

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ
ΜΠΟΜΠΟΝΗ Σ. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ**

**ΕΠΙΒΛΕΨΗ
κ.α. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**

ΠΑΤΡΑ 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	2
1.1. Ανατομία του προστάτη	2
1.2. Φυσιολογία του προστάτη	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	6
2.1. Επιδημιολογία	6
2.2. Αιτιολογία	9
2.3. Παθολογία	10
2.4. Κλινική εικόνα	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	11
3.1. Διάγνωση	11
3.1.1. Φυσική εξέταση	11
3.1.2. Παρακλινικός έλεγχος	13
3.1.3. Βιοψία του προστάτη	20
3.1.4. Σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη	22
3.2. Διαφορική διάγνωση	24
3.3. Στάδια εξέλιξης	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	29
4.1. Θεραπεία του καρκίνου του προστάτη	29
4.2. Αντιμετώπιση του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη	29
4.3. Θεραπεία του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του προστάτη	45
4.4. Αντιμετώπιση του μεταστατικού καρκίνου του προστάτη	50
4.5. Υπάρχουν καλύτερες προοπτικές και αισιοδοξία για τον καρκίνο του προστάτη	59
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	60
5.1. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο προστάτη	60
5.2. Γενικές νοσηλευτικές οδηγίες	61
5.3. Νοσηλευτική αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων	63
5.4. Ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο	68

5.5. Αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	79
6.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαγνωστικές εξετάσεις	79
6.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στις εργαστηριακές εξετάσεις	81
6.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στις αιματολογικές εξετάσεις	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	82
7.1. Νοσηλευτική φροντίδα χειρουργημένου αρρώστου	82
7.2. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία	87
7.3. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ	92
8.1. Νοσηλευτική διεργασία	92
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	99
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	100
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	101

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η υπό ανάπτυξη εργασία αναφέρεται στον καρκίνο του προστάτη. Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί την πιο συχνή κακοήθεια και τη δεύτερη αιτία θανάτου από νεοπλασίες στον άνδρα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Η κλινική δυναμική του καρκίνου του προστάτη και κατ' επέκταση της θεραπείας του είναι ιδιαίτερα ρευστή, γεγονός που αποτελεί την πηγή ικανοποίησης και ανησυχίας μεταξύ των ουρολόγων. Συνεπώς, ο προστατικός καρκίνος αποτελεί ένα σημαντικότερο ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα, παρομοίου μεγέθους με εκείνο του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Απαιτούνται επομένως ουσιαστικές βελτιώσεις στη διάγνωση και στη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη και τούτο αποτελεί μια σημαντική πρόκληση. Η παρατήρηση ότι πάνω από 70% των θανάτων από καρκίνο του προστάτη επισυμβαίνει μετά την ηλικία των 70 ετών, δεν αποτελεί ικανό λόγο για να μην καταβληθεί η μέγιστη προσπάθεια ούτως ώστε να αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1. Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ ΑΔΕΝΑΣ είναι εξωκρινής αδένας που απαντάται μόνο στους άνδρες. Έχει σχήμα και μέγεθος κάστανου του οποίου η μεν βάση βρίσκεται κάτω ακριβώς από την ουροδόχο κύστη, η δε κορυφή στο ουρογεννητικό τρίγωνο. Ο προστάτης περιβάλλεται ατελώς από την προστατική κάψα που σχηματίζεται από περιτονίες γειτονικών στοιχείων, Το πίσω τοίχωμα της κάψας σχηματίζεται από την ευθυπροστατική περιτονία τα δε πλάγια τοιχώματά της από την άνω περιτονία του ανεκκτήρα του πρωκτού.

Η πρόσθια επιφάνεια του προστάτη δεν καλύπτεται από κάψα, αλλά φέρει τους ηβοπροστατικούς συνδέσμους (που τον συνδέουν με την ηβική σύμφυση) και το αιδουκό φλεβικό πλέγμα (Santorini), (εικόνα 1).

Μέσα στην προ στατική μάζα περικλείονται η προστατική μοίρα της ουρήθρας, ο προστατικός κόλπος, το σπερματικό λοφίδιο και οι δύο εκσπερματιστικοί πόροι.

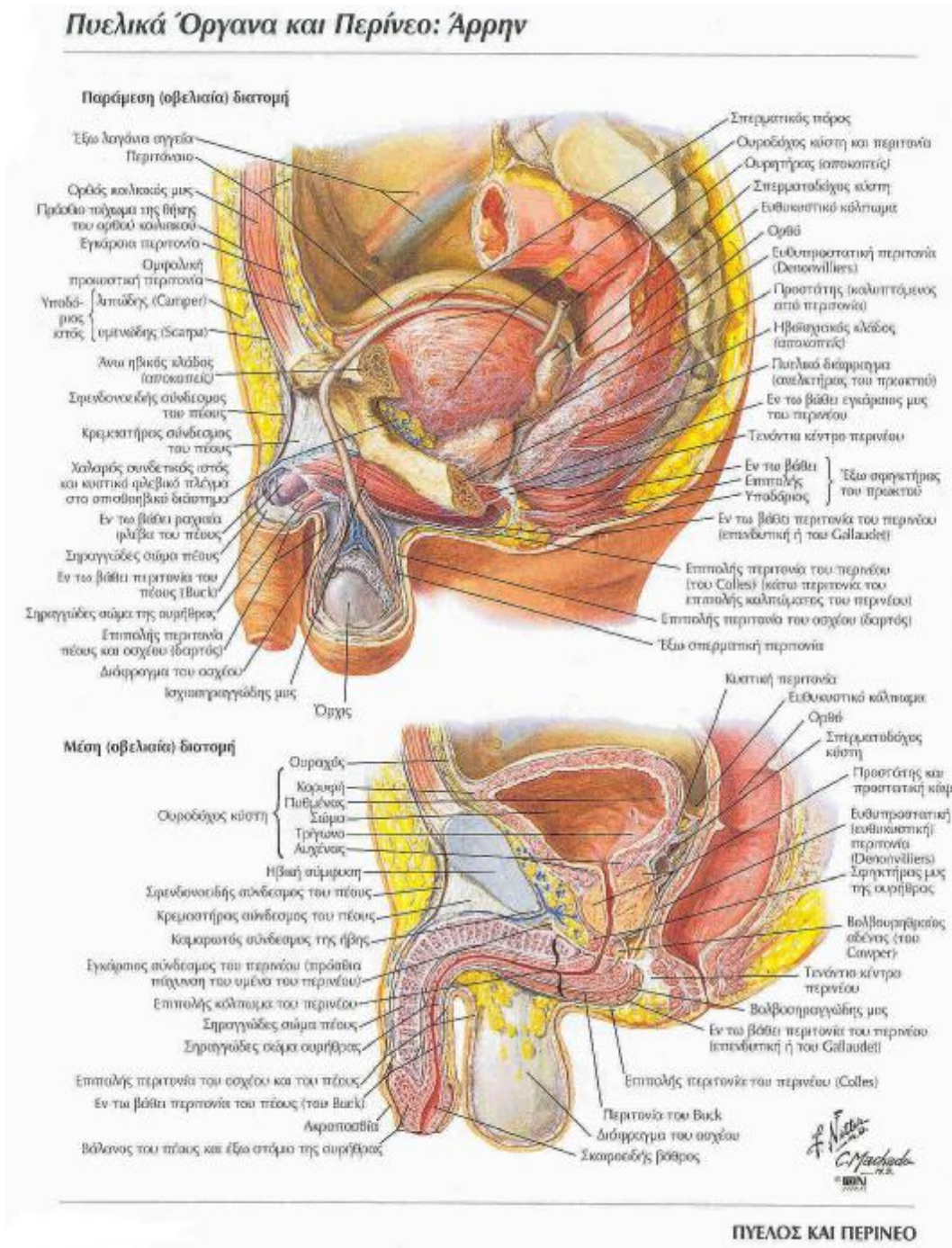
Η πίσω επιφάνεια παρουσιάζει στο μέσο της μία επιμήκη αύλακα, την αύλακα του προστάτη, η οποία διαιρεί τον αδένα σε δεξιό και αριστερό λοβό. Ο λεγόμενος μέσος λοβός του προστάτη, ο οποίος υπερτρέφεται πολύ συχνά στους ηλικιωμένους, είναι η προέχουσα μέση ζώνη της βάσης του προστάτη, της οποίας τα όρια είναι δύο οβελιαίες αύλακες που βρίσκονται στην επιφάνεια αυτή του αδένα.

Η προστατική μάζα αποτελείται από ινομυώδες στρώμα (λείες μυϊκές ίνες, ελαστικές ίνες, αγγεία και νεύρα) και σωληνοκυψελωτούς αδένες, οι πόροι των οποίων καταλήγουν στην παραλοφίδια αύλακα της προστατικής ουρήθρας, στα πλάγια του σπερματικού λοφιδίου. Το έκκριμα των προστατικών αδένων διεγείρει την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

Ο προστάτης αγγειώνεται από κλάδους των κάτω κυστικών και των μέσων αιμορροϊδικών αρτηριών και νευρώνεται από κλάδους του υπογαστρίου πλέγματος.

Οι βολβοουρηθραίοι αδένες (cowper) είναι δύο (δεξιός και αριστερός) και βρίσκονται λίγο πιο πίσω από την βολβική μοίρα της ουρήθρας. Ο εκφορητικός τους μόνο πόρος καταλήγει στην βολβική ουρήθρα στην οποία και μεταφέρει το έκκριμα των αδένων αυτών το οποίο μεταβάλλει το όξινο περιβάλλον της

ουρήθρας (λόγω της σύρσης) σε αλκαλικό για την εκσπερμάτιση.[1]



Εικόνα 1: Η ανατομία του προστάτη

1.2. Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ακόμη και σήμερα δεν είναι όλα γνωστά όσον αφορά στην ακριβή φυσιολογική αποστολή του προστάτου. Συνεισφέρει στο σχηματισμό του σπέρματος με την έκκριση διαφόρων ουσιών, οι οποίες αποτελούν το λεγόμενο πλάσμα αυτού, και οι οποίες έχουν σημασία για τη γονιμότητα και διατροφή του σπέρματος. Πέριξ της γυναικείας ουρήθρας ο Wirchow παρατήρησε ορισμένα οζίδια, όμοια των αδένων του προστάτου, μέσα στα οποία ανεύρε συγκρίματα όμοια με τους λίθους αυτού.

Η αύξηση του μεγέθους και η λειτουργία τόσο του προστάτου όσο και των σπερματοδόχων κύστεων, είναι ορμονικά εξαρτώμενες από τις ανδρογόνες ορμόνες και κυρίως από την τεστοστερόνη. Τελευταία υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι, σε ορισμένες καταστάσεις στην ανάπτυξη και λειτουργία του προστάτου επιδρούν και τα στεροειδή τα παραγόμενα από τα επινεφρίδια. Η δράση αυτή επιτυγχάνεται μέσω της A.C.T.H. ορμόνης. Έχει παρατηρηθεί ότι, η χορήγηση ACTH σε πειραματόζωα με ορχεκτομή και υποφυσεκτομή προκαλεί αύξηση του μεγέθους του προστάτου. Η ενέργεια αυτή δεν παρατηρείται σε περιπτώσεις όπου το πειραματόζωο υπέστη επινεφριδεκτομή. Έχει επίσης παρατηρηθεί σε ασθενείς με ορχεκτομή ότι, χορήγηση ACTH προκαλεί αύξηση των ανδρογόνων των επινεφριδίων, όπως επίσης η χορήγηση οιστρογόνων, προκαλεί αύξηση της έκκρισης της ACTH και επινεφριδιακή υπερπλασία. Αντιθέτως η τεστοστερόνη ελαττώνει την έκκριση της ACTH και της επινεφριδιακής κορτικοστερόνης. Σε υποφυσεκτομή, η επιθηλιακή ατροφία του προστάτου φαίνεται ότι είναι μεγαλύτερη της προκαλούμενης από της ορχεκτομής. Πιθανόν τούτο να συνηγορεί στην ύπαρξη και άλλων παραγόντων της υποφυσης, οι οποίοι επενεργούν στην ανάπτυξη του αδένος. Επίσης έχει παρατηρηθεί σε πειραματόζωα ότι, η χορήγηση ανδρογόνων με υποφυσεκτομή δεν μπορεί να διατηρήσει τον προστάτη σε πλήρη ανάπτυξη, εκτός εάν αυτά συνδυασθούν με προλακτίνη. Το όλο θέμα ευρίσκεται υπό μελέτη. Ορισμένες παρατηρήσεις συνηγορούν επίσης στη συνέργεια και της ινσουλίνης, για τη διατήρηση του μεγέθους του προστάτου.

Η τεστοστερόνη εισέρχεται στον προστάτη με την ελεύθερη αυτής μορφή, διαχέεται δε παθητικώς μέσα στο κύτταρο αυτού, αφού διέλθει με τη βοήθεια και

επίδραση ενζύμων την κυτταρική μεμβράνη (Adenyl cyclase enzyme). Όταν εισέλθει μέσα στο κύτταρο μεταβολίζεται τάχιστα με την επίδραση διαφόρων άλλων ενζύμων, κυρίως σε διυδροτεστοστερόνη. Αυτή προσλαμβάνεται από κυτταροπλασματικούς υποδοχείς και μεταφέρεται μέσα στον πυρήνα, όπου επενεργούσα με τα στοιχεία του πυρήνος (DNA, Chromatin κλπ.) προκαλεί αλυσιδωτές αντιδράσεις. Η δράση αυτή της διυδροτεστοστερόνης αναστέλλεται μόνο με αντιανδρογόνα και όχι με τα οιστρογόνα, τα οποία κυρίως αναστέλλουν την ανάπτυξη του προστάτου δια μέσου του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης, όρχεων. Στον προστάτη Τα οιστρογόνα κυρίως προκαλούν μόνο μεταπλασία των κυττάρων των συγγεντρικών σωληναρίων, αν και έχουν ανευρεθεί και οιστρογονοϋποδοχείς όπως και προγεστερόνης υποδοχείς, ο ρόλος των οποίων όμως παραμένει άγνωστος.

Ο προστάτης περιέχει επίσης σε αρκετές ποσότητες Leucin και Aminopeptidase, ουσίες οι οποίες ανευρίσκονται επίσης στο νεφρό, των οποίων όμως δεν γνωρίζουμε την αποστολή. Περιέχει επίσης ένζυμα όπως η B-Glucuronidase, η οποία συνήθως υδρολύει το γλυκουρονικόν οξύ, όπως και τη γαλακτική διυδρογενάση. Τα ένζυμα αυτά ερευνούνται συστηματικά σήμερα για την ανεύρεση τυχών διαφορών μεταξύ φυσιολογικών καταστάσεων και νεοπλασμάτων του προστάτου, προς διαγνωστικούς σκοπούς. Από το αίμα προς τα προστατικά υγρά ορισμένες ουσίες είναι δυνατόν να διέλθουν με ευχέρεια, ενώ άλλες αδυνατούν και δύσκολα διέρχονται. Ο τρόπος διάδου των ουσιών αυτών δεν είναι γνωστός, φαίνεται όμως ότι το pH των ιστών του προστάτου παίζει κάποιο ρόλο στην ανάσχεση ή μη.

Πολλά από τα λευκώματα, όπως η αργινίνη, η εργοθεινίνη κ.λ.π. εισέρχονται ελευθέρως στα υγρά του προστάτου, εξ αυτών όμως μόνο ορισμένων γνωρίζουμε τη φυσιολογική των αποστολή. Η αργινίνη για παράδειγμα μετατρέπεται σε ορνιθίνη με την επίδραση της αργινάσης, αποτελεί δε βασική ουσία για το σχηματισμό της σπερμίνης και της σπερμιδίνης. Για τα περισσότερα ο τρόπος εισόδου στα προστατικά υγρά και η φυσιολογική αποστολή δεν είναι γνωστή. Το αυτό ισχύει και για τα διάφορα θεραπευτικά φάρμακα. Ορισμένα απ' αυτά, όπως η ερυθρομυκίνη, η τετραμυκίνη, η ολεοντομυκίνη, η χλωραμφενικόλη, οι σουλφοναμίδες, η κλινταμυκίνη, η τριμεθοπρίνη κλπ. διέρχονται με ευχέρεια σε αντίθεση με πολλά άλλα, των οποίων η πυκνότητα στα προστατικά υγρά είναι μικρή. Δεν πρέπει να λησμονούμε και την αλκοόλη, η οποία απεκκρίνεται δια του

προστάτου με τις γνωστές επιπτώσεις στα ενήλικα άτομα σε κατάχρηση (επίσχεση ούρων).[2, 3, 4]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

1. Αύξηση της συχνότητας. Ο καρκίνος του προστάτη αυξάνεται σε απόλυτες τιμές λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Στο Δυτικό ανδρικό πληθυσμό είναι υπεύθυνος για το 20% των θανάτων από καρκίνο και είναι δεύτερος μετά τον καρκίνο των πνευμόνων.(Πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Θάνατος από καρκίνο σε άνδρες 1990.	
ΚΑΡΚΙΝΟΣ	ΘΑΝΑΤΟΣ (%)
Μελάνωμα δέρματος	3
Στόματος	4
Πνεύμονες	25
Πάγκρεας	3
Στομάχι	3
Κόλο και ορθό	15
Προστάτη	20
Ουροποιητικό	15
Λευχαιμία	7
Υπόλοιπα	15

2. Γεωγραφική κατανομή. Η μεγαλύτερη συχνότητα του καρκίνου του προστάτη εμφανίζεται στη Σουηδία, Ελβετία και Νορβηγία και η χαμηλότερη στην

Ταϊβάν, στις Φιλιππίνες και στην Ιαπωνία. Στην Ελλάδα η συχνότητα είναι μέτρια. Στις ΗΠΑ η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στους μαύρους από ότι στους λευκούς. Πιθανόν τούτο να οφείλεται στο ότι οι μαύροι έχουν σε μικρότερη ηλικία την πρώτη τους σεξουαλική επαφή και την εμπειρία περισσότερων σεξουαλικών συντρόφων. Οι Γιαπωνέζοι φαίνεται ότι έχουν μειωμένη δραστηριότητα του ενζύμου 5α ρεδουκτάση στον προστάτη, γεγονός που τους προφυλάσσει από την ανάπτυξη καρκίνου.

3. Διατροφή. Η υιοθέτηση του Δυτικού τρόπου ζωής με την αυξημένη κατανάλωση ζωικών λιπών και κόκκινου κρέατος, ευνοεί την ανάπτυξη του καρκίνου του προστάτη.

4. Επάγγελμα. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του προστάτη είναι μεγαλύτερος στους άνδρες που εργάζονται σε εργοστάσια πυρηνικής ενέργειας, λόγω της έκθεσης τους στο Κάδμιο και στους εργάτες ελαστικών.

5. Απολίνωση των σπερματικών πόρων. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι δεν υπάρχει σχέση με την ανάπτυξη της νόσου.

6. Γενετική προδιάθεση. Άτομα που συγγενείς τους πρώτου βαθμού είχαν αναπτύξει καρκίνο του προστάτη, έχουν 2,2 μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν τη νόσο.

7. Σεξουαλική δραστηριότητα και αφροδίσια. Η συχνότητα της νόσου είναι μικρή σε εργένηδες και υψηλή σε διαζευγμένους. Η γρήγορη έναρξη των σεξουαλικών επαφών και η αλλαγή πολλών σεξουαλικών συντρόφων φαίνεται ότι ευνοεί τη νόσο. Ο έρπης των γεννητικών οργάνων (τύπου II) έχει βρεθεί στα προστατικά κύτταρα ασθενών με προστατικό καρκίνο.

8. Κοινωνικοοικονομική τάξη. Αναφέρεται αυξημένη συχνότητα στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Αναφέρεται επίσης αυξημένη συχνότητα της νόσου σε ορισμένα κοινωνικά στρώματα, όπως στους γιατρούς. (Πίνακες 2 και 3).[5]

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Προδιαθεσικοί παράγοντες για κλινικό καρκίνο του προστάτη.

Γενετικοί	Οικογενείς, αυτόσωμοι επικρατούντες
Φυλετικοί	Πιο συχνός στους μαύρους, Σκανδιναβούς, λευκούς των ΗΠΑ και Διυκοευρωπαίους
Ηλικία	Πιο συχνά με την πάροδο της ηλικίας
Ορμόνες	Σημαντική η δράση της τεστοστερόνης και της διυδροτεστοστερόνης
Σεξουαλικό ιστορικό	Πιο συχνός σε άνδρες με πρώιμη σεξουαλική εμπειρία και πολλούς συντρόφους
Διατροφή	Ζωικά λίπη, μειωμένη λήψη κίτρινων πράσινων λαχανικών
Μόλυνση του περιβάλλοντος	Πιο συχνός σε αστικούς πληθυσμούς, έκθεση σε κάδμιο και σε ραδιενεργούς παράγοντες
Λοιμώξεις	Γονόρροια; Απλός έρπητας τύπου 2 RNA ιοί
Βαζεκτομή	Αυξάνει τον κίνδυνο

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Προφυλακτικοί παράγοντες για κλινικό καρκίνο του προστάτη

Φυλετικοί	Σπάνιος στους ασιατές
Ηλικία	Σπάνιος στους νέους άνδρες
Ορμόνες	Απών στον ψευδοερμαφροδιτισμό και τους ευνούχους
Διατροφή	Άφθονη λήψη πράσινων κίτρινων λαχανικών. Μικρή λήψη λιπών και

	κόκκινου κρασιού.
Περιβάλλον	Πιο σπάνιος σε αγροτικό πληθυσμό
Ηπατική κύρωση	Πιο σπάνιος λόγω της αύξησης οιστρογόνων.

2.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτία του καρκίνου του προστάτη δεν είναι ακόμη γνωστή. Ορισμένοι παράγοντες αυξάνουν τη συχνότητα της νόσου.

1. Ηλικία: ο καρκίνος του προστάτη αυξάνεται δραματικά με την πρόοδο της ηλικίας. Άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών κινδυνεύουν να αναπτύξουν τη νόσο χίλιες φορές περισσότερο από άτομα κάτω των 40 ετών. Το 70% των ατόμων ηλικίας άνω των 90 ετών πάσχει από καρκίνο του προστάτη.

2. Ορμονικοί παράγοντες: Ορμονικοί λόγοι έχουν ακόμη εξαιρετική σημασία για την εμφάνιση του καρκινώματος. Η επικρατέστερη άποψη είναι ότι η νόσος οφείλεται, κατά κύριο λόγο στη διαταραχή της ορμονικής ισορροπίας μεταξύ ανδρογόνων και οιστρογόνων ορμονών.

Η περίσσεια των ανδρογόνων ορμονών αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα. Στους ευνούχους εξάλλου δεν παρατηρείται καρκίνωμα του προστάτη.

Άλλος ακόμη λόγος που ευνοεί την καρκινογένεση στον προστάτη είναι οι ηπατικές βλάβες. Αυτές έχουν σαν αποτέλεσμα την μη ενεργοποίηση των στεροειδών ορμονών και έτσι ο μεταβολισμός αυτών των ορμονών γίνεται ανεπαρκής, σχηματίζονται παθολογικά προϊόντα τα οποία έχουν σχέση με την εμφάνιση καρκινώματος του προστάτη. Εντούτοις έρευνες που έγιναν στους κυρωτικούς απόδειξαν ότι το καρκίνωμα του προστάτη είναι σπανιότερο.

3. Κληρονομικότητα: τα άτομα που έχουν στενή συγγενική σχέση με καρκινοπαθείς από προστάτη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Διατροφή: στους πληθυσμούς που καταναλώνουν τροφή με μεγάλη περιεκτικότητα λίπους, εμφανίζεται συχνότερα η μορφή του καρκίνου αυτού.

4. Οικογενειακή κατάσταση: οι έγγαμοι άνδρες και μάλιστα οι πολύτεκνοι παρουσιάζουν πιο συχνά καρκίνο του προστάτη, συγκριτικά με τους άγαμους ή τους έγγαμους χωρίς παιδιά.

5. Εργασία: άτομα που η εργασία τους έχει άμεση σχέση με καουτσούκ ή με κάδμιο, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από τη νόσο.

6. Παθολογικές καταστάσεις: άτομα που πάσχουν από ηπατική κίρρωση αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση του προστατικού καρκίνου.[6]

2.3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Περισσότερο από το 95% των προστατικών νεοπλασμάτων αποτελούν τα αδενοκαρκινώματα, τα οποία τυπικά πρωτοεμφανίζονται στο επιθήλιο της προστατικής μεμβράνης στην εξωτερικότερη περιοχή της περιφερικής ζώνης του προστάτη. Λιγότερο συχνά το αδενοκαρκίνωμα μπορεί να προέρχεται από το σωληνοειδές επιθήλιο, το οποίο επίσης μπορεί να υποστεί μεταπλασία στην περιοχή των φυσιολογικών κύτταρων και να προκύψουν καρκινικά κύτταρα. Άλλοι προστατικοί όγκοι είναι σπάνιοι και περιλαμβάνουν τα λεπιδωτά καρκινώματα, τα καρκινοσαρκώματα, τα μελανώματα και τα μεσεγχυματικά νεοπλάσματα όπως είναι το ραβδομυοσάρκωμα, το λειομυοσάρκωμα και το φιμπροσάρκωμα. Το κυριότερο από τα ανωτέρω νεοπλάσματα είναι το αδενοκαρκίνωμα του προστάτη.

Η αξιολόγηση του σταδίου του καρκίνου του προστάτη περιλαμβάνει μια γενικευμένη εκτίμηση του ιστού σε ότι αφορά την κατάσταση και το μέγεθος των αδένων καθώς επίσης και το βαθμό διαφοροποίησης των κύτταρων. Τα περιθώρια του όγκου εξετάζονται για να βρεθεί ο βαθμός ορισμού στα άκρα του όγκου ενώ για να εκτιμηθεί η διείσδυση στο στρώμα υπολογίζονται τα αδενικά κύτταρα του όγκου ανάμεσα στα όρια του στρώματος ή η καταστροφή του ιστού του στρώματος.

Το σύστημα του Gleason για την αξιολόγηση του σταδίου του προστάτη είναι αυτό που χρησιμοποιείται ευρέως. Αυτό το σύστημα αναφέρεται στην ιστολογική μελέτη του ;ογκου και στην πρωτοπαθή και δευτεροπαθή αναγνώριση του. Αυτά χαρακτηρίζονται με μια κλίμακα αριθμών από το 1 έως το 5. Όσο μικρότερος είναι ο αριθμός, τόσο καλύτερα διαφοροποιημένος είναι ο όγκος, ενώ αντίθετα όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός τόσο μικρότερη διαφοροποίηση υπάρχει. Στη

συνέχεια οι αριθμοί αυτοί προστίθενται για να σχηματισθεί το τελικό νούμερο (σκορ), το οποίο μπορεί να κυμαίνεται από το 2 έως το 10. Για παράδειγμα ένας όγκος ο οποίος είναι πρωτοπαθώς καλά διαφοροποιημένος (βαθμός 1) αλλά που παρουσιάζει μια μικρή περιοχή μέτριας αποδιαφοροποίησης (βαθμός 3) θα έχει ένα συνολικό βαθμό 4 βάσει του συστήματος Gleason. Η αναλογία ανάμεσα στο βαθμό με τον οποίο χαρακτηρίζουμε τον όγκο και στο βαθμό που χαρακτηρίζει τη μετάσταση είναι συνήθως καλή. Ετσι όγκοι με βαθμό μεταξύ 2 και 4 σπάνια παρουσιάζουν μεταστάσεις στις βουβωνικές οδούς ενώ όγκοι με βαθμό από 8 έως 10 σχεδόν πάντα κάνουν μετάσταση στις λεμφικές οδούς της βουβωνικής χώρας.[7]

2.4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

1. Ανωμαλίες ουρήσεως, όπως δυσουρία, συχνουρία και επίσχεση των ούρων, αιματουρία και γενικά συμπτώματα όπως στην υπερτροφία του προστάτου.

2. Καμιά κλινική εκδήλωση, όπου ο καρκίνος είναι τυχαίο εύρημα μιας δακτυλικής εξετάσεως. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί η μεγάλη σημασία της δακτυλικής εξετάσεως, που πρέπει να είναι εξέταση ρουτίνας, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 45 ετών.

3. Συμπτώματα από μεταστάσεις, κυρίως οστικές, δηλ. πόνοι στα οστά, επίμονες ισχιαλγίες, ή ακόμα και παραπληγία. Σε κάθε οστική ή νευρολογική πάθηση, πρέπει να εξετάζεται συστηματικά ο προστάτης.[8]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.1.1. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

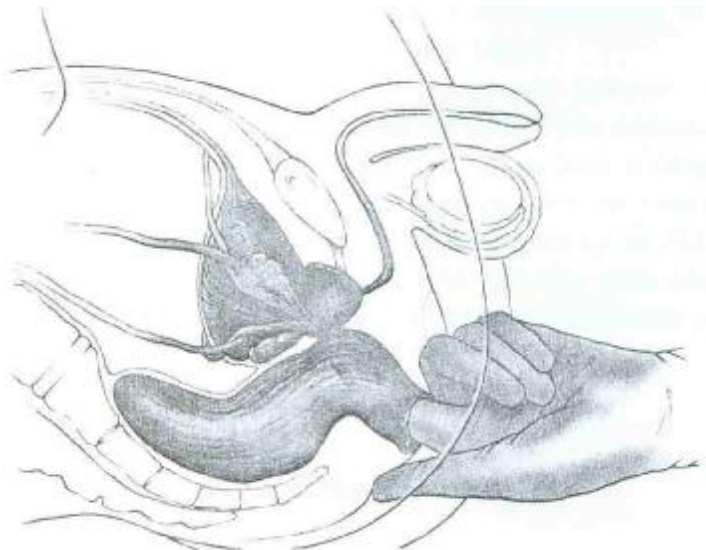
Κοιλιά: Η ψηλάφηση της κοιλιάς στους ασθενείς με προστατικά ενοχλήματα μπορεί να αποκαλύψει ψηλαφητή κύστη λόγω χρόνιας επίσχεσης.

Διορθική δακτυλική εξέταση: Η διορθική δακτυλική εξέταση (εικόνα 2), που αποτελεί το θεμέλιο λίθο της Φυσικής εξέτασης, είναι η πιο απλή, χωρίς κόστος και νοσηρότητα εξέταση. Γίνεται με τοποθέτηση του ασθενούς σε πλάγια αριστερή ή σε γονατοαγκωνιαία θέση. Ο φυσιολογικός προστάτης έχει το μέγεθος περίπου ενός κάστανου και έχει την ίδια σύσταση σε ψηλάφηση με την κορυφή της μύτης. Τα ευρήματα της δακτυλικής εξέτασης στις προστατικές παθήσεις φαίνονται στον Πίνακα 4.

Η δακτυλική εξέταση ενός ασθενούς με οξεία προστατίτιδα αποκαλύπτει ένα

μαλακό, επώδυνο και μερικές φορές "βαλτώδη" προστάτη. Στη χρόνια προστατίτιδα τα ευρήματα είναι ποικίλα και μπορεί να περιλαμβάνουν τοπικές σκληρίες που οφείλονται σε αποτιτανώσεις ή στην παρουσία προστατικών λίθων.

