

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ :

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΜΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2003

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
---------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

A- ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

1.1 Ανατομία ουροποιητικού συστήματος του άνδρα.....	9
1.2 Ανατομία γεννητικού συστήματος του άνδρα.....	9
1.3 Ανατομία του προστάτη.....	9
1.4 Ανατομική υφή-Μεταβολές στην υφή του προστάτη ανάλογα την ηλικία.....	11
1.5 Αγγείωση και νεύρωση του προστάτη.....	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

A- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

2.1 Εμβρυολογία του προστάτη.....	16
2.2 Ενδοκρινολογία του προστάτη.....	16
2.3 Εξωκρινής λειτουργία του προστάτη.....	17
2.4 Ενδοκρινής λειτουργία του προστάτη.....	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

A- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....

	20
--	----

B- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ.....

	21
--	----

Γ- ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.....

	22
--	----

3.1 Σταδιοποίηση του όγκου.....

	24
--	----

Δ- ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....

	25
--	----

3.1 Συμπτώματα και σημεία.....

	25
--	----

Ε- ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ.....

	25
--	----

3.1 Δακτυλική εξέταση.....

	26
--	----

3.2 Κυτταρολογική εξέταση.....

	26
--	----

3.3 Διορθική βιοψία προστάτη.....

	27
--	----

3.4 Μέτρηση P.S.A.....

	27
--	----

Z- ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ.....	28
3.1 Ακτινογραφία θώρακος και ενδοφλέβια πυελογραφία.....	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 εξετάσεις	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Α- ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

4.1 Χειρουργική θεραπεία.....	32
4.1.1 Διακοκυλική ριζική προστατεκτομή.....	32
4.1.2 Ριζική περινεϊκή προστατεκτομή.....	33
4.1.3 Ριζική οπισθο-ηβική προστατεκτομή.....	35
4.1.4 Ριζική προστατεκτομή.....	37
4.2 Ακτινοθεραπεία.....	40
4.3 Ορμονοθεραπεία.....	42
4.4 Χημειοθεραπεία.....	43
4.5 Βραχυθεραπεία	43
4.6 Θεραπεία ανά στάδιο.....	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Α- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

5.1 Βιοψία.....	47
5.2 Δακτυλική εξέταση από το ορθό.....	47
5.3 Κυτταρολογική εξέταση προστατικού υγρού.....	47
5.4 Κυστεοσκόπηση.....	48
5.5 Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης	48

5.6 Ενδοφλέβια ουρογραφία.....	49
--------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

A- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ

ΜΟΡΦΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

6.1 Ακτινοθεραπεία.....	51
6.1.1 Προβλήματα του ασθενή.....	51
6.1.2 Γενικά νοσηλευτικά μέτρα.....	51
6.1.3 Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία.....	53
6.2 Χημειοθεραπεία.....	53
6.2.1 Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.....	54
6.2.2 Νοσηλευτική παρέμβαση.....	54
6.3 Ψυχολογική υποστήριξη καρκινοπαθούς	56
6.3.1 Άτομο- καρκινοπαθής	56
6.3.2 Φάσεις	57
6.3.3 Ο καρκινοπαθής πρέπει να γνωρίζει.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

A- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1 Γενική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	61
7.1.1 Ψυχολογική προετοιμασία.....	61
7.1.2 Τόνωση σωματική.....	61
7.1.3 Ιατρικές ειδικές εξετάσεις	62
7.2 Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.....	62
7.3 Τελική προεγχειρητική προετοιμασία	63
7.4 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές	63
7.4.1 Έμετος και ναυτία.....	63
7.4.2 Θρομβοφλεβίτιδα και πνευμονική εμβολή.....	64
7.4.3 Επίσχεση ούρων	64
7.4.4 Ακράτεια.....	65

7.4.5 Αιμορραγία.....	65
7.4.6 Ουραιμία.....	66
7.4.7 Πνευμονία – Ατελεκτασία.....	66
7.4.8 Μόλυνση του τραύματος	67
7.4.9 Ρήξη τραύματος	67
7.4.10 Μετεγχειρητική ψύχωση.....	68
7.4.11 Shock ή καταπληξία.....	68
7.4.12 Μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλίας.....	69
7.4.13 Παραλυτικός ειλεός	70
7.4.14 Οξέωση – Κέτωση.....	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

A- ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	72
B- ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	73
Γ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ , ΑΡΡΩΣΤΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	74
Δ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

A- ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.....	78
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	90
-----------------	----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες ο Ca είναι η δεύτερη σε συχνότητα θανάτων ασθένεια , μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Ανεξάρτητα από τις διανοητικές ικανότητες του ατόμου , τη μόρφωση και την κοινωνική του θέση . Η διάγνωση του καρκίνου δημιουργεί προβλήματα τεράστια και πολλαπλά , διότι η αιτιολογία του είναι σχεδόν άγνωστη , η αντιμετώπισή του δύσκολη και η πρόγνωση αμφίβολη . Είναι μια πάθηση που ειδικά στις μέρες μας εμφανίζεται σε υψηλή συχνότητα παγκοσμίως . Αποτελεί μια μάστιγα και ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα , όχι μόνο του ατόμου ξεχωριστά , αλλά και ολόκληρης της κοινωνίας , περιορίζοντας την εργασία και την δραστηριότητα των ατόμων .

Ο καρκίνος σήμερα αποτελεί ένα θέμα πρόκληση . Ως έννοια είναι φορτισμένη με ένα περιεχόμενο εντελώς άσχετο από τις πραγματικές διαστάσεις της αρρώστιας . Θεωρείται ταυτόσημος με τον θάνατο και συγκεντρώνει πολλούς από τους φόβους και τις προκαταλήψεις της σύγχρονης κοινωνίας .

Η εργασία αυτή αναφέρεται στον καρκίνο του προστάτη . Μια μορφή καρκίνου που έχει προκαλέσει πολλούς θανάτους και πολύ περισσότερο προβλήματα διαβίωσης . Κατανοούμε το μέγεθος του προβλήματος , αναλογιστούμε ότι ο προστατικός καρκίνος είναι από τους πιο συχνότερους , στον άνδρα , και η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο .

Ο καρκίνος προστάτη που μέχρι λίγα χρόνια εθεωρείτο μοιραίο και σχεδόν αθεράπευτο νόσημα , σήμερα έχει καταλήξει να μην είναι ούτε αναπόφευκτος ούτε και ακατανίκητος .

Η πρόοδος στην θεραπευτική αντιμετώπιση των κακοηθών νεοπλασμάτων μας κάνει αισιόδοξους για τον περιορισμό των περιπτώσεων με καρκίνωμα του προστάτη . Όμως το πρόβλημα

εξακολουθεί να υφίσταται και να απειλεί τις ζωές των άλλων ανθρώπων .
Επομένως πρέπει να κατανοήσουμε την σπουδαιότητα της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης της νόσου αν θέλουμε στο μέλλον να βλέπουμε όλο και λιγότερους ανθρώπους να πεθαίνουν ή να αποκτούν διάφορα άλλα σωματικά και ψυχικά προβλήματα κατάλοιπα του καρκίνου .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

α ANATOMIA TOY ΠΡΟΣΤΑΤΗ

1.1 ANATOMIA ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

Το ουροποιητικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από τους δυο νεφρούς , που ορίζουν την εκκριτική μοίρα του συστήματος και από α) τους νεφρικούς κάλυκες (δεξιό και αριστερό) , β) την νεφρική πύελο , γ) τον ουρητήρα , δ) την ουροδόχο κύστη και ε) την ουρήθρα , που αποτελεί την αποχετευτική μοίρα του ουροποιητικού συστήματος .¹

1.2 ANATOMIA ΓΕΝΝΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

Το γεννητικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από α) τους όρχεις , β) την επιδιδυμίδα, γ) τους σπερματικούς πόρους , δ) τις σπερματοδόχες κύστες, ε) τους εκσπερματικούς πόρους , στ) τον προστάτη , ζ) τους βολβορηθραίους αδένες , η) το πέος και θ) την ουρήθρα .²

1.3 ANATOMIA ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης είναι ένα συμπαγές όργανο . Εν μέρει αδενικό και εν μέρει ινομυϊκό , 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 λήκυνθο του ορθού και γι' αυτό μπορούμε να τον ψηλαφίσουμε .

Έχει σχήμα κώνου και διακρίνουμε την βάση του , μια κορυφή , μια πρόσθια , οπίσθια και οπισθοπλάγιες επιφάνειες .

Η μεγαλύτερη έκταση της βάσης ευρίσκεται ακριβώς από πάνω στον αυχένα της κύστης και εφάπτεται με αυτή . Η ουρήθρα εισέρχεται στον προστάτη από το πρόσθιο τμήμα της βάσης . Η κορυφή του διακρίνεται προς τα κάτω και εφάπτεται με τον εν τω βάθει εγκάρσιο μυ του περινέου και με τον ουρητικό σφιγκτήρα .

Η οπίσθια επιφάνεια του προστάτη είναι κυρτή στον κάθετο άξονα και επίπεδη στον εγκάρσιο άξονα .Χωρίζεται από το ορθό με την προστατική κάψα και με χαλαρό συνδετικό ιστό . Κοντά στο άνω όριό της δημιουργείται ένα εντύπωμα στο σημείο εισόδου των σπερματοδόχων κύστεων στον αδένα , που την χωρίζει σε ένα άνω και μικρότερο τμήμα και σε ένα κάτω μεγαλύτερο . Το άνω τμήμα είναι ποικίλου μεγέθους και αποκαλείται συνήθως μέσος λοβός . Το κάτω τμήμα παρουσιάζει μια ρηχή μέση αύλακα , που θεωρείται το όριο του δεξιού και αριστερού πλάγιου λοβού . Μια δέσμη ινομυώδους ιστού κοιλιακά της ουρήθρας συνδέει τους δυο πλάγιους λοβούς , που αποκαλείται συνήθως πρόσθιος λοβός . Ο χωρισμός αυτός του προστάτη σε λοβούς έχει καθιερωθεί από τη μελέτη του LOWSCEY . Ο διαχωρισμός αυτός έχει υποστεί πολλές τροποποιήσεις .

Στον εγκάρσιο άξονα η πρόσθια επιφάνεια είναι κυρτή και στενή και εκτείνεται από την βάση ως την κορυφή . Βρίσκεται 2 εκ. περίπου πίσω από την ηβική σύμφυση , από την οποία χωρίζεται μ' ένα χαλαρό λιπώδη ιστό και μ' ένα φλεβικό πλέγμα .Στο άνω άκρο της , στηρίζεται στην ηβική σύμφυση με τους ηβιπροστατικούς συνδέσμους .

Οι οπισθοπλάγιες επιφάνειες είναι κυρτές και έρχονται σε σχέση με το πρόσθιο τμήμα των ανελκτήρων του ορθού , απ' όπου χωρίζονται με ένα πλέγμα φλεβικό που βρίσκεται μέσα σε ινώδη ιστό και αποτελεί τμήμα της κάψας του αδένα .

Οι διαστάσεις του προστάτη είναι οι εξής : Η εγκάρσιος διάμετρος περίπου 4 cm , η κάθετη 3 cm , η προσθιοπίσθια 4 cm και το βάρος του είναι 8 gr.

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

εγκάρσιους περινεϊκούς μυς και το πυελικό έδαφος . Η οπίσθια επιφάνεια της κάψας είναι διαφορετικής υφής .

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

1.4 ANATOMIKH YΦH

Το χρώμα του φυσιολογικού προστάτη ποικίλλει . Τον συναντάμε από γκρι έως κόκκινο και αυτό οφείλεται αναλόγως με την δραστηριότητά του . Κοιλιακά της ουρήθρας υπάρχει μια ξεχωριστή δεσμίδα λείων μυϊκών ινών που καταλήγουν στον ινομυώδη χιτώνα του οργάνου και που κεφαλικά συνέχονται με τις λείες μυϊκές ίνες της κύστης .

