

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

**ΘΕΜΑ: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ
ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΧΡΙΣΤΟΔΟΛΟΥΠΟΥΛΟΥ

ΕΥΣΤΑΘΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΦΙΔΑΝΗ

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2006

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΠΙΣΤΕΥΣΗΣ: 4875

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ
ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ!**



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	5
Εισαγωγή	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	7
- Φυσιολογία – Ανατομία Αναπνευστικού Συστήματος	7
- Πνεύμονες	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	10
- Επιδημιολογία	10
- Η κατάσταση στην Ελλάδα	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	12
- Αιτιολογικοί – προδιαθεσικοί παράγοντες για τον καρκίνο του πνεύμονα	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	14
- Παθολογική – ανατομική διάκριση νεοπλασμάτων του πνεύμονα	14
- Καλοήθεις όγκοι	15
- Κακοήθεις όγκοι	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	17
5.1 Διάγνωση Ca πνεύμονα	17
- Ανακοίνωση της διάγνωσης στον ασθενή	21
5.2 Διαφορική διάγνωση	22
5.3 Σταδιοποίηση Ca πνεύμονα	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	26
- Κλινικές εκδηλώσεις Ca πνεύμονα	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	30
- Θεραπεία Ca πνεύμονα	30
A. Χειρουργική	31
B. Χημειοθεραπεία	33
Γ. Ακτινοθεραπεία	35
- Παρηγορητική θεραπεία	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο	38
- Πρόγνωση Ca πνεύμονα	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο	41
- Νοσηλευτική παρέμβαση – Ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή με Ca πνεύμονα	41
- Προεγχειρητική φροντίδα	42
- Μετεγχειρητική φροντίδα	43
- Αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο	44
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	52
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	57
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ T.N.M	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Νοσηλευτική φροντίδα του καρκίνου προσφέρει πολλές και ποικίλες επαγγελματικές ευκαιρίες. Έμπειροι και υπεύθυνοι νοσηλευτές εργάζονται σε κάθε τομέα φροντίδας. Η φροντίδα του καρκινοπαθούς είναι μια πρακτική αποδεκτή από όλους τους επιστήμονες.

Ο καρκίνος σαν απρόσκλητος επισκέπτης παραβίασε την ζωή του αρρώστου και σαν χρόνια νόσος θα παραμείνει μαζί του για κάποιο μικρό ή μεγάλο διάστημα. Ενώ παράλληλα ο άρρωστος πρέπει να μάθει να ζει μαζί του και να συνεχίζει τον αγώνα και το δικαίωμα για ζωή.

Κάθε άνθρωπος με καρκίνο χρειάζεται τον τρόπο και την ευκαιρία να καταπολεμήσει αυτό που του συμβαίνει ώστε να εξασφαλίσει ένα επίπεδο και μια ποιότητα ζωής. Ο καρκίνος είναι η ασθένεια που προκαλεί ίσως τον περισσότερο φόβο στους ασθενείς και δεν είναι παράξενο που δημιουργεί σημαντικό ψυχολογικό άγχος όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στην οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας.

Είναι λοιπόν υψίστης ανάγκης και σημασίας, ιδιαίτερα για τον νοσηλευτή-τρια να εξασφαλίσει την ψυχολογική υποστήριξη και την απαραίτητη βοήθεια στο άτομο που υποφέρει από την ανίατη αυτή ασθένεια από την αρχή ως το τέλος του αγώνα για τη ζωή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

(Lillington, 2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΑΝΑΤΟΜΙΑ

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η κύρια λειτουργία της αναπνοής είναι ο εφοδιασμός των κυττάρων των ιστών με οξυγόνο και η αποβολή του παραγόμενου από αυτά διοξειδίου του άνθρακα. Το οξυγόνο εισέρχεται στα μιτοχόνδρια των κυττάρων, όπου με την οξείδωση των θρεπτικών ουσιών απελευθερώνεται ενέργεια οποία χρησιμεύει για την αερόβια ανασύνθεση του Α.Τ.Ρ.

Η λειτουργία της αναπνοής του σώματος διακρίνεται σε τρεις επιμέρους λειτουργίες, την αναπνευστική λειτουργία των πνευμόνων, την αναπνευστική λειτουργία του αίματος και την αναπνευστική λειτουργία των ιστών.

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Αυτή αφορά την πρόσληψη του οξυγόνου από τον εισπνεόμενο ατμοσφαιρικό αέρα (κυψελίδες των πνευμόνων) και την είσοδο του οξυγόνου στο αίμα των τριχοειδών της πνευμονικής αρτηρίας (οξυγόνωση του αίματος) καθώς και την έξοδο του διοξειδίου του άνθρακα από το αίμα των τριχοειδών αυτών (κάθαρση του αίματος από το διοξείδιο του άνθρακα, μέσω των κυψελίδων) και την αποβολή του, μέσω του εισπνεόμενου αέρα, στο εξωτερικό περιβάλλον. Οι διεργασίες αυτές αποτελούν την εξωτερική

αναπνοή και γίνονται με το αναπνευστικό σύστημα.

Η αναπνευστική λειτουργία των πνευμόνων γίνεται με το αναπνευστικό σύστημα. Το αναπνευστικό σύστημα περιλαμβάνει τις αεροφόρους οδούς, τους πνεύμονες και τον θώρακα (πλευρικό τοίχωμα και διάφραγμα).

(Lucille Keir , Barbara Wise Connie Krebs,1996).

ΑΕΡΟΦΟΡΟΙ ΟΔΟΙ Ή ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΙ ΟΔΟΙ

Οι αεροφόροι οδοί αποτελούν το αγωγό διαμέρισμα του αναπνευστικού συστήματος, με το οποίο γίνεται η μεταφορά του αέρα (όχι η ανταλλαγή των αερίων)και ο χώρος που περικλείουν ονομάζεται νεκρός χώρος.

Οι αεροφόροι οδοί διακρίνονται σε:

- ανώτερες αεροφόρους οδούς, αυτές περιλαμβάνουν την ρίνα, το στόμα, το στοματορινοφάρυγγα, το λάρυγγα, την τραχεία και τους βρόγχους μέχρι το σημείο εισόδου τους στους πνεύμονες και
- κατώτερες αεροφόρους οδούς. Αυτές περιλαμβάνουν το ενδοπνευμονικό τμήμα των βρόγχων και τις διακλαδώσεις των βρόγχων, μέχρι τα τελικά βρογχιόλια.

Οι αεροφόροι οδοί χρησιμεύουν για να προσκομίζουν το θερμό και έφυγρο αέρα στο αναπνευστικό διαμέρισμα των πνευμόνων. Το διαμέρισμα αυτό περιλαμβάνει τα αναπνευστικά βρογχιόλια (είναι η συνέχεια των τελικών βρογχιολίων),τους κυψελιδικούς πόρους, τους κυψελιδικούς ασκούς τα κυψελιδικά κολποειδή και τις πνευμονικές κυψελίδες. Το σύνολο των δομών αυτών αποτελεί το αναπνευστικό λοβίδιο.

ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

Οι πνεύμονες θεωρούνται σαν δύο μεγάλα σπογγώδη, ελαστικά όργανα (σάκοι) που βρίσκονται μέσα στη θωρακική κοιλότητα και χάρη στην ελαστικότητά τους μπορούν να παρακολουθούν τις κινήσεις του θώρακα (έκπτυξη και σύμπτυξη). Οι πνεύμονες βρίσκονται μέσα από τον πλευρικό θώρακα και επάνω στο διάφραγμα και χωρίζονται μεταξύ τους από την καρδιά και τα μεγάλα αγγεία. Μέσα σε κάθε πνεύμονα βρίσκεται ολόκληρο το βρογχικό δένδρο και οι κυψελίδες.

Κάθε πνεύμονας έχει τέσσερις επιφάνειες:

- Την έσω επιφάνεια, φέρει την πύλη του πνεύμονα, από την οποία διέρχονται τα πνευμονικά αγγεία, τα νεύρα και οι βρόγχοι.
- Την κάτω επιφάνεια ή βάση, επικάθεται το διάφραγμα.
- Την έξω επιφάνεια, βρίσκεται απέναντι από το πλευρικό θώρακα.
- Το άνω τμήμα των πνευμόνων, εξέχει σαν κορυφή.

Ο δεξιός πνεύμονας έχει τρεις λοβούς και ο αριστερός δύο. Κάθε λοβός του πνεύμονα διαιρείται σε πολλούς μικρότερους, που περιέχουν τις κυψελίδες.

(Πλέσσας, Κανέλλος, 1997 - Lippert, 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα παραμένει ένας παγκόσμιος δολοφόνος αφού προκαλεί πάνω από 120.000 θανάτους ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι κακοήθειες του πνεύμονα είναι υπεύθυνες για το 1/4 του συνολικού αριθμού θανάτου από καρκίνο. Αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και την δεύτερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Η επίπτωση αυξάνεται και η μέγιστη επίπτωση συμβαίνει μεταξύ των ηλικιών 55 και 65.