Η ψηλάφηση κάποιας σκληρίας, ακόμη και από έμπειρο χέρι, μόνο στο 30%, όπως αποδεικνύεται με τη βιοψία του προστάτη, δηλώνει την ύπαρξη καρκίνου (Πίνακα 5). Όταν όμως η ύπαρξη της σκληρίας συνοδεύεται με αυξημένο PSA το ποσοστό είναι μεγαλύτερο. Αν η δακτυλική εξέταση είναι φυσιολογική και το PSA μικρότερο των 4 ng/ml, το ποσοστό ύπαρξης καρκίνου είναι ελάχιστο. Σήμερα δεν γίνεται δεκτό πλέον ότι η δακτυλική εξέταση από μόνη της προκαλεί την αύξηση του PSA του ορού.



Εικόνα 2: Δακτυλική διορθική εξέταση του προστάτη. Πρέπει να γίνεται σε όλους τους ασθενείς με παθήσεις του προστάτη καθώς και σε όλους τους άνδρες πάνω από την ηλικία των 50 ετών. Πρέπει να σημειωθεί ότι μόνο το οπίσθιο τμήμα του αδένου είναι προσπελάσιμο στην ψηλάφηση.

Πίνακας 4. Κλινικές παράμετροι που εκτιμώνται με την δακτυλική εξέταση του προστάτη
<p>Μέγεθος</p> <p>Ο φυσιολογικός προστάτης έχει το μέγεθος ενός κάστανου (20 gr.). Στην ΚΥΠ, ο αδένου προοδευτικά μεγαλώνει και υπερβαίνει τα 50 gr.</p>
<p>Σύσταση</p> <p>Μαλακός Σκληρός: πιθανότητα καρκίνου</p>

Οιδηματώδης: προστατίτιδα

Κινητικότητα

Ο κακοήθης προστάτης σταθεροποιείται στους παρακείμενους ιστούς και δεν μετακινείται προς τα πάνω, προς τα κάτω ή προς τα πλάγια κατά την πίεση με το δάκτυλο.

Ανατομικά όρια

Ψηλαφώνται τα όρια του προστάτη. Οι σπερματοδόχες κύστει φυσιολογικά δεν ψηλαφώνται. Η ψηλάφηση σκληρών και διηθήμενων σπερματοδόχων κύστεων πιθανολογεί κακοήθεια.

Πίνακας 5. Αίτια ψευδούς θετικής διάγνωσης του καρκίνου του προστάτη στη διορθική δακτυλική εξέταση

- § Όζος στην ΚΥΠ
- § Προστατική λιθίαση
- § Προστατίτιδα
- § Ανωμαλία του εκσπερματικού πόρου .
- § Ανωμαλία των σπερματοδόχων κύστεων
- § Φλεβόλιθος του τοιχώματος του ορθού
- § Πολύποδας ή όγκος του ορθού

3.1.2. ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Εξέταση ούρων

Η γενική και η καλλιέργεια ούρων πρέπει να γίνονται σε όλους τους άνδρες με προστατισμό, για τον αποκλεισμό μικροσκοπικής αιματουρίας ή ουρολοιμώξης. Σε ασθενείς με ιδιαίτερα έντονα ερεθιστικά συμπτώματα πρέπει να εκτελούνται κυτταρολογικές ούρων για τον αποκλεισμό καρκινώματος από μεταβατικό επιθήλιο.

Εξέταση προστατικών εκκρίσεων

Η διάγνωση της χρόνιας προστατίτιδας προϋποθέτει την ύπαρξη πάνω από 10 πυσφαιρίων στις προστατικές εκκρίσεις (EPS) (Πίνακας 6) που προέρχονται μετά από μάλαξη του προστάτη.

Στους ασθενείς που δεν βρίσκονται φλεγμονώδη στοιχεία, η κατάσταση χαρακτηρίζεται σαν προστατοδυνία, η αιτιολογία της οποίας είναι μάλλον ψυχολογική.

Πίνακας 6. Συλλογή και καλλιέργεια του προστατικού υγρού

- § 1^ο σωληνάριο ούρων vB1 (Voided bladder 1): αντιπροσωπεύει το ξέπλυμα της ουρήθρας.
- § 2^ο σωληνάριο ούρων vB2 (Voided bladder 2): ούρα από την ουροδόχο κύστη.
- § Μάλαξη του προστάτη και συλλογή των προστατικών εκκρίσεων EPS.
- § 3^ο σωληνάριο ούρων vB3 (Voided bladder 3): συλλογή των ούρων αμέσως, μετά τη μάλαξη (ούρα + προστατικό υγρό).

Κρεατινίνη και ηλεκτρολύτες

10% των ασθενών με υπερπλασία του προστάτη έχουν κάποιο βαθμό νεφρικής ανεπάρκειας όταν για πρώτη φορά συμβουλευόμαστε τον ουρολόγο τους. Έτσι σε όλους τους αρρώστους με προστατικά ενοχλήματα πρέπει να γίνεται έλεγχος της ουρίας, της κρεατινίνης και των ηλεκτρολυτών του ορού.

Ειδικό προστατικό αντιγόνο

Το ειδικό προστατικό αντιγόνο (Prostate-Specific Antigen - PSA) του ορού δεν είναι ένας τέλειος δείκτης για τον καρκίνο του προστάτη επειδή αυξάνεται στην ΚΥΠ και στις φλεγμονές.

Αν και το PSA (Πίνακας 7) δεν είναι απαραίτητο να γίνεται για την εκτίμηση των ασθενών με προστατισμό, η μέτρηση του συνιστάται σε όλους τους άνδρες ηλικίας μεταξύ 50-75 ετών, στους οποίους η ανακάλυψη ενός καρκίνου θα επηρεάσει τις θεραπευτικές αποφάσεις. Το PSA είναι χρήσιμος δείκτης για:

- α την ανακάλυψη του όγκου, την πρόγνωση,
- α τη σταδιοποίηση, και
- α την παρακολούθηση.

Για τον προληπτικό έλεγχο και την παρακολούθηση του καρκίνου του προστάτη, το PSA έχει αποδειχθεί μοναδικός δείκτης. Όσον αφορά όμως την πρόγνωση δεν φαίνεται να υπερτερεί σχέση με το στάδιο και τη διαφοροποίηση (Grade) του όγκου.

Πίνακας 7. Χαρακτηριστικά του ειδικού προστατικού αντιγόνου[PSA].

§	Είναι γλυκοπρωτεΐνη, της οποίας η λειτουργία είναι η ρευστοποίηση του σπέρματος
§	Παράγεται αποκλειστικά από το προστατικό επιθήλιο
§	Φυσιολογικές τιμές στο αίμα <4 ng/ml
§	Αυξάνεται στο 25% των περιπτώσεων ΚΥΠ
§	Αυξάνεται στις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη.
§	Αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας και την αύξηση του μεγέθους του προστάτη

Ερμηνεία του PSA (Πίνακας 8). Αν οι τιμές του PSA είναι μεγαλύτερες των 10 ng/ml, η πιθανότητα να υπάρχει καρκίνος στη βιοψία είναι περίπου 60%. Μόνο όμως 2% των ασθενών με ΚΥΠ έχουν PSA πάνω από 10 ng/ml. Όταν το PSA είναι μεταξύ 4,1 και 10 ng/ml, τότε η πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου στη βιοψία του προστάτη είναι περίπου 20%. Γενικά αν το PSA είναι πάνω από 4 ng/ml, η πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου είναι 25-30%.

Ασθενείς με αύξηση του PSA και /ή παθολογική δακτυλική εξέταση, πρέπει να υποβάλλονται σε παραπέρα διερεύνηση και βιοψία, εκτός αν είναι πολύ ηλικιωμένοι οπότε η ανακάλυψη ενός καρκίνου δεν απαιτεί κάποια θεραπευτική αντιμετώπιση.

Πίνακας 8. Ερμηνεία των τιμών του ειδικού προστατικού αντιγόνου (PSA).

Τιμές PSA	Ερμηνεία
0,5-4 ng/ml	Φυσιολογική
4-10 ng/ml	20% πιθανότητα καρκίνου
>10 ng/ml	50% και πλέον πιθανότητα καρκίνου
Αύξηση > 20%/έτος	Άμεση ανάγκη βιοψίας του προστάτη

Έχει βρεθεί ότι ένα γραμμάριο καλοήθους υπερπλαστικού ιστού παράγει περισσότερο PSA από την πλειονότητα των προστατικών καρκίνων. Φυσιολογικά

υπάρχει ένας φραγμός αίματος / προστάτη παρόμοιος με το φραγμό αίματος/ εγκεφάλου. ο οποίος εμποδίζει την απελευθέρωση του PSA στην κυκλοφορία. Αν αυτός ο φραγμός διαταραχθεί, είτε από διήθηση της κάψας από καρκινικά κύτταρα, είτε από διάσπαση του στρώματος και των στοιχείων του συνδετικού ιστού από μια μεγάλη υπερπλασία του προστάτη, είτε από την παρουσία φλεγμονής και είτε τέλος από την εφαρμογή διαφόρων χειρισμών στον προστάτη, τότε απελευθερώνονται μεγάλες ποσότητες του ενζύμου στην κυκλοφορία.

Το PSA είναι πιο ευαίσθητος δείκτης της διήθησης της κάψας από ότι η όξινη προστατική φωσφατάση (PAP). Τιμές PSA μεγαλύτερες των 40 ng/ml, χωρίς άλλα στοιχεία μεταστατικής νόσου, είναι σαφώς ενδεικτικές λεμφαδενικής προσβολής.

Το PSA του ορού σχετίζεται με το grade (βαθμός) του όγκου. Ασθενείς με Gleason 4 και 5 έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές PSA από αυτούς με χαμηλότερο βαθμό Gleason. Έτσι όσο καλύτερα διαφοροποιημένος είναι ο όγκος τόσο χαμηλότερες τιμές PSA ανιχνεύονται στον ορό.

Πυκνότητα PSA (PSA density - PSAD). Ο υπολογισμός της PSAD προκύπτει από τη διαίρεση των τιμών του PSA και του όγκου του προστάτη (σε cm³), ο οποίος μετράται με το διορθικό υπερηχογράφημα. Σε ασθενείς που οι τιμές του PSA κυμαίνονται μεταξύ 4-10 ng/ml και η PSAD είναι μεγαλύτερη του 0.15 υπάρχει έντονη υποψία για την ύπαρξη καρκίνου.

Η πρόοδος αύξησης του PSA. Βρέθηκε ότι άτομα με φυσιολογικό προστάτη η ΚΥΠ έχουν σταθερές τιμές PSA, ενώ άτομο με καρκίνο παρουσιάζουν προοδευτική αύξηση. Αναφέρεται ότι αύξηση μεγαλύτερη του 0.75 ng/ml η περισσότερο από 20% σε διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών είναι ενδεικτικό καρκίνου του προστάτη. Τα πιο πάνω προκύπτουν από το γεγονός ότι ο καρκίνος εμφανίζει μεγάλη συχνότητα διαίρεσης των κυττάρων του σε αντίθεση με τα κύτταρα του φυσιολογικού προστάτη ή της ΚΥΠ των οποίων ο ρυθμός διαίρεσης είναι μικρός.

PSA ανάλογα με την ηλικία. (Πίνακας 9). Οι τιμές του PSA έχουν την τάση να αυξάνονται βαθμιαία με την πάροδο της ηλικίας, τούτο πιθανόν να οφείλεται σε μια βραδεία ανάπτυξη της ΚΥΠ αλλά και στη διαταραχή του φραγμού αίματος /προστάτη με την πάροδο του χρόνου.

Πίνακας 9. Τιμές PSA ανάλογα με την ηλικία.

Ηλικία (έτη)	Τιμές PSA (ng/ml)
40-49	2.5
50-59	3.5
60-69	4.5
70-79	6.5

Δεσμευμένο και ελεύθερο PSA. Οι τιμές του PSA στο πλάσμα είναι ένα εκατομμύριο φορές μικρότερες από τις τιμές του σπερματικού υγρού. Στον ορό δεσμεύεται σε μεγάλα ποσοστά από:

- α την άλφα-1 αντιχυμοθρυψίνη, και σε μικρότερο ποσοστό,
- α την άλφα-2 μακροσφαιρίνη

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι το δεσμευμένο με την άλφα-1 αντιχυμοθρυψίνη (ALT) εμφανίζει μεγαλύτερα ποσοστά (90%) στον καρκίνο του προστάτη σε σχέση με την ΚΥΠ (70%). Η μέτρηση της αναλογίας αυτής, που αρχίζει και εφαρμόζεται στην καθημερινή κλινική πράξη, αυξάνει την ευαισθησία του PSA στη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη.

Μέτρηση της ροής των ούρων Η μέτρηση της ροής των ούρων με το ουροροόμετρο είναι πολύ απλή εξέταση και χωρίς μεγάλο κόστος. Ο ασθενής, για να είναι αξιόπιστη η μέθοδος, πρέπει να ουρήσει τουλάχιστον 150 ml ούρα, πράγμα όμως που δεν είναι εφικτό επειδή στο άτομα με ΚΥΠ υπάρχει συχνουρία και σημαντικό υπόλειμμα ούρων μετά την ούρηση.

Η μέγιστη ουροροή (η ουροπαροχή) (Maximum flow rate) (Πίνακας 10) που εκφράζεται σε ml/sec, είναι η πιο σημαντική παράμετρος στη διερεύνηση της απόφραξης. Τιμές μικρότερες του 15 ml/sec δείχνουν την ύπαρξη απόφραξης. Χαμηλή ουροροή όμως μπορεί να παρατηρηθεί σε μειωμένη σύσπαση του εξωστήρα λόγω διαβητικής νευροπάθειας και σε μεγάλες ηλικίες. Αντίθετα ένας υπερτονικός εξωστήρας, που είναι αντισταθμιστικό αποτέλεσμα της απόφραξης,

μπορεί να προκαλέσει υψηλές τιμές ουροροής. Τα πιο πάνω προβλήματα θα διευκρινίσει ένας πλήρης ουροδυναμικός έλεγχος.

Πίνακας 10. Ερμηνεία των τιμών της μέγιστης ροής ουρών	
Ροή ούρων	Ερμηνεία
> 15 ml/sec	Φυσιολογική
10-15 ml/sec	Αντισταθμιζόμενη
< 10 ml/sec	Υποκυστικό κώλυμα

Μέτρηση του υπολείμματος των ούρων

Γίνεται συνήθως με το διακοιλιακό υπερηχογράφημα, και οι πληροφορίες όμως μπορεί να διαφέρουν από μέρα σε μέρα και από ούρηση σε ούρηση. Το υπόλειμμα οφείλεται είτε σε υποκυστικό κώλυμα είτε σε μειωμένη συσπαστικότητα του εξωστήρα μύ. Υπόλειμμα ούρων μεγαλύτερο των 200-300 ml θέτει την ένδειξη χειρουργικής παρά φαρμακευτικής θεραπείας.

Ουροδυναμικός έλεγχος

Είναι ο πιο σίγουρος τρόπος διαφοροδιάγνωσης υποκυστικού κωλύματος και άτονου εξωστήρα μύ. Είναι μέθοδος όμως δαπανηρή που έχει νοσηρότητα και σημαντικό κόστος και η εφαρμογή της πρέπει να γίνεται σε πολύ εξειδικευμένες περιπτώσεις.

Διορθικό υπερηχογράφημα του προστάτη (TRUS)

Το διορθικό υπερηχογράφημα προσφέρει δύο βασικές δυνατότητες στη διερεύνηση των ασθενών με προστατισμό (Πίνακας 11).

- α) Επιτρέπει την ακριβή εκτίμηση του συνολικού όγκου του προστάτη και του όγκου της μεταβατικής ζώνης, και
- α) αποκαλύπτει υπόηχες εστίες στην περιφερική ζώνη που είναι ύποπτες για καρκίνο του προστάτη. Στη βιοψία όμως αποδεικνύεται ότι πολλές υπόηχες περιοχές δεν αντιστοιχούν σε καρκίνο.

Έχει αποδειχθεί ότι στο 70% των περιπτώσεων υπόηχων περιοχών υπάρχει

καρκίνος.

Πίνακας 11. Υπολογισμός του μεγέθους του προστάτη με διορθικό υπερηχογράφημα.

$$\text{Όγκος} = 0.52 \chi (M \times \Pi \times Y)$$

M = μήκος σε επιμήκη τομή

Π = πλάτος σε εγκάρσια τομή

Y = ύψος σε εγκάρσια τομή

Διορθικό υπερηχογράφημα και καρκίνος του προστάτη. Η υπερηχογραφική εμφάνιση του προστατικού καρκίνου απετέλεσε για μεγάλο χρονικό διάστημα θέμα αντιφατικών απόψεων, έως ότου υιοθετήθηκε ο υπόηχος χαρακτήρας της βλάβης. Ορισμένα καρκινώματα παρουσιάζουν, ισόηχη εμφάνιση (25%). Σε ένα 5% των περιπτώσεων ο καρκίνος του προστάτη παρουσιάζει αυξημένη ηχογένεια, η οποία σχετίζεται με το ποσόν της αναπτυσσόμενης δεσμοπλασίας και ίνωσης, καθώς και με το βαθμό της κυτταρικής διαφοροποίησης (παρουσιάζονται σε υψηλό Grade) (Πίνακας 12).

Εντόπιση του καρκίνου και ευρήματα στο διορθικό υπερηχογράφημα.

Είναι γνωστό πως το 55-68% των καρκίνων εντοπίζονται στην περιφερική ζώνη και το 5-8% στην κεντρική ζώνη. Είναι δύσκολο να εντοπισθεί μια ύποπτη περιοχή στην κεντρική. ζώνη επειδή η τελευταία φυσιολογικά είναι υπόηχος. 24-40% των καρκίνων εντοπίζονται στη μεταβατική ζώνη και ανακαλύπτονται μετά από προστατεκτομή για καλοήγη νόσο. Λαμβανομένης υπόψη της ποικίλης ηχογένειας αυτής της ζώνης, η αποκάλυψη αυτών των καρκίνων με διορθικό υπερηχογράφημα είναι, αδύνατη, Μερικά χαρακτηριστικά μπορεί να θεωρηθούν ύποπτα:

- α Ασυμμετρία της μεταβατικής ζώνης
- α Δύο λοβοί διαφορετικού μεγέθους και ηχογένειας

Επίσης η ανακάλυψη του καρκίνου στο πρόσθιο τμήμα του προστάτη είναι δύσκολη. Τούτο οφείλεται στο ότι οι κεφαλές που χρησιμοποιούνται έχουν

συχνότητα 7 MHz και παράγουν καλή απεικόνιση μόνο στο οπίσθιο τμήμα του προστάτη

Πίνακας 12. Σκοποί του διορθικού υπερηχογραφήματος στον καρκίνο του προστάτη.

- § Μέτρηση του μεγέθους του προστάτη
- § Έγκαιρη διάγνωση
- § Κατευθυνόμενη βιοψία
- § Σταδιοποίηση
- § Ανακάλυψη υποτροπής μετά από θεραπεία

3.1.3. ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Όταν στο διορθικό υπερηχογράφημα απεικονίζεται υπόηχος εστία γίνεται κατευθυνόμενη βιοψία του προστάτη (εικόνα 3). Οι άλλες ενδείξεις προστατικής βιοψίας φαίνονται στον Πίνακα 13.

Οι τεχνικές βιοψίες του προστάτη είναι:

- α Διαπερινεϊκή
- α Διορθική.

Η διαπερινεϊκή βιοψία απαιτεί περισσότερο χρόνο και αρκετές φορές είναι επώδυνη παρά την εφαρμογή τοπικής αναισθησίας. Ο κίνδυνος φλεγμονής όμως είναι μικρότερος σε σύγκριση με τη διορθική τεχνική. Ο ασθενής τοποθετείται σε γυναικολογική θέση καθαρίζεται το περίνεο και εφαρμόζεται τοπική αναισθησία και αναμονή 15 λεπτών για να εκτελεσθεί η βιοψία.

Η διορθική βιοψία έχει αρκετά πλεονεκτήματα:

- α Δεν υπάρχει ανάγκη τοπικής αναισθησίας.
- α Είναι καλώς ανεκτή από τον ασθενή.
- α Μπορεί να ληφθούν αρκετά τεμάχια.
- α Γίνεται κατά τη διάρκεια ενός συνήθους υπερηχοτομογραφικού ελέγχου με τον άρρωστο σε αριστερά πλαγία θέση.

Η προετοιμασία περιλαμβάνει:

- α Αντιβιοτική προφύλαξη (ciprofloxacin - CIPROXIN) μια μέρα πριν τη βιοψία, η οποία συνεχίζεται για 5 ημέρες μετά.
- α Υποκλυσμός το προηγούμενο βράδυ της βιοψίας.
- α Δακτυλική εξέταση την ημέρα της βιοψίας για να διαπιστωθεί ότι το ορθό είναι κενό.

Ενημέρωση του αρρώστου ότι μπορεί να παρουσιάσει πυρετό, αιματουρία ή εντερορραγία με σύσταση στενής τηλεφωνικής επικοινωνίας μετά τη βιοψία για το ενδεχόμενο άμεσης προσαγωγής στο νοσοκομείο.

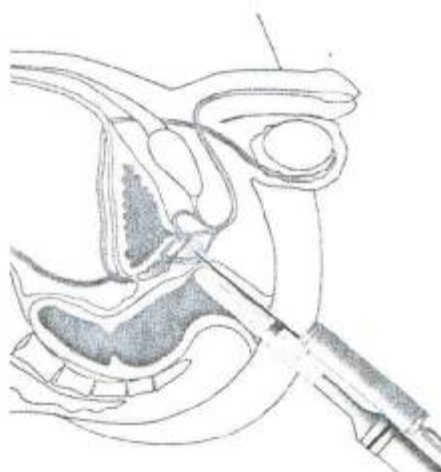
Ο ασθενής τοποθετείται σε γυναικολογική θέση ή σε αριστερά πλαγία θέση και ενημερώνεται για τον αριθμό των βιοψιών που προτιθέμεθα να λάβουμε καθώς και για τον ήχο του "Bioty gun" το οποίο χρησιμοποιείται για τη λήψη των βιοψιών. Λαμβάνονται πρώτα βιοψίες από τον ύποπτο λοβό, γιατί υπάρχει περίπτωση ο ασθενής να μην ανέχεται την εξέταση και έτσι να πρέπει να σταματήσουμε.

Το δείγμα του δεξιού λοβού χαρακτηρίζεται "1" και του αριστερού λοβού "2" και τα δείγματα που λαμβάνονται από το κορυφαίο τμήμα προς τις σπερματοδόχους κύστεις χαρακτηρίζονται με τη σειρά "Α", "Β", "Γ", "Δ".

Δεξιός λοβός - 1	Αριστερός λοβός -2
Κορυφαίο τμήμα - Α	Βάση προστάτη- Γ
Μέσος προστάτης - Β	Σπερματοδόχος κύστη- Δ

Αν έχει επισημανθεί μια υπόηχος περιοχή η οποία δεν εντοπίζεται στην οριοθέτηση των κλασικών πολλαπλών βιοψιών, λαμβάνονται ένα ή δύο επιπρόσθετα δείγματα βιοψιών από αυτό τον όζο. Επίσης για να έχουμε πληροφορίες για περιπροστατική διήθηση στην περιοχή του κορυφαιού τμήματος λαμβάνεται βιοψία από την τροπεζοειδή περιοχή.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί και η τεχνική της αναρρόφησης προστατικού υλικού και κυτταρολογικής εκτίμησης, μέθοδος όμως που δεν είναι πλέον



δημοφιλής.

Εικόνα 3. Η τεχνική της διορθικής κατευθυνόμενης με υπέρηχους βιοψίας προστάτη.

Πίνακας 13. Πότε πρέπει να γίνει η βιοψία του προστάτη.	
§	Όταν υπάρχει ύποπτη περιοχή στη δακτυλική εξέταση ,ανεξάρτητα από τα επίπεδα του PSA και την υπερηχοτομογραφική εμφάνιση.
§	Όταν το PSA 10 ng/ml. ανεξάρτητα από τη δακτυλική εξέταση και την υπερηχοτομογραφική εμφάνιση.
§	Όταν η δακτυλική εξέταση είναι φυσιολογική και το PSA μεταξύ 2.5-10 ng/ml αλλά υπάρχει υπόηχος εστία στο υπερηχογράφημα.
§	Όταν η τιμή του PSA δεν αναλογεί στον προστατικό όγκο.

Έγχρωμο Doppler

Απεικονίζει της φλεγμονώδεις καταστάσεις του προστάτη όπως την οξεία και τη χρόνια προστατίτιδα και τα προστατικά αποστήματα. Σε μερικές περιπτώσεις απεικονίζει την νεοαγγείωση των προστατικών καρκίνων.

Ουρηθροκυστεοσκόπηση

Δεν ενδείκνυται σε απλές περιπτώσεις ΚΥΠ. Εφαρμόζεται όμως σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία καρκίνου της ουροδόχου κύστεως από μεταβατικό επιθήλιο.

Απεικόνιση του ανώτερου ουροποιητικού

Η διερεύνηση του ανώτερου ουροποιητικού συστήματος με ενδοφλέβια ουρογραφία ή υπερηχογράφημα δεν αποτελεί ρουτίνα στον έλεγχο των προστατικών παθήσεων. Επιβάλλεται όμως σε ασθενείς με:

- α αιματουρία (μικροσκοπική ή μακροσκοπική),
- α υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις,
- α πέτρες στους νεφρούς, ουρητήρες ή κύστη ,
- α νεφρική ανεπάρκεια

3.1.4. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Βιοψία

Όπως σε όλους τους καρκίνους η βιοψία είναι ουσιώδης για την ταυτοποίηση του όγκου. Ο παθολογοανατόμος θα δώσει σημαντικά στοιχεία για τον βαθμό διαφοροποίησης του όγκου, αν και δεν είναι πάντοτε αρκετός ο ιστός της βιοψίας για τον υπολογισμό του Gleason score.

PSA και διορθικό υπερηχογράφημα

Τιμές PSA πάνω από 50 ng/ml συνοδεύονται συνήθως από μεταστάσεις. Το διορθικό υπερηχογράφημα μπορεί να δώσει πληροφορίες για τη διήθηση της κάψας.

Μαγνητική τομογραφία (MRI)

Η MRI με διορθικά πηνία μπορεί να δώσει καταπληκτικές εικόνες για την αρχιτεκτονική του προστάτη, της κάψας και των σπερματοδόχων κύστεων. Η MRI μπορεί να απεικονίσει τις λεμφαδενικές προσβολές. Η MRI όμως είναι χρονοβόρα και δαπανηρή και δεν μπορεί να εφαρμοσθεί σε ασθενείς με κλειστοφοβία, με βηματοδότη και μεταλλικά εμφυτεύματα (αρθρώσεων κο.).

Αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία μπορεί να δείξει διόγκωση των έσω λαγονίων λεμφαδένων και συγχρόνως να επιτρέψει τη διαδερμική τους βιοψία.

Ακτινογραφία Θώρακος (εικόνα 4)



Εικόνα 4. Πνευμονικές μεταστάσεις από καρκίνο του προστάτη με διάσπαρτους

όζους στους δυο πνεύμονες και αμφοτερόπλευρη λεμφαδενοπάθεια των πυλών.

Σπινθηρογράφημα οστών

Αποτελεί σημαντική εξέταση για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη. Σπάνια όμως είναι θετικό αν οι τιμές του PSA είναι μικρότερες των 20 ng/ml και σχεδόν ποτέ θετικό, αν οι τιμές είναι μικρότερες των 10 ng/ml.

Το σπινθηρογράφημα οστών γίνεται με ενδοφλέβια ένεση άλατος τεχνητίου και απεικονίζει τις μεταστάσεις πολύ πριν γίνουν εμφανείς σε απλές ακτινογραφίες των οστών. Στην περίπτωση που απεικονίζεται έντονα και ομοιόμορφα όλος ο σκελετός λόγω εκτεταμένων οστικών μεταστάσεων (superscan), η διευκρίνηση της μεταστατικής φύσης της βλάβης γίνεται με μαγνητική τομογραφία, είτε με απλές ακτινογραφίες των οστών. Στην πιο πάνω περίπτωση στο σπινθηρογράφημα δεν διαγράφονται οι νεφροί.[5]

3.2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο καρκίνος του προστάτη πρέπει να διακριθεί από πολλά και διάφορα νοσηματα, τα οποία είναι τα εξής:

1. Η χρόνια προστατίτιδα.

Σε αυτή παρουσιάζονται ουρικές διαταραχές, νευραλγίες και οζίδια στους προστατικούς λοβούς. Αλλά τα οζίδια της χρόνιας προστατίτιδας είναι συνήθως λιγότερο σκληρά και μάλλον διάσπαρτα, η μάλαξη τους προκαλεί εκροή πύου από το στόμιο της ουρηθρας και ανακουφίζεται ο άρρωστος. πολλές φορές πρέπει να δούμε το αποτέλεσμα της θεραπείας για να εξακριβωθεί η διάγνωση. Πράγματι η θεραπεία της χρόνιας προστατίτιδας επιφέρει γρήγορη βελτίωση των συμπτωμάτων και μεταβολή της σύστασης των οζιδίων.

2. Η διάχυτη υποξεία προστατίτιδα.

Σε αυτήν ο προστάτης είναι σκληρός, επώδυνος, και με ασαφή όρια. Η εξέλιξη είναι ταχεία, οι πόνοι εντονότεροι και παρατηρείται κλυδασμός. Τα συμπτώματα αυτά και η νεαρή ηλικία του πάσχοντος είναι επαρκεί στοιχεία για την διάκριση της προστατίτιδας αυτής από το καρκίνο του προστάτη.

3. Το αδένωμα του προστάτη

Κατά την νόσο αυτή λείπουν τα συμπτώματα πιθανότητας του καρκίνου τα

οποία περιγράφηκαν παραπάνω. Η διάγνωση όμως είναι δυσκολότερη, όταν το αδένωμα του προστάτη περιπλέκεται με την χρόνια προστατίτιδα. Σε αυτή τη περίπτωση τα φλεγμονώδη οζίδια μπορεί να θεωρηθούν ως νεοπλασματικά. Αλλά στην προστατίτιδα τα οζίδια είναι διάσπαρτα, η δε θεραπεία της προστατίτιδας ελαττώνει το μέγεθος και την σκληρή σύσταση των οζιδίων.

4. Φυματίωση του προστάτη

Σε μερικές περιπτώσεις η φυματίωση του προστάτη υποδύεται τον καρκίνο. Αλλά στην φυματίωση ο πάσχοντας είναι νεότερος σε ηλικία, έχει πυουρία, συμπτώματα φυματίωσης της κύστης ή της επιδιδυμίδας.

5. Τα νεοπλάσματα της κύστης

Αυτά, όταν εντοπίζονται στον τράχηλο, υποδύονται τον καρκίνο του προστάτη. Εντούτοις η κυστεοσκόπηση εφ' ενός και η εξέλιξη της νόσου εφ' ετέρου θα εξακριβώσουν συνήθως τη διάγνωση, εκτός από τις περιπτώσεις που ο προστάτης και η κύστη είναι προσβεβλημένοι από νεοπλάσματα, οπότε είναι αδύνατο να εξακριβώσουμε την αρχική εστία.

6. Οι λίθοι του προστάτη.