Υπάρχει ένας μυς ο οποίος είναι γραμμωτός που ευρίσκεται , και περιβάλλει εν μέρει, μπροστά από την προστατική ουρήθρα και συνέχεια προς τα κάτω με τον σφιγκτήρα της ουρήθρας . Οι ίνες του φέρονται εγκάρσια προς τον ινώδη χιτώνα και ανάμεσά τους παρεμβάλλονται κολλαγόνες ίνες .

Ο μυς αυτός θεωρείται ότι είναι ο προστατευτικός σφιγκτήρας της ουρήθρας και νευρούται από το αιδοϊκό νεύρο . Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι αποτελεί μια μορφή «διαστολέα» της ουρήθρας , καθώς έλκει την ουρηθραία αιμολοφία προς τα πίσω και τους σπερματικούς κόλπους προς τα εμπρός , ώστε να συμπιέζονται οι προστατικοί αδένες και το περιεχόμενό 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 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 χαμηλό συνδετικό ιστό .

Ο Mc Meal σχετικά με τη δομή του προστάτη διέκρινε τέσσερις ζώνες :

A) μια περιφερική ζώνη

B) μια κεντρική ζώνη , που μαζί με την περιφερική ζώνη σχηματίζουν τον λειτουργικό προστάτη

Γ) το τμήμα του προστατικού σφιγκτήρα με μια «μεταβατική ζώνη»

Δ) την πρόσθια ινομυώδη ζώνη

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗΝ ΥΦΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Στη γέννηση ο προστάτης αποτελείται από ένα σύστημα υποπλαστικών πόρων που περιβάλλονται από πλούσιο στρώμα .Υπάρχουν θυλάκια με τη μορφή μικρών τελικών κολοβωμάτων των πόρων . Μέχρι τον 9^ο χρόνο περίπου δεν παρατηρούνται αξιόλογες μεταβολές . Στην εφηβεία οι μεταβολές γίνονται πολύ γρήγορα , σε μια περίοδο 6-12 μηνών .

Παρατηρείται διπλασιασμός περίπου του μεγέθους του αδένα που οφείλεται στο σχηματισμό θυλακίων από τα τελικά κολοβώματα των πόρων και από διαφοροποίηση των διακλαδώσεών τους και οφείλεται στην είσοδο της τεστοστερόνης στην κυκλοφορία .

Στην 3^η δεκαετία τα επιθήλια των αδένων αυξάνει σε έκταση καθώς διεισδύει μέσα στον αυλό των θυλακίων . Μετά την τρίτη δεκαετία , το μέγεθος του αδένα παραμένει σταθερά μέχρι την ηλικία των 40 περίπου ετών . Το σχήμα των θυλακίων γίνεται πιο ομαλό και αυξάνει ο αριθμός των σωματικών αμυλοειδούς .

Μετά την πέμπτη δεκαετία , ο προστάτης μπορεί να υποστεί καλοήγη υπερπλασία , είτε να υποστεί προοδευτική ατροφία .³

1.5 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΑΡΟΧΗ ΚΑΙ ΦΛΕΒΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ

Ο προστάτης αιματώνεται από την κάτω κυστική αρτηρία . Σύμφωνα με τον Flocks όταν η κάτω κυστική δώσει κλάδους στο κάτω οπίσθιο τμήμα των σπερματοδόχων κύστεων , στη βάση της ουροδόχου κύστης και του προστάτη , καταλήγει σε δυο μεγάλες ομάδες προστατικών αγγείων , την ομάδα της ουρήθρας και την ομάδα της κάψας . Τα αγγεία της ουρήθρας εισέρχονται στον προστάτη , στο προσθιοπίσθιο 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 .

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 . Η εν τω βάθει ραχιαία φλέβα του πέους κάτω από την περιτονία του Bucks , μεταξύ των σηραγγωδών σωμάτων , διαπερνά το ουρογεννητικό διάφραγμα διαιρούμενη σε τρεις μεγάλους κλάδους : οι επιπολής κλάδοι , και το δεξιό και αριστερό φλεβικό δίκτυο .

Πυελικό Πλέγμα

Η αυτόνομη νεύρωση των οργάνων της πυέλου και των έξω γεννητικών οργάνων προέρχεται από το πυελικό πλέγμα που σχηματίζεται από παρασυμπαθητικές φυγόκεντρες προγαγγλιακές ίνες , από τα νεύρα της στύσης , που προέρχονται από τα ιερά κέντρα (S_2 έως S_4) και από συμπαθητικές ίνες από το θωρακοσφυϊκό κέντρο (T_{11} έως L_2) . Το πυελικό πλέγμα βρίσκεται οπισθοπεριτοναϊκά πίσω του ορθού . Οι κλάδοι της κάτω κυστικής αρτηρίας και φλέβας διαπερνούν το πλέγμα . Απολίνωση στο αυτό δεν απολινώνει μόνο τη φλέβα , αλλά και τα νεύρα που νευρώνουν τα σηραγγώδη σώματα . Το πυελικό πλέγμα έχει σπλαγγχνικούς κλάδους , στη κύστη , ουρητήρα , σπερματοδόχες κύστεις , προστάτη , ορθό , μεμβρανώδη ουρήθρα και σηραγγώδη σώματα . Οι Walsh και Donker (1982) απέδειξαν ότι οι κλάδοι που νευρώνουν τα σηραγγώδη σώματα βρίσκονται πλαγίως στην πλάγια πυελική περιτονία, μεταξύ προστάτη και ορθού .⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

α ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

2.1 ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης εμφανίζεται σαν πολλαπλές συμπαγείς αποφύσεις του επιθηλίου της ουρήθρας πάνω και κάτω της εισόδου του μεσονεφρικού 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 μεσεγχυματικά κύτταρα γύρω από το τμήμα του ουρογεννητικού κολπώματος . Αυτά τα μεσεγχυματικά κύτταρα αρχίζουν να αναπτύσσουν τα σωληνάκια τη δέκατη έκτη εβδομάδα και γίνονται πυκνότερα στην περιφέρεια όπου θα σχηματίζουν την προστατική κάψα . Την εικοστή δεύτερη εβδομάδα , το μυώδες στρώμα είναι αναπτυγμένο και συνεχίζει να αυξάνεται ως τη γέννηση .

2.2 ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης είναι ένας αδένας με μεικτή ενδοκρινική λειτουργία . Όπως σε κάθε αδένα , έτσι και στον προστάτη η λειτουργία του ευρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης .

Ο υποθάλαμος ως γνωστόν αποτελεί το νευροειδο-κρινικό 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 προθάλαμο της υπόφυσης .

Εκκλύνονται η ωχρινοτρόπος (LH) ορμόνη και αδενοκορτηκοτρόπος ορμόνη (ACTH) που δρουν στους όρχεις και στον φλοιό των επινεφριδίων , αντίστοιχα και ευθύνονται για την παραγωγή τεστοστερόνης .

Αναλυτικά οι ορμόνες που ρυθμίζουν τη λειτουργία του προστάτη είναι :

- Ø Τα Ανδρογόνα , παράγονται από το φλοιό των επινεφριδίων , υπό την επίδραση της ACTH ορμόνης . Δεν έχει πλήρως αποσαφηνισθεί η δράση τους .
- Ø Η Τεστοστερόνη , ανδρογόνο παραγόμενο κυρίως από τους όρχεις και είναι η ορμόνη που έχει τη μέγιστη δράση επί του προστάτη . Μετά από κάποια παθητικό διάχυση 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 υγρού.
- Ø Τα Οιστρογόνα , παράγονται σε μικρή ποσότητα κατευθείαν στους όρχεις . Ποσά οιστρογόνων θεωρείται ότι μπορούν να επηρεάσουν τον μεταβολισμό του προστάτη .
- Ø Η Προλακτίνη , παράγεται στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης . Κύρια λειτουργία της είναι η προαγωγή της πρόσληψης και μεταβολισμού της τεστοστερόνης από τον προστατικό αδένα .

2.3 ΕΞΩΚΡΙΝΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

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 $1027 \pm 0,0002$ και το pH 6,6 – 7,2 .

Το προστατικό υγρό αποτελείται από :

Πρωτεΐνες , Νάτριο , Ασβέστιο , Χλωριούχα , Κιτρικά , Σπερμίνη , Λιπίδια , Κάλιο , Μαγνήσιο , Διττανθρακικά , Ψευδάργυρο , Χοληστερόλη .

2.4 ΕΝΔΟΚΡΙΝΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

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 οξίνη φωσφατάση.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- α ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
- α ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ
- α ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ
- α ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ
- α ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ
- α ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

A- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η συχνότητα της νόσου διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα από φυλή σε φυλή , αλλά και ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικο-οικονομικές ομάδες που κατοικούν στον ίδιο γεωγραφικό χώρο και είναι της ίδιας φυλής .

Ο καρκίνος προστάτη είναι πάθηση των ηλικιωμένων ατόμων και εμφανίζεται σε 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 αναφερθούν τα εξής :

A) Η γεωγραφική άνισος κατανομή του καρκίνου του προστάτη (υψηλή στη Σουηδία, χαμηλά στην Ιαπωνία) .

B) Η συχνότητα βλέπουμε να αυξημένοι στους μαύρους παρά στους λευκούς των Η.Π.Α

Γ) Οι καταστάσεις οι οποίες ζει ο ασθενής μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον , καθώς επίσης και η επίδραση της σεξουαλικής του ζωής (μεγαλύτερη συχνότητα στους διαζευγμένους και μικρότερη στους ανύπαντρους) .

Δ) Η αυξημένη θνησιμότητα σε πρόσφυγες που μετακινούνται από χαμηλής θνησιμότητας σε υψηλής θνησιμότητας περιοχές (περιβαλλοντικοί ή διαιτητικοί παράγοντες) .

Ε) Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ασθενούς (αυξημένη συχνότητα της πάθησης σε χαμηλό επίπεδο του ασθενούς . Είναι ουδέτερος σε συχνότητα καρκίνος στον άνδρα μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα και τρίτος σαν αιτία θανάτου (μετά τον α)πνεύμονα και β) εντέρου) . Η πιθανότητα των ασθενών με λανθάνοντα καρκίνο να νοσήσουν είναι 1 στους 100 και 1 στους 300 να πεθάνει από τη νόσο .

Στην Ελλάδα η θνησιμότητα ανέρχεται στο 12/ 100.000³ .

Ο καρκίνος του προστάτη είναι σπάνιος σε άτομα ηλικίας κάτω των 50 ετών , η δε συχνότητά του αυξάνεται με την ηλικία , με τη μεγαλύτερή της τιμή να παρατηρείται στη δεκαετία των 80 . Αυτό μαζί με το γεγονός της παγκόσμιας αύξησης ηλικιωμένων , δείχνει ότι ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο του προστάτη θα αυξηθεί σημαντικά τα επόμενα χρόνια .

Η συχνότητα ανεύρεσης καρκίνου σε νεκροτομικές μελέτες διαφέρει από μελέτη σε μελέτη . Μελέτες σε άνδρες 50 ετών αναφέρουν ποσοστά που κυμαίνονται από 12-26% στην ηλικία των 70-79 ετών , το ποσοστό είναι 30% , ενώ άνω των 80-89 ετών αυξάνει στο 67% .

B- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ

Η ακριβής αιτία στον καρκίνο του προστάτη δεν είναι ξεκαθαρισμένη . Υποστηρίζεται ότι οι ορμόνες παίζουν κάποιο σημαντικό ρόλο . Σε περιπτώσεις όπου οι άνδρες αφαιρούν τους όρχεις τους πριν από την εφηβεία και συνεπώς δεν προφταίνουν να παράγουν την ανδρική ορμόνη τεστοστερόνη – σπάνια θα αναπτύξουν καρκίνο του προστάτη . Εντούτοις σε διαφορετικές περιπτώσεις όπου ο οργανισμός λαμβάνει πρόσθετες ορμόνες π.χ οι αθλητές που κάνουν χρήση στεροειδών ή μερικοί ασθενείς που λαμβάνουν κορτιζόνη , δεν φαίνεται να προξενείται κανένα πρόβλημα .

Ορισμένοι ισχυρίζονται τελευταία ότι οι τροφές πλούσιες σε λίπος παίζουν ρόλο . Αλλά αυτό δεν ισχύει .

