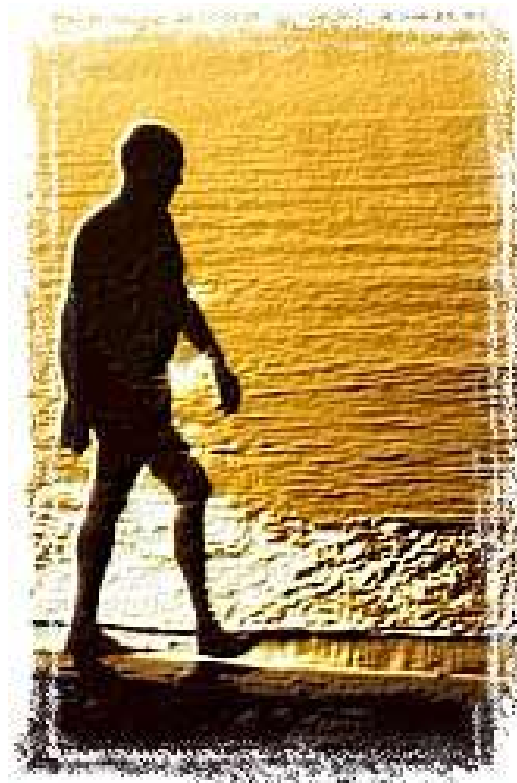




ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΊΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

Θέμα:

«Καρκίνος του Προστάτη -Νοσηλευτική Παρέμβαση»



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

ΤΣΙΑΚΑΝΙΚΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΕΙΣΗΓΗΣΗ:

ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	1
Εισαγωγή	2

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	5
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	5
1.1.1 Σπερματοδόχοι κύστεις	9
1.1.2 Σπερματικός τόνος	9
1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	10
1.2.1 Αγγείωση και νεύρωση του προστάτη	10
1.2.2 Λεμφαγγεία του προστάτη	10
1.2.3 Ιστολογική υφή του προστάτη	10
1.3 ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	11
1.3.1 Ορμόνες που ρυθμίζουν την λειτουργία του προστάτη	11
1.3.2 Εξωκρινής λειτουργία του προστάτη	12
1.3.3 Ενδοκρινής λειτουργία του προστάτη	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΠΤΩΣΗ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	14
2.1 Γενικά	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ	20
3.1 Ηλικία	20
3.2 Κληρονομική προδιάθεση	20

3.3 Φυλή	21
3.4 Επάγγελμα	21
3.5 Δίαιτα	21
3.6 Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες	22
3.6.1 Σεξουαλική δραστηριότητα	22
3.6.2 Η μόλυνση του περιβάλλοντος	22
3.6.3 Η απολίνωση των σπερματικών πόρων	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	23
4.1 Φυσική εξέταση - Δακτυλική εξέταση	23
4.2 Ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA)	25
4.3 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ	27
4.3.1 Διορθικό υπερηχοτομογράφημα	28
4.4 Η ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	30
4.4.1 Βιοψία αναρρόφησης για κυτταρολογική εξέταση	32
4.4.2 Βιοψία με βελόνα για ιστολογική εξέταση	33
4.4.3 Επιπλοκές της προστατικής βιοψίας	36
4.4.4 Αντιβιοτική προφύλαξη στην προστατική βιοψία	37
4.5 Ποιος είναι ο ρόλος του μαγνητικού συντονισμού (MRI) στη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη	38
4.6 Ενδοσκόπηση	39
4.7 Εργαστηριακός έλεγχος	39
4.8 ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	39
4.8.1 Ενδοφλέβια ουρογραφία (IVP)	39
4.8.2 Λεμφαγγειογραφία	40
4.8.2.1 Επιπλοκές της λεμφαγγειογραφίας	41
4.8.3 Αξονική τομογραφία (CT)	43
4.8.4 Απλή ακτινογραφία	44

4.8.5 Ακτινογραφία θώρακος	44
4.8.5.1 Σπινθηρογράφημα οστών (Bonescan)	47
4.9. ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ SCREENING	48
4.9.1 Screening και καρκίνος του προστάτη	48
4.9.2 Ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) με τη μέθοδο του Screening	49
4.9.3 Δακτυλική εξέταση του προστάτη με τη μέθοδο του Screening	49
4.9.4 Διορθικό υπερηχοτομογράφημα με τη μέθοδο του Screening	49
4.9.5 PSA και δακτυλική εξέταση του προστάτη με τη μέθοδο του Screening	50
4.10 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	50
4.10.1 Πόσο γρήγορα αυξάνει το μέγεθός του	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	53
5.1 Γενικά	53
5.2 Τοπικά συμπτώματα	53
5.3 Γενικευμένα συμπτώματα	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	56
6. Γενικά	56
6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	62
6.1.1 Προσεκτική αναμονή και παρακολούθηση	62
6.1.2 Χειρουργική επέμβαση	63
6.1.3 Ριζική προστατεκτομή	64
6.1.4 Ριζική πυελική λεμφαδενεκτομή ή λεμφαδενικός χειρουργικός καθαρισμός	69
6.1.4.1 Η τυπική λεμφαδενεκτομή	70

6.1.4.2 Η τροποποιημένη λεμφαδενεκτομή	70
6.1.5 Είδη και περιγραφή χειρουργικών επεμβάσεων στον καρκίνο του προστάτη	71
6.1.5.1 Η διουρηθρική προστατεκτομή (Transurethral Resection of Prostate)	71
6.1.5.1.2 Επιπλοκές της διουρηθρικής προστατεκτομής	74
6.1.5.2 Οπισθοθηβική προστατεκτομή	75
6.1.5.2.1 Διεγχειρητικές επιπλοκές	77
6.1.5.2.2 Μετεγχειρητικές επιπλοκές	78
6.1.5.2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία της οπισθοθηβικής προστατεκτομής	78
6.1.5.3 Περινεϊκή προστατεκτομή (Perineal Prostatectomy)	79
6.1.5.3.1 Στάδια της ριζικής περινεϊκής προστατεκτομής	79
6.1.5.3.2 Η τεχνική της ριζικής περινεϊκής προστατεκτομής	80
6.1.5.3.3 Πλεονεκτήματα της ριζικής περινεϊκής προστατεκτομής	81
6.1.5.3.4 Μειονεκτήματα της ριζικής περινεϊκής προστατεκτομής	82
6.1.5.3.5 Επιπλοκές περινεϊκής προστατεκτομής	82
6.1.5.4 Μείωση των παρενεργειών των χειρουργικών επεμβάσεων	85
6.1.5.5 Επιδημιολογικά στοιχεία χειρουργικών επεμβάσεων	86
6.1.6 Ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του προστάτη	88
1. Ιστορική ανασκόπηση – Εισαγωγή	88
2. Ενδείξεις ακτινοθεραπείας	89
3. Πλεονεκτήματα της ακτινοθεραπείας	89
4. Μειονεκτήματα της ακτινοθεραπείας	90
5. Αντιμέτωπιση του καρκίνου με ακτινοθεραπεία	90
6.1.6.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ	92
1. Πεδία ακτινοβολίας – τεχνικές	93
2. Αποτελέσματα	93
3. Ακτινοθεραπεία με Νετρόνια	94
4. Μετεγχειρητική Ακτινοθεραπεία	94

5. Πρόγνωση	94
6. Παρηγορητική ακτινοθεραπεία	95
7. Παρακολούθηση μετά από ακτινοθεραπεία	96
8. Ακτινοαντοχος όγκος	96
9. Βιοψία του προστάτη μετά πλήρη ακτινοθεραπεία	96
10. Ακτινοθεραπεία της μεταστατικής νόσου	97
11. Επιπλοκές της ακτινοθεραπείας	97
6.1.6.2 ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ	99
1. Εισαγωγή - Ιστορική αναδρομή	99
2. Κριτήρια επιλογής ασθενών για βραχυθεραπεία	101
3. Συνδυασμός βραχυθεραπείας και εξωτερικής ακτινοβολίας	101
4. Εμφύτευση	102
5. Επιπλοκές της βραχυθεραπείας	104
5.1 Επίσχεση ούρων	104
5.2 Κυστικά ενοχλήματα	105
5.3 Προστατίτιδα	105
5.4 Πρωκτίτιδα	105
5.5 Άλγος περινέου	105
6. Επιδημιολογικά στοιχεία της βραχυθεραπείας	105
6.1.7 Εναλλακτικές θεραπείες	107
6.1.7.1 Κρυοθεραπεία	107
6.1.7.1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία της κρυοθεραπείας	109
6.1.7.1.2 Παρενέργειες από την κρυοθεραπεία	109
6.1.7.2 Θερμοθεραπείες	109
6.1.7.2.1 Διουρηθρική θερμοθεραπεία με μικροκύματα	110
6.1.7.2.1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία της διουρηθρικής θερμοθεραπείας με μικροκύματα	111
6.1.7.2.2 Διουρηθρική αφαίρεση με βελόνη	111
6.1.7.3 Laser	112

6.1.7.3.1 Μειονεκτήματα της χειρουργικής επέμβασης με laser	113
6.1.7.4 Υψηλής έντασης εστιασμένοι υπέρηχοι	113
6.1.8 Συνδυαστικές θεραπείες - επιδημιολογικά στοιχεία	113
6.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	114
6.2.1 Ριζική προστατεκτομή	114
6.2.2 Ορμονική υποσταδιοποίηση και ριζική προστατεκτομή	115
6.2.3 Εξωτερική ακτινοθεραπεία	115
6.2.4 Εξωτερική ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με ανδρογονικό αποκλεισμό	115
6.2.5 Διαλείπων ανδρογονικός αποκλεισμός	115
6.2.6 Αντιμετώπιση των επιπλοκών του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του προστάτη	115
1. Οξεία επίσχεση ούρων	116
2. Ουρητηρική απόφραξη	116
6.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	117
6.3.1 Ορμονοθεραπεία στον καρκίνο του προστάτη	117
6.3.1.1 Είναι η μονοθεραπεία επαρκής;	119
6.3.1.2 Πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός	119
6.3.1.3 Πρώιμη ή καθυστερημένη ορμονική θεραπεία;	120
6.3.1.4 Επιπλοκές της ορμονοθεραπείας	120
6.3.1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία της ορμονοθεραπείας	120
6.3.1.6 Αντιμετώπιση των επιπλοκών του μεταστατικού καρκίνου του προστάτη	121
1. Καρκινικός πόνος	121
2. Παθολογικά κατάγματα	121
3. Πίεση του νωτιαίου μυελού	122
4. Ανορεξία και καταβολή	122

6.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΟΡΜΟΝΟΑΝΤΟΧΟΥ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ	
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	123
6.4.1 Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του προστάτη	123
6.4.1.1 Κριτήρια απάντησης στη χημειοθεραπεία	125
1. Μερική βελτίωση	125
2. Αντικειμενική στάσιμη κατάσταση	126
3. Αντικειμενική επιδείνωση	126
4. Επιβαρυντικοί προγνωστικοί παράγοντες	126
6.4.1.2 Επιπλοκές της χημειοθεραπείας	126
6.4.1.3 Αντιμετώπιση των επιπλοκών της Χημειοθεραπείας	127

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	128
7.1 Υπάρχουν καλύτερες προοπτικές και αισιοδοξία για τον καρκίνο του προστάτη	132

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΡΟΛΗΨΗ

1.1.Γενικά – Εισαγωγικά	135
1.2.Ορισμός	135
1.2.1 Επίπεδα Πρόληψης	135
1.2.1.1 Πρωτογενής Πρόληψη	136
1.2.1.2 Δευτερογενής Πρόληψη	136
1.3.Ρόλος Νοσηλευτή στην Πρόληψη Γενικά	137
1.3.1 << << << Στο Νοσοκομείο	137

1.3.2	<<	<<	<<	Στην Κοινότητα	138
1.3.3				Ρόλος νοσηλευτή Εργασίας	139

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

2.1.	Βιοψία	140
2.2.	Δακτυλική Εξέταση Ορθού	140
2.3.	Κυτταρολογική Εξέταση Προστατικού Υγρού	141
2.4.	Κυστεοσκόπηση	141
2.5.	Καθετηριασμός Ουροδόχου Κύστες	142
2.6.	Ενδοφλέβια Ουρογραφία	143

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΑΠΡΟΣΤΑΤΗ

3.1.	Προεγχειριστική Ετοιμασία- Νοσηλευτική Παρέμβαση	144
3.1.1.	Γενική Προεγχειριστική Ετοιμασία	144
3.1.2.	Τοπική Προεγχειριστική Ετοιμασία	147
3.1.3.	Τελική Προεγχειριστική Ετοιμασία	148
3.2.	Μετεγχειριστική Φροντίδα- Νοσηλευτική Παρέμβαση	148

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΑΠΡΟΣΤΑΤΗ

4.1.	Γενικές Νοσηλευτικές Ευθύνες Στο Χειρισμό Των Κυτταροστατικών	
4.2.	Νοσηλευτικές Εφαρμογές Στις Τοξικές Ενέργειες Των	151
4.2.1.	Καταστολή Μυελού Των Οστών	151
4.2.2.	Λευκοπενία	151
4.2.3.	Θρομβοπενία	152

4.2.4.Αναιμία	152
4.3 Γαστρεντερικές Διαταραχές	153
4.3.1 Ναυτία- Έμετος	153
4.3.2 Διάρροια- Σύσπαση Κοιλιακών Μυών	153
4.3.3 Στοματίτιδα- Έλκη Βλεννογόνου Στοματικής Κοιλότητας	154
4.4 Νευροτοξικότητα	154
4.5 Ηπατοτοξικότητα	155
4.6 Ανοσοκατασταλτική Επίδραση	155
4.7 Νεφροτοξικότητα	155
4.8 Αλωπεκία	156
4.9 Αλλαγές Δέρματος	156

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ CA ΠΡΟΣΤΑΤΗ

5.1.Γενικά	157
5.2.Εξωτερική Ακτινοθεραπεία	158
5.3.Εσωτερική Ακτινοθεραπεία	159
5.4.Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Παρενεργειών Ακτινοθεραπείας	161
5.4.1.Ακτινοδερματίτιδα	161
5.4.2.Καταστολή Μυελού Των Οστών	161

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ –ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

6.1 Αποκατάσταση αρρώστου με CA προστάτη	162
6.2 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με CA προστάτη	164
6.3 Νοσηλευτική συμβουλή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ποιότητα ζωής, ασθενείς με καρκίνο	165
6.4 Οδηγίες που γίνονται κατά την έξοδο του ασθενούς από το	

νοσοκομείο	166
6.5 Περιγραφή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας συγκεκριμένων ασθενών με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	168
1 Περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με ca-προστάτη Νοσηλευτική Διεργασία	168 169
2 Περιγραφή περίπτωσης ασθενούς με ca-προστάτη Νοσηλευτική Διεργασία	178 181
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	195
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	196

Επειδή «το γήρας ουκ έρχεται μόνον» ο άνδρας αντιλαμβάνεται κάποιες αλλαγές στον οργανισμό του, όπως είναι η παρουσία άσπρων μαλλιών, μειωμένης όρασης, μειωμένης απόδοσης των αθλητικών επιδόσεων, συχνούς τραυματισμούς του μυοσκελετικού συστήματος, ιδιαίτερα μετά την άσκηση και προβλήματα από τον προστάτη του.

Παρότι οι άνδρες δεν αρέσκονται να ομιλούν για τα προβλήματα του προστάτη τους, τέτοια προβλήματα είναι συχνά και πιθανόν όλοι οι άνδρες κάποια στιγμή μετά τα 50 θα επισκεφθούν τον γιατρό τους, για συμπτώματα που προκύπτουν από κάποια φλεγμονή του προστάτη, υπερπλασία ή ακόμα και καρκίνο του προστάτη.

Η συχνότητα του καρκίνου του προστάτη συνεχίζει να αυξάνεται τα τελευταία χρόνια και έχει ξεπεράσει την συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα. Έχει υπολογιστεί ότι διακόσιες χιλιάδες (200.000) νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται κάθε έτος και τριάντα οκτώ χιλιάδες (38.000) ασθενείς πεθαίνουν από τη νόσο στις Η.Π.Α. Ήτοι κάθε τρία λεπτά (3') διαγιγνώσκεται μια νέα περίπτωση καρκίνου του προστάτη και ένας ασθενής πεθαίνει από τη νόσο κάθε δέκα λεπτά (10').

Ένα άλλο χαρακτηριστικό του καρκίνου του προστάτη είναι ότι η πιθανότητα ύπαρξης μικροεστιών αυξάνεται με την ηλικία. Αυτό σημαίνει ότι αν και η εμφάνιση κλινικού καρκίνου του προστάτη είναι υψηλή, υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες εκδηλώνεται μικροσκοπική μορφή καρκίνου σε πολλούς άνδρες, οι οποίοι δεν παρουσιάζουν εξέλιξη της νόσου.

Η βεβαιότητα για την ύπαρξη ή όχι του καρκίνου δίνεται μόνο με την καθοδηγούμενη μέσω του διορθικού υπερηχοτομογραφήματος, βιοψία του προστάτη.

Γνωρίζουμε σήμερα ότι υπάρχουν πολλές ακόμα περιπτώσεις προστατικού καρκίνου που παραμένουν αδιάγνωστες επειδή δεν προκαλούν συμπτώματα που να αναγκάζουν τους ασθενείς να καταφύγουν σε γιατρό. Μόνο ο συστηματικός προληπτικός έλεγχος του ειδικού προστατικού αντιγόνου μετά το πενήτηκοστό έτος (50 ετών) της ηλικίας τους μπορεί να τους οδηγήσει σε περαιτέρω και συγκεκριμένο έλεγχο.

Ο εντοπισμένος κλινικά καρκίνος του προστάτη μπορεί να αντιμετωπισθεί με την χειρουργική αφαίρεση ή ακτινοθεραπεία. Η ριζική προστατεκτομή αποτελεί την θεραπεία εκλογής σε άνδρες με προσδόκιμο επιβίωσης πάνω από δέκα χρόνια, γιατί παρέχει τη δυνατότητα της

πλήρους εξάλειψης της νόσου. Επομένως είναι σημαντικό για τον άρρωστο να ανακαλύψουμε τον καρκίνο στα αρχικά στάδια με τα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα που διαθέτουμε, τούτο είναι εφικτό επειδή η ειδικότητα και η ευαισθησία αυτών των εξετάσεων είναι μεγάλη. Πολλές μελέτες έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο προστάτη επηρεάζεται σημαντικά από την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Γνωρίζοντας την σημαντικότητα των ιατρικών εξετάσεων τόσο στη διάγνωση όσο και στην σταδιοποίηση του όγκου η άρτια εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια συμβάλλει στην σωστή εκτέλεση αυτών.

Με την προεγχειρητική προετοιμασία του αρρώστου και με το παρατηρητικό πνεύμα που την κυριεύει προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

Με το σχεδιασμό και εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας βοηθάει τον ασθενή έχοντας υπ' όψιν την βιοψυχοκοινωνική οντότητά του, να σταθεί σε ισορροπία μέσα στα πλαίσια της κοινότητας.

Επίσης, εφαρμόζοντας την πρωτογενή πρόληψη, επιδιώκουμε τη διαφώτιση του κοινού, τονίζοντας τη σημαντικότητα του συστηματικού προληπτικού ελέγχου του PSA, στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

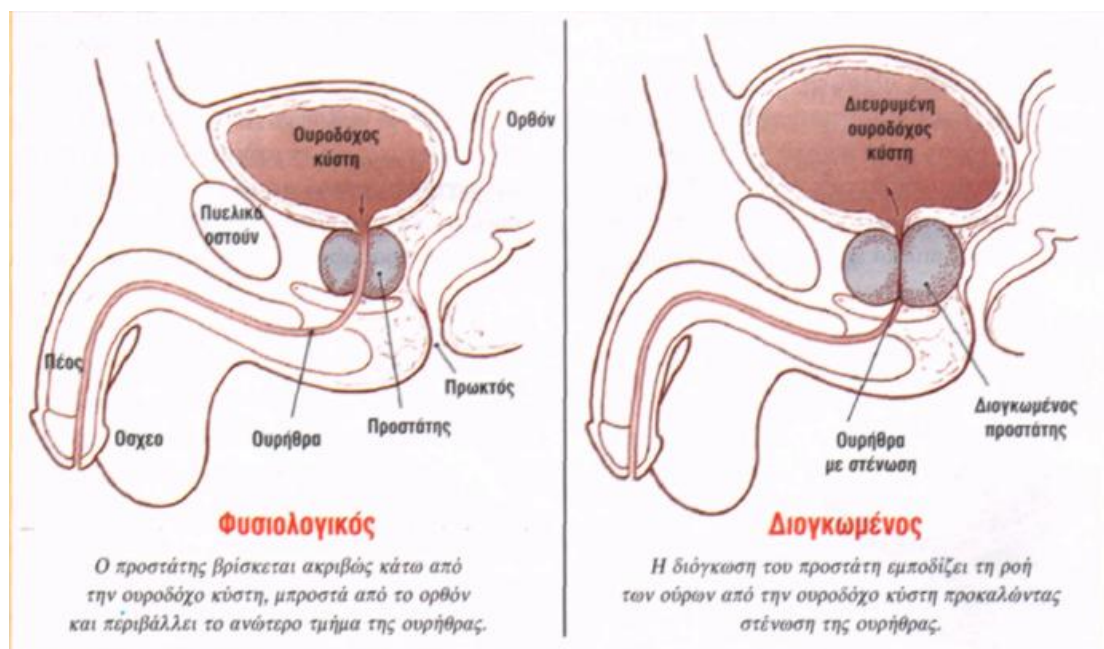
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

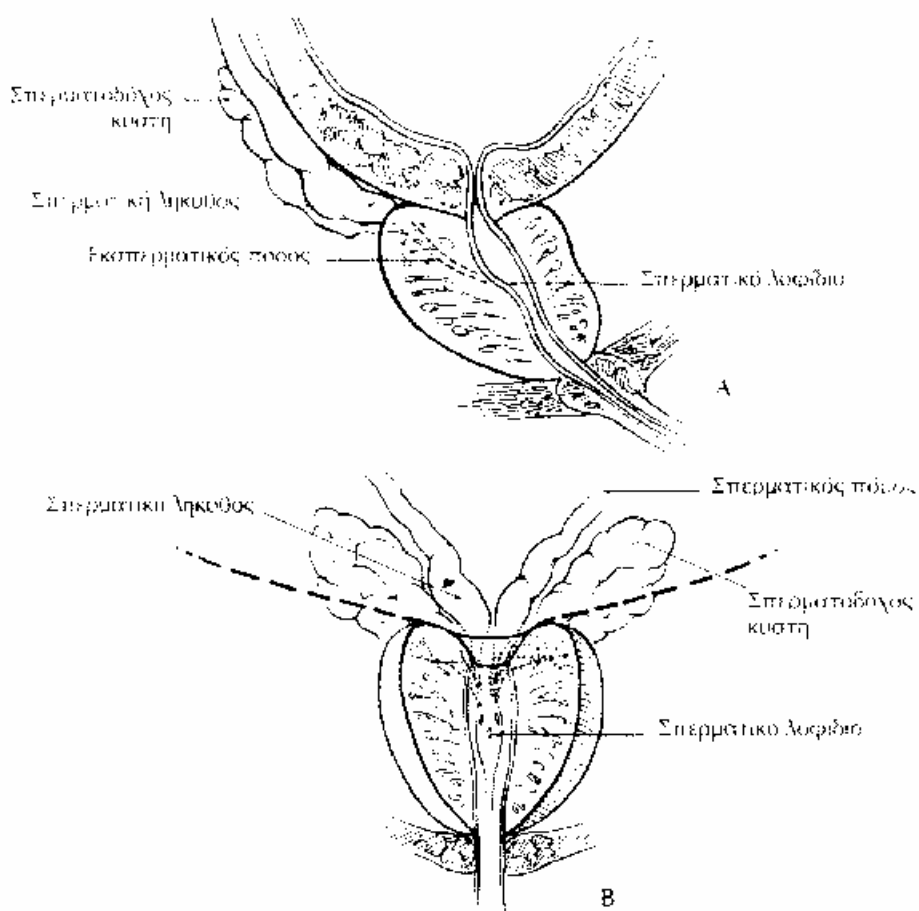
Ο προστάτης είναι ένας αδένας του ανδρικού αναπαραγωγικού συστήματος που συμβάλλει στην παραγωγή σπερματος, του παχυρευστου υγρού που περιέχει τα σπερματοζωαρια. Τη λειτουργία του τη ρυθμίζει η τεστοστερονη, ανδρική φυλετική ορμόνη που παράγεται κυρίως στους ορχείς¹.



1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης είναι ένα συμπαγές εν μέρει αδενικό και εν μέρει ινομυικό όργανο, που περιβάλλει την αρχή της ανδρικής ουρήθρας, και ανήκει στα έσω γεννητικά του όργανα. Είναι ένα μικρών διαστάσεων όργανο, σε σχήμα καστανού, βάρους 20gr περίπου και διαστάσεων 4X3X2 cm που παράγει ένα λεπτόρρευστο, αδιαφανές, αλκαλικό έκκριμα. Βρίσκεται πίσω από την ηβική σύμφυση, κάτω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από τον ορθό. Στηρίζεται μπροστά από

τους ηβοπροστατικούς συνδέσμους και κάτω από ουρογεννητικό διαφραγμα. Η οπίσθια μοίρα του προστάτη ελαύνετε από τους σπερματικούς πόρους που εκβάλλουν, διαμέσου του σπερματικού λοφιδίου, στην οπίσθια ουρήθρα, ακριβώς κεντρικότερα της περιοχής του έξω γραμμωτού ουρηθρικού σφιγκτήρα.



Εικόνα 7

Κυστεδοσφιηθρική μοίρα της γεννητικής συσκευής του άρρενος σε Α: προεπιτοπιότητα και Β: με τυπική προσπέλαση

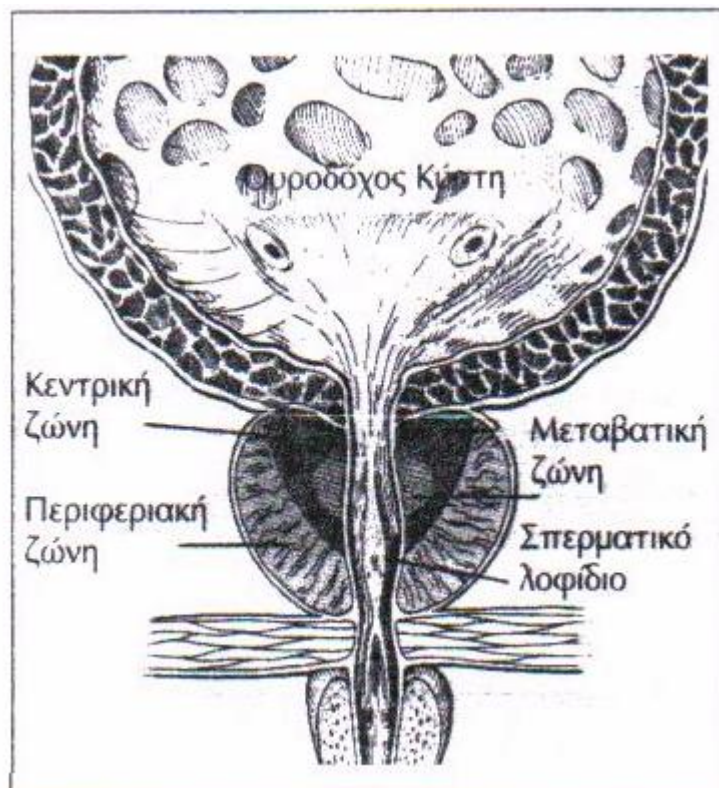
Ο προστάτης συμφωνά με την ταξινόμηση του Lowsley διακρίνεται σε 5 λοβούς: στον πρόσθιο, οπίσθιο, μέσο και στους δυο πλαγιούς. Συμφωνα με τον McNeal(1972) και τους συνεργάτες του διαχωρίσαν τον προστάτη σε 4 ζώνες:

-Την περιφερική ζώνη, στην οποία αναπτύσσεται το 70-85% των προστατικών καρκίνων.

-Την μεταβατική ζώνη, εκ της οποίας προέρχονται οι πλάγιοι λοβοί των αδενωμάτων και μονό το 10-20% των καρκίνων.

-Την κεντρική ζώνη του αδένα γύρω από τους σπερματικούς πόρους στην οποία αναπτύσσεται ο μέσος λοβός των αδενωμάτων αλλά σχεδόν ποτέ καρκινώματα.

-Την προστατική ουρήθρα η σφιγκτηριακή.



Ο προστάτης περιβάλλεται από την κάψα του, η οποία σχηματίζεται από την ενδοπυελική και ευθυπροστατική περιτονία. Το προστατικό αδένα αναπτύσσεται συνήθως από τους περιουρηθρικούς αδένες στη μεριά του μέσου ή των πλαγίων λοβών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο καρκίνος του προστάτη αναπτύσσεται συνήθως στον οπίσθιο προστατικό λοβό.

Περιγραφικά ο προστάτης εμφανίζει βάση, κορυφή και 4 επιφάνειες, την πρόσθια, την οπίσθια και τις 2 πλαγίες:

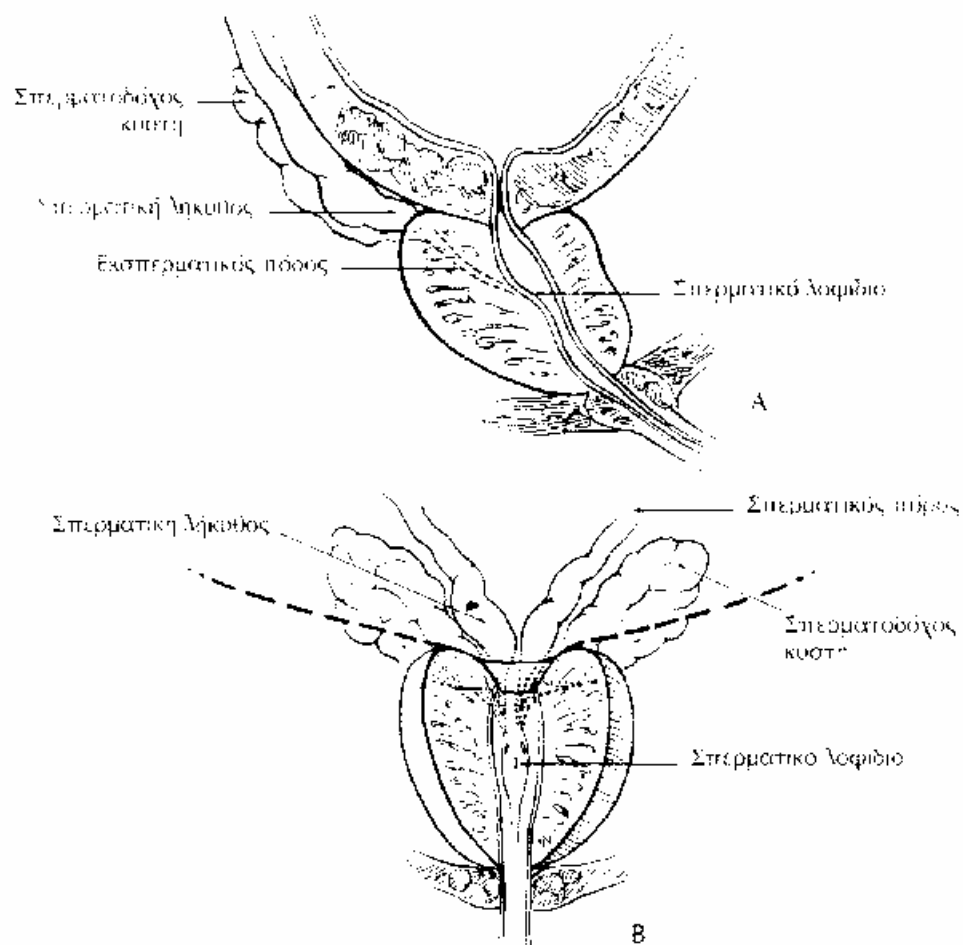
-Η πρόσθια επιφάνεια έρχεται σε σχέση με την ηβική σύμφυση, από την οποία χωρίζεται, με το φλεβικό πλέγμα του Santorini.

-**Η οπίσθια επιφάνεια** έρχεται σε σχέση με το απευθυσμένο, από το οποίο χωρίζεται με την ευθυπροστατική περιτόνια η περιτόνια του Denonvillier, η οποία εκτείνεται προς τα κάτω μέχρι το ουρογεννητικό διαφραγμα.

-**Πλαγιά** ο προστάτης έρχεται σε σχέση με τον ανελκτρηρα μη του πρωκτού.

-**Η βάση του προστάτου** συνεχίζεται ανατομικά με τον αυχένα της ουροδόχου κύστεως και έρχεται σε σχέση κατά τα 2 πρόσθια τριτημόρια, με τις σπερματικές ληκύθους και τις σπερματοδόχους κύστες.

-**Η κορυφή του προστάτου**, που βλέπει προς τα κάτω, συνάπτεται με το περίνεο αντίστοιχα προς το ουρογεννητικό τρίγωνο.



Εικόνα 7

Κοιτερού, σπέρματική μούτρα της γεννητικής συσκευής του άρρενος σε Α: πρόσθια όψη και Β: μετωπιαία πρόστη ύψη.

1.1.1 Σπερματοδόχοι κύστες

Αποτελούν επιμήκεις κυστικούς ανευρυσματικούς σχηματισμούς και ανευρίσκονται πάνω από την βάση του προστάτου μεταξύ της βάσεως της ουροδόχου κύστεως και το ορθό. Από το ορθό διαχωρίζονται μέσω της περιτόνιας Deuouvillier, ενώ το άνω (ελεύθερο) τμήμα τους καλύπτεται από το περιτόναιο. Το έσω άκρο κάθε σπερματοδόχου κύστεως ενώνεται με την σύστοιχη σπερματική λήκυθο και σχηματίζει τον εκσπερματικό πόρο, ο οποίος διελαύνει τον προστάτη και εκβάλλει στο σπερματικό λοφίδιο.

Οι σπερματοδόχοι κύστεις είναι τοποθετημένες στον χώρο επί τα εκτός του εκσπερματικού πόρου, της ληκύθου και των ουρητήρων.

Οι σπερματοδόχοι κύστεις δέχονται αιμάτωση από κλάδους της κάτω μυστικής, της άνω και μέσης αιμορροϊδικής αρτηρίας. Η νεύρωση προέρχεται από το πυελικό και το υπογάστριο πλέγμα.

1.1.2 Σπερματικός τόνος

Αυτός αποτελείται από τον σπερματικό πόρο, τα σπερματικά αγγεία και νεύρα, καθώς και από τους χιτώνες του όρχεος, οι οποίοι προέρχονται από τις διάφορες στιβάδες του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος που παρακολουθούν τον όρχι κατά την κάθοδό του στο όσχεο.

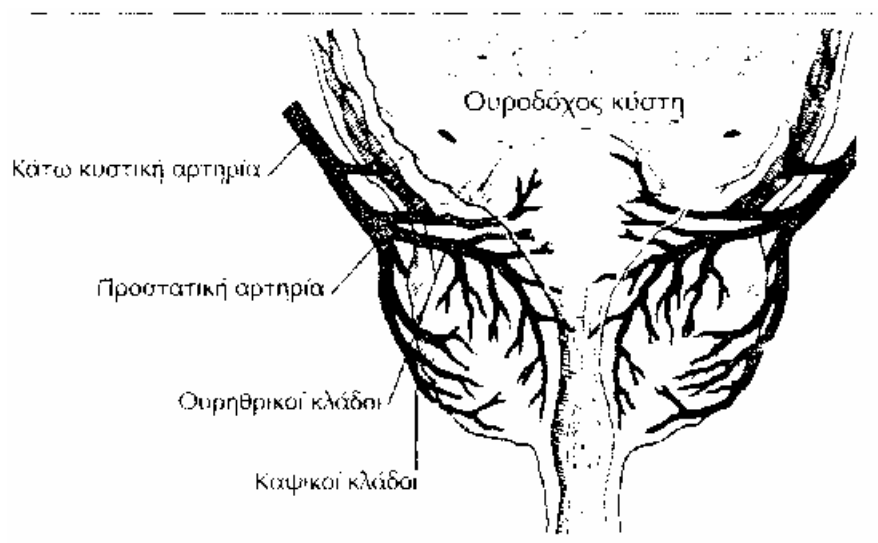
Ο σπερματικός τόνος εκτείνεται από τον άνω πόλο του όρχεως μέχρι τον έσω ή κοιλιακού στομίου του βουβωνικού πόρου, όπου τα διάφορα μέρη από τα οποία αποτελείται ο σπερματικός τόνος αποχωρίζονται και ακολουθούν τα μέρη, από τα οποία προέρχονται. Κατά μήκος της οπίσθιας μοίρας του σπερματικού τόνου πορεύεται ο σπερματικός πόρος, ενώ μπροστά πορεύονται τα νεύρα και τα αγγεία.

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο φυσιολογικός προστάτης ποικίλλει σε χρώμα, από γκρι μέχρι κόκκινο, ανάλογο με τη δραστηριότητα του και είναι ένα συμπαγές όργανο.

1.2.1 Αγγείωση και νεύρωση του προστάτου

Η αιματώδη του προσφάτου προέρχεται από τις κάτω κυστικές, έσω δυικές και μέσες ορφικές (αιμορροΐδες) αρτηρίες, ενώ η νεύρωση του προέρχεται από τα συμπαθητικά και παρασυμπαθητικά νευρικά πλέγματα.



Εικόνα 10
Αρτηριακή αγγείωση προστάτου.

1.2.2 Λεμφαγγεία του προστάτου

Αυτά εκβάλλουν στους έσω λαγονίους(υπογαστρικούς), ιερούς κυστικούς και έξω λαγονίους λεμφαδένες.

1.2.3 Ιστολογική υφή του προστάτου

Ο προστάτης αποτελείται από ινομυώδες στρώμα και σωληνοκυψελωδεις αδένες. Κάτω από την ινώδη κάψα του προσφάτου

βρίσκονται οι ίνες από κολλαγόνο ιστό καθώς και κυκλοτερείς λείες μυθικές ίνες που περιβάλλουν την ουρηθραίοι μυθικές αυτές ίνες προέρχονται κυρίως από την έξω επιμήκη μυθική στοιβάδα της ουροδόχου κύστες και αποτελούν τον ακούσιο σφιγκτήρα της ουρήθρας. Βαθύτερα από αυτό το στρώμα βρίσκεται το προστατικό στρώμα που αποτελείται από συνδετικό και ελαστικό ιστό μαζί με λείες μυθικές ίνες, και στο βάθος του οποίου εγκλείονται οι επιθηλιακοί αδένες. Οι αδένες αυτοί εκβάλλουν στην οπίσθια ουρήθρα, μεταξύ του κυστικού αυχένα και του σπερματικού λοφιδίου. Ακριβώς κάτω από το μεταβατικό επιθήλιο της προστατικής ουρήθρας βρίσκονται οι περιουρηθρικοί αδένες².

1.3 ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης είναι ένας αδένας με μικτή ενδοκρινολογική λειτουργία. Όπως σε κάθε αδένα, έτσι και στον προστάτη η λειτουργία του βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης. Από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης εκλύονται η ωχρινοτρόπος (LH) ορμόνη και η αδρενοκορτικοτρόπος ορμόνη (ACTH), που δρουν στους όρχεις και στο φλοιό των επινεφριδίων αντίστοιχα και ευθύνονται για την παραγωγή της τεστοστερόνης.

1.3.1 Ορμόνες που ρυθμίζουν την λειτουργία του προστάτου

Οι ορμόνες που ρυθμίζουν τη λειτουργία του προστάτη είναι:

- Η τεστοστερόνη, ανδρογόνο παραγόμενο κυρίως από τους όρχεις, και είναι η ορμόνη που έχει τη μέγιστη δράση στον προστάτη,

- Τα ανδρογόνα, παράγονται από τον φλοιό των επινεφριδίων. Πρόκειται για ασθενή ανδρογόνα των οποίων η δράση επί του προστάτη δεν έχει πλήρως αποσαφηνισθεί.
- Τα οιστρογόνα. Τα οποία παράγονται σε πολύ μικρές ποσότητες κατευθείαν από τους όρχεις. Αυξημένα ποσά οιστρογόνων θεωρείται ότι μπορούν να επηρεάσουν τον μεταβολισμό του προστάτη, ανταγωνιζόμενα τα ανδρογόνα στους προστατικούς υποδοχείς.
- Η προλακτίνη, παραγόμενη από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης, υπό την επίδραση του υποθαλάμου. Κύρια λειτουργία της είναι η προαγωγή της πρόσληψης και μεταβολισμού της τεστοστερόνης από τον προστατικό ιστό.

1.3.2 Εξωκρινής λειτουργία του προστάτη

Η έξω έκκριση του προστάτη περιλαμβάνει την παραγωγή προστατικού υγρού. Το προστατικό υγρό παράγεται από τα αδενικά κύτταρα του προστάτη και κατά την εκσπερμάτιση, αναμιγνύεται με το σπέρμα και αποτελεί το 12-20% του συνολικού όγκου. Η σύσταση του σπερματικού υγρού μεταβάλλεται ανάλογα με τις διάφορες παθήσεις του προστάτη.

Όλα τα συστατικά του προστατικού υγρού είναι απαραίτητα για τη ζωτικότητα των σπερματοζωαρίων.

Αναλυτικότερα αυτά τα συστατικά είναι:

- το κιτρικό οξύ,
- η σπερμίνη
- η χοληστερόλη
- ο ψευδάργυρος
- και η λευκινίνη αμινοπεπτιδάση

1.3.3 Ενδοκρινής λειτουργία του προστάτη

Η ενδοκρινής λειτουργία του προστάτη περιλαμβάνει την παραγωγή πρωτεϊνών, οι οποίες διοχετεύονται στην κυκλοφορία του αίματος και δρουν σε άλλα όργανα και επηρεάζουν τη λειτουργία τους.

Τέτοιες ορμόνες θεωρούνται κυρίως:

- Το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA)
- Η προστατική όξινη φωσφατάση³

ΕΠΙΠΤΩΣΗ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

2.1 Γενικά

Είναι δύσκολο να υπολογιστεί σε παγκόσμια κλίματα η συχνότητα του κλινικού καρκίνου του προστάτου βάσει βιβλιογραφικών δεδομένων, διότι άλλες χώρες είναι αναπτυγμένες, ενώ άλλες αναπτυσσόμενες. Η διαφορά μεταξύ αυτών των δύο κατηγοριών είναι ότι στις δεύτερες το προσδόκιμο ζωής είναι μικρότερο⁴.

Ο καρκίνος του προστάτου τελευταία έχει αυξηθεί σημαντικά και αποτελεί έναν από τους πλέον συχνούς διαγνωσκόμενους καρκίνους στον άνδρα⁵. Στους νέους είναι σπάνιος, αλλά η συχνότητά του αυξάνεται προοδευτικά με την ηλικία⁶. Κάθε δεκαετία περίπου διπλασιάζει την πιθανότητα της νόσου, έτσι λοιπόν από 10% στην ηλικία των 50 ετών ανέρχεται στο 70% στην ηλικία των 80 ετών⁵. Είναι ο συχνότερος καρκίνος στον άνδρα και ο δεύτερος σαν αιτία θανάτου κατά σειρά συχνότητας μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και ανέρχεται σε ποσοστό 17% των καρκίνων στους άνδρες².

Υπάρχουν μελέτες με διαφορετικά αποτελέσματα όσον αφορά τη συχνότητα του καρκίνου του προστάτου, και αυτό γιατί η συχνότητα της νόσου διαφέρει σημαντικά από κράτος σε κράτος, από φυλή σε φυλή, αλλά και ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικο-οικονομικές ομάδες που κατοικούν στον ίδιο γεωγραφικό χώρο και είναι της ίδιας φυλής.

Ο καρκίνος του προστάτου στην Ελλάδα αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου από τα κακοήθη νεοπλάσματα του άνδρα (προηγείται ο καρκίνος του πνεύμονα), καθώς επίσης και στα ευρωπαϊκά κράτη...⁷.

Το 1994 πέθαναν στη Γερμανία 11.719 άνδρες από καρκίνο του προστάτη, από τους οποίους 1.123 στην ηλικία μεταξύ 45 και 65 ετών και 10.588 άνω των 65 ετών. Η συχνότητα του όγκου αυτού αυξήθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Έτσι ο αριθμός των νεοανακαλυφθέντων προστατικών καρκινωμάτων αυξήθηκε στη Γερμανία από τις 16.000 το 1991 στις περίπου 20.000 το έτος 1995.

Στις δυτικές βιομηχανικές περιοχές ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί το 17% του συνόλου των νεοανακαλυπτόμενων νεοπλασματικών νόσων του άνδρα ετησίως. Σε συνάρτηση με τον προσδόκιμο χρόνο ζωής σήμερα υπολογίζεται ότι σε κάθε 11ο αρσενικό νεογέννητο θα αναπτυχθεί καρκίνος του προστάτη και κάθε 30ο θα πεθάνει από τον όγκο αυτό.

Η συχνότητα του καρκίνου του προστάτη από την περίοδο 1973-1985 ανήλθε ετησίως περί τα 2,2% και αυξήθηκε συνολικά περί το 30%.

Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι ο όγκος αυτός θα γίνει εντός των προσεχών 20 ετών η συχνότερη νεοπλασματική αιτία θανάτου στον άνδρα. Το εάν η γενική αυτή αύξηση της συχνότητας του προστατικού καρκίνου στις βιομηχανικές χώρες αποδίδεται στην εντεινόμενη προληπτική εξέταση ή στη βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων, δεν μπορεί να λεχθεί με απόλυτη σιγουριά⁸.

Το 1989 ο καρκίνος του προστάτη αποτελούσε το 20% των νέων περιπτώσεων καρκίνου και αποτελούσε την αιτία για το 10% των περιπτώσεων θανάτου από καρκίνο στους άνδρες στις Η.Π.Α. Κατά την ίδια περίοδο, η συχνότητα στις Η.Π.Α. ήταν 60 ανά 100.000 άνδρες στους λευκούς και 95 ανά 100.000 στους νέγρους. Η πλέον ολοκληρωμένη πληροφόρηση γύρω από την επιδημιολογία του κλινικού καρκίνου του προστάτη προέρχεται από το πρόγραμμα Surveillance Epidemiology and Results (SEER) του National Cancer Institute των Η.Π.Α.

Από το 1975 μέχρι το 1985, η συχνότητα αυξανόταν κατά 2,3% το χρόνο και έφθασε το 6% περίπου το χρόνο από το 1983 μέχρι το 1989. Από το έτος αυτό, κατά το οποίο άρχισε να χρησιμοποιείται το Ειδικό Προστατικό Αντιγόνο (PSA) ως καρκινικός δείκτης και μέχρι το 1992, η ετήσια αύξηση έφθασε το 18,4% περίπου. Εν τούτοις, από το 1992 μέχρι το 1995 η συχνότητα του κλινικού καρκίνου του προστάτη μειώθηκε σε 19% περίπου το χρόνο.



Γενικά μπορούμε να πούμε ότι η αύξηση των νεοδιαγνωσμένων κλινικών καρκίνων του προστάτη οφείλεται στην ανάπτυξη και εφαρμογή του πληθυσμιακού ελέγχου (screening) και στη χρησιμοποίηση του ειδικού προστατικού αντιγόνου.

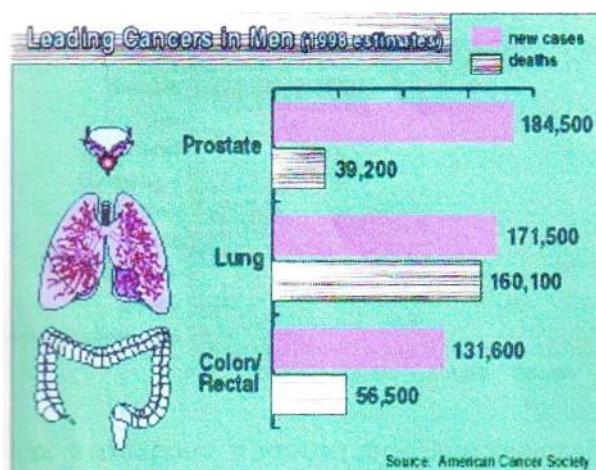
Νεκροτομικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι εστίες καρκίνου του προστάτη υπάρχουν στο 20% περίπου των ανδρών ηλικίας 20-30 ετών, στο 30% των ανδρών ηλικίας 50-60 ετών και στο 70% των ανδρών άνω των 80 ετών.

