

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ:

Ca προστάτη – ουρήθρας – πέους
Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενών με Ca προστάτη



Σπουδαστής:
Γερογιάννης Δημήτριος

Εισηγητής:
Ιωάννης Μοσχωνάς

Πάτρα, Ιούνιος 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο - ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	4
1.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	4
1.3 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	6
1.4 ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
2.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	7
2.2 ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	7
2.3 ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	8
2.4 ΕΞΩΚΡΙΝΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	9
2.5 ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ –ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	10
3.2 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	11
3.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	13
3.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	19
3.5 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	21
3.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	21
3.7 ΕΙΔΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο – ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ	
4.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ –ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	31
4.2 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗ	31
4.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	34
4.4 ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	35
4.5 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	36
4.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ	
5.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ –ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	39
5.2 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°	
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°	
7.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	46
7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°	
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°	
ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΔΙΝΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10°	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	63
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12°	
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	74

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του προστάτη είναι το θέμα που θα μας απασχολήσει στην παρακάτω εργασία. Το θέμα αυτό μου κέντρισε το ενδιαφέρον αφενός γιατί αποτελεί έναν μεγάλο κίνδυνο για τον ανδρικό πληθυσμό και ιδιαίτερα την τρίτη ηλικία και αφετέρου γιατί η ογκολογία είναι ένας τομέας που παρουσιάζει μεγάλη εξέλιξη τόσο διαγνωστικά όσο και θεραπευτικά. Ακόμη θα ήθελα να επισημάνω την σημασία της προσφοράς νοσηλευτικής φροντίδας απέναντι σε άτομα που απαιτούν ειδική μεταχείριση, πράγμα που με ώθησε να αναλάβω την συγγραφή αυτής της πτυχιακής. Παράλληλα η βελτίωση της καθημερινής πραγματικότητας του ασθενούς πρέπει να αποτελεί σκοπό κάθε ατόμου που είναι μέλος της ομάδας υγείας και έτσι να κάνει πιο υποφερτή την ζωή του πάσχοντος.

Στην συγγραφή αυτής της εργασίας με βοήθησε ο καθηγητής μου Ιωάννης Μοσχωνάς με τις γνώσεις του, την εμπειρία του και με μεθοδικότητα που τον διακρίνει. Θα ήθελα να ευχαριστήσω και την βιβλιοθήκη του ΤΕΙ Πατρών για τις πληροφορίες που μου προσέφερε μέσω των βιβλίων που διαθέτει.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος αποτελεί μια σύγχρονη μάστιγα για τον άνθρωπο. Περιγράφηκε πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό σαν έναν όγκο που μοιάζει με κάβουρα και ακόμη ότι η διόγκωση και η διήθηση των αγγείων και φλεβών έμοιαζε με καρκίνο. Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια περίπου. Ο Johannes Muller το 1838 είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της ιστολογικής φύσης του καρκίνου.

Ο καρκίνος προσβάλλει τα περισσότερα όργανα του ανθρώπινου σώματος όπως το πάγκρεας, το ήπαρ, τον πνεύμονα, τον τράχηλο της μήτρας. Εμφανίζει μεγαλύτερη συχνότητα στον άνδρα, αν και τις τελευταίες δεκαετίες αυξήθηκε και στις γυναίκες.

Ο καρκίνος του προστάτη με τον οποίο θα ασχοληθούμε στην παρακάτω εργασία είναι ένα σύγχρονο πρόβλημα που απασχολεί πολλούς άνδρες κυρίως μεγάλης ηλικίας και σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου του ανδρικού πληθυσμού. Οι λόγοι που με έκαναν να ασχοληθώ με το θέμα αυτό είναι η ειδική αντιμετώπιση των καρκινοπαθών, οι επιπτώσεις που έχει τόσο στο σώμα, όσο και στην ψυχή των ασθενών, το ενδιαφέρον που παρουσιάζει ο καρκίνος της ογκολογίας. Επίσης η ανάδειξη του ανθρώπινου ρόλου του νοσηλευτή μέσα από την εφαρμογή ολιστικής αντιμετώπισης του ασθενούς, το μυστήριο που προκαλεί ο καρκίνος σαν ασθένεια εξαιτίας της ασαφούς προελεύσεως του.

Σκοπός της εργασίας είναι η πληροφόρηση των σπουδαστών της νοσηλευτικής σχετικά με την φύση του καρκίνου του προστάτη και κυρίως τις εκδηλώσεις, την διάγνωση και τη θεραπεία. Ακόμη η ανακάλυψη του νοσηλευτικού ρόλου σε μια τόσο επώδυνη και με πολλές επιπτώσεις ασθένεια. Παράλληλα τονίζεται η ολιστική προσέγγιση που

απαιτείται για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον πάσχοντα.

Στην εργασία αυτή περιλαμβάνονται τα παρακάτω κεφάλαια. Το πρώτο περιγράφει την ανατομία του προστάτη, το δεύτερο την φυσιολογία του προστάτη, το τρίτο την επιδημιολογία, την αιτιολογία και την παθολογία του καρκίνου, στο τέταρτο περιλαμβάνεται η διάγνωση και οι εξετάσεις για τον καρκίνο και στο πέμπτο οι θεραπευτικοί μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Στο ειδικό μέρος περιλαμβάνονται τα εξής κεφάλαια. Στο πρώτο ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαγνωστικές εξετάσεις, στο δεύτερο ρόλος του νοσηλευτή στην ακτινοθεραπεία και στην χημειοθεραπεία, στο τρίτο ο ρόλος του νοσηλευτή στην χειρουργική θεραπεία, στο τέταρτο η περιγραφή δύο περιπτώσεων με την χρήση του Ιατρικού ιστορικού, του νοσηλευτικού ιστορικού και της νοσηλευτικής διεργασίας και τέλος υπάρχουν τα συμπεράσματα και οι προτάσεις σχετικά με το θέμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο - ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης αδένας 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 τοιχώματα της από την άνω περιτονία του ανελκτήρα του πρωκτού.

1.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

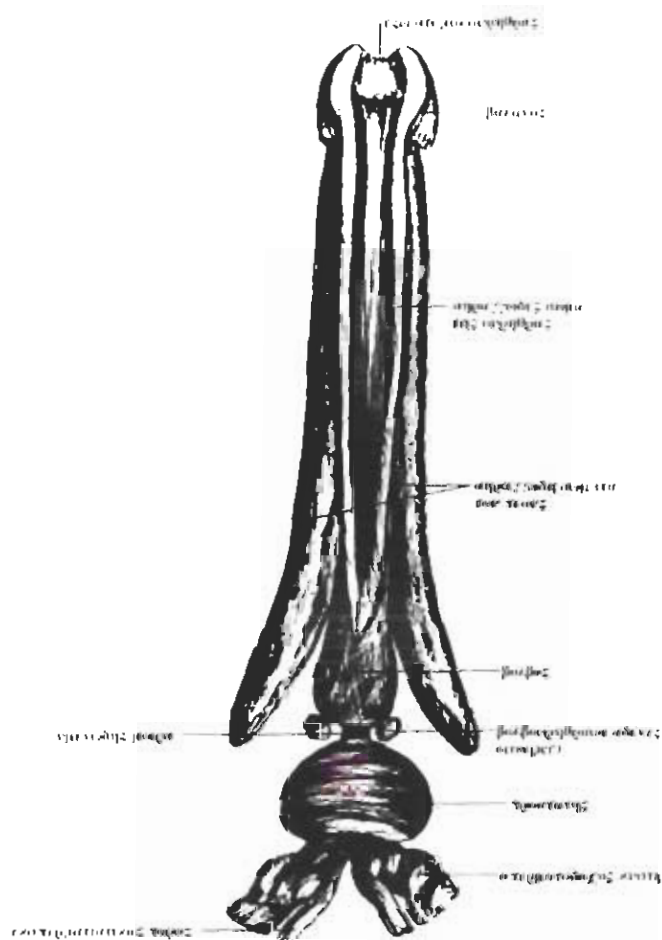
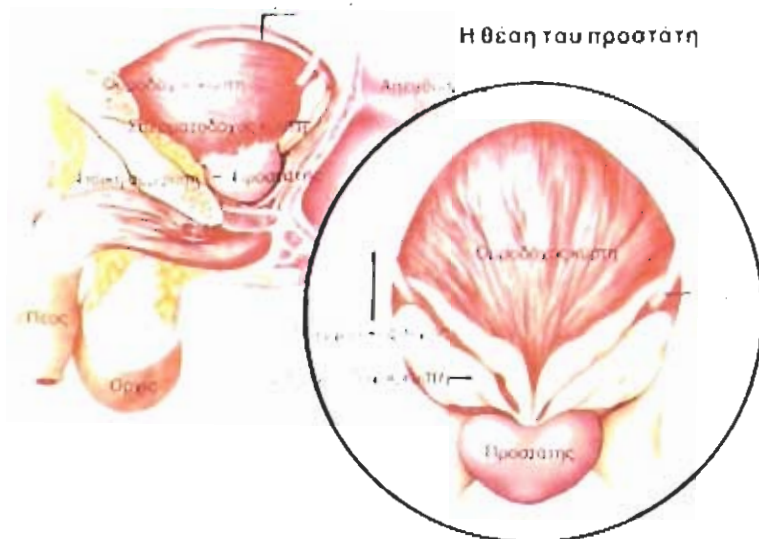
Η πρόσθια επιφάνεια του προστάτη δεν καλύπτεται από κάψα, αλλά φέρει τους ηβοπροστατικούς συνδέσμους (που τον συνοδεύουν με την ηβική σύμφυση) και το αιδουικό πλέγμα (Santorini).

Μέσα στην προστατική 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 μια επιμήκη αύλακα του προστάτη, η οποία διαιρεί τον αδένα σε δεξιό και αριστερό λοβό. Ο λεγόμενος μέσος λοβός του προστάτη, ο οποίος υπερτρέφεται συχνά στους ηλικιωμένους, είναι η προεξέχουσα 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.



ΑΝΔΡΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΗΜΑΤΑ

1.3 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης αγγειώνεται από κλάδους των κάτω κυστικών και των μέσων αιμορροϊδικών αρτηριών.

1.4 ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης νευρώνεται από κλάδους του υπογαστρίου πλέγματος.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης είναι ο αδένας που εκκρίνει ένα λεπτόρευστο γαλακτόχροο, αλκαλικό υγρό που περιέχει κιτρικό οξύ, ασβέστιο και διάφορες άλλες ουσίες. Κατά την εκσπερμάτιση, η κάψα του προστάτη συσπάται ταυτόχρονα με τις συσπάσεις του σπερματικού πόρου και των σπερματοδόχων κύστεων, και έτσι στο σπέρμα προστίθεται και το λεπτόρευστο, γαλακτόχροο υγρό του προστάτη.

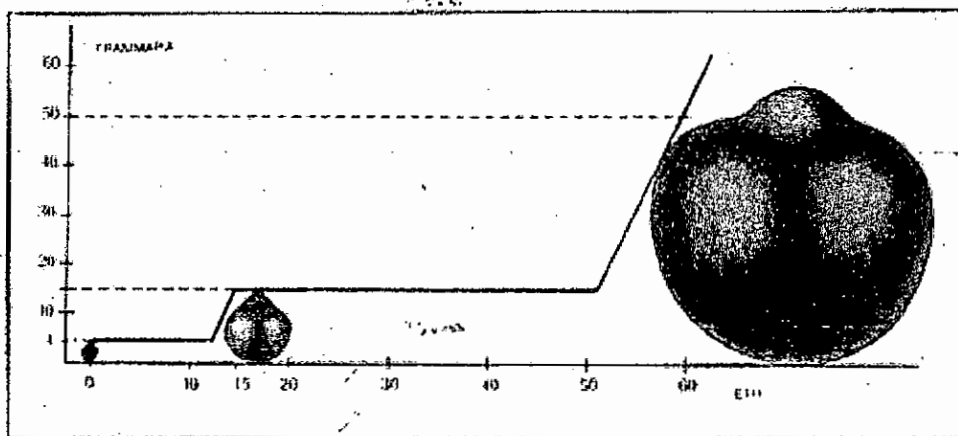
Η αλκαλική αντίδραση του προστάτικού υγρού μπορεί να έχει μεγάλη σημασία για τη γονιμοποίηση του ωαρίου, επειδή το υγρό του σπερματικού πόρου είναι σχετικό όξινο εξαιτίας της παρουσίας σ' αυτό, τελικών προϊόντων του μεταβολισμού των σπερματοζωαρίων και κατά συνέπεια ανασταλτικά για την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

Όξινα επίσης με ΡΗ(3,5-4,0) είναι και τα εκκρίματα του κόλπου. Τα σπερματοζωάρια δεν αποκτούν άριστη κινητικότητα αν το ΡΗ του περιβάλλοντος δεν ανέβει στα 6,0-6,5. Είναι πιθανό ότι το σπερματικό υγρό εξουδετερώνει την οξύτητα των άλλων υγρών μετά την εκσπερμάτιση και αυξάνει την κινητικότητα και γονιμότητα των σπερματοζωαρίων.

2.2 ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης εμφανίζεται σαν πολλαπλές συμπαγείς του επιθηλίου της ουρήθρας πάνω και κάτω της εισόδου του μεσονεφρικού πόρου στο ουρογεννητικό κόλπωμα. Αυτές οι απλές σωληνώδεις αποφύσεις αρχίζουν να αναπτύσσονται σε 5 διαφορετικές ομάδες στο τέλος της δέκατης εβδομάδας και ολοκληρώνονται την 16^η εβδομάδα. Κατόπιν διακλαδίζονται καταλήγοντας σε ένα σύνθετο σύστημα αγωγών (πόρου), το οποίο συναντά τα διαφοροποιημένα μεσεγχυματικά κύτταρα γύρω από το τμήμα του ουρογεννητικού κολπώματος. Αυτά τα μεσεγχυματικά

κύτταρα αρχίζουν να αναπτύσσουν τα σωληνάρια την 16^η εβδομάδα και γίνονται πυκνότερα στην περιφέρεια όπου θα σχηματίσουν την προστατική κάψα. Την 22^η εβδομάδα το μύθος στρώμα είναι αναπτυγμένο και συνεχίζει να αυξάνεται μέχρι τη γέννηση.