Περίπου 20% όλων των καρκίνων πνεύμονα είναι εντοπισμένα την στιγμή της διάγνωσης, 25% έχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες και 55% έχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις. Ακόμη και στους ασθενείς που η νόσος είναι εντοπισμένη, η 5ετής επιβίωση είναι μόνο 30% για τους άνδρες και 50% για γυναίκες. Τα ποσοστά αυτά είναι αναλλοίωτα τα τελευταία 20 χρόνια η θνητότητα από τον καρκίνο αυτό έχει αυξηθεί τα τελευταία 50 χρόνια, η συχνότητα της πρώιμης εντόπισης του καρκίνου του πνεύμονα (του εντοπισμένου καρκίνου) δεν έχει αυξηθεί και μαζί μ'αυτό έχει καθλωθεί στα ίδια επίπεδα η συχνότητα της 5ετους επιβίωσης. Με τα σημερινά δεδομένα μεγάλη προσπάθεια πρώιμης διάγνωσης γίνεται για τα άτομα υψηλού κινδύνου.

(Σπηλιώτης, Παναγόπουλος, 1990).

Η κατάσταση στην Ελλάδα

Η θνητότητα από Ca πνεύμονα αυξάνεται σημαντικά με ταχύ ρυθμό. Το 1981 κυμαίνεται στους 66 θανάτους ανδρών και 10 γυναικών σε 100.000 πληθυσμό του ίδιου φύλου.

Σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του κόσμου η θέση της Ελλάδας ως προς τον καρκίνο του πνεύμονα είναι ενδιάμεση και μεταξύ 24 ευρωπαϊκών χωρών η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα κατέχει τη 12η θέση. Ο μέσος ετήσιος αριθμός θανάτων από 1.143 κατά την περίοδο 1957-1961 αυξήθηκε σε 4.066 κατά την περίοδο 1982-1986.

(Καλαποθάκη - Χατζηκωνσταντίνου, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ - ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Για τον άνθρωπο έχουν ιδιαίτερα ενοχοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες διάφοροι περιβαλλοντικοί καρκινογόνοι παράγοντες. Μολονότι η εμπειρία από την πρόκληση χημικής ή ιογενούς καρκινογένεσης στα πειραματόζωα φάνηκε να υπόσχεται αρκετές λύσεις του προβλήματος, το πέρασμα στο ανθρώπινο μοντέλο άφησε περισσότερες επιφυλάξεις και περιορίστηκε κυρίως σε επιδημιολογικά στοιχεία.

(Μουτσόπουλος , Εμμανουήλ).

Πιθανοί καρκινογόνοι - προδιαθεσικοί παράγοντες

- **Κάπνισμα.** Υπάρχει στενή σχέση καπνίσματος - καρκινογένεσης. Ο κίνδυνος ανάπτυξης του καρκίνου αυξάνεται αναλογικά με την αύξηση του καπνίσματος, η οποία αύξηση υπολογίζεται από τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλίσκονται ημερήσια, τον αριθμό των χρόνων που το άτομο καπνίζει, την ηλικία έναρξης του καπνίσματος και το βάθος εισπνοής του καπνού.

Η εισπνοή του καπνού των άλλων - παθητικό κάπνισμα- επίσης αποτελεί αιτία καρκίνου του πνεύμονα. Μια γυναίκα που δεν έχει καπνίσει ποτέ, έχει πιθανότητα περίπου 24% να αναπτύξει καρκίνο

του πνεύμονα εάν συγκατοικεί με καπνιστή.

(Μαλγαρινού , Κωνσταντινίδου, 2000).

- **Έκθεση σε αμίαντο.** Όταν υπάρχει ιστορικό έκθεσης σε αμίαντο και πρόκειται ταυτόχρονα για καπνιστή, ο κίνδυνος για καρκίνο πνεύμονα εξ επιθηλιακών κυττάρων αυξάνεται στο πενταπλάσιο, σε σχέση με τους μη καπνιστές και μη εκτεθειμένους σε αμίαντο. Τελικά ο κίνδυνος για καρκίνο πνεύμονα ανάμεσα στους εργάτες αμιάντου και καπνιστές είναι 50 φορές μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές και μη εκτεθειμένους σε αμίαντο. Οι μη καπνιστές και μόνο εκτεθειμένοι σε αμίαντο έχουν ελαφρά υψηλότερο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο πνεύμονα.
- Έκθεση σε ακτινοβολία, αρωματικούς υδρογονάνθρακες, αρσενικό χρώμιο, προϊόντα γαιάνθρακα, οξείδιο σιδήρου, υπερίτη, νικέλιο.
- Τόπος διαμονής. (αγροτική ή αστική περιοχή).Οι κάτοικοι των πόλεων προσβάλλονται περισσότερο από καρκίνο από ότι οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών.
- Γενετικοί παράγοντες ενδέχεται να καθορίζουν την ευαισθησία στον καπνό. Για παράδειγμα, ο βαθμός επαγωγής του ενζυμικού αφυλ υδροξυλάσης των υδρογονανθράκων μπορεί να καθορίζεται γενετικώς και να ενεργοποιεί τους υδρογονάνθρακες του καπνού του τσιγάρου σε καρκινογόνους.

Οικογενειακή προδιάθεση. Αν και δεν έχει αποδειχθεί ότι ο καρκίνος κληρονομείται, παρατηρείται στο οικογενειακό ιστορικό πολλές φορές καρκίνος στις επόμενες γενεές.

(Σπηλιώτης , Παναγόπουλος, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Παθολογική - ανατομική διάκριση νεοπλασμάτων του πνεύμονα

Στον θώρακα βρίσκονται πολλά όργανα που προέρχονται από όλα τα βλαστικά δέρματα και έτσι παρατηρείται μια μεγάλη ποικιλία νεοπλασιών. Πολλές από αυτές είναι αρκετά σπάνιες ενώ άλλες καλοήθειες μπορεί να είναι ασυμπτωματικές και να αποτελέσουν τυχαίο εύρημα μιας ακτινογραφίας θώρακος.

Καλοήθειες όγκοι πνευμόνων - βρόγχων. Συχνότητα: απαντώνται σε συχνότητα 5-10% όλων των πνευμονικών όγκων. Από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό 75% καταλαμβάνουν τα βρογχικά αδενώματα τα οποία θεωρούνται δυνητικώς κακοήθη ενώ οι πρωτοπαθείς καλοήθειες όγκοι απαντώνται σε ποσοστά 2,5%.

Καλοήθειες όγκοι: Μύξωμα

Ίνωμα

Λίπωμα

Χόνδρωμα

Οστέωμα

Θήλωμα

Πολύποδας

Αδένωμα

Κυσταδένωμα

Σπίλος

Αιμαγγείωμα
Λεμφαγγείωμα
Μύωμα
Νευρογενείς όγκοι

(Πετρίδης, 2002).

Κακοήθεις όγκοι:

Τα πρωτοπαθή νεοπλάσματα του πνεύμονα διακρίνονται:

1. Στο μικροκυτταρικό (25% των περιπτώσεων του καρκίνου).
2. Στα μη μικροκυτταρικά καρκινώματα(75%).
 - α. Καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων(επιδερμοειδές).
 - β. Αδενοκαρκίνωμα.
 - γ. Καρκίνωμα μεγάλου κυττάρου(αδιαφοροποίητο).

(Σαχίνη - Καρδάση, Πάνου, 2002).

Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα προέρχεται από τα κύτταρα του νευροενδοκρινικού συστήματος που βρίσκονται στο βρογχικό δένδρο και η ενδοκρινική του ικανότητα καμιά φορά εκδηλώνεται μέσω της έκτοπης παραγωγής ορμονών. Αυτός ο τύπος καρκίνου είναι πολύ κακοήθης, αναπτύσσεται γρήγορα και μεθίσταται πρώιμα. Το πλακώδες καρκίνωμα είναι ο συνηθέστερος καρκίνος πνεύμονα και εκδηλώνει τη μεγαλύτερη τάση να δημιουργήσει κοιλότητες. Η επίπτωση του αδενοκαρκινώματος φαίνεται να αυξάνεται και κυμαίνεται περίπου στο 20% σήμερα. Αυτοί οι όγκοι συχνά αναπτύσσονται περιφερικά στον πνεύμονα, καμιά φορά ως

"ουλώδες καρκίνωμα" και έχουν ελάχιστη σχέση με το κάπνισμα. Περίπου το 10% του καρκίνου του πνεύμονα δεν εμφανίζει πλακώδη ή αδενοειδή διαφοροποίηση και χαρακτηρίζεται ως μεγαλοκυτταρικό αδιαφοροποίητο.

Τα δευτεροπαθή πνευμονικά νεοπλάσματα είναι μεταστατικά από κακοήθη νεοπλάσματα άλλων οργάνων.