Όσον αφορά τις κληρονομικές προδιαγραφές , έχουμε παρατηρήσει ότι έχει διαπιστωθεί πως οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς (< 60 ετών) εμφανίζουν 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 δυο ομάδων γονιδίων που σχετίζονται με τον καρκίνο . Τα πρωτο-ογκογονίδια (protooncogenes) , τα οποία διεγείρουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό και τα ογκοκατασταλτικά γονίδια (tumor suppressor genes) τα οποία πιστεύεται ότι ελέγχουν τους διαφορετικούς δρόμους πολλαπλασιασμού και διαφοροποίησης των κυττάρων .

Επίσης πολλοί υποστηρίζουν ότι η γεωγραφική θέση , η εθνικότητα , το θρήσκευμα , η κοινωνικο-οικονομική θέση και οι διοικητικές συνήθειες και αυτό είναι αποτέλεσμα από επιδημιολογικές μελέτες που παρουσιάζουν διαφορές στη συχνότητα ανάπτυξης του καρκίνου του προστάτη μεταξύ διαφόρων κρατών και φυλών , αλλά και διαφορετικών κοινωνικών ομάδων της ίδιας χώρας .⁶

Γ- ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η παθογένεια του καρκίνου του προστάτη είναι κατά το πλείστον αδιευκρίνιστη , κυρίως εάν η καρκινογένεση διαδραματίζεται σε πολλαπλές φάσεις (ετερογενής σχηματισμός όγκου) ή σε μία μεμονωμένη

φάση από ένα καρκινικό κύτταρο σχηματιζόμενος ομοιογενής πληθυσμός.

Σίγουρο είναι ότι η νεοπλασματική νόσος βασίζεται στη λειτουργική και μορφολογική εξάρτηση του προστάτη από τα ανδρογόνα . Αλλά μόνο στο 80% υπάρχει μια πρωτοπαθής ορμονοεξάρτηση της ανάπτυξης του όγκου .Μια υποτροπή δεν μπορεί να επηρεασθεί από επιπλέον ορμονοθεραπεία . Ο ασθενής πεθαίνει τελικά από έναν ορμονοανθεκτικό όγκο .

Ο καρκίνος του προστάτη παρουσιάζει πάντα διαφορετική βιολογική συμπεριφορά . Η εξήγηση αυτού του φαινομένου θα είχε σίγουρα μεγάλη κλινική σημασία . Προς το παρόν συζητούνται δυο θεωρητικά μοντέλα εξέλιξης του προστατικού καρκινώματος.

Στο πρώτο μοντέλο της προσαρμογής , ο όγκος αποτελείται από ορμονοευαίσθητους ομοιογενείς κυτταρικούς κλώνους , μερικοί των οποίων μετά την πρωτοπαθή αφαίρεση των ανδρογόνων προσαρμόζονται στο φτωχό σε ανδρογόνα περιβάλλον .

Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να αποκλεισθούν όχι μόνο γονάδες αλλά και τα επινεφρίδια . Το εκλεκτικό μοντέλο υποστηρίζει ότι βρίσκεται πάντα ένας πρωτοπαθής ετερογενής όγκος , ο οποίος αποτελείται από ορμονοεξαρτώμενους και μη ορμονοεξαρτώμενους κυτταρικούς κλώνους.

Για τη θεραπεία αυτών των όγκων θα πρέπει εκτός από την απομάκρυνση των ανδρογόνων να αντιμετωπισθούν και τα μη ανδρογονοεξαρτώμενα κύτταρα . Σύμφωνα με αυτή τη θεραπεία , κλινική συνέπεια θα ήταν για τον προχωρημένο καρκίνο του προστάτη ο πρωτοπαθής συνδυασμός της ορμονοχημειοθεραπείας .

Ένας σημαντικός μηχανισμός για την ανάπτυξη μιας ετερογένειας όγκου στην περίπτωση του καρκίνου του προστάτη είναι η γενετική αστάθεια . Αυτό εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εξέλιξης του όγκου , με

αποτέλεσμα την ανάπτυξη νεοπλασματικών κυττάρων με διαφορετικό φαινότυπο .

3.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

TNM σταδιοποίηση

T_x → Δεν μπορεί να γίνει εκτίμηση του προστάτη

T₀ → Δεν υπάρχει όγκος

T₁ → Όγκος που δεν ψηλαφάται με την δακτυλική εξέταση και δεν φαίνεται με τους υπέρηχους (υ/ς)

T_{1a} → Τυχαία ανεύρεση του όγκου , που καταλαμβάνει < 5% του ιστού που εξαιρέθηκε χειρουργικά

T_{1b} → Τυχαία ανεύρεση του όγκου που καταλαμβάνει > 5% του ιστού που εξαιρέθηκε χειρουργικά

T_{1c} → Ανεύρεση του όγκου μετά από βιοψία με βελόνα , λόγω υψηλής τιμής του ειδικού προστατικού αντιγόνου

T₂ → Ο όγκος περιορίζεται μέσα στον προστάτη

T_{2a} → Ο όγκος καταλαμβάνει μισό ή λιγότερο από τον ένα λοβό

T_{2b} → Ο όγκος καταλαμβάνει πάνω από το μισό λοβό αλλά όχι και τους δυο

T_{2c} → Ο όγκος καταλαμβάνει και τους δυο λοβούς

T₃ → Ο όγκος επεκτείνεται έξω από την κάψα

T_{3a} → Εξωκαψική επέκταση από τη μια πλευρά

T_{3b} → Αμφοτερόπλευρη εξωκαψική επέκταση

T_{3c} → Διήθηση σπερματοδόχων κύστεων

T₄à Ο όγκος διηθεί και τα άλλα παρακείμενα όργανα εκτός των σπερματοδόχων κύστεων

T_{4a}à Διήθηση του αυχένα της κύστης του έξω σφιγκτήρα ή του ορθού

T_{4b}à Διήθηση μυών ανελκτήρα του πρωκτού ή είναι καθηλωμένος

Δ- ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

3.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ

Τον καρκίνο του προστάτη δεν μπορείς να τον παρατηρήσεις και να τον προσέξεις εύκολα εάν η νόσος δεν επεκταθεί ή εάν διαγνωσθεί τυχαία μετά από κάποια χειρουργική επέμβαση για καλοήγη υπερπλασία .

Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο καρκίνος αυτός έχει έλλειψη συμπτωμάτων . Όταν όμως εμφανιστεί στην περιφερική ζώνη και η νεοπλασματική εστία είναι Z μεγέθους , τότε προκαλεί κυρίως συμπίεση της ουρήθρας και μείωση της ροής των ούρων . Απόφραξη απότομα από τοπική επέκταση του όγκου μπορεί να προκαλέσει απόφραξη του ορθού και πόνο κατά την αφόδευση .

Η σεξουαλική ζωή των ατόμων που πάσχουν από την ασθένεια δεν διαταράσσεται και σε λίγες περιπτώσεις μόνο αναφέρεται πόνος κατά την εκσπερμάτιση . Η αιμοσπερμία και η αιματουρία που συνοδεύει την καλοήγη υπερπλασία πρέπει να διερευνηθεί για να αποκλεισθεί η κακοήθεια .

Όταν κάποιος άνδρας εμφανίζει αλλαγές στο μέγεθος , στο σχήμα ή στη σύσταση του προστάτη του και η ηλικία του υπερβαίνει τα 50 έτη , τότε η σκέψη του γιατρού πρέπει να οδηγηθεί αμέσως στην πιθανή κακοήθεια.

Η παρουσία εκτεταμένης σκληρίας και απώλειας συμμετρικότητας και των ανατομικών ορίων του προστάτη οδηγεί στη διάγνωση κατά 70% .

Όμως υπάρχει και ένα μικρό αλλά σεβαστό ποσό της τάξεως του 10-20%

όπου οι όγκοι είναι πολύ μικροί και δεν ανευρίσκονται με δακτυλική εξέταση . Μεταστατικές εστίες στα οστά μπορούν να εντοπισθούν λόγω της ευαισθησίας στην ψηλάφηση . Κατά την ψηλάφηση μπορεί να ευρεθούν λεμφαδένες στη βουβωνική χώρα ή την υποκλείδιο .⁷

E- ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΓΚΟΥ

3.1 ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η δακτυλική εξέταση είναι η σπουδαιότερη διαγνωστική εξέταση για τον καρκίνο του προστάτη . Με αυτή ανευρίσκεται περιοχή του προστάτη σκληρή σαν πέτρα με ασαφή όρια , ανώδυνη . Άλλοτε παρατηρούνται ένα ή περισσότερα σκληρά οζίδια . Είναι δυνατή η έλλειψη σκληρίας του προστάτη με την ψηλάφηση και ο προστάτης να είναι φυσιολογικός . Αυτό όμως δεν αποκλείει την πάθηση αφού ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί και μέσα στο αδένωμα .

3.2 ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Μπορούμε να πούμε ότι η αναρρόφηση των 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 ύποπτους για καρκίνο του προστάτη . Δεν χρειάζεται νοσηλεία στον ασθενή , ενώ τα αποτελέσματα ανακοινώνονται εντός 15΄ 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-Silverman , αποτελεί απλή μέθοδο άνευ επιπλοκών με εύχρηστη λήψη ιστού εκ της υπόπτου περιοχής . Θα πρέπει να εκτελείται και εις ερχόμενης και εις προχωρημένης περίπτωσης . Το ποσοστό της γνωστής αποτυχίας ανέρχεται σε 5,53% .

3.3 ΔΙΟΡΘΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ

Η διορθική βιοψία του προστάτη έχει ένδειξη σε κάθε υποψία προστατικού καρκίνου. Μόνο με τη βιοψία είναι δυνατό να τεθεί χωρίς αμφιβολία η διάγνωση (καρκίνος προστάτη) . Στην κλινική πράξη εφαρμόζεται η βιοψία με βελόνα (διορθικά ή περινεϊκά) , η παρακέντηση με λεπτή βελόνα διορθικά και αναρρόφηση υλικού για κυτταρολογική , και σπανιότερα σε αδυναμίας διερεύνησης ενός υπόπτου ευρήματος με τις παραπάνω μεθόδους , η διουρηθρική αφαίρεση του προστάτη .

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΔΙΟΡΘΙΚΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ 46% , ΕΠΙΣΧΕΣΗ 0,7% , ΑΙΜΑ ΣΤΑ ΚΟΠΡΑΝΑ 3,5%, ΠΥΡΕΤΟΣ 17,0% , ΑΙΜΟΣΠΕΡΜΙΑ 28% , ΝΑΥΤΙΑ , ΕΜΕΤΟΣ 2,5% , ΔΥΣΟΥΡΙΑ 0,7% , ΟΡΧΕΟΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑ 1,6%

3.4 ΜΕΤΡΗΣΗ 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 καρκινικό 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 L 0,15 . Η τιμή του μεταξύ των ορίων της γκρι ζώνης είναι 2,0 – 10,0 ng / ml .⁸

Z- ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

3.1 ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΠΥΕΛΟΓΡΑΦΙΑ

Η ακτινογραφία θώρακος δίνει πληροφορίες σχετικά με πιθανές πνευμονικές μεταστάσεις . Με την ενδοφλέβια πυελογραφία διαπιστώνουμε την ανεύρεση οστικών μεταστάσεων . Αυτές οι μεταστάσεις παρουσιάζονται στο 25% των ασθενών που πέθαναν από Ca προστάτου . Η οστική μετάσταση είναι συνήθως οστεοβλαστικού τύπου . Ενώ στην ενδοφλέβια πυελογραφία μπορεί να διαπιστώσουμε διαταραχή του περιγράμματος της ουροδόχου κύστης , απόφραξη ουρητήρα κ.α

3.2 ΚΥΣΤΕΟΚΟΠΗΣΗ

Η κυστεοσκόπηση θα δώσει διαφορετική εικόνα του προστάτη και θα επιτρέψει στο γιατρό να τον μετακινήσει όσο εκτελεί δακτυλική εξέταση από το ορθό . Έτσι η διόγκωση ψηλαφάται από πολλές γωνίες και διαπιστώνεται αν συγχέεται με τους παρακείμενους όγκους .

