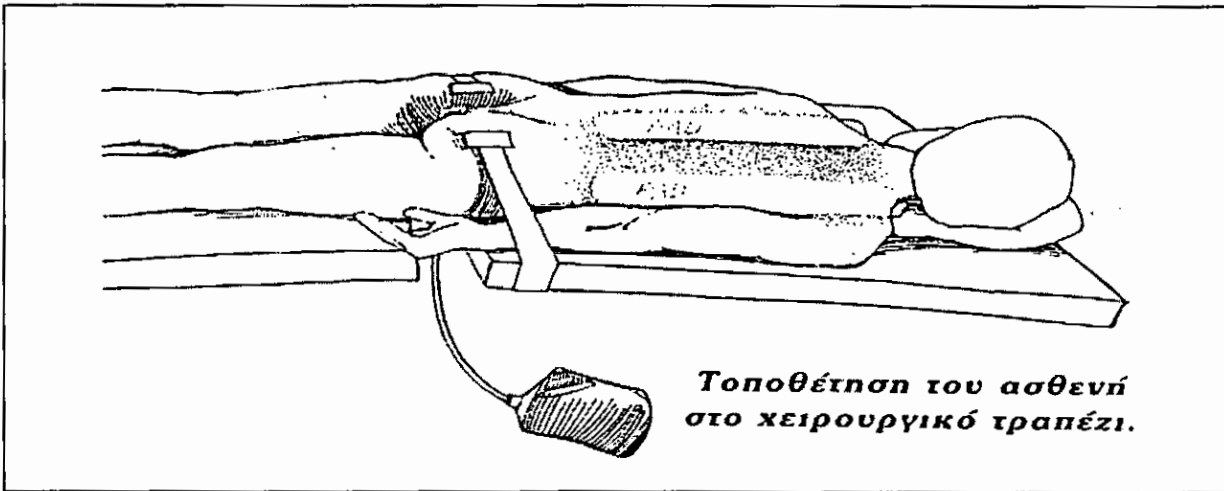
- 1) Ο χειρουργός έχει πεδίο προσπέλασης που διευκολύνει:
  - α) την ακριβή διατομή ουρήθρας μεταξύ σφιγκτήρα και κορυφής του προστάτη
  - β) την ακριβή τοποθέτηση όλων των ραμμάτων της ουρήθρας κατά την ουρηθροκυστική αναστόμωση
  - γ) την τεχνική διατήρηση του αγγειονευρώδους δεματίου που γίνεται με πολύ καλή όραση
- 2) Η απώλεια αίματος είναι μικρότερη
- 3) Η περινεϊκή προστατεκτομή είναι συμπληρωματική τεχνική της λαπαροσκοπικής λεμφαδενοεκτομής.

#### **Μειονεκτήματα:**

- α) Δεν είναι καλώς γνωστή η ανατομική της περιοχής σε πολλούς χειρουργούς του εκπαιδευτικού μέχρι το 1975.
- β) Αν δεν γίνει λαπαροσκοπική λεμφαδενοεκτομή απαιτείται δεύτερη χειρουργική τομή για την αφαίρεση λεμφαδένων προς σταδιοποίηση.
- γ) Για την πραγματοποίηση της τεχνικής χρειάζονται δύο βοηθοί απαραίτητως
- δ) Η θέση του ασθενή είναι δύσκολη και απαιτείται χρόνος να επιτευχθεί.
- ε) Απαιτούνται ειδικά εργαλεία.

#### 4.14 Διακοκκυγική ριζική προστατεκτομή

Η διακοκκυγική προσπέλαση, μία τροποποίηση της τεχνικής Kraske, είχε προταθεί τις περασμένες δεκαετίες ως εναλλακτική προσπέλαση της ριζικής προστατεκτομής της χειρουργικής των σπερματικών κύστεων, της εμφύτευσης ελασμάτων I για καρκίνο του προστάτη και για χειρουργική αποκατάσταση των ορθοπροστατικών συριγγίων. Η διακοκκυγική προσπέλαση έχει το πλεονέκτημα ότι γίνεται σε πεδίο σχετικά ανάγγειο, εξασφαλίζει καλή ορατότητα του αγγειονευρώδους δεματίου και είναι τεχνικά εύκολη η εκτέλεση της ουρηθροκυστικής αναστόμωσης. Ο ασθενής τοποθετείται σε πρήνη θέση και τοποθετείται Foley 22°.



#### Πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα

Προτιμάται όταν υποπτευόμαστε προεγχειρητική διήθηση των σπερματοδόχων κύστεων. Υπάρχει καλύτερος έλεγχος του ορθού, διεγχειρητικά. Προτείνεται συνήθως στους παχύσαρκους ασθενείς και σε εκείνους που έχουν ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων στην ελάσσοно πύελο και ακτινοθεραπείες. Μειονεκτήματα είναι ότι ο ασθενής υποβάλλεται δύο φορές σε γενική αναισθησία με αποτέλεσμα παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας.

#### 4.2 Ακτινοθεραπεία

Γίνεται με εξωτερική ακτινοβολία ή με εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων στον όγκο. Η εξωτερική ακτινοβολία διαρκεί περίπου έξι εβδομάδες. Πλεονεκτεί επειδή

αποφεύγεται η επέμβαση, ορισμένες φορές όμως δεν καταστρέφει όλα τα καρκινικά κύτταρα. Αν έτσι έχουν τα πράγματα, ο όγκος ενδέχεται να αναπτυχθεί εκ νέου, αν και μπορεί να χρειασθούν 10 με 15 χρόνια για να επανέλθει στο αρχικό μέγεθος. Ακτινοβολία 6 εβδομάδων, μπορεί να προκαλέσει ήπια ή σημαντικού βαθμού καταβολή. Ενδέχεται επίσης να εμφανιστούν δυνατοί πόνοι στον ορθό με διάρροια και σπασμό (πρωκτίτιδα εκ ακτινοβολίας), σοβαρά επείγοντα προβλήματα από την κύστη, συχνουρία και πόνος κατά την ούρηση (κυστίτιδα εκ ακτινοβολίας). Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι μόνιμα. Απώλεια ούρων (ακράτεια) και ανικανότητα παρατηρούνται συχνότερα έπειτα από ριζική προστατεκτομή. Επιπλέον η εξωτερική ακτινοβολία μπορεί να μην καταστρέψει όλα τα καρκινικά κύτταρα.

Η διάμεση ακτινοβολία πραγματοποιείται όταν εισάγονται απευθείας στον προστάτη σβόλοι ή ταινίες από υλικό που εκπέμπει ακτινοβολία. Αυτό μπορεί να γίνει με χειρουργική επέμβαση ή με ειδικές βελόνες που εισάγονται μέσω του δέρματος. Το κυριότερο πλεονέκτημα αυτής της θεραπείας είναι ότι η δόση της ακτινοβολίας περιορίζεται στον όγκο και δεν βλάπτονται φυσιολογικοί ιστοί.

Επίσης δεν παρουσιάζεται συχνά κυστίτιδα ή πρωκτίτιδα εξ ακτινοβολίας. Αν οι σβόλοι ή οι ταινίες τοποθετηθούν με ανοιχτή επέμβαση, ο χειρουργός μπορεί συγχρόνως να πάρει δείγματα λεμφαδένων για βιοψία, για να διαπιστώσει αν ο όγκος έχει διασπαρεί. Τα μειονεκτήματα της διάμεσης ακτινοβολίας είναι ότι οι σβόλοι ή οι ταινίες ενδέχονται να μην τοποθετηθούν στην ορθή θέση μέσα στον όγκο οπότε μερικές περιοχές δεν θα ακτινοβοληθούν σωστά. Επίσης είναι πιθανόν να μην καταστράφουν όλα τα καρκινικά κύτταρα και να υποτροπιάσει ο όγκος. Επιπλέον η διάμεση ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει διάβρωση του ορθού προκαλώντας έτσι δίοδο των ούρων στον ορθό και κοπράνων στην κύστη. Επίσης η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται και για ανακούφιση από τα συμπτώματα όπως π.χ. στα οστά.

Η ακτινοθεραπεία επιτυγχάνεται με:

1. Εμφύτευση ιωδίου 125
2. Εμφύτευση χρυσού 125 σε συνδυασμό με εξωτερική ακτινοθεραπεία
3. Ενδοϊστική εμφύτευση Ιριδίου 192.

### **Βαθμοί νοσηρότητας (Morbidity Grading Systems)**

Η εκτίμηση της νοσηρότητας από την ακτινοβολία του καρκίνου είναι δύσκο-

λη, λόγω έλλειψης διεθνώς αποδεκτής ταξινόμησης των επιπλοκών της ακτινοθεραπείας. Η ομάδα Ακτινοθεραπείας (The radiation Therapy Oncology Group, RTOG) ταξινόμησε τις κακώσεις από ακτινοβολία:

**Βαθμός I:** Παροδική ή ελάχιστα συμπτώματα, δεν απαιτείται θεραπεία.

**Βαθμός II:** Συμπτώματα υποχωρούντα στην αντιμετώπιση του ασθενούς ως εξωτερικού, μη επηρεάζοντα τον τρόπο ζωής.

**Βαθμός III:** Συμπτώματα εξάντλησης επηρεάζονται την ζωή των ασθενών. Νοσοκομειακή περίθαλψη ή μικρές χειρουργικές επεμβάσεις (διαστολή ουρήθρας).

**Βαθμός IV:** Μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις ή παρατεταμένη νοσοκομειακή νοσηλεία.

**Βαθμός V:** Θανατηφόρες επιπλοκές.

Επιπλοκές (RTOG)	Βαθμός					Σύνολο	%
	I	II	III	IV	V		
Διάρροια	26	26	26	26	26	67	12,7
Πρωκτίτιδα	19	19	19	19	19	52	9,9
Κυστίτιδα	36	36	36	36	36	60	11,4
Αιματουρία	11	11	11	11	11	30	5,7
Αιμορραγία εντέρου	30	30	30	30	30	46	8,7
Στένωμα δακτυλίου του πρωκτού	17	17	17	17	17	23	4,4
Στένωμα ουρήθρας	1	1	1	1	1	15	2,9
Έλκος εντέρου	0	0	0	0	0	6	1,1
Απόφραξη εντέρου	0	0	0	0	0	3	0,6

*Radiation Therapy Oncology Group From Pilepich MV, Krall JM, Sause WT, et al: Int Radiat. Oncol. Biol. Phys. 13: 351-357, 1987.*

### 4.3 Ορμονοθεραπεία

Όταν ο καρκίνος του προστάτη δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί χειρουργικά ή με ακτινοβολία ή όταν ο ασθενής αδυνατεί να ανεχθεί αυτές τις μεθόδους λόγω άλλων υποκείμενων νόσων, χρησιμοποιείται η ορμονοθεραπεία, ώστε να μειωθεί η ανάπτυξη του όγκου και να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Η ορμονοθεραπεία δεν αποτελεί τρόπο ίασης αλλά τα αποτελέσματά της μπορεί να είναι πολύ ικανοποιητικά. Αυτός ο τρόπος θεραπείας στηρίζεται στην ιδέα ότι η ανδρική ορμόνη Τεστοστερόνη βοηθά ν' αναπτυχθούν τα καρκινικά κύτταρα του προστάτη. Αν στερήσουμε από τα καρκινικά κύτταρα αυτήν την ορμόνη, πολλές φορές επιβραδύνουμε την ανάπτυξη



του όγκου. Η ορμονοθεραπεία επιτυγχάνεται αν αφαιρεθούν οι όρχεις (η κύρια πηγή τεστοστερόνης στους άνδρες) ή αν χορηγηθούν άλλες ορμόνες ή χημικές ουσίες που καταστέλουν την παραγωγή τεστοστερόνης ή εξουδετερώνουν τις δράσεις της. Οι ασθενείς που παίρνουν ορμονοθεραπεία παρουσιάζουν συχνά θεαματική υποχώρηση των συμπτωμάτων που ορισμένες φορές διαρκεί επί χρόνια. Τελικά, όμως, ο όγκος αναπτύσσεται και πάλι. Όλες οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για να ελεγχθεί το ορμονικό σύστημα του άνδρα επιφέρουν την απώλεια της σεξουαλικής του επιθυμίας. Επίσης μπορεί να προκαλέσουν αίσθημα θερμών εξάψεων.