Η πιθανότητα να εμφανιστεί σε έναν άνδρα κλινικός καρκίνος του προστάτη είναι μικρότερη από 10%. Επομένως, η πλειοψηφία της μικρής

έκτασης καρκίνων του προστάτη που διαπιστώθηκαν σε νεκροτομικές μελέτες ήταν κλινικά ασήμαντοι (λανθάνοντες καρκίνοι)⁴.

Το 2001 στις Η.Π.Α. αναμένεται να διαγνωσθούν 184.500 νέες περιπτώσεις και να πεθάνουν από τη νόσο 39.200. Ευθύνεται για το 36% όλων των καρκίνων στον άνδρα και για το 13% των θανάτων από καρκίνο.

Τα τελευταία χρόνια η αύξηση της νόσου είναι πολύ μεγάλη και η νόσος τείνει να λάβει μορφή επιδημίας⁹.



Στα κράτη ιδίως στην Ασία (Κίνα - Ιαπωνία, άπω ανατολής), την Αφρική και τη Νότια Αμερική η νόσος είναι σπάνια¹. Επίσης είναι γνωστό ότι στις Η.Π.Α. οι αφροαμερικανοί έχουν μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του προστάτη από τους λευκούς και διπλάσια θνησιμότητα¹⁰. Μεταξύ των ετών 1986 και 1993, η συνολική συχνότητα του καρκίνου του προστάτη στους Αφροαμερικανούς αυξήθηκε από 124 ανά 100.000 σε 250 ανά 100.000.

Στους λευκούς Αμερικανούς άνδρες η συνολική συχνότητα το 1986 ήταν 86 ανά 100.000 και το 1992 ήταν 179 ανά 100.000. Ο αριθμός αυτός μειώθηκε το 1995 σε 110 ανά 100.000. Η ίδια μείωση παρατηρήθηκε και στους Αφρο-αμερικανούς. Έτσι το 1995 ήταν 170 ανά 100.000.

Η συνολική συχνότητα στις εθνότητες που ζουν στις Η.Π.Α., όπως Ασιατο-αμερικανοί, Ισπανο-αμερικανοί και αυτόχθονες Αμερικανοί είναι χαμηλότερη απ' ό τι στους λευκούς και Αφρο-αμερικανούς, με υψηλότερη συχνότητα περίπου των 80 περιπτώσεων ανά 100.000 το 1992 και μια μείωση περίπου στις 70 ανά 100.000 το 1995.

Η ετήσια συχνότητα του καρκίνου του προστάτη μεταξύ 1990-1995 ήταν χαμηλότερη στους Ασιατο-αμερικανούς με 82 περίπου ανά 100.000, ενώ οι Ισπανο-αμερικανοί εμφανίζουν 10,4 ανά 100.000. Επιδημιολογικά δεδομένα έχουν δείξει επίσης διαφορές σχετικές με τη συχνότητα στις διάφορες φυλές που ζουν στην πατρίδα τους και στους μετανάστες της ίδιας φυλής που ζουν σε χώρες όπου παρατηρείται υψηλή συχνότητα καρκίνου του προστάτη. Συγκεκριμένα, Ιάπωνες μετανάστες που ζουν στο San Francisco εμφανίζουν συχνότητα περίπου 16,5 ανά 100.000, ενώ αυτοί που κατοικούν στην Οσάκα της Ιαπωνίας εμφανίζουν συχνότητα της τάξης του 6,1 ανά 100.000. Παρά ταύτα, η συχνότητα εμφάνισης στους Ιάπωνες που ζουν στο San Francisco δεν είναι ίδια με αυτή στους αυτόχθονες λευκούς που ζουν στην ίδια πόλη (5 ανά 100.000). Ανάλογες διαφορές αναφέρονται και για τους Κινέζους, τους Εβραίους και τους Ινδούς μετανάστες. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να υπάρχει μια προδιάθεση γενικής αιτιολογίας, η οποία σχετίζεται με συγκεκριμένες φυλετικές ομάδες, ενώ παράλληλα συμβάλλουν διάφοροι περιβαλλοντικοί και διαιτητικοί παράγοντες⁴.

Ο ιογενής καρκίνος του προστάτη αφορά το 10% των περιστατικών και συνδέεται με γονίδιο που εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 1 (1g24-g25). Τα χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών έχουν σχέση με εμφάνιση του καρκίνου σε ηλικία μικρότερη από τα 50 έτη, τρία ή περισσότερα μέλη της οικογένειας να πάσχουν από τη νόσο και ο καρκίνος συνδέεται με υψηλότερο βαθμό κακοήθειας και υψηλότερο στάδιο.

Γενικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο καρκίνος του προστάτη έχει μεγάλη ετερογένεια, ποικιλομορφία στη βιολογική συμπεριφορά και ικανότητα για μεταστατική διάθεση¹⁰.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Η αιτιολογία του καρκίνου του προστάτη παραμένει άγνωστη. Όλες οι θεωρίες που κατά καιρούς έχουν αναπτυχθεί βασίζονται κυρίως στην ανάλυση των ευρημάτων των επιδημιολογικών μελετών. Έτσι υπεύθυνοι είναι διάφοροι παράγοντες που ενοχοποιούνται, όπως:

3.1 Ηλικία

Σε αντίθεση με άλλους καρκίνους που η συχνότητα μειώνεται μετά από κάποια ηλικία, στον καρκίνο του προστάτη αυξάνεται όσο αυξάνεται και η ηλικία. Έτσι στην ηλικία των 50-55 ετών η επίπτωση της νόσου είναι 45 περιπτώσεις ανά 100.000, στην ηλικία 60-65 ετών ανεβαίνει στις 337 περιπτώσεις ανά 100.000 και μετά την ηλικία των 65 ετών φθάνει στις 1000 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού.

3.2 Κληρονομική προδιάθεση

Από επιδημιολογικές μελέτες φαίνεται πως η συχνότητα της νόσου είναι αυξημένη στους συγγενείς των ασθενών. Έτσι ενώ η πιθανότητα διάγνωσης της νόσου στο γενικό πληθυσμό είναι 8%, στα παιδιά και τα αδέρφια των ασθενών ανεβαίνει στο 15%, δηλαδή άνδρες που έχουν πατέρα ή αδελφό ο οποίος ανέπτυξε καρκίνο του προστάτη έχει βρεθεί ότι έχουν 2-3 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο

προστάτη. Αν υπάρχουν 2 ή περισσότεροι συγγενείς που εμφάνισαν τη νόσο, τότε υπάρχουν πενταπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο.

3.3 Φυλή

Είναι πιο συχνός στη μαύρη φυλή, ενώ είναι σπάνιος στους λαούς της Άπω Ανατολής, Κίνα, Ιαπωνία, Νότια Αμερική.

3.4 Επάγγελμα

Μεγάλη έκθεση σε Κάδμιο φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα της νόσου. Εργάτες, κατασκευής μπαταριών, καπνοβιομηχανίας, χρωμάτων και άλλων βιομηχανιών βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου.

3.5 Δίαιτα

Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η αποφυγή τροφών πλουσίων σε λίπη και η αυξημένη βιταμίνη D μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου⁹. Στην διατροφή φαίνεται ότι τα κρούσματα είναι λιγότερα μεταξύ των χορτοφάγων, ενώ αντίθετα η πλούσια λήψη λιπαρών και κρέατος έχουν συσχετισθεί με την αυξημένη συχνότητα¹¹.

Οι Giovannucci αναφέρουν ότι έχει παρατηρηθεί ένα ποσοστό 36% χαμηλότερης συχνότητας καρκίνου του προστάτη στους άνδρες που καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες ντομάτας έναντι αυτών που καταναλώνουν μικρές ποσότητες. Ο μηχανισμός με τον οποίο η λυκοπίνη μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη δεν είναι γνωστός. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι η λυκοπίνη προστατεύει τα

γερασμένα επιθηλιακά κύτταρα από αντιδραστικά οξειδωτικά που παράγονται κατά τη διάρκεια φλεγμονών του προστάτη⁴.

Τέλος, η νόσος είναι πολύ πιο συχνή σε χώρες με μεγάλη κατανάλωση κρέατος και γαλακτοκομικών, παρά εκεί που η βασική διατροφή συνίσταται σε ρύζι, προϊόντα σόγιας και λαχανικά¹.

3.6 Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες

3.6.1 Συχνή Σεξουαλική δραστηριότητα

Η συχνή Σεξουαλική δραστηριότητα που αρχίζει σε νεαρή ηλικία και η πολλαπλή εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων, αποτελούν παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του προστάτη. Καθώς επίσης και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως: Γονόρροια, Αφροδίσια κονδυλώματα, έρπης των γεννητικών οργάνων.

3.6.2 Μόλυνση του περιβάλλοντος

Η μόλυνση του περιβάλλοντος, καθώς και η έκθεση σε χημικά φαίνεται ότι παίζουν κάποιο ρόλο. Έτσι, ο αγροτικός πληθυσμός έχει λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο του προστάτη σε αντίθεση με τον αστικό πληθυσμό. Οι βιομηχανικοί εργάτες ελαστικών όπως εκείνοι που εκτίθεται σε ατομική ενέργεια, έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του προστάτη. Έτσι ενοχοποιούνται τα στοιχεία Τρίτιο, Cr, Fe, CO, Zn, Κάδμιο.

3.6.3 Απολίνωση των σπερματικών πόρων

Η απολίνωση των σπερματικών πόρων αποτελεί πεδίο αντιφατικών απόψεων σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του προστάτη. Η ηλιοφάνεια και η βιταμίνη D μπορεί να δρουν ως προστατευτικοί παράγοντες. Αυτό συμπεραίνεται από την αυξημένη συχνότητα καρκίνου του προστάτη στις βόρειες περιοχές της Αμερικής και της Ευρώπης, σε αντίθεση με τις νότιες περιοχές⁴.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ - ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (ΔΕ)

Δακτυλική εξέταση (ΔΕ)

Είναι η πιο παλιά εξέταση που μας βοηθά στη διάγνωση και γίνεται από τον ορθό που πολλές φορές επιβεβαιώνει τη διάγνωση⁹. Ακόμη και σήμερα ισχύουν αυτά που έγραψαν πριν από 70 χρόνια περίπου οι Young και Davis στο έργο τους «Η βασική πληροφορία για τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη προέρχεται από τη ΔΕ». Φυσικά η ΔΕ εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την εμπειρία του εξεταστή και είναι μια άκρως υποκειμενική εξέταση. Η ανίχνευση κάποιας ανωμαλίας στην εξέταση σημαίνει καρκίνο του προστάτη στο 15-40% των περιστατικών.

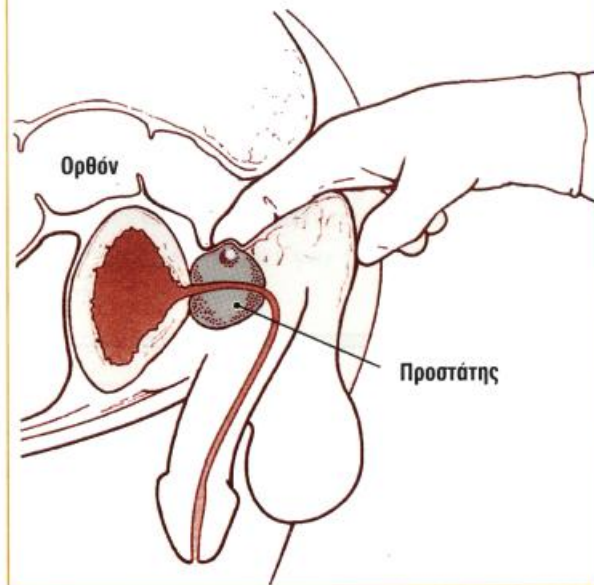
Τα ψευδώς θετικά ευρήματα στην ΔΕ μπορεί να οφείλονται σε καλοήγη υπερπλασία προστάτη (ΚΥΠ), σε κοκκιώματα, αποτιτανώσεις (προστατικοί λίθοι), σε φυματίωση, προστατίτιδα⁴.

Στον καρκίνο του προστάτη κατά τη δακτυλική εξέταση, ανακαλύπτουμε στον προστάτη μια περιοχή σκληρή σαν πέτρα, σε αντίθεση με την καλοήγη υπερτροφία (ΚΥΠ) που έχει τα ίδια συμπτώματα είναι μαλακός⁹.

Με την δακτυλική εξέταση είναι επίσης δυνατόν να προσδιορισθεί η έκταση της νεοπλασίας, όπως επίσης και αν υπάρχει διήθηση των σπερματοδόχων κύστεων και τις ελάσσοντος πυέλου.

Δακτυλική εξέταση από το ορθόν

Κατά τη δακτυλική εξέταση από το ορθόν, ο γιατρός αφού φορέσει γάντια, εισάγει ένα δάκτυλο επικαλυμμένο με λιπαντικό στο ορθόν και πιέζει το τοίχωμα του ορθού για να καθορίσει το μέγεθος του προστάτη και την ύπαρξη μη φυσιολογικών καταστάσεων. Ο καρκίνος σε αρχικό στάδιο μπορεί να γίνει αισθητός ως μικρό εξόγκωμα στην επιφάνεια του προστάτη.



Υπάρχουν 4 μέθοδοι δακτυλικής εξέτασης του προστάτη:

1. Ο άρρωστος είναι ξαπλωμένος ανάσκελα με τα γόνατα λυγισμένα.
2. Ο άρρωστος γυρισμένος στο ένα πλευρό με τα γόνατα λυγισμένα στην κοιλιά.
3. Ο άρρωστος στέκεται όρθιος, σκύψει προς τα εμπρός και στηρίζει κάπου τα χέρια του.
4. Γονατο-αγκωνιαία θέση, με τον ασθενή σε επίκυψη και τον εξεταστή από πίσω.

Τέλος θα πρέπει κανείς να έχει πάντα υπόψη ότι μια αρνητική δακτυλική εξέταση δεν αποκλείει την ύπαρξη νεοπλασίας. Η δακτυλική εξέταση, η αύξηση του προστατικού αντιγόνου (PSA) και το

υπερηχοτομογράφημα βάζουν την αρχική διάγνωση, η οποία πρέπει να επιβεβαιωθεί και με την βιοψία⁷.

4.2 Ειδικό Προστατικό Αντιγόνο (PSA)

Το PSA ανακαλύφθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1970 και αναγνωρίστηκε ως πιθανός δείκτης του καρκίνου του προστάτη από τους Wang και συν. το 1979 και σήμερα θεωρείται ο καλύτερος καρκινικός δείκτης, που χρησιμοποιείται τόσο για τη διάγνωση, όσο και για την παρακολούθηση του καρκίνου του προστάτη.

Πρόκειται για μια γλυκοπρωτεΐνη μοριακού βάρους 34 Kilodalton (ή M.B. 34.000 daltons) που αποτελείται από 237 αμινοξέα. Το γονίδιο που είναι υπεύθυνο για την έκφραση του PSA βρίσκεται στο μακρό σκέλος του χρωμοσώματος 19 και το μέγεθός του είναι περίπου 6 Kilobases, απαρτίζεται από 4 introns και 5 exons και βρίσκεται υπό τον έλεγχο των ανδρογόνων.

Η κύρια βιολογική του λειτουργία είναι η λύση διαφόρων πρωτεϊνών του σπέρματος, γεγονός που βελτιώνει την κινητικότητα του σπέρματος και συμβάλλει στη ρευστοποίησή του.

Το αντιγόνο παραμένει κυρίως στους προστατικούς πόρους, αλλά μια μικρή ποσότητα εισέρχεται στην κυκλοφορία, όπου σε μεγάλο ποσοστό συνδέεται με δύο πρωτεΐνες, την άλφα-1-αντιχυμοθρυψίνη και την άλφα μακροσφαιρίνη.

Παρά τις αρχικές υποθέσεις ότι ήταν αντιγόνο ειδικό του προστατικού ιστού και του άρρενος φύλου, έχει ανιχνευθεί σε ανδρικούς και γυναικείους ιστούς εκτός προστάτη, όπως περιουρηθρικούς, σιελογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, καρκίνο του μαστού και πρόσφατα στο ανθρώπινο γάλα.

Το PSA υπάρχει σε πολλές μοριακές μορφές. Οι διάφορες όμως μέθοδοι ανίχνευσης μετρούν το ολικό PSA (t-PSA) στον ορό, που είναι ένας συνδυασμός όλων των μοριακών μορφών του PSA.

Οι κυρίαρχες όμως μορφές του PSA στον ορό είναι το F-PSA (ελεύθερο PSA, 5-30%), το PSA - ACT (το συνδεδεμένο με την άλφα-1-αντιχυμοθρυψίνη, 60-95%) και το PSA-MG (που συνδέεται με άλφα-2-μακροσφαιρίνη). Οι τρέχουσες μέθοδοι δεν μπορούν να ανιχνεύσουν το PSA-MG, ούτως ώστε το ολικό PSA αντανακλά το άθροισμα του F-PSA και του PSA-ACT⁴.

Το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) είναι αυξημένο στον καρκίνο, μπορεί όμως να αυξηθεί και στην καλοήγη υπερτροφία αλλά και σε φλεγμονές του προστάτη. Σήμερα ένας από τους λόγους που κάνουμε έγκαιρη διάγνωση, είναι η χρήση του PSA⁹.

Το ειδικό προστατικό αντιγόνο PSA είναι αντιγόνο που παράγεται από τα επιθηλιακά κύτταρα των αδενίων του προστάτη. Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιείται ως ειδικός δείκτης στη διάγνωση και στην παρακολούθηση του καρκίνου του προστάτη. Η τιμή του στον ορό θεωρείται φυσιολογική όταν δεν ξεπερνά τα 4 ng/ml. Τιμές πάνω από αυτή, αξιολογούνται σε σχέση με τα άλλα ευρήματα και πάνω από 10 ng/ml απαιτούν μάλλον βιοπτική διερεύνηση.

Επίσης, η τιμή του αντιγόνου βρίσκεται αυξημένη και σε άλλες καταστάσεις, όπως η προστατίτιδα, η επίσχεση ούρων και το έμφρακτο του προστάτη, ενώ επηρεάζεται και από το αν έχουν προηγηθεί χειρισμοί στον προστάτη (δακτυλική, διορθική, υπερηχογραφία, βιοψία). Ένας άλλος τρόπος εκτίμησης της τιμής του ειδικού προστατικού αντιγόνου σε σχέση με την έγκαιρη ανεύρεση καρκίνου του προστάτη, είναι ο προσδιορισμός του αντιγόνου σε διάφορα χρονικά διαστήματα και η καταγραφή της καμπύλης της τιμής του σε σχέση με το χρόνο (ρυθμός αύξησης PSA). Υποστηρίζεται ότι αυτός ο τρόπος αξιολόγησης της τιμής

του PSA είναι ο πιο αξιόπιστος από αυτή της τιμής σε μια εξέταση. Για παράδειγμα μια ετήσια αύξηση 20% του PSA μπορεί να σημαίνει κακοήθεια, παρ' όλο που η τιμή του είναι εντός φυσιολογικών ορίων⁷.

Σήμερα ένας στοιχειώδης γενικός κανόνας ακολουθεί τα εξής βήματα, για άνδρες άνω των 40 ετών:

- PSA μέχρι 4:

Δεν ανησυχούμε, προϋποτιθέμενου ότι η δακτυλοσκόπηση είναι καλή.

- PSA από 4 έως 10:

Παρακολουθούμε με προσοχή και συχνά την εξέλιξη, με την προϋπόθεση ότι η δακτυλοσκόπηση και ο διορθικός υπέρηχος είναι αρνητικά. Επί παρουσίας οποιασδήποτε υποψίας στην δακτυλική ή τον υπέρηχο προχωράμε σε πολλαπλές βιοψίες του προστάτη.

- PSA πάνω από 10:

Είναι μια κατάσταση που συνήθως θεωρείται σαν καρκίνος μέχρι αποδείξεως του εναντίον. Και εδώ επανάληψη βιοψίας είναι μερικές φορές απαραίτητη. Μετά από επανειλημμένες αρνητικές βιοψίες θα πρέπει να καταφύγουμε σε διουρηθρική προστατεκτομή, ένα είδος «ολικής» θα έλεγε κανείς, βιοψίας¹².

4.3 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ

Η απεικόνιση για τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη έχει εξελιχθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η απεικονιστική μέθοδος που χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο είναι το διορθικό υπερηχογράφημα του προστάτη⁴.

Βέβαια και άλλες απεικονιστικές μέθοδοι, όπως η Μαγνητική και η Αξονική Τομογραφία παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τον προστάτη και τη διάγνωση του καρκίνου.

4.3.1 Διορθικό Υπερηχοτομογράφημα

Το Διορθικό Υπερηχογράφημα του προστάτη αποτελεί την πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδο απεικόνισης του προστάτη, με σημαντικά πλεονεκτήματα έναντι των άλλων απεικονιστικών μεθόδων. Είναι ευρέως διαδεδομένο, σχετικά φτηνό, απλό στη χρήση του, με πολύ καλή απεικόνιση των προστατικών ζωνών και των ύποπτων περιοχών που δεν είναι ψηλαφητές με τη δακτυλική εξέταση.

Οι πλέον αντιπροσωπευτικές εικόνες του καρκίνου, είναι η υπόηχες βλάβες στην περιφερική ζώνη του αδένα. Παρ' όλα αυτά η ευαισθησία και η ειδικότητα της μεθόδου στην ανίχνευση του καρκίνου του προστάτη κινείται σε χαμηλά επίπεδα και θεωρείται απαραίτητο να συνοδεύεται από την κατευθυνόμενη βιοψία. Η ευαισθησία του διορθικού υπερηχογραφήματος μόνου, κατά ορισμένους συγγραφείς, κυμαίνεται γύρω στο 48-100% και η ειδικότητά του στο 36-94%, ενώ άλλοι που το συγκρίνουν με λεπτομερή ανάλυση του παθολογοανατομικού παρασκευάσματος κατεβάζουν αυτά τα ποσοστά στα επίπεδα του 52 και 68% αντίστοιχα.

Συνοψίζοντας, ο καρκίνος του προστάτη είναι μια νόσος που δεν έχει ειδική συμπτωματολογία, ιδίως στα πρώιμα στάδια. Αυτό σημαίνει πως οι άνδρες άνω των 50 ετών με οποιαδήποτε συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό θα πρέπει να υποβάλλονται τουλάχιστον σε δακτυλική εξέταση από το ορθό και μέτρηση του ειδικού Προστατικού Αντιγόνου (μαζί με το free PSA και τις τιμές αντιγόνου ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς). Αν έστω και ένα από αυτά είναι παθολογικό, τότε το άτομο θα πρέπει να υποβάλλεται σε διορθικό υπερηχογράφημα προστάτη και βιοψία⁴.

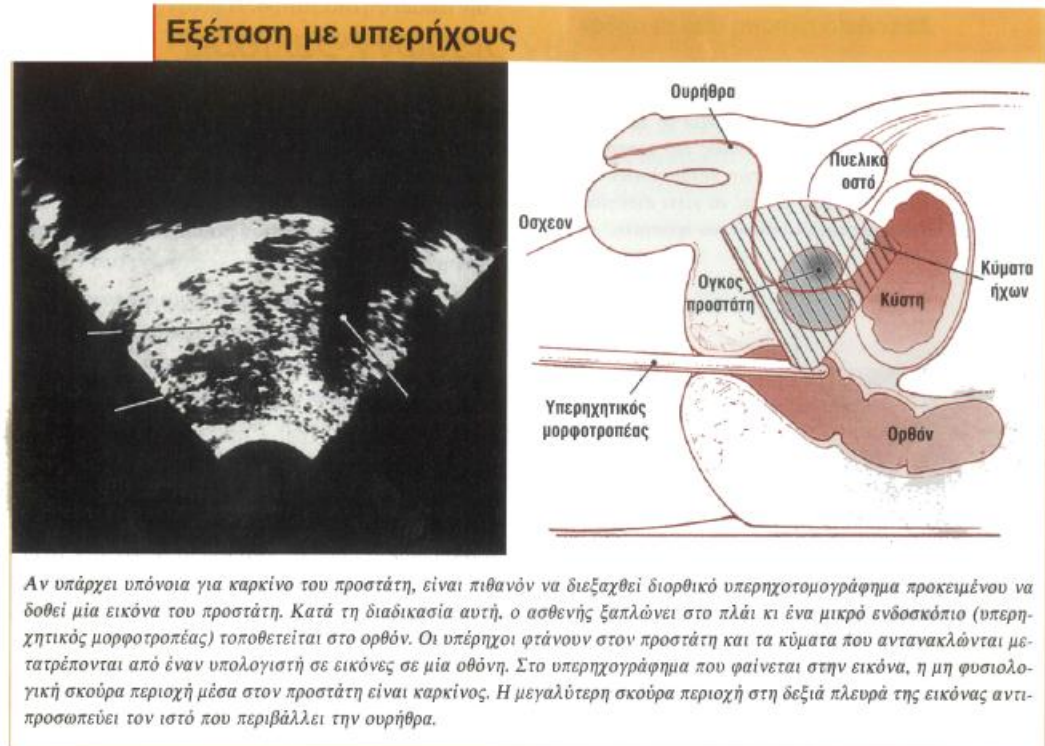
Το Διορθικό Υπερηχογράφημα γίνεται από το ορθό και μας δίνει χρήσιμες πληροφορίες για αρχόμενες αλλοιώσεις εντός του προστάτου⁹.

Πρόκειται για μια σημαντική απεικονιστική εξέταση που βοηθά στη διάγνωση, σταδιοποίηση και παρακολούθηση του καρκινώματος του προστάτη.

Τα κριτήρια στην απεικόνιση για τη διάγνωση της κάψας είναι:

- Το ανώμαλο περίγραμμα
- Η διακοπή των ηχοανακλάσεων στο περιπροστατικό λίπος
- ή η διάγνωση της νευρομυϊκής δέσμης
- Ακόμα, η μέτρηση του όγκου της βλάβης, ιδιαίτερα για όγκους στην περιφέρεια του προστάτη, πρέπει να συνεκτιμηθεί.

Με τα παραπάνω κριτήρια επιτυγχάνεται σωστή σταδιοποίηση της τοπικής έκτασης, με μόνο το διορθικό υπερηχοτομογράφημα σε ποσοστό γύρω στο 60%⁷.



4.4 Η ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Είναι η τελική εξέταση που θέτει τη διάγνωση χωρίς καμία αμφιβολία. Είναι απλή, δεν χρειάζεται νάρκωση και ο κίνδυνος επιπλοκών πολύ μικρός⁹.

Γίνεται χωρίς ή με τοπική αναισθησία σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου, διορθικά ή μέσω του περινέου με ευρείας διαμέτρου βελόνα του Vim-Silverman ή σήμερα κυρίως με μιας χρήσεως Tru-cut, με την οποία επιτυγχάνεται η λήψη ικανών διαστάσεων ιστού. Η χρήση στα τελευταία χρόνια του διορθικού υπερηχογράφου έδωσε άλλες διαστάσεις στην τεχνική της βιοψίας⁷.

Με τον ίδιο τρόπο είναι δυνατόν να γίνει βιοψία των σπερματοδόχων κύστεων, η οποία θα βελτιώσει την τοπική σταδιοποίηση του προστατικού καρκίνου σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο ριζικής προστατεκτομής¹³.

Οι περισσότεροι συγγραφείς σήμερα συμφωνούν ότι εφ' όσον υπάρχουν συγκλίνοντες λόγοι για τη νόσο, η βιοψία θα πρέπει να επαναληφθεί και δεύτερη ή και τρίτη φορά¹⁴.

Η διορθική βιοψία του προστάτη (ΔΒΠ) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1937 από τον Aseraldi και έχει καθιερωθεί πλέον σαν κλασική μέθοδος βιοψίας με βελόνα του προστατικού αδένα¹³.

Η από του ορθού βιοψία, γίνεται αφού αυτή οδηγηθεί με τον δείκτη του χεριού σαν οδηγό στον προστάτη.

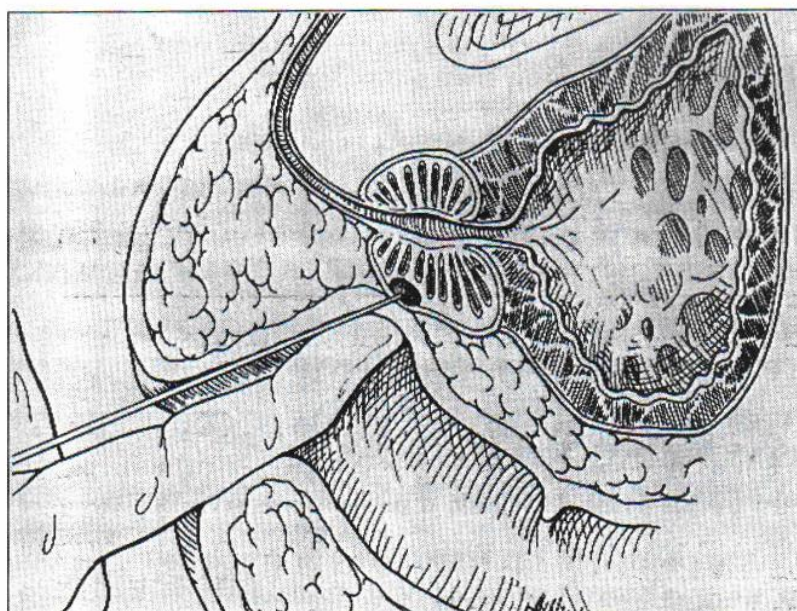
Η από του περινέου βιοψία σήμερα προτιμάται περισσότερο και βεβαίως η λήψη του προστατικού ιστού θα πρέπει να γίνεται και από τους δύο λοβούς και κυρίως από τις ύποπτες περιοχές κατά το δυνατόν.

Σε περιπτώσεις ειδικές η βιοψία μπορεί να γίνει και διουρηθρικός (TUR) ή και εγχειρητικός από το περίνεο. Η τελευταία προτιμάται όταν διαπερινεϊκή ριζική προστατεκτομή του ασθενούς μελετάται.



Εικόνα 135

Διαπερινεϊκή προσπέλαση με ειδική βελόνη για τη λήψη βιοψιών από τον προστάτη.



Εικόνα 136

Διορθική προσπέλαση για λήψη βιοψιών από την περιφερική ζώνη του προστάτου.

4.4.1 Βιοψία αναρρόφησης για κυτταρολογική εξέταση

Η κυτταρολογική εξέταση προστατικού υλικού με την ειδική σύριγγα του Franzen δι' αναρροφήσεως διουρηθρικός έχει καθιερωθεί σήμερα και τα αποτελέσματά της σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα της βιοψίας του προστάτου, αυξάνουν το ποσοστό επιβεβαιώσεως της νόσου.

Η μέθοδος αυτή με τη βελόνα του Franzen μπορεί να γίνει συγχρόνως με τη βιοψία του προστάτου με τοπική αναισθησία. Θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι η από του περινέου βιοψία του προστάτου έχει πολύ λιγότερες πιθανότητες επιπλοκής μιας ουρολοιμώξεως του ασθενούς εν συγκρίσει με την από του ορθού βιοψία που το ποσοστό συνοδού ουρολοιμώξεως ανέρχεται από 25 μέχρι 53%¹⁴.

Επίσης δεν είναι απαραίτητη ιδιαίτερη προετοιμασία του εντέρου, ο δε έλεγχος των παραγόντων πήξης του αίματος πριν από την επέμβαση είναι αναγκαίος μόνο επί γνωστής διαταραχής της πήξης ή επί θεραπείας με αντιπηκτικά.

Η διαγνωστική σιγουριά της κυτταρολογικής μεθόδου εξαρτάται από:

- την πείρα του εξεταστή κατά την διορθική ψηλάφηση του προστάτη
- τη γνώση της τεχνικής αναρρόφησης και
- την καλή επεξεργασία του παρασκευάσματος

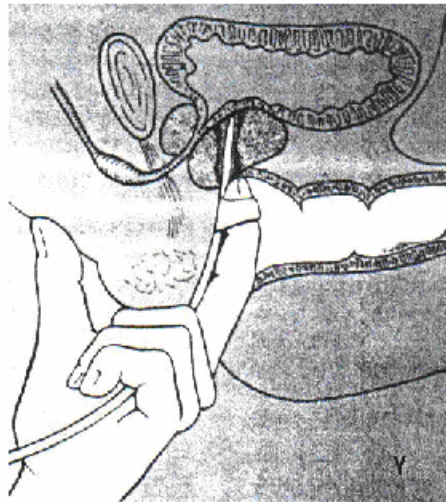
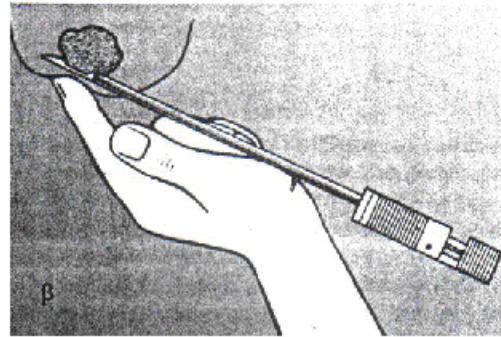
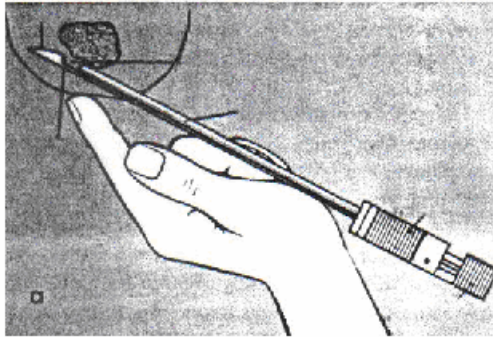
Μόνο εάν πληρούνται αυτές οι προϋποθέσεις μπορεί να θεωρηθεί το αποτέλεσμα της κυτταρολογικής εξέτασης αξιόπιστο και να ληφθεί η απόφαση για θεραπεία. Σε διαφορετική περίπτωση θα πρέπει η διάγνωση να επιβεβαιώνεται ιστολογικά.

4.4.2 Βιοψία με βελόνα για ιστολογική εξέταση

Η περινεϊκή ή διορθική βιοψία για τη λήψη προστατικού ιστού έχει βελτιωθεί σημαντικά με την κατασκευή των νέων βελονών παρακέντησης και τη δυνατότητα της υπερηχογραφικά κατευθυνόμενης βιοψίας. Με τη σμίκρυνση της διαμέτρου της βελόνας (εξωτερική διάμετρος μεταξύ 0,8 και 1,2 mm) μειώθηκαν τα ποσοστά των επιπλοκών. Επίσης με τη χρησιμοποίηση ενός ημιαυτόματου βοηθητικού συστήματος βιοψίας υψηλής ταχύτητας (BIOPTY ή BIP) και δεν προκαλεί πόνους στον ασθενή.

Εάν το PSA είναι υψηλότερο του φυσιολογικού και το ψηλαφητικό εύρημα στη δακτυλική εξέταση, καθώς και το υπερηχογραφικό εύρημα της διορθικής υπερηχογραφίας φυσιολογικά, τότε εφαρμόζεται η συστηματική βιοψία η λεγόμενη «εξαπλεί βιοψία» με λήψη 3 κυλίνδρων ιστού από κάθε λοβό.

Από πολλούς συγγραφείς συνιστάται, η λήψη ιστοτεμαχίων εκτός από την ύποπτη περιοχή και από ολόκληρο του προστάτη⁸.



Εικ. Τεχνική της διορθικής και περινεϊκής βιοψίας του προστάτη (α και β) με τη βελόνα Trucut και της διορθικής βιοψίας αναρρόφησης (γ) με τη βελόνα Franzen.

Έξι μικρότατοι κύλινδροι προστατικού ιστού, μήκους ενός εκατοστού, που έχουν αφαιρεθεί με ειδική βελόνα αποτελούν συνήθως το υλικό βιοψίας. Μερικές φορές και περισσότερα από έξι. Πάνω σ' αυτό το υλικό καλείται ο παθολογοανατόμος να βάλει τη διάγνωση.

Η διάγνωση συνήθως δείχνει ένα από τα ακόλουθα τρία πράγματα:

- Αρνητική, δεν υπάρχει ένδειξη καρκίνου. Μερικές φορές μπορεί να δείξει στοιχεία προστατίτιδας. Οπωσδήποτε περιγράφονται στοιχεία υπερπλασίας και ορισμένα άλλα ευρήματα που δεν έχουν σχέση με τον καρκίνο.

- Παρουσία της λεγόμενης ενδοεπιθηλιακής προστατικής νεοπλασίας - εκφραζόμενο με τα αρχικά του αγγλικού όρου - PIN
- Θετική, δηλαδή οριστική παρουσία καρκίνου.

Σε ό,τι αφορά το PIN, είναι απαραίτητο να ξεχωρίσει αν πρόκειται για χαμηλού ή υψηλού βαθμού. Στην πρώτη περίπτωση δεν κάνουμε τίποτα παρά παρακολουθούμε τον ασθενή.

Στη δεύτερη (υψηλού βαθμού) θεωρούμε την παρουσία της σαν προκαρκινική βλάβη, με πιθανότητα περίπου 50% να αναπτύξει καρκίνο. Εδώ η παρακολούθηση είναι προσεκτικότερη και σε περίπτωση που παράλληλα αυξάνει το PSA επαναλαμβάνουμε τη βιοψία.

Θα πρέπει να τονιστεί ο σπουδαίος ρόλος του παθολογοανατόμου. Η διαφορετική διάγνωση μεταξύ του χαμηλού και υψηλού βαθμού είναι πολύ δύσκολη. Μερικές φορές δύο παθολογοανατόμοι δεν συμφωνούν στην ταξινόμηση του συγκεκριμένου περιστατικού. Ευτυχώς υπάρχει πάντα εύκολη δυνατότητα να ζητηθεί και γνώμη αυθεντίας στον συγκεκριμένο τομέα της παθολογοανατομίας, είτε στην Ελλάδα είτε στο εξωτερικό. Αυτό γίνεται με αποστολή πάντοτε των πλακιδίων, τα οποία περιέχουν τα υπό αμφισβήτηση δείγματα του ιστού.

Στην περίπτωση θετικής βιοψίας, βρισκόμαστε αναμφισβήτητα προς μιας δύσκολης πραγματικότητας. Εδώ πλέον θα χρειαστούμε και άλλες πληροφορίες σχετικά με τον ακριβή τύπο, το χαρακτήρα αλλά και την «σοβαρότητα» του καρκίνου. Εδώ ο παθολογοανατόμος παίζει σπουδαίο ρόλο, με τι είδους καρκίνου έχουμε να κάνουμε. Ο ίδιος, με ακρίβεια, πρέπει να καθιερώσει τα ακόλουθα:

- Υπολογίζει το ποσοστό του καρκίνου μέσα στους μικροσκοπικούς κυλίνδρους που παραλαμβάνει από τη βιοψία.

Κατ' αρχάς αναφέρει την εκατοστιαία αναλογία του όλου ιστού της βιοψίας.

- Εκείνο όμως που κατευθύνει τον ουρολόγο στα παραπέρα βήματα είναι ο βαθμός της κακοήθειας. Εκφράζεται σε μονάδες κατά Gleason, όπως λέγεται από τον αμερικανό παθολογοανατόμο που το εφηύρε περίπου 25 χρόνια πριν. Ταξινομείται σε μονάδες από 2 μέχρι 10.

Το Gleason Grade λοιπόν μαζί με το PSA αποτελούν τα βασικά στοιχεία που βοηθούν στο να καθοριστεί και η προοπτική (πρόγνωση) του καρκίνου αυτού.

Το Gleason Grade 2 έως 6 θεωρούμε συνήθως σαν ήπιο βαθμό καρκίνου με καλύτερη προοπτική. Από 7 και πάνω θεωρούνται «επιθετικοί» καρκίνοι¹².

4.4.3 Επιπλοκές της προστατικής βιοψίας

Η Διορθική Βιοψία του Προστάτη (ΔΒΠ) μπορεί να προκαλέσει τραυματικές και φλεγμονώδεις επιπλοκές. Οι τελευταίες αφορούν τρεις ομάδες:

- ουρολοιμώξεις
- φλεγμονή των ιστών (προστατίτιδα, απόστημα) και
- βακτηριαμία που μπορεί να καταλήξει σε θανατηφόρο σηψαιμία

Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για τις πιο πάνω φλεγμονώδεις επιπλοκές. Η χρήση αντισηπτικού υποκλεισμού, οι μικρότερης διαμέτρου βελόνες και η αντιμικροβιακή προφύλαξη προφυλάσσουν σε μεγάλο βαθμό τον άρρωστο. Πρόσφατες μελέτες

προτείνουν τη χρήση 18 gauge βελόνας με Bioptycut. Αν δεν χορηγηθούν αντιβιοτικά μετά τη βιοψία, αναφέρονται:

- ουρολοιμώξεις στο 87%
- πυρετική αντίδραση στο 27%
- βακτηραιμία στο 100% και
- σηψαιμία στο 4,5%

Με την αντιβιοτική αγωγή ο κίνδυνος σήψης πέφτει στο 1%. Οι μικροοργανισμοί που ανιχνεύονται στα ούρα και στο αίμα μετά από (ΔΒΠ) είναι:

- Esherichia coli (συνήθως)
- Esherichia Faecalis
- Klebsiella pneumoniae
- Proteus mirabilis
- Pseudomonas aeruginosa
- Staphylococcus aureus
- Staphylococcus epidermidis
- Αναερόβια βακτηριοειδή και
- Pseudomonas cepacia

Το τελευταίο βρίσκεται σπάνια και πιθανόν να προέρχεται από εξωγενείς πηγές (τέλη υπερήχων, βελόνες).

4.4.4 Αντιβιοτική προφύλαξη στην προστατική βιοψία

Η προφύλαξη γίνεται με τη χορήγηση αντιβιοτικών που διαπερνούν την κάψα του προστάτη ή συνδυασμού αντιβιοτικών και αρχίζει λίγες ώρες πριν από τη βιοψία. Τα αντιβιοτικά σχήματα που εφαρμόζονται συνήθως είναι:

- Ciprofloxacin (ciproxin) 500mg δύο φορές ημερησίως από το στόμα, για 5 ημέρες.
- Tobramycin (NEBCIN) 1 M 2gr εφάπαξ και τριμεθοπρίμη - σουλφομεθοξαζόλη, για 5 ημέρες.
- Piperacillin / tarobactam IV εφάπαξ και ciprofloxacin / metronidazole για 3 ημέρες.

Από πολλούς συνίσταται ο καθαρισμός του εντέρου πριν από τη (ΔΒΠ) με ιωδίνη 1%.

Η διαπερινεϊκή βιοψία του προστάτη εμφανίζει λιγότερες φλεγμονώδεις επιπλοκές και αρκετοί μελετητές δεν θεωρούν την αντιμικροβιακή προφύλαξη απαραίτητη¹³.

4.5 Ποιος είναι ο ρόλος του Μαγνητικού Συντονισμού στη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη (MRI)

Δεδομένου ότι ο μαγνητικός συντονισμός (MRI) έχει αυξημένη ευαισθησία για την απεικόνιση μεταστάσεων σε μαλακά μέρη είναι δυνατή η εφαρμογή του σε περιπτώσεις μεταστάσεων από καρκίνο του προστάτου σε μαλακά μέρη. Και είναι πιθανόν στο μέλλον να έχει ακόμα μεγαλύτερη εφαρμογή, ιδιαίτερα με την τεχνολογική πρόοδο.

Συμπληρωματικά ακόμη για το ρόλο του μαγνητικού συντονισμού, πρέπει να αναφερθεί ότι η μαγνητική τομογραφία μπορεί να δείξει πίεση του νωτιαίου μυελού από μεταστατική νόσο στον σπονδυλικό σωλήνα².

4.6 Ενδοσκόπηση

Η κυστεοουρηθροσκόπηση σαν διαγνωστικό μέσο ή για την σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη, συνιστάται να γίνεται τον ίδιο χρόνο με τη βιοψία του οργάνου και αν γίνει με αναισθησία (ραχιαία ή επισκληρίδιο) μπορεί να αξιολογήσει τον βαθμό της τυχόν ουρητηρικής αποφράξεως και την κατάσταση του τριγώνου και της προστατικής ουρήθρας¹⁴.

4.7 Εργαστηριακός έλεγχος

Η αναιμία που καμιά φορά αναπτύσσεται, οφείλεται συνήθως στην αιμορραγία ή στη νεφρική ανεπάρκεια, όταν αποφράσσονται τα ουρητηρικά στόμια και σπάνια από τη διήθηση του μυελού των οστών².

Για τον έλεγχο των μεταστάσεων, γίνονται οι εξής διαγνωστικοί έλεγχοι:

4.8 ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

4.8.1 Ενδοφλέβια Ουρογραφία (IVP)

Η διαγνωστική αυτή μέθοδος χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που ο όγκος έχει διηθήσει τον αυχένα της κύστεως, το τρίγωνο, τις σπερματοδόχους κύστες ή περιοχικούς λεμφαδένες, μπορεί να δώσει ευρήματα από την ουρητηρική απόφραξη, που είναι αποτέλεσμα της ανωτέρου επεκτάσεως της νόσου, καθώς πείσης μπορεί να αποκαλύψει υδρονέφρωση που είναι αποτέλεσμα υπερτροφίας του τριγώνου¹⁴.

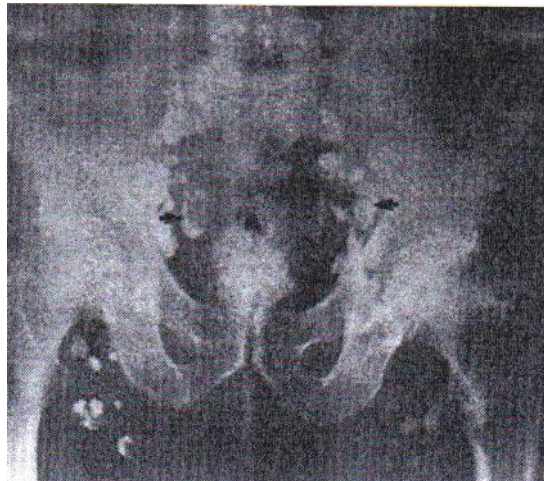
4.8.2 Λεμφαγγειογραφία

Η λεμφαγγειογραφία μπορεί να αποκαλύψει μεταστατικούς λεμφαδένες της πυέλου, αλλά η μέθοδος αυτή δίνει καμιά φορά ψευδή θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα².

Όπως είναι γνωστό, η λεμφική αποχέτευση του προστάτη αρχίζει μέσα στον ίδιο τον αδένα. Τα λεμφαγγεία αυτά δημιουργούν το προστατικό λεμφικό δίκτυο. Έτσι μια ομάδα λεμφαγγείων πηγαίνει προς τους αδένες της έξω λαγονίου. Μια άλλη ομάδα οδεύει προς τους πλάγιους ιερούς λεμφαδένες και μια άλλη προς τους υπογάστριους, που έχουν αναστομώσεις με τις άλλες ομάδες λεμφαδένων και πυέλου.

Οι λεμφαδένες του θυροειδή μυός φαίνεται ότι προσβάλλονται πρώτοι απ' τον καρκίνο του προστάτη. Η σκιαγράφηση αυτών γίνεται δι' εγχύσεως σκιαστικού (μίγμα ινδικοκαρμίνης και λινδοκαΐνης 1%) στα λεμφαγγεία της ραχιαίας επιφάνειας του άκρου ποδός.

Ευθείες και πλάγιες ακτινογραφίες λαμβάνονται κατά την έγχυση, καθώς και αργοπορημένες μετά 24ωρο για την σκιαγράφηση των λεμφαδένων.



Εικ. 4. Κατάληψις των επιχωρίων λεμφαδένων τα τόξα δείχνουν τις εικόνες ελλείψεων (ιδία περίπτωσης)

Σοβαρή εμβολή από λίπος μπορεί να συμβεί αν δεν ληφθεί φροντίδα. Το φυσιολογικό λεμφόγραμμα χαρακτηρίζεται από ομοιογενή σκιαστική εμφάνιση που αντιστοιχεί σε λεμφικούς χώρους και κυτταροβριθείς περιοχές του λεμφαδένα.