Το μέγεθος του προστάτη ανάλογα με την ηλικία

2.3 ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης είναι αδένας με μεικτή ενδοκρινική λειτουργία όπως σε κάθε αδένα, έτσι και στον προστάτη η λειτουργία του ευρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης. Ο υποθάλαμος, ως γνωστόν, αποτελεί τις νευροενδοκρινικό του ανθρώπινου οργανισμού. Δέχεται ερεθίσματα από Κεντρικό Περιφερικό Σύστημα, αλλά και από περιφερικά όργανα με τελικό σκοπό τη ρύθμιση της λειτουργίας της υπόφυσης από τον προθάλαμο της υπόφυσης εκλύονται η ωχρινοτρόπος (LH) ορμόνη και η αδενοκορτικοτρόπος ορμόνη (ACTH) που δρουν στους όρχεις και στο φλοιό των επινεφριδίων, αντίστοιχα και ευθύνονται για την παραγωγή της τεστοστερόνης. Οι ορμόνες που ρυθμίζουν την λειτουργία του προστάτη είναι: 1) Τεστοστερόνη, ανδρογόνο παραγόμενο κυρίως από τους όρχεις και είναι η ορμόνη που έχει την μέγιστη δράση επί του προστάτη. Μετά από παθητική διάχηση στο κυτταρόπλασμα γίνεται παραγωγή m-RNA και η σύνθεση ειδικών

πρωτεϊνών που χρησιμεύουν για την αναδίπλωση του προστατικού επιθηλίου, την έκφραση και ανάπτυξη του προστατικού ιστού.

2) Τα ανδρογόνα, παράγονται από το φλοιό των επινεφριδίων, υπό την επίδραση της ACTH ορμόνης. Δεν έχει πλήρως αποσαφηνισθεί η δράση τους. 3) Τα οιστρογόνα, τα οποία παράγονται σε μικρή ποσότητα κατευθείαν στους όρχεις. Ποσά οιστρογόνων θεωρείται ότι μπορούν να επηρεάσουν τον μεταβολισμό του προστάτη. 4) Η προλακτίνη παράγεται στο πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Κύρια λειτουργία είναι η προαγωγή της πρόσληψης μεταβολισμού της τεστοστερόνης από τον προστατικό αδένα.

2.4 ΕΞΩΚΡΙΝΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

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

Πρωτεΐνες 25 mg/ml	Λιπίδια 3 mg/ml
Νάτριο 153 μ M	Κάλιο 28 μ M
Ασβέστιο 30 μ M	Μαγνήσιο 20 μ M
Χλωριούχα 38 μ M	Διτςνθρακικά 20 μ M
Κιτρικά 78 μ M	Ψευδάργυρος 488 mg/ml
Σπερμίνη 2,4 mg/ml	Χοληστερόλη 0,9 mg/ml

Όλα τα συστατικά είναι απαραίτητα για την ζωτικότητα των σπερματοζωαρίων.

2.5 ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Περιλαμβάνει την παραγωγή πρωτεϊνών, οι οποίες διοχετεύονται στην κυκλοφορία του αίματος και δρουν σε άλλα όργανα, επηρεάζοντας την λειτουργία τους. Τέτοιες ορμόνες θεωρούνται το προστατικό αντιγόνο και η προστατική όξινη φωσφατάση.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

A. Η επίπτωση του καρκίνου του προστάτη, αυξάνεται συνέχεια για περισσότερα από 20 χρόνια. Το 1987, ξεπέρασε το όριο των 100 περιπτώσεων ανά 100000(προσαρμοσμένη ηλικία, όλος ο ανδρικός πληθυσμός). Η μεγαλύτερη επίπτωση διαπιστώθηκε το 1992(191 ανά 100000). Η αύξηση στην επίπτωση ερμηνεύεται από την αυξημένη δυνατότητα ανεύρεσης πασχόντων κυρίως χρησιμοποιώντας το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) και το διορθικό υπερηχογράφημα(TRUS). Το 1993 και το 1994, η επίπτωση του καρκίνου του προστάτη παρουσιάστηκε να εξασθενεί σε λευκούς και μαύρους άνδρες. Ο κίνδυνος για καρκίνο του προστάτη αυξάνεται σταδιακά με την ηλικία. Έτσι στο 67 - 72 έτος της ηλικίας η επίπτωση ανέρχεται στο 1% για μαύρους και λευκούς άνδρες αντιστοίχως. Η μέγιστη θνησιμότητα σε μια προσαρμοσμένη ηλικία των 27 ανά 100000 το 1991 δημοσιεύθηκε στις ΗΠΑ. Κατόπιν, η θνησιμότητα μειώθηκε σταδιακά.

B. Η αιτία του καρκίνου του προστάτη είναι άγνωστη. Αρκετοί παράγοντες συνδέονται με έναν αυξημένο κίνδυνο. 1) Δημογραφία. Ο κίνδυνος του καρκίνου του προστάτη είναι πολύ υψηλός στην Σουηδία, ενδιάμεσος στις ΗΠΑ και την Ευρώπη και σε Ιάπωνες που μετανάστευσαν στις ΗΠΑ και ο χαμηλότερος στην Ταϊβάν και στην Ιαπωνία. Οι μαύροι προσβάλλονται 30% πιο συχνά από ότι οι λευκοί και ανάλογα του σταδίου της νόσου οι μαύροι έχουν χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης. 2) Θετικό οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο του προστάτη στον πατέρα η τον αδερφό, αυξάνει τον κίνδυνο 7 φορές περισσότερο από το γενικό πληθυσμό εάν ο προσβεβλημένος συγγενής διαγνώσθηκε στα 50 του χρόνια. Ο σχετικός κίνδυνος γίνεται 4 φορές μικρότερος αν η

διάγνωση του συγγενή πρώτου βαθμού έγινε μετά τα 70 του χρόνια.

3) Ορμόνες. Μεταβλητά επίπεδα μεταβολισμού, ανδρογόνων και οιστρογόνων έχουν ενοχοποιηθεί για τον καρκίνο του προστάτη.

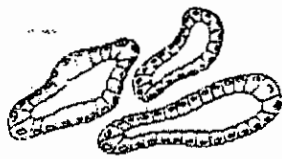
4) Άλλοι προτεινόμενοι παράγοντες κίνδυνου, οι οποίοι δεν είναι πλήρως αποδειγμένοι, είναι η αυξανόμενη κατανάλωση βιταμίνης A, μειωμένη κατανάλωση βιταμίνης D, και επαγγελματική έκθεση σε κάδμιο.

3.2 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

A) Ιστολογία. Περίπου όλοι οι καρκίνοι του προστάτη είναι αδενοκαρκινώματα. Τα εκ μεταβατικού επιθηλίου, μικροκυτταρικά και εκ πλακωδών κύτταρων και τα σαρκώματα είναι σπάνια. Ο προστάτης μπορεί ακόμη να είναι η μετάσταση καρκινωμάτων της ουροδόχου κύστης, το κόλον, του πνεύμονα ή μελανωμάτων, λεμφωμάτων ή άλλων κακοηθειών.

B) Εντόπιση. Ο καρκίνος του προστάτη τείνει να είναι πολυεστιακός και συχνά (70%) ξεκινά από την περιφέρεια του προστάτη. Αυτά τα 2 χαρακτηριστικά κάνουν αδύνατη την πλήρη θεραπεία μέσω της διουρηθρικής προστατεκτομής (TURP).

Γ) Διασπορά της νόσου. Η διασπορά του αδενοκαρκινώματος του προστάτη επηρεάζεται κυρίως από τον βαθμό διαφοροποίησης της νόσου. Χαμηλής διαφοροποίησης όγκοι μπορεί να παραμείνουν εντοπισμένοι για μεγάλα διαστήματα. Η ασθένεια τοπικά διασπείρεται κατά μήκος των νεύρων και μεθίσταται μέσω των λεμφαγγείων. Απομακρυσμένες μεταστάσεις μπορεί να συμβούν χωρίς σημεία λεμφαδενικής διήθησης. Απομακρυσμένες μεταστάσεις υπάρχουν σχεδόν πάντοτε όταν υπάρχει προσβολή λεμφαδένων.



δδενοκαρκίνωμα ψηλής
διαφοροποίησης



λίγο διαφοροποιημένο
δδενοκαρκίνωμα



αλλοειδές καρκίνωμα



άναπλαστικό καρκίνωμα

Βασικοί ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του προστάτη (κατά Οtom)

Δ) Μεταστάσεις. Τα οστά αποτελούν την συνηθέστερη μετάσταση του καρκίνου του προστάτη, όπου σχεδόν πάντα προκαλούνται πυκνές οστεοβλαστικές μεταστατικές αλλοιώσεις. Καμιά φορά, οι ασθενείς παρουσιάζουν αντιθέτως οστεολυτικές βλάβες.

Επίσης μπορεί να συμβεί προσβολή του ήπατος, αλλά οι μεταστάσεις στον εγκέφαλο, στον πνεύμονα, και σε άλλους μαλακούς ιστούς είναι σπάνιες.

Ε) Συνοδά παρανεοπλαστικά σύνδρομα.

- 1) Συστηματική ινωδόλυση
- 2) Νευρομυικές ανωμαλίες

3.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Α) Συμπτώματα και σημεία

1. Συμπτώματα: α) Ο πρώιμος καρκίνος του προστάτη είναι συνήθως ασυμπτωματικός και μπορεί να εντοπιστεί κατά την συνηθισμένη

δακτυλική εξέταση(DRE) και μέτρηση του PSA ή κατά την διάρκεια TURP για υπερπλασία του προστάτη. Η παρουσία συμπτωμάτων συνήθως δείχνει προχωρημένη αρρώστια. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσκολία για την έναρξη της ούρησης, έπείξη προς ούρηση, νυκτουρία, μειωμένη ακτίνα ούρησης, μικρή ποσότητα ούρων και τελικά αιματουρία.

β) Η ξαφνική έναρξη και η ταχεία εξέλιξη των συμπτωμάτων της απόφραξης του ουροποιητικού συστήματος στους άνδρες μεγάλης ηλικίας είναι πολύ πιθανό να προκαλείται από τον καρκίνο του προστάτη.

2. Πόνος στη μέση, στην πύελο, στους ώμους ή διάχυτα στα οστά είναι το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα των ασθενών με απομακρυσμένες μεταστάσεις.

3. Η έναρξη των νευρολογικών συμπτωμάτων όπως παραπληγίας και ακράτειας ούρων, η οποία προκύπτει από τις σπονδυλικές μεταστάσεις, ίσως να είναι ένα αρχικό χαρακτηριστικό ή μπορεί να αναπτυχθεί κατά την διάρκεια της ασθένειας.

B) Φυσική εξέταση

α) Δακτυλική εξέταση του προστάτη. Ο προσβεβλημένος προστάτης από καρκίνο του προστάτη είναι σκληρός σαν πέτρα και με ανώμαλη επιφάνεια. β) Εξέταση των σπερματοδόχων κύστεων. γ) Εκτίμηση των βουβωνικών λεμφαδένων για πιθανές μεταστάσεις. δ) Εκτίμηση με ψηλάφηση του σκελετού για απομακρυσμένες μεταστάσεις όπως και με προσανατολισμένη νευρολογική εξέταση.

Γ) Διαφορική διάγνωση

Αυτή πρέπει να γίνει από: 1) Οξεία προστατίτιδα. Η βακτηριακή μόλυνση προκαλεί δυσουρία, πόνο, και συχνά πυρετό. Ο προστάτης είναι μαλακός και διογκωμένος, αλλά όχι σκληρός. Η εξέταση και η

καλλιέργεια του προστατικού υγρού, η οποία επιτυγχάνεται με μάλαξη του προστάτη, συνήθως αποκαλύπτει τον αιτιολογικό παράγοντα. 2) Χρόνια και κοκκιωματώδη προστατίτιδα. Αυτή μπορεί να προκληθεί από βακτήρια, φυματίωση, μύκητες ή πρωτόζωα. Η κλινική διάκριση μεταξύ αυτής και του καρκίνου είναι δύσκολη και συνήθως απαιτείται βιοψία. 3) Οξώδης υπερπλασία (καλοήθης προστατική υπερτροφία). Αφορά άνδρες άνω των 30 ετών και σε ποσοστό 80% των άνω των 80 ετών ανδρών. Συμπτώματα απόφραξης των ουροφόρων οδών είναι συνήθη και συχνά απαιτείται βιοψία του προστάτη. 4) Άλλες πιθανότητες. Σπάνια λίθοι, αμυλοείδωση, αρχόμενα αδενώματα ή απόφραξη του αδένου πιθανόν να συγχυθεί με καρκίνο του προστάτη.

Δ) Διαγνωστικές εξετάσεις

1) Εξετάσεις ρουτίνας (Ανάλυση ούρων, Γενική αίματος, εξετάσεις νεφρικής λειτουργίας, LFTs, αλκαλική φωσφατάση, ασβέστιο και ακτινογραφία θώρακος).

2) PSA: είναι μια πρωτεάση που χρησιμοποιείται σαν ειδικός προστατικός δείκτης. Με την χρήση του PSA αυξάνεται ο αριθμός των πραγματοποιούμενων βιοψιών και έτσι διευρύνεται ο αριθμός των διαγνωσμένων ασθενών. Αυτό αυξάνει σημαντικά την δακτυλική εξέταση για την διάγνωση του καρκίνου του προστάτη γενικά και την εντόπισμένη στον αδένου νόσο ειδικά.

Ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Περίπου 15% των ασθενών με υπερπλασία προστάτη έχουν αυξημένα επίπεδα PSA. Οι τιμές του PSA μπορούν επίσης να αυξηθούν σε φλεγμονή του προστάτη, χειρουργικές επεμβάσεις ή ενδοσκοπήσεις, αλλά όχι με δακτυλική εξέταση. Μετά από βιοψία προστάτη, το PSA μπορεί να είναι αυξημένο για τουλάχιστον 6 ως

8 εβδομάδες. Αυξημένες τιμές PSA έχουν βρεθεί, σπάνια, σε ασθενείς με άλλες κακοήθειες παρά με καρκίνο του προστάτη.

Ελεύθερο PSA είναι το τμήμα του PSA, που είναι δεσμευμένο με τις αντιπροτεάσες του πλάσματος, α1-αντιχυμοθρυψίνη και α2-μακροσφαιρίνη. Αυξημένη αναλογία του ελεύθερου προς το συνολικό PSA συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα για καρκίνο του προστάτη. Σε ασθενείς με αυξημένο PSA και χωρίς ύποπτα κατά την ψηλάφηση του προστάτη, συστήνεται παρακολούθηση μετά από μια αρνητική βιοψία, εάν η αναλογία ελεύθερου προς συνολικού PSA υπερβαίνει το 25%.

PSA σχετιζόμενο με την ηλικία. Το φυσιολογικό εύρος του PSA σε ασθενείς χωρίς καρκίνο του προστάτη αυξάνει με την ηλικία, κυρίως σαν αποτέλεσμα της υπερτροφίας του οργάνου.

<u>Ηλικία(έτη)</u>	<u>PSA(ng/ml)</u>
40-50	0-2.5
50-60	0-3.5
60-70	0-4.5
70-80	0-6.5

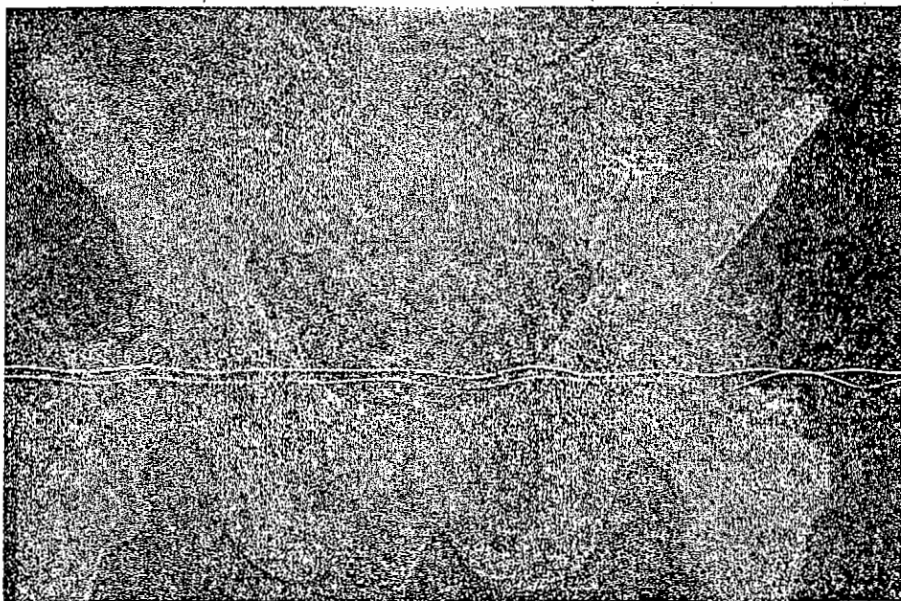
Η πυκνότητα των δεικτών PSA είναι μαθηματικές τροποποιήσεις του PSA. Οι δείκτες ρυθμίζουν τα επίπεδα του PSA σε σχέση προς τον όγκο του προστάτη. (Πυκνότητα PSA= PSA: όγκου του αδένα) ή για τον όγκο της μεταβατικής ζώνης(TZ)[PSA TZ= PSA: όγκου TZ]. Η TZ βρίσκεται στο κέντρο του προστάτη και είναι ένα από τα παράγοντα PSA μέρη του προστάτη και συνήθως αυξάνει σε μέγεθος όταν συμβαίνει καλοήθης υπερπλασία του προστάτη. Αυτοί οι δείκτες βρέθηκαν ότι αυξάνουν τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα με συνολικό PSA από 4 ως 10 ng/ml. Η μεταβατική ζώνη(TZ) PSA συμβάλλει επίσης στην ταξινόμηση. Στον περιοδικό έλεγχο και σε βιοψίες προστάτη κάποιων ασθενών.

Κλινική χρησιμότητα του PSA. Το PSA μπορεί να διαγνώσει πρωτοπαθείς ή υποτροπιάζοντες όγκους και είναι χρήσιμο τόσο στην διάγνωση όσο και στην παρακολούθηση της πορείας των ασθενών. Αν και το PSA δεν είναι αρκετά ευαίσθητο για να είναι η μόνη διαγνωστική μέθοδος για τον καρκίνο του προστάτη, είναι χρήσιμο όταν συνδυάζεται με δακτυλική εξέταση(DRE) και TRUS. Περίπου το 25% των ασθενών με αποδεδειγμένο, βάσει βιοψίας καρκίνο του προστάτη έχουν επίπεδα PSA μικρότερα από 4 ng/ml. Όταν το PSA συνδυάζεται με TRUS και βιοψίες προστάτη, ο καρκίνος ανιχνεύεται σε ποσοστό 20% των ασθενών με τιμές PSA μεταξύ 4 και 10 ng/ml και σε ποσοστό 60% των ασθενών με τιμές που υπερβαίνουν το 10 ng/ml. Οι τιμές του PSA μπορεί να δείξουν μια προοδευτική αύξηση αρκετά χρόνια προτού οι μεταστάσεις γίνουν έκδηλες. Μια τέτοια άνοδος αποτελεί ένδειξη αναζήτησης τοπικής υποτροπής με φυσική εξέταση ή TRUS σε προγενέστερα θεραπευμένους ασθενείς, αλλά δεν αποτελεί ένδειξη για λεπτομερή εξέταση για μεταστατική ασθένεια.

3) Όξινη φωσφατάση, που παλαιότερα αποτελούσε την μόνη διαγνωστική μέθοδο για τον καρκίνο του προστάτη, σπάνια χρησιμοποιείται σήμερα. Αν και τα επίπεδα της στον ορό αυξάνονται στο 70% ως 80% των ασθενών με διάσπαρτη νόσο αυτή η εξέταση δεν είναι αρκετά ευαίσθητη και ειδική για χρήση σε ασθενείς με εντοπισμένη νόσο. Περίπου το 10% των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο του προστάτη έχουν αυξημένα όξινης φωσφατάσης με φυσιολογικά επίπεδα PSA.

4) Τεχνικές βιοψίας, α) TRUS- κατευθυνόμενη βιοψία είναι η κλασική μέθοδος διάγνωσης καρκίνου του προστάτη. β) TURP. Ο καρκίνος του προστάτη πιθανόν να βρεθεί σε 5% ως 10% των πραγματοποιημένων TURPs για καλοήγη υπερπλασία.

5) Σπινθηρογράφημα οστών. Αν και τα σπινθηρογραφήματα οστών πραγματοποιούνται σε όλους τους ασθενείς με ιστολογικά διαγνωσμένα καρκίνο του προστάτη σε μερικά κέντρα, η χρήση τους για την σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη είναι συζητήσιμη, διότι η πιθανότητα ενός θετικού σπινθηρογραφήματος είναι εξαιρετικά χαμηλή όταν το PSA είναι μικρότερο από 10ng/ml ή απουσιάζουν τα συμπτώματα.



Ακτινογραφία οστών ελάσσονος πυέλου.
Οστεοβλαστικές μεταστάσεις σε καρκίνο του προστάτη

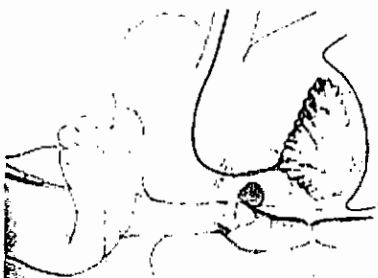
6) Αξονικές (CT) και μαγνητικές τομογραφίες (MRI) είναι μη ευαίσθητοι μέθοδοι για να εκτιμήσουν την διασπορά νόσου στους λεμφαδένες ή στην πύελο. Αυτές οι εξετάσεις δικαιολογούνται μόνο σε ασθενείς υψηλού κινδύνου που έχουν όγκο που προσάπτεται στο πυελικό τοίχωμα σύμφωνα με την δακτυλική εξέταση (DRE), μια υψηλή βαθμολογία κατά Gleason ή PSA μεγαλύτερο των 20 ng/ml.



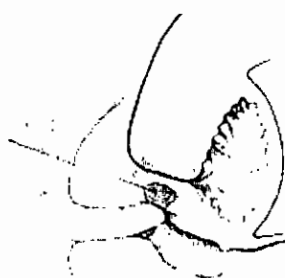
Εξάπλωση του καρκινώματος του προστάτη



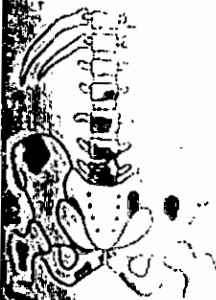
Εξάπλωση



Εξάπλωση από λεμφη βλάστη



Εξάπλωση βλάστη



Εξάπλωση μεταστάσεις



Εξάπλωση μεταστάσεων στους οσφύδες

Καρκίνος του προστάτη

3.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

A) Σύστημα ταξινόμησης

Το 1992 η TNM(Tumor, Node, Metastasis) ταξινόμηση είναι η ακόλουθη:

Ταξινόμηση	Στάδιο	Έκταση αρρώστιας
-----	TX	Πρώιμος όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί
-----	T0	Έλλειψη ενδείξεων πρώιμου καρκίνου
T1: Υποκλινικός όγκος μη φανερός με ψηλάφηση ή με απεικονιστική μέθοδο	T1α	<5% καρκινικού ιστού ευρεθέντος τυχαία στο TURP
	T1β	<5% καρκινικού ιστού ευρεθέντος τυχαία στο TURP
	T1γ	Διαγνωσθείς όγκος από βιοψία με βελόνα πραγματοποιηθείσα εξ αιτίας αυξημένου PSA.
T2: Ψηλαφητός όγκος εντοπισμένος στον προστάτη	T2α	Όγκος διηθών τον 1 λοβό
	T2β	Όγκος διηθών και τους 2 λοβούς
T3: Ψηλαφητός όγκος που διαϊιτραίνει την κάψα του προστάτη	T3α	Ετερό/ρη ή αμφοτερό/ρη διήθηση της κάψας του προστάτη
	T3β	Προσβολή των σπερματοδόχων κύστεων
T4: Τοπική επέκταση στις σπερματοδόχους κύστεις	T4	Όγκος διηθών τον αυχένα της ουροδόχου κύστεως, το ορθό, τον εξωτερικό σφιγκτήρα, τους ανελκτήρες μυς και όχι το

		πελικό τοίχωμα.
N: Προσβολή περιοχικών λεμφαδένων	NX	Δεν ανιχνεύονται περιοχικοί λεμφαδένες
	N0	Δεν υπάρχει διήθηση στους περιοχικούς λεμφαδένες
	N1	Ανευρίσκονται μεταστάσεις σε περιοχικούς λεμφαδένες
M: Απομακρυσμένες μεταστάσεις	MX	Δεν μπορούν να ανιχνευθούν
	M0	Δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις
	M1α	Προσβολή μη περιοχικών λεμφαδένων (πχ υπερκλειδίων)
	M1β	Μεταστάσεις στα οστά
	M1γ	Άλλες μεταστάσεις μη λεμφαδενικές ή οστικές.

B) Προγνωστικοί παράγοντες

1) Ο βαθμός διαφοροποίησης του όγκου επηρεάζει την πρόγνωση. Μεγαλύτερου βαθμού διαφοροποίησης όγκοι συνδέονται με λεμφαδενικές και απομακρυσμένες μεταστάσεις. Το σύστημα βαθμολογίας κατά Gleason χρησιμοποιείται πιο συχνά. Οι ασθενείς που έχουν βαθμολογία κατά Gleason από 7 και πάνω έχουν χειρότερη πρόγνωση από με χαμηλότερες βαθμολογίες.

2) Η προσβολή των σπερματοδόχων κύστεων συνδέεται με φτωχή πρόγνωση, ακόμη και στα πρώιμα στάδια της ασθένειας.

3) Οι πίνακες του Alan Partin είναι κλινικά χρήσιμοι και ενσωματώνουν την συγκέντρωση του PSA στον ορό, την βαθμολογία κατά Gleason, και το κλινικό στάδιο για να προβλέψουν το παθολογικό στάδιο με την προσβολή του προστάτη και τις λεμφαδενικές διηθήσεις.

3.5 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο περιοδικός έλεγχος για καρκίνο προστάτη παραμένει συζητήσιμος, αλλά γίνεται περισσότερο προφανές ότι η πρώιμη διάγνωση, σαν αποτέλεσμα την ανεύρεση περισσότερων ασθενών με εντοπιζόμενο μόνο στον προστάτη καρκίνο. Μια πιο επιθετική διαγνωστική προσέγγιση θα μπορούσε να αφορά άνδρες με θετικούς οικογενειακούς ή φυλετικούς(μαύροι) παράγοντες κινδύνου.