Η αφαίρεση των όρχων (ορχεκτομή) αποτελεί απλή χειρουργική πράξη που μπορεί να γίνει υποτοπική ή γενική αναισθησία σε τμήμα εξωτερικών ιατρείων. Εφόσον γίνει αυτό δεν απαιτείται άλλου είδους ορμονοθεραπεία. Ορισμένοι άνδρες δεν επιθυμούν αυτήν τη μέθοδο αλλά τα αποτελέσματά της είναι ίδια μ' εκείνα που έχουν οι ορμονοθεραπείες άλλου είδους.

Αν χορηγήσουμε στους άνδρες τις γυναικείες ορμόνες οιστρογόνα, διακόπτουμε τη λειτουργία του εγκεφαλικού αδένου (υπόφυση) που διεγείρει τους όρχεις να παράγουν τεστοστερόνη, αλλά οι γυναικείες ορμόνες μπορούν να προκαλέσουν διόγκωση και πόνο στους μαστούς. Αυτό έχουμε τη δυνατότητα να το προλάβουμε δίνοντας στην αρχή μικρές δόσεις ακτινοθεραπείας στην περιοχή των μαστών.

Τα οιστρογόνα συνδέονται επίσης με αυξημένη επίπτωση καρδιακών νοσημάτων. Νεότερες ορμόνες όπως οι Leorprolide, έχουν ίδιες επιδράσεις με την ορχεκτομή και τα οιστρογόνα. Οι ορμόνες αυτές είναι ακριβές και χορηγούνται με καθημερινές ή μηνιαίες ενέσεις γιατρού. Ορισμένοι ορμονικοί παράγοντες συνδέονται με τα προστατικά κύτταρα και δεν επιτρέπουν στην τεστοστερόνη να δράσει και να τα βοηθήσει να αναπτυχθούν<sup>2</sup>.

#### **4.4 Χημειοθεραπεία**

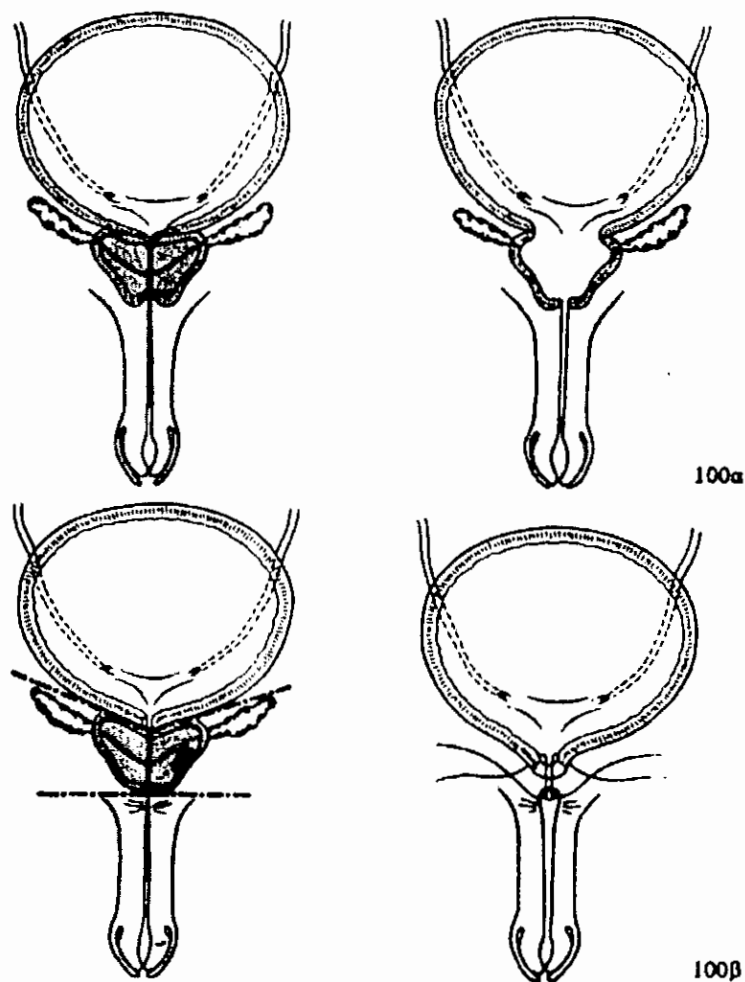
Κλινικό ενδιαφέρον εμφανίζει συνδυασμός οιστρογόνων και ενός κυτταροτοξικού φαρμάκου όπως το estraggt και το Prednimustine που είναι συνδυασμός κορτιζόνης και Chlorabucile αμφότερα χρησιμοποιήθηκαν επιτυχώς στις Σκανδιναβικές χώρες. Όλα τα προαναφερθέντα σκευάσματα δυστυχώς δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα στα 70-80% των περιπτώσεων. Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται όταν έχει αποτύχει η ορχεκτομή ή η ορμονοθεραπεία. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σε προχωρημένα στάδια.

## 4.5 Βραχυθεραπεία

Είναι μια μορφή ακτινοθεραπείας, κατά την οποία ραδιενεργά υλικά τοποθετούνται σε άμεση επαφή με την κακοήγη νεοπλασματική εστία. Μπορεί να είναι μόνιμη ή παροδική και γίνεται διαμέσου του περινέου με την βοήθεια διορθικού ή περιχοτομογραφήματος υπό γενική ή περιοχική αναισθησία. Τα αποτελέσματα βασίζονται αποκλειστικά στη μεταβολή της τιμής του PSA (ειδικού προστατικού αντιγόνου)<sup>4</sup>.

### I. Θεραπεία ανά στάδιο

**ΣΤΑΔΙΟ Α.** Οι όγκοι του σταδίου αυτού δεν διακρίνονται κλινικά ούτε ψηλαφώνται με τη δακτυλική εξέταση.



Εικόν 100. — Σχηματική παράσταση της αδενωμάτεκτομης α) και της όλικης προστατο-κυστεκτομής β) επί καρκίνου του προστάτου, στάδιον Β.

**ΣΤΑΔΙΟ A-1:** Ο όγκος περιορίζεται σε έκταση μικρότερη από το 5% του προστατικού ιστού. Αφαιρείται με την επέμβαση και είναι χαμηλής κακοήθειας. Η θεραπεία εκλογής είναι για τους περισσότερους άνδρες ή παραμονή χωρίς θεραπεία γιατί ο όγκος αναπτύσσεται αργά και χωρίς συμπτώματα.

**ΣΤΑΔΙΟ A-2:** Ο όγκος μετά από τη χειρουργική αφαίρεση του προστάτη καταλαμβάνει έκταση μεγαλύτερη από το 5% του προστατικού ιστού και η κακοήθεια είναι μέση προς υψηλή. Το 34% των ασθενών παρουσιάζουν απρόσμενη διασπορά στους λεμφαδένες. Θεραπεία εκλογής είναι η αφαίρεση των λεμφαδένων της πυέλου και ριζική προστατεκτομή. Εφαρμόζεται μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Επίσης η εξωτερική ακτινοθεραπεία με χρήση γραμμικού επιταχυντή. Επίσης, και η προσεκτική παρακολούθηση. Σ' αυτό το στάδιο οι ασθενείς έχουν 5-ετή επιβίωση 60%.

**ΣΤΑΔΙΟ B:** Οι όγκοι του Σταδίου B είναι ψηλαφητοί. Περιορίζονται στον προστάτη και δεν διηθούν την προστατική κάψα.

**ΣΤΑΔΙΟ B-1:** Ο όγκος είναι μικρότερος από 1,5 cm. Η θεραπεία επιλογής είναι ίδια όπως στο στάδιο A-2. Έχουν 5-ετής επιβίωση 75%.

**ΣΤΑΔΙΟ B-2:** Ο όγκος είναι μεγαλύτερος των 2 cm και προσβάλλει περισσότερους από έναν λοβούς του προστάτη. Δεν διηθεί την κάψα. Θεραπεία εκλογής ίδιας όπως στο στάδιο A-2.

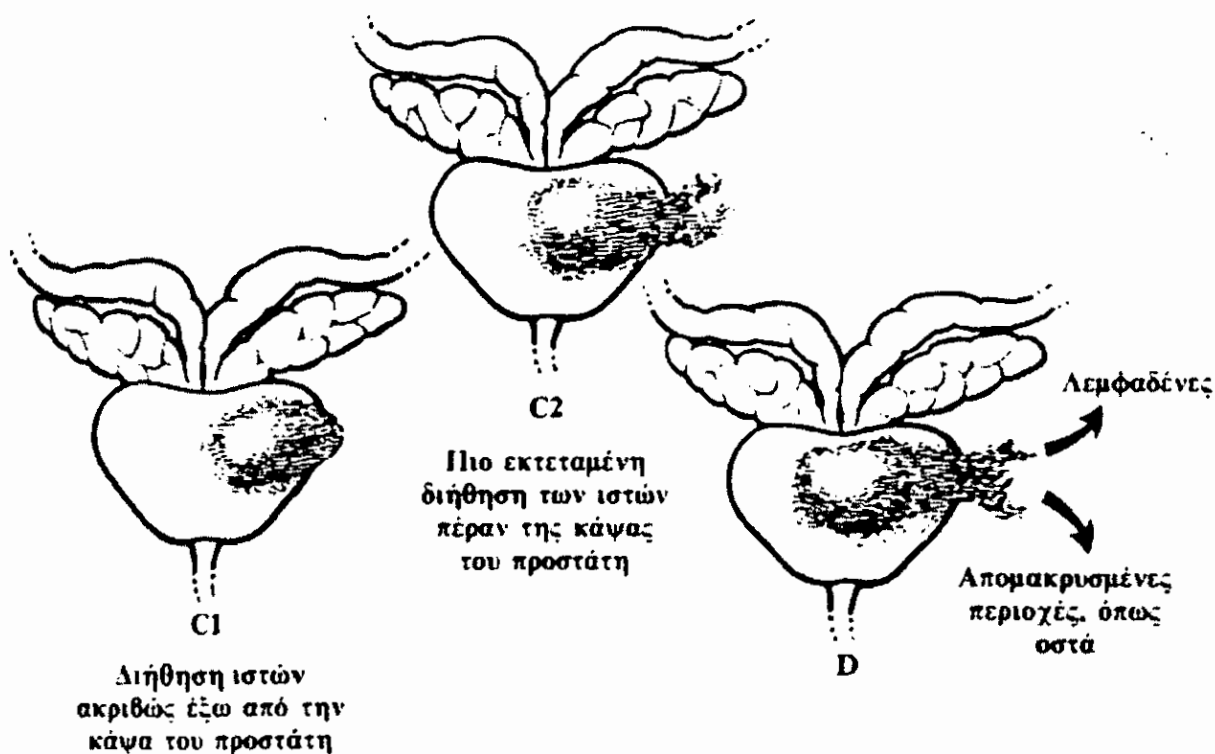
**ΣΤΑΔΙΟ C:** Οι όγκοι αυτού του σταδίου έχουν διηθήσει την κάψα του προστάτη και έχουν διασπαρεί σε γειτονικούς ιστούς. Περίπου οι μισοί ασθενείς του ΣΤΑΔΙΟΥ C-1 και το 80% των ασθενών του ΣΤΑΔΙΟΥ C-2 παρουσιάζουν απρόσμενες μεταστάσεις στους λεμφαδένες. Θεραπεία εκλογής εξαρτάται από την έκτασή του και την κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Αν όλα αυτά είναι άσχημα και ο ασθενής πολύ ηλικιωμένος, εφαρμόζεται παρηγορητική θεραπεία ώστε ν' αμβληθούν τα συμπτώματα.

