

Ε.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΨΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ»

ΣΤΙΟΥΛΑΣΤΡΙΑ:

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΛΑΪΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Dr. ΜΙΧΑΛΗΣ ΚΙΤΡΟΥ

ΠΑΤΡΑ 2003 - 2004



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3523

*Ιδιαίτερες ευχαριστίες στον καθηγητή μου, Δρ. Μιχάλη Κίτρου για την
πολύτιμη συμβολή του.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Επιδημιολογία του καρκίνου του πνεύμονα.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Αιτιολογικοί - προδιαθεσικοί παράγοντες για τον καρκίνο πνεύμονα.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Παθολογική ανατομική - διάκριση νεοπλασμάτων πνεύμονα.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : Κλινική εικόνα του Ca πνεύμονα.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : Διάγνωση Ca πνεύμονος - Σταδιοποίηση.....	19
5.1 Θεραπεία Ca πνεύμονος.....	26
5.2 Πρόγνωση Ca πνεύμονος.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : Νοσηλευτική παρέμβαση - Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή με Ca πνεύμονα.....	36
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	48
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος (Ca) του πνεύμονα εξακολουθεί να είναι μέχρι και σήμερα η πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου στον άνθρωπο ανεξάρτητα το φύλο του. Οι ρυθμοί θανάτων από Ca πνεύμονα εξακολουθούν να αυξάνονται. Αυτό είναι ενδιαφέρον, παρά το γεγονός ότι έχει επιτευχθεί σημαντική μείωση του αριθμού των καπνιστών παγκοσμίως. Φαίνεται λοιπόν, ότι για πολλά χρόνια η μείωση του καπνίσματος δεν επέφερε μείωση των θανάτων από καρκίνο.

Οι πιο σημαντικές εξελίξεις στη διάγνωση και θεραπεία του Ca πνεύμονα τα τελευταία χρόνια είναι (α) η τομογραφία με ποζιτρόνιο PET (Positron Emission Tomography), η οποία παίζει σημαντικό ρόλο, πρωτοποριακό στη διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα, (β) ο σπιδάλ αξονικός τομογράφος (Spiral Computed Tomography) και οι ελπίδες που αναδύονται από τις προόδους στην έρευνα για τη μοριακή βιολογία του καρκίνου του πνεύμονα.

(Gilen A. Lillington, 2002)¹⁴

Πάτρα, Δεκέμβριος 2003

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο σε πολλές από τις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες, τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες (28% όλων των θανάτων από καρκίνο). Η θνησιμότητα από καρκίνο πνεύμονα ανά 100.000 στις ΗΠΑ το 1990 ήταν 75 άνδρες και 31,7 γυναίκες. Μεταξύ 1973 και 1990 η θνησιμότητα αυξήθηκε κατά 40,7%. Επίσης, η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα αυξήθηκε κατά 19,4% σε άνδρες άνω των 65 ετών ενώ μειώθηκε κατά 3,7% σε εκείνους με ηλικία μικρότερη των 65 ετών. Η επίπτωση αυξήθηκε στις γυναίκες, τόσο σε εκείνες με ηλικία μικρότερη των 65 ετών, όσο και εκείνες με ηλικία μεγαλύτερη των 65. Οι μεταβολές στην επίπτωση και στη θνητότητα ακολουθούν τις κοινωνικές τάσεις που επικρατούν ως προς το κάπνισμα, το οποίο υπολογίζεται ότι είναι το αίτιο περίπου του 85% των θανάτων από καρκίνο.

Η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα δεν παρουσιάζει μόνο διακρατικές αλλά και ενδοκρατικές διαφορές. Οι διαφορές αυτές μπορεί να οφείλονται σε περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς, θρησκευτικούς, φυλετικούς ή επαγγελματικούς παράγοντες. Έτσι, η νόσος φαίνεται να είναι πιο συχνή στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές και στα μεγάλα βιομηχανικά αστικά κέντρα σε σχέση με τα μικρά.

(Β. Καλαποθάκη – Χατζηκωνσταντίνου «Επιδημιολογία του καρκίνου

του πνεύμονα», Μεταπτυχιακή Χειρουργική).

Μια σημαντική επιδημιολογική παράμετρος του καρκίνου του πνεύμονα είναι ο ιστολογικός του τύπος. Αυτός μαζί με τη σταδιοποίηση καθορίζει αποφασιστικά την πρόγνωση αλλά και τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι ορισμένοι ιστολογικοί τύποι σχετίζονται με τη δράση διαφορετικών περιβαλλοντικών παραγόντων. Τα τελευταία χρόνια αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία μεταβολή της συχνότητας των διάφορων ιστολογικών τύπων, γεγονός που συνδέεται με διαφορετικούς διαγνωστικούς αλλά και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Η κατάσταση στην Ελλάδα: Για την εξακρίβωση των διαχρονικών τάσεων του καρκίνου του πνεύμονα στη χώρα μας, ελήφθησαν υπόψη τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας καθώς και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, που αναφέρονται στη θνησιμότητα από το νόσημα για τις περιόδους 1957 – 1986 και 1962 – 1985 αντίστοιχα. Από τα στοιχεία αυτά, φαίνεται ότι η θνησιμότητα από πρωτοπαθή καρκίνο του πνεύμονα αυξάνεται στην Ελλάδα με ταχύ ρυθμό. Η ετήσια θνησιμότητα από καρκίνο πνεύμονα ανά 100.000 πληθυσμού ανδρών στην Ελλάδα ήταν 63,0 το 1980, 75,1 το 1986, 86,9 το 1992. Σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του κόσμου, η θέση της Ελλάδας ως προς τον καρκίνο του πνεύμονα είναι ενδιάμεση και μεταξύ 24 Ευρωπαϊκών χωρών η θνησιμότητα από καρκίνο πνεύμονα στην Ελλάδα κατέχει τη 12^η θέση. Ο μέσος ετήσιος αριθμός θανάτων από 1.143 κατά την περίοδο 1957 – 1961 αυξήθηκε σε 4.066 κατά την περίοδο 1982 – 1986.

(Β. Καλαποθάκη – Χατζηκωνσταντίνου «Επιδημιολογία του καρκίνου

του πνεύμονα», Μεταπτυχιακή Χειρουργική Δημητρίου Π. Λαζαρίδη, σελ. 1112, 1118, 1119).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ – ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

(1) **Κάπνισμα:** άτομα που καπνίζουν συστηματικά περισσότερα από 20 τσιγάρα ημερησίως, έχουν πιθανότητα ένα στις οκτώ να πεθάνουν από καρκίνο πνεύμονα. Ο κίνδυνος αυτός είναι 30 – 50 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο που διατρέχουν οι μη καπνιστές.

Ο κίνδυνος αρχίζει να μειώνεται μετά από 10 χρόνια διακοπής καπνίσματος. Ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα από το κάπνισμα αφορά όλους τους ιστολογικούς τύπους αλλά περισσότερο συνδυάζεται με τον καρκίνο εκ πλακωδών επιθηλίων (μαλπιγγιακό καρκίνωμα).

(Παπαδημητρίου – Γ. Ανδρουλάκης «Αρχές Γενικής Χειρουργικής», Τόμ. Β', Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού)

(Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής «Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο», Βιβλίο δεύτερο, Αθήνα 1980).

(2) **Βιομηχανικά προϊόντα – επαγγελματικοί παράγοντες:** ο αμίαντος, το αρσενικό, το νικέλιο, οι ενώσεις του χρωμίου και του σιδήρου, τα τοξικά στρατιωτικά αέρια, το ουράνιο, τα φθοριούχα άλατα του ασβεστίου και τα παράγωγα του ραδονίου είναι τα σπουδαιότερα βιομηχανικά προϊόντα που

σχετίζονται με την ανάπτυξη του βρογχογενούς καρκίνου. Ο αμιάντος και οι ενώσεις του ασβεστίου κατέχουν την πρώτη θέση μεταξύ των προδιαθεσικών παραγόντων του επαγγελματικού καρκίνου του πνεύμονα, αυτά δε και τα παράγωγα ραδονίου εμφανίζουν συνεργική δράση με το κάπνισμα.

Αναγνωρισμένα καρκινογόνα και επαγγέλματα με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου πνεύμονα για τον άνθρωπο

- Παραγωγή εντομοκτόνων (αρσενικό).
- Εργάτες αμπελουργίας (αρσενικό).
- Εργάτες ασφάλτου.
- Εργάτες φωταερίου.
- Βιομηχανία παραγωγής αμιάντου.
- Εργάτες κατασκευών / μονώσεων.
- Εργάτες ναυπηγείων / λιμανιών.
- Εξόρυξη: αρσενικού, σιδηρομεταλλεύματος, αμιάντου, ουρανίου / ραδονίου.
- Χημικές βιομηχανίες: χρωμιούχες χρωστικές, δις – χλωρομεθυλαιθέρας (BCME) / χλωρομεθυλαιθέρας (CMME).
- Μεταλλουργία: παραγωγή συσσωρευτών, επεξεργασία καδμίου, χαλκού, επιχρωμιώσεις, παραγωγή σιδηροχρωμίου, παραγωγή χάλυβα, κάθαρση νικελίου, χυτήρια σιδήρου.

(Α' Χειρουργική Κλινική Παν/μίου Αθηνών «Χειρουργική»)

(Μ. Παπαδημητρίου «Εσωτερική Παθολογία»)

(3) Ατμοσφαιρική ρύπανση: η παρατηρούμενη αυξημένη επίπτωση του βρογχογενούς καρκίνου στον πληθυσμό των μεγάλων αστικών κέντρων σε σχέση με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών, έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η μόλυνση της ατμόσφαιρας αποτελεί σοβαρό προδιαθεσικό παράγοντα. Αν και οι μικρές ποσότητες των ανιχνευόμενων καρκινογόνων ουσιών δεν εδραιώνουν την υπόθεση αυτή, φαίνεται ότι η καρκινογόνος δράση τους οφείλεται στη συνέργεια του καπνίσματος είτε στη μεταξύ τους συνέργεια.