(Bourke Ral Brewis, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ CA ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα που αναπτύσσεται κεντρικά στο βρογχικό δένδρο συχνά προκαλεί συμπτώματα από το αναπνευστικό, όπως αιμόπτυση, ενώ οι περιφερικοί όγκοι ενδέχεται να αναπτυχθούν σιωπηλά χωρίς να δημιουργήσουν τοπικά συμπτώματα μέχρι πολύ αργά στην πορεία της νόσου. Τέτοιοι όγκοι μπορεί να ανακαλυφθούν τυχαία στην ακτινογραφία θώρακος ή να παρουσιάσουν μη ειδικά και γενικής φύσης συμπτώματα, όπως απώλεια βάρους ή συμπτώματα που οφείλονται σε μεταστάσεις, όπως στον εγκέφαλο ή οστικές ή επιπλέον με συμπτωματολογία που να οφείλεται σε μη μεταστατικά παρανεοπλασματικά σύνδρομα.

Τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα αναπτύσσονται σε σημεία απομακρυσμένα από τον όγκο ή τις μεταστάσεις και προκύπτουν λόγω της παραγωγής ορμονών, πεπτιδίων, αντισωμάτων, προσταγλανδινών ή κυτταροκινών από τον όγκο. Το σύνδρομο της απρόσφορης έκκρισης της αντιδιουρητικής ορμόνης είναι μια συχνή εκδήλωση τέτοιας προέλευσης η οποία σχετίζεται με το μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα και αποτελεί αιτία πτώσης νατρίου, καλίου και ουρίας ορού όπως και τη μείωση της οσμωτικότητας του ορού σε λιγότερο από 280 mosmol/l και η αύξηση της οσμωτικότητας των ούρων σε τιμή μεγαλύτερη των 500 mosmol/l. Η θεραπεία συνίσταται στον περιορισμό της πρόσληψης υγρών και τη χορήγηση της δεμενοκυκλίνης 600-1200 mg/ημ. καθότι το φάρμακο ανταγωνίζεται την αντιδιουρητική ορμόνη για τους υποδοχείς που

βρίσκονται στα νεφρικά σωληνάρια. Η υπερασβεστιαμία σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα ενδέχεται να συνηγορεί με μεταστάσεις στα οστά αλλά καμιά φορά το πλακώδες καρκίνωμα πνεύμονα εκκρίνει μια πρωτεΐνη που παρομοιάζει την παραθυροειδική ορμόνη η οποία προκαλεί μη μεταστατικής προσέλευσης υπερασβεστιαμία. Είναι προφανές ότι κάποιοι ασθενείς θα παρουσιάσουν συμπτώματα από το αναπνευστικό διότι σε πολλούς θα υπάρχει και ιστορικό νόσου του αναπνευστικού που σχετίζεται με κάπνισμα, για παράδειγμα χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια(ΧΑΠ).Επίσης η διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα δεν αποκλείεται σε άτομα τα οποία παρουσιάζουν συμπτωματολογία άλλων νοσημάτων.

Οι όγκοι σε συγκεκριμένα σημεία όπου βρίσκονται μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα είτε μέσω άμεσης διήθησης των γύρω οργάνων ή ανατομικών στοιχείων. Η άμεση διήθηση του μεσοθωρακίου μπορεί να προκαλέσει παράλυση του φρενικού νεύρου, κάτι το οποίο θα φανεί μέσω της υψηλότερης θέσης του ημιδιαφράγματος ή παράλυση του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου, ιδίως αριστερά όπου πορεύεται γύρω από το αορτικό τόξο προς το ανώτερο μεσοθωράκιο, προκαλώντας πάρεση φωνητικών χορδών κάτι το οποίο γίνεται εμφανές με βράγχος φωνής και μειωμένο αντανακλαστικό του βήχα. Η έγχυση του τεφλόν υπό γενική αναισθησία στη φωνητική χορδή που έχει υποστεί βλάβη ενδέχεται να βελτιώσει την ποιότητα της φωνής, διογκώνοντας τη χορδή και βελτιώνοντας έτσι το άνοιγμά της. Η απόφραξη της άνω κοίλης φλέβας προκαλεί φλεβική διάταση λόγω υπερπλήρωσης στο άνω μέρος του σώματος όπως και οίδημα προσώπου, διατεταμένες σφαγίτιδες και ενίσχυση της παράπλευρης φλεβικής κυκλοφορίας σε όλο το θώρακα και τα άνω άκρα. Αυτά τα συμπτώματα απαιτούν άμεση και επείγουσα αντιμετώπιση με

χημειοθεραπεία στην περίπτωση του μικροκυτταρικού καρκίνου ή με ακτινοθεραπεία στην περίπτωση άλλων όγκων. Σε κάποιες περιπτώσεις, η τοποθέτηση μιας εκτεινόμενης μεταλλικής ενδοπρόσθεσης στον αυλό του στενομένου αγγείου, υπό ακτινολογική καθοδήγηση είναι χρήσιμη στο να ανακουφίζει από τα συμπτώματα. Ο όγκος Pancoast είναι καρκίνωμα το οποίο βρίσκεται στον υπερκλείδιο βόθρο εκεί όπου η υποκλείδιος αρτηρία σχηματίζει μια αύλακα πάνω από την κορυφή του πνεύμονα. Λόγω της ιδιαιτερότητας της ανατομικής τοποθεσίας, ένας τέτοιος όγκος προκαλεί ένα χαρακτηριστικό σύνδρομο που αποτελείται από σύστοιχο σύνδρομο Horner (πτώση, μύση ενόφθαλμος, ανιδρωσία) λόγω της συμμετοχής του αστεροειδούς γαγγλίου, πόνο λόγω διάβρωσης της οπίσθιας πρώτης και δεύτερης πλευράς και ατροφία των μικρών μυών της άκρας χειρός συστοίχως, που οφείλεται στη διήθηση του βραχιόνιου πλέγματος. Ο όγκος ενδέχεται να διηθήσει και να προκαλέσει συμπιεστικά φαινόμενα στονωτιαίο μυελό. Αυτοί οι όγκοι είναι πολύ δύσκολο να ανιχνευθούν με ακτινογραφία θώρακος και η αιτία του πόνου που νιώθει ο ασθενής μπορεί να διαφύγει της διάγνωσης αρχικά.

Η ακτινογραφία θώρακος παίζει κύριο ρόλο στη διερεύνηση του καρκίνου πνεύμονος και ενδέχεται να γίνει εμφανές μέσω πληθώρας διαφορετικού τύπου ακτινολογικών ευρημάτων. Ένας περιφερικός όγκος μπορεί να παρουσιαστεί ως μικρό οζίδιο ή μικρή μάζα στον πνεύμονα. Μια μάζα με κοιλότητα είναι χαρακτηριστική εικόνα του πλακώδους καρκινώματος. Οι κεντρικοί όγκοι μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη βρόγχου και να εμφανίσουν ακτινοβολικά τυπική εικόνα ατελεκτασίας ολόκληρου του πνεύμονα ή λοβού πνεύμονα ή επίσης πύκνωση πέρα από την απόφραξη. Οπότε, μία "απώλεια όγκου" ενός λοβού (ατελεκτασία) στην ακτινογραφία θώρακος σε ασθενή με εμφανή πνευμονία είναι ύποπτο

εύρημα το οποίο συνηγορεί υπέρ της αποφράξεως βρόγχου λόγω καρκινώματος. Η ακτινογραφία θώρακος ενδέχεται να δείξει δείγματα επέκτασης ενός όγκου στα οστά, όπως πλευρά ή καταστροφή σπονδύλου, στον υπεζωκότα, όπως πλευριτική συλλογή, στην πύλη ή στο μεσοθωράκιο.

Πρέπει να επιδιώκεται ιστολογική ή κυτταρολογική διάγνωση όποτε είναι δυνατόν. Η κυτταρολογική εξέταση πτυέλων είναι θετική στο 40% των περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα με το μέγιστο της απόδοσης σε κεντρικούς όγκους. Μια σειρά δειγμάτων από βαθιά πρωινά πτύελα δίνει την καλύτερη απόδοση. Η βρογχοσκόπηση επιτρέπει την άμεση επισκόπηση και τη λήψη βιοψίας από κεντρικούς όγκους. Οι περιφερικοί όγκοι που φαίνονται ακτινολογικά είναι δύσκολα προσεγγίσιμοι μέσω βρογχοσκοπίου και η λήψη μέσω διαδερμικής παρακέντησης με βελόνη υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο είναι μια χρήσιμη τεχνική σε αυτές τις περιπτώσεις. Πρέπει να γίνεται προσεκτικός διαχωρισμός των μικρών περιφερικών όγκων από τους σπανίως ανευρισκόμενους καλοήθεις όγκους και τα κοκκιώματα από προηγούμενη φυματίωση, αλλά ενδέχεται να είναι προτιμότερο να γίνει χειρουργική εξαίρεση χωρίς προηγούμενη ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης στην περίπτωση όπου ο ασθενής θεωρείται υψηλού κινδύνου για καρκίνο. Η διάγνωση επίσης μπορεί να επιτευχθεί μέσω υλικού από εστία μετάστασης, όπως λεμφαδένα, δέρμα, πλευριτική συλλογή.