3.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

A) Γενικότητες

Η αντιμετώπιση όλων των σταδίων του καρκίνου του προστάτη είναι συζητήσιμη. Συχνά η ασθένεια χαρακτηρίζεται από μακρύ ιστορικό. Ωστε μεγάλος αριθμός ασθενών ζει, 15 χρόνια ή και περισσότερα μετά τη διάγνωση(ακόμη και χωρίς θεραπεία). Επιπλέον, επειδή η νόσος προσβάλλει ηλικιωμένους άνδρες(οι οποίοι συχνά έχουν και άλλες αρρώστιες), συμβαίνει ένας μεγάλος αριθμός από αυτούς να πεθαίνει από αυτές πριν εμφανίσει συμπτώματα ή πεθαίνει από καρκίνο του προστάτη.

1) Οι γνώμες των ερευνητών και των κλινικών ιατρών ποικίλλουν πάρα πολύ όσον αφορά την χειρουργική αντιμετώπιση, την ακτινοθεραπεία, τους ορμονικούς χειρισμούς και τις άλλες μεθόδους για την αντιμετώπιση κάθε σταδίου της ασθένειας. Οι περισσότεροι κλινικοί

ιατροί συμφωνούν, ωστόσο, ότι η θεραπεία του πρώιμου σταδίου της αρρώστιας είτε χειρουργικά είτε με ακτινοθεραπεία οδηγεί σε συγκεκριμένα αποτελέσματα όσον αφορά την επιβίωση. Είναι όμως ασαφές επί του παρόντος, εάν ανάλογο προσδόκιμο επιβίωσης μπορεί να επιτευχθεί με συστηματικές θεραπείες.

2) Πιστεύεται, γενικώς ότι όλες οι θεραπευτικές μέθοδοι πρέπει να συζητηθούν προκειμένου να επιλεγεί η καταλληλότερη, για κάθε συγκεκριμένο ασθενή. Οι μελέτες δείχνουν ότι η ριζική προστατεκτομή δεν πλεονεκτεί έναντι της ακτινοθεραπείας, ή το αντίθετο. Τα μακροχρόνια αποτελέσματα της σύγχρονης κρυοθεραπείας και σύγχρονης βραχυθεραπείας δεν είναι ακόμη γνωστά. Η αναμονή και η παρακολούθηση είναι μια άλλη επιλογή, που πρέπει να ληφθεί υπόψη. Αυτές οι επιλογές πρέπει να εξηγηθούν προσεκτικά στον ασθενή, εν σχέσει προς τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου θεραπείας. Η στρατηγική της θεραπείας πρέπει να φτιάχνεται όχι μόνο σύμφωνα με τα κλινικά δεδομένα του ασθενή, αλλά και σύμφωνα με τις προσδοκίες και με τον τρόπο ζωής του.

Β) Χειρουργική επέμβαση για τα πρώια στάδια (στάδια T1 και T2)

1) **Στάδιο T1α.** Ο καρκίνος του προστάτη συχνά ανακαλύπτεται από ιστολογική εκτίμηση των δειγμάτων που λαμβάνονται με TURP για υπερπλασία. Η αντιμετώπιση είναι συζητήσιμη. Η κλινική περίοδος του σταδίου T1α είναι ποικίλη. Αν μείνει αθεράπευτο ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό ασθενών κινδυνεύει από την εξέλιξη της αρρώστιας και το θάνατο. Έτσι, είναι αποδεκτό, να θεραπεύονται επιλεγμένα περιστατικά του σταδίου T1α (όπως οι ασθενείς 60 χρονών ή νεότεροι). Ειδάλλως ασθενείς με στάδιο T1α καρκίνο του προστάτη μπορούν να αντιμετωπιστούν με «συνεχή παρακολούθηση».

2) Στάδιο T1b ως T2b. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει ριζική προστατεκτομή, κρυοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, βραχυθεραπεία. Στους περισσότερους ασθενείς γίνεται και λεμφαδενικός καθαρισμός των ενδοπυελικών λεμφαδένων κατά την διάρκεια της ριζικής προστατεκτομής.



3) Επιπλοκές της προστατεκτομής και λεμφαδεκτομής

A. Η ριζική προστατεκτομή προκαλεί μικρή ακράτεια σε ποσοστό 10% ως 20% των ασθενών. Σοβαρή ακράτεια συμβαίνει σε ποσοστό 1% ως 3%.

B. Επιπλοκές της λεμφαδεκτομής συμβαίνουν σε περίπου στα 20% των ασθενών και περιλαμβάνουν λεμφοκήλη, πνευμονική εμβολή, μόλυνση τραύματος και λεμφοίδημα.

Γ. Σταθερή ή υποτροπιάζουσα νόσος μπορεί να συμβαίνει στο 10% ως 40% των ασθενών μετά τη ριζική προστατεκτομή, αναλόγως προς το στάδιο της νόσου, την βαθμολογία κατά Gleason και την προ της θεραπείας τιμή του PSA.

Αντενδείξεις της ριζικής προστατεκτομής και λεμφαδενεκτομής

Γενικά η ριζική προστατεκτομή γίνεται σε άνδρες, οι οποίοι είναι πιθανόν να θεραπευθούν και έχουν προσδόκιμο επιβίωσης τουλάχιστον 15 χρόνια. Επομένως οι αντενδείξεις της ριζικής προστατεκτομής είναι: α) Βιολογική ηλικία μεγαλύτερη των 70-75 ετών β) Υψηλού βαθμού διαφοροποίησης καρκίνοι με υψηλές τιμές SPA γ) Προσβολή των σπερματοδόχων κύστεων (στάδιο T3b) δ) Μεταστάσεις στους πνευλικούς λεμφαδένες ε) Διάχυτος καρκίνος.

Γ) Ακτινοθεραπεία για πρόωμη αρρώστια (στάδια T1 ως T3)

Τρόπος εφαρμογής ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία γίνεται με εξωτερική ακτινοβολία ή με εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων στον όγκο. Η εξωτερική ακτινοβολία διαρκεί περίπου έξι εβδομάδες. Πλεονεκτεί επειδή αποφεύγεται η επέμβαση, ορισμένες φορές όμως δεν καταστρέφει όλα τα καρκινικά κύτταρα. Ακτινοβολία 6 εβδομάδων μπορεί να προκαλέσει ήπια ή μεγαλύτερου βαθμού καταβολή. Η εξωτερική ακτινοβολία επιτυγχάνεται με ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες πχ κοβάλτιο -60, καίσιο -137 (τηλεραδιοθεραπεία), ταντάλιο -182.

Η διάμεση ακτινοβολία πραγματοποιείται όταν εισάγονται απευθείας στον προστάτη σβόλοι ή ταινίες από υλικό που εκπέμπει ακτινοβολία. Αυτό μπορεί να γίνει με χειρουργική επέμβαση ή με ειδικές βελόνες που εισάγονται μέσω του δέρματος. Το κυριότερο πλεονέκτημα

αυτής της θεραπείας είναι ότι η δόση της ακτινοβολίας περιορίζεται στον όγκο και δεν βλάπτονται φυσιολογικοί ιστοί. Αν οι σβόλοι ή ταινίες τοποθετηθούν με ανοιχτή επέμβαση μπορεί συγχρόνως να παρθεί δείγμα λεμφαδένων για βιοψία, για να διαπιστώσει αν ο όγκος έχει διασπαρεί. Μειονέκτημα της διάμεσης ακτινοβολίας είναι η μη σωστή τοποθέτηση των σβόλων και των ταινιών μέσα στον όγκο.

Η διάμεση ακτινοθεραπεία επιτυγχάνεται με 1. Εμφύτευση ιωδίου 125, 2. Εμφύτευση χρυσού 125 σε συνδυασμό με εξωτερική ακτινοθεραπεία, 3. Ενδοϊστική εμφύτευση ιριδίου 192.

1. Ενδείξεις. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται ευρέως στην αντιμετώπιση των ασθενών σταδίου T1 και T2. Συμπληρωματικός ορμονικός χειρισμός χρησιμοποιείται στις περισσότερες περιπτώσεις με αποδεδειγμένα καλύτερα αποτελέσματα και μειωμένες επιπλοκές. Η ακτινοθεραπεία για ασθενείς σταδίου T3 είναι επίσης συζητήσιμη, αλλά οι περισσότεροι ιατροί υποστηρίζουν την χρήση της ακτινοθεραπείας μαζί με τους ορμονικούς χειρισμούς. Άλλες ενδείξεις για ακτινοθεραπεία περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: α) Όταν η κατάσταση του ασθενούς εμποδίζει την εγχείρηση β) Όταν βρεθεί λεμφαδενική διήθηση κατά την σταδιοποίηση της νόσου γ) Όταν βρεθεί υπολειμματική νόσος μετά την προστατεκτομή.⁴

2. Μετακτινικές επιπλοκές. Μετά από 7000 cGy περίπου που δίδονται σε 7 ως 8 εβδομάδες και οι κατά προσέγγιση επιπτώσεις νόσου στους θεραπευμένους αρρώστους είναι οι ακόλουθες: α) Αδυναμία: 50% β) <5% πρωκτίτιδα (με διάρροια, αίμα στα κόπρανα και τάση προς αφόδευση) γ) Δυσουρία <5% (με τάση για ούρηση και συχνουρία) δ) Περινεϊκά συρίγγια <από 1% ε) Ακράτεια ούρων και κοπράνων 1% - 2% στ) Στένωση της ουρήθρας: 1% - 5% ζ) Επιμένων ή υποτροπιάζων όγκος: 10% - 40% (εξαρτώμενος από το στάδιο της νόσου, την βαθμολογία κατά Gleason και την προ της θεραπείας τιμή του SPA).

3. Άλλες προτεινόμενες θεραπείες είναι: θερμοθεραπεία, κρυοθεραπεία και υψηλής ευαισθησίας υπέρηχοι. Αυτοί οι μέθοδοι θα κριθούν στο μέλλον όταν αρκετοί ασθενείς θα έχουν θεραπευθεί και αρκετά μελλοντικά δεδομένα θα είναι διαθέσιμα.

4. Συστηματική θεραπεία: Ούτε ο ορμονικός χειρισμός ή η χημειοθεραπεία αυξάνουν το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με πρώιμο καρκίνο του προστάτη.

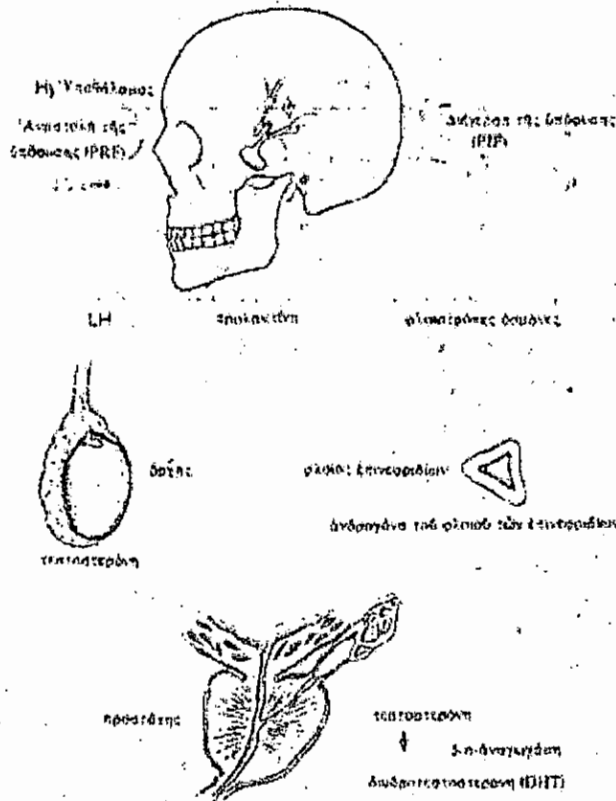
Δ) Προχωρημένη ασθένεια

1. Χειρουργική επέμβαση. Η TURP μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διορθώσει την απόφραξη της ουροδόχου κύστης. Αλλά και μόνον η ορχεκτομή μπορεί να είναι αποτελεσματική.

2. Η ακτινοθεραπεία είναι χρήσιμη για την αντιμετώπιση των ακόλουθων προβλημάτων των ασθενών αυτών: α) Σε μεμονωμένες επώδυνες μεταστάσεις β) Σε πόνους στην πύελο, σε απόφραξη των ουροφόρων οδών και σε μεγαλύτερη αιματουρία γ) Σε μεταστάσεις στους οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες που προκαλούν πόνο στην μέση, ή οίδημα του όσχεου και των κάτω άκρων δ) Σε πίεση του νωτιαίου μυελού από σπονδυλικές μεταστάσεις όπως και της σκληρός μήνιγγος, που είναι μια συνηθισμένη και ταχύτατη επιπλοκή του καρκίνου του προστάτη. Η αποσυμπίεση του νωτιαίου μυελού είναι μια επείγουσα ανάγκη, ώστε η μαγνητική τομογραφία και ακολούθως θεραπεία πρέπει να επιχειρείται εντός λίγων ωρών μετά την έναρξη των συμπτωμάτων.

3. Οι ορμονικοί χειρισμοί είναι η πιο σημαντική από τις θεραπείες για συμπτωματικό προχωρημένο καρκίνο του προστάτη. Ασθενείς με ασυμπτωματική αλλά προχωρημένη ασθένεια δεν φαίνεται να έχουν αυξήσει την επιβίωση τους με την θεραπεία συγκρινόμενοι με αθεράπευτους ασθενείς τους με την θεραπεία συγκρινόμενοι με

αθεράπευτους ασθενείς. Επομένως, η θεραπεία για ασθενείς με ασυμπτωματική προχωρημένη δεν είναι ουσιώδης. Ορχεκτομή, LHRH ανταγωνιστές και αντιανδρογόνα είναι οι διαθέσιμες θεραπείες. Το καθένα δίνει ανακούφιση σε 80% των ασθενών. Η βελτίωση είναι συχνά θεαματική. Πολλοί κατακεκλιμένοι ασθενείς με οστικούς πόνους επιστρέφουν σε μια πιο λειτουργική κατάσταση.