(4) Γενετικοί παράγοντες: ο βρογχογενής καρκίνος δεν είναι κληρονομικός. Διάφορες όμως επιδημιολογικές και στατιστικές μελέτες οδηγούν στο συμπέρασμα ότι στην εμφάνισή του υπεισέρχονται οικογενείς παράγοντες, οι οποίοι μάλιστα είναι κοινοί με αυτούς τους χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας.

(5) Ανοσολογικοί παράγοντες: η διαταραχή της κυτταρικής ανοσίας, με την ανίχνευση ενός παθολογικού υποπληθυσμού Τ λεμφοκυττάρων στους πάσχοντες από βρογχογενές καρκίνωμα ενισχύει την υπόθεση της ανοσοβιολογικής συμμετοχής στην ανάπτυξη της κακοήθειας. Οι ερευνητικές όμως προσπάθειες δεν έχουν οδηγήσει ακόμη σε σαφή συμπεράσματα.

(6) Κοινωνικο – οικονομική κατάσταση: η γενική κοινωνικο – οικονομική κατάσταση (ΚΟΚ) καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το περιβάλλον διαβίωσης των ατόμων (κατοικίδια, είδος και συνθήκες εργασίας, εκπαίδευση, διατροφή κ.λ.π.). Διάφορες μελέτες έχουν δείξει μια αντίστροφη σχέση ανάμεσα στους θανάτους από καρκίνο πνεύμονα και ΚΟΚ. Έτσι γενικά καταγράφεται διπλάσια θνησιμότητα από καρκίνο πνεύμονα στις κατώτερες τάξεις σε σχέση με τις ανώτερες που εν μέρει οφείλεται στην αυξημένη συχνότητα του καπνίσματος στις οικονομικά και μορφωτικά κατώτερες τάξεις. Έτσι, η ΚΟΚ μπορεί να αποτελεί έμμεσο δείκτη για άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως το επάγγελμα, η διατροφή και οι ρύποι του περιβάλλοντος. Μπορεί όμως και να επηρεάζει και την ποιότητα, την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και συνεπώς την έγκαιρη ή μη διάγνωση και επιτυχή θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα.

(Α' Χειρουργική Κλινική Παν/μίου Αθηνών «Χειρουργική»)

(Ελληνική Βρογχολογική Εταιρεία «ΠΝΕΥΜΩΝ», τομ. 16, τεύχος 1, Ιαν. – Απρίλ.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ – ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

(Α) Καλοήθεις όγκοι πνευμόνων και βρόγχων: συχνότητα: αυτοί απαντώνται σε συχνότητα 5 – 10% όλων των πνευμονικών όγκων. Από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό (75%) καταλαμβάνουν τα βρογχικά αδενώματα τα οποία θεωρούνται «δυσνηκώς» κακοήθη ενώ οι πρωτοπαθής καλοήθεις όγκοι απαντώνται σε ποσοστά 2,5%.

Καλοήθεις όγκοι – Διαίρεση

- (1) Ινώματα.
- (2) Λιπώματα.
- (3) Λειομύωματα.
- (4) Μικτοί όγκοι (αμαρτώματα).
- (5) Νευρογενείς όγκοι.
- (6) Ινοεπιθηλιακοί πολύποδες και θηλώματα.
- (7) Όγκοι από κοκκιώδη κύτταρα.
- (8) Τερατώματα.

(Β) Ημικακοήθεις ή δυνητικώς κακοήθεις όγκοι: είναι επιθηλιακοί μη κακοήθεις όγκοι του τραχειοβρογχικού δέντρου, οι οποίοι όμως κατά τη διαδρομή τους και σε ποσοστό 10 – 30% εκδηλώνουν κακοήθεια. Εξαίρεση αποτελούν τα βλεννογονικά κυστικά βρογχικά αδενώματα τα οποία είναι πάντοτε καλοήθη.

1. Βρογχικά αδενώματα: διακρίνουμε δύο ιστολογικές μορφές:
 - Το καρκινοειδές.
 - Το κυλίνδρωμα.
2. Βλεννοεπιδερμοειδείς όγκοι.
3. Βλενώδες κυστικό αδένωμα.

(Α' Χειρουργική Κλινική Παν/μίου Αθηνών «ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ»)

(Γ) Κακοήθεις όγκοι πνευμόνων και βρόγχων – Παθολογική ανατομική – ταξινόμηση: το βρογχογενές καρκίνωμα προέρχεται από το επιθήλιο των βρόγχων και οφείλεται σε μεταπλασία των βασικών κυττάρων. Διακρίνεται σε κεντρικό, όταν αναπτύσσεται στους κύριους ή λοβαίους βρόγχους και περιφερικό όταν αναπτύσσεται στους τμηματικούς ή υποτμηματικούς βρόγχους. Ο δεξιός πνεύμονας προσβάλλεται συχνότερα από τον αριστερό (55 – 60%). Επίσης συχνότερη είναι η προσβολή των άνω λοβών. Η τραχεία προσβάλλεται σπάνια (1 – 2%).

Μακροσκοπικά εμφανίζεται είτε με την εκπλαστική είτε με τη διηθητική μορφή. Σχηματίζει μάζα ομοιογενή, σκληρή και ανώμαλη, ενίοτε με μελανά

ή ερυθρά στίγματα. Μικροσκοπικά τα βρογχογενή καρκινώματα ταξινομούνται ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο των καρκινικών κυττάρων που επικρατούν. Η ταξινόμηση αυτή έχει μεγάλη σημασία γιατί η κλινική τους έκφραση, η ακτινολογική εμφάνιση, η ανταπόκριση στη θεραπεία και η πρόγνωση καθορίζονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τον ιστολογικό τους τύπο.

- 1. Επιδερμοειδές ή πλακώδες καρκίνωμα:** απαντάται περίπου στο 35% των αρρώστων που πάσχουν από βρογχογενή καρκίνο. Εντοπίζεται κατά κανόνα κεντρικά, θεωρείται ο βρογχογενής καρκίνος των ηλικιωμένων και των καπνιστών κι έχει καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με τους άλλους ιστολογικούς τύπους. Το 75% των ασθενών που επιβιώνουν πάνω από 5 χρόνια πάσχουν από αυτό τον τύπο.
- 2. Αδενοκαρκίνωμα:** καταλαμβάνει το 16 - 29% των βρογχικών καρκινωμάτων. Κατά κανόνα εντοπίζονται περιφερικά, ενδέχεται όμως να προέρχονται από τους βλεννογόνους αδένες των μεγάλων βρόγχων. Θεωρείται ο βρογχογενής καρκίνος των μη καπνιστών και των γυναικών, αν και τελευταία η συχνότητά του αυξάνεται και στους άντρες.
- 3. Μεγαλοκυτταρικό:** αντιπροσωπεύει τις 15% περίπου των περιπτώσεων του βρογχογενούς καρκίνου. Συνήθως εντοπίζεται στους κεντρικούς βρόγχους και εμφανίζει ταχεία εξέλιξη. Διηθεί τους παρακείμενους ιστούς και πολύ γρήγορα δίνει λεμφογενείς κι αιματογενείς μεταστάσεις, οι οποίες συνήθως υπάρχουν κατά

το χρόνο της διάγνωσης του.

- 4. Βρογχοκυψελιδικό:** είναι ο λιγότερο συχνός ιστολογικός τύπος του βρογχογενούς καρκίνου. Απαντάται περίπου στις 5% των περιπτώσεων. Είναι συχνότερο στις γυναίκες. Συνήθως εντοπίζεται στην περιφέρεια του πνεύμονα και αρκετά συχνά είναι πολυεστιακό.

(Α' Χειρουργική Κλινική Παν/μίου Αθηνών «Χειρουργική»)

(Μιχαήλ Ν. Σέχα «Χειρουργική», τομ. ΙΙ)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ CA ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Μόνο οι 5% περίπου των αρρώστων είναι ασυμπτωματικοί όταν διαγιγνώσκεται η νόσος. Σ' αυτούς ο όγκος αποκαλύπτεται ως τυχαίο εύρημα σε ακτινογραφία θώρακα, η οποία γίνεται για άλλο λόγο. Οι πλείστοι άρρωστοι εμφανίζουν διάφορα συμπτώματα τα οποία μπορούν να καταταγούν σε πέντε κύριες ομάδες.

(1) Γενικά: ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, απώλεια βάρους, πυρετός.

(2) Οφειλόμενα σε τοπική ανάπτυξη του όγκου:

(α) Βήχας: ξηρός κι ερεθιστικός ιδίως όταν ο όγκος εντοπίζεται στους μεγάλους βρόγχους, ενώ αργότερα γίνεται παραγωγικός από υπερέκκριση των βλεννογόνων αδένων που ερεθίζονται από τον όγκο.

(β) Αιμόπτυση: είναι φαινόμενο που θορυβεί τον ασθενή και είναι συνήθως αυτό που τον οδηγεί στο γιατρό. Η εμφάνιση μαζικής αιμόπτυσης είναι σπάνια στα αρχικά στάδια του όγκου. Η μεγάλη αιμόπτυση οφείλεται στη διήθηση των βρογχικών αρτηριών από τον όγκο και η εμφάνισή της γίνεται πιθανότερη με την πρόοδο της νόσου.

(γ) Συριγμός: οφείλεται σε στένωση του βρόγχου που προξενείτε από τον ίδιο τον όγκο ή από την παρουσία εκκρίσεων στο σημείο ανάπτυξης του νεοπλάσματος. Ο συριγμός είναι εισπνευστικός και καλείται strefor.

(3) Οφειλόμενα στην επέκταση του όγκου σε παρακείμενους ιστούς και όργανα:

(α) Θωρακικό άλγος: διάφοροι τύποι ανάλογα με την εντόπιση και την εξέλιξη:

- βύθιο διάχυτο άλγος στο ημιθωράκιο χωρίς ακριβή εντόπιση,
- πλευριτικό άλγος,
- οστικό άλγος.