**α) Θεραπεία με στόχο την ίαση:** Είναι η θεραπεία εκλογής όπως η εξωτερική ακτινοβολία δέσμης αν η βιοψία των λεμφαδένων είναι θετική δεν εκτελείται προστατεκτομή.

**β) Παρηγορητική θεραπεία** (ή ακτινοθεραπεία του προστάτη) μπορεί να μειώσει το μέγεθος του όγκου και ελαττώνει την απόφραξη και διευκολύνει τη διούρηση επίσης και η διουρηθρική θεραπεία αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της παρηγορητικής θεραπείας (5-ετής επιβίωση 50-55 για το ΣΤΑΔΙΟ C-1, 40-45% για το ΣΤΑΔΙΟ C-2).

**ΣΤΑΔΙΟ D:** Ο όγκος έχει διασπαρεί στους λεμφαδένες και σε απομακρυσμένες περιοχές και σπανίως ίαται. Συνήθως υπάρχει απόφραξη και πόνος λόγω μεταστάσεων στα οστά. Θεραπεία εκλογής: Οι περισσότερες θεραπείες αποβλέπουν στον έλεγχο των συμπτωμάτων και προσπαθούν να επιμηκύνουν τη ζωή. Καθυστερημένη θεραπεία είναι η ορμονοθεραπεία ή η αφαίρεση των όρχιων.

Ο Χημειοθεραπευτικός-Ορμονικός παράγοντας που ονομάζεται οιστραμουστίνη φωσφορικού πιστεύεται ότι έχει άμεση δράση εναντίον του όγκου μόνο όταν έχουμε σοβαρά προβλήματα ούρησης, συνίσταται διουρηθρική προστατεκτομή. 5-ετής επιβίωση 55% για το ΣΤΑΔΙΟ D-0, 40% για το D-1, 35% για το D-2 και το D-3<sup>4</sup>.



Στάδια του καρκίνου του προστάτη.

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΑ-ΠΡΟΣΤΑΤΗ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

Α - ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Η εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο δεν είναι και πολύ ευχάριστη γι' αυτόν. Από την εμφάνιση της νόσου ο ασθενής αντιμετωπίζει προβλήματα οικονομικά, επαγγελματικά, κοινωνικά, σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας, κ.λπ. Ο ασθενής επειδή δεν γνωρίζει την βαρύτητα της κατάστασής του αγωνιά και ανησυχεί. Η νοσηλεύτρια πρέπει να κατανοεί ότι ο εισερχόμενος είναι άνθρωπος που πάσχει και γι' αυτό η συμπεριφορά όλων πρέπει να είναι ενδεδειγμένη. Μετά από την ιατρική εξέταση δίνεται από τον γιατρό ένδειξη εισαγωγής στο νοσοκομείο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### Α - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

2.1 Δακτυλική εξέταση

2.2 Βιοψία

2.3 Κυτταρολογική εξέταση προστατικού υγρού

2.4 Κυστεοσκόπηση

2.5 Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης

2.51 Ανοιχτή πλύση κύστης και καθετήρα

2.52 Κλειστή πλύση κύστης και καθετήρα

2.6 Ενδοφλέβια ουρογραφία



## **A. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

### **2.1 Δακτυλική εξέταση από τον ορθό**

Αυτή η εξέταση δεν είναι και πολύ ευχάριστη για τον ασθενή, είναι κάτι άγνωστο και κατά κάποιον τρόπο επηρεάζει την βιοψυχοκοινωνική του ταυτότητα. Η νοσηλεύτρια απλώς ενημερώνει τον ασθενή για την εξέταση η οποία είναι ανώδυνη και δεν παίρνει μέρος κατά την εκτέλεσή της από τον γιατρό. Σημειώνει όμως πότε έγινε η εξέταση. Ο ασθενής αυτήν την εξέταση μπορεί να την κάνει και στα εξωτερικά ιατρεία ή στην κλινική που θα νοσηλευτεί. Εφόσον έχει γίνει η πιθανή διάγνωση.

### **2.2 Βιοψία**

Η βιοψία περιλαμβάνει παρακέντηση της προστατικής κάψας, λαμβάνοντας από ύποπτο μέρος ένα τεμάχιο το οποίο στέλνεται για ιστολογική εξέταση. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας εστιάζεται στην συγκέντρωση του κατάλληλου υλικού, στην τήρηση της ασύπτης τεχνικής και στην αποστολή του προστατικού ιστού στο κατάλληλο εργαστήριο προς διερεύνηση.

### **2.3 Κυτταρολογική εξέταση προστατικού υγρού**

Γίνεται διά ελαφρών μαλάξεων αμφοτέρων λοβών από πάνω προς τα κάτω διά του άκρου του δακτύλου. Η νοσηλεύτρια εστιάζει την προσοχή της στην συλλογή του υγρού σε αποστειρωμένο δοχείο που περιέχει αποστειρωμένο διάλυμα μαγειρικού αλάτος και στο να σταλεί στο κατάλληλο εργαστήριο προς διερεύνηση.

### **2.4 Κυστεοσκόπηση"**

Είναι η άμεση επισκόπηση της ουροδόχου κύστης με τη βοήθεια του κυστεοσκοπίου. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας εστιάζεται στην κατάλληλη προετοιμασία του ασθενούς με χορήγηση 2 (δύο) προτηρίων νερού πριν από την εξέταση, στην τήρηση της ασύπτης τεχνικής και στην μείωση του πόνου μετά την εξέταση συνιστώντας

του ανάπαυση, λήψη άφθονων υγρών και χορήγηση μυοχαλαρωτικών με εντολή γιατρού.

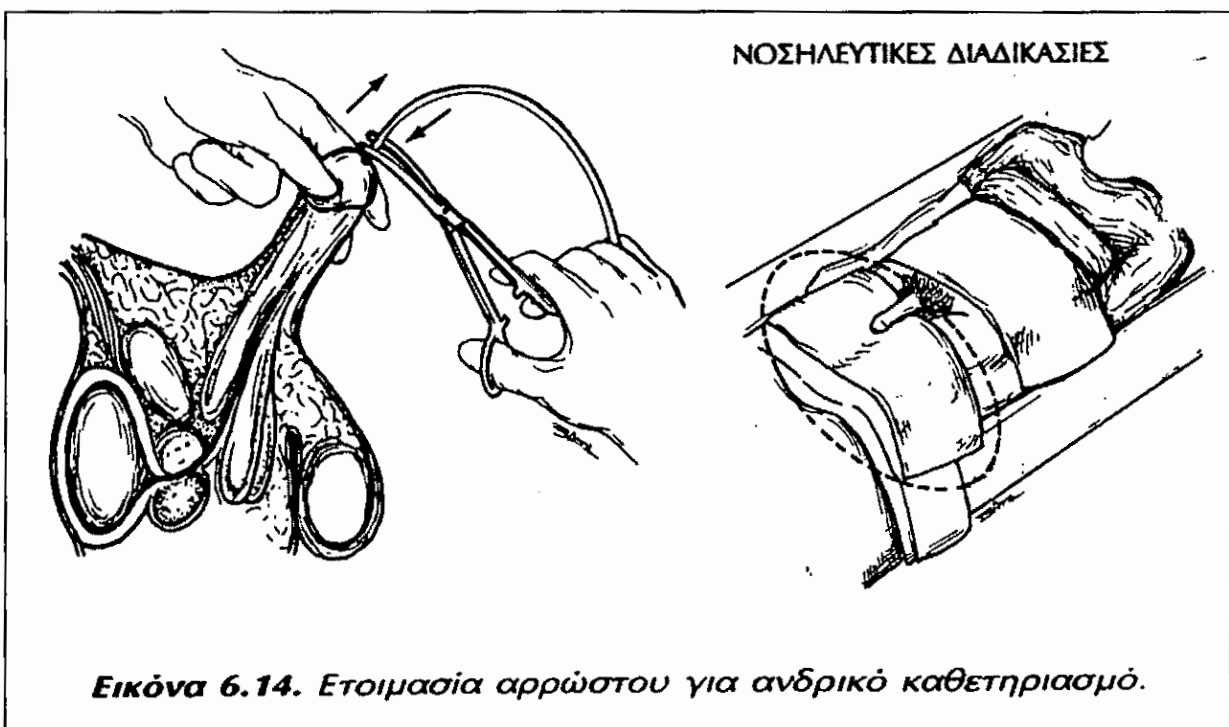
## 2.5 Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως

Άνδρας άρρωστος.

Συνήθως ο καθετηριασμός γίνεται πριν από την εγχείρηση του προστάτη.

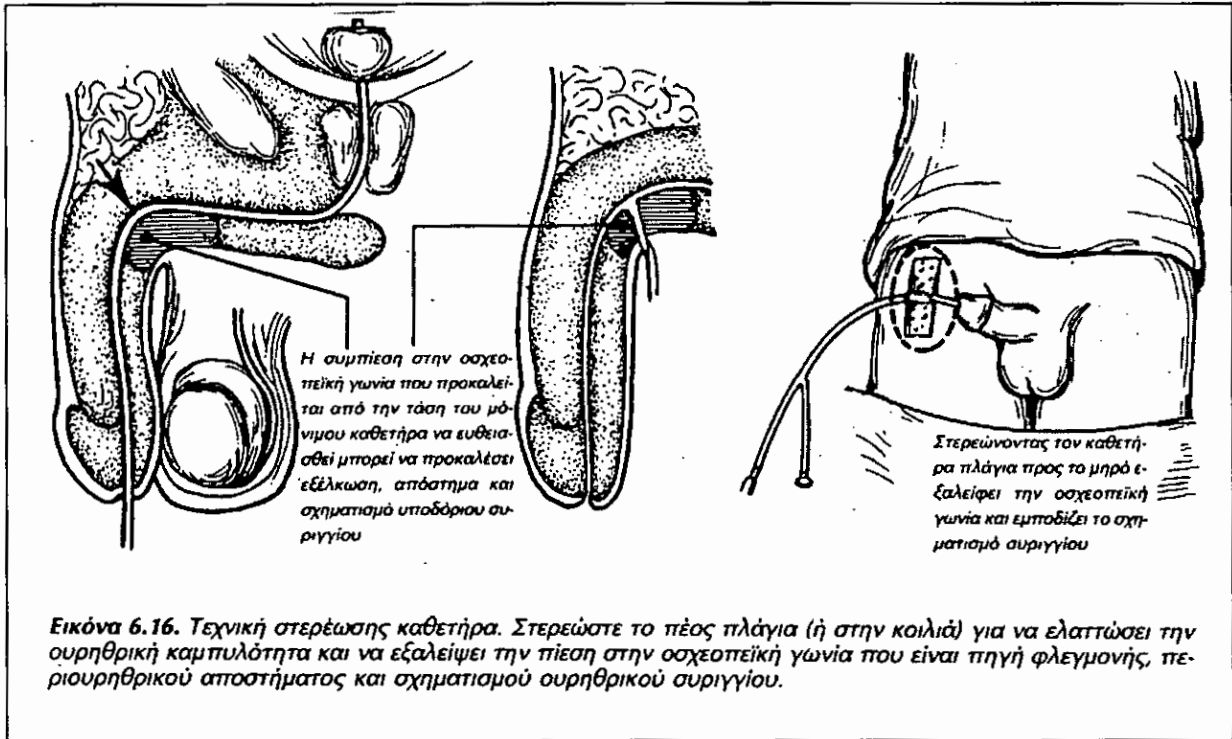
Η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει τον καθετηριασμό αυτό αλλά η εργασία αυτή συνήθως εκτελείται από τον ουρολόγο.