3.3 ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Η παρακέντηση του μυελού των οστών γίνεται για την ανεύρεση οστικών μεταστικών. Εντούτοις αυτή η τεχνική έχει αποδειχθεί ότι είναι μικρότερης ευαισθησίας από το σπινθηρογράφημα οστών και είναι χρήσιμη για την επαλήθευση των οστικών μεταστάσεων .

3.4 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (CT)

Η αξονική τομογραφία δείχνει με αρκετές λεπτομέρειες την τοπική επέκταση και τις λεμφαδενικές μεταστάσεις στους οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες .

3.5 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (MRI)

Δεν είναι χρήσιμη για τη διάγνωση Ca προστάτου λόγω κόστους και επίσης λόγω επισκίασεως των ευρημάτων 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 ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΟΣΤΩΝ

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 προστάτου , 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 που το προεγχειρητικό PSA είναι < 10 mg/ ml και έχουν κλινικών εντοπισμένο Ca προστάτη.

3.7 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- Βιοχημικές εξετάσεις αίματος όπου το ειδικό αντιγόνο (PSA) προστάτη και το προστατικό κλάσμα της όξινης φωσφατάσης που μπορεί να είναι αυξημένο στον καρκίνο του προστάτη .
- Η γενική αίματος μπορεί να δείξει αναιμία αν ο όγκος έχει προσβάλλει τον μυελό των οστών .
- Ανάλυση ούρων για να βρεθεί αίμα στα ούρα ή ουρολοίμωξη .
- Βιοχημικός έλεγχος ορού που περιλαμβάνει 15 έως 20 βιοχημικές εξετάσεις και αφορά μέτρηση ηπατικών και οστικών ενζύμων και εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας .⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

α ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η θεραπεία του καρκινικού προστάτη εξαρτάται από το στάδιο του όγκου και το βαθμό διαφοροποίησης του . Ο καρκίνος θεραπεύεται εφόσον παραμένει περιορισμένος στον προστάτη . Εάν διασπαρθεί μπορεί να αντιμετωπιστεί αλλά δυστυχώς δεν μπορεί να θεραπευτεί . 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 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Διακοκκυγική ριζική προστατεκτομή
2. Ριζική περινεϊκή προστατεκτομή
3. Ριζική οπισθο-ηβική προστατεκτομή
4. Ριζική προστατεκτομή

4.1.1 ΔΙΑΚΟΚΚΥΛΙΚΗ ΡΙΖΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ

Η διακοκκυλική προσπέλαση , μια τροποποίηση της τεχνικής Kraske , είχε προταθεί τις περασμένες δεκαετίες ως εναλλακτική προσπέλαση της ριζικής προστατεκτομή της χειρουργικής των σπερματικών κύστεων , της εμφύτευσης ελασμάτων για καρκίνο του προστάτη και για χειρουργική

αποκατάσταση των ορθοπροστατικών συριγγίων . Η διακοκκυλική 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 πρηνή θέση και τοποθετείται Folley 22N^ο .

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ – ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΚΚΥΛΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗΣ

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 ελάσσονα πύελο και ακτινοθεραπείες . Μειονεκτήματα είναι ότι ο ασθενής υποβάλλεται δυο φορές σε γενική αναισθησία με αποτέλεσμα παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας .

4.1.2 ΡΙΖΙΚΗ ΠΕΡΙΝΕΪΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ

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 κάμψη των μηρών . Τα άκρα περιδέονται με ελαστικούς επιδέσμους για αποφυγή θρομβολογικών επεισοδίων . Ένα ειδικό εργαλείο που χρησιμοποιείται είναι ο διαστολέας Lawsloy που εισάγεται δια μέσου της ουρήθρας στην ουροδόχο κύστη .

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- Έλεγχος της αιμορραγίας από το περιπροστατικό φλεβικό δεμάτιο
- Απώλεια των ανατομικών ορίων κατά την διάρκεια παραρασκευής της κορυφής του προστάτη
- Αδυναμία σύρσης μετά από την αφαίρεση του καθετήρα Folley
- Προβλήματα κατά την ανακατασκευή του αυχένα της κύστης

- Ακράτεια ούρων
- Διαφυγή ούρων από το περινεϊκό χειρουργικό τραύμα
- Στένωση της ουρηθροκυστικής αναστόμωσης
- Τα στενώματα που εμφανίζονται αρκετούς μήνες μετά την ριζική αφαίρεση

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ – ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΝΕΪΚΗΣ ΡΙΖΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗΣ

ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- 1) Ο χειρουργός έχει πεδίο προσπέλασης που διευκολύνει:
 - A) Την ακριβή διατομή ουρήθρας μεταξύ σφιγκτήρα και κορυφής του προστάτη
 - B) 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 λεμφαδενοκτομής

ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- 1) Αν δεν γίνει λαπαροσκοπική λεμφαδενοκτομή απαιτείται δεύτερη χειρουργική τομή για την αφαίρεση λεμφαδένων προς σταδιοποίηση
- 2) Δεν είναι καλώς γνωστή η ανατομική της περιοχής σε πολλούς χειρουργικούς του εκπαιδευτικού μέχρι το 1975

- 3) Η θέση του ασθενή είναι δύσκολη και απαιτείται χρόνος να επιτευχθεί
- 4) Για την πραγματοποίηση της τεχνικής χρειάζονται δυο βοηθοί απαραίτητως

4.1.3 ΡΙΖΙΚΗ ΟΠΙΣΘΟ-ΗΒΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ

Ο Walsh (1983) τροποποίησε την τεχνική της ριζικής προστατεκτομής με σκοπό να προστατευθεί το αγγειονευρώδες δεμάτιο . Ο ασθενής μπορεί να δώσει αίμα σε 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 αίμα .

ΕΙΔΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

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 τη διάρκεια ριζικής προστατεκτομής εξασφαλίζοντας οπίσθιο έλξη της κύστης .

Η χειρουργική θέση είναι η θέση Trendelenburg .

ΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΕΞΗΣ :

- 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

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ :

Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών από την 2^η μετεγχειρητική ημέρα . Οι παροχετεύσεις μένουν μέχρι να σταματήσουν οι παροχετεύσεις υγρών 3^η – 4^η 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 7^η – 10^η και επιστρέφουν μετά από 3 εβδομάδες για αφαίρεση του καθετήρα .

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

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

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

1) ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

- Αιμορραγία
- Διατομή του θυροειδούς νεύρου
- Κάκωση ορθού
- Κάκωση ουρητήρα

2) ΝΩΡΙΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- Θρομβοφλεβίτιδα και φλεγμονή του δέρματος
- Παρατεταμένη παροχέτευση υγρών τραύματος
- Αυτόματη εξαγωγή του καθετήρα

4) ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- Στένωση της ουρηθροκυστικής αναστόμωσης

- Ακράτεια
- Ανικανότητα
- Ορχιαλγία

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ – ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Τα πλεονεκτήματα είναι :

- Ø Εκτελείται ταυτόχρονα με την λεμφαδενεκτομή με την ίδια τομή
- Ø Εκτελείται με ανατομική ακρίβεια και θεωρείται από τους ουρολόγους περισσότερο ακριβής

Τα μειονεκτήματα είναι :

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

4.1.4 ΡΙΖΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ

Είναι η χειρουργική αφαίρεση του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων . Αυτή η μέθοδος οδηγεί σε ίαση μόνο εάν ο Ca περιορίζεται στον προστάτη . Ο χειρουργός θα πάρει συχνά , δειγματοληπτικά , λεμφαδένες 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 .

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΡΙΖΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗΣ (Ρ.Π)

Οι ιδανικοί υποψήφιοι για Ρ.Π είναι οι ασθενείς ηλικίας κάτω των 70μ 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 εγχειρητικά όρια , με ένα ποσοστό 50% σοβαρών επιπλοκών και 40% επανεπέμβασης .

Η κυστεοπροστατεκτομή ως μονοθεραπεία δεν έχει γίνει αποδεκτή σ' αυτό το στάδιο .

Δυο ως τρεις μονάδες αίματος απαιτούνται προς μετάγγιση κατά τη διάρκεια της επέμβασης . Η χορήγηση Ηπαρίνης δεν συνιστάται , αυξάνει την πιθανότητα αιματώματος και φλεγμονής του δέρματος .

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

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

εντοπίζονται στο σημείο διασταύρωσης με την κοινή λαγονία αρτηρία. Όταν εκτελείται η συνηθισμένη λεμφαδενεκτομή τα χειρουργικά όρια είναι το αιδοιομηρικό νεύρο πλαγίως , ο διχασμός των κοινών λαγονίων αρτηριών άνω , περιφερικά τα περισπώμενα αγγεία και το θυροειδές νεύρο κάτω και οπισθίως . Η παρασκευή για την αφαίρεση των λεμφαδένων γίνεται κάτω και οπισθίως .

Όλα τα λεμφαγγεία απολίνονται πριν από τη διατομή . Κατόπιν ο συνδετικός λιπώδης ιστός προς τα έσω της λαγονίου φλέβας , στη περιοχή της θηροειδούς περιτονίας αποκολλάται από το πυελικό τοίχωμα . Ο ιστός που εισέρχεται στο μοιραίο πόρο έλκεται κεντρικός και απολινώνεται κατόπιν , παρασκευάζονται οι λεμφαδένες κατά μήκος του θηροειδούς νεύρου , μέχρι του επιπέδου της έσω λαγονίου αρτηρίας αφαιρούνται και στέλνονται για ταχεία βιοψία .

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 , έσω λαγονίου αρτηρίας , θηροειδούς νεύρου και περισπώμενων αγγείων . Επιπλοκή της λεμφαδενεκτομής είναι η λεμφοκίλη . Αν υπάρχει η υποψία λεμφοκίλης μετά από την επέμβαση , συνιστάται υπέρηχος ή αξονική τομογραφία . Αυτές που προκαλούν συμπτώματα χρειάζονται θεραπευτική επέμβαση .

Με την αξονική ή τον υπέρηχο για οδηγό γίνεται παρακέντηση , αφήνοντας έναν καθετήρα pigtail , μέχρις ότου σταματήσει η

παροχέτευση και αν επιμένει συνίσταται έγχυση τετρακυκλίνης ως σκληριντικού παράγοντα . Διαλύονται 200-500 mg του φαρμάκου σε 5 ή 10 ml % ξυλοκαΐνης , η οποία μειώνει τον πόνο . Σε υποτροπή λεμφοκήλης είναι προτιμότερο να επιχειρείται μαρσιποποίηση εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας .¹⁰

4.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται σε καρκίνο του προστάτη περιλαμβάνει :

- 1) Τηλεθεραπεία : βόμβα κοβαλτίου ή γραμμικός επιταχυντής υψηλής ενέργειας ελευθερώνουν ογκοκτόνες δόσεις ακτινοβολίας στον προστάτη χωρίς να βλάπτουν τις φυσιολογικές δομές .

Προς το τέλος της θεραπείας μπορεί να παρατηρηθεί κάποιος βαθμός πρωκτίτιδας, διάρροιας και δυσουρίας . Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ανικανότητα .

- 2) Διαμεσοκυττάρια εμφύτευση στον προστάτη κόκκων ραδιενεργού I , συνδυασμένη με αμφοτερόπλευρη πυελική λεμφαδενεκτομή .

Αυτό μπορεί να γίνει με χειρουργική επέμβαση ή με ειδικές βελόνες που εισάγονται μέσω του δέρματος .¹¹ Το κυριότερο πλεονέκτημα της θεραπείας είναι ότι η δόση της ακτινοβολίας περιορίζεται στον όγκο και δεν βλάπτονται φυσιολογικοί ιστοί . Τα μειονεκτήματά της είναι ότι οι σβόλοι και οι ταινίες ενδέχεται να μην τοποθετηθούν στην ορθή θέση μέσα στον όγκο οπότε ορισμένες περιοχές δεν θα ακτινοβοληθούν σωστά .