(β) Δύσπνοια: η εμφάνιση δύσπνοιας στον καρκίνο πνεύμονα έχει πολλές αιτίες (ανάπτυξη μεγάλης πλευριτικής συλλογής, πολύ μεγάλη ανάπτυξη του όγκου και κατάληψη μέρους του πνευμονικού παρεγχύματος, παράλυση διαφράγματος, ενδοβρογχική ανάπτυξη της μάζας κ.λ.π.).

(γ) Βράγχος φωνής από πάρεση ή παράλυση των φωνητικών χορδών.

(δ) Δυσκαταποσία (πίεση, διήθηση οισοφάγου κυρίως από διήθηση του κάτω λαρυγγικού νεύρου).

(ε) Σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας (λόγω πίεσης άνω κοίλης φλέβας από τον όγκο ή από διηθημένους λεμφαδένες). Σ' αυτή την περίπτωση ο ασθενής εμφανίζει κεφαλαλγία, οίδημα προσώπου και βλεφάρων, ερυθρότητα, κυάνωση προσώπου, διάταση στραγιτίδων.

(4) Οφειλόμενα σε μεταστάσεις του όγκου: εξαρτώνται από την εντόπιση των μεταστάσεων (οι μεταστάσεις στο ήπαρ χαρακτηρίζονται από έντονη καταβολή δυνάμεων, στα οστά από συνεχή πόνο, στον εγκέφαλο από κεφαλαλγία).

(5) Παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις: είναι το σύνολο των εκδηλώσεων που οφείλονται στις βιολογικώς δραστικές ουσίες που παράγονται στα νεοπλασματικά κύτταρα. Οι πιο συχνές από αυτές είναι οι νευρομυοπάθειες οι οποίες απαντώνται στο 15% περίπου των αρρώστων που πάσχουν από βρογχογενή καρκίνο. Στις παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις περιλαμβάνονται επίσης διάφορα ενδοκρινολογικά σύνδρομα όπως σύνδρομο Cushing, η ανεπάρκεια των επινεφριδίων, η υπερέκκριση χοριακής γοναδοτροπίνης κ.α.

Τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα μπορούν να εμφανισθούν σ' οποιαδήποτε κατηγορία νεοπλασίας του πνεύμονα, είναι όμως πολύ πιο συχνά στο μικροκυτταρικό καρκίνωμα. Οφείλονται σε δραστηριοποίηση των λεγόμενων «αργυρόφιλων» κυττάρων του βρογχικού επιθηλίου τα οποία θεωρούνται ότι έχουν νευροορμονοεκκριτικές λειτουργίες. Επιπλέον, τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα μπορεί ν' αποτελούν την πρώτη εκδήλωση των μικροκυτταρικών καρκίνων του πνεύμονα και έτσι να υποδύονται διάφορες άλλες νόσους με ενδοκρινολογική αφετηρία, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, αλλά και νευρολογικής φύσεως.

(Γ. Βαρουχάκης «Κλινικές εκδηλώσεις του βρογχογενούς καρκίνου», σ. 1145 – 1148, «Μεταπτυχιακή Χειρουργική» Δημητρίου Λαζαρίδη).¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ – ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

(Α) ΔΙΑΓΝΩΣΗ: στηρίζεται στην κλινική εξέταση και στα ευρήματα της παρακλινικής διερεύνησης. Η διαδερμική βιοψία πνεύμονα και η λήψη υλικού για κυτταρολογική και ιστολογική εξέταση εξακολουθεί να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διάγνωση και σταδιοποίηση των κακοήθων νεοπλασιών του πνεύμονα αν και σ' ένα βαθμό το PET (Positronion Emission Tomography) την έχει αντικαταστήσει.

(Ι) Ακτινολογικός έλεγχος: ο ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα και ιδιαίτερα η ακτινογραφία θώρακα σε 2 επίπεδα (F και P) είναι η πρώτη εξέταση στην οποία υποβάλλονται οι ύποπτοι για βρογχογενές καρκίνωμα. Στα 90% των περιπτώσεων του πνευμονικού καρκίνου, ακτινολογικά ευρήματα ανευρίσκονται συνήθως 9 μήνες προ της εκδήλωσης της κλινικής συμπτωματολογίας της νόσου. Αν και μεγάλη ποικιλία ακτινολογικών σημείων ενδέχεται να συνδυάζεται με τους πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκους του πνεύμονα και κατά συνέπεια με το βρογχογενές καρκίνωμα, εντούτοις κανένα από αυτά δεν είναι παθογνωμονικό. Τα ευρήματα αυτά εξαρτώνται: (α) από την εντόπιση του όγκου (κεντρικά ή περιφερικά), (β) από τις δευτεροπαθείς αλλοιώσεις του πνευμονικού παρεγχύματος (εμφύσημα σε στένωση του βρόγχου, ατελεκτασία σε απόφραξη, επιμόλυνση και πνευμονία, πνευμονικό απόστημα ή πλευριτικό εξίδρωμα), (γ) από τις λεμφαδενικές μεταστάσεις ή επεκτάσεις του όγκου προς το μεσοπνευμόνιο, τον υπεζωκότα και το θωρακικό τοίχωμα.

Οι μικρές περιφερικές ασυμπτωματικές παθολογοανατομικές αλλοιώσεις του πνεύμονα, οι ονομαζόμενες «νομισματοειδείς σκιάσεις» αποτελούν τυχαίο κατά το πλείστον ακτινογραφικό εύρημα και πρέπει να διαχωρίζονται από τις καλοήθεις πνευμονικές βλάβες. Η απουσία οποιασδήποτε μεταβολής των χαρακτήρων τους σε διάστημα 2 χρόνων (σύγκριση με προηγούμενες ακτινογραφίες, ακτινογραφικός έλεγχος ανά τρίμηνο ή εξάμηνο) ή η ανεύρεση κεντρικής, συγκεντρικής (σαν φύλλα κρεμμυδιού) ή διάχυτης αποτιάνωσης είναι δυνατόν να ανευρεθούν στο βρογχογενές καρκίνωμα που αναπτύχθηκε σε προϋπάρχουσα μακροχρόνια καλοήθη πνευμονική βλάβη.

Τα βρογχογενή καρκινώματα που εντοπίζονται περιφερικά, εκδηλώνονται στην αρχή με σκίαση ομότιμη, με ομαλή ή συνηθέστερα ανώμαλη περιφέρεια. Διηθούν τους παρακείμενους πνευμονικούς ιστούς, αυξάνουν σε μέγεθος και μπορούν να καταλάβουν τον ένα ή και τον γειτονικό λοβό. Η επινέμεση των πυλαίων λεμφαδένων δεν είναι συνηθής, ενώ αντίθετα είναι συχνή η επέκταση προς τον υπεζωκότα και το θωρακικό τοίχωμα. Τα συνηθέστερα περιφερικά βρογχογενή καρκινώματα είναι τα αδενοκαρκινώματα και τα μεγαλοκυτταρικά και ακολουθούν σε συχνότητα τα επιθηλιακά και τα μικροκυτταρικά. Η αύξηση του όγκου των περιφερικών αυτών καρκινωμάτων και κυρίως των επιθηλιακών, συνεπάγεται κεντρική ισχαιμία και νέκρωση, με σχηματισμό κοιλότητας (κακοήθες απόστημα). Στα περιφερικά βρογχογενή καρκινώματα ανήκουν και οι όγκοι Pancoast, των οποίων η ακτινολογική εικόνα χαρακτηρίζεται από ομότιμη σκίαση της κορυφής του πνεύμονα με ή χωρίς οστεολυτικές επεξεργασίες των γειτονικών πλευρών ή σπονδύλων.

Κεντρικά, εντοπίζονται κυρίως τα επιθηλιακού τύπου και τα μικροκυτταρικά καρκινώματα και δίνουν ακτινολογική εικόνα, είτε λόγω διήθησης των παραπυλαίων λεμφαδένων, η οποία εκδηλώνεται με σκίαση ανώμαλη παρά την πύλη του πνεύμονα, με ακτινοειδείς σκιάσεις του παρακείμενου πνευμονικού παρεγχύματος, είτε λόγω στένωσης ή απόφραξης του τραχειοβρογχικού δέντρου στο σημείο ανάπτυξής του, με αντίστοιχο τμηματικό, λοβιαίο ή καθολικό αποφρακτικό πνευμονικό εμφύσημα ή ατελεκτασία. Η τελευταία, λόγω λοιμώξεων, εξελίσσεται σε πνευμονία, πνευμονικό απόστημα και εξιδρωματική πλευρίτιδα, με τις ανάλογες ακτινολογικές εικόνες.

Ο τομογραφικός έλεγχος των πνευμόνων θεωρείται επίσης απαραίτητος στη μελέτη του βρογχογενούς καρκινώματος. Με αυτόν επιτυγχάνεται η ακριβής εντόπιση της βλάβης, η λεπτομερής μορφολογία της, η αποκάλυψη μικρής κεντρικής κοιλότητας, η εμφάνιση αποτιτανώσεων ή άλλων ύποπτων παθολογοανατομικών αλλοιώσεων των πνευμόνων – κυρίως όμως αποκαλύπτονται οι διηθημένοι λεμφαδένες του μεσαυλίου και των πυλών και η βατότητα ή μη των μεγάλων βρόγχων.

(2) Τομογραφία με ποζιτρόνιο – PET (Positronio Emission Tomography): τα τελευταία χρόνια η αξία του PET στη διάγνωση, σταδιοποίηση και γενικότερα στην αντιμετώπιση του πρωτοπαθούς μεταστατικού βρογχογενούς Ca πνεύμονα έχει εκτιμηθεί ιδιαίτερα (Gould etal 2001).

Είναι πολύ πιθανό το PET ν' αποτελέσει πολύ σύντομα πάγια διαγνωστική προσέγγιση στις περισσότερες περιπτώσεις

μη μικροκυτταρικού Ca πνεύμονα.