α) Η Ορχεκτομή δημιουργεί ταχύτατη πτώση των επιπέδων τεστοστερόνης. Είναι μια πιο αποτελεσματική αλλά μη αναστρέψιμη διαδικασία. Προτείνεται σαν πρωταρχική θεραπεία για προχωρημένη ασθένεια και επίσης για ασθενείς που δεν συμμορφώνονται με τον αποκλεισμό των ανδρογόνων.

β) LHRH ανταγωνιστές, φαίνεται να είναι τόσο αποτελεσματικοί όσο και η ορχεκτομή. Αυτά τα φάρμακα δίνονται κάθε 3 μήνες. Το κόστος όμως της θεραπείας με LHRH ανταγωνιστές είναι πολύ μεγαλύτερο απ' ότι της ορχεκτομής.

γ) Αντιανδρογόνα συνδυασμένα με LHRH ανταγωνιστές θεωρείται ότι είναι ανώτερα από LHRH ανταγωνιστές μόνο που καταλήγουν σε μια μικρή, αλλά σημαντική ποιότητα επιβίωσης λόγω της δέσμευσης όλων των ανδρογόνων.

δ) Άλλοι παράγοντες, που πιθανόν να βοηθούν, είναι οι ακόλουθοι:

1. Προγεστίνες, όπως μεγεστρόλη,

2. Άλλα φάρμακα που εμποδίζουν την σύνδεση των ανδρογόνων όπως αμινογλουτεδιμίδη ή κετοκοναζόλη έχουν επίσης δείξει ότι είναι αποτελεσματικές. Αυτοί οι παράγοντες, ωστόσο είναι ακριβοί και συχνά δύσκολα είναι ανεκτοί. Τα οφέλη της θεραπείας με αυτά είναι συχνά δύσκολο να διαχωριστούν από τα οφέλη των κορτικοστεροειδών τα οποία συχνά δίνονται ταυτόχρονα.

3. Κορτικοστεροειδή όπως η πρεδνιζόνη και δεξαμεθαζόνη συχνά παρέχουν συμπτωματική βελτίωση και πολλές φορές συνδέονται με μείωση των επιπέδων του PSA.

4. Ανταγωνιστές της $\alpha 5$ - ρεδοκτάσης (πχ φιναστερίδη) σε συνδυασμό με άλλα ανταανδρογόνα.

5. Το στρόντιο 89 (^{89}Sr) χρησιμοποιείται σε ανίατους ασθενείς για να τους ανακουφίσει από σκελετικούς πόνους. Η ανταπόκριση διάρκει περίπου 6 μήνες.

1. Η Χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις μεθόδους αντιμετώπισης του καρκίνου του προστάτη. Αυτή γίνεται με την χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για την προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της λειτουργίας και της αναπαραγωγής. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η

δηλητηριώδης δράση τους δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα πολλαπλασιάζονται περισσότερο και άρα επηρεάζονται πιο πολύ από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Η χημειοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με χειρουργική θεραπεία και ακτινοθεραπεία ή και με τις δύο, με σκοπό α) να μειώσει το μέγεθος όγκου προεγχειρητικά και β) να καταστρέψει κακοήθη κύτταρα που απέμειναν μετά τη χειρουργική του όγκου. Οι στόχοι της χημειοθεραπείας (ίαση, έλεγχος, παρηγορητική) πρέπει να είναι ρεαλιστικοί, επειδή αυτοί καθορίζουν τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν και την επιθετικότητα του θεραπευτικού σχήματος.

2. Η χημειοθεραπεία προσφέρει βελτίωση σε 20% ως 30% των συμπτωματικών ασθενών με καρκίνο του προστάτη. Ποικίλες αγωγές χρησιμοποιούνται. Εστραμουστίνη, σισπλατίνη, 5-φλουορουρακίλη και άλλα. Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία δεν έχει δείξει να υπερέχει έναντι των μεμονωμένων χημειοθεραπευτικών.

3.7 ΕΙΔΙΚΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

A. Κυτταροπενίες σε καρκίνο του προστάτη αποτελούν ενδείξεις του τελευταίου σταδίου της νόσου και προκαλούνται από εκτεταμένη διήθηση του μυελού των οστών, ή από την ακτινοθεραπεία. B. Αποφρακτικού τύπου νεφροπάθεια και ουραιμία μπορεί να αποτελεί αιτία θανάτου σε πάσχοντες από καρκίνο του προστάτη Η ορχεκτομή ή η ακτινοθεραπεία μπορεί να αναστείλει την απόφραξη. Αντιθέτως με άλλους ουραιμικούς ασθενείς με άλλους ενδοπυελικούς όγκους κάποιοι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη και απόφραξη ουρητήρων μπορεί να ωφεληθούν από την χειρουργική επέμβαση. Ασθενείς χωρίς πόνο στην

πύελο και με χαμηλού βαθμού καρκίνου πρέπει να οδηγηθούν σε τοποθέτηση stent στους ουρητήρες ή σε διαδερμική νεφροστομία. Γ. Οστεοσκλήρυνση στην ακτινογραφία σε έναν ενήλικα άνδρα που έχει οστικά άλγη συνήθως αποτελεί διαγνωστικό στοιχείο για καρκίνο του προστάτη. Δ. Εξωστώσεις λόγω καρκίνου του προστάτη είναι συνηθισμένες παραδείγματος χάρη κακώσεις των σπονδύλων μπορούν να δημιουργήσουν νευρολογικά ελλείμματα. Οι εξωστώσεις απαιτούν ακτινοθεραπεία. Ε. Συστηματική ινωδόλυση. Οι ενεργοποιητές του ινωδολυτικού ενζύμου της πλασμίνης, αφθονούν στον προστατικό ιστό. Προστατική νόσος, ειδικό καρκίνωμα του προστάτη, είναι ανάμεσα στις λίγες ιατρικές καταστάσεις, όπου μπορούν να δημιουργήσουν σημαντική ινωδόλυση και εκτεταμένη ενδοαγγειακή πήξη.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο – ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΕΟΥΣ

4.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

A. Επίπτωση. Ο καρκίνος του πέους αποτελεί περίπου 0,5% όλων των καρκίνων στους άνδρες στις ΗΠΑ και την Ευρώπη. Η επίπτωση αυξάνεται σε πληθυσμούς, οι οποίοι δεν κάνουν περιτομή. Η μέση ηλικία της εμφάνισης είναι περίπου τα 60 χρόνια και φθάνει στην μέγιστη τιμή στα 80 χρόνια.

B. Αιτιολογία. Η αιτιολογία του καρκίνου του πέους είναι άγνωστη. Τα αφροδίσια νοσήματα δεν είναι αιτιολογικός παράγοντας. Τα ακόλουθα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η περιτομή αποτελεί μέτρο πρόληψης: 1. Η νόσος είναι σχεδόν ανύπαρκτη στους Εβραίους, οι οποίοι όλοι περιτομούνται λίγο μετά την γέννηση. 2. Στην Αφρική και άλλες χώρες όπου η περιτομή δεν πραγματοποιείται, ο καρκίνος του πέους αποτελεί το 20% όλων των καρκίνων. 3. Οι μουσουλμάνοι έχουν έναν ενδιάμεσο κίνδυνο για τον καρκίνο του προστάτη. Οι άρρενες μουσουλμάνοι περιτέμνονται στην εφηβεία.

4.2 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗ

A. Προκαρκινικές βλάβες

1) Καρκίνωμα in situ- α) Η ερυθροπλασία του Queyrat συμβαίνει στην βάλανο και την ακροποσθία των μη περιτετμημένων ανδρών. Οι βλάβες είναι επίπεδες και ερυθρές ή είναι μαλακές πλάκες και πιθανόν ασθενών. β) Η νόσος Bowen εμφανίζεται σαν μικρή εκζεματοειδή πλάκα οπουδήποτε στο πέος. Το πλακώδες καρκίνωμα in situ αποδεικνύεται με την ιστολογική εξέταση. Η νόσος Bowen του πέους όπως το πλακώδες καρκίνωμα in situ σε άλλες περιοχές του δέρματος μη εκτεθειμένη στον

ήλιο, συνδέεται με μια υψηλή επίπτωση του καρκινώματος του γαστρεντερικού συστήματος και πνευμόνων.

2. Λευκοπλακία. Μη ειδικές πλάκες λευκοπλακίας στην βάλανο σχεδόν πάντα σχετίζονται με καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων. Αντίθετα με τις πλάκες λευκοπλακίας σε άλλα μέρη του σώματος, αυτές στο πέος δεν είναι λευκές.

3. Το Γιγάντιο κονδύλωμα του πέους (όγκος Bushke- Lowenstein) χονδρικά μοιάζει σαν κουνουπίδι- με καρκίνο εκ πλακωδών κυττάρων και μπορεί να εμφανίζει εστίες καρκίνου. Επιβάλλεται η χειρουργική αφαίρεση του.



Καρκίνωμα του πέους και οδός μετάστασης

B. Ιστολογία

Το σύνολο όλων σχεδόν των καρκίνων του πέους είναι καρκίνοι εκ πλακωδών κυττάρων. Σπάνια οι καρκίνοι του πέους περιλαμβάνουν μελανώματα, σαρκώματα και μεταστατικούς όγκους. Το εκ πλακώδους επιθηλίου καρκίνωμα του πέους μπορεί να παρουσιάζει διάφορους βαθμούς κερατινοποίησης.

Γ. Κλινική εικόνα

Εάν ο καρκίνος του πέους παραμείνει αθεράπευτος, επέρχεται ο θάνατος εντός 2 ετών.

1) Ο εκ πλακωδών κυττάρων καρκίνος του πέους άρχεται συνήθως από το σώμα ή την αύλακα της βάλανου. Κατά την εξέλιξη της νόσου προσβάλλονται και τα σηραγγώδη σώματα. Η ουρήθρα συνήθως παραμένει ελεύθερη νόσου μέχρι το τελικό στάδιο.

2) Το πλούσιο λεμφικό δίκτυο της περιοχής οδηγεί σε διασπορά της νόσου στους βουβωνικούς λεμφαδένες. Ωστόσο οι λεμφαδενικές μεταστάσεις δεν είναι συνήθεις εάν ο όγκος περιοριστεί στην βάλανο ή στην πόσθη.

3) Ο όγκος διασπείρεται λεμφογενώς και αιματογενώς σε απομακρυσμένα όργανα στο 10% των ασθενών συχνότερα στους πνεύμονες και λιγότερο συχνά στα οστά και σε άλλα μέρη.

Δ. Παρανεοπλαστικά σύνδρομα

Υπερασβεστιαμία, μπορεί να αναπτυχθεί στο 20% των ασθενών χωρίς ενδείξεις οστικών μεταστάσεων.

4.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η Διάγνωση συνήθως καθυστερεί ουσιαστικά εξαιτίας της άρνησης του ασθενή ότι νοσεί, προσωπικής αμέλειας, ντροπής, ενοχής ή έλλειψης γνώσης.

A. Συμπτώματα και Σημεία

1. Η αρχική βλάβη του καρκινώματος του πέους περιγράφεται από τους ασθενείς σαν μια « αγιάτρευτη πληγή». Συχνά συνοδεύεται από ένα δύσσομο υγρό. Η φίμωση μπορεί να καλύψει την εικόνα του καρκίνου έως όταν γίνει διήθηση της ακροποσθίας. Πολλοί ασθενείς έχουν ένα μακρύ ιστορικό της νόσου. Συμπτώματα εκ του ουροποιητικού συστήματος όπως πόνος και αιματουρία, είναι σημεία μιας τοπικά προχωρημένης νόσου.

2. Η φυσική εξέταση συνήθως αποκαλύπτει τον όγκο. Μόλυνση του όγκου συνήθως είναι παρούσα όταν ο ασθενής εξετάζεται για τα συμπτώματα. Σε ποσοστό 92% των ασθενών, ο όγκος ξεκινά από την βάλανο του πέους, την ακροποσθία ή και τα δύο.

B. Εργαστηριακές εξετάσεις

1. Εξετάσεις αίματος, ανάλυση ούρων, και ακτινογραφία θώρακα είναι απαραίτητα.

2. Βιοψία πρέπει να γίνεται σε όλους τους ασθενείς με όγκο στο πέος ή με κάθε εύρημα συμβατό με προκαρκινική βλάβη.

3. Σπινθηρογραφήματα ήπατος και οστών πρέπει να γίνουν μόνο εάν διαπιστωθούν ανωμαλίες κατά την φυσική εξέταση ή οι εξετάσεις αίματος υπονοήσουν προσβολή ήπατος ή οστών.

4. MRI και υπέρηχοι πέους και πυέλου είναι απαραίτητα για την σταδιοποίηση της νόσου.

4.4 ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

A. Σύστημα ταξινόμησης

Η ταξινόμηση TNM για καρκίνο εκ πλακωδών κυττάρων έχει ως ακολούθως:

Στάδιο	Έκταση της νόσου
Tx	Αρχικά δεν μπορεί να εκτιμηθεί
T0	Δεν υπάρχουν ενδείξεις για αρχόμενο όγκο
T1s	Καρκίνωμα in situ
Ta	Μη διηθητικό μυρμηκιώδες καρκίνωμα
T1	Υποεπιθηλιακή προσβολή
T2	Οποιαδήποτε προσβολή του πέους
T3	Προσβολή του προστάτη ή της ουρήθρας
T4	Τοπική διήθηση παρακείμενων οργάνων εκτός από τον προστάτη ή την ουρήθρα
NX	Δεν μπορούν να εκτιμηθούν οι περιοχικοί λεμφαδένες
N0	Μη διήθηση των περιοχικών λεμφαδένων
N1	Μεταστάσεις σε έναν μόνο επιφανειακό βουβωνικό λεμφαδένα
N2	Μεταστάσεις σε πολλούς αμφοτερό/ρους επιφανειακούς βουβωνικούς λεμφαδένες.