Μικροσκοπικές εστίες 5 χιλιοστών λεμφικών μεταστάσεων δεν διαπιστώνονται με την λεμφαγγειογραφία και σε συνδυασμό με το μεγάλο ποσοστό των ψευδώς αρνητικών (15-37%) αποτελεσμάτων και τις επιπλοκές της μεθόδου που αποφεύγονται με άλλες διαγνωστικές μεθόδους, καθιστούν σήμερα την λεμφαγγειογραφία λιγότερο προσφερομένη κυρίως για τη σταδιοποίηση της νόσου.

Η διαδερμική βιοψία υπόπτων λεμφαδένων μετά από λεμφαγγειογραφία περιγράφεται από τον Wallace και μπορεί να μειώσει την συχνότητα ψευδών αρνητικών ή θετικών ευρημάτων και να μειώσει επομένως και την ανάγκη της λεμφαδενεκτομής όταν έχουμε θετικές βιοψίες. Η προσπέλαση θεωρείται σχετικά δύσκολη, διότι η βελόνα διαπερνά έντερο και αγγεία, αλλά σοβαρές επιπλοκές δεν έχουν περιγραφεί.

4.8.2.1 Επιπλοκές της Λεμφαγγειογραφίας

Οι επιπλοκές από την εξέταση αυτή είναι:

- Ο πόνος
- Η επιμόλυνση στο σημείο έγχυσης
- Πυρετός που διαρκεί λίγες μέρες
- Θρομβοφλεβίτις
- Λεμφαδενίτις
- Εγκεφαλική εμβολή από το λιποδιαλυτό σκιαστικό.

Ο ασθενής θα πρέπει να καλύπτεται με αντιβίωση για 4 ημέρες¹⁴.

4.8.3 Αξονική τομογραφία (CT)

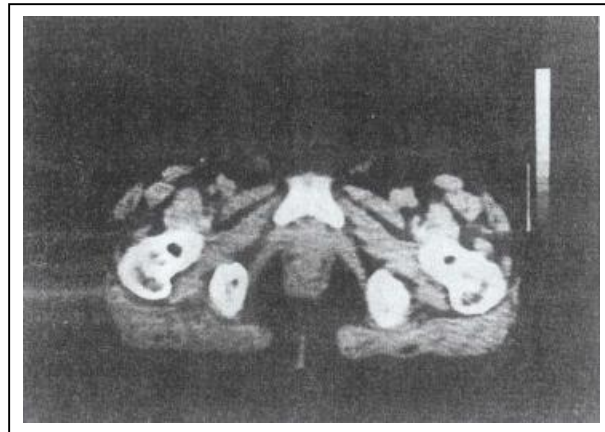
Μπορεί να απεικονίσει τον προστάτη και τους περιπροστατικούς ιστούς, είναι δύσκολο όμως να ξεχωρίσει το φυσιολογικό προστατικό παρέγχυμα από την προστατική κάψα, να διαχωρισθεί ο ανελκτήρας του προστάτη και να απεικονίσει πάντοτε τις σπερματοδόχους κύστες¹⁴.

Αυτή η διαγνωστική μέθοδος αποκλείει ή αποκαλύπτει μεταστάσεις στους τοπικούς λεμφαδένες ή στα διάφορα όργανα του σώματος¹². Έτσι για την σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη, όπου κυρίως διενεργείται, θα πρέπει να προηγηθεί της λεμφαδενεκτομής και πιθανόν να συνδυασθεί με λεμφαγγειογραφία.

Αν η αξονική τομογραφία είναι σαφώς θετική για λεμφαδενικές μεταστάσεις, θα πρέπει να γίνει διαδερμική βιοψία με βελόνη για επιβεβαίωση.

Αν είναι αρνητική θα πρέπει να γίνει περισσότερη έρευνα και η επεμβατική λεμφαγγειογραφία ή λεμφαδενεκτομή έχουν το λόγο¹⁴.

Εικ. 6. Αξονική τομογραφία όπου φαίνονται υποπυκνωτικές εστίες στον προστάτη (Stage B)



Το πρόβλημα είναι ότι για να περιγραφούν οι αδένες στις ακτινογραφίες αυτές, πρέπει να έχουν διάμετρο από ένα εκατοστό (1 cm) και άνω. Δεν υπάρχει ακόμη και σήμερα μέθοδος τέτοια, που να περιγράφει ακόμη και ελάχιστη «εισβολή» των αδένων από καρκινικά κύτταρα. Αυτό θα το εξακριβώσουμε μόνο κατά την εγχείρηση, οπότε

σαν πρώτο βήμα γίνεται η αφαίρεση των λεμφαδένων της περιοχής και η λεγόμενη ταχυβιοψία, δηλαδή σε 15-20 λεπτά έχουμε την απάντηση, εάν υπάρχει καρκίνος στους αδένες. Η αξονική τομογραφία όμως θα αποκαλύψει με σιγουριά αν υπάρχουν ή όχι μεταστάσεις σε άλλα όργανα, ήπαρ, πνεύμονες κ.λ.π.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η υπόθεση του καρκίνου του προστάτη δεν είναι καθόλου απλή. Απεναντίας, από τη στιγμή που έχουμε μια θετική βιοψία πλείστοι όσοι άλλοι παράγοντες υπεισέρχονται στη διαδικασία της τελικής απόφασης για το ποια είναι η πιο κατάλληλη θεραπευτική αγωγή στον συγκεκριμένο ασθενή.

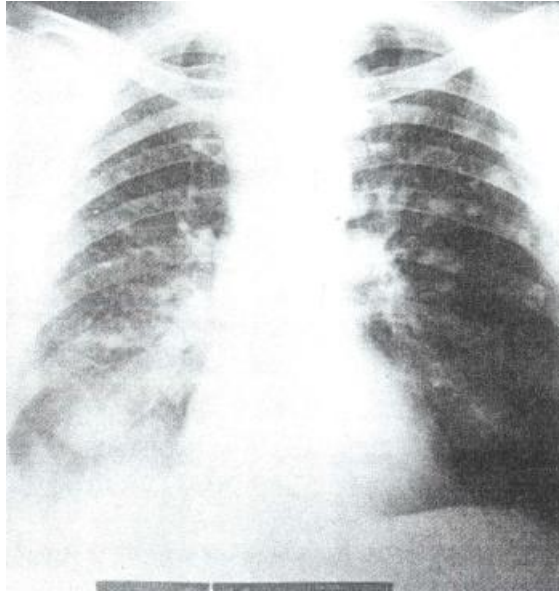
Η ηλικία, η γενικότερη υγεία και το ιατρικό ιστορικό του θα συμπεριληφθούν οπωσδήποτε στους παράγοντες που θα παίξουν ρόλο. Δεν πρέπει ποτέ να ξεχνάμε και τη γενικότερη νοοτροπία αλλά και τις προσωπικές προσδοκίες του ασθενή¹².

4.8.4 Απλή ακτινογραφία

Η διαγνωστική αυτή μέθοδος χρησιμοποιείται για πνευμονικές μεταστάσεις και μεταστάσεις των πλευρών, καθώς και ο έλεγχος των οστών της σπονδυλικής στήλης, των οστών της λεκάνης, των μηριαίων¹⁴, καθώς επίσης για μεταστάσεις στο ουροποιητικό σύστημα.

Οι μεταστάσεις είναι κυρίως οστεοβλαστικού τύπου, χωρίς να αποκλείονται οι οστεολύσεις. Μπορεί ακόμη να είναι μικτού τύπου².

Οι μεταστάσεις αυτές κυρίως εμφανίζονται στον καρκίνο του προστάτη και μπορεί να προσφέρουν θετικά στοιχεία για τη διάγνωση της νόσου¹⁴.



Εικ. 3. Πολλαπλές πνευμονικές μέτα σε καρκίνο του προστάτη (ιδία περίπτωσης)

4.8.5 Ακτινογραφία θώρακος

Χρησιμοποιείται επίσης για μεταστάσεις και ο ακτινολογικός έλεγχος ολόκληρου του σκελετού για τη διαπίστωση τυχόν μεταστάσεων. Πολλές φορές οι μεταστάσεις φαίνονται μόνο με τα ραδιοϊσότοπα (σπινθηρογράφημα σκελετού)².

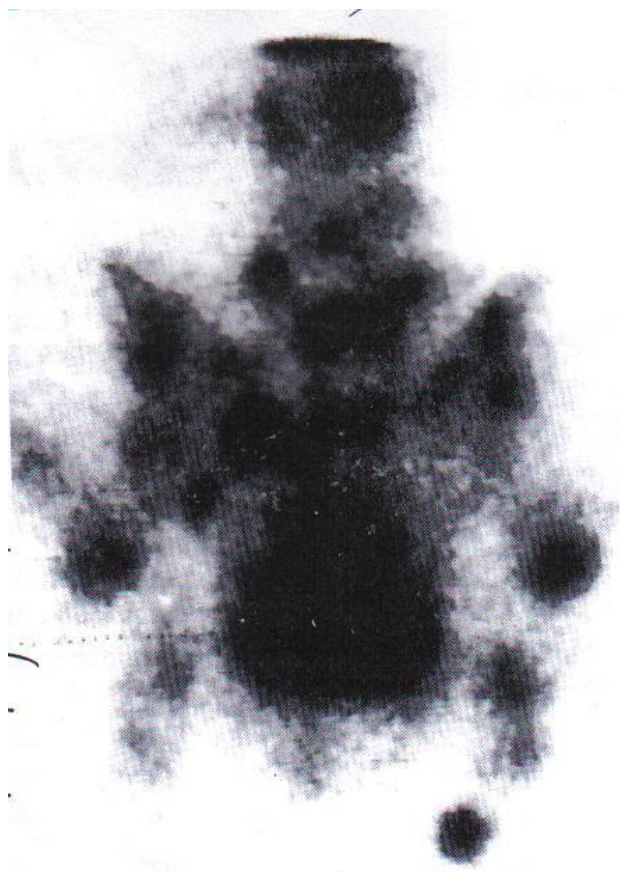
4.8.5.1 Σπινθηρογράφημα οστών (Bonescan)

Το σπινθηρογράφημα των οστών (BONESCAN) με ραδιονουκλεΐδια υπερέχει του απλού ακτινολογικού ελέγχου των οστών, διότι μπορεί να ανιχνεύσει οστικές βλάβες μέχρι και 18 μήνες πριν αυτές διαπιστωθούν στον ακτινολογικό έλεγχο.

Βεβαίως το σπινθηρογράφημα των οστών όπως θα δούμε και αλλού, δεν είναι ειδικό για την πάθηση, γιατί και άλλες παθολογικές

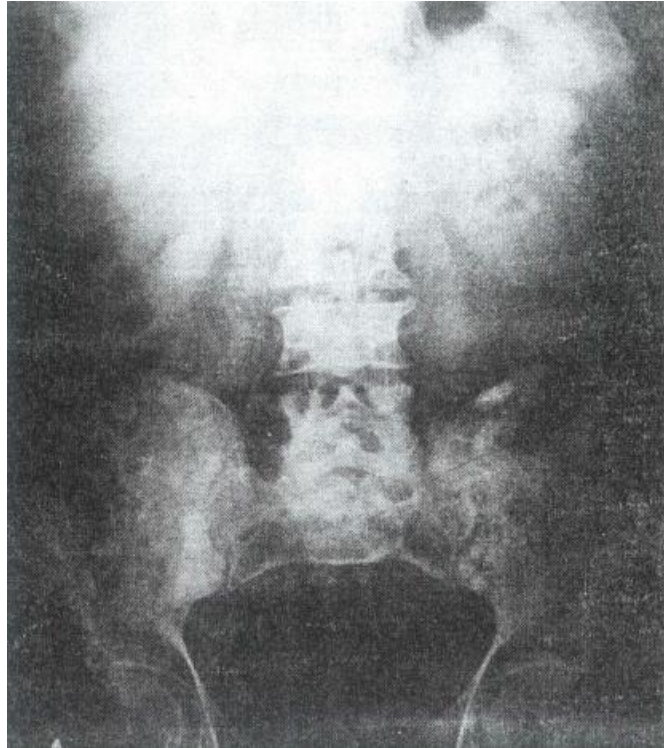
καταστάσεις ή τραυματικές ή μεταβολικές βλάβες δίδουν την ίδια εικόνα αυξημένης πρόσληψης (Hot spots). Είναι όμως μια μέθοδος μέτρησης της εξάπλωσης της νόσου και ένας τρόπος ελέγχου στην ανταπόκριση της θεραπείας που υποβάλλονται αυτοί οι ασθενείς.

Οι οστικές μεταστάσεις ως γνωστόν αναπτύσσονται στο 70% περίπου των αρρώστων με καρκίνο προστάτη και είναι δεύτερες στη σειρά εμφάνισης μετά από τις μεταστάσεις στους λεμφαδένες.



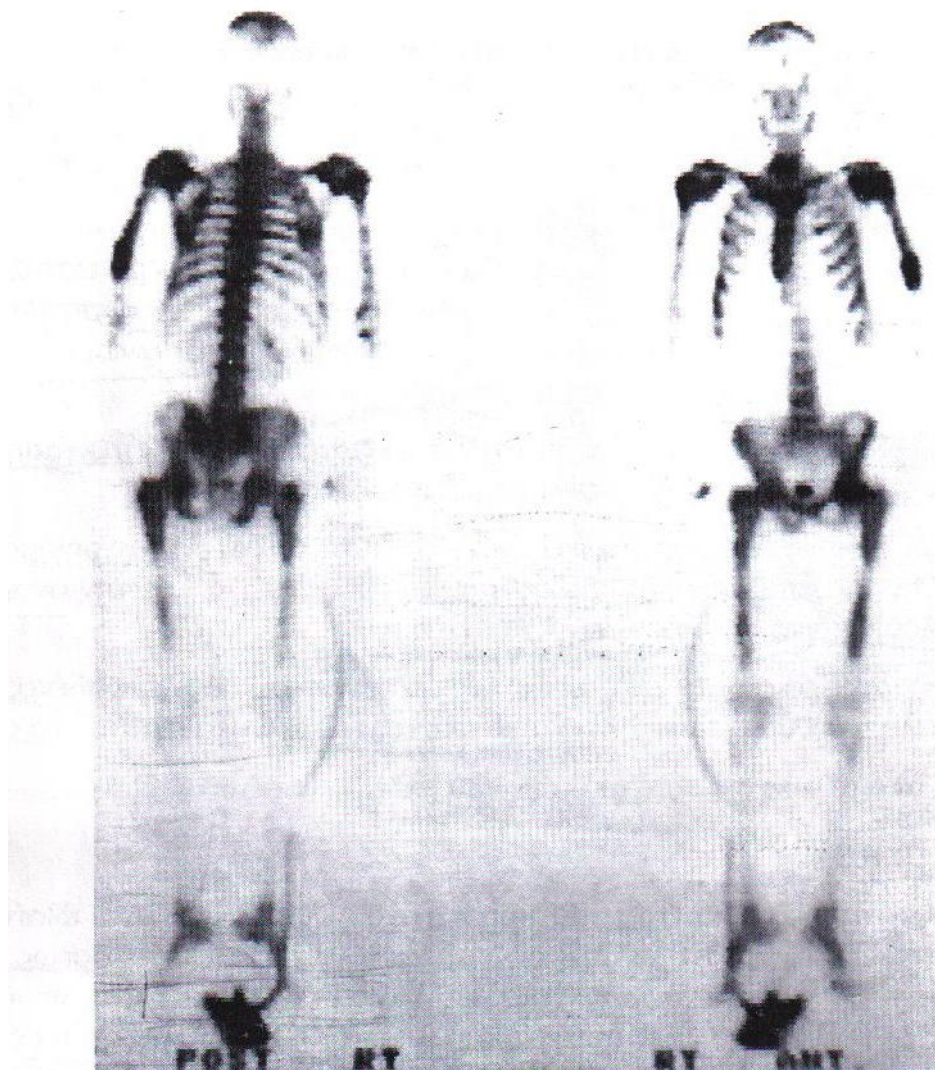
Εικόνα: Σπινθηρογράφημα οστών. Διακρίνονται πολλαπλές μεταστάσεις από καρκίνο προστάτου.

Η αναφερόμενη συχνότητα ασθενών με παθολογικά scans οστών και φυσιολογικές σκελετικές εκτιμήσεις ανέρχονται στο ποσοστό από 10% μέχρι και 50%. Αντίθετα, λιγότερο από 2% ασθενών με θετικές ακτινολογικές μελέτες οστών έχουν scan οστών αρνητικό¹⁴.



Εικ. 2. Πολλαπλές οστεοβλαστικού τύπου μεταστάσεις στα λαγόνια άμφω.

Το σπινθηρογράφημα αρχίζει με ενδοφλέβια ένεση ραδιενεργού ουσίας, η οποία πηγαίνει κατευθείαν στα οστά. Τρεις περίπου ώρες αργότερα, ολόκληρος ο σκελετός του ασθενή αρχίζει να απεικονίζεται (scanned). Σε μια ώρα ακόμη η εξέταση έχει τελειώσει και ο σκελετός καταγράφεται σε ένα είδος ακτινογραφίας. Σκιές μαύρες στον σκελετό σημαίνουν μεταστάσεις. Ενώ ένας ομοιόμορφος σκελετός υποδηλεί έλλειψη μεταστάσεων¹².



Εικόνα 134

Σπινθηρογράφημα οστών σε Ca προστάτου.

Σε σχέση με την εικόνα 133 δείχνει απουσία μεταστάσεων στη μικρή πύελο και ορισμένες μεταστάσεις στον θώρακα και ωμική ζώνη.

4.9 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ SCREENING

Υπάρχουν μερικά χαρακτηριστικά που έχουν καθιερωθεί από αυτούς που εισηγούνται τα προγράμματα υγείας προκειμένου μια νόσο να διερευνάται με προγράμματα Screening.

Αυτά τα κριτήρια είναι:

- Ø Η νόσος να είναι τόσο συχνή ή να είναι τόσο σοβαρή ώστε να απαιτείται πρόγραμμα screening.

- Ø Ο έλεγχος που θα εφαρμοστεί πρέπει να έχει τη δυνατότητα να διαγνώσει τη νόσο σε πρώιμο στάδιο και μάλιστα, εάν αυτό είναι δυνατό, σε προσυμπτωματικό στάδιο.
- Ø Η θεραπεία που θα εφαρμόζεται μετά από πρώιμη ανίχνευση της νόσου να έχει θεαματικά αποτελέσματα στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα που προκύπτουν από τη νόσο.
- Ø Το κόστος των προγραμμάτων να είναι αποδεκτό.

4.9.1 Screening και καρκίνος του προστάτη

Εξακολουθούν και σήμερα να υπάρχουν δισταμένες απόψεις για το εάν πρέπει ή όχι να εφαρμόζονται προγράμματα screening για τον καρκίνο του προστάτη.

Με βάση τα στοιχεία που αναφέρθηκαν παραπάνω για τα κριτήρια που θα επιβάλλουν προγράμματα Screening για μια νόσο, θα γίνει προσπάθεια να δοθεί μια απάντηση όσον αφορά την αναγκαιότητα αυτού στον καρκίνο του προστάτη.

4.9.2 Ειδικό Προστατικό αντιγόνο (PSA) με τη μέθοδο του Screening

Με τη χρήση του PSA διπλασιάστηκε η διάγνωση των περιστατικών καρκίνου του προστάτη που διαγιγνώσκονται σε συνδυασμό με τη δακτυλική εξέταση.

Επειδή το PSA εκκρίνεται τόσο από τον καλοήγη ιστό όσο και από τον κακοήγη, είναι μεν ειδικό για το όργανο, δεν είναι όμως ειδικό για τον καρκίνο. 20% των ασθενών με καρκίνο του προστάτη έχουν φυσιολογικές τιμές PSA (<4,0 ng/ml) ενώ τα 2/3 των ασθενών με PSA >4,0 ng/ml έχουν αρνητικές βιοψίες για καρκίνο προστάτη. Η ευαισθησία του PSA στην ανίχνευση του καρκίνου του προστάτη είναι 80%, η ειδικότητα 59-72% και η προγνωστική αξία 33%.

Σε πληθυσμό που υπόκειται σε screening για καρκίνο του προστάτη, η πιθανότητα διάγνωσης μόνο από τις αυξημένες τιμές του PSA είναι 2,9%.

Επίσης, μια ποικιλία καλοηθών καταστάσεων, όπως: η επίσχεση ούρων, η προστατίτιδα, η εκσπερμάτιση, η καλοήθης υπερπλασία κ.λ.π. είναι δυνατόν να επηρεάζουν το PSA.

Επίσης οι χειρισμοί, είτε αυτοί είναι ενδοσκοπικοί, είτε άλλοι όπως τοποθέτηση καθετήρα ή η βιοψία του προστάτη, είναι δυνατόν να ανεβάσουν ψευδώς το PSA. Τέλος, η χρήση της φιναστερίδης για διάστημα έξι μηνών θεραπείας μειώνει τα επίπεδα του PSA στο μισό περίπου.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι μόνη η χρήση του PSA δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση του προστατικού καρκίνου με τη μέθοδο του screening.

4.9.3 Δακτυλική εξέταση του προστάτη με τη μέθοδο του Screening

Η δακτυλική εξέταση του προστάτη ως μοναδική μέθοδος ανίχνευσης του προστατικού καρκίνου με screening στο γενικό πληθυσμό, έχει ποσοστό επιτυχίας 2% και συνεπώς δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της για αυτό το σκοπό.

Η ειδικότητα της δακτυλικής εξέτασης είναι 30-45% και η προγνωστική αξία 22-31%.

4.9.4 Διορθικό υπερηχογράφημα με τη μέθοδο του Screening

Όταν το διορθικό υπερηχογράφημα χρησιμοποιείται μόνο του, έχει χαμηλό ποσοστό ανίχνευσης του προστατικού καρκίνου, γιατί μόνο το 60% των καρκίνων είναι υποηχογενές και συνεπώς απεικονίζεται στο υπερηχογράφημα.

Επίσης το 25% των όγκων αναπτύσσονται στη μεταβατική ζώνη που είναι δύσκολο να ανιχνευθεί και βλάβες που είναι μικρότερες από 0,5 mm δεν ανιχνεύονται.

Το ποσοστό ανίχνευσης του καρκίνου του προστάτη μόνο με διορθικό υπερηχογράφημα είναι 1,8 - 2,6%. Συνεπώς δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο του για screening.

4.9.5 PSA και Δακτυλική Εξέταση του Προστάτη με τη μέθοδο του Screening

Η χρήση του PSA μαζί με τη δακτυλική εξέταση του προστάτη σε screening του γενικού πληθυσμού αυξάνει το ποσοστό διάγνωσης του προστατικού καρκίνου στο 3,6 - 4,5% σε προσυμπτωματικούς ασθενείς και 14,5% σε ασυμπτωματικούς.

Συνεπώς το PSA και η δακτυλική εξέταση μαζί μπορεί να χρησιμοποιηθούν με την αρωγή και του διορθικού υπερηχογραφήματος με κατευθυνόμενες βιοψίες, για τη διάγνωση του προστατικού καρκίνου με screening στο γενικό πληθυσμό¹⁰.

4.10 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Σε τελική ανάλυση, η πρόγνωση της πορείας του καρκίνου και η απόφαση για τη θεραπεία εξαρτώνται από το στάδιό του. Μια κλίμακα τεσσάρων βαθμίδων χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει σε τι βαθμό έχει εξαπλωθεί ο καρκίνος. Παλαιότερα, τα γράμματα Α-Δ περιέγραφαν τα στάδια αυτά.

Πρόσφατα, όμως, οι γιατροί αποφάσισαν να ορίζουν τα στάδια του καρκίνου χρησιμοποιώντας τα γράμματα T (όγκος), N (λεμφαδένες) και

M (όταν υπάρχει μετάσταση ή εξάπλωση σε ιστούς πέρα από τους παρακείμενους λεμφαδένες).

Η πρόγνωση της πορείας του καρκίνου ενός άνδρα εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου όταν γίνεται η διάγνωση. Αν ανιχνευθεί όσο είναι περιορισμένος στον προστάτη, μπορεί να θεραπευθεί σε ορισμένες περιπτώσεις με επιθετική θεραπεία. Στα στάδια N+ ή M+, όμως, ο μέσος όρος επιβίωσης κυμαίνεται από 3 μέχρι 5 χρόνια.

4.10.1 Πόσο γρήγορα αυξάνει το μέγεθός του;

Οι γιατροί χρησιμοποιούν επίσης μια άλλη κλίμακα εκτίμησης για να προβλέψουν τη συμπεριφορά του καρκίνου του προστάτη, με βάση μια μικροσκοπική αξιολόγηση των κυττάρων του ιστού στον οποίο έγινε η βιοψία.

Μια αριθμητική κλίμακα, που ονομάζεται βαθμός διαφοροποίησης κατά GLEASON, περιγράφει τον καρκίνο με βάση την επιθετικότητά του, πόσο γρήγορα δηλαδή πολλαπλασιάζονται τα κακοήθη κύτταρά του. Στις μισές περίπου περιπτώσεις, υπάρχουν περισσότερα από ένα είδη καρκινικών κυττάρων στον προστάτη.

Οι παθολογοανατόμοι αξιολογούν το πιο συχνό είδος καρκινικών κυττάρων και του προσδίδουν έναν αριθμό. Αν τα κύτταρα αυτά αποκλίνουν ελάχιστα από τον φυσιολογικό ιστό του προστάτη, υπάρχουν πιθανότητες να αναπτύσσονται με αργούς ρυθμούς. Στην περίπτωση αυτή, η κλίμακα είναι 1.

Από την άλλη πλευρά, αν έχουν μεταλλαχθεί, μοιάζουν περισσότερο με καρκινικά κύτταρα και είναι συνεπώς πιθανόν να εξαπλώνονται γρήγορα, η κλίμακα είναι 5, δηλαδή η υψηλότερη.

Η ίδια διαδικασία καθορισμού της κλίμακας επαναλαμβάνεται και για τον δεύτερο πιο συχνό τύπο κυττάρων. Συνδυάζοντας τα δύο

αποτελέσματα δίδεται ο βαθμός διαφοροποίησης κατά GLEASON από 2 έως 10.

Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός, τόσο γρηγορότερα εξαπλώνονται τα κακοήθη κύτταρα. Οι γιατροί χρησιμοποιούν και τον βαθμό διαφοροποίησης και το στάδιο, για να εκτιμήσουν την πιθανή πορεία της νόσου, την πιθανότητα ίασης και τις καλύτερες δυνατές προσεγγίσεις για θεραπεία¹⁵.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

5.1 Γενικά

Είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο ο προστατικός καρκίνος να μην εμφανίζει καμία κλινική εκδήλωση, ιδίως στα αρχικά στάδια της νόσου.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις η διάγνωση είναι τυχαίο εύρημα μιας δακτυλικής εξέτασης ή της ιστολογικής εξέτασης μετά από προστατεκτομή για καλοήγη υπερτροφία.

Ο καρκίνος του προστάτη, εμφανιζόμενος στην περιφερική ζώνη, προκαλεί κυρίως συμπίεση της ουρήθρας και μείωση της ροής των ούρων μόνο όταν η νεοπλαστική εστία είναι μεγάλου μεγέθους⁷.

Τα συμπτώματα που πρόκειται να εκδηλωθούν μπορεί να είναι τοπικά ή γενικευμένα.

5.2 Τα τοπικά συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- § τσούξιμο και κάψιμο κατά την ούρηση
- § πόνος κατά την ούρηση
- § Συχνουρία ή αιματουρία
- § Δυσουρία
- § Επίσχεση ούρων²

Πιο χαρακτηριστικό όμως σύμπτωμα είναι η νυχτερινή ενούρηση με ταυτόχρονη μείωση του ποσού και της δύναμης ροής των ούρων.

- § χρόνια κατακράτηση
- § καθώς επίσης υδρονέφρωση

§ ή διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας οι οποίες δεν είναι συνήθης κατάσταση¹¹.

Η τοπική εξάπλωση της νόσου και η απόφραξη των εκσπερματιστικών πόρων, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα αιμοσπερμία και ελάττωση του εκσπερματίσματος. Από την εξάπλωση της νόσου πέραν της προστατικής κάψας πιθανόν να προκληθεί στυτική δυσλειτουργία λόγω της διήθησης των αγγειονευρωδών δεματίων, που είναι υπεύθυνα για τη νεύρωση και την αγγείωση των σπαραγγώδιων σωμάτων.

Η εκτεταμένη τοπική εξάπλωση προκαλεί συμπτωματολογία παρόμοια με εκείνη του καρκίνου του ορθού, με δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος, αιμορραγία από το ορθό και διαλείπουσα διάρροια. Αν ο καρκίνος εξαπλωθεί κεφαλικά και διηθήσει το κυστικό τρίγωνο και τα ουρητηρικά στόμια, θα προκαλέσει αποφρακτική ουροπάθεια⁴.

5.3 Τα Γενικευμένα συμπτώματα

Τα Γενικευμένα συμπτώματα σχετίζονται με διαφορά της νόσου πέρα των ορίων του προστάτη και δυστυχώς υπάρχουν στο 50% των ανδρών με τη διάγνωση της νόσου και το 25% των ασθενών έχουν οστικές μεταστάσεις¹¹.

Σε πολλούς ασθενείς τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι:

- συνεχής αμβλύς πόνος ή δυσκαμψία στη πύελο
- πόνος στην οσφύ, τη μέση ή το πάνω τμήμα των μηρών
- αρθρικός πόνος στα οστά αυτών των περιοχών λόγω οστικών μεταστάσεων
- ναυτία, εμετός

- απώλεια βάρους
- καχεξία
- κόπωση¹
- Η αναιμία λόγω διήθησης του μυελού - υποτροπιάζουσα θρομβοφλεβίτιδα
- Διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη ή αιμορραγία.

Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί η νόσος να εκδηλωθεί με μόνο σύμπτωμα την αριστερή υποκλείδιο λεμφαδενοπάθεια¹¹.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ

Γενικά

Οι πιθανότητες να επιζήσει κάποιος που έχει προσβληθεί από καρκίνο του προστάτη είναι περισσότερες από ποτέ. Στα μέσα της δεκαετίας του 1970, σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου, τα δύο τρίτα των ανδρών που νοσούσαν ζούσαν τουλάχιστον 5 χρόνια, ενώ στη δεκαετία του 1990 το ποσοστό αυτό είχε ξεπεράσει το 93%.

Στις μέρες μας, περισσότεροι από τους μισούς άνδρες στους οποίους έχει διαγνωσθεί καρκίνος του προστάτη ζουν τουλάχιστον 15 χρόνια. Η εντυπωσιακή αυτή αλλαγή οφείλεται εν μέρει στις αυξημένες διαγνώσεις που αποδίδονται στον διαδεδομένο έλεγχο PSA, αντανακλά όμως και τη βελτίωση των θεραπειών. Αν και σε 1 στους 5 άνδρες θα γίνει διάγνωση καρκίνου του προστάτη στη διάρκεια της ζωής του, οι ερευνητές πιστεύουν ότι οι περισσότερες κακοήθειες του προστάτη δεν θα αποβούν ποτέ μοιραίες, εξαιτίας του αργού ρυθμού με τον οποίο αναπτύσσονται και επειδή ο καρκίνος αυτός κάνει την εμφάνισή του αργά στη διάρκεια της ζωής του άνδρα.

Πολλοί - ίσως το ένα τρίτο εκείνων που είναι πάνω από 50 χρόνων - έχουν καρκίνο του προστάτη σε πρώιμο στάδιο που δεν έχει διαγνωσθεί. Και πάλι όμως οι περισσότερες από αυτές τις κακοήθειες δεν θα θέσουν ποτέ σε κίνδυνο την καλή κατάσταση της υγείας τους.

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη, άνδρες 65 με 75 ετών, στους οποίους είχε γίνει διάγνωση καρκίνου του προστάτη σε αρχικό στάδιο στη δεκαετία του 1970, έζησαν περίπου άλλα 16 χρόνια, το ίδιο σχεδόν

με εκείνους που δεν έπασχαν από καρκίνο του προστάτη. Υπάρχουν πολλές επιλογές για τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη:

- Προσεκτική αναμονή και παρακολούθηση
- Χειρουργική αφαίρεση του προστάτη αδένου.
- Ακτινοβολίες (εξωτερική ακτινοβολία ή εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων)
- Ορμονοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία
- Και μια ψυκτική μέθοδος που ονομάζεται κρυοθεραπεία.

Οι θεραπείες αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν χωριστά ή σε συνδυασμό, ανάλογα με την ηλικία του άνδρα, το στάδιο του καρκίνου, τη γενική του κατάσταση, το προσδόκιμο επιβίωσης και τις προσωπικές του προτιμήσεις σχετικά με τις παρενέργειες των θεραπειών και τις αλλαγές που μπορεί να συνεπάγονται στον τρόπο ζωής του.

Οι θεραπείες αυτές βελτιώνονται συνεχώς και τελειοποιούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να αυξάνεται η αποτελεσματικότητά τους και να μειώνονται οι ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως η ακράτεια ούρων και η στυτική δυσλειτουργία.

Το ευρύ φάσμα των θεραπειών όμως μπορεί να προκαλέσει σύγχυση τόσο στους ασθενείς όσο και στους γιατρούς. Συχνά η καλύτερη θεραπεία δεν είναι αυτονόητη.

Στην πραγματικότητα το American Urological Association's Prostate Cancer Clinical Guidelines Panel εξήγαγε το συμπέρασμα ότι, επί του παρόντος, δεν μπορεί να αποδειχθεί ότι κάποια προσέγγιση είναι καλύτερη από κάποια άλλη. Για παράδειγμα το American Urological Association's Prostate Cancer Clinical Guidelines Panel συνιστά να δίνεται στους άνδρες με καρκίνο του προστάτη σε αρχικό στάδιο, η επιλογή ανάμεσα στην προσεκτική αναμονή και παρακολούθηση, την ακτινοβολία ή τη χειρουργική επέμβαση¹⁵.

Όμως το θέμα της θεραπευτικής επιλογής έχει προκαλέσει πολλές διαμάχες, που πυροδοτούνται από αναφορές, στις οποίες φαίνεται ότι οι θεραπευτικές επιλογές όπως αναφέραμε παρέχουν ένα ποσοστό επιβίωσης συγκρίσιμο με αυτό του γενικού πληθυσμού. Ο βασικός παράγοντας στη διαμάχη αυτή είναι η βραδεία εξέλιξη των περισσότερων όγκων του προστάτη, που καθιστά δύσκολη τη σύγκριση των διαφόρων θεραπειών.

Σ' αυτό επίσης συνεισφέρουν η μεταβλητότητα της φυσικής ιστορίας της νόσου, ο υψηλός επιπολασμός της, οι οικονομικοί περιορισμοί, καθώς και η έλλειψη καλής ποιότητας δεδομένων, όσον αφορά τη θεραπεία του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη. Προς το παρόν δεν υπάρχουν μελέτες που να καταδεικνύουν οριστικά ποια είναι η καλύτερη θεραπεία για τον εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη. Συγκρίνοντας με άλλα είδη καρκίνου, ο εντοπισμένος καρκίνος του προστάτη συνήθως αναπτύσσεται αργά και έχει την ιδιαιτερότητα ότι οι περισσότεροι ασθενείς πεθαίνουν με τον καρκίνο και όχι εξαιτίας του.

Επειδή η χειρουργική θεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη μπορεί να επιφέρει ανικανότητα και πιθανή ακράτεια, ένας ασθενής που διαγιγνώσκεται με εντοπισμένο κλινικά καρκίνο του προστάτη (Gleason score 5-7) ενδεχομένως ανήκει στην κατηγορία του επιθετικού καρκίνου, βρίσκεται μπροστά σε ένα μεγάλο δίλημμα: «θα πρέπει να χειρουργηθεί ρισκάροντας πιθανή ανικανότητα ή/και ακράτεια; ή θα πρέπει να ακολουθήσει τη διαδικασία της προσεκτικής αναμονής και παρακολούθησης ρισκάροντας την πιθανή εξάπλωση του καρκίνου;»

Καθοδηγητική βοήθεια προσφέρουν τα αποτελέσματα μιας μεγάλης επιδημιολογικής μελέτης στην Αμερική - US Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) - σε άνδρες ηλικίας από 50 - 79 ετών με κλινικά εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη, στην οποία συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα της ριζικής προστατεκτομής, της ακτινοθεραπείας

και της προσεκτικής αναμονής. Στη μελέτη αυτή δεν ευρέθη διαφορά στη δεκαετή, ειδική ως προς τη νόσο, επιβίωση μεταξύ της ριζικής προστατεκτομής, της ακτινοθεραπείας και της προσεκτικής αναμονής για όγκους με GLEASON 2-4. Ευρέθη μια περιοχή της ριζικής προστατεκτομής, αλλά όχι της ακτινοθεραπείας, ως προς τη συντηρητική μέθοδο για όγκους με GLEASON ΑΠΟ 5-7.

Για ασθενείς με GLEASON 8-10 ευρέθη υπεροχή και της ριζικής προστατεκτομής και της ακτινοθεραπείας ως προς την προσεκτική αναμονή.

Επίσης, η επιλογή της θεραπείας φαίνεται να είναι απλή σε άνδρες ηλικίας άνω των 70 ετών εντοπισμένα Ca προστάτη, αλλά με κακή γενική κατάσταση. Στην περίπτωση αυτή προτιμάται η προσεκτική παρακολούθηση και αναμονή ή άλλου είδους θεραπευτική προσέγγιση.

Σε κάθε περίπτωση, ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για τις θεραπευτικές επιλογές, την αποτελεσματικότητά τους και τις επιπλοκές που τις συνοδεύουν⁴.

Η θεραπεία όμως πρέπει να εξατομικεύεται με σκοπό να επιτευχθεί ο υψηλότερος βαθμός απόδοσης. Η θεραπεία του καρκινώματος του προστάτη διακρίνεται για πρακτικούς αλλά και ουσιαστικούς λόγους:

1. Στη θεραπεία του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη (Στάδια T₁ και T₂).
2. Στη θεραπεία του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του προστάτη.
3. Στη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του προστάτη (Στάδια T₃ και T₄ ή N+ M+ D)⁷.
4. Στη θεραπεία του ορμονοάντοχου μεταστατικού καρκίνου του προστάτη.

Στην πρώτη κατηγορία θεραπείας, που αποσκοπεί στην πλήρη ίαση από τη νόσο ανήκουν:

- § η προσεκτική αναμονή και παρακολούθηση
- § η χειρουργική επέμβαση
- § η ακτινοθεραπεία
- § καθώς επίσης και κάποιες εναλλακτικές θεραπείες.

Στη δεύτερη κατηγορία θεραπείας ανήκουν:

- Ø Η ριζική προστατεκτομή
- Ø Η ορμονική υποσταδιοποίηση και ριζική προστατεκτομή
- Ø Η εξωτερική ακτινοθεραπεία
- Ø Η εξωτερική ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με ανδρογονικό αποκλεισμό
- Ø Διαλείπων ανδρογονικός αποκλεισμός

Στην τρίτη κατηγορία θεραπείας που αποσκοπεί στην ύφεση της νόσου, στην καλύτερη ποιότητα ζωής και στην αύξηση του χρόνου επιβίωσης ανήκουν:

- § Η ορμονοθεραπεία
- § Ο πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός

Στην τέταρτη κατηγορία θεραπείας ανήκει:

- Ø Η χημειοθεραπεία⁷⁺²

Σχήμα 7 Στάδια του καρκίνου του προστάτη

Στάδιο T-1 (A)



Αφορά τμήμα μικρότερο από το 5% του προστάτη κι ο βαθμός διαφοροποίησης κατά Gleason είναι μικρότερος η ίσος με 5.

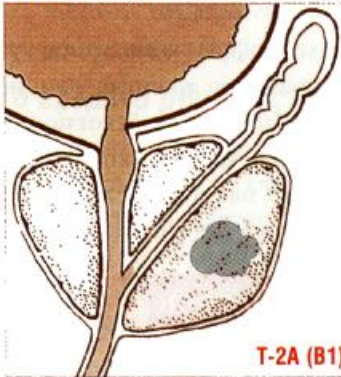


Αφορά τμήμα μεγαλύτερο από το 5% του προστάτη κι ο βαθμός διαφοροποίησης κατά Gleason είναι μεγαλύτερος η ίσος με 6.

Ο καρκινικός ιστός εμφανίζεται με γκρι χρώμα.

Στάδιο T-1 (πρώην A&B):
Καρκίνοι μη ανιχνεύσιμοι με δακτυλική εξέταση από το ορθό. Οι όγκοι αυτοί συνήθως ανακαλύπτονται εξαιτίας αυξημένου PSA ή με ανάλυση ιστών που προέρχονται από διουρηθρική εκτομή του προστάτη.

Στάδιο T-2 (B)



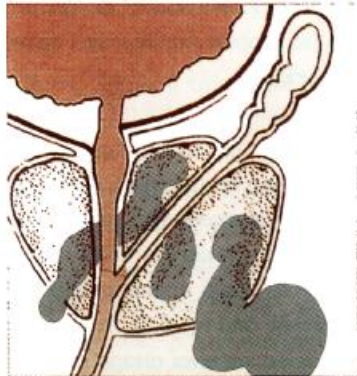
Όγκος μικρότερος των 2 εκ. σε ένα μόνο λοβό.



Όγκος μεγαλύτερος των 2 εκ. ή σε περισσότερους από ένα μόνο λοβό.

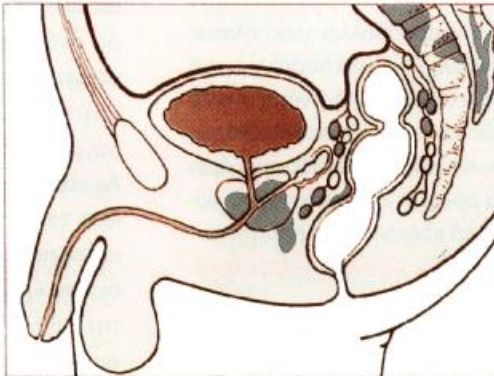
Στάδιο T-2 (πρώην B):
Απτός καρκίνος που εντοπίζεται μόνο στον προστάτη.

Στάδιο T-3 (C)



Ανάπτυξη στην προστατική κάψα.

N+ ή M+ (D)



N+ (D1): Εξάπλωση μόνο στους παρακείμενους λεμφαδένες.
M+ (D2): Εξάπλωση πέρα από την πύελο ή σε οστά ή σε πνευμονες.

Στάδιο T-3 (πρώην C):
Καρκίνοι που εξαπλώθηκαν στον παρακείμενο ιστό μέσω της προστατικής ινώδους κάψας.

Στάδιο N+ ή M+ (πρώην D):
Καρκίνοι που έχουν κάνει μετάσταση στους πνευλικούς λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα τμήματα του σώματος, όπως τα οστά.

6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Κατά το χρόνο της διάγνωσης λιγότερο από 50% των περιπτώσεων αφορούν καρκίνο που περιορίζεται μέσα στον αδένα. Επίσης, παρά τη σύγχρονη τεχνολογία απεικόνισης, ένα ποσοστό 25% προεγχειρητικά διαγνωσμένου εντοπισμένου καρκίνου, βρίσκεται μετεγχειρητικά ότι έχει διαπεράσει την προστατική κάψα¹⁶.

6.1.1 Προσεκτική αναμονή και παρακολούθηση

Εφαρμόζεται σε άνδρες με μικρούς μη επιθετικούς όγκους (με χαμηλούς βαθμούς διαφοροποίησης) που πιθανώς δεν θα μεγαλώσουν γρήγορα, δηλ. σε στάδιο T₁ και T₂ και ιδιαίτερα αν έχουν άλλες ασθένειες ή προσδόκιμο όριο επιβίωσης μικρότερο από 10 χρόνια. Αυτή η μέθοδος προσέγγισης περιλαμβάνει στενή παρακολούθηση, αλλά όχι θεραπεία, του νεοδιαγνωσθέντος καρκίνου.

Όταν ο καρκίνος εξαπλωθεί πέρα από τον προστάτη, η θεραπεία γίνεται εξαιρετικά δύσκολη, καθώς η προσεκτική παρακολούθηση μπορεί να είναι η θανατική καταδίκη μερικών ανδρών.

Υποθετικά, όλοι οι γιατροί συμφωνούν ότι οι νεότεροι άνδρες 55 με 60 ετών με επιθετικό καρκίνο σε αρχικά στάδια πρέπει να θεραπεύονται, συνυπολογίζοντας την ηλικία, την κλίμακα και το στάδιο του καρκίνου, τα επίπεδα PSA, άλλες ασθένειες και οι πιθανές παρενέργειες των θεραπειών του καρκίνου.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται στην προσεκτική αναμονή και παρακολούθηση, θα πρέπει να συνεχίσουν να υποβάλλονται σε τακτική δακτυλική εξέταση από τον ορθό (για να παρακολουθείται η ανάπτυξη του όγκου) και σε περιοδικές εξετάσεις PSA (για να γίνεται έλεγχος για την αύξηση του επιπέδου στο αίμα, το οποίο υποδηλώνει πιθανή πρόοδο

του καρκίνου). Αυτές οι εξετάσεις συνεχούς παρακολούθησης μπορούν να προγραμματίζονται κάθε 4-12 μήνες, ανάλογα με την ηλικία του άνδρα, τα αποτελέσματα της βιοψίας και το επίπεδο του άγχους.

Αν οι τιμές PSA αυξηθούν κατακόρυφα ή αν ο γιατρός αισθανθεί κάποιο νέο εξόγκωμα στη διάρκεια μιας δακτυλικής εξέτασης από το ορθόν, είναι πιθανόν ο καρκίνος να έχει προχωρήσει και να χρειάζεται αναπροσαρμογή της θεραπείας.

Κάποια αλλαγή στις συνήθειες ούρησης μπορεί επίσης να αποτελέσει ένδειξη ότι είναι καιρός να ξεκινήσει μια ενεργή θεραπεία. Η οποία θα ήταν προτιμότερη για άνδρες που έχουν την τάση να ανησυχούν και που δυσκολεύονται να περιμένουν ακόμα κι αν ο όγκος τους αναπτύσσεται με αργούς ρυθμούς.

6.1.2 Χειρουργική επέμβαση

Οι επιλογές των ανδρών σήμερα είναι καλύτερες από εκείνες που υπήρχαν μόλις πριν μερικά χρόνια νωρίτερα.

Η ριζική προστατεκτομή, η χρυσή μέθοδος για τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη, με χειρουργική επέμβαση είναι πλέον πιο ασφαλής κι έχει λιγότερες παρενέργειες. Οι καλύτεροι υποψήφιοι για τη χειρουργική αυτή επέμβαση είναι οι άνδρες, η νόσος των οποίων είναι περιορισμένη στον προστάτη αδένα (στάδια T₁ και T₂), είναι κάτω των 70 ετών και η κατάσταση της υγείας τους είναι σε γενικές γραμμές καλή.

Σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύτηκαν στο New England Journal of Medicine το 2002, τα καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στην άποψη επιπλοκών, όπως η ακράτεια ούρων, επιτυγχάνονται όταν η επέμβαση γίνεται από χειρουργό, ο οποίος πραγματοποιεί σημαντικό αριθμό τέτοιων επεμβάσεων σε μεγάλα νοσοκομεία¹⁵.

6.1.3 Ριζική προστατεκτομή

Η ριζική προστατεκτομή είναι από τις πιο δύσκολες επεμβάσεις στην ογκολογική ουρολογική χειρουργική, μαζί με την ριζική κυστεκτομή. Ο δείκτης θνησιμότητας τόσο της ριζικής προστατεκτομής όσο και της λεμφαδενεκτομής κυμαίνονται σε ποσοστό (0,2 - 0,5%).

Σήμερα η ριζική προστατεκτομή θεωρείται η (stadar) θεραπεία στον εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη (T₁ και T₂) αν και μερικοί πιστεύουν ότι γίνεται και στο στάδιο T₃, ακολουθούμενη από επικουρική θεραπεία, με καλά αποτελέσματα⁴.