(3) Κυτταρολογική πτυέλων: έχει ιδιαίτερη διαγνωστική αξία μαζί με την ακτινογραφία θώρακα για την πρώιμη διάγνωση του βρογχογενούς καρκίνου σε πληθυσμούς με αυξημένο κίνδυνο προσβολής. Το μοναδικό μειονέκτημα αυτής της εξέτασης είναι ο μη καθορισμός της θέσης ανάπτυξης των αρχόμενων (in situ) βρογχογενών καρκινωμάτων.

(4) Βρογχοσκόπηση: η παρακλινική αυτή εξέταση αποτελεί τη σπουδαιότερη μέθοδο διάγνωσης και μελέτης, όχι μόνο του βρογχογενούς καρκινώματος αλλά και πολλών άλλων πνευμονικών παθήσεων.

Η διαγνωστική της αξία, ενώ με το ευθύ μεταλλικό βρογχοσκόπιο δεν ξεπερνάει το 40% των περιπτώσεων του βρογχογενούς Ca με την καθιέρωση του εύκαμπτου βρογχοσκοπίου έχει σχεδόν διπλασιασθεί. Σκοπός της μεθόδου είναι η ακριβής εντόπιση της βλάβης, οι χαρακτήρες της, η έκτασή της και η λήψη υλικού για ιστολογική ή κυτταρολογική εξέταση. Έτσι, εκτός από τη διάγνωση, καθορίζεται η εγχειρησιμότητα ή μη του καρκίνου και στις εγχειρήσιμες καταστάσεις, το είδος της εγχείρησης.

Η εξέταση γίνεται με γενική ή τοπική αναισθησία. Η τοπική αναισθησία εφαρμόζεται στις βρογχοσκοπήσεις με το εύκαμπτο βρογχοσκόπιο, ενώ η γενική είναι προτιμότερη στις βρογχοσκοπήσεις με το μεταλλικό. Τα βρογχοσκοπικά ευρήματα στο βρογχογενές Ca διακρίνονται σε άμεσα και έμμεσα. Σαν άμεσα θεωρούνται, η ανεύρεση όγκου ή νεοπλασματικής εξέλκωσης και σαν έμμεσα, η βρογχική στένωση, η δυσκινησία ή καθήλωση του πλάγιου τοιχώματος της τραχείας ή του βρόγχου και η διεύρυνση

της τρόπιδας από υποκείμενους διογκωμένους λεμφαδένες.

Η λήψη βιοψίας από τις αλλοιωμένες θέσεις θεωρείται απαραίτητη. Όπου όμως αυτή δεν είναι δυνατή, είτε λόγω μη εντόπισης της βλάβης, είτε λόγω μη σαφών παθολογοανατομικών αλλοιώσεων, είτε αντικειμενικών δυσκολιών, τότε λαμβάνεται έκκριμα των βρόγχων, αφού προηγηθεί «βούρτσισμα» με ειδική βούρτσα το οποίο στέλνεται για κυτταρολογική εξέταση.

Η βελτίωση του εύκαμπτου βρογχοσκοπίου βοήθησε πάρα πολύ στην προσπέλαση των μικρότερων βρόγχων και στην διάγνωση των περιφερικών αλλοιώσεων, είτε με τη λήψη βιοψίας, είτε με τη χρήση βούρτσας, είτε με τη διαβρογχική παρακέντηση με βελόνα και τη λήψη υλικού για κυτταρολογική εξέταση.

(5) Διαθωρακική (διαδερμική) παρακέντηση με βελόνα (FNA): χρησιμοποιείται για τη λήψη υλικού για ιστολογική ή κυτταρολογική εξέταση περιφερικών πνευμονικών αλλοιώσεων.

(6) Μεσοθωρακοσκόπηση: χρησιμοποιείται ειδικό όργανο, το μεσοθωρακοσκόπιο, που προωθείται κατά μήκος της πρόσθιας επιφάνειας της τραχείας και στοχεύει στην ανεύρεση λεμφαδένων και στη λήψη βιοψίας.

(7) Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος: δεν υπάρχει ειδική ραδιοϊσοτοπική μέθοδος διάγνωσης του βρογχογενούς καρκίνου. Η εξέταση αυτή χρησιμοποιείται συνήθως μόνο για οστικές μεταστάσεις.

(8) **Παρακέντηση θώρακα και βιοψία υπεζωκότα:** (κυρίως σε περιφερικά νεοπλάσματα, αδενoCa).

(9) **Βιοψία προσκαληνικού λίπους και ψηλαφητών λεμφαδένων.**

(10) **Ερευνητική θωρακοτομή:** σε περιφερικές (κυρίως τραχηλικών) σκιάσεις που δεν διαγιγνώσκονται με διαγνωστικές μεθόδους (βρογχοσκόπηση, μεσοθωρακοσκόπηση, FNA).

Διαφορική διάγνωση: σε περιπτώσεις όπου η διάγνωση είναι αμφίβολη και πριν προχωρήσουμε σε ερευνητική θωρακοτομή, θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από άλλες πνευμονικές παθήσεις. Αυτές είναι:

(α) Για τα περιφερικά βρογχογενή καρκινώματα:

- Λοβώδης πνευμονία.
- Χρόνια υποτροπιάζουσα πνευμονία.
- Πνευμονικό απόστημα.
- Φυματίωση.
- Μυκητιάσεις πνεύμονα (ασπεργίλλωση).
- Εχινόκοκκος κύστη.
- Καλοήθεις ή δυνητικώς κακοήθεις όγκους πνεύμονα (σάρκωμα κ.λ.π.).

(β) Για τα κεντρικά ή των πυλών:

- Φυματίωση.
- Σαρκοείδωση.
- Όγκοι μεσοθωρακίου.
- Πνευμονία.
- Μεσοθωρακίτιδα.

(Α' Χειρουργική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Καθηγητής Π. Μπάλας «ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ», τομ. Β', Ιατρ. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1987, σελ. 786 – 791).⁴

(Β) ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ: η σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα έχει πολύπλευρη σημασία. Η επιλογή και ο σχεδιασμός της θεραπείας η διατύπωση απόψεων σχετικά με την πρόγνωση της νόσου, η σύγκριση ερευνητικών δεδομένων και αποτελεσματικών κλινικών μελετών έχουν ως βάση τη σταδιοποίηση της νόσου.

Το Διεθνές Σύστημα Σταδιοποίησης του καρκίνου του πνεύμονα βασίζεται επί δεδομένων τα οποία επιβεβαιώνουν τη σχέση της πρόγνωσης με την ανατομική έκταση της νόσου. Το σύστημα αυτό εδράζεται επί της κλινικής ταξινόμησης των παραγόντων TNM (T – primary tumor, πρωτοπαθής όγκος, N – regional lymph nodes, επιχώριοι λεμφαδένες, M – distant metastasis, απομεμακρυσμένες μεταστάσεις).

(Δ. Αναγνωστόπουλος, Ν. Μπαλταγιάννης, Ν. Μπολάνος, Α. Χατζημιχάλης «Ελληνική Ογκολογία» τομ. 39, τευχ. 2, Απριλ. – Ιούν. 2003, σελ. 77 – 78).⁸

5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ CA ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

(Α) Χειρουργική: αποτελεί θεραπεία πρώτης εκλογής επί καρκίνου του πνεύμονος διότι είναι η μόνη ριζική αντιμετώπιση της νόσου. Η προσφορά της σε ασθενείς με Ca πνεύμονα συνίσταται:

- Στην ριζική εξαίρεση της νόσου σταδίου I και II.
- Στην αφαίρεση του όγκου, όλων των προσβεβλημένων ιστών και λεμφαδένων.
- Στην αφαίρεση του μεγαλύτερου τμήματος του όγκου και των λεμφαδένων ώστε να βελτιωθεί η γενική κατάσταση του ασθενούς με στόχο να υποβληθεί σε συμπληρωματική χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.
- Στην ανακούφιση από τις επιπλοκές της νόσου (σοβαρή αιμόπτυση, δύσπνοια εκ πίεσεως κ.λ.π.).
- Στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς.

Η αρχή LUNG στη χειρουργική του Ca πνεύμονος

Η σωστή εφαρμογή των οδηγιών της αρχής LUNG αυξάνει την πενταετή επιβίωση των ασθενών. Σύμφωνα με την αρχή αυτή πρέπει να τηρούνται τα παρακάτω:

- **L** (Limited disease for indication): η νόσος πρέπει να είναι περιορισμένη (σταδίου I ή II) διότι μόνο τότε

αυξάνεται ουσιαστικά η 5ετής μετεγχειρητική επιβίωση.

- **U** (Uncomplicated disease for indication): οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε εγχείρηση να μην έχουν απαγορευτικές επιπλοκές. Ασθενείς ηλικίας πάνω από 70 ετών με καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια συνήθως έχουν πολλά προβλήματα μετά την εγχείρηση ακόμα και όταν η επέμβαση είναι απολύτως επιτυχής.
- **N** (Non – small cell lung – cancer – NSCLC for indication): ένδειξη εκτομής έχουν οι ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονος αλλά και ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονος σταδίου I και II των οποίων η μάζα μειώνεται προδήλως μετά από ΧΜΘ.
- **G** (Ganging operation for surgery).

Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας

(α) Ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα και νόσο σταδίου I και II.

(β) Ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα σταδίου IIIA ηλικίας κάτω των 60 ετών.

(γ) Ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα σταδίου I και II των οποίων ο όγκος προδήλως συρρικνώνεται μετά από 1 – 2 κύκλους ΧΜΘ.

(δ) Άλλοι κακοήθεις όγκοι του πνεύμονος που είναι αναισθητοί στη ΧΜΘ και ακτινοθεραπεία.