Η εξωτερική ακτινοβολία διαρκεί περίπου έξι εβδομάδες . Πλεονεκτεί επειδή αποφεύγεται η επέμβαση , ορισμένες φορές όμως δεν καταστρέφονται όλα τα καρκινικά κύτταρα . Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο όγκος να αναπτυχθεί εκ νέου .

Οι κίνδυνοι και οι επιπλοκές της εξωτερικής ακτινοβολίας είναι ισάριθμες με τις αντίστοιχες της χειρουργικής επέμβασης . Είναι όμως διαφορετικής φύσεως όσον αφορά τα ειδικά προβλήματα .

Ακτινοβολία έξι εβδομάδων μπορεί να προκαλέσει ήπια ή σημαντικού βαθμού καταβολή . Ενδέχεται να εμφανιστούν σοβαροί πόνοι στο ορθό και διάρροια .

Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι μόνιμα .

Η ακτινοθεραπεία επιτυγχάνεται με :

- 1) εμφύτευση ιωδίου 125
- 2) εμφύτευση χρυσού 125 σε συνδυασμό με εξωτερική ακτινοθεραπεία
- 3) ενδοϊστική εμφύτευση Ιριδίου 192

ΒΑΘΜΟΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ (Morbidity Grading Systems)

Η εκτίμηση της νοσηρότητας από την ακτινοβολία του καρκίνου είναι δύσκολη , 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 επηρεάζοντα 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 .¹²

4.3 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν ο καρκίνος του προστάτη δεν είναι δυνατό 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 αυτή 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 καταστέλλουν 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 επιθυμίας . Επίσης μπορεί να προκαλέσουν αίσθημα θερμών εξάψεων .

Η αφαίρεση των όρχεων (ορχεοτομή) 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 αυτή την 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 Leuprolide , έχουν ίδιες επιδράσεις με την ορχεκτομή και τα οιστρογόνα . Οι ορμόνες αυτές είναι ακριβείς και χορηγούνται με καθημερινές και μηνιαίες ενέσεις γιατρού . Ορισμένοι ορμονικοί παράγοντες συνδέονται με τα προστατικά κύτταρα και δεν επιτρέπουν στην τεστοστερόνη να δράσει και να τα βοηθήσει να αναπτυχθούν .⁸

4.4 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Την χημειοθεραπεία την χρησιμοποιούμε όταν αποτύχει η ορμονοθεραπεία ή ορχεκτομή . Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε προχωρημένα στάδια .

Έχουμε συνδυασμό οιστρογόνων και ενός κυτταροτοξικού φαρμάκου όπως το estraggt και το Prednimustine που είναι συνδυασμός κορτιζόνης και chlorabucile.¹²

4.5 ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ

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 .

4.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

ΣΤΑΔΙΟ A : Οι όγκοι του σταδίου αυτού δεν διακρίνονται κλινικά ούτε ψηλαφώνται με την δακτυλική εξέταση .

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 η παραμονή χωρίς θεραπεία , γιατί ο όγκος αναπτύσσεται αργά ή 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 5ετή 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 1,3 cm . Η θεραπεία επιλογής είναι ίδια όπως στο στάδιο A-2 . Έχουν 5ετή επιβίωση 75% .

ΣΤΑΔΙΟ Β-2 : Ο όγκος είναι μεγαλύτερος των 2cm και προσβάλλει περισσότερους από έναν λοβό του προστάτη . Δεν διηθεί την κάψα . Θεραπεία εκλογής ίδια όπως στο στάδιο Α-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 σταδίου 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 να αμβληθούν τα προβλήματα .

ΣΤΑΔΙΟ D : Ο όγκος έχει διασπαρεί στους λεμφαδένες και σε απομακρυσμένες περιοχές και σπανίως ιάται . 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 και η αφαίρεση των όρχεων .

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 5ετής επιβίωση 55% για το ΣΤΑΔΙΟ D-0 40% για το D-1, 35% για το D-2 και το D-3 .¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

α Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

5.1 ΒΙΟΨΙΑ

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 άσηπτης τεχνικής και στην αποστολή του προστατικού ιστού στο κατάλληλο εργαστήριο προς διερεύνηση .

5.2 ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΟΡΘΟ

Αυτή η εξέταση δεν είναι και πολύ ευχάριστη για τον ασθενή . Είναι κάτι άγνωστο και κατά κάποιο 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 το 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 .

5.3 ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

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

5.4 ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ

Είναι η άμεση επισκόπηση της ουροδόχου κύστης με τη βοήθεια κυστεοσκοπίου . Ο ρόλος της νοσηλεύτριας εστιάζεται στην κατάλληλη προετοιμασία του ασθενούς με χορήγηση 2 (δυο) ποτηριών νερού πριν από την εξέταση , στην τήρηση της άσηπτης τεχνικής και στην μείωση του πόνου μετά την εξέταση , συνιστώντας του ανάπαυση , λήψη άφθονων υγρών και χορήγηση μυοχαλαρωτικών με εντολή γιατρού .

5.5 ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Φυσικά σε άνδρα άρρωστο .

Συνήθως ο καθετηριασμός γίνεται πριν από την εγχείρηση του προστάτη . Η νοσηλεύτρια παρόλο που πρέπει να γνωρίζει την όλη διαδικασία του καθετηριασμού δεν την εφαρμόζει . Η τοποθέτηση του καθετήρα γίνεται από τον ουρολόγο . Η νοσηλεύτρια προετοιμάζει τα αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν . Όπως καθετήρα Foley 20-22 F , γάντια αποστειρωμένα , αποστειρωμένο πεδίο , αποστειρωμένη λαβίδα , αντισηπτική διάλυση , συνδέει τον ουροσυλλέκτη , δίνει στον ασθενή ύπτια θέση με τους μηρούς να έχουν λίγη απόσταση μεταξύ τους και τα χέρια ευθεία και κάτω στο κρεβάτι .

Κατευθύνει το φως στο σημείο του καθετηριασμού , τοποθετεί το αδιάβροχο πεδίο πάνω από τους μηρούς και κάτω από το πέος , αποστειρωμένες γάζες και αποστειρωμένο τετράγωνο με οπή . Σ' αυτή τη φάση αρχίζει η φάση εκτέλεσης , στο οποίο η νοσηλεύτρια σεββίρει γάζες αποστειρωμένες με αντισηπτική διάλυση για τοπική πλύση , γάντια αποστειρωμένα στον γιατρό , τον καθετήρα και τοπικό αντισηπτικό και τη λαβίδα . Εφόσον θέλουμε μόνιμο καθετήρα

τοποθετούμε 10-15 cm μέσα στην ουρήθρα και φουσκώνουμε το μπαλόνι με 10-20 cc με φυσιολογικό ορό . Τραβάμε ελαφρά τον καθετήρα για να είμαστε σίγουροι ότι δεν βγαίνει , τον συνδέουμε μετά με τον ουροσυλλέκτη . Έπειτα η νοσηλεύτρια απομακρύνει τα υλικά που χρησιμοποιήθηκαν και τοποθετεί τον ασθενή σε αναπαυτική θέση .

5.6 ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΟΥΡΟΓΡΑΦΙΑ

Μετά από τη χορήγηση I.V ακτινοσκιεής ουσίας (urografine Diodrast κ.α) που αποβάλλεται από τους νεφρούς , γίνεται ακτινογραφία νεφρού , ουρητήρα , κύστης και προστάτη . Ο άρρωστος δεν πρέπει να παίρνει πολλά υγρά για την αποφυγή αραίωσης της σκιεής ουσίας . Το βράδυ της προηγούμενης της εξέτασης δίνεται στον άρρωστο ελαφρύ 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 γίνει test ευαισθησίας (2ml ενδοδερμικά) . Πρέπει να υπάρχουν έτοιμα φάρμακα επείγουσας ανάγκης, οξυγόνο και μέσα για τραχειοτομία .¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

6.1 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

6.1.1 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

1. Κακή διακίνηση του O₂
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία , εμετοί , ανορεξία)
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών , ηλεκτρολυτών , οξεοβασικής ισορροπίας
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσότοπου
5. Κίνδυνοι μόλυνσης (λευκοπενία)
6. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία)
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση , μικρός χρόνος φροντίδας , περιορισμός αριθμητικός και χρονικός επισκεπτηρίου)

6.1.2 ΓΕΝΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

1. Η ακτινοθεραπεία είναι δύσκολη και με πολλές παρενέργειες στη θεραπεία όπως ήδη αναφέραμε για την υποδοχή της από τον ασθενή 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 ασθενή τι να κάνει σε κάθε περίπτωση εφαρμογής ραδιοϊσότοπου
3. Αντιμετώπιση γενικών παρενεργειών και επιπλοκών από την ακτινοβολία .

A. Ναυτία και Έμετοι

Χορηγούμε ηρεμιστικά , αντιεμετικά και αντισταμινικά σύμφωνα με ιατρική εντολή . Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να παίρνει νερά .

B. Αντιδράσεις από το δέρμα

Μπορεί να παρατηρηθεί ερυθρότητα , ξηρότητα και απολέπιση .

Τοποθετούμε ουδέτερες κρέμες στο σημείο ακτινοβολίας .

Πλένουμε το δέρμα με ουδέτερο σαπούνι .

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

Γ. Διάρροια

Χορηγούμε αντιδιαρροϊκά φάρμακα . Απαγορεύονται τροφές που προκαλούν διάρροια .

Δ. Γενικά συμπτώματα όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης

Σ' αυτή την περίπτωση είναι δυνατό να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής και στην ατομική υγιεινή . Τα συμπτώματα παρέρχονται μέσα σε 6 εβδομάδες μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας .

Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή ώστε να δεχτεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα , τυχόν αλλαγή του σωματικού του ειδώλου .

6.1.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

- Απομόνωση του αρρώστου ή απομάκρυνση έως 2m από τον άλλο ασθενή .
- Ανάρτηση πινακίδας που να αναγράφεται η περιοχή εφαρμογής καθώς και το είδος και η δόση του ραδιοϊσότοπου .
- Φύλαξη κάθε αντικειμένου που ήρθε σε επαφή με ραδιενεργό χρυσό , ώστε να περάσουν 10 χρόνια υποδιπλασιασμού του .
- Αλλαγή θέσης κάθε 15' .
- Προσδιορισμός ακτινοβολίας λευχειμάτων πριν από την αποστολή τους στο πλυντήριο .
- Τα ούρα φυλάσσονται σε ειδικά δοχεία .
- Έλεγχος απόχρεμψης για ραδιενέργεια .¹⁴

6.2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χημειοθεραπεία είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της λειτουργίας και της αναπαραγωγής τους . Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα , αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξή τους .

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο , είναι κυτταροτοξικό δηλαδή δηλητηριάζει τα κακοήθει κύτταρα . Η δηλητηριώδης όμως δράση του , επεκτείνεται και στα υγιή κύτταρα .

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται μόνα τους , ή σε συνδυασμό με χειρουργική ή και ακτινοθεραπεία για να επιτευχθεί η ίαση , ο έλεγχος και η ανακούφιση των συμπτωμάτων της επάρατης νόσου .

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν ναυτία , έμετο , ανορεξία , καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών , διάρροια δυσκοιλιότητα , αλωπεκία , δερματίτιδες , δηλ. επηρεάζουν διάφορα συστήματα του σώματος , Κ.Π.Σ, γαστρεντερικό σύστημα, ουροποιητικό, γενετικό σύστημα .

6.2.1 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- A) Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας .
- B) Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος .
- Γ) Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή του .

6.2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- Αρχικά θα πρέπει να γίνει προετοιμασία του ασθενούς με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία μέσα σ'ένα κλίμα κατανόησης . Πόσο θα διαρκέσει , αν θα αισθανθεί πόνο , είναι ζωτικά ερωτήματα που ο άρρωστος περιμένει απαντήσεις .
- Ενημέρωση για τις τοξικές ενέργειες που είναι δυνατόν να προκαλέσει το φάρμακο .