Η προπαρασκευή για την ριζική αφαίρεση του προστάτη είναι η ίδια, όπως γίνεται με οποιαδήποτε μεγάλη εγχείρηση. Εδώ όμως έχουμε ορισμένες συνθήκες, οι οποίες πρέπει να εκτεθούν λεπτομερώς στον ασθενή και τη σύζυγό του ή το άμεσο περιβάλλον του, εάν ο ίδιος το επιθυμεί. Κατ' αρχήν σήμερα δεν χωράει πλέον σχεδόν ποτέ, η ελληνική νοοτροπία της πλήρους απόκρυψης της διάγνωσης από τον ασθενή. Ο ασθενής συμμετέχει, σε μικρό ή μεγαλύτερο βαθμό, στην τελική λήψη απόφασης του ποια θεραπεία θα του γίνει.

Μετά την καθιέρωση της διάγνωσης και της κλινικής σταδιοποίησης - δηλαδή σε ποιο στάδιο βρίσκεται ο καρκίνος του, ποιες είναι οι επιλογές που έχει για την αποτελεσματικότερη θεραπεία του.

Η χειρουργική αφαίρεση είναι φυσικά αυτή που έχει και έντονο ψυχολογικό στοιχείο. Γιατί αυτό; Η πλήρης (ριζική) αφαίρεση δίνει μια αίσθηση περισσής ασφάλειας, μια που ο ασθενής απαλλάσσεται τελείως του καρκίνου. Αυτό είναι άλλωστε και το μεγάλο πλεονέκτημα της εγχείρησης.

Υπάρχουν όμως και μειονεκτήματα, για τα οποία πρέπει απαραίτητως και με ειλικρίνεια να πληροφορηθεί ο ασθενής. Εννοώ να του εκτεθούν χωρίς να παραμένει ο ουρολόγος να ερωτηθεί, κάθε ένα

από αυτά. Υπάρχει η ακράτεια ούρων. Παρόλο που σε έμπειρα χέρια έχει ελαχιστοποιηθεί στο 1-2% περίπου, μπορεί να συμβεί.

Στο θέμα της σεξουαλικής ανικανότητας η αναγνώριση των στυτικών νεύρων κατά την εγχείρηση μπορεί να περισώσει την στυτική ικανότητα του εγχειρισθέντος. Άλλωστε σήμερα η κατάσταση αυτή αντιμετωπίζεται εύκολα και αποτελεσματικά.

Μια όχι και τόσο σπάνια επιπλοκή είναι και η στένωση του ανοίγματος της κύστης, στο σημείο που ενώνεται με την ουρήθρα. Μπορεί να φτάσει και μέχρι πλήρους απόφραξης και αδυναμίας του ασθενούς να ουρήσει. Ευτυχώς με ενδοσκοπική διόρθωση τα πράγματα εύκολα επανέρχονται στο φυσιολογικό.

Μόλυνση του τραύματος, η λεγόμενη λεμφοκήλη καθώς και πνευμονία είναι επιπλοκές που ανήκουν στο παρελθόν. Είναι τόσο σπάνιες σήμερα που σχεδόν τις ξεχνούμε.

Φλεβίτιδα είναι μια επιπλοκή που τη βλέπουμε, όταν δεν ληφθούν αυστηρότατα προληπτικά μέτρα όπως: άμεση κινητοποίηση του ασθενούς και ειδικές ασκήσεις μόλις ξυπνήσει από την αναισθησία. Χρήση ειδικών ελαστικών καλτσών, έτσι ώστε να μην δίνεται ευκαιρία στο αίμα να λιμνάζει στα κάτω άκρα. Τέλος, η χρήση μικρών δόσεων αντιπηκτικών βοηθάει στην πρόληψη σχηματισμού θρόμβων στις φλέβες των ποδιών. Τέτοιοι θρόμβοι όταν κινητοποιούνται και προωθούνται προς τους πνεύμονες προκαλούν εμβολές, κατάσταση συνήθως πολύ σοβαρή, που μπορεί να απειλήσει ακόμη και τη ζωή του ασθενούς.

Ένα άλλο πολύ σπουδαίο πρόβλημα ανακύπτει κάθε φορά που ετοιμάζουμε τον ασθενή για την επέμβαση. Το αίμα! Δεν μπορεί να προγραμματιστεί η εγχείρηση εκτός εάν υπάρχουν 5-7 μονάδες αίματος έτοιμες. Αυτό σημαίνει 5-7 δότες πρέπει να δώσουν αίμα, μια - δυο μέρες πριν την επέμβαση. Μπορεί να μη χρειαστεί καθόλου αίμα, μπορεί όμως

να υπάρξει απώλεια που απαιτεί συνήθως άμεση αντικατάσταση, κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Η μετάγγιση είναι απαραίτητη μια φορά στις τέσσερις εγχειρήσεις. Πολύ σπάνια χρειάζεται περισσότερο των 2-3 μονάδων. Η ποσότητα αυτή μπορεί να εξυπηρετηθεί και από τον ίδιο τον ασθενή με αυτομετάγγιση. Χρειάζεται όμως μια περίοδος καθυστέρησης της επέμβασης 4-6 εβδομάδων. Κατά το διάστημα αυτό ο ασθενής μπορεί να δώσει στην αιμοδοσία 2-3 φορές από μια μονάδα. Έτσι αν χρειαστεί, παίρνει από το δικό του αίμα. Σε μεγάλα νοσοκομεία υπάρχει αυτή η δυνατότητα σήμερα. Βέβαια, μια τέτοια «αφαίμαξη» δεν είναι πάντα εφικτή, αφού έχουμε να κάνουμε με άτομα μεγάλης ηλικίας και πολλές φορές επιβαρημένα με διάφορες παθήσεις.

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η ερυθροποιητίνη. Είναι μια ορμόνη, γενετικά κατασκευασμένη, που ερεθίζει την παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων του αίματος. Πανάκριβο φάρμακο που καλύπτεται συνήθως από τα ταμεία. Χρησιμοποιείται μια εβδομάδα προ της επέμβασης, έτσι ώστε ο προεγχειρητικός αιματοκρίτης, να βρεθεί σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Μέσα στην προπαρασκευή για τη ριζική χειρουργική επέμβαση υπάγονται και μερικές άλλες ενέργειες που εκ πρώτης όψεως φαίνονται ασήμαντες. Είναι όμως πολύ σημαντικές στην πορεία της γενικότερης προσπάθειας για όσο το δυνατόν πιο ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ο χειρουργός δίνει στον ασθενή ασκήσεις βαθιάς αναπνοής, καθώς επίσης και εξάσκησης των μυών των κάτω άκρων, έτσι ώστε αμέσως μετά το ξύπνημα να τις εφαρμόζει σε τακτικά χρονικά διαστήματα. Αργότερα, 2-3 εβδομάδες μετά την επέμβαση, με την προοπτική που μετά την αφαίρεση του καθετήρα υπάρχει, μερικές φορές, αδυναμία του σφιγκτήρα και μικρή απώλεια ούρων, είναι απαραίτητο ο ασθενής να «εκπαιδευτεί» στις ασκήσεις Κέγκελ. Με γεμάτη την κύστη ο ιατρός

ζητά πάντα από τον ασθενή να ουρήσει. Αμέσως μετά την έναρξη της ούρησης του ζητά να σταματήσει. Αμέσως μετά να αρχίσει πάλι. Αυτό επαναλαμβάνεται 2-3 φορές έτσι ώστε ο ασθενής εμπεδώνει το τι ακριβώς πιθανόν να χρειαστεί να κάνει τις πρώτες μέρες μετά την αφαίρεση του καθετήρα.

Ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο την προηγούμενη της εγχείρησης. Εκτός, όταν η γενική του κατάσταση δεν είναι ιδεώδης και χρειάζονται περισσότερες εξετάσεις ή και συνεκτίμηση καρδιολόγου, αιματολόγου κ.λ.π. Πάντως η παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο θα πρέπει πάντοτε να είναι όσο το δυνατόν λιγότερη. Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις είναι από τις πιο δύσκολες και πρέπει να αποφεύγονται, αντί πάσης θυσίας. Ο αποτελεσματικότερος τρόπος είναι η συντομότερη παραμονή του στο νοσοκομείο. Το προηγούμενο βράδυ του γίνεται ευπρεπισμός (ξύρισμα). Χορηγούνται καθαρτικά και σε συνδυασμό με υποκλυσμούς επιτυγχάνεται ο πλήρης καθαρισμός του εντέρου. Ο αναισθησιολόγος συνήθως βλέπει τον ασθενή και του εξηγεί όλα τα της αναισθησίας. Η ριζική προστατεκτομή είναι η επέμβασή του. Από αυτήν θα εξαχθούν πολύτιμα συμπεράσματα ως προς το πόσο πλήρης ήταν η αφαίρεση του καρκίνου, ώστε να δικαιολογεί το όνομα της ριζικής αφαίρεσης. Ακόμη από την τελική αυτή εικόνα θα εξαρτηθεί και η πρόβλεψη του ποια θα είναι και η (πιθανή) συμπεριφορά του καρκίνου αυτού στο μέλλον¹².

Στη χειρουργική αυτή επέμβαση απαιτείται συνήθως ο ασθενής να βρίσκεται σε ολική αναισθησία. Σκοπός της είναι να αφαιρεθεί ο προστάτης με την κάψα του, οι σπερματικοί πόροι, οι σπερματοδόχοι κύστες (σακκοειδείς αδένες που εκκρίνουν υγρό που αποτελεί τμήμα του σπέρματος), τμήμα του αυχένα της κύστεως και σε μερικές περιπτώσεις και τους πυελικούς λεμφαδένες και η επανασύνδεση της ουρήθρας με την ουροδόχο κύστη¹⁵.

Πριν προχωρήσουμε στην προστατεκτομή εκτελείται διαγνωστική πυελική λεμφαδεκτομή (staging) για τυχόν μεταστάσεις στην περιοχή μεταξύ λαγονίων αγγείων, πυελικού εδάφους και υπογαστρικών αγγειακών δεματίων αριστερά και δεξιά⁴ και ταχεία βιοψία.

Η εκτίμηση των λεμφαδένων μπορεί να γίνει και προεγχειρητικά με λαπαροσκόπηση. Αν η τελευταία είναι θετική, δηλαδή ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέρα από τον προστάτη, σημαίνει το τέλος της επέμβασης και σ' αυτήν την περίπτωση υπάρχουν άλλες πιο αποτελεσματικές θεραπείες.

Αν η βιοψία βγει αρνητική, τότε η εγχείρηση προχωρά στα επόμενα στάδια¹⁶, όπου ο χειρουργός προσεκτικά θα διαχωρίσει τον προστάτη και τις σπερματοδόχους κύστες από τους περιβάλλοντες ιστούς. Αργότερα ο παθολογοανατόμος εξετάζει τους ιστούς αυτούς. Αν ο καρκίνος έχει περιοριστεί στον προστάτη, υπάρχουν αρκετές πιθανότητες να μην επανεμφανιστεί. Αν ο καρκίνος έχει ήδη εξαπλωθεί στην κάψα που περιβάλλει τον προστάτη, ίσως να χρειαστεί επιπλέον θεραπεία¹⁵.

Οι λεμφαδένες που αφαιρούνται πρώτα, βρίσκονται στην ίδια πλευρά με τον προστατικό όγκο. Συνήθως διηθημένοι λεμφαδένες βρίσκονται:

- Ø κατά μήκος της έξω λαγόνιου φλέβας
- Ø και στο θυροειδές νεύρο.

ΣΤΑΔΙΟ T₁

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

ΣΤΑΔΙΟ T₂

- 18-43% υπάρχει διήθηση λεμφαδένων

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

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

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

Αν μετά τη ριζική προστατεκτομή βρεθεί εξωπροστική επέκταση, θα υπάρχει υποτροπή στο 2% όταν υπάρχει διάτρηση της κάψας και 20% όταν τα χειρουργικά όρια είναι θετικά (1-2 mm περιπροστατικού ιστού). Αν τα χειρουργικά όρια είναι θετικά δεν σημαίνει ότι ο ασθενής έχει υπολειπόμενο όγκο¹⁶.

6.1.4 Ριζική πυελική λεμφαδενεκτομή ή λεμφαδενικός ή χειρουργικός καθαρισμός

Λέγοντας λεμφαδενεκτομή στον καρκίνο του προστάτη, εννοούμε την πυελική κυρίως αφαίρεση λεμφαδένων που περιλαμβάνει τους επιχώριους, τους υπογάστριους, προϊερούς και τους ειλιακούς λεμφαδένες.

Οι λεμφαδένες της αριστερής θυροειδο-υπογαστρίου χώρας είναι οι πρώτοι που προσβάλλονται στον προστατικό καρκίνο.

Σε μια σειρά από 100 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λεμφαδενεκτομή και ριζική προστατεκτομή, ο Zincke και συν. βρήκαν

ότι ο αριθμός των θετικών λεμφαδένων ήταν κυρίως που καθόρισε την επιβίωση και την πρόοδο της νόσου.

Όταν ήταν περισσότεροι από δύο αδένες κατειλημμένοι η επιδείνωση ήτο γρήγορη στον πρώτο χρόνο.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η λεμφαδενεκτομή δεν είναι θεραπευτική μέθοδος αλλά γίνεται περισσότερο ακριβή πρόγνωση και μερικές φορές για να γίνει οδηγός για μια απώτερη θεραπεία. Διαχωρίζεται στην τυπική και την τροποποιημένη που σήμερα κυρίως προτιμάται.

6.1.4.1 Τυπική λεμφαδενεκτομή

Η τυπική λεμφαδενεκτομή, αρχικά πραγματοποιήθηκε σαν μια πρόσθετη τεχνική στην ριζική οπισθοθητική προστατεκτομή.

Συμπεριλάμβανε την αφαίρεση όλου του λιπώδους ιστού που περιέχει λεμφαδένες από άνωθεν του διχασμού των λαγονίων αγγείων τους κάτω στο πυελικό τοίχωμα και θυροειδή βόθρο και μερικές φορές ακόμα και την προϊερή περιοχή.

Παρ' όλα αυτά, η ριζική πυελική λεμφαδενεκτομή αποδείχθηκε ότι όχι μόνο δεν εμποδίζει την πρόοδο της νόσου όταν υπάρχουν θετικοί λεμφαδένες, αλλά ορισμένες φορές αυξάνει σημαντικά τα επίπεδα της νοσηρότητας (διαρροή λέμφου, λεμφοκήλες, οίδημα κάτω άκρων).

6.1.4.2 Τροποποιημένη λεμφαδενεκτομή

Η τροποποιημένη λεμφαδενεκτομή μπορεί να γίνει όταν η αντιμετώπιση θεωρείται θεραπευτική και συνιστάται στην αφαίρεση του αδενικού ιστού από την περιοχή του θυροειδούς και έσω λαγονίων αγγείων.

Η τροποποίηση αυτή επιτρέπει ακριβή σταδιοποίηση, ενώ η νοσηρότητα είναι ιδιαίτερα λιγότερο βαριά ή και λείπει τελείως¹⁴.

6.1.5 Είδη και περιγραφή χειρουργικών επεμβάσεων στον καρκίνο του προστάτη

Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει 4 διαφορετικές χειρουργικές μεθόδους της προστατεκτομής, καθένας από τους οποίους είναι διαφορετικός:

- Η διουρηθρική προστατεκτομή
- Η οπισθοθητική προστατεκτομή
- Η περινεϊκή προστατεκτομή

Η ηλικία του ασθενούς (όχι μεγαλύτερη από 70 ετών), η γενική του κατάσταση και οι προσωπικές επιθυμίες του σχετικά με την θεραπεία έχουν σημαντική βαρύτητα στην εκλογή της θεραπείας της ριζικής προστατεκτομής κι λεμφαδενεκτομής, δηλαδή ή άλλης συντηρητικότερης αντιμετώπισης.

6.1.5.1 Η ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ (TUR-P) (Transurethral resection of prostate)

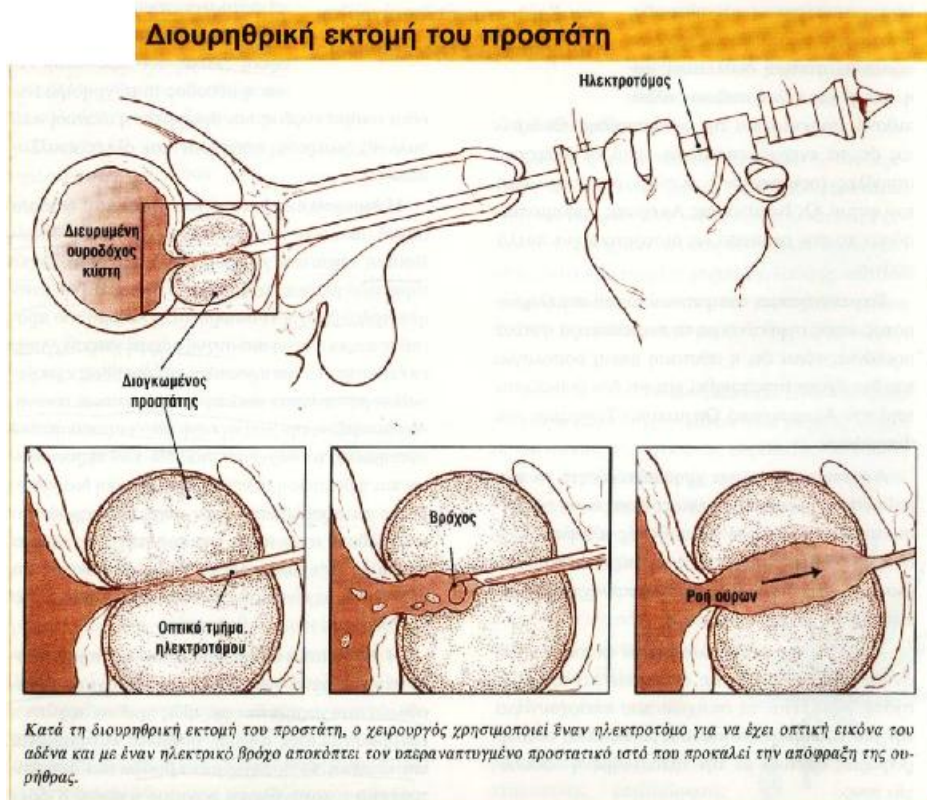
Αν τα αποτελέσματα της προσεκτικής αναμονής δεν είναι ικανοποιητικά και τα συμπτώματα ήταν σοβαρά ή μέτρια, που όμως αποδιοργάνωναν τη ζωή του ασθενούς, τότε ο ασθενής θα πρέπει να αποφασίσει μαζί με τον γιατρό αναλόγως την περίπτωση του, ποιο είδος χειρουργικής επέμβασης θα εφαρμοστεί. Οι γιατροί σχεδόν σε παγκόσμια κλίμακα συνιστούσαν σ' αυτή τη φάση την αφαίρεση του ιστού του προστάτη με τη διουρηθρική προστατεκτομή¹⁵.

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται κατ' εξοχήν για την αφαίρεση της καλοήθους υπερπλασίας του αδενώματος του προστάτου. Επινοήθηκε και τελειοποιήθηκε από τους Stern (1926) και McCarthy (1931).

Είναι ευνόητο ότι με τη μέθοδο αυτή δεν γίνεται ριζική αφαίρεση του προστάτη και επομένως η χρήση της περιορίζεται μόνο για τα στάδια εκείνα που η ριζική προστατεκτομή δεν είχε θέση, αλλά λόγοι

αποφράξεως των ούρων την επιβάλλουν βοηθητικώς. Η θέση της TUR στη βιοψία του προστάτου για διαγνωστικούς λόγους όπου ενδείκνυται, θα πρέπει να είναι υπ' όψιν του ουρολόγου. Βασική προϋπόθεση είναι η γνώση του χειρισμού του οργάνου και η σωστή εκτέλεση της επέμβασης που πράγματι σήμερα κατέχει εξέχουσα θέση στη χειρουργική ουρολογία και ειδικότερα στην χειρουργική ογκολογία της κύστεως¹⁴.

Η διουρηθρική εκτομή του προστάτη, αναφέρεται ως μέθοδος RotoRooter, είναι μια χειρουργική διαδικασία χωρίς τομή, που μειώνει τον ιστό του προστάτη με έναν ηλεκτρικό βρόχο¹⁵.



Η εγχείρηση αρχίζει με την νάρκωση που είναι συνήθως ολική ή ραχιαία αναισθησία που χορηγείται ακριβώς πριν αρχίσει η επέμβαση. Ο ασθενής τοποθετείται σε θέση γυναικολογική¹⁷ και η διαδικασία διαρκεί 60 λεπτά. Το προηγούμενο βράδυ εφαρμόζεται υποκλυσμός και δεν επιτρέπεται η κατανάλωση φαγητού ή ποτού 8 ώρες πριν την αναισθησία¹⁵.

Πριν την τοποθέτηση του ρεζεκτοσκοπίου (resectoscope) στην ουρήθρα, που έχει διάμετρο 26 ή 28 ch, γίνονται ήπιες διαστολές της ουρήθρας με Benigue μέχρι 30 ch για την αποφυγή τραυματισμού της και πρόκλησης στενωμάτων. Καλό είναι να προηγείται η τοποθέτηση κυστεοσκοπίου για την επισκόπηση της κύστης που πάντα πρέπει να γίνεται.

Στη διάρκεια της διαδικασίας ο γιατρός χρησιμοποιεί ένα ειδικό όργανο που ονομάζεται ηλεκτροτόμος ή ρεζεκτοσκόπιο (resectoscope) το οποίο εισάγεται μέσω της ουρήθρας, φτάνοντας στον προστάτη και είναι εφοδιασμένο με κατάλληλη οπτική και φωτισμό, που επιτρέπει την καλή και ευκρινή παρατήρηση της οπίσθιας ουρήθρας, γύρω από την οποία είναι ανεπτυγμένη η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη, το αδένωμα. Με ειδική αγκύλη, που μετακινείται κατά βούληση προς τα εμπρός και πίσω και ανάλογα με το διαβιβαζόμενο ηλεκτρικό ρεύμα, που άλλοτε της επιτρέπει να κόβει και άλλοτε να καυτηριάζει, προσφέρεται η δυνατότητα αφενός διατομής του προστάτη σε μικρά κομμάτια, που εύκολα παρασύρονται προς την κύστη, αλλά και αιμόστασης αφετέρου με τον καυτηριασμό των αιμορραγούντων αγγείων.

Η όλη διαδικασία γίνεται με τη συνεχή έγχυση υγρών (ισότονα διαλύματα) που διευκολύνουν την ευκρινή απεικόνιση του χειρουργικού πεδίου και τα οποία κατά την περιοδική τους έξοδο από την κύστη, συμπαρασύρουν και τα τεμαχίδια του προστατικού ιστού¹⁷.

Οι άνδρες συνήθως περνούν 1-2 ημέρες στο νοσοκομείο για να αναρρώσουν. Κατά την ανάρρωση, ο ασθενής ουρεί μέσω ενός λεπτού αγωγού (καθετήρα) που εισάγεται μέσω του πέους στην ουροδόχο κύστη και παραμένει 1-2 ημέρες μέχρι να πραγματοποιηθεί η κένωσή της. Από τη στιγμή που θα επιστρέψει σπίτι ο ασθενής, θα πρέπει να περιορίσει τη βαριά σωματική δραστηριότητα για 1-2 εβδομάδες ή και περισσότερο ώστε να αποφευχθεί η αιμορραγία.

6.1.5.1.2 Επιπλοκές της διουρηθρικής προστατεκτομής

Κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα οι περισσότεροι άνδρες που έχουν υποβληθεί σε διουρηθρική εκτομή του προστάτη παρουσιάζουν ανεσταλμένη εκσπερμάτιση. Αυτό σημαίνει ότι το σπέρμα ρέει προς την ουρήθρα και όχι προς την άκρη του πέους και αυτό συμβαίνει επειδή με την επέμβαση καταστρέφεται η βαλβίδα που κανονικά το αποτρέπει. Αργότερα το σπέρμα αποβάλλεται με τα ούρα. Αν και δεν είναι επιβλαβής για την υγεία του άνδρα, η ανεσταλμένη εκσπερμάτιση προκαλεί τη στειρότητά του (είναι ανίκανος να γίνει πατέρας). Ο παράγοντας αυτός πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο σοβαρής σκέψης αν και οι περισσότεροι άνδρες υποβάλλονται στην επέμβαση αυτή αφού ολοκληρώσουν την οικογένειά τους.

Οι πιο ανησυχητικές επιπλοκές συμβαίνουν στο 5%-10% των ασθενών και συμπεριλαμβάνουν:

- απώλεια αίματος
- ανικανότητα
- ακράτεια ούρων
- λοιμώξεις και επιπλοκές που σχετίζονται με την αναισθησία.

Αν και σχετικά σπάνιες, οι παρενέργειες αυτές εκδηλώνονται και πρέπει κανείς να τις λαμβάνει υπ' όψιν όταν μελετά τις επιλογές θεραπείας.

Είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι σύμφωνα με μια μελέτη αμερικανών, η διουρηθρική εκτομή του προστάτη δεν έχει περισσότερες πιθανότητες πρόκλησης σεξουαλικών προβλημάτων ακράτειας σε σχέση με την προσεκτική αναμονή¹⁵.

6.1.5.2 Οπισθοηβική προστατεκτομή (Retropubic Prostatectomy)

Η οπισθοηβική (retropubic prostatectomy) ή Millin προστατεκτομή είναι η κατά προτίμηση εφαρμοζόμενη ανοικτή προστατεκτομή.

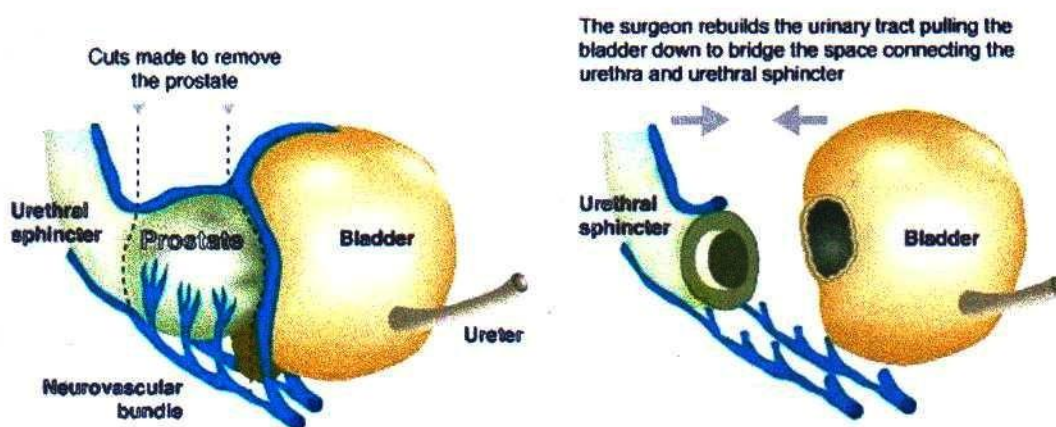
Η μέθοδος αυτή αν και είχε εφαρμοστεί στο παρελθόν από άλλους χειρουργούς, αποδίδεται στον Terrence Millin, που παρουσίασε την οπισθοηβική εγχείρηση το 1945 και τη διέδωσε ευρύτερα, μετά την έκδοση της μονογραφίας του, το 1947 με τίτλο «Οπισθοηβική Χειρουργική του Ουροποιητικού» (Retropubic Urinary Surgery)¹⁷.

Η οπισθοηβική προσπέλαση είναι η πλέον δημοφιλής λόγω της ευχέρειας για σύγχρονη πυελική λεμφαδενεκτομή και κοιλιακή διερεύνηση, καθώς επίσης διευκολύνει την κυστεοουρηθρική αναστόμωση και ελαττώνει την απώλεια αίματος και την νωρίς απολίνωση του αγγειακού πλέγματος¹⁴.

Ο ασθενής τοποθετείται στο χειρουργικό κρεβάτι σε ύπτια θέση. Με τη μέθοδο αυτή που γίνεται με τομή υπερηβική κάθετη ή συνηθέστερα με εγκάρσια, Plannestiel τομή στο κοιλιακό τοίχωμα, προσπελαύνεται το πρόσθιο τοίχωμα της κύστης που απωθείται προς τα άνω. Για να γίνει αυτό με την τομή Plannestiel, διανοίγεται πρώτα εγκάρσια το πρόσθιο πέταλο της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός και στη συνέχεια διαχωρίζονται οι δύο ορθοί κοιλιακοί και οι χαμηλότερα ευρισκόμενοι πυραμοειδείς μύες. Συχνά χρειάζεται και η διατομή του οπίσθιου πετάλου της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός, που προς τα κάτω δεν φθάνει, όπως γνωρίζουμε από την Ανατομική μέχρι την ηβική σύμφυση αλλά εκτείνεται μέχρι την ημικύκλιο γραμμή ή γραμμή του Douglas.

Μετά την τοποθέτηση του διαστολέα κοιλίας, αναπτύσσεται και παρασκευάζεται η πρόσθια επιφάνεια (οπισθοηβική) του προστάτη και απολινώνονται ή καυτηριάζονται τα στελέχη του επιπολής φλεβικού πλέγματος του Santorini.

Το αδένωμα όπως θα χαρακτηρίζεται στο εξής η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη, αφαιρείται μετά την εγκάρσια διάνοιξη της πρόσθιας κάψας μεταξύ δύο συνήθως παράλληλα εφαρμοζόμενων οδηγών ραφών, απλού gut cut No 0. Με το ψαλίδι στην αρχή και τον δείκτη του χεριού στη συνέχεια, διαχωρίζεται το αδένωμα από την χειρουργική κάψα του προστάτη και εξωτερικεύεται, ενώ το ανώτερο τμήμα του με τον μέσο λοβό αποκόπτεται από τη συνέχειά του με τον αυχένα της κύστης με το ψαλίδι και αφαιρείται. Στο σημείο αυτό έχει τοποθετηθεί μέσα στην κύστη, από το άνοιγμα του αυχένα, ο ειδικός διαστολέας (bladder neck retractor), που επιτρέπει την καλή παρατήρηση και τον εντοπισμό των ουρητηρικών στομιών¹⁷.



Ο Wolsh και ο Donker το 1982 αναφέρθηκαν στις μελέτες τους για την νεύρωση των σηραγγωδών σωμάτων αρρένων εμβρύων και νεογέννητων.

Διαπίστωσαν λοιπόν ότι οι κλάδοι των πυελικών που κατευθύνονται στα σηραγγώδη σώματα, εντοπίζονται μεταξύ του ορθού και της ουρήθρας και διαπερνούν το ουρογεννητικό διάφραγμα κοντά στο μυϊκό τοίχωμα της ουρήθρας και ότι η βλάβη εμφανίζεται με τον διαχωρισμό των πλαγίων προστατικών κλάδων και με την αφαίρεση της κορυφής του

προστάτου κατά τη διάρκεια της ουρηθρικής αφαίρεσης. Αυτές οι βλάβες σχετίζονται με την εμφάνιση της ανικανότητας μετά την προστατεκτομή.

Τελευταίως ο Wolsh και οι συνεργάτες του, περιέγραψαν μια παραλλαγή της ριζικής οπισθοβικής προστατεκτομής κατά την οποία διαφύλασσαν τις νευροαγγειακές δεσμίδες, ελαττώνοντας έτσι την ανικανότητα, χωρίς δυσμενή επίδραση στην εξέλιξη του καρκίνου.

Οι χειρουργικές τροποποιήσεις περιλαμβάνουν δύο μέρη:

1. ότι η τομή στην πλάγια πυελική περιτονία τοποθετείται μπροστά από τις νευραγγειακές δεσμίδες και
2. ο διαχωρισμός από το πλάγιο σκέλος γίνεται όσο το δυνατόν πιο κοντά στον προστάτη για να αποφευχθεί βλάβη δεσμίδων του πυελικού πλέγματος που συνοδεύει τα αγγεία της προστατικής κάψας.

Η περιτονία του Denonvillier θεωρείται σαν όριο στους χειρισμούς στην ριζική προστατεκτομή, αφού μεταξύ του προσθίου και οπισθίου πετάλου αυτής θα γίνει ο διαχωρισμός και η απελευθέρωση του τοιχώματος του ορθού.

Η τυχόν διήθηση της κάψας εξηγεί τις τοπικές υποτροπές μετά από ριζική προστατεκτομή και είναι ένα σημείο που θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπ' όψιν από τους χειρουργούς¹⁴.

6.1.5.2.1 Διεγχειρητικές επιπλοκές

Η πιο κοινή διεγχειρητική επιπλοκή είναι η αιμορραγία από το φλεβικό δίκτυο (ραχιαία του πέους - υπογάστρια και σπάνια από τη λαγόνιο φλέβα).

Επίσης σημαντικού βαθμού απώλεια αίματος έχουμε κατά τη διάρκεια της λεμφαδενεκτομής και στη φάση της απολίνωσης της ραχιαίας του πέους καθώς και κατά τη διάνοιξη της ενδοπυελικής

περιτονίας, όταν ανοιχθεί πολύ κοντά στο πλευρικό τοίχωμα του προστάτη.

Η λιγότερη κοινή επιπλοκή είναι ο τραυματισμός και η διατομή του θυροειδούς νεύρου, καθώς επίσης και ο τραυματισμός του ορθού.

Σε μια σειρά από 2.900 ριζικές προστατεκτομές οι κακώσεις του ορθού δεν ξεπερνούσαν τις 10.

6.1.5.2.2 Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Οι τυπικές απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:

1. Η καθυστερημένη αιμορραγία και η δημιουργία συμπτωμάτων.
2. Η διάσπαση της ουρηθροκυστικής αναστομώσεως.
3. Η ακράτεια των ούρων.
4. Η στυτική δυσλειτουργία.
5. Τα στενώματα της ουρηθροκυστικής αναστόμωσης.

Τα ποσοστά ακράτειας των ούρων παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ουρολογικών κλινικών. Πάντως, το ποσοστό ακράτειας των ούρων κυμαίνεται από 2-27%.

6.1.5.2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία της οπισθοβικής προστατεκτομής

Ο Catalonia και συν. έχουν ανακοινώσει στις διάφορες σειρές τους από το 1778 διαδοχικούς ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με ριζική προστατεκτομή από το πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον.

Εξ' αυτών θετικά χειρουργικά όρια βρέθηκαν στο 21% των ασθενών, το 9% είχε διήθηση των σπερματοδόχων κύστεων και μόνο το 2% είχε λεμφαδενική μετάσταση⁴.

6.1.5.3 Περινεϊκή Προστατεκτομή (Perineal Prostatectomy)

Η ριζική περινεϊκή προστατεκτομή περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1866 από τον Kuchler στη Γερμανία, περίπου την ίδια εποχή που ο Billroth αφαίρεσε ένα κακοήγη προστάτη με περινεϊκή τομή.

Αργότερα, ο Leisrink και ο Zuckerkandl παράλλαξαν και σχολίασαν την τεχνική αυτή. Η επέμβαση έγινε αποδεκτή στην Γερμανία μετά το 1905 όταν ο Young περιέγραψε την εμπειρία του στην περινεϊκή προστατεκτομή¹⁴.

Οι ενδείξεις για τη ριζική περινεϊκή προστατεκτομή είναι οι ίδιες με τις οπισθοηβικής ριζικής προστατεκτομής.

Υπάρχουν όμως ορισμένες ιδιαιτερότητες για την επέμβαση αυτή, όπως η εμπειρία του χειρουργού όσον αφορά την περιοχή του περινέου, δηλαδή να είναι γνώστης της ανατομικής της περιοχής, η θέση του ασθενούς στο χειρουργικό κρεβάτι, η συνεργασία του ουρολόγου και του αναισθησιολόγου και τέλος ο ειδικός τεχνικός εξοπλισμός (Retraktor κυρτό-ευθύ Lowsley - Λούπες +2 και κατευθυνόμενος φωτισμός).

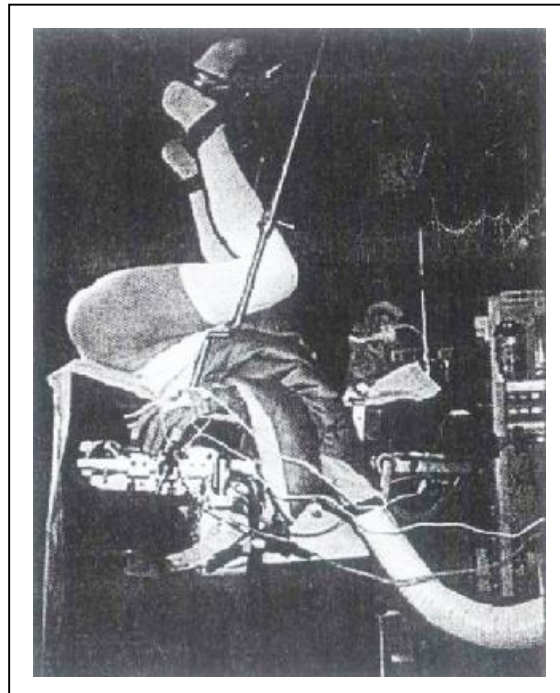
6.1.5.3.1 Στάδια ριζικής της περινεϊκής προστατεκτομής

1. Θέση ασθενούς - εγχειρητική τομή
2. Κινητοποίηση του ορθού
3. Διατομή πλαγίων αγγειακών συνδέσμων
4. Διατομή της μεμβραβώδους ουρήθρας και των ηβοπροστατικών συνδέσμων.
5. Διατομή του αυχένα της κύστεως
6. Παρασκευή των σπερματοδόχων κύστεων και απολίνωση των σπερματικών πόρων.
7. Αφαίρεση του παρασκευάσματος (προστάτης, σπερματοδόχοι κύστες)
8. Κυστεοουρηθρική αναστόμωση
9. Σύγκλιση της εγχειρητικής εκτομής⁴.

6.1.5.3.2 Η τεχνική της ριζικής περινεϊκής προστατεκτομής

Η προσπέλαση του προστάτη στην περινεϊκή προστατεκτομή γίνεται, όπως υποδηλώνεται από την ονομασία της, από το περίνεο, από το οποίο οδηγούμαστε στην οπίσθια επιφάνεια ή οπίσθια κάψα του προστάτη. Για να γίνει αυτό, ο ασθενής τοποθετείται σε γυναικολογική θέση, με ανασηκωμένη εξαιρετικά τη λεκάνη του (exaggerated lithotomy position) και εκτελείται ημικυκλική τομή στο περίνεο, αμέσως έμπροσθεν του πρωκτού, της οποίας τομής το κυρτό στρέφεται προς τα πρόσω και τα άκρα της φθάνουν μέχρι τα ισχιακά κυρτώματα.

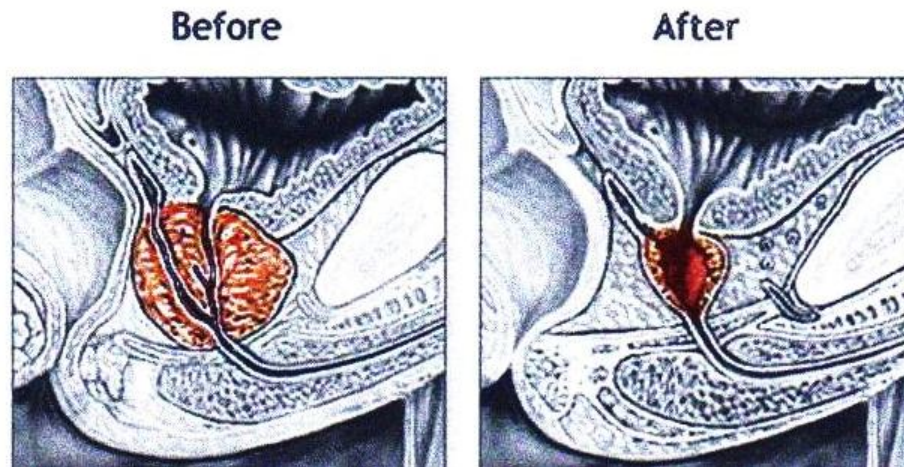
Θέση λιθοτομής ή
γυναικολογική



Η εγχείρηση αρχίζει με την τοποθέτηση στην ουρήθρα, μέχρι την κύστη, της ειδικής λαβίδας - διαστολέα Lowsley, η οποία ελκόμενη προς τα έξω με τα άκρα της ανοιχτά, βοηθάει στην κατάσπαση του αυχένα προς τα κάτω και έτσι και του προστάτη προς το περίνεο. Μετά τη διάνοιξη του δέρματος και του υποδορίου διαχωρίζονται οι μύες της επιπολής στιβάδας και διατέμνεται εγκάρσια το τενόντιο κέντρο του περινέου. Αποκαλύπτονται έτσι οι ανελκτήρες μύες του πρωκτού και ακριβώς στη μέση γραμμή ο ουρηθροεντερικός μυς (rectourethralis

muscle), που αποκόπτεται εγκάρσια, πολύ κοντά προς την ουρήθρα, ενώ οι ανελκτήρες μύες απωθούνται προς τα πλάγια και επάνω. Έτσι αναπτύσσεται οπίσθια επιφάνεια του προστάτη, που καλύπτεται από το πρόσθιο πέταλο της ευθυπροστατικής περιτονίας του Denonvillier, μετά την εγκάρσια διάνοιξη της οποίας, όπως και της οπίσθιας κάψας του προστάτη, δημιουργείται το πλάνο διαχωρισμού του αδενώματος που εύκολα αφαιρείται.

Η περινεϊκή προστατεκτομή παρέχει τη δυνατότητα καλύτερης και ευκολότερης αιμόστασης, έχει όμως ιστορική πλέον σημασία και έχει εγκαταλειφθεί, κυρίως λόγω των επιπλοκών της¹⁷.



6.1.5.3.3 Πλεονεκτήματα της ριζικής περινεϊκής προστατεκτομής

1. Προσφέρει καλύτερο χειρουργικό πεδίο και καλύτερο έλεγχο των αγγειακών μίσχων¹⁴.
2. Μικρότερη απώλεια αίματος 300-500 ml
3. Εύκολη και υπ' όραση παρασκευή και αναστόμωση της ουρήθρας με τον αυχένα της ουροδόχου κύστεως⁴
4. Έχει μειωμένο εγχειρητικό χρόνο
5. Έχει λιγότερες καρδιοπνευμονικές επιπλοκές¹⁴
6. Γρήγορη κινητοποίηση του ασθενούς

7. Ανώδυνη μετεγχειρητική πορεία, διότι η προσπέλαση δεν είναι διακοιλιακή
8. Χαμηλό κόστος νοσηλείας και σύντομη παραμονή στο Νοσοκομείο⁴
9. Τέλος, επειδή το στάδιο B₁ όπου το ποσοστό της πυελικής λεμφαδενικής καταλήψεως είναι περίπου 10% η προσπέλασε αυτή θεωρείται ιδεώδης.

Στις περιπτώσεις που θα γίνει χωριστά λεμφαδενεκτομή και μετά τη βιοψία ακολουθήσει η περινεϊκή προστατεκτομή, είναι αυτονόητο ότι απαιτείται ξεχωριστή αναισθησία και ασφαλώς παράταση του χρόνου νοσηλείας.

6.1.5.3.4 Μειονεκτήματα της ριζικής περινεϊκής προστατεκτομής

Μειονεκτήματα της μεθόδου θεωρούνται:

1. ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για ουρηθρικό συρίγγιο
2. Αυξημένος κίνδυνος για κακώσεις του ορθού
3. Η ανικανότητα όπως ελέχθη για την εκτίμηση της κατάστασης των πυελικών λεμφαδένων¹⁴
4. Δεν επιτρέπει την πρόσβαση στους λεμφαδένες της πυέλου που προκαλούν την κένωση του προστάτη.

6.1.5.3.5 Επιπλοκές περινεϊκής προστατεκτομής

1) Κάκωση του ορθού (ρήξη)

Η κάκωση του ορθού μπορεί να συμβεί είτε λόγω ανεπαρκούς καθαρισμού του εντέρου, είτε λόγω απειρίας του χειρουργού.

Η ρήξη του ορθού συνήθως συμβαίνει τη στιγμή που ο χειρουργός προσπαθεί να διαχωρίσει τον ουρηθροορθικό μυ ή να αποκολλήσει την περιτονία του Denonvillier και τις σπερματοδόχους κύστες από τον

ορθό. Η ρήξη όμως δεν επηρεάζει την επέμβαση, διότι μπορεί να γίνει αμέσως συρραφή του ορθού και να συνεχιστεί η επέμβαση.

2) Διαφυγή των ούρων

Η διαφυγή των ούρων που εμφανίζεται μετά από τη ΡΠΠ είναι ασυνήθης κατά τη διάρκεια της πρώτης μετεγχειρητικής εβδομάδας. Εάν η διαφυγή ούρων εμφανισθεί αφότου έχει αφαιρεθεί ο καθετήρας τη δέκατη τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα, ο άμεσος επανακαθετηριασμός είναι η ενδεδειγμένη λύση για 7-10 μέρες ακόμη.

3) Μετεγχειρητική αιμορραγία

Η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Όταν κάποιος παρουσιάσει αιμορραγία, πρέπει ο χειρουργός να υποψιαστεί διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος που δεν αποκαλύφθηκαν κατά τη διάρκεια της στερεότυπης προεγχειρητικής αξιολόγησης.

4) Ουροχόο συρίγγιο

Το ουροχόο συρίγγιο μπορεί να συμβεί από δύο λόγους: από μη καλή παροχέτευση του καθετήρα και από νέκρωση της αναστόμωσης λόγω μεγάλης τάσης των ραμμάτων.

5) Καθυστερημένη θεραπεία του τραύματος και μόλυνση

Οι μη απορροφήσιμες ραφές που χρησιμοποιούνται για να κλείσουν το δέρμα του περινέου αφήνονται μέχρι και 2 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Εάν υπάρξει διάσταση του τραύματος, η περιοχή μπορεί να μολυνθεί πολύ εύκολα. Αμέσως αφαιρείται ο καθετήρας και γίνονται θερμά λουτρά στον ασθενή δύο φορές ημερησίως. Επίσης χορηγείται θεραπεία με αντιβιοτικά.

6) Ακράτεια ούρων (stress urinary incontinence)

Η ακράτεια είναι προσωρινή και συμβαίνει διότι υπάρχουν ακόμα αυξημένες πιέσεις στην ουροδόχο κύστη λόγω της προεγχειρητικής αποφρακτικής κατάστασης, με αποτέλεσμα ο εξωστήρας μυς να μην μπορεί να ρυθμίσει τις υπάρχουσες πιέσεις.

Θα υπάρξει όμως περίοδος που θα συγχρονιστούν οι δυνάμεις και η ούρηση θα αποκατασταθεί, βοηθώντας τον ασθενή και με τη γυμναστική του περινέου.

Προεγχειρητικά όμως θα πρέπει να γνωρίζει ο ασθενής για αυτό το διάστημα της ούρησης.

7) Κοπροχόο συρίγγιο

Το κοπροχόο συρίγγιο αντιμετωπίζεται με αποστείρωση του εντέρου, χρησιμοποιώντας θειικό άλας νεομυκίνης σε δόση 1 Gm ανά ώρα για τέσσερις δόσεις, που ακολουθείται από 1 Gm κάθε 4 ώρες. Αυτό το πρόγραμμα ακολουθείται για 72 ώρες και διακόπτεται.

Ταυτόχρονα με την έναρξη του προγράμματος αποστείρωσης του εντέρου, ο ασθενής λαμβάνει παρεντερική σίτιση με συμπλήρωμα βιταμινών. Ο σφιγκτήρας του πρωκτού διαστέλλεται με το χέρι και ένας μαλακός πρωκτικός σωλήνας τοποθετείται για μια απόσταση 14 εκατ.

Αν ο σωλήνας φράξει, τότε αντικαθίσταται. Η παροχέτευση των ούρων με ουρηθρικό καθετήρα συνεχίζεται έως ότου κλείσει το κοπροχόο συρίγγιο. Τα θερμά λουτρά, δύο ή τρεις φορές καθημερινά, χωρίς να βρέχονται η ουρήθρα και ο καθετήρας, βοηθούν στη θεραπεία. Η επιμελής εμμονή σε αυτό το πρόγραμμα αποτρέπει το σχηματισμό των χρόνιων συριγγίων.

Τα ποσοστά των συριγγίων κατά τον Bishoff (1998) σε 784 οπισθοθηβικές προστατεκτομές και 123 περινεϊκές είναι 8% και 16% αντίστοιχα.