Χειρουργικές επεμβάσεις επί Ca πνεύμονος – είδη

Οι σπουδαιότερες είναι:

- Πνευμονεκτομή.
- Λοβεκτομή.
- Σφηνοειδής (wedge) εκτομή.
- Sleeve (δίκην περιχειρίδος) εκτομή του βρόγχου.
- Εκτομή του πνεύμονος και του υπεζωκότος.
- Εκτομή και αποκατάσταση της τραχείας, της τρόπιδας και των βρόγχων.
- Λοβεκτομή με ταυτόχρονη βρογχοπλαστική και αγγειοπλαστική.
- Εξαίρεση των όγκων Pancoast.
- Ερευνητική θωρακοτομή.

Περιοριστικοί παράγοντες των εγχειρήσεων επί Ca πνεύμονος

Οι παράγοντες που περιορίζουν τη χειρουργική του Ca πνεύμονος είναι:

(α) Το χαμηλό ποσοστό εξαιρεσιμότητας. Υπολογίζεται στο 25%. Το 75% των ασθενών έχουν προχωρημένη νόσο τη στιγμή της διάγνωσης και έχουν ήδη απολέσει την ευκαιρία μιας χειρουργικής επέμβασης. Το γεγονός αυτό αποτελεί και την κύρια αιτία της φτωχής πρόγνωσης.

(β) Το υψηλό ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε ερευνητική θωρακοτομή, 6%.

(γ) Η υψηλή συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών, 44,2%.

(δ) Το υψηλό ποσοστό μετεγχειρητικής (εντός 30 ημερών) θνησιμότητας, 37%.

(Νικόλαος Μπαλταγιάννης, τετραμηνιαία έκδοση «Ελληνική Χειρουργική Ογκολογία» Ιανουάριος – Απρίλιος 2003, τομ. 3, τευχ. 1, σελ. 19 – 21).

Η χειρουργική αφαίρεση των κακοήθων νεοπλασιών του πνεύμονα απαιτεί στις περισσότερες περιπτώσεις την κλασική θωρακοτομή ή VATS (Video Assisted Thoracoscopic Surgery). Η VATS είναι μια πρόσφατη μέθοδος η οποία εφαρμόζεται για την αφαίρεση μικρών αλλοιώσεων που εντοπίζονται στην περιφέρεια του πνεύμονα παρότι όσο περνάει ο καιρός εφαρμόζεται και για όγκους μεγάλου μεγέθους.

(B) Χημειοθεραπεία: ο μικροκυτταρικός καρκίνος πνεύμονα παρουσιάζει μεγάλη ευαισθησία στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα με κύριους εκπροσώπους τους εξής παράγοντες: Ifosfamide, etoposide, ανθρακυκλίνες (adriamycin, epirubicin), cyclophosphamide, vincristine, methotraxate κ.λ.π., πλατίνα – καρβοπλατίνα.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι οι συνδυασμοί 3 φαρμάκων επιτυγχάνουν ανταποκρίσεις άνω του 80% με ποσοστά πλήρους ανταπόκρισης αυτού 40%, ειδικά εάν επακολουθήσει ακτινοθεραπεία της πρωτογενούς εστίας. Η εκπληκτική ανταπόκριση του μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα στη

ΧΜΘ προκάλεσε ενθουσιασμό και ελπίδες ότι πρόκειται για νόσο που μπορεί να ιαθεί, αλλά η μακροχρόνια πείρα αποκάλυψε ένα υψηλό ποσοστό υποτροπών με τελική μακροχρόνια επιβίωση μόνο σε 5 – 8% του συνόλου των θεραπευθέντων ασθενών. Σχεδόν όλοι αυτοί οι ασθενείς έχουν «περιορισμένη νόσο» και μετά την επιτυχή ΧΜΘ έχουν υποβληθεί και σε ακτινοθεραπεία της πρωτογενούς εστίας.

(Παπαβασιλείου – Κούβαρης «Ογκολογία»)¹⁰

Η χημειοθεραπεία για τα μη μικροκυτταρικά νεοπλάσματα φαίνεται ότι έχει φτάσει στο μέγιστο των δυνατοτήτων της. Παρόλα αυτά, υπάρχουν μελέτες (Rivera, 2001)²¹ σύμφωνα με τις οποίες η εφαρμογή χημειοθεραπείας σε προκεχωρημένο στάδιο μη μικροκυτταρικού καρκίνου πνεύμονα, μπορεί να έχει θετικό αποτέλεσμα όσο αφορά την επιβίωση αλλά και τη μείωση των επώδυνων συμπτωμάτων.

Ανεπιθύμητες ενέργειες της ΧΜΘ

Αυτές διακρίνονται σε: άμεσες, με κύρια επίδραση στα κύτταρα του μυελού (μυελοκαταστολή) και των βλεννογόνων (γαστρεντερικές διαταραχές), σε μεταγενέστερες, οφειλόμενες συνήθως στην επανάληψη των ΧΜΘ (τριχόπτωση, δερματοπάθειες, πολυνεφρίτιδες, νευροτοξικότητα, ηπατοτοξικότητα, καρδιοτοξικότητα, ωτοτοξικότητα, ανοσοκαταστολή) και αψώτερες που μπορούν να εμφανισθούν και πολύ αργότερα μετά τη διακοπή της ΧΜΘ (στεριότητα, καρκινογένεση κ.λ.π.).

(Μ. Παπαδημητρίου «ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ», σ. 519)

(Γ) Ακτινοθεραπεία: η θέση της στον καρκίνο του πνεύμονα είναι ένα πεδίο που παρά τη μακροχρόνια εφαρμογή της θεραπευτικής αυτής μεθόδου δεν έχει πλήρως διερευνηθεί. Τα τελευταία χρόνια με το συνδυασμό αυτής με άλλες θεραπευτικές μεθόδους όπως η χειρουργική και η ΧΜΘ ανοίγονται νέες προοπτικές και ελπίδες για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων.

Οι ενδείξεις για ακτινοθεραπεία οι οποίες καθορίζονται από το στάδιο της νόσου, τον ιστολογικό τύπο και τη γενική κατάσταση του ασθενή είναι συνοπτικά:

- Μετεγχειρητικά ως συμπληρωματική θεραπεία.
- Προεγχειρητικά.
- Σαν μονοθεραπεία με θεραπευτικό ή παρηγορικό σκοπό.
- Σε συνδυασμό με ΧΜΘ.

(Ι. Κατσιλιέρης, Ν. Ζαμπόγλου «Η θέση της ακτινοθεραπείας στον μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονος», σελ. 27 – 28, «ΘΕΜΑΤΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ», Αθήνα 1992).¹¹

Μελλοντικές προοπτικές στη θεραπεία του καρκίνου πνεύμονος

(Ι) Η μοριακή βιολογία στην αντιμετώπιση του Ca πνεύμονα: Στην εποχή που ζούμε, πιθανότατα το μεγαλύτερο πεδίο έρευνας στην

προσπάθεια αντιμετώπισης του πνευμονικού καρκίνου εντοπίζεται στη μελέτη της μοριακής βιολογίας των όγκων αυτών. Παρότι μέχρι σήμερα δεν έχουμε χειροπιαστές αποδείξεις στον τομέα αυτό, δεν είναι λίγοι αυτοί που ελπίζουν ότι μέσα από την έρευνα αυτή θα προέρθει μεγάλη διαφορά στη θεραπεία του Ca πνεύμονα. Οι βιολογικοί παράγοντες μπορεί να προσφέρουν την καλύτερη ελπίδα για τη μελλοντική θεραπευτική αντιμετώπιση των πνευμονικών καρκίνων (καρκινικοί δείκτες, γενετικές τεχνικές).

(Carney, 2002)¹⁹

(2) Προληπτικός έλεγχος για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία καρκίνου πνεύμονα στις ομάδες υψηλού κινδύνου: Αποτελεί αξιωμα ζωτικής σημασίας στο πεδίο της ογκολογίας ότι ένας άνθρωπος με καρκίνο έχει πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να θεραπευτεί και να ζήσει πολύ περισσότερα χρόνια εάν ο όγκος διαγνωσθεί και θεραπευθεί κατά κύριο λόγο χειρουργικά σε πρώιμο στάδιο. Αυτό έχει ιδιαίτερη εφαρμογή και αξία στις κακοήθεις νεοπλασίες πνεύμονα κι ιδιαίτερα στους μη μικροκυτταρικούς όγκους.

Εκτεταμένες έρευνες τις δεκαετίες '60 – '70 προσπάθησαν ν' ανιχνεύσουν τη συμβολή πρώιμων διαγνωστικών μεθόδων στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του Ca πνεύμονα. Ως πρώιμες διαγνωστικές μέθοδοι θεωρήθηκαν εκείνη την εποχή η κυτταρολογική εξέταση πτυέλων και η απλή ακτινογραφία θώρακος. Τα αποτελέσματα ήταν τόσο απογοητευτικά που πέρασαν πολλά χρόνια για να επανέρθει το θέμα της συμβολής των πρώιμων διαγνωστικών εξετάσεων για την πρώιμη θεραπεία του πνευμονικού καρκίνου.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί εκείνοι που πιστεύουν ότι υπάρχουν μέθοδοι πρώιμης διάγνωσης που πρέπει να εφαρμόζονται στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Στις σύγχρονες πρώιμες διαγνωστικές εξετάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν σε μαζικό επίπεδο, περιλαμβάνεται η σπειροειδής αξονική τομογραφία θώρακος. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η μέθοδος αυτή οδήγησε στην ανίχνευση μεγάλου αριθμού πνευμονικών καρκίνων, με διάμετρο μεγέθους μέχρι 3 χιλιοστά.

(Henschke and Yanlelevitz, 2000)²⁰

5.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ CA ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

Οι παράγοντες που καθορίζουν την πρόγνωση των ασθενών με βρογχογενές καρκίνωμα είναι ο ιστολογικός τύπος, το παθολογοανατομικό στάδιο της νόσου και η ύπαρξη ή μη κλινικής συμπτωματολογίας κατά την εφαρμογή της χειρουργικής θεραπείας.

Ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνωμα και χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις ή κλινική συμπτωματολογία οι οποίοι υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία έχουν κακή πρόγνωση, δεδομένου ότι μόνο 10% από αυτούς εμφανίζει 5ετή επιβίωση. Για τους άλλους ιστολογικούς τύπους του βρογχογενούς καρκινώματος η πρόγνωση είναι ανεξάρτητη του ιστολογικού τύπου όταν αποδεδειγμένα δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους σύστοιχους πυλαίους λεμφαδένες. Επί λεμφαδενικών όμως μεταστάσεων καλύτερη πρόγνωση έχουν τα επιθηλιακά (19%), ακολουθούν τα αδenoκαρκινώματα (13%) και τα μεγαλοκυτταρικά (11%).

Η πενταετής επιβίωση των χειρουργημένων ατόμων του σταδίου I με την παρουσία κλινικών συμπτωμάτων κυμαίνεται μεταξύ 30 – 50%. Στο ίδιο παθολογοανατομικό στάδιο, χωρίς κλινική εκδήλωση της νόσου, τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 40 και 70%.

Στο στάδιο II που κατά κανόνα γίνεται πνευμονεκτομή, τα ποσοστά της 5ετούς επιβίωσης κυμαίνονται μεταξύ 20 και 30% και στο στάδιο III όταν είναι δυνατή η χειρουργική θεραπεία, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι δυνατό να φτάσουν μεταξύ 6 και 10%.

Άρρωστοι που δεν υποβάλλονται σε καμιά θεραπεία, λόγω προχωρημένης νόσου ή αντενδείξεων για χειρουργική εξαίρεση του όγκου, πεθαίνουν κατά 90% μέσα στον πρώτο χρόνο από τη μέρα της διάγνωσης. Η καλύτερη πρόγνωση ασθενών με βρογχογενές καρκίνωμα παρατηρείται στο στάδιο *in situ* με ποσοστά 5ετούς επιβίωσης που ανέρχονται σε 89%.

(Α' Χειρουργική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Καθηγητής Π. Μπάλας «Χειρουργική», τομ. Β', Ιατρ. Εκδ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1987, σελ. 794 – 795).⁴

Η διακοπή του καπνίσματος στην πρόληψη του Ca πνεύμονα

Το ποσοστό των καπνιστών στις ΗΠΑ μέχρι το 1999 ήταν 23%. Υπολογίζεται ότι μέχρι το 2010 με την αντικαπνιστική προπαγάνδα, το ποσοστό αυτό θα φτάσει στο 12%.

(MMWR Mord Hortal Wkly Rep 2001)¹⁶

Κανέννας, με πιθανή εξαίρεση τις καπνοβιομηχανίες, δεν έχει αμφιβολία ότι το κάπνισμα αποτελεί τον πιο σπουδαίο αιτιολογικό παράγοντα βρογχογενούς καρκίνου του πνεύμονα. Είναι προφανές ότι μειώνοντας στο ελάχιστο το κάπνισμα θα έχουμε κάνει ένα σημαντικό βήμα στην πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα. Η επίτευξη του στόχου αυτού προσκρούει στην ισχυρή εξαρτησιογόνο δράση της νικοτίνης. Η χρησιμοποίηση φαρμάκων τα τελευταία χρόνια για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τη νικοτίνη έχει βοηθήσει σημαντικά στη διακοπή του καπνίσματος. Ένα τέτοιο φάρμακο βρίσκεται στο εμπόριο και στη χώρα μας και είναι το μπουπρόπιο.

(Vaszar etal, 2002)¹⁷

Το κάπνισμα, εκτός του ότι αποτελεί τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα για τον πνευμονικό καρκίνο, αποτελεί και την κύρια αιτία μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά τη χειρουργική αφαίρεση των κακοήθων πνευμονικών όγκων. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η διακοπή του καπνίσματος 6 – 8 εβδομάδες πριν τη χειρουργική επέμβαση μειώνει στο 50% τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

(Moller etal, 2001)¹⁸

Η προσπάθεια περιορισμού του καπνίσματος στις διάφορες χώρες θα ενισχυθεί, αν πέρα από την ιατρική δράση αναληφθεί και πολιτική δράση από τις κυβερνήσεις προς αυτή την κατεύθυνση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο ρόλος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να χρησιμοποιήσει για την καταπολέμηση των κακοήθων κυττάρων, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια. Ακόμη, οι γνώσεις και οι δεξιότητες βοηθούν τη νοσηλεύτρια/τή να προβλέψει και να παρεμποδίσει την εμφάνιση των συμπτωμάτων αυτών.

Έτσι λοιπόν, ο ρόλος της σε ασθενή με Ca πνεύμονα είναι πολύ σημαντικός και διπλός. Το ένα μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας αναφέρεται στο ψυχολογικό μέρος του αρρώστου και το άλλο στη φυσική αποκατάσταση της υγείας του. Η ικανοποίηση των πρώτων αναγκών του αρρώστου είναι τόσο βασική όσο και πολύ δύσκολο να εφαρμοσθεί. Αν και στην περίπτωση της χειρουργικής αφαίρεσης του όγκου μπορούν να βελτιωθούν τα συμπτώματα, ο άρρωστος όμως θεωρείται σαν βαριά άρρωστος και άτομο με βαρύτατη πρόγνωση.

Από τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με Ca πνεύμονα προκύπτουν προβλήματα που απαιτούν λεπτούς χειρισμούς, τους οποίους αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές. Στη συνέχεια παρουσιάζονται

τα συνηθέστερα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα σε ασθενείς με Ca:

- (1) Άγχος που σχετίζεται με τα συμπτώματα και τα σημεία της νόσου, με την έλλειψη κατανόησης της διάγνωσης, με το ξένο περιβάλλον του νοσοκομείου κ.λ.π.
- (2) Διαταραχή της θρέψης.
- (3) Πόνος.
- (4) Αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων.
- (5) Διαταραχή της αναπνευστικής λειτουργίας.
- (6) Θλίψη – κατάθλιψη, διαταραχές προσαρμογής, οργανικά ψυχοσύνδρομα.

(Μαλαγαρινού – Κων/νίδου «Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, τομ. Β', μέρος 2^ο, σελ.153).

Όπως έχει αναφερθεί, η μάχη κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις της επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα, με αποτέλεσμα η διάγνωση καρκίνος να αποτελεί τραυματικό γεγονός για τον ασθενή.

Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ψυχιατρικής νοσηρότητας σε ασθενή με καρκίνο

- (1) Προϋπάρχον ιατρικό ιστορικό:

- ψυχωσική διαταραχή
- κατάχρηση ουσιών
- αγχώδεις διαταραχές

(2) Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη νόσο:

- νόσος τελικών σταδίων
- χρόνιος πόνος
- περιορισμός λειτουργικότητας

(3) Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη θεραπεία:

- ΧΜΘ
- Αναλγητικά

(4) Παράγοντες σχετιζόμενοι με το περιβάλλον:

- στρεσογόνα γεγονότα
- έλλειψη οικογενειακής στήριξης

Παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης κατάθλιψης σε καρκινοπαθείς

(1) Βιολογικοί:

- βαρύτητα νόσου
- σωματική αναπηρία και περιορισμός κινητικότητας
- χρόνιος πόνος
- θεραπεία (χειρουργικές επεμβάσεις, ΧΜΘ)

(2) Ψυχοκοινωνικοί:

- παθητική προσωπικότητα
- κοινωνική απομόνωση
- κοινωνικοοικονομικά προβλήματα
- ατομικό ιστορικό κατάθλιψης

Καρκίνος και τάσεις αυτοκτονίας – Παράγοντες κινδύνου

(1) Ατελώς ελεγχόμενος πόνος.

(2) Πολλαπλά σωματικά συμπτώματα.

(3) Νόσος τελικών σταδίων.

(4) Ύπαρξη κατάθλιψης – απελπισίας.

(5) Λίσθημα αβοήθητου.

(6) Προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία.

(7) Ελλιπής κοινωνική υποστήριξη.

(Κ. Βελέντζας – Ε. Μαμπλέκου «Καρκίνος και κατάθλιψη», σελ. 202, 204, 206, μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρ. Σπουδών «ΙΑΤΡΙΚΗ», Μάρτιος 2003, τομ. 83, τευχ. 1).¹³

Για να γίνει η επαφή του νοσηλευτικού προσωπικού με τον άρρωστο, πρέπει να γνωρίζουμε τον άρρωστο, την οικογένειά του και τον εαυτό μας.

(α) Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τον άρρωστο:

- το ρόλο του στην οικογένεια
- τη μόρφωσή του
- την αντίληψη που έχει για τον εαυτό του
- την ωριμότητα της προσωπικότητάς του
- τη διάρκεια της αρρώστιας
- τις ανάγκες του αρρώστου
- τον τρόπο νοσηλείας του

(β) Τι πρέπει να γνωρίζουμε για την οικογένειά του:

- τη σχέση των μελών της οικογένειας με τον άρρωστο
- τη στάση της υπόλοιπης οικογένειας απέναντι στον άρρωστο

(γ) Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τον εαυτό μας:

- τα συναισθήματά μας απέναντι στην αρρώστια
- την επαφή μας με τον άρρωστο
- την εμπιστοσύνη που τρέφει ο άρρωστος για εμάς
- την επαφή μας με την υπόλοιπη οικογένεια

Η γνωριμία μας με τον άρρωστο, την υπόλοιπη οικογένειά του και τον εαυτό μας θα μας βοηθήσουν στο σωστό χειρισμού του δύσκολου θέματος στην περίπτωση της γνωστοποίησης της αρρώστιας.