N3	Μεταστάσεις στους εν τώ βάθει βουβωνικούς ή πυελικούς λεμφαδένες
M0	Μη απομακρυσμένες μεταστάσεις
M1	Ανέρευση απομακρυσμένων μεταστάσεων.

B. Προγνωστικοί Παράγοντες

Κακά προγνωστικά σημεία περιλαμβάνουν ενδοφυτικές και υψηλής διαφοροποίησης βλάβες, προσβολή του σώματος του πέους, και διήθηση των λεμφαδένων, ειδικά στο επίπεδο του ηλιακού πλέγματος ή υψηλότερα. Λιγότερο από το 10% των ασθενών με όγκους σταδίου Tis, Ta ή T1 (στάδιο I ή II κατά Jackson) παρουσιάζει προσβολή βουβωνικών λεμφαδένων όπως διαπιστώνεται κατά το χειρουργείο.

4.5 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η πρόληψη του καρκίνου του πέους μπορεί να επιτευχθεί με πρόωμη περιτομή των αρρένων βρεφών. Η περιτομή πρέπει να γίνεται σε ασθενείς με φίμωση και έκκριμα πέους, φλεγμονή ή σκλήρυνση. Η πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του πέους απαιτεί τακτική παρακολούθηση της ποσθίας και της βαλάνου και βιοψία των υπόπτων βλαβών.

4.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

A. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η κυριότερη μέθοδος θεραπείας για τον καρκίνο του πέους. Η μερική πτεεκτομή είναι αρκετή εάν σε ακτίνα 2 εκατοστών περί τον όγκο δεν υπάρχει νόσος.

1. Ολική πρεκτομή πρέπει να εκτελείται σε όγκους που προσβάλλουν το σώμα του πέους ή είναι πολύ μεγάλοι.

2. Σε νεαρούς ασθενείς με όγκο περιορισμένο στην ακροποσθία μπορεί να γίνει περιτομή εάν υπάρχει στενή μετεγχειρητική παρακολούθηση, αλλά η πιθανότητα επανεμφάνισης της νόσου παραμένει υψηλή.

3. Μπορεί να συστηθεί αφαίρεση ή συνήθως βιοψία των επιφανειακών βουβωνικών λεμφαδένων σε ασθενείς χαμηλού σταδίου (ως το T2) αλλά σε υψηλής διαφοροποίησης όγκου . Εάν οι λεμφαδένες είναι προσβεβλημένοι είναι απαραίτητη η ριζική ειλεοβουβωνική λεμφαδεκτομή. Ριζική λεμφαδεκτομή γίνεται συνήθως σε ασθενείς με όγκο σταδίου T3. Η έκταση της λεμφαδεκτομής ποικίλλει ανάλογα με την τοπική και περιοχική επέκταση της νόσου.

B. Ακτινοθεραπεία

Ο πρωταρχικός ρόλος της ακτινοθεραπείας είναι η αποφυγή της πρεκτομής, ειδικά σε νέους ασθενείς. Η μέθοδος αυτή έχει χρησιμοποιηθεί για θεραπεία μικρών, πρώιμου σταδίου I, βλαβών με διάμετρο μικρότερη των 3 εκατοστών. Τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας (παράλληλα με χειρουργικό καθαρισμό) φαίνεται να είναι ίδια με εκείνα του μερικού ακρότηριασμού ως πρωταρχικής θεραπείας.

Γ. Χημειοθεραπεία

1. Προκαρκινικές βλάβες μπορεί να ανταποκριθούν στην τοπική θεραπεία με φθοριοουρακίλη ή με θεραπεία με laser σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

2. Ο καρκίνος του πέους φαίνεται να ανταποκρίνεται στον συνδυασμό χημειοθεραπείας με βινσκριστίνη, μπλεομυκίνη και μεθοτρεξάτη (σχήμα VBM) ή σισπλατίνη και 5- Fu. Μερικοί ειδήμονες

χρησιμοποιούν αυτά τα φάρμακα σαν συμπληρωματική αντιμετώπιση στην χειρουργική θεραπεία ή στην ακτινοθεραπεία σε όγκους σταδίου T3 και T4. Το ποσοστό ανταπόκρισης του προχωρημένου καρκίνου στα φάρμακα αυτά μπορεί να φτάσει μέχρι και 50%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο - ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΗΘΡΑΣ

5.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος ουρήθρας είναι εξαιρετικά σπάνιος. Λιγότερες από 1500 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί στην βιβλιογραφία. Οι γυναίκες προσβάλλονται 3 φορές πιο συχνά από ότι οι άνδρες. Η ηλικία της έναρξης είναι συνήθως μεγαλύτερη από τα 50 χρόνια. Η αιτιολογία είναι άγνωστη αλλά ο καρκίνος ουρήθρας ίσως συνδέεται με γονοκοκκική ουρηθρίτιδα, με στενώσεις της ουρήθρας ή με καρκίνο εκ μεταβατικών κυττάρων της ουροδόχου κύστης.

5.2 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

A. Ιστολογία. Τα 80% των περιπτώσεων είναι καρκίνοι εκ πλακωδών κυττάρων που συνήθως ξεκινά από το πλακώδες επιθήλιο της οπίσθιας ουρήθρας (60%) ή από την πρόσθια (30%). Το 15% από αυτά είναι καρκινώματα από μεταβατικά κύτταρα που εξορμούνται την προστατική ουρήθρα. Τα αδενοκαρκινώματα πιθανά αρχίζουν από τους αδένες Cowper.

B. Κλινική εικόνα. Ο καρκίνος της ουρήθρας συνήθως διαγιγνώσκεται αργά, ενώ νωρίς προσβάλλονται οι βουβωνικοί λεμφαδένες. Επίσης διασπείρεται αιματογενώς σε απομακρυσμένα όργανα. Οι βλάβες της πρόσθιας ουρήθρας σπανιότερα συνδέονται με διάσπαρτες μεταστάσεις από ότι αυτές της οπίσθιας ουρήθρας.

Γ. Διάγνωση. Οι ασθενείς έχουν δυσκολία στην έναρξη της ούρησης, αιματουρία, ψηλαφητή μάζα, περινεϊκό πόνο, ή διογκωμένους βουβωνικούς λεμφαδένες. Η διουρηθρική βιοψία θέτει την διάγνωση. Η

βιοψία και οι απεικονιστικές μέθοδοι συμβάλλουν συμβάλουν στην σταδιοποίηση.

Δ. Αντιμετώπιση. Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες ασθενείς το μέγεθος της θεραπείας καθορίζεται από το στάδιο, την εντόπιση του όγκου (πρόσθια έναντι της οπίσθια ουρήθρα) και την ανάγκη για τοπική ανακούφιση. Στις γυναίκες η θεραπεία ποικίλλει ανάμεσα στην ολική ουρηθρεκτομή και σε περισσότερο εκτεταμένη χειρουργική αντιμετώπιση που περιλαμβάνει κυστεκτομή (με ολική ή μερική εκτομή του κόλλου), ουρηθρεκτομή, και αφαίρεση των ενδοπυελικών λεμφαδένων. Στους άνδρες που έχουν καρκίνο της πρόσθιας ουρήθρας η διουρηθρική εκτομή του όγκου ακολουθούμενη από ευρύ τοπικό καθαρισμό είναι συνήθως αρκετή. Αν ο όγκος έχει διηθήσει και το πέος τότε απαιτείται μερική ή ολική εκτομή του. Για προσβολή της οπίσθιας ουρήθρας ο συνδυασμός της ριζικής εκτομής της ουροδόχου κύστης και του προστάτη μαζί με την ολική εκτομή του πέους και τον λεμφαδενικό καθαρισμό της πυέλου προσφέρει πολύ καλά αποτελέσματα. Η ακτινοθεραπεία έχει περιορισμένα αποτελέσματα στην θεραπεία του καρκίνου της ουρήθρας και αφορά μόνον επιλεγμένες περιπτώσεις. Τέλος συνδυασμοί χημειοθεραπευτικών σχημάτων χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με μεταστάσεις.⁵

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Υποκειμενικά ευρήματα

Η δυσουρία, η συχνουρία, η αιματοουρία και η αιμοσπερμία είναι τα πιο συχνά συμπτώματα του καρκίνου του προστάτη. Η συμπτωματολογία οφείλεται στην απόφραξη και διήθηση της προστατικής ουρήθρας από τον όγκο. Πολύ σπάνια ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει αποφρακτική συμπτωματολογία από το ορθό. Η συχνότητα συμπτωμάτων από μεταστάσεις και ιδιαίτερα στις οστικές, είναι 15-40% των περιπτώσεων. Επίμονοι οστικοί πόνοι απαιτούν ολοκληρωμένο έλεγχο για τον αποκλεισμό της κακοήθειας του προστάτη. Επίσης, μπορεί να έχουμε συμπτωματολογία από διήθηση και απόφραξη των λεμφαδένων, που προκαλεί απόφραξη των ουρητήρων και οιδήματα των κάτω άκρων.

Αντικειμενικά ευρήματα

1. Δακτυλική εξέταση από το ορθό. Συνήθως γίνεται στα εξωτερικά ιατρεία από το γιατρό. Μπορεί όμως να πραγματοποιηθεί και στην κλινική. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι λεπτός αν και απλός.
 - Ενημερώνουμε τον άρρωστο για το πώς θα γίνει.
 - Επικοινωνούμε με τον ασθενή, για να ξεπεράσει τις φοβίες του.
 - Τον βοηθάμε να πάρει τη σωστή θέση, καθώς και να βγάλει και να βάλει τα ρούχα του.

2. **Διορθική βιοψία του προστάτη.** Είναι η διορθική κατευθυνόμενη δια βελόνης βιοψία του προστάτη. Ο ασθενής τοποθετείται σε θέση λιθοτομής αφού προηγουμένως προηγηθεί καθαρισμός εντέρου με Fleet enema. Απαραίτητη είναι η αντισηψία και ασηψία του δέρματος. Πρώτα γίνεται τοπική καθαριότητα.

--- Ετοιμάζουμε τα κατάλληλα εργαλεία.

--- Προσέχουμε για επιπλοκές

--- Προσέχουμε για αιμορραγία και αιματουρία.

--- Το ιστοτεμάχιο τοποθετείται σε φορμόλη, για να στερεοποιηθεί.

Μερικές φορές το ιστοτεμάχιο υποβάλλεται σε ψύξη, για ταχεία εξέταση (ταχυβιοψία).

--- Ενημερώνεται πάντοτε ο ασθενής και υποστηρίζεται ψυχολογικά από το νοσηλεύτη.

3. **Κυτταρολογική εξέταση προστατικού υγρού.** Μπορούμε να πούμε ότι η αναρρόφηση κυττάρων είναι εξέταση μεγάλης ευαισθησίας, έχει χαμηλό κόστος και σπάνιες επιπλοκές καθώς και η ευκολία να εκτελείται την καθιστούν την πρώτη διαγνωστική τεχνική σε ασθενείς, υπόπτους για καρκίνο του προστάτη. Δεν χρειάζεται νοσηλεία στον ασθενή, ενώ τα αποτελέσματα ανακοινώνονται εντός 15 λεπτών. Ο ρόλος του νοσηλεύτη μοιάζει με το ρόλο του στην βιοψία.

4. **Κυστεοσκόπηση.** Γίνεται να απαλειφθεί η παθολογία των νεφρών. Ο νοσηλεύτης πρέπει να γνωρίζει ότι η κυστεοσκόπηση ενέχει κινδύνους μόλυνσεως του ουροποιητικού συστήματος, και συνεπώς πρέπει κατά την εκτέλεση της να τηρούνται σχολαστικά οι όροι ασηψίας και αντισηψίας. Χρησιμοποιείται αποστειρωμένο υλικό.

--- Εξηγείται στον άρρωστο ο σκοπός και η τεχνική της εξετάσεως, για να μειωθεί ο φόβος, η αγωνία και η ένταση του.

--- Ενισχύεται να παίρνει πολλά υγρά προ της εξετάσεως και του

χορηγούνται τουλάχιστον 2 ποτήρια νερό προ αυτής.

- Σε περίπτωση που θα γίνει τοπική αναισθησία, ο νοσηλευτής φροντίζει για την προμήθεια αναισθητικού. Εισάγονται περίπου 5 ml ξυλοκαϊνης (ειδική για ουρολογική χρήση) μέσα στην ουρήθρα, και πιέζεται η βάλανος για λίγα λεπτά, ώστε να κλείσει το έξω στόμιο της ουρήθρας και να μη βγει το φάρμακο προς τα έξω.
 - Εξασφαλίζεται η αποστείρωση του κυστεοσκοπίου.
 - Λαμβάνονται μέτρα ώστε η εξέταση να γίνει σε ειδικό θάλαμο (ενδοσκοπικός θάλαμος) για να μην εκτίθεται ο άρρωστος.
 - Προ της εξέτασεως η κύστη γεμίζει με φυσιολογικό ορό (200 –250 ml). Αυτό βοηθά στην διάταση του τοιχώματος της κύστεως, και στην εξασφάλιση των πτυχών του βλεννογόνου, που διαφορετικά θα κάλυπταν την οπή του κυστεοσκοπίου και θα εμπόδιζαν την εξέταση.
5. **Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.** Είναι η είσοδος καθετήρα στην κύστη, διαμέσου της ουρήθρας.

Σκοπός καθετηριασμού.