- Προσφέρει στον ασθενή έντυπη ενημέρωση σχετικά με τη χημειοθεραπεία για καλύτερη κατανόηση . Η νοσηλεύτρια /ής καλείται να επεξηγήσει τα σημεία που ίσως φανούν δυσνόητα στον ασθενή .
- Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου , σχετικά με τη θρέψη , την κατάσταση του δέρματος , το βαθμό κινητικότητας , τη συναισθηματική του κατάσταση .
- Πριν τη θεραπεία συνίστανται απαραίτητα η χορήγηση αντιεμετικών .
- Προσεκτική φροντίδα στόματος για αποφυγή στοματίτιδας .
- Προστασία αρρώστου από μολύνσεις , διατηρώντας καθαρό περιβάλλον αποφεύγοντας τα ρεύματα .
- Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας .
- Δίδεται μεγάλη προσοχή σε παρενέργειες που σχετίζονται με τοξική επίδραση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ , τους νεφρούς και το ήπαρ .
- Παρακολούθηση κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας .
- Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου .
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα για διήθηση των γύρω ιστών .
- Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς στο να δεχτεί την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό σύστημα .¹⁵

6.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

6.3.1 ΑΤΟΜΟ-ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλη συναισθηματική φόρτιση . Η μάχη συνεπώς κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική , οι δε επιπτώσεις επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα . Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο , ταλαιπωρία , πρόωρο θάνατο , αναπηρία , εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας . Ακόμη και οι συγγενείς διακατέχονται από αίσθημα φόβου ανησυχίας , μοναξιάς και αγωνίας . Παράλληλα ο ασθενής δοκιμάζει αρκετές φορές μελαγχολία , θυμό , αίσθημα μοναξιάς , ντροπής και απογοήτευσης . Η οικογένεια και οι φίλοι μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με θάνατο . Τις απόψεις αυτές αν και δεν γίνονται γνωστές , τις διαισθάνεται ο ασθενής και διέρχεται στάδια αβεβαιότητας .

Έτσι , διαμορφώνεται ο καρκινοπαθής προσωπικότητα που διακρίνεται από ορισμένα χαρακτηριστικά όπως φτωχή συγκινησιακή εκφόρτιση , αδυναμία έκφρασης συναισθημάτων , τάση για απώθηση και άρνηση κρίσιμων καταστάσεων , προσπάθεια να είναι αρεστός στους άλλους , να τους ικανοποιεί δίνοντας μικρή προτεραιότητα στις δικές του ανάγκες και επιθυμίες .

Η Νοσηλεύτρια/ της θα πρέπει να συντείνει μέσω της ενημέρωσης στην αναθεώρηση απόψεων σχετικά με την ασθένεια που επιβαρύνουν

ψυχολογικά τον άρρωστο . Έτσι θα μπορέσει να ξεπεράσει τους φόβους του ο ασθενής . Προσπαθεί να μην εμβαθύνει τον φόβο του αλλά τον κατανοεί . Αφήνει τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του , τις σκέψεις του , τον ακούει προσεκτικά χωρίς να τον διακόπτει .Ο ασθενής από την άλλη , αντιλαμβάνεται ότι η νοσηλεύτρια τον παρακολουθεί , η διαύγειά του είναι άριστη κι έτσι ανακουφίζεται . Αισθάνεται ότι υπάρχει ένα κλίμα κατανόησης και εμπιστοσύνης .¹⁶

6.3.2 ΦΑΣΕΙΣ

Ο καρκινοπαθής μέσω μιας εσωτερικής διεργασίας περνά από ορισμένες φάσεις :

- Ø Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της νόσου αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθούς . Τότε εμφανίζεται κι ο θυμός που στρέφεται στα μάλη της οικογενείας .
- Ø Ακολουθεί η φάση της συνδιαλλαγής . Ο ασθενής είναι ήρεμος και αναζητεί τη θεραπεία στηριζόμενος σε υπερφυσικές δυνάμεις . Εκεί αναζητεί τη γαλήνη του .
- Ø Όταν αρχίσει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της νόσου περνά στη φάση της κατάθλιψης . Σ' αυτή τη φάση αυτό που μπορούμε να κάνουμε προκειμένου να τον βοηθήσουμε είναι να τον αφήσουμε να εκφράσει τα συναισθήματά του .
- Ø Τέλος επέρχεται η φάση της αποδοχής . Ο ασθενής έχει πλήρη επίγνωση της κατάστασής του και προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση .

Η απώλεια λειτουργίας ορισμένων οργάνων αποτελεί ερέθισμα ψυχικής έντασης για τον ασθενή . Ακόμη ο φόβος του ότι η οικογένειά του και οι φίλοι δεν τον αποδέχονται είναι πραγματικότητα πολλές φορές . Η νοσηλεύτρια καλείται να

βοηθήσει τον άρρωστο να το αντιμετωπίσει , ενώ παράλληλα τον ενισχύει ψυχολογικά .¹⁷

6.3.3 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ :

Έπειτα τίθεται το ερώτημα εάν ο καρκινοπαθής πρέπει να γνωρίζει την ασθένειά του ή να του το αποκρύψουμε .

Ο ασθενής έχει δικαίωμα να γνωρίζει σε ορισμένες περιπτώσεις όμως όταν η ψυχική του δύναμη είναι ευέλικτη ίσως θα ήταν προτιμότερο να αποκρύψουμε την αλήθεια και να ενισχύσουμε ψυχολογικά τον άρρωστο.

Σε αρκετές περιπτώσεις όμως ο καρκινοπαθής πληροφορείται την αρρώστια του από άλλους ασθενείς , επισκέπτες και ίσως άτεχνα από τη νοσηλεύτρια ή τον ιατρό . Η ενημέρωσή του με αυτόν τον τρόπο αποτελεί τραυματική εμπειρία , κλονίζει την εμπιστοσύνη του προς το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό .

Όταν δεν γνωρίζει την βαρύτητα της ασθένειας του όμως δεν ακολουθεί αρκετές φορές , το θεραπευτικό σχήμα αγνοώντας τη θεραπευτική του αξία .

Με την ενημέρωσή του περιορίζονται οι υπόνοιες και οι αμφιβολίες , αποφεύγεται η διάψευση των ελπίδων .

Άρα εφόσον ο ασθενής είναι έτοιμος ψυχολογικά , διαθέτει ψυχραιμία και ψυχική εμβέλεια γίνεται προσπάθεια ενημέρωσής του . Σήμερα εξάλλου οι ασθενείς είναι δυνατόν να το αντιληφθούν από μόνοι τους καθώς η νόσος μαστίζει μεγάλο αριθμό ατόμων και τα συμπτώματα είναι πλέον γνωστά λόγω ενημέρωσης .

Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει υποχρέωση και δικαίωμα να ενημερώσει τον ασθενή . Αυτή η υποχρέωση ανήκει στον θεράποντα ιατρό . Πρόκειται για αυστηρή ιατρική υποχρέωση που δεν μπορεί να ανατεθεί σε άλλο ιατρό ή νοσηλευτή διότι είναι ιατρική πράξη , με όλες

τις συνέπειες εάν υπάρξει ιατρικό σφάλμα . Η υποχρέωση της νοσηλεύτριας υπόκειται στις νοσηλευτικές ενέργειες.

Η απόκρυψη της νόσου , των κινδύνων που ελλοχεύουν από τη θεραπεία ήταν σύνηθες πρακτική στον καρκινοπαθή . Τελευταία όσο η μάχη με τον καρκίνο γίνεται ευκολότερη , συνίστανται και είναι προτιμότερο ο ασθενής να ενημερώνεται .¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

α ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1 ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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

7.1.1 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 .

7.1.2 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 τη 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 τυχόν εμμετούς .

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

7.1.3 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 συμπτωμάτων .

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

3) Ακτινογραφία

4) ΗΚΓ

7.2 ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

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

B) Τοπική προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου . Περιλαμβάνει καθαριότητα , αποτρίχωση , αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου .

7.3 ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Αυτή περιλαμβάνει :

- A) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς . Καταγράφει ζωτικά σημεία και σημειώνει διαφορές και παρατηρεί για τυχόν βήχα ως ένδειξη κρυολογήματος .
- B) Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς μισή ώρα πριν από τη εγχείρηση , αφού πρώτα έχει ουρήσει .
- Γ) Προνάρκωση . Αυτή γίνεται μισή ώρα πριν από τη 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 .¹¹

7.4 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ , ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

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

7.4.1 ΈΜΕΤΟΣ ΚΑΙ ΝΑΥΤΙΑ

Είναι η πιο συχνή δυσχέρεια στους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε προστατεκτομή . Οφείλεται στη νάρκωση . Η νοσηλεύτρια εστιάζει την προσοχή της στην πρόληψη του ασθενούς από τις εισροφές , τοποθετώντας το κεφάλι του στο πλάι , ετοιμάζοντας στο κομοδίνο του αρρώστου το υλικό όπως νεφροειδές , χαροβάμβακο , γλωσσοπίεστρο κ.α 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 .¹⁷

7.4.2 ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

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 της 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 περίδεσή του με ελαστικό επίδεσμο .
- 2) Τοποθέτηση υγρών , θερμών επιθεμάτων για ανακούφιση από τον πόνο .
- 3) Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής και άμεση κινητοποίηση με εντολή ιατρού .

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

Η θεραπεία περιλαμβάνει :

- 1) Χορήγηση μορφίνης .
- 2) Αντιπηκτικών φαρμάκων με εντολή ιατρού .
- 3) Τοποθέτηση του ασθενούς σε καθιστή θέση .¹⁹

7.4.3 ΕΠΙΣΧΕΣΗ ΟΥΡΩΝ

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

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

- 1) Αλλάζει τη θέση του αρρώστου
- 2) Χύνει νερό χλιαρό στο στόμιο της ουρήθρας
- 3) Αφήνει τη βρύση να τρέχει
- 4) Σηκώνει τον ασθενή και τον κρατάει όρθιο

7.4.4 ΑΚΡΑΤΕΙΑ

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

Την παθαίνουν από προσπάθεια τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες . Η ακράτεια αντιμετωπίζεται με τοποθέτηση Foley και παρακολούθηση από τον γιατρό για 6 μήνες .

Αν επιμένει χορηγούνται με εντολή γιατρού άλφα αδρενεργικοί αγωνιστές , αντιχολιργικά ή ιμιπραμίνη .

Μπορεί επίσης να τοποθετηθεί τεχνητός σφιγκτήρας .

7.4.5 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Μπορεί να οφείλεται :

- 1) Στη μη καλή απολίνωση των αγγείων ή τριχοειδών
- 2) Στη μόλυνση του τραύματος
- 3) Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς
- 4) 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 έγχυση ορού και

ειδοποιεί την τράπεζα αίματος . Τον απαλλάσει από οποιαδήποτε περίσφιξη , τον ζεσταίνει και τον τονώνει ηθικά .

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

7.4.6 ΟΥΡΑΙΜΙΑ

Εμφανίζεται όχι από κάποια βλάβη του ουροποιητικού συστήματος αλλά σε μεγάλη αφυδάτωση και συμπύκνωση του αίματος με αποτέλεσμα αύξησης της ουρίας στο αίμα . Τα συμπτώματα εμφανίζονται προοδευτικά και είναι τα ακόλουθα : καταβολή δυνάμεων , κεφαλαλγία , ναυτία και έμετοι , ξηρότητα δέρματος , δίψα , αφυδάτωση , ολιγουρία ή ανουρία , δύσπνοια , θόλωση διάνοιας , διέγερση και κόμα .

7.4.7 ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ-ΑΤΕΛΕΚΤΑΣΙΑ

Οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά την νάρκωση και απονάρκωσή του . Αποφεύγεται η εγχείρηση που πρόσφατα κρυστάλλωσαν ακόμη μπορεί να οφείλεται σε κακό αερισμό των πνευμόνων , στη μόλυνση αεροφόρου οδού από εισρόφηση εμεσμάτων ή εκκρίσεων , σε απεριποίητη στοματική , σε εφίδρωση κ.α .

Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η δύσπνοια .