8) Ακράτεια

Η ακράτεια κοπράνων από διατομή των σφιγκτήρων του ορθού.

9) Φλεγμονή του κυτταρολιπώδους ιστού γύρω από το ορθό (celulitis).

Με τη χρήση αντιβίωσης η φλεγμονή υποχωρεί πλήρως μετά από 2-3 ημέρες.

Λόγω της ακρίβειας της προσέγγισης, της ακρίβειας στην αιμόσταση, του οπτικού ελέγχου σε όλα τα στάδια της επέμβασης της έτοιμης προσαρμογής του χειρουργού στις μεμονωμένες ανατομικές παραλλαγές, της μεγάλης μείωσης των διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών, της ταχύτητας της θεραπείας και του σύντομου διαστήματος παραμονής στο νοσοκομείο, η ριζική περινεϊκή προστατεκτομή είναι μια αποτελεσματική χειρουργική μέθοδος με πολλά οφέλη. Αυτά τα πλεονεκτήματα είναι τόσο αληθινά σήμερα, όπως όταν πρωτογράφονταν από τον Δρ. Elmer Belt (1939). Η περινεϊκή προστατεκτομή συγκαταλέγεται στις minimally invasive surgery⁴.

6.1.5.4 Μείωση των παρενεργειών των χειρουργικών επεμβάσεων

Παλαιότερα, οι άνδρες έτρεμαν μπροστά στους κινδύνους της ριζικής προστατεκτομής, ειδικά τη μόνιμη ανικανότητα, η οποία παρουσιαζόταν σε σχεδόν όλες τις περιπτώσεις. Αυτό όμως άρχισε να αλλάζει στις αρχές της δεκαετίας του 1980, όταν ο ουρολόγος Patrick Walsh στο Johns Hopkins Hospital πραγματοποίησε αυτό που ονόμασε «ανατομική προσέγγιση» στη χειρουργική επέμβαση.

Η επέμβαση πραγματοποιείται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην επηρεαστεί η δέσμη των νεύρων που ελέγχουν τη στύση κι έτσι περιορίζονται οι πιθανότητες σοβαρών παρενεργειών, όπως της

ακράτειας ούρων και της σημαντικής απώλειας αίματος. Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι όλοι θέλουν να υποβάλλονται σε προστατεκτομή με διατήρηση νεύρων που τώρα γίνεται σε όλη την επικράτεια των Η.Π.Α.

Ωστόσο η επιτυχία δεν είναι εγγυημένη. Αν ο όγκος βρίσκεται πολύ κοντά στη δέσμη των νεύρων δεν είναι δυνατόν να σωθούν.

Οι εκτιμήσεις του αριθμού των ανδρών που υποβάλλονται σε ριζική προστατεκτομή και που πραγματικά επανακτούν την ικανότητα να επιτυγχάνουν στύση, ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό, από 25% έως 80%.

Ακόμα κι αν η επέμβαση είναι επιτυχής, θα χρειαστούν έξι, ίσως και περισσότεροι μήνες ώστε οι μικρές νευρικές ίνες - που συχνά σταματούν να μεταφέρουν ερεθίσματα όταν τραυματιστούν κατά την επέμβαση - να επουλωθούν επαρκώς, ώστε να αποκατασταθεί η σεξουαλική λειτουργία. Σημαντική είναι η επιλογή έμπειρου χειρουργού.

Η πιθανότητα επιτυχούς αποτελέσματος - δηλαδή η διατήρηση της ικανότητας επίτευξης στύσης, η αποφυγή της ακράτειας ούρων και κυρίως η ίαση του καρκίνου - εξαρτάται σε γενικές γραμμές από τον αριθμό των επεμβάσεων που έχει ήδη πραγματοποιήσει ο χειρουργός.

Ωστόσο, η επαναφορά της σεξουαλικής λειτουργίας εξαρτάται και από την ηλικία του ασθενούς (καλύτερα είναι τα αποτελέσματα στους άνδρες κάτω από τα 65) και τη θέση του όγκου.

Για να βοηθηθεί αυτή η διαδικασία μπορεί να χορηγηθεί θεραπευτική αγωγή.

6.1.5.5 Επιδημιολογικά στοιχεία χειρουργικών επεμβάσεων

Εν πάση περιπτώσει, η ανικανότητα είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο. Μια μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2000 στο Journal of the National Cancer Institute και στην οποία συμμετείχαν 1.156 άνδρες, ανέφερε ότι δύο χρόνια μετά την υποβολή σε ριζική προστατεκτομή, τα

4/5 των ανδρών δεν μπορούσαν να διατηρήσουν επαρκή στύση για συνουσία.

Η ακράτεια ούρων είναι λιγότερο συχνή. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, δύο χρόνια μετά τη ριζική προστατεκτομή, το 28% των ανδρών χρησιμοποιούσαν πάνες για την απορρόφηση της διαφυγής.

Οι ασθενείς πρέπει να ζητούν πληροφορίες για τα ποσοστά επιπλοκών όπως η ανικανότητα και η ακράτεια όταν επισκέπτονται τον χειρουργό. Ευτυχώς οι πιθανότητες θανάτου στη διάρκεια ή ακριβώς μετά από τη ριζική προστατεκτομή είναι πολύ μικρές - λιγότερο από 1% - αλλά και αυτός ο κίνδυνος θα πρέπει να συνυπολογίζεται¹⁵.



6.1.6 Ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του προστάτη

1. Ιστορική ανασκόπηση - Εισαγωγή

Η θεραπεία του καρκίνου του προστάτη με εξωτερική ακτινοθεραπεία άρχισε αμέσως μετά την ανακάλυψη των ακτίνων X το 1895.

Το 1910 αρχίζει η ενδοουρηθρική εφαρμογή ραδίου από τους Paschkis και T. Hinger στην Ευρώπη. Το 1913 αυτή η τεχνική μεταφέρεται στην Αμερική, από τον Hugh Young, τον πατέρα της αμερικανικής ουρολογίας, ο οποίος στη συνέχεια αναπτύσσει δικές του τροποποιήσεις, με ενδοουρηθρική, ενδοορθική εφαρμογή ραδίου, καθώς και ενδοϊστική ακτινοθεραπεία ή βραχυθεραπεία με εμφύτευση βελονών ραδίου.

Γύρω στα 1930 η εξωτερική ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται σαν ανακουφιστική θεραπεία, για την αντιμετώπιση της τοπικά προχωρημένης νόσου, με σημαντικά αποτελέσματα, όπως προκύπτει από την δημοσίευση εργασιών του Widmann.

Ανάμεσα στο 1940 μέχρι τα μέσα του 1950 δεν γινόταν ουσιαστική χρήση της εξωτερικής ακτινοθεραπείας, προφανώς λόγω της εισαγωγής της ορμονοθεραπείας από τους Huggins και Hodges.

Στα μέσα όμως του 1950, το ενδιαφέρον για την ακτινοθεραπεία του καρκίνου του προστάτη, επανέρχεται, αφ' ενός μεν λόγω των προβλημάτων από την ορμονοθεραπεία (καρδιαγγειακά προβλήματα, γυναικομαστία) και αφ' ετέρου λόγω της χρήσης υψηλής ενέργειας ακτινοβολιών, όπως των ακτίνων γ του Co και των ακτίνων X από τους γραμμικούς και κυκλικούς επιταχυντές (Υπερδυναμικές ακτινοβολίες).

Η ακτινοθεραπεία του προστατικού καρκίνου καθορίστηκε κυρίως με τις προσπάθειες των del Regato και Bagshaw. Ένας αριθμός δημοσιευμάτων, τα πρόσφατα χρόνια έχει δείξει, ότι η υπερδυναμική

ακτινοβολία είναι μια αποτελεσματική θεραπεία, για ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, ο οποίος περιορίζεται στην πύελο.

Ο σκοπός της θεραπείας δηλ. έχει μετατεθεί από αυτόν της παρηγορικής ακτινοθεραπείας, για τοπικά εκτεταμένη νόσο, σε οριστική θεραπεία με θεραπευτικό στόχο¹⁴.

2. Ενδείξεις Ακτινοθεραπείας

Η ριζική ακτινοθεραπεία ενδείκνυται:

- § Στον εντοπισμένο σταδίου T₁-T₂ καρκίνο του προστάτου
- § Στον τοπικά προχωρημένος σταδίου T₃ καρκίνο του προστάτη
- § Επί υπάρξεως λεμφαδενικών μεταστάσεων (N+), ανεξαρτήτως σταδίου.
- § Μετεγχειρητικές εφ' όσον υπάρχει εξωπροστατική επέκταση της νόσου ή μεταστατική διήθηση των λεμφαδένων
- § Σε συνδυασμό με ορμονοθεραπεία
- § Επί τοπικών υποτροπών μετά από ριζική προστατεκτομή.
- § Όχι πρόσφατη διουρηθρική προστατεκτομή.
- § Απουσία νόσου κόλον και ορθού
- § Σε συνδυασμό με τη βραχυθεραπεία ως συμπληρωματική θεραπεία σε τοπικώς προχωρημένους όγκους.

3. Πλεονεκτήματα της ακτινοθεραπείας

Τα πλεονεκτήματα της ακτινοθεραπείας για τη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών είναι:

- § Υψηλά ποσοστά ίασεως συγκρίσιμα με αυτά της ριζικής προστατεκτομής.
- § Αποφυγή επεμβάσεως

- § Εφαρμογή σε ασθενείς οι οποίοι δεν δύνανται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση λόγω αρνήσεως ή άλλων παθολογικών προβλημάτων.

4. Μειονεκτήματα της ακτινοθεραπείας

Τα μειονεκτήματα της ακτινοθεραπείας είναι:

- § Αδυναμία επακριβούς καθορισμού του σταδίου (ιστολογικώς)
- § Μεγάλος χρόνος θεραπείας (7-8 εβδομάδες)
- § Δυσκολία ως προς την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος
- § Πιθανή μεταθεραπευτική νοσηρότητα, λόγω μετακτινικών παρενεργειών (μετακτινική ορθίτις, κυστίτις, ακράτεια, ανικανότητας).
- § Ενδεχόμενη ψυχολογική επιβάρυνση του ασθενούς⁴.

5. Αντιμετώπιση του καρκίνου με ακτινοθεραπεία

Για τον σωστό προγραμματισμό της θεραπείας, είναι απαραίτητος ο ακριβής καθορισμός του σταδίου της νόσου, δηλ. η τοπική επέκταση (διήθηση της κάψας - περιπροστατικών ιστών) ή η ύπαρξη λεμφαδενικών μεταστάσεων ή αιματογενών, κυρίως στα οστά, ο οποίος βασίζεται στην κλινική εξέταση, καθώς και στα ευρήματα από την ηλεκτρονική τομογραφία (C.T. Scanning), τον σπινθηρογραφικό και ακτινολογικό έλεγχο, ή την λεφαγγειογραφία.

Οι τεχνικές θεραπείας για το αδενοκαρκίνωμα του προστάτη ποικίλουν. Σε άλλα ιστιτούτα ο προστατικός καρκίνος αντιμετωπίζεται αποκλειστικά με εξωτερική ακτινοθεραπεία, σε άλλα με ενδοϊστική ή εφαρμόζεται συνδυασμός εξωτερικής και ενδοϊστικής ακτινοθεραπείας με ή χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό της πυέλου¹⁴.

Στη θεραπεία αυτή χρησιμοποιείται μια μορφή ενέργειας, οι ακτινοβολίες, για να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα. Οι γιατροί συνιστούν συχνότερα την ακτινοθεραπεία σε άνδρες που δεν θα αποτελούσαν καλές περιπτώσεις για να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, εξαιτίας της κακής κατάστασης της υγείας τους ή σε ηλικιωμένους άνδρες με προσδόκιμο όριο επιβίωσης μικρότερο από 10 χρόνια.

Ωστόσο, οι ακτινοθεραπευτές ογκολόγοι (ειδικοί που θεραπεύουν τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο με ραδιοθεραπεία), υπογραμμίζουν ότι συχνά, άνδρες που αποτελούν καλές περιπτώσεις για να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, είναι εξίσου καλές περιπτώσεις και για να υποβληθούν σε ραδιοθεραπεία.

Από τη στιγμή που πολλοί είναι εκείνοι που προτιμούν να αποφύγουν τη χειρουργική επέμβαση εφόσον είναι δυνατόν, η ραδιοθεραπεία μπορεί να αποτελέσει μια λογική εναλλακτική λύση για τους νεότερους άνδρες αυτής της κατηγορίας. Προκειμένου να βελτιωθεί η επιβίωση, η ακτινοθεραπευτική χρησιμοποιείται μερικές φορές σε συνδυασμό με μια μορφή ορμονοθεραπείας που ονομάζεται επικουρική θεραπεία με ανδρογονικό αποκλεισμό.

Όσον αφορά στο αν η ραδιοθεραπεία είναι όσο αποτελεσματική είναι και η χειρουργική επέμβαση στη θεραπεία καρκίνου του προστάτη σε αρχικό στάδιο υπάρχει αντιδικία, αν και δεν υπάρχουν πειστικά στοιχεία για καμιά από τις δύο προσεγγίσεις. Ωστόσο, επειδή ένας μικρός αριθμός καρκινικών κυττάρων είναι πιθανόν να επιβιώσει μετά από έναν πλήρη κύκλο ορμονοθεραπείας, υπάρχουν κάποιες ανησυχίες ότι ο καρκίνος μπορεί να επαναεμφανιστεί μετά από 5 ή περισσότερα χρόνια.

Αυτός είναι ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο πολλοί ουρολόγοι συνιστούν χειρουργική επέμβαση στους άνδρες ηλικίας 60 ετών ή

νεότερους, με καρκίνο του προστάτη σε αρχικό στάδιο αν και οι ακτινολόγοι συχνά διαφωνούν.

Οι ακτινοβολίες χρησιμοποιούνται μερικές φορές όταν η χειρουργική επέμβαση αποκαλύψει ότι ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέρα από την προστατική κάψα (T3) ή μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάποιους μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση αν η εξέταση PSA υποδείξει την παρουσία υπολειπόμενου καρκίνου.

Οι γιατροί χρησιμοποιούν την ακτινοβολία με δύο τρόπους:

1. Εξωτερική ακτινοβολία
2. Ενδοϊστική ακτινοθεραπεία ή βραχυθεραπεία.

6.1.6.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Στους περισσότερους ασθενείς γίνεται θεραπεία με εξωτερικές ακτίνες, στην οποία οι ακτίνες υψηλής ακτινοβολίας στοχεύουν άμεσα στον όγκο του προστάτη (και μερικές φορές στους παρακείμενους λεμφαδένες).

Το πρώτο βήμα είναι μια υπολογιστική τομογραφία, η οποία μεταδίδει μια εικόνα σε έναν υπολογιστή που δημιουργεί έναν ακριβή τρισδιάστατο χάρτη του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων. Ο χάρτης επιτρέπει στον ακτινολόγο να στοχεύσει επακριβώς στους καρκινικούς ιστούς, προστατεύοντας παράλληλα τους υγιείς παρακείμενους ιστούς, συμπεριλαμβανομένων αυτών της ουροδόχου κύστης και του ορθού.

Ο ακτινολόγος κατ' αρχήν θέτει τον ασθενή στο τραπέζι ακριβώς στη σωστή θέση πριν να αρχίσει να εκπέμπεται η ακτινοβολία κι έπειτα τοποθετεί καλύμματα από μόλυβδο για να προστατεύσει τους φυσιολογικούς ιστούς.

Τέλος, ενεργοποιεί τη συσκευή που εκπέμπει την ακτινοβολία. Η θεραπεία είναι γρήγορη και ανώδυνη. Επειδή όμως η δόση πρέπει να

κατανεμηθεί σε μια διάρκεια χρόνου, η θεραπεία επαναλαμβάνεται πέντε φορές την εβδομάδα για 6 με 8 εβδομάδες.

Η χρονική αυτή δέσμευση μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα αν το σπίτι ή ο χώρος εργασίας σας δεν βρίσκονται κοντά στο νοσοκομείο¹⁵.

1) Πεδία ακτινοβολίας - τεχνικές

Ο καθορισμός του πεδίου ακτινοβολήσης γίνεται με την χρήση εξομοιωτή (simulator). Εισάγεται σκιαστικό στην κύστη, για καθορισμό του άνω χείλους του προστατικού αδένα.

Τα πεδία ακτινοβολίας ποικίλουν. Γίνεται συνδυασμός 4 πεδίων (δύο πλάγια, πρόσθιο, οπίσθιο - box technique), 5 πεδίων (πρόσθιο, 2 πρόσθια λοξά, 2 οπίσθια λοξά), περιστροφική ή τοξοειδής θεραπεία 120° για την χορήγηση της συμπληρωματικής δόσης ή εφαρμόζεται η τεχνική των δύο αντιθέτων πυελικών πεδίων, καθώς και η τεχνική των 3 πεδίων (δύο αντίθετα - πρόσθιο, οπίσθιο πυελικό - και ένα περινεϊκό).

2) Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας τόσο στον χειρουργήσιμο, όσο και στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του προστάτη, είναι πολύ ικανοποιητικά.

Η πενταετής επιβίωση για νόσο εντοπισμένη (Στάδιο B) είναι 81% και 62-68% για στάδιο C. Δόση όγκου 65-70 GY δίνει ποσοστό τοπικού ελέγχου 90-100%.

Το ποσοστό των τοπικών υποτροπών είναι αντιστρόφως ανάλογο με την δόση όγκου. Σε δόση όγκου 65-70 GY παρατηρείται το μικρότερο ποσοστό τοπικών υποτροπών¹⁴.

3) Ακτινοθεραπεία με νετρόνια

Η ακτινοθεραπεία με νετρόνια, για τη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, ιδιαίτερος στον τοπικώς προχωρημένο καρκίνο του προστάτη, βρίσκεται υπό διερεύνηση. Οι ραδιοβιολογικές παράμετροι για το συγκεκριμένο, αργά αναπτυσσόμενο όγκο, είναι ευνοϊκές για θεραπεία με υψηλό LET ακτινοβολία. Στην τυχαιοποιημένη μελέτη RTOG 77-04 παρατηρήθηκε στη 10ετή επιβίωση σημαντική διαφορά (53% vs 29%) για τους ασθενείς οι οποίοι υπεβλήθησαν σε συνδυασμένη θεραπεία με φωτόνια και νετρόνια. Η αρχικώς παρατηρηθείσα τοξικότης της θεραπείας έχει μειωθεί με την εφαρμογή σύμμορφου ακτινοθεραπείας⁴.

4) Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Όταν τα χειρουργικά χείλη εκτομής δεν είναι ελεύθερα μετά από ριζική προστατεκτομή, ή όταν υπάρχει διάσπαση της κάψας ή διήθηση των σπερματοδόχων κύστεων, περιπτώσεις, που συνδέονται με 40-50% τοπικές υποτροπές, συνιστάται μετεγχειρητική ακτινοβολία. Η δόση όγκου είναι 60 GY αντί των 70 GY που απαιτούνται μετά την κλινική εμφάνιση της υποτροπής, με αποτέλεσμα την βελτίωση του τοπικού ελέγχου 94% έναντι του 79% και με λιγότερες επιπλοκές.

Επίσης μετεγχειρητική ακτινοβολία συνιστάται σε όγκους μικρής διαφοροποίησης.

5) Πρόγνωση

Η πρόγνωση της νόσου εξαρτάται από το στάδιο, την διαφοροποίηση των κυττάρων του όγκου και την ηλικία.

Η πενταετής επιβίωση σε όγκους μικρής διαφοροποίησης είναι 35%, ενώ σε καλά διαφοροποιημένα νεοπλάσματα φθάνει το 66-70%. Η πρόγνωση είναι επίσης χειρότερη στα νέα άτομα. Για άτομα προ της

ηλικίας των 60 ετών η πενταετής επιβίωση είναι 42,8%, ενώ για άτομα μετά τα 60 η πενταετής επιβίωση είναι 64,5%.

6) Παρηγορητική ακτινοθεραπεία

Παρηγορητική ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε ασθενείς με μεγάλη επέκταση του καρκινώματος του προστάτη μέσα στην πύελο, οι οποίοι παρουσιάζουν πόνο πυελικό ή στο περίνεο, αιματουρία ή απόφραξη της ουρήθρας ή οίδημα των κάτω άκρων, που οφείλεται σε απόφραξη των λεμφαγγείων.

Ακτινοθεραπεία με δόση όγκου που κυμαίνεται από 2500 έως 5000 cGY, μπορεί να είναι αποτελεσματική για την ανακούφιση αυτών των συμπτωμάτων.

Οι Kraus και Carlton αναφέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα από την παρηγορητική ακτινοθεραπεία του τοπικά προχωρημένου προστατικού καρκίνου με πλήρη υποχώρηση της αιματουρίας σε ποσοστό 100%, σημαντική σμίκρυνση του μεγέθους και της σκληρίας του αδένα σε ποσοστό 82%, ανακούφιση των συμπτωμάτων από το ορθό (πόνος, δυσκοιλιότητα, τεινεσμός) σε ποσοστό 100%, καθώς και βελτίωση του πόνου και του λεμφοιδήματος των κάτω άκρων.

Η ακτινοθεραπεία επίσης χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση απομακρυσμένων μεταστάσεων του καρκινώματος του προστάτη, στα οστά και στον εγκέφαλο.

Προσφέρει ισχυρή αναλγητική δράση στις οστικές μεταστάσεις. Το ποσοστό ανακούφισης από τον πόνο φθάνει το 80-86% με δόση όγκου 3000-3500 cGY σε 2-3 εβδομάδες.

Χρησιμοποιούνται μεγάλες πύλες εισόδου, ώστε να περιλαμβάνουν ολόκληρη τη θωρακική ή την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, ή τα οστά της πύελου, ή των άκρων με σκοπό την αποφυγή δεύτερης σειράς ακτινοβολιών.

Αρκετά αποτελεσματικά μπορούν επίσης να αντιμετωπισθούν οι εγκεφαλικές μεταστάσεις, με δόση όγκου 3000-3500 cGY σε 2-3 εβδομάδες και με πεδία ακτινοβολίας, που συμπεριλαμβάνουν ολόκληρο τον εγκέφαλο¹⁴.

7) Παρακολούθηση μετά από ακτινοθεραπεία

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

8) Ακτινοάντοχος όγκος

Αν και η ακτινοθεραπεία είναι καλώς ανεκτή, υπάρχουν αρκετοί προστατικοί καρκίνοι που είναι σχετικά ανθεκτικοί στην ακτινοβολία. Μετά από μια πρόσκαιρη πτώση των τιμών του PSA για μερικούς μήνες ή χρόνια, σε μερικούς ασθενείς εμφανίζεται αύξηση του PSA, γεγονός που δηλώνει κλινική υποτροπή. Προστατικές βιοψίες ένα χρόνο μετά την ακτινοθεραπεία αποκαλύπτουν την παρουσία ενεργού καρκίνου στο 50-60% των περιπτώσεων¹⁶.

9) Βιοψία του προστάτη μετά πλήρη ακτινοθεραπεία

Πολυάριθμα άρθρα περιγράφουν μικροσκοπική εξαφάνιση του όγκου, ίνωση, εξαφάνιση της αδενικής υφής και μερικές φορές επασβεστώσεις του προστάτη μετά πλήρη ακτινοθεραπεία.

Ιστολογική ένδειξη νόσου μετά από ακτινοθεραπεία, δεν αντιπροσωπεύει αποτυχία στην θεραπεία. Ο αριθμός των θετικών βιοψιών ελαττώνεται με την πάροδο του χρόνου, έτσι ώστε από 65%, ποσοστό θετικών βιοψιών στους 4 μήνες, μετά από 30 μήνες, να πέφτει στο 19%. Είναι θέμα βιολογικής συμπεριφοράς του όγκου. Συμβαίνει

βραδεία υποχώρηση, όπως ακριβώς γίνεται και βραδεία ανάπτυξη που σημαίνει μεγάλο χρόνο κυτταρικού κύκλου. Είναι ενδιαφέρον να καθορισθεί εάν η βιοψία με βελόνη γίνεται χωρίς να υπάρχουν κλινικά ευρήματα, ή συνιστάται λόγω κλινικής υποψίας προόδου της νόσου.

Οι Freiha όμως και Carlton υποστηρίζουν ότι υπόλοιπο ζωτικό προστατικό καρκίνωμα στις βιοψίες με βελόνη για χρονικό διάστημα περισσότερο από 2 χρόνια, μετά από εξωτερική ακτινοθεραπεία συνδέεται με μεγάλη συχνότητα τοπικών υποτροπών και απομακρυσμένων μεταστάσεων¹⁴.

10) Ακτινοθεραπεία της μεταστατικής νόσου

Η εξωτερική ακτινοβολία έχει αποδειχθεί ιδιαίτερος αποτελεσματική παρηγορική θεραπεία για τις συχνά εμφανιζόμενες οστικές μεταστάσεις. Η χορηγούμενη δόση είναι 30 Gy (5x3 Gy/w) ή 20 Gy (5x4 Gy/w). Επί πολλαπλών μεταστάσεων και μικρού προσδόκιμου χρόνου επιβίωσης, εφαρμόζεται η εφ' άπαξ δόση 1x8 Gy. Εάν υπάρχει κίνδυνος ως προς τη σταθερότητα του οστού, θα πρέπει να προηγηθεί η χειρουργική σταθεροποίηση αυτού.

Πλην της χορηγήσεως συστηματικής αγωγής (ορμονοθεραπεία - φαρμακευτική ή ορχεκτομή), απαραίτητη είναι η και η ταυτόχρονη χορήγηση δισφωσφονικών.

11) Επιπλοκές της ακτινοθεραπείας

Η εμπειρία από την εφαρμογή τόσο της κλασικής όσο και της σύμμορφου ακτινοθεραπείας ως προς την ανοχή αυτής, αλλά και των επιπλοκών ή παρενεργειών έχει βελτιωθεί ιδιαίτερος με την εφαρμογή των νεωτέρων τεχνικών. Η εμφάνιση των επιπλοκών έχει άμεση σχέση με τη συνολική δόση αλλά και τη γεωμετρία του πεδίου.

Οι επιπλοκές της θεραπείας διακρίνονται σε άμεσες - οξείες και χρόνιες - απώτερες. Οι άμεσες επιπλοκές συνήθως παρατηρούνται κατά την 3^η εβδομάδα της θεραπείας και υποχωρούν συντόμως μετά το πέρας αυτής.

Οι χρόνιες επιπλοκές συνήθως εμφανίζονται κατά τα πρώτα 3-4 έτη και τουλάχιστον μετά από 6 μήνες μετά τη θεραπεία, είναι δε άμεσα εξαρτώμενες από την συνολική δόση αλλά και τις εφαρμοζόμενες τεχνικές. Το ποσοστό των σοβαρών επιπλοκών κυμαίνεται από 3-7% ενώ ελαφρού βαθμού επιπλοκές παρατηρούνται σε ποσοστό 7-10%.

Οι επιπλοκές της θεραπείας αφορούν κυρίως το γαστρεντερικό και το ουροποιητικό σύστημα.

Οι άμεσες παρενέργειες από το γαστρεντερικό προέρχονται από το ορθό και τον πρωκτό και είναι τεινεσμός, φλεγμονή των αιμορροΐδων, πρωκτίτις ή διάρροια. Θεραπευτικώς χορηγούνται υπόθετα mesalazine, κορτιζόνης ή αντιδιαρροϊκά φάρμακα.

Οι χρόνιες επιπλοκές εξαρτώνται από τη συνολικώς χορηγούμενη δόση και από την έκταση του τοιχώματος του ορθού, το οποίο ευρίσκεται εντός του πεδίου. Το ποσοστό αυτών αυξάνει με δόσεις μεγαλύτερες των 7000 cGy. Οι κυριότερες είναι αιμορραγία, έλκος, διάτρηση, στένωση του ορθού ή του πρωκτού, χρόνια διάρροια. Οι αιμορραγίες και η χρόνια πρωκτίτις αντιμετωπίζονται φαρμακευτικώς με αντιφλεγμονώδη ή με Laser, σπανίως δε απαιτείται χειρουργική παρέμβαση.

Οι άμεσες παρενέργειες της θεραπείας από το ουροποιητικό είναι δυσουρία, τεινεσμός, συχνουρία και νυκτουρία. Πάντοτε θα πρέπει να προηγείται εξέταση ούρων προς αποκλεισμό ουρολοίμωξης. Η λήψη αυξημένης ποσότητας υγρών και σπασμολυτικών, μη στεροειδών αντιφλεγμονοδών και alpha - blockers βελτιώνουν τα συμπτώματα. Σπανίως παρατηρείται επίσχεση ούρων.

Οι κυριότερες χρόνιες επιπλοκές είναι οι στενώσεις της ουρήθρας, συνήθως σε ασθενείς μετά από TUR, η χρόνια κυστίτις με αιματουρία, ή ρίκνωση της κύστεως και σπανιότερο η ακράτεια ούρων. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της κυστίτιδας περιλαμβάνει πλύσεις και επί αιματουρίας καυτηριασμούς. Στα πλαίσια μελετών, ερευνάται η δράση του υπερβαρικού οξυγόνου.

Μια σπανιότερη σε σύγκριση με τη ριζική προστατεκτομή επιπλοκή, είναι η ανικανότητα, οι προδιαθεσικοί παράγοντες οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν είναι η προ της θεραπείας ικανότητα, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο ανδρογονικός αποκλεισμός, αγγειοπάθειες, η ψυχική κατάσταση ή νευρικές παθήσεις.

Το ποσοστό εμφανίσεως ανικανότητας μετά τη θεραπεία κυμαίνεται από 34-59% και εξαρτάται από τη συνολικώς χορηγούμενη δόση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση πλην της ψυχοσωματικής υποστηρίξεως περιλαμβάνει χορήγηση Sildenafil (Viagra) ή χειρουργικές μεθόδους (προθέσεις)⁴.

6.1.6.2 ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Εισαγωγή - Ιστορική αναδρομή

Μια από τις θεραπευτικές επιλογές του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη είναι και η βραχυθεραπεία, που σημαίνει τη μόνιμη εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων μέσα στον προστάτη.

Τα τελευταία χρόνια η μέθοδος, ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. βρίσκεται σε μεγάλη άνοδο. Έτσι, ενώ το 1995 μόνο το 3% των ασθενών με εντοπισμένο καρκίνο υπεβλήθησαν σε βραχυθεραπεία, το 2002 ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλεται σε βραχυθεραπεία είναι περίπου ο ίδιος με αυτόν που υποβάλλεται σε ριζική προστατεκτομή.

Αν και η μέθοδος φαίνεται για καινούργια, εν τούτοις ξεκινά από πολύ παλιά. Η πρώτη προσπάθεια βραχυθεραπείας του προστάτη άρχισε το 1914, όταν οι Pasteau et Delgrais προσπάθησαν να τοποθετήσουν ράδιο με τη βοήθεια ουρηθρικού καθετήρα και μετά ο Barringer το 1917 με τη βοήθεια βελόνων διαμέσου του περινέου τις οποίες καθοδηγούσε δακτυλικά από το ορθό.

Πρώτος σταθμός στη νεότερη ιστορία της βραχυθεραπείας του προστάτη, αποτελεί η προσπάθεια του Whitemore το 1972 στο Memorial της Νέας Υόρκης να τοποθετήσει ραδιενεργούς κόκκους μετά ανοικτή χειρουργική επέμβαση. Η απαιτούμενη συνολική δόση, ο αριθμός των κόκκων και των βελόνων γίνονταν εμπειρικά, χωρίς τη βοήθεια πλάνου ή απεικονιστικού ελέγχου. Αποτέλεσμα ήταν ορισμένες περιοχές να παίρνουν μεγαλύτερη δόση ακτινοβολίας και άλλες μικρότερη και βέβαια τα τελικά αποτελέσματα ήταν πενιχρά και η μέθοδος εγκαταλείφθηκε για αρκετά χρόνια.

Το 1981 οι Holms και Gammelgaard ήταν οι πρώτοι που με τη βοήθεια πλέον του διορθικού υπερήχου ξεκίνησαν την εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων στον προστάτη. Και ενώ ο Holm είναι αυτός που εγκαινίασε τη σύγχρονη βραχυθεραπεία του προστάτη, οι Blasko και Radge από το Seattle είναι αυτοί που την καθιέρωσαν πλέον στην κλινική πράξη.

Σήμερα, με τη βοήθεια πλέον της τεχνολογίας (προγράμματα δοσομετρίας, βελόνες εμφύτευσης, σταθεροποιητές διορθικής κεφαλής κ.λ.π.), επιτυγχάνεται η ομοιογενής κατανομή της ακτινοβολίας και μάλιστα η περιφερική τοποθέτηση των κόκκων ώστε να χορηγούμε υψηλές δόσεις στην περιφέρεια και μικρότερες κοντά στην ουρήθρα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να ξεκινήσει μια νέα εποχή στη βραχυθεραπεία του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη, με αποτελέσματα που σχεδόν πλησιάζουν αυτά της ριζικής προστατεκτομής και όπως προαναφέραμε

στις ΗΠΑ το ποσοστό των ασθενών που υποβάλλεται σε βραχυθεραπεία πλησιάζει αυτό της ριζικής προστατεκτομής.

2. Κριτήρια επιλογής ασθενών για βραχυθεραπεία

Για να έχουμε άριστα αποτελέσματα θα πρέπει οι ασθενείς να πληρούν ορισμένα κριτήρια. Σύμφωνα λοιπόν με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας (EAU), της Αμερικανικής Ακτινολογικής Ογκολογικής Εταιρείας (ASTRO) και της Αμερικανικής Εταιρείας Βραχυθεραπείας, οι ασθενείς που είναι υποψήφιοι για βραχυθεραπεία θα πρέπει να πληρούν τα κάτωθι κριτήρια:

- 1) Η ηλικία να είναι μικρότερη των 75 χρόνων (αναμενόμενη επιβίωση πάνω από 10 χρόνια).
- 2) Το PSA να είναι λιγότερο από 30 ng/ml.
- 3) Μέγεθος προστάτου μικρότερο των 50 gr
- 4) Αρνητικό σπινθηρογράφημα οστών
- 5) Αρνητική αξονική τομογραφία
- 6) Στάδιο της νόσου T_{1c}-T_{2b}

Σε γενικές γραμμές είναι περίπου τα ίδια κριτήρια, εκτός μικρών διαφορών, με αυτά που ισχύουν για τη ριζική προστατεκτομή. Το πλεονέκτημα της βραχυθεραπείας είναι ότι στις πιο πολλές περιπτώσεις που δεν μπορεί να γίνει ριζική λόγω άλλων προβλημάτων υγείας, η βραχυθεραπεία είναι δυνατό να γίνει.

3. Συνδυασμός βραχυθεραπείας και εξωτερικής ακτινοβολίας

Από τις μέχρι σήμερα μελέτες φαίνεται πως σε ασθενείς υψηλού κινδύνου ο συνδυασμός βραχυθεραπείας και εξωτερικής ακτινοβολίας δίνει καλύτερα αποτελέσματα από τη μονοθεραπεία.

Οι Dattoli et al αναφέρουν ότι με συνδυασμό, 79% των ασθενών παρέμειναν χωρίς βιοχημική υποτροπή σε αντίθεση με τους ασθενείς που

υπεβλήθησαν σε μονοθεραπεία όπου το ποσοστό ήταν <50%. Επίσης οι Kritz και συν. αναφέρουν ότι το 79% των ασθενών με συνδυασμό θεραπείας παρέμειναν χωρίς υποτροπή. Η επικρατούσα άποψη σήμερα είναι ότι εφόσον ένας από τους προγνωστικούς παράγοντες (PSA, Stage, GLEASON score) δεν πληροί τα κριτήρια επιλογής, πρέπει να γίνεται συνδυασμός και να αποφεύγεται η βραχυθεραπεία ως μονοθεραπεία.

Ασθενείς σταδίου T₃ ο συνδυασμός βραχυθεραπείας και εξωτερικής ακτινοβολίας είναι η ιδανική επιλογή, καθώς και εάν ο ασθενής έχει PSA>10 ή Στάδιο >T_{2b} ή Gleason score >7, τότε πρέπει να υποβάλλεται σε συνδυασμό βραχυθεραπείας και εξωτερικής ακτινοβολίας.

4. Εμφύτευση

Για να γίνει σωστή εμφύτευση, ο χειρουργός πρέπει να γνωρίζει:

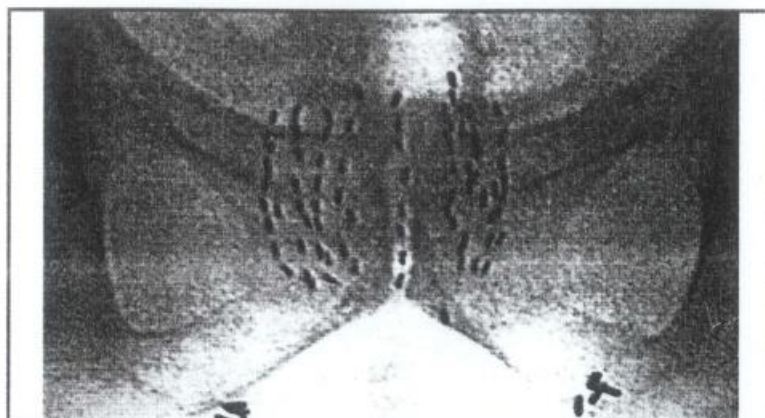
- Το πλάνο της εμφύτευσης, σε ποια τομή δηλ. θα πρέπει να τοποθετηθεί η άκρη της βελόνης.
- Τον αριθμό των κόκκων που πρέπει να έχει η συγκεκριμένη βελόνη
- Την ακριβή θέση εισόδου της βελόνης πάνω στο ειδικό πλέγμα⁴.

Ο γιατρός, αφού υποβάλλει τον ασθενή σε ραχιαία αναισθησία, τοποθετεί ένα υπερηχητικό ενδοσκόπιο στον ορθό του ασθενή και ένα καθετήρα στην ουροδόχο κύστη¹⁵.

Πριν ξεκινήσουμε, γεμίζουμε την κύστη ξανά με 150 κ.ε. φυσιολογικού ορού με σκιαστικό και αφού τοποθετήσουμε το ειδικό πλέγμα πάνω στη διορθική κεφαλή ώστε να απέχει 2 εκ. από το περίνεο, μετακινούμε την κεφαλή του υπερήχου στο πλάνο που επιθυμούμε και ξεκινάμε την εμφύτευση. Σπρώχνουμε τη βελόνη μέχρι να δούμε στον υπέρηχο μια διπλή σκίαση που προκαλεί η άκρη της όταν βρεθεί στο συγκεκριμένο πλάνο που είναι και το σημείο που αφήνουμε τους

κόκκους. Στο σημείο αυτό λοιπόν με το ένα χέρι κρατάμε σταθερά το στυλεό και με το άλλο κάνοντας περιστροφικές κινήσεις τραβάμε τη βελόνη προς τα πίσω μέχρι να φθάσει στο στυλεό. Με την κίνηση αυτή οι κόκκοι έχουν απελευθερωθεί οπότε και τραβάμε προς τα έξω και βγάζουμε τη βελόνη. Με την ίδια τεχνική προχωράμε και στις επόμενες βελόνες μέχρι να γίνει η εμφύτευση όλων των κόκκων.

Σε κάθε βελόνη γίνεται πάντα έλεγχος από τον χειρουργό και τον ακτινοφυσικό εάν είναι σωστό το πλάνο της εμφύτευσης των κόκκων και εάν είναι κατάλληλη η θέση εισόδου της βελόνης. Στο τέλος της εμφύτευσης μπορεί να γίνει κυστεοσκόπηση για να ελέγξουμε εάν κάποιος κόκκος βρίσκεται στην κύστη ή στην ουρήθρα, οπότε και τον αφαιρούμε, καθώς και απλή ακτινογραφία.



Εικόνα: ακτινογραφία που δείχνει το ραδιενεργά σφαιρίδια τοποθετημένα συμμετρικά στον προστάτη.

Τοποθετούμε πιεστικά γάζες στο περίνεο και ο ασθενής επιστρέφει στο κρεβάτι του. Μετά από 5-6 ώρες αφαιρείται ο καθετήρας και εφ' όσον η ούρηση είναι καλή, την επομένη το πρωί εξέρχεται από το νοσοκομείο και το αργότερο σε μια εβδομάδα επιστρέφει στην εργασία του⁴.

Ο ασθενής θα πρέπει να απέχει από τη σεξουαλική δραστηριότητα για δύο εβδομάδες κι έπειτα να χρησιμοποιεί για αρκετές εβδομάδες προφυλακτικό, προκειμένου να προστατεύσει τη σύντροφό του από την

έκθεση στην ακτινοβολία. Συνήθως όμως δεν υπάρχουν άλλου είδους περιορισμοί. Δεδομένου ότι τα δισκία σταματούν να εκπέμπουν ακτινοβολία μετά από μερικές εβδομάδες, μπορούν να παραμείνουν μόνιμα στον οργανισμό.

Μερικοί άνδρες επιλέγουν την εμφύτευση των δισκίων επειδή τους εξυπηρετεί καλύτερα από την ακτινοβολία με εξωτερικές ακτίνες, καθώς χρειάζεται μόνο μια επίσκεψη για θεραπεία.

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία, οι πιθανότητες να εκδηλωθεί ανικανότητα ή ακράτεια είναι ίσες όταν ακολουθείται βραχυθεραπεία ή ακτινοβολία με εξωτερικές ακτίνες. Πρέπει όμως να γίνουν και άλλες μελέτες¹⁵.

5. Επιπλοκές της βραχυθεραπείας

Όπως κάθε χειρουργική επέμβαση έτσι και η βραχυθεραπεία συνοδεύεται από κάποιες επιπλοκές, που είναι αποτέλεσμα είτε του τραύματος, είτε της δράσης της ακτινοβολίας.

5.1 Επίσχεση ούρων

Μπορεί να εμφανισθεί σε ποσοστά που κυμαίνονται από 1% έως 11%. Το μέγεθος του προστάτου και το symptom score είναι οι κυριότεροι προδιαθετικοί παράγοντες. Όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος του προστάτη, τόσο και η πιθανότητα επίσχεσης είναι μεγαλύτερη, γιατί χρησιμοποιούμε περισσότερες βελόνες με αποτέλεσμα να έχουμε μεγαλύτερο οίδημα και αιμάτωμα που ευνοούν την επίσχεση. Η αντιμετώπιση είναι συντηρητική, με την τοποθέτηση και παραμονή του καθετήρα για μεγαλύτερο διάστημα και ταυτόχρονα χορήγηση αναστολέων των α-υποδοχέων.

5.2 Κυστικά ενοχλήματα

Η συχνουρία, η δυσουρία και ο καύσος κατά την ούρηση είναι τα συχνότερα ενοχλήματα που συνοδεύουν την βραχυθεραπεία και εμφανίζονται σε ποσοστό μέχρι και 80% το πρώτο δίμηνο. Η αντιμετώπιση είναι συντηρητική (αναστολείς των α-υποδοχέων και αντιφλεγμονώδη). Έχει βρεθεί πως το symptom score διπλασιάζεται σχεδόν σε όλους τους ασθενείς και χρειάζεται ένας χρόνος περίπου για να επανέλθει στα προ της επέμβασης επίπεδα.

5.3 Προστατίτιδα

Αποτέλεσμα τραύματος, αλλά και φλεγμονής. Συντηρητική αντιμετώπιση με αντιβίωση και αντιφλεγμονώδη.

5.4 Πρωκτίτιδα

Εμφανίζεται με τη μορφή πόνου τεινεσμού ή διαρροϊκών κενώσεων. Δεν είναι συχνή και αντιμετωπίζεται συντηρητικά.

5.5 Άλγος περινέου

Λίγοι ασθενείς μπορεί να παραπονεθούν για ήπιο πόνο στο περίνεο τις πρώτες ημέρες. Δεν απαιτείται ιδιαίτερη αντιμετώπιση και υποχωρεί σε λίγα 24ωρα⁴.

6. Επιδημιολογικά στοιχεία βραχυθεραπείας

Σε σύγκριση με την χειρουργική επέμβαση, τα ποσοστά της βραχυθεραπείας όσον αφορά στην ποιότητα ζωής είναι σχεδόν ίσα με τα ποσοστά της προστατεκτομής. Για παράδειγμα, μια μελέτη του Χάρβαρντ που δημοσιεύτηκε στο Journal of Urology το 2001, ανακάλυψε μερικές διαφορές στην ποιότητα ζωής των ανδρών που είχαν

υποβληθεί σε βραχυθεραπεία κι εκείνων που είχαν υποβληθεί σε ριζική προστατεκτομή για εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη.

Μετά από 5 χρόνια, οι άνδρες στους οποίους είχαν εμφυτευτεί δισκία ακτινοβολίας είχαν καλύτερη σεξουαλική λειτουργία και λιγότερα συμπτώματα κατά την ούρηση σε σχέση με εκείνους που είχαν υποβληθεί σε προστατεκτομή αν και είχαν χειρότερη εντερική λειτουργία και γενικά περισσότερες ενοχλήσεις στην ουροφόρο οδό.

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα και μιας άλλης μελέτης που επίσης δημοσιεύτηκε στο Journal of Urology. Ωστόσο, την καλύτερη σεξουαλική λειτουργία είχαν οι άνδρες που υποβλήθηκαν σε προστατεκτομή με διατήρηση νεύρων.

Το μεγαλύτερο μειονέκτημα της βραχυθεραπείας είναι ότι είναι ακόμα νέα μέθοδος και δεν υπάρχουν αποδείξεις για την μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητά της.

Σύμφωνα με προκαταρκτικά στοιχεία, είναι όσο αποτελεσματική είναι και η ακτινοβολία με εξωτερικές ακτίνες ή η χειρουργική επέμβαση όταν πρόκειται για καρκίνο χαμηλού βαθμού διαφοροποίησης, αλλά λιγότερο αποτελεσματική για όγκους υψηλότερου βαθμού διαφοροποίησης.

Μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 126 άνδρες με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη, έδειξε ότι η βραχυθεραπεία ήταν όσο αποτελεσματική ήταν και η ριζική προστατεκτομή και η ακτινοβολία με εξωτερικές ακτίνες, όσον αφορά στην αποφυγή της υποτροπής της ασθένειας για 5 τουλάχιστον χρόνια.

Για ασθενείς όμως με όγκους σε στάδιο μεσαίου ή υψηλού κινδύνου, μια μελέτη του Χάρβαρντ στην οποία συμμετείχαν 1.872 άνδρες και που δημοσιεύτηκε στη Journal of the American Medical Association, έδειξε ότι η αφαίρεση του προστάτη (ριζική

προστατεκτομή) ή η ακτινοβολία με εξωτερικές ακτίνες είναι πιθανόν καλύτερες επιλογές.

Η μελέτη έδειξε ότι η εμφύτευση των δισκίων είναι πολύ λιγότερο αποτελεσματική σε σχέση με ό,τι πιστευόταν μέχρι τότε και αμφισβήτησε τη χρήση τους σε άνδρες με όγκους σε μεσαίο ή τελικό στάδιο¹⁵.