Η νοσηλεύτρια προετοιμάζει τα αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν όπως καθετήρα Foley 20-22F, συνήθως αποστειρωμένα γάντια, πεδίο, μια λαβίδα αποστειρωμένη, αντισυπτική διάλυση, συνδέει το σύστημα παροχέτευσης (ουροσυλλέκτης), δίνει στον άρρωστο θέση ύπτια με λίγη απόσταση των μηρών και τα άνω άκρα κάτω ευθεία στο κρεβάτι, κατευθύνει τον φωτισμό στο σημείο καθετηριασμού, τοποθετεί το αδιάβροχο τετράγωνο πάνω από τους μηρούς και κάτω από το πέος, αποστειρωμένες γάζες και αποστηρωμένο τετράγωνο με σπή.



Σ' αυτήν τη φάση αρχίζει η φάση εκτέλεσης στο οποίο η νοσηλεύτρια σερβίρει γάζες αποστειρωμένες με αντισυπτική διάλυση για τοπική πλύση, γάντια αποστειρωμένα στον γιατρό, τον καθετήρα και τοπικό αντισυπτικό και την λαβίδα. Εφόσον

θέλουμε μόνιμο καθετήρα τοποθετούμε 10-15 εκ. μέσα στην ουρήθρα και φουσκώνουμε το μπαλόνι με 15-20 cc. Τραβάμε ελαφρά τον καθετήρα για να είμαστε σίγουροι ότι δεν βγαίνει, συνδέουμε μετά με το σύστημα αποχέτευσης. Τέλος, η νοσηλεύτρια απομακρύνει τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν και τοποθετεί τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.



### 2.51 Ανοιχτή πλύση κύστης και καθετήρα

Η νοσηλεύτρια/ής πρέπει να συλλέξει τα απαραίτητα αντικείμενα όπως: διάλυμα αποστειρωμένο, σε θερμοκρασία δωματίου, δοχείο υποδοχής του διαλύματος αποστειρωμένο, σύριγγα πλύσης 50 ml αποστειρωμένη, γάζες αποστειρωμένες, αντισυπτική διάλυση, νετρεοειδές μεγάλο. Η όλη τεχνική είναι ασυπτή. Εξηγούμε στον άρρωστο τί θα γίνει και εξασφαλίζουμε ένα πεδίο εργασίας ανοιχτό. Καθαρίζουμε με την ασυπτή διάλυση (Betadine) το σημείο σύνδεσης του καθετήρα, το αποσυνδέουμε χωρίς να μολύνονται τα άκρα και τυλίγουμε τον σωλήνα παροχέτευσης με μία γάζα αποστειρωμένη και το αφήνουμε κάτω με ασφάλεια.

Με το άλλο χέρι κρατάμε τον καθετήρα και εφαρμόζουμε το μπεκ της σύριγγας με 30-50 cc φυσιολογικού ορού και αφήνουμε να χυθεί σιγά - σιγά με τη βαρύτητα ή με ελαφρά πίεση του εμβολού. Μετά από την εισαγωγή του υγρού στην κύστη

αποσύρουμε τη σύριγγα και αφήνουμε να τρέχει στο νεφροειδές το υγρό που βάλουμε. Αυτό επαναλαμβάνεται 4-6 συνεχιζόμενες φορές μέχρι που να καθαρίσει ο αυλός του καθετήρα. Μετά συνδέουμε ξανά το σύστημα αποχέτευσης με ασυπτή τεχνική. Τέλος απομακρύνουμε τα αντικείμενα και τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση. Και αναγράφονται: Τον λόγο της πλύσης, το ποσό και το είδος του διαλύματος, το ποσό και χαρακτηριστικά του διαλύματος που παροχετεύθηκε.

### **2.52 Κλειστή πλύση κύστης και καθετήρα**

Χρησιμοποιείται για την αποφυγή του κινδύνου μικροβιακής μόλυνσης που συχνά παρατηρείται στο ανοικτό σύστημα πλύσης. Χρησιμοποιείται συνήθως καθετήρας τριπλού αυλού (Three-way). Το διάλυμα είναι σε θερμοκρασία δωματίου. Διακρίνεται η διαλείπουσα πλύση στην οποία κλείνεται το πιεστρού του σωλήνα παροχέτευσης υγρού από την κύστη σε τακτά χρονικά διαστήματα, και η συνεχής πλύση, όταν το υγρό παροχέτευσης είναι ανοιχτό κόκκινο, αφήνουμε το διάλυμα να τρέξει γρήγορα ώσπου να ανοίξει περισσότερο το χρώμα. Αν το υγρό είναι καθαρό ρυθμίζουμε τη ροή διαλύματος στις 40-60 σταγ/λεπτό.

Επίσης η νοσηλεύτρια εμποδίζει την είσοδο μικροβίων από το έξω στόμιο της ουρήθρας κάνοντας πλύσεις με αντισυπτική διάλυση τοποθετώντας αντιμικροβιακή αλοιφή, διδάσκοντάς τον ώστε να αυτοπεριποιείται, ενθαρρύνοντάς τον για πρόσληψη πολλών υγρών και οξυνοποιητικής δίαιτας.

### **2.6 Ενδοφλέβια ουρογραφία**

Μετά από τη χορήγηση IV ακτινοσκιερής ουσίας (Urografine, Diodrast κ.ά.) που αποβάλλεται από τους νεφρούς, γίνεται ακτινογραφία, νεφρού, ουρητήρα, κύστης, προστάτη. Ο άρρωστος δεν πρέπει να παίρνει πολλά υγρά για την αποφυγή αραιώσης της σκιερής ουσίας. Το βράδυ της προηγούμενης της εξέτασης δίνεται στον άρρωστο ελαφρό δείπνο και υπακτικό. Μετά το δείπνο και μέχρι την ώρα της εξέτασης, ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα και μένει στο κρεβάτι. Σε αφυδατωμένα άτομα πρέπει να χορηγούνται υγρά. Πριν γίνεται test ευαισθησίας (2 ml ενδοδερμικά). Πρέπει να υπάρχουν έτοιμα φάρμακα επείγουσας ανάγκης, οξυγόνο και μέσα για τραχειοτομία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **Α - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ - ΤΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

- 3.1 Γενικά νοσηλευτικά μέτρα
- 3.2 Ειδικότερα κατά την ακτινοθεραπεία του προσάτη
- 3.3 Νοσηλευτική φροντίδα στην ενδοκοιλιακή ακτινοβολία

### **Β - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

- 3.1 Σκοποί
- 3.2 Παρέμβαση

## **Ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τή στην ακτινοθεραπεία**

### **Προβλήματα του αρρώστου**

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου
2. Θερπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου στην σωματική κοιλότητα)
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.
4. Δυσχέριες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου
5. Κίνδυνοι μόλυνσης (λευκοπενία)
6. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία)
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας), περιορισμός αριθμητικός και χρονικός επισκέπτηριου). Παρέμβαση

### **3.1 Γενικά νοσηλευτικά μέτρα**

1. Η ακτινοθεραπεία είναι δύσκολη και με πολλές παρενέργειες θεραπεία, όπως ήδη αναφέραμε για την υποδοχή της από τον άρρωστο, με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης. Είναι απαραίτητο η ενημέρωσή του για τη φύση, τον σκοπό και τις παρενέργειές της.

2. Διδασκαλία αρρώστου τί να κάνει σε κάθε περίπτωση εφαρμογής ραδιοϊσοτόπου.

3. Αντιμετώπιση γενικών παρενεργειών και επιπλοκών από την ακτινοβολία.

#### **α. Ναυτία και εμετοί.**

Χορηγούμε ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντισταμινικά σύμφωνα με ιατρική εντολή. Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να παίρνει νερά. Χορηγούμε μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λεύκωμα.

#### **β. Αντιδράσεις από το δέρμα**

Παρατηρείται για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση. Εφαρμόζουμε ουδέτερες κρέμες στο σημείο ακτινοβολίας. Πλένουμε το δέρμα με ουδέτερο σαπούνι.

Προστατεύουμε το δέρμα από υψηλές θερμοκρασίες, ηλικία ακτινοβολία, τραυματισμό και στενά ενδύματα.

*γ. Διάρροια*

Χορηγούμε αντιδιαρροϊκά φάρμακα. Αποφεύγονται τροφές που προκαλούν διάρροια. Δίαιτα με μικρό υπόλειμμα.

*δ. Καταστολή του μυελού των οστών*

Προστατεύουμε τον άρρωστο από λοιμώξεις και τραυματισμούς. Παρατηρήστε για την εμφάνιση αιμορραγιών ή λοιμώξεων και μεριμνήστε για την αντιμετώπισή τους.

### **3.2 Ειδικότερα κατά την ακτινοθεραπεία του προστάτη**

Εμφανίζονται παροδικά συμπτώματα όπως: κακουχία, διάρροια, εμμετοί, πρωκταλγία, δυσουρία, κάψιμο καύσο κατά την ούρηση, συχνουρία ή νυκτουρία.

*Αντιμετώπιση αυτών γίνεται:*

Με διαιτητική αγωγή όπως, αύξηση στην πρόσληψη υγρών κατά την διάρκεια της ημέρας και περιορισμός αυτών το απόγευμα, και περιορισμός του καφέ συνήθως ανακουφίζει από τον καύσο κατά την ούρηση. Χορήγηση φαρμάκων με ιατρική εντολή όπως Puridium ή Uripas, ή διακοπή θεραπείας για λίγες ημέρες για τα οξέα προβλήματα.

Η διάρροια αντιμετωπίζεται όπως παραπάνω και με αποφυγή αλκοόλης ή χορήγηση Imodium Lomotil.

### **3.3 Νοσηλευτική φροντίδα στην ενδοκοιλιακή ακτινοβολία**

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Απομόνωση του αρρώστου ή απομάκρυνση έως 2 m από τον άλλο ασθενή.
- Ανάρτηση πινακίδας που να αναγράφεται η περιοχή εφαρμογής καθώς και το είδος και η δόση του ραδιοϊσοτόπου.
- Φύλαξη κάθε αντικειμένου που ήρθε σε επαφή με τον ραδιενεργό χρυσό

ώσπου να περάσουν 10 χρόνια υποδιπλασιασμού του.

- Αλλαγή θέσης κάθε 15΄.
- Προσοχή για διάρροή διαλύματος από το σημείο παρακέντησης.
- Προσδιορισμός ακτινοβολίας λευχαιμάτων πριν από την αποστολή τους

στο πλυντήριο.

- Τα ούρα φυλάσσονται σε ειδικά δοχεία.
- Είναι απαραίτητη η παρουσία κάποιου από το τμήμα ραδιοϊσοτόπων όταν

πρέπει να γίνει παρακέντηση.

- Έλεγχος οπόχρεμψης για ραδιενέργεια.

## **B. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ - ΤΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών πλασμάτων προκαλούν ναυτία, εμετό, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών, διάρροια, δυσκοιλιότητα, αλωπεκία, δερματίτιδες, δηλαδή επηρεάζουν διάφορα συστήματα του σώματος, ΚΠΣ, γαστρεντερικό σύστημα, ουροποιητικό, γενετικό σύστημα.

### **3.1 Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:**

- α) Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
- β) Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
- γ) Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχεριών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.

### **3.2 Παρέμβαση:**

α) Προετοιμασία αρρώστου για κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία μέσα σ΄ ένα κλίμα κατανόησης



β) Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία

γ) Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμ. - απολαμβανόμενων υγρών

δ) Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας

ε) Γεύματα μικρά, συχνά. Δίαιτα πλήρης και ελαφρά

στ) Προσεκτική φροντίδα στόματος

ζ) προστασία αρρώστου από μολύνσεις

η) Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση φαρμάκου στο ΚΠΣ τους νεφρούς ή το ήπαρ

θ) Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία, και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας

ι) Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα

Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα.