Για την λήψη άσηπτων ούρων για καλλιέργεια.

Για την κένωση της ουροδόχου κύστεως.

Για διαγνωστικές εξετάσεις.

Για πλύση της ουροδόχου κύστεως.

Για προφύλαξη τραύματος.

Ο καθετηριασμός γίνεται από 2 νοσηλευτές. Αν κριθεί απαραίτητο, προηγείται τοπική καθαριότητα.

5. Κατ' αρχήν απομακρύνονται οι επισκέπτες και ενημερώνεται ο ασθενής.
- 6 Τοποθετούμε το παραβάν και τον άρρωστο σε ύπτια θέση με λυγισμένα γόνατα και ανοιχτούς τους μηρούς.
- 7 Ο πρώτος νοσηλευτής φορά αποστειρωμένα γάντια.

- 8 Ο δεύτερος τοποθετεί το τετράγωνο αδιάβροχο, και κατόπιν φροντίζει για την αντισηψία της περιοχής.
- 9 Ο δεύτερος νοσηλευτής ρίχνει παραφίνη στην άκρη του καθετήρα, και ο πρώτος κρατά με το ένα χέρι το πέος σε κάθετη θέση με το σώμα και με το άλλο εισάγει τον καθετήρα στην ουρήθρα, περίπου 17-18 εκατοστά.
- 10 Το ελεύθερο άκρο του καθετήρα, το κρατά ο δεύτερος νοσηλευτής, μέσα στο νεφροειδές μήπως δώσει ούρα.
- 11 Φουσκώνεται το μπαλονάκι του καθετήρα με 5-7 CC περίπου φυσιολογικού ορού, και κατόπιν συνδέεται ο καθετήρας με τον ουροσυλλέκτη.
- 12 Σε περίπτωση που η κύστη είναι γεμάτη, την αδειάζουμε σιγά-σιγά, διακόπτοντας τη ροή με μια λαβίδα.

6. **Τεχνική για λήψη δείγματος ούρων.** Είναι η καλύτερη μέθοδος για εξασφάλιση δείγματος ούρων, η λήψη στη μέση της ούρησης.

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- 13 Η εκπαίδευση του αρρώστου να εκθέσει τη βάλανο, και να καθαρίσει την περιοχή από το στόμιο της ουρήθρας. Η περιοχή πλένεται με ήπιο αντισηπτικό σαπούνι και ξεβγάζεται καλά.
- 14 Επιτρέπουμε στα αρχικά ούρα να διαφύγουν.
- 15 Λαμβάνουμε το δείγμα στη μέση της ούρησης, σε αποστειρωμένο δοχείο. Δεν συλλέγουμε τις τελευταίες σταγόνες.
- 16 Το δείγμα αποστέλλεται αμέσως στο εργαστήριο.

7. **Καλλιέργεια ούρων.** Με αυτή διαπιστώνεται η παρουσία παθογόνων μικροοργανισμών και καθορίζεται η ευαισθησία τους στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία της καλλιέργειας, αποτελεί η άσηπτη λήψη των ούρων. Η πιο

κατάλληλη μέθοδος είναι η λήψη στη μέση της ούρησης. Γίνεται το ίδιο πλύσιμο με αυτό της απλής εξέτασης. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται, ώστε τα ούρα να μην έλθουν σε επαφή με το δέρμα της ακροποσθίας, απ' όπου μπορεί να πάρουν άσχετα με την μόλυνση του ουροποιητικού συστήματος. Αυτό κατορθώνεται αν η ούρηση γίνει με την ακροποσθία τραβηγμένη προς τα πίσω. Το δείγμα των ούρων αποστέλλεται γρήγορα στο μικροβιολογικό.

ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ **ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:**

Γενική αίματος, τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξης, ομάδα και Rhesus αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πραγματοποίηση των αιματολογικών εξετάσεων είναι απλός. Συνήθως οι αιματολογικές εξετάσεις γίνονται στην πρώτη μέρα παραμονής στην κλινική. Πληροφορούμαστε για ενδεχόμενα αιματολογικά προβλήματα στο παρελθόν, και ενημερώνουμε το γιατρό.

Μερμινούμε για τη λήψη των εξετάσεων και τα αναφέρουμε στο γιατρό. Καταστρώνουμε πρόγραμμα νοσηλείας όταν διαπιστώσουμε αιματολογικά προβλήματα. Τέλος ενημερώνουμε τον άρρωστο για τα αποτελέσματα, όσο οι συνθήκες μας το επιτρέπουν.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΕΥΘΥΝΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του νοσηλευτή που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται (1) στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία, (2) στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου, (3) στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό του και (4) στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.⁷

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

A) Προβλήματα του αρρώστου

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου(αναιμία)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο(ναυτία, έμετοι, ανορεξία)
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 άρρωστο και το περιβάλλον.
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, αριθμητικός και χρονικός περιορισμός επισκεπτηρίου)

B) 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 την διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρηση 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 αντιμετώπιση τους όταν εκδηλωθούν.

Οι παρενέργειες αυτές, σε γενικές γραμμές, ως εξής:

I) Ναυτία και έμετοι

- α. Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντισταμινικών, 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

II) 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 σπρέι και γαζών Lanett wax.

III) Διάρροια

- α. Χορήγηση αντιδιαρροικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- β. Χορήγηση διαίτας με μικρό υπόλειμμα

IV) 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.

V) Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών

- α. Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- β. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και αιμορραγίες.

VI) Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.

VII) Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία).

3. ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Εμφανίζονται παροδικά συμπτώματα όπως κακουχία, διάρροια,

εμετοί, πρωκταλγία, δυσουρία, κάψιμο καύσο κατά την ούρηση, συχνοουρία ή νυκτουρία.

Αντιμετώπιση αυτών γίνεται:

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

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

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Απομόνωση του αρρώστου ή απομάκρυνση έως 2 μέτρα από τον άλλο ασθενή.
- Ανάρτηση πινακίδας που να αναγράφεται η περιοχή εφαρμογής καθώς και το είδος του ραδιοϊσοτόπου.
- Φύλαξη κάθε αντικειμένου που ήρθε σε επαφή με τον ραδιενεργό χρυσό ώστε να περάσουν 10 χρόνια υποδιπλασιασμού του.
- Αλλαγή θέσης κάθε 15 λεπτά.
- Προσοχή για διαρροή διαλύματος από το σημείο παρακέντησης.
- Προσδιορισμός ακτινοβολίας λευχαιμάτων πριν από την αποστολή τους στο πλυντήριο.
- Τα ούρα φυλάσσονται σε ειδικά δοχεία.
- Είναι απαραίτητη η παρουσία κάποιου από το τμήμα ραδιοϊσοτόπων όταν πρέπει να γίνει παρακέντηση.
- Έλεγχος απόχρεμψης για ακτινοβολία.

7.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

α. Προετοιμασία

ι) Κατά τη διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου χρησιμοποιούνται ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος.

ii) Αν διάλυμα φαρμάκου έλθει σε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο πλένεται η περιοχή με άφθονο νερό.

iii) Αν, κατά λάθος, διάλυμα φαρμάκου μπει στο μάτι εκτός από το μέτρο, πρέπει να επισκεφθεί οφθαλμίατρο.

β. Αρχίζει η έγχυση (προκειμένου για ενδοφλέβια χορήγηση) με το υγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο.

γ. Το σημείο της εγχύσεως προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.

δ. Αποφεύγεται η έγχυση σε σημείο που είχε προηγουμένα χρησιμοποιηθεί.

ε. Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο, παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκέντησης για πόνο, οίδημα, ερυθρότητα.

στ. Μόλις παρατηρηθούν τα παραπάνω συμπτώματα διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου, διατηρείται η φλέβα ανοικτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο γιατρός.

ζ. Μετά την έγχυση του φαρμάκου ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται.

η. Γίνεται η αναγραφή της νοσηλείας με την διαδικασία που ακολουθείται στο ίδρυμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο αρρώστος και η οικογένεια του) προσέγγιση του αρρώστου και

καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια του σαν μια ενιαία ενότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

2. Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.
3. Εφαρμόζεται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του άρρώστου ώστε να αποδεχτεί, να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της.
4. Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.
5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Προβλήματα αρρώστου

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά αιμοσφαίρια, ανοσοκαταστολή).
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροια)
4. Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια)
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.

6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα)

Σκοποί της φροντίδας

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

Παρέμβαση

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλομένων υγρών
4. Χορήγηση υλακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος: Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά την χορήγηση του φαρμάκου για ξηρότητα, ερυθρότητα, και λευκά σημεία. Καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων. Επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη 3 φορές τη μέρα.
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις). Παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων και του λευκοκυτταρικού τύπου. Συχνή λήψη θερμοκρασίας. Έλεγχος του δέρματος και των κοιλοτήτων για λοίμωξη. Εφαρμογή σχολαστικής καθαριότητας και τεχνική απομόνωσης.
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς ή το ήπαρ.

Μέτρα Αντιμετώπισης: Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα πόδια και στα χέρια και απώλεια των « εν τω βάθει» αντανακλαστικών των τενόντων και πιο σοβαρής με απώλεια συντονισμού, αταξία, πτώση πέλματος. Παρακολουθείται η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές εξετάσεις. Επίσης ελέγχεται η λειτουργικότητα των νεφρών με τις δοκιμασίες νεφρικής λειτουργίας και λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση του pH σε φυσιολογικά επίπεδα με τη χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

9. Παρακολούθηση του αρρώστου για αιμορραγία και λήψη μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.

Μέτρα αντιμετώπισης: Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με τον περιορισμό των ενδομυϊκών και υποδορίων ενέσεων. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο ενέσεως για 3 λεπτά για την πρόληψη αιματώματος. Δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, το ξύρισμα και το βούρτσισμα των δοντιών. Επίσης γίνεται μετάγγιση αίματος, όπου παρακολουθείται η ροή του και ο άρρωστος για τυχόν αντιδράσεις από το αίμα.

10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.

Μέτρα αντιμετώπισης: Γίνεται εξακρίβωση αν ο άρρωστος έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά τη θεραπεία και 10- 15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη

στο κεφάλι. Κατά την έναρξη της πτώσης των μαλλιών μπορεί να χρησιμοποιηθεί περούκα ή να καλυφθεί το κεφάλι με κάποιο μαντήλι. Παράλληλα βοηθείται ο άρρωστος να εκφράσει τα αισθήματα του σχετικά με την διαφοροποίηση της εμφάνισης του. Ακόμη ενημερώνεται πως θα υπάρξει στυτική δυσλειτουργία και πιθανότατα μόνιμη στέρωση. Παράλληλα είναι δυνατό να επηρεαστεί η λειτουργία των όρχεων και παρόλο η γεννητική ικανότητα μπορεί να αποκατασταθεί μετά τη χημειοθεραπεία τα γεννητικά κύτταρα είναι δυνατό έχουν υποστεί χρωμοσωμικές ανωμαλίες στους απογόνους. Επομένως προτείνεται η φύλαξη σπέρματος σε τράπεζα σπερμάτων πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1) Γενική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

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

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

B. Τόνωση σωματική: η οποία επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Σε εξασθενημένα άτομα χορηγούνται υγρά ενδοφλεβίως. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί την διατροφή του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισης τους λόγω ότι ο ασθενής κατά την επέμβαση χάνει υγρά ή από τον ιδρώτα του και τυχόν εμέτους.

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

Γ. Ιατρικές ειδικές εξετάσεις (κλινικές, εργαστηριακές). Είναι οι εξετάσεις που θα υποβληθεί πριν το χειρουργείο και περιλαμβάνει

εξέταση: 1) Από χειρουργό, για εκτίμηση καταστάσεως του ασθενούς. Επιβεβαίωση διαγνώσεως και λήψη ιστορικού. 2) Παθολόγος για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων. *Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:* 1) Εξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά-ερυθρά), τύπος λευκών αιμόσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και Rhesus, σάκχαρο και ουρία αίματος, 2) Γενική ούρων, ακτινογραφία, ΗΚΓ.

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

Επίσης η γενική προετοιμασία περιλαμβάνει: Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου. Επιτυγχάνεται με την χορήγηση ηρεμιστικών και υπνωτικών φαρμάκων. Προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις ακρών, αναπνευστικών μυών.

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Περιλαμβάνει καθαριότητα, αποτρίχωση, αντισηψία του δέρματος και του εγχειρητικού πεδίου ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Τελική προεγχειρητική προετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει:

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

B) Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς μισή ώρα πριν από την εγχείρηση αφού προηγουμένως αδειάσει η ουροδόχος κύστη του.

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

Δίψα: Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από την μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι).

Αντιμετωπίζεται με:

- 1) Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας
- 2) Ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό.
- 3) Χορήγηση υγρών δια της πεπτικής οδού ή της παρεντερικής οδού.

Εμετός: Ο εμετός είναι σύνηθες φαινόμενο μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκεί πέραν των 24 ωρών από την απονάρκωση του ασθενούς.

Αντιμετωπίζεται με:

- 1) την τοποθέτηση του ασθενούς από τον νοσηλευτή προς τα πλάγια για την αποφυγή εισρόφησης
- 2) την προμήθεια νεφροειδούς για την αποφυγή εξόδου εμεσμάτων πάνω στα κλινοσκεπάσματα
- 3) την διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα Levin.

Σαν πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές αναφέρονται οι ακόλουθες:

Αιμορραγίες: Τα αίτια των αιμορραγιών είναι:

- Η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών

- Η μόλυνση του τραύματος
- Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς
- Η μη καλή πήκτικότητα

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι: Ευλίσστος, γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώσης θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσεως εφίδρωση αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα.