6.1.7 Εναλλακτικές Θεραπείες

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

- Ø κρυοθεραπεία
- Ø θερμοθεραπείες
- Ø Laser
- Ø Υψηλής έντασης εστιασμένοι υπέρηχοι¹⁶

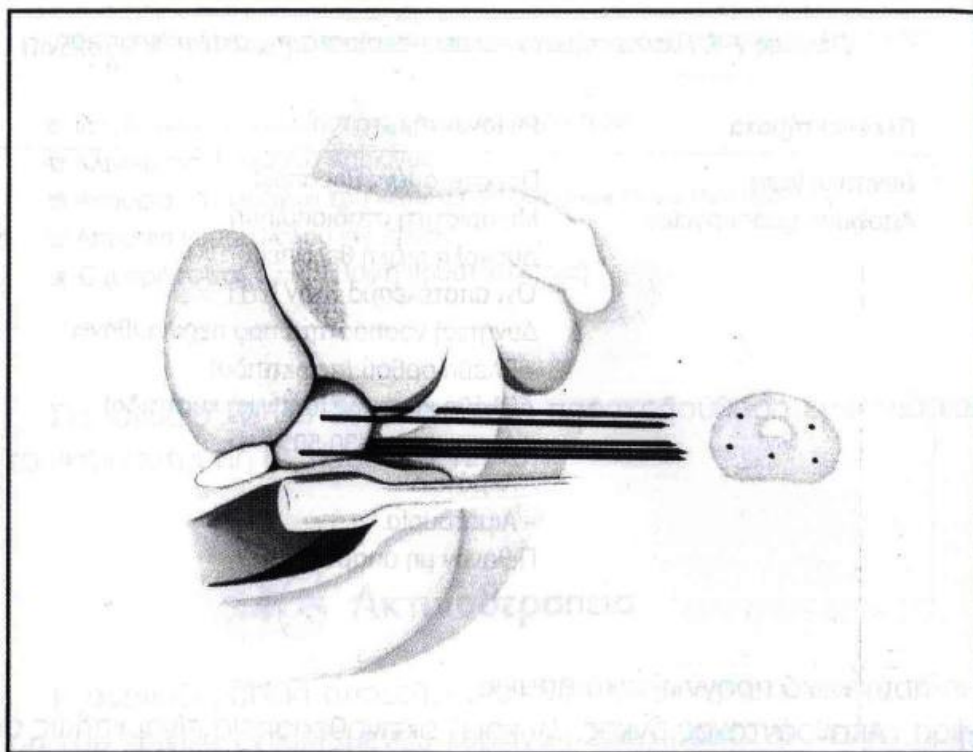
6.1.7.1 Κρυοθεραπεία

Η κρυοχειρουργική πρωτοπαρουσιάστηκε το 1966 από τους Gonder και Soanes με διουρηθρική προσπέλαση και το 1969 από τους Flocus με την περινεϊκή οδό. Σήμερα η μέθοδος παγκόσμια έχει χάσει σημαντικό έδαφος λόγω των πολλών επιπλοκών και κυρίως λόγω εκτελέσεως περισσότερων και πιο αποτελεσματικών τεχνικών¹⁴.

Αν και δεν χρησιμοποιείται ευρέως, η κρυοθεραπεία, εν τούτοις αποτελεί μια επιλογή για άνδρες με καρκίνο του προστάτη σε αρχικό στάδιο. Στη διαδικασία αυτή, ο γιατρός χρησιμοποιεί υγρό άζωτο προκειμένου να ψύξει τα καρκινικά κύτταρα του προστάτη.

Χρησιμοποιώντας τη διορθική υπερηχογραφία ως οδηγό, ο γιατρός εισάγει τέσσερα μεταλλικά έμβολα στον προστάτη μέσω του περινέου ώστε να διαχύσει το υγρό άζωτο στον προστάτη.

Επίσης, εισάγει έναν καθετήρα στο πέος, ο οποίος περιέχει ένα θερμικό διάλυμα προκειμένου να προστατέψει την ουρήθρα και τους περιβάλλοντες ιστούς. Όταν ψυχθεί ο προστάτης, το υγρό άζωτο επιστρέφει και ο αδένας μπορεί να αποψυχθεί. Τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται όταν η διαδικασία επαναλαμβάνεται.



Εικόνα 7-2. Τα πηνία της κρυοπηξίας τοποθετούνται μέσω του περινέου στον προστάτη με την καθοδήγηση του διορθικού υπερηχογραφήματος.

Πολλοί ουρολόγοι δεν επιδοκιμάζουν την κρυοθεραπεία, γιατί η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητά της, δεν αποδείχθηκε ποτέ σε δοκιμές, στις οποίες συγκρίνεται με τη ραδιοθεραπεία ή τη ριζική προστατεκτομή.

6.1.7.1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία της κρυοθεραπείας

Σύμφωνα με προκαταρκτικά στοιχεία, το 15% των ανδρών που υποβάλλονται σε κρυοθεραπεία ως πρωταρχική θεραπεία για καρκίνο του προστάτη υποτροπιάζουν σε 2 χρόνια, ενώ μέσα σε χρονικό διάστημα 5 ετών το ποσοστό ανεβαίνει στο 45%.

Αντίθετα με την ακτινοβολία ή τη χειρουργική επέμβαση, η κρυοθεραπεία μπορεί να επαναληφθεί για να θεραπεύσει πρόσφατα εκδηλωθέντα καρκίνο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στους άνδρες που υποτροπιάζουν μετά από ακτινοβολίες.

6.1.7.1.2 Παρενέργειες από την κρυοθεραπεία

Όπως και οι άλλες θεραπείες, έτσι και η κρυοθεραπεία έχει παρενέργειες.

Η ανικανότητα είναι πολύ συχνή και η ακράτεια ούρων είναι και πιο συχνή σε σχέση με τη ραδιοθεραπεία και οι πιθανότητες αυξάνονται περισσότερο όταν υπάρχουν και επιπλέον θεραπείες. Σημαντικό πρόβλημα μπορούν επίσης να αποτελέσουν κι επιπλοκές στο ορθόν.

6.1.7.2 ΘΕΡΜΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Πολλές νέες θεραπείες βρίσκονται σε εξέλιξη. Μερικές είναι ακόμα σε πειραματικό στάδιο, ενώ άλλες δεν καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς φορείς. Ωστόσο είναι πιθανόν να είναι διαθέσιμες σε κάποια νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα.

Κάποιοι γιατροί τις θεωρούν βιώσιμες επιλογές για μερικούς άνδρες. Ένα σύνολο μεθόδων, γνωστών ως «θερμοθεραπείες», χρησιμοποιούν τη θερμότητα για να καταστρέψουν τον ιστό του προστάτη κι έτσι περιορίζονται τα συμπτώματα. Οι επεμβάσεις αυτές συνήθως διεξάγονται σε εξωτερικούς ασθενείς και μερικές φορές και σε ιδιωτικά ιατρεία με τοπική αναισθησία.

Οι μέθοδοι αυτές είναι οι εξής

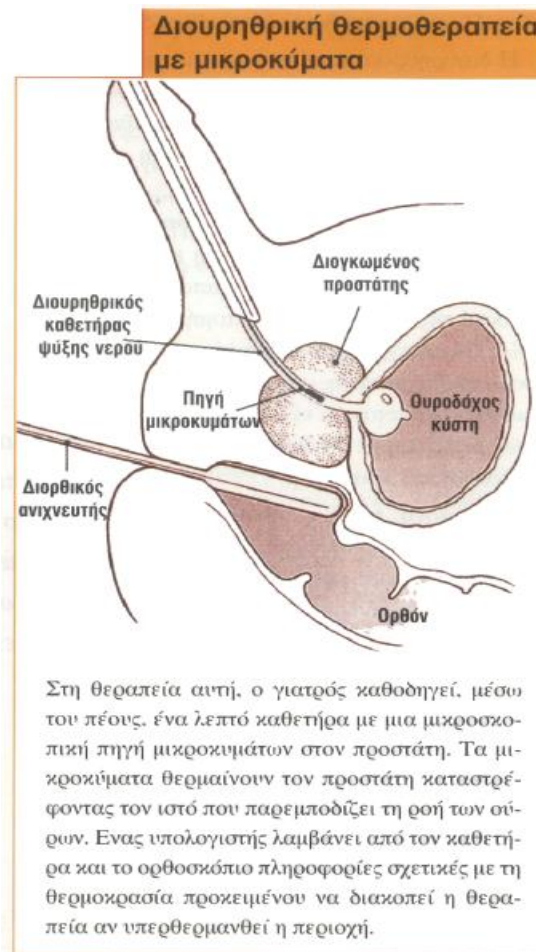
§ Διουρηθρική θερμοθεραπεία με μικροκύματα

§ Διουρηθρική αφαίρεση με βελόνη.

6.1.7.2.1 Διουρηθρική θερμοθεραπεία με μικροκύματα

Στη διουρηθρική θερμοθεραπεία με μικροκύματα, ο γιατρός καθοδηγεί στον προστάτη μέσω του πέους ένα λεπτό καθετήρα, πάνω στον οποίο υπάρχει μια μικροσκοπική πηγή μικροκυμάτων.

Στο σημείο αυτό τα μικροκύματα καταστρέφουν ένα τμήμα του ιστού του προστάτη και μειώνουν την πίεση στην ουρήθρα. Ένα ψυχρό περίβλημα γύρω από τη γεννήτρια προφυλάσσει την ουρήθρα. Η επέμβαση διαρκεί μια περίπου ώρα και μπορεί να πραγματοποιηθεί σε εξωτερικούς ασθενείς.



6.1.7.2.1.1 Επιδημιολογικά στοιχεία της διουρηθρικής θερμοθεραπείας με μικροκύματα

Το 1996, ο Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων ενέκρινε το Prostatron, την πρώτη συσκευή διουρηθρικής θεραπείας με μικροκύματα, που χρησιμοποιήθηκε στις Η.Π.Α. Αν και ο Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων θεωρεί τη συσκευή ασφαλή και αποτελεσματική για συμπτώματα ούρησης όπως η επιτακτική ανάγκη, η συχνότητα και η διακεκομμένη ροή, η θεραπεία δεν βελτιώνει την ατελή κένωση της ουροδόχου κύστης ή την αδύνατη ροή ούρων. Διάφορες άλλες συσκευές διουρηθρικής θεραπείας με μικροκύματα χρησιμοποιούνται στις Η.Π.Α.

Ωστόσο, σύμφωνα με μια μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2001 στη Journal of Urology, η διουρηθρική θερμοθεραπεία με μικροκύματα φαίνεται ότι είναι λιγότερο αποτελεσματική σε σχέση με τη διουρηθρική τομή του προστάτη.

Η μελέτη ανέφερε ότι το 20% των ανδρών που είχαν υποβληθεί σε διουρηθρική θερμοθεραπεία με μικροκύματα, χρειάστηκε επιπρόσθετη θεραπεία μετά από 3 χρόνια σε σύγκριση με το 13% εκείνων που υποβλήθηκαν σε διουρηθρική εκτομή του προστάτη.

Μια ευρύτερη επιθεώρηση μελετών κατέληξε σε ακόμα χαμηλότερα ποσοστά, καθώς οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι μόνο το 5% των ανδρών που υποβλήθηκαν σε διουρηθρική εκτομή του προστάτη χρειάστηκαν επιπρόσθετη θεραπεία.

6.1.7.2.2 Διουρηθρική αφαίρεση με βελόνη

Η διουρηθρική αφαίρεση με βελόνη είναι μια νέα θερμική προσέγγιση που χρησιμοποιεί κύματα χαμηλής ακτινοβολίας, τα οποία εκπέμπονται από δύο λεπτές βελόνες για να θερμάνουν και να νεκρώσουν τα αποφρακτικά κύτταρα του προστάτη.

Περιβλήματα προστατεύουν την ουρήθρα από πιθανή βλάβη. Μακροπρόθεσμα η αποτελεσματικότητα δεν είναι γνωστή, αλλά μια πρόσφατη μελέτη απέδειξε ότι άνδρες που είχαν υποβληθεί σε διουρηθρική αφαίρεση με βελόνη βραχυπρόθεσμα παρουσίασαν σημαντική βελτίωση της ροής των ούρων.

6.1.7.3 Laser

Ευρέως διατίθενται και χειρουργικές εναλλακτικές λύσεις, λιγότερο επεμβατικές, όπως η χειρουργική επέμβαση με λέιζερ (LASER), η οποία αν και συνήθως πραγματοποιείται σε νοσοκομείο, είναι λιγότερο τραυματική από τη διουρηθρική εκτομή του προστάτη και οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν στο σπίτι τους την ίδια μέρα. Δεν χρειάζεται μεγάλη ποσότητα αναισθησίας και συνήθως χρησιμοποιείται ραχιαίο αναισθητικό.

Ο χειρουργός ξεκινάει καθοδηγώντας μια ίνα στον προστάτη μέσω της ουρήθρας. Η ίνα αυτή θα οδηγήσει τις ακτίνες λέιζερ στην περιοχή που αποτελεί το στόχο. Στη συνέχεια, θα χρησιμοποιήσει τις ακτίνες λέιζερ για να κάψει τον ιστό στον οποίο οφείλεται η απόφραξη της ροής των ούρων. Ο νεκρός ιστός, που δεν εξατμίζεται αμέσως, αποβάλλεται αργότερα με τα ούρα.

Με τη μέθοδο αυτή αφαιρείται ένα τμήμα από τον πλεονάζοντα ιστό του προστάτη με λιγότερη αιμορραγία από τη συνήθη διουρηθρική εκτομή του προστάτη.

Η οπτικοποιημένη προστατεκτομή με τη βοήθεια ακτινών λέιζερ, ένας τύπος χειρουργικής επέμβασης με λέιζερ, επιτρέπει στο χειρουργό να έχει οπτική επαφή του προστάτη καθώς προβαίνει στη διαδικασία.

6.1.7.3.1 Μειονεκτήματα της χειρουργικής επέμβασης με Laser

Δυστυχώς, σύμφωνα με έρευνες, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε λέιζερ έχουν ακριβώς τις ίδιες πιθανότητες να παρουσιάσουν ακράτεια ούρων και ανάρμοστη εκσπερμάτιση με εκείνους που υποβάλλονται σε διουρηθρική εκτομή του προστάτη.

Ένα άλλο μειονέκτημα είναι ότι ίσως χρειαστεί να χρησιμοποιήσετε καθετήρα για την ούρηση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τη διουρηθρική εκτομή του προστάτη. Δεδομένου ότι οι επεμβάσεις με λέιζερ είναι καινούργιες, η μακροχρόνια αποτελεσματικότητά τους δεν είναι γνωστή. Σύμφωνα με κάποια στοιχεία, οι άνδρες που υποβάλλονται σε επεμβάσεις με λέιζερ έχουν μεγαλύτερο ποσοστό υποτροπής σε 3-5 χρόνια¹⁵.

6.1.7.4 Υψηλής έντασης εστιασμένοι υπέρηχοι

Δέσμες υψηλής εντάσεως συγκεντρώνονται στον προστάτη μέσω του ορθού, προκαλώντας θερμοκρασίες πάνω και από 100° C. Βρίσκεται ακόμη μάλλον σε πειραματικό στάδιο.

Εν τούτοις φαίνεται πολλά υποσχόμενη μέθοδος, ιδίως σε αρρώστους που δεν μπορούν ή δεν θέλουν να υποστούν χειρουργική αφαίρεση¹².

6.1.8 ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σε μια έκθεση που δημοσιεύτηκε το 1997 στη New England Journal of Medicine, δηλώνεται ότι ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας και ορμονοθεραπείας έχει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την ακτινοθεραπεία αποκλειστικά.

Στη μελέτη αυτή, 415 άνδρες με καρκίνο του προστάτη σε στάδιο T₃ υποβλήθηκαν είτε σε ακτινοθεραπεία είτε σε ορμονοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Πέντε χρόνια αργότερα, ζούσε το 79% των ανδρών που υποβλήθηκαν και στις δύο θεραπείες σε αντίθεση με το 62% εκείνων που υποβλήθηκαν μόνο σε ακτινοθεραπεία.

Μεταξύ εκείνων που επιβίωσαν, στοιχεία της νόσου υπήρχαν μόνο στο 15% όσων δέχθηκαν τον συνδυασμό των θεραπειών, σε αντίθεση με το 50% όσων υποβλήθηκαν μόνο σε ακτινοθεραπεία. Επιπλέον μελέτες σχετικά με τα μακροπρόθεσμα οφέλη που απορρέουν από τις συνδυασμένες θεραπείες, βρίσκονται σε εξέλιξη¹⁵.

6.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο όρος «τοπικά προχωρημένος καρκίνος του προστάτη» αναφέρεται για τον καρκίνο που δεν περιορίζεται πλέον στον αδένα, δεν έχει δώσει όμως μεταστάσεις ούτε στους περιοχικούς λεμφαδένες, ούτε σε άλλες απομακρυσμένες θέσεις, όπως στα οστά (στάδιο T₃ NOMO). Η ιστολογική εξέταση αποκαλύπτει συνήθως αδenoκαρκίνωμα μετρίας ή χαμηλής διαφοροποίησης, η τιμή του PSA είναι μεγαλύτερη του 20 ng/ml, το διορθωτικό υπερηχογράφημα πιθανόν να δείξει εξωκαψική επέκταση, ενώ η αξονική τομογραφία της ελάσσονος πυέλου και το σπινθηρογράφημα των οστών είναι αρνητικά.

Οι θεραπευτικές τακτικές για τον πιο πάνω καρκίνο έχουν ως ακολούθως:

6.2.1 Ριζική προστατεκτομή

Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα μετά από ριζική προστατεκτομή για καρκίνο σταδίου T₃NOMO (c) είναι σημαντικές, χωρίς να

βελτιώνεται το προσδόκιμο επιβίωσης. Για αυτό η χειρουργική επέμβαση μόνη της, παρότι από μερικούς εφαρμόζεται, δεν έχει καμία ένδειξη.

6.2.2 Ορμονική Υποσταδιοποίηση και ριζική προστατεκτομή

Χορηγείται τρίμηνος πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός, με ανάλογα CHRH και ένα αντιανδρογόνο, όπως η φλουταμίδη και ακολουθεί ριζική προστατεκτομή. Ο χρόνος εφαρμογής της εν λόγω τακτικής είναι μικρός και απαιτούνται περισσότερα περιστατικά και μεγαλύτερος χρόνος παρακολούθησης για την παγίωση της εν λόγω θεραπείας στην καθημερινή ουρολογική πράξη.

6.2.3 Εξωτερική ακτινοθεραπεία

Η εφαρμογή μόνο εξωτερικής ακτινοθεραπείας δεν έχει δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Το PSA τις περισσότερες φορές παραμένει αυξημένο και ανησυχεί τόσο τον άρρωστο όσο και το γιατρό.

6.2.4 Εξωτερική ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με ανδρογονικό αποκλεισμό

Προηγείται τρίμηνος πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός με τον οποίο επιτυγχάνεται συρρίκνωση του όγκου και ακολουθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία. Πολλές μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη για να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα της μεθόδου.

6.2.5 Διαλείπων ανδρογονικός αποκλεισμός

Εφαρμόζεται πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός με ανάλογο LHRH και ένα αντιανδρογόνο για 24-32 εβδομάδες με σκοπό την πτώση των τιμών του PSA κάτω από 4 ng/ml. Η θεραπεία διακόπτεται και ο ασθενής παρακολουθείται με τη μέτρηση του PSA ανά τρίμηνο. Αν υπάρξει άνοδος των τιμών του PSA τότε επαναλαμβάνεται η θεραπεία. Με αυτό

τον τρόπο βελτιώνεται η ποιότητα ζωής του ασθενούς, διότι απαλλάσσεται από την τοξικότητα των φαρμάκων και επανέρχεται η σεξουαλική του ικανότητα. Επίσης, μειώνεται το οικονομικό κόστος της θεραπείας.

Πολλοί πιστεύουν ότι με τον πιο πάνω τρόπο θεραπείας, ο καρκίνος γίνεται πιο δύσκολα ορμονοάντοχος (δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία). Αν το PSA παραμένει πάνω από 4 ng/ml, τότε ο αναμενόμενος μέσος όρος επιβίωσης είναι μόνο 18 μήνες.

6.2.6 Αντιμετώπιση των επιπλοκών του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του προστάτη

1. Οξεία επίσχεση ούρων

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

2. Ουρητηρική απόφραξη

Υπάρχουν οι ακόλουθες εναλλακτικές λύσεις:

- καμία θεραπεία
- ορμονική θεραπεία
- ακτινοθεραπεία
- ανοικτή εκτροπή των ούρων
- διουρηθρική εκτομή του τριγώνου και τοποθέτηση αυτοσυγκρατούμενου ουρητηρικού καθετήρα.

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

6.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Αν και η αναλογία των ασθενών με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη, λόγω της εφαρμογής σε ευρεία κλίμακα της μέτρησης του PSA συνεχώς αυξάνεται, σε αρκετές χώρες ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των ασθενών με καρκίνο του προστάτη εμφανίζουν μεταστάσεις κατά τη στιγμή της διάγνωσης¹⁶.

6.3.1 Ορμονοθεραπεία στον καρκίνο του προστάτη

Όταν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέρα από τον προστάτη, στους λεμφαδένες ή τα οστά, η πρόβλεψη της πορείας της νόσου βοηθάει λιγότερο. Σε ασθενείς στα στάδια N+ και M+ της νόσου χορηγείται συχνά ορμονοθεραπεία προκειμένου να ανακουφιστούν από τα συμπτώματα και να καθυστερήσει ίσως η πρόοδος της νόσου.

Οι γιατροί μπορεί επίσης να προτείνουν ορμονοθεραπεία για να συρρικνώσουν τον προστάτη πριν την ακτινοθεραπεία, μια μέθοδος που ονομάζεται νεοεπικουρική θεραπεία ή έπειτα από χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία για να αποτραπεί η υποτροπή¹⁵.

Σκοπός της θεραπείας είναι να στερήσουμε τον προστάτη από τις ανδρικές ορμόνες που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη της νόσου. Αυτό επιτυγχάνεται χειρουργικά με την αφαίρεση των όρχεων. Επίσης επιτυγχάνεται και φαρμακευτικά με τη χορήγηση διαφόρων ορμονικών ουσιών (οιστρογόνα, αντιανδρογόνα LH-RH ανάλογα)⁹.

Καθώς όμως είναι δύσκολο για πολλούς άνδρες να δεχθούν την ιδέα να αφαιρεθούν οι όρχεις τους (ορχεκτομή), οι γιατροί πλέον συνιστούν ενέσιμα φάρμακα - κυρίως τα ανάλογα της εκλυτικής ορμόνης της ωχρινοτρόπου ορμόνης (αγωνιστές LHRH) που προκαλούν θεαματική πτώση των επιπέδων τεστοστερόνης και καθυστερούν την πρόοδο του

καρκίνου. Περιστασιακώς, χρησιμοποιείται και μια άλλη κατηγορία φαρμάκων, τα αντιανδρογόνα.

Οι αγωνιστές LHRH εμποδίζουν την παραγωγή της ωχρινοτρόπου ορμόνης από την υπόφυση. Δεδομένου ότι η ορμόνη αυτή διεγείρει την έκκριση της τεστοστερόνης από τους όρχεις, όταν εμποδίζεται η παραγωγή της μειώνονται τα επίπεδα τεστοστερόνης.

Από την άλλη πλευρά, τα αντιανδρογόνα, που λαμβάνονται από το στόμα, αποτρέπουν την επίδραση της τεστοστερόνης στον προστάτη εμποδίζοντας τη δέσμευση της τεστοστερόνης από τους υποδοχείς της στα κύτταρα.

Φάρμακα ορμονοθεραπείας		
Όνομασία φαρμάκου	Παρενέργειες	Σχόλια
Αγωνιστές LHRH	Εξάψεις, ανικανότητα, μειωμένη λίμπιντο, κόπωση, αύξηση σωματικού βάρους, αναιμία, οστεοπόρωση.	Εγχέεται ή εμφυτεύεται.
Αντιανδρογόνα Φλουταμίδη (Fluticopm) Δικαλουταμίδη (Casodex)	Εξάψεις, ανικανότητα, μειωμένη λίμπιντο, ευαισθησία και πρήξιμο του στήθους, ναυτία και διάρροια. Σπύνια, ηπατική ανεπάρκεια.	Λαμβάνεται από το στόμα. Θα πρέπει να ελέγχεται περιοδικά η ηπατική λειτουργία.
Οιστρογόνα Διεθιλοπιλβεστρόλη (DES, Stiphostron)	Εξάψεις, ναυτία, πρήξιμο και ευαισθησία του στήθους, θρόμβοι αίματος.	Λαμβάνεται από το στόμα. Στις ΗΠΑ δεν διατίθενται στο εμπόριο, παρά μόνο σε φαρμακεία που παρασκευάζουν φάρμακα.

Τα αποτελέσματα των θεραπειών αυτών, είναι τα ίδια με αυτά της ορχεκτομής. Χρειάζεται όμως η συμμόρφωση των ασθενών που πρέπει να λαμβάνουν τα συνταγογραφημένα φάρμακα και ίσως να παρατηρήσουν κάποιες παρενέργειες (οι εγχύσεις των αγωνιστών LHRH γίνονται σε μηνιαίες δόσεις). Καθώς και οι δύο αυτοί τύποι φαρμάκων παρεμποδίζουν την τεστοστερόνη, συχνά υπάρχει σχέση αιτιότητας ανάμεσα στη σεξουαλική λειτουργία και την ορμονοθεραπεία¹⁵.

Μια άλλη κατηγορία φαρμάκων, τα οιστρογόνα, πλέον δεν αποτελούν τη θεραπεία πρώτης γραμμής, όπως στο παρελθόν. Η διεθυλστιλβεστρόλη, που συνήθως χρησιμοποιείται σε ημερήσιες δόσεις 5 mg ή 3 mg παρουσίαζε σημαντική καρδιαγγειακή τοξικότητα και έντονη γυναικομαστία¹⁶.

Η χειρουργική θεραπεία εφόσον γίνει στα αρχικά στάδια της νόσου προσφέρει πλήρη ίαση, ενώ ικανοποιητικά είναι και τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας.

Η ορμονοθεραπεία δίνει παράταση και ποιότητα στη ζωή του ασθενούς⁹.

6.3.3.1 Είναι η μονοθεραπεία επαρκής;

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

6.3.1.2 Πλήρης ανδρογονικός αποκλεισμός

Συνίσταται σε χειρουργική ή φαρμακευτική (ανάλογα LHRH) ορχεκτομή και χορήγηση ενός αντιανδρογόνου για τον αποκλεισμό των επινεφριδιακών ανδρογόνων, τα οποία είναι υπεύθυνα για το 15-20% της συνολικής ενδοπροστατικής διϋδροτεστοστερόνης.

Αποτελεί τη θεραπεία εκλογής τα τελευταία χρόνια και φαίνεται ότι αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης περισσότερο σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία.

6.3.1.3 Πρώιμη ή καθυστερημένη ορμονική θεραπεία;

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

- Σε άτομα ηλικίας μικρότερης των 70 ετών με προχωρημένο καρκίνο του προστάτη γίνεται άμεση έναρξη της θεραπείας ανεξάρτητα με την ύπαρξη συμπτωμάτων,
- Σε άτομα μεγαλύτερα των 70 ετών, η θεραπεία αρχίζει με την έναρξη των συμπτωμάτων¹⁶.

6.3.1.4 Επιπλοκές της ορμονοθεραπείας

Πολλοί άνδρες παρουσιάζουν απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας και ανικανότητα, γυναικομαστία καθώς μπορεί να παρουσιάσουν και θρομβοεμβολικά επεισόδια. Όταν όμως η θεραπεία σταματήσει, συχνά η σεξουαλική λειτουργία επιστρέφει.

Συχνά επίσης εμφανίζονται εξάψεις, ναυτία και διάρροια. Επιπροσθέτως, τα αντιανδρογόνα έχουν συσχετιστεί με την ηπατική ανεπάρκεια και θα έπρεπε να χρησιμοποιούνται με προσοχή. Στη διάρκεια της λήψης των αντιανδρογόνων η ηπατική λειτουργία θα πρέπει να ελέγχεται τακτικά.

6.3.1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία της ορμονοθεραπείας

Μέχρι στιγμής, οι μελέτες δεν έχουν δείξει ότι κάποια από τις δύο μορφές ορμονοθεραπείας είναι καλύτερη. Σύμφωνα με μια έκθεση του ομοσπονδιακού Agency For Health Care policy and Research (AHCPR) φαίνεται ότι όλες λειτουργούν το ίδιο καλά.

Η έκθεση αυτή, καταλήγει για παράδειγμα στο ότι «ο συνδυασμένος ορμονικός αποκλεισμός» δεν είναι πιο αποτελεσματικός από άλλες μεθόδους ορμονοθεραπείας¹⁵.

6.3.1.6 Αντιμετώπιση των επιπλοκών του μεταστατικού καρκίνου του προστάτη

1. Καρκινικός Πόνος

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

Αρκετές φορές είναι απαραίτητη η σύγχρονη χορήγηση αγχολυτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων.

Ο οστικός πόνος εμφανίζεται ακόμη και όταν οι μεταστάσεις είναι πολύ μικρές. Σε αυτή την περίπτωση η εφαρμογή μη στεροειδικών αντιφλεγμονωδών, τα οποία αναστέλλουν τη σύνθεση προσταγλανδινών από αραχιδονικό οξύ, προσφέρει σημαντική ανακούφιση.

Η επέκταση των οστικών μεταστάσεων μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε παθολογικά κατάγματα ή σε πίεση του μυελού και νευρολογικά σημεία. Η αντιμετώπιση του έντονου οστικού πόνου γίνεται είτε με εξωτερική ακτινοθεραπεία, είτε με χορήγηση ραδιενεργών στοιχείων, όπως το strontium-89, το οποίο μιμείται τη συμπεριφορά του ασβεστίου και προνομιακά απορροφάται από τα οστά.

2. Παθολογικά κατάγματα

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

3. Πίεση του νωτιαίου μυελού

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

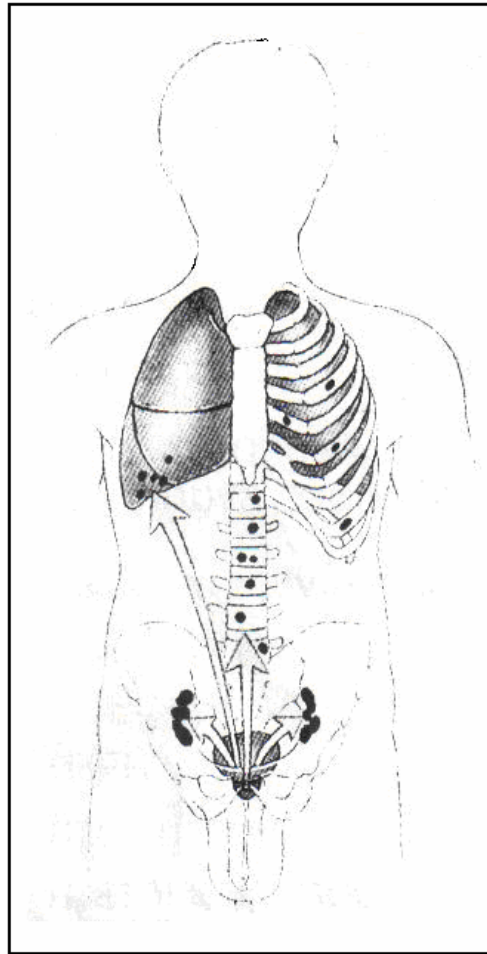
4. Ανορεξία και καταβολή

Η χορήγηση πρεδνιζολόνης, 15-30 mg ημερησίως, μπορεί να βοηθήσει. Αν συνυπάρχει αναιμία, εφαρμόζονται μεταγγίσεις.

6.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΟΡΜΟΝΟΑΝΤΟΧΟΥ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Δυστυχώς, σχεδόν όλοι οι καρκίνοι του προστάτη μετά από μια περίοδο απάντησης στον πλήρη ανδρογονικό αποκλεισμό, αρχίζουν να αναπτύσσονται εκ νέου. Ενδεικτικό της ανάπτυξης ορμονοάντοχου καρκίνου είναι η αύξηση των τιμών του PSA. Αν και έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες σαν θεραπεία δεύτερης γραμμής, όπως η εστραμουστίνη, η μιτομυκίνη C, η επιρουμυκίνη, η λιαροζόλη και ο αναστολέας των αυξητικών παραγόντων σπιραμίνη, τα αποτελέσματα δεν είναι ικανοποιητικά.

Η χορήγηση πρεδνιζολόνης σε υψηλές δόσεις μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την ανακούφιση των συμπτωμάτων, χωρίς όμως να έχει διευκρινισθεί ο τρόπος δράσης της¹⁶.



Εικόνα. Ο καρκίνος του προστάτη δίνει συνήθως μεταστάσεις στους λεμφαδένες, στα οστά και στους πνευμόνες.

6.4.1 Χημειοθεραπεία στον καρκίνο του προστάτη

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται σπάνια για τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη, καθώς είναι πιο αποτελεσματική στις κακοήθειες που αναπτύσσονται και εξαπλώνονται γρήγορα, στοιχεία που δεν χαρακτηρίζουν τον καρκίνο του προστάτη.

Ωστόσο, χρησιμοποιείται τακτικά σε άνδρες με προχωρημένο καρκίνο που δεν ανταποκρίνονται πλέον στην ορμονοθεραπεία, μια κατάσταση που ονομάζεται ορμονοάντοχος καρκίνος του προστάτη¹⁵, όπως και σε αρρώστους που έχουν όχι μόνον οστικές μεταστάσεις, αλλά και πνευμονικές ή ηπατικές. Οι πνευμονικές μεταστάσεις παρατηρούνται σε ποσοστό 10-20% των αρρώστων και οι ηπατικές 10-15%.

Η αντικειμενική απάντηση στις μετρητές αυτές θέσεις συνοδεύεται συνήθως από βελτιωμένη επιβίωση¹⁴.

Τα καρκινικά κύτταρα, συνήθως αναπτύσσονται πιο γρήγορα από τα φυσιολογικά κύτταρα. Η χημειοθεραπεία δρα εναντίον τους, καθώς εμποδίζει την ανάπτυξη και την αναπαραγωγή τους. Δυστυχώς, τα φάρμακα απορροφώνται από τους ιστούς σε ολόκληρο το σώμα, κι έτσι είναι δυνατόν να προκαλέσουν βλάβη και σε υγιή κύτταρα, ειδικά σε εκείνα που διαιρούνται γρήγορα¹⁵.

Χημειοθεραπεία για καρκίνο του προστάτη σε προχωρημένο στάδιο		
Όνομασία του φαρμάκου	Παρενέργειες	Σχόλια
Δοσεταξέλη (Taxotere)	Απώλεια μαλλιών, ναυτία και έμετοι, μείωση του αριθμού αιμοσφαιρίων.	Τα αντικαρκινικά αυτά φάρμακα μπορεί να χρησιμοποιούνται σε ειδικούς συνδυασμούς όπως εστραμουστίνη με δοσεταξέλη. Χρησιμοποιούνται όταν οι ασθενείς γίνονται ορμονοάντοχοι, δηλαδή όταν δεν ανταποκρίνονται στην ορμονοθεραπεία.
Εστραμουστίνη (Emscyt)	Ναυτία και έμετοι, κόπωση, κεφαλαλγία, μείωση του αριθμού αιμοσφαιρίων, θρόμβοι αίματος.	
Μιτοξαντρόνη (Novantrone)	Ναυτία και έμετοι, απώλεια μαλλιών, κόπωση, μείωση του αριθμού αιμοσφαιρίων.	
Πακλιταξέλη (Taxol)	Απώλεια μαλλιών, κόπωση, μείωση του αριθμού των αιμοσφαιρίων, μούδιασμα και φαγούρα στα χέρια και τα πόδια κυρίως μετά από μακροχρόνια χρήση.	

Η μελέτη των κυτταροστατικών στη χημειοθεραπεία του προστατικού καρκίνου είναι από τις λιγότερο ερευνημένες περιοχές της ογκολογίας. Η περιορισμένη χρήση τους σ' αυτή τη νόσο αποδίδεται στο ότι, οι άρρωστοι με προχωρημένο καρκίνο προστάτη αποτελούν φτωχή επιλογή για χημειοθεραπεία, που οφείλεται:

1. στη μεγάλη ηλικία των αρρώστων, πολλοί από τους οποίους πεθαίνουν από άλλη νόσο,
2. στη σχετικά καλή απάντηση στην ορμονοθεραπεία που είναι και λιγότερο τοξική

3. στη δυσκολία εκτίμησης της απάντησης στη συστηματική χημειοθεραπεία,
4. στη μεγάλη συχνότητα στις οστικές μεταστάσεις, που οδηγούν σε ελαττωμένη ανοχή του μυελού στα φάρμακα,
5. στα φτωχά κριτήρια για την δραστικότητα της θεραπείας στην επιβίωση.

Είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί η αντικειμενική απάντηση σ' ένα σχήμα και να αποδειχθεί η ευεργετική δράση σ' ένα φάρμακο στον καρκίνο του προστάτη, γιατί για τις μεταβολές των μεταστάσεων στα οστά όπου είναι οι κύριες εντοπίσεις, περίπου 90%, δεν μπορεί να υπάρξουν αντικειμενικά μετρητές εκτιμήσεις.

Επιπλέον δεν υπάρχουν ξεκάθαροι προγνωστικοί παράγοντες και ο μεγάλος τους αριθμός στις περισσότερες μελέτες υπογραμμίζει τη δυσκολία που υπάρχει για την εκτίμηση απάντησης στη χημειοθεραπεία με βάση τα συνήθη κριτήρια.

6.4.1.1 Κριτήρια απάντησης στη χημειοθεραπεία

1. Μερική βελτίωση

- Επάνοδος της οξίνου φωσφατάσης στα φυσιολογικά επίπεδα
- 50% μείωση σε μετρητές βλάβες και μη εμφάνιση νέων εστιών ή επιδείνωση συμπτωμάτων για 12 εβδομάδες
- Επανασβέσωση μερικών οστεολυτικών βλαβών, εφ' όσον υπάρχουν
- Μείωση του πόνου, βελτίωση της γενικής κατάστασης και αύξηση του σωματικού βάρους.

2. Αντικειμενική στάσιμη κατάσταση

- Ανεπαρκής υποχώρηση των μετρητών βλαβών
- <25% αύξηση σε οποιαδήποτε μετρητή βλάβη
- Μη σημαντική απώλεια βάρους >10% ή ελάττωση του δείκτη ζωτικότητας.

3. Αντικειμενική επιδείνωση

- Σημαντική επιδείνωση στην συμπτωματολογία, ιδιαίτερα στον πόνο, γενική κατάσταση και απώλεια βάρους
- Αύξηση >50% σε προϋπάρχουσες βλάβες
- Εμφάνιση νέων εστιών

4. Επιβαρυντικοί προγνωστικοί παράγοντες

- Υψηλές τιμές όξινης και αλκαλικής φωσφατάσης
- Υψηλές τιμές προλακτίνης, LDH και SGOT
- κακή γενική κατάσταση
- Αναιμία
- Πόνος στα οστά
- Ηλικία >65
- Μεταστάσεις στο ήπαρ και πνεύμονες
- Υπολευκωματιναιμία¹⁴

6.4.1.2 Επιπλοκές της χημειοθεραπείας

Η βλάβη που προκαλεί η χημειοθεραπεία στα υγιή κύτταρα μπορεί να έχει παρενέργειες.

Για παράδειγμα, η απώλεια των μαλλιών: είναι μια κλασική παρενέργεια της χημειοθεραπείας που εκδηλώνεται επειδή τα φάρμακα βλάπτουν τα τριχοθυλάκια. Συχνά επηρεάζονται επίσης κύτταρα στο μυελό των οστών, το στόμα, το στομάχι και τα έντερα.

Εκτός από την απώλεια μαλλιών, η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει κόπωση, στοματίτιδα, ναυτία και στειρότητα. Η παρουσία ή η απουσία των παρενεργειών ωστόσο, δεν είναι ενδεικτική της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Οι περισσότεροι άνδρες θεωρούν ότι μπορούν να χειριστούν τις παρενέργειες και οι επιδράσεις δεν διαρκούν πολύ. Σε μερικούς μήνες η χημειοθεραπεία τελειώνει, το σώμα αναρρώνει και σταθερά αισθάνονται και πάλι φυσιολογικά¹⁵.

6.4.1.3 Αντιμετώπιση των επιπλοκών της χημειοθεραπείας

Το πιο έντονο πρόβλημα των ορμονοάντοχων καρκίνων είναι οι οστικοί πόνοι, η αντιμετώπιση των οποίων, όπως πιο πάνω αναφέρεται, γίνεται με εξωτερική ακτινοθεραπεία ή με ενδοφλέβια χορήγηση strontium-89¹⁶.

Τα φάρμακα χορηγούνται με τη μορφή χαπιού ή με ενδοφλέβια μορφή. Συνήθως λαμβάνονται ανά κυκλικές περιόδους με κάθε περίοδο θεραπείας να ακολουθείται από μια περίοδο ανάπαυσης.

Οι κυκλικές αυτές περιόδους μπορεί να διαρκούν μια μέρα, μια εβδομάδα ή 3-4 εβδομάδες, ανάλογα με το φάρμακο και την ανοχή του ασθενούς.

Οι συνδυασμοί φαρμάκων χημειοθεραπείας έχουν συχνά καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την αποκλειστική χρήση ενός φαρμάκου, αλλά ακόμα και οι συνδυασμοί αυτοί δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί όταν πρόκειται για προχωρημένο ορμονοάντοχο καρκίνο¹⁵.

Παρ' όλες τις προσπάθειες, όμως, οι ασθενείς με ορμονοάντοχο καρκίνο επιδεινώνονται συνεχώς και πεθαίνουν σε λίγους μήνες από την έναρξη της υποτροπής της νόσου¹⁶.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η αιτία του καρκίνου του προστάτη είναι άγνωστη, γεγονός που σημαίνει ότι είναι δύσκολο να προταθούν μέθοδοι πρόληψης. Οι ερευνητές δεν έχουν ανακαλύψει κάποια ιδιαίτερα έντονη σχέση με τον τρόπο ζωής, αλλά υπάρχουν κάποια στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η διατροφή ίσως διαδραματίζει κάποιο ρόλο.

Διατροφή

Η επιστημονική έρευνα που σχετίζεται με τη διατροφή και τον καρκίνο του προστάτη είναι ένας κινούμενος στόχος που, μέχρι στιγμής, δεν έχει δώσει καθαρές συμβουλές για την πρόληψη του καρκίνου του προστάτη. Κάποιες ενδιαφέρουσες τάσεις, όμως, αρχίζουν να εμφανίζονται.

Για παράδειγμα, όλο και περισσότερα, αν και όχι τελεσίδικα, είναι τα στοιχεία που συσχετίζουν την κατανάλωση λιπαρών τροφών και ιδιαίτερα γαλακτοκομικών προϊόντων και κόκκινου κρέατος, με τον καρκίνο του προστάτη.

Το 1993, οι ερευνητές της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Χάρβαρντ, δημοσίευσαν μια έρευνα στην οποία συμμετείχαν περισσότεροι από 51.000 Αμερικανοί (45-70 ετών), η οποία έδειξε ότι οι άνδρες που κατανάλωναν περισσότερα λιπαρά (89 γραμμάρια ημερησίως) διέτρεχαν δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για προστατική νόσο σε προχωρημένο στάδιο σε σχέση με εκείνους που κατανάλωναν τη μικρότερη ποσότητα (53 γραμμάρια ημερησίως).

Φαίνεται ότι το κόκκινο κρέας είχε το μεγαλύτερο συντελεστή επικινδυνότητας σε σχέση με τις άλλες τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη.

Παράγοντας που φαίνεται ότι αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη, είναι επίσης και η διατροφή πλούσια σε γαλακτοκομικά προϊόντα, και ο παράγοντας αυτός σε μικρό βαθμό έχει να κάνει με τα λίπη.

Σε εννέα ξεχωριστές μελέτες, ο πιο ισχυρός και σταθερός διατροφικός παράγοντας που σχετίζεται με τον καρκίνο του προστάτη ήταν η υψηλή κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων.

Στη Health Professionals Follow-up Study, που ήταν η πιο ευρεία από αυτές, οι άνδρες που έπιναν δύο ή περισσότερα ποτήρια γάλακτος ημερησίως, είχαν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν προχωρημένο ή μεταστατικό καρκίνο του προστάτη (που εξαπλώνεται) σε σχέση με εκείνους που δεν έπιναν καθόλου γάλα.

Στην αρχή, οι ερευνητές πίστευαν ότι ο συσχετισμός οφειλόταν στα κορεσμένα λίπη των γαλακτοκομικών προϊόντων. Τα αποτελέσματα όμως της μελέτης, καθώς πιο προσεκτικές αναλύσεις άλλων στοιχείων ανέφεραν ότι ίσως η αιτία να είναι το ασβέστιο.

Οι άνδρες που καταλάωναν 2000 mg ασβέστιο ημερησίως είχαν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν μεταστατικό καρκίνο του προστάτη σε σχέση με εκείνους που καταλάωναν 500 mg ημερησίως.

Αντίθετα, υπάρχουν στοιχεία σύμφωνα με τα οποία μια διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη. Σε μια επιδημιολογική μελέτη των ερευνητών του Χάρβαρντ του 1995 βρέθηκε ότι άνδρες που καταλάωναν τουλάχιστον 10 μερίδες τροφών με βάση την ντομάτα κάθε εβδομάδα, μείωναν τον κίνδυνο να

προσβληθούν από τη νόσο κατά 45% ενώ όσοι κατανάλωναν 4-7 μερίδες μείωναν τον κίνδυνο κατά 20%.

Οι επιστήμονες εικάζουν ότι ο προστατευτικός παράγοντας είναι η λυκοπένη, ένα καροτενοειδές και αντιοξειδωτικό που βρίσκεται σε μεγαλύτερες ποσότητες στις ντομάτες και τα προϊόντα που παράγονται από αυτές.

Επειδή η λυκοπένη είναι ισχυρά δεσμευμένη στα κυτταρικά τοιχώματα, ο οργανισμός σας δυσκολεύεται να την αποσπάσει από τις ωμές ντομάτες. Το μαγείρεμα διασπά τα τοιχώματα αυτά. Το μαγείρεμα του λαδιού τη διαλύει και βοηθάει τη μεταφορά της στο αίμα. Η κουερσετίνη, ένα φλαβονοειδές που βρίσκεται σε μεγαλύτερη αφθονία στα μήλα, τα κρεμμύδια, το μαύρο και το πράσινο τσάι και το κόκκινο κρασί, υπόσχονται ίσως ότι αποτελούν πηγή προστατευτικής δράσης.

Βιταμίνες και μέταλλα

Μια άλλη ουσία που πιθανώς μπορεί να παίζει προστατευτικό ρόλο, είναι η βιταμίνη Ε. Σε μια ευρεία φινλανδική μελέτη βρέθηκε ότι οι άνδρες καπνιστές που λάμβαναν 50 ΔΜ (διεθνείς μονάδες) βιταμίνης Ε ημερησίως είχαν 32% λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του προστάτη και 41% λιγότερες πιθανότητες να πεθάνουν από αυτό, σε σχέση με εκείνους που δεν έπαιρναν συμπληρώματα βιταμίνης Ε.

Έχετε υπ' όψιν όμως, ότι οι αντιοξειδωτικές βιταμίνες, συμπεριλαμβανομένης της βιταμίνης Ε, είναι δυνατόν να εμποδίσουν την ωφέλιμη δράση των φαρμάκων για τη μείωση της χοληστερίνης που χορηγούνται σε άτομα που κινδυνεύουν από καρδιακή νόσο.

Από την άλλη πλευρά, μια πολυβιταμίνη που περιέχει τη συνήθη συνιστώμενη ημερήσια ποσότητα σε βιταμίνη Ε θεωρείται ασφαλής.

Το σελήνιο, που υπάρχει σε κάποιες φυτικές τροφές, μπορεί επίσης να βοηθά στην πρόληψη μερικών τύπων καρκίνου, μεταξύ των οποίων και του καρκίνου του προστάτη.

Η ποσότητα του σεληνίου στο έδαφος, που ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή, καθορίζει και την ποσότητα που υπάρχει στο φυτό. Αλλά η πρόσληψη σεληνίου δεν εξαρτάται μόνο από την ποσότητα φρούτων και λαχανικών στη διατροφή.

Ακόμα και το κρέας των ζώων που τρώνε φυτά τα οποία αναπτύσσονται σε περιοχές πλούσιες σε σελήνιο, περιέχει επίσης υψηλές ποσότητες του στοιχείου αυτού.

Στις Η.Π.Α. οι υψηλότερες συγκεντρώσεις στο έδαφος υπάρχουν στα υψίπεδα της βόρειας Νεμπράσκα και στη Ντακότα. Μια μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 1.312 άνδρες στο Arizona Cancer Center έδειξε ότι όσοι λάμβαναν 200 μικρογραμμάρια (mcg) σεληνίου ημερησίως είχαν 63% λιγότερες πιθανότητες να προσβληθούν από οποιονδήποτε τύπο καρκίνου και μειωνόταν ιδιαίτερα ο κίνδυνος για καρκίνο των πνευμόνων, του προστάτη και για ορθοκολικό καρκίνο.