Λήψη μέτρων για αποφυγή φαρμάκου από την φλέβα και διήθηση των γύρω ιστών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Α - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### 4.1 Γενική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

4.11 Ψυχολογική υποστήριξη

4.12 Τόνωση σωματική

4.13 Ιατρικές ειδικές εξετάσεις

4.14 Γενική προετοιμασία

4.15 Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

4.16 Τελική προεγχειρητική προετοιμασία

#### 4.2 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.

μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές

4.21 Εμετός ή ναυτία

4.22 Θρομβοφλεβίτιδα και πνευμονική εμβολή

4.23 Επίσχεση ούρων

4.24 Ακράτεια

4.25 Αιμορραγία

4.26 Ουραιμία

4.27 Πνευμονία - Ατελεκτασία

4.28 Μόλυνση και ρήξη τραύματος;

4.29 Μετεγχειρητική ψύχωση

4.211 Shoch ή καταπληξία

4.212 Μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλίας

4.213 Παραλυτικός ειλεός

4.214 Οξέωση ή κετώση

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ-ΤΗ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### **4.1 Γενική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα**

Η προεγχειρητική προετοιμασία του αρρώστου προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του. Αυτή περιλαμβάνει:

**4.11 Την ψυχολογική προετοιμασία** στην οποία η νοσηλεύτρια παίζει σημαντικό ρόλο στην τόνωση του ηθικού γιατί ο ασθενής έρχεται στο νοσοκομείο ανήσυχος, με φόβους, κάνουν διάφορες σκέψεις αποτυχίας, που αφορούν την οικογένεια, δημιουργούν αισθήματα καταθλίψεως. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια ικανοποιεί τις ανάγκες του και πρέπει να συμμεριστεί τη θέση του, να φέρεται με λεπτότητα, ευγένεια και κατανόηση. Δίνει αληθινές απαντήσεις ώστε να μειωθεί ο φόβος.

**4.12 Τόνωση σωματική:** η οποία επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Σε εξασθενημένα άτομα χορηγούνται παράλληλα υγρά ενδοφλεβίως.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την διατροφή του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους λόγω ότι ο ασθενής κατά την επέμβαση χάνει υγρά ή από τον ιδρώτα του και τοιχόν εμετούς.

Συγκεκριμένα στη ριζική αφαίρεση του προστάτη η προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει έναν μηχανικό υποκλυσμό την προηγούμενη νύχτα της επέμβασης και Νοεμυκίνη και Ερυθροκίνη χορηγούνται την προηγούμενη της επέμβασης.

### **4.13 Ιατρικές ειδικές εξετάσεις (κλινικές, εργαστηριακές).**

Είναι οι εξετάσεις που θα υποβληθεί ο άρρωστος πριν από το χειρουργείο και περιλαμβάνει εξέταση:

1) Από χειρουργό, για εκτίμηση καταστάσεως του ασθενούς. Επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού.

2) Παθολόγος, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

*Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:*

- 1) Εξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά-ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος.
- 2) Γενική ούρων: Ακτονογραφία και ΗΚΓ.

Όταν πρόκειται για επεμβάσεις στην ελάσσονα πύελο όπως στην περίπτωση μας, γίνεται καθετηριασμός με μόνιμο καθετήρα, που μένει κατά την διάρκεια της επέμβασης και μετά από αυτήν. Μετά την οριστική απόφαση εγχείρησης του ασθενούς, καλείται η αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Αυτή η εξέταση αποσκοπεί στο να καθορίσει το είδος της νάρκωσης (τοπική, γενική, επισκληρίδια κ.λπ.) και το είδος του αναισθητικού.

#### **4.14 Επίσης η γενική προετοιμασία περιλαμβάνει:**

Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου και καλού. Επιτυγχάνεται με την χορήγηση ηρεμιστικών και υπνωτικών φαρμάκων. Προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών κ.λπ. Προσανατολισμό του ασθενούς στο νέο δωμάτιο που θα μεταφερθεί μετά από την εγχείρηση.

#### **4.15 Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία**

Τ.Π.Ε. είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Περιλαμβάνει καθαριότητα, αποτρίχωση, αντισυψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου.

#### **4.16 Τελική προεγχειρητική προετοιμασία:**

Αυτή περιλαμβάνει:

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Καταγράφει ζωτικά σημεία και σημειώνει διαφορές και παρατηρεί για τυχόν βήχα ως ένδειξη κρυσταλλογονίας.

β) Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς πριν μισή ώρα από την εγχείρηση αφού πρώτα έχει ουρήσει.

#### γ) Προνάρκωση

Η προνάρκωση γίνεται μισή ώρα πριν από την εγχείρηση. Κατά την προνάρκωση η νοσηλεύτρια πρέπει να δίνει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και στην καθορισμένη ώρα. Μετά του εξασφαλίζει ένα ήσυχο περιβάλλον με έντονο φωτισμό.

### **4.2 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές**

Η νοσηλεύτρια δίνει ιδιαίτερη σημασία στην παρακολούθηση των μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως:

#### **4.21 Εμετός ή Ναυτία:**

Είναι η πιο συχνή δυσχέρεια στους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε προστατεκτομή. Οφείλεται στην νάρκωση. Η νοσηλεύτρια εστιάζει την προσοχή της στην πρόληψη του ασθενούς από τις εισραφήσεις τοποθετώντας το κεφάλι του στο πλάι, ετοιμάζοντας στο κομοδίνο του αρρώστου το υλικό όπως νεφροειδές, χαρτοβάμβακο, γλωσσοπίεστρο κ.ά. και πρόληψη από τις στοματικές λοιμώξεις, περιποιώντας και διατηρώντας καθαρή την στοματική κοιλότητα με Hexalen και port cotton. Σε μερικές περιπτώσεις προς αποφυγήν αφυδάτωσης τοποθετείται σωλήνας Levin.

#### **4.22 Θρομβοφλεβίτιδα και πνευμονική εμβολή**

Στην προστατεκτομή η θρομβοφλεβίτιδα αναφέρεται σε ποσοστό 3-12% των ασθενών και η πνευμονική εμβολή 2-5%.

Η θρομβοφλεβίτιδα εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στο σημείο θρόμβωσης. Η πρόληψή της περιλαμβάνει την:

1) Τοποθέτηση του αρρώστου σε κατάλληλη θέση στο χειρουργικό τραπέζι (Trendelenburg).

2) Στην έγκαιρη έγερσή του από το κρεβάτι του.

3) Ασκήσεις των κάτω άκρων και αποφυγή εντριβών τους.

Η θεραπεία της θρομβοφλεβίτιδας περιλαμβάνει:

1) Απόλυτη ακινησία του θρομβωμένου μέλους και ελαφρά πιεστική περιδέσση του με ελαστικό επίδεσμο.

2) Τοποθέτηση υγρών, θερμών επιθεμάτων για ανακούφιση από τον πόνο.

3) Έναρξη αντιπυκτικής αγωγής και άμεση κινητοποίηση με εντολή γιατρού.

Η πνευμονική εμβολή εμφανίζεται με απροσδόκητο και έντονο πόνο στον θώρακα κατά την εισπνοή, δυσκολή στην αναπνοή και άγχος. Η πρόληψη είναι ίδια με της θρομβοφλεβίτιδας.

Η θεραπεία περιλαμβάνει:

1) Χορήγηση μορφίνης

2) Αντιπυκτικών φαρμάκων με εντολή γιατρού

3) Τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση.

#### 4.23 Επίσχεση ούρων

Συμβαίνει συνήθως λόγω της στένωσης της ουρηθροκυστικής αναστόμωσης κατά την προστατεκτομή.

Η νοσηλεύτρια για λύση της επίσχεσης χρησιμοποιεί τα ακόλουθα φυσικά μέσα:

Αλλάζει τη θέση του αρρώστου.

Χύνει νερό χλιαρό στο στόμιο της ουρήθρας

Αφήνει την βρύση να τρέχει

Σηκώνει τον ασθενή και τον κρατεί όρθιο

Στην συγκεκριμένη περίπτωση το πρόβλημα λύνεται με τοποθέτηση καθετήρα και αν αποτύχει τότε επιχειρείται ουρηθροσκόπηση και διαστολή υπό όραση με Filiform<sup>1</sup>.

**4.24 Ακράτεια:** Είναι σπάνια επιπλοκή της ριζικής προστατεκτομής και η συχνότητά της επέρχεται σε 0-4%.

Την παθαίνουν από προσπάθεια τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες. Η ακρά-

τεια αντιμετωπίζεται με τοποθέτηση Foley και παρακολούθηση από τον γιατρό για 6 μήνες. Αν επιμένει χορηγούνται με εντολή γιατρού άλφα αδρενεργικοί αλκωνιστές, αντιχολινεργικά ή ιμιπραμίνη.

Μπορεί επίσης να τοποθετηθεί τεχνητός σφυκτήρας.

#### **4.25 Αιμορραγία:** Μπορεί να οφείλεται:

- α) Στη μη καλή απολίνωση των αγγείων ή τριχοειδών
- β) Στη μόλυνση του τραύματος
- γ) Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς
- δ) η μη καλή πήκτικότητα του ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια θέτει τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί τον γιατρό. Αν είναι εξωτερική αιμορραγία τοποθετεί πιεστικούς επιδέσμους. Εάν είναι εσωτερική δεν δίνει τίποτα στον ασθενή από το στόμα. Έχει έτοιμο τον δίσκο με τα αιμοστατικά φάρμακα, IV έγχυσης ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος. Τον απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφυξη, τον ζεσταίνει και τον τονώνει ηθικά.

Για πρόληψη του ασθενούς από τις λοιμώξεις που μπορεί να εμφανιστούν λόγω συσσώρευσης πυγμάτων αίματος στην ουροδόχο κύστη η νοσηλεύτρια ενδιαφέρεται για την διατήρηση καθαρού και ασυπτού κατώτερου ουροποιητικού συστήματος. Αυτό επιτυγχάνεται με κλειστή ή ανοιχτή πλύση της ουροδόχου κύστης.

**4.26 Ουραιμία:** Εμφανίζεται όχι από κάποια βλάβη του ουροποιητικού συστήματος αλλά σε μεγάλη αφυδάτωση και συμπύκνωση του αίματος με αποτέλεσμα αύξηση της ουρίας στο αίμα. Τα συμπτώματα εμφανίζονται προοδευτικά και είναι τα ακόλουθα: Καταβολή δυνάμεων, κεφαλαλγία, ναυτία και εμετοί. Ξηρότητα δέρματος, δίψα, αφυδάτωση, ολιγουρία ή ανουρία, δύσπνοια, θόλωση διάνοις, διέγερση και κώμα.

**4.27 Πνευμονία - ατελεκτασία:** Οφείλονται στον μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλενώδεις εκκρίσεις κατά την νάρκωση και απονάρκωσή του. Αποφεύγεται η εγχείρηση που πρόσφατα κρουολόγησαν ακόμη μπορεί να οφείλεται σε κακό αερισμό των πνευμόνων, στη μόλυνση αεροφόρου οδού από εισρόφηση εμεσμάτων ή εκκρίσεων, σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα, σε εφίδρωση κ.ά. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η δύσπνοια.

Η πρόληψη περιλαμβάνει:

1. Στενή παρακολούθηση του ασθενή, μέχρι την τελεία απονάρκωσή του.
2. Ταχεία απονάρκωση του ασθενούς.
3. Υποδοχή του ασθενούς σε ζεστό κρεβάτι και διατήρηση του ζεστού.
4. Έγκαιρη τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση.
5. Συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων.
6. Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα.

#### **4.28 Μόλυνση του τραύματος**

Εκδηλώνεται με αυξημένο πόνο, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και πυώδες εκκρότη. Γενικά συμπτώματα είναι πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία και ανορεξία.

Η πρόληψη περιλαμβάνει:

Προφυλακτικά μέτρα για τον περιορισμό των μικροβίων στον αέρα του θαλάμου του ασθενούς.