Αυτοί διακρίνονται από την ειδική και εντοπισμένη σκληρία, όταν δεν συνυπάρχει φλεγμονή. Η ακτινογραφία της ηβικής συμφύσεως αποκαλύπτει τους λίθους. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που συνυπάρχει και καρκίνωμα. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να γίνεται πλήρης έρευνα, βιοψία, προσδιορισμός φωσφατάσης κ.α.[9]

3.3. ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ

Το πιο συνήθες σύστημα που χρησιμοποιείται στην Β. Αμερική για τον καθορισμό του σταδίου του καρκίνου του προστάτη είναι το σύστημα Whitmore-Jewet. Ο καρκίνος σε στάδιο Α δεν παρουσιάζει κλινικές εκδηλώσεις και δεν είναι ανιχνεύσιμος με ψηφιακή εξέταση στις βουβωνικές περιοχές. Συνήθως ανιχνεύεται τυχαία σε παθολογικά δείγματα από ασθενείς στους οποίους έγινε προστατεκτομή

διότι υπήρχε πιθανότητα εμφάνισης υπερτροφίας του προστάτη, αλλά μπορεί επίσης να ανιχνευτεί και με βιοψία που πραγματοποιείται σε ασθενείς με υψηλό PSA. Περίπου το 10% των περιπτώσεων εγχειρητικών δειγμάτων υπερτροφίας του προστάτη εμφανίζουν ιστικό καρκίνωμα. Οι όγκοι του σταδίου A εντοπίζονται επίσης με αυτοψία δειγμάτων με μια συχνότητα η οποία αυξάνει με την ηλικία. Η προέλευση του καρκινώματος τύπου A δεν είναι απόλυτα καθορισμένη. Γενικά θεωρούμε ότι μια μικρή περιοχή ενός καλά διαφοροποιημένου καρκινώματος δεν αναμένεται να εξελιχθεί γρήγορα σε μια θανατηφόρα νόσο. Τα περισσότερα καρκινώματα τύπου A ανήκουν σε αυτή την κατηγορία. Το καρκίνωμα σε στάδιο A1 είναι μια μικρή περιοχή όγκου ολοκληρωτικά μέσα στην ουσία του προστάτη. Ο καρκίνος σε στάδιο A2 διασκορπίζεται και γύρω από τον προστάτη αλλά επίσης δεν είναι ανιχνεύσιμος και δεν εισχωρεί μέσω της κάψουλας.

Ο καρκίνος σε στάδιο B είναι κλινικά ανιχνεύσιμος. Έχει μορφή εξογκώματος στην περιφερική ζώνη χωρίς να παρουσιάζει υπέρβαση της κάψουλας ή απομακρυσμένη επέκταση. Το στάδιο B1 χαρακτηρίζεται από ένα ανιχνεύσιμο εξόγκωμα διαμέτρου μικρότερης του 1,5mm ενώ το στάδιο B2 είναι ένα μεγαλύτερο ογκίδιο το οποίο συνήθως περιλαμβάνει και τις δυο πλευρές του προστάτη.

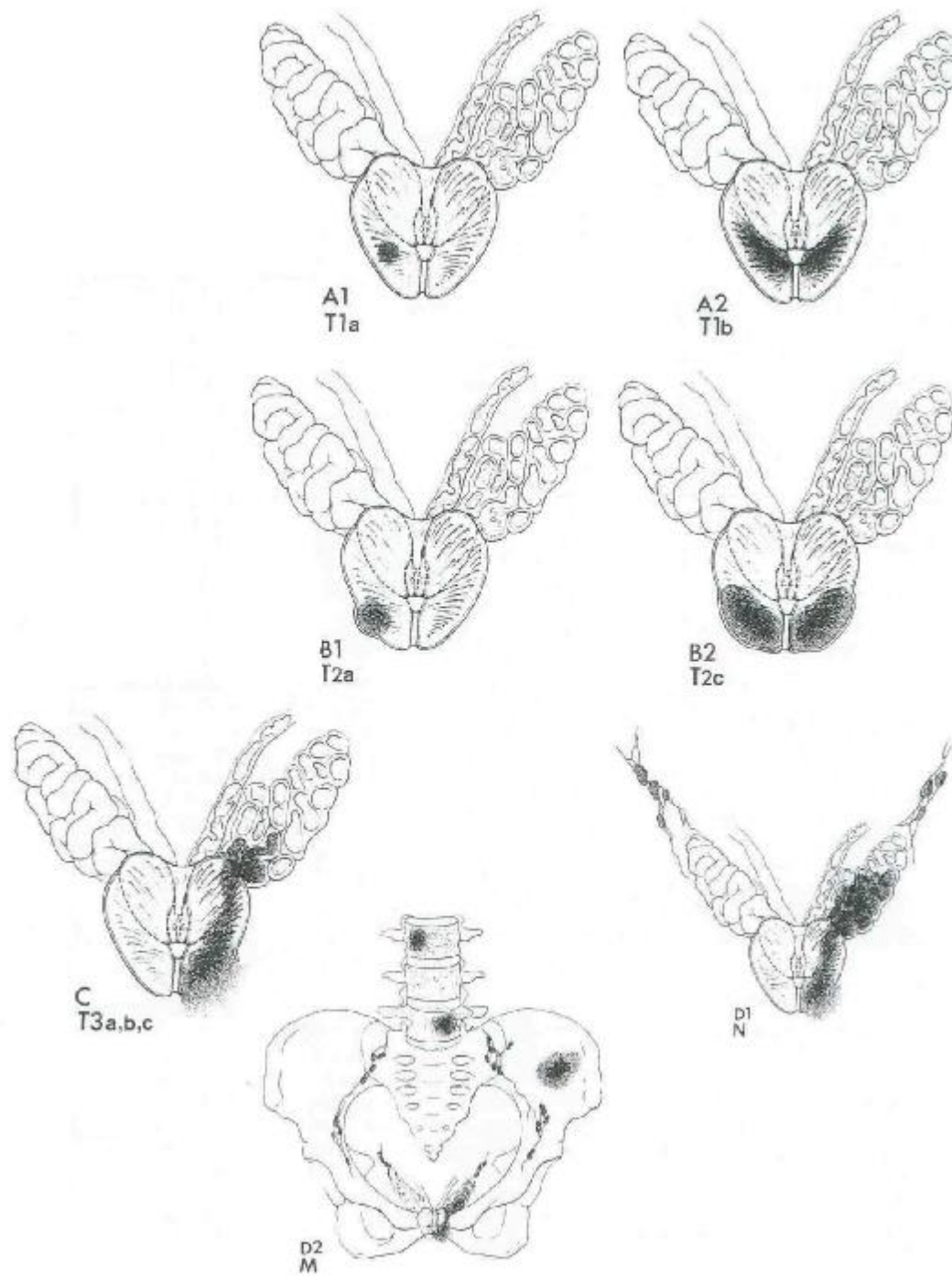
Τα καρκινώματα σε στάδιο C υπερβαίνουν την κάψουλα. Με ψηφιακή εξέταση της βουβωνικής περιοχής αποκαλύπτεται μια λιγότερο καθορισμένη στερεότητα η οποία πιθανότατα επεκτείνεται και στις σπερματικές φυσαλίδες. Ωστόσο, συχνά είναι δύσκολο να διαφοροποιηθούν τα στάδια B και C με την DRE εξέταση καθώς η επέκταση πέραν του προστάτη μπορεί να είναι μόνο μικροσκοπική και επομένως όχι ανιχνεύσιμη. Τουλάχιστο το 50 % των ασθενών με καρκίνωμα σε στάδιο C παρουσιάζουν μεταστάσεις στις λεμφικές οδούς της βουβωνικής χώρας.

Οι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη σε στάδιο D μπορεί να παρουσιάσουν συμπτώματα από την ουρήθρα ,ανιχνεύσιμη μετάσταση του όγκου πέρα από τα όρια της προστατικής κάψουλας ,μετάσταση στα οστά και υδρονέφρωση λόγω της διαταραχής της ούρησης εξαιτίας του όγκου .Το στάδιο D1 αναφέρεται στην εξωπροστατική επέκταση του όγκου μόνο στις βουβωνικές οδούς ενώ το στάδιο D2 αναφέρεται σε όλους τους άλλους τύπους εξάπλωσης της νόσου. Η εξέταση της βουβωνικής περιοχής αναδεικνύει συνήθως έναν γεμάτο με σκληρά ογκίδια προστάτη αν και περιστασιακά μπορεί να υπάρχει μονάχα ένα ογκίδιο. Πολύ σπάνια ο προστάτης μπορεί να φαίνεται απόλυτα φυσιολογικός. Στα συμπτώματα

που παρουσιάζονται συχνά περιλαμβάνεται πόνος στα οστά λόγω των σκελετικών μετασταστάσεων.

Η μέθοδος TNM για τον προσδιορισμό του σταδίου του καρκίνου είναι πιο λεπτομερής περιγραφικά και έχει υιοθετηθεί από την αμερικάνικη ένωση κατά του καρκίνου. το T αναφέρεται στον όγκο, το N στις οδούς που εμπλέκονται και το M σε απομακρυσμένες μεταστάσεις. (εικόνα 5)

Αν και συνήθως υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο χαρακτηρισμό του όγκου και το στάδιο της νόσου, ωστόσο υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις. Έτσι μια βλάβη σε στάδιο B1 έχει καλύτερη πρόγνωση από ότι μια βλάβη σε στάδιο A2 και αυτό οφείλεται στο ότι μόνο το 25 % των περιπτώσεων σε στάδιο A2 είναι καλά διαφοροποιημένες σε αντίθεση με το 85 % των αντίστοιχων βλαβών σε στάδιο B1. Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι η τυχαία διάγνωση καρκινωμάτων τύπου A όλο και αυξάνεται. Το 1967 αναφέρθηκε ότι μόνο το 6 τα εκατό των προστατικών καρκίνων είχαν διαγνωσθή από το στάδιο A. Τον τελευταίο καιρό μέχρι και το 50 τα εκατό των προστατικών καρκινωμάτων ανιχνεύονται όσο ακόμα ανήκουν στο στάδιο A.[7]



Εικόνα 5: Στάδια εξέλιξης καρκίνου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ποιοι καρκίνοι πρέπει, να θεραπεύονται; Οι μικρού μεγέθους μικροσκοπικές εστίες καλώς διαφοροποιημένου καρκίνου που ανακαλύπτονται τυχαία μετά από διουρηθρική προστατεκτομή (TURP) δεν επηρεάζουν την επιβίωση και στα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα δεν χρειάζεται καμιά θεραπεία .

Μεγαλύτερου μεγέθους βλάβες (>0.5 cm³) είναι πιο επικίνδυνες, καθώς αφορούν καρκίνους χαμηλότερης διαφοροποίησης (Gleason grade >3). Οι εν λόγω όγκοι, συνήθως, αλλά όχι πάντοτε, συνοδεύονται με:

- α Ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) >4ng/ml
- α Ψηλαφητή σκληρία στον προστάτη.
- α Παθολογικό διορθικό υπερηχογράφημα (TRUS).

Ο κίνδυνος θνησιμότητας από την πιο πάνω βλάβη πρέπει να εξετάζεται σε συνδυασμό με το προσδόκιμο επιβίωσης του συγκεκριμένου ατόμου (π χ η πιθανότητα θανάτου από συνυπάρχουσα νόσο, όπως καρδιοαγγειακή). Επίσης η γενική του κατάσταση, η ηλικία του και η μακροβιότητα των γονέων του θα παίξουν καθοριστικό ρόλο.

4.2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Κατά τον χρόνο της διάγνωσης λιγότερο από 50% των περιπτώσεων αφορούν καρκίνο που περιορίζεται μέσα στον αδένα. Επίσης παρά τη σύγχρονη τεχνολογία απεικόνισης, ένα ποσοστό 25% προεγχειρητικά διαγνωσμένου εντοπισμένου καρκίνου, βρίσκεται μετεγχειρητικά ότι έχει διαπεράσει την προστατική κάψα.

Θεραπευτικές τακτικές

- α Παρακολούθηση και αναμονή
- α Διουρηθρική εκτομή
- α Ριζική προστατεκτομή
- α Εξωτερική ακτινοθεραπεία

- α Βραχυθεραπεία
- α Κρυοθεραπεία
- α Ανδρογονικός αποκλεισμός
- α Θεραπεία με laser

Απλή παρακολούθηση και αναμονή

Μικρού μεγέθους καρκίνος: Η παρακολούθηση και αναμονή εφαρμόζεται σε μικρού μεγέθους και καλής διαφοροποίησης βλάβες σε ηλικιωμένα άτομα με συνυπάρχουσες άλλες νοσηρες καταστάσεις. Επιβάλλεται όμως τακτική μέτρηση του PSA. Σε νεότερα άτομα ίσως απαιτηθεί ριζική θεραπεία, αν υπάρχει ένδειξη τοπικής επέκτασης της νόσου ή αυξημένες τιμές του PSA.

Μεγαλύτερου μεγέθους βλάβες: Αν το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μεγαλύτερο από 5-10 χρόνια, πρέπει να εφαρμόζεται πιο επιθετική θεραπεία σε όγκους μεγέθους $>0,5 \text{ cm}^3$ οι οποίοι συνήθως είναι και χαμηλής διαφοροποίησης.

Ριζική προστατεκτομή

Η ριζική προστατεκτομή εφαρμόζεται σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη T1 ή T2 χαμηλής ή μέσης διαφοροποίησης και όταν το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μεγαλύτερο από 10 χρόνια. (εικόνα 6)

Ο σκοπός της Ριζικής προστατεκτομής είναι η πλήρης εκτομή του προστάτη, των σπερματοδόχων κύστεων και των παρακειμένων ιστών. Τα πάνω και τα κάτω όρια περιλαμβάνουν τον κυστικό αυχένα και την μεμβρανώδη ουρήθρα, το οπίσθιο χείλος την περιτονία του Denonvilliers και το πρόσθιο τον ινολιπόδη ιστό του χώρου του Retzius. Πλάγια τα όρια είναι το προστατικό πλέγμα, κεντρικά από το αγγειονευρώδες δεμάτιο, όταν εφαρμόζεται η τεχνική διατήρησης του για την αποφυγή μετεγχειρητικά σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Πριν από τη ριζική προστατεκτομή εκτελείται πυελική λεμφαδενεκτομή. (Πίνακες 14 και 15)

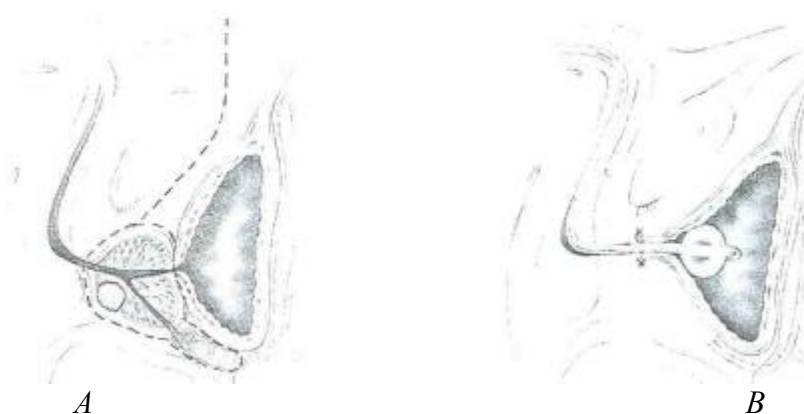
Είναι δυνατόν να συνυπάρχουν πυελικές λεμφαδενικές μεταστάσεις και εντοπισμένος καρκίνος. Στα αρχικά στάδια της χειρουργικής επέμβασης γίνεται λεμφαδενεκτομή και ταχεία βιοψία. Αν η τελευταία είναι αρνητική η εγχείρηση προχωρά στα επόμενα στάδια, αν είναι θετική σημαίνει το τέλος της επέμβασης. Η εκτίμηση των λεμφαδένων μπορεί να γίνει και προεγχειρητικά με λαπαροσκόπηση.

Πίνακας 14. Κριτήρια για την εφαρμογή της ριζικής προστατεκτομής

Ιστολογικά αποδεδειγμένος καρκίνος του προστάτη
 Εντοπισμένος καρκίνος (Στάδια T1 και T2)
 Προσδόκιμο επιβίωσης >10 έτη
 Πλήρης ενημέρωση και συγκατάθεση του ασθενούς

Πίνακας 15. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της ριζικής προστατεκτομής

Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Ίαση σε ιστολογικά εντοπισμένο καρκίνο	Μεγάλη εγχείρηση
Θεραπεία συμπτωματικής ΚΥΠ	Δυνητική θνησιμότητα
Μειωμένη ανησυχία του ασθενούς κατά την παρακολούθηση	Δυνητική νοσηρότητα που περιλαμβάνει:
Ευκολία ελέγχου για επιμένουσα νόσο	-ανικανότητα
	-ακράτεια
	-βλάβη του ορθού
	-στένωμα ουρήθρας
	-ουρητηρική βλάβη
	-αιμορραγία
	-βλάβη θυρεοειδούς νεύρου
	Μπορεί να γίνει χωρίς λόγο



Εικόνα 6: Ριζική υπερηβική προστατεκτομή. Α. εκτομή του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων. Β. νέα αναστόμωση της ουρήθρας με την κύστη. Εφαρμογή καθετήρα που παραμένει 2-3 εβδομάδες.

Ο χειρουργός αφαιρεί πρώτα τους λεμφαδένες που βρίσκονται στην ίδια πλευρά με τον προστατικό όγκο. Συνήθως διηθημένοι λεμφαδένες βρίσκονται:

- α κατά μήκος της έξω λαγόνιου φλέβας.
- α στο θυροειδές νεύρο.

Στάδιο T1 :

- α 1% διήθηση λεμφαδένων σε καρκίνο με καλή διαφοροποίηση.
- α 14% διήθηση λεμφαδένων σε μέτρια διαφοροποίηση.
- α 33% διήθηση λεμφαδένων σε πτωχή διαφοροποίηση.

Στάδιο T2:

- α 18-43% υπάρχει διήθηση λεμφαδένων.

Από τα πιο πάνω προκύπτει ότι η συχνότητα της λεμφαδενικής προσβολής είναι ανάλογη με το μέγεθος του καρκίνου και το grade του όγκου. Το μέγεθος του όγκου έχει ανάλογη σχέση με τη συχνότητα διήθησης της κάψας του προστάτη.

- α Όγκος < 3 cc 18% διήθηση της κάψας.
- α Όγκος > 3 cc 79% διήθηση της κάψας.

Όγκοι που είναι ευπλοειδικοί έχουν χαμηλότερη συχνότητα εξωκαψικής επέκτασης, σε σχέση με αυτούς που παρουσιάζουν ανευπλοειδία, οι οποίοι εμφανίζουν επίσης υψηλότερο ποσοστό υποτροπής μετά από ριζική προστατεκτομή.

Αν μετά τη ριζική προστατεκτομή βρεθεί εξωπροστική επέκταση θα υπάρξει υποτροπή στο 25% όταν υπάρχει διάτρηση της κάψας και 20% όταν τα χειρουργικά όρια είναι θετικά (1-2 mm περιπροστατικού ιστού). Αν τα χειρουργικά όρια είναι θετικά, δεν σημαίνει ότι ο ασθενής έχει υπολειπόμενο όγκο.

Επιπλοκές. Η ριζική προστατεκτομή είναι καλώς ανεκτή με χαμηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα (0-1.7%). Η πλήρης ακράτεια των ούρων (4-5%) είναι η επιπλοκή την οποία φοβούνται όλοι. Ευτυχώς συμβαίνει σπάνια στα χέρια ενός έμπειρου χειρουργού. Ακράτεια από προσπάθεια (stress intontinence) εμφανίζεται στο 10% των περιπτώσεων.

Στο 30-50% των περιπτώσεων εμφανίζεται μετεγχειρητικά ανικανότητα. Η αποκατάσταση της σεξουαλικής ικανότητας μπορεί να γίνει και μετά από ένα χρόνο. Τρεις παράγοντες σχετίζονται με την αποκατάσταση αυτή:

- α Η ηλικία του ασθενούς,

- α κλινικό και παθολογοανατομικό στάδιο της νόσου,
- α χειρουργική τεχνική (διάτρηση ή εκτομή του αγγειονευρώδους δεματίου).

Η διατήρηση του αγγειονευρώδους δεματίου γίνεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις όπως σε ασθενείς νέας ηλικίας κάτω των 55 ετών με εστιακό T1 ή T2 και καλώς διαφοροποιημένο όγκο.

Ο ρόλος του PSA μετά από ριζική προστατεκτομή. Θεωρητικά μετά την αφαίρεση όλου του προστατικού ιστού (κακοήθους και υπερπλαστικού) δεν θα έπρεπε να ανιχνεύεται καθόλου PSA στο αίμα. Στην πράξη η εφαρμογή αυτή περιορίζεται από την ευαισθησία και την ακρίβεια κάθε μεθόδου και τιμές PSA μικρότερες του 0.5 ng/ml θεωρούνται ικανοποιητικές. Η μέτρηση του PSA γίνεται 6 εβδομάδες μετά την εγχείρηση, ακολούθως ανά τρίμηνο για δυο χρόνια και μετά ανά εξάμηνο για 3 χρόνια. Αν ανιχνευθούν τιμές PSA >0.5 ng/ml, τούτο σημαίνει είτε υπολειπόμενο όγκο, είτε υποτροπή του όγκου. Γενικά 20-25% των ασθενών παρουσιάζουν αυξημένο PSA 1-2 χρόνια μετά τη ριζική προστατεκτομή και η αύξηση αυτή έχει σχέση με το παθολογοανατομικό στάδιο. Υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες που ενώ το PSA αρχικά μετά τη ριζική προστατεκτομή είναι φυσιολογικό, αργότερα αυξάνεται. Για παράδειγμα ο όγκος της υπολειπόμενης νόσου δεν είναι επαρκής για να δώσει ανιχνεύσιμο PSA. Η ύπαρξη τοπικής υποτροπής χωρίς αυξημένο PSA έχει αναφερθεί, αλλά είναι πολύ σπάνια.

Τοπική υποτροπή. Η τοπική υποτροπή μετά από ριζική προστατεκτομή εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Σε πενταετή μετεγχειρητική παρακολούθηση αναφέρονται τοπική υποτροπή:

- α Στάδιο T1: 5-9%
- α Στάδιο T2: 6%

Στο στάδιο T2 για δεκαπενταετή παρακολούθηση εμφανίζεται τοπική υποτροπή σε ποσοστό 12-16%.

Πίνακας 16. Κριτήρια για ακτινοθεραπεία σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη.

- § Ιστολογική ταυτοποίηση καρκίνου του προστάτη
- § Κλινικά εντοπισμένος καρκίνος
- § Απουσία διαταραχών του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος
- § Απουσία νόσου κόλου και ορθού

§ Όχι πρόσφατη διουρηθρική προστατεκτομή
--

Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί μια εναλλακτική ριζική αντιμετώπιση του κλινικά εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη. Γενικά πρέπει να εφαρμόζονται τα ίδια κριτήρια με τη ριζική προστατεκτομή και για τους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία (Πίνακας 16).

Η εξωτερική ακτινοθεραπεία συνήθως περιλαμβάνει δύο δεκαπενθήμερα σύνολα συνεδριών και γίνεται χωρίς νοσηλεία του ασθενούς- Η νοσηρότητα είναι σχετικά χαμηλή (Πίνακας 17).

Ενδοϊστική ακτινοθεραπεία. Εναλλακτική προσπέλαση της ακτινοθεραπείας του προστάτη είναι η ενδοϊστική ή βραχυθεραπεία κατά την οποία ραδιενεργά στοιχεία εμφυτεύονται μόνιμα ή παροδικά στον προστάτη. Η εμφύτευση γίνεται μέσω του περινέου. Τελευταία χρησιμοποιούνται τα ραδιενεργά στοιχεία Paladium-103 και Iridium-192. Η αποτελεσματικότητα και η συγκριτική μελέτη τους με την εξωτερική ακτινοθεραπεία βρίσκονται υπό διερεύνηση.

Παρακολούθηση μετά από ακτινοθεραπεία. Γίνεται με μέτρηση του PSA. Σε αντίθεση με τη ριζική προστατεκτομή μετά την ακτινοθεραπεία το PSA είναι ανιχνεύσιμο. Μερικοί ερευνητές προτείνουν την παρακολούθηση με βιοψίες προστάτη. Θετικές βιοψίες αποτελούν κακό προγνωστικό σημείο.

Πίνακας 17. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της ακτινοθεραπείας.

Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Δυνητική ίαση	Παρατεταμένη θεραπεία
Αποφυγή χειρουργείου	Μη οριστική σταδιοποίηση
	Δύσκολη ριζική θεραπεία
	Όχι αποτέλεσμα στην ΚΥΠ
	Δυνητική νοσηρότητα που περιλαμβάνει:
	-Βλάβη ορθού (πρωκτίτιδα)
	-Βλάβη κύστεως (ακτινική κυστίτιδα)
	-Ανικανότητα (30-50%)
	-Ακράτεια
	-Αιματουρία
	Πιθανόν μη απαραίτητη

Ακτινοάντοχος όγκος. Αν και η ακτινοθεραπεία είναι καλώς ανεκτή υπάρχουν αρκετοί προστατικοί καρκίνοι που είναι σχετικά ανθεκτικοί στην ακτινοβολία. Μετά από μια πρόσκαιρη πτώση των τιμών του PSA για μερικούς μήνες ή χρόνια, σε μερικούς ασθενείς εμφανίζεται αύξηση του PSA, γεγονός που δηλώνει κλινική υποτροπή. Προστατικές βιοψίες ένα χρόνο μετά την ακτινοθεραπεία αποκαλύπτουν την παρουσία ενεργού καρκίνου στο 50-60% των περιπτώσεων.[5]

Βραχυθεραπεία

Βραχυθεραπεία είναι η συνεχής παροχή ραδιενέργειας σε κακοήγη όγκο που εντοπίζεται σε συγκεκριμένη περιοχή του σώματος με την τοποθέτηση της ραδιενεργού πηγής κοντά ή μέσα στον όγκο. Με τη βραχυθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί υψηλότερη δόση ραδιενέργειας σε σχέση με την εξωτερική ακτινοθεραπεία (τηλεθεραπεία) και αυτό επιτυγχάνεται με ελάχιστη βλάβη των γύρω υγιών ιστών λόγω ταχείας ελάττωσης της δόσης έξω από την περιοχή της εμφύτευσης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κύρια θεραπεία ή σε συνδυασμό με εξωτερική ακτινοβολία και / ή χειρουργική, για τη θεραπεία των καρκίνων κεφαλής και τραχήλου, του προστάτη, του πνεύμονα, του εγκεφάλου, του ήπατος, του παχέως εντέρου και της ουροδόχου κύστης. Στη βραχυθεραπεία το ραδιοϊσότοπο μπορεί να εφαρμοσθεί τοποθετημένο σε περίβλημα ή όχι, προσωρινά ή μονιμα, τοπικά ή συστηματικά. Η μέθοδος εφαρμογής που επιλέγεται εξαρτάται από τον τύπο, τη θέση και το μέγεθος του όγκου, την ακτινοευαισθησία του, την ευαισθησία των γύρω φυσιολογικών ιστών, την ηλικία και τη γενική φυσική κατάσταση του ασθενούς. Το ραδιενεργό ισότοπο που χρησιμοποιείται εξαρτάται από τη θέση και το μέγεθος του όγκου, τη διαθεσιμότητα και το χρόνο ημίζωσης του ισότοπου, το κόστος και την ασφάλεια.

Οι πιο συχνοί τύποι βραχυθεραπείας είναι τα διάμεσα εμφυτεύματα με κόκκους ή σύρμα από ιρίδια ¹⁹² (Ir) ή από ιώδιο ¹²⁵ (I) και τα ενδοκοιλιοτικά εμφυτεύματα από καίσιο ¹³⁷ (Cs). Και στις δύο περιπτώσεις το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται σε περίβλημα και προσωρινά. Τα διάμεσα εμφυτεύματα χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των καρκίνων του δέρματος, του εγκεφάλου, του προστάτη και της στοματικής κοιλότητας, ενώ τα ενδοκοιλιοτικά εμφυτεύματα χρησιμοποιούνται κυρίως στη θεραπεία των γυναικολογικών καρκίνων. Τόσο στα διάμεσα όσο και

στα ενδοκοιλιακά εμφυτεύματα χρησιμοποιούνται διάφορα είδη εξαρτημάτων (για την εφαρμογή των ραδιοϊσοτόπων). που τοποθετούνται χειρουργικά στον ιστό ή την κοιλότητα που θα πρέπει να ακτινοβοληθεί και η ραδιενεργός πηγή εκφράζεται συνήθως όταν ο ασθενής επιστρέφει στο θάλαμο του. Το εμφύτευμα συνήθως αφήνεται στη θέση του για 24-72 ώρες. Η χορηγούμενη δόση κυμαίνεται από 40 έως 60 cGy (centigrays) ανά ώρα. Στην ενδοκοιλιακή βραχυθεραπεία υψηλής και χαμηλής δόσης χρησιμοποιούνται ακόμη τηλεχειριζόμενα συστήματα για την τοποθέτηση και την αφαίρεση της πηγής ραδιενέργειας, προκειμένου να προφυλάσσεται το προσωπικό από την έκθεση στην ραδιενέργεια. Με τα συστήματα αυτά είναι δυνατή η απόσυρση της ραδιενεργού πηγής μέσω ενός σωλήνα μεταφοράς σε θωρακισμένο δοχείο δίπλα στο κρεβάτι του ασθενούς, όποτε το προσωπικό και / ή τα μέλη της οικογενείας μπαίνουν στο θάλαμό του.

Η βραχυθεραπεία με ραδιοϊσότοπα που δεν περιέχονται σε περίβλημα χρησιμοποιείται επίσης συχνά. Αυτά τα ισότοπα μπορούν να χορηγηθούν από το στόμα με ένεση ή να εμφυτευθούν μόνιμα σε κάποιο μέρος του σώματος. Τα χωρίς περίβλημα διάμεσα εμφυτεύματα με ^{125}I ή χρυσό ^{19}Au έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία των καρκίνων του παγκρέατος, του προστάτη και του τού τραχήλου. Το ιώδιο ^{131}I χρησιμοποιείται συχνά στη θεραπεία του καρκίνου του θυροειδούς και της νόσου του Graves. Λαμβάνεται από το στόμα και μεταβολίζεται πριν συγκεντρωθεί στο θυροειδή αδένα σε 3-5 ημέρες. Αν και δεν χρησιμοποιούνται συχνά, κολλοειδείς μορφές του φωσφόρου ^{32}P και του χρυσού μπορούν να εφαρμοσθούν στη θεραπεία τοπικών όγκων ή συλλογών πλευριτικού υγρού ή ασκίτη, με έγχυση στην υπεζωκοτική ή την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Ένας άλλος τύπος βραχυθεραπείας, η βραχυθεραπεία επιφάνειας, εφαρμόζεται με την τοποθέτηση της ραδιενεργής πηγής σε εκμαγείο, το οποίο στη συνέχεια τοποθετείται πάνω ή πλάι στην εξωτερική επιφάνεια μιας περιοχής του σώματος. Χρησιμοποιείται για τη θεραπεία μικρών επιφανειακών βλαβών, τις οποίες είναι δύσκολο κανείς να προσεγγίσει με άλλο τρόπο.