Αντιμετωπίζεται με:

- Τοποθέτηση πιεστικού επιδέσμου στο μέλος που αιμορραγεί
- Ακινητοποίηση του ασθενούς
- Αποφυγή χορήγησης οποιαδήποτε τροφής από το στόμα
- Μετάγγιση αίματος
- Ενδοφλέβια έγχυση ορών

Shock ή καταπληξία

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση Shock είναι:

- Η μεγάλη αιμορραγία
- Η νάρκωση
- Ο ψυχικός κλονισμός
- Ισχυρός πόνος

Κυριότερα συμπτώματα: Σφυγμός συχνός και μόλις αισθητός, επιπόλαιη και ανώμαλη αναπνοή, βλέμμα απλανές, πτώση θερμοκρασίας και πίεσεως, ωχρο δέρμα, ψυχρά άκρα

Μέτρα αντιμετώπισης:

- Ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους
- Θέρμανση του ασθενούς με θερμοφόρες και κουβέρτες
- Περιορισμός των κινήσεων
- Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος

- Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση του ασθενούς⁹

Επιπλοκές που αφορούν το αναπνευστικό σύστημα

Πνευμονική εμβολή. Αυτή οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι: Απροσδόκητος και έντονος πόνος στο θώρακα κατά την εισπνοή, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος.

Η πρόληψη της επιπλοκής πετυχαίνεται:

- Με αναπνευστικές κινήσεις
- Με ελεύθερες κινήσεις των κάτω άκρων
- Με αποφυγή στενής επιδέσεως του στήθους

Η θεραπεία περιλαμβάνει:

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

Επιπλοκές που αφορούν το κυκλοφορικό σύστημα

Θρομβοφλεβίτιδες: Συνιστάται στο σχηματισμό θρόμβου, ο οποίος εγκαθίσταται σε κάποιο από τα αγγεία που βρίσκονται « εν τώ βάθει» ή « επιπολής».

Τα αίτια είναι παρόμοια με της πνευμονικής εμβολής καθώς και μερική στάση της φλεβικής κυκλοφορίας των κάτω άκρων, λόγω πίεσεως των αγγείων του μηρού ή της κνήμης.

Επίσης και η πρόληψη είναι παρόμοια με της πνευμονικής εμβολής.

Η θεραπεία συνίσταται σε:

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

- 2) Τοποθέτηση υγρών επιθεμάτων για ανακούφιση από τον πόνο.
- 3) Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής και άμεση κινητοποίηση με εντολή γιατρού.
- 4) Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση.
- 5) Τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με διαταραχές του μεταβολισμού

Ουραιμία: Εμφανίζεται όχι από κάποια βλάβη του ουροποιητικού συστήματος αλλά σε μεγάλη αφυδάτωση και συμπύκνωση του αίματος με αποτέλεσμα αύξησης της ουρίας στο αίμα.

Τα συμπτώματα εμφανίζονται προοδευτικά και είναι τα ακόλουθα: Καταβολή δυνάμεων, κεφαλαλγία, ναυτία και εμετοί. Ξηρότητα δέρματος, δίψα, αφυδάτωση, ολιγουρία ή ανουρία, δύσπνοια, θόλωση διάνοιας, διέγερση και κώμα.

Η αντιμετώπιση συνιστάται στη διόρθωση του αιτίου που προκαλεί την ουραιμία και στην ανακούφιση του αρρώστου από τα ενοχλήματα με την απομάκρυνση της αυξημένης ουρίας από το αίμα.

Επιπλοκές που αφορούν το ουροποιητικό σύστημα

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

Ο νοσηλευτής για λύση της επίσχεσης χρησιμοποιεί τα ακόλουθα φυσικά μέσα:

- I) Αλλάζει τη θέση του αρρώστου
- II) Χύνει νερό χλιαρό στο στόμιο της ουρήθρας(δρα χαλαρωτικά στο σφιγκτήρα)
- III) Αφήνει την βρύση να τρέχει(η ροή του νερού διευκολύνει την ούρηση)

IV) Σηκώνει τον ασθενή και τον κρατεί όρθιο

Στην συγκεκριμένη περίπτωση το πρόβλημα λύνεται με τοποθέτηση καθετήρα και αν αποτύχει επιχειρείται ουρηθροσκόπηση και διαστολή υπό όραση με Filiform.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με το τραύμα

Μόλυνση τραύματος: Εκδηλώνεται με αυξημένο πόνο, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και πυώδης εκροή. Γενικά συμπτώματα είναι πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία, και ανορεξία.

Η πρόληψη περιλαμβάνει:

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

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

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

Το επιδέσμικό υλικό καταστρέφεται με φωτιά.

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

- Υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης.
- Καταστέλλεται ο εμετός και ο βήχας.
- Διδάσκεται ο ασθενής με τις 2 παλάμες του να πιέζει το τραύμα όταν βήχει. Εάν κατά τη ρήξη βγει έξω τμήμα εντέρου, ο νοσηλευτής το σκεπάζει με μια αποστειρωμένη γάζα, βρεγμένη με φυσιολογικό ορό και τον ακινητοποιεί. Η τακτοποίηση γίνεται στο χειρουργείο.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΔΙΝΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

- Αποφεύγεται η συνουσία μέχρι όταν το επιτρέψει ο γιατρός, συνήθως 6 εβδομάδες.
- Αποφεύγεται η βαριά εργασία και φυσικά άσκηση για 8 εβδομάδες.
- Να ουρεί όταν υπάρχει επιθυμία.
- Αν υπάρχει ακράτεια συνεχίζονται ασκήσεις περινέου.
- Να πίνει 8 τουλάχιστον ποτήρια υγρών ημερησίως: Ειδικότερα νερό.
- Ενημερώνεται ο ιατρός αν εμφανισθεί λοίμωξη.

Τραύμα: Αύξηση ερεθισμού και ερυθρότητας, έκκριμα, πυρετός.

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

- Ορισμένα άτομα μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις ν' απαλλάξουν αιματηρά ούρα. Αν η αιμορραγία είναι περισσότερο από ελαφριά, ο ασθενής ξαπλώνει και πίνει ένα ποτήρι νερό κάθε μία ώρα μέχρις ότου τα ούρα καθαρίσουν.
- Αποφεύγεται η προσπάθεια όταν γίνεται η κένωση του παχέος εντέρου. Χορηγούνται ήπια καθαρτικά, εφόσον είναι ανάγκη για την αποφυγή δυσκοιλιότητας.
- Χορηγούνται γραπτές οδηγίες για την φροντίδα στο σπίτι και την επόμενη ιατρική επίσκεψη.
- Συνιστάται στον ασθενή να επικοινωνήσει τον ιατρό αν επανέλθουν τα σημεία της απόφραξης της ουρήθρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου που εκφράζεται και πραγματοποιείται με την εφαρμογή της νοσοκομειακής διεργασίας, στοχεύει στην άριστη, ολική και ανθρώπινη φροντίδα του. Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου και τα περιβάλλον. Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι η δημιουργία ενίσχυσης και διαφύλαξης διαπροσωπικού κλίματος. Επίσης η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου με λόγια, πράξεις ή συμπεριφορά. Άλλος νοσηλευτικός στόχος είναι η προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και δυνατοτήτων του αρρώστου που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση του και να μπορεί να υλοποιηθεί το μήνυμα « Κάνε το σήμερα να αξίζει».

Ανακούφιση του πόνου είναι σημαντικός στόχος. Αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% αρρώστων με καρκίνο. Άλλος σημαντικός στόχος είναι η υποστήριξη της οικογένειας του αρρώστου. Η οικογένεια χρειάζεται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για να κατανοήσει, να κρατήσει και να φροντίσει το αγαπημένο πρόσωπο στην θαλπωρή του σπιτιού. Επίσης ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση εκτός από παροχή φροντίδας είναι ερευνητικός, συμβουλευτικός, εκπαιδευτικός και ρόλος συντονιστή που συμβάλλει στην διατήρηση και συνεχή φροντίδα.

Η ανάπτυξη της πολύπλευρης συμβολής των νοσηλευτών στον ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο επηρεάζεται αφενός από την νοσηλευτική εκπαίδευση και τη φιλοσοφία τους και αφετέρου απ' τις αξίες, την πολιτική και το είδος του ιδρύματος που νοσηλεύεται ο

άρρωστος, καθώς και η παροχή ή μη δυνατοτήτων ψυχολογικής υποστήριξης στους εργαζομένους του. Ο ασθενής ενισχύεται περισσότερο όταν νοσηλεύεται σε υπηρεσίες περιπατητικών ασθενών σε οργανωμένα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας που ενσωματώνουν και τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι, με ειδικές ομάδες, που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής του αρρώστου και να ικανοποιήσουν την επιθυμία του να περάσουν τις τελευταίες στιγμές της ζωής του εκεί που πρωταντίκρουσε τη ζωή.¹¹

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ
ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^η

Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδος

Τομέας Χειρουργικός

Κλινική Ουρολογική

Θάλαμος 115

Ημερομηνία εισόδου: 8/10/02

Όνομα/μο: Γιάννης Αλεξίου

Όνομα πατέρα: Κώστας

Όνομα μητέρας: Άννα

Ηλικία: 75

Ασφάλεια: NAT

Γάμος: Έγγαμος

Παιδιά: Δύο

Θρησκεία: Χ.Ο

Ενώσεις: Απόφοιτος γυμνασίου

Ο ασθενής Γ.Α. εισήλθε στο Νοσοκομείο στις 8/10/02 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 7^η ημέρα παρόντος των συγγενών του. Ειδοποιήθηκε ο θεράπων ιατρός και διαπίστωσε το θάνατο του.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ - ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ

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 αιματουρία παραμένει.

Πρόβλημα—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 8ωρο, 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.

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 επικοινωνία.

Εκτίμηση αποτελέσματος

Οι συγγενείς επανήλθαν στην ψυχική ισορροπία.

2^ο ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδος

Τομέας: Χειρουργικός

Κλινική: Ουρολογική

Θάλαμος: 124

Ημερομηνία εισόδου: 5/4/03

Όνοματεπώνυμο: Νίκος Πάντος

Όνομα πατέρα: Αχιλλέας

Όνομα μητέρας: Μαρία

Ηλικία: 76

Ασφάλεια: ΙΚΑ

Γάμος: Έγγαμος

Παιδιά: 3

Θρησκεία: Χ.Ο

Γνώσεις: απόφοιτος λυκείου

Ο ασθενής Νίκος Πάντος 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 (1x1), Novisan tb (1x2), Zideron επί πόνου ΙΜ. 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.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

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 σιλικόνης.
- 2) Διατηρήθηκε η άσηπτη τεχνική κατά την εφαρμογή του καθετήρα.
- 3) Έγινε μέτρηση των υγρών και καταγράφηκαν στο διάγραμμα.
- 4) Πρόκλήθηκε 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 νοσηλευτικής 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.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Κλείνοντας το θέμα του καρκίνου του προστάτη, πρέπει να διατυπωθούν ορισμένες συμπεράσματικές παρατηρήσεις. Έγινε κατανοητό ότι ο καρκίνος του προστάτη είναι θεραπεύσιμος σε ποσοστό που αγγίζει το 100%, αν προληφθεί και διαγνωσθεί στα πρώτα στάδια.

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

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

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

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

Κλείνοντας κρίνουμε αναγκαίο να αναφέρουμε τα λόγια του Fegel,

τα οποία δεν πρέπει να ξεχνούν όλοι αυτοί που ασχολούνται με την θεραπεία και νοσηλεία του καρκίνου. «Κάθε καρκίνος που αφήνεται να επεκταθεί και να σκοτώσει τον ασθενή πρέπει να θεωρείται σαν αποτυχία των υπευθύνων και μομφή για το επίπεδο του πολιτισμού». ¹³

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ανατομική του Ανθρώπου, Κακλαμάνη Νικήτας, Κάμμα Α. Αθήνα 1998.
2. Guyton Φυσιολογία του Ανθρώπου, μετάφραση Κούβελας Η. Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνας 1984.
3. Manual of Clinical Oncology, Denis A. Casciato, Barry B. Lowitz 2000, USA
4. Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Β', Μέρος 2^ο Μ.Α. Μαλγαρινού – Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, Αθήνα 1997, Εκδόσεις «ΤΑΒΙΘΑ»
5. Ουρολογία Κ. Δημόπουλος Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 4^η έκδοση, Αθήνα 1991.
6. Barbara Enggran, Νοσηλευτική Φροντίδα στην Παθολογία και Χειρουργική, επιμέλεια Γ. Καραχάλιος, Εκδόσεις Έλλην, Γ. Λαρίκας και Σία, 1997.
7. Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Β', Μέρος 2^ο Μ.Α. Μαλγαρινού – Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, Αθήνα 1997, Εκδόσεις «ΤΑΒΙΘΑ»
8. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Άννα Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου, 1^{ος} Τόμος Β' Έκδοση 1997 Εκδόσεις Βήτα.
9. Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Μ. Α. Μαλγαρινού – Σ.Φ. Κωνσταντινίδου. Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Έκδοση 22^η, Αθήνα 2001.
10. Κλινική Νοσηλευτική Ελευθερία Κ. Αθανάτου, έκδοση 1 αναθεωρημένη, Αθήνα 1999.
11. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής, Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας, Αθήνα 2001. Επιμέλεια Ν. Δοντάς – Σ. Μπεσμπέας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.

12. Παθολογική – Χειρουργική Νοσ/κή. Σχεδιασμός Νοσ/κής Φροντίδας.
Εκδόσεις Λαγός ULRICH, Canale, Wendell, 3^η Έκδοση, Αθήνα
1997.
13. Κυριακίδου Θ. Ελένη Κοινωνική Νοσηλευτική 4^η έκδοση. Εκδόσεις
“Η Ταβιθά”, Αθήνα 2000