Ανακοίνωση της διάγνωσης στον ασθενή

Η ανακοίνωση της διάγνωσης του καρκίνου του πνεύμονα στον ασθενή είναι μια δύσκολη κλινική πράξη η οποία απαιτεί εκπαίδευση και εμπειρία του ιατρού. Οι ασθενείς επιζητούν την ειλικρίνεια για το τι τους συμβαίνει και θέλουν να γνωρίζουν όσο γίνεται περισσότερα για το τι να περιμένουν ως εξέλιξη της κατάστασής τους. Η επίγνωση του ασθενούς σχετικά με το τι έχει συχνά διαμορφώνεται στο διάστημα μερικών επισκέψεων και συνήθως το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της αρχικής υποψίας του καρκίνου και της ιστολογικής επιβεβαίωσης της διάγνωσης είναι χρήσιμο, επειδή κατά τη διάρκειά του ο ασθενής συμβιβάζεται με την κατάστασή του. Κατά τη διάρκεια της ανακοίνωσης της διάγνωσης είναι απαραίτητο να υπάρχει αρκετός χρόνος για ερωτήσεις, όπως επίσης απαιτείται η εξασφάλιση του απορρήτου κατά τη συζήτηση και η παρουσία κάποιων συγγενών ή φίλων πρέπει να ενθαρρύνεται με σκοπό τη συναισθηματική στήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του. Καμιά φορά και όπου είναι εφικτό, μπορεί να παρέχονται υπηρεσίες περαιτέρω υποστήριξης και συμβουλής του πάσχοντος από εξειδικευμένο προσωπικό. Κάποιοι ασθενείς επίσης εκφράζουν την επιθυμία να ενημερώνονται από έντυπα για τον καρκίνο του πνεύμονα για τη θεραπεία του.

Αναμφίβολα οι πάσχοντες από καρκίνο του πνεύμονα θα νιώσουν διάφορα συναισθήματα όπως καταπληξία, θυμό, άρνηση και ο ιατρός καλείται να βοηθήσει στην περίπτωση αυτή. Είναι χρήσιμο να κλείσει η συζήτηση με όσο γίνεται θετικότερο τρόπο όπου συζητείται ένα σχέδιο αντιμετώπισης. Πολλοί ασθενείς αρχικά νιώθουν έντονη καταπληξία και δεν είναι σε θέση να καταλάβουν τις πληροφορίες που τους δίνονται και ο ιατρός οφείλει να κανονίσει και άλλη συνάντηση με γιατρό του νοσοκομείου

ή με οικογενειακό γιατρό όπου θα απαντηθούν ερωτήσεις του ασθενούς. Η ταχεία επικοινωνία μεταξύ όλων των μελών της ιατρικής ομάδας είναι σημαντική σε αυτές τις περιπτώσεις.

(Bourke Ral Brewis,2002).

5.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση βρογχογενούς καρκίνου θα χρειαστεί να γίνει ανάμεσα σε νοσήματα τα οποία δίνουν παρόμοιες ακτινολογικές εικόνες. Έτσι θα χρειαστεί να γίνει διαφορική διάγνωση από την πνευμονική φυματίωση, τις φλεγμονώδεις αλλοιώσεις που έχουν τη μορφή της χρόνιας πνευμονίας, το πνευμονικό απόστημα, τις κύστεις εχινόκοκκου, τα ανευρύσματα της πνευμονικής αρτηρίας και της αορτής κλπ. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εφαρμόσουμε και σύντομη δοκιμαστική θεραπεία όπου υποψιαζόμαστε φυματίωση ή φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, καθώς και συχνό ακτινολογικό έλεγχο για να διαπιστώσουμε αύξηση ή υποχώρηση της σκιάς. Η σμίκρυνση της σκιάς είναι κατά της κακοήθειας ενώ η αύξηση υπέρ αυτής.

(Υψηλάντη,1988).

5.3 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ CA ΠΝΕΥΜΟΝΑ

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

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

(Αναγνωστόπουλος, Μπαλταγιάννης, Μπολάνος, Χατζημιχάλης, 2003).

Διακρίνονται τέσσερα κλινικά στάδια καρκίνου του πνεύμονος:

Στάδιο 0: Κυτταρολογική θετική χωρίς κανένα άλλο κλινικό ή εργαστηριακό εύρημα. (Αρνητική ακτινογραφία θώρακος - όχι μεταστάσεις)

Στάδιο I: Μέγεθος όγκου < 3 εκ. Σε διάμετρο με ή χωρίς συστοίχους λεμφαδένες ή > 3 εκ. Αλλά με εντόπιση 2 εκ. και πλέον από το διχασμό της τραχείας και χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Στάδιο II: Μέγεθος όγκου > 3 εκ. Σε διάμετρο με μόνο σύστοιχες λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Στάδιο III: Όγκος τοπικά πολύ εκτεταμένος ή με μεταστάσεις.

(Εταιρεία ογκολογίας παθολογίας Ελλάδος 1990)

Ταξινόμηση κατά TNM

Ορισμοί του πρωτοπαθούς όγκου(T)

T₀: Όγκος που αποδεικνύεται από την παρουσία κακοήθων κυττάρων στις βρογχοπνευμονικές εκκρίσεις χωρίς να φαίνεται ακτινολογικά ή βρογχοσκοπικά ή οποιοσδήποτε όγκος που δεν μπορεί να εκτιμηθεί μετά από θεραπεία και επανασταδιοποίηση.

T₀: Καμμία ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου.

T_{is}: Καρκίνωμα in situ.

T₁: Όγκος με διάμετρο μέχρι 3.0 cm που περιβάλλεται από πνευμονικό παρέγχυμα ή περισπλάχνιο υπεζωκότα και χωρίς ένδειξη επέκτασης σε λοβαίο βρόγχο στη βρογχοσκόπηση. Επίσης οποιοδήποτε μεγέθους επιπολής αναπτυσσόμενος όγκος που περιορίζεται μέχρι το βρογχικό τοίχωμα και μπορεί να επεκτείνεται μέχρι τον κύριο βρόγχο.

T₂: Όγκος μεγαλύτερος από 3.0 cm σε διάμετρο ή όγκος οποιοδήποτε μεγέθους που διηθεί το περισπλάχνιο υπεζωκότα ή συνοδεύεται από ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονίτιδα που επεκτείνεται στην περιοχή

της πύλης.Βρογχοσκοπικώς ο όγκος επεκτείνεται στον περιοχικό βρόγχο ή τουλάχιστον 2.0 cm μακριά από την τρόπιδα.Η συνοδός ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονίτιδα πρέπει ν μην καταλαμβάνει ολόκληρο τον πνεύμονα.

T3: Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα, διάφραγμα ή μεσοθωρακικό υπεζωκότα ή περικάρδιο χωρίς να προσβάλλει την καρδιά, μεγάλα αγγεία, τραχεία, οισοφάγο ή σπόνδυλο ή όγκος κυρίου βρόγχου έως 2cm από την κύρια τρόπιδα χωρίς προσβολή της.

T4: Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με διήθηση του μεσοθωρακίου ή προσβολής της καρδιάς, μεγάλων αγγείων, τραχείας, οισοφάγου, σπονδύλου ή τρόπιδος ή παρουσία κακοήθων κυττάρων στο πλευριτικό υγρό.

(Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία,1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ CA ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Οι περισσότεροι ασθενείς (>90%) εμφανίζουν ποικίλα συμπτώματα κατά τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα. Μόνο το 5 - 10% των ασθενών είναι ασυμπτωματικοί όταν διαγιγνώσκεται η νόσος. Στις περιπτώσεις αυτές ο όγκος ανακαλύπτεται τυχαία σε ακτινογραφία θώρακος που έγινε για άλλο λόγο. Οι κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του πνεύμονα μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες.

I. Γενικά συμπτώματα: Πυρετός, ανορεξία, απώλεια, καταβολή δυνάμεων, εύκολη κόπωση.

II.Συμπτώματα που οφείλονται στην τοπική ανάπτυξη του όγκου.

Βήχας: Ξηρός ή παραγωγικός(βλεννώδης απόχρεμψη).Εαν προυπάρχει σημαντικό ρόλο παίζουν οι αλλαγές των χαρακτήρων του.

Αιμόπτυση: Συνήθως με τη μορφή αιμόρφουκτων πτυέλων.Σπάνια είναι μαζική.