Το σχέδιο αυτό φροντίδας εστιάζεται στην περίπτωση ενηλίκου ασθενή που εισάγεται στο νοσοκομείο για βραχυθεραπεία. Η νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται εξαρτάται από το ισότοπο που χρησιμοποιείται, τη μέθοδο χορήγησης και τη γενική φυσική κατάσταση του ασθενούς. Πριν την έναρξη της βραχυθεραπείας, στόχοι της φροντίδας είναι η ελάττωση του φόβου και του άγχους και η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τη θεραπεία και τις

αναμενόμενες παρενέργειες. Κατά και μετά τη θεραπεία, στόχοι της φροντίδας είναι η διατήρηση της άνεσης του ασθενούς, η πρόληψη των επιπλοκών και η ενημέρωση του ασθενούς για τη μετανοσοκομειακή φροντίδα.[10]

Εφαρμογή βραχυθεραπείας στον καρκίνο του προστάτη

Ένα πεδίο αντιπαράθεσης μεταξύ των ακτινοθεραπευτών στην βραχυθεραπεία του καρκίνου του προστάτη, αποτελεί ο τρόπος εφαρμογής της. Ένας τρόπος είναι η εμφύτευση των πηγών να γίνει διαπερινεϊκά, όπου οι πηγές τοποθετούνται σε προκαθορισμένες θέσεις μέσω βελονών ή καθετήρων. Σε αυτήν την περίπτωση, η έκταση της νόσου καθώς και η σωστή τοποθέτηση των πηγών, εκτιμώνται με την βοήθεια της αξονικής τομογραφίας και της διορθικής υπερηχοτομογραφίας (TRUS). Ένας άλλος τρόπος είναι η τοποθέτηση των πηγών να γίνει με ανοικτή κοιλιά και κάτω από άμεση οπτική και κλινική επαφή. Σαν πλεονεκτήματα της ανοικτής κοιλιάς θα μπορούσαν να αναφερθούν:

- α Είναι δυνατή η λεπτομερής κλινική σταδιοποίηση της νόσου (πρωτοπαθής και λεμφαδένες)
- α Η εμφύτευση των πηγών γίνεται με άμεση οπτική επαφή.
- α Ο ακτινοθεραπευτής και ο ουρολόγος συνεργάζονται και αποφασίζουν άμεσα.

Μειονέκτημα στην συγκεκριμένη επέμβαση αποτελεί, όπως είναι φυσικό, η νοσηρότητα που μπορεί να προκληθεί. Η ανάρρωση του ασθενή επίσης επιμηκύνεται χρονικά, με ότι αυτό συνεπάγεται και δεδομένου ότι πρόκειται για ασθενείς μεγάλης ηλικίας, με βεβαρημένη υγεία. Στην περίπτωση ωστόσο, κατά την οποία ο προστάτης είναι μεγάλος (>4cm-6cm) με επέκταση προς τις σπερματοδόχους κύστες, η τοποθέτηση των πηγών με βελόνες διαπερινεϊκά και με την καθοδήγηση του διορθικού υπερηχογράφου είναι δύσκολη. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι προτιμότερη η προσέγγιση με ανοικτή κοιλιά, από πολλούς ερευνητές.

Την τελευταία 15-ετία έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στην διάγνωση και την δοσιμετρία, με βάσει τους υπολογιστές. Αυτό έπαιξε σημαντικό ρόλο, τόσο στην προσωρινή όσο και στην μόνιμη τοποθέτηση των πηγών, διαπερινεϊκά. Έτσι, είναι πλέον δυνατόν, η εμφύτευση των ραδιενεργών πηγών να σχεδιαστεί, να εκτελεστεί και να εκτιμηθεί με ακριβή και επαναλήψιμο τρόπο. Το διορθικό υπερηχογράφημα (TRUS) και η αξονική τομογραφία βοήθησαν στην ακριβέστερη και λεπτομερή εκτίμηση του προστάτη. Ο ασθενής είναι εξωτερικός και η

εμφύτευση γίνεται με άμεση παρακολούθηση, μέσω του TRUS, χωρίς να χρειάζεται ανοικτή κοιλία. Με την βοήθεια του TRUS και με την τοποθέτηση ενός εφαρμογέα (template) διαπερινεϊκά, παρέχεται η δυνατότητα εμφύτευσης των βελονών και των πηγών, σε προκαθορισμένες θέσεις, οι οποίες έχουν σχεδιαστεί σε τομές ληφθείσες πριν την εμφύτευση, με TRUS ή αξονική τομογραφία. Οι τομές έχουν ληφθεί ανά 5 mm, από την βάση μέχρι την κορυφή του προστάτη. Επί των τομών αυτών καθορίζεται η περιοχή ενδιαφέροντος (target volume) και αποφασίζεται η τοποθέτηση των πηγών, έτσι ώστε η κατανομή των παραγόμενων, μέσω υπολογιστή, ισοδοσιακών καμπυλών, να είναι η πλέον αποδεκτή.

Οι πλέον χρησιμοποιημένες πηγές για μόνιμη εμφύτευση (με ανοικτή κοιλία ή διαπερινεϊκά), είναι το Παλλάδιο-103 (Pd-103) και το Ιώδιο 125 (I-125). Έχουν χρησιμοποιηθεί σαν μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με εξωτερική ακτινοθεραπεία. Οι πηγές αυτές, μετά την τοποθέτησή τους δεν μετακινούνται. Με την χαμηλή ενέργεια της ακτινοβολίας γ - που παράγουν (μέση ενέργεια I-125, 28 KeV, και μέση ενέργεια Pd-103, 21 KeV), έχουν μικρή διεισθητικότητα στους ιστούς, με αποτέλεσμα την καλύτερη ακτινοπροστασία των εργαζομένων στον χώρο. Επίσης, για τον ίδιο λόγο, είναι δυνατή η χορήγηση της επιθυμητής δόσης ακτινοβολίας, χωρίς να επιβαρυνθούν σημαντικά οι γύρω φυσιολογικοί ιστοί. Μειονέκτημα ωστόσο, αποτελεί το γεγονός ότι μετά την εμφύτευση δεν μπορεί να γίνει καμία τροποποίηση, στην περίπτωση κατά την οποία ο προστάτης ή οι πηγές μετακινηθούν κατά την διαδικασία της τοποθέτησής τους, με αποτέλεσμα τον υπερ- ή υποδοσιασμό κάποιων κρίσιμων περιοχών.

Η χαμηλή ενέργεια των μόνιμα εμφυτευμένων πηγών, περιορίζει την χορηγούμενη καρκινοκτόνο δόση σε μία περιοχή 2-5mm, γύρω από την κάψα του προστάτη. Ωστόσο, η έκταση της νόσου μπορεί να ξεπερνά αυτό το όριο. Σε τέτοιες περιπτώσεις ασθενών υψηλού κινδύνου, είναι λογικό να δοθεί συμπληρωματική εξωτερική ακτινοθεραπεία (EBRT), για την ακτινοβολία των ιστών γύρω από τον προστάτη.

Πρέπει να σημειωθεί εδώ, ότι ο ρυθμός δόσης της ακτινοβολίας, όσον αφορά το I-125 και το Pd-103, είναι πολύ μικρός (8 cGY/ώρα περίπου, είναι ο αρχικός ρυθμός δόσης στην περιφέρεια για το I-125 και 24 cGY/ώρα, ο αντίστοιχος για το Pd-103). Αντίθετα, με την εξωτερική ακτινοθεραπεία και το Ιρίδιο-192, Ir-192, το οποίο όπως θα αναφέρουμε στην συνέχεια, χρησιμοποιείται στην προσωρινή εμφύτευση, μπορεί να χορηγηθεί ακτινοβολία, με ρυθμούς δόσης εκατοντάδων

cGΥ/ώρα. Από καλλιέργειες κυττάρων, έχει προταθεί από κάποιους ερευνητές, ότι ο χαμηλός ρυθμός δόσης του 1-125 και του Pd-103, μπορεί να αποτελούν μειονέκτημα, όσον αφορά την ικανότητά τους να καταστρέφουν καρκινικά κύτταρα, τα οποία πολλαπλασιάζονται γρήγορα, δηλαδή σε όγκους χαμηλής διαφοροποίησης. Ωστόσο, η σημασία των παρατηρήσεων αυτών δεν έχει επαρκώς διερευνηθεί. Στα πλαίσια των θεωρητικά κυρίως ανωτέρω δεδομένων, ο μεγαλύτερος ρυθμός δόσης του Pd-103, θα μπορούσε να αποτελέσει πλεονέκτημα για κάποιους όγκους χαμηλής διαφοροποίησης, σε σχέση με το 1-125.

Η χορηγούμενη δόση ακτινοβολήσης, όσον αφορά το 1-125, βασίζεται κυρίως στην ιστορική εμπειρία. Όσο για το Pd-103, το ποσό της χορηγούμενης δόσης καθορίζεται εμπειρικά, βάσει της δόσης που χορηγείται με το 1-125, προσαρμοζόμενης ανάλογα, λόγω διαφορετικού ρυθμού δόσης. Οι συνήθως περιγραφόμενες δόσεις είναι οι εξής:

1-125 μόνο: 140-160 Gy

1-125 + 40-50 Gy EBRT: 100-120 Gy

Pd-103 μόνο: 110-120 Gy

Pd-103 + 50 Gy EBRT: 60-90 Gy

Οι ανωτέρω προτεινόμενες δόσεις, βασίζονται κυρίως στην ανοχή των φυσιολογικών ιστών παρά στην ανταπόκριση του ίδιου του καρκίνου.

Σημαντικό επίτευγμα στην βραχυθεραπεία, αποτελεί η μεταφόρτωση της πηγής από απόσταση (remote afterloading). Η πηγή που χρησιμοποιείται σε αυτήν την περίπτωση, είναι το Ιρίδιο-192, Ir-192. Σαν πλεονεκτήματα αυτής της τεχνικής, μπορούν να αναφερθούν το μικρό κόστος και οι μικρότερες απαιτήσεις για την ακτινοπροστασία του προσωπικού, αλλά κυρίως η δυνατότητα τροποποίησης του εμφυτεύματος, όσον αφορά την δοσιμετρία, με την δυνατότητα αλλαγής της θέσης και του χρόνου παραμονής της πηγής μέσα στον καθετήρα ή την βελόνα Q. Με τον τρόπο αυτό, και με την βοήθεια του υπολογιστή, μπορεί να τροποποιηθεί το πλάνο θεραπείας, σύμφωνα με τις δεδομένες ανάγκες. Η πηγή Ir-192, εισάγεται διαπερινεϊκά και με την χρήση εφαρμογέα (template), μέσω καθετήρων ή βελονών, οι οποίοι έχουν εμφυτευθεί προηγουμένα με την βοήθεια TRUS και με τρόπο ανάλογο αυτού που χρησιμοποιείται για την μόνιμη εμφύτευση πηγών. Ωστόσο, μέχρι σήμερα, οι δημοσιεύσεις με δεδομένα όσον αφορά τον τοπικό έλεγχο της νόσου και την νοσηρότητα που προκαλείται από την εφαρμογή της συγκεκριμένης τεχνικής, είναι πολύ λίγες.[11]

Αποτέλεσμα από την εφαρμογή βραχυθεραπείας

Γνωρίζοντας την μακρά φυσική ιστορία του καρκίνου του προστάτη, η παρακολούθηση ασθενών για 10-15 χρόνια, δεν φαίνεται να είναι αρκετό χρονικό διάστημα για την εξαγωγή ουσιαστικών συμπερασμάτων, όσον αφορά την επιβίωσή τους. Με την παρακολούθηση της τιμής του PSA των ασθενών και με βιοψίες μετά την ακτινοβολήση, μπορεί να εντοπιστεί η αποτυχία της θεραπείας εγκαίρως 10. Με ελάχιστη παρακολούθηση τα 2 έτη, αύξηση της τιμής του PSA μετά την θεραπεία πάνω από 1 ng/mL, σχετίζεται με μεγάλη πιθανότητα υποτροπής της νόσου και μπορεί να προηγηθεί της κλινικής της εμφάνισης μερικά χρόνια. PSA < 1 ng/mL, σχετίζεται με μικρή πιθανότητα υποτροπής, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 5 χρόνων 11. Επί αυξήσεως της τιμής του PSA, δεν μπορεί να γίνει διαχωρισμός για το εάν πρόκειται για τοπική υποτροπή ή εάν αφορά απομακρυσμένες μεταστάσεις. Με την βιοψία στον προστάτη, μπορεί να εκτιμηθεί εάν η νόσος έχει υποτροπιάσει τοπικά 12. Ωστόσο, δεδομένου και του πιθανού σφάλματος κατά την λήψη της βιοψίας, δεν είναι πάντα δυνατή η πρόβλεψη της εξέλιξης της νόσου. Με δεδομένο ότι η υποτροπή του καρκίνου του προστάτη που έχει ακτινοβοληθεί είναι αργή, δεν ενδείκνυται η λήψη βιοψίας, πριν από την παρέλευση 18-24 μηνών. Η πρόωρη βιοψία, συνήθως δείχνει καρκινικά κύτταρα με βλάβες που έχουν προκληθεί από την ακτινοβολία και τα οποία δεν έχουν προλάβει να απορροφηθούν, με αποτέλεσμα να δίνουν λανθασμένα την εντύπωση ζώντων καρκινικών κυττάρων. Εκτός από τα ευρήματα της αρνητικής και της θετικής βιοψίας, υπάρχει και μία τρίτη κατηγορία, η οποία αποτελεί ξεχωριστή παθολογική και βιοχημική οντότητα και η οποία αναφέρεται σαν "ακαθόριστη". Οι περισσότερες από αυτές τις βιοψίες αρνητικοποιούνται, με τον χρόνο. Τέτοιες βιοψίες είναι ως επί το πλείστον το αποτέλεσμα πρώιμης λήψης τους, συνήθως πριν από την παρέλευση 2 ετών μετά την θεραπεία.[12]

Η βραχυθεραπεία σαν μονοθεραπεία

Ο αριθμός των δημοσιεύσεων, με αποτελέσματα σχετιζόμενα με τον τοπικό έλεγχο της νόσου, μετά από βραχυθεραπεία στον προστάτη διαπερινεϊκά και με βάση την παρακολούθηση της τιμής του PSA, είναι περιορισμένος. Ο wallner και

συν. δημοσίευσαν τα αποτελέσματα από την εφαρμογή βραχυθεραπείας με 1-125 μόνο, σε 109 ασθενείς, σταδίων T1 T2, Gleason score 2-7 και με παρακολούθηση της τιμής του PSA, μετά την θεραπεία τους¹³. Όπως συμβαίνει με την χειρουργική, αλλά και την εξωτερική ακτινοθεραπεία (EBRT), η τιμή του PSA πριν την θεραπεία, ήταν ο περισσότερο σημαντικός προγνωστικός παράγων. Η τιμή του Gleason ήταν λιγότερο σημαντικός προγνωστικός παράγων, τουλάχιστον σε ασθενείς με Gleason score <7. Βρέθηκε ότι ακόμα και ασθενείς με Gleason score 7, ήταν ελεύθεροι νόσου (PSA <1ng/mL), σε ποσοστό μεγαλύτερο από 80% και για χρονικό διάστημα 7 χρόνων, όταν το αρχικό PSA (πριν από την νόσο), ήταν < 10ng/mL.

Τα αποτελέσματα μίας άλλης ομάδας από το Seattle, τα οποία αφορούσαν 126 ασθενείς σταδίων T1-T2, Gleason score 2-6 και οι οποίοι υποβλήθηκαν επίσης σε βραχυθεραπεία με 1-125, παρουσιάζονται παρόμοια. Σημειώνονται τα εξαιρετικά και μεγάλης χρονικής διάρκειας αποτελέσματα, όταν η τιμή του PSA μετά την θεραπεία, ήταν < 1ng/mL¹⁴. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων των διαφόρων σειρών είναι δύσκολη, κυρίως λόγω της διαφοροποίησης των κριτηρίων εισαγωγής των ασθενών στις διάφορες σειρές, του διαφορετικού χρόνου παρακολούθησής τους (follow-up), αλλά και των διαφορετικών κριτηρίων, ως προς τον καθορισμό του ελέγχου της νόσου, με βάση την τιμή του PSA. Στον πιο κάτω πίνακα περιλαμβάνονται ασθενείς με καρκίνο του προστάτη σταδίων T1-T2. Στις περισσότερες σειρές, δεν περιλαμβάνονται ασθενείς με όγκους υψηλής κακοήθειας (μεγάλη τιμή Gleason).

Βάσει θεωρητικών δεδομένων και όπως έχει επισημανθεί νωρίτερα, υπάρχει μία τάση στις διάφορες σειρές και σε ασθενείς με πτωχή πρόγνωση (όγκοι χαμηλής διαφοροποίησης και με υψηλή τιμή PSA), το ισότοπο, το οποίο χρησιμοποιείται να είναι το Pd-103.

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της βραχυθεραπείας, μπορούν κάλλιστα να συγκριθούν με αυτά της χειρουργικής ή της εξωτερικής ακτινοθεραπείας. Ωστόσο, με τους περιορισμούς που προαναφέρθηκαν, όσον αφορά την επιλογή των ασθενών. Σύμφωνα με σύγχρονες χειρουργικές μελέτες, αναφέρονται ποσοστά ασθενών ελεύθερων νόσου (βιοχημικά), και για χρονικό διάστημα 5 χρόνων, σε ποσοστά που κυμαίνονται από 69% μέχρι 83%^{15,16}. Με χρόνο παρακολούθησης παρόμοιο και για ασθενείς με καλή πρόγνωση, φαίνεται ότι τα αποτελέσματα δεν διαφέρουν, μεταξύ των δύο θεραπειών.^[13]

Βιοψία μετά από βραχυθεραπεία σαν μονοθεραπεία

Τα αποτελέσματα από την λήψη βιοψίας μετά από διαπερινεϊκή βραχυθεραπεία, ποικίλουν. Θετική βιοψία κυμαίνεται σε ποσοστά από 0 μέχρι 26%. Μεγάλη διακύμανση στα αποτελέσματα από την λήψη βιοψίας παρατηρείται και σε σειρές που εφαρμόστηκε εξωτερική ακτινοθεραπεία. Θετική βιοψία αναφέρεται σε ποσοστά που κυμαίνονται από 18% μέχρι 93%. Η ποικιλία των αποτελεσμάτων μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, όπως η επιλογή των ασθενών, ο χρόνος λήψης της βιοψίας, και η εμπειρία του παθολογοανατόμου. Σε κάποιες σειρές η βιοψία ελήφθη σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 12 μηνών, από το τέλος της θεραπείας. Επίσης, πολλοί ερευνητές δεν έλαβαν υπόψιν τους την "ακαθόριστη" κατηγορία, στην οποία έχουμε αναφερθεί προηγούμενα.[14]

Βραχυθεραπεία και εξωτερική ακτινοθεραπεία

Συμπληρωματική εξωτερική ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με βραχυθεραπεία, έχει εφαρμογή σε περιπτώσεις όπου απαιτείται η κάλυψη μίας μεγαλύτερης περιοχής από αυτήν που καλύπτεται με την βραχυθεραπεία μόνη. Διάφορες σειρές έχουν δημοσιευθεί με την χρήση 1-125 ή Pd-10317-19. Ο Dattoli και συν., έδειξαν ότι το ποσοστό ασθενών σταδίου T3, Gleason>7 ή PSA>10 και ελεύθερων νόσου βιοχημικά (PSA <1), ήταν περίπου 80% για χρονικό διάστημα 2 χρόνων 17.

Οι ασθενείς που περιλαμβάνονται σε αυτές τις δημοσιεύσεις έπασχαν από καρκίνο του προστάτη με υψηλό κίνδυνο διήθησης της κάψας του και ήταν υψηλής κακοήθειας, σε ποσοστό >50%. Επίσης, η μέση τιμή του PSA πριν από την θεραπεία, ήταν > 10ng/mL.[15]

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές από την διαπερινεϊκή εφαρμογή της βραχυθεραπείας είναι μάλλον περιορισμένες, σε σχέση με τις προκαλούμενες μετά από ριζική προστατεκτομή. Διαφορές μεταξύ των διαφόρων σειρών, μπορεί να δικαιολογηθούν μερικώς, από την στατιστική μεθοδολογία σε μικρό αριθμό ασθενών και μικρό χρόνο παρακολούθησης. Επίσης, στις διαφορετικές τεχνικές

που εφαρμόζονται κατά την βραχυθεραπεία (κατανομή των πηγών στο χώρο, διαφοροποίηση κατανομής της δόσης).

Μετά από μόνιμη εμφύτευση και λόγω της συνεχούς ακτινοβολήσης, είναι σε όλους σχεδόν τους ασθενείς συνήθεις, οι παρενέργειες από την ουρήθρα (συχνουρία, έπειξη προς ούρηση, καθώς και κάποιος βαθμός αποφρακτικής συμπτωματολογίας).

Η συχνότητα απόφραξης, η οποία απαιτεί μόνιμο καθετήρα ή διουρηθρική εκτομή του προστάτη, αναφέρεται περίπου στο 5% των ασθενών. Ασθενείς με τέτοια συμπτώματα, συνήθως παρουσίαζαν αποφρακτικά φαινόμενα και πριν την βραχυθεραπεία. Η χειρουργική αντιμετώπιση, καλό είναι να αποφεύγεται, λόγω του αυξημένου κινδύνου μόνιμης ακράτειας, μετεγχειρητικά.

Απώτερες μόνιμες επιπλοκές από την εφαρμογή μόνιμης εμφύτευσης σαν μονοθεραπείας ή σε συνδυασμό με εξωτερική ακτινοθεραπεία, δεν είναι συχνές. Η ακράτεια των ούρων περιορίζεται κυρίως σε ασθενείς, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε διουρηθρική εκτομή του προστάτη (TURP), πριν από την βραχυθεραπεία. Φαίνεται ότι η φυσιολογική ουρήθρα, μπορεί να ανεχθεί υψηλή δόση ακτινοβολίας, αλλά ο τραυματισμός της κατά την TURP, προδιαθέτει σε ακτινική βλάβη της. Είναι προτιμότερο λοιπόν και παρά το χαμηλό ποσοστό ακράτειας, να αποφεύγεται η βραχυθεραπεία, σε ασθενείς στους οποίους έχει προηγηθεί TURP.

Σε παλαιότερες σειρές, ο συνδυασμός βραχυθεραπείας και εξωτερικής συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας, έχει συνδεθεί με αυξημένη συχνότητα επιπλοκών από το ορθό, μετακτινικά. Ευτυχώς, με τις μοντέρνες τεχνικές εφαρμογής της βραχυθεραπείας, από έμπειρα χέρια, είναι σπάνια η παρουσία σημαντικών παρενεργειών, από την συνδυασμένη θεραπεία.

Η ανικανότητα που ακολουθεί την βραχυθεραπεία και αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου, μπορεί να σχετίζεται και με την ηλικία του ασθενή 23. Τα ποσοστά ανικανότητας που αναφέρονται μετά από βραχυθεραπεία, κυμαίνονται από 20% - 40%. Τα ποσοστά αυτά είναι μικρότερα των ποσοστών ανικανότητας που δημοσιεύονται μετά από εξωτερική ακτινοθεραπεία και προστατεκτομή.[16]

Επιλογή ασθενών για βραχυθεραπεία

Οι ενδείξεις για βραχυθεραπεία στον καρκίνο του προστάτη, βασίζονται στις τρέχουσες αντιλήψεις, όσον αφορά την φυσική ιστορία της νόσου και τα φυσικά χαρακτηριστικά των εφαρμοζόμενων ραδιενεργών πηγών χαμηλής ενέργειας

(κατανομή της δόσης και ρυθμός, με τον οποίο χορηγείται η δόση). Οι ενδείξεις μπορεί να αλλάζουν στο μέλλον, καθώς νέα δεδομένα θα προκύπτουν. Πρέπει επίσης, να δίδεται μεγάλη σημασία σε παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα επιπλοκών, από την εφαρμογή της βραχυθεραπείας.

Η βραχυθεραπεία σαν μονοθεραπεία, πρέπει να περιορίζεται σε ασθενείς με νόσο μικρού σταδίου, σε καλής μέχρι μέτριας διαφοροποίησης όγκους και μέτρια επίπεδα PSA. Σε τέτοιους ασθενείς, είναι απίθανο να επεκτείνεται η νόσος πέραν της κάψας και ως εκ τούτου να μην καλύπτεται ενεργειακά από τα ισότοπα.

Σε ασθενείς με μεγαλύτερο στάδιο (>T2b), βαθμού κατά Gleason >8, και/ή τιμή του PSA>10 που σημαίνει μεγαλύτερο όγκο και κίνδυνο επέκτασης πέραν της κάψας, πρέπει να συμπληρώνεται η βραχυθεραπεία με εξωτερική ακτινοθεραπεία.[17]

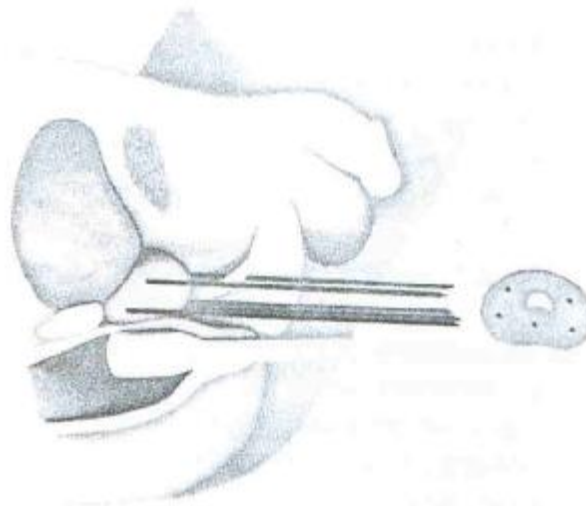
Επιλογή ισοτόπου

Λόγω της έλλειψης επαρκών αποτελεσμάτων από κλινικές σειρές, όσον αφορά την επιλογή ισοτόπου (1-125 ή Pd-103), δεν υπάρχει απόλυτη ένδειξη για την εφαρμογή του ενός, αντί του άλλου. Ωστόσο, σύμφωνα με ακτινοβιολογικά δεδομένα, όπως έχει αναφερθεί προηγουμένα και δεδομένου του υψηλότερου ρυθμού δόσης, όσον αφορά το Pd-103, υπάρχει μία τάση υπεροχής του συγκεκριμένου στοιχείου, για την εφαρμογή του σε ταχέως πολλαπλασιαζόμενους όγκους. Μερικοί ερευνητές περιορίζουν την χρήση του σε ασθενείς με Gleason score >7, προτιμώντας την εφαρμογή του 1-125, σε περιπτώσεις ασθενών με Gleason score <6.[18]

Εναλλακτικές θεραπείες

Αν και η κλασική αντιμετώπιση του καρκίνου του προστάτη ιδιαίτερα στα νεότερα άτομα, περιλαμβάνει τη ριζική προστατεκτομή και την ακτινοθεραπεία, πολλοί συγγραφείς έχουν προτείνει και διερευνούν διάφορες εναλλακτικές θεραπείες που απευθύνονται κυρίως στην αντιμετώπιση της συμπτωματολογίας και έχουν εφαρμογή σε ηλικιωμένα άτομα. Οι θεραπείες αυτές είναι:

- α Κρυοθεραπεία, (εικόνα 6)
- α Υπερθερμία.
- α laser,
- α Υψηλής έντασης εστιασμένοι υπέρηχοι.



Εικόνα 6 :Τα πηνία της κρυοπηξίας τοποθετούνται μέσω του περινέου στον προστάτη με την καθοδήγηση του διορθικού υπερηχογραφήματος.

4.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.

Ο όρος "τοπικά προχωρημένος καρκίνος του προστάτη" αναφέρεται για τον καρκίνο που δεν περιορίζεται πλέον στον αδένα, δεν έχει δώσει όμως μεταστάσεις ούτε στους περιοχικούς λεμφαδένες, ούτε σε άλλες απομακρυσμένες θέσεις, όπως στα οστά (στάδιο T3 NO MO). Η ιστολογική εξέταση αποκαλύπτει συνήθως αδενοκαρκίνωμα μετρίου ή χαμηλής διαφοροποίησης, η τιμή του PSA είναι μεγαλύτερη του 20 ng/ml, το διορθικό υπερηχογράφημα πιθανόν να δείξει εξωκαμική επέκταση, ενώ η αξονική τομογραφία της ελάσσονος πυέλου και το σπινθηρογράφημα των οστών είναι αρνητικά. Οι θεραπευτικές τακτικές για τον πιο πάνω καρκίνο έχουν ως ακολούθως.

Ριζική προστατεκτομή.

Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα μετά από ριζική προστατεκτομή για καρκίνο σταδίου T3 NO MO, (C) είναι σημαντικές, χωρίς να βελτιώνεται το προσδόκιμο επιβίωσης. Για αυτό η χειρουργική επέμβαση μόνη της, παρότι ,από μερικούς εφαρμόζεται, δεν έχει καμιά ένδειξη.

Ορμονική υποσταδιοποίηση και ριζική προστατεκτομή

Χορηγείται τρίμηνος πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός με ανάλογα LHRH

και ένα αντιανδρογόνο, όπως η Φλουταμίδη και ακολουθεί ριζική προστατεκτομή. Ο χρόνος εφαρμογής της εν λόγω τακτικής είναι μικρός και απαιτούνται περισσότερα περιστατικά και μεγαλύτερος χρόνος παρακολούθησης για την παγίωση της εν λόγω θεραπείας στην καθημερινή ουρολογική πράξη.[5]

Εξωτερική ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στην θεραπεία του καρκίνου του προστάτη. Η αρχική της εφαρμογή, αφορούσε ασθενείς με ανεγχείρητους όγκους για ιατρικούς λόγους, καθώς επίσης και σε περιπτώσεις, στις οποίες είτε η νόσος είχε διηθήσει την κάψα (Στάδιο C) ή όταν η νόσος ήταν περιορισμένη στην πύελο (D)5. Τα τελευταία ωστόσο χρόνια και σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, η ριζική ακτινοθεραπεία σε ασθενείς με νόσο σταδίων A και B, μπορεί να συγκριθεί με την ριζική προστατεκτομή, όσον αφορά την 5-ετή και 10-ετή επιβίωση.

Από την αρχή της 10-ετίας του 1960, οπότε εφαρμόστηκε η εξωτερική ακτινοθεραπεία στην θεραπεία του καρκίνου του προστάτη και με την ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας, έχουν γίνει σημαντικά βήματα, όσον αφορά τον σχεδιασμό και την δοσιμετρία της ακτινοθεραπείας. Σημαντικότερο επίτευγμα θεωρείται η κατασκευή του γραμμικού επιταχυντή, ο οποίος παράγει ακτίνες -X- υψηλής ενέργειας, για την θεραπεία όγκων ευρισκόμενων εν τω βάθει και με την ταυτόχρονη προστασία των υπερκείμενων φυσιολογικών ιστών.

Όσον αφορά την συμβατική εξωτερική ακτινοθεραπεία του καρκίνου του προστάτη (1.8 - 2 Gy, μία φορά την ημέρα, πέντε μέρες την εβδομάδα), η χορηγούμενη δόση σχετίζεται με το στάδιο της νόσου. Οι προτεινόμενες δόσεις ακτινοβολήσης είναι: 60 Gy για νόσο σταδίου A και 60 - 65 Gy για το στάδιο B6.