(Μαλγαρινού – Κωνσταντινίδου «Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική», τομ. Β', μέρος 2^ο)¹²

Περιστατικό Ι

Ασθενής ηλικίας 67 ετών καπνίστρια (50 pack year) προσήλθε στην θωρακοχειρουργική κλινική προς διερεύνηση σκίασης αριστερού πνεύμονος κι ενδεχομένως χειρουργικής αντιμετώπισής της. Η ασθενής είχε ιστορικό Ca μαστού, για τον οποίο υπέστη αριστερή μαστεκτομή πριν από 13 χρόνια. Ο ετήσιος ακτινολογικός έλεγχος αποκάλυψε οζώδη σκίαση αριστερού πνεύμονα και η παραπέρα διερεύνηση με αξονική τομογραφία απέδειξε ότι η σκίαση αυτή εκ μαλακών μορίων αριστερά στον κάτω λοβό είναι χωρίς λεμφαδένες. Ο υπόλοιπος έλεγχος σταδιοποίησης του Ca μαστού ο οποίος περιελάμβανε αξονική (CT) άνω – κάτω κοιλίας, εγκεφάλου κ.λ.π. ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο έλεγχος ρουτίνας για διαγνωστική προσπέραση της σκίασης στο πνευμονολογικό τμήμα της παθολογικής

κλινικής, που περιελάμβανε βρογχοσκόπηση και διαδερμική βιοψία πνεύμονα, δεν οδήγησε σε ασφαλή διαγνωστικά συμπεράσματα. Στη θωρακοχειρουργική κλινική, η ασθενής υποβλήθηκε σε ερευνητική θωρακοτομή, η οποία οδήγησε στη λήψη υλικού από την περιοχή ενδιαφέροντος. Η ταχεία βιοψία απέδειξε την ύπαρξη σαρκωματώδους σαρκώματος, γι' αυτό και η ασθενής υποβλήθηκε στη συνέχεια σε αριστερή κάτω λοβεκτομή.

Νοσηλευτική παρέμβαση

(1) Στάδιο προεγχειρητικής ετοιμασίας: η ασθενής ήταν εξαιρετικά ανήσυχη, διότι συνδύαζε το νέο εύρημα με την κατάσταση της κακοήθους νεοπλασίας του μαστού για την οποία υπέστη αριστερή μαστεκτομή, πριν 13 χρόνια. Υπήρχε έντονη απογοήτευση γιατί η ασθενής θεωρούσε ότι είχε απαλλαγεί από τη νόσο αυτή. Ως νοσηλεύτρια, αφιέρωσα πάρα πολύ χρόνο για την ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς αυτής. Τα αποτελέσματα ήταν θετικά επειδή συνυπήρχε και ανάλογο οικογενειακό περιβάλλον.

(2) Στάδιο της χειρουργικής αντιμετώπισης: τέθησαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για την ομαλή διεξαγωγή της επέμβασης. Προηγήθηκε πλήρης καρδιολογικός και πνευμονολογικός έλεγχος χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως βρογχοδιασταλτικά με εντολή γιατρού λόγω συνύπαρξης περιορισμένου βρογχοσπασμού. Η καρδιολογική εξέταση ήταν φυσιολογική, γι' αυτό και δεν παρουσιάστηκαν καρδιολογικές επιπλοκές κατά την επέμβαση.

(3) **Στάδιο της μετεγχειρητικής πορείας του ασθενή:** η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς στο στάδιο της νοσηλείας της στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας περιλαμβάνει τα πιο κάτω:

- ακτινολογικό έλεγχο για αποκλεισμό επιπλοκών εκ της προηγηθείσας αριστερής κάτω λοβεκτομής.
- φυσικοθεραπεία αναπνευστικού συστήματος για την κινητοποίηση των εκκρίσεων.
- τακτική μέτρηση και ανάλυση των αερίων αρτηριακού αίματος, με έμφαση στη μέτρηση του PO_2 και PCO_2 καθώς και του pH και των διττανθρακικών.
- η παροχέτευση billow αφαιρέθηκε την τρίτη μετεγχειρητική μέρα και η ασθενής ήταν ήδη περιπατητική.

Λόγω μη ύπαρξης επιπλοκών, η ασθενής μετέβη σπίτι της επτά μέρες μετά το χειρουργείο, με αντιβίωση βρογχοδιασταλτικά με μορφή εισπνοών και με οδηγίες για επανέλεγχο εντός εβδομάδας.

Περιστατικό II

Ασθενής ηλικίας 67 ετών, καπνιστής 100 pack/year προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με μεγάλη αιμόπτυση, η οποία χρονολογείται από 48ώρου. Το αίμα των αιμοπτύσεων ήταν καθαρό (κόκκινο), εξερχόταν με βίαιο βήχα και σε μεγάλες ποσότητες. Ο ασθενής και το περιβάλλον του ήταν πανικόβλητοι. Από την επισκόπηση του ασθενούς, υπήρχε αγωνία,

ταχύπνοια και στην ψηλάφηση ο σφυγμός ήταν ταχύς και μαλακός (130 σφύξεις / λεπτό). Η Αρτηριακή Πίεσή του ήταν 90 / 40mmHg. Τα δάκτυλα των άνω και κάτω άκρων του ήταν ψυχρά και μελανά.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

Ειδοποίηση αμέσως το γιατρό εφημερίας και έγινε κάθε προσπάθεια να καθιςυχάσουμε τον ασθενή. Ζητήθηκε επείγοντως αναρρόφηση και λαρυγγοσκόπιο για απελευθέρωση των ανωτέρων αεροφόρων οδών από το αίμα που πιθανόν βρισκόταν στο λάρυγγα και στην τραχεία λόγω των μεγάλων αιμοπτύσεων.

Ταυτόχρονα τέθηκε φυσιολογικός ορός N/S 0,9% 1000'' με ρυθμό χορήγησης 80 σταγόνες / λεπτό.

Από τη μηριαία αρτηρία έγινε λήψη αίματος για προσδιορισμό αερίων αρτηριακού αίματος, η ανάλυση των οποίων έδειξε σοβαρή υποξαιμία $PO_2 = 52\text{mmHg}$, υποκαπνία, $PCO_2 = 29\text{mmHg}$, φυσιολογικό $pH = 7,46$.

Μέχρι να έρθει η αναρρόφηση και το λαρυγγοσκόπιο τέθηκε μάσκα Venturi MV 40% στα 8 lit/min.

Μετά την κλινική εξέταση των γιατρών, λόγω βρογχοσπασμού χορηγήθηκε ενδοφλεβίως (IV) υδροκορτιζόνη (Solu medrol 500mg) σε ταχεία έγχυση.

Με τη βοήθεια λαρυγγοσκοπίου έγινε αναρρόφηση με ισχυρή αρνητική πίεση και από την περιοχή του λάρυγγα και της τραχείας αφαιρέθηκε μεγάλη ποσότητα αίματος και πηγμάτων. Η μερική απόφραξη των ανώτερων αεροφόρων οδών από αίμα και πήγματα αίματος ήταν η κύρια αιτία της υποξαιμίας.

Έγινε επείγοντως ακτινογραφία θώρακος, η οποία απέδειξε την ύπαρξη ολικής ατελεκτασίας του δεξιού πνεύμονα.

Ο ασθενής εισήχθη στο χειρουργείο, διασωληνώθηκε και με τη βοήθεια ολικής νάρκωσης έγινε βρογχοσκόπηση με άκαμπτο βρογχοσκόπιο. Με αυτό καθαρίστηκαν οι ανώτερες αεροφόρες οδοί από το αίμα και τα πήγματα.

Η βρογχοσκόπηση απέδειξε την ύπαρξη ευμεγέθους ανθοκραμβοειδούς όγκου, ο οποίος απέφρασσε τελείως το δεξιό στελεχιαίο βρόγχο από το ύψος της κύριας τρόπιδας, η οποία εμφανιζόταν διηθημένη. Με επίμονες προσπάθειες και με τη χρήση αδρεναλίνης σιγά σιγά επιτεύχθηκε ο περιορισμός της αιμορραγίας.

Ο ασθενής συνήλθε γρήγορα από τη γενική νάρκωση, που έγινε με την IV χορήγηση propofol και ήταν σαφώς σε καλύτερη κατάσταση.

Τα αέρια αίματος βελτιώθηκαν σημαντικά $PO_2 = 70\text{mmHg}$, $PCO_2 = 40\text{mmHg}$. Την επομένη στον ασθενή εφαρμόστηκε ακτινοθεραπεία για να σταθεροποιηθεί η ανάσχεση της αιμορραγίας. Η εφαρμογή ακτινοθεραπείας

επιλέχθηκε σαν μέθοδος αιμοστατική, μια και στο νοσοκομείο δεν υπήρχε η δυνατότητα εφαρμογής ακτίνων Laser για το σκοπό αυτό (YAG Leiser).

Οι αιμοπτύσεις αποτελούν συνηθισμένο σύμπτωμα στον καρκίνο πνεύμονα. Στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι αιμοπτύσεις είναι μικρές κι οφείλονται στη διάβρωση των αρτηριδίων κλάδων της πνευμονικής αρτηρίας από τον αναπτυσσόμενο κακοήγη όγκο. Σπάνια σε διηθητικούς όγκους, οι οποίοι αναπτύσσονται, εκτός από το αυλό, και στο τοίχωμα του βρόγχου, υπάρχει περίπτωση διάβρωσης βρογχικών αρτηριών. Οι βρογχικές αρτηρίες αποτελούν κλάδους της θωρακικής αορτής και δεν έχουν καμία σχέση με τα πνευμονικά τριχοειδή. Είναι οι τροφικές αρτηρίες του πνεύμονα, δεν έχουν διακλαδώσεις, είναι τελικοτελικές και δεν έχουν αναστομώσεις. Οι αιμορραγίες των βρογχικών αρτηριών είναι κατακλυσμιαίες και πολύ επικίνδυνες και μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο λόγω απόφραξης της τραχείας και των μεγάλων βρόγχων από μεγάλη ποσότητα αίματος.

Οι μικρές αιμοπτύσεις συνήθως αντιμετωπίζονται με ανάπαυση σπίτι και υποχωρούν σε 3 – 4 μέρες χωρίς καμία ιδιαίτερη θεραπεία, η οποία δεν υπάρχει.