Συριγμός: Εισπνευστικός ή εκπνευστικός. Οφείλεται σε στένωση του αυλού μεγάλου βρόγχου από τον όγκο.

Πυρετός, πόνος: Οφείλεται συνήθως είτε σε ατελεκτασία (περιφερικώς του σημείου αποφράξεως του βρόγχου από τον όγκο) και λοίμωξη του πνευμονικού παρεγχύματος, είτε σε τήξη του όγκου και τη δημιουργία πνευμονικού αποστήματος.

III. Συμπτώματα που οφείλονται σε επέκταση του όγκου στους παρακείμενους ιστούς και όργανα.

Θωρακικός πόνος: Οφείλεται συνήθως σε επέκταση του όγκου και διήθηση του τοιχωματικού υπεζωκότα ή οστών ή νεύρων. Ιδιαίτερα συχνός είναι ο όγκος της κορυφής του πνεύμονα (όγκος Pancoast) οπότε και διηθεί το βραχιόνιο πλέγμα, τις πρώτες πλευρές και τους πρώτους θωρακικούς σπονδύλους.

Δύσπνοια: Μπορεί να οφείλεται σε ατελεκτασία λόγω απόφραξης μεγάλου βρόγχου, σε συλλογή υπεζωκοτικού υγρού, σε κατάληψη μεγάλου μέρους του πνεύμονα ή σε λεμφαγγειακή διασπορά της νόσου.

Βράγχος φωνής: Οφείλεται σε διήθηση του σύστοιχου παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου. Συνηθέστερα διηθείται το αριστερό.

Δυσκαταποσία: Οφείλεται σε πίεση ή διήθηση του οισοφάγου από τον πρωτοπαθή όγκο ή από λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Σύνδρομο Horner: (πτώση άνω βλεφάρου, εξώφθαλμο, μύση, ανυδρωσία συστοίχου ημιμορίου του προσώπου). Οφείλεται σε διήθηση των

συστολικών κατωτέρων αυχενικών συμπαθητικών γαγγλίων από τον όγκο.

IV. Συμπτώματα που οφείλονται σε μεταστάσεις του όγκου:

Δεκατική πυρετική κίνηση, καταβολή δυνάμεων, ίκτερος, πόνος, κεφαλαλγία, ζάλη, περικαρδίτιδα, καρδιακή αρρυθμία, παράλυση διαφράγματος, εστιακά νευρολογικά φαινόμενα κτλ. Τα συμπτώματα αυτά εξαρτώνται αποκλειστικά από την εντόπιση των μεταστάσεων.

V. Παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις:

Ενδοκρινολογικά σύνδρομα: Σύνδρομο Cushing, ανεπάρκεια επινεφριδίων, υπερέκκριση χοριακής γοναδοτροπονίνης κτλ.

Αιματολογικές διαταραχές: Αναιμία, κοκκιοκυτταροπενία, θρομβοκυττάρωση κτλ.

Νευρομυικές εκδηλώσεις: (υπερκεράτωση, σκληροδερμία, δερματομυοσίτιδα).

Νευρομυικές εκδηλώσεις: (μυασθενική σύνδρομη πολυομυοσίτιδα).

Πνευμονική υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια: (πληκτροδακτυλία).
(Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1998).

ΘΥΜΗΣΟΥ:

1. Δεν είναι ασύνηθες ένας καρκίνος πνεύμονα να αποκαλυφθεί τυχαία σε ένα ασυμπτωματικό ασθενή, συχνά καπνιστή.
2. Ένα επίπεδο βρογχίτιδος ή πνευμονίας που επιμένει ή γίνεται χρόνια παρά την κατάλληλη θεραπεία, πρέπει να μας βάζει σε υποψία.
3. Άλλα συμπτώματα μπορεί να προέρχονται από ορμονική έκκριση του όγκου ή πρώιμες μεταστάσεις στα οστά, εγκέφαλο, ήπαρ ή άλλες εξωθωρακικές θέσεις.
4. Η επιβίωση σχετίζεται περισσότερο με το στάδιο που βρίσκεται η νόσος παρά με τον ιστολογικό τύπο ή την θεραπεία που ακολουθείται.
5. Καρκίνωμα in situ (η καλύτερη πρόγνωση).

(Σπηλιώτης , Παναγόπουλος, 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ CA ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η θεραπεία εξαρτάται κυρίως από τον ιστολογικό τύπο και το στάδιο της νόσου.

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

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

Η αρχή LUNG στη χειρουργική του Ca του πνεύμονα

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

- **L:** (Limited disease for indication): η νόσος πρέπει να είναι περιορισμένη (σταδίου I ή II) διότι μόνο τότε αυξάνεται ουσιαστικά η 5ετής μετεγχειρητική επιβίωση.
- **U:** (Uncomplicated disease for indication): οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε εγχείρηση να μην έχουν απαγορευτικές επιπλοκές. Ακόμα και όταν η επέμβαση είναι επιτυχής, μετεγχειρητικά ασθενείς ηλικίας πάνω από 70 ετών με καρδιακή και αναπνευστική ανεπάρκεια συνήθως έχουν πολλά προβλήματα.
- **N:** (Non - small cell lung - cancer - NSCLC for indication): ένδειξη εκτομής έχουν οι ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονος αλλά και ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονος σταδίου I και II των οποίων η μάζα μειώνεται μετά από ΧΜΘ.
- **G:** (Ganglionectomy operation for surgery).

Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας

- 1. Ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα και νόσο σταδίου I και II.**
- 2. Ασθενείς με μη μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα σταδίου III ηλικίας κάτω των 60 ετών.**
- 3. Ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα σταδίου I και II των οποίων ο όγκος συρρικνώνεται μετά από 1 - 2 κύκλους ΧΜΘ.**
- 4. Άλλοι κακοήθεις όγκοι του πνεύμονος που είναι αναίσθητοι στη ΧΜΘ και ακτινοθεραπεία.**

Είδη χειρουργικών επεμβάσεων επί Ca πνεύμονα

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

(Δοντάς ,Μπεςμπέας, 2001).

Περιοριστικοί παράγοντες των χειρουργικών επεμβάσεων επί Ca πνεύμονα

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

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

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

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

(Μπαλταγιάννης,2003).

(B) Χημειοθεραπεία: Παρά τις προόδους που έχουν συντελεστεί στη φαρμακευτική θεραπεία τα τελευταία χρόνια, είναι συγκεκριμένα τα νεοπλάσματα εκείνα στα οποία μπορεί να επιδιωχθεί ίαση με την εφαρμογή ΧΜΘ. Άλλοι όγκοι ανταποκρίνονται αλλά δεν ίωνται, ενώ άλλοι ελάχιστα επηρεάζονται από τη ΧΜΘ κατά τα προχωρημένα στάδια.

(Τέντα, 1989)

Στόχος της χημιοθεραπείας είναι η καταστροφή των κακοήθων κυττάρων χωρίς να προκληθεί μόνιμη βλάβη των φυσιολογικών. Τα κυτταροστατικά πιστεύεται ότι καταστρέφουν ένα σταθερό ποσοστό των κυττάρων του όγκου με κάθε δόση, γιατί μόνο ένα ποσοστό των καρκινικών κυττάρων βρίσκεται στη φάση της διαίρεσης και έτσι παρουσιάζει ευαισθησία στα φάρμακα. Θεωρητικά όσο μεγαλύτερος είναι ο ρυθμός ανάπτυξης του όγκου τόσο περισσότερα καρκινικά κύτταρα θα καταστραφούν.

(Ulrich - Canale - Wandell, 1997).

Συγκεκριμένα, ο μικροκυτταρικός καρκίνος πνεύμονα παρουσιάζει μεγάλη ευαισθησία στα χημιοθεραπευτικά φάρμακα με κύριους εκπροσώπους τους εξής παράγοντες: Ifosfamide, etoposide, ανθρακυκλίνες, cyclophosphamide, vincristine, methotraxate κλπ., πλατίνα - καρβοπλατίνα.

Είναι γνωστό ότι οι συνδιασμοί 3 φαρμάκων επιτυγχάνουν ανταποκρίσεις άνω του 80% με ποσοστό πλήρους ανταπόκρισης αυτού 40%, ειδικά εάν επακολουθήσει ακτινοθεραπεία της πρωτογενούς εστίας. Η εκπληκτική ανταπόκριση του μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα στη ΧΜΘ προκάλεσε ενθουσιασμό και ελπίδες ότι πρόκειται για νόσο που μπορεί να ιαθεί, αλλά η μακροχρόνια πείρα αποκάλυψε ένα υψηλό ποσοστό υποτροπών με τελική μακροχρόνια επιβίωση μόνο σε 5 - 8% του συνόλου των θεραπευθέντων ασθενών. Σχεδόν όλοι αυτοί οι ασθενείς έχουν "περιορισμένη νόσο" και μετά την επιτυχή ΧΜΘ έχουν υποβληθεί και σε ακτινοθεραπεία της πρωτογενούς εστίας.