Η χρονική περίοδος κατά την οποία χορηγείται η συνολική δόση ακτινοβολήσης, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα, όσον αφορά το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, για τους περισσότερους όγκους. Η παράταση της συνολικής διάρκειας της ακτινοθεραπείας, ευνοεί την επαναπληθυσμοποίηση καρκινικών κλώνων (repopulation), με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη πιθανότητα αποτυχίας του τοπικού ελέγχου της νόσου. Αυτό δεν φαίνεται να ισχύει στον καρκίνο του προστάτη. Ο Lai και οι συν. δεν παρατήρησαν διαφορές στα αποτελέσματα, παρά την επιμήκυνση του συνολικού χρόνου ακτινοθεραπείας, σε

ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, σταδίων A2, B1 και C. Σύμφωνα με ένα πρωτόκολλο του RTOG, χορήγησαν συνολική δόση 65 Gy σε 3 ομάδες ασθενών και σε χρονικό διάστημα 7, 8 και 9 εβδομάδων, αντίστοιχα. Δεν παρατήρησαν σημαντικές διαφορές, όσον αφορούσε τον τοπικό έλεγχο της νόσου. Δεν παρατηρήθηκε επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την συνολική 5-ετή επιβίωση, την ελεύθερη νόσου επιβίωση και τον τοπικό περιοχικό έλεγχο, σε ασθενείς του ίδιου σταδίου και βαθμού διαφοροποίησης (Gleason score). Βασιζόμενοι στα ανωτέρω, καθώς επίσης και στην αργή κλινικά υποστροφή του όγκου μετά την ακτινοθεραπεία, υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος του προστάτη συμπεριφέρεται σαν ένας αργά πολλαπλασιαζόμενος ιστός, σε αντίθεση με την πλειονότητα των καρκίνων, οι οποίοι πολλαπλασιάζονται ταχέως.

Στις απώτερες παρενέργειες από την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοθεραπείας, περιλαμβάνονται η ακτινική πρωκτίτιδα και κυστίτιδα, σε ποσοστό μικρότερο του 10%, καθώς επίσης η ανικανότητα, σε ένα ποσοστό, περίπου 30% των ασθενών. Αυτό το ποσοστό ωστόσο διαφοροποιείται, ανάλογα με την ηλικία του ασθενή, αλλά και από την παρουσία αυξημένου κινδύνου αγγειακών βλαβών, όπως στην περίπτωση ασθενών πασχόντων από διαβήτη και υπέρταση.

Η συχνότητα παρενεργειών από την κύστη και το έντερο, σχετίζεται με τη συνολική δόση ακτινοθεραπείας, καθώς επίσης και με την έκταση της ακτινοβολούμενης περιοχής. Ο Lawton και συν., από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων μετά από την εφαρμογή εξωτερικής ακτινοθεραπείας 1000 περίπου ασθενών με αδenoκαρκίνωμα του προστάτη, οι οποίοι συμμετείχαν σε δύο πρωτόκολλα του RTOG, έδειξαν ότι το ποσοστό των ασθενών, οι οποίοι παρουσίασαν σοβαρές παρενέργειες (βαθμός 3) από το έντερο, ήταν 3.3%. Νοσηρότητα βαθμού 4, επικίνδυνη για την ίδια τη ζωή του ασθενή, όπως ειλεός ή διάτρηση, παρουσιάστηκε σε ποσοστό μικρότερο του 0.6%. Η τοξικότητα από την κύστη ήταν μέτρια (7.7%). Σοβαρή τοξικότητα από την κύστη (απαιτήθηκε χειρουργική επέμβαση), παρουσίασε ένα ποσοστό ασθενών μικρότερο του 0.5%. Ο κύριος παράγων, ο σχετιζόμενος με τις παρενέργειες, ήταν η συνολική δόση ακτινοθεραπείας (> 70 Gy). Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι με δεδομένη την μικρή συχνότητα σοβαρών παρενεργειών από την εξωτερική ακτινοθεραπεία, αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει εξαιρετική εναλλακτική λύση της ριζικής προστατεκτομής.

Η εφαρμογή σύμμορφης ακτινοθεραπείας τριών διαστάσεων (Three-dimensional conformal radiation therapy, 3DCRT), η οποία αποτελεί την πλέον εξελιγμένη τεχνική στην εξωτερική ακτινοθεραπεία, πέτυχε εξαιρετικά αποτελέσματα και στην θεραπεία του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη (σταδίων T1 και T2), όσον αφορά την διάρκεια της ελεύθερης νόσου επιβίωσης. Σε αυτήν συμπεριλαμβάνεται η βιοχημική ύφεση χωρίς νόσο στην 5-ετία (b NEO) και η μείωση της νοσηρότητας των ασθενών από την ακτινοθεραπεία, παρά την χορήγηση υψηλών δόσεων ακτινοβολίας, σε σύγκριση με τις δόσεις τις χορηγούμενες με συμβατική ακτινοθεραπεία.

Ερευνητικά πρωτόκολλα για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη, όσον αφορά τον τοπικό έλεγχο της νόσου, αυξάνοντας την χορηγούμενη δόση ακτινοβολίας με φωτόνια, καθώς επίσης και η ακτινοβολία του όγκου με νετρόνια, βρίσκονται σε εξέλιξη.

Όπως προαναφέρθηκε, τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της χειρουργικής και της ακτινοθεραπείας στον εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη, είναι παρόμοια. Για την ακριβέστερη ωστόσο σύγκρισή τους, έχουν προταθεί κάποιοι απλοί κανόνες. Η υποδιαίρεση των όγκων σταδίου T2, σε T2a, T2b και T2c, σε συνδυασμό με την δακτυλική εξέταση και την βιοψία, κατέχουν προγνωστική αξία και ως εκ τούτου, πρέπει να χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη. Ο χρόνος, ο οποίος απαιτείται για να υποχωρήσει η τιμή του PSA μετά την ακτινοθεραπεία, είναι πολύ μεγαλύτερος (υπάρχει ο προστάτης), σε αντίθεση με τον αντίστοιχο χρόνο, μετά από χειρουργική εξαίρεσή του. Η κινητική δεν είναι γνωστή με ακρίβεια, αλλά γενικά όταν η τιμή του PSA είναι < 1, 3 χρόνια μετά την θεραπεία, αυτό αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα¹⁵. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία, σε εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη σταδίων T1β και T2a, παρουσιάζει εξαιρετικά αποτελέσματα σαν μονοθεραπεία, ενώ για μεγαλύτερα στάδια προτείνεται η λεμφαδενεκτομή, για την καλύτερη σταδιοποίηση της νόσου.

Αναλύοντας τα αποτελέσματα από 4 προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες φάσης III του RTOG, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από το 1975 μέχρι το 1992, διαπιστώθηκε ότι σε ποσοστό 36% των ασθενών με όγκους T1 και T2 υπήρχε νόσος στους λεμφαδένες. Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό όγκων σταδιοποιήθηκε χειρουργικά σαν T3. Η 10-ετής επιβίωση των ασθενών με Gleason score 2-5, 6-7 και 8-10, ήταν 87, 75 και 44%, αντίστοιχα.

Πεδίο έρευνας, όσον αφορά τον εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη, αποτελεί η συνεισφορά της ορμονοθεραπείας. Οι παρενέργειες και το κόστος, από τους ορμονικούς χειρισμούς, συνιστούν καθοριστικούς παράγοντες για την εφαρμογή τους. Υπάρχουν ωστόσο, ομάδες ασθενών (T2b, T2c, Gleason score 8-10), οι οποίοι θα μπορούσαν να ωφεληθούν από τον συνδυασμό ορμονοθεραπείας και εξωτερικής ακτινοθεραπείας.

Πεδίο έρευνας επίσης, αποτελεί ο καθορισμός της ομάδας των ασθενών με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη, οι οποίοι θα ανταποκριθούν ή όχι στην εξωτερική ακτινοθεραπεία. Υπάρχουν ενδείξεις ότι θετική έκφραση των P53 και BCL2, αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα, σχετιζόμενο με αποτυχία στην θεραπεία.[19]

Συμπεράσματα

Η συνεισφορά της εξωτερικής ακτινοθεραπείας στην θεραπεία ασθενών με ενδοπροστατικό καρκίνο, είναι σημαντική. Ωστόσο, ο ρόλος της, όπως και για άλλες θεραπευτικές εφαρμογές εξαρτάται από προγνωστικούς παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν και το τελικό αποτέλεσμα από την εφαρμογή της. Τέτοιοι παράγοντες είναι η ηλικία του ασθενή, η νοσηρότητα από την εφαρμοζόμενη θεραπεία, η συνεργασία με τον ασθενή, καθώς επίσης και ο βαθμός διαφοροποίησης του όγκου, το στάδιο και η τιμή του PSA. Τοπικός έλεγχος της νόσου και ίαση, επιτυγχάνονται στην μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με νόσο σταδίων μέχρι T2a ή T2b, με Gleason score <6 και τιμή PSA < 10 ng/ml.[20]

Διαλείπον ανδρογονικός αποκλεισμός

Εφαρμόζεται πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός με ανάλογο LHRH και ένα αντιανδρογόνο για 24-32 εβδομάδες με σκοπό την πτώση των τιμών του PSA κάτω από 4 ng/ml. Η θεραπεία διακόπτεται και ο ασθενής παρακολουθείται με τη μέτρηση του PSA ανά τρίμηνο. Αν υπάρξει άνοδος των τιμών του PSA τότε επαναλαμβάνεται η θεραπεία. Με αυτό τον τρόπο βελτιώνεται η ποιότητα ζωής του ασθενούς, διότι απαλλάσσεται από την τοξικότητα των φαρμάκων και επανέρχεται η σεξουαλική του ικανότητα. Επίσης μειώνεται το οικονομικό κόστος της θεραπείας. Πολλοί πιστεύουν ότι με τον πιο πάνω τρόπο θεραπείας ο καρκίνος γίνεται πιο δύσκολα ορμονοάντοχος (δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία). Αν το PSA παραμένει πάνω από 4 ng/ml, τότε ο αναμενόμενος μέσος όρος επιβίωσης

είναι μόνο 18 μήνες.

Αντιμετώπιση των επιπλοκών του τοπικά προχωρημένου καρκίνου

Οξεία επίσχεση ούρων. Τοποθετείται καθετήρας και εφαρμόζεται πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός. Αφαιρείται ο καθετήρας δεκαπέντε ημέρες μετά και αν δεν αρθεί η απόφραξη επανατοποθετείται. Αν αποτύχει και η δεύτερη προσπάθεια μετά από 15 μέρες γίνεται διουρηθρική προστατεκτομή.

Ουρητηρική απόφραξη. Υπάρχουν οι ακόλουθες εναλλακτικές λύσεις:

- α καμιά θεραπεία,
- α ορμονική θεραπεία,
- α ακτινοθεραπεία,
- α ανοικτή εκτροπή των ούρων,
- α διαδερμική εκτροπή των ούρων,
- α διουρηθρική εκτομή του τριγώνου και τοποθέτηση αυτοσυγκρατούμενου ουρητηρικού καθετήρα.

Η διαδερμική εκτροπή των ούρων (διαδερμική νεφροστομία γίνεται με τοπική αναισθησία και αποτελεί τη θεραπεία εκλογής, καθόσον ο μέσος χρόνος επιβίωσης ανέρχεται σε ένα χρόνο αν έχει προηγηθεί ορμονική θεραπεία και σε 21 μήνες αν δεν έχει προηγηθεί.

4.4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ

ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Αν και η αναλογία των ασθενών με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη, λόγω της εφαρμογής σε ευρεία κλίμακα της μέτρησης του PSA, συνεχώς αυξάνεται, σε αρκετές χώρες ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των ασθενών με καρκίνο του προστάτη εμφανίζουν μεταστάσεις κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης της μεταστατικής νόσου είναι ο ανδρογονικός αποκλεισμός αν και σε ένα 20% των περιπτώσεων ο καρκίνος είναι ορμονοανεξάρτητος. Επίσης ο όγκος που αρχικά είναι ορμονοευαίσθητος εξελίσσεται σε ορμονοάντοχο. Στις δύο τελευταίες περιπτώσεις εφαρμόζεται η δευτέρας γραμμής θεραπεία

(χημειοθεραπεία). Ο ανδρογονικός αποκλεισμός μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους.[5]

Χημειοθεραπεία

Η ομάδα ηλικίας με το μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη έχει μικρή αντοχή στη χημειοθεραπεία. Το χαρακτηριστικό αυτό, σε συνδυασμό με την ποικίλλουσα πορεία της νόσου καθιστά δύσκολη την προσπάθεια προσδιορισμού της αποτελεσματικότητας αυτής της θεραπείας. Ωστόσο έχουν επιχειρηθεί αρκετές αντιπροσωπευτικές μελέτες με χρήση της χημειοθεραπείας στο στάδιο D της νόσου μετά από υποτροπή από προηγούμενα ορμονοθεραπεία, μια κατάσταση στην οποία ο μέσος χρόνος επιβίωσης είναι μόνο 7 έως 8 μήνες.

Τα μέσα που μελετήθηκαν πληρέστερα είναι η φωσφορική οιστραμουσίνη, η πρεδνιμουσίνη και ο cisplatinum, ενώ πιο περιορισμένες μελέτες έχουν εκτελεστεί με 5-φθοριουρακίλη, μελφαλάνη και υδροξουρία. Η πλήρης ανταπόκριση είναι σπάνια και μόνο το 1/10 των ασθενών σταδίου D εμφανίζουν αντικειμενική μερική ανταπόκριση. Σε άλλες μελέτες έχουν δοκιμαστεί συνδυασμοί χημειοθεραπευτικών μέσων στο στάδιο D της νόσου με συχνότερους τους συνδυασμούς οιστραμουσίνης και πρεδνιμουσίνης ή κυκλοφωσφαμίδης και ενός άλλου μέσου. Η πλήρης ανταπόκριση είναι και πάλι σπάνια και μόνο το 1/4 των αρρώστων ή και λιγότεροι εμφανίζουν κάποια αντικειμενική βελτίωση.

Για το εξελικτικό συμπτωματικό στάδιο D του καρκίνου του προστάτη θα πρέπει να επιχειρηθεί πρώτα η θεραπεία ενδοκρινικής καταστολής, ενώ τα χημειοθεραπευτικά μέσα μπορεί να ετιτύχουν κάποιο όφελος, όταν αυτοί οι άρρωστοι υποτροπιάζουν.

Ορχεκτομή

Η αμφοτερόπλευρη ορχεκτομή εισήλθε στην ουρολογική πρακτική στα τέλη του 19ου αιώνα, όταν εφαρμόστηκε για την αντιμετώπιση της υπερτροφίας του προστάτη. Ωστόσο, η χρήση του χειρουργικού ευνουχισμού για την αντιμετώπιση του προστατικού καρκίνου άρχισε να εφαρμόζεται ευρέως μετά την ιστορική παρατήρηση των Huggins και Hodges. Πλην της ορχεκτομής, ήδη από τη δεκαετία

του 1940, προστέθηκε στο οπλοστάσιο και η χρήση των οιστρογόνων για τον προστατικό καρκίνο.

Η υποκάψια ορχεκτομή είναι μια απλή χειρουργική επέμβαση και το βασικό πλεονέκτημά της είναι ότι μειώνει τα επίπεδα της τεστοστερόνης στο αίμα κάτω από 50ng/ml μέσα στο πρώτο 24ωρο. Η ορχεκτομή εξακολουθεί να αποτελεί, ακόμη και σήμερα, μία από τις βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις που εφαρμόζουν οι ουρολόγοι για την αντιμετώπιση του μεταστατικού προστατικού καρκίνου. Μετά την εκτέλεση της επέμβασης, οι ασθενείς παρουσιάζουν μείωση της λίπιδο, στυτική δυσλειτουργία και περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων εμφανίζουν αγγειοκινητικές διαταραχές (hot flushes). Η τελευταία ανεπιθύμητη ενέργεια εξηγείται από το γεγονός ότι ο υπογοναδισμός οδηγεί σε υψηλές συγκεντρώσεις την LHRH αλλά επίσης και σε ερεθισμό του θερμορυθμιστικού κέντρου. Οι hot flushes διαταραχές μπορούν να ελεγχθούν με τη χορήγηση μικρών δόσεων οιστρογόνων ή αντιανδρογόνων. Η ψυχολογική επίδραση της ορχεκτομής στους ασθενείς είχε υποεκτιμηθεί στο παρελθόν, ωστόσο, σε αρκετές μελέτες φαίνεται ότι η πλειονότητα των ασθενών προτιμούν το φαρμακευτικό ευνοχισμό αντί του χειρουργικού. Παρ' όλα αυτά, η ορχεκτομή συνεχίζει να αποτελεί τον ιδανικό ορμονικό χειρισμό σε αρκετούς ασθενείς με προστατικό καρκίνο και οι σημερινές ενδείξεις της αναγράφονται στον Πίνακα 18.[21]

Πίνακας 18. Ενδείξεις αμφοτερόπλευρης ορχεκτομής σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του προστάτη.

- α Εάν είναι αναγκαία η άμεση μείωση της τεστοστερόνης σε επίπεδα ευνοχισμού, όπως πίεση νωτιαίου μυελού, έντονο άλγος.
- α Μη συμμόρφωση των ασθενών με την τακτική χορήγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Κόστος της φαρμακευτικής αγωγής και επιλογή του ασθενούς για ορχεκτομή.

Ανάλογα LHRH

Τέσσερις τύποι αναλόγων LHRH είναι σήμερα διαθέσιμοι:

- α Τριπτορελίνη (ELITYRAN)
- α Λεπρολίδη (DARONDA)
- α Μπουζερελίνη
- α Γκοζερελίνη

Η χορήγηση γίνεται με υποδόρια ή ενδομυϊκή ένεση κάθε 28 ημέρες, αν και

τελευταία κυκλοφορούν σκευάσματα "depot" για ανά τρίμηνο εφαρμογή. Κατά την έναρξη της θεραπείας με ανάλογα LHRH προκαλείται παροδική αύξηση της έκκρισης LH και των επιπέδων τεστοστερόνης στον ορό κατά 140-170%. Έτσι υπάρχει κίνδυνος παροδικής διέγερσης της αύξησης του προστατικού καρκίνου και εντατικοποίησης των επιπλοκών του, όπως αύξηση των οστικών μεταστάσεων και του οστικού πόνου και προοπτική εμφάνισης νευρολογικών επιπλοκών συμπεριλαμβανομένης και της παραπληγίας. Γι' αυτό το λόγο συνιστάται τις 4 πρώτες εβδομάδες να χορηγείται ένα αντιανδρογόνο όπως η φλουταμίδη.

Ο μέσος όρος επιβίωσης μετά από φαρμακευτική ή χειρουργική ορχεκτομή είναι 18-28 μήνες. Η εμφάνιση εξάψεων από τη χορήγηση αναλόγων LHRH, που οφείλεται στη μείωση της τεστοστερόνης αντιμετωπίζεται με σύγχρονο λήψη του στεροειδικού αντιανδρογόνου cypoterone acetate. Φυσιολογικά η έξαψη είναι ένα εξωτερικό σημείο απώλειας θερμότητας από το σώμα. Μπορεί να συνοδεύεται με διαστολή των υποδορίων αγγείων και ελάττωση της θερμοκρασίας του σώματος. Τα ανδρογόνα διεγείρουν την απελευθέρωση ενδογενών οπιοειδών πεπτιδίων στον υποθάλαμο, τα οποία αναστέλλουν την ενδοϋποθαλαμική απελευθέρωση των κατεχολαμινών. Αντιθέτως οι κατεχολαμίνες είναι ο διεγερτικός νευρομεταβιβαστής της έκκρισης της LHRH. Έτσι η αυξημένη αδρενεργική δράση λόγω της πτώσης των ανδρογόνων προκαλεί διαταραχές στο θερμορυθμιστικό κέντρο και τις εξάψεις.

Αντιανδρογόνα

Υπάρχουν δύο ομάδες:

- α Τα αμιγή (μη στεροειδικά).
- α Τα στεροειδικά.

Τα αμιγή αντιανδρογόνα ανταγωνίζονται τα ανδρογόνα στους υποδοχείς του υποθαλάμου. Έτσι απελευθερώνεται περισσότερη LHRH που διεγείρει την υπόφυση για αύξηση έκκρισης LH η οποία ακολούθως προκαλεί ατροφία των κυττάρων του Leyding. Με αυτό τον τρόπο η σπερματογένεση δεν επηρεάζεται καθόλου ή αναστέλλεται ελαφρά και η libido διατηρείται σε σημαντικό βαθμό.

Τα στεροειδικά αντιανδρογόνα (cypoterone acetate και megestrol acetate) εκτός από την αντιανδρογονική της δράση, παρουσιάζουν αντιγονοδοτροφικά αποτελέσματα και δράση ανάλογη με την προγεστερόνη. Έτσι εκτός από την κεντρική δράση εμφανίζουν και περιφερική δράση δεσμεύοντας τους ανδρογονικούς υποδοχείς στους ιστούς. Έτσι εξηγείται το ότι η cypoterone

acetate, σε αντιθεση με τα αμιγή αντιανδρογόνα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μονοθεραπεία.

Στα αμιγή αντιανδρογόνα ανήκουν η φλουταμίδη (FLUCINOM), που χορηγείται σε δόση 250 mg ανά 8ωρο από το στόμα, το Casodex που έχει το πλεονέκτημα της εφάπαξ ημερήσιας χορήγησης 50 mg από το στόμα και η νιλουταμίδη. Οι παρενέργειες των πιο πολλών φαρμάκων περιλαμβάνουν διάρροια και γυναικομαστία λόγω της αυξημένης αρωματοποίησης της τεστοστερόνης σε οιστραδιόλη. Το τελευταίο δεν εμφανίζεται αν χορηγείται σε συνδυασμό με ανάλογο LHRH. Η νιλουταμίδη μπορεί να προκαλέσει αναιμία και διαταραχές της προσαρμογής της όρασης στο φως και στο σκοτάδι.

Αν και η cyproterone acetate και η megestrol acetate μπορούν να εφαρμοσθούν σαν μονοθεραπεία, η δράση τους εξασθενίζει 6-9 μήνες από την έναρξη της θεραπείας, γι' αυτό πρέπει να συνδυάζονται είτε με μια χαμηλή δόση διεθυστιλβεστρόλης είτε με ένα ανάλογο LHRH. Η πιο σημαντική της επιπλοκή είναι η ανικανότητα.

Η φιναστερίδη που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στη θεραπεία της ΚΥΠ, εφαρμόζεται τελευταία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του προστάτη σε συνδυασμό με ένα αμιγές αντιανδρογόνο. Ο ρόλος της στη θεραπεία της νόσου βρίσκεται υπό διερεύνηση.

Οιστρογόνα

Δεν αποτελούν πλέον τη θεραπεία πρώτης γραμμής, όπως στο παρελθόν. Η διεθυστιλβεστρόλη, που συνήθως χρησιμοποιείτο σε ημερήσιες δόσεις 5 mg ή 3 mg παρουσίαζε σημαντική καρδιαγγειακή τοξικότητα και έντονη γυναικομαστία.

Είναι η μονοθεραπεία επαρκής;

Αν και μέχρι πρόσφατα οι περισσότεροι ουρολόγοι έβρισκαν ικανοποιητική την αντιμετώπιση του μεταστατικού καρκίνου του προστάτη με την εφαρμογή "μονοθεραπείας" (με αμφοτερόπλευρο ορχεκτομή η χορήγηση αναλόγων LHRH), σήμερα οι περισσότεροι έχουν προσθέσει και ένα αντιανδρογόνο με σκοπό την αναστολή των επινεφριδιακών ανδρογόνων, επιτυγχάνοντας έτσι τον πλήρη ανδρογονικό αποκλεισμό.[5]

Πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός

Εάν και ο ρόλος των επινεφριδιακών ανδρογόνων στην πρόοδο του μεταστατικού προστατικού καρκίνου εκφράστηκε από το 1945, όταν οι Huggins και Scott 22 πρώτοι επιχείρησαν αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή για ορμονοάντοχη νόσο, σημαντική έρευνα δεν είχε πραγματοποιηθεί μέχρι τη δεκαετία του 1980. Το 1974, Harper και συνεργάτες 23 απέδειξαν τη συμμετοχή των επινεφριδίων στην παραγωγή της ενεργού μορφής της τεστοστερόνης (OHT). Πρώτος ο Labrie πρότεινε την ιδέα του πλήρους ανδρογονικού αποκλεισμού, δηλαδή την ταυτόχρονη χορήγηση ενός LHRH αναλόγου και ενός αντιανδρογόνου 24. Με την έλευση των αντιανδρογόνων, ειδικά των μη στεροειδών σκευασμάτων, μια καινούργια προσέγγιση ξεκίνησε στην αποστέρηση των επινεφριδιακών ανδρογόνων. Η χορήγηση των αντιανδρογόνων, ως μονοθεραπεία, προκαλεί μη πλήρη αναστολή των ανδρογόνων και τα επίπεδα της τεστοστερόνης παραμένουν φυσιολογικά ή αυξάνονται. Δια τούτο, τα αντιανδρογόνα χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με ένα LHRH ανάλογο ή με ορχεκτομή. Ο Labrie απέδειξε την υπεροχή του πλήρους ανδρογονικού αποκλεισμού στην επιβίωση των ασθενών και στην πρόοδο της νόσου συγκριτικά με τον μερικό ανδρογονικό αποκλεισμό, ωστόσο, αυτή η μελέτη έτυχε μεγάλης κριτικής διότι δεν ήταν τυχαιοποιημένη και συμπεριλάβανε και μη μεταστατικές περιπτώσεις με προστατικό καρκίνο.

Οι προοπτικές, τυχαιοποιημένες, διπλές-τυφλές μελέτες "κλειδιά" που αποδεικνύουν την υπεροχή του ολικού έναντι του μερικού ανδρογονικού αποκλεισμού είναι του Na (National Cancer Institute) και της EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) 25,26. Στην μελέτη του Na (0036) συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα ενός LHRH αναλόγου με ή χωρίς τη χορήγηση αντιανδρογόνου, ενώ στην αντίστοιχη της EORTC (30853) η χορήγηση LHRH αναλόγου με φλουταμίδα έναντι ορχεκτομής και placebo. Το συμπέρασμα από τις παραπάνω και από άλλες μελέτες είναι ότι ο πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός αυξάνει τη συνολική επιβίωση κατά 8-10 μήνες και καθυστερεί την εξέλιξη της νόσου κατά 6-24 μήνες, σε ασθενείς με καλή γενική κατάσταση, μειωμένα επίπεδα PSA και αλκαλικής φωσφατάσης και μικρό καρκινικό φορτίο στα οστά.

Ένα επιπλέον ερώτημα που προκύπτει είναι το εξής: Ο φαρμακευτικός και ο χειρουργικός ευνουχισμός παρέχουν ισοδύναμα αποτελέσματα;

Το 1997 ο Grawford 27 σε πειραματικές μελέτες έδειξε ότι ο συνδυασμός LHRH αναλόγου και φλουταμίδης μπορεί να έχει συνεργική δράση έναντι στην αύξηση των καρκινικών κυττάρων. Συνεπώς, από αυτό το πρόδρομο συμπέρασμα είναι δυνατόν να εξηγηθεί ότι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ορχεκτομή δεν βελτιώνεται η επιβίωσή τους από την προσθήκη ενός αντιανδρογόνου, ενώ αυτοί που λαμβάνουν LHRH ανάλογο και αντιανδρογόνο βελτιώνεται το προσδόκιμο επιβίωσής τους.

Εάν και ο πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός θεωρείται το "χρυσό πρότυπο" (gold standard) για τη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του προστάτη, εν τούτοις, η μετανάλυση των αποτελεσμάτων πολλών μελετών δεν αναδεικνύει στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική επιβίωση των ασθενών με ολικό έναντι του μερικού ανδρογονικού αποκλεισμού.

Κατά την τελευταία δεκαετία εφαρμόζονται θεραπευτικά πρωτόκολλα που αποσκοπούν εκτός από την αύξηση της επιβίωσης των ασθενών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Σε αυτά τα σχήματα περιλαμβάνεται η χορήγηση αντιανδρογόνων ως μονοθεραπεία. Σε πρόσφατες τυχαίοποιημένες μελέτες φαίνεται ότι η χορήγηση bicalutamide (Casodex) 150mg ως μονοθεραπεία έχει παρόμοια αποτελέσματα με την ορχεκτομή σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του προστάτη (στάδιο T3/T4 π.χ M0), ενώ σε ασθενείς με μεταστατική νόσο (στάδιο T3/T4 π.χ M1) η ορχεκτομή υπερέχει του αντίστοιχου μη στεροειδούς αντιανδρογόνου σε σχέση με την επιβίωση 29,30. Πάντως, ο ουρολόγος πρέπει να έχει υπόψη του ότι η μονοθεραπεία με αντιανδρογόνα στο καρκίνο του προστάτη ενδείκνυται κάτω από προϋποθέσεις στην τοπικά προχωρημένη νόσο.

Πρόσφατα, μια καινούργια θεραπευτική προσέγγιση, οι LHRH ανταγωνιστές, άρχισε να εφαρμόζεται στην κλινική πράξη για την αντιμετώπιση του μεταστατικού προστατικού καρκίνου. Οι LHRH ανταγωνιστές (Abarelix) προκαλούν άμεση αναστολή της έκκρισης της LH, FSH και των στεροειδών ορμονών. Με την έναρξη της χορήγησης αυτών των σκευασμάτων σε ασθενείς με προστατικό καρκίνο αποφεύγεται η εμφάνιση του flare- up φαινομένου και σημειώνεται ταχύτερη μείωση των επιπέδων του PSA συγκριτικά με τα LHRH ανάλογα. Ωστόσο, χρειάζεται περισσότερη έρευνα με μεγάλες τυχαίοποιημένες μελέτες για να καθιερωθούν ως μια εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση στο μεταστατικό καρκίνο του προστάτη.

Σήμερα, ο ανδρογονικός αποκλεισμός αποτελεί την πιο αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση στο μεταστατικό καρκίνο του προστάτη και η εφαρμογή του πρέπει να αρχίζει άμεσα και όχι να καθυστερεί. Εν τούτοις, η πλειοψηφία των ασθενών θα καταλήξουν από τον προστατικό καρκίνο με ορμονοάντοχη νόσο παρά την προσθήκη ενός αντιανδρογόνου στον πλήρη ανδρογονικό αποκλεισμό. Τα αντιανδρογόνα πρέπει να χορηγούνται για την πρόληψη του flare-up φαινομένου κατά την έναρξη της θεραπείας με LHRH ανάλογα, μέχρι της πιθανής εφαρμογής των LHRH ανταγωνιστών. Ίσως μελλοντικά, η πλήρης κατανόηση της μοριακής βιολογίας του καρκίνου του προστάτη βοηθήσει στο σχεδιασμό νέων θεραπειών (ανοσοθεραπεία, εμβόλια).[22]

Πρώιμη ή καθυστερημένη ορμονική θεραπεία;

Υπάρχει μεγάλη διαφωνία ως προς το χρόνο έναρξης της θεραπείας ενός προχωρημένου καρκίνου του προστάτη. Επιγραμματικά μπορεί να αναφερθούν τα ακόλουθα:

- α Σε άτομα ηλικίας μικρότερης των 70 ετών με προχωρημένο καρκίνο του προστάτη γίνεται άμεση έναρξη της; θεραπείας ανεξάρτητα με την ύπαρξη συμπτωμάτων.
- α Σε άτομα μεγαλύτερα των 70 ετών, η θεραπεία αρχίζει με την έναρξη των συμπτωμάτων.