Σε εξέλιξη βρίσκονται ακόμα μεγαλύτερες δοκιμές, όπως η Selenium and Vitamin E Cancer Trial με 32.000 περίπου συμμετέχοντες.

Σε τελική ανάλυση, τα στοιχεία που αποδεικνύουν ότι τροφές ή θρεπτικές ουσίες συμβάλλουν στην πρόληψη του καρκίνου του προστάτη παραμένουν ατελή. Σαφώς χρειάζεται περαιτέρω μελέτη προκειμένου να καταλήξουμε σε αδιάσειστα συμπεράσματα.

Άλλοι παράγοντες

Μια μελέτη για την πρόληψη του καρκίνου που βρίσκεται σε εξέλιξη, εξετάζει κατά πόσο η φιναστερίδη - το φάρμακο που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της καλοήθους υπερπλασίας του

προστάτη - μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για την πρόληψη του καρκίνου του προστάτη.

Η εθνικής κλίμακας δοκιμή παρακολουθεί 18.000 υγιείς άνδρες, 55 χρόνων και πάνω, εκ των οποίων στους μισούς χορηγούνται 5 mg φιναστερίδης ημερησίως, ενώ στους υπόλοιπους δίνεται ψευδοφάρμακο.

Ποιος είναι ο λόγος που εξηγεί την πεποίθηση ότι η φιναστερίδη μπορεί να προλαμβάνει τον καρκίνο του προστάτη;

Οι ερευνητές γνωρίζουν ότι το φάρμακο αυτό εμποδίζει τη δράση ενός ενζύμου που σχετίζεται με τον μεταβολισμό των ανδρικών ορμονών (ενεργοποίηση της τεστοστερόνης).

Επειδή οι ανδρικές ορμόνες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του προστάτη, οι γιατροί ελπίζουν ότι η φιναστερίδη ίσως μπορέσει να αποτρέψει κάποιες από τις κυτταρικές μεταβολές που οδηγούν σε καρκίνο.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα από τη μελέτη σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του προστάτη με τη χρήση φιναστερίδης θα έρθουν σε πολλά χρόνια.¹⁵

7.1 Υπάρχουν καλύτερες προοπτικές και αισιοδοξία για τον καρκίνο του προστάτη;

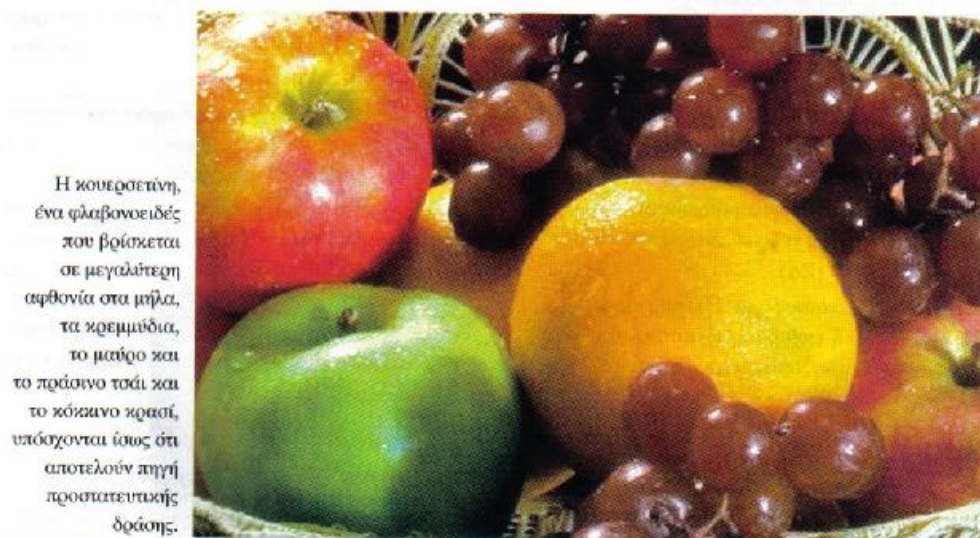
Αν και η πρώτη εκτίμηση των στατιστικών δεδομένων που αφορούν τον καρκίνο του προστάτη δημιουργεί έντονη απαισιοδοξία, υπάρχουν αρκετοί λόγοι να λεχθεί ότι υπάρχουν καλύτερες προοπτικές:

- Διάθεση περισσότερων οικονομικών πόρων για έρευνα
- Ανακάλυψη νέων βελτιωμένων καρκινικών δεικτών
- Καλύτερη σταδιοποίηση

- Ταυτοποίηση μικρομεταστάσεων με την τεχνολογία της αντίδραση της αλυσίδας της πολυμεράσης
- Προοπτικές για καλύτερη θεραπεία

Βελτιωμένες χειρουργικές τεχνικές περιορίζουν τα ποσοστά ανικανότητας και ακράτειας ούρων. Νέες μέθοδοι ακτινοθεραπείας, όπως η θεραπεία με ταχυ-νετρόνια, βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα και μειώνουν τις επιπλοκές της ακτινοβολίας. Η εφαρμογή νέων αντιανδρογόνων βρίσκεται υπό διερεύνηση, με σκοπό την καλύτερη αποτελεσματικότητα και τη μείωση των παρενεργειών.

- Προοπτικές για γονιδιακή θεραπεία. Υπάρχει και το ενδεχόμενο ανακάλυψης εμβολίου για τον καρκίνο του προστάτη.
- Εφαρμογή προληπτικών μέτρων. Η χορήγηση βιταμίνης A (ρετινόλης) και των φυσικών αναλόγων της (ρετινοειδή), της φιναστερίδης και της βιταμίνης D, βρίσκεται υπό διερεύνηση για να καθορισθεί αν αναστέλλει την εμφάνιση καρκίνου του προστάτη¹⁶.



ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Στον καρκίνο του προστάτη

ΠΡΟΛΗΨΗ

1.1.Γενικά-Εισαγωγικά

Η πιο ελπιδοφόρα προσπάθεια στον αγώνα κατά του Καρκίνου είναι η πρόληψη. Μερικοί τύποι καρκίνου μπορούν να προληφθούν. Άλλοι μπορούν να αντιμετωπισθούν με επιτυχία και να θεραπευθούν εντελώς αν διαγνωσθούν σε πρώιμο στάδιο.

Οι πληροφορίες που μπορούν να σώσουν πολλές ανθρώπινες ζωές, είτε παραμένουν άγνωστες στη μεγάλη πλειοψηφία, είτε αρνούνται να τις παραδεχθούν. Έτσι δημιουργείται και διασπείρεται ο φόβος ότι ο καρκίνος δεν μπορεί να θεραπευθεί, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι άρρωστοι να ζητούν βοήθεια όταν είναι πια πολύ αργά.¹⁸

1.2 .Ορισμός

Με τον όρο *πρόληψη* μιας ασθένειας εννοούμε όλες εκείνες τις δραστηριότητες που σκοπό έχουν να προστατεύσουν τα άτομα από πιθανούς ή πραγματικούς παράγοντες που απειλούν την υγεία και από τις βλαβερές συνέπειές τους.¹⁹

1.2.1.Επίπεδα Πρόληψης

Τα μέτρα πρόληψης των κακοήθων νεοπλασιών, έχουν ως σκοπό την αποφυγή έναρξης των παθογενετικών διαδικασιών που μπορεί να οδηγήσουν στη νόσηση(πρωτογενής πρόληψη) καθώς και τη διακοπή της νοσογόνου παθογενετικής διεργασίας με την προσυμπτωματική

διάγνωση(δευτερογενής πρόληψη). Στην πρώτη περίπτωση απαιτείται γνώση των παραγόντων, ενώ στη δεύτερη πρέπει να έχουμε στη διάθεσή μας μεθόδους προσυμπτωματικής διάγνωσης.²⁰

1.2.1.1.Πρωτογενής Πρόληψη

Η γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς προλήψεως του καρκίνου. Αυτά είναι

- Υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα βοηθάει στην πρόληψή του.
- Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων, γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με την εργασία και τον καρκινογόνο παράγοντα.
- Προστασία πληθυσμού με νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς οργανισμούς.

1.2.1.2.Δευτερογενής Πρόληψη

Γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωσθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη είναι λόγοι οικονομικοί, ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή στο να πάει κάποιος στο γιατρό, το χάσιμο χρόνου, κ.ά. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό σε καρκίνο, την εργασία, τη διατροφή και ορισμένα ύποπτα για την ύπαρξη καρκίνου σημεία.²¹

1.3. Ρόλος Νοσηλεύτη στην Πρόληψη Γενικά

Κυρίαρχο ρόλο στην πρόληψη παίζει ο νοσηλευτής. Ο ρόλος αυτός είναι συνδεδεμένος με την υπεύθυνη ενημέρωση που αποσκοπεί στην υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής καθώς και την έγκαιρη ανίχνευση των πρώιμων νοσολογικών συμπτωμάτων για τη μείωση της επίπτωσης και τη βελτίωση της πρόγνωσης του καρκίνου.

Οι νοσηλευτές μπορούν και πρέπει να εμπλέκονται στην εκπαίδευση του κοινού για την πρόληψη του καρκίνου, όσο και στη διενέργεια εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου κατά τη άσκηση του επαγγέλματός τους. Ο ρόλος τους είναι ιδιαίτερα σημαντικός, τόσο λόγω του αριθμού τους σε σχέση με το σύνολο των επαγγελματιών υγείας, όσο και της ποικιλίας των τομέων εργασίας τους.²⁰

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη γενικά περιλαμβάνει:

- Ενίσχυση προσπάθειας κοινού για βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντός του
- Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας
- Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές εκδηλώσεις.
- Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα
- Διαφώτιση του κοινού με διάφορα Μ.Μ.Ε, με έκδοση διαφημιστικών εντύπων και οργάνωση συγκεντρώσεων. Η σωστή διαφώτιση των παιδιών για τον καρκίνο αποτελεί μέσο επιτυχημένης διαφώτισεως και των μεγάλων.²¹

1.3.1. Ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη στο νοσοκομείο

Δεδομένου ότι έχουν πιο συχνή, άμεση και παρατεταμένη επαφή με τους ασθενείς, έχουν πολλές ευκαιρίες να τους εκπαιδεύσουν για την

αξία του υγιεινού και θετικού τρόπου ζωής. Έρευνες στο χώρο αυτό δείχνουν ότι οι νοσηλευτές έχουν την ικανότητα και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στη μεταβίβαση γνώσεων προς τους ασθενείς αλλά και υπεύθυνοι για τη αύξηση της συμμόρφωσης σε θέματα αυτοεξέτασης.

Επομένως ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή την περίπτωση είναι:

- Συλλογή πληροφοριών (ιστορικό) για την αξιολόγηση του κινδύνου για την ανάπτυξη κακοήθειας.
- Η συμβουλευτική για την τροποποίηση ανθυγιεινής συμπεριφοράς.
- Καθοδήγηση των ασθενών σε εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου
- Η συμμετοχή σε σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας και εκπαίδευσης του κοινού για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου.

1.3.2. Ρόλος Κοινοτικού Νοσηλευτή

Ένας άλλος τομέας άσκησης της Νοσηλευτικής ευρύτερος και πιο σημαντικός, είναι η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή περιλαμβάνει:

- Παροχή πληροφοριών στο κοινό για την πρόληψη του καρκίνου σε συνδυασμό με άλλους φορείς.
- Συμμετοχή σε προγράμματα σχετικά με τον καρκίνο στα ΜΜΕ της κοινότητας.
- Συμμετοχή και οργάνωση σεμιναρίων/συνεδρίων για την πρόληψη του καρκίνου και διανομή ενημερωτικού υλικού.
- Σχεδιασμό και παραγωγή οπτικοακουστικού υλικού και διανομή τους σε διάφορους φορείς της κοινότητας.

- Παροχή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης στα υγιή άτομα της κοινότητας.

1.3.3. Ρόλος Νοσηλευτή Εργασίας

Η προσέγγιση των ατόμων στον χώρο εργασίας τους είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης, αφού έχουν αναγνωριστεί αρκετοί επαγγελματικοί παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Ο ρόλος του νοσηλευτή εργασίας θα είναι:

- Να σχεδιάζει και υλοποιεί προγράμματα αγωγής υγείας κατά του καρκίνου
- Να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες και ανησυχίες των εργαζομένων γύρω από τον καρκίνο.
- Να κάνει προσυμπτωματικό έλεγχο στον εργαζόμενο που εκτίθεται σε τοξικούς παράγοντες.
- Να προτείνει μέτρα πρόληψης και ελέγχου των δυνητικά καρκινογόνων παραγόντων στους εργαζόμενους και εργοδότες.²⁰

Ο Ρόλος Του Νοσηλευτή Στις Διαγνωστικές Εξετάσεις

2.1. Βιοψία

Περιλαμβάνει παρακέντηση της προστατικής κάψας , απ' όπου λαμβάνονται από το ύποπτο μέρος ένα τεμάχιο, το οποίο στέλνεται για ιστολογική εξέταση.

Ο ρόλος του νοσηλευτή εστιάζεται :

- Ï στη συγκέντρωση του κατάλληλου υλικού για την παρακέντηση (δίσκος παρακέντησης)
- Ï στην τήρηση άσηπτης τεχνικής και
- Ï στην αποστολή του προστατικού ιστού στο κατάλληλο εργαστήριο

2.2. Δακτυλική Εξέταση Ορθού

Αυτή η εξέταση πραγματοποιείται μόνο από γιατρό και δεν είναι και τόσο ευχάριστη για τον ασθενή. Είναι κάτι άγνωστο γι' αυτόν και κατά κάποιον τρόπο επηρεάζει την βιοψυχοκοινωνική του ταυτότητα.

Εδώ ο νοσηλευτής επεμβαίνει κυρίως ενημερωτικά και ψυχολογικά:

- προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του ασθενούς τονίζοντάς του ότι είναι μια ανώδυνη θεραπεία αλλά και το πόσο καλό μπορεί να κάνει στην αντιμετώπιση της πάθησής του
- τον διδάσκει και τον καθοδηγεί ώστε να πάρει τη σωστή θέση,
- σημειώνει λεπτομερώς όλες τις ενέργειες που έγιναν

2.3. Κυτταρολογική Εξέταση Προστατικού Υγρού

Γίνεται δια ελαφρών μαλάξεων αμφοτέρων λοβών από πάνω προς τα κάτω δια του άκρου του δακτύλου. Ο νοσηλευτής εστιάζει την προσοχή του :

- στη συλλογή του υγρού σε αποστειρωμένο διάλυμα μαγειρικού άλατος και
- στην έγκαιρη αποστολή του δείγματος στο κατάλληλο εργαστήριο για διερεύνηση

2.4. Κυστεοσκόπηση

Πραγματοποιείται με επισκόπηση της ουροδόχου κύστης με τη βοήθεια κυστεοσκοπίου.

Ο νοσηλευτικός ρόλος σε αυτή την εξέταση εστιάζεται :

- στην προετοιμασία του ασθενούς με χορήγηση δύο ποτηριών νερού πριν την εξέταση
- στην τήρηση άσηπτης τεχνικής
- στη βοήθεια του αρρώστου να ξεπεράσει τον πόνο μετά την εξέταση. Συνιστά καλή ξεκούραση και ανάπαυση. Χορηγεί μυοχαλαρωτικά κατ' εντολή γιατρού.
- στη διδασκαλία της λήψης υγρών

2.5. Καθετηριασμός Ουροδόγου Κύστεως

Γίνεται πριν την εγχείρηση του προστάτη.

Οι νοσηλευτές, παρόλο που πρέπει να γνωρίζουν όλη τη διαδικασία του καθετηριασμού, εντούτοις απαγορεύεται δια νόμου να την εφαρμόσουν. Η πράξη αυτή γίνεται από ουρολόγο. Ο νοσηλευτής:

- Προετοιμάζει τα αντικείμενα που θα χρειαστούν : Foley 20-25F , Xylocaine gel, αποστειρωμένα γάντια και πεδίο, αποστειρωμένη λαβίδα, αποστειρωμένες γάζες και τετράγωνο με σχισμή, αντισηπτική διάλυση και προετοιμάζει τον ουροσυλλέκτη στο στατώ
- βοηθά τον ασθενή να πάρει ύπτια θέση, με τους μηρούς να έχουν λίγη απόσταση μεταξύ τους και τα χέρια να είναι ευθεία κάτω στο κρεβάτι
- κατευθύνει το φως στο σημείο του καθετηριασμού και
- τοποθετεί το πεδίο πάνω από τους μηρούς και κάτω από το πέος
Φάση Εκτέλεσης : Σερβίρει
- τα αποστειρωμένα γάντια στο γιατρό
- προσεκτικά με τη λαβίδα τις αποστειρωμένες γάζες με την αντισηπτική διάλυση για τοπική πλύση
- τον καθετήρα με το gel με προσοχή
- Για μόνιμο καθετήρα τοποθετείται 10-15 cm μέσα στην ουρήθρα και
- φουσκώνουμε το μπαλάκι με 10-20 cc φυσιολογικό ορό. Τον τραβάμε ελαφρά να σιγουρευτούμε ότι δεν βγαίνει
- τον συνδέουμε με τον ουροσυλλέκτη και απομακρύνουμε τα υλικά που χρησιμοποιήσαμε και
- τοποθετούμε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση

2.6. Ενδοφλέβια Ουρογραφία

Μετά από ενδοφλέβια χορήγηση ακτινοσκιερής ουσίας που αποβάλλεται από τους νεφρούς, γίνεται ακτινογράφιση νεφρών, του ουρητήρα, της κύστης και του προστάτη. Ο νοσηλευτής:

- ενημερώνει τον άρρωστο να μην πάρει υγρά την προηγούμενη μέρα της εξέτασης
- προσαρμόζει, σε συνεργασία με τον γιατρό, το δείπνο του ώστε να είναι ελαφρύ και του χορηγεί υπακτικό όταν το επιτρέπει ο γιατρός
- τον ενημερώνει ότι μετά το δείπνο και ως την ώρα της εξέτασης δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα και ότι πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι
- αναλαμβάνει, πριν την εξέταση, την πραγματοποίηση ενός test ευαισθησίας (2ml ενδοδερμικά)²²

Νοσηλευτική Παρέμβαση Στη Χειρουργική Θεραπεία Του Καρκίνου Του Προστάτη

Οι χειρουργικές παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος απαιτούν εξατομικευμένη και καλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο όταν η νοσηλεύτρια είναι κατάλληλα προετοιμασμένη για να αντιμετωπίσει την προεγχειρητική και μετεγχειρητική ετοιμασία αυτών των αρρώστων.²²

3.1. Προεγχειρητική Ετοιμασία – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Χωρίζεται σε: ΓΕΝΙΚΗ, ΤΟΠΙΚΗ και ΤΕΛΙΚΗ.

3.1.1. Γενική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή είναι η γενικότερη εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου. Αυτή επιτυγχάνεται με:

- Παίρνεται προσεκτικά το ιστορικό υγείας του για να διαπιστωθεί αν είχε προηγούμενη εμπειρία, αν έχει κάποια πάθηση που πρέπει να ληφθεί υπόψιν όπως πχ. ΣΔ, νόσο Addison, καρδιακές, νεφρικές, ηπατικές ή ορμονικές διαταραχές
- Λήψη ζωτικών σημείων(θερμοκρασία, σφύξεις, αρτηριακή πίεση) και αξιολόγησή τους.
- Παρατήρηση γενικότερης εξωτερικής του εικόνας, όπως πχ. χρώμα προσώπου, διαπιστώνεται παχυσαρκία, η διάθεση κλπ. Τα παχύσαρκα άτομα μπορεί να παρουσιάσουν επιπλοκές που πρέπει να προληφθούν εγκαίρως.

- Πραγματοποιείται μια σειρά εξετάσεων που περιλαμβάνει: (1) από χειρουργό για επιβεβαίωση διάγνωσης και ιστορικού. Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον γιατρό για το ιστορικό και την πορεία του ασθενή, (2) από παθολόγο για μελέτη και διασταύρωση των συμπτωμάτων και (3) εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται πάντα πριν το χειρουργείο. Αυτές περιλαμβάνουν: (1) Γενική αίματος, τύπο λευκών και χρόνο ροής και πήξης, (2) γενική ούρων, (3) ακτινογραφία θώρακος και (4) ΗΚΓ.

Ψυχολογική Προετοιμασία: Η σπουδαιότητά της έχει διαπιστωθεί μέσα από πολλές μελέτες. Τα ευρήματα δείχνουν πως η ψυχολογική προετοιμασία (1) βοηθά στη μείωση του άγχους, (2) μειώνει τη δόση του αναισθητικού, (3) συμβάλλει στην ταχύτερη μετεγχειρητική σταθεροποίηση των ΖΣ, (4) μειώνει τα επίπεδα κορτικοστεροειδών στο αίμα που είναι δείκτες ορμονικής αντίδρασης στο stress, μειώνει την ύπαρξη μετεγχειρητικών λοιμώξεων και συμβάλλει στην ταχύτερη ανάρρωση και ταχεία έξοδο του από το νοσοκομείο.

Η ψυχολογική προετοιμασία επιτυγχάνεται από το νοσηλευτή με τους παρακάτω χειρισμούς:

- Επειδή ο άρρωστος με προστατεκτομή είναι συνήθως άτομο μεγάλης ηλικίας έχει ανάγκη προσανατολισμού προς το φυσικό περιβάλλον και εξοικειώσεως στη διεξαγωγή της θεραπείας στη μονάδα. Ο νοσηλευτής συζητώντας συλλέγει πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην εκτίμηση της ιδιοσυστασίας του, των αδύνατων σημείων του χαρακτήρα του καθώς και τη διανοητική του ικανότητα και ισορροπία.
- Περιλαμβάνει εκτίμηση και εξάλειψη του πιθανού φόβου. Πιθανοί φόβοι μπορεί να είναι για τη νάρκωση, ο φόβος του αγνώστου, αλλοίωσης του ειδώλου σώματος και ο φόβος του αποχωρισμού.

- Γίνεται προσπάθεια από τον νοσηλευτή να μειώσει την αγωνία και το stress με τόνωση του ηθικού και εγκατάσταση καλών σχέσεων μεταξύ υγειονομικού προσωπικού και αρρώστου.
- Τονώνουμε ηθικά τον άρρωστο και με συχνή επαφή και συζήτηση μαζί του, προσπαθούμε να εξαλείψουμε το φόβο του θανάτου. Η ικανοποίηση των φυσικών αναγκών τους, βοηθάει στην ανάπτυξη του αισθήματος της ασφάλειας και βεβαιότητας, τα οποία παίζουν κύριο ρόλο στην έκβαση της θεραπείας.
- Ενθαρρύνουμε τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν ενεργά στην ψυχολογική αποκατάσταση του ασθενούς.
- Επιτακτική είναι η σωματική καθαριότητα .Επειδή το άτομο με προστάτη είναι συνήθως ηλικιωμένος, ο νοσηλευτής είναι αυτός που τον βοηθάει για να την πραγματοποιήσει. Το καθαρό σώμα ενισχύει την ψυχολογία.

Φυσική Προετοιμασία

- Η καλή κατάσταση θρέψης βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του. Ο καχεκτικός άρρωστος έχει μειωμένη αντοχή στο χειρουργικό stress, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και την αιμορραγία και επίσης καθυστερείται η επούλωση του τραύματος λόγω έλλειψης βιταμίνης C.
- Το διαιτολόγιό του εμπλουτίζεται με τροφές υψηλής βιολογικής αξίας. Χορηγείται υπερλευκοματούχος δίαιτα. Αποφεύγονται αυστηρά τα ζωικά λίπη που ενοχοποιούνται για τη δημιουργία του καρκίνου του προστάτη. Δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στα παχύσαρκα άτομα διότι προδιαθέτουν μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως η εκσπλάχνωση, πνευμονική εμβολή και θρομβοφλεβίτιδα.

- Είναι απαραίτητος ο συχνός έλεγχος της σωστής λειτουργίας του ουροποιητικού συστήματος του ασθενή. Ενισχύεται η λήψη άφθονων υγρών και παρατηρείται σχολαστικά το ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλομένων καθώς και το ειδικό βάρος των ούρων. Η έξοδος των ούρων γίνεται αργά και σταθερά, γιατί υπάρχει η περίπτωση αιμορραγίας όταν υπάρχει μεγάλη διάταση της κύστης για μεγάλο διάστημα και απότομη έξοδος μεγάλης ποσότητας ούρων από την κύστη.
- Επιβάλλεται η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα με υποκλυσμό για τη αποφυγή κενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι, για τη σωστότερη διενέργεια της επέμβασης λόγω μη διάτασης των εντερικών ελίκων και για αποφυγή δημιουργίας αερίων στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και ενημερώνει εγκαίρως όταν είναι αρνητικά.

3.1.2. Τοπική Προεγχειρτική Ετοιμασία

Εδώ περιλαμβάνονται οι δραστηριότητες εκείνες, που σκοπό έχουν την τοπική προετοιμασία της περιοχής που θα χειρουργηθεί.

Σε αυτή τη φάση:

- Αρχικά πραγματοποιείται γενική καθαριότητα σώματος. Αυτή αποβλέπει στην καλή λειτουργικότητας του δέρματος και βοηθά στην αποφυγή μολύνσεων. Μεγάλη προσοχή να μην εκτίθεται ο άρρωστος στον αέρα και κρυώσει.
- Γίνεται αποτρίχωση της περιοχής που θα γίνει η τομή. Ακολουθεί αυστηρή αντισηψία στην περιοχή πραγματοποίησης της τομής.
- Εξασφαλίζεται επαρκής και καλός ύπνος. Επιτυγχάνεται με χορήγηση ηρεμιστικών ή υπνωτικών.

3.1.3. Τελική Προεγχειριστική Ετοιμασία

Περιλαμβάνει:

- Παρατήρηση γενικής κατάστασης και καταγραφή ΖΣ. Παρατηρούνται τυχόν σημεία βήχα σε ένδειξη κρυολογήματος.
- Γίνεται κατάλληλη ένδυση του ασθενούς, μισή ώρα πριν την εισαγωγή του στο χειρουργείο. *Βγάζει όλα του τα ρούχα και βγάζει τυχόν εξαρτήματα που φορά, πχ. ρολόι, δαχτυλίδια κλπ.
- Η νοσηλεύτρια, σε συνεργασία με τον γιατρό, χορηγεί το φάρμακο της προνάρκωσης στον ασθενή την ακριβή ώρα που πρέπει και τη δοσολογία που πρέπει, μισή ώρα πριν την επέμβαση.

3.2. Μετεγχειριστική Φροντίδα – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από τον χειρουργικό θάλαμο στο δωμάτιο ανάνηψης και ύστερα στο δωμάτιο του και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του και έγκειται στην αντιμετώπιση των μετεγχειριστικών επιπλοκών.

Βασικά σημεία στην μετεγχειριστική φροντίδα του χειρουργημένου ασθενή είναι:

- Λήψη ΖΣ αμέσως μόλις βγει από το χειρουργείο κάθε 2 ώρες τουλάχιστον κατά το πρώτο 12ωρο, διότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας και αιμορραγικού shock. **Προσοχή!** Η λήψη της θερμοκρασίας να γίνεται από άλλη οδό εκτός του ορθού.
- Ελέγχονται οι παροχετεύσεις, αν υπάρχουν, καθώς και η ύπαρξη ουροκαθετήρα. Ελέγχεται η βατότητά τους ώστε να μην υπάρχουν συστροφές και κάμψεις. Συνίσταται και η πλύση του καθετήρα.

- Παρατηρείται σχολαστικά το ισοζύγιο των υγρών και γίνεται εκτίμηση και συσχετισμός τους. Ο ασθενής ενημερώνεται ότι πρέπει να καταναλώνει 3-4 λίτρα ημερησίως. Η σίτιση ξεκινάει μόλις αποκατασταθεί η λειτουργικότητα του εντέρου.
- Σε περίπτωση αιματουρίας απαιτείται εξέταση ούρων για αίμα και μέτρηση ειδικού βάρους.
- Ενημερώνει το διάγραμμα για τις παρατηρήσεις της, όχι μόνο κατά την επιστροφή του αρρώστου από το χειρουργείο, αλλά και κατά τη διάρκεια νοσηλείας του στο τμήμα.
- Στο κρεβάτι, η καταλληλότερη θέση του ασθενούς είναι η ύπτια, για διευκόλυνση αποβολής της νάρκωσης.
- Σε διαπίστωση αιμορραγίας η νοσηλεύτρια θέτει τον ασθενή σε ακινησία, ειδοποιεί τον γιατρό και είναι έτοιμη σε πιθανότητα που χρειαστεί μετάγγιση ή ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Παράλληλα ειδοποιεί την τράπεζα αίματος
- 3-4 ημέρες μετά την εγχείρηση του χορηγείται υπακτικό, μόνο κατ' εντολή γιατρού.
- Γίνεται διδασκαλία του αρρώστου για ενεργητικό βήχα, ώστε να αποβληθούν τα υπολείμματα της νάρκωσης. Ενθαρρύνεται επίσης να κάνει ενεργητικές κινήσεις, εφόσον επιτρέπεται, καθώς και ασκήσεις περινέου. Επίσης, πρέπει να αποφεύγεται η έντονη άσκηση και ανύψωση βαριών αντικειμένων για 3 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.
- Πρέπει να γίνονται συχνές αλλαγές του τραύματος για να αποφευχθεί η μόλυνσή του.
- Η τόνωση του ηθικού του ασθενή λόγω της μελαγχολίας και της απαισιοδοξίας εξαιτίας της συχνουρίας και της μερικής απώλειας κοπράνων, λόγω αφαίρεσης των παροχετευτικών σωλήνων.²³

Νοσηλευτική Παρέμβαση Στη Χημειοθεραπεία Του Καρκίνου Του Προστάτη

Οι νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας, έχουν να κάνουν με την προετοιμασία, εφαρμογή και παρακολούθηση της θεραπείας καθώς και στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων.

4.1 .Γενικές Νοσηλευτικές Ευθύνες Στο Χειρισμό Των Κυτταροστατικών

Προετοιμασία:

- Ο νοσηλευτής κατά τη διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου, φοράει ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματός του. Αν ένα διάλυμα έρθει σε επαφή με το δέρμα ή κάποιον άλλο βλεννογόνο, πλένεται η περιοχή με άφθονο νερό. Σε περίπτωση επαφής με τα μάτια, επιβάλλεται η επίσκεψη σε οφθαλμίατρο.
- Αρχίζει η έγχυση αρχικά με το υγρό χωρίς το κυτταροστατικό
- Το σημείο έγχυσης που προτιμάται, είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκράνιος βόθρος
- Αποφεύγεται η χορήγηση του φαρμάκου από σημείο που είχε προηγουμένως χρησιμοποιηθεί.
- Μόλις αρχίσει η έγχυση και κατά τη διάρκεια αυτής, παρακολουθείται το σημείο φλεβοκέντησης για πιθανά σημεία οιδήματος, πόνου ή ευαισθησίας, σε πιθανή υποδόρροια και όχι

ενδοφλέβια έγχυση. Σε διαπίστωση των παραπάνω συμπτωμάτων διακόπτεται η έγχυση, διατηρείται η φλέβα ανοιχτή με φυσιολογικό ορό και ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός

- Ενημερώνεται επίσης ο ασθενής και τα μέλη της οικογένειάς του πως πρέπει να αναφέρουν αμέσως την ύπαρξη σχετικών με τα παραπάνω συμπτωμάτων
- Μετά το τέλος της θεραπείας, ξεπλένεται η βελόνα έγχυσης με φυσιολογικό ορό και αφαιρείται
- Καταγράφεται η νοσηλεία και αναφέρονται επακριβώς τυχόν επιπλοκές που παρατηρήθηκαν.²⁴

4.2. Νοσηλευτικές Εφαρμογές Στις Τοξικές Ενέργειες Των Κυτταροστατικών

4.2.1. Καταστολή του Μυελού Των Οστών

4.2.1.1. Λευκοπενία:

- Παρακολούθηση λευκών αιμοσφαιρίων. Σε απότομη πτώση τους η θεραπεία διακόπτεται και ενημερώνεται ο γιατρός
- Παρατηρείται συνεχώς και καταγράφεται η θερμοκρασία. Άνοδος μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία
- Γίνεται έλεγχος δέρματος και κοιλοτήτων για λοίμωξη για πρόληψη σηψαιμικών εκδηλώσεων.
- Προλαμβάνονται λοιμώξεις με (1) σχολαστικό καθαρισμό σώματος, στόματος και βλεννογόνων
(2) Εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης σε πτώση λευκών και (3) αλλαγή συσκευής έγχυσης κάθε 24 ώρες και θέσης βελόνας κάθε 48 ώρες

4.2.1.2. Θρομβοπενία:

- Σε πτώση αιμοπεταλίων κάτω από 50.000/mm³ απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο
- Παρακολουθούνται (1)τα κόπρανα για αίμα, (2) το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα και (3)διάφορες κοιλότητες για αιμορραγία
- Ελέγχεται η αρτηριακή πίεση. Αν βρεθεί χαμηλή, ο άρρωστος πρέπει να νοσηλευτεί.
- Γίνεται πρόληψη των αιμορραγιών με μέτρα όπως: (1) περιορισμό υποδόριων και ενδομυϊκών ενέσεων, (2) οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσης σε κάποιο σημείο πρέπει να είναι μακράς διάρκειας, (3) συμβουλές στον άρρωστο για αποφυγή πρόκλησης αιμορραγίας
- Αντιμετώπιση τυχόν αιμορραγίας με μετάγγιση αίματος, όπου παρακολουθείται η ροή του καθώς και ο άρρωστος για τυχόν σημεία αντίδρασης στο αίμα.

4.2.1.3. Αναιμία

- Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη, ο αιματοκρίτης και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση και απάθεια
- Το διαιτολόγιο να είναι πλούσιο σε λευκώματα και σίδηρο
- Πρέπει να περιορίζεται η απώλεια αίματος και μετάγγιση να γίνεται μόνο κατ' εντολή γιατρού.

4.3 Γαστρεντερικές Διαταραχές

4.3.1 Ναυτία – Έμετος

- Παρακολούθηση θρέψης, συχνότητας και χαρακτήρα των εμετών
- Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης εμετών με: (1)χορήγηση αντιεμετικών, (2)χορήγηση του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου μετά τη θεραπεία με άδειο στομάχι, (3) εκπαιδεύεται ο άρρωστος και η οικογένειά του για εφαρμογή υποθέτων αυστηρά και μόνο με εντολή από τον γιατρό, (5) Να αποφεύγονται ζεστά γεύματα και τροφές με έντονη οσμή. Μετά από κάθε γεύμα συνίσταται καθαριότητα στόματος
- Ελέγχεται πιθανή διαταραχή των ηλεκτρολυτών. Ενημερώνουμε το διάγραμμα και τον γιατρό.

4.3.2. Διάρροια – Σύσπαση Κοιλιακών Μυών

- Παρακολούθηση χρώματος, ποσότητας και περιεκτικότητας της κένωσης
- Ενημέρωση διαγράμματος και γιατρού
- Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα: (1) αφυδάτωσης, (2) μεταβολικής οξέωσης που σημαίνει πιθανή διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (3) σύσπαση κοιλιακών μυών
- Λήψη μέτρων πρόληψης της διάρροιας με: (1) Περιορισμό της κυτταρίνης στο διαιτολόγιο και (2) λήψη τροφών που προκαλούν δυσκοιλιότητα
- Αντιμετώπιση της διάρροιας με : (1)χορήγηση πολλών υγρών εφόσον δεν αντενδείκνυται, (2) διόρθωση διαταραχών ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (3)φροντίδα δέρματος της περιοχής του περινέου για την πρόληψη ερεθισμού

4.3.3. Στοματίτιδα – Έλκη βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

- Αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου ελέγχεται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας για: (1) ερυθρότητα, (2)ξηρότητα και (3)λευκές κηλίδες που υποδηλώνουν στοματίτιδα
- Πρόληψη στοματίτιδας με : (1)καθημερινή παρακολούθηση στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων και τσούξιμο στις όξινες τροφές, (2)οργάνωση φροντίδας της στοματικής κοιλότητας για πρόληψη λοιμώξεων και (3)επάλειψη χειλέων με γλυκερίνη 3 φορές την ημέρα.

4.4 Νευροτοξικότητα

- Παρακολούθηση για συμπτώματα : (1)ήπιας νευροπάθειας με ελαφρύ πόνο στα άκρα και απώλεια αντανακλαστικών, (2)σοβαρότερης νευροπάθειας όπως απώλεια συντονισμού, μειωμένη δύναμη χεριών, πτώση πέλματος ή καρπού και παραλυτικός ειλεός
- Προστασία ασθενούς από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με : (1)έγκαιρη ενημέρωση γιατρού για τα συμπτώματα και (2)αλλαγή του σχήματος θεραπείας
- Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με : (1)χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του, (2)διατήρηση των μελών του σώματός του σε φυσιολογική θέση και (3)χορήγηση καθαρτικών, κατ' εντολή γιατρού, που βοηθούν στην δυσκοιλιότητα.

4.5 Ηπατοτοξικότητα

- Γίνεται παρακολούθηση της λειτουργικότητας του ήπατος βάση διαγνωστικών εξετάσεων
- Παρακολουθείται και καταγράφεται η εμφάνιση συμπτωμάτων όπως: (1)κοιλιακός πόνος, (2)υψηλός πυρετός, διάρροια και ίκτερος. Ακολουθεί ενημέρωση του γιατρού.
- Γίνεται προσπάθεια ανακούφισης του ασθενούς από τα συμπτώματα, με χειρισμούς όπως αυτές τις εντριβής, του massage και των παθητικών ασκήσεων, εφόσον δεν αντενδείκνυται.

4.6 Ανοσοκατασταλτική Επίδραση

- Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα πυρετού ή ρίγους και αντιμετωπίζεται με : (1)εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων, (2)χορήγηση αντιπυρετικού και εξασφάλιση ζεστού περιβάλλοντος
- Ενημέρωση του δελτίου νοσηλείας

4.7 Νεφροτοξικότητα

- Παρακολουθείται η νεφρική λειτουργία με τις εργαστηριακές εξετάσεις και ο άρρωστος για συμπτώματα : (1)οιδήματος και (2)μείωση ποσού ούρων
- Γίνεται συνεχής έλεγχος και καταγραφή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών καθώς και ενημέρωση διαγράμματος και γιατρού για τα προσβαλλόμενα και αποβαλλόμενα υγρά

4.8 Αλωπεκία

- Απαραίτητη είναι η ενημέρωση του ασθενούς για την πτώση των μαλλιών του κατά τη διάρκεια της θεραπείας, τα οποία επανεμφανίζονται 8 περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.
- Μέριμνα των νοσηλευτών επίσης είναι η ψυχολογική ενίσχυση και υποστήριξη του ασθενούς, καθώς υφίσταται αλλαγή η εικόνα του σώματός του.
- Η αλωπεκία μπορεί να μειωθεί, αν κατά τη θεραπεία εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.
- Όταν πέσουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται με μαντήλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα ενισχύεται η έκφραση των συναισθημάτων του αρρώστου σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής του.

4.9 Αλλαγές Δέρματος

- Συνεχής παρακολούθηση του δέρματος για τυχόν λύσης της συνέχειάς του. Διατηρείται καθαρό και προστατεύεται από την ξηρότητα με εφαρμογή ειδικών αλοιφών, ενώ πρέπει να περιορίζεται η έκθεσή του στον ήλιο και τις υπεριώδης ακτίνες
- Μέλημα των νοσηλευτών είναι να ενημερώνουν απ' ευθείας ή με έντυπο υλικό για τις τεχνικές προστασίας του δέρματος καθώς και για τυχόν αλλαγές του χρώματος του δέρματος, ενώ επίσης είναι υπεύθυνοι να διδάξουν τους ενδιαφερόμενους για τα μέτρα προστασίας και θεραπείας των φαινομένων αυτών.

Νοσηλευτική Φροντ.Αρρώστου Που Υποβάλλεται Σε Ακτινοθεραπεία)

5.1. Γενικά

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστο. Με την ενσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις της, θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αίσθημα αποδοχής.

Οι *γενικές αρμοδιότητες* και ευθύνες της νοσηλεύτριας απέναντι στον ακτινοθεραπευόμενο άρρωστο, αναφέρεται : (1)στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία, (2)στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία, (3)στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και (4)στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία.

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας διακρίνεται σε ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ και ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ.

5.2. Εφαρμογή Εξωτερικής Ακτινοθεραπείας

Για τη σωστή προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί η εξωτερική ακτινοθεραπεία, ο νοσηλευτής πραγματοποιεί τα εξής :

- Ενημερώνεται από τον φάκελο ασθενούς για : (1)το είδος της θεραπείας που καθορίστηκε, (2)τη θέση του όγκου και (3)τον σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός)
- Αξιολογεί την αντίληψη του αρρώστου για τη θεραπεία και τον ενημερώνει ανάλογα, σε συνεργασία πάντα με τον γιατρό
- Ενημερώνει και διδάσκει τον άρρωστο να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο εφαρμογής της ακτινοθεραπείας.
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον ασθενή για συμπτώματα ναυτίας, έμετου ή άλλων αντιδράσεων ώστε να διαγνωσθούν και να αντιμετωπισθούν εγκαίρως- Ενημερώνεται υποχρεωτικά το δελτίο νοσηλείας για την εμφάνισή τους.
- Του χορηγεί αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα χρειαστεί να μείνει ακίνητος για λίγα λεπτά στην ίδια θέση και τον προστατεύει από ψύξη
- Τονώνει την ψυχολογία του αρρώστου απαντώντας σε ερωτήματα και απορίες του που αφορούν το αν θα πονέσει, το πώς διενεργείται η θεραπεία, αν θα είναι μόνος του και τι επακολουθεί μετά το τέλος της θεραπείας. Η απάντηση σε αυτά και η ενημέρωση γενικότερα, του μειώνει το άγχος και την ανησυχία και τον βοηθά να συνεργαστεί με την ομάδα υγείας για την επιτυχή διενέργεια της θεραπείας.

Πριν αρχίσει η ακτινοθεραπεία, ο άρρωστος που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα παρακάτω:

- Η περιοχή της ακτινοβολίας : (1)διατηρείται στεγνή, (2)πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι, (3)αποφεύγεται η τριβή του σημείου, (4)δεν βάζει αλοιφές, πούδρες ή λοσιόν στο σημείο χωρίς εντολή, (5)πρέπει να διατηρείται σε φυσιολογική θερμοκρασία και να προστατεύεται από τον ήλιο και το κρύο, (6)αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα, αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο, (7)να μην έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή και ερεθισμό.
- Το διαιτολόγιό του να είναι ελαφρύ, με τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες
- Μετά από κάθε ακτινοβολία επιστρέφει στον θάλαμό του. Πρέπει να τονιστεί πως μετά την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας **δεν** αποτελεί πηγή εκπομπής ραδιενέργειας.

5.3. Εφαρμογή Εσωτερικής Ακτινοθεραπείας

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εφαρμογή της εσωτερικής ακτινοθεραπείας, έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησή της. Όταν το ραδιοϊσότοπο πρόκειται να εμφυτευτεί σε ιστό ή κοιλότητα, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Από τη στιγμή που εφαρμόζεται το ραδιοϊσότοπο ο άρρωστος απομονώνεται, επειδή **αποτελεί ραδιενεργό πηγή**.

Σημεία που θα βοηθήσουν τον νοσηλευτή στην προσφορά ακίνδυνης νοσηλευτικής φροντίδας για τον εαυτό της και τους άλλους, είναι :

- Ενημερώνεται από τον φάκελο του αρρώστου : (1)για το είδος του ραδιοϊσότοπου, (2)τον τύπο της πηγής, (3)τον τρόπο χορήγησης, (4)την ημερομηνία έναρξης της θεραπείας, (5)το σημείο εφαρμογής και (6)τον αριθμό ημερών απομόνωσης του ασθενούς
- Γνωρίζει ότι σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσότοπου, αυτό δεν κυκλοφορεί στο σώμα και άρα δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα και τον ιδρώτα. Επομένως δεν χρειάζονται ειδικά μέτρα προφύλαξης
- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς σχετικά με τα μέτρα ασφάλειας κατά την εφαρμογή ραδιενέργειας και παίρνει οδηγίες για τον τρόπο δράσης του ραδιοϊσότοπου που χρησιμοποιείται
- Ο άρρωστος νοσηλεύεται σε ειδική μονάδα με παράθυρο παρακολούθησης και τηλέφωνο ενδοσυνεννόησης με τους νοσηλευτές. Τον ενημερώνει πως το μέτρο είναι προσωρινό, ενισχύοντάς του την ψυχολογία.
- Ενημερώνει τους συγγενείς για τον τρόπο επικοινωνίας μαζί του (τηλέφωνο)και τους προτρέπει σε συνεχή επικοινωνία μαζί του για τη εξάλειψη της μοναξιάς
- Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχείο με μολύβι πριν βγει από το δωμάτιο
- Στην πόρτα του δωματίου και στο φάκελό του, τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργούς ακτινοβολίας που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς
- Ποτέ να μην πιάνει με γυμνά χέρια τη ραδιενεργό πηγή
- Αν υπάρχει κάποια περιβαλλοντική μόλυνση από ακτινοβολία, εντοπίζεται με ειδικά όργανα από την αρμόδια υπηρεσία

5.4. Αντιμετώπιση Παρενεργειών-Επιπλοκών Θεραπείας

5.4.1. Ακτινοδερματίτιδα

- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών
- Καθαρισμός περιοχής με χλιαρό νερό
- Αποφυγή στενών ενδυμάτων που αυξάνουν τον ερεθισμό
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται η θεραπεία
- Τοποθετούνται στην περιοχή αμυλούχες αλοιφές με ιατρική εντολή

5.4.2. Καταστολή Μυελού Των Οστών

Οι παρενέργειες που παρουσιάζονται είναι αντίσταση και επιρρέπεια στις λοιμώξεις. Γι' αυτό επιβάλλεται:

- Ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς με ειδικές εξετάσεις
- Συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση για αιμορραγίες²¹

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

6.1 Αποκατάσταση αρρώστου με καρκίνο

Είναι γεγονός πως η αρρώστια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, συμπαράσταση και κατάρτιση(εκμάθηση τεχνικών).⁽²⁰⁾

Η έννοια της λέξεως αποκατάσταση σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενή του κατάσταση, ύστερα από διαταραχή ή αλλαγή που υπέστη. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η αποκατάσταση αρχίζει μετά τη διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας.

Σήμερα όταν μιλάμε για αποκατάσταση, εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας, να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις βιο-ψυχολογικές ικανότητες που έχει, για να ζήσει ζωή κάποιας ποιότητας. Δηλαδή να μην κλαίει για το χθες και να μην τρέμει για το αύριο. Για να γίνει όμως αυτό ο καρκίνος δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά, αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά.

Τα μέλη της ομάδας υγείας από την στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου, πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης, επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο. Η υποστήριξή του στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική. Δηλαδή να αρχίσει πριν ακόμη κατασταλάξουν τα συναισθήματά του, να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς, που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή να ελέγξουμε αργότερα.

Επειδή όμως στη φάση αυτή η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου ασκούν επίδραση σ' αυτόν, γι' αυτό κι αυτές οι ομάδες πληθυσμού συμπεριλαμβάνονται στην ομάδα υγείας.

Για να υλοποιηθεί αυτή η φιλοσοφία της αποκατάστασης, θα πρέπει οι πάσχοντες από καρκίνο να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην Ογκολογία και Ψυχολογία του αρρώστου με καρκίνο.⁽²¹⁾ Συνεπώς τον λόγο εδώ έχει η *εκπαίδευση*. Η εκπαίδευση μπορεί να αναδείξει τους μελλοντικούς νοσηλευτές φύλακες και φρουρούς της υγείας των ανθρώπων. Επειδή έχουν αμεσότερη και μακροχρόνια επαφή με τους ανθρώπους διαθέτουν αμέτρητες ευκαιρίες κινητοποίησής τους για υιοθέτηση υγιών προτύπων συμπεριφοράς και προσυμπτωματικού ελέγχου σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου.⁽²⁰⁾

Άλλος παράγοντας επίσης σημαντικός και ουσιαστικός στην αποκατάσταση είναι *η διαφώτιση της κοινωνίας*, με επιστημονικό μελετημένο τρόπο, ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που υπάρχει προς την έννοια 'καρκίνος' σαν αρρώστια και να κατευθυνθεί προς την αποκατάστασή του.