(Παπαβασιλείου , Κούβαρης, 1991).

Η χημιοθεραπεία για τα μη μικροκυτταρικά νεοπλάσματα φαίνεται ότι έχει φθάσει στο μέγιστο των δυνατοτήτων της.παρόλα αυτά, υπάρχουν μελέτες σύμφωνα με τις οποίες η εφαρμογή χημειοθεραπείας σε προχωρημένο στάδιο μη μικροκυτταρικού καρκίνου πνεύμονα, μπορεί να έχει θετικό αποτέλεσμα όσο αφορά την επιβίωση αλλά και τη μείωση των επώδυνων συμπτωμάτων.

(Rivera, 2001)

Ανεπιθύμητες ενέργειες των κυτταροστατικών

Αιμοποιητικό σύστημα: Αναιμία, λευκοπενία θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση.

Γαστρεντερικό σύστημα: Ναυτία, έμετοι, ανορεξία, διαταραχές γεύσης, διάρροια.

Γεννητικό σύστημα: Αμηνόρροια, πρόωμη εμμηνόπαυση, βλάβες σπέρματος.

Δέρμα: Αλωπεκία, υπέρχρωση δέρματος, φλεβίτιδες, ερύθημα.

Διάφορα: Πόνος στον όγκο, πόνος στη γνάθο, γριππώδες σύνδρομο, κακουχία.

ΚΝΣ - ΠΝΣ: Εκδηλώσεις από το ΚΝΣ και από τα περιφερικά νεύρα,

ωτοξικότητα, φωτοευαισθησία, φωτοφοβία.

Μεταβολικές διαταραχές: Υπογλυκαιμία, υπασβεσταιμία, υπομαγνησία, διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας.

Ουροποιητικό σύστημα: Νεφροτοξικότητα, αιμορραγική κυστίτιδα.

Τοξικότητα από όργανα: Ηπατοξικότητα, καρδιοτοξικότητα, πνευμονική τοξικότητα.

(Γ) Ακτινοθεραπεία: Όπως συμβαίνει και με τη χημιοθεραπεία, η ανταπόκριση των διαφόρων τύπων καρκίνου είναι διαφορετική. Υπάρχουν όγκοι που μπορούν να θεραπευτούν σε μεγάλο ποσοστό με την ακτινοθεραπεία, άλλοι που εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα θεραπείας και άλλοι που πρακτικά είναι ακτινοάντοχοι.

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

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

(Κατσιλιέρης, Ζαμπούλης, 1992).

Παρηγορητική θεραπεία

Η παρηγορητική θεραπεία στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς τόσο όσον αφορά τις δραστηριότητές του αλλά και από πλευράς ψυχοκοινωνικής υγείας με την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Ακόμα και όταν η νόσος δεν θεραπεύεται, η γρήγορη διάγνωση και εκτίμηση είναι σημαντικά στοιχεία προκειμένου να δοθεί λύση στις ανησυχίες και τα συμπτώματα του ασθενούς. Η τακτική παρακολούθηση του ασθενούς με καρκίνο πνεύμονα είναι αναγκαία για τη καλύτερη υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του και την αναγνώριση της φύσης των συμπτωμάτων και της αιτίας τους.

(Bourke Ral.Brewis, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ CA ΠΝΕΥΜΟΝΑ

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

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

Η 5ετης επιβίωση των χειρουργημένων ατόμων του σταδίου I με την παρουσία κλινικών συμπτωμάτων κυμαίνεται μεταξύ 30 -50%.Στο ίδιο παθολογοανατομικό στάδιο, χωρίς κλινική εκδήλωση της νόσου, τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 40 - 70%.

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

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

(Μπάλας, 1987).

Η διακοπή του καπνίσματος στην πρόληψη του Ca του πνεύμονα

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

(MMWR Mord Hortal Wkly Rep,2001).

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

Το κάπνισμα επίσης, ευθύνεται και για τις μετεγχειρητικές επιπλοκές. Έρευνες αποδεικνύουν ότι η διακοπή του καπνίσματος λίγες εβδομάδες πριν την επέμβαση ελαττώνει στο 50% τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

(Moller, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ CA ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η νοσηλευτική απαιτεί από τους νοσηλευτές πολλά. Λόγω της φύσης της εργασίας δέχονται ψυχολογικές και συναισθηματικές πιέσεις ιδιαίτερα οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ογκολογική νοσηλευτική. Στο έργο της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι δύσκολο να μετρηθούν κριτήρια, διότι δεν είναι μόνο η διεκπεραίωση καθηκόντων τεχνικού χαρακτήρα. Ακούν καθημερινά ανησυχίες, φόβους, θλίψεις, δυσπιστίες και πρέπει να αφήσουν τον ασθενή με ένα αίσθημα ανακούφισης. Αυτή η προσωπική εμπλοκή με τον άρρωστο, την οικογένειά του, αποτελεί το φιλοσοφικό μέρος της ογκολογικής νοσηλευτικής και είναι το σημαντικότερο σημείο στη φροντίδα.

Το ένα μέρος της νοσηλευτικής αναφέρεται στο ψυχολογικό μέρος του αρρώστου και το άλλο στη φυσική αποκατάσταση της υγείας του. Η ικανοποίηση των πρώτων αναγκών του αρρώστου είναι τόσο βασική όσο και πολύ δύσκολο να εφαρμοσθεί. Παρόλο που στην χειρουργική αφαίρεση του όγκου μπορούν να βελτιωθούν τα συμπτώματα, ο άρρωστος θεωρείται βαριά άρρωστος και άτομο με βαρύτατη πρόγνωση.

Προεγχειρητική φροντίδα ασθενή με Ca πνεύμονα

Η προεγχειρητική φροντίδα του ασθενή με καρκίο του πνεύμονα που πρόκειται να υποβληθεί σε επέμβαση επικεντρώνεται σε δύο σκοπούς:

α) Να διαπιστωθεί αν ο άρρωστος θα μπορέσει να επιζήσει της επέμβασης.

β) Να εξασφαλιστεί η άριστη δυνατή κατάσταση του αρρώστο για την επέμβαση.

Η προεγχειρητική παρέμβαση του νοσηλευτή συνίσταται στις εξής ενέργειες:

- 1) Βοήθεια αρρώστου να κάνει τις διαγνωστικές εξετάσεις.
- 2) Νοσηλευτική εκτίμηση του αρρώστου.
- 3) Βελτίωση του κυψελιδικού αερισμού και όλης της αναπνευστικής λειτουργίας.
- 4) Αξιολόγηση και διόρθωση καταστάσεων του κυκλοφορικού για πρόληψη επιπλοκών.
- 5) Προετοιμασία αρρώστου για τη χειρουργική εμπειρία παρέχοντάς του εξηγήσεις και επιδέξια φροντίδα.
- 6) Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία.

Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα

1)Σκοποί:

- Να αποκαταστήσει τη φυσιολογική καρδιοπνευμονική λειτουργία το ταχύτερο δυνατό
- Να προλάβει ή να αντιμετωπίσει επιπλοκές

2)Παρέμβαση:

- Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού
- Χρησιμοποίηση της σωστής τεχνικής για την αναρρόφηση του βρογχικού δέντρου.
- Διατήρηση συνεχούς νοσηλευτικής επίβλεψης του αρρώστου.
- Επίβλεψη και προσεκτική αγωγή του κλειστού συστήματος παροχέτευσης του θώρακα
- Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο για εξασφάλιση άμεσης οξυγόνωσης και παρακολούθηση αερίων αίματος.
- Ακρόαση και των δύο ημιθωρακίων(εμπρός και πίσω)με στηθοσκόπιο για διαπίστωση τυχόν αλλαγής στους αναπνευστικούς ήχους. Μειωμένοι ήχοι μπορεί να δείχνουν κολαψάρισμα του πνευμονικού παρεγχύματος ή υπεραεριζόμενες κυψελίδες.
- Εξασφάλιση διαφόρων μέσων απαλλαγής από τον πόνο.Ο πόνος μειώνει την θωρακική έκπτυξη και επομένως τον αερισμό.Επίσης εξαντλεί τον άρρωστο.
- Παρακολούθηση της ωριαίας αποβολής ούρων για έμμεσο έλεγχο του όγκου παλμού και την αιμάτωση των οργάνων.
- Συνέχιση προσδιορισμού αερίων του αίματος και ηλεκτρολυτών του ορού για ανίχνευση πρώιμων εκδηλώσεων αναπνευστικής ανεπάρκειας ή μεταβολών στην οξεοβασική κατάσταση.

- Χορήγηση αίματος και παρεντερικών διαλυμάτων με βραδύτερο ρύθμο μετά από θωρακική χειρουργική.
- Διατήρηση της σωστής μηχανικής του σώματος.
- Παρακολούθηση για σημεία οξείας γαστρικής διάτασης.
- Παρακολούθηση και λήψη μέτρων για επιπλοκές θωρακοτομής.
- Αποκατάσταση λειτουργίας ώμου και κορμού.