Αντιμετώπιση των επιπλοκών του μεταστατικού καρκίνου του προστάτη

Καρκινικός πόνος. Οι πιο συνήθεις θέσεις του πόνου στον καρκίνο του προστάτη είναι τα οστά και το περίνεο. Ήπιοι πόνοι αντιμετωπίζονται με παρακεταμόλη του 1 gr κάθε 4 ώρες. Η επόμενη επιλογή είναι η χορήγηση ελαφρού οπιοειδούς, όπως η κωδεΐνη ή η εφαρμογή χαμηλής δόσης ενός δυνατού οπιοειδούς. Όταν το πρόβλημα είναι πιο έντονο επιβάλλεται η χορήγηση μορφίνης σε δόση 30 mg (δισκία θεικής μορφίνης) δύο φορές ημερησίως. Αρκετές φορές είναι απαραίτητη η σύγχρονη χορήγηση αγχολυτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων.

Ο οστικός πόνος εμφανίζεται ακόμη και όταν οι μεταστάσεις είναι πολύ μικρές. Σε αυτή την περίπτωση η εφαρμογή μη στεροειδικών αντιφλεγμονωδών, τα οποία αναστέλλουν τη σύνθεση προσταγλανδινών από αραχιδονικό οξύ, προσφέρει σημαντική ανακούφιση. Η επέκταση των οστικών μεταστάσεων μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε παθολογικά κατάγματα ή σε πίεση του μυελού και

νευρολογικά σημεία. Η αντιμετώπιση του έντονου οστικού πόνου γίνεται είτε με εξωτερική ακτινοθεραπεία, είτε με χορήγηση ραδιενεργών στοιχείων, όπως το Strontium-89, το οποίο μιμείται τη συμπεριφορά του ασβεστίου και προνομακά απορροφάται από τα οστά.

Παθολογικά κατάγματα. Αντιμετωπίζονται συντηρητικά με εξωτερική ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία, αν δεν έχει εφαρμοσθεί. μερικές φορές επιβάλλεται η εσωτερική ήλωση του κατάγματος για τη γρήγορη κινητοποίηση του ασθενούς.

Πίεση του νωτιαίου μυελού. Όταν τα συμπτώματα είναι ήπια, μπορεί να αντιμετωπισθεί με τοπική ακτινοθεραπεία, αν όμως είναι οξεία, επιβάλλεται νευροχειρουργική επέμβαση.

Ανορεξία και καταβολή. Η χορήγηση πρεδνιζολόνης 15-30 mg ημερησίως, μπορεί να βοηθησει. Αν συνυπάρχει αναιμία εφαρμόζονται μεταγγίσεις.

Αντιμετώπιση του ορμονοάντοχου μεταστατικού καρκίνου του προστάτη

Δυστυχώς σχεδόν όλοι οι καρκίνοι του προστάτη μετά από μια περίοδο απάντησης στον πλήρη ανδρογονικό αποκλεισμό αρχίζουν να αναπτύσσονται εκ νέου. Ενδεικτικό της ανάπτυξης ορμονοάντοχου καρκίνου είναι η αύξηση των τιμών του PSA. Αν και έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες σαν θεραπεία δεύτερης γραμμής, όπως η εστραμουστίνη, η μιτομυκίνη C, η επιρουμυκίνη, η λιανοζόλη και ο αναστολέας των αυξητικών παραγόντων σπιραμίνη, τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά. Η χορήγηση πρεδνιζολόνης σε υψηλές δόσεις μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την ανακούφιση των συμπτωμάτων, χωρίς όμως να έχει διευκρινισθεί ο τρόπος δράσης της.

Το πιο έντονο πρόβλημα των ορμονοάντοχων καρκίνων είναι οι οστικοί πόνοι, η αντιμετώπιση των οποίων, όπως πιο πάνω αναφέρεται, γίνεται με εξωτερική ακτινοθεραπεία ή με ενδοφλέβια χορήγηση Strontium-89.

Παρόλες τις προσπάθειες όμως, οι ασθενείς με ορμονοάντοχο καρκίνο επιδεινώνονται συνεχώς και πεθαίνουν σε λίγους μήνες από την έναρξη της υποτροπής της νόσου.

4.5. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ;

Αν και η πρώτη εκτίμηση των στατιστικών δεδομένων που αφορούν τον καρκίνο του προστάτη δημιουργεί έντονη απαισιοδοξία, υπάρχουν αρκετοί λόγοι να λεχθεί ότι υπάρχουν καλύτερες προοπτικές:

- α Διάθεση περισσότερων οικονομικών πόρων για έρευνα.
- α Ανακάλυψη νέων βελτιωμένων καρκινικών δεικτών.
- α Καλύτερη σταδιοποίηση.
- α Ταυτοποίηση μικρομεταστάσεων με την τεχνολογία της αντίδρασης της αλυσίδας της πολυμεράσης
- α Προοπτικές για καλύτερη θεραπεία. Βελτιωμένες χειρουργικές τεχνικές περιορίζουν τα ποσοστά ανικανότητας και ακράτειας ούρων. Νέες μέθοδοι ακτινοθεραπείας όπως η θεραπεία με ταχυ-νετρόνια, βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα και μειώνουν τις επιπλοκές της ακτινοβολίας. Η εφαρμογή νέων αντιανδρογόνων βρίσκεται υπό διερεύνηση, με σκοπό την καλύτερη αποτελεσματικότητα και τη μείωση των παρενεργειών.
- α Προοπτικές για γονιδιακή θεραπεία. Υπάρχει και το ενδεχόμενο ανακάλυψης εμβολίου για τον καρκίνο του προστάτη.
- α Εφαρμογή προληπτικών μέτρων. Η χορήγηση βιταμίνης Α (ρετινόλης) και των φυσικών αναλόγων της (ρετινοειδή), της φιναστερίδης και της βιταμίνης D βρίσκεται υπό διερεύνηση για να καθορισθεί αν αναστέλλει την εμφάνιση καρκίνου του προστάτη.[5]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

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

Οι συγγραφείς του βιβλίου Cancer Care Nursing, Donova και Pierce περιγράφουν στην παράγραφο που ακολουθεί τα προσόντα, που πρέπει να έχει η νοσηλεύτρια για να νοσηλεύσει τον άρρωστο με καρκίνο.

«Η νοσηλεύτρια(-τής) που εργάζεται με τον άρρωστο που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτό χρειάζεται: (1) γνώσεις, (2) φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική, (3) ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και (4) βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά της). Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου του θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ο, τι είναι, με ο, τι γνωρίζει και με ο, τι έχει τη δύναμη να κάνει".

Η ικανότητα του καρκινοπαθή να αντιμετωπίσει την κατάστασή του επηρεάζεται από παράγοντες όπως: η ηλικία, το πολιτιστικό του επίπεδο, η βοήθεια και υποβάσταξη που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και η πείρα από αρρώστια στο παρελθόν. Τα προβλήματα του αρρώστου είναι ανάλογα με το στάδιο της αρρώστιας και το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται.

Στη συνέχεια δίνονται γενικές νοσηλευτικές οδηγίες, αναπτύσσεται πως βοηθείται ο άρρωστος με καρκίνο να αντιμετωπίσει τα ειδικά προβλήματα που παρουσιάζει, αναφέρονται τα ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο και η αποκατάστασή του.[26]

5.2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ο κάθε άρρωστος έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επίβλεψης ανάλογα με την κατάστασή του.

Όλοι οι άρρωστοι με καρκίνο, εκτός από μερικές ομάδες με ειδικά προβλήματα και ανάγκες για ειδική νοσηλευτική φροντίδα, έχουν ανάγκη από τη συνηθισμένη γενική νοσηλευτική φροντίδα με περισσότερη όμως έμφαση στα εξής:

- § Ο ασθενής διαισθάνεται τη στάση της νοσηλεύτριας(-τή). Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια(-τής) έχει θετική στάση στην αρρώστια του είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στην εργασία της με τον άρρωστο. Γι' αυτό,
- § Δείξτε κατανόηση στον άρρωστο και παρουσιάστε την ευχάριστη όψη της ζωής. Αυτό του δίνει ελπίδα.
- § Διατηρήστε την αξιοπρέπεια και την υπόληψη του αρρώστου. Ίσως σε καμιά άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου, όπως υπάρχει στον καρκίνο. Πολλοί άρρωστοι που γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο, λένε ότι δε φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή τη δυσμορφία ή άλλη ειδική άποψη της ασθένειας, όσο φοβούνται μη χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου.
- § Προσπαθήστε να βοηθήσετε τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.
- § Φροντίστε να μην εκτίθεται ο άρρωστός σας κατά τις νοσηλείες.
- § Προσέξτε πολύ την καθαριότητα, τη συμμετοχή του στον προγραμματισμό της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός γι' αυτό. Τα παραπάνω είναι μέτρα που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του παρά την προσβολή της αρρώστιας.
- § Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας.
- § Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του.
- § Βοηθήστε στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλό και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του (όταν αυτό αποτελεί πραγματικότητα).

§ Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, εφόσον αυτό επιτρέπεται

§ Ενισχύστε τη συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι

§ Ενισχύστε την καλή διατροφή του αρρώστου. Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών του.

§ Χρησιμοποιήστε τα κατάλληλα νοσηλευτικό μέτρα και μέσα για την πρόληψη επιπλοκών όπως πνευμονίας, κατακλίσεων, υποσιτισμού.

§ Πάρτε κάθε μέτρο για τη διατήρηση καλής ατομικής καθαριότητας του

§ αρρώστου.

§ Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας μη παραλείπετε, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, την εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματα του.

§ Ενισχύστε το γρηγορότερο δυνατό την αποκατάσταση του αρρώστου, εφόσον η αναπηρία είναι προϊόν της νόσου.

§ Ακόμη μην παραλείψετε να διδάξετε, όποιον και αν έλθει σε επαφή μαζί σας, για τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.

§ Πριν αναχωρήσει ο άρρωστος από το νοσοκομείο, διδάξετε του τον τρόπο αυτοφροντίδας, όπως στην κολοστομία, τραχειοτομή κ.λ.π. Για τέλεια αποκατάσταση, οι άρρωστοι πρέπει να αισθάνονται πως τίποτε δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής τους και ότι μπορούν να συμμετέχουν σ' αυτήν.

§ Στη φροντίδα του καρκινοπαθή οι επιδιώξεις είναι ο περιορισμός της νόσου και η βοήθεια του αρρώστου να ξαναγυρίσει κατά το δυνατό στη φυσιολογική ζωή.

Για κάλυψη των αναγκών του αρρώστου, κάτω την περίοδο αναζήτησης της νόσου, διαγνώσεως και θεραπείας, προσοχή θα πρέπει να δοθεί,

1. Στις ανάγκες του αρρώστου ως ατόμου,
2. Στις ανάγκες της αρρώστιας,
3. Στις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται,
4. Στις ανάγκες του αρρώστου από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική του κατάσταση.

Η ευθύνη μας, ως νοσηλευτριών(-τών) στη φροντίδα καταδικασμένου σε θάνατο αρρώστου, περιλαμβάνει κάλυψη όσο το δυνατό περισσότερων φιζικών και ψυχολογικών αναγκών του. Η ενθάρρυνση και η μετάγχιση ελπίδας θα

περιορίσουν την απαισιοδοξία και απογοήτευση του αρρώστου.[27]

5.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Αλλαγή στην εμφάνιση (αλλαγή της εικόνας, που έχει ο άρρωστος για το ίδιο του το σώμα). Η αλλαγή στη σωματική ακεραιότητα και εμφάνιση του αρρώστου με καρκίνο είναι συχνό πρόβλημα, που απαιτεί τη σωστή αντιμετώπιση. Ακρωτηριασμοί μελών, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, αλωπεκία, καχεξία, κακοσμία κ.ά. διαφοροποιούν την εμφάνιση του αρρώστου, δημιουργούν αναπηρίες και επηρεάζουν την ιδέα που έχει για την εικόνα του εαυτού του. Οι νοσηλεύτριες(-τές) συχνά πρώτες θα έλθουν σε επαφή με τον άρρωστο, που προσπαθεί να αποδεχτεί και να μάθει να ζει με τις μεταβολές που έχουν παρουσιασθεί στο σώμα του. Αυτές πολύ συχνά, δίνουν πρώτες πληροφορίες στον άρρωστο για τις αλλαγές που έχουν γίνει στο σώμα του και τον εκπαιδεύουν στους νέους τρόπους ζωής και τεχνικές αυτοφροντίδας. Συνήθως σ' αυτή τη φάση ο άρρωστος αρχίζει να συνειδητοποιεί τις αλλαγές στο σώμα του σαν μια πραγματικότητα. Οι άρρωστοι που αισθάνονται την οικογένειά τους και τους φίλους τους, να βλέπουν αλλά και να αποδέχονται το πρόβλημά τους με ειλικρινή αγάπη και ενδιαφέρον, μπορούν πολύ πιο εύκολα να το αποδεχθούν και να συμβιβασθούν με αυτό. Η διαδικασία της αποδοχής της νέας εμφάνισης και της διαταραχής της σωματικής ακεραιότητας του αρρώστου παίρνει αρκετό χρόνο τόσο για τον άρρωστο, όσο και για την οικογένεια και τους γνωστούς του. Στη διατήρηση καλής ιδέας του ίδιου του αρρώστου για τη σωματική του εμφάνιση αλλά και των άλλων γι' αυτόν, βοηθούν πολύ η καλή ατομική καθαριότητα, τα καθαρά και ωραία ρούχα, η χρησιμοποίηση προσθέσεων και η δραστηριοποίησή του.

Διατροφή: Η καλή διατροφή του αρρώστου με καρκίνο αποτελεί πολλές φορές νοσηλευτικό πρόβλημα και συγχρόνως ευθύνη της νοσηλεύτριας(-τή), επειδή από την μια οι ανάγκες για καλή θρέψη του καρκινοπαθή είναι μεγαλύτερες, από την άλλη η περιορισμένη διάθεση για φαγητό (ανορεξία) αποτελεί σύμπτωμα της αρρώστιας. Η αποσττροφή στην τροφή και μάλιστα σε ορισμένα είδη και η ανορεξία ποικίλλουν από άρρωστο σε άρρωστο. Πάρα πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την καλή διατροφή του αρρώστου. Η νοσηλεύτρια πρέπει να

ανακαλύπτει αυτούς τους παράγοντες και να τους αντιμετωπίζει ανάλογα, επειδή αυτή έχει την ολοκληρωτική (ευθύνη της καλής διατροφής του αρρώστου.

Η χορήγηση της απαραίτητης τροφής, ιδίως μετά από ειδικές εγχειρήσεις, όπως προσώπου, στοματικής κοιλότητας, τραχείας, οισοφάγου, στομάχου και γενικά του πεπτικού σωλήνα, συναντά πολλές δυσκολίες. Όμως οι περισσότεροι απ' αυτούς τους αρρώστους δε χάνουν τη διάθεση του φαγητού και πρέπει η νοσηλεύτρια να την ικανοποιεί, όπως και τις άλλες ανάγκες του οργανισμού.

Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών του οργανισμού του αρρώστου σε θερμίδες και αυτών που του προσφέρονται και αποτελεί προειδοποιητικό σημείο για βελτίωση της διατροφής του.[28]

Νέκρωση - Εξέλκωση: Καθώς αυξάνεται το μέγεθος του όγκου, μπορεί να διαταραχτεί η αιμάτωσή του με τη συμπίεση των αγγείων που τον αιματώνουν, με αποτέλεσμα τη διακοπή της θρέψης και τη νέκρωση του όγκου. Η νέκρωση συνήθως γίνεται στο κέντρο της διόγκωσης, μπορεί να φθάσει και στο δέρμα και τότε δημιουργείται εξέλκωση ή διανοίγεται σε κοιλότητα ή κοίλο όργανο (έντερο). Η νέκρωση συνοδεύεται συνήθως από γενική κακουχία και πυρετό. Τα γενικό αυτό φαινόμενα γίνονται περισσότερο έντονα, όσο μεγαλύτερη έκταση έχει ο ιστός που νεκρώνεται. Κίνδυνος της νέκρωσης, και εξέλκωσης είναι η μόλυνση γι' αυτό προστατεύονται από εστίες μόλυνσης με τα γνωστά μέτρα.

Κακοσμία: Όταν η ιστική αλλοίωση παραμένει ανοικτή, η κακοσμία είναι αναπόφευκτη και το πιο σπουδαίο μέτρο για τη μείωσή της είναι η τήρηση καθαρής της τραυματικής χώρας. Η κακοσμία είναι αποτέλεσμα των νεκρωμένων ιστών και της μόλυνσεως των εξελκώσεων. Το είδος του υγρού, που θα χρησιμοποιηθεί για την πλύση του τραύματος, θα εξαρτηθεί από την κατάσταση της τραυματικής χώρας. Η γύρω από το τραύμα περιοχή επιβάλλεται να σαπουνίζεται και να διατηρείται καθαρή. Η επίδεση του τραύματος αλλάζεται κάθε φορά που είναι λερωμένη.

Ο αερισμός του θαλάμου, χωρίς να κινδυνεύει ο άρρωστος από το κρύο, βοηθά στη μείωση ή και εξάλειψη της κακοσμίας.

Η χρήση αποσμητικών ουσιών για τη μείωση της κακοσμίας του θαλάμου είναι συμπληρωματικό μέτρο και δεν αντικαθιστά την καθαριότητα του τραύματος.

Δευτεροπαθής λοίμωξη: Τόσο η νέκρωση, όσο και η εξέλκωση του όγκου εκτίθενται σε μολύνσεις. Σημεία δηλωτικό της λοιμώξεως είναι κακουχία,

πυρετός, άφθονες και δύσοσμες εκκρίσεις.

Η βασική φροντίδα για τον περιορισμό της μόλυνσης περιλαμβάνει τον καθαρισμό της μολυσμένης εξελκώσεως του όγκου με χλιαρό νερό και ήπια αντισηπτικό διαλύματα. Όταν εμφανιστεί λοίμωξη, χρησιμοποιούμε αντιμικροβιακό φάρμακα εσωτερικά και με τοπική εφαρμογή για τη γρηγορότερη υποχώρησή της.

Η εξέλκωση και μάλιστα η μολυσμένη δεν επιτρέπει την ακτινοθεραπεία. Πρέπει να έχουμε υπόψη ότι η πρόληψη της λοίμωξης είναι ευκολότερη και πιο αποτελεσματική από τη θεραπεία της. Επιβάλλεται, λοιπόν, η φροντίδα των όγκων, που έχουν εξέλκωση, με προσοχή και επιμέλεια για την αποτροπή λοιμώξεως, όσο αυτό είναι δυνατό.

Αιμορραγία: Είναι δυνατό να αιμορραγήσουν οι νεοπλασματικές νεκρώσεις και εξελκώσεις. Η αιτιολογία, η προφύλαξη και η θεραπεία τους είναι οι ίδιες με τις άλλες αιμορραγίες. Οι αιμορραγίες μετά από ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζονται δυσκολότερα.[29]

Πόνος: Ο πόνος, ενώ δεν συνοδεύει πάντοτε τον καρκίνο, αποτελεί το σύμπτωμα που ιδιαίτερα φοβίζει τον άρρωστο. Κι αυτό επειδή πολλοί λανθασμένα πιστεύουν ότι ο πόνος αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρκίνου.

Ο πόνος στον καρκίνο συνήθως είναι αποτέλεσμα πίεσης αισθητικών απολήξεων των νεύρων, πίεσης οργάνων, εξέλκωσης ή μόλυνσης του όγκου. Ο ίδιος ο όγκος δεν πονεί. Ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί κάτω την πορεία της αρρώστιας ή με την εφαρμογή χειρουργικής επέμβασης ή θεραπείας με ακτινοβολία και αποτελεί πρόιμο αλλά και όψιμο σύμπτωμα της αρρώστιας. Γενικό εμφανίζεται σε προχωρημένα σταδία, γι' αυτό και ο άρρωστος δεν καταφεύγει έγκαιρα στο γιατρό.

Τα χαρακτηριστικά του πόνου του καρκίνου είναι τα εξής: (1) συνεχής και μπορεί να περιοριστεί (στην περίπτωση που προκαλείται από πίεση αισθητικών νεύρων), όταν μειωθεί το μέγεθος του όγκου μετά από θεραπεία, (2) χρόνιος, δηλαδή μεγάλης χρονικής διάρκειας, (3) μπορεί να έχει μεγάλη ένταση, όπως σε καρκίνο των οστών, αλλά και μικρή.

Ο βαθμός που ο άρρωστος μπορεί να ανεχθεί τον πόνο επηρεάζεται από: (1) την έννοια που έχει ο πόνος στον άρρωστο, (2) τα ήθη, έθιμα και το πολιτιστικό επίπεδο του αρρώστου, (3) την πείρα πόνου που είχε ο άρρωστος στο παρελθόν,

(4) το άγχος - το μεγάλο άγχος δεν δίνει περιθώρια ανοχής του πόνου - και (5) τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

Η πρωταρχική θεραπεία του πόνου, που προκαλεί ο καρκίνος, είναι η αφαίρεση, η καταστροφή, ή η μείωση του μεγέθους του όγκου. Και όταν η θεραπεία (αντιμετώπιση) του πόνου είναι αδύνατον να γίνει, με τον περιορισμό της εντάσεώς του βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής του αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια(-τής) έχει πολύ πιο μεγάλη ευθύνη στην πρόσφορο βοήθειας στον άρρωστο για τον περιορισμό του πόνου από την απλή χορήγηση φαρμάκων. Ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να γίνει με πλησίασμα του αρρώστου γεμάτο σκέψη και συνέπεια. Ο τρόπος που η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει τον πόνο του αρρώστου επηρεάζει την ένταση (stress) και το άγχος του. Ο πόνος γίνεται αφόρητος όταν η κατανόηση και το προσωπικό ενδιαφέρον δεν εκδηλώνονται και νομίζει ότι τον παραμελούν όλοι

Υπάρχουν πολλά ενοχλήματα, εκτός από τον πόνο που κουράζουν τον άρρωστο και τον κάνουν ευαίσθητο στον πόνο. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια(-τής)

πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση του αρρώστου από όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων του.

Στη συνέχεια αναφέρονται μερικές οδηγίες, που μπορούν να κατευθύνουν τη νοσηλεύτρια στην προσπάθεια της να περιορίσει τον πόνο του αρρώστου.

- α Μειώστε τους παράγοντες στο περιβάλλον που δημιουργούν στον άρρωστο ένταση (stress).
- α Προλάβετε τις δυσάρεστες επιπτώσεις της ακινησίας και της παραμονής στο κρεβάτι (κατακλίσεις, λοιμώξεις ουροποιητικού συστήματος, δυσκοιλιότητα, συσπάσεις μυών).
- α Προλάβετε τις καταθλιπτικές επιπτώσεις της στέρησης των αισθητικών ερεθισμάτων, που έχουν σχέση με την ακινησία, την προστατευτική απομόνωση ή την απομόνωση για την ακτινοβολία που εκπέμπει.
- α Βοηθήστε τον άρρωστο να διατηρείται πολύ καθαρός και να ελέγχει την κακοσμία.
- α Χρησιμοποιήστε διακριτική προσέγγιση και ήπιο τόνο φωνής στην επαφή σας με τον άρρωστο.
- α . Πλησιάζετε τον άρρωστο πάντοτε με στοργή και εκδηλώνετε το ενδιαφέρον σας.

- α Διδάξτε τον άρρωστο πως να αποφεύγει τραύμα και μόλυνση, παράγοντες που αυξάνουν τον πόνο και περιορίζουν το βαθμό της ανεκτικότητάς του σ' αυτόν.
- α Διερευνήστε αν, εκτός από το φυσικό πόνο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί, που συμβάλλουν στη γέννηση ή την επιδείνωση ή τη μείωσή του.
- α Τοποθετήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.
- α Διερευνήστε αν η έλλειψη του ύπνου, υπερβολική κόπωση κ.ά., μπορούν να είναι αίτια, που γεννούν τον πόνο ή τον επιδεινώνουν.
- α Διερευνήστε κατά πόσο ο πόνος είναι εντονότερος τη νύκτα. Σε τέτοια περίπτωση δίνονται, μετά από συνεννόηση με το γιατρό, κατευναστικά φάρμακα ή υπνωτικά.
- α Ζητήστε από τον άρρωστο να εντοπίσει και περιγράψει τον πόνο.
- α Ο τρόπος που η νοσηλεύτρια(-τής) αντιμετωπίζει τον πόνο του αρρώστου επηρεάζει το επίπεδο της εντάσεως και του άγχους του.

Αν χρειάζονται φάρμακα για την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο, πρέπει να καθορίζονται από το γιατρό. Στην επιλογή ενός ή και περισσότερων φαρμάκων έχουμε υπόψη τα εξής:

- § Τα χαρακτηριστικά του πόνου,
- § Αν ο πόνος δημιουργεί ανησυχία και άγχος στον άρρωστο,
- § Ποιο είναι το προσδόκιμο επιβίωσης του αρρώστου,
- § Αν μπορεί κάτι να γίνει με το αίτιο που προκαλεί τον πόνο. Αν μπορεί να απομακρυνθεί ή όχι,
- § Αν ο εθισμός στο φάρμακο μπορεί να προκαλέσει πρόβλημα. Για αρρώστους που ο χρόνος επιβίωσης προβλέπεται να είναι μικρός, ο περιορισμός των ναρκωτικών φαρμάκων, για τον κίνδυνο του εθισμού, είναι εγκληματικός.

Οι δραστηριότητες και οι απασχολήσεις του αρρώστου, κατά τη μέρα, είναι πολύ περισσότερες από τη νύχτα, γι' αυτό συνιστάται η μείωση των αναλγητικών φαρμάκων τη μέρα και η αύξησή τους τη νύχτα.

Αν και υπάρχουν πολλά άλλα μέσα για τον έλεγχο του πόνου, εκτός από τα φάρμακα, τα τελευταία αυτά δεν παύουν να παίζουν σπουδαίο ρόλο στον έλεγχό του.

Κατά τη χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων, η νοσηλεύτρια(-τής) δεν πρέπει να ξεχνά ότι σε ένα βαθμό τα φάρμακα ανακουφίζουν αν ο άρρωστος

πιστεύει πως τον ωφελούν.

Μερικές φορές η νοσηλεύτρια(- τής) προσπαθεί να προστατεύσει τον άρρωστο από τον κίνδυνο του εθισμού και αραιώνει το διάστημα μεταξύ των δυο χορηγήσεων του φαρμάκου. Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας πρωτοβουλίας της είναι το φάρμακο να μη επιδράσει αποτελεσματικά όταν ο πόνος είναι δυνατός και ο άρρωστος να πάψει να πιστεύει ότι είναι αποτελεσματικό το φάρμακο.

Προβλήματα που εμφανίζονται στον άρρωστο από τη χρήση των φαρμάκων που αναστέλλουν τον πόνο πρέπει να συζητούνται έγκαιρα με το γιατρό, πριν να κάνουμε κάποια αλλαγή.

Έχει ιδιαίτερη σημασία να θυμόμαστε πως: υπάρχουν πολλά φάρμακα που ελέγχουν μερικώς τον πόνο του αρρώστου. Με τη νοσηλευτική όμως αξιολόγηση του αρρώστου και τη χρησιμοποίηση όλων των κατάλληλων μέσων προσέγγισης και βοήθειάς του είναι δυνατόν να πετύχουμε ώστε οι άρρωστοι με καρκίνο να μη έχουν ανυπόφορο πόνο.[30]

5.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη, λοιπόν, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του 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 κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

Η οικογένεια, οι φίλοι του και δυστυχώς συχνά μορφωμένοι άνθρωποι, μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές, κι αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαισθάνονται οι άρρωστοι και διέρχονται στάδια αβεβαιότητας.

Αλλά, γιατί τόσος φόβος για τον καρκίνο; Η διάγνωση ενός μεγάλου εμφράγματος μυοκαρδίου δεν είναι περισσότερο ελπιδοφόρα από τον καρκίνο, κι όμως ενώ αισιοδοξούμε για το έμφραγμα, απελπιζόμαστε για τον καρκίνο,

Είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την αρρώστια' η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματά μας απέναντί της και τότε θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμη, θα επιτύχουμε να β0ηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαθύνουμε στον πόνο του, αλλά να τον κατανοήσουμε και να τον συμπαθήσουμε, χωρίς παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τον άρρωστο και τον κόσμο του.

Συμβαίνει όμως να αρνούμαστε να ακούσουμε τον άρρωστο να περιγράφει τους φόβους του ή ακόμη συμβαίνει να του διηγούμαστε μια αστεία ιστορία, τη στιγμή που εκείνος βρίσκεται σε αγωνία. Είναι γνωστό ότι άθελά μας απορρίπτουμε ό,τι δεν μπορούμε να χειρισθούμε με επιτυχία. Αλλά αυτός είναι λανθασμένος τρόπος αντιμετώπισης. Απλές, σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινίσεις παρανοήσεων, σταθερό ενδιαφέρον ελαττώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες.

Ακόμη όταν προσεκτικά αποφεύγουμε να πούμε τη λέξη «καρκίνος» στον άρρωστο που γνωρίζει την αρρώστια του, αυτό φανερώνει ότι φοβόμαστε αυτή την αρρώστια. Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε σε γιατρό «αν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστιά μου, φοβίζει και σοκάρει κι εμένα (άρρωστος). Αλλά εάν εσύ είσαι ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσας κατάστασης, είμαι κι εγώ».

Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτή. Η άρνηση της αρρώστιας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής πρόγνωσης. Προσοχή χρειάζεται στη συμπεριφορά αυτή του αρρώστου, επειδή μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή του από γιατρό.

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειας του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.ά. Εκδηλώνεται κατά την Ross (1969), με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά. Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως, με τον Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί και η φάση αυτή ονομάζεται φάση της κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθίσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει

μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση και να μη προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας. Τέλος, ο άρρωστος, μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Ο άρρωστος, στη φάση αυτή, έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσεως, αφής, ομιλίας κ.λ.π. και η δυσμορφία από την αρρώστια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής έντασης. Η νοσηλεύτρια(-τής) καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να τα αντιμετωπίσει, όπως ήδη έχει αναφερθεί.

Ακόμη ο φόβος του αρρώστου ότι η οικογένεια και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια(-τής) να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Αλλά πρέπει να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας του ο άρρωστος με καρκίνο;

Η ερώτηση αυτή για τους αρρώστους με καρκίνο έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμη γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά του, για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τις νοσηλεύτριες(-τές). Και εμείς τι θα απαντήσουμε; Θα του κρύψουμε την αλήθεια; Πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει τη διάγνωση της νόσου; Πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει τους ανθρώπινους υπολογισμούς για το χρόνο της ζωής του;

Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο συχνό εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα του, από τη φιλοσοφία του για τη ζωή, και τις απόψεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο. (Η μεγαλύτερη ανακούφιση μπορεί να είναι η θρησκευτική παρηγοριά).

Ακόμη όλες οι λέξεις δεν έχουν το ίδιο νόημα για κάθε άτομο. Αν ξέρουμε μια ορισμένη λέξη τι σημαίνει για ένα συγκεκριμένο άτομο, τότε μόνο μπορούμε να τη χρησιμοποιούμε. Οι εντυπώσεις, οι γνώσεις, οι παραστάσεις, οι ψυχολογικές και άλλες εμπειρίες του αρρώστου γύρω από τη λέξη «καρκίνος» θα ρυθμίσουν τη συμπεριφορά μας απέναντι στο ερώτημα, «Πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας;»

Το ερώτημα λοιπόν, αν θα πρέπει να ενημερώνεται ο άρρωστος για την αρρώστια του μπορεί να απαντηθεί με τρεις τρόπους: (1) Ποτέ δεν πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει πως πάσχει από καρκίνο, (2) Ποτέ δεν πρέπει ο άρρωστος να μη γνωρίζει πως πάσχει από καρκίνο και (3) εξατομικεύεται η ανάγκη της ενημέρωσης αλλά και του τρόπου της ενημέρωσης. του αρρώστου ότι πάσχει από καρκίνο.