Τα χέρια που θα περιποιηθούν το τραύμα και τα χέρια του ασθενούς πρέπει να είναι καθαρά, κομμένα νύχια, αποστειρωμένο υλικό αλλαγής.

Πρέπει να απομακρύνονται αμέσως τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται και να απολυμνούνται για 3 ώρες περίπου.

Το δε επιδεσμικό υλικό καταστρέφεται με φωτιά.

#### **Ρήξη τραύματος**

Συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκους, σε υπερήλικες και σε άτομα που έχουν βίαιους εμμετούς ή έντονο βήχα. Ο ασθενής προφυλάσσεται με αυτά τα μέτρα:

Υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης,

Καταστέλλεται ο εμετός και ο βήχας.

Διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί με τις δύο παλάμες του το τραύμα όταν βήχει. Εάν κατά τη ρήξη βγει έξω τμήμα εντέρου, η νοσηλεύτρια το σκεπάζει με μία αποστειρωμένη γάζα βρεγμένη με φυσιολογικό ορό και τον ακινητοποιεί και καλεί τον γιατρό. Η τακτοποίηση του τραύματος γίνεται στο χειρουργείο.



#### 4.29 Μετεγχειρητική ψύχωση

Τα αίτια δεν γνωρίζονται. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της είναι η προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της. Λαμβάνονται μέτρα προφύλαξης του ίδιου του ασθενούς και του περιβάλλοντός του.

Συνιστάται η παρακολούθησή του και η θεραπευτική αγωγή από τον ψυχίατρο. Σημασία έχει η ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση.

##### 4.211 Shock ή καταπληξία

Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της είναι:

Μεγάλη αιμορραγία ή νάρκωση, ισχυρός πόνος, ψυχικός κλονισμός. Εμφανίζεται με συμπτώματα: σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, πτώση θερμοκρασίας και Α.Π., δέρμα και βλενογόνους ωχρούς ψυχρά και ψυχρούς ιδρώτες. Αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, μείωση κινητικότητας και αισθητικότητας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπισή του είναι:

α) Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους.

β) Θέρμανση του ασθενούς με κουβέρτες και θερμοφόρες.

γ) Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς το ελάχιστο για μείωση των καύσεων.

δ) Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από εντολή γιατρού.

ε) Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση.

Ενθαρρύνεται ο ασθενής και του απομακρύνεται κάθε ανησυχία και να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό. Χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά για τον έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφοριακού συστήματος. Τέλος, τόνωση του ηθικού.

#### 4.212 Μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλίας

Κατά την επιπλοκή αυτή γίνεται συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

Αντιμετωπίζεται με:

- Αποφυγή υγρών που προκαλούν αέρια
- Έγκαιρη εισβολή ναρκωτικού
- Καλή προεγχειρητική καθαριότητα εντερικού σωλήνα
- Έγκαιρη έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι
- Ελαφρά στροφή του ασθενή προς τα πλάγια
- Τοποθέτηση σωλήνα μέσα στον απευθυσμένο
- Τοποθέτηση θερμοφόρος στο επιγάστριο
- Χορήγηση φαρμάκων

#### 4.213 Παραλυτικός ειλεός

Είναι η παρατεταμένη διάταση του εντέρου. Χαρακτηριστικό εδώ είναι ο δύσσομος εμετός. Συνήθως τοποθετούμε σωλήνα Muller-Abbott ο οποίος συνδέεται με συνεχή αναρρόφηση (διασωλήνωση εντέρου). Η πρόληψη είναι ίδια με τον μετεωρισμό.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με τις διαταραχές του μεταβολισμού.

#### 4.214 Οξέωση - κετώση

Εμφανίζεται σε άτομα με Σακχαρώδη διαβήτη ή έχουν ακατάσχετους εμετούς ή δεν τρέφονται για σειρά ημερών. Ο ασθενής αυτός βρίσκεται σε κατάσταση όξεως και αφυδατώσεως του οργανισμού. Τα συμπτώματα είναι:

Ναυτία - εμετοί, αφυδάτωση - αίσθημα δίψας, ανορεξία. Δύσπνοια, αδυναμία - καταβολή δυνάμεων. Η εκπνοή έχει οσμή σάπιων μήλων. Η θεραπεία συνίσταται με χορήγηση σακχαρούχων υγρών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

**Α - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟ  
ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ**

**Β - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ  
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΑΡΡΩΣΤΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

**Γ - ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΔΙΝΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ  
ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

## **A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟ ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ**

Παρέμβαση:

1. Ετοιμασία του αρρώστου για εφαρμογή της θεραπείας που πρόκειται να του γίνει.
2. Παρακολούθηση για εκδηλώσεις που δείχνουν μετάσταση του κακοηθούς νεοπλασματος σε άλλες περιοχές.
3. Σχεδιασμός για συμμετοχή του αρρώστου σε κοινωνικές ή άλλες εκδηλώσεις, επίσκεψη άλλων αρρώστων.
4. Συζήτηση με τον άρρωστο μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
5. Βοήθεια για εκτίμηση του εαυτού του.
6. Βοήθεια του αρρώστου στις καθημερινές δραστηριότητες ατομικής υγιεινής.
7. Εξασφάλιση ζεστού και άνετου φυσικού περιβάλλοντος.
8. Βοήθεια του αρρώστου στην αλλαγή θέσης.
9. Αντικειμενική αξιολόγηση του πόνου και λήψη μέτρων για την ανακούφισή του.
10. Χορήγηση φαρμάκων με ιατρική εντολή.
11. Ετοιμασία αρρώστου για χειρουργικές επεμβάσεις ή άλλες θεραπείες.
12. Αντιμετώπιση τυχόν διαταραχών από κύστη και έντερο.
13. Φροντίδα δέρματος, πρόληψη κατακλίσεων.
14. Αντιμετώπιση δυσσοσμίας που οφείλεται στη νέκρωση των νεόπλαστων ιστών.
15. Αντιμετώπιση αιμορραγίας που οφείλεται στη διάβρωση του αγγειακού τοιχώματος από το νεόπλασμα.
16. Κάλυψη καρκίνου εντοπισμένο στο πρόσωπο και μείωση της έντασης του φωτισμού.

## **B. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΡΡΩΣΤΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ:**

Η σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου που εκφράζεται και πραγματοποιείται με την εφαρμογή της νοσοκομειακής διεργασίας, στοχεύει στην άριστη, ολική και ανθρώπινη φροντίδα του.

Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου είναι η ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοιχτής επικοινωνίας με τον άρρωστο και το περιβάλλον του.

Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι η δημιουργία - ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος. Επίσης η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου ανακλονίας θετικές εκτιμήσεις με λόγια, πράξεις ή συμπεριφορά. Άλλος νοσηλευτικός σκοπός είναι η προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και δυνατοτήτων του αρρώστου που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασής του και να μπορεί να υλοποιήσει το μήνυμα «Κάνε το σήμερα να αξίζει».

Ανακούφιση του πόνου είναι σημαντικός στόχος. Αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% αρρώστων με καρκίνο. Άλλος σημαντικός στόχος είναι η υποστήριξη της οικογένειας του αρρώστου. Η οικογένεια χρειάζεται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για να κατανοήσει, να κρατήσει και να φροντίσει το αγαπημένο της πρόσωπο στην θαλπωρή του σπιτιού.

Επίσης ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση εκτός από παροχή άμεσης φροντίδας είναι ερευνητικός, εκπαιδευτικός, συμβουλευτικός και ρόλος συντονιστή που συμβάλλει στην διατήρηση και συνεχή φροντίδα.

Η ανάπτυξη της πολύπλευρης συμβολής των νοσηλευτών στον τομέα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο, επηρεάζεται αφενός από την νοσηλευτική εκπαίδευση και τη φιλοσοφία τους και αφετέρου απ' τις αξίες, την πολιτική και το είδος του ιδρύματος που νοσηλεύεται ο άρρωστος, καθώς και η παροχή ή μη δυνατοτήτων ψυχολογικής υποστήριξης στους εργαζόμενούς του.

Ο ασθενής ενισχύεται περισσότερο όταν νοσηλεύεται σε υπηρεσίες περιπατικών ασθενών, σε οργανωμένα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας που ενσωματώνουν και τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι, με ειδικές ομάδες, που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής του αρρώστου και να ικανοποιήσουν την επιθυμία του να περάσουν τις τελευταίες στιγμές της ζωής του, εκεί που πρωτοαντίκρου-

σε τη ζωή.

Το μέτρο της ανθρωπιστικής φροντίδας που του παρέχουμε εξαρτάται από τα πιστεύω, τις αξίες και τα συναισθήματα όλων εκείνων, όλων εμάς που συμμετέχουμε στην φροντίδα του.

Γιατί η αγάπη έχει παντού πρόσβαση, αρκεί να υπάρχει.

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΔΙΝΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

- Αποφεύγεται η συνουσία μέχρι όταν το επιτρέψει ο γιατρός, συνήθως έξι εβδομάδες.

- Αποφεύγεται η βαριά εργασία και φυσική άσκηση για 8 εβδομάδες.
- Να ουρεί όταν υπάρχει επιθυμία.
- Αν υπάρχει ακράτεια συνεχίζονται οι ασκήσεις περινέου.
- Να πίνει 8 τουλάχιστον ποτήρια υγρών ημερησίως. Ειδικότερα νερό.
- Ενημερώνεται ο ιατρός αν εμφανισθούν σημεία λοιμώξεως:

**Τραύμα:** αύξηση του ερεθισμού και ερυθρότητας, έκκριμα, πυρετός.

**Ούρα:** καύσος και άλγος κατά την ούρηση, παρατεταμένη σταγονοουρία μετά την ούρηση, σκοτεινόχρα, δύσσομα ούρα, συχνουρία.

- Ορισμένα άτομα μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις ν' απαλλάξουν αιματηρά ούρα. Αν η αιμορραγία είναι περισσότερο από ελαφριά, ο ασθενής ξαπλώνει και πίνει ένα ποτήρι νερό κάθε μία ώρα μέχρις ότου τα ούρα καθαρίσουν. Αν όμως αυτό δεν γίνει, ενημερώνεται ο γιατρός.

- Αποφεύγεται η προσπάθεια όταν γίνεται η κενώση του παχέος εντέρου. Χορηγούνται ήπια καθαρικά, εφόσον είναι ανάγκη, για την αποφυγή δυσκοιλιότητας.

- Χορηγούνται γραπτές οδηγίες για την φροντίδα στο σπίτι και την επόμενη ιατρική επίσκεψη.

- Συνιστάται στον ασθενή να επικοινωνήσει με τον ιατρό αν επανέλθουν τα σημεία απόφραξης της ουρήθρας.

**1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΣΑ-ΠΡΟΣΤΑΤΗ - ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ  
(ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ)**

**2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΣΑ-ΠΡΟΣΤΑΤΗ  
(ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ)**



## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γ.Ν.Π. «ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»

ΤΟΜΕΑΣ: Χειρουργικό

ΚΛΙΝΙΚΗ: Ουρολογική

ΘΑΛΑΜΟΣ: 407

ΗΜ. ΕΙΣΟΔΟΥ: 2/5/00

### **ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΟΝ/ΠΩΝΥΜΟ:** Λόλης Βασίλειος

**ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ:** Νικόλαος

**ΟΝ. ΣΥΖΥΓΟΥ:** Ευσταθία

**ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** 1919

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:** Συνταξιούχος

**ΑΣΦΑΛΕΙΑ:** ΙΚΑ

**ΕΓΓΑΜΟΣ:** Ναι

**ΠΑΙΔΙΑ:** 2 κορίτσια και 1 αγόρι

**ΘΡΗΣΚΕΙΑ:** Χ.Ο.

**ΓΡΑΜ/ΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ:** Απόφοιτος Δημοτικού

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΣΑ - ΠΡΟΣΤΑΤΗ - ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ

Ο ασθενής εισήλθε στο νοσοκομείο στις 2/5/00 στην Ουρολογική Κλινική. Παρουσίαζε αιματουρία, διάρροιες και εμετούς.