Η πρόληψη περιλαμβάνει :

- 1) Στενή παρακολούθηση του ασθενή , μέχρι την τέλεια απονάρκωσή του .
- 2) Ταχεία απονάρκωση του ασθενούς .
- 3) Υποδοχή του ασθενούς σε ζεστό κρεβάτι και διατήρησή του ζεστό.
- 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 .

7.4.8 ΜΟΛΥΝΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

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

Η πρόληψη περιλαμβάνει :

- 1) Προφυλακτικά μέτρα για τον περιορισμό των μικροβίων στον αέρα του θαλάμου του ασθενούς .
- 2) Τα χέρια που θα περιποιηθούν το τραύμα και τα χέρια του ασθενούς πρέπει να είναι καθαρά , κομμένα νύχια , αποστειρωμένο υλικό αλλαγής .
- 3) Πρέπει να απομακρύνονται αμέσως τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται και να απολυμαίνεται για 3 ώρες περίπου .
- 4) Το δε επιδεσμικό υλικό καταστρέφεται με φωτιά .

7.4.9 ΡΗΞΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

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

- 1) Υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης .
- 2) Καταστέλλεται ο εμετός και ο βήχας .
- 3) Διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί με τις δυο παλάμες του το τραύμα όταν βήχει . Εάν κατά τη ρήξη βγει έξω τμήμα εντέρου , η νοσηλεύτρια το σκεπάζει με μια αποστειρωμένη γάζα βρεγμένη με φυσιολογικό ορό και τον ακινητοποιεί και καλεί τον γιατρό .Η τακτοποίηση του τραύματος γίνεται στο χειρουργείο .

7.4.10 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ

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 .

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

7.4.11 SHOCK Ή ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ

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 βλεννογόνους ωχρούς , ψυχρά και ψυχρούς ιδρώτες . Αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων , μείωση κινητικότητας και αισθητικότητας .

ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ:

- 1) Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους .
- 2) Θέρμανση του ασθενούς με κουβέρτες και θερμοφόρες .
- 3) Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς στο ελάχιστο για μείωση των καύσεων .
- 4) Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος , ορού ή πλάσματος μετά από εντολή γιατρού .
- 5) 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 κυκλοφορικού συστήματος .Τέλος , τόνωση του ηθικού .

7.4.12 ΜΕΤΕΩΡΙΣΜΟΣ Ή ΤΥΜΠΑΝΙΣΜΟΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Κατά την επιλοκή αυτή γίνεται συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο .

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

- 1) Αποφυγή υγρών που προκαλούν αέρια .
- 2) Έγκαιρη εισβολή ναρκωτικού .
- 3) Καλή προεγχειρητική καθαριότητα εντερικού σωλήνα .
- 4) Έγκαιρη έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι .
- 5) Ελαφρά στροφή του ασθενή προς τα πλάγια .
- 6) Τοποθέτηση σωλήνα μέσα στο απευθυσμένο .
- 7) Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο .
- 8) Χορήγηση φαρμάκων .

7.4.13 ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ

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

7.4.14 ΟΞΕΩΣΗ-ΚΕΤΩΣΗ

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

- 1) Ναυτία – έμετος
- 2) Αφυδάτωση – αίσθημα δίψας
- 3) Ανορεξία
- 4) Δύσπνοια
- 5) Αδυναμία – καταβολή δυνάμεων
- 6) Εκπνοή με οσμή σάπιων μήλων

Θεραπεία με χορήγηση σακχαρούχων υγρών .^{11,17}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

- α ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ
- α ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ
- α ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΑΡΡΩΣΤΑ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ
- α ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προσπάθεια ελέγχου του καρκίνου του προστάτη καθώς και άλλων νεοπλασμάτων κακοηθών γενικά πρέπει να επικεντρωθεί στη πρόληψη εμφάνισής του καθώς και στην ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωσή του . Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτογενής και δευτερογενής .

A- ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόβλεψη αφορά τις δραστηριότητες εκείνες που προλαμβάνουν την εμφάνιση της νόσου , η οποία οδηγεί στο θάνατο . Το γεγονός ότι ορισμένες μορφές καρκίνου , συμπεριλαμβανομένου και αυτό του προστάτη , προκαλούνται από εξωγενείς παράγοντες περιβαλλοντικούς , επιτρέπει την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς προλήψεως .

Για την πρόληψη του καρκίνου στον υγιή πληθυσμό , η ενημέρωση και εκπαίδευση που μπορεί να προσφέρει ο/η νοσηλεύτης / τρια συνίστανται:

- A) Στην ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος .
- B) Στην εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες .
- Γ) Στην παρατήρηση και τη λήψη μέτρων σε εμφάνιση προκαρκινικών αλλοιώσεων ή εκδηλώσεων στον εαυτό του και το περιβάλλον .
- Δ) Στην ενεργό συμμετοχή κατά τη διεξαγωγή ερευνών σχετικά με τον καρκίνο .

B- ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η δευτερογενής πρόληψη γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερο , δηλαδή κατά την περίοδο που άρχισε η εμφάνιση άτυπων κυττάρων , μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων , ασυμπτωματικό στάδιο της εξέλιξης και να αντιμετωπισθεί αμέσως .

Η διαφώτιση του κοινού αποτελεί ίσως τον κυριότερο παράγοντα για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και η νοσηλεύτρια καθίσταται σημαντικό μέλος έγκαιρου

διαγνώσεως φροντίδας :

- α) Για την ενθάρρυνση του κοινού για περιοδικό ιατρικό έλεγχο εργαστηριακό . Μετά την ηλικία των 45-50 ετών η δακτυλική εξέταση από το ορθό κρίνεται απαραίτητη για τους άνδρες . Καθώς επίσης και το διορθικό υπερηχογράφημα του προστάτη .
- β) Για την παραπομπή των προσερχόμενων για εξέταση στο κατάλληλο για την περίπτωση κέντρο έρευνας ή θεραπείας .
- γ) Για την ενημέρωση του κοινού κατά την εμφάνιση ύποπτων σημείων , για την καταφυγή σε ιατρό λόγω της αναπόφευκτης θνησιμότητας εάν δεν θεραπευτεί και της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας .

Βασικό μέσο εκπαίδευσης και ενημέρωσης του κοινού στην ουσιαστική πρόληψη του καρκίνου αποτελούν και τα διάφορα άρθρα σε εφημερίδες και περιοδικά , οι ενημερώσεις από ραδιόφωνο και τηλεόραση , η κυκλοφορία διαφωτιστικών εντύπων σχετικά με τον καρκίνο , η οργάνωση των συγκεντρώσεων κτλ .²⁰

Γ- 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 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 ανίχνευση 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 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 τη πρόσωπο στην θαλπωρή του σπιτιού .

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

Η ανάπτυξη της πολύπλευρης συμβολής των νοσηλευτών στον τομέα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο , επηρεάζεται αφενός από την 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 εργαζομένους του ,

Ο ασθενής ενισχύεται περισσότερο όταν νοσηλεύεται σε υπηρεσίες περιπατητικών 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 πρωτοαντίκρουσε 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 .²¹

Δ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί έναν από τους πιο συχνούς καρκίνους και το δεύτερο σε σειρά αίτιο θανάτου μετά από τον καρκίνο του

πνεύμονα . Από τα κλινικά χαρακτηριστικά του καρκίνου θα ήθελα να σημειώσω τα εξής :

1. Διατηρεί το πιο [καλόηθες] χαρακτηριστικό του που είναι η ευαισθησία του στα οιστρογόνα ή στα αντιανδρογόνα ακόμα και σε προχωρημένα στάδια της νόσου .
2. Η νόσος προχωρεί [βραδέως] και χρειάζονται 10-15 χρόνια ώστε να δημιουργηθεί ένα (κρίσιμο φορτίο) καρκίνου 10^9 κυττάρων ή 1 cm^3 όγκου καρκινικού ιστού .
3. Το μεσοδιάστημα που χρειάζεται ώστε μια εντοπισμένη μορφή νόσου να προχωρήσει σε διήθηση των λεμφαδένων ή σε θετικά χειρουργικά όρια μετά τη ριζική προστατεκτομή είναι άγνωστο . Υπάρχουν πολύ λίγα σχετικά δεδομένα στη διεθνή βιβλιογραφία .
4. Η ανάπτυξη του καρκίνου του προστάτη ακολουθεί συνήθως ένα προβλεπόμενο πρότυπο ανάπτυξης τουλάχιστον μέχρι ότου γίνει κλινικά έκδηλος και μέχρις ότου φτάσει στην κατάσταση της αποδιαφοροποίησεως .²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

- α ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ
- α ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΕΛΤΙΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Μαρσέλης Κ.

Ηλικία : 70 ετών

Επάγγελμα : Συνταξιούχος

Από το ιστορικό του μαθαίνουμε ότι είναι υπερτασικός . Δεν είναι χρήστης οινόπνευματών ποτών και δεν καπνίζει . Ο ασθενής εξετάστηκε από τον ουρολόγο , διότι παρουσίασε αιματουρία , δυσουρία και νυκτουρία . Κατά την εισαγωγή του έκανε α/α θώρακος και ΗΚΓ .

Η διάγνωση είχε τεθεί προ μηνός από προηγούμενο έλεγχο . Εισήχθη στο νοσοκομείο για το σκοπό της εγχείρησης μόνο . Άρχισε αντιβίωση την προηγούμενη της εγχείρησης (solvetan 2g.) , ΑΠ 140/90 mmHg .

Την επόμενη ημέρα πήγε στο χειρουργείο . ΑΠ 160 mmHg . Έγινε υπερηβική προστατεκτομή . Τα ζωτικά του σημεία μετά την εγχείρηση ήταν :

ΑΠ 100/6.5 mmHg , θερμοκρασία 36⁰C , σφύξεις 70 . Επί τάσης για έμετο έγινε μια amp. primperan .

Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε πυρετό 39⁰C . Δόθηκε DEPON . Ο πυρετός δεν υποχώρησε και δόθηκε μια amp. Apotel κατόπιν ιατρικής εντολής .

Την 10^η μετεγχειρητική ημέρα αφαιρέθηκε η πλύση .

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Άγχος και φόβος κατά την εισαγωγή	Να μειωθεί ο φόβος του ασθενή πριν την επέμβαση . Το άγχος και ο φόβος επηρεάζουν την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς	Να ενημερωθεί ο ασθενής για την ασθένειά του , την επέμβαση και να απαντηθούν τα ερωτήματά του .	Η νοσηλεύτρια πλησιάζει τον ασθενή και τον βοηθά δημιουργώντας κλίμα εμπιστοσύνης , να της φανερώσει τις σκέψεις του. Ο ασθενής φοβόταν ότι θα πέθαινε κατά την επέμβαση . Η νοσηλεύτρια του εξηγεί πως δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας , γιατί η επιστήμη έχει κάνει μεγάλες προόδους και η επέμβασή του θα πάει καλά .	Ο ασθενής ύστερα από τη συζήτηση αισθάνθηκε καλύτερα και μειώθηκε το άγχος του .
Επίσχεση ούρων .	Να αδειάσει η ουροδόχος κύστη , να ανακουφιστεί ο άρρωστος και να προληφθούν επιπλοκές .	Πρέπει να ετοιμαστεί ο δίσκος καθετηριασμού . Να ενημερωθεί άρρωστος για τον καθετηριασμό και να βοηθηθεί ο γιατρός στη τοποθέτηση του καθετήρα .	Ο άρρωστος ενημερώθηκε από τη νοσηλεύτρια για τη διαδικασία του καθετηριασμού . Έγινε σταδιακή εκκένωση της κύστεως για να αποφευχθεί η αιματοουρία που μπορεί να προκληθεί από την απότομη εκκένωση .	Η κύστη εκκενώθηκε από τα ούρα . Ο ασθενής ανακουφίστηκε από την επίσχεση .