Παρακάτω αναφέρονται οι δυσμενείς επιδράσεις, που μπορεί να έχουν στον άρρωστο όταν του γίνεται γνωστή η διάγνωση της αρρώστιας.

Η απόκρυψη της διάγνωσης της αρρώστιας ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος πολλές φορές πληροφορείται την αρρώστια του από άλλους αρρώστους, επισκέπτες και όχι σπάνια άτεχνα, από τον γιατρό ή τη νοσηλεύτρια(-τή). Η ενημέρωση του για την αρρώστια, με τον τρόπο αυτό, αποτελεί τραυματική εμπειρία, κλονίζει την πίστη και εμπιστοσύνη του στο γιατρό και τη νοσηλεύτρια.

Εφόσον ο άρρωστος αγνοεί την αρρώστια, φυσικό είναι να μην ακολουθεί τη θεραπεία, που πολλές φορές δεν έχει λογική σύνδεση με τη διάγνωση της καθώς και τις περιοδικές ιατρικές εξετάσεις του.

Αλλά αποτελεί ηθικό, ίσως και νομικό, πρόβλημα η απόκρυψη της διάγνωσης της αρρώστιας από τον καρκινοπαθή. Μεταξύ των δικαιωμάτων του αρρώστου είναι να γνωρίζει την αρρώστια του και να βοηθείται από την ομάδα υγείας να παίρνει τις σωστές αποδόσεις. Με την ενημέρωσή του περιορίζονται οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες, που έχει ο άρρωστος στα αρχικά στάδια της αρρώστιας, αποφεύγεται η διάψευση των ελπίδων χωρίς περιεχόμενο που καλλιεργούνται στον άρρωστο και η διασάλευση της εμπιστοσύνης του στο προσωπικό της ομάδας υγείας. Άλλωστε οι περισσότεροι υγιείς και άρρωστοι στις ΗΠΑ, που ρωτήθηκαν αν θα ήθελαν να γνωρίζουν την αρρώστια τους δήλωσαν ότι προτιμούν να είναι ενημερωμένοι για την αρρώστια τους (Δόσιος 1984).

Αλλά και η ενημέρωση του αρρώστου για την αρρώστια πολλές φορές προκαλεί σύγχυση, πανικό και μερικές φορές τον οδηγεί και στην αυτοκτονία.

Είναι γεγονός ότι η αυτοκτονία από τη διάγνωση της αρρώστιας δεν είναι συχνό φαινόμενο, όταν ο άρρωστος πάρει με συμπάθεια και κατανόηση τις απαραίτητες πληροφορίες, και του εξηγηθούν όλες οι απόψεις της αρρώστιας, που δεν είναι μόνο δυσάρεστες αλλά πολλές φορές και ελπιδοφόρες. Ο Στεφανής

(1981) υποστηρίζει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας του καρκινοπαθή έχει σαφώς υπερεκτιμηθεί και πως πρέπει να δεχθούμε ότι οι καρκινοπαθείς αυτοκτονούν τόσο συχνά, όσο και οι μη καρκινοπαθείς.

Γενικά, νομίζεται ότι αν η ενημέρωση του αρρώστου γίνει με πρόγραμμα, στο οποίο θα γίνεται προσπάθεια για διάλυση αβάσιμων φόβων, τοποθέτηση του καρκίνου μεταξύ πολλών ανεπιθύμητων ασθενειών, κινητοποίηση ψυχικών και φυσικών δυνάμεων του αρρώστου για αντιμετώπιση της αρρώστιας, θα βοηθήσει περισσότερους ανθρώπους και δεν θα βλάψει ίσως κανένα.

Είναι βέβαιο ότι υπάρχουν ορισμένοι άρρωστοι που αρνούνται τελείως την πάθησή τους και άλλοι, πολύ περισσότεροι, που δεν αρνούνται την πάθησή τους, αλλά δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντιμετωπίσουν όλη την αλήθεια, που σχετίζεται με αυτή (Δόσιος 1984). Σ' αυτούς τους αρρώστους η γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας, που σχετίζεται με την αρρώστια τους, όταν μάλιστα δεν τη ζητήσουν, πρέπει να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους.

Αναμφίβολα πρέπει να σημειωθεί ότι η κάθε περίπτωση του αρρώστου και στο θέμα αυτό πρέπει να εκτιμάται σαν ειδική περίπτωση και μ' αυτό το πνεύμα να αντιμετωπίζεται.

Δύο παράγοντες, κυρίως, είναι αποφασιστικοί στο αν ο άρρωστος θα πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο.

Πρώτος: Η ψυχική δύναμη και ψυχραιμία που διαθέτει ο άρρωστος. Για να αποφασιστεί αν θα του λεχθεί η ανεπιθύμητη διάγνωση της αρρώστιας, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια(-τής) πρέπει να εκτιμήσουν τη στάση του απέναντι στην αρρώστια, τι περιμένει από την ιατρική περίθαλψη, το φόβο που τρέφει για τον καρκίνο και το θάνατο.

Η συγκέντρωση πληροφοριών, κατά τις απόψεις των ψυχιάτρων, θα βοηθήσει στην απόφαση της ενημέρωσης ή όχι του αρρώστου για τη διάγνωση της αρρώστιας.

Οι πληροφορίες περιλαμβάνουν:

1. Εκτίμηση της δυνατότητας του αρρώστου να συνηθίσει και να δεχθεί τον ακρωτηριασμό ενός μέλους.
2. Προσοχή σε γεγονότα της προηγούμενης ζωής του αρρώστου και μάλιστα σε όσα προκάλεσαν' την ψυχική ένταση.
3. Ο ρόλος του αρρώστου στην οικογένεια.

4. Προηγούμενη προσαρμογή στις δυσκολίες της ζωής και την αρρώστια. Τέλος, η άρνηση του αρρώστου να χειρουργηθεί ή να υποβληθεί σε θεραπεία επιβάλλει ορισμένες φορές να πληροφορηθεί τη σοβαρότητα της αρρώστιας.

Δεύτερος: Τα αισθήματα του γιατρού, της νοσηλεύτριας(-τή) και των μελών της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια, που κάθε στιγμή πρέπει να εκτιμώνται. Δυστυχώς (έχει συμβεί) ο γιατρός να ανακοινώσει τη διάγνωση στον άρρωστο - ενώ ο ίδιος είναι γεμάτος αρνητικά συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια - από φόβο μήπως κάποιος άλλος συνάδελφος ανακοινώσει την αλήθεια και έτσι χάσει τη φήμη του ως καλού γιατρού. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δεν μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει την αρρώστια του και γι αυτό η ενημέρωσή του για την αρρώστια σίγουρα είναι καταστρεπτική.

Τα συναισθήματά μας και ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους και απώθησης είναι μεταδοτικά. Ακόμη και η μεγάλη επιφυλακτικότητα στη χρήση της λέξεως "καρκίνος" αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τα αρνητικά μας συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια. Επιτακτική, λοιπόν, είναι η ανάγκη το προσωπικό, που έχει αναλάβει τη φροντίδα και θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκινοπαθή, να αποφεύγει συμπεριφορά που να κρύβει φόβο, τρόμο, απελπισία, λύπη και τα παρόμοια. Πρέπει με τη συμπεριφορά του να δείχνει ότι νοσηλεύει άρρωστο που δεν έχει διαφορετική αρρώστια σε σχέση με άλλα σοβαρά νοσήματα που έχουν άλλοι άρρωστοι. Αλλά δυστυχώς, σε πολλούς αρρώστους η συμπεριφορά του αρμόδιου προσωπικού είναι η ακτινοβολία των αισθημάτων τους απέναντι στον καρκίνο, που όχι σπάνια αφήνουν στον άρρωστο νοήματα όπως: "έχεις καρκίνο, η πρόγνωση είναι κακή και χωρίς ελπίδα. Εφόσον δεν έχω κάτι να αλλάξω στην προοπτική της αρρώστιας σου σε παρακαλώ να μη με ενοχλείς. Δεν μου αρέσει να ασχολούμαι με περιπτώσεις που δεν θεραπεύονται, επειδή με κάνεις να αισθάνομαι ανεπαρκής, γι αυτό σε παρακαλώ μη με ενοχλείς» κ.τ.λ.

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

Τι πρέπει λοιπόν να γνωρίζουμε για τον άρρωστο;

1. Το ρόλο του στην οικογένεια.
2. Τη μόρφωσή του.
3. Την αντίληψη που έχει για τον εαυτό του.

4. Την ωριμότητα της προσωπικότητάς του, μήπως είναι συναισθηματικά ασταθής.
Την ικανότητα προσαρμογής σε προηγούμενες δύσκολες, αν έχει την ψυχική δύναμη να δεχθεί ολόκληρη την αλήθεια.
5. Το στάδιο της αρρώστιας.
6. Τις ερωτήσεις που κάνει (πρέπει να αφήσουμε τον άρρωστο να εκφράσει τις απορίες του, τους φόβους του, την αγωνιά του, την επιθυμία να ενημερωθεί και το βάθος στο οποίο θέλει να προχωρήσει η ενημέρωση).
7. Την ανάγκη συνεργασίας στη θεραπεία του.
8. Το θρήσκευμά του.
9. Τις σχέσεις του με το γιατρό του.
10. Την προηγούμενη προσαρμογή του σε αρρώστια.
11. Αν αισθάνεται ή όχι ενοχή για την αρρώστια.
12. Τη διάρκεια της αρρώστιας.
13. Τις ανάγκες του αρρώστου.
14. Την προηγούμενη εμπειρία με το θάνατο (θάνατος συγγενών, γνωστών).
15. Τον τρόπο νοσηλείας του (νοσοκομείο, σπίτι).
16. Το νόημα της παρούσας αρρώστιας για τον άρρωστο.
17. Την επιθυμία του αρρώστου να μάθει την αλήθεια κ.ά.

Ίσως σε καμιά άλλη ειδικότητα της ιατρικής - με εξαίρεση ίσως την ψυχιατρική - η ανάλυση της ψυχολογικής κατάστασης του αρρώστου και της ιδιοσυγκρασίας του έχουν τόση σημασία όση στους καρκινοπαθείς.

Τι πρέπει να γνωρίζουμε για την οικογένεια του αρρώστου;

- § Ποιό είναι το ισχυρότερο μέλος της οικογένειας.
- § Τη στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο.
- § Την οικονομική κατάσταση.
- § Τη στάση της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια και την ιατρική περίθαψη.
- § Τις διάφορες οικογενειακές πιέσεις.
- § Τις ερωτήσεις που γίνονται από τα μέλη της οικογένειας.
- § Την ανάγκη για συνεργασία με τα μέλη της οικογένειας.
- § Τις σχέσεις και την επαφή μεταξύ των μελών της οικογένειας.
- § Αν η οικογένεια παίρνει κοινωνική βοήθεια κ.ά.

Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τον εαυτό μας.

- § Τα συναισθήματά μας απέναντι στην αρρώστια.

- § Τα συναισθήματά μας απέναντι στο θάνατο.
- § Τη φιλοσοφία μας για το θάνατο.
- § Το βαθμό επαφής που έχουμε αναπτύξει με τον άρρωστο.
- § Το βαθμό επαφής που έχουμε με τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου.
- § Την εμπιστοσύνη, που ο άρρωστος τρέφει για μας.
- § Τη δυνατότητα που έχουμε για το χειρισμό τέτοιου θέματος.

Η γνωριμία μας με τον άρρωστο, την οικογένειά του και τον εαυτό μας θα βοηθήσουν στο σωστό χειρισμό του δύσκολου θέματος «η γνωστοποίηση της αρρώστιας καρκίνος στον άρρωστο».

Τι να ειπωθεί στον άρρωστο;

- § Η ακριβής φύση της αρρώστιας.
- § 2. Το προσδόκιμο επιβίωσης του αρρώστου.
- § 3. Η αισιόδοξη άποψη για την αρρώστια.
- § Η έκταση λετομερειών, που ζητά ο άρρωστος και οι δικόι του.

Πότε θα ειπωθούν στον άρρωστο οι παραπάνω πληροφορίες;

- § Όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε συναισθηματική ισορροπία.
- § Όταν μπορεί να δεχθεί τις πληροφορίες αυτές δημιουργικά.
- § Όταν το προσωπικό (γιατρός, νοσηλεύτρια(- τής» έχει καλή επαφή μαζί του.
- § Όταν οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και του αρρώστου είναι καλές.
- § Όταν η απόφαση της ανακοινώσεως των παραπάνω πληροφοριών πάρθηκε αντικειμενικά.
- § Όταν υπάρχει κίνδυνος κάποιος αναρμόδιος να του ανακοινώσει τη διάγνωση.

Πώς να ειπωθούν οι παραπάνω πληροφορίες στον άρρωστο;

- § Με τον καλύτερο και καταλληλότερο, για κάθε άρρωστο, τρόπο. Η Ross (1969) υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα που έχει γι' αυτόν που ανακοινώνει στον άρρωστο την αρρώστια του, να βρει ποιος είναι ο πιο συμφέρων για τον κάθε συγκεκριμένο άρρωστο τρόπος να αποκαλύψει την αλήθεια.
- § Σταδιακά και με άνεση χρόνου. Είναι επικίνδυνο να δίνονται όλες οι πληροφορίες σε μια συνάντηση ή την ίδια μέρα.
- § Να παρακολουθείται η επίπτωση της ενημερώσεως στον άρρωστο και να υποβαστάζεται ανάλογα.

Τις πληροφορίες μας πρέπει να κατευθύνουν η συμπόνια, η στοργή, η

επαγρύπνηση, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσεως, που πολλές φορές βρίσκεται ο άρρωστος, η σύνεση, η προσοχή, η ανοχή και ιδιαίτερα η περιποίηση με στοργή. Έτσι θα μπορέσουμε να αποσπάσουμε τη συμπάθεια του αρρώστου και θα επιβληθούμε, ώστε να δέχεται όσα του λέμε καθώς και τη θεραπεία που του υποδείχθηκε.

Ορθά παρατηρείται από κάποιον συγγραφέα πως η φαρμακολογική αξία της αλήθειας είναι πολύ ανώτερη από εκείνη του ψεύδους. Αρκεί η αλήθεια να χρησιμοποιείται στη σωστή δόση, και να προστεθεί και με τον κατάλληλο τρόπο.

Οι απαντήσεις της νοσηλεύτριας(-τή) στις ερωτήσεις των αρρώστων και οι πληροφορίες που δίνει πρέπει πάντοτε να συμβαδίζουν με το πνεύμα του γιατρού.

Οι άρρωστοι συνήθως είναι μέλη οικογένειας. Γι' αυτό μια διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλεί την οικογένεια. Το πρωταρχικό πρόβλημα είναι ότι απειλείται η ζωή ενός αγαπημένου τους προσώπου. Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους συγγενείς του αρρώστου είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζονται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άρρωστοί τους βρίσκονται σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου, και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με τη συμμετοχή του σ' αυτά, όσο είναι δυνατό.

Τα παιδιά με καρκίνο εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχραιμία από τους γονείς τους, που οφείλεται σε άγνοια. Ακόμη ο συναισθηματισμός των παιδιών απέναντι στους γονείς τους επιβάλλει να δείχνουν θάρρος και ψυχραιμία μεγαλύτερη από αυτούς.

Η σκέψη, ότι βρισκόμαστε μπροστά σε άρρωστο, που μάλλον προχωρεί προς το θάνατο με πολλή ταλαιπωρία και πόνο, μας δημιουργεί επιτακτική την ανάγκη να γνωρίσουμε τα συναισθήματα του απέναντι στο θάνατο. Η νοσηλεύτρια(-τής), που έχει δώσει στον ετοιμοθάνατο άρρωστο ανακούφιση και θάνατο, μπορεί να δώσει στον ετοιμοθάνατο άρρωστο ανακούφιση και δύναμη.

Κάθε περίπτωση αρρώστου είναι διαφορετική και ποτέ δεν συνηθίζεται. Οι αντιλήψεις των αρρώστων που πεθαίνουν, καθώς και των συγγενών τους, διαφέρουν και είναι η συνισταμένη πολλών παραγόντων, όπως θρησκευτικών πεποιθήσεων, νοοτροπίας, καλλιέργειας, αγωγής, προοπτικής ζωής, μορφώσεως, κοινωνικής τάξης κ-κλπ.

Η νοσηλεύτρια(-τής) προετοιμάζει τον άρρωστο της για τη μετάβαση από τη παρούσα στη μέλλουσα ζωή, προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα

γαλήνης και παρηγοριάς. Τέτοια ατμόσφαιρα βοηθάει στη μείωση της ψυχικής έντασης, αγωνίας και άγχους, που δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται μπροστά στο θάνατο.[31,32]

5.5. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Όλα όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω βρίσκονται μέσα στο πνεύμα της αποκατάστασης του αρρώστου με καρκίνο, για την οποία τελευταία γίνεται πολύς λόγος. Τι είναι όμως αποκατάσταση; Η έννοια της λέξεως αποκατάσταση σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενή του κατάσταση ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχτηκε. Και σύμφωνα με αυτό τον ορισμό η αποκατάσταση αρχίζει μετά τη διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας. Και ασφαλώς έτσι είναι όταν πρόκειται για την αποκατάσταση του αρρώστου μετά από χολοκυστεκτομή ή αφαίρεση ποδοκνημικού γύψου κ.ό. Είναι όμως το ίδιο και για τον άρρωστο που έκανε λαρυγγεκτομή ή «παραφύσιν έδρα» ή για τον άρρωστο που ανθρώπινα δεν υπάρχουν ελπίδες επαναφοράς του στην προηγούμενή του κατάσταση;

Σήμερα, όταν μιλούμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει - βιο-ψυχολογικές - όσο κι αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει «ποιότητα ζωής» σήμερα, δηλαδή να μη κλαίει για το χθες και να μη τρέμει για το αύριο. Για να γίνει όμως αυτό, η αρρώστια και στην προκειμένη περίπτωση ο καρκίνος, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικό - που η αντιμετώπιση στο χώρο αυτό είναι πολλές φορές σχεδόν ανύπαρκτη - αλλά συγχρόνως ψυχολογικό και κοινωνικό.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανοήσεως, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο. Η υποστήριξη του αρρώστου στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική, δηλαδή να αρχίσει πριν ακόμη κατασταλάξουν τα συναισθήματα του και αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή ελέγξουμε αργότερα.

Επειδή όμως στη φάση αυτή - βοήθειας αποκατάστασης - του αρρώστου με τα μέλη της ομάδας υγείας, ασκεί επίδραση η οικογένεια του αρρώστου και το

κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκατάστασης να συμπεριλαμβάνονται κι αυτές οι ομάδες του πληθυσμού. Πρέπει, δηλαδή, να δούμε πως η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου επηρεάζουν τον άρρωστο και πως θα μπορέσουν να προσφέρουν θετική βοήθεια στην αποκατάστασή του. Επομένως, όταν μιλούμε για οικογενειακό και κοινωνικό παράγοντα στην αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο θα πρέπει να δούμε τους παράγοντες αυτούς με τη διπλή τους άποψη: (1) το θετικό και υποστηρικτικό ρόλο τους στον άρρωστο και (2) την ανάγκη των ίδιων των μελών αυτών των ομάδων για υποστήριξη.

Είναι γεγονός πως η αρρώστια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας (ακρωτηριασμοί μελών, παρά φύσιν λειτουργία οργάνων, αλωπεκία κ.ά.) απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση (εκμάθηση τεχνικών). Η αποκατάσταση με τη σύγχρονη αυτή τάση θα βοηθήσει τον άρρωστο να εναρμονίσει τη ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει με τις ικανότητες που του έχουν μείνει

Για να υλοποιηθεί η φιλοσοφία αυτή της αποκατάστασης θα πρέπει οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην καρκιнологία και την ψυχολογία του αρρώστου με καρκίνο. Επομένως, οι ειδικότητες της ογκολογίας και της Ογκολογικής Νοσηλευτικής θα καλύψουν ένα κενό, παράλληλα δε η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση θα συμβάλλουν στη σωστή αντιμετώπιση της τόσο μεγάλης αυτής ομάδας του πληθυσμού. Εκτός από την εκπαίδευση, άλλος παράγοντας επίσης ουσιαστικός στην αποκατάσταση είναι η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο, ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που σήμερα υπάρχει προς την έννοια καρκίνος, σαν πρόβλημα και να κατευθυνθεί προς την αποκατάστασή του.

Τον τρίτο παράγοντα για την υλοποίηση της σύγχρονης φιλοσοφίας της αποκατάστασης του αρρώστου με καρκίνο αποτελούν τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης του αρρώστου. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίζει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται, πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του αρρώστου, στο σπίτι με τη βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας (πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας) και με τα κέντρα ψυχο-κοινωνικής αποκατάστασης του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου.[23]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1 Δακτυλική εξέταση

Ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας εδώ είναι απλός. Η εξέταση γίνεται στα εξωτερικά: ιατρεία συνήθως. Γίνεται:

- α Ενημέρωση του αρρώστου για το πως θα γίνει.
- α Βοήθεια του αρρώστου να ξεπεράσει τις φοβίες του.
- α Βοήθεια να πάρει την κατάλληλη θέση, να βγάλει και στο τέλος να ξαναφορέσει τα ρούχα του.

2. Βιοψία

Με την βιοψία παίρνουμε ένα τεμάχιο προστατικού ιστού και το εξετάζουμε για να διαπιστώσουμε την ύπαρξη ή όχι νεοπλασματικών κυττάρων. εδώ απαραίτητη είναι η ασηψία και η αντισηψία του δέρματος. Πάντα προηγείται τοπική καθαριότητα. Ο νοσηλεύτης-τρια:

- α Ετοιμάζει τα εργαλεία.
- α Προσέχει για τυχόν επιπλοκές (αιματοουρία-αιμορραγία).
- α Τοποθετεί το τεμάχιο σε φορμόλη για να στερεοποιηθεί και στη συνέχεια να σταλεί για εξέταση.
- α Ενημερώνει τον ασθενή και τον τονώνει ψυχολογικά.

3. Κυστεοσκόπηση

Μας δίνει πληροφορίες για μορφολογικές μόνο αλλοιώσεις καλύκων ,πυέλου και ουρητήρα. Επειδή εισάγεται ειδικός καθετήρας τηρούνται σχολαστικά όλοι οι όροι ασηψίας και αντισηψίας. Χρησιμοποιείται πάντα αποστειρωμένο υλικό. Ο νοσηλεύτης-τρια:

- α Εξηγεί στον άρρωστο τον τρόπο και τον σκοπό της εξέτασης για να μειωθεί το άγχος και ο φόβος του.
- α Εξηγεί στον άρρωστο να παίρνει πολλά υγρά πριν την εξέταση
- α και του χορηγούνται τουλάχιστον δύο 2 ποτήρια νερό πριν από αυτή.
- α Σε περίπτωση τοπικής νάρκωσης εισάγει 5 cc ξυλοκαΐνη στην ουρήθρα και

- πιέζει το βάλανο για τη μη αποβολή της ξυλοκαΐνης.
- α Εξασφαλίζει την αποστείρωση του κυστεοσκοπίου.
 - α Η εξέταση γίνεται σε ειδικό θάλαμο για να μην εκτίθεται ο άρρωστος.
 - α Πρίν την εξέταση γεμίζει την κύστη με φυσιολογικό ορό για την διάταση του τοιχώματός της.

4. Καθετηριασμός, ουροδόχου κύστης.

Ο σκοπός για τον οποίο γίνεται ο καθετηριασμός είναι:

- α Να αδειάσει το περιεχόμενο της ουροδόχου κύστης.
- α Να παρθεί ένα αποστειρωμένο δείγμα ούρων.
- α Να προσδιοριστεί το ποσό τυχόν υπολειμματικών ούρων.
- α Να επιτρέψει την πλύση της κύστης ή την ενστάλλαξη φαρμάκων.
- α Να παρακάμψει απόφραξη.
- α Ο νοσηλευτής-τρια παίρνει τα εξής μέτρα:
- α Διαλέγει τον κατάλληλο Καθετήρα.
- α Τοποθετεί τον άρρωστο σε κατάλληλη θέση.
- α Ενημερώνει τον άρρωστο για το τι και πως θα βοηθήσει.
- α Ετοιμάζει το αποστειρωμένο set και αποστειρωμένα γάντια.
- α Εάν τοποθετηθεί μόνιμος καθετήρας ετοιμάζει σύριγγα με φυσιολογικό ορό (10cc) και ουροσυλλέκτη τον οποίο συνδέει με τον καθετήρα μετά την εισαγωγή του στην κύστη.

5. Ανοικτή πλύση κύστης και καθετήρα.

Η ανοικτή πλύση γίνεται όταν υπάρχει μερική ή τέλεια απόφραξη του καθετήρα. Η όλη τεχνική είναι άσηπτη.

Ο νοσηλευτής-τρια:

- α Εξηγεί στον άρρωστο την διαδικασία.
- α Τοποθετεί διάλυμα αποστειρωμένο σε ειδικό δοχείο υποδοχής του διαλύματος που είναι αποστειρωμένο.
- α Τοποθετεί μια σύριγγα πλύσης των 50 81 στο δοχείο με το διάλυμα.
- α Ετοιμάζει αποστειρωμένες γάζες και ένα μεγάλο νεφροειδές.

6.Κλειστή πλύση κύστης και καθετήρα.

Το κλειστό σύστημα πλύσης της κύστης χρησιμοποιείται για την αποφυγή του

κινδύνου μικροβιακής μόλυνσης που συχνά παρατηρείται στο ανοικτό σύστημα πλύσης της κύστης.

- α Ο νοσηλευτής-τρία κατά την ενέργεια αυτή:
- α Χρησιμοποιεί καθετήρα τριπλού αυλού (tree-way).
- α Χρησιμοποιεί τα διαλύματα πλύσης σε θερμοκρασία δωματίου.
- α Εμποδίζει την είσοδο μικροβίων, στο σημείο που ο καθετήρας εισέρχεται στην ουρήθρα με καθαρισμό τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα με αντισηπτικό σαπούνη και τοποθετώντας αντιμικροβιακή αλοιφή στο σημείο εκείνο.
- α Εφαρμόζει άσηπτη τεχνική κατά την εισαγωγή του καθετήρα.

7. Τεχνική για τη λήψη δείγματος ούρων για καλλιέργεια

Ο νοσηλευτής-τρία κατά την ενέργεια αυτή:

- α Χρησιμοποιεί αποστειρωμένα γάντια και γάζες
- α Χρησιμοποιεί αποστειρωμένο δοχείο δείγματος ούρων.
- α Εξηγεί στον άρρωστο τι θα κάνει
- α Πρίν τη λήψη αφαιρεί πρώτα τον ουροσυλλέκτη, στη συνέχεια καθαρίζει το στόμιο του καθετήρα και τέλος κρατά το άκρο του καθετήρα πάνω από το αποστειρωμένο δοχείο και αφήνε τα ούρα να τρέχουν μέσα σ'αυτό.
- α Τοποθετεί τον ουροσυλλέκτη μετά την λήψη.

6.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριάς έγκειται:

- α στην ενημέρωση του αρρώστου.
- α τον συνοδεύει στο ακτινολογικό εργαστήριο δίνει στο εργαστήριο το όνομα του αρρώστου και το είδος της εξέτασης.
- α τέλος ενημερώνει το ιατρικό προσωπικό για τα αποτελέσματα των εξετάσεων.

6.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Και εδώ ο ρόλος είναι απλός. Οι εξετάσεις γίνονται συνήθως την πρώτη ημέρα της εισαγωγής του αρρώστου στο νοσοκομείο. Ο νοσηλευτής-τρία πληροφορείται για τυχόν αιματολογικά προβλήματα που παρουσίασε ο άρρωστος κατά το παρελθόν και ενημερώνει γι'αυτά το εργαστήριο. Τέλος μεριμνά για τη λήψη των εξετάσεων.[24]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

(Α) ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

1. Ψυχολογική προετοιμασία:

Κάθε χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται από κάποια μορφή συγκινησιακής αντίδρασης του αρρώστου, έκδηλη ή όχι, φυσιολογική ή παθολογική. Οι συγκινησιακές αντιδράσεις μπορεί να επηρεάσουν τη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου, γι' αυτό είναι απαραίτητο να αναγνωρίζονται στην προεγχειρητική περίοδο.

Παίρνοντας ένα προσεκτικό ιστορικό υγείας, ο νοσηλευτής μπορεί να διαπιστώσει φόβους και ανησυχίες του αρρώστου, που αποτελούν δυνητικές πηγές συγκινησιακών αντιδράσεων, κυρίως άγχους.

Η ίδια η χειρουργική επέμβαση δεν είναι μόνο οργανικός στρεσογόνος παράγοντας. Ο άρρωστος που φοβάται τη χειρουργική επέμβαση κινδυνεύει περισσότερο από εκείνον που την αποδέχεται και επικεντρώνεται στις ωφέλειές της. Οι φόβοι για τη χειρουργική επέμβαση δεν είναι πάντοτε ανάλογοι με τη σοβαρότητά της.

Οι προεγχειρητικοί φόβοι που μπορεί να βιώνει ο άρρωστος είναι:

1. Φόβος της νάρκωσης. Ο φόβος αυτός ήταν δικαιολογημένος πριν πολλά χρόνια, όταν ήταν λίγα γνωστά για τον έλεγχο και τα αποτελέσματα των μέσων αναισθησίας. Όμως, με τις εξευγενισμένες σημερινές μεθόδους, τα δοκιμασμένα φάρμακα και τους επιδέξιους αναισθησιολόγους, οι κίνδυνοι έχουν ελαχιστοποιηθεί. Η ευκολία με την οποία δίνεται η νάρκωση σήμερα αποδίδεται στην επαρκή φυσική και ψυχική προετοιμασία του αρρώστου. Στην επικοινωνία του με τον άρρωστο, ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στη διόρθωση λαθεμένων αντιλήψεων και πληροφοριών, ενώ η επίσκεψη του αναισθησιολόγου και του νοσηλευτή του χειρουργείου, την προηγούμενη της χειρουργικής επέμβασης,

εγκαθιστά επιπρόσθετη εμπιστοσύνη.

Συχνά, ο φόβος της νάρκωσης έρχεται δεύτερος από το φόβο του πόνου και του θανάτου. Θα αισθανθώ πόνο όταν γίνεται η τομή; Και τι θα συμβεί αν παύσει η δράση του αναισθητικού; Μήπως δεν ξυπνήσω από τη νάρκωση; Ο άρρωστος χρειάζεται επιβεβαίωση ότι ο αναισθησιολόγος θα τον προσέχει συνεχώς για να προλάβει τέτοια προβλήματα. Μερικοί γιατροί δεν χειρουργούν αρρώστους που πιστεύουν ότι θα πεθάνουν. Η καλή σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και το νοσηλευτή, μαζί με τη λεπτότητα και τη διακριτικότητα στη συμπεριφορά από μέρους του νοσηλευτή, μπορούν να βοηθήσουν τον άρρωστο να διαπιστώσει ότι ο φόβος του είναι αδικαιολόγητος.