Τα ζωτικά του σημείου κειμήνονταν: Θερμοκρασία 37,5°C, σφύξεις 100/min, αναπνοές 26/min και Αρτηριακή Πίεση (Α.Π.) 160/80 mmHg.

Χρονία νοσήματα ανέφερε υπέρταση, αϋπνίες και νεύρα και η φαρμακευτική θεραπεία οστών περιλάμβανε χορήγηση Stilnox 10mg (1X1) και Innohep 20mg (1X1).

Παρουσίαζε αλλεργία στο Flucidon και περιορισμένη κινητικότητα.

Η θεραπευτική αγωγή που του χορηγήθηκε στην κλινική περιλάμβανε: Ringers 1000 cc (1X1) IV, διάλυμα NaCP 0,9% 1000 cc IV, Ciproxin 100 mg (1X2) IV, Flagyl fe 500 mg (1X2) IV, Innohep 20 mg (1X1) υποδορία (IS). Επίσης του χορηγήθηκαν Imodium caps (1X1) επί διάρροιών. Ο ασθενής λόγω των συνεχιζόμενων εξετάσεων είχε τεθεί νήστης σε τρίωρη (3h) παρακολούθηση θερμοκρασίας και παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών.

Ο ασθενής την 5η (πέμπτη) ημέρα νοσηλείας απεβίωσε εις την παρουσία των συγγενών του, ώρα 5 μ.μ.

Ενημερώθηκε ο θεράπων γιατρός του ο οποίος διαπίστωσε τον θάνατό του.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ - ΑΙΜΑΤΟΓΥΡΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>1. Διάρροες λόγω της ηλίκης του εντέρου από τον άγχος του προστάτη</p>	<p>1. Αναήθηγή του αρρώστου από τις διάρροες και επαναφορά σε φυσιολογική κενώση του εντέρου.</p>	<p>1. Χορήγηση υγρών ενδοφλέβιας (IV) με εντολή γιατρού</p> <p>2. Αυστηρή παρακολούθηση και καταμέτρηση ισοζυγίου υγρών</p> <p>3. Δίαιτα ΟΥΔΕΝ</p> <p>4. Χορήγηση αντιδιάρροιακών φαρμάκων με εντολή γιατρού</p> <p>5. Μέτρηση και καταγραφή χαρακτηριστικών των κενώσεων</p>	<p>1. Χορηγήθηκαν διάλυμα ισότονο NaCl 0,9% (1X1) και αηρό διάλυμα Ringers (1X1) 1000 ml IV με εντολή γιατρού με ροή 20 σταγ./λεπτό.</p> <p>2. Έγινε καταμέτρηση προσθλαβανομένων και αποβληθέντων υγρών, αφού προηγουμένως τοποθετήσαμε στο κάτω μέρος του κρεβατιού το ειδικό διάγραμμα.</p> <p>3. Παρέμεινε υποτικός.</p> <p>4. Χορηγήθηκαν 2 CapsX12 Imodium peros.</p> <p>5. Έγινε καταμέτρηση και καταγράφηκε η σύσταση, το ποσό, η χροιά κ.ά.</p>	<p>Ο ασθενής αναήθηξε προσωρινά από τις διάρροες.</p>

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ - ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ</b>				
<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
2. Αιματοουρία, ήδγω μεταστάσεων στο κατώτερο ουροποιητικό σύστημα.	Απαλλαγή του άρρώστου από την αιματοουρία	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Πλύση του καθετήρα Foley γ κάθε 2 (δύο) ημερες.</li> <li>2. Τήρηση άσχητης τεχνικής κατά την πλύση.</li> <li>3. Παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων σε τακτικά χρονικά διαστήματα.</li> <li>4. Αποφυγή τραυματισμού του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος κατά την μετακίνηση του άρρώστου.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Έγινε πλύση του καθετήρα ανά δύο ημέρες με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό.</li> <li>2. Η νοσηλεία έγινε με άσχητη τεχνική.</li> <li>3. Έγινε καταμέτρηση της θερμοκρασίας κάθε 3 (τρεις) ώρες και αναπνοών, σφύξεων ανά 8 (ώρες).</li> <li>4. Έγινε ήρεμη αλληλογή θέσεως στον άρρωστο, χωρίς να τετνώνεται ο ουροουρήθης.</li> </ol>	Η αιματοουρία παραμέ- νει.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ - ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>3. Εμετός, πιθανόν λόγω μόλυνσης του εντέρου ή μεταστάσεων</p>	<p>1. Απαθρογή του αρρώστου από τους εμετούς και πρόληψη της αφυδάτωσης</p>	<p>1. Παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης                  2. Τοποθέτηση του αρρώστου σε κατάλληλη θέση προς αποφυγή εισρόφησης,                  3. Διατήρηση καθαρής στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε εμετό.                  4. Δίαιτα ανάθρονη.                  5. Χορήγηση υγρών IV με εντολή γιατρού.                  6. Τήρηση ισοζυγίου υγρών                  7. Παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων                  8. Χορήγηση φαρμάκων με εντολή γιατρού.</p>	<p>1. Τοποθετήθηκε σε αναπνευστική θέση.                  2. Δόθηκε έμφυση στα σημεία αφυδάτωσης όπως ξηρή βλενογόνοι, χείλια.                  3. Τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι.                  4. Έγινε καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας με HEXALEN και port-cotton.                  5. Παρέμεινε υποτικός                  6. Χορηγήθηκε αηθό διάλυμα διάλυμα Ringers (1X1) 1000 ml και διάλυμα Nacl 0,9% (1X1) 1000 ml IV, προς διατήρηση του ισοζυγίου υγρών με ποτή 20 σταν/Ρεντό.                  7. Έγινε καταμέτρηση υγρών ανά 8ωρο προδιλαμβανονται και αποβληθέντων και αναγράφονται στο ειδικό διάγραμμα.                  8. Έγινε καταμέτρηση και καταγραφή των ζωτικών του σημείων τα οποία κυμαίνονται: θερμο. 37,60C, αναπνοές 22/min και 120-125/min σφυγμείς, πίεση 140-160 mmHg.                  9. Χορηγήθηκαν IV ciproxin 100 mg (1X2) 8 π.μ. και 8 μ.μ και Flagyl fi 500 mg (1X1) 8 π.μ. με ποτή 32 σταν/Ρεντό.</p>	<p>Οι εμετοί μειώθηκαν                  Ικανοποιητικά.</p>

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ - ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ

<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
4. Συνεχιζόμενη θερμοκρασία 37,5°C.	1. Ενασφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	1. Παρακοιούθηση και καταμέτρηση της θερμοκρασίας κάθε 3 (τρεις) ώρες 2. Χορήγηση υγρών IV με εντολή Ιατρού για αποφυγή αφυδάτωσης. 3. Συνιστάται ανάπαυση και ηρεμία 4. Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων με εντολή Ιατρού	1. Έγινε παρακοιούθηση και καταμέτρηση θερμοκρασίας ανά 3 (τρεις) ώρες. 2. Χορηγήθηκαν διάλυμα NaCl 0,9% (1X1) 1000 cc, διάλυμα Ringers (1X1) 1000 cc και Ισοτόνο διάλυμα D/W 5% (1X2) 1000 ml IV, εφόσον ο ασθενής παρέμεινε υγιεινός με ποή 32 σταγ/λεπτό. 3. Τέθηκε σε ανάπαυση και ηρεμία, μειώνοντας τις επισκέψεις, τον θόρυβο. 4. Χορηγήθηκε 1 APOTEL amp (4 ml)' επί θερμοκρασία 38,3°C ενδομυκικά (IM) αφού προηγήθηκε μέτρηση, λόγω ότι δεν ενδείκνυται Α.Π. επί χαμηλών πιέσεών.	Πτώση της θερμοκρασίας στους 37,2°C

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ - ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ**

<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
5. Αϋνίες λόγω ψυχο-λογικών προβλημάτων.	Αναήρανη του ασθενούς από τις αϋνίες.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ανακούφιση του αρρώστου από τον υψηλό πυρετό άνω των 38°C.</li> <li>2. Χορήγηση φαρμάκων με εντολή γιατρού.</li> <li>3. Αναήρανή από τις ιδέες και σκέψεις που τον βασανίζουν.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ο ασθενής ανακουφίστηκε τονοβώντας βρεγμένες κομπρέσες με νερό και οινόπνευμα σε θερμοκρασία δωματίου στο μέτωπο και στις μασχάλες.</li> <li>2. Χορήγήθηκε Stilnox Td (1X1) 8 mm pen os.</li> <li>3. Συζητήθηκε το πρόβλημα μαζί του και αφέθηκε να εκφραστεί ελεύθερα.</li> </ol>	Ο ασθενής αναήρανε από τις αϋνίες μόνο κατά την νύχτα φαρμάκου.

**ΑΠΕΡΙΩΣΗ ΣΤΙΣ 7/5/00 - ΩΡΑ 5 Μ.Μ.**

6. Έκφραση ανυποχής και συναισθηματικής φόρτισης από τους συγγενείς.	Επανάφορά στην συναισθηματική ισορροπία και εξάτηλη της ανυποχής τους.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Πειστική επικοινωνία με τους συγγενείς.</li> <li>2. Ψυχική υποστήριξη πάνω στη συναισθηματική φόρτιση.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Έγινε επικοινωνία με τους συγγενείς.</li> <li>2. Ενισχυθήκανε ψυχικά και με κατάλληλη προσέγγιση.</li> </ol>	Οι συγγενείς επανήρθαν στην συναισθηματική ισορροπία.
--	--	---	--	---

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γ.Ν.Π. «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

ΤΟΜΕΑΣ: Χειρουργικό

ΚΛΙΝΙΚΗ: Ουρολογική

ΘΑΛΑΜΟΣ: 407 - 3

ΗΜ. ΕΙΣΟΔΟΥ: 5/7/00

### **ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΟΝ/ΠΩΝΥΜΟ:** Ζήσης Κώστα

**ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ:** Ιωάννης

**ΟΝ. ΣΥΖΥΓΟΥ:** Καλλιόπη

**ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:** 1930

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:** Συνταξιούχος

**ΕΓΓΑΜΟΣ:** Ναι

**ΠΑΙΔΙΑ:** 1 αγόρι

**ΘΡΗΣΚΕΙΑ:** Χ.Ο.

**ΓΡΑΜ/ΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ:** Απόφοιτος  
Λυκείου

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο ασθενής εισήλθε στο νοσοκομείο για έλεγχο της υγείας του στις 5/7/00. Την ίδια ημέρα εισάχθηκε στην Ουρολογική κλινική.

Παρουσίαζε δυσουρία και διαπιστώθηκε διόγκωση του προστάτη.

Άλλα ενοχλήματα, χρόνιες παθήσεις, λήψεις φαρμάκων και αλλεργίες δεν ανέφερε.

Τα ζωτικά του σημεία κυμαίνονταν σε: Θερμοκρασία 36,8°C, αναπνοές 18-20/min, σφύξεις 75-80/min, Α.Π. 140/80 mmHg, παρουσίαζε άριστο κινητικό και διανοητικό επίπεδο.

Κατά την παραμονή στην κλινική υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση την 3η (τρίτη) ημέρα νοσηλείας του όπου έγινε ριζική αφαίρεση του προστάτη.

Το θεραπευτικό σχήμα περιελάμβανε: Χορήγηση 160 τόνου διαλύματος DIX 5% (1X1) IV, Novisan Tb (1X2), 1 amp ZIDERON επί πόνου 1η μετεγχειρητική ημέρα έγινε τοποθέτηση ουροκαθετήρα Foley 14 FV από την πρώτη ημέρα νοσηλείας του.

Η διαίτά του περιελάμβανε κανονική διατροφή.