Τον τρίτο παράγοντα για την υλοποίηση της σύγχρονης φιλοσοφίας της αποκατάστασης του καρκινοπαθή αποτελούν τα *ειδικά προγράμματα αποκατάστασης*. Η εφαρμογή τους θα αρχίζει από το νοσοκομείο και θα συνεχίζεται και ως την τελευταία στιγμή της ζωής του στο σπίτι με τη βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας και με τα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου.⁽²¹⁾

6.2 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο προστάτη

Παρέμβαση:

- Ετοιμασία του αρρώστου για εφαρμογή της θεραπείας που πρόκειται να του γίνει.
- Παρακολούθηση για εκδηλώσεις που δείχνουν μετάσταση του κακοήθους νεοπλασματος σε άλλες περιοχές.
- Σχεδιασμός για συμμετοχή του αρρώστου σε κοινωνικές ή άλλες εκδηλώσεις, επίσκεψη άλλων αρρώστων.
- Συζήτηση με τον άρρωστο μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
- Βοήθεια για εκτίμηση του εαυτού του.
- Βοήθεια του αρρώστου στις καθημερινές δραστηριότητες ατομικής υγιεινής.
- Εξασφάλιση ζεστού και άνετου φυσικού περιβάλλοντος.
- Βοήθεια του αρρώστου στην αλλαγή θέσης.
- Αντικειμενική αξιολόγηση του πόνου και λήψη μέτρων για την ανακούφιση του.
- Χορήγηση φαρμάκων με ιατρική εντολή.
- Ετοιμασία αρρώστου για χειρουργικές επεμβάσεις ή άλλες θεραπείες.
- Αντιμετώπιση τυχόν διαταραχών από κύστη και έντερο.
- Φροντίδα δέρματος, πρόληψη κατακλίσεων.
- Αντιμετώπιση δυσσομίας που οφείλεται στη νέκρωση των νεόπλαστων ιστών.
- Αντιμετώπιση αιμορραγίας που οφείλεται στη διάβρωση του αγγειακού τοιχώματος από το νεόπλασμα.
- Κάλυψη καρκίνου εντοπισμένο στο πρόσωπο και μείωση της έντασης του φωτισμού.

6.3 Νοσηλευτική συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ποιότητα ζωής, αρρώστου με καρκίνο:

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 είναι η ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοιχτής επικοινωνίας με τον άρρωστο και το περιβάλλον του.

Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι η δημιουργία - ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος. Επίσης η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου ανακλονίας θετικές εκτιμήσεις με λόγια, πράξεις ή συμπεριφορά. Άλλος νοσηλευτικός σκοπός είναι η προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και δυνατοτήτων του αρρώστου που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασης του και να μπορεί να υλοποιήσει 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 της πρόσωπο στην θαλπωρή του σπιτιού.

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

Η ανάπτυξη της πολύπλευρης συμβολής των νοσηλευτών στον

τομέα 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 εργαζόμενους του.

Ο ασθενής ενισχύεται περισσότερο όταν νοσηλεύεται σε υπηρεσίες περιπατικών 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.

Το μέτρο της ανθρωπιστικής φροντίδας που του παρέχουμε εξαρτάται από τα πιστεύω, τις αξίες και τα συναισθήματα όλων εκείνων, όλων εμάς που συμμετέχουμε στην φροντίδα του.

Γιατί η αγάπη έχει παντού πρόσβαση, αρκεί να υπάρχει.

6.4 Οδηγίες που δίνονται κατά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο:

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

Τραύμα: αύξηση του ερεθισμού και ερυθρότητας, έκκριμα,

πυρετός.

Ούρα: καύσος και άλγος κατά την ούρηση, παρατεταμένη σταγονοουρία μετά την ούρηση, σκοτεινόχρα, δύσοσμα ούρα, συχνοουρία.

- 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. Αν όμως αυτό δεν γίνει, ενημερώνεται ο γιατρός.
- 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 με τον ιατρό αν επανέλθουν τα σημεία απόφραξης της ουρήθρας.²⁵

6.5 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γ.Ν.Π. «ΑΓΙΟΣ

ΑΝΔΡΕΑΣ»

ΤΟΜΕΑΣ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ: ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ

ΘΑΛΑΜΟΣ: 408

ΗΜ. ΕΙΣΟΔΟΥ: 9/3/2006

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ: Ιωάννης Δ.

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: Κώστας

ΟΝ. ΣΥΖΥΓΟΥ: Μαρία

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 17/6/1939

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝ/ΣΗΣ: Πάτρα

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ: Ελληνική

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Συνταξιούχος

ΑΣΦΑΛΕΙΑ: ΙΚΑ

ΟΙΚ/ΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΕΓΓΑΜΟΣ

ΠΑΙΔΙΑ: 3 ΑΓΟΡΙΑ

ΘΡΗΣΚΕΙΑ: Χ.Ο.

ΓΡΑΜ/ΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ: ΑΠΟΦ.

ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο ασθενής εισήλθε στο νοσοκομείο στις 9/3/2006 για έλεγχο της υγείας του. Την ίδια ημέρα εισήχθηκε στην Ουρολογική Κλινική.

Παρουσίαζε δυσουρικά ενοχλήματα, επίσχεση ούρων συχνουρία και διαπιστώθηκε διόγκωση του προστάτη. Ο ασθενής αναφέρει υπερχολιστεριναιμία το τελευταίο έτος. Δεν αναφέρει αλλεργία σε κάποιο φάρμακο, ούτε σε φυσικούς παράγοντες όπως σκόνη, γύρη λουλουδιών.

Τα ζωτικά του σημεία κυμαίνονταν σε: θερμοκρασία 37°C, αναπνοές 15/min, σφύξεις 80/min, Α.Π. 150/80 mmHg.

Παρουσίαζε άριστο κινητικό και διανοητικό επίπεδο. Κατά την παραμονή στην Κλινική υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση την 3^η ημέρα νοσηλείας του, όπου έγινε ριζική αφαίρεση του προστάτη (με οπισθοθητική προσπέλαση).

Το θεραπευτικό σχήμα περιλάμβανε: Lactated Ringers 1000 ml (1x1) IV, Dextroze 5% 1000 ml (1x2) I.V., Begalin - P 1 gr (1x3) I.V., Clethane 40 mg (1x1) υποδόρια (ΥΠ).

Η διαίτά του περιλάμβανε κανονική διατροφή.

Ο ασθενής αποχώρησε από την κλινική στις 17/3/2006 όπου πριν του είχαν δοθεί οι κατάλληλες οδηγίες από τον θεράπων ιατρό του και άδεια εξόδου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Άγχος του ασθενή σχετιζόμενο με το άγνωστο περιβάλλον	Προσανατολισμός του ασθενούς στο περιβάλλον του νοσοκομείου.	1. Εξασφάλιση οικείου φιλικού και ήρεμου περιβάλλοντος και τόνωση του ηθικού ώστε να αισθανθεί ο ασθενής ελεύθερος να εκφράσει τους φόβους του και τις αγωνίες του.	1. Επίτευξη της προσέγγισης του ασθενή με ήρεμο και υποστηρικτικό τρόπο και προαγωγή της ψυχολογικής άνεσης του ίδιου και των συγγενών του.	Ο ασθενής δείχνει ότι προσαρμόστηκε όπως διαπιστώνεται από προφορική έκφραση των συναισθημάτων του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2. Επίσχεση ούρων	Εκκένωση της ουροδόχου κύστεως	1. Προγραμματισμός για τη τοποθέτηση καθετήρα Foley στον ασθενή	1. Έγινε τοποθέτηση καθετήρα Foley στον ασθενή με σταδιακή εκκένωση της κύστεως.	Η κύστη εκκενώθηκε και ο ασθενής ανακουφίστηκε.
3. Προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς	Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή. Πρόληψη επιπλοκών από το πεπτικό σύστημα και σωστή καθαριότητα για διευκόλυνση της επέμβασης χωρίς κινδύνους.	1. Να γίνει καθαριότητα εντέρου (υποκλεισμοί) 2. λουτρό σώματος. 3. Να γίνει καθαριότητα εγχειρητικού πεδίου. 4. Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων. 5. Έλεγχος για τυχόν βήχα. 6. Να γίνει ενημέρωση του ασθενούς για την ώρα του χειρουργείου. 7. Αφαίρεση τεχνικής οδοντοστοιχίας, δακτυλίδια κ.λ.π. 8. Να δοθεί στον ασθενή η ειδική ενδυμασία του χειρουργείου. 9. Ψυχολογική προετοιμασία προς τον ασθενή.	1. Έγιναν 2 υποκλεισμοί του εντέρου (απογευμα και αργά τη νύχτα). 2. Έγινε καθαριότητα του σώματος (μπάνιο) 3. Έγινε καθαριότητα εγχειρητικού πεδίου. (ξύρισμα – αντισηψία) 4. Ελήφθησαν τα Ζ.Σ. του ασθενούς με Α.Π.: 140/8 mmHg, θ: 36,6°C, σφύξεις: 78/mmHg 5. Παρακολουθήθηκε για τυχόν εμφάνιση βήχα. 6. Ο ασθενής ενημερώθηκε για την ώρα του χειρουργείου. 7. Έγινε αφαίρεση τεχνικής οδοντοστοιχίας. 8. Ο ασθενής βοηθήθηκε στην ένδυση (με υποκάμισο ποδονάρια, σκούφο). 9. Παράλληλα επιχειρήθηκε ψυχολογική προετοιμασία για την επέμβαση.	Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο προετοιμασμένος κατάλληλα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Παραλαβή του ασθενούς από το χειρουργείο	Έλεγχος της γενικής κατάστασης του ασθενούς μετά την επιστροφή του από το χειρουργείο. Έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών.	1. Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων και να τεθεί ο ασθενής σε τρίωρη παρακολούθηση.	1. Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων με φυσιολογικά αποτελέσματα και καταγραφή αυτών στο θερμομετρικό διάγραμμα και στη λογοδοσία. Ο άρρωστος ετέθη σε τρίωρη παρακολούθηση.	Παρακλουθείται η πορεία του ασθενούς και μπορεί έτσι να γίνει έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών.
5. Έλεγχος των παροχετευτικών σωλήνων.	Ελέγχεται η λειτουργικότητα των παροχετευτικών σωλήνων.	1. Να ελεγχθεί ο καθετήρας και η πλύση για τυχόν απόφραξή τους από πύγματα αίματος και για συστροφές και κάμψεις.	1. Ελέγχθηκαν οι παροχετεύσεις μπαίνοντας στη σωστή θέση.	Οι παροχετεύσεις λειτουργούν κανονικά.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
6. Μετεγχειρητική αιμορραγία σχετιζόμενη με διατομή του ραχιαίου φλεσικού πλέγματος (συμβαίνει κατά την οπισθοθηβική προσπέλαση)	Μείωση αιμορραγίας της τομής και διαφύλαξη του ασθενούς από υποογκαιμικό shock.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγκαιρη αντιμετώπιση σημείων και συμπτωμάτων και διαφύλαξη του ασθενούς από υποογκαιμικό shock. 2. Λήψη ζωτικών σημείων. 3. Καθησυχασμός του ασθενή. 4. Αλλαγή γαζών του τραύματος και εφαρμογή ισχυρής παρατεταμένης πίεσης όσο είναι δυνατόν. 5. Λήψη μετρήσεων αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη. 6. Χορήγηση αίματος ή παραγώγων του που αυξάνουν τον κυκλοφορούντα όγκο κατόπιν εντολής γιατρού. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αξιολογήθηκε ο ασθενής για σημεία και συμπτώματα αιμορραγίας και υποογκαιμικά shock. 2. Λήφθηκαν τα ζωτικά σημεία με : ΑΠ: 140/80 mmHg, θ: 36,6°C, Σφύξεις: 76/min. 3. Καθησυχάστηκε ο ασθενής. 4. Έγινε αλλαγή τραύματος και εφαρμόστηκε – ισχυρή παρατεταμένη πίεση όσο ήταν δυνατό. 5. Λήφθηκαν μετρήσεις αιμοσφαιρίνης: HGB: 14,2 g/dl Αιματοκρίτη: HCT: 43% 6. Χορηγήθηκε 1 μονάδα αίματος. 	<p>Απομακρύνθηκε ο κίνδυνος ανάπτυξης υποογκαιμικού shock όπως φαίνεται από:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Την απουσία σημείων και συμπτωμάτων αιμορραγίας. 2. Τα σταθερά ζωτικά σημεία. 3. Το σύνηθες διανοητικό επίπεδο. 4. Την καθαρότητα του τραύματος. 5. Την σταθερότητα του αιματοκρίτη και των βιοχημικών παραμέτρων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
7. Πόνος στην περιοχή του τραύματος.	Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.	1. Χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής πριν την επιδείνωση του πόνου κατόπιν εντολής γιατρού.	1. Έγινε στον ασθενή 1 amp Pethidine IM με ιατρική εντολή.	Ο άρρωστος δεν πονούσε μετά την ένεση.
8. Έμετος	Ανακούφιση του αρρώστου από το αίσθημα της ναυτίας.	1. Να γίνει αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων. 2. Να γίνει καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας με πορτοκοττόν και να τοποθετηθεί ο ασθενής στην κατάλληλη θέση. 3. Να ενημερωθεί ο γιατρός. 4. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.	1. Έγινε αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων. 2. Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με αντισηπτική διάλυση και τοποθετήθηκε ο άρρωστος με το κεφάλι σε πλάγια θέση. 3. Ο ιατρός ενημερώθηκε για την κατάσταση του ασθενούς. 4. Χορηγήθηκε 1 amp Primperan στον ορό κατόπιν εντολής ιατρού.	Ο ασθενής ανακουφίστηκε

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
9. Διατήρηση ισοζυγίου υγρών	Να ελεγχθούν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.	<p>1. Ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει 3 λίτρα ορούς το 24ωρο.</p> <p>2. Να τηρείται προσεκτικά το διάγραμμα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>1. Χορηγούνται 3 λίτρα ορών το 24ωρο. [(1x1) Lactated Ringers 1000 ml IV και Dextroze 5% 1000 ml (1x2) I.V.]</p> <p>2. Το διάγραμμα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών τηρείται σοχλαστικά.</p>	Ο ασθενής έπαιρνε τα απαιτούμενα υγρά. Δεν έγινε κατακράτηση υγρών.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
10. Αλλαγή τραύματος	Αποφυγή μολύνσεων	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να ετοιμαστεί το τροχήλατο αλλαγής. 2. Πρέπει να τηρηθούν οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ετοιμάστηκε το τροχήλατο αλλαγής και η νοσηλεύτρια βοήθησε τον ιατρό να κάνει την αλλαγή. 2. Τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας. 	Έγινε η αλλαγή του τραύματος με όλους τους κανόνες ασηψίας και αντισηψίας, Γρήγορη epούλωση του τραύματος.
11. Έγερση του αρρώστου	Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ο άρρωστος πρέπει να βοηθηθεί κατά την έγερσή του και 2. Να του δοθούν οδηγίες για το πώς θα σηκώνεται 3. Η έγερσή του θα πρέπει να γίνει σταδιακά. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η νοσηλεύτρια εξηγεί στον ασθενή πως θα τον βοηθήσει να σηκωθεί και τι θα πρέπει να κάνει ο ίδιος. 2. Ο ασθενής κάθεται πρώτα καθιστός πάντα στο κρεβάτι, μετά αφού αισθάνεται καλύτερα κάθεται καθιστός με τα πόδια κρεμασμένα. 3. Μπορεί να σηκωθεί και να περπατήσει για όσο μπορεί. Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να σηκώνεται όσο συχνότερα μπορεί. 	Αρχικά ο ασθενής πονούσε λίγο, όμως η σταδιακή έγερσή του τον βοήθησε στο να περπατά ανώδυνα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
12. Αφαίρεση του καθετήρα ουροδόχου κύστεως.	Ο άρρωστος θα προσπαθήσει να ουρήσει μόνος του	1. Ενημέρωση του ασθενούς για την αφαίρεση του καθετήρα και για το τι μπορεί να αντιμετωπίσει στη συνέχεια. 2. Ετοιμασία δίσκου για την αφαίρεση του καθετήρα.	1. Η νοσηλεύτρια ενημέρωσε τον ασθενή ότι στην αρχή μπορεί να έχει συχνουρία και μερική απώλεια ούρων και ότι ο έλεγχος της ούρησης είναι θέμα λίγων ημερών. 2. Έγινε η αφαίρεση του καθετήρα.	Ο άρρωστος ανακουφίστηκε μετά την αφαίρεση του καθετήρα και ήταν έτοιμος να ουρήσει μόνος του. Ήταν προετοιμασμένος για τη συνέχεια.
13. Οδηγίες εξόδου	Να ξέρει ο ασθενής τι θα πρέπει να κάνει μετά την έξοδο.	1. Συζήτηση και ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με (δουλειά, την διατροφή, τα υγρά., τη σεξουαλική ζωή) από τον γιατρό του.	1. Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα πρέπει να αποφεύγει τις βαριές εργασίες για 8 εβδομάδες. Επίσης ότι θα πρέπει να λαμβάνει άφθονα υγρά κυρίως νερό (2-3 λίτρα) ημερησίως. Να αποφεύγεται η συνουσία για 6 εβδομάδες. Σε περίπτωση ακράτειας να συνεχίζονται οι ασκήσεις περινέου και να κάνει επισκέψεις στον ουρολόγο τακτικά για τη σωστή πρόληψη.	Κατόπιν οδηγιών αποφεύγονται οι επιπλοκές και βοηθείται ο ασθενής να επανέλθει στην προηγούμενη κατάσταση του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

**Γ.Ν.Π. «ΑΓΙΟΣ
ΑΝΔΡΕΑΣ»**

ΤΟΜΕΑΣ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ

ΚΛΙΝΙΚΗ: ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ

ΘΑΛΑΜΟΣ: 409

ΗΜ. ΕΙΣΟΔΟΥ: 10/6/2006

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ: Αθανασόπουλος Νίκος

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ: Γεώργιος

ΟΝ. ΣΥΖΥΓΟΥ: Σοφία

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 23/4/1941

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝ/ΣΗΣ: Πάτρα

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ: Ελληνική

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Συνταξιούχος

ΑΣΦΑΛΕΙΑ: ΙΚΑ

ΟΙΚ/ΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΕΓΓΑΜΟΣ

ΠΑΙΔΙΑ: 2

ΘΡΗΣΚΕΙΑ: Χ.Ο.

ΓΡΑΜ/ΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ: ΑΠΟΦ.

ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ

2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο ασθενής εισήλθε στο νοσοκομείο στις 10/6/2006 για έλεγχο της υγείας του. Την ίδια ημέρα εισήχθη στην Ουρολογική Κλινική.

Παρουσίαζε δυσουρικά ενοχλήματα και διαπιστώθηκε διόγκωση του προστάτη. Άλλα ενοχλήματα, χρόνιες παθήσεις, λήψεις φαρμάκων και αλλεργίες δεν ανέφερε.

Τα ζωτικά του σημεία κυμαίνονταν σε: θερμοκρασία 36,8°C, αναπνοές 17/min, σφύξεις 78/min, Α.Π. 140/80 mmHg, παρουσίαζε άριστο κινητικό και διανοητικό επίπεδο.

Κατά την παραμονή στην κλινική υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση την 2^η ημέρα νοσηλείας του, όπου έγινε ριζική αφαίρεση του προστάτη (με περινεϊκή προσπέλαση).

Το θεραπευτικό σχήμα που χορηγήθηκε κατά την παραμονή του στην κλινική περιλάμβανε: Lactated Ringers 1000 ml (1x1) IV, Dextroze 5% 1000 ml (1x2) IV, Ciproxin 100 mg (1x2) IV, Flagyl 500 mg (1x2) IV, Innoher 20 mg (1x1) υποδόρια (ΥΠ), 1 amp Zideron 1M, επί πόνου 1^η μετεγχειρητική ημέρα.

Η διαίτα περιλάμβανε κανονική διατροφή. Ο ασθενής υποχώρησε από την κλινική στις 18/6/06, όπου πριν του είχαν δοθεί οι κατάλληλες οδηγίες από τον θεράπων ιατρό του και άδεια εξόδου.

Λόγω της σταδιοποίησης του όγκου από την κυτταρολογική εξέταση ο ασθενής χρηστή περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση με χημειοθεραπεία (X.M.Θ.).

Ο ιατρός ενημέρωσε τον ασθενή για το πρόγραμμα θεραπείας που θα ακολουθήσει.

Το πρόγραμμα του χημειοθεραπευτικού σχήματος είναι ανα 21 ημέρες για 6 κύκλους.

Ο ασθενής μετά από 12 ημέρες από την κοπή των ραμμάτων θα πρέπει να προσέλθει στη Μ.Χ.Μ.Θ. για τη χορήγηση του Χ.Μ.Θεραπευτικού σχήματος.

Στις 10/07/2006 ο ασθενής προσήλθε στη Μ.Χ.Μ.Θ. Το ΧΜΘ σχήμα άρχισε στις 10/7/2006.

Η θεραπεία θα διαρκεί μια ημέρα (αυθημερόν). Το χημειοθεραπευτικό σχήμα που δόθηκε στον ασθενή αποτελείται από:

τα προκαταρκτικά: 2amp FENISTIL iv
 1amp BIOSEDRON, iv
 2amp ZANTAC iv

2amp DEXATONE (εμπλουτισμός στον ορό)

Το Χ.Μ.Θ. σχήμα: Paclitaxel (taxol)iv (2-3h)
Navelbine iv, (10')
100ml N/S 0.9% + 2amp Decadron στον ορό (Full κρονιδών)

Τα δευτερα : 1amp Biosedron
1amp Lasix

Στη διάρκεια της θεραπείας σημειώθηκαν στην ασθενή παρενέργειες, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν.

Οι παρενέργειες αυτές είναι:

- εμετός
- αλλεργικό shock
- αλωπεκία

Ο ασθενείς ολοκλήρωσε το χ.μ.θ. σχήμα.

Το χ.μ.θ. ολοκληρώθηκε στις 20/11/2006.

Ο όγκος εξαλήφθηκε και ο ασθενής είναι έτοιμος να επανέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Ακολουθεί υποστηρικτική θεραπεία του ασθενούς κατόικον με χορήγηση αυξητικών παραγόντων για την ενίσχυση του αιματοκρίτη (HCT) και των λευκών αιμοσφαιρίων (WBC) υποδόριος (SC) μια ένεση την ημέρα για 10 μέρες. Επίσης αντιεμετική θεραπεία peros για 3 ημέρες 1 tb Biosedron την ημέρα (1X1)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Έλεγχος προβλημάτων σε αναπνευστικό σύστημα ή λοιμώξεις.	Έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των σχετικών προβλημάτων.	1. Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα.	1. Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς με: Α.Π.: 120/60 mmHg Σφύξεις: 80/min Αναπνοές: 19/min Θερμοκρασία: 36,4%	Τα ζωτικά σημεία του αρρώστου είναι φυσιολογικά.
2. Άγχος – φόβος του ασθενούς σχετιζόμενο με την μη κατανόηση της διάγνωσης.	Αποσαφήνιση της παρανόησης σχετικά με τη διάγνωση.	1. Επαρκής εξήγηση τυχόν αποριών του για τη διάγνωση λόγω παρανόησης της ιατρικής ορολογίας.	1. Δόθηκαν επαρκείς πληροφορίες και διευκρινίσεις.	Ο ασθενής δείχνει ότι κατανόησε και προσαρμόστηκε όπως διαπιστώνεται από: την προφορική έκφραση των συναισθημάτων του και τη μείωση του άγχος και της αγωνίας του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Δυσουρία πιθανόν λόγω πίεσης της ουρήθρας	Απαλλαγή του ασθενούς από τη δυσουρία και επαναφορά στην φυσιολογική κένωση της ουροδόχου κύστεως.	<p>1. Τοποθέτηση ουροκαθετήρα Foley με εντολή ιατρού.</p> <p>2. Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την τοποθέτηση του ουροκαθετήρα.</p> <p>3. Τήρηση ισοζυγίου υγρών και καταγραφή αυτών.</p> <p>4. Πρόκληση της επιθυμίας για διούρηση.</p>	<p>1. Τοποθετήθηκε ο ουροκαθετήρας Foley.</p> <p>2. Διατηρήθηκε η άσηπτη τεχνική κατά τη νοσηλεία.</p> <p>3. Έγινε μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και καταγραφή αυτών.</p> <p>4. Προκλήθηκε η επιθυμία για διούρηση με τοποθέτηση σε όρθια θέση και αλλαγή θέσης κάθε 30 λεπτά.</p>	Ο ασθενής απαλλάχθηκε οριστικά από τη δυσουρία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς	Ετοιμασία του ασθενή για την εισαγωγή του στο χειρουργείο	1. Να γίνει καθαριότητα εντέρου (υποκλεισμοί) 2. Λουτρό σώματος 3. Να γίνει καθαριότητα εγχειρητικού πεδίου. 4. Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων. 5. Να γίνει ενημέρωση του ασθενούς για την ώρα του χειρουργείου. 6. Να δοθεί στον ασθενή η ειδική ενδυμασία του χειρουργείου. 7. Ψυχολογική προετοιμασία.	1. Έγιναν 2 υποκλεισμοί (απόγευμα και αργά τη νύχτα). 2. Έγινε καθαριότητα σώματος (μπάνιο) 3. Έγινε καθαριότητα του εγχειρητικού πεδίου.(ξύρισμα-αντισηψία). 4. Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς με: Α.Π.: 140/80 mmHg θ: 36,4°C Σφύξεις: 79/mmHg Αναπνοές: 18/min 5. Ο ασθενής ενημερώθηκε για την ώρα του χειρουργείου. 6. Ο ασθενής φόρεσε τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο (υποκάμισο, ποδονάρια, σκούφο) 7. Παράλληλα επιχειρήθηκε ψυχολογική προετοιμασία για την επέμβαση.	Οι ενέργειες αποδείχθηκαν θετικές και απαραίτητες για την ομαλή διεξαγωγή της επέμβασης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
5. Δίψα μετά την επέμβαση	Καταπολέμηση του αισθήματος της δίψας	1. Εφύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με port-cotton εμποτισμένο σε ένα ποτήρι νερό.	1. Ενημερώνουμε τον συγγενή του να κάθεται πλάι στον άρρωστο και να του υγραίνει τα χείλη με το port-κοτόν εμποτισμένο στο νερό.	Το αίσθημα της δίψας μειώθηκε.
6. Μετεγχειρητικός πόνος στο περίνεο, σχετιζόμενος με τραυματισμό των ιστών και αντανακλαστικό άλγος οπισθοπεριτοναϊκά (του Denonviller) λόγω της εγχείρησης (περινεϊκή προσπέλαση).	Ανακούφιση και ανταλλαγή του ασθενούς από τον πόνο.	1. Εξασφάλιση ηρεμίας και ελάττωση του άγχους, της ανησυχίας και της αγωνίας. 2. Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση ώστε να επιτυγχάνεται η χαλάρωση των μυών. 3. Πρόληψη ρήξης ραμμάτων του τραύματος. 4. Άμεση χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων πριν την επιδείνωση του πόνου με εντολή ιατρού.	1. Εξασφαλίστηκε άνετο και ήρεμο περιβάλλον. 2. Δόθηκε ύπτια θέση με σπάσιμο των γονάτων και σήκωμα της κεφαλής. 3. Ο ασθενής διδάχθηκε ώστε να προλαμβάνει την ρήξη των ραμμάτων, συνήθως κατά τον βήχα και τους εμετούς. 4. Κατόπιν εντολής ιατρού χορηγήθηκε στον ασθενή 1 amp Zideron I.M. στις 12.30 μ.μ.	Μετά από μισή ώρα (30 λεπτά) ο πόνος ελαχιστοποιήθηκε.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
7. Ναυτία	Ανακούφιση του αρρώστου από το αίσθημα της ναυτίας.	1. Λήψη βαθιών εισπνοών για τη γρήγορη αποβολή του αναισθητικού και Να γίνει χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.	1. Έγινε χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου στον ορό: 1 amp Primpelan κατόπιν εντολής ιατρού.	Ο ασθενής δεν νιώθει τάση για έμετο.
8. Μετεγχειρητικός πόνος σχετιζόμενος με ερεθισμό της ουρήθρας λόγω του καθετήρα τριπλού αυλού (3 way Folley)	Ανακούφιση και ανταλλαγή του ασθενούς από τον πόνο.	1. Εξασφάλιση ηρεμίας και ελάττωση του άγχους, της ανησυχίας και της αγωνίας. 2. Ασφαλής στερέωση του καθετήρα και καθήλωση σε κατάλληλη θέση του ουροσυλλέκτη. 3. Βοήθεια για έλεγχο του πόνου με μη φαρμακευτικές μεθόδους π.χ. θερμά επιθέματα.	1. Εξασφαλίστηκε άνετο και ήρεμο περιβάλλον. 2. Έγινε κατάλληλη τοποθέτηση στο μηρό του καθετήρα και στερέωση του ουροσυλλέκτη ώστε να μειωθεί από την κίνησή τους ο ερεθισμός της ουρήθρας. 3. Έγινε χρήση θερμών επιθεμάτων για χαλάρωση της σύστασης της ουρήθρας.	Ο ασθενής αναφέρει μειωμένη ένταση του πόνου μετά από 40 λεπτά.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>9. Ακράτεια κοπράνων σχετιζόμενη με ακούσια ή αναπόφευκτη βλάβη του σφιγκτήρος του πρωκτού ή του αιδοϊκού νεύρου κατά την εγχείρηση.</p>	<p>Διατήρηση του ελέγχου των κενώσεων από τον ίδιο τον ασθενή.</p>	<p>1. Αξιολόγηση του ασθενούς για επεισόδια ακράτειας κοπράνων.</p> <p>2. Εφαρμογή μέτρων για τη μείωση του κινδύνου ακράτειας κοπράνων με την συμβουλή του ασθενούς να εκτελεί ασκήσεις περινέου.</p> <p>3. Φροντίδα να υπάρχουν κλινοσκεπάσματα άμεσα διαθέσιμα και ταχεία πρόσβαση του ασθενούς στο λουτρό.</p> <p>4. Κατά την εμφάνιση ακράτειας κοπράνων εφαρμογή προγράμματος αγωγής του εντέρου κατόπιν εντολής ώστε ο ασθενής να κενώσει το παχύ έντερο σε τακτικά διαστήματα ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος ακράτειας.</p>	<p>1. Έγινε αξιολόγηση του ασθενούς για επεισόδια ακράτειας κοπράνων.</p> <p>2. Τέθηκαν σε εφαρμογή τα μέτρα για μείωση της ακράτειας κοπράνων, με τον ασθενή να εκτελεί ασκήσεις περινέου (π.χ. σύσφιξη γλουτών και χαλάρωση).</p> <p>3. Παραχωρήθηκαν στον ασθενή διαθέσιμα κλινοσκεπάσματα.</p> <p>4. Εφαρμόστηκε στον ασθενή πρόγραμμα αγωγής του εντέρου.</p>	<p>Αναφορά του ασθενούς για την ικανοποιητική και αποτελεσματική εφαρμογή των ειδικών ασκήσεων που του δόθηκαν.</p> <p>Ο ασθενής διατηρεί τον έλεγχο των κενώσεών του.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
10. Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης της ουροφόρου οδού, σχετιζόμενος με εφαρμογή μόνιμου καθετήρα.	Να λαμβάνονται τα ενδεικνυόμενα μέτρα για την πρόληψη μόλυνσης και εισόδου μικροοργανισμών από το στόμιο της ουρήθρας.	<p>1. Τήρηση αυστηρά σχολαστικής και άσηπτης τεχνικής με αποστειρωμένο υλικό μιας χρήσης.</p> <p>2. Αξιολόγηση σημείων και συμπτωμάτων επιπλοκών που μπορεί να παρατηρηθούν κατά και μετά την εφαρμογή του καθετήρα.</p> <p>3. Να τεθεί ο ασθενής σε 3ωρη θερμομέτρηση.</p> <p>4. Λήψη δείγματος ούρων για καλλιέργεια.</p>	<p>1. Επιμελής καθαριότητα των έξω γεννητικών οργάνων, πριν και μετά τον καθετηριασμό και τις πλύσεις της ουροδόχου κύστεως. Συχνή περιποίηση και λουτρό καθαριότητας. Σχολαστική τοπική φροντίδα του δέρματος.</p> <p>2. Παρακολούθηση για σημεία φλεγμονής, όπως: ερυθρότητα, πόνο, τοπικό οίδημα του βλεννογόνου και του δέρματος γύρω από την ουρήθρα.</p> <p>3. Έγινε λήψη 3ωρης θερμομέτρησης και καταμέτρηση αυτής στο διάγραμμα.</p> <p>4. Λήφθηκε δείγμα ούρων για καλλιέργεια.</p>	<p>Ο ασθενής δεν παρουσίασε λοίμωξη όπως διαπιστώνεται από την έλλειψη δυσουρικών ενοχλημάτων. Την έλλειψη ρίγους και πυρετού. Την αρνητική ουροκαλλιέργεια.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
11. Έλλειψη αυτοφροντίδας μετά από την έξοδο	Ενίσχυση της αυτοφροντίδας του αρρώστου.	1. Κατάλληλη προσέγγιση και κατεύθυνση του αρρώστου προς την αυτοφροντίδα του. 2. Τόνωση της σημαντικότητας και χρησιμότητας του οικογενειακού περιβάλλοντος στην αυτοφροντίδα.	1. Εδόθηκαν οδηγίες για την μετανοσοκομειακή φροντίδα του. 2. Τονίστηκε ο σημαντικός ρόλος της οικογένειας στην πορεία της υγείας του.	Η ενίσχυση του ασθενούς ήταν αποτελεσματική.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Εισαγωγή του ασθενούς στη Μ.Χ.Μ.Θ.	Τόνωση του ηθικού του ασθενούς	1. Δημιουργία κατάλληλων συνθηκών κατά τη διάρκεια των θεραπειών. 2. Ενημέρωση του ασθενούς	1. Δημιουργήθηκε κλίμα φιλικό, εμπιστευτικό και ήρεμο μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτικού προσωπικού. 2. Ο ιατρός ενημέρωσε τον ασθενή για τις θεραπείες που θα ακολουθήσουν.	Κατόπιν διενεργειών από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ο ασθενής είναι έτοιμος για το Χ.Μ.Θ. Θεραπευτικό πρόγραμμα που θα ακολουθήσει.
2. Προετοιμασία ασθενούς πριν τη χορήγηση του ΧΜΘ σχήματος.	Εξασφάλιση κατάλληλων συνθηκών ως προς την ολοκλήρωση του προγράμματος του ΧΜΘ σχήματος	1. Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς. 2. Να γίνουν αιματολογικές εξετάσεις (Γενική αίματος). 3. Χορήγηση των προκαταρκτικών φαρμάκων. 4. Ψυχολογική υποστήριξη – τόνωση του ασθενούς. 5. Να δοθεί στον ασθενή νεφροειδές και χαρτοβάμβακα.	1. Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς είναι φυσιολογικά με: Α.Π.: 140/80 mmHg θ: 36,5°C, Αναπνοές: 19/min, Σφύξεις 79/min. 2. Λήφθηκαν τα αποτελέσματα και οι εξετάσεις έδειξαν φυσιολογικές τιμές: αιματοκρίτης: HCT: 40% αιμοσφαιρίνη: HGB 13 g/dl Λευκά: WBC: 8000 k/uL Αιμοπετάλια: PLT: 220 k/uL 3. Χορηγήθηκε το προκαταρκτικό σχήμα, το οποίο περιλαμβάνει: 2 amp Fenistil IV, 2 amp DEXATONE στον ορό, 1 amp BIOSEDRON IV, 2 amp Zantac IV, 4. Παράλληλα δίνεται ψυχολογική ενίσχυση και υποστήριξη στον ασθενή. 5. Δόθηκε στον ασθενή νεφροειδές και χαρτοβάμβακας.	Η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι κατάλληλη για τη χορήγηση του ΧΜΘ σχήματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Πρόληψη παρενεργειών / επιπλοκών στη (κατά) χορήγηση του ΧΜΘ σχήματος.	Έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών.	<p>1. Να χορηγηθεί το Χ.Μ.Θ. σχήμα.</p> <p>2. Να γίνει λήψη των Ζ.Σ</p> <p>3. Συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς για τυχόν παρενέργειες κατά τη διάρκεια της θεραπείας (ΧΜΘ σχήμα).</p>	<p>1. Στον ασθενή χορηγείται το ΧΜΘ σχήμα που αποτελείται από: Paclitaxel (taxol) IV σέ (2-3h) Navelbine IV σέ (10'), 100ml N/S 0.9%+2amp Decadron στον ορό.</p> <p>2. Έγινε λήψη των Ζ.Σ. του ασθενούς με φυσιολογικές τιμές, ΑΠ: 140/80 mmg Θ: 36,6 C σφύξεις: 79/min Αναπνοές: 19/ min</p> <p>3. Συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό.</p>	Ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση έμετου (ναυτίας).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
5.Στοματίτιδα	Έγκαιρη πρόληψη της στοματίτιδας	<p>1. Να γίνεται έλεγχος του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας μετά τη χορήγηση του φαρμάκου για ερυθρότητα, ξηρότητα ή κηλίδες.</p> <p>2. Οργάνωση φροντίδας της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>3. Να γίνεται συχνή επάλειψη των χειλέων του ασθενούς.</p>	<p>1. Ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας είναι φυσιολογικός.</p> <p>2. Γίνεται καθημερινή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με αντισηπτική διάλυση.</p> <p>3. Γίνεται στον ασθενή επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη, 3 φορές την ημέρα.</p>	Δεν παρατηρήθηκαν σημεία στοματίτιδας στον ασθενή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
6. Αλωπεκία	Γρήγορη επανεμφάνιση των μαλλιών	<p>1. Να γίνει ενημέρωση του ασθενή για την πτώση των μαλλιών του.</p> <p>2. Ψυχολογική ενίσχυση και υποστήριξη του ασθενούς (προσωπικό και οικογένεια).</p> <p>3. Να εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι για μείωση της αλωπεκίας.</p> <p>4. Να γίνει αποτρίχωση του κεφαλιού και κάλυψη με μαντήλι ή περούκα.</p> <p>5. Να ενισχυθεί η έκφραση των συναισθημάτων του αρρώστου σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής του.</p>	<p>1. Ο ασθενής ενημερώθηκε ότι μετά από 8 εβδομάδες θα ξαναβγούν τα μαλλιά του.</p> <p>2. Δίνεται συνεχείς ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και στην οικογένειά του.</p> <p>3. Εφαρμόστηκε στον ασθενή πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.</p> <p>4. Έγινε αποτρίχωση του κεφαλιού και κάλυψη αυτού με περούκα.</p> <p>5. Ενθαρρύνθηκε η έκφραση των συναισθημάτων του ασθενούς.</p>	<p>Η έκφραση των συναισθημάτων του ενισχύθηκε και ο ασθενής αρχίζει και προσαρμόζεται στις μεταβολές από την θεραπεία.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
7.Αλλεργικό shock	Έγκαιρη αντιμετώπιση του αλλεργικού shock και επαναφορά του ασθενή σε φυσιολογικά επίπεδα.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει διακοπή της θεραπείας. 2. Χορήγηση ορού 3. Να γίνει ταχεία χορήγηση της κορτιζόνης. 4. Να γίνει λήψη των Ζ.Σ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η θεραπεία διακόπηκε. 2. Γίνεται χορήγηση ορού N/S 0.9% 500 ml. 3. Χορηγήθηκε 1 amp solu Medrol 500 mg IV. 4. Λήφθησαν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς με φυσιολογικές τιμές: Α.Π.: 130/70 mmHg θ: 36,4°C Σφύξεις: 20/min Αναπνοές: 80/min 	Το αλλεργικό shock αντιμετωπίστηκε εγκαίρως. Ο κίνδυνος απομακρύνθηκε και ο ασθενής ανακουφίστηκε.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA - ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
8.Τέλος χορήγησης του Χ.Μ.Θ. σχήματος	Επανάταξη του ασθενή στις καθημερινές δραστηριότητες του	<p>1. να εφαρμοστεί υποστηρικτική θεραπεία του ασθενούς κατ οίκον.</p> <p>2. Να γίνεται τακτικός έλεγχος του ασθενούς.</p> <p>3. να εφαρμοστεί αντιεμετική θεραπεία (peros).</p>	<p>1. στον ασθενή γίνεται χορήγηση αυξητικών παραγόντων για αιματοκρίτη και λευκά αιμοσφαίρια, υποδόρια (sc) μια ένεση την ημέρα για 10 ημέρες.</p> <p>2. Ο ιατρός καθόρισε πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων στον ασθενή.</p> <p>3.στον άσθηνη χορηγείται 1tb biosedron[1X1 tb) για 3 ημέρες peros</p>	Το ηθικό του ασθενούς βελτιώθηκε και είναι έτοιμος να συνεχίσει τη κανονική του ζωή.

Το συμπέρασμα, λοιπόν, το οποίο εξάγεται απ' όλα τα πιο πάνω είναι ότι ο καρκίνος του προστάτη είναι ένας συχνός καρκίνος, αλλά φιλικός στη συμπεριφορά στην πλειονότητα των ασθενών, με μόνο μικρό ποσοστό των ασθενών να παρουσιάζουν κλινικά εμφανείς καρκίνους. Με τη διεξαγωγή μαζικών επιδημιολογικών ερευνών σε όλους τους άνδρες, είναι πιθανό να ανακαλυφθούν μεγάλοι αριθμοί καρκίνου του προστάτη, οι οποίοι κατά πάσαν πιθανότητα δεν θα εκδηλώνονταν κατά τη διάρκεια της ζωής.

Από τη στιγμή, όμως, της διάγνωσης στο πλαίσιο επιδημιολογικού ελέγχου, κάποιοι από αυτούς θα υποστούν θεραπείες, οι οποίες έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ανδρών. Επίσης η ίδια τακτική σε σχέση με τη σωστή ενημέρωση θα πρέπει να ακολουθείται στους άνδρες, οι οποίοι δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη, είναι όμως ευαίσθητοποιημένοι και επιθυμούν να ελεγχθούν στο πλαίσιο ενός επιδημιολογικού ελέγχου. Και σε αυτή την ομάδα, η ενημέρωση θα πρέπει να είναι πλήρης για τα υπέρ και τα κατά προτού πάρουν οριστική απόφαση.

1. Νοτόπουλος Γ. «Ο ιατρικός οδηγός του 21^{ου} αιώνα», Αθήνα 2003, σελ. 720, 721.
2. Μπαρμπαλιάς Γ.Α., ουρολογία: «Ογκοί του προστατικού αδένου», 1996, σελ. 33. 1998 σελ. 49, 321, 329, 322, 324, 325, 326, 329, 330. 1999 σελ. 34, 35, 36, 37, 38, 255, 256, 323.
3. Δεληβιώτης Ν.Χ., «Ο εκτοπισμένος καρκίνος του προστάτη», Εκδόσεις Μ.Κ. Αθήνα 1999, σελ. 1-26.
4. Αρβανιτάκης Ο.φ. - Θεοδώρου, Χ.Γ. «Καρκίνος Προστάτη» Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., 2004, σελ. 20, 21, 22, 24, 93, 94, 95, 96, 97, 92, 212, 213, 220, 229, 234, 235, 241, 242, 243, 289, 298, 303, 304, 306, 318, 320.
5. Δαρδούφας Κ. / Στέλιος Α., Στεφανάκης Σ., «Θέματα παθολογίας - Ογκολογίας», Αθήνα 1992, σελ. 129.
6. Tony Smith, «Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός», Εκδόσεις Γιαλλέλη, Τόμος ΙΙΙ, Αθήνα 1993, σελ. 745.
7. Ντολάντζας Θ., «Ο Γιατρός σας συμβουλεύει: Προληπτική ιατρική», Εκδόσεις Λίγκας, τόμος ΙΙΙ, 2002, σελ. 443, 444, 445.
8. Παπαδόπουλος Η. Κ., «Ουρολογική Ογκολογία», Ιατρικές εκδόσεις ΖΗΤΑ, 2000, σελ. 171, 188, 189.
9. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Πρόγραμμα L.D. Vinci, Φεβρουάριος - Ιούνιος, τόμος Ι, 2001, σελ. 102, 103.
10. Σοφράς Φ., «Πληθυσμιακός έλεγχος στον καρκίνο του προστάτη», 2^ο διδακτορικό αντικαρκινικό συνέδριο, Αθήνα 17-20/3/2005, σελ. 24, 25, 26.
11. Σπηλιώτης Ι, «Από την άγνοια... στο φόβο», Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999, σελ. 333, 335.

12. Στέλλος Απ. Γ., Ο προστάτης αδέννας: «Όλα όσα πρέπει να ξέρετε», εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., 2003, σελ. 13, 14, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 69, 81, 82, 83, 84, 80.
13. Κωστακόπουλος Αθ.Ν, Γ.Κ. Λούρας, «Λοιμώξεις του Ουρογεννητικού συστήματος», Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 1998, σελ. 155.
14. Μπούτη Λ. - Βαλκαλίκου Ι., «Καρκίνος του προστάτη», Θεσσαλονίκη 1988, σελ. 64, 65, 70, 67, 68, 69, 70, 66, 83, 80, 81, 82, 127, 128, 130, 132, 133, 83, 175, 176, 177.
15. Κουτσιλιέρης Μ. - Κωνστακόπουλος Α. «Παθήσεις του προστάτη, τα αίτια και οι θεραπείες», εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2004, σελ. 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 27, 43, 44, 45, 46, 47, 31, 32, 48, 49, 50.
16. Κωστακόπουλος Αθ., Παθήσεις του Προστάτη: «Σύγχρονη αντιμετώπιση του καρκίνου του προστάτη», 1997, σελ. 127, 129, 130, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 144, 145, 146, 147, 148.
17. Ραδόπουλος Δ., «Η χειρουργική αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη», Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 52, 35, 48.
18. Τσίκος Ν. & Σ. Καραγεωργοπούλο –Γραβάνη, «Πρακτική άσκηση Νοσηλευτικής», Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Αθήνα 1999, σελ.139, σελ.142-144, σελ.268-270
19. Σαββοπούλου Γ. Γ., «Νοσηλευτική- Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση», Αθήνα 1999, σελ.68-69
20. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία –Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας & Ψυχοογκολογίας – Πρόγραμμα L.D.Vinci, Φεβρουάριος-Ιούνιος2001, Α' τόμος, «Νοσηλευτικές προτεραιότητες και ευκαιρίες στην πρόληψη του Καρκίνου πληθυσμιακών ομάδων ενηλίκων», Αθήνα 2002, σελ.255, 242-243

21. Μαλγαρινού Μ. Α. - Κωνσταντινίδου Σ. Φ., Νοσηλευτική Παθολογική - Χειρουργική, τόμος Β', μέρος 2ο, εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ', Αθήνα 1997, σελ.92, 95-97, 153
22. Σαχίνη Άννα -Καρδάση & Μ.Πάνου, Παθολογική & Χειρουργ.-Νοσηλευτικές Διαδικασίες, τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις 'ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997, σελ.105-127, σελ.403-406, 458-465
23. Μαλγαρινού Μ. Α. - Κωνσταντινίδου Σ. Φ., Νοσηλευτική Παθολογ & Χειρουργ., τόμος 2^{ος}, Μέρος 1^ο, Εκδόσεις 'ΤΑΒΙΘΑ', Αθήνα 1999, σελ.313-316, 241,232-233
24. Μαλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ., Γενική Νοσηλευτική Παθολογ & Χειρουργ, τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις 'ΤΑΒΙΘΑ', Αθήνα 2002, σελ.242-247,249-252
25. Πατηράκη-Κουρμπάνη, «Νοσηλευτική συμβουλή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ποιότητας ζωής αρρώστου με καρκίνο, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1994, σελ. 90,-17