2. Φόβος του αγνώστου. Είναι συχνά ο πιο ενοχλητικός φόβος. Ο φόβος αυτός προέρχεται μερικώς από την πίστη του αρρώστου ότι δεν του είπαν «όλα» όσα αφορούν τη διάγνωσή του.

3. Φόβος αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου. Με τη σημερινή έμφαση στη νεότητα και το «τέλειο» σώμα, ο φόβος αυτός δεν περιορίζεται μόνο στις ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, επεκτείνεται και στις μικρές.

4. Φόβος αποχωρισμού. από τα οικεία υποστηρικτικά συστήματα και από προηγούμενες δραστηριότητες μπορούν επίσης να προκαλέσουν άγχος στον άρρωστο.

Επιπλέον των παραπάνω φόβων, ο χειρουργικός άρρωστος μπορεί να στενοχωριέται και για πολλά άλλα. Μπορεί να έχει οικονομικά προβλήματα, οικογενειακές ευθύνες και επαγγελματικές υποχρεώσεις και να φοβάται για πιθανές ανικανότητες, εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης και για απώλεια ελέγχου και ανεξαρτησίας.

Ο νοσηλευτής, εξαιτίας της εγγύτητάς του με τον άρρωστο, είναι το άτομο στο οποίο αυτός εμπιστεύεται τους φόβους και τα προβλήματά του. Ο νοσηλευτής, με τη σειρά του, θα πρέπει να δημιουργεί όλες τις προϋποθέσεις που βοηθούν τον άρρωστο να εκφράζει τις σκέψεις του και να πληροφορεί το χειρουργό για τους φόβους του, ώστε μαζί να τον προετοιμάζουν για τη χειρουργική εμπειρία.

Εξάλλου, ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον κοινωνικό λειτουργό προκειμένου να λυθούν οικονομικά, οικογενειακά και εργασιακά προβλήματα του αρρώστου.

Η ψυχολογική ετοιμασία, για το χειρουργικό stress που θα ακολουθήσει,

επιτρέπει στον άρρωστο να βιώνει κάποιο βαθμό άγχους. Η πληροφόρηση που δημιουργεί μέτριο βαθμό άγχους επιτρέπει στον άρρωστο να αυξήσει την ανοχή του στο stress με ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης. Απουσία άγχους αποστερεί τον άρρωστο από το κίνητρο να ετοιμαστεί ψυχολογικά για τη στρεσογόνο εμπειρία.

Στην προεγχειρητική προετοιμασία δεν θα πρέπει να παραβλέπεται και η σημαντικότητα της πνευματικής θεραπείας. Η πίστη έχει μεγάλη υποστηρικτική δύναμη. Έτσι, τα πιστεύω κάθε ατόμου πρέπει να είναι σεβαστά και να υποστηρίζονται.

Η σπουδαιότητα της προεγχειρητικής ψυχολογικής προετοιμασίας έχει τεκμηριωθεί σε διάφορες νοσηλευτικές ερευνητικές μελέτες. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι η ψυχολογική προετοιμασία:

- α Βοηθά στη μείωση του άγχους.
- α Μειώνει τη δόση του αναισθητικού που χορηγείται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και των αναλγητικών μετά από αυτή.
- α Συμβάλλει στην πιο γρήγορη σταθεροποίηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης μετά την επέμβαση.
- α Μειώνει τα επίπεδα των κορτικοστεροειδών ορμονών στο αίμα, που είναι δεκτές της ορμονικής αντίδρασης στο stress.
- α Μειώνει την επίπτωση μετεγχειρητικής λοίμωξης
- α Ενθαρρύνει το άτομο να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στην ανάρρωση του.
- α Επιταχύνει την ανάρρωση και την έξοδο από το νοσοκομείο.

2. Φυσική προετοιμασία:

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του.

Ο καχεκτικός άρρωστος βρίσκεται σε μειονεκτική θέση διότι:

- (α) έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό stress
- (β) είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας του βλεννογόνου των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα.

(γ) είναι επιρρεπής στο σοκ και την αιμορραγία εξαιτίας της υποπρωτεϊναιμίας που είναι αποτέλεσμα του παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου.

(δ) καθυστερεί η επούλωση του τραύματος του εξαιτίας μειωμένων προμηθειών πρωτεΐνης και βιταμίνης C.

Όταν η χειρουργική επέμβαση γίνεται κανονικά και υπάρχει αρκετός διαθέσιμος χρόνος προεγχειρητικά:

(α) διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή

(β) χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική, εύπεπτη με λίγο υπόλειμμα που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών.

(γ) γίνεται μετάγγιση αίματος, αν υπάρχει αναιμία.

Όλοι οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη προεγχειρητικής ηλεκτρολυτικής μελέτης συμπεριλαμβάνονται μεταξύ εκείνων που μετριούνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά τους. Η νοσοκόμος πρέπει να επαγρυπνά για διαπίστωση τυχόν ανεπαρκούς αποβολής ουρών και χαμηλού ειδικού βάρους πρωινών ουρών στους προεγχειρητικούς άρρωστους, ακόμα και αν δεν φαίνεται απαραίτητη η μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών τους.

Επειδή, μετά την επέμβαση, πολλοί παράγοντες συμβάλλουν σε ανεπαρκή πνευμονικό αερισμό που μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική οξέωση, ατελεκτασία, ή βρογχοπνευμονία, η νοσοκόμος στην προεγχειρητική περίοδο διδάσκει στον άρρωστο πώς να αναπνέει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση.

Πολλές φορές για τον ίδιο λόγο, χρησιμοποιείται αναπνοή διαλείπουσας θετικής πίεσης πριν και μετά την εγχείριση σε άρρωστους με χρονιές πνευμονικές παθήσεις.

Χρονιές ασθένειες που πρέπει να αντιμετωπισθούν προεγχειρητικά είναι:

Ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος του Addison, νεφρικές, καρδιακές, ηπατικές και ορμονικές διαταραχές.

Ο αλκοολισμός κάνει τα άτομα ευαίσθητα σε περίοδο πραγματικού stress.

Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο άρρωστος, ειδικά με κορτικοστεροειδή, που δεν πρέπει να διακοπούν, διουρητικά που μπορεί να έχουν προκαλέσει στον άρρωστο υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές, αντιπηκτικά και αντιβιοτικά που ενισχύουν την δράση των μυοχαλαρωτικών

και μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, πρέπει να σημειώνονται.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην παχυσαρκία γιατί προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως:

Διαπύση τραύματος και εκσπλάχνωση, πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα.

Τα παχύσαρκα άτομα γενικά:

- (α) αντιδρούν λιγότερα έντονα στο stress.
- (β) δεν αντέχουν στην αφυδάτωση.
- (γ) παρουσιάζουν ευκολότερα σοκ.

Η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στην μετεγχειρητική πορεία του άρρωστου. Ο οργανισμός των υπερήλικων έχει ελαττωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας, με αποτέλεσμα την μικρότερη αντοχή στο stress. Το θρεπτικό ανισοζύγιο είναι συχνό. Το αίσθημα διψάς δεν είναι αξιόπιστος δείκτης των αναγκών τους σε υγρά. Δεν είναι ασυνήθης η μέτρια ελάττωση του όγκου των εξωκυττάρων υγρών και πριν από την επέμβαση. Η ανοχή στις μεταβολές του pH είναι μικρή. Συχνά υπάρχει αναιμία, που στερεί τον οργανισμό από τα κύρια κανονιστικά συστήματα της αιμοσφαιρίνης.

Η υπόταση είναι πολύ επικίνδυνη κατάσταση για τον υπερήλικα γιατί, αν δεν διορθωθεί έγκαιρα, προκαλεί νεφρική βλάβη και έμφραγμα μυοκαρδίου. Το shock εξάλλου μεταπίπτει πιο γρήγορα στην μη ανατάξιμη μορφή του. Η προεγχειρητική θρεπτική τακτοποίηση καθώς και η διόρθωση οποιασδήποτε άλλης διαταραχής είναι μεγάλης σημασίας για τον υπερήλικα. Μικρές και συχνές μεταγγίσεις αίματος διορθώνουν την αναιμία του, ενώ η έγκαιρη έγερση βελτιώνει την όρεξη του και βοηθά στον καλό ύπνο. Σε όλους τους ηλικιωμένους πρέπει να τηρείται ακριβές δελτίο αποβαλλόμενων ουρών. Συχνά τους γίνονται δοκιμασίες νεφρικής λειτουργίας και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Τα προεγχειρητικά φάρμακα χορηγούνται σε μικρές δόσεις για την αποφυγή αναπνευστικής καταστολής και υποξίας.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν την επέμβαση. Ισχυρά καθαρτικά πρέπει να αποφεύγονται γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη δίαιτα και δραστηριότητα. Αν χορηγούνται

ήπια καθαρτικά, πρέπει να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ενοχλείτε ο άρρωστος τη νύχτα.

(B) ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

Μετά τη χειρουργική επέμβαση, ο νοσηλευτής κυκλοφορίας ντύνει τον άρρωστο με καθαρή ρόμπα και βοηθά στη μεταφορά του στο φορείο, που γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφεύγονται έκθεση, απότομοι χειρισμοί, βεβιασμένες κινήσεις και γρήγορες αλλαγές θέσης, που προδιαθέτουν τον άρρωστο σε λοιμώξεις, δημιουργούν τάση στα ράμματα του τραύματος και προδιαθέτουν τον άρρωστο σε υπόταση, αντίστοιχα.

Στο φορείο ο άρρωστος σκεπάζεται με κουβέρτες και στερεώνεται με λωρίδες. Για αύξηση της ασφάλειάς του σηκώνονται οι προφυλακτήρες του φορείου. Στη μεταφορά του στο δωμάτιο ανάνηψης, ο άρρωστος συνοδεύεται από ένα μέλος της χειρουργικής ομάδας.

Άρρωστοι σε κρίσιμη κατάσταση, αυτοί που πιθανά θα εμφανίσουν περίπλοκη μετεγχειρητική πορεία, έχουν υποστεί μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις ή παρουσίασαν καρδιακή ή αναπνευστική ανακοπή κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, μεταφέρονται απευθείας στη μονάδα εντατικής φροντίδας. [13]

7.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προβλήματα του αρρώστου

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου (αναιμία)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου στη στοματική κοιλότητα)
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου
5. Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία)

6. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία)
7. Κίνδυνοι- άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον αρρώστο και το περιβάλλον
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, αριθμητικός και χρονικός περιορισμός επισκεπτηρίου).

Παρέμβαση

1. Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.

2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρησή του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.

3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.

4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν.

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, σε γενικές γραμμές, ως εξής:

1. Ναυτία και έμετοι

α. Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

β. Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά

γ. Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας

δ. Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου

2. Αντιδράσεις από το δέρμα

α. Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση

β. Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό

(ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα

γ. Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα, να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη

δ. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό

ε. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέυ και γαζών Lanettwax

3. Διάρροια

α. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

β. Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα

4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

α. Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών

β. Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά)

γ. Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας

δ. Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς

5. Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών

α. Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς

β. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες

6. Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα

όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.

7. Υποστήριξη του αρρώστου

ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο

σωματικό του είδωλο (αλωπεκία).

7.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.

Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από την στοματική κοιλότητα ως το κολλώ. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ αλλά δυσκοιλιότητα.

Αλλά επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, αλλά δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Προβλήματα του άρρωστου

- α Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στην μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
- α Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή)
- α Θρεπτικό ανισοζύγιο (εμετοί, ναυτίες, διάρροια)
- α Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών, δυνητική (εμετοί, διάρροια)
- α Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος
- α Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα)

Σκοποί φροντίδας

1. Η μέγιστη δυνατή απόδοση θεραπείας
2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
3. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους

Παρέμβαση

- α Προετοιμασία άρρωστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης
- α Χορήγηση αντιεμετικών πριν από την θεραπεία
- α Επαρκής υδατώδη, μέτρηση προσλαμβανομένων - αποβαλλομένων υγρών
- α Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας
- α Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά
- α Προσεκτική φροντίδα στόματος
- α Προστασία άρρωστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις)
- α Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φάρμακου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ
- α Παρακολούθηση ουρών και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε απαραίτητου μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας
- α Βοήθεια του άρρωστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα
- α Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του άρρωστου
- α Λήψη μέτρων για την αποφυγή εξόδου του φάρμακου από την φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών. [25]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

8.1.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^η

Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων

Τομέας Χειρουργικός

Κλινική Ουρολογική Θάλαμος 115

Ημερομηνία εισόδου: 8/10/03

Όνομα/μο: Γ. Β.

Όνομα πατέρα: Κώστας

Όνομα μητέρας: Ελένη

Ηλικία: 75

Ασφάλεια: ΤΕΒΕ

Γάμος: Έγγαμος

Παιδιά: Τέσσερα

Θρησκεία: Χ.Ο

Γνώσεις: Απόφοιτος λυκείου

Ο ασθενής Γ.Β. εισήλθε στο Νοσοκομείο στις 8/10/03 στην ουρολογική κλινική. Παρουσίαζε αιματουρία, διάρροια και εμέτους. Τα ζωτικά σημεία κυμαίνονταν: Θερμοκρασία 37,6 °C, πίεση 130/80 mmHg, αναπνοές 20/min, σφύξεις 70/min. Χρόνια νοσήματα ανέφερε αυπνίες και νεύρα. Ανέφερε αλλεργία στο Flucidin και παρουσίαζε περιορισμένη κινητικότητα. Χορηγήθηκε Ringers 1000cc (1x1) IV, Ciproxin 100 (1x2) IV, Flagyl 500mg (1X2) IV, Innohep 20mg SC, Immodium 1x1 επί διαρροιών. Τέθηκε νήστης λόγω των συνεχόμενων εξετάσεων, σε τρίωρη θερμομέτρηση και σε παρακολούθηση του ισοζυγίου των υγρών. Ο ασθενής απεβίωσε την 7η ημέρα παρόντος των συγγενών του.

Ειδοποιήθηκε ο θεράπων ιατρός και διαπίστωσε το θάνατο του.

**Πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας ασθενούς με καρκίνο προστάτη -
αιματουρία**

Πρόβλημα-νοσηλευτική διάγνωση

Διάρροιες λόγω της πίεσης του εντέρου από το άγχος του προστάτη.

Αντικειμενικός σκοπός

Απαλλαγή του αρρώστου από τις διάρροιες και επαναφορά σε φυσιολογική κένωση του εντέρου.

Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας

- 1) Χορήγηση υγρών IV με εντολή ιατρού
- 2) Αυστηρή παρακολούθηση και καταμέτρηση υγρών
- 3) Δίαιτα ουδέν
- 4) Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με εντολή ιατρού
- 5) Μέτρηση και καταγραφή χαρακτηριστικών κενώσεων

Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας

- 1) Χορηγήθηκαν διάλυμα NaCl 0,9 (1X1) και απλό διάλυμα Ringers (1x1) 1000 ml IV με εντολή ιατρού με ροή 20 σταγόνες /min.
- 2) Παρέμεινε νηστικός.
- 3) Χορηγήθηκαν 2 caps x 12 Imodium per os.
- 4) Έγινε καταμέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλομένων υγρών και καταγράφηκαν στο ειδικό διάγραμμα.

Εκτίμηση αποτελέσματος

Ο ασθενής απαλλάχθηκε προσωρινά από τις διάρροιες.

Πρόβλημα - Νοσηλευτική διάγνωση

Αιματουρία λόγω μεταστάσεων στο κατώτερο ουροποιητικό.

Αντικειμενικός σκοπός

Απαλλαγή αρρώστου από την αιματουρία

Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας

Πλύση του καθετήρα Folley κάθε 2 μέρες. Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την πλύση.

Παρακολούθηση ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αποφυγή

τραυματισμού του κατώτερου ουροποιητικού κατά τη μετακίνηση του ασθενούς.

Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας

Έγινε πλύση του καθετήρα ανά 2 μέρες με φυσιολογικό ορό. Η νοσηλεία έγινε με άσηπτη τεχνική. Έγινε καταμέτρηση της θερμοκρασίας κάθε 3 ώρες και των αναπνοών και των σφυγμών κάθε 8 ώρες.

Έγινε ήρεμη αλλαγή θέσεως στον άρρωστο χωρίς να τεντώνεται ο ουροσυλλέκτης.

Εκτίμηση αποτελέσματος

Η αιματοουρία παραμένει.

Προβλημα νοσηλευτική διάγνωση

Έμετος που οφείλεται σε μόλυνση του εντέρου ή μεταστάσεις.

Αντικειμενικός σκοπός

Να απαλλαγεί ο άρρωστος από τους εμέτους και να προληφθεί η αφυδάτωση.

Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας

Παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης. Τοποθέτηση αρρώστου σε κατάλληλη θέση για αποφυγή εισρόφησης Δίαιτα ανάλογη. Χορήγηση υγρών IV με εντολή ιατρού. Τήρηση ισοζυγίου υγρών. Χορήγηση φαρμάκων.

Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας

Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι. Έγινε καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας με Hexalen και port-cotton. Ο ασθενής παρέμεινε νηστικός.

Χορηγήθηκε απλό διάλυμα Ringers 1000 ml (1x1) και διάλυμα NaCl 0,9% (1x1) προς διατήρηση του ισοζυγίου με ροή 20 σταγόνες ανά λεπτό. Καταμετρήθηκαν τα υγρά ανά δωρο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα, και αναγράφηκαν στο ειδικό διάγραμμα. Καταμετρήθηκαν τα ζωτικά σημεία: θερμοκρασία 37,4 °C, αναπνοές 24/ λεπτό, 120-125/ λεπτό σφυγμοί, πίεση 140-160 mmHg και αναγράφηκαν στο διάγραμμα. Χορηγήθηκαν IV Ciproxin 100 mg, 1x2 (8-8), Flagyl

500 mg(1x1) με ροή 32 σταγόνες/λεπτό. Απεβίωση στις 6μμ.

Προβλημα νοσηλευτική διάγνωση

Έκφραση ανησυχίας και συναισθηματικής φόρτισης από συγγενείς.

Αντικειμενικός σκοπός

Επαναφορά στη συναισθηματική ισορροπία και εξάλειψη της ανησυχίας.

Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας

Πειστική επικοινωνία με συγγενείς- Ψυχική υποστήριξη πάνω στη συναισθηματική φόρτιση.

Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας

Οι συγγενείς ενισχυθήκανε ψυχικά με κατάλληλη προσέγγιση και επικοινωνίας.

Εκτίμηση αποτελέσματος

Οι συγγενείς επανήλθαν στην ψυχική ισορροπία.

2η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γενικό Νοσοκομείο Πατησίων

Τομέας: Χειρουργικός

Όνοματεπώνυμο: Ν. Χ.

Όνομα πατέρα: Αχιλλέας

Κλινική: Ουρολογική Θάλαμος: 124

Ημερομηνία εισόδου: 5/4/03

Όνομα μητέρας: Μαρία

Ηλικία: 76

Ασφάλεια: ΙΚΑ

Γάμος: Έγγαμος

Παιδιά: 3

Θρησκεία: Χ.Ο.

Γνώσεις: απόφοιτος λυκείου

Ο ασθενής Ν. Χ. προσήλθε στο νοσοκομείο για προγραμματισμένη επέμβαση προστάτη στις 5/4/03. Ο ασθενής παρουσίαζε δυσουρία και διόγκωση προστάτη. Τα ζωτικά του σημεία κυμαίνονταν: θερμοκρασία 37,2°C, πίεση 120/75 - mmHg, αναπνοές 20/min, σφυγμούς 75/min. Ο ίδιος δεν ανέφερε ενοχλήματα, χρόνιες παθήσεις, λήψη φαρμάκων ή αλλεργίες. Κατά την εισαγωγή του παρουσίαζε άριστο κινητικό και διανοητικό επίπεδο. Ο ασθενής υπεβλήθη σε επιτυχή επέμβαση ριζικής προστατεκτομής την 3^η μέρα νοσηλείας του. Το θεραπευτικό σχήμα περιλάμβανε την χορήγηση διαλύματος Dextrose 5% 1000cc (1*1), Novisan tb (1X2), Zideron επίπλυνου IM. Επίσης την 1^η μετεγχειρητική μέρα τέθηκε Folley 14FV. Η διαίτα που ακολουθήθηκε ήταν κανονική. Ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο έπειτα από 7 μέρες νοσηλείας, αφού του δόθηκαν οδηγίες κατά την έξοδο.

Πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας ασθενούς με καρκίνο προστάτη

Πρόβλημα - νοσηλευτική διάγνωση

Δυσουρία που οφείλεται στην πίεση της ουρήθρας.

Αντικειμενικός σκοπός

Η απαλλαγή του ασθενούς από τη δυσουρία και επαναφορά στην φυσιολογική κένωση της ουροδόχου κύστης.

Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας

- 1) Τοποθέτηση καθετήρα Folley
- 2) Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την νοσηλεία
- 3) Τήρηση ισοζυγίου
- 4) Πρόκληση της επιθυμίας για διούρηση

Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας

- 1) Τοποθετήθηκε Folley 2-way μεγέθους 14 FV σιλκόνης.
- 2) Διατηρήθηκε η άσηπτη τεχνική κατά την εφαρμογή του καθετήρα.
- 3) Έγινε μέτρηση των υγρών και καταγράφηκαν στο διάγραμμα.

4) Προκλήθηκε η επιθυμία για διούρηση με τοποθέτηση του ασθενούς σε όρθια στάση για 30 λεπτά.

Εκτίμηση αποτελέσματος

Ο ασθενής απαλλάχθηκε οριστικά από τη δυσουρία.

Πρόβλημα νοσηλευτική διάγνωση

Άγχος που σχετίζεται με την ίδια την ασθένεια.

Αντικειμενικός σκοπός

Να απαλλαγεί ο ασθενής από το άγχος

Προγραμματισμός νοσηλευτικός φροντίδας

Να ενθαρρυνθεί ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα του.

Να γίνει προσπάθεια ανάπτυξης σοβαρής και ειλικρινέστατης λεκτικής επικοινωνίας με τον ασθενή.

Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας

Έγινε προσπάθεια επικοινωνίας με τον ασθενή.

Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα του.

Εκτίμηση αποτελέσματος

Το άγχος του ασθενούς μειώθηκε σε μεγάλο βαθμό.

Πρόβλημα νοσηλευτική διάγνωση

Πόνος που οφείλεται στην επέμβαση και προκλήθηκε κατά την 1^η μετεγχειρητική μέρα.

Αντικειμενικός σκοπός

Να απαλλαγεί και να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο.

Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας

Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση, ώστε να επιτευχθεί η χαλάρωση των μυών. Να προληφθεί η ρήξη του τραύματος με την χορήγηση φαρμάκων με εντολή του ιατρού.

Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας

Δόθηκε ύπτια θέση με λύγισμα των γονάτων και σήκωμα της κεφαλής. Ο ασθενής διδάχθηκε να προλαμβάνει την ρήξη των ραμμάτων συνήθως κατά τον βήχα και τους εμέτους. Μειώθηκε η πίεση των κλινοσκεπασμάτων πάνω στο χειρουργικό τραύμα και τακτοποιήθηκε ο θάλαμος.

Εκτίμηση αποτελέσματος

Ο πόνος μειώθηκε σε μεγάλο βαθμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- α Η ΚΥΠ του προστάτη είναι η πιο συχνή πάθηση που προσβάλλει άνδρες ηλικίας > 50 ετών.
- α Αν και η ΚΥΠ συνοδεύεται με σημαντική διαταραχή της ποιότητας ζωής, πολλοί ασθενείς δεν απευθύνονται στο γιατρό τους λόγω του φόβου της χειρουργικής επέμβασης ή του καρκίνου.
- α Ο καρκίνος του προστάτη είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου στους άνδρες
- α Καθώς ο πληθυσμός της γης συνεχώς γηράσκει, η συχνότητα της ΚΥΠ και του καρκίνου του προστάτη συνεχώς θα αυξάνονται.
- α Η ΚΥΠ αναπτύσσεται στη μεταβατική ζώνη του προστάτη ενώ ο καρκίνος και η προστατίτιδα στην περιφερική ζώνη.
- α Η εμφάνιση μικροσκοπικών όζων στο στρώμα μετά την ηλικία των 40 ετών είναι το έναυσμα για την ανάπτυξη της ΚΥΠ.
- α Στην ΚΥΠ οι λείες μυικές ίνες στο στρώμα υπερτερούν σε σχέση με τον αδενικό ιστό. Η αναλογία αυτών των στοιχείων ποικίλει από άνδρα σε άνδρα και αυτό εξηγεί το γεγονός ότι το μέγεθος του προστάτη δεν σχετίζεται με την ένταση των συμπτωμάτων.
- α Οι τιμές του PSA αυξάνονται στο 25% των περιπτώσεων ΚΥΠ. Ο ασταθής εξωστήρας μυς μπορεί να προκαλεί συχνουρία, επείγουσα ούρηση και νυκτουρία στο 70% των ασθενών με απόφραξη.
- α Το σύστημα ιστολογικής βαθμοποίησης κατά Gleason είναι αρκετά χρήσιμος αλλά όχι τέλειος δείκτης για την εξέλιξη του καρκίνου του προστάτη.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στο σημείο αυτό ολοκληρώνεται η εργασία. Αναφερθήκαμε στον καρκίνο του προστάτη. Επιδιώξαμε να καλύψουμε το θέμα επαρκώς παραθέτοντας αιτία, θεραπευτική αντιμετώπιση, νοσηλευτική παρέμβαση κ.τ.λ.. Κυρίως όμως οφείλουμε να τονίσουμε, πόσο σπουδαίο ρόλο παίζει η συμπεριφορά του νοσηλευτή (-τριας) στην αντιμετώπιση του καρκίνου, τόσο στο βιολογικό, στο συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο του ατόμου και της οικογένειας του.

Βασικό σκοπό για νοσηλευτή (-τρια) πρέπει να αποτελεί η πρόληψη και θεραπεία της νόσου. Πρέπει να πιστεύει ότι μπορεί να κερδίσει τη ζωή και να μην βλέπει το θάνατο σαν κάτι το αναπόφευκτο. Μόνο με την συνύπαρξη αυτών των δυο θα μπορέσουμε να αισιοδοξούμε για καλύτερο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Νικήτας Κακλαμάνης, Αντώνης Καμμάς: "Η ανατομική του ανθρώπου" Αθήνα 1998
2. Ιωάννης Σακκάς "Διαγνωστική και θεραπευτική ουρολογία-Νεφρολογία εγχειριτική ουρολογία" Αθήνα 1975-1993, Έκδοση Β', Τόμος 1^{ος},
3. Rous SN "The prostate book" New York: WW Norton 1995
4. Schutz MJ, Crawford E D, "Advanced carcinoma of the prostate" In: Stein BS, Caldamone AA, Smith JA, eds, Clinical urologic practice. New York: WW Norton 1995
5. Α Θ. Ν. Κωστακόπουλος, "παθήσεις του προστάτη" Αθήνα 1997, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης
6. [http:// health. In gr /andras/ Article 19/2/04](http://health.in.gr/andras/Article/19/2/04)
7. N. Reed Dunnick, Carl M. Sandler, E. Stephen Amis, Dr. Deffrey H. Newhouse/ Williams & Wilkins: "Textbook of uroradiology" Second edition 1997
8. Μπαρμπαλίας Γ. Α. "Στοιχεία ουρολογίας", Αθήνα 1987, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
9. Οικονόμου Ν. Σ. "Νοσολογία του γεννητικού συστήματος του άρρενος", Αθήνα 1977, Έκδοση 7^η, Τόμος Α', Εκδόσεις Ιπποκράτη Χαμόπουλου
10. ULRICH- CANALE- WENDEL: "Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική - Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας", Τρίτη Έκδοση, Αθήνα 1997
11. [http:// med lab. cs. uoi. gr/erga/urology/efarmogi.htm](http://medlab.cs.uoi.gr/erga/urology/efarmogi.htm)
12. [http:// med lab. cs. uoi. gr/erga/urology/apotelesmata/brahitherapia.htm](http://medlab.cs.uoi.gr/erga/urology/apotelesmata/brahitherapia.htm)
13. [http:// med lab. cs. uoi. gr/erga/urology/monotherapeia.htm](http://medlab.cs.uoi.gr/erga/urology/monotherapeia.htm)
14. [http:// med lab. cs. uoi. gr/erga/urology/biopsia.htm](http://medlab.cs.uoi.gr/erga/urology/biopsia.htm)
15. [http:// med lab. cs. uoi. gr/erga/urology/brahitherapeia/aktinotherapeia.htm](http://medlab.cs.uoi.gr/erga/urology/brahitherapeia/aktinotherapeia.htm)
16. [http:// med lab. cs. uoi. gr/erga/urology/epiplotkes.htm](http://medlab.cs.uoi.gr/erga/urology/epiplotkes.htm)
17. [http:// med lab. cs. uoi. gr/erga/urology/epilogi-asthenon.htm](http://medlab.cs.uoi.gr/erga/urology/epilogi-asthenon.htm)
18. [http:// med lab. cs. uoi. gr/erga/urology/epilogi-isotopou.htm](http://medlab.cs.uoi.gr/erga/urology/epilogi-isotopou.htm)
19. [http:// med lab. cs. uoi. gr/erga/urology/eksoteriki/aktinotherapeia.htm](http://medlab.cs.uoi.gr/erga/urology/eksoteriki/aktinotherapeia.htm)
20. [http:// med lab. cs. uoi. gr/erga/urology/simperasmata2.htm](http://medlab.cs.uoi.gr/erga/urology/simperasmata2.htm)
21. [http:// med lab. cs. uoi. gr/erga/urology/orxektomi-oistrogona.htm](http://medlab.cs.uoi.gr/erga/urology/orxektomi-oistrogona.htm)

22. [http:// med lab. cs. uoi. gr/erga/urology/pliris-androgonikos/-apokleismos.htm](http://medlab.cs.uoi.gr/erga/urology/pliris-androgonikos/-apokleismos.htm)
23. Μ.Α. Μαργαρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου: "Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος Β, Μέρος 2^ο, Αθήνα 1997
24. Μ.Α. Μαργαρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου: "Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος Β, Μέρος 2^ο, Έκδοση 14^η, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1991
25. Σαχίνη Άννα, Καρδάση Μαρία Πάνου: ""Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική", Έκδοση Β, Τόμος 1^{ος}, Αθήνα 1997
26. Complete Guide to Cancer Nursing, Edited by Margotie Beyers, Sune Werner, Suzane Dueburg, Medikal Economic Books, Oradel, New Jersey, 1984
27. Donovan, M.K., and S.G. Pierce: Cancer care Nursing, New York: Appleton-Century-Grofts 1976
28. Oncology for Nurses and Health care. Professiones, edited by Robert Tiffany, Vol 2, George Allens Unwin, London 1980
29. Lakmann J., Sorensen K.: Medical-Surgical Nursing: A Psychophysiologic Approach, 2nd Ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia-London 1980
30. Loeber S., Spreatto G., Heckheimer E.: The Nurses Drug Hand Book, Awiley Medical Publication, John Wiley and sons, New York 1983.
31. Ross K.: On Death and Dying, Macmillan Publishing Co, Inc. N.Y., 1969.
32. Δόσιος Θ.: Πόσο πρέπει να ενημερώνεται ο καρκινοπαθής για την αρρώστια του, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Απρίλιος 1984, σ.σ. 12-19 Στεφανής