Ο ασθενής υποχώρησε από την κλινική στις 13/7/00 όπου πριν του είχαν δοθεί οι κατάλληλες οδηγίες από τον θεράπων ιατρό του και άδεια εξόδου.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ</b>					
<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>	
<p>1. Δυσουρία, πιθανόν ρόγω πίεσης της ουρήθρας</p>	<p>Αποήθηση του ασθενούς από τη δυσουρία και επαναφορά στην φυσιολογική κένωση της ουροδόχου κύστης.</p>	<p>1. Τοποθέτηση ουροκαθετήρα Foley 2 (WOY) με εντολή ιατρού. 2. Τήρηση δούπτης τεχνικής κατά την τοποθέτηση του ουροκαθετήρα. 3. Τήρηση ισοζυγίου υγρών και καταγραφή αυτών. 4. Πρόκληση της επιθυμίας για διούρηση.</p>	<p>1. Τοποθετήθηκε ουροκαθετήρας Foley 2 (WOY) μέγεθος 14 Fv οριζόντια. 2. Διοτηρήθηκε η δούπτη τεχνική κατά την νοσηλεία. 3. Έγινε μέτρηση των προδεδωμένων και αποβληθέντων υγρών και καταγράφηκαν στο ειδικό διάγραμμα που βρίσκεται στο κάτω μέρος του κρεβατιού. 4. Προκλήθηκε η επιθυμία για διούρηση με τοποθέτηση σε όρθια θέση, και αήθηγή θέση κάθε 30 λεπτά.</p>	<p>1. Τοποθετήθηκε ουροκαθετήρας Foley 2 (WOY) μέγεθος 14 Fv οριζόντια. 2. Διοτηρήθηκε η δούπτη τεχνική κατά την νοσηλεία. 3. Έγινε μέτρηση των προδεδωμένων και αποβληθέντων υγρών και καταγράφηκαν στο ειδικό διάγραμμα που βρίσκεται στο κάτω μέρος του κρεβατιού. 4. Προκλήθηκε η επιθυμία για διούρηση με τοποθέτηση σε όρθια θέση, και αήθηγή θέση κάθε 30 λεπτά.</p>	<p>Ο ασθενής αναπλήρωσε οριστικά από τη δυσουρία.</p>
<p>2. Άγχος, πιθανόν ρόγω παρουσίας της ίδιας ασθένειας.</p>	<p>Απενευθέρωση του ασθενούς από το άγχος.</p>	<p>1. Σοβαρή ειρηνικότητα-τηλεκτική επικοινωνία και συχνή με τον ασθενή. 2. Ενημέρωση του αρρώστου για έκφραση των συναισθημάτων του.</p>	<p>1. Έγινε συχνή επικοινωνία με τον ασθενή. 2. Ενημερώθηκε για την έκφραση των συναισθημάτων του.</p>	<p>Το άγχος μειώθηκε σταδιακά σε μεγάλο βαθμό.</p>	
<i>Χειρουργική επέμβαση 32η ημέρα νοσηλείας του</i>					



<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ - ΑΙΜΑΤΟΨΡΙΑ</b>				
<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<p>3. Πόνος, 1η μετεγχειρητική ημέρα.</p>	<p>Ανακούφιση και ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο.</p>	<p>1. Τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση ώστε να επιτυγχάνεται χαλάρωση των μυών. 2. Πρόληψη ρήξης ραμμάτων του τραύματος. 3. Χορήγηση φαρμάκων με εντολή γιατρού επί δυνατού πόνου.</p>	<p>1. Δόθηκε ύπτιο θέση με στήσιμο των γονάτων και στήριγμα της κεφαλής. 2. Διδόθηκε ώστε να προηαμβάνει την ρήξη των ραμμάτων, συνήθως κατά τον βήχα και τους εμετούς. 3. Μειώθηκε η πίεση των κλινοσκεπασμάτων πάνω στο χειρουργικό τραύμα και τακτοποιήθηκε ο θάλαμος του.</p>	
<p>4. Πιθανή εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών λόγω ηλικίας.</p>	<p>Πρόληψη του ασθενούς από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.</p>	<p>1. Παρακολούθηση και καταγραφή ζωτικών σημείων ανά 3 ώρες για 1 μετεγχειρητική ημέρα. 2. Παρακολούθηση του χειρουργικού τραύματος. 3. Τήρηση άσυπτης τεχνικής κατά την αγωγή τραύματος.</p>	<p>1. Έγινε παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων και καταγραφή κάθε 3 ώρες. 2. Έγινε παρακολούθηση του τραύματος για εμφάνιση αιμορραγίας. 3. Τηρήθηκε η άσυπτη τεχνική κατά την αγωγή των επιδέσμων.</p>	<p>Δεν παρουσιάστηκαν μετεγχειρητικές επιπλοκές.</p>

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ**

<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
		<p>4. Ενεθέρωνται για γρήγορη έγερση του από την κλίση.</p> <p>5. Μετακίνηση του ασθενούς για αποβολή της κόπωσης.</p> <p>6. Διδασκαλία για αναπνευστικές κινήσεις.</p> <p>7. Χορήγηση φαρμάκων με εντολή ιατρού.</p> <p>8. Ενεθέρωση για ηλικία 3-4 It υγρών πένος ημερησίως.</p>	<p>4. Ενεθέρωνται για γρήγορη έγερση.</p> <p>5. Μετακινήθηκε κάθε μισή ώρα.</p> <p>6. Έγινε διδασκαλία για τον τρόπο με τον οποίο έπρεπε να βήξει ώστε να μην δημιουργηθεί η στενότητα.</p> <p>7. Χορηγήθηκαν 2 (δύο) tblx1 Nuvosan πένος.</p> <p>8. Ενεθέρωνται για την ηλικία 3-4 It υγρών πένος.</p>	

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ**

<p><b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΟΣ/ΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</b></p>	<p><b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b></p>	<p><b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b></p>	<p><b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b></p>	<p><b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b></p>
<p>5. Έλλειψη αυτοφροντίδας μετά από την έξοδο.</p>	<p>Ενίσχυση της αυτοφροντίδας του αρρώστου.</p>	<p>1. Κατάλληλη προσέγγιση και κατεύθυνση του αρρώστου προς την αυτοφροντίδα του. 2. Τόνωση της σημαντικότητας και χρησιμότητας του οικογενειακού περιβάλλοντος στην αυτοφροντίδα.</p>	<p>1. Εδόθηκαν οδηγίες για την μετανοσοκομειακή φροντίδα του. 2. Τονίστηκε ο σημαντικός ρόλος της οικογένειας στην πορεία της υγείας του.</p>	<p>Η ενίσχυση ήταν αποτελεσματική.</p>

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Κλείνοντας το θέμα του καρκίνου του προστάτη, πρέπει να διατυπωθούν ορισμένες συμπερασματικές παρατηρήσεις.

Έγινε κατανοητό ότι ο καρκίνος του προστάτη είναι θεραπεύσιμος σε ποσοστό που αγκίζει 100%, αν προληφθεί και διαγνωσθεί στα πρώτα στάδια.

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι προτάσεις-λύσεις που ενδείκνυνται έτσι ώστε η θεραπεία του καρκίνου του προστάτη να γίνει μια άπτη πραγματικότητα είναι οι ακόλουθες:

1. Εξασφάλιση διαγνωστικών κέντρων .Ο έλεγχος του PSA και οι υπόλοιπες διαγνωστικές πρέπει να μπορούν να γίνονται σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα και κέντρα υγείας της χώρας.
2. Εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και των άλλων μελών της υγειονομικής μονάδας και συνεχής ενημέρωσή τους στις νέες μεθόδους αντιμετώπισης και πρόληψης της νόσου.
3. Προληπτική ενημέρωση των ανδρών άνω των πενήντα ετών μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, καθώς και μέσα από τα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής .

Επισημαίνουμε ότι η νοσηλευτική ομάδα έχει χρέος μαζί με την ιατρική ομάδα και το κοινωνικό σύνολο να υποστηρίζει, να βοηθήσει και να ενυσχίσει τον άνδρα που πάσχει από τη νόσο του αιώνα ώστε να μπορέσει να σταθεί σαν φυσιολογικό άτομο μέσα στην κοινότητα.

Η νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρεται για να είναι ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη θα πρέπει να συνδιάζει την ανθρωπιά και την γνώση, θα πρέπει να προσφέρεται με αγάπη και στοργή και να επιστρατεύει όλη την ανθρωπιά και την ανιδιοτέλεια των νοσηλευτών-τριών.

Κλείνοντας κρίνουμε αναγκαίο να αναφέρουμε, τα λόγια του Fegel, τα οποία δεν πρέπει να ξεχνούν όλοι αυτοί που ασχολούνται με τη θεραπεία και νοσηλία του καρκίνου: *"Κάθε καρκίνος που αφήνεται να επεκταθεί και να σκοτώσει τον ασθενή πρέπει να θεωρείται σαν αποτυχία των υπευθύνων και μομφή για το επίπεδο του πολιτισμού".*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) **Ν. Δεληβιώτης**, Ο ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ, Αθήνα 1999, σελ. 1-26.

2) **Carl - Evich Alken**, ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟΝ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ, Επιμέλεια - Μετάφραση: Δ. Ν. Νηφόρου, Εκδόσεις: Γ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ΑΘΗΝΑ 1975, σελ. 208, 228, 279-283.

3) **Π. Μπουτής, Α. Παπαϊωάννου, Ν. Παπαχαραλάμπης, Δ. Τριχόπουλος**, ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ, Κλινική Ογκολογία, Αθήνα 1981, σελ. 479.

4) **Mallin Dollinger, M.D., Ernest Rosebaum, M.D και Greg Cable**, Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. Ένας οδηγός για όλους, Εκδόσεις: Κάτοπτρο, Δεκέμβριος 1992, σελ. 556-567.

5) **Α. Τριχόπουλου, Σ. Μπεσμπέας**, ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ, Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1991, σελ. 86-87.

6) **Π. Καλαφάτης, Φ. Χατζηδημητρίου**, Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΚΑΙ ΤΟΝ ΒΑΘΜΟ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗ ΡΟΔΟ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1998-1997, Ελληνική Ουρολογία, Τόμος 10, Τεύχος 4, 1998, Σελ. 342-349.

7) **Π. Γιαννακόπουλος, Σ. Συρρού, Φ. Γραμενιατός, Π. Παγουλάτος**, ΚΥΤΤΑΡΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ, Ελληνική Ουρολογία, Τόμος 8, Τεύχος 1, σελ. 74-77.

8) **H. Clements M.D., D.O.**, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑ, Εκδόσεις: Διόπτρα, Αθήνα 1978, σελ. 35-38.

9) **Ι. Σακκάς, Α. Πτούτσιας**, Η ΔΙΑ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ, Ελληνική Χειρουργική, Τόμος 56, Τεύχος 1, 1984, σελ. 46-50.

10) Κ. Σεϊντής, Β. Κουρούσης, Π. Καλοβιδούρης, Β. Γουλιαμός, Α. Παπαβασιλείου. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΕΠΙ ΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ CA-ΠΡΟΣΤΑΤΗ, Ελληνική Ακτινολογία, Τόμος 20, Τεύχος 3, 1998, σελ. 118-121.

11) Άννα Σαχίνη - Καρδάση, Μαρία Πάνου, ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος 1, Ε΄ Επανεκδοση, Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα 1996, σελ. 284.

12) Κ. Α. Μαλγαρίνου - Σ. Φ. Κωνσταντινίδου, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, Γενική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Α, Εκδόσεις: ΗΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1995, σελ. 241 - 250.

13) Πατηράκη - Κουρμπάνη, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1994, σελ. 90-17.

4) Barbara Engram, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, Επιμέλεια: Γ. Καραχάλιος, Εκδόσεις: «Έλλην» Γ. Παρίκος & ΣΙΑ Ε.Ε., 1997, σελ. 623-631.