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα	Ευχερέστερη διενέργεια της εγχείρησης, πρόληψη επιπλοκών από το πεπτικό σύστημα	Πρέπει να καθορισθεί ο τρόπος από τον γιατρό. Να ενημερωθεί ο άρρωστος για του υποκλυσμούς .	Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα γίνει καθαρτικός υποκλυσμός. Ύστερα από εντολή του γιατρού έγινε καθαρτικός υποκλυσμός . Η νοσηλεύτρια παρακολούθησε τα αποτελέσματα του υποκλυσμού. Έξι ώρες πριν την εγχείρηση ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα .	Ο υποκλυσμός απέδωσε .Ο ασθενής ήταν έτοιμος για την εγχείρηση .Έγιναν οι απαραίτητες ενέργειες για την πρόληψη των επιπλοκών από το πεπτικό σύστημα.
Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.	Τοπικός καθαρισμός και αντισηψία στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, προκειμένου να προληφθούν τυχόν επιπλοκές .	Να γίνει καθαρισμός και αντισηψία της περιοχής ,να ενημερωθεί ο άρρωστος	Ο άρρωστος ενημερώθηκε. Το βράδυ πριν την εγχείρηση έγινε η καθαριότητα και αντισηψία σε μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο.	Ο άρρωστος μετά την τοπική καθαριότητα και αντισηψία ήταν έτοιμος για το χειρουργείο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Γελική προεγχειρητική ετοιμασία.	Ο άρρωστος πρέπει να είναι έτοιμος για το χειρουργείο και να είμαστε βέβαιοι ότι βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση .	Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων του ασθενούς, να αφαιρεθούν ξένα σώματα που τυχόν έχει να φορέσει την ενδυμασία του χειρουργείου και να συμπληρωθεί το κατάλληλο έντυπο.	Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς, ΑΠ 160mm Hg θερμ.:36,5°C, σφύξεις 80 /min, ενημερώθηκε ότι σε λίγο θα έφευγε για το χειρουργείο.Ο ασθενής αφαίρεσε την τεχνητή οδοντοστοιχία και φόρεσε τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο. Συμπληρώθηκε το ειδικό έντυπο.	Όταν ήρθαν οι τραυματιοφορείς για να μεταφέρουν τον ασθενή στο χειρουργείο αυτός ήταν έτοιμος και δεν σημειώθηκαν καθυστερήσεις .
Παραλαβή του ασθενούς από το χειρουργείο.	Έλεγχος της γενική κατάσταση του ασθενούς μετά την επιστροφή του από το χειρουργείο .Εγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών.	Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων και να τεθεί ο ασθενής σε τρίωρη παρακολούθηση για εμφάνιση τυχόν επιπλοκών.	Μετά την επιστροφή του ασθενούς από το χειρουργείο έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και γράφτηκαν στο θερμομετρικό διάγραμμα και στη λογοδοσία .Ο άρρωστος ετέθη σε τρίωρη παρακολούθηση	Παρακολουθείται η πορεία του ασθενούς και μπορεί έτσι να γίνει έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Έλεγχος παροχετευτικών σωλήνων για τυχόν απόφραξη .	Ελέγχεται η λειτουργικότητα των παροχετευτικών σωλήνων .	Να ελεγχθεί ο καθετήρας και η πλύση για τυχόν απόφραξη τους από πήγματα αίματος και συστροφές και κάμψεις .	Όταν έγινε η παραλαβή του ασθενούς από το χειρουργείο ελέγχθηκε το τραύμα και οι παροχετεύσεις .	Οι παροχετεύσεις λειτουργούν κανονικά .
Πόνος στην περιοχή του τραύματος .	Να μειωθεί ο μετεγχειρητικός πόνος .	Να γίνει προσπάθεια να ηρεμήσει ο άρρωστος και να ενημερωθεί ο γιατρός .	Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να ηρεμήσει τον ασθενή και του χορηγεί 1 amp rethidine που συνέστησε ο γιατρός .	Ο πόνος ύστερα από λίγο σταμάτησε .
Εμμετος λόγω νάρκωσης .	Ανακούφιση του αρρώστου .	Να γίνει αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων , να τοποθετηθεί ο άρρωστος στην κατάλληλη θέση .Να ενημερωθεί ο γιατρός .	Έγινε αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων , πλύση του στόματος με αντισηπτική διάλυση και τοποθετήθηκε ο άρρωστος με το κεφάλι σε πλάγια θέση .	Ανακουφίστηκε ο άρρωστος .
Πυρετική κίνηση (39 ⁰ C)	Πτώση του πυρετού.	Χορήγηση υγρών από το στόμα . Τοποθέτηση ψυχρών κομπρέσων στο μέτωπο και τα άκρα . Φαρμακευτική αγωγή .	Παρά τη συντηρητική αγωγή ο πυρετός δεν έπεσε , γι' αυτό έγινε 1 amp apotel κατόπιν ιατρικής εντολής .	Ο πυρετός υποχώρησε στο 37,4
Διατήρηση ισοζυγίου υγρών .	Να ελεγχθούν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά .	Ο ασθενής λαμβάνει 2 λίτρα ορούς το 24ωρο . Να τηρείται προσεκτικά το διάγραμμα προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων	Το διάγραμμα προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών τηρείται σχολαστικά . Χορηγούνται 2 λίτρα ορών το 24ωρο , D/S 5% , N/S 0,9% .	Ο ασθενής έπαιρνε τα απαιτούμενα υγρά . Δεν έγινε κατακράτηση υγρών .

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Εγερση του αρρώστου εγκαίρως.	Πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών.	Ο άρρωστος πρέπει να βοηθηθεί κατά την έγερσή του και να του δοθούν οδηγίες για το πώς πρέπει να σηκώνεται. Αρχικά θα πρέπει να γίνει σταδιακά η έγερσή του .	Η νοσηλεύτρια εξηγεί στον άρρωστο πως θα σηκωθεί και τι θα πρέπει να κάνει ο ίδιος. Ο άρρωστος κάθεται πρώτα καθιστός στο κρεβάτι, μετά αφού αισθάνεται καλύτερα κάθεται καθιστός με τα πόδια κρεμασμένα. Τέλος μπορεί να σηκωθεί και να περπατήσει για όσο μπορεί. Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να σηκώνεται όσο συχνότερα μπορεί.	Ο άρρωστος πονούσε λίγο αλλά σηκώθηκε και έκανε μία μικρή βόλτα στο διάδρομο.
Αφαίρεση καθετήρα.	Άσκηση του αρρώστου προκειμένου η ούρηση να γίνει δια της φυσιολογικής οδού	Πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος για την αφαίρεση του καθετήρα και να μπορεί να αντιμετωπίσει στην συνέχεια. Πρέπει να ετοιμασθούν τα απαραίτητα για την αφαίρεση του καθετήρα.	Έγινε η αφαίρεση του καθετήρα. Η νοσηλεύτρια ενημέρωσε τον άρρωστο ότι στην αρχή μπορεί να έχει συχνουρία και μερική απώλεια ούρων και ότι ο έλεγχος της ούρησης είναι θέμα λίγων ημερών.	Ο άρρωστος ανακουφίστηκε με την αφαίρεση του καθετήρα και ήταν προετοιμασμένος για την συνέχεια

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Οδηγίες εξόδου	Να ξέρει ο ασθενής τι θα πρέπει να κάνει μετά την έξοδο	Συζήτηση με τον ασθενή	Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα πρέπει να αποφεύγει τις βαριές εργασίες για 3-4 εβδομάδες . Επίσης ότι θα πρέπει να λαμβάνει άφθονα υγρά καθημερινά (2-3 λίτρα) και να επισκέπτεται τον ουρολόγο σε τακτικά διαστήματα προληπτικά.	Με τις οδηγίες αυτές αποφεύγονται οι επιπλοκές και βοηθείται ο ασθενής να επανέλθει στην προηγούμενη κατάστασή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *KAHLE W. LEONHARDT. , PLATZERW.* : «Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα» , μετάφραση – επιμέλεια : Παπαδόπουλος Ν., Τόμος 2^{ος} , Εκδόσεις «Λίτσας» , Αθήνα 1985
2. *ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ Ν. , ΚΑΜΜΑΣ Α.* : «Η ανατομική του ανθρώπου» , Εκδόσεις «M.EDITION» , Αθήνα 1998
3. *ΔΕΛΗΒΙΩΤΗΣ Ν.* : «Ο εντοπισμένος καρκίνος του προστάτη» , Αθήνα 1999
4. *ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΑΣ Γ.Α.* : «Ανδρολογία» , Εκδόσεις τυπόγραμμα/ Ιατρική , 1^η Έκδοση Ιανουάριος 1999
5. *ΔΕΛΗΒΕΛΙΩΤΗΣ Χ.Ν* : «Ο εντοπισμένος καρκίνος του προστάτη» , Εκδόσεις «Μ&Κ υιοί Βασιλα & Σια» , ΑΘΗΝΑ 1999
6. *ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Ν.* , *Καρκίνος προστάτη* : Επιδημιολογία και αιτιολογία, Πρακτικά 2^{ου} ανδρολογικού συμποσίου νοτιοδυτικής Ελλάδας, Πάτρα , Μάιος 2000
7. *ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Η.Κ* : «Ουρολογική ογκολογία» , Εκδόσεις «Ζήτα» , Αθήνα 2000
8. *ΚΕΧΑΓΙΑΣ ΠΛ.* : «Η ουρολογία του οικογενειακού Ιατρού» , Επιστημονικές Εκδόσεις «Παριζιάνος» , Αθήνα 1995
9. *ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Κ. , ΚΟΥΒΑΡΗΣ Ι. , ΓΕΝΝΑΤΑΣ Κ.* : «Ογκολογία», Εκδόσεις «Παριζιάνος Γ.» , Αθήνα 1991
10. *CARL-ENICH-AIKEN* : «Εγχειρίδιο Ουρολογίας» , Επιμέλεια – μετάφραση Δ.Ν Νιφόρου , Εκδόσεις «Παριζιάνος Γ.» , Αθήνα 1975
11. *ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ.* : «Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική» , Α' τόμος , Β' Έκδοση , Εκδόσεις «Βήτα» , Αθήνα 1997

12. *DOILINGER MAL. , ROSENBAUM FR. , CABLE GR. :* «Ο καρκίνος : Διάγνωση , πρόληψη και θεραπεία» , Α΄ Έκδοση , Εκδόσεις «Κάτοπτρο», Μάρτιος 1993
13. *MALLIN DOLLINGER , M.D. , ERNEST ROSEMBAYM , M.D. ΚΑΙ GREG CABIE :* «Ο καρκίνος , διάγνωση και πρόληψη , θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση» , Εκδόσεις «Κατοπτρο» , Δεκέμβριος 1992
14. *ΜΟΣΧΟΥ-ΚΑΚΚΟΥ Α. :* «Ογκολογική νοσηλευτική» , Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας , Σεπτέμβριος 1999
15. *ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ , ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕ ΘΕΜΑ :* «Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκίνο» , Αθήνα , Ιούνιος 1994
16. *ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. , ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. :* «Ψυχολογική Προσέγγιση ατόμων με καρκίνο , Εκδόσεις «Φλόγα» , Αθήνα 1998
17. *ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. , ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ :* «Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική» , Τόμος Β΄ , Μέρος 2^ο , Εκδόσεις «Η Ταβιθά» , Αθήνα 1997
18. *ΚΟΡΑΙΟΛΗΣ Ν. , ΡΗΓΑΤΟΥ Γ. :* «Η αλήθεια και ο ασθενής με νεοπλασίες» , Ελληνική αντικαρκινική Εταιρία , Αθήνα 1990
19. *ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε.Κ :* «Κλινική νοσηλευτική βασικές και ειδικές νοσηλείες», ΣΤ΄ Έκδοση , Αθήνα 1996
20. *ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ , ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ :* «Προβλήματα νοσηλευτικής στο καρκίνο» , Αθήνα 1994
21. *ΠΑΤΗΡΑΚΗ-ΚΟΥΡΜΠΑΝΗ:* «Νοσηλευτική συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ποιότητας αρρώστου με καρκίνο» , Ελληνική αντικαρκινική Εταιρία , Αθήνα 1994

22.ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΑΣ Γ.Α. : «Ουρολογία» , Α Έκδοση ,
Τυπόραμα/Ιατρική , Σεπτέμβριος 1998