(Σαχίνη-Καρδάση , Πάνου , 2002)

Από τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με Ca πνεύμονα προκύπτουν προβλήματα που απαιτούν λεπτούς χειρισμούς, τους οποίους αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα πιο συνηθισμένα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα σε ασθενείς με Ca:

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

(Μαλγαρινού - Κων/νίδου, 2000)

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

Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ψυχιατρικής νοσηρότητας σε ασθενή με καρκίνο

(1) Προϋπάρχον ιατρικό ιστορικό:

- ψυχωσική διαταραχή
- κατάχρηση ουσιών
- αγχώδεις διαταραχές

(2) Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη νόσο:

- νόσος τελικών σταδίων
- χρόνιος πόνος
- περιορισμός λειτουργικότητας

(3) Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη θεραπεία:

- ΧΜΘ
- Αναλγητικά

(4) Παράγοντες σχετιζόμενοι με το περιβάλλον:

- Στρεσογόνα γεγονότα
- Έλλειψη οικογενειακής στήριξης

Παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης κατάθλιψης σε καρκινοπαθείς

(1)Βιολογικοί:

- Βαρύτητα της νόσου
- Σωματική αναπηρία και περιορισμός κινητικότητας
- Χρόνιος πόνος
- Θεραπεία

(2) Ψυχοκοινωνικοί:

- Παθητική προσωπικότητα
- Κοινωνική απομόνωση
- Κοινωνικοοικονομικά προβλήματα
- Ατομικό ιστορικό κατάθλιψης

Καρκίνος και τάσεις αυτοκτονίας - Παράγοντες κινδύνου

(1) Ατελώς ελεγχόμενος πόνος.

(2) Πολλαπλά σωματικά συμπτώματα.

(3) Νόσος τελικών σταδίων.

(4) Ύπαρξη κατάθλιψης - απελπισίας.

(5) Αίσθημα αβοήθητου.

(6) Προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία.

(7) Ελλιπής κοινωνική υποστήριξη.

(Βελέντζας , Μαμπλέκου, 2003)

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

- Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τον άρρωστο:

- Το ρόλο του στην οικογένεια
- Τη μόρφωσή του
- Την αντίληψη που έχει για τον εαυτό του
- Την ωριμότητα της προσωπικότητάς του
- Το στάδιο της αρρώστιας
- Την ανάγκη συνεργασίας στη θεραπεία του
- Την προηγούμενη προσαρμογή του σε αρρώστεια
- Αν αισθάνεται ή όχι ενοχή για την αρρώστια

- Τη διάρκεια της αρρώστιας
- Τις ανάγκες του αρρώστου
- Την προηγούμενη εμπειρία με το θάνατο
- Τον τρόπο νοσηλείας του
- Την επιθυμία του να μάθει την αλήθεια

- Τι πρέπει να γνωρίζουμε για την οικογένειά του:

- Τη στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο
- Την ανάγκη για συνεργασία με τα μέλη της οικογένειας

- Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τον εαυτό μας:

- Τα συναισθήματά μας απέναντι στην αρρώστια
- Το βαθμό επαφής με τον άρρωστο
- Το βαθμό επαφής με τα μέλη της οικογένειας

- Την εμπιστοσύνη που τρέφει ο άρρωστος για εμάς

Τα παραπάνω θα βοηθήσουν στο σωστό χειρισμό στην ανακοίνωση της αρρώστιας του καρκίνου στον άρρωστο.

Αποκατάσταση του Αρρώστου με Καρκίνο

Όλα όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω βρίσκονται μέσα στο πνεύμα της αποκατάστασης του αρρώστου με καρκίνο, για την τελευταία γίνεται πολύς λόγος. Τι είναι όμως η αποκατάσταση; Η έννοια της λέξεως αποκατάστασης 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 την διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας.

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 μην κλαίει για το χθές και να μην τρέμει για το αύριο. Για να γίνει όμως αυτό, η αρρώστια και στην προκειμένη περίπτωση ο καρκίνος, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά- που η αντιμετώπιση στο χώρο αυτό είναι πολλές φορές σχεδόν ανύπαρκτη - αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά. Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο.

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.

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 κατευθυνθεί προς την αποκατάστασή του.

(Μαλγαρινού , Κωνσταντινίδου, 2000).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο ασθενής Α.Χ. εισήλθε στο "Γενικό Νοσοκομείο Πατρών" στις 12/12/2005.

Ηλικία: 59

Επάγγελμα: Ελαιοχρωματιστής

Συνήθειες: Καπνίζει 2 πακέτα τσιγάρα την ημέρα και πίνει ούζο.

Ατομικό ιστορικό: Βρογχοπνευμονία προ 20ετίας - Σακχαρώδης Διαβήτης.

Οικογενειακό ιστορικό: Οχι βεβαρημένο.

Αιτία εισόδου: Καταβολή δυνάμεων, δύσπνοια, αιμόπτυση, πυρετό 39

Παρούσα νόσος: Άρχισε πριν 7 μέρες με δυσκολία στην αναπνοή, καταβολή δυνάμεων και ανορεξία. Τα συμπτώματα επιδεινώθηκαν πριν 3 μέρες με βήχα και απώλεια βάρους και αναγκάστηκε να επισκεφθεί το νοσοκομείο.

Ακτινογραφία: Σκίαση του δεξιού, μέσου και του κάτω πνευμονικού πεδίου.

Εργαστηριακές εξετάσεις

1) Αιματολογικός - βιοχημικός έλεγχος

- Λευκά αιμοσφαίρια: 6.300
- Αιμοπετάλια: 78.000 ΗΤ: 39%
- Ουρία: 58
- Σάκχαρο: 198
- Να: 130
- Κ: 3.6
- Ομάδα αίματος: O RH (+)

2) Πνευμονολογικός έλεγχος

- Αέρια αίματος: PCO₂ (40,9), PO₂ (57)
- Βρογχοσκόπηση: Θετική
- Κυτταρολογική πτυέλων: Θετική
- Ακτινογραφία Θώρακος

- Αξονική τομογραφία θώρακος: Παρουσιάζει εικόνα με νεοπλάσματα του μέσου κυρίως πνευμονικού πεδίου (δεξιά) αλλά και του κάτω οπισθίως.

3) Προγραμματισμός

- Ενημέρωση και επεξήγηση του ασθενή και των οικείων του για την κατάσταση του και την θεραπεία του.

- Εφαρμογή εκκενωτικής παρακέντησης.

- Εφαρμογή χημειοθεραπείας με PLATINA-VELBE

Κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας ο ασθενής παρουσίασε συμπτώματα: ναυτίας, εμέτου, διάρροιας, αλωπεκίας.

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΙΟΥ Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	Συναισθηματική κόπωση	Διδασκαλία αρρώστου Αποφυγή τροφών που δημιουργούν αέρια	Αναπαισεως δραστηριότητα Συναισθηματική τόνωση Διατήρηση φυσιολογικής κένωσης του εντέρου	
Αύξηση θερμοκρασίας του ασθενούς 38o C	Ρύθμιση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα	Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων Τρίωρη θερμομέτρηση Ενίσχυση της ενυδάτωσης του ασθενούς Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα	Εγιναν 2 amp Apotel IV σε 100 cc N/S Σημειώνεται η τρίωρη θερμομέτρηση ο ασθενής ενυδατώνεται Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων και κρύου ντους σε άνοδο της θερμοκρασίας.	Η θερμοκρασία του ασθενούς επανήλθε σχεδόν στα φυσιολογικά επίπεδα χωρίς προβλήματα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αδυναμία και κόπωση του ασθενούς	Αντιμετώπιση αδυναμίας και κόπωσης	Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενούς.	Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του ασθενούς. Αποφευχθήσαν οι επιπρόσθετες κινήσεις που κουράζουν τον ασθενή	Το αίσθημα κόπωσης και αδυναμίας περιορίστηκε. Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα
Αιμόπτυση	Ανακούφιση και βοήθεια του ασθενούς	Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση χορήγηση αντιβιοτικών βρογχοδιασταλτικών (benvent) φαρμάκων. Αναρρόφηση και απαλλαγή του αρρώστου από τα πηγάδια. Χορήγηση κατάλληλης διαίτας. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας.	Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε αναπαυτική (ανάρροπη) θέση. Χορηγήθηκαν αντιβιοτικά - βρογχοδιασταλτικά φάρμακα. Έγινε αναρρόφηση και χορηγήθηκε κατάλληλη διαίτα (ελαφρά). Γίνεται συνεχής περιποίηση στοματικής κοιλότητας με Hexalen	Ελαττώθηκε η αιμόπτυση και το άγχος του ασθενούς
Αναπνευστική δυσλειτουργία και βήχας	Απαλλαγή του ασθενούς από το αίσθημα βάρους στο στήθος. Μείωση μεταβολικών αναγκών. Διατήρηση φυσιολογίας κένωση του εντέρου	Τοποθέτηση αρρώστου σε ανάρροπη θέση. Χορήγηση O2 με ρινοφαρυγγικό καθετήρα. Μείωση μεταβολικών υγρών καλός αερισμός θώρακος	Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ανάρροπη θέση. χορηγήθηκε O2 με ρινοκαθετήρα. Έγινε μείωση μεταβολικών αναγκών με: Διατήρηση ισορροποίας	Μειώθηκε η αναπνευστική δυσλειτουργία και απαλλάχθηκε ο ασθενής από τον επίμονο βήχα