Σε περιπτώσεις μεγάλης αιμορραγίας από ρήξη βρογχικής αρτηρίας, οι αιμοπτύσεις είναι επικίνδυνες και αυτά τα περιστατικά απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση σε εξειδικευμένα νοσοκομεία.

Από τη νοσηλευτική παρέμβαση στο συγκεκριμένο περιστατικό, πρέπει να σημειωθεί η μεγάλη σημασία των πιο κάτω για την

επιτυχή αντιμετώπιση του περιστατικού:

- Κατεβλήθη κάθε προσπάθεια για μείωση του άγχους. Αυτό έχει αιμοδυναμικά θετικές συνέπειες και ταυτόχρονα κάνει πιο συνεργάσιμο τον ασθενή. Νιώθει ασφάλεια και γίνεται ευκολότερα κάθε ιατρική δραστηριότητα.
- Η άμεση απελευθέρωση των αεροφόρων οδών είναι κρίσιμη παράμετρος λόγω άμεσου κινδύνου ασφυξίας και θανάτου του ασθενή.
- Αιμοδυναμική αντιμετώπιση ασθενών αυτού του είδους είναι η συνηθισμένη όπως σε όλες τις περιπτώσεις επικείμενης καρδιοαναπνευστικής κατάρρευσης (shock).
- Η εφαρμογή των ακτίνων Laser με τη βοήθεια του βρογχοσκοπίου υπό καθεστώς γενικής αναισθησίας και με τη βοήθεια Jet ventilator αποτελεί τη θεραπεία εκλογής αιμοπτύσεων από όγκο πνεύμονα. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται επίσης και για τη διάνοιξη της τραχείας και των μεγάλων βρόγχων από ευμεγέθεις ενδοτραχειακούς κι ενδοβρογχικούς όγκους. Εδώ χρησιμοποιείται το Yac Laser (ittrium). Συνήθως, στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει δυνατότητα ακτινοβολίας με Laser χρησιμοποιείται η κλασσική ακτινοθεραπεία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Η νέα σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονος. Σύστημα ταξινόμησης TNM (πρωτοπαθής όγκος, λεμφαδένες, μεταστάσεις)

Πρωτοπαθής όγκος (T)	T_x	Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί ή όγκος που αποδεικνύεται από την παρουσία κακοήθων κυττάρων στα πτύελα ή τις βρογχικές εκκρίσεις αλλά αδύνατον να εντοπισθεί με απεικονιστικές μεθόδους ή με βρογχοσκόπηση.
	T_0	Δεν υπάρχει μαρτυρία πρωτοπαθούς όγκου.
	T_{is}	Καρκίνωμα in situ
	T_1	Όγκος < 3cm στη μεγαλύτερη διάμετρό του, ο οποίος περιορίζεται εντός του πνευμονικού παρεγχύματος ή εντός των ορίων του σπλαχνικού υπεζωκότος χωρίς βρογχοσκοπική μαρτυρία διήθησης εγγύτερον λοβιαίου βρόγχου. Η σπάνια παρουσία επιφανειακού όγκου του οποίου το διηθητικό στοιχείο περιορίζεται στο τοίχωμα του βρόγχου και επεκτείνεται κεντρικώς έως τον στελεχιαίο βρόγχο επίσης ταξινομείται ως T_1 .
	T_2	Όγκος > 3cm στη μεγαλύτερή του διάμετρο ή με ένα εκ των

		<p>κάτωθι χαρακτηριστικών:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ προσβολή του στελεχαιού βρόγχου σε απόσταση > 2cm πέραν της τρόπιδος ▪ διήθηση του περισπλάχνιου πετάλου του υπεζωκότος ▪ συνοδεύεται από ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονίτιδα η οποία επεκτείνεται έως την πύλη αλλά δεν καταλαμβάνει ολόκληρο τον πνεύμονα.
	T ₃	<p>Όγκος οιοδήποτε μεγέθους που διηθεί άμεσα ένα εκ των κάτωθι: θωρακικό τοίχωμα (περιλαμβανομένων των όγκων Pancoast), διάφραγμα, τον υπεζωκότα του μεσοθωρακίου ή το τοιχωματικό περικάρδιο. Όγκος σε απόσταση < 2cm από την τρόπιδα χωρίς διήθηση αυτής. Συνοδεύεται από ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονίτιδα ολόκληρου του πνεύμονα.</p>
	T ₄	<p>Όγκος οιοδήποτε μεγέθους που διηθεί ένα εκ των κάτωθι οργάνων:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ μεσοθωράκιο ▪ καρδιά ▪ μεγάλα αγγεία ▪ τραχεία ▪ οισοφάγος ▪ σώματα σπονδύλων ▪ τρόπιδα ▪ όγκος με κακοήθη πλευριτική συλλογή ή

		περικαρδιακή συλλογή ή με δορυφορικά οζίδια στον ίδιο λοβό με την πρωτοπαθή βλάβη.
Επιχώριοι λεμφαδένες	N_x	Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν δύνανται να εκτιμηθούν.
	N_0	Δεν υπάρχουν επιχώριοι λεμφαδένες.
	N_1	Μετάσταση σε περιβρογχικούς λεμφαδένες ομοπλεύρως ή πυλαίους λεμφαδένες ομοπλεύρως και ενδοπνευμονικούς λεμφαδένες από άμεση επέκταση του πρωτοπαθούς όγκου.
	N_3	Μετάσταση σε ετερόπλευρους λεμφαδένες του μεσοθωρακίου, ετερόπλευρους πυλαίους, ομόπλευρους ή ετερόπλευρους σκαληνούς ή υπερκλειδίου λεμφαδένες.
Μεταστάσεις	M_x	Η παρουσία μεταστάσεων δεν δύνανται να εκτιμηθεί.
	M_0	Δεν υπάρχουν μεταστάσεις.
	M_1	Υπάρχουν μεταστάσεις. Η παρουσία οζιδίων σε άλλο λοβό από εκείνον του πρωτοπαθούς όγκου ομοπλεύρως, ταξινομείται επίσης ως M_1 .

Πίνακας 2: Η νέα σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα*

Στάδιο	TNM
0	Καρκίνωμα in situ
IA	T ₁ N ₀ M ₀
IB	T ₂ N ₀ M ₀
IIA	T ₁ N ₁ M ₀
IIB	T ₂ N ₁ M ₀
IIIA	T ₃ N ₀ M ₀
	T ₃ N ₁ M ₀
	T ₁ N ₂ M ₀
IIIB	T ₂ N ₂ M ₀
	T ₃ N ₂ M ₀
	T ₄ N ₀ M ₀
	T ₃ N ₁ M ₀
	T ₄ N ₂ M ₀
IV	T ₄ N ₃ M ₀
	T ₁ N ₃ M ₀
	T ₂ N ₃ M ₀
	T ₃ N ₃ M ₀
	Κάθε T, Κάθε N, M ₁

Πίνακας 3.

Κλινική σταδιοποίηση / TNM	5 – ετής επιβίωση (%)
IA	
T ₁ N ₀ M ₀	61%
IB	
T ₂ N ₀ M ₀	38%
IIA	
T ₁ N ₁ M ₀	34%
IIB	
T ₂ N ₁ M ₀	24%

$T_3N_0M_0$	22%
IIIA	
$T_3N_1M_0$	9%
$T_{1,2,3}N_2M_0$	13%
IIIB	
$T_4N_{0,1,2}M_0$	7%
$T_{1,2,3}N_3M_0$	3%
IV	1%

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δημητρίου Π. Λαζαρίδη «ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ»
2. Παπαδημητρίου – Γ. Ανδρουλάκης «ΑΡΧΕΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ», τομ. Β', Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού.
3. Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής «ΠΡΟΛΗΨΗ, ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΓΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ», βιβλίο 2^ο, Αθήνα 1980.
4. Α' Χειρουργική Κλινική Παν/μίου Αθηνών «ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ».
5. Μ. Παπαδημητρίου «ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ».
6. Ελληνική Βρογχολογική Εταιρεία, Τρίμηνη Ιατρική Έκδοση «ΠΝΕΥΜΩΝ», τομ. 16, τεύχος 1, Ιανουάριος – Απρίλιος 2003.
7. Μιχαήλ Ν. Σέχα «ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ», τομ. ΙΙ
8. Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικής Ογκολογίας, τετραμηνιαία έκδοση «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», Ιανουάριος – Απρίλιος 2003, τομ. 3, τευχ. 1.
9. Π. Μπάλας, Α' Χειρουργική κλινική Παν/μίου Αθηνών «ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ», τομ. Β', Ιατρικές Εκδόσεις.

10. Παπαβασιλείου – Κούβαρης «ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ».
11. «ΘΕΜΑΤΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ», Αθήνα 1992.
12. Μαλγαρινού – Κωνσταντινίδου «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ», τομ. Β', μέρος 2^ο, σελ. 153.
13. Μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών «ΙΑΤΡΙΚΗ», Μάρτιος 2003, τομ. 83, τευχ. 1.
14. Clen A. Lillington (Editorial), Lung Cancer Curr. opin. puemonay med. 2002, p. 247 – 250.
15. Gould MK, Maclean CC, Kuschner WG etal: Accuracy of positron emission tomography for diagnosis of pulmonary nodules and mass lesions: ametanalysis JAMA, 2001, 285: p. 14 – 24.
16. MMWR Morb. Mortal Wkly Rep. 2001, 50: 869 – 873.
17. Vaszar LT, Sarinas PSA, Lillington GA: Achieving Lebacco Cessation: current status current problems, future possibilities, Respiration, 2002 (in press) some new thoughts and practices.
18. Moller AM Villebro N, Pedersent etal: Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications, Lancet 2001, 359: 114 – 117.
19. Carney DN: Lung Cancer: time to move on from chemotherapy, N.

Engl J. Med 2002, 346: 126 – 128.

20. Henschke CI, Yanlelemitz DF: CT seveening fot Lung Cancer, Radiol Clin. North Am. 2000, 38: 487 – 495.

21. Rivera P.: Management of patients with advanced non – small lung cancer, Curr. Opin. Puem. Med. 2001, 7: 247 – 251.