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Χωρίς αμφιβολία τον τελευταίο καιρό όλο και συχνότερα αναγνωρίζεται ότι μια αποτελεσματική παρέμβαση στο χώρο της ογκολογίας πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τόσο τούς οργανικούς όσο και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Η προσφορά όλων όσων δουλεύουν στον τομέα της υγείας θα μπορεί να είναι ολοκληρωμένη αν παράλληλα με τη διάρκεια επιβίωσης φροντίζουμε και για την ποιότητα της ζωής και τις ψυχολογικές ανάγκες κάθε ανθρώπου. Αυτή η ολιστική προσέγγιση προϋποθέτει την εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις ψυχολογικές διαστάσεις της αρρώστιας και στην υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του.

Τέλος, ο νοσηλευτής χρειάζεται συνεχή επιμόρφωση ώστε να τελειοποιήσει τις δεξιότητες του, να εκσυγχρονίσει τις επιστημονικές του γνώσεις και να πλουτίζει την προσωπικότητά του με ευγένεια, ευαισθησία και αγάπη για τον συνάνθρωπό του.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

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

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

		<p>κάτωθι χαρακτηριστικών:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ προβολή του στελεχισμού βρόγχου σε απόσταση > 2cm πέραν της τρόπιδος ▪ διήθηση του περιπλαχίου πετάλου του υπεζωκότος ▪ συνοδεύεται από ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονίτιδα η οποία επεκτείνεται έως την πύλη αλλά δεν καταλαμβάνει ολόκληρο τον πνεύμονα.
	T ₁	<p>Όγκος οιουδήποτε μεγέθους που διηθεί άμεσα ένα εκ των κάτωθι: θωρακικό τοίχωμα (περιλαμβανομένων των όγκων Pancoast), διάφραγμα, τον υπεζωκότα του μεσοθωρακίου ή το τοιχωματικό περικάρδιο. Όγκος σε απόσταση < 2cm από την τρόπιδα χωρίς διήθηση αυτής. Συνοδεύεται από ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονίτιδα ολόκληρου του πνεύμονα.</p>
	T ₄	<p>Όγκος οιουδήποτε μεγέθους που διηθεί ένα εκ των κάτωθι οργάνων:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ μεσοθωράκιο ▪ καρδιά ▪ μεγάλα αγγεία ▪ τρσχεία ▪ οισοφάγος ▪ σώματα σπονδύλων ▪ τρόπιδα ▪ όγκος με κακοήθη πλευριτική συλλογή ή

		περικαρδιακή συλλογή ή με δουροφορικά οζίδια στον ίδιο λοβό με την πρωτοπαθή βλάβη.
Επιχώριοι λεμφαδένες	N_2	Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν δύνανται να εκτιμηθούν.
	N_0	Δεν υπάρχουν επιχώριοι λεμφαδένες.
	N_1	Μετάσταση σε περιβρογχικούς λεμφαδένες ομοπλεύρως ή πυλαίους λεμφαδένες ομοπλεύρως και ενδοπνευμονικούς λεμφαδένες από άμεση επέκταση του πρωτοπαθούς όγκου.
	N_3	Μετάσταση σε ετερόπλευρους λεμφαδένες του μεσοθωρακίου, ετερόπλευρους πυλαίους, ομόπλευρους ή ετερόπλευρους σκαληνούς ή υπερκλειθρίους λεμφαδένες.
Μεταστάσεις	M_1	Η παρουσία μεταστάσεων δεν δύνανται να εκτιμηθεί.
	M_0	Δεν υπάρχουν μεταστάσεις.
	M_1	Υπάρχουν μεταστάσεις. Η παρουσία οζιδίων σε άλλο λοβό από εκείνον του πρωτοπαθούς όγκου ομοπλεύρως ταξινομείται επίσης ως M_1 .

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

Πίνακας 2: Η νέα σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα

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

Πίνακας 3.

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

$T_1N_0M_0$	22%
III A	
$T_1N_1M_0$	9%
$T_{1,2}N_2M_0$	13%
III B	
$T_1N_{0,1,2}M_0$	7%
$T_{1,2}N_3M_0$	3%
IV	1%

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναγνώστοπουλος Δ., Μπαλταγιάννης Ν., Μπολάνος Ν., Χατζημιχάλης Α.,
Ελληνική χειρουργική ογκολογία τ.χ. 2, 2003 σελ.77-78

Βελέντζας Κ., Μαμπλέκου Ε., «Καρκίνος και κατάθλιψη» Μηνιαία έκδοση
εταιρίας ιατρικών σπουδών , *Ιατρική τ.χ.1 , 2003 , σελ.202-206*

Δοντάς Ν., Μπεσμπέας Σ., (2001) *Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια
Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας*

«Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και
Ψυχοογκολογίας . *Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία , 1998, σελ.19*

« Θέματα Παθολογίας-Ογκολογίας» *Εταιρεία Ογκολογίας-παθολογίας
Ελλάδος, 1990 , σελ.148 149 150*

Καλαποθάκη-Χατζηκωνσταντίνου , Β., «Επιδημιολογία του καρκίνου του
πνεύμονα» *Ιατρική, τ.χ. 6 , 1990*

Κατσιλιέρης ,Ι., Ζαμπόγλου,Ν., «Η θέση της ακτινοθεραπείας στον μη
μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονος» *Θέματα παθολογίας ογκολογίας ,
1992 ,σελ.27-28*

Μαλγαρινού Μ,Α., Κωνσταντινίδου,Σ,Φ., (2000) *Νοσηλευτική παθολογική-
χειρουργική , τόμος β ,μέρος 2^ο , Αθήνα :Ταβιθά*

Μουτσόπουλος,Χ,Μ., Εμμανουήλ,Δ,Σ., *Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας* ,
Αθήνα:Λίτσας

Μπάλας,Π., (1987) *Χειρουργική*, τόμος β , Αθήνα:Πασχαλίδης

Παπαβασιλείου, Κούβαρης , *Ογκολογία*, Αθήνα:1991

Πετρίδης,Α., (2002) *Εγχειρίδιο χειρουργικής* , έκδοση 4^η , Αθήνα:Έλλην

Πλέσσας,Σ,Τ., Κανέλλος,Ε., (1997) *Φυσιολογία του ανθρώπου 1* , 2^η έκδοση
, Αθήνα:Φάρμακον-Τύπος

Σαχίνη-Καρδάση,Α., Πάνου,Μ., (2002) *Παθολογική-χειρουργική
νοσηλευτική-νοσηλευτικές διαδικασίες* ,τόμος 1^{ος} β έκδοση , Αθήνα:ΒΗΤΑ

Σπηλιώτης,Ι., Παναγόπουλος,Κ., (1990) *Κλινικά προβλήματα χειρουργικής*,
Αθήνα:Βούλαρης

Τέντα,Κ., (1989) *Χημειοθεραπεία των κακοηθών νεοπλασμάτων. Ελληνική
αντικαρκινική εταιρεία*

Υψηλάντης,Κ,Μ., *Πνευμονολογία* ,Θεσ /νίκη 1988

S.J.Bourke – Ral Brewis «Νόσοι του αναπνευστικού συστήματος»
Επιμέλεια Γουργουλιάνης,Κ., Μπούρος,Δ., Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα
2002

Clen.A.Lillington,Lung cancer curr.opin.puemonay med., 2002

Lucille Keir-Barbara A.Wise Connie Krebs, *Ανατομία και φυσιολογία του ανθρώπινο σώματος, Ιατρική βοήθεια και φροντίδα*. Εκδόσεις Έλλην , 1996

MMWR Morb Mortal Wkly Rep., 2001

Moller.AM Villebro N. Pedersent etal:Effect of preoperative smoking intervention on postoperative comblications, Lancet 2001

H.Lippert «Ανατομική» Μετάφραση Νικηφόρος, Ν,Δ., Επιμέλεια Παπαδόπουλος,Ν., Εκδόσεις Παρισσιανός ,1993

Rivera P.:Management of patients with advanced non-small lung cancer. curr.opin.puemonay med,2001

Ulrich-Canale-Wendell (1997): *Νοσηλευτική: Παθολογική-χειρουργική, Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας*, Αθήνα:Λαγός

